

**Jahresbericht 2017**  
 der ambulanten Suchthilfe in Stuttgart  
**Bereiche Beratung, Betreuung und Behandlung**  
 – Ausgewählte Daten –

Elisabeth Dongus	Landeshauptstadt Stuttgart, Sozialamt
Ulrich Binder	Suchthilfeverbund Stuttgart
Ute Reser	Suchthilfeverbund Stuttgart (Kapitel 5)

**Suchthilfeverbund Stuttgart, Fachgruppe Dokumentation:**

Marianne Sieler	Anlaufstelle für Essstörungen Stuttgart (ABAS) GesundheitsLaden e. V.
Rainer Lang Pius Riether	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Martin Epperlein	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Stefan Grupp	Klinikum Stuttgart, Zentrum für Seelische Gesundheit
Regine Lehnig	Lagaya e. V.
Uwe Collmar Bernd Klenk Dieter Kolb	Release Stuttgart e. V.

Fallberichte

Sabine Pohlner	Caritasverband für Stuttgart e. V.
Wolfgang Haag	Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.
Rainer Lang	Caritasverband für Stuttgart e. V.

Stuttgart, Mai 2018

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Einführung</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Ausgewählte Daten</b> .....	<b>4</b>
<b>2.1 Anzahl der Betreuungen</b> .....	<b>4</b>
<b>2.2 Kontakte</b> .....	<b>5</b>
<b>2.3 Hauptdiagnosen der Klientinnen und Klienten (Neuzugänge)</b> .....	<b>5</b>
<b>2.4 Kinder in suchtblasteten Familien</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Drogentote 2017</b> .....	<b>7</b>
<b>4. Drei Fallberichte</b> .....	<b>8</b>
<b>5. Der neue Deutsche Kerndatensatz (KDS 3.0)</b> .....	<b>14</b>
<b>6. Glossar</b> .....	<b>16</b>

## 1. Einführung

Mit dem vorliegenden Bericht wird zum sechzehnten Mal über die Klientinnen- und Klientenstruktur und die Leistungen der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Stuttgart informiert.

Datengrundlage für diesen Bericht sind Erhebungen der ambulanten Suchthilfe und die mit dem elektronischen Dokumentationssystem Patfak erfassten Daten des Deutschen Kerndatensatzes sowie die seit 2010 erhobenen Stuttgarter Zusatzfragen.

In der Arbeitsgruppe zur Erarbeitung dieses Berichtes sind die Suchthilfeplanung des Sozialamtes und alle Stuttgarter Suchthilfeträger vertreten.

Der diesjährige Bericht ist in seiner Struktur, im Gegensatz zu den Vorjahren, deutlich gekürzt. Der Grund dafür liegt in der Einführung des neuen Deutschen Kerndatensatzes (KDS 3.0) im Jahr 2017 und der damit einhergehenden notwendigen Softwareänderung, die unerwartet viele Programmupdates zur Folge hatte. Die bundesweite Einführung war mit sehr vielen sowohl technischen als auch inhaltlichen Umsetzungsproblemen behaftet, weshalb für das Berichtsjahr 2017 nicht zu allen Fragestellungen valide Datensätze erstellt werden konnten. Eine ausführliche Darstellung des neuen KDS 3.0 erfolgt in Kapitel 5.

Aus Anlass der Einführung des KDS 3.0 haben die Suchthilfeplanung und der Suchthilfeverbund das Konzept der jährlichen Berichterstattungen überarbeitet. Es wurde vereinbart, dass künftig im zweijährigen Rhythmus ausführliche Jahresberichte (ab Berichtsjahr 2018) auf der Grundlage der erhobenen Daten verfasst werden. In den anderen Jahren werden wie im vorliegenden Bericht die zentralen Grunddaten zusammengefasst und ein inhaltliches Thema ausführlicher dargestellt.

Die einzelnen Träger richten ihre Arbeit nach den gewonnenen Daten und Erkenntnissen aus.

Den Mitgliedern des Sozial- und Gesundheitsausschusses werden mit der jährlichen Berichterstattung zur Klientenstruktur und zu den Leistungen der Suchthilfe Grundlagen für suchtplanerische und kommunalpolitische Entscheidungen geboten.

In den kontinuierlich zwischen den Trägern und der Suchthilfeplanung stattfindenden Planungsgesprächen werden darüber hinaus auf der Basis der Dokumentation planerische Absprachen und gemeinsame Entscheidungen zur Feinsteuerung der Arbeit der Suchthilfe in Stuttgart getroffen.

## 2. Ausgewählte Daten

Die anschließenden Aussagen zu den erreichten Klientinnen und Klienten beziehen sich auf die Auswertungen 2017 durch die Träger der ambulanten Suchthilfe:

Caritasverband für Stuttgart e. V.

- Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle
- Substitutionsambulanz
- Kontakt- und Anlaufstelle für Substituierte und Drogenabhängige High Noon
- Pro Kids

Evangelische Gesellschaft Stuttgart e. V.

Beratungs- und Behandlungszentrum für Suchterkrankungen

Klinikum Stuttgart

- Zentrum für Seelische Gesundheit
- Klinik für Suchtmedizin und Abhängiges Verhalten
- Suchtmedizinisches Behandlungszentrum
- Suchtberatung

Lagaya e. V.

- Frauen-Sucht-Beratungsstelle Lagaya
- Mädchen.Sucht.Auswege

Release Stuttgart e. V., Beratung und Hilfe bei Sucht- und Drogenthemen

- Release Mitte
- Release Direkt, psychosoziale Angebote für Substituierte
- Release U21, Prävention, Information und Beratung

GesundheitsLaden Stuttgart e. V.

- ABAS, Anlaufstelle bei Essstörungen

### 2.1 Anzahl der Betreuungen

- Im Jahr 2017 wurden **4.662 Betreuungen** durchgeführt. Die Anzahl der Betreuungen ist gegenüber dem Vorjahr um knapp 3 % gestiegen (2016: 4.536 Betreuungen).
- **2.722** Klientinnen und Klienten und Angehörige wurden im Jahr 2017 neu in die Betreuung aufgenommen.
- **1.940** Klientinnen wurden aus dem Vorjahr 2016 übernommen.

## 2.2 Kontakte

- Es wurden **35.268** Einzelkontakte/Termine und **8.431** Gruppenkontakte durchgeführt (2016: 33.948 Einzelkontakte/Termine und 9.583 Gruppenkontakte).
- Darüber hinaus wurden **5.821** (Vorjahr: 5.328) Einmalkontakte gezählt. Diese beinhalten:
  - Einmalgespräche in der Beratungsstelle
  - Telefon- und E-Mail-Beratungen
  - Streetworkkontakte
  - 478 Beratungen bei Veranstaltungen des Partydrogenprojektes „Take“ von Release Stuttgart e. V.

Die Angebote der ambulanten Suchthilfe werden nach wie vor gut angenommen und genutzt.

Neben der Beratung und Behandlung der Suchtproblematiken hat die Eröffnung von Möglichkeiten bzw. die Verbesserung der sozialen Teilhabe, insbesondere in den Bereichen Arbeit und Wohnen, einen zentralen Stellenwert.

## 2.3 Hauptdiagnosen der Klientinnen und Klienten (Neuzugänge)

Tabelle 1: Hauptdiagnosen

Hauptdiagnose	Anzahl	in %
Alkohol	957	35,2
Opioide	334	12,2
Cannabis	304	11,2
Sedativa / Hypnotika	50	1,8
Kokain	69	2,5
Stimulanzien	47	1,7
Halluzinogene	1	0,0
Tabak	33	1,2
Pathologisches Spielen	159	5,8
Essstörungen	145	5,3
Polytoxikomanie	21	0,8
Onlinesucht / pathologischer . PC-Gebrauch	16	0,6
Ohne Hauptdiagnose	586	21,5
<b>Gesamt</b>	<b>2.722</b>	<b>100</b>

Bezugsgruppe: Zugänge (Klientinnen und Klienten sowie Angehörige)

- Bezogen auf alle Hauptdiagnosen stellen die Klientinnen und Klienten mit einer Alkoholproblematik nach wie vor die größte Gruppe der im Jahr 2017 neu begonnenen Betreuungen (**35,2 %**, **957** Personen, Vorjahr: 35,7 %, 943 Personen).
- Der Anteil der neu begonnenen Betreuungen mit der Hauptdiagnose **Opioide** liegt bei **12,2 %**, **333** Personen (Vorjahr: 15,7 %, 414 Personen).
- **12,9 %** der Klientinnen und Klienten (**353** Personen) wurden wegen anderer legaler substanz- und nicht substanzbezogener Problematiken neu in die Betreuung aufgenommen. Hierzu gehören die Hauptdiagnosen Tabak, pathologisches Spielen, pathologischer PC-Gebrauch und Essstörungen (Vorjahr: 15,1 %, 398 Personen).

- Bei **21,5 %**, **586** Personen wurde keine Hauptdiagnose gestellt (Vorjahr 12,1 %, 319 Personen). Diese Zahl setzt sich aus Angehörigen und Personen zusammen, bei denen nach dem Diagnoseklassifikationssystem „ICD-10“ keine Diagnose gestellt werden kann. Der Anstieg ist auf die veränderte Erhebungspraxis im KDS 3.0 zurückzuführen. Dort entfiel die bisherige Abfrage zu „riskantem Konsum“, d. h. einem Konsum beziehungsweise einem Verhalten, das (noch) nicht einem „schädlichen Gebrauch“ oder einer „Abhängigkeit“ entspricht.

## 2.4 Kinder in suchtblasteten Familien

Zur Erhebung der Situation von Kindern in suchtblasteten Familien werden seit 2010 standardisierte Zusatzfragen erhoben.

Ziel der Zusatzerhebung ist es, genauere Aussagen zu Alter und Lebensmittelpunkt der im Rahmen der Dokumentation erfassten Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre von Klientinnen und Klienten treffen zu können. Sie bildet aber nicht die Gesamtanzahl der Kinder der im ambulanten Suchthilfesystem versorgten Klientinnen und Klienten ab, da besonders bei kürzeren Betreuungen und im Rahmen von Gruppenangeboten diese Daten nicht immer erhoben werden können.

Tabelle 2: In den Haushalten der Klientinnen und Klienten lebende Kinder nach Altersgruppen (leibliche und nichtleibliche Kinder)

Insgesamt in den Haushalten der Klientinnen u. Klienten lebende Kinder	Alter der Kinder				Absolut	in %
	0 bis 2	3 bis 6	7 bis 14	15 bis 17		
Alkohol	17	41	63	29	150	29,9
Opiode	27	37	72	37	173	34,5
Cannabis	8	7	4	2	21	4,2
Sedativa / Hypnotika	0	1	1	0	2	0,4
Kokain	2	3	4	1	10	2,0
Stimulanzien	0	0	2	0	2	0,4
Tabak	3	2	2	0	7	1,4
Pathologisches Spielen	18	23	32	6	79	15,8
Essstörungen	4	5	6	1	16	3,2
Polytoxikomanie	5	5	11	6	27	5,4
Ohne Hauptdiagnose	5	6	3	0	14	2,8
<b>Gesamtprozent</b>	<b>17,8</b>	<b>25,9</b>	<b>39,9</b>	<b>16,4</b>		<b>100</b>
<b>Gesamtanzahl</b>	<b>89</b>	<b>130</b>	<b>200</b>	<b>82</b>	<b>501</b>	

Bezugsgruppe: alle Betreuungen ohne Einmalkontakte und Angehörige

- Mindestens **501** Kinder lebten im Jahr 2017 **in den Haushalten** der von der Suchthilfe betreuten Klientinnen und Klienten (Vorjahr: **541** Kinder).
- Davon waren **89** Kinder im Kleinkindalter bis zu zwei Jahren (Vorjahr: **91** Kinder).

Auf die Situation von Kindern in suchtblasteten Familien wird insgesamt ein besonderes Augenmerk gelegt. In dem gemeinsam mit dem Stuttgarter Jugendamt entwickelten Kinderschutzverfahren sind verbindliche Arbeitsabläufe festgehalten. Diese beinhalten z. B. die Erhebung eines Gefährdungseinschätzungsbogens, Fallbesprechungen mit dem Jugendamt und in den Suchthilfeeinrichtungen, Teilnahme an Hilfeplankonferenzen, Hausbesuche sowie eine detaillierte Dokumentation.

Mit dem Angebot „Pro Kids“ des Caritasverbandes für Stuttgart e. V. werden darüber hinaus bereits seit über 10 Jahren Einzel-, Gruppen- und Familienberatung für Kinder aus suchtbelasteten Familien und deren Eltern sowie Netzwerk- und Multiplikatorenarbeit geleistet.

## 2.5 Psychosoziale Betreuung Substituierter

- Im Jahr 2017 wurden insgesamt **980** Substituierte psychosozial betreut (Vorjahr: 1.047).
- Zum Stichtag 31.12.2017 waren die 100 Plätze in der Diamorphinbehandlung mit **98** Patienten fast voll belegt.

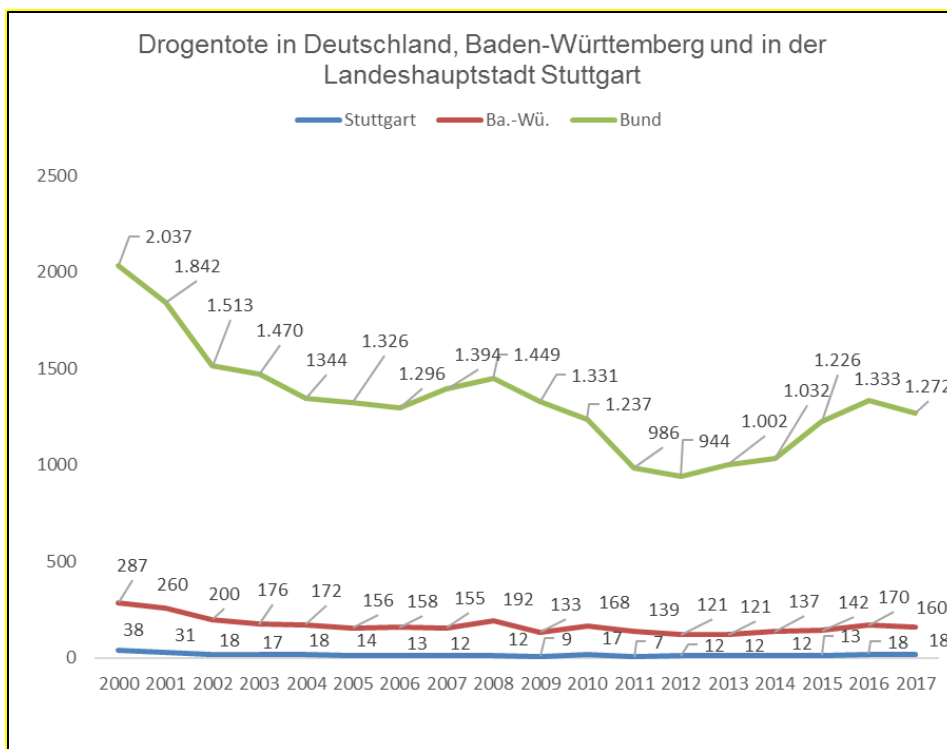
## 3. Drogentote 2017

Die Zahlen der Drogentodesfälle werden von der Polizei erhoben. Eingang in die Statistiken finden die Todesfälle, bei denen ein illegalisierter Substanzkonsum vermutet oder bekannt ist und bei denen durch Obduktionen und chemisch toxikologische Untersuchungen nachgewiesen werden kann, dass dieser im kausalem Zusammenhang mit der Todesursache steht.

Im Vergleich zum Vorjahr blieb die Zahl der drogeninduzierten Todesfälle in der Landeshauptstadt Stuttgart unverändert. **18** Personen, 3 Frauen und 15 Männer, starben an den Folgen ihres Drogenkonsums. Als todesursächlich wurde mehrheitlich ein Mischkonsum festgestellt, d. h. ein Konsum von mehreren Substanzen wie Heroin, Methadon, Kokain, Diazepam etc. Die Verstorbenen waren zwischen 27 und 57 Jahre alt und überwiegend langjährig konsumierend.

Landesweit sank die Zahl der Drogentoten von 170 im Vorjahr auf **160** im Jahr 2017. Auf Bundesebene sank die Zahl der Drogentoten im Jahr 2017 um **5 %**.

Grafik 2: Drogentote



Grafik: Suchthilfeplanung. Quellen: Bundeskriminalamt, Innenministerium Baden-Württemberg, Polizeipräsidium Stuttgart

## 4. Drei Fallberichte

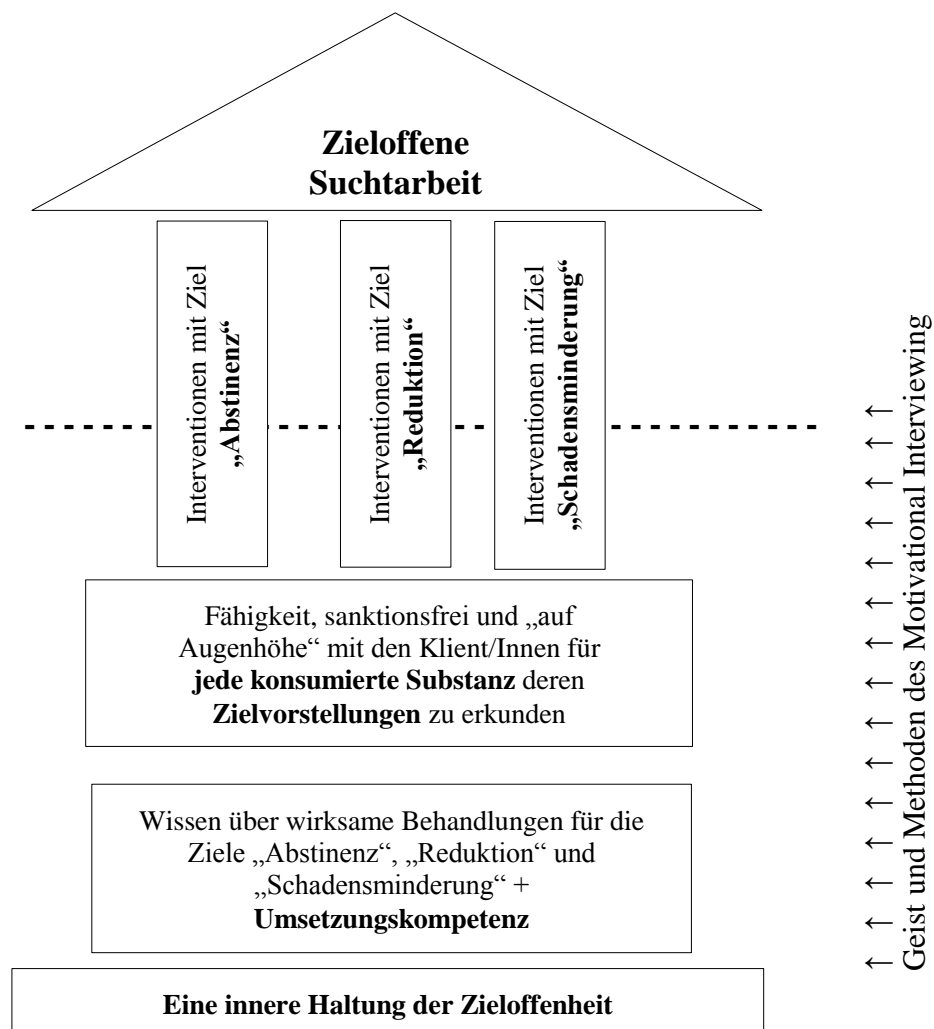
Wie in den Vorjahren wird der Bericht um drei exemplarische und anonymisierte Fallbeispiele ergänzt.

FALL A

**Psychosoziale Beratungsstelle Caritasverband für Stuttgart e. V.**

**Zieloffene Suchtarbeit (ZOS)**

*„Zieloffene Suchtarbeit“ (ZOS) bedeutet, mit Menschen (PatientInnen, KlientInnen, Betreuten, BewohnerInnen usw.) an einer Veränderung ihres problematischen Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, dass sie sich selbst setzen“ (Körkel, Joachim, 2014).*



Wir verstehen ZOS als ein Paradigma, einen Grundsatz für all unsere verschiedenen Arbeitsfelder, also unabhängig von einrichtungsspezifischen Rahmenbedingungen (Schadensminimierung, Konsumreduktion, Abstinenzorientierung) und für alle Zielgruppen (Suchtkranke, Psychisch Kranke, Angehörige und Multiplikatoren).



ZOS ist insofern keine Technik, sondern ein Konzept, das im Wesentlichen beinhaltet:

- die zieloffene Grundhaltung aller Mitarbeitenden,
- Blick auf Veränderungsmotivation/-möglichkeiten (Abstinenz/Reduktion/Harm Reduction),
- fachliche Kompetenzen hinsichtlich der verschiedenen Zielbereiche, insbesondere fundierte Kenntnisse in Motivierender Gesprächsführung,
- Rahmenbedingungen zur systematischen klientenzentrierten Konsum- und Zielabklärung in der Organisation,
- Bereitstellung von Interventionen zu den verschiedenen Zielbereichen.

Im Folgenden beschreibt ein Ratsuchender seine Erfahrungen mit dem Ansatz der zieloffenen Suchtarbeit:

*„Ich muss, weil ich möchte“ ist ein Resümee aus einer der bereits vielen Sitzungen, welche ich bei der Caritas in Stuttgart verbrachte.*

*Anfang 2016 besuchte ich erstmalig die Caritas in Stuttgart für eine Suchtberatung. Bis dahin hatte ich über die Jahre bereits einige Anläufe einer Trinktherapie aufgesucht.*

*Ein Therapieansatz scheiterte jedoch aufgrund der für mich digitalen Anordnung: Du musst in die Abstinenz!*

*Mit der Therapiemethode kontrolliertes Trinken empfinde ich eine für mich geeignete Behandlungsform, mit dem Alkohol umzugehen.*

*Von Februar 2016 bis April 2016 besuchte ich an mehreren Abenden das Seminar KT.<sup>1</sup>*

*Die Atmosphäre in der Teilnehmergruppe sowie die Betreuung und Moderation der Seminarleiter war auf Anhieb sehr angenehm und warm. In dieser Gruppentherapie wurden uns unterschiedliche Themenaspekte vermittelt. Der Umgang mit Stress, was sind Standardeinheiten, Methoden zur Trinkprävention und das Führen eines Trinktagebuchs sowie das Visualisieren (Auswerten) des Trinkverhaltens und vieles mehr.*

*Nach dem Seminar schloss sich ein Teil der Gruppe einer Selbsthilfegruppe an.*

*Im Verlauf des ersten Jahres konnte ich meinen Alkoholkonsum durch das kontrollierte Trinkmodell so stark reduzieren, dass ich mich bereits gesund fühlte. Mein Trinkverhalten hatte sich minimalisiert (1,5 Trinkeinheiten pro Tag bei 2 alkoholfreien Tagen in der Woche).*

*Der kontrollierte Umgang wirkt sich sehr positiv auf mich und meine Familie aus. Wir führen eine sehr harmonische Ehe; mit dem Thema Alkohol gehen wir offen um, ohne es in den Mittelpunkt zu stellen.*

*Ununterbrochen besuche ich regelmäßig in einem Abstand von ca. zwei Monaten die Beratungsstelle. In der Beratungsstelle erhalte ich in einer sehr wertschätzenden Form Anerkennung für erreichte Verbesserungen oder Impulse für zukünftige Verhaltensveränderungen.*

---

<sup>1</sup> KT steht für „Kontrolliertes Trinken“. Es handelt sich um ein evidenzbasiertes, strukturiertes Gruppenprogramm mit dem Ziel der Konsumreduktion. Es erstreckt sich über 10 Sitzungen. Inhalte sind: Grundinformationen, Zielsetzungen, Strategien, Risikosituationen, etc.

*Eben dieser sehr anerkennende und wertschätzende Umgang im Umgang mit dem KT zeigt mir auf, dass ich mich auf einem guten Weg befinde. Dies motiviert mich, am kontrollierten Trinkmodell festzuhalten.*

*Das Tagebuch führe ich inzwischen elektronisch und so ist mir eine Langzeitauswertung möglich.*

*Anfang 2017 verschlechterte sich mein Konsum wieder. Ich führe dies auf ein unvorhergesehenes belastendes Ereignis zurück.*

*Durch das KT ist es mir dennoch möglich, den Alkoholkonsum mit Unterstützung aus der Beratungsstelle soweit und gut zu kontrollieren, dass ich seither keine Kontrollverluste wie in der Vergangenheit hatte.*

*Parallel zum KT habe ich versucht, medizinische Unterstützung in Form von Tabletten zu erhalten. Mein Besuch beim Hausarzt (erstmalig mit dem Alkoholproblem konfrontiert) und der anschließende Besuch in einer Suchtklinik empfand ich sehr ernüchternd und war enttäuscht.*

*Es wurde mir die Möglichkeit einer medikamentös unterstützten Therapie angeboten, jedoch nur unter der Auflage, an einem Abstinenzprogramm teilzunehmen zu müssen.*

*Ich erfuhr erneut das Diagnostizieren einer Suchtkrankheit und den Hinweis zur absoluten Abstinenz, wie ich ihn zuvor bereits abgelehnt hatte.*

*„Ich muss, weil ich möchte“ – ich möchte mein Trinken auf ein „gesundes Maß“, welches für mich, meinen Körper, meine Familie und mein Umfeld sehr gut erträglich ist, reduzieren.*

*Das KT sowie die Suchtberatung der Caritas in Stuttgart haben mir, seit ich aufgenommen wurde, sehr geholfen. Hierfür bin ich den Beratern und der Caritas sehr dankbar.*

*Es ist selbstverständlich, dass ich betroffenen Menschen die Beratungsstelle und das KT weiterempfehle.*

## FALL B

### **Suchtberatungsstelle der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V.**

#### **Ambulant betreutes Wohnen für Suchtkranke im Individualwohnraum nach § 53 SGB XII**

Biografie: Herr A ist bis zum 3. Lebensjahr bei seinen Eltern aufgewachsen. Er hat eine jüngere Schwester und 2 jüngere Halbbrüder. Nach der Scheidung der Eltern ist er bei der alkoholabhängigen Mutter aufgewachsen. Die Mutter hat nach der Trennung vom Vater noch 2-mal geheiratet. Von einem der Stiefväter sei er häufig geschlagen und misshandelt worden. Ein Stiefvater sei alkoholabhängig. Die Mutter sei wenig fürsorglich und abweisend gewesen.

Suchterkrankung: Abhängiger Konsum seit dem 18. Lebensjahr mit Cannabis, LSD, Amphetamine, Designerdrogen und Alkohol.

Im Rahmen der Suchterkrankung ein schwerer Unfall - Sturz vor einen Zug - Unterschenkelamputation.

Herr A. konsumiert seit 2003 keine illegalen Drogen mehr. Er hatte auch längere Phasen der Abstinenz von Alkohol (bis zu 5 Jahren). Er hat viele Entgiftungen und mehrere Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt.

#### Emotional instabile Persönlichkeit vom Typ Borderline:

Herr A. leidet unter wechselnden instabilen Stimmungen. Sein inneres Spannungsniveau ist sehr hoch. Begegnungen mit anderen Menschen sind häufig belastend, er kennt länger andauernde Phasen von innerer Leere mit „schwarzen“ Gedanken, die sich auch der Suizidalität nähern. Er reagiert darauf mit sozialem Rückzug, wenn er nicht mehr weiterweiß, wird er rückfällig. Alkohol hilft immer kürzer abzuschalten, bevor dann die extrem negativen Auswirkungen der schweren Suchterkrankung lebensbedrohlich im Vordergrund stehen.

Die letzten Jahre lebte er überwiegend abstinent mit 2 - 3 schweren Rückfällen im Jahr. In diesen Rückfällen hat er früher immer alle Kontakte abgebrochen, wollte keine Hilfe annehmen. Hier hat sich ein Wandel vollzogen. Er hatte vor Beginn der Betreuung große Sorge, dass die Rückfälle über kurz oder lang zu seinem Tod führen werden und wollte dies verhindern. Deshalb wollte er durch eine engere Anbindung an unser Beratungszentrum mehr Stabilität erlangen und in Krisen schnellere Hilfe in Anspruch nehmen.

Herr A. ist aktuell 41 Jahre alt, alleinstehend. Es gab 2 längere Partnerschaften in seinem Leben. Eine enge Bindung ist immer auch begleitet von der Angst, Nähe zuzulassen, von heftigen emotionalen Schwankungen in denen er sich nicht dem Partner aussetzen will, und die ihn selbst häufig auch krisenhaft erschüttern. Herr A. hat eine Ausbildung zum Orthopädiemechaniker abgeschlossen, aber nicht in seinem Beruf gearbeitet.

Herr A. lebt von Leistungen nach dem SGB II. Ein Grad der Behinderung von 70 % ist dauerhaft anerkannt.

Er hat einen Hund, mit dem er viel unternimmt, der ihm manchmal emotional auch zu anstrengend ist. Dieser hilft den Tag zu strukturieren, damit er nicht übermäßig viel Zeit vor Fernsehgerät und Spielekonsole verbringt.

#### **Die ambulante Betreuung im Individualwohnraum nach § 53 SGB XII**

Die ambulante Betreuung im Individualwohnraum von Herr A. begann im Jahr 2015.

Herr A. hat in den vergangenen Jahren viele Höhen und Tiefen gemeistert.

Anfang 2016 hatte er mit der Einnahme eines Antidepressivums begonnen. Dies hatte ihn innerlich stabilisiert, mit seinen starken Nebenwirkungen aber immer wieder auch für große Zweifel, Beeinträchtigungen und Ärger gesorgt.

In der stabilen Phase zur Jahresmitte 2016 hat Herr A. seinen Nikotinkonsum eingeschränkt. Er wurde hierbei von unserem Fachmann für Raucherentwöhnung in der Suchtberatungsstelle der Evangelischen Gesellschaft unterstützt.

Parallel hat Herr A. mit unserer Unterstützung eine psychosomatische Rehabilitation in einer Fachklinik beantragt. Diese hat er, mit dem Schwerpunkt der Behandlung der Traumafolgen, im Oktober 2016 angetreten.

Aufgrund der sehr starken Nebenwirkungen hat Herr A. die Dosis des Antidepressivums ab Frühjahr 2017 allmählich reduziert.

In der Folge wurde sein psychischer Zustand zunehmend instabiler. Er hatte erste Nikotinrückfälle und im Mai 2017 dann einen Alkoholrückfall. Hier versuchten wir ihn mit den Methoden des kontrollierten Trinkens zu unterstützen (Trinkprotokolle, Trinkmengen und Beginn des Tageskonsums vereinbaren etc.).

Zunehmend war eine depressive, zuweilen auch suizidal gefärbte Stimmung zu beobachten.

Ende Juli stimmte Herr A. einer Entgiftungsbehandlung zu. Kurz vor der Krankenhauseinlieferung brach er sich im Rausch das Wadenbein seines gesunden Beines. Dies hatte schwere Einschränkungen nach Entlassung aus der Entgiftungsbehandlung und eine Operation Wadenbeines zur Folge.

Er benötigte einen Pflegedienst, einen Rollstuhl und Unterstützung in der Bewältigung des Alltages in erhöhtem Masse.

Zum Jahresende 2017 und in Folge seiner Angewiesenheit auf einen Rollstuhl, überlegten wir gemeinsam, wie er eine ruhigere, behindertengerechte Wohnung bekommen könnte. Hier unterstützten wir ihn bei den dazugehörigen Antragsverfahren.

Gleichzeitig stand die Generalsanierung des Hauses an, in dem Herr A. wohnte. Dies löste heftige Emotionen aus. Seine jetzige Wohnung ist für ihn sein erstes zuhause in seinem Leben. In einem längeren Entscheidungsprozess konnte er sich auf ein alternatives Wohnangebot einlassen.

Der anstehende Umzug konnte für Herrn A. aber wohl nur durch die beruhigende Wirkung von Alkohol erträglich gehalten werden. Der Rückfall konnte von ihm bis eine Woche nach dem Umzug Mitte Januar 2018 im erträglichen Rahmen gehalten werden. Dann folgte ein lebensbedrohlicher Absturz mit Verwahrlosung, schwersten Entzugserscheinungen etc.

Im Februar 2018 wurde Herr A. abermals zu einer Entgiftungsbehandlung stationär aufgenommen. Nach seiner Entlassung erarbeiteten wir gemeinsam, dass er sich durch eine niedrighschwellige arbeitsähnliche Tätigkeit in unserem Beratungszentrum noch mehr Struktur und soziale Kontakte geben wollte. Gleichzeitig verpflichtete er sich zur regelmäßigen Teilnahme an einer Borderline-Selbsthilfegruppe. Aktuell plagen ihn wieder verstärkt „dunkle“ Gedanken, er ist im Antrieb gemindert und wird mit seinem Psychiater über eine angemessene Medikation sprechen.

FALL C

**Psychosoziale Beratungsstelle Caritasverband für Stuttgart e. V.**

**Niedrighschwellige arbeitsähnliche Tätigkeiten in der ambulanten Suchthilfe  
Die Stadt – die Drogen und der Spritzenmüll**

**Die Infektionsprophylaxe**

Seit Bestehen der Kontakt- und Anlaufstelle für Drogenkonsumenten High Noon Anfang der 1990er Jahre werden dort und schon zuvor auch durch die Streetworker von Release, gebrauchtes Spritzbesteck entgegengenommen und steriles Spritzbesteck abgegeben. Möglich machte dies erst eine Änderung, bzw. der folgende Zusatz im § 29 des Betäubungsmittelgesetzes (§ 29 benennt die Straftaten innerhalb des BtMG) *„Die Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige und die öffentliche Information darüber sind kein Verschaffen und kein öffentliches Mitteilen einer Gelegenheit zum Verbrauch“.*

Ein Grund der damaligen Gesetzesänderung Ende der 1980er Jahre, die Abgabe von sterilen Spritzen explizit unter Strafbefreiung zu stellen, waren die hohen HIV-Infektionsraten unter intravenös konsumierenden Menschen und das nicht übersehbare damit einhergehende Leid sozial und medizinisch weitgehend unterversorgter drogenkranker Menschen in den Städten, auch in der Landeshauptstadt Stuttgart. Die Abgabe von sterilen Einmalspritzen ist eine international anerkannte wirksame und kostengünstige Maßnahme der Infektionsprophylaxe und dies, wenngleich auch erst auf den zweiten Blick erkennbar, nicht nur für die intravenös konsumierenden Menschen.

### **Der Müll**

Dies ändert jedoch nichts daran, dass durch eine Entwicklung vermehrt achtlos liegengelassener Spritzen an öffentlichen Plätzen, an der der Kontaktstelle High Noon benachbarten Jakobschule und deren Schulwegen, zurecht die Akzeptanz diese erfolgreiche Form der Infektionsprophylaxe in Frage gestellt wird.

Um schnell und pragmatisch dieser Problematik zu begegnen, stattete der Caritasverband für Stuttgart e. V. bereits ab Mitte Mai 2017 im Rahmen der Angebote für niedrigschwellige arbeitsähnliche Tätigkeiten, Klienten mit Schutzhandschuhen und Werkzeug zum Aufsammeln von Spritzen aus.

Wurden im Juni 2017 noch 45 Nadeln und 45 Spritzen aufgesammelt, nahm die Zahl gefundener und aufgesammelter Nadeln und Spritzen Monat für Monat zu und erreichte im Oktober 2017 den bisherigen Höchststand von 162 eingesammelten Nadeln und 162 Spritzen. Die hohe Zahl im Oktober erklärt sich damit, dass ab dem 09.10.2017 morgens zwischen 06:00 und 07:00 Uhr ein professioneller Dienstleister mit eingestiegen war und das Sammeln insgesamt durch die entwickelte Routine optimiert werden konnte.

### **Spritzentestung**

Im Herbst 2017 wurden die Sammelaktivitäten mit Hilfe der beiden Suchthilfeträger Lagaya e. V. und Release e. V. nochmals weiter intensiviert. Um Anhaltspunkte darüber zu erhalten, um welche Drogen es sich handelt, die im Umfeld des Leonhardsviertel und der Jakobschule im öffentlichen Raum vornehmlich konsumiert werden, haben wir die in der Woche vom 28.11. – 03.12.17 gefundenen Spritzen / Kanülen einer pharmakologischen Untersuchung zugeführt. Möglich gemacht hat dies die kurzfristige Unterstützung der Suchthilfeplanung.

Im Suchgebiet wurden an den Fundorten (Leonhardskirche, Pfarrstraße, Altkatholische Kirche, Lorenzstaffel, Wächterstaffel, Jakobschule) insgesamt 32 Proben in die Auswertung gebracht. Die Fundorte geben die werktäglich meist zweimal abgesuchte Strecke in etwa wieder. Gefunden wurden in 17 Fällen Anhaftungen von Kokain, in 2 Fällen Buprenorphin (ein Substitutionsmittel). In 13 Proben wurden keine ausreichenden Mengen für einen Nachweis gefunden. Heroin wurde in keiner der Proben im Suchgebiet gefunden. Die Funde lassen vermuten, dass es sich bei den Konsumenten nicht um die Stammklientel unserer im persönlichen Kontakt stehenden Klientinnen und Klienten handelt.

Für viele Substituierte, handelt es sich mitnichten um eine leichte Aufgabe, für manche ist es gar unmöglich, sich mit dem Drogenmüll oder einem Konsumvorgang im öffentlichen Raum zu konfrontieren. Dies kann als Trigger fungieren, welcher ein unmittelbares Verlangen auf Drogenkonsum auslöst und nicht immer bewältigt werden kann; beispielsweise auch dann, wenn es an eigene Konsumgewohnheiten erinnert. Dies sind Gründe, weshalb die auf den ersten Blick leicht erscheinende Tätigkeit im

Rahmen der niedrigschwelligen Tätigkeiten nur von wenigen Klientinnen und Klienten ausgeführt wird.

### **Ausblick**

Mittlerweile hat sich im Suchgebiet die Zahl gefundener Spritzen auf ca. 100/Monat eingependelt. Rückmeldungen entnehmen wir, dass mittlerweile nur noch vereinzelt Spritzen von Anwohnerinnen und Anwohnern, Schülerinnen und Schülern auf dem Schulweg gefunden werden. Jedoch nähmen außerhalb des Suchgebietes Funde zu. Gleichzeitig haben wir kontinuierlichen Kontakt mit dem Elternbeirat der Jakobsschule wie auch dem Bezirksbeirat Mitte und weiteren Akteuren aus dem Quartier. Sowohl die öffentliche Auseinandersetzung um den Drogenmüll als auch die Aufgabe, Drogenkonsumentinnen/Drogenkonsumenten möglichst früh zu erreichen und weiterführende Hilfen anzubieten, befördert die Diskussion um die Einrichtung eines Drogenkonsumraums in der Landeshauptstadt Stuttgart.

Als ersten kleinen Schritt, der zumindest dazu beitragen soll, die sichere Entsorgung von Spritzbesteck zu verbessern, können nun ab 2018 durch die Aufstockung der Mittel zur Infektionsprophylaxe stichfeste Entsorgungsboxen ausgegeben werden.

## **5. Der neue Deutsche Kerndatensatz (KDS 3.0)**

Der neue Deutsche Kerndatensatz (KDS 3.0) wird seit Januar 2017 bundesweit in den Suchthilfeeinrichtungen eingesetzt. Mit dem KDS 3.0 soll eine möglichst einheitliche Erfassung wesentlicher Informationen über die in der Suchthilfe geleistete Arbeit dokumentiert werden.

Es handelt sich dabei um einen im fachlichen Konsens mit allen Interessengruppen vereinbarten Mindeststandard, an dem sich alle Dokumentationssysteme im Kern orientieren sollen. Die erhobenen Daten fließen wie bisher in die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS) ein. Die DSHS ist im bundesweiten wie internationalen Vergleich eine der umfangreichsten und differenziertesten Statistiken in unserem Versorgungsbereich.

Auch die Notwendigkeit der Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) sowie der Bedarf nach Vergleichbarkeit und Abstimmung zwischen den Bundesländern, verschiedenen Regionen und Trägern, wurden bei der Anpassung berücksichtigt. Insbesondere wurde der aktuelle Itemsatz mit dem europäischen Kerndatensatz abgeglichen. Der KDS 3.0 soll als Standard dazu beitragen, Daten über Klientinnen/Klienten und Patientinnen/Patienten von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in verschiedenen europäischen Ländern besser vergleichbar und für internationale und transnationale Studien nutzbar zu machen.

Für die praktische Arbeit mit dem KDS 3.0 bedeutet die Auswahl und Struktur der Items, dass die Fallarbeit im Mittelpunkt steht. Die personen- bzw. fallbezogene Dokumentation kann als Hilfestellung für das anamnestische Gespräch genutzt werden. Es geht dabei um einen Leitfaden für die Erhebung von Informationen, Erstellung von Hilfeplänen und Erhebung von Bedarfen für die weitere Beratung, Betreuung und Behandlung. Damit wird erstmalig über diese Dokumentation auch eine psychosoziale Diagnostik und in der Auswertung eine differenzierte Beurteilung der erreichten Ziele bzw. Behandlungserfolge ermöglicht.

Erfreulicherweise wurde die vom Stuttgarter Suchthilfeverbund entwickelte Zusatzfrage zum Alter der Kinder in das Dokumentationssystem mit aufgenommen. Damit können wir unseren bisherigen hohen Standard erhalten und aufgrund der verbesserten Einbindung in den Datensatz auch die Erfassungsgenauigkeit erhöhen.

Auch der vom Stuttgarter Suchthilfeverbund entwickelte Fragebogen zur Erhebung von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitserkrankungen (CmbA) wurde im Dokumentationssystem für Baden-Württemberg mit übernommen. Mit den Auswertungen in den nächsten Jahren wird auch hier ein Vergleich der Zahlen möglich werden.

Bei der aktuellen Überarbeitung des Kerndatensatzes wurden folgende Items hinzugefügt, die zukünftig erhoben und ausgewertet werden:

- **Daten zu anderen Formen der ambulanten Suchtbehandlung**

Dieses Item ergänzt die Erhebung von zwei weiteren häufig genutzten Behandlungsangeboten, das strukturierte Programm zum Kontrollierten Trinken und die Sucht - Ohrakupunktur. Beides wird von qualifizierten Fachkräften in den Beratungsstellen durchgeführt, jedoch bisher nicht angemessen dokumentiert.

- **Die Dokumentation der aktuellen Pflegebedürftigkeit**

Hier wird fachlich eingeschätzt, inwieweit Klienten aktuell ambulante oder stationäre pflegerische Unterstützung benötigen.

- **Einschätzung Konsummuster und suchtbezogene Problembereiche**

Bei der Beschreibung der suchtbezogenen Problembereiche werden künftig Substanzen, Konsummuster, Suchtverhalten und Diagnosen erhoben.

Zukünftig kann im Verlauf der Gültigkeit des Kerndatensatzes bei Bedarf die Liste der Substanzgruppen flexibel erweitert werden. Es können auch sehr aktuell neu auf dem Drogenmarkt auftretende Substanzen erhoben werden.

- **Vermittlung in Suchtrehabilitationsmaßnahmen**

Dieses Item wurde präzisiert und erhebt die Beantragung einer Suchtrehabilitationsmaßnahme. Damit wird die Arbeit im Vorfeld erhoben und nicht wie bisher nur die tatsächliche Aufnahme.

- **Betreuungsintensität in der Psychosozialen Betreuung**

Hier wird der Betreuungsprozess Substituierter erfasst. Unterschieden wird lose Betreuung oder auf Basis einer gemeinsamen Hilfeplanung. Bisher wurde die Betreuung Substituierter im Stuttgarter Suchthilfeverbund in drei Kategorien unterschieden und diese über die Kontaktart erhoben.

Zusammenfassend ist das Ziel des neuen Kerndatensatzes, eine Beschreibung des differenzierten Leistungsspektrums und des Qualifikationsstandards in der Versorgungslandschaft für Menschen mit Abhängigkeitsstörungen und eine Vergleichbarkeit der fallbezogenen Datensätze zu ermöglichen.

Mit der Auswertung 2017 wurde deutlich, dass die große Veränderung auch eine Reihe von Problemen mit sich brachte. Wir gehen aber davon aus, dass diese im laufenden Jahr 2018 ausgeräumt werden können und zu einer Vereinheitlichung der Dokumentation bei der wissenschaftlichen Auswertung unserer Daten führt. Diese Informationen werden uns dann auch für relevante sozialpolitische Fragestellungen zu Verfügung stehen.

## 6. Glossar

Betreuung	Die Definition des hier verwendeten Begriffs Betreuung entstammt dem Sprachgebrauch des deutschen Kerndatensatzes (KDS 3.0). Eine Betreuung ist eine durch Beginn und Ende zeitlich definierte Episode eines Beratungs- oder Behandlungsprozesses mit mindestens zwei Kontakten zwischen Klientin/Klient und Beratungsstelle.
Beender	Die Beender sind eine Teilgruppe der Klientinnen und Klienten, die im Erhebungsjahr eine Betreuung beendet haben.
Hauptdiagnose	Bezeichnet die vorrangige Störung nach ICD-10 mit Angabe des Suchtmittels, wegen der sich eine Klientin, ein Klient oder eine Bezugsperson an die Beratungsstelle wendet.
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Version 2006, Weltgesundheitsorganisation.
KDS 3.0	Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
Kontakte	Definition gemäß KDS 3.0: Ein Kontakt wird gewertet, wenn er mindestens zehn Minuten dauert und einen inhaltlich substantiell beratenden oder behandelnden Charakter aufweist (persönlich, telefonisch, per Brief/ E-Mail). Das zeitliche Kriterium ist dem Inhaltlichen nachrangig. Es sind alle Kontakte, also auch solche mit Behörden und sonstigen Bezugspersonen, zu berücksichtigen.
Patfak	Elektronisches Dokumentationssystem, Redline-Data GmbH, Ahrensböck.
Pathologisches Spielen	Pathologisches Spielen ist ausschließlich pathologisches Glücksspiel, also eine Glücksspielabhängigkeit. Die von Mediensucht betroffenen Klientinnen und Klienten werden hier nicht mitgezählt.
Zugänge	Die Zugänge sind eine Teilgruppe der Klientinnen und Klienten, die im Erhebungsjahr eine Betreuung begonnen haben.

## 7. Tabellen und Grafikverzeichnis

Tabelle 1:	Hauptdiagnosen	5
Tabelle 2:	In den Haushalten der Klientinnen und Klienten lebende Kinder nach Altersgruppen (leibliche und nichtleibliche Kinder)	6
Grafik 1:	Drogentote	7