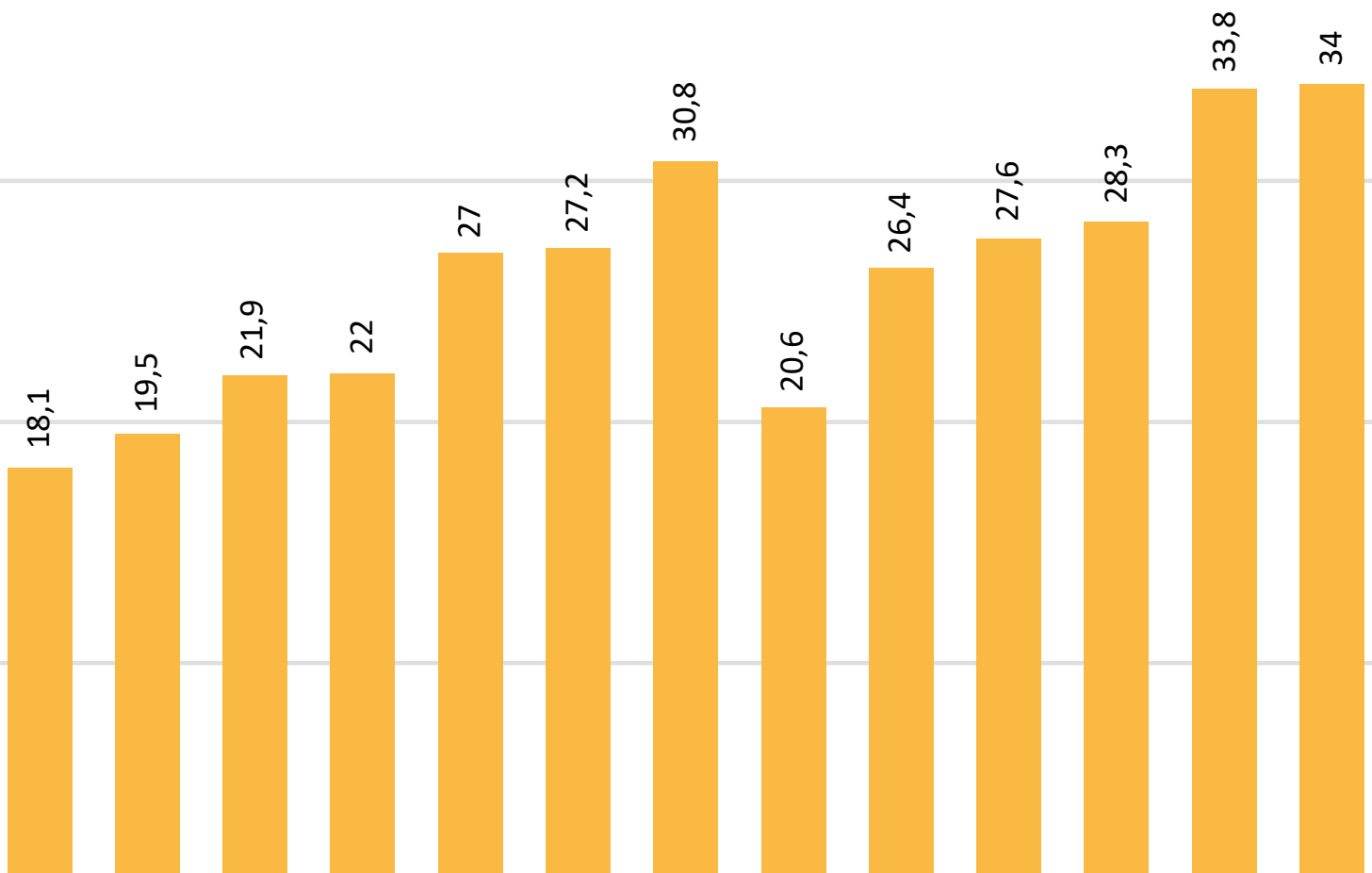


SUCHTHILFESTATISTIK 2018 FÜR AMBULANTE EINRICHTUNGEN IN NIEDERSACHSEN

Landesdokumentation zur ambulanten
Suchtberatung und Suchtbehandlung



Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen



SUCHTHILFESTATISTIK **2018** FÜR AMBULANTE EINRICHTUNGEN IN NIEDERSACHSEN

Landesdokumentation zur ambulanten
Suchtberatung und Suchtbehandlung



Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen

PROJEKTLEITUNG Michael Cuypers, NLS
BEAUFTRAGTES INSTITUT Henning Borchert, MONITOR Ronnenberg
GEFÖRDERT DURCH Niedersächsisches Ministerium für
Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS)

HANNOVER DEZEMBER 2019

1	VORBEMERKUNG	4
2	AUFBAU UND INTENTION	4
3	DATENBASIS	5
4	ERGEBNISSE: EINRICHTUNGEN (KDS-E)	6
4.1	DIE FACHSTELLEN	7
4.2	DIE MITARBEITER*INNEN	7
4.3	QUALITÄTSKRITERIEN	9
4.4	KOOPERATION UND VERNETZUNG	10
5	ERGEBNISSE: KLIENT*INNEN (KDS-F)	11
5.1	Die Klient*innen	12
5.2	Angehörige	14
5.3	VERMITTLUNG	15
5.4	KOSTEN-/LEISTUNGSTRÄGER	16
5.5	Soziodemographie	17
5.6	HAuptDIAGNOSEN	22
5.7	Glücksspielverhalten	26
5.8	Exzessive Mediennutzung	29
5.9	Betreuung und Behandlung	32
5.10	Beendigung	34
6	ZUSAMMENFASSUNG	38
	Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick	38

ABKÜRZUNGEN

- FSS** Fachstelle für Sucht und Suchtprävention
KDS KDS Nds. = Deutscher Kerndatensatz Fassung Niedersachsen
KDS-E Deutscher Kerndatensatz Einrichtung
KDS-F Deutscher Kerndatensatz Fall (Klienten)
DRV Deutsche Rentenversicherung
QM Qualitätsmanagement
MA Mitarbeiter*innen

1 VORBEMERKUNG

Der Jahresbericht für die ambulante Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen 2018 stützt sich auf Daten, die auf der neuen Fassung des Deutschen Kerndatensatzes (Version KDS 3.0 vom 9.9.2016) beruhen. Dieses Instrument ist von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. herausgegeben worden und wurde in leicht reduzierter Form zum ersten Mal für die Niedersachsen-Erhebung 2017 eingesetzt. Seit 2005 wird die Erhebung über die ambulante Suchthilfe regelmäßig in dieser Form durchgeführt, ausgewertet und veröffentlicht.

Durch die Umstellung auf den KDS 3.0 wurde es erforderlich, die Datenverarbeitung grundlegend neu zu gestalten und die Meldung dieser Daten neu zu organisieren.¹

Die für diesen Bericht ausgewerteten Daten entstammen den Patienten-Dokumentationssystemen, die von den niedersächsischen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention geführt werden.² Die für Niedersachsen modifizierten und auf dem Deutschen Kerndatensatz basierenden Erhebungsbögen (rsp. die elektronischen Exportdateien) sind Bestandteil des jährlich von den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention zu erbringenden Verwendungsnachweises über die Landeszuwendung. Die Vorlage der Datensätze in Verbindung mit dem Verwendungsnachweis ist aufgrund der Richtlinie des Landes Niedersachsen für die Gewährung von Zuwendungen an die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention obligatorisch.

Niedersachsen zählt 75 vom Land geförderte ambulante Hauptstellen für Sucht und Suchtprävention. Die Erhebungsdateien für 2018 wurden von den Fachstellen bis zum Sommer 2019 vorgelegt. Die angestrebte Vollerhebung konnte für das Berichtsjahr 2018 wieder einmal erreicht werden.

2 AUFBAU UND INTENTION

Der Jahresbericht 2018 beschreibt die Situation der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen auf der Basis empirisch gewonnener Daten aus den ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe. Die auf Landesebene zusammengeführten und ausgewerteten Daten liefern ein differenziertes Gesamtbild über die aktuelle Situation und die aktuellen Rahmenbedingungen der ambulanten Suchtberatung und -behandlung in Niedersachsen auf der Ebene von Einrichtungen (Hilfe-Angebotsstruktur) und Fällen (Hilfe-Inanspruchnahme durch Klient*innen). In Bezug auf die Einrichtungen steht eine Beschreibung nach Art, eingesetzter Mittel, Angeboten und Struktur der Mitarbeiter*innen im Vordergrund, um einen Überblick über die Leistungen im Land Niedersachsen zur ambulanten Suchtkrankenhilfe zu ermöglichen. Im Hinblick auf die Klient*innen werden neben Informationen über soziodemografische Daten und die Lebenssituation – vor allem Diagnosen und Beratungs- und Behandlungsergebnisse – dargestellt, um die Wirksamkeit der Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen zu beleuchten. Diese Struktur folgt in wesentlichen Zügen der die Bundessituation beschreibenden „Deutschen Suchthilfestatistik“ des Instituts für Therapieforchung in München (IFT)³. Bezüge im nachfolgenden Bericht zu den Zahlen aus der Deutschen Suchthilfestatistik beziehen sich alle auf diese Quelle.

Um die aktuellen niedersächsischen Zahlen aus dem Berichtsjahr 2018 besser beurteilen zu können, werden diese mit den 2017-er Zahlen aus Niedersachsen verglichen und an einigen Stellen außerdem den Bundesdaten der Deutschen Suchthilfestatistik von 2018 gegenübergestellt (mit „Bund“ gekennzeichnet).

1 Wurden die Erhebungsbögen bis 2016 von den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention teils noch in papierener Form beim Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (Außenstelle Lüneburg) vorgelegt, so können mit der jetzigen Version Dateien durch automatisierte Exporte aus der Patientendokumentation von den Fachstellen zur Verfügung gestellt werden.

2 Von den elf bundesweit in Gebrauch befindlichen und von der DHS zertifizierten elektronischen Dokumentationssystemen für die Deutsche Suchthilfestatistik werden in Niedersachsen in der ganz überwiegenden Mehrheit von den Fachstellen die Programme „PATFAK Light“ (PATientenverwaltung und LeistungsFAKTurierung) oder „EBIS“ (Einrichtungsbegozogenes Behandlungs-Informationssystem) eingesetzt.

3 IFT Institut für Therapieforchung: <https://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html>

Im Sinne der hier verfolgten Zielsetzung und der Übersichtlichkeit halber werden nicht alle Items des Deutschen Kerndatensatzes in diesem Bericht Verwendung finden.

Fortgesetzt werden hier eine differenziertere Betrachtung und Auswertung der Daten zur Beschäftigungsförderung und zum Erwerbsstatus. Allerdings musste aufgrund einer Inkompatibilität der Daten zur früheren KDS-Version dieser Vergleich in 2017 neu aufgesetzt werden.

3 DATENBASIS

Der Deutsche Kerndatensatz (Fassung vom 1.1.2018) besteht aus einem 2-teiligen Erhebungsinstrument pro Einrichtung. Teil 1 umfasst die einrichtungsbezogenen Daten (KDS-E), Teil 2 erhebt die fallbezogenen Kerndaten aus jeder Einrichtung (KDS-F). Die niedersächsische Fassung dieser Instrumente (KDS-NDS) umfasst etwas weniger Items.⁴ In Niedersachsen gibt es 75 landesgeförderte Hauptstellen für Sucht und Suchtprävention (plus Nebenstellen insgesamt 115 Anlaufstellen). Eine Gesamt-Auswertung auf Landesebene erstreckt sich somit auf 75 Fragebogensets à 1.066 Items, insgesamt also fast 80.000 Items.

In diesem Jahr stehen zur Auswertung für die Suchthilfestatistik Niedersachsen 2018 wiederum 75 Einrichtungs- und Fallbögen auf Basis des Kerndatensatzes zur Verfügung. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 100 %. In dem folgenden Bericht und bei allen Auswertungen des statistischen Materials wird deshalb die Gesamtzahl der niedersächsischen Hauptstellen (N = 75) zugrunde gelegt. Die bundesdeutsche Suchthilfestatistik liegt aktuell für das Berichtsjahr 2018 vor. Diese besaß in den vergangenen Jahren eine Ausschöpfungsquote von etwa 60 % aller deutschen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen.⁵ Die Bundesdaten beruhen auf einer Erhebung von rund 861 Fachstellen und umfassen die Angaben über etwa 402.000 Klient*innen.

Für diesen Bericht liegen die Daten aus Niedersachsen von den meisten Einrichtungen weitgehend lückenlos vor. Das Antwortverhalten der Fachstellen gegenüber dem Einführungsjahr des KDS 3.0 (2017) ist deutlich gestiegen, sodass sich die Datenbasis und Aussagekraft der Suchthilfestatistik 2018 verbessert hat.

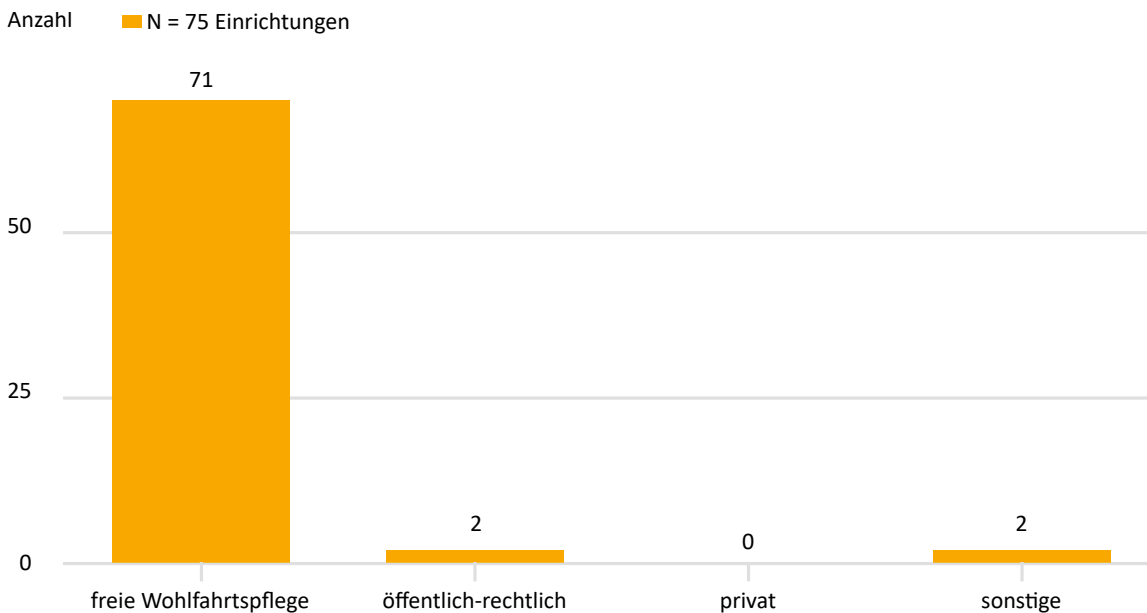
⁴ Die aktuellen KDS-NDS-Formulare befinden sich im Downloadbereich der NLS. https://nls-online.de/home16/index.php/downloads/cat_view/11-amb-suchthilfestatistik-nds-kerndatensaeetze

⁵ IFT Institut für Therapieforchung: Suchtkrankenhilfe in Deutschland, Jahresberichte der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)

4.1 DIE FACHSTELLEN

Von 75 ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention gehören 71 den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege an. Dies entspricht einer Zugehörigkeitsquote von 94,7 % in Niedersachsen (Bund 2018: 91,1 %). Eine weitere Differenzierung lassen die Daten nicht zu. Angaben über die Versorgungsregion, die Zielgruppen der Fachstellen nach Substanz oder Verhalten, zur Erreichbarkeit oder über besondere Leistungen (Öffnungszeiten, zielgruppenspezifische Angebote) sind nach der Umstellung auf den KDS 3.0 nicht mehr so möglich wie bisher.

Abb. 1: Trägerschaft



4.2 DIE MITARBEITER*INNEN

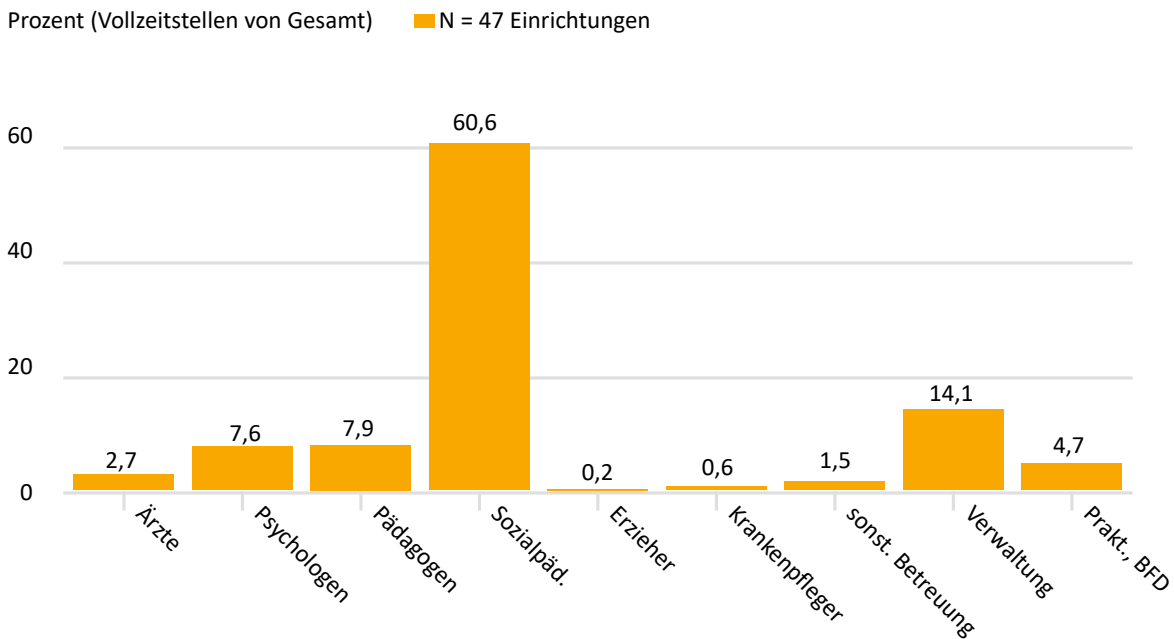
2018 verfügten 47 Fachstellen⁶ für Sucht und Suchtprävention rechnerisch über 328,13 Vollzeit-Mitarbeiterstellen⁷ (2017: 66 Fachstellen: 491,21). Auf jede Einrichtung entfallen rechnerisch 7 Vollzeitstellen (2017: 7,4). Die Anzahl der Mitarbeitenden mit Festanstellung und Honorarvertrag beträgt insgesamt 552.

Der Hauptteil aller Beschäftigten der Fachstellen mit über 60 % entfällt auf die Berufsgruppe der Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen, gefolgt von Psychologen und Pädagogen mit jeweils knapp 8 %. Zur Berufsgruppe „Verwaltung“ mit einem Anteil von 14,1 % werden verschiedene Berufsgruppen gezählt (Ökonomen und Betriebswirte, Bürokräfte und Verwaltungspersonal sowie technisches Personal / Wirtschaftsbereich). Die Kategorie „sonstige Betreuung“ umfasst Berufsgruppen aus der Ergo-/Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Kreativtherapie (Kunst, Musik, Theater), Sport-/Bewegungstherapie und Physiotherapie.

6 Die hohe Zahl von 28 Ausfällen ist vermutlich der neuen Datenerhebung nach dem KDS 3.0 geschuldet.

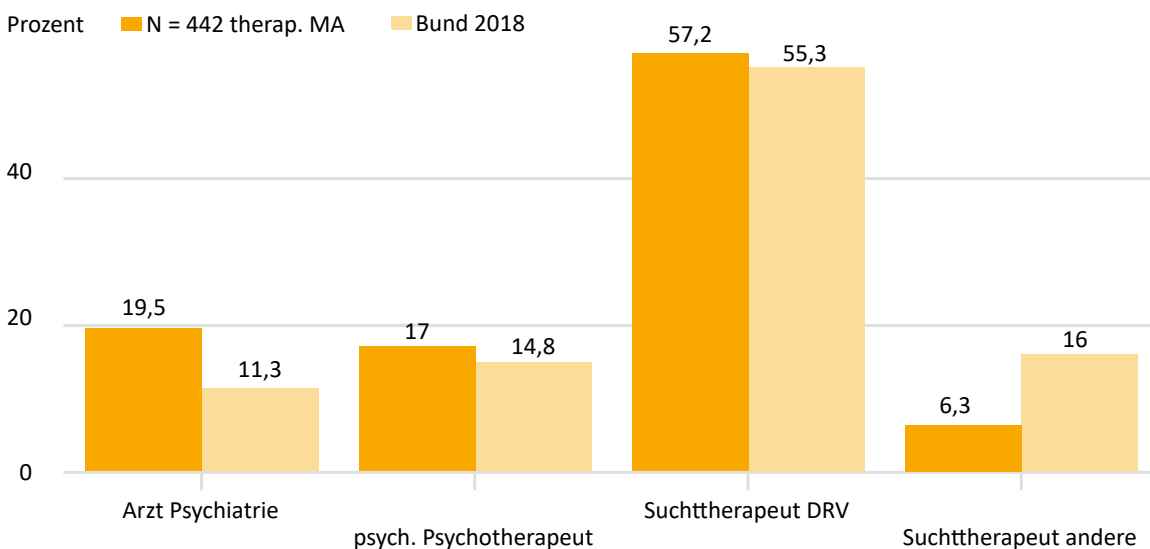
7 Vollzeit-, Teilzeit- und Honorarkräfte sind auf Vollzeitstellen (38,5 Wochenstunden) umgerechnet.

Abb. 2: Beschäftigte – prozentuale Verteilung der rechnerischen Vollzeitstellen



Insgesamt 442 Mitarbeiter*innen der 75 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention verfügen über eine therapeutische Qualifikation (2017: 440), darunter 19,5 % Ärzte (Facharzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie; Facharzt/innen für Psychosomatik und Psychotherapie; ärztliche/r Psychotherapeut/innen, Zusatzbezeichnung Psychotherapie, ggf. fachgebunden, oder Psychoanalyse). Rechnerisch beschäftigt jede Einrichtung 5,9 therapeutische Mitarbeiter*innen. Dieser Wert ist seit 2015 weitgehend unverändert.

Abb. 3: Qualifikation der Beschäftigten

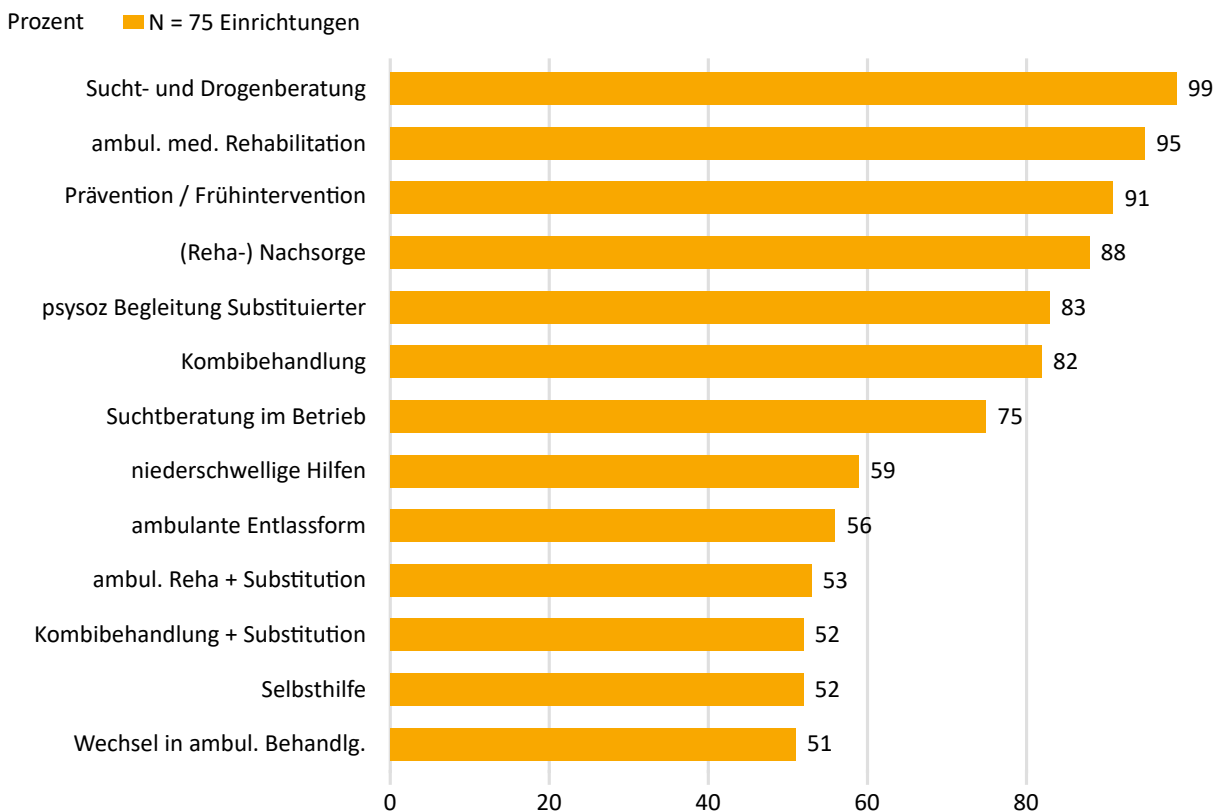


Art der Dienste / Das Betreuungs-, Beratungs- und Behandlungsangebot der Fachstellen: Fast alle ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention arbeiten in der Sucht- und Drogenberatung sowie in der ambulanten medizinischen Rehabilitation (99 bzw. 95 %; Abb. 4). 91 % der Fachstellen engagieren sich darüber hinaus in der Prävention / Frühintervention und 88 % in der (Reha-) Nachsorge. Die psychosoziale Begleitung Substituierter und die Kombibehandlung bieten deutlich über 80 % der ambulanten Einrichtungen an. Drei Viertel aller Beratungsstellen bieten Suchtberatung im Betrieb.

Deutlich mehr als die Hälfte der Einrichtungen haben ambulante Reha- und Kombibehandlungen im Rahmen einer Substitutionsbehandlung im Programm. Eine Vergabe von Substitutionsmitteln erfolgt in 8 % der Fachstellen. Eine Begleitung von Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und deren Angehörige bieten 52 % der ambulanten Einrichtungen als zusätzliche Leistungen an.⁸

38,7 % der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention engagieren sich in Bezug auf die Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung der Klient*innen. Im Vordergrund steht hier die arbeitsmarktorientierte Beratung (34,7 %).

Abb. 4: Dienste und Leistungen, soweit sie von über der Hälfte der Fachstellen angeboten werden



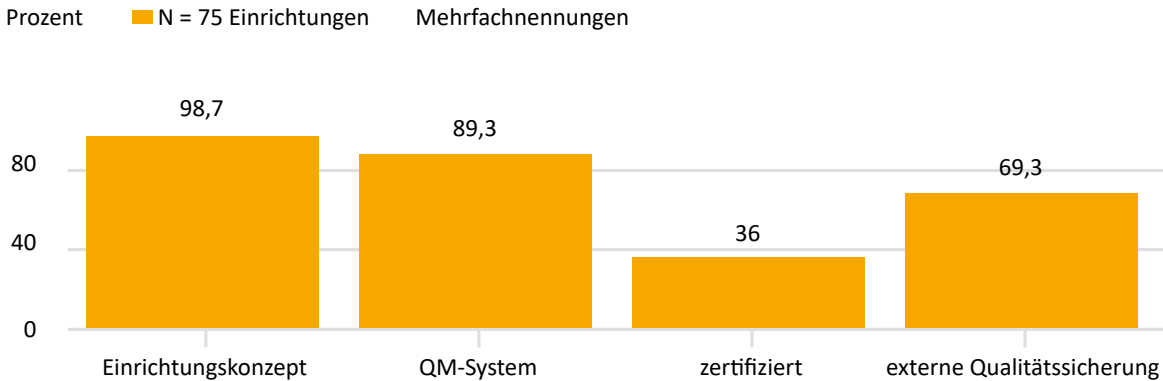
4.3 QUALITÄTSKRITERIEN

Die häufigste Maßnahme zur Qualitätssicherung in den Fachstellen ist das schriftliche Einrichtungskonzept, über das fast alle Fachstellen verfügen (Abb. 5; Bund 97,6 %). Ein QM-System haben 67 Fachstellen implementiert (Bund 69,3 %) und 27 davon sind von einer externen, unabhängigen und akkreditierten Institution zertifiziert (Bund 31,5 %). Die Erstzertifizierungen dieser Einrichtungen (22) erfolgten zwischen 2011 und 2018. An einer externen Qualitätssicherung beteiligen sich 52 Fachstellen.

Im Hinblick auf Bausteine des Qualitätsmanagements sind die Fachstellen weiterhin gut aufgestellt. Hinsichtlich Einrichtungskonzept und QM-System hat es in Niedersachsen einige Fortschritte gegeben. Die Angaben zur Zertifizierung sind gemäß KDS 3.0 mit Angaben zum Jahr der Erstzertifizierung versehen. Demnach sind insgesamt 22 Einrichtungen zertifiziert: Die erste Fachstelle im Jahr 2011, eine weitere im Jahr 2013. Ab 2017 gab es eine deutliche Steigerung. In diesem Jahr wurden 8 Einrichtungen zertifiziert, im Folgejahr weitere 6 Fachstellen.

⁸ Für die deutlichen Schwankungen dieses Unterstützungs-Angebots für die Suchtselbsthilfe innerhalb der letzten Jahre (2010: 71%; 2011: 60%; 2012: 48%; 2013: 67%; 2014: 68%; 2015: 59,5%; 2016: 65%; 2017: 55%) gibt es keine klar erkennbaren Gründe.

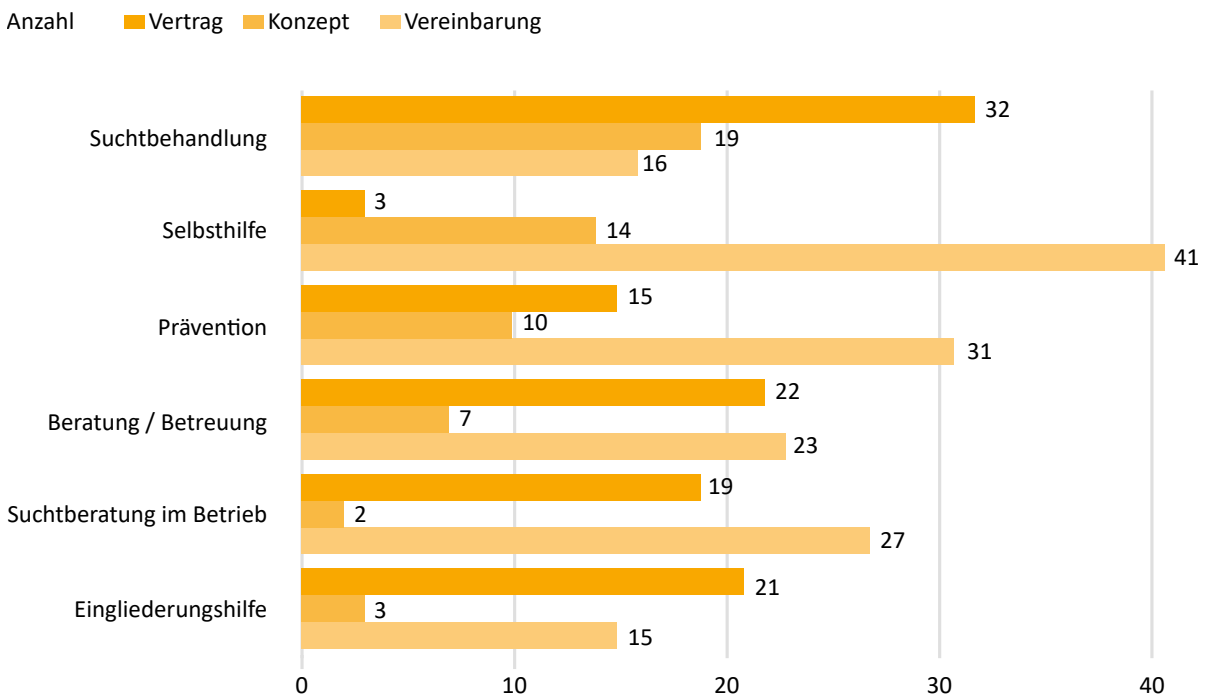
Abb. 5: Bausteine zum Qualitätsmanagement



4.4 KOOPERATION UND VERNETZUNG

Die meisten niedersächsischen Fachstellen (89,3 %) unterhalten eine verbindlich vereinbarte Kooperation mit einer Einrichtung der Suchtbehandlung (stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser etc.; siehe Abb. 6). 77 % der Fachstellen kooperieren mit Einrichtungen der Selbsthilfe, 75 % mit Diensten der Prävention und Frühintervention, 69 % mit anderen Einrichtungen der Beratung und Betreuung, sowie 64 % mit Diensten zur Suchtberatung im Betrieb. Mit 52 % folgen Dienste zur Eingliederungshilfe. Alle übrigen Kooperationen werden von weniger als der Hälfte der Fachstellen unterhalten. Die Kooperationen mit Job-Centern als wichtigem Faktor zur Förderung der Teilhabe werden nach dem KDS 3.0 in der Sammelkategorie „Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung“ erhoben. Mit entsprechenden Einrichtungen unterhalten 44 % der Fachstellen verbindliche Kooperationsvereinbarungen. (Weiteres zur Kooperation mit den Jobcentern siehe Abb. 39.)

Abb. 6: Häufige Kooperationen (über 50 % der FSS) nach Art der Vernetzungsregelungen



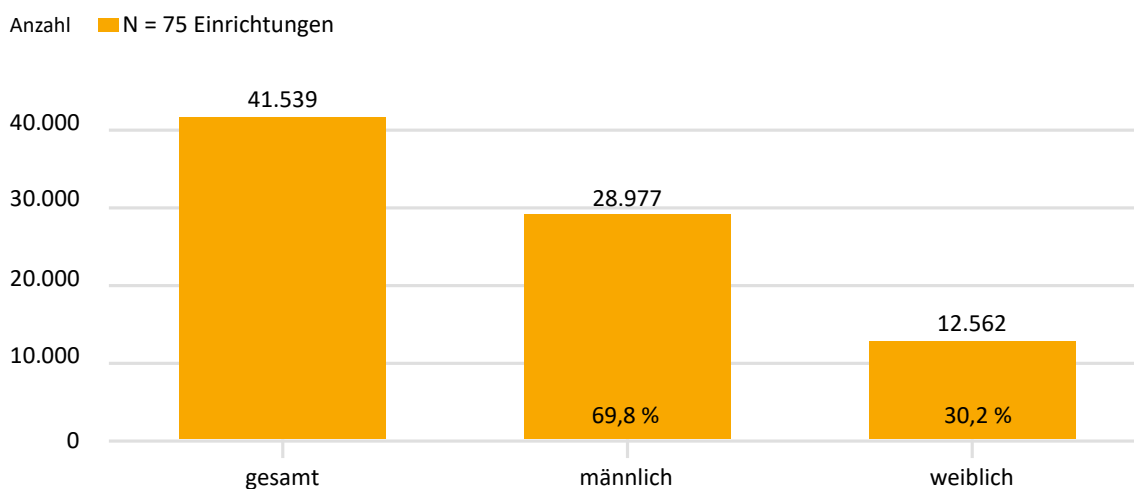
Hinweis: Daten über die Finanzierung und das Budget der Fachstellen werden nach der Umstellung auf KDS 3.0 nicht mehr erhoben.

5.1 KLIENT*INNEN (ANZAHL, GESCHLECHT, ALTER, WOHSITUATION)

In 2018 wurden in Niedersachsen insgesamt 41.539 Klient*innen von 75 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe betreut (2017: 43.858; Bund 2018: 402.244). Durchschnittlich entfallen auf jede Fachstelle für Sucht und Suchtprävention 554 betreute Personen (2017: 585). In den vergangenen Jahren wurden in Niedersachsen dauerhaft über 10 % der Klient*innen des Bundesgebietes versorgt.

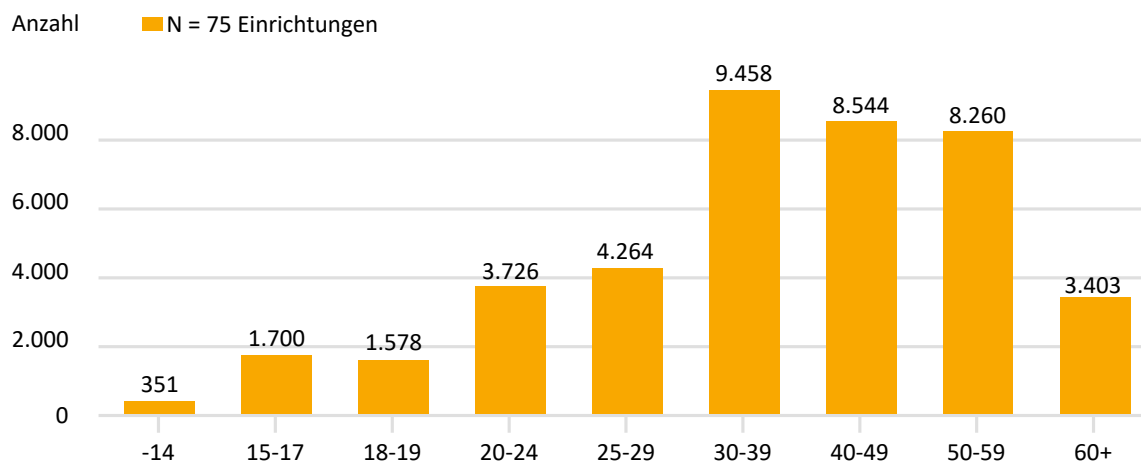
Geschlecht: Es wurden mehrheitlich Männer durch die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention betreut. Sie machten 69,8 % der Gesamtzahl aller Klient*innen aus (2017: 69 %; Bund 2018: 69,1 %). Etwa jede dritte Person, die 2017 beraten oder behandelt wurde, war weiblichen Geschlechts. Früheren Auswertungen zufolge stieg der Frauenanteil an den Betreuungen in Niedersachsen kontinuierlich von 2006 bis 2012 (mit Ausnahme in 2010) und blieb in den Jahren von 2013 bis 2017 konstant und stieg 2018 wieder etwas an.

Abb. 7: Klient*innen und Geschlechterverteilung



Alter: 63,6 % aller betreuten Personen sind bei Betreuungsbeginn zwischen 30 und 59 Jahre alt, 8,8 % der Klient*innen in Niedersachsen sind unter 20 Jahre alt (Bund 2018: 63,6 und 9,1 %). 8,2 % der betreuten Menschen sind 60 Jahre und älter.

Abb. 8: Alter der Klient*innen bei Betreuungsbeginn

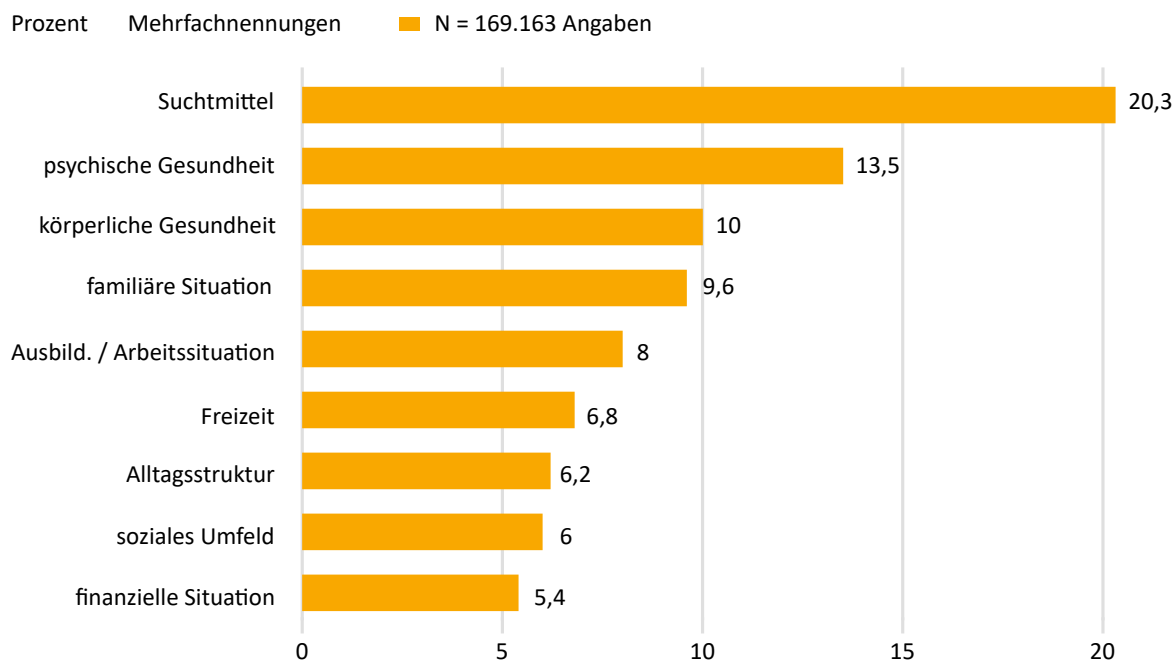


Zugang und Zugangsgründe: 90,1 % der Klient*innen kamen wegen einer eigenen Problematik in die Beratung (Bund 2018: 89,5 %), 9,9 % waren Angehörige von Menschen mit einer Suchtproblematik. Der häufigste Grund, die Leistungen einer Fachstelle Sucht und Suchtprävention in Anspruch zu nehmen, waren Belastungen durch die Suchtmittel, den Substanzkonsum oder das Suchtverhalten (Abb. 9) mit rund 20 % (34.376).

Weitere Gründe waren

- Probleme mit der psychischen Gesundheit / dem seelischen Zustand (13 % bzw. 22.764 Klient*innen)
- Schwierigkeiten mit der körperlichen Gesundheit / dem Befinden (10 % bzw. 16.910)
- Probleme mit der familiären Situation (9,6 % bzw. 16.260)
- eine schwierige Schul- / Ausbildungs- / Arbeits- oder Beschäftigungssituation (8 % bzw. 13.543)
- Belastungen im Freizeitverhalten (6,8 %)
- Belastungen in der Alltagsstruktur (6,2 %)
- Belastungen in dem sozialen Umfeld (6 %)
- Belastungen in den Bereichen finanzielle Situation (5,4 %), Wohnsituation (3,7 %), rechtliche Situation (3,6 %), Fahreignung (3,5 %), andere [als die sexuelle] Gewalterfahrungen (1,6 %), Gewaltausübung (1,1 %) und sexuelle Gewalterfahrungen (0,7 %).

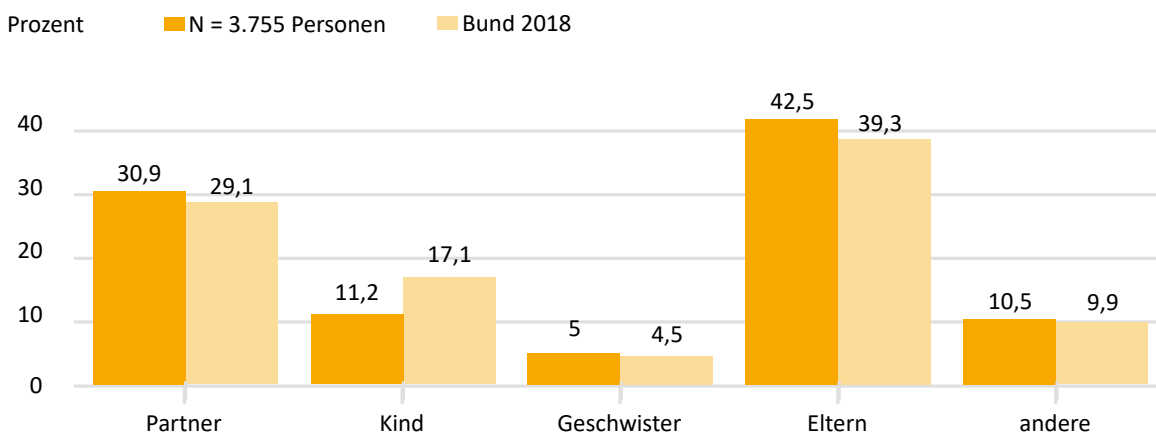
Abb. 9: Sozialmedizinische Gründe für die Inanspruchnahme der FSS (über 5 %)



5.2 ANGEHÖRIGE

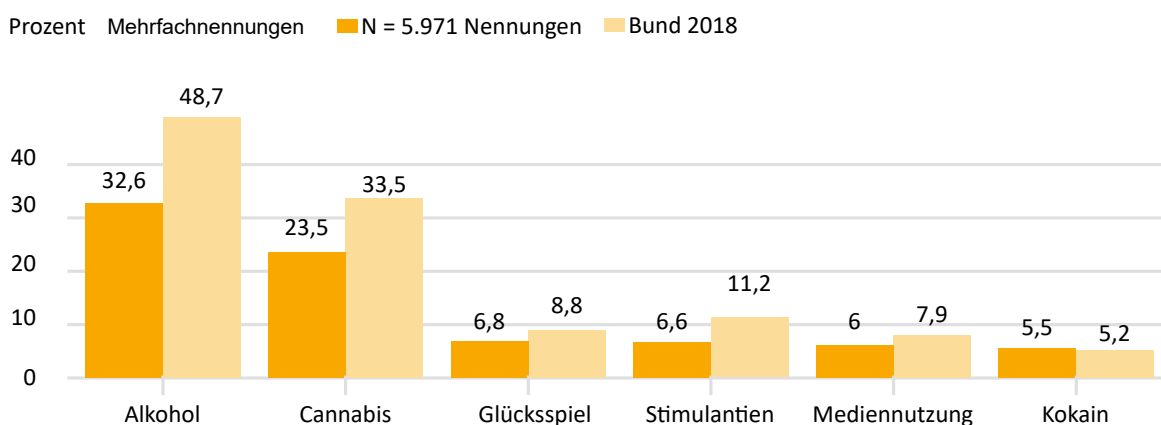
2018 kamen insgesamt 3.755 Angehörige zu einer Beratung in die niedersächsischen Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention (Abb. 10). Den größten Anteil von Angehörigen, die die Beratung der Fachstellen aufsuchten, stellten mit 42,5 % die Eltern der Betroffenen, gefolgt von Partnern (30,9 %). Die Bundeszahlen zeigen ein entsprechendes Bild. Diese Zahlen liegen im Bereich der Ergebnisse des Vorjahres, weichen aber teilweise von den Zahlen der Jahre bis 2017 in Niedersachsen und den Ergebnissen der Bundesstatistik ab. Diese Auffälligkeiten fallen mit der Einführung des KDS 3.0 zusammen.

Abb. 10: Status der Angehörigen



Die meisten Angehörigen nannten in 2018 Probleme ihrer Verwandten oder Partner im Zusammenhang mit den Substanzgruppen Alkohol (32,6 %) und Cannabis (23,5 %). Das Glücksspiel wurde von 6,8 % als Problem benannt, die Mediennutzung von 6 %.⁹

Abb. 11: Suchtproblem aus Sicht der Angehörigen (über 5 %) ¹⁰



⁹ Aktuell nicht erklärbar ist ein deutliches Abweichen der niedersächsischen Zahlen von den Bundesergebnissen (Abb. 11). Die Nennung zur Substanzgruppe Alkohol ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen (2012 bis 2016: 39,6 bis 47 %), sodass der Wert von rund 30 % in Niedersachsen für 2017 und 2018 als gering betrachtet werden muss. Verglichen mit den vergangenen Jahren erscheinen die 25 % der Nennungen zu den Cannabinoiden dagegen als realistisch (2012 bis 2017: 17,9 bis 25,4 %). Hier scheint die Zahl der Bundesergebnisse 2017 und 2018 zu hoch zu sein (Bund 2012 bis 2016: 22,3 bis 25,4 %).

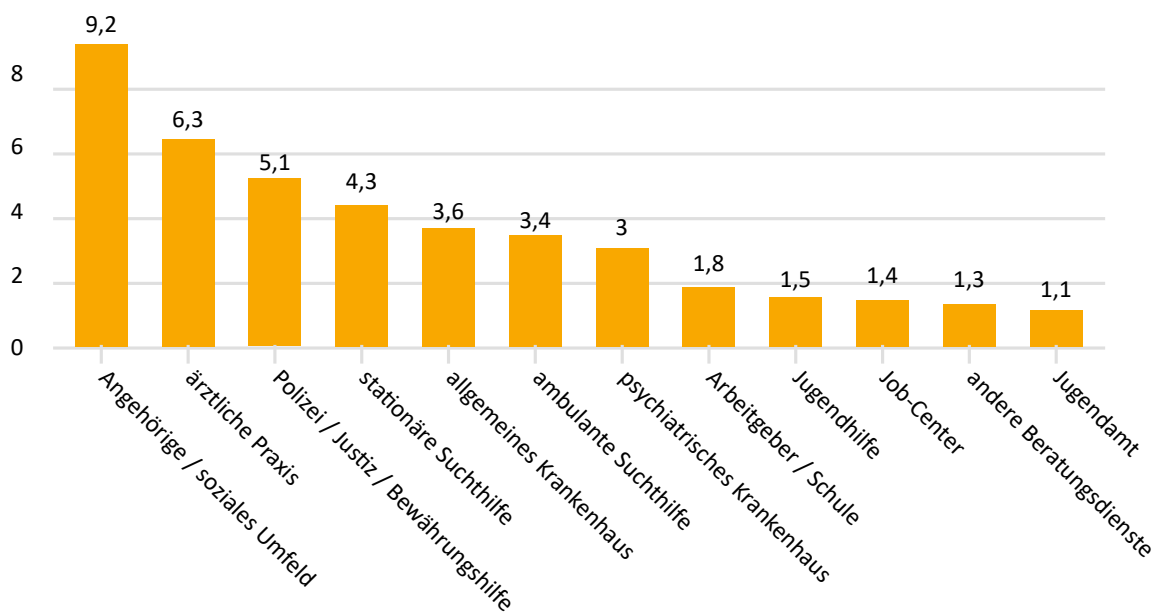
¹⁰ Opiode = 4,6%; Tabak = 4,5%; Hypnotika / Sedativa = 2,0%; Halluzinogene = 1,2%; Inhalantien / flüchtige Lösungsmittel = 0,2%; sonstige Substanzen / multipler Substanzkonsum = 1,5%; Essverhalten = 0,9%; Sonstiges = 4,3%.

5.3 VERMITTLUNG

In 2018 suchten in Niedersachsen 51,3 % der Klient*innen direkt und ohne vermittelnde Instanz die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe auf (2017: 52,1 %; Bund 2018: 43,4 %). Die hohe Quote der Selbstmelder kann als Vertrauensbeweis für das Angebot der Beratungsstellen gewertet werden. Die Beratungsdienste sind in der Bevölkerung bekannt und etabliert. In 9,2 % der Fälle spielten darüber hinaus die Angehörigen und das soziale Umfeld (Bund: 7,3 %), niedergelassene Ärzte zu 6,3 % (Bund: 7,1 %), die Polizei / Justiz / Bewährungshilfe mit 5,1 % (Bund: 8,4 %) und die allgemeinen Krankenhäuser zu 3,6 % (Bund: 2,4 %) eine wichtige Rolle als Vermittler für eine Beratung oder Therapie.

Abb. 12: Quoten der Fremdvermittlung (über 1 %)

Prozent ■ N = 30.768 davon ohne Vermittlung = 15.779

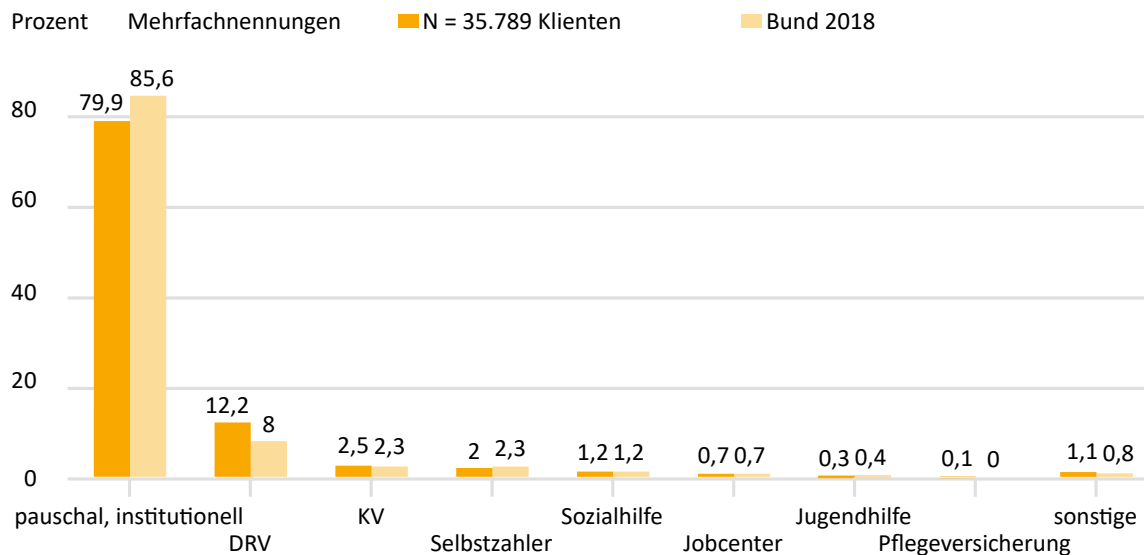


Aufgrund des neuen Kerndatensatzes und teilweise anderer Zusammensetzungen der Kategorien weichen die Vermittlungswerte der Jahre 2017 und 2018 teilweise deutlich von den Werten der Vorjahre ab. Bemerkenswert an den aktuellen Ergebnissen ist, dass die Vermittlung durch allgemeine Krankenhäuser in 2018 in Niedersachsen stark zurückgegangen ist (2017: 6,6 %).

5.4 KOSTEN-/LEISTUNGSTRÄGER

Die gesamten Kosten der Fachstellen für die Betreuung und Behandlung der suchtkranken Menschen, die Hilfe und Unterstützung in einer ambulanten Fachstelle suchten, wurden mit fast 80 % ganz überwiegend von den Kommunen und vom Land Niedersachsen über die pauschale institutionelle Förderung getragen (Abb. 13). Auf Bundesebene war die überwiegende Kostenträgerschaft durch staatliche Stellen noch deutlich stärker ausgeprägt, während hier eine Kostenträgerschaft durch die Rentenversicherung - die zweite wichtige Finanzierungsquelle der ambulanten Suchthilfe - seltener als in Niedersachsen erfolgte. Der höhere Anteil von Mitteln der DRV an der Finanzierung der Leistungen der Fachstellen erklärt sich vor allem durch die Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen für Suchtkranke: Niedersachsen verfügt über eine im Bundesvergleich hohe Quote an DRV-erkannten Einrichtungen für ambulante Reha-Angebote im Bereich der Suchterkrankungen.

Abb. 13: Externe Kosten-/Leistungsträger der FSS

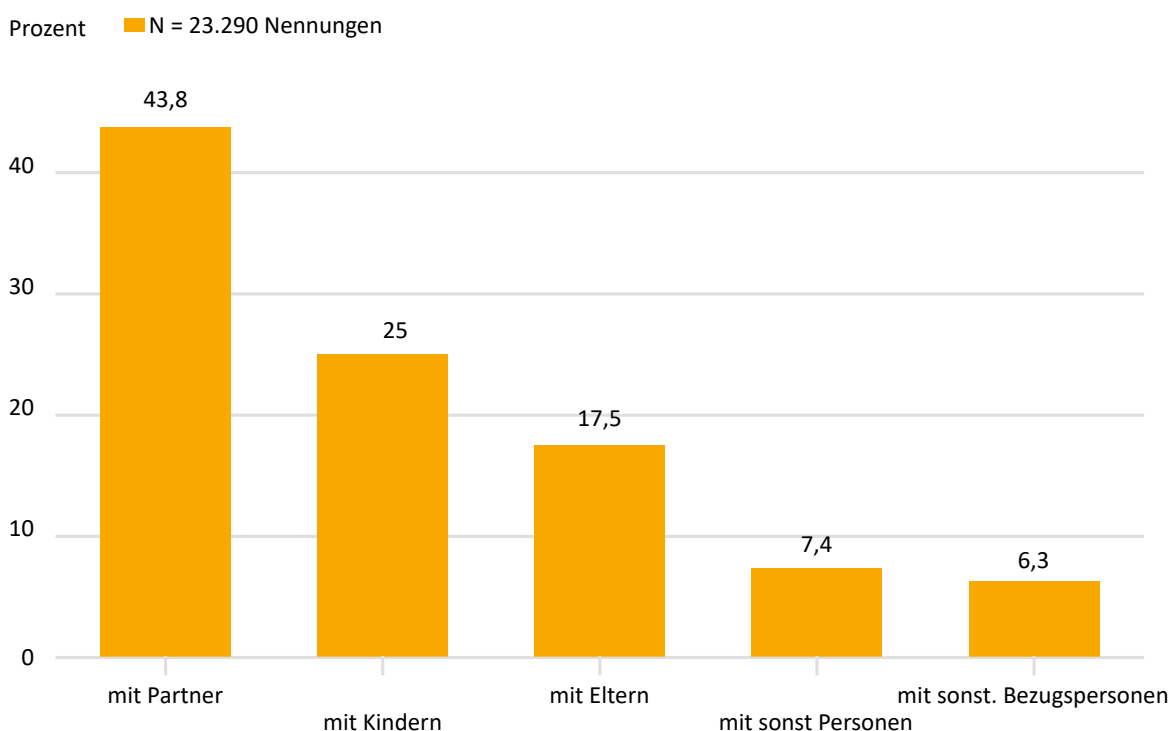


5.5 SOZIODEMOGRAPHIE

Lebenssituation: Insgesamt gaben in Niedersachsen 14.496 Klient*innen an, dass für sie eine Partnerschaft besteht. Das entspricht 34,9 % der Gesamtzahl an Klient*innen. 11.482 Betreute lebten allein (27,6 % von gesamt; Bund: 35,3 %).

Von den nicht allein lebenden Klient*innen (N=23.290) lebten 43,8 % mit ihren Partner*innen zusammen, 25 % mit Kindern, 17,5 % mit Eltern, 7,4 % mit sonstigen Personen und 6,3 % mit sonstigen Bezugspersonen.

Abb. 14: Lebenssituation nicht alleinlebender Klienten*innen

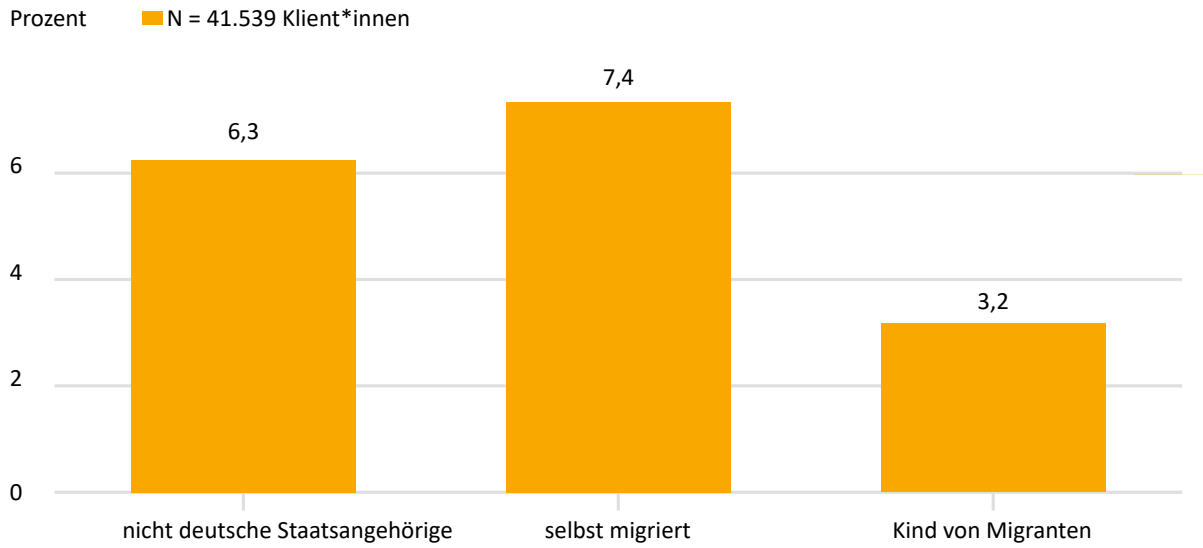


Kinder: In 2018 waren 201 Klient*innen, die die Hilfe einer ambulanten Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention in Anspruch nahmen, während der Betreuung und Behandlung schwanger (1,6 % der Frauen). Die Klient*innen der ambulanten Einrichtungen mit dem Status „Eltern“ hatten zusammen knapp 20.000 eigene Kinder, davon war knapp die Hälfte unter 18 Jahren alt. Mit Klient*innen in einem Haushalt zusammen lebten über 7.000 minderjährige Kinder, davon waren 5.400 eigene. Rund 4.000 minderjährige eigene Kinder (37,1 % der eigenen minderjährigen Kinder) lebten nicht im Haushalt der betreuten Personen, über 70 % davon bei dem anderen Elternteil, 13 % in einer Pflegefamilie und 5 % in öffentlichen Erziehungseinrichtungen.

Wohnsituation: In 2018 hat die Quote für selbstständiges Wohnen der Klient*innen im Zuge der Behandlung um 5,7 Prozentpunkte zugenommen (auf 78,4 %; N = 21.335). Die Quote für das Wohnen bei anderen Personen stieg leicht von 12,7 auf 12,9 % (N = 3.522). In demselben Zeitraum ist das Wohnen in einem Wohnheim oder Übergangswohnheim von 9,5 auf 2,2 % gesunken (auf N = 609) und das Wohnen in einer Notunterkunft oder Übernachtungsstelle ist von 0,8 auf 0,7 % leicht gefallen (auf N = 192). Die Quote der Wohnungslosen ist von 0,5 auf 0,6 % (auf N = 159) geringfügig gestiegen.

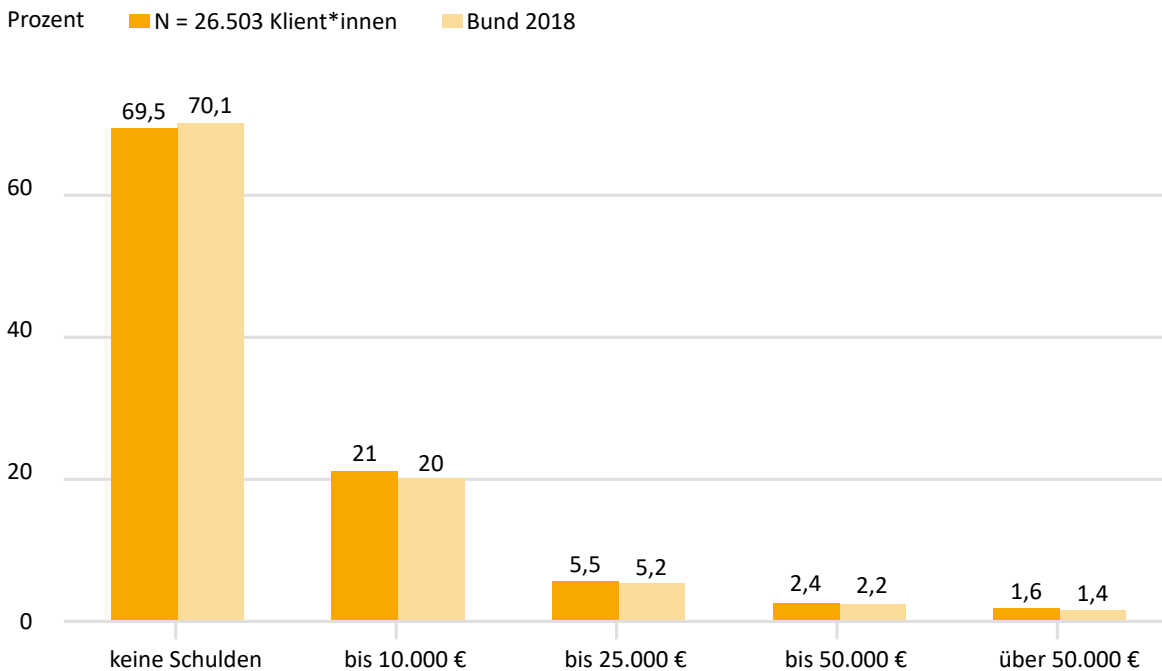
Herkunft: In 2018 besaßen 2.617 Klient*innen (6,3 %) eine andere als die deutsche Staatsbürgerschaft (2011: 5 %; 2012: 5,8 %; 2013: 5,6 %; 2014: 6,8 %; 2015: 6,1 %; 2016: 5,9 %; 2017: 5,9 %). Selbst migriert sind 7,4 % der Klient*innen (Bund: 11,8 %). 3,2 % der Klient*innen wurden als Kinder von Migranten in Deutschland geboren (Bund: 6,3 %).

Abb. 15: Migration



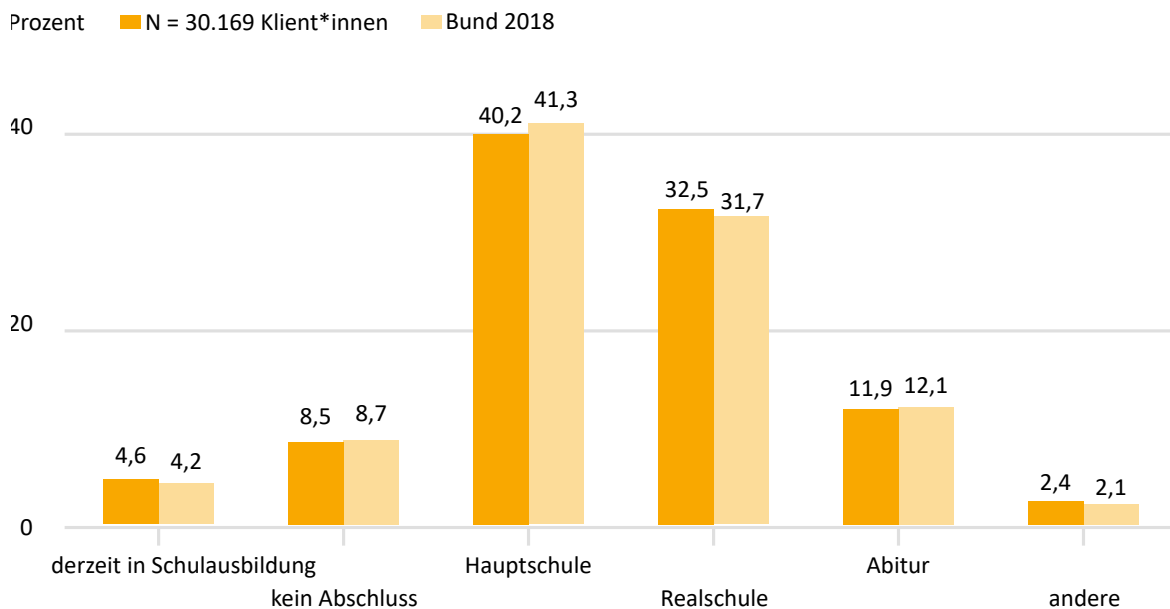
Verschuldung: Über zwei Drittel der Klient*innen hatten in 2018 keine problematische Schuldsituation. Knapp ein Fünftel der Betreuten war mit Beträgen von bis zu 10.000 Euro verschuldet, 9,5 % hatten Schulden in Höhe von mehr als 10.000 Euro.

Abb. 16: Problematische Schulden



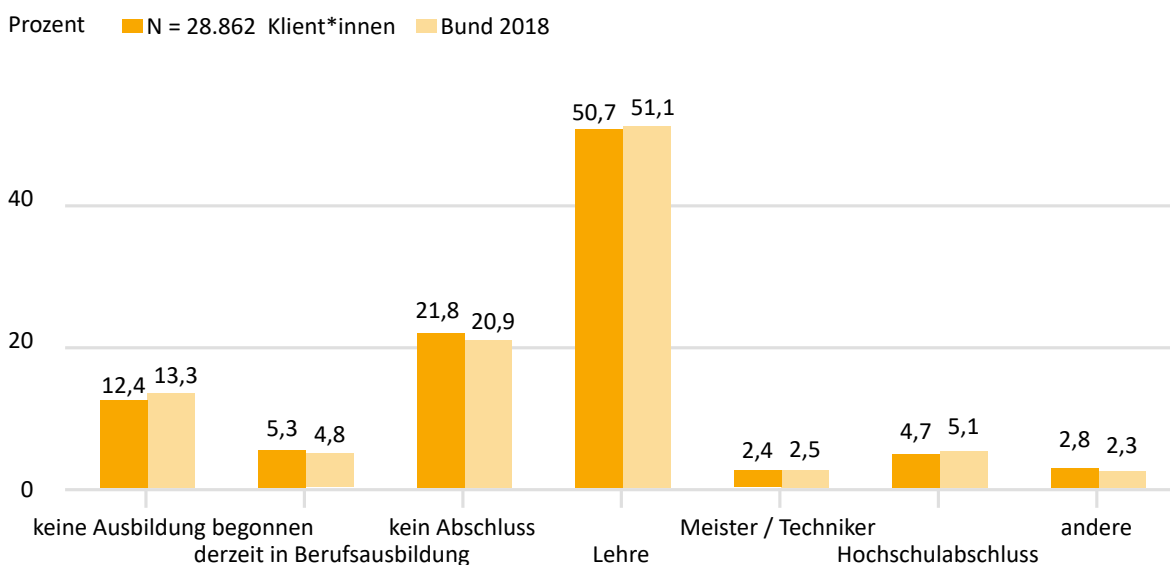
Schulbildung: Im Hinblick auf den Bildungsabschluss waren unter den Klient*innen die Absolvent*innen von Haupt- und Realschulen am stärksten vertreten (72,7 %), knapp 5 % befanden sich in einer schulischen Ausbildung. Etwas über 8 % besaßen keinen Schulabschluss, knapp 12 % hatten das Abitur.

Abb. 17: Schulbildung



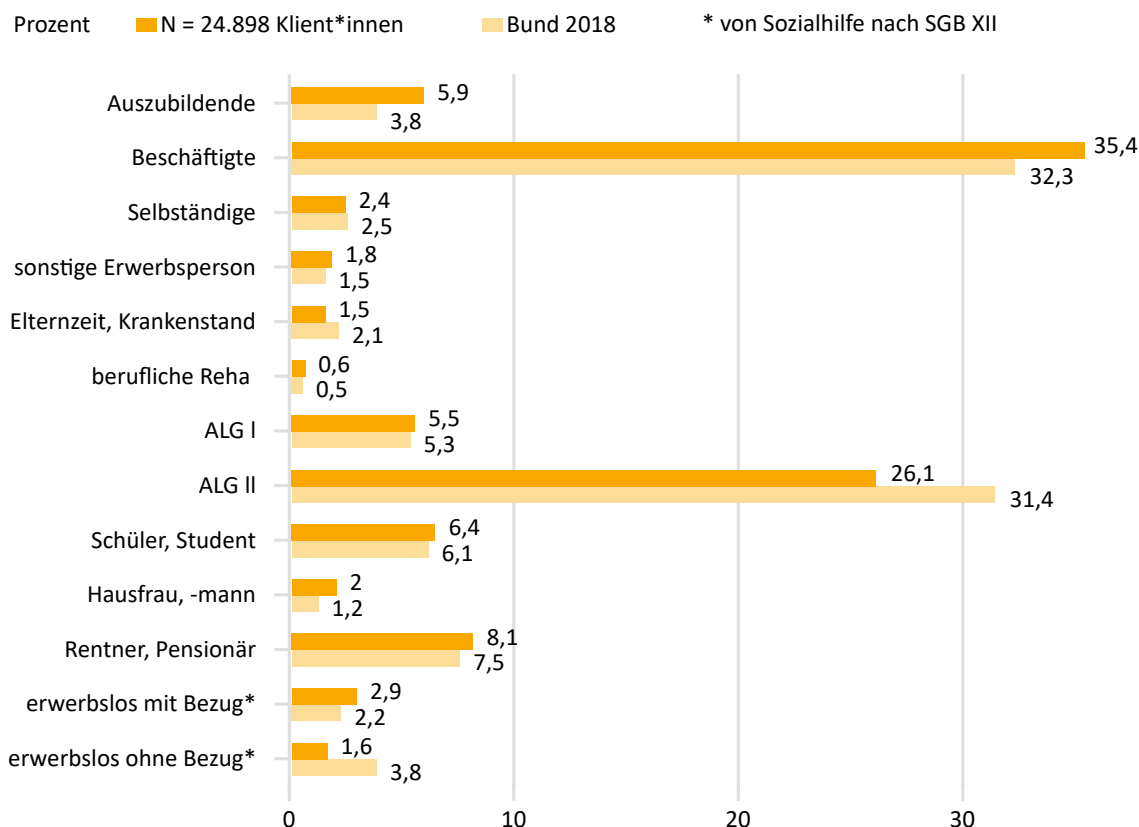
Berufsausbildung: Mehr als die Hälfte der betreuten Menschen hatte eine betriebliche Ausbildung abgeschlossen; über ein Drittel verfügte hingegen über keinen Berufsabschluss. Dies kann insbesondere bei der Antragstellung für eine ambulante medizinische Rehabilitation ein Problem darstellen, wenn für eine positive Reha-Prognose die Wiederaufnahme oder Fortführung der Erwerbstätigkeit zugrunde gelegt wird.

Abb. 18: Ausbildungsabschlüsse der Klient*innen



Beschäftigungsverhältnis: Insgesamt standen am Tag vor Betreuungsbeginn¹¹ 47,5 % im Erwerbsleben – als Beschäftigte, Selbständige, in Elternzeit, Azubi, in beruflicher Reha und sonstige Erwerbspersonen. Diese Personengruppen werden als die primäre Zielgruppe eines ambulanten Beratungs- und Therapieangebots folglich in einem hohen Maß erreicht. Umgekehrt betrachtet lässt sich sagen, dass 52,5 % der Klient*innen nicht am Erwerbsleben beteiligt (2017: 58,2 %) waren. Abb. 19 zeigt den Vergleich mit den Bundeszahlen zum Zeitpunkt des Betreuungs-/Behandlungsbeginns¹².

Abb. 19: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn



Während der Betreuung und Behandlung durch die niedersächsischen Fachstellen erhöhte sich der Anteil der nicht erwerbstätigen Klient*innen von 52,5 auf 58,6 %. Dies ist vorrangig darauf zurückzuführen, dass sich der Anteil an Beschäftigten (Arbeiter, Angestellte, Beamte) von 35,4 auf 32,1 % verringerte und gleichzeitig der Anteil von ALG II-Beziehern von 26,1 auf 32,5 % stieg.

Längsschnittvergleich zum ALG: In den Jahren bis 2016 wurden an dieser Stelle die Zahlen der ALG I- und ALG II-Empfänger auch im Verhältnis zur Gesamtzahl der Klient*innen fortgeschrieben. Durch den veränderten Kerndatensatz (KDS 3.0) und die damit einhergehende veränderte Datenerhebung ab 2017 sind die Ergebnisse aus den beiden Instrumenten nicht mehr direkt vergleichbar. Deshalb wird die Darstellung der entsprechenden Werte mit dem Jahrgang 2017 neu begonnen.

Den Zahlen der ALG I- und ALG II-Empfänger stehen relativ wenige Klient*innen gegenüber, für die von Seiten der Fachstellen eine Kooperation mit dem Jobcenter unterhalten wird.

11 Bundeszahlen zum Betreuungs-/Behandlungsende liegen leider nicht vor.

12 Die Gesamtzahl der Klienten ist durch fehlende Werte niedriger als in Abb. 7 angegeben.

Abb. 20: Erwerbsstatus am Tag vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn

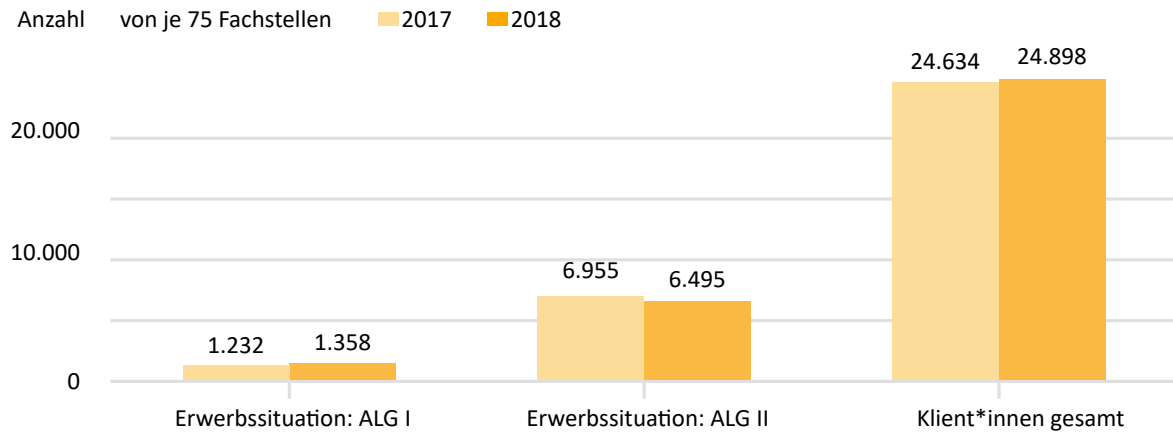
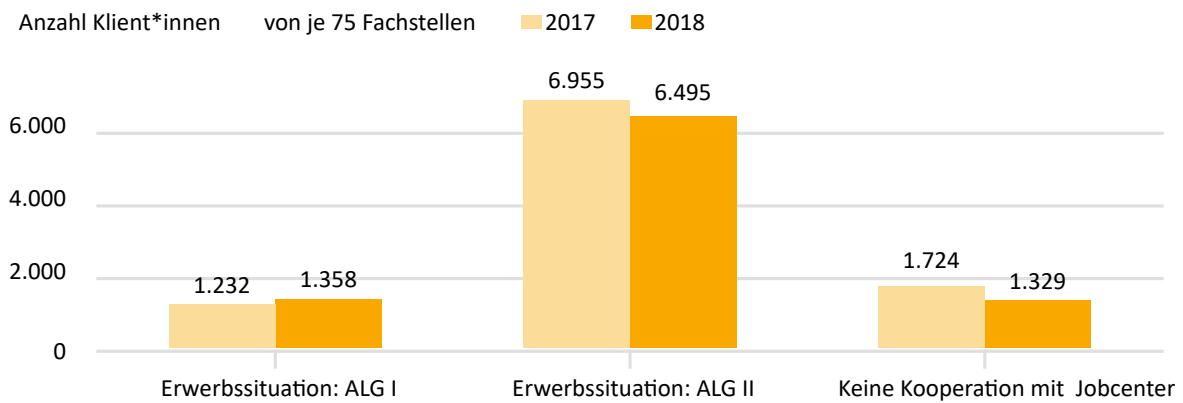


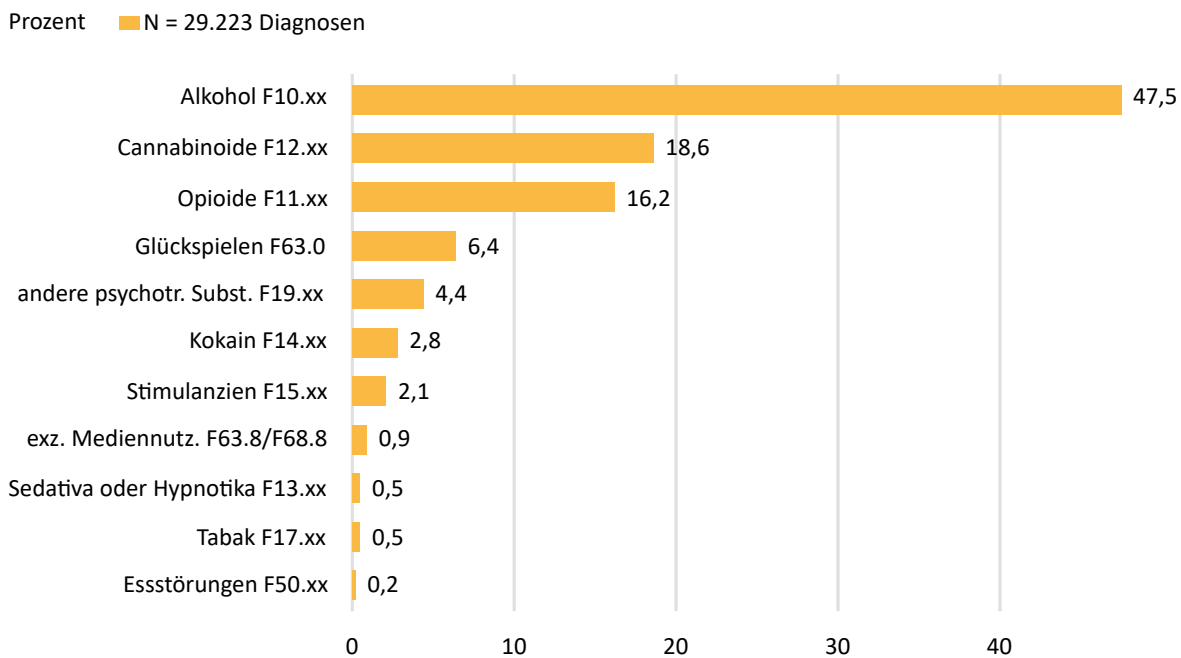
Abb. 21: Erwerbsstatus (am Tag vor) und Kooperation mit Jobcenter



5.6 HAUPTDIAGNOSEN

Der Deutsche Kerndatensatz erfasst sowohl die substanzbezogenen als auch andere Diagnosen auf der Grundlage des Klassifikationssystems ICD-10-GM und bezieht sich auf die Situation bei Betreuungsbeginn. Als behandlungsleitende ICD-10-Diagnose (Hauptdiagnose) entfielen auf die Abhängigkeit von Alkohol mit 13.900 Nennungen rund 48 % (Bund: 46,5 %), gefolgt von Cannabinoiden (5.400; Bund: 16,2 %) und Opioiden (4.700; Bund: 17,6 %) und dem Glücksspiel (1.900; Bund: 4,7 %) Siehe dazu die Abb. 22.¹³ Außerdem wurden etwa 5.400 weitere Diagnosen im Zusammenhang mit der Abhängigkeitserkrankung gestellt.¹⁴

Abb. 22: Hauptdiagnosen von allen Klient*innen



84 Klient*innen teilten im Rahmen der aktuellen Betreuung und Behandlung mit, dass sie mit positivem Ergebnis auf HIV getestet worden sind. 46 Klient*innen gaben eine aktive Hepatitis B-Infektion (Virusnachweis positiv) an und für 458 Klient*innen war eine aktive Hepatitis C-Infektion (Virusnachweis positiv) dokumentiert.

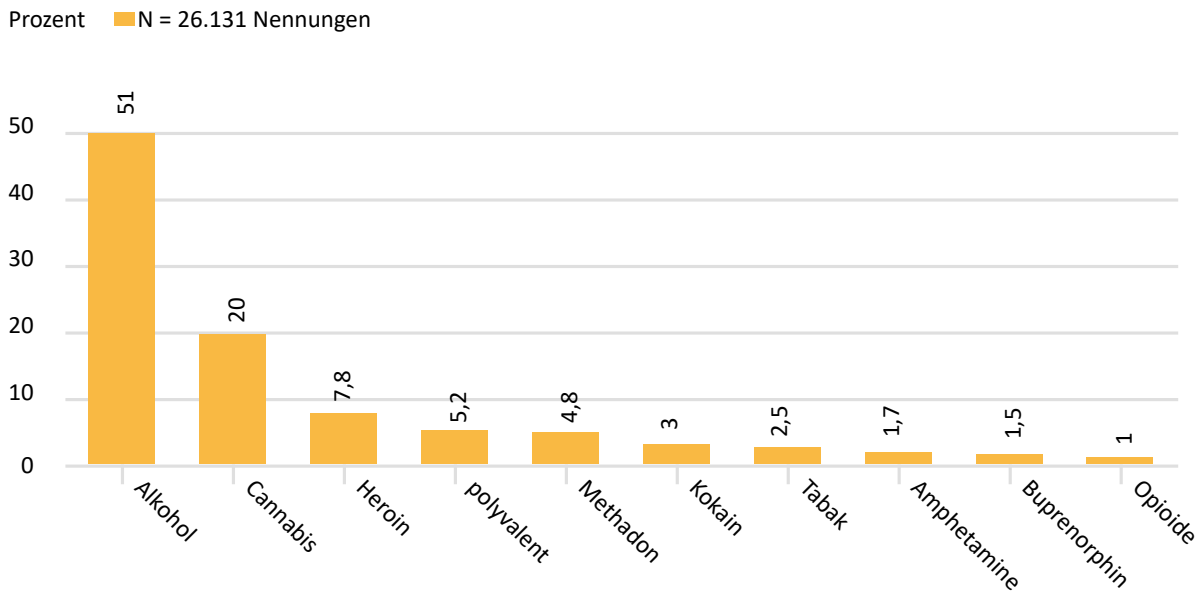
Im Hinblick auf den Konsum von psychotropen Stoffen als Hauptsubstanz¹⁵ entfielen 51 % auf Alkohol (Abb. 23; Bund: 50,5 %), gefolgt von Cannabis (20 %, Bund: 19,3 %) und Heroin mit 7,8 % (Bund: 9,6 %).

13 In einigen Fällen kann - aus unterschiedlichen Gründen - im Rahmen der Betreuung und Behandlung keine Hauptdiagnose für die Klienten*innen gestellt werden. Dies erklärt die geringere Zahl an Nennungen (vgl. Abb. 7).

14 Diese können zum Beispiel sein: F1x.0 akute Intoxikation, F1X.3 Entzugssyndrom, F1X.4 Entzugssyndrom mit Delir, F1X.5 psychotische Störung, F1X.6 amnestisches Syndrom, F1X.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung. 2.407 weitere ICD-Diagnosen entfallen auf den Bereich somatischer oder neurologischer Störungen, die nicht aus dem Spektrum der Diagnosen zu psychischen und Verhaltensstörungen (Fxx.xx) stammen.

15 Aus allen konsumierten Substanzen stellt die Hauptsubstanz diejenige Substanz dar, die die meisten psychosozialen Probleme verursacht und/oder die den Beratungsanlass darstellt. Im Gegensatz zu den „Hauptsubstanzen“ sind Hauptdiagnosen klinisch abgeklärt.

Abb. 23: Hauptsubstanzen (über 1 % von allen Nennungen)



Die häufigste Diagnose in Bezug auf psychotrope Substanzen bezieht sich auf Alkohol mit etwa einem Drittel der Fälle (16.630; Bund 59 %), gefolgt von Tabak (9.718; Bund 26,1 %) und Cannabis (9.211; Bund 30,5 %) mit jeweils knapp unter 20 % (Abb. 24). Einzelne Klient*innen haben mehrere ICD-Diagnosen, so entsteht die große Zahl an Nennungen.

Abb. 24: Vorliegende Diagnosen nach ICD-10

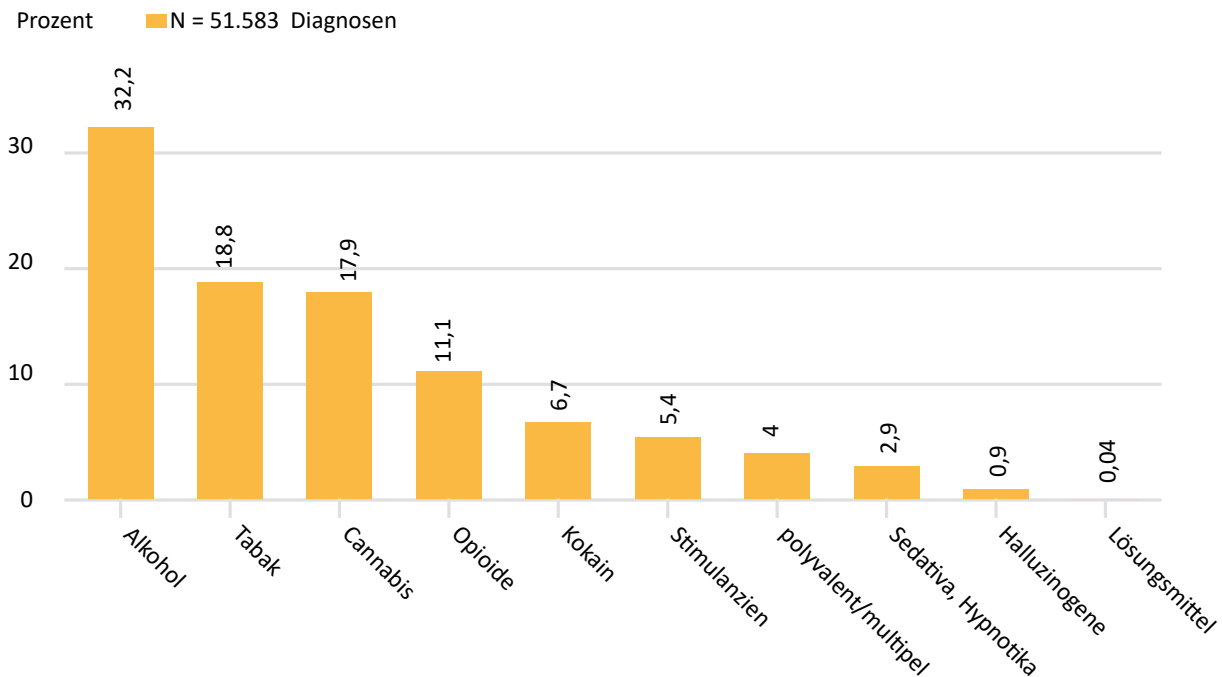
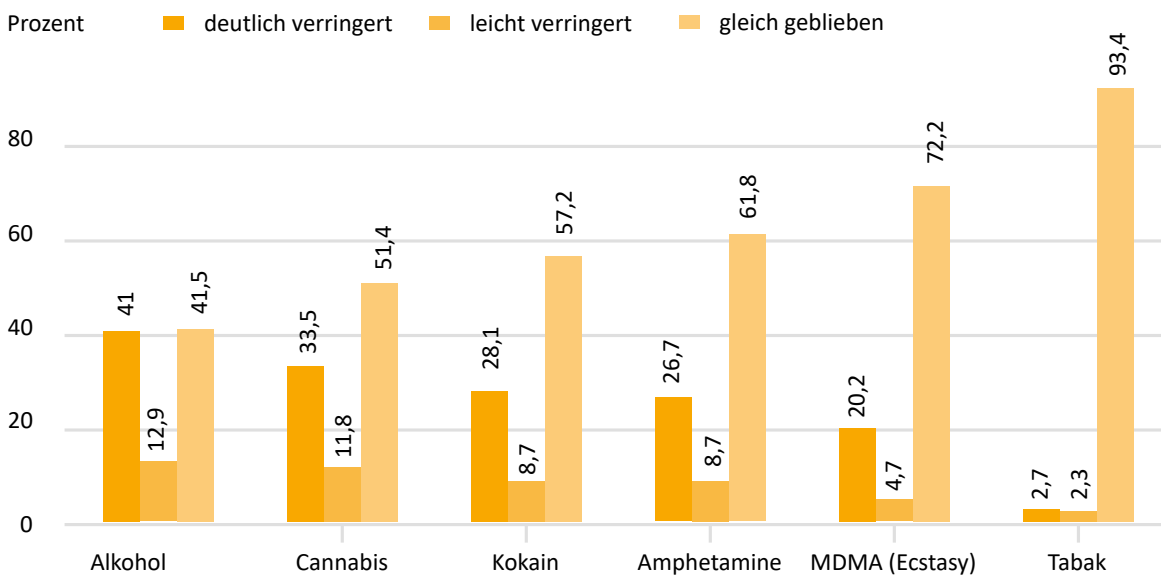


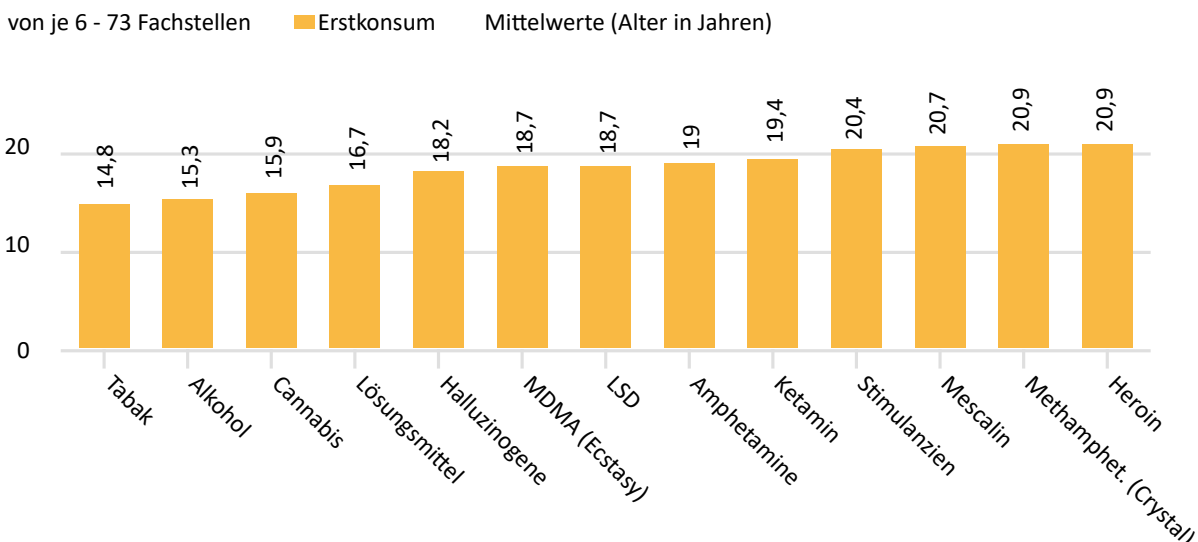
Abb. 25 zeigt die Veränderungen der Konsummenge am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsanfang für ausgewählte Substanzen.¹⁶ Ausgewählt wurden die Substanzgruppen, deren Konsum für mehr als 500 Klient*innen bewertet worden sind. Die niedersächsischen Werte für „deutlich verringert“ und „leicht verringert“ lagen durchgängig über den Werten der Bundesstatistik, die Werte für „gleich geblieben“ lagen unter den Bundeswerten. Dies spricht für ein besseres Betreuungsergebnis Niedersachsens im Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt. In 2.662 Fällen wurde der Substanzkonsum ärztlich verordnet. Dies betraf in 2018 in größerem Umfang Methadon (1.591), Buprenorphin (489), andere Opiate (224), Benzodiazepine (154) sowie Heroin (76) und Cannabis (48).

Abb. 25: Bewertung der Konsummenge zu Beginn und Ende der Betreuung



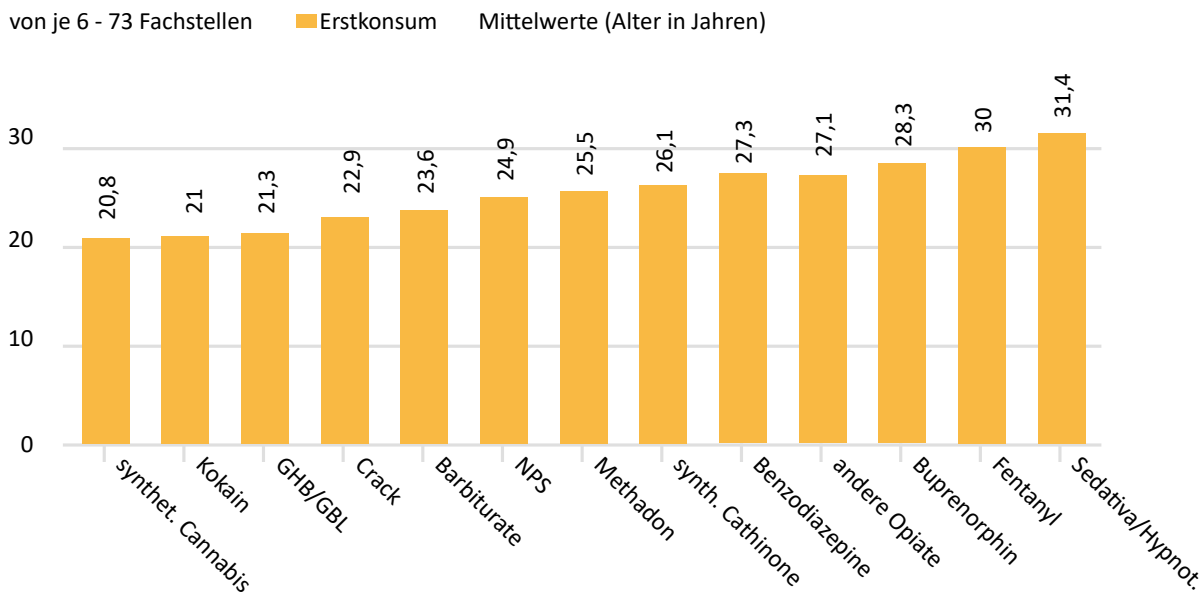
Als Erstkonsum gelten die Angaben der Klient*innen über das Alter, in dem sie die jeweilige Substanz in einer relevanten Dosis das erste Mal im Leben konsumiert haben. Die Abb. 26 und 27 zeigen, dass die jeweiligen Werte für die Substanzgruppen zwischen rund 15 und 30 Jahren lagen. Die Bundeszahlen zeigen im Wesentlichen ein entsprechendes Bild mit Abweichungen von meistens ein bis zwei Jahren.

Abb. 26: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum I



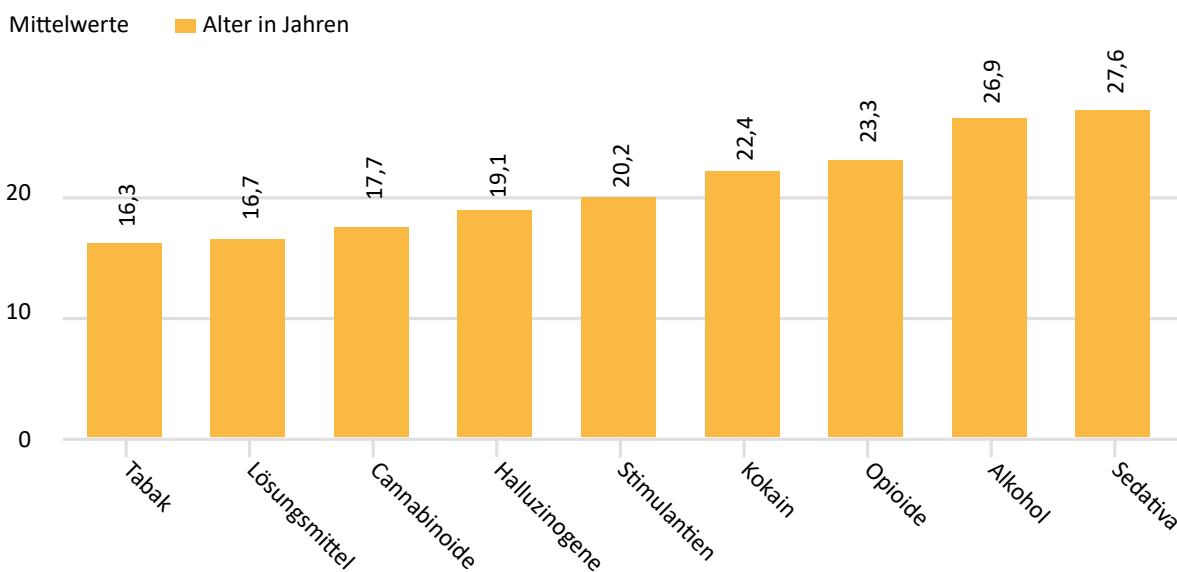
¹⁶ Auf die hier nicht abgebildeten Kategorien „leicht gesteigert“ und „deutlich gesteigert“ entfielen bei diesen Stoffen zwischen 1 und 3 %.

Abb. 27: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum II



Das in Abb. 28 gezeigte Alter bei Störungsbeginn entspricht den Angaben der Klient*innen über den Beginn einer Problementwicklung. Dies wird häufig dann der Fall sein, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Konsums vorliegt, was die Entwicklung einer Problemdynamik nach sich zieht. Die Bundeszahlen weisen für alle Substanzen vergleichbare Werte aus. Im Vergleich der niedersächsischen Werte mit den Zahlen zum Erstkonsum fällt auf, dass bei den meisten Substanzen zwischen Erstkonsum und Entwicklung einer Problematik nur ein bis zwei Jahre liegen. Beim Alkohol hingegen beträgt die Zeitspanne bis zur Entwicklung oder Wahrnehmung einer Problematik durchschnittlich über zehn Jahre (im Bund ebenso).

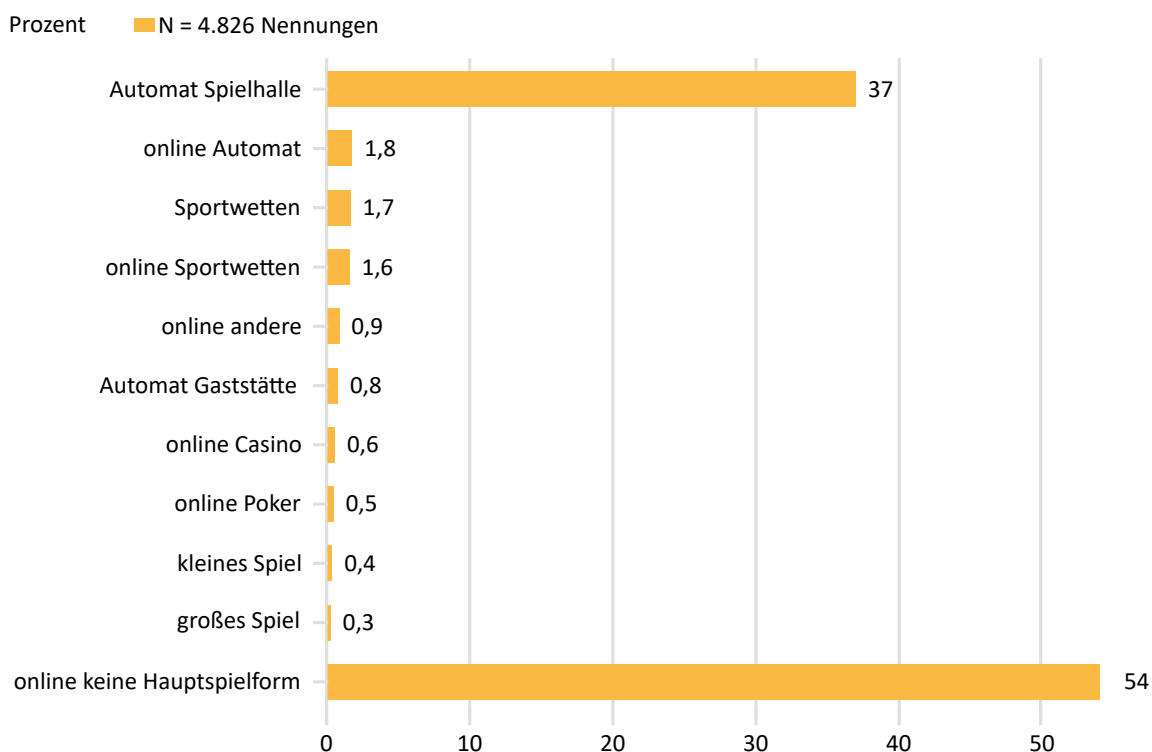
Abb. 28: Alter bei Störungsbeginn



5.7 GLÜCKSSPIELVERHALTEN

37 % (1.789) der Hauptspielformen entfielen auf das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Spielhallen (Abb. 29). Die stärkste Ausprägung betrifft das Online-Spiel ohne Hauptspielform (Nutzung multipler Spielformen) mit 54 % der Nennungen (2.605). Die Dominanz des Automatenspiels deckt sich mit den bislang bekannten Untersuchungsergebnissen aus der Glücksspielsucht-Forschung. Abb. 29 zeigt die Hauptspielformen mit über zehn Nennungen.

Abb. 29: Anteil der Hauptspielformen (über zehn Nennungen)



1.939 Klient*innen erfüllten die Diagnosekriterien für F 63.0 (ICD-10) für pathologisches Glücksspielen. Für 121 Klient*innen lag keine aktuelle Diagnose für pathologisches Glücksspielen vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber früher einmal.

Die durchschnittlichen Spieltage - sowohl terrestrisch als auch online - konnten im Vergleich des Konsumverhaltens in den letzten 30 Tagen vor Beginn und vor Abschluss der Betreuung / Behandlung bei allen Spielformen deutlich reduziert werden (Abb. 30 und Abb. 31). Die Verringerung der Spieltage betrug bei den meisten Spielformen eine nennenswerte Reduktion der Spieltage. Beim Glücksspiel über das Internet waren die Erfolge überwiegend deutlicher ausgeprägt, besonders bei Automaten- und Casinospielen wurden die Spieltage auf fast ein Viertel und weniger verringert. Hinsichtlich online Lotterien konnte das Glücksspiel nicht so stark unterbunden werden. Die Zahlen geben Durchschnittswerte von allen Klient*innen der Fachstellen wieder, so dass davon auszugehen ist, dass in mehr Fällen als hier dargestellt, das Spielverhalten stark reduziert oder völlig verhindert werden konnte, während es in anderen Fällen weniger stark verringert werden konnte.

Abb. 30: Spieltage **terrestrisch** in den letzten 30 Tagen zu Beginn und Ende der Betreuung

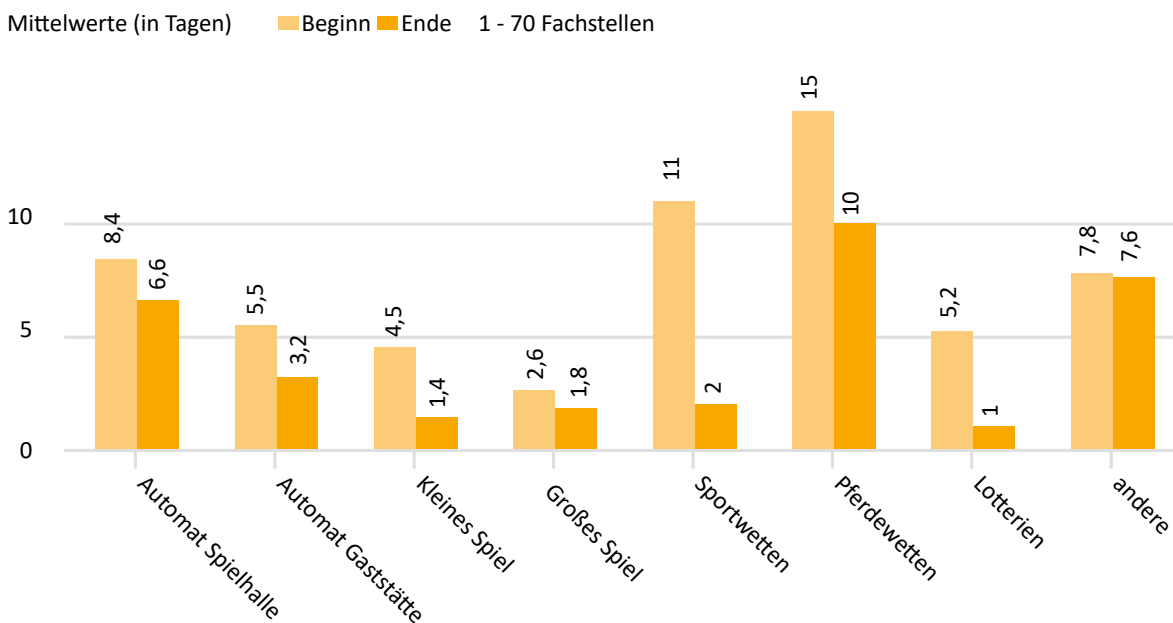


Abb. 31: Spieltage **online** in den letzten 30 Tagen zu Beginn und Ende der Betreuung

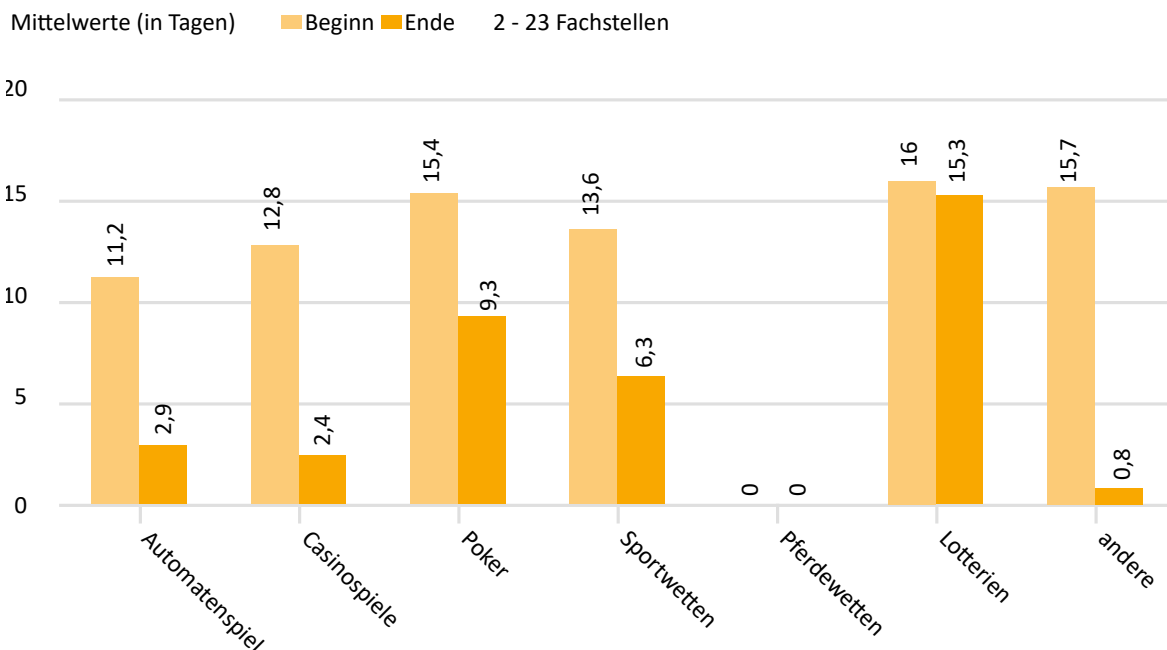
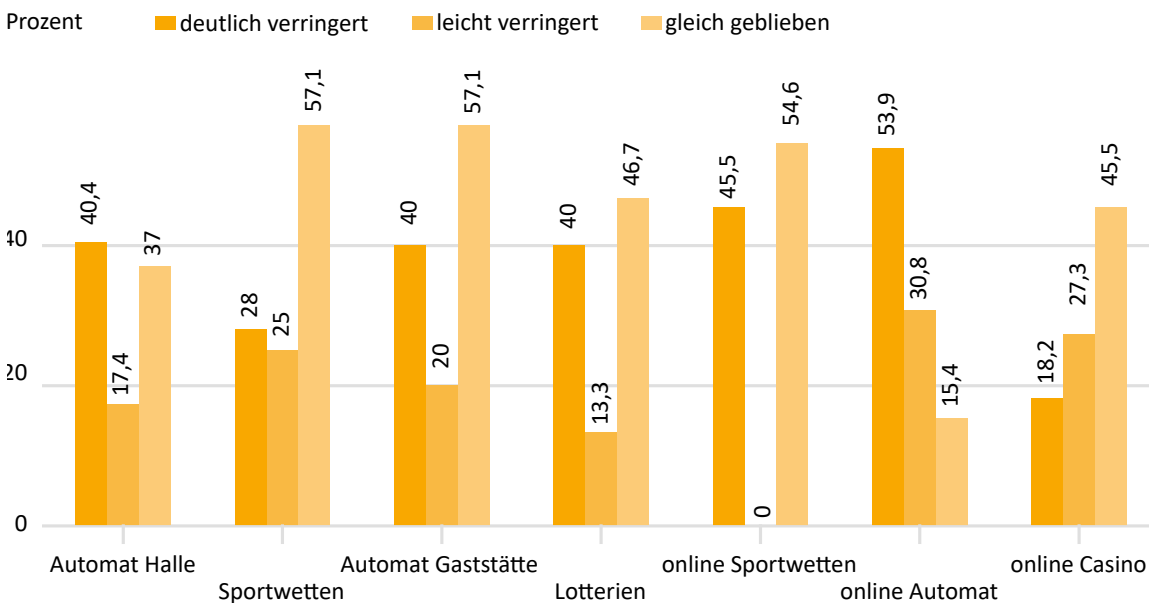


Abb. 32 zeigt die Veränderungen der Spieldauer am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsanfang für ausgewählte terrestrische und Online-Spiele. Bei nahezu allen Spielformen konnte das Glücksspielverhalten deutlich verringert werden. Auf die Kategorien „deutlich verringert“ und „leicht verringert“ zusammen entfielen bis zu der Hälfte und teilweise deutlich mehr Klient*innen. Allerdings konnte – je nach Art des Glücksspiels – bei teilweise auch über der Hälfte der Klient*innen das Glücksspielverhalten nicht verändert werden. Mit den Kategorien „leicht gesteigert“ und „deutlich gesteigert“ wurden hinsichtlich des Glücksspiels an Geldspielautomaten in Spielhallen 5,2 % der Klient*innen bewertet (N=14). Außerdem betrafen diese Kategorien noch zwei weitere Klient*innen: jeweils eine/n in Bezug auf das Automatenspiel in Gaststätten und eine/n beim online Casinospiegel.

Für die Abb. 32 wurden die Glücksspielformen ausgewählt, deren Spieldauer für mehr als 10 Klient*innen bewertet worden sind. Am häufigsten vertreten ist das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Spielhallen mit N = 270. Sportwetten und das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Gaststätten bildeten mit N = 28 und N = 22 die zweithäufigsten Spielformen. Lotterien folgen mit 15 Nennungen, sowie das Online-Automatenspiel mit 13, Online-Sportwetten und Online-Casinospiele mit jeweils 11 Klient*innen. Den niedersächsischen Zahlen ist den Werten der Bundesstatistik gemein, dass die Kategorien „leicht gestiegen“ und „stark gestiegen“ nur einen sehr geringen Anteil der Klient*innen betreffen.

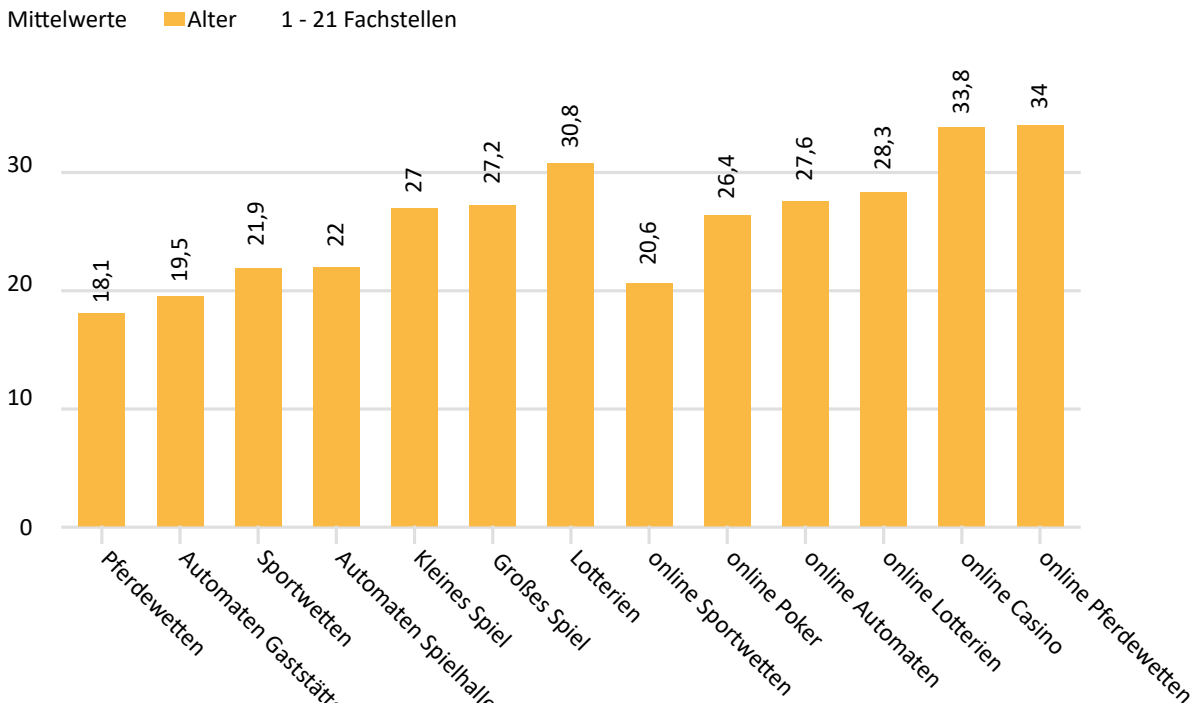
Abb. 32: Bewertung des Glücksspielverhaltens zu Beginn und Ende der Betreuung



Bei dem ersten Spielen um Geld waren die Klient*innen nach eigenen Angaben zwischen 18 und 34 Jahren alt (Abb. 33). Geringe Unterschiede zwischen terrestrischem und Online-Spiel deuten darauf hin, dass die Online-Spiele später begonnen werden, als terrestrische. Die geringe Zahl von Einschätzungen durch Klient*innen führt dazu, dass die Mittelwerte jahresweise sehr unterschiedlich sind und nicht ohne weiteres über die Jahre miteinander verglichen werden können.

Eine Problemdynamik entwickelt sich häufig dann, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Glücksspielens vorliegt. Das durchschnittliche Alter bei Beginn einer Problementwicklung lag in 2018 bei 26,2 Jahre. Die Spanne reicht von 18 bis 41 Jahre. Diese Angaben sind nicht nach Glücksspielformen unterschieden.

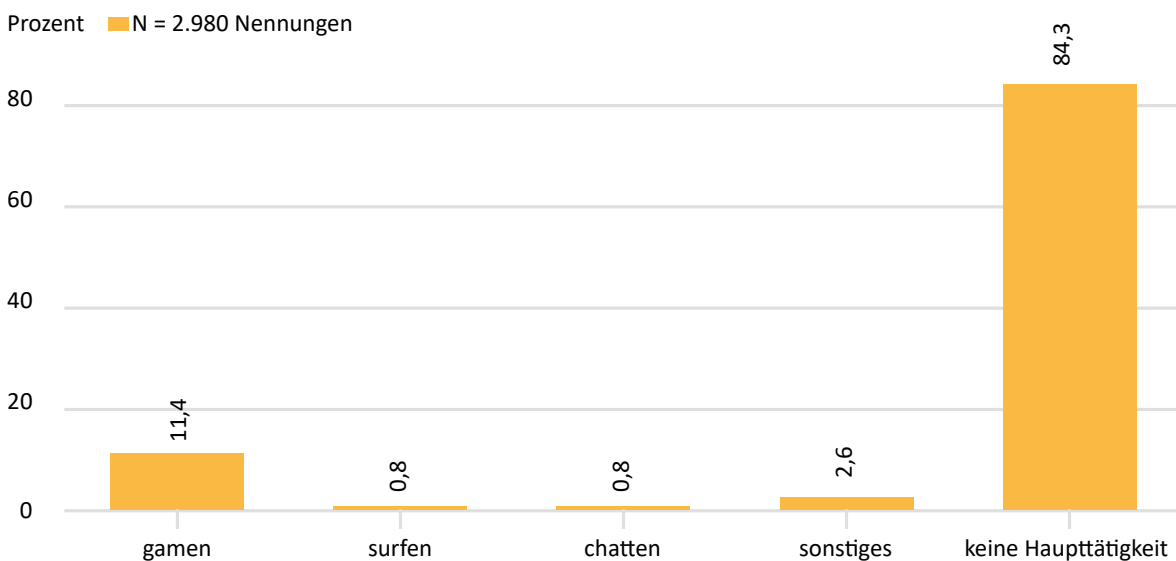
Abb. 33: Alter bei erstem Spielen um Geld



5.8 EXZESSIVE MEDIENNUTZUNG

Über 10 Prozent (N = 287) der Haupttätigkeiten in Bezug auf exzessive Mediennutzung entfielen auf das Gamen (Abb. 34). Surfen und chatten waren mit unter einem Prozent vertreten (je N = 25). Die Kategorie Sonstiges betraf 2,6 %. Die stärkste Ausprägung betraf die exzessive Mediennutzung ohne Haupttätigkeit mit über 84 Prozent (N = 2511) (siehe auch Abb. 29 Online-Glücksspiel „ohne Hauptspielform“ als stärkste Ausprägung).

Abb. 34: Haupttätigkeiten in Bezug auf exzessive Mediennutzung

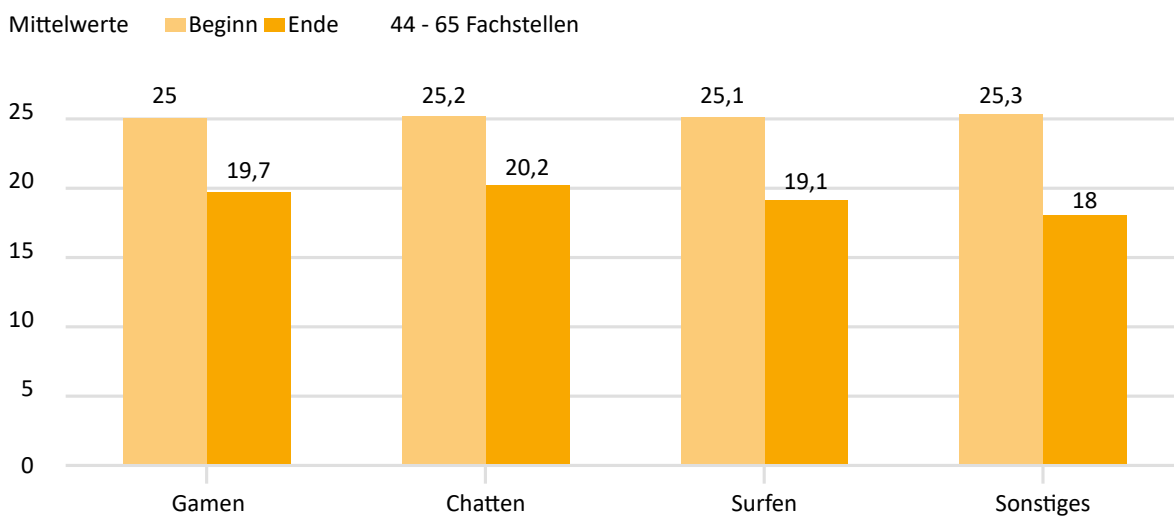


Für exzessive Mediennutzung existiert noch keine ICD-10-Klassifikation. Behelfsweise werden überwiegend die Diagnosen für „Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“ (F 68.8) und für „andere abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle“ (F 63.8) verwendet. 100 Klient*innen erfüllten in 2018 die Diagnosekriterien für Verhaltensstörung F 68.8 in Hinblick auf exzessive Mediennutzung. Für 23 Klient*innen lag keine aktuelle Diagnose vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber früher einmal.

314 Klient*innen erfüllten die Diagnosekriterien für Störung der Impulskontrolle F 63.8. Hier lag für 20 Klient*innen keine aktuelle Diagnose vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber bereits früher. Für beide ICD-10-Klassifikationen zusammen sind dies 457 Diagnosefälle. Bei dieser Zahl ist zu bedenken, dass einige Klient*innen Mehrfachdiagnosen haben oder bei ihnen die exzessive Mediennutzung nicht die Haupttätigkeit ist.

Die Anzahl der durchschnittlichen Konsumtage exzessiver Mediennutzung konnten im Vergleich des Konsumverhaltens in den letzten 30 Tagen vor Beginn und vor Abschluss der Betreuung / Behandlung bei allen Nutzungsformen deutlich reduziert werden (Abb. 35). Die Verringerung der Nutzungstage betrug zwischen fünf und sieben Tagen monatlich. Die Zahlen geben Durchschnittswerte von allen Klient*innen der Fachstellen wieder, so dass davon auszugehen ist, dass in mehr Fällen als hier dargestellt, das Konsumverhalten stärker reduziert werden konnte.

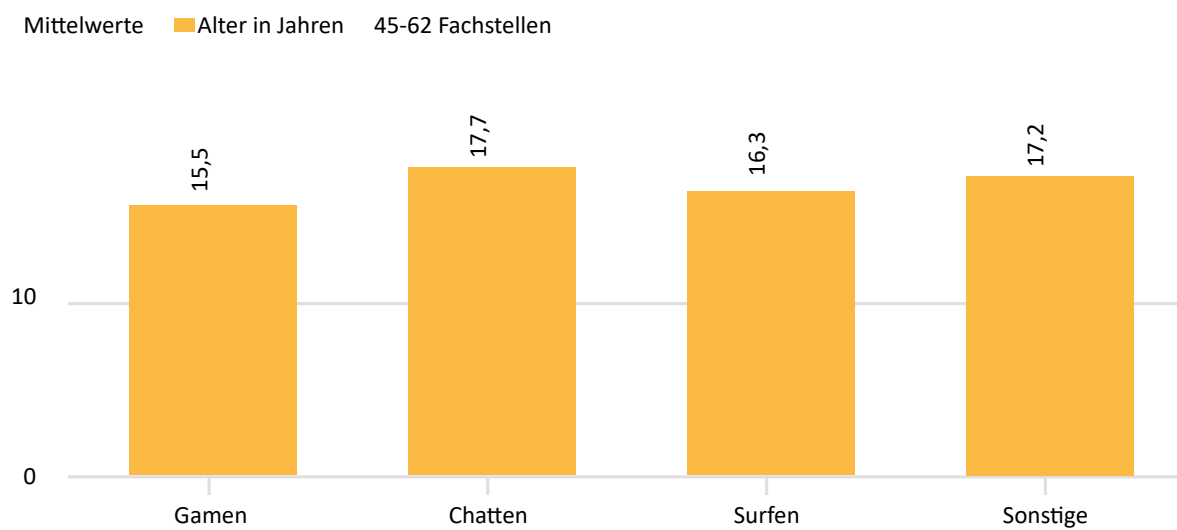
Abb. 35: Nutzungstage Medienkonsum in den letzten 30 Tagen zu Beginn und Ende der Betreuung



Bei dem ersten Nutzen von Medien waren die Klient*innen nach eigenen Angaben zwischen 15 und 18 Jahren alt. Hierbei setzte „Computerspielen“ (gamen) rund ein bis zwei Jahre früher ein als der Gebrauch der anderen Medien.

Das Alter, das die Klient*innen für den Beginn einer Problementwicklung angaben, lag für die ICD-Diagnose F68.8 (Verhaltensstörung) bei 22 Jahren (bei einer Altersspanne von 6 bis 46 Jahren) und für F63.8 (Störung der Impulskontrolle) bei 20 Jahren (Spanne 12 bis 47 Jahre). Die Entwicklung einer Problemdynamik tritt häufig dann ein, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Medienkonsums vorliegt. Die durchschnittliche Dauer von der ersten Nutzung bis zur Entwicklung resp. Wahrnehmung einer Problemdynamik liegt bei drei bis sieben Jahren.

Abb. 36: Alter bei erster Nutzung von Medien

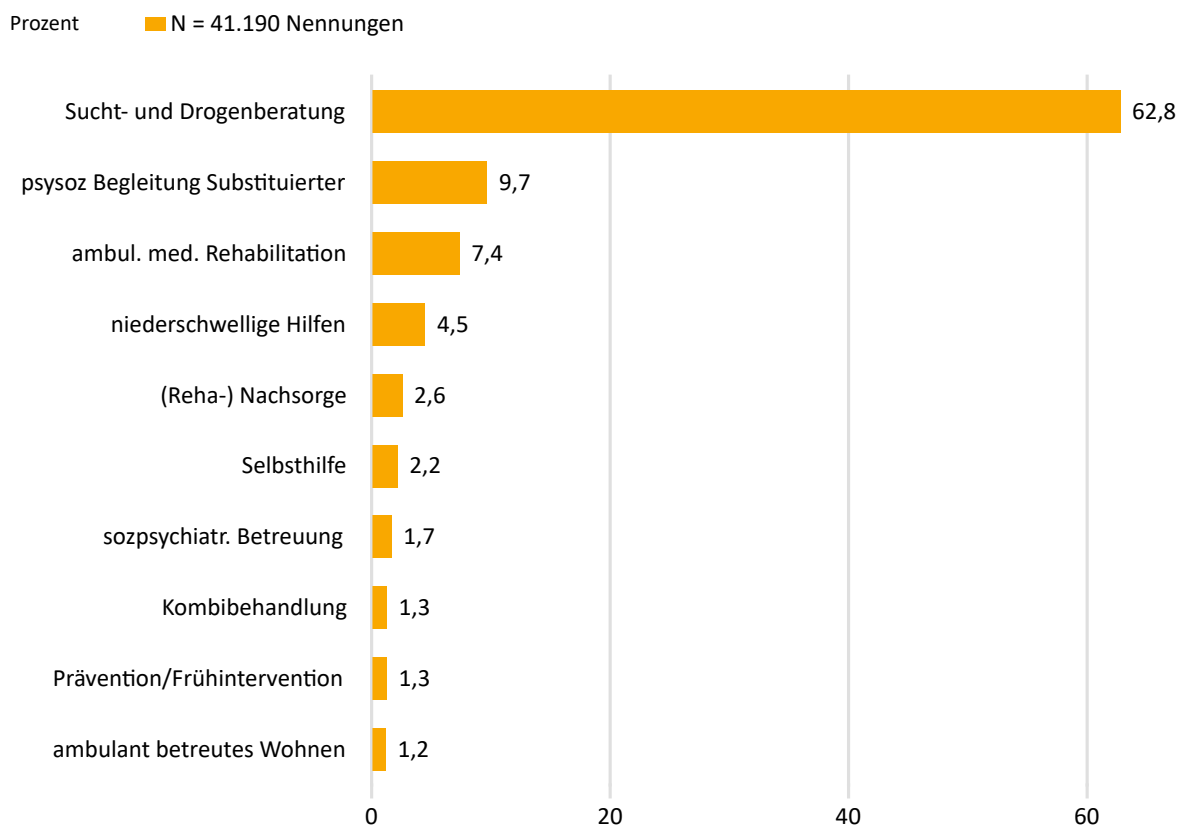


5.9 BETREUUNG UND BEHANDLUNG

Im Hinblick auf die in Anspruch genommenen Leistungen der Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention durch die Klient*innen dominierte die Sucht- und Drogenberatung mit 62,8 % der Nennungen (Abb. 37; Bund: 82,1 %), gefolgt von der psychosozialen Begleitung von Substituierten (PSB) mit 9,7 % (Bund: 9,7 %), der ambulanten medizinischen Rehabilitation mit 7,4 % (Bund: 6 %) und niedrigschwelligen Hilfen mit 4,5 % (Bund: 5,9 %). Alle weiteren Betreuungsarten lagen unter drei Prozent der Nennungen.

Die Maßnahmen zu Beschäftigung und Qualifizierung, wie etwa „arbeitsmarktorientierte Beratung“, „berufliche Rehabilitation“ oder „Arbeitsförderung“ liegen zum Teil sehr deutlich unter einen Prozent der in Anspruch genommenen Leistungen der Fachstellen.

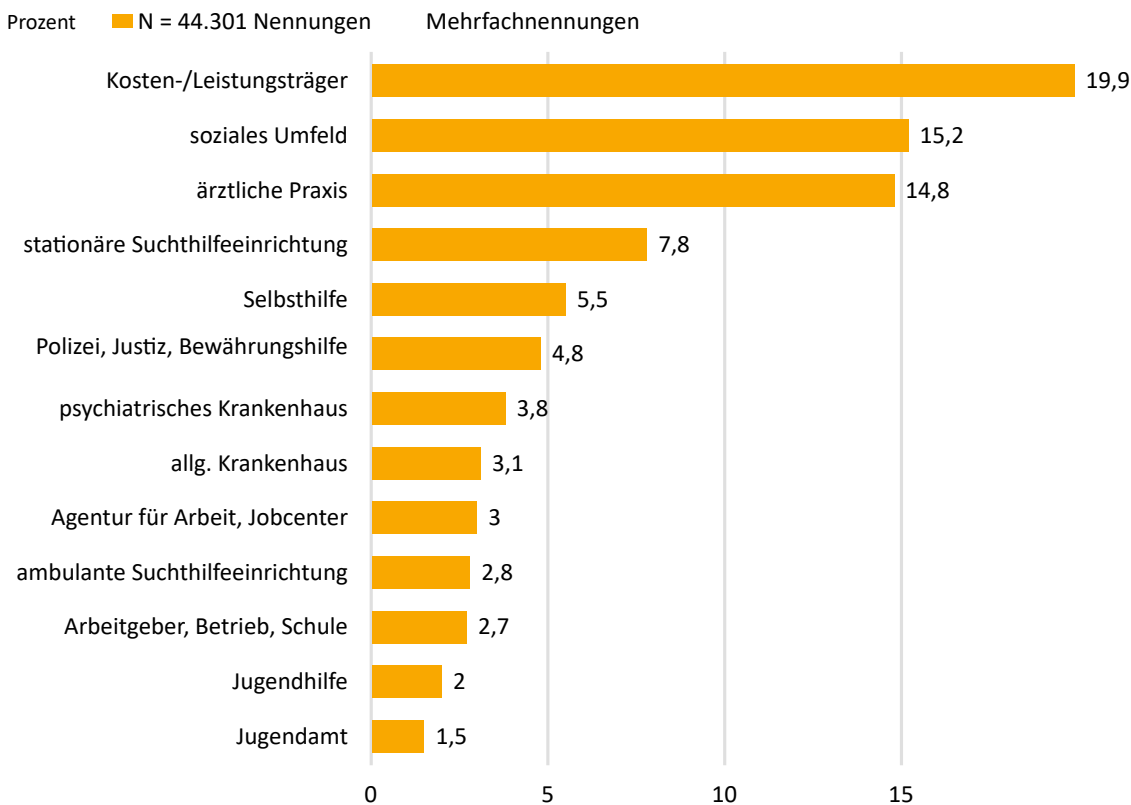
Abb. 37: In Anspruch genommene Leistungen der Fachstellen (über 1 %)



Im Zuge der Betreuung und Behandlung gab es 597.106 Kontakte mit Klient*innen - rein rechnerisch entfielen damit auf jede Fachstelle 7.961 Einzelkontakte. Diese Zahl umfasst alle klientenbezogenen Kontakte innerhalb einer Betreuungs-/Behandlungsepisode, also auch solche mit Behörden und Bezugspersonen, mit einer Mindestgesprächsdauer von 10 Minuten und substantiell beratendem, behandelndem oder informativem Charakter.

In Zusammenhang mit der Beratung und Behandlung wurde für 19.355 Klient*innen, also in knapp der Hälfte der Fälle, eine Kooperation mit anderen Einrichtungen unterhalten. Dabei kooperierten fast 20 % der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention (Abb. 38) mit Kosten- und Leistungsträgern (Bund: 41,3 %), über 15 % mit dem sozialen Umfeld der Klient*innen (Bund: 34,9 %) und knapp 15 % mit niedergelassenen Ärzten (Bund 31,9 %). Weitere, zahlenmäßig nennenswerte Kooperationspartner mit jeweils über fünf Prozent, waren stationäre Suchthilfeeinrichtungen (Bund: 18,2 %) und die Selbsthilfe (Bund: 13,1 %).

Abb. 38: Kooperationen während der Betreuung / Behandlung (ab 1,5 %)

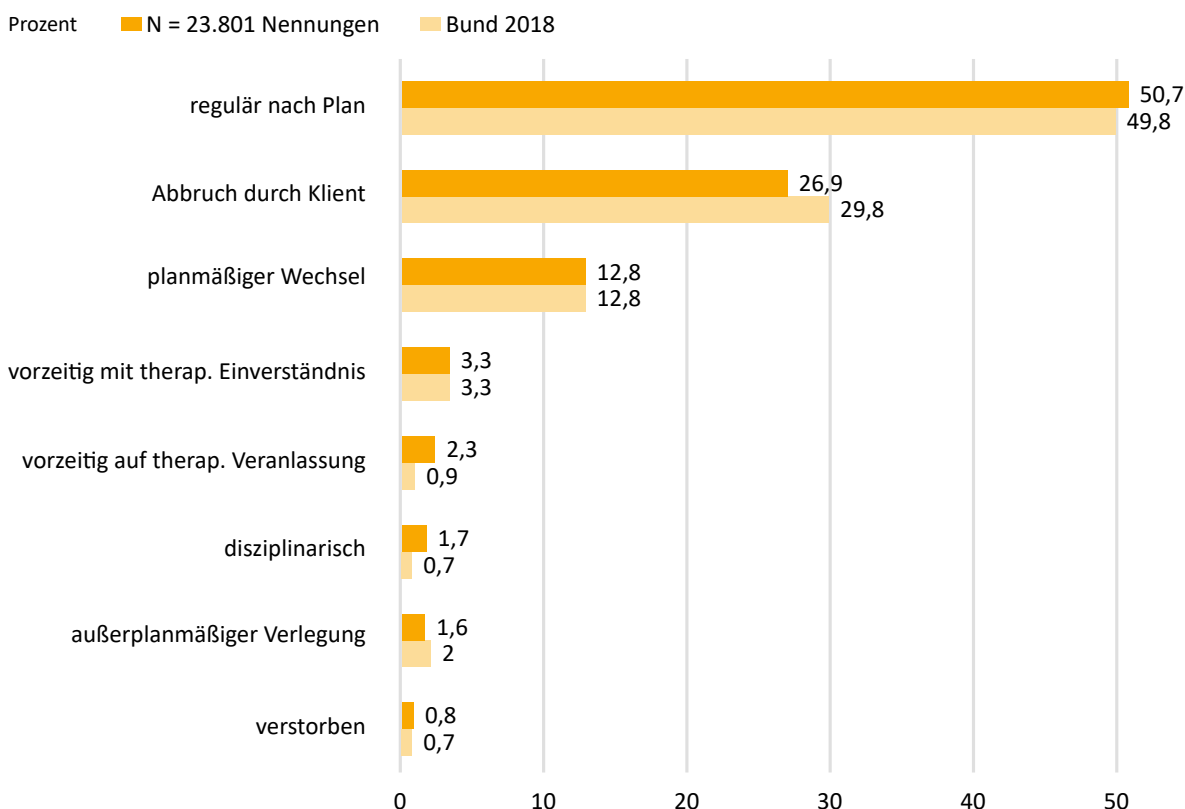


2018 wurden 4.167 Kontakte zwischen Klient*innen und Selbsthilfegruppen erfolgreich gefördert bzw. vermittelt. (Eine bloße Empfehlung des Besuchs einer Selbsthilfegruppe ist hier nicht enthalten.) In 3.046 Fällen hatten die Klient*innen im Laufe der Betreuung / Behandlung wiederholt oder regelmäßig an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen. (Ein nur einmaliges „Ausprobieren“ wird hier nicht aufgeführt.)

5.10 BEENDIGUNG

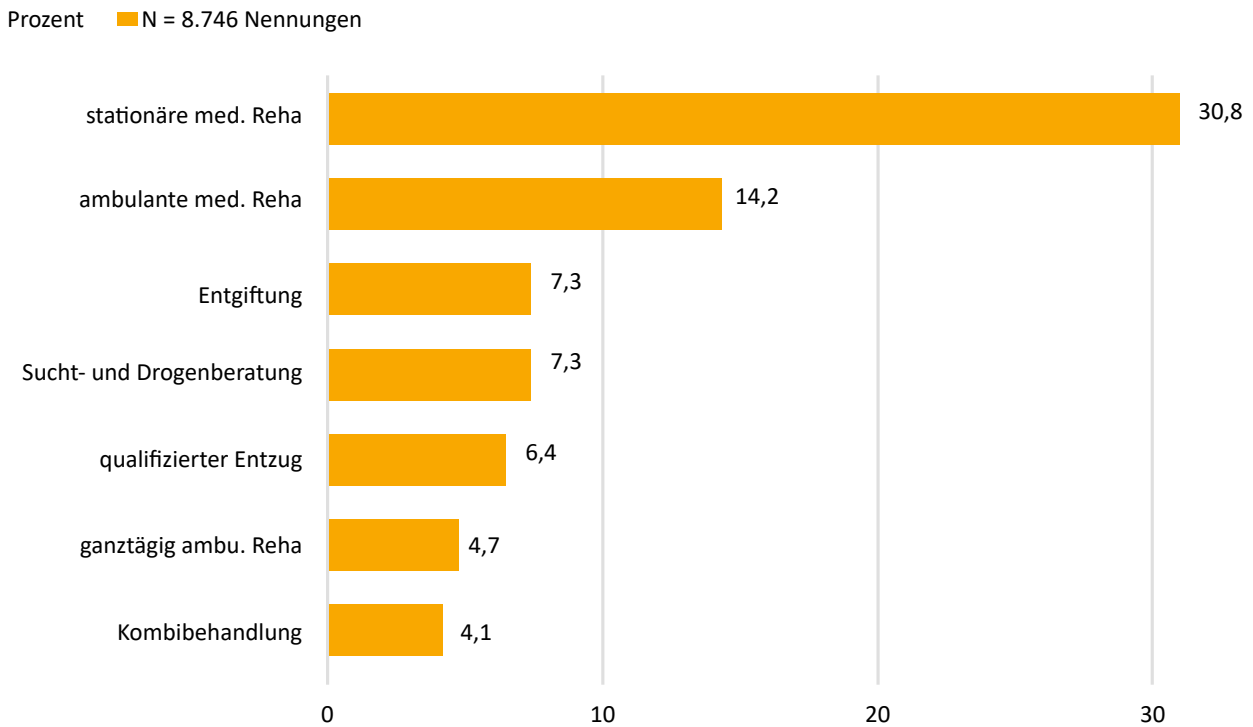
Über die Hälfte aller Klient*innen haben in 2018 die in Anspruch genommene Betreuung und Behandlung durch eine Fachstelle regulär nach Plan beendet (2017: 51 %; Bund 2018: 49,8 %). Bezieht man die planmäßige Verlegung in eine andere Behandlungsform und die mit therapeutischem Einverständnis erfolgten vorzeitigen Beendigungen mit ein, betrug die Quote 66,8 % (2017: 66,5 %; Bund 2018: 65,9 %). Sie liegt damit auf einem ähnlichen Niveau wie der Bundesdurchschnitt.

Abb. 39: Art der Beendigung



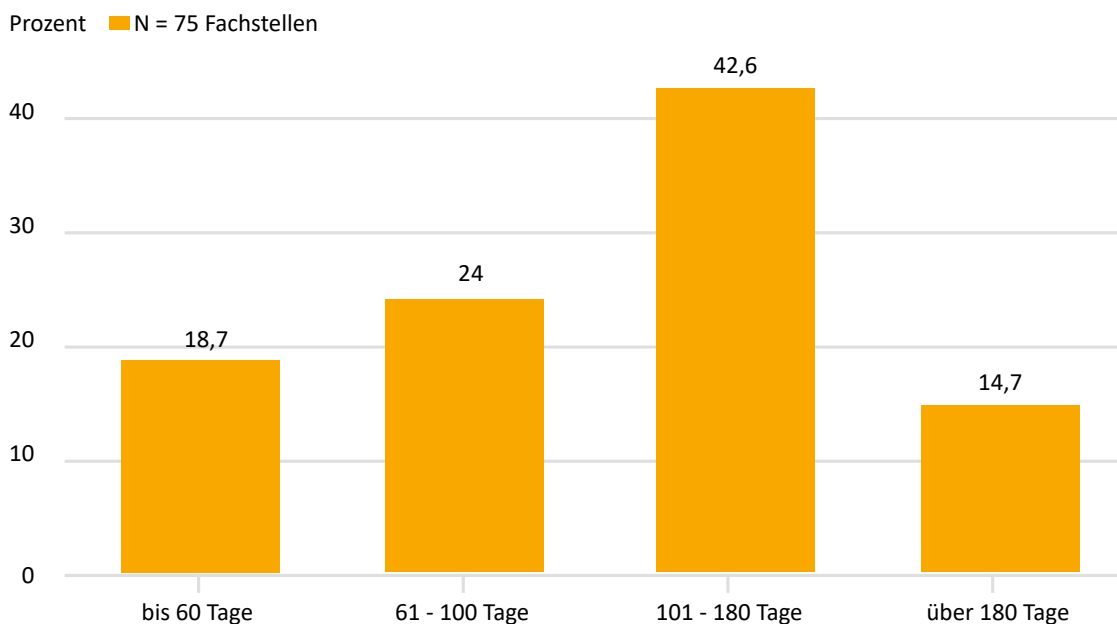
Von den 8.746 Fällen, deren Betreuung oder Behandlung mit einer Weitervermittlung beendet wurde (Abb. 40), entfielen über 30 % (1.242) auf einen Übergang der Klient*innen in die stationäre medizinische Rehabilitation (Bund: 39,8 %). Rund 14 % der Klient*innen wurden in die ambulante medizinische Rehabilitation weitervermittelt (Bund: 10,4 %), gefolgt von Entgiftung und Sucht- und Drogenberatung mit jeweils über 600 Klient*innen.

Abb. 40: Die häufigsten Weitervermittlungen



Die Betreuungs- und Behandlungsdauer, d.h. der Zeitraum zwischen Beginn und Ende der Betreuung/Behandlung, betrug für alle Klient*innen und Angehörigen im Mittel 113,4 Tage, also knapp vier Monate. Die Mehrzahl von ihnen (85,3 %) wurde bis zu 180 Tagen betreut. Rund 43 % der Klient*innen wurden bis zu 100 Tagen betreut (Abb. 41). Insgesamt wurden für knapp 42.000 Klienten rund 4,9 Mio. Betreuungs-/Behandlungstage bereitgestellt.

Abb. 41: Betreuungs-/ Behandlungsdauer in Tagen (Durchschnittswerte der FSS)



In über 6 von 10 Fällen konnte das Konsumverhalten der betreuten und behandelten Klient*innen (62,9 %; Bund 57,8 %) in 2018 zum Positiven gebessert werden. Bei nur 2,3 % der Behandelten stellte sich eine Verschlechterung der Symptomatik ein (Bund: 2,6 %). In Bezug auf alle Problembereiche konnte eine Verschlechterung der Situation sowie das Neuauftreten von Schwierigkeiten nahezu gänzlich verhindert werden.

Hinsichtlich der körperlichen und psychischen Gesundheit konnte in deutlich über 40 % der Fälle durch die Betreuung und Behandlung eine Verbesserung erzielt werden (Bund: 41,8 % und 47,4 %). Bei einem Drittel der Klient*innen konnte darüber hinaus das Problemfeld Familie zum Besseren gewendet werden. Das soziale Umfeld, die Schule oder Arbeit, der Freizeitbereich und die Tagesstrukturierung konnten bei rund einem Viertel der Klient*innen günstig beeinflusst werden. Die Daten sind mit denen des Bundes vergleichbar.

Abb. 42: Problematik am Tag des Betreuungs- / Behandlungsendes I

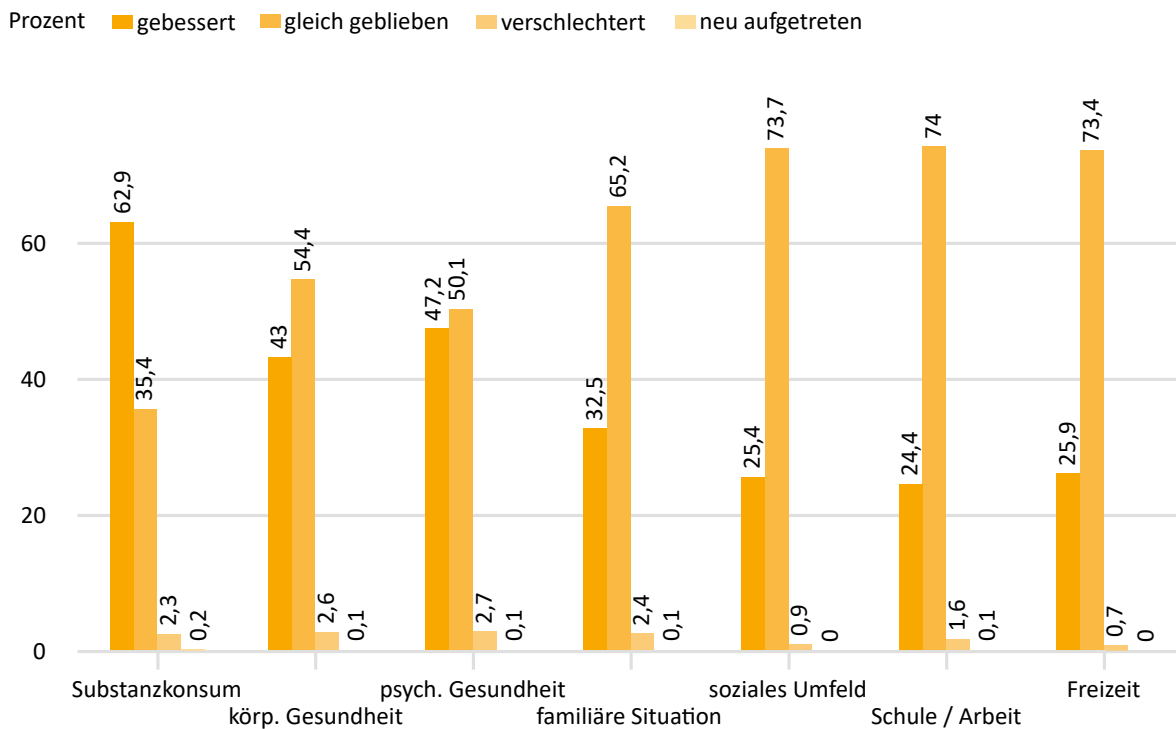
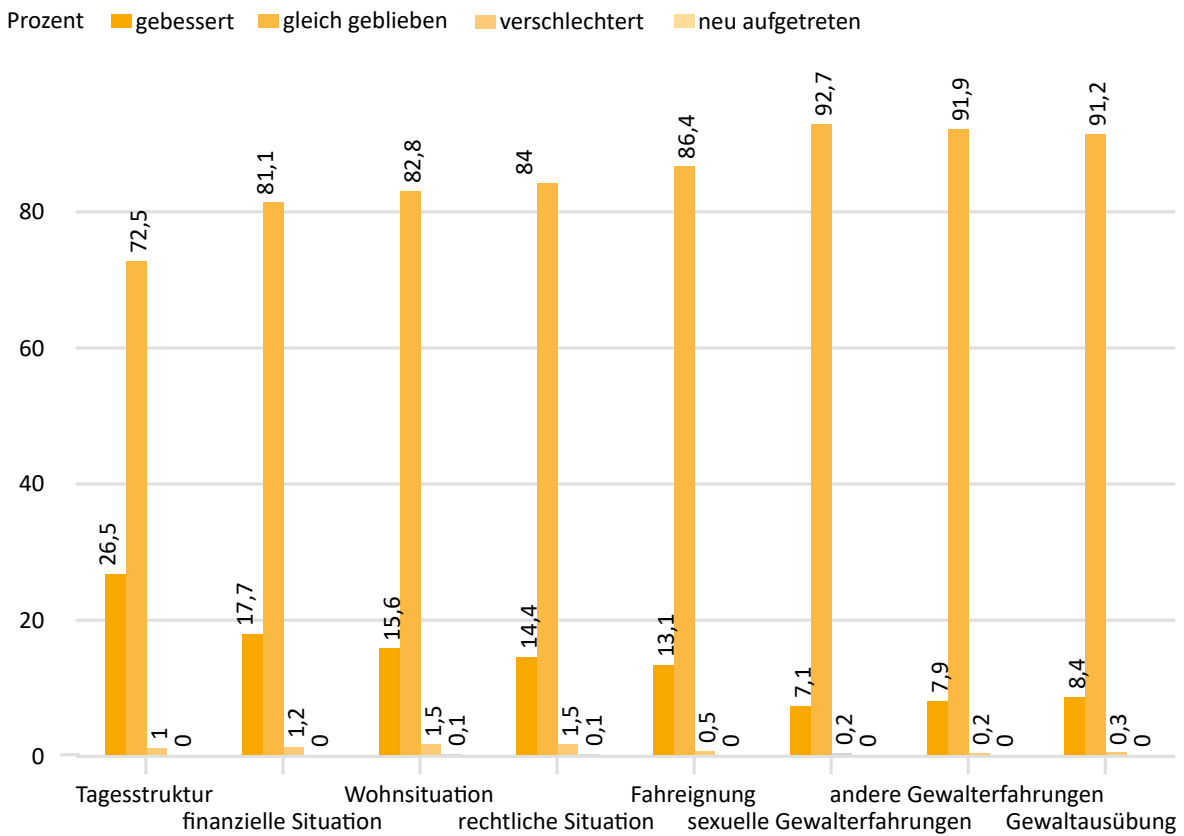


Abb. 43: Problematik am Tag des Betreuungs- / Behandlungsendes II



6 ZUSAMMENFASSUNG

Mit einer Ausschöpfungsquote von 100 % der Kerndatensätze zur Dokumentation der Arbeit der ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen für das Jahr 2018 konnte an die Ergebnisse der Vorjahre angeknüpft werden.¹⁷ Die Aussagekraft dieses Berichtes ist deshalb sehr hoch. Auch die Vergleiche mit den Erhebungsdaten aus der Deutschen Suchthilfestatistik aus demselben Jahr zeigen bemerkenswert große Übereinstimmungen.

DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK:

- 2018 wurden in Niedersachsen in 75 Einrichtungen knapp 42.000 Personen mit einer Suchtsymptomatik ambulant betreut, per Kerndatensatz erfasst, und in dieser Jahresauswertung berücksichtigt.
- Mit der seit 2017 eingesetzten Kerndatensatzversion 3.0 werden auch die vorher nicht dokumentierten Klient*innen vollständig erfasst. Zusammen mit diesen weiteren 8.113 Personen haben in 2018 insgesamt rund 50.000 Klient*innen die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention aufgesucht.
- Über 51 % der Betroffenen begaben sich weitgehend aus eigenem Antrieb in die Beratung oder Therapie, die anderen wurden über verschiedene Instanzen vermittelt.
- Rund 600.000 Kontakte mit Klient*innen und Angehörige wurden durchgeführt. Rechnerisch sind das durchschnittlich 8.000 Kontakte je Fachstelle.
- Rund 42 % der Klient*innen standen während der Beratung bzw. Behandlung gleichzeitig im Erwerbsleben. Hier zahlen sich die abendlichen Öffnungszeiten der Fachstellen an einigen Tagen in der Woche aus und die Bemühungen der Fachstellen, die Erwerbstätigkeit ihrer Klient*innen möglichst aufrecht zu erhalten.
- Rund 63 % der Behandelten konnten ihren Substanzkonsum im Zuge der Behandlung reduzieren. Auch die mit der Abhängigkeitserkrankung assoziierten Probleme hinsichtlich Gesundheit, Teilhabe und anderer Bereiche wurden in vielen Fällen verbessert. Verschlechterungen und das neue Auftreten von Problemlagen wurden weitgehend verhindert. Damit lag Niedersachsen über dem Bundesdurchschnitt. Die Zahlen entsprechen den Vorjahreswerten und belegen eine stabil-konstante Erfolgsquote.

BEWERTUNG DER ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNG

Die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen waren in 2018 für ihre verantwortungsvolle Arbeit und die ihnen übertragenen Aufgaben zur Beratung und Behandlung von Menschen mit einer Suchtproblematik generell gut aufgestellt. Sie verfügten über ein breit gefächertes Angebotsspektrum im Hinblick auf differenzierte und qualifizierte suchtbetonte Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Setting. Das ambulante Suchthilfe-Angebot war flächendeckend in Niedersachsen vorhanden und konnte zielgerichtet wohnortnah oder sogar direkt am Wohnort in Anspruch genommen werden. Die Vernetzung der ambulanten Einrichtungen mit sozialpsychiatrischen Verbänden gelang zu beinahe 100 %. Der Versorgungs- und Erreichbarkeitsgrad ambulanter Einrichtungen der Suchthilfe in Niedersachsen ist somit als hoch einzuschätzen.

¹⁷ Die Ausschöpfungsquoten waren in 2003: 69,7%; 2005: 90%; 2006: 98,7%; 2007: 100%; 2008: 75%; 2009 - 2017: 100%). Ursache für den Einbruch in 2008 war die Umstellung der Erhebungsformulare auf die neue bundeseinheitliche Kerndatensatzstruktur.

Gemessen am Bundesdurchschnitt ist den niedersächsischen Einrichtungen für 2018 eine gleich hohe Qualität hinsichtlich der strukturellen Merkmale des Angebots und der Effektivität der klientenbezogenen Leistungen in der Beratung und ambulanten Suchthilfe zu bescheinigen. Weiterhin zeigten sie sich im Hinblick auf die verschiedenen Bausteine eines internen Qualitätsmanagements als gut eingerichtet. Sie wurden hierfür u. a. von der NLS kontinuierlich und fachkundig unterstützt. Die Zahl der ambulanten Einrichtungen, die sich von externer Stelle haben zertifizieren lassen, bewegt sich auf dem Vorjahresniveau.

2018 wurden weitere Anstrengungen unternommen, um die Angebote der ambulanten Einrichtungen zur Beschäftigungsförderung der Klient*innen zu verbessern. Viele Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen engagierten sich in diesem Bereich, indem sie u.a. die Suche der Klient*innen nach einem Ausbildungs- oder Arbeitsplatz unterstützten. Allerdings sind weitere Anstrengungen notwendig, um die berufliche Integration der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung voran zu treiben. Z.B. besaß 2018 (wie in den Vorjahren) ein Drittel der Klient*innen keinen Berufsabschluss und hatte vor diesem Hintergrund eindeutig schlechtere Chancen am Arbeitsmarkt.

Die Tatsache, dass jede*r zweite Klient*in (51,3 %) auf direktem Weg und ohne jede Vermittlung die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe aufsuchten, ist als Vertrauensbeweis für die Attraktivität und Qualität des ambulanten Hilfeangebots positiv zu werten. Viele Klient*innen mit einer Suchtproblematik kommen ferner auf Anraten der niedergelassenen Ärzte. Der Umstand, dass diese Quote über die letzten Jahre hinweg relativ konstant war, zeigt zugleich, dass es trotz vielfältiger Anstrengungen nicht so einfach ist, diesen Vermittlungsweg noch weiter auszubauen.

Der Anteil der jungen und jüngeren Klient*innen (bis zum 20. Lebensjahr), die durch die ambulanten Fachstellen betreut wurden, lag 2018 deutlich unter 10 %. Dies ist auch dadurch bedingt, dass sich manifeste Suchtprobleme oft erst in den mittleren oder älteren Lebensabschnittsgruppen zeigen und erst dann eine Beratung und/oder Behandlung in einer Fachstelle für Sucht und Suchtprävention in Anspruch genommen wird.

Die seit einigen Jahren eingerichteten speziellen Frühinterventionsprogramme¹⁸ führten nachweislich zu einer höheren Inanspruchnahme der Beratungsangebote der Fachstellen durch jüngere Zielgruppen. Der Anteil der unter 20-jährigen Betreuten ist seit 2006 (5,2 %) kontinuierlich gestiegen und beträgt in 2017 und 2018 rund 9 %. In absoluten Zahlen kamen 3.629 junge Menschen (2015: 3.500; 2016: 3.700; 2017: 4.000) in die Beratungsstellen. Ziel ist es, die Inanspruchnahme auch in den nächsten Jahren noch weiter auszubauen, um Menschen frühzeitiger zu erreichen und die Folgen von Abhängigkeitserkrankungen in stärkerem Maße zu vermeiden.

Da die jüngere Zielgruppe oft noch keine manifesten Suchtprobleme aufweist, ist sie vorrangig Adressat der zahlreichen Präventionsmaßnahmen der ambulanten Einrichtungen und liegt in diesem Segment quantitativ mit weitem Abstand auf dem vordersten Rang. Selektive und indizierte Präventionsmaßnahmen zielen auf eine Frühintervention bei besonderen Risikogruppen bzw. bei riskantem Konsumverhalten, um einer Abhängigkeitserkrankung vorzubeugen. Diese spezifischen Daten schlagen sich allerdings nicht in diesem Bericht nieder, sondern sind an anderer Stelle im Jahresbericht 2018 der Arbeit der Suchtpräventionsfachkräfte in Niedersachsen dokumentiert.

18 z.B. „HaLT in Niedersachsen“ und „Tom und Lisa“ (bezüglich Alkohol).



Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen

Gruppenstr. 4
30159 Hannover
Tel.: 0511 626266-0
Fax: 0511 626266-22
info@nls-online.de
www.nls-online.de