

Liga der freien Wohlfahrtspflege
in Baden-Württemberg e.V.

Daten zur Suchtberichterstattung Baden-Württemberg 2008

Herausgegeben von der
AG Doku
der Landesstelle für Suchtfragen
September 2009



Der vorliegende Bericht wurde erstellt von der

AG Doku der Landesstelle für Suchtfragen:

Hans Joachim Abstein

Gerhard Eckert

Helm Jetter

Karl Lesehr (Sprecher)

Pius Riether

Detlef Weiler

Impressum:

Herausgeber: Landesstelle für Suchtfragen
der Liga der freien Wohlfahrtspflege
in Baden-Württemberg e.V.

Stauffenbergstr. 3,
70173 Stuttgart

Telefon: 0711 / 619 67-31

Fax: 0711 / 619 67-67

E-Mail: info@suchtfragen.de

Inhaltsverzeichnis

A. Kommentierung der Deutschen Suchthilfestatistik 2008 für die ambulante Suchthilfe in Baden-Württemberg	4
1. Einführung in die Landessuchtstatistik 2008.....	4
2. Daten zur Gesamtklientel der Beratungsstellen.....	6
3. Hauptdiagnose und soziodemographische Basisdaten aller Klientenzugänge in PSBs.....	7
4. Konsumdaten und Diagnosen aller Klientenzugänge in 2008 in die Suchtberatung.....	10
5. Daten zu den in 2008 beendeten Betreuungen	12
6. Daten zur Lebenssituation der Klienten am Betreuungsende.....	14
7. Daten zu Klienten in psychosozialer Betreuung bei Substitutionsbehandlung: soziodemographische Basisdaten und Betreuungsbedarf	16
8. Daten zu Klienten in psychosozialer Betreuung bei Substitutionsbehandlung: Daten zum Betreuungsende	21
9. Daten zu Klienten mit der Hauptdiagnose F 63 Pathologisches Glücksspiel.....	22
10. Ergebnisse der Landessuchtstatistik 2008 zu den von der AG Doku vorgeschlagenen neuen (landkreisbezogenen) Kennzahlen.....	23
Anlage 1: Daten zur Erfolgsmessziffer 1 - Vermittlung	25
Anlage 2: Daten zur Erfolgsmessziffer 2 - Art der Beendigung	28
Anlage 3: Daten zur Erfolgsmessziffer 3 - Problematik am Tag nach Betreuungsende	29
B. Jahresstatistik der externen Suchtberatung im Strafvollzug	30
C. Dokumentation suchtpreventiver Maßnahmen der Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Baden-Württemberg.....	33
D. Jahresstatistik des Ambulant Betreuten Wohnens für Suchtkranke	40
1. Daten des Ambulant Betreuten Wohnens für chronisch Mehrfachabhängige	40
2. Daten des Ambulant Betreuten Wohnens im Rahmen der Reha-Nachsorge	41
E. Dokumentation zur Arbeit der Suchtselbsthilfe in Baden-Württemberg.....	43

A. Kommentierung der Deutschen Suchthilfestatistik 2008 für die ambulante Suchthilfe in Baden-Württemberg

1. Einführung in die Landessuchtstatistik 2008

Die in der Landesstelle für Suchtfragen zusammen arbeitenden Verbände der Sucht- und Drogenhilfe in Baden-Württemberg legen eine neue kommentierte Landesauswertung der Daten aus den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Trägerschaft der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege vor. Mit großer Freude können wir feststellen, dass für die Suchthilfestatistik 2008 erstmals nicht nur alle verbandlichen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen in Baden-Württemberg ihre Daten für die Landesauswertung zur Verfügung gestellt haben, sondern dass auch alle vom Land anerkannten und geförderten Suchtberatungsstellen in kommunaler Trägerschaft in dieser Zusammenfassung enthalten sind. Mit den vorliegenden Daten haben wir somit eine 100%-Abdeckung der Leistungen der fachlich anerkannten ambulanten Suchthilfe in Baden-Württemberg erreicht! Auf dieses Ergebnis einer jahrelangen Entwicklungsarbeit können alle Beteiligten stolz sein. Die Suchthilfeverbände in der Landesstelle für Suchtfragen verstehen diese breite Beteiligung aber umso stärker auch als Verpflichtung, durch Detailarbeit an einzelnen Fragestellungen die Validität und die Aussagequalität der hier zusammengetragenen Daten kontinuierlich zu verbessern. Die AG Doku wird deshalb auf der Grundlage ihrer Kommentierungsarbeit wieder einige für uns offene Fragen und einige konkrete Anregungen an das für die Suchtstatistik zuständige IFT herantragen. Wir befassen uns gleichzeitig mit ersten Überlegungen, dem Beispiel anderer Bundesländer zu folgen und für versorgungspolitisch besonders relevante Fragestellungen den Deutschen Kerndatensatz landesbezogen so zu erweitern, dass wir mit der EDV-gestützten Dokumentation die notwendigen Daten effizient zusammentragen können.

Für die Datenerhebung 2008 wurden von insgesamt 92 ambulanten Suchthilfeeinrichtungen bzw. deren Trägern Daten zur Verfügung gestellt. Bei der nachfolgenden Datenkommentierung haben wir aber in aller Regel auf einen Auswertungsdurchlauf bezogen, dem nur die Daten aus Beratungsstellen ohne die aus Kontaktläden zugrundeliegen ($n = 88$). In der Arbeit in Kontaktläden können ja aufgrund der Rahmenbedingungen dieses Arbeitsbereichs eine Reihe von Items kaum/nicht erfasst und dokumentiert werden mit der Folge, dass sich dadurch in einer Gesamtdarstellung gegenüber der normalen PSB-Arbeit statistische Verzerrungen ergeben.

Für das Jahr 2008 wurden von den beteiligten 92 Einrichtungen insgesamt 49.120 eigenständige Beratungs- und Behandlungsprozesse (mit zwei und mehr Kontakten) bei Klienten und Klientinnen erfasst und statistisch ausgewertet (Vorjahreswert: 42.953). In den 88 Beratungsstellen, deren Daten im folgenden kommentiert werden sollen,

wurden 48.830 eigenständige Beratungs- und Behandlungsprozesse (mit zwei und mehr Kontakten) bei Klienten und Klientinnen erfasst und statistisch ausgewertet. Berücksichtigt man die genannte Zahl der in der Dokumentation erfassten Einrichtungen, dann wurden in einer durchschnittlichen PSB 554,9 Betreuungsprozesse realisiert. Die Steigerung der Betreuungszahlen je Einrichtung entspricht dabei dem Anstieg der in der Dokumentation berücksichtigten Fachkraftstellen in Beratung und Therapie (auch Honorarkräfte). Berücksichtigt man weiter die in der Einrichtungserfassung angegebenen Fachkraftstellen, dann entfallen bei ebenfalls durchschnittlich 5,15 solcher VK-Fachkraftstellen auf jede Fachkraft wie im Vorjahr etwa 108 Betreuungsprozesse von unterschiedlicher Betreuungstiefe, Kontaktzahl und Komplexität der Problemlagen.

Manche medizinischen Praxen und Einrichtungen mit oft deutlich höheren Fallzahlen nehmen solche Zahlen bisweilen mit großer Verwunderung wahr. Es ist deshalb wichtig, sich bewusst zu machen,

- dass psychosoziale Beratungsarbeit sehr weitgehend an die spezifische Kompetenz der Fachkräfte gebunden ist und dass sie sich nur in sehr geringem Maß auch arbeitsteilig an „Hilfspersonal“ delegieren lässt;
- dass Abhängigkeitsprobleme meist in erheblichem Maß scham- und schuldbesetzt sind. In Beratungsgesprächen muss deshalb häufig erst eine ganz persönliche Vertrauensbasis aufgebaut werden, die dann eine Offenlegung auch persönlicher Problemkonstellationen ermöglicht.
- Beraterische und therapeutische Interventionen müssen im Rahmen der Suchthilfe ihre Wirksamkeit im Alltagsverhalten der Klienten zeigen und entfalten und auch die Bewältigung auftretender Krisen ermöglichen. Betreuungsprozesse in der Suchtberatung lassen sich deshalb nur selten in kurzen Zeitintervallen und mit einer geringen Kontaktdichte erfolgreich beenden. Die landesweit dokumentierten Betreuungsprozesse beinhalten im Durchschnitt 11,5 in der Regel 30 – 60 minütige Betreuungskontakte im Zeitraum von 30,7 Wochen.
- dass von den durchschnittlich auf jede Fachkraft entfallenden etwa 108 Betreuungsprozessen etwa 69 Beratungen / Betreuungen für KlientInnen geleistet werden, die erstmals im Suchthilfesystem oder in der jeweiligen Einrichtung Hilfe suchen: bei jedem dieser Menschen muss eine tragfähige Beratungsbeziehung erst angesichts einer immer noch bestehenden gesellschaftlichen Tabuisierung und Difamierung von Suchtproblemen behutsam erarbeitet und dann der aktuelle Hilfebedarf sorgfältig und umfassend erhoben werden.

Bei einem seit Jahrzehnten stabil und erfolgreich arbeitenden Hilfesystem wie dem der ambulanten Suchthilfe kann nicht ernsthaft erwartet werden, dass sich die zusammengefassten Leistungsdaten auf der Landesebene in einem Jahresvergleich wesentlich verändern würden. Wir haben deshalb bei unserer Kommentierung auch in diesem Jahr in aller Regel auf Mehrjahresvergleiche verzichtet und konzentrieren unsere Kommentierung der immensen Datenmengen auf Daten, die aus unserer Sicht fachlich und politisch auch Aufmerksamkeit verdienen (sollten). Nachdem das IFT und GSDA in diesem Jahr insgesamt 20 verschiedene (mehr oder weniger sinnvolle) Auswertungsdurchläufe zur Verfügung gestellt haben, beziehen wir in unsere Kommentierung an einigen Stellen auch Daten ein, die aus Auswertungsdurchläufen mit Teilmengen der

dokumentierten Daten stammen. Wir machen dies aber jeweils ausdrücklich kenntlich.

2. Daten zur Gesamtklientel der Beratungsstellen

In der vorliegenden Kommentierung der Landessuchtstatistik für die ambulanten Beratungsstellen wird die Arbeit und die Klientel aller Suchtberatungsstellen beschrieben, deren Träger Mitglied in einem Verband der Freien Wohlfahrtspflege bzw. beim BWLV sind oder die sich in kommunaler Trägerschaft befinden.

Die vorliegenden einzelnen Tabellen mit den Daten des seit 2007 veränderten Deutschen Kerndatensatzes berücksichtigen jeweils unterschiedlich viele Einrichtungen. Ursache dafür sind teilweise unterschiedliche Klientenzielgruppen in den einzelnen Beratungsstellen, aber leider auch immer wieder / noch einzelne Programm- und Eingabefehler, die bei der Auswertung zu „missing-Raten“ führen und damit vereinbarungsgemäß zur Eliminierung von Einrichtungsdaten aus einzelnen Auswertungstabellen. Wir haben deshalb bei den Kommentierungen der Daten jeweils das N angegeben. Nach unserer Einschätzung erlauben aber auch die Tabellen, die sich nur auf einen Teil der Einrichtungen beziehen, durchaus relevante Trendaussagen im Sinne einer Landesauswertung.

In den in der Kommentierung der Landesauswertung berücksichtigten 88 Einrichtungen wurden im Jahr 2008 insgesamt 48.830 Betreuungen (mit zwei und mehr Kontakten) für Klienten und Klientinnen durchgeführt. Von diesen handelt es sich bei einem Großteil um Neuzugänge (31.148 = 63,8%), die anderen Klienten wurden im Rahmen der aktuellen Betreuung bereits im Vorjahr beraten oder behandelt (17.682 = 36,2%). Die Darstellungen in Kapitel 3 „Hauptdiagnose und soziodemographische Basisdaten“, und im Kapitel 4 „Konsumdaten und Diagnosen“ beziehen sich ausschließlich auf diese Zugänge in die Suchtberatung.

Bei deutlich mehr als der Hälfte der Klientinnen (29.044 = 59,5%) wurde die Betreuung im Berichtsjahr beendet. Diese Zahlen machen deutlich, dass Suchtberatungsstellen zunehmend auch neue Hilfebedürftige erreichen, gleichzeitig aber auch Betreuungen rascher als früher beenden. Inwieweit dieser Entwicklungstrend sich mit dem gesellschaftlichen Auftrag der Suchtberatungsstellen zu einer psychosozialen Grundversorgung für suchtgefährdete und abhängige Menschen vereinbaren lässt, wird bei den vorliegenden Leistungsergebnissen und in der Entwicklung der nächsten Jahre sorgfältig zu beobachten sein. Zahlen zu den Beendern sind in den Kapiteln 5 (Verlauf der Betreuung) und 6 (Abschluss der Betreuung und Situation bei Betreuungsende) enthalten.

3. Hauptdiagnose und soziodemographische Basisdaten aller Klientenzugänge in PSBs¹

Tabelle 2.01 Hauptdiagnose und Geschlecht (n = 87)

In diese Tabelle gingen die Daten von 87 Suchtberatungsstellen ein. Sie erfasst alle Hilfesuchenden, auch Personen ohne Hauptdiagnose. Personen ohne Hauptdiagnose können sein: Menschen mit der Diagnose „Polytoxikomanie“ ohne eindeutig präferierte Substanz (nur 24 Personen), Menschen mit „riskantem Konsum“ (315) oder „sonstige Gründe“ (1.112). Insgesamt machen diese Gruppen aber nur einen Anteil von 5,1% der insgesamt 28.368 Personen aus, von denen 21.717 oder 77,1% Männer und 6.651 oder 22,9% Frauen waren.

Von den 26.917 Personen mit Hauptdiagnose waren 20.598 oder 76,5% Männer und 6.319 oder 23,5% Frauen, Dieses Verhältnis ist im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert geblieben (76,9% zu 23,1%). Beim Konsum psychotroper Substanzen ergibt sich fast überall ein deutliches Übergewicht der Männer bei den Klienten der jeweiligen Substanzgruppen: Von Kokain (93,4% zu 6,6%) über Cannabinoide (88,9% zu 11,1%) bis zu Alkohol (74,7% zu 25,3%). Interessant ist, dass Frauen beim hier diagnostizierten Konsum von Tabak mit 44,5% und bei Sedativa/Hypnotika mit 45,4% fast gleichauf liegen (bei allerdings sehr kleinen Gruppen dieser Hauptdiagnosen), während sie bei den Essstörungen mit 93,2% (bei 266 Klienten in dieser Hauptdiagnose) stark dominieren.

Tabelle 2.02 Hauptdiagnose und Alter bei Betreuungsbeginn(n = 87)

Diese Tabelle bildet das Alter der Klienten bei Betreuungsbeginn ab. Männer sind im Schnitt mit 37,3 Jahren etwas jünger als Frauen, deren Betreuungsbeginn im Alter von durchschnittlich 41 Jahren ist.

Am ältesten mit durchschnittlich 44 Jahren sind die Tabakkonsumenten, gefolgt von der Gruppe mit der Hauptdiagnose Alkohol mit durchschnittlich 43,4 Jahren. Die Gruppe mit der Hauptdiagnose Tabak ist allerdings mit 786 Personen relativ klein im Vergleich zur Gruppe der Alkoholkonsumenten (15.803). Durchschnittlich am jüngsten mit 23,8 Jahren sind die Cannabiskonsumenten. Diese Werte sind im Vergleich zum Vorjahr bis auf kleine Veränderungen im Dezimalstellenbereich gleich geblieben. Angesichts einer Vorstellung von meist jugendlichen Konsumenten illegaler Drogen ist es vielleicht für manchen Leser erstaunlich ist, dass auch Opiatkonsumenten beim Betreuungsbeginn durchschnittlich schon 32 Jahre alt sind. Gerade hier muss allerdings beachtet werden, dass diese Tabelle das Alter in der aktuellen Betreuungsepisode erfasst, damit aber keine ernsthaften Aussagen darüber zulässt, in welchem Alter die einzelnen Klientinnen zum ersten Mal Kontakt zum Hilfesystem hatten. Insbeson-

¹ Entsprechend dem Kerntabellensatz des klientenbezogenen Deutschen Kerndatensatzes

dere Opiatkonsumenten mit häufigen Betreuungsunterbrechungen und entsprechend vielen Betreuungsepisoden sind beim ersten Kontakt zum Hilfesystem natürlich deutlich jünger.

Da in dieser Tabelle auch die wieder aufgenommenen Klienten berücksichtigt sind, werden aber auch Hilfesuchende erfasst, die z.B. nach längerer Abstinenz wegen Rückfallrisiken Unterstützung suchen. Das durchschnittliche Alter aller Klienten bei Betreuungsbeginn beträgt 38,1 Jahre.

Hinweise zum Alter beim ersten Kontakt zum Hilfesystem lassen sich aber aus einem anderen Auswertungsdurchlauf für die vorliegenden Landesdaten gewinnen, bei dem erstmals nur die Daten der erstbehandelten Klienten ausgewertet wurden (N = 92; insgesamt 9440 Betreuungsprozesse). Demnach kamen im Berichtsjahr 2008 erstmals ins Suchthilfesystem 714 Klienten im Alter bis zu 17 Jahren, 716 im Alter von 18-19 Jahren und 360 im Alter von 20 – 24 Jahren. Die beiden Altersgruppierungen von 15 – 19 und von 20 – 24 sind dabei die Altersgruppen (je 5 Jahre) mit den mit Abstand höchsten Zahlen erstbehandelter Klienten. In der Altersgruppe 15-19 Jahren kamen 30,1% (28,1%) wegen Alkoholproblemen, 39,1% (37,1%) wegen Cannabis, 2,8% (2,7%) wegen Essstörungen und 1,9% (3,6%) wegen pathologischem Glücksspiel (die Zahlen in Klammer beziehen sich auf die Altersgruppe 20 – 24 Jahre).

Tabelle 2.06 Hauptdiagnose und Kinder im Haushalt (n = 74)

Hier werden alle bei Klienten im Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren erfasst, unabhängig davon, ob es leibliche Kinder sind oder nicht. Nach der Erhebung geben 18.247 oder 83,8% der Personen mit Hauptdiagnose an, nicht mit Kindern im Haushalt zu leben. Diese Zahl steht im Gegensatz zu vielen Erhebungen, die von einem weitaus höheren Anteil des Zusammenlebens mit Kindern ausgehen². Zur Erinnerung: das Durchschnittsalter der erfassten Personen liegt bei 38,1 Jahren.

Der Wert ist auch schon deshalb offensichtlich falsch, weil er höher ist als bei der Frage nach eigenen (leiblichen) Kindern im Haushalt (aus der hier nicht kommentierten Tabelle 2.05; hier sagen nur 73,5% der Klienten, dass sie keine Kinder im Haushalt haben). Die Gruppe der leiblichen Kinder im Haushalt von Klienten kann aber nicht größer sein als die Gruppe aller Kinder, mit denen diese zusammenleben. Offensichtlich liegen hier gravierende Erhebungsfehler vor. Das kann zum einen an der missverständlichen Formulierung der Frage in Tabelle 2.05 liegen („Zahl der eigenen Kinder“). Da es bei suchtkranken Menschen häufig Trennungen in Familien und auch Fremdunterbringungen von Kindern gibt, wäre es plausibel, einen Wert zu erhalten, der belegt, dass viele suchtkranke Eltern nicht mit ihren Kindern zusammen leben.

² Klein spricht von 2,65 Mio. Kindern, die betroffen sind (Michael Klein (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren - Risiken, Prävention, Hilfe (2008))

Gemeint sind aber laut Manual zum Kerndatensatz eindeutig „eigene Kinder im Haushalt“.

Das erklärt aber noch nicht den von allen Studien stark abweichenden Wert der – nicht missverständlichen – Frage nach der Zahl der Kinder im Haushalt (Tabelle 2.06). Die AG Doku der Landesstelle wird den bislang entwickelten Hypothesen zur Erklärung dieser unglaublichen Daten (unsinnige Voreinstellungen in Dokusystemen, unzureichende Datenerhebung bei den PSBs, falsches Verständnis der Items des Kerndatensatzes) nachgehen und sich um Klärung und ggfs. Behebung bemühen.

Die mangelhafte Aussagekraft gerade dieses Wertes ist ausgesprochen bedauerlich, da die Situation von Kindern suchtkranker Eltern in der Öffentlichkeit und in der Suchthilfe nach wie vor zu wenig Aufmerksamkeit erfährt. Unbestrittene Tatsache ist, dass Kinder suchtkranker Eltern eine Hauptrisikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung sind. Präventives Intervenieren ist aber nur dann möglich, wenn diese Kinder in ihrer Lebenssituation und ihren Hilfebedarfen wahrgenommen werden und möglichst auch gezielt angemessene Unterstützungsangebote erhalten.

Tabelle 2.08 Hauptdiagnose und Staatsangehörigkeit (n = 77)

Der Deutsche Kerndatensatz Sucht unterscheidet zwischen Deutschen, Bürgern eines EU-Landes und Menschen mit sonstiger Staatsangehörigkeit. Deutschstämmige Zuwanderer (z.B. aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion) und eingebürgerte Ausländer können mit diesem Item nicht differenziert betrachtet werden. Den Zusammenhang von Migrationsschicksal und Suchtdiagnose beschreibt jedoch die nachfolgende Tabelle 2.09.

Bezogen auf die Gesamtklientel haben 89,3 % die deutsche Staatsangehörigkeit, 3,8 % sind Bürger eines EU-Landes und 6,9 % haben eine andere Staatsangehörigkeit.

Gegenüber dem Vorjahr ist der Ausländeranteil in etwa gleich geblieben (10,7 % u. 10,3 % in 2007).

Tabelle 2.09 Hauptdiagnose und Migration (n = 87)

Diese im Kerndatensatz 2007 neu aufgenommene Tabelle liefert wichtige Ergänzungen zu den Daten der Tabelle 2.08: Leider war bereits in 2007 die Auslesung dieser Tabelle fehlerhaft, was erst nach der Auszählung 2008 bemerkt wurde. Bejahungen der Kategorie „kein Migrationshintergrund“ wurden in der Datenaggregation teilweise fälschlicherweise der Kategorie „unbekannt“ zugeordnet. Daher kann der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund aufgrund der vorliegenden Daten nur als Mindestzahl angegeben werden. Mindestens 17,8 % der in 2008 neu aufgenommenen Klienten mit eigener Problematik haben demnach einen Migrationshintergrund. Davon sind 66% selbst migriert und 34% in Deutschland als Kind von Migranten geboren. Bei Abhängigen von illegalen Drogen ist der Anteil der Klienten mit Migrationshintergrund höher als bei Alkoholabhängigen (Alkohol 14%, Opioide 31 %, Kokain 36%). Alkoholabhän-

gige sind im Vergleich zu Abhängigen von illegalen Drogen häufiger selbst migriert (Altersabhängigkeit des Migrationsstatus: Alkohol 80% selbst migriert, Opiode 64,8% Cannabinoide 34,4%).

Tabelle 2.16. Hauptdiagnose und Erwerbstätigkeit (n = 81)

34,2 % (Vorjahr 32,4 %) der Klienten mit eigener Problematik sind arbeitslos. Die große Mehrheit davon (81,5 % Vorjahr 81 %) sind ALG-II Empfänger. 43,9 % (Vorjahr 45,7 %) der Klienten sind berufstätig. Klienten mit der Hauptdiagnose Opiode sind häufiger arbeitslos als Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol (47,6% gegenüber 35,4%).

Vergleicht man diese Zahlen aller Neuzugänge mit den aus einem eigenständigen Auswertungsdurchlauf erstmals ermittelten Werten der erstbehandelten Klienten, dann fällt auf, dass bei letzteren die Arbeitslosenquote mit 22,8% deutlich geringer ausfällt als bei der Gesamtklientel der Suchtberatungsstellen. Die Relation zwischen ALG I und ALG II-Empfängern ist dennoch identisch. Diese unterschiedlichen Zahlen erklären sich zum einen durch rückfällige Klienten, die erneut die Suchtberatung aufsuchen, aber dabei verschlechterte Chancen auf eine berufliche Teilhabe haben, aber auch durch Betreuungsangebote wie die Substitution, bei der oft in mehreren Betreuungsanläufen wenigstens eine gesundheitliche und minimale soziale Stabilisierung erreicht werden kann. Die Zahlen weisen aber auch darauf hin, dass es in der aktuellen gesellschaftlichen Situation der Suchthilfe immer weniger gelingt, schwer beeinträchtigte Abhängige (ALG-II-Bezieher) tatsächlich wieder in eine tragfähige Beschäftigung zurückzuführen oder auch diese erstmals beruflich einzugliedern.

4. Konsumdaten und Diagnosen aller Klientenzugänge in 2008 in die Suchtberatung

Tabelle 4.06: Alter bei Erstkonsum (bezogen auf die Hauptdiagnose) (n = 48)

Im überarbeiteten Deutschen Kerndatensatz wird das Alter bei Erstkonsum nur für die Hauptdiagnose abgefragt. Diese Umstellung hat im ersten Jahr nach der Einführung (2007) zu einer hohen Missingquote bei einigen Einrichtungen geführt. In Berichtsjahr konnte die Beteiligungsquote zwar von n = 36 auf n = 48 erhöht werden, was aber immer noch nicht zufrieden stellend ist, zumal vor Einsatz des überarbeiteten Deutschen Kerndatensatzes bei dieser Tabelle deutlich höhere Beteiligungsquoten zu verzeichnen waren.

Die Tabelle 4.06 macht also Angaben darüber, in welchem Lebensalter nach Angaben der Klienten das Hauptsuchtmittel zum ersten Mal konsumiert wurde. Eine Interpretation der verfügbaren Daten ist aber auch dadurch beeinträchtigt, dass in der Tabelle das Alter beim Erstkonsum nicht zum aktuellen Lebensalter der Klienten in Bezug ge-

setzt wird. Das heißt, dass die Daten zum Erstkonsum von z.B. Alkohol sowohl von einem 14-Jährigen oder von einem Klienten mit 60 Jahren stammen können. Neben der Tatsache, dass sich hier unterschiedliche Erinnerungseffekte abbilden können, lassen sich aus diesen Daten deshalb keine gesicherten aktuellen Trendentwicklungen ableiten.

Trotz dieser methodischen Einschränkungen lassen sich jedoch einige Aussagen treffen. Von den Klienten mit Hauptdiagnose Alkohol haben bereits 33% bis zum Alter von 14 Jahren mit dem Konsum ihres Suchtmittels begonnen. Bei Cannabinoiden waren es 39,3% und bei Opioiden waren es 4,4%. Das Durchschnittsalter für den Erstkonsum von Alkohol betrug 15,8 Jahren, bei Opioiden war es 20,1 Jahre und bei Cannabinoiden 15,3 Jahre. Die geschlechtsspezifische Auswertung zeigt, dass bei der Hauptdiagnose Alkohol die Männer im Durchschnitt etwas früher mit dem Erstkonsum beginnen (Männer: 15,4 Jahre versus Frauen: 16,8 Jahre), während die Frauen Opioide im Durchschnitt etwas früher erstmals konsumieren (Männer: 20,2 Jahre versus Frauen: 19,7 Jahre).

Tabelle 4.07: Diagnosen der Zugänge (n = 88)

Die bisherigen Darstellungen orientierten sich primär an den Hauptdiagnosen. Neben diesen Hauptdiagnosen werden bei inzwischen vielen Klienten auch noch weitere suchtbezogene Diagnosen gestellt. Die Auflistung dieser Einzeldiagnosen von Klienten mit einer eigenen substanzbedingten Störung ergibt einen Überblick über die insgesamt bei der Klientel der Suchtberatung festgestellten Diagnosen.

Bei 69,0% der Fälle wird eine Diagnose im Zusammenhang mit einer Alkoholproblematik angegeben. 16,5% bzw. 7,8% der Fälle haben Probleme mit Heroin bzw. Methadon. Bei 23,9% der Klienten werden cannabisbezogene Störungen diagnostiziert. Erwähnenswert sind auch die bei den Hauptdiagnosen sonst nicht nennenswert vertretenen Substanzen, die häufig als Zusatzdiagnosen festgestellt werden. So wurden z.B. bei 3,8% der Fälle Diagnosen bezüglich der Substanzgruppe Benzodiazepine, in 9,2% der Fälle Diagnosen bezüglich der Substanz Kokain, in 3,9% der Fälle Diagnosen bezüglich MDMA oder deren Derivate und in 5,8% der Fälle Diagnosen bezüglich Amphetaminen gestellt. Erwähnenswert ist auch, dass bei 5,9% der Frauen Essstörungen diagnostiziert werden. In 39,4% wird eine Tabakproblematik diagnostiziert. Da hier nach aller fachlichen Erfahrung eine höhere Prävalenz erwartet werden muss, kann davon ausgegangen werden, dass noch nicht alle Beraterinnen und Berater die Möglichkeit der Kodierung von zusätzlichen Diagnosen neben der Hauptdiagnose nutzen.

Auch bei dieser Tabelle lohnt sich ein vergleichender Blick auf die Auswertung der erstbehandelten Klienten der Suchtberatung. Bei diesen Klienten mit erstem Kontakt zum Suchthilfesystem gab es zu den oben erwähnten Diagnosehäufigkeiten doch einige relevante Abweichungen: so wurde nur bei 6,3% eine Problematik mit Heroin und bei 2,3% eine solche mit Methadon diagnostiziert. Auch Probleme mit Benzodiazepinen oder mit Kokain waren deutlich seltener diagnostiziert (1,7%; 6,7%). Erstaunlich ist

aber auch, dass der Anteil der Erstbehandelten mit einer Diagnose Essstörungen nur bei 2,3% liegt.

5. Daten zu den in 2008 beendeten Betreuungen

Tabelle 5.01: Hauptdiagnose und Art der Betreuung in eigener Einrichtung (n = 86)

Bei „Art der Betreuung in eigener Einrichtung“ werden alle Maßnahmen und Interventionen erfasst, die in der Einrichtung durchgeführt wurden. Es sind Mehrfachnennungen möglich. Erwartungsgemäß führen die meisten Beratungsstellen eine ambulante Suchtberatung durch (84,8%). In 6,7% der Fälle wird eine ambulante medizinische Rehabilitation gemäß der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ durchgeführt (Vorjahr: 8,3%). Bei insgesamt 7,2% der beendeten Betreuungen wurde eine psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution durchgeführt. Weiterhin erwähnenswert ist, dass in 4,7% der Fälle ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen durchgeführt wurden. Dahinter verbirgt sich im Wesentlichen die Nachsorge, wie dies in einer Dokumentationsvereinbarung der Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg festgelegt wurde. Ob alle Anwender diese Dokumentationsvereinbarung allerdings konsequent umgesetzt haben, kann an dieser Stelle nicht überprüft werden. Andere Maßnahmen und Interventionen spielen nur eine untergeordnete Bedeutung.

Tabelle 5.03: Hauptdiagnose und Kooperation (n = 87)

Vor dem Hintergrund der Diskussion über Suchthilfenetzwerke ist die Frage der Kooperation während der Betreuung interessant. Dieses Item ist seit 2007 neu im Deutschen Kerndatensatz. Wichtig ist, dass Kontakte mit Dritten nur dann kodiert werden sollen, wenn der Betreuer bzw. die Betreuerin von diesen Dritten eine verlässliche Rückmeldung erhalten hat, dass die Klientin oder der Klient von der mit ihnen kooperierenden Institution oder Person tatsächlich (mit-) betreut wird. Wenn der Kontakt mit den Dritten ausschließlich zur Weitervermittlung dient und somit die Beendigung der Betreuung darstellt, dann ist diese Form der Kooperation an anderer Stelle zu kodieren. Die nachfolgende Tabelle listet für die Jahre 2007 und 2008 die häufigsten Kooperationspartner auf:

Kooperation während der Behandlung mit	2008	2007
Familie/Freunde/Bekannte	21,9%	21,4%
Leistungsträger	21,1%	18,0%
Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	16,1%	16,0%
Stationäre Rehabilitationseinrichtung	15,9%	15,5%
Justizbehörde/Bewährungshilfe	12,7%	12,0%
Krankenhaus / Krankenhausabteilung	9,5%	9,2%
Arbeitsagentur/ARGE/Job-Center	8,4%	7,1%

Selbsthilfegruppe	6,8%	6,9%
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	5,1%	5,1%
Straßenverkehrsbehörde/Führerscheinstelle	3,1%	3,3%
Beratung im Straf- oder Maßregelvollzug	3,2%	3,2%
Einrichtungen der Jugendhilfe	3,2%	2,9%

Bei der Kooperation mit der ärztlichen Praxis fällt auf, dass diese insbesondere bei F11 Klienten (Störungen durch Opioide) mit 43,2% stark ausgeprägt ist und in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung gesehen werden muss. Die Kooperation mit Justizbehörden und Bewährungshilfe dominiert erwartungsgemäß bei den illegalen Substanzgruppen (am häufigsten bei den Störungen durch Kokain). Die Kooperation mit der Jugendhilfe hat sich von 2,9% (2007) auf 3,2% erhöht, was vor dem Hintergrund der Diskussion über die Kindeswohlgefährdung sicher noch weiter ausbaufähig ist. Im Vergleich zum Vorjahr gibt es bei den meisten Kooperationspartnern zumindest minimale Steigerungen, zum Beispiel bei den Leistungsträgern (Steigerung um 3,1 Prozentpunkte) oder bei der Arbeitsagentur bzw. bei den ARGEn (Steigerung um 1,3 Prozentpunkte).

Tabelle 5.05: Hauptdiagnose und Weitervermittlung/Verlegung (n = 84)

Bei etwa einem Drittel (35,1%) der beendeten Betreuungsprozesse wird eine Weitervermittlung an andere Institutionen durchgeführt. Von diesen Fällen wird erwartungsgemäß am häufigsten in stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit 46,3% vermittelt. Eine Vermittlung in Selbsthilfegruppen findet in 16% der Fälle statt und ist insbesondere bei den Klienten mit Störungen durch Alkohol sehr ausgeprägt (24,3%).

Auch hier ergeben sich bei der Auswertung der Teilgruppe der erstbehandelten Klienten teilweise deutliche Abweichungen von den genannten Werten: so werden nur 26% dieser Betreuungen durch eine Weitervermittlung / Verlegung beendet, 74% werden bei diesem Erstkontakt zum ambulanten Suchthilfesystem nur in der Beratungsstelle betreut. 50% dieser weitervermittelten Klienten gehen in eine (teil)stationäre Rehaeinrichtung, 20,9% werden in eine Selbsthilfegruppe vermittelt.

Tabelle 6.02 Hauptdiagnose und Art der Beendigung (n = 84)

Bei der Art der Beendigung kann der Berater/die Beraterin folgende Kategorien auswählen (in Klammern steht der prozentuale Anteil):

- Regulär nach Beratung / Behandlungsplan (45,6%)
- Vorzeitig auf ärztliche/therapeutische Veranlassung (1,1%)
- Vorzeitig mit ärztlichem/therapeutischem Einverständnis (4,5%)
- Vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis/Abbruch durch Klient (27,7%)
- Disziplinarisch (0,7%)

- Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung (2,7%)
- Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform (17%)
- Verstorben (0,7%)

Die Kategorien „Regulär nach Beratung / Behandlungsplan“ und „Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform“ entsprechen dabei „regulären“ und planmäßigen Formen der Beendigung. Fasst man diese Kategorien zusammen, so werden 62,6% der abgeschlossenen Betreuungen konstruktiv beendet. Am häufigsten wird bei den Klienten mit der Hauptdiagnose „Tabak“ die Betreuung regulär nach Behandlungsplan beendet. Ein Betreuungsabbruch durch den Klienten erfolgt bei 27,7% der Fälle. Klienten mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Spielen“ (40,2%) haben die höchste Abbruchquote, gefolgt von Klienten mit der Hauptdiagnose „Opiode“ (36,5%). Es sollte daher überlegt werden, warum pathologischer Spieler eher weniger im Behandlungssetting gehalten werden können. Eher selten werden dagegen im Rahmen der gängigen offenen Beratungskonzepte Betreuungen durch disziplinarische Entlassungen der Einrichtung beendet (0,7%).

6. Daten zur Lebenssituation der Klienten am Betreuungsende

Bestimmte Items werden im überarbeiteten Kerndatensatz jetzt in identischer Form sowohl am Anfang als auch am Ende einer Betreuung erhoben. Dazu zählen zum Beispiel die Wohnsituation, die Erwerbssituation, der Lebensunterhalt sowie der Hauptlebensunterhalt. Auf diese Weise können im Gegensatz zu bisherigen Auswertungen bei einer identischen Stichprobe auch Veränderungen und Entwicklungen aufgezeigt werden. Allerdings wird diese im Hinblick auf die Feststellung von Ergebnisqualitäten wichtige Veränderung des Deutschen Kerndatensatzes in ihrer Wirksamkeit entscheidend gebremst durch die ausschließliche Vergleichbarkeit innerhalb eines einzelnen beendeten Betreuungsprozesses. Die Tätigkeit der ambulanten Suchthilfe ist aber gerade geprägt durch eine charakteristische Arbeitsteilung und Vernetzung, sodass einzelne statistisch abgegrenzte Betreuungsprozesse wie bereits erwähnt durchschnittlich nur kurze Zeiträume umfassen. Es ist angesichts der oft schwerwiegenden Störungen und Teilhabebeeinträchtigungen der Klienten, einer von der Suchthilfe kaum aktiv beeinflussbaren Arbeitsmarktsituation und Förderpraxis sowie einer vor allem in den Ballungsräumen für diese Menschen meist schwierigen Wohnsituation realistischere Weise kaum zu erwarten, dass hier im Zeitraum weniger Wochen oder Monate statistisch signifikante Veränderungen sichtbar gemacht werden könnten. Dies gilt umso mehr, wenn man den Anteil der Betreuungsabbrecher und die insgesamt in der Suchtdynamik bestehende Veränderungsambivalenz und Rückfallgefährdung vieler Klienten in Betracht zieht. Für einen erheblichen Teil der Klientel ist ja bereits der Erhalt bestehender und nicht vollständig destruktiver Lebensbedingungen als Erfolg zu werten

Insofern verwundert es nicht, dass sich in den dokumentierten Aspekten einer Veränderung zwischen Betreuungsbeginn und Betreuungsende zahlenmäßig insgesamt

meist nur bescheidene Veränderungen ergeben, die aber für den einzelnen Klienten und seine Entwicklung dennoch oft eine erhebliche Bedeutung haben. Mit den folgenden Tabellen können einzelne Entwicklungen sichtbar gemacht werden, die durch die Arbeit der Suchtberatung zumindest gestützt wurden.

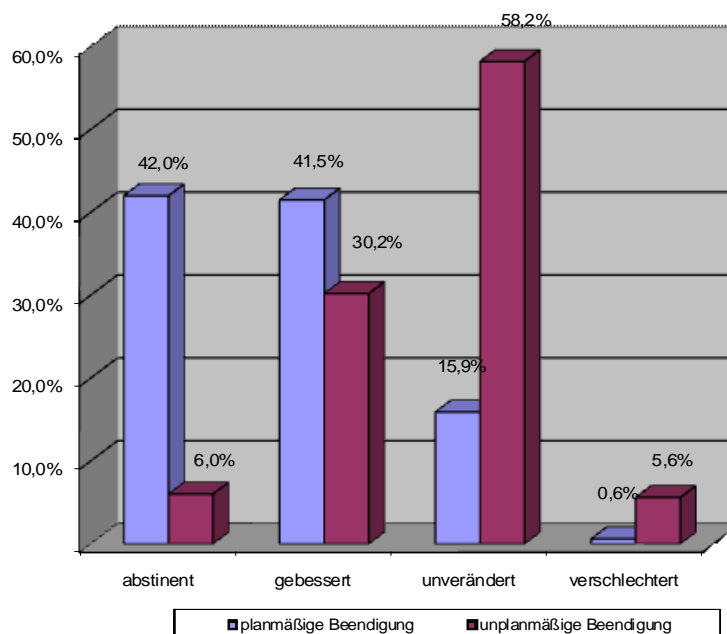
**Tabelle 7.10 Hauptdiagnose und Problematik am Betreuungsende
(n = 85)**

Auf dem Hintergrund der statistisch erfassten Betreuungsprozesse, deren Zeitdauer und Intensität ist die Frage nach der Feststellung einer Ergebnisqualität zwangsläufig nur sehr pauschal zu beantworten. Der Kerndatensatz ermöglicht bislang keine differenzierte Bezugnahme zum Zeitpunkt der Beendigung einer Betreuung auf die eingangs diagnostizierten Problemlagen. Aber auch die in der Suchthilfestatistik lange Zeit zentrale Frage nach den erreichten Abstinenzquoten ist angesichts zahlreicher Betreuungsangebote, die nicht bzw. nicht primär auf eine Symptomfreiheit abzielen, inzwischen von geringer Aussagekraft. Es bleibt deshalb nur eine pauschalierte Zustandseinschätzung der Berater zum Ende des Betreuungsprozesses, in der die Kategorie gebessert insgesamt als Beleg für eine erfolgreiche Arbeit gewertet werden kann.

Bei einem großen Teil der Klienten mit beendeter Betreuung (68,3%) hat sich durch die Leistungen der ambulanten Suchthilfe die anfängliche Problematik im Hinblick auf das Suchtverhalten gebessert; davon ist in 30,1% der Fälle eine Abstinenz erreicht oder stabilisiert worden. Lediglich bei gut einem Viertel (29,5%) ist die Suchtproblematik im Vergleich zum Betreuungsbeginn gleich geblieben, in 2,2% der Fälle berichten die Berater/Beraterinnen von Verschlechterungen im Hinblick auf die Suchtproblematik. Dieses Ergebnis kann angesichts der Kürze der durchschnittlichen Betreuungen als erstaunliche Bilanz angesehen werden.

Zusätzlich wird in dieser Tabelle nach planmäßiger und unplanmäßiger Beendigung differenziert. Erwartungsgemäß zeigen sich bei den Klienten mit planmäßiger Beendigung positivere Ergebnisse im Hinblick auf die Veränderung des Suchtverhaltens. Aber auch bei den Klienten mit unplanmäßiger Beendigung werden bei 36,2% Erfolge im Hinblick auf die Verbesserung des Suchtverhaltens berichtet. Bei einem Großteil dieser Klienten (58,2%) bleibt die Situation im Hinblick auf das Suchtverhalten allerdings unverändert (s. Abbildung).

Abbildung: Konsum am Betreuungsende: Vergleich von planmäßiger und unplanmäßiger Beendigung



7. Daten zu Klienten in psychosozialer Betreuung bei Substitutionsbehandlung: soziodemographische Basisdaten und Betreuungsbedarf

Die durch den überarbeiteten Kerndatensatz im vergangenen Jahr erstmals mögliche Kommentierung von Daten der Klienten in psychosozialer Betreuung bei Substitutionsbehandlung soll angesichts der Bedeutung dieser Versorgungsleitung weitergeführt werden. Der Landesstelle stand dafür ein Auswertungsdurchlauf der Landesdaten zur Verfügung, bei dem die Klienten mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit, der Maßnahme psychosoziale Betreuung bei Substitution und einer externen Vergabe des Substitutionsmittels (in der Arztpraxis) zusammengefasst worden waren. Angesichts einer 100%-Abdeckung der Suchtberatungsstellen in Baden-Württemberg durch die Daten der Deutschen Suchthilfestatistik lassen die Daten aus dieser Klientengruppenanalyse relevante Rückschlüsse auf landesweite Versorgungsfragen zu.

Tabelle 1.01 Gesamtzahlen (n = 61)

Da nicht alle Suchtberatungsstellen auch Drogenklienten betreuen, wurden bei der spezifischen Datenaggregation nur die Daten von 61 der insgesamt an der Suchthilfestatistik beteiligten 88 + 4 ambulanten Suchthilfeinrichtungen berücksichtigt. Im Jahr 2008 wurden in diesen 61 Beratungsstellen insgesamt 4.258 Betreuungsprozesse durchgeführt, in die eine psychosoziale Betreuung bei Substitution integriert war. Von dieser Gesamtzahl wurden im Lauf des Jahres 1.755 Betreuungen (41,2%) neu begonnen und 1.613 Betreuungen (37,9%) beendet. Der Anteil der im Berichtsjahr neu begonnenen und der der beendeten Betreuungsprozesse liegt deutlich niedriger als bei

der Gesamtklientel, was darauf hinweist, dass – manchmal im Gegensatz zum subjektiven Eindruck der Berater - in der psychosozialen Betreuung bei Substitution eine höhere Betreuungskontinuität besteht als beim Gesamtklientel.

Tabelle 2.02 Alter bei Betreuungsbeginn (n = 54)

Die Altersverteilung beim Beginn der hier erfassten Betreuungsprozesse macht deutlich, dass Substitution keineswegs mehr nur ein Versorgungs- und Hilfeangebot für jüngere Drogenabhängige ist, sondern in hohem Maß auch bei älteren Drogenabhängigen zu deren Stabilisierung beiträgt.

15 – 19 Jahre	1,5% (Vorjahr 1,7%)
20 – 24 Jahre	12,8% (14,7%)
25 – 29 Jahre	23,6% (25,0%)
30 – 34 Jahre	21,7% (24,1%)
35 – 39 Jahre	18,5% (16,7%)
40 – 49 Jahre	18,4% (15,5%)
50 + Jahre	3,6% (2,3%)

Tabelle 2.03 Familienstand und Tabelle 2.04 Partnerbeziehung (n = 54)

Fast $\frac{3}{4}$ der substituierten Klienten sind ledig (71%), 14,1% sind verheiratet und leben zusammen, 4,1% sind verheiratet, leben aber getrennt. 10,4% sind geschieden.

Tatsächlich leben zu Betreuungsbeginn aber etwa gleich viele Klienten allein (42,5%) wie in einer festen Beziehung (45,0%): 12,2% leben in zeitweiligen Beziehungen.

Tabelle 2.05 eigene Kinder (n = 45) und Tabelle 2.06 Kinder im Haushalt (n = 45)

Auf dem Hintergrund der aktuellen Diskussion um Kindeswohlgefährdung und die Verantwortung der Sucht- und Drogenhilfe haben diese für das Land verfügbaren Daten große Bedeutung. Auch wenn sich die Datenbasis gegenüber dem Vorjahr deutlich verbessert hat, ist doch die Diskrepanz bei der Zahl der berücksichtigten Einrichtungen zu der in den allermeisten anderen Tabellen dieser Auswertung mehr als ärgerlich; es bleibt zu hoffen, dass die aktuellen politischen Debatten auch in vielen Landkreisen hier die Aufmerksamkeit in unseren Einrichtungen schärfen und zu einer verbesserten Datenerfassung beitragen werden.

Nach den jetzt verfügbaren Daten haben 34,7% der Klienten in psychosozialer Betreuung bei Substitution eigene Kinder:

21,3% haben 1 Kind, 9,8% haben 2 Kinder, 2,6% haben 3 Kinder und 1,0% haben 4 oder mehr Kinder. Sehr bedauerlich ist allerdings, dass das Manual des Kerndatensatzes hier die Erfassung von Kindern nur dann zulässt, wenn diese mit dem Klienten in einem Haushalt leben; anderweitig (bei Verwandten oder auch in der Jugendhilfe) untergebrachte Kinder werden bei dieser Erfassung leider nicht berücksichtigt.

Tabelle 2.06 erfasst darüber hinaus aber auch Kinder im Haushalt, die keine eigenen Kinder sind. Bei 20,4% der erfassten Betreuungsprozesse / Klientinnen gab es minderjährige Kinder im Haushalt. Insgesamt muss aufgrund dieser Zahlen von landesweit etwa 500 Kindern ausgegangen werden, die mit Menschen in Substitutionsbehandlung in einer Haushaltsgemeinschaft leben.

Diese Zahl macht deutlich, dass hier vor Ort wirksame Kooperationsregelungen mit dem Jugendamt und anderen Hilfsinstitutionen vereinbart werden müssen, um eben neben unseren Klienten auch die Lebens- und Entwicklungsinteressen der betroffenen Kinder angemessen zu berücksichtigen.

Tabelle 2.09 Migration (n = 54)

Während die Auswertung der Staatsangehörigkeit einen Anteil von 84,6% Klienten mit deutscher Staatsangehörigkeit ausweist, verdeutlichen die Daten des Migrationsitems ein im Alltag der Suchtberatung durchaus relevantes Problem: so betreffen 28,7% aller dokumentierten Betreuungsprozesse von Substituierten Klienten, die entweder selber migriert sind (2/3) oder die in Deutschland als Kind von Migranten geboren worden sind. Man muss somit bei mehr als einem Viertel der Klienten in psychosozialer Betreuung bei Substitution von einem für Identitätsbildung und soziale Teilhabe relevanten Migrationshintergrund ausgehen. Die mit einem solchen Migrationshintergrund möglicherweise zusammenhängenden Probleme liegen allerdings meist weniger im sprachlichen Bereich: die leider nur recht wenigen Daten in Tabelle 2.10 zeigen, dass nur in 2% der Betreuungsprozesse nicht Deutsch als Beratungssprache genutzt werden konnte.

Tabelle 2.11 Schulabschluss (n = 53)

Eine Auswertung des Schulabschlusses zu Betreuungsbeginn macht deutlich, dass im Vergleich zu den Daten aller Zugänge im Berichtsjahr ein erheblicher Teil dieser Klienten in psychosozialer Betreuung bei Substitution für eine berufliche und soziale Teilhabe vermutlich auch eine schulische Förderung braucht:

Ohne Schulabschluss	8,7%	(alle Zugänge: 5,5%)
Sonderschule	1,2%	(1,8%)
Hauptschulabschluss	67,4%	(58,1%)
Realschulabschluss	16,5%	(29,6%)
Hochschulreife	4,7%	(10,3%)

Tabelle 2.12 beruflicher Ausbildungsabschluss (n = 50)

Die oben gemachte Feststellung gilt in besonderem Maß für Unterstützungsbedarfe im Bereich einer beruflichen Qualifizierung. Von den untersuchten Klienten wiesen zu Betreuungsbeginn auf:

Keine Berufsausbildung abgeschlossen	56,2%
Derzeit in Ausbildung	2,8%
Abgeschlossene Lehrausbildung	39,2%
Meisterqualifikation	0,6%
Hochschulabschluss	1,0%

Tabelle 2.19 Problematische Schulden (n = 39)

Auch wenn hier die Datenbasis sicher verbesserungsbedürftig ist, machen doch schon die erhobenen Daten zur problematischen Verschuldung auf eine weitere Problematik und einen entsprechenden Unterstützungsbedarf vieler substituierter Klienten aufmerksam:

Keine problematischen Schulden	44,6%
Bis 10.000 €	42,8%
Bis 25.000 €	7,7%
Bis 50.000 €	3,8%
Über 50.000 €	1,1%

Tabelle 3.01 Vorbehandlungen (n = 53)

Die Daten dieser Tabelle zeigen, dass von den im Berichtsjahr dokumentierten Betreuungsprozessen substituierter Drogenabhängiger 12,1% Klienten betrafen, die zu Betreuungsbeginn noch keinen anderweitigen Kontakt zum Suchthilfesystem gehabt hatten („Erstbehandelte“). Auch wenn sich solche Daten letztlich immer auf die Angaben der Klienten stützen müssen, wäre es doch eine Hinterfragung wert, inwieweit hier jeweils die Indikationskriterien für eine Substitutionsbehandlung gegeben waren. Von den 87,3% „Wiederbehandelte“ war ein Viertel (26,3%) erstmals in der dokumentierenden Einrichtung, 73,7% konnten an frühere Betreuungen in der Einrichtung anknüpfen.

Tabelle 3.02 Art der Vorbehandlungen (n = 54) und Tabelle 3.03 Häufigkeit der Vorbehandlungen (n = 54)

Die Klienten mit Behandlungs- und Betreuungsvorerfahrungen haben solche Vorerfahrungen meist durch vorhergehende Maßnahmen psychosozialer Substitutionsbetreuung erworben (89,3%). 72,1% der Klienten hatten schon eine normale Suchtberatung in Anspruch genommen. 57,6% haben bereits Entgiftungsbehandlungen durchlaufen

und 42,8% an (teil)stationären Entwöhnungsbehandlungen teilgenommen. Immerhin 3,4% hatten bereits an ambulanten Rehamaßnahmen teilgenommen.

Eine Auswertung der Daten aus Tabelle 3.03 zeigt, dass

- 46,3% dieser Klienten bereits 3 oder mehr Entgiftungsbehandlungen durchlaufen haben,
- 62,9% 2 oder mehr Substitutionsbehandlungen / -betreuungen und
- 41,3% 2 oder mehr (teil)stationäre Rehamaßnahmen absolviert haben.

Tabelle 3.05 gerichtliche Auflagen (n = 45) und Tabelle 3.06 weitere Auflagen (n = 54)

Aus der Praxis der Suchtberatung ist bekannt, dass ein erheblicher Teil dieser Klienten Hilfe auch auf externen Druck hin in Anspruch nimmt. Die beiden Tabellen machen den dokumentierten Stellenwert solcher gerichtlicher und sonstiger Auflagen deutlich. Danach haben zu Betreuungsbeginn

- 13,5% der Klienten Auflagen nach dem BtMG
- 2,5% der Klienten andere strafrechtliche Auflagen
- 5,1% der Klienten Auflagen von Arbeitsagentur / Jobcenter
- 1,3% der Klienten Auflagen vom Arbeitgeber.

Tabelle 4.13 Dauer der Störung (n = 47)

Auch wenn diese Tabelle zeigt, dass in Einzelfällen offenbar auch bei einer Dauer substanzbezogener Störungen von unter einem Jahr (!) Substitution zur Anwendung kommt, weist doch die Mehrzahl der Klienten bei Betreuungsbeginn schon langjährige Missbrauchs- und Abhängigkeitsstörungen auf. Im Durchschnitt weisen die Klienten bei der Hauptdiagnose Alkohol oder Cannabis eine Dauer der Störung von 16,2 bzw. 16,7 Jahren auf. Bei Kokain lag die durchschnittliche Störungsdauer bei 12,4 Jahren, bei Barbituraten bei 10,8 Jahren, bei Amphetaminen bei 11,0 Jahren.

Tabelle 4.16 psychiatrische, neurologische und sonstige Diagnosen (n = 54)

Sehr ernüchternd sind die Daten dieser Tabelle. Obwohl nach aller Erfahrung auch substituierte Drogenabhängige oft eine Vielzahl psychiatrischer und sonstiger Zusatzdiagnosen aufweisen, wurde hier nur bei 7 (!!) von insgesamt 1.749 Klienten eine derartige Diagnose kodiert. Auch wenn die Feststellung solcher Diagnosen letztlich Fachärzten vorbehalten ist, wäre es im Sinne klientenbezogener Vernetzung sicher notwendig, dass auch die Suchtberatung solche Zusatzdiagnosen der substituierenden

Ärzte für ihre Betreuungsarbeit kennt und entsprechend in ihren Betreuungsunterlagen eben auch kodieren kann.

8. Daten zu Klienten in psychosozialer Betreuung bei Substitutionsbehandlung: Daten zum Betreuungsende

63,35 der Substituierten erhalten Methadon, 29,5% Subutex und 6,3% Polamidon (Tabelle 5.04 Substitutionsmittel (n = 59))

13,4% der substituierten Klienten wurden mit der Beendigung der aktuellen Betreuung in eine (teil)stationäre Rehamaßnahme weitervermittelt, 6,1% wurden in Krankenhäuser vermittelt (Tabelle 5.05. Weitervermittlung (n = 58))

Die beendeten Betreuungen umfassten

- in 31,6% der Fälle bis zu 5 Betreuungskontakte
- in 20,1% der Fälle 6 – 10 Betreuungskontakte,
- in 31,5% der Fälle 11- 29 Betreuungskontakte und
- in 16,8% der Fälle mehr als 30 Betreuungskontakte (Tabelle 5.06 Kontaktzahl (n = 57)).

Die Betreuungsdauer der beendeten Betreuungsepisode war

- in 35,2% der Fälle bis 6 Monate,
- in 25,4% der Fälle 6-12 Monate,
- in 19,4% der Fälle 13-24 Monate und
- in 20% der Fälle mehr als 24 Monate (Tabelle 6.01 Betreuungsdauer (n = 59)).

37,2% dieser Betreuungen wurden regulär beendet (21,2 regulär, 16% durch planmäßige Weitervermittlung). In 47% der Fälle hat der Klient die Betreuung abgebrochen. Ein außerplanmäßiger Wechsel war bei 6,1% der Betreuungen notwendig (Tabelle 6.02 Art der Beendigung (n = 59)). Aus den sehr geringen Zahlen der ergänzenden Tabelle 6.03 lässt sich vermuten, dass vorzeitige Beendigungen in jeweils 2/5 der Fälle durch Wohnortwechsel oder Inhaftierung bedingt sind, bei 1/5 durch berufliche Gründe.

53,4% der Klienten leben nach Betreuungsende von ALG II oder Sozialhilfe, 28,2% von fester oder unregelmäßiger Arbeit / Beschäftigung (Tabelle 7.06 Hauptlebensunterhalt nach Betreuungsende (n = 56)).

Während 60,9% der Klienten bei Betreuungsende eine eigene Wohnung haben und 17,4% bei anderen Personen leben, sind am Tag nach Betreuungsende 9,7% dieser Menschen in einer Klinik oder einer stationären Reha und 6,7% in einer JVA (Tabelle 7.03 Wohnsituation am Tag nach Betreuungsende (n = 58)).

9. Daten zu Klienten mit der Hauptdiagnose F 63 Pathologisches Glücksspiel

Im ersten Jahr der Umsetzung des Glücksspielstaatsvertrags ist es natürlich von besonderem Interesse, welchen Stellenwert denn bereits jetzt die Hilfen für pathologische Spieler in der ambulanten Suchthilfe haben. Im folgenden sollen deshalb aus den Tabellen der Landessuchtstatistik Daten und Ergebnisse für diese Zielgruppe der Suchthilfe zusammengestellt werden, anhand derer sich dann auch feststellen lassen könnte, welche Auswirkung die breite öffentliche Diskussion und die aus Glücksspielerträgern ausgeweitete Förderung des Landes für die ambulante Suchthilfe in den nächsten Jahren haben werden.

Bei den Zugängen von Klienten in die Suchtberatung beträgt der Anteil der Hilfesuchenden mit der Hauptdiagnose pathologisches Glücksspiel 2,4%. Berücksichtigt man ergänzend auch die Klienten, bei denen diese Diagnose zusätzlich zu einer anderen Hauptdiagnose gestellt wurde, dann haben im Jahr 2008 insgesamt 781 Menschen neu wegen ihrer Spielsucht in den Suchtberatungsstellen des Landes Hilfe gesucht. (Tab. 2.1 und 4.07)

Im Durchschnitt waren diese Klienten 36,2 Jahre alt (Tab. 2.2). Beim Familienstand und der Partnerbeziehung nehmen die Menschen mit der HD pathologisches Glücksspiel eine Extremposition ein: lässt man die nur unzureichend dokumentierten Menschen mit einer Hauptdiagnose Tabakabhängigkeit außer Betracht, dann gibt es bei den pathologischen Spielern den höchsten Anteil verheirateter Klienten (31,8% - Tab. 2.3) und den höchsten Anteil von Menschen in einer festen Beziehung (55,6% - Tab. 2.4). Nur 72,5% der pathologischen Spieler sind deutscher Nationalität: dies ist mit Ausnahme der Kokainabhängigen der geringste Teilgruppenwert. Gleichzeitig ist bei den Spielern aber auch der Anteil der Nicht-EU-Ausländer sehr hoch: 20,5% (Tab. 2.8). Die grundsätzliche Problematik der dokumentierten Angaben zum Migrationsstatus haben wir bereits bei der allgemeinen Darstellung erörtert. Bei 30,5% der pathologischen Spieler ist ein Migrationshintergrund dokumentiert (Tab. 2.09).

59,7% der pathologischen Spieler sind insgesamt erwerbstätig – dies ist der höchste Wert einer Kliententeilgruppe nach Hauptdiagnosen. Entsprechend sind dann aber auch nur 13,6% langzeitarbeitslos (Tab. 2.16).

Zum Störungsbild der pathologischen Spieler passt natürlich ein sehr hoher Anteil von Klienten mit problematischen Schulden: 18,8% dieser Menschen haben bis zu 25.000 € Schulden, 9,7% bis zu 50.000 € Schulden und 11,8% haben mehr als 50.000 € Schulden (Tab. 2.19).

Die Daten aus Tabelle 4.14 ermöglichen eine Differenzierung der Klienten: 73,2% nutzen vor allem Geldspielautomaten (durchschnittlich schon 11,5 Jahre), 8,6% spielen in Spielbanken (kleines und großes Spiel, durchschnittlich schon 11,3 bzw. 13,3 Jahre) und 7,8% haben massive Probleme mit Wettspielen (durchschnittlich schon 7,3 Jahre).

Untersucht man die Menschen, die 2008 ihre Betreuung beendet haben, dann haben die Klienten mit der Hauptdiagnose pathologisches Glücksspiel in 63,6% der Fälle nur Beratung oder ambulante Therapie innerhalb der Beratungsstelle in Anspruch genommen, 16% wurden in stationäre Reha vermittelt (Tab. 5.5). Im Durchschnitt beinhalten diese Betreuungen 8,3 Kontakte (Tab. 5.06) gegenüber 11,5 Kontakten bei der Gesamtheit der Klienten. Der Anteil der Betreuungen mit bis zu 5 Kontakten war bei den Klienten mit dieser Hauptdiagnose am höchsten (58,3%) (Tab. 5.06). Die durchschnittliche Betreuungsdauer lag bei pathologischen Spielern bei 147,4 Tagen, was durch einen sehr geringen Anteil an Langzeitbetreuungen zu erklären ist (Betreuung mehr als 12 Monate 7,8% vs. 14,7% bei allen Klienten) (Tab. 6.01). In 40,2% der Fälle wurde die Betreuung durch Abbruch durch den Klienten beendet, die höchste Teilgruppenquote (Tab. 6.02).

10. Ergebnisse der Landessuchtstatistik 2008 zu den von der AG Doku vorgeschlagenen neuen (landkreisbezogenen) Kennzahlen

- Versorgungsrelation: Zahl der Fachkräfte : Einwohnerzahl Landkreis
 - 1 VK : 25.930 EW
- QM der Einrichtung: 1.13.4. regelmäßiger schriftlicher Hilfeplan
 - Bei 48,9% der Einrichtungen
- Gesamtzahl der erreichten Personen mit zwei und mehr Kontakten
 - 454,2 je 100.000 EW
- Anteil der Erstaufnahmen 2.2.1
 - 289,7 je 100.000 EW
- Alter bei Betreuungsbeginn: Klientenanteil von Kindern/Jgdl. (bis 25) mit eigener Problematik
 - 20,6%
- Alter bei Betreuungsbeginn: Klientenanteil von älteren Menschen (über 60) mit eigener Problematik
 - 4,7%
- Vermittelnde Instanz 2.2.3 –
 - ärztliche Praxis 9,7%
 - Institutsambulanz 0,5%
 - Krankenhaus 7,7%
 - sozialpsychiatrischer Dienst 0,2%
 - Jugendamt/Jugendhilfe 2,0%
 - (teil)stationäre Sozialtherapie 0,2%
 - niederschwellige Einrichtung 0,4%
- Auflagen durch Gerichtsbeschluss 2.2.5

- 15,4% der Gesamtzugänge
- Weitere Auflagen 2.2.6
 - durch Arbeitgeber 4,2% der Gesamtzugänge
 - durch Arbeitsagentur, Jobcenter 5,8% der Gesamtzugänge
- Ausbildungsabschluss: keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen bzw. derzeit in Ausbildung 2.3.7.2
 - 38,3%
- Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn
 - Erwerbsperson 44%
 - ALG I 6,4%
 - ALG II 27,8%
 - Sonstige Nichterwerbsperson 8,8%
- Differenzierung der Beender nach HD: (einschließlich Pathologisches Glücksspiel und Essstörungen) (nur kodierte Hauptdiagnosen)
 - F 10: 57,6%
 - F 11-16, 18,19: 31,6%
 - F 50: 1%
 - F 63: 2,4%
- Art der Beendigung: regulär (1-3,7) 2.6.3
 - 62,6%
- Weitervermittlung:
 - Arbeits- und Beschäftigungsprojekt 2.6.5.8: 0,3%
 - (teil)stationäre Einrichtung der Sozialtherapie 2.6.5.13: 1,4%
- Maßnahmen:
 - Ambulante Reha: 6,7%
 - psB bei Substitution: 7,2%
- Problematik: erfolgreich 2.6.6.1: 30,1%
- Problematik: gebessert 2.6.6.2: 38,2%

Anlage 1: Daten zur Erfolgsmessziffer 1 - Vermittlung

Vermittlung in ambulante, teilstationäre und stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und Behandlungsleistungen

(Die Daten beziehen sich auf die in 2008 beendeten Betreuungsprozesse)

Anlage 1.1 Kerntabellensatz 5.01: Art der Betreuung in eigener Einrichtung 2008		
Art der Betreuung in eigener Einrichtung	Gesamt	
	Absolut	Prozent
Medizinische Notfallhilfe	45	0,2%
Substitutionsbehandlung	48	0,2%
Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	1908	7,2%
sonstige med. Maßnahmen	149	0,6%
Entzug / Entgiftung	387	1,5%
Ambulante Suchtberatung	22533	84,8%
Ambulante Entwöhnungsbehandlung	1776	6,7%
Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung	16	0,1%
Stationäre Entwöhnungsbehandlung	129	0,5%
Kombinationstherapie	191	0,7%
Adaptionsbehandlung	22	0,1%
Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen	1261	4,7%
Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	20	0,1%
Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	28	0,1%
Psychiatrische Behandlung	44	0,2%
Psychotherapeutische Behandlung	327	1,2%
Sonstige Maßnahmen	2112	8,0%
Gesamt der beendeten Betreuungen	26559	100,0%

Mehrfachnennungen von Maßnahmen sind möglich

Anlage 1.2 Kerntabellensatz 5.05: Weitervermittlung/ Verlegung		
Weitervermittlung / Verlegung	Gesamt	
	Absolut	Prozent
keine Weitervermittlung / Verlegung	15662	64,9%
Weitervermittlung / Verlegung	8468	35,1%
Selbsthilfegruppe	1420	16,0%
Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	543	6,4%
Niedrigschwellige Einrichtung	33	0,4%
Beratungs- / Behandlungsstelle / Fachambulanz	603	6,9%
Institutsambulanz	59	0,7%
Ambulant betreutes Wohnen	63	0,7%
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	28	0,3%
Krankenhaus(abteilung)	608	6,9%
Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	243	2,8%
Stationäre Rehabilitationseinrichtung	4041	46,3%
Adaptionseinrichtung	23	0,3%
Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie	17	0,2%
Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	99	1,2%
Pflegeheim	13	0,1%
Beratung / Behandlung im Straf- / Maßregelvollzug	81	1,0%
Sozialpsychiatrischer Dienst	27	0,3%
Andere Beratungsdienste (z.B. Schuldnerberatung)	121	1,5%
Einrichtungen der Jugendhilfe	35	0,5%
Soziale Verwaltung (z.B. Jugend- /Gesundheitsamt)	9	0,1%
Arbeitsagentur / ARGE / Job-Center	56	0,6%
Justizbehörden / Bewährungshilfe	128	1,5%
Kosten- / Leistungsträger	64	0,7%
Sonstige Stellen	415	6,4%
Gesamt der Weitervermittlungsmaßnahmen = 100%	24130	100,0%

Mehrfachnennungen möglich, Prozentzahlen sind bezogen auf die weitervermittelten KlientInnen

Vermittlung in ambulante, teilstationäre und stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und Behandlungsleistungen sowie Kombitherapie

	2008		2008		2008		2008	
	Ambulante Rehabilitation		Kombinationstherapie		Teilstationäre Rehabilitation		Stationäre Rehabilitation	
KTS 5.01	1776		191		16		129	
	6,7%		0,7%		0,1%		0,5%	
KTS 5.05	X		X		243		4041	
	X		X		1,0%		16,7%	
Gesamt KTS	1776		191		259		4170	
	6,1%		0,7%		0,9%		14,4%	

	Vermittlung in medizinische Rehabilitation gesamt	
KTS 5.01	2112	
	8%	
KTS 5.05	4284	
	17,7%	
Gesamt KTS	6396	
	22.02%	der in 2008 beendeten Betreuungen

Anlage 2: Daten zur Erfolgsmessziffer 2 - Art der Beendigung

Hauptdiagnose	Art der Beendigung								Gesamt		
	Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	vorzeitig auf therapeutische Veranlassung	vorzeitig mit therapeutischem Einverständnis	vorzeitig, Abbruch durch Klient	Disziplinarisch	außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	planmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	verstorben	Absolut	Prozent	
F10 Alkohol	46,2%	1,2%	5,0%	26,2%	0,5%	1,5%	18,6%	0,7%	14767	60,6%	
F11 Opioide	29,3%	1,2%	3,4%	36,5%	1,6%	6,7%	19,5%	1,7%	3973	16,3%	
F12 Cannabinoide	55,3%	0,7%	3,5%	27,1%	0,5%	3,5%	9,4%	0,0%	2973	12,2%	
F13 Sedativa / Hypnotika	34,4%	0,6%	8,6%	31,9%	0,6%	1,2%	22,1%	0,6%	163	0,7%	
F14 Kokain	46,8%	0,7%	4,5%	21,5%	0,2%	9,7%	16,3%	0,2%	423	1,7%	
F15 Stimulanzien	43,2%	0,9%	3,6%	26,9%	0,3%	5,9%	19,2%		338	1,4%	
F16 Halluzinogene	53,3%			26,7%		6,7%	13,3%		15	0,1%	
F17 Tabak	80,9%	0,4%	4,0%	13,9%			0,8%		742	3,0%	
F18 Flüchtige Lösungsmittel	50,0%		8,3%	33,3%			8,3%		12	0,0%	
F19 Andere psychotrope Substanzen	26,0%	1,0%	3,8%	27,9%		2,9%	36,5%	1,9%	104	0,4%	
F50 Essstörungen	45,2%	1,3%	7,5%	20,5%			25,5%		239	1,0%	
F63 Pathologisches Spielen	31,5%	0,2%	6,1%	40,2%	0,7%	1,0%	20,1%	0,3%	607	2,5%	
Gesamt - mit Hauptdiagnose	Absolut	10977	264	1109	6791	164	668	4206	177	24356	98,0%
	Prozent	45,1%	1,1%	4,6%	27,9%	0,7%	2,7%	17,3%	0,7%		
ohne HD - Polytoxikomanie	32,0%	4,0%		28,0%		4,0%	32,0%		25	0,1%	
ohne HD - riskanter Konsum	76,2%	0,4%	3,6%	16,6%		0,9%	2,2%		223	0,9%	
ohne HD - sonstige Gründe	70,0%	1,7%	3,8%	18,6%	0,4%	0,8%	4,6%		237	1,0%	
Gesamt	Absolut	11321	270	1126	6879	165	673	4230	177	24841	100,0%
	Prozent	45,6%	1,1%	4,5%	27,7%	0,7%	2,7%	17,0%	0,7%	100,0%	

Anlage 3: Daten zur Erfolgsmessziffer 3 - Problematik am Tag nach Betreuungsende

Hauptdiagnose	7.10 Problematik am Tag des Betreuungsendes				Gesamt		
	Erfolgreich	Gebessert	Unverändert	Verschlechtert	Absolut	Prozent	
F10 Alkohol	33,8%	37,3%	26,6%	2,2%	14415	60,4%	
F11 Opiode	14,4%	37,7%	43,9%	4,0%	3945	16,5%	
F12 Cannabinoide	29,5%	42,0%	27,3%	1,2%	2877	12,0%	
F13 Sedativa/ Hypnotika	25,3%	35,2%	38,9%	0,6%	162	0,7%	
F14 Kokain	23,8%	46,9%	27,3%	2,1%	433	1,8%	
F15 Stimulanzien	30,0%	42,6%	24,4%	2,9%	340	1,4%	
F16 Halluzinogene	45,0%	45,0%	10,0%		20	0,1%	
F17 Tabak	54,3%	29,9%	15,8%		735	3,1%	
F18 Flüchtige Lösungsmittel	50,0%	25,0%	25,0%		12	0,1%	
F19 And. psychotrope Substanzen	17,9%	40,0%	41,1%	1,1%	95	0,4%	
F50 Essstörungen	21,4%	48,4%	30,2%		248	1,0%	
F63 Pathologisches Spielen	22,3%	42,4%	33,9%	1,3%	596	2,5%	
Gesamt - mit Hauptdiagnose	Absolut	7157	9128	7051	542	23878	98,2%
	Prozent	30,0%	38,2%	29,5%	2,3%		
ohne HD - Polytoxikomanie	16,0%	36,0%	44,0%	4,0%	25	0,1%	
ohne HD - riskanter Konsum	37,1%	41,4%	21,4%		210	0,9%	
ohne HD - sonstige Gründe	35,9%	35,4%	28,8%		198	0,8%	
Gesamt	Absolut	7310	9294	7164	543	24311	100,0%

B. Jahresstatistik der externen Suchtberatung im Strafvollzug

Erfreulicherweise hat ja im Jahr 2007 das Justizministerium Baden-Württemberg das Stellendeputat für die Arbeit der externen Sucht- und Drogenberatung im Strafvollzug von 16 auf 24 Vollzeitstellen erweitert. Gleichzeitig wurde die Förderung einer Vollzeitstelle von 41.000 auf 45.000 € erhöht. Mit diesen Stellen wurden insgesamt 27 Justizvollzugsanstalten bzw. derer Außenstellen versorgt. Auf die einzelnen Außenstellen entfielen dabei unterschiedlich große Stellenanteile. Sie reichten von Stundendeputaten bis hin zu drei Vollzeitstellen.

Diese Stellenerweiterung konnte allerdings von den beauftragten Beratungsstellen teilweise erst im Verlauf des Jahres 2008 realisiert werden. Dennoch lohnt sich eine Längsschnittbetrachtung über die letzten drei Jahre zur damit ermöglichten Leistungsentwicklung der externen Suchtberatung im Vollzug.

	2006	2007	2008
Anfragen nach Beratung, Betreuung, Rehavermittlung	3.795	4543	5171
Erstgespräche	2.977	3.009	3.706
Neuaufnahmen	2.170	2.324	2.908
Aus Vorjahr übernommen	979	1.074	1.259
Weitergehende Betreuungen	3.031	3.376	4.167
Maßnahme beendet	2.040	2.052	2.871
Vermittlung in eine stationäre Maßnahmen	765	783	956

Rechnet man nun die wichtigsten Zahlen auf einzelne Fachkraftstellen (VK) um, so kommt man zu folgendem Ergebnis:

	2006	2008
Anfragen pro Vollzeitstelle	237	215
Erstgespräche pro Vollzeitstelle	186	154
Neuaufnahmen pro Vollzeitstelle	136	121
laufende Betreuungsmaßnahmen pro Vollzeitstelle	189	173
Vermittlung in eine stationäre Maßnahme pro Vollzeitstelle	47	40

Betrachtet man nun diese Zahlen aus der Perspektive der Suchthilfe, so sehen wir uns zunächst mit unseren jahrelangen Feststellungen eines nicht abgedeckten Hilfebedarfs für die Suchtberatung in Haft bestätigt. Nachdem der Zugang zur Suchtberatung ja in den einzelnen JVA's sehr unterschiedlich geregelt und die Suchtberatung genauso verschieden dabei eingebunden ist, ist schon die weiter stark steigende Zahl von Anfragen zur Suchtberatung bedeutsam. Dabei haben unsere Fachleute in dieser Vollzugsarbeit vielerorts weiterhin den Eindruck, dass diese Anfragen noch nicht den ganzen Bedarf der Inhaftierten beschreiben: wer noch zu lange Reststrafen zu verbüßen hat oder bereits zu viele erfolglose Therapieversuche vorzuweisen hat, hat mancherorts kaum eine realistische Zugangschance zur Suchtberatung, obwohl er/sie eine solche qualifizierte Unterstützung vermutlich durchaus im Sinne einer möglichen sozialen Wiedereingliederung dringend brauchen würde.

Gleichzeitig ist aber festzuhalten, dass der Ausbau der Personalkapazitäten in der externen Suchtberatung im Vollzug durchaus auch eine punktuelle Entlastung für die Arbeit zumindest in einzelnen JVA's ermöglicht hat: die auf eine VK hochgerechneten durchschnittlichen Zahlen von Erstgesprächen, laufenden Betreuungen und Rehavermittlungen haben sich spürbar reduziert. Dass eine solche Entlastung (auch wenn sie vielleicht nicht in jeder JVA in gleicher Weise spürbar ist) dringend überfällig war, machen die Vergleichszahlen aus der allgemeinen Statistik der Suchtberatung für das Jahr 2008 deutlich. Wenn man hier die in der Einrichtungsstatistik erhobenen Stundenzahlen der in Beratung und Therapie Beschäftigten zugrunde legt., dann entfallen im Durchschnitt aller Arbeitsbereiche der PSB dort auf eine VK knapp 108 laufende Betreuungen; die jetzt erreichte Durchschnittszahl von 173 Betreuungen in der Vollzugsberatung ist deshalb angesichts der spezifischen Schwierigkeiten in diesem Arbeitsbereich immer noch deutlich zu hoch!

Dennoch sind wir über die erreichte Verbesserung natürlich dankbar. Die Reduzierung der laufenden Fallbelastung ermöglicht zum einen eine etwas bessere Qualität und Intensität in der Rehavermittlung und Rehavorbereitung, aber auch eine Ausweitung des Angebots der Suchtberatung über die reine Rehavermittlung hinaus, Und nicht zuletzt ermöglicht diese Fallzahlreduktion dem einen oder anderen Kollegen vielleicht auch eine Beratungsarbeit, die mehr Menschlichkeit ermöglicht und nicht nur von Arbeitsdruck und Terminhetze bestimmt wird.

Der Arbeitsdruck in der Vollzugsberatung lässt sich aber auch an einer anderen zentralen Messzahl verdeutlichen: während im sehr vielfältigen Gesamtbetrieb der Suchtberatungsstellen nach dem o.g. Berechnungsschema durchschnittlich auf eine rechnerische VK-Kraft 9,1 Vermittlungen und die Durchführung von 3,9 Maßnahmen ambulanter Reha entfallen, fallen für die Fachkräfte in der externen Suchtberatung im Vollzug immer noch durchschnittlich 40 Rehavermittlungen an, die, wie alle Praktiker wissen, angesichts der leistungsrechtlichen Entwicklungen meist deutlich schwieriger zu realisieren sind als von Klienten in Freiheit. Solche Leistungsvergleiche zwischen ganz unterschiedlich strukturierten Arbeitsbereichen sind sicher immer kritisch zu sehen; sie können aber ein Anhalt sein für eine realistische Bewertung der immensen

sie können aber ein Anhalt sein für eine realistische Bewertung der immensen Leistungen unserer Fachkräfte in der externen Suchtberatung im Vollzug.

Hinweisen möchten wir aber auch darauf, welcher hoher Anteil der Vermittlung in Suchtreha inzwischen aus Haft erfolgt: von den in der Jahressuchtstatistik 2008 insgesamt von den PSBs dokumentierten 4137 Vermittlungen in Suchtreha betrafen 1339 Klienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich illegaler Drogen. Setzt man diese Zahlen neben die Vermittlungszahlen in Suchtreha aus Haft, dann kann selbst beim aktuellen Datenstand die Behauptung gewagt werden, dass gut die Hälfte aller Drogenklienten inzwischen in Baden-Württemberg über eine Inhaftierung in die Suchtreha vermittelt wird!

Statistik Aufsuchende Arbeit im Vollzug Jahr 2008

JVA:

Anfragen von Inhaftierten
In 2008

5171

realisierte Erstgespräche:

3706

Neuaufnahmen
in Betreuung 2008

2908

1259

aus 2007
übernommen

laufende Betreuung
in 2008

4167

Maßnahme 2008
ert
beendet

2871

1296

Maßnahme dau-
ert in 2009 noch an

Vermittlungen in stationäre Suchtreha	956
---------------------------------------	------------

C. Dokumentation suchtpräventiver Maßnahmen der Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Baden-Württemberg

Die Verbände der Liga der freien Wohlfahrtspflege haben erstmals im Jahr 2008 eine einheitliche Dokumentation von suchtpräventiven Maßnahmen vorgenommen. Es wurde mit dem von der BzGA zur Verfügung gestellte Software dot.sys dokumentiert. Mit diesem Dokumentationssystem werden die Maßnahmen der Suchtprävention erfasst. Dot.sys ist keine Leistungsdokumentation und erfasst nicht die gesamten Aktivitäten, die für eine nachhaltige und dauerhafte Suchtprävention erforderlich sind, wie die wiederkehrende Pflege von Kooperationspartnerschaften beispielsweise durch regelmäßige Arbeitskreistreffen oder bilateralen Austausch, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wie auch interne und externe Qualifizierungen der Fachkräfte zu einer kompetenten Weiterentwicklung der Präventionsmaßnahmen. All diese Aktivitäten werden, soweit sie nicht an eine konkrete Maßnahme gebunden sind, nicht von dot.sys dokumentiert. Getrennt von dieser Auswertung erfasst, werden die Maßnahmen kommunaler Träger oder Maßnahmen in Trägerschaft der Landkreise. Soweit die KSB / BfS der Stadt- und Landkreise mit dot.sys dokumentieren, wird dies vom Landesgesundheitsamt gebündelt. Die Daten der LSS sowie des LGA werden von der BzGA in die Bundesauswertung aufgenommen.

Bei der Bewertung der Daten ist zu berücksichtigen, dass in vielen Einrichtungen das Dokumentationssystem dot.sys erstmalig zur Anwendung kam. Dies bedeutet erfahrungsgemäß, dass in der Zuordnung der Items noch Unsicherheiten und Uneinheitlichkeiten zu vermerken sind. Die AG Suchtprävention der Landesstelle wird im Laufe der nächsten Jahre den Prozess hin zu mehr Eindeutigkeit der Codierung der Maßnahmen entsprechend klären und begleiten.

Diese Zusammenfassung gibt einen Überblick über die vorliegenden Daten. Der Darstellung der einzelnen Punkte sind (kursiv und eingerückt) z.T. Kurzkommentare beigefügt. Eine Bewertung der Daten ist im ersten Jahr der Erhebung nur schwer möglich, da eine entsprechende Referenzgröße fehlt. Trotzdem wird die AG Prävention die Daten noch differenzierter betrachten und wenn möglich, ins Verhältnis zu Bundeszahlen setzen, sobald diese vorliegen. Die ausführliche Version wird auf der Internetseite der Landesstelle (www.suchtfragen.de) veröffentlicht.

Beteiligung und Umfang

Es gingen von 73 Beratungsstellen Datensätze ein. Ausgehend davon, dass in Ba-Wü nach der Suchterhebung der Landesstelle 101 Suchtberatungsstellen vom Land gefördert werden, bedeutet dies eine Beteiligung von 72,7 %. Angesichts dessen, dass das Ausmaß der Präventionstätigkeiten je nach Personalausstattung, Arbeitsschwerpunk-

ten und regionalen Gegebenheiten in den Beratungsstellen sehr unterschiedlich ist, und dass dies das erste Jahr einer gemeinsamen Dokumentation ist, ist diese Beteiligungsquote ausgesprochen hoch und kann als eine aussagefähige Datengrundlage angesehen werden.

Insgesamt gingen 5.560 Datensätze (= Maßnahmen) in die dot.sys Auswertung ein. Würde man von einer 100 %-igen Erfassung ausgehen, kann man sicherlich von rund 6.000 Präventionsmaßnahmen in Trägerschaft der wohlfahrtsverbandlichen Suchtberatungsstellen ausgehen. Ein Blick auf andere Bundesländer³ zeigt den enormen Umfang der Maßnahmen.

Zielebenen der Maßnahmen

- Adressatinnen und Adressaten

Mit 2.809 Maßnahmen haben sich 50,8 % aller Maßnahmen direkt an Adressatinnen und Adressaten gerichtet.

Es werden folgende Zielgruppen am häufigsten angesprochen:

(Mehrfachnennungen möglich, Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Maßnahmen)

Zielgruppe	Anzahl der Maßnahmen	%
Kinder und Jugendliche	1.765	48,0
konsumerfahrene Jugendliche	397	10,8
Eltern/Familienmitglieder	318	8,7
Auszubildende / (Probier-) Konsumenten/innen	290 / 292	7,9
Sozial Benachteiligte	126	3,4

Im Weiteren konnten Angaben gemacht werden zu Beschäftigte im Betrieb, Migrantinnen und Migranten, Senioren, straffällige Jugendliche, Studentinnen und Studenten, suchtbelastete Lebensgemeinschaften, Unspezifisch und Sonstige. Diese Zielgruppen sind signifikant weniger berücksichtigt.

³ Zum Vergleich: Das Flächenland Niedersachsen verzeichnet 2.958 Maßnahmen, also ca. die Hälfte. Bei einem solchen Vergleich sind natürlich die unterschiedlichen Bedingungen und Ressourcen zu berücksichtigen. Man kann es lediglich als Tendenz werten.

Die Gesamtzahl der erreichten Endadressaten/innen liegt mit 89.620 bei 71,5 % der erreichten Personen.

- Multiplikatorinnen und Multiplikatoren

2.353 Maßnahmen (42,5 %) richteten sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Bei dieser Gruppe verteilt sich die Häufigkeit der Ansprache wie folgt:

(Mehrfachnennungen möglich, Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Maßnahmen)

Multiplikatoren/innen	Anzahl der Maßnahmen	%
Beschäftigte im Gesundheitswesen/Suchthilfe	644	19,2
Beschäftigte im Betrieb	554	16,6
Lehrer/innen, Dozenten/innen, Schulsozialarbeiter/innen, Schulpsychologen/innen	530	15,8
Beschäftigte in der Kinder- und Jugendhilfe/Jugendarbeit	482	14,4
Politikerinnen und Politiker	162	4,8

Als Zielgruppe konnten außerdem angegeben werden Beschäftigte im Freizeitbereich, im Kindergartenbereich, in der Kirche, im Strafwesen, Eltern und Familienmitglieder, Peers und Sonstige. Diese Zielgruppen wurden deutlich weniger berücksichtigt.

Mit den Maßnahmen wurden 35.806 Multiplikatoren/innen, das entspricht 28,5 % erreicht.

- Öffentlichkeitsarbeit

369 Maßnahmen (6,7 %) werden der Öffentlichkeitsarbeit zugerechnet.

Altersgruppen

In der Verteilung der Altersstruktur der erreichten Personen spiegeln sich die oben genannten erreichten Zielgruppen. So steht ganz oben die Gruppe der Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren, die mit 1.562 (41,7 %) Maßnahmen angesprochen wurden, gefolgt von der Gruppe der Kinder bis 13 Jahren mit 957 Maßnahmen (25,6 %). An junge Erwachsene (< 27 Jahre) richteten sich im Schwerpunkt 706 Maßnahmen (18,9 %) und an Erwachsene allgemein 489 Maßnahmen (13,1 %). Die Gruppe der Senioren (> 65 Jahre) spielen bei den Maßnahmen mit 29 (0,1 %) eine relativ geringe Rolle.

Es fällt auf, dass die Gruppe der älteren und alten Menschen noch wenig im Blick der Suchtprävention stehen. Angesichts dessen, dass diese Population in den nächsten Jahren stark anwachsen wird und dass sich nach Alltagserfahrung die Konsumgewohnheiten beispielsweise von Alkohol auch bei alten Menschen stark verändert haben, ist es empfehlenswert, eine auf Senioren zugeschnittene Suchtprävention zu entwickeln und zu etablieren. Die Problematik des Medikamentenmissbrauchs und –abhängigkeit sollte in diesen Konzepten besonders berücksichtigt werden.

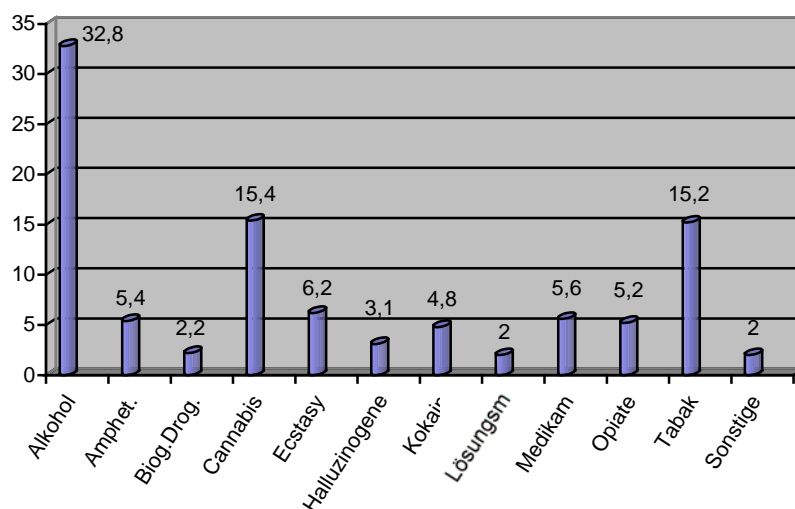
Geschlechtsspezifische Ausrichtung

Als Präventionsmaßnahmen mit geschlechtsspezifischer Ausrichtung werden 1.039 (18,8 %) Maßnahmen angegeben. Demzufolge sind 81,2 %, das sind 4.494 Maßnahmen, unspezifisch hinsichtlich einer weiblichen oder männlichen Ausrichtung.

Auffallend ist eine relativ niedrige Zahl der geschlechtsspezifischen Ausrichtung von Maßnahmen. Aus fachlicher Sicht sind geschlechtersensible Konzepte für Präventionsarbeit im Sinne einer Erreichbarkeit der Zielgruppe von hoher Bedeutung. Eine geschlechtsspezifische Ausrichtung sollte bei Konzepten in allen Altersgruppen Bestandteil sein, da Konsumgewohnheiten und deren Motive insbesondere auch bei Erwachsenen und älteren Frauen und Männern sich deutlich unterscheiden. In dieser Hinsicht scheint durchaus eine Weiterentwicklung der Konzepte sinnvoll.

Substanzbezug

Maßnahmen ohne und mit spezifischem Substanzbezug werden ungefähr hälftig zugeordnet (ohne = 44,5 %; mit = 51,7 %). Bei den Maßnahmen mit spezifischem Substanzbezug steht „Alkohol“ ganz oben (32,8 %) gefolgt von „Cannabis“ (15,4 %) und „Tabak“ (15,2 %). Deutlich weniger explizit berücksichtigt werden illegale Substanzen: Ecstasy – 6,2 %, Amphetamine/Speed – 5,4 %, Opiate – 5,2 %, Kokain – 4,8 %. Medikamente als legale Substanz werden mit einer Häufigkeit von 5,6 % spezifisch berücksichtigt.



Konzepte, die sich auf die Prävention nicht stoffgebundener Suchtformen beziehen, sind mit insgesamt 3,8 % eher von nachrangiger Bedeutung. Hierbei ist mit 39,5 % (absolut 100) das Pathologische Glücksspiel am häufigsten vertreten. Internet und andere Medien werden explizit in 31,2 % (absolut 79) der Maßnahmen thematisiert und Essstörungen in 22,1 (absolut 56) % der Fälle.

Konzeptionelle Ebene

Auf der konzeptionellen Ebene kommt mit 32,9 % die Informationsvermittlung und Bildung kritischer Einstellungen am häufigsten zum Zug. Konzepte der Kompetenzförderung werden mit 21,6 % berücksichtigt. Normenbildung und Konzepte der Früherkennung werden gleichhäufig eingesetzt (13,4 % / 13,3 %). Alternative Erlebnisformen sind mit 5,9 % (absolut 710) vergleichsweise wenig vertreten. Strukturgestaltende Maßnahmen sind zu 12,9 % dokumentiert.

Setzt man die prioritären Zielgruppen (Kinder und Jugendliche) mit den am häufigsten verwendeten Konzepten ins Verhältnis, so erscheint es uns sinnvoll zu betrachten, weshalb „Informationsvermittlung“ am häufigsten eingesetzt wird und „Kompetenzförderung“ sowie „Alternative Erlebnisformen“ nur relativ wenig berücksichtigt werden. Die Möglichkeit von Mehrfachnennungen ist bei solchen Betrachtungen natürlich zu berücksichtigen.

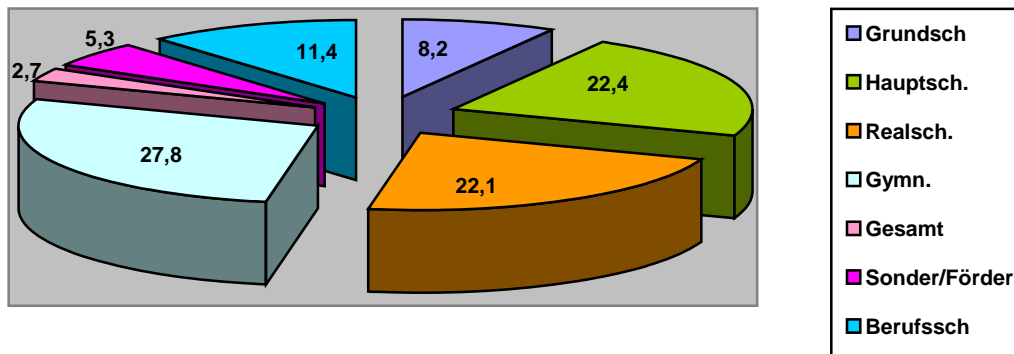
Die in der Fachwelt unumstritten wichtige Verbindung von Verhaltensprävention (bezogen auf Individuum) und Verhältnisprävention (bezogen auf Strukturen) findet sich in ihrer Bedeutung in der Dokumentation nicht direkt wieder. Interpretiert man „Strukturgestaltende Maßnahmen“ als Verhältnisprävention, so kann das mit einem Anteil von 12,9 % als relativ zurückhaltend im Einsatz betrachtet werden.

Umsetzungs-Ebene

Diese Ebene soll die Methodenvielfalt in Kategorien abbilden. Da wir die Kategorien z.T. für wenig trennscharf halten und die Verteilung auch keine signifikanten Schwerpunkte erkennen lässt, verzichten wir auf eine weitergehende Beschreibung.

Setting

Die meisten Maßnahmen wurden im Setting Schule durchgeführt, nämlich 2.369 Maßnahmen, das entspricht 36 %. Eine Aufschlüsselung nach Verteilung der Schultypen wird in der Graphik dargestellt.



Im Setting Betrieb werden 12,7 % der Maßnahmen und im Setting Gesundheitswesen/Suchthilfe 12,2 % durchgeführt. Die Jugendarbeit ist mit 7,9 % erkennbar und der Freizeitbereich mit 4 %. Politik und Kommunen werden mit 7,7 % benannt.

Es ist augenfällig, dass eine große Anzahl an Settings in der Kategorie „Sonstiges“ und „unspezifisch“ eingeordnet werden. Dies deutet darauf hin, dass der Settingbegriff noch sehr uneinheitlich verwendet wird oder z. T. auch missverständlich mit dem „Veranstaltungsort“ gleichgesetzt wird. Diese Zusammenhänge werden in die Klärungen der Itembeschreibungen aufgenommen.

Dauer der Maßnahmen

Die allermeisten Maßnahmen – 79,9 % - sind Einzelmaßnahmen bis zu maximal einem halben Tag. Als ganztägige Veranstaltungen werden 10,4 % der Maßnahmen dokumentiert und mehrtägig sind es 9,7 %.

Der große Schwerpunkt der Dauer der Maßnahmen liegt bei einmaligen, halbtägigen Veranstaltungen. Dies widerspricht den Bestrebungen, Suchtprävention dauerhaft einzubinden in Einrichtungskonzepte. Hier zeigt sich in inhaltlicher als auch in struktureller Hinsicht Entwicklungspotential. Es ist aber gleichzeitig auch zu berücksichtigen, dass die Struktur der Erfassung nur eine begrenzte Aussagefähigkeit diesbezüglich zulässt. Eine einmalige Veranstaltung der Beratungsstelle als Kooperationspartner schließt ein strukturelles Präventionskonzept einer Einrichtung nicht aus.

Kooperation

56,8 % der dokumentierten Maßnahmen wurden von den jeweiligen Trägern in Alleinregie durchgeführt und 43,2 % wurden mit Kooperationspartnern umgesetzt.

Evaluation

Für 66,9 % der Maßnahmen wird angegeben, dass keine Evaluation statt findet. Entsprechend wurden 33,1 % evaluiert. Diese teilen sich auf in 75,9 % interner Evaluation und 24,1 % externer.

Evaluation muss als ein sehr umfassender Oberbegriff aufgefasst werden. Aus diesem Grund eignen sich diese Angaben nicht dazu, eine Aussage über eine Evaluationsquali-

tät zu machen. Dass für weit über die Hälfte der Maßnahmen keine Evaluation vorgesehen ist, entspricht aus der Perspektive der Praxis den Möglichkeiten. Außerdem muss man davon ausgehen, dass häufig Konzepte eingesetzt werden, die an anderer Stelle (Modellprojekte) mit positiven Ergebnissen evaluiert wurden. Soweit die gleichen Ziele verfolgt werden, wie bei bereits evaluierten Modellen, erübrigt sich eine weitere Evaluation.

Insgesamt fällt positiv auf, dass ein hoher Anteil der Maßnahmen (43,2%) in Kooperation durchgeführt wird. Betrachtet man Kooperation als ein Kriterium der Nachhaltigkeit, so hat die Suchtprävention hier einen positiven Entwicklungsstand zu verzeichnen. Damit einhergehend ist auch der hohe Anteil der Multiplikatorenarbeit (42,5%) zu sehen, wodurch ebenfalls eine nachhaltige Entwicklung positiv gestärkt wird.

Die Schulen sind mit 36 % mit Abstand das am häufigste genutzte Setting für Suchtprävention. Besonders positiv zu bewerten ist, dass alle 3 Schularten, Haupt- und Realschule und Gymnasium, annähernd in gleichem Maße vertreten sind. Neben den zielgruppenspezifischen Interventionskonzepten, mit denen manchmal mit viel Aufwand nur wenig Menschen erreicht werden, ist eine breit angelegte Universalprävention wie, so z.B. an allen Schularten, zu befürworten. Die Dokumentation lässt leider nicht erkennen, inwieweit solche universellen Konzepte gekoppelt sind mit weiterführenden Konzepten für bestimmte Risikogruppen. Nach dem Positionspapier der Landesstelle sollten solche Kopplungen langfristig angestrebt werden.

Allen Stellen und Präventionsfachkräften gilt ein herzlicher Dank für die Mühen der Dokumentation, die bekanntermaßen besonders intensiv sind, wenn ein System erstmalig eingesetzt wird. Die hohe Beteiligung von 74 % ist in diesem Kontext nochmals positiv hervorzuheben.

Christa Niemeier für die AG Suchtprävention

D. Jahresstatistik des Ambulant Betreuten Wohnens für Suchtkranke

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich im Jahre 2008 mit insgesamt 49 Einrichtungen fast doppelt so viele Einrichtungen wie 2007 beteiligt (29). Allerdings wurden in den Vorjahren auch Meldungen verschiedener (Teil-) Einrichtungen zusammengefasst eingereicht, so dass eine exakte Angabe über die Steigerung der Beteiligung nicht möglich ist. Die insgesamt sehr erfreuliche Zunahme der Beteiligung lässt sich aber auch an der deutlichen Steigerung der ausgewerteten Fälle ablesen.

35 Einrichtungen haben Meldungen zum ABW im Rahmen der Reha-Nachsorge abgegeben, 14 Einrichtungen haben sich an der Erhebung des ABW für den Bereich der chronisch mehrfach geschädigten Abhängigen (CMA) beteiligt.

1. Daten des Ambulant Betreuten Wohnens für chronisch Mehrfachabhängige

202 Personen lebten im Jahr 2008 (2007 = 91) in den Einrichtungen des ABW-CMA. Es muss hier darauf hingewiesen werden, dass die Zahlen aufgrund der erheblich höheren Teilnehmerzahl nur bedingt mit denen des Vorjahres vergleichbar sind. Neu aufgenommen wurden 77 Personen, beendet wurden im Berichtszeitraum 73 Betreuungen. Nur 22 (10,9%) Bewohner waren weiblich, 180 (89,1%) waren männlichen Geschlechts.

Wie aus der folgenden Tabelle hervorgeht, liegt der Altersschwerpunkt sehr deutlich bei den über 40-Jährigen.

Altersstruktur	Gesamt	Männer	Frauen
unter 20 Jahren	1	1	0
20 – unter 25	10	10	0
25 bis unter 30	9	7	2
30 bis unter 40	27	23	4
40 bis unter 50	83	74	9
50 bis unter 60	61	55	6
über 60	11	10	1
Summe	202	180	22

Mit 174 Personen (86,1%) ist die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit eindeutig dominierend (27 illegale Drogen, 13,4%).

Im Einrichtungstyp des Ambulant Betreuten Wohnens für chronisch Mehrfachabhängige ist aufgrund der Indikation davon auszugehen, dass zu Betreuungsbeginn die betreuten Personen mit multiplen Reintegrationshindernissen belastet waren. So waren

149 Personen (73,7%) bei Betreuungsbeginn mehr als 12 Monate erwerbslos. Bei den verwertbaren Datensätzen von 69 Personen, die im Jahr 2008 Ihre Betreuung beendet haben, waren zu diesem Zeitpunkt immerhin 23 (33,3%) in Erwerbsarbeit bzw. in Ausbildung. Von den insgesamt 74 Personen, die ihre Betreuung beendet haben, wurden 56 (75,7%) regulär entlassen, 11 wurden disziplinarisch entlassen und 4 Klienten brachen ab (3 sonstige Beendigungsgründe).

2. Daten des Ambulant Betreuten Wohnens im Rahmen der Reha-Nachsorge

Die 35 Einrichtungen, die an der Erhebung des Ambulant Betreuten Wohnens im Rahmen der Reha-Nachsorge teilgenommen haben, können 301 Plätze zur Verfügung stellen. Im Jahr 2008 haben 671 Personen (542 Männer -80,8%- und 129 Frauen -19,2%-) dieses Angebot genutzt. 407 Personen haben ihre Betreuung im Berichtszeitraum beendet (die 16 Kinder werden in der weiteren Auswertung nicht dargestellt).

Der Altersdurchschnitt unterscheidet sich deutlich vom Betreuten Wohnen der chronisch mehrfach Abhängigen: In der Reha-Nachsorge sind die betreuten Personen ganz überwiegend unter 40 Jahre alt (siehe folgende Tabelle).

Altersstruktur	Gesamt	Männer	Frauen
unter 20 Jahren	9	9	0
20 – unter 25	100	79	21
25 bis unter 30	162	126	36
30 bis unter 40	195	158	37
40 bis unter 50	144	117	27
50 bis unter 60	59	52	7
über 60	2	1	1
Summe	671	542	129

Die Betreuten Wohngemeinschaften des Nachsorge-Wohnens werden überwiegend von illegal Drogenabhängigen genutzt: 411 Personen (61,3%) konsumierten illegale Drogen, 252 Menschen (37,5%) hatten die Hauptdiagnose Alkohol und 8 (1,2%) hatten sonstige Hauptdiagnosen.

Wiederum sehr beeindruckend sind die Integrationsergebnisse, die mit dieser Interventionsform erzielt werden. Das Ambulant Betreute Wohnen als Reha-Nachsorge hat als Zugangsbedingung die regulär abgeschlossene stationäre Rehabilitation, entsprechend sind die Betreuten hoch motiviert und therapeutisch belastbar. Andererseits ist Voraussetzung für die Gewährung der Leistung der Eingliederungshilfe ein entsprechender eindeutiger Hilfebedarf: ohne die Leistung des ABW wären die ganzen vorausgegangenen Unterstützungs- und Rehabilitationsmaßnahmen in hohem Maße gefährdet.

Die Integrationsergebnisse beim ABW der Reha-Nachsorge sind aufgrund dieser starken Zugangsselektion in anderen Angebotsbereichen der Suchthilfe sicher nicht erreichbar. Die dokumentierten Ergebnisse belegen, dass die Ziele der Eingliederungshilfe hier sehr weitgehend erreicht werden: stationäre Hilfe zu vermeiden und die Menschen soweit wie möglich von ambulanter Hilfe unabhängig machen, durch

- Befähigung zum selbständigen Wohnen
- Entwicklung sozialer Kompetenz im Hinblick auf das spätere Wohnumfeld
- Aufbau von sozialen Bezügen (Familie, Freundeskreis, Selbsthilfegruppen)
- Gestaltung der Freizeit
- Aufnahme und Erhalt von Arbeit und Ausbildung
- Stabilisierung der Abstinenz.

So haben von den 400 entlassenen Personen (eine Einrichtung lieferte hier keine Zahlen) 201 Personen (50,25%) eine Voll- oder Teilzeitbeschäftigung am Betreuungsende aufgenommen oder befinden sich in Schule oder Ausbildung. Der Anteil der arbeitslosen Betreuten hat sich von 340 (85%) bei Einzug auf 183 (45,8%) bei Auszug fast die Hälfte reduziert; die Gruppe der ALG II-Bezieher ist von 340 auf 182 geschrumpft.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Einrichtung betrug bei den regulär entlassenen Bewohnern 10 Monate.

E. Dokumentation zur Arbeit der Suchtselbsthilfe in Baden-Württemberg

Zum Jahreswechsel 2006/2007 hat die Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg zusammen mit der BWAG der Suchtselbsthilfeverbände eine erste landesweite Dokumentation zur Arbeit der Suchtselbsthilfe durchgeführt. Deren Ergebnisse haben wir in der Kommentierung der Landessuchtstatistik 2006 veröffentlicht.

In der Folgezeit hat sich die Landesstelle darum bemüht, über die DHS eine entsprechende bundeseinheitliche Dokumentation der Arbeit der Suchtselbsthilfe anzuregen, in die – anders als bei der bisherigen bundesweiten Erhebung der Suchtselbsthilfeverbände – eben auch die nichtverbandlich organisierte Selbsthilfe einbezogen sein sollte. Begründet haben wir diesen Vorstoß zum einen mit der der Suchtselbsthilfe von allen Kooperationspartnern in der Versorgung entgegengebrachten Wertschätzung, die es notwendig macht, den Versorgungsbeitrag der Suchtselbsthilfe auch konkret zu verdeutlichen. Gleichzeitig haben wir diese Dokumentation aber auch als Chance gesehen, über die einzelnen Gruppen und Verbände hinaus Entwicklungstrends in der Suchtselbsthilfe qualifiziert zu identifizieren und damit die professionelle Hilfe in die Lage zu versetzen, der Suchtselbsthilfe die notwendige Unterstützung und Rückendeckung zu geben, damit sie weiter einen wichtigen Beitrag zur wohnortnahen Gesamtversorgung abhängiger Menschen erbringen kann.

Nachdem sich allerdings in 2008 die Bemühungen auf Ebene der DHS als etwas langwierig erwiesen und eine Realisierung dieses Vorhabens bislang für uns nicht absehbar ist hat die Landesstelle beschlossen, die erste Erhebung aufgrund der damit gemachten Erfahrungen gemeinsam mit den Verbänden der Suchtselbsthilfe im Lande zu aktualisieren und landesweit für das Berichtsjahr 2008 erneut durchzuführen. In der praktischen Umsetzung zeigte sich dann allerdings recht deutlich, dass es bei Verbänden und einzelnen Gruppen doch noch eine erhebliche Ambivalenz gegenüber einer solchen Erhebung gibt. Ein Großteil der Gruppen nimmt zwar gerne die erfreulich erweiterten Fördermöglichkeiten der Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung entgegen, tut sich aber schwer damit, im Gegenzug auch über das vor Ort verbreitete Angebot der Gruppentreffen hinaus die eigene Tätigkeit zum Beispiel im Rahmen einer solchen Erhebung sichtbar zu machen. Auch die von Seiten der Landesstelle konsequent gewährte Anonymität der Erhebung konnte an dieser skeptisch-ablehnenden Haltung wenig ändern. Offensichtlich ist es uns zu wenig gelungen, den Sinn und „Gewinn“ einer solchen Dokumentation zu verdeutlichen.

Angesichts dieser Rahmenbedingungen freuen wir uns sehr, dass von den 1112 in der Suchterhebung gemeldeten Suchtselbsthilfegruppen in Baden-Württemberg insgesamt 586 nach einer Plausibilitätsvorprüfung verwertbare Datensätze eingegangen sind und damit eine Beteiligungsquote von 52,7% erreicht werden konnte. Gut ein Drittel dieser Datensätze stammen von nicht in Selbsthilfeverbänden organisierten Gruppen. Die Zusammenführung der Daten dieser Gruppen hat dann allerdings gezeigt, dass einige

der aggregierten Einzeldaten im Vergleich zu Referenzwerten unstimmig sind, was eine statistisch saubere Dateninterpretation dann doch erheblich erschwert. Da wir andererseits aber aufgrund einzelner persönlicher Rückmeldungen davon ausgehen können, dass sich die beteiligten Gruppen durchaus ernsthaft um korrekte und vollständige Daten bemüht haben, müssen wir vermuten, dass die Komplexität und die Reichweite einzelner erfragter Informationen wohl doch an der Alltagsrealität der Arbeit der Suchtselbsthilfegruppen "gescheitert" sind („das wissen wir doch gar nicht von unseren GruppenteilnehmerInnen“). Wir haben uns deshalb dazu entschieden, im Sinne einer qualitativen Dokumentation die aggregierten Daten hier umfassend wiederzugeben und nur einige wenige Daten daraus schon von unserer Seite aus zu kommentieren.

Erhebung zur Suchtselbsthilfe 2008

Summen

Verband:

1. Allgemeine Angaben zur Selbsthilfegruppe

	regelmäßige Treffen		
1.1 Selbsthilfegruppe für	wöchentlich	14tägig	monatlich
alle Suchtkranke und Angehörige	<input style="width: 50px;" type="text" value="340"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="107"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="13"/>
nur für Suchtkranke	<input style="width: 50px;" type="text" value="38"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="53"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="6"/>
nur für Angehörige	<input style="width: 50px;" type="text" value="8"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="53"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="6"/>
nur für eine spezifische Zielgruppe	<input style="width: 50px;" type="text" value="6"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="6"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="9"/>

1.2 Zusammensetzung der Gruppe	Anzahl		
	Frauen	Männer	Gesamt
Suchtkranke	<input style="width: 50px;" type="text" value="2.526"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="6.120"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="8.643"/>
Angehörige	<input style="width: 50px;" type="text" value="1.787"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="450"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="2.237"/>
Andere Interessierte	<input style="width: 50px;" type="text" value="203"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="168"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="371"/>
Summe	<input style="width: 50px;" type="text" value="4.516"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="6.738"/>	<input style="width: 50px;" type="text" value="11.254"/>

1.3 Aktivitäten für die Gruppe	
Eigene Seminare / Schulungsmaßnahmen	<input style="width: 50px;" type="text" value="198"/>
Besinnungswochenenden / Bibeltage	<input style="width: 50px;" type="text" value="48"/>
(Familien-) Freizeiten	<input style="width: 50px;" type="text" value="193"/>
Sonstige gemeinsame Aktivitäten (Ausflüge, Kegelabende u.ä.)	<input style="width: 50px;" type="text" value="483"/>

1.4 Wir zeigen unsere Arbeit in der Öffentlichkeit

in Schulen und Einrichtungen der Jugendarbeit	<input style="width: 50px;" type="text" value="192"/>
in Betrieben und Ausbildungseinrichtungen	<input style="width: 50px;" type="text" value="71"/>
in kirchlichen oder gemeindlichen Institutionen / Gruppen	<input style="width: 50px;" type="text" value="171"/>
in sonstigen Institutionen	<input style="width: 50px;" type="text" value="213"/>

1.5 Wir arbeiten mit Einrichtungen / Diensten der Suchthilfe zusammen

Wir stehen im regelmäßigen fachlichen Austausch mit einer Suchtberatungsstelle (z.B. in einem Helferkreis oder in einer Supervisionsgruppe)	461
Wir übernehmen regelmäßig Infogespräche / Infogruppen für Klienten in einer Suchtberatungsstelle	159
Wir übernehmen regelmäßig Infogespräche in Suchtfachkliniken, Entgiftungsstationen oder in Allgemeinkrankenhäusern	235
Wir übernehmen regelmäßig Infogespräche in einer JVA	15
Wir stehen mit anderen Selbsthilfegruppen im regelmäßigen Austausch / Kontakt	397
Wir sind an einem politischen Steuerungsgremium im Landkreis beteiligt (Arbeitskreis Sucht, Kommunales Suchthilfenetzwerk o.ä.)	188

1.6 Wir bemühen uns um neue Gruppenmitglieder und wir unterstützen unsere Mitglieder in ihrem Lebensalltag

Wir bieten neben den Gruppensitzungen bei Bedarf auch Einzelgespräche an	466
Wir führen auf Wunsch auch Hausbesuche durch	348
Wir begleiten unsere Gruppenmitglieder bei Bedarf zur Suchtberatungsstelle	368
Wir begleiten unsere Gruppenmitglieder bei Bedarf in (Fach)Kliniken / Entgiftungen	333
Wir halten regelmäßig Brief- oder Besuchskontakt zu Gruppenmitgliedern während stationärer Behandlungen	316
Wir begleiten Gruppenmitglieder bei Bedarf auch zu Ämtern / Behörden	285

2.1 Vorrangiges Suchtproblem	Anzahl			2.2 in Anspruch genommene Maßnahmen	Anzahl		
	Frauen	Männer	Gesamt		Frauen	Männer	Gesamt
Alkohol	2.163	5.387	7.540	Beratung in einer Suchtberatungsstelle	665	1.263	1.922
Medikamente	105	85	190	Entgiftung / qualifizierter Entzug	380	733	1.110
Illegale Drogen	179	513	692	ambulante oder stationäre Suchtrehabilitation	349	626	975
Pathologisches Glücksspiel	19	107	126	Drogensubstitutionsbehandlung	29	74	103
Essstörungen	59	4	63	„nur“ Gruppe: Die TeilnehmerInnen haben ihre Suchtproblematik wesentlich verändert auch ohne eine professionelle Behandlung	393	973	1.366
mehrere Suchtstoffe	73	125	198				

2.3 Abstinenzdauer	Anzahl Personen	2.4 Gründe für den Aufenthalt in der Gruppe	Anzahl		
			Frauen	Männer	Gesamt
erst seit kurzem	1.165	Überwiegend aufgrund von Führerscheinproblemen (MPU) Überwiegend aufgrund von Auflagen / Eingliederungsvereinbarungen im Rahmen von ALG II aufgrund sonstiger juristischer oder betrieblicher Auflagen	115	660	775
seit mehr als einem Jahr	1.627		36	143	179
seit mehr als 4 Jahren	1.936		74	333	407
seit mehr als 10 Jahren	1.877				
substituiert	4				

2.5 Alter der GruppenteilnehmerInnen				Anzahl		
	Frauen	Männer	Gesamt			
bis 21 Jahre	24	32	56			
bis 30 Jahre	67	222	289			
bis 40 Jahre	291	604	895			
bis 50 Jahre	751	1.440	2.191			
bis 60 Jahre	672	1.467	2.139			
über 60 Jahre	518	1.268	1.783			

2.6 Erwerbssituation				Anzahl		
	Frauen	Männer	Gesamt			
Erwerbstätig	1.054	2.677	3.731			
Arbeitslos (ALG I)	113	264	377			
Arbeitslos (ALG II)	83	294	377			
Nicht erwerbstätig	241	92	333			
RentnerIn	576	1.245	1.821			

2.7 Häufigkeit Gruppenbesuch				Häufigkeit der Gruppenbesuche		
	1-5 mal	6-12 mal	regelmäßig			
Suchtkranke	863	1.336	6.276			
Angehörige	315	416	1.258			
Gesamt	1.178	1.752	7.534			

3.1 Einmalkontakte / Kurzbesucher		Anzahl Personen
Kurzbesucher in der Gruppe (1-5 Kontakte)		3.379

3.2 Umgang mit Rückfälligen				Anzahl		
	Frauen	Männer	Gesamt			
Rückfällige insgesamt	351	595	945			
Rückfällige, die in der Gruppe verblieben	255	409	671			

4. Qualifikation				Anzahl		
	Frauen	Männer	Gesamt			
ehrenamtliche Mitarbeiter/innen	675	930	1.587			
mit Ausbildung als Gruppenleiter/in	328	529	867			
mit Ausbildung als SKH	274	443	716			
mit Ausbildung als betriebl. SKH	17	83	98			
an Schulung teilgenommen	457	643	1.096			

Die bei den Fragen 1.3 bis 1.6 genannten Zahlen sind keine Gesamtzahlen aller von den Gruppen getätigten Aktivitäten, sondern geben nur an, von wie vielen Gruppen solche Aktivitäten im Bezugsjahr überhaupt erbracht wurden. Insofern verdeutlichen diese Zahlen, dass ein erheblicher Teil der Suchtselbsthilfegruppen in hohem Maß auch über die regelmäßigen Gruppentreffen hinaus engagiert ist, sowohl für den sozialen Zusammenhalt der eigenen Gruppe wie auch für die öffentliche Wahrnehmung und für die fachliche Einbindung der Gruppenaktivitäten.

Man kann und muss diese Zahlen also sehen als Beleg für das hohe Engagement der Gruppenverantwortlichen; man darf aber auch aufgrund dieser Zahlen kritisch fragen, warum gut 20% der beteiligten Gruppen offenbar nicht in einem regelmäßigen fachlichen Austausch mit einer Suchtberatungsstelle als dem nächstgelegenen Bereich des Suchthilfesystems stehen und auch der gegenseitige Erfahrungsaustausch mit anderen Selbsthilfegruppen scheint für gut 30% der beteiligten Gruppen kein wichtiges Anliegen zu sein. Die hier zu vermutende Autarkie mancher Selbsthilfegruppen ist vor allem auch auf dem Hintergrund des Stellenwerts der Suchtselbsthilfe in den regionalen Versorgungsstrukturen und der Zuweisung zahlreicher Klienten durch Arbeitgeber und Behörden in die Suchtselbsthilfe durchaus kritisch zu sehen.

Erstaunlich ist die Bereitschaft zahlreicher Gruppen, über das Angebot der Gruppentreffen hinaus für neue Gruppenmitglieder auch Einzelgespräche (79%) und Hausbesuche (59%) durchzuführen. Aufgrund der Angaben bei Frage 4 zur Qualifikation der Gruppenmitglieder ist zu vermuten, dass solche Individualkontakte mit der gerade auch bei abhängigen Menschen notwendigen Fachlichkeit und Seriosität gestaltet werden⁴.

⁴ Rückmeldungen aus unterschiedlichen Gruppen lassen vermuten, dass es ganz unterschiedliche Erfahrungen mit solchen Individualbetreuungen gibt: Während die einen dies als wichtige Ergänzung zur Gruppenar-

Die Fragen 2.1 bis 2.6 beziehen sich nur auf die GruppenteilnehmerInnen mit einer eigenen Abhängigkeitsproblematik. Nimmt man die in 2.1 genannte Gesamtzahl als Grundgesamtheit, dann sind die in 2.2. gemachten Angaben der Gruppen von hohem fachlichem Interesse. Gefragt war hier, welche Unterstützungen diese Gruppenteilnehmer bislang überhaupt in Anspruch genommen haben, wobei das letzte Item darauf abzielte, dass die Gruppenteilnehmer durch die Gruppenteilnahme auch eine wesentliche Veränderung ihrer Suchtproblematik erreicht haben. Anders gesagt: diese Zahlen legen nahe, dass etwa 38% der Gruppenteilnehmer mit eigener Suchtproblematik durch die Gruppenteilnahme bislang keine wesentliche Veränderung ihrer Suchtproblematik erreicht haben! Diese Feststellung ist keineswegs als Misserfolg zu verstehen, sondern macht deutlich, dass offenbar viele Selbsthilfegruppen eben nicht nur eine Gemeinschaft abstinent lebender Rehaabsolventen sind, sondern auch als sehr niederschwelliger Treffpunkt für abhängige Menschen genutzt werden und dazu auch bereit sind. Nachdem es in Baden-Württemberg nahezu nirgends offene tagesstrukturierende Angebote der Eingliederungshilfe insbesondere auch für alkoholabhängige Menschen gibt, scheinen manche Suchtselbsthilfegruppen für diese Menschen ein wichtiger Ort für eine wenigstens minimale soziale Stabilisierung zu sein.

Auch die anderen in 2.2. gemachten Angaben stellen manches Erfahrungswissen auf den Kopf: danach hatten nämlich nur 22% der selber betroffenen Gruppenteilnehmer bislang Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle, nur 13% waren schon in einer stationären Entgiftung und nur 11% in einer Suchtrehamaßnahme! Die Suchtselbsthilfe hat demnach in einem sehr hohen Maß mit Menschen zu tun, die bislang erst selten mit dem Suchthilfesystem Kontakt hatten.

Die Angaben zu den Fragen 2.5 und 2.6 weisen auf ein inzwischen ganz wesentliches Strukturproblem vieler Suchtselbsthilfe hin. Mehr als die Hälfte der hier erfassten Gruppenteilnehmer sind älter als 50 Jahre (53%), 27% sind bereits berentet. Im Gegenzug ist der Anteil arbeitsloser Gruppenteilnehmer mit insgesamt 11,4% deutlich geringer als beim Gesamtklientel der Suchtberatung (34,2%). Diese Daten sind vor allem dann bedeutsam, wenn man sie mit den Alters- und Sozialdaten der Beender aus der stationären Reha vergleicht: es ist zu vermuten, dass in manchen Gruppen Reha-beender immer schwerer Bezugspersonen finden, mit deren Alter und Lebenssituation sie sich vergleichen können.

Teilnehmer mit einer eigenen Suchtproblematik nehmen erstaunlich regelmäßig an der Gruppenarbeit teil (72%); der Anteil von Menschen, die aufgrund externer Auflagen eine Selbsthilfegruppe besuchen, ist dabei nach den Angaben in 2.4. eher gering (insgesamt 15%). Der Alltag der Selbsthilfegruppen wird aber auch geprägt durch eine hohe Zahl von Menschen, die - ob als Betroffene oder Angehörige - nur zu wenigen Kontakten in die Gruppe kommen, dort aber natürlich jeweils viel Aufmerksamkeit beanspruchen.

beit sehen und praktizieren, berichten andere, dass solche Individualberatungen für manchen Hilfesuchenden dann eine Kontaktaufnahme zur Gruppe insgesamt „erspart“.

Die Angaben zu Frage 3.2 verdeutlichen, welche besondere Qualität die Selbsthilfegruppen im Umgang mit rückfälligen Gruppenteilnehmern haben: 71% der rückfälligen Teilnehmer sind demnach weiter in der Gruppe geblieben, haben somit einen wichtigen sozialen Bezug aufrechterhalten und haben damit gute Voraussetzungen für eine Bewältigung ihres Rückfallverhaltens.

Die Antworten auf die Frage 4 machen deutlich, mit welchem hohem Engagement viele Menschen in der Suchtselbsthilfe die Hilfe für andere Betroffene betreiben: fast jeder zehnte Gruppenteilnehmer (bzw. 69% aller ehrenamtlichen Mitarbeiter in der Suchtselbsthilfe) hat im Bezugsjahr 2008 an Schulungen / Weiterbildungen im Umfang von mindestens 6 Stunden teilgenommen. Allein schon diese Zahl macht deutlich, wie sinnvoll und wie notwendig zum Beispiel die finanziellen Förderungen der Leistungsträger für die Suchtselbsthilfe sind.

Diese Auswertungen sind Eigentum der Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg. Die Weitergabe dieser Daten ohne schriftliche Zustimmung durch die Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg e.V. - im Folgenden LSS BW - an unbefugte Dritte ist nicht zulässig. Die Verwendung der Daten in Veröffentlichungen oder gegenüber unbefugten Dritten ist ohne vorherige schriftliche Genehmigung durch die LSS BW nicht zulässig und verletzt das Recht der LSS BW an diesen. Sie sind zur Einhaltung dieser Regelungen auch dann verpflichtet, wenn Sie durch das fahrlässige oder vorsätzliche Handeln einer dritten Person in den Besitz dieser Daten gelangt sind. Auch für den Fall, dass Sie aufgrund technischer Unzulänglichkeiten Einblick in diese Daten erhalten haben, sind Sie ebenfalls zur Einhaltung dieser Regelungen verpflichtet. Die LSS BW behält sich ggf. rechtliche Schritte vor, sollte sie Kenntnis von Verstößen gegen ihre Eigentumsrechte erlangen.