



Dokumentation der Suchtprävention - Exemplarische Auswertungen

Jahresbericht 2006

Moderne Dokumentation
in der ambulanten Suchtkrankenhilfe



Herausgeber:
Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Familie,
Jugend und Senioren des
Landes Schleswig-Holstein

Adolf-Westphal-Str. 4
24143 Kiel

Ansprechpartnerin:
hannelore.christiansen@
sozmi.landsh.de

Text, Layout, Redaktion:
Institut für interdisziplinäre
Sucht- und
Drogenforschung e. V.
ISD Hamburg

Satz:
Christian Schütze
Hamburg

Druck und
Weiterverarbeitung:

Glückstädter Werkstätten
Itzehoe

Dezember 2007
Band 8

ISSN 0935-4379

Diese Broschüre wurde
aus Recyclingpapier her-
gestellt.

Diese Druckschrift
wird im Rahmen der
Öffentlichkeitsarbeit der
schleswig-holsteinischen
Landesregierung heraus-
gegeben. Sie darf we-
der von Parteien noch von
Personen, die Wahlwer-
bung oder Wahlhilfe be-
treiben, im Wahlkampf
zum Zwecke der Wahlwer-
bung verwendet werden.
Auch ohne zeitlichen Be-
zug zu einer bevorstehen-
den Wahl darf die Druck-
schrift nicht in einer Weise
verwendet werden, die als
Parteinahme der Landes-
regierung zu Gunsten ein-
zelnder Gruppen verstan-
den werden könnte. Den
Parteien ist es gestattet,
die Druckschrift zur Unter-
richtung ihrer eigenen Mit-
glieder zu verwenden.

Die Landesregierung im Internet:
www.landesregierung.schleswig-holstein.de

Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe
(Band 8)

Jahresbericht 2006
Dokumentation der Suchtprävention - Exemplarische Auswertungen

Christian Schütze
Sven Buth
Jens Kalke
Peter Raschke

Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung
ISD Hamburg

Inhalt

Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	7
1. Zusammenfassung	9
1.1. Fragestellung und Zielsetzung	9
1.2. Datenkontrolle und Datenvalidität	9
1.3. Die Lebenssituation und Versorgung der Klienten/innen.....	9
1.4. Suchtprävention in Schleswig-Holstein: Exemplarische Auswertungen mit dem EDV-Programm „Dot.sys“	12
2. Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten	13
2.1. Basisdaten: Einrichtungen und Hilfe suchende Personen	13
2.1.1. Einrichtungen und elektronische Dokumentationssysteme	13
2.1.2. Hilfe suchende Personen.....	13
2.1.3. Anonyme Kontakte.....	14
2.1.4. Das Alter der namentlich erfassten Personen	14
2.2. Die Hauptsubstanz der Klienten/innen.....	15
2.3. Die soziale Situation	18
2.3.1. Wohnsituation	18
2.3.2. Familienstand	20
2.3.3. Bildungs- und Ausbildungsstand	23
2.3.4. Berufliche und finanzielle Situation	24
2.4. Der Weg in das Hilfesystem hinein und wieder hinaus.....	26
2.5. Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems	29
2.5.1. Auf einzelne Personen bezogene Leistungen.....	29
2.5.2. Niedrigschwellige Dienstleistungen	32
2.6. Die Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe	33
2.6.1. Einleitende Bemerkungen	33
2.6.2. Datengrundlage	33
2.6.3. Analyse der Strukturdaten	33
2.6.4. Auswertung nach Klienten/innen und Tätigkeiten	36
2.6.5. Klientenbezogene Leistungen	37
2.7. Trends 2001 - 2006.....	38
2.7.1. Demografische Entwicklungen.....	38
2.7.2. Substanzbezogene Trends	39
2.7.3. Biografische Trends.....	41
2.7.4. Betreuungsbezogene Trends	43
3. Suchtprävention in Schleswig-Holstein: Exemplarische Auswertungen des Dokumentationsprogramms „Dot.sys“	45
3.1. Zielsetzung des Feldversuches	45
3.2. Das Dokumentationsprogramm Dot.sys.....	45
3.3. Datengrundlage.....	46
3.4. Grundauswertung.....	46
3.5. Auswertung nach dem Setting.....	49
3.6. Auswertung nach dem Schultyp	51
3.7. Ausblick	53
3.8. Anhang: Itemliste von Dot.sys (Version 1.6).....	54
Literatur	56

Tabellenverzeichnis

Kapitel 2

Tabelle 2.1:	Namentlich erfasste Klienten/innen und Angehörige des Jahres 2006.....	13
Tabelle 2.2:	Namentlich erfasste Klienten/innen aus dem Vorjahr differenziert nach Geschlecht, 2006.....	14
Tabelle 2.3:	Anonyme Kontakte des Jahres 2006.....	14
Tabelle 2.4:	Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen nach Geschlecht, 2006.....	14
Tabelle 2.5:	Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2006.....	15
Tabelle 2.6:	Das Hauptproblem der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Geschlecht.....	16
Tabelle 2.7:	Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen unter 26 Jahren des Jahres 2006, ausgewählte Haupts substanzgruppen.....	18
Tabelle 2.8:	Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Haupts substanz.....	19
Tabelle 2.9:	Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Haupts substanz.....	20
Tabelle 2.10:	Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Haupts substanz.....	21
Tabelle 2.11:	Partnerbeziehung der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Haupts substanz.....	22
Tabelle 2.12:	Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 in einem Alter von 18 Jahren oder älter nach Haupts substanz.....	23
Tabelle 2.13:	Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Haupts substanz.....	25
Tabelle 2.14:	Vermittlung in das Hilfesystem des Jahres 2006 nach Haupts substanz.....	27
Tabelle 2.15:	Nach § 16 SGB II vermittelte, namentlich erfasste Klienten/innen, 2006.....	27
Tabelle 2.16:	Durchschnittliche Gesamtdauer der klientenbezogenen Leistungen pro Klient/in nach Geschlecht, 2006.....	30
Tabelle 2.17:	Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Haupts substanz, 2006.....	31
Tabelle 2.18:	Niedrigschwellige Dienstleistungen, 2006.....	32
Tabelle 2.19:	Einrichtungstyp der an der Strukturanalyse beteiligten Suchtberatungsstellen, 2006.....	34
Tabelle 2.20:	Einrichtungstyp getrennt nach kreisfreien Städten, Hamburger Rand und Landkreise, 2006.....	34
Tabelle 2.21:	Zentrale Hilfen/Tätigkeiten der Einrichtungen, 2006.....	35
Tabelle 2.22:	Trends 2001 bis 2006: Neu begonnene Betreuungen nach Geschlecht namentlich erfasster Klienten/innen.....	39
Tabelle 2.23:	Trends 2001 bis 2006: Begonnene Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Haupts substanz.....	40
Tabelle 2.24:	Trends 2001 bis 2006: Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen.....	41
Tabelle 2.25:	Trends 2001 bis 2006: Haupteinkommensquelle namentlich erfasster Klienten/innen.....	42
Tabelle 2.26:	Trends 2001 bis 2006: Partnersituation namentlich erfasster Klienten/innen.....	43
Tabelle 2.27:	Trends 2001 bis 2006: Betreuungstyp von jeweils neu begonnenen Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen.....	43
Tabelle 2.28:	Trends 2001 bis 2006: Konsumstatus bei Beendigung der Betreuung.....	44

Kapitel 3

Tabelle 3.1:	Umsetzungs-Ebene nach prozentualem Anteil, erreichten Personen und Dauer.....	48
Tabelle 3.2:	Setting nach prozentualem Anteil, erreichten Personen und Dauer.....	49
Tabelle 3.3:	Setting nach der Inhaltsebene.....	50
Tabelle 3.4:	Setting nach der konzeptionellen Ebene.....	50
Tabelle 3.5:	Setting nach der Umsetzungs-Ebene zusammengefasst und hierarchisiert.....	50
Tabelle 3.6:	Setting nach Evaluation.....	51
Tabelle 3.7:	Schultypen nach prozentualem Anteil, erreichten Personen und Dauer.....	51
Tabelle 3.8:	Schultypen nach der Inhaltsebene.....	52
Tabelle 3.9:	Schultypen nach der konzeptionellen Ebene.....	52
Tabelle 3.10:	Schultypen nach der Umsetzungs-Ebene zusammengefasst und hierarchisiert.....	52
Tabelle 3.11:	Schultypen nach Evaluation.....	53

Abbildungsverzeichnis

Kapitel 2

Abbildung 2.1:	Anzahl der Einrichtungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems, die sich an der EDV-gestützten Dokumentation beteiligen, Jahre 1999 - 2006	13
Abbildung 2.2:	Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2006 nach Geschlecht.....	15
Abbildung 2.3:	Das Hauptproblem namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2006.....	16
Abbildung 2.4:	Das Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Geschlecht und Hauptsubstanz.....	17
Abbildung 2.5:	Klienten/innen aus den Vorjahren, namentlich erfasste Klienten/innen des Jahres 2006, nach Hauptsubstanz	17
Abbildung 2.6:	Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006.....	18
Abbildung 2.7:	Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Hauptsubstanz.....	19
Abbildung 2.8:	Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006.....	20
Abbildung 2.9:	Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006	21
Abbildung 2.10:	Partnerbeziehung, namentlich erfasste Klienten/innen des Jahres 2006	22
Abbildung 2.11:	Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 in einem Alter von 18 Jahren oder älter	23
Abbildung 2.12:	Ausbildungsabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 in einem Alter von 20 Jahren oder älter	23
Abbildung 2.13:	Ausbildungsabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 in einem Alter von 20 Jahren oder älter nach Hauptsubstanz	24
Abbildung 2.14:	Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006	24
Abbildung 2.15:	Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006	26
Abbildung 2.16:	Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Hauptsubstanz	26
Abbildung 2.17:	Vermittlung in das Hilfesystem, 2006	26
Abbildung 2.18:	Art der Beendigung der Betreuung, 2006.....	28
Abbildung 2.19:	Weitervermittlung nach Ende der Betreuung, 2006	28
Abbildung 2.20:	Konsumstatus nach Beendigung der Betreuung, 2006	28
Abbildung 2.21:	Konsumstatus nach Beendigung der Betreuung nach Hauptsubstanz, 2006	29
Abbildung 2.22:	In Anspruch genommene Leistungen, anzahlbezogen und nach Zeitanteilen, 2006	30
Abbildung 2.23:	Durchschnittliche Gesamtleistungsdauer der verschiedenen Leistungen pro Klient/in differenziert nach Geschlecht, 2006.....	30
Abbildung 2.24:	Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Altersgruppen, 2006.....	31
Abbildung 2.25:	Gesamtleistungsdauer und Gesamtanzahl der erbrachten Leistungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz, 2006	31
Abbildung 2.26:	Besucher/innen (2 Modelleinrichtungen), 1997-2006.....	32
Abbildung 2.27:	ausgegebene Spritzen (5 Einrichtungen), 2002-2006	32
Abbildung 2.28:	ausgegebene Essen (3 Einrichtungen), 2001-2006.....	33
Abbildung 2.29:	Anteile der einzelnen Berufsgruppen in den Einrichtungen, gemessen an der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit.....	36
Abbildung 2.30:	Konsumproblem („Hauptsubstanz“) der namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp.....	36
Abbildung 2.31:	Anteile der namentlich erfassten Klienten/innen einer Region nach Konsumproblem („Hauptsubstanz“).....	37
Abbildung 2.32:	Anteile der einzelnen Leistungstypen an der Gesamtzahl klientenbezogener Leistungen von namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp.....	38
Abbildung 2.33:	Trends 2001 bis 2006: Durchschnittsalter namentlich erfasster Klienten/innen nach Geschlecht.....	39
Abbildung 2.34:	Trends 2001 bis 2006: Durchschnittsalter zu Betreuungsbeginn namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz.....	40
Abbildung 2.35:	Trends 2001 bis 2006: Hauptsubstanz der bis 25-Jährigen namentlich erfassten Klienten/innen	41
Abbildung 2.36:	Trends 2001 bis 2006: Prekäre Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz	42
Abbildung 2.37:	Trends 2001 bis 2006: Art der Beendigung der Betreuung von namentlich erfassten Klienten/innen	44

Kapitel 3

Abbildung 3.1: Dot.sys-Eingabemaske	46
Abbildung 3.2: Zielebene der Maßnahme.....	46
Abbildung 3.3: Anzahl erreichter Personen.....	47
Abbildung 3.4: Inhaltsebene der Maßnahme.....	47
Abbildung 3.5: Konzeptionelle Ebene der Maßnahme.....	48
Abbildung 3.6: Evaluationsstatus der Maßnahme	49

Kapitel 1: Zusammenfassung

Fragestellung, Datengrundlage und Ergebnisse

1.1. Fragestellung und Zielsetzung

- Der vorliegende Band ist inzwischen der achte Jahresbericht (2006), der in der Reihe „Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe“ erscheint. Damit wird die regelmäßige Berichterstattung fortgesetzt, die mit der Einführung der EDV-gestützten Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein (seit 1997) begonnen worden ist.
- Der Jahresbericht 2006 besteht zum einen aus dem jährlich erscheinenden Statusbericht (Kapitel 2), der Grundinformationen zum Suchtmittelkonsum und zur soziodemografischen Situation der Klienten und Klientinnen sowie zu den nachgefragten Leistungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe enthält. Ferner werden dort Strukturdaten der Einrichtungen sowie Trends (zu ausgewählten Bereichen) der Jahre 2001 bis 2006 präsentiert.
- Im Jahre 2006 ist ein halbjähriger Feldversuch (19 Modelleinrichtungen) mit dem EDV-Programm „Dot.sys“ durchgeführt worden, mit dem geprüft werden sollte, ob auf diese Weise Präventionsleistungen in geeigneter Form dokumentiert werden können. In der diesjährigen Spezialanalyse zum Thema Suchtprävention in der ambulanten Suchtkrankenhilfe werden exemplarisch Auswertungsmöglichkeiten mit Hilfe dieses Programms gezeigt und grundlegende Erkenntnisse dieses Feldversuches dargelegt.
- Der Prozess der EDV-gestützten Dokumentation in Schleswig-Holstein wird begleitet von der Projektgruppe „Ambulante Suchtkrankenhilfe“, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, der Landestelle gegen die Suchtgefahren (LSSH), der freien Wohlfahrtsverbände (Diakonisches Werk, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Arbeiterwohlfahrt), des Landkreistages, des Städteverbandes, des Fachausschusses Sucht und des Institutes für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) zusammensetzt. Die Aufgabe der Projektgruppe liegt – neben der Verzahnung mit der Praxis und der Festlegung der zentralen Themen der jährlichen Berichterstattung – insbesondere auch in der Formulierung von Empfehlungen und Vorschlägen, welche aus den Ergebnissen der Suchthilfestatistik abgeleitet wurden. Die Themen und Inhalte des vorliegenden Jahresberichts 2006 wurden gemeinsam in der Projektgruppe festgelegt.

1.2. Datenkontrolle und Datenvalidität

- Die Bereitstellung der erfassten Daten geschieht über eine Datenbankeportschnittstelle: Die Daten werden anonymisiert und durch einen HIV-Code sowie eine interne Identifikationsnummer doppelt verschlüsselt weitergegeben, so dass eine fallbezogene Analyse möglich wird, ohne die Anonymität zu gefährden.
- Die Daten wurden – wie in jedem Jahr – einer gründlichen und aufwändigen Kontrolle unterzogen, um falsche oder unplausible Angaben herauszufiltern.
- Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass generell der Datenkontrolle ein hoher Stellenwert zukommt und sie in einen reflexiven Transferprozess mit den beteiligten Einrichtungen eingebunden sein muss.
- Es kann festgestellt werden, dass die Güte der Dokumentation (Datenqualität) der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins in etwa auf dem hohen Niveau des Vorjahres liegt. Durch die Einführung von so genannten "Muss-Kategorien" konnte für ausgesuchte, besonders relevante Sachverhalte der Anteil fehlender Werte weiter reduziert werden.

1.3. Die Lebenssituation und Versorgung der Klienten/innen

Datengrundlage

- Die Datengrundlage für diese Analyse lieferten 61 Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein. Sie übergaben dem ISD ihre exportierten Datenbanken für das Jahr 2006 zur statistischen Auswertung.
- Die Datenbanken beinhalten Angaben zu 15.297 Personen, die im Jahre 2006 namentlich erfasst wurden: 13.536 Klienten/innen und 1.761 Angehörige. Dazu kommen 7.830 anonyme Kontakte mit nicht namentlich erfassten Klienten/innen.
- Nahezu ein Viertel (23 %) aller namentlich bekannten Klienten/innen sind Frauen. In der Gruppe der Angehörigen überwiegen die Frauen mit einem Anteil von 74 Prozent.
- Das durchschnittliche Alter der männlichen Klienten beträgt 36,7 Jahre, das der Frauen 39,5 Jahre. Die Angehörigen sind mit durchschnittlich 44,2 Jahren (Frauen) bzw. 45,8 Jahren (Männer) deutlich älter.

Hauptsubstanz

- Die bedeutendste Hauptsubstanz ist der Alkohol: 46 Prozent der Klienten/innen wandten sich auf Grund eines solchen Problems an eine ambulante Beratungsstelle. Bei 28 Prozent handelt es sich um Opiatabhängige.
- 12 Prozent der Klienten/innen sind wegen des Konsums von Cannabis in einer ambulanten Einrichtung vorstellig geworden. Kokainklienten/innen sowie pathologische Spieler/innen besitzen einen Anteil von 3 Prozent und die Personen mit Essstörungen bzw. Tabkakproblemen einen Anteil von jeweils 2 Prozent. Alle anderen Hauptsubstanzen sind von geringerer Bedeutung (jeweils bis zu maximal einem Prozent). Von 0,4 Prozent der Klienten/innen liegen keine Angaben zur Hauptsubstanz vor.
- In den Gruppen der Opiatabhängigen, Cannabiskonsumanten/innen und pathologischen Spieler finden sich überproportional viele Männer, bei den Medikamentenabhängigen und Essgestörten überdurchschnittlich viele Frauen. In der Gruppe der alkoholabhängigen und -gefährdeten Personen spiegelt sich das allgemeine Geschlechterverhältnis aller Klienten/innen wider (siehe oben).
- Mit 43,6 Jahren sind die Personen mit Alkoholproblemen deutlich älter als der Durchschnitt aller Klienten/innen. Das Durchschnittsalter der Heroinabhängigen ist 10 Jahre geringer: 34,0 Jahre. Am jüngsten sind die Cannabiskonsumanten/innen: Im Durchschnitt sind sie 23,9 Jahre alt.

Biografische Aspekte

- In stabilen Wohnsituationen leben durchschnittlich 81 Prozent aller Klienten/innen (Alkoholklienten/innen: 86 %; Essgestörte: 91 %; pathologische Spieler/innen: 90 %). In prekären Wohnverhältnissen befinden sich insbesondere Heroinabhängige (28 %) und Cannabisklienten/innen (23 %).
- Mehr als jede/r zweite Klient/in (57 %) ist ledig, etwa jede/r dritte verheiratet (26 %). Allein leben 40 Prozent der Hilfesuchenden. Mit Partner/in und/oder Kindern leben 45 Prozent der Alkoholiker/innen (-gefährdete) zusammen, aber nur 33 Prozent der Heroinabhängigen. Vier von zehn Cannabisklienten/innen (41 %) haben ihren Lebensmittelpunkt noch bei den Eltern.
- 67 Prozent der Klienten/innen im Alter über 17 Jahren besitzen höchstens einen Hauptschulabschluss, ein Viertel verfügt über einen Realschulabschluss (24 %) und jede/r Zehnte über die Hochschulreife (9 %). Bei den Essgestörten sind es 65 Prozent mit einem der beiden letztgenannten Schulabschlüsse. Hingegen haben nur 20 Prozent der Heroinabhängigen das Abitur oder die Mittlere Reife erworben; zu 24 Prozent erreichten sie entweder keinen oder aber den Sonderschulabschluss (Förderschule).
- Einen Ausbildungs- bzw. Hochschulabschluss können 59 Prozent aller Klienten/innen in einem Alter über 19 Jahre vorweisen – 41 Prozent der Klienten/innen ha-

ben die Ausbildung abgebrochen oder nicht begonnen. Die alkoholabhängigen oder -gefährdeten Personen verfügen zu fast drei Vierteln (71 %) über einen Ausbildungs- bzw. Hochschulabschluss, während zwei von drei Heroinabhängigen die Ausbildung abgebrochen oder nicht begonnen haben.

- Eine eigene Erwerbstätigkeit ist für 28 Prozent der Klienten/innen die Haupteinkommensquelle. 49 Prozent der Klienten/innen beziehen ihr Haupteinkommen aus staatlichen oder kommunalen Transferleistungen (Arbeitslosengeld I: 9 %, Arbeitslosengeld II: 26 % oder Sozialhilfe: 14 %). Während Opiatabhängige nur zu 14 Prozent ihr Haupteinkommen durch eine Erwerbstätigkeit bestreiten, sind dies bei den Alkoholklienten/innen 35 Prozent und den pathologischen Spieler/innen 50 Prozent.
- Ein Drittel (32 %) der pathologischen Spieler/innen und 41 % der Alkoholklienten/innen bestreiten ihren Lebensunterhalt mithilfe der oben genannten Transferleistungen – die Heroinabhängigen aber zu 73 %.
- Mit der jeweils betreuenden Einrichtung hatte im Jahr 2006 annähernd die Hälfte der Klienten/innen erstmals Kontakt (48 %), während ebenfalls 45 Prozent von ihnen bereits im Vorjahr diese Suchtberatungsstelle aufsuchten. 7 Prozent der Klienten/innen erneuerten im Jahr 2006 ihren Kontakt zu dieser Einrichtung aus der Zeit vor 2005.

Betreuungen

- Begonnen wird annähernd jede zweite Betreuung durch die Vermittlung von anderen professionellen Hilfeeinrichtungen (37 %). Aus eigener Motivation nimmt nahezu jede/r dritte Klient/in die Angebote der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Anspruch (32 %).
- Vier von zehn Behandlungen (40 %) werden planmäßig abgeschlossen. Bei einem Drittel erfolgt ein Abbruch durch die Klienten/innen (33 %). 21 Prozent der Betreuungen werden durch eine Weitervermittlung bzw. eine Verlegung beendet, während der Abbruch der Betreuung durch die Mitarbeiter/innen der Suchtkrankenhilfe sehr selten vorkommt (2 %).
- Eine Verbesserung des Konsumstatus am Ende der Betreuung bis hin zur Abstinenz wird 59 Prozent der Klienten/innen attestiert; nur für 4 Prozent der Klienten/innen wird eine Verschlechterung ihres Konsumstatus festgehalten. Ein unverändertes Konsumverhalten wurde bei jedem/r dritten Klienten/in dokumentiert (33 %). Die Alkoholklienten/innen erreichen zu 43 Prozent und die pathologischen Spieler zu 48 Prozent eine Abstinenz nach Ablauf ihrer Behandlung, für die Heroinabhängigen wird eine Abstinenzrate von 19 Prozent ausgewiesen.

Leistungen

- Die im Jahr 2006 erbrachten 122.407 klientenbezogenen Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems gliedern sich in 51 Prozent Beratungs-, 35 Prozent Betreuungs- (hierunter fallen z.B. die psy-

chosoziale Betreuung Substituierter und die ambulante Rehabilitation), 5 Prozent Informationsleistungen und 11 Prozent Vermittlung, Begleitung oder andere Hilfen. Zeitlich nehmen die Beratungs- und Betreuungsleistungen mit 40 Prozent bzw. 44 Prozent den größten Anteil der insgesamt aufgewendeten Zeit in Anspruch.

- Die Personen mit Essstörungen weisen den höchsten Durchschnittswert von in Anspruch genommenen Leistungen nach ihrer Dauer auf: 11,6 Stunden. Es folgen diejenigen mit Alkoholproblemen (10,3 Stunden) und die pathologischen Spieler/innen (8,5 Stunden). Für Heroinabhängige werden im Mittel 5,8 Stunden aufgewendet und für Cannabiskonsumenten/innen 5,2 Stunden.

Einrichtungsstruktur

- Von den 56 Einrichtungen, die sich an der Befragung zu den Strukturdaten beteiligt haben, sind 37 (66 %) dem Einrichtungstyp „legale und illegale Drogen“ zuzuordnen. Acht Einrichtungen (14 %) haben sich auf Klienten/innen legaler Substanzen spezialisiert und weitere 10 Einrichtungen (18 %) betreuen vorwiegend Klienten/innen illegaler Drogen.
- Von den 21 Suchtberatungsstellen in den Landkreisen sind 19 dem integrativen Einrichtungstyp zuzuordnen. Mit zunehmendem Urbanisierungsgrad ist jedoch eine Spezialisierung des Hilfeangebots festzustellen. So beträgt der Anteil von spezialisierten Drogenhilfeeinrichtungen im Hamburger Randgebiet 29 Prozent und in den kreisfreien Städten 65 Prozent.
- Über 92 Prozent aller Einrichtungen sehen in der Beratung ein zentrales Moment ihrer Arbeit mit den Klienten/innen und drei Viertel führen Präventionsmaßnahmen durch (74 %). Für 60 Prozent ist die psychosoziale Begleitung von Substituierten ein wichtiges Arbeitsfeld und etwa jede zweite Einrichtung benannte niedrigschwellige Hilfen (51 %), ambulante Rehabilitationen (47 %) bzw. aufsuchende Arbeit (45 %) als zentrale Tätigkeit. Eine externe Beratung im Gefängnis wird von jeder sechsten Einrichtung angeboten (17 %). Straßensozialarbeit praktiziert etwa jede achte Beratungsstelle (13 %).

Einrichtungen und ihre Klientel

- Werden die Klienten/innen des Jahres 2006 den Einrichtungstypen zugeordnet, so wandten sich 62 Prozent von ihnen an die integrativen Suchtberatungsstellen. Etwa jede/r vierte Klient/in (27 %) suchte um Hilfe in einer Einrichtung für illegale Substanzen nach und weitere 11 Prozent wurden in Einrichtungen für legale Substanzen betreut.
- Nahezu zwei Drittel der Klienten/innen (61 %), welche um Hilfe in Einrichtungen der kreisfreien Städte nachsuchen, haben ein Problem mit dem Konsum illegaler Drogen. In den Landkreisen und im Hamburger Randgebiet sind es mehrheitlich Personen mit Alkoholproblemen, die eine Suchtberatungsstelle aufsuchen.

Konsumenten/innen illegaler Drogen machen hier nur ein jeweils etwa ein Viertel der Klientel aus.

- In den Einrichtungen für illegale Substanzen nimmt die Beratung eine herausragende Stellung ein (56 %). Die Anteile der Betreuungs- (25 %) und Informationsleistungen (11 %) liegen deutlich darunter. Dagegen liegt der Schwerpunkt in den Einrichtungen für legale Substanzen auf den Betreuungsleistungen (53 %). In den integrativen Einrichtungen sind die Beratung und die Betreuung die beiden dominierenden Leistungstypen (47 % bzw. 48 %).

Trends 2001 bis 2006

Die folgenden Analysen sind betreuungsbezogen. Es wurden nur diejenigen Einrichtungen einbezogen, die über die Jahre 2001 bis 2006 durchgängig an der Basisdatendokumentation teilnahmen und pro Jahr jeweils ausreichend viele Klienten/innen dokumentierten (N>10). Des Weiteren ist aus methodischen Gründen der Fokus der zeitlichen Betrachtung verlagert worden: Bildet der Statusbericht die zum Zeitpunkt der Beendigung einer Betreuung bzw. zum Ende des jeweiligen Berichtsjahres gültigen Informationen ab (z. B. die letzte dokumentierte Wohnsituation), so wird im folgenden Bezug genommen auf die Situation zu Beginn der Betreuung.

- Soziodemografisch zeigt sich die Klientel des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins sehr stabil: Die Geschlechterverteilung der Klienten/innen und der Angehörigen hat sich über die vergangenen fünf Jahre nicht verändert. Die stetige Zunahme des Durchschnittsalters der Klienten in den Jahren 2001 bis 2003 hat sich, mit einer Unterbrechung in den Jahren 2004 bis 2005, innerhalb des letzten Berichtsjahres fortgesetzt.
- Wird die diesjährige Verteilung der Hauptsubstanzen mit denen der Vorjahre verglichen, so zeigen sich bei den bedeutendsten Drogentypen einige bemerkenswerte Unterschiede. So ist der Anteil der Heroinabhängigen zwischen 2001 und 2006 um nahezu zehn Prozentpunkte gefallen, während Personen mit Alkoholproblemen einen stabilen Anteil auf sich vereinigen. Bemerkenswert zugenommen hat hingegen der Anteil der Klienten/innen mit der Hauptsubstanz Cannabis von 9 Prozent im Jahre 2001 auf 14 Prozent im laufenden Berichtsjahr. Ein Teil dieses prozentualen Anstiegs der Cannabisklienten/innen dürfte jedoch mit den Veränderungen in der Dokumentation der Hauptsubstanz im Zuge der Einführung des neuen schleswig-holsteinischen Datensatzes zusammenhängen.
- Der Anteil von erwerbstätigen Klienten/innen hat seit dem Jahre 2001 um sieben Prozentpunkte abgenommen. Die Anteile der Bezieher/innen von Sozialhilfe sind – größtenteils als Auswirkung der Hartz-IV-Gesetzgebung – zwischen den Jahren 2004 (20 %) und 2006 deutlich gesunken (10 %), während ALG-II-Empfänger/innen im laufenden Berichtsjahr einen Anteil von 26 Prozent ausmachen.
- Bei der Cannabisklientel zeigt sich während des Zeitraumes 2001 bis 2004 eine stetige Zunahme in den

Anteilen problematischer Wohnsituationen um insgesamt acht Prozentpunkte. Ab dem Jahre 2005 kam es jedoch zu einem deutlichen Rückgang, der sich im Jahre 2006, wenngleich weniger stark, fortsetzte. Bei den Heroinklienten/innen hat sich die Wohnsituation im Vergleich zum Vorjahr um vier Prozentpunkte verschlechtert (2005: 23 %, 2006: 27 %).

Eine differenziertere Analyse zeigt auf, dass die Entwicklung zu einem überwiegenden Teil auf den Zuwachs des Anteils neu begonnener Betreuungen von Klienten/innen in Haft beruht (2005: 3 %; 2006: 6 %). Hierin spiegelt sich offensichtlich das größere Engagement der Suchtkrankenhilfe in der Betreuung dieser Klientel wider.

- In Bezug auf den Betreuungstyp sind im Laufe der zurückliegenden Jahre nur geringe Veränderungen feststellbar. Anzumerken ist jedoch, dass die psychosoziale Begleitung für Substituierte innerhalb der Heroinklientel deutlich an Bedeutung gewonnen hat. Wurde im Jahre 2001 jeder fünfte Heroinabhängige im Rahmen einer Substitutionsbehandlung betreut, so ist es seit dem Jahre 2003 etwa jede/r Dritte.
- Vom Jahr 2001 zum Jahr 2006 vollzieht sich – als eine ausgesprochen positive Entwicklung – ein stetiger Anstieg des Anteils der planmäßigen Betreuungsabschlüsse und Weitervermittlungen, der mit dem Absinken des Anteils abgebrochener Betreuungen durch die Klienten/innen korrespondiert.

1.4. Suchtprävention in Schleswig-Holstein: Exemplarische Auswertungen mit dem EDV-Programm „Dot.sys“

- Es ist eine Besonderheit in Schleswig-Holstein, dass ein Großteil der suchtpreventiven Arbeit an das ambulante Hilfesystem angekoppelt ist. Bisher fließen diese Aktivitäten jedoch nicht in die ambulante Suchthilfestatistik mit ein.
- Deshalb wurde im Jahr 2006 ein halbjähriger Feldversuch mit dem EDV-Programm „Dot.sys“ durchgeführt, mit dem geprüft werden sollte, ob auf diese Weise Präventionsleistungen in geeigneter Form dokumentiert werden können. Mit einem solchen Programm soll u. a. das Erreichen suchtpreventiver Ziele und die Umsetzung der Vorgaben der Landesregierung überprüft und mögliche Defizite sichtbar gemacht werden.
- Bei „Dot.sys“ handelt es sich um eine einfach strukturierte Software, die bundesweit eingesetzt wird und mit der der Dokumentationsaufwand gering gehalten werden soll. Das Programm umfasst 13 verschiedene Erfassungsbereiche (u. a. Typ der Präventionsmaßnahme, Inhaltsebene, Setting, Zielgruppe).
- Die Teilnahme an dem Feldversuch, der vom April bis September 2006 lief, war freiwillig. Insgesamt 19 der 60 ambulanten Einrichtungen haben sich daran beteiligt. Damit ergibt sich eine Beteiligungsquote von

32 Prozent. Da nicht bekannt ist, in welchem Umfang die anderen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen suchtpreventive Arbeit leisten, kann über die Repräsentativität der ermittelten Ergebnisse keine Aussage getroffen werden.

- Die exemplarischen Analysen in den drei Bereichen a.) Grundauswertung, b.) Auswertung nach Setting (Schule, Betrieb, Jugendarbeit), c.) Auswertung nach Schultyp (Grundschule, Hauptschule, Gymnasium) zeigen die vielfältigen Auswertungsmöglichkeiten der mit „Dot.sys“ erfassten Informationen auf. Die genauen Ergebnisse der exemplarischen Auswertungen finden sich in den Kapiteln 3.4 bis 3.6.
- Das Programm erlaubt einen guten Überblick über die Arbeit der Suchtprävention, es können aber auch Analysen unter spezielleren Fragestellungen durchgeführt werden.
- Es wird weiter deutlich, dass es möglich ist, mit dem EDV-Programm „Dot.sys“ einen Großteil relevanter Informationen über die erbrachten Präventionsleistungen zu liefern. Das betrifft insbesondere empirische Daten zu Setting, Zielgruppen, thematisierten Substanzen, Anzahl erreichter Personen sowie dem Evaluationsstatus der durchgeführten Suchtpreventionsmaßnahmen. Hingegen können mit dem Programm nur eingeschränkte Informationen zu Kooperationen mit anderen Partnern und zum konzeptionellen Ansatz gewonnen werden.
- Insgesamt kann deshalb der landesweite Einsatz des Dokumentationsprogramms Dot.sys empfohlen werden. Es muss jedoch gewährleistet werden, dass sich (fast) alle Präventionsfachstellen an einer einheitlichen Dokumentation beteiligen, weil sonst wegen der unklaren Repräsentativität die Interpretation der Daten schwierig wird.
- Sollte es zu einer solchen flächendeckenden Dokumentation kommen, ist es sinnvoll, sie durch Maßnahmen der Qualitätssicherung begleiten zu lassen.

Kapitel 2: Die Lebenssituation und Versorgung der Klientinnen und Klienten

Der hier vorliegende Statusbericht 2006 gibt Grundinformationen zum ambulanten Suchtkrankenhilfesystem Schleswig-Holsteins. Sie stammen aus zwei verschiedenen Quellen: den elektronisch in den Suchthilfeeinrichtungen dokumentierten Daten und den separat schriftlich erhobenen Kurzinformationen zu jeder einzelnen Einrichtung.

Die elektronischen Daten geben Aufschluss über die Klientinnen und Klienten (im Folgenden: Klienten/innen): die bei ihnen im Vordergrund stehenden Probleme mit konsumierten Substanzen und stoffungebundenen Süchten (Kapitel 2.2), ihre soziale Situation (Kapitel 2.3), ihren Weg in das ambulante Hilfesystem (Kapitel 2.4) und die in Anspruch genommenen Leistungen (Kapitel 2.5). Selbstverständlich werden Basiszahlen zur Anzahl der Einrichtungen, betreuter Klienten/innen sowie deren Alter (Kapitel 2.1) dargelegt.

Die Struktur des Hilfesystems selbst wird mit Hilfe der in der schriftlichen Befragung erhobenen Informationen charakterisiert (Kapitel 2.6). Abgeschlossen wird der Statusteil durch verschiedene Trendbetrachtungen (Aussagen zu Entwicklungen über mehrere Jahre) (Kapitel 2.7). Die einzelnen Aspekte werden - soweit dies möglich ist - unter den verschiedenen Blickwinkeln der bedeutenden Hauptdrogentypen und der beiden Geschlechter differenziert, so dass angemessene sucht- und geschlechtsspezifische Aussagen möglich werden.

2.1. Basisdaten: Einrichtungen und Hilfe suchende Personen

2.1.1. Einrichtungen und elektronische Dokumentationssysteme

Im Jahr 2006 haben 61 Einrichtungen Eingang in die vorliegende Auswertung gefunden, die die Angaben zu ihren Klienten/innen und den erbrachten Leistungen computergestützt mit Hilfe eines elektronischen Dokumentationssystem erfasst und an das ISD (Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung) zur Analyse weitergeleitet haben.¹

Die Datensätze entstammen erstmals mehreren elektronischen Dokumentationsprogrammen: Neben dem weit verbreiteten Produkt „Horizont“ der Fa. Buchner kommt auch das System „Patfak-Light“ der Fa. Redline Data zum Einsatz.

¹ Die Bereitstellung der erfassten Daten geschieht über eine Datenbankexportschnittstelle: Die Daten werden anonymisiert und durch einen HIV-Code sowie eine interne Identifikationsnummer doppelt verschlüsselt weitergegeben, so dass eine fallbezogene Analyse möglich wird, ohne die Anonymität zu gefährden.

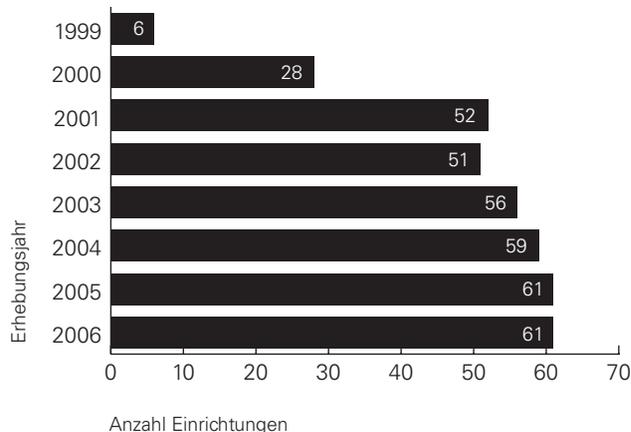


Abbildung 2.1: Anzahl der Einrichtungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems, die sich an der EDV-gestützten Dokumentation beteiligen, Jahre 1999 - 2006

2.1.2. Hilfe suchende Personen

In den ambulanten Suchtkrankenhilfeeinrichtungen Schleswig-Holsteins sind im Jahr 2006 mit Hilfe der elektronischen Dokumentation Angaben zu 15.297 verschiedenen Personen festgehalten worden: Dies waren Informationen zu 13.356 Klienten/innen und 1.761 Angehörigen (siehe Tabelle 2.1). Während unter den Angehörigen die Frauen dominieren (74 %), sind es bei den Klienten/innen die Männer (77 %).

		Klienten/innen	Angehörige
2006	N	13.356	1.761
	%	88 %	12 %
	w, %	23 %	74 %

w, %: Anteil Frauen in Prozent

Tabelle 2.1: Namentlich erfasste Klienten/innen und Angehörige des Jahres 2006

Die Klientel des Jahres 2006 ist in der Hälfte der Fälle bereits in einem der Vorjahre in der selben dokumentierenden Einrichtung in Betreuung gewesen (siehe Tabelle 2.2): 48 Prozent der namentlich erfassten Klienten/innen sind im Jahr 2005 erstmals in Kontakt zu einer solchen

	männlich		weiblich		gesamt	
	N	%	N	%	N	%
kein Klient aus den Vorjahren	5.039	49 %	1.399	44 %	6.438	48 %
Klient aus 2005	4.575	44 %	1.540	49 %	6.115	45 %
Klient vor 2005	764	7 %	219	7 %	983	7 %
gesamt	10.378	100 %	3.158	100 %	13.536	100 %

Tabelle 2.2: Namentlich erfasste Klienten/innen aus dem Vorjahr differenziert nach Geschlecht, 2006

Einrichtung getreten; unter den Frauen ist dieser Anteil geringfügig kleiner als unter den Männern. Der überwiegende Teil der Klienten/innen, die zum wiederholten Mal für eine Jahresauswertung erfasst wurden, ist auch schon im Jahre 2005 betreut worden. Nur ein sehr geringer Anteil (7 %) hatte zwar im Vorjahr keinen Kontakt zur Einrichtung, jedoch in den Jahren zuvor.²

2.1.3. Anonyme Kontakte

Stimmen Klienten/innen der elektronischen Speicherung ihrer Daten nicht zu, werden ihre Termine als anonyme Kontakte dokumentiert. Die Anzahl der anonymen Kontakte gestattet keinen Rückschluss auf die Anzahl der zugehörigen Klienten/innen.

2006	Klienten/innen		Angehörige
	N	%	
	5.842	70 %	1.988
		33 %	76 %

w, %: Anteil Frauen in Prozent

Tabelle 2.3: Anonyme Kontakte des Jahres 2006

Im Jahr 2006 sind insgesamt 7.830 anonyme Kontakte festgehalten worden (siehe Tabelle 2.3). Diese lassen sich zu 30 Prozent den Angehörigen zuordnen, die hier also einen größeren Anteil besitzen als unter den namentlich erfassten Personen (12 %).

Das Geschlechterverhältnis zeigt sich ähnlich wie unter den namentlich erfassten Personen: Unter den anonymen Kontakten der Angehörigen dominieren die Frau-

en deutlich, unter denen der Klienten/innen sind es die Männer.

2.1.4. Das Alter der namentlich erfassten Personen

Die Klienten/innen im schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfesystem sind durchschnittlich 37,4 Jahre alt. Unter ihnen sind die Frauen durchschnittlich fast 3 Jahre älter als die Männer (siehe Tabelle 2.4).

Insgesamt deutlich älter zeigt sich die Gruppe der namentlich erfassten Angehörigen: Sie sind durchschnittlich 44,6 Jahre alt - hier sind die Frauen (44,2 Jahre) etwas jünger als die Männer (45,8 Jahre).

Der Blick auf die Verteilung der Alterskategorien (Abbildung 2.2) macht deutlich, dass sich die Mehrzahl der Klienten/innen in einem mittleren Alter befindet: 76 Prozent sind zwischen 21 und 50 Jahren alt (53 % zwischen 26 und 45 Jahren). Grundsätzlich besitzen die Männer in den jüngeren und mittleren Altersgruppen und Frauen in den älteren höhere Anteile. Eine Ausnahme stellt die Gruppe der Jüngsten dar: Unter den Frauen befindet sich ein größerer Anteil an Personen, die noch keine 16 Jahre alt sind als unter den Männern.

2006	Männer		Frauen	gesamt
	N	Alter, Ø		
	10.243	36,7	3.103	13.346*
				37,4

*: Die Anzahl der betrachteten Personen ist hier geringfügig kleiner als die aller namentlich erfasster Klienten/innen, weil nicht in allen Fällen das Geburtsdatum dokumentiert wurde.

Tabelle 2.4: Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen nach Geschlecht, 2006

² Diese Aussage ist möglich, weil die Daten bereits seit mehreren Jahren erhoben und mit doppelter Anonymisierung übergeben werden: So ist eine (anonymisierte) Identifikation einzelner Personen möglich.

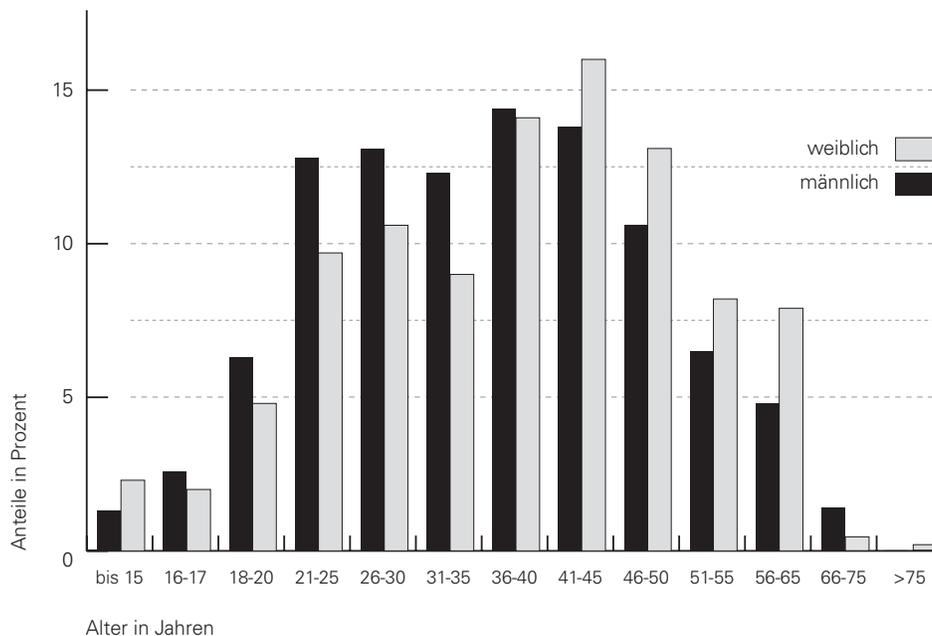


Abbildung 2.2: Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2006 nach Geschlecht (N=13.346)

Die zentralen Altersgruppen sind die der 36-40- und 41-45-Jährigen, in der sich jeweils 14 Prozent aller Klienten/innen befinden. In dieser Dekade ihres Lebens (36 bis 45 Jahre) befindet sich also ein knappes Drittel aller Klienten/innen der Suchthilfeeinrichtungen. Die größten Unterschiede bestehen in der Altersgruppe der 31-35-Jährigen: Diese Altersgruppe ist bei den Männern um 3,3 Prozentpunkte stärker als bei den Frauen. Die Gruppe der 46-50-Jährigen ist bei den Frauen um 2,5 Prozentpunkte gewichtiger.

Werden die Alterskategorien auf vier zentrale verdichtet, treten die geschlechtsspezifischen Unterschiede klar hervor (siehe Tabelle 2.5): Frauen sind in der ältesten Gruppe erheblich stärker als Männer (neun Prozentpunkte), dafür aber in den beiden jüngeren Gruppen schwächer vertreten.

	männlich	weiblich	gesamt
bis 25 Jahre	23 %	19 %	22 %
26 bis 35 Jahre	25 %	20 %	24 %
36 bis 45 Jahre	28 %	30 %	29 %
46 Jahre und älter	23 %	32 %	25 %

Tabelle 2.5: Verteilung der Alterskategorien namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2006 (N=13.346)

2.2. Die Hauptsubstanz der Klienten/innen

Die Klienten/innen befinden sich in der Regel in Betreuung der ambulanten Suchtkrankenhilfe, weil sie vornehmlich mit einer psychotropen Substanz oder einer stoffungebundenen Suchterkrankung Schwierigkeiten haben. Fast jede/r Zweite hat vorrangig Probleme mit dem Alkohol (46 % - siehe Abbildung 2.3). Etwas mehr als jede/r Vierte benötigt Hilfe auf Grund des Konsums von Opiaten (28 %) und jede/r Achte sucht Beratung wegen eines Cannabisproblems (12 %). Eben diesen Anteil machen auch alle anderen Substanzen und stoffungebunden Süchte zusammen aus (12 %).

Relationen in der Verteilung zwischen Abhängigen dieser Suchtmittel in der Gesamtbevölkerung lassen sich aus den soeben dargelegten Anteilen der Hilfesuchenden nicht unmittelbar ableiten. Die hier vorgefundene Verteilung resultiert aus der Dringlichkeit der individuellen Schwierigkeiten, der Anteilnahme im sozialen Nahraum der (potentiellen) Klienten/innen, der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit gegenüber den einzelnen Suchtstoffen, der staatlichen Verfolgung der Verstöße gegen rechtliche Regelungen im Umgang mit diesen und nicht zuletzt dem vorhandenen Angebot an Hilfen für die verschiedenen Erkrankungen durch die einzelnen Suchtmittel und Schwierigkeiten im Umgang mit ihnen (zu den Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr: siehe Kapitel 2.7).

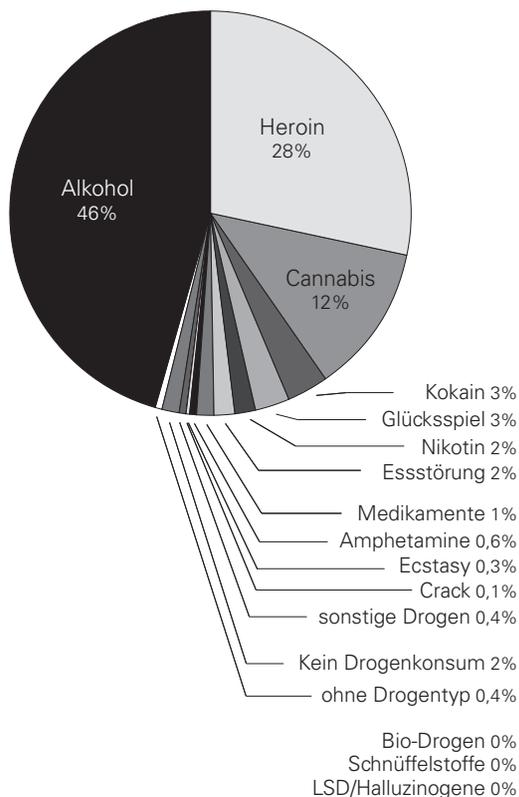


Abbildung 2.3: Das Hauptproblem namentlich erfasster Klienten/innen des Jahres 2006 (N=13.536)

Männer und Frauen sind in unterschiedlichem Ausmaß von Problemen im Umgang mit den verschiedenen Suchtmitteln betroffen (siehe Tabelle 2.6). Frauen besitzen zwar einen Anteil von 23 Prozent an allen Klienten/innen, jedoch nur einen von 13 Prozent an der Hauptsubstanz Cannabis. Dagegen dominieren sie die Gruppen derjenigen, die wegen des Medikamenten- bzw. Nikotinkonsums ambulante Einrichtungen aufsuchen (54 % bzw. 56 %). Essstörungen, zu denen auch das ambulante schleswig-holsteinische Suchthilfesystem Angebote bereithält, sind fast ausschließlich das Thema weiblicher Nachfragen (90 %). Der problematische Konsum von Alkohol verteilt sich über die Geschlechter annähernd entsprechend der allgemeinen Verteilung der Klienten/innen über Männer und Frauen.

Wenn sich Klienten/innen in die Beratung wegen eines Suchtproblems begeben, unterscheidet sich ihr durchschnittliches Alter je nach Suchtmittel und Geschlecht deutlich. Grundsätzlich ist zu erkennen, dass Klienten/innen, die Schwierigkeiten im Umgang mit einem Suchtmittel besitzen, das legal verfügbar ist, älter sind als diejenigen, deren Hauptproblem mit einem Mittel besteht, für dessen Umgang enge gesetzliche Restriktionen bestehen oder dessen Verkehr gänzlich verboten ist (siehe Abbildung 2.4).

	männlich	weiblich	gesamt
	%	%	N
Alkohol	75 %	25 %	6.167
Heroin	80 %	20 %	3.827
Cannabis	87 %	13 %	1.650
Kokain	87 %	13 %	437
Glücksspiel	90 %	10 %	369
Esstörung	10 %	90 %	220
Nikotin	44 %	56 %	232
Medikamente	46 %	54 %	194
Amphetamine	84 %	16 %	81
Ecstasy	72 %	28 %	36
Crack	58 %	42 %	12
LSD/Halluzinogene	67 %	33 %	3
Schnüffelstoffe	75 %	25 %	4
„Bio-Drogen“	50 %	50 %	2
Sonstige Drogen	83 %	17 %	52
Kein Drogenkonsum	61 %	39 %	200
ohne Drogentyp	82 %	18 %	50
Gesamt	77 %	23 %	13.536

Tabelle 2.6: Das Hauptproblem der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Geschlecht

Dieser Befund allein lässt jedoch noch keinen Schluss auf das tatsächliche Gefährdungspotential der verschiedenen Suchtmittel zu, hierzu müssen die pharmakologischen Wirkungen ebenso berücksichtigt werden wie die gesellschaftliche Bereitschaft, den Umgang mit gesundheitsgefährdenden Substanzen mit Abhängigkeitspotential hinzunehmen.

Die durchschnittlich jüngste Gruppe ist die der Klienten/innen mit einem im Vordergrund stehenden Cannabisproblem (23,9 Jahre), die älteste die der Klienten/innen, die wegen ihres Nikotinkonsums Beratung suchen (43,8 Jahre). Ähnlich alt ist die größte Gruppe der Alkohol-Klienten/innen mit durchschnittlich 43,6 Jahren. Die nach wie vor öffentlich stark beachteten Heroinklienten/innen sind durchschnittlich etwa zehn Jahre jünger (34,0 Jahre).

Frauen, die wegen des Konsums von Alkohol oder Nikotin oder Problemen mit der Spielsucht oder einer Essstörung die Betreuung aufsuchen, sind deutlich älter (mehr als 1 1/2 Jahre) als Männer mit den gleichen Problemen.

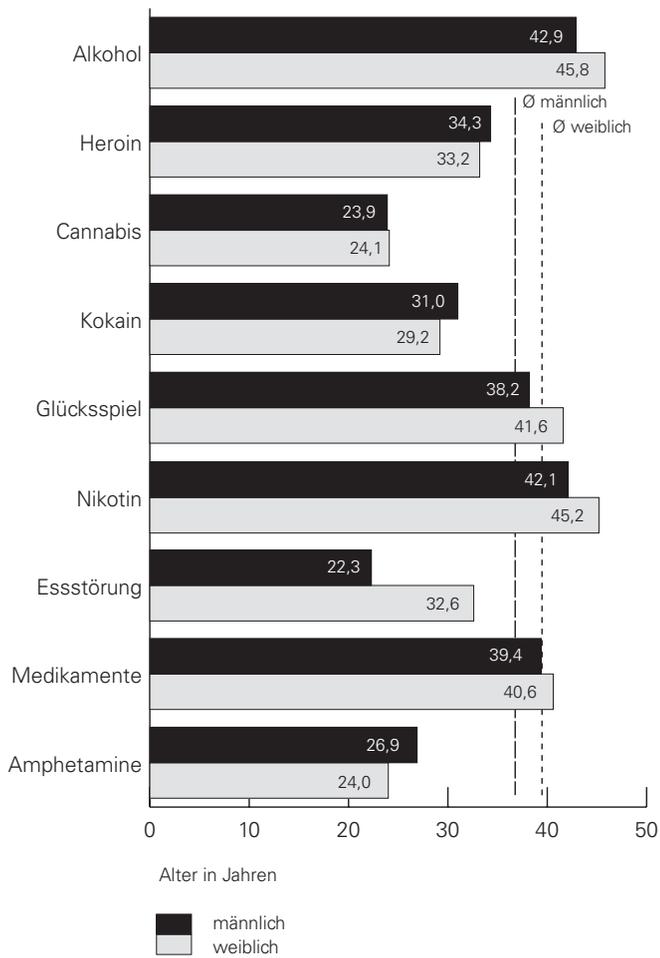


Abbildung 2.4: Das Durchschnittsalter der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Geschlecht und Hauptsubstanz

Während von den Heroin-Klienten/innen nur Eine/r von Vieren im Jahr 2006 erstmals Kontakt zum Hilfesystem hatte, waren dies unter den Alkohol-, Cannabis-, Spielsucht- und Essstörungsklienten/innen zwischen 54 und 60 Prozent. Die Klienten/innen dieser Gruppen haben also in der Mehrzahl keine dokumentierte Betreuungsvorgeschichte.

Zum Abschluss dieses Abschnitts zu den Hauptsubstanzen wird ein Blick auf die Angehörigen und die ihnen jeweils zuzurechnenden Klienten/innen geworfen: Angehörige suchen eher wegen Alkoholproblemen eines nahe stehenden Menschen Rat in einer Suchthilfeeinrichtung als bei Problemen jener im Umgang mit Opiaten. Während die Hauptsubstanz Heroin (Opiate) unter den Klienten/innen einen Anteil von 28 Prozent besitzt, haben nur 5 Prozent der Angehörigen Beratungsbedarf im Zusammenhang mit einem problematischen Opiatkonsum ihnen Nahestehender. Hingegen stehen bei 53 Prozent der Angehörigen Fragen zum übermäßigen Alkoholkonsum im Vordergrund (zum Vergleich: Bei 46 Prozent der Klienten/innen liegt das Hauptproblem im Alkoholkonsum).

Lediglich in den wenigen Fällen, in denen der Amphetamin-Konsum den Mittelpunkt der Betreuung ausmacht, sind Männer bedeutsam älter als Frauen.

Hinsichtlich der Frage, ob diese Klienten/innen „nur“ im aktuellen Berichtsjahr 2006 Kontakt besaßen oder ob sie bereits in den Vorjahren im ambulanten System um Hilfe nachgesucht hatten (siehe Abbildung 2.5), unterscheiden sich innerhalb der relevanten Klientengruppen nur die Heroinabhängigen von den anderen Gruppen.

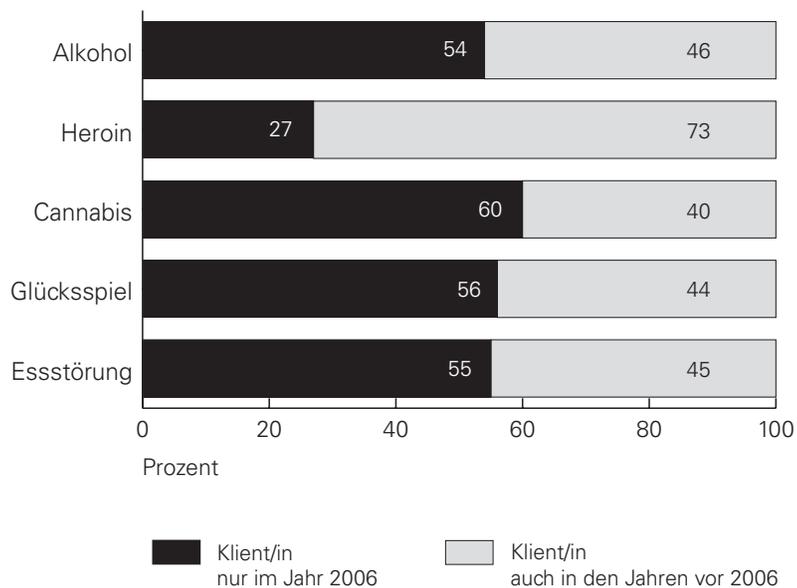
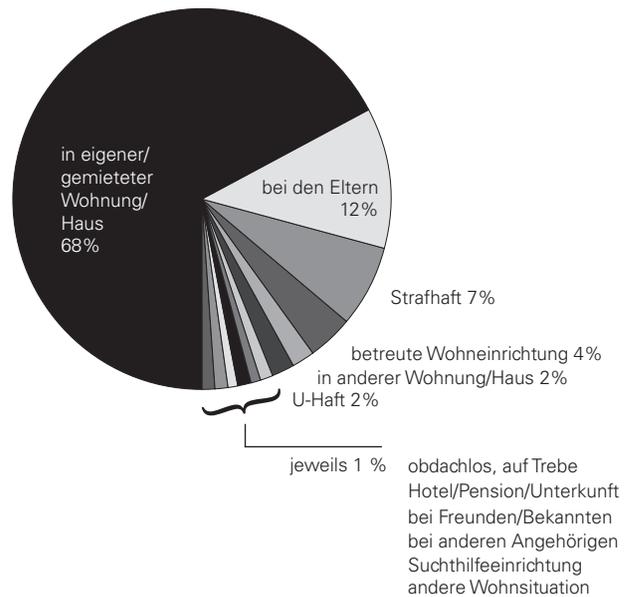


Abbildung 2.5: Klienten/innen aus den Vorjahren, namentlich erfasste Klienten/innen des Jahres 2006, nach Hauptsubstanz

2.3. Die soziale Situation

Die Beschreibung der sozialen Situation der Klienten/innen dient in erster Linie dazu, die konkrete Lebenssituation der Hilfesuchenden aufzuhehlen, damit Hilfsangebote auch diese berücksichtigen können. Außerdem kann der Blick auf die gleichen Indikatoren über einen mehrjährigen Zeitraum eventuell Entwicklungen aufzeigen, die die Reflexion über strukturelle oder singuläre Elemente des Hilfesystems befördern können (zu Trendaussagen: siehe Kapitel 2.7). Auf der anderen Seite sind Aussagen über die soziale Situation der Klientel natürlich immer auch ein Spiegel für die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe: Diese Klienten/innen - und keine anderen - wurden durch das System erreicht. Überlegungen, wer denn erreicht werden soll, können auch vor dem Hintergrund dieser Zahlen geführt werden.



2.3.1. Wohnsituation

Mehr als zwei Drittel der Klienten/innen (68 %) wohnen in einer eigenen Wohnung oder im eigenen Haus, 12 Prozent leben bei den Eltern und ein äußerst geringer Teil lebt bei anderen Angehörigen (1 %; siehe Abbildung 2.6). Somit kommen vier Fünftel der Klientel aus gesicherten Wohnverhältnissen - 19 Prozent der Erreichten leben in prekären Wohnsituationen. Zwischen den beiden Geschlechtern bestehen Unterschiede. Klientinnen leben sehr viel häufiger in stabilen Wohnverhältnissen: Sie wohnen öfter in eigenen Wohnungen (81 %) als Klienten (63 %), aber seltener bei den Eltern (9 %)

Abbildung 2.6: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 (N=10.709)

als diese (13 %). Die unter Strafhaft Betreuten sind fast ausschließlich männlich - nur für 12 Frauen ist eine Betreuung unter diesen Bedingungen dokumentiert, bei den Männern sind es 737.

Die starke Abhängigkeit der Wohnsituation vom Alter macht der Blick auf die Gruppe der höchstens 25-Jährigen deutlich. Unter diesen jüngeren Klienten/innen fin-

	in eigener/gemieteter Wohnung	bei den Eltern	bei anderen Angehörigen	in anderer Wohnung	Suchthilfeeinrichtung	betreute Wohneinrichtung	bei Freunden / Bekannten	Hotel / Pension / Unterkunft	obdachlos / auf Trebe	U-Haft	Strafhaft	andere Wohnsituation	Gültige N
Alkohol	28 %	36 %	1 %	1 %	-	8 %	3 %	1 %	1 %	4 %	15 %	1 %	471
Heroin	40 %	23 %	1 %	1 %	4 %	4 %	5 %	1 %	3 %	4 %	13 %	2 %	555
Cannabis	27 %	46 %	2 %	1 %	-	8 %	2 %	-	1 %	6 %	5 %	1 %	833
Glücksspiel	35 %	57 %	-	-	-	3 %	3 %	-	-	-	-	3 %	37
Essstörung	31 %	58 %	1 %	1 %	-	5 %	-	-	1 %	-	-	3 %	78
Kokain	23 %	21 %	6 %	-	-	5 %	1 %	-	2 %	9 %	33 %	1 %	105
gesamt	30 %	38 %	2 %	1 %	1 %	7 %	3 %	1 %	1 %	4 %	10 %	1 %	2.230

Tabelle 2.7: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen unter 26 Jahren des Jahres 2006, ausgewählte Hauptsubstanzgruppen

den sich 30 Prozent, die in einer prekären Wohnsituation leben,³ dies sind 10 Prozentpunkte mehr als unter allen Klienten/innen.

Bemerkenswerterweise leben die jungen Heroinklienten/innen häufiger in einer eigenen Wohnung als die jungen Hilfesuchenden anderer Hauptsubstanzgruppen (siehe Tabelle 2.7). Bei ihnen besitzt das Wohnen bei den Eltern auch nicht eine solche Bedeutung wie bei denen, die ihre Hauptprobleme mit dem Cannabis, dem Glücksspiel oder einer Essstörung besitzen. Außerdem zeigt sich, dass die Strafhaft unter den jungen Alkohol- und Heroinklienten/innen von gleich großer Bedeutung ist.

Die ausgesprochen hohe Bedeutung der Strafhaft für Kokainklienten/innen ist in dieser Altersgruppe hervor zu heben: 33 Prozent von ihnen verbüßen eine Haftstrafe, weitere 9 Prozent befinden sich in Untersuchungshaft.

Wendet sich die Analyse nun wieder allen Klienten/innen zu, zeigen sich die erwarteten Differenzen zwischen den verschiedenen Hauptsubstanzgruppen: Während Klienten/innen mit einem Alkohol-, Glücksspielproblem oder Essstörungen überdurchschnittlich häufig in gesicherten Wohnverhältnissen leben, ist dies bei Heroin- und Cannabisklienten/innen nur unterdurchschnittlich oft der Fall (siehe Abbildung 2.7). Besonders selten leben Letztere auf Grund ihres jungen Alters in einer eigenen Wohnung (39 %), sondern wohnen noch oft bei ihren Eltern (36 %). 40 Prozent der Klienten/innen mit einem vordringlichen Heroinproblem leben nicht in eigener Wohnung, dagegen besteht unter diesen Klienten/innen ein besonders hoher Anteil an Strafgefangenen (11 %).

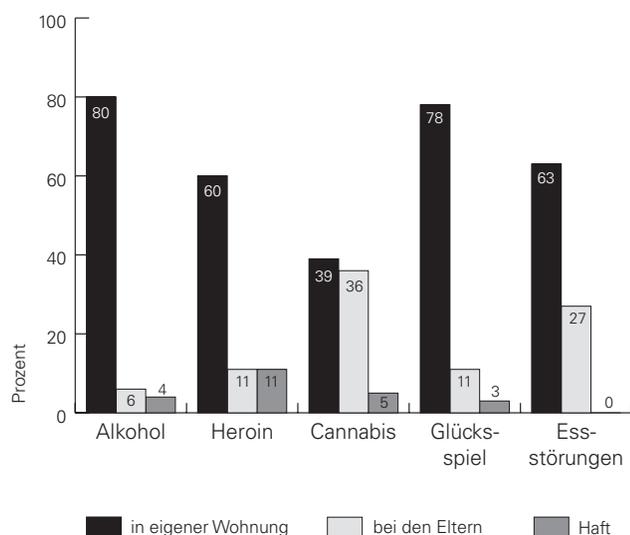


Abbildung 2.7: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Hauptsubstanz

³ Wenn Klienten/innen nicht in eigener Wohnung, bei den Eltern oder Angehörigen leben, lässt sich dies im Gegensatz zur stabilen als prekäre Wohnsituation beschreiben.

		stabil	prekär	N
Alkohol	Anteil (%)	86 %	14 %	5.182
	Alter*	45,0	37,0	5.138
	Dauer*	10,2	1,9	3.089
Heroin	Anteil (%)	72 %	28 %	2.984
	Alter*	34,7	32,7	2.967
	Dauer*	5,8	2,6	1.396
Cannabis	Anteil (%)	77 %	23 %	1.152
	Alter*	24,4	22,3	1.143
	Dauer*	6,8	2,1	586
Glücksspiel	Anteil (%)	90 %	10 %	304
	Alter*	38,3	37,1	303
	Dauer*	7,8	2,0	173
Essstörung	Anteil (%)	91 %	9 %	196
	Alter*	31,7	29,2	194
	Dauer*	8,1	3,5	110
Gesamt**	Anteil in %	81 %	19 %	10.709

*: in Jahren

** : Diese Angabe bezieht sich auf alle Substanzen

Tabelle 2.8: Wohnsituation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Hauptsubstanz

Erwähnenswert ist auch hier, dass die Strafhaft unter den Kokainklienten/innen einen Anteil von 27 Prozent besitzt und bei den Cannabisklienten/innen die Untersuchungshaft ebenso große Bedeutung besitzt wie die Strafhaft (jeweils 5 %).

Werden die verschiedenen Kategorien der Wohnsituation vollständig auf ein dichotomes Schema verdichtet - stabil versus prekär - treten die Unterschiede zwischen den Hauptsubstanzgruppen deutlich hervor: Während von allen Klienten/innen 20 Prozent unter prekären Umständen wohnen, sind es unter den Heroin-Klienten/innen 28 Prozent aber unter den Personen mit Alkoholproblemen nur 14 Prozent und unter den pathologischen Spielern/innen lediglich 10 Prozent (siehe Tabelle 2.8).

Befinden sich Klienten/innen in prekären Wohnsituationen, sind sie grundsätzlich jünger als diejenigen, die in gesicherten Wohnumständen leben. Die Altersunterschiede zwischen diesen Kategorien der Wohnverhältnisse betragen bis zu 8 Jahre bei den Alkoholiker/innen. Diese Gruppe ist die älteste und lebt bereits am längsten in stabilen Wohnverhältnissen (10,2 Jahre). Mit durchschnittlich 5,8 Jahren ist dieser Wert bei den Heroin-Klienten/innen am niedrigsten. Die prekären Wohnsituationen währen etwa 2-3 Jahre.

2.3.2. Familienstand

Die familiäre Situation der Klienten/innen kann in ihren verschiedenen Facetten beschrieben werden. Rechtlich zeigt sich mehr als die Hälfte ledig, etwas mehr als jede/r Vierte ist verheiratet, etwa jede/r Siebte geschieden (siehe Abbildung 2.8). Klientinnen sind häufiger als Klienten verheiratet (26 % versus 18 %) aber auch öfter geschieden (21 % versus 14 %).

Unter den verschiedenen Hauptsubstanzgruppen zeigt sich die erwartete Verteilung der Kategorien des formalen Familienstandes (siehe Tabelle 2.9): Alkoholiker/innen weisen den kleinsten Anteil der Ledigen auf (40 %), während dieser bei den Heroin- (76 %) und Cannabis-Klienten/innen (93 %) weit überwiegt. Jeweils nur ein knappes Drittel der Alkoholiker/innen und Spieler/innen sind verheiratet und leben mit den Partner/innen zusammen - von den Heroinabhängigen ist dies nicht einmal jede/r Zehnte.

Trifft dies jedoch zu, dauert dieser Zustand im Alter von 36,4 Jahren durchschnittlich bereits seit 8,4 Jahren an. Verheiratete Alkoholiker/innen befinden sich während der

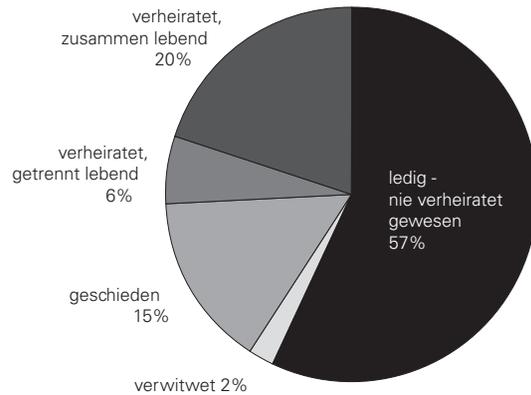


Abbildung 2.8: Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 (N=7.805)

Betreuung im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem im Alter von 49,1 Jahren und leben bereits seit durchschnittlich 16,7 Jahren mit den Partner/innen zusammen.

		ledig; nie verheiratet gewesen	verheiratet, zusammen lebend	verheiratet, getrennt lebend	geschieden	verwitwet	Gültige N
Alkohol	Anteil (%)	40 %	28 %	7 %	22 %	3 %	4.145
	Alter*	36,1	49,1	46,0	48,2	58,5	4.124
	Dauer*	36,1	16,7	3,5	9,3	7,2	3.389
Heroin	Anteil (%)	76 %	9 %	4 %	9 %	1 %	1.780
	Alter*	33,2	36,4	37,0	41,6	45,2	1.768
	Dauer*	33,2	8,4	5,2	9,7	8,7	1.596
Cannabis	Anteil (%)	93 %	3 %	2 %	2 %	0 %	856
	Alter*	22,6	30,7	36,5	38,0	57,6	851
	Dauer*	22,6	11,6	5,4	5,4	11,8	820
Glücksspiel	Anteil (%)	53 %	29 %	4 %	13 %	1 %	272
	Alter*	33,7	42,4	40,8	44,9	52,9	271
	Dauer*	33,7	11,5	2,8	6,5	-	226
Essstörungen	Anteil (%)	69 %	20 %	1 %	9 %	1 %	150
	Alter*	24,8	40,8	42,2	48,2	58,8	148
	Dauer*	24,8	12,2	-	9,3	13,1	130

*: in Jahren

Tabelle 2.9: Formaler Familienstand der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Hauptsubstanz

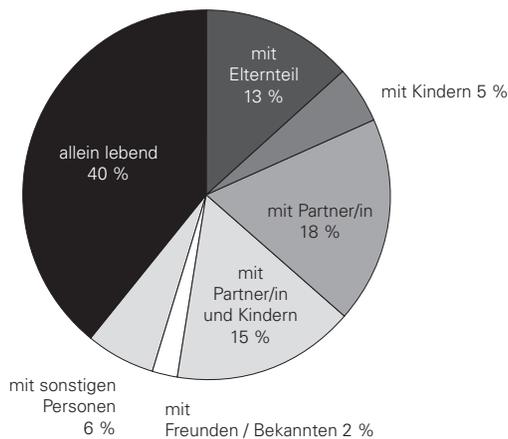


Abbildung 2.9: Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 (N=6.943)

Näher kommt der tatsächlichen Lebenssituation die folgende Übersicht: In einer familiären Konstellation - mit der vorausgehenden oder nachfolgenden Generation oder einer Partnerin bzw. einem Partner - leben 51 Pro-

zent der Klienten/innen (siehe Abbildung 2.9). 40 Prozent der Klientel der ambulanten Suchthilfe leben tatsächlich allein - unter ihnen befinden sich eher Männer (43 %) als Frauen (30 %). Letztere bestreiten das Leben deutlich häufiger zusammen mit einem Partner und/oder Kindern (55 % gegenüber 34 % der Männer).

Auch zwischen den Hauptsubstanzgruppen zeigen sich Unterschiede (siehe Tabelle 2.10): Die Gruppe der Cannabis-Klienten/innen ist gekennzeichnet durch den höchsten Anteil derjenigen, der mit einem Elternteil zusammenlebt. Gleichzeitig findet sich in dieser Gruppe ebenfalls der größte Anteil derjenigen, der mit „sonstigen Personen“ zusammenlebt: Jede/r achte dieser Klienten/innen ist hiervon betroffen.

Die Gruppen Alkohol, Heroin und pathologisches Spielen besitzen ähnlich große Anteile allein lebender Personen (39 % bis 44 %), unterscheiden sich bei den klassischen Familiensituationen aber erheblich: Während sich unter den Heroin-Klienten/innen nur 12 Prozent finden, die mit Partner/in und Kind zusammenleben, sind dies bei den Alkoholiker/innen 18 Prozent und bei den Spieler/innen 25 Prozent.

		allein lebend	mit Elternteil	mit Kindern	mit PartnerIn	mit PartnerIn und mit Kindern	mit Freunden / Bekannten	mit sonstigen Personen	Gültige N
Alkohol	Anteil (%)	44 %	6 %	6 %	21 %	18 %	1 %	4 %	3.683
	Alter*	44,1	28,0	44,4	48,7	44,0	39,9	34,5	3.665
	Dauer*	1,4	3,9	2,4	1,9	2,3	1,4	1,2	696
Heroin	Anteil (%)	39 %	15 %	5 %	16 %	12 %	5 %	8 %	1.558
	Alter*	35,6	28,9	36,4	35,2	35,5	34,0	33,5	1.546
	Dauer*	3,2	5,5	3,4	4,3	3,4	3,9	3,6	245
Cannabis	Anteil (%)	29 %	41 %	2 %	8 %	4 %	4 %	12 %	768
	Alter*	26,9	20,1	32,1	26,9	30,1	23,1	20,4	763
	Dauer*	2,2	1,7	6,9	0,8	0,9	2,9	2,0	97
Glücksspiel	Anteil (%)	39 %	7 %	3 %	20 %	25 %	2 %	4 %	259
	Alter*	39,1	25,7	41,3	40,9	39,7	33,4	34,9	258
	Dauer*	1,0	0,0	-	0,4	0,4	2,6	2,9	27
Essstörung	Anteil (%)	31 %	21 %	9 %	15 %	16 %	2 %	6 %	137
	Alter*	34,8	17,8	41,1	33,4	38,3	25,3	24,0	136
	Dauer*	1,5	1,1	1,4	1,7	1,5	-	0,3	23

* in Jahren

Tabelle 2.10: Tatsächliche Familienkonstellation der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Hauptsubstanz

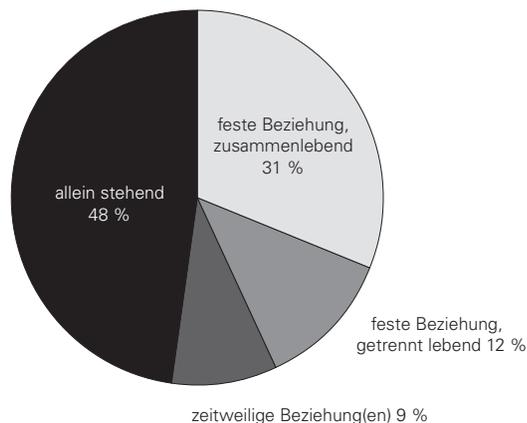


Abbildung 2.10: Partnerbeziehung, namentlich erfasste Klienten/innen des Jahres 2006 (N=10.697)

Den engsten Bereich sozialer Bindung bildet die Kategorie der Partnerbeziehung ab: Etwas weniger als die Hälfte der Klienten/innen geben an, allein stehend zu sein (48 %, siehe Abbildung 2.10). Lediglich knapp jede/r Dritte lebt in einer festen Beziehung. Auch hier ist es so, dass Frauen sozial eingebundener sind: 39 Prozent von ihnen verfügen über eine feste Partnerbeziehung, während es unter den Männern nur 29 Prozent sind. Entsprechend zeigen sich die Anteile der allein Stehenden: Bei den Männern trifft dies auf jeden Zweiten (50 %) zu, bei den Frauen sind es 40 Prozent.

		allein stehend	zeitweilige Beziehung(en)	feste Beziehung, zusammen lebend	feste Beziehung, getrennt lebend	Gültige N
Alkohol	Anteil (%)	44 %	5 %	38 %	13 %	5.174
	Alter*	42,6	38,7	46,7	41,6	5.131
	Dauer*	5,6	3,5	13,0	3,1	3.107
Heroin	Anteil (%)	51 %	13 %	26 %	10 %	2.945
	Alter*	34,1	32,8	35,1	33,5	2.928
	Dauer*	5,1	4,0	5,8	4,2	1.242
Cannabis	Anteil (%)	59 %	15 %	14 %	13 %	1.166
	Alter*	23,1	23,4	27,8	24,6	1.157
	Dauer*	3,8	2,0	3,3	2,0	504
Glücksspiel	Anteil (%)	37 %	4 %	46 %	14 %	315
	Alter*	36,8	33,6	39,8	38,0	314
	Dauer*	3,9	2,2	9,2	3,9	168
Essstörung	Anteil (%)	55 %	6 %	30 %	9 %	193
	Alter*	27,6	29,7	37,8	36,1	191
	Dauer*	3,3	2,7	10,8	2,4	96

*: in Jahren

Tabelle 2.11: Partnerbeziehung der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Hauptsubstanz

Der Blick auf die verschiedenen Hauptsubstanzgruppen zeigt deutliche Unterschiede: Unter den Klienten/innen mit Problemen mit legalen Suchtmitteln finden sich höhere Anteile fester Beziehungen als unter denen, die mit Heroin oder Cannabis ihre Hauptprobleme haben (siehe Tabelle 2.11). Entsprechend besitzen letztere höhere Anteile allein stehender Personen - bei den Cannabis-Klienten/innen besitzen diese einen Anteil von 59 Prozent, unter den Heroin-Klienten/innen sind es immer noch 51 Prozent. In Bezug auf die Dauer der festen Beziehungen (zusammen lebend) zeigen sich erhebliche Unterschiede: Feste Beziehungen halten bei den Alkoholiker/innen durchschnittlich bereits seit 13 Jahren an, während sie bei den Heroin-Klienten/innen seit knapp 6 Jahre andauern. Auch die festen Beziehungen der Spieler/innen und Personen mit Essstörungen währen mit durchschnittlich 9,2 bzw. 10,8 Jahren bereits deutlich länger.

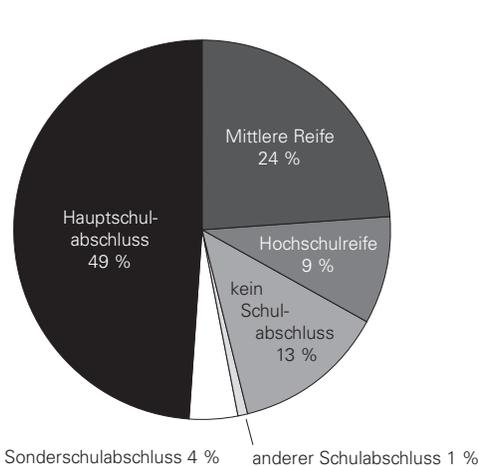


Abbildung 2.11: Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 in einem Alter von 18 Jahren oder älter (N=5.736)



Abbildung 2.12: Ausbildungsabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 in einem Alter von 20 Jahren oder älter (N=3.670)

2.3.3. Bildungs- und Ausbildungsstand

Jede/r Zweite der schleswig-holsteinischen Klienten/innen besitzt einen Hauptschulabschluss, lediglich jede/r Dritte entweder die Mittlere Reife oder das Abitur, etwa jede/r Achte hat die Schule ohne Abschluss verlassen (siehe Abbildung 2.11). Die erreichte Klientel zeigt sich damit im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung weit unterqualifiziert. Besonders betrifft dies die Männer, sie haben häufiger (15 %) als die Frauen (9 %) keinen Schulabschluss und seltener die Mittlere Reife oder das Abitur (27 %) als diese (42 %).

Unterschiede zeigen sich auch zwischen den Gruppen der verschiedenen Hauptsubstanzen (siehe Tabelle 2.12): Besonders häufig ohne Abschluss haben die Cannabis-Klienten/innen die Schule verlassen: Annähernd jede/r Vierte von ihnen startet unter diesen schlechten Voraussetzungen in das Erwerbsleben. Heroin-Klienten/innen stehen ihnen nur wenig nach. Von ihnen besitzt jede/r Fünfte keinen Schulabschluss, ein geringerer Anteil dieses Personenkreises absolvierte erfolgreich die Mittlere Reife oder das Abitur (20 %) - dies ist der kleinste Anteil unter allen relevanten Hauptsubstanzen.

Überdurchschnittlich qualifiziert zeigen sich die Frauen, die mit Essstörungen eine ambulante Einrichtung aufsuchen: 2/3 von ihnen schlossen die Schule mit dem Abitur oder der Mittleren Reife ab.

	Hochschulreife	Mittlere Reife	Hauptschulabschluss	anderer Schulabschluss	Sonderschulabschluss	kein Schulabschluss	N
Alkohol	11 %	26 %	49 %	1 %	5 %	8 %	3.215
Heroin	5 %	15 %	55 %	1 %	3 %	21 %	1.219
Cannabis	7 %	19 %	46 %	1 %	4 %	23 %	688
Glücksspiel	13 %	33 %	46 %	1 %	4 %	3 %	222
Essstörung	17 %	48 %	27 %	2 %	2 %	4 %	89

Tabelle 2.12: Höchster Schulabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 in einem Alter von 18 Jahren oder älter nach Hauptsubstanz

Mit diesen grundsätzlich unterdurchschnittlichen Schulabschlüssen vermag der Anteil von 41 Prozent derjenigen Klienten/innen, die keine Ausbildung begonnen oder aber diese abgebrochen haben, nicht mehr zu überraschen.

Die geschlechtspezifischen Unterschiede, die sich bei den Schulabschlüssen gezeigt haben, setzten sich hier nicht fort: Männer und Frauen sind gleichermaßen

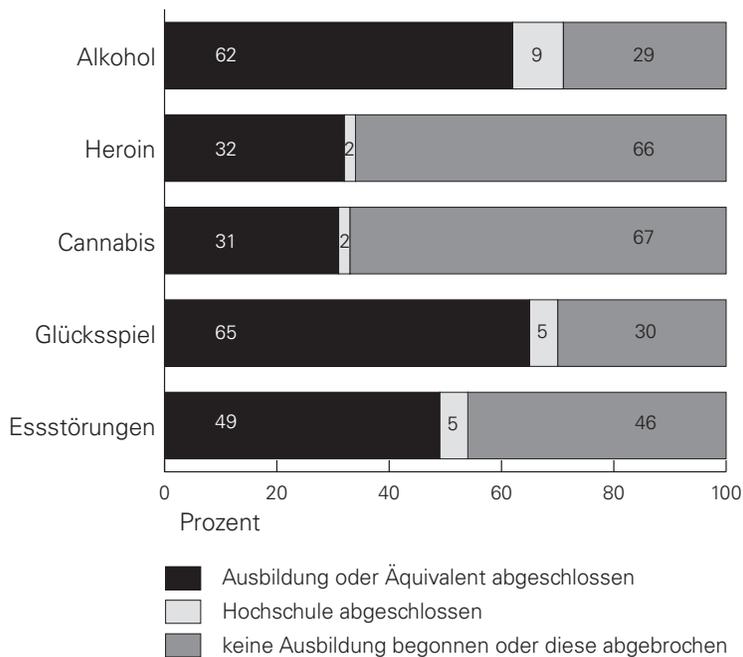


Abbildung 2.13: Ausbildungsabschluss der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 in einem Alter von 20 Jahren oder älter nach Hauptsubstanz

ßen von der niedrigen Quote der Ausbildungsabschlüsse betroffen.

Hingegen stellt sich die Situation im Vergleich der relevanten Hauptsubstanzgruppen unterschiedlich dar (siehe Abbildung 2.13): Während die Klienten/innen, die Schwierigkeiten mit dem Konsum der illegalen Substanzen Cannabis oder Heroin besitzen, in zwei von drei Fällen keine Ausbildung abgeschlossen haben, verhält es sich bei denjenigen, die wegen der legalen Substanz Alkohol oder des pathologischen Spielens Beratung suchen, ganz anders: Von Ihnen haben etwa zwei Drittel eine Ausbildung erfolgreich beendet.

2.3.4. Berufliche und finanzielle Situation

Die soeben geschilderte unterdurchschnittliche Qualifikation der Klienten/innen des schleswig-holsteinischen Suchthilfesystems findet seine Fortsetzung in der finanziellen Situation der Klientel: Nur etwas mehr als ein Viertel der betreuten Personen gibt als Haupteinkommensquelle die eigene Erwerbstätigkeit an (28 % - siehe Abbildung 2.14). Dagegen beziehen 51 Prozent der Klienten/innen Transferleistungen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten wird (Arbeitslosengeld I und II, Sozialhilfe, Krankengeld u. ä.).

Zwischen den Geschlechtern bestehen in der Frage der Haupteinkommensquelle geringe Unterschiede: Frauen erhalten seltener das Arbeitslosengeld II (ALG II) und werden häufiger von den Partnern finanziell unterstützt. Im Ganzen erhalten Männer eher Transferleistungen als Frauen. Der Anteil eigener Erwerbstätigkeit insgesamt unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen aber nicht, obwohl letztere häufiger teilzeit beschäftigt sind. Die Haupteinkommensquellen unterscheiden sich zwischen den Hauptsubstanzgruppen z. T. dramatisch: Während 50 Prozent der Spieler/innen durch Erwerbstätigkeit vornehmlich ihren Lebensunterhalt bestreiten, sind dies nur 14 Prozent der Heroin-Klienten/innen, letztere benennen aber in annähernd zwei Dritteln der Fälle das Arbeitslosengeld II oder die Sozialhilfe als ihre Haupteinkommensquelle, während dies unter den Spieler/innen „nur“ 23 Prozent betrifft. Unter den Alkoholiker/innen befinden sich noch 35 Prozent derjenigen, für die die Erwerbstätigkeit im Vordergrund steht, aber bereits 31 Prozent, für die Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe zentrale Quellen des Lebensunterhaltes sind.

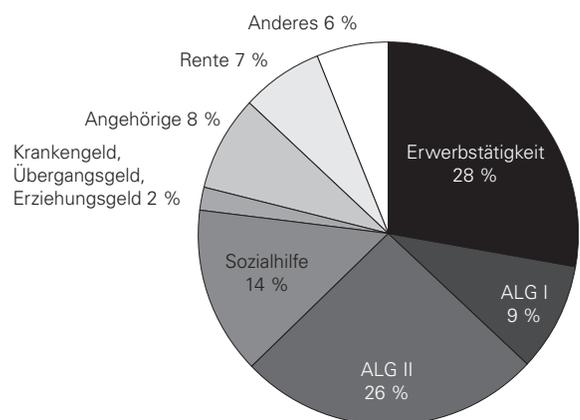


Abbildung 2.14: Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 (N=9.189)

Klienten/innen mit einem vornehmlichen Cannabisproblem bestreiten ihren Lebensunterhalt durchschnittlich eher mit ALG II und Sozialhilfe (32 %) als durch eigene Erwerbstätigkeit (28 %). Einen besonders hohen Anteil der vornehmlichen Unterstützung durch Angehörige besitzen die Personen mit Essstörungen (46 %). In Bezug auf die Dauer des Erhalts staatlicher Transferleistungen (ALG I, ALG II, Sozialhilfe) bestehen zwischen den Hauptsubstanzgruppen geringe Unterschiede: Die Sozialhilfe wird durchschnittlich bereits seit mehr als vier Jahren bezogen.

Die Ausnahme bilden die pathologischen Spieler/innen, die durchschnittlich bereits fast sieben Jahre von dieser

staatlichen Leistung leben, wenn dies ihre Haupteinkommensquelle ist. Das Arbeitslosengeld II bildet seit 2 1/2 bis 3 Jahren die Grundlage des Einkommens. Die Dauer der Erwerbstätigkeit unterscheidet sich zwischen den Personengruppen aber deutlich: Während Alkoholiker/innen durchschnittlich seit etwa 11 Jahren und pathologische Spieler/innen bereits seit 9 Jahren selbst für ihren Lebensunterhalt sorgen, beträgt dieser Zeitraum bei den Heroin-Klienten/innen nur etwa vier Jahre, bei den (durchschnittlich sehr viel jüngeren) Cannabisklienten/innen gar nur 3 Jahre.

		Erwerbstätigkeit	ALG I	ALG II	Erziehungs-, Kranken-, Übergangsgeld	Sozialhilfe	Rente, Pension	Angehörige	Anderes	Gültige N
Alkohol	Anteil (%)	35 %	10 %	24 %	2 %	7 %	10 %	7 %	5 %	4.689
	Alter*	44,2	43,7	41,7	45,3	41,8	59,2	39,7	34,5	4.652
	Dauer*	10,9	2,0	2,9	1,6	4,0	5,5	9,9	1,1	2.730
Heroin	Anteil (%)	14 %	9 %	35 %	1 %	29 %	3 %	3 %	7 %	2.503
	Alter*	34,9	34,8	34,8	32,6	33,9	43,8	26,9	32,9	2.493
	Dauer*	4,1	2,8	2,5	3,5	4,7	4,6	8,6	1,5	1.181
Cannabis	Anteil (%)	28 %	7 %	23 %	1 %	9 %	1 %	25 %	5 %	890
	Alter*	25,3	27,4	26,4	26,5	24,4	33,4	19,5	21,6	882
	Dauer*	2,9	1,9	1,7	2,4	3,2	4,0	8,3	4,6	488
Glücksspiel	Anteil (%)	50 %	9 %	14 %	3 %	9 %	6 %	6 %	4 %	271
	Alter*	37,4	40,3	37,9	41,4	40,7	56,7	28,9	34,6	270
	Dauer*	9,1	1,3	2,8	1,0	6,7	10,8	6,0	0,9	156
Essstörung	Anteil (%)	28 %	4 %	5 %	2 %	7 %	6 %	46 %	3 %	173
	Alter*	34,2	39,2	35,8	26,3	30,3	49,6	26,6	28,5	172
	Dauer*	6,4	1,4	3,0	1,7	2,0	6,9	8,6	16,5	102

*: in Jahren

Tabelle 2.13: Haupteinkommensquelle der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Hauptsubstanz

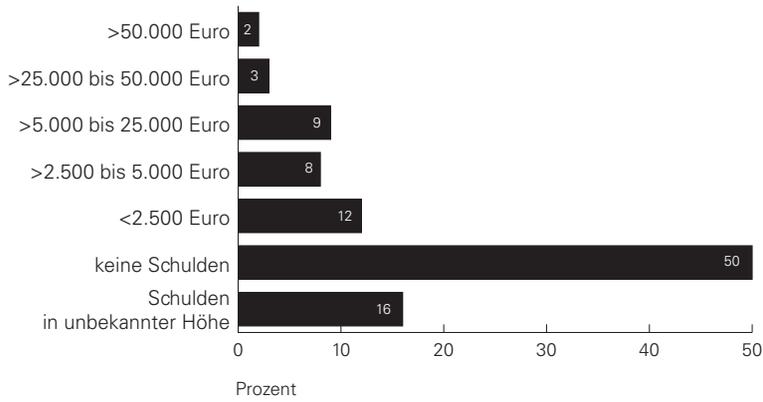


Abbildung 2.15: Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 (N=4.757)

Die andere Seite der Einkommensverhältnisse ist die Verschuldungssituation (siehe Abbildung 2.15): Jede/r zweite Klient/in gibt an, keine Schulden zu haben. Etwa jede/r Vierte hingegen steht mit Verbindlichkeiten von mehr als 2.500 Euro in der Schuld.

Diese Schulden verteilen sich nicht gleichmäßig über alle Klienten/innen: Es lassen sich Unterschiede zwischen den Hauptsubstanzgruppen entdecken (siehe Abbildung 2.16). Die Personen mit einer Essstörung haben zum überwiegenden Teil keine Schulden: 86 Prozent geben an schuldenfrei zu sein, unter den Cannabis Klienten/innen sind dies noch zwei Drittel. Dies steht im Kontrast zu den Heroin-Klienten/innen und v. a. den pathologischen Spielern/innen: Von letzteren besitzt lediglich jede/r Vierte keine Schulden. Während die Heroin-Klienten/innen aber nur in 11 Prozent der Fälle mehr als 5.000 Euro Schulden haben, sind es unter den Glücksspielern/innen 27 Prozent. Von mehr als 25.000 Euro Schulden berichten 15 Prozent dieser letztgenannten Klientel. Den Überblick über ihre Schulden haben am ehesten die Heroin-Klienten/innen verloren: Jede/r Vierte verfügt über Schulden in unbekannter Höhe.

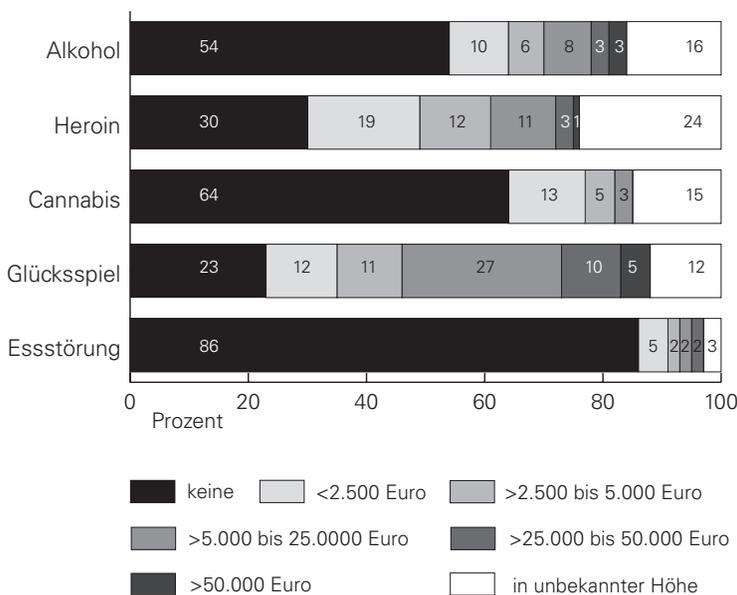


Abbildung 2.16: Schuldenhöhe der namentlich erfassten Klienten/innen des Jahres 2006 nach Hauptsubstanz

2.4. Der Weg in das Hilfesystem hinein und wieder hinaus

Die im Jahr 2006 begonnenen Betreuungen wurden durch vielfältige Anstöße initiiert (siehe Abbildung 2.17): Die meisten Vermittlungen (37 %) rührten von anderen Stellen aus dem Hilfesystem selbst: Diese Klienten/innen hatten also bereits professionellen Kontakt gesucht. Etwa jede dritte Betreuung (32 %) wurde aufgenommen, ohne dass es eines Anstoßes Dritter bedurfte. Letzteren hat es bei jeder vierten Betreuung gegeben: Motivation aus der näheren sozialen Umgebung (10 %) und Verpflichtungen durch öffentliche Stellen bzw. den Arbeitgeber oder die Schule (zusammen 12 %) haben hierbei etwa gleich große Anteile.

Je nach Art der Hauptsubstanz unterscheidet sich die Art und Weise der Vermittlung in das ambulante Hilfesystem (siehe Tabelle 2.14): Während mehr als 40 Prozent der Betreuungen der Alkohol- und auch der Heroin-Klienten/innen durch andere professionelle Stellen vermittelt werden (43 bzw. 42 %), sind dies bei den Cannabis-Klienten/innen lediglich 17 Prozent.

Von den Cannabis- und den Alkohol-Klienten/innen wird fast jede/r Fünfte durch öffentliche Stellen vermittelt: Jeweils 18 Prozent werden auf diese Weise in die Beratung geschickt. Die größte Bedeutung haben Familie und Freunde als Vermittler bei den pathologischen Spielern: Jede fünfte Betreuung in dieser Gruppe kommt auf diesem Wege zustande.

„Zur Eingliederung in Arbeit erbringt die Agentur für Arbeit Leistungen“ (SGB II, §16), die auch die Vermittlung in eine Suchtberatung bedeuten können (§16 Abs. 2 Nr. 4), um die Arbeitsfähigkeit „des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen“ wieder herzustellen bzw. zu verbessern.

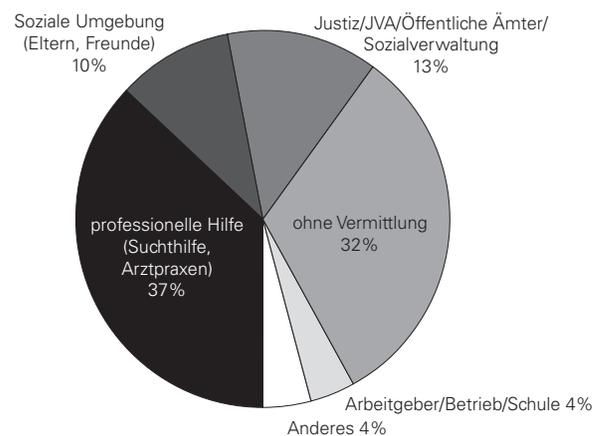


Abbildung 2.17: Vermittlung in das Hilfesystem (N=10.134 Betreuungen), 2006

	ohne Vermittlung	Hilfesystem	Arbeitgeber / Betrieb / Schule	Familie / Freunde	Justizbehörde / JVA / Sozialverwaltung	Sonstiges	N
Alkohol	25 %	43 %	4 %	7 %	18 %	3 %	5.262
Heroin	41 %	43 %	-	10 %	4 %	1 %	2.318
Cannabis	32 %	17 %	8 %	15 %	18 %	10 %	1.216
Glücksspiel	40 %	24 %	5 %	20 %	9 %	1 %	321
Essstörung	32 %	35 %	8 %	18 %	3 %	4 %	177
gesamt	32 %	37 %	4 %	10 %	14 %	4 %	10.134

Tabelle 2.14: Vermittlung in das Hilfesystem des Jahres 2006 nach Hauptsubstanz

Diese Aufgabe hatte die Agentur für Arbeit im Zuge der Neustrukturierung der Arbeitslosen- und Sozialhilfe im Jahre 2005 zu übernehmen. Mit den Daten des Jahres 2006 liegen nun erste aussagekräftige Zahlen für einen Ganzjahreszeitraum vor.

Insgesamt wird nur ein geringer Anteil der Betreuungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems in Schleswig-Holstein durch die Vermittlungstätigkeit der Agentur für Arbeit induziert (siehe Tabelle 2.15): Insgesamt 7 Prozent der dokumentierten Betreuungen sind auf ihre Vermittlungstätigkeit zurück zu führen. Überhaupt relevant sind solche Betreuungen nur für die Gruppen Alkohol, Cannabis und Heroin: Hier besitzen die von der Agentur für Arbeit angestoßenen Betreuungen Anteile von 12 (Alkohol), 8 (Cannabis) und 3 (Heroin) Prozent. Unter den Betreuungen der männlichen Klienten haben solche Betreuungen einen etwas höheren Anteil (plus drei Prozentpunkte gegenüber den Klientinnen).

In Bezug auf das Alter solcher Art vermitteltler Klienten/innen zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Diese Klienten sind älter als die Klientinnen; unter allen betreuten Klienten/innen verhält es sich anders herum. Auch weichen die Betreuungen selbst - nachdem sie durch die Agentur für Arbeit angestoßen wurden - von den übrigen Betreuungen ab: Sie sind durchschnittlich wesentlich kürzer. Während eine Betreuung durchschnittlich 255 Tage dauerte, wenn sie nicht durch die Agentur für Arbeit vermittelt wurde, bindet die Betreuung die Klienten/innen für lediglich 167 Tage, wenn sie durch die Arbeitsagentur angestoßen wurde.

Diese beiden Aspekte - Anteil der Vermittlungen durch die Agentur für Arbeit und Dauer solcher Art angestoßener Betreuungen - sollten auch in Zukunft betrachtet werden, um der Frage nach der Wirkung solcher gezielt eingeführten Instrumente und der Art der auf diese Weise vermittelten Klientel nachzugehen.

	männlich	weiblich	gesamt
Betreuungen (N=9.141)			
mit Vermittlung nach § 16 SGB II	8 %	5 %	7 %
ohne Vermittlung nach § 16 SGB II	92 %	95 %	93 %
Alter (N=9.056)	Jahre	Jahre	Jahre
mit Vermittlung nach § 16 SGB II	39,9	35,7	39,3
ohne Vermittlung nach § 16 SGB II	36,3	38,8	36,9
Dauer der Betreuung (N=9.141)	Tage	Tage	Tage
mit Vermittlung nach § 16 SGB II	158	216	167
ohne Vermittlung nach § 16 SGB II	243	293	255

Tabelle 2.15: Nach §16 SGB II vermittelte, namentlich erfasste Klienten/innen, 2006

Werden Betreuungen beendet, besitzen Weitervermittlungen (sowie Verlegungen und Wechsel) ebenfalls eine Bedeutung: Jede fünfte Betreuung wird auf diese Weise beendet (siehe Abbildung 2.18). Bedeutender sind allerdings der Abbruch durch die Klientin oder den Klienten (33 %) und der planmäßige Abschluss (40 %, ohne Weitervermittlung).

Insgesamt werden damit etwas mehr als 60 Prozent der Betreuungen konstruktiv bzw. erfolgreich beendet.

Jede zweite Betreuung der Heroin-Klienten/innen wird planmäßig oder durch eine Weitervermittlung beendet (49 %), bei den Alkohol-Klienten/innen trifft dies auf zwei Drittel der Betreuungen zu (66 %). Ein gespaltenes Bild zeigt sich bei den Cannabis-Klienten/innen: Besonders gering ist hier der Anteil der Weitervermittlungen: Er beträgt nur 16 Prozent. Gleichzeitig sind die Anteile der Abbrüche durch die Klienten/innen mit 38 Prozent und die der planmäßigen Abschlüsse mit 41 Prozent fast gleich hoch.

Die Ziele der Weitervermittlungen nach dem Ende der Betreuung in der dokumentierenden Einrichtung lassen sich identifizieren (siehe Abbildung 2.19). Jede/r zweite weitervermittelte Klient/in wird in ein professionelles Angebot weitergeleitet, das sich an die Sucht im engeren Sinne richtet: Etwas mehr als jede/r Fünfte wechselt in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung, etwa jede/r Zehnte in die ambulante Beratung bzw. Behandlung - ebenso viele wie in die Entgiftung und in die Ambulante Rehabilitation. Selbsthilfegruppen sind für mehr als jede/n vierte/n weitervermittelte/n Klienten/in das Ziel nach dem Ende der Betreuung in einer ambulanten Suchthilfeeinrichtung.

Am Ende einer Betreuung stellt sich für Klienten/innen und Mitarbeiter/innen der ambulanten Einrichtungen die Frage, ob die gewählten Maßnahmen erfolgreich waren. Hierauf kann über eine Beurteilung der Veränderung des

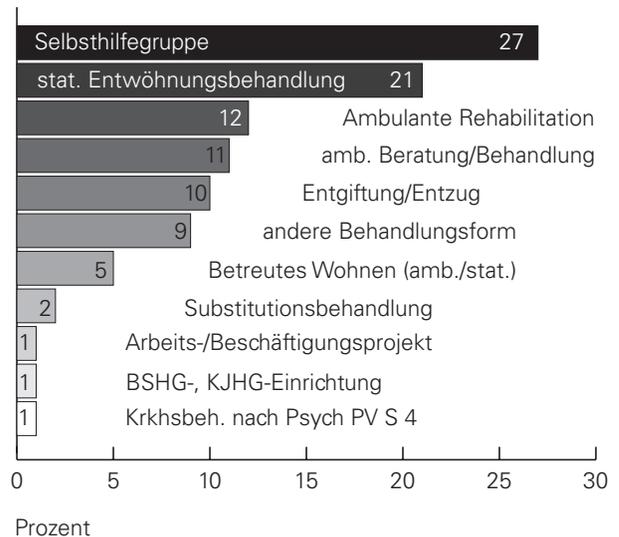


Abbildung 2.19: Weitervermittlung nach Ende der Betreuung (N=859 Betreuungen), 2006

Konsumstatus der Klienten/innen eine erste Einschätzung gewonnen werden (Abbildung 2.20). So dokumentierten die Mitarbeiter/innen für etwa jede/n vierte/n Klient/in (23 %) eine Verbesserung des Konsumstatus (Rückgewinn der Kontrolle über den Konsum, Minderung der Konsumfrequenz oder -menge, Nutzung risikoärmerer Konsumweisen, o. ä.). Für mehr als jede/n Dritte/n wurde sogar die Abstinenz (Einstellung des Konsums, Spielens bzw. Beilegung der Störung) festgehalten (36 %). Insgesamt wird auf diese Weise für sechs von zehn der Klienten/innen eine - in Abstufungen - erfolgreiche Tätigkeit der ambulanten Einrichtungen beschrieben. Bei einem Drittel der Klienten/innen führen Beratung oder Betreuung nicht zu einer Veränderung des Konsumstatus, in sehr wenigen Fällen verschlechtert sich dieser (4 %).

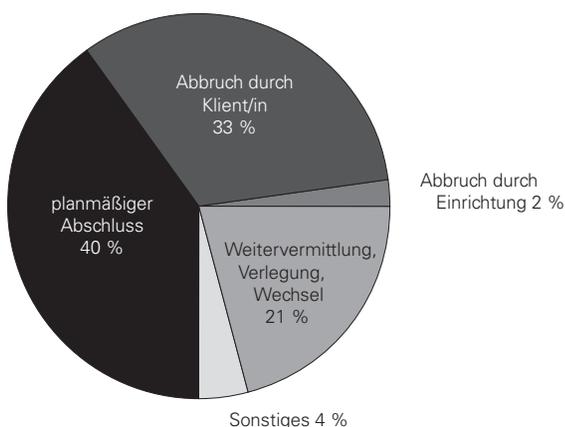


Abbildung 2.18: Art der Beendigung der Betreuung (N=8.315 Betreuungen), 2006

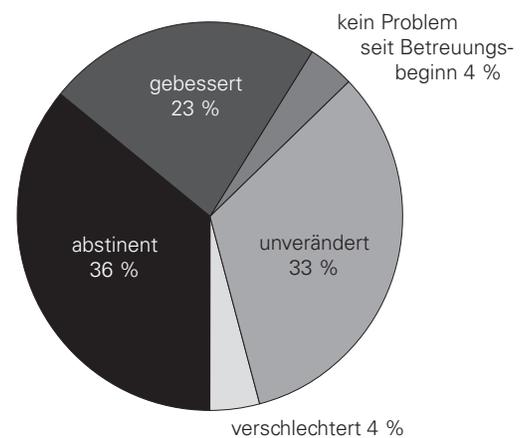


Abbildung 2.20: Konsumstatus nach Beendigung der Betreuung (N=6.168 Betreuungen), 2006

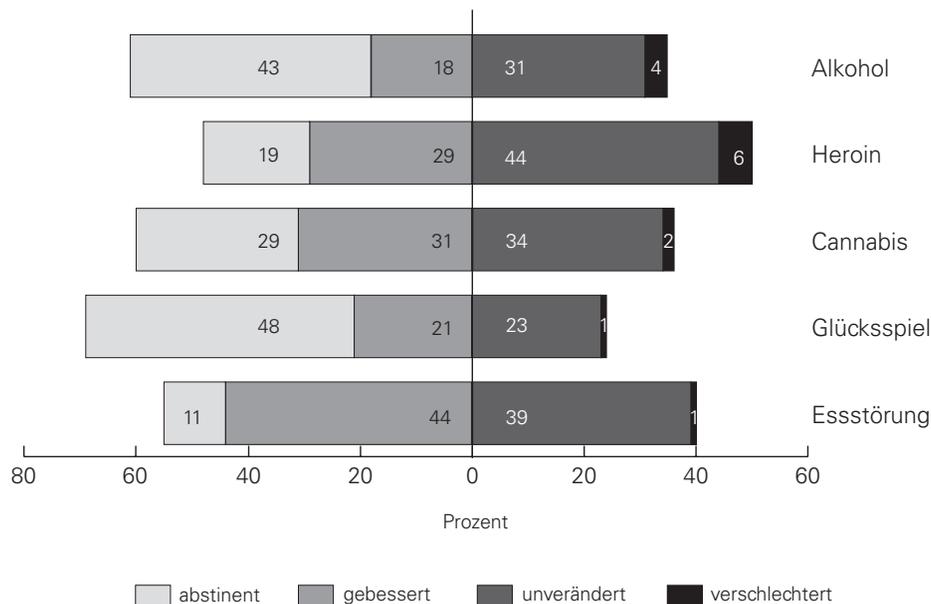


Abbildung 2.21: Konsumstatus nach Beendigung der Betreuung nach Hauptsubstanz, 2006

Zwischen den einzelnen Hauptsubstanzgruppen zeigen sich auch in dieser Frage Unterschiede (siehe Abbildung 2.21): Als suchtmittelspezifisch erfolgreichste zeigen sich die Angebote für die Glücksspieler/innen: Für 69 Prozent von ihnen wird eine erfolgreiche Veränderung des Konsumstatus festgehalten. Für 61 Prozent der Alkoholiker/innen kann das gleiche Fazit gezogen werden. Ebenfalls für beide Gruppen gilt, dass der Anteil der nach der Betreuung abstinenten Klienten/innen erheblich höher ist als derjeniger, deren Konsumstatus „lediglich“ gebessert ist.

Cannabis-Klienten/innen weisen annähernd gleich hohe Anteile (29 bis 34 %) in den Kategorien abstinent, gebessert und unverändert auf. Diese Höhe des Anteils eines unveränderten Konsumstatus wird von den Heroin-Klienten/innen übertroffen: Unter ihnen sind 44 Prozent, deren Opiatkonsum sich nicht verringert hat. Zurückzuführen ist dieser hohe Wert auch auf die hier eingeschlossene Teilgruppe der Substituierten, deren fortgesetzte Behandlung mit dem Substitutionsmittel sehr langfristig angelegt ist und hier als unveränderter Zustand eingeht.⁴ Insgesamt wies jede/r zweite Klient/in mit einem Opiatproblem am Ende der Betreuung keinen verbesserten Konsumstatus auf. Der zweithöchste Anteil eines unveränderten Zustands findet sich bei den Klienten/innen mit einer Essstörung (39 %): Auch dies kann Ausdruck der erforderlichen Langfristigkeit der Behandlung dieser Störung sein.

2.5. Leistungen des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems

2.5.1. Auf einzelne Personen bezogene Leistungen

Im System der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins sind im Jahr 2006 insgesamt 122.407 einzelne Leistungen mit Hilfe des elektronischen Dokumentationssystems für namentlich erfasste Personen - Klienten/innen und Angehörige - festgehalten worden.

Jede zweite erbrachte Leistung ist eine Beratungsleistung gewesen (51 %, siehe Abbildung 2.22). Etwa jede dritte Leistung (35 %) war eine Betreuung.⁵ Deutlich geringere Anteile besitzen die Kategorien Information (5 %), Vermittlung (4 %) und Begleitung (1 %). Gleichwohl spiegelt diese Verteilung nur bedingt den Alltag in den Einrichtungen wieder, denn unter zeitlichen Gesichtspunkten nimmt die Betreuung die erste Position ein: 44 Prozent der aufgewendeten Zeit wird für diese Leistungskategorie in Anspruch genommen. Vier von zehn Stunden der für Klienten/innen und Angehörige aufgewendeten Zeit wird für die Beratung verwendet.

⁴ So kann der Konsumstatus „unverändert“ möglicherweise auch eine positive Entwicklung darstellen, nämlich der regelmäßige Gebrauch des Substitutionsmittels.

⁵ Der Begriff „Betreuung“ beschreibt ein spezifisches, geschlossenes Setting, in dem eine bestimmte Problemlage klientenzentriert über eine längere Zeit hinweg bearbeitet wird. Damit einher gehen professionelle Methoden und Zielsetzungen der Behandlung (- deshalb wird auch die psychosoziale Betreuung im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Betreuung zugeordnet).

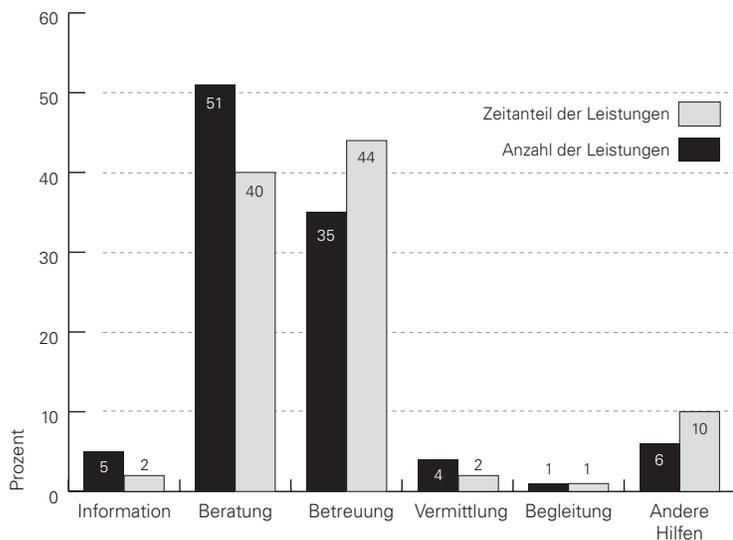


Abbildung 2.22: In Anspruch genommene Leistungen, anzahlbezogen und nach Zeitanteilen (Klienten/innen und Angehörige), (N=122.407 Leistungen), 2006

Neben einem solchen allgemeinen Blick lässt sich die Dauer der durchschnittlich pro Klient/in erbrachten Leistungen beschreiben: Es zeigt sich, dass Frauen durchschnittlich länger andauernde Leistungen erhalten (siehe Tabelle 2.16). Sie nehmen mit 10,2 Stunden pro Klientin etwa zweieinhalb Stunden mehr Leistungen in Anspruch als die Männer (7,6 Stunden pro Klient). Insgesamt erlangen Frauen 29 Prozent der aufgewendeten Zeit, obwohl ihr Anteil an allen Klienten/innen „lediglich“ 23 Prozent beträgt.

Insbesondere die durchschnittlich längere Betreuung führt zu der insgesamt für Frauen länger erbrachten Leistungszeit (siehe Abbildung 2.23): Wenn Frauen Leistungen aus dem Bereich Betreuung in Anspruch nehmen, tun sie dies durchschnittlich in einer Länge von 16,4 Stunden

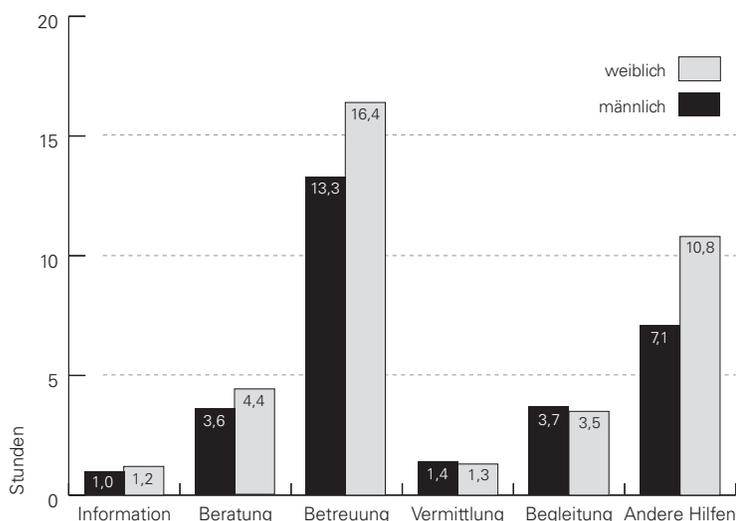


Abbildung 2.23: Durchschnittliche Gesamtleistungsdauer der verschiedenen Leistungen pro Klient/in differenziert nach Geschlecht (nur Klienten/innen), 2006

den, während für Männer 13,3 Stunden aufgewendet werden. Beratungsleistungen - der zweite wichtige Bereich erbrachter Leistungen - werden von den Klientinnen ebenfalls intensiver nachgefragt.

Unterschiede im Nachfrageverhalten bzw. bei den erbrachten Leistungen zeigen sich nicht nur zwischen Geschlechtern sondern auch zwischen unterschiedlichen Altersgruppen (siehe Abbildung 2.24). Grundsätzlich steigt mit dem Alter die in Anspruch genommene Zeit: Ältere Klienten/innen werden länger beraten und länger betreut als jüngere. Die Differenz zwischen der jüngsten (bis 25 Jahre) und ältesten Gruppe (älter als 45 Jahre) beträgt 1,8 Stunden (Beratung) bzw. 10,0 Stunden (Betreuung). Damit erhalten die Ältesten annähernd das Doppelte der intensiven Betreuung, die die Jüngsten erlangen.⁶

Die Inanspruchnahme von Leistungen ist sehr unterschiedlich auf die einzelnen Hauptsubstanzgruppen verteilt (siehe Abbildung 2.25): So beanspruchen die Leistungen für die Alkoholiker/innen 59 Prozent der insgesamt für namentlich erfasste Klienten/innen aufge-

	Dauer der Leistungen in Stunden (h)	Anteil an Gesamtleistungsdauer (%)	Anteil Klienten/innen (%)	Anzahl Klienten/innen (N)
männlich	7,6	71 %	77 %	9.059
weiblich	10,2	29 %	23 %	2.765
Gesamt	8,2	100 %	100 %	11.824

Tabelle 2.16: Durchschnittliche Gesamtdauer der klientenbezogenen Leistungen pro Klient/in nach Geschlecht (nur Klienten/innen), 2006

wendeten Zeit, obwohl ihr Anteil an allen Klienten/innen bei nur 46 Prozent liegt (vgl. Abbildung 2.3); dagegen beträgt der Anteil aller Heroin-Klienten/innen 28 Prozent, sie nehmen aber nur 19 Prozent der insgesamt aufgewendeten Zeit in Anspruch.

Ob die Struktur oder die Art der Angebote, die spezifische Nachfrage dieser beiden Klientengruppen oder Besonderheiten der jeweiligen Suchterkrankungen für diese Unterschiede verantwortlich sind, muss hier dahin gestellt bleiben. Das Ergebnis der Betrachtung jedoch gilt: Für Alkoholiker/innen wird im ambulanten Suchtkrankenhilfesystem - absolut und auch relativ betrachtet - wesentlich mehr Zeit aufgewendet als für Heroinabhängige. Im Detail bestätigt sich dieses Bild (siehe Tabelle 2.17): Werden Alkoholiker/innen beraten, geschieht dies sehr

⁶ In die Gesamtauswertung sind auch die Daten einer Einrichtung eingegangen, die für junge Leistungsempfänger weit überdurchschnittlich lange Leistungszeiten dokumentiert, so dass über alle Einrichtungen betrachtet die durchschnittliche Betreuungslänge der jüngsten Altersgruppe die der nächstälteren übersteigt.

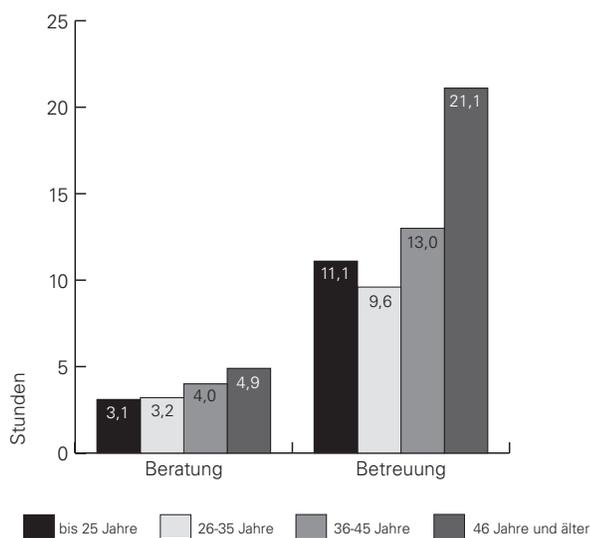


Abbildung 2.24: Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Altersgruppen (nur Klienten/innen), 2006

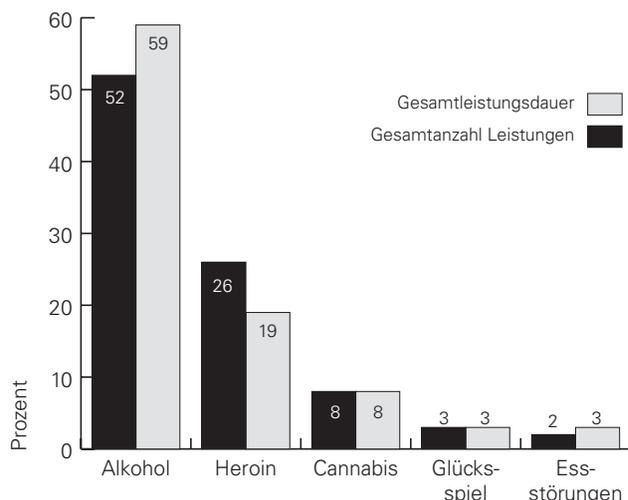


Abbildung 2.25: Gesamtleistungsdauer und Gesamtanzahl der erbrachten Leistungen nach Hauptsubstanz (nur Klienten/innen), 2006

viel ausführlicher als bei Heroinabhängigen (4,4 bzw. 2,6 Stunden), werden sie hingegen betreut, nimmt dies individuell mehr als viermal so viel Zeit in Anspruch wie die Betreuung der Heroinabhängigen (durchschnittlich 24,8 Stunden für 1.299 Personen bzw. durchschnittlich 5,6 Stunden für 1.651 Personen).

Grundsätzlich wird für Klienten/innen mit Problemen durch legale Suchtmittel oder andere suchtmittelgebundene Störungen mehr Zeit aufgewendet als für diejenigen, die im Umgang mit verbotenen Suchtmitteln Schwierigkeiten haben. Insgesamt am wenigsten Zeit

wird für Cannabis-Klienten/innen investiert, am meisten für Alkoholiker/innen und Personen mit Essstörungen. Gleichwohl werden für Cannabis-Klienten/innen, wenn sie betreut werden, durchschnittlich 13,6 Stunden aufgewendet - dies betraf im Jahr 2006 genau 164 Personen. Aus der vorstehenden Tabelle ist des Weiteren zu erkennen, dass der weit überwiegende Teil aller Klienten/innen Beratungsleistungen nachgefragt hat (9.825 verschiedene Klienten/innen) und etwa jede/r vierte Betreuungsleistungen erhielt. Für etwa jede/n Neunten wurden Vermittlungsleistungen festgehalten.

	Information (h)	Beratung (h)	Vermittlung (h)	Betreuung (h)	Andere Hilfen (h)	Begleitung (h)	Dauer aller Leistungstypen (h)	Anzahl Klienten (N)
Alkohol	0,9 h	4,4 h	1,4 h	24,8 h	6,2 h	4,5 h	10,3 h	5.597
Heroin	1,3 h	2,6 h	1,3 h	5,6 h	6,5 h	2,8 h	5,8 h	3.217
Cannabis	0,8 h	3,3 h	1,6 h	13,6 h	3,8 h	2,8 h	5,2 h	1.405
Glücksspiel	0,4 h	3,9 h	0,9 h	24,5 h	1,6 h	1,8 h	8,5 h	335
Essstörung	2,3 h	6,9 h	1,0 h	9,7 h	28,7 h	4,3 h	11,6 h	205
Gesamt*	1,1 h	3,8 h	1,4 h	14,1 h	8,1 h	3,7 h		
Anzahl Klienten** (N)	1.822	9.825	1.484	3.430	767	312		

*: alle Hauptsubstanzen
 **: mit dieser Leistungsart

Tabelle 2.17: Durchschnittliche Dauer der pro Klient/in in Anspruch genommenen Leistungen nach Hauptsubstanz in Stunden (nur Klienten/innen), 2006

2.5.2. Niedrigschwellige Dienstleistungen

Zusätzlich zu den klientenbezogenen Leistungen werden von einigen Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins auch so genannte niedrigschwellige Dienstleistungen erbracht: Angebote die sich pauschal an einen größeren Kreis von Adressaten richten. Über einen verbindlichen Katalog solcher zu erbringender Dienstleistungen gibt es zwischen den Einrichtungen ebenso wenig eine Einigkeit wie eine Verpflichtung zur Dokumentation. Deshalb erheben die im Folgenden präsentierten Zahlen keinen Anspruch auf Vollständigkeit für das Land Schleswig-Holstein (Tabelle 2.18).

Drei Einrichtungen dokumentieren insgesamt 21.719 Kontakte mit Besucher/innen ihrer Cafés, fünf Einrichtungen in Schleswig-Holstein gaben im Jahr 2006 zusammen 148.310 Einwegspritzen aus, und drei Einrichtungen hielten abgegebene Mahlzeiten fest: Dies waren insgesamt 7.594 Essen.

	N
Besucher/innen (3 Einrichtungen)	21.719
abgegebene Spritzen (5 Einrichtungen)	148.310
abgegebene Essen (3 Einrichtungen)	7.594

Tabelle 2.18: Niedrigschwellige Dienstleistungen, 2006

Wenn ein vergleichender Blick auf die Entwicklung über mehrere Jahre geworfen werden soll, muss sichergestellt sein, dass Daten aus denselben Einrichtungen über den gewünschten Zeitraum vorliegen. Für zwei Modell-einrichtungen (modellhaft insofern, als bei ihnen das elektronische Dokumentationssystem zuerst in einer Pilotphase eingeführt wurde) existieren Daten für den Zeitraum 1997 bis 2006 zur Zahl der Besucher/innen (siehe Abbildung 2.26). Es ist zu erkennen, dass die Zahl der Besucher/innen in diesen Einrichtungen in der Regel bei etwa 2.500 bis 3.000 im Quartal lag - die Ausnahme stellt das Jahr 2001 dar, in der die Zahl der Besucher/innen bis auf über 3.500 im Quartal angestiegen ist. Insgesamt zeigt dieser abgebildete zehnjährige Zeitraum für die Anzahl der Besucher/innen über die Jahre hinweg als durchschnittlich sehr stabil (mit Ausnahme des Jahres 2001). Allenfalls lässt sich eine sehr leichte Tendenz steigender Besucher/innenzahlen im Zeitraum 2003 bis 2006 erkennen.

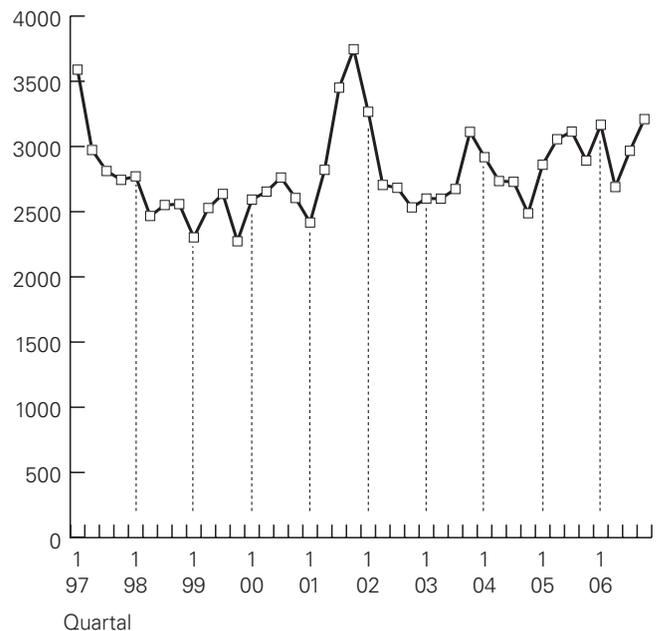


Abbildung 2.26: Besucher/innen (2 Modelleinrichtungen), 1997-2006

Für die Anzahl ausgegebener Spritzen liegen Daten von fünf Einrichtungen bis ins Jahr 2002 zurückreichend vor (siehe Abbildung 2.27). Seit dem Ende des ersten dokumentierten Jahres (2002) hat die Anzahl ausgegebener Einmalspritzen fast stetig und erheblich abgenommen - von fast 55.000 Spritzen im Quartal auf etwa 32.000 im zweiten Quartal 2004. Seit mittlerweile drei Jahren (2004-2006) bewegt sich die Anzahl im Bereich von 32.000 bis 40.000 ausgegebenen Spritzen pro Quartal.

Drei Einrichtungen dokumentieren seit 2001 die ihren Klienten/innen ausgegebenen Mahlzeiten (siehe Abbildung 2.28). Diese Leistungen haben - mit Schwankungen v. a. zwischen den Jahreszeiten - über die Jahre hinweg durchschnittlich zugenommen. Während im Jahr

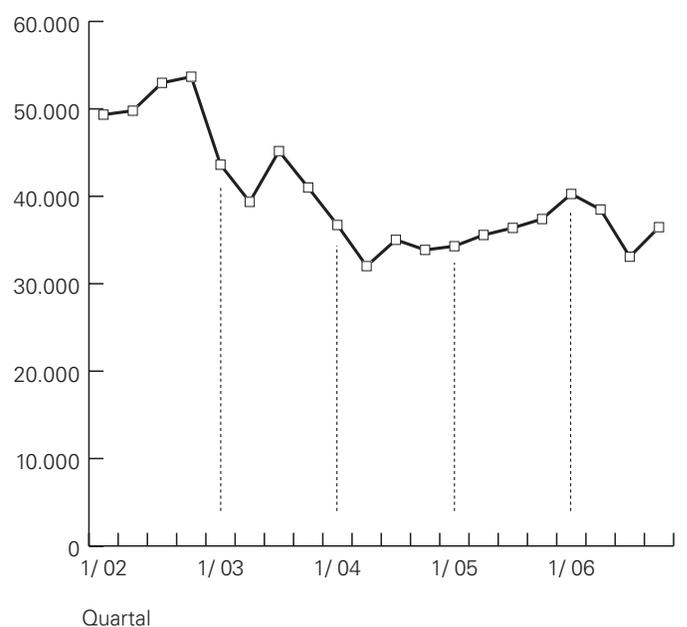


Abbildung 2.27: ausgegebene Spritzen (5 Einrichtungen), 2002-2006

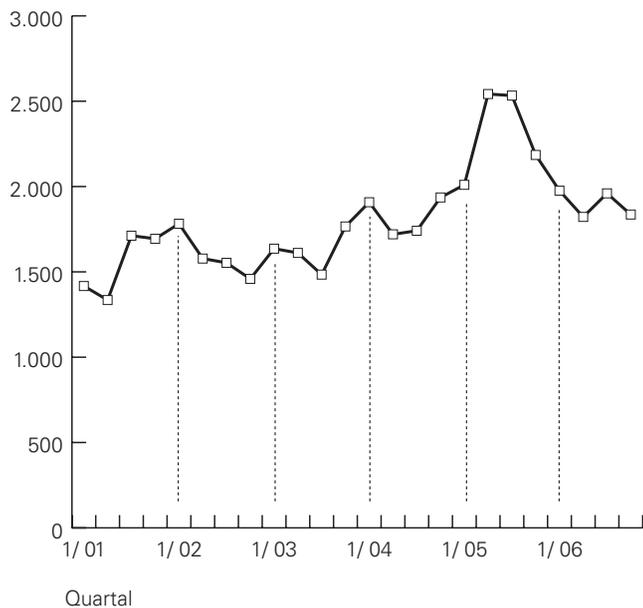


Abbildung 2.28: ausgegebene Essen (3 Einrichtungen), 2001-2006

2001 durchschnittlich pro Quartal etwa 1.500 bis 1.700 Essen abgegeben wurden, waren es im Jahr 2005 zwischen 2.000 und 2.500. Im Jahr 2006 erreicht die Anzahl der Mahlzeiten allerdings wieder das Niveau des Jahres 2004.

2.6. Die Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe

2.6.1. Einleitende Bemerkungen

Wurden in den vorangegangenen Abschnitten die demografische und biografische Situation der Klienten/innen, sowie deren Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf Betreuung und Leistungen detailliert dargelegt, so richtet sich in den nachfolgenden Ausführungen der Fokus auf die Einrichtungen, in welchen die von Suchtproblemen betroffenen Personen um Hilfe nachsuchen. Vorrangiges Ziel dieser besonderen Form der Auswertung ist die Analyse der aktuellen Angebotsstruktur des nördlichsten Bundeslandes, um daraus einige empirisch gestützte Grundaussagen zur Strukturqualität der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein ableiten zu können. Damit soll, wie in den Jahren zuvor, die Grundlage für fachliche Diskussionen über die Weiterentwicklung des ambulanten Suchthilfesystems geschaffen werden. Denn trotz des vorwiegenden deskriptiven Charakters der folgenden Auswertungen, die ferner auf einer begrenzten Anzahl von strukturellen Informationen aus den Einrichtungen beruhen, lassen sich an einigen Stellen erste Hinweise über mögliche Handlungsoptionen für das ambulante Suchtkrankenhilfesystem ableiten. Mit diesen soll gezielt der Einstieg in eine fachliche Diskussion angeregt werden.

Inhaltlich ist das folgende Kapitel in zwei Abschnitte unterteilt. Der erste Abschnitt beinhaltet ausschließlich einrichtungsbezogene Auswertungen wie z.B. den Einrichtungstyp, die zentralen Tätigkeiten, die Zielgruppen und die Mitarbeiterstruktur. In der zweiten Analyse werden diese Strukturdaten der Einrichtungen mit den Informationen über Klienten/innen und für sie erbrachte Leistungen verknüpft.

2.6.2. Datengrundlage

Es wurden, wie schon im letzten Jahr, alle Einrichtungen der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe (ca. 70 Einrichtungen) angeschrieben.⁷ Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Insgesamt haben 56 Einrichtungen⁸ geantwortet, d.h. die Rücklaufquote des Erhebungsbogens beträgt ca. 80 Prozent. Somit stellen die in den folgenden Analysen berücksichtigten Einrichtungen ein repräsentatives Sample der Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins dar. Dies gilt sowohl hinsichtlich der regionalen Verteilung als auch in Bezug auf die Angebotsstruktur.⁹

Die Darstellung der Ergebnisse ist in zwei Abschnitte untergliedert. Im ersten Abschnitt wird die Struktur der Einrichtungen untersucht. Grundlage dieser Auswertungen sind die oben erwähnten 56 Einrichtungen, die den Erhebungsbogen ausgefüllt haben. Im zweiten Abschnitt werden die Strukturdaten mit den Klientendaten verknüpft. Nur wenn sowohl eine Einrichtung den Erhebungsbogen ausgefüllt hat, als auch Angaben zu Klienten/innen und klientenbezogenen Leistungen dieser Einrichtung vorlagen, ist sie in den zweiten Teil der Analyse integriert worden. Insgesamt erfüllten 49 Einrichtungen diese Voraussetzung. Im Jahre 2006 betreuten sie 13.222 Klienten/innen und Angehörige und erbrachten 100.719 klientenbezogene Leistungen.

2.6.3. Analyse der Strukturdaten

Von den 56 Einrichtungen, die im Jahre 2006 den Strukturfragebogen ausgefüllt haben, ist die überwiegende Mehrheit (37 Einrichtungen) dem Einrichtungstyp „legale und illegale Substanzen“ zuzuordnen¹⁰ (siehe Tabelle 2.19). Dort werden sowohl Alkohol Klienten/innen, medikamentenabhängige Personen als auch Konsumenten/innen illegaler Drogen beraten und betreut. Dieser Typ

7 Der Erhebungsbogen ist durch das zuständige Ministerium in Kiel verschickt worden.

8 Genau genommen müsste hier von Einrichtungseinheiten gesprochen werden. In der Regel entsprechen die einzelnen Suchtberatungsstellen jeweils einer Einrichtungseinheit. Einige Einrichtungen lassen sich jedoch in verschiedene Teileinrichtungen aufgliedern, die jeweils spezielle Suchthilfeangebote bereitstellen. Wenn in der Summe von Stellenanteilen mehr als eine Vollzeitkraft in einer Teileinrichtung tätig ist, wird diese als eigenständige Einrichtungseinheit in die Analyse aufgenommen.

9 Nur die Gesundheitsämter (bzw. Sozialpsychiatrischen Dienste) haben sich nicht an der Erhebung beteiligt. Sie spielen aber keine – in quantitativer Hinsicht – zentrale Rolle bei der Versorgung von suchtkranken bzw. -gefährdeten Personen in Schleswig-Holstein und können von daher in dieser Auswertung unberücksichtigt gelassen werden, ohne die Aussagekraft der folgenden Daten zu beeinträchtigen.

10 Für die vorgenommene Typologisierung der Einrichtungen wurden einzelne Items der Kategorienliste im Erhebungsbogen zusammengefasst.

	Anzahl	davon niedrigschwellige Einrichtungen
Legale und Illegale Drogen	37	1
Legale Drogen	8	1
Illegale Drogen	10	4
Anderes	1	1

Tabelle 2.19: Einrichtungstyp der an der Strukturanalyse beteiligten Suchtberatungsstellen (N=56), 2006

ist auch unter der Bezeichnung „integrative Suchtberatungsstelle“ bekannt. Des Weiteren bestehen acht Einrichtungen, die sich auf Klienten/innen legaler Drogen spezialisiert haben und weitere zehn Einrichtungen, die vornehmlich Angebote für illegale Drogenkonsumenten/innen bereithalten. Die Einrichtung, die dem Einrichtungstyp „Anderes“ zugeordnet wurde, arbeitet im Rahmen eines speziellen Streetworkerprojekts. Im Vergleich zu den drei zurückliegenden Jahren zeigen sich somit keine nennenswerten Veränderungen in der grundlegenden Struktur der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins.

Bei vier von insgesamt zehn der Einrichtungen, die Konsumenten/innen illegaler Substanzen betreuen, handelt es sich um niedrigschwellige Einrichtungen bzw. Kontaktläden. Bei allen anderen Einrichtungstypen trifft dies nur auf jeweils eine Einrichtung zu. 39 Prozent der Einrichtungen halten Angebote vor, die speziell auf Frauen/Mädchen bzw. Männer/Jungs ausgerichtet sind. Der Anteil dieser Beratungsstellen entspricht in somit etwa dem des Vorjahres (2005: 43 %). Als konkrete Angebote wurde ein Spektrum von geschlechtsspezifischen Einzelge-

	Kreisfreie Städte	Hamburger Randgebiet	Landkreise
Legale und Illegale Drogen	6	12	19
Legale Drogen	5	3	0
Illegale Drogen	6	2	2
Gesamt	17	17	21

Tabelle 2.20: Einrichtungstyp getrennt nach kreisfreien Städten, Hamburger Rand und Landkreise (N=55), 2006

sprächen über Mutter-Kind-Gruppen bis hin zu speziellen Präventionsprojekten genannt. Insbesondere in den integrativen Suchtberatungsstellen sind geschlechtsspezifische Beratungs- bzw. Betreuungsinhalte überdurchschnittlich häufig vorzufinden.

Die Tabelle 2.20 gibt die Verteilung der Einrichtungstypen nach ihrer regionalen Zugehörigkeit wieder. Wie schon in den zurückliegenden Jahren, wird auch in diesem Jahr auf die bewährte Einteilung Schleswig-Holsteins in die Regionen „kreisfreie Städte“, „Landkreise“ und „Hamburger Randgebiet“ zurückgegriffen.¹¹

In den kreisfreien Städten überwiegen, wie schon in den Jahren zuvor, die Einrichtungen, welche sich auf die Betreuung von speziellen Substanzproblemen spezialisiert haben (65 %). Mit abnehmendem Urbanisierungsgrad fällt dieser Anteil deutlich. So richten sich im Hamburger Umland 29 Prozent der Einrichtungen an eine spezielle Klientel und in den Landkreisen ist es nur noch jede zehnte. In der letztgenannten Region sind dem entsprechend 90 Prozent aller Suchtberatungsstellen dem integrativen Einrichtungstyp zuzuordnen.

Geschlechtsspezifische Angebote finden sich im Jahre 2006 überdurchschnittlich häufig in den Einrichtungen des Hamburger Randgebietes (59 %) und den Landkreisen (38 %), während sie in den kreisfreien Städten zu einem geringeren Anteil angeboten werden (22 %). Während somit im Vergleich zum Vorjahr im Hamburger Umland die geschlechtsspezifischen Angebote erweitert wurden (2005: 53 %), sind diese in der letztgenannten Region im Laufe des letzten Berichtsjahres deutlich reduziert worden (2005: 47 %).

In der Tabelle 2.21 sind die zentralen Hilfen bzw. Tätigkeiten der Einrichtungen wiedergegeben. Die Beratung von Klienten/innen (92 %) und Angehörigen (89 %) wird erwartungsgemäß in nahezu allen Suchtberatungsstellen angeboten. Auch die anonyme Beratung ist in mehr als vier von fünf Einrichtungen (85 %) ein zentrales Hilfeangebot. Etwa jede sechste Einrichtung (17 %) hält Beratungsangebote für Personen mit Suchtproblemen vor, die sich in einem Gefängnis aufhalten. In der Beratung liegt somit ein klarer Schwerpunkt der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Das ist suchtpolitisch so gewollt und schlägt sich in den Angaben der Einrichtungen nieder. Die psychosoziale Begleitung von Substituierten wird in mehr als jeder zweiten Suchtberatungsstelle angeboten (60 %) und 47 Prozent der Einrichtungen ermöglichen eine Inanspruchnahme ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen. Niedrigschwellige Hilfen (51 %) bzw. aufsuchende Arbeit (45 %) zählen bei der Hälfte aller Einrichtungen zu den zentralen Tätigkeiten und Straßensozialarbeit wird in etwa jeder Achten angeboten (13 %).

Der hohe Anteil von Einrichtungen, die als eine zentrale Tätigkeit die Durchführung von Suchtpräventionsmaßnahmen angeben (74 %) macht deutlich, dass in Schles-

11 Die Kategorie „Kreisfreie Städte“ umfasst die Städte Flensburg, Kiel, Lübeck und Neumünster. Das „Hamburger Randgebiet“ besteht aus den Städten und Gemeinden, die entweder in den öffentlichen Personennahverkehr der Freien und Hansestadt Hamburg eingebunden sind (z.B. Pinneberg oder Geesthacht) und/oder auf einer der Entwicklungsachsen des Planungsgebietes „Metropolregion Hamburg“ liegen. Das restliche Gebiet Schleswig-Holsteins bildet die Kategorie „Landkreise“ (siehe hierzu Kalke et al. 2003).

wig-Holstein die beiden Säulen „Prävention“ und „Hilfe“ auf der Einrichtungsebene schon häufig strukturell miteinander verzahnt sind. Durch die Bündelung dieser beiden Aufgabenbereiche kann die Suchtkrankenhilfe auf Trends im Drogengebrauch, die sich aus der beratenden Tätigkeit abzeichnen, sehr zeitnah und flexibel (präventiv) reagieren. Im Vergleich zum letzten Berichtsjahr ist der Anteil von Einrichtungen mit suchtpreventiver Arbeit deutlich gestiegen (2005: 54 %) und hat das hohe Niveau des Jahres 2003 wieder erreicht. Die im Jahresbericht 2005 formulierte These, dass auf Grund eines zunehmend geringer werdenden finanziellen Spielraums in vielen Einrichtungen Präventionsarbeit nicht mehr möglich ist, hat sich somit nicht bestätigt.

Eine Unterscheidung der zentralen Hilfen bzw. Tätigkeiten nach dem Einrichtungstyp macht unter anderem deutlich, dass niedrigschwellige Angebote insbesondere in den Suchtberatungsstellen für Konsumenten/innen illegaler Drogen vorzufinden sind. Mehr als drei Viertel dieser Einrichtungen (80 %) bieten solche Hilfen an. Auch etwa jede zweite integrierte Suchtberatungsstelle (46 %) ist in diesem Bereich tätig. Hingegen sind niedrigschwellige Angebote beim Einrichtungstyp „legale Substanzen“ in deutlich geringerem Maße vorzufinden (25 %) und Straßensozialarbeit überhaupt nicht. In Anbetracht der alkoholabhängigen Personen, die verelendet auf der Straße oder in provisorischen Unterkünften leben, erscheint es sinnvoll, ein für diese Klientel in Kooperation mit der Wohnungshilfe und der medizinischen Hilfe zugeschnittenes Angebot zu installieren.

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen werden vornehmlich von integrierten Einrichtungen (49 %) und Suchtberatungsstellen für legale Drogen (50 %) angeboten. Während die letztgenannte zentrale Tätigkeit in den Einrichtungen des Typs „illegale Drogen“ nur eine untergeordnete Rolle spielt (30 %), wird die psychosoziale Begleitung von substituierten Klienten/innen in diesen Beratungsstellen sehr häufig angeboten (90 %; integrierte Suchtberatungsstellen: 62 %). Präventionsmaßnahmen haben in allen drei Einrichtungstypen einen vergleichsweise hohen Stellenwert. So geben mehr als drei Viertel der integrativen Einrichtungen an (78 %), präventive Arbeit zu leisten. In den Einrichtungen für legale Substanzen beträgt dieser Anteil 63 Prozent und denen für illegale Substanzen 50 Prozent.

Eine unterschiedliche Bedeutung der zentralen Hilfen und Tätigkeiten zeigt sich auch in Abhängigkeit von der regionalen Zugehörigkeit der Einrichtungen. So wird die Beratung im Gefängnis überwiegend von Einrichtungen der kreisfreien Städte durchgeführt. Präventionsmaßnahmen sind hingegen im Hamburger Rand (88 %) und in den Einrichtungen der Landkreise (76 %) überproportional häufig anzutreffen, während sie in den kreisfreien Städten (44 %) in deutlich geringerem Maße angeboten werden. Insgesamt lässt sich aber im Vergleich zu den Angaben des Vorjahres festhalten, dass in den beiden letztgenannten Regionen die Präventionsangebote im Laufe des zurückliegenden Jahres deutlich ausgebaut worden sind (2005: Landkreise: 57 %, kreisfreie Städte: 28 %).

	prozentualer Anteil
Beratung	92 %
Beratung Angehörige	89 %
Anonyme Beratung	85 %
Externe Beratung JVA	17 %
PSB für Substituierte	60 %
Ambulante Rehabilitation	47 %
Niedrigschwellige Hilfen	51 %
Aufsuchende Arbeit	45 %
Streetwork	13 %
Prävention	74 %
Anzahl Einrichtungen (N)	53

Tabelle 2.21: Zentrale Hilfen/Tätigkeiten der Einrichtungen (Mehrfachnennungen möglich), 2006

Auffällig ist des Weiteren, dass bestimmte Betreuungsssettings, wie z.B. die ambulante Rehabilitation oder die psychosoziale Begleitung, in den kreisfreien Städten in weniger Einrichtungen vorzufinden sind (33 % bzw. 39 %), als im Hamburger Randgebiet (jeweils 59 %) und den Landkreisen (43 % bzw. 71 %). Offensichtlich ist es in den Städten auf Grund der räumlichen Konzentration der Klienten/innen möglich, diese entsprechend ihrer Suchtproblematik an Einrichtungen zu verweisen, welche sich auf bestimmte Betreuungsbereiche spezialisiert haben. Da Suchtberatungsstellen auf dem Lande oftmals weit voneinander entfernt liegen, ist man hingegen dort gezwungen, jeweils alle wesentlichen Betreuungsangebote vorzuhalten.

Werden die Einrichtungen hinsichtlich der von ihnen genannten Zielgruppen unterschieden, so wird deutlich, dass sich deren Angebote – wie es zu erwarten war – vor allem an alkoholabhängige bzw. -gefährdete Personen und Konsumenten/innen illegaler Drogen sowie Medikamentenabhängige richten. Jeweils acht von zehn Einrichtungen bieten Hilfe für Personen mit Alkoholproblemen (84 %) an, nennen die Klienten/innen illegaler Substanzen als Zielgruppe (86 %) bzw. haben spezielle Angebote für Personen, die auf Grund des missbräuchlichen Konsums von Medikamenten um Hilfe nachsuchen (84 %). Auch pathologische Spieler (71 %), Nikotinabhängige (68 %) und essgestörte Personen (61 %) finden in der überwiegenden Mehrzahl der Einrichtungen entsprechende Hilfe.

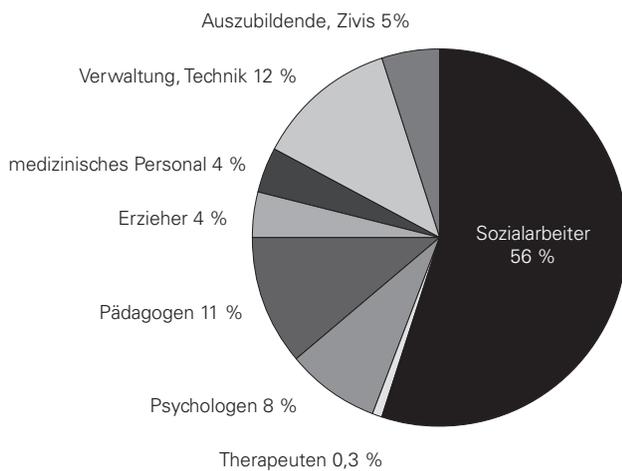


Abbildung 2.29: Anteile der einzelnen Berufsgruppen in den Einrichtungen, gemessen an der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit (Gesamt = 7.347 Stunden)

In Abbildung 2.29 sind die Anteile der in den Einrichtungen tätigen Berufsgruppen – gemessen an der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit – wiedergegeben. Der weit überwiegende Teil der pro Woche geleisteten Arbeitsstunden wird von Sozialarbeitern/innen erbracht (56 %). Auf Pädagogen/innen und Erzieher/innen entfallen 15 Prozent und auf das für die Technik und Verwaltung zuständige Personal 12 Prozent. Ebenfalls nahezu jede achte Arbeitsstunde wird von Psychologen/innen (8 %) oder medizinischem Personal (4 %) geleistet. Therapeuten/innen kommen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins hingegen nur selten zum Einsatz (0,3 %). Der Anteil der Auszubildenden und Zivildienstleistenden an der gesamten wöchentlichen Arbeitszeit beträgt 5 Prozent.

2.6.4. Auswertung nach Klienten/innen und Tätigkeiten

Im vorherigen Abschnitt sind die grundlegenden Strukturdaten der Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins dargelegt worden. In dem nun folgenden zweiten Analyseteil werden diese strukturbezogenen Informationen mit den Klienten/innendaten der Einrichtungen verknüpft. Auf diese Weise ist es möglich, die Angaben des Einrichtungsfragebogens den Informationen aus der computergestützten Dokumentation der Betreuung der Klienten/innen gegenüberzustellen. Von den insgesamt 56 Suchtberatungsstellen, die den Strukturfragebogen ausgefüllt ha-

ben, konnten 49 Einrichtungen die Daten von betreuten Klienten/innen zugeordnet werden.¹² Insgesamt wurden die Angaben von 11.663 Klienten/innen in die Strukturdatenanalyse einbezogen, d.h. 86 Prozent aller im Jahre 2006 in Schleswig-Holstein namentlich erfassten Klienten und Klientinnen. 62 Prozent dieses Personenkreises wird in integrativen Suchtberatungsstellen betreut. Etwa jede/r vierte Klient/in (27 %) suchte um Hilfe in einer Einrichtung für illegale Substanzen nach. Die Einrichtungen für legale Substanzen können 11 Prozent der gesamten Klientel auf sich vereinigen. Die Betreuung der insgesamt 1.558 Angehörigen findet vornehmlich in den integrativen Suchtberatungsstellen statt (82 %). Weitere 16 Prozent wurden in Beratungsstellen für legale Substanzen betreut. In den auf illegale Drogen spezialisierten Einrichtungen spielen Angehörige nur eine geringe Rolle (2 %). Von den 5.527 anonymen Kontakten, welche von den hier einbezogenen Einrichtungen dokumentiert worden sind, entfallen 52 Prozent auf integrierte Suchtberatungsstellen. Vier von zehn Kontakten (41 %) namentlich nicht erfasster Personen sind dem Einrichtungstyp „illegale Substanzen“ zuzuordnen. In den Einrichtungen für legale Substanzen sind lediglich 7 Prozent aller anonymen Kontakte dokumentiert worden.

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die in den Strukturfragebögen angegebenen Zielgruppen und Einrichtungstypen auch der tatsächlichen Suchtproblematik der Klientel dieser Einrichtungen entsprechen. Hierzu ist in Abbildung 2.30 das Konsum-

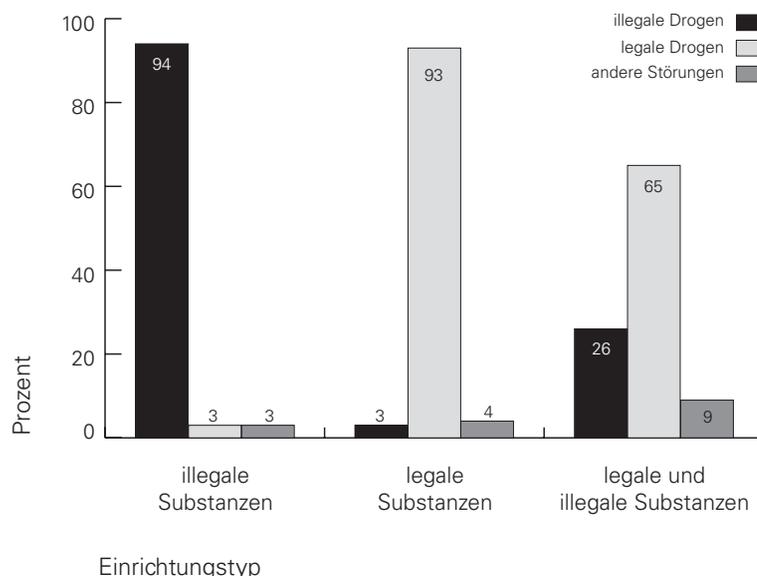


Abbildung 2.30: Konsumproblem („Hauptsubstanz“) der namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp (N=11.615)

12 Im Wesentlichen entspricht die Verteilung der Einrichtungstypen dem in der ersten Analyse vorgestellten Einrichtungs-Sample. So überwiegen auch hier Einrichtungen, die sowohl auf die Betreuung von Konsumenten/innen legaler als auch illegaler Substanzen ausgerichtet sind (33). Des Weiteren sind neun Einrichtungen des Einrichtungstyps illegale Drogen und sieben Einrichtungen für Konsumenten legaler Drogen vertreten. Gegliedert nach Regionen zeigen sich gegenüber der Verteilung aller 56 Einrichtungen keine nennenswerten Verschiebungen.

problem¹³ der Klienten/innen in Abhängigkeit vom Einrichtungstyp, in welchem diese betreut wurden, dargestellt. Der Grafik ist zu entnehmen, dass 94 Prozent der Personen, die eine Einrichtung für illegale Substanzen aufsuchen, auch ein Problem mit illegalen Drogen haben. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Suchtberatungsstellen, die sich auf legale Substanzen spezialisiert haben. 93 Prozent ihrer Klientel haben ein Problem mit legalen Drogen, weitere 4 Prozent mit anderen Störungen wie Essproblemen oder pathologischem Spielverhalten. Lediglich 3 Prozent sind Konsumenten/innen illegaler Rauschmittel. Wie zu erwarten, werden in den integrativen Einrichtungen Klienten/innen jeglicher Suchtproblematik betreut. Der Anteil der Personen legaler Substanzen liegt mit 65 Prozent aber deutlich über dem der illegalen Drogen (26 %). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in den spezialisierten Einrichtungen in der weit überwiegenden Mehrzahl auch die eigentlichen Zielgruppen erreicht werden. Dass Klienten/innen mit anderen Suchtproblemen dennoch – zu geringen Anteilen – in den einzelnen Einrichtungstypen vertreten sind, verweist darauf, dass diese Hilfebedürftigen nicht einfach weggeschickt oder formal an andere Einrichtungen verwiesen werden, sondern versucht wird, sich vor Ort ihres Problems anzunehmen.

Werden die Konsumprobleme der Klienten/innen nach der Region unterschieden, in welcher die Einrichtungen ansässig sind, so zeigt sich der bekannte Stadt-Land-Gegensatz (siehe Abbildung 2.31). Fast zwei Drittel der Klienten/innen (61 %), welche um Hilfe in Einrichtungen der kreisfreien Städte nachsuchen, haben ein Problem mit illegalen Drogen. Eine besondere Stellung nimmt in diesem Zusammenhang die Hauptsubstanz Heroin ein. Nahezu jede/r zweite in einer städtischen Einrichtung betreute/r Klient/in hat ein solches Suchtproblem (45 %). Der Anteil der Personen mit Problemen auf Grund des Cannabiskonsums liegt bei 10 Prozent und 5 Prozent der Klientel der Suchtberatungsstellen in den kreisfreien Städten sind wegen des problematischen Gebrauchs von Kokain in Betreuung. Alkohol spielt im Vergleich zum Heroin in den Einrichtungen der Städte mit einem Anteil von 32 Prozent eine weniger bedeutsame Rolle. In den Beratungsstellen der Landkreise und des Hamburger Randgebietes verhält es sich hingegen genau umgekehrt. Zwei Drittel ihrer Klientel sind Personen (Hamburger Rand: 69 %; Landkreise: 62 %), die auf Grund eines problematischen Konsums legaler Substanzen (vornehmlich Alkohol) eine Einrichtung aufsuchen. Nur jeweils ein Viertel (Hamburger Rand: 24 %; Landkreise: 29 %) sind Konsumenten/innen illegaler Drogen. So stel-

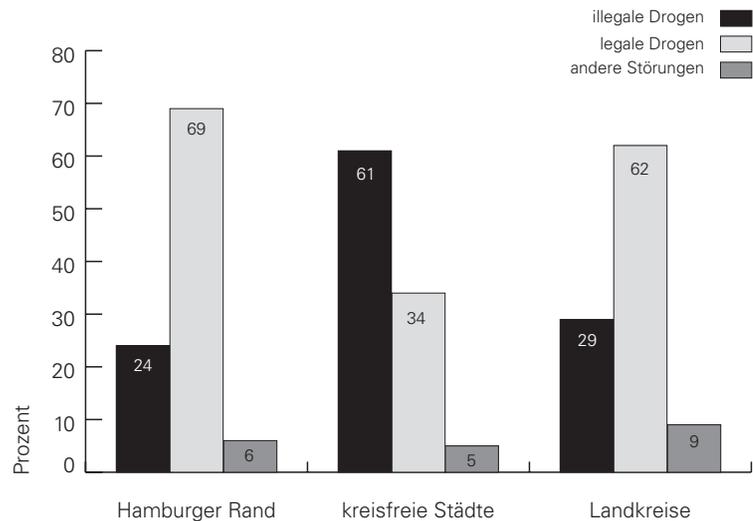


Abbildung 2.31: Anteile der namentlich erfassten Klienten/innen einer Region nach Konsumproblem („Hauptsubstanz“) (N=11.615)

len die Opiatabhängigen in den Einrichtungen der Landkreise 15 Prozent und im Hamburger Rand 9 Prozent aller Klienten/innen in diesen Regionen. Der Anteil der Cannabisklienten/innen liegt mit jeweils 12 Prozent auf ähnlich hohem Niveau, wie in den kreisfreien Städten. Abschließend ist noch anzumerken, dass sich Personen mit Essstörungen (0,2 %) bzw. Tabakproblemen (0,4 %) in den kreisfreien Städten nur in sehr seltenen Fällen in eine Suchtberatungsstelle begeben. Womöglich findet dieser Personenkreis in anderen städtischen Einrichtungen, die nicht Teil der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holsteins sind, problemspezifischere Hilfe.

2.6.5. Klientenbezogene Leistungen

Zum Abschluss dieses Kapitels sollen die klientenbezogenen Leistungen einer genaueren Betrachtung unterzogen werden. Abbildung 2.32 zeigt, dass die Bedeutung der einzelnen Leistungstypen je nach Einrichtungstyp erheblich variiert.¹⁴

In den Einrichtungen für illegale Substanzen haben die Beratungsleistungen eine herausragende Bedeutung. Etwas mehr als jede zweite erbrachte Leistung (56 %) ist dieser Tätigkeit zuzuordnen. Betreuungsleistungen – hierunter fallen vor allem die psychosoziale Betreuung Substituierter und die ambulante Rehabilitation – spielen mit einem Anteil von 25 Prozent eine deutlich geringere Rolle. Informationsleistungen, d.h. das Führen kurzer informativer Gespräche mit den Klienten/innen, werden bei etwa jeder neunten aller dokumentierten Tätigkeiten erbracht und nahezu jede zwölfte Leistung (8 %) beinhaltet Vermittlungstätigkeiten.

Während in den Einrichtungen für illegale Substanzen die Beratungs- und die Informationsleistungen dominieren,

13 Im Sinne einer übersichtlicheren Darstellung wurden die im Statusbericht genannten Hauptdrogentypen zu drei Gruppen zusammengefasst. Dies ist zum einen die Gruppe „illegale Drogen“, zu denen Personen mit dem Hauptdrogentyp Amphetamine, LSD/Halluzinogene, Ecstasy, Cannabis, Kokain, Crack, Bio-Drogen und Heroin gehören. Die zweite Gruppe „legale Drogen“ umfasst die Substanzen Alkohol, Medikamente, Schnüffelstoffe und Nikotin. Klienten/innen mit einer Essstörung, pathologischer Spielsucht oder nicht näher bezeichneten Störungen wurden der Gruppe „andere Störungen“ zugeordnet. Klienten/innen, denen kein Hauptdrogentyp zugeordnet werden konnte, sind in die Analysen zum Konsumproblem nicht einbezogen worden.

14 Im Sinne einer anschaulicheren Darstellung werden nur die vier bedeutendsten klientenbezogenen Leistungen dargestellt: Information, Beratung, Vermittlung, Betreuung.

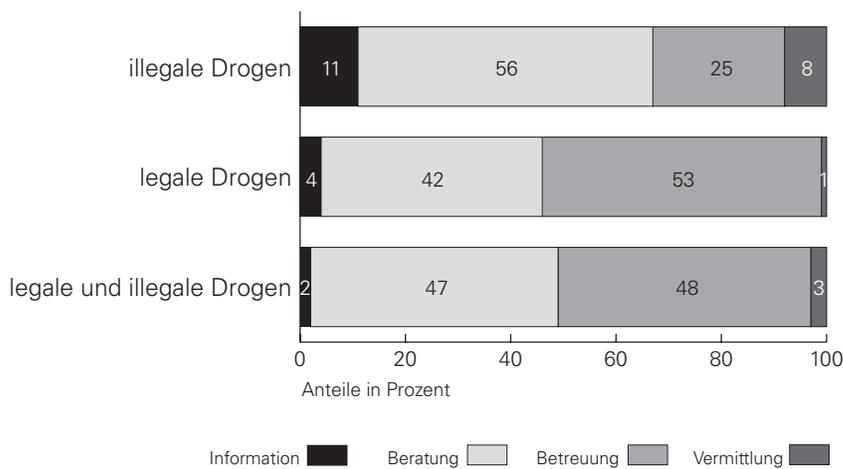


Abbildung 2.32: Anteil der einzelnen Leistungstypen an der Gesamtzahl Klientenbezogener Leistungen von namentlich erfassten Klienten/innen nach Einrichtungstyp (N-Leistungen= 90.319)

liegt der Tätigkeitsschwerpunkt der Suchtberatungsstellen für legale Substanzen auf der Betreuung. 53 Prozent der Leistungseinträge dieses Einrichtungstyps beziehen sich auf diese Leistungsart. Die Beratung betrifft etwas mehr als vier von zehn aller erbrachten Leistungen (42 %). Informations- und Vermittlungsleistungen sind in den Beratungsstellen für legale Substanzen nur von marginaler Bedeutung (4 % bzw. 1 %).

In den integrativen Einrichtungen nehmen die Beratungs- und Betreuungsleistungen jeweils eine herausragende Stellung ein. 95 Prozent aller Tätigkeitseinträge betreffen entweder den erstgenannten Leistungstyp (47 %) oder beziehen sich auf Maßnahmen zur Betreuung der Klienten/innen (48 %). Mit einem Anteil von 3 Prozent bzw. 2 Prozent an allen geleisteten Tätigkeiten, spielen Vermittlungs- und Informationsleistungen nur eine geringe Rolle in der täglichen Arbeit der integrativen ambulanten Suchtberatungsstellen Schleswig-Holsteins.

2.7. Trends 2001 - 2006

Bezogen sich alle bisher berichteten Daten und Analysen auf die Klienten/innen, welche im Jahre 2006 um Hilfe in Einrichtungen der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe nachfragten, so sollen im folgenden Abschnitt Aussagen zu Entwicklungen (Trends) von bestimmten biografischen, demografischen oder behandlungsrelevanten Merkmalen im Zeitraum der Jahre 2001 bis 2006 getroffen werden. Die Auswahl der zu untersuchenden Sachverhalte orientierte sich an den Vorgaben des schleswig-holsteinischen Datensatzes, der unter anderem festlegt, welche Informationen zu den Klienten/innen aufgrund ihrer inhaltlichen Relevanz immer dokumentiert werden müssen. Diese so genannten „Muss-Items“ bilden die inhaltliche Grundlage dieses Kapitels.

Aus methodischen Gründen sind in den folgenden Analysen nur diejenigen Einrichtungen einbezogen worden,

die über die Jahre 2001 bis 2006 durchgängig an der Basisdatendokumentation teilnahmen¹⁵ und jeweils ausreichend viele Klienten/innen dokumentierten.¹⁶ Des Weiteren ist der Fokus der zeitlichen Betrachtung verlagert worden: Bildet der Statusbericht die zum Zeitpunkt der Beendigung einer Betreuung bzw. zum Ende des jeweiligen Berichtsjahres gültigen Informationen ab (z. B. die letzte dokumentierte Wohnsituation), so wird im Folgenden auf die Situation zu Beginn der Betreuung Bezug genommen.¹⁷ Auf diese Weise können Veränderungen in der Klientelstruktur (demografisch und biografisch), im Konsumverhalten oder des grundlegenden Betreuungssettings auf einer klar definierten Ausgangsbasis analysiert und beurteilt werden. Ferner wird es der ambulanten Suchtkrankenhilfe so ermöglicht, zeitnah auf neue Entwicklungen ihrer Klientel zu reagieren. Insgesamt konnten bei einer derart konzipierten Trendanalyse 47 Einrichtungen einbezogen werden. Bezogen auf das Jahr 2006

vereinigen sie 78 Prozent (N=7.523) aller begonnenen Betreuungen auf sich. Auch hinsichtlich ihrer Struktur (Einrichtungstyp: legale Substanzen (11 %), illegale Substanzen (17 %), legale und illegale Substanzen (70 %)) unterscheiden sich die im Folgenden berücksichtigten Einrichtungen nur unwesentlich von der Gesamtheit aller Einrichtungen (siehe Kapitel 2.6) und stellen somit einen repräsentativen Ausschnitt des Suchtkrankenhilfesystems Schleswig-Holsteins dar. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit der Darlegung des Konsumstatus zum Zeitpunkt der Beendigung der Betreuung der Jahre 2001 bis 2006.

2.7.1. Demografische Entwicklungen

Die Klientel der schleswig-holsteinischen Suchtkrankenhilfe erweist sich hinsichtlich ihrer geschlechtlichen Zusammensetzung als sehr stabil. In dem hier zu betrachtenden Zeitraum der Jahre 2001 bis 2006 stellen die männlichen Klienten jeweils drei Viertel aller neu begonnenen Betreuungen (siehe Tabelle 2.22).

15 In der Regel werden bei einem Vergleich über mehrere Jahre jeweils die Ergebnisse der verschiedenen Berichtsjahre entlang einer Zeitachse dargestellt und hinsichtlich möglicher Veränderungen bewertet. Diese Form der Darstellung von Trends ist jedoch nur dann zulässig, wenn die Datenbasis sich über die Jahre nicht im relevanten Maße verändert. In Schleswig-Holstein sind erst seit dem Jahre 2005 nahezu alle Suchtkrankenhilfeeinrichtungen in der Basisdatendokumentation vertreten. Insbesondere die erstmalige Teilnahme dreier vergleichsweise großer Einrichtungen in den zurückliegenden drei Jahren ist hierbei positiv hervorzuheben. Durch die Einbeziehung der Klienten/innen dieser Einrichtungen hat sich jedoch im Vergleich zu den Jahren zuvor die Datenbasis in relevantem Maße verändert. Somit wäre nicht auszuschließen, dass Entwicklungen, die sich aus dem Vergleich der Ergebnisse der Statusberichte der früheren Jahre mit denen aus den Jahren 2004 bis 2006 ergeben, letztendlich ein „Artefakt“ ungleicher Datengrundlagen sind.

16 Die Basis der folgenden Analysen bilden die Einrichtungen, die in den Jahren 2001 bis 2006 pro Jahr mindestens 10 Klienten/innen in ihrer Einrichtung betreuten.

17 Bei der Beschreibung der Trends zur Art der Beendigung einer Betreuung bzw. zum Konsumstatus zum Zeitpunkt der Beendigung der Betreuung beziehen sich die gemachten Angaben notwendiger Weise auf die Betreuungen, die im jeweiligen Jahr beendet wurden.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Männer	73 %	73 %	75 %	74 %	74 %	74 %
Frauen	27 %	27 %	25 %	26 %	26 %	26 %
Betreuungen (N)	6.520	6.515	6.980	7.274	7.369	7.523

Tabelle 2.22: Trends 2001 bis 2006: Neu begonnene Betreuungen nach Geschlecht namentlich erfasster Klienten/innen

In Abbildung 2.33 ist das Durchschnittsalter der Klientel wiedergegeben. Auffallend ist, dass die Klienten/innen des Jahres 2006 im Mittel 1,2 Jahre älter sind, als diejenigen des Jahres zuvor. Auch wenn von diesem Alterszuwachs beide Geschlechter betroffen sind, so fällt er bei den Männern mit 1,4 Jahren deutlicher aus, als bei den weiblichen Klienten (0,9 Jahre).

Frauen sind, wenn sie in die Betreuung eintreten, in jedem der untersuchten Jahre älter als die männlichen Klienten. Jedoch variiert dieser Altersunterschied in Abhängigkeit vom Jahr der Betrachtung erheblich. Sind die weiblichen Klienten im Jahre 2001 mit einem Durchschnittsalter von 36,8 Jahren im Mittel 1,1 Jahre älter als die Männer, so beträgt die Altersdifferenz zwischen den Geschlechtern im Jahre 2004 schon drei Jahre (Männer: 35,8 Jahre; Frauen: 38,8 Jahre), um sich in den beiden darauf folgenden Jahren wieder etwas zu verringern (2,2 Jahre).

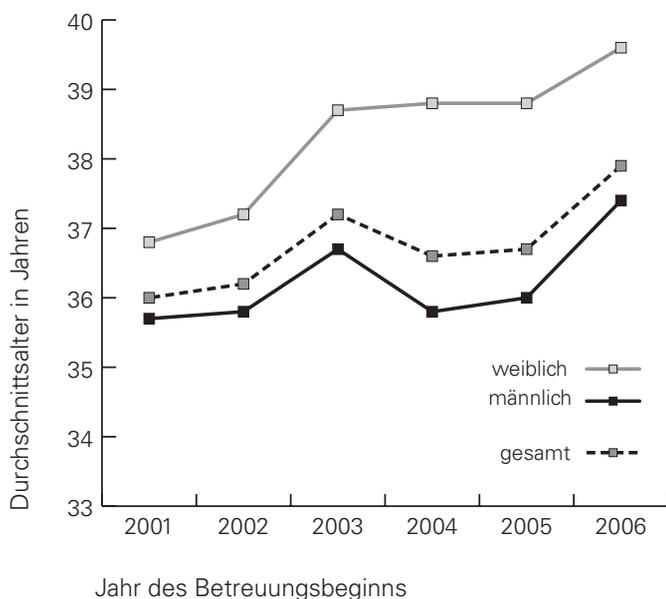


Abbildung 2.33: Trends 2001 bis 2006: Durchschnittsalter namentlich erfasster Klienten/innen nach Geschlecht

2.7.2. Substanzbezogene Trends

Mehr als jede Zweite in den Jahren 2001 bis 2006 begonnene Betreuung erfolgte aufgrund eines Alkoholproblems der um Hilfe nachsuchenden Klienten/innen (siehe Tabelle 2.23). Diese Anteile sind im Laufe der sechs Jahre nur vergleichsweise geringen Schwankungen unterworfen; sie bewegen sich jeweils zwischen 54 Prozent und 58 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr (54 %) hat der Anteil neu begonnener Betreuungen aufgrund eines Alkoholproblems im laufenden Berichtsjahr um drei Prozentpunkte zugenommen. Eine auffällige Entwicklung zeigt sich bei der Hauptsubstanz Cannabis. Während der Anteil der Cannabiskonsumenten/innen, die um eine ambulante Betreuung nachsuchten, in den Jahren 2001 bis 2003 leicht abnahm, ist ab dem Jahre 2004 ein deutlicher Zuwachs zu erkennen. Zwischen den Jahren 2003 und 2004 stieg der diesbezügliche Anteil um fünf Prozentpunkte von 8 Prozent auf 13 Prozent und im darauf folgenden Jahr nochmals um einen Prozentpunkt. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass dieser Zuwachs des Anteils der Cannabisklienten/innen ausschließlich auf einen vermehrten und intensiveren Konsum dieser Substanz in der Bevölkerung zurückzuführen ist. Vielmehr ist anzunehmen, dass neben Veränderungen in der Dokumentation der Hauptsubstanz mit der Einführung des neuen schleswig-holsteinischen Datensatzes¹⁸ auch die verbesserten Kontrollmöglichkeiten der Polizei hinsichtlich des Führens eines Kraftfahrzeuges unter Cannabis und die damit verbundenen Auflagen als auch das verbesserte Angebot der ambulanten Suchtberatungsstellen eine nicht zu unterschätzende Rolle gespielt haben. Im Jahre 2006 zeigten sich im Vergleich zum Vorjahr keine Veränderungen bezüglich des Anteils der Cannabisklientel.

Bei den Betreuungen, die aufgrund von Problemen mit Opiaten begonnen werden, setzte sich der Trend einer Abnahme des Anteils dieser Klientel weiter fort. Entfielen in den Jahren 2001 und 2002 noch ein Viertel aller neu begonnenen Betreuungen auf Heroinkonsumenten-

¹⁸ Seit dem Jahre 2004 hat auf Grund einer verbesserten Dokumentation der Hauptsubstanz der Anteil der betreuten Personen, denen keine Hauptsubstanz zugewiesen werden konnte, erheblich abgenommen. Klienten „ohne Drogentyp“ der Jahre 2001 bis 2003 weisen überdurchschnittlich hohe Anteile von unter 26-Jährigen Personen auf, bei gleichzeitig deutlich unterdurchschnittlicher Zahl von Kontakten mit den Einrichtungen. Diese beiden letztgenannten Charakteristika treffen auch auf die Cannabisklienten/innen zu, sodass die plausible Annahme formuliert werden kann, dass die Höhe des Anstiegs der Cannabiskonsumenten/innen zu einem gewissen Teil auf fehlende Informationen zur Hauptsubstanz in den Jahren vor 2004 zurückzuführen ist.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Alkohol	54 %	55 %	58 %	54 %	54 %	57 %
Heroin	25 %	24 %	23 %	19 %	18 %	16 %
Cannabis	9 %	8 %	8 %	13 %	14 %	14 %
path. Glücksspiel	3 %	3 %	3 %	3 %	4 %	4 %
Essstörung	4 %	3 %	2 %	3 %	2 %	2 %
Kokain	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %	2 %
Nikotin	0,2 %	0,1 %	0,6 %	1,3 %	1,9 %	2,3 %
Betreuungen* (N)	5.942	6.016	6.549	7.075	7.335	7.054

*Betreuungen aller Hauptsubstanzen, außer „ohne Drogentyp“

Tabelle 2.23: Trends 2002 bis 2006: Begonnene Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz

ten/innen, so ist dieser Anteil in den Folgejahren kontinuierlich auf zuletzt 16 Prozent im Jahre 2006 gesunken. Eine im Vergleich zu den Opiaten entgegengesetzte Entwicklung, wenn gleich auf viel geringerem Niveau, zeigt sich beim Nikotin. Dessen Anteil an den neu begonnenen Betreuungen hat sich in den zurückliegenden drei Jahren nahezu vervierfacht (2003: 0,6 %; 2006: 2,3 %). Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass ambulante Suchthilfeinrichtungen zunehmend Raucherentwöhnungskurse anbieten. Beim Kokain sind hingegen kaum Veränderungen festzustellen. Der diesbezügliche Anteil stieg von 2 Prozent im Jahre 2001 auf 3 Prozent ab dem Jahre 2004 und fiel im laufenden Berichtsjahr wieder auf 2 Prozent. Auch bei den Essgestörten und den pathologischen Glücksspielern sind beachtenswerte Trends nicht zu erkennen.

Zu Beginn dieses Abschnittes wurde dargelegt, dass sich das Durchschnittsalter der gesamten Klientel in den zurückliegenden sechs Jahren um durchschnittlich zwei

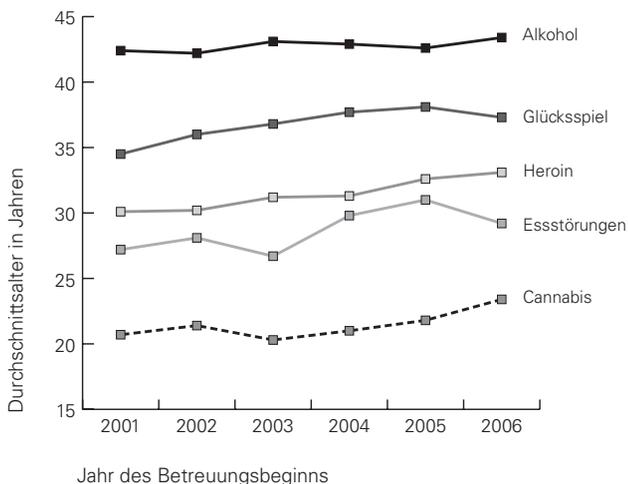


Abbildung 2.34: Trends 2001 bis 2006: Durchschnittsalter zu Betreuungsbeginn namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz

Jahre erhöht hat. Wird das Alter der Klienten/innen hinsichtlich ihrer Hauptsubstanz unterschieden, zeigt sich ein uneinheitliches Bild (siehe Abbildung 2.34). Während sich beispielsweise bei der Alkohol Klientel in den letzten vier Jahren keine nennenswerten Altersunterschiede feststellen lassen, sind die Klienten/innen mit Opiatproblemen, die im Jahre 2006 eine Betreuung begonnen haben, im Mittel zwei Jahre älter als die des Jahres 2003. Deutlich zugenommen hat innerhalb des Zeitraumes 2003 bis 2006 auch das Alter der Cannabisklienten/innen. Im Mittel sind die im laufenden Berichtsjahr neu in die Betreuung aufgenommenen Klienten/innen mit einer solchen Hauptsubstanz drei Jahre älter als im Jahre 2003. Auch bei den pathologischen Glücksspielern und den Essgestörten zeigt sich ein Trend zu einer immer älter werdenden Klientel.

In der ambulanten Suchtkrankenhilfe gilt den sehr jungen Klienten/innen häufig eine besondere Aufmerksamkeit. Denn Konsummuster und soziale wie psychische Probleme sind bei ihnen in der Regel noch nicht verfestigt, sodass hier besondere Möglichkeiten einer nachhaltigen Veränderung durch eine ambulante Betreuung bestehen. Gleichzeitig verweisen Veränderungen im Konsumverhalten dieser Klientel oftmals aber auch auf neue Trends im jugendlichen Milieu insgesamt.

In Abbildung 2.35 sind die Anteile einiger bedeutender Hauptsubstanzen von bis 25-jährigen Klienten/innen für die Jahre 2001 bis 2006 wiedergegeben. Die oben bereits für die Gesamtklientel berichtete Abnahme der neu begonnenen Betreuungen aufgrund des Heroinkonsums ist in der hier zu betrachtenden Altersgruppe noch ausgeprägter. Hatten die Opiatkonsumenten/innen im Jahre 2002 noch einen Anteil von 35 Prozent an allen neu begonnenen Betreuungen, so ist dieser Anteil in den folgenden Jahren kontinuierlich gesunken und erreicht im Jahre 2006 mit 15 Prozent seinen bisher niedrigsten Wert. Ein ähnliches Bild, wenn auch mit entgegengesetzter Tendenz, zeigt sich hinsichtlich des Cannabis. Wurde im Jahre 2002 etwa jede vierte Betreuung bei den bis 25-Jährigen wegen eines Problems mit Can-

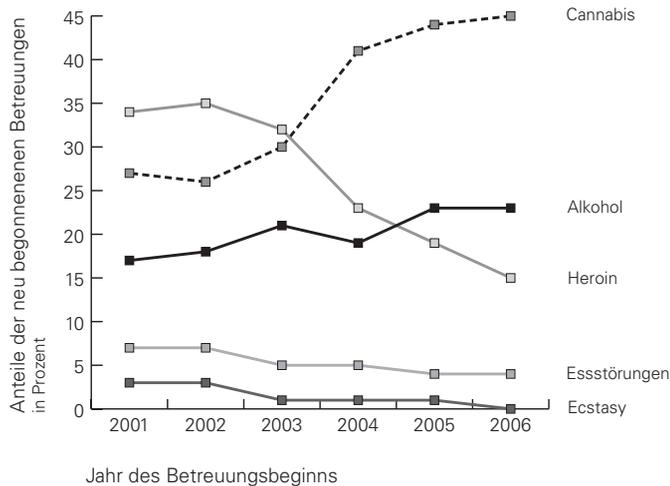


Abbildung 2.35: Trends 2001 bis 2006: Hauptsbstanz der bis 25-Jährigen namentlich erfassten Klienten/innen

nabisprodukten begonnen (26 %), so ist dieser Anteil in den folgenden Jahren stetig angestiegen¹⁹ und umfasst im Jahre 2006 nahezu die Hälfte aller Betreuungen (45 %).

Ein weiterer interessanter Trend zeigt sich bei den Jugendlichen hinsichtlich der Bedeutung von Alkoholproblemen. Die Anteile der neu begonnenen Betreuungen haben seit 2001 (17 %) erkennbar zugenommen und so beginnt im Jahre 2005 nahezu jede vierte Betreuung (23 %) der jungen Klienten/innen aufgrund des problematischen Konsums von Alkohol. Zwischen den Jahren 2005 und 2006 hat es jedoch keine weitere Zunahme des Anteils der jungen Klienten/innen mit Alkoholproblemen gegeben.

Ecstasy hat in den zurückliegenden Jahren erheblich an Bedeutung verloren. Wurden im Jahre 2001 noch 3 Prozent aller Betreuungen dieser jungen Klientel aufgrund eines diesbezüglichen Problems begonnen, so sind es fünf Jahre später nur noch 0,5 Prozent. Erstaunlich ist die deutliche Abnahme der Betreuungen von essgestörten

Personen. Womöglich gibt es in Schleswig-Holstein mittlerweile vermehrt spezialisierte Angebote für Mädchen und junge Frauen mit Essproblemen außerhalb des ambulanten Suchtkrankenhilfesystems, sodass die Hilfe der ambulanten Suchtberatungsstellen bezüglich dieser Problematik nicht mehr so häufig in Anspruch genommen wird.

2.7.3. Biografische Trends

In der Tabelle 2.24 ist die Wohnsituation der Klienten/innen, welche in den Jahren 2001 bis 2006 eine ambulante Betreuung begannen, wiedergegeben. Ihr ist zu entnehmen, dass es bei den Wohnverhältnissen der betreuten Personen nur geringe Veränderungen gegeben hat. Nahezu drei Viertel aller neu begonnenen Betreuungen betreffen Personen, die in einer eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus leben. Etwa jede/r siebte Klient/in wohnt zum Zeitpunkt des Beginns der Betreuung noch bei den Eltern. Alle anderen Formen des räumlichen Wohnens haben eine vergleichsweise geringe Bedeutung und sind hinsichtlich ihrer Anteile im Laufe der Jahre nur geringen Änderungen unterworfen. Auch eine differenziertere Analyse der Wohnsituation in Bezug auf das Geschlecht und das Alter zeigt keine nennenswerten Veränderungen zwischen den Jahren 2001 und 2006.

In der Abbildung 2.36 sind die Anteile der Klienten/innen mit prekären Wohnverhältnissen²⁰ differenziert nach den Hauptsbstanz Alkohohl, Heroin und Cannabis für die Jahre 2001 bis 2006 wiedergegeben. Auffällig ist der vergleichsweise geringe Anteil von Alkoholkonsumenten/innen mit einer prekären Wohnsituation, der in jedem der hier betrachteten Jahre zwischen 9 Prozent bis 10 Prozent liegt. Bei den Cannabisklienten/innen setzt sich der Trend der Abnahme prekärer Wohnsituationen weiter fort. Waren im Jahre 2004 noch 22 Prozent dieser Klientel von solchen problematischen Wohnverhältnissen be-

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
in eigener/gemieteter Wohnung/Haus	71 %	71 %	73 %	72 %	71 %	73 %
Eltern/Angehörige	15 %	15 %	13 %	14 %	16 %	15 %
betreutes Wohnen/Suchthilfeeinrichtung	5 %	6 %	6 %	6 %	6 %	5 %
bei Freunden/Bekanntnen	1 %	1 %	2 %	1 %	1 %	2 %
Haft	3 %	2 %	2 %	2 %	1 %	1 %
andere Wohnsituation	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Betreuungen (N)	4.155	4.346	4.466	4.761	5.469	5.287

Tabelle 2.24: Trends 2001 bis 2006: Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen

¹⁹ Siehe hierzu die Anmerkungen in Fußnote 18.

²⁰ Jemand befindet sich in einer prekären Wohnsituation, wenn er nicht in einer eigenen bzw. gemieteten Wohnung, bei den Eltern oder Angehörigen lebt.

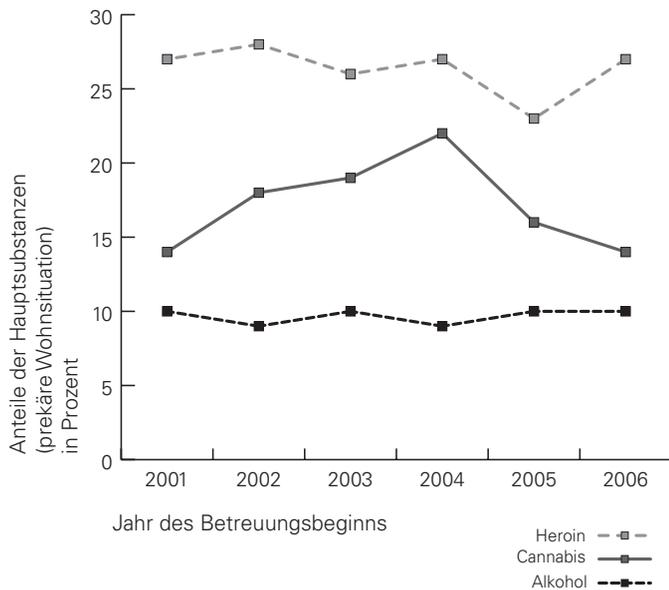


Abbildung 2.36: Trends 2001 bis 2006: Prekäre Wohnsituation namentlich erfasster Klienten/innen nach Hauptsubstanz

treffen, so ist dieser Anteil im Laufe der darauf folgenden zwei Jahre auf 14 Prozent gesunken. Insbesondere der Anteil von Personen, die vorübergehend in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (z. B. betreutes Wohnen) untergebracht worden sind, hat sich innerhalb dieses oben genannten Zeitraumes nahezu halbiert (2004: 13 %; 2006: 7 %). Bei den Opiatkonsumenten/innen ist im Laufe der zurückliegenden sechs Jahre keine einheitliche Entwicklung erkennbar. Während die Anteile prekärer Wohnsituationen in den Jahren 2001 bis 2004 nur geringen Schwankungen unterworfen waren, sank der diesbezügliche Anteil im darauf folgenden Jahr um bemerkenswerte vier Prozentpunkte. Jedoch hat sich dieser Trend

wieder umgekehrt und im Jahre 2006 liegt der Anteil problematischer Wohnverhältnisse mit 27 Prozent auf dem Niveau der ersten vier Berichtsjahre. Eine differenziertere Analyse zeigt auf, dass die Entwicklung zwischen den Jahren 2005 und 2006 zu einem überwiegenden Teil auf den Zuwachs des Anteils neu begonnener Betreuungen von Klienten/innen in Haft beruht (2005: 3 %; 2006: 6°%). Hierin spiegelt sich offensichtlich das größere Engagement der Suchtkrankenhilfe in der Betreuung dieser Klientel wider.

Der Tabelle 2.25 ist zu entnehmen, dass die Anteile einiger Erfassungskategorien der Haupteinkommensquelle im Zeitraum der Jahre 2004 bis 2005 erheblichen Veränderungen unterworfen waren. Diese sind jedoch vor allem Ausdruck der im Zuge der Hartz-IV-Gesetzgebung vorgenommenen Veränderungen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Viele der früheren Sozialhilfeempfänger/innen sind, da sie als erwerbsfähig eingestuft wurden, zu Beziehern des Arbeitslosengeldes II (ALG II) geworden. Dieser Umstand dürfte den rapiden Rückgang des Anteils der Sozialhilfe (SGB XII) zwischen den Jahren 2004 und 2005 um neun Prozentpunkte sowie den vom Betrag her vergleichsweise hohen Anteil von ALG-II-Empfängern/innen (22 %) im Jahre 2005 erklären. Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit ist es zwischen den Jahren 2001 und 2006 zu einer bemerkenswerten Abnahme des diesbezüglichen Anteils um sieben Prozentpunkte gekommen (2001: 39 %; 2006: 32 %). Von Suchtproblemen betroffene Personen haben im Laufe der zurückliegenden sechs Jahre offensichtlich immer größer werdende Probleme einer Erwerbstätigkeit nachzugehen zu können.

Die Tabelle 2.26 zeigt die Entwicklung der Partnersituation der Klienten/innen. Nennenswerte Veränderungen über die Jahre sind hier nicht festzustellen. Gleiches gilt,

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Erwerbstätigkeit	39 %	38 %	32 %	35 %	34 %	32 %
Arbeitslosengeld*	9 %	9 %	11 %	10 %	-	-
ALG I*	-	-	-	-	10 %	10 %
Arbeitslosenhilfe*	9 %	10 %	12 %	13 %	-	-
ALG II*	-	-	-	-	23 %	26 %
Erziehungs-, Kranken-, Übergangsgeld	4 %	4 %	3 %	3 %	2 %	2 %
Sozialhilfe	18 %	20 %	22 %	20 %	11 %	10 %
Rente, Pension	7 %	6 %	7 %	6 %	6 %	7 %
Angehörige	12 %	10 %	10 %	12 %	11 %	10 %
anderes	2 %	3 %	2 %	2 %	3 %	2 %
Betreuungen (N)	2.965	3.133	3.369	3.808	4.810	4.895

* Die Kategorien Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe sind seit der Einführung des neuen schleswig-holsteinischen Datensatzes nicht mehr gültig und wurden durch die inhaltlich nicht deckungsgleichen Begriffe ALG I und ALG II ersetzt.

Tabelle 2.25: Trends 2001 bis 2006: Haupteinkommensquelle namentlich erfasster Klienten/innen

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
allein stehend	44 %	43 %	44 %	43 %	45 %	47 %
zeitweilige Beziehung(en)	9 %	9 %	8 %	8 %	8 %	7 %
feste Beziehung, zusammenlebend	35 %	35 %	36 %	37 %	35 %	34 %
feste Beziehung, getrennt lebend	12 %	12 %	12 %	12 %	12 %	12 %
Betreuungen (N)	3.699	3.742	4.024	4.504	5.539	5.322

Tabelle 2.26: Trends 2001 bis 2006: Partnersituation namentlich erfasster Klienten/innen

wenn hier eine Differenzierung nach Alter, Geschlecht und Hauptsubstanz vorgenommen wird.

2.74. Betreuungsbezogene Trends

Wurden in den beiden bisherigen Abschnitten dieses Kapitels demografische und biografische Entwicklungen dargestellt, so sollen im Folgenden mit dem Betreuungstyp, der Art der Vermittlung und Beendigung einer Betreuung und des Konsumstatus zum Ende der Betreuung vier bedeutsame Aspekte der konkreten Arbeit mit den Klienten/innen genauer betrachtet werden.

Der überwiegende Teil der neu begonnenen Betreuungen der zurückliegenden Jahre ist in Form einer ambulanten Beratung oder Behandlung durchgeführt worden (siehe Tabelle 2.27). Die Anteile schwanken je nach Jahr der Betrachtung zwischen 83 Prozent (2003) und 89 Prozent (2006). Zu deutlich geringeren Anteilen werden Betreuungen in Form einer ambulanten Rehabilitation durchgeführt. Im Jahre 2001 betraf dies 6 Prozent aller neu begonnenen Betreuungen, vier Jahre später sind es noch 4 Prozent. Hinsichtlich der Bedeutung der Substitutionsbehandlungen zeigt sich hingegen kein einheitlicher Trend. Lagen die diesbezüglichen Anteile im Jahre 2003 mit 8 Prozent noch drei Prozentpunkte über dem Wert des Jahres 2001, so kam es in den folgenden Jahren zu einem leichten Abfall auf nunmehr 5 Prozent im Jahre 2006. Offensichtlich findet die stetige Abnahme der Zahl

neu begonnener Betreuungen von Personen mit Opiatproblemen hier ihren Widerhall.

Werden nur die Betreuungen von Heroin Klienten/innen betrachtet, so wird die Relevanz dieses Betreuungssettings für diese Klientel deutlich. Wurde im Jahre 2001 jeder fünfte Heroinabhängige im Rahmen einer Substitutionsbehandlung betreut, so ist es seit dem Jahre 2003 etwa jede/r Dritte.

Die Art der Beendigung einer Behandlung lässt eine erste Aussage bezüglich des Erfolgs der mit den Klienten/innen durchgeführten Maßnahmen zu. Es zeigt sich hier im Verlauf der zurückliegenden fünf Jahre ein positiver Trend: Während dieses Zeitraumes hat sich das Verhältnis von planmäßig abgeschlossenen und vorzeitig abgebrochenen Betreuungen nahezu umgekehrt (siehe Abbildung 2.37). Wurde im Jahre 2001 noch jede zweite Betreuung vorzeitig abgebrochen (49 %), so wird im Jahre 2006 nur noch für ca. jede dritte Betreuung (35 %) eine solche Beendigungsart dokumentiert. Ein gegensätzlicher Trend zeigt sich hingegen in Bezug auf die planmäßige Beendigung von abgeschlossenen Betreuungen. Hier stiegen die Anteile zwischen den Jahren 2001 und 2004 von 37 Prozent auf 45 Prozent. In den beiden folgenden Jahren sank dieser Anteil nur jeweils leicht. Bemerkenswert zugenommen hat in den zurückliegenden drei Jahren die (planmäßige) Weitervermittlung in andere Betreuungen. Wurden im Jahre 2004 lediglich 13 Prozent aller beendeten Betreuungen weitervermittelt, so ist dieser Anteil bis zum Jahre 2006 auf 19 Prozent gestiegen. Werden die planmäßig vermittelten wie abgeschlos-

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ambulante Beratung / Behandlung	86 %	85 %	83 %	86 %	85 %	89 %
Ambulante Rehabilitation	6 %	6 %	6 %	5 %	4 %	3 %
Substitutionsbehandlung	5 %	5 %	8 %	6 %	7 %	5 %
andere Betreuungsform	3 %	4 %	3 %	3 %	4 %	3 %
Betreuungen (N)	6.520	6.515	6.980	7.274	7.369	7.523

Tabelle 2.27: Trends 2001 bis 2006: Betreuungstyp von jeweils neu begonnenen Betreuungen namentlich erfasster Klienten/innen

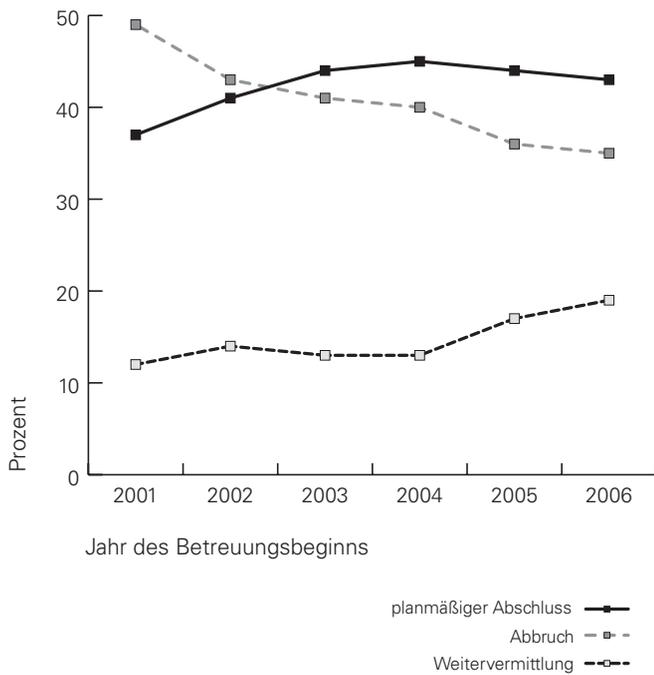


Abbildung 2.37: Trends 2001 bis 2006: Art der Beendigung der Betreuung von namentlich erfassten Klienten/innen

senen Betreuungen zusammengeführt, so lässt sich für das aktuelle Berichtsjahr 2006 festhalten, dass nahezu zwei Drittel (62 %) der Betreuungen erfolgreich zu Ende geführt werden konnten. Im Vergleich zum Jahre 2001 (49 %) stellt dies eine herauszustellende Verbesserung der dokumentierten Betreuungsabschlüsse dar. Der planmäßige Abschluss der Behandlung einer/s Klienten/in kann als Hinweis für eine gute Compliance angesehen werden, sagt jedoch noch nichts über eine Besserung des Suchtproblems während der Betreuung aus. Erst der Konsumstatus nach Beendigung der Behandlung lässt eine Aussage darüber zu, wobei jedoch zu beachten ist, dass vor allem bei den Heroinabhängigen/Substituierten auch andere Behandlungsziele als die Konsumreduktion (Abstinenz) im Vordergrund stehen können, wie z. B.

die gesundheitliche Genesung oder die soziale Integration.

Der Tabelle 2.28 ist zu entnehmen, dass der Anteil der Klienten/innen, welche im Laufe ihrer Betreuung eine Abstinenz bzgl. ihrer Problemsubstanz bzw. -störung erreicht haben, von 31 Prozent im Jahre 2001 auf 37 Prozent im Jahre 2005 gestiegen ist. Für das Jahr 2006 lässt sich ein ähnlich hoher Wert berichten (36 %). Der Anteil der beendeten Betreuungen, zu deren Ende sich ein unveränderter Konsumstatus zeigte, ging hingegen innerhalb des Zeitraumes 2001 bis 2005 um sieben Prozentpunkte zurück (2001: 39 %; 2005: 32 %) um im darauf folgenden Jahr wieder auf 35 Prozent anzusteigen.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
kein Problem seit Betreuungsbeginn	4 %	5 %	4 %	4 %	4 %	4 %
abstinent	31 %	32 %	34 %	34 %	37 %	36 %
gebessert	22 %	23 %	21 %	23 %	23 %	21 %
unverändert	39 %	36 %	35 %	34 %	32 %	35 %
verschlechtert	4 %	5 %	6 %	5 %	4 %	4 %
Betreuungen (N)	4.099	4.377	4.969	5.604	5.747	5.214

Tabelle 2.28: Trends 2001 bis 2006: Konsumstatus bei Beendigung der Betreuung

Kapitel 3: Suchtprävention in Schleswig-Holstein: Exemplarische Auswertungen des Dokumentationsprogramms „Dot.sys“

3.1. Zielsetzung des Feldversuches

Es ist eine Besonderheit in Schleswig-Holstein, dass ein Großteil der suchtpreventiven Arbeit an das ambulante Hilfesystem angekoppelt ist. Bisher fließen diese Aktivitäten jedoch nicht in die ambulante Suchthilfestatistik mit ein. Vor einigen Jahren wurde zwar versucht, die Arbeit der Suchtprävention mit dem Programm „Horizont“ zu erfassen. Es stellte sich dann aber heraus, dass diese EDV-Lösung für die Abbildung suchtpreventiver Leistungen weniger gut geeignet ist, weil es sich um eine elektronische Handakte für die chronologische Klientendokumentation handelt. Deshalb wurden neue Überlegungen im zuständigen Sozialministerium angestellt, die im Jahr 2006 zu einem halbjährigen Feldversuch mit dem EDV-Programm „Dot.sys“ führten. Bei dieser speziellen Software für den Präventionsbereich handelt es sich um ein einfach strukturiertes Programm, mit dem der Dokumentationsaufwand gering gehalten werden soll (siehe nächster Abschnitt).

Mit dem Feldversuch soll geprüft werden, ob mit dem EDV-Programm Dot.sys Präventionsleistungen, die in Schleswig-Holstein erbracht werden, in geeigneter Form dokumentiert werden können. Dabei sollen die Leistungen so erfasst werden, dass die Umsetzung suchtpreventiver Ziele und Inhalte der Landesregierung überprüft und mögliche Defizite sichtbar werden.

Als suchtpreventive Zielsetzungen des Landes werden im Kontext des Feldversuches folgende Punkte genannt (MSGF 2005):

- Suchtprävention wird als Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsförderung mit einem eigenständigen Profil verstanden.
- Sie wird dabei als Gemeinschaftsaufgabe für Familie, Schule, außerschulische Jugendarbeit, Jugend-, Sozial-, Alten- und Gesundheitshilfe definiert.
- Sie soll auf die Stärkung von Eigenverantwortung, Konfliktfähigkeit und Risikokompetenz abzielen.
- Sie soll zielgruppenbezogen sowie kontinuierlich angelegt sein und sich als durchgängiges Handlungsprinzip darstellen.

Darüber hinaus finden sich im Koalitionsvertrag (2005-2010) der Regierungsparteien folgende Aussagen zum Thema Suchtprävention (CDU & SPD 2005):

- Sie soll gleichermaßen legale wie illegale Suchtmittel behandeln.
- Sie soll frühzeitig einsetzen und wirkungsorientiert sein.
- Als inhaltliche Schwerpunkte werden Alkohol, Cannabis und Tabak genannt sowie ein entsprechender „Maßnahmen-Mix“ zu diesen drei Substanzen gewünscht.

Insgesamt besitzen diese suchtpreventiven Forderungen einen eher allgemein gehaltenen Charakter.

Die Hauptzielsetzung dieses Feldversuches ist es also, die Auswertungs- und Darstellungsmöglichkeiten von Dot.sys zu prüfen, und nicht, zu repräsentativen Aussagen über die suchtpreventiven Aktivitäten im Bundesland Schleswig-Holstein zu gelangen. Deshalb handelt es sich bei den folgenden Auswertungen um exemplarische Analysen, mit denen die Vor- und Nachteile des Programms und der mögliche Erkenntnisgewinn aus dieser Dokumentation illustriert werden sollen. Gleichzeitig sollen mit diesen die verschiedenen Erfassungsbereiche von Dot.sys vorgestellt werden. Die hier gewählte Vorgehensweise ist mit der Projektgruppe „ambulante Suchtkrankenhilfe“ abgesprochen worden.

Die statistischen Auswertungen sind folgendermaßen strukturiert: Nach einer kurzen Vorstellung des Programms Dot.sys und der Darstellung der Datengrundlage folgt eine überblicksartige Grundauswertung zu den inhaltlichen Erfassungskategorien des Dokumentationsprogramms. Daran schließt sich eine Auswertung nach verschiedenen Settings (Schule, Betrieb, Jugendarbeit) und eine nach verschiedenen Schultypen (Grundschule, Hauptschule, Gymnasium) an. Weitere Fragestellungen und Auswertungsansätze wären denkbar gewesen, diese hätten jedoch den Rahmen der vorliegenden Spezialanalyse gesprengt. Denn mit den hier gewählten Auswertungen sollen – das sei noch einmal ausdrücklich betont – nur exemplarisch die Möglichkeiten und Grenzen des Dokumentationsprogramms Dot.sys aufgezeigt werden.

3.2. Das Dokumentationsprogramm Dot.sys

Bei Dot.sys handelt es sich um ein bundesweites EDV-Programm zur Dokumentation suchtpreventiver Aktivitäten, das in vielen Bundesländern seit Januar 2005 eingesetzt wird. Es wurde in Kooperation der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), den Länderkoordinatoren/innen für Suchtvorbeugung und der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entwickelt. Das Programm kann kostenlos von der Internetseite der BZgA (www.bzga.de) heruntergeladen werden. Das Programm erfasst Informationen zu 13 verschiedenen Ebenen einer jeden suchtpreventiven Maßnahme: u. a. Typ, Inhalteebene, Setting und Zielgruppe (siehe 1 bis 12 und Maßnahmetyp auf der Abbildung 3.1). Daneben gibt es einige freie Textfelder, in die der Titel der Maßnahme und weitere Zusatz-

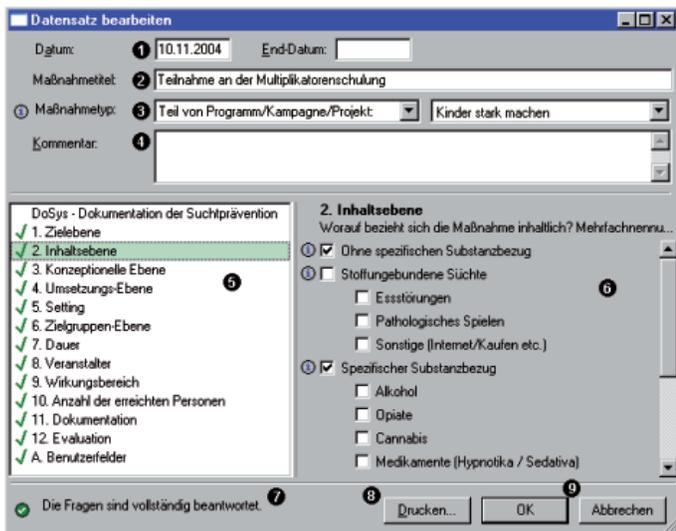


Abbildung 3.1: Dot.sys-Eingabemaske

informationen eingegeben werden können. In Dot.sys ist ein Glossar integriert, der die wichtigsten Begrifflichkeiten erklärt.

Die vollständige Itemliste von Dot.sys kann im Anhang nachgelesen werden.

Dot.sys besitzt auch ein eigenes Auswertungsmodul, das die Nutzer/innen für die eigene Tätigkeitsdokumentation oder die Erstellung des Jahresberichtes der Einrichtung verwenden können.

Die Landeskoordinatoren/innen schicken die Länderzahlen an die BZgA, unter deren Federführung die bundesweite Berichterstattung erfolgt.²¹ Der Bundesbericht 2006 ist zurzeit in Arbeit. Auf der Länderebene sind bisher in Niedersachsen und Hessen Präventionsberichte erschienen, die auf der Dot.sys-Dokumentation beruhen. Die folgenden Auswertungen, die erstmalig (exemplarisch) die Präventionsaktivitäten in Schleswig-Holstein erfassen, basieren auf der Programmversion 1.6. Inzwischen gibt es eine leicht modifizierte Fassung, die seit dem Jahr 2007 verwendet wird.

3.3. Datengrundlage

Die 60 ambulanten Einrichtungen in Schleswig-Holstein erhalten Landeszuwendungen, mit denen sie auch Maßnahmen zur Suchtprävention durchführen können. In welchem Umfang dies geschieht, hängt von den Ressourcen und dem inhaltlichen Profil der jeweiligen Einrichtung ab. Etwa die Hälfte der Einrichtungen gibt „Suchtprävention“ als eine zentrale Tätigkeit an (siehe hierzu den Abschnitt 2.6.3). Darüber hinaus sind in Schleswig-Holstein noch einige wenige spezielle Suchtpräventionseinrichtungen vorhanden, deren Tätigkeiten jedoch nicht in diese Auswertung mit eingeflossen sind.

Die Teilnahme an dem Feldversuch, der vom April bis September 2006 – also 6 Monate lief – war freiwillig. Ins-

gesamt 19 der 60 ambulanten Einrichtungen haben sich daran beteiligt. Damit ergibt sich eine Beteiligungsquote von 32 Prozent. Da nicht bekannt ist, was für suchtpräventive Arbeit in welchem Umfang die anderen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen leisten, kann über die Repräsentativität der vorliegenden Ergebnisse keine Aussage getroffen werden.

Insgesamt wurden von den Teilnehmern in den 6 Monaten des Feldversuches 990 suchtpräventive Maßnahmen abgeschlossen und entsprechend dokumentiert – diese stellen die Datengrundlage dieser Spezialanalyse dar. Die Spannweite lag hier zwischen 7 und 89 erfassten Maßnahmen pro Einrichtung.

Die folgenden Auswertungen umfassen alle 13 inhaltlichen Erfassungsbereiche („Ebenen“) des Dokumentationsprogramms. Die Einträge in den freien Textfeldern wurden nicht ausgewertet. In der Regel werden zur Beschreibung der suchtpräventiven Tätigkeiten die Begriffe benutzt, wie sie auch im Dot.sys-Programm verwendet werden.

3.4. Grundausswertung

Die folgende Grundausswertung beinhaltet eine deskriptive Darstellung der grundlegenden Charakteristika aller erbrachten Maßnahmen.

Bei den dokumentierten suchtpräventiven Maßnahmen handelt es sich zu 54 Prozent um Einzelmaßnahmen und zu 46 Prozent um Teile von Programmen/Kampagnen/Projekten. Nach der Dokumentationslogik von Dot.sys sollen umfassendere Maßnahmen getrennt nach ihren Einzelteilen dokumentiert werden. Bei einer „eigenständigen“ Maßnahme ist dieses nicht nötig.

Die Zielebene der Maßnahmen betrifft zu zwei Dritteln direkt den Endadressaten (67 %), z. B. Schüler oder Auszubildende, und zu knapp einem Drittel Multiplikatoren (31 %); das sind geschulte Kontaktpersonen – beispielsweise Lehrkräfte – die suchtpräventive Inhalte an die Endadressaten weitergeben (siehe Abbildung 3.2). Darüber hinaus richten sich 2 Prozent der suchtpräventiven Aktivitäten allgemein an die Öffentlichkeit. Das können bei-

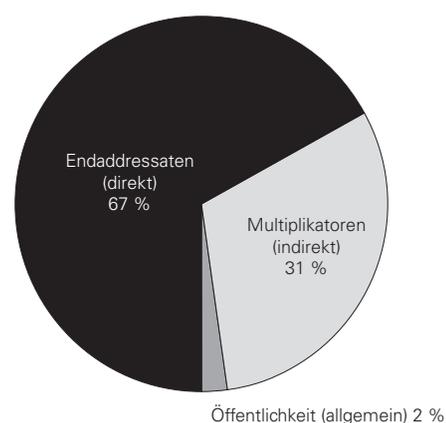


Abbildung 3.2: Zielebene der Maßnahme (N=980)

²¹ Es sei angemerkt, dass die Daten dieses Feldversuches nicht von den Landeskoordinatoren/innen an die BZgA weitergeleitet worden sind und deshalb auch nicht mit in den Bundesbericht 2006 einfließen konnten.

spielsweise Pressegespräche oder generelle Kampagnen sein.

Die meisten suchtpreventiven Programme, Projekte oder Kampagnen werden von der durchführenden Präventionsstelle alleine veranstaltet (64 %), ein gutes Drittel zusammen mit Kooperationspartnern (35 %). Ganz selten finden Maßnahmen in Zusammenarbeit mit der Landeskoordinierungsstelle statt (1 %).

Die Dauer der Maßnahmen beträgt bei 90 Prozent bis zu einem halben Tag. Jede Zwanzigste dauert bis zu einem Tag (5 %). Bei einem gleich großen Anteil handelt es sich um mehrtägige Veranstaltungen (5 %).

Der „Wirkungsbereich“ liegt bei der überwiegenden Anzahl der dokumentierten Maßnahmen in einer Gemeinde/Stadt, die bis zu 100.000 Einwohner/innen umfasst (80 %). Nur selten betreffen die durchgeführten Aktivitäten eine Region oder sogar das ganze Bundesland (jeweils 2 %). Die anderen Anteile verteilen sich bei dieser Frage, bei der Mehrfachantworten möglich sind, auf die Kategorien Stadtteil (3 %), Gemeinde/Stadt über 100.000 Einwohner/innen (4 %) und Landkreis (19 %).

Werden die dokumentierten Informationen nach der Anzahl erreichter Personen ausgewertet, ergibt sich das folgende Bild: Insgesamt konnten mit allen Maßnahmen zusammengenommen über 19.000 Personen erreicht werden, im Durchschnitt etwa 20 je Maßnahme. Veranstaltungen mit mehr als 30 Personen sind dabei eher selten (7 %) (siehe Abbildung 3.3). Den höchsten Anteil machen Maßnahmen aus, bei denen 15 bis 30 Personen anwesend sind (40 %). Aber auch die Kategorie „bis zu 5 Personen“ ist mit 30 Prozent vergleichsweise häufig vertreten.

Auf der „Inhaltsebene“ des dot.sys-Programms wird dokumentiert, welche Substanzen und nichtstofflichen

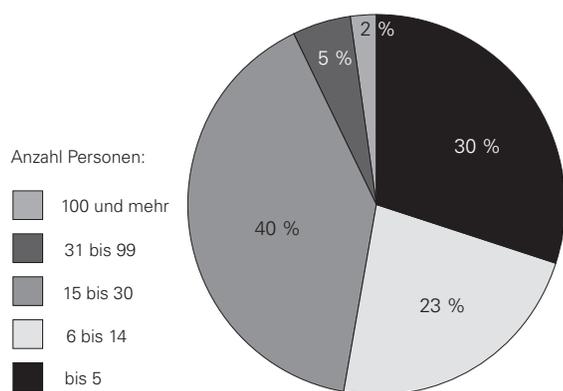


Abbildung 3.3: Anzahl erreichter Personen (N=977)

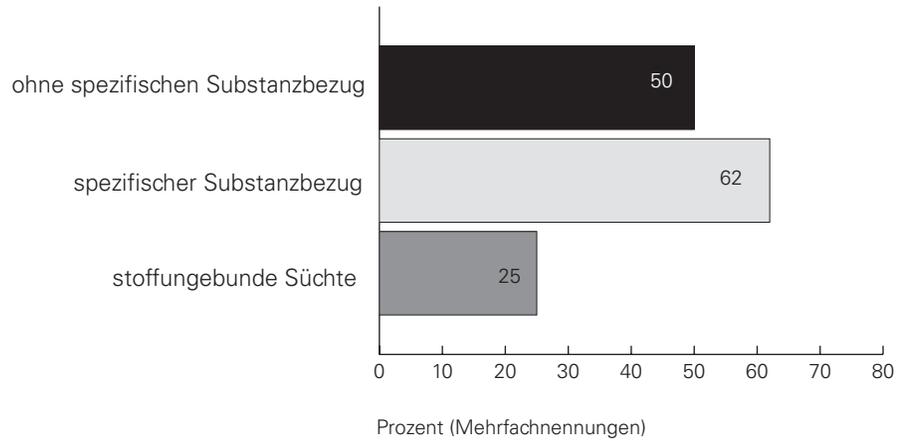


Abbildung 3.4: Inhaltsebene der Maßnahme (N=980, mehrere Antworten möglich)

Süchte im Rahmen der Präventionsmaßnahme thematisiert wurden. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass eine suchtpreventive Maßnahme sowohl Teile mit einem spezifischen Substanzbezug als auch Teile ohne einen solchen aufweisen kann. Dem entsprechend sind die Items der Inhaltsebene im dot.sys-Programm auch als Mehrfachantwort hinterlegt. Nahezu zwei Drittel (62 %) aller suchtpreventiven Maßnahmen beziehen sich auf spezifische Substanzen (siehe Abbildung 3.4). Genau die Hälfte umfasst Inhalte ohne spezifischen Substanzbezug.

Um stoffungebundene Süchte geht es bei einem Viertel aller suchtpreventiven Programme, Projekte und Kampagnen (25 %). Hier stehen thematisch an erster Stelle Essstörungen (71 %), gefolgt vom pathologischen Spielen (58 %) und der Kategorie „Sonstiges“, die Internet, Kaufen und anderes umfasst (58 %).²²

Eine solch differenzierte Auswertung ist auch bei den Maßnahmen mit einem spezifischen Substanzbezug möglich (ebenfalls als Mehrfachantwort). Diese ergibt, dass in beinahe zwei Drittel aller Fälle das Thema Alkohol behandelt wird (65 %). Es folgen die Substanzen Tabak und Cannabis mit Anteilen von 55 Prozent bzw. 52 Prozent. Partydrogen (wie Ecstasy) werden in 22 Prozent aller substanzspezifischen Maßnahmen angesprochen. Biogene Drogen – wie Pilze – spielen hingegen überhaupt keine Rolle.

In etwa 30 Prozent aller Maßnahmen mit einem spezifischen Substanzbezug werden – so wie es auch im Koalitionsvertrag der Landesregierung gewünscht wird – Alkohol, Tabak und Cannabis zusammen behandelt.

Neben der thematisierten Substanz (bzw. nichtstofflichen Sucht) ist die konzeptionelle Ausrichtung ein wichtiges Merkmal jeder suchtpreventiven Maßnahme. Danach dienen die allermeisten von ihnen der Informationsvermittlung (83 %) (siehe Abbildung 3.5). Ferner zielen über 60 Prozent der dokumentierten Maßnahmen (auch) auf die Kompetenzförderung ab. Konzepte der Frühintervention kommen auf einen Anteil von 44 Prozent, der Normenbildung auf 30 Prozent und alternative Erlebnisformen auf 27 Prozent.

²² Auch hier konnten mehrere Angaben pro Maßnahme gemacht werden.

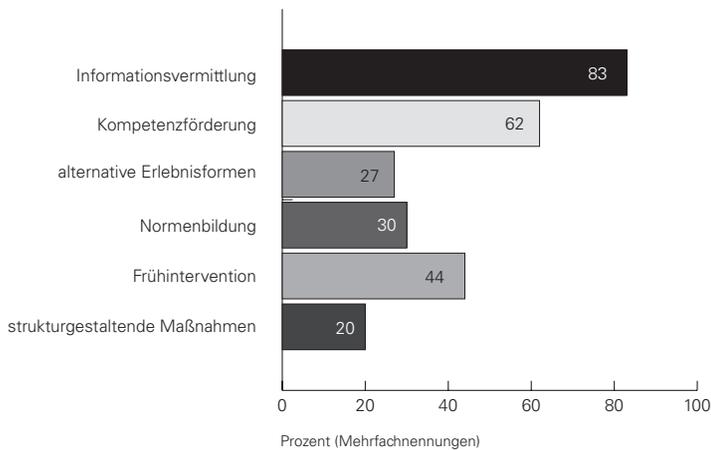


Abbildung 3.5: Konzeptionelle Ebene der Maßnahme (N=980, mehrere Antworten möglich)

All diese Konzeptionen sind der Verhaltensprävention zuzuordnen, d. h. sie sind auf das individuelle Verhalten der Zielgruppe ausgerichtet. Daneben gibt es noch Maßnahmen der Strukturgestaltung, die so genannte Verhältnisprävention. Damit sind Strategien gemeint, die auf die Kontrolle, Reduzierung oder Beseitigung von Suchtrisiken in den allgemeinen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen abzielen (z. B. Rauchverbote an Schulen). Solche konzeptionellen Elemente enthält jede fünfte Präventionsmaßnahme (20 %).

Wenn Struktur gestaltende Maßnahmen (Verhältnisprävention) mit verhaltenspräventiven Komponenten verbunden werden, handelt es sich vor allem um Informationsvermittlung oder Kompetenzförderung.

Einen sehr ausdifferenzierten Erfassungskatalog gibt es bei der Umsetzungsebene, die sich auf den formalen Rahmen der suchtpreventiven Maßnahme bezieht.

Ein Blick auf die folgende Tabelle zeigt, dass dabei ein breites Spektrum von Formen suchtpreventiver Arbeit besteht. An erster Stelle rangieren Seminare/Workshops mit einem Anteil von 23 Prozent (siehe Tabelle 3.1). Es folgt die Kategorie „Information/Beratung/Supervision“ mit einem Anteil von 16 Prozent. Vier weitere Umsetzungsebenen kommen auf Anteile um die zehn Prozent (Punkte 3. bis 6. der Tabelle). Selten sind dagegen „Informationen über Hilfsdienste“ (1 %) oder Medienarbeit (0,4 %) dokumentiert.

Werden diese unterschiedlichen Formen präventiver Arbeit nach der Anzahl der erreichten Personen und der Dauer ausgewertet, zeigt sich, dass mit Ausstellungen/Projekttag/Projekttag/etc. im Durchschnitt 44 Personen erreicht werden (siehe Tabelle 3.1). Diese Umsetzungsebene hat auch den größten Anteil von Maßnahmen, die länger als einen Tag dauern: 17 Prozent. Daneben kommen noch die Workshops/Seminare auf einen Anteil von zeitlich umfassenderen Maßnahmen, der über 10 Prozent liegt. Dagegen sind Vorträge bzw. Referate – naturgemäß – kurz, mit ihnen werden im Durchschnitt 27 Personen erreicht. Die – durchweg plausiblen – Ergebnisse zu den anderen Umsetzungsebenen können der Tabelle entnommen werden.

Diese Kategorien der Umsetzungsebene können auch in einer Dreier-Typologie zusammengefasst werden, wie es ein Auswertungsschema der BZgA vorsieht. Danach handelt es sich bei 62 Prozent der Maßnahmen um eine

	Anteil (%)	Anzahl (N)	Erreichte Personen pro Maßnahme (Ø)	Dauer > 1 Tag (%)
1 Durchführung Seminar/Workshop	23 %	223	23	11 %
2 Durchführung Information/Beratung/Supervision	16 %	156	6	1 %
3 Ausstellungen/Projekttag/Aktionswoche/Infostand	12 %	115	44	17 %
4 Leitung von Gruppen	12 %	118	13	-
5 Vernetzung/Kooperation/Koordination	11 %	105	13	1 %
6 Durchführung Vortrag/Referat	10 %	100	27	-
7 Konzeptionelle Arbeiten	6 %	59	3	3 %
8 Erzeugung von Materialien/Medien	2 %	20	3	5 %
9 Durchführung Fachtagung/Fortbildung/Schulung	1 %	7	21	-
10 Information über und Vermittlung in Hilfsdienste	1 %	7	14	-
11 Interview/Presseerklärung/Fernseh-/Filmbeitrag	0,4 %	4	13	-
12 Sonstiges	7 %	66	28	2 %

Tabelle 3.1: Umsetzungsebene nach prozentualem Anteil, erreichten Personen und Dauer (N=980, mehrere Antworten möglich)

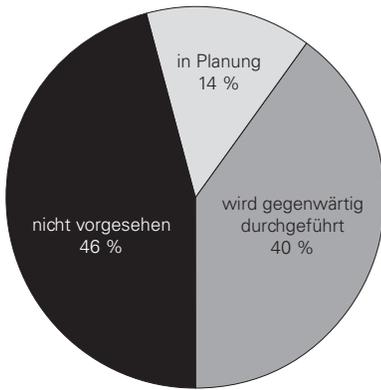


Abbildung 3.6: Evaluationsstatus der Maßnahme (N=980)

„Gruppenbezogene Info/Qualifizierung“; bei 18 Prozent um „Individuelle Info/Beratung“ und bei 20 Prozent um „Querschnittsaufgaben“²³ Dieses Raster wird, weil es die Umsetzungs-Ebene übersichtlich sortiert, in den beiden folgenden Abschnitten ebenfalls benutzt.

Abschließend seien in dieser Grundausswertung einige Informationen zum Evaluationsstatus der Maßnahmen genannt: Bei 40 Prozent der Maßnahmen wird gegenwärtig, d. h. während des Zeitraums des Feldversuches, eine Evaluation durchgeführt (siehe Abbildung 3.6).

Darüber hinaus ist bei 14 Prozent eine solche in der Planung. In beiden Fällen handelt es sich fast ausschließlich um interne Prozess-Evaluationen. Der Anteil der externen Evaluationen ist äußerst gering („gegenwärtig durchgeführt“: 0,3 %, „in Planung“: 2 %). Neben den Evaluationen ist bei 16 Prozent der Maßnahmen eine ausführlichere schriftliche Dokumentation vorhanden.

3.5. Auswertung nach dem Setting

In der vorangegangenen Grundausswertung wurde ein Item des Dokumentationsprogramms Dot.sys noch nicht ausgewertet: das Setting der Maßnahme. Aufgrund der Relevanz dieses Kriteriums – in Praxis, Politik und Wissenschaft wird die Suchtprävention heutzutage häufig danach strukturiert – wird in diesem Abschnitt eine spezielle Setting-Analyse durchgeführt. Sie umfasst ausgewählte Fragestellungen.

Die erste Auswertung zeigt, dass das Setting Schule hinsichtlich der Anzahl durchgeführter Maßnahmen das mit Abstand bedeutsamste ist: 60 Prozent von ihnen entfallen hierauf (siehe Tabelle 3.2). Diese dominierende Stellung des Schulbereiches wird auch in anderen Bestandsaufnahmen zur Praxis der Suchtprävention in Deutschland betont (Kalke et al. 2004). Alle anderen Settings kommen dagegen auf Anteile zwischen 1 Prozent (Familie, Freizeit) und 7 Prozent (Jugendarbeit, Vereine/ Verbände/Kirchen).

Bei der durchschnittlichen Anzahl erreichter Personen erreicht das Setting Unspezifisch/Gesamtbevölkerung mit 37 den Spitzenwert, während es bei der Jugendarbeit 8 Personen pro Maßnahme sind. Bei der Dauer zeigt sich, dass es etwa bei der Hälfte der Settings vereinzelt Maßnahmen gibt, die länger als einen Tag dauern. Hierbei ist jedoch in einigen Fällen die geringe Fallzahl zu beachten.

Setting	Anteil (%)	Anzahl (N)	Erreichte Personen pro Maßnahme (Ø)	Dauer > 1 Tag (%)
Schule	60 %	596	23	7 %
Familie	1 %	6	23	17 %
Kindergarten/-tagesstätten	2 %	23	11	-
Betrieb (Ausbildung/Arbeitsplatz)	2 %	23	13	-
Jugendarbeit	7 %	70	8	6 %
Gesundheitswesen	4 %	38	10	-
Vereine/Verbände/Kirchen	7 %	69	21	-
Freizeit	1 %	12	12	8 %
unspezifisch/Gesamtbevölkerung	6 %	62	37	2 %
anderes: Gremium/Arbeitskreis	11 %	112	5	-
anderes: sonstiges spezifisches Arbeitsfeld	10 %	96	12	-

Tabelle 3.2: Setting nach prozentualem Anteil, erreichten Personen und Dauer (N=990, mehrere Antworten möglich)

²³ Die Kategorie „Gruppenbezogene Info/Qualifizierung“ umfasst die Punkte 1, 3, 4, 6 und 9 der Tabelle 3.1; die Kategorie „Individuelle Info/Beratung“ die Punkte 2 und 10; die Kategorie „Querschnittsaufgaben“ die Punkte 5, 7, 8 und 11. Der Punkt „Sonstiges“ wurde nicht berücksichtigt. Da es sich bei dem Item „Umsetzungs-Ebene“ um eine Mehrfachantwortung handelt, wurden die Antworten hierarchisiert.

	Schule	Betrieb (Ausbildung/Arbeitsplatz)	Jugendarbeit
ohne Substanzbezug	46 %	44 %	61 %
stoffungebunde Süchte	28 %	30 %	1 %
spezifischer Substanzbezug	67 %	87 %	49 %
Anzahl Maßnahmen (N)	596	23	70

Tabelle 3.3: Setting nach der Inhaltsebene (mehrere Antworten möglich)

	Schule	Betrieb (Ausbildung/Arbeitsplatz)	Jugendarbeit
Informationsvermittlung	92 %	96 %	70 %
Kompetenzförderung	66 %	65 %	34 %
Alternative Erlebnisformen	28 %	4 %	30 %
Normenbildung	35 %	-	23 %
Frühintervention	51 %	9 %	39 %
Strukturgestaltung	14 %	13 %	40 %
Anzahl Maßnahmen (N)	596	23	70

Tabelle 3.4: Setting nach der konzeptionellen Ebene (mehrere Antworten möglich)

	Schule	Betrieb (Ausbildung/Arbeitsplatz)	Jugendarbeit
Gruppenbezogene Info/Qualifizierung	73 %	44 %	50 %
Individuelle Info/Beratung	20 %	39 %	19 %
Querschnittsaufgaben	7 %	17 %	31 %
Anzahl Maßnahmen (N)	537	23	68

Tabelle 3.5: Setting nach der Umsetzungs-Ebene zusammengefasst und hierarchisiert

Bei den weiteren Auswertungsschritten wurde sich wegen der Übersichtlichkeit dazu entschlossen, beispielhafte Analysen nur noch in drei Settings durchzuführen. Dazu wurden die Bereiche „Schule“, „Jugendarbeit“ und „Betrieb“ ausgewählt, weil hier größere Unterschiede zu erwarten sind (beim letzt genannten ist die kleine Fallzahl zu beachten). Diese zeigen sich schon, wenn nach der Inhaltsebene ausgewertet wird: Während bei der Jugendarbeit auffällt, dass stoffungebundene Süchte fast nie thematisiert werden (1 %), kann bei der betrieblichen Suchtprävention der hohe Anteil von Maßnahmen mit einem spezifischen Substanzbezug als Besonderheit angesehen werden (87 %) (siehe Tabelle 3.3). Der Schulbereich liegt mit seinen Werten – insgesamt betrachtet – bei der Inhaltsebene zwischen den beiden genannten Settings.

Spezifische Präventionsprofile ergeben sich ebenfalls bei der konzeptionellen Ebene. So spielen Konzepte der alternativen Erlebnisformen und der Normenbildung im Setting Betrieb keine Rolle, während hier die Informationsvermittlung klar dominierend ist (96 %) (siehe Tabelle 3.4). Bei der Jugendarbeit sind der hohe Anteil Struktur gestaltender Maßnahmen (40 %) und im Schulbereich die Relevanz der Frühintervention hervorzuheben (51 %). Ferner zeigt sich, dass das Konzept Lebenskompetenzförderung in der Schule und im Betrieb einen viel höheren Stellenwert besitzt als in der Jugendarbeit.

Auch bei der Umsetzungs-Ebene – hier wurde die zusammenfassende Darstellungsweise gewählt (siehe oben) – dominieren die Unterschiede zwischen den drei Settings: In der Schule handelt es sich bei beinahe drei Viertel aller Maßnahmen um gruppenbezogene Informationen/Qualifizierungen (73 %) (siehe Tabelle 3.5). Hier spielen die so genannten Querschnittsaufgaben eine geringe Rolle (7 %). Diese wiederum besitzen mit einem Anteil von 31 Prozent im Setting Jugendarbeit einen überdurchschnittlichen Stellenwert. Das besondere Kennzeichen im Tätigkeitsfeld Betrieb ist die Bedeutung der individuellen Information/Beratung, die auf einen fast gleich hohen Prozentanteil kommt wie gruppenbezogene Informationen/Qualifizierungen (39 % zu 44 %).

Es ist mit Dot.sys auch möglich, die Zielgruppe der Maßnahme zu erfassen. Wird diese für die drei Settings ausgewertet, ergibt sich, dass im Schulbereich drei Viertel aller Maßnahmen mit der Kategorie „altersspezifisch“ und jede zehnte mit „geschlechtsspezifisch“ dokumentiert werden. In den anderen beiden Setting beträgt der Anteil an Programmen, Projekten oder Kampagnen, die altersspezifisch ausgerichtet sind, hingegen nur 35 Prozent (Betrieb) bzw. 23 Prozent (Jugendarbeit). Geschlechtsspezifische Ansätze

kommen hier gar nicht zum Tragen. Dagegen weist die Jugendarbeit einen vergleichsweise hohen Anteil von Maßnahmen auf, die als „sozialgruppenspezifisch“ klassifiziert werden (26 %). Dieser Ansatz spielt in den Feldern Schule und Betrieb so gut wie keine Rolle (2 % bzw. 4 %). Es zeigen sich also starke Unterschiede in der Zielgruppen-Ausrichtung der drei Settings genauso wie beim Evaluationsstatus der Maßnahmen, der abschließend betrachtet wird.

Hier wird deutlich, dass die betriebliche Suchtprävention der am schlechtesten evaluierte Bereich ist. Bei 78 Prozent aller Maßnahmen findet eine Evaluation nicht statt bzw. ist eine solche nicht vorgesehen (siehe Tabelle 3.6). Auch bei der Jugendarbeit sind die entsprechenden Werte nicht wesentlich geringer. Bei der Schule überwiegen dagegen durchgeführte oder geplante Evaluationen mit einem Anteil von beinahe 60 Prozent.

Insgesamt werden in dieser exemplarischen Analyse die verschiedenen Präventionsprofile in den drei ausgewählten Bereichen Schule, Betrieb und Jugendarbeit deutlich. Es ist also möglich, mit Hilfe von Dot.sys die besonderen Kennzeichen der verschiedenen Settings darzustellen und herauszuarbeiten.

3.6. Auswertung nach dem Schultyp

Als zweite Spezialauswertung wird in diesem Abschnitt eine Analyse nach den verschiedenen Schultypen durchgeführt. Diese werden in Dot.sys als Unterkategorien des Settings Schule erfasst. Das hier verwendete – beispielhafte – Auswertungsraster folgt der Analyse im vorangegangenen Abschnitt.

Es zeigt sich, dass suchtpreventive Maßnahmen in allen in Schleswig-Holstein vertretenen Schultypen durchgeführt werden. Bei den weiterführenden Schulen kommt das Gymnasium auf einen Anteil von 29 Prozent, die Hauptschule auf 26 Prozent, die Realschule auf 22 Prozent und die Gesamtschule auf 7 Prozent (siehe Tabelle 3.7). Die Grundschule umfasst einen Anteil von 12 Prozent. Die Werte für die Berufsbildende Schule und die Förderschule lauten: 7 Prozent und 4 Prozent. Bei dieser prozentualen Verteilung ist natürlich die unterschiedliche Anzahl von Schülern/innen, Schulen und Klassen der verschiedenen Schultypen zu berücksichtigen. Es könnte deshalb aus der dargestellten Verteilung die

	Schule	Betrieb (Ausbildung/Arbeitsplatz)	Jugendarbeit
nicht vorgesehen	41 %	78 %	69 %
in Planung	9 %	9 %	7 %
wird gegenwärtig durchgeführt	50 %	13 %	24 %
Anzahl Maßnahmen (N)	596	23	70

Tabelle 3.6: Setting nach Evaluation

Schlussfolgerung gezogen werden, dass im Rahmen der schulischen Suchtprävention in einem starken Umfang versucht wird, auch die sozial- und bildungsschwächeren Schüler/innen zu erreichen. Dafür spricht vor allem der vergleichsweise hohe Anteil von Maßnahmen, die in den Hauptschulen durchgeführt werden.

Bei der Anzahl der im Durchschnitt erreichten Personen fällt der vergleichsweise hohe Wert (38) bei den Förderschulen auf. Offensichtlich finden hier viele Maßnahmen klassenübergreifend statt (siehe Tabelle 3.7). In allen vier Typen der allgemein bildenden Schulen ergibt sich ein (plausibler) Wert, der zwischen 21 und 24 liegt, und damit auf die Klassenbezogenheit der Maßnahme hinweist.

Den höchsten Anteil an suchtpreventiven Maßnahmen, die länger als einen Tag dauern, besitzt die Gesamtschule

	Anteil (%)	Anzahl (N)	Erreichte Personen pro Maßnahme (Ø)	Dauer > 1 Tag (%)
Grundschule	12 %	68	19	11 %
Hauptschule	26 %	153	24	9 %
Realschule	22 %	126	23	10 %
Gymnasium	29 %	169	21	4 %
Gesamtschule	7 %	41	22	20 %
Förderschule	4 %	24	38	17 %
berufsbildende Schule	7 %	43	25	2 %

Tabelle 3.7: Schultypen nach prozentualem Anteil, erreichten Personen und Dauer (N=583, mehrere Antworten möglich)

	Grundschule	Hauptschule	Gymnasium
ohne Substanzbezug	64 %	43 %	52 %
stoffungebunde Süchte	45 %	29 %	27 %
spezifischer Substanzbezug	30 %	68 %	69 %
Anzahl Maßnahmen (N)	64	153	168

Tabelle 3.8: Schultypen nach der Inhaltsebene (mehrere Antworten möglich)

	Grundschule	Hauptschule	Gymnasium
Informationsvermittlung	92 %	88 %	94 %
Kompetenzförderung	83 %	64 %	75 %
Alternative Erlebnisformen	52 %	14 %	32 %
Normenbildung	8 %	29 %	48 %
Frühintervention	52 %	43 %	64 %
Strukturgestaltung	8 %	16 %	17 %
Anzahl Maßnahmen (N)	64	153	168

Tabelle 3.9: Schultypen nach der konzeptionellen Ebene (mehrere Antworten möglich)

mit 20 Prozent, den niedrigsten die Berufsbildende Schule mit 2 Prozent. Der letztgenannte Wert dürfte mit dem dualen System der Berufsausbildung zusammenhängen, da zusammenhängender Unterricht über mehrere Tage („Blockunterricht“) nur in einem Teil der Ausbildungsberufe stattfindet.

Da hier beispielhafte Auswertungsmöglichkeiten demonstriert werden sollen, wird sich in den folgenden Auswertungen – wie schon bei der Setting-Analyse – auf drei Kategorien beschränkt: die Grundschule, die Hauptschule und das Gymnasium. Bei einem solchen Vergleich ist es wahrscheinlich, dass einige Unterschiede sichtbar werden.

Wird in dieser Weise die Inhaltsebene betrachtet, ergibt sich, dass in der Grundschule Maßnahmen ohne einen spezifischen Substanzbezug eine bedeutsame Rolle spielen (64 %), während in der Hauptschule und im Gymnasium Maßnahmen mit einem spezifischen Substanzbezug dominieren (68 % bzw. 69 %) (siehe Tabelle 3.8). Hierin spiegelt sich eine altersspezifische Präventionsarbeit wider, nach der im Alter zwischen 6 und 10 Jahren eher substanzübergreifende Themen behandelt werden, während diese danach zunehmend durch Informationen und interaktive Übungen zu speziellen Substanzen geprägt ist.

Zeigen sich auch bei der konzeptionellen Ebene Unterschiede zwischen den drei Schultypen? Hier ergeben sich Abweichungen vor allem bei den Kategorien „Alternative Erlebnisformen“ und „Normenbildung“. Die erst genannte spielt in der Grundschule eine wesentlich größere Rolle als in der Hauptschule, aber auch zum Gymnasium ist der Abstand noch deutlich (52 % zu 14 % zu 32 %) (siehe Tabelle 3.9). Dagegen wird das Konzept der Normenbildung – auch das fällt auf – in der Grundschule selten angewendet (8 %). Bei den anderen vier Kategorien der konzeptionellen Ebenen sind die Unterschiede zwischen den Schultypen nicht ganz so groß.

Bei der Form suchtpreventiver Arbeit („Umsetzungs-Ebene“) sind dagegen nur kleine Differenzen erkennbar: Bei allen drei Schultypen rangieren die gruppenbezogenen Informationen/Qualifizierungen ganz vorne. Sie kommen auf Anteile zwischen 74 Prozent und 62 Prozent (siehe Tabelle 3.10). Mit weitem Abstand folgen die individuellen Informationen/Beratung (Anteile zwischen 29 % und 21 %). Der Anteil der Querschnittsaufgaben liegt überall unter 10 Prozent.

Maßnahmen, die sich an spezifische Zielgruppen richten, spielen bei den drei Schulformen nur eine untergeordnete Rolle: So ist der Anteil von geschlechtsspezifischen Maßnahmen mit 15 Prozent bei den Gymnasien noch am höchsten (Grundschule: 5 %, Hauptschule: 7 %). Eine sozi-

	Grundschule	Hauptschule	Gymnasium
Gruppenbezogene Info/Qualifizierung	68 %	62 %	74 %
Individuelle Info/Beratung	25 %	29 %	21 %
Querschnittsaufgaben	7 %	9 %	5 %
Anzahl Maßnahmen (N)	44	135	154

Tabelle 3.10: Schultypen nach der Umsetzungs-Ebene zusammengefasst und hierarchisiert

algruppenspezifische Ausrichtung kommt dagegen überhaupt nur in den Hauptschulen vor: Hier weist jede zwanzigste Maßnahme einen solchen Charakter auf (5 %).

Abschließend sollen auch hier die Ergebnisse zum Evaluationsstatus betrachtet werden. Es zeigt sich, dass beim Gymnasium der höchste Anteil gegenwärtiger Evaluationen (67 %) und der kleinste Anteil von Maßnahmen, bei denen eine solche nicht vorgesehen ist, vorliegen (25 %) (siehe Tabelle 3.11). Die Grundschule kommt auf den höchsten Wert bei den geplanten Evaluationen (25 %), liegt aber sonst mit ihren Ergebnisse eher in der Nähe der Hauptschule, die von allen drei Schultypen den schlechtesten Evaluationsstatus aufweist.

Auch in dieser exemplarischen Analyse nach Schultyp konnten Auswertungsmöglichkeiten von Dot.sys angedeutet werden: Es konnten einige Spezifikas der suchtpreventiven Arbeit an drei verschiedenen Schultypen sichtbar gemacht werden, auch wenn hier – erwartungsgemäß – die Unterschiede nicht so stark ausfallen wie bei der beispielhaften Setting-Analyse.

3.7. Ausblick

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es mit dem Einsatz des bundesweiten EDV-Programms „Dot.sys“ möglich ist, einen Großteil der vom schleswig-holsteinischen Sozialministerium gewünschten Informationen zu liefern. Das betrifft insbesondere empirische Daten zu den Settings, Zielgruppen, thematisierten Substanzen, der Anzahl erreichter Personen sowie dem Evaluationsstatus der durchgeführten Suchtpräventionsmaßnahmen.

Hingegen können mit dem Programm nur eingeschränkte Informationen zu Kooperationen mit anderen Partnern und zum konzeptionellen Ansatz gewonnen werden, z. B. können Projekte, mit denen die Risikokompetenz gestärkt werden soll, nicht identifiziert werden. Zur Kontinuität der Maßnahmen und ihren Effekten können mit der Hilfe von Dot.sys überhaupt keine Aussagen getroffen werden.

Die Auswertungsmöglichkeiten wurden exemplarisch angedeutet. Sie ermöglichen einerseits einen guten Überblick über die Arbeit der Suchtprävention, andererseits sind aber auch Analysen unter spezielleren Fragestellungen, z. B. nach Settings oder Zielgruppen möglich. Darüber hinaus scheinen viele der dargestellten Ergebnisse inhaltlich plausibel zu sein, was auch auf die einfache Eingabelogik des Programms zurückzuführen sein dürfte. Insgesamt kann deshalb der landesweite Einsatz des Dokumentationsprogramms Dot.sys empfohlen werden. Es muss jedoch gewährleistet werden, dass sich (fast) alle Präventionsfachstellen an einer einheitlichen Doku-

	Grundschule	Hauptschule	Gymnasium
nicht vorgesehen	30 %	37 %	25 %
in Planung	25 %	11 %	8 %
wird gegenwärtig durchgeführt	45 %	52 %	67 %
Anzahl Maßnahmen (N)	64	153	168

Tabelle 3.11: Schultypen nach Evaluation

mentation beteiligen, weil sonst wegen der unklaren Repräsentativität die Interpretation der Daten schwierig wird. Sollte es zu einer solchen flächendeckenden Dokumentation kommen, ist es sinnvoll, sie durch Maßnahmen der Qualitätssicherung begleiten zu lassen. Beispielsweise sollten die beteiligten Einrichtungen eine Rückmeldung zur der Dokumentationsgüte ihrer Daten erhalten. Und mit der Durchführung von Workshops zu den Standards der Dokumentation könnte sichergestellt werden, dass Begrifflichkeiten einheitlich verstanden und verwendet werden.

Ferner wäre es zu begrüßen, wenn das Sozialministerium die suchtpreventiven Zielsetzungen des Landes weiter präzisieren und diese an Begrifflichkeiten von Dot.sys orientieren könnte, damit der „Soll- und Ist-Zustand“ besser einander gegenüber gestellt werden kann. Schließlich sollten die frei definierbaren Felder von Dot.sys genutzt werden, um länderspezifische Bedürfnisse bei der Dokumentation zu berücksichtigen. Hier wäre beispielsweise die Implementierung eines vorgegebenen Katalogs mit den Titeln der Maßnahmen denkbar.

3.8. Anhang: Itemliste von Dot.sys (Version 1.6)

1. Maßnahmetyp

Um welchen Maßnahmetyp handelt es sich?

- Einzelmaßnahme
- Teil von Programm/Kampagne/Projekt

2. Zielebene

Auf welche der drei Ebenen zielt Ihre Maßnahme vorrangig?

- Endadressaten (direkt)
- Multiplikatoren (indirekt)
- Öffentlichkeit allgemein

3. Inhaltsebene

Worauf bezieht sich die Maßnahme inhaltlich?
Mehrfachnennungen möglich.

- Ohne spezifischen Substanzbezug
- Stoffungebundene Süchte
 - Essstörungen
 - Pathologisches Spielen
 - Sonstige (Internet/Kaufen etc.)
- Spezifischer Substanzbezug
 - Alkohol
 - Opiate
 - Cannabis
 - Medikamente (Hypnotika / Sedativa)
 - Kokain
 - Partydrogen
 - Halluzinogene
 - Tabak
 - Lösungsmittel
 - Biogene Drogen
 - Sonstige

4. Konzeptionelle Ebene

Auf welchen konzeptionellen Grundlagen basiert die Maßnahme? Mehrfachnennungen möglich.

- Informationsvermittlung / Bildung kritischer Einstellungen
- Kompetenzförderung
- Alternative Erlebnisformen
- Normenbildung
- Früherkennung-/Intervention
- Strukturgestaltende Maßnahmen

5. Umsetzungs-Ebene

In welcher Form werden die konzeptionellen Grundlagen in der Praxis umgesetzt? Bitte berücksichtigen Sie hier nur die Aktivitäten, die Sie selbst durchgeführt/geleitet haben

- Durchführung Vortrag/Referat
- Durchführung Fachtagung/Fortbildung/Schulung
- Durchführung Seminar/Workshop
- Durchführung Information/Beratung/Supervision
 - persönlich
 - telefonisch
 - per Internet/E-Mail
- Vernetzung/Kooperation/Koordination
- Ausstellungen/Projekttag/Aktionswoche/Infostand
- Interview/Presseerklärung/Fernseh-/Filmbeitrag
- Information über und Vermittlung in Hilfsdienste
- Erzeugung von Materialien/Medien
- Leitung von Gruppen
- Konzeptionelle Arbeiten
- Sonstiges

6. Setting

In welchem Setting/Arbeitsfeld ist die Maßnahme angesiedelt? Mehrfachnennungen möglich.

- Familie
- Kindergarten/-tagesstätten
- Schule
 - Grundschule
 - Hauptschule
 - Realschule
 - Gymnasium
 - Gesamtschule
 - Sonderschule/Förderschule
 - Berufsbildende Schule
- Betrieb (Ausbildung/Arbeitsplatz)
- Jugendarbeit
- Gesundheitswesen
- Vereine/Verbände/Kirchen
- Gremium/Arbeitskreis
- Freizeit
- unspezifisch (Gesamtbevölkerung)
- sonstiges spezifisches Arbeitsfeld

7. Zielgruppen-Ebene

Auf welche Zielgruppe bezieht sich die Maßnahme vorrangig? Bitte berücksichtigen Sie nur die Zielgruppen, die Sie mit ihrer Maßnahme tatsächlich erreicht haben. Mehrfachnennungen möglich.

- unspezifisch
- altersspezifisch
 - Kinder (bis 13 Jahre)
 - Jugendliche (ab 14 bis 17 Jahre)
 - Junge Erwachsene (ab 18 bis 27 Jahre)
 - Erwachsene (ab 28 Jahre)
 - Senioren (ab 65 Jahre)
- geschlechtsspezifisch
 - weiblich
 - männlich
- sozialgruppenspezifisch
 - Migranten
 - Sozial Benachteiligte
 - Suchtbelastete Lebensgemeinschaften
 - Konsumerfahrene Jugendliche/junge Erwachsene
- Sonstige Risikogruppen
- Eltern
- Multiplikatoren
- Peers
- sonstige spezifische Zielgruppe

8. Dauer

Geben Sie die Dauer der Maßnahme an.

- bis 1/2 Tag
- bis 1 Tag
- mehrtägig

9. Veranstalter

Wurde die Maßnahme alleine oder in Kooperation durchgeführt? Mit wem? Mehrfachnennungen möglich.

- Fachkraft, Träger allein
- In Kooperation mit der Landeskoordinierungsstelle
- In Kooperation mit anderen

10. Wirkungsbereich

Auf welchen Einzugsbereich bezieht sich die Maßnahme? Mehrfachnennungen möglich.

- Stadtteil
- Gemeinde/Stadt bis 100.000 Einwohner
- Gemeinde/Stadt ab 100.000 Einwohner
- Stadtstaat
 - gesamt
 - Stadtteil/Bezirk
- Landkreis
- Region/(Regierungs-)Bezirk
- Bundesland
- national
- international

11. Anzahl der erreichten Personen

Anzahl (keine Schätzungen, sondern Anzahl der Personen, die direkt mit der Maßnahme angesprochen wurden, also bei Elternabenden: die Eltern, bei Arbeitskreis: die ArbeitskreisteilnehmerInnen.)

- Anzahl

12. Dokumentation

- ja
- nein

13. Evaluation

Wurde eine Evaluation oder Dokumentation der Maßnahme durchgeführt oder ist eine vorgesehen in Zukunft?

Wenn ja, wurde sie intern und/oder extern durchgeführt?

Um welche Art der Evaluation handelt es sich bzw. wird es sich handeln? Mehrfachnennungen möglich.

- Nicht vorgesehen
- In Planung
 - Externe Evaluation
 - Interne Evaluation
 - Prozess - Evaluation
 - Ergebnis-Evaluation
- Wird gegenwärtig durchgeführt:
 - Externe Evaluation
 - Interne Evaluation
 - Prozess - Evaluation
 - Ergebnis-Evaluation

Literatur

CDU & SPD (2005): Koalitionsvertrag 2005-2010. In Verantwortung für Schleswig-Holstein: Arbeit, Bildung, Zukunft, Kiel.

Kalke J., Raschke P., Kern W., Langemann C. & Frahm H. (Hrsg.) (2004): Handbuch der Suchtprävention. Programme, Projekte und Maßnahmen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, Freiburg i. B.

Kalke, J., Martens, M.-S., Schütze, C., Raschke, P. (2003): Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Die Lebenssituation der Klientinnen und Klienten in Stadt und Land, Band 3, Kiel.

MSGV, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein (2005): Vermerk zu den Präventionsanforderungen vom Juli 2005, Kiel.

