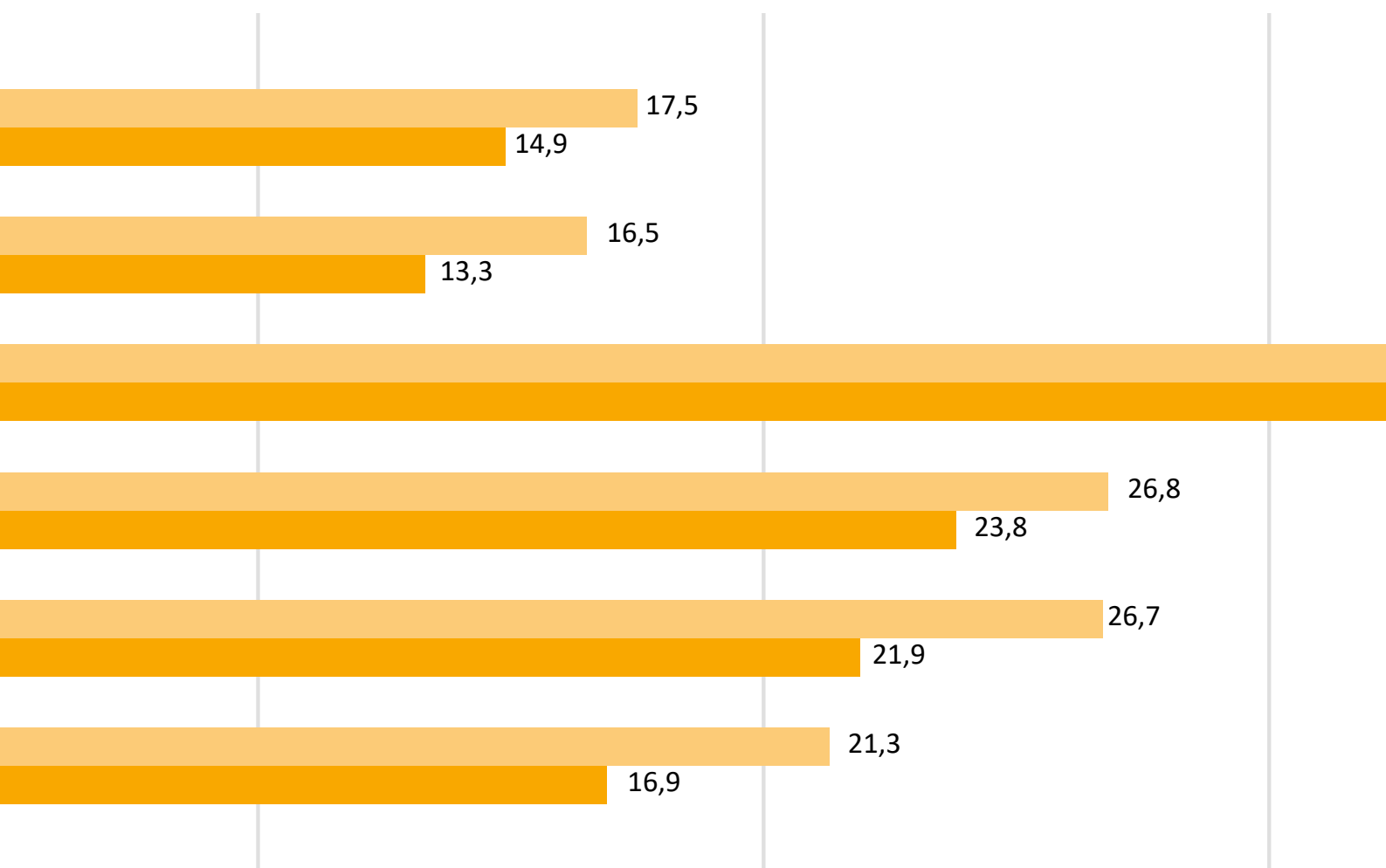


SUCHTHILFESTATISTIK 2017 FÜR AMBULANTE EINRICHTUNGEN IN NIEDERSACHSEN

Landesdokumentation zur ambulanten
Suchtberatung und Suchtbehandlung



Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen



SUCHTHILFESTATISTIK **2017** FÜR AMBULANTE EINRICHTUNGEN IN NIEDERSACHSEN

Landesdokumentation zur ambulanten
Suchtberatung und Suchtbehandlung



Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen

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

HANNOVER JANUAR 2019

1	VORBEMERKUNG	4
2	AUFBAU UND INTENTION	4
3	DATENBASIS	5
4	ERGEBNISSE: EINRICHTUNGEN (KDS-E)	6
4.1	DIE FACHSTELLEN	7
4.2	DIE MITARBEITER*INNEN	7
4.3	QUALITÄTSKRITERIEN	9
4.4	KOOPERATION UND VERNETZUNG	10
5	ERGEBNISSE: KLIENT*INNEN (KDS-F)	11
5.1	DIE KLIENT*INNEN	12
5.2	ANGEHÖRIGE	14
5.3	VERMITTLUNG	15
5.4	KOSTEN-/LEISTUNGSTRÄGER	16
5.5	SOZIODEMOGRAPHIE	17
5.6	HAUPTDIAGNOSEN	22
5.7	GLÜCKSSPIELVERHALTEN	26
5.8	EXZESSIVE MEDIENNUTZUNG	29
5.9	BETREUUNG UND BEHANDLUNG	32
5.10	BEENDIGUNG	34
6	ZUSAMMENFASSUNG	38

ABKÜRZUNGEN

FSS Fachstelle für Sucht und Suchtprävention

KDS KDS Nds. = Deutscher Kerndatensatz Fassung Niedersachsen

KDS-E Deutscher Kerndatensatz Einrichtung

KDS-F Deutscher Kerndatensatz Fall (Klienten)

DRV Deutsche Rentenversicherung

QM Qualitätsmanagement

MA Mitarbeiter*innen

1 VORBEMERKUNG

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

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

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

Niedersachsen zählt 75 vom Land geförderte ambulante Hauptstellen für Sucht und Suchtprävention. Die Erhebungsdateien für 2017 wurden von den Fachstellen bis zum Herbst 2018 vorgelegt. Die angestrebte Vollerhebung konnte für das Berichtsjahr 2017 in vollem Umfang erreicht werden.

2 AUFBAU UND INTENTION DES BERICHTES

Der Jahresbericht 2017 beschreibt die Situation der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen auf der Basis empirisch gewonnener Daten aus den ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe. Die auf Landesebene zusammengeführten und ausgewerteten Daten liefern ein differenziertes Gesamtbild über die aktuelle Situation und die aktuellen Rahmenbedingungen der ambulanten Suchtberatung und -behandlung in Niedersachsen auf der Ebene von Einrichtungen (Hilfe-Angebotsstruktur) und Fällen (Hilfe-Inanspruchnahme durch Klient*innen). In Bezug auf die Einrichtungen steht eine Beschreibung nach Art, eingesetzter Mittel, Angeboten und Struktur der Mitarbeiter*innen im Vordergrund, um einen Überblick über die Leistungen im Land Niedersachsen zur ambulanten Suchtkrankenhilfe zu ermöglichen. Im Hinblick auf die Klient*innen werden neben Informationen über soziodemografische Daten und die Lebenssituation vor allem Diagnosen und Behandlungsergebnisse dargestellt, um die Wirksamkeit der Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen zu beleuchten. Diese Struktur folgt in wesentlichen Zügen der die Bundessituation beschreibenden „Deutschen Suchthilfestatistik“ des Instituts für Therapieforschung in München (IFT)³. Bezüge im nachfolgenden Bericht zu den Zahlen aus der Deutschen Suchthilfestatistik beziehen sich alle auf diese Quelle.

Um die aktuellen niedersächsischen Zahlen aus dem Berichtsjahr 2017 besser beurteilen zu können, werden diese - sofern die Daten zur Vorgängerversion KDS 2.0 kompatibel sind - mit den 2016-er Zahlen aus Niedersachsen verglichen und an einigen Stellen außerdem den Bundesdaten der Deutschen Suchthilfestatistik von 2017 gegenübergestellt (mit „Bund“ gekennzeichnet).

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

2 Von den sieben bundesweit in Gebrauch befindlichen und von der DHS zertifizierten elektronischen Dokumentationssystemen für die Deutsche Suchthilfestatistik werden in Niedersachsen in der ganz überwiegenden Mehrheit von den Fachstellen die Programme „PATFAK Light“ (PATientenverwaltung und LeistungsFAkturierung) oder „EBIS“ (Einrichtungsbazogenes Behandlungsinformationssystem) eingesetzt.

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

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

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

3 DATENBASIS

Der Deutsche Kerndatensatz (Fassung vom 1.1.2018) besteht aus einem 2-teiligen Erhebungsinstrument pro Einrichtung. Teil 1 umfasst die einrichtungsbezogenen Daten (KDS-E, 155 Items), Teil 2 erhebt die fallbezogenen Kerndaten aus jeder Einrichtung (KDS-F, 917 Items).⁴ In Niedersachsen gibt es 75 landesgeförderte Hauptstellen für Sucht und Suchtprävention (plus Nebenstellen insgesamt 115 Anlaufstellen). Eine Gesamt-Auswertung auf Landesebene erstreckt sich somit auf 75 Fragebogensets à 515 Items, insgesamt also maximal 80.400 Items.

In diesem Jahr stehen zur Auswertung für die Suchthilfestatistik Niedersachsen 2017 wiederum 75 Einrichtungs- und Klientenbögen auf Basis des Kerndatensatzes zur Verfügung. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 100 %. In dem folgenden Bericht und bei allen Auswertungen des statistischen Materials wird deshalb die Gesamtzahl der niedersächsischen Hauptstellen (N = 75) zugrunde gelegt. Die bundesdeutsche Suchthilfestatistik liegt aktuell für das Berichtsjahr 2017 vor. Diese besaß in den vergangenen Jahren eine Ausschöpfungsquote von etwa 60 % aller deutschen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen.⁵ Die Bundesdaten beruhen auf einer Erhebung von rund 850 Fachstellen und umfassen die Angaben über etwa 320.000 Klient*innen.

Für diesen Bericht liegen die Daten aus Niedersachsen von den meisten Einrichtungen weitgehend lückenlos vor. Das Antwortverhalten der Fachstellen gegenüber den vergangenen Jahren ist deutlich gestiegen, sodass sich die Datenbasis und Aussagekraft der Suchthilfestatistik 2017 weiter verbessert hat.

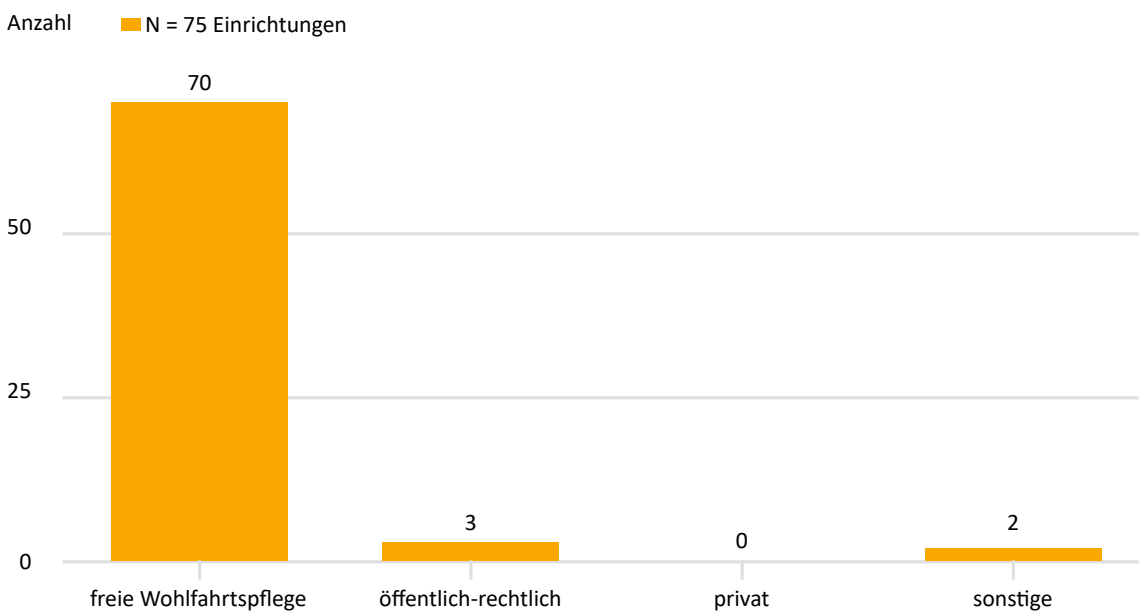
⁴ Die aktuellen KDS-Formulare befinden sich im Downloadbereich der NLS. https://nls-online.de/home16/index.php/downloads/cat_view/11-amb-suchthilfestatistik-nds-kerndatensaetze

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

4.1 DIE FACHSTELLEN

Von 75 ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention gehören 70 den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege an. Dies entspricht einer Zugehörigkeitsquote von 93,9 % in Niedersachsen (Bund 2017: 92,1 %). Eine weitere Differenzierung lassen die Daten nicht zu. Angaben über die Versorgungsregion, die Zielgruppen der Fachstellen nach Substanz oder Verhalten, zur Erreichbarkeit oder über besondere Leistungen (Öffnungszeiten, zielgruppenspezifische Angebote) sind nach der Umstellung auf den KDS 3.0 nicht mehr so möglich wie bisher.

Abb. 1: Trägerschaft



4.2 DIE MITARBEITER*INNEN

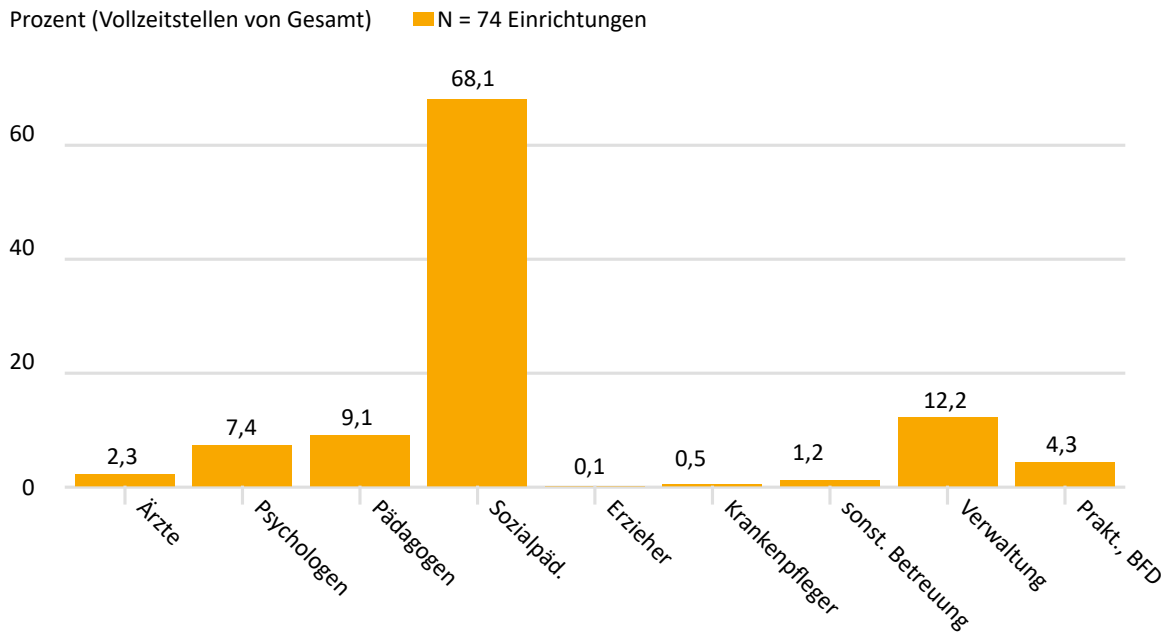
2017 verfügten 66 Fachstellen⁶ für Sucht und Suchtprävention rechnerisch über 491,21 Vollzeit-Mitarbeiterstellen⁷ (2016: 75 Fachstellen: 563,3). Auf jede Einrichtung entfallen theoretisch 7,4 Vollzeitstellen (2016: 7,5). Die Anzahl der Mitarbeitenden mit Festanstellung und Honorarvertrag beträgt insgesamt 797.

Der Hauptteil aller Beschäftigten der Fachstellen mit über 68 % entfällt auf die Berufsgruppe der Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen, gefolgt von Pädagogen (9,1 %) und Psychologen (7,4 %). Zur Berufsgruppe „Verwaltung“ mit einem Anteil von 12,2 % werden verschiedene Berufsgruppen gezählt wie etwa Ökonomen und Betriebswirte, Bürokräfte und Verwaltungspersonal sowie technisches Personal / Wirtschaftsbereich. Die Kategorie „sonstige Betreuung“ umfasst Berufsgruppen aus der Ergo-/Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Kreativtherapie (Kunst, Musik, Theater), Sport-/Bewegungstherapie und Physiotherapie.

⁶ Die hohe Zahl an Ausfällen (N = 9) ist vermutlich der neuen Datenerhebung nach dem KDS 3.0 geschuldet.

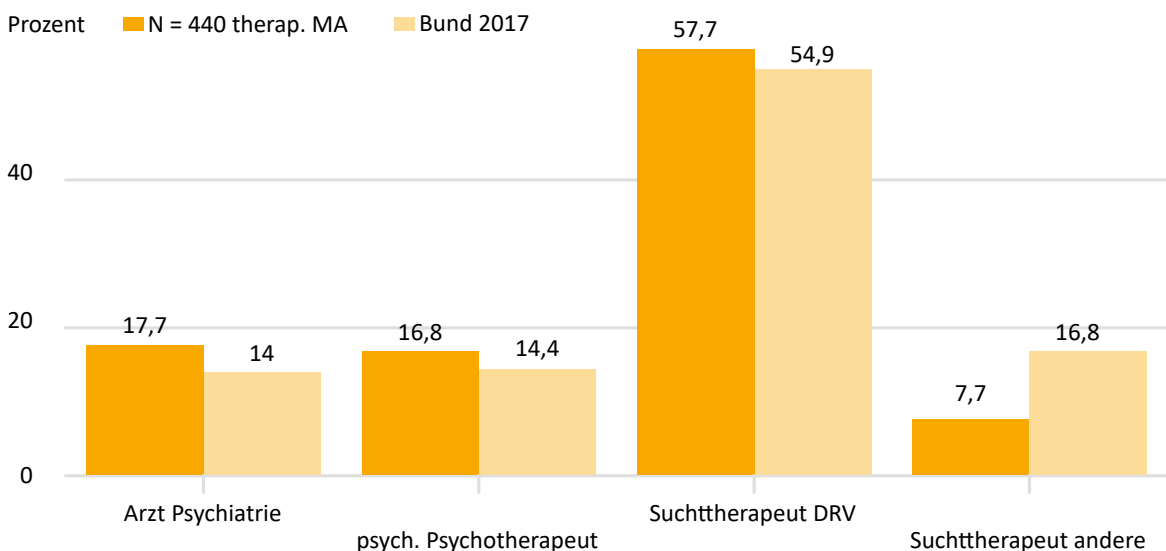
⁷ Vollzeit-, Teilzeit- und Honorarkräfte sind auf Vollzeitstellen (38,5 Wochenstunden) umgerechnet.

Abb. 2: Beschäftigte - prozentuale Verteilung der rechnerischen Vollzeitstellen



Insgesamt 440 Mitarbeiter*innen der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention (einzelne Stellen unbekanntem Stundenumfangs oder Personen) verfügen über eine therapeutische Qualifikation (2016: 444), darunter 17,7 % Ärzte. Rechnerisch beschäftigt jede Einrichtung 5,9 therapeutische Mitarbeiter*innen. Dieser Wert ist seit 2015 unverändert.

Abb. 3: Qualifikation der Beschäftigten

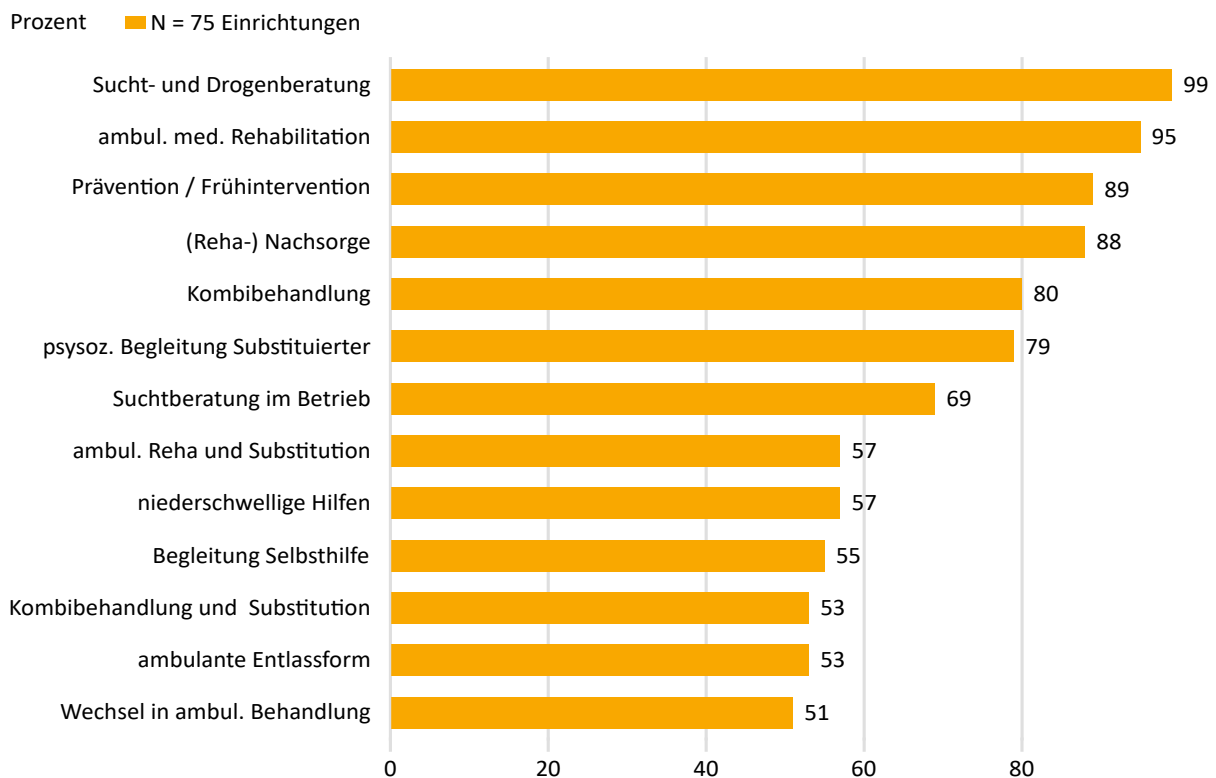


Art der Dienste / Das Betreuungs-, Beratungs- und Behandlungsangebot der Fachstellen: Fast alle ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention arbeiten in der Sucht- und Drogenberatung sowie in der ambulanten medizinischen Rehabilitation (95 bzw. 99 %; Abb. 4). Knapp 90 % der Fachstellen engagieren sich darüber hinaus in der Prävention / Frühintervention und der (Reha-) Nachsorge. Die Kombibehandlung und die psychosoziale Begleitung Substituierter bieten etwa 80 % der ambulanten Einrichtungen an. Rund 70 % der Beratungsstellen bieten Suchtberatung im Betrieb.

Deutlich mehr als die Hälfte der Einrichtungen haben ambulante Reha- und Kombibehandlungen im Rahmen einer Substitutionsbehandlung im Programm. Eine Vergabe von Substitutionsmitteln erfolgt in 6,7 % der Fachstellen. Eine Begleitung von Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und deren Angehörige bieten 55 % der ambulanten Einrichtungen als zusätzliche Leistungen an.⁸

37 % der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention engagieren sich in Bezug auf die Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung der Klient*innen. Im Vordergrund steht hier die arbeitsmarktorientierte Beratung (34,6 %).

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



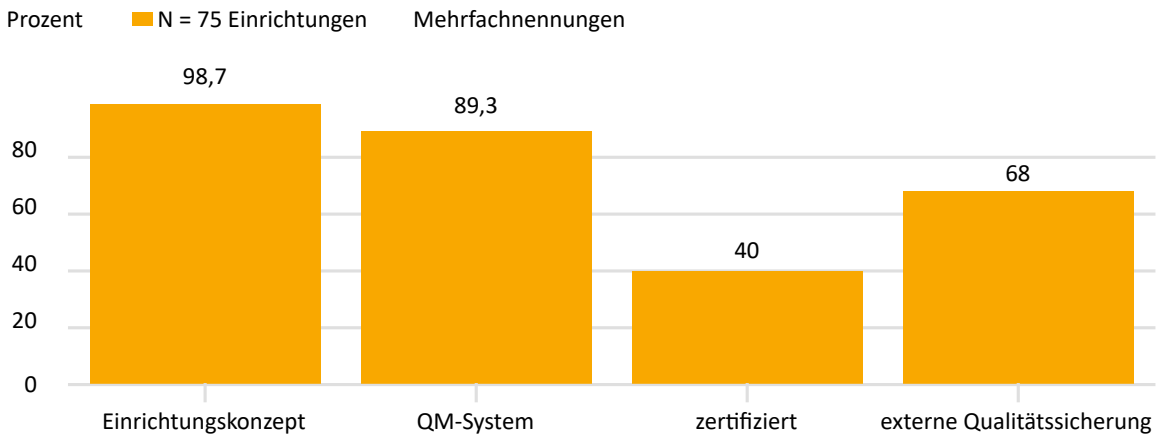
4.3 QUALITÄTSKRITERIEN

Die häufigste Maßnahme zur Qualitätssicherung in den Fachstellen ist das schriftliche Einrichtungskonzept, über das fast alle Fachstellen verfügen (Abb. 5; Bund 97,2 %). Ein QM-System haben 64 Fachstellen implementiert (Bund 69,4 %) und 30 davon sind von einer externen, unabhängigen und akkreditierten Institution zertifiziert (Bund 29,9 %). Die Erstzertifizierungen dieser Einrichtungen (27) erfolgten zwischen 2011 und 2018. An einer externen Qualitätssicherung beteiligen sich 51 Fachstellen.

Im Hinblick auf Bausteine des Qualitätsmanagements sind die Fachstellen weiterhin gut aufgestellt. Hinsichtlich Einrichtungskonzept und QM-System hat es in Niedersachsen einige Fortschritte gegeben. Die Angaben zur Zertifizierung sind gemäß KDS 3.0 mit Belegen (Jahr der Erstzertifizierung) versehen und können daher als zuverlässig eingestuft werden.

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

Abb. 5: Bausteine zum Qualitätsmanagement



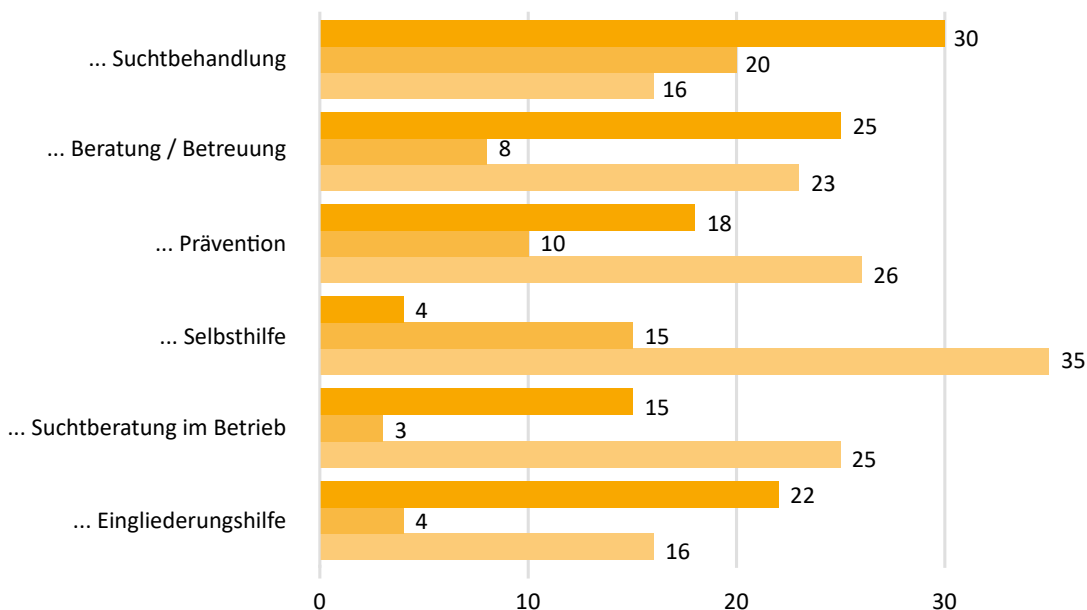
4.4 KOOPERATION UND VERNETZUNG

Die meisten niedersächsischen Fachstellen (87 %) unterhalten eine verbindlich vereinbarte Kooperation mit einer Einrichtung der Suchtbehandlung (stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser etc.; siehe Abb. 6). 73 % der Fachstellen kooperieren mit anderen Einrichtungen der Beratung und Betreuung, 71 % mit Diensten der Prävention und Frühintervention sowie mit der Selbsthilfe. Mit 56 % folgen Kooperationen mit Einrichtungen zur Suchtberatung im Betrieb und mit 53 % mit Diensten zur Eingliederungshilfe. Alle übrigen Kooperationen werden von weniger als der Hälfte der Fachstellen unterhalten. Die Kooperationen mit Job-Centern als wichtigem Faktor zur Förderung der Teilhabe werden nach dem KDS 3.0 in der Sammelkategorie „Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung“ erhoben. Mit entsprechenden Einrichtungen unterhalten 41 % der Fachstellen verbindliche Kooperationsvereinbarungen. (Weiteres zur Kooperation mit den Jobcentern siehe Abb. 39.)

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

Anzahl ■ Vertrag ■ Konzept ■ Vereinbarung ■ N = 75 Einrichtungen ■ Mehrfachnennungen

Es bestehen Kooperationen mit Einrichtungen /Diensten der ...



5 ERGEBNISSE: KLIENT*INNEN (KDS-F)

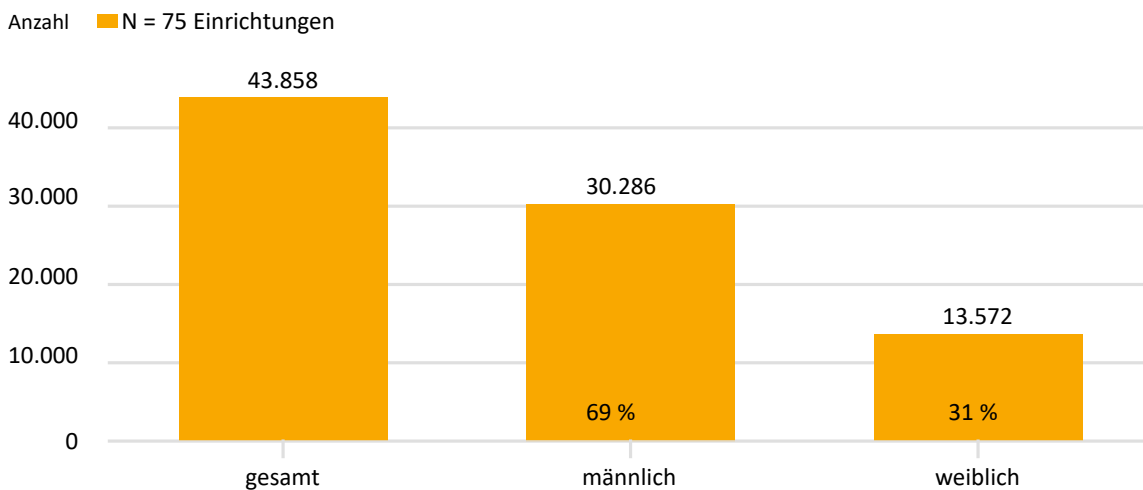
insgesamt 43.858 Klient*innen von 75 Einrichtungen betreut (2016: 43.370; Bund 2017: 320.084). Durchschnittlich für Sucht und Suchtprävention 585 betreute Personen pro Einrichtung im Bundesgebiet versorgt. In diesem Berichtsjahr wurden insgesamt 43.858 Klient*innen betreut. Es wurden mehrheitlich Männer (2016: 69,3 %; Bund 2017: 68,7 %) betreut. Die Geschlechterverteilung ist in der folgenden Tabelle dargestellt. Die Geschlechterverteilung ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

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

In 2017 wurden in Niedersachsen insgesamt 43.858 Klient*innen von 75 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe betreut (2016: 43.370; Bund 2017: 320.084). Durchschnittlich entfallen auf jede Fachstelle für Sucht und Suchtprävention 585 betreute Personen (2016: 578). In den vergangenen Jahren wurden in Niedersachsen dauerhaft über 10 % der Klient*innen des Bundesgebietes versorgt. In diesem Berichtsjahr ist die Zahl der Bundesebene deutlich gesunken.

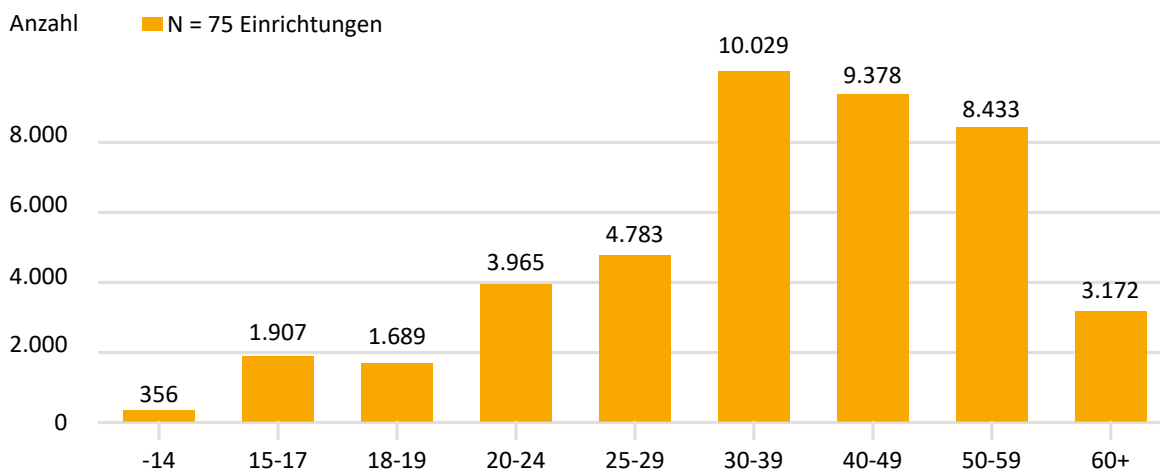
Geschlecht: Es wurden mehrheitlich Männer durch die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention betreut. Sie machten 69 % der Gesamtzahl aller Klient*innen aus (2016: 69,5 %; Bund 2017: 74,7 %). Etwa jede dritte Person, die 2017 beraten und behandelt wurde, war weiblichen Geschlechts. Früheren Auswertungen zufolge stieg der Frauenanteil an den Betreuungen in Niedersachsen kontinuierlich von 2006 bis 2012 (mit Ausnahme in 2010) und blieb in den Jahren von 2013 bis 2017 konstant.

Abb. 7: Klient*innen und Geschlechterverteilung



Alter: 63,7 % aller betreuten Personen sind bei Betreuungsbeginn zwischen 30 und 59 Jahre alt, 9 % der Klient*innen in Niedersachsen sind unter 20 Jahre alt (Bund 2017: 64,3 und 8,6 %). 7,3 % der betreuten Menschen sind 60 Jahre und älter.

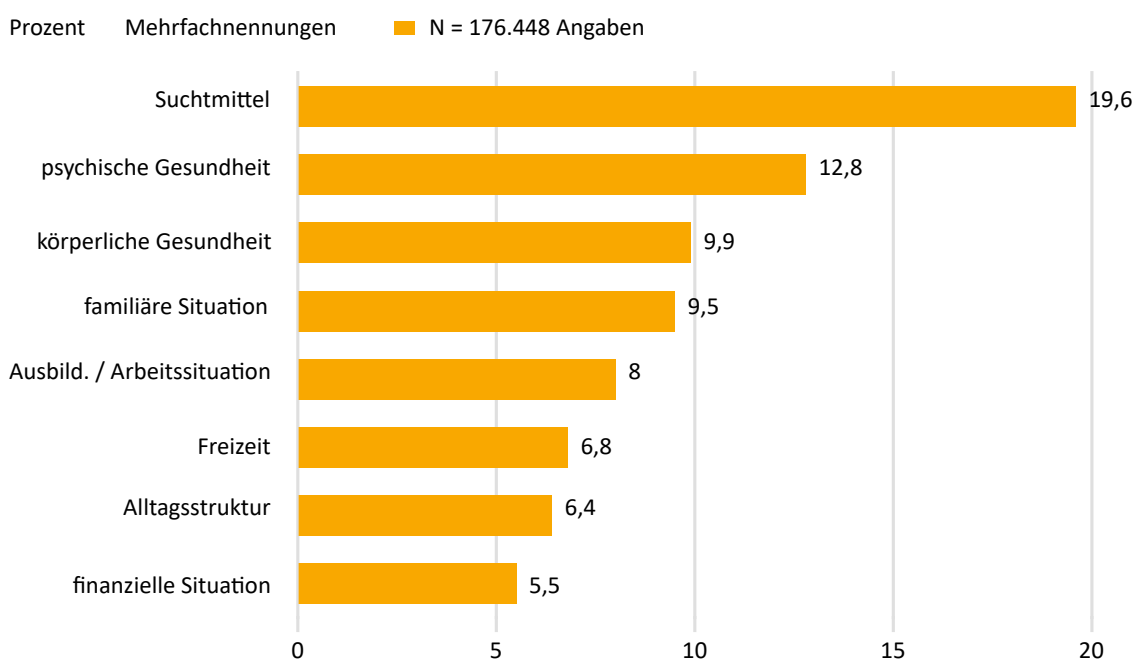
Abb. 8: Alter der Klient*innen bei Betreuungsbeginn



Zugang und Zugangsgründe: 89 % der Klient*innen kamen wegen einer eigenen Problematik in die Beratung (Bund 2017: 89,6 %), 11 % waren Angehörige von Menschen mit einer Suchtproblematik.

Der häufigste Grund, die Leistungen einer Fachstelle Sucht und Suchtprävention in Anspruch zu nehmen, waren Belastungen durch die Suchtmittel, den Substanzkonsum oder das Suchtverhalten (Abb. 9) mit knapp 20 % (34.506). Weitere Gründe waren Probleme mit der psychischen Gesundheit / dem seelischen Zustand mit knapp 13 % (22.535). Schwierigkeiten mit der körperlichen Gesundheit / dem Befinden gaben etwa 10 % (17.481), Probleme mit der familiären Situation 9,5 % (16.675) und eine schwierige Schul- / Ausbildungs- / Arbeits- oder Beschäftigungssituation 8 % (14.118) der Klient*innen an. Zwischen 10.000 und 12.000 der Betroffenen nannten Belastungen in der Freizeit (6,8 %), der Alltagsstruktur (6,4 %) und der finanziellen Situation (5,5 %). Jeweils deutlich unter 10.000 Klient*innen (bzw. unter 5 %) klagten über Belastungen in den folgenden Bereichen: Wohnsituation (4,1 %), rechtliche Situation (3,7 %), Fahreignung (3,5 %), andere [als die sexuelle] Gewalterfahrungen (1,8 %), Gewaltausübung (1,3 %) und sexuelle Gewalterfahrungen (0,9 %).

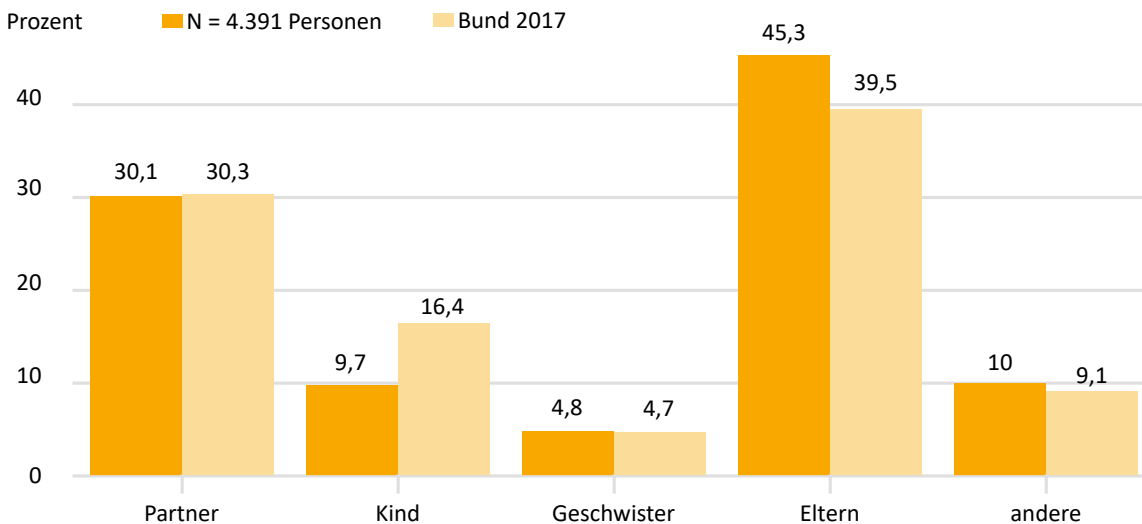
Abb. 9: Sozialmedizinische Gründe für die Inanspruchnahme der FSS (über 5 %)



5.2 ANGEHÖRIGE

2017 kamen insgesamt 4.391 Angehörige zu einer Beratung in die niedersächsischen Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention (Abb. 10). Den größten Anteil von Angehörigen, die die Beratung der Fachstellen aufsuchten, stellten mit 45,3 % die Eltern der Betroffenen, gefolgt von Partnern (30,1 %). Die Ergebnisse weichen teilweise von den Zahlen der Vorjahre in Niedersachsen und den Ergebnissen der Bundesstatistik ab. Auffällig ist, dass in beiden Fällen in Niedersachsen in 2017 weniger Kinder und mehr Eltern vertreten sind.

Abb. 10: Verteilung der Angehörigen



Die meisten Angehörigen nannten in 2017 Probleme ihrer Verwandten oder Partner im Zusammenhang mit den Substanzgruppen Alkohol (30,1 %) und Cannabis (25 %). Das Glücksspiel wurde von 5,5 % als Problem benannt, die Mediennutzung von 4,8 %.

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

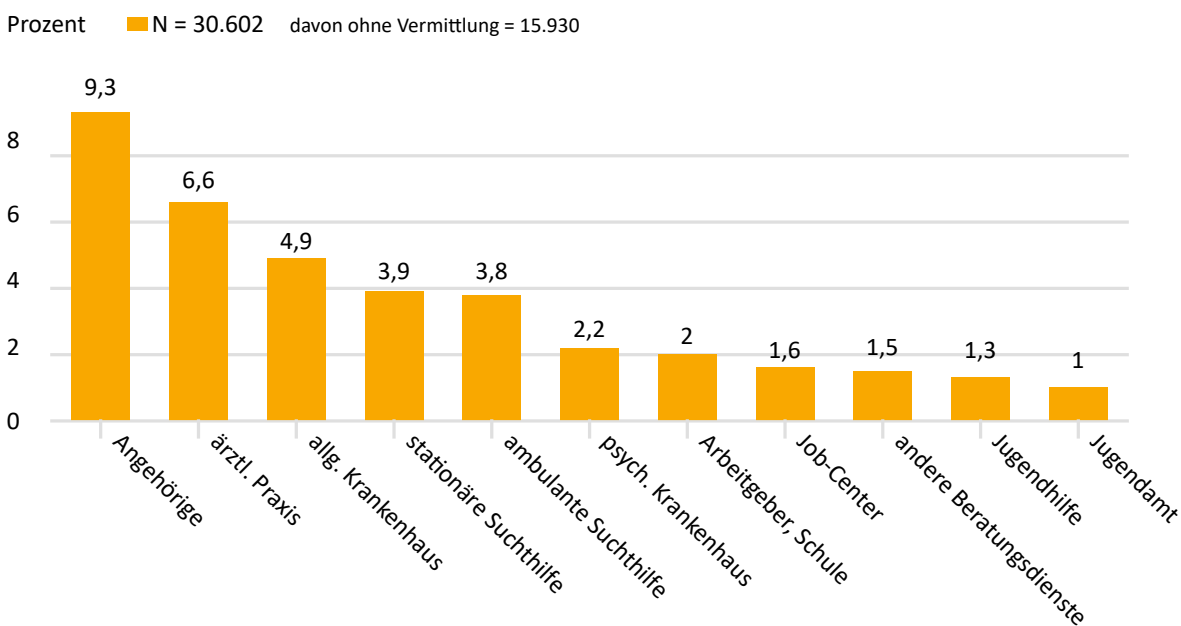
Abb. 11: Suchtproblem aus Sicht der Angehörigen



5.3 VERMITTLUNG

In 2017 suchten in Niedersachsen 52,1 % der Klient*innen direkt und ohne vermittelnde Instanz die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe auf (2016: 46,6 %; Bund 2017: 41,5 %). Die hohe Quote der Selbstmelder kann als Vertrauensbeweis für das Angebot der Beratungsstellen gewertet werden. Die Beratungsdienste sind in der Bevölkerung bekannt und etabliert. In 9,3 % der Fälle spielten darüber hinaus die Familie und Angehörige (Bund: 7,6 %), niedergelassene Ärzte zu 6,6 % (Bund: 6,6 %) und allgemeine Krankenhäuser zu 4,9 % (Bund: 3,4 %) eine wichtige Rolle als Vermittler für eine Beratung oder Therapie. Aufgrund des neuen Kerndatensatzes und teilweise anderer Zusammensetzungen der Kategorien weichen die Vermittlungswerte deutlich von den Werten der Vorjahre ab.

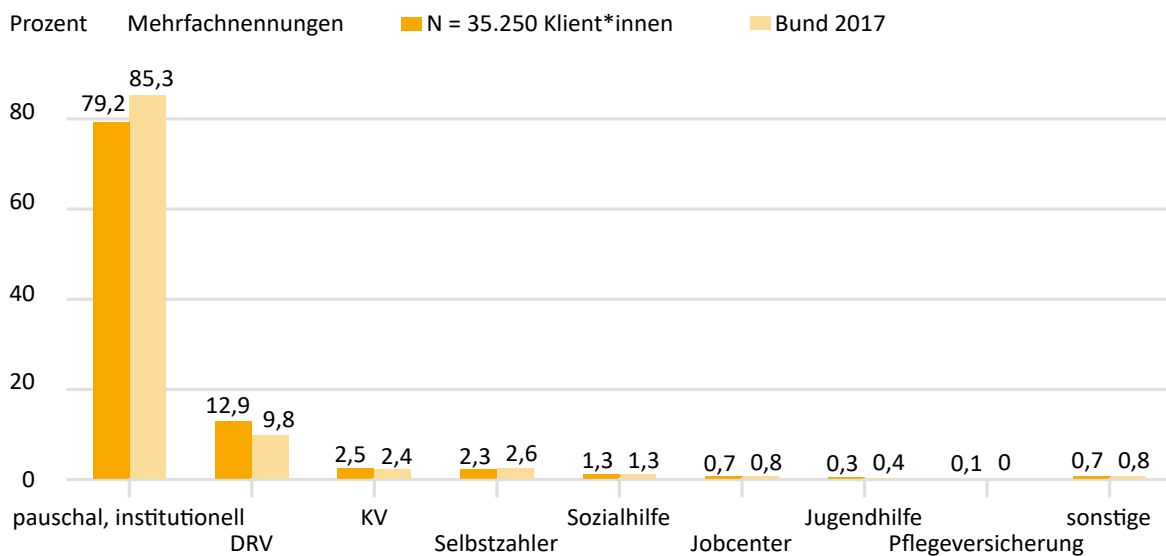
Abb. 12: Vermittlungsquoten außer Selbstmelder (über 1 %)



5.4 KOSTEN-/LEISTUNGSTRÄGER

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

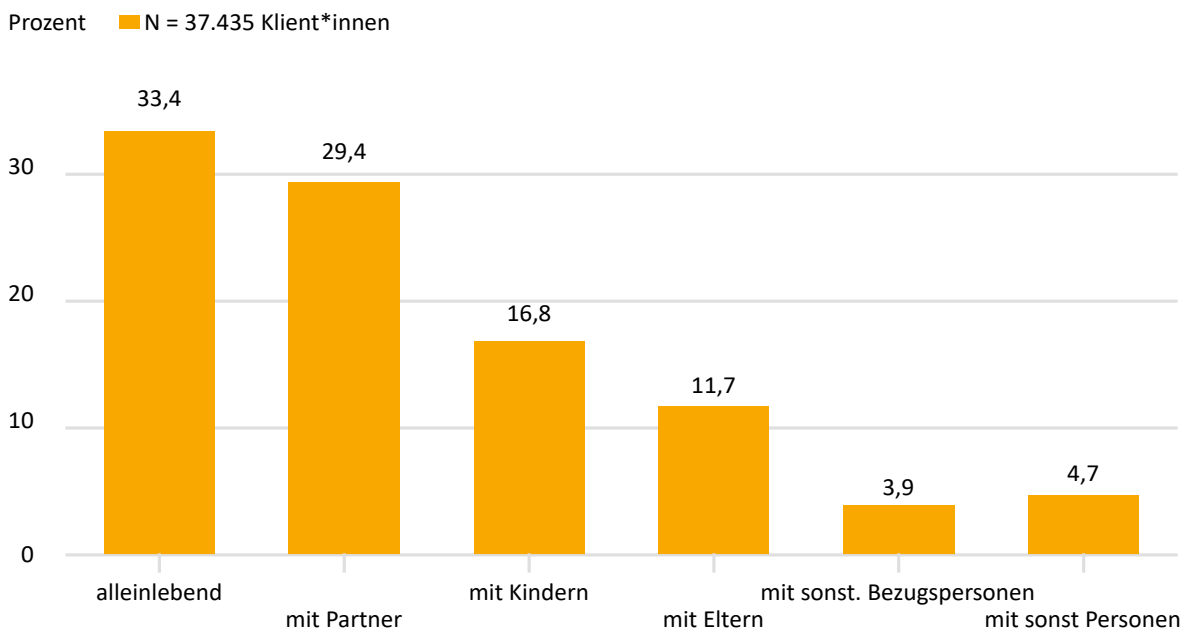
Abb. 13: Externe Kosten-/Leistungsträger der FSS



5.5 SOZIODEMOGRAPHIE

Insgesamt lebten in Niedersachsen 12.500 der insgesamt 43.858 Klient*innen allein. Das sind 33,4 % (Bund: 40,5 %). 25.000 Betreute lebten zusammen mit Partnern (29,4 %), Kindern (16,8 %), Eltern (11,7 %) oder sonstigen Personen (Abb. 14). Ein gutes Drittel (34,5 %) unterhielt eine feste Partnerschaft (Bund: 45,9 %).

Abb. 14: Lebenssituation

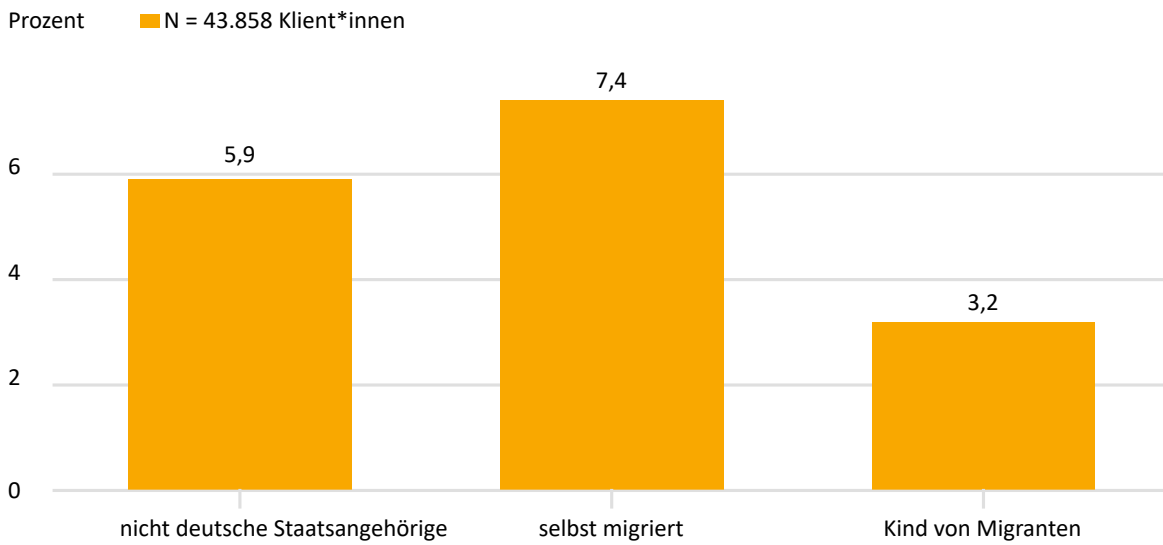


Kinder: In 2017 waren 247 Klient*innen, die die Hilfe einer ambulanten Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention in Anspruch nahmen, während der Betreuung und Behandlung schwanger (1,8 % der Frauen). Die Klient*innen der ambulanten Einrichtungen mit dem Status „Eltern“ hatten zusammen knapp 20.000 Kinder insgesamt, davon waren über die Hälfte unter 18 Jahre. Mit Klient*innen in einem Haushalt zusammen lebten über 7.700 minderjährige Kinder, davon waren 5.500 eigene. Über 3.600 minderjährige eigene Kinder (34,9 % der eigenen minderjährigen Kinder) lebten nicht im Haushalt der betreuten Personen, knapp 70 % davon bei dem anderen Elternteil und 15 % in einer Pflegefamilie.

Wohnsituation: In 2017 hat die Quote für selbstständiges Wohnen der Klient*innen im Zuge der Behandlung um 2,2 Prozentpunkte im Vergleich zum Jahr 2016 zugenommen (auf 78,1 %; N = 22.400). Die Quote für das Wohnen bei anderen Personen blieb konstant bei 13,8 % (N = 4.000). In demselben Zeitraum ist das Wohnen in einem Wohnheim oder Übergangwohnheim von 5,1 auf 2,1 % gesunken (auf N = 600) und das Wohnen in einer Notunterkunft oder Übernachtungsstelle ist von 0,5 auf 0,7 % gestiegen (auf N = 200). Die Quote der Wohnungslosen ist von 0,4 auf 0,5 % (auf N = 149) gestiegen.

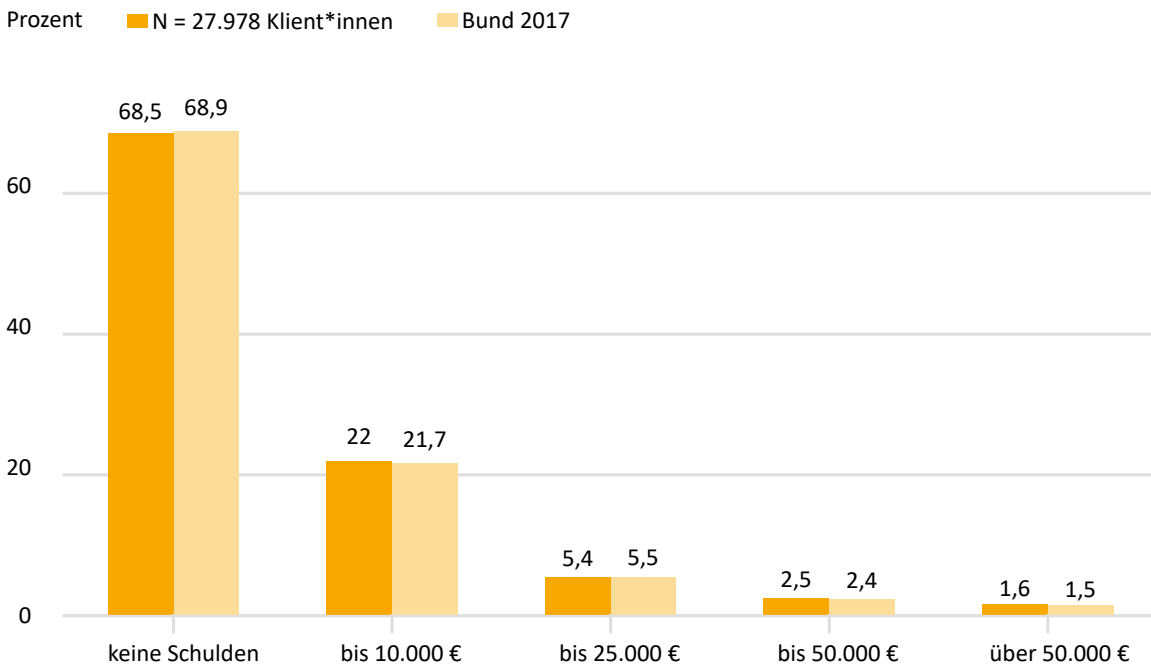
Herkunft: 2.598 Klient*innen (5,9 %) besaßen eine andere als die deutsche Staatsbürgerschaft (2011: 5 %; 2012: 5,8 %; 2013: 5,6 %; 2014: 6,8 %; 2015: 6,1 %; 2016: 5,9 %). Selbst migriert sind 7,4 % der Klient*innen (Bund: 11 %). 3,2 % der Klient*innen wurden als Kinder von Migranten in Deutschland geboren (Bund: 5,7 %).

Abb. 15: Migration



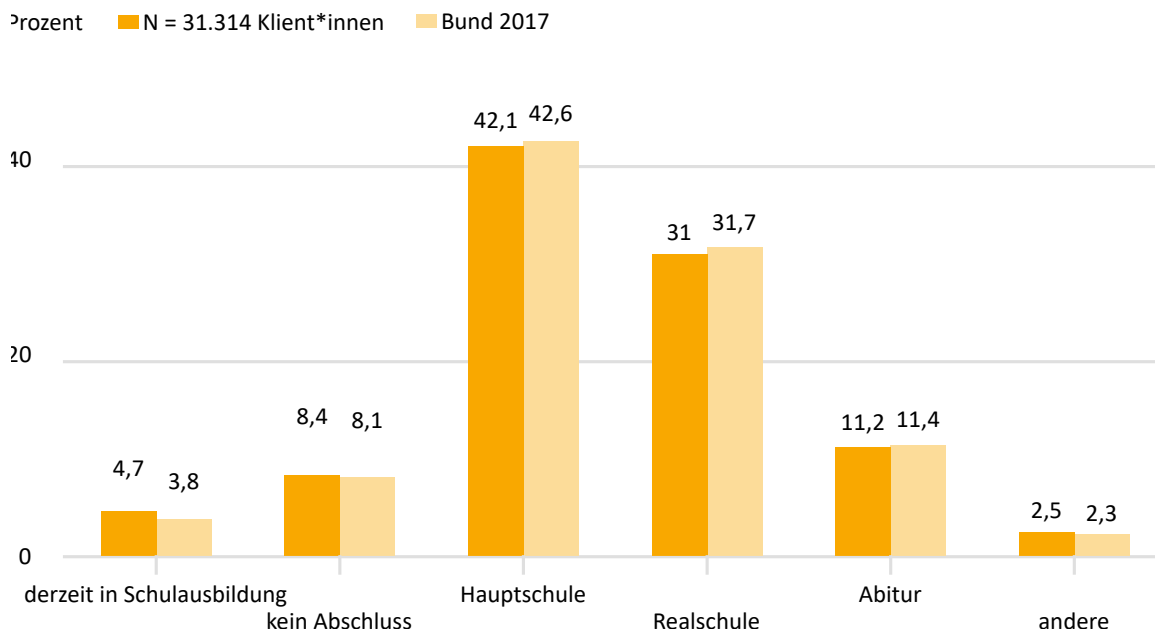
Verschuldung: Zwei Drittel der Klient*innen hatten keine problematische Schuldsituation. Knapp ein Viertel (22 %) der Betreuten war mit Beträgen von bis zu 10.000 Euro verschuldet, fast 10 % hatten Schulden in Höhe von mehr als 10.000 Euro.

Abb. 16: Problematische Schulden



Schulbildung: Im Hinblick auf den Bildungsabschluss waren unter den Klient*innen die Absolvent*innen von Haupt- und Realschulen am stärksten vertreten (73,1 %), knapp 5 % befanden sich in einer schulischen Ausbildung. Gut 8 % besaßen keinen Schulabschluss, mehr als 11 % hatten das Abitur.

Abb. 17: Schulbildung



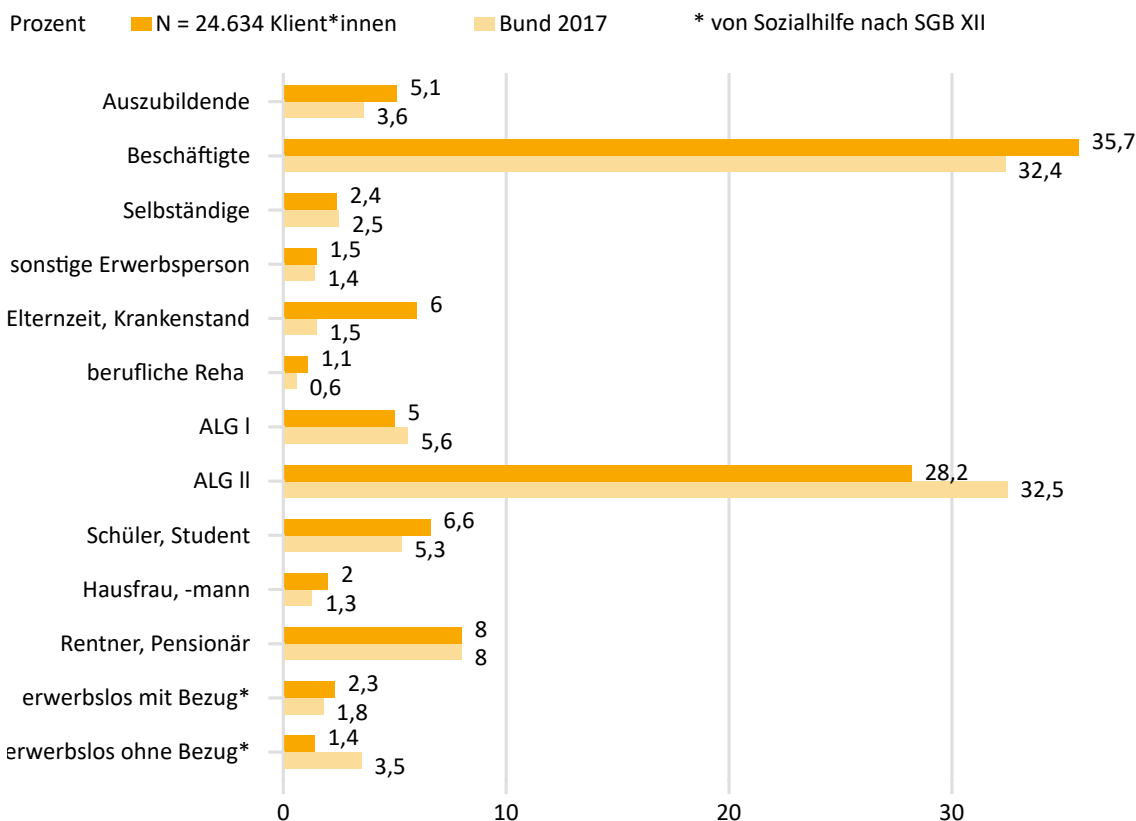
Berufsausbildung: Mehr als die Hälfte der betreuten Menschen hatte eine betriebliche Ausbildung abgeschlossen; ein Drittel verfügte hingegen über keinen Berufsabschluss. (Anmerkung: Dies kann insbesondere bei der Antragstellung für eine ambulante medizinische Rehabilitation ein Problem darstellen, wenn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

Abb. 18: Ausbildungsabschlüsse der Klient*innen



Beschäftigungsverhältnis: Insgesamt waren 58,2 % der Klient*innen nicht am Erwerbsleben beteiligt (2016: 59,6 %). Umgekehrt betrachtet lässt sich sagen, dass 41,8 % im Erwerbsleben standen – als Beschäftigte, Selbständige, in Elternzeit, Azubi, in beruflicher Reha und sonstige Erwerbspersonen. Diese Personengruppen werden als die primäre Zielgruppe eines ambulanten Beratungs- und Therapieangebots in einem hohen Maß erreicht. Ein Drittel der Klient*innen (33,4 %) der niedersächsischen Fachstellen bezog am Tag nach Betreuungsende⁹ das ALG II. Abb. 19 zeigt den Vergleich mit den Bundeszahlen zum Zeitpunkt des Betreuungs-/Behandlungsbegins¹⁰.

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



Während der Betreuung und Behandlung durch die niedersächsischen Fachstellen erhöhte sich der Anteil der nicht erwerbstätigen Klient*innen von 53,5 auf 58,2 %. Dies ist vorrangig darauf zurückzuführen, dass sich der Anteil an Beschäftigten (Arbeiter, Angestellte, Beamte) von 35,7 auf 33 % verringerte und gleichzeitig der Anteil von ALG II-Beziehern von 28,2 auf 33,4 % stieg.

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

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

⁹ Bundeszahlen zum Betreuungsende/Behandlungsende liegen leider nicht vor.

¹⁰ Die Gesamtzahl der Klienten ist durch fehlende Werte niedriger als in Abb. 7 angegeben.

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

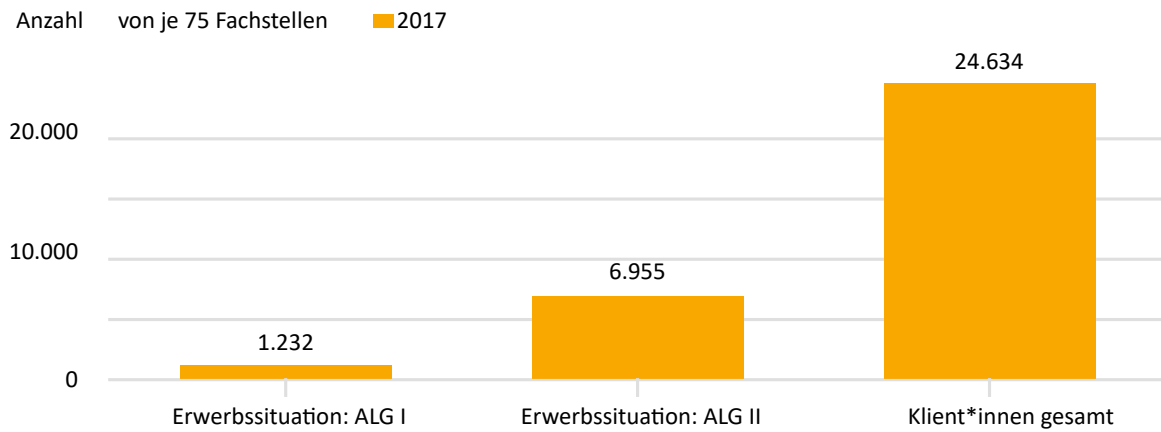
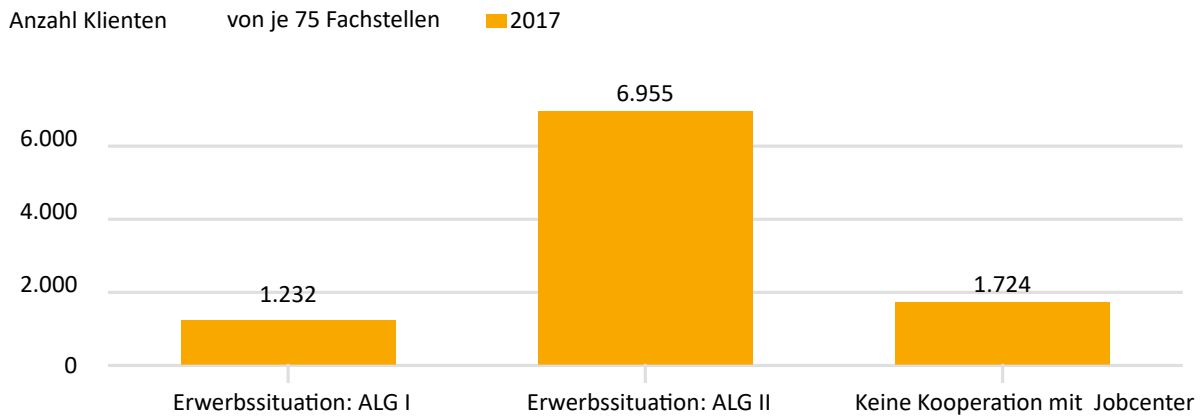


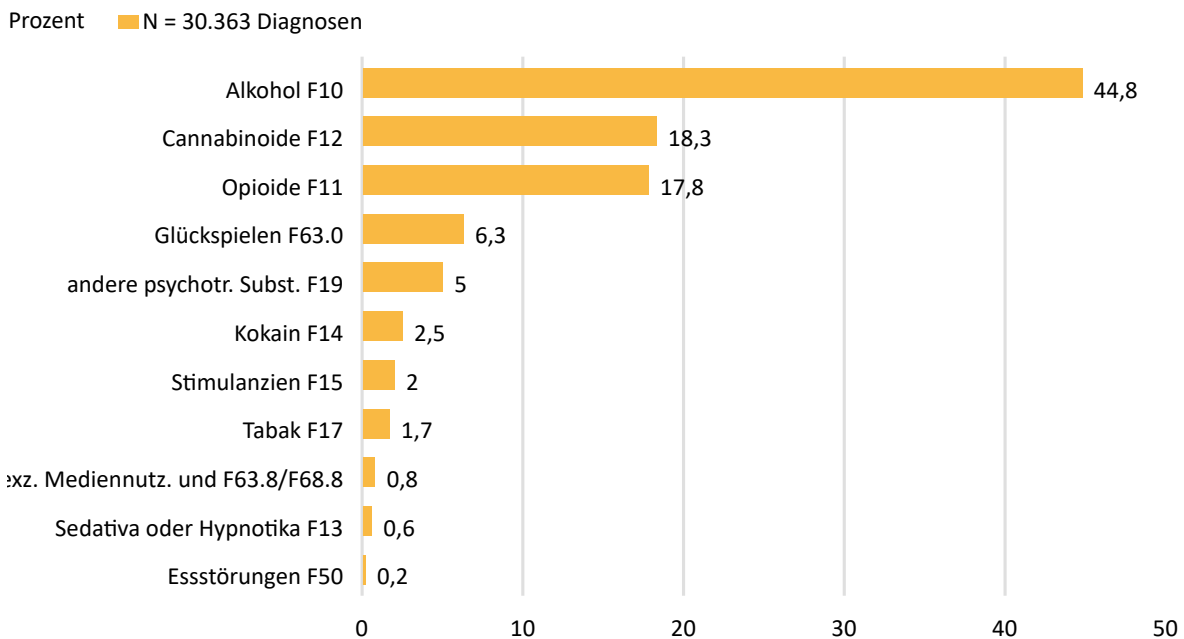
Abb. 21: Erwerbsstatus (am Tag vor) und Kooperation mit Jobcenter



5.6 HAUPTDIAGNOSEN

Der Deutsche Kerndatensatz erfasst sowohl die substanzbezogenen als auch andere Diagnosen auf der Grundlage des Klassifikationssystems ICD-10 und bezieht sich auf die Situation bei Betreuungsbeginn. Als behandlungsleitende ICD-10-Diagnose (Hauptdiagnose) entfielen auf die Abhängigkeit von Alkohol mit 13.600 Nennungen rund 45 % (Bund: 58 %), gefolgt von Cannabinoiden (5.600; Bund: 30,5 %) und Opioiden (5.400; Bund: 22,4 %) und dem Glücksspiel (1.900; Bund: 5,7 %) Siehe dazu die Abb. 22.¹¹ Außerdem wurden etwa 4.500 weitere Diagnosen im Zusammenhang mit der Abhängigkeitserkrankung gestellt.¹²

Abb. 22: Hauptdiagnosen von allen Klient*innen



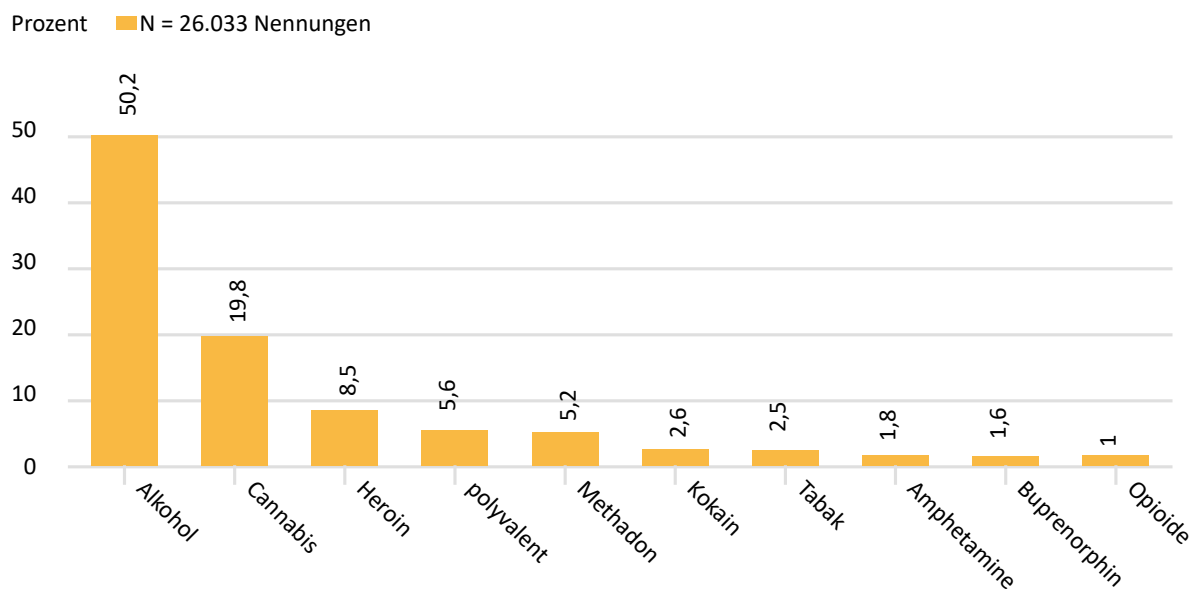
103 Klient*innen teilten im Rahmen der aktuellen Betreuung und Behandlung mit, dass sie positiv auf HIV getestet sind. 56 Klient*innen gaben eine aktive Hepatitis B-Infektion (Virusnachweis positiv) an und für 539 Klient*innen war eine aktive Hepatitis C-Infektion (Virusnachweis positiv) dokumentiert.

¹¹ In einigen Fällen kann - aus unterschiedlichen Gründen - im Rahmen der Betreuung und Behandlung keine Hauptdiagnose für die Klienten*innen gestellt werden. Dies erklärt die geringere Zahl an Nennungen (vgl. Abb. 7).

¹² Diese können zum Beispiel sein: F1x.0 akute Intoxikation, F1X.3 Entzugssyndrom, F1X.4 Entzugssyndrom mit Delir, F1X.5 psychotische Störung, F1X.6 amnestisches Syndrom, F1X.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung. 2.407 weitere ICD-Diagnosen entfallen auf den Bereich somatischer oder neurologischer Störungen, die nicht aus dem Spektrum der psychischen Diagnosen (Fxx.xx) stammen.

Im Hinblick auf den Konsum von psychotropen Haupt-Substanzen entfielen 50,2 % auf Alkohol (Abb. 23; Bund: 53,4 %), gefolgt von Cannabis (19,8 %, Bund: 17,4 %) und Heroin mit 8,5 % (Bund: 8,9 %).

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



Die häufigste Diagnose in Bezug auf psychotrope Substanzen bezieht sich auf Alkohol mit etwa einem Drittel der Fälle (17.510; Bund 57,8 %), gefolgt von Tabak (10.900; Bund 25,7 %) und Cannabis (10.100; Bund 30,2 %) mit jeweils knapp unter 20 % (Abb. 24). Einzelne Klient*innen haben mehrere ICD-Diagnosen, so entsteht die große Zahl an Nennungen.

Abb. 24: Vorliegende Diagnosen nach ICD-10

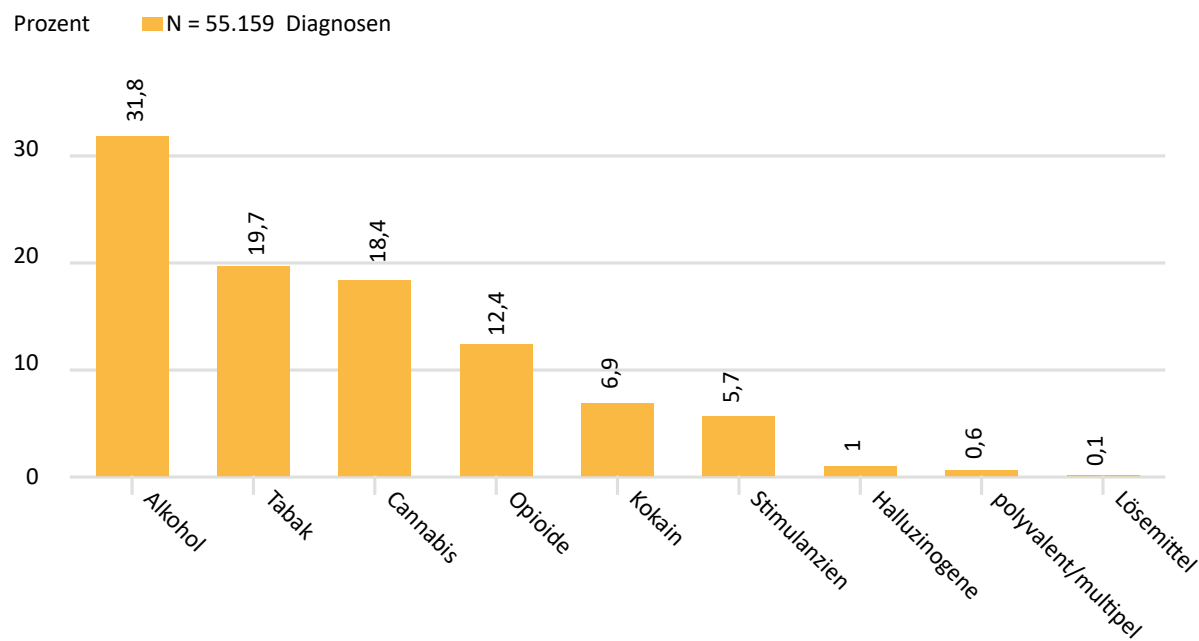
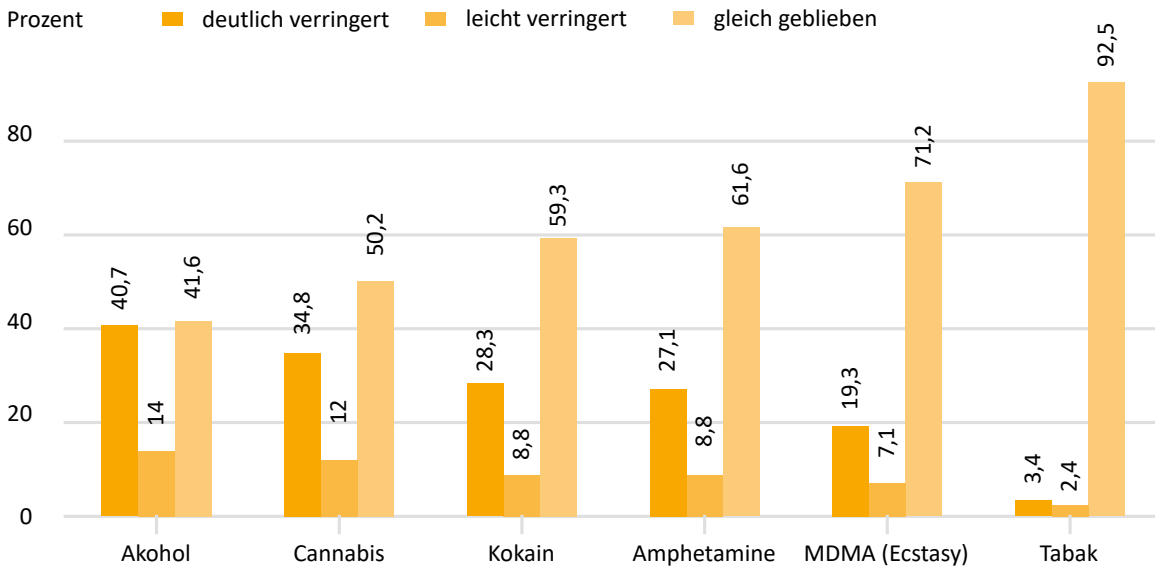


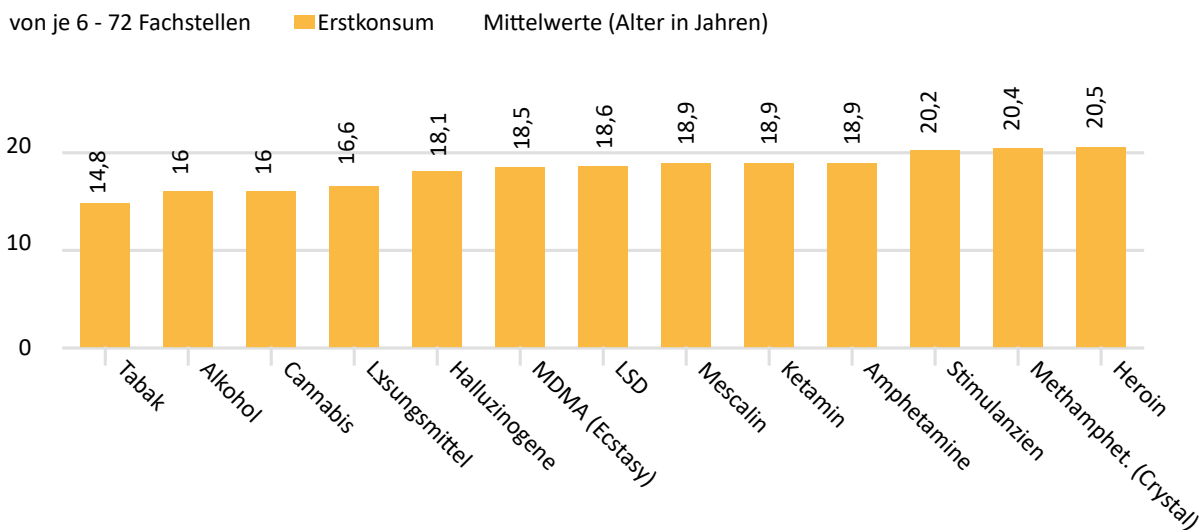
Abb. 25 zeigt die Veränderungen der Konsummenge am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsanfang für ausgewählte Substanzen.¹³ Ausgewählt wurden die Substanzgruppen, deren Konsum für mehr als 500 Klient*innen bewertet worden sind. Die niedersächsischen Werte für „deutlich verringert“ und „leicht verringert“ lagen durchgängig über den Werten der Bundesstatistik, die Werte für „gleich geblieben“ lagen unter den Bundeswerten.¹⁴

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



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

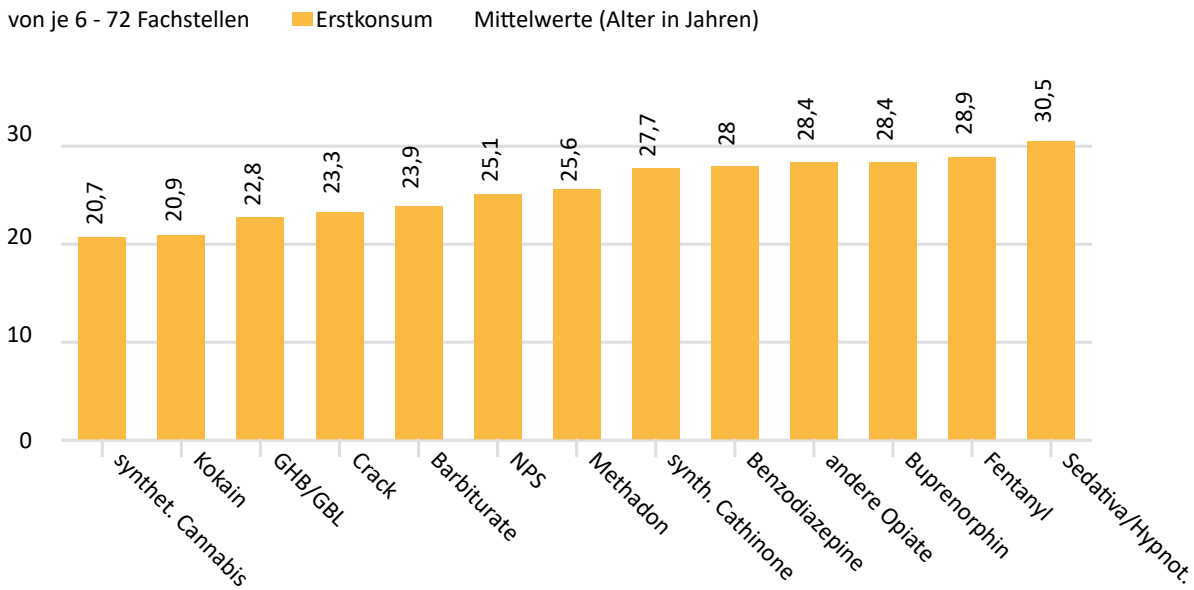
Abb. 26: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum I



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

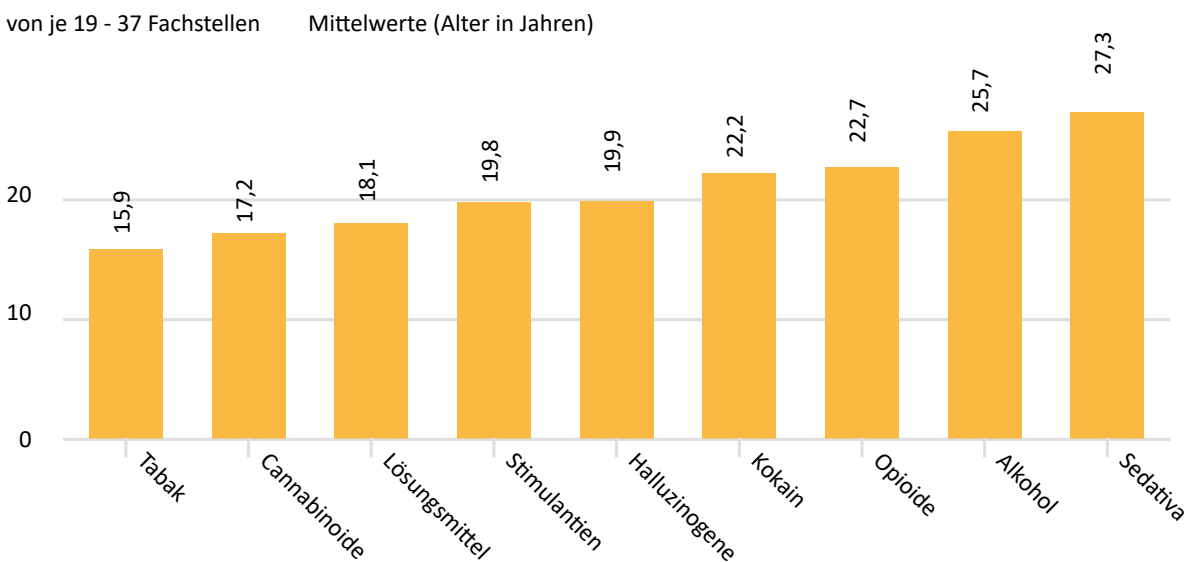
14 Einige Substanzen wurden ärztlich verordnet. Dies betraf in größerem Umfang Methadon (1.578), Buprenorphin (539), andere Opiate (271), Benzodiazepine (166) sowie Heroin (90) und Cannabis (45)

Abb. 27: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum II



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

Abb. 28: Alter bei Störungsbeginn

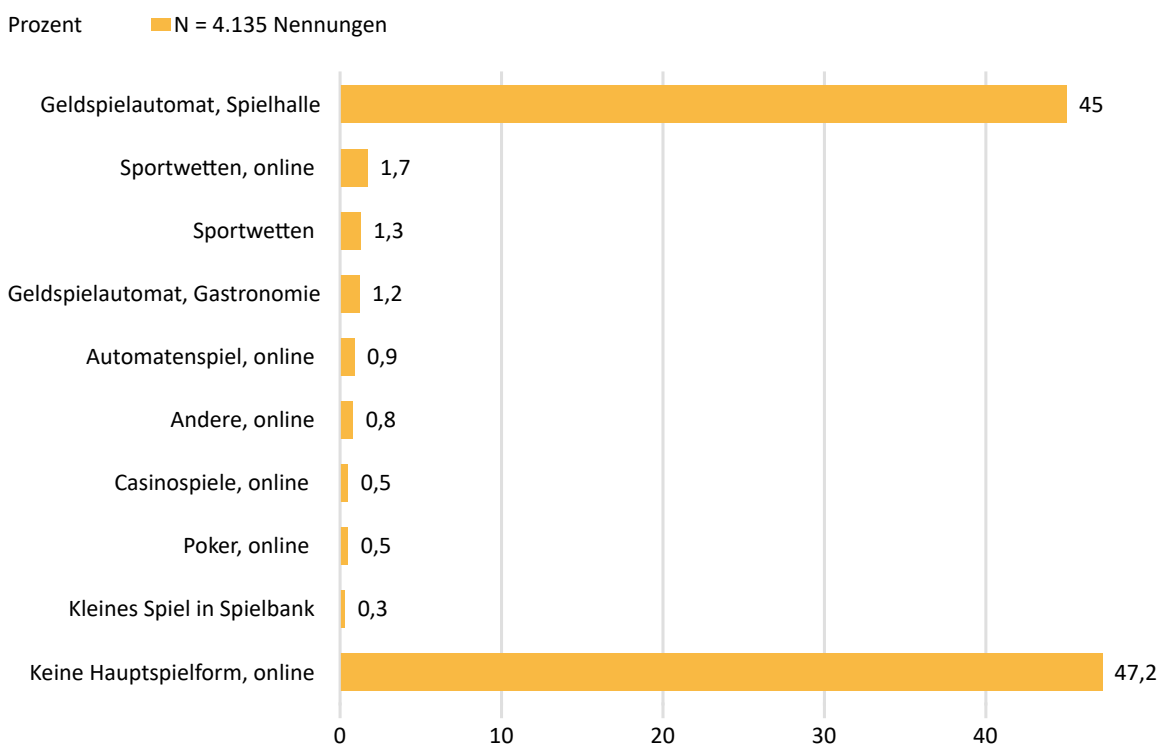


5.7 GLÜCKSSPIELVERHALTEN

45 % (1.859) der Hauptspielformen entfielen auf das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Spielhallen (Abb. 29). Bei der gesamten Verteilung fällt auf, dass Online-Spielformen häufiger vertreten waren als terrestrische. Die stärkste Ausprägung betraf das Online-Spiel ohne Hauptspielform (Nutzung multipler Spielformen) mit über 47 % (1.950). Die Dominanz des Automaten Spielens deckt sich mit den bislang bekannten Untersuchungsergebnissen aus der Glücksspielsucht-Forschung. Abb. 29 zeigt die Hauptspielformen mit über zehn Nennungen.

1.926 Klient*innen erfüllten die Diagnosekriterien für F 63.0 (ICD-10) für pathologisches Glücksspielen. Für 145 Klient*innen lag keine aktuelle Diagnose für pathologisches Glücksspielen vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber früher einmal.

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



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

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

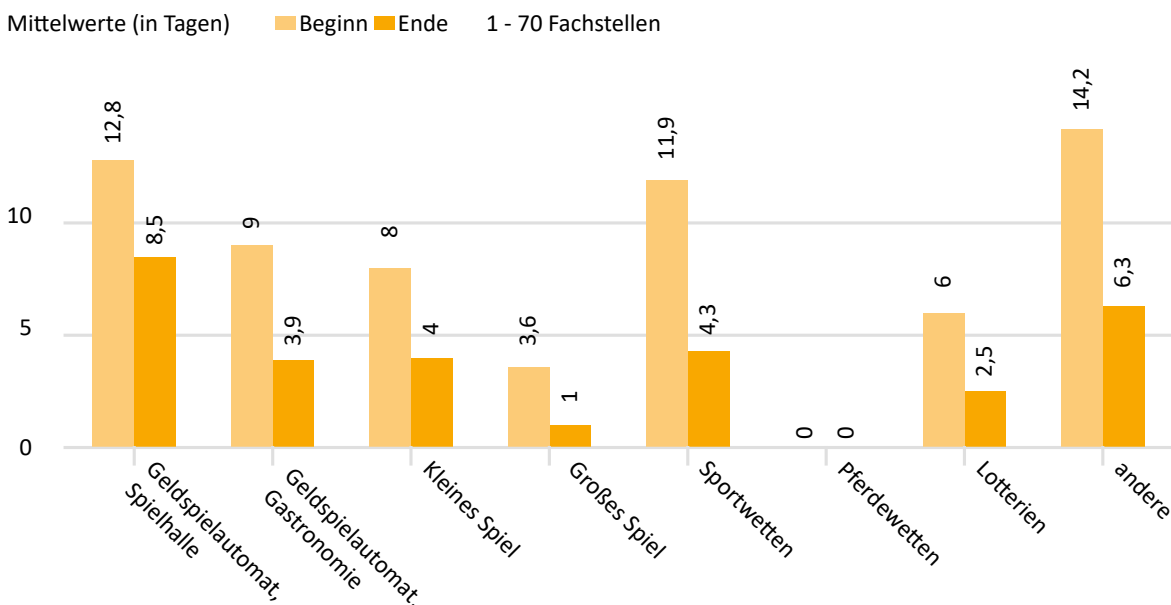


Abb. 31: Spieltage **online** in den letzten 30 Tagen zu Beginn und Ende der Betreuung

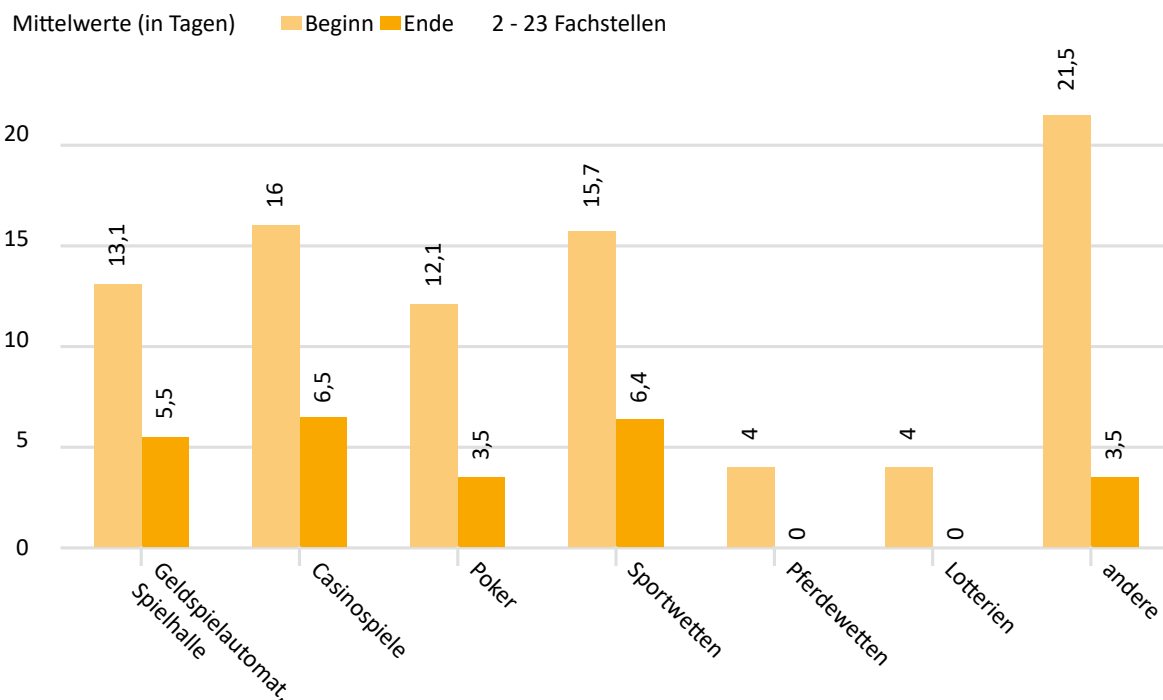
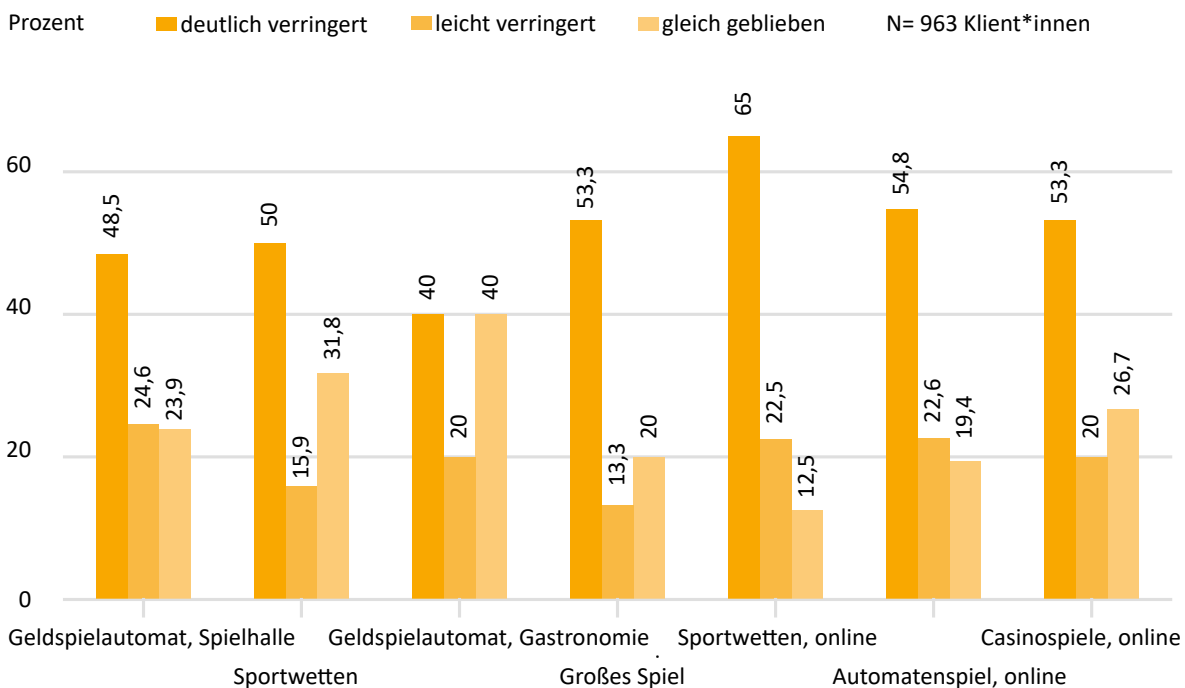


Abb. 32 zeigt die Veränderungen der Spieldauer am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsanfang für ausgewählte terrestrische und Online-Spiele. Bei nahezu allen Spielformen konnte das Glücksspielverhalten für die Hälfte der Klient*innen deutlich verringert werden. Auf die Kategorien „deutlich verringert“ und „leicht verringert“ entfielen zusammen zwischen 60 und 90 % der jeweiligen Klient*innen. Allerdings konnte – je nach Art des Glücksspiels – bei 13 bis 32 % der Klient*innen das Glücksspielverhalten nicht verändert werden. Mit den Kategorien „leicht gesteigert“ und „deutlich gesteigert“ wurden hinsichtlich des Glücksspiels an Geldspielautomaten in Spielhallen jeweils 1,5 % der Klienten*innen bewertet. Bei allen Spielformen entfielen auf die beiden Kategorien vier einzelne Klient*innen.

Für die Abb. 32 wurden die Glücksspielformen ausgewählt, deren Spieldauer für mehr als 14 Klient*innen bewertet worden sind. Am häufigsten vertreten ist das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Spielhallen mit N = 963. Sportwetten und Online-Sportwetten bildeten mit N = 44 und N = 40 die zweithäufigsten Spielformen. Das Spiel an Automaten in Gaststätten und das Online-Automatenspiel folgten mit 31 und 20 Nennungen. Das große Spiel und Online-Casinospiele sind für jeweils 15 Klienten*innen bewertet. Die niedersächsischen Werte für „deutlich verringert“ und „leicht verringert“ liegen durchgängig deutlich bis sehr deutlich über den Werten der Bundesstatistik, die Werte für „gleich geblieben“ liegen entsprechend deutlich unter den Bundeswerten.

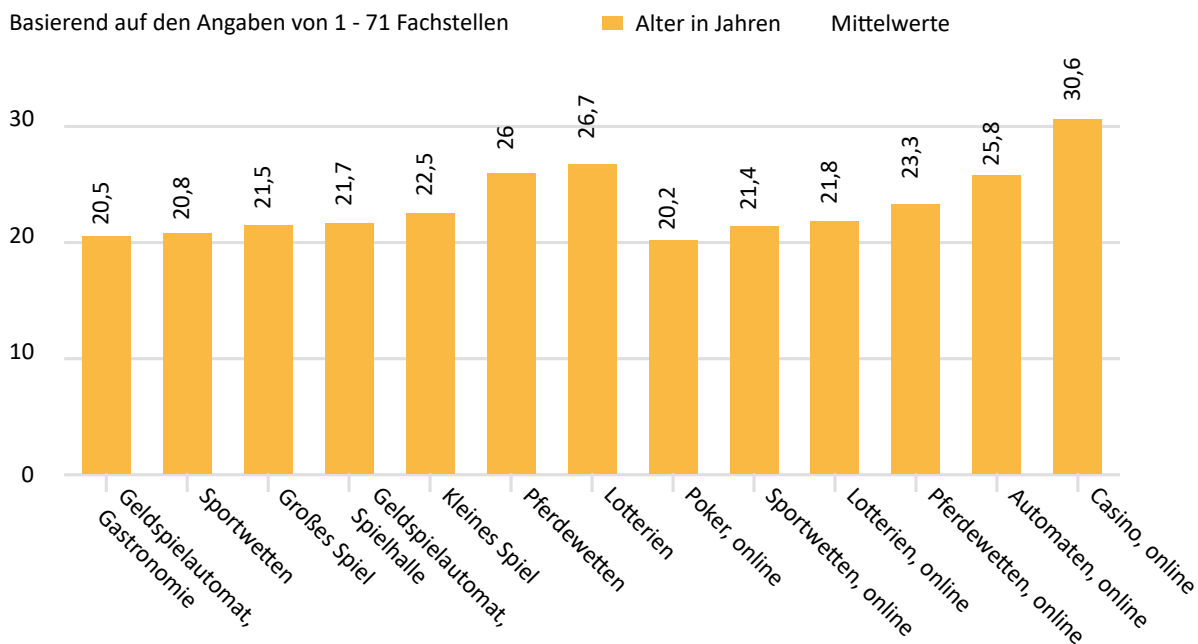
Abb. 32: Bewertung des Glücksspielverhaltens zu Beginn und Ende der Betreuung



Bei dem ersten Spielen um Geld waren die Klient*innen nach eigenen Angaben zwischen 20 und 30 Jahren alt (Abb. 33, siehe Seite 29). Wesentliche Unterschiede zwischen terrestrischem und Online-Spiel gab es dabei nicht. 24,7 Jahre war das durchschnittliche Alter bei Beginn einer Problementwicklung. Die Spanne reicht von 16 bis 44,5 Jahre.¹⁵

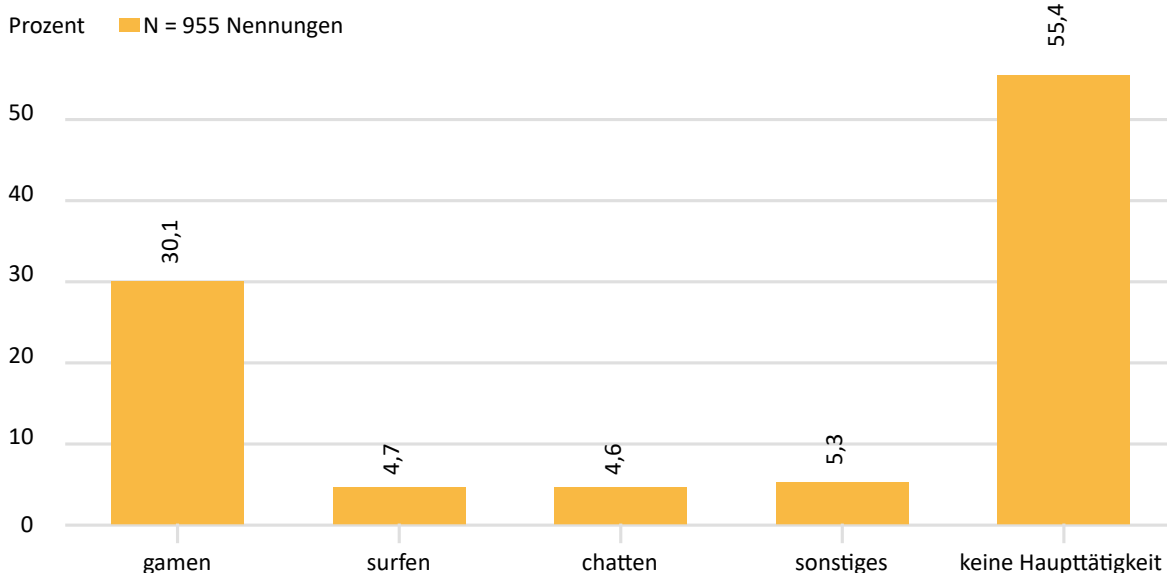
¹⁵ Eine Problemdynamik entwickelt sich häufig dann, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Glücksspielens vorliegt. Dieser Wert ist nicht nach Glücksspielformen unterschieden.

Abb. 33: Alter bei erstem Spielen um Geld.



5.8 EXZESSIVE MEDIENNUTZUNG

Abb. 34: Haupttätigkeiten in Bezug auf exzessive Mediennutzung



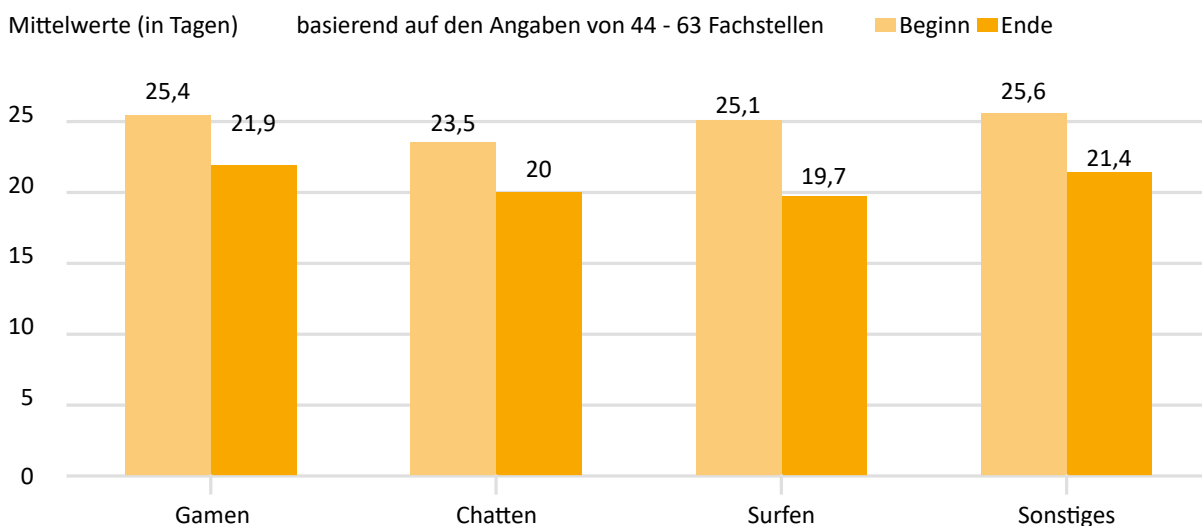
Für exzessive Mediennutzung existiert noch keine ICD-10-Klassifikation. Behelfsweise werden überwiegend die Diagnosen für „Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“ (F 68.8) und für „andere abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle“ (F 63.8) verwendet. 1.334 Klient*innen erfüllten die Diagnosekriterien für Verhaltensstörung F 68.8.

Für 11 Klient*innen lag keine aktuelle Diagnose vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber früher einmal. 364 Klient*innen erfüllten die Diagnosekriterien für Störung der Impulskontrolle F 63.8. Hier lag für 16 Klient*innen keine aktuelle Diagnose vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber bereits früher. Zusammen sind dies 1.725 Diagnosefälle. Dies übersteigt die Zahl der Haupttätigkeiten, weil einige Klient*innen Mehrfachdiagnosen haben oder bei ihnen die exzessive Mediennutzung nicht die Haupttätigkeit ist.

Über 30 % (287 Nennungen) der Haupttätigkeiten in Bezug auf exzessive Mediennutzung entfielen auf das Gamen (Abb. 34). Surfen, chatten und sonstiges waren mit rund 5 % vertreten (N = 44 bis 51). Die stärkste Ausprägung betraf die exzessive Mediennutzung ohne Haupttätigkeit mit über 55 % (siehe auch Online-Glücksspiel „ohne Hauptspielform“ als stärkste Ausprägung).

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

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

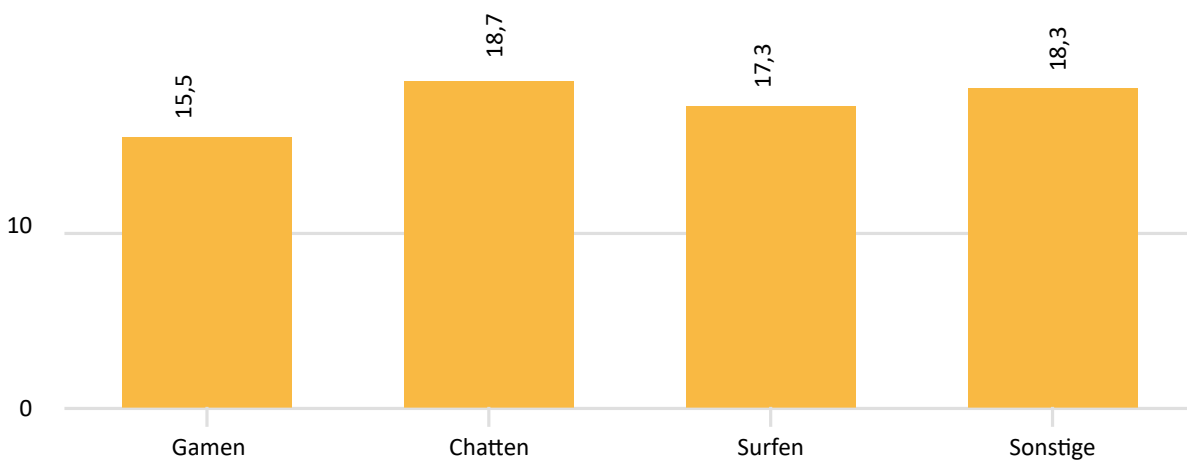


Bei dem ersten Nutzen von Medien waren die Klient*innen nach eigenen Angaben zwischen 15 und 19 Jahren alt. Hierbei setzte „Computerspielen“ deutlich früher ein als der Gebrauch der anderen Medien.

Das Alter, das die Klient*innen für den Beginn einer Problementwicklung angaben, lag für die ICD-Diagnose F68.8 (Verhaltensstörung) bei 20,2 Jahren (bei einer Altersspanne von 8 bis 45 Jahren) und für F63.8 (Störung der Impulskontrolle) bei 19 Jahren (Spanne 12 bis 34 Jahre). Im Mittel lag die Problementwicklung für beide Diagnosegruppen zusammen bei 19,6 Jahren. Die Entwicklung einer Problemdynamik tritt häufig dann ein, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Medienkonsums vorliegt. Die durchschnittliche Dauer vom ersten Medienkonsum bis zur Entwicklung resp. Wahrnehmung einer Problemdynamik war beim Gamen etwas höher. Bei den anderen Formen lag sie bei ein bis zwei Jahren.

Abb. 36: Alter bei erster Nutzung von Medien

Basierend auf den Angaben von 37 - 56 Fachstellen ■ Alter in Jahren Mittelwerte

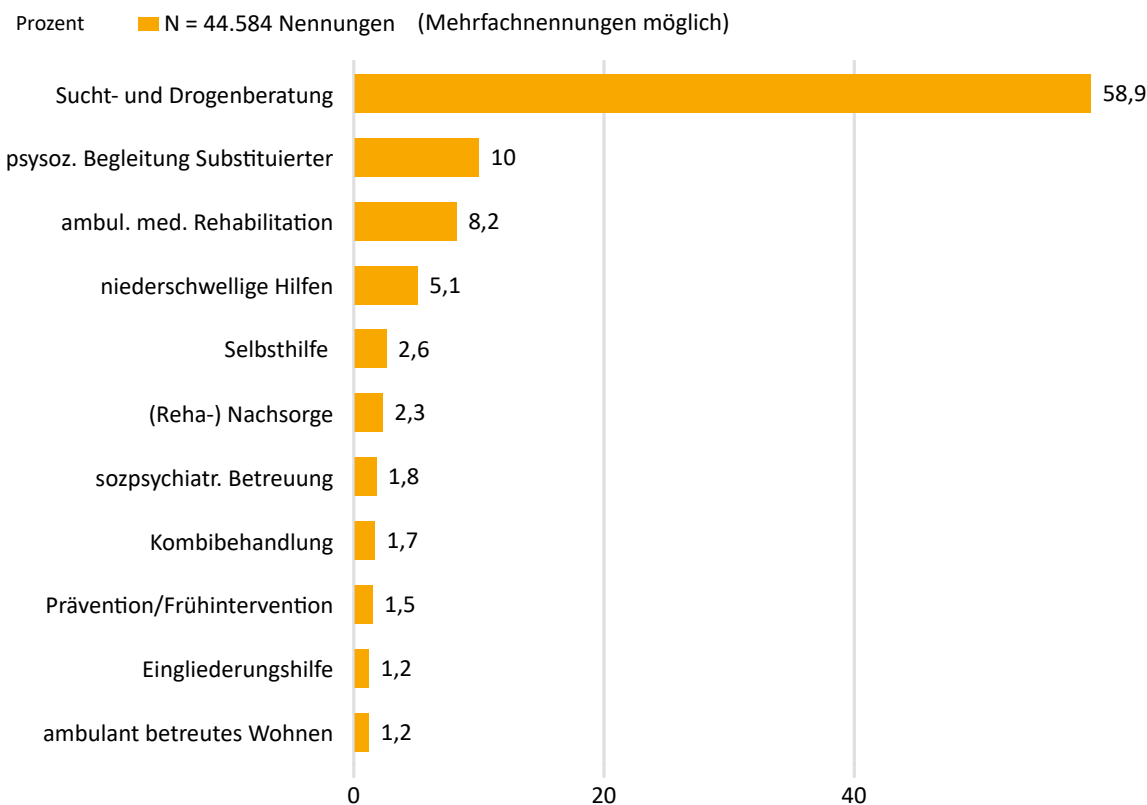


5.9 BETREUUNG UND BEHANDLUNG

Im Hinblick auf die in Anspruch genommenen Leistungen der Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention durch die Klient*innen dominierte die ambulante Suchtberatung mit 58,9 % der Nennungen (Abb. 37; Bund: 67,5 %), gefolgt von der psychosozialen Begleitung von Substituierten (PSB) mit 10 % (Bund: 4,8 %), der ambulanten medizinischen Rehabilitation mit gut 8 % (Bund: 2,9 %) und niedrigschwelligen Hilfen mit 5 % (Bund: 1,8 %). Alle weiteren Betreuungsarten lagen unter 3 % der Nennungen.

Der Vergleich mit der Bundesstatistik zeigt, dass in Niedersachsen um ein Vielfaches mehr an Therapien im ambulanten Setting durchgeführt wurden. Zurückzuführen ist dies auf die bereits erwähnte hohe DRV-Anerkennungsquote der niedersächsischen Fachstellen für die Durchführung von ambulanten Entwöhnungsmaßnahmen. Weiterhin zählt sich die besondere Förderung des Landes für die PSB insofern aus, als dass die PSB-Quote in Niedersachsen doppelt so hoch ist wie der Bundesdurchschnitt (Niedersachsen 4.447 von 44.584 Nennungen = 10 %; Bund 5.526 von 82.738 Nennungen = 6,7 %).

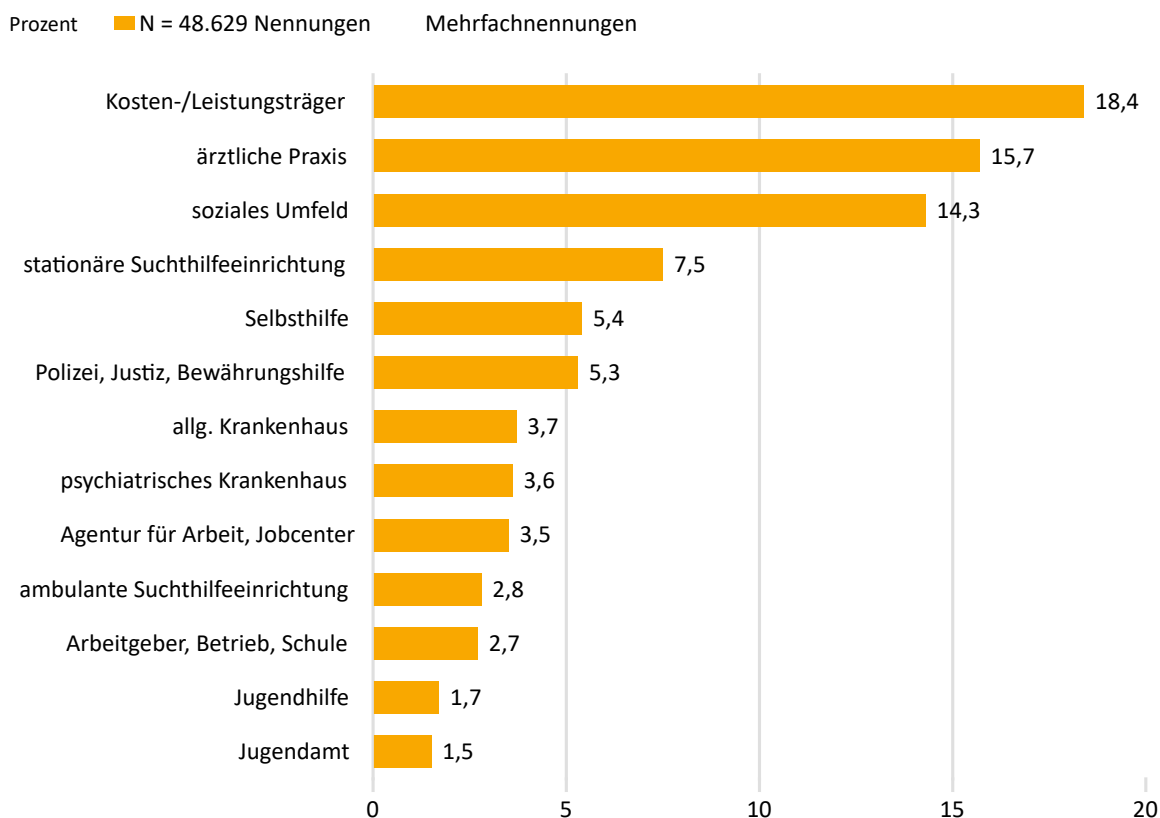
Abb. 37: In Anspruch genommene Leistungen der Fachstellen (über 1 %)



Im Zuge der Betreuung und Behandlung gab es 665.725 Kontakte mit Klient*innen - rein rechnerisch entfallen damit auf jede Fachstelle 8.876 Einzelkontakte. Diese Zahl umfasst alle klientenbezogenen Kontakte innerhalb einer Betreuungs-/Behandlungsepisode, also auch solche mit Behörden und Bezugspersonen, mit einer Mindestgesprächsdauer von 10 Minuten und substanziell beratendem, behandelndem oder informativem Charakter.

Im Zuge der Beratung und Behandlung kooperierten über 18 % der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention (Abb. 38) mit Kosten- und Leistungsträgern (18,4 %; Bund: 36,7 %) sowie mit niedergelassenen Ärzten (15,7 %; Bund 31 %). Über 14 % der Kooperationen entfielen auf das soziale Umfeld (Bund: 36,1 %). Weitere, zahlenmäßig nennenswerte Kooperationspartner (mit jeweils über 5 %) waren stationäre Suchthilfeeinrichtungen (Bund: 20,2 %), die Selbsthilfe (Bund: 11,2 %) sowie Polizei, Justiz und Bewährungshilfe (Bund: 20,3 %).

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

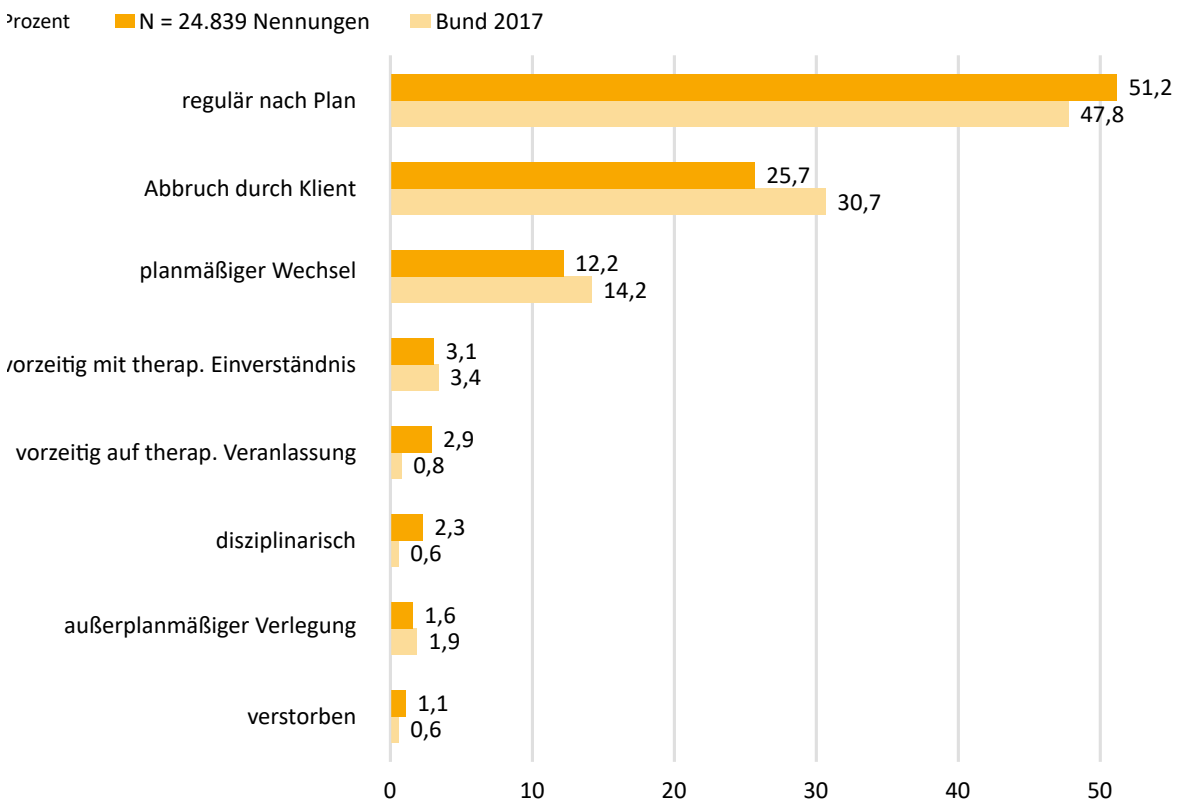


2017 wurden 4.149 Kontakte zwischen Klient*innen und Selbsthilfegruppen erfolgreich gefördert bzw. vermittelt. (Eine bloße Empfehlung des Besuchs einer Selbsthilfegruppe ist hier nicht enthalten.) In 3.090 Fällen hatten die Klient*innen im Laufe der Betreuung / Behandlung wiederholt oder regelmäßig an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen. (Ein nur einmaliges „Ausprobieren“ wird hier nicht aufgeführt.)

5.10 BEENDIGUNG

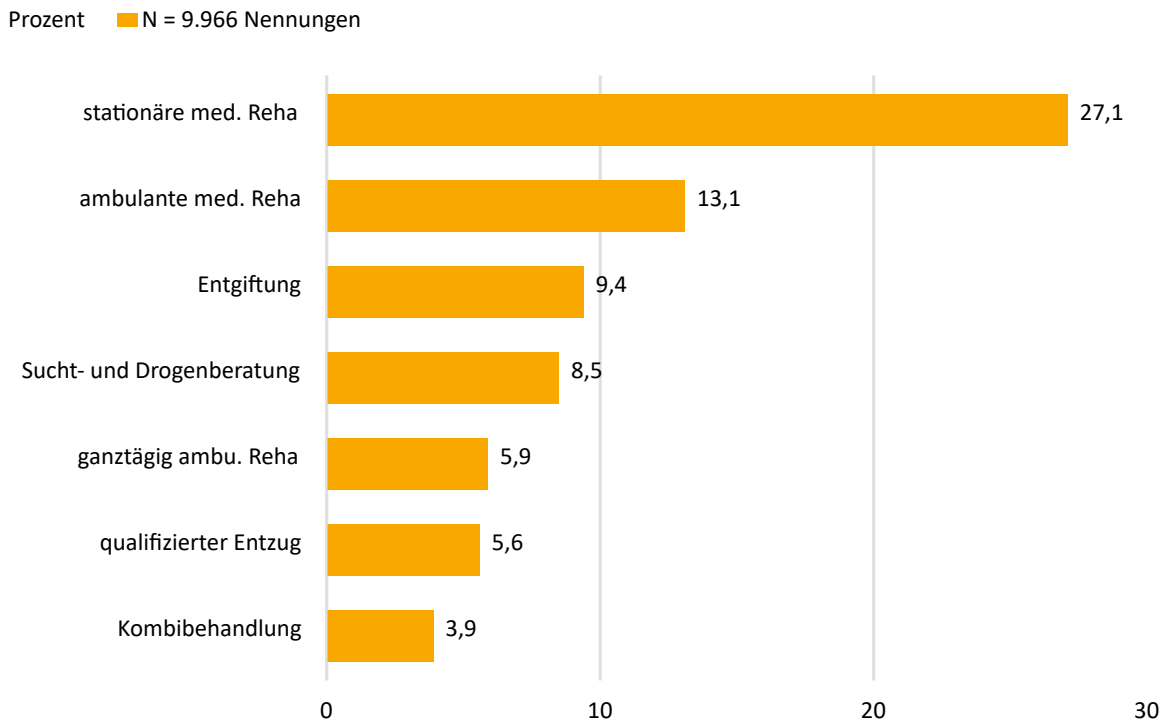
Über 51 % aller Klient*innen haben in 2017 die in Anspruch genommene Betreuung und Behandlung durch eine Fachstelle regulär nach Plan beendet (2016: 61,6 %; Bund 2017: 47,8 %). Bezieht man die planmäßige Verlegung in eine andere Behandlungsform und die mit therapeutischem Einverständnis erfolgten vorzeitigen Beendigungen mit ein, betrug die Quote 66,5 % (2016: 66,2 %; Bund 2017: 65,4 %). Sie lag damit auf einem ähnlichen Niveau wie der Bundesdurchschnitt.

Abb. 39: Art der Beendigung



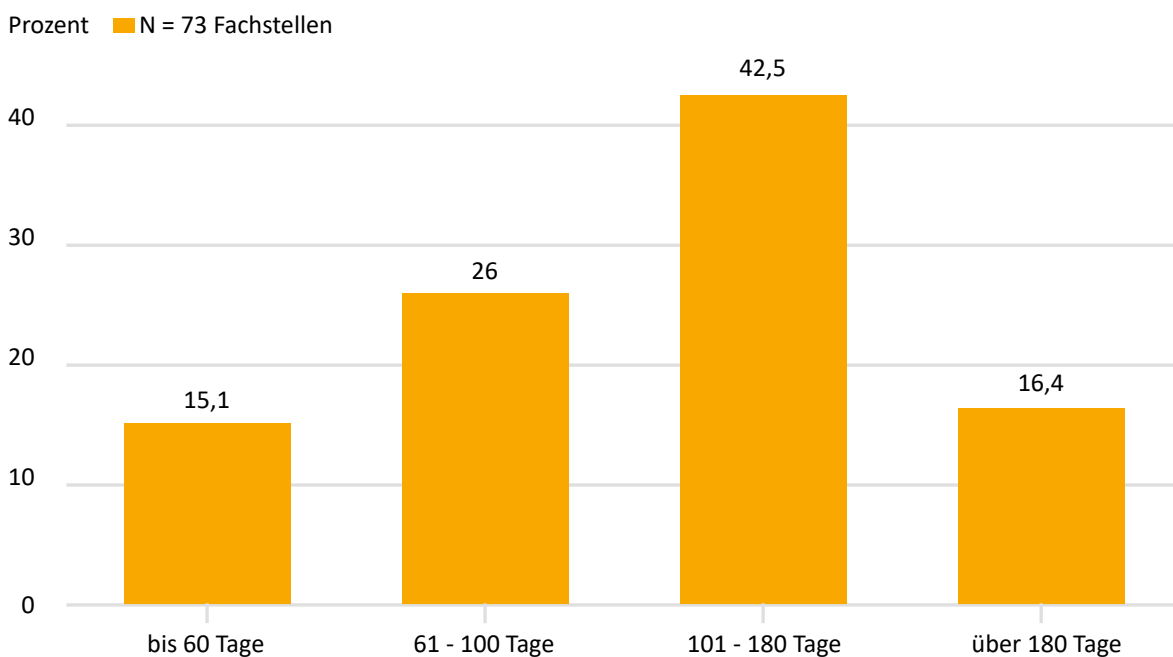
Von den 9.966 Fällen, deren Betreuung und Behandlung mit einer Weitervermittlung beendet wurden (Abb. 40), entfielen 27,1 % (2.700) auf einen Übergang der Klient*innen in die stationäre medizinische Rehabilitation (Bund: 30,5 %). 13 % der Klient*innen wurden in die ambulante medizinische Rehabilitation weitervermittelt (Bund: 6,7 %) und jeweils unter 10 % in die Entgiftung sowie die Sucht- und Drogenberatung.

Abb. 40: Die häufigsten Weitervermittlungen



Die Betreuungs- und Behandlungsdauer, d.h. der Zeitraum zwischen Beginn und Ende der Betreuung/Behandlung, betrug für alle Klient*innen und Angehörigen im Mittel 121,4 Tage, also rund vier Monate (Abb. 41). Die Mehrzahl von ihnen (83,6 %) wurde bis zu 180 Tagen betreut. Rund 40 % der Klient*innen wurden bis zu 100 Tagen betreut. Insgesamt wurden für über 43.000 Klienten mehr als 5,7 Mio. Betreuungs-/Behandlungstage bereitgestellt.

Abb. 41: Betreuungs-/ Behandlungsdauer in Tagen



In etwa 6 von 10 Fällen konnte das Konsumverhalten der betreuten und behandelten Klient*innen (61,6 %; Bund 57,2 %) in 2017 zum Positiven gebessert werden. Bei nur 2 % der Behandelten stellte sich eine Verschlechterung der Symptomatik ein (Bund: 2,5 %). In Bezug auf alle Problembereiche konnte eine Verschlechterung der Situation sowie das Neuauftreten von Schwierigkeiten nahezu gänzlich verhindert werden.

Hinsichtlich der körperlichen und psychischen Gesundheit konnte in deutlich über 40 % der Fälle durch die Betreuung und Behandlung eine Verbesserung erzielt werden (Bund: 43,6 % und 47,5 %). Bei bis zu einem Drittel der Klient*innen konnten darüber hinaus die Problemfelder Familie, soziales Umfeld, Schule/Arbeit, Freizeit und Tagesstruktur zum Besseren gewendet werden. Die Daten sind mit denen des Bundes vergleichbar.

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

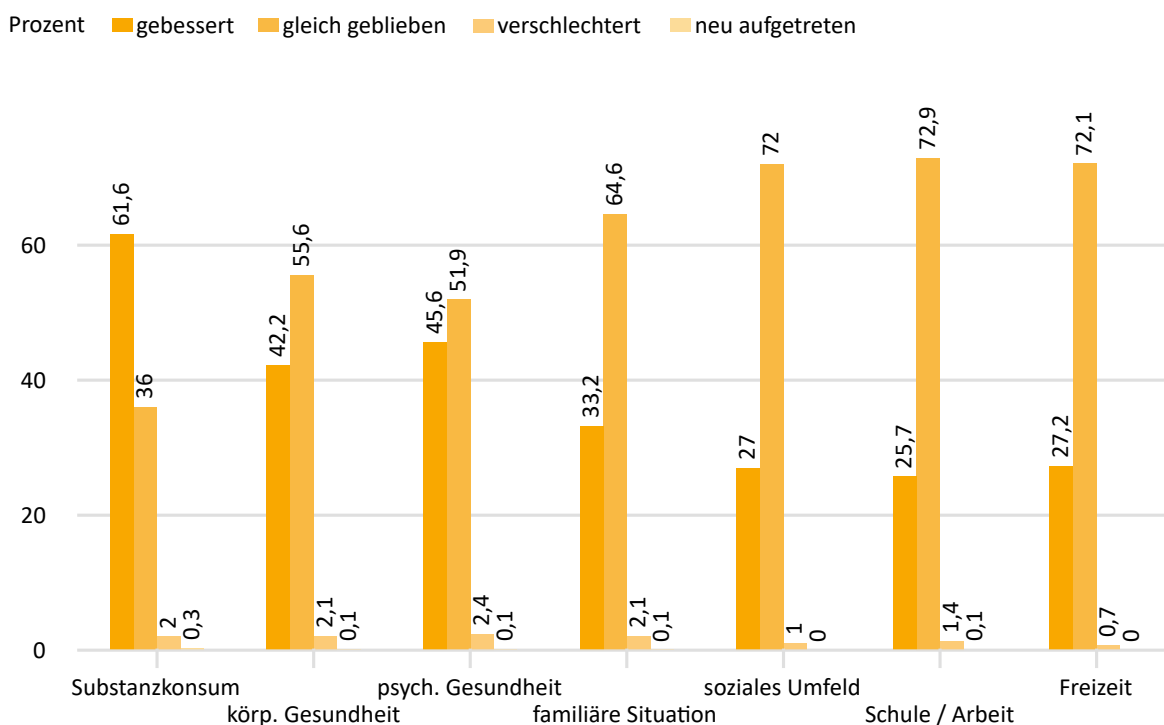
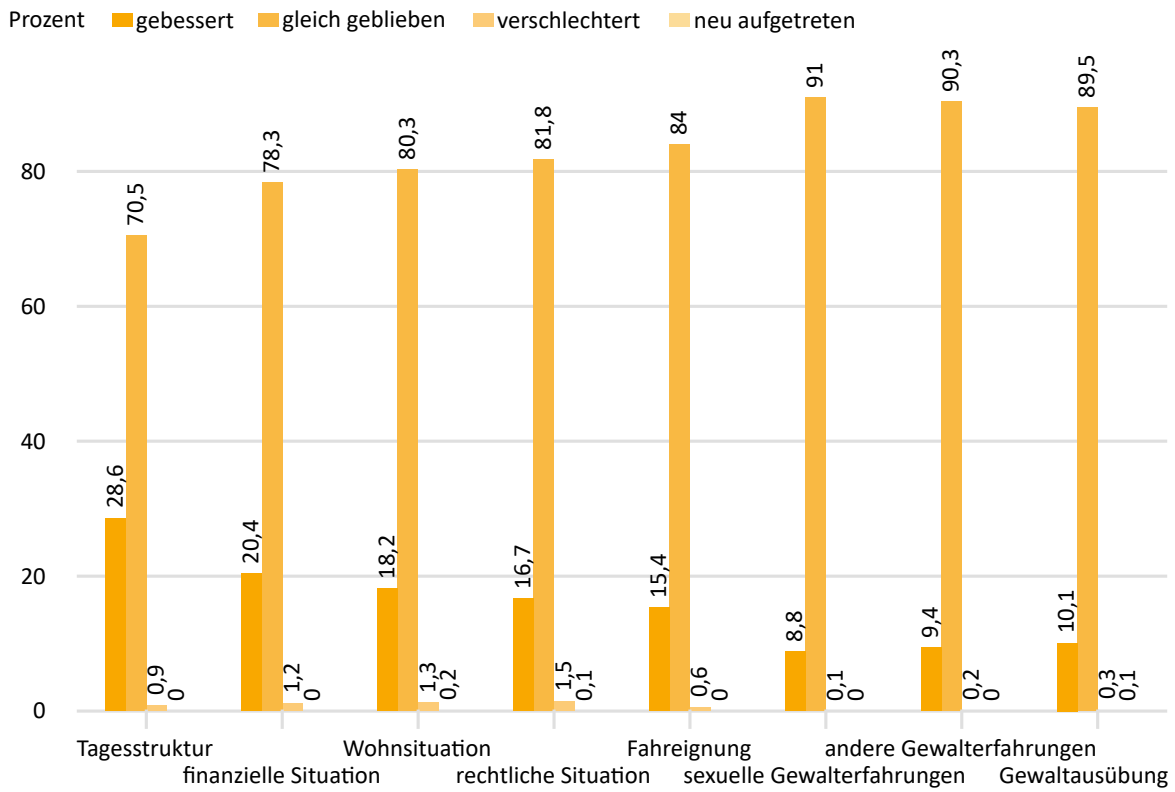


Abb. 43: Problematik am Tag des Betreuungs- / Behandlungsendes II



6 ZUSAMMENFASSUNG

Mit einer Ausschöpfungsquote von 100 % der Kerndatensätze zur Dokumentation der Arbeit der ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen für das Jahr 2017 konnte an die Ergebnisse der Vorjahre angeknüpft werden.¹⁶ Die Aussagekraft dieses Berichtes ist deshalb sehr hoch. Auch die Vergleiche mit den Erhebungsdaten aus der Deutschen Suchthilfestatistik aus demselben Jahr zeigen bemerkenswert große Übereinstimmungen. Im Zuge der aktuellen Umstellung auf den KDS 3.0, gemäß dem erstmals die Erhebung 2017 durchgeführt wurde, ist ein späteres Erscheinungsdatum dieses Berichts der 100-%igen Ausschöpfungsquote geschuldet.

DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK:

- 2017 wurden in Niedersachsen in 75 Einrichtungen rund 44.000 Personen mit einer Suchtsymptomatik ambulant betreut, per Kerndatensatz erfasst, und in dieser Jahresauswertung berücksichtigt.
- Mit der jetzt erstmals eingesetzten Kerndatensatzversion 3.0 werden auch die vorher nicht dokumentierten Klient*innen vollständig erfasst. Zusammen mit diesen weiteren 8.115 Personen haben in 2017 insgesamt über 52.000 Klient*innen die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention aufgesucht.
- Über 51 % der Betroffenen begaben sich weitgehend aus eigenem Antrieb in die Beratung oder Therapie, die anderen wurden über verschiedene Instanzen vermittelt.
- Rund 666.000 Kontakte mit Klient*innen und Angehörige wurden durchgeführt. Rechnerisch sind das durchschnittlich 8.880 Kontakte je Fachstelle.
- Knapp 42 % der Klient*innen standen während der Beratung bzw. Behandlung gleichzeitig im Erwerbsleben. Hier zahlen sich die abendlichen Öffnungszeiten der Fachstellen an einigen Tagen in der Woche aus und die Bemühungen der Fachstellen, die Erwerbstätigkeit ihrer Klient*innen möglichst aufrecht zu erhalten.
- Über 60 % der Behandelten konnten ihren Substanzkonsum im Zuge der Behandlung reduzieren. Auch die mit der Abhängigkeitserkrankung assoziierten Probleme hinsichtlich Gesundheit, Teilhabe und anderer Bereiche wurden in vielen Fällen verbessert. Verschlechterungen und das neue Auftreten von Problemlagen wurden weitgehend verhindert. Damit lag Niedersachsen über dem Bundesdurchschnitt. Die Zahlen entsprechen den Vorjahreswerten und belegen eine stabil-konstante Erfolgsquote.

BEWERTUNG DER ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNG

Die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen waren 2017 für ihre verantwortungsvolle Arbeit und die ihnen übertragenen Aufgaben zur Beratung und Behandlung von Menschen mit einer Suchtproblematik generell gut aufgestellt. Sie verfügten über ein breit gefächertes Angebotsspektrum im Hinblick auf differenzierte und qualifizierte suchtbetonte Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Setting. Das ambulante Suchthilfe-Angebot war flächendeckend in Niedersachsen vorhanden und konnte zielgerichtet wohnortnah oder sogar direkt am Wohnort in Anspruch genommen werden. Die Vernetzung der ambulanten Einrichtungen mit den sozialpsychiatrischen Verbänden gelang zu beinahe 100 %. Der Versorgungs- und Erreichbarkeitsgrad ambulanter Einrichtungen der Suchthilfe in Niedersachsen ist somit als hoch einzuschätzen.

¹⁶ Die Ausschöpfungsquoten waren in 2003: 69,7%; 2005: 90%; 2006: 98,7%; 2007: 100%; 2008: 75%; 2009 - 2016: 100%). Ursache für den Einbruch in 2008 war die Umstellung der Erhebungsformulare auf die neue bundeseinheitliche Kerndatensatzstruktur.

Gemessen am Bundesdurchschnitt ist den niedersächsischen Einrichtungen für 2017 eine gleich hohe Qualität hinsichtlich der strukturellen Merkmale des Angebots und der Effektivität der klientenbezogenen Leistungen in der Beratung und ambulanten Suchthilfe zu bescheinigen. Weiterhin zeigten sie sich im Hinblick auf die verschiedenen Bausteine eines internen Qualitätsmanagements als gut eingerichtet. Sie wurden hierfür u.a. von der NLS kontinuierlich und fachkundig unterstützt. Die Zahl der ambulanten Einrichtungen, die sich von externer Stelle haben zertifizieren lassen, bewegt sich auf dem Vorjahresniveau.

Auch 2017 sind weitere Anstrengungen unternommen worden, um die Angebote der ambulanten Einrichtungen zur Beschäftigungsförderung der Klient*innen zu steigern. Viele Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen engagieren sich mittlerweile in diesem Bereich, indem u.a. die Suche der Klient*innen nach einem Ausbildungs- oder Arbeitsplatz tatkräftig unterstützt wird. Es sind jedoch weitere Anstrengungen notwendig, um die berufliche Integration der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung voran zu treiben. Z.B. besitzt 2017 (wie im Vorjahr) ein Drittel der Klient*innen keinen Berufsabschluss und hat vor diesem Hintergrund eindeutig schlechtere Chancen am Arbeitsmarkt.

Die Tatsache, dass jede*r zweite Klient*in (52,1 %) auf direktem Weg und ohne jede Vermittlung die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe aufsuchen, ist als Vertrauensbeweis für die Attraktivität und Qualität des ambulanten Hilfeangebots positiv zu werten. Im oberen Bereich der Vermittlungsquoten von Klient*innen mit einer Suchtproblematik sind auch die niedergelassenen Arztpraxen vertreten. Der Umstand, dass diese Quote über die letzten Jahre hinweg relativ konstant ist, legt die Vermutung nahe, dass es trotz vielfältiger Anstrengungen nicht so einfach zu sein scheint, diesen Vermittlungsweg noch weiter auszubauen.

Der Anteil der jungen und jüngeren Klient*innen (bis zum 20. Lebensjahr), die durch die ambulanten Fachstellen betreut wurden, lag 2017 deutlich unter 10 %. Dies ist auch dadurch bedingt, dass sich manifeste Suchtprobleme oft erst in den mittleren oder älteren Lebensabschnittsgruppen zeigen und erst dann eine Beratung und/oder Behandlung in einer Fachstelle für Sucht und Suchtprävention in Anspruch genommen wird. Dies belegen erneut die ermittelten Daten dieser Erhebung. Die seit einigen Jahren eingerichteten speziellen Frühinterventionsprogramme¹⁷ führen jedoch nachweislich zu einer höheren Inanspruchnahme des Beratungsangebotes durch die jüngere Zielgruppe. Der Anteil der unter 20-jährigen Betreuten ist seit 2006 (5,2 %) kontinuierlich leicht gestiegen und beträgt 9 % in 2017. In absoluten Zahlen sind dies 3.952 junge Menschen (2015: 3.500; 2016: 3.700). Ziel ist es, die Inanspruchnahme auch in den nächsten Jahren noch weiter auszubauen, um Menschen frühzeitiger zu erreichen und die Folgen von Abhängigkeitserkrankungen in stärkerem Maße zu vermeiden.

Da die jüngere Zielgruppe oft noch keine manifesten Suchtprobleme aufweist, ist sie vorrangig Adressat der zahlreichen Präventionsmaßnahmen der ambulanten Einrichtungen und liegt in diesem Segment quantitativ mit weitem Abstand auf dem vordersten Rang. Selektive und indizierte Präventionsmaßnahmen zielen auf eine Frühintervention bei besonderen Risikogruppen bzw. bei riskantem Konsumverhalten, um einer Abhängigkeitserkrankung vorzubeugen. Diese spezifischen Daten schlagen sich allerdings nicht in diesem Bericht nieder, sondern sind an anderer Stelle im Jahresbericht 2017 der Arbeit der Suchtpräventionsfachkräfte in Niedersachsen dokumentiert.

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



Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen

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