

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage des Abgeordneten Thorsten Paul Moritze (AfD)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung

Suchtberatung, Substitutionsprogramme, Fördermittel und Drogentodesfälle in Wilhelmshaven

Anfrage des Abgeordneten Thorsten Paul Moritze (AfD), eingegangen am 19.06.2026 -
Drs. 19/10996
an die Staatskanzlei übersandt am 23.06.2026

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung
namens der Landesregierung vom 23.07.2026

Vorbemerkung des Abgeordneten

Die Stadt Wilhelmshaven verfügt über Einrichtungen der Suchtberatung und Suchthilfe sowie über Angebote zur psychosozialen Begleitung von Personen in Substitutionsprogrammen. Diese Angebote werden mit öffentlichen Mitteln gefördert und sollen dazu beitragen, die gesundheitliche Situation der Betroffenen zu verbessern, Drogentodesfälle zu verhindern sowie die soziale Stabilisierung und Reintegration suchtkranker Menschen zu unterstützen.

Insbesondere vor dem Hintergrund drogenbedingter Todesfälle, möglicher Langzeitabhängigkeiten, Beikonsums illegaler Drogen und der Entwicklung der Drogenszene in Wilhelmshaven frage ich die Landesregierung:

Vorbemerkung der Landesregierung

Das Land Niedersachsen fördert im Rahmen der freiwilligen sozialen Leistungen insgesamt 76 ambulante Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen und unterstützt damit die Kommunen bei der Daseinsvorsorge. Die Beratungs- und Unterstützungsleistungen der Fachstellen werden entsprechend der „Deutschen Suchthilfestatistik“ erfasst und dokumentiert. Auf Landesebene liegen aggregierte Daten vor. Einzeldaten zu spezifischen Klientengruppen auf kommunaler Ebene liegen der Landesregierung nicht vor.

1. Wie viele Beratungsfälle wurden in den Jahren 2023 bis 2025 durch die Suchtberatung in Wilhelmshaven jeweils bearbeitet?

In Niedersachsen wurden in 76 ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention im Jahr 2023 41 822 und 41 000 Personen im Jahr 2024 mit einer Suchtsymptomatik ambulant betreut. Auf Wilhelmshaven entfallen davon ca. 3 % der ratsuchenden Personen.

Die Zahlen für 2025 liegen noch nicht vor.

2. Wie viele dieser Beratungsfälle betrafen Abhängigkeiten von illegalen Drogen?

In den Jahren 2023 und 2024 wie auch in den vorigen Jahren, war der Hauptgrund, weshalb Menschen die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention aufsuchten, das Thema Alkohol.

Im Jahr 2023 lag der Anteil der Ratsuchenden mit einer Alkoholkonsumstörung bei 49,7 %, mit der Hauptdiagnose „Cannabinoide“ bei 19,2 % und „Opiode“ bei 11,3 %.

Im Jahr 2024 war mit 50,2 % eine Alkoholkonsumstörung bei den Ratsuchenden der Fachstellen die Hauptdiagnose. Darauf folgten die Hauptdiagnosen „Cannabinoide“ (17,3 %) und „Opiode“ (12,1 %).

Die Zahlen für das Jahr 2025 liegen noch nicht vor.

3. Wie viele dieser Beratungsfälle betrafen opioidabhängige Personen?

Es wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

4. Wie viele Personen wurden in den Jahren 2023 bis 2025 jeweils im Rahmen einer Methadon-, Levomethadon-(Polamidon), Buprenorphin- oder sonstigen Substitutionsbehandlung psychosozial begleitet?

In den Jahren 2023 und 2024 wurden in Niedersachsen jährlich 7 587 Menschen mit Opioidabhängigkeit substitutionsgestützt behandelt. Da seit der Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung im Jahr 2017 die psychosoziale Begleitbehandlung nicht mehr verpflichtend ist, ist die Anzahl der Menschen rückläufig, die diese Betreuung in Anspruch nehmen. In den Jahren 2023 und 2024 lag die Anzahl der gemeldeten Substitutionsbehandlungen im Landkreis Wilhelmshaven bei jährlich 208 (2023) und 188 (2024).

Die Zahlen für 2025 liegen noch nicht vor.

5. Wie viele Erstkontakte und wie viele laufende Betreuungsverhältnisse wurden in den einzelnen Jahren registriert?

Die Suchthilfestatistik erfasst keine einmaligen Beratungs- und Erstgespräche. Zu den laufenden Betreuungsverhältnissen wird auf die angefügte Statistik (**Anlage** Suchthilfestatistik der Jahre 2023 und 2024) verwiesen.

6. Wie viele Mitarbeiter standen in den Jahren 2023 bis 2025 jeweils für die Suchtberatung in Wilhelmshaven zur Verfügung?

Die Fachstelle für Sucht und Suchtprävention verfügte in den Jahren 2023 und 2024 über sieben Mitarbeitende, 2025 waren es acht Mitarbeitende. Dies sind sowohl Verwaltungsfachkräfte, therapeutisches- und Leitungspersonal als auch Präventionsfachkräfte.

7. Wie hoch waren die jährlichen Fördermittel des Landes Niedersachsen für die Suchtberatung und die psychosoziale Begleitung substituierter Personen in Wilhelmshaven in den Jahren 2023 bis 2025?

Wie eingangs erwähnt, unterstützt das Land mit Landesmitteln die Kommunen bei der Suchtberatung und Suchtprävention. Das Land unterstützt anteilig auf Antrag mit jährlichen Zuwendungen entsprechend der „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen an Fachstellen für Sucht und Suchtprävention“:

	2023	2024	2025
Allgemeiner Suchtbereich	58.499,00 €	57.461,00 €	62.881,00 €
Prävention	23.000,00 €	23.000,00 €	23.000,00 €
Psychosoziale Begleitung	23.278,00 €	23.278,00 €	23.278,00 €
Landesförderung	104.777,00 €	103.739,00 €	109.159,00 €

8. Wie hoch waren die jährlichen Gesamtausgaben der geförderten Einrichtungen für die Suchtberatung und die psychosoziale Begleitung substituierter Personen?

	2023	2024	2025
Personalausgaben	304.033,66 €	355.354,37 €	401.322,33 €
Sachausgaben	86.102,22 €	86.968,93 €	72.948,59 €
Gesamtausgaben	390.135,88 €	442.323,30 €	474.270,92 €

9. Wie hoch waren die jährlichen Personalkosten der Einrichtungen?

Personalkosten	2023	2024	2025
Allgemeiner Suchtbereich	206.562,07 €	242.948,51 €	283.924,59 €
Prävention	64.981,06 €	69.128,43 €	72.859,46 €
Psychosoziale Begleitung	32.490,53 €	43.277,43 €	44.538,28 €
Gesamt	304.033,66 €	355.354,37 €	401.322,33 €

10. Wie viele Beratungsfälle entfielen rechnerisch auf eine Vollzeitkraft?

Hierzu liegen der Landesregierung keine Daten vor.

11. Wie viele Personen konnten ihre Substitutionsbehandlung in den Jahren 2023 bis 2025 erfolgreich abschließen?

Hierzu liegen der Landesregierung keine Daten vor.

12. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung über Beikonsum illegaler Drogen bei Personen in Substitutionsbehandlung in Wilhelmshaven vor?

Hierzu liegen der Landesregierung keine Daten vor.

13. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung über die Weitergabe verschriebener Substitutionsmittel an Dritte oder deren Handel auf dem Schwarzmarkt vor?

Grundsätzlich werden Daten zur Kriminalitätsentwicklung auf Basis der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) dargestellt. Bei der PKS als sogenannte Ausgangsstatistik erfolgt eine statistische Erfassung erst nach Abschluss der polizeilichen Ermittlungen mit Aktenabgabe an die Staatsanwaltschaft. Die Daten werden jeweils zum Jahresende bedarfsorientiert qualitätsgesichert und in der Folge festgeschrieben. Mit diesem dann „statischen“ Datenmaterial können u. a. Zeitreihenvergleiche zur Darstellung von Kriminalitätsentwicklungen abgebildet werden. Die Daten zur Fragestellung können jedoch mangels spezifischer Erfassung nicht über die PKS abgebildet werden.

14. Wie viele drogenabhängige Personen sind in Wilhelmshaven in den Jahren 2023 bis 2025 jeweils verstorben?

Bei Todesfällen von drogenabhängigen Personen werden - sofern sie als solche polizeilich bekannt werden - Rauschgiftsofortmeldungen gefertigt. Demnach liegen für das Jahr 2023 für Wilhelmshaven sechs Rauschgiftsofortmeldungen im Zusammenhang mit verstorbenen Personen vor. Im Jahr 2024 trifft dies für drei und in 2025 für fünf Personen zu.

15. Wie viele dieser verstorbenen Personen befanden sich zum Zeitpunkt ihres Todes in einer laufenden Methadon-, Levomethadon-, Buprenorphin- oder sonstigen Substitutionsbehandlung?

Zu dieser Fragestellung liegen der Landesregierung keine validen Daten vor.

16. Wie viele der verstorbenen drogenabhängigen Personen standen vor ihrem Tod in Betreuung der Suchtberatung Wilhelmshaven oder einer anderen öffentlich geförderten Suchthilfeeinrichtung?

Hierzu liegen der Landesregierung keine Erkenntnisse vor.

17. Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung über die Todesursachen der während einer laufenden Substitutionsbehandlung verstorbenen Personen vor?

Hierzu liegen der Landesregierung keine Erkenntnisse vor.

18. Wie bewertet die Landesregierung die Entwicklung der Drogenszene in Wilhelmshaven seit dem Jahr 2023?

Eine Auswertung der Anzahl der Fälle im Bereich der Betäubungsmittelkriminalität für die Stadt Wilhelmshaven zeigt objektiv einen deutlichen Rückgang auf. Während im Jahr 2023 insgesamt noch 645 Delikte registriert wurden, waren es im Jahr 2024 nur noch 358 und im Jahr 2025 noch 253.

Der deutliche Rückgang der Fallzahlen ist vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des Konsumcannabisesgesetzes (KCanG) zum 01.04.2024 zu betrachten. Statistische Aussagen zur Entwicklung der Fallzahlen sind derzeit nur eingeschränkt möglich, da für das Jahr 2024 keine valide und mit den Folgejahren unmittelbar vergleichbare Datengrundlage der PKS vorliegt. Verstöße gegen das KCanG und das Medizinal-Cannabisesgesetz (MedCanG) wurden bis zur Einführung spezifischer PKS-Deliktschlüssel zum 01.01.2025 unter verschiedenen Deliktschlüsseln erfasst. Zudem unterscheidet sich die Struktur der neuen Deliktschlüssel von der bisherigen Systematik. Eine belastbare Bewertung der Entwicklung der Fallzahlen wird daher erst auf Grundlage der Daten der kommenden Berichtsjahre möglich sein.

19. Wie bewertet die Landesregierung die Entwicklung der drogenbedingten Todesfälle in Wilhelmshaven vor dem Hintergrund der für die Suchthilfe und Substitutionsbegleitung eingesetzten öffentlichen Mittel?

Aus Sicht der Landesregierung tragen die anteiligen Landesmittel zu einem wohnortnahen niedrigschwelligen Suchtpräventions- und ambulanten Suchtbehandlungsangebot in Niedersachsen bei und sind daher effektiv und kostensparend eingesetzt. Die Anzahl der im Zusammenhang mit Drogenkonsum verstorbenen Personen ist sehr bedauerlich, korreliert aber nicht primär mit Hilfsangeboten sondern weist auf verunreinigte, im Umlauf befindliche Substanzen, Überdosierungen und Vorerkrankungen der betroffenen Personen hin.

(verteilt am 28.07.2026)

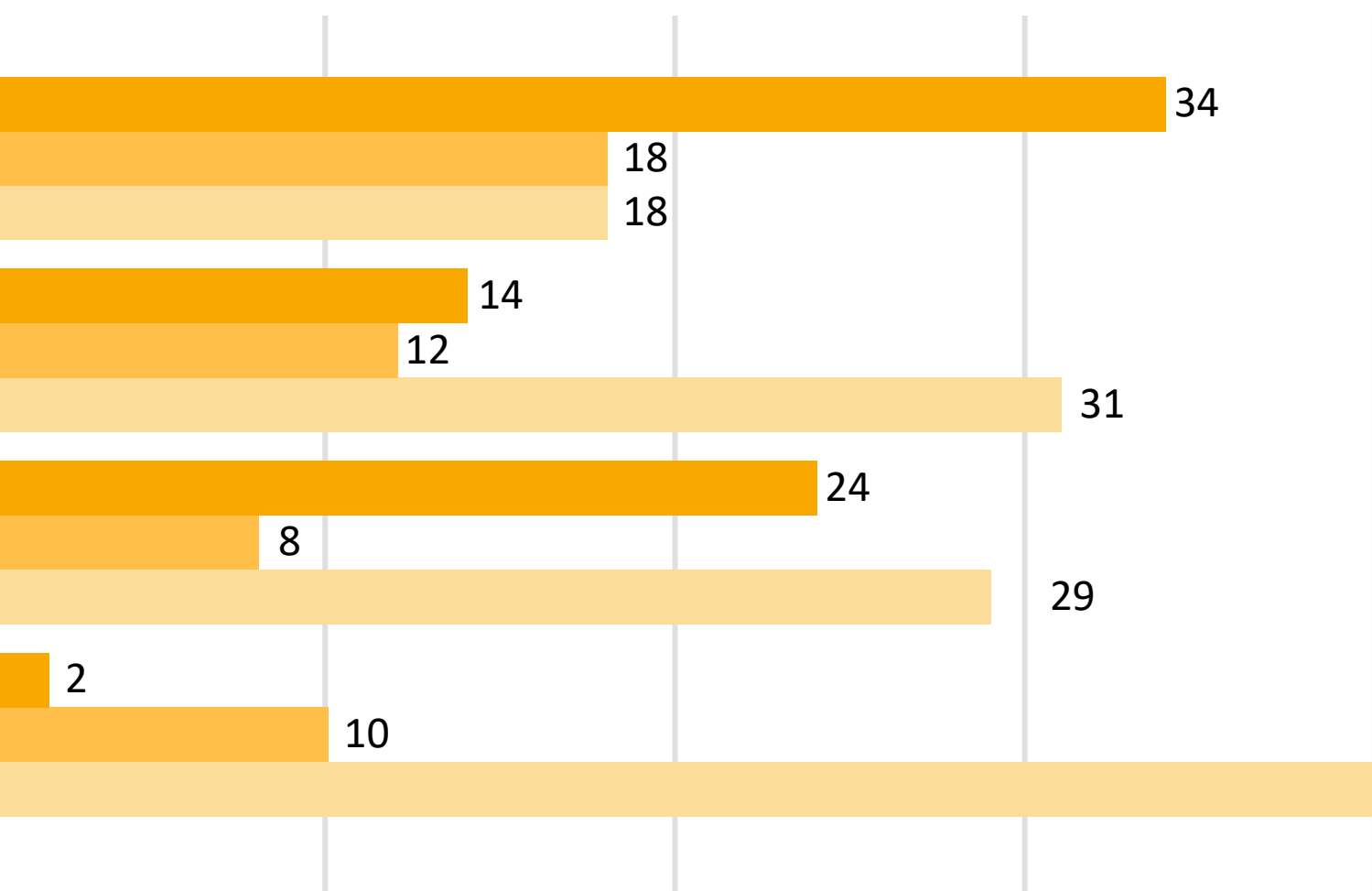
SUCHTHILFESTATISTIK 2023

FÜR AMBULANTE EINRICHTUNGEN IN NIEDERSACHSEN

Landesdokumentation zur ambulanten
Suchtberatung und Suchtbehandlung



Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen



SUCHTHILFESTATISTIK **2023** 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, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

HANNOVER DEZEMBER 2024

1	VORBEMERKUNG	4
2	AUFBAU UND INTENTION	4
3	DATENBASIS	5
4	ZUSAMMENFASSUNG	6
5	ERGEBNISSE: EINRICHTUNGEN (KDS-E)	8
5.1	DIE FACHSTELLEN	9
5.2	DIE MITARBEITER*INNEN	9
5.3	QUALITÄTSKRITERIEN	11
5.4	KOOPERATION UND VERNETZUNG	12
6	ERGEBNISSE: KLIENT*INNEN (KDS-F)	13
6.1	DIE KLIENT*INNEN	14
6.2	ANGEHÖRIGE	16
6.3	VERMITTLUNG	17
6.4	KOSTEN-/LEISTUNGSTRÄGER	18
6.5	SOZIODEMOGRAPHIE	19
6.6	DIAGNOSEN	24
6.7	GLÜCKSSPIELVERHALTEN	28
6.8	EXZESSIVE MEDIENNUTZUNG	31
6.9	BERATUNG, BETREUUNG UND BEHANDLUNG	33
6.10	BEENDIGUNG	35

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 2023 stützt sich auf Daten, die auf der neuen Fassung des Deutschen Kerndatensatzes (Version KDS 3.0 vom 09.09.2016, letzte Revision 01.01.2023) 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 Klient*innen-Dokumentationssystemen, die von den niedersächsischen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention geführt werden.² Die für Niedersachsen modifizierten und auf dem Deutschen Kerndatensatz basierenden Erhebungsbögen (rsp. die elektronischen Exportdateien) sind Bestandteil des jährlich von den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention zu erbringenden Verwendungsnachweises über die Landeszuwendung. Die Vorlage der Datensätze in Verbindung mit dem Verwendungsnachweis ist aufgrund der Richtlinie des Landes Niedersachsen für die Gewährung von Zuwendungen an die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention obligatorisch.

Zum Jahresbeginn 2024 wurde eine Fachstelle für Sucht und Suchtprävention geschlossen, so dass Niedersachsen jetzt 74 vom Land geförderte ambulante Hauptstellen für Sucht und Suchtprävention zählt. Seit dem Erhebungszeitraum 2022 werden die Daten einer weiteren Fachstelle für Sucht und Suchtprävention erhoben und ausgewertet. Diese Fachstelle wird nicht vom Land Niedersachsen gefördert und war bis dato nicht in dem hier zugrunde liegenden Datensatz vertreten. Das Leistungsspektrum dieser Fachstelle entspricht mit Prävention und Beratung dem überwiegenden Teil der niedersächsischen Fachstellen.

Die Erhebungsdateien für 2023 wurden von den Fachstellen bis zum Herbst 2024 vorgelegt. Die angestrebte Vollerhebung konnte für das Berichtsjahr 2023 wieder erreicht werden: In diesen Bericht gingen die Daten von allen 75 Fachstellen in Niedersachsen ein.

2 AUFBAU UND INTENTION

Der Jahresbericht 2023 beschreibt die Situation der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen auf der Basis empirisch gewonnener Daten der 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 (KDS-E: Hilfe-Angebotsstruktur) und Fällen (KDS-F: Hilfe-Inanspruchnahme durch Klient*innen). In Bezug auf die Einrichtungen steht eine Beschreibung nach Art, eingesetzten Mitteln, Angeboten und Struktur der Mitarbeiter*innen im Vordergrund, um einen Überblick über die Leistungen im Land Niedersachsen zur ambulanten Suchtkrankenhilfe zu ermöglichen. Im Hinblick auf die Klient*innen werden neben Informationen über soziodemografische Daten und die Lebenssituation - vor allem Diagnosen und Beratungs- und Behandlungsergebnisse - dargestellt, um die Wirksamkeit der Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen zu beleuchten.

1 Wurden die Erhebungsbögen bis 2016 von den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention teils noch in Papierform 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 fünfzehn 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“ (PATientenverwaltung und LeistungsFAKTurierung) oder „EBIS“ (Einrichtungsbezogenes Behandlungs-Informationssystem) eingesetzt.

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 (Bundes-)Deutschen Suchthilfestatistik beziehen sich alle auf diese Quelle.

Um die aktuellen niedersächsischen Zahlen aus dem Berichtsjahr 2023 besser beurteilen zu können, werden diese an ausgewählten Stellen mit den 2022-er (teilweise auch früheren) Zahlen aus Niedersachsen verglichen und außerdem den Bundesdaten der Deutschen Suchthilfestatistik von 2023 gegenübergestellt (mit „Bund“ gekennzeichnet).

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

Fortgesetzt werden hier eine differenziertere Betrachtung und Auswertung der Daten zur Beschäftigungsförderung und zum Erwerbsstatus.

3 DATENBASIS

Der Deutsche Kerndatensatz (Fassung vom 1.1.2023) besteht aus einem 2-teiligen Erhebungsinstrument pro Einrichtung. Teil 1 umfasst die einrichtungsbezogenen Daten (KDS-E), Teil 2 erhebt die fallbezogenen Kerndaten aus jeder Einrichtung (KDS-F). Die niedersächsische Fassung dieser Instrumente (KDS-NDS) umfasst etwas weniger Items.⁴ In Niedersachsen gibt es 75 Hauptstellen für Sucht und Suchtprävention (plus Nebenstellen insgesamt 115 Anlaufstellen). Eine Gesamt-Auswertung auf Landesebene erstreckte sich somit auf 74 Fragebogensets à 1.066 Items, insgesamt also fast 80.000 Items.

In diesem Jahr stehen zur Auswertung für die Suchthilfestatistik Niedersachsen 2023 die Daten aller 75 Einrichtungen auf Basis des Kerndatensatzes (KDS-E und KDS-F) zur Verfügung. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 100 %. Deshalb bezieht sich die folgende Darstellung sowohl auf sämtliche Fachstellen, als auch auf 100 % der Klient*innen, die als Betroffene oder Angehörige eine niedersächsische Fachstelle aufgesucht haben. In dem folgenden Bericht und bei allen Auswertungen des statistischen Materials wird deshalb die Gesamtzahl der eingereichten Kerndatensätze (N = 75) zugrunde gelegt. Die bundesdeutsche Suchthilfestatistik liegt aktuell für das Berichtsjahr 2023 vor. Diese besaß in den vergangenen Jahren eine Ausschöpfungsquote von etwa 70 % aller deutschen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen.⁵ Die Bundesdaten beruhen auf einer Erhebung von 897 Fachstellen und umfassen die Angaben über rund 312.000 Klient*innen.

Für diesen Bericht liegen die Daten aus Niedersachsen von den meisten Einrichtungen weitgehend lückenlos vor. Werden in einigen Ergebnisdarstellungen Fallzahlen unter N = 75 angezeigt, so liegt dies an fehlenden Werten bei den entsprechenden Items. Die Dokumentation der Fachstellen liegt gegenüber dem Einführungsjahr des KDS 3.0 (2017) weiterhin auf einem hohen Niveau, sodass Datenbasis und Aussagekraft der Suchthilfestatistik 2023 den Ansprüchen gerecht werden.

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

4 Die aktuellen KDS-NDS-Formulare befinden sich im Downloadbereich der NLS.
<https://www.nls-online.de/produkt-kategorie/materialien>

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

4 ZUSAMMENFASSUNG

Mit einer Ausschöpfungsquote von 100 % der Kerndatensätze zur Dokumentation der Arbeit der ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen für das Jahr 2023 konnte an die Ergebnisse der meisten Vorjahre wieder vollständig angeknüpft werden.⁶ Die Aussagekraft dieses Berichtes ist dadurch wieder unverändert hoch. Auch die Vergleiche mit den Erhebungsdaten aus der Deutschen Suchthilfestatistik aus demselben Jahr zeigen bemerkenswert große Übereinstimmungen.

DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK

- 2023 wurden in Niedersachsen in 75 Einrichtungen fast 42.000 Personen (2022: 40.586) mit einer Suchtsymptomatik oder deren Angehörige ambulant betreut, per Kerndatensatz erfasst, und in dieser Jahresauswertung berücksichtigt.
- Mit der seit 2017 eingesetzten Kerndatensatzversion 3.0 werden auch die nicht dokumentierten Klient*innen erfasst. Zusammen mit diesen weiteren 4.428 Personen (2021: 6.749) haben in 2023 insgesamt über 46.000 Klient*innen die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention aufgesucht.
- Über 54 % der Betroffenen begaben sich weitgehend aus eigenem Antrieb in die Beratung oder Therapie, die anderen wurden über verschiedene Instanzen vermittelt.
- Es gab fast 670.000 Kontakte mit Klient*innen und Angehörigen. Rechnerisch sind das fast 9.000 Kontakte je Fachstelle.
- Knapp 54 % der Klient*innen standen während der Beratung bzw. Behandlung im Erwerbsleben oder befanden sich in Ausbildung. 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.
- Fast zwei Drittel der Betreuten / Behandelten konnten ihren Substanzkonsum im Zuge der Betreuung oder Behandlung reduzieren⁷. Auch die mit der Abhängigkeitserkrankung assoziierten Probleme hinsichtlich Gesundheit, Teilhabe und anderer Bereiche wurden durch den Beratungsprozess in vielen Fällen verbessert. Verschlechterungen und das neue Auftreten von Problemlagen wurden weitgehend verhindert. Damit lag Niedersachsen in weiten Teilen über dem Bundesdurchschnitt. Die Zahlen entsprechen den Vorjahreswerten und belegen eine konstante und stabile Erfolgsquote.

BEWERTUNG DER ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNG

Die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen waren in 2023 für ihre verantwortungsvolle Arbeit und die ihnen übertragenen Aufgaben der Beratung und Behandlung von Menschen mit einer Suchtproblematik strukturell 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. Im Jahr 2023 waren immer mehr Fachstellen an die Online Plattform DigiSucht angeschlossen, sodass vermehrt auch ein niedrigschwelliger, digitaler Zugang zu den FSS möglich wurde. Die Vernetzung der ambulanten Einrichtungen mit sozialpsychiatrischen Verbänden gelang zu beinahe 100 %. Die Versorgung der Bevölkerung und der Erreichbarkeitsgrad ambulanter Einrichtungen der Suchthilfe in Niedersachsen ist somit als hoch einzuschätzen. Dagegen ist ein stärkerer Rückgang in der Vermittlung durch allgemeine Krankenhäuser seit 2017 zu beobachten. Ein möglicher Zusammenhang besteht mit dem „Nahtlosverfahren“ von Leistungsträgern und Krankenhausgesellschaften.⁸

⁶ Die Ausschöpfungsquoten waren in 2003: 69,7%; 2005: 90%; 2006: 98,7%; 2007: 100%; 2008: 75%; 2009 - 2019: 100%; 2020: 97,3%; seit 2021: 100%). Ursache für den Einbruch in 2008 war die Umstellung der Erhebungsformulare auf die neue bundeseinheitliche Kerndatensatzstruktur.

⁷ Hierbei ist zu beachten, dass in vielen Fällen, wie beispielsweise der Vermittlung in eine Rehabilitation, die Reduktion kein Ziel der Beratung sondern der anschließenden Behandlung ist.

⁸ „Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“ Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017

Gemessen am Bundesdurchschnitt ist den niedersächsischen Einrichtungen für 2023 eine sehr hohe Qualität hinsichtlich der strukturellen Merkmale des Angebots und der Effektivität der klient*innenbezogenen Leistungen in der Beratung und ambulanten Behandlung zu bescheinigen. Weiterhin zeigten sich die Fachstellen im Hinblick auf die verschiedenen Bausteine eines internen Qualitätsmanagements als gut eingerichtet.

2023 wurden weitere Anstrengungen unternommen, um die Angebote der ambulanten Einrichtungen zur Beschäftigungsförderung der Klient*innen zu verbessern. Viele Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen engagierten sich in diesem Bereich, indem sie die Teilhabe der Klient*innen u.a. auch in Bezug auf den Ausbildungs- oder Arbeitsplatz unterstützten. Allerdings sind weitere Anstrengungen notwendig, um die berufliche Integration der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung voran zu treiben. So besaßen 2023 (wie in den Vorjahren) knapp ein Drittel der Klient*innen (31,9 %) keinen Berufsabschluss und hatten vor diesem Hintergrund eindeutig schlechtere Chancen am Arbeitsmarkt. 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.

Die Tatsache, dass jede*r zweite Klient*in (54,5 %) auf direktem Weg und ohne jede Vermittlung die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe aufsuchten, kann als Vertrauensbeweis für die Attraktivität und Qualität des ambulanten Hilfeangebots gewertet werden. Niedergelassene Ärzte stellen den dritthöchsten Vermittlungsweg in die Suchtberatung. Der Umstand, dass diese Quote über die letzten Jahre hinweg relativ konstant war, zeigt zugleich, dass es trotz vielfältiger Anstrengungen nicht so einfach ist, diesen Vermittlungsweg noch weiter auszubauen. Dieses wäre hilfreich, denn ein problematischer oder abhängiger Substanzkonsum wird häufig bei ärztlichen Untersuchungen erstmals und frühzeitig deutlich. Die fachlich angezeigte Ausweitung der Vernetzung benötigt allerdings zeitliche und personelle Ressourcen, die dann in der direkten Klient*innenarbeit fehlen könnten.

Der Anteil der jungen und jüngeren Klient*innen (bis zum 20. Lebensjahr), die durch die ambulanten Fachstellen betreut wurden, lag 2023 wieder deutlich unter zehn Prozent. Dies ist auch dadurch bedingt, dass sich manifeste Suchtprobleme oft erst im späteren Lebensalter zeigen und erst dann eine Beratung und/oder Behandlung in einer Fachstelle für Sucht und Suchtprävention in Anspruch genommen wird. Hinzu kommt, dass die Klienten bei der dominierenden Hauptsubstanz „Alkohol“ die Beratung in aller Regel in einem höheren Lebensalter aufsuchen.

Die seit einigen Jahren eingerichteten speziellen Frühinterventionsprogramme⁹ führten nachweislich zu einer höheren Inanspruchnahme der Beratungsangebote der Fachstellen durch jüngere Zielgruppen. Der Anteil der unter 20-jährigen Betreuten ist seit 2006 (5,2 %) kontinuierlich gestiegen und beträgt von 2017 bis 2022 rund 9 %. In absoluten Zahlen kamen in dem Berichtsjahr 2.311 junge Menschen in die Beratungsstellen. Ziel ist es, die Inanspruchnahme in den nächsten Jahren weiter auszubauen, um Menschen frühzeitiger zu erreichen und die Folgen von Abhängigkeitserkrankungen in stärkerem Maße zu vermeiden.

Da die jüngeren Ratsuchenden oft noch keine manifesten Suchtprobleme aufweisen, sind sie vorrangig Adressaten der zahlreichen Präventionsmaßnahmen der ambulanten Einrichtungen. 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 im Jahresbericht der Arbeit der Suchtpräventionsfachkräfte in Niedersachsen 2023 dokumentiert. Der Bericht ist auf der NLS-Homepage www.nls-online.de abrufbar.

Sowohl die Zahl der dokumentierten Klient*innen als auch die der Kontakte stieg im Vergleich zum Vorjahr an. Diese Entwicklung trifft auf bestenfalls gleichbleibende Förderung. Die bedeutet bei gestiegenen Personal- und Sachkosten faktisch eine Einschränkung des Angebots. Erste Fachstellen für Sucht und Suchtprävention sind daher gezwungen inzwischen mit Warteliste für Erstberatungen zu arbeiten. Dies kann sich negativ auf die Beratung auswirken, dass einige Ratsuchende nur kurze Zeitfenster der Motivation haben und diese nicht genutzt werden können.

9 z.B. „HaLT in Niedersachsen“ und „realize it“

Die Verteilung der Hauptdiagnosen ist im Vergleich zum Vorjahr sehr konstant. Ein erwarteter Anstieg der Beratungen aufgrund von medien sucht nach Beendigung der Corona Pandemie blieb bisher aus. Zu Beachte ist, das es häufig eine Latenz zwischen dem Auftreten einer Suchtproblematik und der Inanspruchnahme eines Hilfeangebots gibt.

Die Debatte um die Teillegalisierung von Cannabis schlägt sich nicht in den Zahlen 2023 nieder. Auch hier bleibt die Entwicklung abzuwarten, ob die Gesetzesänderungen im Jahr 2024 zukünftig eine Auswirkung auf die Verteilung der Ratsuchenden haben wird.

Der Bericht belegt, dass die Arbeit der niedersächsischen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention eine hohe Konstanz und Qualität aufweist. Um die Angebote in der bisherigen Qualität und Quantität aufrecht erhalten zu können, bedarf es einer auskömmlichen Finanzierung, die zunehmend gefährdet ist.¹⁰

¹⁰ Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland; Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2024-09-26-Bericht_zur_Finanzierung_der_Suchtberatung_FINAL.pdf

5.1 DIE FACHSTELLEN

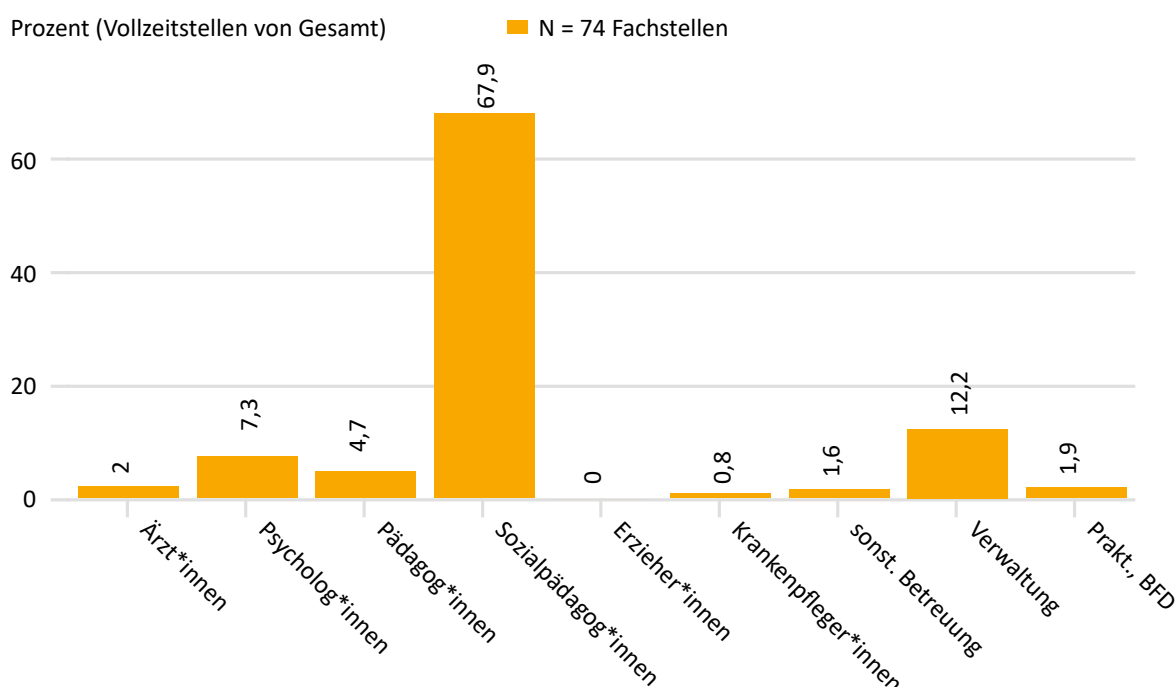
Die 75 ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention gehören alle den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege an. Angaben über die Versorgungsregion, die Zielgruppen der Fachstellen nach Substanz oder Verhalten, zur Erreichbarkeit oder über besondere Leistungen (Öffnungszeiten, zielgruppenspezifische Angebote) sind seit der Umstellung auf den KDS 3.0 nicht mehr möglich.

5.2 DIE MITARBEITENDEN

2023 verfügten 75 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention rechnerisch über 508,7 Vollzeit-Mitarbeiter*innen stellen¹¹ (2022: 517,8). Auf jede Einrichtung entfielen rechnerisch 6,8 Vollzeitstellen (2022: 6,8). Die Anzahl der Mitarbeitenden mit Festanstellung und Honorarvertrag betrug insgesamt 838.

Der Hauptteil aller Beschäftigten der Fachstellen mit knapp 68 % entfallen auf die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagogen*innen (Abb. 1). Im beraterisch-therapeutischen Bereich folgten Psycholog*innen und Pädagog*innen (zwischen 6 und 7 %). Zur Berufsgruppe „Verwaltung“ mit einem Anteil von rund 12 % wurden verschiedene Professionen gezählt (Ökonom*innen und Betriebswirt*innen, 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.

Abb. 1: Berufsgruppen – prozentuale Verteilung der rechnerischen Vollzeitstellen



Insgesamt 414 Mitarbeiter*innen von 74 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention verfügten über eine therapeutische Qualifikation (2022: 447). Im statistischen Mittel beschäftigten die Fachstellen 1,1 Ärzt*innen¹² (Abb. 2). Im Vergleich mit den Bundeszahlen fällt auf, dass in Niedersachsen mehr Suchttherapeut*innen mit Anerkennung der DRV beschäftigt werden als im Bundesdurchschnitt. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass Niedersachsen über eine im Bundesvergleich hohe Quote an DRV-anerkannten Einrichtungen für

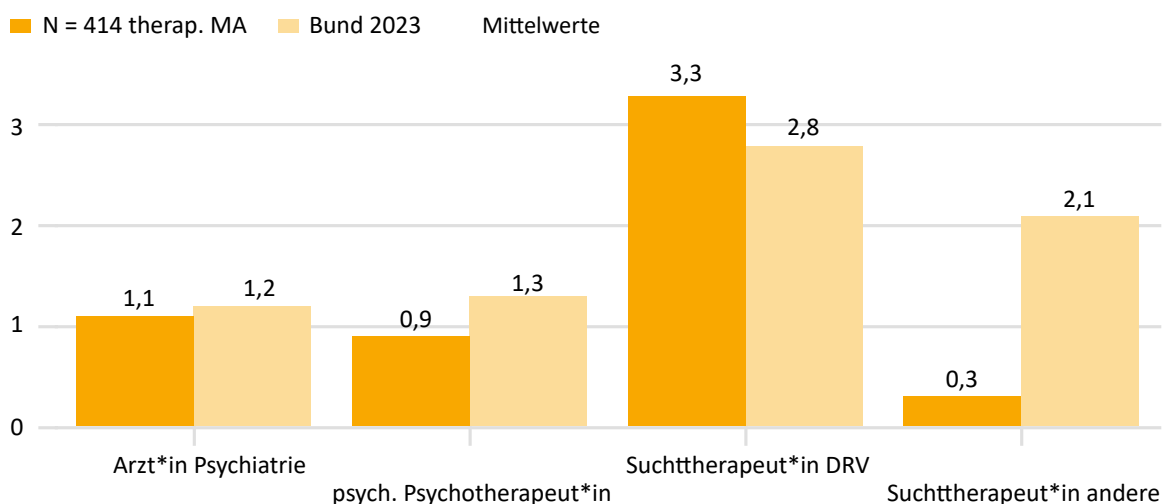
¹¹ Vollzeit-, Teilzeit- und Honorarkräfte sind auf Vollzeitstellen mit 38,5 Wochenstunden umgerechnet.

¹² Dies sind Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie; Fachärzt*innen für Psychosomatik und Psychotherapie; ärztliche/r Psychotherapeut*innen, Zusatzbezeichnung Psychotherapie, ggf. fachgebunden, oder Psychoanalyse.

ambulante Reha-Angebote im Bereich der Suchterkrankungen verfügt¹³. Auf der anderen Seite gab es in Niedersachsen deutlich weniger Mitarbeiter*innen mit „anderen suchtspezifischen Zusatzausbildungen“ als auf Bundesebene.

Rechnerisch beschäftigte jede Einrichtung 5,6 therapeutische Mitarbeiter*innen mit den hier genannten Qualifikationen. Dieser Wert ist seit 2015 weitgehend unverändert.

Abb. 2: Therapeutische Qualifikationen der Beschäftigten



Art der Dienste / Das Betreuungs-, Beratungs- und Behandlungsangebot der Fachstellen: Alle ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention haben angegeben, in der Sucht- und Drogenberatung zu arbeiten (Abb. 3). Von den Fachstellen engagieren sich über 95 % darüber hinaus in der Prävention / Frühintervention. Die ambulante medizinische Rehabilitation ist mit rund 88 % gegenüber den Vorjahren wieder etwas gesunken (2018: 95%; 2019: 92%; 2020: 92%; 2021: 89%; 2022: 90%).¹⁴ Die (Reha-) Nachsorge wird von über 90 % der Fachstellen durchgeführt, eine Kombibehandlung von rund 80 % und drei Viertel der ambulanten Einrichtungen bieten eine Suchtberatung im Betrieb sowie eine psychosoziale Begleitung Substituierter¹⁵.

Deutlich über die Hälfte der Einrichtungen bieten niederschwellige Hilfen, die ambulante Entlassform, eine Begleitung von Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und deren Angehörige, Kombibehandlung +Substitution, ambulante Rehabilitation +Substitution sowie den Wechsel in die ambulante Behandlung im Programm.¹⁶

Obwohl die Zahlen zu den Leistungen der Fachstellen deutlichen Schwankungen unterliegen, ist das quantitative Verhältnis der Leistungen untereinander in den vergangenen Jahren relativ konstant geblieben.

¹³ Siehe auch Kapitel 5.4 Kosten-/Leistungsträger.

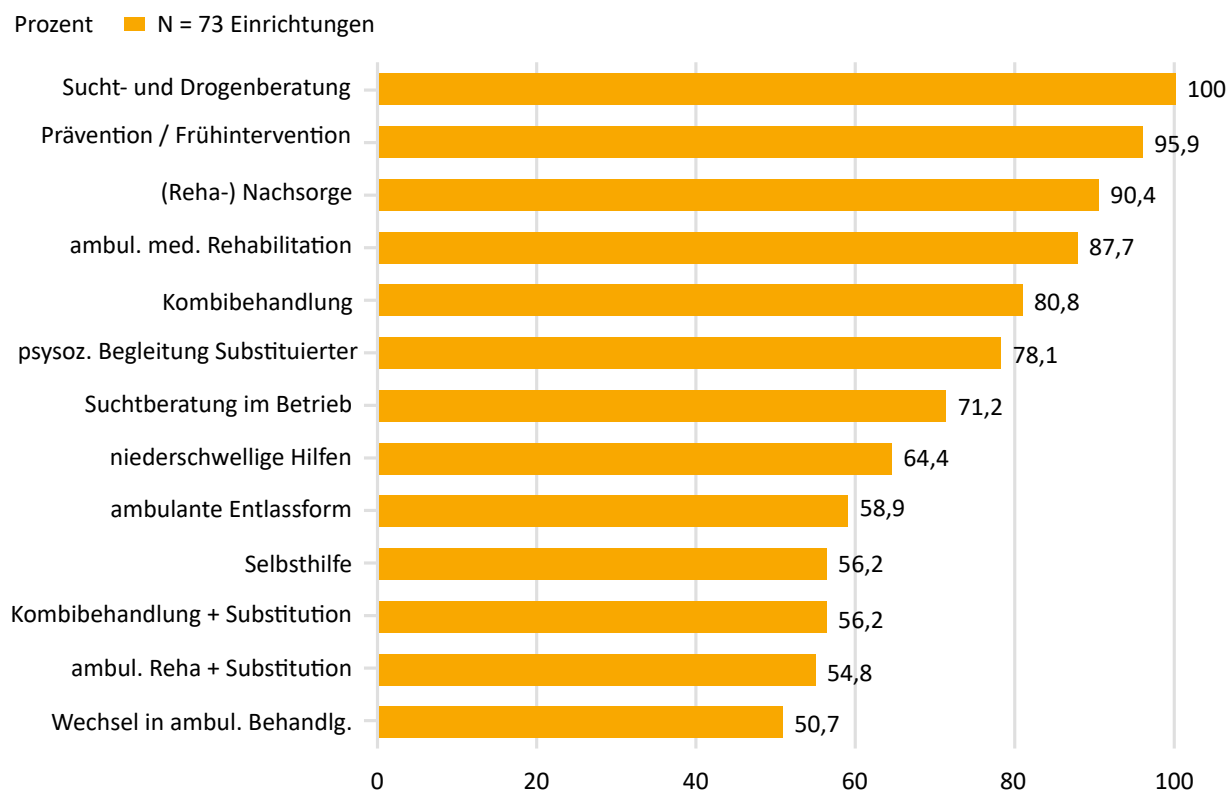
¹⁴ Vergleiche mit den Zahlen von vor 2019 zeigen ein realistischeres Bild darüber, wie es zunehmend schwieriger wird, die ambulante Rehabilitation und entsprechendes Fachpersonal kostendeckend vorzuhalten.

¹⁵ Weitergehende Informationen zu der Psychosozialen Betreuung Substituierter können dem Bericht „Psychosoziale Betreuung Substituierter in Niedersachsen 2023“ entnommen werden. <https://www.nls-online.de/produkt-kategorie/materialien/>

¹⁶ Für die deutlichen Schwankungen dieses Unterstützungs-Angebots für die Suchtselbsthilfe innerhalb der letzten Jahre gibt es keine klar erkennbaren Gründe (2010: 71%; 2011: 60%; 2012: 48%; 2013: 67%; 2014: 68%; 2015: 59,5%; 2016: 65%; 2017: 55%; 2018: 52%; 2019: 42%; 2020: 54,8; 2021: 57,3%; 2022: 56,6%).

Rund 35 % der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention engagieren sich in Bezug auf die Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung der Klient*innen (2022: 38%). Im Vordergrund steht hier die arbeitsmarktorientierte Beratung (31,5%; 2021: 34,2%).

Abb. 3: Dienste und Leistungen, soweit sie von über einem Drittel der Fachstellen angeboten werden

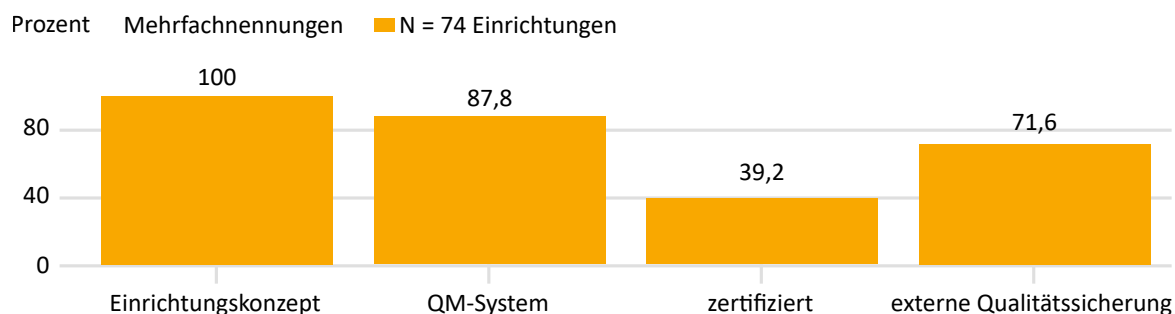


5.3 QUALITÄTSKRITERIEN

Die häufigste Maßnahme zur Qualitätssicherung in den Fachstellen ist das schriftliche Einrichtungskonzept, über das alle Fachstellen verfügen (Abb. 4; Bund 98 %). Ein QM-System haben 65 Fachstellen implementiert (87,8 %; Bund 69,5 %) und 29 davon sind von einer externen, unabhängigen und akkreditierten Institution zertifiziert (39,2 %; Bund 30,1 %). Die Erstzertifizierungen dieser Einrichtungen erfolgten zwischen 2011 und 2024. An einer externen Qualitätssicherung beteiligen sich 53 Fachstellen.

Im Hinblick auf Bausteine des Qualitätsmanagements sind die Fachstellen weiterhin gut aufgestellt. Hinsichtlich Einrichtungskonzept und QM-System hat es in Niedersachsen einige Fortschritte gegeben. Die Angaben zur Zertifizierung sind gemäß KDS 3.0 mit Angaben zum Jahr der Erstzertifizierung versehen. Demnach sind seit 2011 insgesamt 27 Einrichtungen zertifiziert.

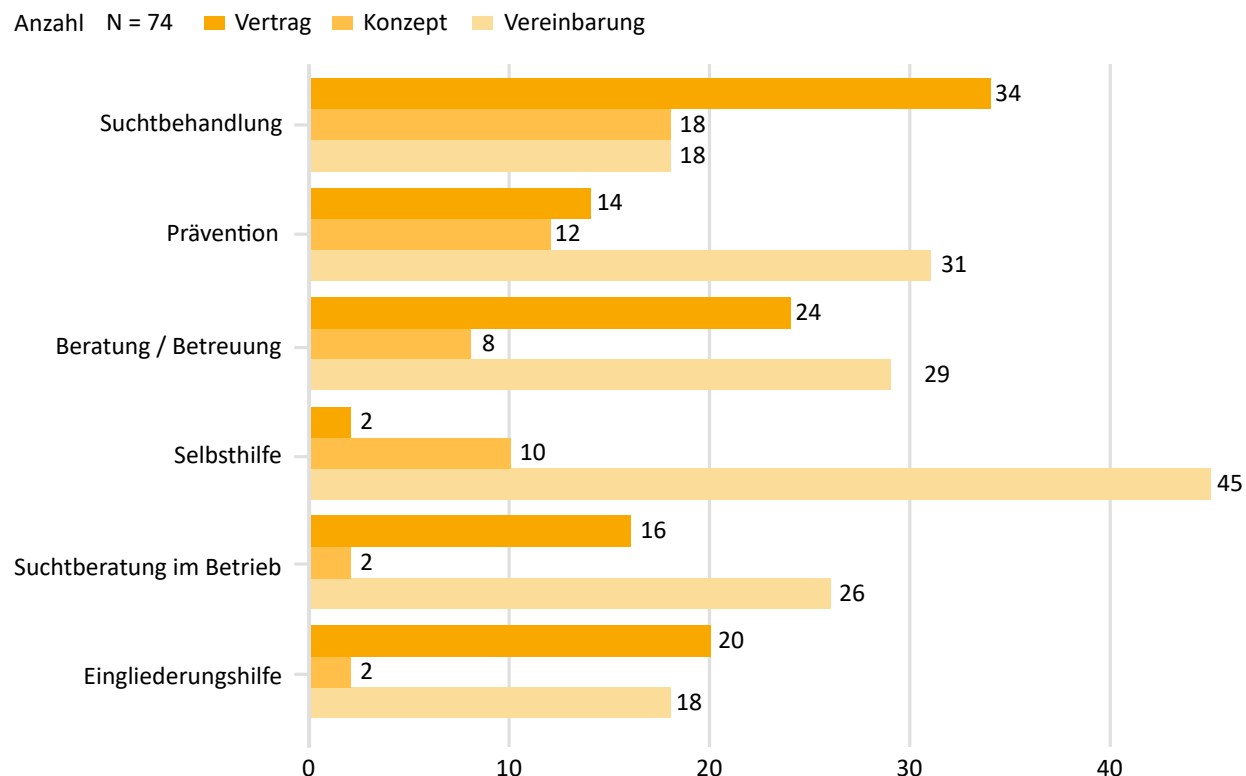
Abb. 4: Bausteine zum Qualitätsmanagement



5.4 KOOPERATION UND VERNETZUNG

Mit 95 % unterhalten die meisten niedersächsischen Fachstellen eine verbindlich vereinbarte Kooperation mit einer Einrichtung der Suchtbehandlung (stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser etc.; siehe Abb. 5), mit Diensten der Prävention und Frühintervention sowie mit anderen Einrichtungen der Beratung und Betreuung kooperieren 77 %, ebenso viele mit Einrichtungen der Selbsthilfe, sowie 59,5 % mit Angeboten zur Suchtberatung und Suchtprävention im Betrieb. Mit 54,1 % folgen Dienste zur Eingliederungshilfe. Alle übrigen Kooperationen werden von weniger als der Hälfte der Fachstellen unterhalten. Die Kooperationen mit Job-Centern als wichtigem Faktor zur Förderung der Teilhabe werden nach dem KDS 3.0 in der Sammelkategorie „Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung“ erhoben. Mit entsprechenden Einrichtungen unterhalten 46 % (2022: 38,2 %) der Fachstellen verbindliche Kooperationsvereinbarungen. (Weiteres zur Kooperation mit den Jobcentern siehe Abb. 39.)

Abb. 5: Verbindlich vereinbarte Kooperationen (über 50 % der FSS)
nach Art der Vernetzungsregelungen



Hinweis: Daten über die Finanzierung und das Budget der Fachstellen werden im KDS 3.0 (seit 2017) nicht mehr erhoben. (vgl. Kap. 6.4 Kosten-/Leistungsträger)

6 ERGEBNISSE: KLIENT*INNEN (KDS-F)

In 2023 wurde in Niedersachsen von insgesamt 41.822 Klient*innen in 5 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe eine Betreuung dokumentiert (2022: 40.586; Bund 2023: 365.967). Durchschnittlich entfallen auf die FSS 558 betreute Personen (2022: 534). In den vergangenen Jahren sind in Niedersachsen dauerhaft rund 10 % der Klient*innen des Bundesgebietes versorgt. Dies entspricht dem Bevölkerungsanteil. In den vergangenen Jahren wurden auch die nicht dokumentierten Klient*innen von der FSS mit diesen weiteren 4.428 Personen haben insgesamt über 46.000 Ratsuchende die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention aufgesucht. Geschlecht: Es wurden mehrheitlich Männer in den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention betreut. Sie machten 67,2 % aller Klient*innen aus (2022: 67,2 %; Bund 2022: 67,2 %). Die dritte Person, die 2023 beraten oder behandelt wurde, war eine Frau. Früheren Auswertungen zufolge stieg die Zahl der Betreuungen in Niedersachsen kontinuierlich von 2010 (Ausnahme in 2010) und blieb in den Jahren von 2011 bis 2023 im Schwankungsbereich.

6.1 DIE KLIENT*INNEN

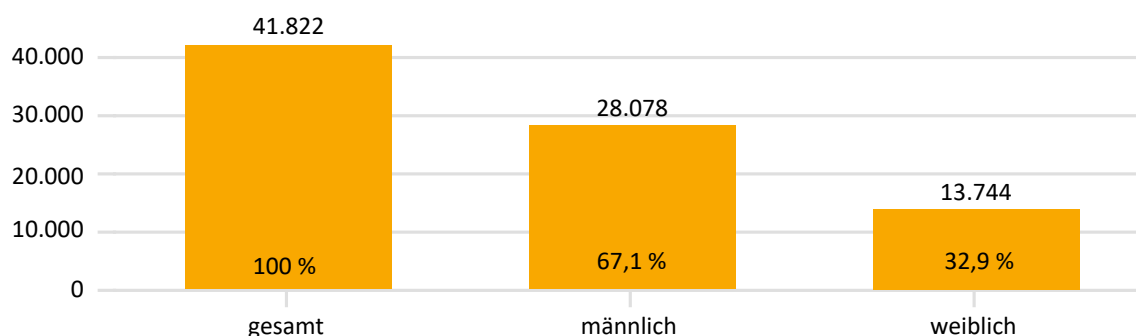
In 2023 wurde in Niedersachsen von insgesamt 41.822 Klient*innen durch 75 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe eine Betreuung dokumentiert (2022: 40.586; Bund 2023: 365.967). Durchschnittlich entfallen auf jede FSS 558 betreute Personen (2022: 534). In den vergangenen Jahren wurden in Niedersachsen dauerhaft rund 10 % der Klient*innen des Bundesgebietes versorgt. Dies entspricht dem Bevölkerungsanteil.

In den letzten Jahren wurden auch die nicht dokumentierten Klient*innen vollständig erfasst. Zusammen mit diesen weiteren 4.428 Personen haben in 2023 insgesamt über 46.000 Ratsuchende die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention aufgesucht.

Geschlecht: Es wurden mehrheitlich Männer durch die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention betreut. Sie machten 67,1 % der Gesamtzahl aller Klient*innen aus (2022: 67,2 %; Bund 2023: 72,8 %). Etwa jede dritte Person, die 2023 beraten oder behandelt wurde, war weiblichen Geschlechts. Früheren Auswertungen zufolge stieg der Frauenanteil an den Betreuungen in Niedersachsen kontinuierlich von 2006 bis 2012 (mit Ausnahme in 2010) und blieb in den Jahren von 2013 bis 2023 mit kleinen Schwankungen weitgehend konstant.

Abb. 6: Klient*innen und Geschlechterverteilung

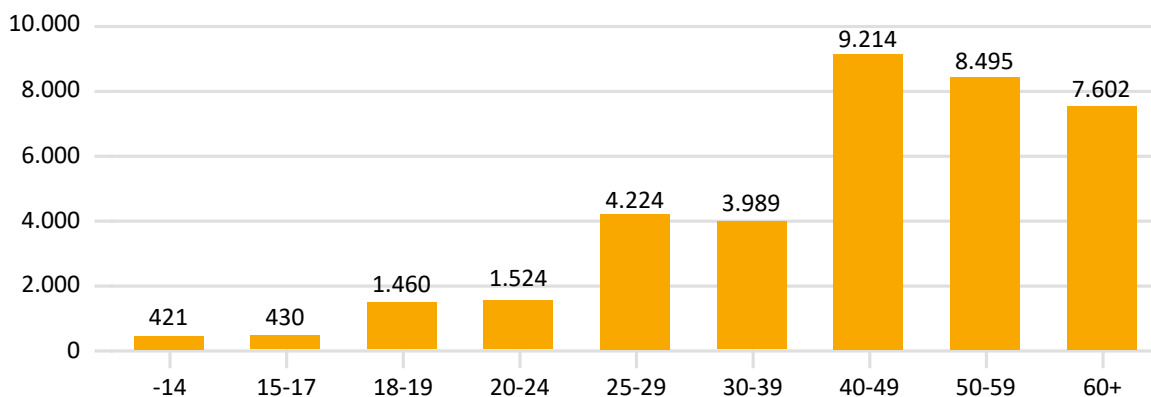
Anzahl ■ N = 74 Einrichtungen



Alter: 52,5 % aller betreuten Personen sind bei Betreuungsbeginn zwischen 30 und 59 Jahre alt, 5,6 % der Klient*innen in Niedersachsen sind unter 20 Jahre alt (Bund: 63,9 % und 8,1 %). 18,4 % der betreuten Menschen sind 60 Jahre und älter (Bund: 8,7 %).

Abb. 7: Alter der Klient*innen bei Betreuungsbeginn

Anzahl ■ N = 41.302 Klient*innen

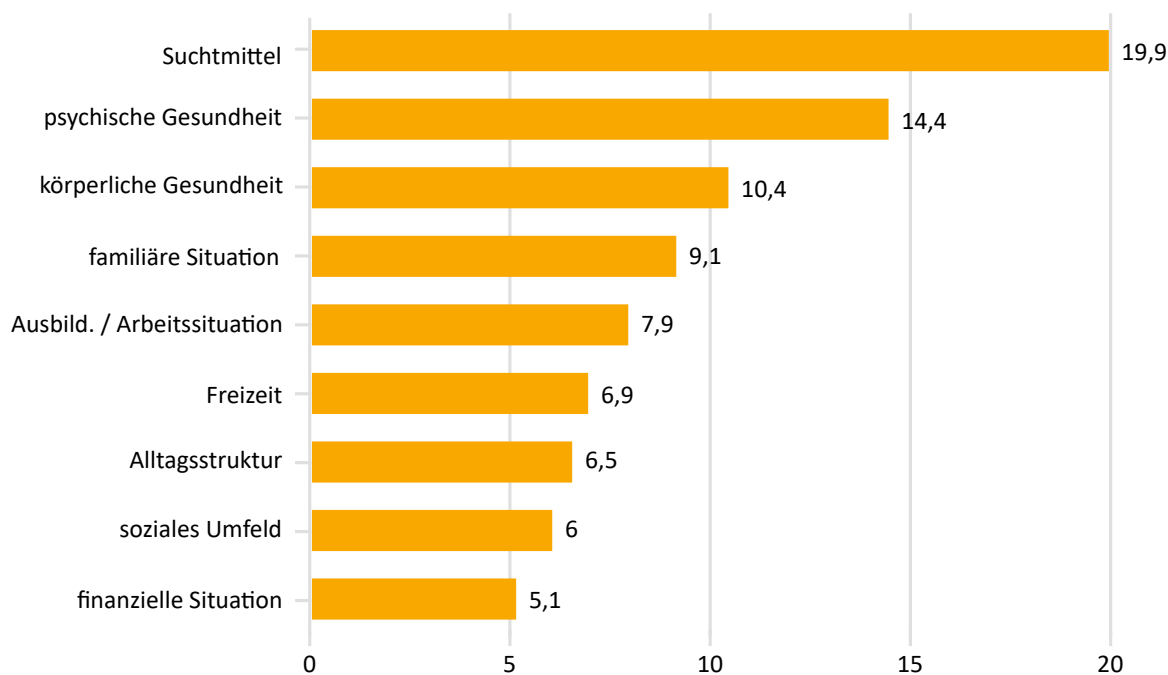


Zugang und Zugangsgründe: 87,8 % der Klient*innen kamen wegen einer eigenen Problematik in die Beratung (Bund: 88,4 %), 12,2 % waren Angehörige von Menschen mit einer Suchtproblematik.

Der häufigste Grund, die Leistungen einer Fachstelle Sucht und Suchtprävention in Anspruch zu nehmen, waren Belastungen durch die Suchtmittel oder das Suchtverhalten (Abb. 8) mit rund 20 % (N=34.218).

Abb. 8: Sozialmedizinische Gründe für die Inanspruchnahme der FSS (über 5 %)

Prozent Mehrfachnennungen ■ N = 172.050 Angaben



Weitere Gründe (unter 5 %) waren:

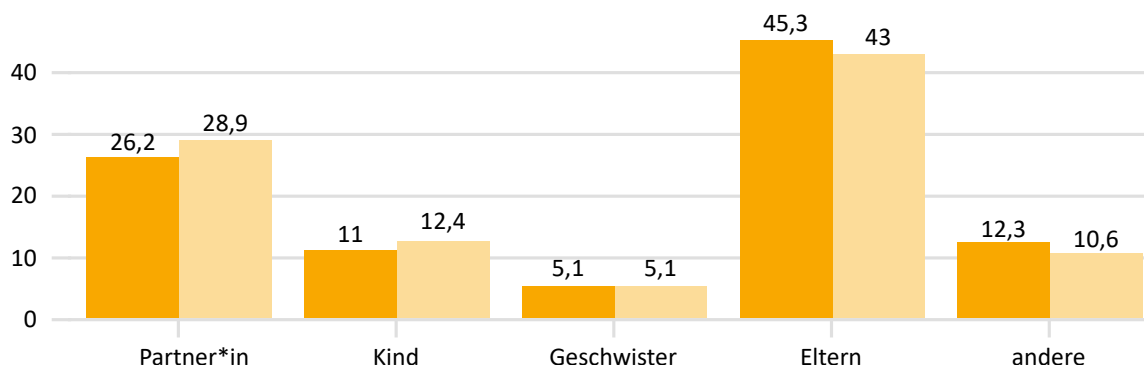
- rechtliche Situation 3,6 %
- Wohnsituation 3,5 %
- Fahreignung 3,1 %
- andere [als die sexuelle] Gewalterfahrungen 1,5 %
- Gewaltausübung 0,9 %
- sexuelle Gewalterfahrungen 0,6 %

6.2 ANGEHÖRIGE

2023 kamen insgesamt 4.949 Angehörige zu einer Beratung in die niedersächsischen Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention (Abb. 9). Das entspricht ca. 12% aller Ratsuchenden. Den größten Anteil von Angehörigen, die die Beratung der Fachstellen aufsuchten, stellten mit über 45 % die Eltern der Betroffenen, gefolgt von Partner*innen (26 %). Die Bundeszahlen zeigen ein entsprechendes Bild.

Abb. 9: Familienstatus der Angehörigen

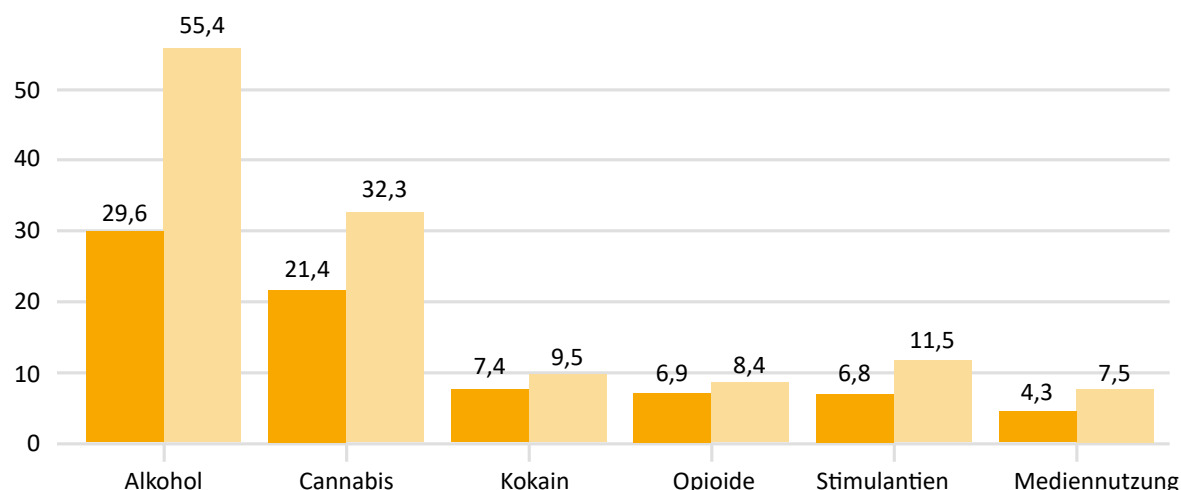
Prozent (Angehörige) ■ N = 4.949 Personen ■ Bund 2023



Die meisten Angehörigen nannten in 2023 Probleme ihrer Verwandten oder Partner*in im Zusammenhang mit den Substanzgruppen Alkohol (29,6 %) und Cannabis (21,4 %). Der Konsum von Kokain, Opioiden und Amphetaminen / Stimulantien wurde von rund 7 % als Problem benannt, die Mediennutzung von 4,3 %.¹⁷

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

Prozent Mehrfachnennungen ■ N = 8.956 ■ Bund 2023



¹⁷ Aktuell nicht erklärbar ist ein deutliches Abweichen der niedersächsischen Zahlen von den Bundesergebnissen (Abb. 10). 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, 2018, 2019 und 2020 als zu gering betrachtet werden muss. Verglichen mit den vergangenen Jahren erscheinen die 23 % der Nennungen zu den Cannabinoiden dagegen als realistisch (2012 bis 2020: 17,9 bis 22,3 %). Hier scheint die Zahl der Bundesergebnisse 2017, 2018, 2019, 2020 und 2023 zu hoch zu sein (Bund 2012 bis 2016: 22,3 bis 25,4 %).

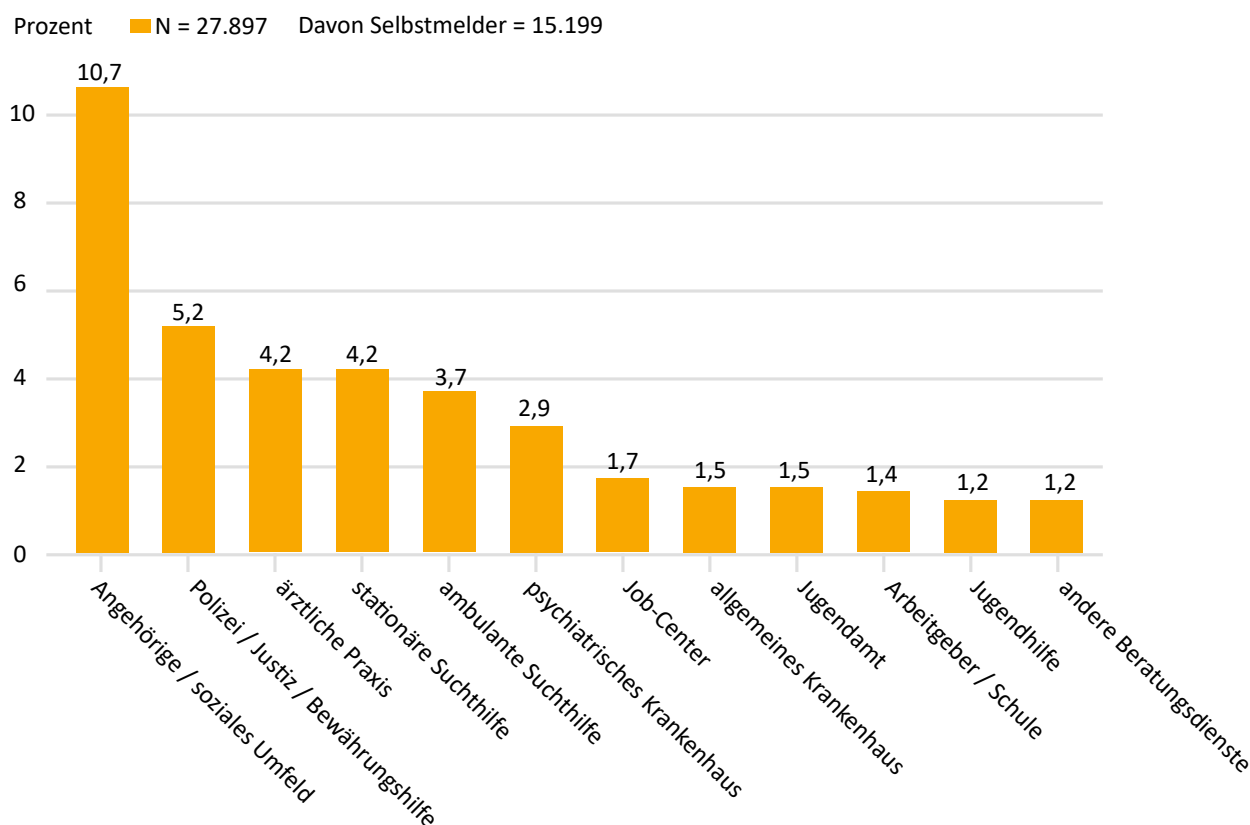
Weitere Suchtprobleme (unter 5 %) waren:

• Tabak	5,8 %
• sonstige Substanzen / multipler Substanzkonsum	3,9 %
• Hypnotika / Sedativa	4,0 %
• Halluzinogene	1,6 %
• Essverhalten	0,9 %
• Inhalantien / flüchtige Lösungsmittel	0,5 %
• Sonstiges	3,8 %

6.3 VERMITTLUNG IN BERATUNG

In 2023 suchten in Niedersachsen 54,5 % der Klient*innen direkt und ohne vermittelnde Instanz die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe auf (2022: 53,7 %; Bund: 52,5%). 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 über 10 % der Fälle spielten darüber hinaus die Angehörigen und das soziale Umfeld (Bund: 8 %), die Polizei / Justiz / Bewährungshilfe mit 5,2 % (Bund: 9 %), niedergelassene Ärzte zu 4,2 % (Bund: 5,5 %) und die stationäre Suchthilfe zu 4,2 % (Bund: 4,7 %) eine wichtige Rolle als Vermittler für eine Beratung oder Therapie.

Abb. 11: Quoten der Fremdvermittlung (über 1 %)



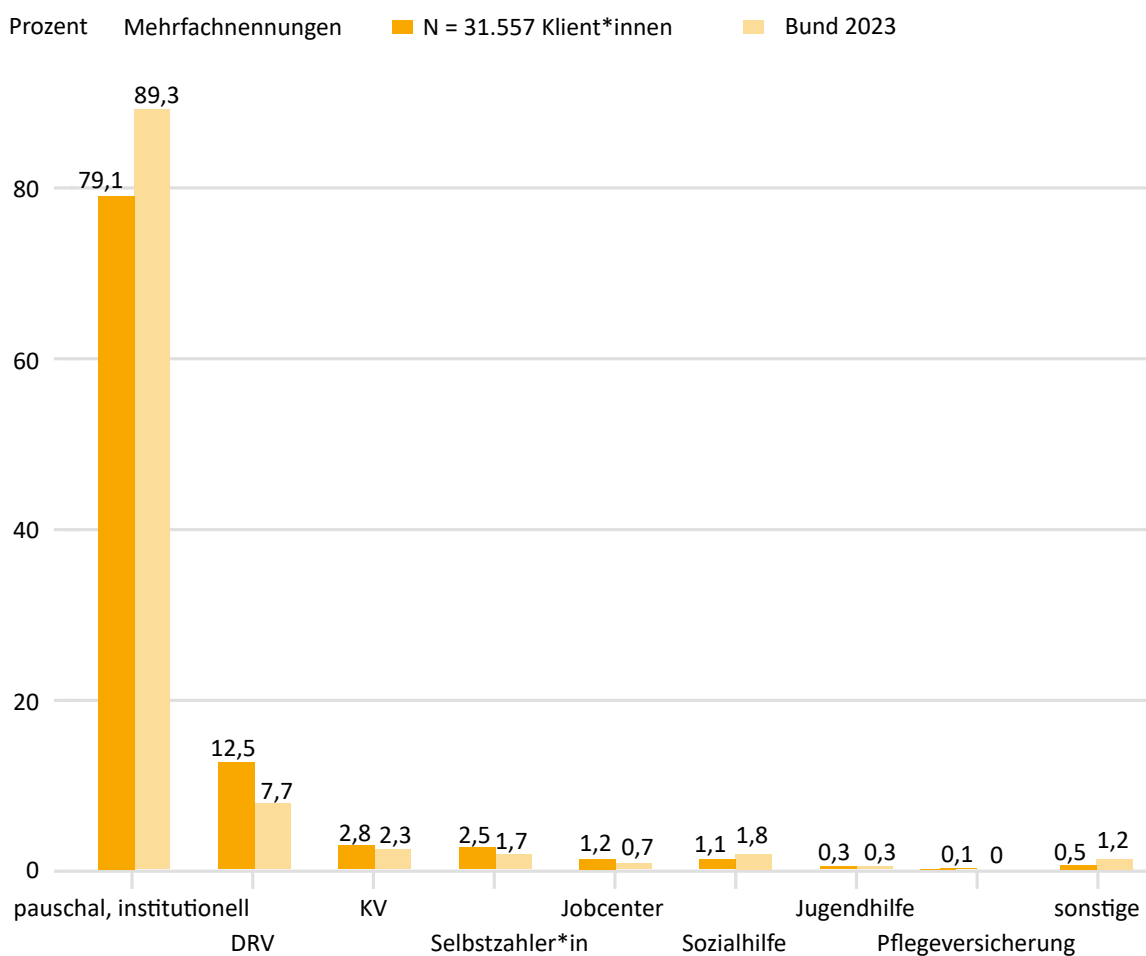
Aufgrund des neuen Kerndatensatzes und teilweise anderer Zusammensetzungen der Kategorien weichen die Vermittlungswerte der Jahre 2017 bis 2019 teilweise deutlich von den Werten der Vorjahre ab. Bemerkenswert an den aktuellen Ergebnissen ist, dass die Vermittlung durch allgemeine Krankenhäuser seit 2017 in Niedersachsen konstant zurückgegangen ist (2017: 6,6 %; 2019: 2,6 %; 2021: 1,6%; 2022: 1,5%).¹⁸

18 vgl. Fußnote 8

6.4 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 rund 80 % ganz überwiegend von den Kommunen und vom Land Niedersachsen über die pauschale institutionelle Förderung getragen (Abb. 12). Auf Bundesebene war die überwiegende Kostenträgerschaft durch staatliche Stellen 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 und ambulanter Nachsorge für Suchtkranke. Niedersachsen verfügt über eine im Bundesvergleich hohe Quote an DRV-anerkannten Einrichtungen für ambulante Reha-Angebote im Bereich der Suchterkrankungen.

Abb. 12: Externe Kosten-/Leistungsträger der FSS

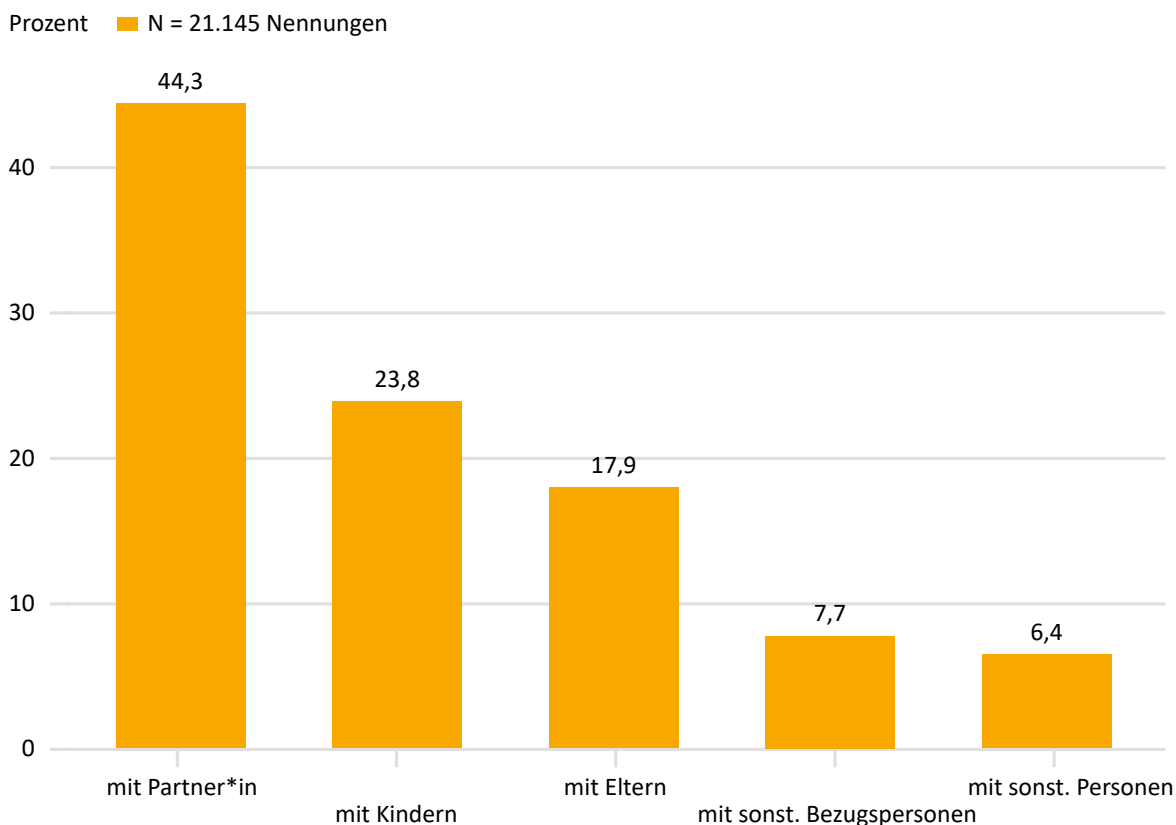


6.5 SOZIODEMOGRAPHIE

Lebenssituation: Insgesamt gaben in Niedersachsen 13.032 Klient*innen an, dass sie in einer Partnerschaft leben. Das entspricht 31,2 % der Gesamtzahl. 11.030 Betreute lebten allein (26,4 % von gesamt; Bund: 55 %).

Von den nicht alleinlebenden Klient*innen (N=21.145) lebten 44,3 % mit ihren Partner*innen zusammen, 23,8 % mit Kindern, 17,9 % mit Eltern, 7,7 % mit sonstigen Personen und 6,4 % mit sonstigen Bezugspersonen.

Abb. 13: Lebenssituation nicht alleinlebender Klienten*innen



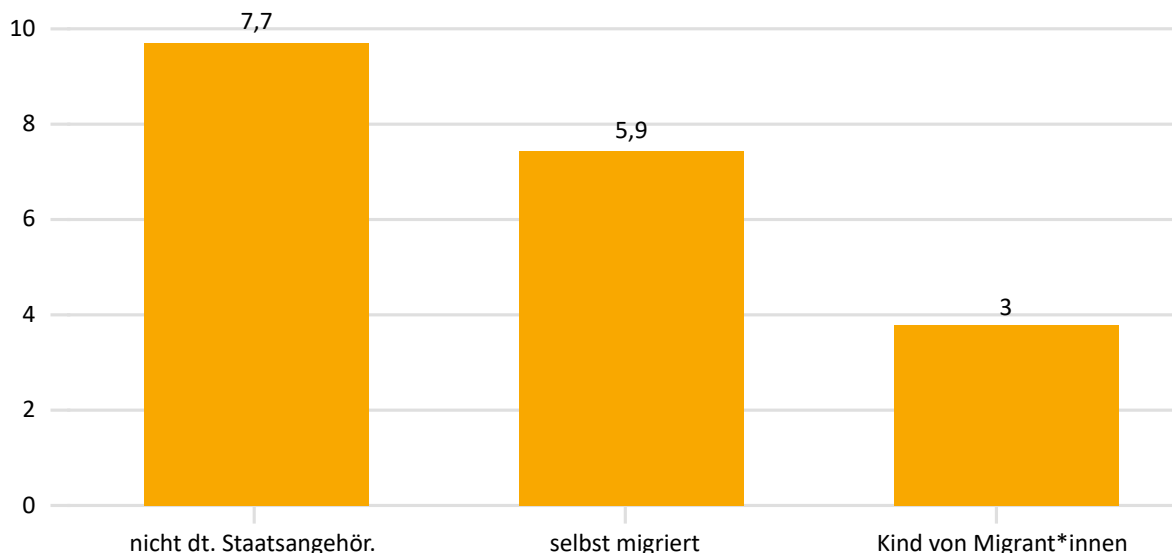
Kinder: In 2023 waren 182 Klientinnen, die die Hilfe einer ambulanten Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention in Anspruch nahmen, während der Betreuung und Behandlung schwanger (1,3 % der Frauen). Die Klient*innen der ambulanten Einrichtungen mit dem Status „Eltern“ hatten zusammen rund 20.000 eigene Kinder, davon war über die Hälfte unter 18 Jahren alt. Fast 7.000 minderjährige Kinder lebten mit den Klient*innen in einem Haushalt zusammen, darunter über 5.000 eigene Kinder. Rund 4.400 minderjährige eigene Kinder (42 % der eigenen minderjährigen Kinder) lebten nicht im Haushalt der betreuten Personen, 71,7 % davon bei dem anderen Elternteil, 11,9 % in einer Pflegefamilie und 7,6 % in öffentlichen Erziehungseinrichtungen.

Wohnsituation: In 2023 hat die Quote für selbstständiges Wohnen der Klient*innen im Zuge der Behandlung um 23,9 Prozentpunkte zugenommen (auf N = 27.736). Die Quote für das Wohnen bei anderen Personen blieb gleich bei 11,3 % (N = 2.520). In demselben Zeitraum ist das Wohnen in einem Wohnheim oder Übergangswohnheim von 3,6 auf 2,3 % deutlich gesunken (auf N = 636) und das Wohnen in einer Notunterkunft oder Übernachtungsstelle ist von 0,5 % auf 0,7 % leicht gestiegen (auf N = 197). Die Quote der Wohnungslosen ist von 0,4 auf 0,6 % (auf N = 153) geringfügig gestiegen.

Herkunft: In 2023 besaßen 3.215 Klient*innen (7,7 %) eine andere als die deutsche Staatsbürgerschaft. Dieser Wert lag in den vergangenen Jahren regelmäßig zwischen 11%5 und 7 % und scheint seit 2021 leicht zu steigen. Selbst migriert sind 5,9 % der Klient*innen (Bund: 12,6 %). 3 % der Klient*innen wurden als Kinder von Migranten in Deutschland geboren (Bund: 6,7 %).

Abb. 14: Migration

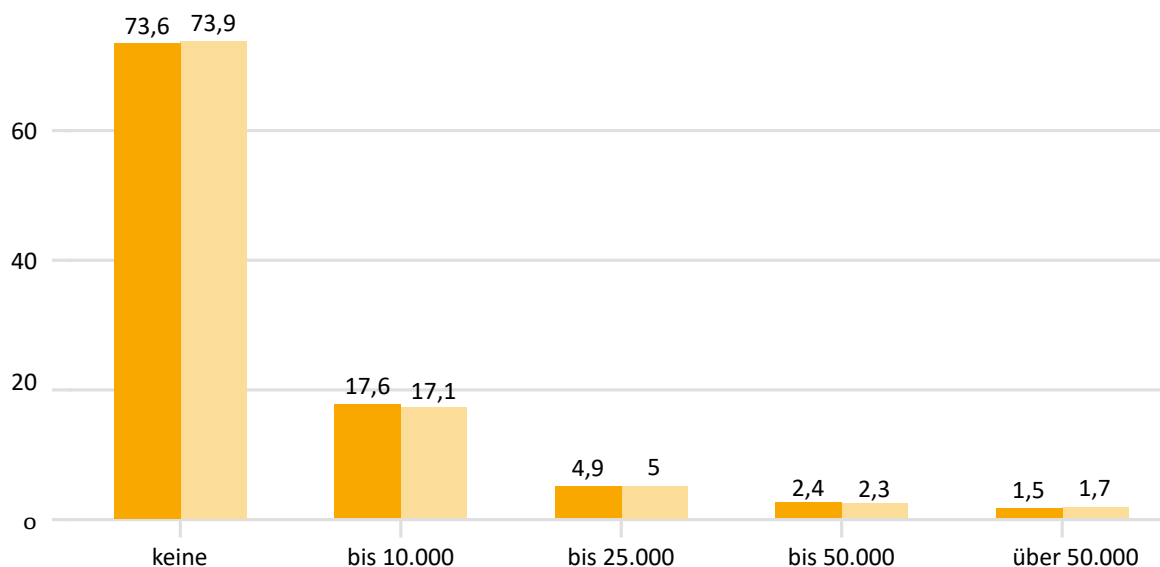
Prozent ■ N = 41.822 Klient*innen



Verschuldung: Knapp drei Viertel aller Klient*innen befanden sich in 2023 in keiner problematischen Schulden-situation. 17,6 % der Betreuten war mit Beträgen von bis zu 10.000 Euro verschuldet, Rund 9 % hatten Schulden in Höhe von mehr als 10.000 Euro.

Abb. 15: Problematische Schulden

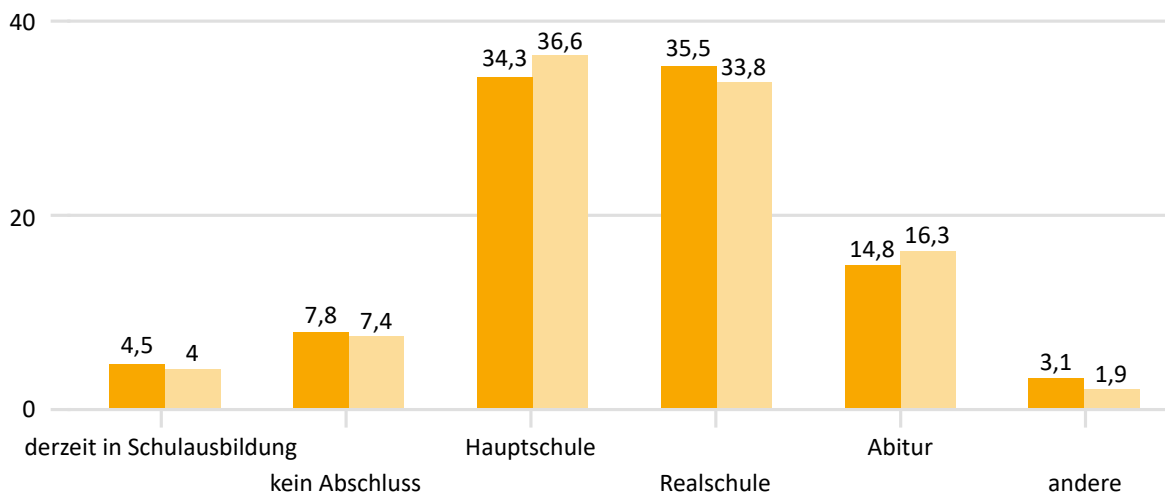
Prozent ■ N = 21.599 Klient*innen ■ Bund 2023



Schulbildung: Im Hinblick auf den Bildungsabschluss waren unter den Klient*innen die Absolvent*innen von Haupt- und Realschulen am stärksten vertreten (69,8 %), knapp 5 % befanden sich in einer schulischen Ausbildung. Etwa 8 % besaßen keinen Schulabschluss, rund 15 % hatten das Abitur oder eine vergleichbare (Fach-) Hochschulreife.

Abb. 16: Schulbildung

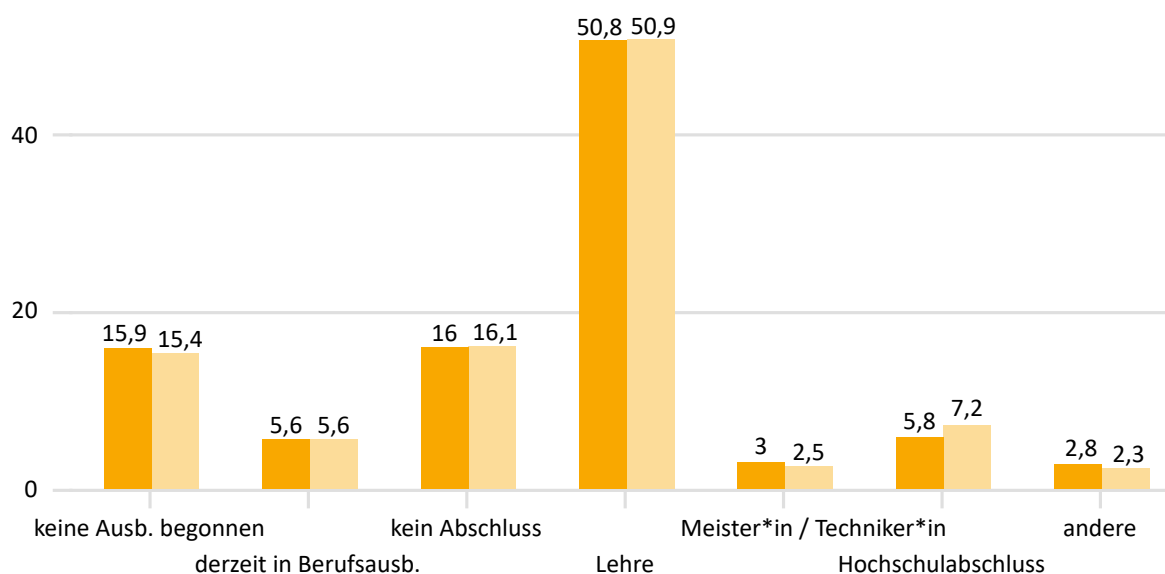
Prozent ■ N = 26.517 Klient*innen ■ Bund 2023



Berufsausbildung: Über die Hälfte der betreuten Menschen hatte eine betriebliche Ausbildung abgeschlossen; etwa ein Drittel verfügte hingegen über keinen Berufsabschluss.

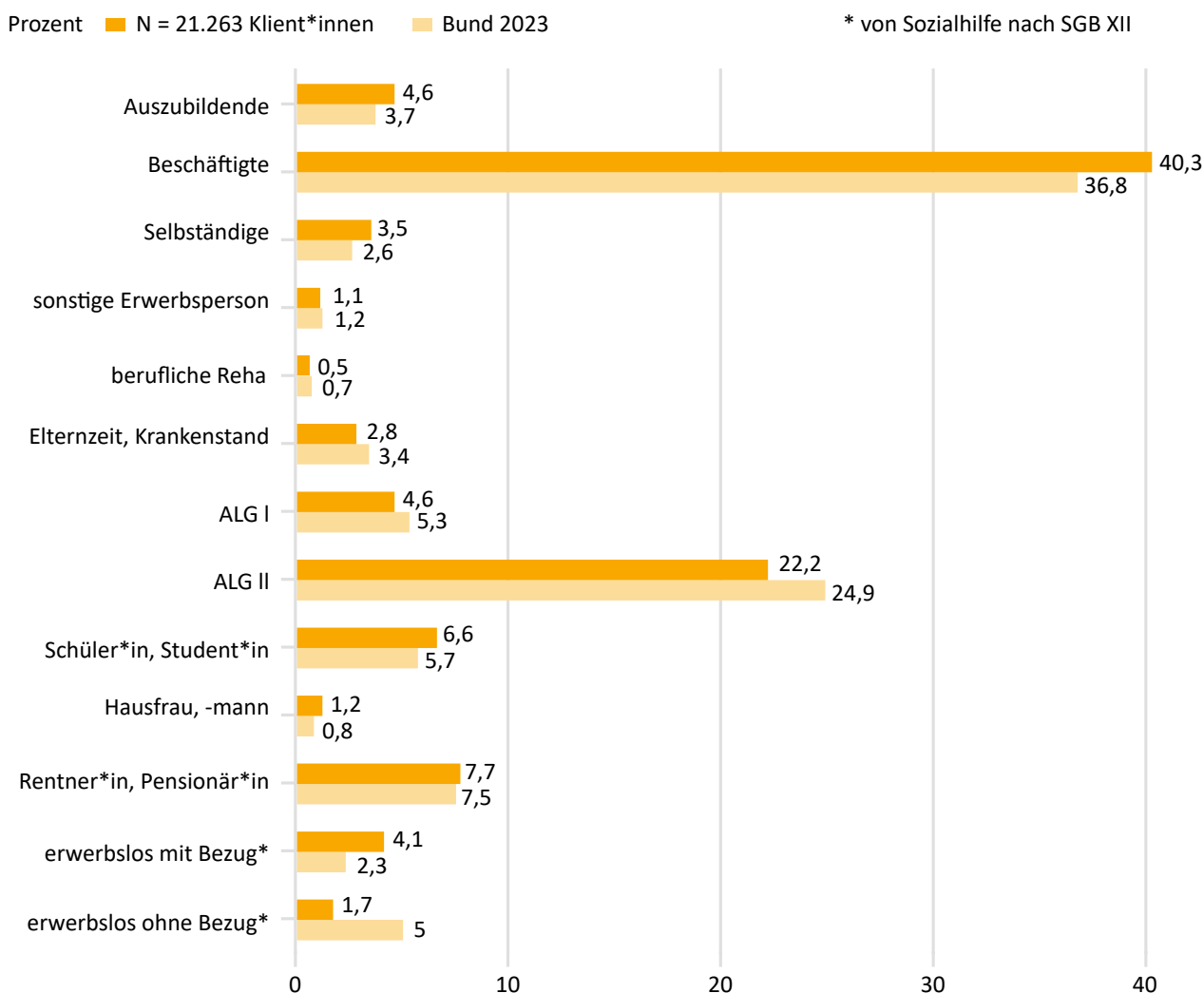
Abb. 17: Ausbildungsabschlüsse der Klient*innen

Prozent ■ N = 25.112 Klient*innen ■ Bund 2023



Beschäftigungsverhältnis: Insgesamt standen am Tag vor Betreuungsbeginn 53,7 % im Erwerbsleben – als Beschäftigte, Selbständige, in Elternzeit, in Ausbildung, in beruflicher Reha und sonstige Erwerbspersonen. Diese Personengruppen werden als wichtige Zielgruppe eines ambulanten Beratungs- und Therapieangebots folglich in einem hohen Maß erreicht. Die Zahl der Erwerbstätigen im Zeitraum der Betreuung in Niedersachsen hat durchgehend zugenommen, während die Bundeswerte für das Betreuungsende nicht veröffentlicht wurden. Abb. 18 zeigt den Vergleich mit den Bundeszahlen zum Zeitpunkt des Betreuungs-/Behandlungsbeginns¹⁹.

Abb. 18: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn



Umgekehrt betrachtet lässt sich sagen, dass 47,2 % der niedersächsischen Klient*innen nicht am Erwerbsleben beteiligt waren (2022: 46,3 %). Dieser leichte Anstieg ist vorrangig darauf zurückzuführen, dass sich der Anteil an ALG II-Empfängern von 24,9 % auf 26 % und sich die Anteile der Schüler/Studenten, der Hausmann/Hausfrauen und der sonstigen Nichterwerbspersonen (mit Bezug v. Leistungen nach SGB XII) erhöhten. Gleichzeitig sank der Anteil der sonstigen Nichterwerbspersonen (ohne Bezug v. Leistungen nach SGB XII) deutlich von 5 % auf 2 %.

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

19 Die Gesamtzahl der Klienten ist durch fehlende Werte niedriger als in Abb. 6 angegeben.

Den Zahlen der ALG-I- und ALG-II-Empfänger*innen stehen relativ wenige Klient*innen gegenüber, für die von Seiten der Fachstellen eine Kooperation mit dem Jobcenter unterhalten wird. Vor dem Hintergrund der Teilhabeorientierung von Beratung und Behandlung kommt diesem Aspekt eine besondere Bedeutung zu.

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

Anzahl Klient*innen von je 73/76 Fachstellen

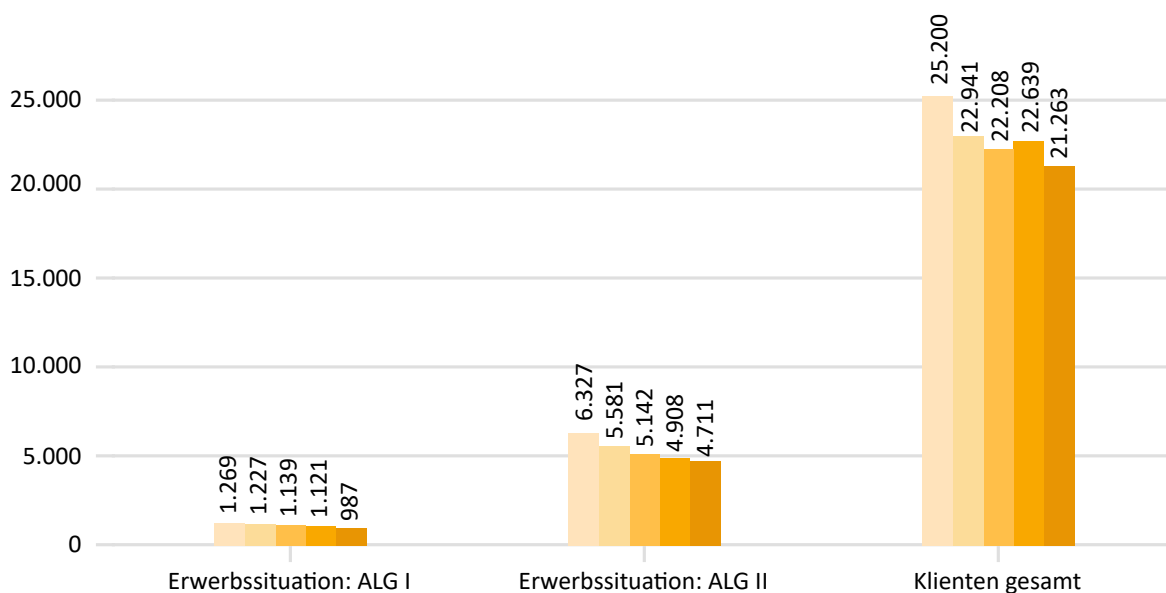
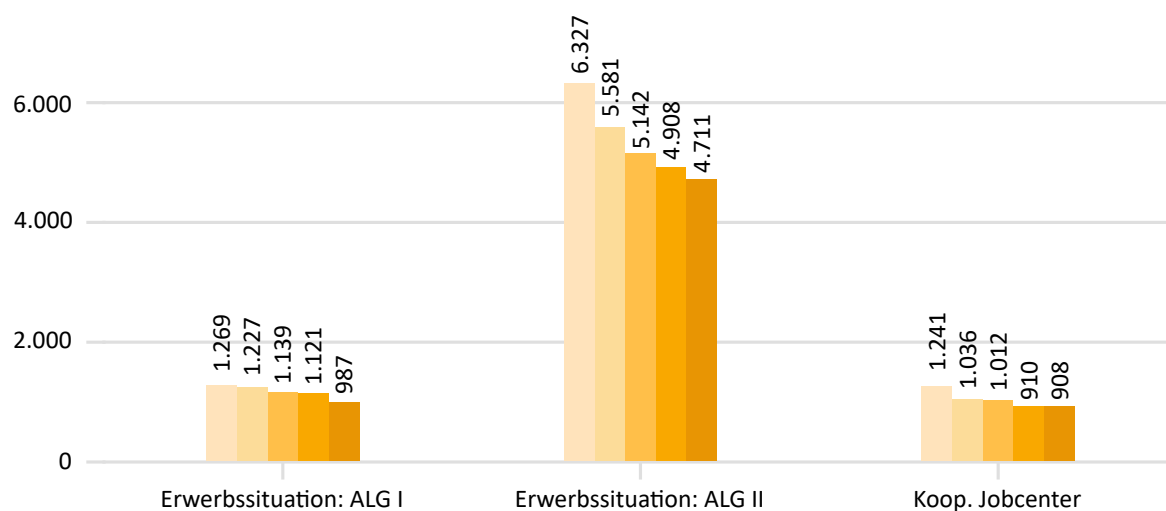


Abb. 20: Erwerbsstatus (am Tag vor) und Kooperation mit Jobcenter

Anzahl Klient*innen von je 73/76 Fachstellen

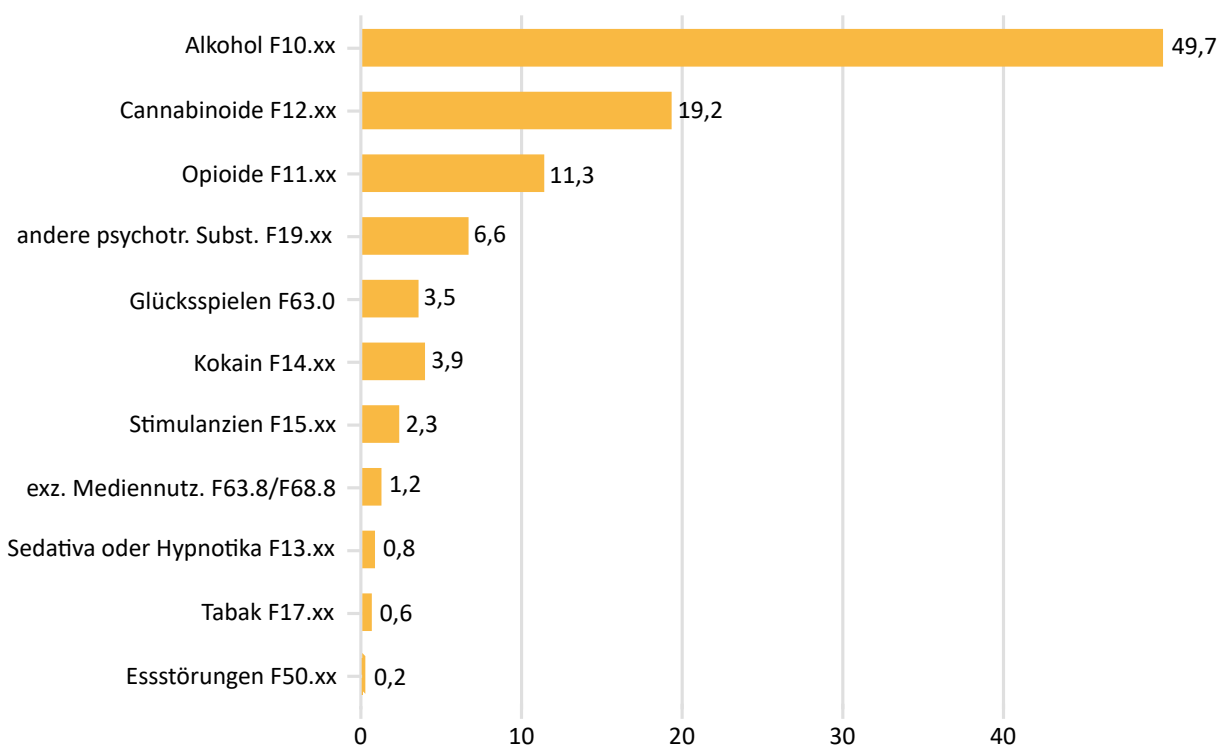


6.6 DIAGNOSEN

Der Deutsche Kerndatensatz erfasst sowohl die substanzbezogenen als auch stoffungebundenen Suchtdiagnosen auf der Grundlage des Klassifikationssystems ICD-10-GM und bezieht sich auf die Situation bei Betreuungsbeginn. Als behandlungsleitende ICD-10-Diagnose (Hauptdiagnose) entfielen auf die Abhängigkeit von Alkohol mit 13.400 Nennungen rund 50 % (Bund: 48 %), gefolgt von Cannabinoiden (5.166; Bund: 16,4 %) und Opioiden (3.189; Bund: 14,3 %) und anderen psychotropen Substanzen (1.786; Bund: 5 %). Eine auffallende Abweichung der Bundeszahlen besteht bei den Stimulanzien, die dort mit 5,6 % stärker vertreten sind, als in Niedersachsen. Siehe dazu die Abb. 21²⁰. Außerdem wurden 3.974 weitere Diagnosen gestellt. Hierin enthalten sind 3.216 psychische, somatische oder neurologische Diagnosen im Zusammenhang mit der Abhängigkeitserkrankung.²¹

Abb. 21: Hauptdiagnosen von allen Klient*innen

Prozent ■ N = 26.948 Diagnosen



Die Hauptdiagnosen erweisen sich im Vergleich zum Vorjahr als äußerst konstant. Im Hinblick auf den Konsum von psychotropen Stoffen als Hauptsubstanz²² entfielen über die Hälfte auf Alkohol (Abb. 22; Bund: 52,2 %), gefolgt von Cannabis (20,1 %, Bund: 19,6 %) und Heroin (5,6 %; Bund: 7,7 %). Polyvalente Konsummuster liegen mit 7,4 % etwas höher als in den Vorjahren (Bund ebenso).

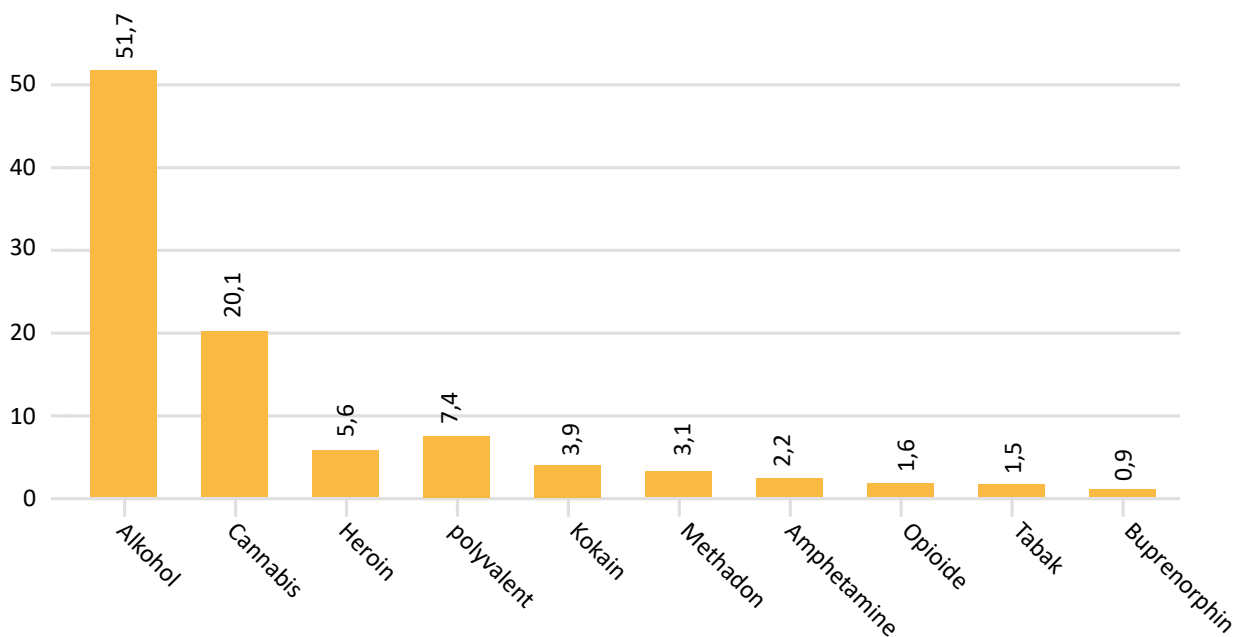
20 In einigen Fällen kann - aus unterschiedlichen Gründen - im Rahmen der Betreuung und Behandlung keine Hauptdiagnose für die Klienten*innen gestellt werden. Dies erklärt die geringere Zahl an Nennungen (vgl. Abb. 6).

21 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. 706 weitere ICD-Diagnosen entfallen auf den Bereich somatischer oder neurologischer Störungen, die nicht aus dem Spektrum der Diagnosen zu psychischen und Verhaltensstörungen (Fxx.xx) stammen.

22 Aus allen konsumierten Substanzen stellt die Hauptsubstanz diejenige Substanz dar, die die meisten psychosozialen Probleme verursacht oder die den Beratungsanlass darstellt. Im Gegensatz zu „Hauptsubstanzen“ sind Hauptdiagnosen entweder klinisch abgeklärt oder von Berater*innen vergeben, weil ein hoher Krankheitswert vorliegt.

Abb. 22: Hauptsubstanzen (über 1 % aller Nennungen)

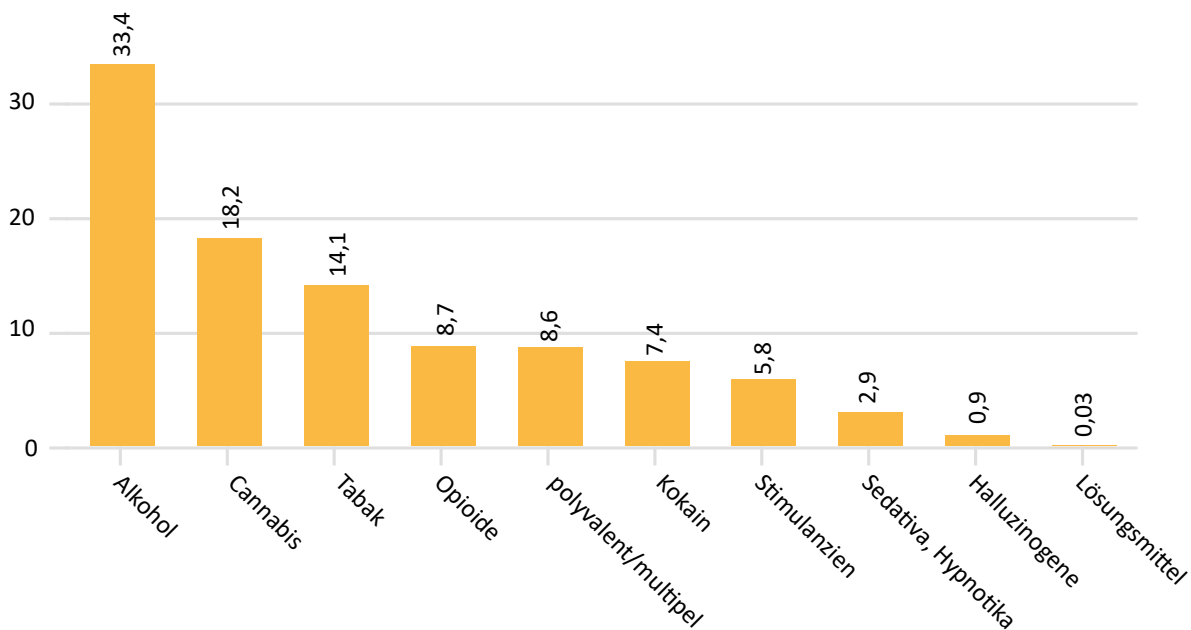
Prozent ■ N = 27.797 Nennungen



Von allen gestellten Diagnosen²³ in Bezug auf psychotrope Substanzen bezieht sich ein Drittel auf Alkohol (17.378 Fälle), gefolgt von Cannabis (9.474) und Tabak (7.337) mit jeweils unter 20 % (Abb. 23). Einzelne Klient*innen haben mehrere ICD-Diagnosen, so entsteht die große Zahl an Nennungen.

Abb. 23: Aktuelle Diagnosen nach ICD-10

Prozent ■ N = 52.089 Diagnosen



²³ nicht zu verwechseln mit Hauptdiagnosen und Hauptsubstanzen (siehe auch Fußnote 19)

Abb. 24: Bewertung der Konsummenge am Ende der Betreuung (im Verhältnis zum Beginn)

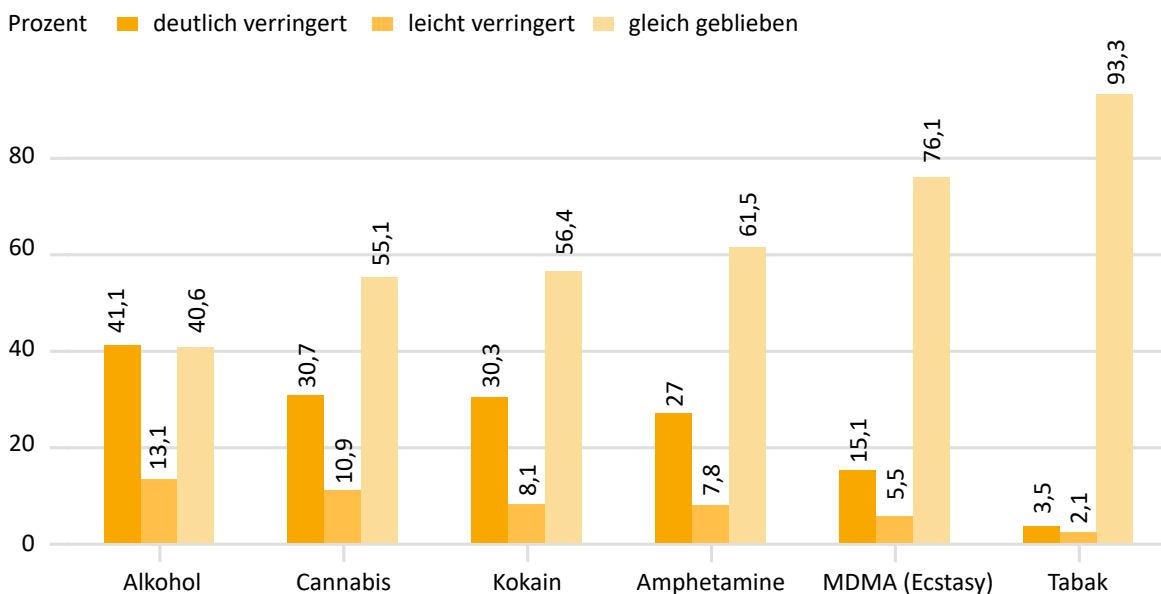
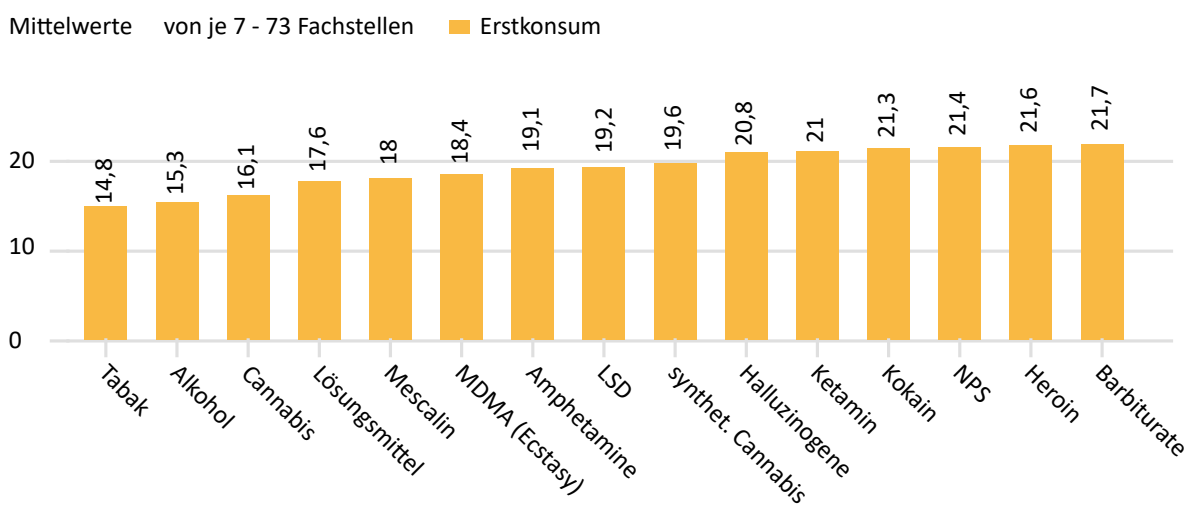


Abb. 24 zeigt die Veränderungen der Konsummenge am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsanfang für ausgewählte Substanzen.²⁴ Ausgewählt wurden die Substanzgruppen, deren Konsum für mehr als 1.000 Klient*innen bewertet worden sind. Die niedersächsischen Werte für „deutlich verringert“ lagen für die Substanzen Alkohohl und Cannabis über den Werten der Bundesstatistik, für Kokain, Amphetamine und MDMA darunter.

In 1.828 Fällen (2022: 1.859) wurde der Substanzkonsum ärztlich verordnet. Dies betraf in 2023 im Rahmen der Opiatsubstitution in größerem Umfang Methadon (1.016), Buprenorphin (265), andere Opiate (230), Benzodiazepine (125) sowie Heroin (81) und die Verschreibung von Cannabis (48).

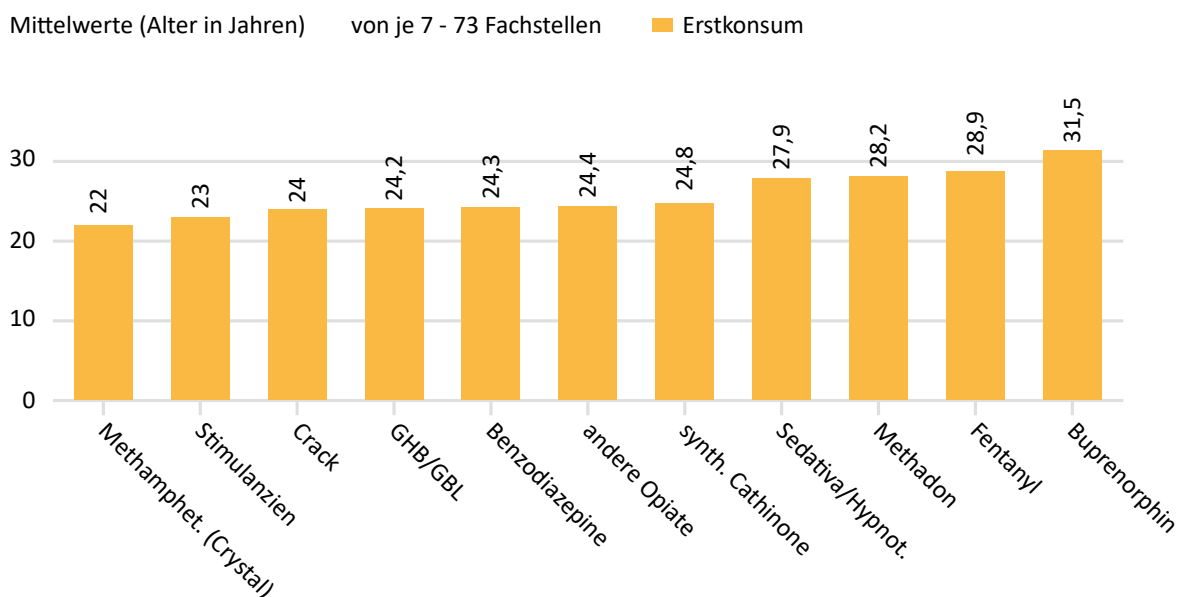
Als Erstkonsum gelten die Angaben der Klient*innen über das Alter, in dem sie die jeweilige Substanz in einer relevanten Dosis das erste Mal im Leben konsumiert haben. Die Abb. 25 / 26 zeigen, dass die jeweiligen Werte für die Substanzgruppen zwischen rund 15 und 30 Jahren lagen. Die Bundeszahlen zeigen im Wesentlichen ein entsprechendes Bild mit Abweichungen von bis zu einem Jahr.

Abb. 25: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum I



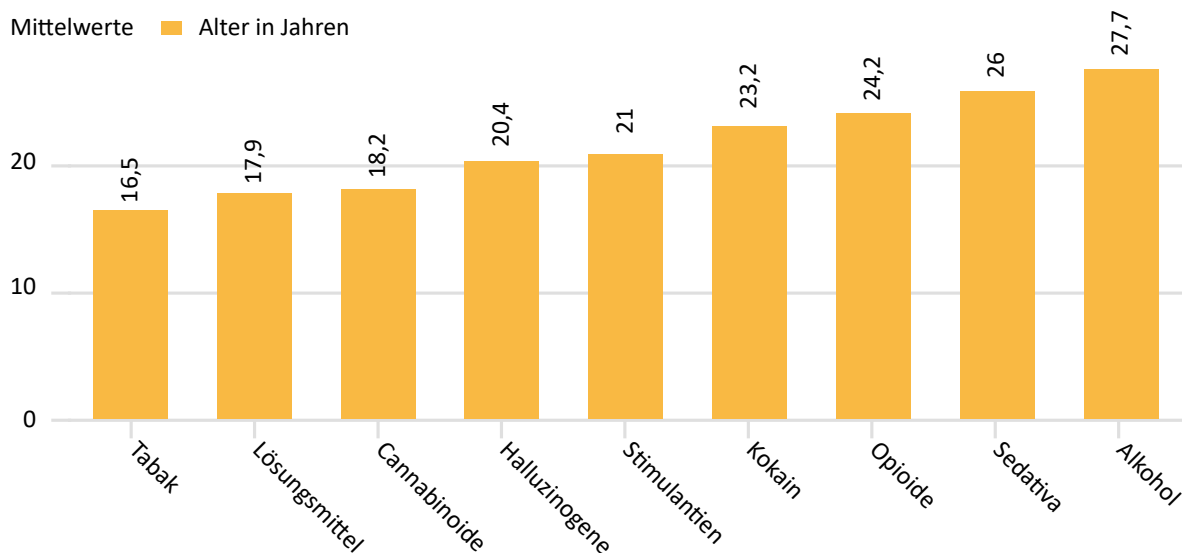
24 Auf die hier nicht abgebildeten Kategorien „leicht gesteigert“ und „deutlich gesteigert“ entfielen bei diesen Stoffen zwischen 1 und 3 %.

Abb. 26: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum II



Das in Abb. 27 gezeigte Alter bei Störungsbeginn entspricht den Angaben der Klient*innen über den Beginn einer Problementwicklung. Dies wird häufig dann der Fall sein, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Konsums vorliegt, was die Entwicklung einer Problemdynamik nach sich zieht. Die Bundeszahlen weisen für alle Substanzen vergleichbare Werte aus. Im Vergleich der niedersächsischen Werte mit den Zahlen zum Erstkonsum fällt auf, dass bei den meisten Substanzen zwischen Erstkonsum und Entwicklung einer Problematik nur ein bis zwei Jahre liegen. Beim Alkohol hingegen beträgt die Zeitspanne bis zur Entwicklung oder Wahrnehmung einer Problematik durchschnittlich über zehn Jahre (auf Bundesebene ebenso). Hierbei spielt auch das unterschiedliche Suchtpotential der Substanzen einen Rolle.

Abb. 27: Alter bei Störungsbeginn



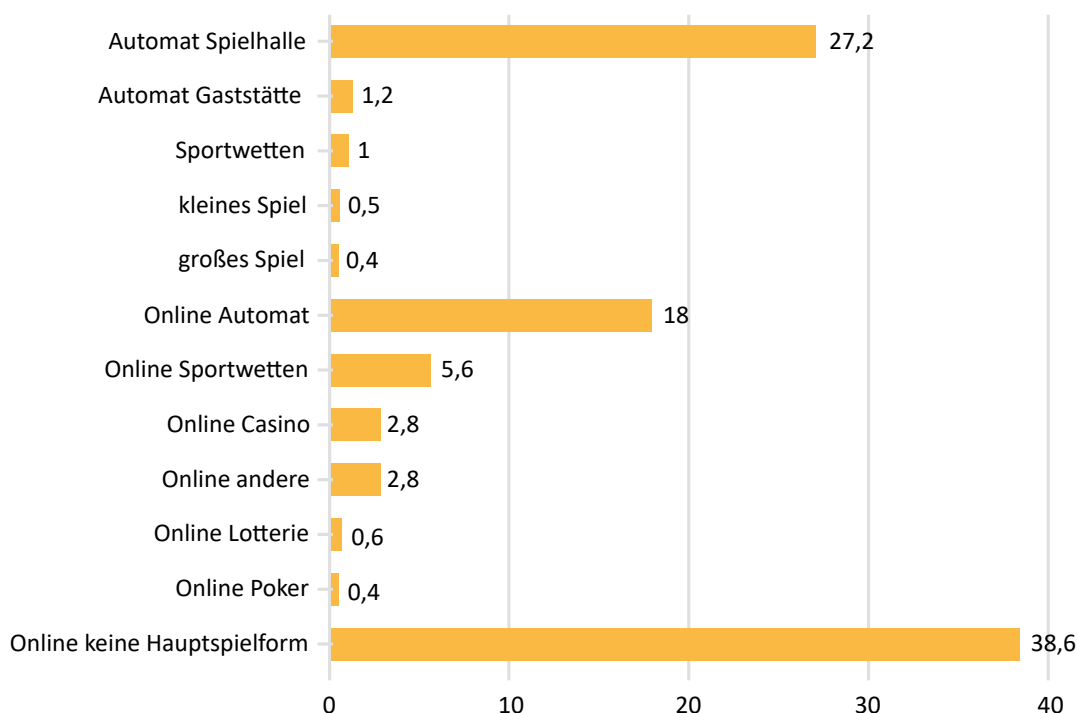
62 Klient*innen teilten im Rahmen der aktuellen Betreuung und Behandlung mit, dass sie mit positivem Ergebnis auf HIV getestet worden sind. 33 Klient*innen gaben eine aktive Hepatitis B-Infektion (Virusnachweis positiv) an und für 198 Klient*innen war eine aktive Hepatitis C-Infektion (Virusnachweis positiv) dokumentiert. Diese Zahlen sind rückläufig, was auch auf die verbesserten medizinischen Behandlungsmöglichkeiten dieser Erkrankungen zurückzuführen ist.

6.7 GLÜCKSSPIELVERHALTEN

Von den Hauptspielformen entfielen rund 27 % (614) auf das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Spielhallen (Abb. 28). Die stärkste Ausprägung betrifft das Online-Spiel ohne Hauptspielform (Nutzung multipler Spielformen) mit 38,6 % der Nennungen (872). Die Dominanz des Automatenspiels deckt sich mit den bislang bekannten Untersuchungsergebnissen aus der Glücksspielsucht-Forschung. Abb. 28 zeigt die Hauptspielformen mit über zehn Nennungen.

Abb. 28: Anteil der Hauptspielformen (über zehn Nennungen)

Prozent ■ N = 2.259 Nennungen



1.170 Klient*innen erfüllten die Diagnosekriterien für F 63.0 (ICD-10) für pathologisches Glücksspielen. Für 55 Klient*innen lag keine aktuelle Diagnose für pathologisches Glücksspielen vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber früher einmal.

Die durchschnittlichen Spieltage - sowohl terrestrisch als auch online - konnten im Vergleich des Konsumverhaltens in den letzten 30 Tagen vor Beginn und vor Abschluss der Betreuung / Behandlung bei allen Spielformen deutlich reduziert werden (Abb. 29 und Abb. 30). Die Verringerung der Spieltage betrug bei den meisten Spielformen eine nennenswerte Reduktion der Spieltage. Beim Glücksspiel über das Internet waren die Erfolge überwiegend deutlicher ausgeprägt, mit Ausnahme der Automatenspiele wurden die Spieltage durchgehend auf unter die Hälfte und weniger verringert.

Die Zahlen geben Durchschnittswerte von allen Klient*innen der Fachstellen wieder, so dass davon auszugehen ist, dass in mehr Fällen als hier dargestellt, das Spielverhalten stark reduziert oder völlig verhindert werden konnte, während es in anderen Fällen weniger stark verringert werden konnte.

Abb. 29: Spieltage terrestrisch in den letzten 30 Tagen zu Beginn und Ende der Betreuung

Mittelwerte ■ Beginn ■ Ende

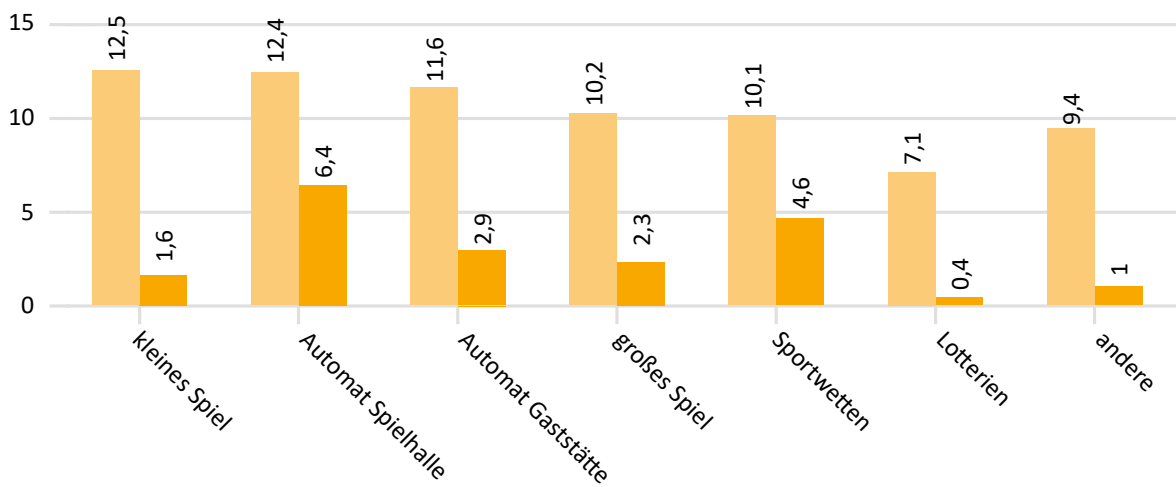


Abb. 30: Spieltage online in den letzten 30 Tagen zu Beginn und Ende der Betreuung

Mittelwerte ■ Beginn ■ Ende

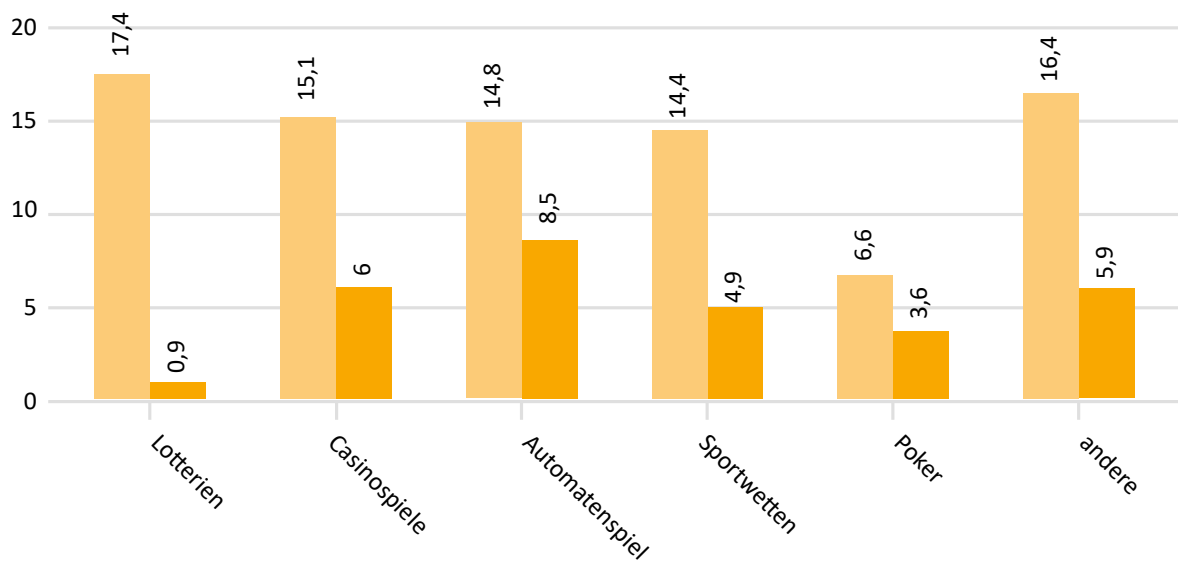
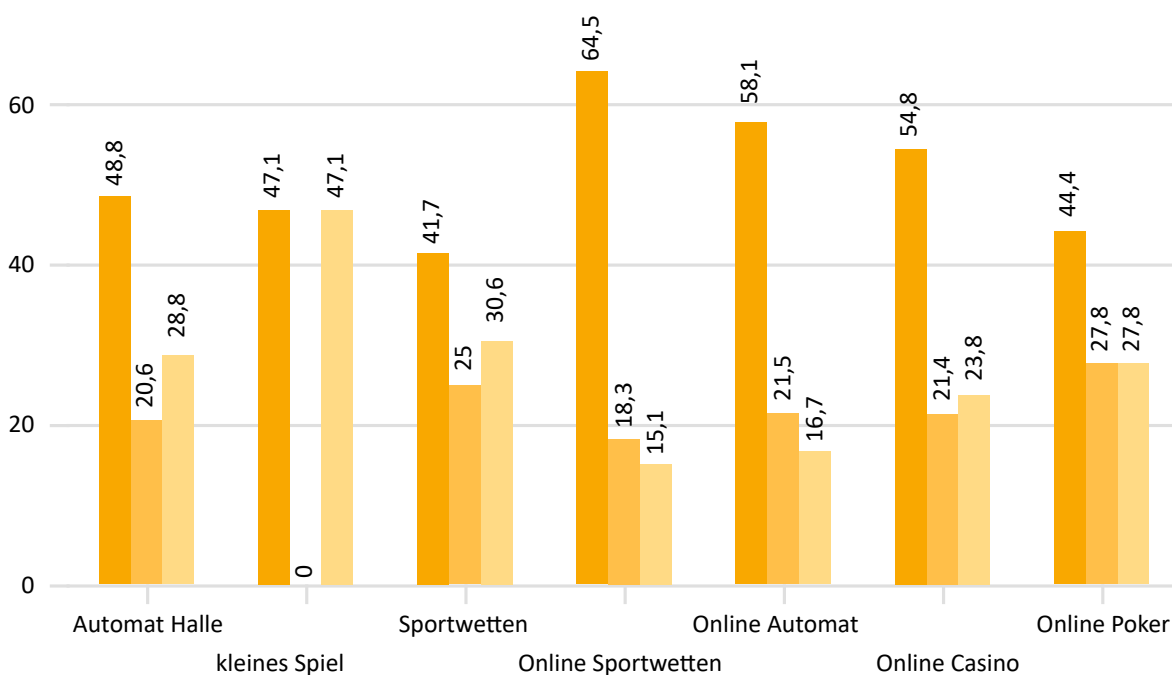


Abb. 31 zeigt die Veränderungen der Spieldauer am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsanfang für ausgewählte terrestrische und Online-Spiele. Bei nahezu allen Spielformen konnte das Glücksspielverhalten deutlich verringert werden. Auf die Kategorien „deutlich verringert“ und „leicht verringert“ zusammen entfielen oft zwei Drittel der Klient*innen. Allerdings konnte – je nach Art des Glücksspiels – bei teilweise auch über der Hälfte der Klient*innen das Glücksspielverhalten nicht verändert werden.²⁵ Mit den Kategorien „leicht gesteigert“ und „deutlich gesteigert“ wurden hinsichtlich des Glücksspiels an Geldspielautomaten in Spielhallen 1,8 % der Klient*innen bewertet (N=5).

Für die Abb. 31 wurden die Glücksspielformen ausgewählt, deren Spieldauer für mehr als 15 Klient*innen bewertet worden sind. Am häufigsten vertreten ist das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Spielhallen mit N = 281. Das Online-Automatenspiel bildet mit 186 Klient*innen die zweithäufigste Spielform, Online-Sportwetten mit 93 Betroffenen die dritthäufigste. Es folgen terrestrische Sportwetten mit 36, Online-Casino (42) und Online-Poker (18). Das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Gaststätten macht 13 Fälle aus. Den niedersächsischen Zahlen ist den Werten der Bundesstatistik gemein, dass die Kategorien „leicht gestiegen“ und „stark gestiegen“ nur einen sehr geringen Anteil der Klient*innen betreffen.

Abb. 31: Bewertung des Glücksspielverhaltens zu Beginn und Ende der Betreuung

Prozent ■ deutlich verringert ■ leicht verringert ■ gleich geblieben



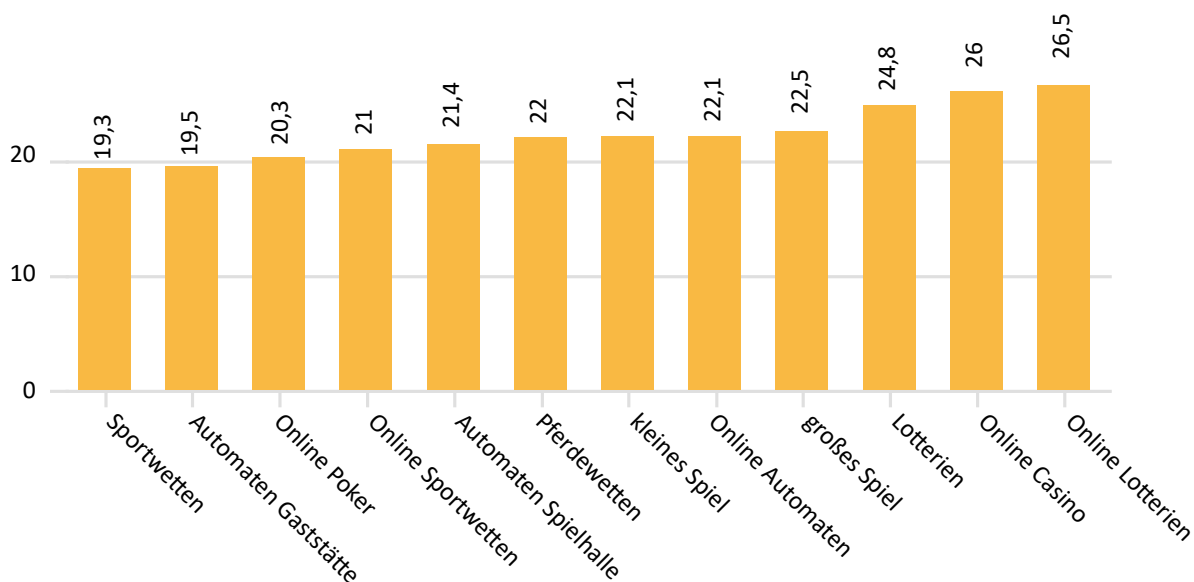
Bei dem ersten Spielen um Geld waren die Klient*innen nach eigenen Angaben im Durchschnitt zwischen 19 und 27 Jahren alt (Abb. 32). Die geringe Zahl von Einschätzungen durch Klient*innen führt dazu, dass die Mittelwerte jahresweise sehr unterschiedlich sind und nicht ohne weiteres über die Berichtsjahre miteinander verglichen werden können.

25 vgl. Fußnote 7

Eine Problemdynamik entwickelt sich häufig dann, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Glücksspiels vorliegt. Das durchschnittliche Alter bei Beginn einer Problementwicklung lag in 2023 bei 25,1 Jahren. Die Spanne reicht von 18 bis 59 Jahre. Diese Angaben sind nicht nach Glücksspielformen unterschieden.

Abb. 32: Alter bei erstem Spielen um Geld.

Mittelwerte Alter 3 - 65 Fachstellen

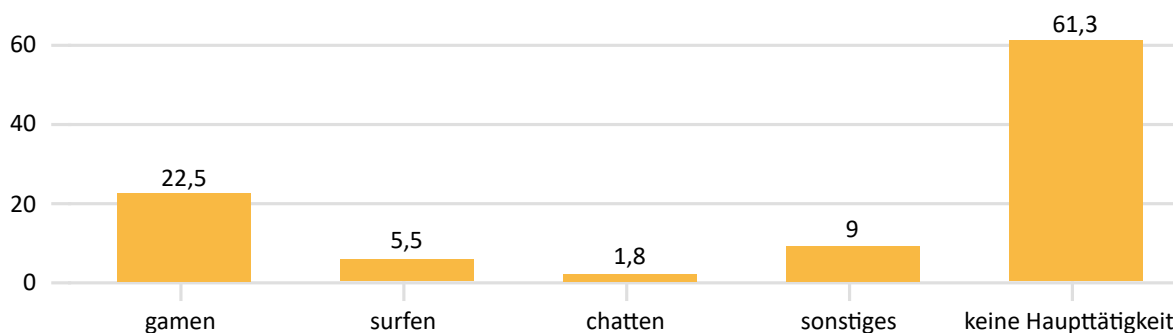


6.8 EXZESSIVE MEDIENNUTZUNG

Über 22 Prozent (N=286) der Haupttätigkeiten in Bezug auf exzessive Mediennutzung entfielen auf das Gamen (Abb. 33). Surfen und waren mit über fünf Prozent vertreten (N = 65), Chatten mit knapp zwei Prozent (22). Die Kategorie Sonstiges ist mit 9 % (N=107) besetzt. Die stärkste Ausprägung betraf die exzessive Mediennutzung ohne explizite Haupttätigkeit (also der Nutzung mehrerer Anwendungsbereiche) mit über 60 Prozent (N = 731) (siehe auch Abb. 28 Online-Glücksspiel „ohne Hauptspielform“ als stärkste Ausprägung).

Abb. 33: Haupttätigkeiten in Bezug auf exzessive Mediennutzung

Prozent N = 1.193 Nennungen

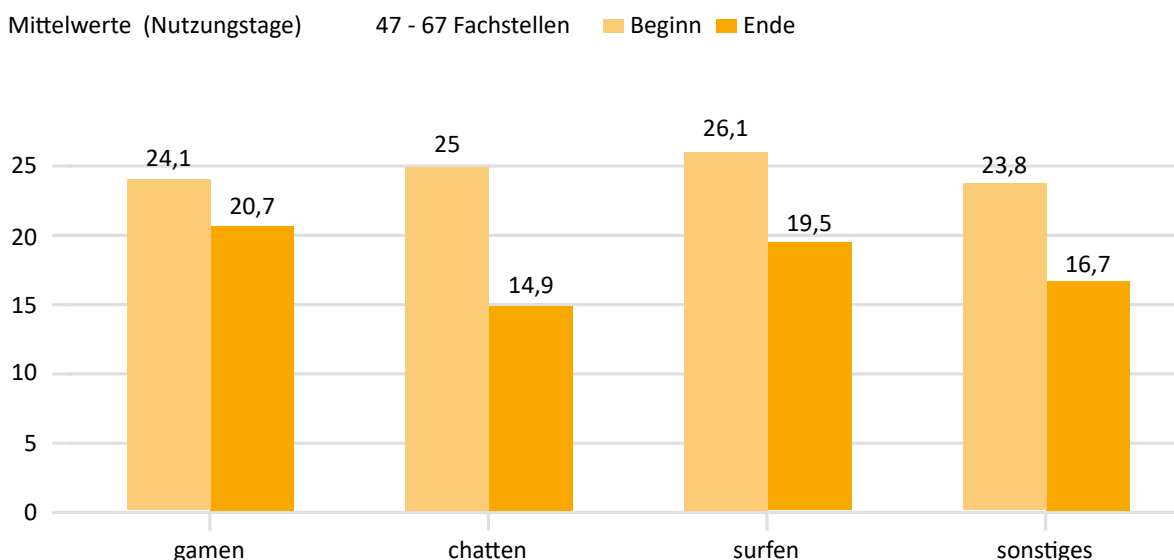


Für exzessive Mediennutzung existiert keine ICD-10-Klassifikation.²⁶ Behelfsweise werden überwiegend die Diagnosen F68.8 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“ und F63.8 „andere abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle“ verwendet. 122 Klient*innen erfüllten in 2023 aktuell die Diagnosekriterien für Verhaltensstörung F68.8 in Hinblick auf exzessive Mediennutzung. Für weitere 9 Klient*innen lag keine aktuelle Diagnose vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber früher einmal.

338 Klient*innen erfüllten aktuell die Diagnosekriterien für Störung der Impulskontrolle F63.8. Hier lag für 4 Klient*innen keine aktuelle Diagnose vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber bereits früher. Für alle ICD-10-Klassifikationen zusammen sind dies 473 Diagnosefälle. Bei dieser Zahl ist zu bedenken, dass einige Klient*innen Mehrfachdiagnosen haben oder bei ihnen die exzessive Mediennutzung nicht die Haupttätigkeit / Hauptdiagnose ist.

Die Anzahl der durchschnittlichen Konsumtage exzessiver Mediennutzung konnten im Vergleich des Konsumverhaltens in den letzten 30 Tagen vor Beginn und vor Abschluss der Betreuung / Behandlung bei allen Nutzungsformen deutlich reduziert werden (Abb. 34). Die Verringerung der Nutzung betrug bis zu zehn 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. Dafür spricht auch die Tatsache, dass es bei der exzessiven Mediennutzung um die Reduktion der Zeit pro Tag geht. Die Konsumzeit kann auch rückläufig sein, obwohl es eine tägliche Nutzung gibt. Dies lässt sich über die KDS Kategorie aber nicht abbilden.

Abb. 34: Nutzungstage Medienkonsum in den letzten 30 Tagen zu Beginn und Ende der Betreuung



Das Alter, das die Klient*innen für den Beginn einer Problementwicklung angaben, lag für die ICD-Diagnose F68.8 (Verhaltensstörung) bei durchschnittlich 19,9 Jahren (mit einer Altersspanne von 10 bis 40 Jahren) und für F63.8 (Störung der Impulskontrolle) bei 22,1 Jahren (Spanne 9 bis 45 Jahre). Die Entwicklung einer Problemdynamik tritt häufig dann ein, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Medienkonsums und eine Funktionsbesetzung (z.B. regelmäßiger Einsatz zur Befindlichkeitsregulierung) vorliegen. Die durchschnittliche Dauer von der ersten Nutzung bis zur Entwicklung resp. Wahrnehmung einer Problemdynamik liegt bei fünf bis sieben Jahren.²⁷

²⁶ In die ICD 11 wird die Diagnose „Gaming Disorder“ aufgenommen.

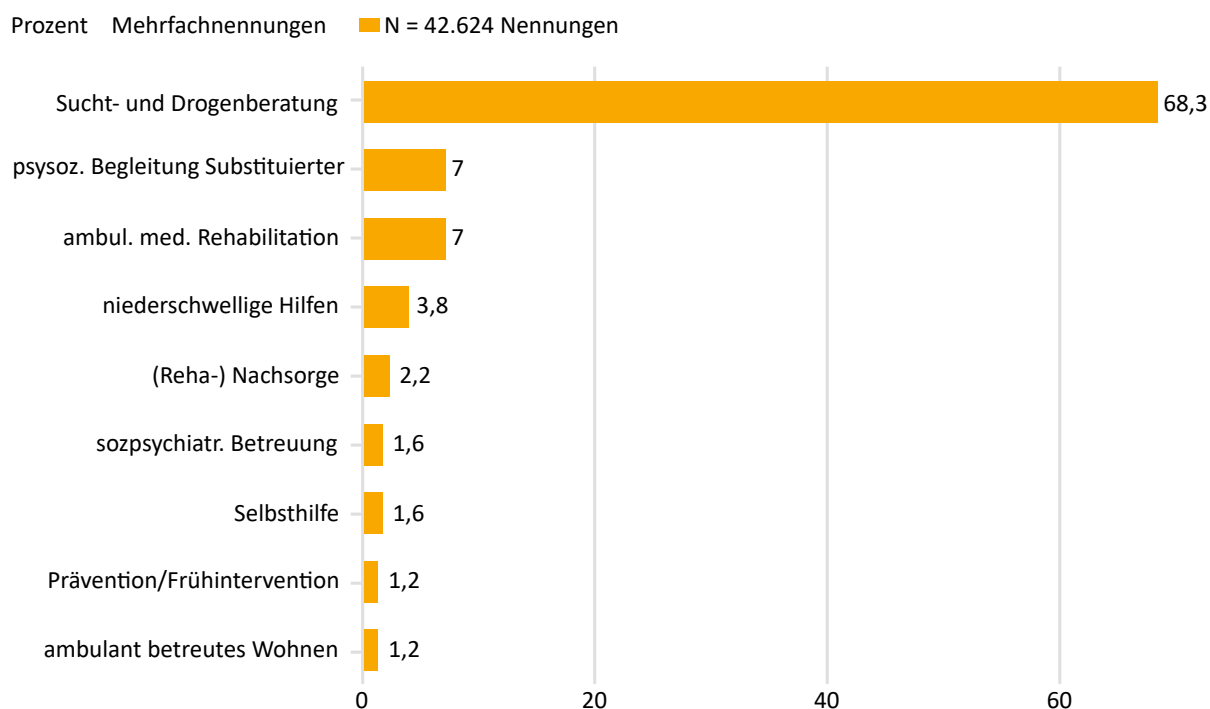
²⁷ vgl. „re:set!“ Projekt der NLS zur Beratung Jugendlicher und Erwachsener bei übermäßigem Medienkonsum
<https://www.nls-online.de/portfolio/reset-beratung-bei-exzessiver-mediennutzung/>

6.9 BERATUNG, BETREUUNG UND BEHANDLUNG

Leistungen: Im Hinblick auf die in Anspruch genommenen Leistungen von Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention durch die Klient*innen dominierte die Sucht- und Drogenberatung mit 68 % der Nennungen (Abb. 35; Bund: 87 %), gefolgt von der psychosozialen Begleitung von Substituierten (PSB) mit 7 % (Bund: 7,1 %), der ambulanten medizinischen Rehabilitation mit 7 % (Bund: 5,1 %) und niedrigschwelligen Hilfen mit 3,8 % (Bund: 6,4 %)²⁸. Alle weiteren Betreuungsarten in Niedersachsen lagen unter drei Prozent der Nennungen.

In Bezug auf die Maßnahmen zu Beschäftigung und Qualifizierung, die in der Behandlung und Rehabilitation stärker gefordert sind, liegt die „arbeitsmarktorientierte Beratung“ bei unter einem Prozent, „Beschäftigung“, „Qualifizierung“, „berufliche Rehabilitation“ und „Arbeitsförderung“ liegen unter 0,01 Prozent der in Anspruch genommenen Leistungen der Fachstellen.

Abb. 35: In Anspruch genommene Leistungen der Fachstellen (über 1 %)

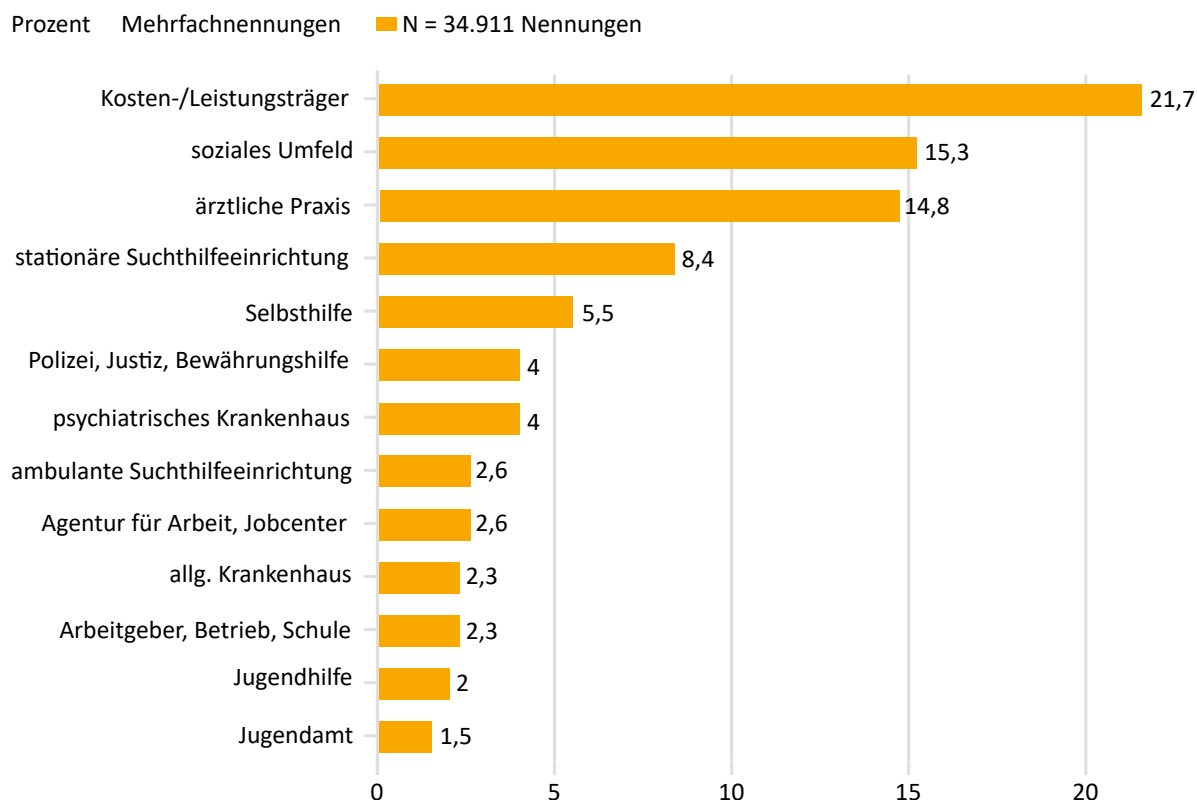


Kontakte: Die Zahl der Kontakte lag in 2023 bei 666.108 (2022: 619.506). Rechnerisch entfielen damit auf jede Fachstelle (N = 76) 8.881 Einzelkontakte. Diese Zahl umfasst alle kundenbezogenen Kontakte innerhalb einer Betreuungs-/Behandlungsepisode, also auch solche mit Behörden und Bezugspersonen, mit einer Mindestgesprächsdauer von 10 Minuten und substanziell beratendem, behandelndem oder informativem Charakter.

Kooperationen: In Zusammenhang mit der Beratung und Behandlung wurde für 16.522 Klient*innen (von gesamt 41.822) eine Kooperation mit anderen Einrichtungen unterhalten. Dabei kooperierten rund 22 % der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention (Abb. 36) mit Kosten- und Leistungsträgern (Bund: 32,2 %), sowie jeweils rund 15 % mit dem sozialen Umfeld der Klient*innen (Bund: 29,3 %) und mit niedergelassenen Ärzt*innen (Bund 20,4 %). Weitere, zahlenmäßig nennenswerte Kooperationspartner waren die stationären Suchthilfeeinrichtungen mit über 8 % (Bund: 19,9 %) sowie die Selbsthilfe mit über 5 % (Bund: 6,7 %).

²⁸ Hier ist zu beachten, dass viele niedrigschwellige Hilfen wie Streetwork in der Regel nicht mit dem KDS erfasst werden.

Abb. 36: Kooperationen während der Betreuung / Behandlung (über 1,5 %)

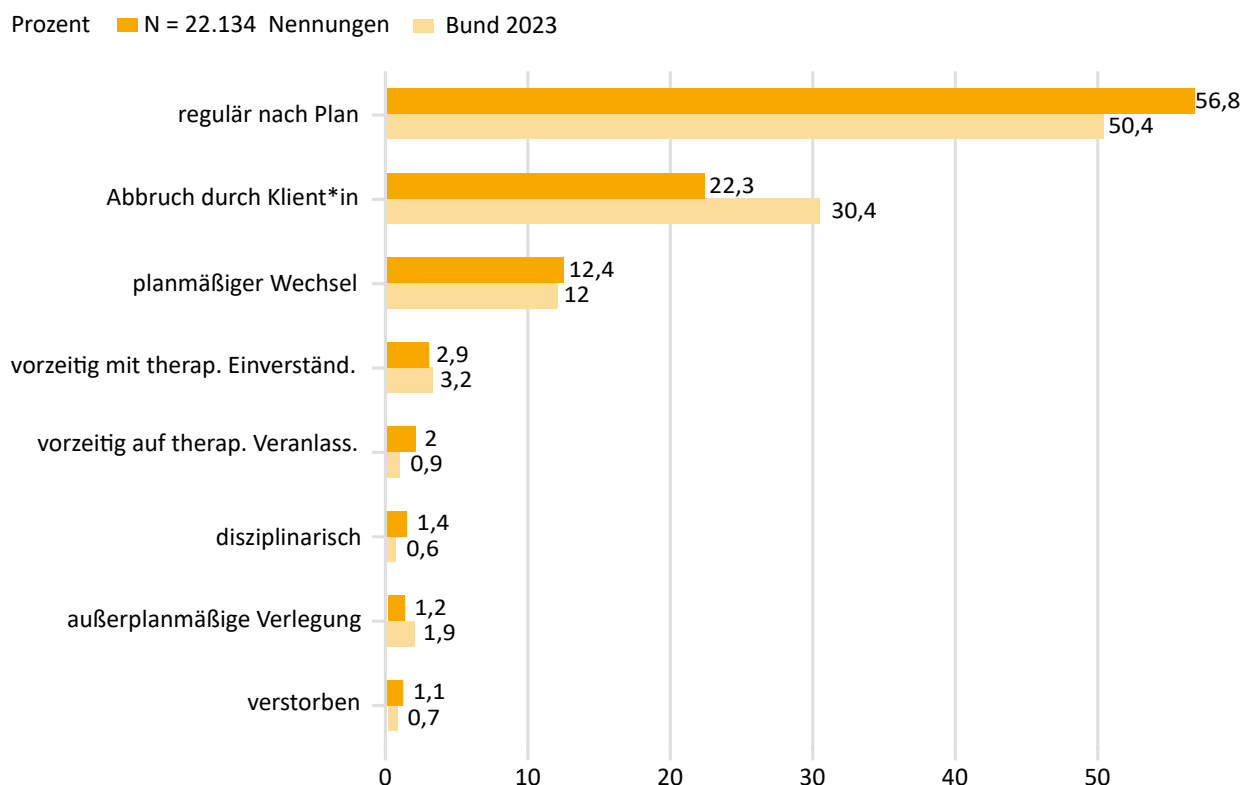


2023 wurden 2.895 Kontakte zwischen Klient*innen und Selbsthilfegruppen erfolgreich gefördert bzw. vermittelt. (Eine bloße Empfehlung des Besuchs einer Selbsthilfegruppe ist hier nicht enthalten.) In 2.460 Fällen hatten die Klient*innen im Laufe der Betreuung / Behandlung wiederholt oder regelmäßig an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen. (Ein nur einmaliges „Ausprobieren“ wird hier nicht berücksichtigt.) Dies belegt die gute regionale Vernetzung der Fachstellen.

6.10 BEENDIGUNG

Deutlich über die Hälfte aller Klient*innen haben in 2023 die in Anspruch genommene Betreuung und Behandlung durch eine Fachstelle regulär nach Plan beendet (2022: 57,4 %; Bund: 50,4 %). Bezieht man die planmäßige Verlegung in eine andere Behandlungsform und die mit therapeutischem Einverständnis erfolgten vorzeitigen Beendigungen mit ein, betrug die Quote 72,1 % (2022: 71,1 %; Bund: 65,6 %). Niedersachsen liegt damit dauerhaft besser als die Bundeszahlen.

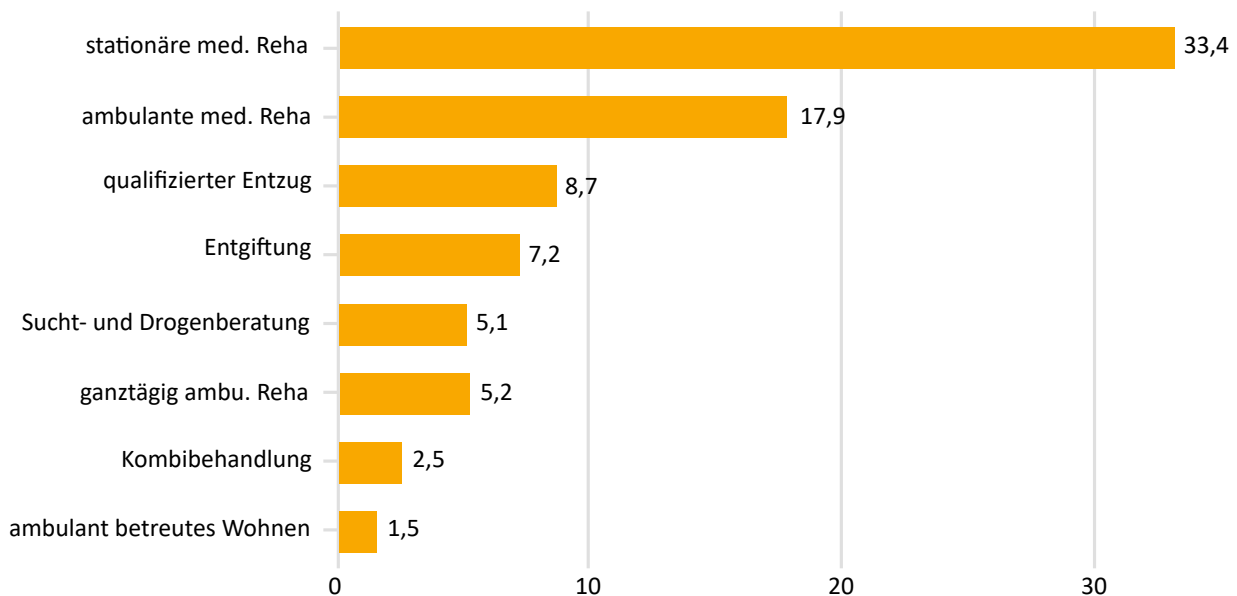
Abb. 37: Art der Beendigung



Von den 7.498 Fällen, deren Betreuung oder Behandlung mit einer Weitervermittlung beendet wurde (Abb. 37), entfiel rund ein Drittel (N=2.505) auf einen Übergang der Klient*innen in die stationäre medizinische Rehabilitation (Bund: 38,8 %). Rund 18 % der Klient*innen wurden in die ambulante medizinische Rehabilitation weitervermittelt (Bund: 11,2 %), gefolgt von qualifiziertem Entzug, Entgiftung und Sucht- und Drogenberatung mit Werten von 649, 542 und 385 Klient*innen.

Abb. 38: Die häufigsten Weitervermittlungen

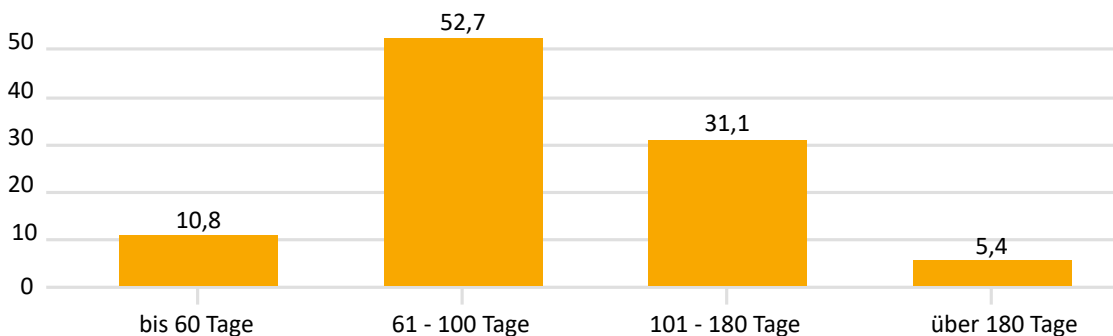
Prozent ■ N = 7.498 Nennungen



Die Betreuungs- und Behandlungsdauer, d.h. der Zeitraum zwischen Beginn und Ende der Betreuung/Behandlung, betrug für alle Klient*innen und Angehörigen im Mittel 97,1 Tage, also über drei Monate. Die Mehrzahl von ihnen (63,5 %) wurde bis zu 100 Tagen betreut. Rund ein Drittel der Klient*innen wurden bis zu 180 Tagen betreut (Abb. 39). Insgesamt wurden für rund 42.000 Klienten über 4,5 Mio. Betreuungs-/Behandlungstage bereitgestellt. Hier ist zu beachten, dass die Angebote von Beratung, psychosozialer Betreuung und ambulanter Therapie konzeptionell sehr unterschiedliche Betreuungsdauern bedingen.

Abb. 39: Betreuungs-/ Behandlungsdauer in Tagen (Durchschnittswerte der FSS)

Prozent ■ N = 74 Fachstellen



In über 6 von 10 Fällen konnte das Konsumverhalten der betreuten und behandelten Klient*innen (64,5 %; Bund 57,8 %) in 2023 zum Positiven gebessert werden (Abb. 40).²⁹ Bei rund 2 % der Behandelten stellte sich eine Verschlechterung der Symptomatik ein (Bund: 2,6 %). In Bezug auf alle Problembereiche konnte eine Verschlechterung der Situation sowie das Neuauftreten von Schwierigkeiten nahezu gänzlich verhindert werden. Hinsichtlich der körperlichen Gesundheit konnte in fast 42 % der Fälle durch die Betreuung und Behandlung eine Verbesserung erzielt werden (Bund: 39,3 %), in Hinblick auf die psychische Gesundheit sogar bei knapp 47 % der Fälle (Bund: 39,4 %). Bei nicht ganz einem Drittel der Klient*innen konnte darüber hinaus das Problemfeld Familie zum Besseren gewendet werden. Das soziale Umfeld, die Schule oder Arbeit, der Freizeitbereich und die Tagesstrukturierung konnten bei etwas unter einem Viertel der Klient*innen günstig beeinflusst werden. Die Daten liegen regelmäßig leicht über denen des Bundes.

29 vgl. Fußnote 7

Abb. 40: Problematik am Tag des Betreuungs- / Behandlungsendes I

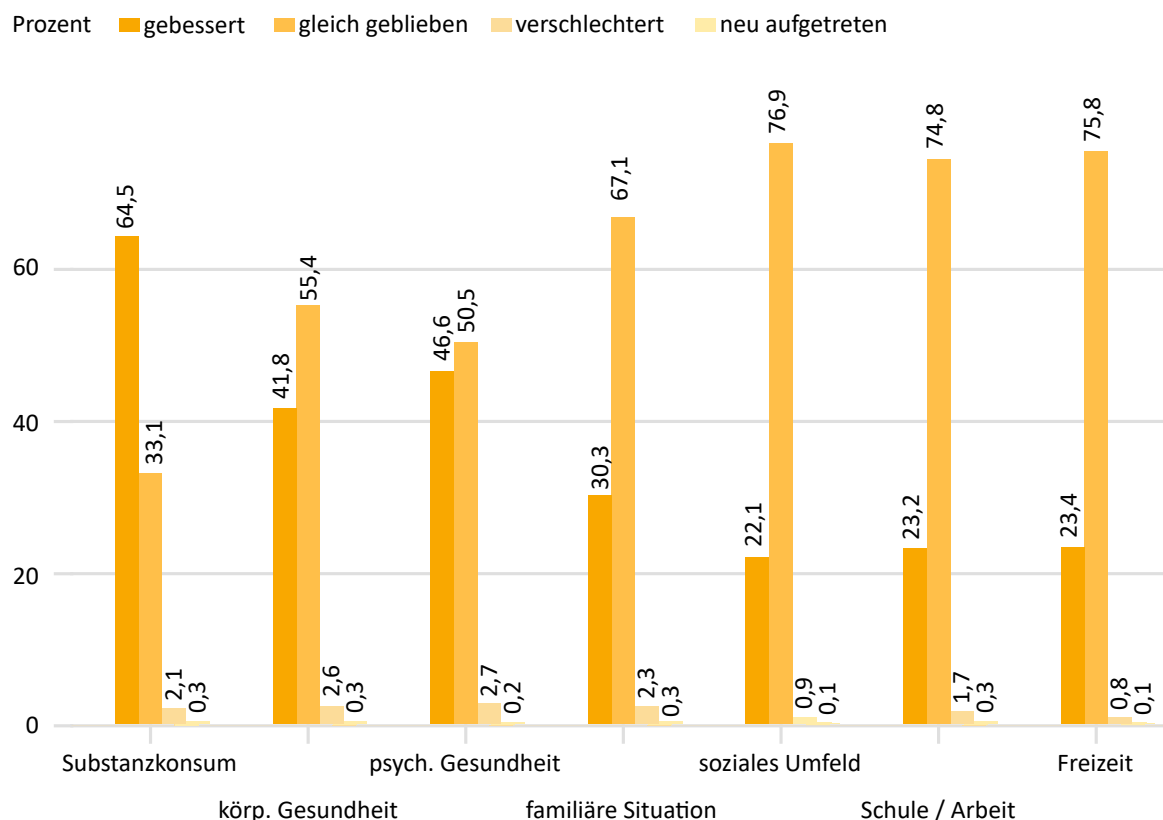
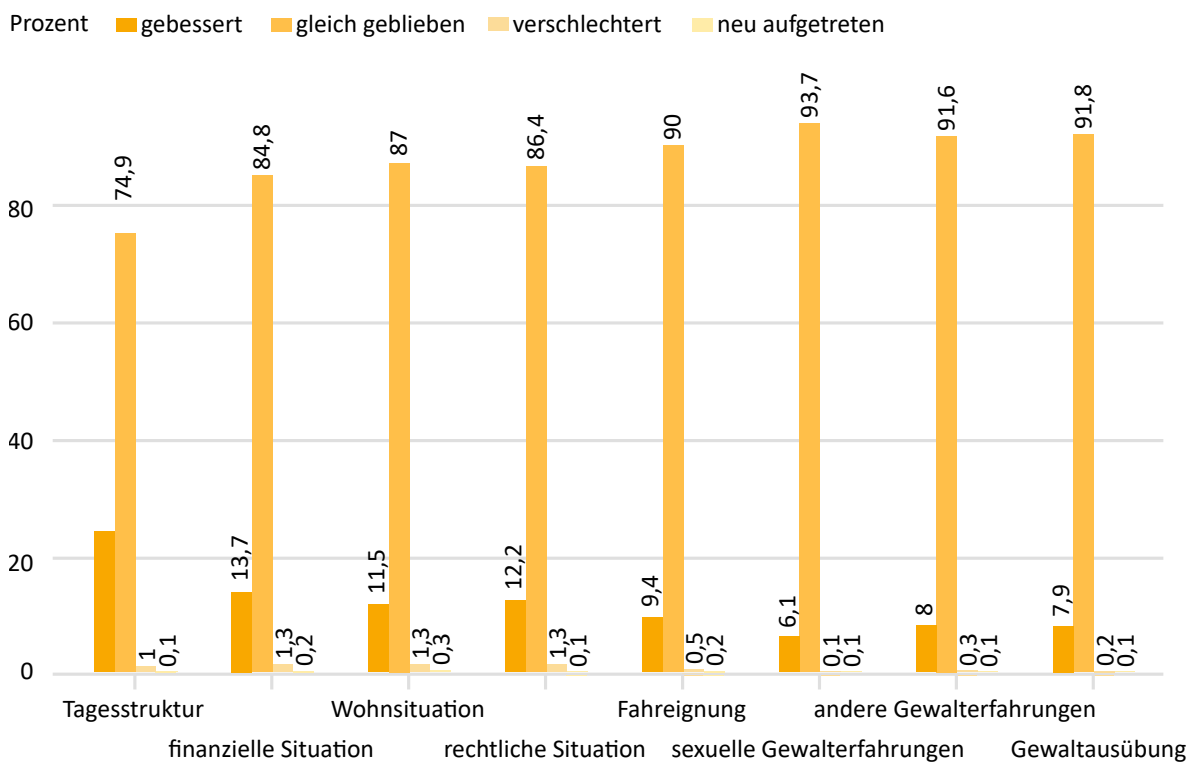


Abb. 41: Problematik am Tag des Betreuungs- / Behandlungsendes II





Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen

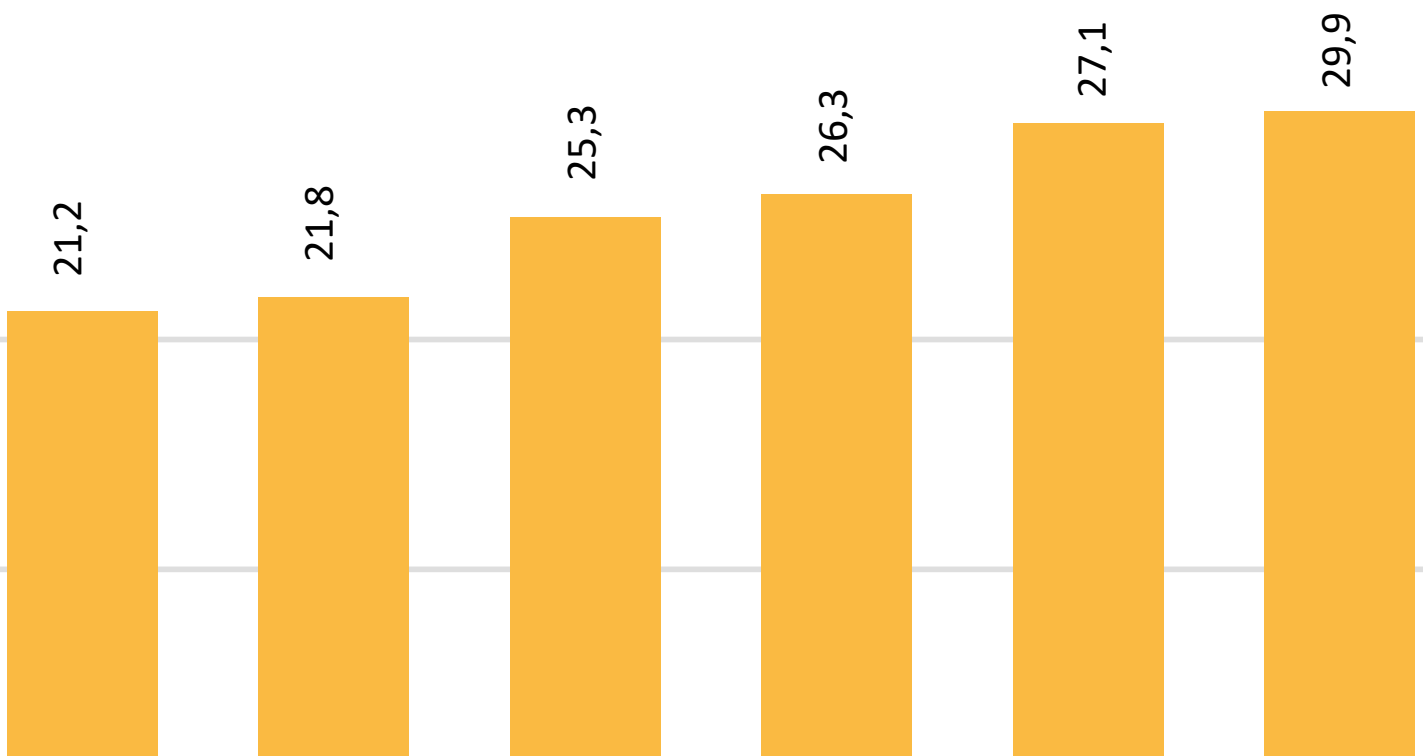
Gruppenstr. 4
30159 Hannover
Tel.: 0511 626266-0
Fax: 0511 626266-22
info@nls-online.de
www.nls-online.de

SUCHTHILFESTATISTIK 2024 FÜR AMBULANTE EINRICHTUNGEN IN NIEDERSACHSEN

Landesdokumentation zur ambulanten
Suchtberatung und Suchtbehandlung



Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen



SUCHTHILFESTATISTIK 2024 FÜR AMBULANTE EINRICHTUNGEN IN NIEDERSACHSEN

Landesdokumentation zur ambulanten
Suchtberatung und Suchtbehandlung



Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen

PROJEKTLEITUNG Michael Cuypers, Tobias Trillmich, NLS
BEAUFTRAGTES INSTITUT Henning Borchert, MONITOR Ronnenberg
GEFÖRDERT DURCH Niedersächsisches Ministerium für
Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

HANNOVER DEZEMBER 2025

1	VORBEMERKUNG	4
2	AUFBAU UND INTENTION	4
3	DATENBASIS	5
4	ZUSAMMENFASSUNG	6
5	ERGEBNISSE: EINRICHTUNGEN (KDS-E)	9
5.1	DIE FACHSTELLEN	10
5.2	DIE MITARBEITENDEN	10
5.3	QUALITÄTSKRITERIEN	12
5.4	KOOPERATION UND VERNETZUNG	13
6	ERGEBNISSE: KLIENT*INNEN (KDS-F)	14
6.1	DIE KLIENT*INNEN	15
6.2	ANGEHÖRIGE	17
6.3	VERMITTLUNG IN BERATUNG	18
6.4	KOSTEN-/LEISTUNGSTRÄGER	19
6.5	SOZIODEMOGRAPHIE	20
6.6	DIAGNOSEN	25
6.7	GLÜCKSSPIELVERHALTEN	29
6.8	EXZESSIVE MEDIENNUTZUNG	32
6.9	BERATUNG, BETREUUNG UND BEHANDLUNG	34
6.10	BEENDIGUNG	36
7	DIGISUCHT – SUCHTBERATUNG.DIGITAL	39

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	Mitarbeitende

1 VORBEMERKUNG

Der Jahresbericht für die ambulante Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen 2024 stützt sich auf Daten, die auf der aktuellen Fassung des Deutschen Kerndatensatzes (Version KDS 3.0 vom 09.09.2016, letzte Revision 01.01.2024) 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.

Die für diesen Bericht ausgewerteten Daten entstammen den Klient*innen-Dokumentationssystemen, die von den niedersächsischen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention geführt werden.¹ Die für Niedersachsen modifizierten und auf dem Deutschen Kerndatensatz basierenden Erhebungsbögen (rsp. die elektronischen Exportdateien) sind Bestandteil des jährlich von den Fachstellen für Sucht und Suchtprävention zu erbringenden Verwendungsnachweises über die Landeszuwendung. Die Vorlage der Datensätze in Verbindung mit dem Verwendungsnachweis ist aufgrund der Richtlinie des Landes Niedersachsen für die Gewährung von Zuwendungen an die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention obligatorisch.

In dem Jahr 2024 bestanden in Niedersachsen 75 vom Land geförderte ambulante Hauptstellen für Sucht und Suchtprävention. Seit dem Erhebungszeitraum 2022 werden die Daten einer weiteren Fachstelle für Sucht und Suchtprävention erhoben und ausgewertet. Diese Fachstelle wird nicht vom Land Niedersachsen gefördert und war bis dato nicht in dem hier zugrunde liegenden Datensatz vertreten. Das Leistungsspektrum dieser Fachstelle entspricht mit Prävention und Beratung dem überwiegenden Teil der niedersächsischen Fachstellen. Deshalb beziehen sich die hier vorgestellten Daten auf die Arbeit von 76 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention.

Die Erhebungsdateien für 2024 wurden von den Fachstellen bis zum Herbst 2025 vorgelegt. Die angestrebte Vollerhebung konnte so für das Berichtsjahr 2024 wieder erreicht werden.

2 AUFBAU UND INTENTION

Der Jahresbericht 2024 beschreibt die Situation der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen auf der Basis empirisch gewonnener Daten der 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 (KDS-E: Hilfe-Angebotsstruktur) und Fällen (KDS-F: Hilfe-Inanspruchnahme durch Klienten*innen). In Bezug auf die Einrichtungen steht eine Beschreibung nach Art, eingesetzten Mitteln, Angeboten und Struktur der Mitarbeitenden im Vordergrund, um einen Überblick über die Leistungen im Land Niedersachsen zur ambulanten Suchtkrankenhilfe zu ermöglichen. Im Hinblick auf die Klient*innen werden neben Informationen über soziodemografische Daten und die Lebenssituation – vor allem Diagnosen und Beratungs- und Behandlungsergebnisse – dargestellt, um die Wirksamkeit der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen zu beleuchten. Diese Struktur folgt in wesentlichen Zügen der die Bundessituation beschreibenden „Deutschen Suchthilfestatistik“ des Instituts für Therapieforschung in München (IFT)². Bezüge im nachfolgenden Bericht zu den Zahlen aus der (Bundes-)Deutschen Suchthilfestatistik beziehen sich alle auf diese Quelle.

Um die aktuellen niedersächsischen Zahlen aus dem Berichtsjahr 2024 besser beurteilen zu können, werden diese an ausgewählten Stellen mit den 2023-er (teilweise auch früheren) Zahlen aus Niedersachsen ver-

1 Von den siebzehn 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“ (PATientenverwaltung und LeistungsFAKturierung) oder „EBIS“ (Einrichtungsbezogenes Behandlungsinformationssystem) eingesetzt.

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

glichen und außerdem den Bundesdaten der Deutschen Suchthilfestatistik von 2024 gegenübergestellt (mit „Bund“ gekennzeichnet).

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

Fortgesetzt werden hier eine differenziertere Betrachtung und Auswertung der Daten zur Beschäftigungsförderung und zum Erwerbsstatus. Erstmals werden in diesen Bericht auch Zahlen der „DigiSucht - Suchtberatung.digital“³, einer kostenlosen und anonymen digitalen Suchtberatung für Betroffene und Angehörige in einem eigenen Kapitel mit aufgenommen. Dieses digitale Beratungsangebot wurde in 2024 von 58 der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention vorgehalten.

3 DATENBASIS

Der Deutsche Kerndatensatz (Fassung vom 1.1.2024) besteht aus einem zweiteiligen Erhebungsinstrument pro Einrichtung. Teil 1 umfasst die einrichtungsbezogenen Daten (KDS-E), Teil 2 erhebt die fallbezogenen Kerndaten aus jeder Einrichtung (KDS-F). Die niedersächsische Fassung dieser Instrumente (KDS-NDS) umfasst etwas weniger Items.⁴ In Niedersachsen gibt es 76 Hauptstellen für Sucht und Suchtprävention (plus Nebenstellen insgesamt 116 Anlaufstellen). Eine Gesamt-Auswertung auf Landesebene erstreckte sich somit auf 76 Fragebogensets à 1.066 Items, insgesamt also über 81.000 Items.

In diesem Jahr stehen zur Auswertung für die Suchthilfestatistik Niedersachsen 2024 die Daten aller 76 Einrichtungen auf Basis des Kerndatensatzes (KDS-E und KDS-F) zur Verfügung. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 100 %. Deshalb bezieht sich die folgende Darstellung sowohl auf sämtliche Fachstellen, als auch auf 100 % der Klient*innen, die als Betroffene oder Angehörige eine niedersächsische Fachstelle aufgesucht haben. In dem folgenden Bericht und bei allen Auswertungen des statistischen Materials wird deshalb die Gesamtzahl der eingereichten Kerndatensätze (N = 76) zugrunde gelegt. Die bundesdeutsche Suchthilfestatistik liegt aktuell für das Berichtsjahr 2024 vor. Diese besaß in den vergangenen Jahren eine Ausschöpfungsquote von etwa 70 % aller deutschen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen.⁵ Die Bundesdaten beruhen auf einer Erhebung von 878 Fachstellen und umfassen die Angaben über rund 324.000 Klient*innen.

Für diesen Bericht liegen die Daten aus Niedersachsen von den meisten Einrichtungen weitgehend lückenlos vor. Werden in einigen Ergebnisdarstellungen Fallzahlen unter N = 76 angezeigt, so liegt dies an fehlenden Werten bei den entsprechenden Items. Die Dokumentation der Fachstellen liegt gegenüber dem Einführungsjahr des KDS 3.0 (2017) weiterhin auf einem hohen Niveau, sodass Datenbasis und Aussagekraft der Suchthilfestatistik 2024 den Ansprüchen gerecht werden.

Außerdem werden hier die Zahlen des digitalen Onlineangebots Digi-Sucht vorgestellt (Kapitel 7). Sie stellen zwar eine gesonderte Stichprobe dar; dies erhöht aber die Ausschöpfung von allen theoretisch denkbaren Klient*innen der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention und verdeutlicht die Inanspruchnahme durch unterschiedliche Zugangswege

³ erreichbar unter www.suchtberatung.digital

⁴ Die aktuellen KDS-NDS-Formulare befinden sich im Downloadbereich der NLS.
<https://www.nls-online.de/produkt-kategorie/materialien/>

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

4 ZUSAMMENFASSUNG

Mit einer Ausschöpfungsquote von 100 % der Kerndatensätze zur Dokumentation der Arbeit der ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen für das Jahr 2024 konnte an die Ergebnisse der meisten Vorjahre wieder vollständig angeknüpft werden.⁶ Die Aussagekraft dieses Berichtes ist dadurch unverändert hoch. Auch die Vergleiche mit den Erhebungsdaten aus der Deutschen Suchthilfestatistik aus demselben Jahr zeigen bemerkenswert große Übereinstimmungen.

DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK

- 2024 wurden in Niedersachsen in 76 Einrichtungen fast 41.000 Personen (2023: 41.822) mit einer Suchtsymptomatik oder deren Angehörige ambulant betreut, per Kerndatensatz erfasst und in dieser Jahresauswertung berücksichtigt. Diesem Rückgang von 2,3 % steht eine Verringerung der personellen Ressourcen um 3,5 % gegenüber.
- Mit der seit 2017 eingesetzten Kerndatensatzversion 3.0 werden auch die nicht dokumentierten Klient*innen erfasst. Zusammen mit diesen weiteren 4.268 Personen (2023: 4.428) haben in 2024 insgesamt über 45.000 Klient*innen die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention aufgesucht.
- Über 57 % der Betroffenen begaben sich weitgehend aus eigenem Antrieb in die Beratung oder Therapie, die anderen wurden über verschiedene Instanzen vermittelt.
- Es gab rund 675.000 Kontakte⁷ mit Klient*innen und Angehörigen. Rechnerisch sind das fast 9.000 Kontakte je Fachstelle.
- 54 % der Klient*innen standen während der Beratung bzw. Behandlung im Erwerbsleben oder befanden sich in Ausbildung. Hier zahlen sich die Bemühungen der Fachstellen aus, die Erwerbstätigkeit ihrer Klient*innen möglichst aufrecht zu erhalten, wie auch die abendlichen Öffnungszeiten der Fachstellen an einigen Tagen in der Woche.
- Zwei Drittel der Betreuten / Behandelten konnten ihren Substanzkonsum im Zuge der Betreuung oder Behandlung reduzieren. Auch die mit der Abhängigkeitserkrankung assoziierten Probleme hinsichtlich Gesundheit, Teilhabe und anderer Bereiche wurden durch den Beratungsprozess in vielen Fällen verbessert. Verschlechterungen und das neue Auftreten von Problemlagen wurden weitgehend verhindert. Damit lag Niedersachsen in weiten Teilen über dem Bundesdurchschnitt. Die Zahlen entsprechen den Vorjahreswerten und belegen eine konstante und stabile Erfolgsquote.

BEWERTUNG DER ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNG

Die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen waren in 2024 für ihre verantwortungsvolle Arbeit und die ihnen übertragenen Aufgaben der Beratung und Behandlung von Menschen mit einer Suchtproblematik zunehmend schlechter aufgestellt. Die personellen Ressourcen sanken im Vergleich zum Vorjahr um 3,5%.

Die Fachstellen verfügten über ein breit gefächertes Angebotsspektrum im Hinblick auf differenzierte und qualifizierte suchtbezogene 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. Im Jahr 2024 waren immer mehr Fachstellen an die Online Plattform DigiSucht angeschlossen, sodass vermehrt auch ein niedrigschwelliger, digitaler Zugang zu den FSS möglich wurde. Die Auswertung zeigt, dass über diesen Zugangsweg mehr Angehörige und jüngere Ratsuchende erreicht wurden. Somit hat sich der neue Zugangsweg bewährt und wird zukünftig weiter ausgebaut werden.

⁶ Die Ausschöpfungsquoten waren in 2003: 69,7%; 2005: 90%; 2006: 98,7%; 2007: 100%; 2008: 75%; 2009 - 2019: 100%; 2020: 97,3%; seit 2021: 100%). Ursache für den Einbruch in 2008 war die Umstellung der Erhebungsformulare auf die neue bundeseinheitliche Kerndatensatzstruktur.

⁷ Für einen dokumentationsrelevanten Kontakt im ambulanten Bereich gelten dabei folgende Vorgaben: Eine Mindestgesprächsdauer von 10 Minuten mit substanziell beratendem oder behandelndem Charakter (persönlich, telefonisch, per Brief/E-Mail, digital).

Die Vernetzung der ambulanten Einrichtungen mit sozialpsychiatrischen Verbünden gelang zu beinahe 100 %. Die Versorgung der Bevölkerung und der Erreichbarkeitsgrad ambulanter Einrichtungen der Suchthilfe in Niedersachsen ist somit als hoch einzuschätzen. Dagegen ist ein stärkerer Rückgang in der Vermittlung durch allgemeine Krankenhäuser seit 2017 zu beobachten. Ein möglicher Zusammenhang besteht mit dem „Nahtlosverfahren“ von Leistungsträgern und Krankenhausgesellschaften.⁸

Gemessen am Bundesdurchschnitt ist den niedersächsischen Einrichtungen für 2024 eine sehr hohe Qualität hinsichtlich der strukturellen Merkmale des Angebots und der Effektivität der klientenbezogenen Leistungen in der Beratung und ambulanten Behandlung zu bescheinigen. Weiterhin zeigten sich die Fachstellen im Hinblick auf die verschiedenen Bausteine eines internen Qualitätsmanagements als gut aufgestellt.

2024 wurden weitere Anstrengungen unternommen, um die Angebote der ambulanten Einrichtungen zur Beschäftigungsförderung der Klient*innen zu verbessern. Viele Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen engagierten sich in diesem Bereich, indem sie die Teilhabe der Klient*innen u.a. auch in Bezug auf den Ausbildungs- oder Arbeitsplatz unterstützten. Allerdings sind weitere Anstrengungen notwendig, um die berufliche Integration der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung voran zu treiben. So besaßen 2024 (wie in den Vorjahren) knapp ein Drittel der Klient*innen (30,6 %) keinen Berufsabschluss und hatten vor diesem Hintergrund eindeutig schlechtere Chancen am Arbeitsmarkt. 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.

Die Tatsache, dass mehr als jede*r zweite Klient*in (57 %) auf direktem Weg und ohne jede Vermittlung die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe aufsuchten, kann als Vertrauensbeweis für die Attraktivität und Qualität des ambulanten Hilfeangebots gewertet werden. Niedergelassene Ärzte stellen den dritthäufigsten Vermittlungsweg in die Suchtberatung. Der Umstand, dass diese Quote über die letzten Jahre hinweg relativ konstant war, zeigt zugleich, dass es trotz vielfältiger Anstrengungen nicht so einfach ist, diesen Vermittlungsweg noch weiter auszubauen. Dieses wäre hilfreich, denn ein problematischer oder abhängiger Substanzkonsum wird häufig bei ärztlichen Untersuchungen erstmals und frühzeitig deutlich. Die fachlich angezeigte Ausweitung der Vernetzung benötigt allerdings zeitliche und personelle Ressourcen, die dann in der direkten Klient*innenarbeit fehlen könnten.

Der Anteil der jungen und jüngeren Klient*innen (bis zum 20. Lebensjahr), die durch die ambulanten Fachstellen betreut wurden, lag 2024 wieder deutlich unter zehn Prozent. Dies ist auch dadurch bedingt, dass sich manifeste Suchtprobleme oft erst im späteren Lebensalter zeigen und erst dann eine Beratung und/oder Behandlung in einer Fachstelle für Sucht und Suchtprävention in Anspruch genommen wird. Hinzu kommt, dass die Klienten bei der dominierenden Hauptsubstanz „Alkohol“ die Beratung in aller Regel in einem höheren Lebensalter aufsuchen.

Die seit einigen Jahren eingerichteten speziellen Frühinterventionsprogramme⁹ führten nachweislich zu einer höheren Inanspruchnahme der Beratungsangebote der Fachstellen durch jüngere Zielgruppen. Der Anteil der unter 20-jährigen Betreuten ist seit 2006 (5,2 %) kontinuierlich gestiegen und beträgt von 2017 bis 2022 rund 9 %. In absoluten Zahlen kamen in dem aktuellen Berichtsjahr 2.902 junge Menschen in die Beratungsstellen. Ziel ist es, die Inanspruchnahme in den nächsten Jahren weiter auszubauen, um Menschen frühzeitiger zu erreichen und die Folgen von Abhängigkeitserkrankungen in stärkerem Maße zu vermeiden.

8 „Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“ Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017

9 z.B. „HaLT in Niedersachsen“ und „realize it“

Da die jüngeren Ratsuchenden oft noch keine manifesten Suchtprobleme aufweisen, sind sie vorrangig Adressaten der zahlreichen Präventionsmaßnahmen der ambulanten Einrichtungen. 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 im Jahresbericht der Arbeit der Suchtpräventionsfachkräfte in Niedersachsen 2024 dokumentiert.¹⁰

Die Zahl der Kontakte mit den Klient*innen ist im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen. Diese Entwicklung trifft auf bestenfalls gleichbleibende finanzielle Förderung der Arbeit der Fachstellen. Bei gestiegenen Personal- und Sachkosten bedeutet dies faktisch eine Einschränkung des Angebots. Erste Fachstellen für Sucht und Suchtprävention sind daher gezwungen, Wartelisten für die Erstberatungen zu führen. Dies kann sich negativ auf die Beratung auswirken, da einige Ratsuchende nur kurze Zeitfenster zum Motivationsaufbau haben und diese nicht genutzt werden können. Es gelang zu erreichen, dass der Rückgang der Klient*Innen nicht so stark wie der des Personals ausgefallen ist. Dies spricht für eine weitere Arbeitsverdichtung und ein hohes Engagement der Einrichtungen. Die Verteilung der Hauptdiagnosen ist im Vergleich zum Vorjahr sehr konstant. Ein erwarteter Anstieg der Beratungen aufgrund von Mediensucht nach Beendigung der Corona Pandemie blieb bisher aus. Zu beachten ist, dass es häufig eine Latenz zwischen dem Auftreten einer Suchtproblematik und der Inanspruchnahme eines Hilfeangebots gibt.

Die Debatte um die Teillegalisierung von Cannabis schlägt sich nicht in den Zahlen 2024 nieder. Auch hier bleibt die Entwicklung abzuwarten, ob die Gesetzesänderungen in den kommenden Jahren eine Auswirkung auf die Verteilung der Ratsuchenden haben wird.

Der Bericht belegt, dass die Arbeit der niedersächsischen Fachstellen für Sucht und Suchtprävention eine hohe Konstanz und Qualität aufweist. Um die Angebote in der bisherigen Qualität und Quantität aufrecht erhalten zu können, bedarf es einer auskömmlichen Finanzierung, die zunehmend gefährdet ist.¹¹

¹⁰ siehe: <https://www.nls-online.de/produkt-kategorie/materialien/>

¹¹ Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland; Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)
https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2024-09-26-Bericht_zur_Finanzierung_der_Suchtberatung_FINAL.pdf

5 ERGEBNISSE: EINRICHTUNGEN (KDS-E)

Die in der Versorgungsregion, die Zielgruppen der Fachstellen nach S...
(Öffnungszeiten, zielgruppenspezifische Angebote) sind seit der Um...
lung auf den KDS 3.0 nicht mehr möglich. 2024 verfügten 76 Fac...
ten für Sucht und Suchtprävention rechnerisch über 491 Vollzeit-...
2023: 508,7). Auf jede Einrichtung entfielen rechnerisch 6,5 ...
stellen (2023: 6,8). Dies bedeutet einen Rückgang von 3,5 % ...
gleich zum Vorjahr. Die Anzahl der Mitarbeitenden mit Feststa...
nd Honorarvertrag betrug insgesamt 825. Der Hauptteil alle...
gten der Fachstellen mit knapp 68 % entfallen auf die Be...
der Sozialarbeiter*innen sowie Sozialpädagog*innen (2023: ...
... ...

5.1 DIE FACHSTELLEN

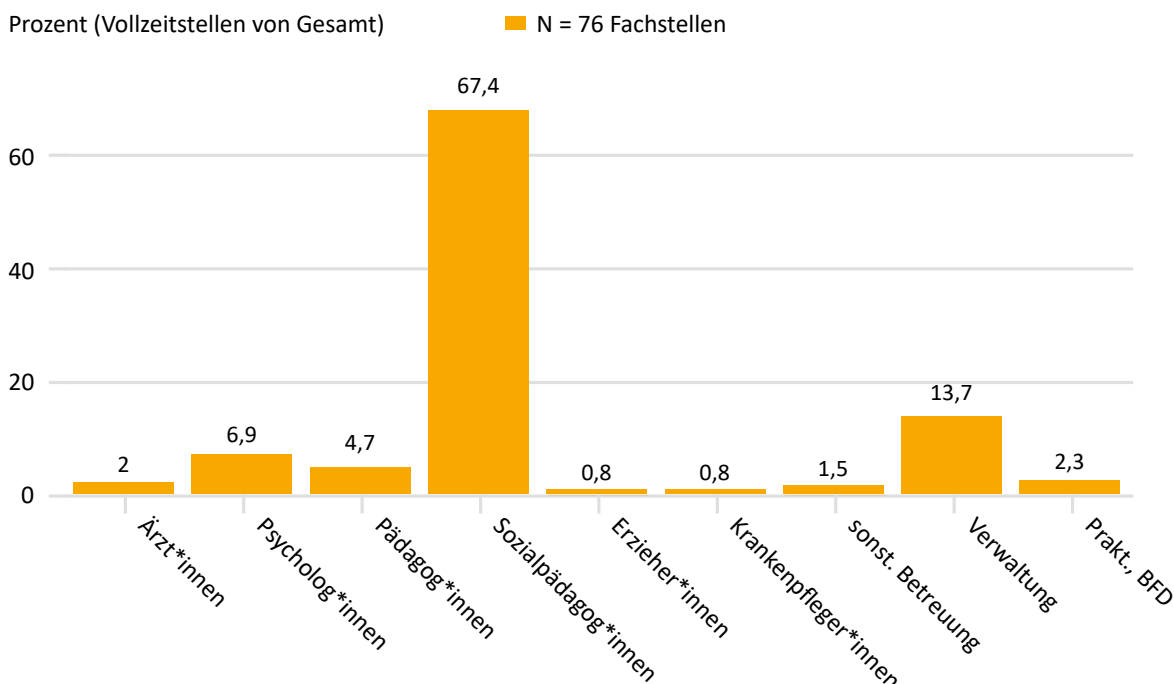
Die 76 ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention gehören alle den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege an. Angaben über die Versorgungsregion, die Zielgruppen der Fachstellen nach Substanz oder Verhalten, zur Erreichbarkeit oder über besondere Leistungen (Öffnungszeiten, zielgruppenspezifische Angebote) sind seit der Umstellung auf den KDS 3.0 nicht mehr möglich.

5.2 DIE MITARBEITENDEN

2024 verfügten 76 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention rechnerisch über 491 Vollzeitstellen¹² (2023: 508,7). Auf jede Einrichtung entfielen rechnerisch 6,5 Vollzeitstellen (2023: 6,8). Dies bedeutet einen Rückgang von 3,5 % im Vergleich zum Vorjahr. Die Anzahl der Mitarbeitenden mit Festanstellung und Honorarvertrag betrug insgesamt 825.

Der Hauptteil aller Beschäftigten der Fachstellen mit knapp 68 % entfallen auf die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagogen*innen (Abb. 1). Im beraterisch-therapeutischen Bereich folgten Psycholog*innen und Pädagog*innen (zwischen 5 und 7 %). Zur Berufsgruppe „Verwaltung“ mit einem Anteil von fast 14 % wurden verschiedene Professionen gezählt (Ökonom*innen und Betriebswirt*innen, 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.

Abb. 1: Berufsgruppen – prozentuale Verteilung der rechnerischen Vollzeitstellen



Insgesamt 389 Mitarbeitende von 76 Fachstellen für Sucht und Suchtprävention verfügten über eine therapeutische Qualifikation (2023: 414). Im statistischen Mittel beschäftigten die Fachstellen einen Arzt/Ärztin¹³ (Abb. 2). Im Vergleich mit den Bundeszahlen fällt auf, dass in Niedersachsen mehr Suchttherapeut*innen mit Anerkennung der DRV beschäftigt werden als im Bundesdurchschnitt. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass Niedersachsen über eine im Bundesvergleich hohe Quote an DRV-erkannten Einrichtungen

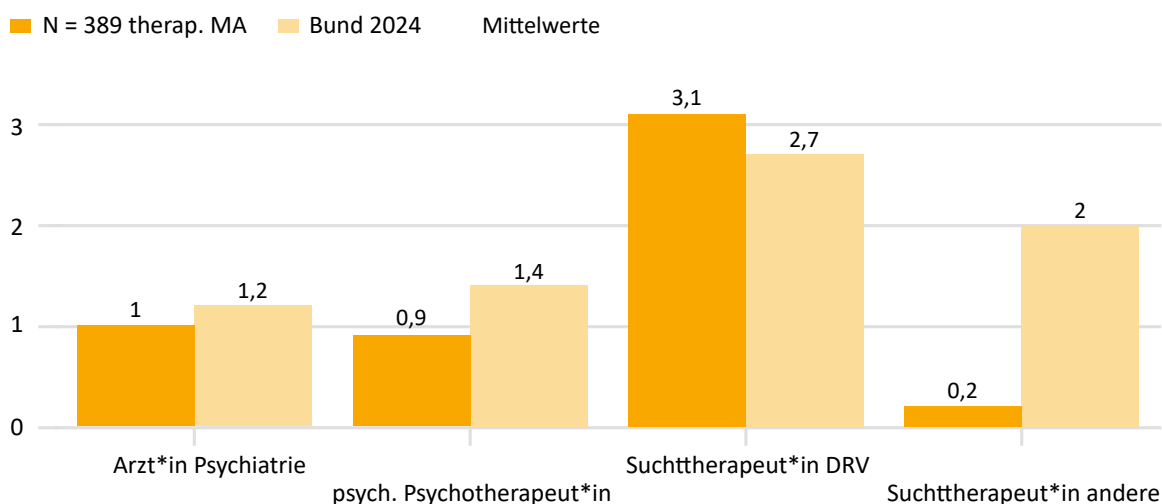
¹² Vollzeit-, Teilzeit- und Honorarkräfte sind auf Vollzeitstellen mit 38,5 Wochenstunden umgerechnet.

¹³ Dies sind Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie; Fachärzt*innen für Psychosomatik und Psychotherapie; ärztliche/r Psychotherapeut*innen, Zusatzbezeichnung Psychotherapie, ggf. fachgebunden, oder Psychoanalyse.

für ambulante Reha-Angebote im Bereich der Suchterkrankungen verfügt¹⁴. Auf der anderen Seite gab es in Niedersachsen deutlich weniger Mitarbeitende mit „anderen suchtspezifischen Zusatzausbildungen“ als auf Bundesebene.

Rechnerisch beschäftigte jede Einrichtung 5,3 therapeutische Fachkräfte mit den hier genannten Qualifikationen. Dieser Wert ist seit 2015 weitgehend unverändert.

Abb. 2: Therapeutische Qualifikationen der Beschäftigten



Art der Dienste / Das Betreuungs-, Beratungs- und Behandlungsangebot der Fachstellen: Alle ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention haben angegeben, in der Sucht- und Drogenberatung zu arbeiten (Abb. 3). Von den Fachstellen engagieren sich rund 97 % darüber hinaus in der Prävention / Frühintervention. Die ambulante medizinische Rehabilitation ist mit rund 88 % gegenüber den Vorjahren nicht weiter gesunken (2018: 95%; 2019: 92%; 2020: 92%; 2021: 89%; 2022: 90%; 2023: 88%).¹⁵ Die (Reha-) Nachsorge wird von über 90 % der Fachstellen durchgeführt, eine Kombibehandlung von über 80 % und rund drei Viertel der ambulanten Einrichtungen bieten eine psychosoziale Begleitung Substituierter sowie eine Suchtberatung im Betrieb¹⁶.

Deutlich über die Hälfte der Einrichtungen bieten niederschwellige Hilfen, die ambulante Entlassform, eine Begleitung von Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und deren Angehörige, Kombibehandlung sowie den Wechsel in die ambulante Behandlung im Programm.¹⁷

Obwohl die Zahlen zu den Leistungen der Fachstellen deutlichen Schwankungen unterliegen, ist das quantitative Verhältnis der Leistungen untereinander in den vergangenen Jahren relativ konstant geblieben.

Rund 34 % der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention engagieren sich in Bezug auf die Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsförderung der Klient*innen (2023: 35%). Im Vordergrund steht hier die arbeitsmarktorientierte Beratung (29,7%; 2023: 31,5%).

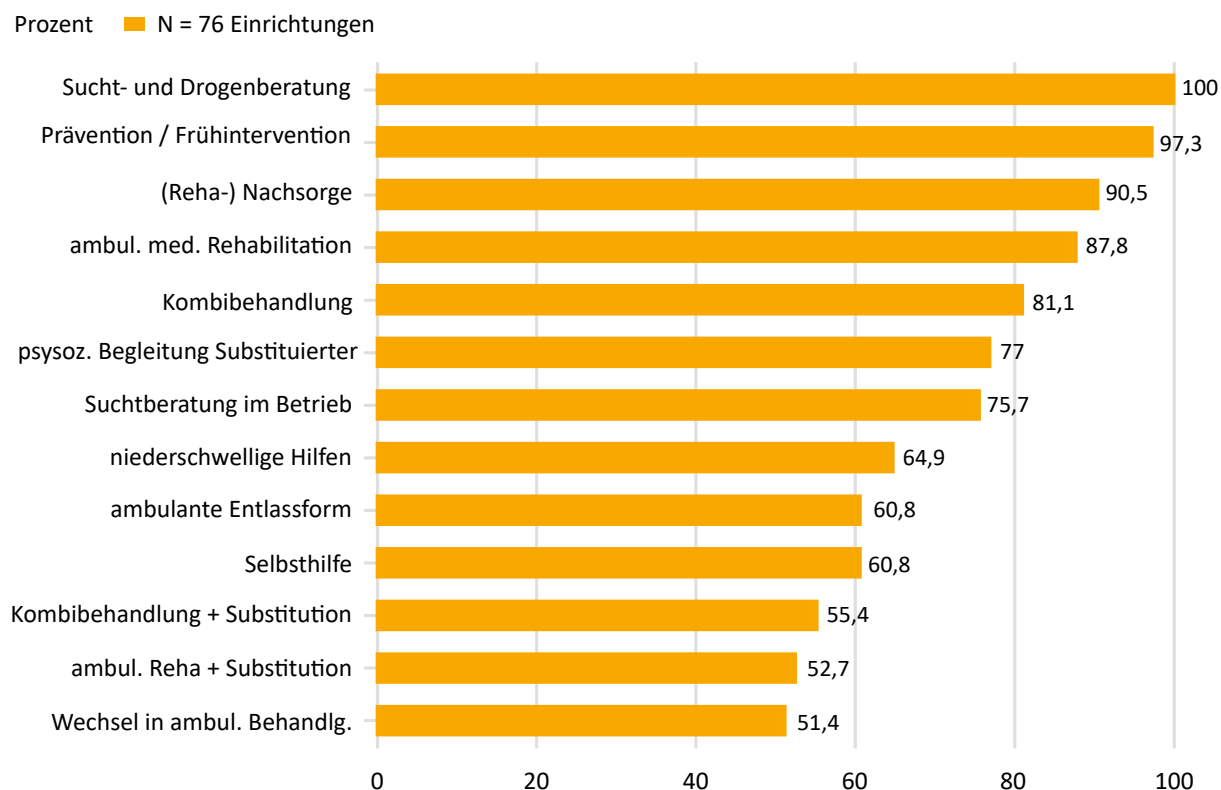
¹⁴ Siehe auch Kapitel 5.4 Kosten-/Leistungsträger.

¹⁵ Vergleiche mit den Zahlen von vor 2019 zeigen ein realistischeres Bild darüber, wie es zunehmend schwieriger wird, die ambulante Rehabilitation und entsprechendes Fachpersonal kostendeckend vorzuhalten.

¹⁶ siehe Bericht: „Psychosoziale Betreuung Substituierter in Niedersachsen 2024“
<https://www.nls-online.de/produkt-kategorie/materialien/>

¹⁷ Für die deutlichen Schwankungen dieses Unterstützungs-Angebots für die Suchtselbsthilfe innerhalb der letzten Jahre gibt es keine klar erkennbaren Gründe (2010: 71%; 2011: 60%; 2012: 48%; 2013: 67%; 2014: 68%; 2015: 59,5%; 2016: 65%; 2017: 55%; 2018: 52%; 2019: 42%; 2020: 54,8; 2021: 57,3%; 2022: 56,6%; 2023: 56,2%).

Abb. 3: Dienste und Leistungen, soweit sie von über einem Drittel der Fachstellen angeboten werden

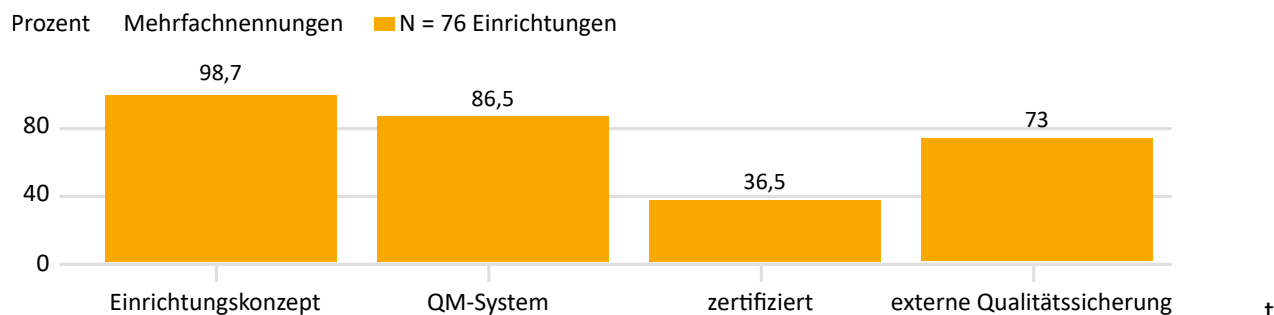


5.3 QUALITÄTSKRITERIEN

Die häufigste Maßnahme zur Qualitätssicherung in den Fachstellen ist das schriftliche Einrichtungskonzept, über das fast 99 Prozent der Fachstellen verfügen (Abb. 4; Bund 98 %). Ein QM-System haben 65 Fachstellen implementiert (86,8 %; Bund 69,5 %) und 27 davon sind von einer externen, unabhängigen und akkreditierten Institution zertifiziert (36,5 %; Bund 30,1 %). Die Erstzertifizierungen dieser Einrichtungen erfolgten zwischen 2016 und 2024. An einer externen Qualitätssicherung beteiligen sich 54 Fachstellen.

Im Hinblick auf Bausteine des Qualitätsmanagements sind die Fachstellen weiterhin gut aufgestellt. Hinsichtlich Einrichtungskonzept und QM-System hat es in Niedersachsen einige Fortschritte gegeben. Die Angaben zur Zertifizierung sind gemäß KDS 3.0 mit Angaben zum Jahr der Erstzertifizierung versehen. Demnach sind seit 2016 insgesamt 24 Einrichtungen zertifiziert.

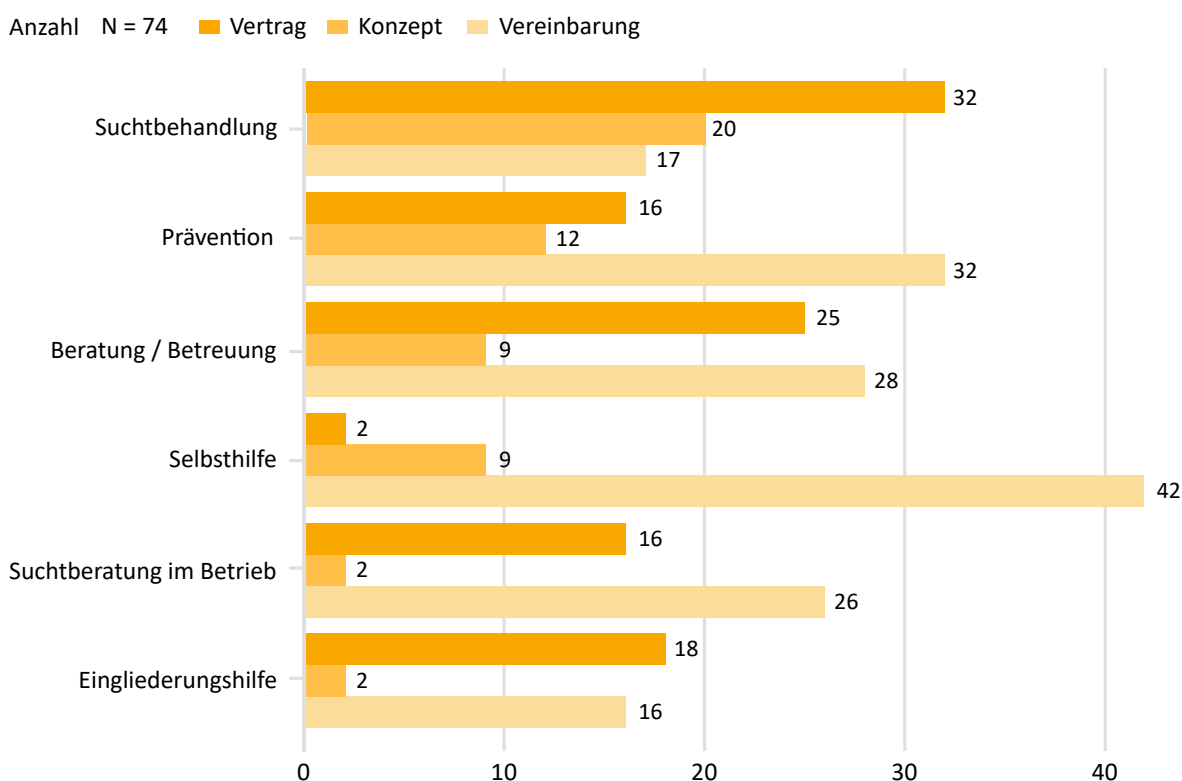
Abb. 4: Bausteine zum Qualitätsmanagement



5.4 KOOPERATION UND VERNETZUNG

Mit 93,2 % unterhalten die meisten niedersächsischen Fachstellen eine verbindlich vereinbarte Kooperation mit einer Einrichtung der Suchtbehandlung (stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser etc.; siehe Abb. 5), mit anderen Einrichtungen der Beratung und Betreuung kooperieren rund 84 %, mit Diensten der Prävention und Frühintervention 81 %, mit Einrichtungen der Selbsthilfe 72 %, sowie 60 % mit Angeboten zur Suchtberatung und Suchtprävention im Betrieb. 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 39 % (2023: 46 %) der Fachstellen verbindliche Kooperationsvereinbarungen. (Weiteres zur Kooperation mit den Job-Centern siehe Abb. 39.)

**Abb. 5: Verbindlich vereinbarte Kooperationen (über 50 % der FSS)
nach Art der Vernetzungsregelungen**



Hinweis: Daten über die Finanzierung und das Budget der Fachstellen werden im KDS 3.0 (seit 2017) nicht mehr erhoben. (vgl. Kap. 6.4 Kosten-/Leistungsträger)

6 ERGEBNISSE: KLIENT*INNEN (KDS-F)

...in Niedersachsen dauerhaft rund 10 % der Klient*innen des Bundesgebietes versorgt. Dies entspricht dem Bevölkerungsteil. In den letzten Jahren wurden auch die nicht dokumentierten Klient*innen erfasst. Zusammen mit diesen weiteren 4.268 Personen haben in 2024 insgesamt über 45.000 Ratsuchende die Fachstellen Sucht und Suchtprävention aufgesucht. Geschlecht: Es wurde weitlich Männer durch die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention betreut. Sie machten 67 % der Gesamtzahl aller Klient*innen (2022: 67,1 %; Bund: 72,8 %). Etwa jede dritte Person, die ...

6.1 DIE KLIENT*INNEN

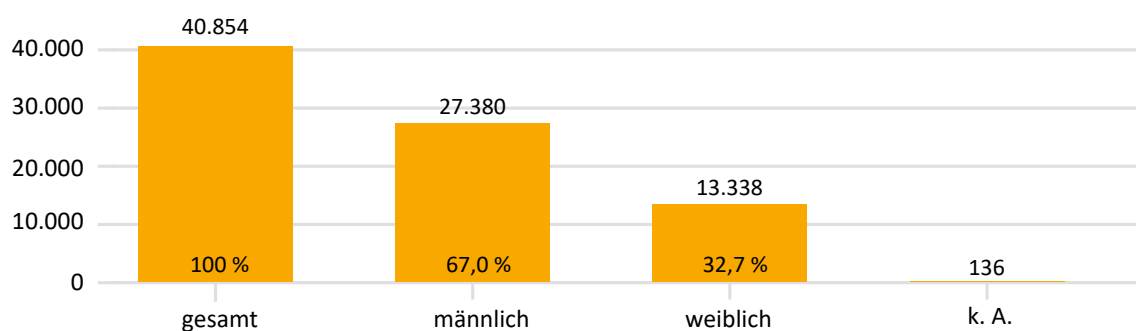
In 2024 wurde in Niedersachsen von insgesamt 40.854 Klient*innen durch 76 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe eine Betreuung dokumentiert (2023: 41.822; Bund: 323.551). Durchschnittlich entfallen auf jede FSS 538 betreute Personen (2023: 558). In den vergangenen Jahren wurden in Niedersachsen dauerhaft rund 10 % der Klient*innen des Bundesgebietes versorgt. Dies entspricht dem Bevölkerungsanteil.

In den letzten Jahren wurden auch die nicht dokumentierten Klient*innen erfasst. Zusammen mit diesen weiteren 4.268 Personen haben in 2024 insgesamt über 45.000 Ratsuchende die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention aufgesucht.

Geschlecht: Es wurden mehrheitlich Männer durch die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention betreut. Sie machten 67 % der Gesamtzahl aller Klient*innen aus (2022: 67,1 %; Bund: 72,8 %). Etwa jede dritte Person, die 2024 beraten oder behandelt wurde, war weiblichen Geschlechts.

Abb. 6: Klient*innen und Geschlechterverteilung

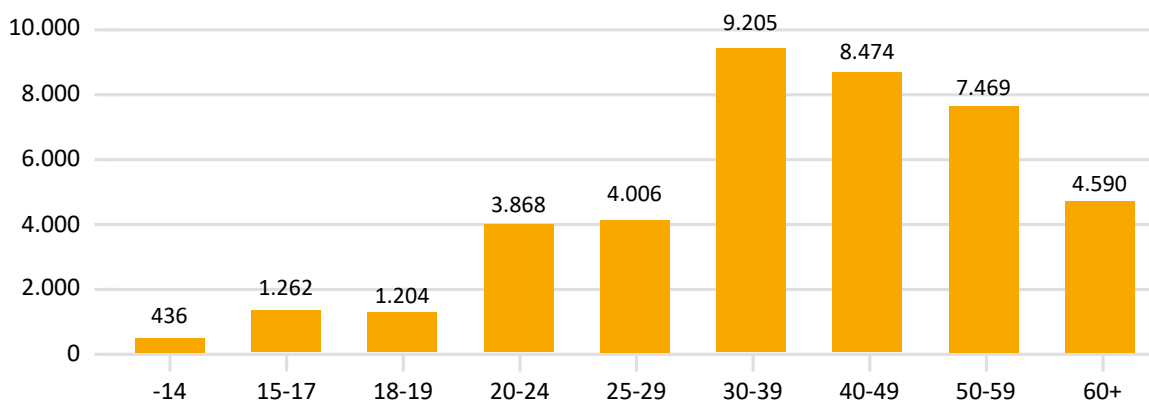
Anzahl ■ N = 76 Einrichtungen



Alter: 62,1 % aller betreuten Personen sind bei Betreuungsbeginn zwischen 30 und 59 Jahre alt (Abb. 7), 7,2 % der Klient*innen in Niedersachsen sind unter 20 Jahre alt (Bund: 63,9 % und 8,1 %). 11,3 % der betreuten Menschen sind 60 Jahre und älter (Bund: 8,7 %).

Abb. 7: Alter der Klient*innen bei Betreuungsbeginn

Anzahl ■ N = 40.514 Klient*innen

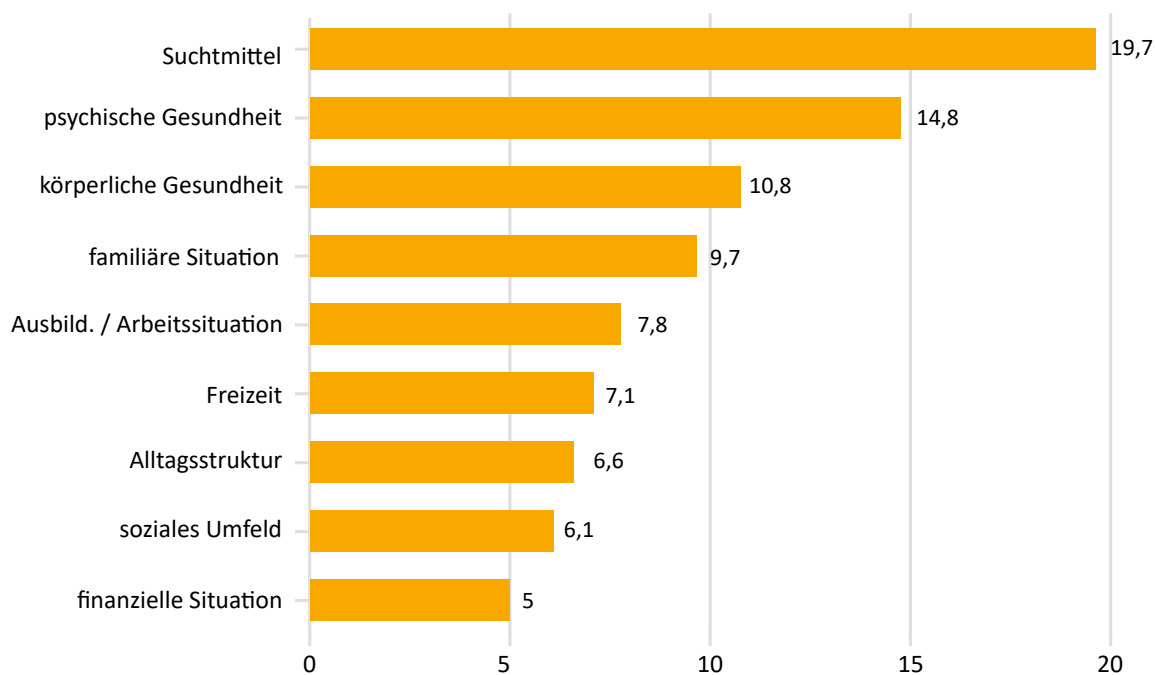


Zugang und Zugangsgründe: 88,5 % der Klient*innen kamen wegen einer eigenen Problematik in die Beratung (Bund: 88,4 %), 11,6 % waren Angehörige von Menschen mit einer Suchtproblematik.

Der häufigste Grund, die Leistungen einer Fachstelle Sucht und Suchtprävention in Anspruch zu nehmen, waren Belastungen durch die Suchtmittel oder das Suchtverhalten (Abb. 8) mit rund 20 % (N=33.675).

Abb. 8: Sozialmedizinische Gründe für die Inanspruchnahme der FSS (über 5 %)

Prozent Mehrfachnennungen ■ N = 170.870 Angaben



Weitere Gründe (unter 5 %) waren:

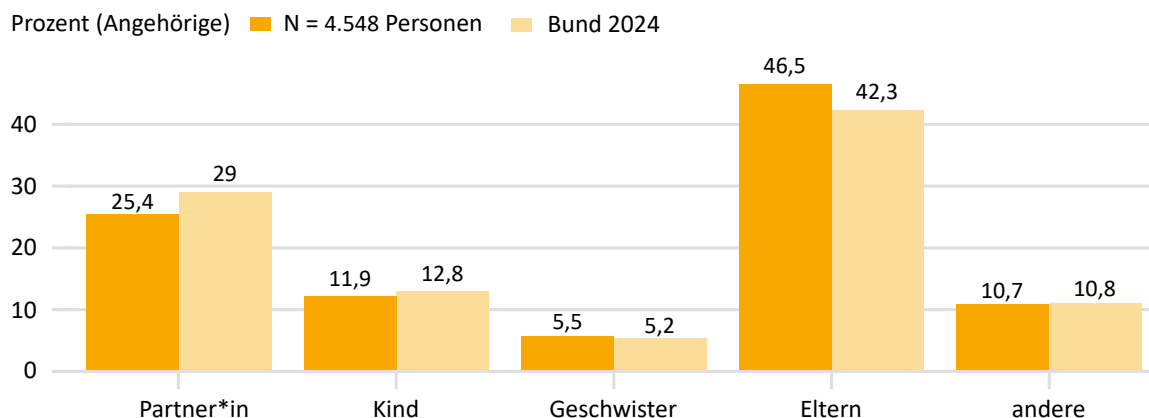
- Wohnsituation 3,4 %
- rechtliche Situation 3,2 %
- Fahreignung 3,0 %
- andere [als die sexuelle] Gewalterfahrungen 1,5 %
- Gewaltausübung 0,9 %
- sexuelle Gewalterfahrungen 0,6 %

6.2 ANGEHÖRIGE

2024 kamen insgesamt 4.548 Angehörige zur Beratung in die niedersächsischen Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention (Abb. 9). Das entspricht rund 12 % aller Ratsuchenden.

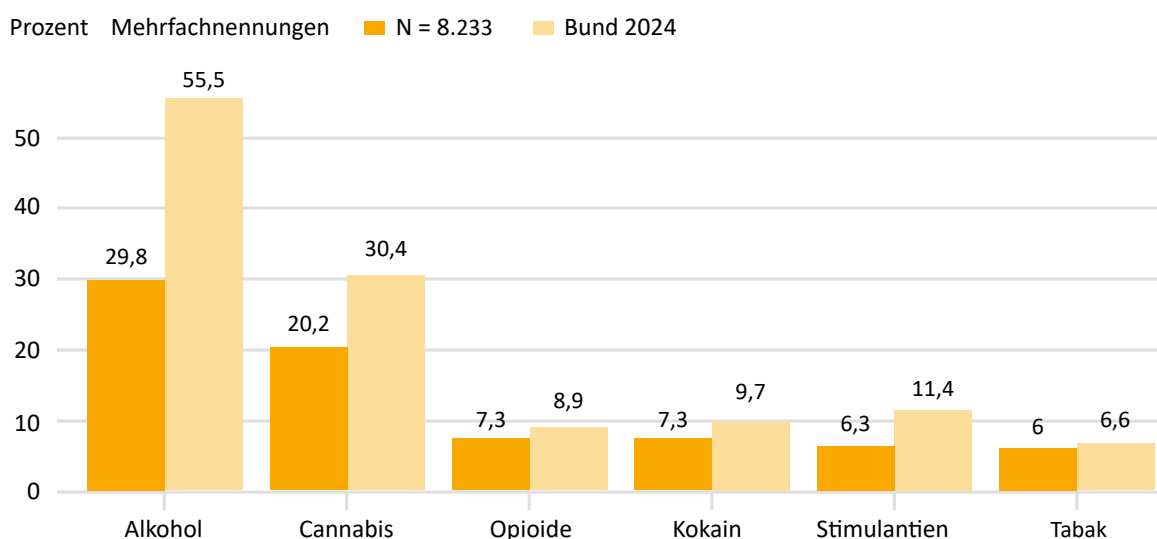
Den größten Anteil von Angehörigen, die die Beratung der Fachstellen aufsuchten, stellten mit rund 47 % die Eltern der Betroffenen, gefolgt von Partner*innen (25 %). Die Bundeszahlen zeigen ein entsprechendes Bild.

Abb. 9: Familienstatus der Angehörigen



Die meisten Angehörigen nannten in 2024 Probleme ihrer Verwandten oder Partner*in im Zusammenhang mit den Substanzgruppen Alkohol (29,8 %) und Cannabis (20,2 %). Der Konsum von Kokain, Opioiden und Amphetaminen / Stimulantien wurde von rund 7 % als Problem benannt, die Mediennutzung von rund 5 %.¹⁸

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



¹⁸ Aktuell nicht erklärbar ist ein deutliches Abweichen der niedersächsischen Zahlen von den Bundesergebnissen (Abb. 10). 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, 2018, 2019 und 2020 als zu gering betrachtet werden muss. Verglichen mit den vergangenen Jahren erscheinen die 23 % der Nennungen zu den Cannabinoiden dagegen als realistisch (2012 bis 2020: 17,9 bis 22,3 %). Hier scheint die Zahl der Bundesergebnisse 2017, 2018, 2019, 2020 und 2023 zu hoch zu sein (Bund 2012 bis 2016: 22,3 bis 25,4 %).

Weitere Suchtprobleme (unter 5 %) waren:

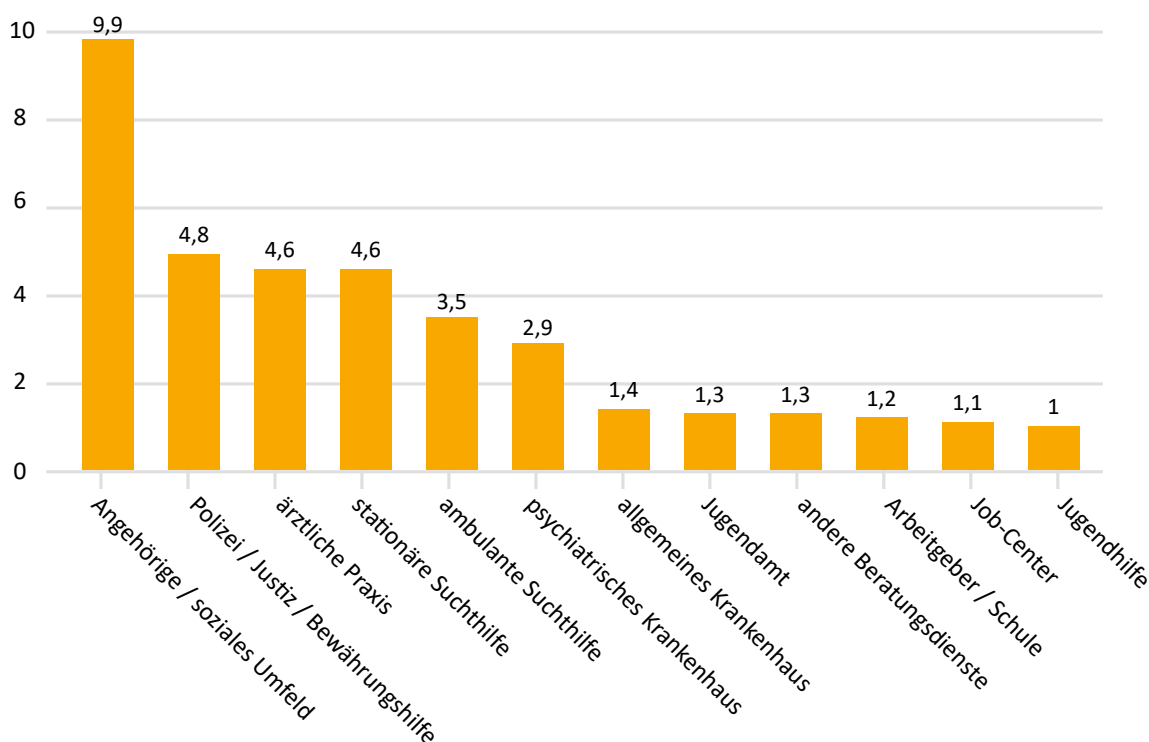
• Mediennutzung	4,9 %
• Hypnotika / Sedativa	4,1 %
• sonstige Substanzen / multipler Substanzkonsum	3,8 %
• Halluzinogene	1,5 %
• Essverhalten	1,2 %
• Inhalantien / flüchtige Lösungsmittel	0,4 %
• Sonstiges	3,9 %

6.3 VERMITTLUNG IN BERATUNG

In 2024 suchten in Niedersachsen 57,5 % der Klient*innen direkt und ohne vermittelnde Instanz die ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe auf (2023: 54,5 %; Bund: 53,8%) (Abb. 11). 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 rund 10 % der Fälle spielten darüber hinaus die Angehörigen und das soziale Umfeld (Bund: 8 %), die Polizei / Justiz / Bewährungshilfe mit 4,8 % (Bund: 7,5 %), niedergelassene Ärzte zu 4,6 % (Bund: 5,3 %) und die stationäre Suchthilfe zu 4,6 % (Bund: 4,9 %) eine wichtige Rolle als Vermittler für eine Beratung oder Therapie.

Abb. 11: Quoten der Fremdvermittlung (über 1 %)

Prozent ■ N = 27.118 Davon Selbstmelder = 15.569



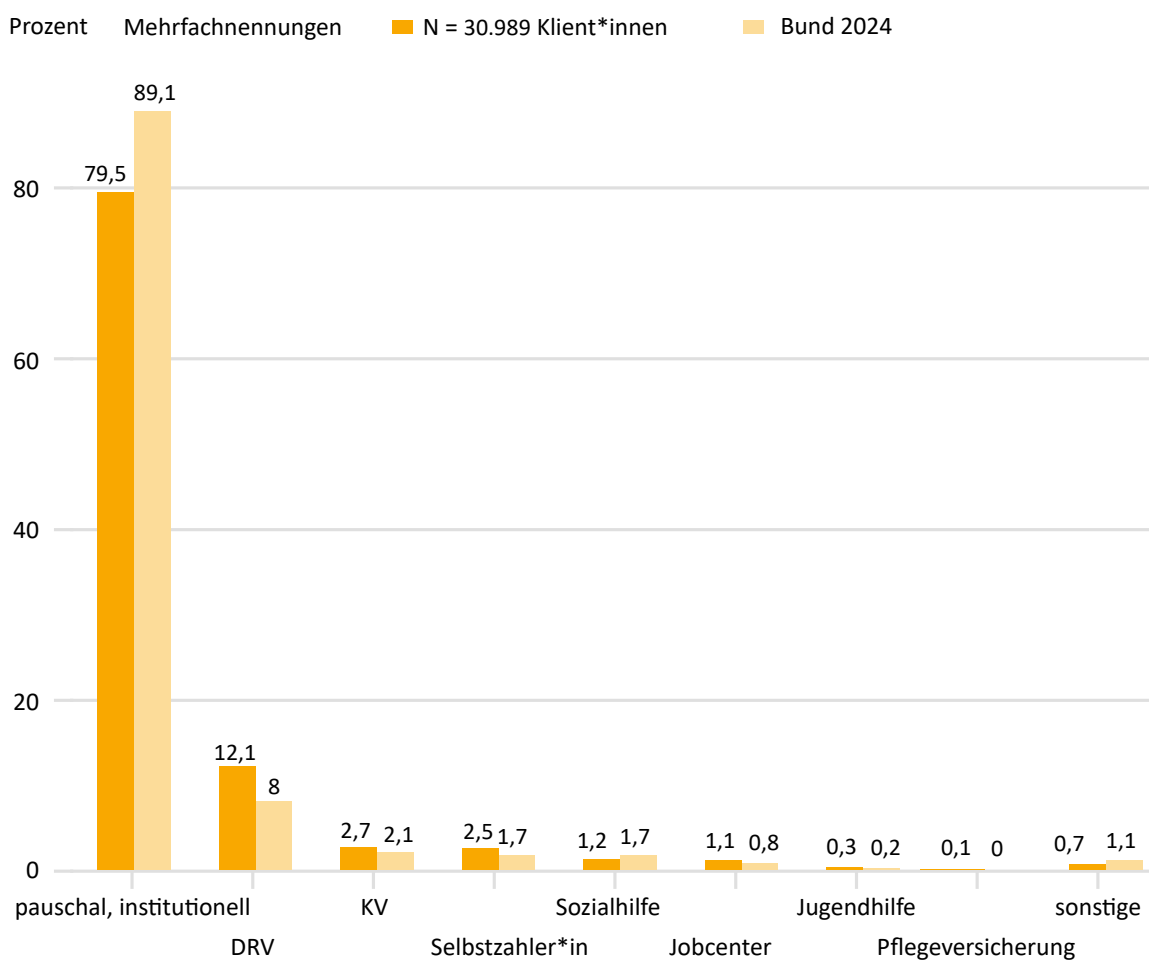
Aufgrund des Kerndatensatzes 3.0 und teilweise anderer Zusammensetzungen der Kategorien weichen die Vermittlungswerte der Jahre 2017 bis 2019 teilweise deutlich von den Werten der Vorjahre ab. Bemerkenswert an den aktuellen Ergebnissen ist, dass die Vermittlung durch allgemeine Krankenhäuser seit 2017 in Niedersachsen zurückgegangen ist (2017: 6,6 %; 2019: 2,6 %; 2021: 1,6%; 2022: 1,5%; 2023: 1,5%).¹⁹

¹⁹ vgl. Fußnote 8

6.4 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 rund 80 % ganz überwiegend von den Kommunen und vom Land Niedersachsen über die pauschale institutionelle Förderung getragen (Abb. 12). Auf Bundesebene war die überwiegende Kostenträgerschaft durch staatliche Stellen 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 und ambulanter Nachsorge für Suchtkranke. Niedersachsen verfügt über eine im Bundesvergleich hohe Quote an DRV-anerkannten Einrichtungen für ambulante Reha-Angebote im Bereich der Suchterkrankungen.

Abb. 12: Externe Kosten-/Leistungsträger der FSS

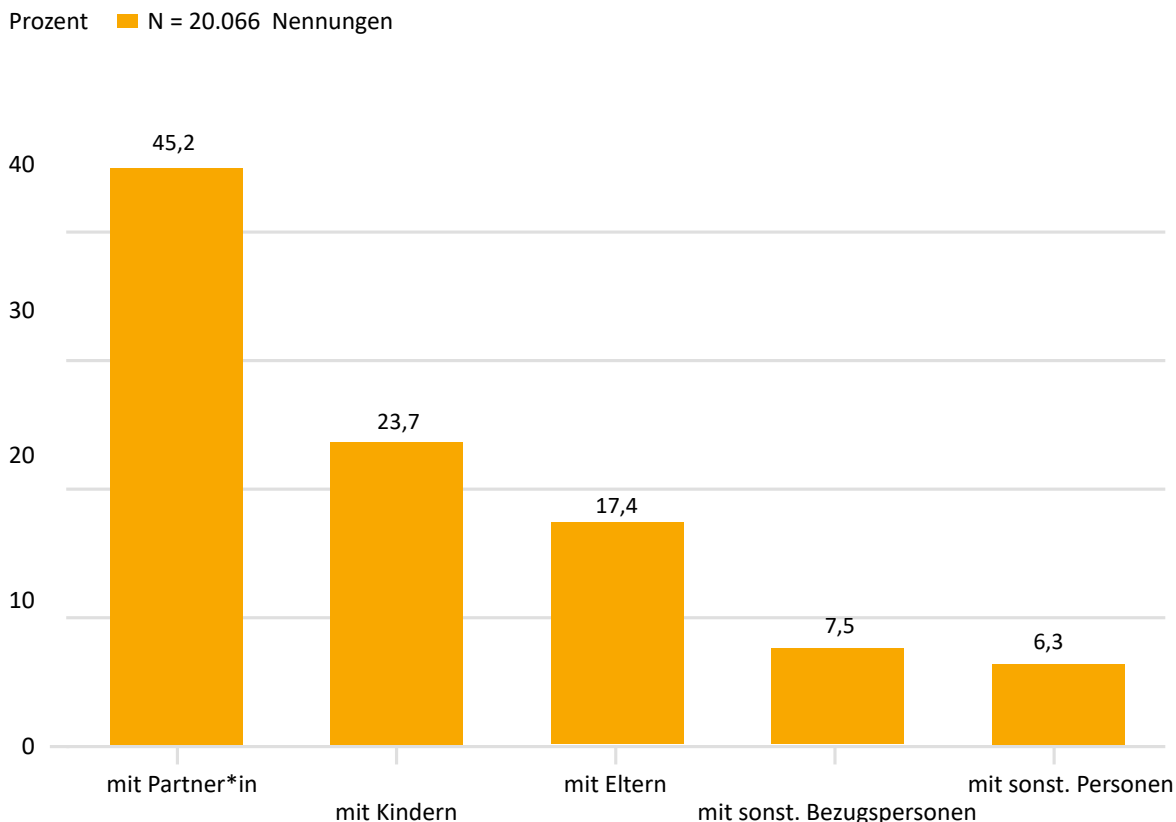


6.5 SOZIODEMOGRAPHIE

Lebenssituation: Insgesamt gaben in Niedersachsen 12.641 Klient*innen an, dass sie in einer Partnerschaft leben. Das entspricht 30,9 % der Gesamtzahl. 11.135 Betreute lebten allein (27,3 % von gesamt; Bund: 55,2 %).

Von den nicht alleinlebenden Klient*innen (N=20.066) lebten 45,2 % mit ihren Partner*innen zusammen, 23,7 % mit Kindern, 17,4 % mit Eltern, 7,5 % mit sonstigen Personen und 6,3 % mit sonstigen Bezugspersonen (Abb. 13).

Abb. 13: Lebenssituation nicht alleinlebender Klienten*innen



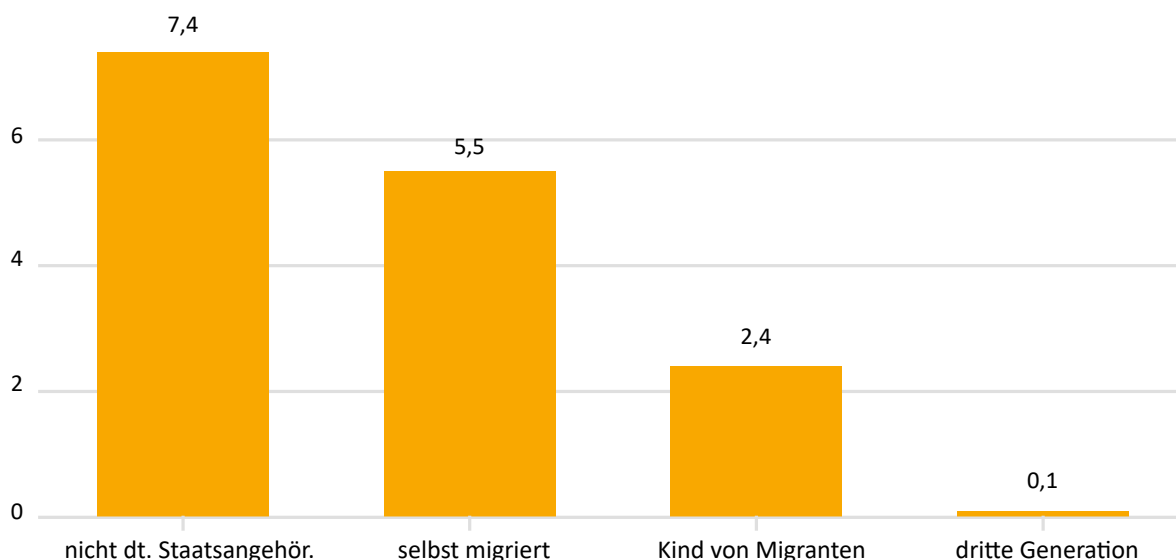
Kinder: In 2024 waren 165 Klientinnen, die die Hilfe einer ambulanten Fachstelle für Sucht- und Suchtprävention in Anspruch nahmen, während der Betreuung und Behandlung schwanger (1,2 % der Frauen). Die Klient*innen der ambulanten Einrichtungen mit dem Status „Eltern“ hatten zusammen rund 19.000 eigene Kinder, davon war über die Hälfte unter 18 Jahren alt. Rund 6.500 minderjährige Kinder lebten mit den Klient*innen in einem Haushalt zusammen, darunter über 5.000 eigene Kinder. 4.000 minderjährige eigene Kinder (40,3 % der eigenen minderjährigen Kinder) lebten nicht im Haushalt der betreuten Personen, 69,8 % davon bei dem anderen Elternteil, 12,4 % in einer Pflegefamilie und 7,5 % in öffentlichen Erziehungseinrichtungen.

Wohnsituation: In 2024 haben die Quoten für selbstständiges Wohnen und das Wohnen bei anderen Personen der Klient*innen im Zuge der Beratung bzw. der Behandlung geringfügig zugenommen (jeweils + 0,4 % auf N = 23.439 bzw. N = 2.223). In demselben Zeitraum ist das Wohnen in einem Wohnheim oder Übergangswohnheim von 4,5 auf 2,2 % deutlich gesunken (auf N = 599) und das Wohnen in einer Notunterkunft oder Übernachtungsstelle ist von 0,6 % auf 0,7 % leicht gestiegen (auf N = 196). Die Quote der Wohnungslosen ist von 0,5 auf 0,4 % (auf N = 186) geringfügig gesunken.

Herkunft: In 2024 besaßen 3.031 Klient*innen (7,4 %) eine andere als die deutsche Staatsbürgerschaft. Dieser Wert betrug in 2011 fünf Prozent und stieg in den vergangenen Jahren regelmäßig an. Selbst migriert sind 5,5 % der Klient*innen (Bund: 12,9 %). 2,4 % der Klient*innen wurden als Kinder von Migranten in Deutschland geboren (Bund: 6,5 %).

Abb. 14: Migration

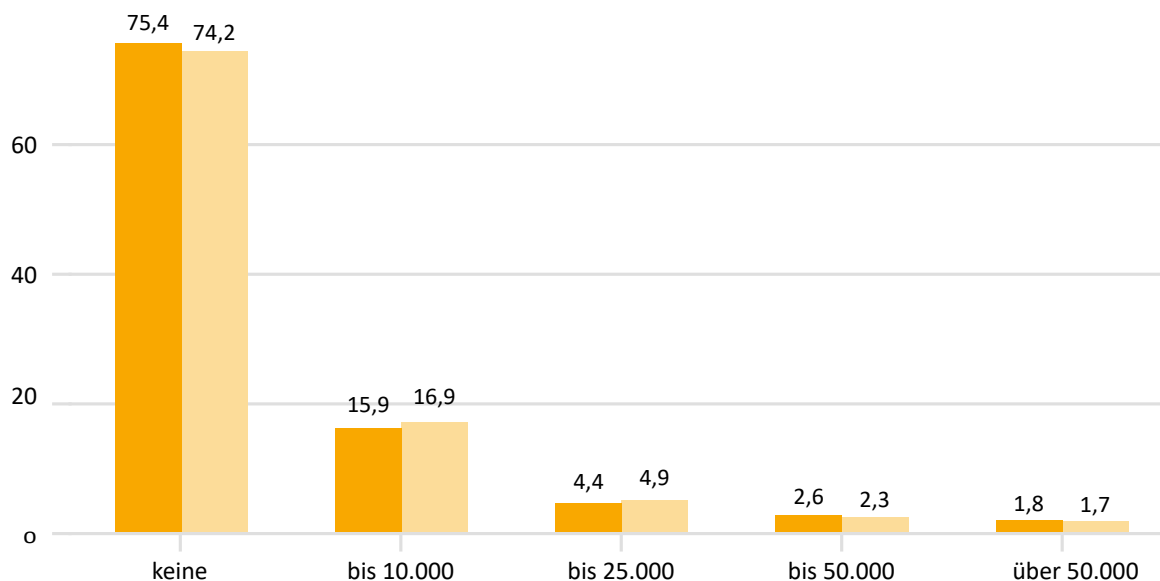
Prozent N = 40.854 Klient*innen



Verschuldung: Drei Viertel aller Klient*innen befanden sich in 2024 in keiner problematischen Schuldsituation. Rund 16 % der Betreuten war mit Beträgen von bis zu 10.000 Euro verschuldet, knapp neun Prozent hatten Schulden in Höhe von mehr als 10.000 Euro.

Abb. 15: Problematische Schulden

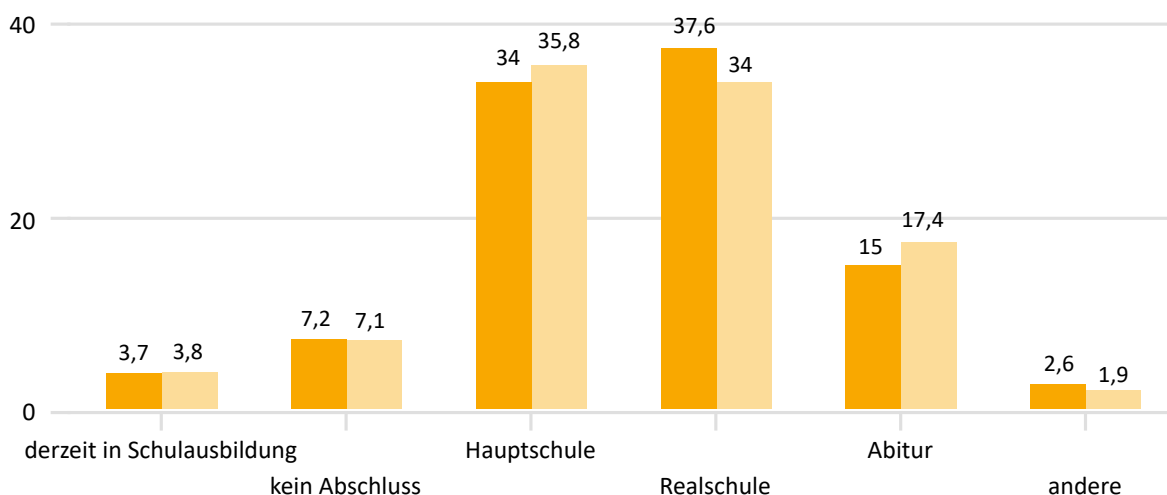
Prozent N = 20.463 Klient*innen Bund 2024



Schulbildung: Im Hinblick auf den Bildungsabschluss waren unter den Klient*innen die Absolvent*innen von Haupt- und Realschulen am stärksten vertreten (71,6 %), knapp vier Prozent befanden sich in einer schulischen Ausbildung. Etwas über sieben Prozent besaßen keinen Schulabschluss, 15 % hatten das Abitur oder eine vergleichbare (Fach-)Hochschulreife.

Abb. 16: Schulbildung

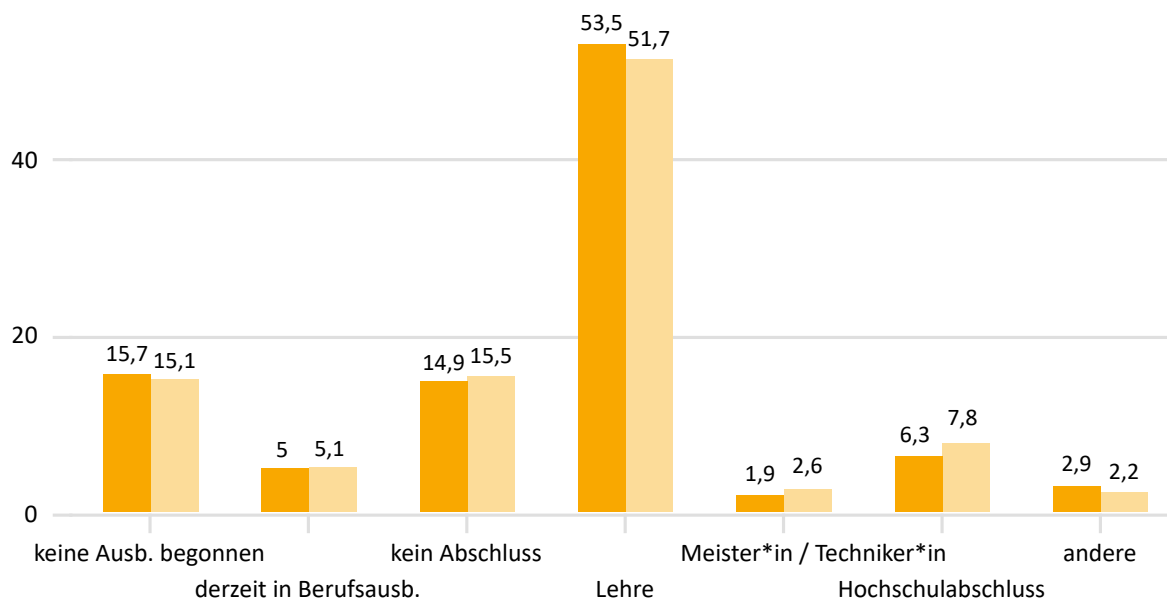
Prozent ■ N = 25.504 Klient*innen ■ Bund 2024



Berufsausbildung: Über die Hälfte der betreuten Menschen hatte eine betriebliche Ausbildung abgeschlossen, knapp ein Drittel verfügte hingegen über keinen Berufsabschluss.

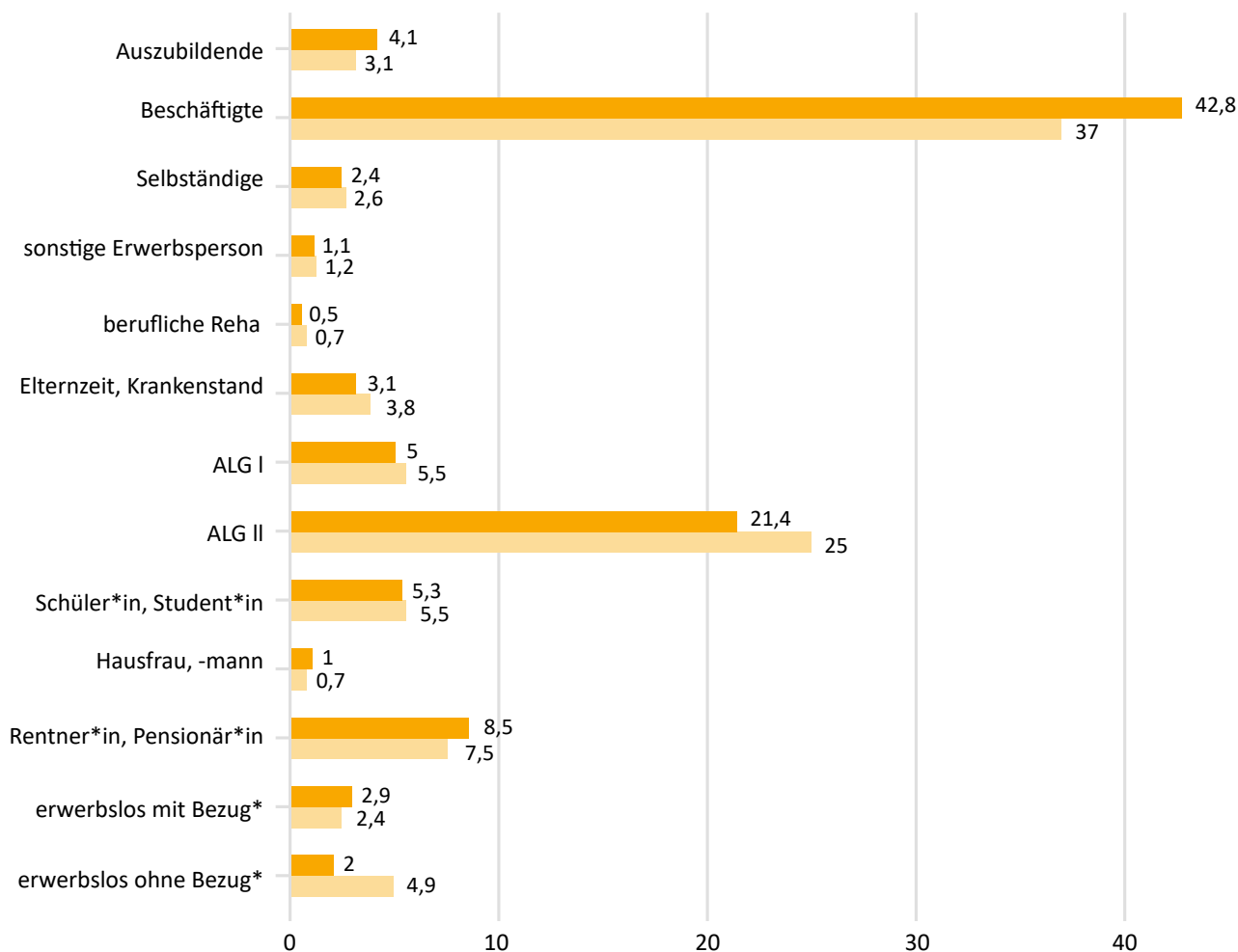
Abb. 17: Ausbildungsabschlüsse der Klient*innen

Prozent ■ N = 24.261 Klient*innen ■ Bund 2024



Beschäftigungsverhältnis: Insgesamt standen am Tag vor Betreuungsbeginn 54 % im Erwerbsleben – als Beschäftigte, Selbständige, in Elternzeit, in Ausbildung, in beruflicher Reha und sonstige Erwerbspersonen. Diese Personengruppen werden als wichtige Zielgruppe eines ambulanten Beratungs- und Therapieangebots folglich in einem hohen Maß erreicht. Die Zahl der Erwerbstätigen im Zeitraum der Betreuung in Niedersachsen hat durchgehend zugenommen. Abb. 18 zeigt den Vergleich mit den Bundeszahlen zum Zeitpunkt des Betreuungs-/Behandlungsbeginns²⁰.

Abb. 18: Erwerbssituation am Tag vor Betreuungs-/Behandlungsbeginn



Umgekehrt betrachtet lässt sich sagen, dass 46,1 % der niedersächsischen Klient*innen nicht am Erwerbsleben beteiligt waren (2023: 47,2 %). Dieser leichte Rückgang ist vorrangig darauf zurückzuführen, dass sich der Anteil an ALG II-Empfängern von 22,2 % auf 21,4 % und sich die Anteile der Schüler/Studenten und der Hausmann/Hausfrauen senkten, wogegen sich der Anteil der sonstigen Nichterwerbspersonen (mit Bezug v. Leistungen nach SGB XII) um 1,2 % und der Anteil der sonstigen Nichterwerbspersonen (ohne Bezug v. Leistungen nach SGB XII) um 0,3 % erhöhte.

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

²⁰ Die Gesamtzahl der Klienten ist durch fehlende Werte niedriger als in Abb. 6 angegeben.

Vor dem Hintergrund der Teilhabeorientierung von Beratung und Behandlung kommt diesem Aspekt eine besondere Bedeutung zu.²¹

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

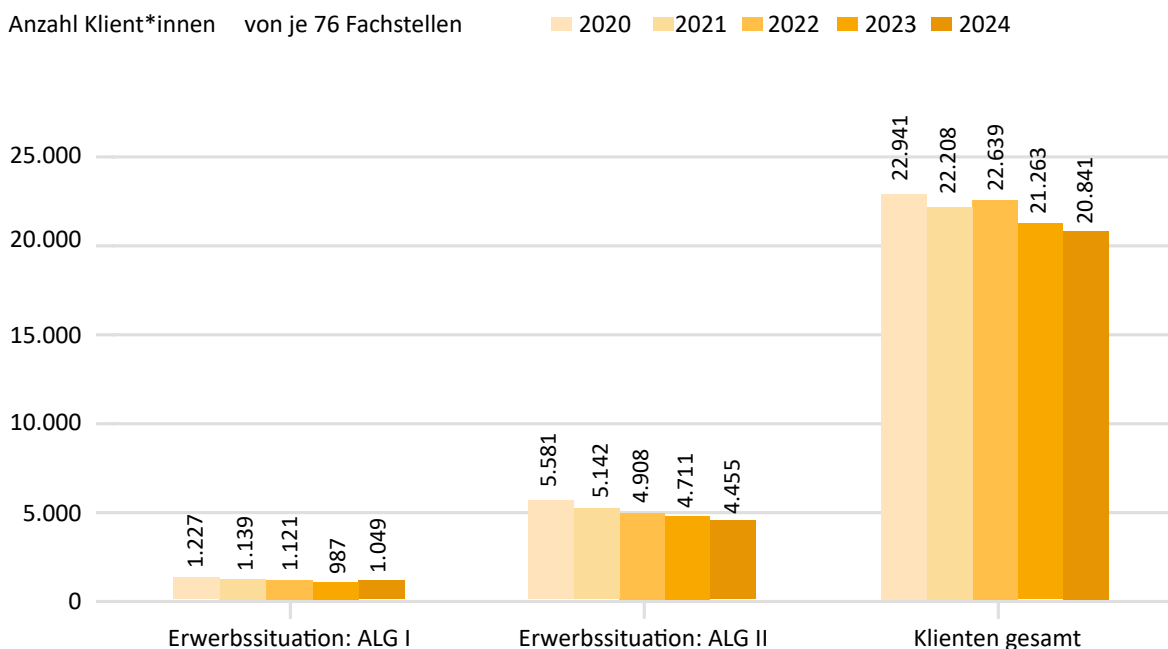
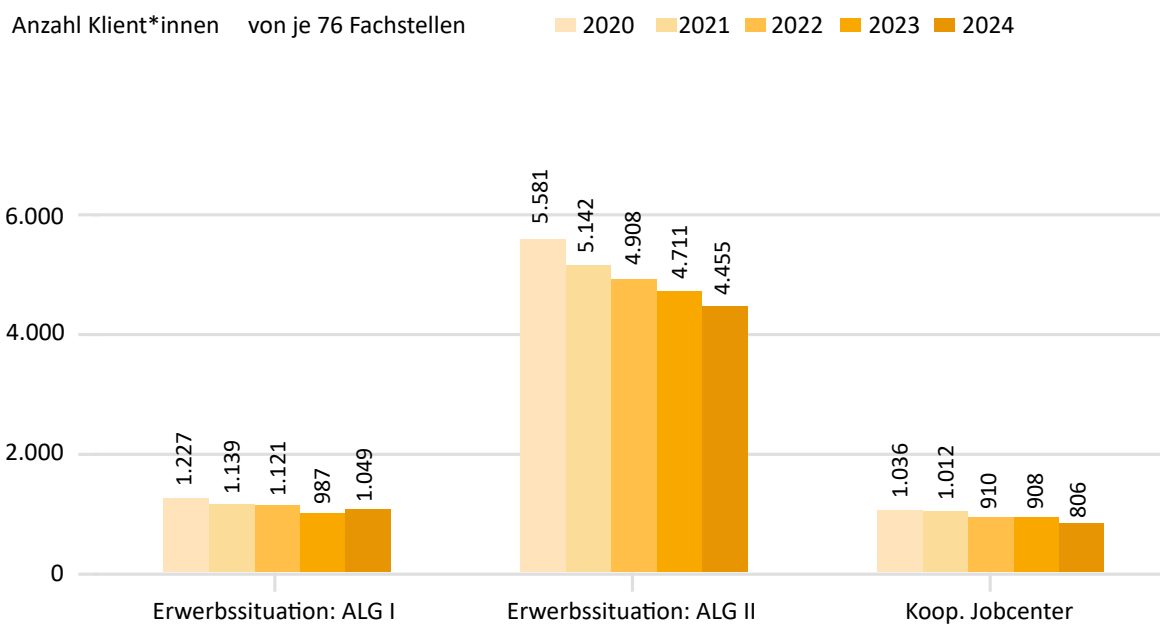


Abb. 20: Erwerbsstatus (am Tag vor) und Kooperation mit Jobcenter

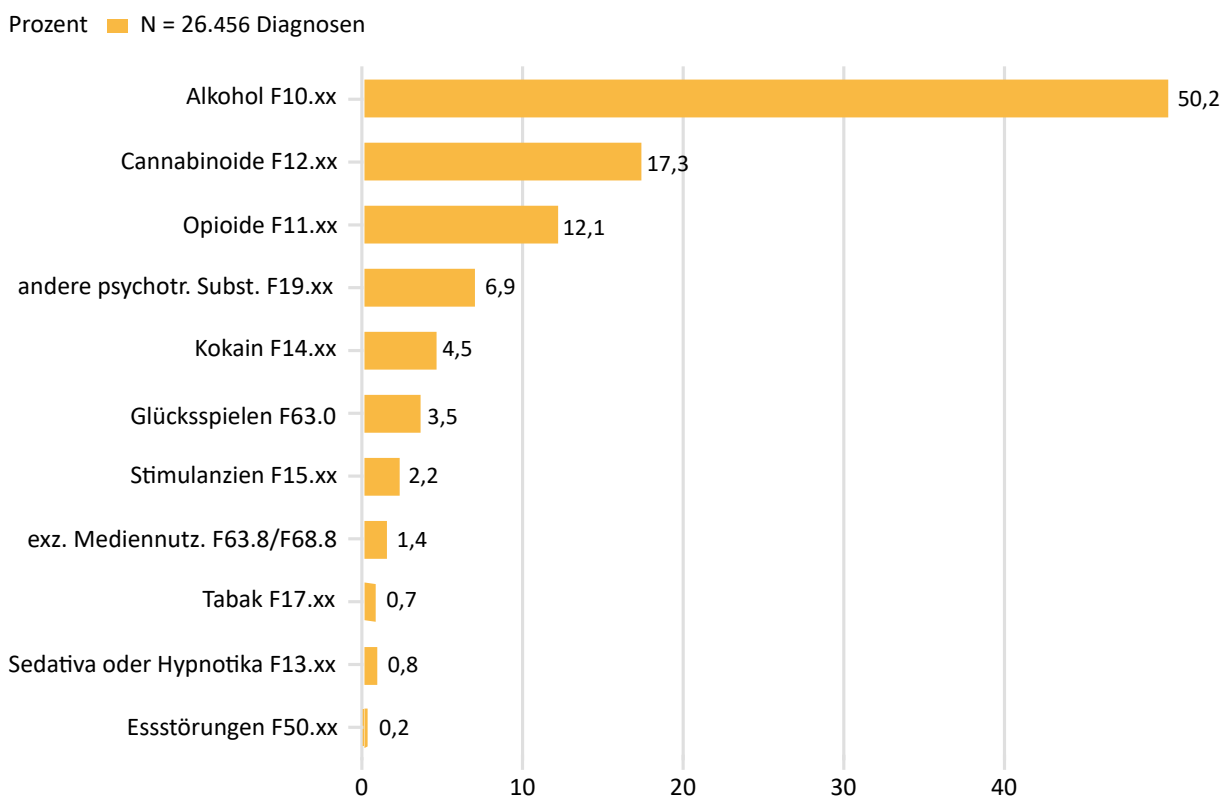


21 In den Jahren bis 2016 wurden an dieser Stelle die Zahlen der ALG I- und ALG II-Empfänger*innen auch im Verhältnis zur Gesamtzahl der Klient*innen fortgeschrieben. Durch die Einführung des Kerndatensatzes 3.0 und die damit einhergehende veränderte Datenerhebung ab 2017 sind die Ergebnisse aus den beiden Instrumenten nicht mehr direkt vergleichbar. Deshalb wurde die Darstellung der entsprechenden Werte mit dem Jahrgang 2017 neu begonnen.

6.6 DIAGNOSEN

Der Deutsche Kerndatensatz erfasst sowohl die substanzbezogenen als auch stoffungebundenen Suchtdiagnosen auf der Grundlage des Klassifikationssystems ICD-10-GM und bezieht sich auf die Situation bei Betreuungsbeginn. Als behandlungsleitende ICD-10-Diagnose (Hauptdiagnose) entfielen auf die Abhängigkeit von Alkohol mit 13.279 Nennungen rund 50 % (Bund: 50,2 %), gefolgt von Cannabinoiden (4.569; Bund: 12,3 %) und Opioiden (3.208; Bund: 12,3 %) und anderen psychotropen Substanzen (1.834; Bund: 5,3 %) (Abb. 21). Eine auffallende Abweichung der Bundeszahlen besteht bei den Stimulanzien, die dort mit 6,3 % stärker vertreten sind, als in Niedersachsen. Siehe dazu die Abb. 21²². Außerdem wurden 3.893 weitere Diagnosen gestellt. Hierin enthalten sind 3.201 psychische, sowie 692 somatische oder neurologische Diagnosen im Zusammenhang mit der Abhängigkeitserkrankung.²³

Abb. 21: Hauptdiagnosen von allen Klient*innen



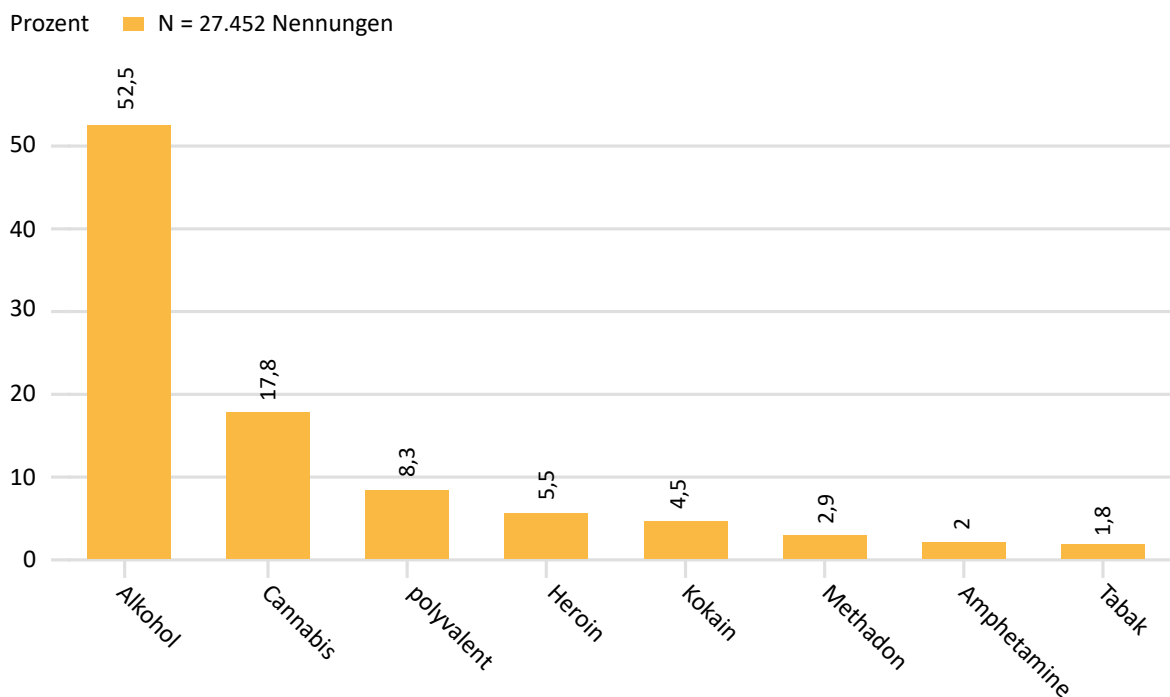
Im Hinblick auf den Konsum von psychotropen Stoffen als Haupts substanz²⁴ entfielen über die Hälfte auf Alkohol (Abb. 22; Bund: 54,2 %), gefolgt von Cannabis (17,8 %, Bund: 18,1 %) und Heroin (5,5 %; Bund: 6,9 %). Die Zahlen zu den Hautdiagnosen erweisen sich im Vergleich zum Vorjahr als sehr konstant. Polyvalente Konsummuster liegen mit 8,3 % erneut etwas höher als in den Vorjahren.

²² 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. 6).

²³ 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. 706 weitere ICD-Diagnosen entfallen auf den Bereich somatischer oder neurologischer Störungen, die nicht aus dem Spektrum der Diagnosen zu psychischen und Verhaltensstörungen (Fxx.xx) stammen.

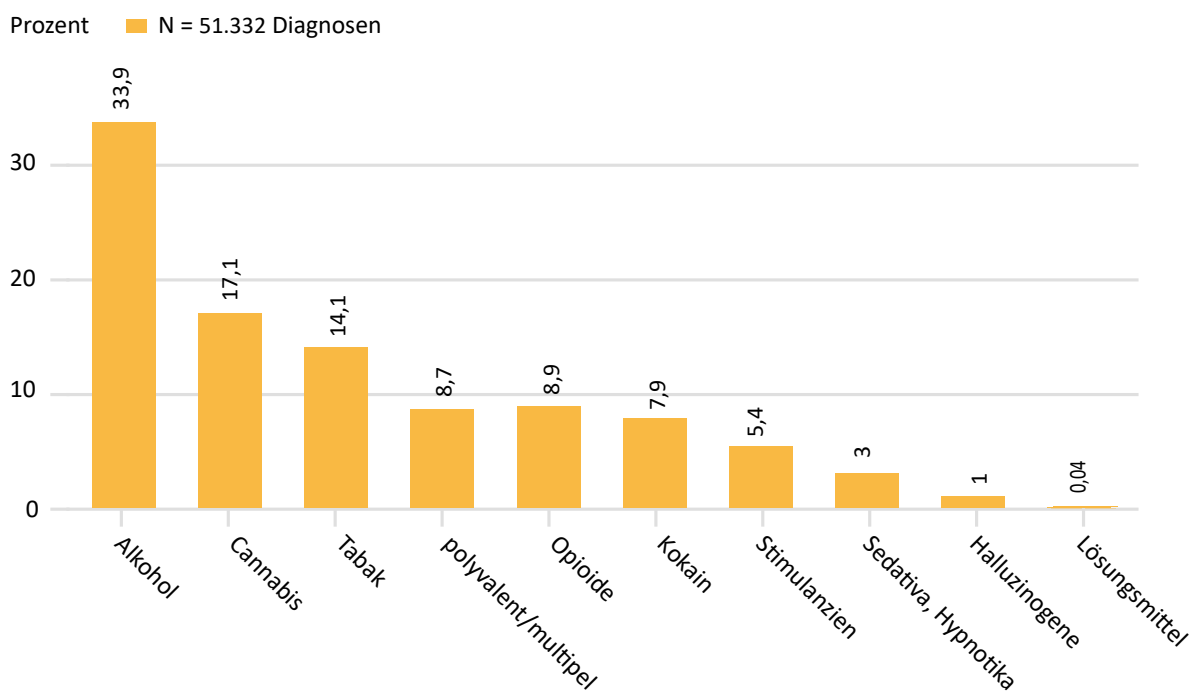
²⁴ Aus allen konsumierten Substanzen stellt die Haupts substanz diejenige Substanz dar, die die meisten psychosozialen Probleme verursacht oder die den Beratungsanlass darstellt. Im Gegensatz zu „Haupts substanz“ sind Hauptdiagnosen entweder klinisch abgeklärt oder von Berater*innen vergeben, weil ein hoher Krankheitswert vorliegt.

Abb. 22: Hauptsubstanzen (über 1 % aller Nennungen)



Von allen gestellten Diagnosen²⁵ in Bezug auf psychotrope Substanzen bezieht sich ein Drittel auf Alkohol (17.384 Fälle), gefolgt von Cannabis (8.800) und Tabak (7.229) mit jeweils unter 20 % (Abb. 23). Einzelne Klient*innen haben mehrere ICD-Diagnosen, so entsteht die große Zahl an Nennungen.

Abb. 23: Aktuelle Diagnosen nach ICD-10



²⁵ nicht zu verwechseln mit Hauptdiagnosen und Hauptsubstanzen (siehe auch Fußnote 19)

Abb. 24: Bewertung der Konsummenge am Ende der Betreuung (im Verhältnis zum Beginn)

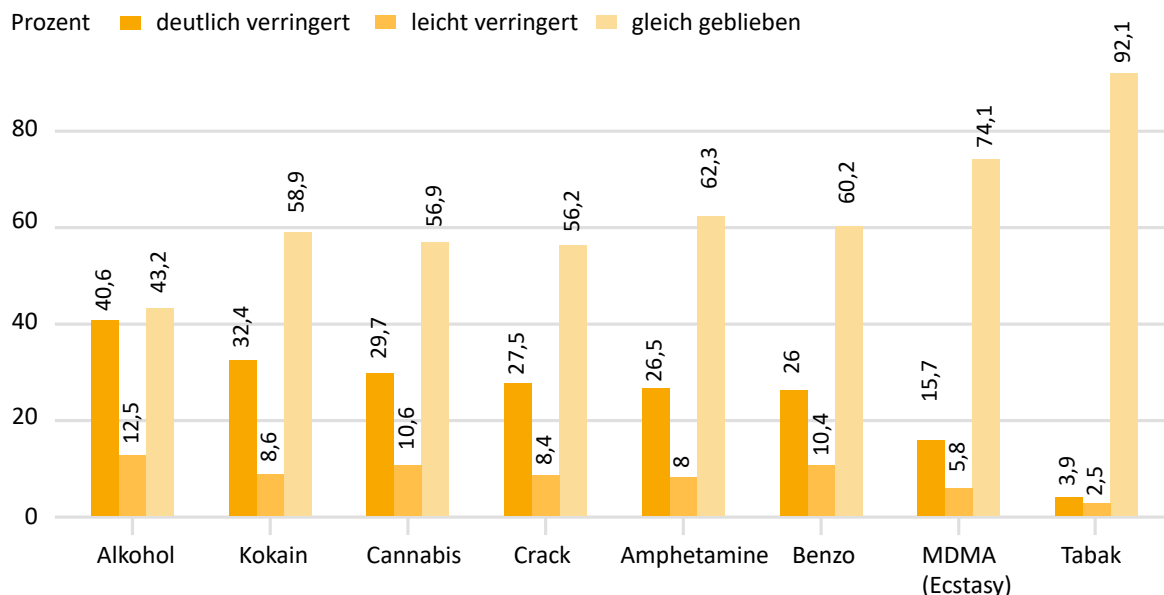
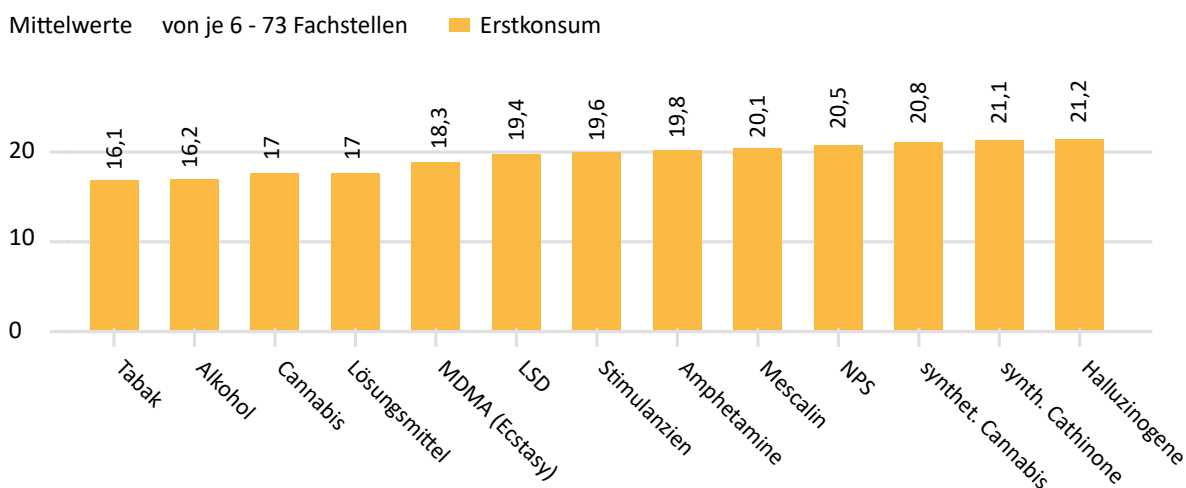


Abb. 24 zeigt die Veränderungen der Konsummenge am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsanfang für ausgewählte Substanzen. 26 Ausgewählt wurden die Substanzgruppen, deren Konsum für mehr als 1.000 Klient*innen bewertet worden sind. Die niedersächsischen Werte für „deutlich verringert“ liegen für alle Substanzen über den Werten der Bundesstatistik, nur für Tabak sind die Werte gleich.

In 1.739 Fällen (2023: 1.828) wurde der Substanzkonsum ärztlich verordnet. Dies betraf in 2024 im Rahmen der Opiatsubstitution in größerem Umfang Methadon (952), Buprenorphin (260), andere Opiate (206), Benzodiazepine (125) sowie Heroin (85) und die Verschreibung von Cannabis (60). Alle Werte sind im Vergleich zum Vorjahr gesunken, nur der Wert für Cannabis ist gestiegen.

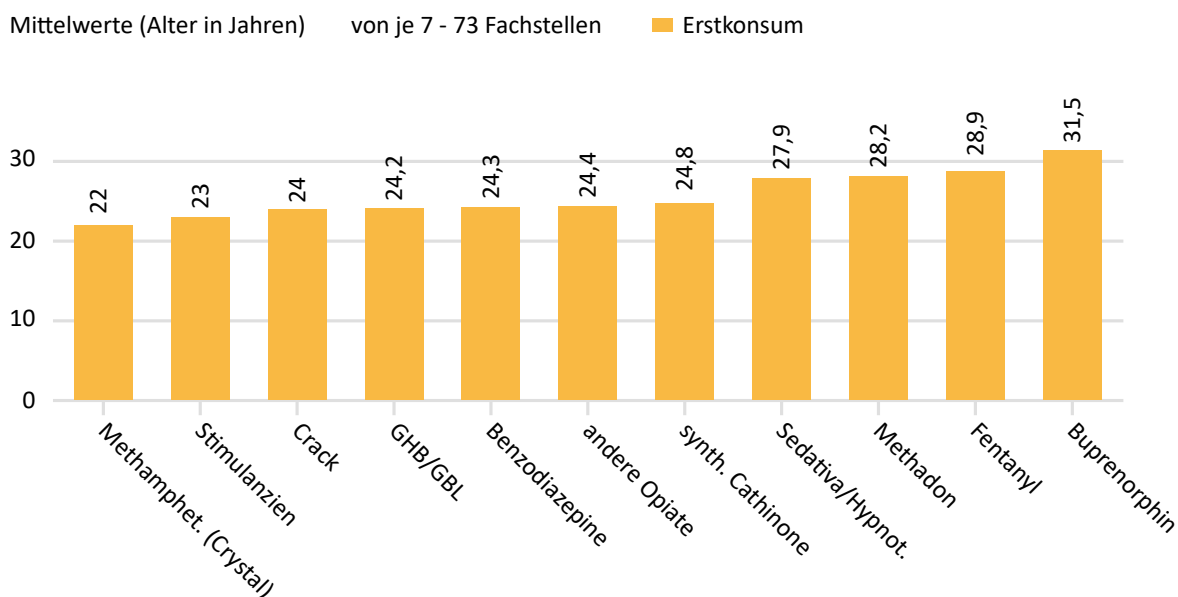
Als Erstkonsum gelten die Angaben der Klient*innen über das Alter, in dem sie die jeweilige Substanz in einer relevanten Dosis das erste Mal im Leben konsumiert haben. Die Abbildungen 25 und 26 zeigen, dass die jeweiligen Werte für die Substanzgruppen zwischen rund 16 und 31 Jahren lagen. Die Bundeszahlen zeigen im Wesentlichen ein entsprechendes Bild mit Abweichungen von bis zu einem Jahr.

Abb. 25: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum I



26 Auf die hier nicht abgebildeten Kategorien „leicht gesteigert“ und „deutlich gesteigert“ entfielen bei diesen Stoffen zwischen 1 und 3 %. Zu Bedenken ist, dass eine Reduktion des Konsums während der Beratung häufig nicht stattfindet, da es hierzu der medizinischen Rehabilitation bedarf. 52% der Klient*innen werden in diese Behandlung vermittelt (vgl. Abb. 38)

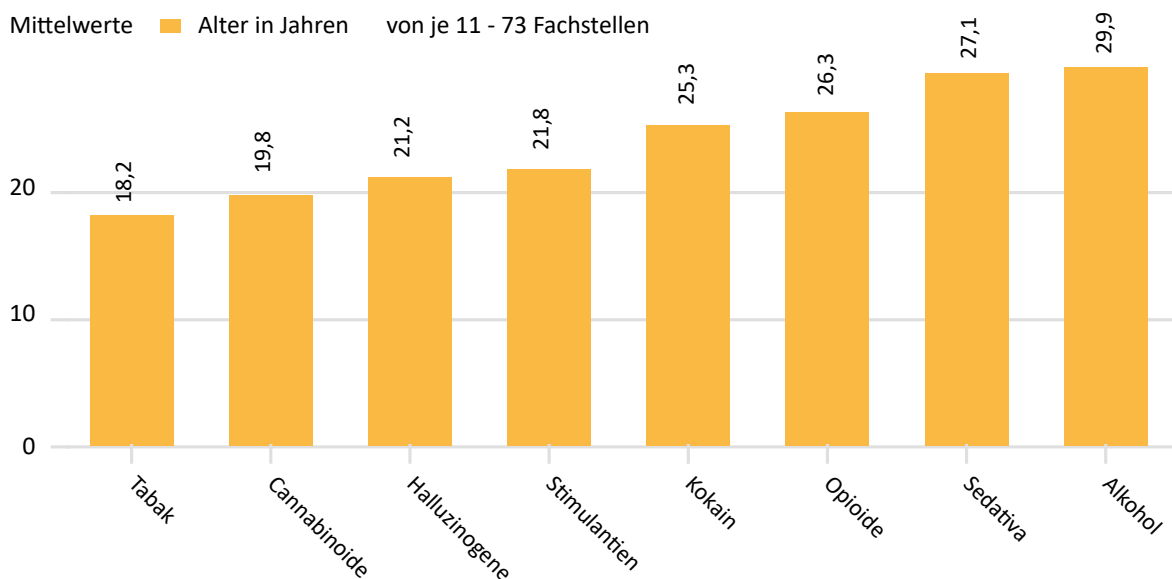
Abb. 26: Durchschnittliches Alter bei Erstkonsum II



Das in Abb. 27 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 Bundeswerte liegen durchgängig um ein bis zwei Jahre unter den niedersächsischen Zahlen.

Im Vergleich der niedersächsischen Werte mit den Zahlen zum Erstkonsum fällt auf, dass bei den meisten Substanzen zwischen Erstkonsum und Entwicklung einer Problematik nur ein bis zwei Jahre liegen. Beim Alkohol hingegen beträgt die Zeitspanne bis zur Entwicklung oder Wahrnehmung einer Problematik durchschnittlich über zehn Jahre.

Abb. 27: Alter bei Störungsbeginn

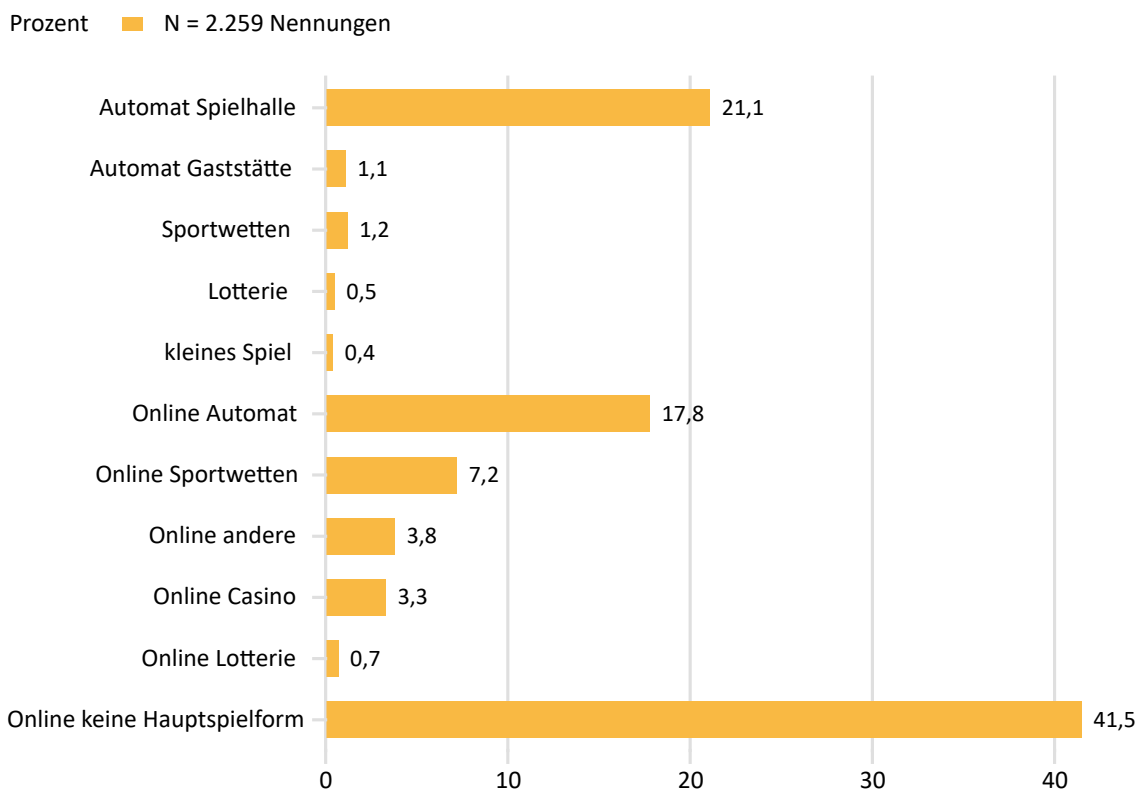


63 Klient*innen teilten im Rahmen der aktuellen Betreuung und Behandlung mit, dass sie mit positivem Ergebnis auf HIV getestet worden sind. 28 Klient*innen gaben eine aktive Hepatitis B-Infektion (Virusnachweis positiv) an und für 205 Klient*innen war eine aktive Hepatitis C-Infektion (Virusnachweis positiv) dokumentiert.

6.7 GLÜCKSSPIELVERHALTEN

Von den Hauptspielformen entfielen rund 21 % (476) auf das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Spielhallen (Abb. 28). Die stärkste Ausprägung betrifft das Online-Spiel ohne Hauptspielform (Nutzung multipler Spielformen) mit 41,5 % der Nennungen (938). Die Dominanz des Automaten Spielens deckt sich mit den bislang bekannten Untersuchungsergebnissen aus der Glücksspielsucht-Forschung. Abb. 28 zeigt die Hauptspielformen mit über zehn Nennungen.

Abb. 28: Anteil der Hauptspielformen (über zehn Nennungen)



1.143 Klient*innen erfüllten die Diagnosekriterien für F 63.0 (ICD-10) für pathologisches Glücksspielen. Für 42 Klient*innen lag keine aktuelle Diagnose für pathologisches Glücksspielen vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber in der Vergangenheit.

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. 29 und Abb. 30). Die Verringerung der Spieltage betrug bei den meisten Spielformen eine nennenswerte Reduktion der Spieltage. Beim Glücksspiel über das Internet waren die Erfolge überwiegend deutlicher ausgeprägt, mit Ausnahme der Automaten Spiele wurden die Spieltage durchgehend auf unter die Hälfte und weniger verringert.

Die Zahlen geben Durchschnittswerte von allen Klient*innen der Fachstellen wieder, so dass davon auszugehen ist, dass in mehr Fällen als hier dargestellt, das Spielverhalten stark reduziert oder völlig verhindert werden konnte, während es in anderen Fällen weniger stark verringert werden konnte.

Abb. 29: Spieltage terrestrisch in den letzten 30 Tagen zu Beginn und Ende der Betreuung

Mittelwerte ■ Beginn ■ Ende

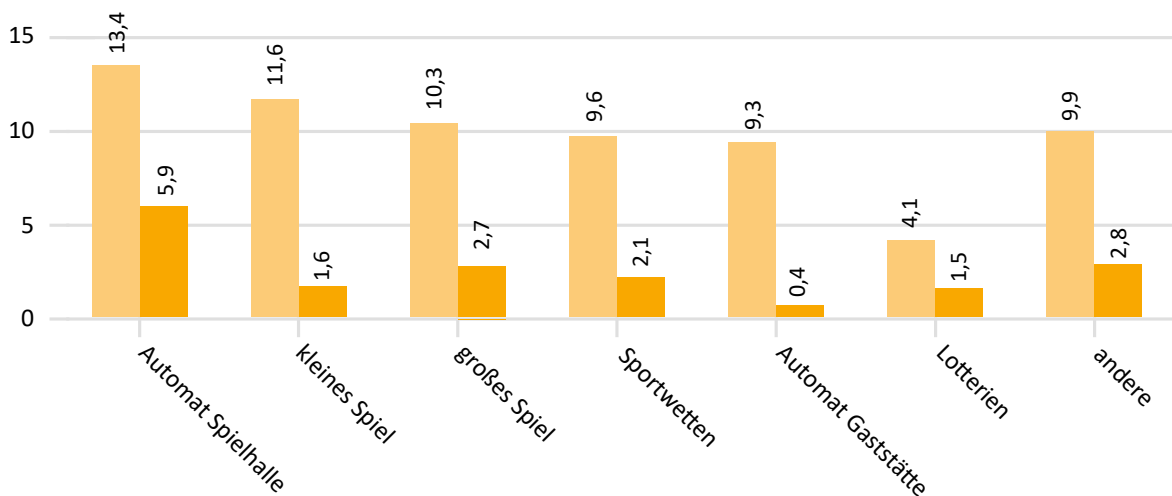


Abb. 30: Spieltage online in den letzten 30 Tagen zu Beginn und Ende der Betreuung

Mittelwerte ■ Beginn ■ Ende

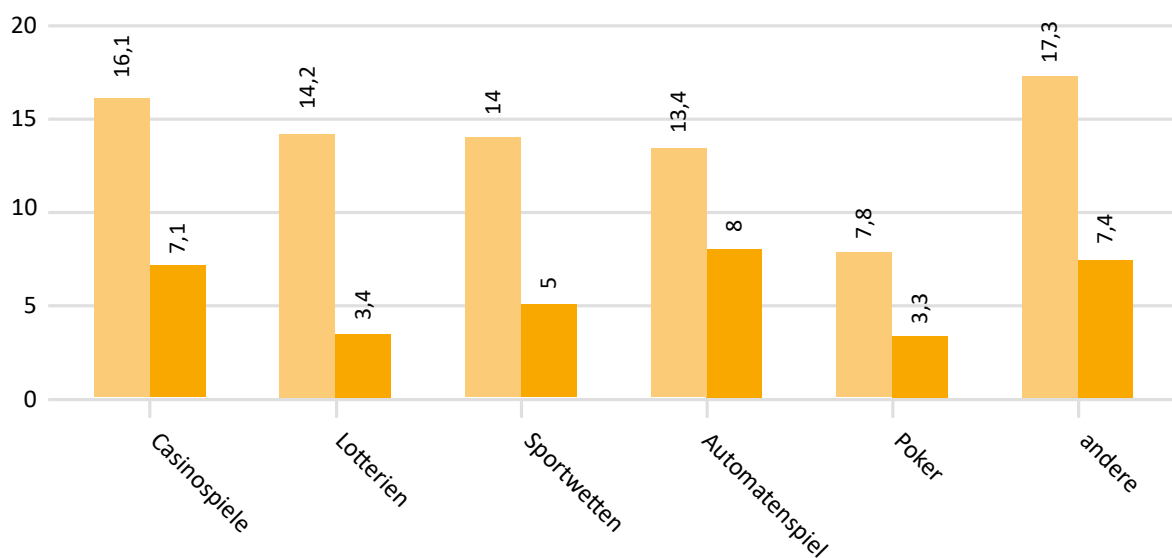
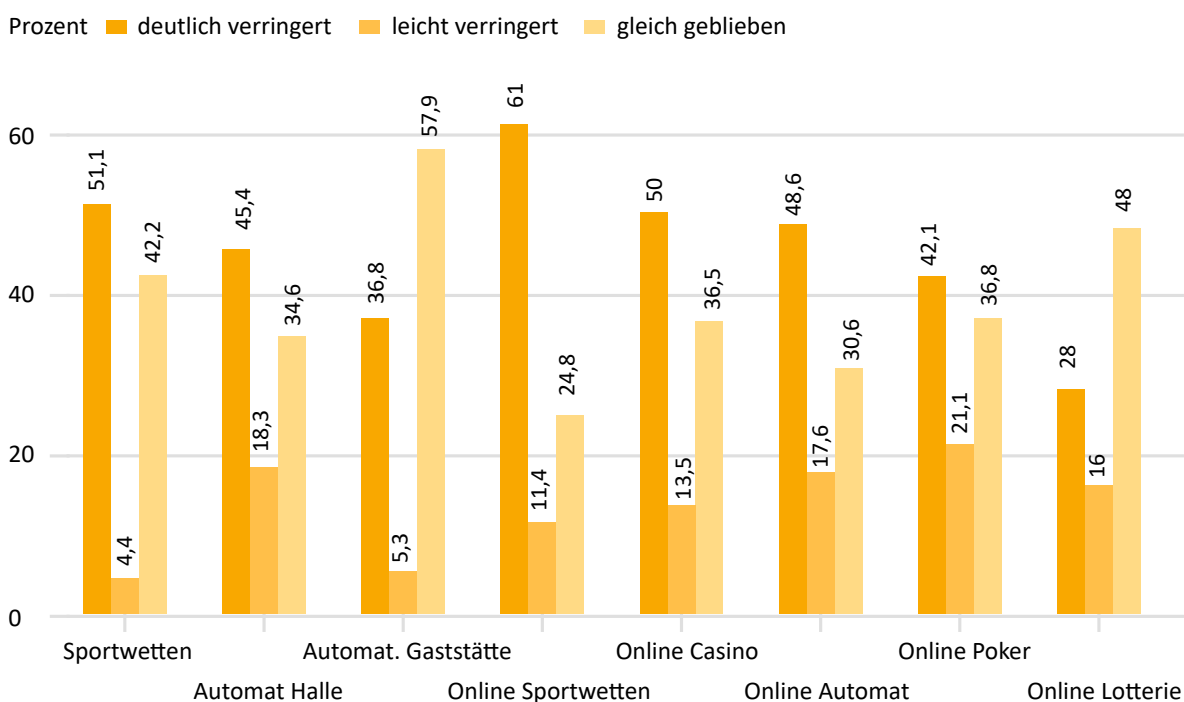


Abb. 31 zeigt die Veränderungen der Spieldauer am Betreuungsende gegenüber dem Betreuungsanfang für ausgewählte terrestrische und Online-Spiele. Bei nahezu allen Spielformen konnte das Glücksspielverhalten deutlich verringert werden. Auf die Kategorien „deutlich verringert“ und „leicht verringert“ zusammen entfielen oft zwei Drittel der Klient*innen. Allerdings konnte – je nach Art des Glücksspiels – bei teilweise auch über der Hälfte der Klient*innen das Glücksspielverhalten nicht verändert werden.²⁷ Die Kategorien „leicht gesteigert“ und „deutlich gesteigert“ sind marginal besetzt.

Für die Abb. 31 wurden die Glücksspielformen ausgewählt, deren Spieldauer für mehr als 15 Klient*innen bewertet worden sind. Am häufigsten vertreten ist das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Spielhallen mit N = 190. Das Online-Automatenspiel bildet mit 105 Klient*innen die zweithäufigste Spielform, Online-Sportwetten mit 64 Betroffenen die dritthäufigste. Es folgen terrestrische Sportwetten mit 23, Online-Casino (26) und Online-Poker (8). Das Glücksspiel an Geldspielautomaten in Gaststätten macht 7 Fälle aus. Den niedersächsischen Zahlen und den Werten der Bundesstatistik ist gemein, dass die Kategorien „leicht gestiegen“ und „stark gestiegen“ nur einen sehr geringen Anteil der Klient*innen betreffen.

Abb. 31: Bewertung des Glücksspielverhaltens zu Beginn und Ende der Betreuung

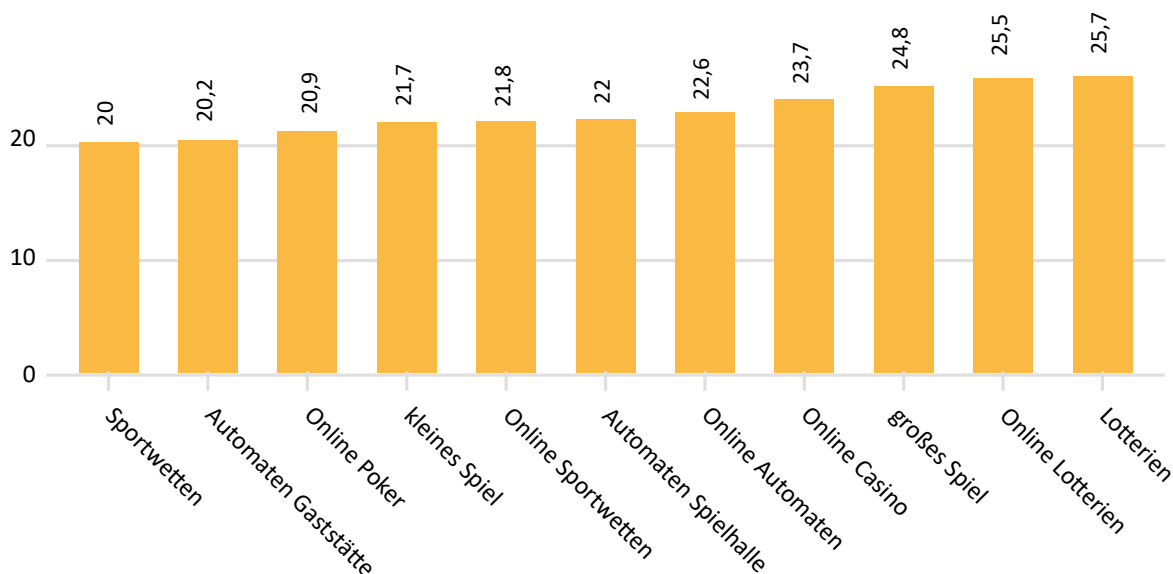


Bei dem ersten Spielen um Geld waren die Klient*innen nach eigenen Angaben im Durchschnitt zwischen 20 und 26 Jahren alt (Abb. 32). Die geringe Zahl von Einschätzungen durch Klienten*innen führt dazu, dass die Mittelwerte jahresweise sehr unterschiedlich sind und nicht ohne weiteres über die Berichtsjahre miteinander verglichen werden können.

²⁷ Zu Bedenken ist, dass eine Reduktion des Glücksspiels während der Beratung häufig nicht stattfindet, da es hierzu der medizinischen Rehabilitation bedarf.

Abb. 32: Alter bei erstem Spielen um Geld.

Mittelwerte Alter 2 - 63 Fachstellen



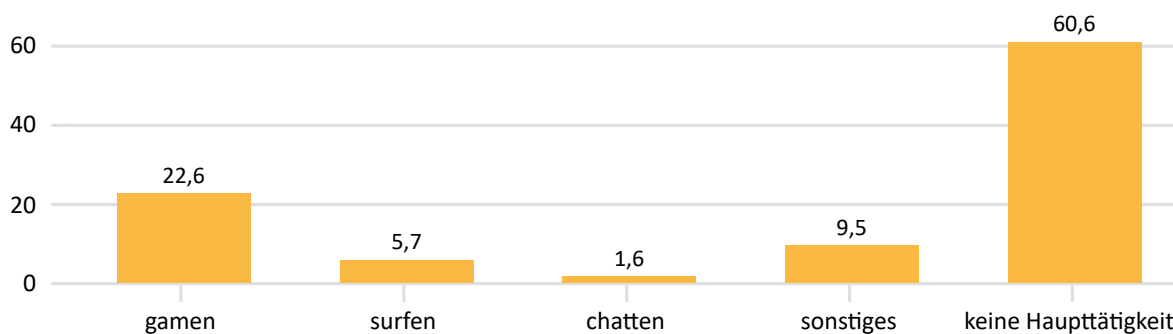
Eine Problemdynamik entwickelt sich häufig dann, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Glücksspiels vorliegt. Das durchschnittliche Alter bei Beginn einer Problementwicklung lag in 2024 bei 25,1 Jahren. Die Spanne reicht von 15 bis 41 Jahre. Diese Angaben sind nicht nach Glücksspielformen unterschieden.

6.8 EXZESSIVE MEDIENNUTZUNG

Über 22 Prozent (N=284) der Haupttätigkeiten in Bezug auf exzessive Mediennutzung entfielen auf das Gamen (Abb. 33). Surfen war mit über fünf Prozent vertreten (N = 72), Chatten mit knapp zwei Prozent (20). Die Kategorie Sonstiges ist mit 9,5 % (N=120) besetzt. Die stärkste Ausprägung betraf die exzessive Mediennutzung ohne explizite Haupttätigkeit (also der Nutzung mehrerer Anwendungsbereiche) mit über 60 Prozent (N = 763) (siehe auch Abb. 28 Online-Glücksspiel „ohne Hauptspielform“ als stärkste Ausprägung).

Abb. 33: Haupttätigkeiten in Bezug auf exzessive Mediennutzung

Prozent N = 1.259 Nennungen

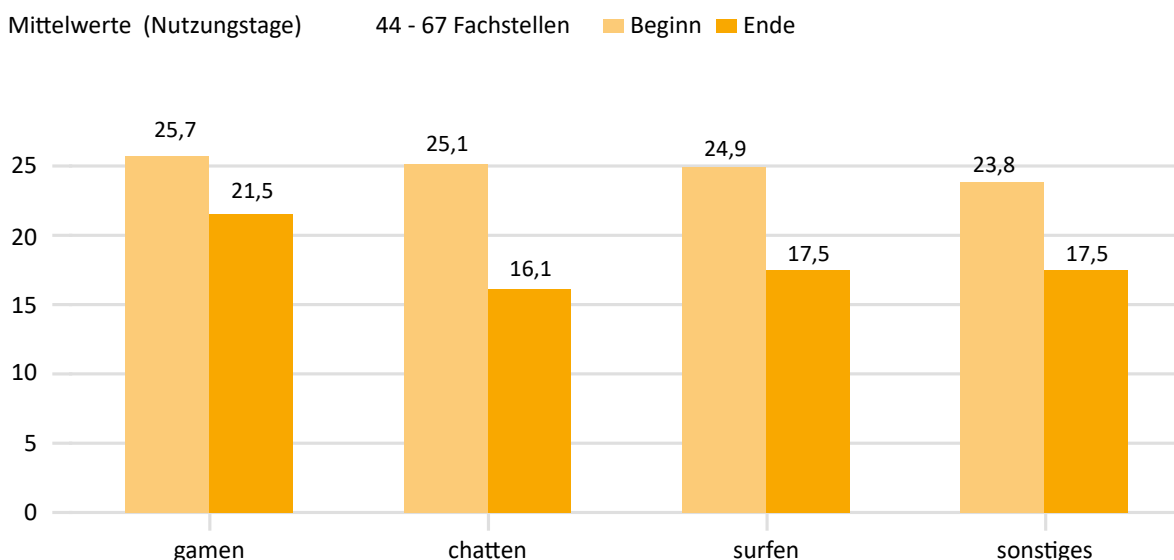


Für exzessive Mediennutzung existiert keine ICD-10-Klassifikation.²⁸ Behelfsweise werden überwiegend die Diagnosen F68.8 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“ und F63.8 „andere abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle“ verwendet. 146 Klient*innen erfüllten in 2024 aktuell die Diagnosekriterien für Verhaltensstörung F68.8 in Hinblick auf exzessive Mediennutzung. Für weitere fünf Klient*innen lag keine aktuelle Diagnose vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber in der Vergangenheit.

394 Klient*innen erfüllten aktuell die Diagnosekriterien für Störung der Impulskontrolle F63.8. Hier lag für sieben Klient*innen keine aktuelle Diagnose vor, sie erfüllten die Kriterien für eine Diagnose aber bereits früher. Für alle ICD-10-Klassifikationen zusammen sind dies 552 Diagnosefälle. Bei dieser Zahl ist zu bedenken, dass einige Klient*innen Mehrfachdiagnosen haben oder bei ihnen die exzessive Mediennutzung nicht die Haupttätigkeit / Hauptdiagnose ist.

Die Anzahl der durchschnittlichen Konsumtage exzessiver Mediennutzung konnten im Vergleich des Konsumverhaltens in den letzten 30 Tagen vor Beginn und vor Abschluss der Betreuung / Behandlung bei allen Nutzungsformen deutlich reduziert werden (Abb. 34). Die Verringerung der Nutzung betrug bis zu zehn 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. Dafür spricht auch die Tatsache, dass es bei der exzessiven Mediennutzung um die Reduktion der Zeit pro Tag geht. Die Konsumzeit kann auch rückläufig sein, obwohl es eine tägliche Nutzung gibt. Dies lässt sich über die KDS-Kategorie nicht abbilden.

Abb. 34: Nutzungstage Medienkonsum in den letzten 30 Tagen zu Beginn und Ende der Betreuung



Das Alter, das die Klient*innen für den Beginn einer Problementwicklung angaben, lag für die ICD-Diagnose F68.8 (Verhaltensstörung) bei durchschnittlich 21,5 Jahren (mit einer Altersspanne von 12 bis 45 Jahren) und für F63.8 (Störung der Impulskontrolle) bei 21,3 Jahren (Spanne 9 bis 42 Jahre). Die Entwicklung einer Problemdynamik tritt häufig dann ein, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit des Medienkonsums und eine Funktionsbesetzung (z.B. regelmäßiger Einsatz zur Befindlichkeitsregulierung) vorliegen. Die durchschnittliche Dauer von der ersten Nutzung bis zur Entwicklung resp. Wahrnehmung einer Problemdynamik liegt bei fünf bis sieben Jahren.²⁹

²⁸ In die ICD 11 wird die Diagnose „Gaming Disorder“ aufgenommen.

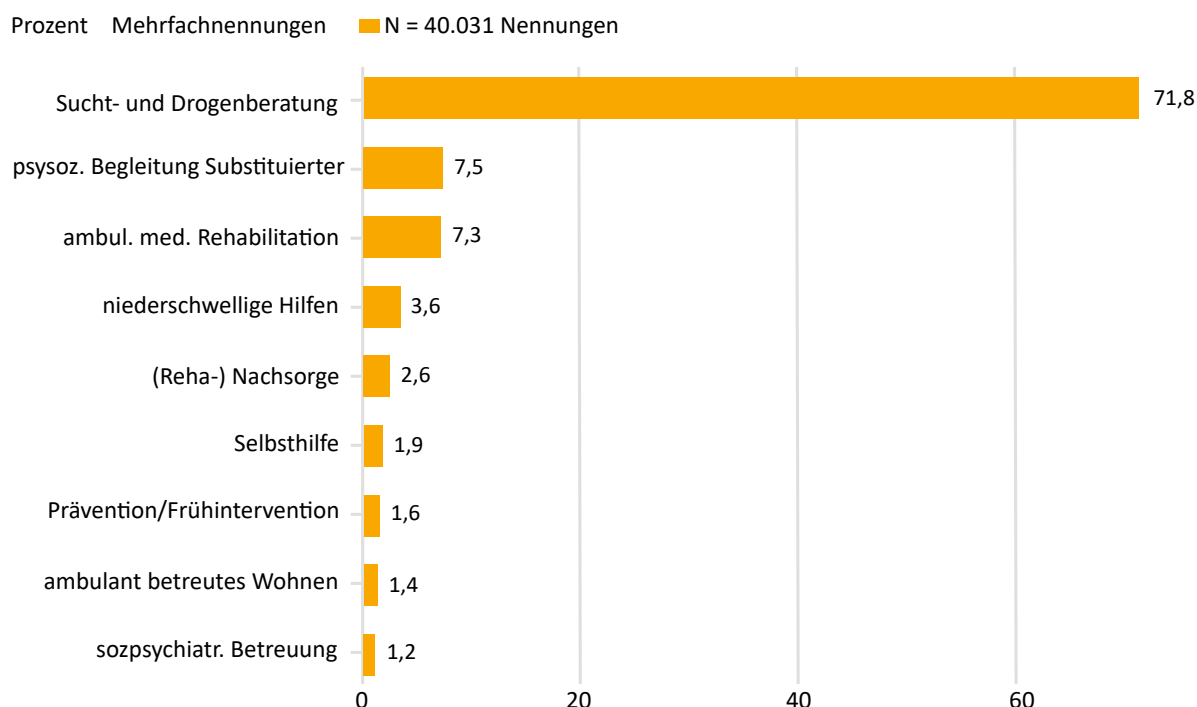
²⁹ vgl. „re:set!“ Projekt der NLS zur Beratung Jugendlicher und Erwachsener bei übermäßigem Medienkonsum
<https://www.nls-online.de/portfolio/reset-beratung-bei-exzessiver-mediennutzung/>

6.9 BERATUNG, BETREUUNG UND BEHANDLUNG

Leistungen: Im Hinblick auf die in Anspruch genommenen Leistungen von Fachstellen für Sucht- und Suchtprävention durch die Klient*innen dominierte die Sucht- und Drogenberatung mit rund 72 % der Nennungen (Abb. 35; Bund: 86,1 %), gefolgt von der psychosozialen Begleitung von Substituierten (PSB) mit 7,5 % (Bund: 4,3 %), der ambulanten medizinischen Rehabilitation mit 7,3 % (Bund: 3,7 %) und niedrigschwelligen Hilfen mit 3,6 % (Bund: 3,1 %) ³⁰. Alle weiteren Betreuungsarten in Niedersachsen lagen unter ein Prozent der Nennungen.

In Bezug auf die Maßnahmen zu Beschäftigung und Qualifizierung, die in der Behandlung und Rehabilitation stärker gefordert sind, liegen die „arbeitsmarktorientierte Beratung“ sowie „Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung“ und „berufliche Rehabilitation“ unter 0,8 Prozent der in Anspruch genommenen Leistungen der Fachstellen.

Abb. 35: In Anspruch genommene Leistungen der Fachstellen (über 1 %)

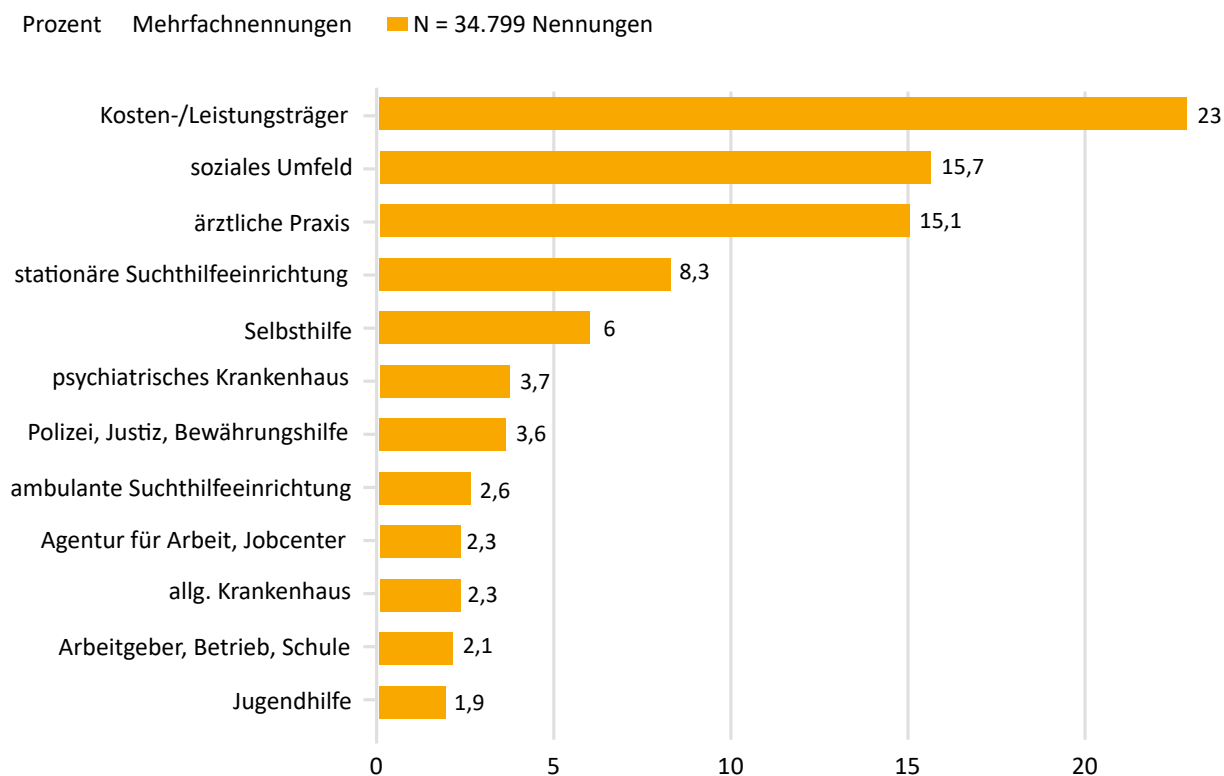


Kontakte: Die Zahl der Kontakte lag in 2024 bei 674.852 (2023: 666.108). Rechnerisch entfielen damit auf jede Fachstelle (N = 76) 8.879 Einzelkontakte. Diese Zahl umfasst alle kundenbezogenen Kontakte innerhalb einer Betreuungs-/Behandlungsepisode, also auch solche mit Behörden und Bezugspersonen, mit einer Mindestgesprächsdauer von 10 Minuten und substantiell beratendem, behandelndem oder informativem Charakter.

Kooperationen: In Zusammenhang mit der Beratung und Behandlung wurden insgesamt 34.779 Kooperationen mit anderen Einrichtungen unterhalten. Dabei kooperierten 23 % der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention (Abb. 36) mit Kosten- und Leistungsträgern (Bund: 33,1 %), sowie jeweils rund 15 % mit dem sozialen Umfeld der Klient*innen (Bund: 30,1 %) und mit niedergelassenen Ärzt*innen (Bund 20,4 %). Weitere, zahlenmäßig nennenswerte Kooperationspartner waren die stationären Suchthilfeeinrichtungen mit über 8,3 % (Bund: 20,3 %) sowie die Selbsthilfe mit sechs Prozent (Bund: 6,9 %).

³⁰ Hier ist zu beachten, dass viele niedrigschwellige Hilfen wie Streetwork in der Regel nicht mit dem KDS erfasst werden.

Abb. 36: Kooperationen während der Betreuung / Behandlung (über 1,5 %)



2024 wurden 3.107 Kontakte zwischen Klient*innen und Selbsthilfegruppen erfolgreich gefördert bzw. vermittelt. (Eine bloße Empfehlung des Besuchs einer Selbsthilfegruppe ist hier nicht enthalten.) In 2.670 Fällen hatten die Klient*innen im Laufe der Betreuung / Behandlung wiederholt oder regelmäßig an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen. Ein nur einmaliges „Ausprobieren“ wird hier nicht berücksichtigt.³¹ Dies belegt die gute regionale Vernetzung der Fachstellen und der Selbsthilfe.

³¹ Der Großteil der Selbsthilfegruppen arbeiten mit (Punkt)Abstinenz, zu der viel Klienten während des Beratungsprozesses noch nicht in der Lage sind, sodass der Besuch einer Selbsthilfegruppe in diesem Stadium nicht möglich ist.

6.10 BEENDIGUNG

Deutlich über die Hälfte aller Klient*innen haben in 2024 die in Anspruch genommene Betreuung und Behandlung durch eine Fachstelle regulär nach Plan beendet (2023: 56,8 %; Bund: 51,1 %). Bezieht man die planmäßige Verlegung in eine andere Behandlungsform und die mit therapeutischem Einverständnis erfolgten vorzeitigen Beendigungen mit ein, betrug die Quote 73,6 % (2023: 72,1 %; Bund: 66,2 %). Niedersachsen liegt damit dauerhaft besser als die Bundeszahlen.

Abb. 37: Art der Beendigung

Prozent ■ N = 21.873 Nennungen ■ Bund 2024

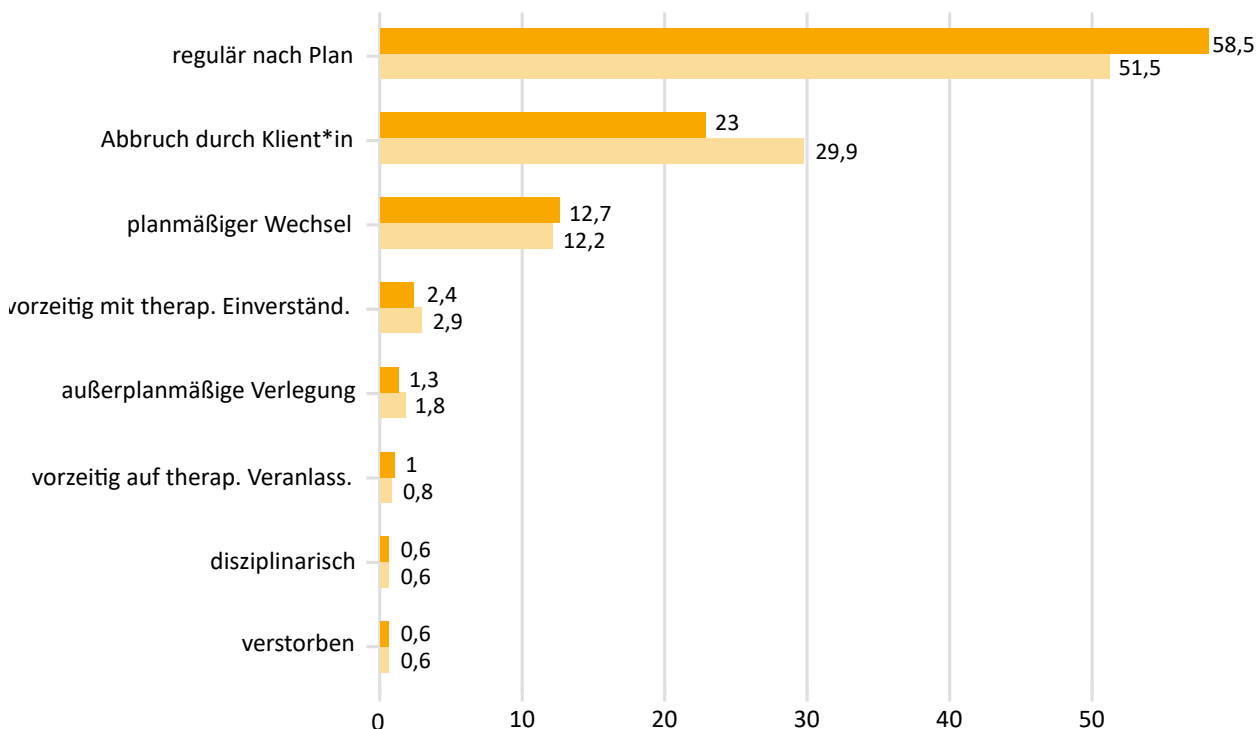
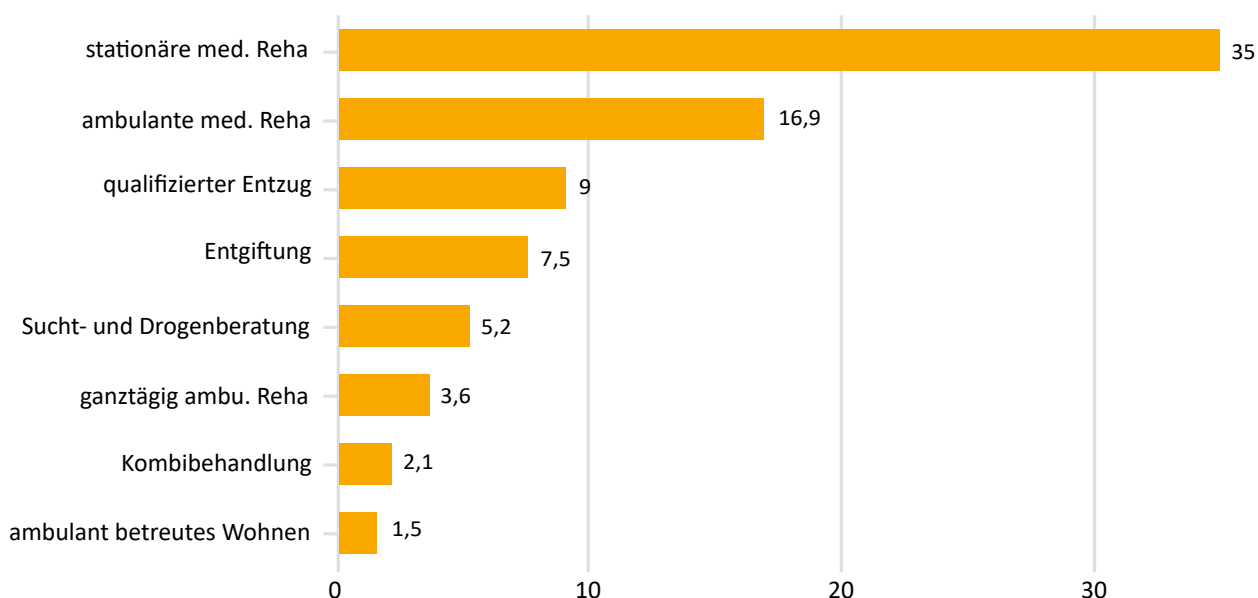


Abb. 38: Die häufigsten Weitervermittlungen

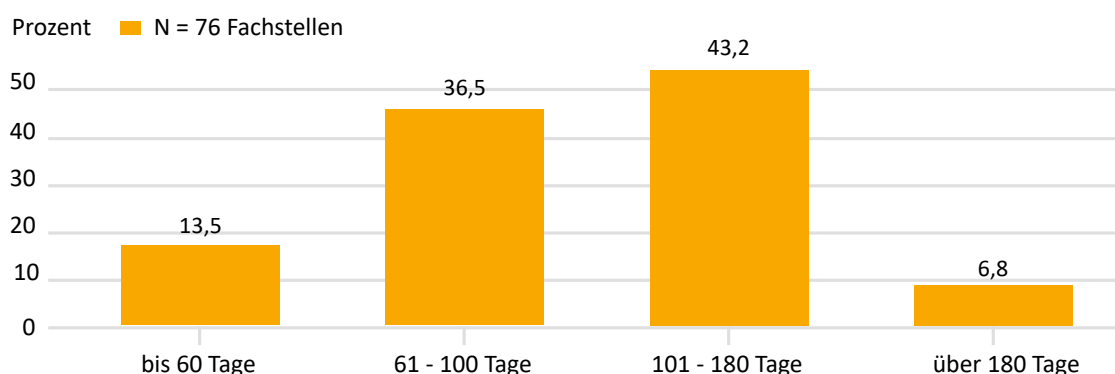
Prozent ■ N = 7.559 Nennungen



Von den 7.559 Fällen, deren Betreuung oder Behandlung mit einer Weitervermittlung beendet wurde (Abb. 37), entfiel über ein Drittel (N=2.648) auf einen Übergang der Klient*innen in die stationäre medizinische Rehabilitation (Bund: 38,7 %). Rund 17 % der Klient*innen wurden in die ambulante medizinische Rehabilitation weitervermittelt (Bund: 10,1 %), gefolgt von qualifiziertem Entzug (N = 683), Entgiftung (N = 5 = 70) und Sucht- und Drogenberatung (N = 393).

Die Betreuungs- und Behandlungsdauer, d.h. der Zeitraum zwischen Beginn und Ende der Betreuung/Behandlung, betrug für alle Klient*innen und Angehörigen im Mittel 109,4 Tage, also über drei Monate, pro Einrichtung. Die Hälfte von ihnen wurde bis zu 100 Tagen betreut. Über 40 % der Klient*innen wurden zwischen 100 und 180 Tagen betreut (Abb. 39). Insgesamt wurden für rund 41.000 Klienten über 4,9 Mio. Betreuungs-/Behandlungstage bereitgestellt. Hier ist zu beachten, dass die Angebote von Beratung, psychosozialer Betreuung und ambulanter Therapie konzeptionell sehr unterschiedliche Betreuungsdauern bedingen.

Abb. 39: Betreuungs-/ Behandlungsdauer in Tagen (Durchschnittswerte der FSS)



In über 6 von 10 Fällen konnte das Konsumverhalten der betreuten und behandelten Personen (66,9 %; Bund 57,1 %) in 2024 zum Positiven verändert werden (Abb. 40). Bei unter zwei Prozent 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 Gesundheit konnte in fast 44,1 % der Fälle durch die Betreuung und Behandlung eine Verbesserung erzielt werden (Bund: 39 %), in Hinblick auf die psychische Gesundheit sogar über 49 % der Fälle (Bund: 39,8 %). Für rund 30 % der Klient*innen konnte darüber hinaus das Problemfeld Familie zum Besseren gewendet werden. Das soziale Umfeld, die Schule oder Arbeit, der Freizeitbereich und die Tagesstrukturierung konnten bei etwas unter einem Viertel der Klient*innen günstig beeinflusst werden. Die Daten liegen regelmäßig leicht über denen des Bundes.

Abb. 40: Problematik am Tag des Betreuungs- / Behandlungsendes I

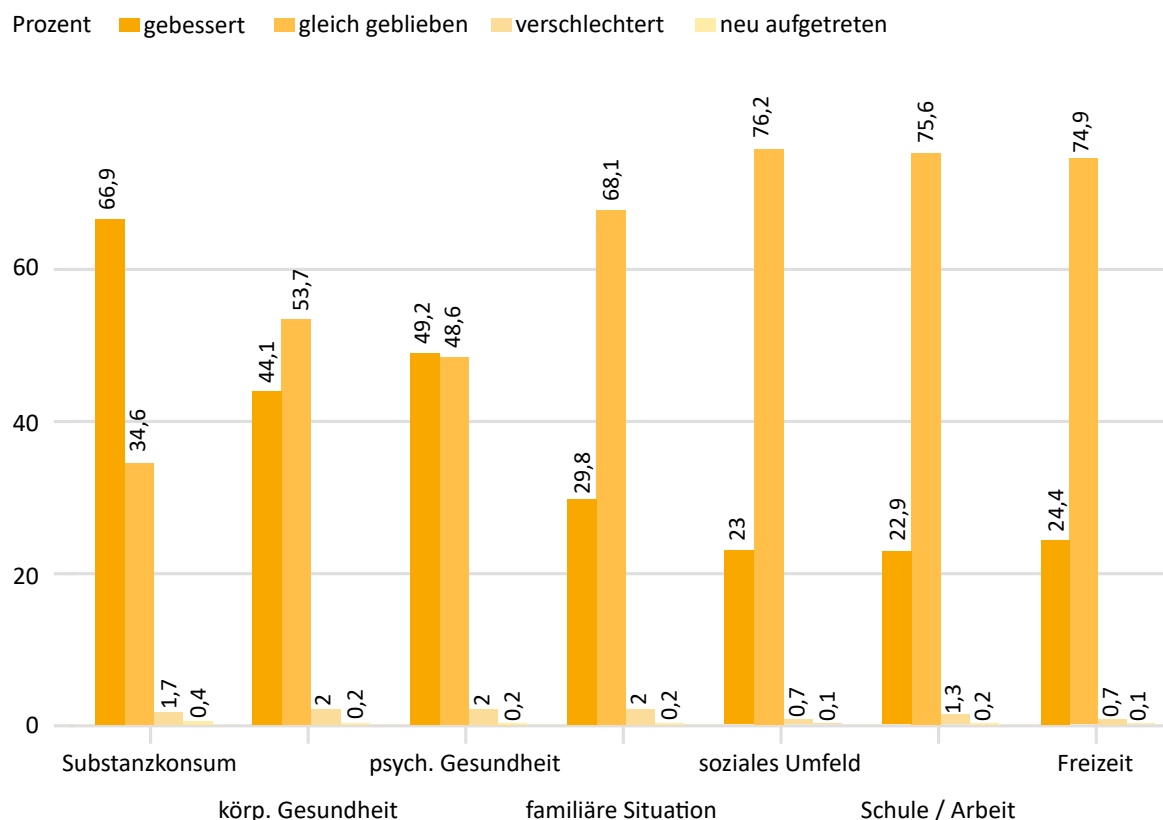
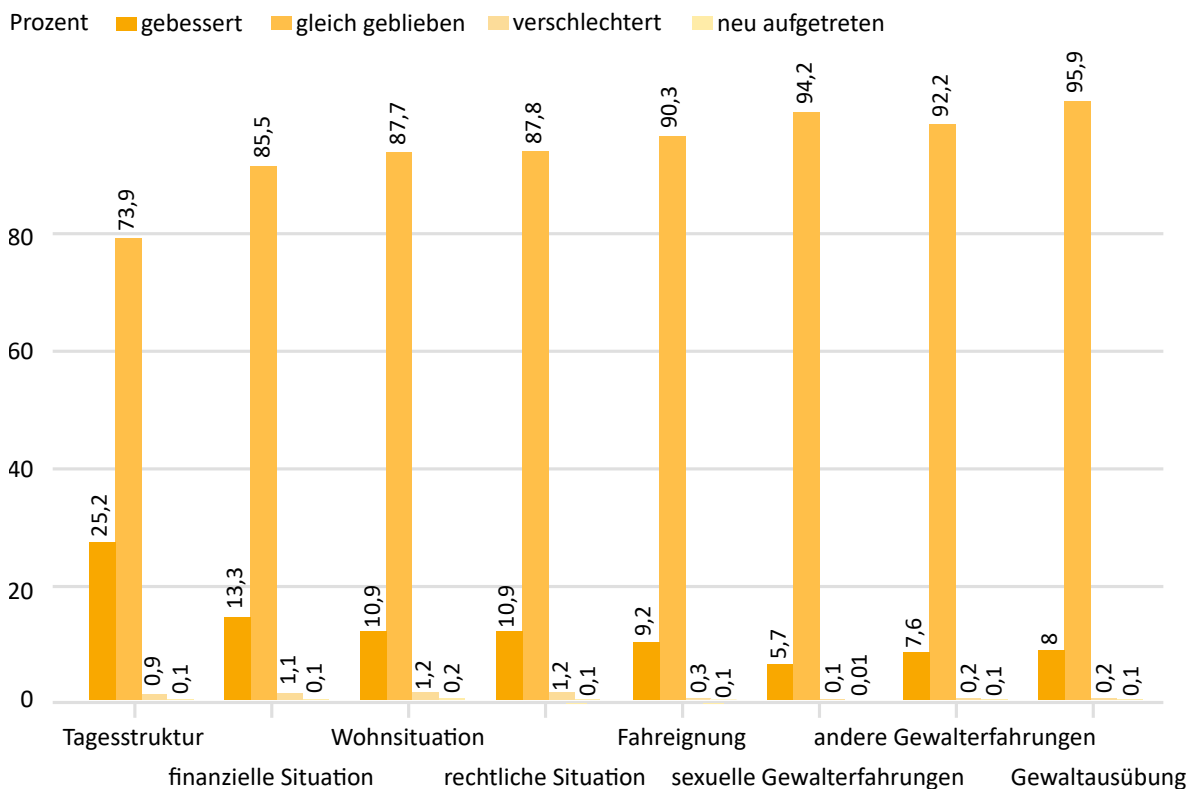


Abb. 41: Problematik am Tag des Betreuungs- / Behandlungsendes II



7 DIGISUCHT – SUCHTBERATUNG.DIGITAL

Die Online-Suchtberatung auf DigiSucht richtet sich an Betroffene, Angehörige und Eltern und bietet Unterstützung bei Fragen zum Umgang mit Drogen, psychoaktiven Substanzen, Glücksspielen und digitalen Medien. Im Anschluss an die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanzierte Modellphase, haben Anfang 2023 alle beteiligten Bundesländer die Finanzierung der Plattform übernommen. Ziel ist es, die Plattform und das Angebot der Onlineberatung an die Anforderungen von Ratsuchenden und Fachkräften kontinuierlich auszubauen und weiterzuentwickeln. Im Jahr 2024 hielt die Bundesregierung 76 niedersächsischen Fachstellen dieses digitale Angebot vor. Die Nutzung von DigiSucht handelt es sich nicht ausschließlich um eine Fernberatung. Im Rahmen des sogenannten Blended Counseling (eine Kombination aus analoger und digitaler Beratung) können auch persönliche Beratungen digital erfolgen. Zu beachten ist, dass die Online-Suchtberatung nicht als Ersatz für eine persönliche Beratung angesehen werden sollte. Die Online-Suchtberatung ist eine Ergänzung zur persönlichen Beratung und kann bei Bedarf auch in Kombination mit anderen Beratungsangeboten genutzt werden.

DigiSucht ist eine bundesweite digitale Beratungsplattform, die unter <https://www.suchtberatung.digital/> von Ratsuchenden anonym und kostenlos genutzt werden kann. Die Plattform verbindet sie digital mit Beratungsstellen in ihrer Nähe und ermöglicht den digitalen Austausch mit professionellen Beraterinnen und Beratern.

Die Online-Suchtberatung auf DigiSucht richtet sich an Betroffene, Angehörige und Eltern und bietet Unterstützung bei allen Fragen zum Umgang mit Drogen, psychoaktiven Substanzen, Glücksspiel oder digitalen Medien.

Im Anschluss an die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanzierte Modellphase, haben Anfang 2024 die beteiligten Bundesländer die Finanzierung der Plattform übernommen. Ziel ist es, die Plattform und das Angebot der Onlineberatung gemäß den Anforderungen von Ratsuchenden und Fachkräften kontinuierlich auszubauen und weiterzuentwickeln. Im Jahr 2024 hielten bereits 58 der 76 niedersächsischen Fachstellen dieses digitale Angebot vor.

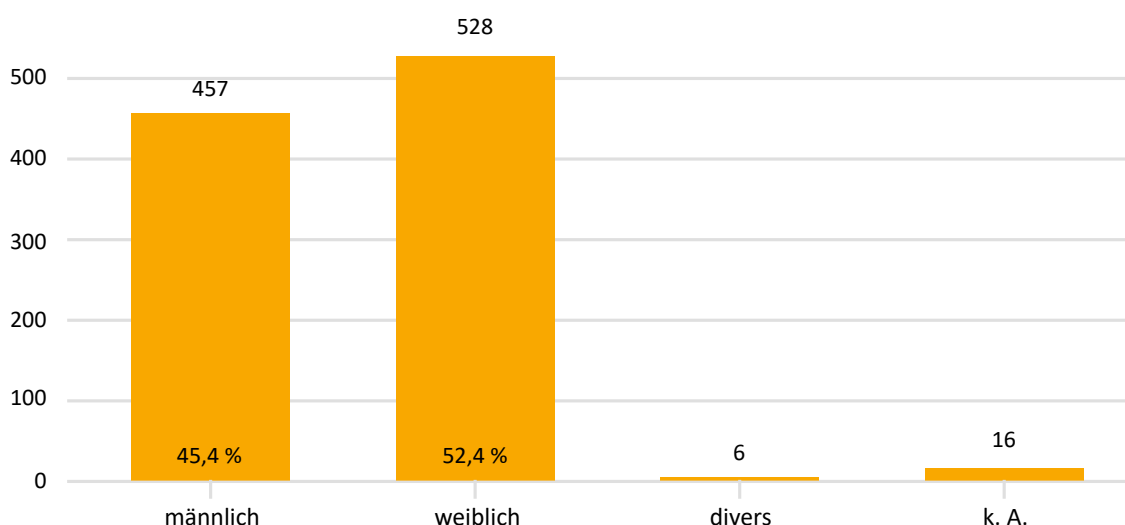
Bei der Nutzung von DigiSucht handelt es sich nicht ausschließlich um Neuaufnahmen. Im Rahmen des sogenannten Blended Counseling (kombinierte Beratung – analog sowie digital) können auch einzelne Beratungsleistungen digital erfolgen. Zu beachten ist, dass es möglich ist, dass für die Personen, die hier benannt werden, später ein KDS-F ausgefüllt wurde oder sie zu den im KDS-E genannten Klient*innen ohne KDS-F Erstellung gehören. Ein gesonderter Blick auf die Ratsuchenden dieses Angebots ist trotz möglicher Doppelungen interessant. Insbesondere in einem Flächenland wie Niedersachsen ist dies eine gute Option, um Beratungsprozesse möglichst niedrigschwellig zu gestalten und bestimmte Zielgruppen verbessert zu erreichen.

Dieses scheint zu gelingen, so waren mit 301 Personen nahezu ein Drittel der Ratsuchenden Angehörige. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zu den Beratungen in Präsenz, dort lag die Quote bei 12 Prozent.

Im Berichtsjahr haben insgesamt 1.007 Klienten*innen Kontakt mit den Beratenden aufgenommen. Die hier genannten Daten stammen aus den bei der Anmeldung zu DigiSucht gemachten Angaben der Ratsuchenden. Es ist davon auszugehen, dass der Großteil dieser Fälle entweder in den zuvor genannten nicht dokumentierten Klient*innen erfasst sind (KDS-E) oder als voll dokumentierte Klient*innen im KDS-F enthalten sind. Dennoch muss diese Stichprobe als unabhängig von den voran vorgestellten Kerndaten betrachtet werden.

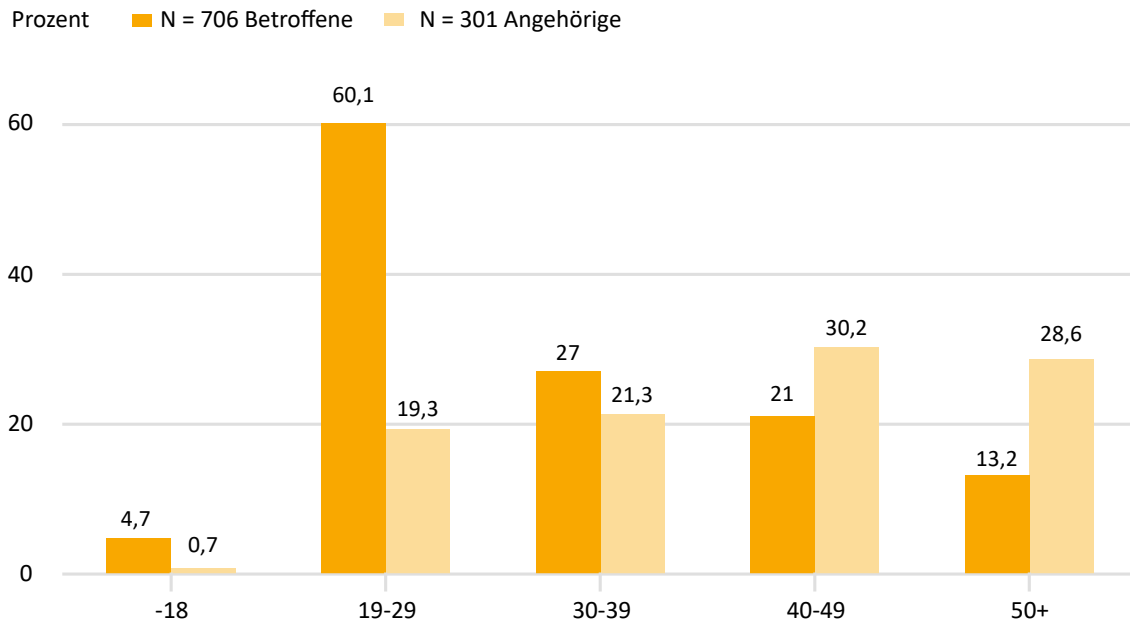
Abbildung 42: Geschlechterverteilung DigiSucht

Anzahl (Geschlecht) ■ N = 1.007 Klient*innen



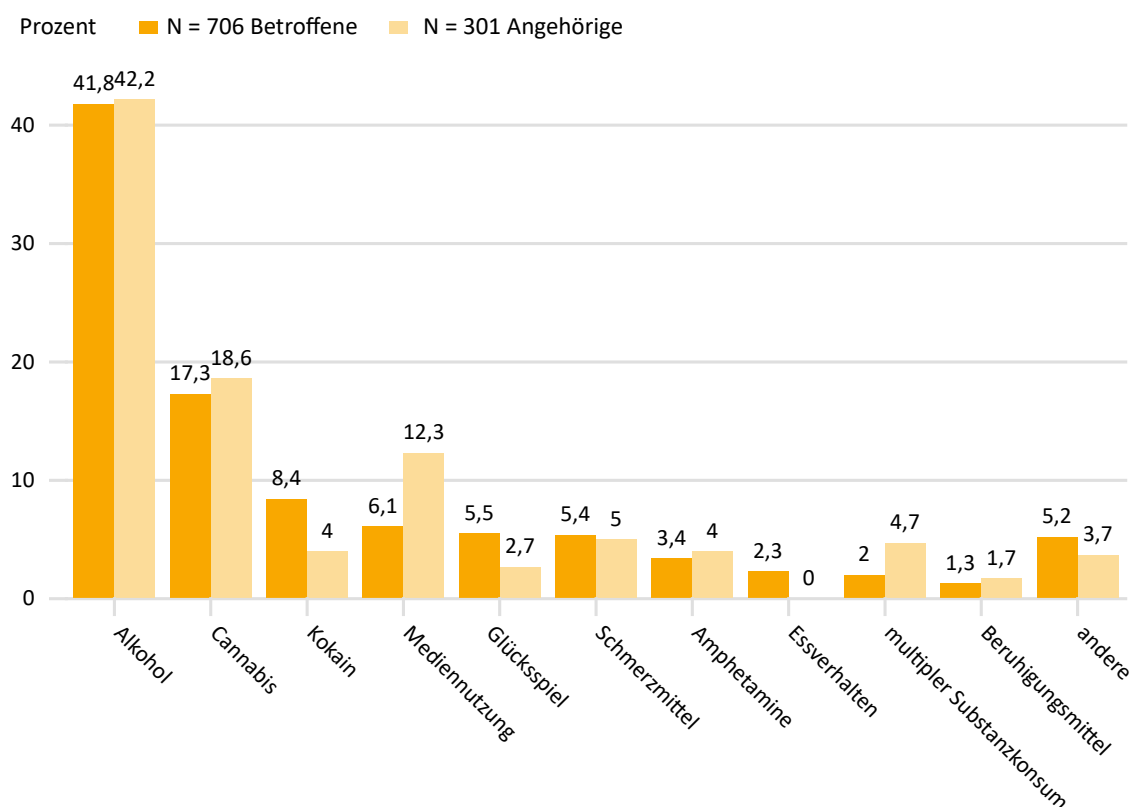
Im Gegensatz zu den Kerndaten haben sich über das Internetportal mehr Frauen gemeldet als Männer (Abb. 42). Unter den Betroffenen lag der Männeranteil bei 58,1 %, bei den Angehörigen lag der Frauenanteil bei 83,1 %.

Abbildung 43: Altersverteilung DigiSucht



Die Altersverteilung in Bezug auf DigiSucht zeigt, dass 3,5 % aller Klienten*innen unter 19 Jahre alt sind; die Alterskohorte der 19- bis 29jährigen bildet hier mit 30 % die stärkste Ausprägung, im Kerndatensatz sind dies die 30- bis 39jährigen. Dies zeigt, dass die Ratsuchenden früher erreicht werden. Unter den Betroffenen liegt die Kohorte der 19- bis 29jährigen bei 60,1 % (Abb. 43), während bei den Angehörigen die älteren Kohorten stärker vertreten sind. Dies deutet darauf hin, dass mit dem Angebot der digitalen Suchtberatung bestimmte Bevölkerungsgruppen besser erreicht werden.

Abbildung 44: Die Problematik als Anlass zur Kontaktaufnahme über DigiSucht



Die Problemlagen der Betroffenen wie der Angehörigen zeigen ein weitgehend einheitliches Bild, das auch in groben Zügen den Ergebnissen der Kerndatenauswertung entspricht (Abb. 44; mit allen Nennungen über einem Prozent). Mit zusammen knapp 60 % führen Alkohol und Cannabis die Häufigkeitsliste an. Opioide, Heroin und weitere psychotrope Substanzen sind unerklärlich nicht vertreten. Dies kann für eine Abschätzung der Zielgruppenerreichung bedeutungsvoll sein.



Niedersächsische Landesstelle
für Suchtfragen

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