

SUCHTHILFESTATISTIK

NIEDERSACHSEN 2022

JAHRESBERICHT ZUR SITUATION DER SUCHTHILFE IN NIEDERSACHSEN

Monika Murawski

Carlotta Riemerschmid

Larissa Schwarzkopf

Unter Mitwirkung des Fachgremiums der Suchthilfestatistik Niedersachsen

Tim Berthold (Anonyme Drogenberatung Delmenhorst – AWO Dialog Weser Ems GmbH), Dirk Laßeur (CRT - Caritas Reha und Teilhabe GmbH Fachklinik Nettetal Bärbel Lörcher-Straßburg (Sucht- und Drogenbeauftragte des Landes Niedersachsen), Gudrun Mannstein (Fachstelle für Sucht und Suchtprävention drobs Lüneburg Lebensraum – Diakonie), Moritz Radamm (Paritätische Suchthilfe Niedersachsen gGmbH), Tobias Trillmich (NLS)

Im Auftrag der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS)



Gefördert durch:



**Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung**

Die NLS ist eine Landesfacharbeitsgemeinschaft der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen e. V.

München, April 2024

© IFT Institut für Therapieforschung, München

Vorwort und zentrale Erkenntnisse

Im Auftrag der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) und in enger Zusammenarbeit mit dem Fachgremium der Suchthilfestatistik Niedersachsen legt das Institut für Therapiefor- schung München gGmbH (IFT) mit diesem Bericht eine Auswertung von landesbezogenen Da- ten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) vor. Die Angebote niedersächsischer Suchthilfein- richtungen (schwerpunktmäßig Beratungsstellen und Rehabilitationseinrichtungen) sowie die Leistungen des Suchthilfesystems werden aufgeteilt nach ausgewählten Hauptmaßnahmen be- trachtet. Der Bericht veranschaulicht die Inanspruchnahme bestimmter Angebote der niedersäch- sischen Suchthilfe und beschreibt die innerhalb dieser Angebote versorgte Klientel nach soziodemographischen und betreuungs- bzw. behandlungsbezogenen Merkmalen.

Im ersten Teil des Berichts wird die Inanspruchnahme der niedersächsischen Suchthilfe im Jahr 2022 in Bezug auf die fünf ausgewählten Hauptmaßnahmen Sucht- und Drogenberatung (SBS), stationäre Rehabilitation (STR), ambulante medizinische Rehabilitation (ARS), (Reha-)Nachsorge (NAS) und Psychosoziale Begleitung Substituierter (PSB) dargestellt. Die Zielsetzung besteht da- rin, die niedersächsische Klientel entlang ihrer (Haupt-)maßnahmen sichtbar zu machen und erste Anhaltspunkte für mögliche Versorgungslücken aufzuzeigen. Damit können Angebote noch be- darfsgerechter ausgerichtet werden. Der zweite Teil des Berichts widmet sich in einem Sonderka- pitel mit entsprechender Zielsetzung ausführlicher der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störun- gen. Im dritten Teil des Berichts wird diese Klientel im Rahmen eines weiteren Sonderkapitels im zeitlichen Verlauf von 2018 bis 2022 dargestellt.

Um Doppelungen zu vermeiden, wurden Items ausgespart, die in weiteren niedersächsischen Berichten dargestellt werden. So liefert die jährlich erscheinende „Suchthilfestatistik für ambulante Einrichtungen in Niedersachsen“¹ der NLS einen detaillierten Einblick in einrichtungsbezogene Daten (unter anderem Items zu Finanzierung, Personalausstattung, Leistungsspektrum und Qua- litätsmanagement), die auch mit dem Kerndatensatz Einrichtung (KDS-E)² erhoben werden. Dar- über hinaus finden sich in jenem Bericht auch detailliertere Informationen zur Angehörigenbera- tung. Der ebenfalls jährlich erscheinende „PSB-Bericht“³ der NLS bietet einen vertieften Einblick in die Arbeit der PSB, wobei die dort erhobenen Angaben über die Informationen des KDS hin- ausgehen. Über die im Rahmen der Suchtprävention und Frühintervention geleistete Arbeit der Beratungsstellen gibt der „Jahresbericht der Fachstellen für Suchtprävention und des HaLT-Pro- gramms in Niedersachsen“⁴ der NLS Auskunft.

¹ Der Bericht 2022 ist abrufbar unter <https://www.nls-online.de/artikel/suchthilfestatistik-2022/>

² Der KDS-E ist Bestandteil des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe KDS 3.0, abrufbar unter <https://www.suchthilfestatistik.de/kds/kds-manual.html>

³ Der Bericht 2021 ist abrufbar unter <https://www.nls-online.de/artikel/psychosoziale-betreuung-substituierter-in-niedersachsen-2021-bericht/>

⁴ Der Bericht 2021 ist abrufbar unter <https://www.nls-online.de/artikel/jahresbericht-der-fachstellen-fuer-suchtpraevention-in-nieder-sachsen-und-des-halt-in-niedersachsen-projektes-2022/>

Der vorliegende Bericht beschränkt sich auf diejenigen Leistungen der niedersächsischen Suchthilfe, die nach dem KDS dokumentiert werden, und nimmt Bezug auf diejenigen Einrichtungen, die sich an der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) beteiligen. Bedingt durch diese Selektion sowie die Vorauswahl bestimmter Hauptmaßnahmen werden Leistungen im Rahmen niedrigschwelliger Angebote (Kontaktcafés, Konsumraum, Streetwork etc.), suchtspezifische Angebote der Eingliederungshilfe wie Assistenz beim Wohnen, sozialtherapeutische Wohnstätten für chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängigkeitskranke Menschen oder spezielle Suchtangebote im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII, in vorliegendem Bericht nicht thematisiert. Dies gilt auch für medizinische Angebote (SGB V) wie die Entzugsbehandlung im Krankenhaus. Der Bericht beleuchtet somit nur einen Ausschnitt des deutlich umfassenderen, komplexen niedersächsischen Suchthilfesystems.

Zentrale Ergebnisse zur niedersächsischen Suchthilfe und ihrer Klientel

Die hohe Diversität an Zugangswegen und Weitervermittlungen belegt eine weiterhin gute Vernetzung der niedersächsischen Suchthilfe mit anderen Bereichen. Es besteht eine hohe Sensibilität in den Suchtfachstellen für eine Vermittlung in Folgemaßnahmen, z. B. liegt der Anteil der am Ende einer Sucht- und Drogenberatung weitervermittelten Klientel in Niedersachsen über dem Bundesdurchschnitt. Dies ist besonders positiv hervorzuheben, da die Aufnahme passender Behandlungs- und / oder Betreuungsmaßnahmen einer (weiteren) Chronifizierung vorbeugen kann und die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Therapieverlaufs deutlich erhöht.

Anzumerken ist, dass die Kooperation zwischen der Sucht- und Drogenberatung und den Selbsthilfeorganisationen noch intensiviert werden kann. Die Selbsthilfe spielt bei der Zuweisung in die Suchtberatung kaum eine Rolle. Obwohl in Niedersachsen die Klientel der medizinischen Rehabilitation oder auch PSB häufiger in die Selbsthilfe vermittelt wird als im Bundesschnitt, ist dies ausbaufähig. Eine Erklärung für ausbleibende Anknüpfungen könnte sein, dass viele Selbsthilfegruppen eine (Punkt-)Abstinenz voraussetzen, die einem Teil der Klient:innen in der Suchtberatung (noch) nicht möglich ist.

2022 lebten 11 % (STR) bis hin zu 29 % (ARS) der durch die Suchthilfe betreuten und behandelten Klientel mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt zusammen⁵. Es ist bekannt, dass eine Abhängigkeitserkrankung oder ein missbräuchlicher Konsum bereits eines Elternteils einen erheblichen Risikofaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeit bei den betroffenen Kindern

⁵ Ein methodisch belastbarer Rückschluss auf die Anzahl der Kinder, die mit einer durch die Suchthilfe betreuten bzw. behandelten Person im Haushalt leben, ist anhand von Daten der DSHS nur sehr eingeschränkt möglich, da es sich bei den hauptmaßnahmebezogenen Daten um überlappende Gruppen (Individuum durchläuft sequenziell unterschiedliche Hauptmaßnahmen) in aggregierten, fallbezogenen Teilstichproben aller Einrichtungen der Suchthilfe handelt. Für eine deutschlandweite Schätzung der Anzahl der Kinder in Haushalten mit Substanzkonsumstörungen siehe Kraus et al. (2021), Estimating the number of children in households with substance use disorders in Germany. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health*, 15(1), 63. Abrufbar unter <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00415-0>

darstellt. Durch die Anbindung an die Suchthilfe kann hier entgegengesteuert werden. Die Verbesserung der Situation der betreuten und behandelten Menschen sowie der Blick auf deren Lebensumstände können die Gefahr einer Kindeswohlgefährdung reduzieren.

Unter den Hauptdiagnosen der betreuten bzw. behandelten Klient:innen bzw. Patient:innen dominieren in 4 der 5 betrachteten Hauptmaßnahmen alkoholbezogene Störungen, gefolgt von cannabinoidbezogenen Störungen, auf welche im Schwerpunktthema genauer eingegangen wird. Die einzige Ausnahme bildet die PSB, was darin begründet liegt, dass diese Maßnahme bis auf wenige Ausnahmen an eine Opioid-Substitutionsbehandlung gekoppelt ist.

Schwerpunktthema: Cannabinoidbezogene Störungen

Nicht nur durch die geänderte Gesetzeslage mit dem Inkrafttreten des Cannabisgesetzes (CanG) zum 01.04.2024 und des dadurch erlaubten Konsums für Erwachsene ist Cannabis ein aktuell sehr präsent Thema. Auch die Nutzungs- und Behandlungszahlen weisen auf die zunehmende Bedeutung von cannabinoidbezogenen Störungen hin. Mit dem Schwerpunktthema wird im zweiten Teil des Berichts die Gruppe von Menschen näher beschrieben, die aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen Sucht- und Drogenberatung oder Angebote der stationären medizinischen Suchtrehabilitation nutzen. Die Beschreibung der wesentlichen Kriterien der Klientel (Alter, Geschlecht, psychosoziale Faktoren, Migration etc.) ist hilfreich, um Bedarfe und mögliche Versorgungslücken identifizieren zu können. Der Bericht belegt, dass 36 % der Männer sowie 41 % der Frauen, die eine Suchtberatung aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen in Anspruch nehmen, beim ersten Cannabis-Konsum jünger als 14 Jahre waren. Demnach hatten diese Personen aktueller wissenschaftlicher Evidenz zu Folge ein erhöhtes Risiko, eine cannabinoidbezogene Störung zu entwickeln. Wissenschaftlich ist belegt, dass ein sehr früher Erstkonsum von Cannabis, wie auch anderer Substanzen, die Wahrscheinlichkeit erhöht, in der Folge eine Konsumstörung zu entwickeln.

Innerhalb der betreuten bzw. behandelten Klientel haben sich cannabinoidbezogene Störungen in einem Durchschnittsalter von 17 bzw. 18 Jahren manifestiert. Dieser frühe Störungsbeginn unterstreicht die vorab skizzierte Bedeutung von Prävention und Frühintervention bei Heranwachsenden. Aus dieser Datenlage ist abzuleiten, dass Präventionsmaßnahmen und Frühinterventionen energisch und zeitnah ausgeweitet werden sollten. Mit ausreichenden Präventionsmaßnahmen kann das Einstiegsalter hinausgezögert werden. Durch die Frühintervention kann der Verfestigung riskanter Konsummuster frühzeitig entgegengewirkt werden.

Zwischen dem Störungsbeginn und der aktuellen Betreuungs- bzw. Behandlungsepisode liegen wiederum durchschnittlich 9 bzw. 14 Jahre. Hieraus lässt sich ableiten, dass es sich bei cannabinoidbezogenen Störungen um eine ernstzunehmende chronische Erkrankung handelt. Um eine möglichst frühzeitige und kontinuierliche Anbindung der Betroffenen an Hilfeangebote zu

gewährleisten und das Risiko negativer Folgen zu minimieren, sollten daher Hemmschwellen für die Inanspruchnahme von Angeboten der Suchthilfe abgebaut und spezialisierte niedrigschwellige Angebote für diese Zielgruppe entwickelt werden. Ein weiterer wichtiger Beitrag ist die Entstigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen.

Ein zentraler Punkt ist, dass sich Menschen mit cannabinoidbezogenen Störungen aufgrund ihrer Altersstruktur in früheren Lebensphasen befinden als beispielsweise die dominante Klientel mit alkoholbezogenen Störungen. Dies erfordert im Umkehrschluss spezifisch auf die Bedürfnisse von jungen Erwachsenen zugeschnittene Beratungs- und Behandlungskonzepte.

Auffällig ist, dass sich unter den Betreuten mit cannabinoidbezogenen Störungen weiterhin anteilmäßig weniger Frauen befinden, als in epidemiologischen Studien zur geschlechterspezifischen Prävalenz von problematischem Cannabiskonsum⁶ berichtet. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass sich Frauen eher Unterstützung in anderen Hilfesystemen suchen. Die Studie „Internetbezogene Störungen bei weiblichen Betroffenen: Nosologische Besonderheiten und deren Effekte auf die Inanspruchnahme von Hilfen (IBSfemme)“⁷ zeigt, dass dies zumindest bei der Mediensucht eine Erklärung ist. Eine andere Erklärung für den geringeren Anteil von Frauen in der Beratung und Behandlung ist die (Un-)Vereinbarkeit insbesondere der stationären Maßnahmen mit den Familienpflichten. Das in der Einführung befindliche Online-Beratungsportal „DigiSucht“ könnte dazu beitragen, zumindest die Erreichbarkeit der ambulanten Suchtberatung für Frauen zu verbessern. Eine Voraussetzung ist, dass die Leistungsträger die während der Corona-Pandemie über diesen Weg durchgeführte Behandlung wieder anerkennen. Möglicherweise braucht es aber auch weitere differenzierte geschlechtsspezifische Angebote, um beispielsweise einen Schutzraum sicherzustellen. Dies gilt insbesondere für traumatisierte suchtkranke Frauen. Auch flankierende Maßnahmen wie die Kostenübernahme für Kinderbetreuung könnten die Inanspruchnahme verbessern. Der Genderaspekt sollte bei der Konzeption und Weiterentwicklung von Angeboten in Prävention, Frühintervention, Beratung und Behandlung intensiver mitgedacht werden.

In der Beratung und Behandlung aufgrund der Hauptdiagnose „cannabinoidbezogene Störungen“ ist zudem zu beachten, dass insbesondere bei Männern häufig begleitende Suchtproblematiken diagnostiziert werden – vor allem Störungen aufgrund des Konsums von Alkohol, Kokain oder Stimulanzien. Daneben ist von einer erheblichen Anzahl zusätzlicher psychischer Komorbiditäten wie Depressionen oder Angststörungen auszugehen. Ein komplexes Komorbiditätsprofil erschwert die Beratung und Behandlung der Betroffenen und unterstreicht die Wichtigkeit von Angeboten, die auf diese besonderen Bedarfe eingehen.

⁶ Siehe Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2021 bei Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N.-N., Wilms, N., Olderbak, S., & Kraus, L. (2022). Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int*, 119, 527–534. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0244>

⁷ Abschlussbericht abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/IBSfemme_Abschlussbericht.pdf

Die Erfolge der Maßnahmen werden beispielhaft an der Entwicklung des Suchtverhaltens deutlich. Bei der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen hat sich sowohl in der Suchtberatung als auch bei der Suchtbehandlung bei fast allen Betroffenen der Problembereich „Sucht“ entweder verbessert oder ist konstant geblieben (98 % bzw. 100 %). Hierzu ist anzumerken, dass eine Reduktion des Suchtmittelkonsums während der Beratung oft nicht das Ziel ist, da es hierfür bei fortgeschrittener Suchtentwicklung zumeist einer Behandlung bedarf. Ein gleichbleibender Konsum während der Behandlung ist als Erfolg zu bewerten, da die Maßnahme in aller Regel abstinenter angetreten wird. Der Nicht-Konsum wird folglich durchgehalten.

Ein auffälliger Befund ist, dass 6 % der männlichen Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen in den sechs Monaten vor Maßnahmenbeginn überwiegend in (Untersuchungs-)Haft waren. Dies zeigt eine Folge der Repression und es bleibt abzuwarten, inwieweit sich die geänderte Gesetzeslage auf diese Quote auswirkt.

Die Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen im zeitlichen Verlauf 2018 – 2022

Viele der erhobenen Daten weisen im Zeitverlauf eine hohe Konstanz auf. Unterschiede (z. B. Elternschaft, Wohnsituation) zur Gesamtheit der Hilfesuchenden in den Beratungsstellen ergeben sich aus dem durchschnittlich wesentlich geringerem Alter der Klient:innen mit cannabinoidbezogenen Störungen. Abzuwarten bleibt, ob sich in Folge der Änderungen durch das CanG auch Änderungen bei der Inanspruchnahme der Beratungs- und Hilfeangebote ergeben.

Es gibt einige erwähnenswerte Tendenzen, die hier auch unter Berücksichtigung der geänderten Rechtslage durch das Inkrafttreten des CanG zum 01.04.2024 und möglicher Konsequenzen betrachtet werden.

Das Alter der Personen, die aufgrund cannabinoidbezogener Störungen in Beratung kamen, ist im Zeitraum von 2018 bis 2022 bei Frauen und Männern durchschnittlich um ein Jahr auf etwa 26 Jahre gestiegen. Eine mögliche Erklärung ist, dass Cannabiskonsum bereits in der Debatte im Vorfeld der gesetzlichen Änderung als „normaler“ und somit weniger problematisch angesehen wurde. Hierfür spricht auch die Tatsache, dass die Anzahl der durch das soziale Umfeld vermittelten Ratsuchenden von 13 % auf 10 % sank. Möglicherweise verringerte sich auch die Sensibilität für die Gefahren des THC-Konsums im sozialen Umfeld. Diese Zahlen und die Tatsachen, dass 37 % der betroffenen Personen (d.h. 59 % der nicht alleinlebenden Klientel) noch bei den Eltern leben und dass das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum bei 16 Jahren liegt, machen deutlich, dass die Erziehungsberechtigten eine wichtige Zielgruppe der Präventionsbemühungen sein müssen und es notwendig ist, konkrete Informations- und Präventionsangebote zeitnah bereitzustellen.

Da Cannabis ab dem 01.04.2024 nicht mehr unter das Betäubungsmittelrecht fällt, entfällt auch die Anwendung des Strafrechts, sofern die gesetzlichen Regelungen eingehalten werden. Dies wird sich voraussichtlich auf die Zugangswege zur Suchthilfe auswirken. Der Anteil der Vermittlungen durch Polizei / Justiz / Bewährungshilfe stieg von 2018 bis 2022 kontinuierlich. 2022 wurde mehr als jeder fünfte männliche Ratsuchende durch diesen Bereich vermittelt. Da Besitz und Anbau im Rahmen der gesetzlichen Regelungen straffrei sind, geht dieser Weg verloren, um Konsument:innen frühzeitig zu erreichen, einen Kontakt zur Suchtberatung herzustellen und eine Eigenmotivation zur Veränderung des Konsums zu wecken. Die Vermittlung durch Jugendamt und Jugendhilfe ist über den Zeitraum konstant geblieben. Laut des Cannabisgesetzes (§ 7 CanG) soll das Jugendamt durch die Polizei informiert werden, wenn bei Minderjährigen der Verdacht auf problematischen Konsum besteht. Das Jugendamt soll dann in Kooperation mit den Erziehungsberechtigten den Besuch eines Frühinterventionsangebots befördern. Es bleibt abzuwarten, ob es gelingt, konsumierende Jugendliche auch zukünftig durch Suchtberatungsangebote frühzeitig zu erreichen. In diesem Bereich bedarf es einer Intensivierung der Kooperation zwischen Sucht- und Jugendhilfe.

Der Anteil an planmäßigen Beendigungen der Beratungsprozesse hat sich in dem Zeitraum von 2018 bis 2022 erhöht, er stieg bei Männern um 6 Prozentpunkte (auf 73 %) und bei Frauen um 5 Prozentpunkte (auf 71 %). Dies zeigt, dass die Beratungsstellen gut auf die Bedarfe dieser Zielgruppe eingehen.

Die Tatsache, dass der durchschnittliche Beginn der cannabinoidbezogenen Störungen bei unter 18 Jahren liegt, zeigt, dass noch mehr suchtspezifische Angebote für Minderjährige mit diesem Störungsbild benötigt werden. Dafür spricht auch, dass suchtbezogene Komorbidität (insbesondere im Kontext von Alkohol und Stimulanzien) weit verbreitet ist. Entsprechende Diagnosen werden im Bereich der stationären Rehabilitation (STR) nochmals häufiger dokumentiert als in der Sucht- und Drogenberatung (SBS). Dies verdeutlicht den suchtspezifischen Hilfebedarf.

Durch die veränderte Gesetzeslage mindert sich der Behandlungsbedarf nicht und es braucht auch weiterhin cannabinoidspezifische Behandlungskonzepte. Eine Reduzierung der Behandlungsdauer cannabinoidbezogener Störungen analog zur Behandlung von Störungen aufgrund des Konsums legaler Substanzen würde sich aller Voraussicht nach negativ auf die Nachhaltigkeit der Maßnahmen auswirken.

Die neue Gesetzeslage kann den Eindruck verstärken, dass Cannabis eine harmlose Substanz sei – was jedoch insbesondere für Menschen unter 25 Jahren nachweislich nicht der Fall ist. Um diesem Bild entgegenzuwirken, braucht es einen deutlichen Ausbau strukturierter und flächendeckender Präventionsangebote für Jugendliche und deren Bezugspersonen.

Für Personen, die einen riskanten Konsum entwickelt haben, bedarf es passgenauer Angebote in der Frühintervention. Zudem werden vermehrt zielgruppenspezifische Angebote für Menschen benötigt, bei denen bereits eine cannabinoidbezogene Störung besteht – insbesondere für Hilfesuchende unter 25 Jahren.

Alle genannten Aufgaben können nur dann durch die Suchthilfe gewährleistet werden, wenn ihr die hierfür benötigten Ressourcen bezüglich Entwicklung und Durchführung verlässlich zur Verfügung stehen!

April 2024

Fachgremium der Suchthilfestatistik Niedersachsen

INHALT

Vorwort und zentrale Erkenntnisse	I
Abkürzungsverzeichnis	X
Abbildungsverzeichnis	XI
Tabellenverzeichnis	XIII
Glossar	XIV
1 EINLEITUNG	1
2 METHODIK	2
2.1 Datenerfassung	2
2.2 Datenbasis.....	2
2.3 Auswertungen.....	3
3 HAUPTMAßNAHMEN IN DER NIEDERSÄCHSISCHEN SUCHTHILFE	7
3.1 Beteiligte Einrichtungen und Betreuungsvolumen	7
3.2 Hauptdiagnosen.....	8
3.3 Soziodemographische Merkmale.....	10
3.3.1 Geschlecht	10
3.3.2 Altersstruktur.....	11
3.3.3 Migrationshintergrund.....	12
3.3.4 Lebenssituation Alleinlebend.....	13
3.3.5 Wohnsituation	14
3.3.6 Minderjährige Kinder im Haushalt	15
3.3.7 Schulische Bildung.....	16
3.3.8 Erwerbsstatus	18
3.4 Betreuungsbezogene Merkmale	19
3.4.1 Vermittlungswege.....	19
3.4.2 Anzahl der Maßnahmen	21
3.4.3 Dauer der Betreuung / Behandlung.....	22
3.4.4 Planmäßige Beendigung	23
3.4.5 Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten.....	24
3.4.6 Weitervermittlung	25
3.4.7 Anbindung an Selbsthilfe.....	27
4 SONDERKAPITEL: CANNABINOIDBEZOGENE STÖRUNGEN	28
4.1 Soziodemographische Merkmale.....	28
4.1.1 Geschlecht	28

4.1.2	Altersstruktur	29
4.1.3	Migrationshintergrund.....	30
4.1.4	Partnersituation	31
4.1.5	Lebenssituation	31
4.1.6	Wohnsituation	33
4.1.7	Minderjährige Kinder im Haushalt	34
4.1.8	Schulische Bildung	35
4.1.9	Erwerbsstatus	36
4.2	Störungsbezogene Merkmale	37
4.2.1	Alter bei Erstkonsum	37
4.2.2	Alter bei Störungsbeginn	38
4.2.3	Zeitspanne zwischen Störungsbeginn und Initiierung der aktuellen Betreuung / Behandlung.....	39
4.2.4	Suchtbezogene Komorbidität	40
4.3	Betreuungs- / Behandlungsbezogene Merkmale	41
4.3.1	Vermittlungswege.....	41
4.3.2	Dauer der Betreuung / Behandlung.....	42
4.3.3	Planmäßige Beendigung	43
4.3.4	Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten.....	44
4.3.5	Konsum am Ende.....	45
4.3.6	Weitervermittlung	46
5	KLIENTEL MIT CANNABINOIDBEZOGENEN STÖRUNGEN MIT HAUPTMAßNAHME SBS, 2018 BIS 2022.....	48
5.1	Geschlecht.....	49
5.2	Alter	50
5.3	Elternschaft.....	51
5.4	Schulische Bildung	52
5.5	Erwerbstatus.....	53
5.6	Vermittlungswege	55
5.7	Betreuungsdauer	56
5.8	Planmäßige Beendigung.....	57
	Literatur	58
	Tabellenanhang.....	59

Abkürzungsverzeichnis

ALG	Arbeitslosengeld
ARS	ambulante medizinische Rehabilitation
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt-, und Raumforschung
DBDD	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DHS	Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht)
JVA	Justizvollzugsanstalt
KDS	Deutscher Kerndatensatz
NAS	(Reha-)Nachsorge
NISHS	Niedersächsische Suchthilfestatistik
PSB	Psychosoziale Begleitung Substituierter
SBS	Sucht- und Drogenberatung
STR	stationäre Rehabilitation
TDI	Treatment Demand Indicator

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Geschlechterverteilung der Klientel, stratifiziert nach Hauptmaßnahme	10
Abbildung 2. Altersstruktur bei Beginn der Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme.....	11
Abbildung 3. Klientel mit Migrationshintergrund, stratifiziert nach Hauptmaßnahme.....	12
Abbildung 4. Alleinlebende Klientel, stratifiziert nach Hauptmaßnahme	13
Abbildung 5. Wohnsituation der Klientel vor Beginn der Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme	14
Abbildung 6. Klientel mit minderjährigen Kindern im Haushalt, stratifiziert nach Hauptmaßnahme.....	15
Abbildung 7. Schulabschluss der Klientel, stratifiziert nach Hauptmaßnahme	17
Abbildung 8. Erwerbsstatus der Klientel, stratifiziert nach Hauptmaßnahme	18
Abbildung 9. Vermittlungswege in die aktuelle Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme.....	20
Abbildung 10. Anzahl der durchgeführten Maßnahmen, stratifiziert nach Hauptmaßnahme.	21
Abbildung 11. Dauer der Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme	22
Abbildung 12. Klientel mit planmäßiger Beendigung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme	23
Abbildung 13. Entwicklung des Problembereichs Sucht zum Ende der Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme	24
Abbildung 14. Weitervermittlung der Klientel in weitere Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme	25
Abbildung 15. Klientel mit Anbindung an Selbsthilfe, stratifiziert nach Hauptmaßnahme.....	27
Abbildung 16. Geschlechterverteilung der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Hauptmaßnahme	28
Abbildung 17. Altersstruktur der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen bei Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme.....	29
Abbildung 18. Migrationshintergrund der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme	30
Abbildung 19. Partnersituation der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme	31
Abbildung 20. Lebenssituation der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme	32
Abbildung 21. Wohnsituation der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme	33
Abbildung 22. Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen und minderjährigen Kindern im Haushalt, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme.....	34
Abbildung 23. Schulische Bildung der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme	35
Abbildung 24. Erwerbsstatus der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme	36
Abbildung 25. Alter der Klientel mit Hauptsubstanz Cannabis bei Erstkonsum, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme	37

VERZEICHNISSE

Abbildung 26. Alter bei Beginn einer cannabinoidbezogenen Störung, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme	38
Abbildung 27. Zeitspanne zwischen Beginn einer cannabinoidbezogenen Störung und Initiierung der aktuellen Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme	39
Abbildung 28. Vermittlungswege in die aktuelle Betreuung / Behandlung der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme.....	41
Abbildung 29. Betreuungs- / Behandlungsdauer der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme	42
Abbildung 30. Klientel mit planmäßiger Beendigung der Betreuung / Behandlung aufgrund cannabinoidbezogener Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme.....	43
Abbildung 31. Klientel mit positivem Ergebnis der Suchtproblematik am Ende der Betreuung / Behandlung aufgrund cannabinoidbezogener Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme	44
Abbildung 32. Konsummenge am Ende der Betreuung / Behandlung aufgrund cannabinoidbezogener Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme.....	45
Abbildung 33. Weitervermittlung der Klientel am Ende der Betreuung / Behandlung aufgrund cannabinoidbezogener Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme.....	46
Abbildung 34. Anteil cannabinoidbezogener Störungen in der Hauptmaßnahme SBS, stratifiziert nach Geschlecht	48
Abbildung 35. Frauenanteil unter in SBS betreuter Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018-2022.....	49
Abbildung 36. Durchschnittsalter bei Betreuungsbeginn unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018-2022.....	50
Abbildung 37. Elternschaft unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018-2022	51
Abbildung 38. Schulische Bildung unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezo-genen Störungen, 2018-2022	52
Abbildung 39. Arbeitslosigkeit unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018-2022	53
Abbildung 40. Anteil an Schüler:innen und Student:innen unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018 -2022.....	54
Abbildung 41. Vermittlungswege in die aktuelle Betreuung unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018 -2022.....	55
Abbildung 42. Durchschnittliche Betreuungsdauer unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit can-nabinoidbezogenen Störungen, 2018-2022	56
Abbildung 43. Anteil planmäßig beendeter Betreuungen unter in SBS betreuten Männern und Frauen, 2018 bis 2022.....	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	Gesamtzahl der teilnehmenden Einrichtungen und dokumentierten Betreuungen / Behandlungen, stratifiziert nach Hauptmaßnahme	7
Tabelle 2.	Verteilung der Hauptdiagnosen, stratifiziert nach Hauptmaßnahme	8
Tabelle 3.	Vermittelte Maßnahmen bzw. Institutionen für anschließende Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme	26
Tabelle 4.	Komorbiditäten der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme	40
Tabelle 5.	Vermittelte Maßnahmen bzw. Institutionen für anschließende Betreuung / Behandlung der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme	47

Tabellenanhang

Tabelle I.	Übersicht aller in die Analysen eingegangen Einrichtungen in Niedersachsen und umgesetzte Hauptmaßnahmen	59
Tabelle II.	Hauptdiagnosen, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht	62
Tabelle III.	Geschlechterverteilung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht .	62
Tabelle IV.	Altersstruktur, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht.....	63
Tabelle V.	Migrationsstatus, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht.....	64
Tabelle VI.	Lebenssituation Alleinlebend, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht	64
Tabelle VII.	Wohnsituation, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht	65
Tabelle VIII.	Minderjährige Kinder im Haushalt.....	66
Tabelle IX.	Schulabschluss, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht	66
Tabelle X.	Erwerbsstatus, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht	67
Tabelle XI.	Vermittlungswege, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht	68
Tabelle XII.	Anzahl der Maßnahmen, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht	69
Tabelle XIII.	Betreuungs- / Behandlungsdauer, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht	70
Tabelle XIV.	Planmäßigkeit der Beendigung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht	70
Tabelle XV.	Entwicklung des Problembereichs Sucht zum Ende der Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht	71
Tabelle XVI.	Weitervermittlung nach Betreuungs- / Behandlungsende, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht	71

Glossar

Aggregatdaten

Daten, die Informationen über eine Personengruppe in gebündelter Form (meist in Form von Anteilen oder Mittelwerten) wiedergeben. Durch die Bündelung der Daten ist kein Rückschluss auf einzelne Personen mehr möglich.

Anonymisierte Daten

Daten, die nicht mehr einer bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können. Bedingt durch den fehlenden Personenbezug sind Aggregatdaten automatisch anonymisiert.

Beendigung, planmäßig

Beendigung der Betreuung entweder 1) regulär bzw. vorzeitig auf therapeutische Veranlassung, 2) vorzeitig mit therapeutischem Einverständnis oder 3) als planmäßiger Wechsel in andere Einrichtungen.

Beendigung, unplanmäßig

Beendigung der Betreuung entweder 1) durch Abbruch seitens der betreuten Person, 2) disziplinarisch, 3) als außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtungen oder 4) durch Tod der betreuten Person.

Behandlung

In diesem Bericht Überbegriff für stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen. Diese Maßnahmen werden meist von stationären (Typ 2) Einrichtungen angeboten.

Beteiligungsquote

Anteil der im → Einrichtungsregister geführten Suchthilfeeinrichtungen, die sich an der → DSHS beteiligen. Die Beteiligungsquote wird für die verschiedenen → Einrichtungstypen gesondert ermittelt und gibt Aufschluss über die Reichweite der DSHS, wodurch Rückschlüsse über die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der DSHS-Daten gezogen werden können.

Betreuung

In diesem Bericht Überbegriff für psychosoziale Begleitung Substituierter, Sucht- und Drogenberatung und Rehanachsorge. Diese Maßnahmen werden meist von ambulanten (Typ 1) Einrichtungen angeboten.

Betreuungsepisode

Siehe Fall

Deutsche Suchthilfestatistik

Bundesweites Dokumentations- und Monitoringsystem, das Daten zu zentralen Charakteristika des deutschen ambulanten und stationären Suchthilfesystems und seiner Klientel nach bundesweit einheitlichen Standards erfasst und deskriptiv auswertet.

Deutscher Kerndatensatz

Standardisierte Dokumentationsgrundlage zur Erhebung von Daten innerhalb der → DSHS.

Einmalkontakt

ambulante Betreuungsepisoden (→ Betreuungsepisode), die aus einem einzigen Kontakt mit der jeweiligen Suchthilfeeinrichtung bestehen.

Einrichtungsregister

zentrales, internetbasiertes, nicht-öffentliches Register deutscher Suchthilfeeinrichtungen der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD), das im Rahmen der → DSHS weitergeführt wird. Jede an der DSHS teilnehmende Einrichtung, muss auch im Einrichtungsregister

aufgeführt sein, wobei jede Einrichtung über einen einrichtungsindividuellen Code eindeutig identifiziert werden kann. Das Einrichtungsregister bildet die Grundlage zur Ermittlung der → Beteiligungsquote.

Einrichtungstyp

→ KDS-basierte Einteilung aller Suchthilfeeinrichtungen in sieben übergeordnete Kategorien: Typ 1 Ambulante Einrichtung, Typ 2 Stationäre Rehabilitationseinrichtung, Typ 3 Krankenhaus/-abteilung, Typ 4 Ärztliche / Psychotherapeutische Praxis, Typ 5 Soziotherapeutische Einrichtungen / Eingliederungshilfe / Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, Typ 6 Einrichtung im Strafvollzug und Typ 7 Andere (z. B. Pflegeheim, Maßregelvollzug). Die Auswertungen dieses Jahresberichts nehmen dabei nur auf Typ 1 und Typ 2 Einrichtungen Bezug

Fall

Bündelung aller Kontakte, die eine bestimmte Person innerhalb einer Betreuungs- / Behandlungsepisode im Rahmen einer leistungsrechtlichen eigenständigen Maßnahme mit ein und derselben Suchthilfeeinrichtung hat. Da die Dokumentation innerhalb der einzelnen Einrichtungen auf Fall- und nicht auf Personenebene erfolgt wird bei Beginn einer neuen Betreuungs- / Behandlungsepisode (Maßnahme) durch eine Person in einer bestimmten Suchthilfeeinrichtung, ein neuer Fall angelegt. Somit können einzelnen Personen (mit unterschiedlichen Fällen) mehrmals in die → DSHS eingehen.

Haltequote

Anteil an Klient:innen / Patient:innen, die ihre → Betreuung / → Behandlung planmäßig beenden

Hauptdiagnose

Diagnose, die diejenige Störung aus den dokumentierten suchtbetragenen Problembereichen widerspiegelt, die betreuungs- bzw. behandlungsleitend ist.

Klient:in

Person, die Leistungen ambulanter Suchthilfeeinrichtungen in Anspruch nimmt.

Komorbidity, suchtbetragend

problematischer Konsum bzw. Abhängigkeit von einer weiteren Substanz in Ergänzung zur → Hauptsubstanz. Die Begleitsubstanz hat jedoch eine geringere Bedeutung als die Hauptsubstanz. Wenn eine betreute Person mindestens zwei Substanzen / Glücksspielformen / Medientätigkeiten gleich hohe Relevanz beizmisst, wird von einem „Polyvalenten Konsummuster“ ausgegangen.

Lauf

Auswertung nach definierten Kriterien. Die Auswertung der → DSHS erfolgt auf der Basis von jährlich gleich definierten ‚Standardläufen‘ deren Ergebnisse in den Jahresberichten einfließen, sowie einmaligen ‚Sonderläufen‘, die z. B. für Kurzberichte verwendet werden.

Migrationshintergrund

Sozio-demographische Variable, die für Personen vergeben wird, die entweder selbst nach Deutschland migriert sind oder als (Enkel-)Kinder von Migrant:innen in Deutschland geboren wurden.

Missingquote

Anteil der innerhalb einer Einrichtung fehlenden Angaben für einen bestimmten Parameter. Die in diesem Bericht aufgeführten Ergebnisse beruhen auf 33 %-Läufen, d.h. bei jeder Tabelle werden die Daten von Einrichtungen, in denen >33 % der Angaben zu dem in der Tabelle berichteten Parameter fehlen, von der Auswertung ausgenommen.

Patient:in

Person, die Leistungen stationärer Suchthilfeeinrichtungen in Anspruch nimmt.

Störung

im Sinne der → DSHS sowohl problematischer Konsum als auch Abhängigkeit von einer Substanz bzw. Verhaltensweise. Die Diagnostik orientiert sich an der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)

Tabellenband

aggregierte Darstellung der für die → DSHS erhobenen Parameter in Form eines Excel-Workbooks. Hierbei werden für jedes erfasste Merkmal eigene Tabellenblätter bereitgestellt. Die Tabellenbände können sich je nach Bündelungsvorschrift auf bestimmte Bezugsgruppen (→ Zugänge, → Beender, alle Betreuungen / Behandlungen), → Einrichtungstypen, angebotene Maßnahmen, bestimmte Regionen (Bund, Länder), Anbieter oder → Missingquoten beziehen.

1 EINLEITUNG

Dieser Bericht basiert auf Daten, die jährlich niedersachsenweit von Einrichtungen der Suchthilfe im Zuge ihrer Teilnahme an der Deutschen Suchthilfestatistik (→ Deutsche Suchthilfestatistik; DSHS) erhoben werden. Die Dokumentation und Datenerhebung erfolgt seit 2017 mit dem von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) herausgegebenen Deutschen Kerndatensatz (KDS, → Deutscher Kerndatensatz) zur Dokumentation im Bereich der Suchthilfe 3.0 (KDS 3.0; Manual verfügbar unter: www.suchthilfestatistik.de). Im Rahmen des KDS 3.0 werden sowohl Daten zur jeweiligen Einrichtung (z. B. Art der Angebote, Personalstruktur) als auch zur Klientel (z. B. soziodemographische Merkmale, anamnestische Daten, Diagnosen sowie Informationen zu Betreuungs- / Behandlungsverlauf und -ergebnissen) erfasst (Details siehe Braun & Lesehr (2017)).

Die entsprechenden niedersachsenspezifischen Daten werden seit dem Datenjahr 2020 als Niedersächsische Suchthilfestatistik (NISHS) in einem eigenen kommentierten Bericht zusammengefasst. Im vorliegenden Bericht werden Einrichtungen der Suchthilfe des Landes Niedersachsen nach ausgewählten Hauptmaßnahmen („Art der Angebote“, → Hauptmaßnahme) der im Jahr 2022 erfolgten Betreuungen bzw. Behandlungen analysiert und markante Abweichungen von den Bundesdaten herausgearbeitet. Als Hauptmaßnahmen werden dabei die Sucht- und Drogenberatung (SBS), die stationäre Rehabilitation (STR), die ambulante medizinische Rehabilitation (ARS), die (Reha-)Nachsorge (NAS) sowie die Psychosoziale Begleitung Substituierter (PSB) adressiert. In einem Sonderkapitel wird, wie auch in den Datenjahren 2020 und 2021, die Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen (→ Störung) innerhalb der NISHS gesondert beleuchtet. Für das Datenjahr 2022 erfolgt diese Sonderauswertung anhand der Hauptmaßnahmen SBS und STR. Als Ergänzung zum Sonderkapitel wird die Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen in SBS im Zeitverlauf analysiert. Dabei werden die Entwicklungen von 2018 bis 2022 differenziert nach Geschlecht untersucht.

2 METHODIK

2.1 Datenerfassung

Niedersächsische Einrichtungen der Suchthilfe, die ihre Arbeit entsprechend den Vorgaben des KDS 3.0 (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), 2022) dokumentieren und in aggregierter Form (→ Aggregatdaten) für die bundesweite Auswertung zur Verfügung stellen, können an der DSHS und damit nachgelagert an der NISHS teilnehmen. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme ist die Verwendung einer vom IFT zertifizierten Dokumentationssoftware, mittels der die erhobenen Daten in standardisierter Form für die Auswertung aufbereitet werden. Im Dezember 2023 verfügten 15 Dokumentationssysteme über ein entsprechendes aktives Zertifikat für den KDS 3.0. Das IFT sammelt die bereits in den Einrichtungen aggregierten und damit anonymisierten Daten (→ anonymisierte Daten) und erstellt Bundes-, Landes- und Verbandsauswertungen in Form von Tabellenbänden (→ Tabellenband) sowie Jahresberichten. Eine ausführliche Darstellung der Erhebungsmethodik der DSHS ist der Publikation von Schwarzkopf et al. (2020) zu entnehmen.

2.2 Datenbasis

Die Daten enthalten sowohl Informationen zur jeweiligen Einrichtung (z. B. Art der Angebote der Einrichtung, Personalstruktur) als auch zur Klientel (z. B. soziodemographische Merkmale, anamnestische Daten, Diagnosen sowie Informationen zu Betreuungsverlauf und -ergebnissen). Die vorliegenden Daten bieten eine umfangreiche, aber nicht vollständige Darstellung des Suchthilfe-systems in Niedersachsen. Sie beinhalten alle Einrichtungen in Niedersachsen, die sich im Jahr 2022 an der Auswertung für die DSHS beteiligt haben.

Für die nachfolgenden Analysen werden Einrichtungen herangezogen, für die im Datenjahr 2022 Betreuungen (→ Betreuung) bzw. Behandlungen (→ Behandlung) mit den Hauptmaßnahmen SBS, STR, ARS, NAS oder PSB berichtet wurden. Im Datenjahr 2022 wurden Daten von insgesamt $N = 84$ Suchthilfeeinrichtungen in Niedersachsen berücksichtigt (SBS: $N = 72$, STR: $N = 12$, ARS: $N = 50$, NAS: $N = 36$, PSB: $N = 34$). Eine Auflistung aller in die Analysen eingegangenen niedersächsischen Einrichtungen und deren Zuordnung zu den Hauptmaßnahmen findet sich in Tabelle 1 (im Anhang).

Das IFT führt ein von der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) initiiertes Register fort, das die unterschiedlichen Facheinrichtungen der Suchthilfe in Deutschland nahezu vollständig erfasst (DBDD-Einrichtungsregister, → Einrichtungsregister). Ein Vergleich mit diesem Register erlaubt eine Einschätzung der Beteiligungsquote (→ Beteiligungsquote) von

Suchthilfeeinrichtungen an der NISHS. Im Dezember 2022 umfasste das Einrichtungsregister validierte Einträge⁸ von insgesamt 153 Einrichtungen in Niedersachsen.

Auf Basis der Angaben der Einrichtungen zu ihrem grundsätzlichen Angebot der einzelnen Maßnahmen sowie zu ihrer Teilnahme an der NISHS und einer dokumentierten Nutzung der Maßnahmen lässt sich ermitteln, welcher Anteil der Einrichtungen, in denen die entsprechende Maßnahme in Anspruch genommen wurde, Daten für die NISHS geliefert hat (Beteiligungsquote). Im Datenjahr 2022 wird diese Beteiligungsquote für die Hauptmaßnahme SBS auf 86,0 %, für STR auf 69,0 %, für ARS auf 85,2 %, für NAS auf 86,6 % sowie für PSB auf 82,3 % geschätzt. Es sei darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um eine Schätzung handelt, aus der kein Rückschluss gezogen werden kann, in welchem Umfang das Betreuungsgeschehen insgesamt abgebildet wird. Somit ist davon auszugehen, dass die in der Suchthilfestatistik abgebildete Fallzahl (→ Fall) einen höheren Anteil des gesamten Betreuungs- bzw. Behandlungsvolumens widerspiegelt als der Anteilswert der Beteiligungsquote. Eine lineare Hochrechnung auf das gesamte Betreuungsvolumen auf Basis der Beteiligungsquote dürfte daher zu einer Überschätzung des tatsächlichen Fallaufkommens führen.

2.3 Auswertungen

Im vorgelegten Bericht basieren die Analysen auf der Bezugsgruppe „alle Betreuungen“, d. h. es werden Daten zu jenen Fällen (→ Fall)⁹ berichtet, für die 2022 eine Betreuung (→ Betreuung) bzw. Behandlung (→ Behandlung) dokumentiert war, hierbei sind Einmalkontakte (→ Einmalkontakt) ebenfalls eingeschlossen. Für die Abbildung des Betreuungsvolumens werden zudem Bezugspersonen mit berücksichtigt. Hier sei darauf hingewiesen, dass eine Behandlung in stationären Einrichtungen grundsätzlich als Einmalkontakt erfasst wird und nur bei einer eigenen Suchtproblematik erfolgt. Darüber hinaus werden grundsätzlich nur Daten von Personen berichtet, die aufgrund eigener Probleme Suchthilfeleistungen in Anspruch genommen haben. Diese Praxis steht in Übereinstimmung zu internationalen Standards für die Berichtslegung im Suchthilfebereich, insbesondere dem Treatment Demand Indicator (TDI) des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

Je nach betrachteter Variable dokumentieren Einrichtungen die Informationen bei Zugang oder am Ende der Betreuung bzw. Behandlung. Soziodemografische und diagnostische Informationen sowie Zugangs- und Konsumdaten werden zum Zeitpunkt des Zugangs erhoben. Aufgrund der Bezugsgruppe „alle Betreuungen“ werden diese Zugangsdaten auch für Übernahmen in das Jahr

⁸ D. h. die Einrichtung wurde seit 2019 mindestens einmal als existierend bestätigt.

⁹ Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird von Klient:innen oder Betreuten (ambulanter Kontext) bzw. Patient:innen (→ Patient:in) oder Behandelten (stationären Kontext) sowie von Personen geschrieben, obwohl die Datenbasis fallbezogen ist.

2022 berichtet, d. h. für fortgesetzte Betreuungen bzw. Behandlungen, die vor dem Jahr 2022 angefangen haben und deren Beginn schon längere Zeit zurückliegen kann. Hingegen werden betreuungs- bzw. behandlungsbezogene Daten erst am Ende der Betreuung bzw. Behandlung erfasst und sind somit nur für Beender des Jahres 2022 dokumentiert. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass sich dadurch je nach Variable unterschiedliche Fallzahlen ergeben können.

Die hier präsentierten Auswertungen nehmen – soweit nicht anders vermerkt – Bezug auf die Klientel, für die eine sogenannte Hauptdiagnose (→ Hauptdiagnose) vorliegt. Die Hauptdiagnose orientiert sich an dem für den jeweiligen Fall primären Problem einer hilfesuchenden Person mit eigener Problematik. Die diagnostischen Informationen beruhen dabei auf der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V) der WHO (Weltgesundheitsorganisation; Dilling et al., 2015). Die Hauptdiagnosen umfassen die Störungsgruppen F10 – F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F50 (Ess-Störungen), F63.0 (Pathologisches Spielen) und F63.8 / F68.8 (Exzessive Mediennutzung¹⁰). Die Gruppe der substanzbezogenen Hauptdiagnosen (z. B. eine Störung (→ Störung) aufgrund des Konsums von Alkohol) umfasst sowohl „schädlichen Gebrauch“, der mit der ICD-10-Diagnose F1x.1 (z. B. schädlicher Alkoholgebrauch: F10.1) codiert wird, als auch „Abhängigkeit“, dokumentiert als F1x.2 (z. B. Alkoholabhängigkeit: F10.2).

Klient:innen können gleichzeitig mehrere der genannten Störungen haben. Alle bei Betreuungsbeginn vorliegenden Störungen sind als Einzeldiagnosen zu kodieren. Aus diesen Einzeldiagnosen wird eine einzige Hauptdiagnose ausgewählt, die übrigen Einzeldiagnosen spiegeln suchtbezogene Komorbidität (→ Komorbidität, suchtbezogen) wider. Separat einzuordnen ist in diesem Zusammenhang die Diagnose „F19 Andere psychotrope Substanzen / Polytoxikomanie“, bei welcher nicht zwingendermaßen entsprechende Einzeldiagnosen vorliegen.

Alle aufgeführten Ergebnisse beruhen jeweils auf einem 33 %-Lauf (→ Lauf). Das heißt, dass bei einem Item bzw. einer Tabelle nur Daten von Einrichtungen einbezogen werden, bei denen höchstens 33 % der Angaben fehlen. Dies soll verhindern, dass die Datenqualität durch Einrichtungen mit einer hohen Missingquote (→ Missingquote) überproportional beeinträchtigt wird. Infolgedessen ergeben sich für die einzelnen berichteten Items unterschiedliche Fallzahlen. Die Fallzahlen der analysierten Klientel sowie die Anzahl der für die einzelnen Parameter und Hauptmaßnahmen berücksichtigten Einrichtungen sind zusammen mit den Missingquoten in den jeweiligen Tabellen im Anhang aufgeführt.

¹⁰ „Exzessive Mediennutzung“ ist im ICD-10 nicht als eigenständige Störung erfasst. Kodiert wird im KDS 3.0 entweder ICD10-Code F68.8 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“ oder ICD10-Code F63.8 „andere abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle“

Items werden bei Subgruppen mit einer Stichprobengröße von $N < 30$ Fällen aus Gründen der Interpretierbarkeit im Fließtext grundsätzlich nicht interpretiert, in Tabellen wird in diesem Fall anstelle von Anteilswerten die absolute Anzahl der dokumentierten Fälle angegeben. Zugunsten der Übersichtlichkeit werden Anteilswerte im Fließtext auf ganze Prozentwerte gerundet und in den Grafiken Anteilswerte von $< 3\%$ ohne entsprechende Beschriftung ausgewiesen.

Die Analyse der niedersächsischen Suchthilfe verläuft zunächst entlang der Hauptmaßnahmen SBS, STR, ARS, NAS und PSB. Dabei werden markante Abweichungen der niedersächsischen Daten von den Bundesdaten dargestellt, wobei Ausprägungen, die sowohl in Niedersachsen als auch auf Bundesebene einen Anteilswert von $< 3\%$ aufweisen, grundsätzlich vernachlässigt werden. Da die Landesdaten in den bundesweiten DSHS-Daten mitenthalten sind, wird die NISHS als eine Teilstichprobe der DSHS aufgefasst. Die statistischen Tests auf Unterschiede adressieren daher die Repräsentativität der Stichprobe (NISHS) für die Grundgesamtheit (DSHS). Hierbei wird bei p-Werten von $\leq 0,01$ ein signifikanter Unterschied angenommen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der betrachteten Klientelgruppen bestehen, die sich in unterschiedlichen Ausprägungen soziodemographischer Merkmale spiegeln und mit unterschiedlich intensiven Vorerfahrungen in der Suchthilfe einhergehen können. Die Ergebnisse sind somit im Kontext der jeweiligen gruppenspezifischen Zusammensetzung zu bewerten.

Sonderkapitel: Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen

Das Sonderkapitel beschreibt stratifiziert nach binärem Geschlecht die Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen innerhalb der NISHS, wobei die beiden Hauptmaßnahmen SBS und STR im Fokus der Analyse stehen¹¹. Aufgrund der kleinen Stichprobengrößen in den Hauptmaßnahmen ARS und NAS wird hier die Parameterverteilung für Männer und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen nicht kommentiert¹². Die Hauptmaßnahme PSB bleibt unberücksichtigt, da sie auf die Klientel mit opioidbezogenen Störungen ausgerichtet ist.

Ergänzende Analyse: Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen im Zeitverlauf

In einer ergänzenden Analyse wird die Klientel mit cannabinoidbezogenen Störung und Hauptmaßnahme SBS von 2018 bis 2022 im Trend betrachtet und nach Geschlecht differenziert. Um die Entwicklung über die Jahre korrekt abzubilden, wird abweichend von allen vorangestellten

¹¹ Eine separate Darstellung der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen erfolgte bereits in der Suchthilfestatistik Niedersachsen 2020, allerdings wurden hier ambulante (Typ 1) und stationäre (Typ 2) Suchthilfeeinrichtungen Niedersachsens gegenübergestellt (siehe Murawski et al., 2022).

¹² Diese sind im Bericht 2021 zwar mit ausgewiesen (siehe Murawski et al., 2023), werden aber auch dort nicht kommentiert.

Analysen die Analyse der Zugangsdaten auf die Stichprobe der Zugänge im jeweiligen Datenjahr beschränkt. Zudem werden keine Einmalkontakte berücksichtigt.

Die aktuellen Daten des Jahres 2022 werden dem Basisjahr 2018 gegenübergestellt und die prozentuale Veränderung ermittelt. Hierbei wird für Anteilswerte anhand überlappender 95 %-Konfidenzintervalle¹³ ermittelt, ob ein signifikanter Unterschied mit $p \leq 5\%$ zwischen dem Datenjahr 2022 und dem Basisjahr 2018 besteht. Der Bereich des Konfidenzintervalls ist als Fehlerindikator in den Grafiken jeweils mit ausgewiesen. Für stetige Variablen (z. B. Mittelwert in Jahren) wird ein Unterschied von bis zu 3 % als stabil eingestuft. Gleichgerichtete Veränderungen zwischen 3 % und 5 % werden als Tendenz interpretiert, gleichgerichtete Veränderungen zwischen 5 % und 10 % als leichte und gleichgerichtete Veränderungen von mindestens 10 % als deutliche Veränderungen.

Ein Trend über den gesamten Beobachtungszeitraum von 2018 bis 2022 wird angenommen und berichtet, wenn (a) der betrachtete Anteil in beiden Jahren mehr als 3 % betrug, (b) sich für die gegenübergestellten Anteilswerte von 2018 und 2022 ein signifikanter Unterschied ergibt bzw. bei stetigen Variablen der Unterschied als nicht stabil eingestuft wird und (c) im übrigen Zeitraum eine gleichgerichtete Veränderung erfolgte. Sind hingegen zwischen den Endpunkten mindestens zwei deutliche Veränderungen mit gegensätzlichen Richtungen zu verzeichnen, ist kein Trend festzustellen.

¹³ Überlappende Konfidenzintervalle bedeuten, dass kein signifikanter Unterschied besteht. Nicht überlappende Konfidenzintervalle zeigen hingegen einen signifikanten Unterschied zwischen den verglichenen Anteilswerten.

3 HAUPTMAßNAHMEN IN DER NIEDERSÄCHSISCHEN SUCHTHILFE

3.1 Beteiligte Einrichtungen und Betreuungsvolumen

Für 2022 sind für SBS insgesamt N = 23.299 Betreuungen in 72 Einrichtungen in der NISHS dokumentiert. Davon wurden 5 % mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen durchgeführt, 95 % der Betreuungen erfolgten bei Klient:innen (→ Klient:in) mit eigener Problematik. Zudem bestehen 18 % der Betreuungen aus reinen Einmalkontakten. Für STR sind N = 3.535 Behandlungen in 12 Einrichtungen, für ARS N = 2.085 Behandlungen in 50 Einrichtungen, für NAS N = 669 Betreuungen in 36 Einrichtungen und für PSB N = 2.099 Betreuungen in 34 Einrichtungen dokumentiert. Anders als bei SBS werden in diesen vier Hauptmaßnahmen fast ausnahmslos Personen mit eigener Problematik betreut bzw. behandelt (STR, NAS, ARS: je 100 %; PSB: > 99 %). Zudem entfällt im Gegensatz zu SBS (siehe oben) nur ein sehr geringer Anteil der Fälle auf Einmalkontakte (ARS: 1 %; NAS: 2 %; PSB: 3 %). Die stationär durchgeführte Hauptmaßnahme STR ist in der Suchthilfestatistik grundsätzlich als Einmalkontakt, der sich von der Aufnahme bis zur Entlassung erstreckt, definiert.

Tabelle 1. Gesamtzahl der teilnehmenden Einrichtungen und dokumentierten Betreuungen / Behandlungen, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Hauptmaßnahme	SBS	STR	ARS	NAS	PSB
Anzahl Einrichtungen *	72	12	50	36	34
Anzahl Betreuungen (N)	23.299	3.535	2.085	669	2.099
Übernahmen aus 2021	22,1 % (n = 5.160)	19,2 % (n = 679)	45,1 % (n = 941)	36,8 % (n = 246)	78,0 % (n = 1.638)
Zugänge 2022	77,9 % (n = 18.139)	80,8 % (n = 2.856)	54,9 % (n = 1.144)	63,2 % (n = 423)	22,0 % (n = 461)
Beender 2022	75,8 % (n = 17.668)	86,6 % (n = 3.061)	61,5 % (n = 1.283)	68,5 % (n = 458)	28,7 % (n = 603)
Übernahmen nach 2023	24,2 % (n = 5.631)	13,4 % (n = 474)	38,5 % (n = 802)	31,5 % (n = 211)	71,3 % (n = 1.496)

SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter.

Bezug: Alle Betreuungen mit Einmalkontakten, Betreute / Behandelte mit eigener Symptomatik und Bezugspersonen.

* In jeder Einrichtung können grundsätzlich mehrere Hauptmaßnahmen angeboten werden, so dass es sich hier nicht um disjunkte Gruppen handelt und die Einrichtungsanzahl nicht über die einzelnen Hauptmaßnahmen addiert werden darf.

Der Fluss der Klientel ist in Tabelle 1 dargestellt. Die Gesamtzahl der Betreuungen beinhaltet dabei (a) Übernahmen aus dem Jahr 2021, (b) Neuzugänge des Jahres 2022, (c) im Jahr 2022 beendete Betreuungen sowie (d) Übernahmen in das Jahr 2023. Im Gegensatz zu allen nachfolgenden Analysen sind in diesen Angaben noch jene Betreuungsepisoden (→ Betreuungsepisode) enthalten, die nicht aufgrund einer eigenen Problematik, sondern aufgrund der

Suchtproblematik einer Bezugsperson durchgeführt wurden. Die nachfolgenden Ausführungen über die ausgewählten Hauptmaßnahmen beziehen sich, soweit nicht anders vermerkt, auf die Gesamtzahl der Betreuungen der Klientel mit dokumentierter Hauptdiagnose (vgl. Kapitel 2 Methodik).

3.2 Hauptdiagnosen

Die Verteilung der Hauptdiagnosen der niedersächsischen Klientel gemäß der erfolgten Hauptmaßnahmen findet sich in Tabelle 2 (und Tabelle II im Anhang). In PSB werden hauptsächlich Personen mit opioidbezogenen Störungen (84 %, → Störung) und Polytoxikomanie¹⁴ (14 %) betreut. In den übrigen Hauptmaßnahmen dominiert die Klientel mit alkoholbezogenen Störungen: in STR (69 %), ARS (74 %) und NAS (77 %) ist bei rund 7-8 von 10, in SBS (51 %) bei 5 von 10 Fällen diese Hauptdiagnose dokumentiert.

Tabelle 2. Verteilung der Hauptdiagnosen, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Hauptmaßnahme	SBS	STR	ARS	NAS	PSB
N	12.399	3.512	2.004	641	1.918
F10 Alkohol	50,5 % (n = 6.259)	68,7 % (n = 2.412)	73,8 % (n = 1.479)	76,6 % (n = 491)	0,8 % (n = 16)
F12 Cannabinoide	24,5 % (n = 3.036)	9,9 % (n = 346)	8,8 % (n = 176)	6,7 % (n = 43)	0,8 % (n = 15)
F19 Andere psychotrope Substanzen / Polytoxikomanie	6,1 % (n = 751)	9,0 % (n = 317)	4,1 % (n = 82)	3,7 % (n = 24)	13,6 % (n = 260)
F11 Opiode	5,0 % (n = 617)	4,0 % (n = 139)	1,9 % (n = 38)	1,4 % (n = 9)	83,7 % (n = 1.605)
F14 Kokain	3,9 % (n = 481)	3,9 % (n = 136)	2,8 % (n = 57)	3,9 % (n = 25)	0,8 % (n = 16)
F15 Stimulanzien	2,8 % (n = 352)	2,4 % (n = 86)	1,7 % (n = 35)	1,7 % (n = 11)	0,1 % (n = 2)
F63.0 Pathologisches Spielen	4,4 % (n = 547)	1,0 % (n = 36)	5,9 % (n = 118)	3,9 % (n = 25)	0,1 % (n = 1)
F63.8 / F68.8 Exzessive Mediennutzung	1,2 % (n = 144)	0,2 % (n = 6)	0,3 % (n = 6)	1,1 % (n = 7)	0,0 % (n = 0)
Andere Hauptdiagnose*	1,7 % (n = 212)	1,0 % (n = 34)	0,6 % (n = 13)	0,9 % (n = 6)	0,2 % (n = 3)

SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter.

* Störungen aufgrund des Konsums von F13 Sedativa / Hypnotika, F16 Halluzinogenen, F17 Tabak, F18 flüchtigen Lösungsmitteln sowie F50 Ess-Störungen und F55 Missbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen.

¹⁴ Für eine verbesserte Lesbarkeit wird „F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie“ als „Polytoxikomanie“ abgekürzt.

An zweiter Stelle des Häufigkeitsrankings stehen bei allen Hauptmaßnahmen mit Ausnahme der PSB cannabinoidbezogene Störungen, die in SBS (25 %) bei einem Viertel den Anlass der Betreuung darstellen. In STR (10 %) und ARS (9 %) sind sie bei jeweils (rund) einem Zehntel der Fälle der Anlass einer Behandlung. In SBS und STR folgen an dritter bis fünfter Stelle Polytoxikomanie bzw. primäre Störungen aufgrund des Konsums von Opioiden oder Kokain mit jeweils vergleichbaren Anteilen (SBS: 4 % – 6%; STR: 4 % – 9 %). Für ARS bilden weitere Substanzen selten den Anlass einer Behandlung, hier folgt an dritter Stelle die Hauptdiagnose Pathologisches Spielen (6 %), die sich sonst nur noch in SBS (4 %) und NAS (4 %) in einem nennenswerten Umfang findet. Stimulanzienbezogene Störungen und Exzessive Mediennutzung sind als Hauptdiagnose in keiner der untersuchten Hauptmaßnahme in nennenswertem Anteil vertreten (jeweils < 3 %). Zudem stellen alle weiteren, nicht explizit genannten Störungsgruppen nur vereinzelt den primären Anlass der Betreuung bzw. Behandlung dar.

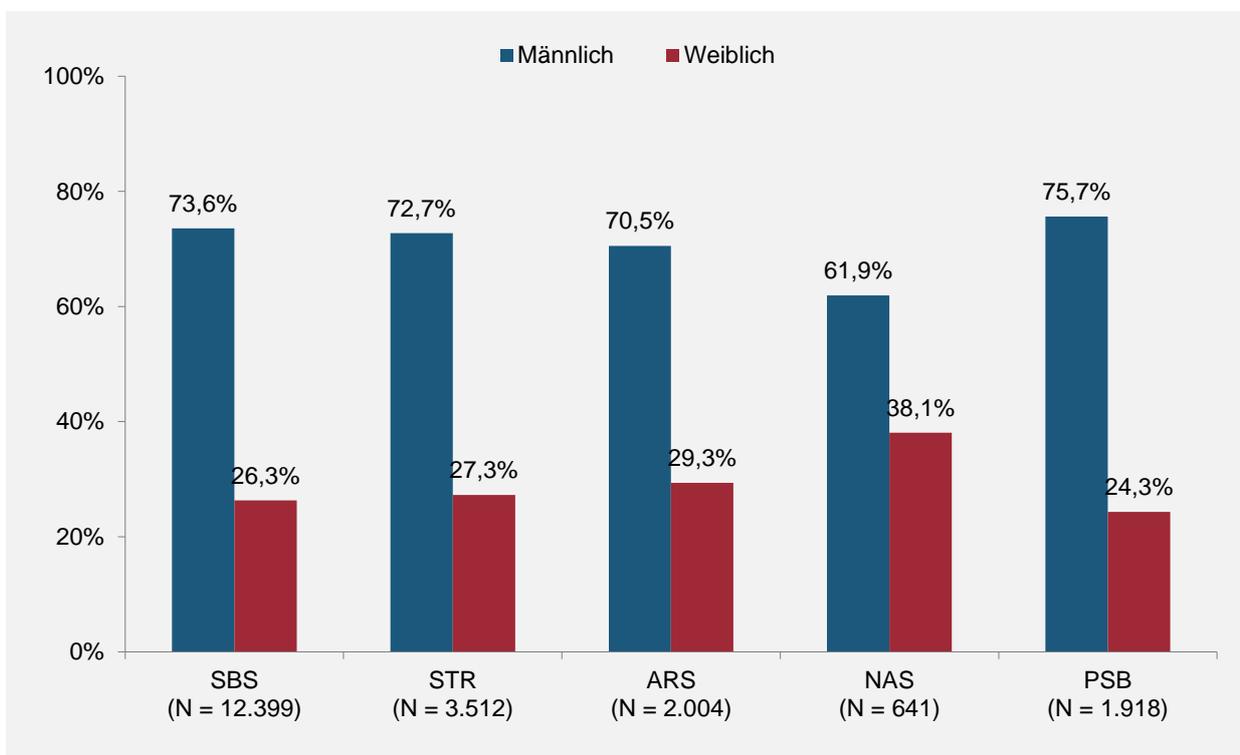
Im Vergleich zu den Bundeswerten ist in Niedersachsen der Anteil an Klientel mit opioidbezogenen Störungen bei SBS (5 % vs. Bund 6 %; $p < 0,001$) sowie bei PSB¹⁵ (84 % vs. Bund 94 %; $p < 0,001$) geringer. Zugleich fällt der Anteil an Klientel mit Polytoxikomanie in Niedersachsen in allen betrachteten Hauptmaßnahmen außer STR und NAS höher aus (PSB: 14 % vs. Bund 4 %; $p < 0,001$; SBS: 6 % vs. Bund 4 %; $p < 0,001$; ARS: 4 % vs. Bund 3 %; $p = 0,010$). In Niedersachsen sind zudem cannabinoidbezogene Störungen in SBS (25 % vs. Bund 20 %; $p < 0,001$) sowie kokainbezogene Störungen in SBS (4 % vs. Bund 3 %; $p = 0,001$) und in NAS (4 % vs. Bund 2 %; $p = 0,006$) häufiger als auf Bundesebene.

¹⁵ In Niedersachsen bieten einige Kommunen eine psychosoziale Betreuung durch Suchtberatungsstellen an, die nicht an eine Opioid-Substitution gekoppelt ist. Hierdurch erklärt sich die Hauptmaßnahme PSB mit anderen Hauptdiagnosen als F11 (opioidbezogene Störungen) oder F19 (Störungen durch andere psychotrope Substanzen / Polytoxikomanie).

3.3 Soziodemographische Merkmale

3.3.1 Geschlecht

In allen Hauptmaßnahmen ist die deutliche Mehrheit der Klientel männlich (siehe Abbildung 1 und Tabelle III im Anhang). Knapp zwei Fünftel der Klientel in NAS (38 %) ist weiblich, in ARS (29 %) trifft dies auf knapp ein Drittel der Klientel zu. In STR (27 %), SBS (26 %) oder PSB (24 %) liegt der Frauenanteil bei etwa einem Viertel. Vereinzelt finden sich auch Personen mit unbestimmtem Geschlecht (SBS: n = 18 Fälle; STR: n = 0 Fälle; ARS: n = 3 Fälle; NAS: n = 0 Fälle; PSB: n = 1 Fall). Dies schließt Personen, die sich als nicht-binär klassifizieren, ebenso ein wie Personen, die keine Angabe zu ihrer Geschlechtsidentität machen wollten.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter.

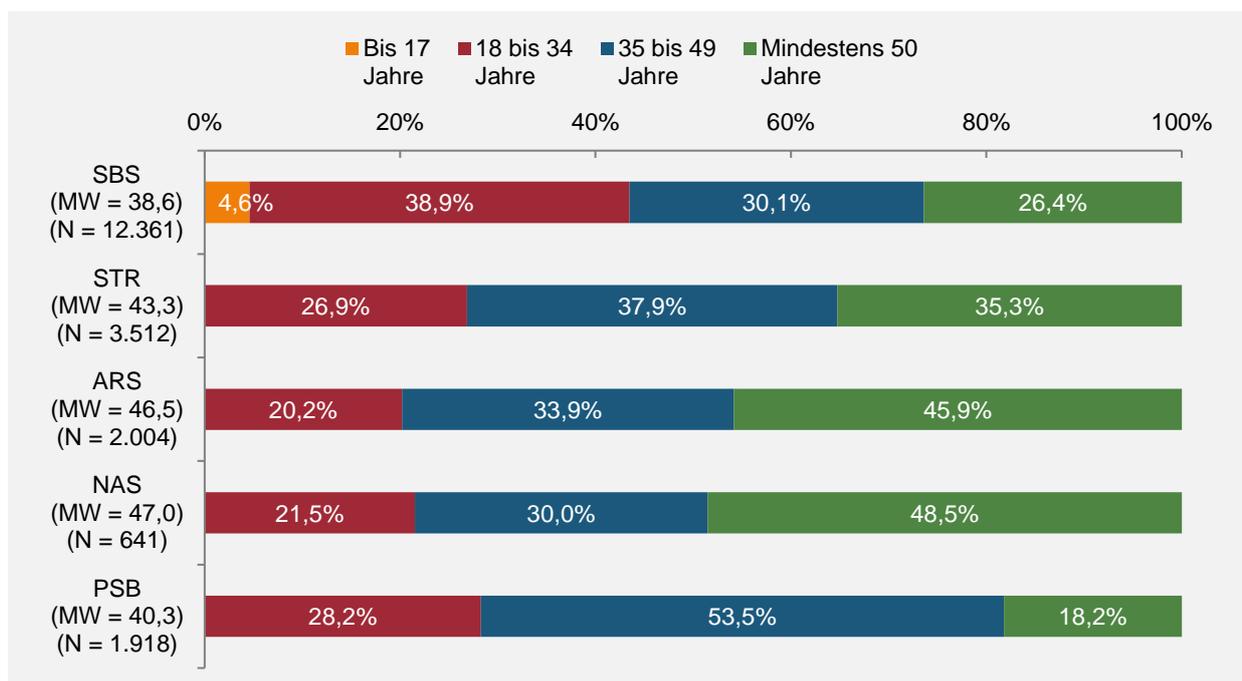
Abbildung 1. Geschlechterverteilung der Klientel, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Damit ist in Niedersachsen der Frauenanteil bei STR (27 % vs. Bund 25 %; $p < 0,001$) und NAS (38 % vs. Bund 30 %; $p < 0,001$) höher als auf Bundesebene, indes ist der Frauenanteil bei SBS (26 % vs. Bund 27 %; $p = 0,028$) und ARS (29 % vs. Bund 32 %; $p = 0,007$) niedriger.

3.3.2 Altersstruktur

Die Klientel der NAS bzw. ARS ist bei Betreuungsbeginn durchschnittlich 47 Jahre alt (siehe Abbildung 2 und Tabelle IV im Anhang). Es folgen in absteigender Reihenfolge die Klientel in STR (43 Jahre), PSB (40 Jahre) und SBS (39 Jahre). Trotz des ähnlichen Durchschnittsalters bei SBS und PSB stellt sich die jeweilige Altersverteilung unterschiedlich dar: Bei der Klientel der SBS liegt der Schwerpunkt der Betreuungen in der Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen (39 %), zudem ist – anders als in den anderen betrachteten Hauptdiagnosen – ein nennenswerter Anteil der Klientel bei Betreuungsbeginn noch minderjährig (5 %). Ein Viertel der Betreuten in SBS ist mindestens 50 Jahre alt (26 %).

Bei der Klientel der PSB dominiert die Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen (54 %), hier findet sich zudem vergleichsweise selten Klientel mit mindestens 50 Jahren (18 %). In STR ist etwas über ein Drittel der Behandelten mindestens 50 Jahre alt (35 %), wobei hier die Altersgruppe der 35- bis 49-Jährigen dominiert (38 %). In NAS bzw. ARS ist fast die Hälfte der Klientel mindestens 50 Jahre alt (49 % bzw. 46 %), so dass der Schwerpunkt der Altersverteilung in dieser Altersgruppe liegt.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter; MW = Mittelwert (Altersdurchschnitt in Jahren).

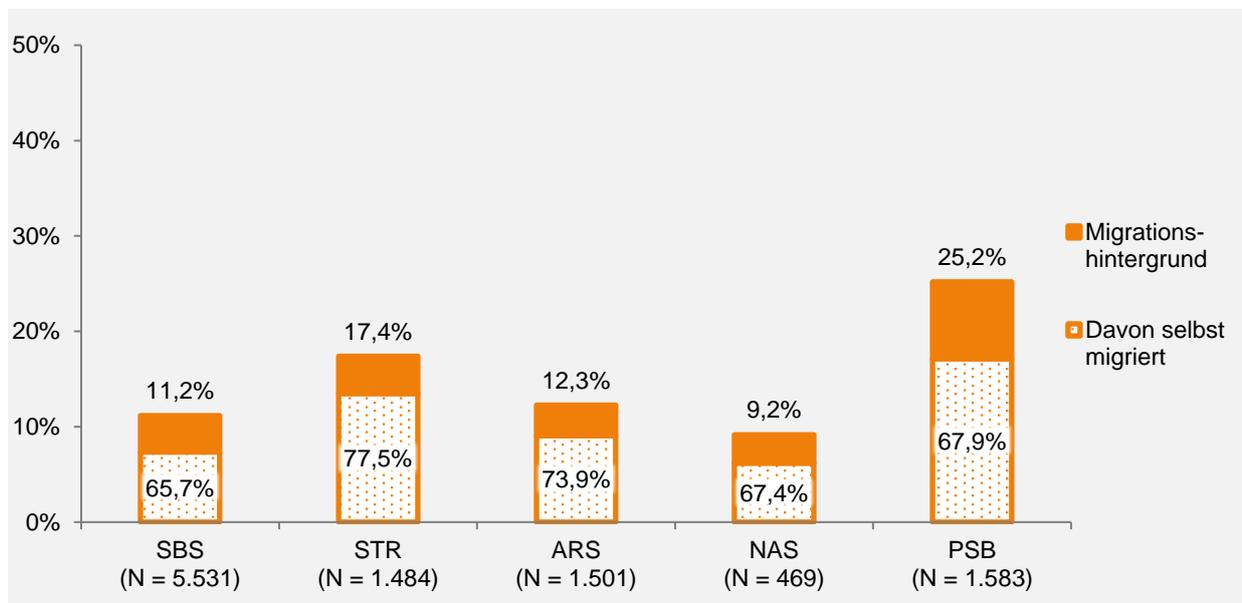
Abbildung 2. Altersstruktur bei Beginn der Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Für das Durchschnittsalter der niedersächsischen Klientel finden sich signifikante Abweichungen von mehr als einem Jahr lediglich bei ARS. Hier ist die Klientel in Niedersachsen im Mittel 1,1 Jahre älter als auf Bundesebene ($p < 0,001$).

3.3.3 Migrationshintergrund

Ein Migrationshintergrund (→ Migrationshintergrund) liegt bei einer von 11 betreuten Personen in NAS (9 %) vor (siehe Abbildung 3 und Tabelle V im Anhang). In SBS (11 %) und in ARS (12 %) gilt dies für je ein Neuntel der Klientel. Die Klientel der PSB ist zu gut einem Viertel (25 %) und die der STR zu einem Sechstel (17 %) selbst nach Deutschland eingewandert bzw. hier als (Enkel-)Kind von Migrierten geboren.

Damit liegen die Anteilswerte überwiegend bei fast allen Hauptmaßnahmen unterhalb des für die niedersächsische Bevölkerung beobachteten Anteils an Einwohner:innen mit Migrationshintergrund. Dieser belief sich 2022 auf 25 %¹⁶ und lag damit etwas unterhalb des bundesweiten Wertes von 29 %¹⁶. Die Klientel mit Migrationshintergrund verfügt mehrheitlich über eine eigene Migrationserfahrung (selbst migriert), diese Konstellation reicht von zwei Dritteln der Migrierten in SBS (66 %) bis hin zu gut drei Vierteln der Migrierten bei STR (78 %; Abbildung 3).



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter.

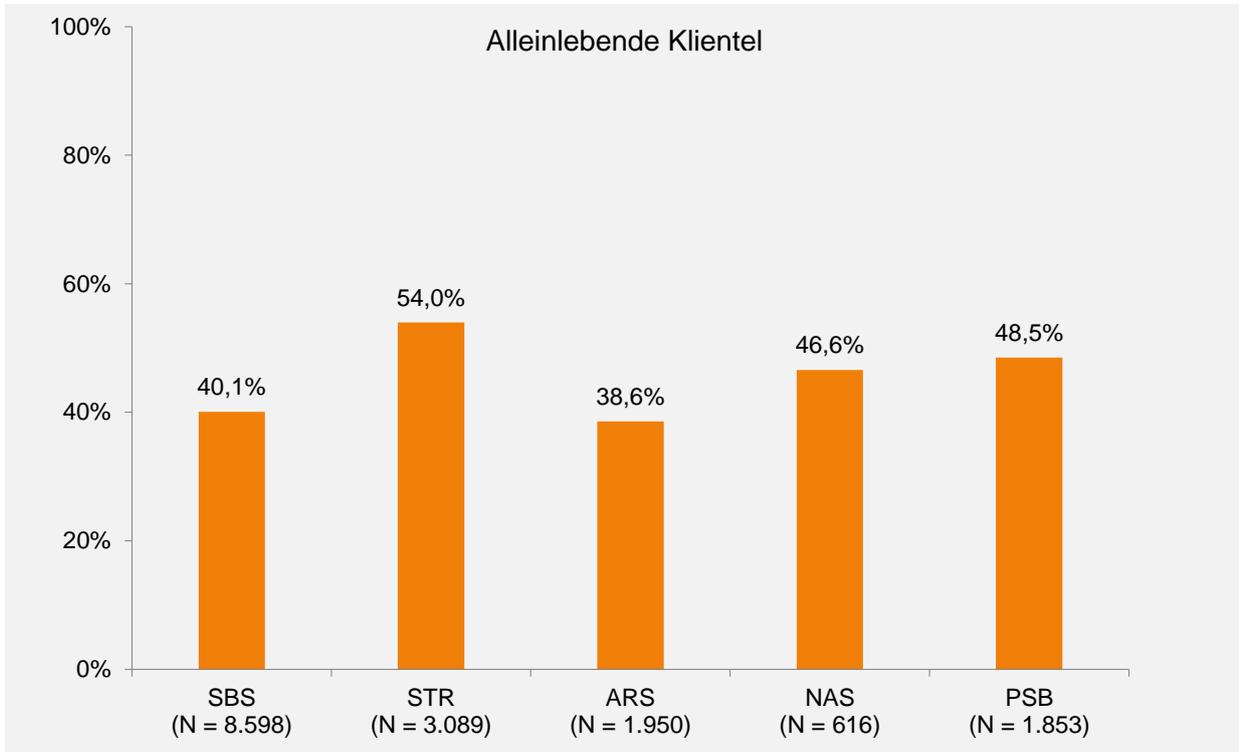
Abbildung 3. Klientel mit Migrationshintergrund, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

In Niedersachsen hat die Klientel der SBS (11 % vs. Bund 16 %; $p < 0,001$) sowie die Klientel der PSB (25 % vs. Bund 34 %; $p < 0,001$) seltener einen Migrationshintergrund als auf Bundesebene.

¹⁶ Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024). Mikrozensus - Bevölkerung nach Migrationshintergrund – Endergebnisse 2022. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publicationen/publikationen-in-nen-migrationshintergrund.html>

3.3.4 Lebenssituation Alleinlebend

Am Tag vor Maßnahmenbeginn leben 5 von 9 Klient:innen der STR (54 %) allein (siehe Abbildung 4 und Tabelle VI im Anhang). In der Klientel der PSB (49 %) gilt dies für die Hälfte der Betreuten. Unter Klient:innen der SBS (40 %) und Patient:innen der ARS (39 %) leben etwa 2 von 5 Betreuten unmittelbar vor Maßnahmenbeginn allein.



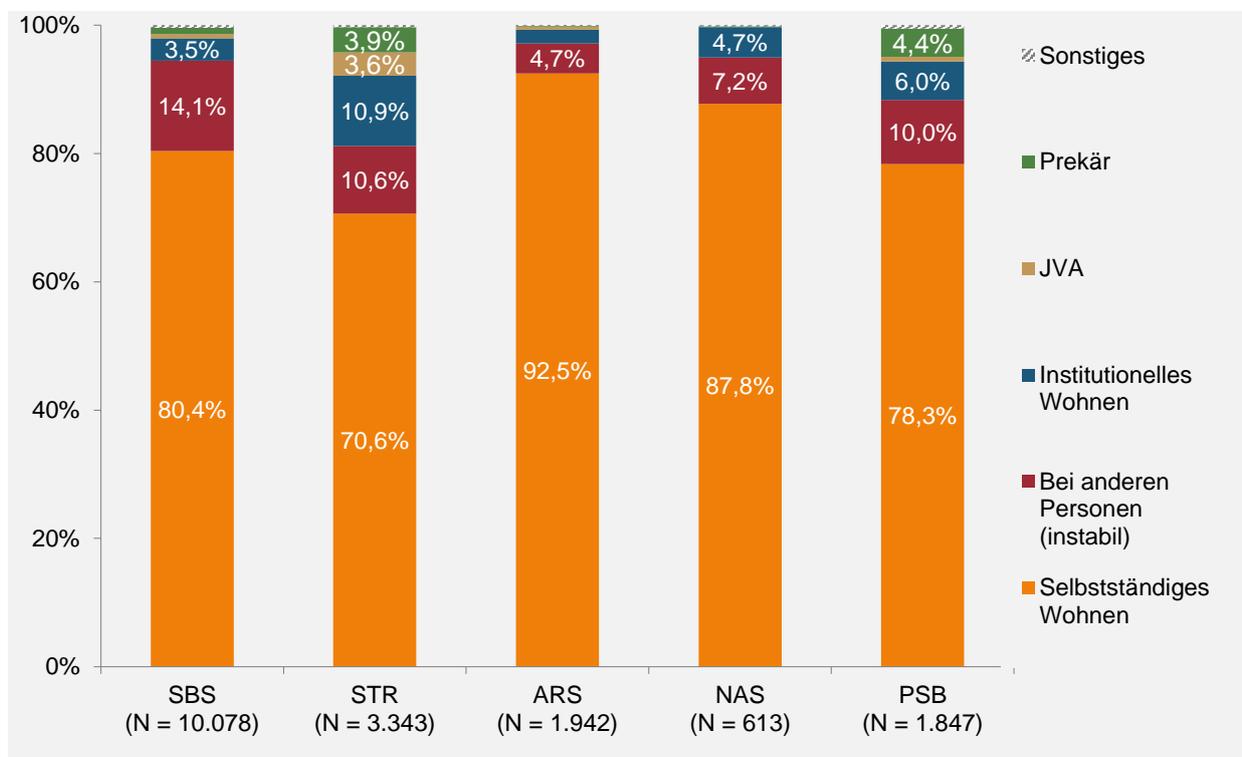
SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter.

Abbildung 4. Alleinlebende Klientel, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Der Anteil an alleinlebender Klientel unterscheidet sich in Niedersachsen in keiner der betrachteten Hauptmaßnahmen von den auf Bundesebene beobachteten Werten.

3.3.5 Wohnsituation

Zu Beginn der Behandlung wohnt die Klientel der ARS (93 %) bzw. NAS (88 %) überwiegend selbstständig¹⁷ (siehe Abbildung 5 und Tabelle VII im Anhang). Selbstständiges Wohnen ist auch – auf geringerem Niveau – in den übrigen Hauptmaßnahmen die dominierende Wohnsituation (SBS: 80 %; PSB: 78 %; STR: 71 %). Unter Behandelten der STR folgen das (instabile) Wohnen bei anderen Personen (11 %) und institutionelles Wohnen (Fachklinik, Stationäre Rehabilitationseinrichtung, ambulant betreutes Wohnen und Übergangswohnheim; 11 %) sowie zu einem gewissen Anteil die Unterbringung in einer Justizvollzugsanstalt (JVA; 4 %). Unter Klient:innen der SBS sind ebenfalls das (instabile) Wohnen bei anderen Personen (14 %) und das institutionelle Wohnen (4 %) die zweit- bzw. dritthäufigste Wohnform. Weitere Wohnformen treten nicht in nennenswertem Umfang auf.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter; JVA = Justizvollzugsanstalt.

Abbildung 5. Wohnsituation der Klientel vor Beginn der Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Das (instabile) Wohnen bei anderen Personen steht auch in der Klientel der PSB (10 %), der NAS (7 %) bzw. der ARS (5 %) an zweiter Stelle. Während unter Patient:innen der ARS weitere Wohnformen nur vereinzelt dokumentiert sind, ist für Klient:innen der NAS (5 %) bzw. PSB (6 %) weitere Wohnformen nur vereinzelt dokumentiert sind, ist für Klient:innen der NAS (5 %) bzw. PSB (6 %) weitere Wohnformen nur vereinzelt dokumentiert sind, ist für Klient:innen der NAS (5 %) bzw. PSB (6 %) weitere Wohnformen nur vereinzelt dokumentiert sind.

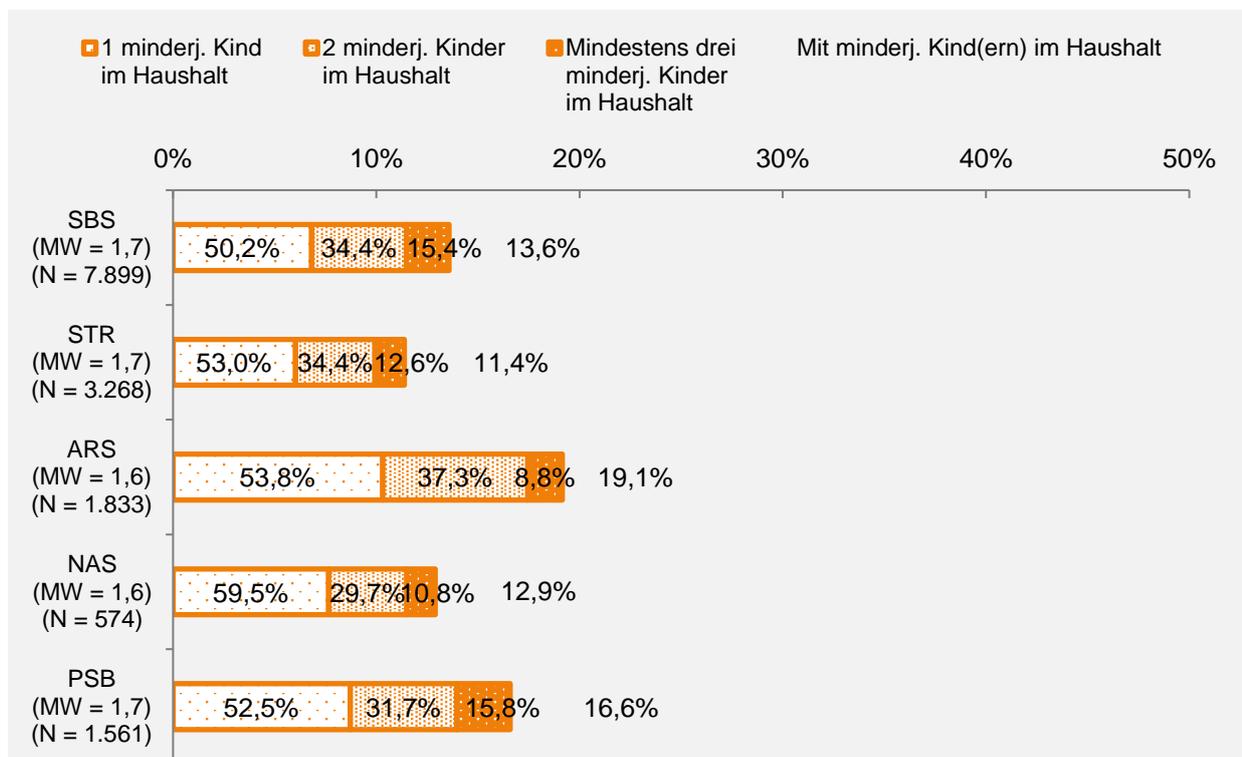
¹⁷ Selbstständig bedeutet hier das Wohnen entweder zur Miete oder in einer eigenen Wohnung bzw. einem eigenen Haus sowie das stabile Wohnen bei der eigenen Familie oder dem Freundeskreis (z. B. Wohngemeinschaften).

auch das institutionelle Wohnen von gewisser Relevanz. Dies gilt für Betreute der PSB auch für prekäre Wohnsituationen (Obdachlosigkeit / Unterbringung in Notunterkünften; 4 %).

In Niedersachsen ist der Anteil an selbstständig wohnender Klientel bei SBS (80 % vs. Bund 78 %; $p < 0,001$), NAS (88 % vs. 84 %; $p = 0,002$) und PSB (78 % vs. Bund 74 %; $p < 0,001$) höher als auf Bundesebene.

3.3.6 Minderjährige Kinder im Haushalt

Der Anteil an Klientel, der bei Zugang mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt¹⁸ lebt, reicht von einem Neuntel in STR (11 %), gut einem Achtel in NAS (13 %), knapp einem Siebtel in SBS (14 %), einem Sechstel in PSB (17 %) bis hin zu knapp einem Fünftel in ARS (19 %; siehe Abbildung 6 und Tabelle VIII im Anhang).



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter; MW = Mittelwert (durchschnittliche Anzahl der minderjährigen Kinder im Haushalt unter Klientel mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt).

Abbildung 6. Klientel mit minderjährigen Kindern im Haushalt, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Falls in den Haushalten der Betreuten minderjährige Kinder leben, sind es meist ein bis zwei minderjährige Kinder: In SBS (50 %) lebt bei der Hälfte der Betreuten mit minderjährigen Kindern

¹⁸ Im Gegensatz zum Bericht des Vorjahres konnte der Anteil an Klientel mit eigenen minderjährigen Kindern aufgrund einer systemspezifischen Software-Unschärfe und der infolgedessen unpräzisen Datenlage in Niedersachsen für 2022 nicht ausgewertet werden.

im Haushalt ein minderjähriges Kind im Haushalt. In STR (53 %), PSB (53 %) und ARS (54 %) gilt dies für 4 von 9 Klient:innen mit minderjährigen Kindern im Haushalt, in NAS (60 %) für 6 von 10 Klient:innen. Bezogen auf die Klientel mit minderjährigen Kindern im Haushalt sind es 2 minderjährige Kinder bei 3 von 10 Klient:innen in NAS (30 %), in allen übrigen betrachteten Hauptmaßnahmen ist dies bei jeweils einem Drittel der Klientel der Fall (PSB: je 32 %; SBS: 34 %; STR: 34 %; ARS: 37 %). Mindestens 3 minderjährige Kinder im Haushalt finden sich bei rund einem Zehntel (ARS: 9 %) bis hin zu einem Siebtel (PSB: 16 %) der Betreuten mit minderjährigen Kindern im Haushalt. In den Haushalten der Betreuten, die mit minderjährigen Kindern zusammenleben, leben somit im Durchschnitt zwischen 1,6 (ARS, NAS) und 1,7 (SBS, STR und PSB) minderjährige Kinder.

Im bundesweiten Vergleich findet sich bei SBS (14 % vs. Bund 17 %; $p < 0,001$), ARS (19 % vs. Bund 23 %; $p < 0,001$) und NAS (13 % vs. Bund 16 %; $p = 0,034$) in der niedersächsischen Klientel ein geringerer Anteil an Klientel mit minderjährigen Kindern im Haushalt, während für die mittlere Anzahl der betroffenen Kinder keine Unterschiede festzustellen sind.

3.3.7 Schulische Bildung

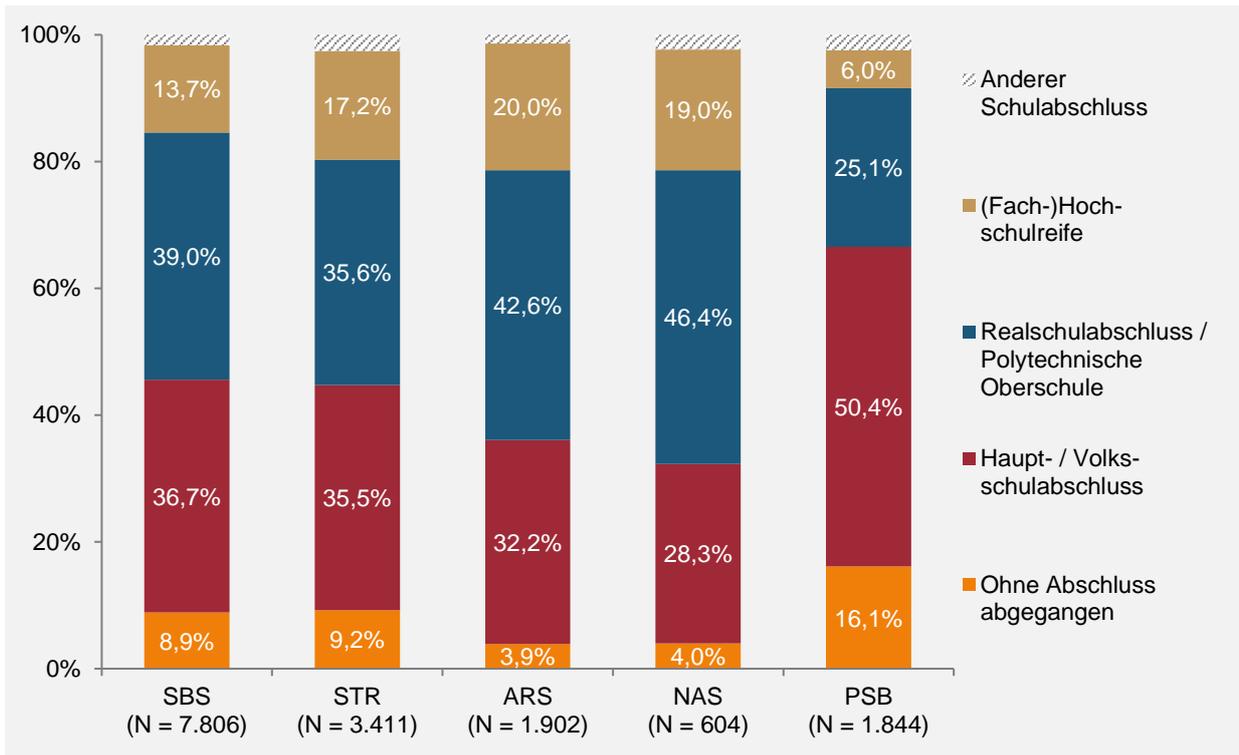
Bezüglich der schulischen Bildung bei Zugang zur Betreuung / Behandlung ist zu sehen, dass ein Sechstel der Klient:innen in PSB keinen Schulabschluss hat (16 %), die Hälfte hat einen Haupt- / Volksschulabschluss¹⁹ (50 %; siehe Abbildung 7 und Tabelle IX im Anhang)²⁰. Ein Viertel hat die Realschule / Polytechnische Oberschule (25 %) abgeschlossen und damit die mittlere Reife erlangt, eine von 17 betreuten Personen hat eine (Fach-)Hochschulreife (6 %). In SBS bzw. STR hat eine:r von 11 Klient:innen keinen Schulabschluss (jeweils 9 %), etwa 4 von 11 Betreuten haben einen Haupt- / Volksschulabschluss (37 % bzw. 36 %), ebenso in (gut) 4 von 11 Fällen die mittlere Reife (39 % bzw. 36 %). Die (Fach-)Hochschulreife hat zudem ein Siebtel der Klientel in SBS (14 %) bzw. ein Sechstel in STR (17 %).

Bei der Klientel in ARS bzw. NAS haben nur wenige Betreute die Schule abgebrochen (jeweils 4 %). Knapp ein Drittel der Klientel in ARS (32 %) bzw. gut ein Viertel in NAS (28 %) hat einen Haupt- / Volksschulabschluss. Bei gut zwei Fünfteln in ARS (43 %) bzw. knapp der Hälfte in NAS (46 %) wurde die mittlere Reife erlangt. Ein Fünftel hat in diesen Hauptmaßnahmen die (Fach-)Hochschulreife (20 % bzw. 19 %).

¹⁹ Der Begriff Haupt- / Volksschulabschluss schließt die gleichwertigen Abschlüsse der Mittelschule mit ein.

²⁰ Die Klientel, die sich zu Beginn der Betreuung bzw. Behandlung noch in der Schule befand, wurde für die Analyse des Bildungsniveaus ausgeschlossen; sie werden im Abschnitt zum Erwerbsstatus mit berichtet.

HAUPTMAßNAHMEN IN DER NIEDERSÄCHSISCHEN SUCHTHILFE



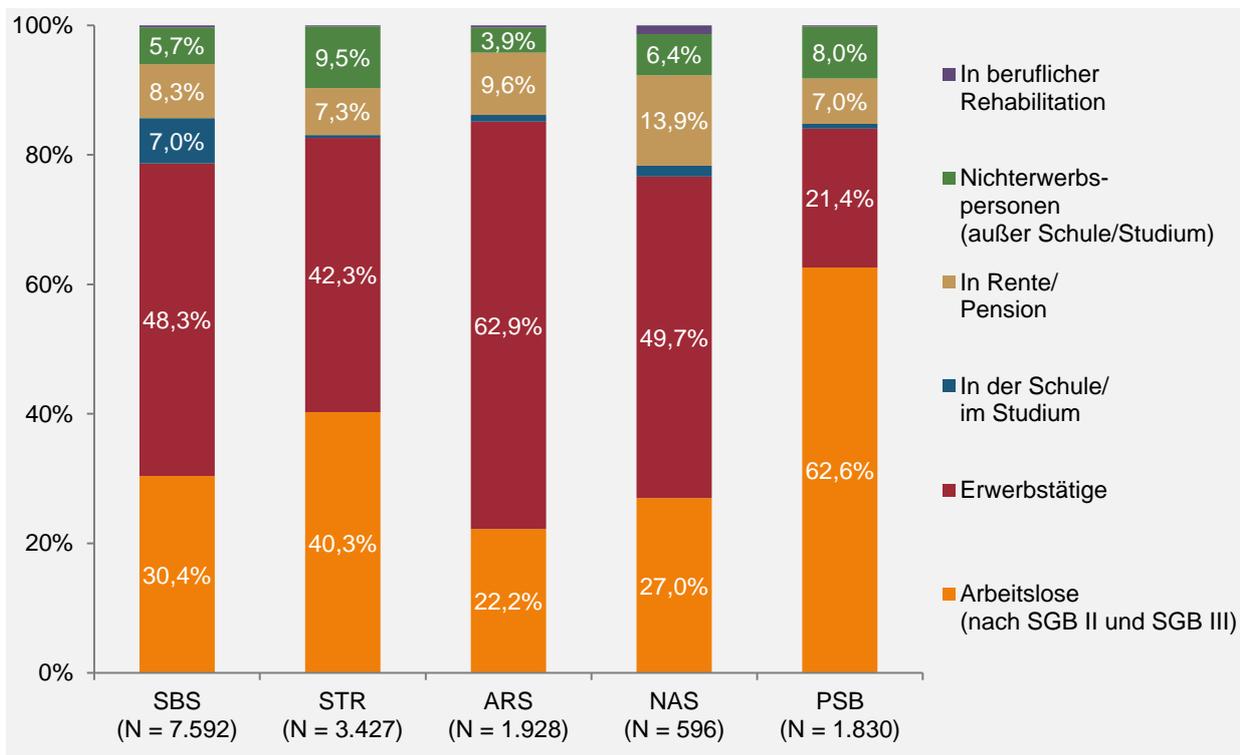
SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter.

Abbildung 7. Schulabschluss der Klientel, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

In der niedersächsischen Klientel finden sich Schulabbrüche in der Klientel von SBS (9 % vs. Bund 7 %; $p < 0,001$), STR (9 % vs. Bund 7 %; $p < 0,001$), ARS (4 % vs. Bund 3 %; $p = 0,007$) und PSB (16 % vs. Bund 14 %; $p = 0,016$) häufiger als bundesweit. Zugleich hat die Klientel der SBS (14 % vs. Bund 17 %; $p < 0,001$) und der ARS (20 % vs. Bund 31 %; $p < 0,001$) in Niedersachsen seltener als bundesweit die (Fach-)Hochschulreife.

3.3.8 Erwerbsstatus

Laut der Bundesagentur für Arbeit lag die Arbeitslosenquote aller zivilen Erwerbspersonen 2022 in Niedersachsen mit 5,3 % ebenso hoch wie die bundesweite Quote (5,3 %) ²¹ und war damit deutlich niedriger als der Anteil an Arbeitslosen in den fünf betrachteten Hauptmaßnahmen (von 22 % bei ARS bis hin zu 63 % bei PSB; siehe Abbildung 8 und Tabelle X im Anhang). Allerdings sind die Anteile in diesem Bericht nicht mit der Arbeitslosenquote der Bundesagentur vergleichbar, da die allgemeine Quote nur auf die Erwerbspersonen Bezug nimmt, während die DSHS auch Nichterwerbspersonen (z. B. Schüler:innen) in ihre Auswertungen einschließt, wodurch Arbeitslosigkeit in der Klientel stark unterschätzt wird.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter. SGB = Sozialgesetzbuch.

Abbildung 8. Erwerbsstatus der Klientel, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

In Niedersachsen ist bei Maßnahmenbeginn Arbeitslosigkeit unter der Klientel der PSB (63 %) am weitesten verbreitet, hier sind fast zwei Drittel arbeitslos gemeldet (Bezug von Arbeitslosengeld (ALG) I oder II). Dieser Anteil ist fast dreimal so hoch wie in der Klientel der ARS (22 %), in der Arbeitslosigkeit bei knapp einem Fünftel dokumentiert ist. In NAS (27 %) bzw. SBS (30 %) sind etwa 3 von 10, in STR (40 %) sind 4 von 10 Klient:innen arbeitslos. In der arbeitslosen Klientel dominiert der Bezug von ALG II, wobei in PSB (95 %) 18 von 20 und in SBS (85 %) 17 von 20 arbeitslosen Klient:innen diese Form beziehen (nicht ausgewiesene Anteile separater

²¹ Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024). Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit. Arbeitslosenquote aller zivilen Erwerbspersonen. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>

Berechnungen). Dies gilt unter der arbeitslos gemeldeten Klientel für knapp drei Viertel in STR (72 %), zwei Drittel in ARS (66 %) und für gut die Hälfte der Betreuten in NAS (56 %).

Eine von 14 in SBS (7 %) betreuten Personen geht noch zur Schule oder studiert. Demgegenüber sind Schüler:innen / Studierende in den übrigen Hauptmaßnahmen nicht in nennenswertem Umfang vertreten. In Rente / Pension ist jeweils eine von 14 in STR (7 %) behandelten bzw. in PSB (7 %) betreuten Personen sowie eine von 12 Klient:innen in SBS (8 %). In ARS (10 %) ist dies eine von 10, in NAS (14 %) eine von 7 behandelten Personen. Berücksichtigt man weitere Untergruppen der Nichterwerbspersonen, so entfällt hierauf insgesamt ein Fünftel der Klientel in SBS (21 %) bzw. NAS (22 %), bei den übrigen Hauptmaßnahmen liegt der entsprechende Anteil bei jeweils einem Sechstel (ARS: 15 %, PSB: 16 %, STR: 17 %; für deren Zusammensetzung siehe Tabelle X im Anhang).

In Niedersachsen ist der Anteil an arbeitslosen Betreuten bei SBS (30 % vs. Bund 29 %; $p = 0,001$) und ARS (22 % vs. Bund 18 %; $p < 0,001$) höher als bundesweit. Hingegen ist der Anteil an Arbeitslosen in STR (40 % vs. Bund 44 %; $p < 0,001$) in Niedersachsen niedriger als auf Bundesebene. Zudem findet sich in der niedersächsischen SBS-Klientel ein höherer Anteil an Schüler:innen / Studierenden (7 % vs. Bund 6 %; $p < 0,027$) als auf Bundesebene.

3.4 Betreuungsbezogene Merkmale

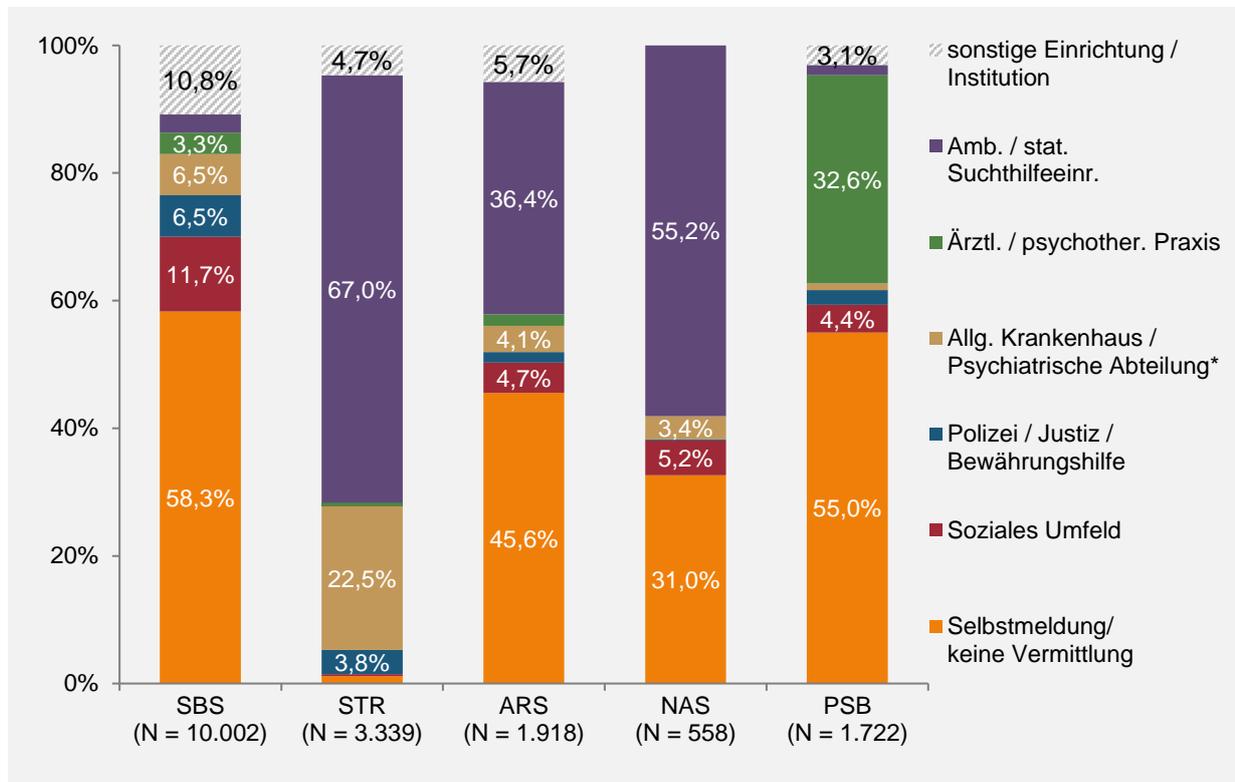
3.4.1 Vermittlungswege

Die Klientel der SBS (58 %), PSB (55 %) und ARS (46 %) kommt überwiegend über Selbstmeldungen in die jeweilige Hauptmaßnahme (siehe Abbildung 9 und Tabelle XI im Anhang). Bei Betreuten der SBS steht an zweiter Stelle die Vermittlung über das soziale Umfeld (12 %). Hier kommt zudem bei etwa einem von 14 Fällen die Betreuung durch Vermittlung der Polizei / Justiz / Bewährungshilfe²² (7 %) zustande. Dieser Vermittlungsweg spielt ansonsten nur noch für den Zugang zu STR (4 %) eine gewisse Rolle. Bei Betreuten der PSB folgt an zweiter Stelle die Vermittlung ärztliche / psychotherapeutische Praxen (33 %).

Unter Patient:innen der ARS hingegen folgt die Vermittlung über Suchthilfeeinrichtungen (36 %), wobei ambulante Suchthilfeeinrichtungen (22 %) eine größere quantitative Rolle spielen als stationäre Suchthilfeeinrichtungen (14 %; für die Anteile der ambulanten bzw. stationären Einrichtungen siehe Tabelle XI im Anhang). Für die Klientel der NAS sind Suchthilfeeinrichtungen (55 %) der häufigste Vermittlungsweg, wobei hier in der Regel stationäre

²² Vermittlung durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe ist laut KDS 3.0 zu dokumentieren, wenn aus einer JVA vermittelt wurde sowie bei Personen, deren Strafvollstreckung per Gerichtsurteil ausgesetzt, bei denen von der Verfolgung der Strafe abgesehen wurde (§§35, 36, 37, 38 BtMG) oder die seitens der Jugendgerichtshilfe bzw. der Bewährungshilfe vermittelt wurden. Straßenverkehrsbehörden und Führerscheinstellen gelten ebenfalls als Einrichtungen der Polizei/Justiz/Bewährungshilfe.

Suchthilfeeinrichtungen (53 %; siehe Tabelle XI im Anhang) die Vermittlung übernehmen. Ebenso dominiert in der Klientel der STR (67 %) die Zuweisung über Suchthilfeeinrichtungen, hier nahezu ausschließlich über ambulante Einrichtungen (66 %; siehe Tabelle XI im Anhang). An zweiter Stelle steht die Zuweisung über allgemeine Krankenhäuser / psychiatrische Abteilungen (23 %).



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter.
* inklusive „Akutbehandlung“

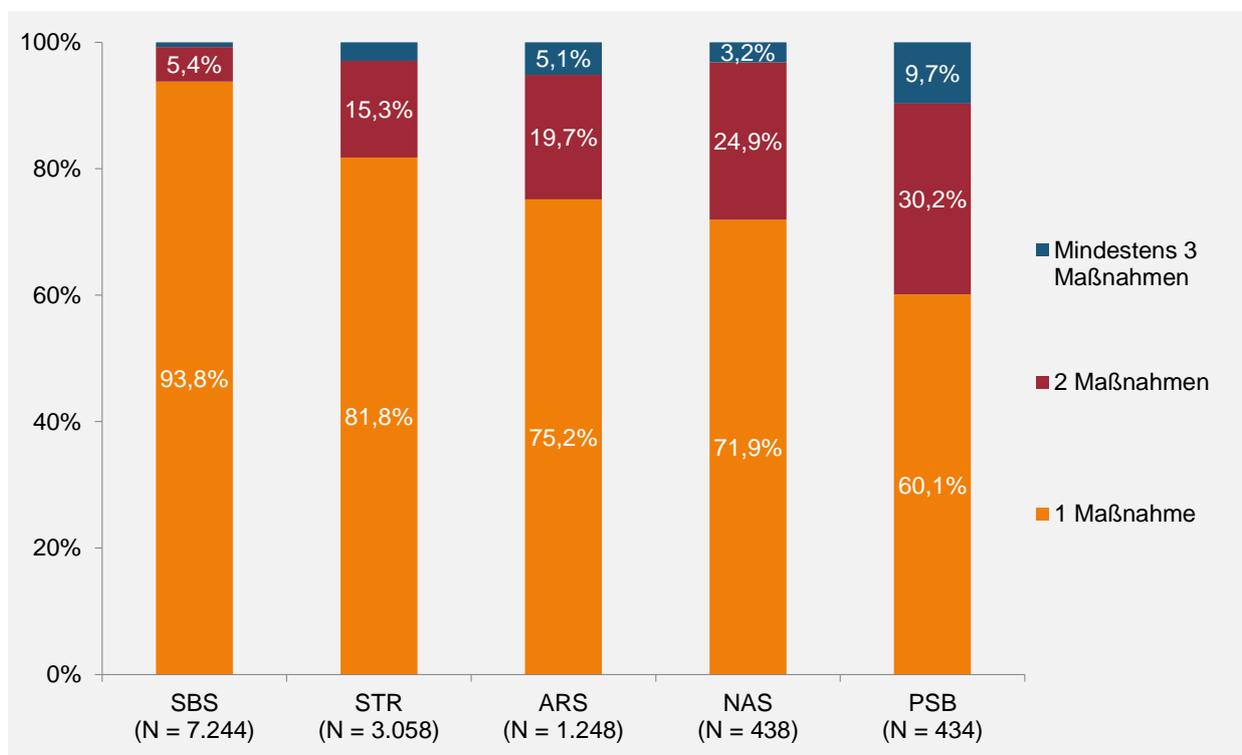
Abbildung 9. Vermittlungswege in die aktuelle Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Im bundesweiten Vergleich erfolgt in Niedersachsen häufiger eine Vermittlung durch das soziale Umfeld. Dies gilt gleichermaßen für PSB (4 % vs. Bund 3 %; $p < 0,001$), ARS (5 % vs. Bund 4 %; $p = 0,020$) und SBS (12 % vs. Bund 9 %; $p < 0,001$). Zudem kommt die niedersächsische Klientel über ambulante Suchthilfeeinrichtungen häufiger in STR (66 % vs. Bund 59 %; $p < 0,001$) als auf Bundesebene, hingegen seltener in ARS (22 % vs. Bund 27 %; $p < 0,001$). Über Polizei / Justiz / Bewährungshilfe wird die SBS-Klientel in Niedersachsen (7 % vs. Bund 9 %; $p < 0,001$) seltener vermittelt als bundesweit, hingegen ist der Anteil an Vermittlungen über diesen Weg in STR (4 % vs. Bund 3 %; $p < 0,001$) bei der niedersächsischen Klientel höher als auf Bundesebene.

3.4.2 Anzahl der Maßnahmen

Quer über alle Hauptmaßnahmen erhält die Mehrheit der Klientel nur eine Maßnahme, wobei die entsprechenden Anteile stark schwanken: sie reichen von drei Fünfteln unter Betreuten der PSB (60 %) bis über neun Zehntel unter Betreuten der SBS (94 %; siehe Abbildung 10 und Tabelle XII im Anhang). Im Mittelfeld liegen NAS (72 %), ARS (75 %) und STR (82 %).

Zwei Maßnahmen erhält knapp ein Drittel der Klientel in PSB (30 %), ein Viertel in NAS (25 %) und ein Fünftel in ARS (20 %), gefolgt von einem Siebtel in STR (15 %) und einem Zwanzigstel in SBS (5 %). Zu mindestens drei Maßnahmen kommt es bei einem Zehntel der Betreuungen in PSB (10 %) und bei einem Zwanzigstel in ARS (5 %). Für Behandelte in STR bzw. NAS sind mindestens drei Maßnahmen selten, für Betreute in SBS nur in Einzelfällen dokumentiert.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter.

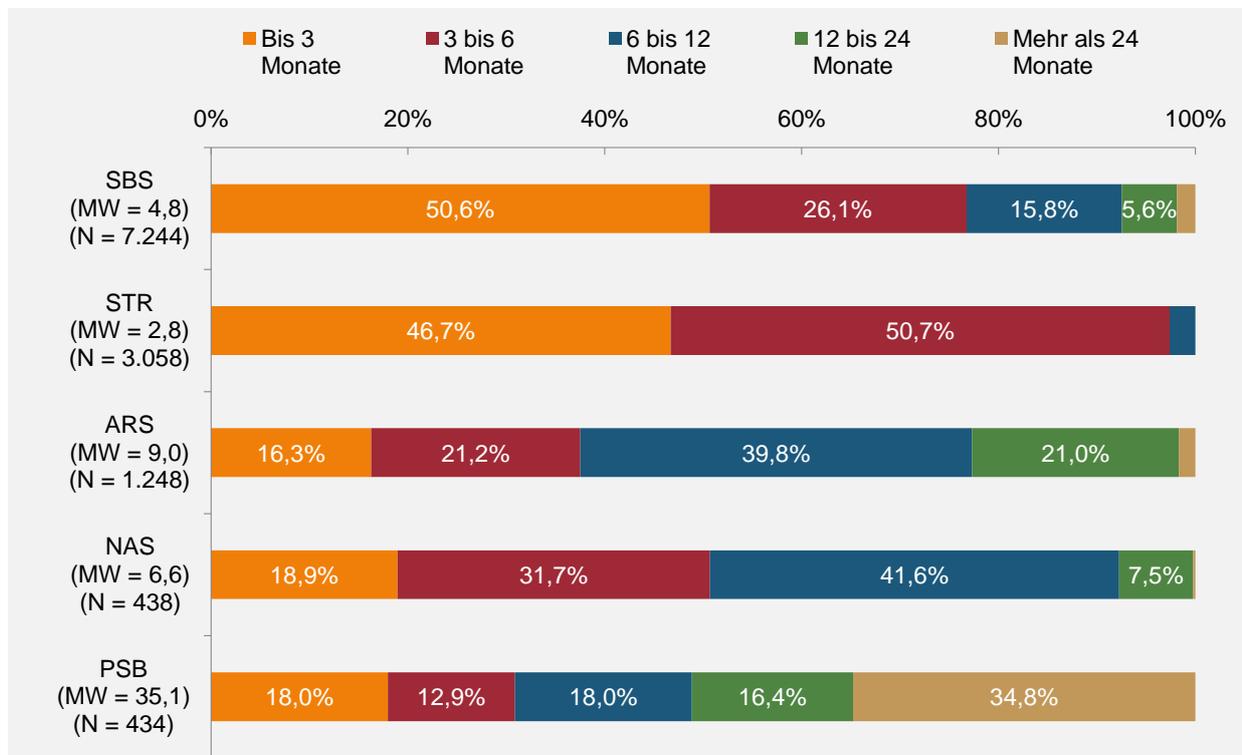
Abbildung 10. Anzahl der durchgeführten Maßnahmen, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Damit erhält die niedersächsische Klientel in SBS (94 % vs. Bund 95 %; $p = 0,002$), STR (82 % vs. Bund 92 %; $p < 0,001$), ARS (75 % vs. Bund 79 %; $p = 0,003$) und PSB (60 % vs. Bund 66 %; $p = 0,015$) seltener nur eine Maßnahme als bundesweit.

3.4.3 Dauer der Betreuung / Behandlung

Die durchschnittliche Dauer der Betreuung in PSB liegt bei 35 Monaten, die Hälfte der Betreuungen der Klientel mit PSB dauert länger als ein Jahr (51 %; siehe Abbildung 11 und Tabelle XIII im Anhang). Die Klientel in ARS bzw. NAS beendet nach durchschnittlich 9 bzw. 7 Monaten die Betreuung / Behandlung, hier liegt der Schwerpunkt jeweils auf einer Dauer von 6 bis 12 Monaten (40 % bzw. 42 %).

Bei SBS beträgt die mittlere Betreuungsdauer 5 Monate, die Hälfte der Betreuungen endet nach spätestens nach 3 Monaten (51 %). Die kürzeste Dauer findet sich bei der Klientel in STR, hier wird die Behandlung nach durchschnittlich 3 Monaten beendet, wobei Behandlungen der Klientel in STR nur vereinzelt länger als 6 Monate dauern.



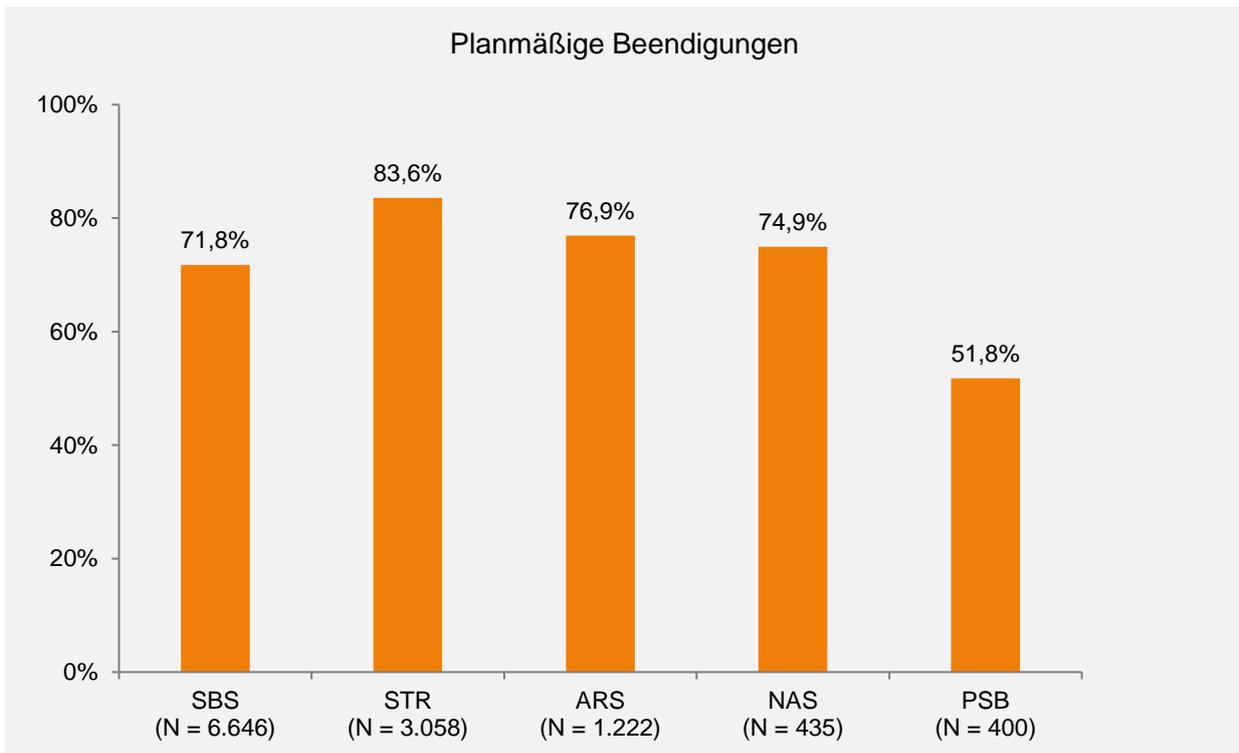
SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter; MW = Mittelwert (durchschnittliche Dauer in Monaten).

Abbildung 11. Dauer der Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Die durchschnittliche Dauer der Betreuung bzw. Behandlung ist in Niedersachsen für alle Hauptmaßnahmen ähnlich lang wie auf Bundesebene.

3.4.4 Planmäßige Beendigung

Über vier Fünftel der Klientel in STR (84 %) beenden ihre Behandlung planmäßig²³, in ARS (77 %) bzw. NAS (75 %) ist dies bei etwa drei Vierteln der Fall (siehe Abbildung 12 und Tabelle XIV im Anhang). Dies gilt für gut 7 von 10 Betreuten in SBS (72 %). Diese sog. Haltequote (→ Haltequote) ist in der PSB (52 %) mit Abstand am geringsten, hier beendet etwa die Hälfte der Betreuten ihre Betreuung planmäßig.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter.

Abbildung 12. Klientel mit planmäßiger Beendigung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

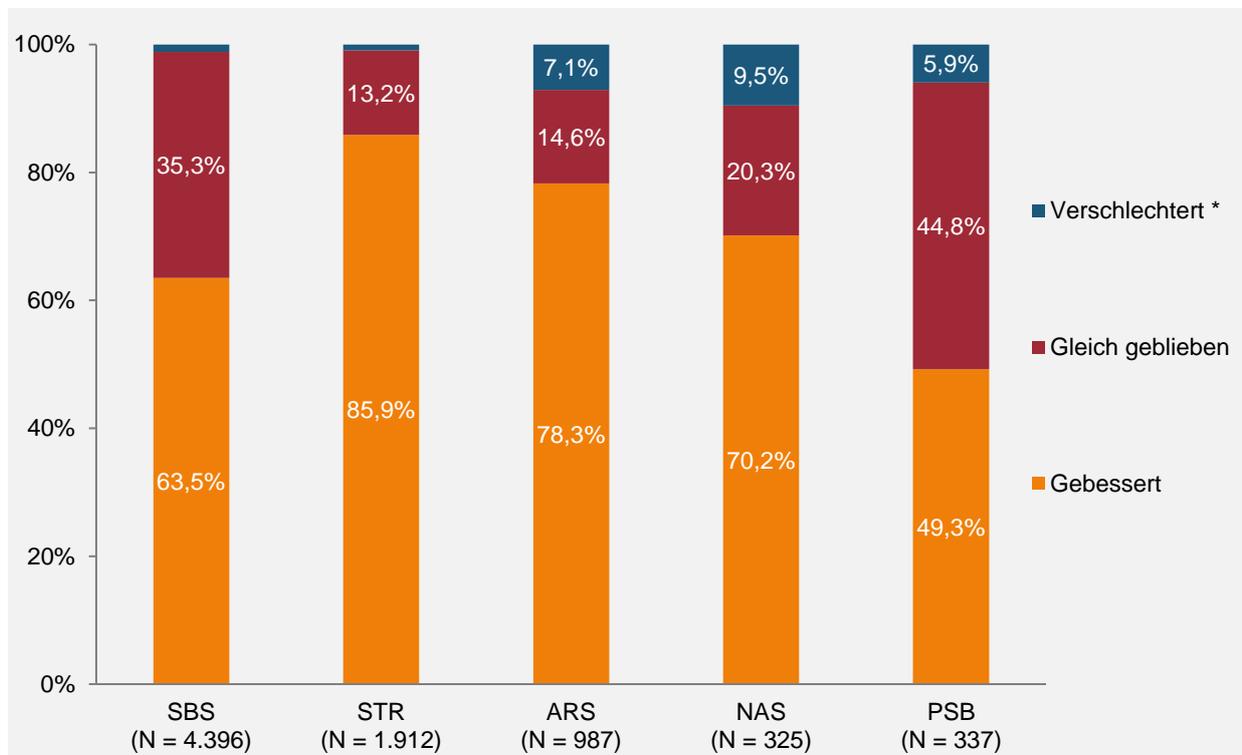
Damit ist die Haltequote in Niedersachsen in SBS (72 % vs. Bund 66 %; $p < 0,001$), STR (84 % vs. Bund 80 %; $p < 0,001$) und PSB (52 % vs. Bund 46 %; $p = 0,031$) höher als bundesweit.

²³ Als „planmäßige Beendigung“ (→ Beendigung, planmäßig) wird dabei (a) eine reguläre, (b) auf therapeutische Veranlassung bzw. (c) eine mit therapeutischem Einverständnis vorzeitige Beendigung oder (d) der planmäßige Wechsel in eine andere Einrichtung gewertet. Als unplanmäßige Beendigung (→ Beendigung, unplanmäßig) der Betreuung wird (a) ein Abbruch durch die Klient:innen, (b) eine disziplinarische Beendigung oder (c) ein außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung sowie (d) der Tod der Betreuten bzw. Behandelten definiert.

3.4.5 Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten

Gemäß Einschätzung der Fachkräfte hat sich der Problembereich Suchtverhalten bis zum Betreuungs- bzw. Behandlungsende in der Regel positiv (Stabilisierung oder Verbesserung) entwickelt. Dabei hat sich die Suchtproblematik in der Klientel der STR (86 %), der ARS (78 %) bzw. der NAS (70 %) überwiegend verbessert (siehe Abbildung 13 und Tabelle XV im Anhang).

Für Betreute in SBS und PSB spielt neben der Verbesserung (64 % bzw. 49 %) auch die Stabilisierung (35 % bzw. 45 %) der Suchtproblematik eine wichtige Rolle. Zur Verschlechterung der Suchtproblematik kommt es bei einem kleinen Anteil der Patient:innen in ARS (7 %) sowie der Klient:innen in NAS (10 %) bzw. in PSB (6 %). In SBS und STR sind Verschlechterungen nur vereinzelt erfasst.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter.

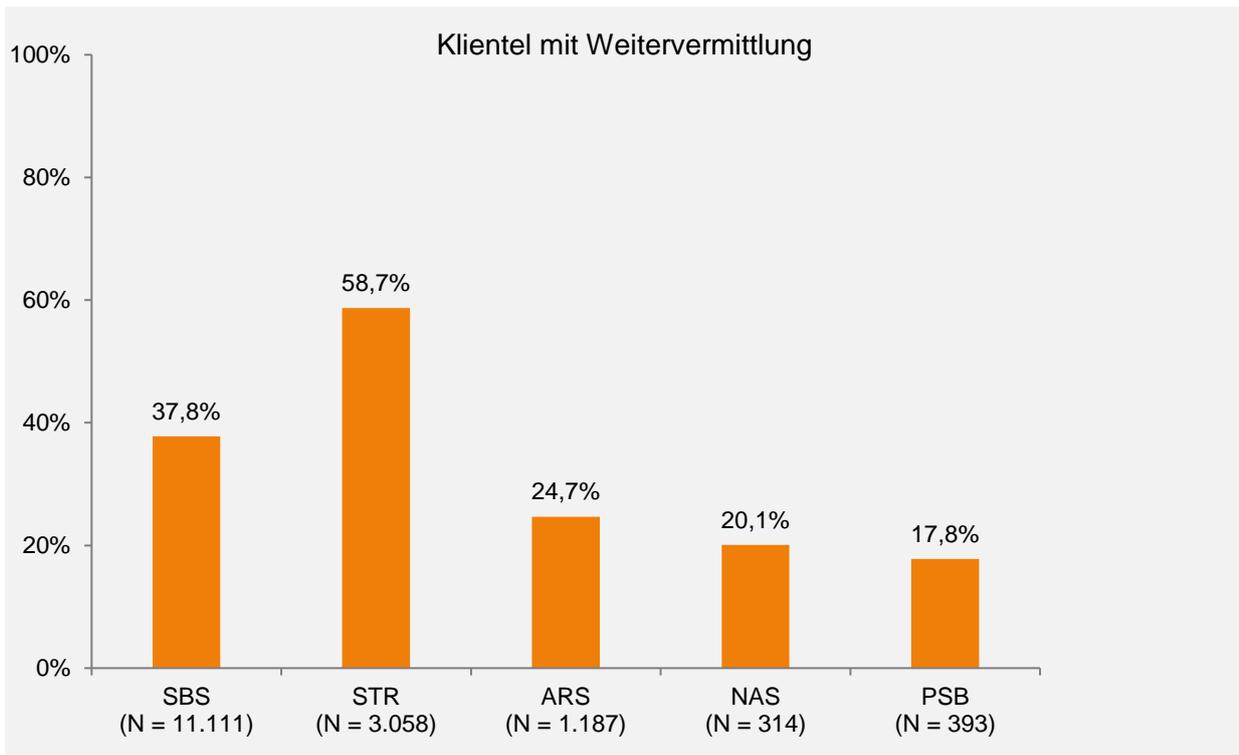
* im Vergleich zum Betreuungsbeginn intensivierete bzw. neu aufgetretene Suchtproblematik.

Abbildung 13. Entwicklung des Problembereichs Sucht zum Ende der Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Der Anteil an bezüglich des Problembereichs Suchtverhalten positiv abgeschlossenen Betreuungen ist in Niedersachsen bei SBS (99 % vs. Bund 98 %, $p < 0,001$) höher als auf Bundesebene.

3.4.6 Weitervermittlung

Die Weitervermittlungsquote variiert stark zwischen den betrachteten Hauptmaßnahmen (siehe Abbildung 14 und Tabelle XVI im Anhang). In PSB (18 %) wird etwa ein Sechstel der Betreuten am Betreuungsende weitervermittelt, in NAS ein Fünftel (20 %) und in ARS ein Viertel (25 %). Dieser Anteil ist unter Betreuten der SBS (38 %) mit zwei Fünfteln bzw. unter Behandelten der STR (59 %) mit drei Fünfteln höher.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter. Mehrfachnennung möglich.

Abbildung 14. Weitervermittlung der Klientel in weitere Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Der Anteil an weitervermittelter Klientel ist bei SBS (38 % vs. Bund 27 %; $p < 0,001$) in Niedersachsen höher als bundesweit.

Eine Übersicht ausgewählter Maßnahmen bzw. Institutionen, in die die Klientel am Ende der Betreuung / Behandlung weitervermittelt wurde, findet sich in Tabelle 3. Hier sei darauf hingewiesen, dass jede Person in mehr als eine Maßnahme bzw. Institution weitervermittelt werden kann und sich somit theoretisch Anteile von mehr als 100 % ergeben können. Für die Klientel der SBS (63 %), STR (62 %), ARS (36 %), NAS (49 %) und PSB (39 %) ist die Suchtbehandlung die mit Abstand dominierende anschließende Maßnahme.

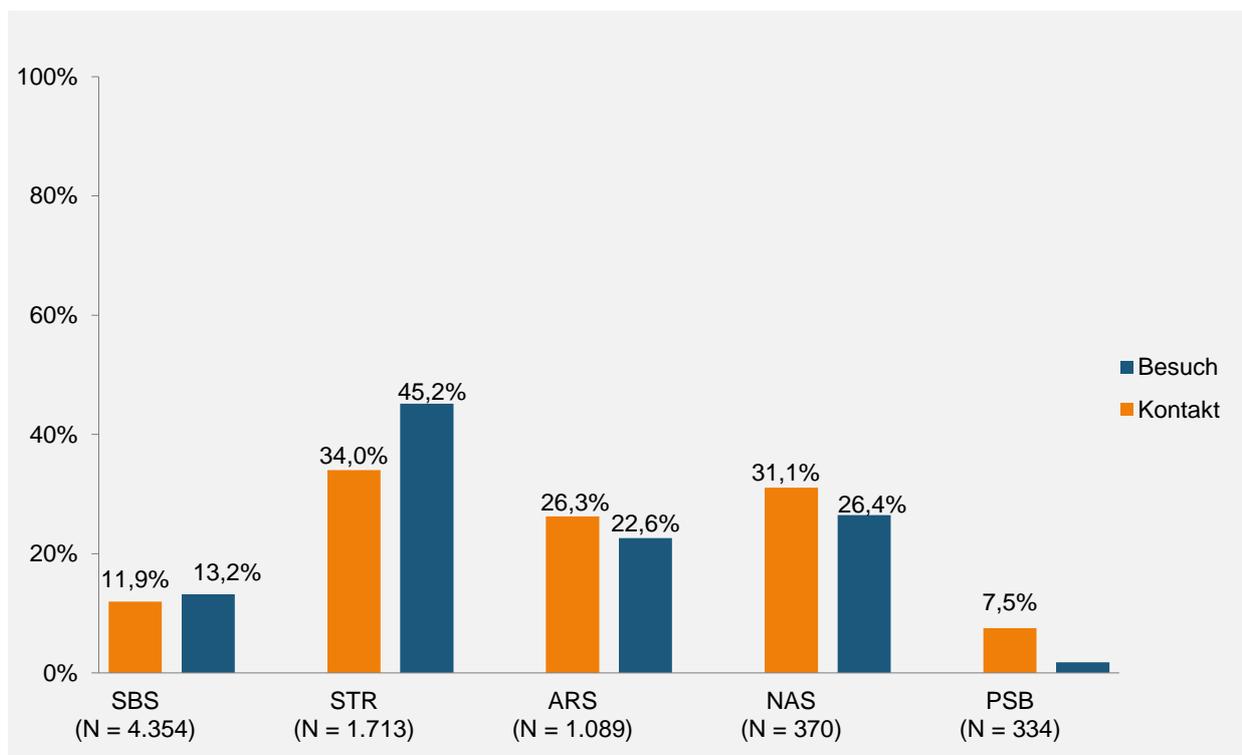
Tabelle 3. Vermittelte Maßnahmen bzw. Institutionen für anschließende Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Weitervermittlung in:	SBS	STR	ARS	NAS	PSB
N	4.197	1.795	293	63	70
Suchtbehandlung	62,6 %	61,6 %	35,5 %	49,2 %	38,6 %
Beratung und Betreuung	6,8 %	16,8 %	11,3 %	9,5 %	7,1 %
Akutbehandlung	2,9%	2,8 %	7,8 %	11,1 %	1,4 %
Eingliederungshilfe	2,0 %	5,7 %	2,7 %	7,9 %	11,4 %
Justiz	1,0 %	0,9 %	1,0 %	3,2 %	2,9 %
Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung	0,8 %	2,8 %	1,7 %	3,2 %	0,0 %
SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter. Mehrfachnennung möglich. Aufgrund der Erhebungssystematik sind die Prozentwerte jeweils als Mindestangaben zu betrachten.					

3.4.7 Anbindung an Selbsthilfe

In STR wird etwa einem Drittel der Behandelten ein Kontakt zur Selbsthilfe vermittelt (34 %), knapp die Hälfte nimmt Angebote der Selbsthilfe wahr (45 %; siehe Abbildung 15). In NAS (31 %) wird knapp einem Drittel, in ARS (26 %) etwa einem Viertel ein Besuch vermittelt, etwa ein Viertel der Behandelten in NAS (26 %) bzw. in ARS (23 %) nimmt entsprechende Angebote wahr.

In der in SBS betreuten Klientel ist die einrichtungsseitige Vermittlung in Selbsthilfeangebote ähnlich häufig wie der wiederholte Besuch entsprechender Angebote im Laufe der Betreuung, beides trifft auf etwa ein Achtel der Klientel zu (Kontaktanbahnung: 12 %; Besuch: 13 %;). Für die Klientel in PSB ist eine entsprechende Anbahnung bei einer von 13 Klient:innen, ein Besuch noch seltener der Fall.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; ARS = ambulante medizinische Rehabilitation; NAS = (Reha-)Nachsorge; PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter.

Abbildung 15. Klientel mit Anbindung an Selbsthilfe, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

Damit wird der Klientel der ARS (26 % vs. Bund 30 %; $p < 0,002$) in Niedersachsen seltener ein Kontakt zur Selbsthilfe vermittelt als auf Bundesebene, bei der Klientel der STR (34 % vs. Bund 28 %; $p < 0,001$) und PSB (8 % vs. Bund 2 %; $p < 0,001$) ist dies in Niedersachsen häufiger der Fall. Zudem kommt es in Niedersachsen häufiger zu Besuchen von Selbsthilfeangeboten bei in SBS Betreuten (13 % vs. Bund 10 %; $p < 0,001$) und bei in STR Behandelten (45 % vs. Bund 43 %; $p < 0,031$) als bundesweit.

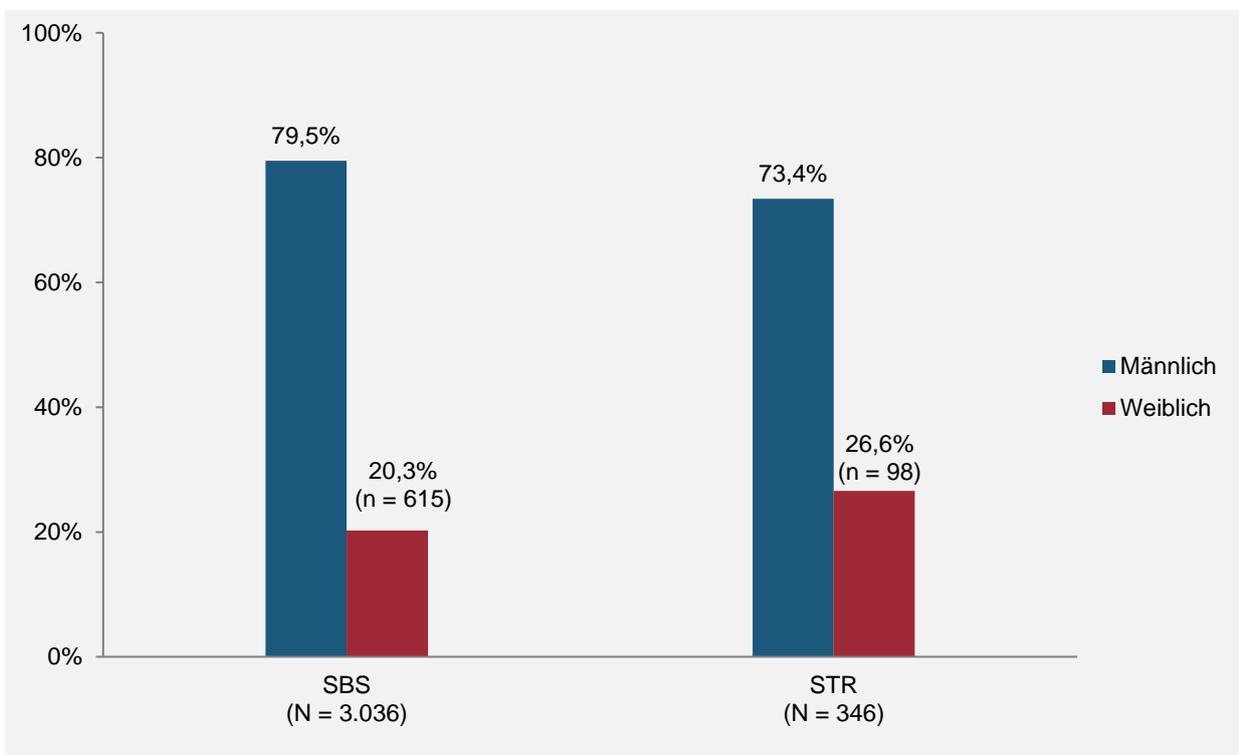
4 SONDERKAPITEL: CANNABINOIDBEZOGENE STÖRUNGEN

Das folgende Kapitel charakterisiert die in Niedersachsen betreute bzw. behandelte Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen. Der Fokus der Berichterstattung liegt auf einer geschlechtsspezifischen Beschreibung der Störungsgruppe. Hierbei werden lediglich die Hauptmaßnahmen SBS (N = 3.036 Betreuungen aufgrund cannabinoidbezogener Störungen) und STR (N = 346 Behandlungen aufgrund cannabinoidbezogener Störungen) ausgewertet. Von einer entsprechenden Auswertung der Klientel mit ARS bzw. NAS aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen wird aufgrund der geringen Stichprobengrößen – insbesondere bei der weiblichen Klientel - abgesehen (ARS: N = 148 Behandelte mit N = 28 Frauen bzw. NAS: N = 36 Betreute mit N = 7 Frauen).

4.1 Soziodemographische Merkmale

4.1.1 Geschlecht

Frauen machen in SBS ein Fünftel der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen (n = 615 Fälle; 20 %) aus (siehe Abbildung 16). In STR ist gut ein Viertel der Behandelten mit cannabinoidbezogenen Störungen weiblich (n = 98; 27 %).

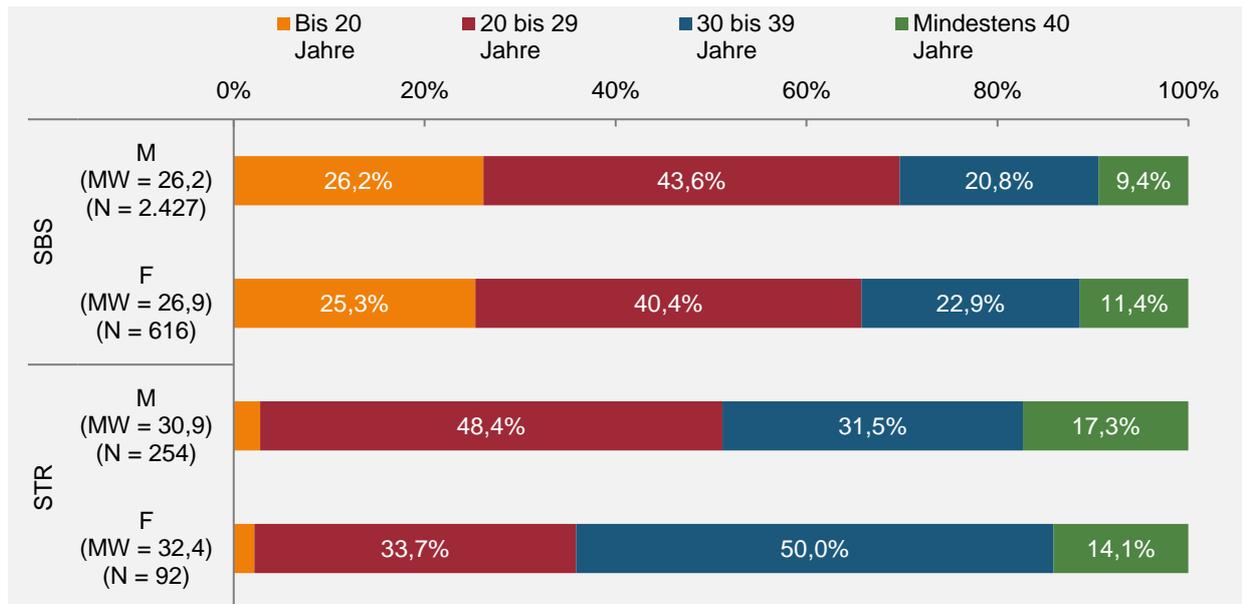


SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation.

Abbildung 16. Geschlechterverteilung der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Hauptmaßnahme

4.1.2 Altersstruktur

In SBS sind Männer mit cannabinoidbezogenen Störungen bei Zugang im Mittel 26 Jahre alt, die weibliche Klientel ist im Mittel 27 Jahre alt ist (siehe Abbildung 17). Jeweils knapp ein Viertel der betreuten Männer bzw. Frauen ist unter 20 Jahre alt (Männer: 26 %; Frauen: 25 %). Weitere 4 von 9 Männern (44 %) bzw. 4 von 20 Frauen (40 %) sind 20 bis 29 Jahre alt. Jeweils etwa ein Fünftel der betreuten Männer und Frauen fällt in die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen (Männer: 21 %; Frauen: 23 %). Jeder elfte betreute Mann bzw. jede neunte betreute Frau ist zu Beginn der aktuellen Betreuung mindestens 40 Jahre alt (Männer: 9 %; Frauen: 11 %).



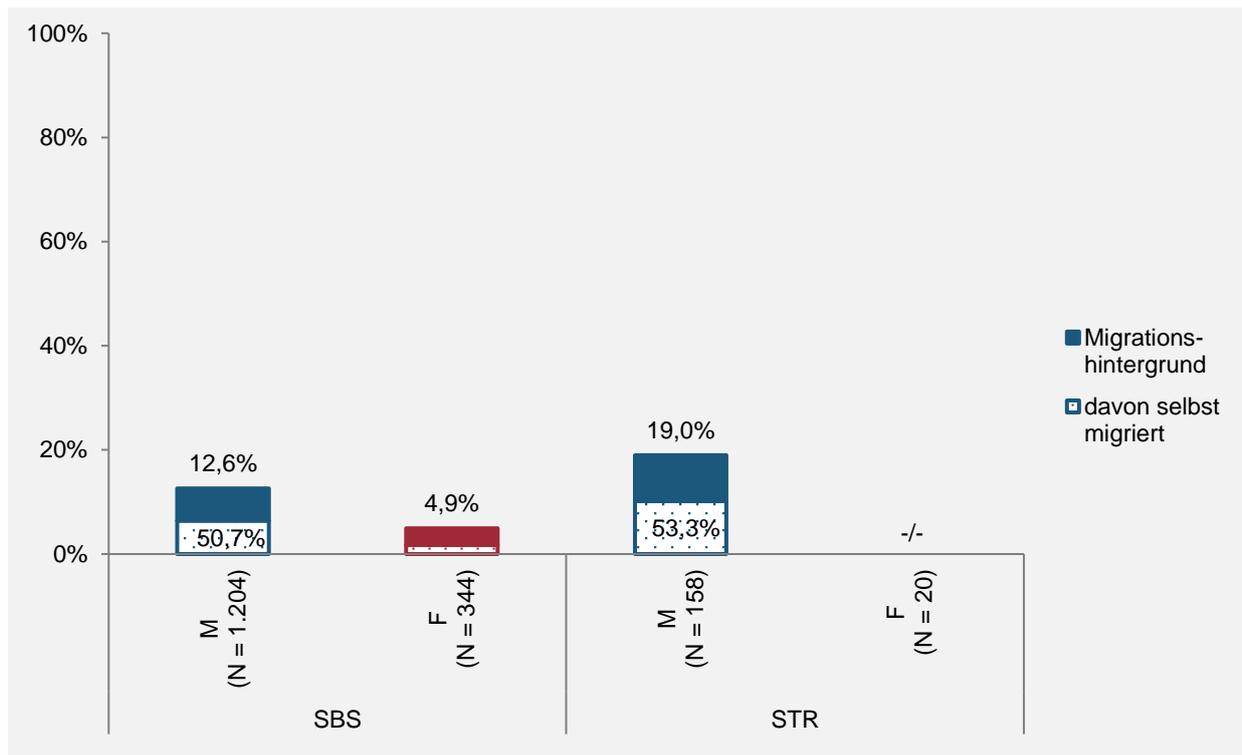
SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen; MW = Mittelwert (durchschnittliches Alter in Jahren).

Abbildung 17. Altersstruktur der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen bei Beginn der aktuellen Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

In STR sind Männer mit cannabinoidbezogenen Störungen zu Beginn der Behandlung durchschnittlich 31 Jahre und Frauen durchschnittlich 32 Jahre. Bei Behandlungsbeginn unter 20 Jahre alt ist einer von 30 Patienten bzw. eine von 50 Patientinnen. Etwa die Hälfte der behandelten Männer ist 20 bis 29 Jahre alt (48 %). Bei den Frauen gilt dies für etwa ein Drittel (34 %). Etwa ein Drittel der behandelten Männer (32 %) bzw. die Hälfte der behandelten Frauen (50 %) gehört zur Gruppe der 30- bis 39-Jährigen. Etwa jeder sechste behandelte Mann (17 %) bzw. etwa jede siebte behandelte Frau (14 %) ist über 40 Jahre alt.

4.1.3 Migrationshintergrund

Bei der in SBS betreuten Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen hat etwa jeder siebte Mann (13 %) bzw. jede zwanzigste Frau (5 %) einen Migrationshintergrund (→ Migrationshintergrund; siehe Abbildung 18). Über eine eigene Migrationserfahrung verfügt hierbei etwa die Hälfte der Männer mit Migrationshintergrund (51 %). Von einer Interpretation des entsprechenden Anteils unter Frauen mit Migrationshintergrund wird aufgrund der geringen Fallzahl in der Stichprobe der Klientinnen mit Migrationshintergrund abgesehen.



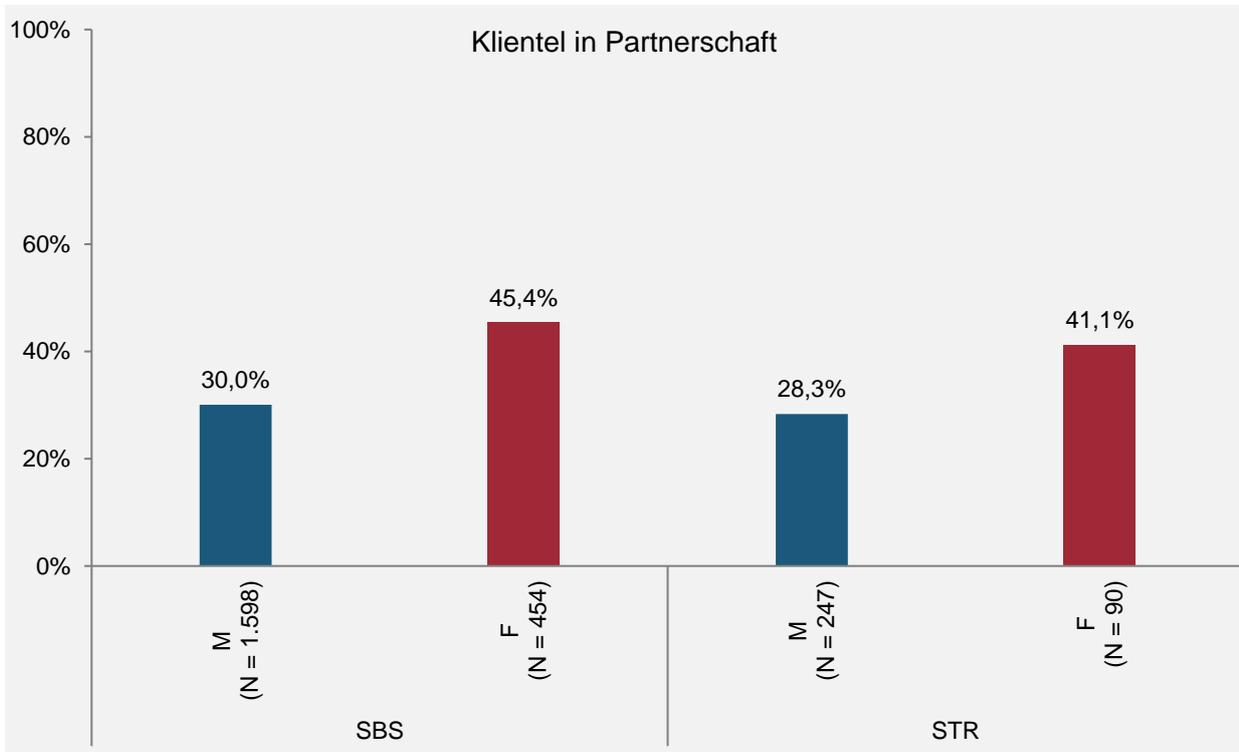
SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen.
 -/- : aufgrund kleiner Stichprobe wird keine Grafik bzw. kein Prozentwert ausgewiesen.

Abbildung 18. Migrationshintergrund der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

In STR hat knapp ein Fünftel der behandelten Männer (19 %) mit cannabinoidbezogenen Störungen einen Migrationshintergrund. Hierbei ist etwas mehr als die Hälfte der Männer (53 %) selbst nach Deutschland migriert. Von einer Interpretation der Frauen wird aufgrund der geringen Fallzahl abgesehen.

4.1.4 Partnersituation

In SBS lebt bei Maßnahmenbeginn knapp ein Drittel der männlichen Klientel (30 %) und etwas weniger als die Hälfte der weiblichen Klientel (45 %) mit cannabinoidbezogenen Störungen in einer Partnerschaft (siehe Abbildung 19). Für die in STR Behandelten trifft dies auf 3 von 10 Männern (28 %) sowie auf vier von zehn Frauen (41 %) zu.



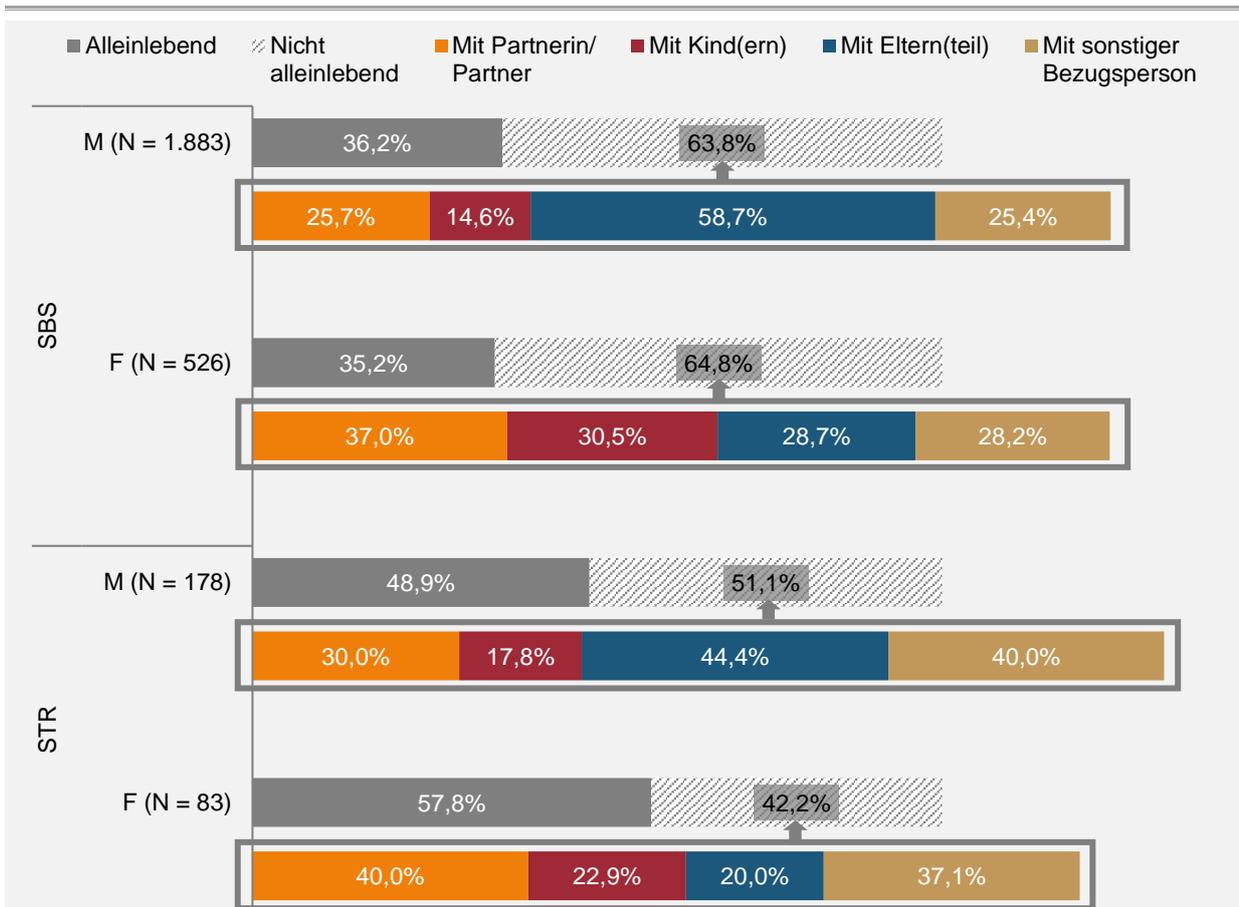
SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen.

Abbildung 19. Partnersituation der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

4.1.5 Lebenssituation

Unmittelbar vor Maßnahmenbeginn lebet jeweils gut ein Drittel der in SBS betreuten Männer (36 %) bzw. Frauen (35 %) mit cannabinoidbezogenen Störungen allein (siehe Abbildung 20). 3 von 5 Männern, die nicht allein leben, leben bei ihren Eltern (59 %) und jeweils etwa ein Viertel bei sonstigen Bezugspersonen (25 %) oder mit dem Partner bzw. der Partnerin zusammen (26 %). 3 von 8 Frauen, die nicht allein leben, leben mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammen (37 %) und jeweils etwa 3 von 10 betreuten Klientinnen leben bei anderen Bezugspersonen (28 %) oder den Eltern (29 %). Zudem leben weitere 3 von 10 nicht allein-lebenden Klientinnen mit ihnen anvertrauten Kindern zusammen (31 %). Unter nicht allein-lebenden Männern ist der entsprechende Anteil halb so hoch (15 %).

SONDERKAPITEL: CANNABINOIDBEZOGENE STÖRUNGEN



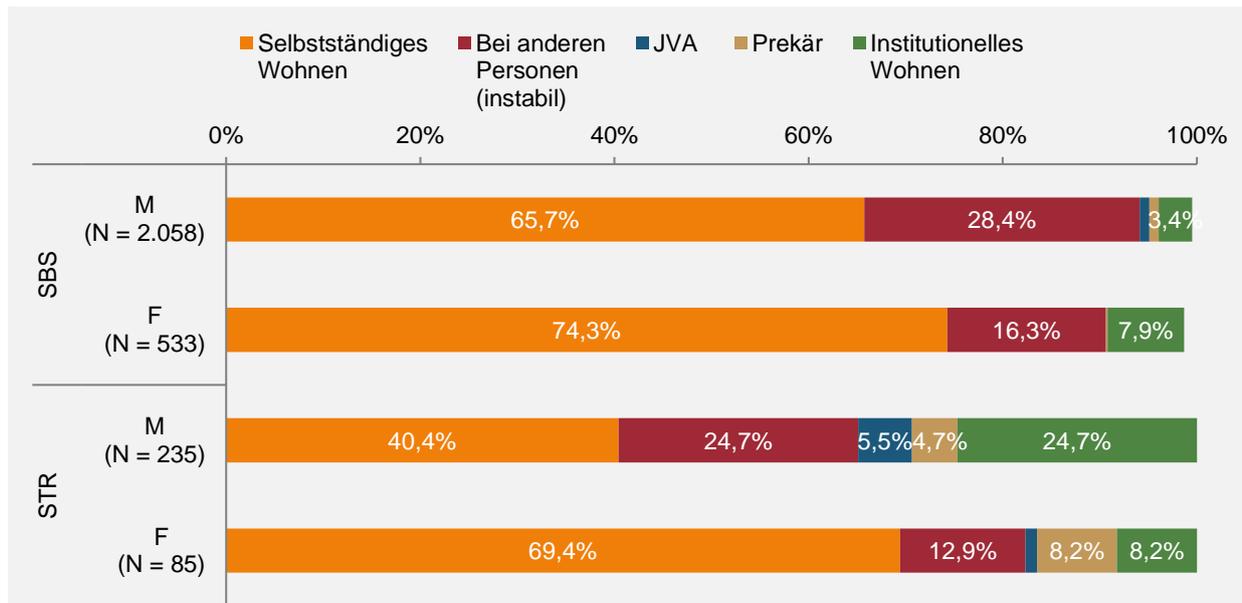
SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen. Mehrfachnennung der Lebenssituation nicht Alleinlebender möglich.

Abbildung 20. Lebenssituation der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

Knapp die Hälfte in STR behandelten Patienten (49 %) sowie knapp drei Fünftel der in STR behandelten Patientinnen (58 %) leben allein. Unter den nicht alleinlebenden Männern leben 4 von 9 Patienten bei den Eltern (44 %), 4 von 10 bei anderen Bezugspersonen (40 %) und etwa 3 von 10 mit seinem Partner bzw. seiner Partnerin (30 %) zusammen. Lediglich einer von 5 Patienten lebt mit ihm anvertrauten Kindern (18%) zusammen. Unter den nicht alleinlebenden Patientinnen lebt jede fünfte bei ihren Eltern (20 %), 4 von 10 Patientinnen leben mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin (40 %) zusammen. Etwa 3 von 8 Patientinnen leben mit einer sonstigen Bezugsperson zusammen (37 %) und etwa eine von 4 gemeinsam mit ihr anvertrauten Kindern zusammen (23 %).

4.1.6 Wohnsituation

In SBS leben bei Zugang zur Betreuung sowohl drei Viertel der Klientinnen (74 %) bzw. zwei Drittel der Klienten (66 %) mit cannabinoidbezogenen Störungen selbstständig (siehe Abbildung 21). An zweiter Stelle folgt mit anteilmäßig deutlichem Abstand das (instabile) Wohnen bei anderen Personen, das für gut ein Viertel der betreuten Männer (28 %) bzw. ein Sechstel der betreuten Frauen (16 %) greift. Darüber hinaus spielen nur noch institutionelle Wohnformen (Männer: 3 %, Frauen 8 %) eine gewisse Rolle.



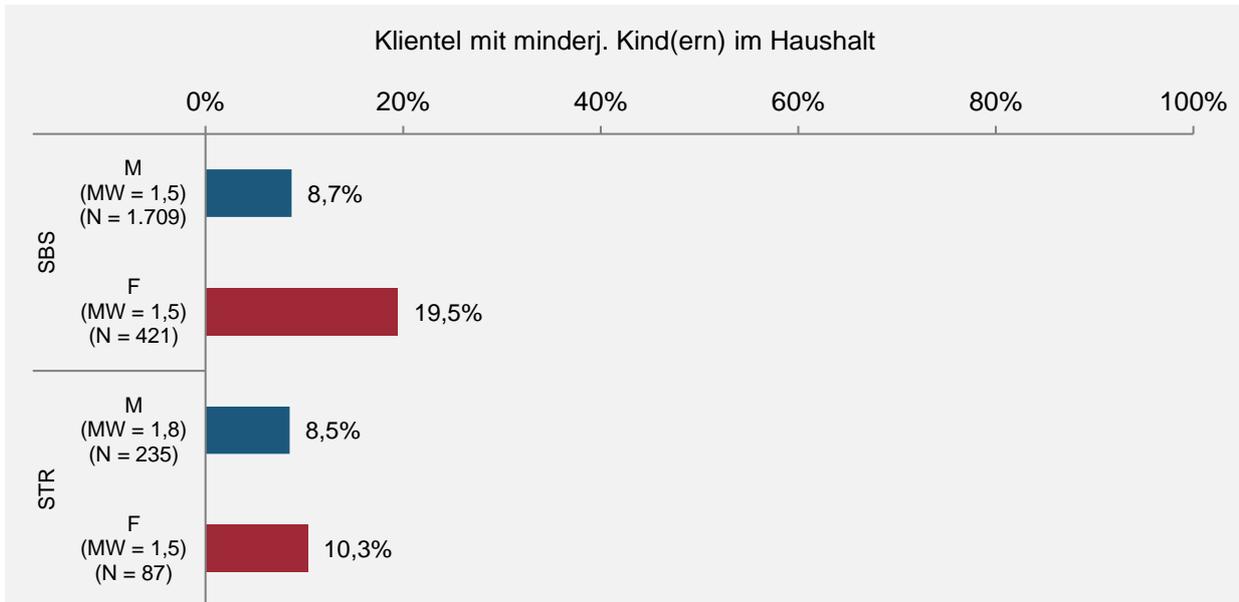
SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; JVA = Justizvollzugsanstalt; M = Männer; F = Frauen.

Abbildung 21. Wohnsituation der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

In STR behandelte Patientinnen mit cannabinoidbezogenen Störungen wohnen zu zwei Dritteln selbstständig (69 %), bei den behandelten Männern liegt dieser Anteil bei zwei Fünfteln (40 %). (Instabil) bei anderen Personen lebt ein Viertel der Patienten (25 %) bzw. knapp ein Siebtel der Patientinnen (13 %). Männer leben in einem von 4 Fällen (25 %) und damit dreimal so häufig wie Frauen (8 %) in institutionellen Wohnformen. Darüber ist bei etwa jedem siebzehnten Mann als vorherige Wohnform die Justizvollzugsanstalt (JVA; 6 %) angegeben, während diese Wohnform für Patientinnen keine Rolle spielt.

4.1.7 Minderjährige Kinder im Haushalt

Eine von 5 in SBS betreuten Klientinnen mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt bei Betreuungsbeginn mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt²⁴ (20 %), bei der männlichen Klientel ist es einer von 11 Betreuten (9 %; siehe Abbildung 22). Falls in den Haushalten der Betreuten minderjährige Kinder leben, sind es sowohl bei Frauen als auch bei Männern im Mittel 1,5 minderjährige Kinder.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen; MW = Mittelwert (durchschnittliche Anzahl der minderjährigen Kinder im Haushalt unter Klientel mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt).

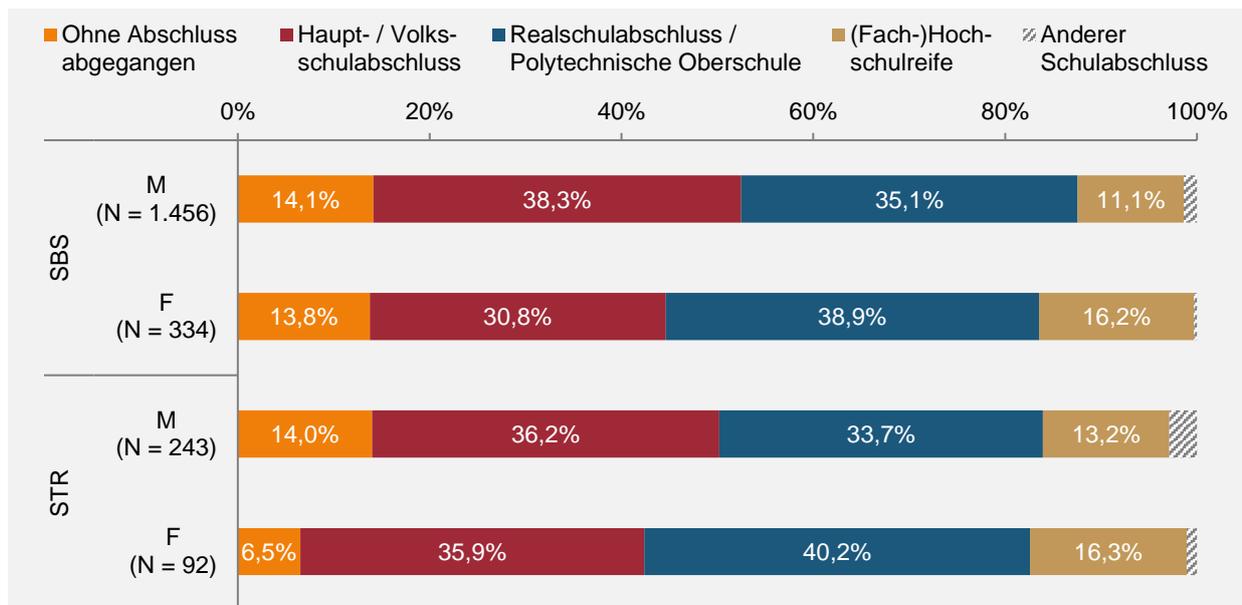
Abbildung 22. Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen und minderjährigen Kindern im Haushalt, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

Eine von 10 in STR behandelten Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen lebt unmittelbar vor Behandlungsbeginn mit mindestens einem minderjährigen Kind im Haushalt (10 %). Bei den Männern ist dies bei einem von elf Behandelten der Fall (9 %). Patientinnen mit minderjährigen Kindern im Haushalt leben im Mittel mit 1,5 minderjährigen Kindern zusammen, Patienten mit minderjährigen Kindern im Haushalt mit im Mittel 1,8 minderjährigen Kindern.

²⁴ Im Gegensatz zum Bericht des Vorjahres konnte der Anteil an Klientel mit eigenen minderjährigen Kindern aufgrund einer systemspezifischen Software-Unschärfe und der infolgedessen unpräzisen Datenlage in Niedersachsen für 2022 nicht ausgewertet werden.

4.1.8 Schulische Bildung

In SBS hat bei Maßnahmenbeginn jeweils ein Siebtel der Klientinnen (14 %) und Klienten (14 %) die Schule ohne Abschluss verlassen (siehe Abbildung 23)²⁵. Unter den betreuten Männern überwiegt mit knapp zwei Fünfteln der Haupt- / Volksschulabschluss (38 %), unter betreuten Frauen mit ebenfalls knapp zwei Fünfteln die mittlere Reife, d. h. der Abschluss einer Realschule / Polytechnischen Oberschule (39 %). Eine (Fach-)Hochschulreife hat etwa jeder neunte Klient (11 %) und etwa jede sechste Klientin (16 %) erworben.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen.

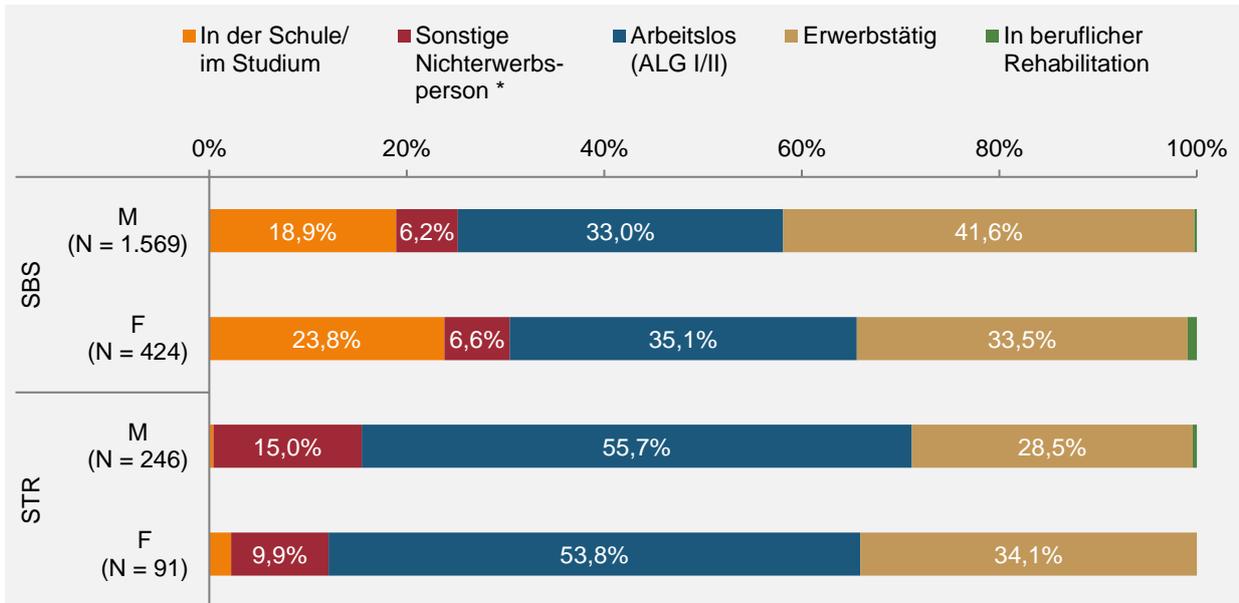
Abbildung 23. Schulische Bildung der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

Etwa jeder siebte Patient (14 %) mit cannabinoidbezogenen Störungen in STR hat die Schule ohne Abschluss verlassen, bei Patientinnen (7 %) ist es etwa jede vierzehnte. Unter den Schulabschlüssen dominiert bei Männern mit gut einem Drittel (36 %) der Haupt- / Volksschulabschluss. Bei den Frauen (40 %) ist die mittlere Reife mit zwei Fünfteln am weitesten verbreitet. Etwa ein Sechstel der Patientinnen (16 %) und ein Achtel der Patienten (13 %) hat die (Fach-)Hochschulreife.

²⁵ Die Klientel, die sich zu Beginn der Betreuung bzw. Behandlung noch in der Schule befand, wurde für die Analyse des Bildungsniveaus ausgeschlossen; sie werden im Abschnitt zum Erwerbsstatus mit berichtet.

4.1.9 Erwerbsstatus

Am Tag vor Maßnahmebeginn sind in SBS jeweils rund ein Drittel der Klienten (33 %) und Klientinnen (35 %) mit cannabinoidbezogenen Störungen arbeitslos (siehe Abbildung 24). In der Schule oder im Studium befindet sich etwa ein Viertel der Klientinnen (24 %) bzw. ein Fünftel der Klienten (19 %). Zudem sind gut zwei Fünftel der Klienten erwerbstätig (42 %). Unter den Klientinnen trifft dies auf ein Viertel (34 %) zu.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen, ALG = Arbeitslosengeld.

* In Rente / Pension, Hausfrau / Hausmann oder sonstige Nichterwerbspersonen (z. B. SGB XII).

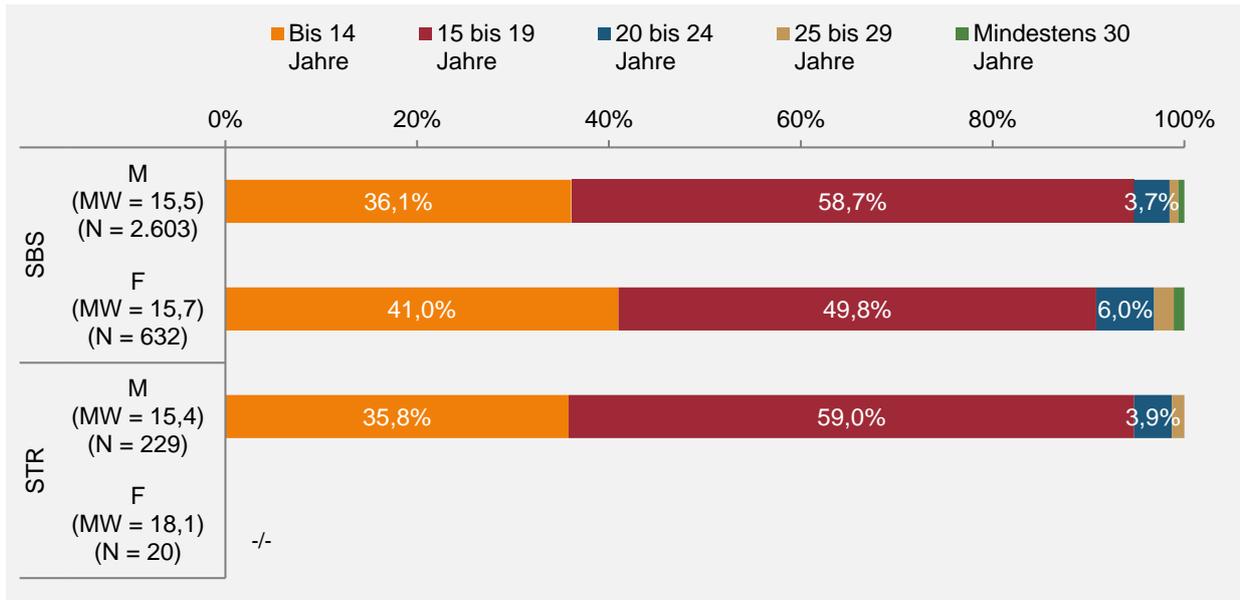
Abbildung 24. Erwerbsstatus der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

In STR sind jeweils etwa 5 von 9 Patientinnen (54 %) und Patienten (56 %) mit cannabinoidbezogenen Störungen arbeitslos. Schüler:innen und Studierende finden sich unter behandelten Frauen wie Männer nur vereinzelt. Zudem sind 3 von 9 behandelten Frauen (34 %) erwerbstätig, bei Männern (29 %) trifft dies auf 3 von 10 Patienten zu.

4.2 Störungsbezogene Merkmale

4.2.1 Alter bei Erstkonsum

Innerhalb der in SBS betreuten Klientel mit Hauptsubstanz Cannabis²⁶ liegt das Durchschnittsalter bei Erstkonsum für Männer und Frauen bei jeweils 16 Jahren (siehe Abbildung 25). Zwei Fünftel der Klientinnen (41 %) bzw. gut ein Drittel der Klienten (36 %) hat Cannabis in einem Alter von unter 14 Jahren erstmalig konsumiert. Ein Einstiegsalter von über 20 Jahren ist bei beiden Geschlechtern eher selten (Frauen: 6 %; Männer 4 %).



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen; MW = Mittelwert (durchschnittliches Alter in Jahren).

-/- : aufgrund kleiner Stichprobe wird keine Grafik ausgewiesen.

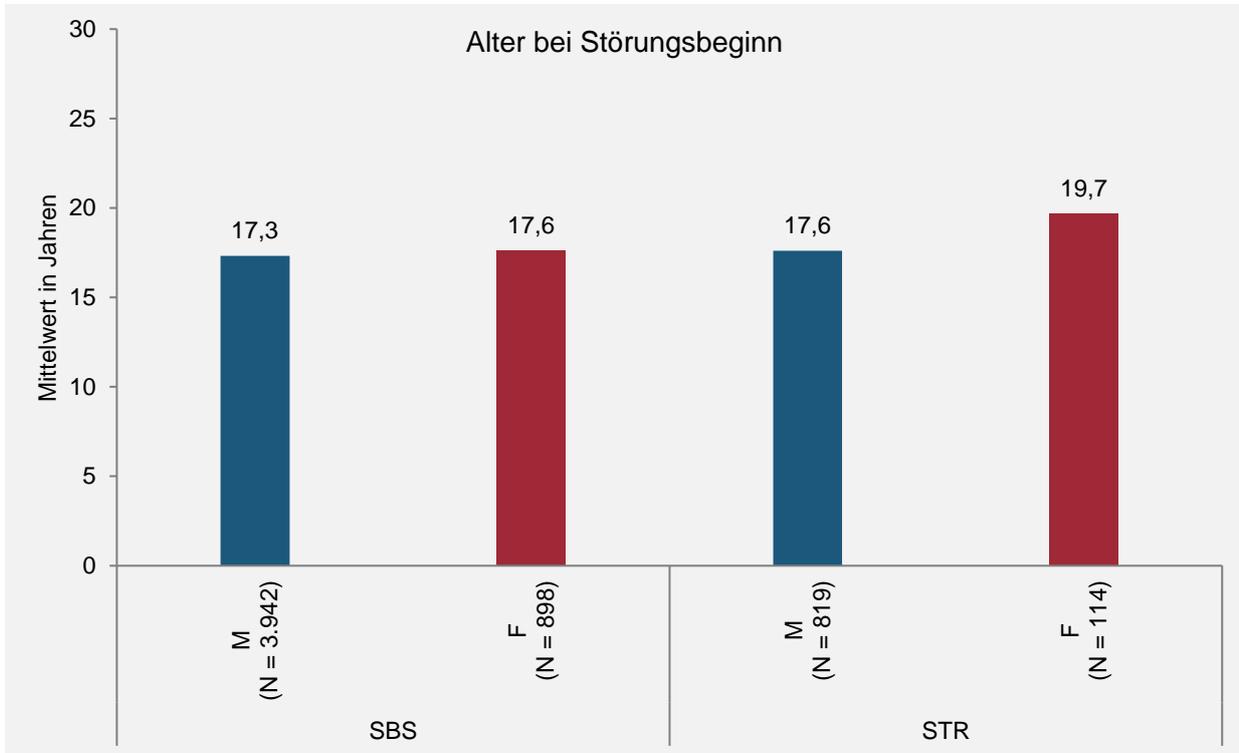
Abbildung 25. Alter der Klientel mit Hauptsubstanz Cannabis bei Erstkonsum, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

In STR behandelte Patienten konsumierten Cannabis im Durchschnitt das erste Mal mit 15 Jahren. Gut ein Drittel der behandelten Männer (36 %) war beim Erstkonsum jünger als 14 Jahre. Ein Erstkonsum im Alter von über 20 Jahren ist eher selten der Fall (4 %). Aufgrund der geringen Fallzahl werden keine Zahlen für behandelte Frauen ausgewiesen.

²⁶ Das Alter bei Erstkonsum ist im KDS 3.0 nach der Hauptsubstanz dokumentiert, die Darstellung bezieht sich daher nicht wie in den übrigen Analysen auf die Klientel mit der Hauptdiagnose cannabinoidbezogener Störungen im Sinne einer ICD F12.

4.2.2 Alter bei Störungsbeginn

Die Cannabinoidkonsumstörung manifestierte sich bei Klientinnen und Klienten der SBS im Alter von durchschnittlich 18 bzw. 17 Jahren (siehe Abbildung 26). In STR lag der Störungsbeginn bei Männern und Frauen bei durchschnittlich 18 beziehungsweise 20 Jahren.

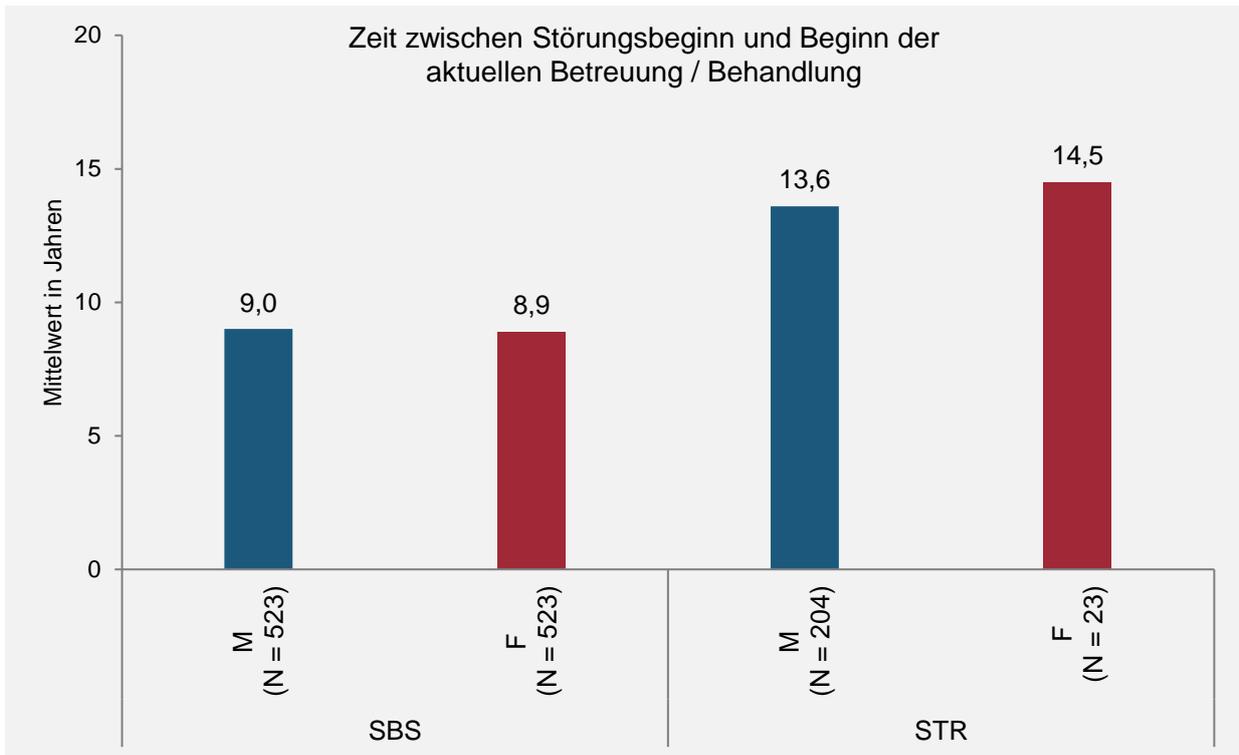


SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen.

Abbildung 26. Alter bei Beginn einer cannabinoidbezogenen Störung, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

4.2.3 Zeitspanne zwischen Störungsbeginn und Initiierung der aktuellen Betreuung / Behandlung

Die mittlere Spanne zwischen Störungsbeginn und Beginn der aktuellen Betreuungsepisode liegt bei Klientinnen und Klienten der SBS bei jeweils 9 Jahren (siehe Abbildung 27). Zwischen der aktuellen Behandlung in STR und dem Störungsbeginn liegen bei Patienten 14 Jahre und bei Patientinnen 15 Jahre.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen.

Abbildung 27. Zeitspanne zwischen Beginn einer cannabinoidbezogenen Störung und Initiierung der aktuellen Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

4.2.4 Suchtbezogene Komorbidität

Bei der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen in SBS betrifft suchtbezogene Komorbidität insbesondere begleitende Alkoholkonsumstörungen (siehe Tabelle 4). Sie ist bei gut einem Fünftel der betreuten Männer (22 %) bzw. gut einem Sechstel der betreuten Frauen (18 %) dokumentiert. Zudem ist bei knapp einem Fünftel der Klientinnen (21 %) bzw. gut einem Sechstel der Klienten (18 %) eine begleitende Stimulanzienkonsumstörung erfasst. Für einen von 8 Klienten (12 %) bzw. eine von 9 betreuten Klientinnen (11 %) wird zusätzlich eine Kokainkonsumstörung berichtet. Die Verhaltenssuchte Pathologisches Spielen oder Exzessive Mediennutzung spielen als Begleiterkrankungen von Cannabinoidkonsumstörungen bei Frauen und Männern keine berichtenswerte Rolle.

Tabelle 4. Komorbiditäten der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

Hauptmaßnahme	SBS		STR	
Zusätzliche Einzeldiagnose(n)	M	F	M	F
N	2.527	617	214	92
F10 Alkohol	22,3%	17,7%	38,2%	45,7%
F11 Opioide	3,6%	1,9%	5,9%	3,3%
F13 Sedativa / Hypnotika	3,0%	2,1%	3,9%	6,5%
F14 Kokain	12,4%	11,3%	28,7%	22,8%
F15 Stimulanzien	17,6%	21,2%	29,5%	35,9%
F63.0 Pathologisches Spielen	0,7%	0,0%	3,9%	0,0%
F63.8 / F68.8 Exzessive Mediennutzung	0,7%	0,2%	2,0%	0,0%

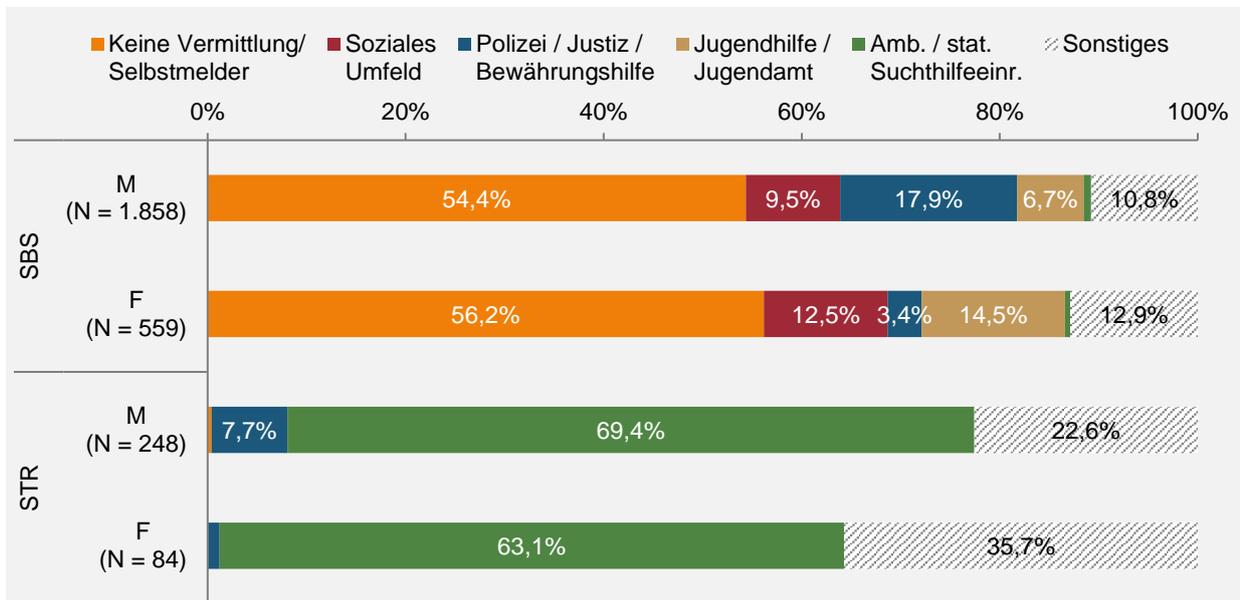
SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; F = Frauen, M = Männer. Mehrfachnennung möglich.

In STR haben knapp zwei Fünftel der behandelten Männer (38 %) bzw. fast die Hälfte der behandelten Frauen (46 %) mit cannabinoidbezogenen Störungen zusätzlich Alkoholkonsumstörungen. Bei den Männern werden zudem bei jeweils etwa 3 von 10 Patienten Kokain- (29 %) oder Stimulanzienkonsumstörungen (30 %) als suchtbezogene Komorbidität dokumentiert. Von den Patientinnen sind für gut ein Drittel begleitende Stimulanzienkonsumstörungen (36 %) bzw. für knapp ein Viertel begleitende Kokainkonsumstörungen (23 %) erfasst. Bei Patienten (6 %) wie Patientinnen (3 %) werden zu einem geringfügigen Anteil begleitende opioidbezogene Störungen dokumentiert. Begleitendes Pathologisches Spielen (4 %) wird nur bei Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen in geringem Umfang berichtet, aber nicht bei Patientinnen.

4.3 Betreuungs- / Behandlungsbezogene Merkmale

4.3.1 Vermittlungswege

In SBS kommen jeweils 5 von 9 Klientinnen (56 %) und Klienten (54 %) mit cannabinoidbezogenen Störungen eigeninitiativ über Selbstmeldungen in die Betreuung (siehe Abbildung 28). Gut ein Achtel der Klientinnen (13 %) bzw. ein Zehntel der Klienten (10 %) wird durch das soziale Umfeld vermittelt. Bei betreuten Männern steht die Vermittlung durch die Polizei / Justiz / Bewährungshilfe²⁷ (18 %) an zweiter Stelle des Häufigkeitsrankings. Der entsprechende Anteil ist hier sechsmal so hoch wie bei Frauen (3 %), für die dieser Vermittlungsweg eine untergeordnete Rolle spielt. Unter den Klientinnen belegt die Vermittlung über Einrichtungen der Jugendhilfe den dritten Rang. Sie kommt für eine von 7 betreuten Frauen zum Tragen (15 %) und damit doppelt so häufig wie bei betreuten Männern (7 %).



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen.

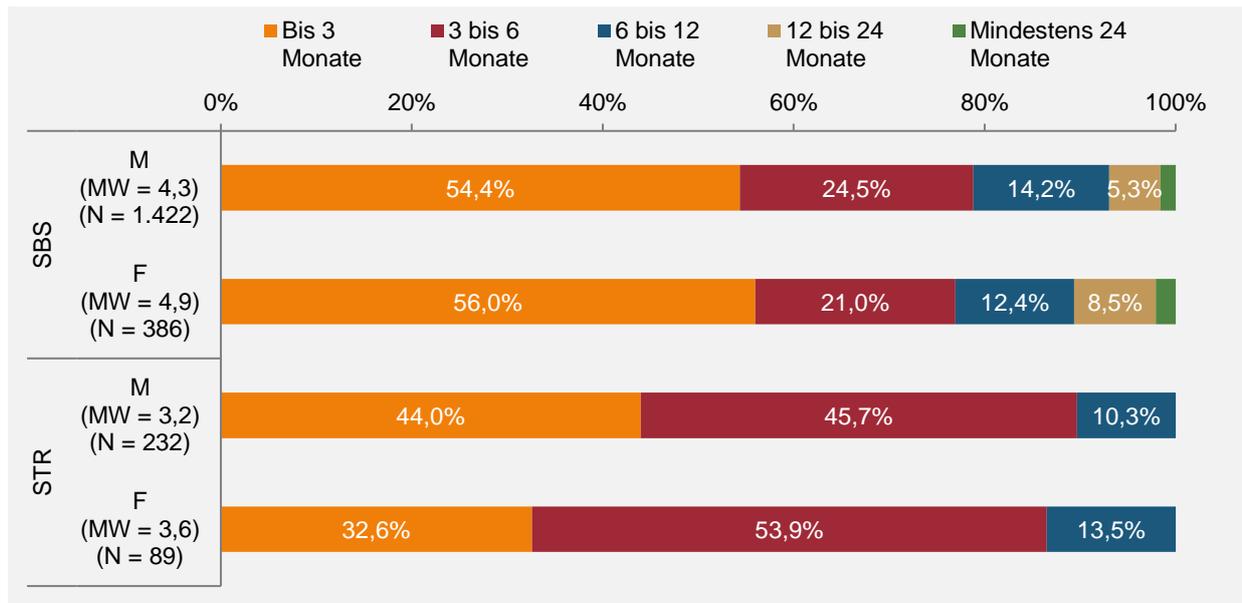
Abbildung 28. Vermittlungswege in die aktuelle Betreuung / Behandlung der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

Etwa 3 von 10 Patienten (69 %) bzw. knapp 2 von 3 Patientinnen (63 %) mit cannabinoidbezogenen Störungen, die in STR behandelt werden, werden durch (in der Regel ambulante) Suchthilfeeinrichtungen vermittelt. An zweiter Stelle der Vermittlungsinstanzen steht bei Patienten mit einem Zwölftel (8 %) Polizei / Justiz / Bewährungshilfe, die bei Patientinnen nur vereinzelt zum Tragen kommt. Auch die weiteren exemplarisch ausgewählten Vermittlungsinstanzen spielen für Frauen keine nennenswerte Rolle.

²⁷ Vermittlung durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe ist laut KDS 3.0 zu dokumentieren, wenn aus einer JVA vermittelt wurde sowie bei Personen, deren Strafvollstreckung per Gerichtsurteil ausgesetzt, bei denen von der Verfolgung der Strafe abgesehen wurde (§§35, 36, 37, 38 BtMG) oder die seitens der Jugendgerichtshilfe bzw. der Bewährungshilfe vermittelt wurden. Straßenverkehrsbehörden und Führerscheinstellen gelten ebenfalls als Einrichtungen der Polizei/Justiz/Bewährungshilfe.

4.3.2 Dauer der Betreuung / Behandlung

In SBS dauern Betreuungen aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen bei Männern im Mittel 4 Monate (133 Tage), bei Frauen im Mittel 5 Monate (148 Tage; siehe Abbildung 29). Jeweils etwa 5 von 9 Klienten (54 %) bzw. Klientinnen (56 %) schließen ihre Betreuung nach bis zu 3 Monaten ab. Ein Viertel der Männer (25 %) bzw. ein Fünftel der Frauen (21 %) wird zwischen 3 und 6 Monaten betreut. Langzeitbetreuungen von über einem Jahr finden sich bei etwa einem von 20 Klienten (5 %) bzw. bei einer von 11 Klientinnen (9 %).



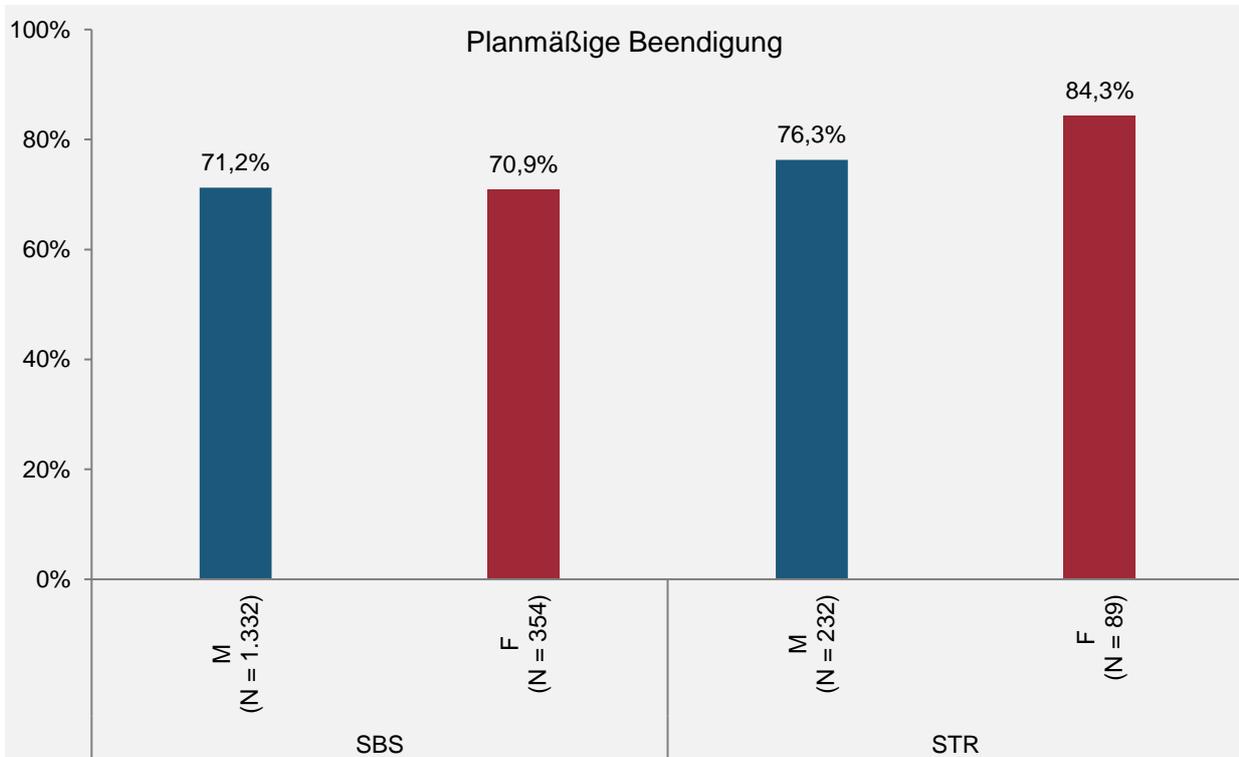
SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen; MW = Mittelwert (durchschnittliche Dauer in Monaten).

Abbildung 29. Betreuung- / Behandlungsdauer der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

Behandlungen in STR enden für Patientinnen und Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen nach durchschnittlich 3 Monaten (Männer: 97 Tage, Frauen: 110 Tage), wobei die Behandlungen in der Regel innerhalb von 6 Monaten abgeschlossen werden. Nur eine von sieben Patientinnen (14 %) bzw. einer von 10 Patienten (10 %) wird länger als 6 Monate behandelt.

4.3.3 Planmäßige Beendigung

Jeweils etwa 7 von 10 der in SBS betreuten Klientinnen (71 %) und Klienten (71 %) mit cannabinoidbezogenen Störungen beenden ihre Betreuung planmäßig (siehe Abbildung 30). In STR beenden über vier Fünftel der Patientinnen (84 %) bzw. drei Viertel der Patienten (76 %) ihre Behandlung planmäßig.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen.

Abbildung 30. Klientel mit planmäßiger Beendigung der Betreuung / Behandlung aufgrund cannabinoidbezogener Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

4.3.4 Entwicklung des Problembereichs Suchtverhalten

Nahezu alle in SBS betreuten Klientinnen (98 %) und Klienten (99 %) erzielen bezüglich des Problembereichs *Suchtverhalten* ein positives Betreuungsergebnis (Verbesserung bzw. Stabilisierung; siehe Abbildung 31). Hierbei ist eine Verbesserung der Suchtproblematik sowohl bei Männern (59 %) als auch bei Frauen (55 %) deutlich häufiger als eine Stabilisierung (Männer: 41 %; Frauen: 43 %).



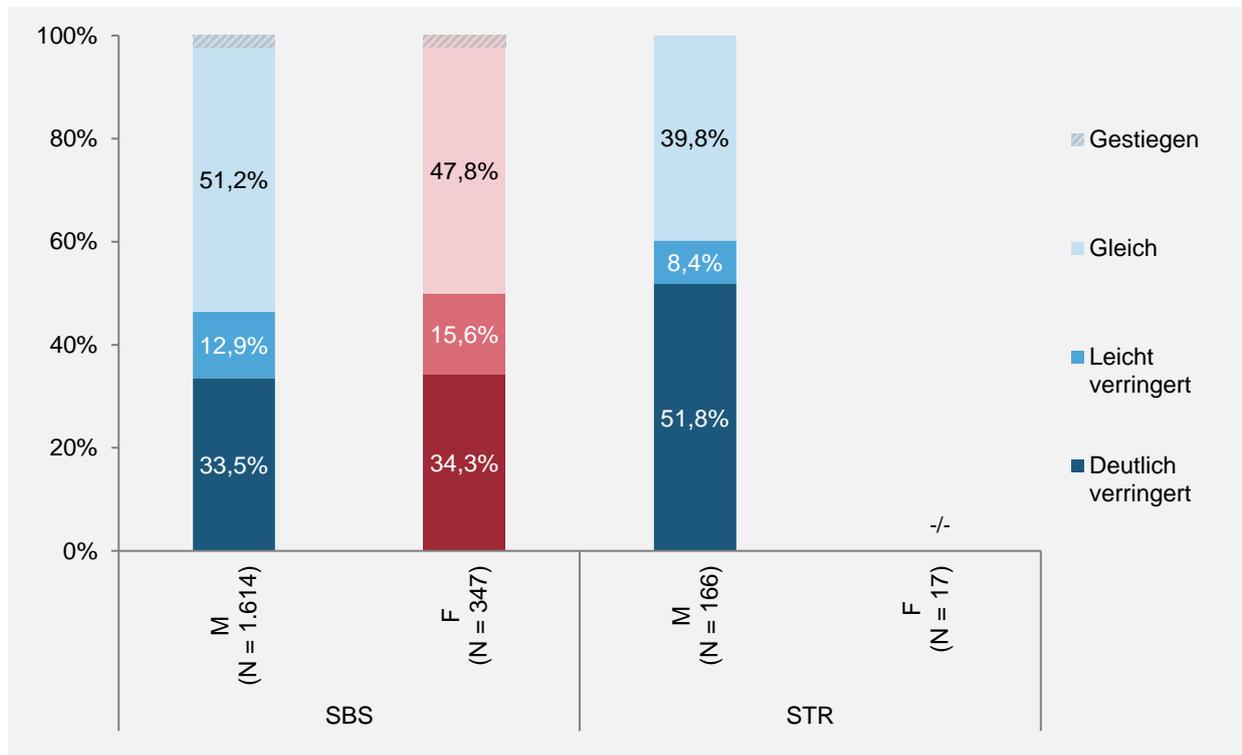
SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen.
 -/- : aufgrund kleiner Stichprobe wird keine Grafik ausgewiesen.

Abbildung 31. Klientel mit positivem Ergebnis der Suchtproblematik am Ende der Betreuung / Behandlung aufgrund cannabinoidbezogener Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

In STR erzielen alle Patienten ein positives Behandlungsergebnis in Bezug auf ihr *Suchtverhalten* (100 %), wobei dieses meist aus einer Verbesserung der Suchtproblematik resultiert (79 %). Zu stationär behandelten Patientinnen lässt sich aufgrund der geringen Stichprobe keine belastbare Aussage treffen.

4.3.5 Konsum am Ende

Jeweils etwa ein Drittel der in SBS betreute Klientinnen (34 %) und Klienten (34 %) hat den eigenen Cannabiskonsum bis zum Ende der Betreuung deutlich verringert (siehe Abbildung 32). Etwa jede sechste Klientin (16 %) und etwa jeder achte Klient (13 %) hat die eigene Konsummenge leicht verringert. Bei jeweils etwa der Hälfte der betreuten Frauen (48 %) und Männer (51 %) ist die Konsummenge von Betreuungsbeginn bis Betreuungsende konstant geblieben.



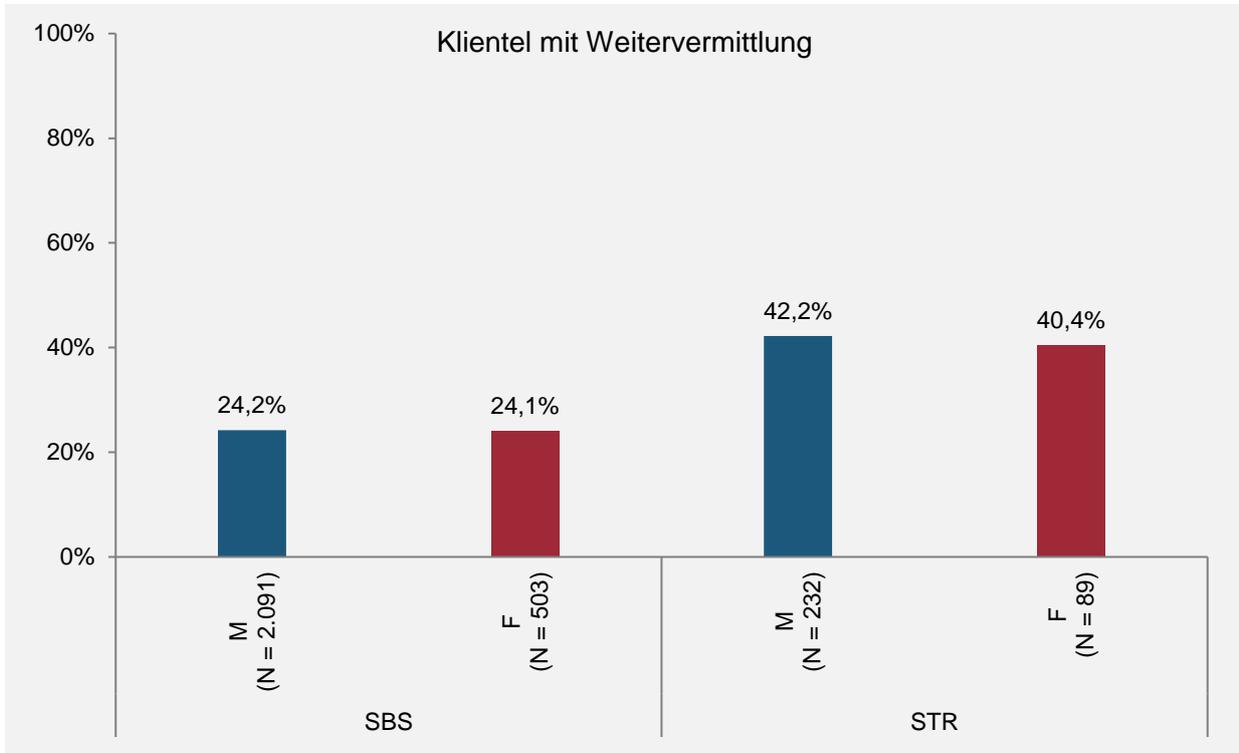
SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen.
 -/- : aufgrund kleiner Stichprobe wird keine Grafik ausgewiesen.

Abbildung 32. Konsummenge am Ende der Betreuung / Behandlung aufgrund cannabinoidbezogener Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

In STR hat etwas mehr als die Hälfte der Patienten mit cannabinoidbezogenen Störungen ihre Konsummenge deutlich reduziert (52 %). Weitgehend unverändert blieb die Konsummenge bei 2 von 5 männlichen Behandelten (40 %), eine leichte Verringerung findet sich bei einem von 12 Patienten (8 %). Über die Veränderung der Konsummengen bei stationär behandelten Frauen lässt sich aufgrund der kleinen Stichprobe keine belastbare Aussage treffen.

4.3.6 Weitervermittlung

Etwa ein Viertel der in SBS betreuten Klientinnen (24 %) und Klienten (24 %) wird am Ende der Betreuung weitervermittelt (siehe Abbildung 33). In STR werden jeweils etwa 2 von 5 Patientinnen (40 %) und Patienten (42 %) am Behandlungsende weitervermittelt.



SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen.

Abbildung 33. Weitervermittlung der Klientel am Ende der Betreuung / Behandlung aufgrund cannabinoidebezogener Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

Aus der SBS weitervermittelte Klient:innen werden insbesondere in die Suchtbehandlung weitervermittelt (Männer: 47 %; Frauen: 51 %; siehe Tabelle 5). Deutlich seltener kommt es zu einer Weitervermittlung in Beratung und Betreuung (Männer: 8 %; Frauen: 5 %). Ergänzend dazu werden Frauen und Männer in geringem Umfang in die Akutbehandlung weitervermittelt (Frauen: 5 %, Männer: 3 %). Zudem werden Klientinnen – nicht jedoch unter Klienten – in gewissem Ausmaß in die Kinder- und Jugendhilfe (Frauen: 3 %, Männer: 1 %) weitervermittelt. Die Weitervermittlung in die Eingliederungshilfe spielt für Klientinnen wie Klienten eine untergeordnete Rolle (Frauen: 2 %; Männer: 1 %).

Tabelle 5. Vermittelte Maßnahmen bzw. Institutionen für anschließende Betreuung / Behandlung der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, stratifiziert nach Geschlecht und Hauptmaßnahme

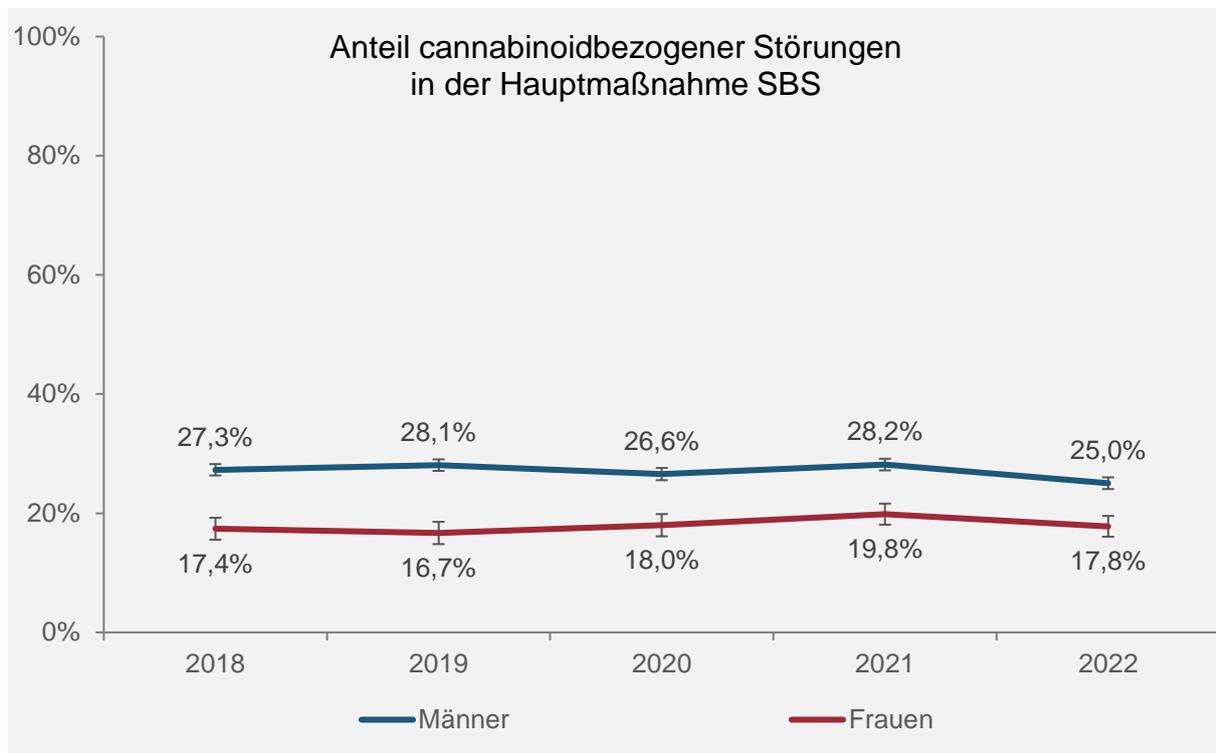
Weitervermittlung in:	SBS		STR	
	M	F	M	F
N	507	121	98	36
Suchtbehandlung	47,1%	51,2%	68,4%	27,8%
Beratung und Betreuung	8,1%	5,0%	23,5%	8,3%
Akutbehandlung	3,4%	5,0%	0,0 %	0,0 %
Eingliederungshilfe	0,8%	1,7%	5,1%	2,8%
Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)	1,2%	2,5%	0,0 %	0,0 %

SBS = Sucht- und Drogenberatung; STR = stationäre medizinische Rehabilitation; M = Männer; F = Frauen.
 Mehrfachnennung möglich.
 Aufgrund der Erhebungssystematik sind die Prozentwerte jeweils als Mindestangaben zu betrachten.

In STR kommt es unter Männern mit cannabinoidbezogenen Störungen vor allem zur Weitervermittlung in die Suchtbehandlung (68 %), jeweils mit Abstand gefolgt von einer Vermittlung in Beratung und Betreuung (24 %) bzw. in die Eingliederungshilfe (5 %). Unter Frauen überwiegt – auf jeweils geringerem Niveau als bei Männern – ebenfalls die Weitervermittlung in die Suchtbehandlung (28 %) gefolgt von der Weitervermittlung in die Beratung und Betreuung (8 %). Die Vermittlung in andere nachgelagerte Institutionen spielt für Patientinnen der STR keine Rolle. Sowohl aus SBS als auch aus STR wird nur in Einzelfällen in die Prävention und Frühintervention, die Suchtberatung im Betrieb, die Beschäftigung / Qualifizierung / Arbeitsförderung, die Justiz oder die Altenhilfe und Pflege weitervermittelt.

5 KLIENTEL MIT CANNABINOIDBEZOGENEN STÖRUNGEN MIT HAUPTMAßNAHME SBS, 2018 BIS 2022

Das nachfolgende Kapitel betrachtet die Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen mit Hauptmaßnahme SBS in der NISHS der Jahre 2018 bis 2022. Abweichend von den vorangestellten Analysen beschränkt sich die Trendanalyse auf die Stichprobe der Zugänge bzw. Beender des jeweiligen Datenjahres (für Details der Auswertungen siehe Kapitel 2 Methodik). Die grundsätzliche Anzahl der datenliefernden niedersächsischen Einrichtungen für diese Hauptmaßnahme ist dabei über die Jahre von 62 (2018) auf 72 (2022) angestiegen²⁸.



M: Männer; F: Frauen.

Abbildung 34. Anteil cannabinoidbezogener Störungen in der Hauptmaßnahme SBS, stratifiziert nach Geschlecht

Abbildung 34 stellt für SBS im Zeitverlauf dar, welcher Anteil der Betreuungen aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen begonnen wurde (gemessen an allen jährlichen Zugängen in die SBS, für die (irgend)eine suchtbetogene Hauptdiagnose gemäß KDS 3.0 dokumentiert wurde²⁹). Der Anteilswert von 2022 ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit dem

²⁸ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich aufgrund von Zusammenlegungen von Einrichtungen zu einer übergeordneten datenliefernden Einrichtung die Anzahl nicht ohne weiteres vergleichen lässt, vgl. hierzu Kapitel 2 Methodik.

²⁹ Da sich die Anteile aller Hauptdiagnosen zu 100 % addieren, erlauben Entwicklungen der Anteile nicht zwangsläufig Rückschlüsse auf die Entwicklung der Fallzahl. Anteilsentwicklungen bei einer Hauptdiagnose sind vielmehr auch im Kontext von Fallzahlentwicklungen bei anderen Hauptdiagnosen zu sehen.

Ausgangswert von 2018 vergleichbar. Ein systematischer Trend im Beobachtungszeitraum ist nicht ersichtlich.

5.1 Geschlecht

In der Klientel, die 2022 aufgrund von cannabinoidbezogenen Störungen eine Betreuung in SBS begann, fand sich ein signifikant höherer Frauenanteil als 2018 (16 % vs. 20 %; + 20 %³⁰ in 2022; siehe Abbildung 35). Zudem stieg der Frauenanteil über den gesamten Beobachtungszeitraum nahezu kontinuierlich an.

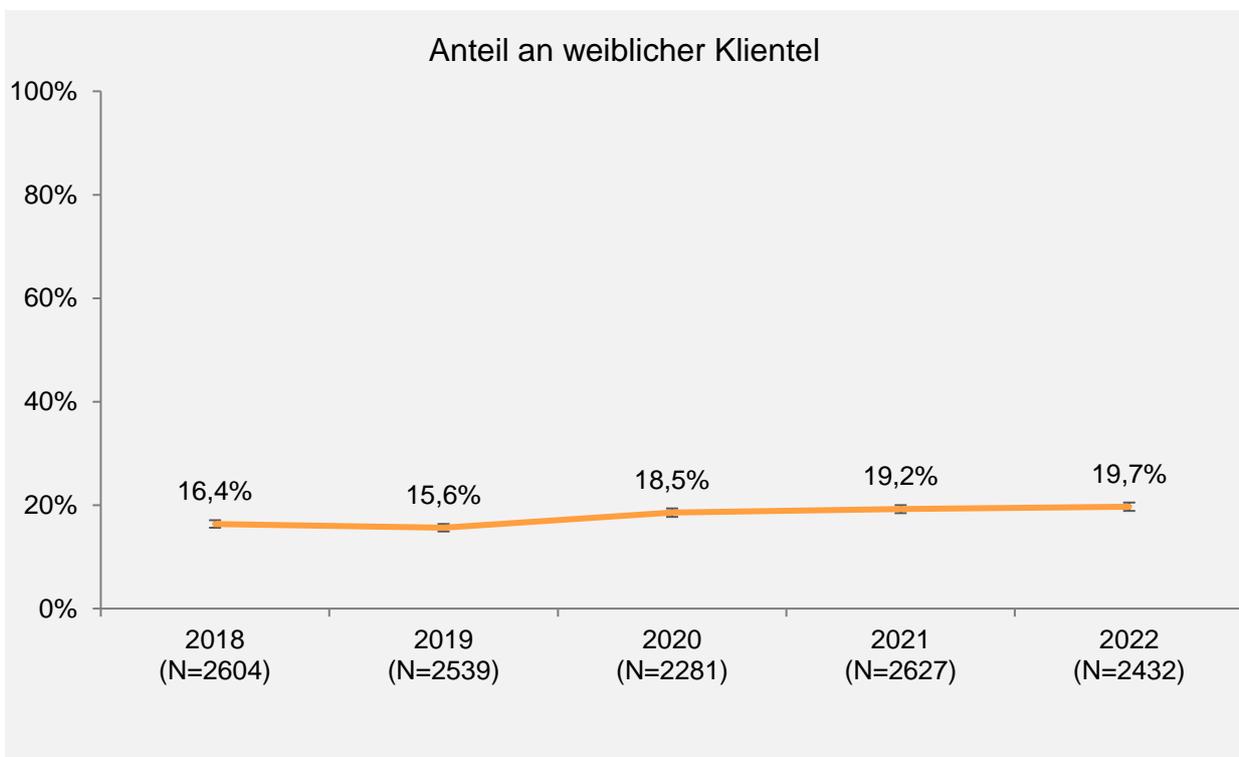
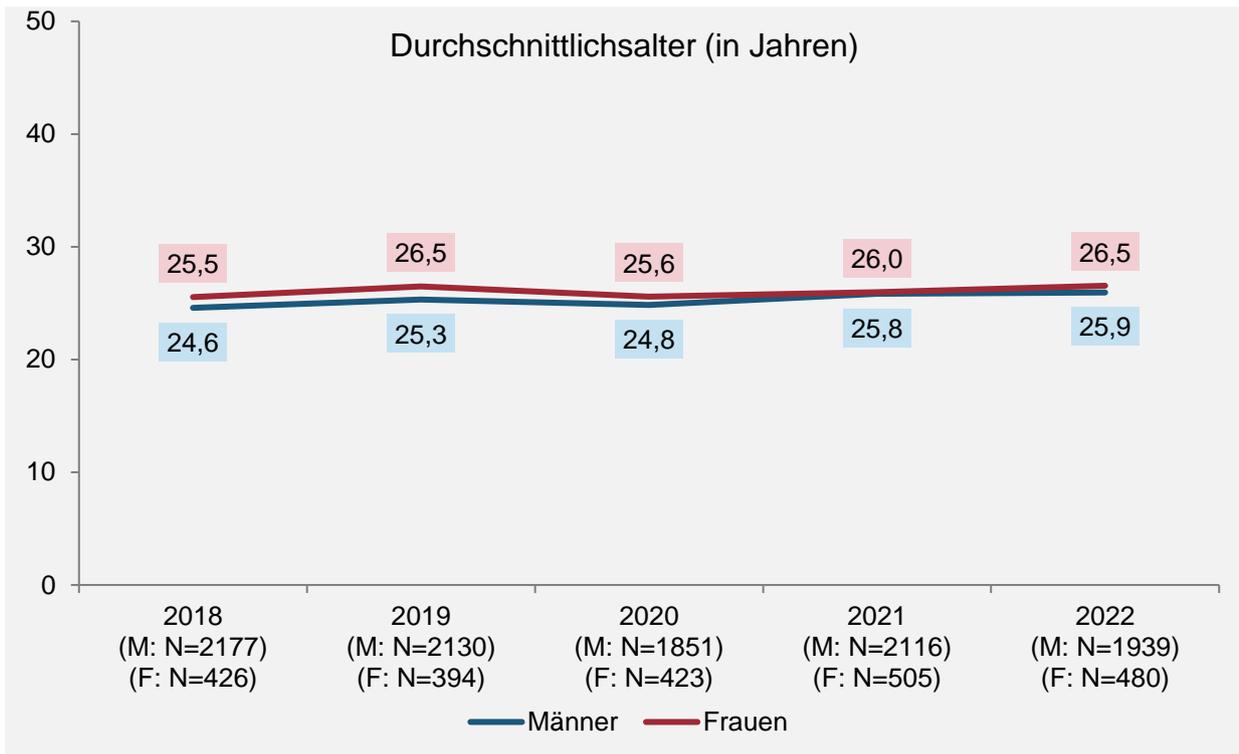


Abbildung 35. Frauenanteil unter in SBS betreuter Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018-2022

³⁰ Der Unterschied in Prozent ist als Abweichung vom Basisjahr 2018 berechnet, es handelt sich hierbei nicht um die Differenz in Prozentpunkten.

5.2 Alter

Das Durchschnittsalter der männlichen Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen in SBS war 2022 (26 Jahre) um 1,4 Jahre höher als 2018 (25 Jahre; siehe Abbildung 36). Bei der weiblichen Klientel lag das durchschnittliche Alter 2022 (27 Jahre) um 1 Jahr über dem Ausgangswert von 2018 (26 Jahre). Für beide Geschlechter ist hinsichtlich des Durchschnittsalters bei Betreuungsbeginn kein klarer Trend ersichtlich.

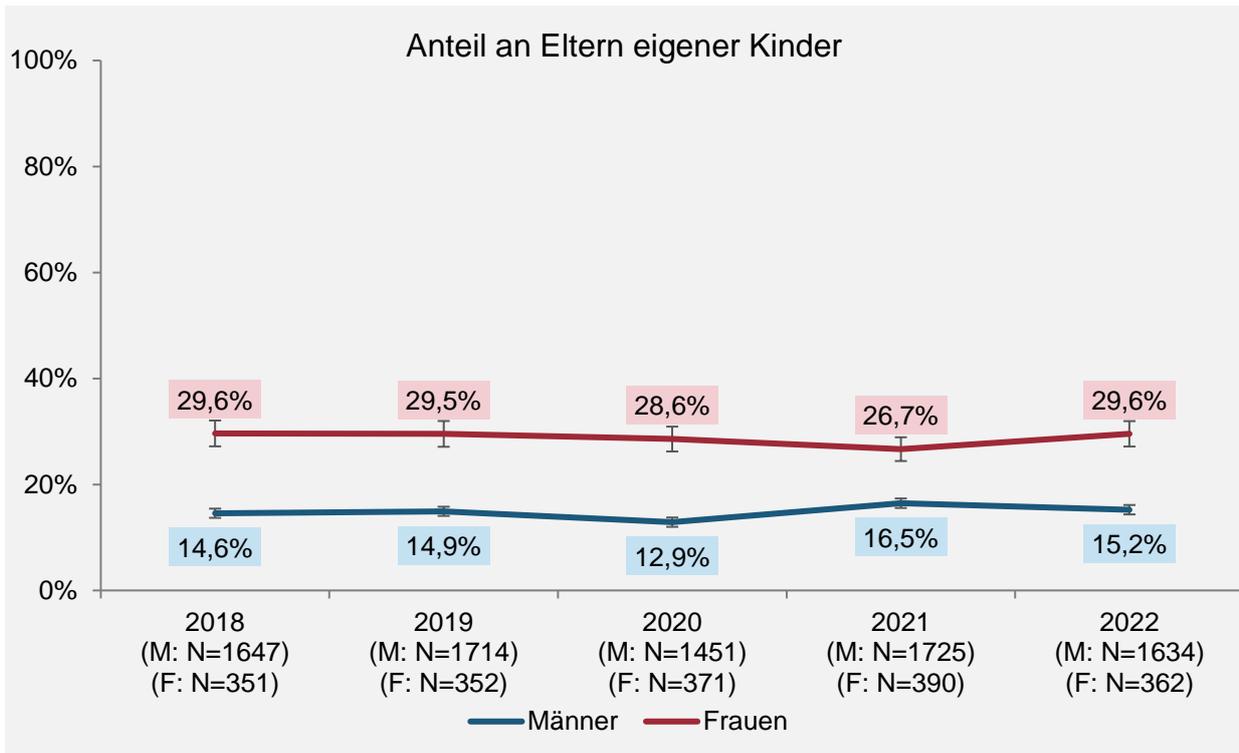


M: Männer; F: Frauen.

Abbildung 36. Durchschnittsalter bei Betreuungsbeginn unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018-2022

5.3 Elternschaft

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen in SBS ist der Anteil an Klientel mit eigenen (minderjährigen sowie volljährigen) Kindern 2022 mit dem Ausgangswert von 2018 vergleichbar (siehe Abbildung 37). Unter Männern wie Frauen war der Anteil über die Jahre stabil.

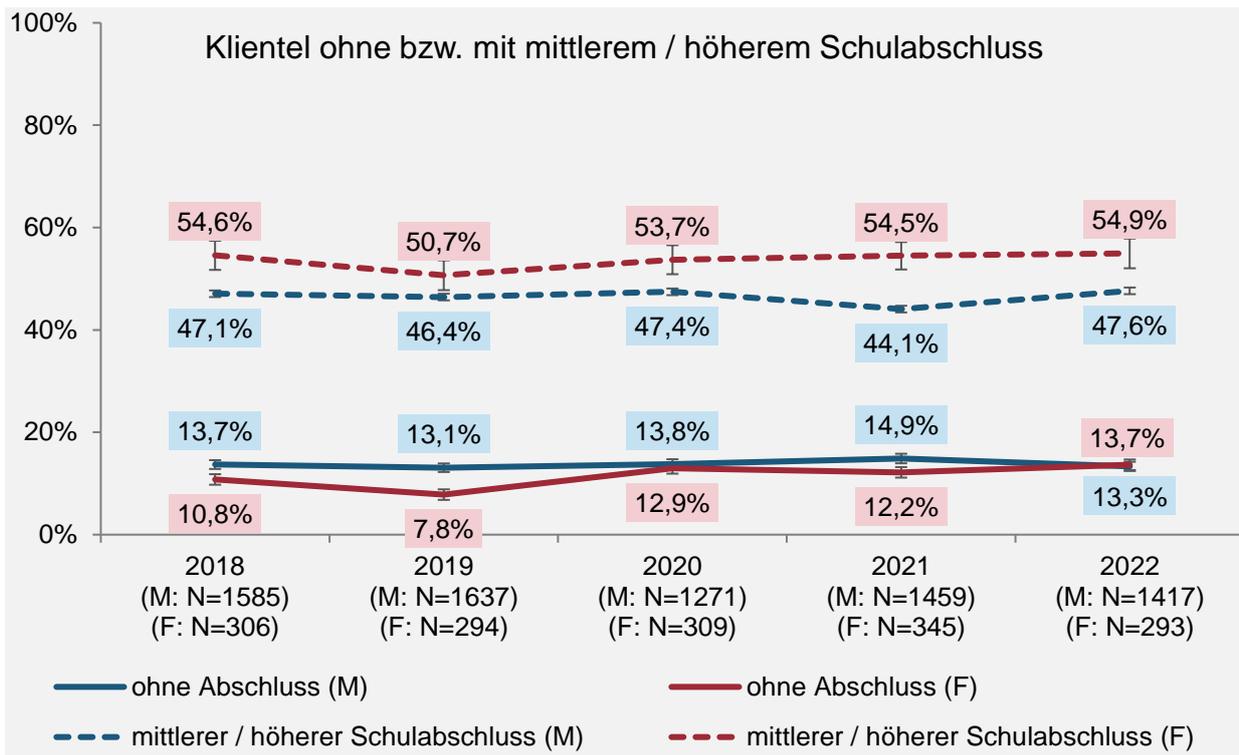


M: Männer; F: Frauen.

Abbildung 37. Elternschaft unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018-2022

5.4 Schulische Bildung

Bei der Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen in SBS ist der Anteil an Betreuten, die die Schule ohne Abschluss³¹ verlassen haben, bei Männern wie bei Frauen für 2022 und 2018 vergleichbar (siehe Abbildung 38). Über den gesamten Beobachtungszeitraum ergab sich kein Trend. Der Anteil an Klientel mit mittlerem oder höheren schulischen Bildungsabschluss³² hat sich bei Männern und Frauen über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg ebenfalls nicht verändert.



M: Männer; F: Frauen.

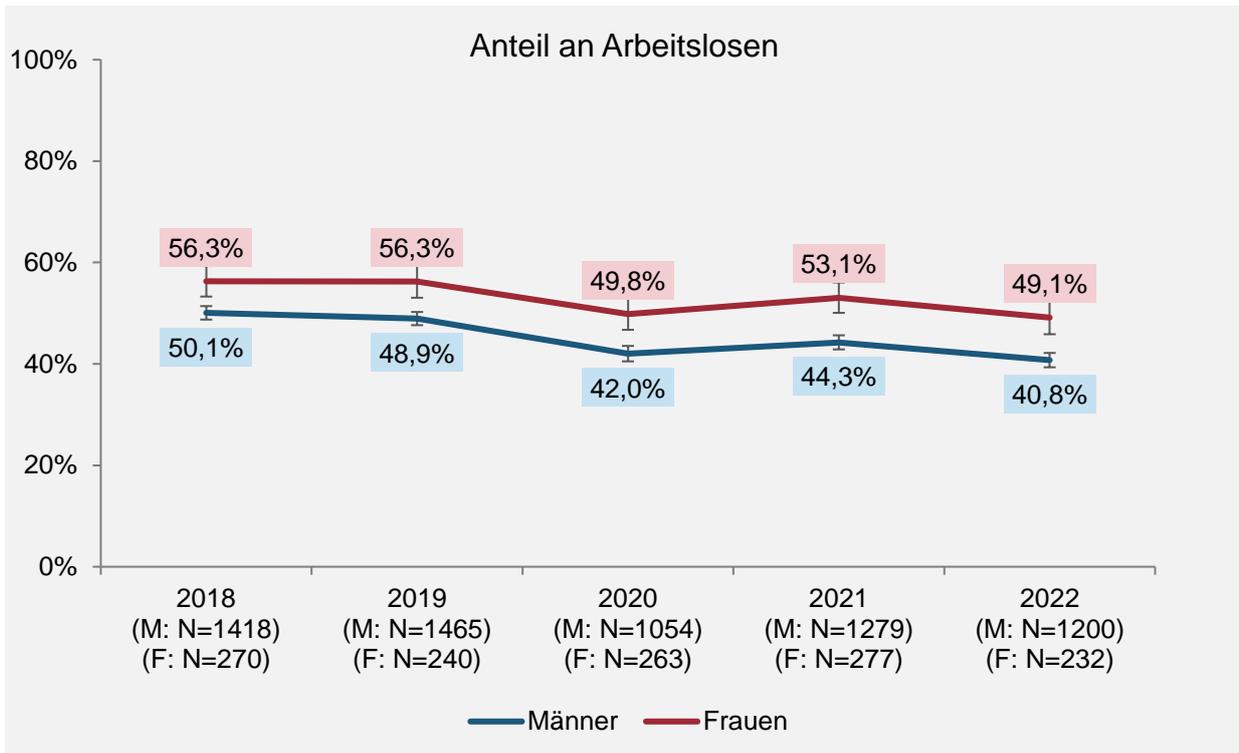
Abbildung 38. Schulische Bildung unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018-2022

³¹ Die Klientel, die sich zu Beginn der Betreuung bzw. Behandlung noch in der Schule befand, wurde für die Analyse des Bildungsniveaus ausgeschlossen; sie werden im Abschnitt zum Erwerbsstatus mit berichtet.

³² Eine mittlere Schulbildung entspricht dem Realschulabschluss / Abschluss an einem Polytechnikum, eine höhere Schulbildung dem (Fach-)Abitur.

5.5 Erwerbstatus

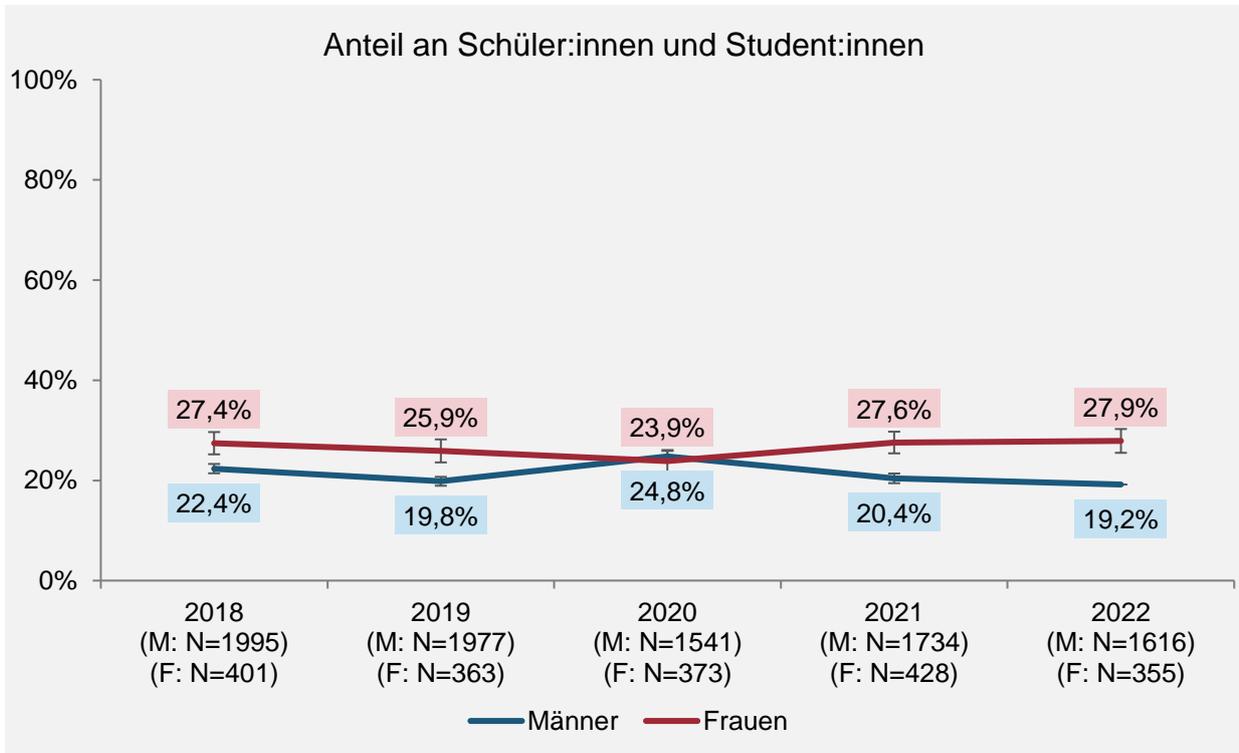
Bei der männlichen Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen in SBS ist der Anteil an Arbeitslosen 2022 signifikant niedriger als 2018 (50 % vs. 41%; -19 % in 2022; siehe Abbildung 39). Hierbei zeigt sich über den gesamten Beobachtungszeitraum ein nahezu konstant rückläufiger Trend. Bei betreuten Frauen blieb der Anteil an arbeitsloser Klientel über die Jahre stabil.



M: Männer; F: Frauen.

Abbildung 39. Arbeitslosigkeit unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018-2022

Bei dieser Auswertung wurden (in Anlehnung an die offizielle Statistik der Bundesagentur für Arbeit) Nicht-Erwerbspersonen aus der Berechnungsgrundlage ausgeschlossen. Hierunter fallen Schüler:innen und Student:innen (siehe Abbildung 40). Sowohl unter betreuten Männern als auch Frauen fanden sich 2022 anteilmäßig ähnlich viele Schüler:innen und Student:innen wie 2018. Ein Trend ist für den Beobachtungszeitraum nicht ersichtlich.

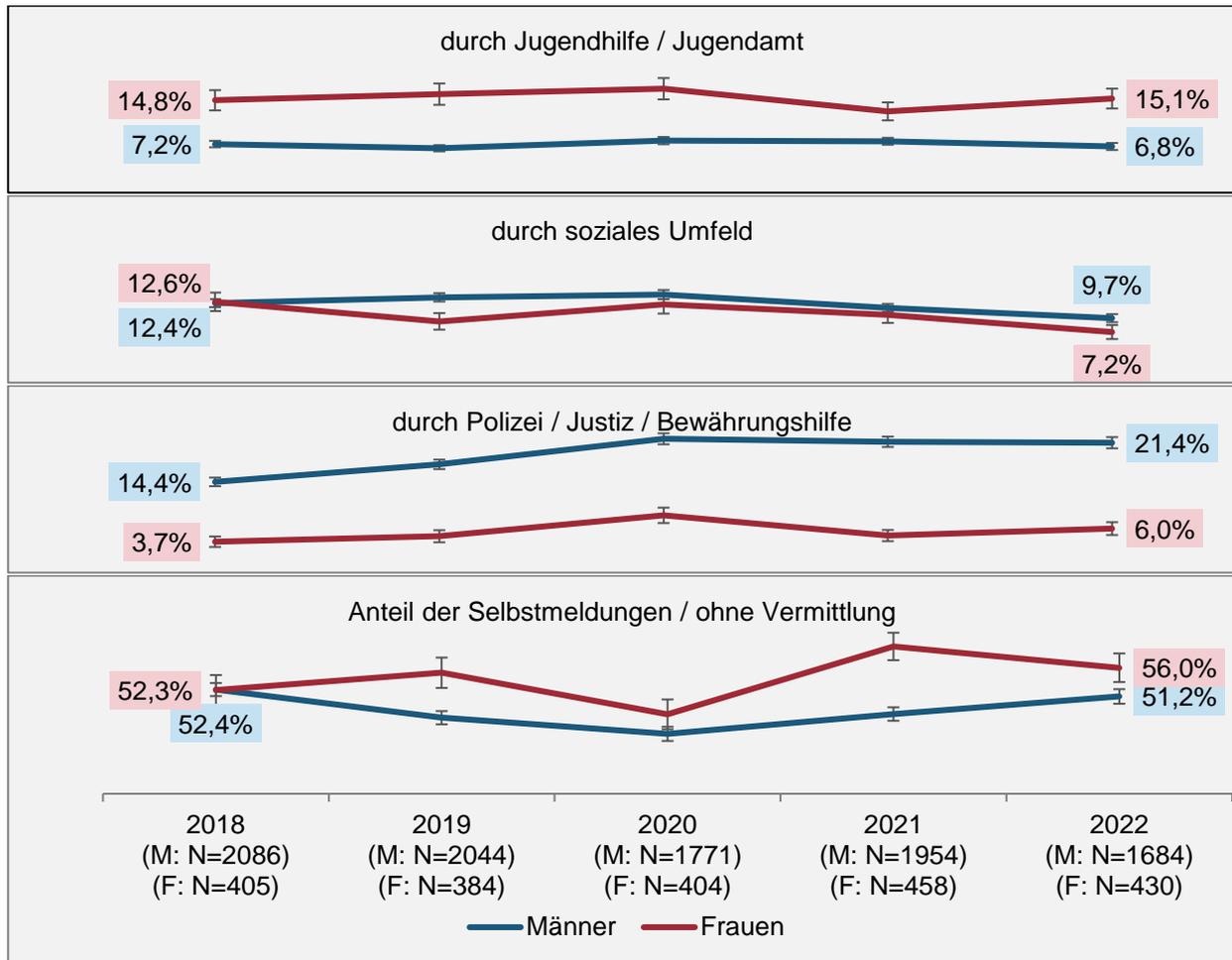


M: Männer; F: Frauen.

Abbildung 40. Anteil an Schüler:innen und Student:innen unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018 -2022

5.6 Vermittlungswege

Abbildung 41 veranschaulicht ausgewählte Vermittlungswege von Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen und SBS in die aktuelle Betreuung. Der Anteil an Klientel, der ohne Vermittlung in SBS kommt, ist sowohl bei der männlichen wie bei der weiblichen Klientel 2022 mit dem Ausgangswert von 2018 vergleichbar. Über den gesamten Beobachtungszeitraum zeichnet sich kein eindeutiger Trend hinsichtlich Selbstmeldungen ab.



M: Männer; F: Frauen.

Abbildung 41. Vermittlungswege in die aktuelle Betreuung unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018 -2022

Der Anteil an Vermittlungen durch die Justiz³³ ist bei der männlichen Klientel 2022 signifikant höher als 2018 (14 % vs. 21 %; +49 % in 2022), wobei sich über den gesamten Beobachtungszeitraum ein steigender Trend ergibt. Bei der weiblichen Klientel ist der

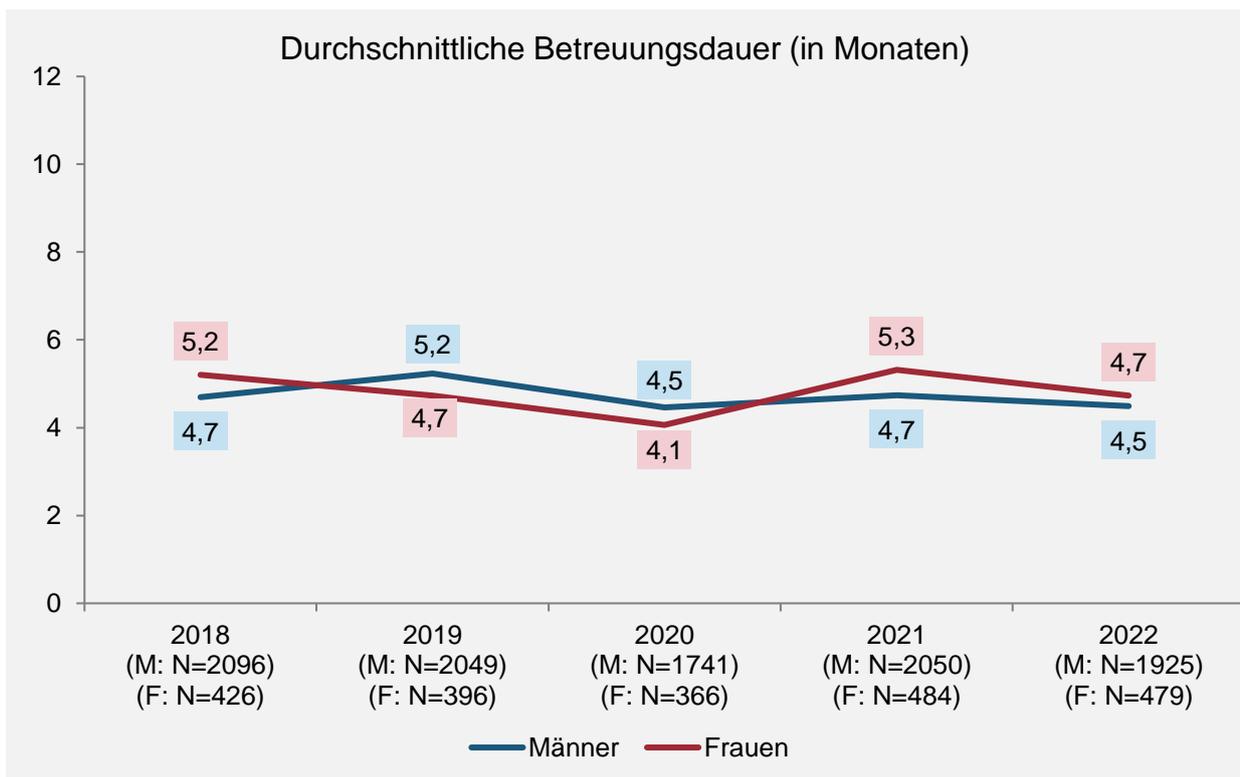
³³ Vermittlung durch Polizei/Justiz/Bewährungshilfe ist laut KDS 3.0 zu dokumentieren, wenn aus einer JVA vermittelt wurde sowie bei Personen, deren Strafvollstreckung per Gerichtsurteil ausgesetzt, bei denen von der Verfolgung der Strafe abgesehen wurde (§§35, 36, 37, 38 BtMG) oder die seitens der Jugendgerichtshilfe bzw. der Bewährungshilfe vermittelt wurden. Straßenverkehrsbehörden und Führerscheinstellen gelten ebenfalls als Einrichtungen der Polizei/Justiz/Bewährungshilfe.

entsprechende Anteil 2022 und 2018 vergleichbar, ohne dass sich im Beobachtungszeitraum ein Trend abzeichnet.

Vermittlungen durch das soziale Umfeld sowie durch die Jugendhilfe / das Jugendamt sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen 2022 ähnlich häufig wie 2018. Trends bestehen bezüglich beider Vermittlungswege nicht.

5.7 Betreuungsdauer

Bei cannabinoidbezogenen Störungen in SBS ist die durchschnittliche Betreuungsdauer für Männer 2022 (4,5 Monate) um tendenziell kürzer als in 2018 (4,7 Monate; -4 % siehe Abbildung 42). Bei Frauen wird die Betreuung 2022 (4,7 Monate) im Mittel etwas früher beendet als 2018 (5,2 Monate; -9%). Allerdings ist über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg für beide Geschlechter kein klarer Trend zu beobachten.

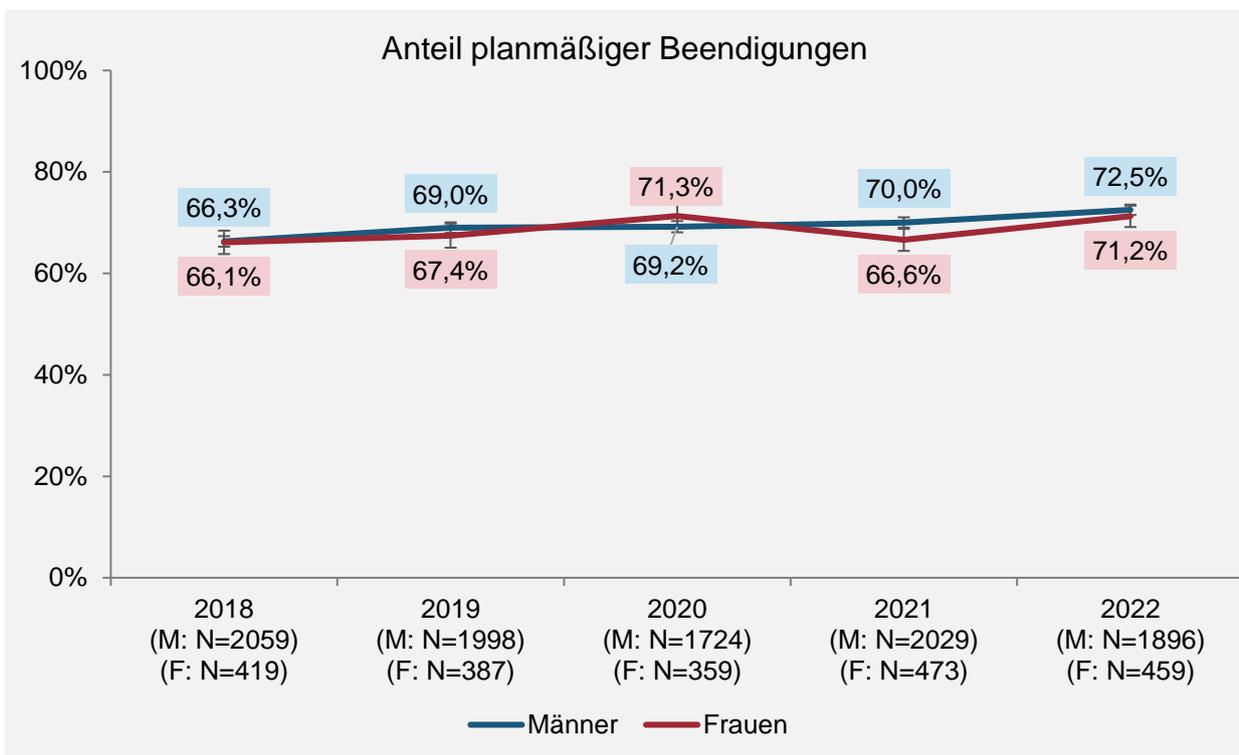


M: Männer; F: Frauen.

Abbildung 42. Durchschnittliche Betreuungsdauer unter in SBS betreuten Männern und Frauen mit cannabinoidbezogenen Störungen, 2018-2022

5.8 Planmäßige Beendigung

Bei der männlichen Klientel mit cannabinoidbezogenen Störungen in SBS ist der Anteil an planmäßig beendeten Betreuungen 2022 signifikant höher als 2018 (66 % vs. 73 %; +9 %; siehe Abbildung 43). Hierbei nahm die Haltequote (→ Haltequote) über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg kontinuierlich zu. Unter betreuten Frauen folgte die Haltequote (→ Haltequote) im Beobachtungszeitraum keinem Trend, der Anteil an planmäßig beendeten Betreuungen war 2022 ähnlich hoch wie 2018.



M: Männer; F: Frauen.

Abbildung 43. Anteil planmäßig beendeter Betreuungen unter in SBS betreuten Männern und Frauen, 2018 bis 2022

Literatur

- Braun, B., & Lesehr, K. (2017). Dokumentationsstandard für eine vernetzte Versorgungslandschaft. Änderungen im Kerndatensatz 3.0 "Einrichtung" und "Fall". *Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen*(1), 1-5. <https://www.konturen.de/schwerpunktthema/schwerpunktthema-1-2017-der-neue-kds-3-0/dokumentationsstandard-fuer-eine-vernetzte-versorgungslandschaft/>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). (2022). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich Suchtkrankenhilfe (3.0). Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch* (Stand: 01.01.2022). https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/02_kds/2022-01-01_Manual_Kerndatensatz_3.0.pdf
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (10., überarbeitete Auflage ed.). Hogrefe.
- Murawski, M., Künzel, J., Riemerschmid, C., & Schwarzkopf, L. (2023). *Suchthilfestatistik Niedersachsen 2021. Jahresbericht zur Situation der Suchthilfe in Niedersachsen*. IFT Institut für Therapieforchung.
- Murawski, M., Künzel, J., Specht, S., & Schwarzkopf, L. (2022). *Suchthilfestatistik Niedersachsen 2020. Jahresbericht zur aktuellen Situation der ambulanten und stationären Suchthilfe in Niedersachsen*. IFT Institut für Therapieforchung.
- Schwarzkopf, L., Braun, B., Specht, S., Dauber, H., Strobl, M., Künzel, J., Klapper, J., Kraus, L., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2020). Die Deutsche Suchthilfestatistik – DSHS. Eine Einführung in Datenerfassung, Datensammlung, Datenverarbeitung und Auswertungen. *Konturen online. Fachportal zu Sucht und sozialen Fragen*. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/die-deutsche-suchthilfestatistik-dshs/>

Tabellenanhang

Tabelle I. Übersicht aller in die Analysen eingegangen Einrichtungen in Niedersachsen und umgesetzte Hauptmaßnahmen

E-Code	Name der Einrichtung	PLZ	Ort	SBS	STR	ARS	NAS	PSB
1119	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	21244	Buchholz	ja		ja	ja	ja
1110	Fachkrankenhaus Hansenbarg	21271	Hanstedt		ja			
1111	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention drobs Lüneburg	21335	Lüneburg	ja		ja	ja	ja
8378	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	21682	Stade	ja			ja	
1462	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Rose 12	26121	Oldenburg	ja		ja	ja	ja
1466	Fachstelle Sucht Beratung. Behandlung. Prävention	26121	Oldenburg	ja		ja	ja	
8037	Fachklinik Weser-Ems	26133	Oldenburg		ja			
1468	Fachstelle Sucht	26160	Bad Zwischenahn	ja		ja	ja	
1474	Fachstelle Sucht und Suchtprävention Friesland	26316	Varel	ja		ja	ja	ja
1476	Diakonisches Werk FRI-WHV Fachstelle Sucht	26382	Wilhelmshaven	ja		ja	ja	
1478	Fachambulanz Sucht Ostfriesland-Nord	26409	Wittmund	ja		ja		
5937	DROBS Aurich	26603	Aurich	ja				ja
8503	Fachambulanz Sucht Ostfriesland-Nord	26603	Aurich	ja		ja	ja	
1487	Ev. Diakonieverband für Ostfriesland	26721	Emden	ja		ja		
1490	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	26721	Emden	ja				ja
1491	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Drobs Leer	26789	Leer	ja				ja
1492	Ev. Diakonieverband in Ostfriesland	26789	Leer	ja		ja	ja	
1497	Fachstelle Sucht	26919	Brake	ja		ja		
1500	Fachstelle Sucht Nordenham	26954	Nordenham	ja				
5959	Fachklinik Bassum	27211	Bassum		ja			
1511	Fachstelle Sucht und Suchtprävention im Landkreis Rotenburg	27356	Rotenburg	ja			ja	
1516	VBS	27472	Cuxhaven	ja			ja	
1527	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	27711	Osterholz-Scharmbeck	ja			ja	
1529	Anonyme Drogenberatung	27749	Delmenhorst	ja				ja
1532	Fachstelle Sucht im Landkreis Oldenburg	27793	Wildeshausen	ja		ja	ja	
1533	Fachklinik Oldenburger Land	27801	Dötlingen		ja			

TABELLENANHANG

E-Code	Name der Einrichtung	PLZ	Ort	SBS	STR	ARS	NAS	PSB
8377	release e.V. Fachstelle für Sucht u. Suchtprävention	28816	Stuhr	ja		ja		ja
8385	Fachstelle Sucht und Suchtprävention	28832	Achim	ja		ja	ja	ja
1592	Haus Niedersachsen	29386	Dedelstorf/Oerrel		ja			
1596	Paritätischer Dannenberg	29451	Dannenberg	ja		ja	ja	
1599	Sozialpsychiatrischer Dienst und Suchtberatung Uelzen	29525	Uelzen	ja		ja		ja
1600	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	29525	Uelzen	ja		ja	ja	ja
8129	AWO Soziale Dienste Bezirk Hannover gGmbH SpDi	29614	Soltau	ja				
1629	FAM Hannover	30159	Hannover	ja		ja	ja	
8435	Neues Land e. V. Drogenberatungsstelle	30161	Hannover	ja				
1611	Caritas Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Hannover	30169	Hannover	ja		ja	ja	
1613	Drobs Hannover	30169	Hannover	ja		ja	ja	ja
8290	Berliner Allee	30175	Hannover	ja		ja	ja	
1618	prisma gGmbH Fachstelle Sucht und Suchtprävention	30449	Hannover	ja		ja		ja
5258	Klinik am Kronsberg	30539	Hannover		ja			
1637	Caritas Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Garbsen	30823	Garbsen	ja		ja		ja
5509	Laatzen	30880	Laatzen	ja				
1641	Suchtberatung Barsinghausen (STEP gGmbH)	30890	Barsinghausen	ja		ja	ja	
1643	Fachstelle für Sucht	31061	Alfeld	ja		ja		
1645	Drogenhilfe Hildesheim	31134	Hildesheim	ja		ja		ja
8328	Suchthilfe Hildesheim	31134	Hildesheim	ja		ja	ja	
8298	Fachambulanz Peine	31226	Peine	ja		ja		ja
1654	Lehrte, Drogenberatung	31275	Lehrte	ja				ja
1656	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Burgdorf	31303	Burgdorf	ja		ja		
1662	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	31582	Nienburg	ja				ja
1664	Diakon. Werk d. Ev.-Luth. Landesk. Schaumburg-Lippe e.V., Fachstelle f. Sucht u. Suchtprävention	31655	Stadthagen	ja		ja	ja	ja
1671	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	31785	Hamel	ja			ja	
8355	Drobs Hameln	31785	Hamel	ja			ja	ja
5515	Springe	31832	Springe	ja				
1856	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	34346	Hann. Münden	ja		ja		
1993	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention - DROBZ - Drogenberatungszentrum	37073	Göttingen	ja		ja		ja

TABELLENANHANG

E-Code	Name der Einrichtung	PLZ	Ort	SBS	STR	ARS	NAS	PSB
1996	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	37073	Göttingen	ja		ja	ja	
1995	OPEN Integratives Therapiezentrum	37079	Göttingen		ja			
8213	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	37115	Duderstadt	ja			ja	
2000	Fachambulanz Northeim	37154	Northeim	ja		ja		
2014	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	37520	Osterode am Harz	ja			ja	ja
2018	Fachstelle für Sucht in Holzminden	37603	Holzminden	ja		ja	ja	ja
8266	Fachambulanz Braunschweig	38102	Braunschweig	ja		ja	ja	
8399	DROBS Braunschweig	38102	Braunschweig	ja		ja		ja
8063	AWO-Salto Suchthilfe Salzgitter	38226	Salzgitter	ja		ja	ja	ja
2041	Fachklinik Erlengrund	38259	Salzgitter		ja			
8183	Fachambulanz Wolfenbüttel	38302	Wolfenbüttel	ja		ja	ja	ja
2050	Fachambulanz Helmstedt	38350	Helmstedt	ja		ja		ja
2056	Jugend- und Drogenberatung	38440	Wolfsburg	ja		ja		ja
8207	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	38446	Wolfsburg	ja		ja		
8208	Sucht- und Drogenberatungsstelle Gifhorn	38518	Gifhorn	ja		ja		ja
2063	Fachambulanz Goslar	38640	Goslar	ja		ja		
8400	DROBS Goslar	38640	Goslar	ja				ja
2775	Fachambulanz Sucht im Landkreis Graftschaft Bentheim	48529	Nordhorn	ja		ja		
8382	Fachambulanz Sucht	49074	Osnabrück	ja		ja	ja	
2813	Fachklinik Nettetel	49134	Wallenhorst		ja			
8277	Fachstelle für Sucht und Suchtprävention	49356	Diepholz	ja		ja	ja	ja
8130	Suchtberatungsstelle Vechta	49377	Vechta	ja				
2829	VS: Fachklinik St. Vitus	49429	Visbek		ja			
8416	MS: St. Marienstift	49434	Neuenkirchen		ja			
2849	Fachstelle Sucht u. -prä. Stiftung Edith Stein	49661	Cloppenburg	ja		ja		ja
2850	Suchtberatungsstelle Drobs Cloppenburg	49661	Cloppenburg	ja				ja
8359	Fachambulanz für Suchtprävention und Rehabilitation	49716	Meppen	ja		ja	ja	
8042	Fachklinik Hase-Ems	49740	Haselünne		ja			

TABELLENANHANG

Tabelle II. Hauptdiagnosen, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

Hauptdiagnose	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
N	12.399	9.120	3.261	3.512	2.554	958	2.004	1.413	588	641	397	244	1.918	1.451	466
F10 Alkohol	50,5%	46,6%	61,2%	68,7%	66,2%	75,4%	73,8%	69,6%	83,8%	76,6%	70,0%	87,3%	0,8%	0,9%	0,6%
F11 Opioide	5,0%	5,0%	4,8%	4,0%	4,6%	2,2%	1,9%	1,9%	1,9%	1,4%	1,5%	1,2%	83,7%	83,7%	83,7%
F12 Cannabinoide	24,5%	26,5%	18,9%	9,9%	9,9%	9,6%	8,8%	10,5%	4,8%	6,7%	9,1%	2,9%	0,8%	0,6%	1,3%
F13 Sedativa/ Hypnotika	0,8%	0,6%	1,2%	0,7%	0,4%	1,8%	0,5%	0,4%	1,0%	0,8%	0,0%	2,0%	0,2%	0,1%	0,2%
F14 Kokain	3,9%	4,6%	2,0%	3,9%	4,3%	2,8%	2,8%	3,8%	0,5%	3,9%	6,0%	0,4%	0,8%	0,8%	1,1%
F15 Stimulanzien	2,8%	2,7%	3,3%	2,4%	2,3%	2,7%	1,7%	1,9%	1,4%	1,7%	1,3%	2,5%	0,1%	0,1%	0,0%
F16 Halluzinogene	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
F17 Tabak	0,6%	0,5%	0,9%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
F18 Flüchtige Lösungsmittel	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
F19 Andere psychotrope Substanzen/ Polytoxikomanie	6,1%	6,9%	3,8%	9,0%	10,6%	4,7%	4,1%	4,4%	3,4%	3,7%	4,0%	3,3%	13,6%	13,7%	13,1%
F50 Ess- Störungen	0,3%	0,1%	0,9%	0,1%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
F55 Missbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
F63.0 Pathologisches Spielen	4,4%	5,3%	2,1%	1,0%	1,4%	0,1%	5,9%	7,0%	3,2%	3,9%	6,0%	0,4%	0,1%	0,1%	0,0%
F63.8/ F68.8 Exzessive Mediennutzung	1,2%	1,3%	0,9%	0,2%	0,2%	0,0%	0,3%	0,4%	0,0%	1,1%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 61 (unbekannt: 17,0 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 12 (unbekannt: 0,4 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 49 (unbekannt: 1,4 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 36 (unbekannt: 2,2 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 32 (unbekannt: 4,1 %); Bezug: Alle Betreuungen / Behandlungen. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

Tabelle III. Geschlechterverteilung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

Geschlecht	SBS	STR	ARS	NAS	PSB
N	12.399	3.512	2.004	641	1.918
Männlich	73,6%	72,7%	70,5%	61,9%	75,7%
Weiblich	26,3%	27,3%	29,3%	38,1%	24,3%

SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 61 (unbekannt: 17,0 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 12 (unbekannt: 0,4 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 49 (unbekannt: 1,4 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 36 (unbekannt: 2,2 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 32 (unbekannt: 4,1 %); Bezug: Alle Betreuungen / Behandlungen.

TABELLENANHANG

Tabelle IV. Altersstruktur, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

Altersgruppe (in Jahren)	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
N	12.361	9.101	3.312	3.512	2.554	958	2.004	1.413	588	641	395	238	1.918	1.446	461
Bis 14	0,7%	0,6%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
15 - 17	3,9%	4,0%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%
18 - 19	4,6%	5,2%	2,9%	0,7%	0,6%	1,0%	0,3%	0,4%	0,2%	0,9%	1,3%	0,4%	0,5%	0,3%	1,1%
20 - 24	12,1%	13,3%	8,7%	5,8%	6,2%	4,7%	3,5%	3,6%	3,4%	3,9%	4,6%	2,9%	5,0%	4,7%	5,9%
25 - 29	10,5%	11,4%	8,0%	8,7%	9,7%	5,8%	6,7%	7,6%	4,3%	8,1%	11,4%	2,9%	8,2%	8,3%	8,2%
30 - 34	11,6%	12,3%	9,4%	11,6%	12,5%	9,4%	9,6%	11,0%	6,1%	8,6%	10,1%	6,3%	14,5%	13,0%	19,1%
35 - 39	11,5%	11,9%	11,0%	14,3%	14,8%	12,9%	11,6%	12,8%	8,7%	9,2%	9,9%	8,0%	20,9%	20,0%	23,4%
40 - 44	10,9%	11,1%	10,3%	13,3%	13,5%	12,6%	12,1%	12,7%	10,7%	9,4%	9,9%	8,4%	19,8%	21,2%	15,4%
45 - 49	7,7%	7,3%	8,6%	10,3%	10,4%	9,9%	10,2%	10,8%	8,7%	11,4%	9,6%	13,9%	12,9%	13,7%	10,4%
50 - 54	8,2%	7,2%	10,8%	13,4%	12,5%	16,0%	15,4%	13,8%	19,2%	15,0%	15,2%	14,3%	10,0%	10,0%	10,0%
55 - 59	9,0%	8,1%	11,9%	12,1%	11,1%	14,8%	14,5%	13,2%	17,7%	14,8%	12,7%	18,5%	5,6%	5,9%	5,0%
60 - 64	5,4%	4,7%	7,6%	6,9%	6,5%	8,0%	10,8%	10,0%	12,8%	11,9%	8,9%	16,8%	1,9%	2,1%	1,1%
Mindestens 65	3,8%	3,1%	6,1%	2,8%	2,1%	4,7%	5,1%	3,8%	8,3%	6,9%	6,6%	7,6%	0,7%	0,8%	0,2%
MW	38,6	37,4	42,1	43,3	42,4	45,5	46,5	45,3	49,5	47,0	45,1	50,3	40,3	40,7	38,8

SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 61 (unbekannt: 17,3 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 12 (unbekannt: 0,4 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 49 (unbekannt: 1,4 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 36 (unbekannt: 2,2 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 32 (unbekannt: 4,1 %); Bezug: alle Betreuungen / Behandlungen. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; MW = Mittelwert (in Jahren).

TABELLENANHANG

Tabelle V. Migrationsstatus, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

Migrationsstatus	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
N	5.531	4.254	1.652	1.484	1.184	311	1.501	1.071	467	469	299	176	1.583	1.207	350
Kein Migrationshintergrund	88,8%	87,1%	87,1%	82,6%	81,1%	81,1%	87,7%	85,8%	85,8%	90,8%	89,6%	89,6%	74,8%	72,1%	72,1%
Selbst migriert	7,3%	8,3%	8,3%	13,5%	14,6%	14,6%	9,1%	10,3%	10,3%	6,2%	6,7%	6,7%	17,1%	19,2%	19,2%
Als Kind von Migranten geboren	3,5%	4,2%	4,2%	3,8%	4,1%	4,1%	2,9%	3,5%	3,5%	2,6%	3,3%	3,3%	7,9%	8,5%	8,5%
Migration ausschließlich in 3. Generation	0,4%	0,4%	0,4%	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%

SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 24 (unbekannt: 16,9 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 6 (unbekannt: 7,5 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 39 (unbekannt: 8,8 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 28 (unbekannt: 11,0 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 28 (unbekannt: 12,0 %); Bezug: alle Betreuungen / Behandlungen.
G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

Tabelle VI. Lebenssituation Alleinlebend, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

Alleinlebend	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
N	8.598	6.583	2.744	3.089	2.202	887	1.950	1.375	565	616	380	231	1.853	1.400	447
Nicht alleinlebend	59,9%	59,0%	62,7%	46,0%	45,0%	48,6%	61,4%	59,8%	65,5%	53,4%	51,6%	56,7%	51,5%	47,3%	64,0%
Alleinlebend	40,1%	41,0%	37,3%	54,0%	55,0%	51,4%	38,6%	40,2%	34,5%	46,6%	48,4%	43,3%	48,5%	52,7%	36,0%

SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 46 (unbekannt: 28,4 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 10 (unbekannt: 18,5 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 48 (unbekannt: 9,4 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 35 (unbekannt: 13,5 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 31 (unbekannt: 17,0 %); Bezug: alle Betreuungen / Behandlungen.
G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

TABELLENANHANG

Tabelle VII. Wohnsituation, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

Wohnsituation	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
N	10.078	7.448	2.983	3.343	2.418	925	1.942	1.384	573	613	378	230	1.847	1.397	444
Selbständiges Wohnen	80,4%	78,1%	86,1%	70,6%	66,0%	82,6%	92,5%	91,3%	95,5%	87,8%	84,9%	92,6%	78,3%	76,3%	84,7%
Bei anderen Personen	14,1%	16,1%	8,3%	10,6%	11,9%	7,0%	4,7%	5,6%	2,4%	7,2%	9,5%	3,0%	10,0%	10,8%	7,4%
Ambulant betreutes Wohnen	1,1%	1,0%	1,3%	3,8%	4,3%	2,3%	0,8%	1,0%	0,2%	1,6%	2,1%	0,9%	1,1%	1,2%	0,9%
(Fach-)Klinik/ stationäre Re- habilitationseinrichtung	0,3%	0,3%	0,4%	4,5%	5,7%	1,2%	0,7%	0,6%	0,9%	1,5%	1,1%	2,2%	0,7%	0,6%	1,1%
(Übergangs-) Wohnheim	2,1%	2,0%	2,7%	2,7%	2,8%	2,5%	0,7%	0,7%	0,9%	1,6%	2,1%	0,9%	4,1%	4,6%	2,7%
JVA	0,7%	0,8%	0,3%	3,6%	4,5%	1,3%	0,5%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,9%	0,2%
Notunterkunft/ Übernachtungsstelle	0,5%	0,6%	0,2%	1,0%	1,2%	0,5%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	3,0%	3,5%	1,6%
Ohne Wohnung	0,5%	0,7%	0,2%	3,0%	3,3%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	1,5%	0,9%
Sonstiges	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,2%	0,4%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,0%	0,4%	0,5%	0,6%	0,5%

SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 51 (unbekannt: 19,2 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 12 (unbekannt: 5,2 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 48 (unbekannt: 3,1 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 35 (unbekannt: 4,0 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 31 (unbekannt: 7,5 %); Bezug: alle Betreuungen / Behandlungen. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen. JVA = Justizvollzugsanstalt.

TABELLENANHANG

Tabelle VIII. Minderjährige Kinder im Haushalt

	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
Minderjährige Kinder im Haushalt															
N	7.899	6.160	2.339	3.268	2.344	924	1.833	1.307	528	574	357	211	1.561	1.194	358
Nein	86,4%	87,9%	81,3%	88,6%	88,6%	88,7%	80,9%	80,8%	79,9%	87,1%	89,9%	83,4%	83,4%	86,3%	73,7%
Ja	13,6%	12,1%	18,7%	11,4%	11,4%	11,3%	19,1%	19,2%	20,1%	12,9%	10,1%	16,6%	16,6%	13,7%	26,3%
1 minderj. Kind	6,8%	5,8%	10,4%	6,0%	5,4%	7,6%	10,3%	10,3%	11,0%	7,7%	5,6%	10,4%	8,7%	6,2%	16,8%
2 minderj. Kinder	4,7%	4,3%	6,1%	3,9%	4,5%	2,5%	7,1%	7,3%	7,0%	3,8%	3,1%	4,7%	5,3%	4,9%	6,7%
3 minderj. Kinder	2,1%	2,0%	2,2%	1,4%	1,5%	1,2%	1,7%	1,6%	2,1%	1,4%	1,4%	1,4%	2,6%	2,6%	2,8%
MW minderj. Kinder im HH	1,74	1,77	1,72	1,67	1,73	1,48	1,60	1,57	1,55	1,62	1,68	1,54	1,71	1,80	1,46
SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 44 (unbekannt: 18,6 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 12 (unbekannt: 7,3 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 45 (unbekannt: 5,4 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 33 (unbekannt: 5,5 %), SB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 28 (unbekannt: 8,8 %); Bezug: alle Betreuungen / Behandlungen. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; MW = Mittelwert (durchschnittliche Anzahl eigener minderjähriger Kinder bei Klientel mit mind. einem minderjährigen Kind															

Tabelle IX. Schulabschluss, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
Schulabschluss															
N	8.204	6.049	2.298	3.414	2.477	937	1.904	1.340	559	605	375	605	1.850	1.391	448
Ohne Schulabschluss abgegangen	13,3%	13,9%	11,3%	9,3%	10,9%	5,0%	4,0%	4,6%	2,5%	4,1%	4,8%	3,2%	16,4%	16,5%	15,2%
Haupt- / Volksschulabschluss	34,9%	36,9%	29,5%	35,5%	37,5%	30,3%	32,1%	34,1%	27,7%	4,0%	4,5%	3,2%	50,3%	51,8%	46,2%
Mittlere Reife (Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule)	37,1%	35,3%	42,4%	35,5%	33,0%	42,2%	42,5%	40,4%	47,4%	28,3%	33,3%	18,9%	25,0%	23,0%	31,0%
(Fach-) Hochschulreife/ Abitur	13,1%	12,2%	15,8%	17,1%	15,7%	21,0%	20,0%	19,7%	20,6%	46,3%	39,7%	57,7%	5,9%	5,8%	6,5%
Anderer Schulabschluss	1,6%	1,8%	1,1%	2,5%	2,9%	1,5%	1,4%	1,2%	1,8%	19,0%	19,2%	18,9%	2,4%	2,9%	1,1%
SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 45 (unbekannt: 20,8 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 12 (unbekannt: 3,2 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 48 (unbekannt: 5,0 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 35 (unbekannt: 5,2 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 32 (unbekannt: 7,9 %); Bezug: alle Betreuungen / Behandlungen. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.															

TABELLENANHANG

Tabelle X. Erwerbsstatus, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

Erwerbsstatus	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
N	7.592	5.728	2.459	3.427	2.487	940	1.928	1.374	569	596	362	226	1.830	1.388	437
Erwerbstätige	48,3%	49,2%	44,3%	42,3%	41,8%	43,7%	62,9%	65,9%	0,0%	49,7%	50,0%	50,4%	21,4%	23,1%	0,0%
Auszubildende	4,2%	5,1%	2,6%	1,1%	1,0%	1,4%	1,9%	2,3%	1,2%	1,2%	1,9%	0,0%	1,1%	1,2%	0,9%
Arbeitsplatz vorhanden	41,3%	42,1%	36,9%	36,4%	38,2%	31,5%	57,3%	60,7%	49,2%	3,5%	3,9%	3,1%	19,8%	21,5%	14,6%
In Elternzeit/Krankenstand	2,7%	2,0%	4,8%	4,8%	4,8%	4,8%	3,7%	3,0%	5,4%	5,0%	4,7%	5,3%	0,5%	0,4%	0,7%
Erwerbslose	30,4%	32,1%	27,2%	40,3%	42,9%	33,4%	22,2%	22,8%	20,9%	27,0%	29,6%	22,1%	62,6%	61,3%	66,6%
Arbeitslose nach SGB III ^a (ALG I ^b)	4,6%	5,0%	3,3%	11,3%	11,9%	9,5%	7,5%	8,6%	5,1%	11,7%	11,9%	10,6%	3,0%	3,7%	0,7%
Arbeitslose nach SGB II ^a (ALG II ^b)	25,8%	27,2%	23,9%	29,0%	30,9%	23,9%	14,7%	14,2%	15,8%	15,3%	17,7%	11,5%	59,6%	57,6%	65,9%
Nichterwerbspersonen	21,0%	18,3%	28,1%	17,2%	15,2%	22,4%	14,6%	10,8%	23,2%	22,0%	19,3%	25,7%	15,8%	15,3%	17,2%
In der Schule/ im Studium	7,0%	7,3%	6,7%	0,4%	0,3%	0,9%	1,0%	1,3%	0,4%	1,7%	2,2%	0,9%	0,8%	0,7%	0,9%
Hausfrau/ Hausmann	0,9%	0,1%	3,2%	0,9%	0,2%	2,9%	1,3%	0,0%	4,6%	0,8%	0,0%	2,2%	1,1%	0,2%	4,1%
In Rente/ Pension	8,3%	6,1%	13,3%	7,3%	5,5%	11,9%	9,6%	7,1%	15,6%	13,9%	10,8%	17,7%	7,0%	7,4%	5,5%
Sonstige Nichterwerbspersonen (z. B. SGB XII ^a)	4,8%	4,9%	4,8%	8,6%	9,2%	6,8%	2,5%	2,5%	2,6%	5,5%	6,4%	4,9%	6,9%	7,0%	6,6%
In beruflicher Rehabilitation	0,3%	0,3%	0,4%	0,2%	0,1%	0,4%	0,3%	0,4%	0,0%	1,3%	1,1%	1,8%	0,2%	0,2%	0,0%

SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 44 (unbekannt: 19,8 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 12 (unbekannt: 2,8 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 48 (unbekannt: 3,8 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 34 (unbekannt: 5,2 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 31 (unbekannt: 8,6 %); Bezug: alle Betreuungen / Behandlungen.
G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.
^a SGB=Sozialgesetzbuch
^b ALG=Arbeitslosengeld

TABELLENANHANG

Tabelle XI. Vermittlungswege, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

Vermittlungsweg	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
N	10.002	7.026	2.833	3.339	2.442	897	1.918	1.345	560	558	344	214	1.722	1.302	409
Keine Vermittlung/ Selbstmeldung	58,3%	58,2%	59,2%	1,2%	1,2%	1,0%	45,6%	45,1%	45,9%	31,0%	28,8%	33,6%	55,0%	55,0%	54,5%
Soziales Umfeld	11,7%	11,1%	10,6%	0,3%	0,2%	0,4%	4,7%	4,8%	4,8%	5,2%	5,2%	5,1%	4,4%	4,1%	5,4%
Selbsthilfe	0,5%	0,4%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,6%	0,4%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,4%	0,0%
Arbeitgeber/ Betrieb/ Schule	1,3%	1,4%	1,0%	0,7%	0,9%	0,1%	1,1%	1,4%	0,4%	1,3%	1,7%	0,5%	0,3%	0,4%	0,2%
Ärztliche Praxis	2,6%	2,6%	2,7%	0,4%	0,4%	0,6%	1,1%	0,8%	2,0%	1,3%	1,2%	1,9%	32,5%	32,6%	33,0%
Psychotherapeutische Praxis	0,8%	0,6%	1,3%	0,1%	0,1%	0,2%	0,7%	0,4%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%
Allgemeines Krankenhaus	1,9%	1,8%	2,0%	7,2%	6,0%	10,4%	1,3%	0,7%	2,5%	2,2%	2,6%	0,9%	0,3%	0,4%	0,2%
Einrichtung der Akutbehandlung	0,3%	0,2%	0,5%	1,9%	2,2%	0,9%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Psychiatrisches Krankenhaus	4,3%	4,0%	5,4%	13,4%	13,6%	12,9%	2,6%	2,3%	3,4%	1,1%	1,5%	0,5%	0,7%	0,6%	0,7%
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	1,0%	0,9%	1,3%	66,2%	65,3%	68,7%	22,1%	22,8%	21,1%	2,5%	2,3%	3,3%	0,9%	0,8%	1,0%
Stationäre Suchthilfeeinrichtung	1,9%	1,8%	2,1%	0,8%	0,9%	0,6%	14,3%	15,0%	12,7%	52,7%	54,4%	50,9%	0,6%	0,4%	1,5%
Soziotherapeutische Einrichtung	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,4%	0,6%	0,0%	0,2%	0,0%	0,5%	0,2%	0,3%	0,0%
Anderer Beratungsdienst	1,2%	1,2%	1,2%	0,5%	0,5%	0,4%	0,7%	0,4%	1,3%	0,4%	0,3%	0,5%	0,5%	0,5%	0,2%
Schuldnerberatung	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Einrichtung der Jugendhilfe	1,4%	1,3%	2,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Jugendamt	2,1%	1,6%	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,3%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%
Einrichtung der Altenhilfe	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%
Wohnungslosenhilfe	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Agentur für Arbeit/ Jobcenter	0,7%	0,6%	1,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	0,2%	0,0%	0,5%	0,3%	0,3%	0,2%
Polizei/ Justiz/ Bewährungshilfe	6,5%	8,5%	1,7%	3,8%	4,6%	1,6%	1,6%	2,2%	0,4%	0,2%	0,3%	0,0%	2,3%	2,4%	2,0%
Einrichtung im Präventionssektor	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kosten-/ Leistungsträger	0,5%	0,5%	0,7%	0,1%	0,2%	0,0%	1,6%	1,2%	2,5%	1,1%	1,2%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstige Einrichtung/ Institution	2,1%	2,3%	2,1%	1,7%	2,0%	0,7%	0,8%	0,9%	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%	1,0%	1,2%	0,5%

SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 49 (unbekannt: 21,3 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 12 (unbekannt: 5,3 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 49 (unbekannt: 5,7 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 34 (unbekannt: 7,8 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 31 (unbekannt: 11,3 %); Bezug: alle Betreuungen / Behandlungen. G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

TABELLENANHANG

Tabelle XII. Anzahl der Maßnahmen, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
Anzahl erhaltener Maßnahmen	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
N	7.244	5.279	2.083	3.058	2.197	861	1.248	881	366	438	268	167	434	341	93
1 Maßnahme	93,8%	93,5%	94,6%	81,8%	81,9%	81,5%	75,2%	77,0%	71,0%	71,9%	74,3%	67,7%	60,1%	60,1%	60,2%
2	5,4%	5,6%	4,8%	15,3%	15,0%	16,0%	19,7%	17,7%	24,3%	24,9%	23,1%	28,1%	30,2%	29,9%	31,2%
3	0,6%	0,7%	0,4%	1,4%	1,3%	1,7%	3,8%	4,0%	3,6%	2,7%	2,2%	3,6%	8,3%	9,1%	5,4%
4	0,1%	0,2%	0,0%	0,6%	0,7%	0,5%	1,0%	1,0%	1,1%	0,5%	0,4%	0,6%	1,2%	0,6%	3,2%
5	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	1,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
6 bis 7	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%
8 bis 10	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
11 bis 15	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16 bis 20	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
mehr als 20 Maßnahmen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 50 (unbekannt: 17,5 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 12 (unbekannt: 0,0 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 50 (unbekannt: 1,2 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 36 (unbekannt: 2,2 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 27 (unbekannt: 6,7 %); Bezug: Beender.
G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

TABELLENANHANG

Tabelle XIII. Betreuungs- / Behandlungsdauer, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

Dauer der Betreuung / Behandlung	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
N	7.244	5.370	2.083	3.058	2.197	861	1.248	881	366	438	268	167	434	341	93
Bis 3 Monate	50,6%	51,5%	49,6%	46,7%	46,8%	46,5%	16,3%	18,3%	11,5%	18,9%	23,1%	11,4%	18,0%	18,8%	15,1%
3 bis 6 Monate	26,1%	26,1%	25,9%	50,7%	50,8%	50,3%	21,2%	22,5%	18,3%	31,7%	30,2%	34,7%	12,9%	13,2%	11,8%
6 bis 12 Monate	15,8%	15,5%	16,4%	2,6%	2,4%	3,3%	39,8%	39,3%	41,0%	41,6%	39,9%	44,3%	18,0%	18,5%	16,1%
12 bis 24 Monate	5,6%	5,3%	5,8%	0,0%	0,0%	0,0%	21,0%	18,5%	27,0%	7,5%	6,3%	9,6%	16,4%	16,1%	17,2%
Mindestens 24 Monate	1,9%	1,6%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	1,5%	2,2%	0,2%	0,4%	0,0%	34,8%	33,4%	39,8%
MW (in Tagen)	146,5	138,7	160,5	86,4	86,2	86,8	276,0	258,7	317,5	200,5	190,9	217,2	1071,5	1019,0	1265,9
MW (in Monaten)	4,8	4,5	5,3	2,8	2,8	2,8	9,0	8,5	10,4	6,6	6,3	7,1	35,1	33,4	41,5

SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 50 (unbekannt: 17,5 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 12 (unbekannt: 0,0 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 50 (unbekannt: 1,2 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 36 (unbekannt: 2,2 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 27 (unbekannt: 6,7 %); Bezug: Beender.
G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; MW = Mittelwert.

Tabelle XIV. Planmäßigkeit der Beendigung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

Planmäßigkeit der Beendigung	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
N	6.646	4.772	1.850	3.058	2.197	861	1.222	865	355	435	266	166	400	328	83
Planmäßig beendet	71,8%	71,2%	73,4%	83,6%	81,8%	88,0%	76,9%	74,7%	82,3%	74,9%	71,4%	81,3%	51,8%	50,9%	56,6%
Unplanmäßig beendet	28,2%	28,8%	26,6%	16,4%	18,2%	12,0%	23,1%	25,3%	17,7%	25,1%	28,6%	18,7%	48,3%	49,1%	43,4%

SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 44 (unbekannt: 19,9 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 12 (unbekannt: 0,0 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 50 (unbekannt: 3,4 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 35 (unbekannt: 1,2 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 25 (unbekannt: 8,6 %); Bezug: Beender.
G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

TABELLENANHANG

Tabelle XV. Entwicklung des Problembereichs Sucht zum Ende der Betreuung / Behandlung, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

Suchtproblematik im Vergleich zum Beginn der Betreuung / Behandlung	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
N	4.396	2.911	1.229	1.912	1.425	420	987	677	307	325	187	146	337	277	74
Gebessert	63,5%	63,4%	61,1%	85,9%	85,6%	88,8%	78,3%	75,9%	84,7%	70,2%	67,4%	75,3%	49,3%	50,2%	45,9%
Gleich geblieben	35,3%	35,6%	37,8%	13,2%	13,8%	9,8%	14,6%	16,0%	11,4%	20,3%	23,0%	15,1%	44,8%	44,0%	47,3%
Verschlechtert	1,0%	0,9%	0,9%	0,6%	0,4%	1,2%	5,4%	6,1%	2,9%	6,8%	7,0%	6,8%	5,9%	5,8%	6,8%
Neu aufgetreten	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	1,7%	2,1%	1,0%	2,8%	2,7%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%

SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 30 (unbekannt: 19,3 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 10 (unbekannt: 14,9 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 43 (unbekannt: 11,7 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 29 (unbekannt: 8,4 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 19 (unbekannt: 12,4 %); Bezug: Beender.
G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen.

Tabelle XVI. Weitervermittlung nach Betreuungs- / Behandlungsende, stratifiziert nach Hauptmaßnahme und Geschlecht

Weitervermittlung	SBS			STR			ARS			NAS			PSB		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F	G	M	F
N	11.111	8.203	2.859	3.058	2.197	861	1.187	816	319	314	122	106	393	304	64
Weitervermittlung ja	37,8%	37,0%	40,5%	58,7%	58,3%	59,8%	24,7%	25,5%	26,3%	20,1%	27,0%	28,3%	17,8%	18,1%	23,4%

SBS = Sucht- und Drogenberatung: N = 71 (unbekannt: 33,3 %), STR = stationäre medizinische Rehabilitation: N = 12 (unbekannt: 17,3 %), ARS = ambulante medizinische Rehabilitation: N = 43 (unbekannt: 10,6 %), NAS = (Reha-)Nachsorge: N = 25 (unbekannt: 8,9 %), PSB = Psychosoziale Begleitung Substituierter: N = 21 (unbekannt: 24,3 %); Bezug: Beender.
G = Gesamt; M = Männer; F = Frauen; SGB = Sozialgesetzbuch.

Autoren:

PD Dr. Larissa Schwarzkopf	Leiterin der Arbeitsgruppe Therapie- und Versorgungsforschung, IFT Institut für Therapieforschung München
Monika Murawski	Wissenschaftliche Mitarbeiterin; Arbeitsgruppe Therapie- und Versorgungsforschung, IFT Institut für Therapieforschung München
Carlotta Riemerschmid	Wissenschaftliche Mitarbeiterin; Arbeitsgruppe Therapie- und Versorgungsforschung, IFT Institut für Therapieforschung München

Fachgremium der Suchthilfestatistik Niedersachsen:

Bärbel Lörcher-Straßburg	Sucht- und Drogenbeauftragte des Landes Niedersachsen
Moritz Radamm	Abteilungsleiter, Behandlung, Beratung, Jugendhilfe, Paritätische Suchthilfe Niedersachsen gGmbH
Tim Berthold	Bereichsleitung Prävention, AWO Dialog Weser-Ems GmbH
Gudrun Mannstein	Fachbereichsleitung Sucht und Suchtprävention, Fachstellen drobs Lüneburg und drobs Uelzen Suchtambulanz Nordostniedersachsen (SANON), Lebensraum Diakonie
Dirk Laßeur	CRT - Caritas Reha und Teilhabe GmbH Klinikmanagement Fachklinik Nettetal
Tobias Trillmich	Referent Suchthilfe, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen

Für weitere Informationen:

IFT Institut für Therapieforschung	Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen
Leopoldstraße 175	Gruppenstraße 4
80804 München	30159 Hannover
Tel.: +49 (0)89 360804-0	Tel.: +49 (0)511 626266-0
E-Mail: doku@ift.de	E-Mail: info@nls-online.de
Website: www.suchthilfestatistik.de	Webseite: http://www.nls-online.de

© April 2024

IFT Institut für Therapieforschung, München

All rights reserved