



Erhebung und Analyse der ambulanten Suchthilfestrukturen in Nordrhein-Westfalen.

Wissenschaftliche Beratung und Ausführung

Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung
Lokstedter Weg 24
20251 Hamburg

Autoren

Christian Schütze
Eike Neumann-Runde
Peter Degkwitz
Uwe Verthein
Jens Kalke
Henriette Reichwald
Marcus-Sebastian Martens

**Erhebung und Analyse
der ambulanten Suchthilfestrukturen
in Nordrhein-Westfalen.**

Inhaltsverzeichnis

1.	Methodenbericht	5
1.1	Literaturanalyse	5
1.2	Übersicht Gesamtsystem.....	5
1.2.1	Analysegesamtanlage.....	5
1.2.2	Einrichtungsbefragung	7
1.3	Bevölkerungsanalyse.....	8
1.4	Verlaufsanalyse	10
2.	Literaturanalyse.....	12
2.1	Alkohol	12
2.1.1	Epidemiologie	12
2.1.2	Rechtliche und strukturelle Veränderungen	12
2.1.3	Suchtmedizin und Suchttherapie	13
2.2	Medikamente	14
2.2.1	Epidemiologie	14
2.2.2	Rechtliche und strukturelle Veränderungen	15
2.2.3	Suchtmedizin und Suchttherapie	15
2.3	Cannabis	15
2.3.1	Epidemiologie	15
2.3.2	Rechtliche und strukturelle Veränderungen	16
2.3.3	Suchtmedizin und Suchttherapie	16
2.4	Opioide	16
2.4.1	Epidemiologie	16
2.4.2	Rechtliche und strukturelle Veränderungen	17
2.4.3	Suchtmedizin und Suchttherapie	18
2.5	Kokain und Crack	19
2.5.1	Epidemiologie	19
2.5.2	Rechtliche und strukturelle Veränderungen	19
2.5.3	Suchtmedizin und Suchttherapie	19
2.6	Amphetamine	20
2.6.1	Epidemiologie	20
2.6.2	Rechtliche und strukturelle Veränderungen	20
2.6.3	Suchtmedizin und Suchttherapie	20
2.7	Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)	21
2.7.1	Epidemiologie	21
2.7.2	Rechtliche und strukturelle Veränderungen	21
2.7.3	Suchtmedizin und Suchttherapie	21
2.8	Glücksspiel.....	21
2.8.1	Epidemiologie	21
2.8.2	Rechtliche und strukturelle Veränderungen	22
2.8.3	Suchtmedizin und Suchttherapie	22
2.9	Medien.....	23
2.9.1	Epidemiologie	23
2.9.2	Rechtliche und strukturelle Veränderungen	23
2.9.3	Suchtmedizin und Suchttherapie	23
2.10	Übergreifendes.....	23
2.10.1	Migration.....	23
2.10.2	Gender.....	25
2.10.3	Alter	25
2.10.4	Sucht und Elternschaft	26
2.10.5	Menschen mit Behinderungen	26
2.10.6	Polyvalente Substanzstörung und Komorbidität	27
2.10.7	Harm Reduction, Interventionen und Behandlungsformen.....	27
2.10.8	Rehabilitation.....	30
2.10.9	Kooperation und Vernetzung.....	30
2.10.10	Sucht- und Drogenstrategie: Bund und NRW	32

2.10.11	Weitere strukturelle und rechtliche Veränderungen.....	32
2.11	Literaturverzeichnis	34
3.	Übersicht Gesamtsystem ambulante Suchthilfe	
	Nordrhein-Westfalen.....	46
3.1	Einrichtungen	46
3.1.1	Begriff, Anzahl, Zielgruppe, Lage, Größe	46
3.1.2	Öffnungszeiten, Ausstattung, Qualifikation	48
3.1.3	Koordination & Zusammenarbeit.....	49
3.2	Gesamtzahl Betreuungen.....	53
3.3	Angebote und Leistungsbreite.....	55
3.3.1	Exkurs 1: Konsumräume	60
3.3.2	Exkurs 2: Substituierte	60
3.3.3	Exkurs 3: Ambulant psychotherapeutisch versorgte Personen mit Suchtproblemen	62
3.3.4	Exkurs 4: Landesgeförderte PGS-Einrichtungen.....	64
4.	Verlaufsanalyse	65
4.1	Einrichtungsaspekte.....	65
4.2	Alle Betreuungen.....	67
4.3	Begonnene (neue) Betreuungen.....	70
4.4	Abgeschlossene Betreuungen	80
5.	Bevölkerungsanalyse.....	86
5.1	Bevölkerungsraum	87
5.1.1	Einrichtungen	88
5.1.2	Klientinnen und Klienten	92
5.2	Sozialraum	106
5.2.1	Einrichtungen	106
5.2.2	Klientinnen und Klienten	109
5.3	Exkurse.....	117
5.3.1	Substituierte Opioidabhängige	118
5.3.2	Psychotherapeutisch versorgte Suchtkranke.....	121
5.4	Tabellenanhang	126
6.	Integrierte Analyse	137
6.1	Erreichung Suchtkranke.....	137
6.1.1	Insgesamt und Hauptproblemgruppen	137
6.1.2	Männer/Frauen.....	141
6.1.3	Personen mit Migrationshintergrund	142
6.1.4	Sozial schwache Personen	142
6.1.5	Ältere Personen	142
6.2	Betreuungsdurchführung im engeren Sinne.....	143
6.3	Schadensminimierung.....	144
6.4	Einrichtungen: Angebote und Gesamtstruktur.....	145
6.5	Koordination.....	146
7.	Diskussions- und Entscheidungsempfehlungen	148
8.	Anhang.....	151
8.1	Tabellenverzeichnis.....	151
8.2	Abbildungsverzeichnis.....	154
8.3	Literatur	155
8.4	Kommunegruppen der Bevölkerungsanalyse	156
8.4.1	Bevölkerungsindikatoren.....	156
8.4.2	Sozialindikatoren.....	159
8.5	Fagebogen der Einrichtungsbefragung.....	162

1. Methodenbericht

1.1 Literaturanalyse

Die vorliegende Literaturanalyse beschreibt in deutschsprachigen, wissenschaftlichen Publikationen diskutierte Erkenntnisse der Jahre 2007 bis 2017, die einen direkten oder indirekten Einfluss auf die ambulante Suchthilfe haben oder haben könnten. Dabei wird auf epidemiologische Entwicklungen im Bereich Suchtmittelkonsum und konsumierende Personen, auf suchtmmedizinische und suchtttherapeutische Entwicklungen sowie strukturelle und rechtliche Veränderungen eingegangen. Der Fokus wurde auftragsgemäß auf Veränderungen mit Bezug zum ambulanten Suchthilfesystem gelegt: Deshalb werden (pharmako-) therapeutische Verfahren ebenso wenig im Detail dargestellt wie etwa klinische Forschungsergebnisse zu Wirkweisen einzelner Substanzen. Die Literaturrecherche fand im Januar und Februar 2018 statt.

Es wurde eine induktiv-systematische Analyse folgender Quellen vorgenommen: Veröffentlichungen des MAGS, der Landesstelle Sucht, des LWL und LVR, Epidemiologischer Suchtsurvey NRW und Deutschland, Drogen- und Suchtberichte der Bundesregierung, Berichte der DBDD sowie der EBDD und Veröffentlichungen der DHS. Zudem wurden Artikel aus den deutschsprachigen Zeitschriften Sucht, Suchttherapie, Suchtmagazin, Gesundheitswesen, Gesundheitsblatt, Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie und Konturen systematisch erfasst. In den Datenbanken Pubmed und Web of Science wurden weitere deutschsprachige Artikel recherchiert. Dazu wurden folgende Filter verwendet: „ambulante Suchthilfe“ (outpatient addiction care), „ambulante Suchtbehandlung“ (outpatient addiction treatment, counselling), „ambulante Suchtrehabilitation“ (outpatient addiction rehab), Schadensminimierung (harmreduction plus addiction), niedrigschwellig (low threshold plus care bzw. service plus addiction), Konsumraum (drug consumption room), „ambulant“ plus „Alkohol-, Glücksspiel-, Drogenabhängigkeit“ (outpatient alcohol/gambling/drug dependence). Bei den Berichten der Bundesregierung bzw. der Drogenbeauftragten und der DBDD bzw. EBDD handelt es sich nicht um Primärquellen. Jedoch werden darin die aufgearbeiteten Ergebnisse der Primärliteratur in verständlicher Form und Sprache für die Fachöffentlichkeit verdichtet. Da die hier vorliegende Analyse die Quellen in den Fokus rückt, die den Akteuren des ambulanten Hilfesystems eine zügige Rezeption der Erkenntnisse wissenschaftlicher und fachöffentlicher Diskussion ermöglichen, fanden sie hier ebenfalls Eingang. Zudem wurden Stellungnahmen (z. B. beteiligter Akteure in gesetzlichen oder auch politischen Veränderungsprozessen) auf Hinweise zu relevanten und deshalb zu beachtenden Veränderungen im Suchthilfesystem gesichtet, selbst analysiert – analog einer Interessenanalyse – wurden sie nicht. In die Analyse einbezogen wurden hingegen die einschlägigen Rechtsnormen (so z. B. BtMG, BtMVV, NpSG, GlüStV).

Insgesamt wurden mehr als 500 Dokumente zusammengetragen, die dann in einem zweifachen Review-Verfahren auf ihre Relevanz hin geprüft wurden. 224 wurden daraufhin in die Analyse einbezogen. Die in der Literatur identifizierten Entwicklungen wurden bestimmten Sucht- bzw. Problembereichen zugeordnet, wobei übergreifende Aspekte gesondert berichtet werden. Die Darstellung bezieht sich auf relevante Ergebnisse der Studien und Artikel und verzichtet auf weiterführende Beschreibungen der spezifischen Methoden, Analysen und Limitationen.

1.2 Übersicht Gesamtsystem

1.2.1 Analysegesamtanlage

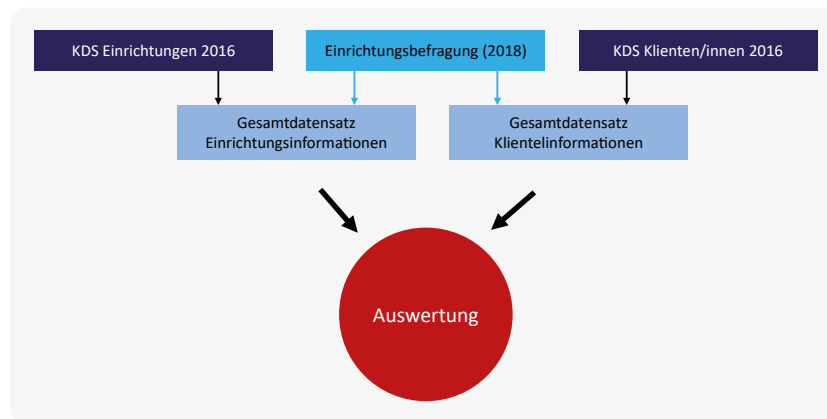
Das Ziel war eine möglichst vollständige Beschreibung aller Einrichtungen in NRW und ihrer Klientel, die als minimales Inklusionskriterium sich fachlich zumindest auch auf ambulante Suchtberatung als Schwerpunkt spezialisiert haben.

Zum einen wurde hierfür auf die Einrichtungen und deren Daten zurückgegriffen, die Daten an die seit 2004 bestehende zentrale Datensammelstelle des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) liefern (siehe hierzu auch Methodik Verlaufsanalyse 1.4). Zum anderen wurden in umfangreicher Recherche in unterschiedlichen Datenbanken und Medien Einrichtungen in NRW identifiziert, die bisher keine Daten an die zentrale Datensammelstelle lieferten. Damit wurde das Ziel verfolgt, ein möglichst vollständiges Lagebild über alle Einrichtungen in NRW erstellen zu können, die dem obigen Inklusionskriterium entsprechen.

Um Daten von diesen nicht datenliefernden Einrichtungen zu erhalten, wurde eine schriftliche Befragung anhand eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Der Fragebogen orientiert sich zu einem Teil an KDS-Fragestellungen, aber wurde auch um Fragestellungen zu Aspekten erweitert, die in Fachdiskussionen als relevant erkannt wurden (s. Literaturanalyse). Der Fragebogen wurde mit dem Beirat der Landesstelle Sucht NRW und dem MAGS abgestimmt. Einrichtungen, die Daten an die zentrale Datensammelstelle für die zu analysierenden Jahre geliefert hatten, bekamen ressourcenschonend nur die über den KDS hinausgehenden Fragestellungen.

Die Daten der bisher nicht erfassten Einrichtungen und die Daten der bisher liefernden Einrichtungen wurden systematisch integriert und Plausibilitätskontrollen und Korrekturen unterworfen (s. Abbildung 1.1). Auch nach der schriftlichen Einrichtungsbefragung lag nicht für jede Fragestellung eine Antwort von jeder angeschriebenen Einrichtung vor. Um einrichtungsweit gültige Aussagen für zentrale Aspekte vornehmen zu können, wurden fehlende Daten für diese zentralen Aspekte über Landesmittelwerte hochgerechnet. Diese Daten zu zentralen Aspekten fließen in die Kapitel 3 Gesamtsystem, sowie in das Kapitel 5 Bevölkerungsanalyse ein.

Abbildung 1.1: Übersicht Gesamtsystem ambulante Suchthilfe NRW: Generierung der Datensätze



Hochrechnung der Klienten/innenzahl

Sowohl für die Übersicht des Gesamtsystems der ambulanten Suchthilfe als auch für die ihr nachfolgende Bevölkerungsanalyse waren vollständige Angaben zu Kernvariablen erforderlich: den Klienten/innenzahlen. Wären diese Analysen mit den lückenhaft zurückgeflossenen Daten der befragten Einrichtungen, wie dies bei jeder quantitativen empirischen Datenerhebung der Fall ist, durchgeführt worden, wären falsche Ergebnisse, determiniert durch die zufälligen Missings, das Ergebnis gewesen. Deshalb mussten Hochrechnungen vorgenommen werden. Betroffene Variablen und das Vorgehen werden im Folgenden beschrieben.

Hochgerechnete Variablen

- Klientel insgesamt: für die Jahre 2016 und 2011
- Klientel nach Problembereichen: für das Jahr 2016
- Angehörige: für das Jahr 2016

Verfahren

1. Vorhandene Angaben (Einrichtungsbefragung, KDS-Daten) bleiben erhalten.
2. Fehlende Angaben werden durch Mittelwerte ersetzt. Die Ersetzung findet nur statt, wenn die einrichtungsspezifische Missing-Analyse ergibt, dass eine Ersetzung angeraten ist.
3. Die Mittelwertbildung für die einzelnen Variablen erfolgt über Referenzgruppen, die Ersetzung entsprechend. Diese Referenzgruppen wurden gebildet:
 - a) KDS-Status der Einrichtung (datenliefernd, nicht liefernd, neu identifizierte Einrichtung) plus ihrer Zugehörigkeit zu einem sozialpsychiatrischen Dienst [Klientel insgesamt 2016]
 - b) KDS-Status der Einrichtung (datenliefernd, nicht liefernd, neu identifizierte Einrichtung) [Klientel insgesamt 2011, Angehörige 2016]
 - c1) Problembereiche (Alkohol, Opioide, ...) [Klientel nach Problembereichen 2016]
 - c2) Landesgeförderte PGS-Einrichtung (ja/nein) [Problembereich Glücksspiel 2016]
4. Skalierung der mit sehr geringen Angaben versehenen Störungen Internet (neue Medien), Methamphetamin und Neue psychoaktive Substanzen mit dem mittleren Hochrechnungsfaktor der übrigen Problembereiche
5. Bekanntermaßen divergierende Einzelfälle wurden darüber hinaus separat kodiert.

1.2.2 Einrichtungsbefragung

In folgenden Datenquellen wurden ambulante Einrichtungen in NRW, die professionelle Beratungs- bzw. Betreuungsleistungen der Suchthilfe an einem eigenen Standort erbringen, recherchiert:

- DBDD-Einrichtungsliste (Forschungsprojekt BMG 2016)
- ISD-Einrichtungsliste (KDS-liefernde Einrichtungen inklusive ihrer Nebenstellen seit 2004)
- Landes-Glücksspielfachstellen- und –Präventionsstellenlisten (MAGS bzw. Landesstelle Sucht NRW 2018)
- Liste sozialpsychiatrischer Dienste (ISD-Recherche 2018)
- Abgleich und Validierung gefundener Einrichtungen mit Internetrecherche

Es wurden insgesamt 306 Einrichtungen angeschrieben. Nach festgelegter Antwortfrist wurde telefonisch bei allen nicht antwortenden Einrichtungen nachgefragt und nach einer weiteren Frist erneut nicht Antwortende systematisch befragt, ob diese professionelle Beratungs- bzw. Betreuungsleistungen für die Suchthilfe erbringen und wenn ja welche.

Von 18 der angeschriebenen Einrichtungen wurde rückgemeldet, dass diese kein professionelles ambulantes Suchtberatungsangebot/Suchtbetreuungsangebot aufweisen, so dass insgesamt 288 Einrichtungen mit individuellen Standorten ausgemacht werden konnten.

In Tabelle 1.1 ist die Gesamtsituation bezüglich der Antwortrate der Einrichtungen abgetragen. Es wird offensichtlich, dass die Antwortrate eher niedrig ist (45,3 %) und zum Teil durch den schon bestehenden Kontakt und dessen Intensität zur zentralen Datensammelstelle moduliert wird.

Die Teilnahme der Einrichtungen wurde durch ein Anschreiben des MAGS, versendet mit dem Fragbogen und einem Newsletter der Landesstelle Sucht, sowie durch die kommunalen Spitzen- und Wohlfahrtsverbände, die in ihren eigenen Institutionen um Unterstützung warben, befördert.

Tabelle 1.1: Status der Einrichtungen in der zentralen Datensammelstelle, bezüglich KDS-Datenlieferung und Bekanntheitsgrad differenziert nach Rücklauf zur Einrichtungsbefragung

		Einrichtungstatus			Σ	
		Neu identifizierte Einrichtung, keine Datenlieferung	Vormals identifizierte Einrichtung, liefert aber keine Daten für die Analysejahre	Vormals identifizierte Einrichtung und Datenlieferung für die Analysejahre		
Rücklauf	nein	N	62	16	80	158
		↓%	72,1%	69,6%	44,7%	54,7%
		→%	39,2%	10,1%	50,6%	100%
	ja	N	24	7	99	130
		↓%	27,9%	30,4%	55,3%	45,3%
		→%	18,5%	5,4%	76,2	100%
	Σ	→%	29,9%	8,0%	62,2%	100%
		N	86	23	179	288

Der Fragebogen ist dem Anhang zu entnehmen.

Rahmenbedingungen und Prozesse der Befragungsdurchführung

- Versendung der Fragebogen inklusive Anschreiben des MAGS per Post an die Einrichtungen
- Einrichtung einer werktäglich telefonisch und auch per eMail erreichbaren Hotline für den Zeitraum von insgesamt acht Wochen für Rückfragen und Wünsche zur Befragung
- Versendung der einrichtungsindividuellen Fragebogen auf explizit angebotene Anforderung in elektronischer Formularform per eMail
- Korrektur von Rückläufern falscher Adressen (erneute Recherche, Kontaktaufnahme) und erneute Versendung der Fragebogen
- Entgegennahme der Fragebogen-Rücksendung per Brief, Fax und eMail
- Kontrolle der Fragebogen-Rücksendung auf ihre Eingabefähigkeit und Vollständigkeit
- Kontaktaufnahme und Rückfrage des ISD bei Unklarheiten in den Antworten mit den Einrichtungen
- systematische Kontaktaufnahme und Rückfrage des ISD bei fehlendem Rücklauf zu Minimalaspekten professioneller ambulanter Suchthilfe (Art der Angebote, Anzahl der jährlichen Klienten/innen)
- insgesamt mehr als 300 individuelle Rückfragen bzw. Gespräche mit den Einrichtungen
- Dateneingabe
- Datenkontrolle
- Datenkorrektur

1.3 Bevölkerungsanalyse

Grundlage der Bevölkerungsanalyse ist der Datensatz, der zur Erarbeitung der Übersicht des Gesamtsystems der ambulanten Suchthilfe in NRW aus den Daten zu den Einrichtungen und Klienten/innen entwickelt und integriert wurde (s. Abschnitte 1.2.1 und 1.2.2). Dieser wurde auf kommunale nordrhein-westfälische Ebene (hoch-) aggregiert, nachdem weitere Daten integriert waren (s. Abbildung 1.2).

Hinzugefügt und damit in die Analyse eingeschlossen wurden:

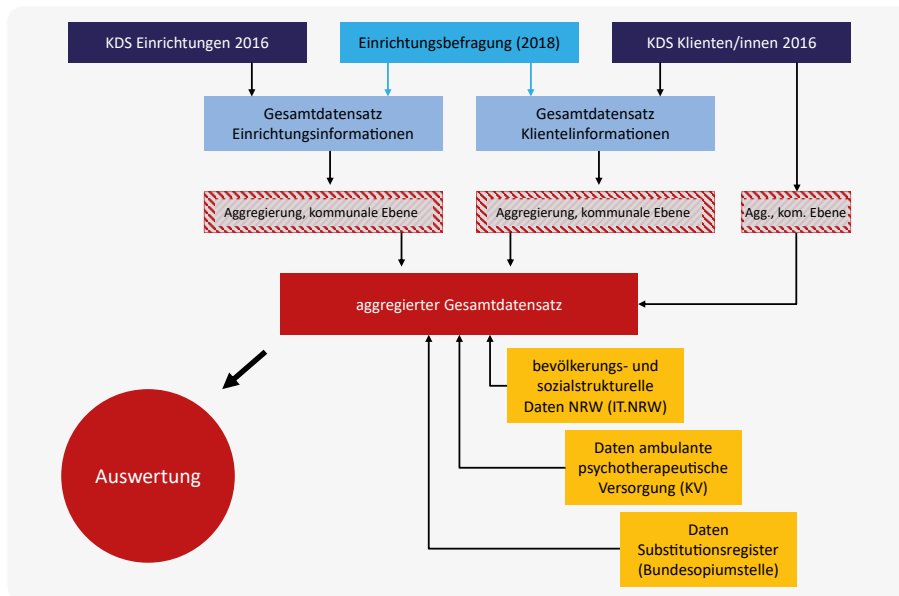
- weitere KDS-Daten aus dem Klientendatensatz (z. B. zum Migrationshintergrund, zur Behandlungsdauer und zum Behandlungsbeginn): Sie wurden aus dem KDS-Datenfile 2016 extrahiert und aufbereitet;
- bevölkerungs- und sozialstrukturelle Daten Nordrhein-Westfalens auf kommunaler Ebene. Sie wurden recherchiert und beim Landesbetrieb für Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW), Geschäftsbereich Statistik, im Internet heruntergeladen,¹ aufbereitet und die benötigten Einzelinformationen extrahiert und in auswertbare Variablen umgeformt;
- Informationen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Suchtkranker (Anzahl der Behandlungen nach Diagnose, Geschlecht und Kommune). Sie wurden von der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe beschafft und für die Analyse aufbereitet;
- Daten des Substitutionsregisters zur Versorgung Opioidabhängiger (Anzahl Behandlungen, Ärzte/innen nach Kommune). Sie wurden mit Hilfe des MAGS beschafft und für die Analyse aufbereitet.

Alle Daten wurden in eine gleichmäßige Struktur überführt und den 53 Kommunen Nordrhein-Westfalens zugeordnet. Diese Zusammenfassung der Daten (Aggregation) auf kommunaler Ebene geschah für die Einrichtungs- und Klienten/innendaten über die Zuordnung von Postleitzahlen der Einrichtungen zu amtlichen Schlüsselnummern und damit Landkreisen bzw. kreisfreien Städten.

Die Variablenbildung, Auswertungsprogrammierung und Prüfung der Signifikanzen - einfaktorielle Varianzprüfungen mit Hilfe des Kruskal/Wallis-Kennwertes – wurde mit der Statistiksoftware SPSS vorgenommen.

¹ Datensätze aus den Bereichen der Datenblätter 12111, 12211, 12410, 12491, 12521, 12781, 13111, 13211, 13311, 13312, 22111, 22121, 22151, 22311, 22811, 71231, 73111 und weiterer Daten aus dem Statistikatlas NRW.
<https://www.landesdatenbank.nrw.de/ldbnrw/online/> (16.2.2018)
<https://www.statistikatlas.nrw.de/> (16.2.2018)

Abbildung 1.2: Bevölkerungsanalyse: Generierung des Datensatzes



Es wurde absprache- und auftragsgemäß eine Analyse der kommunal gruppierten KDS-E und -K-Daten bezüglich ausgewählter Bevölkerungs- und Sozialindikatoren durchgeführt. Dazu wurden die Kommunen – je nach Fragestellung – drei Teilgruppen mit niedriger, mittlerer und hoher Ausprägung des betrachteten Items zugeordnet. Dies war entweder der Bevölkerungs- bzw. Sozialindikator, dem dann die analysierte KDS-Information als Mittelwert gegenüber gestellt wurde oder die aktuell analysierte KDS-E bzw. -K-Information, der dann der gemittelte Bevölkerungs- bzw. Sozialindikator zugeordnet wurde. Auf diese Weise wurden Ausprägungen oder auch Veränderungen über die nach Ausmaß der Indikatoren gruppierten Kommunen (z. B. niedrige, mittlere und hohe Bevölkerungsdichte) durch Mittelwertänderungen der KDS-Variable (z. B. der durchgeführten Betreuungen) identifizierbar. Etwa: Wie viele Betreuungen werden durchschnittlich in Kommunen mit hoher, mittlerer oder niedriger Bevölkerungsdichte durchgeführt? Wurden die KDS-Informationen (auf kommunaler Ebene) nach Ausmaß gedrittelt gruppiert und ihnen der gemittelte (Sozial-) Indikator zugeordnet, erlaubte diese gewendete Perspektive Antwort auf beispielsweise diese Frage: Wie hoch ist die Arbeitslosigkeit in Kommunen, in denen wenige, eine mittlere Anzahl oder viele Klienten/innen pro Tausend Einwohner/innen erreicht werden?

Ein Ranking oder Benchmarking einzelner Kommunen findet wunschgemäß nicht statt.

Neben der Einzelprüfung sozialer Indikatoren wurde auch eine übergreifende Kategorisierung der sozialen Lage vorgenommen, weshalb aus den vier Einzelindikatoren (Arbeitslosenquote, Mindestsicherungsquote, Lohn- + Einkommenssteuerhöhe pro Einwohner/in, (Fach-) Abiturquote) ein zusammenfassender Sozialindex der Kommune generiert wurde. Die vier Einzelausprägungen (niedrig, mittel, hoch) wurden (inhaltlich stimmig) addiert, so dass der Sozialindex mit hohen Werten (maximal 12 Punkte) ein hohes soziales Niveau, mit niedrigen (minimal 4 Punkten) entsprechend eine niedrige soziale Lage der Kommune anzeigt.

Um die skizzierte Analyse durchführen zu können, mussten Datenlücken geschlossen werden. Nur so konnten zufällige Verzerrungen, die durch fehlende Angaben der befragten bzw. den KDS-dokumentierenden Einrichtungen entstanden wären, vermieden werden. Deshalb wurden die fehlenden Angaben der Einzeleinrichtungen zu Gesamtbudget, Gesamtpersonalstunden und Gesamtöffnungszeit mit den entsprechenden (landesweiten) Mittelwerten der drei Variablen ersetzt. Analysen zu den Zahlen erreichter Klienten/innen basieren auf den für das Jahr 2016 hochgerechneten Klienten/innenzahlen (siehe auch Hinweise im Abschnitt 1.2.1).

Im Einzelfall konnten Datenlücken nicht geschlossen werden: So wurden kleine Zahlen durchgeführter psychotherapeutischer Behandlungen (1-3; zu einzelnen Diagnosen oder auch zum Geschlecht) auf kommunaler Ebene nicht mitgeteilt. Dies kann sich in sehr geringem Ausmaß auf die Vollständigkeit der Angaben zu den Hauptproblembereichen in den entsprechenden Analysen auswirken.

1.4 Verlaufsanalyse

Die Erfassung der Veränderungen von Einrichtungen der Suchthilfe und ihrer Klientel in Nordrhein-Westfalen soll auf Grundlage der vorhandener Daten gleicher Einrichtungen über möglichst viele Jahre erfolgen. Im Rahmen des Berichtswesen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) wurde im Jahr 2004 eine zentrale Datensammelstelle eingerichtet, um von den damals direkt landesgeförderten Einrichtungen vollständig anonymisierte und nicht aggregierte Rohdaten basierend auf dem zu jener Zeit gültigen Deutschen Kerndatensatz (KDS) einzusammeln, aufzubereiten und auszuwerten.

Auch nach der Kommunalisierung der Landesmittel wurde die zentrale Datensammelstelle aufrechterhalten, erhielt weiterhin die Daten der vormals landesgeförderten Einrichtungen und konnte die Anzahl an datenliefernden Einrichtungen, auch um niemals landesgeförderte Einrichtungen erhöhen. Die dort gesammelten Daten werden jährlich in die Deutsche Suchthilfestatistik überführt und mündeten in bisher drei Berichten zum Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen. Darüber hinaus werden diese Daten genutzt um einrichtungs- und kommunenspezifische Auswertungen zu erstellen.

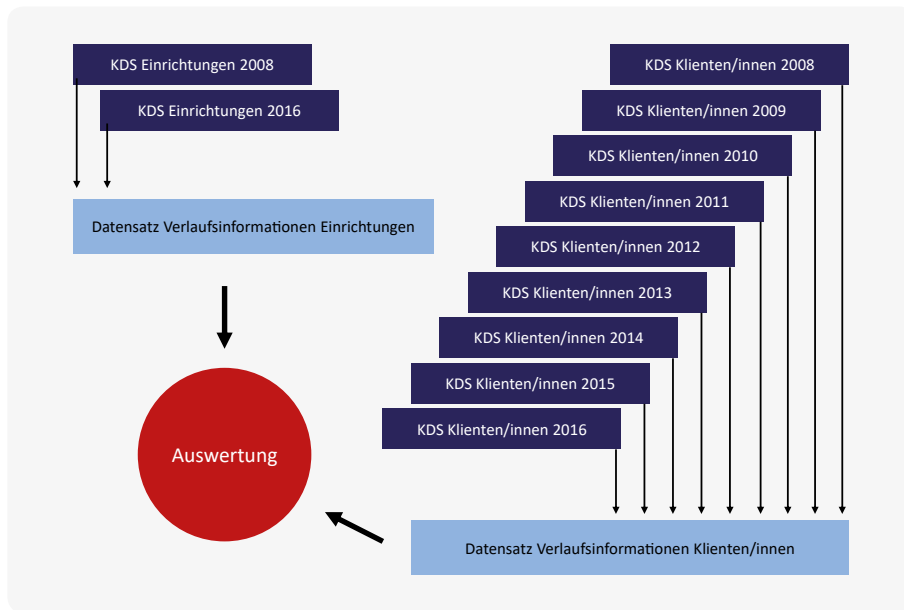
Von 2007 bis 2016 war die Grundlage der Datensammlung der in diesen Jahren gültige KDS zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Stand: 05.10.2010). Es wurden die beiden wesentlichen Bestandteile des KDS herangezogen: der „Kerndatensatz Einrichtung“ und der „Kerndatensatz Klient“. Für die Verlaufsanalyse wurde aus diesem zehnjährigen Zeitraum das Jahr 2007 nicht berücksichtigt, da hier typische Schwierigkeiten bei der Umstellung auf einen neuen Datensatz und damit einhergehend neuen Softwaresystemen in Einrichtungen auftraten.

Für die Verlaufsanalyse der Daten zu den Klienten/innen bzw. Betreuungen wurden die Kerndatensatzinformationen (KDS-K) aller Einrichtungen berücksichtigt, die von 2008 bis 2016 jährlich, ohne Unterbrechung, Daten abgegeben haben (s. Abbildung 1.4). Hierdurch kommt es zum Einschluss von 105 unterschiedlichen Einrichtungen. Im Mittel wurden im Jahr 2016 von jeder dieser 105 Einrichtungen 573 Betreuungen geleistet. Wird dieser Wert in Beziehung zu der in Kapitel 3.1.1 berichteten Zahl von 513 Betreuungen pro Einrichtungen für das Gesamtsystem gesetzt, so lässt sich eine durchaus erwartete, geringfügig höhere Betreuungsanzahl ausmachen. In Bezug auf die Problembereiche zeigt die Stichprobe der 105 Einrichtungen ein wenig höhere Werte für illegale Substanzen auf als das Gesamtsystem.

Ausgewertet werden die KDS-K Daten nach der dort etablierten Dokumentationslogik. Der KDS erhebt die Situation zu Betreuungsbeginn und Betreuungsende, aber keine Verlaufsdaten und basiert auf dokumentierten Betreuungen und nicht Personen. Hieraus resultiert, dass für die Jahresvergleiche zum einen die Gesamtanzahl der Betreuungen in einem bestimmten Jahr verglichen werden können, aufgegliedert nach Geschlecht und Problembereichen bei Betreuungsbeginn. Für die Auswertungen der Situation zu Betreuungsbeginn wurden nur die Betreuungen für den Jahresvergleich eingeschlossen, die innerhalb des Auswertungsjahres begonnen wurden und für die Situation zu Betreuungsende nur die Betreuungen, die innerhalb des Auswertungsjahres beendet wurden. Für jedes Auswertungsjahr resultiert dieses Verfahren in drei unterschiedlichen Betrachtungsweisen und drei unterschiedlichen Gesamtgruppen.

Für die Verlaufsanalyse der Daten zu den Einrichtungen wurden Kerndatensatzinformationen (KDS-E) von allen Einrichtungen in die Auswertung einbezogen, die zum einen, nach dem oben beschriebenen Kriterium, Daten für die betreuungsbezogene Verlaufsanalyse lieferten und die in den Jahren 2008 und 2016 die Einrichtungsdaten des KDS an die zentrale Datensammelstelle übermittelten. Beim Vergleich mit dem Gesamtsystems in Kapitel 3.1.1 zeigt sich in der hier gezogenen Stichprobe ein geringfügig höheres mittleres Budget pro Einrichtung von 400.525 € im Vergleich zu 390.000 €.

Abbildung 1.3: Verlaufsanalyse: Generierung der Datensätze



2. Literaturanalyse

2.1 Alkohol

2.1.1 Epidemiologie

Die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) aus dem Jahr 2015 weisen auf einen hohen regelhaften Alkoholkonsum der Bevölkerung hin: 75,5% der 18-64-Jährigen konsumierten hiernach in den letzten 30 Tagen Alkohol. Dabei lag die Prävalenz unter Männern (77,1%) etwas höher als bei Frauen (67,8%)². Von diesen wiesen 21,4% einen riskanten Konsum, d. h. einen Konsum von mehr als 12g (Frauen) bzw. 24g (Männer) Reinalkohol pro Trinktag auf und 35,0% hatten mindestens eine Episode des Rauschtrinkens (Männer: 46,5%, Frauen: 21,6%). Fast ein Fünftel (19%, NRW: 19,5%) der 18- bis 64-jährigen Befragten wies einen klinisch relevanten Alkoholkonsum nach den Kriterien des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in den letzten 12 Monaten auf (Männer: 28,3%, Frauen: 9,6%, in NRW: 28,3 bzw. 10,6%). Das durchschnittliche Alter des Erstkonsums lag bei 15,4 Jahren (Piontek, Matos, Atzendorf, & Kraus, 2017).

Für Heranwachsende und junge Erwachsene (12-25 Jahre) dokumentiert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit dem Alkoholsurvey den Alkoholkonsum (Orth, 2017a). Im Jahr 2016 hatten 63,5% der 12- bis 17-Jährigen schon einmal (in ihrem Leben) Alkohol getrunken. Die 12-Monats-Prävalenz lag bei 54,8% und die 30-Tage-Prävalenz bei 35,4%. Mindestens einmal die Woche tranken 10,6% (männlich: 13,6%; weiblich: 6,2%) und bei 14,1% (männlich: 16,5%; weiblich: 12,7%) der Altersgruppe gab es mindestens einen Tag des Rauschtrinkens in den letzten 30 Tagen (ebd.).

In der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen hatten 93,7% schon einmal im Leben Alkohol konsumiert; 87,5% (männlich: 91,3%; weiblich: 83,1%) in den letzten 12 Monaten und 70,9% (männlich: 80,3%; weiblich: 65,4%) in den letzten 30 Tagen. Mindestens wöchentlich tranken 30,8% Alkohol (männlich: 41,2%; weiblich: 19,6%) und 38,0% (männlich: 42,5%; weiblich: 29,5%) praktizierten eine Episode des Rauschtrinkens (ebd.). Auch Piontek et al. (2017c) berichten von intensivem Alkoholkonsum in dieser Altersgruppe: 24,5% der 18- bis 24-Jährigen hätten einen riskanten, 35,5% sogar einen klinisch relevanten Alkoholkonsum (ebd.).

Für die 14- bis 17-Jährigen in NRW liegen mit der SCHULBUS-Erhebung Prävalenzwerte für 2015 vor. Die 30-Tage-Prävalenz des Alkoholkonsums wird mit 57,3% und die des monatlichen Rauschtrinkens mit 26,6% angegeben (Baumgärtner & Hiller, 2016).

Die Datenlage spiegelt einen Alkoholkonsum auf sehr hohem Niveau wider. Werden zusätzlich die Angaben der DHS berücksichtigt (DHS, 2018a), die einen durchschnittlichen Reinalkoholverbrauch in der Bevölkerung ab 15 Jahren von 10,7 Litern pro Kopf für das Jahr 2015 angibt, wird deutlich, dass auch durch ESA und Alkoholsurvey der Alkoholkonsum stark unterschätzt wird. Dieses Phänomen der Unterschiede beim Vergleich von Verkaufs- und Konsumzahlen ist hinlänglich bekannt (Gmel & Rehm, 2004).

Die 30-Tage-Prävalenzen des generellen und riskanten Alkoholkonsums sind bei beiden Geschlechtern für die Gesamtbevölkerung seit dem Jahr 2000 rückläufig. Dies findet sich so auch in Nordrhein-Westfalen wieder. Bezüglich des klinisch relevanten Konsums zeigte sich in diesem Bundesland eine Abnahme der Prävalenzen bei Männern, jedoch ein Anstieg bei Frauen (Männer 2009: 32,5%, 2015: 28,0%; Frauen 2009: 8,6%, 2015: 12,3%) (Piontek, Matos, et al., 2017). Der Alkoholkonsum der 18- bis 25-Jährigen insgesamt ist seit Jahren rückläufig, wobei sich der regelmäßige und riskante Konsum bei jungen Frauen im Gegensatz zu dem bei jungen Männern nicht reduzierte (Orth, 2017a).

2.1.2 Rechtliche und strukturelle Veränderungen

Für den Betrachtungszeitraum sind rechtliche oder strukturelle Veränderungen mit wesentlichen Auswirkungen nicht zu berichten. Die Auswirkungen der Veränderungen bei Nachtverkaufsverboten für Alkohol (Baden-Württemberg bis 2010) und der teilweise eingeführten Konsumverbote im öffentlichen Nahverkehr lassen sich nicht quantifizieren.

Auf das im Jahr 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz wird im unten folgenden Abschnitt „Übergreifendes“ (rechtliche und strukturelle Veränderungen) eingegangen.

² Auf die Darstellung der geschlechtsspezifischen Prävalenzen wird verzichtet, wenn sich diese nicht oder nur unwesentlich unterscheiden.

2.1.3 Suchtmedizin und Suchttherapie

Die Inanspruchnahme von Hilfe ist bei Personen mit einer alkoholbezogenen Störung gering ausgeprägt. Die Betreuungsquote lag nach Kraus, Piontek, Pfeiffer-Gerschel & Rehm (2015) 2012 bei etwa 16 %. Das Ziel der vollständigen Abstinenz wird dabei für viele Alkoholabhängige als Hürde bei der Inanspruchnahme von suchthilfespezifischen Leistungen angesehen (Mann, 2015). Fischer und Mutschler (2016) zitieren Untersuchungen aus den 90er Jahren (Maffii und Project MATCH), wonach Rückfälle häufig und die Rate der Langzeitabstinenz nicht besonders hoch seien. Entsprechend nehmen Trinkmengenreduktionskonzepte und andere „harm reduction“-Strategien an Bedeutung zu (ebd.). Trinkmengenreduktion zeigt sich dabei nachweislich erfolgreich, so sinkt dabei z. B. die Mortalität (Kraus, Piontek, Pfeiffer-Gerschel, & Rehm, 2015). Allerdings stellten Bottlender, Spanagel, and Soyka (2007) in ihrer Untersuchung fest, dass kontrolliertes Trinken nicht über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden konnte. Nach (Körkel, 2014) lässt sich zusammenfassend festhalten, dass eine patientengerechte Behandlung im Sinne einer zieloffenen Suchtbehandlung an den Zielvorstellungen der Betroffenen anknüpfen und sowohl Abstinenz- als auch Reduktionsbehandlungen vorhalten sollte (ebd.). Trinkmengenreduktion wurde neben der Abstinenz auch von den Autoren der Alkohol S3-Leitlinie als ein Therapieziel anerkannt (Mann, Batra, Hoch, & Leitliniengruppe, 2017).

Das Alkoholaversivum Disulfiram als medikamentöse Rückfallprophylaxe zeigt sich in der ambulanten Therapie, insbesondere bei mehrmals wöchentlicher supervidiertem Vergabe, effektiv. Seit im Jahr 2011 die Zulassungsrücknahme durch den Hersteller erfolgte, kann Disulfiram in Deutschland nur noch off-label und aus dem Ausland bezogen werden (Luderer et al., 2016). Zudem endete die Erstattungspflicht der Krankenkassen und inländische Apotheken halten das Medikament nicht mehr vor (Hochsattel & Brieger, 2016).

Der Opioidantagonist Nalmefene wurde 2013 von der europäischen Zulassungsbehörde zugelassen und 2014 in Deutschland eingeführt. Nach Mann trägt es zur Konsumreduktion bei (Mann, 2015).

Der additive Effekt von Psychotherapie und medikamentöser Rückfallprophylaxe gilt weithin als bestätigt und die kombinierte Therapieform wird besonders von häufig rückfälligen Alkoholabhängigen gut angenommen (Luderer et al., 2016). Verschiedene Studien unterstreichen, dass eine pharmakologische Rückfallprophylaxe nur in Kombination mit psychosozialer Therapie ihr Wirkpotential voll entfalten könne (Fischler & Mutschler, 2016; Vogelgesang, 2011).

Im Jahr 2015 wurde die S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ veröffentlicht (Mann et al., 2017). Diese systematisch entwickelte Entscheidungsgrundlage wurde für die behandelnden und betreuenden Berufsgruppen, Betroffene und deren Angehörige geschaffen. Ziel der Leitlinie ist es, die Versorgung von Menschen mit schädlichem, riskantem und abhängigem Alkoholgebrauch auszuweiten und die Lebensqualität aller Beteiligten zu verbessern (Mann et al., 2017). Es wird zudem speziell auf geschlechtsspezifische Differenzen, insbesondere die Schwangerschaft, und spezifische Patientengruppen wie Kinder, Jugendliche und ältere Menschen eingegangen. Die Leitlinie kann als umfassendes Nachschlagewerk für die Evidenzlage einzelner Therapieangebote aufgefasst werden (Huber, Maihofer, & Wiesbeck, 2015).

Nach Vogt et al. (2015) haben sich Kurzinterventionen durch medizinisches Personal und Beratende in der Pflege und Suchthilfe bei leichten bis mittelschweren alkoholbezogenen Störungen von (schwangeren) Frauen als wirksam erwiesen (Vogt, Hoch, Thomasius, & Winkler, 2015).

Insgesamt zeigt die Methode der Kurzintervention eine 1,9-fache erhöhte Chance für eine erfolgreiche Trinkmengenreduktion (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2009). Primärärztliche Kurzinterventionen bewirken einen Konsumrückgang sowohl bei jüngeren als auch älteren Menschen (Lieb, Rosien, Bonnet, & Scherbaum, 2008; Rumpf, John, Hapke, & Bischof, 2009; Schäufele, 2009; Weyerer & Schäufele, 2017).

Kognitiv orientierte Verhaltenstherapien, wie Reizexposition, Aversionsbehandlung, Kontingenzmanagement, soziales Kompetenztraining, Verhaltensverträge, Community Reinforcement und Selbstmanagementtraining, gelten als nachweislich wirksam. Werden Angehörige in die Intervention einbezogen, ist die therapeutische, abstinenzorientierte Maßnahme gegenüber den eigentlichen Patienten/innen nur wirksam, wenn die Angehörigen selbst keine Suchtprobleme besitzen (Vogelgesang, 2011).

Zur Prävention des Alkoholkonsums Minderjähriger wurden im Rahmen eines Transferprojektes in den Jahren 2007 bis 2009 die Erfahrungen des Modellprojektes „HaLT – Hart am Limit“ interessierten Kommunen und Fachkräften zur Verfügung gestellt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2009). Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprogramms zeigte, dass insbesondere die Kooperationsstruktur von HaLT jeweils effektiv reaktive indizierte Prävention und auch proaktive universelle Prävention bewirken kann (Prognos, 2008).

2.2 Medikamente

2.2.1 Epidemiologie

Die Daten des ESA 2015 geben wieder, dass etwa die Hälfte der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren (50,4%) in den letzten 30 Tagen mindestens ein Medikament eingenommen hat (Männer: 42,0%, Frauen 58,9%). Schmerzmittel haben in den letzten 12 Monaten 59,4% der Befragten eingenommen (Männer: 52,1%, Frauen 66,9%). In NRW lagen die Werte höher (insgesamt 62,8%, Männer: 56,2%, Frauen: 69,4%). Die Prävalenz war in der Altersgruppe der 25- bis 39-Jährigen am höchsten (67,1%). Schlaf- oder Beruhigungsmittel wurden in den letzten 12 Monaten in Deutschland von insgesamt 7,7% und in NRW von 9,2% eingenommen. Weniger als 1% gaben den Gebrauch von Anregungsmitteln, Appetitzüglern und Anabolika an.

Zu höheren Prävalenzen des Medikamentengebrauchs kommt die erste Erhebungswelle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011). Dort wurde die aktuelle Arzneimittelanwendung in den letzten 7 Tagen vor der Untersuchung bei Erwachsenen (Alter: 18 bis 79 Jahre) durch ein standardisiertes ärztliches Interview erfasst. Etwa drei Viertel (74,7%) gaben an, in diesem Zeitraum mindestens ein Präparat angewendet zu haben (Männer: 63,8%, Frauen: 85,4%). Bei den 70- bis 79-Jährigen ist die diesbezügliche Prävalenz am höchsten (Männer 94,9%; Frauen 96,3%) (Knopf & Grams, 2013). Ebenfalls unter Analyse der DEGS-Daten kommen Wolf et al. zu dem Schluss, dass sich der Gebrauch von Medikamenten mit psychotropen Wirkungen im Vergleich zu den Jahren 1997-1999 insgesamt nicht erhöht habe. Er lag (1999) bei 20,5% bzw. (2011) 21,4% (jeweils: 7-Tages-Prävalenz). Allerdings lasse sich ein Wandel im Gebrauch einzelner Substanzen nachzeichnen. So nähme der Gebrauch synthetischer Antidepressiva, hochpotenter Schmerzmittel (narkotischer bzw. opioider Analgetika) sowie Anti-Dementia und -Epileptika zu. Benzodiazepine würden seltener verwendet, während die mit ihnen verwandten Z-Substanzen in der Verwendung zunähmen (Wolf, Du, & Knopf, 2017).

Auch durch die kassenärztlich verschriebenen Rezepte wird belegt: Der Gebrauch von Opioid-Analgetika zur Schmerztherapie hat zugenommen. Waren es im Jahr 2000 3,3% der AOK-Versicherten in Hessen, die mindestens ein solches Rezept erhielten, waren es im Jahr 2010 4,5% (Schubert, Ihle, & Sabatowski, 2013). Marshall et al. kommen nach ebenfalls der Analyse von Kassenpatientendaten aus dem Jahr 2012 gleichwohl zu dem Schluss, dass es keine Anzeichen für eine Opioid-Epidemie in Deutschland gibt (U. Marschall, L'hoest, Radbruch, & Häuser, 2016). Sie berichten von 1,3% der Versicherten, die über drei aufeinander folgende Quartale hinweg mindestens ein Opioid-Analgetikum verschrieben bekamen.

Vor allem Frauen und ältere Menschen bekommen mehr Medikamente mit Missbrauchspotenzial verordnet und gebrauchen diese häufiger als Männer und jüngere Personen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2008, 2011; Pfeiffer-Gerschel et al., 2012). Überproportional betrifft die Verschreibung von Benzodiazepinen Personen über 70 Jahre (und hier in besonderem Maße: Frauen) (Verthein, Martens, Raschke, & Holzbach, 2013).

Einen klinisch relevanten Medikamentengebrauch (erhoben mit dem Kurzfragebogen für Medikamentengebrauch – KFM, ESA 2015) zeigen 8,4% der Bevölkerung Deutschlands; in NRW sind es 9,7%. Dies betraf insbesondere die höchste Altersgruppe der Studie, die bis zu 64-Jährigen (Piontek, Matos, et al., 2017).

Insgesamt werden deutschlandweit zwischen 1,4 und 1,5 Mio. Menschen als medikamentenabhängig eingeschätzt (DHS, 2018b). Mit Bezug auf Glaeske (2005) berichten Buth et al. (2017), dass der weit überwiegende Teil ein solches Suchtverhalten aufgrund der Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln (Benzodiazepinen bzw. Z-Substanzen) oder opioidhaltigen Schmerzmitteln entwickelte. Die Autoren beschreiben für den Zeitraum 2006 bis 2010 einen Rückgang der Verschreibung von Benzodiazepinen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen, ein gleichbleibendes Niveau bei den Z-Substanzen (z. B. Zolpidem, Zopiclon und Zaleplon) nach einem Anstieg in den vergangenen Jahrzehnten und einen Anstieg bei den opioidhaltigen Schmerzmitteln, der den Rückgang der Benzodiazepine ausgleiche (Buth, Holzbach, Rosenkranz, & Verthein, 2017). Bei der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen ist oft eine Low-Dose-Abhängigkeit zu beobachten, die vor allem bei älteren Personen ausgeprägt ist (Bitar et al., 2014).

Eine Analyse aller kassenärztlichen Verschreibungen von Benzodiazepinen in Hamburg über die Dauer von einem Jahr kommt zu dem Ergebnis, dass 60% der Personen, für die ein Missbrauch anzunehmen ist, über 60 Jahre alt waren, 23% sogar älter als 80 Jahre (Martens, Raschke, Holzbach, & Verthein, 2011).

Die Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente, die nicht im Sinne einer Therapie, sondern mit der Absicht geschieht, um Hirnfunktionen zu verbessern (z. B. mit Hilfe von Methylphenidat) oder zu verändern, wird als pharmakologisches Neuroenhancement beschrieben (Fellgiebel & Lieb, 2017). Hierbei kann zwischen Cognitive Enhancement (kognitive Leistungssteigerung) und Mood Enhancement (Verbesserung des psychischen Wohlbefindens und Abbau von Ängsten) unterschieden werden. Leupold, Hein und Huss berichten als Ergebnis eines Literaturüberblicks, dass Methyl-

phenidat kein eigenes Suchtpotential habe und eingesetzt bei Kindern eher als Schutzfaktor für späteren Substanzmissbrauch wirke (Leupold, Hein, & Huss, 2006). In einer Befragung aus dem Jahr 2014 konnte festgestellt werden, dass 1,9 % bis 3,5 % der Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 50 Jahren regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente ohne medizinische Notwendigkeit einnehmen. Die Neigung zu Neuroenhancement steigt dabei, je einfacher die Tätigkeit ist (J. Marschall, 2015).

Von 1988 bis 2015 wurden im Rahmen des PHAR-MON Projektes Daten zum Medikamentenmissbrauch von in ambulanten Suchthilfeeinrichtungen betreuten Personen durch das IFT erhoben. Im Jahr 2015 wurde das Projekt um den Fokus auf Neue psychoaktive Substanzen erweitert und strukturell angepasst. Die Medikamentengruppe der Sedativa/Hypnotika wurde 2015 und 2016 sowie in den Vorjahren am häufigsten verzeichnet, was das hohe Abhängigkeitspotential unterstreicht. Die diagnostischen Kriterien Craving, Entzugssymptome, Gebrauch trotz Schädigung, körperliche und physische Schädigung, Zweckentfremdung und die Überschreitung der Einnahmedauer wurden bei Sedative/Hypnotika häufiger angegeben als im Zusammenhang mit anderen Substanzen (Piontek & Hannemann, 2017).

2.2.2 Rechtliche und strukturelle Veränderungen

Für den Betrachtungszeitraum sind keine rechtlichen Veränderungen mit wesentlichen Auswirkungen zu berichten. Im Jahr 2013 widerrief die EU-Kommission die Genehmigung für das Inverkehrbringen von Tetracepam, einem Benzodiazepin, das einen bedeutenden Anteil an allen Benzodiazepin-Verschreibungen inne hatte (Borsch, 2017).

2.2.3 Suchtmedizin und Suchttherapie

Bei älteren Personen mit Benzodiazepinkonsum hat es sich bewährt, dass Hausbesuche durch Krankenschwestern, Pfleger und Sozialarbeiter und -arbeiterinnen erfolgen, die speziell für das Erkennen und Behandeln von Substanzabhängigkeiten ausgebildet wurden (Bitar et al., 2014).

Ärzte und Ärztinnen und Apotheker und Apothekerinnen haben eine bedeutende Rolle und Verantwortung bezüglich des Medikamentenzugangs. Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2007 der Leitfaden der Bundesärztekammer „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“ und im Jahr 2008 der Leitfaden der Bundesapothekerkammer „Medikamente: Abhängigkeit und Missbrauch – Leitfaden für die apothekerliche Praxis“ veröffentlicht. Sie sollen für Früherkennung sensibilisieren und Möglichkeiten der Hilfestellungen darstellen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2009). Seit 2011 drängen die Beteiligten (Krankenkassen, Kammern, Gemeinsamer Bundesausschuss) verstärkt darauf, Benzodiazepine lediglich für den zugelassenen Zweck – die kurzzeitige Therapie – zu verschreiben und auch nicht auf Privatrezepte auszuweichen (Apothekerkammer HH, KVH, & Ärztekammer HH, 2011; o.A., 2012).

Im Jahr 2009 wurde die S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen“ verabschiedet (Reinecke & Sorgatz, 2009).

2.3 Cannabis

2.3.1 Epidemiologie

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Substanz in der Bevölkerung (ESA 2015). Die 12-Monats-Prävalenz der 18-bis 64-Jährigen für den Konsum von Cannabis lag bei 6,1%. Insgesamt wiesen 1,2% einen klinisch relevanten Konsum von Cannabis nach SDS (Severity of Dependence Scale, cut-off bei 2 Punkten) auf (NRW: 1,0, Männer: 1,3%; Frauen: 0,6%). Die Konsumprävalenzen waren in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen mit 19,5% am höchsten und nahm mit zunehmendem Alter ab (60- bis 64-Jährige: 0,4%). Das Einstiegsalter lag bei 18,7 Jahren (Piontek, Matos, et al., 2017). Weiter zeigten die Ergebnisse des ESA, dass Cannabis die Droge ist, die am häufigsten zusammen mit anderen Drogen konsumiert wird.

Die Lebenszeitprävalenz der 18- bis 25-Jährigen lag bei 34,5% (männlich: 41,9%; weiblich: 26,6%), die 12-Monatsprävalenz bei 15,3% (männlich: 20,6%; weiblich: 9,7%) und die 30-Tage-Prävalenz bei 6,3% (Piontek, Dammer, et al., 2017).

Von den Minderjährigen (12-bis 17-Jährige) haben 9,7% bereits einmal Cannabis konsumiert (Lifetime, Drogenaffinitätsstudie, 2015). Die 12-Monatsprävalenz lag bei 7,3% und die 30-Tage-Prävalenz bei 2,2% (Orth, 2016). Durch die SCHULBUS-Erhebung liegen zudem 30-Tage-Prävalenzen für Minderjährige in NRW vor, wobei mit 14- bis 17-Jährigen eine etwas ältere Untersuchungsgruppe vorliegt. Nach dieser Studie sind es 7,8% (männlich: 10,1%; weiblich: 5,3%), die im vergan-

genen Monat Cannabis konsumierten. Der problematische Cannabiskonsum (mindestens 2 Punkte gemäß SDS) wird mit 6,1% (männlich: 7,5%; weiblich: 4,6%) angegeben (Baumgärtner & Hiller, 2016).

Seit 2006 ist eine stetige Zunahme der Cannabiskonsumierenden beider Geschlechter unter den Erwachsenen zu beobachten, wobei es keine Änderungen bezüglich des klinisch relevanten Konsums gab (Piontek, Matos, et al., 2017). Die Prävalenzraten der Jugendlichen und jungen Erwachsenen folgen seit 2007 weiterhin einem sinkenden Trend (Orth, 2016).

Im Jahr 2013 betrug der Anteil der Cannabis-Klienten/innen (mit Hauptdiagnose) an allen Betreuungen im ambulanten Suchthilfesystem 15,4% (25.859 Betreuungen von insgesamt 168.212 Betreuungen mit Hauptdiagnose in bundesweit 822 datenliefernden Einrichtungen). Zum ersten Mal war dieser Anteil die größte Einzelpopulation unter den Konsumierenden illegaler Drogen in der ambulanten und stationären Suchthilfe (Brand, Künzel, Pfeiffer-Gerschel, & Braun, 2016; P. Tossmann & Gantner, 2016).

2.3.2 Rechtliche und strukturelle Veränderungen

Im Januar 2017 verabschiedete der Deutsche Bundestag umfangreiche Änderungen im Betäubungsmittelrecht und den damit verbundenen Rechtsbereichen. In deren Konsequenz ist Cannabis seit März 2017 als Medikament grundsätzlich zugelassen, sein Einsatz geht zu Lasten der Kostenträger (Drks BT 18/8965; Änderungen in: BtMG, BtMVV, SGB V, BtM-AußenhandelsVO, Grundstoffüberwachungsg). Inwieweit diese Gesetzesänderungen Auswirkungen auf den nicht-medikamentösen Gebrauch und den gesellschaftlichen Umgang mit Cannabis haben (Repression, Prävention), bleibt abzuwarten.

2.3.3 Suchtmedizin und Suchttherapie

Gemäß einer Studie im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) von Schettino et al. (2015) erhalten in Deutschland ca. 10% der Cannabiskonsumierenden, die an mindestens 20 der letzten 30 Tagen Cannabis konsumierten, eine ambulante Behandlung bzw. Betreuung oder Beratung (Piontek, Dammer, et al., 2017). Dieses entspricht dem Wert aus Studien der Vorjahre. (Holscher, Bonnet, & Scherbaum, 2008).

Holscher et al. (2008) und Schneider (2016) weisen darauf hin, dass Cannabiskonsumierende, die eine Beratungsstelle aufsuchen, unterschiedliche, z. T. intensive Konsummuster und –problemlagen besitzen würden, woraus sich unterschiedliche Folgen, Beratungs- und Behandlungswünsche in psychosozialer, suchtspezifischer und rechtlicher Hinsicht ergäben.

Von aktueller Relevanz in der Beratung und Behandlung sind evaluierte Programme zur Frühintervention bei Cannabiskonsum, wie das auf der motivierenden Gesprächsführung basierte „FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“ und das Gruppentrainingsprogramm „CAN Stop“ (P. Tossmann & Gantner, 2016).

Das Beratungsprogramm (Kurzintervention) „realize it“ ist seit dem Jahr 2016 als Kombination der persönlichen Vor-Ort-Beratung mit einer webbasierten Variante des Programms verfügbar. Die Teilnehmenden haben dabei über ihr Smartphone Zugang zu ihrem persönlichen Begleitbuch und können mit ihren Beratern in Kontakt treten (ebd.). Daneben hat das Online-Programm „quit the shit“ weiterhin Bestand, dessen zweite Transferphase im Sommer 2009 abgeschlossen wurde (Pfeiffer-Gerschel, Kipke, Flöter, Lieb, & Raiser, 2009).

CANDIS und MDFT stellen zwei evaluierte spezifische Therapieprogramme dar. Neben dem modularen, kognitiv-behavioralen CANDIS-Programm bezieht die Multidimensionale Familientherapie auch das familiäre und außerfamiliäre Umfeld mit ein. Von der EBDD wurde die MDFT als Best Practice Ansatz für jugendliche Cannabiskonsumierende eingestuft und eine hohe Wirksamkeit konnte nachgewiesen werden (Peter Tossmann, Jonas, Rigter, & Gantner, 2012). Herausforderungen für den Praxistransfer bestehen in der geregelten Finanzierung und den längerfristigen strukturellen und organisatorischen Bedingungen (P. Tossmann & Gantner, 2016).

2.4 Opiode

2.4.1 Epidemiologie

Der Schätzwert für die 12-Monats-Prävalenz des Opioidkonsums in Deutschland liegt bei 0,3% (ESA 2015). Dieser weicht für NRW nicht bedeutend ab (0,4%; Männer: 0,2%, Frauen: 0,5%). Insgesamt wird eine sinkende Zahl der Konsumierenden im Zeitverlauf beschrieben (Piontek, Matos, et al., 2017).

Aus Daten der Suchthilfestatistik (DSHS) geht hervor, dass im Jahr 2016 bei 29,6 % der Personen, die eine opioidbezogene Betreuung begonnen hatten, zusätzlich eine klinisch relevante alkohol-, bei 23,7 % eine kokainbezogene Störung, bei 31,3 % eine Störung aufgrund von Cannabis und bei 10,2 % aufgrund von Amphetaminen diagnostiziert wurde. Insbesondere die komorbide Alkoholabhängigkeit verschlechtert die Compliance und die Prognose bezüglich des Opioidkonsums. Der intravenöse Konsum stellt immer noch die gebräuchlichste Konsumform dar, die Anteile sind allerdings bis 2016 stetig gesunken (Piontek, Dammer, et al., 2017).

Langjähriger Opioidkonsum wird für die Beschleunigung des Alterungsprozesses verantwortlich gemacht, weshalb bei Opioidkonsumierenden früher alterungsbedingte Komorbiditäten auftreten können (Dürsteler-MacFarland, Herdener, & Vogel, 2014; Vogt, 2009). Nach (Pfeiffer-Gerschel et al., 2009) entspricht der Pflegebedarf langjähriger Konsumenten durchschnittlich dem von ca. 15 Jahren älteren, nicht drogenkonsumierenden Personen (Pfeiffer-Gerschel et al., 2009). Weiter weisen u.a. die ESA-Daten auf eine alternde Population opioidkonsumierender Personen hin. Insbesondere für jüngere Menschen scheint der Konsum nicht mehr attraktiv zu sein (Piontek, Dammer, et al., 2017).

Die Überdosierung von Heroin/Morphin stellte im Jahr 2016 weiterhin die häufigste Todesursache bei drogenbezogenen Todesfällen dar (38 %, N=511), zudem waren fast alle während einer ambulanten Betreuung wegen einer Problematik mit einer illegalen Substanz gestorbenen Klienten/innen Opioidklienten/innen (87 %) (Dammer, Pfeiffer-Gerschel, Schulte, Bartsch, & Friedrich, 2017).

2.4.2 Rechtliche und strukturelle Veränderungen

Die psychosoziale Betreuung ist als Teil der Substitutionsbehandlung gemäß Vorschriften der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und den Richtlinien der Bundesärztekammer vorgesehen, soweit sie erforderlich ist. Die Interpretation, Ausgestaltung und Finanzierung ist dabei in den verschiedenen Ländern und Kommunen sehr unterschiedlich. Im April 2008 wurde durch ein Urteil des Hamburgischen Obergerichtes bestätigt, dass es sich bei erforderlicher psychosozialer Begleitung um eine Leistung handelt, auf die nach Vorliegen der Voraussetzungen ein Rechtsanspruch gegen den örtlichen Sozialhilfeträger besteht (Pfeiffer-Gerschel et al., 2009).

Seit Juli 2009 ist zudem die Substitution mit Diamorphin in § 5a BtMVV gesetzlich geregelt, sodass die diamorphingestützte Behandlung unter engen Voraussetzungen in die Regelversorgung für Schwerst opioidabhängige überführt werden konnte. Deren Umsetzung begann im Jahr 2010 (Bartsch, Friedrich, Schulte, Dammer, & Pfeiffer-Gerschel, 2017; Pfeiffer-Gerschel et al., 2009). Im Januar 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland) die Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ (MVV-VL) für den Bereich der diamorphin-gestützten Behandlung beschlossen, welche für die Einrichtungen eine Erleichterung bei den räumlichen und personellen Anforderungen vorsieht. Die Voraussetzung der Anwesenheit von ärztlichem Personal im Umfang von drei Vollzeitstellen sowie die Trennung von Warte-, Ausgabe- und Überwachungsbereich wurde aufgehoben (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014; Pfeiffer-Gerschel et al., 2013).

Im Dezember 2015 trat die geänderte Verordnung über den Betrieb der Drogenkonsumräume in NRW in Kraft. Die Änderung beinhaltet eine Entfristung (§ 14) der Verordnung, die Umsetzung einer gendergerechten Sprache sowie einige fachlich-inhaltliche Anpassungen. Die Aufhebung des Nutzungsverbots für erkennbar Substituierte stellt dabei eine wesentliche Änderung dar. Weiterhin wurden die Konsumarten um den risikoärmeren nasalen Konsum erweitert und Benzodiazepine wurden als zugelassene Substanzen ergänzt (Landesstelle Sucht NRW, 2017).

Am 2. Oktober 2017 ist die reformierte BtMVV in Kraft getreten. Die Reform soll die Durchführung einer Substitutionsbehandlung erleichtern und mehr Ärzte und Ärztinnen zu einer solchen Durchführung bewegen. Das Idealziel von Abstinenz, auch Abstinenz von Substitutionsmitteln, wird beibehalten, allerdings befreit von rechtlich bindenden zeitlichen Vorgaben. Auf diese Weise wird der therapeutische Fortschritt des Patienten zum maßgeblichen Kriterium. Zudem wird der modernen wissenschaftlichen Nomenklatur folgend der Begriff „Opioid“ statt „Opiat“ eingeführt. Weiterhin grundsätzlich strafbar bleibt die Abgabe von Substitutionsmitteln durch Ärzte und Ärztinnen zur eigenverantwortlichen Einnahme (Batra, Meyer-Thompson, Kunstmann, Havemann-Reinecke, & Wodarz, 2017; Meyer-Thompson, Behrendt, & Backmund, 2017). Geöffnet wurde die Regelung zur Take-home-Verschreibung: In begründeten Einzelfällen ist eine Verschreibung zur eigenverantwortlichen Einnahme für einen Zeitraum bis zu 30 Tagen möglich (§ 5 Abs. 8 BtMVV).

Die Bundesärztekammer (2017) hat gemäß § 5 Absatz 12 Satz 1 BtMVV eine entsprechende Richtlinie zur Umsetzung der Reform veröffentlicht. Diese nimmt neben einer umfangreichen medizinischen Versorgung auch die psychosoziale Betreuung (PSB) auf, die den Patienten/innen regelhaft empfohlen werden soll. Die Diamorphinpatienten/innen müssen in den ersten sechs Monaten eine PSB erhalten (§ 5a, Abs. 3 S. 2 BtMVV) (Bundesärztekammer, 2017). In der Praxis der PSB besteht eine große Vielfalt hinsichtlich der Intensität und Anwendungsformate. Dies hat auch damit zu tun, dass kei-

ne einheitlichen Standards bezüglich Finanzierung, Strukturen, Umfang und Inhalte der psychosozialen Betreuung existieren (Deimel & Stöver, 2015; Wittchen, Träder, Klotsche, Backmund, Bühringer, & Rehm, 2011).

2.4.3 Suchtmedizin und Suchttherapie

Die Anzahl der betreuten Substitutionspatienten/-innen in Deutschland hat in den vergangenen Jahren leicht zugenommen: Während es im Jahr 2007 am Stichtag etwa 74.600 Personen gewesen sind, waren es im Jahr 2017 etwa 78.800 (Stichtag: jeweils 1. Oktober eines Jahres). Die Anzahl substituierender Ärzte/-innen ist im gleichen Zeitraum von 2.673 (2008) zunächst leicht angestiegen bis auf 2.731 im Jahr 2012 und nimmt seitdem kontinuierlich ab auf 2.599 im Jahr 2017 (BfArM, 2018). Das BfArM dokumentiert für NRW für den Stichtag im Jahr 2017 25.811 Patienten/-innen bei 725 substituierenden Ärzten/-innen. Am Stichtag im Jahr 2008 waren es hier 21.982 Patienten/-innen und 756 Ärzte/-innen (BfArM, 2010, 2018). Dies wird von Richter (2014) als Verschlechterung der Versorgungssituation betrachtet, die auch dadurch verschärft werde, dass die aktiv substituierenden Ärzte durchschnittlich immer älter würden, so dass für die Zukunft Bedenken bezüglich der Sicherstellung der Versorgung bestünden (Richter, 2014). Allgemein wird auf eine Versorgungslücke im ländlichen Raum verwiesen (Bartsch et al., 2017; Langer, Wittchen, Bühringer, & Rehm, 2011).

Vielfalt besteht im Bereich der Spezialisierungen für bestimmte Risikogruppen, wie Frauen mit und ohne Kinder und Patienten mit psychischen Störungen sowie in der geografischen Verteilung. Spezialisierte Angebote sind zumeist auf großstädtische Ballungsräume begrenzt (Wittchen, Bühringer, Rehm, & Trautmann, 2011).

Die Substitutionsbehandlung gehört zu den am besten evaluierten Therapien und hat sich vielfach bewährt (Richter, 2014). Befunde bestätigen zudem, dass eine Substitutionstherapie effektiv das Mortalitätsrisiko der Behandelten senkt, während Phasen ohne eine Substitution zu erhöhten Sterblichkeitsraten führen. Diese Befunde bestehen über die Substitutionsmittel und das Geschlecht hinweg (Soyka et al., 2011). Weiter konnte gezeigt werden, dass ein Bezug zur ärztlichen Praxis und eine Substitution als protektive Faktoren für Beikonsum, Notfälle, Wohnsituation und berufliche Situation angesehen werden können.

Opiatfreiheit stellte für die Mehrzahl der substituierenden Ärzte und Ärztinnen innerhalb der PREMOS-Studie kein realistisches Behandlungsziel dar. Der Wunsch des Patienten bzw. der Patientin, Krankheitszustand und -verlauf sowie die Abwägung von Chancen und Risiken waren bei der Zielsetzung für die Behandlung ausschlaggebend. Zudem war eine ausgeprägte Abstinenzorientierung mit erhöhten negativen Verlaufsrisiken assoziiert (Wittchen, Trautmann, et al., 2011).

Methadon ist trotz rückläufiger Anteile das am häufigsten eingesetzte Substitutionsmittel (52 %), gefolgt von steigenden Anteilen von Levomethadon (27 %) und Buprenorphin (20 %). Codein, Dihydrocodein (0,3 %) und Diamorphin (0,7 %) sowie Morphin (0,6 %) stellen quantitativ einen eher unbedeutenden Anteil dar (Cimander, Poehlke, & Soyka, 2015). Für Betroffene mit einer nicht erfolgreichen Substitution mit Methadon-Razemat stellt Levomethadon eine sichere und wirksame Behandlungsalternative dar, ebenso wie die Kombination von Buprenorphin mit psychosozialer Betreuung (Langer et al., 2011; Wittchen, Träder, Klotsche, Backmund, Bühringer, Rehm, et al., 2011). Für Schwangere wurden unter einer Buprenorphinbehandlung sowohl geringere Benzodiazepin- als auch Heroinbeikonsumraten im letzten Schwangerschaftstrimester beschrieben (Metz, Comer, Wuerzl, Pribasnik, & Fischer, 2014). Die Wirksamkeit und wissenschaftliche Evidenz der Diamorphinbehandlung gilt ebenfalls als bestätigt (Degkwitz & Verthein, 2013; Verthein, Schafer, & Degkwitz, 2013). Im April 2015 wurde mit der Zulassung von Morphinsulfat (slow release oral morphine (SROM)) eine weitere Therapiemöglichkeit geschaffen, die insbesondere für Patienten und Patientinnen mit psychischen Komorbiditäten und für Betroffene, die unter herkömmlichen Substitutionsmitteln Nebenwirkungen entwickelt haben (Brin, Holzmann, & Platz, 2016).

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass psychosoziale Betreuung die gesundheitliche Situation der Nutzenden verbesserte, wobei verschiedene Formate möglich sind (Silke Kuhn et al., 2007).

Das Konsumkontrolltraining „contradict“ richtet sich speziell an substituierte Opioidabhängige, die ihren Substanzgebrauch reduzieren oder aufgeben wollen. Das modulare Training richtet sich dabei individuell an den Bedürfnissen und Ressourcen der Abhängigen aus. Bereits bei minimaler und moderater Teilnahme zeigte sich eine Erhöhung der Kontrolle über den Konsum und eine reduzierte Intensität (Westermann & Mörsen, 2012).

Bei älteren Substitutionspatienten und -patientinnen ist zu berücksichtigen, dass die Wirkung von Medikamenten durch alterungsbedingte physiologische Veränderungen beeinflusst wird. Dieses ist speziell bei der Dosiserhöhung des Substituts zu beachten. Zudem spielen altersbedingte Begleiterkrankungen, überdurchschnittlich häufig vorkommende psychische Erkrankungen sowie neurokognitive Probleme bei der Behandlung und Versorgung eine bedeutende Rolle. Wie auch in der Allgemeinbevölkerung nimmt die Hilfebedürftigkeit mit steigendem Alter zu, wobei Abhängigen aufgrund ihres dünnen sozialen Netzes und zunehmender Immobilität der Zugang zum Hilfesystem erschwert ist (Dürsteler-MacFar-

land et al., 2014). Studien belegen weiter, dass Opiatabhängige viele Kontakte zu anderen Abhängigen haben, aber kaum zu Personen, die nicht konsumieren, was ebenfalls Auswirkungen auf die sozialen Ressourcen haben kann (Vogt, 2009).

Psychotrope Substanzen, die ohne ärztliche Anordnung neben dem Substitut konsumiert werden, haben - in Abhängigkeit von Intensität und Dauer dieses zusätzlichen Konsums - wesentlichen Einfluss auf den Erfolg einer Substitutionsbehandlung. Die Wirkstoffgruppe der Benzodiazepine ist dabei von besonderer Bedeutung und ist im Behandlungsverlauf zu berücksichtigen (Drosdziok, 2014). Dabei weisen Einrichtungen einen unterschiedlichen Umgang mit diesem „kritischen Beikonsum“ auf (Wittchen, Bühringer, et al., 2011).

In einer Schweizer Studie konnte nachgewiesen werden, dass sich niedrigschwellige, nicht-medizinische Settings effizient für Hepatitis-C-Aufklärungen und Testangebote (Speichelschnelltests) eignen und von den Betroffenen gut angenommen werden bzw. sie dadurch eher für eine HCV-Abklärung zu motivieren sind (Bruggmann & Brunner, 2014). Gleiches konnte in Deutschland im Rahmen des Projekts „TEST IT“ für HIV-Schnelltests belegt werden (Schäffer, Rensmann, & Michel, 2013). Allgemein erweist sich die Behandlung von HIV- und Hepatitis-C-Infektionen im Rahmen einer Substitutionsbehandlung, auch bei i.v. Drogenkonsumenten, als effektiv (Backmund, 2007, 2008). Eine gute Verfügbarkeit von Spritzenutensilien trägt nachweislich zu einer Reduzierung der HIV-Verbreitung und einer Verringerung des riskanten Konsumverhaltens bei (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2011). Entsprechend werden Drogenkonsumräume und Spritzenvergabeprogramme als von großer Bedeutung für die Schadensminderung bei i.v.-Drogenkonsumierenden angesehen (Pfeiffer-Gerschel et al., 2015) (zu Harm Reduction siehe auch in Abschnitt 2.10.7)

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) verabschiedete nach zwei Konsensuskonferenzen im Jahr 2013 eine Behandlungsleitlinie zur „Therapie der Opiatabhängigkeit– Teil 1: Substitutionsbehandlung“ (DGS, 2014). Im Jahr 2010 wurde die S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion“ überarbeitet (Backmund, Lüdecke, Isernhagen, Walcher, & Rüter, 2014; Bartsch et al., 2017).

2.5 Kokain und Crack

2.5.1 Epidemiologie

Die durchschnittliche 12-Monats-Prävalenz des Kokain-/Crackkonsums lag nach den Daten des ESA 2015 bei 0,6%. In NRW lag der Wert für Männer bei 1,0% und für Frauen bei 0,1%, der klinisch relevante Konsum lag bei 0,3%. In der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen fand der höchste Konsum statt (1,5%, NRW: 1,6%). Insgesamt sinkt die Zahl der Konsumierenden in NRW (Piontek, Matos, et al., 2017).

Im Zuge von Abwasseranalysen in europäischen Großstädten wurden durch von der EBDD in Auftrag gegebenen Studien Abbauprodukte von u. a. Kokain detektiert: Innerhalb Deutschlands wurde für Dortmund die höchste Konzentration gefunden (500 mg pro 1000 Personen und Tag) (EMCDDA, 2018).

2.5.2 Rechtliche und strukturelle Veränderungen

Für den Betrachtungszeitraum sind keine rechtlichen oder strukturellen Veränderungen mit wesentlichen Auswirkungen zu berichten.

2.5.3 Suchtmedizin und Suchttherapie

Pharmakotherapeutische Maßnahmen sind bei der Behandlung der Kokainabhängigkeit bisher nicht als wirksam eingestuft worden. Daher liegt der Fokus auf psychosozialen Therapiemöglichkeiten. In einer kontrollierten Studie in der Schweiz konnte die Wirksamkeit eines Kontingenzmanagements aufgezeigt werden, welches besonders in den ersten Wochen der Behandlung wirksam ist und bei komorbiden Alkoholproblemen ebenfalls als Anreiz für die Erreichung der Abstinenz gesehen werden kann (Caviezel, Farronato, Walter, Wiesbeck, & Petitjean, 2015).

Da es sich bei Kokainkonsumierenden um eine sehr heterogene Gruppe handelt, und vor allem die Gruppe der sozial und beruflich integrierten Konsumierenden wenig erforscht ist, stellt sich die Frage, ob die Betroffenen von den bisherigen Hilfsangeboten adäquat angesprochen werden. Die Evaluation des in der Schweiz entwickelten modularen, an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten orientierten Online-Selbsthilfe-Angebot „Snow Control“ liefert erste Hinweise darauf, dass auch bisher nicht erreichte Gruppen angesprochen werden. Bei diesen Gruppen handelt es sich vermehrt um männliche Personen mit guter Ausbildung und höherem Durchschnittsalter (Stark, Falcato, Dampz, & Beck, 2011).

2.6 Amphetamine

2.6.1 Epidemiologie

Die 12-Monats-Prävalenzen des Amphetamin- oder Methamphetamin-Konsums lagen nach den ESA 2015 Daten insgesamt bei 1,1%. In NRW lagen die Werte bei 1,3% insgesamt. Hier weisen 0,6% (Bund: 0,2%) einen klinisch relevanten Konsum auf. Die Prävalenzen der 18- bis 24-Jährigen (Bund: 2,6%; NRW: 1,6%) und der 25- bis 39-Jährigen (Bund: 1,6%; NRW: 3,0%) sind dabei höher als in den älteren Altersgruppen (Piontek, Matos, et al., 2017).

In den SCHULBUS-Daten 2015 zeigte sich eine Lebenszeitprävalenz der 14- bis 17-Jährigen in NRW für den Amphetamin-Konsum von 0,6%, eine 12-Monatsprävalenz von 0,2% und eine 30-Tage-Prävalenz von 0,0% (Baumgärtner & Hiller, 2016).

In der 2016 veröffentlichten S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ wird eine 12-Monatsprävalenz von Methamphetamin von über 1% geschätzt. Bezogen auf den Konsum besteht eine starke regionale Heterogenität, wobei der Konsum in den östlichen und südlichen Bundesländern besonders hoch ist (Kamp, Proebst, Hager, Koller, & Soyka, 2017).

Unter den „Crystal Meth“-Konsumierenden finden sich viele Frauen und junge Mütter; es bestehen Hinweise auf durchgehenden Konsum während der Schwangerschaft, wodurch das ungeborene Kind den Gefahren der Substanz ausgesetzt wird (Kamp et al., 2017; Neumann, Soyka, & Franke, 2017). Gleichzeitig wurden in dieser Studie jedoch Kinder, Schwangerschaften und Partnerschaften am häufigsten als Abstinenzmotive genannt. Das Lebensumfeld von Methamphetaminabhängigen ist gekennzeichnet durch einen niedrigen sozioökonomischen Status, oftmals multiplen Substanzkonsum und zusätzliche psychische Belastungen. So werden psychiatrische Komorbiditäten in einer Meta-Studie zur Identifikation weiblicher Determinanten des Methamphetaminkonsums herausgestellt: Angst, Depression, Belastung und Traumata durch sexuelle, psychische und/oder physische Gewalt (Neumann et al., 2017). Dies kann insgesamt zu Instabilität und Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung durch die Suchterkrankung der Eltern führen. Häufig zeigte sich zudem, dass die Ursprungsfamilien ebenfalls von elterlicher Sucht geprägt sind (Dyba, Klein, & Wetzel, 2017). Als weitere Konsumentengruppe lassen sich Personen zusammenfassen, die ihre berufliche bzw. schulische Leistung oder ihr sexuelles Empfinden steigern wollen (Milin et al., 2016). Von Konsum zur Steigerung des sexuellen Empfindens wird insbesondere von Männern berichtet, die gleichgeschlechtliche sexuelle Aktivitäten haben (Kamp et al., 2017). Insgesamt stellt sich die Gruppe der Methamphetaminkonsumenten/-innen als sehr heterogen dar, worauf sich Hilfs- wie auch Präventionsangebote sowie –zugänge einstellen müssen, wenn diese Gruppen erreicht werden sollen (Schoett, 2016a).

2.6.2 Rechtliche und strukturelle Veränderungen

Für den Betrachtungszeitraum sind keine rechtlichen oder strukturellen Veränderungen mit wesentlichen Auswirkungen zu berichten.

2.6.3 Suchtmedizin und Suchttherapie

Crystal-Meth-Konsumenten weisen im intoxikierten Zustand in besonderem Maße kognitive und psychische Einschränkungen auf (Verlust des Zeitempfindens, Fokussierung auf Banalitäten, Psychosen). Eine Terminvergabe für Beratungsgespräche innerhalb von 24 Stunden zeigte bei dieser Zielgruppe die größten Erfolge, weiter gefördert durch Erinnerung-SMS und -anrufe (Härtel-Petri, 2016). Aufgrund hirnpfysiologischer Gegebenheiten bei Methamphetaminabhängigkeit (Zeitdauer der Remission des Dopaminstoffwechsels) ist nach Wetzel und Rothe (2016) eine lange Nachsorgedauer von in der Regel mehr als 6 Monaten erforderlich (Wetzel & Rothe, 2016).

Im Jahr 2016 wurde die erste Auflage der S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen“ verabschiedet (Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesärztekammer, & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2016), wobei u.a. das Programm MATRIX als eines der besonders wirksamen Therapieprogramme vorgestellt wird (Schoett, 2016b).

Das erfolgreich erprobte, evaluierte und bundesweit implementierte Frühinterventionsprogramm „FreD“ wird mit dem Projekt „FreD-ATS/Crystal“ („Frühintervention für erstauffällige (Meth-) Amphetaminkonsument/-innen – Erweiterung des FreD-Programmes“) ergänzt. Weiterhin relevant sind das onlinebasierte Selbsthilfeportal „Breaking Meth“ und das familienstärkende Projekt „Crystal Meth und Familie II“ („Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige und –missbrauchende Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz“) (Friedrich, Bartsch, Dammer, Schulte, & Pfeiffer-Gerschel, 2017).

2.7 Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)

2.7.1 Epidemiologie

Seit 2009 wurden Fragen zum NPS-Konsum in den Epidemiologischen Suchtsurvey aufgenommen. Die Lebenszeitprävalenz dieser Substanzen lag im Jahr 2015 in der Bevölkerung bei insgesamt 2,8%. Bei den 18- bis 64-Jährigen lag die 12-Monats-Prävalenz im Jahr 2009 bei 0,4%, sank im Jahr 2012 auf 0,2% und stieg im Jahr 2015 auf 0,9% an, welches den bisher höchsten Stand darstellte. Die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen gibt bezogen auf die letzten 12 Monate den häufigsten Konsum an (1,4%) (Piontek, Matos, et al., 2017). Im Jahr 2015 wurde der NPS-Konsum auch in der Drogenaffinitätsstudie der BZgA erhoben. Unter den 18- bis 25-Jährigen lag die Lebenszeitprävalenz bei 2,2%. 0,3% dieser Altersgruppe konsumierten NPS in den letzten 12 Monaten. Von den Minderjährigen (12 bis 17 Jahre) konsumierten 0,1% mindestens einmal im Leben NPS und 0,0% in den letzten 12 Monaten (B. Wersé & Müller, 2017).

In zwei Erhebungen zum NPS-Konsum konnte gezeigt werden, dass fast alle Befragten Konsumerfahrungen mit Cannabis (2014: 98,0%) und 82,0% mindestens eine andere illegale Substanz konsumiert hatten (B. Wersé & Müller, 2017). Eine momentane Entwicklung ist zudem, dass sich der Konsum hin zu solchen NPS verlagert, die als Reinsubstanzen vorliegen bzw. mit Inhaltsstoffen gekennzeichnet sind (fort von unidentifizierbaren Mischungen). Der Konsum findet vor allem innerhalb einer kleinen, über NPS gut informierten Gruppe von Personen statt, die bisher wenig Kontakt mit der Suchthilfe hatten und eher Lifestyle und Neuroenhancement als Motivation für den Konsum nennen (s. oben, Abschnitt Medikamente), sogenannte „Psychonauten“. Geografisch wird der Konsum eher in Regionen mit repressiveren drogenpolitischen Ansätzen bezüglich anderer Substanzen vermutet (Schoett, 2016b; B. Wersé & Morgenstern, 2015).

Wie bereits zu Medikamenten berichtet wurde, besteht seit 2015 ein Monitoring System, das Entwicklungen und den Konsum von NPS erfasst (PHAR-MON NPS). Hierzu werden neben den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, Beratungsstellen und externen Suchtberatungen in Justizvollzugsanstalten auch Partyprojekte einbezogen. Zudem wurden Daten der Giftinformationszentrale, von Online-Shops und das Early Warning Systems der EBDD berücksichtigt. Die Gruppe der synthetischen Cannabioide zählte 2015 und 2016 zu der am häufigsten genannten Substanzgruppe. Nicht kontrollierte Benzodiazepine stellten eine zweite auffällige Substanzgruppe dar (Piontek & Hannemann, 2017).

2.7.2 Rechtliche und strukturelle Veränderungen

Am 22. September 2016 wurde das Gesetz zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe (NpSG) für den Umgang mit den bis dahin nicht rechtlich erfassten Substanzen beschlossen. Im Mittelpunkt steht das umfassende Verbot des Erwerbs, Besitzes und Handelns mit neuen psychoaktiven Substanzen (B. Wersé & Müller, 2017).

2.7.3 Suchtmedizin und Suchttherapie

Im Jahr 2015 wurde in Großbritannien im Rahmen des NEPTUNE-Projektes (Novel Psychoactive Treatment UK Network) eine umfassende Handlungsempfehlung zum klinischen Management von Schäden durch NPS zur Verfügung gestellt, welches ins Deutsche übersetzt wurde und nonkommerziell zu beziehen ist (Schoett, 2016b).

2.8 Glücksspiel

2.8.1 Epidemiologie

Die BZgA hat im Jahr 2015 die fünfte repräsentative Befragung bezüglich Glücksspielverhalten durchgeführt. Demnach haben 77,6% der 16- bis 70-Jährigen einmal im Leben an einem Glücksspiel teilgenommen (Männer: 82,2%; Frauen: 73,0%). Die 12-Monats-Prävalenz lag bei 37,3% (Männer: 43,3%; Frauen: 31,2%). Die Zahlen sind insgesamt rückläufig. Der Anteil der Mehrfachspielenden war unter männlichen Befragten höher als unter weiblichen (Männer: 22,2%; Frauen: 13,1%), zudem wiesen diese eine höhere Spielfrequenz auf (mehrmals monatliches Spielen: Männer: 18,4%; Frauen: 8,4%). Eine besonders hohe Teilnahmequote besteht unter jungen Männern (18-20 Jahre), insbesondere wenn ein Migrationshintergrund vorliegt. Nach dem South Oaks Gambling Screen (SOGS) lag die 12-Monats-Prävalenz von pathologischem Glücksspiel bei 0,37% (Männer: 0,68%; Frauen: 0,07%) und die des problematischen Glücksspiels bei 0,42% (Männer: 0,66%; Frauen: 0,18%). Die leichten Rückgänge im Vergleich zu den vorherigen Erhebungen waren nicht signifikant. Die höchsten Prävalenzen wiesen dabei Männer in der Altersgruppe 21- bis 25 Jahre (2,69%) und 36- bis 45 Jahre (2,43%) auf. Als Risikofaktoren problematischen Glücksspiels beschreibt die BZgA des Weiteren einen niedrigen Bil-

dungsstatus und einen Migrationshintergrund. Der Anteil Jugendlicher mit problematischem Glücksspielverhalten ist im Vergleich zu den Vorjahren nicht signifikant auf 0,37% angestiegen, wobei kein Mädchen ein solches Verhalten aufzeigte (Haß & Lang, 2016).

Bereits im Jahr 2010 wurde die breit angelegte PAGE-Studie durchgeführt, in der durch unterschiedliche Rekrutierungsstrategien verschiedene Zielgruppen erreicht wurden. Es ließ sich eine 12-Monatsprävalenz des pathologischen Glücksspielens in Höhe von 0,35% (14-64-jährige Bevölkerung, DSM IV, 5 oder mehr erfüllte Kriterien) ermitteln. Weitere 0,31% der Befragten zeigten ein problematisches Glücksspielverhalten (DSM IV, 3 oder 4 erfüllte Kriterien). Die Autoren berichten von einem großen Anteil (76,9%) pathologischer Glücksspieler/innen in der Bevölkerung, die in ihrem Leben bislang keinen Kontakt zu irgendeiner Form von Suchthilfe hatten (einschließlich der Suchtselbsthilfe) (Meyer et al., 2011).

2.8.2 Rechtliche und strukturelle Veränderungen

Der Glücksspielstaatsvertrag (in Kraft seit 2008, geändert 2012) und das dazugehörige Ausführungsgesetz in NRW (AG GlüStV NRW) binden die legale Veranstaltung von Glücksspielen an eine glücksspielrechtliche Erlaubnis, um insbesondere den Jugend- und Spielerschutz zu gewährleisten. Dafür und zur Angebotskontrolle sowie –reduktion wurden z. B. ein länderübergreifendes Konzessionsverfahren für die Sportwettveranstaltung durchgeführt, Genehmigungserfordernisse für Spielhallen gesetzlich verankert und Anforderungen an die staatlich monopolisierte Lotterieveranstaltung formuliert. Nachdem das Konzessionsverfahren für Sportwetten gescheitert war (Hessischer Verwaltungsgerichtshof, 2015 und 2016, 8 B 1028/15, 8 B 883/15), die Unmöglichkeit der Bestrafung von ohne deutsche Erlaubnis agierenden Veranstaltern höchstrichterlich festgestellt wurde (EuGH, 2016, C-336/14) und für die Genehmigungserfordernisse bei Spielhallen Übergangsfristen bis zum Jahr 2017 eingeräumt worden waren (AG GlüStV NRW iVM GlüÄndStV), hat es bis zum Jahr 2017 keine relevanten Angebotseinschränkungen im Glücksspielmarkt (Vieweg, 2017) gegeben – eher hat eine Ausweitung des Marktes stattgefunden (Goldmedia, 2016; Planersocietät, 2017).

Die genannten Gesetze erklären u. a. Suchtforschung-, -hilfe und -prävention als öffentliche Aufgabe. Im Jahr 2002 wurde die Landesfachstelle Glücksspielsucht NRW eingerichtet, welche im Auftrag des Gesundheitsministeriums die Landesregierung bei der Umsetzung des Landesprogramms gegen Sucht unterstützt. Sie setzt ihre Arbeit auf Grundlage des Landeskonzeptes und des Aktionsplans gegen Sucht (beide aus dem Jahr 2015) fort. Neben den landesweiten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben leistet sie auch fachliche Beratung und Unterstützung von Einrichtungen (Hartmann, 2011). Das Land fördert darüber hinaus einzelne Beratungsstellen gezielt für ihre Tätigkeiten im Bereich Glücksspielsucht.

Im DSM-5 wird pathologisches Glücksspiel zum ersten Mal unter die Suchterkrankungen gerechnet, bei einem Vorliegen von mindestens vier Kriterien (Heinz & Friedel, 2014). Daher wird eine Behandlung nun vorrangig im Suchthilfesystem verortet (Lindenmeyer, 2013).

2.8.3 Suchtmedizin und Suchttherapie

Es bestehen vermehrt Hinweise darauf, dass pathologisch Spielende unter mindestens einer komorbiden psychischen Erkrankung leiden, wobei es sich am häufigsten um affektive Störungen handelt. Substanzbezogene Störungen, Angststörungen und Depressionen treten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ebenfalls häufiger auf (Zl'czka, Kraus, Braun, & Bühringer, 2013). Zusätzlich sind pathologisch Spielende der Risikogruppe für suizidale Handlungen zuzuordnen (Wüst, 2013). Diese Komorbiditäten erfordern nach Lindenmeyer (2013) jeweils ein bedarfsgerechtes therapeutisches Vorgehen und integrative Behandlungsansätze (Lindenmeyer, 2013).

In einer Untersuchung in Schleswig-Holstein konnte gezeigt werden, dass ambulante und stationäre Rehabilitation vergleichbar effizient bezüglich Reintegration und Abstinenz sind (Tecklenburg, 2012).

Es gibt Hinweise darauf, dass Betroffene erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Störung Hilfe suchen. Als bekannte Barrieren gelten eine unzureichende Verfügbarkeit des Hilfeangebots, Angst vor Stigmatisierung, mangelndes Problembewusstsein und der Glaube, das Problem allein lösen zu können (Anja Bischof et al., 2012).

Für NRW wurde gezeigt, dass die ambulanten Beratungsstellen durchschnittlich mehr Klienten/innen dieser Zielgruppe, die mehrfach kommen, betreuen, als dies bundesweit der Fall ist. Die Anzahl erreichter Klienten/innen insgesamt hat sich sukzessive erhöht. Anteil hieran hatte der Aufbau von Schwerpunktberatungsstellen und Beratungsstellen mit einer glücksspielsuchtspezifischen Förderung (Hartmann, 2011).

Für eine frühere Erreichung der pathologischen Spielenden können Kurzinterventionen und der Einbezug des sozialen Umfelds (CRAFT) beitragen (A. Bischof, Meyer, Bischof, John, & Rumpf, 2015; Köhler, 2016).

Im Bereich der indizierten Prävention konnte gezeigt werden, dass niedrigschwellige Beratungsangebote per Telefon oder im Internet, Selbstsperrn im Kasinobereich sowie Einzahlungs- und Verlustlimits positive Effekte haben und die schädlichen Auswirkungen des Glücksspiels minimieren (Kalke, Buth, & Hayer, 2012).

2.9 Medien

2.9.1 Epidemiologie

Bei 2,8% der 18-bis 25-jährigen jungen Erwachsenen wurde mit Hilfe der „Compulsive Internet Use Scale“ (CIUS) in der Drogenaffinitätsstudie 2015 eine computerspiel- oder internetbezogene Störung beschrieben. Dies galt auch für 5,8% der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen. Hier waren die weiblichen Jugendlichen (7,1%) stärker betroffen als die männlichen (4,5%) (Orth, 2017b). Höher lagen die Prävalenzen gemäß CIUS, die im Rahmen der SCHULBUS-Studie 2015 in NRW für 14-17-Jährige ermittelt wurden (männlich: 5,1%; weiblich: 11,1%) (Baumgärtner & Hiller, 2016).

Im Vergleich zur Drogenaffinitätsstudie 2011 hat die Verbreitung computerspiel- und internetbezogener Störungen bei männlichen und weiblichen 12- bis 17-jährigen Jugendlichen zugenommen. Außerdem ist der Anteil der Jugendlichen mit einer problematischen Computerspiel- oder Internetnutzung angestiegen. In der nächst älteren betrachteten Kohorte - den 18- bis 25-jährigen jungen Erwachsenen - hat sich die Verbreitung computerspiel- und internetbezogener Störungen mit klinischer Relevanz gegenüber 2011 nicht verändert. Allerdings konnte eine Zunahme der problematischen Computerspiel- oder Internetnutzung beobachtet werden (Orth, 2017b).

2.9.2 Rechtliche und strukturelle Veränderungen

Im Rahmen des im Jahr 2013 erneuerten DSM-5 wurde Internetsucht innerhalb der vorläufigen diagnostischen Kriterien aufgenommen. Über die Angemessenheit der Klassifizierung und die damit einhergehende Gefahr einer unzutreffenden Pathologisierung intensiver Mediennutzung wird diskutiert (Petry, 2016). Im „Memorandum Internetbezogene Störungen“ wird die Forderung ausgesprochen, dieses Konstrukt der Internet Gaming Disorder empirisch zu untermauern und abzugrenzen gegen belegte und etablierte Konzepte wie substanzbezogene Abhängigkeiten oder auch pathologisches Glücksspiel. Hierbei seien Internetspezifika wie Onlinespiele oder auch soziale Netzwerke besonders zu berücksichtigen (Rumpf et al., 2016).

2.9.3 Suchtmedizin und Suchttherapie

In einer Studie haben sich psychotherapeutische Maßnahmen bewährt, die auf emotionsfokussierenden und metakognitiven Ansätzen basieren (Schuhler, Flatau, & Vogelgesang, 2011). Eine Meta-Analyse bisheriger Psychotherapiestudien zur Internetsucht deutet darauf hin (Winkler, Dorsing, Rief, Shen, & Glombiewski, 2013), dass kognitiv-behaviorale Ansätze in Bezug auf die Reduktion der Onlinezeiten und der Symptome der Internetsucht anderen psychotherapeutischen Verfahren überlegen sind. Als ebenfalls wirksam erwies sich die medikamentöse Behandlung der Internetsucht, insbesondere basierend auf selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern und Methylphenidat (Dreier, Wölfling, Beutel, & Müller, 2015). Mit Hilfe einer ambulanten, drei Monate dauernde Kombination von Gruppen- und Einzelbehandlungen auf Basis der kognitiven Verhaltenstherapie wurden hohe Haltequoten erreicht und die Wahrscheinlichkeit der Symptomfreiheit am Ende der Behandlung deutlich befördert (Wölfling, Müller, Dreier, & Beutel, 2017).

2.10 Übergreifendes

Personenbezogen

2.10.1 Migration

Migration stellt ein kritisches Lebensereignis dar und kann aufgrund physischer, psychischer und psychosozialer Stressoren u.a. zu einem erhöhten Substanzkonsum und einer Suchterkrankung führen. Abhängigkeitsfördernd sind zudem Faktoren wie das erhöhte Risiko traumatischer Erfahrungen, ökonomische Schwierigkeiten und soziale Randständigkeit.

Geflüchtete Menschen stellen hierbei eine besonders vulnerable Gruppe dar (E. Koch, Müller, & Assion, 2014; Rommel & Köppen, 2016; Strupf, Gomes de Matos, Soellner, Kraus, & Piontek, 2017).

Strupf et al. (2017) fanden heraus, dass Personen mit Migrationshintergrund höhere Abstinenzraten als Personen ohne Migrationshintergrund aufweisen, welches speziell auf Personen mit türkischem bzw. arabisch-islamischen Hintergrund zutrifft. Insgesamt ist der Konsum von Alkohol und illegalen Drogen in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund weniger verbreitet als bei Personen ohne einen Migrationshintergrund (Rommel & Köppen, 2016). Substanzkonsum hängt von kulturellen, wirtschaftlichen und sozialen Faktoren ab, die sich in den verschiedenen (Herkunfts-) Regionen in der Welt deutlich unterscheiden (E. Koch et al., 2014). Frank and Bermejo (2013) fanden Hinweise dazu, dass alkoholkonsumierende Personen aus Abstinenzkulturen eher problematische Konsummuster entwickelten. Weiter sind vorhandene Erklärungsmodelle für Abhängigkeitserkrankungen geprägt durch das kulturelle Verständnis der Entstehungsbedingungen, der Symptome und der (kulturell) anerkannten Behandlungsmöglichkeiten. Zwischen verschiedenen kulturellen Gruppen bestehen dabei teilweise stark divergierende Erklärungsmodelle, was zu Verständnisproblemen und problematischen Zuschreibungen führen kann (Heimann, Penka, & Heinz, 2007).

Rommel and Köppen (2016) beschreiben, dass Frauen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen grundsätzlich unterrepräsentiert sind. Männer mit Migrationshintergrund sind hingegen etwa ihrem Bevölkerungsanteil entsprechend vertreten. Dabei bestehen diagnosespezifische Unterschiede: Unter Klienten, die wegen Pathologischem Spielen, Cannabinoid-, Opiod- oder Kokainkonsums behandelt werden, sind Männer mit Migrationshintergrund überproportional vertreten, bei den anderen Hauptdiagnosen deutlich unterrepräsentiert (Rommel & Köppen, 2016). Auch Brand et al. (2016) stellen fest, dass Personen mit cannabisbezogenen Störungen im ambulanten Bereich vergleichsweise häufig einen Migrationshintergrund haben. In Deutschland geborene Menschen mit Migrationshintergrund sind relativ zu ihrem Bevölkerungsanteil leicht überrepräsentiert, Migrant/innen der ersten Generation sind hingegen bei allen Diagnosen deutlich unterrepräsentiert. Es bestehen demnach Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen in Deutschland geborenen und selbst zugewanderten Menschen mit Migrationshintergrund sowie zwischen Männern und Frauen (Rommel & Köppen, 2016; Schu & Czycholl, 2014).

Weiter halten E. Koch et al. (2014) fest, dass das Einstiegsalter bei bestimmten Migrantengruppen höher liegt. Je spezialisierter zudem ein Angebot ist, desto geringer ist der Anteil von Migrant/innen. Die Ergebnisse der Studie zeigten außerdem, dass Migranten und Migrantinnen, die Beratung aufsuchen, sozial und familiär integrierter sind. Sie weisen weiter auf die Bedeutung von kulturell anzupassenden Instrumenten und Methoden hin, sowie auf sprachliche Herausforderungen und die Akzeptanz kulturell gewohnter Rituale. Selbsthilfegruppen seien manchen Zuwanderergruppen unbekannt und es bestehen verschiedene Hürden für die Teilnahme. Hier sei noch einmal explizit auf den speziellen Bedarf von Menschen mit unzureichenden Sprachkenntnissen verwiesen (Ruf & Walter-Hamann, 2014).

Im Jahr 2009 wurden in dem vom BMG geförderten Modellvorhaben „transVer – transkulturelle Versorgung von Suchtkranken“ sechs Modellprojekte wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Ziel war es, übergreifende Erkenntnisse sowie deren Transfer in die Regelversorgung zu generieren. Bei der Betrachtung von Zugangsbarrieren wurde deutlich, dass es als positives Signal von Migranten und Migrantinnen angenommen wurde, wenn Einrichtungen Menschen mit Migrationshintergrund beschäftigen und sie Menschen in ihrer Muttersprache ansprechen können. Weiter wurden auch andere Zeichen des Willkommens genannt, wie z. B. das Anbieten von Tee und die Auslage mehrsprachiger Zeitschriften im Wartebereich. Der Einbezug der Familie und aufsuchende Beratung wurden ebenfalls als positiv bewertet (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011; Schu & Czycholl, 2014). Insbesondere türkeistämmige Migranten/innen verzichten häufig dann auf die Inanspruchnahme von Leistungen der Suchthilfe, wenn sie den Eindruck haben, Fachkräfte wüssten zu wenig über die türkische Kultur (Bermejo, Hölzel, Kriston, & Härter, 2012). Bestätigt wird die höhere Effektivität transkultureller Alkoholpräventionskonzepte bei älteren Personen mit Migrationshintergrund (Bermejo et al., 2015).

Der Aufenthaltstitel spielt bei der Beratung und Behandlung von Migranten und Migrantinnen eine entscheidende Rolle. Ein erhebliches Hindernis angemessener Betreuung ist eine fehlende Gesundheitskarte, was speziell Migrantinnen und Migranten mit unsicherem Aufenthaltsstatus (z.B. Duldung) betrifft. Ohne eine Gesundheitskarte ist nach einem Entzug keine abstinenzorientierte Therapie möglich und es stehen keine tagesstrukturierenden und stabilisierenden Hilfen zur Verfügung (Bartsch et al., 2017). Ein Abbau von pauschal finanzierten Angeboten würde die Unterstützungsmöglichkeiten für diese Zielgruppe durch die ambulante Suchthilfe einschränken. In diesem Bereich sind sozial- und ausländerrechtliche Kompetenzen auf Seiten der Beratenden sowie Netzwerk- bzw. Verweiswissen notwendig (Deimel, 2013; Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2016).

2.10.2 Gender

Substanzbezogene Störungen und Suchterkrankungen weisen bezüglich Ursachen, Konsummotiven, Anlässen, Ausprägungen und Verläufen Unterschiede zwischen Frauen und Männern auf. Gendersensible Suchtarbeit stellt ein Zusammenspiel aus Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmalen dar. Als Erfolgsfaktoren konnten in einer Schweizer Metaanalyse folgende Oberbegriffe herausgearbeitet werden: Bedürfnisorientierung (Themen, Ressourcen), Überlebenshilfe (Grundbedürfnisse, geografische Nähe), Empowerment und eine gendergerechte Gestaltung der Therapie (Guggenbühl, Bütler, & Rufin, 2012). Berichtet wird des Weiteren von der Bedeutung stabiler, kooperativer Strukturen in der Betreuung Hilfe Suchender, insbesondere bei der Versorgung traumatisierter Frauen mit einem Suchtproblem (Gahleitner & Tödte, 2015).

Seit Februar 2010 ist die erste deutschsprachige Wissens-, Informations-, und Kommunikations- und Vernetzungsplattform zum Thema „Mädchen, Frauen und Sucht“ online. Mit dem Ziel einer arbeits- und berufsfeldübergreifenden Vernetzung richtet sich das „BELLA DONNAweb“ an Fachkräfte aus der Sucht- und Drogenhilfe sowie angrenzender Arbeitsbereiche (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2011).

2.10.3 Alter

Die Zahl der älteren Menschen, die von einem behandlungsbedürftigen oder problematischen Substanzkonsum betroffen sind, wird Schätzungen zufolge bis zum Jahr 2020 um mehr als das Doppelte steigen. Grund hierfür ist, dass die zwischen 1946 und 1964 geborene Generation einen überdurchschnittlich hohen Substanzkonsum aufweist und dieser im höheren Alter häufig beibehalten wird (Weyerer & Schäufele, 2017). Hinzu kommt der medizinische Fortschritt und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten, die zu einer höheren Lebenserwartung allgemein und für Menschen mit substanzbezogenen Störungen im Speziellen führen (Schäufele, 2009).

Ältere Menschen weisen außerdem besondere Risikofaktoren für die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung auf. Diese sind u.a. Verlustereignisse, Verkleinerung des sozialen Netzwerks und die Zunahme an körperlichen und psychischen Beschwerden. Die quantitativ bedeutsamsten Substanzgruppen umfassen Alkohol, Tabak und Medikamente (v.a. Benzodiazepine) (Bitar et al., 2014; Weyerer & Schäufele, 2017). Die große Bedeutung der Älteren beim missbräuchlichen Benzodiazepingebrauch wurde bereits im Abschnitt Medikamente erläutert (s. o.).

Die aktuellsten Ergebnisse zu riskantem Alkoholkonsum bei älteren Menschen liefert die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) aus dem Jahr 2011. Hierbei weisen in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen 34,4 % der Männer und 18,0 % der Frauen einen riskanten Alkoholkonsum auf (Hapke, E, & Gaertner, 2013). Lange et al. berichten – ebenfalls unter Bezug auf DEGS1 – von einem 2,7- bzw. 3,1-fach erhöhtem Risiko älterer Männer (60-69 Jahre bzw. 70-79 Jahre), Alkohol in problematischem Ausmaß zu konsumieren. Für beide Geschlechter wird eine deutliche Abnahme des problematischen Alkoholkonsums zwischen 1992 und 2011 beschrieben. Für Männer gilt dies aber nur für die Altersgruppen bis 45 Jahre. In den älteren Kohorten geht er nur leicht zurück bzw. stagniert seit 1999 (ab 55 Jahre) (Lange, Manz, Rommel, Schienkiewitz, & Mensink, 2016). Gleichzeitig wird die Zunahme von Abstinenz in hohen Altersgruppen berichtet (Weyerer & Schäufele, 2017). In Studien konnte bestätigt werden, dass riskanter Alkoholkonsum im Alter mit folgenden Merkmalen assoziiert ist: Tabakrauchen, weiße Hautfarbe/Ethnie, höheres Einkommen, höhere Bildung und höherer sozialer Status (Schäufele, 2009; Weyerer & Schäufele, 2017). Aktuelle Konsumveränderungen (steigender Konsum) betreffen in besonderem Maße Frauen, so dass für die Zukunft höhere Anteile riskanten Alkoholkonsums unter den Älteren prognostiziert werden (Schäufele, 2009).

In einer repräsentativen, bundesweiten Befragung unter stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen wurde der Anteil von Menschen mit Suchtproblemen (Alkohol und Medikamente) in diesen Einrichtungen erhoben und mit durchschnittlich 14 % beziffert. Die Autoren/innen schlussfolgern daraus, dass bei diesen pflegebedürftigen älteren Menschen eine deutlich höhere Prävalenz des Missbrauchs von Alkohol und Arzneimitteln im Vergleich zu nicht Pflegebedürftigen besteht (S. Kuhn & Haasen, 2012).

Nach (primärärztlichen) Kurzinterventionen konnte, ähnlich wie bei jüngeren Altersgruppen, bei älteren Menschen ein Konsumrückgang verzeichnet werden (Lieb et al., 2008; Rumpf et al., 2009; Schäufele, 2009; Weyerer & Schäufele, 2017).

Bei der medikamentösen Behandlung kann es zu altersspezifischen Unverträglichkeiten kommen, vor allem bei Disulfiram (Rumpf et al., 2009). Es konnte nachgewiesen werden, dass die ambulante Suchtrehabilitation eine effektive Therapieform für ältere Abhängige mit dem Ziel der Abstinenz ist und entscheidend zur Reduzierung von Folgeschäden und Gesundheitskosten führt. Dabei weisen Ältere eine bessere Prognose bezüglich der Abstinenz und der nachhaltigen Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik auf als jüngere Patienten. Sie nehmen häufiger an Selbsthilfegruppen teil,

welche zudem den stärksten prädiktiven Effekt auf Abstinenzhaltung haben (Steffen, Werle, Steffen, Steffen, & Steffen, 2012).

Bei der Betrachtung der Prävalenzen alkoholbezogener Störungen weisen die Zahlen der Suchthilfestatistik auf eine bedeutsame Unterversorgung älterer Menschen hin. Zum einen nehmen ältere Menschen seltener aktiv Hilfe in Anspruch. Zum anderen gibt es Hinweise auf einen Mangel an altersspezifischen Therapie- und Behandlungsangeboten (Bitar et al., 2014). So wird kritisiert, dass in vielen Suchteinrichtungen bereits ein Alter ab 60 Jahren als Kontraindikation einer Betreuung betrachtet wird (Weyerer & Schäufele, 2017). Ältere Abhängige erfahren insgesamt auf mehreren Ebenen Exklusion: durch die Durchschnittsbevölkerung, durch die Subgruppe der Drogenabhängigen, durch Jüngere und durch das Hilfesystem insgesamt (Bitar et al., 2014; Vogt, 2009). Kuhn und Haasen (2012) führen bezüglich der Exklusion durch das Hilfesystem die mangelnde Vernetzung von Pflegeeinrichtungen mit dem Suchthilfesystem auf (S. Kuhn & Haasen, 2012).

2.10.4 Sucht und Elternschaft

Elterliche Suchterkrankungen stellen für betroffene Kinder und Jugendliche massive Belastungen dar und können im extremen Fall zu gravierender Kindeswohlgefährdung führen. Zudem steigt das Risiko, dass die Kinder ebenfalls eine Abhängigkeit entwickeln (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011). Neben der Erfahrung des elterlichen Suchtmittelkonsums sind das Erleben von häuslicher Gewalt, Trennungen und körperlicher sowie emotionale Misshandlung oder Missbrauch ursächlich für ein erhöhtes Suchtrisiko (Pfeiffer-Gerschel et al., 2013). Das durch den Alkoholkonsum in der Schwangerschaft beförderte Risiko des Fetalen Alkoholsyndroms begründet in besonderem Maße präventive Interventionen und diagnostische Maßnahmen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012a).

Die thematische Einbeziehung von Elternschaft sowie die Nutzung psychoedukativer Elemente stellen einen Beitrag zur Entlastung suchtbelasteter Familien dar. Zum einen werden Eltern unterstützt, ihrer Rolle (wieder) gerecht zu werden und zum anderen wird durch die gezielte Behandlung der Thematik die weitere Inanspruchnahme von Angeboten wahrscheinlicher (Puhm, 2012). Erkenntnisse einer insbesondere auf qualitativen Interviews beruhenden Studie zu illegalen Drogen konsumierenden Vätern deuten darauf hin, dass die in der Suchtberatung explizit aufgegriffene Vaterrolle positive Effekte auf diese haben kann (Bernard, Tödtte, Buth, Schlömer, & Kalke, 2016).

Bezüglich Opioidabhängiger konnte festgestellt werden, dass Kinder im eigenen Haushalt positiv mit günstigeren gesundheitlichen, psychischen und sozialökonomischen Aspekten verbunden sind. Es bestehen demnach Hinweise darauf, dass eine ausgeübte Elternrolle stabilisierend wirken kann (W. Fuchs, Martens, & Verthein, 2008).

Die Arbeit mit suchtbelasteten Familien erfordert eine multiprofessionelle Herangehensweise und Kooperationen u.a. zwischen Suchtberatungsstellen, der AIDS-Hilfe, Ärzten und Ärztinnen verschiedenster Fachrichtungen, Hebammen, der Jugendhilfe, Sozialämtern, Erziehungsberatungsstellen und Gerichten. Als Beispiel einer solchen Kooperation kann die „Kooperationsvereinbarung zwischen den an der Beratung von drogenkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern und deren Kindern beteiligten Institutionen zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppe innerhalb der Stadt Essen“ aus dem Jahr 2002 angeführt werden (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011). Die Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, Bella Donna, hat im Jahr 2015 eine Arbeitshilfe „Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung“ herausgegeben (Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW & BELLA DONNA, 2015). Auch das im Jahr 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz berücksichtigt die Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien und stärkt Prävention, Intervention und Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchtberatungsstellen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012a).

2.10.5 Menschen mit Behinderungen

Der Suchtmittelkonsum von Menschen mit einer Intelligenzminderung ist wissenschaftlich noch wenig bearbeitet, obwohl die Prävalenz einer Intelligenzminderung auf ca. 17,5 % geschätzt wird. Alkohol, Tabak und Cannabis sind die hauptsächlich konsumierten Suchtmittel in dieser Bevölkerungsgruppe. Die Gruppe der erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung im ambulanten Wohnen und Jugendliche mit Intelligenzminderung gelten als besonders gefährdet. Beratungs- und Behandlungskonzepte der Suchtprävention und Suchthilfe sind für diese Zielgruppe anzupassen, was speziell für Sprache und Materialien gilt. Zudem kann der Zugang zum Hilfesystem durch Fortbildungen der Beschäftigten in der Behindertenhilfe erreicht werden (Sarrazin & Fengels, 2009)

2.10.6 Polyvalente Substanzstörung und Komorbidität

Bei Konsumierenden von NPS wird über einen polyvalenten Substanzkonsum berichtet (Simon, Pirona, & Montanari, 2016). Das Ausmaß der polyvalenten Substanzstörungen aber ist, z. T. aufgrund expliziter, unterschiedlicher Kodierungsvorgaben der verschiedenen Monitoring-Instrumente, schwer zu bestimmen (Pfeiffer-Gerschel et al., 2013). Auch beziehen sich solche Angaben immer nur auf diejenigen, deren Störungen bereits durch das Hilfesystem (ambulant oder stationär) erfasst oder deren Todesumstände genauer betrachtet wurden. So wird im Rahmen einer Untersuchung über die Umstellung des Substitutionsmittels Methadon-Razemat auf Levomethadon von einem häufigen Konsum weiterer Substanzen (Kokain, Benzodiazepine und Cannabinoide) durch die Substituierten berichtet (Cimander et al., 2015). Bereits oben wurde berichtet, dass in der Deutschen Suchthilfestatistik für Personen mit einer Opioid-Substanzstörung häufig weitere Störungen durch Alkohol (29,6%), Kokain (23,7%) und Cannabis (31,3%) sowie Amphetamine (10,2%) festgehalten werden (Piontek, Dammer, et al., 2017).

Für die – bundesweit sehr gering ausgeprägte – Methamphetaminstörung beschreibt Härtel-Petri (2016) eine häufige Kombination mit Opioid-, Benzodiazepin- oder auch Cannabisstörungen (Härtel-Petri, 2016). Piontek et al. (2013) finden die Kombination mehrerer substanzbezogener Störungen insbesondere bei Kokain mit Alkohol und Schmerzmittel sowie bei einer amphetaminbezogenen Störung mit Cannabis und Alkohol. Geringe polyvalente Substanzstörungen weisen Piontek et al. (2013) zufolge Personen mit Störungen bezüglich Tabak, Schmerzmittel und Alkohol auf. Ähnlich der Risikofaktoren für problematischen Konsum, konnten männliches Geschlecht, niedrige Schulbildung, nicht-deutsche Staatsbürgerschaft und lediger oder geschiedener Familienstand als Risikofaktoren für eine multiple Substanzstörung identifiziert werden (Piontek, Kraus, Matos, & Pabst, 2013).

Psychische Probleme können zum einen zu der Entstehung süchtigen Verhaltens beitragen und zum anderen als Folge süchtigen Verhaltens auftreten (Pfeiffer-Gerschel et al., 2009). Bei einer bestehenden Persönlichkeitsstörung ist das Risiko, an einer komorbiden Suchtstörung zu erkranken, um den Faktor 12 erhöht. Die antisoziale- und die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind dabei von besonderer Bedeutung (Walter, 2013).

Die hohe Prävalenz von Traumaerfahrungen und Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) bei Substanzabhängigen konnte in Untersuchungen belegt werden (Hellmer, 2009). Ebenfalls finden sich Korrelationen zwischen ADHS im Erwachsenenalter und Sucht (Koch et al., 2014).

Die Diagnosestellung einer zusätzlichen Persönlichkeitsstörung ist wichtig für den Verlauf einer suchtspezifischen Behandlung. So ist eine komorbide Suchterkrankung bei Personen mit psychischen Störungen mit einem schlechteren Verlauf assoziiert (Walter, 2013).

Die Doppeldiagnose Sucht und Psychose ist sehr verbreitet und die entsprechende Patientengruppe gilt als schwer behandelbar. Langfristig angelegte, niedrigschwellige, motivationsbasierte ambulante Programme sind bei der Behandlung den intensiven stationären Programmen vorzuziehen (Gouzoulis-Mayfrank, 2008). Insgesamt ist es wichtig, beide Störungsbilder zu beachten und diese gemeinsam und integrativ zu behandeln (Gouzoulis-Mayfrank, 2013; Walter, 2013).

Weiter besteht ein Zusammenhang zwischen affektiven Störungen sowie Angststörungen und einem komorbidem Substanzmissbrauch. Dies ist besonders für Depressionen und Alkohol zu beobachten (Soyka, 2013).

Systembezogen

2.10.7 Harm Reduction, Interventionen und Behandlungsformen

Harm Reduction

Interventionen oder auch ganze Programme im Feld der Suchthilfe werden in Hinblick auf ihre Potentiale zur Schadensminimierung (Harm Reduction) beurteilt. Die EMCDDA fasst den Fokus weit und begreift als Adressaten der Minimierung der Schäden durch Drogenkonsum (gesundheitlich, sozial, ökonomisch) das Individuum, Kommunen und ganze Gesellschaften (<http://www.emcdda.europa.eu/topics/harm-reduction>). Andere Autoren nehmen bevorzugt die betroffenen Individuen in den Fokus (Carrico et al., 2014). Entsprechend können sich Maßnahmen der Schadensminimierung auf alle Substanzbereiche und Glücksspiel beziehen. Unter dem Begriff Harm Reduction wird z. T. die Wirksamkeit einzelner

Maßnahmen diskutiert und zum anderen werden Programme oder umfangreiche Maßnahmenpakete im Ganzen darunter subsumiert - die Übergänge sind fließend.

Programme zum kontrollierten Trinken (s. o.) werden auch unter Aspekten der Schadensminimierung diskutiert (Maremani, Cibir, Pani, Rossi, & Turchetti, 2015; Muckle, Muckle, Welch, & Tugwell, 2012). Motivierende Kurzinterventionen bei riskantem Alkohol- und/oder Nikotingebrauch in der Schwangerschaftsberatung sollen den Konsumstopp oder dessen -reduktion bewirken und auch die Motivation zur Aufnahme einer Suchtberatung erhöhen – immer verbunden mit dem Ziel, Schaden von den Konsumierenden und Ungeborenen abzuwenden. Erstere Anliegen (Konsumstopp/-reduktion) wurden in einem Modellprojekt in Köln von den beratenden Frauen interessiert unterstützt, letztere eher skeptisch beurteilt (Vermittlung einer Suchtberatung). Positiv beurteilt wurde die Kurzintervention (Hoff, Farke, Rossenbach, & Munzel, 2011; Hoff, Laux, Münzel, Rossenbach, & Vinke, 2014).

Überdosierungen zu verhindern oder im Falle ihres Auftretens unmittelbar wirksame Gegenmaßnahmen durchzuführen, um in beiden Fällen Todesfälle zu verhindern, ist ein zentrales Ziel schadensminimierender Maßnahmen in Bezug auf Opioid-Konsumenten/innen. Katzman berichtet, dass Naloxon-Kits zur Notfallbehandlung bei einer Überdosierung von Opioiden, ausgegeben im Rahmen eines ambulanten Betreuungsprogramms Opioidabhängiger, in Fällen einer akuten Überdosierung erfolgreich eingesetzt wurden und damit das Überleben sicherten (Katzman et al., 2018). Diese Wirksamkeit von Naloxon im Notfalleinsatz wird von Bahji et al. – nach Durchführung eines systematischen Reviews zum Thema – bestätigt.

Mehrere systematische Literaturreviews – aus den Jahren 2014 und 2017 – zu supervidierten Konsumräumen halten deren Wirkungen fest. Übereinstimmend werden deren schadensminimierende Wirkungen beschrieben: Überdosierungen mit lebensbedrohenden Notfällen werden minimiert, gesundheitsschädigende Konsumweisen reduziert, Kontakte und Vermittlungen in das weitere Hilfesystem angebahnt. Der intravenöse Drogenkonsum wird nicht gesteigert. Da dieses Angebot seine Zielgruppe erreiche, werde gleichzeitig die öffentliche Ordnung gefördert, ohne drogenbezogene Kriminalität zu steigern. So nehmen der öffentliche Drogenkonsum und die im öffentlichen Raum entsorgten Spritzen und Kanülen ab (Kennedy, Karamouzian, & Kerr, 2017; Potier, Laprevote, Dubois-Arber, Cottencin, & Rolland, 2014). Des Weiteren werden die persönlichkeitsstabilisierenden Effekte betont, die aus der abwesenden Stigmatisierung bzw. akzeptierenden Grundhaltung gegenüber den Usern im Drogenkonsumraum resultiere (Duncan, Duff, Sebar, & Lee, 2017; Kappel, Toth, Tegner, & Lauridsen, 2016). In einer gesundheitsökonomischen Untersuchung kommen Irwin et al. zu dem Schluss, dass sich Investitionen in Konsumräume auch finanziell lohnen: Für jeden investierten Dollar resultierten mehr als zwei Dollar an gesparten Kosten im Gesundheitssystem (Irwin, Jozaghi, Bluthenthal, & Kral, 2017).

Vergabeprogramme für Utensilien zur sterilen Injektion wurden vielfach auf ihre Wirksamkeit untersucht: Fernandes et al. kommen nach umfangreichen, systematischen Literaturrecherchen zu dem Ergebnis, dass diese Interventionen die HIV-Übertragung wirksam vermeiden und mit dem intravenösen Drogengebrauch verbundenen Risiken senken. Die Wirksamkeit ist lt. den Autoren höher, wenn die Abgabe der Injektionsutensilien kombiniert ist mit weiteren Maßnahmen der Schadensminimierung und diese systematisch und nicht nur exemplarisch implementiert wird (Fernandes et al., 2017). Als Hürden zur Inanspruchnahme bzw. Anwendung risikoarmer Konsumverhaltensweisen (Verwendung neuer Nadeln und Reinigung der Injektionsstellen) werden der Entzug, polizeilicher Verfolgungsdruck und die fehlende Ausstattung mit den bezeichneten Materialien zum risikoarmen Konsum genannt (Phillips, 2016).

Intravenös Konsumierende nehmen das hohe Risiko auf sich, zusätzlich an Hepatitis zu erkranken. Martin et al. untersuchten die Kosteneffektivität diese Krankheit detektierender Bluttests (HCV dried blood spot test). Sie kommen zu dem Ergebnis, dass solche in Einrichtungen der Drogenhilfe dann kosteneffektiv sein können, wenn sich eine Behandlung anschließt. Deren positive monetären Effekte (auf das Individuum und auch die Gesellschaft) wurden in die Berechnungen einbezogen. Steigende Behandlungsraten würden zur steigenden Kosteneffektivität führen (Martin et al., 2013).

Dass ein Wechsel von der risikoreichen Injektion zur Inhalation bei den Konsumenten/innen erfolgreich angestoßen werden kann, zeigen Stöver und Schäffer (2015). Dazu erforderlich waren verfügbare, neuartige Konsumutensilien (Rauchfolien), mediale Erläuterungen (Flyer und Poster) sowie die direkte Ansprache der User/innen (Stover & Schaffer, 2015).

Drogenschnelltests geben den Usern die Möglichkeit, Klarheit über die von ihnen zu konsumierenden Substanzen zu erhalten und damit die Konsumrisiken zu minimieren: Harper et al. beschreiben unter Analyse der europäischen Erfahrungen, dass einige dieser Instrumente effektiv im niedrighschwelligem Bereich, vor Ort eingesetzt werden können (Harper, Powell, & Pijl, 2017).

Für Männer, die mit Männern Sex haben und Methamphetamine konsumieren, beschreiben Carrico et al. eine ambulante, schadensminimierende Intervention. Diese basierte auf dem Matrix-Modell (kognitive Verhaltenstherapie) und wurde in wöchentlichen Gruppensitzungen durchgeführt. Die Autoren/innen beschreiben einen auf diese Weise verringerten

Methamphetamingebrauch und die Reduktion einzelner, risikoreicher Sexualpraktiken. Festgehalten wurde ein parallel angestiegener Cannabiskonsum (Carrico et al., 2014).

Interventionen und Behandlungsformen

Die Interventionsformen kognitive Verhaltenstherapie (KVT), Kontingenzmanagement (KM) und motivierende Gesprächsführung (MI) stellen eine sinnvolle und wirksame Behandlung Abhängigkeitskranker dar. In Studien konnte hier bei schwerer erkrankten Patienten und Patientinnen besonders die Kombination aus KVT und KM sowie KVT und MI gute Effekte aufzeigen (Bernow & Fehr, 2009; M. Walter et al., 2015). Für MI konnte sowohl in Form von Kurzzeitinterventionen als auch in Form von wiederkehrenden, in eine längerfristige Therapie eingebetteten Bausteinen als wirksam in Bezug auf eine Konsumreduktion nachgewiesen werden. Dies gilt sowohl für das Einzel- als auch das Gruppensetting. Insbesondere verhaltenstherapeutische, familientherapeutische und motivationssteigernde Ansätze sind als wirksam anzusehen (G. Bischof, 2010; Vogel, Dürsteler, Lang, Krausz, & Walter, 2015). Vor allem die motivierende Gesprächsführung stellt eine bedeutende Grundlage für eine zieloffene Suchtarbeit dar (Körkel, 2012).

Im Jahr 2011 wurde die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses insoweit angepasst, dass bei Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit in Ausnahmefällen eine ambulante Psychotherapie möglich ist, auch wenn noch keine Suchtmittelfreiheit besteht. Die Betroffenen müssen allerdings erste Schritte zu einer Abstinenz unternommen haben und für eine Finanzierung durch die Krankenversicherung muss eine Abstinenz nach maximal zehn Behandlungsstunden nachgewiesen werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012a).

Das Community Reinforcement Familientraining CRAFT geht davon aus, dass Familienangehörige einen wesentlichen Beitrag für die Entwicklung des Substanzkonsums des Betroffenen und die Inanspruchnahme von Hilfen leisten können. Dabei basiert es auf der Grundlage der Lerntheorie und orientiert sich an Verfahren wie der motivierenden Gesprächsführung. Das deutsche Therapeutenmanual liegt seit 2009 vor (Gallus Bischof, Iwen, Müller, Freyer-Adam, & Rumpf, 2007). Die Evaluation des CRAFT-Programms in der psychosozialen Suchtberatungsstelle Nürtingen von 2013 bis 2016 legt die Wirksamkeit nahe und weist auf benötigte Ressourcen und Kapazitäten hin (Köster-Sommer & Pörtl-Knüppel, 2017). Die Unterstützung durch das soziale Umfeld stellt zudem neben dem Hausarzt bzw. der Hausärztin die am häufigsten angenommene Form der Hilfe dar (Matos, Kraus, Pabst, & Piontek, 2013). Hier kommt dem Beratungs- und Informationsbedarf von Eltern und Angehörigen eine besondere Bedeutung zu (Chromik, 2016).

Selbsthilfegruppen sind weiterhin ein bedeutendes Element der Suchthilfe, insbesondere für die Bereiche der Nachsorge, der Sicherung von Therapie- und Rehabilitationserfolgen sowie der Rückfallprophylaxe (Kofahl, 2011). Hierbei profitieren vor allem alkoholabhängige Klienten, wobei die Erreichbarkeit dieser Gruppe als ausbaufähig beschrieben wird (Walter Fuchs, Kuhn, Martens, & Verthein, 2012).

Informationsportale im Internet zu bestimmten Suchtstoffen und für bestimmte Zielgruppen haben sich bereits etabliert, ebenso verhält es sich mit online ausfüllbaren Screeninginstrumenten bzw. Selbsttests. Internetbasierte Beratungsangebote und Suchtbehandlung hingegen stehen erst am Anfang, ein Ausbau wird gefordert und diskutiert. In einem Überblick zum aktuellen Forschungsstand elektronischer Kurzinterventionen bei risikoreichem Alkoholkonsum werden insbesondere Erkenntnisse englischsprachiger (vor allen Dingen amerikanischer) Herkunft zusammengefasst (Bertholet & Daepfen, 2012): Die unterschiedlichen Interventionsformen (online oder stationär PC-gestützt) zeigen sich grundsätzlich wirksam, haben aber geringe Effekte. In vielen Fällen bestünde aufgrund methodischer Restriktionen (insbesondere ausgewählter Zielpopulationen) allerdings weiterhin deutlicher Forschungsbedarf.

Es wird erwartet, durch elektronische Interventionen die Reichweite der Suchthilfe zu erhöhen und den Zugang zum Hilfesystem zu verbessern (Rummel et al., 2015). Dies ist vor dem Hintergrund geringer Behandlungsraten und später Inanspruchnahme von Hilfen durch Suchterkrankte von hoher Relevanz (Weissinger, 2017). Insbesondere können bestimmte Zielgruppen, wie z.B. gut integrierte junge Erwachsene, belastete Familien und Angehörige eher erreicht werden (Bachmann, 2016). Online-Interventionen wird daher das Potential zugeschrieben, einen signifikanten Beitrag zur öffentlichen Gesundheitsförderung und Suchtprävention zu leisten (Krausz, Ramsey, Neumann, Vogel, & Backmund, 2014; Peter Tossmann, Leuschner, Jonas, Goecke, & Lang, 2016). Gleiches gilt für die psychosoziale Versorgung (Berger, 2014). Unterschiede in der schriftlichen und mündlichen Kommunikation bei den verschiedenen Zielgruppen sind bei der Ausarbeitung von Programmen zu beachten (Fieseler, 2014).

2.10.8 Rehabilitation

Im Dezember 2008 ist das „gemeinsame Rahmenkonzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in Kraft getreten. Es wird dabei detailliert auf die Inhalte Rehabilitation, Diagnostik, Dauer und Frequenz, persönliche, räumliche und apparative Ausstattung, Vernetzung und die Qualitätssicherung eingegangen (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2009; DRV & GKV, 2008; Pfeiffer-Gerschel et al., 2009). Im „gemeinsamen Rahmenkonzept zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation“ aus dem Jahr 2011 werden ebenfalls Zielgruppen, Indikationsstellung, strukturelle und konzeptionelle Anforderungen, Inhalte, Frequenz und Dauer sowie personelle und räumliche Anforderungen beschrieben. Zudem wird diese Leistungsform von der niedrigfrequenten ambulanten Rehabilitation abgegrenzt (DRV & GKV, 2011; Köhler, Müller-Simon, Gerken, & Treeck, 2012).

Weiter haben sich DRV und GKV in 2012 auf ein „Gemeinsames Rahmenkonzept zur Nachsorge im Anschluss an die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ verständigt. Es werden die erforderlichen Nachsorgeleistungen definiert und von anderen Rehabilitationsleistungen abgegrenzt. Das Konzept beschreibt Inhalte und Themen der Nachsorge sowie qualitative Anforderungen an die Einrichtungen. Die Bedeutung der Nachsorge zur Sicherung der Nachhaltigkeit von Entwöhnungsbehandlungen wird auf diese Weise betont (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2013; DRV & GKV, 2012). Im Jahr 2014 trat das „Gemeinsame Rahmenkonzept zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ in Kraft. Es definiert die Kombinationsbehandlung und grenzt sie weiter von anderen Rehabilitationsleistungen ab. Sie besteht aus verschiedenen Phasen, die stationär, ganztägig ambulant oder in ambulanter Form durchgeführt werden können. Auf diese Weise soll durch Kooperationen der Einrichtungen die Flexibilität und Passgenauigkeit der Leistungen erhöht werden (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2014; DRV & GKV, 2014). Ebenfalls mit Blick auf den individuellen Rehabilitationsbedarf wurden im Jahr 2015 Rahmenbedingungen und Indikationskriterien für die neuen Leistungsformen: „Wechsel in die ambulante Rehabilitation“ und „Wechsel in die ambulante Entlassungsform“ eingeführt. Die Kombinationsbehandlung sowie die genannten neuen Leistungsformen erfordern eine gelungene Kommunikation, Kooperation und ein Schnittstellenmanagement zwischen den Einrichtungen (Bürkle, 2016; DRV & GKV, 2015a, 2015b).

Im April 2015 wurden die durch die BORA-Arbeitsgruppe (Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker) erarbeiteten „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ öffentlich vorgestellt. Die BORA-Empfehlungen enthalten Hinweise und Anregungen für die Weiterentwicklung der bestehenden Therapiekonzepte sowie die Gestaltung von Kooperationen und Netzwerken im Hinblick auf die Förderung der beruflichen Integration (BORA, 2014). Dabei sind sie ausdrücklich als Empfehlungen zu verstehen, die auf den konzeptionellen Vorgaben des MBOR-Konzeptes (Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation) aus dem Jahr 2012 aufbauen (A. Koch, 2015). Maßgeblich ist die Differenzierung auf Grundlage besonderer erwerbsbezogener Problemlagen von fünf Zielgruppen, an der sich die weiterführende Diagnostik und Therapie orientiert (A. Koch & Schinner, 2015).

Bei der Rehabilitation ist weiter zu beachten, dass sich arbeitsbezogene Maßnahmen für Abhängige meistens auf ein jüngeres und schlechter ausgebildetes Klientel beziehen (Reimer, 2015). Die Auseinandersetzung mit der Arbeitsmotivation während der Rehabilitation spielt dabei eine wichtige Rolle im weiteren Prozess (Hinrichs, Christoffer, Heuft, & Fiedler, 2017)

Bei einer Auswertung der Deutschen Suchthilfestatistik von 2007 bis 2011 konnte festgestellt werden, dass arbeitslose Klienten und Klientinnen eingeschränkte soziale Ressourcen sowie höhere Rückfallquoten besitzen. Sie weisen insgesamt schlechtere psychosoziale Parameter als andere Klienten und Klientinnen auf. Es liegt die Schlussfolgerung nahe, dass (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt einen rückfallprotektiven Faktor sowie eine Risikoreduzierung für riskanten Substanzkonsum darstellt. Die sozioökonomischen Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Erwerbstätigen in der Suchthilfe erweisen sich seit 2007 als stabil (Kipke, Brand, Geiger, Pfeiffer-Gerschel, & Braun, 2015; Thaller, Specht, Künzel, & Braun, 2017).

Insgesamt scheint es keine belastbare Evaluationsstudie zur ambulanten Sucht-Rehabilitation zu geben.

2.10.9 Kooperation und Vernetzung

Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen in NRW sind gesetzlich etabliert (ÖGDG, § 24). Das ist nach Wersé (2010) die Grundlage ihrer dauerhaften, nun fortgeschrittenen Implementierung. Ihre Mitglieder beurteilen sie grundsätzlich positiv, auch werden Handlungsempfehlungen verabschiedet, was als Indikator ihrer Handlungsfähigkeit gewertet wird. In der

Praxis ließen sich Konferenzen finden, die elementarer Bestandteil des kommunalen Planungsprozesses seien, solche, die wichtig seien, dritte, die nur aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung eingeführt wurden und vierte, die faktisch nicht existierten (Werse, 2010). Ziemer & Grunow-Lutter (2007) berichten, dass insbesondere kommunale Vertreter/innen die Konferenzen zurückhaltend nutzen und eher auf andere Entscheidungs- und Kommunikationszusammenhänge zurückgriffen. Die Gesundheitsfachverwaltung sei aufgerufen, politischen und administrativen Entscheidungsträgern die Kommunale Gesundheitskonferenz als legitime Entscheidungsplattform näher zu bringen (Ziemer & Grunow-Lutter, 2007).

Für Jobcenter liegen Hinweise vor, dass diese ihrer Aufgabe der Vermittlung von Suchtkranken an die Suchthilfe im Sinne des §16a SGB II grundsätzlich nur rudimentär nachkommen und die Zahlen der Vermittlungen seit 2009 abnehmen (Henkel & Zemlin, 2013). Als ursächlich für die mangelnden Überweisungen an die Suchtberatungsstellen werden die ungünstige Betreuungsrelation und mangelnde Zeitressourcen, Bedarf an suchtspezifischen Schulungen speziell für das Erkennen von Suchtproblemen, sowie der unterschiedliche Umgang mit Sanktionen genannt (Henke, Henkel, Nägele, Pagels, & Wagner, 2010). Weiter besteht eine suchtdiagnostische Selektivität, wobei es den Fachkräften im Jobcenter anscheinend leichter fällt Alkoholprobleme wahrzunehmen als Probleme mit anderen Substanzen, wie Opioiden oder Kokain (Henkel & Zemlin, 2013). Diesen Befund bestätigt eine bundesweite Befragung der Jobcenter. Gleichzeitig wird diese Aufgabe als weiterhin größte, noch zu erfüllende Herausforderung bezeichnet (Henke, Henkel, Nägele, & Wagner, 2018). Es handelt sich bei der Gruppe der „Hartz IV“- sowie Arbeitslosengeld I-Beziehenden um eine stärker suchtblastete Gruppe (Henke et al., 2010; Henkel & Schröder, 2015). Die substanzbezogenen Störungen bestehen zu einem großen Teil bereits seit vielen Jahren und zumeist mit einer größeren Dauer als die Arbeitslosigkeit (Scherbaum, Specka, Kaspar, Mikoteit, & Lieb, 2018). Den Jobcentern wird eine wichtige Funktion bei Früherkennung und Frühintervention zugewiesen. Nach wie vor würden die Mitarbeiter/innen der Jobcenter Suchtkranke nicht besser erkennen, als in der Analyse der Befragung 2009 (Henkel & Zemlin, 2013) beschrieben. Auch sei ein Fachkonzept Sucht (SGB II) mit verbindlichen Vorgaben, Qualitätsstandards und Arbeitshilfen nur in 21,5% der Jobcenter vorhanden. 37,2% der Jobcenter verfügten über eine vertraglich geregelte Form der Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe. Die Schnittstelle zur Suchtrehabilitation sei (im Vergleich der Jahre 2016 und 2009) nicht verbessert, anders als die Einbindung in lokale Netzwerke (Henke et al., 2018).

Haus- und Primärärzte und -ärztinnen spielen in der Behandlung und Diagnostik von substanzbezogenen Störungen ebenfalls eine bedeutende Rolle. Zum einen bezüglich der Diagnose und Überweisung in das Suchthilfesystem und zum anderen bei der direkten Behandlung durch Kurzinterventionen oder ambulanten Entzug sowie der ambulanten Nachsorge (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2011). Standardisierte Screeningverfahren kommen dabei in der hausärztlichen Versorgung selten zum Einsatz, wodurch die Diagnose einer suchtspezifischen Störung, vor allem einer alkoholbezogenen Störung, erschwert wird und diese daher oft unerkannt bleibt (Schulte et al., 2014). Diese betrifft speziell jüngere und weibliche Personen sowie Personen ohne auffällige Trinkmuster (Hapke et al., 2013; Kuitunen-Paul et al., 2017). Barrieren auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen bestehen in der Finanzierung, der Vernetzung mit dem Suchthilfesystem und in den Bedarfen an Qualifikation (Fankhänel, T., Lenz, J., Papert, S., Voigt, K., Klement, A., 2014; Schulte et al., 2014). Bei der Evaluation eines Modellprojekts zu integrierter Versorgung konnte gezeigt werden, dass durch die Vernetzung von Strukturen der Krankenversorgung eine effektive qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung besser gelingen kann (Steffen, Steffen, & Steffen, 2015).

Weiter besteht gesonderter Kooperationsbedarf zwischen Justizvollzugsanstalten und suchtspezifischen Hilfeeinrichtungen, um suchtkranken Gefangenen nach ihrer Entlassung ein umfassendes Hilfs- und Beratungsangebot zu gewährleisten. Dafür wurde in NRW eine Rahmenvereinbarung von Vertretern des Justizministeriums sowie der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, des Städtetages, des Städte- und Gemeindebundes sowie des Landkreistages unterzeichnet (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011).

Insgesamt ermöglicht das stark differenzierte und zergliederte Hilfesystem eine besonders personenzentrierte Beratung und Behandlung. Die daraus resultierende Vielzahl der Zuständigkeiten und Kostenträger erfordert ein hohes Maß an Kooperationswillen und Managementfähigkeiten auf Seiten der Leistungsträger und Leistungserbringer (Bartsch et al., 2017). Von gelungener Kooperation aus NRW berichten Nienaber et al. (2017): Unter Fokussierung insbesondere auf familienmedizinische bzw. -therapeutische Verfahren gelang es, Beteiligte aus den Bereichen stationäre und ambulante Hilfen (Klinik, Beratungsstellen, Ärzte/innen, Psychotherapeuten/innen, Kindertageseinrichtungen, Jugendämter) so (mit den beteiligten Familien) zu koordinieren, dass sowohl die zu unterstützenden Kinder in Familien mit Sucht- oder anderen psychischen Erkrankungen als auch deren Eltern davon profitieren konnten. Die durchgeführten Leistungen umfassten Einzelgespräche, Förderungen mit Kind, Familiengespräche, Paarberatung und Helferkonferenzen. Insbesondere gelang es Hilfebedarfe zu eruieren und Weitervermittlungen in spezifisch erforderliche Hilfebereiche erfolgreich zu bewirken (Nienaber et al., 2017).

2.10.10 Sucht- und Drogenstrategie: Bund und NRW

Im Jahr 2012 hat die Bundesregierung eine „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ verabschiedet, welche den „Aktionsplan Drogen und Sucht“ aus dem Jahr 2003 ersetzt. Die Strategie stellt die Reduzierung des Konsums legaler und illegaler Suchtmittel sowie die Vermeidung drogen- und suchtbedingter Probleme in der Gesellschaft in den Fokus. Dabei versteht sie sich als gesundheitspolitische Leitlinie (Pfeiffer-Gerschel et al., 2013). Die Strategie gliedert sich in vier Ebenen: Prävention, Beratung- und Behandlung sowie Hilfen zum Ausstieg, Maßnahmen zur Schadensreduzierung und Repression (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012b). Im Fokus stehen neue Herausforderungen, die sich u.a. aus dem demografischen Wandel, dem Aufkommen neuer Suchtformen und -mittel in Form von NPS, dem zunehmenden Konsum von Methamphetamin, pathologischem Glücksspiel und Internetsucht ergeben. Dabei wird neben der Abhängigkeit auch riskantes Konsumverhalten verstärkt in den Blick genommen (Pfeiffer-Gerschel, Dammer, Schulte, Bartsch, & Maria Friedrich, 2017).

Seit 2016 liegt zudem die BIS 2030 Strategie der Bundesregierung vor, die HIV, Hepatitis B und C und andere sexuell übertragbare Infektionen bis 2030 substanziell eindämmen soll. I.v.-Drogenkonsumierende werden als eine der speziellen Zielgruppen dieser Strategie explizit genannt (Dammer, Schulte, Pfeiffer-Gerschel, Bartsch, & Friedrich, 2017).

Die nordrhein-westfälische Landesregierung hat im Jahr 2015 das „Landeskonzept gegen Sucht“ vorgelegt. Sie geht aus von einem mehrdimensionalen Konzept der Suchtentstehung. Im Vordergrund stehen für sie der „Vorrang von Prävention und Hilfe, Maßnahmen zur Reduzierung der suchtbedingten gesundheitlichen und sozialen Risiken (...) und sozialraumorientierte, personenzentrierte und vernetzte Hilfen“. Die Landesregierung setzt entsprechend ihrer landesweiten Steuerungsaufgabe auf leitlinienorientierte, der Komplexität des Themas gerecht werdende, koordinierte Aufgabenwahrnehmungen und differenzierte Interventionen der im Feld beteiligten Akteure. Ein explizites Ziel ist es, „die Segmentierung von Hilfeleistungen im Versorgungssystem“ zu überwinden (Nordrhein-Westfalen, 2015b). Zur Erreichung werden Querschnittsaufgaben definiert: Kooperation und Koordination, Suchtprävention, berufliche und soziale (Wieder-) Eingliederung, geschlechtergerechte und geschlechtsspezifische Differenzierung von Suchtprävention und -hilfe sowie Qualitätsmanagement. Darüber hinaus wird der Handlungsrahmen für die Suchtprävention und Suchthilfe bzw. -selbsthilfe beschrieben, mit dem fachliche Standards und Handlungsbedarfe benannt werden, um deren gezielte Implementierung und Befriedigung zu befördern. Hierzu dient auch die differenzierte Deskription von Strukturen und Einrichtungen des Präventions- und Hilfesystems samt ihrer Funktionen und Aufgaben.

Schwerpunkte, Standorte und Netzwerke universitärer Suchtforschung in NRW werden skizziert.

Ebenfalls im Jahr 2015 vorgelegt wurde der „Aktionsplan gegen Sucht“. Mit ihm sollen – „gemeinsam von allen maßgeblich beteiligten Akteurinnen und Akteuren erarbeitet“ – Impulse für eine Weiterentwicklung der Suchtpräventions- und -hilfeangebote gegeben und deren Verankerung vor Ort befördert werden (Nordrhein-Westfalen, 2015a). Das übergeordnete Landeskonzept wird durch den Aktionsplan konkretisiert und prioritäre Handlungsbedarfe bzw. vorrangige Handlungsfelder (und in ihnen: Maßnahmen) aufgezeigt. Dazu zählen: Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene und Familien, Erwachsene und die Arbeitswelt, ältere Menschen, Gender Mainstreaming und Gendersensibilität, Migration sowie geistige Behinderung.

2.10.11 Weitere strukturelle und rechtliche Veränderungen

In dem seit Mai 2013 gültigen DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ergeben sich für den Suchtbereich diese wesentliche Änderungen. Zum einen entfällt für das Vorliegen einer Substanzgebrauchsstörung (substance use disorder) das Symptom „Probleme mit dem Gesetz“, da es sich als niedrig prävalent erwiesen hat und keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Diagnosestellung hatte. Zusätzlich wird erstmals das Symptom „craving“ nach Suchtmittel aufgenommen. Zum anderen wird die kategoriale Unterscheidung zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit aufgehoben und eine Schweregrad-Kontinuität der Störungen anerkannt. Es gibt folgende Stufen: keine bzw. sehr wenig Symptome (0-1 Kriterien), „leichte Störung“ (2-3 Kriterien), „moderate“ (4-5 Kriterien) und „schwere“ Störung (6 und mehr Kriterien) (Boscarino, Hoffman, & Han, 2015; Thomasius, 2014).

Die neue übergeordnete Kategorie für alle Abhängigkeitserkrankungen (addiction and related disorders) betont den Suchtbegriff und ermöglicht es, auch Verhaltenssuchte zu subsumieren. Hier wurde die Glücksspielsucht als bisher einzige Verhaltenssucht aufgenommen. In der Sektion III wurde zudem die Internetspielstörung (Internet Gaming Disorder) in den vorläufigen diagnostischen Kriterien aufgenommen. Die Änderungen betreffen insgesamt wesentliche Aspekte der Konzeptualisierung psychischer Krankheiten (Thomasius, Sack, Strittmatter, & Kaess, 2014). Es bestehen Bedenken bezüglich einer möglichen, zukünftigen Pathologisierung abweichender Verhaltensweisen, die durch diese strukturel-

len Änderungen ermöglicht werden könnte (Heinz & Friedel, 2014; Thomasius et al., 2014). Es wird des Weiteren angemerkt, dass sich DSM-5 und ICD-10/ICD-11 im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen zunehmend voneinander entfernen (Baumgartner & Soyka, 2013).

Im Jahr 2015 ist das Präventionsgesetz in Kraft getreten, welches als ein explizites Ziel die Reduzierung des Alkoholkonsums beinhaltet. Es stärkt die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherungen und erhöht u.a. den finanziellen Beitrag, den diese für Präventionsmaßnahmen zur Verfügung stellen müssen (Pfeiffer-Gerschel et al., 2016). Zudem bildet es die Grundlage für eine bessere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung (Pfeiffer-Gerschel et al., 2017).

In NRW ist die Suchthilfe kommunalisiert worden. Im Jahr 2009 wurde dazu von den beteiligten Akteurinnen und Akteuren eine Rahmenvereinbarung über die Grundsätze zur Ausgestaltung und Weiterentwicklung von Präventions- und Hilfeleistungen im Suchtbereich unterschrieben. Diese wurde im Jahr 2014 aktualisiert. Auf der einen Seite können Prozesse so effektiver organisiert werden. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr nicht hinreichender Koordination, wodurch das erforderliche Leistungsspektrum, die Wirksamkeit und Bedeutung des Suchthilfesystems und seiner Maßnahmen für die soziale Gemeinschaft nicht erreicht werden können (Bartsch et al., 2017).

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) tritt gestaffelt von 2017 bis 2020 in Kraft und beinhaltet eine Reform der Eingliederungshilfe mit dem Ziel, die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), in Kraft seit 2009, umzusetzen. Der in diesem Zuge neu definierte Behinderungsbegriff orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Die Orientierung an der ICF bei der Bedarfsermittlung bildet dabei die Grundlage für eine bundesweit einheitliche Anwendung (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., 2014; Drenckberg & Bürkle, 2017). Die in der ambulanten Suchthilfe eingesetzten Assessment-Instrumente lassen sich zum Teil mit den Komponenten der ICF in Verbindung bringen. Nur wenige können direkt den Bereichen Aktivitäten und Teilhabe zugeordnet werden (Spies, Maschler, & Buchholz, 2016).

2.11 Literaturverzeichnis

- Apothekerkammer HH, KVH, & Ärztekammer HH. (2011). Verordnung von Benzodiazepinen und deren Analoga - Gemeinsame Handlungsempfehlung.
- Bachmann, A. (2016). Onlinebehandlung: Wirksamkeit, Erfolge und Potenziale. Suchtmagazin, 5, 19 - 23.
- Backmund, M. (2007). Ansprechbarkeit von Drogengebrauchern über Infektionsrisiken für HIV und HCV. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50(4), 471-475. doi:10.1007/s00103-007-0189-7
- Backmund, M. (2008). HIV-Infektion und Opioidabhängigkeit. SUCHT, 54(4), 222-228. doi:10.1024/2008.04.04
- Backmund, M., Lüdecke, C., Isernhagen, K., Walcher, S., & Rütther, T. (2014). Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS e.V.): Therapie der Opiatabhängigkeit – Teil 1: Substitutionsbehandlung. Suchtmedizin, 16(1), 7 – 20.
- Bartsch, G., Friedrich, M., Schulte, L., Dammer, E., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2017). Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016 / 2017): Behandlung.
- Batra, A., Meyer-Thompson, H.-G., Kunstmann, W., Havemann-Reinecke, U., & Wodarz, N. (2017). Kommentare zur Änderung der Betäubungsmittel-Versicherungsverordnung. SUCHT, 63(4), 227-235. doi:10.1024/0939-5911/a000493
- Baumgartner, G., & Soyka, M. (2013). DSM-5--Was ändert sich für die Suchttherapie und -forschung? Fortschr Neurol Psychiatr, 81(11), 648-654. doi:10.1055/s-0033-1355618
- Baumgärtner, T., & Hiller, P. (2016). Suchtmittelgebrauch, Computerspiel- und Internetnutzung, Glücksspielerfahrungen und Essverhalten von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen 2015 - Deskriptive Ergebnisse der SCHULBUS-Untersuchung in Hamburg sowie in drei Grenzregionen Bayerns, Sachsens und Nordrhein-Westfalens. Hamburg: Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V.
- Berger, T. (2014). Internetbasierte Therapien. Suchtmagazin, 3, 15-18.
- Bermejo, I., Frank, F., Komarahadi, F., Albicker, J., Ries, Z., Kriston, L., & Härter, M. (2015). Transkulturelle Prävention von Alkoholerkrankungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 58(7), 738-748. doi:10.1007/s00103-015-2164-z
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L., & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 55(8), 944-953. doi:10.1007/s00103-012-1511-6
- Bernard, C., Tödte, M., Buth, S., Schlömer, H., & Kalke, J. (2016). Problematischer Substanzkonsum und Vaterschaft - Abschlussbericht.
- Bernow, N., & Fehr, C. (2009). Psychotherapie von Suchterkrankungen. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 11(2), 63-70.
- Bertholet, N., & Daepfen, J.-B. (2012). Elektronische Kurzintervention bei risikoreichem Alkoholkonsum. abhängigkeiten, 18(2), 24-36.
- BfArM, B. f. A. u. M. (2010). Bericht zum Substitutionsregister.
- BfArM, B. f. A. u. M. (2018). Bericht zum Substitutionsregister.
- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., John, U., & Rumpf, H. J. (2015). Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei pathologischen Glücksspielern. [Utilization of Rehabilitation Treatment among Pathological Gamblers]. Suchttherapie, 16(01), 9-17. doi:10.1055/s-0034-1377015
- Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., Kastirke, N., John, U., & Rumpf, H.-J. (2012). Inanspruchnahme von Hilfen bei Pathologischem Glücksspielen. SUCHT, 58(6), 369-377. doi:10.1024/0939-5911.a000214
- Bischof, G. (2010). Effektivität von Psychotherapie bei Suchterkrankungen. [Effectiveness of Psychotherapy for Addictive Disorders]. Suchttherapie, 11(04), 158-165. doi:10.1055/s-0030-1267987
- Bischof, G., Iwen, J., Müller, C. W., Freyer-Adam, J., & Rumpf, H.-J. (2007). Das Community Reinforcement Ansatz basierte Familien Training (CRAFT): Angehörigenarbeit bei Suchtkranken ohne Behandlungsbereitschaft. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung(2/3).

- Bitar, R., Dürsteler, K. M., Rösner, S., Grosshans, M., Herdener, M., & Mutschler, J. (2014). Sucht im Alter. *Praxis*, 103(18), 1071-1079. doi:10.1024/1661-8157/a001777
- BORA. (2014). Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskran-
ker1 vom 14. November 2014.
- Borsch, J. (2017). Tetrazepam-Zulassung ruht weiter. *Deutsche Apotheker zeitung*.
- Boscarino, J. A., Hoffman, S. N., & Han, J. J. (2015). Opioid-use disorder among patients on long-term opioid therapy: im-
pact of final DSM-5 diagnostic criteria on prevalence and correlates. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 6, 83-91.
doi:10.2147/SAR.S85667
- Bottlender, M., Spanagel, R., & Soyka, M. (2007). One drink, one drunk--Ist kontrolliertes Trinken möglich? Neue
Ergebnisse aus Grundlagen--und Therapieforschung. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 57(1), 32-38.
doi:10.1055/s-2006-951918
- Brand, H., Künzel, J., Pfeiffer-Gerschel, T., & Braun, B. (2016). Cannabisbezogene Störungen in der Suchthilfe: Inanspruch-
nahme, Klientel und Behandlungserfolg. *SUCHT*, 62(1), 9-21. doi:10.1024/0939-5911/a000404
- Brin, B., Holzmann, K. H., & Platz, W. E. (2016). Ein Jahr slow release oral morphine (SROM) in Deutschland – ein Erfah-
rungsbericht. *Suchtmedizin*, 18(5), 265 – 272.
- Bruggmann, P., & Brunner, N. (2014). Hepatitis-C-Abklärung in Drogen-Konsumräumen. *Suchtmedizin*, 16(2), 271 - 274.
- Bundesärztekammer. (2017). Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behand-
lung Opioidabhängiger. *Suchtmedizin*, 19(6), 324 – 334.
- Bundesregierung, D. D. d., Bundesministerium für Gesundheit, B., Bundesärztekammer, B., & Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde, D. (2016). S3-Leitlinie Methamphetamin-bezo-
gene Störungen – Kurzfassung. 1. Auflage. Version 1. . doi:10.6101/AZQ/000292
- Bürkle, S. (2016). Kooperation, Kommunikation, Schnittstellenmanagement. *Konturen*, 2.
- Buth, S., Holzbach, R., Rosenkranz, M., & Verthein, U. (2017). Der Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial
in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(8), 865-872. doi:10.1007/
s00103-017-2571-4
- Carrico, A. W., Flentje, A., Gruber, V. A., Woods, W. J., Discepolo, M. V., Dilworth, S. E., . . . Siever, M. D. (2014). Community-
Based Harm Reduction Substance Abuse Treatment with Methamphetamine-Using Men Who Have Sex with Men.
Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine, 91(3), 555-567. doi:10.1007/s11524-014-
9870-y
- Caviezel, M. P., Farronato, N. S., Walter, M., Wiesbeck, G. A., & Petitjean, S. A. (2015). Kontingenzmanagement bei der Ko-
kainabhängigkeit. *Suchtmedizin*, 17(4), 173 – 178
- Chromik, A. (2016). Elternarbeit im Frühinterventionsprojekt für erstaußfällige DrogenkonsumentInnen. *Suchtmedizin*,
18(6), 288 – 298.
- Cimander, K. F., Poehlke, T., & Soyka, M. (2015). Erfahrungen mit der Umstellung von MethadonRazemat auf Levometha-
don im Therapiealltag. *Suchtmedizin*, 17(1), 7 – 19.
- Dammer, E., Pfeiffer-Gerschel, T., Schulte, L., Bartsch, G., & Friedrich, M. (2017). Bericht 2017 des nationalen REITOX-Kno-
tenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016 / 2017): Rechtliche Rahmenbedingungen.
- Dammer, E., Schulte, L., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G., & Friedrich, M. (2017). Bericht 2017 des nationalen REITOX-Kno-
tenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016 / 2017): Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung.
- Degkwitz, P., & Verthein, U. (2013). 10 Jahre heroingestützte Behandlung in Deutschland – der lange Weg zur Normalisie-
rung. *Suchtmedizin*, 15(5), 286 – 294.
- Deimel, D. (2013). Ausländerrechtliche Rehabilitationshindernisse in der Behandlung suchtkranker Migran-
ten. [Foreign Legal Rehab Obstacles in the Treatment of Addicted Migrants]. *Suchttherapie*, 14(04), 155-159.
doi:10.1055/s-0033-1351267
- Deimel, D., & Stöver, H. (2015). Psychosoziale Behandlung substituierter Opiatabhängiger - Theoretische Verortung, Be-
handlungspraxis und Entwicklungsaufgaben. *Rausch - Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*(1), 19-26.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2014). Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland. Hamm.

- DGS. (2014). Therapie der Opiatabhängigkeit – Teil 1: Substitutionsbehandlung.
- DHS. (2018a). Jahrbuch Sucht.
- DHS. (2018b). Pressemitteilung: Jahrbuch Sucht 2018, Daten und Fakten.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundeministerium für Gesundheit. (2008). Drogen- und Suchtbericht 2008. Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundeministerium für Gesundheit. (2009). Drogen- und Suchtbericht 2009. Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundeministerium für Gesundheit. (2011). Drogen- und Suchtbericht 2011. Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundeministerium für Gesundheit. (2012a). Drogen- und Suchtbericht 2012. Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundeministerium für Gesundheit. (2012b). Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundeministerium für Gesundheit. (2013). Drogen- und Suchtbericht 2013. Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundeministerium für Gesundheit. (2014). Drogen- und Suchtbericht 2014. Berlin.
- Dreier, M., Wölfling, K., Beutel, M. E., & Müller, K. W. (2015). Psychotherapie bei Internetsucht. Konturen.
- Drenckberg, D. M., & Bürkle, S. (2017). Das Bundesteilhabegesetz im Blick der Suchthilfe – was erwartet uns und auf was müssen wir achten? Freiburg: Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu).
- Drosdziok, C. (2014). Benzodiazepin-Konsum unter Substitution. Suchtmedizin, 16(1), 29 – 38.
- DRV, & GKV. (2008). Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008.
- DRV, & GKV. (2011). Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18. August 2011.
- DRV, & GKV. (2012). Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012.
- DRV, & GKV. (2014). Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014.
- DRV, & GKV. (2015a). Einheitliche Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für den Wechsel in die ambulante Entlassungsform vom 20.01.2015.
- DRV, & GKV. (2015b). Rahmenbedingungen und Indikationskriterien der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für einen ‚Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform‘ nach einer stationären/ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 04.03.2015.
- Duncan, T., Duff, C., Sebar, B., & Lee, J. (2017). `Enjoying the kick`: Locating pleasure within the drug consumption room. International Journal of Drug Policy, 49, 92-101. doi:10.1016/j.drugpo.2017.07.005
- Dürsteler-MacFarland, K. M., Herdener, M., & Vogel, M. (2014). Probleme älterer Patienten in Substitutionsbehandlung. [Problems of Older Patients on Opioid Maintenance Treatment]. Suchttherapie, 15(03), 113-117. doi:10.1055/s-0034-1384557
- Dyba, J., Klein, M., & Wetzel, W. (2017). Elternschaft, Partnerschaft und familiäre Konstellationen bei Methamphetamin-konsumierenden – Eine Analyse der Beratungsdokumentation in der ambulanten Suchthilfe. [Parenthood, Intimate Relationships and Family Constellations among Methamphetamine Users – An Analysis of Case Files in Outpatient Substance Abuse Treatment]. Suchttherapie, 18(02), 73-78. doi:10.1055/s-0043-102928
- EMCDDA. (2018). Waste-water Analysis. <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis#panel2>.

- Fankhänel, T., Lenz, J., Papert, S., Voigt, K., Klement, A. (2014). Screening und Brief Intervention in der Hausarztpraxis: Barrieren gegen eine Frühintervention bei Patienten mit Alkoholmissbrauch. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 64(9-10), 373-377. doi:10.1055/s-0034-1374595
- Fellgiebel, A., & Lieb, K. (2017). Neuroenhancement. In F. Erbguth & R. J. Jox (Eds.), *Angewandte Ethik in der Neuromedizin* (pp. 85-93). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Fernandes, R. M., Cary, M., Duarte, G., Jesus, G., Alarcao, J., Torre, C., . . . Carneiro, A. V. (2017). Effectiveness of needle and syringe Programmes in people who inject drugs - An overview of systematic reviews. *Bmc Public Health*, 17. doi:ARTN 309
10.1186/s12889-017-4210-2
- Fieseler, K. (2014). Betrunkene E-Mails, der Elch im Wohnzimmer - Aspekte der Online-Suchtberatung. *Suchtmagazin*, 3, 19 - 23.
- Fischler, P., & Mutschler, J. (2016). Psychotherapeutische Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit. *Suchtmedizin*, 18(5), 231 – 242.
- Frank, F., & Bermejo, I. (2013). Alkoholkonsum bei älteren Personen mit Migrationshintergrund. [Alcohol Consumption in Elderly Migrants]. *Suchttherapie*, 14(03), 135-139. doi:10.1055/s-0033-1348316
- Friedrich, M., Bartsch, G., Dammer, E., Schulte, L., & Pfeiffer-Gerschel, T. (2017). Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016 / 2017): Prävention.
- Fuchs, W., Kuhn, S., Martens, M.-S., & Verthein, U. (2012). Merkmale von Alkoholiklienten der ambulanten Suchthilfe in Selbsthilfegruppen. *SUCHT*, 58(4), 259-267. doi:10.1024/0939.5911.a000194
- Fuchs, W., Martens, M. S., & Verthein, U. (2008). Opioid Addicted Parents With Dependent Children - Live Situation and Risk Indicators. *Suchttherapie*, 9(3), 130-135. doi:10.1055/s-0028-1083801
- Gahleitner, S. B., & Tödte, M. (2015). Traumatisierte Frauen aus Gewaltverhältnissen mit Suchtproblematik: Hintergründe verstehen und neue Wege eröffnen – ein Daphne-Projekt. [Traumatised Women Having Experienced Violent Relationships who Have Addiction Problems: Understanding Backgrounds and Opening up New Pathways – A Daphne Project]. *Suchttherapie*, 16(03), 118-122. doi:10.1055/s-0034-1395703
- Gmel, G., & Rehm, J. (2004). Measuring alcohol consumption. *Contemporary Drug Problems*, 31(3), 467-540.
- Goldmedia. (2016). Pressemeldung: Rekordjahr für Sportwetten: Wetteinsätze überspringen 5-Mrd.-Euro-Marke.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2008). Doppeldiagnose Psychose und Sucht -- Grundlagen und Therapie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 36(4), 245-253. doi:10.1024/1422-4917.36.4.245
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2013). Cannabisabhängigkeit und psychische Störungen. *Suchtmedizin*, 15(6), 356 – 362.
- Guggenbühl, L., Bütler, C., & Ruffin, R. (2012). Metaevaluation zur Wirksamkeit gendersensibler Suchtarbeit. *Suchtmedizin*, 14(2), 55 – 69.
- Hapke, U., E. V. d. L., & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 809-813. doi:10.1007/s00103-013-1699-0
- Harper, L., Powell, J., & Pijl, E. M. (2017). An overview of forensic drug testing methods and their suitability for harm reduction point-of-care services. *Harm Reduction Journal*, 14. doi:ARTN 5210.1186/s12954-017-0179-5
- Härtel-Petri, R. (2016). Crystal-Meth als Herausforderung für das Suchthilfesystem – Klinische Empfehlungen. [Clinical Recommendations to Meet the Different Needs of Users of Crystal-Meth]. *Suchttherapie*, 17(01), 10-16. doi:10.1055/s-0035-1559657
- Hartmann, R. (2011). *Psychosoziale Versorgung Glücksspielsüchtiger in NRW 2011*. Köln: FOGS GmbH.
- Haß, W., & Lang, P. (2016). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2015 und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Heimann, H. M., Penka, S., & Heinz, A. (2007). Erklärungsmodelle von Migranten für Abhängigkeitserkrankungen - eine Untersuchung an Aussiedlern aus der ehemaligen Sowjetunion, Migranten aus der Türkei sowie einheimischen Deutschen. [Explanatory Models for Addiction Among Migrants - a Study in Ethnic German Migrants from the Former Soviet Union, Migrants from Turkey and Native Germans]. *Suchttherapie*, 8(02), 57-62. doi:10.1055/s-2007-981663
- Heinz, A., & Friedel, E. (2014). DSM-5: wichtige Änderungen im Bereich der Suchterkrankungen. *Nervenarzt*, 85(5), 571-577. doi:10.1007/s00115-013-3989-z
- Hellmer, I. (2009). Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Substanzabhängigkeit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*(2), 5-12.
- Henke, J., Henkel, D., Nägele, B., Pagels, N., & Wagner, A. (2010). Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. [Good Practice of Job Integration of Persons with Substance Use Disorders under the Condition of the Social Law SGB II – Results from a Representative Survey]. *Suchttherapie*, 11(01), 42-50. doi:10.1055/s-0029-1246148
- Henke, J., Henkel, D., Nägele, B., & Wagner, A. (2018). Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben nach dem SGB II. [Evaluation of Good Practice of Job Integration of Persons with Addictive Behaviors according to the German Social Code SGB II]. *Suchttherapie(EFirst)*. doi:10.1055/s-0044-100773
- Henkel, D., & Schröder, H. (2015). Suchtdiagnoseraten bei Hartz-IV-Beziehenden in der medizinischen Versorgung im Vergleich zu ALG-I-Arbeitslosen und Erwerbstätigen: eine Auswertung der Leistungsdaten aller AOK-Versicherten der Jahre 2007–2012. [Addiction Prevalence Rates among Medical Care Patients receiving Unemployment Benefit II (Hartz-IV) in Relation to Recipients of Unemployment Benefit I and employed Patients: an Analysis of Routine Data of all AOK-Insured Persons in 2007–2012]. *Suchttherapie*, 16(03), 129-135. doi:10.1055/s-0034-1398618
- Henkel, D., & Zemlin, U. (2013). Suchtkranke im SGB II: Vermittlungen an die Suchthilfe durch Jobcenter und Integration in Arbeit – eine kritische Bilanz. *SUCHT*, 59(5), 279-286. doi:10.1024/0939-5911.a000266
- Hinrichs, J., Christoffer, A., Heuft, G., & Fiedler, R. (2017). Arbeitsmotivation in der Rehabilitation. *Konturen*, 2.
- Hochsattel, K., & Brieger, P. (2016). Disulfiram in der ambulanten Therapie alkoholabhängiger Menschen. *Nervenarzt*, 87(5), 506-512. doi:10.1007/s00115-015-4339-0
- Hoff, T., Farke, W., Rossenbach, A., & Munzel, B. (2011). Pilot Prevention Project for Avoiding and Reducing the Use of Psychotropic Substances During Pregnancy and Breast Feeding Period. *Suchttherapie*, 12(3), 115-118. doi:10.1055/s-0031-1275726
- Hoff, T., Laux, B., Münzel, B., Rossenbach, A., & Vinke, H. (2014). Sachbericht zur 2. Förderphase - Verbreitung bewährter Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit, Kölner Interventionsmodell zur Prävention des Alkohol- und/oder Tabakkonsums in Schwangerschaft und Stillzeit. Retrieved from
- Holscher, F., Bonnet, U., & Scherbaum, N. (2008). Inanspruchnahmepopulation einer Cannabisambulanz. *Nervenarzt*, 79(5), 571-576. doi:10.1007/s00115-008-2412-7
- Huber, C. A., Maierhofer, K., & Wiesbeck, G. A. (2015). Die neue S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen: Chancen für psychosoziale und psychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten durch eine multiprofessionelle Versorgungsumgebung. *Suchtmedizin*, 17(4), 179 – 184.
- Irwin, A., Jozaghi, E., Bluthenthal, R. N., & Kral, A. H. (2017). A Cost-Benefit Analysis of a Potential Supervised Injection Facility in San Francisco, California, USA. *Journal of Drug Issues*, 47(2), 164-184. doi:10.1177/0022042616679829
- Kalke, J., Buth, S., & Hayer, T. (2012). Indizierte Prävention im Glücksspielbereich. *SUCHT*, 58(6), 359-368. doi:10.1024/0939-5911.a000213
- Kamp, F., Proebst, L., Hager, L., Koller, G., & Soyka, M. (2017). Psychotherapie bei Methamphetaminkonsum. *Suchtmedizin*, 19(4), 205 – 211.
- Kappel, N., Toth, E., Tegner, J., & Lauridsen, S. (2016). A qualitative study of how Danish drug consumption rooms influence health and well-being among people who use drugs. *Harm Reduction Journal*, 13. doi:ARTN 2010.1186/s12954-016-0109-y
- Katzman, J. G., Takeda, M. Y., Bhatt, S. R., Balasch, M. M., Greenberg, N., & Yonas, H. (2018). An Innovative Model for Naloxone Use Within an OTP Setting: A Prospective Cohort Study. *Journal of Addiction Medicine*, 12(2), 113-118. doi:10.1097/Adm.0000000000000374

- Kennedy, M. C., Karamouzian, M., & Kerr, T. (2017). Public Health and Public Order Outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: a Systematic Review. *Current Hiv/Aids Reports*, 14(5), 161-183. doi:10.1007/s11904-017-0363-y
- Kipke, I., Brand, H., Geiger, B., Pfeiffer-Gerschel, T., & Braun, B. (2015). Arbeitslosigkeit und Sucht – Epidemiologische und soziodemographische Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik 2007 – 2011. *SUCHT*, 61(2), 81-94. doi:10.1024/0939-5911.a000355
- Knopf, H., & Grams, D. (2013). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 868–877.
- Koch, A. (2015). Wofür brauchen wir BORA? Konturen, 2.
- Koch, A., & Schinner, D. (2015). BORA kompakt. Konturen, 2.
- Koch, E., Müller, M. J., & Assion, H. J. (2014). Interkulturelle Aspekte bei der Diagnostik und Psychotherapie von Suchtstörungen Prävalenz, Konzepte und Evidenz. [Culture Sensitive Aspects in Diagnosis and Psychotherapy of Substance Use Disorder (SUD)]. *Suchttherapie*, 15(02), 67-74. doi:10.1055/s-0034-1371861
- Kofahl, C. (2011). „Psycho“-und Suchtgruppen für Betroffene und Angehörige. Geteiltes Leid gibt Halt und Kompetenz. *MMW Fortschr Med*, 153(9), 29-30, 32.
- Köhler, J. (2016). Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel durch die Rentenversicherung: Aktuelle Entwicklungen und Daten aus der Routinestatistik. *Rausch - Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*(1), 46-50.
- Köhler, J., Müller-Simon, B., Gerkens, K., & Treeck, B. v. (2012). Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.2011. *SUCHT*, 58(6), 415-417. doi:10.1024/0939-5911.a000218
- Körkel, J. (2012). „Motivational Interviewing meets Behavioral Self-Control Training“: Konsumreduktionsprogramme in der Praxis. [“Motivational Interviewing Meets Behavioral Self-Control Training“: Treatments for Self-Controlled Substance Use]. *Suchttherapie*, 13(03), 126-131. doi:10.1055/s-0032-1321887
- Körkel, J. (2014). Alkoholtherapie: Vom starren Abstinenzdogma zu einer patientengerechten Zielbestimmung. *Suchtmedizin*, 16(5), 211 – 222.
- Köster-Sommer, M., & Pörtl-Knüppel, A. (2017). Praxiserfahrungen in der Arbeit mit Angehörigen bei der Umsetzung des Community Reinforcement And Family Training (CRAFT) in einer Suchtberatungsstelle. [Practical Experiences in Working with Concerned Significant Others in Implementing the Community Reinforcement And Family Training (CRAFT) in an Addiction Counselling Centre]. *Suchttherapie*, 18(04), 196-199. doi:10.1055/s-0043-118707
- Kraus, L., Piontek, D., Pfeiffer-Gerschel, T., & Rehm, J. (2015). Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. [Health Care Utilization of People with Alcohol Dependence]. *Suchttherapie*, 16(01), 18-26. doi:10.1055/s-0034-1376999
- Krausz, M., Ramsey, D., Neumann, T., Vogel, M., & Backmund, M. (2014). Paradigmenwechsel als Markenkern – das Netz als Rahmen der Suchtmedizin der Zukunft? *Suchtmedizin*, 16(4), 167 – 172.
- Kuhn, S., & Haasen, C. (2012). Alkohol- und Arzneimittelmisbrauch älterer Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. [Alcohol and Drug Misuse of the Elderly in Health Care Facilities]. *Gesundheitswesen*, 74(05), 331-336. doi:10.1055/s-0031-1285856
- Kuhn, S., Schu, M., Vogt, I., Schmid, M., Simmedinger, R., Schlanstedt, G., . . . Haasen, C. (2007). Die psychosoziale Behandlung im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger. *SUCHT*, 53(5), 278-287. doi:10.1024/2007.05.04
- Kuitunen-Paul, S., Manthey, J., Trautmann, S., Pieper, L., Wittchen, H.-U., & Rehm, J. (2017). Alkoholabhängigkeit in der primärärztlichen Versorgung: Welche Patienten werden erkannt? [Alcohol Dependence in Primary Care: Which Patients are Diagnosed?]. *Suchttherapie*, 18(02), 82-89. doi:10.1055/s-0042-113143
- Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, & BELLA DONNA. (2015). Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung. Essen.
- Landesstelle Sucht NRW. (2017). Die Arbeit der Drogenkonsumräume in NRW - 2016. Köln.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe. (2016). Flucht – Trauma – Sucht. Was erwartet die Suchthilfe? Münster: Forum Sucht Band 48.

- Lange, C., Manz, K., Rommel, A., Schienkiewitz, A., & Mensink, G. B. M. (2016). Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. *Journal of Health Monitoring*, 1(1).
- Langer, K., Wittchen, H.-U., Bühringer, G., & Rehm, J. T. (2011). Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger: Grundlagen, Versorgungssituation und Problembereiche. *Suchtmedizin*, 13(5), 202 – 212.
- Leupold, H., Hein, J., & Huss, M. (2006). Methylphenidat und Suchtentwicklung. *SUCHT*, 52(6), 395-403.
- Lieb, B., Rosien, M., Bonnet, U., & Scherbaum, N. (2008). Alkoholbezogene Störungen im Alter--Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 76(2), 75-85. doi:10.1055/s-2007-993041
- Lindenmeyer, J. (2013). Integrativ, sequentiell, parallel? Die Behandlung von pathologischen Glücksspielern mit komorbiden Störungen. *Rausch - Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*(3), 219-224.
- Luderer, M., Koopmann, A., Hoffmann, S., Reinhard, I., Bez, J., & Hermann, D. (2016). Does Intensified Outpatient Treatment Improve the Outcome of Severely Alcohol Addicted Patients? A Pilot Study. *Suchttherapie*, 17(4), 175-180. doi:10.1055/s-0042-106076
- Mann, K. (2015). Können Alkoholabhängige ihre Trinkmengen durch eine Kombination von Medikamenten und Kurzinterventionen dauerhaft reduzieren? *SUCHT*, 61(1), 29-36. doi:10.1024/0939-5911.a000346
- Mann, K., Batra, A., Hoch, E., & Leitliniengruppe, d. (2017). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. *SUCHT*, 63(1), 7-24. doi:10.1024/0939-5911/a000464
- Maremmani, I., Cibin, M., Pani, P. P., Rossi, A., & Turchetti, G. (2015). Harm Reduction as “Continuum Care” in Alcohol Abuse Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(11), 14828-14841. doi:10.3390/ijerph121114828
- Marschall, J. (2015). Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement durch Erwerbstätige in Deutschland. *Suchtmedizin*, 17(5), 199 – 217.
- Marschall, U., L'hoest, H., Radbruch, L., & Häuser, W. (2016). Long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain in Germany. *European Journal of Pain*, 20(5), 767-776. doi:doi:10.1002/ejp.802
- Martens, M. S., Raschke, P., Holzbach, R., & Verthein, U. (2011). Epidemiologie der Verschreibungen von Medikamenten in Hamburg.
- Martin, N. K., Hickman, M., Miners, A., Hutchinson, S. J., Taylor, A., & Vickerman, P. (2013). Cost-effectiveness of HCV case-finding for people who inject drugs via dried blood spot testing in specialist addiction services and prisons. *Bmj Open*, 3(8). doi:ARTN e00315310.1136/bmjopen-2013-003153
- Matos, E. G. d., Kraus, L., Pabst, A., & Piontek, D. (2013). Problembewusstsein und Inanspruchnahme von Hilfe bei substanzbezogenen Problemen. *SUCHT*, 59(6), 355-366. doi:10.1024/0939-5911.a000278
- Metz, V. E., Comer, S. D., Wuerzl, J., Pribasnik, A., & Fischer, G. (2014). Characteristics and quality of life of opioid-dependent pregnant women in Austria. *Archives of Womens Mental Health*, 17(6), 529-539. doi:10.1007/s00737-014-0443-6
- Meyer-Thompson, H.-G., Behrendt, K., & Backmund, M. (2017). „Nicht mehr mit einem Bein im Gefängnis“ Das neue Substitutionsrecht 2017. *Suchttherapie*, 18(04), 165-167. doi:10.1055/s-0043-120409
- Meyer, C., Rumpf, H.-J., Kreuzer, A., Brito, S. d., Glorius, S., Jeske, C., . . . John, U. (2011). Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung - Endbericht. Retrieved from
- Milin, S., Kleinau, C., Lüdorf, T., Lotzin, A., Degkwitz, P., Verthein, U., & Schäfer, I. (2016). Konsummotive bei Stimulanzienkonsum. [Motives for Illicit Stimulant Use]. *Suchttherapie*, 17(01), 17-21. doi:10.1055/s-0041-111253
- Muckle, W., Muckle, J., Welch, V., & Tugwell, P. (2012). Managed alcohol as a harm reduction intervention for alcohol addiction in populations at high risk for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(12). doi:ARTN CD00674710.1002/14651858.CD006747.pub2
- Neumann, S., Soyka, M., & Franke, A. G. (2017). „Frauen-Droge Crystal Meth“? – Was wir aktuell über die psychosozialen Kontextfaktoren des Methamphetamin-Konsums bei Frauen wissen. *Suchtmedizin*, 19(4), 191 – 203.

- Nienaber, A., Wieskus-Friedemann, E., Kliem, S., Hoppmann, J., Kemper, U., Löhr, M., . . . Wabnitz, P. (2017). „NischE – Nicht von schlechten Eltern“ – Evaluation eines Kooperationsprojektes zur Unterstützung von Kindern in Familien mit psychisch- oder suchtblasteten Eltern. [‘NischE – Nicht von schlechten Eltern’ – Evaluation of a Multidisciplinary Teamwork Approach to Support Children in Families with Mentally Ill Parents]. *Gesundheitswesen*, 79(02), 89-95. doi:10.1055/s-0035-1564249
- Nordrhein-Westfalen, M. f. G. E. P. u. A. d. L. (2015a). Aktionsplan gegen Sucht - Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.
- Nordrhein-Westfalen, M. f. G. E. P. u. A. d. L. (2015b). Landeskonzept gegen Sucht Nordrhein-Westfalen: Grundsätze, Strategien, Handlungsrahmen. Düsseldorf.
- o.A. (2012). Schlafmittel keine Kassenleistung? *Deutsche Apotheker zeitung*(13).
- Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Orth, B. (2017a). Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Orth, B. (2017b). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Teilband Computerspiele und Internet. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Petry, J. (2016). Computersüchtig? Pathologischer PC-/Internetgebrauch als neues Störungsbild. *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*(1), 70-77.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Dammer, E., Schulte, L., Bartsch, G., & Maria Friedrich. (2017). DEUTSCHLAND Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016 / 2017): Drogenpolitik.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Dammer, E., Schulte, L., Karachaliou, K., Budde, A., & Rummel, C. (2016). DEUTSCHLAND Bericht 2016 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2015 / 2016): Drogenpolitik.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Dammer, E., Karachaliou, K., Budde, A., & Rummel, C. (2015). DEUTSCHLAND Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD: Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Budde, A., & Rummel, C. (2013). Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD: Neue Entwicklungen und Trends DEUTSCHLAND.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D., & Raiser, P. (2011). Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD: DEUTSCHLAND - Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D., & Rummel, C. (2012). Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD: DEUTSCHLAND - Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Lieb, C., & Raiser, P. (2009). Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD: DEUTSCHLAND - Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen.
- Phillips, K. T. (2016). Barriers to practicing risk reduction strategies among people who inject drugs. *Addiction Research & Theory*, 24(1), 62-68. doi:10.3109/16066359.2015.1068301
- Piontek, D., Dammer, E., Schulte, L., Pfeiffer-Gerschel, T., Bartsch, G., & Friedrich, M. (2017). Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016 / 2017): Drogen.
- Piontek, D., & Hannemann, T. V. (2017). Medikamentenmissbrauch und der Konsum von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) in unterschiedlichen Risikopopulationen. Ergebnisse des Projekts Phar-Mon NPS aus den Jahren 2015 und 2016. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Piontek, D., Kraus, L., Matos, E. G. d., & Pabst, A. (2013). Komorbide Substanzstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *SUCHT*, 59(6), 347-354. doi:10.1024/0939-5911.a000277
- Piontek, D., Matos, E. G. d., Atzendorf, J., & Kraus, L. (2017). Substanzkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 (Vol. IFT-Berichte Bd. 189). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Planersocietät. (2017). Vergnügungsstättenkonzept Verden (Aller).

- Potier, C., Laprevote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. (2014). Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48-68. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012
- Prognos. (2008). Endbericht: Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms HaLT - Hart am Limit“. Retrieved from
- Puhm, A. (2012). Kinder alkoholkranker Eltern im Beratungskontext. *Rausch - Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*(2), 86-89.
- Reimer, A. (2015). Drogenpatienten sind anders - Arbeitsbezogene Maßnahmen für eine meist jüngere und schlecht ausgebildete Klientel. *Konturen*, 2.
- Reinecke, H., & Sorgatz, H. (2009). S-3-Leitlinie LONTS. *Der Schmerz*, 23(5), 440-447. doi:10.1007/s00482-009-0839-9
- Richter, C. (2014). Die Versorgungssituation Opiatabhängiger in der Region Westfalen-Lippe. *Suchtmedizin*, 16(2), 80 – 86.
- Rommel, A., & Köppen, J. (2016). Migration und Suchthilfe--Inanspruchnahme von Leistungen durch Menschen mit Migrationshintergrund. *Psychiatr Prax*, 43(2), 82-88. doi:10.1055/s-0034-1387291
- Ruf, D., & Walter-Hamann, R. (2014). Suchtberatung, Suchtbehandlung und Suchtselbsthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund. [Addiction Counseling, Treatment and Self-Support of Migrants]. *Suchttherapie*, 15(02), 75-81. doi:10.1055/s-0034-1372568
- Rummel, C., Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Dammer, E., Karachaliou, K., & Budde, A. (2015). DEUTSCHLAND Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD: Behandlung.
- Rumpf, H.-J., Arnaud, N., Batra, A., Bischof, A., Bischof, G., Brand, M., Wurst, F. M. (2016). Memorandum Internetbezogene Störungen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). *SUCHT*, 62(3), 167-172. doi:10.1024/0939-5911/a000425
- Rumpf, H.-J., John, U., Hapke, U., & Bischof, G. (2009). Möglichkeiten der Intervention bei Alkoholproblemen im höheren Lebensalter. *SUCHT*, 55(5), 303-311. doi:10.1024/2009.05.05
- Sarrazin, D., & Fengers, C. (2009). Problematischer Suchtmittelkonsum bei Menschen mit einer Intelligenzminderung: LWL-Koordinationsstelle Sucht.
- Schäffer, D., Rensmann, W., & Michel, S. (2013). Szenenahe HIV-Schnelltests für Drogenkonsumenten in niedrighschwelliger Einrichtungen – TEST IT Suchtmedizin, 15(1), 13 – 17.
- Schäufele, M. (2009). Riskanter Alkoholkonsum im höheren Alter: Häufigkeit und Folgen – ein Überblick. *SUCHT*, 55(5), 266-280. doi:10.1024/2009.05.02
- Scherbaum, N., Specka, M., Kaspar, C., Mikoteit, T., & Lieb, B. (2018). Arbeitslosigkeit und Sucht – Das SUNRISE-Projekt. [Unemployment and Addiction: The SUNRISE Project]. *Gesundheitswesen*, 80(01), 73-78. doi:10.1055/s-0042-107345
- Schoett, K. (2016a). Behandlung der Methamphetamin-Abhängigkeit. *Suchtmedizin*, 18(4), 171 – 181.
- Schoett, K. (2016b). Praktische Aspekte in der Behandlung von Schäden durch Neue Psychoaktive Substanzen (NPS). *Suchtmedizin*, 18(6), 305 – 312.
- Schu, M., & Czycholl, D. (2014). Transkulturelle Suchthilfe – Erfahrungen im Bundesmodellprogramm transVer. [Transcultural Addiction Treatment – A German Trial]. *Suchttherapie*, 15(02), 61-66. doi:10.1055/s-0034-1370955
- Schubert, I., Ihle, P., & Sabatowski, R. (2013). Increase in Opiate Prescription in Germany Between 2000 and 2010: A Study Based on Insurance Data. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(4), 45-51. doi:10.3238/arztebl.2013.0045
- Schuhler, P., Flatau, M., & Vogelgesang, M. (2011). Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch: Diagnostische Einordnung, psychotherapeutischer Ansatz und erste Evaluationsergebnisse. [Pathological PC-/Internet Use: Diagnostic Classification, Psychotherapeutic Approach and Preliminary Results of Evaluation]. *Suchttherapie*, 12(02), 72-79. doi:10.1055/s-0031-1275320
- Schulte, B., Schmidt, C., Milin, S., Farnbacher, G., Schäfer, I., Bleich, S., . . . Reimer, J. (2014). Barrieren und Möglichkeiten in der Umsetzung von alkoholbezogenen Interventionen in der hausärztlichen Praxis. [Barriers and Opportunities in the Implementation of Alcohol-Related Interventions in Primary Care]. *Suchttherapie*, 15(01), 35-42. doi:10.1055/s-0033-1349863

- Simon, R., Pirona, A., & Montanari, L. (2016). Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) – neue Anforderungen an das Suchthilfesystem? [New Psychoactive Substances (NPS) – New Challenges for the Addiction Care System?]. *Suchttherapie*, 17(01), 27-33. doi:10.1055/s-0041-111762
- Soyka, M. (2013). Affektive und Angststörungen und Substanzabhängigkeit. *Suchtmedizin*, 15(6), 341 – 348.
- Soyka, M., Träder, A., Klotsche, J., Backmund, M., Bühringer, G., Rehm, J. T., & Wittchen, H.-U. (2011). Mortalität in der langfristigen Substitution: Häufigkeit, Ursachen und Prädiktoren. *Suchtmedizin*, 13(5), 247 – 252.
- Spies, M., Maschler, C., & Buchholz, A. (2016). Teilhabe Einschränkungen bei Suchterkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(9), 1154-1161. doi:10.1007/s00103-016-2406-8
- Stark, L., Falcato, L., Dampz, M., & Beck, T. (2011). Snowcontrol.ch - Internetbasierte unterstützte Selbsthilfe für Kokainkonsumenten diversifiziert das therapeutische Angebot. *Suchtmedizin*, 13(2), 69 – 77
- Steffen, D. V., Steffen, L., & Steffen, S. (2015). Sozialmedizinische Prognose der Entzugsbehandlung Suchtkranker : Ergebnisse eines Modellprojekts integrierter Versorgung. *Nervenarzt*, 86(11), 1383-1392. doi:10.1007/s00115-015-4300-2
- Steffen, D. V., Werle, L., Steffen, R., Steffen, M., & Steffen, S. (2012). Ambulante Suchtrehabilitation im höheren Lebensalter. *Rehabilitation (Stuttg)*, 51(5), 326-331. doi:10.1055/s-0032-1311611
- Stover, H., & Schaffer, D. (2015). SMOKE-IT! - Support to Change the Application Form of Drug Use. *Suchttherapie*, 16(3), 136-144. doi:10.1055/s-0035-1545275
- Strupf, M., Gomes de Matos, E., Soellner, R., Kraus, L., & Piontek, D. (2017). Trinkverhalten von Personen verschiedener Herkunftsregionen in Deutschland: Ein Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund. [Drinking Behaviour among Individuals of Different Origins in Germany: A Comparison of Individuals with and without a Migration Background]. *Suchttherapie*, 18(02), 90-97. doi:10.1055/s-0042-111197
- Tecklenburg, H.-J. (2012). Ambulante Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel. *Suchtmedizin*, 14(5), 207 – 215
- Thaller, R., Specht, S., Künzel, J., & Braun, B. (2017). Zur Situation der arbeitslosen Klientel in der deutschen Suchthilfef. *Konturen*, 2.
- Thomasius, R. (2014). DSM - 5 Kommentar. Substanzgebrauchsstörung und nicht -substanzgebundene Süchte im DSM. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42, 115-120.
- Thomasius, R., Sack, P. M., Strittmatter, E., & Kaess, M. (2014). Substanzgebrauchsstörung und nicht-substanzgebundene Süchte im DSM-5. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 42(2), 115-120. doi:10.1024/1422-4917/a000278
- Tossmann, P., & Gantner, A. (2016). Frühintervention, Beratung und Behandlung bei Cannabisstörungen. [Early Intervention, Counseling and Treatment Programs for Clients with Cannabis Use Disorders]. *Suchttherapie*, 17(02), 85-89. doi:10.1055/s-0042-101001
- Tossmann, P., Jonas, B., Rigter, H., & Gantner, A. (2012). Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen. *SUCHT*, 58(3), 157-166. doi:10.1024/0939-5911.a000180
- Tossmann, P., Leuschner, F., Jonas, B., Goecke, M., & Lang, P. (2016). Online-Interventionsprogramme zur Reduzierung des Alkohol- und Cannabiskonsums – Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *SUCHT*, 62(2), 95-106. doi:10.1024/0939-5911/a000415
- Verthein, U., Martens, M. S., Raschke, P., & Holzbach, R. (2013). Langzeitverschreibung von Benzodiazepinen und Non-Benzodiazepinen. [Long-Term Prescription of Benzodiazepines and Non-Benzodiazepines]. *Gesundheitswesen*, 75(07), 430-437. doi:10.1055/s-0032-1321756
- Verthein, U., Schafer, I., & Degkwitz, P. (2013). Soziale Integration nach 4 Jahren Diamorphinbehandlung. *Rehabilitation (Stuttg)*, 52(4), 243-250. doi:10.1055/s-0032-1323663
- Vieweg, H.-G. (2017). Wirtschaftsentwicklung Unterhaltungsautomaten 2016 und Ausblick 2017 - Gutachten im Auftrag der Deutschen Automatenwirtschaft.
- Vogel, M., Dürsteler, K. M., Lang, U. E., Krausz, M., & Walter, M. (2015). Psychosoziale Therapien bei Abhängigkeitserkrankungen – ein Überblick über Evidenz und Setting. *Suchtmedizin*, 17(4), 151 – 160.
- Vogelgesang, M. (2011). DGRW-Update: Alkoholabhängigkeit. *Rehabilitation (Stuttg)*, 50(5), 292-297. doi:10.1055/s-0031-1285892

- Vogt, I. (2009). Lebenslagen und Gesundheit älterer Drogenabhängiger: Ein Literaturbericht. [Life Situations and Health of Older Drug Addicts: A Literature Report]. *Suchttherapie*, 10(01), 17-24. doi:10.1055/s-0028-1128135
- Vogt, I., Hoch, E., Thomasius, R., & Winkler, K. (2015). Frauen und Alkoholabhängigkeit: Aktueller Forschungsstand zur Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen als Grundlagen für Behandlungsempfehlungen. [Women and Alcohol Dependence: Current Knowledge on Efficient Psychotherapeutic Treatment as Basis for Guidelines]. *Suchttherapie*, 16(03), 110-117. doi:10.1055/s-0034-1396795
- Walter, M. (2013). Persönlichkeitsstörungen und Drogenabhängigkeit. *Suchtmedizin*, 15(6), 349 – 355.
- Walter, M., Dursteler, K. M., Petitjean, S. A., Wiesbeck, G. A., Euler, S., Sollberger, D., . . . Vogel, M. (2015). Psychosocial Treatment of Addictive Disorders - An Overview of Psychotherapeutic Options and their Efficacy. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*, 83(4), 201-210. doi:10.1055/s-0034-1399338
- Weissinger, V. (2017). Zugangswege erweitern, Übergänge optimieren. Konturen.
- Werse, B., & Morgenstern, C. (2015). Der Trend geht zur Reinsubstanz – Entwicklungen im Konsum von „Legal Highs“/neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) auf Basis zweier Online-Befragungen. [The Trend Points towards Pure Substances – Changes in the use of “Legal Highs”/New Psychoactive Substances (NPS) Based on the Results of 2 Online Surveys]. *Suchttherapie*, 16(01), 36-41. doi:10.1055/s-0034-1387733
- Werse, B., & Müller, D. (2017). NPS-Konsum in Deutschland – Ein Überblick über die Verbreitung von neuen psychoaktiven Substanzen, Konsumierendengruppen und Konsummotivationen zum Zeitpunkt der Einführung des NpSG. [NPS use in Germany – An Overview on the Prevalence of Novel Psychoactive Substances, User Groups and Motives for Use at the Time of the Introduction of Generic NPS Legislation]. *Suchttherapie*, 18(04), 200-205. doi:10.1055/s-0043-112066
- Werse, W. (2010). Kommunale Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen. [Municipal Health Conferences in North Rhine-Westphalia]. *Gesundheitswesen*, 72(03), 146-149. doi:10.1055/s-0030-1247578
- Westermann, B., & Mörsen, u. C. P. (2012). „Contradict“ - Ein Konsumkontrolltraining für Drogenabhängige und Substitutionspatienten. *Suchtmedizin*, 14(1), 7 – 16.
- Wetzel, W., & Rothe, A. (2016). „Suchtberatung anders“ – Veränderungsbedarfe in der ambulanten Suchthilfe durch Crystal Meth. [“Substance Abuse Counseling Differently” – The Need for Changing the Outpatient Substance Abuse Treatment Due to Crystal Meth Consumption]. *Suchttherapie*, 17(01), 22-26. doi:10.1055/s-0041-108252
- Weyerer, S., & Schäufele, M. (2017). Epidemiologie des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Störungen im höheren Alter. *SUCHT*, 63(2), 69-80. doi:10.1024/0939-5911/a000473
- Winkler, A., Dorsing, B., Rief, W., Shen, Y., & Glombiewski, J. A. (2013). Treatment of internet addiction: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 33(2), 317-329. doi:10.1016/j.cpr.2012.12.005
- Wittchen, H.-U., Bühringer, G., Rehm, J. T., & Trautmann, S. (2011). Einrichtungscharakteristika und Behandlungsformate von Substitutionseinrichtungen. *Suchtmedizin*, 13(5), 272 – 277.
- Wittchen, H.-U., Träder, A., Klotsche, J., Backmund, M., Bühringer, G., & Rehm, J. T. (2011). Die Rolle der Psychosozialen Begleitung in der langfristigen Substitutionsbehandlung. *Suchtmedizin*, 13(5), 258 – 262.
- Wittchen, H.-U., Träder, A., Klotsche, J., Backmund, M., Bühringer, G., Rehm, J. T., & Soyka, M. (2011). Die Rolle des Substitutionsmittels und seiner Dosierung in der langfristigen Substitutionsbehandlung. *Suchtmedizin*, 13(5), 263 – 268.
- Wittchen, H.-U., Trautmann, S., Träder, A., Klotsche, J., Backmund, M., Bühringer, G., & Rehm, J. T. (2011). Abstinenz als ein Behandlungsziel der opiatgestützten Substitutionstherapie: Häufigkeit und Risiken. *Suchtmedizin*, 13(253 – 257).
- Wolf, I.-K., Du, Y., & Knopf, H. (2017). Changes in prevalence of psychotropic drug use and alcohol consumption among the elderly in Germany: results of two National Health Interview and Examination Surveys 1997-99 and 2008-11. *BioMed Central Psychiatry*, 17(90).
- Wölfling, K., Müller, K. W., Dreier, M., & Beutel, M. E. (2017). Ergebnisse einer randomisierten klinischen Studie zu Wirksamkeit und Effektivität von ambulanten Kurzzeitbehandlungen bei Internet- und Computerspielsucht (STICA). *Suchttherapie*, 18(S 01), S-10-03. doi:10.1055/s-0037-1604541
- Wüst, R. (2013). „ & damit das ein Ende hat.“ Suizidalität und pathologisches Glücksspielen. *Rausch - Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*(3), 191-194.

Ziemer, B., & Grunow-Lutter, V. (2007). Lokale Gesundheitspolitik und Gesundheitsplanung aus der Sicht der EntscheidungsträgerInnen des kommunalen politisch-administrativen Systems. [Local Health Policies and Health Planning from the Viewpoint of the Decision-Makers of the Local Authorities]. *Gesundheitswesen*, 69(10), 534-540. doi:10.1055/s-2007-992767

Zl'czka, P., Kraus, L., Braun, B., & Bühringer, G. (2013). Komorbide Störungen bei pathologischen Glücksspielern: ein Überblick. *Rausch - Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*(3), 171-177.

3. Übersicht Gesamtsystem ambulante Suchthilfe Nordrhein-Westfalen

Dieses Kapitel liefert eine Übersicht über die landesweite Situation des ambulanten Suchthilfesystems in Nordrhein-Westfalen. Es ist geprägt durch vornehmlich kommunal gesteuerte Aufgabenwahrnehmung, die ergänzt wird durch spezifische Landesförderung und Koordination. Letztere wird gewährleistet durch das MAGS und die Landesstelle Sucht NRW. Bereitgestellt werden die Angebote direkt durch die öffentliche Hand (vorwiegend durch z. B. sozialpsychiatrische Dienste) und durch freie Träger (z. B. Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände).

Die nachfolgenden Angaben basieren auf den Antworten der Einrichtungen, die sich an der landesweiten Befragung des ISD im Rahmen dieser Analyse beteiligt haben bzw. an der Übermittlung der KDS-E- und KDS-K-Daten an das ISD teilnehmen, mit deren Hilfe u. a. das landesweite Suchthilfemonitoring und die Deutsche Suchthilfestatistik bedient werden. Die Aussagen beziehen sich i. d. R. auf das Jahr 2016, Abweichungen werden benannt. Wird nur eine ausgewählte Quelle für eine Teilauswertung herangezogen (z. B. die KDS-Daten oder die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung), wird auch dies benannt (weitere Erläuterungen zur Methodik: s. Abschnitt 1.2).

3.1 Einrichtungen

3.1.1 Begriff, Anzahl, Zielgruppe, Lage, Größe

Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe sind solche professionell arbeitenden Stellen, die Anlaufstellen für Personen mit Problemen, Störungen und Krankheiten verursacht durch psychoaktive Substanzen oder suchterzeugende Verhaltensweisen sind oder für diese Personen Angebote bereitstellen. Ausgeschlossen sind damit in dieser Analyse stationäre Angebote und solcher der Suchtselbsthilfe. Weiteres Kriterium zum Einschluss in die Untersuchung als Einrichtung war ein eigenständiger Standort (weitere Erläuterungen zur Methodik: s. Abschnitt 1.2.2).

Insgesamt wurden in Nordrhein-Westfalen 288 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe identifiziert. Sie wenden sich mit ihren Angeboten an unterschiedliche Zielgruppen. Die meisten Einrichtungen stehen Personen mit unterschiedlichen Problembereichen gegenüber offen (s. Tabelle 3.1). Das größte Angebot steht für Menschen mit Alkoholproblemen zur Verfügung (82,3% der Einrichtungen), fast ebenso groß ist es für Personen mit problematischem Medikamentenkonsum (78,8%). Etwa 2/3 der Einrichtungen richten sich an Konsumenten/innen illegaler Drogen (70,9%). Noch 61,0% bzw. 58,2% der Einrichtungen betrachten Raucher/innen bzw. Glücksspieler/innen als ihre Zielgruppen, für Personen mit Essstörungen ist dies bei 40,4% der Einrichtungen der Fall. Im Vergleich der Jahre 2011 und 2016 sind geringfügige Rückgänge (minus 3 bis 4 Prozentpunkte) beim Anteil der Einrichtungen, die sich an Personen mit Problemen mit Alkohol, Medikamenten, Tabak und Essstörungen richten, zu erkennen. Der Anteil der Einrichtungen, der Glücksspieler/innen als eigene Zielgruppe begreift, ist geringfügig gestiegen (plus 3 Prozentpunkte).

Tabelle 3.1: Einrichtungen ambulanter Suchthilfe und Zielgruppen (KDS, Mehrfachnennungen)

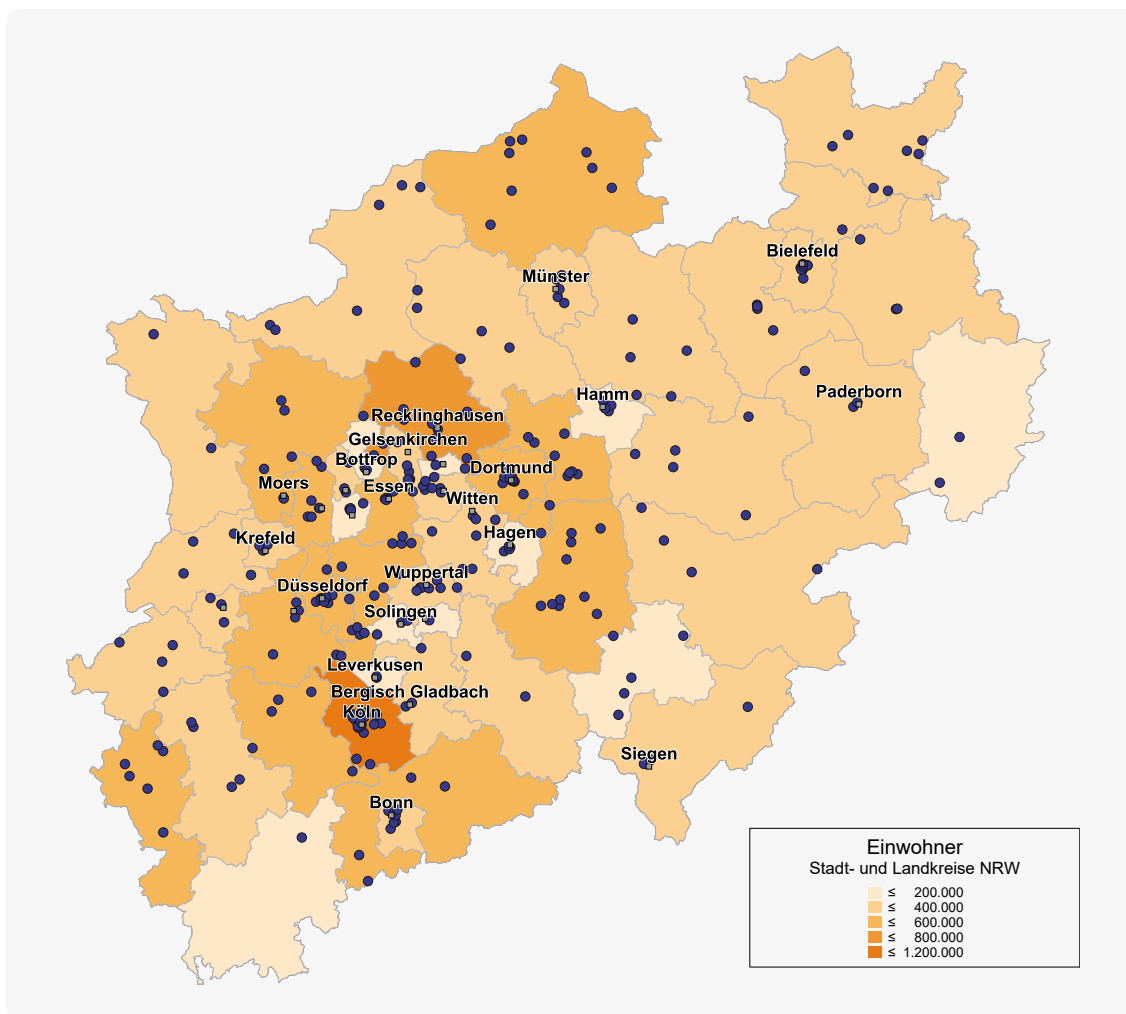
	2016	2011
Alkohol	82,3 %	85,3 %
Glücksspiel	58,2 %	55,0 %
Medikamente	78,7 %	82,2 %
Illegale Drogen	70,9 %	69,8 %
Tabak	61,0 %	64,3 %
Essstörungen	40,4 %	45,0 %

63,1% der Einrichtungen richteten sich an mehr als drei Zielgruppen (2016), lediglich 17,0% an nur eine bzw. 23,4% an bis zu zwei Zielgruppen. Hierbei gibt es zum Jahr 2011 keine bedeutsamen Unterschiede.

Einige Einrichtungen sind spezialisiert auf einzelne Klientelgruppen. So bestehen 24 landesgeförderte Beratungsstellen mit dem Schwerpunkt Glücksspielsucht (Stand: 2018). Zum risikoarmen Konsum illegaler Drogen werden 10 supervidierte Drogenkonsumräume zur Verfügung gestellt (Stand: 2016). 78 Einrichtungen widmen sich besonders intensiv der Suchtvorbeugung, auch hier existiert eine Koordinierungsstelle auf Landesebene (Stand: 2018).

Die Einrichtungen verteilen sich über alle Kommunen (Landkreise und kreisfreie Städte bzw. Städteregion) des Landes Nordrhein-Westfalen. Eine Darstellung dieser räumlichen Verteilung liefert der nachfolgende Plot.

Abbildung 3.1: Räumliche Verteilung der Einrichtungen ambulanter Suchthilfe



Die Größe der Einrichtungen kann über die erreichte Zahl der Klienten/innen oder auch die geleisteten Wochenstunden des beschäftigten Personals und das Gesamtbudget der Einrichtung beschrieben werden. Die Einrichtungen besitzen eine sehr unterschiedliche Größe (s. Tabelle 3.2). Sie erreichen zwischen 14 und 2.545 Personen pro Jahr, durchschnittlich sind es 513 Personen. Über alle Professionen hinweg betrachtet, wenden die Einrichtungen dafür zwischen 10 und 800 Stunden pro Woche auf. Durchschnittlich arbeiten alle Mitarbeiter/innen einer Einrichtung in einer Woche zusammen 204 Stunden. Das Gesamtbudget variiert zwischen 20.500 Euro und 2.142 Millionen Euro per annum. 390.000 Euro beträgt das durchschnittliche Jahresbudget, der Median³ liegt bei 273.400 Euro.

Tabelle 3.2: Größe der Einrichtungen ambulanter Suchthilfe 2016

		min	max	MW*	Median	N
betreute Klienten/innen	Anzahl	14	2.545	513	447	249
Personalwochenstunden	Stunden	10	810	204	163,0	181
Gesamtbudget	Tsd Euro	20,5	2.142	390,0	273,4	144

*MW=Mittelwert

³ Der Median gibt den Wert an, der die Gruppe aller Werte genau mittig teilt, wenn die Werte der Größe nach sortiert werden. Der Median bleibt damit unbeeinflusst von einzelnen, extremen „Ausreißern“ (Vorteil gegenüber dem arithmetischen Mittelwert), berücksichtigt aber nicht deren tatsächliche Bedeutung (Nachteil gegenüber dem arithmetischen Mittelwert).

Die genauere Betrachtung der Anzahl der Klienten/innen pro Einrichtung macht deutlich, dass lediglich 3,2% der Einrichtungen jährlich bis zu einhundert Personen versorgen (s. Tabelle 3.3). Alle anderen betreuen eine größere Anzahl: Bei 41,2% von ihnen sind es zwischen 300 und 599 Personen. 26,9% der Einrichtungen betreuen jährlich 600 und mehr, noch 11,6% versorgen 1.000 und mehr Personen. Im Jahr 2011 betreuten 21,7% 600 und mehr Personen (8,0% mehr als 999 Personen). Die Anzahl der Einrichtungen mit vielen oder sehr vielen Klienten/innen hat also zugenommen.

Tabelle 3.3: Anzahl betreuter Klienten/innen je Einrichtung 2016

	2016
bis zu 99 Personen	3,2 %
100 – 299 Personen	28,5 %
300 – 599 Personen	41,4 %
600 – 999 Personen	15,3 %
1.000 und mehr	11,6 %

3.1.2 Öffnungszeiten, Ausstattung, Qualifikation

Die Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesystems Nordrhein-Westfalens haben an durchschnittlich fünf Tagen in der Woche geöffnet (s. Tabelle 3.4). Im Einzelfall sind dies aber nur zwei oder auch bis zu sieben Tage. Die durchschnittliche wöchentliche Öffnungszeit beträgt 38,9 Stunden. Sie schwankt zwischen den Einrichtungen stark: zwischen zwei und 92 Stunden. An durchschnittlich 1,6 Tagen in der Woche haben die Einrichtungen auch nach 18 Uhr geöffnet.

Tabelle 3.4: Öffnungszeiten 2016

		min	max	MW	N
Tage/Woche	Anzahl	2	7	5,0	190
Stunden/Woche	Anzahl	2	92	38,9	189
Öffnung nach 18 Uhr/Woche	Anzahl	0	7	1,6	167

10 Einrichtungen geben an, im Jahr 2016 einen Krisen-Wochenenddienst bereitgehalten zu haben (das entspricht 5,2% der Einrichtungen). 2011 waren es 6 (dies entspricht 3,3%).

Nach dem Erstkontakt mit der Einrichtung kann nicht in jedem Fall die Beratung oder die ambulante medizinische Rehabilitation unmittelbar begonnen werden. Für diese Fälle führen aktuell 28,8% der Einrichtungen Wartelisten (s. Tabelle 3.5). Für Reha-Maßnahmen greifen Einrichtungen seltener auf Wartelisten zurück (10,4%) als bei Beratungsleistungen (25,6%). Die durchschnittliche Dauer der Wartezeit unterscheidet sich zwischen Beratungs- und Rehaleistungen um etwa zehn Tage. Seit dem Jahr 2011 ist die Dauer der durchschnittlichen Wartezeit um etwa eine Woche gesunken – das Warten an sich kommt aktuell geringfügig häufiger vor als im Jahr 2011 – 28,8% statt 25,2%.

Tabelle 3.5: Wartelisten aktuell + 2011 (Einrichtungsbefragung)

	aktuell		2011	
	Warteliste	Dauer (MW)	Warteliste	Dauer (MW)
Beratung	25,6 %	22,2 Tage	20,9 %	27,9 Tage
amb med Reha	10,4 %	31,9 Tage	7,8 %	37,3 Tage
Gesamt	28,8 %		25,2 %	

Bei der Sachausstattung der Einrichtung, die für die Erfüllung der fachlichen Anforderungen erforderlich ist, sehen etwas mehr als ein Drittel der Einrichtungen (35,4 %) einen sehr großen oder großen Verbesserungsbedarf (s. Tabelle 3.6). Mehr als die Hälfte (56,7 %) hält ihn für klein oder sehr klein. Weitere 7,9 % sehen keinen Verbesserungsbedarf. Im Vergleich zum Jahr 2011 hat sich die Situation nicht wesentlich verändert.

Tabelle 3.6: Sachausstattung der Einrichtung: Verbesserungsbedarf aktuell + 2011 (Einrichtungsbefragung)

	aktuell	2011
sehr groß	10,2 %	6,4 %
groß	25,2 %	28,8 %
klein	44,9 %	44,8 %
sehr klein	11,8 %	12,0 %
nicht vorhanden	7,9 %	8,0 %

Den Bedarf an Weiterqualifizierung beurteilt fast die Hälfte der Einrichtungen als groß oder sehr groß (46,5 %) (s. Tabelle 3.7). Jede zweite Einrichtung sieht lediglich einen kleinen oder sehr kleinen Weiterqualifizierungsbedarf (50,4 %). Nur 3,1 % sehen gar keinen solchen Bedarf. Auch diese Situation hat sich im Vergleich zum Jahr 2011 nicht wesentlich verändert.

Tabelle 3.7: Fachkräfte der Einrichtung: Weiterqualifizierungsbedarf aktuell + 2011 (Einrichtungsbefragung)

	aktuell	2011
sehr groß	5,4 %	6,4 %
groß	41,1 %	39,2 %
klein	45,0 %	47,2 %
sehr klein	5,4 %	4,8 %
nicht vorhanden	3,1 %	2,4 %

3.1.3 Koordination & Zusammenarbeit

Einzelne Suchthilfeeinrichtungen sind nur ein Teil des ambulanten Suchthilfesystems. Eine wichtige Aufgabe ist es deshalb, die verschiedenen Angebote und Aufgaben einrichtungsübergreifend zu koordinieren und als Einzeleinrichtung mit Erbringern anderer Leistungen zusammen zu arbeiten. Die kommunale Suchthilfeplanung hat hierbei eine wichtige Funktion. Aus Sicht von 64,3 % der befragten Einrichtungen existiert eine solche kommunale Suchthilfeplanung (s. Tabelle 3.8).

Tabelle 3.8: Existenz einer Suchthilfeplanung in der Kommune aktuell (Einrichtungsbefragung)

	aktuell
nein	35,7 %
ja	64,3 %

Werden die Einrichtungen den 53 Kommunen zugeordnet, wird Folgendes erkennbar: Für 21,4 % der Kommunen verneinen die Suchthilfeeinrichtungen die Existenz einer Suchthilfeplanung.

Existiert aus Sicht der Einrichtungen eine kommunale Suchthilfeplanung, nehmen 92,7 % von ihnen regelmäßig oder zumindest sporadisch daran teil (s. Tabelle 3.9). Die regelmäßige Beteiligung hat seit dem Jahr 2011 leicht zugenommen (plus 6,2 Prozentpunkte). Ein gesetzlich vorgeschriebenes Planungs- bzw. Koordinationsgremium ist die kommunale Gesundheitskonferenz. 59,2 % der Einrichtungen sind daran (direkt selbst oder indirekt über ihre Träger) beteiligt. 21,1 % der Einrichtungen sind es nicht. Hier hat es seit 2011 kaum Veränderungen gegeben.

Tabelle 3.9: Art der Einbindung in die Suchthilfeplanung der Kommune aktuell + 2011 (Einrichtungsbefragung)

	aktuell	2011
Suchthilfeplanung grundsätzlich		
regelhaft	76,8 %	70,6 %
sporadisch	15,9 %	22,1 %
gar nicht	7,2 %	7,4 %
kommunale Gesundheitskonferenz		
regelhaft	59,2 %	57,4 %
sporadisch	19,7 %	22,1 %
gar nicht	21,1 %	20,6 %

Ein wesentlicher Teil der Koordination muss und wird zwischen den am Hilfeprozess Beteiligten direkt geleistet. Sie kann beschrieben werden über ihren Grad der Verstetigung, Verbindlichkeit und ihren örtlichen Geltungsbereich. Kooperationsverbünde (feste Netzwerke) stellen den höchsten Grad an verbindlicher Koordination dar, weil sie grundsätzlich in der Lage sind, Interessen, Sichtweisen und Ziele mehrerer Beteiligter, z. T. aus verschiedenen Bereichen – inhaltlicher und / oder regionaler Zuständigkeit – in Einklang zu bringen. Ihr folgt die bilaterale Zusammenarbeit zweier Beteiligter, die sich Aufgaben über den Einzelfall hinaus in ihren Arbeitsfeldern explizit teilen, Regelungsbreite und –tiefe bleiben strukturell begrenzt. Einzelfallbezogene Zusammenarbeit schließlich ist die erste Stufe der Zusammenarbeit: Akteure müssen (und können) sich über diesen Einzelfall hinaus nicht binden. Möglich ist aber der beginnende Aufbau von Berechenbarkeit und Vertrauen, ersten Schritten verbindlicherer, mittelfristiger und weitreichenderer Koordination. Die Form ist eine andere Dimension der Koordination: Sie kann sich auf die gemeinsame Diskussion und auch Entscheidung über die inhaltliche und / oder methodische Ausgestaltung der Hilfeerbringung beziehen (konzeptionelle Zusammenarbeit). Daneben steht die Frage der vertraglichen Fixierung dieser. Schließlich kann sich jede Art und Form der Kooperation auf den regionalen Nahbereich (örtlich) oder darüber hinaus erstrecken (überörtlich). Die einzelnen Koordinationsarten der beteiligten Akteure sind also kombinierbar mit mehreren Formausprägungen.

Im Folgenden werden Art und Form der Koordination der am Hilfeprozess beteiligten Akteure dargestellt, zunächst für die der öffentlichen Hand und die der eigentlichen Suchthilfe etwas fernerer Institutionen, dann für die Beteiligten des im engeren Sinne gefassten Suchthilfeprozesses.

Bestimmende Art der Zusammenarbeit mit Beteiligten aus (bisher) fernerer Bereichen des Suchthilfeprozesses bzw. mit Akteuren der öffentlichen Hand ist die Zusammenarbeit im Einzelfall (Tabelle 3.10). Zwischen 42,3 % der Kooperationen (mit der Kinder- und Jugendhilfe) und 75,6 % (mit Migrantenorganisationen) sind auf diese Weise strukturiert. Für die Zusammenarbeit mit 10 der 12 hier erfassten Akteure ist diese Art der Kooperation die mehrheitliche. Mit mehr als einem Viertel der Nennungen sind nur drei Institutionen in feste Netzwerke eingebunden: die Kinder- und Jugendhilfe (34,1 %), die Jobcenter (30,8 %) und die Sozialpsychiatrischen Dienste (26,8 %). Durchweg fehlende Zusammenarbeit zeigt sich insbesondere mit Akteuren der Altenhilfe und –pflege (29,9 %) und der Agentur für Arbeit im Bereich der Arbeitsförderung (SGB III, 20,5 %). Eine insgesamt besonders geringe Koordination zeigt sich ebenfalls mit dem Bereich Beschäftigung und Qualifizierung, der nicht vom SGB II und III erfasst ist, sowie den Migrantenorganisationen. In diesen Bereichen erreichen die netzwerkartige und bilaterale Koordination zusammen lediglich Anteile bis zu 12,7 %.

Für die Form der Zusammenarbeit (Tabelle 3.10) ist nur für zwei Akteure in einem etwas größeren Umfang von konzeptioneller Zusammenarbeit mit anderen Beteiligten zu berichten: der Kinder- und Jugendhilfe (35,8 %) sowie den Jobcentern (24,2 %). Nur für diese wird auch in nennenswertem Umfang eine vertragliche Zusammenarbeit genannt (22,0 bzw. 22,5 %). Die meiste Zusammenarbeit mit den hier erfassten Institutionen findet örtlich statt, nur im Ausnahmefall vollzieht sie sich auch überörtlich: bei der mit Justiz und Bewährungshilfe geben dies 25,8 % der befragten Einrichtungen an.

Beim Vergleich des Umfangs der Zusammenarbeit zwischen dem aktuellen und dem Ausmaß im Jahr 2011 ist zunächst zu erkennen, dass es dabei i. d. R. keine Veränderung gegeben hat (dies geben zwischen 46,6 % und 87,0 % der Befragten für die jeweiligen Institutionen an). Nur für die Zusammenarbeit mit Beteiligten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe geben mehr als 50 % eine Veränderung im Ausmaß der Zusammenarbeit an. Gleichzeitig ist es diese Institution, mit der die Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren insgesamt im größten Umfang gewachsen ist: 49,2 % der befragten Einrichtungen geben an, es gäbe mit der Kinder- und Jugendhilfe mehr oder viel mehr Zusammenarbeit. Auch die Zusammenarbeit mit den Jobcentern ist – insbesondere im Vergleich mit den anderen Akteuren – nennenswert ge-

stiegen (34,5% der Befragten geben an, es sei mehr oder viel mehr Zusammenarbeit). Auf der anderen Seite wird diese Institution am häufigsten genannt, wenn nach abnehmender Kooperation gefragt wird (7,8% der Befragten geben für diese weniger Zusammenarbeit an). Insgesamt gab es aber nur sehr geringe Anteile sinkender Kooperation. Bezüglich steigender Kooperation sind neben den bereits zwei genannten Institutionen mit erwähnenswerten (mehr als ein Viertel der Nennungen) Anteilen steigender Kooperation noch die Migrantenorganisationen (31,2% mehr oder viel mehr) und die Wohnungslosenhilfe (25,8%) zu erwähnen.

Tabelle 3.10: Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern und anderen Institutionen, aktuell + 2011, Teil 1 (Einrichtungsbefragung)

	Zusammenarbeit mit	N	aktuelle Zusammenarbeit									Veränderung zu 2011				
			Art				Form (Mehrfachnennungen)					aktuell: viel mehr Zusammenarbeit	aktuell: mehr Zusammenarbeit	keine Veränderung	aktuell: weniger Zusammenarbeit	aktuell: viel weniger Zusammenarbeit
			Kooperationsverbund (festes Netzwerk)	nur direkte Zusammenarbeit (bilateral)	nur im Einzelfall	keine Zusammenarbeit	konzeptionelle Zusammenarbeit	mit Vertrag	örtlich	überörtlich	%					
1	Kinder- und Jugendhilfe	123	34,1	19,5	42,3	4,1	35,8	22,0	69,1	17,9	17,8	31,4	46,6	3,4	0,8	
2	schulische + berufl. Bildung	121	6,6	15,7	60,3	17,4	5,8	0,8	61,2	14,9	0,9	16,7	76,9	3,7	1,9	
3	Beschäftigung + Qualifizierung (nicht SGB II/SGB III)	118	5,1	7,6	69,5	17,8	4,2	4,2	62,7	8,5	3,6	12,6	78,4	4,5	0,9	
4	Grundsicherung f. Arbeitssuchende (Jobcenter, SGB II)	120	30,8	21,7	42,5	5,0	24,2	22,5	69,2	10,0	11,2	23,3	57,8	7,8	0,0	
5	Arbeitsförderung (Bundesagentur für Arbeit, SGB III)	117	6,0	10,3	63,2	20,5	6,8	2,6	59,0	10,3	1,9	7,4	87,0	2,8	0,9	
6	Justiz + Bewährungshilfe	124	16,9	23,4	58,1	1,6	9,7	9,7	68,5	25,8	7,6	13,4	73,1	5,9	0,0	
7	Schuldnerberatung	125	7,2	14,4	71,2	7,2	6,4	4,0	72,0	8,8	0,9	10,3	85,5	3,4	0,0	
8	Wohnungslosenhilfe	124	21,8	16,9	55,6	5,6	13,7	5,6	71,0	12,9	10,8	15,0	70,8	2,5	0,8	
9	sozialpsychiatrischer Dienst	117	26,5	13,7	54,7	5,1	16,2	8,5	67,5	15,4	2,7	21,2	73,5	2,7	0,0	
10	and. staatl. Stellen (z.B. Sozial-, Wohnungs-, Gesundheitsamt)	120	20,0	12,5	63,3	4,2	15,0	7,5	66,7	17,5	5,3	8,8	81,6	4,4	0,0	
11	Migrantenorganisationen	119	5,0	3,4	75,6	16,0	7,6	0,0	58,8	14,3	5,5	25,7	63,3	5,5	0,0	
12	amb. Altenhilfe, stat. Pflege	117	4,3	6,8	59,0	29,9	1,7	0,9	52,1	15,4	3,9	9,8	84,3	2,0	0,0	

Die im engeren Sinne am Suchthilfeprozess beteiligten Institutionen (Tabelle 3.11) kooperieren grundsätzlich in größerem Umfang untereinander, als sie es mit den dem Prozess ferneren Institutionen tun (Tabelle 3.10).

Gleichwohl ist die Kooperation im Einzelfall die mehrheitlich bestimmende Art der Zusammenarbeit (s. Tabelle 3.11): 7 von 12 der hier gebündelten Institutionen besitzen in dieser Kategorie Anteile von mehr als 50%. Besonders ausgeprägt ist dies mit ärztlichen oder auch psychotherapeutischen Praxen (71,8%) und Krankenhäusern (67,2%). Auf der anderen Seite werden auch 7 von 12 Institutionen mit Anteilen größer 25% in netzwerkartiger Zusammenarbeit genannt: In besonderem Maße gilt dies für die Suchtberatung (49,1%) und die medizinische Suchtbehandlung (47,1%). Aber sowohl die Suchtselbsthilfe als auch die Prävention und Frühintervention erreichen bei dieser Art der Koordination Anteile jenseits der 40% (42,7% bzw. 42,5%). Mehr als 1/3 der Einrichtungen beschreiben des Weiteren eine netzwerkartige Zusammenarbeit mit Einrichtungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation (37,5%) und der Eingliederungshilfe für Suchtkranke (37,5%). Da die Suchtselbsthilfe und die medizinische Suchtbehandlung (z. B. der Entzug oder auch die Substitution) darüber hinaus Anteile von mehr als 20% bei der bilateralen Zusammenarbeit zugewiesen bekommen, kann die Kooperation mit ihnen insgesamt als besonders eng charakterisiert werden. Dies gilt insgesamt auch für die Suchtberatung, die zusammengefasst ebenfalls auf einen Anteil von deutlich mehr als 60% in diesen beiden Kategorien verweisen kann.

Wenig überraschend wird den Institutionen, mit denen besonders oft eine netzwerkartige Zusammenarbeit besteht, auch häufiger eine konzeptionelle Zusammenarbeit attestiert. Dies geschieht in einem Umfang zwischen 20,2% und 31,0%. Letzterer Anteil gilt für Einrichtungen aus dem Bereich Prävention und Frühintervention. Eine vertragliche Zusammenarbeit wird lediglich für Einrichtungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation von mehr als einem Fünftel der Einrichtungen beschrieben (21,2%). Auch in dieser Gruppe der enger am Suchhilfeprozess Beteiligten gilt, dass die Zusammenarbeit vorwiegend örtlich stattfindet. Allerdings wird eine überörtliche Kooperation mehrheitlich mit Akteuren der ambulanten und auch denen der stationären bzw. teilstationären medizinischen Rehabilitation angegeben. Einrichtungen der medizinischen Suchtbehandlung, Krankenhäuser und auch die Suchtberatung stehen ebenfalls häufiger in überörtlicher Zusammenarbeit (43,8%, 42,6%, 40,7%).

Für alle mit Ausnahme einer Institution wird mit Anteilen jenseits von 65% attestiert, dass sich das Ausmaß der Zusammenarbeit seit dem Jahr 2011 nicht verändert habe. Lediglich bei der Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Eingliederungshilfe hat es Veränderungen im Umfang dieser bei 38,6% der befragten Einrichtungen der nordrhein-westfälischen ambulanten Suchthilfe gegeben. Gab es hingegen Veränderungen, waren dies fast ausschließlich solche zu mehr Kooperation. Insbesondere zu der soeben erwähnten Eingliederungshilfe (36,8% mehr oder viel mehr Zusammenarbeit), aber auch zu Einrichtungen der Prävention und Frühintervention (31,8%). Zu drei weiteren Arten von Einrichtungen wurde jeweils von mehr als einem Viertel aller Einrichtungen die Kooperation verstärkt: Suchtberatung (28,9%), medizinische Suchtbehandlung (28,5%) sowie Suchtselbsthilfe (25,9%). Wurde die Zusammenarbeit reduziert, geschah dies am ehesten mit der Suchtselbsthilfe – 6,9% der Einrichtungen berichten dies.

Tabelle 3.11: Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern und anderen Institutionen, aktuell + 2011, Teil 2 (Einrichtungsbefragung)

		aktuelle Zusammenarbeit									Veränderung zu 2011				
		Art				Form (Mehrfachnennungen)									
Zusammenarbeit mit	N	Kooperationsverbund (festes Netzwerk)	nur direkte Zusammenarbeit (bilateral)	nur im Einzelfall	keine Zusammenarbeit	konzeptionelle Zusammenarbeit	mit Vertrag	örtlich	überörtlich	aktuell: viel mehr Zusammenarbeit	aktuell: mehr Zusammenarbeit	keine Veränderung	aktuell: weniger Zusammenarbeit	aktuell: viel weniger Zusammenarbeit	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
13 niedrigschwellige Einrichtung	114	28,1	7,9	52,6	11,4	20,2	5,3	57,9	21,9	2,9	9,6	84,6	2,9	0,0	
14 Suchtberatung	108	49,1	14,8	36,1	0,0	25,0	15,7	52,8	40,7	6,5	22,4	66,4	3,7	0,9	
15 Prävention und Frühintervention	113	42,5	14,2	29,2	14,2	31,0	13,3	54,9	21,2	8,7	23,1	65,4	2,9	0,0	
16 Akutbehandlung	115	19,1	19,1	51,3	10,4	8,7	4,3	60,0	38,3	4,5	17,0	76,8	1,8	0,0	
17 med. Suchtbehandlung (z. B. Substitution, Entzug)	121	47,1	22,3	27,3	3,3	26,4	11,6	58,7	43,8	7,8	20,7	67,2	4,3	0,0	
18 ambulante med. Reha	118	37,3	8,5	44,9	9,3	22,9	21,2	50,0	51,7	3,7	15,7	75,9	4,6	0,0	
19 (teil-)stationäre med. Reha	118	12,7	18,6	61,0	7,6	7,6	9,3	35,6	58,5	1,8	14,4	79,3	4,5	0,0	
20 Eingliederungshilfe f. Suchtkranke (SGB XII), z.B. Betr. Wohnen	120	37,5	13,3	46,7	2,5	25,0	6,7	65,0	35,0	7,9	28,9	61,4	1,8	0,0	
21 Suchtselbsthilfe	124	42,7	24,2	29,8	3,2	24,2	2,4	69,4	29,0	2,6	23,3	67,2	6,9	0,0	
22 ärztliche / psychotherap. Praxis	124	11,3	12,1	71,8	4,8	4,8	2,4	61,3	27,4	0,8	12,7	80,5	5,1	0,8	
23 Institutsambulanz	119	15,1	16,0	59,7	9,2	6,7	3,4	55,5	31,9	0,9	14,9	79,8	3,5	0,9	
24 Krankenhaus	122	19,7	10,7	67,2	2,5	11,5	7,4	58,2	42,6	1,7	13,0	80,0	5,2	0,0	

Neben der Zusammenarbeit auf Einrichtungsebene kann eine solche auch in engem Bezug zu einzelnen Klientinnen und Klienten zwischen dem Fachpersonal mehrerer Einrichtungen erfolgen: in Form von Fallkonferenzen. Da für diesen Begriff keine Definition vorgegeben wurde und auch das KDS-Manual keine liefert, wird von einem weiten Verständnis (einzelnen (Telefon-) Gesprächen bis hin zu regelmäßigen, formalisierten Treffen mehrerer Beteiligter) ausgegangen.

Der weit überwiegende Teil der Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesystems Nordrhein-Westfalens führt Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern zu einzelnen Klienten/innen durch (82,2%). Die KDS-liefernden Einrichtungen dokumentieren über die Tatsache der Fallkonferenz selbst hinaus, mit welchen anderen Einrichtungstypen sie diese durchführen (s. Tabelle 3.12). So wird erkennbar, dass Fallkonferenzen besonders oft mit Einrichtungen der Jugendhilfe bzw. dem Jugendamt (77,7%) und auch Einrichtungen des ambulanten betreuten Wohnens durchgeführt werden (ebenfalls 77,7%). Auch mit den Jobcentern und Beratungsstellen führen mehr als 70% der Einrichtungen Fallkonferenzen durch. Mehr als 2/3 der Einrichtungen halten Fallkonferenzen ab mit der Bewährungshilfe und auch Krankenhäusern bzw. ihren zuständigen Abteilungen.

Tabelle 3.12: Fallkonferenzen mit weiteren Leistungserbringern 2016 (KDS)

	N	ja %	nein %
Jugendhilfe / Jugendamt	130	77,7 %	22,3 %
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	115	53,0 %	47,0 %
Arbeitsagentur / Arbeitsgemeinschaft (ARGE) / Job-Center (Fallmanager für ALG II etc.)	125	73,6 %	26,4 %
Internen oder externen Diensten zur Beratung/Behandlung im Straf-/ Maßregelvollzug	114	39,5 %	60,5 %
Bewährungshilfe	126	68,3 %	31,7 %
Sozialpsychiatrischer Dienst	124	61,3 %	38,7 %
Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)	117	46,2 %	53,8 %
Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz	126	72,2 %	27,8 %
Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	108	35,2 %	64,8 %
Stationäre Rehabilitationseinrichtung	119	51,3 %	48,7 %
Ambulant Betreutes Wohnen	130	77,7 %	22,3 %
Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	121	66,9 %	33,1 %
Institutsambulanz	113	35,4 %	64,6 %
Krankenhaus / Krankenhausabteilung	128	67,2 %	32,8 %
Pflegeheim	107	16,8 %	83,2 %

3.2 Gesamtzahl Betreuungen

In den Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesystems Nordrhein-Westfalens wurden im Jahr 2016 insgesamt etwa 127.800 Betreuungen⁴ für Klienten und Klientinnen mit eigener Suchtproblematik geleistet (s. Tabelle 3.13).⁵

Im Jahr 2011 wurden für Klientinnen und Klienten mit eigener Problematik etwa 118.800 Betreuungen durchgeführt. Somit ist das Gesamtvolumen der durchgeführten Betreuungen in diesem Fünfjahreszeitraum um 7,6% gewachsen. Kaum verändert hat sich das Verhältnis zwischen betreuten Männern und Frauen: Im Jahr 2016 besaßen die für Frauen durchgeführten Betreuungen einen um 0,8% Prozentpunkte größeren Anteil als im Jahr 2011 von jetzt insgesamt 28,8% (s. Tabelle 3.13).

⁴ Mit der im Rahmen dieser Analyse durchgeführten Einrichtungsbefragung wurde der Versuch unternommen, die Anzahl der in den Einrichtungen betreuten Personen – im Unterschied zu den mit ihnen durchgeführten Betreuungen, von denen Einzelne durchaus mehrere in einem Jahr haben können – zu erheben. Viele antwortende Einrichtungen sahen sich nicht in der Lage, diese Zahl zu übermitteln, da lediglich Betreuungen festgehalten wurden. Auch waren die zu integrierenden Daten, der in der Befragung nicht antwortenden KDS-liefernden Einrichtungen, Betreuungsangaben. Aus diesem Grund bezieht sich die vorliegende Analyse auf Betreuungszahlen.

Der in NRW im Rahmen des landesweiten Monitorings der ambulanten Suchthilfe erhobene Datensatz erlaubt keine Reidentifizierung einzelner Personen, auch nicht in anonymisierter Form. Eine solche ist im Rahmen der Hamburger Basisdatendokumentation möglich. Daher ist für dieses großstädtische, differenziert ausgebaute ambulante Suchthilfesystem bekannt, dass die Anzahl der Klientinnen und Klienten etwa 80% der jährlich durchgeführten Betreuungen entspricht. Für das Land Hessen liegt die entsprechende Größe bei 90%. Da auch Nordrhein-Westfalen ländliche, städtische und großstädtische Kommunen besitzt, ist für die auf die Betreuungszahl bezogene Zahl der Klienten/innen eine Schätzgröße von ebenfalls etwa 90% zu erwarten.

⁵ Diese Angaben beruhen auf einer Hochrechnung – siehe weitere methodische Anmerkungen hierzu im Abschnitt 1.2.1.

Zusätzlich zu den Personen mit eigener Suchtproblematik wurden in vielen Fällen Angehörige betreut (s. Tabelle 3.14). Insgesamt wurden im Jahr 2016 für diese Gruppe etwa 15.800 Betreuungen geleistet. Hier hatten die Frauen einen Anteil von 70,9%, die Männer entsprechend 29,1%.⁶

Tabelle 3.13: Durchgeführte Betreuungen: Klienten/innen mit eigener Problematik 2016 + 2011, Gesamtebene NRW, nach Geschlecht

	insg	männl	weibl
		% ^c	% ^c
Betreuungen Klienten/innen, insgesamt, 2016	127.800 ^a	71,2 %	28,8 %
Betreuungen Klienten/innen, insgesamt, 2011	118.800 ^a	72,0 %	28,0 %

Tabelle 3.14: Durchgeführte Betreuungen: Angehörige 2016, Gesamtebene NRW, nach Geschlecht

	insg	männl	weibl
		% ^c	% ^c
Betreuungen Angehörige	15.800 ^a	29,1 %	70,9 %

- a hochgerechnet aus den verfügbaren Angaben zur Gesamtzahl der Personen (Klienten/innen, Angehörige bzw. der Hauptsubstanz) aus Einrichtungsbefragung und KDS-K (Füllen fehlender Werte mit Mittelwerten), gerundet auf volle Hunderter
- c berechnet aus allen Angaben zu Hauptsubstanzen und Geschlecht aus Einrichtungsbefragung und KDS-K aus dem entsprechenden Jahr (keine Hochrechnung)

Betreuungen für Personen mit Alkoholproblematik bildeten bei den Klientinnen und Klienten mit eigener Problematik die größte Gruppe (s. Tabelle 3.15): Es waren im Jahr 2016 etwa 43.300 solcher Betreuungen, das entspricht einem Anteil von 33,9%. Etwa ein Viertel der Betreuungen (26,1% bzw. 33.300 Betreuungen) wurde von Personen mit einer Opioid-Problematik (Opioide oder auch Substitutionsmittel) in Anspruch genommen. Die drittgrößte Gruppe sind die Betreuungen für Personen mit einer Cannabisproblematik (14,2% bzw. 18.200 Betreuungen). Alle anderen Problembereiche beanspruchen deutlich geringere Betreuungsanteile: Glücksspiele und Stimulantien jeweils 4,1% (bzw. 5.300 Betreuungen), Kokain bzw. Crack 2,1% und Medikamente 1,1% (2.700 bzw. 1.400 Betreuungen). Sehr geringe Anteile weisen Personen mit Problemen in den Bereichen Methamphetamin (0,2%), Internet bzw. neue Medien (0,2%) und neue psychoaktive Substanzen (0,1%) auf. Bei etwa 17.600 geleisteten Betreuungen kann keine Hauptproblematik angegeben werden, da den Einrichtungen hierzu verlässliche Informationen fehlten, z. B. weil keine Diagnose nach ICD-10 vorlag.

Männer und Frauen nehmen in unterschiedlichem Ausmaß die Betreuungen der verschiedenen Problembereiche in Anspruch, in der Regel haben die Männer größere Anteile: Nur bei den Betreuungen wegen einer Medikamentenproblematik überwiegen die Frauen (60,3%). Diese haben unter den Betreuungen wegen einer Glücksspielproblematik den geringsten Anteil (10,7%). Etwas höher ist er bei Kokain/Crack (17,4%) und auch in der Gruppe der Betreuungen wegen einer Cannabisproblematik wird nicht einmal jede fünfte Betreuung von einer Frau in Anspruch genommen (18,7%). Überdurchschnittlich viele Frauen (bezogen auf das Gesamtklientel) befinden sich in der Gruppe der Betreuungen mit einer Alkoholproblematik (33,6%).

⁶ Für eine Hochrechnung für das Jahr 2011 war die Datenbasis an dieser Stelle nicht ausreichend.

Tabelle 3.15: Durchgeführte Betreuungen: Klienten/innen, 2016, Gesamtebene NRW, nach Problembereich und nach Geschlecht

	insg	Anteil	männl	weibl
	N	%	% ^c	% ^c
Alkohol	43.300 ^a	33,9 %	66,4 %	33,6 %
Opiode	33.300 ^a	26,1 %	77,5 %	22,5 %
Cannabis	18.200 ^a	14,2 %	81,3 %	18,7 %
Glücksspiel	5.300 ^a	4,1 %	89,3 %	10,7 %
Stimulantien	5.300 ^a	4,1 %	73,0 %	27,0 %
Kokain/Crack	2.700 ^a	2,1 %	82,6 %	17,4 %
Medikamente	1.400 ^a	1,1 %	39,7 %	60,3 %
Methamphetamin	280 ^b	0,2 %	69,5 %	30,5 %
Internet, neue Medien	230 ^b	0,2 %	75,5 %	24,5 %
Neue psychoaktive Substanzen	150 ^b	0,1 %	78,1 %	21,9 %
ohne eindeutige Zuordnung zu einem Problembereich	17.600 ^a	13,8 %		

a hochgerechnet aus den verfügbaren Angaben zur Gesamtzahl der Personen (Klienten/innen, Angehörige bzw. der Hauptsubstanz) aus Einrichtungsbefragung und KDS-K (Füllen fehlender Werte mit Mittelwerten), gerundet auf volle Hunderter

b hochgerechnet mit Hilfe des durchschnittlichen Hochrechnungsfaktors von a., gerundet auf volle Zehner

c berechnet aus allen Angaben zu Hauptsubstanzen und Geschlecht aus Einrichtungsbefragung und KDS-K aus dem entsprechenden Jahr (keine Hochrechnung)

3.3 Angebote und Leistungsbreite

Die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe Nordrhein-Westfalens halten vielfältige und oftmals mehrere Angebote bereit (s. Tabelle 3.16): Annähernd alle geben an, Beratungs- bzw. Betreuungsleistungen zu erbringen (97,0 %), jede zehnte dieser Einrichtungen erbringt die Beratung auch online. Im Justizvollzug werden Beratungsleistungen von 15,4 % der Einrichtungen erbracht. Deutlich mehr als die Hälfte der Einrichtungen bieten speziell für Opioidabhängige die psychosoziale Begleitung Substituierter (PSB, 58,5 %). Substitutionsmittel selbst vergeben 11,2 % der Einrichtungen. Das gerade für diese Zielgruppe relevante Angebot eines HIV- und HCV-Tests inklusive Beratung hierzu wird lediglich von 14,8 % der Einrichtungen praktiziert.

Leistungen ambulanter medizinischer Rehabilitation werden von etwas mehr als der Hälfte der Einrichtungen angeboten (53,5 %). Niedrigschwellige Leistungen bieten 42,8 % der Einrichtungen - 34,7 % offerieren ausdrücklich den Spritzen-tausch. Aufsuchende Suchthilfe (Streetwork) bietet gleichfalls etwa jede Dritte (34,1 %). Etwa jede fünfte Einrichtung bietet das ambulante betreute Wohnen (18,0 %) an. Ambulante Arbeits- + Beschäftigungsprojekte werden von etwa jeder zwanzigsten Einrichtung angeboten (5,3 %).

Präventionsangebote werden von ebenfalls deutlich mehr als jeder zweiten Einrichtung erbracht: 59,8 % führen Maßnahmen der universellen Prävention durch, 54,5 % solche der selektiven und 38,8 % der Einrichtungen leisten indizierte Frühinterventionen.

Neben den gerade beschriebenen, grundlegenden Angeboten professioneller Suchthilfe, halten viele Einrichtungen spezielle Angebote, für eingeschränkte Zielgruppen parat. So bietet jede zweite Einrichtung eigene Angebote für Angehörige (51,2 %), jede vierte spezielle für Kinder aus suchtbelasteten Familien (24,0 %) oder auch ausschließlich für Eltern (23,0 %). Etwa jede fünfte Einrichtung hält frauenspezifische Angebote parat (21,3 %), etwa jede zehnte für minderjährige Mädchen (10,6 %) oder Jungen (9,8 %), Ältere (9,1 %), Migranten/innen (9,2 %) oder auch Flüchtlinge (9,8 %). Nur wenige Einrichtungen bieten spezielle Angebote für Behinderte (7,4 %), Männer (6,6 %) oder auch für Lesben, Schwule, Bi- oder Transsexuelle (3,3 %).

Zwischen den Jahren 2011 und 2016 haben sich auf der Ebene der durch die Einrichtungen vorgehaltenen bzw. geleisteten Angebote einige Änderungen vollzogen (s. Tabelle 3.16). Zunächst ist festzuhalten, dass kein Angebot im Jahr 2016 in einer kleineren Anzahl Einrichtungen angeboten wird als in 2011. Einige Leistungen der ambulanten Suchthilfe werden im Jahr 2016 in einer größeren Anzahl Einrichtungen angeboten als im Jahr 2011. Insbesondere Leistungen der ambulanten

medizinischen Rehabilitation werden breiter angeboten (plus 21,2 Prozentpunkte). Aber auch niedrigschwellige Hilfen (plus 8,9 Prozentpunkte), die psychosoziale Begleitung Substituierter (plus 5,8 Prozentpunkte), die Vergabe des Substitutionsmittels selbst (plus 5,2 Prozentpunkte) sind an mehr Orten im ambulanten Hilfesystem vorzufinden.

Darüber hinaus bieten im Jahr 2016 nennenswert mehr Einrichtungen Leistungen der indizierten Frühintervention an (38,8 % statt 28,9 % - plus 9,9 Prozentpunkte). Bei drei speziellen Angeboten hat es eine z. T. deutliche Zunahme gegeben: Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien werden von 24,0 % (2016) statt von 18,5 % (2011) der Einrichtungen angeboten, Angebote für Flüchtlinge sind von 3,6 % auf 9,8 % der Einrichtungen gestiegen und Angebote für Behinderte gab es im Jahr 2011 lediglich in 4,5 % der Einrichtungen, 2016 waren es 7,4 %, die diese Angebote bereit hielten.

Unabhängig von der Anzahl der Einrichtungen, die einzelne Angebote erbringen, kann sich die durch diese Leistungen erreichte Anzahl an Personen (bzw. die Anzahl der erbrachten Leistungen) verändern, weil Einrichtungen ihre Arbeit in bestimmten Bereichen intensivieren oder verringern.⁷

Es wird erkennbar, dass es im Bereich vieler Angebote im Verlaufe der Jahre 2011 bis 2016 Veränderungen gegeben hat (s. Tabelle 3.16). Rückgänge in der Gesamtzahl der erbrachten Leistungen hat es bei zwei Angebotstypen gegeben: Im Bereich aufsuchender Suchthilfe (Streetwork) sind starke Rückgänge zu verzeichnen, im Bereich der Online-Beratung leichte Rückgänge. Zuwächse hingegen sind bei den anderen Angeboten professioneller Suchthilfe zu bemerken: in starkem Umfang im Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation und auch bei der PSB, deutlich ebenfalls bei der Vergabe des Substitutionsmittels. Auch die Suchtberatung im Justizvollzug fand nennenswert häufiger statt – ebenso wie die allgemeine Suchtberatung bzw. Betreuung. Zuwächse verzeichnen ebenfalls die niedrigschwelligen Hilfen (inklusive des Spritzentausches) und auch das ambulante Betreute Wohnen.

Im Bereich der Prävention ist es insbesondere die selektive Suchtprävention, die in deutlich größerem Umfang geleistet wird. Zugenommen haben ebenfalls die indizierte und universelle Prävention, letztere in geringem Umfang.

Die Angebote, die sich an spezielle Zielgruppen richten und für die ausreichend Daten vorliegen, sind im betrachteten Fünfjahresverlauf alle quantitativ gewachsen und wurden also häufiger geleistet. Dies gilt insbesondere für die Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien: hier hat es einen starken Anstieg gegeben. Gleiches ist zu erkennen für die Angebote für Ältere - allerdings entwickelten diese sich von einem noch geringeren Niveau. Angebote für Frauen werden ebenfalls in größerem Umfang geleistet. Leicht gestiegen sind die Angebote für Angehörige und Eltern.

⁷ Bei einigen Angeboten liegen sehr wenige Angaben der befragten Einrichtungen zur durchschnittlichen Anzahl der Personen, die die einzelnen Angebote in Anspruch genommen haben (bzw. insgesamt erbrachten Leistungen dieses Typs), vor. In diesen Fällen werden die Einzelwerte hier nicht berichtet. Minimal waren Angaben von 10 Einrichtungen erforderlich. Die Mittelwerte (der durchschnittlichen Inanspruchnahme) der Einzelangebote der Jahre 2011 und 2016 wurden unter Berücksichtigung des jeweiligen Verbreitungsgrades des Angebotes 2011 und 2016 miteinander in Beziehung gesetzt. Sich neu entwickelnde Angebote wurden erfasst, sobald 10 Angaben vorlagen. Auf diese Weise wurde berechnet, in welchem Ausmaß das Angebot im Jahresvergleich in Nordrhein-Westfalen insgesamt zu- oder abgenommen hat. Die Ergebnisse sollten als Anhaltspunkte für die Entwicklungen betrachtet werden. Um keine Genauigkeit vorzutäuschen, die nicht gegeben ist, wurde das Ergebnis kategorisiert.

Tabelle 3.16: Einrichtungen: Angebote 2016 + 2011, durchschnittliche Anzahl pro Einrichtung

	2016, ja, %	2011, ja, %	2016, Anzahl* / Einr. (MW)	2011, Anzahl* / Einr. (MW)	Ausmaß Veränderung 2011 > 2016
Beratung/Betreuung	97,0%	96,3%	502	379	++
davon: online	10,4%	9,2%	14	19	-
Suchtberatung Justizvollzug	15,4%	12,6%	49	43	++
psychosoziale Betreuung Substituierter	58,8%	53,0%	149	109	++
Vergabe Substitutionsmittel	11,2%	6,0%	92	124	++
Test + Beratung HIV, HCV	14,8%	12,0%	n.a.	n.a.	n.a.
ambulante medizinische Rehabilitation	53,5%	32,3%	47	46	++
niedrigschwellige Hilfen	42,8%	33,9%	2.932	3.045	+
Spritzentausch	34,7%	32,7%	30.667	27.826	+
aufsuchende Arbeit/Streetwork	34,1%	31,3%	123	346	--
ambulantes Betreutes Wohnen	18,0%	16,5%	33	30	+
amb. Arbeits- + Beschäftigungsprojekte	5,3%	6,3%	n.a.	n.a.	n.a.
universelle Suchtprävention	59,8%	59,6%	1.763	1.605	+
selektive Suchtprävention	54,5%	54,6%	240	175	++
indizierte Frühintervention	38,8%	28,9%	39	41	+
spezielle Angebote für:					
Angehörige	51,2%	51,8%	56	51	+
Kinder aus suchtbelasteten Familien	24,0%	18,5%	57	27	++
Eltern	23,0%	22,8%	123	116	+
Frauen	21,3%	20,9%	65	55	+
Männer	6,6%	5,5%	n.a.	n.a.	n.a.
minderjährige Mädchen	10,6%	10,1%	n.a.	n.a.	n.a.
minderjährige Jungen	9,8%	10,1%	n.a.	n.a.	n.a.
Ältere	9,1%	6,7%	35	13	++
LGBT	3,3%	2,7%	n.a.	n.a.	n.a.
Behinderte	7,4%	4,5%	n.a.	n.a.	n.a.
Migranten/innen	9,2%	10,1%	n.a.	n.a.	n.a.
Flüchtlinge	9,8%	3,6%	n.a.	n.a.	n.a.

* Anzahl: durchschnittliche Anzahl der Betreuungen bzw. (erreichten) Personen pro Einrichtung; bei niedrigschwelligen Hilfen ist die Anzahl der Kontakte, beim Spritzentausch die Anzahl der abgegebenen Spritzen erfasst.

Die Kategorien der Veränderung zwischen 2011 und 2016 sind:

- ++: 2016 mehr als 33% mehr als 2011,
- +: 2016 zwischen 33% und 5% mehr als 2011,
- +/-: 2016 5% mehr bis 5% weniger als 2011,
- : 2016 5% bis 33% weniger als 2011,
- : 2016 mehr als 33% weniger als 2011,
- n.a.: nicht ausreichend vorhandene Angaben.

Das soeben beschriebene, geleistete Angebot der Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesystems deckt sich nach Ansicht etwa der Hälfte der Einrichtungen mit der Nachfrage (55,1%) nach diesen Angeboten (s. Tabelle 3.17). 41,7% der Einrichtungen nehmen eine größere Nachfrage nach Leistungen der ambulanten Suchthilfe wahr, als es das Angebot bietet. Dieser Eindruck ist für das Jahr 2016 stärker als er (rückblickend) für das Jahr 2011 ist. Für jenes Jahr teilen 37,4% die Einschätzung, dass die Nachfrage das Angebot überstiegen habe.

Tabelle 3.17: Verhältnis Angebot / Nachfrage aktuell + 2011 (Einrichtungsbefragung)

	Angebot größer Nachfrage	Angebot + Nachfrage stimmen überein	Nachfrage größer Angebot
aktuell	3,1%	55,1%	41,7%
2011	1,6%	61,0%	37,4%

Neben der quantitativen Breite des Angebots ambulanter Suchthilfe stehen Dimensionen der inhaltlichen Ausprägung der Arbeit – sowohl grundsätzlicher Art als auch bezogen auf z. B. die therapeutische Arbeit in der ambulanten Rehabilitation.

Ein Fünftel der Einrichtungen beschreibt die grundsätzliche Ausrichtung der Einrichtungsarbeit (bei Beratungs- und Betreuungsleistungen) als abstinenzorientiert (s. Tabelle 3.18). Die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen (61,3%) sieht ihre Arbeit als gleichberechtigt bezogen hinsichtlich der Konsumreduktion, -stabilisierung und auch Abstinenz. Bei 17,7% steht die Akzeptanzorientierung im Vordergrund.

Tabelle 3.18: Grundsätzliche Ausrichtung der Einrichtung aktuell (bzgl. Beratungs- und Betreuungsleistungen, Einrichtungsbefragung)

	Abstinenzorientierung	gleichberechtigt: Konsumreduktion, -stabilisierung + Abstinenz	Akzeptanzorientierung
aktuell	21,0%	61,3%	17,7%

Dagegen hat es in Bezug auf das Gesamtkonzept der Einrichtung bei mehr als einem Drittel der Einrichtungen seit 2011 eine gezielte Änderung gegeben (35,4%). 42 Einrichtungen haben hierzu 66 Einzeländerungen angeführt: Dies war in der großen Mehrzahl die Hinzunahme verschiedenster Einzelangebote (N=47), nur in wenigen Fällen wurde die Beendigung eines Angebotes bzw. einer Leistung genannt (N=5). Insgesamt am häufigsten wurde die Umstrukturierung der Einrichtung als wesentliches Merkmal der Änderung bezeichnet (N=10). Als neue Angebote – über Einzelfälle hinaus – wurden genannt: die ambulante Nachsorge (N=7), die ambulante Rehabilitation (N=4) sowie Angebote für Eltern bzw. Kinder aus suchtbelasteten Familien (N=4).

In den Einrichtungen werden unterschiedliche Therapieverfahren eingesetzt: sowohl in der im Einzelfall stattfindenden Behandlung Suchtkranker als auch bei der regelmäßig durchgeführten Rehabilitation.

Die meisten Einrichtungen geben mehr als ein eingesetztes Verfahren an (87,8%), mehr als ein Drittel der Einrichtungen benennt zwei (36,7%) und etwa jede vierte drei (24,5%) oder sogar vier Verfahren (26,5%). Am häufigsten kommen verhaltenstherapeutische Verfahren zum Einsatz (76%). Daneben besitzen tiefenpsychologische (38%) und solche allgemeiner, integrativer Psychotherapie (34,0%) Bedeutung. Etwa ein Viertel der in der ambulanten Rehabilitation tätigen Einrichtungen setzt Verfahren aus der Gestalttherapie ein (24%). Andere therapeutische Verfahren werden selten eingesetzt.

Tabelle 3.19: eingesetzte Therapieverfahren 2016 (Einrichtungsbefragung, Mehrfachnennung)

	2016
tiefenpsychologische Verfahren	38,0%
verhaltenstherapeutische Verfahren	76,0%
Gesprächspsychotherapie	16,0%
Gestalttherapie	24,0%
Sozialtherapie	10,0%
allgemeine/integrative Psychotherapie	34,0%
systemische Familientherapie	6,0%
anderes	4,0%

Zur (wortwörtlichen) Ansprache der von einigen Suchtproblemen besonders betroffenen Gruppen der Zuwanderer/innen ist der Fremdspracheneinsatz in den Einrichtungen ambulanter Suchthilfe sinnvoll bzw. manchmal sogar erforderlich. In 60,8% der Einrichtungen ist dies grundsätzlich möglich, weil ihre Leistungen in mindestens einer Fremdsprache angeboten werden (s. Tabelle 3.20). In 39,2% der Einrichtungen wird dem entsprechend ausschließlich Deutsch gesprochen. In einem knappen Drittel der Einrichtungen (30,9%) wird mehr als eine Fremdsprache gesprochen.

Tabelle 3.20: Anzahl im Angebot eingesetzter Fremdsprachen aktuell (Einrichtungsbefragung)

	aktuell
keine	39,2 %
eine Fremdsprache	30,0 %
zwei	16,2 %
drei	6,2 %
vier	5,4 %
fünf	3,1 %
mind eine	60,8 %

Insgesamt sind es 19 verschiedene Fremdsprachen, die in den Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen gesprochen werden. Die häufigste ist Englisch (53,8%, s. Tabelle 3.21). Alle anderen werden deutlich seltener gesprochen: z. B. Französisch (14,6%) und Polnisch (10,0%). Russisch, spanisch oder auch türkisch sprechende – oder eine andere Sprache beherrschende – Fachkräfte, sind nur in sehr wenigen Einrichtungen vorzufinden.

Tabelle 3.21: Häufigkeit in Einrichtungen eingesetzter Fremdsprachen aktuell (Einrichtungsbefragung, Mehrfachnennungen möglich)

	aktuell
Englisch	53,8 %
Französisch	14,6 %
Polnisch	10,0 %
Russisch	8,5 %
Spanisch	6,9 %
Türkisch	5,4 %
Arabisch	3,1 %
Niederländisch	3,1 %
Italienisch	3,1 %
Griechisch	1,5 %
weitere Sprachen	

Im Rückblick auf das Jahr 2011 stellen 76,0% der Einrichtungen fest, dass sich in Ihrem fremdsprachlichen, professionellen Suchthilfeangebot nichts verändert hat (s. Tabelle 3.22). Jede achte Einrichtung bietet Leistungen inzwischen in einer Fremdsprache mehr an als im Jahr 2011 (12,8%), jede zwölfte hat nun ein um zwei Fremdsprachen erweitertes Angebot (8,8%).

Tabelle 3.22: Veränderungen im fremdsprachlichen Beratungs- und Betreuungsangebot zwischen 2011 und aktuell (Einrichtungsbe-fragung)

	%
aktuell: zwei Sprachen mehr als 2011	8,8 %
aktuell: eine Sprache mehr als 2011	12,8 %
aktuell wie 2011	76,0 %
aktuell: eine Sprache weniger als 2011	2,4 %
aktuell: zwei Sprachen weniger als 2011	0,0 %

3.3.1 Exkurs 1: Konsumräume

In NRW gibt es im Jahr 2016 zehn Drogenkonsumraumstandorte mit insgesamt 96 Konsumplätzen (Landesstelle Sucht 2017). Die Größe der Standorte variiert zwischen drei und 18 Konsumplätzen. Fünf Standorte haben an sieben Tagen in der Woche geöffnet, einer an sechs und vier Konsumräume sind an fünf Tagen in der Woche geöffnet. Wesentliche Änderungen waren die Aufhebung des Nutzungsverbots für erkennbar Substituierte (Ende des Jahres 2015), die Erweiterung um die risikoärmere nasale Konsumart und die Zulassung des Benzodiazepinkonsums.

Für das Jahr 2016 wurden insgesamt 211.730 Konsumvorgänge dokumentiert – 88,8% von Männern und 11,2% von Frauen. Seit dem Jahr 2013 haben die Konsumvorgänge um 10,4% zugenommen. Der Anteil der durch Frauen durchgeführten Konsumvorgänge ging in diesem Zeitraum um 3,2 Prozentpunkte zurück. 13% der Konsumvorgänge wurden von erkennbar Substituierten durchgeführt.

Männer konsumieren zumeist ausschließlich Opiate (84%, 2016), selten Kokain (11%) und mit noch geringerem Anteil einen Mix verschiedener Substanzen (5%). Opiate stehen auch bei Frauen im Vordergrund (75%), allerdings hat das Kokain eine größere Bedeutung als bei den Männern (17%) - der gleichzeitige Konsum verschiedener Substanzen befindet sich auf geringfügig höherem Niveau (8%). Weder bei Frauen noch bei Männern haben Amphetamine oder auch Benzodiazepine beim Konsum im Drogenkonsumraum eine Bedeutung (jeweils 0,1%).

Im Jahr 2016 werden mehr Konsumvorgänge inhalativ (49,3%) als intravenös (47,6%) vollzogen (nasal: 3%).

Die Nutzer/innen der Drogenkonsumräume werden durchschnittlich älter, so ist der Anteil der über 35-Jährigen in den Jahren 2014 bis 2016 um 6 Prozentpunkte auf 70% gestiegen, während der Anteil der 26-35-Jährigen um den gleichen Betrag – auf 27% – abgenommen hat.

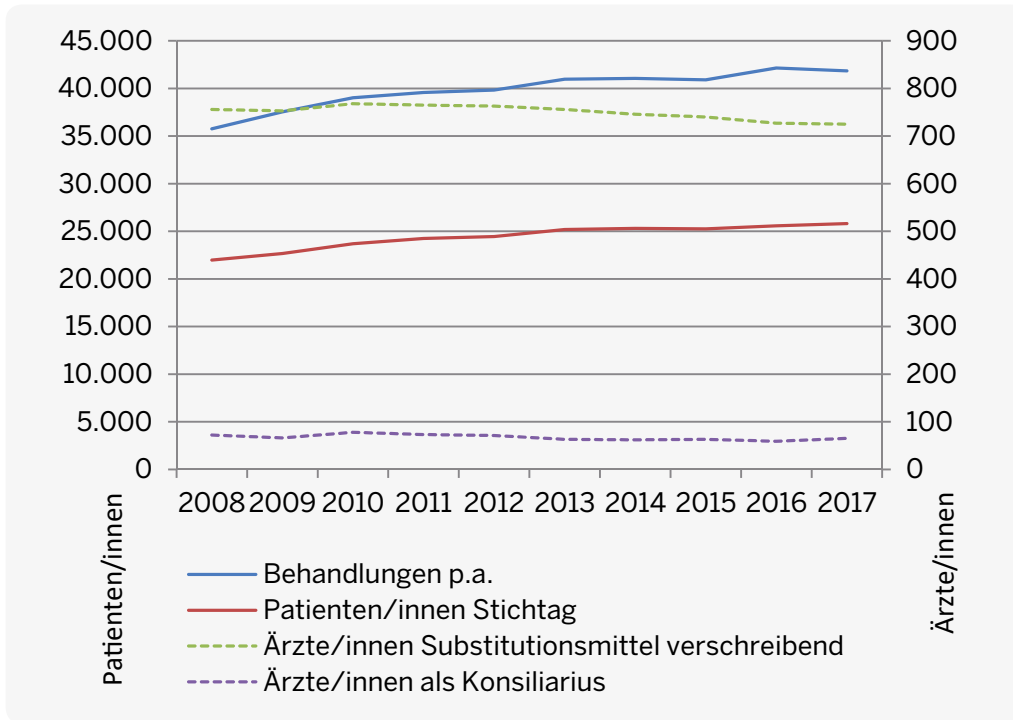
Neben dem supervidierten Konsum (der Anteil der Notfälle lag bei 0,17%), der von 19.526 Safer-Use-Beratungen begleitet wurde, leisten diese Einrichtungen auch individuelle Beratungen: Von diesen hat es im Jahr 2016 11.965 gegeben. Des Weiteren sind den Nutzer/innen weiterführende Hilfeangebote vermittelt worden: Dies war bei 16.372 Personen der Fall.

3.3.2 Exkurs 2: Substituierte

Das Substitutionsregister nach § 5a Abs. 7 BtMVV dokumentiert für das Jahr 2017 genau 25.811 Patienten/innen in NRW, die mit einem Substitutionsmittel versorgt wurden (Stichtag). Über das gesamte Jahr hinweg wurden 41.849 Substitutionsbehandlungen mit solchen Opioiden durchgeführt. Sie wurden von 725 registrierten Substitutionsärzten/innen mit diesen Medikamenten versorgt. Ihnen zur Seite standen 65 Konsiliarärzte/innen.

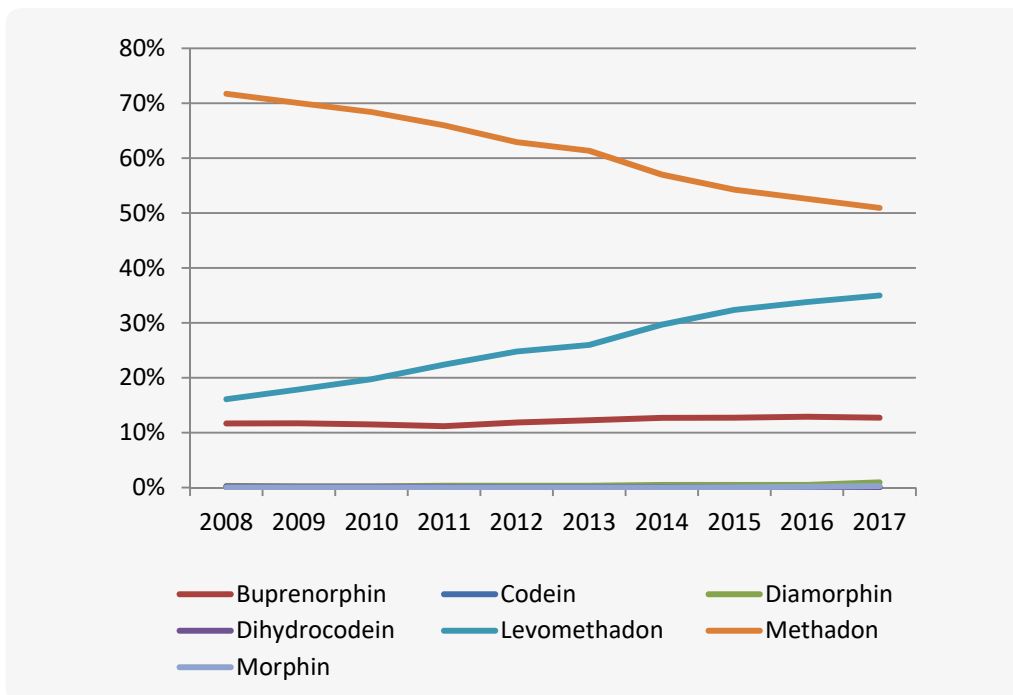
Über den Zeitraum 2008 bis 2017 (s. Abbildung 3.2) ist die Anzahl der versorgten Substitutionspatienten/innen fast durchgehend gewachsen – in diesem Zeitraum insgesamt um etwa 3.800 Personen (Stichtag). Dies entspricht einem Zuwachs von 17,4%. Über das gesamte Jahr 2017 sind etwa 6.000 Behandlungen mehr als im Jahr 2008 durchgeführt worden. Gleichzeitig ist die Anzahl der Substitutionsmittel verschreibenden Ärzte gesunken: von 756 (2008) auf 725 (2017). Dies entspricht einem Rückgang um 4,1%.

Abbildung 3.2: Substitutionspatienten und –ärzte/innen in NRW, 2008 - 2017



Bei der Wahl des verschriebenen Substitutionsmittels hat es einen erheblichen Wandel im Laufe der vergangenen 10 Jahre gegeben (s. Abbildung 3.3). Hatte Methadon im Jahr 2008 einen Anteil von 71,7%, betrug dieser im Jahr 2017 noch 51,0%. Levomethadon ist das Produkt, das im Gegenzug parallel an Bedeutung gewann: Sein Anteil stieg von 16,1% (2008) auf 35,0% (2017). Buprenorphin besaß durchgängig einen Anteil zwischen 11,5 und 12,9%. Die anderen in diesem Zeitraum durchgängig eingesetzten Mittel (Dihydrocodein, Codein und Morphin) besaßen jeweils Anteile deutlich unter einem Prozent. Diesen Wert von einem Prozent erreicht das verwendete Diamorphen im Jahr 2017.

Abbildung 3.3: Substitutionsmittel, Anteile in NRW, 2008 - 2017



3.3.3 Exkurs 3: Ambulant psychotherapeutisch versorgte Personen mit Suchtproblemen

Mit den vorliegenden und analysierten Daten der Jahre 2015 bis 2017 kann die Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen in NRW durch Personen mit mindestens einer Suchtdiagnose (ICD, F10-F19 oder F63) bei niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten, die ihre Leistungen über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, beschrieben werden.⁸ Die identifizierten Suchtdiagnosen waren das Einschlusskriterium für diese Analyse; andere, parallel vergebene Diagnosen konnten ebenfalls vorhanden sein, wurden hier aber nicht genauer betrachtet.

Für das Jahr 2017 wurden insgesamt 9.565 verschiedene Personen ambulant psychotherapeutisch durch über die KV abrechnende Therapeuten/innen versorgt (s. Tabelle 3.23). Die Patienten/innen waren mehrheitlich Männer (56,3%), in der Minderheit Frauen (43,7%). Insbesondere Personen mit einer manifesten Störung durch Alkohol wurden auf diese Weise betreut: 50,5% der Behandlungen entfielen auf sie. Störungen, die - auch - durch Cannabinoide geprägt waren, hatten einen Anteil von 18,6%, die durch Tabak einen Anteil von 12,3%. Behandlungen, die auch durch andere Störungen geprägt waren (multipler Substanzgebrauch, Glücksspiele, Opioide, Sedative + Hypnotika) hatten jeweils Anteile von weniger als 10 Prozent.

Innerhalb der einzelnen Substanzgruppen sind die Behandelten grundsätzlich mehrheitlich Männer, z.T. in sehr deutlichem Ausmaß. So besitzen sie in der Gruppe der behandelten Glücksspieler einen Anteil von 86,3%, bei den Opioiden von 66,7%, bei den Cannabinoiden von 65,7% und bei den Personen mit multiplen Substanzstörungen noch 63,6%. Die Ausnahme sind die Gruppen der Personen mit Störungen durch Sedative bzw. Hypnotika und Tabak. Hier überwiegen die Frauen: bei erstgenannter deutlich (67,8%), bei letzterer leicht (52,8%).

Tabelle 3.23: Patienten/innen mit einer Suchtdiagnose und kassenärztlich finanzierter, psychotherapeutischer Behandlung, nach Störungsart, 2017

	männl ⁺	weibl ⁺	gesamt
	%	%	N
Alkohol (F10)*	53,7 %	46,2 %	4.833
Opioide (F11)*	66,7 %	25,0 %	513
Cannabinoide (F12)*	65,7 %	33,9 %	1.778
Sedativa + Hypnotika (F13)*	23,6 %	67,8 %	428
Tabak (F17)*	44,0 %	52,8 %	1.176
multipler Substanzstörungen (F19)*	63,6 %	32,2 %	816
Glücksspiele (F63)*	86,3 %	8,9 %	517
Patienten mit mindestens einer Diagnose (F10-19 oder F63.0)	56,3 %	43,7 %	9.565

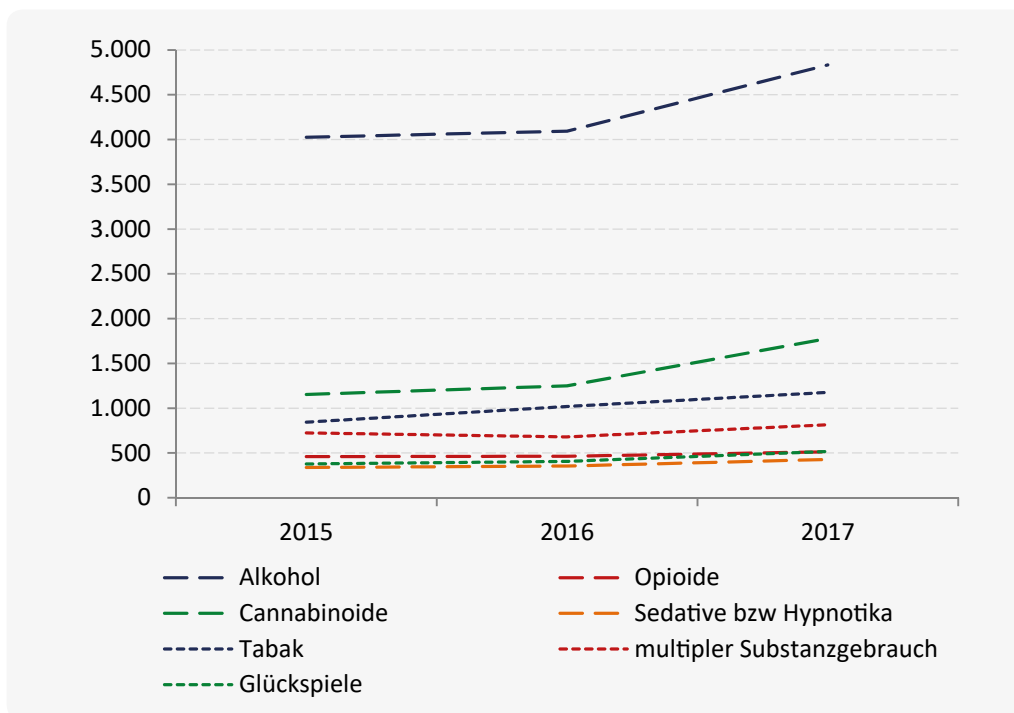
*Mehrfachnennung möglich

+Abweichungen zu insgesamt 100 % resultieren aus fehlenden Angaben in den übermittelten Daten (sehr kleine Fallzahlen wurden nicht berichtet)

Für den Zeitraum 2015 bis 2017 kann ein Anstieg der ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen von Personen, die auch eine Suchtdiagnose besitzen, nachgezeichnet werden (s. Abbildung 3.4). Waren es im Jahr 2015 insgesamt 7.621 solcher behandelten Personen, stieg diese Zahl insbesondere vom Jahr 2016 auf das Jahr 2017, auf dann insgesamt 9.565. Dies entspricht einer Steigerung über diesen zweijährigen Zeitraum um 25,5%. Überdurchschnittlich fällt diese Steigerung bei den Personen mit Störungen durch Cannabinoide aus: Dort sind es 54%; unterdurchschnittlich bei den Personen mit Störungen durch Opioide (plus 12%).

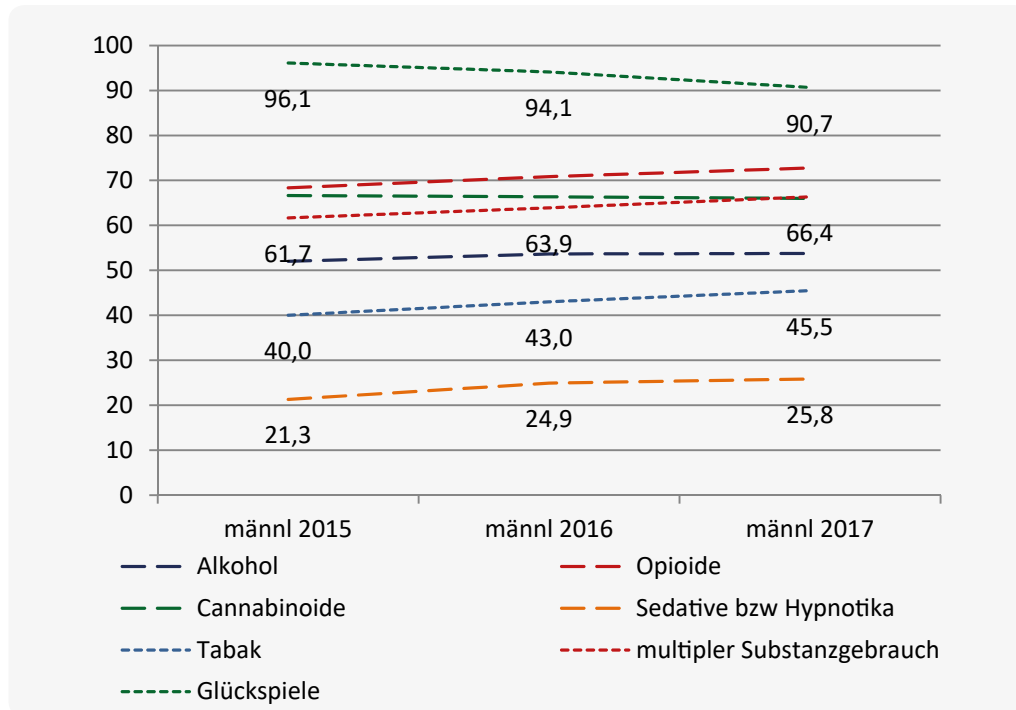
⁸ Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Nordrhein und Westfalen-Lippe haben für diese Analyse freundlicherweise Auszüge aus den aggregierten Daten der Abrechnungen der bei ihnen zusammengeschlossenen Kassenärzten und -ärztinnen bzw. Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen zur Verfügung gestellt

Abbildung 3.4: Patienten/innen mit einer Suchtdiagnose und kassenärztlich finanzierter, psychotherapeutischer Behandlung, nach Störungsart, 2015-2017



Wie bereits oben berichtet (s. Tabelle 3.23), nehmen Männer und Frauen ambulante psychotherapeutische Behandlung in unterschiedlichem Ausmaß in Anspruch. Im Jahresvergleich (s. Abbildung 3.5) zeigen sich leichte Veränderungen: Seit 2015 hat sich der Anteil der Frauen bei den behandelten Personen mit Glücksspielstörungen erhöht. Gleich geblieben ist er unter den Personen mit Störungen durch Cannabis und Alkohol. Der Männeranteil ist gewachsen bei Behandlungen mit einer opioid- oder polyvalenten Substanzstörung und auch bei Nikotinstörungen.

Abbildung 3.5: Patienten/innen mit einer Suchtdiagnose und kassenärztlich finanzierter, psychotherapeutischer Behandlung, nach Störungsart und Geschlechtsanteil, 2015-2017



Im Unterschied zur Tabelle 3.23 sind die fehlenden Angaben zum Geschlecht in dieser Abbildung herausgerechnet.

3.3.4 Exkurs 4: Landesgeförderte PGS-Einrichtungen

Das Land Nordrhein-Westfalen fördert seit dem Jahr 2008 insgesamt 24 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe dafür, dass sie gezielt Angebote für Personen mit Störungen durch Glücksspiele bereithalten bzw. ausbauen.

Es kann festgestellt werden, dass in diesen geförderten Einrichtungen durchschnittlich 110 Betreuungen pro Jahr für Personen mit Problemen oder Störungen durch Glücksspiele durchgeführt werden (s. Tabelle 3.24; wie im Kapitel 3.2 resultieren die Zahlen aus einer Hochrechnung: genauere Angaben zur Methodik siehe Abschnitt 1.2.1). In den nicht speziell hierfür durch das Land geförderten sind es durchschnittlich 12 PGS-Betreuungen. Die 24 landesgeförderten Einrichtungen leisten daher insgesamt fast genauso viele PGS-Betreuungen (2.636) wie die nicht geförderten (2.709). Innerhalb der landesgeförderten PGS-Einrichtungen haben die Betreuungen für die Glücksspieler/innen einen Anteil von 13,1%; 86,9% der Betreuungen werden für Personen mit anderen im Vordergrund stehenden Störungen erbracht, innerhalb der übrigen Einrichtungen besitzen sie einen Anteil von 2,5%. Die speziellen PGS-Einrichtungen sind (durchschnittlich) größere Einrichtungen (836 Betreuungen p. a.) als die übrigen (479 Betreuungen). Die Einrichtungen beider Gruppen sind im Verlauf der Jahre 2011 bis 2016 gewachsen: Gemessen an der Zahl der durchschnittlich geleisteten Betreuungen waren es 14,1% (landesgefördert) bzw. 6,4% (nicht landesgefördert).

Tabelle 3.24: Landesgeförderte PGS-Einrichtungen: Klienten/innen

	PGS, 2016		alle, 2016		alle, 2011	
	MW	sum	MW	sum	MW	sum
nicht landesgefördert N=227	12	2.709	479	107.746	450	101.206
landesgefördert N=24	110	2.636	836	20.053	733	17.600

*hochgerechnet

4. Verlaufsanalyse

Im Rahmen der nachfolgenden Analyse werden Daten von Einrichtungen und ihrer Klienten/innen ausgewertet, die die entsprechenden Kerndatensätze an die Datensammelstelle NRW übermittelt haben. Eingeschlossen wurden Klienten/innen-Datensätze nur, wenn sie für die Jahre 2008 bis 2016 durchgehend vorlagen. Einrichtungsdatensätze mussten aus dieser Gruppe der Einrichtungen stammen und für die Jahre 2008 und 2016 vorliegen (weiter Hinweise zur Methodik in Kapitel 1.4). Auf diese Weise wurden 105 Einrichtungen in die Analyse eingeschlossen. Sie leisteten im Jahr 2016 durchschnittlich jeweils 573 Betreuungen und besaßen ein durchschnittliches Jahresbudget von 400.525 €.

4.1 Einrichtungsaspekte

Bei der Betrachtung der Strukturdaten der 105 einbezogenen Einrichtungen des nordrhein-westfälischen Suchthilfesystems stehen strukturelle Trends wie die Einrichtungsgröße sowie die Personalstruktur im Mittelpunkt.

Bei der Trägerschaft der Einrichtungen dominieren die Träger der freien/gemeinnützigen Wohlfahrtspflege: diese betreiben 91 Einrichtungen. Unter ihnen handelt es sich überwiegend um konfessionelle Träger. So wird die Hälfte dieser Einrichtungen von der Diakonie und ein Drittel von der Caritas betrieben. Neben der freien Wohlfahrtspflege haben 11 Einrichtungen öffentlich-rechtliche Träger. Die Trägerschaft bleibt zwischen 2008 und 2016 stabil.

Stabil über die Zeit ist auch die Angebotsstruktur der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen. Im Jahr 2016 werden am häufigsten Angebote für Personen mit Problemen im Umgang mit Alkohol (85%) und Medikamenten (83%) vorgehalten. Zwei Drittel der Einrichtungen wenden sich auch an Hilfesuchende, die Probleme mit illegalen Drogen aufweisen. 62% haben Tabak konsumierende Menschen als Zielgruppe. Jeweils zu mehr als der Hälfte richten sich Einrichtungen an Menschen mit Glücksspielsucht (55%) oder „sonstige Stoffe o. Verhaltensweisen“ (57%). 39% der Einrichtungen bieten auch Hilfen für Menschen mit Essstörungen an. Die Angebotspalette ist breit gefächert. Je Einrichtung werden im Schnitt 4,5 von 7 Zielgruppen anvisiert. Die in der Strukturanalyse aller Einrichtungen (vgl. Kapitel 3.1.1) für 2011 bis 2016 identifizierten Trends gelten auch für die in die Verlaufsanalyse einbezogenen Einrichtungen. Einige Änderungen, wie die Steigerung von Angeboten für Tabak und Glücksspiel (plus 4%) sowie sonstige Stoffe (plus 7%), zeigen sich in der längeren Beobachtungsphase deutlicher.

Die Entwicklung der Finanzen prägt die strukturellen Rahmenbedingungen der ambulanten Suchthilfe. Das durchschnittlich verfügbare Budget stieg zwischen den Jahren 2008 und 2016 von 348.000 auf 400.000 Euro. Das ist gegenüber 2008 eine Steigerung um 15%. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in Deutschland die Inflationsrate in diesem Zeitraum 9%⁹ betrug, die Einkommen im öffentlichen Dienst um über 20%¹⁰ gestiegen sind und sich weitere Gehaltssteigerungen über das Erreichen höherer Tarifstufen vollziehen. Das bedeutet real eine Verringerung der finanziellen Ressourcen der Einrichtungen, die sich in einer Verringerung der Stellen zeigt (siehe unten).

Den Hauptanteil an der Finanzierung der Einrichtungen tragen mit zwei Dritteln die „institutionellen kommunalen Mittel“. Ihr Anteil an der Finanzierung der ambulanten Suchthilfe steigt um 5%. Als Finanzierungsquelle folgen mit großem Abstand die „Landesmittel“ (2016: 12%) und die „Eigenmittel nicht öffentlich-rechtlicher Träger mit (2016: 9%). Der Anteil der Eigenmittel an der Finanzierung hat sich leicht verringert, da diese Quelle von weniger Einrichtungen (minus 7) genannt wird (vgl. Tabelle 4.1). Die Mittel der Rentenversicherung tragen mit 4% zur Finanzierung von einem Drittel der Einrichtungen bei.

⁹ Inflationsraten Deutschland, Basisjahr 2010, Quelle: Statistisches Bundesamt.

¹⁰ Dbb 2016. www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2016/160519_einkommensentwicklung_tarif.pdf (letzter Zugriff 16.08.2018)

Tabelle 4.1: Einrichtungen, mittlere Budgets, 2008 + 2016

	2008			2016		
	Mittelwert	Einrichtungen mit diesen Mitteln	Anteil an Mitteln	Mittelwert	Einrichtungen mit diesen Mitteln	Anteil an Mitteln
	Euro	N	%	Euro	N	%
Institutionelle kommunale Mittel	215.382 €	76	62 %	254.241 €	75	67 %
Fallbezogene kommunale Mittel (z.B. AR-GEs, Optionskommunen)	36.471 €	19	3 %	48.019 €	24	4 %
Personalmittel der Arbeitsverwaltung (AR-GEs, ABM)	15.072 €	5	0 %	9.690 €	8	0 %
Landesmittel	46.554 €	73	13 %	50.026 €	70	12 %
Bundesmittel	288 €	2	0 %	100 €	1	0 %
Mittel der Rentenversicherung	38.309 €	31	4 %	34.390 €	30	4 %
Mittel der Krankenkassen	5.550 €	8	0 %	1.197 €	4	0 %
Erstattung durch Klienten	15.335 €	13	1 %	12.111 €	8	0 %
Eigenmittel nicht öffentlich-rechtlicher Träger	74.852 €	40	11 %	77.381 €	33	9 %
sonstige Mittel	44.946 €	36	6 %	38.803 €	30	4 %
Jahresbudget Gesamt	348.404 €	87	100 %	400.525 €	87	100 %

Für eine Betrachtung der Personalstruktur der Einrichtungen werden die Angaben zur Wochenarbeitszeit aller angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in so genannte Vollzeitäquivalente (VZÄ) umgerechnet, die einer Vollzeitstelle mit 39,5 Stunden pro Woche entsprechen. Wird die Arbeitszeit des gesamten Personals (einschließlich der Teilzeitbeschäftigten) zu Grunde gelegt, so verringert sich die Zahl der dokumentierten Beschäftigten landesweit um 5 % im Vergleich von 2008 zu 2016.

Die generelle Tendenz wird anschaulicher, wenn die einzelnen beschäftigten Berufsgruppen betrachtet werden.

Fast zwei Drittel der Beschäftigten in den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe sind Sozialarbeiterinnen und -arbeiter bzw. Sozialpädagoginnen und -pädagogen (Tabelle 4.2). Der Anteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Pädagogik und Sozialwissenschaft liegt bei einem Zehntel. Psychologen haben einen Anteil von 4 % und das weitere therapeutische Personal (etwa Ergo-, Physiotherapeuten) von etwa 3 %. Jeder siebente Beschäftigte ist als Büro- und Verwaltungspersonal tätig. Ärztliches Personal hat einen Anteil von 1 % an den Beschäftigten.

Bei der Betrachtung des Trends der Beschäftigtenstruktur der Einrichtungen bleibt die Sozialarbeit im Verlauf stabil. Die Trends zur Verringerung von Beschäftigten in den Einrichtungen im Vergleich zu 2008 beziehen sich vorrangig auf das Personal mit pädagogischer, psychologischer und therapeutischer Hochschulausbildung. Bei der Beschäftigung von Krankenschwestern und Krankenpflegern ist 2016 gegenüber 2008 mehr als eine Halbierung bei einem ohnehin niedrigen Beschäftigungsgrad festzustellen.

Bei Büro und Verwaltung steigt die Beschäftigung sowie der Anteil der hier Tätigen im Verlauf.

Tabelle 4.2: Berufsgruppen pro Einrichtung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ), 2008 + 2016

	2008		2016		Änderung 2008/2016
	VZÄ	Anteil %	VZÄ	Anteil %	
Sozialarbeiter, Erzieher	4,15	62,2%	4,10	64,7%	-1,2%
Pädagogen, Sozialwissenschaftler	0,67	10,0%	0,60	9,5%	-10,2%
Psychologen	0,31	4,6%	0,24	3,8%	-21,3%
weiteres therapeutisches Personal	0,24	3,7%	0,16	2,5%	-35,8%
Krankenpflege	0,20	3,0%	0,08	1,3%	-61,0%
Ärzte	0,09	1,3%	0,08	1,3%	-5,3%
Verwaltung	0,77	11,6%	0,88	14,0%	14,2%
Praktikanten, Zivildienst	0,23	3,5%	0,19	3,0%	-19,8%
Gesamt	6,67	100%	6,33	100%	-5,0%

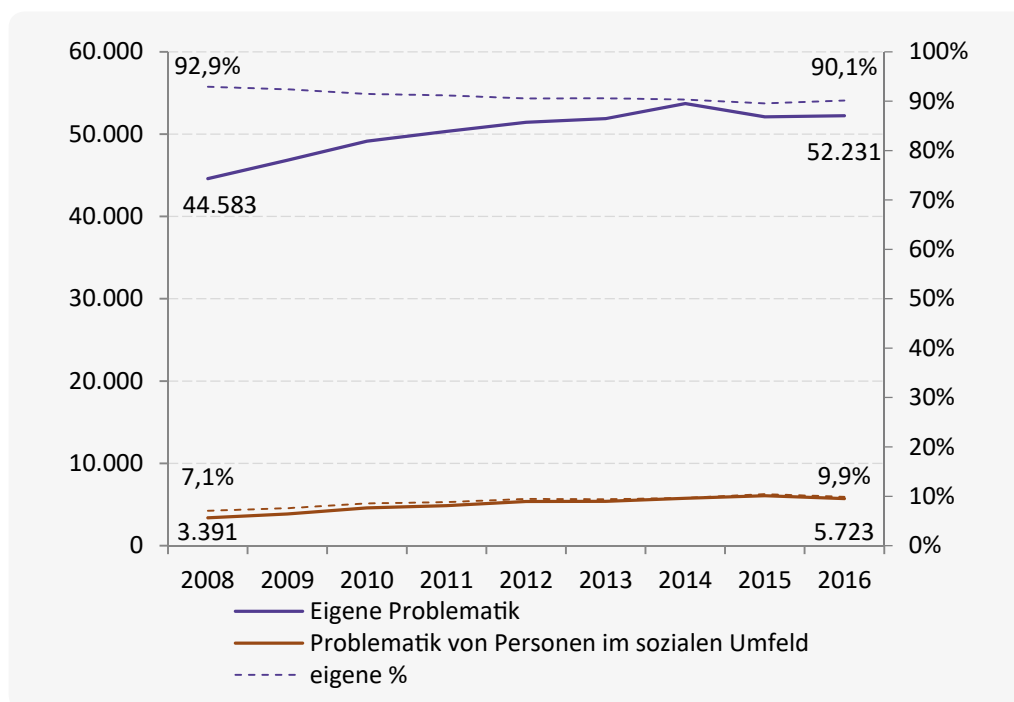
* VZÄ werden mit 39,5h/W. umgerechnet

Die Öffnungszeiten der Einrichtungen ändern sich im Verlauf nicht. Die Einrichtungen haben im Durchschnitt 39,4 Stunden in der Woche geöffnet. Der Großteil der Einrichtungen (86%) gibt an, den Klienten/innen mindestens einmal in der Woche ein Angebot nach 18.00 Uhr im Rahmen so genannter Abendsprechstunden zu machen. 8% der Einrichtungen bieten speziellen Krisen-Wochenenddienst an.

4.2 Alle Betreuungen

Zur Identifizierung von Entwicklungen der einbezogenen Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe (N=105) in Nordrhein-Westfalen werden im ersten Schritt alle Betreuungen über die Jahre zwischen 2008 und 2016 betrachtet. Ein für die Entwicklung der Angebote wie der Versorgung zentraler Punkt ist die über die Jahre kontinuierlich wachsende Gesamtzahl der Betreuungen (s. Abbildung 4.1). Ihren Höhepunkt erreichte sie mit 60.841 im Jahr 2014. Im Verlauf wächst die Zahl von 48.732 Betreuungen im Jahr 2008 auf insgesamt 60.128 Betreuungen im Jahr 2016. Das ist ein Zuwachs um 25%.

Abbildung 4.1: Betreuungen, eigene Problematik und Personen im Umfeld, 2008 - 2016



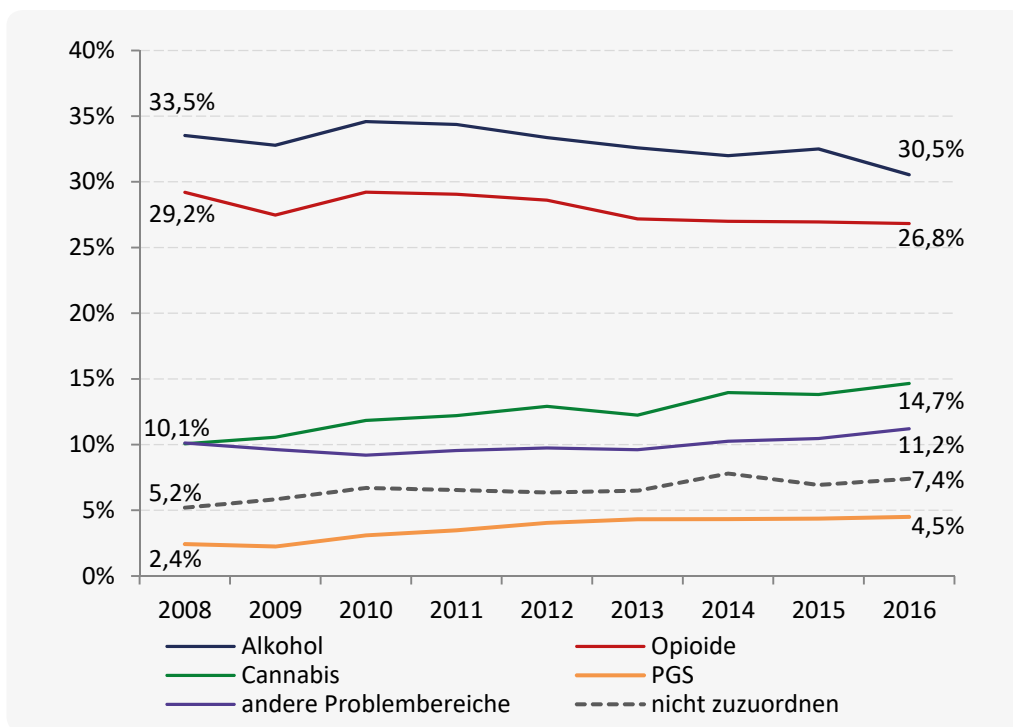
In der Darstellung bleiben unberücksichtigt: „keine Angaben“ (ob eigene oder Problematik von Dritten) und „Sonstiges“

Betreuungen unterteilen sich in Hilfen für Menschen mit „eigener Problematik“ in Verbindung mit Substanzen oder Verhaltensweisen (2016: 90 %, N=52.231) sowie in Hilfen für Personen aus ihrem sozialen Umfeld (10 %, N=5.723). Das bedeutet für die Betreuungen mit eigener Problematik eine Steigerung von 17,2 % zwischen den Jahren 2008 und 2016 sowie ein Anwachsen der Betreuungen für Angehörige im gleichen Zeitraum um 68,8 %. Bei den Proportionen zwischen eigener Problematik und der von Personen aus dem Umfeld wachsen die Betreuungen für Angehörige im Verlauf um 3 %. Das Geschlechterverhältnis ist für die beiden Gruppen gegensätzlich. Während vor allem Männer (73 %) aufgrund einer eigenständigen Suchtproblematik Hilfen in Anspruch nehmen, besteht die Gruppe der Personen aus dem sozialen Umfeld vorwiegend aus Frauen (75 %). Diese Proportionen ändern sich über die Jahre nicht.

Die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen dokumentieren die Suchtprobleme der Klientinnen und Klienten gemäß dem Deutschen Kerndatensatz (KDS) auf der Grundlage der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD10). Eine der erhobenen Diagnosen, die nach Einschätzung der Fachkräfte die vorwiegende Problematik beschreibt, wird zur Hauptdiagnose erklärt.

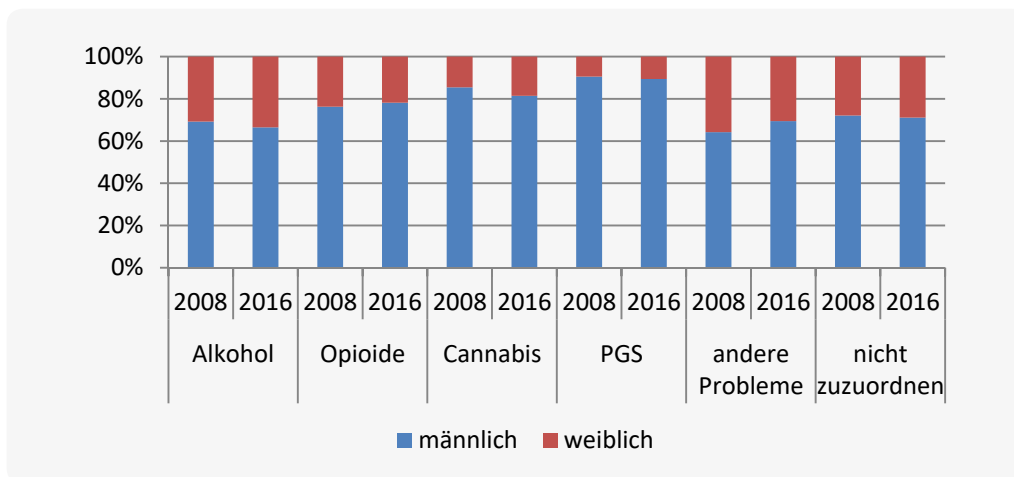
Die Alkoholproblematik steht bei etwa einem Drittel aller Betreuungen über den Betrachtungszeitraum im Vordergrund. Dem leichten Trend zur Reduktion des Anteils mit Alkoholproblematik von 33,5 % in 2008 auf 30,5 % in 2016 (bei nach wie vor wachsender absoluter Zahl von 15.927 Betreuungen in 2016 gegenüber 14.914 in 2008) ist bei der Betrachtung der Neueintritte genauer nachzugehen. Zweitwichtigste Problematik sind mit 26,8 % die Opiode (2008: 29,2 %). Hinter diesem leichten Rückgang des Anteils an allen Betreuungen über die Jahre verbirgt sich in den beteiligten Einrichtungen eine stabile Zahl von Personen mit Opioidproblematik (2008: 12.991, 2016 13.990). Betreuungen aufgrund von Cannabisproblematik nehmen im letzten Jahrzehnt von 10,1 % (2008) auf 14,7 % (2016) zu. Bei der Berücksichtigung der Zahl der Betreuungen in den Einrichtungen ist dieser Zuwachs noch deutlicher (2008: 4.476, 2016 7.642). Gleiches gilt für pathologisches Glücksspiel. 2016 erfolgen 4,5 % der Betreuungen aufgrund eines pathologischen Glücksspielverhaltens. Das ist gegenüber 2008 mit 2,4 % fast eine Verdoppelung. Bei den „anderen Problembereichen“ mit einem stabilen Anteil von etwa 10 % handelt es sich in der Reihenfolge ihrer Relevanz um Stimulantien (5 %), Kokain bzw. Crack (3 %), Polytoxikomanie und andere psychotrope Substanzen (1 %), Sedativa (0,5 %), Tabak (0,3 %), Essstörungen (0,2 %). Die Entwicklungen des Anteils bzw. der absoluten Zahlen der entsprechenden Betreuungen werden ausführlich im Unterabschnitt „neu begonnenen Betreuungen“ behandelt. Bei „keiner eindeutiger Zuordnung“ (7 %) handelt es sich um Problematiken, zu denen den Einrichtungen verlässliche Informationen fehlten, bzw. bei denen keine Diagnose nach ICD-10 bestand.

Abbildung 4.2: Betreuungen, nach Problembereich, prozentual, 2008 - 2016



Männer und Frauen nehmen in unterschiedlichem Ausmaß die Betreuungen der verschiedenen Problembereiche in Anspruch, in der Regel haben die Männer größere Anteile (Abbildung 4.3). Über alle Problematiken in Verbindung mit Substanzen bzw. Verhaltensweisen liegt der Frauenanteil bei etwa einem Viertel. Dahinter verbergen sich aber gewichtige Unterschiede in den Proportionen der Geschlechter für die einzelnen Problematiken. Der niedrigste Frauenanteil findet sich bei Problemen mit Glücksspiel (im Jahr 2008: 10 %, im Jahr 2016: 11 %; im Folgenden in dieser Darstellungsweise: 10 % < 11 %)) und der höchste findet sich bei anderen Problemen (in Verbindung mit Sedativa oder Essstörungen (36 % > 31 %)). Bei Alkohol (31 % < 34 %) und Cannabis (15 % < 19 %) steigt der Frauenanteil über die Jahre leicht an. Bei den Opioiden dagegen geht er leicht zurück (24 % > 22 %). Generell sind die Geschlechterverhältnisse bei den einzelnen Problematiken über die Jahre relativ stabil.

Abbildung 4.3: Problematiken nach Geschlecht im Vergleich 2008 und 2016



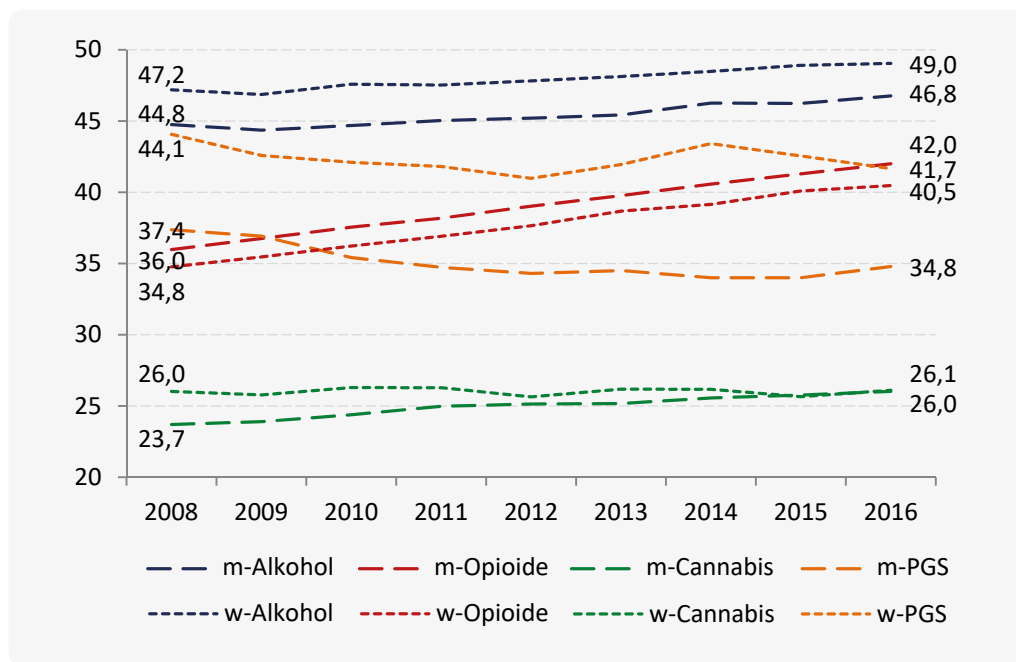
Im Folgenden wird die Altersentwicklung der Klientel über die Jahre betrachtet (s. Abbildung 4.4). 2016 ist der Altersdurchschnitt aller betreuten Klientinnen und Klienten 39 Jahre. Hierunter sind die Frauen mit im Mittel 41 Jahren etwa zwei Jahre älter als die Männer mit 39 Jahren. Dies Durchschnittsalter variiert für die verschiedenen Problemsubstanzen: Die Menschen mit Alkoholproblematik sind mit 48 Jahren am ältesten, gefolgt von Opioiden mit 42 Jahren. Am jüngsten mit 27 Jahren sind die Betreuungen mit Cannabisproblematik. Ab 2008 werden die Betreuten beider Geschlechter gleichermaßen insgesamt um etwa zwei Jahre älter.

Die Personen, die wegen Alkoholproblemen betreut werden, sind am ältesten. Hier zeigt sich über die Jahre für Männer (45 < 47 Jahre) und Frauen (47 < 49 Jahre) die Grundtendenz einer Erhöhung des Alters – wobei die Frauen durchgehend etwa zwei Jahre älter sind. Die größte Dynamik hinsichtlich der Altersentwicklung zeigt sich bei den Betreuungen mit Opioidproblematik. Hier sind die Betreuten 2016 etwa 42 Jahre alt und damit um etwa sechs Jahre älter als 2008: Die Männer sind durchgehend um ein Jahr älter als die Frauen.

Personen mit Cannabisproblematik sind 2016 bei beiden Geschlechtern durchschnittlich 26 Jahre alt. Bei den Frauen hat sich das seit 2008 kaum geändert. Die Männer dagegen waren 2008 um zwei Jahre jünger. Cannabisproblematik ist der einzige Problembereich, in der sich die Altersstruktur beider Geschlechter über die Jahre angleicht.

Bei pathologischen Glücksspielern/innen (PGS) ist die Altersspanne zwischen Frauen und Männern am höchsten (etwa sieben Jahre). Hier sinkt der Altersschnitt der Betreuten im Verlauf leicht um 2,5 Jahre. Die Altersentwicklung bei den „anderen Problembereichen“ und „nicht zuordnungsfähigen“ Betreuungen werden nicht erörtert, da diese nicht eindeutig interpretierbar ist.

Abbildung 4.4: Alter der Klientel, nach Geschlecht und Problembereich, 2008 - 2016



4.3 Begonnene (neue) Betreuungen

„Begonnene (neue) Betreuungen“ schließt sowohl diejenigen, die erstmals eine Betreuung wegen einer Problematik aufnehmen, als auch diejenigen, die in einem der Vorjahre in dieser oder einer anderen Einrichtung der Sucht- und Drogenhilfe eine Betreuung begonnen und beendet haben, ein. In jedem Fall ist die betreffende Betreuung in dem Analysejahr neu begonnen worden. Diese neuen Betreuungen werden über die Jahre genauer betrachtet, weil zu erwarten ist, dass sich hier jegliche Veränderungen, wie Rückgang oder Anstieg der im Vordergrund stehenden Problematiken oder Änderungen sozialer Hintergründe, deutlicher zeigen als bei der Betrachtung aller Betreuungen.

Im Jahr 2016 gibt es 37.673 neu begonnene Betreuungen. Das sind fast zwei Drittel (62 %) der Gesamtzahl der Betreuungen dieses Jahres (s. vorangehendes Kapitel Abbildung 4.1). Der Gesamtzuwachs neuer Betreuungen beträgt gegenüber dem Jahr 2008 20 %. Dieser Zuwachs ist niedriger als bei allen Betreuungen, der bei einem Viertel lag. Die Proportion von „eigener Problematik“ oder „Problematik von Personen im Umfeld“ beträgt 2016 87 % zu 13 %. Die Betreuungen von „Problematiken von Personen im Umfeld“, also in der Regel von Angehörigen sind über die Jahre um ein Drittel gewachsen und im Vergleich mit allen Betreuungen um 3 % erhöht.

Unter den begonnenen neuen Betreuungen eines Jahres sind etwa ein Fünftel vollständig neu, d.h. sie haben weder in der aktuell die Betreuung beginnenden, noch einer anderen Einrichtung bislang eine „suchtspezifische Hilfe“ erhalten. Das gilt gleichermaßen für Frauen und Männer und ändert sich in den Jahren ab 2011 nicht.

Der Anteil in diesem Sinne „neuer Betreuungen“ ohne bisherige suchtspezifische Hilfen, unterscheidet sich für die verschiedenen Problematiken: Bei Opioiden bleibt er zwischen 2011 und 2016 trotz jüngster leichter Erhöhung am niedrigsten (2011: 5%; 2016 7%). Bei Alkohol ist durchgängig jede siebente Betreuung (15%) neu. Bei Cannabis ist der Anteil neuer Betreuungen höher und liegt 2016 bei 28 %. Fünf Jahre früher lag dieser Anteil noch bei etwa einem Drittel (33 %). Bei PGS steigt der Anteil „neuer Betreuungen“ von 2011 bis 2015 von 26 auf fast 35 % und fällt anschließend (bis 2016) auf 28 %, d. h. fast auf die Ausgangssituation. Im langjährigen Anstieg neuer Betreuungen für PGS spiegelt sich vermutlich die aktive Ausweitung der Fachstellen Glücksspiel zur Erschließung einer neuen Klientel wider.

Die Struktur des Zugangs in neu begonnene Betreuungen ändert sich über die Jahre in Richtung der Selbstmelder. Der Anteil der „Selbstmelder“, also ohne Vermittlung durch Dritte eine Betreuung zu beginnen, steigt für 2016 gegenüber 2008 auf 44 % (das sind sieben Prozentpunkte). Der Zugang über die Familie beträgt über die Jahre gleichbleibend 10 %. Über eine vermittelnde Institution erfolgt bei etwa zwei Fünfteln der Zugang in die neue Betreuungen – darunter in der Reihenfolge ihrer Relevanz: ärztliche/psychotherapeutische Praxis (2008: 8 % > 2016:7 %, Justiz, Bewährungshilfe, JVA

(9% > 8%), Krankenhaus (7% = 7%), Rehabilitationseinrichtung (5% < 6%), Arbeitsagentur, Job-Center, ARGE (5% > 2%), Jugendhilfe, Jugendamt (2% < 3%).

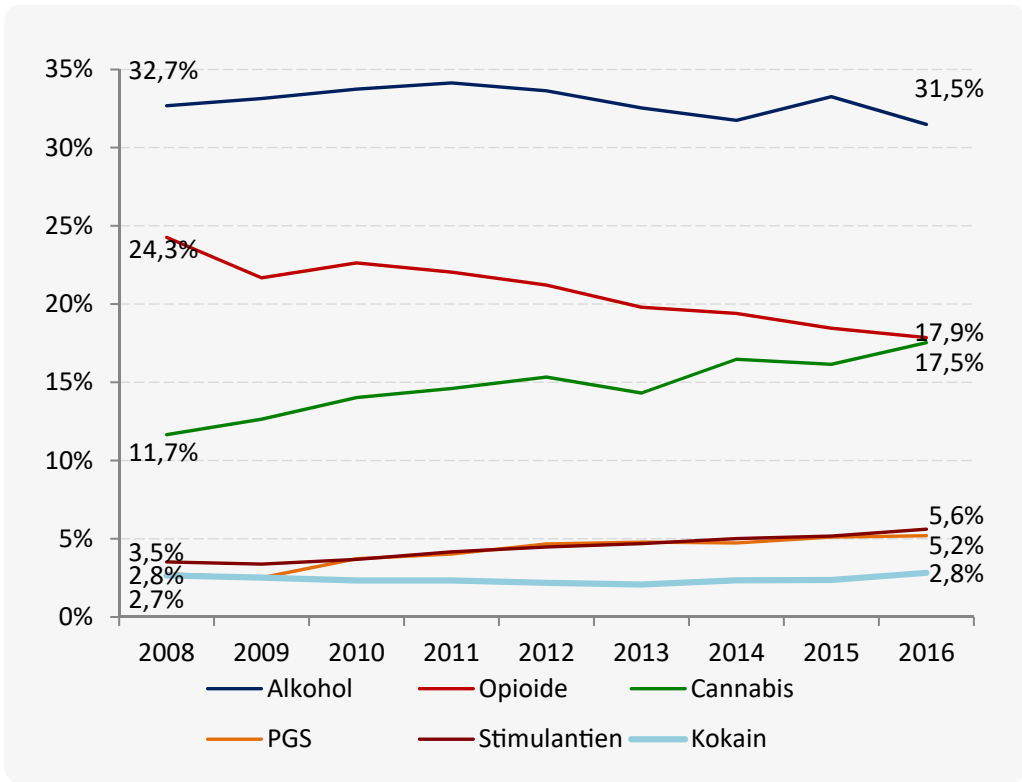
Zwischen Männer und Frauen bestehen bei den Zugangswegen bis auf den folgenden keine bedeutsamen Unterschiede: Justizbehörden vermitteln eher Männer als Frauen (plus 5-6 Prozentpunkte). Die Anteile von Selbstmelder bzw. der Zugang über die Familie oder eine Institution unterscheidet sich für die Problematiken, insbesondere bei PGS. Hier ist ein Anstieg des Anteils der Selbstmelder von 2008 43% auf 53% in 2016 sowie ein kontinuierlich sehr hoher Zugang über die Familie (19% < 22%) zu verzeichnen. Bei den Cannabisproblematiken bestehen höhere Anteile des Zugangs über die Jugendhilfe bzw. das Jugendamt (7% < 10%). Gleichzeitig verringert sich der Zugang über Justizbehörden und Bewährungshilfe (21% > 14%). Unter den neuen Betreuungen kommen 87% der betreuten Personen ohne Auflagen. Auflagen nach BtMG (9%) treffen Opioid- und Cannabis-Klientel. Auflagen auf „anderer strafrechtlicher Grundlage“ betreffen 4%.

Im Folgenden werden die jährlich neu begonnenen Betreuungen nach der im Vordergrund stehenden Problematik betrachtet. Da hier die gleichen Einrichtungen über die Jahre berichten, sind die Trends für die einzelnen Problematiken nach jeweiligem Anteil sowie ihrer Anzahl relevant. So haben die Betreuungen für Alkohol mit fast einem Drittel aller Betreuungen den höchsten Anteil an allen Betreuungsleistungen. Der Anteil bleibt über die Jahre stabil (2008: 33% > 2016: 32%) und wächst in absoluten Zahlen über die Jahre um 8% auf 9.800 neue Betreuungen. Bei der Betrachtung der „neu begonnenen Betreuungen“ verdeutlicht sich der relative Rückgang des Anteils von Opioidproblematiken. Opioide machten 2008 fast ein Viertel der neu begonnenen Betreuungen aus, und gehen bis 2016 um 6 Prozentpunkte auf jetzt ein Sechstel der neuen Betreuungen zurück (24% > 18%). Wird diese Entwicklung für die einbezogenen Einrichtungen in absoluten Zahlen betrachtet, so besteht ein Rückgang um 17% auf 5.583 neue Betreuungen im Jahr 2016.

Der Anteil neu begonnener Betreuungen bei Cannabisproblematiken steigt bis zum Jahr 2016 auf 18% (12% < 18%). Das ist der gleiche Anteil, den auch die neuen Opioidbetreuungen im gleichen Jahr besitzen. (s. Abbildung 4.5). Die absolute Zahl dieser Betreuungen steigt um 69% auf 5.484. Eine ähnliche Entwicklung vollzieht sich auf niedrigerem Niveau für PGS. Der PGS-Anteil an allen Betreuungen wächst im Verlauf um 2 Prozentpunkte (3% < 5%). Die absoluten Zahlen verdoppeln sich (111%) im Verlauf ab 2008 auf 1.600 pro Jahr. Fast vollständig parallel ist die Entwicklung bei den Stimulantien, deren Anteil im Verlauf um 111% von 577 auf 1.220 Betreuungen steigt. Betreuungen für Menschen mit einer Kokainproblematik wachsen leicht von 551 auf 714 an.

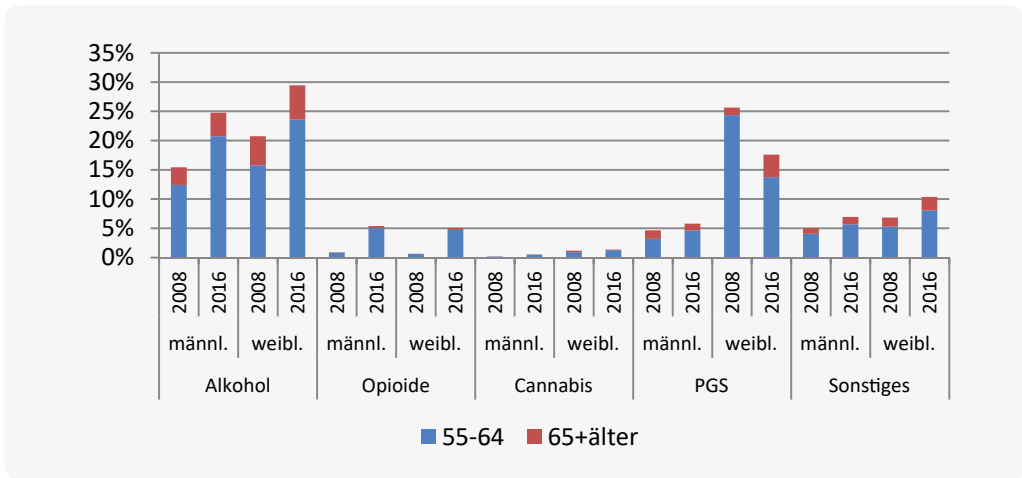
Unter „neuen Betreuungen“ lassen sich auch die Entwicklungen für Sedativa und Essstörungen gesondert betrachten. Die Nachfrage für neue Betreuungen bei diesen Problematiken verbleibt bei Sedativa/Medikamenten über die Jahre bei 0,7%. Das sind in den beteiligten Einrichtungen 180 bis 250 neue Betreuungen pro Jahr. Bei Essstörungen sind es 0,8% und 250 bis 300 neue Betreuungen pro Jahr.

Abbildung 4.5: neue Betreuungen, nach Problembereich, prozentual, 2008 - 2016



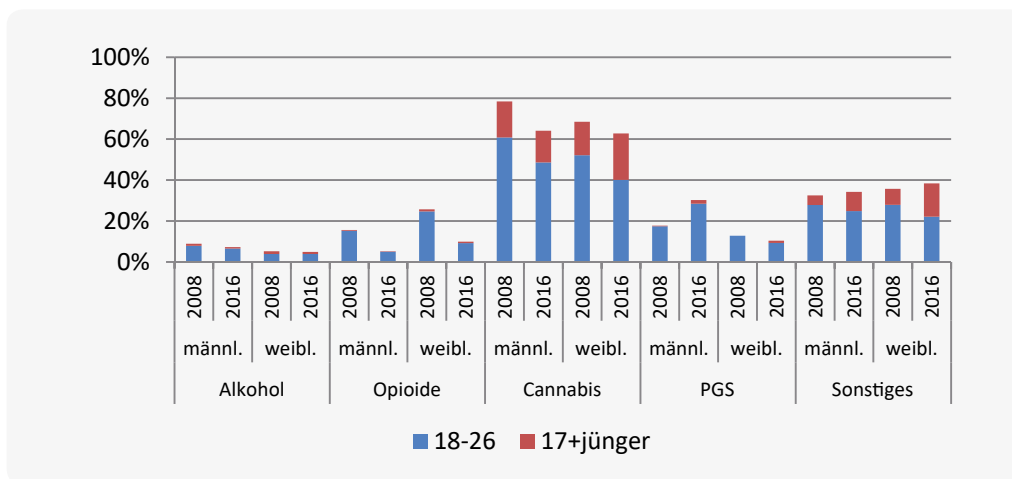
Wie bereits dargelegt, steigt das durchschnittliche Alter der Klienten/innen (s. Abbildung 4.4). Die Analyse der neu begonnenen Betreuungen macht deutlich, dass die Anteile der hohen Altersgruppen (55 bis 64 Jahre sowie 65 und älter) im Gesamtklientel über die Jahre 2008 bis 2016 kontinuierlich (von zusammen 7,6 % auf 11,9 %) gewachsen sind. Die wachsende Bedeutung dieser Älteren gilt grundsätzlich in allen Hauptproblembereichen – allerdings in unterschiedlichem Ausmaß und nicht bei den Cannabis-Betreuungen: Insbesondere bei der Alkohol-Klientel sind auf bereits hohem Niveau größere Zuwächse in diesen Alterskohorten festzustellen (Männer: plus 9,3 Prozentpunkte, 15,4 <24,7; Frauen: plus 8,7 Prozentpunkte, 20,8 <29,5) (s. Abbildung 4.6). Bei den Opioid-Betreuungen betragen die Zuwächse 4,5 (Männer) bzw. 4,3 Prozentpunkte (Frauen).

Abbildung 4.6: neue Betreuungen, hohe Altersgruppen, prozentual, nach Problembereich, 2008 + 2016



Die Anteile der jüngeren Altersgruppen (bis 26 Jahre) (s. Abbildung 4.7) nehmen in den Hauptproblembereichen Alkohol, Opioiden und Cannabis bei beiden Geschlechtern zwischen den Jahren 2008 und 2016 ab. Lediglich für die Teilgruppe der weiblichen Cannabisklientinnen bis 17 Jahre ist ein Anstieg zu verzeichnen. Junge Männer mit Glücksspielproblemen haben unter allen Männern mit Glücksspielproblemen im Jahr 2016 einen größeren Anteil als im Jahr 2008. Das Anwachsen der bis zu 17-Jährigen unter denen mit einem „sonstigen“ Problem steht möglicherweise damit in Zusammenhang, dass in den letzten Jahren verstärkt Frühinterventionsprogramme (Cannabis, Alkohol) durchgeführt wurden, bei denen die Betreuten aufgrund fehlender, manifester Diagnose nicht einem Problembereich zugeordnet wurden. Bei Betrachtung absoluter Zahlen ist keine Abnahme der erreichten jungen Klienten/innen zu verzeichnen: Im Jahr 2016 werden etwa 850 mehr neue Betreuungen junger Klienten/innen bis zu 26 Jahren als im Jahr 2008 im KDS dokumentiert – das ist eine Zunahme um 12 Prozent.

Abbildung 4.7: neue Betreuungen, jüngere Altersgruppen, prozentual, nach Problembereich, 2008 + 2016



Das dokumentierte Alter des Störungsbeginns steigt über die Jahre zwischen 2009 und 2016 über alle Problematiken sowie Männer und Frauen leicht an (um durchschnittlich ein Jahr). Für die verschiedenen Problematiken ebenso wie die Geschlechter differiert der Störungsbeginn erheblich. Die Altersangaben für den Störungsbeginn liegen für 2016 zwischen den Extremen einerseits von Frauen mit Alkoholproblematik, die einen Beginn bei 31 Jahren angeben (etwa 5 Jahre später als bei den Männern), und andererseits bei Männern mit Cannabisproblematik, die einen Störungsbeginn mit 17 Jahren berichten (etwa ein Jahr früher als bei den Frauen mit Cannabis).

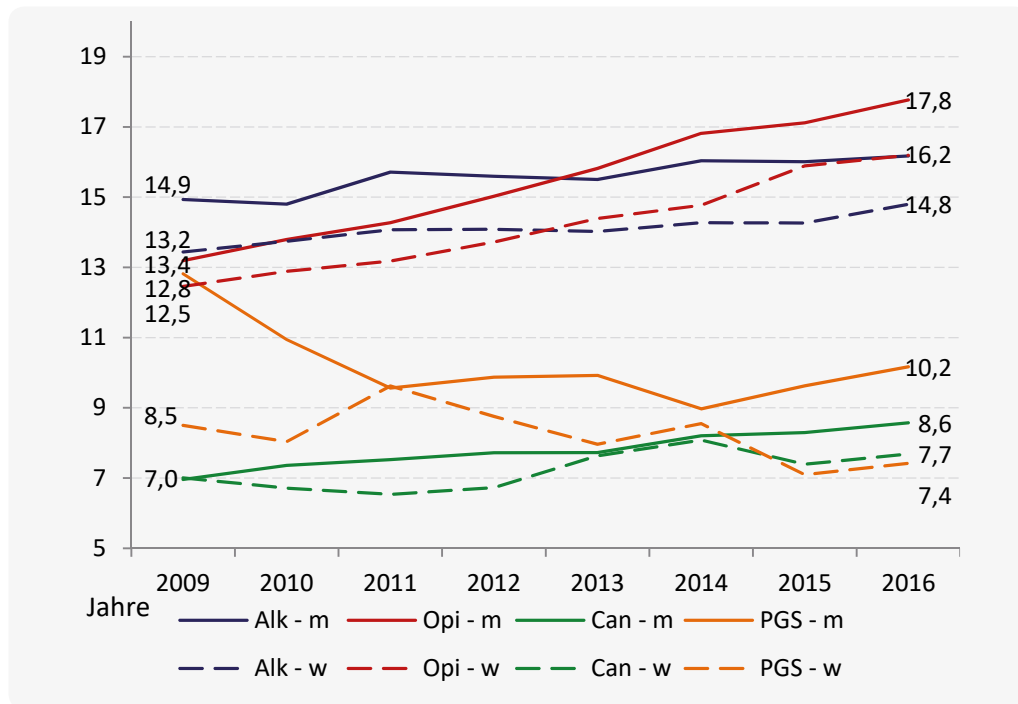
Bei den männlichen Alkohol Klienten liegt der dokumentierte Störungsbeginn im Jahr 2016 bei 26 Jahren. Anders verhält es sich bei einer Cannabisproblematik, bei der ein Störungsbeginn von 17 bzw. 18 Jahren bei den begonnenen Betreuungen dokumentiert ist.

Eines der zentralen Ziele der ambulanten Suchthilfe ist das möglichst frühe Erreichen von Menschen mit Substanz- oder verhaltensbezogenen Problematiken. Im Folgenden wird die Latenzzeit, d.h. die Anzahl von Jahren zwischen Störungsbeginn und neu begonnener Betreuung für verschiedene Problematiken nach Geschlecht genauer betrachtet (s. Abbildung 4.8).

Generell steigt die Zeit zwischen Störungsbeginn und neu begonnener Betreuung über die Jahre differenziert für die Problematiken. Das Anwachsen dieser Zeitspanne ist mit ca. fünf Jahren besonders ausgeprägt bei Opioiden, bei denen der Abstand zum Störungsbeginn 2016 bei 17 Jahren liegt. Bei Alkohol beträgt der Abstand 16 Jahre und erhöht sich für den betrachteten Zeitraum ab 2009 um ein Jahr. Bei der Cannabisproblematik ist der Zeitraum nur halb so lang wie bei Alkohol. Eine Verlängerung um ein auf dann acht Jahre lässt sich auch bei ihr beobachten. Einzig bei den Männern mit PGS-Problematik ist die Latenzzeit zwischen Störungsbeginn und Beginn einer neuen Betreuung um 3 Jahre gesunken (2009: 13 > 2016: 10 Jahre). Dies dürfte in Verbindung mit gezielten Anstrengungen spezialisierter Einrichtungen in NRW zu PGS zusammenhängen.

Wird die Latenzzeit zwischen Störungsbeginn und neu begonnener Betreuung nur für diejenigen betrachtet, die erstmals Suchthilfe in Anspruch nehmen, so steigt auch diese tendenziell leicht an (Alkohol- und Cannabisproblematiken: plus ein- einhalb Jahre). Einzig bei Menschen mit Glücksspielproblematik ist diese rückläufig (minus ein Jahr).

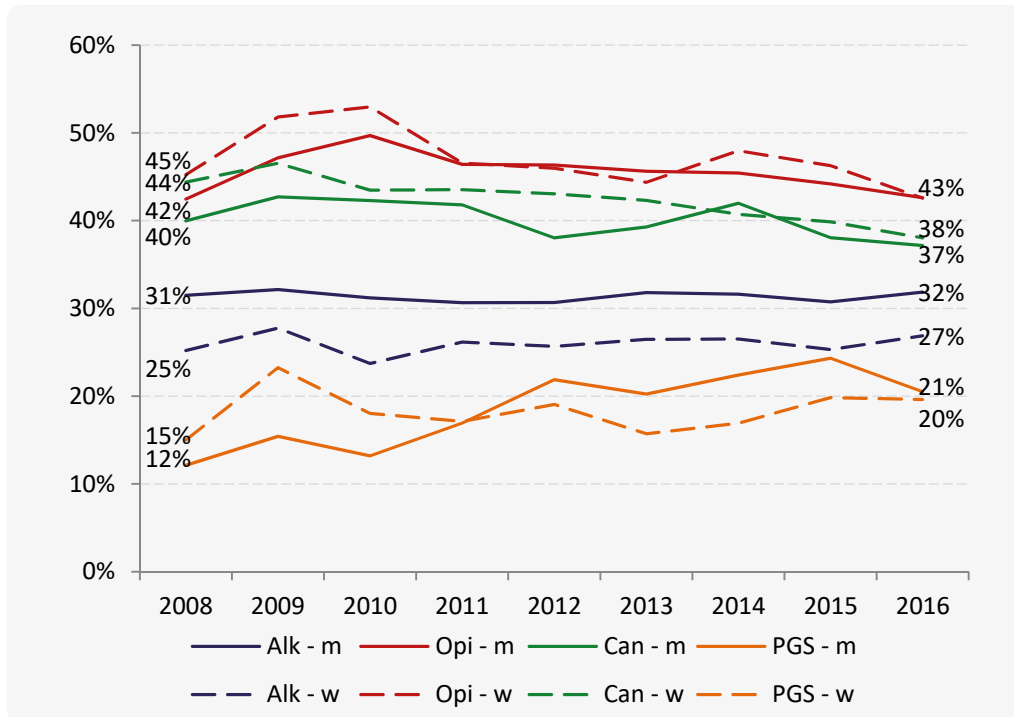
Abbildung 4.8: Latenz zwischen Alter bei Betreuungsbeginn und Störungsbeginn nach Problematik und Geschlecht, 2011 - 2016



Zur Charakterisierung der neu begonnenen Betreuungen gehört der Konsumstatus der im Vordergrund stehenden Problematik. Ein Teil der Klientel kommt mit akuter Problematik in die ambulante Suchthilfe, ein anderer aktuell ohne Konsum – etwa nach einer Entgiftung oder Rehabilitationsmaßnahme – oder befindet sich in psychosozialer Betreuung neben der Vergabe des Substituts in einer ärztlichen Praxis.

Fast täglicher Konsum in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn wird im Folgenden für die verschiedenen Problematiken nach Geschlecht differenziert betrachtet (s. Abbildung 4.9). Über die Jahre ab 2009 ist der Anteil der neuen Betreuungen mit akuter Problematik stabil. Ein aktueller, fast täglicher Konsum findet sich am ehesten (mit 43 % für 2016) für Heroin in der Gruppe der Opioid-Konsumenten/innen. Fast gleich hoch ist der Anteil fast täglichen Konsums bei Cannabis mit 39 %. Bei beiden illegalen Substanzen unterscheidet sich die Situation für die Geschlechter nicht. Bei Alkohol beginnen insgesamt 30 % mit täglichem Konsum neue Betreuungen. Hier unterscheiden sich die Geschlechter um fünf Prozentpunkte. Frauen kommen seltener mit aktuellen Konsumproblemen (Frauen: 27 %, Männer 32 %). Bei PGS steigt der Anteil der Betreuungen mit akutem, fast täglichem Spielverhalten über die Jahre (2009: 12 % < 2016: 20 %). Das dürfte mit den intensivierten Bemühungen zur Erreichung dieser Zielgruppe zusammenhängen.

Abbildung 4.9: Neue Betreuungen pro Jahr: „fast täglicher und täglicher“ Konsum in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn nach Problematiken und Geschlecht 2008 - 2016



Für die Gruppe Opiode wurde hier nur der Heroinkonsum ausgewertet

Für die Klientel mit Opioidproblematik liegen bei neuen Betreuungen Informationen zum Risikoverhalten (injizierender Konsum) sowie zur Gesundheitssituation (Hepatitis C und HIV-Status) im Verlauf vor. 2016 beginnt ein Viertel dieser Betreuten (26%) eine Betreuung, ohne jemals intravenös konsumiert zu haben. 50% hatten früher (aber nicht in den letzten 30 Tagen) iv-Konsum und ein weiteres Viertel hat aktuellen iv-Konsum. Diese Situation hat sich über die Jahre (ab 2008) stark geändert. Der Anteil derjenigen, die niemals intravenös konsumierten, ist gewachsen (2008: 14% < 2016: 26%) und der Anteil derjenigen mit einem aktuellen iv-Konsum hat sich halbiert (2008: 55% > 2016: 24%). Geschlechtsunterschiede bestehen beim iv-Konsum nicht. Es zeigen sich über die Jahre Effekte von niedrigschwelligen Angeboten und der Ausweitung von Substitutionsbehandlungen in NRW.

Zur Entwicklung des Gesundheitszustands wird der HIV-Status über die Jahre betrachtet. Unverändert liegt für die Hälfte der neuen Betreuungen keine Information zu diesem Status vor (2008: 48% > 2016: 53%). D.h. der Anteil der nicht Getesteten steigt über die Jahre leicht. Unter den Getesteten liegt der Anteil HIV-Positiver bei 5,1% (Männer: 4,5%, Frauen 7,2%). Werden die positiven Testergebnisse auf die Gesamtgruppe mit Opioid-Problematik bezogen, beträgt die Rate 2,8% (Männer: 2,5%, Frauen 4,0%). Der Anteil von HIV-Positiven sinkt über die Jahre. Bei Hepatitis C (HCV) liegt der Anteil nicht Getesteter nur etwas niedriger (2008: 42% > 2016: 39%) als bei HIV. Unter den Getesteten liegt der Anteil HCV-Positiver bei 50% (keine Geschlechtsunterschiede). Werden die positiven Testergebnisse auf die Gesamtgruppe mit Opioid-Problematik bezogen, beträgt die Rate 39% (keine Geschlechtsunterschiede).

Die Klientel neuer Betreuungen ist insgesamt und für beide Geschlechter zwei Jahre jünger als die aller Betreuungen. Das gilt insbesondere für Alkohol und Opiate. Bei PGS und Cannabis verringert sich die Differenz (zu allen Betreuungen) auf ein Jahr. Die Altersdifferenzen zwischen den Geschlechtern für die verschiedenen Problematiken entsprechen im Verlauf der Entwicklung, die für alle Betreuungen aufgezeigt wurden (vgl. Abbildung 4.4).

Die Staatsangehörigkeit ist für 91% der Klientel die deutsche (Männer: 90%, Frauen 95%). Unter den anderen Staatsangehörigkeiten haben die Türkei und die EU-Länder mit jeweils 3% den größten Anteil. Über die Jahre ist keine Veränderung festzustellen. Bei der Betrachtung der einzelnen Problematiken verschiebt sich der Anteil der nicht-deutschen Staatsangehörigkeit. Die Staatsangehörigkeit variiert zwischen den Betroffenenengruppen: Am geringsten ist sie unter den Personen mit Alkoholproblematiken (7%), höher bei Cannabis (9%) und Opioiden (14%) und am höchsten bei Personen

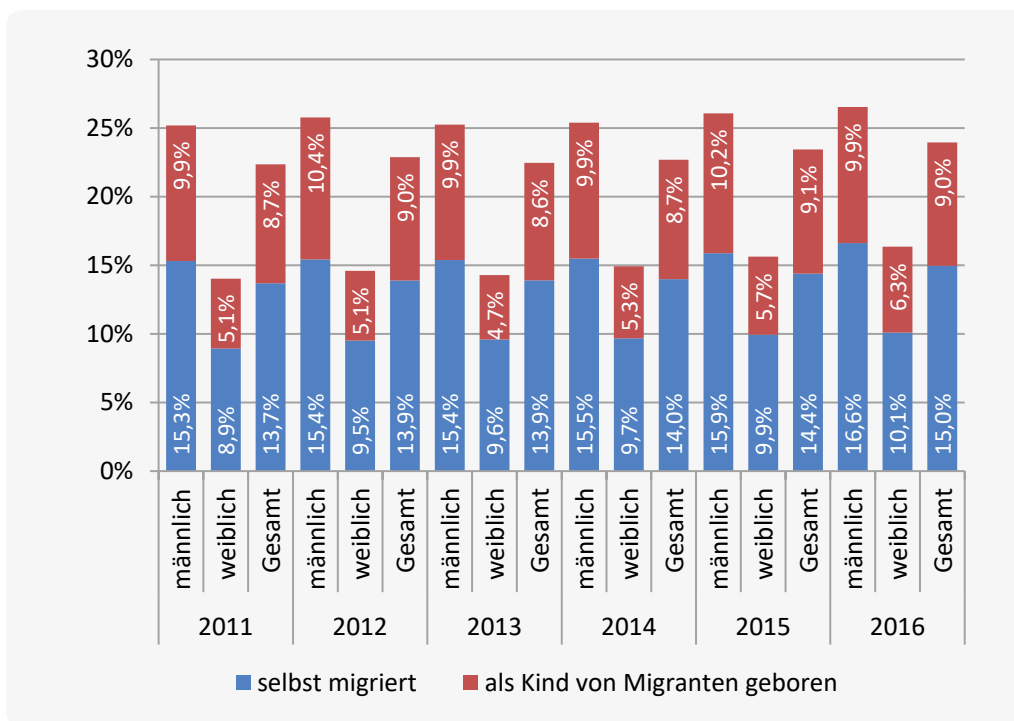
mit Glücksspielproblemen (17 %). Die Entwicklungen sind über die Jahre im Wesentlichen stabil – abgesehen davon, dass es bei Alkohol eine leichte Zunahme (2 %) der Klientel mit anderer Staatsangehörigkeit gibt und bei PGS eine ebensolche leichte Abnahme (2 %).

Anhand der „begonnenen neuen Betreuungen“ lassen sich soziodemographische Trends unter der Klientel der ambulanten Suchthilfe identifizieren wie beispielweise der Migrationshintergrund. Kommen Menschen mit Migrationshintergrund – selbst migriert oder als Kind von Migranten/innen – in die ambulante Suchthilfe?

In den Migrationshintergrund gehen die Informationen zu „selbst migriert“ und „Kind von Migranten/innen“ ein. Festzustellen ist insgesamt eine Zunahme der Personen mit Migrationshintergrund über den Zeitraum 2011 bis 2016 um zwei Prozentpunkte (22%<24%). Unter den Männern ist der Anteil mit Migrationshintergrund deutlich höher (27%) als bei den Frauen mit 16% (s. Abbildung 4.10).

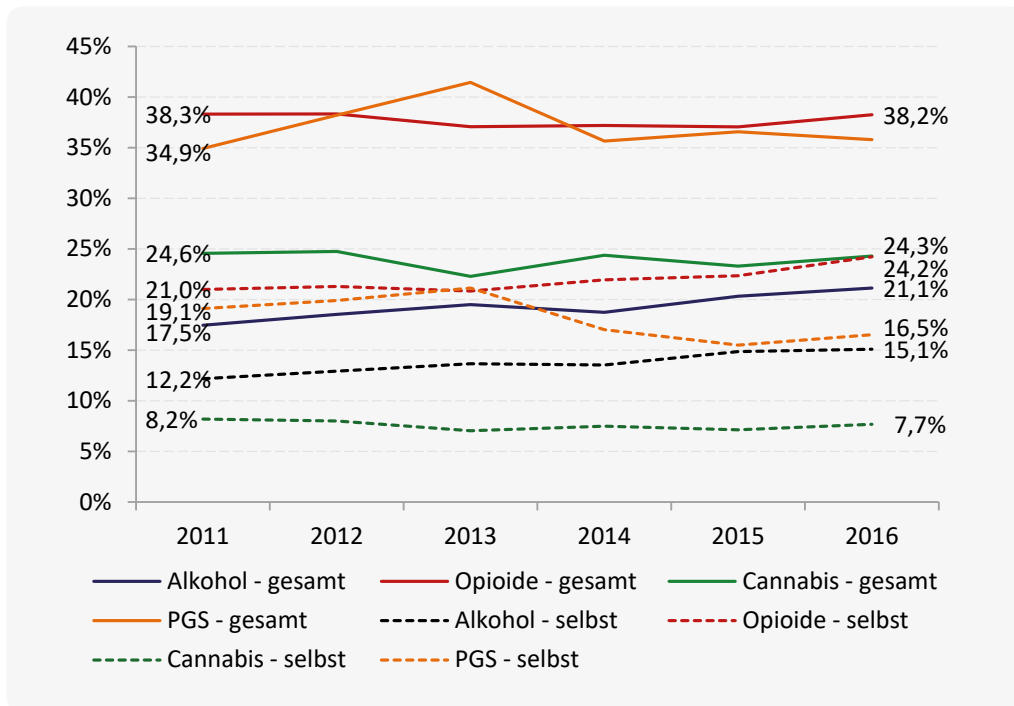
Unter der Klientel mit Migrationshintergrund sind etwa zwei Drittel „selbst migriert“, ein Drittel ist „Kind von Migrant/innen“. Hier bestehen keine Geschlechtsunterschiede.

Abbildung 4.10: Status der Migranten/innen neues Klientel, nach Geschlecht, 2011 und 2016



Wird der Anteil von neuen Betreuungen mit Migrationshintergrund, der insgesamt bei einem Viertel liegt, an verschiedenen Problematiken betrachtet, so zeigt sich deren Anteil insbesondere bei der Opioid- und Glücksspielproblematik deutlich erhöht. Bei Cannabis liegt der Anteil derjenigen mit Migrationshintergrund wie bei allen neu begonnenen Betreuungen bei einem Viertel. Insbesondere bei Alkohol liegt der Anteil derjenigen mit Migrationshintergrund unter dem Durchschnitt, wächst aber kontinuierlich um 4 Prozentpunkte ab 2011. Der Anteil derjenigen, die selbst migriert sind, liegt im Schnitt bei 16%. Bei Alkohol wird dieser Wert fast erreicht. Bei der Cannabisproblematik dagegen ist er deutlich verringert, d.h. hier handelt es sich eher um Kinder von Migrant/innen. Bei Opioiden ist der Trend umgekehrt. Hier ist „selbst migriert“ überrepräsentiert und nimmt über die Jahre leicht (um 3 Prozentpunkte) zu. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass Migranten (überwiegend Männer) mit aktueller Opioidproblematik durch die ambulante Suchthilfe erreicht werden.

Abbildung 4.11: neues Klientel, Anteil Migrationshintergrund (gesamt und selbst migriert), nach Problembereich, 2011 - 2016



Erste Hinweise zur Lebenssituation gibt die Erfassung der aktuellen Wohnsituation bei Beginn neuer Betreuungen. Über die Jahre geben fast unverändert etwa (70 %) an, „selbständig“ oder „bei anderen Personen“ (16 %) zu wohnen. Unter dem restlichen Siebentel der Klientel (14 %), denen die eigenständige Wohnform fehlt, finden sich „ohne festen Wohnsitz“ (3%), in betreutem Wohnen, Übergangwohnheim oder stat. Reha-Einrichtung (7%) und in JVA oder Maßregelvollzug (4%).

Hinsichtlich des Familienstands zeigt sich eine geschlechtsspezifisch differenzierte, soziale Situation. So sind Frauen deutlich häufiger geschieden (ca. 20 % vs. 13 % bei den Männern). Sie sind seltener ledig (ca. 50 % vs. 66 % bei den Männern) und häufiger verheiratet zusammenlebend (ca. 20 % vs. 15 % bei den Männern).

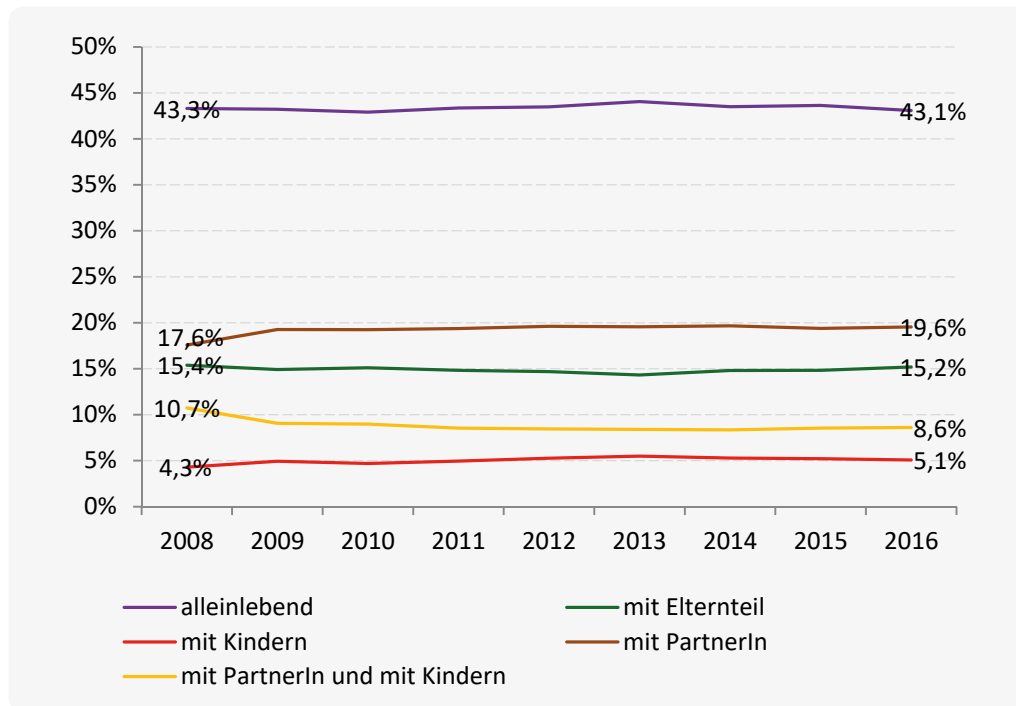
Alleinstehend sind 53 % der Klientel mit neuer Betreuung. Dieser Anteil wächst über die Jahre leicht um 3 %.

Männer sind mit 55 % eher alleinstehend als Frauen (46 %), aber bei den Frauen verringert sich der Abstand um 3 Prozentpunkte.

Alleinlebend sind kontinuierlich 43 % beider Geschlechter (s. Abbildung 4.12). Bei den Eltern lebt jeder Siebente. Etwa 14 % der „neuen Betreuungen“ haben eigene Kinder unter 18 Jahren, die im Haushalt leben.

Frauen leben eher mit eigenen Kindern unter 18 Jahren im Haushalt (2016: Frauen 22 % > Männer 11 %) nur mit Kind oder mit Kind und Partner/in. Die Gesamtsituation ändert sich kaum über die Jahre. Trends hinsichtlich der Lebenssituation bei den einzelnen Problematiken sind: Bei Alkohol verringert sich das Zusammenleben mit Partner/in und Kind (2008: 13 % > 2016: 10 %). Gleiches gilt ausgeprägter bei PGS. Hier verringert sich Zusammenleben mit Kind bzw. mit Partner/in und Kind (25 % > 16 %). Bei Cannabis sinkt der Anteil derjenigen, die bei einem Elternteil leben (43 % > 36 %). Andere Lebenssituationen - wie alleinlebend (30 % < 33 %) oder leben mit Kind bzw. mit Partner/in und Kind - nehmen zu (6 % < 9 %).

Abbildung 4.12: Neue Betreuungen, Lebenssituation, 2011 - 2016



Der höchste erreichte Schulabschluss ist ein Indikator der Ressourcenlage und beeinflusst Änderungsmöglichkeiten und Integrationschancen. Daher sind Trends bei Bildung wie Ausbildung für die professionelle Suchthilfe von zentraler Bedeutung. Generell liegen die Bildungsabschlüsse der Klientel der ambulanten Suchthilfe deutlich unter den Abschlüssen in den jeweiligen Altersgruppen¹¹. Weiterführende Abschlüsse (Realschulabschlüsse, Fach-/Hochschulreife) haben in der vergleichbaren Alterskohorte der Bevölkerung Anteile von fast drei Vierteln (74%). Dieser Anteil ist etwa doppelt so hoch wie bei der Klientel der Suchthilfe (38%). Keinen Schulabschluss haben in der Gesamtbevölkerung 5% gegenüber 13% unter den neu begonnenen Betreuungen.

Diese schwierigen Ausgangsbedingungen beim Schulabschluss verbessern sich über die Zeit leicht (s. Abbildung 4.13): der Anteil mit Abschlüssen der Fach- bzw. Hochschulreife sowie mittlere Reife nimmt zu und es gibt einen leichten Rückgang ohne Schulabschluss und einen stärkeren beim Hauptschulabschluss (fünf Prozentpunkte).

Im Vergleich mit den Männern ist bei den Frauen die Situation bezüglich des Schulabschlusses günstiger. Denn sie sind seltener ohne Abschluss (2016: drei Prozentpunkte) bzw. erreichen in geringerem Ausmaß nur einen Hauptschulabschluss (sieben Prozentpunkte). Sie haben dagegen häufiger einen Realschulabschluss (zehn Prozentpunkte im Jahr 2008 bis sechs Prozentpunkte 2016) oder das (Fach-)Abitur (vier bis fünf Prozentpunkte) als Männer.

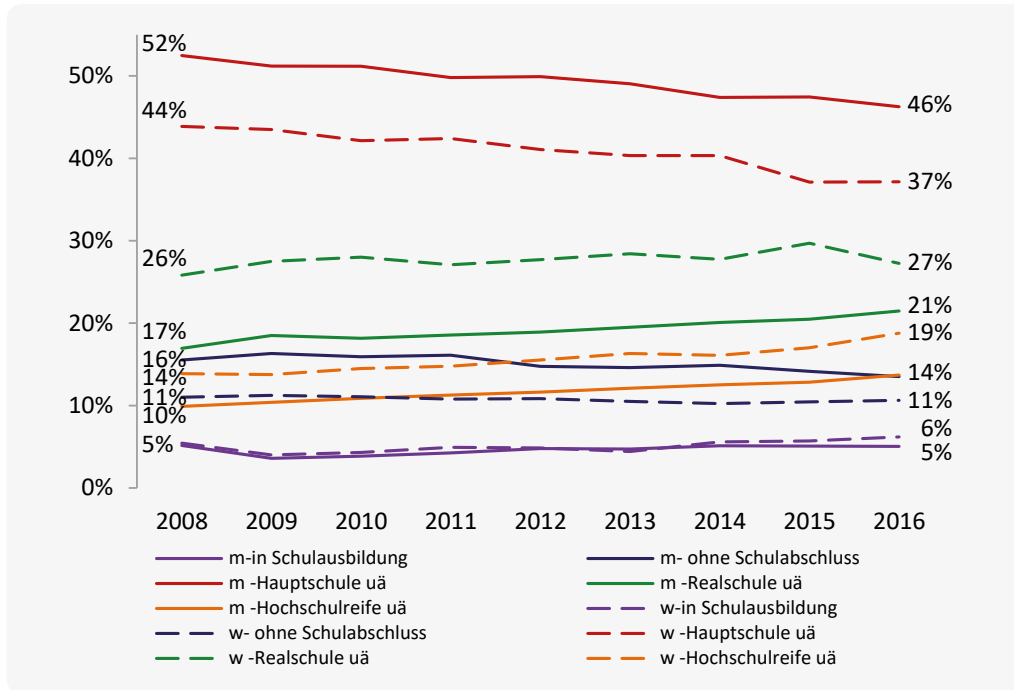
Die Schulabschlüsse unterschieden sich stark je nach der im Vordergrund stehenden Problematik. Bei Betreuungen mit Alkoholproblematik 2016 haben fast die Hälfte der Betreuten (49%) einen weiterführenden Schulabschluss, d.h. die mittlere Reife oder das (Fach-)Abitur. Diese Situation verbessert sich seit 2012 um zwölf Prozentpunkte. Unter den Betreuungen mit Opioidproblematik bestehen dagegen kontinuierlich über die Jahre die größten Defizite hinsichtlich des erreichten Schulabschlusses. Weniger als ein Viertel (24%) hat weiterführende Abschlüsse. Betreuungen mit Cannabisproblematik haben zu 29% einen weiterführenden Schulabschluss. Sie liegen damit 2016 nur um fünf Prozentpunkte über dem Niveau der Betreuungen für Opiode. Diese Situation ändert sich über die Jahre nicht. Das ist von besonderer Bedeutung, weil die Klientel mit Cannabisproblematik deutlich einer jüngeren Generation (s. Abbildung 4.4) angehören.¹² Die Schulbildung derjenigen mit einer PGS Problematik ist deutlich günstiger und liegt mit 48% (weiterführender Schul-

¹¹ Die höchsten Schulabschlüsse der Altersgruppe 35 bis 45 Jahre sind für 2016, für Männer und Frauen getrennt, die Folgenden. Noch in Schulausbildung: keine, Hauptschulabschluss: Männer 26%/Frauen 19%, Realschulabschluss/polytechnische Oberschule: 32%/38%, Fachhoch-/Hochschulreife: 41%/43%, ohne Abschluss: 4%/5% (Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2017, S. 84).

¹² In der Bevölkerung liegt der Anteil derjenigen mit weiterführendem Schulabschluss (Realschulabschluss oder Fachhochschul-/Hochschulreife) in der jüngeren Altersgruppe der 24 – 35-Jährigen bei 81% (Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2017, S. 84).

abschluss) nah bei der Alkohol-Klientel. In dieser Gruppe steigt der Anteil mit weiterführendem Abschluss über die Jahre und zwar um sechs Prozentpunkte.

Abbildung 4.13: Neue Betreuungen, höchster Schulabschluss nach Geschlecht 2008 - 2016



Bei der beruflichen Ausbildung hat sich die Ausprägungsverteilung seit 2009 nicht verändert. Es spiegeln sich die niedrigen Bildungsabschlüsse wider, nicht aber die leichten Verbesserungen in jenem Bereich. Eine abgeschlossene Lehrausbildung haben 2016 44 % der neu Betreuten. 6 % haben eine darüber hinausgehende Ausbildung als Meister oder Techniker (2 %) oder einen Hochschulabschluss (4 %).¹³ „Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung“ befinden sich ebenfalls 6 %. „Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen“ haben 43 %. Die Situation unterscheidet sich für die Geschlechter nur geringfügig. Männer haben etwas häufiger als Frauen „keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen“ (plus drei Prozentpunkte). Entsprechend haben Frauen etwas häufiger eine „abgeschlossene Lehrausbildung“ (plus vier Prozentpunkte) vorzuweisen.

Die gezeigten Defizite bei den Ausbildungsabschlüssen bestehen bei allen Problembereichen, aber besonders zugespitzt bei Opioiden. Während bei den Alkoholproblematiken etwa die Hälfte (52 %) der Betreuten eine abgeschlossene Lehre vorweisen können, erreichen diesen Abschluss bei den Opioiden nur 28 %.

Die Entwicklung der Erwerbssituation, der Sicherung des eigenen Lebensunterhalts bzw. die Inanspruchnahme von Sozialleistungen (ALG I und ALG II, Sozialhilfe) wird anhand des Hauptlebensunterhalts betrachtet.

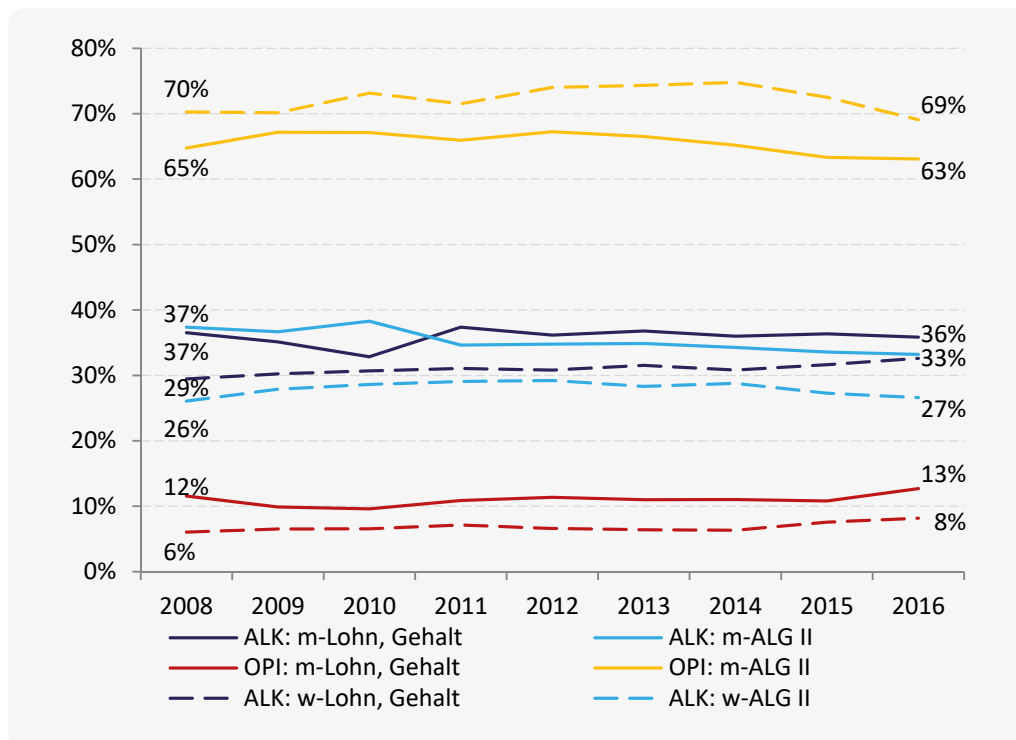
Das Arbeitslosengeld (ALG-I), das eine größere Nähe zu Beschäftigungsverhältnissen anzeigt, ist bei den neu begonnenen Betreuungen über die Jahre für etwa 5 % die Hauptquelle für den Lebensunterhalt. Auf die Darstellung von ALG-I wird daher in Folgendem verzichtet. Im Mittelpunkt stehen die Anteile von Lohn/Gehalt und ALG-II und deren Trends für die Hauptproblematiken Alkohol und Opioiden, die nach Geschlecht differenziert sind (s. Abbildung 4.14). Insgesamt sind Lohn, Gehalt sowie freiberufliche Tätigkeit für ein Viertel die Hauptquelle für den Lebensunterhalt (2008: 24 % < 2016: 26 %). Bei ALG-II reduziert sich der Anteil von 44 % (2008) auf 40 % (2016). Neben der Zunahme von Lohn und Gehalt als Haupteinkommensquellen ist dieser Rückgang mit einem leichten Anwachsen des Anteils von Pensionen sowie Kranken-, Übergangsgeld verbunden.

¹³ Die beruflichen Bildungsabschlüsse der Altersgruppe 35 bis 45 Jahre stellen sich für das Jahr 2016 für Männer und Frauen gemeinsam (Unterschiede sind gering) folgendermaßen dar. Einen beruflichen Bildungsabschluss haben 83 %. Darunter mit abgeschlossene Lehre: 60 % und weiterführendem Abschluss (Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss) 40 %. 17 % sind ohne beruflichen Bildungsabschluss (Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2017, S. 86).

Das Verhältnis der Haupteinkommensquellen Lohn/Gehalt oder ALG-II unterscheidet sich bei Alkohol und Opioiden ganz deutlich. Bei Opioiden dominiert mit zwei Dritteln ALG-II als Hauptquelle für den Lebensunterhalt. Lohn und Gehalt sind nur für 13% die Hauptquelle. Bei Alkohol ist Lohn und Gehalt für mehr als ein Drittel (37%) Hauptquelle für den Lebensunterhalt. Bei ALG-II gilt das 2016 für ein Drittel derjenigen mit Alkohol als Hauptproblem. Dieser Anteil ist ab 2008 um vier Prozentpunkte gestiegen.

Die Entwicklungen sind im Verlauf trotz relevanter Änderungen in der Arbeitsmarktsituation über die Zeit stabil. Für die Geschlechter verlaufen Entwicklungen parallel. Die Frauen haben bei Alkohol wie Opioiden einen geringeren Anteil bei Lohn und Gehalt. Anders ist die Situation bei ALG als Haupteinkommensquelle. Während bei Alkohol die Frauen (wie bei Lohn, Gehalt) hier zu einem geringeren Anteil ALG-II als Haupteinkommensquelle angeben, ist das Geschlechterverhältnis bei den Opioiden umgekehrt. Dort ist für 69% der Frauen ALG-II die Haupteinkommensquelle. Dieser Anteil ist gegenüber den Männern um sechs Prozentpunkte erhöht.

Abbildung 4.14: neue Betreuungen, Hauptlebensunterhalt nach Problematik und Geschlecht 2008 - 2016



4.4 Abgeschlossene Betreuungen

Im Folgenden werden „abgeschlossene Betreuungen“ der Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe und deren Entwicklungen über die Jahre betrachtet. „Abgeschlossene Betreuungen“ beziehen sich auf den Abschluss im jeweils betrachteten Analysejahr. Der Beginn dieser Betreuungen kann in diesem oder einem der Vorjahre liegen. Bei den abgeschlossenen Betreuungen lassen sich Dauer und Intensität, sowie Art der Beendigungen und Verbleib - nach im Vordergrund stehender Problematik - im Verlauf betrachten.

In diesem Sinne gibt es 2016 fast 34.312 abgeschlossene Betreuungen. Das sind weit über die Hälfte (57%) aller Betreuungen dieses Jahres (vgl. erstes Kapitel – „alle Betreuungen“ s. Abbildung 4.1). Die Anzahl abgeschlossener Betreuungen ist seit 2008 kontinuierlich gewachsen. Ihr Zuwachs beträgt gegenüber 2008 20%. Die Proportion abgeschlossener von „eigener Problematik“ oder „Problematik von Personen im Umfeld“ liegt 2016 bei 90% zu 10%. Das entspricht den Proportionen bei „allen Betreuungen“.

Der Zuwachs der abgeschlossenen Betreuungen mit „eigener Problematik“ um insgesamt 14% auf etwa 39.818 bezieht sich insbesondere auf die Jahre bis 2012. Danach sind Betreuungen mit „eigener Problematik“, die im Mittelpunkt der folgenden Betrachtungen stehen, stabil.

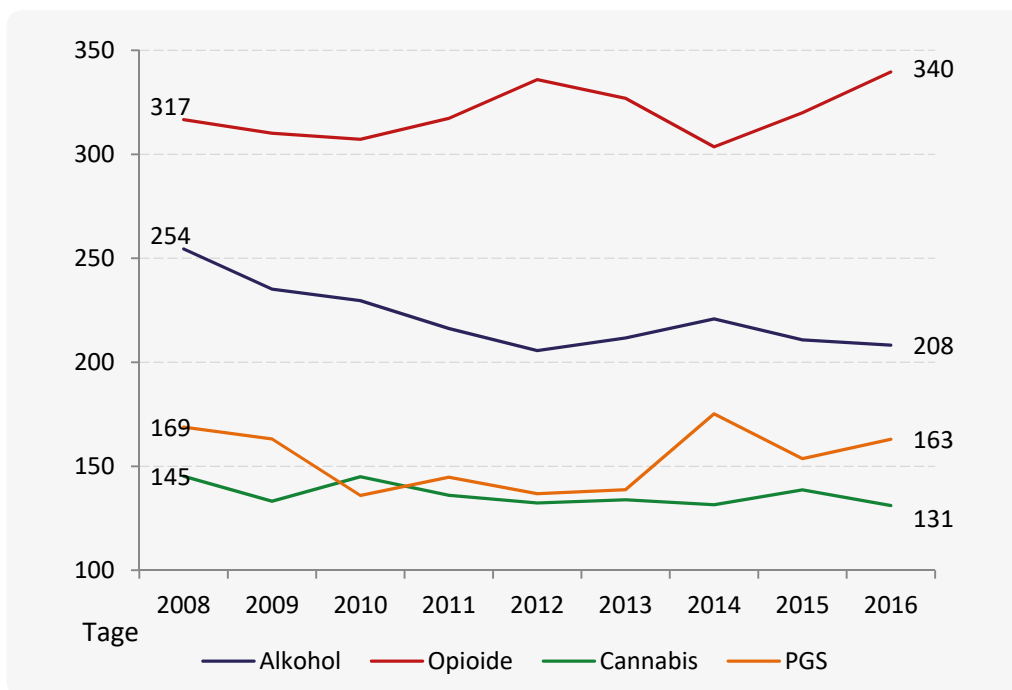
Ganz überwiegend handelt es sich bei den abgeschlossenen Betreuungen in der ambulanten Suchthilfe bei allen Problematiken um „ambulante Beratungen“ (87%). Ambulante Entwöhnungsbehandlungen haben 2016 einen Anteil von 17% an allen Betreuungen für Alkoholproblematiken. Dieser Anteil ist über die Jahre leicht gesunken. Er betrug 2008 ein Fünftel. Psychosoziale Betreuungen bei Substitution (PSB) haben 2016 einen Anteil von 54% an allen Betreuungen für Opiode. Dieser Anteil ist über die Jahre gestiegen. Er lag 2008 bei 40%.

Geschlechtsunterschiede bei der Art der abgeschlossenen Betreuung sind gering. Es gibt eine Tendenz, dass der Frauenanteil an den stärker strukturierten Betreuungsarten, wie ambulanter Entwöhnung und PSB, erhöht ist.

Werden die abgeschlossenen Betreuungen nach ihrer Dauer betrachtet, so fällt auf, dass die durchschnittliche Dauer der Betreuungen ab 2008 um 39 Tage, d.h. um 17% sinkt (2008: 229 Tage > 2016: 190 Tage). Das Sinken der durchschnittlichen Dauer hat 2014 den niedrigsten Stand erreicht und sich in den Jahren 2015 und 2016 nicht fortgesetzt. Die Frauen haben durchgehend eine um etwa 30 Tage längere Dauer abgeschlossener Betreuungen als Männer. Diese Differenz ändert sich über die Jahre nicht.

Die Dauer abgeschlossener Betreuungen unterscheidet sich für die im Vordergrund stehenden Problematiken (s. Abbildung 4.15). Bei Betreuungen aufgrund der Opioid Problematik ist die durchschnittliche Dauer abgeschlossener Betreuungen mit 340 Tagen deutlich erhöht. Dies ist der einzige Versorgungsbereich, in dem sich die Dauer über die Jahre ab 2008 (317 Tage) um 7% erhöht. Bei Problematiken mit PGS ändert sich die Dauer abgeschlossener Betreuungen nicht. Bei Cannabis ist die Dauer der abgeschlossenen Betreuungen mit 131 Tagen gegenüber den anderen Problematiken deutlich niedriger. Sie hat sich gegenüber 2008 um 10% verringert. Die die Gesamtsituation bestimmende Verkürzung der Dauer abgeschlossener Betreuungen ist wesentlich auf die Verkürzung der Betreuungen von Alkohol zurückzuführen. Hier hat sich die Dauer um durchschnittlich 46 Tage und damit um 18% (2008: 254 Tage > 2016: 208 Tage) verringert. Da Alkohol etwa ein Drittel aller Betreuungen ausmacht, prägt diese erhebliche Verkürzung das Gesamtbild.

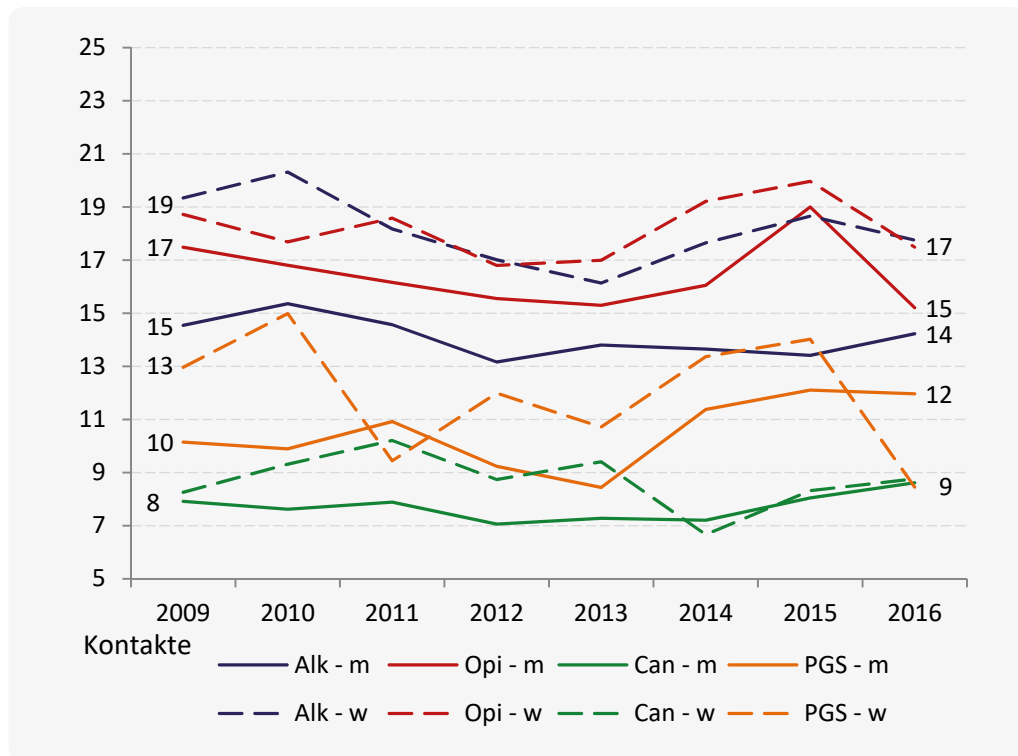
Abbildung 4.15: abgeschlossene Betreuungen, durchschnittliche Betreuungsdauer, nach Problembereich 2008 - 2016



Die Beschreibung abgeschlossener Betreuungen im Verlauf wird präziser, wenn die Häufigkeit der Kontakte bei abgeschlossener Betreuung für die Problematiken einbezogen wird. Wird die Anzahl der Kontakte für alle abgeschlossener Betreuungen über die Jahre (ab dem Jahr 2009) betrachtet, ist bemerkbar, dass die Anzahl der Kontakte pro abgeschlossener Betreuung von 13 auf 11 in den Jahren 2012 bis 2014 zurückgeht und dann auf 12 in 2015 und 2016 ansteigt. Die dokumentierten Angaben zur Kontakthäufigkeit bei abgeschlossener Betreuung schwanken für die einzelnen Problematiken stark (s. Abbildung 4.16). Bei der Kontakthäufigkeit (Anzahl von Kontakten/Terminen pro abgeschlossener Be-

betreuung) sind die Unterschiede zwischen Opioiden und Alkohol erheblich geringer als bei der Dauer der Betreuungen. Bei Cannabis und PGS zeigt sich, dass die kürzere Dauer der Betreuungen auch mit weniger Kontakten einhergeht.

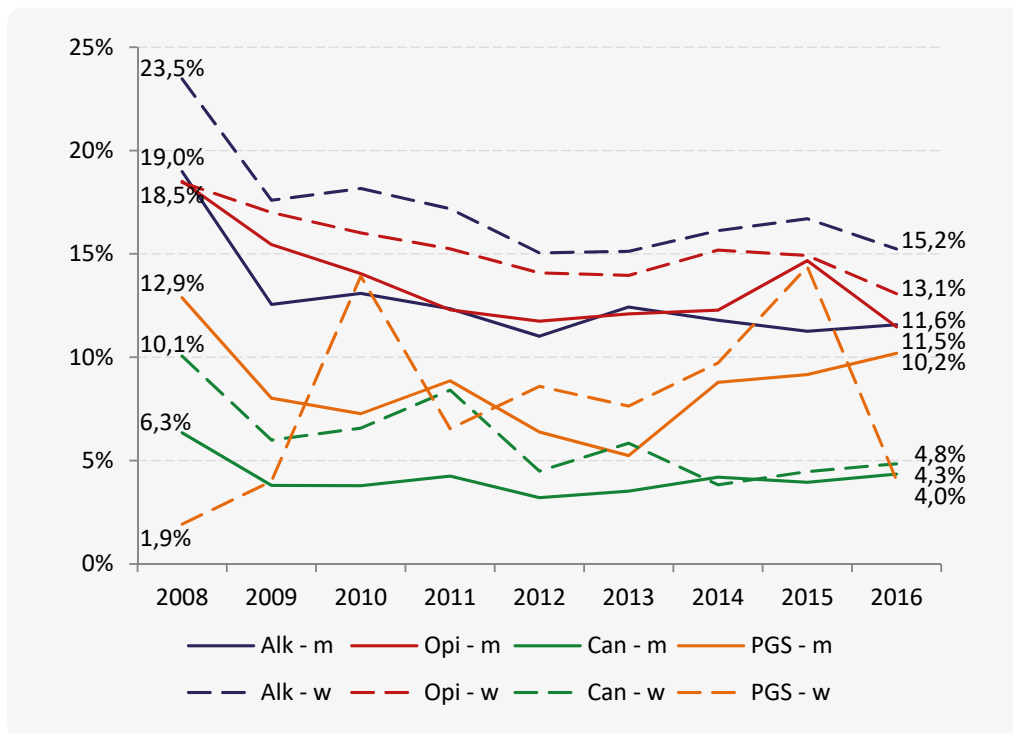
Abbildung 4.16: abgeschlossene Betreuungen, Anzahl von Kontakten, nach Problembereich und Geschlecht, 2009 - 2016



Noch genauer kann analysiert werden, indem darüber hinaus die Struktur der Betreuungen von Seiten der Einrichtungen einbezogen wird. Wie entwickeln sich Einmalkontakte im Verhältnis zu intensiven Betreuungen (>30 Kontakte)? Über alle Problematiken ist festzustellen, dass sich der Anteil der Einmalkontakte bei den abgeschlossenen Betreuungen von einem Fünftel auf ein Drittel erhöht (2008: 20% < 2016: 33%). Dieser Trend der Zunahme von Einmalkontakten bezieht sich gleichermaßen auf alle Problematiken und Geschlechter.

Die längeren abgeschlossenen Betreuungen mit mehr als 30 Kontakten gehen insgesamt um ein Drittel zurück (2008: 15% > 2016: 9%). Der Rückgang solcher intensiven Betreuungen betrifft insbesondere Betreuungen mit Opioid- und Alkoholproblematik (s. Abbildung 4.17). Bei den Männern mit Alkoholproblematik sinkt der Anteil dieser Betreuungen um ein Drittel von 19% (2008) auf 12% (2016). Die gleiche Tendenz der Reduktion um ein Drittel zeigt sich bei den Männern mit Opioidproblematik. Auch bei Cannabis gibt es die Reduktion von Betreuungen mit mehr als 30 Kontakten. Allerdings war hier der Anteil längerer Betreuungen mit vielen Kontakten von vornherein geringer. Ähnlich ist die Situation bei PGS: Hier liegt der Anteil von abgeschlossenen Betreuungen mit mehr als 30 Kontakten über die Jahre bei einem Anteil von höchstens 10% (auch wenn es insbesondere beim Anteil der (wenigen) Betreuungen der Klientinnen größere Ausschläge gibt).

Abbildung 4.17: abgeschlossene Betreuungen, 30 und mehr Kontakte nach Problematik und Geschlecht 2008 - 2016



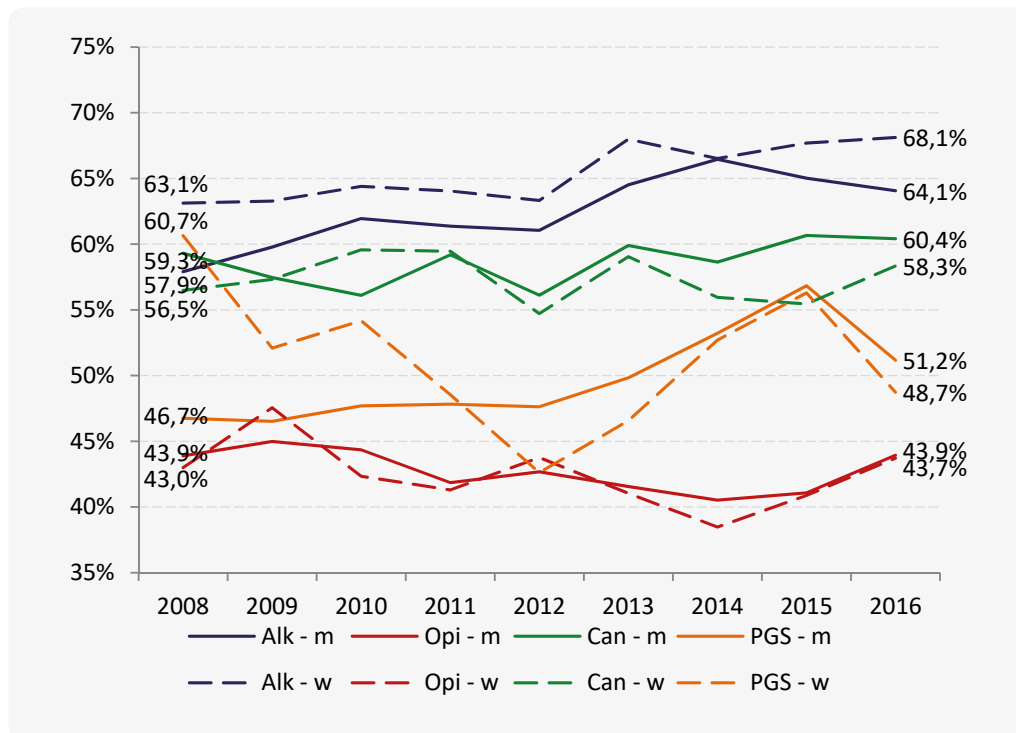
Wie ist die Situation am Ende der Betreuung und wie wird diese aus Sicht der Einrichtungen abgeschlossen? Bei 53 % wird die Betreuung zum Abschluss als erfolgreich beurteilt und bei 44 % als unverändert. Der Anteil von Betreuungen mit „unveränderter Problematik“ bei Abschluss ist bei Opioiden mit 55 % höher als bei Alkohol mit 38 %. Eine Verschlechterung dokumentieren die beurteilenden Einrichtungen bei abgeschlossenen Betreuungen nur bei 4 %. Die Frauen haben einen etwas größeren Anteil erfolgreich beendeter Betreuungen (zwei bis drei Prozentpunkte). Diese Verhältnisse ändern sich über die Jahre nicht.

Angestrebt wird die reguläre Beendigung der Betreuung. Von allen abgeschlossenen Betreuungen werden im Jahr 2016 46 % regulär beendet. Der Anteil dieser regulären Beendigungen hat sich gegenüber 2008 um vier Prozentpunkte erhöht. Ebenso regulär ist der planmäßige Wechsel in eine andere Behandlungsform, mit der eine Betreuung beendet wird. Auf diese Weise werden 12 % der Betreuungen abgeschlossen. Dies ändert sich über die Jahre nicht. Beim Rest der Betreuungen erfolgt der Abschluss durch Abbruch durch den/die Klient/in. Dieser Anteil liegt über die Jahre stabil bei einem Drittel (2016: 34 %). Insgesamt beenden Frauen die Betreuung häufiger regulär (plus drei Prozentpunkte) und die Männer brechen etwas häufiger ab (ca. drei Prozentpunkte).

Nach dem Ende der Betreuung leisten die Einrichtungen in etwa der Hälfte der Fälle (48 %) eine Weitervermittlung in andere Angebote (eigene oder fremde Einrichtung, ambulantes, stationäres oder Selbsthilfeangebot).

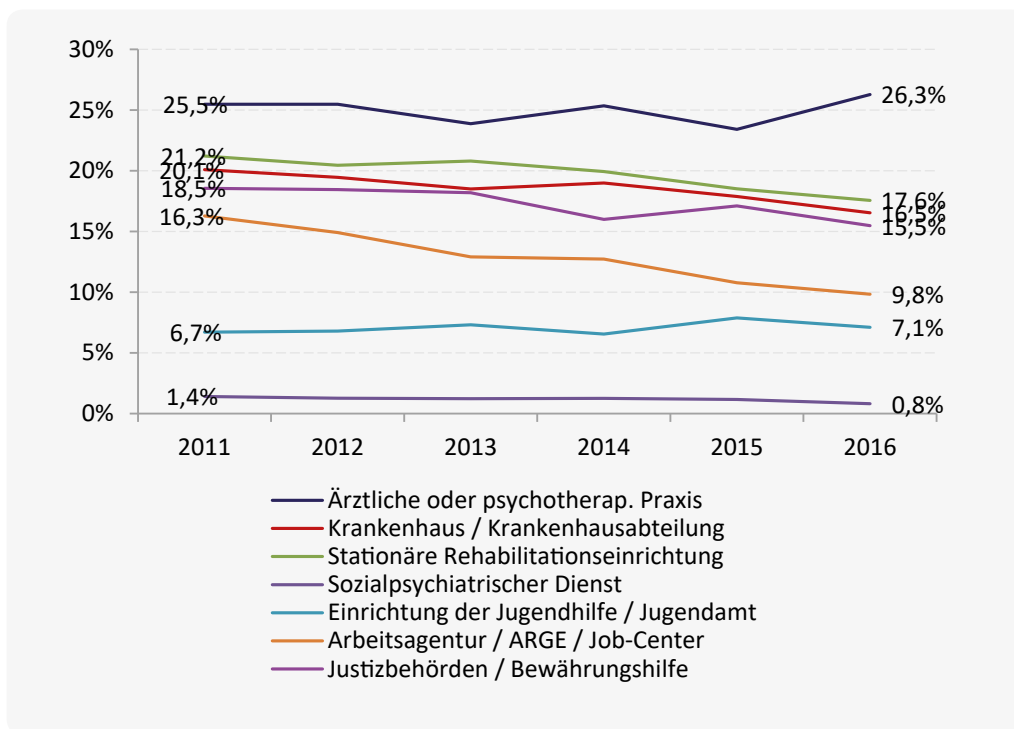
Die geplante reguläre Beendigung einer Betreuung, mit oder ohne planmäßigen Wechsel, differenziert sich für die verschiedenen Problematiken sowie nach Geschlecht. Erfolgreich im definierten Sinn sind am ehesten die Betreuungen bei Alkohol zu etwa zwei Dritteln (65 %). Das betrifft noch etwas stärker (68 %) die Frauen mit Alkoholproblematik. (s. Abbildung 4.18) Ebenso erfolgreich in genanntem Sinn werden die Betreuungen bei Cannabisproblematiken abgeschlossen (60 %). Die größeren Schwierigkeiten der regulären Beendigung bzw. Vermittlung bestehen bei Betreuungen mit Opioidproblematik. Hier werden nur 44 % der Betreuungen erfolgreich abgeschlossen. Bei allen Problematiken sind die festgestellten Trends bei geplanten, regulären Beendigungen über die Jahre stabil. Einzig bei Alkohol deutet sich eine positive Entwicklung an.

Abbildung 4.18: abgeschlossene Betreuungen, Betreuungsende regulär und planmäßiger Wechsel am Betreuungsende, nach Problem-
bereich und Geschlecht 2008 - 2016



Zum Ende geht es um die Kooperation mit anderen Einrichtungen während der Betreuung (s. Abbildung 4.19). Es werden die Kooperationen mit anderen Einrichtungen (bei abgeschlossenen Betreuungen) nach ihrer praktischen Relevanz dargestellt. Es zeigt sich, dass in einem Viertel aller Betreuungen eine Kooperation mit einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis besteht. Diese Kooperation und Vernetzung ist stabil über die Zeit bzw. nimmt leicht zu. Die zweitwichtigste Vernetzung während der Betreuung besteht mit stationären Rehabilitationseinrichtungen. Hier reduziert sich der Anteil der Kooperationen von einem Fünftel (2008) über die Jahre leicht. Gleiches gilt für die Kooperationen mit der medizinischen Versorgung in Krankenhäusern. Die Kooperation mit Justizbehörden bzw. der Bewährungshilfe während der Betreuungen geht zurück. Gleiches gilt in noch stärkerem Ausmaß für die Kooperationen mit Arbeitsagentur, ARGE oder Job-Center. Inwieweit dies mit reduzierten Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt bzw. Vermittlungshemmnisse der Klientel zu tun hat, gilt es zu klären.

Abbildung 4.19: abgeschlossene Betreuungen, Kooperation mit anderen Einrichtungen während der Betreuung, Mehrfachnennung (Auswahl) 2011 - 2016



5. Bevölkerungsanalyse

In Nordrhein-Westfalen lebten im Jahr 2016 insgesamt 17,911 Millionen Personen (s. Tabelle 5.1), davon 8,8 Millionen Männer und 9,111 Millionen Frauen (IT.NRW 2018: Landesdatenbank NRW). 13,575 Millionen (bzw. 75,8 % aller Personen) befanden sich im Alter von 15 bis 74 Jahren.¹⁴ Das ambulante Suchthilfesystem des Landes hat im selben Jahr 127.800 Betreuungen für Personen mit eigener Suchtproblematik¹⁵ durchgeführt (vgl. Kapitel 3.2, vgl. Fußnote 4 zu Betreuungen/Personen). Somit haben 0,71 % (bzw. 7,1 von 1.000 Personen) der nordrhein-westfälischen Bevölkerung im Jahr 2016 eine Betreuung im ambulanten Suchthilfesystem in Anspruch genommen. Wird diese Relation berechnet auf die Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 74 Jahren, ergibt sich ein Anteil von 0,94 % (bzw. 9,4 von 1.000 Personen). Geschlechtsspezifisch lässt sich erkennen, dass 10,3 von 1.000 Männern und 4,0 von 1.000 Frauen betreut wurden. Für den Altersausschnitt 15-74 Jahre ergeben sich entsprechend Werte von 13,4 (Männer) bzw. 5,4 (Frauen) Betreuer pro Tausend Personen.

Im Vergleich der Jahre 2011 und 2016 ist die Anzahl betreuter Personen von 6,8 pro Tausend auf die bereits genannten 7,1 pro Tausend gestiegen. Das entspricht einer Steigerung um 4,4 %. Für den Altersbereich 15-74 Jahre ist eine Steigerung von 8,8 Betreuer auf 9,4 Betreuer pro Tausend Personen zu erkennen (plus 6,8 %). Zwischen den Geschlechtern zeigen sich bei der Entwicklung vom Jahr 2011 ins Jahr 2016 Unterschiede. So nahm die Anzahl betreuter Frauen pro Tausend um 8,1 % zu, die der betreuten Männer um 2,0 %. Für die Gruppe der 15-74-Jährigen betrug die entsprechende Zunahme bei den betreuten Frauen 10,2 % und bei den betreuten Männern 3,1 %.

Tabelle 5.1: Bevölkerung, Betreute im ambulanten Suchthilfesystem, 2016 + 2011

	2016			2011		
	alle	männl	weibl	alle	männl	weibl
Bevölkerung, alle (i Tsd)	17.911	8.800	9.111	17.541	8.521	9.020
Bevölkerung, 15-74 Jahre (i Tsd)	13.575	6.782	6.793	13.432	6.622	6.812
Betreuung eigener Problematik im ambulanten Suchthilfesystem (i Tsd)	127,8	90,994	36,806	118,8	85,836	33,264
Betreuung eigener Problematik / 1.000 Personen	7,1	10,3	4,0	6,8	10,1	3,7
Betreuung eigener Problematik / 1.000 Personen, 15-74 Jahre	9,4	13,4	5,4	8,8	13,0	4,9

Bevölkerung 2016, Mikrozensus, Hochrechnung auf Basis des fortgeschriebenen Zensus 2011. Landesdatenbank NRW: Tabellenblatt 12211-106i.

Die sich anschließenden Analysen lösen sich vom Blick auf die landesweite Situation und stellen auftragsgemäß die 53 nordrhein-westfälischen Kommunen (Landkreise und kreisfreie Städte) in den Fokus. In diesen schwankt die Anzahl der insgesamt 288 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe zwischen einer und neunzehn (s. Tabelle 5.2). Durchschnittlich sind es 5,4.

Tabelle 5.2: Einrichtungen, Anzahl in den Kommunen, NRW 2018

	min	max	sum	Mittelwert
Einrichtungen N	1	19	288	5,4

In den folgenden Abschnitten – Untersuchungen zum Bevölkerungs- und zum Sozialraum – werden die Kommunen – je nach Fragestellung – in drei Teilgruppen mit niedriger, mittlerer und hoher Ausprägung des betrachteten Gegenstands

¹⁴ Diese Altersgruppe entspricht eher der Zielgruppe des ambulanten Suchthilfesystems als die der gesamten Bevölkerung. Da für die hier betrachtete Landesebene Zahlen in dieser Differenzierung vorliegen, werden sie hier ausgewertet. Für die anschließenden Analysen auf kommunaler Ebene kann dies aufgrund fehlender Daten nicht geschehen. Dort wird auf die Gesamtbevölkerungszahlen zugegriffen.

¹⁵ plus ambulante psychotherapeutische Versorgung, plus Konsumräume, plus Einzelkontakte

angeordnet (weitere Erläuterungen zur Methodik: s. Abschnitt 1.3). Ein Ranking oder Benchmarking einzelner Kommunen findet nicht statt.

Den Abschluss bilden zwei Exkurse zu den ambulant psychotherapeutisch versorgten Suchtkranken und den Substituierten.

5.1 Bevölkerungsraum

Nordrhein-Westfalens Kommunen unterscheiden sich bezüglich der Bevölkerungszahl, der Bevölkerungszusammensetzung (deutsche Staatsangehörige, Deutsche mit und ohne Migrationshintergrund) und –dichte sowie der Bevölkerungszu- bzw. -abnahme in den Jahren 2011 bis 2016. Im Folgenden wird analysiert, ob und in welchem Zusammenhang diese Faktoren mit der Struktur des ambulanten Suchthilfesystems und den von ihm erreichten Klientinnen und Klienten stehen.

Bevölkerungsindikatoren Anteil der Deutschen, Migrationshintergrund Ableitbarkeit von Aussagen zur Versorgungsqualität

Der Anteil der Staatsangehörigkeiten an der Gesamtpopulation ist ein etablierter Bevölkerungsindikator. Der Anteil der Deutschen (entsprechend: der Ausländer/innen) stellt ein herkömmliches Analyseraster dar. Um die Zusammensetzung einer Gesellschaft und Zuwanderung in diese umfassender abzubilden, wird ebenfalls unumstritten der Migrationshintergrund als Differenzierungskategorie herangezogen. In dieser Bevölkerungsanalyse werden Personen mit Migrationshintergrund (bzw. der entsprechende Bevölkerungsanteil der untersuchten Kommunen) über den Anteil der Ausländer/innen sowie die Deutschen mit Migrationshintergrund operationalisiert. Dies hat seine Begründung auch in der Struktur der amtlichen Statistik, die die Bevölkerungsdaten in genau dieser Differenzierung ausweist (vgl. Datenblatt 12111-10i, Landesbetrieb für Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW)).

Die hier und im Folgenden dargelegten Erkenntnisse beschreiben die Bevölkerungsstrukturen und die gleichzeitig z. B. vorgefundenen Einrichtungsmerkmale. Die so identifizierten Konstellationen, z. B.: „Kommunen mit vielen Einrichtungen ... haben niedrigere Anteile Deutscher“, lassen keine kurzschlüssigen Ableitungen zur Versorgungsqualität einzelner Bevölkerungsgruppen zu. Aussagen wie etwa: ‚Die Studie belegt, Deutsche werden schlechter versorgt als Ausländer!‘ sind methodologisch falsch und mit dieser Studie nicht vereinbar.

Zur validen Fundierung solcher Aussagen muss mindestens zusätzlich das Ausmaß der Suchtprobleme der (in diesem Beispiel) Deutschen und Ausländer/innen betrachtet werden. In der Literaturanalyse finden sich – bei den verschiedenen psychoaktiven Substanzen und Verhaltenssüchten – Hinweise auf einen größeren Versorgungsbedarf bei Personen mit Migrationshintergrund.

Des Weiteren muss zur validen Fundierung der oben beispielhaft angegebenen, kurzschlüssigen Ableitung das errechnete besondere Problemausmaß einzelner Gruppen richtig gewichtet in die jeweilige Analyse einbezogen werden: Das geschieht hier ganz offensichtlich nicht. Denn die Voraussetzungen für solche Analysen sind in ihrer notwendigen Differenzierung nicht gegeben.

5.1.1 Einrichtungen

positive Zusammenhänge¹⁶

- Bevölkerungszahl
→←Einrichtungszahl, Jahresbudget, Öffnungszeiten, Personalstunden
- Bevölkerungsdichte
→Einrichtungszahl, ←Jahresbudget, →Öffnungszeiten, →Personalstunden
- Bevölkerungsveränderung
←Einrichtungszahl, Jahresbudget, Öffnungszeiten, Personalstunden
- Anteil dt. Staatsbürger/innen mit Migrationshintergrund
→Einrichtungszahl, Jahresbudget, Personalstunden

negative Zusammenhänge

- Anteil dt. Staatsbürger/innen
→←Einrichtungszahl, →←Jahresbudget, →Öffnungszeiten, →Personalstunden
- Anteil dt. Staatsbürger/innen ohne Migrationshintergrund
→Einrichtungszahl, →←Jahresbudget, →Öffnungszeiten

Legende¹⁷:

- : das Kriterium links wird untersucht (z. B.: Bevölkerungszahl), die Variable rechts (z. B. Einrichtungszahl) steht damit in Zusammenhang
- ←: das Kriterium rechts wird untersucht (z. B. Einrichtungszahl), die Variable links (z. B. Anteil dt. Staatsbürger/innen) steht damit in Zusammenhang
- ←: beide Zusammenhänge bestehen

Wie viele Einrichtungen gibt es also z. B. durchschnittlich in Kommunen mit kleiner, mittlerer oder großer Bevölkerung – oder auch in wenig, mittel oder hoch verdichteten Kommunen? Es besteht ein klarer, positiver Zusammenhang¹⁸ zwischen der Bevölkerungszahl einer Kommune und ihrer Anzahl der Einrichtungen¹⁹ (s. Tabelle 5.3), d. h.: In den bevölkerungsreichen Kommunen gibt es viele (durchschnittlich 8,3), in den bevölkerungsarmen wenige Einrichtungen (durchschnittlich 3,2).

Gleiches gilt für die Gesamtjahresbudgets, -öffnungszeiten und -personalstunden der einer Kommune zugehörigen Einrichtungen. In Kommunen mit einer hohen Bevölkerungszahl werden von den Einrichtungen durchschnittlich insgesamt 3.189.934 € aufgewendet, in Kommunen mit niedriger Bevölkerungszahl 1.107.529 €, und in solchen mit mittlerer Be-

¹⁶ Zu Beginn eines jeden Abschnitts dieser Analyse wird im Folgenden eine stichwortartige Zusammenfassung zentraler Zusammenhänge gegeben. Positiver Zusammenhang meint die numerische Relation auf kommunaler Ebene: Eine Steigerung des Kriteriums geht mit einer Steigerung der aggregierten Variable einher. Negativer Zusammenhang meint die numerische Relation: Eine Steigerung des Kriteriums geht mit einer Abnahme der aggregierten Variable einher. Die Steigerungen müssen sich von der kleinsten über die mittlere bis zur hohen Ausprägung durchgehend vollziehen. Im Text finden sich die differenzierten Darlegungen, die z. T. auch einschränkende Bedingungen für z. B. Subgruppen, umfassen können.

¹⁷ Lesebeispiele:

Erster Bullet-Point: In Kommunen mit niedriger Bevölkerungszahl gibt es wenige Einrichtungen, in Kommunen mit hoher Bevölkerungszahl sind es viele (=positiver Zusammenhang; betrachtet wird aus Sicht des Sozialindicators Bevölkerungszahl, deshalb Zeichen: →). Fünfter Bullet-Point: In Kommunen mit vielen Einrichtungen gibt es einen niedrigen Anteil deutscher Staatsbürger/innen, in Kommunen mit wenigen Einrichtungen sind es hohe Anteile deutscher Staatsbürger/innen (=negativer Zusammenhang; betrachtet wird aus Sicht der Einrichtungsanzahl, deshalb Zeichen: ←).

Warum sind nicht immer beide Pfeile, also Zusammenhänge aus beiden Richtungen gegeben?

Weil hinter jedem Pfeil eine eigene Analyse steckt, deren Grundlage spezifisch gruppierte Kommunen sind: z. B. nach dem Anteil dt. Staatsbürger/innen mit Migrationshintergrund: niedrig, mittel, hoch. Werden diese in Bezug auf das Jahresbudget (Mittelwerte für die Gruppen) betrachtet, ergibt sich ein positiver Zusammenhang (4. Bullet-Point – in Kommunen mit hohem Anteil Deutscher mit Migrationshintergrund haben die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe insgesamt und zusammengefasst ein hohes Budget). Werden aber die Kommunen nach der Höhe des Jahresbudgets der Suchthilfeeinrichtungen gruppiert (niedrig, mittel, hoch), finden sich in diesen drei Gruppen andere Kommunen zusammengefasst, als dies in der ersten Auswertung der Fall war. Für diese (andere Gruppierung) werden dann die drei Mittelwerte des Anteils dt. Staatsbürger/innen bestimmt. Hier gibt es keinen Zusammenhang: Kommunen mit hohem Gesamtbudget der ambulanten Suchthilfe haben den gleichen Anteil dt. Staatsbürger mit Migrationshintergrund (15,6%) wie die Kommunen mit einem niedrigen Budget (15,6%) (s. Tabelle 5.4).

¹⁸ Alle Einzelwerte der nachfolgenden Tabellen sind mit Hilfe einer einfaktorischen Varianzanalyse und dem Kruskal/Wallis-Kennwert auf ihre statistische Signifikanz geprüft worden. Besteht diese, ist der Wert mit einem Sternchen gekennzeichnet (*). Markiert sind jeweils die Einzelkategorien (niedrig, mittel oder hoch), für die diese insbesondere nachgewiesen wurde. Üblicherweise wird sodann die statistische Signifikanz für den gesamten Zusammenhang der zwei geprüften Variablen angenommen. Statistische Signifikanz bedeutet, dass der hier geprüfte und ausgewiesene Mittelwert mit nur einer sehr kleinen Fehlerwahrscheinlichkeit (hier: maximal 5%) ein statistisch zufälliges Ergebnis ist. Über die inhaltliche Bedeutung des Zusammenhangs ist damit noch nichts ausgesagt.

¹⁹ Im Folgenden sind mit „Einrichtungen“ immer die Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesystems gemeint.

völkerungszahl sind es durchschnittlich insgesamt 2.056.331 €. Gleichweise verhält es sich bei den Öffnungszeiten und Personalstunden: in Kommunen, die eine niedrige Bevölkerungszahl (Spannweite (range): zwischen 110.000 und 261.000 Personen) aufweisen, halten die Einrichtungen eine Öffnungszeit von insgesamt durchschnittlich 127,6 Wochenstunden vor, die wiederum mit einem Gesamtpersonal im Umfang von 603,6 Wochenstunden geleistet werden. In bevölkerungsreichen Kommunen sind es insgesamt 1.696,3 Personalwochenstunden und Einrichtungsöffnungszeiten von 322,1 Stunden in der Woche. Die Kommunen mit einer mittleren Bevölkerungszahl zeigen Einrichtungsöffnungszeiten und –personalstunden mit mittleren Werten.

In Kommunen mit einer hohen Bevölkerungsdichte (Stadt) gibt es mehr Einrichtungen und es wird durchschnittlich eine deutlich höhere Summe für die Leistungen der Einrichtungen ausgegeben als in den Kommunen niedriger Bevölkerungsdichte (Land). Analog verhält sich die Summe der aufgewendeten Personalstunden und ähnlich bei den durchschnittlichen Gesamtöffnungszeiten – auch wenn diese sich nicht im gleichen Maße zunehmen.

Kommunen mit einem durchschnittlichen Bevölkerungsverlust (im betrachteten Fünfjahreszeitraum) weisen durchschnittlich etwas mehr Einrichtungen auf (4,8) als diejenigen, deren Bevölkerung stagniert oder nur leicht wächst (4,3). In den stärker wachsenden Kommunen finden sich durchschnittlich am meisten Einrichtungen (7,1).

In Bezug auf die Staatsangehörigkeit zeigt sich: In Kommunen mit hohen Anteilen deutscher Staatsbürger gibt es weniger Einrichtungen mit insgesamt auch niedrigerem Jahresbudget, geringeren Personalstunden und Öffnungszeiten als in Kommunen mit hohen Ausländeranteilen. Wird der Migrationshintergrund der Deutschen das Kriterium zur Differenzierung, wird ersichtlich, dass in Kommunen mit hohem Anteil Deutscher mit Migrationshintergrund mehr Einrichtungen existieren, die durchschnittlich höhere Aufwendungen für Suchthilfeeinrichtungen tätigen und diese auch mehr Personalstunden aufweisen. Längere Öffnungszeiten sind nicht in nennenswertem Ausmaß erkennbar.

Tabelle 5.3: Einrichtungsvolumina nach Bevölkerungscharakteristika, in den Kommunen, 2016

			Einrichtungen, Anzahl	Jahresbudget, €	Öffnungszeit, h/Woche	Personalstunden, h/Woche
range ²⁰			MW	MW	MW	MW
Bevölkerungszahl i Tsd ²¹	niedrig	110-261	3,2* ²²	1.107.529 €*	127,6 h*	603,6 h*
	mittel	263-351	4,8*	2.056.331 €	188,5 h*	1.020,2 h*
	hoch	362-1.065	8,3	3.189.934 €	322,1 h	1.696,3 h
	MW	337,9				
Bevölkerungsdichte, Einw. /km ²	niedrig	118-391	4,4	1.518.122 €	181,8 h	773,4 h
	mittel	402-1.190	5,8	2.184.588 €	222,4 h	1.088,9 h
	hoch	1.288-3.049	6,1	2.658.210 €	238,9 h	1.461,5 h
	MW	1.069,6				
Bevölkerungsveränderung ²³ , Tsd Pers.	Abnahme bis Stagnation	-8,9 - +1,6	4,8*	1.692.231 €	179,1 h*	807,5 h*
	leichte Zunahme	+2,3 - +5,7	4,3	1.514.233 €*	177,4 h	856,5 h*
	stärkere Zunahme	+6,6 - +70,2	7,1	3.117.214 €	283,9 h	1.646,9 h
	MW	+6,6				
Deutsche, ²⁴ Anteil, %	niedrig	83,8-90,2	6,3	2.750.177 €	245,5 h	1.470,6 h
	mittel	90,2-93,5	5,9	2.180.133 €	233,9 h	1.120,6 h
	hoch	93,6-97,3	4,1	1.430.362 €	163,4 h	734,4 h*
	MW	91,5				
Deutsche ohne Migrationshinter- grund, Anteil, %	niedrig	67,1-73,2	6,2	2.760.299 €	243,6 h	1.426,7 h
	mittel	73,8-79,0	5,1	1.890.604 €	196,6 h	1.019,2 h
	hoch	79,4-88,7	4,9	1.693.685 €	202,6 h	874,1 h
	MW	76,2				
Deutsche mit Mi- grationshinter- grund, Anteil, %	niedrig	8,4-13,3	5,1	1.753.022 €	212,6 h	950,5 h
	mittel	13,8-16,2	5,5	1.990.401 €	213,3 h	1.084,3 h
	hoch	16,4-23,0	5,7	2.606.708 €	218,4 h	1.288,8 h
	MW	15,4				

Aus analytischer Sicht ist es sinnvoll, die Frageperspektive auch zu wenden: Unterscheiden sich Kommunen mit wenigen und vielen Einrichtungen (oder niedrigen bzw. hohen Ausgaben für die Einrichtungen) in Bezug auf die Bevölkerungsindekatoren, z. B. die durchschnittliche Bevölkerungszahl oder etwa –dichte? – Auf diese Fragen liefert die Tabelle 5.4 Antworten.

Es ist zu erkennen, dass Kommunen mit einer kleinen Anzahl an Einrichtungen eine durchschnittliche Bevölkerungszahl von 225.100 Personen besitzen, solche mit einer mittleren Zahl durchschnittlich 328.400 und Kommunen mit einer großen Zahl Einrichtungen über eine durchschnittliche Bevölkerungszahl von 482.300 Personen verfügen. Viele Einrichtungen

²⁰ Lesebeispiel: Die Kommunen sind nach ihrer Bevölkerungszahl in drei Gruppen aufgeteilt worden: In der Gruppe mit niedriger Bevölkerungszahl reicht diese beispielsweise von 110.000 bis 261.000 Personen, in der Gruppe mit hohen Bevölkerungszahlen reichen diese von 362.000 bis 1.065.000 Personen. Der Mittelwert der Bevölkerungszahl der Kommunen liegt bei 337.900. In der Gruppe mit hohen Bevölkerungszahlen bestehen durchschnittlich 8,3 Einrichtungen, in der mit niedrigen Bevölkerungszahlen durchschnittlich 3,2.

²¹ Angaben zur Bevölkerungszahl und Bevölkerungsdichte stammen aus dem Mikrozensus 2016.

²² *: statistisch signifikant; vgl. Fußnote 18.

²³ Kumulierte Bevölkerungsveränderungen der Kommunen aus dem Jahr 2011 in das Jahr 2016.

²⁴ Angaben zu Deutschen stammen aus dem Zensus 2011, private Haushalte, nur dort wurde auf kommunaler Ebene die weitere Aufgliederung in Deutsche mit und ohne Migrationshintergrund vollzogen.

gen einer Kommune gehen also mit einer hohen Bevölkerungszahl der Kommune einher, wenige mit einer niedrigen. Diese Zusammenhänge zeigen sich ebenso für das Jahresbudget, die Gesamtpersonalstunden und die Öffnungszeiten der Einrichtungen einer Kommune insgesamt. Auch für das Ausmaß der Bevölkerungsveränderung in einer Kommune gelten diese positiven Beziehungen. Exemplarisch bedeutet dies: Kommunen mit ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, die zusammen ein hohes Jahresbudget besitzen (zwischen 2,378 und 7,212 Millionen Euro), haben durchschnittlich 456.700 Einwohner, eine Bevölkerungsdichte von 1.225,1 Einwohnern je km², in den fünf Jahren zwischen 2011 und 2016 eine Bevölkerungszunahme von 9.000 Personen verzeichnet und eine Anteil von 90,8% Deutschen (75,2% der Bevölkerung sind Deutsche ohne Migrationshintergrund, 15,6% sind Deutsche mit Migrationshintergrund).

Immer sind die Kommunen mit den höchsten Ausprägungen der Einrichtungsmerkmale (lange Öffnungszeit, viele Personalstunden, hohes Budget, große Anzahl) mit einer hohen Bevölkerungsdichte – also einem (groß-)städtischen Umfeld – verbunden.

Kommunen mit vielen Einrichtungen, hohen Jahresbudgets oder vielen Personalstunden haben niedrigere Anteile Deutscher (entsprechend: höhere Ausländeranteile) und höhere Anteile Deutscher mit einem Migrationshintergrund.

Tabelle 5.4: Bevölkerungskarakteristika nach Einrichtungsvolumina, in den Kommunen, 2016

		Bevölkerungszahl i Tsd	Bevölkerungsdich- te Einw./km ²	Bevölkerungsver- änderung i. Tsd.	Deutsche, Anteil, %	Deutsche ohne Migrationshinter- grund, Anteil, %	Deutsche mit Mi- grationshinter- grund, Anteil, %
	range	MW	MW	MW	MW	MW	MW
Einrichtungen, Anzahl							
niedrig	1-3	225,1	1.000,6	2,5	92,3%	75,9%	16,4%
mittel	4-6	328,4	963,8	7,4	91,5%	77,3%	14,2%
hoch	7-19	482,3	1.322,4	10,1	90,7%	74,6%	16,1%
MW	5,4						
Jahresbudget, €							
niedrig	305.716-1.191.039	246,8*	965,7	3,3	92,6%	77,0%	15,6%
mittel	1.273.235-2.327.388	308,5*	1.015,1	7,7	91,2%	76,3%	14,9%
hoch	2.378.158-7.211.754	456,7	1.225,1	9,0	90,8%	75,2%	15,6%
MW	2.119.094						
Personalstunden, h/Woche							
niedrig	113,9-642,5	239,8*	1.041,6	3,5	92,3%	76,9%	15,4%
mittel	653,8-1.242,0	311,1*	692,2*	5,6	92,6%	77,8%	14,8%
hoch	1.248,3-3.530,3	461,2	1.454,2	10,7	89,8%*	73,9%	15,9%
MW	1.108,3						
Öffnungszeit, h/Woche							
niedrig	24,0-143,9	227,3*	988,3	2,2*	92,3%	76,0%	16,2%
mittel	144,8-218,7	328,8*	787,4	8,2	92,2%	78,3%	13,9%
hoch	248,3-764,7	457,1	1.417,5	9,6	90,2%	74,4%	15,8%
MW	214,9						

5.1.2 Klientinnen und Klienten

positive Zusammenhänge

- Bevölkerungszahl
→ Klienten/innen (absolut)
- Bevölkerungsdichte
→ Klienten/innen (abs.) (insg., Opioide, Glücksspiel), →←Klienten/innen /Tsd. (insg., Opioide)
- Bevölkerungsveränderung
→Klienten/innen /Tsd. (insg., Opioide)
- Anteil dt. Staatsbürger/innen mit Migrationshintergrund
→ Klienten/innen (abs.) (insg., Alkohol, Opioide, Cannabis), Klienten/innen /Tsd.

negative Zusammenhänge

- Bevölkerungszahl
→Opioide-Klie. /Tsd., ←Cannabis-Klie. /Tsd.
- Anteil dt. Staatsbürger/innen
→Klienten/innen (abs.), →←Klienten/innen /Tsd.
- Anteil dt. Staatsbürger/innen ohne Migrationshintergrund
→←Klienten/innen (abs.) (insg., Opioide, Cannabis),
→←Klienten/innen /Tsd. (→←insg., →Opioide)

Um die vorgefundene Situation deskriptiv grundlegend darzustellen, werden die Zahlen der durchschnittlich erreichten Klienten/innen (auch differenziert nach dem Hauptproblembereich) zunächst allein in Abhängigkeit von den Bevölkerungsindikatoren dargestellt (z. B.: wie viele Klienten/innen werden in Kommunen mit einer kleinen Bevölkerungszahl durchschnittlich erreicht) (s. Tabelle 5.5). Im Anschluss werden die durchschnittlichen Klienten/innenzahlen in einem zweiten Schritt auf jeweils 1.000 Personen der Bevölkerung bezogen, um die Bedeutung der Bevölkerungsindikatoren besser beurteilen zu können (s. Tabelle 5.6). Auch in diesem Kapitel wird nachfolgend noch die Analyseperspektive gewendet: Wie sind die Kommunen charakterisiert, in denen wenige oder auch viele Klienten/innen erreicht werden (s. Tabelle 5.7)?

Als erstes ist zu erkennen, dass durchschnittlich umso mehr Klienten/innen insgesamt erreicht werden, desto höher die Bevölkerungszahl der Kommune, desto verdichteter der Bevölkerungsraum, desto höher der Bevölkerungszuwachs der Kommune, desto höher der Anteil der Nicht-Deutschen oder auch desto höher der Anteil der Deutschen mit Migrationshintergrund ist (s. Tabelle 5.5). In Bezug auf die variierende Bevölkerungszahl liegt die durchschnittliche Anzahl erreichter Klienten/innen pro Kommune zwischen 1.333,7 (Kommunen mit geringer Bevölkerungszahl) und 3.790,7 Klienten/innen (Kommunen mit hoher Bevölkerungszahl).

Der Zusammenhang, höhere Bevölkerungszahl – höhere Klienten/innenzahl, gilt für alle vier genauer betrachteten Hauptproblembereiche (Alkohol, Opioide, Cannabis und Pathologisches Glücksspiel).

Ebenso lässt sich der grundlegende Zusammenhang – je weniger Deutsche bzw. je mehr Deutsche mit Migrationshintergrund in den Kommunen leben, desto mehr Klienten/innen werden vom ambulanten Suchthilfesystem erreicht – für alle vier Hauptproblembereiche identifizieren.

In Bezug auf die Bevölkerungsdichte der Kommunen zeigen sich Differenzen: So unterscheiden sich beim Alkohol- und Cannabisklientel die Gruppen der Kommunen mittlerer und hoher Dichte (hier werden durchschnittlich ähnlich viele Klienten/innen erreicht) im Vergleich zu denen niedriger Dichte: Hier werden durchschnittlich weniger Klienten/innen erreicht. Anders ist es beim Glücksspielklientel: in Kommunen niedriger und mittlerer Dichte werden durchschnittlich vergleichbar viele Klienten/innen erreicht, mehr sind es allerdings auch hier in den Kommunen hoher Bevölkerungsdichte. Bei der Opioidklientel steigt die erreichte Anzahl der Personen durchgehend mit der wachsenden Bevölkerungsdichte.

Tabelle 5.5: Klienten/innen (Problembereich) nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, 2016

		Klienten/ innen ges.	Alkohol	Opioide	Cannabis	Glücksspiel
	range	MW	MW	MW	MW	MW
Bevölkerungszahl						
niedrig	110-261	1.333,7*	451,2*	411,9*	232,9*	41,4*
mittel	263-351	2.091,7*	713,2*	519,2	307,0*	89,5
hoch	362-1.065	3.790,7	1.279,6*	946,5	486,2	171,1
MW	337,9					
Bevölkerungsdichte						
niedrig	118-391	1.895,5	677,9	369,1*	247,9	84,3
mittel	402-1.190	2.336,2	883,2	569,7	397,8	89,1
hoch	1.288-3.049	2.998,1	892,4	941,5	385,3	128,5
MW	1.069,6					
Bevölkerungsveränderung						
Abnahme bis Stagnation	-8,9 - +1,6	1.762,4*	660,4*	448,5*	278,1*	70,2*
leichte Zunahme	+2,3 - +5,7	1.740,5*	603,2*	448,1*	258,3*	56,9*
stärkere Zunahme	+6,6 - +70,2	3.693,7	1.174,3	977,1	486,8	173,1
MW	+6,6					
Deutsche, Anteil, %						
niedrig	83,8-90,2	3.058,7	942,2	906,3	430,5	146,2
mittel	90,2-93,5	2.529,9	904,0	611,8	364,3	94,3
hoch	93,6-97,3	1.651,8	608,5	364,7*	234,4*	61,7
MW	91,5					
Deutsche ohne Migrationshintergrund, Anteil, %						
niedrig	67,1-73,2	3.071,9	919,5	873,1	411,4	149,0
mittel	73,8-79,0	2.190,4	763,4	612,4	319,2	73,8
hoch	79,4-88,7	1.959,3	763,9	397,3*	296,1	78,3
MW	76,2					
Deutsche mit Migrationshintergrund, Anteil, %						
niedrig	8,4-13,3	2.044,1	780,5	432,8	308,1	79,3
mittel	13,8-16,2	2.323,4	807,4	680,6	340,7	76,8
hoch	16,4-23,0	2.861,6	861,3	773,2	379,1	145,0
MW	15,4					

Zur Einordnung der tatsächlichen Bedeutung der Bevölkerungsindikatoren muss die Anzahl erreichter Personen auf eine gleichbleibende Größe bezogen werden, dies sind im Folgenden Tausend Personen der Bevölkerung. Auf diese Weise wird ebenfalls ein Vergleich zwischen den berichteten Einzelkategorien leichter.

Mit dieser „Normierung“ relativiert sich der Unterschied durchschnittlich erreichter Klienten/innen zwischen Kommunen kleiner und größer Bevölkerungszahl erheblich (s. Tabelle 5.6): In Kommunen mit niedriger Bevölkerungszahl werden durchschnittlich 6,9 Klienten/innen pro Tausend Einwohner/innen durch das ambulante Suchthilfesystem erreicht. Es besteht nur ein sehr geringer Unterschied zu Kommunen mittlerer Größe (6,8). In Kommunen großer Bevölkerungszahl werden durchschnittlich 7,4 Personen pro Tausend Einwohner/innen als Klienten/innen erreicht.

Größer zeigen sich die Differenzen in Bezug auf die Bevölkerungsdichte: In ländlichen Gebieten (niedrige Dichte) werden 6,3 Klienten/innen pro Tsd. Einwohner/innen erreicht, in großstädtischen Kommunen sind es durchschnittlich 8,4 Personen. Vergleichbar zeigt sich die Spreizung zwischen Kommunen mit einer Bevölkerungsabnahme (6,1 erreichte Personen pro Tsd. Einwohner/innen) und denen, die stärker Bevölkerung hinzu gewonnen haben (8,0). Der bei der reinen Betrachtung der Personenzahlen (Tabelle 5.5) sich andeutende Zusammenhang zwischen wenigen Deutschen und hohen Zahlen

erreichter Klienten/innen bestätigt sich: In Kommunen mit einer niedrigen Anzahl Deutscher werden durchschnittlich 8,5 Klienten/innen pro Tsd. Einwohner/innen erreicht, dort wo viele Deutsche leben, sind es 5,9. Entsprechend zeigen sich die Relationen bei den Deutschen ohne Migrationshintergrund – Kommunen mit vielen dieser Personengruppe: wenige erreichte Klienten/innen pro Tausend Einwohner/innen (6,2) – und denen mit Migrationshintergrund – Kommunen mit vielen dieser Personengruppe: viele erreichte Klienten/innen (8,2 pro Tausend Einwohner/innen).

Grundsätzlich finden sich diese Relationen auch in den Verteilungen der Hauptproblembereiche wieder, wobei die Unterschiede zwischen den einzelnen Kategorien der gruppierten Kommunen bei der Alkoholkielentel weniger ausgeprägt sind als beim Opioid- und Cannabisklientel. Das bedeutet: Die Ausprägung der Bevölkerungsdichte hat für das Erreichen der Opioidkielentel eine größere Bedeutung als für das Erreichen der Alkoholkielentel. In ländlichen Kommunen werden durchschnittlich 1,3 Klienten/innen pro Tausend Einwohner/innen mit Hauptproblemen durch den Opioidkonsum erreicht, im städtischen Bereich sind es 1,7 und im großstädtischen Bereich durchschnittlich 2,6 – doppelt so viele wie im ländlichen Bereich. In diesem Zusammenhang ist noch ein Blick auf die reinen Bevölkerungszahlen wichtig: Kommunen mit niedrigen Bevölkerungszahlen erreichen durchschnittlich mehr Opioid-Klienten/innen (nämlich 2,2 pro Tsd. Einwohner/innen) als Kommunen mit mittleren oder hohen Bevölkerungszahlen (1,7).

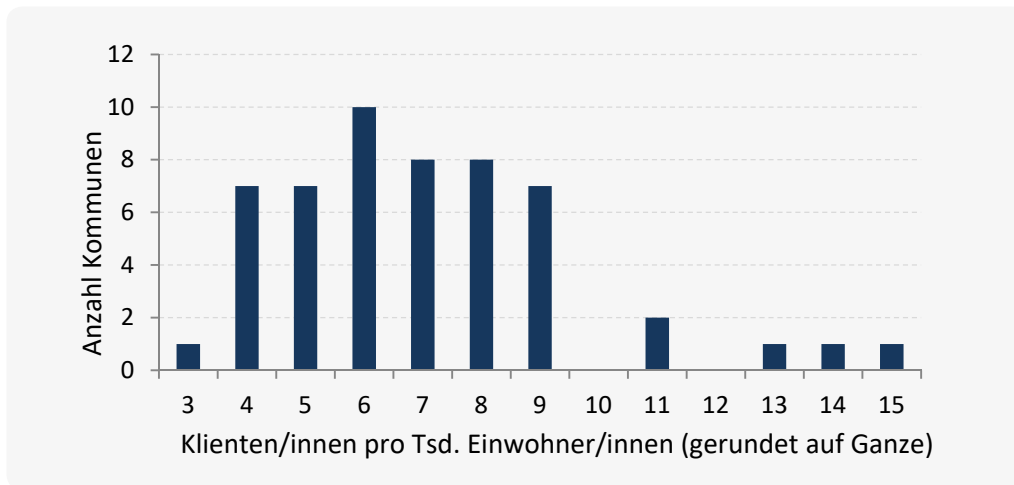
Tabelle 5.6: Klienten/innen (Problembereich) pro Tsd. Einwohner/innen nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, 2016

		Klienten/innen ges., /Tsd. Einw.	Alkohol, /Tsd. Einw.	Opiode, /Tsd. Einw.	Cannabis, /Tsd. Einw.	Glücksspiel, /Tsd. Einw.
	range	MW	MW	MW	MW	MW
Bevölkerungszahl						
niedrig	110-261	6,9	2,3	2,2	1,2	0,2
mittel	263-351	6,8	2,3	1,7	1,0	0,3
hoch	362-1.065	7,4	2,5	1,7	0,9	0,3
MW	337,9					
Bevölkerungsdichte, Einw. /km²						
niedrig	118-391	6,3*	2,3	1,3*	0,8	0,3
mittel	402-1.190	6,4	2,2	1,7*	1,2	0,2
hoch	1.288-3.049	8,4	2,6	2,6*	1,2	0,4
MW	1.069,6					
Bevölkerungsveränderung, Tsd Pers.						
Abnahme bis Stagnation	-8,9 - +1,6	6,1	2,2	1,7	1,0	0,2
leichte Zunahme	+2,3 - +5,7	7,1	2,5	1,9	1,1	0,2
stärkere Zunahme	+6,6 - +70,2	8,0	2,5	2,0	1,1	0,4
MW	+6,6					
Deutsche, Anteil, %						
niedrig	83,8-90,2	8,5	2,7	2,6	1,3	0,4
mittel	90,2-93,5	6,7	2,3	1,7*	1,0	0,3
hoch	93,6-97,3	5,9*	2,2	1,4*	0,8*	0,2
MW	91,5					
Deutsche ohne Migrationshintergrund, Anteil, %						
niedrig	67,1-73,2	8,6	2,6	2,4	1,3	0,4
mittel	73,8-79,0	6,3*	2,1	1,9	0,9	0,2
hoch	79,4-88,7	6,2*	2,4	1,3*	0,9	0,2
MW	76,2					
Deutsche mit Migrationshintergrund, Anteil, %						
niedrig	8,4-13,3	6,5	2,5	1,5*	1,0	0,2
mittel	13,8-16,2	6,4	2,2	1,9*	1,0	0,2
hoch	16,4-23,0	8,2	2,5	2,2*	1,2	0,4
MW	15,4					

Bei einem Perspektivwechsel, der die Anzahl erreichter Klienten/innen in den Fokus nimmt, kann zunächst übergreifend berichtet werden, dass die landesweit erreichten 7,1 Klienten/innen pro Tausend Personen durchschnittlich 2,4 Alkohol-Klienten/innen, 1,9 Opioid-Klienten/innen, 1,1 Cannabis-Klienten/innen und 0,3 Glücksspiel-Klienten/innen je tausend Einwohner/innen einschließen (s. Tabelle 5.7).

Durch die Auswertung auf kommunaler Ebene wird deutlich, dass es zwischen den Kommunen erhebliche quantitative Unterschiede in der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen bezogen auf die Vergleichsgröße von tausend Einwohner/innen gibt. In der Kommune mit dem niedrigsten diesbezüglichen Quotienten werden 2,9 Klienten bzw. Klientinnen je 1.000 Personen erreicht, in der Kommune mit dem höchsten Verhältnis sind es etwa fünfmal so viele: 14,6 Klienten/innen pro tausend Einwohner/innen. Abbildung 5.1 zeigt diese Verteilung anschaulich. In fünf Kommunen werden also mehr als 10 Klienten/innen pro tausend Einwohner/innen erreicht, in acht Kommunen sind es weniger als 5.

Abbildung 5.1: Kommunen und erreichte Klienten/innen pro Tausend Einwohner/innen, 2016



Welche Bedeutung haben nun die Bevölkerungsindikatoren für das Erreichen vieler oder weniger Klienten/innen? Die reine Bevölkerungszahl der Kommune hat keine nennenswerte Bedeutung. Es bestehen kaum Unterschiede zwischen Kommunen, die wenige (2,9 – 5,8 pro Tsd Einwohner/innen) oder viele Klienten/innen (7,9 – 14,6) erreichen: Die durchschnittlichen Bevölkerungszahlen dieser Kommunengruppen betragen 323.900 bzw. 366.500 Personen (lediglich für die Cannabis-Klientel lässt sich ein leichter negativer Zusammenhang erkennen). Gleiches gilt für das Ausmaß der Bevölkerungsveränderung: Denn zwischen den Gruppen mit vielen und wenigen Erreichten beträgt der Unterschied im Ausmaß der Bevölkerungsveränderung durchschnittlich lediglich etwa 3.000 Personen pro Kommune (im Fünfjahreszeitraum).

Die Bevölkerungsdichte steht in Zusammenhang mit der Anzahl erreichter Klienten/innen: Werden wenige (pro Tausend Einwohner/innen) erreicht, beträgt die Bevölkerungsdichte 678,2 Einwohner/km². Sind es aber viele, ist die Bevölkerungsdichte mehr als doppelt so groß (1.441,2 Einwohner/km²) (s. Tabelle 5.7). Ein linearer Zusammenhang lässt sich insbesondere für die Opioid-Klientel erkennen. Bei der Alkohol-Klientel grenzt sich die Gruppe der Kommunen mit wenig Erreichten durch eine niedrige Bevölkerungsdichte gegen die Kommunen, die eine mittlere oder höhere Anzahl an Personen mit ihren ambulanten Suchthilfeangeboten erreichen, ab. Letztere unterscheiden sich in dieser Hinsicht kaum voneinander. Anders ist es beim Cannabis-Klientel: Werden eine kleine oder eine mittlere Anzahl aus dieser Personengruppe erreicht, zeigen die jeweiligen Kommunen hinsichtlich der Bevölkerungsdichte (durchschnittlich) keine Unterschiede. Wird aber eine größere Anzahl Cannabis-Klienten/innen erreicht, geht dies auch mit einer höheren Bevölkerungsdichte der Kommune einher. Bei der Anzahl erreichter Glücksspiel-Klienten/innen pro Tausend Einwohner/innen zeigen sich hinsichtlich der Bevölkerungsdichte keine bedeutsamen Unterschiede.

Ebenfalls beachtet werden muss der Anteil Deutscher in der Kommune: Werden viele Klienten/innen erreicht, ist dieser niedrig (90,1%). Zur Einordnung muss ergänzt werden, dass der Anteil der Deutschen sich zwischen der Gruppe der Kommunen mit vielen erreichten Klienten/innen und der mit wenigen um 3,1 Prozentpunkte unterscheidet. Werden viele Klienten/innen erreicht, geht dies mit durchschnittlich weniger Deutschen ohne Migrationshintergrund einher (74,2%). Sind es wenige Erreichte, liegt der Anteil Deutscher ohne Migrationshintergrund in den Kommunen bei 78,0%. Diese Zusammenhänge zwischen Nationalität und (deutschem) Migrationshintergrund bestehen in allen vier betrachteten Hauptproblembereichen. Sie sind insbesondere in der Gruppe der Opioid-Klientel stark ausgeprägt.

Insgesamt können für die Erreichung von Klienten/innen des ambulanten Suchthilfesystems Zusammenhänge zu einigen Bevölkerungsindikatoren identifiziert werden: Hoch verdichtete Kommunen erreichen mehr Klienten/innen als wenig verdichtete. Kommunen mit hohen Anteilen Deutscher ohne Migrationshintergrund oder kleinen Anteilen von Ausländern/innen versorgen weniger Klienten/innen. Diese Relationen sind für die Alkohol- und Cannabis- sowie insbesondere für die Opioid-Klientel zu erkennen. Für die Glücksspiel-Klientel gelten sie nicht.

Tabelle 5.7: Bevölkerungskarakteristika der Kommune nach Klienten/innen (Problembereich) pro Tsd. Einwohner, 2016

		Bevölkerungszahl i Tsd	Bevölkerungsdichte Einw/km ²	Bevölkerungsveränderung i. Tsd.	Deutsche, Anteil, %	Deutsche ohne Migrations- hintergrund, Anteil, %	Deutsche mit Migrationshin- tergrund, Anteil, %
	range	MW	MW	MW	MW	MW	MW
Klienten/innen ges. pro Tsd Einw.							
niedrig	2,9-5,8	323,9	678,2*	4,7	93,2%	78,0%	15,2%
mittel	5,9-7,8	322,4	1.090,7	7,8	91,2%	76,3%	15,0%
hoch	7,9-14,6	366,5	1.441,2	7,5	90,1%*	74,2%	15,9%
MW	7,1						
Alkoholklientel pro Tsd Einw.							
niedrig	1,2-1,8	368	838,9	8,7	92,4%	76,8%	15,6%
mittel	1,9-2,6	286,2	1.178,2	5,9	91,5%	76,6%	14,9%
hoch	2,7-6,0	356,6	1.197,8	5,3	90,7%	75,2%	15,6%
MW	2,4						
Opioidklientel pro Tsd Einw.							
niedrig	0,6-1,1	312,9	525,0*	4,6	93,6%	79,9%	13,7%*
mittel	1,2-2,2	404,4	1.002,3*	8,9	91,6%	75,3%*	16,3%
hoch	2,2-4,5	300,1	1.677,8	6,5	89,4%*	73,3%*	16,2%
MW	1,9						
Cannabisklientel pro Tsd Einw.							
niedrig	0,3-0,8	368,5	995,7	8,2	92,2%	76,9%	15,3%
mittel	0,8-1,2	347,4	947,2	5,5	91,8%	76,6%	15,2%
hoch	1,2-3,4	298,3	1.259,1	6,1	90,6%	75,1%	15,5%
MW	1,1						
Glücksspielklientel pro Tsd Einw.							
niedrig	0,03-0,2	293,1	1.109,4	3,8	92,3%	76,1%	16,1%
mittel	0,2-0,3	350,8	960,9	9,5	91,4%	77,4%	14,0%
hoch	0,4-0,9	370,6	1.132,5	6,7	91,0%	75,1%	15,9%
MW	0,3						

Geschlecht

positive Zusammenhänge

- Bevölkerungszahl
→ ← weibliche Klientinnen /Tsd.
- Bevölkerungsveränderung
← weibliche Klientinnen /Tsd.

Für eine unterschiedliche Erreichung der beiden Geschlechter – Männer und Frauen – in Zusammenhang mit der besonderen Ausprägung eines Bevölkerungsindikators gibt es wenige deutliche Hinweise. In Abhängigkeit der verschiedenen Indikatoren variiert z. B. der Frauenanteil lediglich zwischen 27,2 % (Minimum) und 30,2% (Maximum) (s. Tabelle 5.26). Bei der durchschnittlichen Bevölkerungszahl der Kommune (niedrig und hoch) ist diese Spanne mit den benannten drei

Prozentpunkten am größten: In bevölkerungsreichen Kommunen werden durchschnittlich größere Anteile Frauen erreicht. Diesem Zusammenhang wird mit einem Wechsel der Analyseperspektive genauer nachgegangen. Es kann festgestellt werden, dass Kommunen, in denen viele Frauen pro Tausend Einwohner/innen erreicht werden (2,2-4,6), eine höhere Bevölkerungszahl besitzen (durchschnittlich 384.100 Personen) als die Kommunen, in denen wenige Frauen (0,8-1,6) erreicht werden (318.600 Personen) (s. Tabelle 5.8). Eine solche Differenz zeigt sich bei den männlichen Erreichten nicht.

In Hinblick auf die Bevölkerungsveränderung in der Kommune sind ebenfalls geringe Differenzen erkennbar, die aber ohne Bedeutung bleiben: So geht das Erreichen von wenigen Männer mit einem sehr geringfügig größerem Bevölkerungswachstum der Kommune einher (plus 1.000 Personen) als in der Gruppe der Kommunen, in denen viele Männer erreicht werden. Frauen werden stärker in den Kommunen erreicht, in denen die Bevölkerung stärker gewachsen ist – allerdings beträgt die Differenz zwischen diesen beiden Gruppen ebenfalls nur 2.500 Personen pro Kommune (im Fünfjahreszeitraum 2011-2016). Die Bevölkerungszusammensetzung (Anteile der Nationalitäten und der Deutschen mit/ohne Migrationshintergrund) zeigt sich nicht unterschiedlich, je nachdem ob größere oder kleinere Anteile eines Geschlechtes erreicht werden.

Tabelle 5.8: Bevölkerungscharakteristika der Kommune nach Geschlecht Klienten/innen pro Tsd Einwohner/innen, 2016

		Bevölkerungszahl i Tsd	Bevölkerungsdichte Einw/km ²	Bevölkerungsveränderung i. Tsd.	Deutsche, Anteil, %	Deutsche ohne Migrationshintergrund, Anteil, %	Deutsche mit Migrationshintergrund, Anteil, %
	range	MW	MW	MW	MW	MW	MW
Klienten/innen ges. pro Tsd Einw.							
niedrig	2,9-5,8	323,9	678,2*	4,7	93,2 %	78,0 %	15,2 %
mittel	5,9-7,8	322,4	1.090,7	7,8	91,2 %	76,3 %	15,0 %
hoch	7,9-14,6	366,5	1.441,2	7,5	90,1%*	74,2 %	15,9 %
MW	7,1						
Klienten männl, pro Tsd Einw.							
niedrig	2,1-4,2	347,8	680,5*	7,3*	92,7 %	78,0 %	14,7 %
mittel	4,3-5,6	320	1.157,3	6,4	91,5 %	76,0 %	15,5 %
hoch	5,6-11,0	344,9	1.375,9	6,2	90,4%*	74,5 %	15,9 %
MW	5,1						
Klientinnen weibl, pro Tsd Einw.							
niedrig	0,8-1,6	318,6	728,1*	5,6	93,0 %	77,7 %	15,3 %
mittel	1,6-2,2	309,4	1.084,6	6,1*	91,4 %	76,4 %	15,0 %
hoch	2,2-4,6	384,1	1.397	8,1	90,1%*	74,4 %	15,7 %
MW	2						

Migration

positive Zusammenhänge

- Bevölkerungszahl
→ selbst Migrierte, ← zweite Zuwanderergeneration, ← Ausländer/innen
- Bevölkerungsdichte
→ zweite Zuwanderergeneration, ← Klientel mit Migrationshintergrund (insg., zweite Zuwanderergeneration), ← Ausländer/innen
- Bevölkerungsveränderung
→ ← Klientel mit Migrationshintergrund (→ ← insg., → selbst Migrierte, → ← zweite Zuwanderergeneration), ← Ausländer/innen
- Anteil dt. Staatsbürger/innen mit Migrationshintergrund
→ ← Klientel mit Migrationshintergrund

negative Zusammenhänge

- Anteil dt. Staatsbürger/innen
→ ← Klientel mit Migrationshintergrund, → zweite Zuwanderergeneration, ← selbst Migrierte, ← Ausländer/innen
- Anteil dt. Staatsbürger/innen ohne Migrationshintergrund
→ ← Klientel mit Migrationshintergrund, ← Ausländer/innen

Durch die Integration der KDS-Daten in diese Bevölkerungsanalyse ist es möglich, den Zusammenhang von erreichten Klienten/innen, für die in jenen Daten ein Migrationshintergrund (in der Unterscheidung zwischen eigener Migration und der der Eltern nach Deutschland)²⁵ oder eine ausländische Nationalität dokumentiert worden ist, auf die untersuchten Bevölkerungsindikatoren in den Kommunen Nordrhein-Westfalens zu beziehen.

Es sind Zusammenhänge zu vor allen Dingen zwei Bevölkerungsindikatoren zu erkennen: der Bevölkerungsdichte und dem Anteil Deutscher. Besitzen Kommunen eine hohe Bevölkerungsdichte (Großstadt), finden sich in ihren ambulanten Suchhilfeeinrichtungen grundsätzlich größere Klientel-Anteile mit Migrationshintergrund (29,5%) als in Kommunen mit geringer Dichte (25,3%, s. Tabelle 5.27). Diese Relation gilt für die Gesamt- und insbesondere für die Teilgruppe der zweiten Zuwanderergeneration (beide Geschlechter). Selbst Migrierte dagegen sind in ländlichen und großstädtischen Kommunen in ähnlichem Maße unter den Klienten/innen der Suchthilfe anzutreffen (17,6 bzw. 17,8%). In Kommunen mittlerer Bevölkerungsdichte ist die erste Zuwanderergeneration dort schwächer vertreten (14,2%).

Für alle hier betrachteten Teilgruppen gilt (s. Tabelle 5.28): Kommunen mit hohen Anteilen Deutscher und insbesondere mit hohen Anteilen Deutscher ohne Migrationshintergrund versorgen in den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe geringere Anteile von Personen mit Migrationshintergrund (21,6%) als es die Kommunen mit niedrigen Anteilen Deutscher ohne Migrationshintergrund in der Bevölkerung tun (32,4%). Oder anders ausgedrückt: In Kommunen mit hohen Anteilen von Ausländer/innen oder Deutschen mit Migrationshintergrund finden sich im ambulanten Suchthilfesystem auch hohe Anteile der Klientel mit Migrationshintergrund.

Ein Wechsel der Perspektive bestätigt die Bedeutung dieser Indikatoren. Werden die Kommunen danach gruppiert, ob in ihnen geringe, mittlere oder hohe Anteile von Klienten/innen mit Migrationshintergrund oder auch ausländischer Nationalität erreicht werden, zeigt sich die Bevölkerungsdichte für die Erreichung von Ausländern/innen und allgemein Personen mit Migrationshintergrund als relevanter Indikator (s. Tabelle 5.9). Werden geringe Anteile dieser Gruppen im ambulanten Suchthilfesystem erreicht, ist die kommunale Bevölkerungsdichte niedrig (593,4 bzw. 786,0 Einwohner/innen / km²); werden hohe erreicht, fällt sie hoch aus (1.585,5 bzw. 1.526,1 Einwohner/innen / km²). In der Teilgruppe der zweiten Zuwanderergeneration (als Kind Migrierter in der Betreuung) ist dieser Zusammenhang besonders deutlich ausgeprägt. Die bereits beschriebenen Zusammenhänge zu den kommunalen Anteilen Deutscher bestätigen sich. Kommunen, in denen sich hohe Anteile von Migranten/innen im erreichten Klientel der Suchhilfeeinrichtungen finden, haben niedrige Anteile Deutscher ohne Migrationshintergrund (zwischen 72,3% und 73,6%) und hohe Anteile Deutscher mit Migrationshintergrund (zwischen 16,4% und 17,5%). Niedrige Anteile Deutscher allgemein lassen sich als Indikator insbesondere zur Erreichung der zweiten Migrantengeneration und Ausländer/innen benennen (88,8% bzw. 89,2%).

²⁵ Die Angaben im KDS zum Migrationshintergrund stellen eine Mehrfachantwort dar (es kann für eine Person sowohl die eigene Migration als auch die als Kind migrierter Eltern festgehalten werden). Für diese Auswertung ist die Mehrfachantwort aufgelöst worden. Lagen beide Angaben parallel vor, wurde diese Person ausschließlich als selbst migriert gewertet.

Diese Zusammenhänge bestehen grundsätzlich für alle betrachteten Teilgruppen, auch die einzelnen Geschlechter (s. Tabelle 5.10).

Tabelle 5.9: Bevölkerungscharakteristika der Kommune nach Migration und Nationalität, KDS, Teil 1, 2016

		Bevölkerungszahl i Tsd	Bevölkerungsdichte Einw./km ²	Bevölkerungsveränderung i. Tsd.	Deutsche, Anteil, %	Deutsche ohne Migrations- hintergrund, Anteil, %	Deutsche mit Migrationshin- tergrund, Anteil, %
	range	MW	MW	MW	MW	MW	MW
mit Migrationshintergrund, insg., Anteil aller KDS-Klienten/innen, %							
niedrig	14,4-21,5	287,3	786,0	4,0	93,0 %	80,2 %	12,8 %*
mittel	21,8-26,9	358,0	886,6	4,4	91,8 %	75,7 %*	16,1 %
hoch	26,9-59,2	369,4	1.526,1	11,4	89,8 %*	72,6 %*	17,2 %
MW	25,9						
selbst Migrierte, Anteil aller KDS-Klienten/innen, %							
niedrig	8,2-13,8	306,1	980,0	4,6	92,1 %	79,1 %	13,0 %*
mittel	13,9-17,0	364,3	935,1	6,0	91,7 %	76,1 %	15,6 %
hoch	17,2-35,0	344,7	1.286,4	9,3	90,8 %	73,3 %*	17,5 %
MW	16,6						
Kind migrierter Eltern, Anteil aller KDS-Klienten/innen, %							
niedrig	3,4-7,1	267,0	556,9*	3,5	93,6 %	78,5 %	15,1 %
mittel	7,1-10,4	362,8	1.087,4	6,0	92,2 %	77,9 %	14,3 %
hoch	10,4-24,2	385,2	1.565,6	10,4	88,8 %*	72,3 %*	16,6 %
MW	9,3						
Ausländer/innen, Anteil aller KDS-Klienten/innen, %							
niedrig	4,1-11,2	300,0	593,4*	4,4	93,2 %	78,0 %	15,2 %
mittel	11,2-15,8	325,0	1.027,7	5,8	92,2 %	77,7 %	14,5 %
hoch	15,9-55,5	387,9	1.585,5	9,6	89,2 %*	72,9 %*	16,4 %
MW	15,5						

Tabelle 5.10: Bevölkerungcharakteristika der Kommune nach Migration und Nationalität, KDS, Teil 2, 2016

		Bevölkerungszahl i Tsd	Bevölkerungsdichte Einw/km ²	Bevölkerungsveränderung i. Tsd.	Deutsche, Anteil, %	Deutsche ohne Migrations- hintergrund, Anteil, %	Deutsche mit Migrationshin- tergrund, Anteil, %
	range	MW	MW	MW	MW	MW	MW
selbst Migrierte, männlich, Anteil aller KDS-Klienten/innen, %							
niedrig	6,6-11,0	307,1	995,8	4,6	92,1%	79,3%	12,8%*
mittel	11,1-14,2	381,8	1.023,6	6,8	91,4%	75,8%	15,6%
hoch	14,6-30,9	327,3	1.186,9	8,5	91,1%	73,4%*	17,7%
MW	13,8						
selbst Migrierte, weiblich, Anteil aller KDS-Klienten/innen, %							
niedrig	0,-2,2	342,9	853,7	3,5*	92,9%	78,4%	14,5%
mittel	2,3-3,0	297,9	1.078,2	4,8	91,1%	76,5%	14,6%
hoch	3,0-8,0	370,7	1.277,5	11,5	90,7%	73,7%*	16,9%
MW	2,8						
Kind migrierter Eltern, männlich, Anteil aller KDS-Klienten/innen, %							
niedrig	3,1-5,8	277,1	576,6*	3,8	93,6%	78,9%	14,8%*
mittel	5,9-8,8	371,8	1.004,9	6,3	92,1%	78,1%	14,1%*
hoch	8,9-19,2	366,6	1.623,7	9,8	88,8%*	71,7%*	17,2%
MW	7,9						
Kind migrierter Eltern, weiblich, Anteil aller KDS-Klienten/innen, %							
niedrig	0,2-1,0	306,3	635,6*	3,2	92,9%	77,4%	15,5%
mittel	1,0-1,7	329,5	1.185,3	5,4	91,6%	76,8%	14,8%
hoch	1,7-5,0	377,4	1.394,4	11,3	90,1%*	74,4%	15,8%
MW	1,5						

Alter bei Betreuungsbeginn

positive Zusammenhänge

- Opioid-Klienten/innen /Tsd.
→Alter Opioid-Klientel
- Bevölkerungszahl
←Alter Alkohol-Klientel, Alter Opioid-Klientel
- Bevölkerungsdichte
→←Alter Opioid-Klientel, Cannabis-Klientel, →Glücksspiel-Klientel
- Bevölkerungsveränderung
→←Alter Opioid-Klientel
- Anteil dt. Staatsbürger/innen
←Alter Alkohol-Klientel
- Anteil dt. Staatsbürger/innen mit Migrationshintergrund
←Alter Glücksspiel-Klientel

negative Zusammenhänge

- Cannabis-Klienten/innen /Tsd.
→Alter Cannabis-Klientel
- Bevölkerungsveränderung
→Alter Alkohol-Klientel
- Anteil dt. Staatsbürger/innen
→Glücksspiel-Klientel, ←Alter Opioid-Klientel, ←Cannabis-Klientel
- Anteil dt. Staatsbürger/innen ohne Migrationshintergrund
→Cannabis-Klientel, →Glücksspiel-Klientel, ←Alter Opioid-Klientel

In Bezug auf möglicherweise relevante Bevölkerungsindikatoren ist nicht nur die Erreichung der einzelnen Klienten/innen-Gruppen von Interesse, sondern es rücken auch betreuungsbezogene Fragen in den Vordergrund: Gibt es Unterschiede im Alter der Klienten/innen, wenn sie erreicht werden? Und: Unterscheidet sich die Dauer der Betreuung in Abhängigkeit der Bevölkerungsindikatoren? Diesen Fragen wird im Folgenden nachgegangen.

Für das Alter bei Betreuungsbeginn kann vorausgeschickt werden, dass es für die Alkohol- und Glücksspiel-Klientel keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl erreichter Klienten/innen pro Tausend Einwohner/innen und ihrem Alter gibt (s. Tabelle 5.29). Die Opioid-Klientel ist bei Betreuungsbeginn in den Kommunen etwas jünger, in denen wenige Klienten/innen erreicht werden (durchschnittlich 38,3 Jahre), als in den Kommunen, in denen viele dieser Klienten/innen versorgt werden (39,2 Jahre). Anders ist es bei der Cannabis-Klientel: Erreichen Kommunen viele Personen dieser Gruppe, haben diese durchschnittlich ein geringeres Alter (24,8 Jahre) als in den Kommunen, die wenige erreichen (25,6 Jahre).

Problemspezifisch lassen sich Zusammenhänge einzelner Bevölkerungsindikatoren (der Bevölkerungsdichte und des Anteils Deutscher) zum Alter bei Betreuungsbeginn beschreiben (s. Tabelle 5.11). Bis auf die Alkohol-Klientel gilt: Eine niedrige Bevölkerungsdichte der Kommune geht mit einem niedrigeren Alter bei Betreuungsbeginn einher als eine höhere kommunale Bevölkerungsdichte. Die Altersdifferenz beträgt bei den Opioid-Klienten/innen mehr als zwei Jahre (37,9 bzw. 39,8), bei den Cannabis- und Glücksspiel-Klienten/innen sind es eineinhalb Jahre (24,6 und 33,8 bzw. 26,0 und 35,2).

Ein hoher Anteil Deutscher in den Kommunen geht bzgl. der Opioid-, Cannabis- und Glücksspiel-Klientel mit einem niedrigeren Alter bei Betreuungsbeginn einher. Die Altersdifferenzen betragen etwa eineinhalb Jahre (Opioide) bzw. ein Jahr (Cannabis und Glücksspiel) zu den Kommunen mit hohen solcher Anteile. Wird der Anteil Deutscher ohne Migrationshintergrund zum Kriterium der Differenzierung der Kommunen, bestätigen sich diese Aussagen und für die Alkohol-Klientel kann zusätzlich erkannt werden: Besitzen Kommunen einen niedrigen Anteil Deutscher ohne Migrationshintergrund, beginnt die Alkohol-Betreuung durchschnittlich ein dreiviertel Jahr früher (im Alter von 46,0 Jahren) als in den Kommunen mit einem hohen Anteil Deutscher ohne Migrationshintergrund (46,7 Jahre).

Durch die Gruppierung der Kommunen in Abhängigkeit vom Alter beim Betreuungsbeginn (niedrig, mittel, hoch: s. Tabelle 5.30) kann die durchschnittliche Ausprägung des Bevölkerungsindikators genau abgelesen werden. Ein durchschnittlich niedriges Alter beim Beginn einer Opioid-Betreuung geht mit einer Bevölkerungsdichte von 632,6 Einwohner/innen / km² einher. Ist das Alter dagegen hoch, beträgt die Bevölkerungsdichte 1.540 Einwohner/innen /km². Bei dieser Klientel

liegen die Anteile Deutscher (93,0 %) bzw. dieser ohne Migrationshintergrund (78,1%) entsprechend hoch bei niedrigem Alter zu Betreuungsbeginn. Bei den Cannabis-Klienten/innen zeigt sich ein ähnlicher inhaltlicher Zusammenhang: Wenn die Betreuung in einem höheren Alter beginnt, ist die kommunale Bevölkerungsdichte hoch (1.428,8 Einwohner/innen / km²) und der Anteil Deutscher (89,9%), bzw. dieser ohne Migrationshintergrund (73,2%), niedrig.

Tabelle 5.11: Alter bei Betreuungsbeginn (Problembereich) nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, KDS, 2016

		Alter bei Betreuungsbeginn (Jahre)			
		Alkohol	Opioide	Cannabis	Glücksspiel
	range	MW	MW	MW	MW
Bevölkerungszahl i Tsd					
niedrig	110-261	46,2	38,6*	25,4*	34,4
mittel	263-351	46,2*	38,0*	24,4*	33,6*
hoch	362-1.065	46,6*	39,6*	25,4*	35,0*
MW	337,9				
Bevölkerungsdichte, Einw. /km²					
niedrig	118-391	46,2*	37,9*	24,6*	33,8*
mittel	402-1.190	46,9*	38,4*	24,7*	34,2*
hoch	1.288-3.049	46,1*	39,8*	26,0*	35,2*
MW	1.069,6				
Bevölkerungsveränderung i Tsd					
Abnahme bis Stagnation	-8,9 - +1,6	46,7*	38,0*	24,5*	34,1*
leichte Zunahme	+2,3 - +5,7	46,4	38,8*	25,4*	34,7*
stärkere Zunahme	+6,6 - +70,2	46,3*	39,6*	25,3*	34,6*
MW	+6,6				
Deutsche, Anteil, %					
niedrig	83,8-90,2	45,9*	39,2*	25,7*	35,0*
mittel	90,2-93,5	46,8*	39,4*	24,8*	34,1*
hoch	93,6-97,3	46,6*	37,9*	24,8*	33,9*
MW	91,5				
Deutsche ohne Migrationshintergrund, Anteil, %					
niedrig	67,1-73,2	46,0*	38,8*	25,5*	35,0*
mittel	73,8-79,0	46,7*	39,8*	25,1*	34,1*
hoch	79,4-88,7	46,7*	37,8*	24,7*	33,9*
MW	76,2				
Deutsche mit Migrationshintergrund, Anteil, %					
niedrig	8,4-13,3	46,6	38,6*	24,6*	34,3
mittel	13,8-16,2	46,4	39,6*	25,6*	33,7
hoch	16,4-23,0	46,3	38,6*	25,1*	34,9
MW	15,4				

In Bezug auf die Betreuungsdauer lassen sich wenig übergreifende Zusammenhänge zwischen Hauptproblembereichen und Bevölkerungsindikatoren formulieren. Bereits für die grundlegende Frage des Zusammenhangs zwischen der Anzahl erreichter Klienten/innen eines Problembereichs pro Tausend Einwohner/innen und der Betreuungsdauer zeigt sich ein uneinheitliches Bild (s. Tabelle 5.12). Für die Opioid-Klienten/innen steht die Betreuungsdauer in Zusammenhang zur Anzahl der kommunal erreichten Personen dieses Hauptproblembereichs: Sind es wenige (zwischen 0,6 und 1,1 pro Tausend Einwohner/innen), dauert die Betreuung mit durchschnittlich 440,2 Tagen länger, als wenn viele erreicht werden. Dann sind es 359 Tage. Für die Betreuungen der Cannabis-Klientel gilt der gleiche Zusammenhang, wenn auch in abgeschwächtem Ausmaß und auf niedrigerem Niveau. Anders ist es bei den Klienten/innen mit einer Glücksspielproblematik. Ihre Betreuungen sind in Kommunen durchschnittlich länger, in denen viele Personen dieser Klientel pro Tausend Einwohner/innen versorgt werden.

Betreuungsdauer

positive Zusammenhänge

- Glücksspiel-Klienten/innen /Tsd.
→Dauer Betreuung Glücksspiel-Klientel
- Anteil dt. Staatsbürger/innen ohne Migrationshintergrund
→Dauer Betreuung Opioid-Klientel

negative Zusammenhänge

- Opioid-Klienten/innen /Tsd.
→Dauer Betreuung Opioid-Klientel
- Cannabis-Klienten/innen /Tsd.
→Dauer Betreuung Cannabis-Klientel
- Bevölkerungszahl
→Dauer Betreuung Opioid-Klientel, Cannabis-Klientel
- Anteil dt. Staatsbürger/innen mit Migrationshintergrund
→Dauer Betreuung Opioid-Klientel

Es können keine Zusammenhänge von Betreuungsdauern zu den Bevölkerungsindikatoren (←) berichtet werden.

Tabelle 5.12: Betreuungsdauer (Problembereich) nach Klienten/innen pro Tsd. Einwohner, KDS, 2016

		Betreuungsdauer (Tage)			
		Alkohol	Opioide	Cannabis	Glücksspiel
	range	MW	MW	MW	MW
Alkoholklientel pro Tsd Einw.					
niedrig	1,2-1,8	203,4*			
mittel	1,9-2,6	200,3			
hoch	2,7-6,0	228,0*			
MW	2,4				
Opioideklientel pro Tsd Einw.					
niedrig	0,6-1,1		440,2*		
mittel	1,2-2,2		375,7*		
hoch	2,2-4,5		359,0*		
MW	1,9				
Cannabisklientel pro Tsd Einw.					
niedrig	0,3-0,8			168,6*	
mittel	0,8-1,2			151,7*	
hoch	1,2-3,4			139,9*	
MW	1,1				
Glücksspielklientel pro Tsd Einw.					
niedrig	0,03-0,2				135,8*
mittel	0,2-0,3				172,5
hoch	0,4-0,9				190,1*
MW	0,3				

Für die Opioid-Klienten/innen zeichnet sich eine Beziehung zwischen der Bevölkerungszahl und der Dauer der geleisteten Betreuung ab (s. Tabelle 5.13). So beträgt bei ihnen die durchschnittliche Länge einer Betreuung in den Kommunen mit niedriger Bevölkerungszahl 439,2 Tage, in denen mit mittlerer Bevölkerungsgröße sind es 391,4 Tage und in den Kommunen mit hoher Bevölkerungszahl dauert die entsprechende Betreuung 343,8 Tage. Nur für diese Klientel-Gruppe lässt sich auch ein Zusammenhang zum Anteil Deutscher mit (bzw. ohne) Migrationshintergrund erkennen: Besitzen Kommunen geringe (bzw. hohe) solcher Anteile, zeigen sich die Opioid-Betreuungen überdurchschnittlich lang (490,1 und 544,9 Tage).

Das Wenden der Frageperspektive (s. Tabelle 5.31) – wie stellen sich die Bevölkerungsindikatoren durchschnittlich dar, wenn die Kommunen je nach Betreuungsdauer der vier Hauptproblembereiche in drei Gruppen (niedrige, mittlere und hohe Behandlungsdauer) geteilt werden, befördert – über das Aufführen der Durchschnittswerte selbst – die Erkenntnis: Identifizierbare Zusammenhänge oder benennbare Differenzen können nicht beschrieben werden.

Tabelle 5.13: Betreuungsdauer (Problembereich) nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, KDS, 2016

		Betreuungsdauer (Tage)			
		Alkohol	Opioide	Cannabis	Glücksspiel
	range	MW	MW	MW	MW
Bevölkerungszahl i Tsd					
niedrig	110-261	182,3*	439,2*	161,3*	194,7
mittel	263-351	226,8*	391,4*	179,6*	185,6
hoch	362-1.065	218,8*	343,8*	133,6*	175,8
MW	337,9				
Bevölkerungsdichte, Einw. /km²					
niedrig	118-391	222,3*	352,7*	163,4*	206,6*
mittel	402-1.190	180,2*	471,2*	148,9	155,9*
hoch	1.288-3.049	247,1*	333,2*	144,0*	189,4*
MW	1.069,6				
Bevölkerungsveränderung i Tsd					
Abnahme bis Stagnation	-8,9 - +1,6	193,2*	431,0*	155,6*	176,9*
leichte Zunahme	+2,3 - +5,7	262,0*	490,8*	175,7*	221,4*
stärkere Zunahme	+6,6 - +70,2	207,7*	305,8*	135,9*	173,6*
MW	+6,6				
Deutsche, Anteil, %					
niedrig	83,8-90,2	205,4*	345,1*	126,3*	173,4*
mittel	90,2-93,5	233,5*	417,3*	166,0*	164,2*
hoch	93,6-97,3	204,4*	387,0*	164,8*	218,6*
MW	91,5				
Deutsche ohne Migrationshintergrund, Anteil, %					
niedrig	67,1-73,2	228,7*	350,6*	155,6*	200,3*
mittel	73,8-79,0	196,8*	333,2*	125,8*	155,5*
hoch	79,4-88,7	215,4*	544,9*	173,9*	178,1
MW	76,2				
Deutsche mit Migrationshintergrund, Anteil, %					
niedrig	8,4-13,3	216,2*	490,1*	176,2*	188,7*
mittel	13,8-16,2	187,1*	354,0*	132,7*	101,4*
hoch	16,4-23,0	235,4*	340,9*	146,4*	217,0*
MW	15,4				

5.2 Sozialraum

Kommunen unterscheiden sich nach sozialen Kriterien. Auch steht die soziale und Bildungssituation in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit: Menschen mit einem niedrigen sozialen Status haben einen durchschnittlich schlechteren Gesundheitszustand (Mielck, 2012). Für Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status besteht ein höheres Risiko, einen riskanten oder schädlichen Konsums psychotroper Substanzen (oder entsprechende Verhaltensweisen) zu entwickeln (Überblick bei: (Henkel, 2013)). Daher ist es bedeutsam, soziale Indikatoren in ihrer kommunalen Ausprägung in Beziehung zu setzen zur Struktur des Suchthilfesystems bzw. der von ihm erreichten Klientel.

Zur Grundlage der Analyse wurden Indikatoren herangezogen, die zum einen unterschiedliche Aspekte der sozialen Perspektive abdecken und zum anderen datensatztechnisch auch auf kommunaler nordrhein-westfälischer Ebene verfügbar waren, so dass die Analyse tatsächlich technisch durchführbar war.

Die Indikatoren sind:

- die Arbeitslosenquote (Ausmaß individueller Erwerbslosigkeit),
- die Mindestsicherungsquote (Anteil der Empfänger/-innen von Mindestsicherungsleistungen, Ausmaß gesellschaftlicher Grundversorgung [ALG II, Sozialhilfe, Regelleistungen AsylbLG]),
- die Lohn- und Einkommenssteuerhöhe pro Einwohner/in (individuelle Leistungsfähigkeit),
- die (Fach-) Abiturquote in der Bevölkerung (Bildungsniveau).

Neben der Einzelprüfung dieser Indikatoren sollte auch eine übergreifende Kategorisierung der sozialen Lage analysierbar sein, weshalb aus diesen vier Einzelindikatoren gleichgewichtet eine zusammenfassender Sozialindex der Kommune errechnet wurde. Er beschreibt mit höheren Werten ein stärker ausgeprägtes soziales Niveau, mit niedrigen entsprechend eine niedrigere soziale Lage der Kommune (weitere Hinweise zur Methodik, s. Abschnitt 1.3).

5.2.1 Einrichtungen

positive Zusammenhänge

- Arbeitslosenquote
← Jahresbudget
- Mindestsicherungsquote
→ Einrichtungszahl, ← Jahresbudget, Öffnungszeiten, Personalstunden
- Lohn- + ESt / Einwohner/in
→ ← Einrichtungszahl, ← Jahresbudget, Personalstunden
- (Fach-) Abiturquote
← Einrichtungszahl, Jahresbudget, Personalstunden, Öffnungszeiten

In diesem Abschnitt werden deskriptive Antworten gefunden auf Fragen wie: Wie viel Geld wird in Kommunen durchschnittlich für das ambulante Suchthilfesystem ausgegeben, in denen die Mindestsicherungsquote niedrig ist, wie viel in denen, wo sie sich auf einem hohen Niveau befindet (s. Tabelle 5.14)? Um auf Fragen dieser Struktur Antworten zu ermöglichen, wurden die 53 nordrhein-westfälischen Kommunen je nach Ausprägung der betrachteten sozialen Indikatoren den entsprechenden Kategorien niedrig, mittel oder hoch zugeordnet. Für diese Kategorien können nun die Mittelwerte der Einrichtungskennwerte (auf kommunaler Ebene aggregiert) betrachtet werden.

In Kommunen mit niedrigen Arbeitslosenquoten bestehen durchschnittlich 4,2 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe, mehr sind es, wenn mittlere oder hohe Arbeitslosenquoten zu verzeichnen sind (6,2 bzw. 5,9). Ähnlich verhält es sich in Bezug auf die kommunale Mindestsicherungsquote: Es gibt durchschnittlich 3,9 Einrichtungen, wenn sie niedrig ist, 6,1 bzw. 6,3, wenn sie ein mittleres bzw. hohes Niveau besitzt. Hinsichtlich der durchschnittlichen Lohn- und Einkommenssteuerzahlungen pro Kopf unterscheidet sich die Gruppe der Kommunen mit hohen Mittelwerten (6,4 Einrichtungen) von denen mit mittleren und niedrigen (5,0 bzw. 4,9 Einrichtungen). Für den Indikator der (Fach-) Abiturquote zeigt sich keine annähernd lineare Beziehung: Zwar gibt es in Kommunen mit hohen (Fach-) Abiturquote besonders viele Einrichtungen, durchschnittlich 7,2, das ist der höchste Durchschnittswert aller betrachteter Einzelkategorien, jedoch existieren in den Kommunen mit mittleren (Fach-) Abiturquoten besonders wenig Einrichtungen (3,6 – auch das ist ein Extrem, der kleinste Durchschnittswert aller analysierten Kategorien).

Über alle Indikatoren hinweg zeigt der Blick auf den Sozialindex, dass Kommunen mit einem niedrigen Wert auf dieser Skala geringfügig weniger Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe vorhalten als solche, in denen sich die soziale Situa-

tion auf mittlerem oder hohem Niveau bewegt (zwischen diesen gibt es keinen relevanten Unterschied bezüglich dieser Frage).

Das jährliche Gesamtbudget, die insgesamt geleisteten Personalstunden und die Öffnungszeiten stehen in engem Verhältnis zueinander und zur Anzahl der Einrichtungen. Entsprechend steigen oder fallen auch jene Werte. Durchschnittlich besitzen die Einrichtungen der Kommunen mit einer hohen (Fach-) Abiturquote das höchste Jahresbudget (3,153 Millionen Euro) für die ambulante Suchthilfe. Sehr niedrig ist das kommuneweite jährliche Gesamtbudget, wenn die Fachabiturquote auf einem mittleren Niveau ist oder auch, wenn die Mindestsicherungsquote niedrig ist. In beiden Fällen erreicht das Budget für die ambulante Suchthilfe (kommuneweit) nicht die Höhe von 1,4 Millionen Euro.

Die Öffnungszeiten der Einrichtungen insgesamt variieren zwischen 139,2 Stunden in der Woche und 283 Stunden (mittlere bzw. hohe (Fach-) Abiturquote). Hohe Öffnungszeiten (250,9 bzw. 250,4 Stunden pro Woche) bestehen in Kommunen, die hohe Lohn- und Einkommenssteuereinnahmen pro Kopf verzeichnen oder eine hohe Mindestsicherungsquote besitzen.

Tabelle 5.14: Einrichtungsvolumina nach sozialstrukturellen Charakteristika, in den Kommunen, 2016

	range	Einrichtungen, Anzahl	Jahresbudget, €	Personalstunden, h/W.	Öffnungszeit, h/W.
		MW	MW	MW	MW
Arbeitslosenquote, %					
niedrig	3,0-6,0	4,2	1.508.245 €	756,1 h	175,3 h
mittel	6,0-8,4	6,2	2.554.662 €	1.266,7 h	233,6 h
hoch	8,7-14,7	5,9	2.318.572 €	1.310,9 h	234,4 h
MW	7,6				
Mindestsicherungsquote, %					
niedrig	6,1-9,3	3,9	1.396.846 €*	717,9 h	160,4 h
mittel	9,5-13,0	6,1	2.458.318 €	1.189,0 h	231,6 h
hoch	13,1-22,1	6,3	2.520.963 €	1.422,5 h	250,4 h
MW	11,7				
Lohn- + ESt / Pers. d. Bevölkerung, €					
Abnahme bis Stagnation	1.773,2-2.632,2	4,9	1.797.030 €	983,9 h	198,6 h
leichte Zunahme	2.649,3-2.996,8	5	1.903.427 €	1.009,7 h	192,9 h
stärkere Zunahme	3.045,6-5.141,4	6,4	2.644.842 €	1.325,8 h	250,9 h
MW	2.925,50				
(Fach-) Abitur, Anteil, %					
niedrig	17,8-24,0	5,3	1.770.210 €	997,1 h	214,0 h
mittel	24,8-27,8	3,6* ²⁶	1.393.353 €*	645,5 h*	139,2 h*
hoch	28,1-49,8	7,2	3.153.399 €	1.656,6 h	283,0 h
MW	27,5				
Sozialindex ²⁷					
niedrig	4-6	4,9	1.835.985 €	1.110,4 h	195,8 h
mittel	7-9	5,6	2.170.347 €	1.093,1 h	222,5 h
hoch	10-12	5,5	2.270.034 €	1.139,1 h	216,6 h
MW	8				

²⁶ *: statistisch signifikant – vgl. Fußnote 18.

²⁷ Im Gegensatz zu allen anderen Variablen sind die drei kategorisierten Gruppen des Sozialindex (niedrig, mittel, hoch) nicht gleich stark (mit gleich vielen Kommunen) besetzt. Denn zur Kategorisierung wurde das inhaltliche Kriterium der erreichten Punkte herangezogen (4-6, 7-9, 10-12). So resultieren diese Gruppenstärken: niedrig=12, mittel=28, hoch=13 Kommunen.

Werden in einem zweiten Schritt nun die Mittelwerte der Sozialindikatoren in Abhängigkeit von den kategorisierten Einrichtungskennwerten betrachtet (s. Tabelle 5.15), zeigt sich, dass z. B. die Arbeitslosenquote zwischen Kommunen mit wenigen, mittelvielen oder auch vielen Einrichtungen kaum variiert (7,4% -7,9%). Ähnliches ist für die Mindestsicherungsquote erkennbar: Sie liegt in Kommunen mit hoher Einrichtungszahl bei 12,4%, dies ist nur ein Prozentpunkt von den Kommunen entfernt, in denen wenige Einrichtungen existieren (11,4%).

Für die Indikatoren Steuer pro Kopf und Abiturquote sind durchgehend steigende Mittelwerte bei steigender Anzahl der Einrichtungen feststellbar. Auch hier bewegen sich die Unterschiede zwischen den Mittelwerten aber auf kleinem Niveau. Durch den zusammengefassten Sozialindex wird deutlich, dass die Anzahl der Suchthilfe-Einrichtungen in einer Kommune nicht in einer einfachen Beziehung mit der sozialen Lage variieren (ob positiv oder negativ). Kommunen mit einer niedrigen Anzahl Einrichtungen erreichen einen Indexwert von 7,6, solche mit vielen einen Wert von 7,8, aber solche mit einer mittleren Anzahl einen Wert von 8,4. Dieser Schluss des fehlenden Zusammenhangs wird auch durch die geringen Abweichungen vom Mittelwert des Sozialindex (8,0) getragen.

Ein vergleichender Blick auf die kommuneweiten Jahresbudgets könnte zu einer Korrektur des Eindrucks führen. Es resultiert aber eine ganz ähnliche Beschreibung: Die Indikatoren Steuer pro Kopf und Abiturquote steigen mit wachsendem Jahresbudget, allerdings mit niedrigeren Differenzen zwischen den Mittelwerten als zuvor. Bei der Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquote beträgt die Spanne zwischen den auch dort in eine Richtung steigenden Mittelwerten 0,4 bzw. 1,2 Prozentpunkte. Der zusammenfassende Sozialindex unterscheidet sich zwischen den drei Gruppen nur noch um 0,2 Punkte (7,9 – 8,1).

Für die kommuneweite Öffnungszeit ist zu berichten, dass eine geringe Anzahl von Stunden mit einem niedrigen durchschnittlichen Steueraufkommen pro Kopf der Bevölkerung einher geht (2.692 Euro). Für eine mittlere Öffnungszeit sind allerdings niedrige Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquoten (6,7% bzw. 10,4%) sowie eine hohe Steuerabgabe (3.110 Euro) als auch ein überdurchschnittlicher Sozialindexwert (9,1) festzuhalten.

Tabelle 5.15: sozialstrukturelle Charakteristika nach Einrichtungsvolumina, in den Kommunen, 2016

	range	Arbeitslosenquote, %	Mindestsicherungsquote, %	Lohn- + Est / Pers d Bevölkerrung, €	(Fach-) Hochschulreife, Anteil, %	Sozialindex
		MW	MW	MW	MW	MW
Einrichtungen, Anzahl						
niedrig	1-3	7,7%	11,4%	2.668 €	25,3%	7,6
mittel	4-6	7,4%	11,5%	2.941 €	27,1%	8,4
hoch	7-19	7,9%	12,4%	3.195 €	30,5%	7,8
MW	5,4					
Jahresbudget, €						
niedrig	305.716-1.191.039	7,4%	11,0%	2.724 €	25,8%	7,9
mittel	1.273.235-2.327.388	7,7%	11,9%	2.939 €	26,7%	8,1
hoch	2.378.158-7.211.754	7,8%	12,2%	3.114 €	29,9%	8,0
MW	2.119.094					
Personalstunden, h/Woche						
niedrig	113,9-642,5	7,6%	11,3%	2.746 €	26,0%	7,9
mittel	653,8-1.242,0	6,7%	10,5%	2.930 €	26,4%	8,3
hoch	1.248,3-3.530,3	8,5%	13,2%	3.100 €	30,0%	7,8
MW	1.108,3					
Öffnungszeit, h/Woche						
niedrig	24,0-143,9	7,7%	11,5%	2.692 €* €	25,3%	7,7*
mittel	144,8-218,7	6,7%	10,4%	3.110 €	28,3%	9,1
hoch	248,3-764,7	8,4%	13,2%	2.985 €	28,8%	7,3
MW	214,9					

5.2.2 Klientinnen und Klienten

positive Zusammenhänge

- Arbeitslosenquote
 - Klienten/innen (absolut) (insg., Alkohol, Opioide, Glücksspiel)
 - ← Klienten/innen /Tsd. (insg., → Cannabis, → ← Opioide)
- Mindestsicherungsquote
 - Klienten/innen (abs.), → ← Klienten/innen /Tsd. (insg., Alkohol, Opioide)
- Lohn- + ESt /Einwohner/in
 - Klienten/innen (abs.) (insg., Alkohol)
- (Fach-) Abiturquote
 - Klienten/innen (abs.), ← Klienten/innen /Tsd. (insg., Opioide, Glücksspiel)
- Sozialindex
 - Alkohol-Klientel (abs.)

negative Zusammenhänge

- Sozialindex
 - Klienten/innen (abs.: insg., Opioide; /Tsd.: insg., Opioide, Cannabis, Glücksspiel)
 - ← Klienten/innen /Tsd. (← insg., ← Alkohol, → ← Opioide, ← Cannabis)

Um die vorgefundene Situation deskriptiv grundlegend darzustellen, werden die Zahlen der durchschnittlich erreichten Klienten/innen (auch differenziert nach dem Problembereich) zunächst allein in Abhängigkeit von den Sozialindikatoren dargestellt (s. Tabelle 5.16): Wie viele Betreuungen werden in den Kommunen geleistet, die beispielsweise eine hohe Mindestsicherungsquote besitzen, wie viele in denen mit einer niedrigen? Nachfolgend werden die durchschnittlichen Klienten/innenzahlen in einem zweiten Schritt auf jeweils 1.000 Personen der Bevölkerung bezogen, um die Bedeutung der Sozialindikatoren besser beurteilen zu können (s. Tabelle 5.17). Auch in diesem Kapitel wird nachfolgend noch die Analyseperspektive gewendet: Wie sind die Kommunen sozialstrukturell charakterisiert, in denen wenige oder auch viele Klienten/innen erreicht werden (s. Tabelle 5.18)?

Grundsätzlich ist zu erkennen, dass durchschnittlich mehr Klienten/innen pro Kommune erreicht werden, wenn die Arbeitslosenquote oder die Mindestsicherungsquote hoch sind, aber auch wenn die Einkommens- und Lohnsteuerzahlungen pro Kopf oder die (Fach-) Abiturquote hoch sind (s. Tabelle 5.16). Insgesamt werden pro Kommune bei einem niedrigen Sozialindexwert durchschnittlich mehr Klienten/innen (2.527,1 Personen) erreicht, als bei einem hohen (2.265,9 Personen).

Besonders wenig Klienten/innen werden erreicht (durchschnittlich 1.703,3 Personen), wenn die Mindestsicherungsquote der Kommune niedrig ist oder wenn sich die Abiturquote auf einem mittleren Niveau befindet (1.700,6 Personen). Besonders viele werden erreicht, wenn die Mindestsicherungsquote hoch ausfällt (3.078,8 Personen) oder ein hoher Anteil der kommunalen Bevölkerung das (Fach-) Abitur besitzt (3.352,8 Personen).

Für die einzelnen Hauptproblembereiche der Klienten/innen bestätigen sich diese Aussagen mit wenigen Ausnahmen: Das Alkoholklientel wird in Kommunen mit mittlerem und hohem Arbeitslosigkeitsniveau in gleichem Umfang erreicht (etwa 900 Personen pro Kommune), gleiches gilt für das Cannabisklientel (etwa 400 Personen pro Kommune). Alkoholklientel wird in größtem Umfang dort erreicht, wo der Sozialindex ein hohes soziales Niveau anzeigt (durchschnittlich 869,2 Personen).

Tabelle 5.16: Klienten/innen nach sozialstrukturellen Charakteristika der Kommune, 2016

	range	Klienten/innen ges., Betreuungen	Alkoholklientel	Opioidklientel	Cannabisklientel	Glücksspielklientel
		MW	MW	MW	MW	MW
Arbeitslosenquote, %						
niedrig	3,0-6,0	1.839,7	662,2	349,3*	252,9	77,9
mittel	6,0-8,4	2.548,6	902,5	638,2	400,0	107,8
hoch	8,7-14,7	2.853,3	889,9	896,6	378,2	117,2
MW	7,6					
Mindestsicherungsquote, %						
niedrig	6,1-9,3	1.703,3*	613,3	308,0*	234,1*	72,2
mittel	9,5-13,0	2.454,2	882,5*	601,8	389,7	109,6
hoch	13,1-22,1	3.078,8	957,6	972,3	406,8	121,3
MW	11,7					
Lohn- + ESt /Pers. d. Bevölkerung, €						
niedrig	1.773,2-2.632,2	2.276,2	763,6	627,8	326,4	105,9
mittel	2.649,3-2.996,8	2.422,1	788,6	590,0	321,1	103,2
hoch	3.045,6-5.141,4	2.536,2	896,1	663,7	379,3	93,6
MW	2.925,5					
(Fach-) Abitur, Anteil, %						
niedrig	17,8-24,0	2.140,9	798,3	479,5*	309,9	106,0
mittel	24,8-27,8	1.700,6*	516,2*	380,0*	228,9*	73,2
hoch	28,1-49,8	3.352,8	1.118,6	1.010,3	482,8	121,8
MW	27,5					
Sozialindex						
niedrig	4-6	2.527,1	827,6	768,4	375,4	120,5
mittel	7-9	2.429,2	787,5	623,5	325,1	96,7
hoch	10-12	2.265,9	869,2	507,6	350,4	91,7
MW	8					

Werden die Zahlen erreichter Klienten/innen auf 1.000 Personen in der Bevölkerung bezogen, wird der Vergleich um die Kommunegröße korrigiert (s. Tabelle 5.17). Dies führt dazu, dass für das Verhältnis der Steuerzahlungen (pro Kopf) zu den Klienten/innen-Zahlen keine eindeutige Beziehung formuliert werden kann. Für die anderen Indikatoren aber bestätigen sich die bereits beschriebenen Relationen: Befinden sich die Arbeitslosen- oder Mindestsicherungsquote auf einem niedrigen Niveau, werden durchschnittlich weniger Klienten/innen durch das Suchthilfesystem erreicht (6,0 bzw. 5,6 pro Tausend Einwohner/innen), als wenn sie auf hohem Niveau liegen (8,1 bzw. 8,2). Besitzt eine Kommune eine hohe Abiturquote geht dies mit durchschnittlich 7,9 Klienten/innen pro Tausend Einwohner/innen einher und damit mehr erreichten Personen, als wenn sie niedrig ist (6,9). Beschreibt der die Einzelindikatoren umfassende Sozialindex eine niedrige soziale Situation, werden durchschnittlich 7,9 Klienten/innen (pro Tausend Einwohner/innen) erreicht, bei einem hohen (oder mittleren) sozialen Niveau der Kommune sind es weniger: durchschnittlich 6,8.

Tabelle 5.17: Klienten/innen (pro Tsd Einwohner/innen) nach sozialstrukturellen Charakteristika der Kommune, 2016

	range	Klienten/innen ges., /Tsd. Einw. Betreuungen	Alkoholklientel, /Tsd. Einw.	Opioidklientel, /Tsd. Einw.	Cannabisklientel, /Tsd. Einw.	Glücksspielklientel, /Tsd. Einw.
		MW	MW	MW	MW	MW
Arbeitslosenquote, %						
niedrig	3,0-6,0	6,0*	2,2	1,1*	0,8	0,3
mittel	6,0-8,4	7,1	2,5	1,9	1,1	0,3
hoch	8,7-14,7	8,1	2,5	2,6	1,2	0,3
MW	7,6					
Mindestsicherungsquote, %						
niedrig	6,1-9,3	5,6*	2,1	1,0*	0,8*	0,2
mittel	9,5-13,0	7,4	2,5	1,9	1,2	0,3
hoch	13,1-22,1	8,2	2,6	2,6	1,2	0,3
MW	11,7					
Lohn- + Est /Pers. d. Bevölkerung, €						
niedrig	1.773,2-2.632,2	7,3	2,4	2,1	1,1	0,3
mittel	2.649,3-2.996,8	6,8	2,2	1,6	0,9	0,3
hoch	3.045,6-5.141,4	7,0	2,6	1,9	1,1	0,3
MW	2.925,5					
(Fach-) Abitur, Anteil, %						
niedrig	17,8-24,0	6,9	2,5	1,7	1,1	0,3
mittel	24,8-27,8	6,3	2,0	1,5*	0,9	0,3
hoch	28,1-49,8	7,9	2,7	2,3	1,2	0,3
MW	27,5					
Sozialindex						
niedrig	4-6	7,9	2,5	2,5	1,4	0,3
mittel	7-9	6,8	2,3	1,8	0,9*	0,3
hoch	10-12	6,8	2,6	1,5	1,1	0,3
MW	8					

Bei den Klientelgruppen der Hauptproblembereiche zeigen sich durchgehend die gerade beschriebenen Beziehungen zu den Sozialindikatoren. Nur im Einzelfall gibt es eine Abweichung. Dies betrifft die Alkohol-Klienten/innen: Sie werden in Kommunen mit niedrigem und hohem Sozialindexwert in annähernd gleichem Umfang erreicht (2,5 bzw. 2,6 Personen pro Tausend Einwohner/innen).

Durchschnittlich besonders wenig Klienten/innen werden bei niedriger Arbeitslosen- oder Mindestsicherungsquote in den zwei Hauptproblemgruppen Opioide und Cannabis erreicht (zwischen 0,8 und 1,1 Personen pro Tausend Einwohner/innen). Ein ebenso niedriger Wert (0,9) an Cannabis-Klienten/innen wird in Kommunen mit einem mittleren Sozialindexwert erreicht.

Durch die gewendete Perspektive (s. Tabelle 5.18) wird insbesondere für die Indikatoren Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquote der bereits beschriebene Zusammenhang zu den erreichten Klienten/innen unterstrichen. Werden wenige Klienten/innen (pro Tausend Einwohner/innen) erreicht, liegt die kommunale Arbeitslosenquote bei durchschnittlich 6,7%, die der Mindestsicherung bei 9,7%. Beide Werte sind deutlich niedriger als die entsprechenden Indikatorwerte in Kommunen mit einer hohen Anzahl erreichter Klienten/innen. Diese liegen bei 8,8% (Arbeitslosigkeit) bzw. 13,6% (Min-

destsicherung). Auch der übergreifende Sozialindex weist für die Kommunen einen deutlich niedrigeren Wert aus, in denen viele Klienten/innen erreicht werden (7,4), als für diejenigen, in denen wenige erreicht werden (9,0).

Diese Zusammenhänge werden für die Hauptproblemgruppen des Alkohols, der Opioid- und des Cannabis ebenso identifiziert. Für die Glücksspielklientel bestehen diese Zusammenhänge nicht. In der Gruppe der Opioid-Klienten/innen zeigen sich die Ausprägungen der Indikatorwerte besonders deutlich: Werden wenige Klienten/innen erreicht, betragen Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquote der Kommune durchschnittlich 6,0 % bzw. 9,0 %. In der Gruppe der Kommunen, die viele Opioid-Klienten/innen erreichen, liegen diese Quoten aber bei 9,4 % bzw. 14,6 %.

Insgesamt und grundsätzlich ist also erkennbar, dass das ambulante Suchthilfesystem dort besonders viele Klienten/innen in den Kommunen erreicht, die eine (im Vergleich zu den anderen Kommunen) schlechtere soziale Lage besitzen. Dies gilt in besonders großem Maße für die Opioid-Klienten; es gilt nicht für die Glücksspiel-Klientel.

Tabelle 5.18: sozialstrukturelle Charakteristika der Kommune nach Klienten/innen (Problembereiche) pro Tsd. Einwohner/innen, 2016

	range	Arbeitslosenquote, %	Mindestsicherungsquote, %	Lohn- + Est / Pers d Bevölkerung, €	(Fach-) Abitur, Anteil, %	Sozialindex
		MW	MW	MW	MW	MW
Klienten/innen pro Tsd Einw.						
niedrig	2,9-5,8	6,7%*	9,7%*	2.953 €	26,0 %	9,0
mittel	5,9-7,8	7,5 %	11,7 %	2.871 €	27,3 %	7,6*
hoch	7,9-14,6	8,8 %	13,6 %	2.950 €	29,1 %	7,4*
MW	7,1					
Alkoholklientel pro Tsd Einw.						
niedrig	1,2-1,8	7,3%*	10,9%*	2.983 €	27,9 %	8,7
mittel	1,9-2,6	7,3 %	11,0 %	2.952 €	26,8 %	7,9
hoch	2,7-6,0	8,3 %	13,1 %	2.843 €	27,7 %	7,4
MW	2,4					
Opioidklientel pro Tsd Einw.						
niedrig	0,6-1,1	6,0%*	9,0%*	2.871 €	25,5 %	8,9
mittel	1,2-2,2	7,5 %	11,5%*	2.934 €	28,2 %	8,1
hoch	2,2-4,5	9,4 %	14,6%*	2.972 €	28,9 %	6,9*
MW	1,9					
Cannabisklientel pro Tsd Einw.						
niedrig	0,3-0,8	7,4 %	10,9 %	2.947 €	27,1 %	8,6
mittel	0,8-1,2	7,1 %	10,8 %	2.908 €	25,6 %	7,9
hoch	1,2-3,4	8,4 %	13,4 %	2.921 €	29,7 %	7,6
MW	1,1					
Glücksspielklientel pro Tsd Einw.						
niedrig	0,03-0,2	7,90 %	12,00 %	2.863 €	26,40 %	7,9
mittel	0,2-0,3	6,90 %	10,90 %	3.112 €	27,80 %	8,5
hoch	0,4-0,9	8,00 %	12,10 %	2.812 €	28,30 %	7,6
MW	0,3					

Geschlecht

positive Zusammenhänge

- Lohn- + ESt /Einwohner/in
→ weibliche Klientinnen /Tsd.

negative Zusammenhänge

- Arbeitslosenquote
→ weibliche Klientinnen /Tsd.
- Mindestsicherungsquote
→ weibliche Klientinnen /Tsd.
- Sozialindex
→ männliche Klienten /Tsd.

Es können keine Zusammenhänge von Geschlechteranteilen zu den Sozialindikatoren (←) berichtet werden.

Für einen Zusammenhang zwischen einer besseren Erreichung eines Geschlechtes (Männer oder Frauen) in Abhängigkeit von einem Sozialindikator gibt es Hinweise (s. Tabelle 5.19): Die Variation der geschlechtsspezifischen Anteile ist allerdings auf eine Spanne von 3,8 Prozentpunkte begrenzt. In den Kommunen, in denen die Steuerabgaben pro Kopf hoch sind, werden größere Anteile Frauen erreicht (als im Durchschnitt) als in denen, wo die Steuerabgaben (Lohn- und Einkommenssteuer pro Kopf) gering sind. Ähnliches ist in Bezug auf die Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquoten erkennbar: Kommunen mit niedrigen solcher Quoten besitzen höhere Frauenanteile an allen Klienten/innen, als solche Kommunen mit hohen Quoten. In Kommunen mit einem insgesamt niedrigen Sozialindexwert werden höhere Männeranteile erreicht als in denen mit einem hohen solchen Wert, dort werden mit 30,6% also 3,8 Prozentpunkte mehr Frauen erreicht als in jenen mit niedrigen Sozialindexwerten (26,8%).

Wird durch eine Änderung der Perspektive gefragt, welche durchschnittlichen Werte die Sozialindikatoren denn in den Kommunen aufweisen, in denen viele Klientinnen oder auch viele Klienten erreicht werden (Personen pro Tausend Einwohner/innen, s. Tabelle 5.32), wird eine nur sehr geringe Differenz zwischen den Geschlechtern deutlich: In Kommunen, in denen viele Männer erreicht werden, besitzt der Sozialindex einen Wert von 7,3; in Kommunen, in denen viele Frauen erreicht werden, einen Wert von 7,5. Diese Differenz von 0,2 Indexpunkten ist nur eine sehr geringe. Auch in Bezug auf die abgeführte Steuerhöhe pro Kopf fallen die Unterschiede sehr gering aus zwischen den Kommunen, die hohe Frauenanteile unter den Klienten/innen besitzen (2.948 Euro) und denen mit hohen Männeranteilen (2.834 Euro). Gleiches gilt für die Differenzen bei den kommunalen Mindestsicherungs- und Arbeitslosenquoten (jeweils 0,4 Prozentpunkte). Bei der Erreichung der Geschlechter gibt es also keinen Zusammenhang zu den betrachteten Sozialindikatoren.

Tabelle 5.19: Klienten/innen nach Geschlecht pro Tsd. Einwohner/innen nach sozialstrukturellen Charakteristika der Kommune, 2016

		alle Klienten/innen pro Tsd Einwohner/ innen	Anteil Männer, %	Anteil Frauen, %
	range	MW	MW	MW
Arbeitslosenquote, %				
niedrig	3,0-6,0	6,0*	71,2%*	28,8%*
mittel	6,0-8,4	7,1	69,9%	30,1%
hoch	8,7-14,7	8,1	73,1%	26,9%
MW	7,6			
Mindestsicherungsquote, %				
niedrig	6,1-9,3	5,6*	70,5%*	29,5%*
mittel	9,5-13,0	7,4	70,9%	29,1%
hoch	13,1-22,1	8,2	72,7%	27,3%
MW	11,7			
Lohn- + ESt / Pers. d. Bevölkerung, €				
niedrig	1.773-2.632	7,3	72,8%	27,2%
mittel	2.649-2.997	6,8	72,1%	27,9%
hoch	3.046-5.141	7,0	69,7%	30,3%
MW	2.926			
(Fach-) Abitur, Anteil, %				
niedrig	17,8-24,0	6,9	72,0%	28,0%
mittel	24,8-27,8	6,3	71,4%	28,6%
hoch	28,1-49,8	7,9	71,2%	28,8%
MW	27,5			
Sozialindex				
niedrig	4-6	7,9	73,2%	26,8%
mittel	7-9	6,8	71,7%	28,3%
hoch	10-12	6,8	69,4%	30,6%
MW	8			

Sozialstruktur KDS-Klientel

positive Zusammenhänge

- Arbeitslosenquote
→←ALG-II-Bezieher/innen
- Mindestsicherungsquote
→←ALG-II-Bezieher/innen
- (Fach-) Abiturquote
→ALG-II-Bezieher/innen, ←(Fach-) Abiturabschluss
- Lohn- + ESt /Einwohner/in
→ALG-I-Bezieher/innen, →←(Fach-) Abiturabschluss
- Sozialindex
→←Erwerbstätige, (Fach-) Abiturabschluss, ←ALG-I-Bezieherinnen

negative Zusammenhänge

- Arbeitslosenquote
→←Erwerbstätige, →(Fach-) Abiturabschluss, ←ALG-I-Bezieherinnen
- Mindestsicherungsquote
←Erwerbstätige, ←ALG-I-Bezieherinnen
- (Fach-) Abiturquote
→←Erwerbstätige, ←ALG-I-Bezieher/innen, →ALG-II-Bezieher/innen
- Lohn- + ESt /Einwohner/in
→←ALG-II-Bezieher/innen
- Sozialindex
→←ALG-II-Bezieher/innen

Durch die Integration der KDS-Daten ist eine Analyse möglich, in welchem Maße Klienten/innen mit spezifischen sozialstrukturellen Merkmalen (z. B. ALG-II-Bezug oder einem höheren Schulabschluss) in bestimmten Kommunen, die durch ebenfalls diese Merkmale besonders strukturiert sind, erreicht werden.

Der Anteil der betreuten Klienten/innen, die ALG-I beziehen, variiert über die Sozialindikatoren nur gering (s. Tabelle 5.20). Anders ist es bei den Beziehern/innen von ALG-II: Sie haben unter den Klienten/innen der Einrichtungen dann besonders große Anteile, wenn in den Kommunen die Arbeitslosigkeit hoch ist (dann stellen sie 41,6% der Klienten/innen), die Mindestsicherungsquote hoch ist (Anteil der Klienten/innen: 40,1%), die Steuerabgaben pro Kopf niedrig sind oder auch der Sozialindex für die Kommunen niedrige Werte ausweist (39,5%). Hoch ist ihr Anteil ebenfalls, wenn sich die Abiturquote der Kommune auf einem hohen Niveau befindet. Erwerbstätige haben unter den Klienten/innen der Suchthilfeeinrichtungen dann einen hohen Anteil, wenn die Arbeitslosenquote niedrig ist (dann beträgt ihr Anteil 21,9%), die kommunale Mindestsicherungsquote niedrig ist (Klienten/innen-Anteil: 22,0%) oder auch die Abiturquote in der Kommune niedrig ist (18,6% der Klienten/innen). Insgesamt gehen viele Erwerbstätige (19,5%) unter den Klienten/innen mit Kommunen einher, die einen hohen Sozialindexwert besitzen. Hohe Anteile von Klienten/innen mit einem (Fach-) Abitur finden sich in den Kommunen, die eine geringe Arbeitslosen- oder Mindestsicherungsquote besitzen, in denen hohe Steuerabgabe (pro Kopf) vorhanden, die Fachabiturquote oder der Sozialindexwert hoch sind. Aus diesen Zahlen könnte der Schluss gezogen werden, dass die Klientel der Suchthilfeeinrichtungen ein Abbild der sozialstrukturellen Situation der jeweiligen Kommunen, in denen sich die Einrichtungen befinden, darstellt.

Tabelle 5.20: KDS-Klienten/innen sozial differenziert nach sozialstrukturellen Charakteristika der Kommune, KDS, 2016

		KDS-Klienten/innen (je: Anteile ...)			
		ALG-I-Bezieher/innen, Anteil, %	ALG-II-Bezieher/innen, Anteil, %	Erwerbstätige, Anteil, %	(Fach-) Abitur, höchster Schulabschluss, Anteil, %
	range	MW	MW	MW	MW
Arbeitslosenquote, %					
niedrig	3,0-6,0	5,1%	27,5%*	21,9%	7,2%
mittel	6,0-8,4	4,3%	33,1%	14,0%*	6,6%
hoch	8,7-14,7	4,7%*	41,6%	12,7%*	5,7%
MW	7,6				
Mindestsicherungsquote, %					
niedrig	6,1-9,3	5,3%	27,5%*	22,0%	7,2%
mittel	9,5-13,0	4,9%	34,6%	13,3%*	6,1%
hoch	13,1-22,1	4,0%*	40,1%	13,3%*	6,2%
MW	11,7				
Lohn- + ESt / Pers. d. Bevölkerung, €					
niedrig	1.773,2-2.632,2	4,3%	37,9%	14,6%	5,1%*
mittel	2.649,3-2.996,8	4,6%	32,5%	19,0%	7,1%
hoch	3.045,6-5.141,4	5,2%	31,7%	15,2%	7,4%
MW	2.925,5				
(Fach-) Abitur, Anteil, %					
niedrig	17,8-24,0	4,6%	32,3%	18,6%	5,8%*
mittel	24,8-27,8	5,2%	33,4%	16,3%	5,6%*
hoch	28,1-49,8	4,4%	36,4%*	13,8%	8,0%
MW	27,5				
Sozialindex					
niedrig	4-6	3,9%	39,5%	14,8%	5,3%
mittel	7-9	5,1%	35,2%	15,3%	6,4%
hoch	10-12	4,8%	26,6%*	19,5%	7,9%
MW	8				

Eine Einordnung dieses Eindrucks kann auch hier durch die Wendung der Perspektive geschehen: Wie sind also die Kommunen in Abhängigkeit von der Erreichung der spezifischen Klienten/innengruppen in Bezug auf die Sozialindikatoren genau charakterisiert (s. Tabelle 5.21)?

Befinden sich unter den Klienten/innen hohe Anteile Erwerbstätiger, zeigen sich kommunale Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquote niedrig (ebenso wie die Abiturquote). Der übergreifende Sozialindex weist eine überdurchschnittliche Höhe von 8,8 aus.

Sind viele der Klienten/innen solche mit ALG-I-Bezug, stellt sich die soziale Situation der Kommune ebenfalls positiv dar: Der Indexwert beträgt überdurchschnittliche 8,9. Dies spiegelt sich in den Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquoten wieder: Sie sind besonders niedrig (6,6% bzw. 10,1%), wenn sich viele ALG-I-Klienten/innen unter den Erreichten der Suchthilfeeinrichtungen befinden. Erhält ein großer Anteil Klienten/innen ALG-II, zeigen sich Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquote hoch, die Steuerabgabe niedrig – ebenso wie die Abiturquote und der übergreifende Sozialindexwert. Dagegen stehen niedrige Anteile von ALG-II-Beziehern/innen in Zusammenhang mit niedriger Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquote der Kommune (6,0% bzw. 9,3%), einer hohen Steuerabgabe (pro Kopf; 3.200 €), einer hohen Abiturquote (28,5%) und einem hohen Sozialindexwert (9,4).

In Bezug auf den (Fach-) Abitur-Anteil des Klientels zeigt sich eine weitere Übereinstimmung mit den kommunalen Sozialstrukturen: Hohe solcher Anteile im Klientel gehen einher mit einer hohen kommunalen Abiturquote und hohen Steuerabgaben (pro Kopf) ebenso wie mit einem insgesamt hohen Sozialindexwert der Kommune.

Der übergreifende Eindruck ist deshalb, dass die sozialstrukturelle Charakteristik der Kommune die Klientel der Einrichtungen maßgeblich bestimmt.

Tabelle 5.21: sozialstrukturelle Charakteristika der Kommune nach KDS-Klienten/innen (sozial differenziert), KDS, 2016

	range	Arbeitslosenquote, %	Mindestsicherungsquote, %	Lohn- + Est / Pers d Bevölk., €	(Fach-) Hochschulreife, Anteil, %	Sozialindex
		MW	MW	MW	MW	MW
ALG-I-Bezieher/innen, Anteil, %						
niedrig	1,3-3,8	9,2%	14,0%	2.899 €	28,6%	6,9*
mittel	3,8-4,8	7,1%*	11,0%	2.804 €	27,4%	8,2
hoch	4,8-15,6	6,6%*	10,1%*	3.061 €	26,4%	8,9
MW	4,7					
ALG-II-Bezieher/innen, Anteil, %						
niedrig	13,3-29,2	6,0%*	9,3%*	3.200 €	28,5%	9,4
mittel	30,1-34,9	7,1%*	10,7%*	2.956 €	26,9%	8,0
hoch	35,6-68,8	9,8%	15,0%	2.622 €*	27,0%	6,6*
MW	34,1					
Erwerbstätige, Anteil, %						
niedrig	2,1-11,9	8,7%	13,2%	2.962 €	29,6%*	7,3
mittel	12,3-19,6	8,2%	12,8%	2.938 €	28,0%	7,9
hoch	19,7-33,2	6,0%*	9,1%*	2.878 €	24,9%	8,8
MW	16,2					
(Fach-) Abitur, höchster Schulabschluss, Anteil, %						
niedrig	0,0-5,5	8,0%	11,9%	2.671 €*	24,2%*	7,3*
mittel	5,5-7,5	7,4%	11,8%	2.825 €	27,1%	7,7
hoch	7,5-14,4	7,4%	11,4%	3.276 €	31,1%	9,1
MW	6,5					

5.3 Exkurse

Suchtkranke Menschen können ambulant psychotherapeutisch versorgt werden. Hierfür liegen gesonderte Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen (Nordrhein und Westfalen-Lippe, in beiden Fällen: für das Jahr 2017) vor, die in die Bevölkerungsanalyse integriert werden konnten. Ebenso gelang dies für die Daten des Substitutionsregisters (für das Jahr 2016), mit dem Daten der medizinischen Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger amtlich festgehalten werden. Für beide Teilbereiche ambulanter Behandlung schließt sich ein Exkurs an.

5.3.1 Substituierte Opioidabhängige

Bevölkerungsindikatoren

positive Zusammenhänge

- Bevölkerungsdichte
→←Substituierte /Tsd. E., Substituierte/Arzt
- Bevölkerungsveränderung
←Substituierte/Arzt
- Anteil dt. Staatsbürger/innen mit Migrationshintergrund
→←Substituierte /Tsd. E. ←Ärzte/innen /Tsd. E.

negative Zusammenhänge

- Bevölkerungszahl
→Substituierte /Tsd. E.
- Anteil dt. Staatsbürger/innen
←Substituierte /Tsd. E., →←Substituierte/Arzt
- Anteil dt. Staatsbürger/innen ohne Migrationshintergrund
→←Substituierte /Tsd. E., ←Substituierte/Arzt, ←Ärzte/innen /Tsd. E.

In der bevölkerungsbezogenen Analyse der Substitutionsbehandlungen wird nicht nur auf die kommunale Verteilung der Anzahl der durchgeführten Behandlungen selbst geschaut, sondern auch auf die dort vorzufindende Anzahl der substituierenden Ärzte/innen und das entsprechende numerische Verhältnis zwischen Ärzten/innen und Patienten/innen.

Zunächst kann für die landesweite Situation und das Jahr 2016 festgehalten werden, dass in Nordrhein-Westfalen durchschnittlich 2,4 Patienten/innen pro Tausend Einwohner/innen mit einer Substitutionsbehandlung versorgt wurden (s. Tabelle 5.22).²⁸ Die Versorgung wurde geleistet von durchschnittlich 0,04 substituierenden Ärzten/innen pro Tausend Einwohner/innen. Landesweit wurden durchschnittlich 57,7 Substitutionspatienten/innen durch einen Arzt bzw. eine Ärztin behandelt.

Der Blick auf die Bevölkerungsindikatoren zeigt (s. Tabelle 5.33): In Kommunen mit niedrigen Bevölkerungszahlen werden durchschnittlich mehr Opioidabhängige mit einer Substitutionsbehandlung versorgt (2,9 Behandlungen /1.000 Einwohner/innen) als in Kommunen mit mittlerer (2,2) oder hoher Bevölkerungszahlen (2,0). Auch finden sich in dieser Hinsicht in kleinen Kommunen mehr substituierende Ärzte/innen (0,05 pro Tausend Einwohner/innen) als in großen (0,03). Das numerische Verhältnis zwischen Patienten/innen und Ärzten/innen ist in Kommunen mit mittlerer Bevölkerungszahl am geringsten (46,0 Patienten/innen werden von einer Ärztin oder einem Arzt versorgt) und in Kommunen mit niedriger Bevölkerungszahl am höchsten (67,2 /1).

Deutliche Unterschiede lassen sich zwischen ländlichen und großstädtischen Kommunen feststellen: Dort, wo die Bevölkerungsdichte niedrig ist, werden wenige Substitutionsbehandlungen durchgeführt (1,4 dieser Behandlungen pro 1.000 Einwohner/innen). In Kommunen mit hoher Bevölkerungsdichte sind dies mehr als doppelt so viele (3,4 /1.000 Einwohner/innen). Mittelhoch verdichtete Kommunen besitzen mittlere Versorgungszahlen. Gleichzeitig ist für das numerische Verhältnis Patienten/innen zu Ärzten/innen der genau gegenläufige Zusammenhang zu erkennen: In ländlichen Kommunen werden von einem Arzt bzw. einer Ärztin durchschnittlich 37,1 substituierte Patienten/innen versorgt, in städtischen 57,5 und in großstädtischen sind es durchschnittlich 78,4 – mehr als doppelt so viele wie in den ländlichen Kommunen.

Die Bevölkerungszusammensetzung (nach Nationalität bzw. Migrationshintergrund) steht in einem Zusammenhang zur Anzahl der betrachteten kommunalen Kennwerte der Substitution. Kommunen mit geringen Anteilen Deutscher verzeichnen viele Substitutionsbehandlungen (3,7 /1.000 Einwohner/innen). Gleiches gilt für Kommunen mit niedrigen Anteilen Deutscher ohne Migrationshintergrund (3,3), Gegenteiliges für die Kommunen mit großem Anteil Deutscher mit Migrationshintergrund (3,1). Umgekehrt ist Entsprechendes festzustellen. Wie bereits in Bezug auf die Bevölkerungsdichte kann in dieser Stelle für das numerische Verhältnis zwischen Patienten/innen und Ärzten/innen eine gegenläufige Beziehung beschrieben werden: Sind die Anteile Deutscher (bzw. Deutscher ohne Migrationshintergrund) in den Kommunen hoch, werden wenige Patienten/innen durch eine Ärztin bzw. einen Arzt substituiert (37,6 /1 bzw. 41,1).

²⁸ Im Substitutionsregister sind für das Jahr 2016 insgesamt 42.155 Substitutionsbehandlungen für NRW verzeichnet.

Wie auch bei den Analysen zu den anderen im ambulanten Suchthilfesystem Versorgten beziehen sich diese Berechnungen auf die p. a. dokumentierten Behandlungen. Tatsächlich gibt es also (eine hier nicht zu umgehende) Differenz zwischen Personen und Betreuungen, auch wenn im Folgenden synonym von betreuten Personen, Versorgten und durchgeführten Behandlungen gesprochen wird.

In der gewendeten Analyseperspektive kann Folgendes erkannt werden (s. Tabelle 5.22): Wenige Patienten/innen werden mit einer Substitutionsbehandlung versorgt, wenn die Kommunen ländliche, mit einer durchschnittlich deutlich geringeren Bevölkerungsdichte (488 Einwohner/innen /km²) als die (großstädtischen) Kommunen, sind, in denen viele Substitutionsbehandlungen geleistet werden (1.814,3 Einwohner/innen /km²). Kommunen mit wenigen Substitutionsbehandlungen gehen mit einem hohen Anteil Deutscher (93,3 %) bzw. Deutscher ohne Migrationshintergrund (79,1 %) und einem niedrigen Anteil Deutscher mit Migrationshintergrund einher (14,2 %). Genau anders verhält es sich in den Kommunen, die viele Substitutionspatienten/innen versorgen.

Kommunen, die viele oder wenige Substitutionsärzte/innen besitzen, unterscheiden sich in Hinsicht auf die Bevölkerungsindikatoren nicht in vergleichbar starkem Maße. Gleichwohl kann beschrieben werden: Kommunen mit einer hohen Anzahl dieser Ärzte/innen (pro 1.000 Einwohner/innen) haben eine höhere Bevölkerungsdichte (als solche Kommunen mit einer niedrigeren Anzahl Substitutionsärzte/innen), einen niedrigeren Anteil Deutscher (91,1 %) und Deutscher ohne Migrationshintergrund (74,4 %) sowie einen höheren Anteil Deutscher mit Migrationshintergrund (16,7 %).

Kommunen, in denen ein niedriges numerisches Verhältnis zwischen Patienten/innen und Ärzten/innen besteht, unterscheiden sich deutlich von denen mit einem hohen solchen Verhältnis. Ist es niedrig, ist die Bevölkerungsdichte deutlich geringer (368,8 vs. 1.812,7 Einwohner/innen /km²), die Anteile Deutscher (93,8 %) und Deutscher ohne Migrationshintergrund (79,6 %) sind höher als in den Kommunen, in denen Ärzte/innen mehr Patienten/innen pro Kopf versorgen.

Tabelle 5.22: Bevölkerungskarakteristika der Kommune nach Substitution, 2016

	range	Bevölkerungszahl i Tsd	Bevölkerungsdichte Einw/km ²	Bevölkerungsveränderung i. Tsd.	Deutsche, Anteil, %	Deutsche ohne Migrationshintergrund, Anteil, %	Deutsche mit Migrationshintergrund, Anteil, %
		MW	MW	MW	MW	MW	MW
Substitutionspatienten/innen / Tsd. Einw.							
niedrig	0,4-1,6	336,6	488,0*	4,3	93,3 %	79,1 %	14,2 %*
mittel	1,6-2,7	331,7	897,0*	4,5	92,3 %	77,3 %	15,0 %
hoch	2,8-6,6	345,0	1.814,3	11,0	89,1 %*	72,2 %*	16,9 %
MW	2,4						
substituierende Ärzte/innen, / Tsd. Einw.							
niedrig	0,02-0,03	317,4	982,7*	5,4	92,5 %	78,5 %	14,0 %*
mittel	0,03-0,05	410,6	1.130,1*	8,5	91,0 %	75,7 %	15,3 %
hoch	0,05-0,1	289,6	1.099,5	6,2	91,1 %*	74,4 %*	16,7 %
MW	0,04						
Verhältnis Patienten/innen / Ärzte/innen							
niedrig	16-45	322,6	368,8*	2,9	93,8 %	79,6 %	14,2 %
mittel	47-69	332,2	1.025,0*	5,2	91,5 %	75,4 %*	16,1 %
hoch	71-109	358,6	1.812,7	11,8	89,3 %*	73,4 %*	15,9 %
MW	57,7						

sozialstrukturelle Indikatoren

positive Zusammenhänge

- Arbeitslosenquote
→←Substituierte /Tsd. E., Substituierte/Arzt
- Mindestsicherungsquote
→←Substituierte /Tsd. E., ←Ärzte/innen /Tsd. E., →←Substituierte/Arzt
- (Fach-) Abiturquote
←Substituierte /Tsd. E., ←Ärzte/innen /Tsd. E.

negative Zusammenhänge

- Lohn- + ESt /Einwohner/in
←Ärzte/innen /Tsd. E.
- Sozialindex
→←Substituierte /Tsd. E., ←Ärzte/innen /Tsd. E., →←Substituierte/Arzt

Zwischen Indikatoren, die die soziale Situation der Kommune beschreiben und den Kennwerten zu den Substitutionsbehandlungen lassen sich einige Zusammenhänge erkennen (s. Tabelle 5.34): In Kommunen mit einer niedrigen Arbeitslosigkeit werden weniger Substitutionsbehandlungen (1,6 pro Tausend Einwohner/innen) durchgeführt (als in Kommunen mit hoher Arbeitslosigkeit (3,5)). In ihnen ist das numerische Verhältnis zwischen Patienten/innen und Ärzten/innen deutlich niedriger (42,0 /1) als in Kommunen mit hoher Arbeitslosigkeit. In der gleichen Richtung und ebenso eindeutig zeigt sich der Zusammenhang zur kommunalen Mindestsicherungsquote: Ist sie niedrig, werden wenige Substituierte versorgt (1,3 /Tausend Einwohner/innen), das numerische Verhältnis von Patienten/innen zu Ärzten/innen aber ebenso (38,2 /1).

Mit Hilfe des übergreifenden Sozialindexes kategorisiert, lassen sich in Kommunen mit einem hohen oder mittleren solchen Wert weniger Substitutionsbehandlungen finden (2,0 bzw. 2,1 /Tausend Einwohner/innen) als in Kommunen mit einem niedrigen Indexwert (3,4). Dort zeigt sich auch die Relation Patienten/innen zu Ärzten/innen kleiner (50,7 bzw. 53,8) als in den Kommunen mit niedrigem Sozialindexwert (74,8).

Wird das Augenmerk nun noch einmal gewendet und die kommunalen Kennwerte der Substitution werden zum Ausgangspunkt gemacht (s. Tabelle 5.23), lassen sich z. B. Kommunen mit wenigen Substituierten durch eine geringe Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquote, hohe individuelle Lohn- bzw. Einkommenssteuerzahlungen und eine niedrige Abiturquote beschreiben. Insgesamt weisen diese Kommunen überdurchschnittlich hohe Werte im Sozialindex nach. Kommunen mit vielen Substitutionsbehandlungen haben entsprechend hohe Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquoten und einen niedrigen Sozialindexwert. Für die Anzahl der substituierenden Ärzte bestehen ebenfalls Zusammenhänge, in die gleiche Richtung. Für das numerische Verhältnis von Patienten/innen und Ärzten/innen gilt: Je kleiner dieses ist, desto höher beschreibt der übergreifende Index die soziale Situation der Kommune – dies spiegelt sich insbesondere in einer niedrigen Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquote wider.

Tabelle 5.23: sozialstrukturelle Charakteristika der Kommune nach Substitution, 2016

	range	Arbeitslosenquote, %	Mindestsicherungsquote, %	Lohn- + Est / Pers d Bevölkerung, €	(Fach-) Abitur, Anteil, %	Sozialindex
		MW	MW	MW	MW	MW
Substitutionspatienten/innen /Tsd. Einw.						
niedrig	0,4-1,6	5,7%*	8,8%*	3.058 €	25,6 %	9,3
mittel	1,6-2,7	7,8 %	11,7 %	2.838 €	25,9 %	7,8
hoch	2,8-6,6	9,4 %	14,5 %	2.877 €	30,8 %	6,9*
MW	2,4					
substituierende Ärzte/innen, /Tsd. Einw.						
niedrig	0,02-0,03	7,3 %	11,1 %	3.032 €	27,9 %	8,6
mittel	0,03-0,05	7,5 %	11,3 %	2.985 €	26,6 %	7,8
hoch	0,05-0,1	8,1 %	12,7 %	2.763 €	27,9 %	7,6
MW	0,04					
Verhältnis Patienten/innen / Ärzte/innen						
niedrig	16-45	5,7%*	8,7%*	2.934 €	25,1 %	8,6
mittel	47-69	7,9 %	12,0 %	2.795 €	25,9 %	7,8
hoch	71-109	9,3 %	14,4 %	3.041 €	31,3 %	7,6*
MW	57,7					

5.3.2 Psychotherapeutisch versorgte Suchtkranke

Bevölkerungsindikatoren

positive Zusammenhänge

- Bevölkerungsdichte
→ Suchtkranke m. Psychotherapie (→ insg., → Alkohol, → Cannabis, ← Opiode)
- Bevölkerungsveränderung
→ Suchtkranke m. Psychotherapie (insg.)

negative Zusammenhänge

- Bevölkerungsdichte
→ Suchtkranke m. Psychotherapie (Opiode)
- Anteil dt. Staatsbürger/innen
→ Suchtkranke m. Psychotherapie (→ insg., ← Alkohol, → Cannabis, ← Opiode)

Für die landesweite Situation lässt sich zunächst überblicksartig erkennen, dass 0,53 Personen pro Tausend Einwohner/innen eine ambulante psychotherapeutische Behandlung erhielten und eine Suchtdiagnose besaßen (nach ICD-10, F10-F19 oder F63) (s. Tabelle 5.24). Der größte Teil dieser Behandlungen entfiel auf Personen mit einer Alkoholdiagnose (0,27 pro Tausend Einwohner/innen), gefolgt von den Personen mit Cannabisdiagnose (0,1 /1.000 Einw.), Opioiddiagnose (0,04 /1.000 Einw.) und denen mit einer Glücksspieldiagnose (0,03 /1.000 Einw.).

In Bezug auf Bevölkerungsindikatoren lässt sich bei der Versorgung suchtkranker Menschen durch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung insgesamt eine häufigere solche Behandlung in hoch verdichteten Kommunen feststellen: 0,63 solcher Behandlungen pro Tausend Einwohner/innen finden in Kommunen mit großstädtischer Struktur statt, 0,42 in Kommunen mit ländlicher Struktur (s. Tabelle 5.35); Kommunen mit einer mittleren Bevölkerungsdichte besitzen eine mittlere Anzahl durchgeführter ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (0,55 /1000 Einwohner/innen).

Diese grundlegende Beschreibung gilt ebenfalls für die Teilpopulationen der Alkohol- und auch der Cannabis-Abhängigen. Mehr Behandlungen dieser Art für Opioid-Abhängige finden allerdings in ländlichen Kommunen statt (0,08 / Tausend Einwohner/innen) als in großstädtischen (0,02). Eine größere Anzahl psychotherapeutischer Behandlungen lassen sich ebenfalls für Kommunen, in denen die Bevölkerung stärker gewachsen ist oder in denen die Anteile deutscher Bevölkerung gering sind, identifizieren. Auch diese Beschreibungen gelten wiederum ebenfalls für die Alkohol- und Cannabis-Klientel.

Aus anderer Perspektive (s. Tabelle 5.24) wird die Bedeutung der Verdichtung (Stadt/Land) herausgearbeitet: Kommunen mit wenigen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen Suchtkranker haben eine durchschnittliche Bevölkerungsdichte von 624,1 Einwohnern/innen /km². Finden in der Kommune aber viele solcher Behandlungen statt, liegt die Bevölkerungsdichte bei durchschnittlich 1.587,4 Einwohner/innen /km². Dieser deutliche Unterschied kann für die Alkohol-, Opioid- und Cannabis-Kranken festgehalten werden.

Ebenso deutlich lässt sich insgesamt und für die drei genannten Teilpopulationen ein Zusammenhang zum Anteil der deutschen Bevölkerung festhalten: Kommunen mit vielen solcher Behandlungen besitzen geringe Anteile deutscher Bevölkerung (zwischen 89,0 % und 90,1 %).

Tabelle 5.24: Bevölkerungskarakteristika der Kommune nach psychotherapeutisch Versorgten (Problembereich) pro Tsd Einw, NRW 2017

	range	Bevölkerungszahl i Tsd	Bevölkerungsdichte Einw/ km ²	Bevölkerungsveränderung i. Tsd.	Deutsche, Anteil, %	Deutsche ohne Migrations- hintergrund, Anteil, %	Deutsche mit Migrationshin- tergrund, Anteil, %
		MW	MW	MW	MW	MW	MW
psychotherap. Versorgte, ges. /Tsd. Einw.							
niedrig	0,17-0,4	319,4	624,1*	3,4	93,3 %	77,9 %	15,4 %
mittel	0,4-0,5	338,2	993,2	4,1	92,1 %	77,3 %	14,7 %
hoch	0,5-1,4	356,1	1.587,4	12,3	89,2 %*	73,4 %	15,9 %*
MW	0,53						
psychotherap. Versorgte, Alkohol, /Tsd. Einw.							
niedrig	0,08-0,21	312,5	790,7*	3,6	92,9 %	77,1 %	15,8 %
mittel	0,22-0,27	378,1	721,0*	4,9	92,1 %	77,8 %	14,3 %
hoch	0,27-0,81	325,3	1.677,9	11,3	89,6 %*	73,7 %*	15,9 %
MW	0,27						
psychotherap. Versorgte, Opioide, /Tsd. Einw.							
niedrig	0,00-0,00	295,1	762,2*	3,1*	93,3 %	77,3 %	15,9 %
mittel	0,00-0,02	322,9	1.143,9	4,0	91,2 %	76,5 %	14,7 %
hoch	0,02-0,65	394,8	1.306,9	12,7	90,1 %*	74,7 %	15,4 %
MW	0,04						
psychotherap. Versorgte, Cannabis, /Tsd. Einw.							
niedrig	0,03-0,06	332,7	576,0*	2,8*	93,6 %	78,6 %	15,0 %
mittel	0,06-0,09	345,9	899,9	5,3	92,0 %	77,1 %	14,9 %
hoch	0,1-0,31	335,5	1.723,5	11,7	89,0 %*	72,9 %*	16,1 %
MW	0,1						
psychotherap. Versorgte, PGS, /Tsd. Einw.							
niedrig	0,00-0,02	304,8	1.120,6	2,9*	91,7 %	75,7 %	16,0 %
mittel	0,02-0,03	307,1	837,3	4,7	92,0 %	76,4 %	15,6 %
hoch	0,03-0,1	400,0	1.238,1	12,2	91,0 %	76,5 %	14,5 %
MW	0,03						

sozialstrukturelle Indikatoren

positive Zusammenhänge

- Arbeitslosenquote
→←Suchtkranke m. Psychotherapie (insg., Alkohol, Cannabis)
- Mindestsicherungsquote
→←Suchtkranke m. Psychotherapie (insg., Alkohol, Cannabis)
- (Fach-) Abiturquote
←Suchtkranke m. Psychotherapie (insg., Alkohol, Cannabis)
- Lohn- + ESt /Einwohner/in
←Suchtkranke m. Psychotherapie
- Sozialindex
←Suchtkranke m. Psychotherapie (Glücksspiel)

negative Zusammenhänge

- Sozialindex
→Suchtkranke m. Psychotherapie (insg.)

In Bezug auf die betrachteten Sozialindikatoren lassen sich folgende Zusammenhänge erkennen (s. Tabelle 5.36): In Kommunen mit hoher Arbeitslosenquote werden mehr psychotherapeutische Behandlungen Suchtkranker pro Tausend Einwohner durchgeführt als in Kommunen mit geringer Arbeitslosigkeit. Gleiches gilt für die kommunale Mindestsicherungsquote. Auch zwischen Kommunen mit hoher und niedriger (Fach-)Abiturquote bestehen deutliche Unterschiede. Diese Beschreibungen gelten ebenfalls für die Teilpopulationen der Alkohol- und Cannabiskranken. Insgesamt zeigt sich, dass in Kommunen mit einem niedrigen Sozialindexwert mehr solcher Behandlungen durchgeführt werden (0,57 /Tausend Einwohner/innen) als in solchen mit einem hohen Indexwert (0,51).

Aus der Perspektive der Anzahl der durchgeführten Behandlungen betrachtet (s. Tabelle 5.25), zeigt sich: Wenn wenige psychotherapeutische Behandlungen in einer Kommune durchgeführt werden, findet sich dort eine geringe Arbeitslosenquote (6,6%), ebenso wie eine geringe Mindestsicherungsquote (10,4%). Durchschnittlich zahlt eine/e Einwohner/in in dieser Kommune wenig Lohn- bzw. Einkommenssteuer (2.747 €) und die Kommune hat eine geringe Abiturquote (24,7%). Der Sozialindex ist leicht überdurchschnittlich. Unterdurchschnittlich zeigt er sich (7,6), wenn viele Behandlungen geleistet werden: Dann sind Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquote hoch (8,7% bzw. 13,4%), ebenso aber auch die Abiturquote (31,0%) und die Steuerleistung (je Einwohner/in 3.061 Euro). Die Beziehungen zwischen der Anzahl dieser Behandlungen und der Arbeitslosen-, Mindestsicherungs- und Abiturquote gelten ebenfalls für die Teilgruppen der Alkohol-, Opioid- und Cannabiskranken.

Für die versorgten Glücksspielsüchtigen lässt sich eine größere Anzahl durchgeführter Behandlungen in einer Kommune mit ihrem hohen (8,4) Sozialindexwert in Beziehung bringen – anders als bei den anderen betrachteten Diagnosegruppen.

Zwischen durchgeführten ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen Suchtkranker und den Sozialindikatoren gibt es also keinen einfachen Zusammenhang zum kommunalen Niveau der sozialen Lage insgesamt. Vielmehr kann festgehalten werden, dass diese Behandlungen dann in höherem Maße stattfinden, wenn die Kommune durch eine schlechtere soziale Lage in den Dimensionen Arbeitslosigkeit oder/und Mindestsicherung charakterisiert ist oder eine bessere Lage im Bereich der Bildung (Abiturquote) bzw. das auch damit verbundene Outcome einer höheren individuellen Steuerleistung besitzt.

Tabelle 5.25: sozialstrukturelle Charakteristika der Kommune nach psychotherapeutisch Versorgten (Problembereich) pro Tsd Einwohner/innen, NRW 2017

	range	Arbeitslosenquote, % MW	Mindestsicherungsquote, % MW	Lohn- + Est / Pers d Bevölkerung, € MW	(Fach-) Abitur, Anteil, % MW	Sozialindex MW
psychotherap. Versorgte, ges. /Tsd. Einw.						
niedrig	0,17-0,4	6,6 %*	10,4 %*	2.747 €	24,7 %*	8,2
mittel	0,4-0,5	7,6 %	11,3 %	2.971 €	26,7 %	8,2
hoch	0,5-1,4	8,7 %	13,4 %	3.061 €	31,0 %	7,6
MW	0,53					
psychotherap. Versorgte, Alkohol, /Tsd. Einw.						
niedrig	0,08-0,21	7,1 %*	11,1 %	2.692 €	24,4 %*	7,8
mittel	0,22-0,27	7,2 %	10,7 %	3.044 €	27,1 %	8,5
hoch	0,27-0,81	8,6 %	13,2 %	3.047 €	30,9 %	7,7
MW	0,27					
psychotherap. Versorgte, Opiode, /Tsd. Einw.						
niedrig	0,00-0,00	7,1 %	10,8 %	2.669 €	24,2 %*	7,9
mittel	0,00-0,02	7,7 %	11,7 %	2.892 €	26,8 %	7,9
hoch	0,02-0,65	8,1 %	12,6 %	3.213 €	31,4 %	8,1
MW	0,04					
psychotherap. Versorgte, Cannabis, /Tsd. Einw.						
niedrig	0,03-0,06	6,6 %*	10,3 %*	2.737 €	24,3 %*	8,1
mittel	0,06-0,09	7,4 %	11,1 %	3.052 €	27,3 %	8,5
hoch	0,1-0,31	8,9 %	13,6 %	2.995 €	30,8 %	7,4
MW	0,1					
psychotherap. Versorgte, PGS, /Tsd. Einw.						
niedrig	0,00-0,02	7,9 %	11,7 %	2.841 €	26,4 %*	7,6
mittel	0,02-0,03	7,5 %	11,5 %	2.824 €	25,3 %*	8,0
hoch	0,03-0,1	7,5 %	11,9 %	3.106 €	30,6 %	8,4
MW	0,03					

5.4 Tabellenanhang

Tabelle 5.26: Klienten/innen nach Geschlecht pro Tsd Einwohner/innen nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, 2016

	range	alle Klienten/innen pro Tsd Einwohner/ innen	Anteil Männer, %	Anteil Frauen, %
		MW	MW	MW
Bevölkerungszahl i Tsd				
niedrig	110-261	6,9	72,8%	27,2%
mittel	263-351	6,8	72,2%	27,8%
hoch	362-1.065	7,4	69,8%	30,2%
MW	337,9			
Bevölkerungsdichte, Einw. /km²				
niedrig	118-391	6,3*	71,2%*	28,8%
mittel	402-1.190	6,4	70,8%	29,2%
hoch	1.288-3.049	8,4	72,3%	27,7%
MW	1.069,6			
Bevölkerungsveränderung i Tsd				
niedrig	-8,9 - +1,6	6,1	72,3%	27,7%
mittel	+2,3 - +5,7	7,1	71,9%	28,1%
hoch	+6,6 - +70,2	8,0	70,6%	29,4%
MW	+6,6			
Deutsche, Anteil, %				
niedrig	83,8-90,2	8,5	72,2%	27,8%
mittel	90,2-93,5	6,7	70,0%	30,0%
hoch	93,6-97,3	5,9*	72,2%*	27,8%*
MW	91,5			
Deutsche ohne Migrationshintergrund, Anteil, %				
niedrig	67,1-73,2	8,6	71,8%	28,2%
mittel	73,8-79,0	6,3*	72,4%	27,6%*
hoch	79,4-88,7	6,2*	70,4%*	29,6%
MW	76,2			
Deutsche mit Migrationshintergrund, Anteil, %				
niedrig	8,4-13,3	6,5	70,8%	29,2%
mittel	13,8-16,2	6,4	71,7%	28,3%
hoch	16,4-23,0	8,2	72,0%	28,0%
MW	15,4			

Tabelle 5.27: Migrierte und Ausländer/innen nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, KDS, Teil 1, 2016

	range	%							
		MW	MW	MW	MW	MW	MW	MW	
Bevölkerungszahl i Tsd									
niedrig	110-261	25,6%	16,2%	9,4%	13,7%	2,5%	8,1%	1,3%	15,5%
mittel	263-351	25,9%	17,5%	8,4%	14,6%	2,9%	7,0%	1,5%	13,6%
hoch	362-1.065	26,3%	16,1%	10,1%	13,2%	2,9%	8,5%	1,6%	17,2%
MW	337,9								
Bevölkerungsdichte, Einw. /km²									
niedrig	118-391	25,3%	17,6%	7,6%*	14,8%	2,8%	6,5%*	1,1%*	13,3%*
mittel	402-1.190	22,8%*	14,2%	8,6%*	11,6%	2,6%	7,2%*	1,4%	13,4%*
hoch	1.288-3.049	29,5%	17,8%	11,7%	14,9%	3,0%	9,9%	1,9%	19,6%
MW	1.069,6								
Bevölkerungsveränderung i Tsd									
Abnahme bis Stagnation	-8,9 - +1,6	24,1%	15,6%	8,6%	13,3%	2,2%*	7,3%	1,3%	13,5%
leichte Zunahme	+2,3 - +5,7	25,6%	16,2%	9,4%	13,5%	2,7%	7,9%	1,4%	16,1%
stärkere Zunahme	+6,6 - +70,2	28,1%	18,0%	10,1%	14,6%	3,4%	8,4%	1,7%	16,8%
MW	+6,6								

Tabelle 5.28: Migrierte und Ausländer/innen nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, KDS, Teil 2, 2016

	range	MW	MW	MW	MW	MW	MW	MW	MW	MW	MW	MW
Deutsche, Anteil, %												
niedrig	83,8-90,2	30,7 %	18,3 %	12,4 %	15,4 %	2,9 %	10,5 %	1,9 %	20,2 %			
mittel	90,2-93,5	23,0 %*	14,7 %	8,3 %*	11,8 %	2,9 %	6,8 %*	1,5 %	14,1 %			
hoch	93,6-97,3	23,9 %*	16,7 %	7,2 %*	14,1 %	2,6 %	6,2 %*	1,0 %*	11,9 %*			
MW	91,5											
Deutsche ohne Migrationshintergrund, Anteil, %												
niedrig	67,1-73,2	32,4 %	20,0 %	12,4 %	16,7 %	3,4 %	10,4 %	1,9 %	20,4 %			
mittel	73,8-79,0	23,7 %*	15,5 %	8,2 %*	13,1 %	2,4 %	6,9 %*	1,3 %	13,2 %			
hoch	79,4-88,7	21,6 %*	14,2 %*	7,4 %*	11,6 %*	2,5 %	6,2 %*	1,2 %	12,6 %*			
MW	76,2											
Deutsche mit Migrationshintergrund, Anteil, %												
niedrig	8,4-13,3	20,8 %*	13,2 %*	7,6 %	10,8 %*	2,4 %	6,5 %	1,2 %	12,6 %			
mittel	13,8-16,2	26,1 %*	16,3 %	9,8 %	13,7 %	2,6 %	8,2 %	1,6 %	15,5 %			
hoch	16,4-23,0	30,9 %	20,3 %	10,6 %	17,0 %	3,3 %	8,9 %	1,7 %	18,3 %			
MW	15,4											

Tabelle 5.29: Alter bei Betreuungsbeginn (Problembereich) nach Klienten/innen pro Tsd. Einwohner, KDS, 2016

		Alter bei Betreuungsbeginn (Jahre)			
		Alkohol	Opioide	Cannabis	Glücksspiel
	range	MW	MW	MW	MW
Alkoholklientel pro Tsd Einw.					
niedrig	1,2-1,8	46,2			
mittel	1,9-2,6	46,5			
hoch	2,7-6,0	46,5			
MW	2,4				
Opioidklientel pro Tsd Einw.					
niedrig	0,6-1,1		38,3*		
mittel	1,2-2,2		39,0*		
hoch	2,2-4,5		39,2*		
MW	1,9				
Cannabisklientel pro Tsd Einw.					
niedrig	0,3-0,8			25,6*	
mittel	0,8-1,2			25,1*	
hoch	1,2-3,4			24,8*	
MW	1,1				
Cannabisklientel pro Tsd Einw.					
niedrig	0,03-0,2				34,2
mittel	0,2-0,3				35,0
hoch	0,4-0,9				34,4
MW	0,3				

Tabelle 5.30: Bevölkerungscharakteristika der Kommune nach Alter bei Betreuungsbeginn (Problembereich), KDS, 2016

		Alter bei Betreuungsbeginn (Jahre)					
		Bevölkerungszahl i Tsd	Bevölkerungsdichte Einw./km ²	Bevölkerungsverände- rung i. Tsd.	Deutsche, Anteil, %	Deutsche ohne Migra- tionshintergrund, An- teil, %	Deutsche mit Migra- tionshintergrund, An- teil, %
	range	MW	MW	MW	MW	MW	MW
Alkohol							
niedrig	37,2-45,6	313,8	1.403,4	9,1	90,3 %	74,2 %	16,1 %
mittel	45,8-46,4	339,4	724,3	4,8	92,0 %	77,2 %	14,8 %
hoch	46,8-47,8	360,5	1.062,0	5,9	92,3 %	77,2 %	15,2 %
MW	+						
Opioide							
niedrig	31,8-38,0	282,7	632,6*	3,5	93,0 %	78,1 %	14,9 %
mittel	38,1-39,5	319,5	1.034,3	6,0	91,4 %	75,7 %	15,8 %
hoch	39,6-42,1	410,4	1.540,0	10,4	90,1%*	74,7 %	15,5 %
MW	+						
Cannabis							
niedrig	20,8-24,3	293,7	844,6	5,6	92,4 %	77,4 %	15,1 %
mittel	24,4-25,7	369,2	927,6	3,2	92,3 %	78,0 %	14,2 %
hoch	25,7-30,9	352,5	1.428,8	10,9	89,9 %	73,2%*	16,7 %
MW	+						
Glücksspiel							
niedrig	21,7-32,7	333,9	1.011,0	8,3	91,9 %	77,1 %	14,8 %
mittel	32,8-34,9	324,1	811,0	5,8	92,4 %	77,1 %	15,3 %
hoch	35,1-42,3	354,8	1.372,5	5,7	90,4 %	74,4 %	16,0 %
MW	+						

+wird nicht berichtet, da ohne Aussagekraft (Problem der Mittelwertbildung [Kommunen] über Mittelwerte [Alter bei Betreuungsbeginn])

Tabelle 5.31: Bevölkerungcharakteristika der Kommune nach Betreuungsdauer (Problembereich), KDS, 2016

		Alter bei Betreuungsbeginn (Jahre)					
		Bevölkerungszahl i Tsd	Bevölkerungsdichte Einw./km ²	Bevölkerungsverände- rung i. Tsd.	Deutsche Anteil, %	Deutsche ohne Migra- tionshintergrund, An- teil, %	Deutsche mit Migra- tionshintergrund, An- teil, %
	range	MW	MW	MW	MW	MW	MW
Alkohol							
niedrig	69,2-178,2	325,8	918,8	6,9 %	91,8 %	76,2 %	15,6 %
mittel	179,6-220,6	354,8	1.232,9	9,3 %	91,0 %	75,0 %	15,9 %
hoch	221,9-557,4	334,1	1.066,2	3,9 %	91,8 %	77,2 %	14,6 %
MW	+						
Opiode							
niedrig	87,4-393,5	418,7	1.509,4	11,9 %	90,5 %	74,4 %	16,1 %
mittel	398,3-569,4	292,2	693,9*	3,3 %	93,0 %	78,1 %	14,9 %
hoch	571,2-2.222	300,3	984,6	4,5 %	91,2 %	76,1 %	15,0 %
MW	+						
Cannabis							
niedrig	36,8-133,1	309,1	1.192,3	5,7 %	91,6 %	76,3 %	15,3 %
mittel	136,1-196,6	407,4	1.016,7	9,2 %	91,8 %	76,8 %	15,0 %
hoch	198,3-525,1	301,1	996,9	5,1 %	91,2 %	75,4 %	15,8 %
MW	+						
Glücksspiel							
niedrig	42,0-108,2	338,7	1.192,7	6,5 %	91,0 %	75,5 %	15,5 %
mittel	117,0-199,2	372,1	955,5	8,9 %	92,1 %	77,4 %	14,8 %
hoch	204,1-1.418	304,8	1.054,4	4,7 %	91,5 %	75,7 %	15,8 %
MW	+						

+wird nicht berichtet, da ohne Aussagekraft (Problem der Mittelwertbildung [Kommunen] über Mittelwerte [Dauer der Betreuung])

Tabelle 5.32: sozialstrukturelle Charakteristika der Kommune nach Geschlecht Klienten/innen pro Tsd. Einwohner/innen, 2016

		Arbeitslosenquote, %	Mindestsicherungsquote, %	Lohn- + Est / Pers d Bevölkerung, €	(Fach-) Abitur, Anteil, %	Sozialindex
	range	MW	MW	MW	MW	MW
alle Klienten/innen pro Tsd Einwohner/innen						
niedrig	2,9-5,8	6,7%*	9,7%*	2.953 €	26,0 %	9,0
mittel	5,9-7,8	7,5 %	11,7 %	2.871 €	27,3 %	7,6*
hoch	7,9-14,6	8,8 %	13,6 %	2.950 €	29,1 %	7,4*
MW	7,1					
alle Klienten/innen pro Tsd Einw.						
niedrig	2,1-4,2	6,5%*	9,5%*	2.978 €	26,4 %	8,9
mittel	4,3-5,6	7,5 %	11,8 %	2.967 €	27,6 %	7,8
hoch	5,6-11,0	8,9 %	13,8 %	2.834 €	28,4 %	7,3
MW	5,0					
Klientinnen, weibl. pro Tsd Einw.						
niedrig	0,8-1,6	6,9 %	10,0%*	2.967 €	26,5 %	9,0
mittel	1,6-2,2	7,5 %	11,7 %	2.858 €	27,0 %	7,5*
hoch	2,2-4,6	8,5 %	13,4 %	2.948 €	28,9 %	7,5
MW	2,0					

Tabelle 5.33: Substitution nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, 2016

	range	Substitutionspatienten/ innen /Tsd. Einw.	substituierende Ärzte/ innen, /Tsd. Einw.	Verhältnis Patienten/ innen/Ärzte/innen
		MW	MW	MW
Bevölkerungszahl i Tsd				
niedrig	110-261	2,9	,05	67,2
mittel	263-351	2,2	,05	46,0
hoch	362-1.065	2,0	,03	59,1
MW	337,9			
Bevölkerungsdichte, Einw. /km²				
niedrig	118-391	1,4*	,04	37,1*
mittel	402-1.190	2,4	,04	57,5
hoch	1.288-3.049	3,4	,05	78,4
MW	1.069,6			
Bevölkerungsveränderung i Tsd				
Abnahme bis Stagnation	-8,9 - +1,6	2,2	,05	46,9
leichte Zunahme	+2,3 - +5,7	2,2	,04	63,6
stärkere Zunahme	+6,6 - +70,2	2,7	,04	62,8
MW	+6,6			
Deutsche, Anteil, %				
niedrig	83,8-90,2	3,7	,05	75,1
mittel	90,2-93,5	1,7*	,03*	60,4
hoch	93,6-97,3	1,7*	,04	37,6*
MW	91,5			
Deutsche ohne Migrationshintergrund, Anteil, %				
niedrig	67,1-73,2	3,3	,05	65,7
mittel	73,8-79,0	2,4	,04*	66,7
hoch	79,4-88,7	1,4*	,04*	41,1*
MW	76,2			
Deutsche mit Migrationshintergrund, Anteil, %				
niedrig	8,4-13,3	1,6*	,04*	47,1
mittel	13,8-16,2	2,5	,04*	68,1
hoch	16,4-23,0	3,1	,05	58,4
MW	15,4			

Tabelle 5.34: Substitution nach sozialstrukturellen Charakteristika der Kommune, 2016

	range	Substitutionspatienten/ innen /Tsd. Einw.	substituierende Ärzte/in- nen, /Tsd. Einw.	Verhältnis Patienten/in- nen / Ärzte/innen
		MW	MW	MW
Arbeitslosenquote, %				
niedrig	3,0-6,0	1,6*	0,04	42,0*
mittel	6,0-8,4	2,1*	0,04	55,2
hoch	8,7-14,7	3,5	0,05	75,7
MW	7,6			
Mindestsicherungsquote, %				
niedrig	6,1-9,3	1,3*	0,04	38,2*
mittel	9,5-13,0	2,2*	0,04	56,4
hoch	13,1-22,1	3,6	0,05	78,3
MW	11,7			
Lohn- + ESt / Pers. d. Bevölkerung, €				
niedrig	1.773,2-2.632,2	2,9	0,04	64,4
mittel	2.649,3-2.996,8	2,1	0,05	47,2
hoch	3.045,6-5.141,4	2,2	0,04	60,8
MW	2.925,5			
(Fach-) Abitur, Anteil, %				
niedrig	17,8-24,0	2,3	0,04	54,6
mittel	24,8-27,8	1,9	0,04	45,8*
hoch	28,1-49,8	2,9	0,04	72,0
MW	27,5			
Sozialindex				
niedrig	4-6	3,4	0,04	74,8
mittel	7-9	2,1*	0,04	53,5*
hoch	10-12	2,0*	0,04	50,7
MW	8			

Tabelle 5.35: psychotherapeutisch Versorgte (Problembereich) pro Tsd Einwohner/innen nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, NRW 2017

	range	psychotherap. Versorgte, ges. / Tsd. Einw.	psychotherap. Versorgte, Alkohol, /Tsd. Einw.	psychotherap. Versorgte, Opiode, /Tsd. Einw.	psychotherap. Versorgte, Cannabis, /Tsd. Einw.	psychotherap. Versorgte, Glücksspiel, /Tsd. Einw.
		MW	MW	MW	MW	MW
Bevölkerungszahl i Tsd						
niedrig	110-261	0,54	0,30	0,01	0,10	0,03
mittel	263-351	0,57	0,28	0,07	0,11	0,04
hoch	362-1.065	0,48	0,24	0,03	0,08	0,03
MW	337,9					
Bevölkerungsdichte, Einw. /km²						
niedrig	118-391	0,42*	0,21*	0,08	0,06*	0,03
mittel	402-1.190	0,55	0,29	0,03	0,09	0,03
hoch	1.288-3.049	0,63	0,32	0,02	0,13	0,03
MW	1.069,6					
Bevölkerungsveränderung i Tsd						
Abnahme bis Stagnation	-8,9 - +1,6	0,46	0,26	0,01	0,08	0,02
leichte Zunahme	+2,3 - +5,7	0,52	0,25	0,06	0,09	0,03
stärkere Zunahme	+6,6 - +70,2	0,61	0,30	0,03	0,12	0,04
MW	+6,6					
Deutsche, Anteil, %						
niedrig	83,8-90,2	0,61	0,32	0,02	0,13	0,03
mittel	90,2-93,5	0,55	0,27	0,07	0,10	0,04
hoch	93,6-97,3	0,43*	0,24*	0,01	0,06*	0,03
MW	91,5					
Deutsche ohne Migrationshintergrund, Anteil, %						
niedrig	67,1-73,2	0,56	0,29	0,03	0,11	0,03
mittel	73,8-79,0	0,55	0,28	0,02	0,10	0,04
hoch	79,4-88,7	0,48	0,25	0,07	0,08	0,03
MW	76,2					
Deutsche mit Migrationshintergrund, Anteil, %						
niedrig	8,4-13,3	0,51	0,26	0,06	0,09	0,03
mittel	13,8-16,2	0,60	0,31	0,02	0,11	0,04
hoch	16,4-23,0	0,49	0,25	0,03	0,09	0,03
MW	15,4					

Tabelle 5.36: psychotherapeutisch Versorgte (Problembereich) pro Tsd Einwohner/innen nach sozialstrukturellen Charakteristika der Kommune, NRW 2017

	range	psychotherap. Versorgte, ges. /Tsd. Einw.	psychotherap. Versorgte, Alkohol, /Tsd. Einw.	psychotherap. Versorgte, Opiode, /Tsd. Einw.	psychotherap. Versorgte, Cannabis, /Tsd. Einw.	psychotherap. Versorgte, PGS, /Tsd. Einw.
		MW	MW	MW	MW	MW
Arbeitslosenquote, %						
niedrig	3,0-6,0	0,43*	0,23*	0,02	0,07*	0,03
mittel	6,0-8,4	0,56	0,28	0,07	0,09	0,03
hoch	8,7-14,7	0,60	0,31	0,02	0,12	0,03
MW	7,6					
Mindestsicherungsquote, %						
niedrig	6,1-9,3	0,44*	0,23	0,02	0,07*	0,03
mittel	9,5-13,0	0,55	0,28	0,06	0,09	0,03
hoch	13,1-22,1	0,60	0,31	0,03	0,12	0,03
MW	11,7					
Lohn- + ESt / Pers. d. Bevölkerung, €						
niedrig	1.773,2-2.632,2	0,55	0,28	0,07	0,09	0,03
mittel	2.649,3-2.996,8	0,47	0,25	0,01	0,09	0,03
hoch	3.045,6-5.141,4	0,57	0,29	0,03	0,11	0,03
MW	2.925,5					
(Fach-) Abitur, Anteil, %						
niedrig	17,8-24,0	0,47*	0,23*	0,07	0,07*	0,02
mittel	24,8-27,8	0,48*	0,27	0,02	0,09	0,03
hoch	28,1-49,8	0,63	0,31	0,03	0,13	0,04
MW	27,5					
Sozialindex						
niedrig	4-6	0,57	0,28	0,09	0,10	0,03
mittel	7-9	0,52	0,28	0,02	0,10	0,03
hoch	10-12	0,51	0,26	0,03	0,09	0,03
MW	8					

6. Integrierte Analyse

Dieses Kapitel dient der integrierten Diskussion zentraler Erkenntnisse der vorausgehenden Analysen: der Literatur-, der Bevölkerungs- und der Verlaufsanalyse. Dort herausgearbeitete Aspekte werden nun aufeinander bezogen: Um sie einzuordnen, aber auch übergreifende Erkenntnisse zu ermöglichen, literaturgestützt gewonnenen Erkenntnissen die nordrhein-westfälischen gegenüber zu stellen, die Diskussion über Bedarfe auf eine solide Grundlage zu stellen und auch offene Fragen zu skizzieren. Unmittelbare Ableitungen für Bedarfe sind aus empirischen Erkenntnissen nicht möglich. Dazu ist die Gewichtung von Zielen erforderlich, die normative Entscheidungen benötigt. Liegen Entscheidungen über z. B. angestrebte Veränderungen vor, kann deren Erreichung mit Hilfe der gewonnenen empirischen Daten beurteilt werden, wenn valide Daten für die unterschiedlichen, zu beurteilenden Zeitpunkte vorliegen.

Das Vorgehen ist ein induktives: Die in den Teilanalysen entwickelten Blickwinkel, Fragestellungen und Erkenntnisse werden also aufgegriffen und unter den Fokuspunkten gebündelt, die sich dort herausgeschält haben. Diese sind: die Erreichung Suchtkranker (insgesamt und spezifischer Teilgruppen) im ambulanten Suchthilfesystem, die Betreuungsdurchführung im engeren Sinne, Maßnahmen zur Schadensminimierung, die Strukturen des ambulanten Hilfesystems, die Koordination der beteiligten Einrichtungen.

Für dieses Vorgehen werden also grundlegende Gesichtspunkte ausgewählt und erörtert. Detaillierte Darlegungen finden sich in den Teilanalysen.

6.1 Erreichung Suchtkranke

6.1.1 Insgesamt und Hauptproblemgruppen

Die Erkenntnisse der Literaturanalyse erlauben Aussagen zur geschätzten Zahl an Personen in Nordrhein-Westfalen, die mit einzelnen psychotropen Substanzen oder Verhaltensweisen schwerwiegende Probleme entwickelt haben, so dass sie versorgungsbedürftig sind. Aufgrund des beschriebenen klinisch relevanten Konsums wird ein Bedarf an zumindest Beratung, eventuell auch Betreuung und/oder Therapie angenommen.²⁹ Gleichzeitig sind durch die empirische Bestandsaufnahme des ambulanten Suchthilfesystems die Zahlen der Betreuungen der hier versorgten Klienten/innen nach ihrer Hauptproblematik bekannt. Diese Zahlen können aufeinander bezogen und um Informationen ergänzt werden, ob und in welchen Teilgruppen sich im Verlauf der vergangenen Jahre bei der ambulanten Versorgung quantitative Veränderungen ergeben haben (s. Tabelle 3.15).

Versorgungsbedürftige Alkoholprobleme betreffen die größte Anzahl Personen in Nordrhein-Westfalen: Es sind bei einem Anteil von 19,5% der Bevölkerung (Piontek, Matos, et al., 2017) annähernd 2,2 Millionen. Mehr als eine Million Menschen haben einen klinisch relevanten Medikamentenkonsum. Ernsthafte Probleme mit dem Cannabiskonsum weisen etwas mehr als 100.000 Personen auf, etwas weniger als 100.000 Personen haben solche mit ihrem Glücksspielverhalten. Der Konsum von Stimulantien sorgt bei etwa 67.000 Personen für einen Versorgungsbedarf, der von Opioiden (laut der 12-Monatsprävalenz von 0,4%) bei ca. 45.000 bzw. 54.000 (laut einer aktuellen Hell- und Dunkelfeldschätzung, Kraus et al. 2018) und der von Kokain bzw. Crack bei etwa 34.000 Personen.

²⁹ Die Autoren/innen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015 (Piontek, Matos, et al., 2017) definieren den Begriff klinisch relevanter Konsum nicht. Es wird darauf verwiesen, dass dieser gegeben sei, wenn nach Durchlaufen der nachfolgend genannten, normierten Tests die angegebenen Punktezahlen erreicht worden waren: AUDIT (Alkohol: 8 und mehr Punkte), SDS (Cannabis: 2 und mehr Punkte, Kokain: 3 und mehr Punkte, Stimulantien: 4 und mehr Punkte), KFM (Medikamente: 2 und mehr Punkte). Für die Angaben zum pathologischen Glücksspiel wird die Untersuchung der BZgA 2016 herangezogen, in der problematisches bzw. pathologisches Glücksspielverhaltens mit dem SOGS gemessen wird (3 und mehr Punkte) (Haß & Lang, 2016). Aufgrund von Komorbiditäten kann eine Gesamtzahl versorgungsbedürftiger Personen nicht geschätzt werden.

Exkurs

Hellfeldberechnung der Anzahl der Personen in NRW mit einem Opioidproblem, 2016

Die Prävalenzschätzung von 0,4 % (ESA 2015) (Piontek, Matos, et al., 2017) erhoben durch eine Bevölkerungsbefragung ergibt eine Anzahl von insgesamt 44.797 Opioid-Konsumenten/innen in NRW (Hell- und Dunkelfeld zusammen). Vor dem Hintergrund der in diesem Bericht dargestellten Betreuungen von Opioid-Konsumenten/innen bietet sich die Möglichkeit einer Hellfeldberechnung des Umfangs dieser Personengruppe.

Die für die Opioid-Konsumenten durchgeführte Anzahl an Betreuungen im ambulanten Suchthilfesystem Nordrhein-Westfalens (38.615) kann mit dem Faktor 0,9 korrigiert werden (Neumann-Runde, Kalke, & Wersé, 2017), um die Anzahl versorgter Personen zu bestimmen (=34.754).

Aus früheren Analysen nordrhein-westfälischer Daten ist bekannt (Martens & Neumann-Runde, 2018), dass 61 % der Opioid-Betreuungen solche von Substituierten sind ($34.754 \cdot 0,61$), womit sich 21.200 Personen mit einer Substitutionsbehandlung und einer Betreuung im ambulanten Suchthilfesystem errechnen.

In einer jüngst durchgeführten Schätzung der Gesamtzahl der Opioidabhängigen in Deutschland (Kraus, 2018) wird in einer Analyse der Daten des amtlichen Substitutionsregisters das numerische Verhältnis zwischen den dort dokumentierten, insgesamt im Jahr durchgeführten Substitutionsbehandlungen und den ihnen zuzuordnenden, verschiedenen Personen bestimmt. Dieses wird mit 0,765 berechnet.

Da das Substitutionsregister für NRW für das Jahr 2016 insgesamt 42.155 Substitutionsbehandlungen ausweist, ergeben sich ($42.155 \cdot 0,765$) damit 32.249 verschiedene Substitutionspatienten/innen.

Nun ist die Schlussfolgerung berechtigt, dass von ihnen 11.049 nicht im ambulanten Suchthilfesystem betreut werden ($32.249 - 21.200$).

Aus den betreuten (34.754) und nicht im ambulanten Hilfesystem betreuten (11.049) substituierten Opioidkonsumenten/innen ergibt sich deren summierte Hellfeld-Gesamtzahl von 45.803 Personen in NRW. Dies entspricht einem Anteil von 0,4 % der Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren. In dieser Zahl ist das Dunkelfeld also nicht enthalten.

Wird die Anzahl dieser versorgungsbedürftigen Personen nun mit den durchgeführten Betreuungen im ambulanten Suchthilfesystem in Beziehung gesetzt, wird erkennbar, dass je nach Problematik höchst unterschiedlich viele Betreuungen durchgeführt werden. Mit 862,0 bzw. 717,1 (aktuelle Gesamtschätzung) durchgeführten Betreuungen pro Tausend Versorgungsbedürftigen wird die (verhältnismäßig kleine) Gruppe der Opioid-Konsumenten/innen durch das ambulante Hilfesystem in Nordrhein-Westfalen am besten versorgt. Mehr als die Hälfte dieser Gruppe erhält zusätzlich eine ärztliche Behandlung mit einem Substitutionsmittel (Kraus berechnet einen Anteil von 56,8 % (Kraus, 2018); die Auswertungen des nordrhein-westfälischen Suchthilfemonitorings ergeben 61 % (Martens & Neumann-Runde, 2018)). Ebenfalls deutlich besser als die anderen Klienten/innen-Gruppen werden die Personen mit einer Cannabis-Problematik erreicht: 188,4 Betreuungen pro Tsd. versorgungsbedürftiger Personen der Bevölkerung leistet das ambulante Suchthilfesystem. Am schlechtesten erreicht werden die Personen mit Medikamentenproblemen durch dieses System: Pro Tausend Betroffene werden lediglich 1,5 Betreuungen durchgeführt. Geringfügig besser zeigt sich die Situation bei den Alkohol-Betreuungen: 22,9 Betreuungen pro Tsd. Versorgungsbedürftiger werden geleistet. Für Stimulantien- bzw. Kokain/Crack-User/innen mit einem klinisch relevanten Konsum werden jeweils knapp 100 Betreuungen pro Tausend Versorgungsbedürftiger erbracht. Menschen mit Glücksspielstörungen werden in geringerem Umfang erreicht – 68,6 Betreuungen werden für Tausend Betroffene geleistet.

Nur minimal abgeschwächt werden die Differenzen in der Erreichung der einzelnen Hauptproblemgruppen durch doppelte Versorgungsbedürftigkeit: Viele Opioid- und Cannabis-Klienten/innen besitzen auch Alkoholprobleme, die also versorgt, aber hier nicht bei den Alkohol-Klienten/innen eingerechnet werden. Insgesamt bilden die Opioid- und Cannabis-Versorgungsbedürftigen aber nur einen kleinen Anteil der Alkohol-Versorgungsbedürftigen. Gleiches gilt für Medikamentenprobleme.

Im System der ambulanten Suchthilfe hat es in den vergangenen Jahren in Bezug auf die Anzahl geleisteter Betreuungen Veränderungen gegeben: Die Anzahl insgesamt geleisteter Betreuungen für eine eigene Problematik ist systemweit seit dem Jahr 2011 um 7,6 % auf 127.800 im Jahr 2016 gewachsen. Die Verlaufsanalyse hält für die KDS-dokumentierenden Einrichtungen seit dem Jahr 2008 eine Steigerung der Betreuungen für Klienten/innen mit eigener Problematik um 17,2 % fest. Stärker ist die Anzahl der Betreuungen für Dritte (Angehörige) gewachsen. Im Jahr 2016 gab es systemweit für diese Zielgruppe 15.800 Betreuungen.

Der verhältnismäßig kleine Bereich der Glücksspiel-Betreuungen ist stark gewachsen (plus 119,7 %). Hier macht sich die spezielle Landesförderung einzelner Einrichtungen für diese Zielgruppe bemerkbar. In miteinander vergleichbarem Ausmaß gewachsen sind die Stimulantien- (plus 85,2 %) und Cannabis-Betreuungen (plus 70,7 %). Letztere allerdings von einem bereits deutlich höheren Niveau ausgehend. Die Betreuungen der anderen Problembereiche haben sich in diesem achtjährigen Zeitraum kaum - nicht über einen Wert von 13 % hinaus - verändert. Einen Rückgang der Betreuungszahlen haben die Medikamenten-Betreuungen zu verzeichnen (minus 6,3 %).

Diese Veränderungen führen zu einer Verschiebung der Anteile der Betreuungen (nach Hauptproblematikgruppen) an allen durchgeführten Betreuungen: Alkohol- und Opioidbetreuungen verlieren an (relativer) Bedeutung, Cannabis und Glücksspiel gewinnen hinzu.

Durch die deutlich hervorgetretenen, gewaltigen Unterschiede bei der Erreichung der verschiedenen Hauptproblembereiche, wird an dieser Stelle der Bestandsaufnahme die Notwendigkeit der Diskussion (und fachlich begründeter, politischer Entscheidung) offenbar, in welchem Umfang das ambulante Suchthilfesystem welche Problemgruppen erreichen soll.

Tabelle 6.1: Erreichung Personen mit klinisch relevantem Konsum durch Betreuung im ambulanten Suchthilfesystem nach Problembereich, Gesamtebene NRW, 2016

	Bevölkerung		Betreuungen			
	klinisch-relevanter Konsum, Anteil (18-64 Jahre) ³⁰	versorgungsbedürftige Personen NRW ³¹	ambulante Suchthilfe ³²	pro Tsd versorgungsbedürftiger Einwohner/innen (s. Spalte 3)	Anteil an allen Betreuungen im amb. Suchthilfesystem ³³	Veränderung absolute Zahlen 2008-2016 ³⁴
Problematik	%	Personen	Betreuungen	Betreuungen/Tsd. Einw.	%	%
Alkohol	19,5 %	2.183.860	50.200	22,9	33,9 %	+ 6,8 %
Medikamente	9,7 %	1.086.331	1.628	1,5	1,1 %	- 6,3 %
Cannabis	1,0 %	111.993	21.104	188,4	14,2 %	+ 70,7 %
Glücksspiel	0,8 %	89.594	6.144	68,6	4,1 %	+ 119,7 %
Stimulantien	0,6 %	67.196	6.468	96,5	4,3 %	+ 85,2 %
Opioide	0,4 % ³⁵	44.797	38.615 ³⁶	862,0	26,1 %	+ 7,7 %
Kokain/Crack	0,3 %	33.598	3.131	93,2	2,1 %	+ 12,5 %
Hell- und Dunkelfeldberechnung ³⁷						
Opioide	0,5 %	53.851	38.615 ³⁸	717,1	26,1 %	+ 7,7 %

Die Problembereiche Internet, neue Medien und NPS wurden hier weggelassen wg. fehlender Dokumentationsmöglichkeit im Suchthilfesystem und eingeschränkter Prävalenzangaben in den repräsentativen Studien. Stimulantien schließen Methamphetamin ein.

Zur genaueren Diskussion oder auch fundierten Steuerung sind zwei Fragen von Interesse:

1. Wo werden viele Klienten/innen (einer Hauptproblematik) erreicht?
2. Wie sind die Kommunen charakterisiert, in denen viele Klienten/innen (einer Hauptproblematik) erreicht werden?

Durch die Bevölkerungsanalyse lassen sich folgende Antworten auf die erste Fragestellung geben: Viele Klienten/innen – in absoluten Zahlen und auch pro Tausend Einwohner/innen – werden in Kommunen erreicht mit einer hohen Bevölkerungsdichte, einer hohen Bevölkerungszunahme in den letzten Jahren und solchen Kommunen mit einem niedrigen Anteil Deutscher und Kommunen mit einem hohen Anteil Deutscher mit Migrationshintergrund.³⁹ Gleiches gilt für Kommunen mit hoher Arbeitslosenquote, hoher Mindestsicherungsquote, hoher Abiturquote und Kommunen mit niedrigem Sozialindexwert. In bevölkerungsreichen Kommunen und solchen mit einer hohen Lohn- + ESt-Abgabe pro Kopf werden ebenfalls viele Klienten/innen (absolute Zahlen) erreicht. Ähnliches gilt für eine hohe Anzahl Substituierter pro Tsd. Einwohner/innen (Kommunen mit hoher Bevölkerungsdichte, niedrigem Anteil Deutscher, hoher Arbeitslosen- oder Min-

³⁰ Epidemiologischer Suchtsurvey 2015 (Piontek, Matos, et al., 2017), Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland (Haß & Lang, 2016).

³¹ IT.NRW, Datenblatt 12410-10ir: Im Alter von 18-64 befinden sich im Jahr 2016 in NRW 11.199.287 Personen.

³² Summe aus: (1) Klienten/innen-Zahlen 2016; (2) prozentual entsprechend der Hauptproblemgruppen aufgeteilt: ohne eindeutige Zuordnung zu einem Problembereich. Unberücksichtigt bleiben: ambulante psychotherapeutische Behandlung und Einmalkontakte.

³³ Basis: Klienten/innen nach Problembereich, N=127.800. Ohne ambulante psychotherapeutische Behandlung und Substitutionsbehandlung.

³⁴ Verlaufsanalyse, KDS-Einrichtungen

³⁵ 12 Monatsprävalenz des Konsums

³⁶ Enthalten sind nicht die Substitutionsbehandlungen.

³⁷ Jüngst (August 2018) veröffentlichten Kraus et al. eine Gesamtschätzung der Anzahl Opioidabhängiger in Deutschland und den einzelnen Bundesländern (Hell- und Dunkelfeld). Die Autoren errechnen für NRW eine Anzahl von 53.851 Personen als Umfang dieser Gesamtgruppe.

³⁸ Enthalten sind nicht die Substitutionsbehandlungen.

³⁹ Unzulässig ist die kurzschlüssige Ableitung einer schlechteren Versorgung Deutscher (vgl. Einleitung Kapitel 5.1).

destsicherungsquote, niedrigem Sozialindexwert). Allerdings werden viele Substituierte auch in Kommunen mit niedriger Bevölkerungszahl versorgt, dort gibt es auch viele Substitutionsärzte/innen /Tsd. Einwohner/innen. Die nordrhein-westfälischen Zahlen zeigen, dass in hoch verdichteten Kommunen mehr Menschen pro Tausend Einwohner/innen substituiert werden.

Spezifische Merkmale der Kommunen, in denen viele Klienten/innen und Substituierte (pro Tsd. Einwohner/innen) erreicht werden (Frage 2), sind: eine hohe Bevölkerungsdichte, ein niedriger Anteil Deutscher, ein hoher Anteil Deutscher mit Migrationshintergrund, eine hohe Arbeitslosen- oder Mindestsicherungsquote, eine niedrige Lohn- + ESt-Abgabe pro Kopf und ein niedriger Sozialindexwert.

Die Bevölkerungsdichte, der Anteil deutscher Staatsbürger/innen und auch die Sozialindikatoren insbesondere der Arbeitslosen- und Mindestsicherungsquote sowie des übergreifenden Sozialindex bilden aktuelle Prädiktoren der kommunalen Erreichung von Personen mit Suchtproblemen durch das ambulante Hilfesystem.

6.1.2 Männer/Frauen

71,2% aller Klienten/innen des ambulanten Suchthilfesystems Nordrhein-Westfalens sind Männer, 28,8% sind Frauen. Problemspezifisch lässt sich die bevölkerungsspezifische Geschlechterverteilung in der geschlechtsspezifischen Prävalenz des klinisch-relevanten Konsums in Tabelle 6.2 als Erwartungswert (für eine äquivalente Abbildung der Bevölkerungssituation im Suchthilfesystem) ablesen. So beträgt das Verhältnis in der Bevölkerung bei den Alkoholproblematiken 2,7 zugunsten der Männer. Unter den Betreuungen im ambulanten Suchthilfesystem lautet es 2,0. Damit sind Frauen bei den betreuten Alkoholproblematiken im Hilfesystem überrepräsentiert. Gleiches gilt für die Medikamenten- und Kokain/Crack-Betreuungen. Männer sind bei den Cannabis-, Glücksspiel-, Stimulantien und Opioidbetreuungen im Hilfesystem (im Vergleich zum klinisch-relevanten Konsum der Bevölkerung) überrepräsentiert.

Tabelle 6.2: Geschlechterverhältnisse, klinisch relevanter Konsum Bevölkerung und Betreuungen im ambulanten Suchthilfesystem nach Problembereich, Gesamtebene NRW, 2016

	Bevölkerung		Betreuungen		
	klinisch-relevanter Konsum, Anteil % m/w	Geschlechterverhältnis m -> w	ambulantes Hilfesystem Anteil % m/w	Geschlechterverhältnis m -> w	überrepräsentiertes Geschlecht
Problematik	Anteil % m/w	m -> w	Anteil % m/w	m -> w	
Alkohol	28,3/10,6	2,7	66,4/33,6	2,0	w
Medikamente	10,6/9,0	1,2	39,7/60,3	0,7	w
Cannabis	1,3/0,6	2,2	81,3/18,7	4,3	m
Glücksspiel	1,3/0,3	4,3	89,3/10,7	8,3	m
Stimulantien	0,8/0,5	1,6	73,0/27,0	2,7	m
Opioide	0,2/0,5	0,4	77,5/22,5	3,4	m
Kokain/Crack	0,7/0,0	>7	82,6/17,4	4,7	w

Der Frauenanteil hat im ambulanten Suchthilfesystem seit dem Jahr 2011 insgesamt um 0,8 Prozentpunkte zugenommen. In Bezug auf die einzelnen Problematiken ist ein Anstieg des Frauenanteils bei Alkohol (plus drei Prozentpunkte), Cannabis (plus vier Prozentpunkte) und sein Rückgang bei Opioiden (minus zwei Prozentpunkte), Medikamenten und Essstörungen (jeweils minus fünf Prozentpunkte) zu verzeichnen (seit 2008, KDS-Einrichtungen).

Viele weibliche Klientinnen werden erreicht in Kommunen, die eine hohe Bevölkerungszahl, eine hohe Lohn- + ESt-Abgabe pro Kopf, eine niedrige Arbeitslosen- oder Mindestsicherungsquote haben. Viele männliche Klienten werden in Kommunen erreicht, die einen niedrigen Sozialindexwert besitzen.

Als charakteristische Merkmale von Kommunen, die hohe Anteile eines Geschlechts versorgen, lassen sich nur zwei Kennzeichen festhalten: Eine hohe Bevölkerungszahl und eine hohe Bevölkerungszunahme der Kommune – sie gehen

mit einer hohen Erreichung von Frauen einher. Ansonsten gilt: Die Erreichung der zwei Geschlechter steht in keinem Zusammenhang zu anderen Bevölkerungs- oder sozialstrukturellen Indikatoren.

6.1.3 Personen mit Migrationshintergrund

Im Jahr 2016 haben in NRW 25,8% der Bevölkerung einen Migrationshintergrund.⁴⁰ Der Anteil der Klienten/innen des ambulanten Suchthilfesystems mit einem Migrationshintergrund beträgt im selben Jahr 25,9% (KDS-Einrichtungen). Damit sind Migranten/innen dort entsprechend ihres Bevölkerungsanteils repräsentiert. Ein größerer Teil der Klienten/innen mit Migrationshintergrund ist selbst migriert (64%), ein kleinerer das Kind mindestens eines migrierten Elternteils (36%). In diesen beiden Gruppen sind Frauen mit jeweils etwa 16% gleich stark vertreten, in Bezug auf das Geschlechterverhältnis aller Klienten/innen sind sie damit unterrepräsentiert.

Die Verlaufsanalyse (KDS-Einrichtungen) beschreibt, dass unter den neuen Betreuungen der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund (seit dem Jahr 2011) um zwei Prozentpunkte gestiegen ist. Dies betrifft insbesondere Alkohol-Betreuungen (plus vier Prozentpunkte) und Opioid-Betreuungen der Klienten/innen, die selbst nach Deutschland migriert sind (plus drei Prozentpunkte).

Es gibt beim Anteil der Klientel mit Migrationshintergrund einen doppelten Zusammenhang zum kommunalen Migranten/innenanteil: Viele zugewanderte Klienten/innen des Suchthilfesystems kommen aus Kommunen mit einem hohen Migranten/innenanteil. Und in Kommunen mit einem hohen solchen Anteil werden auch viele Klienten/innen mit Migrationshintergrund erreicht. Ein solch positiver, doppelter Zusammenhang besteht ebenfalls zur Bevölkerungsdichte.

In der Literatur wird explizit auf den Bedarf fremdsprachlichen Fachpersonals in den Beratungsstellen hingewiesen. Dieses werde als positives Signal von Migranten und Migrantinnen angenommen und Sorge für ihre bessere Erreichung (Ruf & Walter-Hamann, 2014). 60,8% der Einrichtungen des nordrhein-westfälischen Suchthilfesystems bieten Leistungen in mindestens einer Fremdsprache an. In einem knappen Drittel der Einrichtungen (30,9%) wird mehr als eine Fremdsprache gesprochen. Die Muttersprachen größerer Zuwanderergruppen - Polnisch, Russisch, Spanisch oder auch Türkisch - sind unter den Fachkräften nur weniger Einrichtungen vorzufinden. Nur 9,2% der Einrichtungen bieten dieser Zielgruppe spezielle Angebote.

Die befragten Einrichtungen geben an, dass eine Kooperation mit Migrantenorganisationen, wenn sie stattfindet, i.d.R. im Einzelfall stattfindet (75,6%), diese Kooperationen nehmen aus Sicht von 31,2% der Einrichtungen seit 2011 zu.

6.1.4 Sozial schwache Personen

Die sozioökonomische Situation der Klientel der ambulanten Suchthilfe zeigt sich im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich unterdurchschnittlich. Dies gilt in besonders hohem Maße für die Opioid- und Cannabis-Klientel. Im Laufe der betrachteten Jahre 2008 bis 2016 hat sie sich kaum (zwischen verschiedenen Teilgruppen oder geschlechtsspezifisch) verändert und nur unwesentlich verbessert. Geringe Anstiege bei höheren Schulabschlüssen sind in der Teilgruppe der Alkohol-Klientel festzustellen. Einige Veränderungen (Lebenssituation) werden auf Alterseffekte zurückzuführen sein. Wesentliche Veränderungen in der Ausbildungs-, Erwerbs- und Haupteinkommenssituation sind nicht zu verzeichnen. Damit werden Beobachtungen anderer Untersuchungen bestätigt, die die Stabilität der sozialen Situation der Klientel beschreiben (Kipke et al., 2015; Thaller et al., 2017). Wobei eigentlich genauer zu formulieren wäre: Die soziale Situation der erreichten und sodann im Suchthilfesystem versorgten Klientel ist über die vergangenen Jahre stabil geblieben.

Die differenzierten Bevölkerungsanalysen zeigen enge Bezüge zwischen der sozialen Lage der erreichten Klienten/innen und der sozialen Struktur der jeweiligen Kommune: Die Zusammensetzung der versorgten Klientel spiegelt insbesondere eine schwache kommunale Sozialstruktur verstärkt wider. Viele Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (z. B. Bezug von ALG-II) werden in Kommunen mit einer schwachen sozialen Lage erreicht (hohe Arbeitslosenquote, hohe Mindestsicherungsquote, niedriger umfassender Sozialindexwert). Und es gilt auch: In Kommunen mit einer schwachen sozialen Lage werden viele Klienten/innen mit niedrigem Sozialstatus versorgt. Eine Spiegelung positiver kommunaler Sozialstruktur lässt sich ebenfalls belegen: So werden in Kommunen mit einer hohen Abiturquote viele Klienten/innen mit Abitur erreicht; dieses auch dann, wenn in den Kommunen hohe Lohn- + ESt-Zahlungen pro Einwohner geleistet werden.

⁴⁰ http://www.sozialberichte.nrw.de/sozialindikatoren_nrw/indikatoren/2_demografie/indikator2_3/index.php, eingesehen am 2.9.2018

6.1.5 Ältere Personen

Untersuchungen prognostizieren für die kommenden Jahre einen deutlichen Anstieg behandlungsbedürftigen Substanzkonsums in der Gruppe älterer Menschen ab 65 Jahren (Weyerer & Schäufele, 2017), dies vor allen Dingen für Alkohol und Medikamente. Auch Pflegebedürftige haben eine deutlich höhere Prävalenz des Missbrauchs von Alkohol und Arzneimitteln (S. Kuhn & Haasen, 2012). Angesichts der in Abschnitt 6.1.1 offenbar gewordenen erheblichen Lücke zwischen Bedürftigen und Versorgten gerade in diesen beiden Hauptproblembereichen, rückt die Frage bewusster Steuerung des Suchthilfesystems und seiner Zielgruppen auch aus diesem Blickwinkel in den Fokus.

Bei der Beschreibung der aktuell erreichten Klientel ist zunächst ein lediglich kleiner Anteil der Klienten/innen im Alter über 64 Jahre zu konstatieren (2%). Festzustellen ist ein Anstieg bei der Versorgung älterer Personen ab 55 Jahren (plus zwei Prozentpunkte in einem achtjährigen Zeitraum). Er vollzieht sich insbesondere in der Alkohol- und Opioidklientel.

Darüber hinaus ist zu erkennen, dass Kooperationen zwischen Institutionen der ambulanten Suchthilfe und dem Pflegebereich in hohem Maße nicht stattfinden (30%) – dies hat sich in den allermeisten Fällen seit 2011 auch nicht geändert (84%). Auf der anderen Seite ist die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Suchtselbsthilfe, an denen gerade Ältere teilnehmen und die den stärksten prädiktiven Effekt auf die Abstinenzhaltung haben (Steffen et al., 2012), eine besonders enge und koordinierte: 2/3 der Einrichtungen geben an, mit diesen Institutionen netzwerkartig oder fest bilateral zusammenzuarbeiten. Jede vierte Einrichtung beschreibt, dass diese Zusammenarbeit seit 2011 zugenommen habe.

6.2 Betreuungsdurchführung im engeren Sinne

Bei der Behandlung alkoholbezogener Störungen sollte nach gegenwärtigem Erkenntnisstand neben der Abstinenz auch die Trinkmengenreduktion als Behandlungsziel angeboten werden. Die Behandlungsziele sollten seitens der Einrichtungen grundsätzlich zieloffen gestaltet werden und an den Vorstellungen der Betroffenen anknüpfen. Als Interventionen haben sich - neben den klassischen Formen - Kurzinterventionen und medikamentengestützte Rückfallprophylaxe in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren als erfolgreich gezeigt.

Bei Opioidabhängigkeit ist die Substitutionsbehandlung die am besten evaluierte, evidenzbasierte Intervention. Zur Behandlung stehen mittlerweile eine Vielzahl an therapeutischen Substanzen zur Verfügung. Allgemein wird auf eine Versorgungslücke im ländlichen Raum verwiesen. Das Ziel der Opioidabstinenz ist häufig nicht das Behandlungsziel. Die Psychosoziale Betreuung (PSB) während einer Substitutionsbehandlung besitzt positive Effekte auf den Gesundheitszustand und die psychosoziale Situation der Klienten/innen. Die PSB zeigt eine große Heterogenität bezüglich der Intensität und Anwendungsformate, da keine einheitlichen Standards bezüglich Finanzierung, Strukturen, Umfang und Inhalte existieren.

Mit „CANDIS“ und „MDFT“ sind spezifische, evidenzbasierte Behandlungsprogramme bei Cannabisproblematik in der deutschsprachigen Literatur beschrieben. Zur Frühintervention scheinen sich Programme wie „FReD“ und „CAN Stop“ bewährt zu haben.

Zur erfolgreichen Behandlung von Kokainproblematiken liegen in der deutschsprachigen Literatur seit 2007 keine evidenzbasierten Befunde vor.

Ähnliches gilt auch für den Bereich der Amphetamine und die sogenannten Neuen Psychoaktiven Substanzen, mit der Ausnahme von Methamphetamin, für das seit 2016 eine S3-Leitlinie vorliegt. Bei Methamphetamin haben sich niedrigschwellige und sofort zur Verfügung stehende Beratungsangebote als hilfreich erwiesen.

Bei pathologischen Glücksspielern hat sich die ambulante Therapie als ähnlich erfolgreich gezeigt wie die stationäre. Komorbide Störungen sind in dieser Gruppe regelmäßig anzutreffen und bedürfen eines integrativen Behandlungsansatzes. Eine frühere Erreichung dieser Klientelgruppe kann durch Kurzinterventionen unter Einbezug des sozialen Umfelds erreicht werden.

Für die Vermeidung von Medikamentenabhängigkeit haben Ärzte und Ärztinnen und Apotheker und Apothekerinnen eine bedeutende Rolle und Verantwortung bezüglich des Medikamentenzugangs. Neuere Erkenntnisse zur evidenzbasierten Behandlung von Medikamentenabhängigkeit zeigen sich in der deutschsprachigen Literatur seit 2007 nicht.

In der Befragung der ambulanten Einrichtungen in NRW zeigte sich, dass 61,3% der Einrichtungen grundsätzlich Konsumreduktion, -stabilisierung und Abstinenz gleichberechtigt anbieten, 21,0% abstinenzorientiert ausgerichtet sind und 17,7% eher akzeptanzorientiert.

Die in den Einrichtungen eingesetzten Therapieverfahren im Rahmen einer ambulanten Rehabilitation sind vorwiegend verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Interventionen. Nach derzeitigem Erkenntnisstand sind die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), das Kontingenzmanagement (KM) und die motivierende Gesprächsführung (MI) sinnvolle und wirksame Bestandteile einer Suchtbehandlung.

Für die Substitutionsbehandlungen belegt die Bevölkerungsanalyse ein mit wachsender Bevölkerungsdichte steigendes Verhältnis von versorgten Substituierten pro Arzt/Ärztin und eine in bevölkerungsarmen Kommunen höhere Anzahl Substituierter pro Tausend Einwohner/innen als in bevölkerungsreichen (2,9 bzw. 2,0). Gleichwohl besteht zwischen der Zahl versorgter Substituierter und der Bevölkerungsdichte ein klarer positiver Zusammenhang: Je städtischer die Kommunen strukturiert sind, desto mehr Personen pro Tausend Einwohner/innen werden substituiert. Desto mehr Patienten/innen versorgt aber auch ein Arzt bzw. eine Ärztin (37 Personen in niedrig besiedelten, 78 in hoch besiedelten Kommunen). Die Versorgung Opioidabhängiger differiert also zwischen ländlichen und städtischen Kommunen.

Die Anzahl durchgeführter Substitutionsbehandlungen steht in Zusammenhang mit der sozialen Struktur der Kommune: Je niedriger diese ist, desto mehr dieser Behandlungen werden durchgeführt. Auf die gleiche Weise variiert das numerische Verhältnis betreuter Substitutionspatienten pro Arzt/Ärztin: In Kommunen mit niedrigem sozialen Niveau ist dieses hoch, in Kommunen hohen Niveaus ist es niedrig.

Die Betreuungsdauer der Klientel zeigt sich rückläufig, was jedoch hauptsächlich durch die Alkoholklientel moderiert wird. In der Verlaufsanalyse wird die Abnahme der Betreuungsdauer für diese Klientel von 254 Tagen in 2008 auf 208 in 2016 deutlich, wobei die mittlere Anzahl an Kontakten pro Betreuung stabil blieb - trotz steigender Einmalkontakte und Abnahme von Betreuungen mit mehr als 30 Kontakten. Die Betreuungsdauer steht nicht in einem systematischen Zusammenhang mit den untersuchten Bevölkerungsindikatoren. Für die Opioid- und Cannabisklientel kann gezeigt werden, dass deren Betreuungsdauer eher länger ist, wenn wenige Betreuungen für diese Klientel in einer Kommune erbracht werden. Die Betreuungsdauer von Opioidkonsumenten ist in Kommunen mit niedriger Bevölkerungszahl am höchsten und in Kommunen mit dem höchsten Anteil an Deutschen ohne Migrationshintergrund.

Die Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen zu Betreuungsbeginn zeigt über die Jahre keine wesentlichen Veränderungen in Bezug auf den täglichen Konsum. Die Anteile liegen in 2016, je nach im Vordergrund stehender Suchtproblematik, zwischen 20 % und 43 %.

Das Alter bei Beginn einer neuen Betreuung steigt für alle Substanzgruppen zwischen 2008 und 2016 an. Die Gruppe mit den nicht substanzgebundenen Glücksspielstörungen zeigt sich zum Zeitpunkt des Betreuungsbeginns durchschnittlich zwei Jahre jünger. Die Altersgruppen 55 Jahre und älter wachsen beim Alkohol- und Opioidklientel, die jüngeren Klienten/innen verlieren bei Alkohol-, Opioid- und Cannabisproblematiken (relativ) an Bedeutung.

In Kommunen mit niedriger Bevölkerungsdichte oder aber hohem Anteil Deutscher kann ein geringeres Alter bei Betreuungsbeginn ausgemacht werden.

Inwieweit die häufig geforderte frühere Erreichung und Frühintervention (siehe hierzu auch Aktionsplan gegen Sucht NRW) realisiert wird, kann durch die Latenz zwischen Störungs- und Betreuungsbeginn über die Jahre 2009 bis 2016 untersucht werden. Für NRW zeigt sich, dass sich diese Latenzzeit für alle Substanzgruppen wesentlich erhöht. Bei den Glücksspielern ist in den Jahren 2010 und 2011 ein Rückgang dieser zu beobachten; im Weiteren bleibt sie stabil.

Der Abschluss einer Betreuung durch reguläre Beendigungen oder aber planmäßige Weitervermittlung ist von 2008 bis 2016 leicht ansteigend.

6.3 Schadensminimierung

Die Literaturanalyse zeigt, dass niedrigschwellige und nicht-medizinische Settings effizient für Hepatitis-C und HIV-Aufklärungen sowie (Schnell-) Testangebote sind und diese von den Betroffenen gut angenommen werden

Eine gute Verfügbarkeit von Spritzenutensilien trägt nachweislich zu einer Reduzierung der HIV-Verbreitung und einer Verringerung des riskanten Konsumverhaltens bei. Der intravenöse Konsum stelle immer noch die gebräuchlichste Konsumform der Opioid-Klientel dar, die Anteile sind allerdings bis 2016 stetig gesunken.

Untersuchungen belegen, dass Naloxon-Kits, ausgegeben im Rahmen eines ambulanten Betreuungsprogramms Opioidabhängiger, in Fällen einer akuten Überdosierung erfolgreich eingesetzt werden können und damit das Überleben sichern.

Drogenkonsumräume minimieren Überdosierungen mit lebensbedrohenden Notfällen, reduzieren gesundheitsschädigende Konsumweisen und bahnen Kontakte und Vermittlungen in das weitere Hilfesystem an.

Injizierender Konsum ist bei der Opioid-Klientel des nordrhein-westfälischen Suchthilfesystems zu Betreuungsbeginn, aber auch in Bezug auf die gesamte Lebenszeit dieser Personen, stark rückläufig (Verlaufsanalyse, 2008 – 2016). In 2016 waren es 24 % der Opioidklientel, die zu Beginn der Betreuung diese Substanzen auf diese Weise konsumierten. Der Anteil der Klientinnen und Klienten mit einer Opioidproblematik, der bei Betreuungsbeginn nicht auf HIV und HCV getestet war, verändert sich zwischen den Jahren 2008 und 2016 kaum und liegt bei 53 % für HIV und 39 % für HCV.

Lediglich knapp 15 % der befragten Einrichtungen gaben an, Tests und Beratung für HIV und HCV durchzuführen. Dieser Anteil hat sich seit 2011 nur geringfügig erhöht. Gut 35 % der Einrichtungen führten in 2016 einen Spriztentausch durch (2011: 32,7 %) und insgesamt 42,8 % boten auch niedrigschwellige Hilfen (2011: 33,9 %).

In NRW gibt es im Jahr 2016 zehn Drogenkonsumraumstandorte mit insgesamt 96 Konsumplätzen. Für das Jahr 2016 wurden insgesamt 211.730 Konsumvorgänge dokumentiert – 88,8 % von Männern und 11,2 % von Frauen. Seit dem Jahr 2013 haben die Konsumvorgänge um 10,4 % zugenommen.

6.4 Einrichtungen: Angebote und Gesamtstruktur

Die Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesystems Nordrhein-Westfalens stellen ein breites, differenziertes Angebot für die unterschiedlichen Zielgruppen bereit. Dieses Angebot ist in den vergangenen Jahren breiter und differenzierter geworden.

Die meisten Einrichtungen richten sich an mehrere Zielgruppen (für Alkoholproblematiken stehen 82,3 % der Einrichtungen offen, für problematischen Medikamentenkonsum 78,8 %, für illegale Drogen 70,9 %, für Glücksspielprobleme 58,2 %). Sie halten diverse Angebote vor (Beratung: 97 %, psychosoziale Begleitung Substituierter: 58,5 %, ambulante medizinische Rehabilitation: 53,5 %, niedrigschwellige Leistungen: 42,8 % und Präventionsangebote: 59,8 % (universell), 54,5 % (selektiv) bzw. 38,8 % (indiziert)). Spezielle Angebote richten sich gezielt an einzelne Personengruppen: Angehörige (51,2 % der Einrichtungen), Kinder aus suchtbelasteten Familien (24 %), Eltern (23 %) und Frauen (21,3 %) standen hier im Vordergrund. Die Bedeutung von Angeboten für Eltern wurde in der Literaturanalyse benannt.

Zwischen den Jahren 2011 und 2016 stiegen insbesondere die erbrachten Leistungen der allgemeinen und der Beratung im Justizvollzug, der ambulanten medizinischen Rehabilitation, der psychosozialen Begleitung Substituierter sowie der Vergabe des Substitutionsmittels und auch der selektiven Prävention. Zugenommen haben ebenfalls niedrigschwellige Hilfen, der Spriztentausch und die universelle sowie indizierte Prävention. Bei den speziellen Angeboten hat es eine deutlich gestiegene Inanspruchnahme bei den Angeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien und denen für ältere Personen gegeben. Zunahmen waren auch zu verzeichnen für Angebote für Angehörige, Frauen und Eltern. Deutlich zurückgegangen sind die erbrachten Leistungen im Bereich aufsuchender Suchthilfe (Streetwork). Leichte Rückgänge sind im Bereich der Online-Beratung zu berichten.

Insgesamt nehmen 41,7 % der Einrichtungen eine größere Nachfrage nach Leistungen der ambulanten Suchthilfe wahr, als es ihr Angebot bietet. Dieser Eindruck ist für das Jahr 2016 stärker als er (rückblickend) für das Jahr 2011 ist. Dazu passt, dass aktuell 28,8 % der Einrichtungen Wartelisten führen. Für Reha-Maßnahmen greifen Einrichtungen seltener auf diese zurück (10,4 %) als für Beratungsleistungen (25,6 %).

In Bezug auf die Weiterqualifizierung des Personals sieht fast die Hälfte der Einrichtungen großen oder sehr großen Bedarf (46,5 %). Besser wird die Sachausstattung der Einrichtung zur Erfüllung der fachlichen Anforderungen beurteilt: Ein Drittel der Einrichtungen (35,4 %) hält sie für stark oder sehr stark verbesserungsbedürftig.

Die Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesystems Nordrhein-Westfalens verfügen über ein durchschnittliches Jahresbudget von 390.000 Euro. Das in ihnen beschäftigte Personal arbeitet durchschnittlich 204 Stunden in der Woche und betreut p. a. 513 Klienten/innen, wofür die Einrichtung an 38,9 Stunden in der Woche geöffnet ist. Seit 2008 sind die jährlichen Gesamtbudgets der Einrichtungen (KDS-Verlaufsanalyse) um durchschnittlich 15 % gestiegen, wenn Inflation und Gehaltssteigerungen berücksichtigt werden, dürfte dies real einen Rückgang bedeuten. Die Anzahl der Vollzeitäquivalente ist in diesem Zeitraum um 5 % zurückgegangen.

Für die kommuneweite Anzahl der Suchthilfeeinrichtungen, deren Gesamtbudget und weitere Kennziffern sind durch die Bevölkerungsanalyse klare Zusammenhänge zu den Bevölkerungsindikatoren festzustellen: Mit wachsender Bevölkerungszahl der Kommunen steigt auch die Anzahl ihrer ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, die Höhe des kommuneweiten Jahresbudgets und die Gesamtöffnungszeit der Einrichtungen. Gleiches gilt auch für den Zusammenhang zur Bevölkerungsdichte: Je städtischer die Kommune strukturiert ist, desto größer ist die Anzahl der Einrichtungen und umso höher steigen die gerade beschriebenen, kommuneweiten Einrichtungskennwerte. Und ein Drittes ist festzuhalten: Zum Anteil der deutschen Staatsbürger/innen stehen einige Einrichtungskennwerte in negativem Zusammenhang: Je höher der Anteil Deutscher, desto weniger Einrichtungen bestehen, desto niedriger sind die Gesamtpersonalstunden und desto geringer ist die (kommuneweite) Öffnungszeit der Suchthilfeeinrichtungen. Aus analytischer Perspektive gilt: Viele Einrichtungen, ein hohes Jahresbudget, hohe Personalstunden, sowie lange Öffnungszeiten gehen mit einer hohen Bevölkerungszahl, einer hohen Bevölkerungsdichte und einem niedrigen Anteil Deutscher einher.

Dass dieser doppelte Zusammenhang nicht immer in dieser Klarheit gegeben und deshalb für die Analyse bedeutsam ist, zeigt der Blick auf die Sozialindikatoren. Zwischen der Mindestsicherungsquote sowie der Höhe der durchschnittlichen Lohn- + Einkommenssteuerzahlung pro Einwohner/in einer Kommune und ihrer Anzahl ambulanter Suchthilfeeinrichtungen, deren kommuneweiten Jahresbudgets und ihren Gesamtpersonalstunden bestehen positive Zusammenhänge. Das bedeutet: Je höher die kommunale Mindestsicherungsquote oder die Lohn- + ESt-Zahlung pro Kopf in der Kommune sind, desto mehr Einrichtungen, desto höhere Jahresbudgets und desto mehr Personalstunden lassen sich für die Kommune feststellen. Anders herum sind diese Zusammenhänge aber bis auf einen nicht deutlich festzustellen. Die Gruppe der Kommunen mit einer hohen Einrichtungszahl oder auch die mit einem hohen Jahresbudget aller Suchthilfeeinrichtungen haben zwar jeweils etwas höhere Mindestsicherungsquoten als die Gruppen der Kommunen, in denen wenige Einrichtungen oder solche mit einem insgesamt niedrigen Jahresbudget existieren, aber sie unterscheiden sich nur geringfügig, um einen Prozentpunkt, voneinander. Gleiches gilt für die Arbeitslosenquoten. Die kommunale Abiturquote hingegen steht – nur aus diesem Analyseblickwinkel – in positivem Zusammenhang zu Einrichtungszahl, Jahresbudget und Personalstunden (je höher die Quote, desto höher die Einrichtungskennwerte). Allein für die Höhe der Lohn- + ESt-Zahlung pro Einwohner/in einer Kommune besteht auch zusätzlich aus dieser gewendeten Perspektive ein Zusammenhang: Je höher diese Abgaben, desto mehr Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe, desto höher sind deren Budgets und Personalstunden in den jeweiligen Kommunen.

6.5 Koordination

Gelingende Koordination - Kommunikation, Kooperation und auch Schnittstellenmanagement zwischen den Einrichtungen - ist in einem differenzierten Hilfesystem notwendige Bedingung seines Erfolges zu Gunsten der versorgten Klienten/innen. Dies wird insbesondere für die Kombinationsbehandlung und andere (neue) Leistungsformen betont (Bürkle, 2016; DRV & GKV, 2015a, 2015b) oder aber auch vor dem Hintergrund der Förderung beruflicher (Re-) Integration Suchtkranker (BORA, 2014), ist aber tatsächlich weit darüber hinaus erforderlich. Auf diese Weise werde u. a. Rückfällen vorgebeugt und das Risiko für riskanten Substanzkonsum reduziert (Kipke et al., 2015; Thaller et al., 2017).

Die Kooperation der Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesystems mit anderen Einrichtungen aus dem Kern des Hilfesystems ist seit vielen Jahren gewachsen und in vielen Fällen eng und verbindlich strukturiert. Netzwerkartige Strukturen haben beachtenswerte Anteile (mehr als 40 % der befragten Einrichtungen in der Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Suchtberatung, medizinischen Suchtbehandlung, Prävention und Früherkennung sowie Suchtselbsthilfe), auch wenn die Beteiligten in der Regel im Einzelfall zusammenarbeiten. Größten Zuwachs an Kooperation gab es mit Einrichtungen der Eingliederungshilfe (36,8 % mehr oder viel mehr Zusammenarbeit) und denen der Prävention und Frühintervention (31,8 %). Die Analyse der Verlaufsdaten lässt einen Rückgang der betreuungsspezifischen Kooperationen mit dem Bereich stationärer Rehabilitation um 3,6 Prozentpunkte auf 17,6 % im Jahr 2016 erkennen. Ein ähnlicher Rückgang ist bei solcher Zusammenarbeit mit Krankenhäusern bzw. ihren Abteilungen zu verzeichnen (minus 3,6 Prozentpunkte, auf 16,5 % im Jahr 2016).

Die durch die Bundesregierung betonte Bedeutung der Hausärzte/innen beim Zugang neuer Klienten/innen in das Suchthilfesystem (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2011) spiegelt sich nicht in den nordrhein-westfälischen Zahlen wider: Der Anteil der durch diese neu angestoßenen Betreuungen verharrt über die Jahre (2008-2016) bei sieben bis acht Prozent. Gleichwohl wird für ein über die Jahre stabiles Viertel der Betreuungen eine Kooperation während der Betreuung mit einer ärztlichen (oder psychotherapeutischen) Praxis angegeben.

Der allergrößte Teil der Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesystems Nordrhein-Westfalens führt Fallkonferenzen mit anderen Leitungserbringern zu einzelnen Klienten/innen durch (82,2 %). Mehr als 70 Prozent kooperieren auf diese

Weise mit der Jugendhilfe bzw. dem Jugendamt, dem ambulanten betreuten Wohnen, den Jobcentern und Beratungsstellen.

Die Koordination mit der Jugendhilfe bzw. dem Jugendamt ist für viele Einrichtungen der Suchthilfe eine engere als mit den anderen, dem eigentlichen Suchthilfesystem fernerer Institutionen. So gibt es mit dieser Institution auch nennenswerte Anteile konzeptioneller Zusammenarbeit (35,8%). Fast die Hälfte der Einrichtungen berichtet bezüglich dieser von einer Zunahme der Zusammenarbeit. Aus der Verlaufsanalyse ist zu erkennen, dass sich insbesondere bei Cannabisproblematiken der Zugang in die Betreuung über die Jugendhilfe erhöht hat.

Eine Zunahme der Zusammenarbeit berichten die Einrichtungen auch mit den Jobcentern – die Kooperationen haben sich seit 2011 vermehrt und finden bei einem Drittel netzwerkartig und einem weiteren Fünftel bilateral koordiniert statt; 22,3% der Einrichtungen berichten von einer vertraglichen Zusammenarbeit. Letzteres ist ein niedrigerer Wert als er von Seiten der Jobcenter angegeben wird (37,2%), für deren Integration in lokale Netzwerken aber ebenfalls ein Anwachsen berichtet wird (Henke et al., 2018). Die hier durchgeführte Verlaufsanalyse belegt – betreuungsspezifisch, nicht einrichtungsspezifisch – allerdings einen Rückgang der Kooperationen mit den Jobcentern während der Betreuungen. Während im Jahr 2011 noch bei 16,3% der Betreuungen mit einem Jobcenter kooperiert wurde, geschah dies im Jahr 2016 nur noch bei 9,8% der Betreuungen (das ist ein Rückgang um 39,9%). Die Vermittlung von Suchtkranken an die Suchthilfe durch Jobcenter im Sinne des § 16a SGB II wird in der Literatur als grundsätzlich nur rudimentär qualifiziert, die Zahlen der Vermittlungen seit 2009 werden als zurückgehend beschrieben (Henkel & Zemlin, 2013). Letzteres kann durch die Verlaufsanalyse bestätigt werden: Der Anteil der durch die Jobcenter vermittelten Betreuungen im ambulanten Suchthilfesystem ist von 5% (im Jahr 2008) auf 2% (2016) zurückgegangen. Die Ergebnisse der verschiedenen empirischen Module zur jobcenterspezifischen Kooperation bleiben also widersprüchlich und bedürfen der Diskussion.

Der gesonderte Kooperationsbedarf zwischen Justizvollzugsanstalten und suchtspezifischen Hilfeeinrichtungen wurde durch eine von Vertretern/innen des nordrhein-westfälischen Justizministeriums sowie der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, des Städtetages, des Städte- und Gemeindebundes sowie des Landkreistages unterzeichnete Rahmenvereinbarung hervorgehoben (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011). Die empirischen Erkenntnisse zu den ihr nachfolgenden Entwicklungen sind mehrschichtig: Auf der einen Seite kann – nach Angaben der befragten Einrichtungen – eine deutliche Zunahme der Suchtberatung im Justizvollzug zwischen den Jahren 2011 und 2016 berichtet werden. Der Anteil der Zugänge in die Betreuung durch aus dieser Institution vermittelte Betreuungen verändert sich allerdings nicht (Verlaufsanalyse): Er bleibt bei acht bis neun Prozent (2008-2016). Auf der anderen Seite beschreiben die Einrichtungen, dass sich das Ausmaß der Kooperation mit diesen Institutionen in den vergangenen Jahren in weit überwiegenderem Maße (73,4%) nicht verändert habe. Die Analyse der Verlaufsdaten deutet eher auf einen Rückgang enger Zusammenarbeit: Betreuungsspezifisch festgehaltene Kooperationen mit Justizbehörden bzw. der Bewährungshilfe nehmen zwischen den Jahren 2011 und 2016 von 18,5% auf 15,5% ab.

Generell bleibt netzwerkartige, verbindliche Koordination für Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe mit Institutionen jenseits der Suchthilfe die Ausnahme. Die Regel ist die Zusammenarbeit im Einzelfall. Besonders häufig fehlt die Zusammenarbeit mit der Altenhilfe und –pflege aber auch mit der Agentur für Arbeit (SGB III, Arbeitsförderung).

Die Koordination mit Akteuren der öffentlichen Hand findet statt: Wenn aus Sicht der Einrichtungen eine kommunale Suchthilfeplanung besteht, nehmen 76,8% von ihnen regelhaft und weitere 15,9% zumindest sporadisch daran teil. Hier hat es seit 2011 eine leichte Zunahme gegeben. An den gesetzlich etablierten, kommunalen Gesundheitskonferenzen partizipieren 59,2% der Einrichtungen.

7. Diskussions- und Entscheidungsempfehlungen

A **Prioritätensetzung, Steuerung**

Versorgungsbedürftige Menschen in NRW mit Suchtproblemen werden durch das dortige ambulante Suchthilfesystem in höchst unterschiedlichem Ausmaß versorgt: Z. B. werden bis zu 71 % der Personen mit Opioidabhängigkeit erreicht, knapp 19 % der Menschen mit klinisch relevantem Cannabiskonsum, während es von den Personen mit klinisch relevantem Alkoholkonsum aber nur etwa 2 % und von denen mit entsprechendem Medikamentenkonsum lediglich 0,2 % sind. In den vergangenen Jahren haben sich Verschiebungen zwischen den Anteilen der erreichten Hauptproblemgruppen ergeben: Die Gruppe der Personen mit Cannabisproblemen ist relativ und absolut gewachsen, ebenso die der Personen mit Glücksspielproblemen. Ein relativer Rückgang ist für die Alkohol- und Opioid-Betreuungen zu verzeichnen. Die Einrichtungen berichten von einer größeren Nachfrage als sie mit ihren Angeboten befriedigen können. Es existieren Wartelisten. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist in der Zukunft eine Zunahme der Alkohol- und Medikamentenprobleme in den älteren Bevölkerungsgruppen zu erwarten. Die („Latenz“-) Zeit zwischen Störungsbeginn und Aufnahme einer Betreuung im ambulanten Hilfesystem ist im Analysezeitraum um z. T. mehrere Jahre gestiegen. Jüngere Altersgruppen verlieren bei den neuen Betreuungen relativ an Bedeutung, ältere Kohorten gewinnen hinzu.

In einigen Kommunen können Suchthilfeeinrichtungen keine Suchthilfeplanung erkennen.

Gezielte Landesförderung – wie geschehen bei Angeboten für Pathologische Glücksspieler/innen – kann die erfolgreiche Etablierung spezifischer Schwerpunktangebote erreichen.

Es sollten explizite Diskussionen geführt und ebensolche Entscheidungen getroffen werden, zu diesen Fragen:

- A1 Welche Hauptproblemgruppen versorgungsbedürftiger Personen sollen in welchem Umfang erreicht werden? Welche Mittel sind dafür erforderlich, wie sind diese aufzubringen?
- A2 Welche Maßnahmen sollen problemgruppenspezifisch im Vordergrund stehen, welche sind erforderlich, welche (zunächst) verzichtbar? Welche Prioritäten sollen bei der Auswahl der Maßnahmen gesetzt werden, wenn die eigentlich erforderlichen Maßnahmen nicht finanzierbar sind? Welche bisherigen Schwerpunkte müssen verschoben, welche Mittel umgeschichtet werden? Ist das bestehende Angebot das (kommunal oder landesweit) gewollte und angestrebte Angebot? Sollen eventuell andere Schwerpunkte gesetzt werden? Von wem? Mit welchen Steuerungsmitteln bewirkt? In diesem Zusammenhang: Ist das bestehende Angebot Resultat gezielter Steuerung, mit welchen Konsequenzen?
- A3 Welche – möglicherweise – bestehenden Zielkonflikte sollten von wem explizit entschieden werden?
- A4 Welche Steuerung dieses Prozesses ist erforderlich, um ihn erfolgreich zu durchlaufen?

B **Angebote und Maßnahmen**

Das bestehende Angebot im ambulanten Suchthilfesystem ist ein breites, das in den vergangenen Jahren an Differenzierung gewonnen hat.

Die Analyse aktueller wissenschaftlicher Literatur zur wirksamen ambulanten Behandlung bzw. Betreuung und Prävention von Suchterkrankungen zeigt:

- 1 Bei der Behandlung alkoholbezogener Störungen sollte neben der Abstinenz auch die Trinkmengenreduktion als Behandlungsziel angeboten werden, letzteres sollte seitens der Einrichtungen grundsätzlich zieloffen gestaltet werden und an die Vorstellungen des/der Betroffenen anknüpfen. Kurzinterventionen, medikamentengestützte Rückfallprophylaxe und psychotherapeutische Verfahren sollten zur Anwendung kommen.
- 2 Die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger ist wirksam und erreicht wesentliche Behandlungsziele. Die Psychosoziale Betreuung (PSB) während einer Substitutionsbehandlung besitzt positive Effekte auf den Gesundheitszustand und die psychosoziale Situation der Klienten/innen.
- 3 Im Rahmen ambulanter Betreuung Opioidabhängiger ausgegebene Naloxon-Kits können in Fällen akuter Überdosierungen erfolgreich eingesetzt werden und damit das Überleben sichern.
- 4 Drogenkonsumräume minimieren Überdosierungen mit lebensbedrohenden Notfällen, reduzieren gesundheits-schädigende Konsumweisen und bahnen Kontakte und Vermittlungen in das weitere Hilfesystem an.
- 5 Niedrigschwellige und nicht-medizinische Settings sind effizient für Hepatitis-C und HIV-Aufklärungen sowie (Schnell-) Testangebote, sie werden von den Betroffenen gut angenommen.
- 6 Es existieren evidenzbasierte Behandlungsprogramme für Cannabisproblematiken (CANDIS, MDFT), ebenso wie Programme zur Frühintervention (FRed, CAN Stop).

- 7 Die ambulante Therapie pathologischer Glücksspieler/innen kann ebenso erfolgreich sein wie die stationäre. Hier regelmäßig anzutreffende, komorbide Störungen bedürfen eines integrierten Behandlungsansatzes.
- 8 Problembereichsübergreifend werden die kognitive Verhaltenstherapie, das Kontingenzmanagement und die motivierende Gesprächsführung als wirksame therapeutische Verfahren beschrieben.
- 9 Zur Angemessenheit und Wirksamkeit zielgruppenspezifischer ambulanter Beratung und deren Settings gibt es in den letzten 10 Jahren keine Veröffentlichung.

Die empirischen Analysen belegen:

- 10 Zu Betreuungsbeginn bestehen hohe Raten mit Abstinenz und wenig ausgeprägtem Konsum. Sie können als Hinweis auf die Hochschwelligkeit der Angebote interpretiert werden.

Zu diskutieren wären diese Fragen:

- B1 Wie kann die Zieloffenheit und Möglichkeit der Trinkmengenreduktion in den Einrichtungen weiter gesteigert werden?
- B2 Wie soll eine verstärkte Substitution in ländlichen Räumen bewirkt werden? Soll das numerische Verhältnis zwischen Substituierten pro Arzt bzw. Ärztin reduziert werden?
- B3 Wie soll die Ausgabe von Naloxon-Kits ermöglicht werden?
- B4 Soll das Angebot an Konsumplätzen ausgeweitet werden?
- B5 Mit welchen Mitteln kann das Angebot von Schnelltests und die Aufklärung zu HCV und HIV verbessert werden?
- B6 Sollen die Programme zur Behandlung und Prävention des Cannabiskonsums verstärkt umgesetzt werden? Wie kann dies erreicht werden?
- B7 Sollen Angebote zur ambulanten Rehabilitation pathologischer Glücksspieler ausgeweitet werden? Wie kann dies bewirkt werden?
- B8 Soll problembereichsübergreifend die verstärkte Qualifikation und der entsprechende Einsatz der kognitiven Verhaltenstherapie, des Kontingenzmanagements und der motivierenden Gesprächsführung gefördert werden? Mit welchen Mitteln?
- B9 Soll die Versorgungsforschung zu wirksamer ambulanter Suchtberatung (z. B. bezüglich best und good practice) gefördert werden? Sollen Mindeststandards der Suchtberatung erarbeitet werden?
- B10 Sollen die Angebote niedrigschwelliger ausgebildet werden, mit dem Ziel, Betroffene auch in ihren intensiven Konsumphasen und damit auch früher zu erreichen?

C Kommunale Versorgung, sozialstrukturelle und bevölkerungsspezifische Zielgruppenerreichung

Durch das ambulante Suchthilfesystem werden Versorgungsbedürftige in verschiedenen Kommunen in deutlich unterschiedlichem Ausmaß erreicht. Die Spanne reicht von 2,9 bis zu 14,6 Klienten/innen pro Tausend Einwohner/innen. Viele versorgte Klienten/innen stammen aus Kommunen mit einer hohen Bevölkerungsdichte, einer hohen Bevölkerungszunahme in den letzten Jahren, einem hohen Anteil von Ausländern, einem hohen Anteil Deutscher mit Migrationshintergrund, einer hohen Arbeitslosen- oder Mindestsicherungsquote oder mit einem insgesamt niedrigen Sozialniveau. Kommunen, die viele Klienten/innen versorgen (darunter sind auch die Substituierten), sind spezifisch charakterisiert: durch eine hohe Bevölkerungsdichte, einen hohen Anteil Ausländer, einen hohen Anteil Deutscher mit Migrationshintergrund, eine hohe Arbeitslosen- oder Mindestsicherungsquote und ein niedriges Sozialniveau insgesamt. Die erreichten Klienten/innen zeigen sich soziodemographisch seit vielen Jahren überaus stabil unterprivilegiert, bestehende kommunale Sozial- und Bevölkerungsstrukturen finden sich verstärkt im versorgten Klientel wider.

Es sollten diese Aspekte diskutiert und entschieden werden:

- C1 Soll eine minimale, kommunale Versorgungsquote für die ambulante Suchthilfe als Zielmarke für einen kommenden Zeitraum festgelegt werden, z. B. 10 Personen / Tsd. Personen (= 1%), zu erreichen in z. B. fünf oder sieben Jahren?
- C2 Soll die Erreichung Versorgungsbedürftiger insbesondere im ländlichen Bereich verbessert werden?
- C3 Sollen Versorgungsbedürftige zukünftig verstärkt auch in Kommunen hohen sozialen Niveaus bzw. verstärkt Klienten/innen höheren sozialen Status durch die ambulante Suchthilfe erreicht werden?
- C4 Sollen Klienten/innen mit Migrationshintergrund verstärkt auch in Kommunen erreicht werden, in denen sie nicht stark vertreten sind? In welchem Umfang und mit welchen Mitteln soll dies erreicht werden? Welche Bedeutung soll den fremdsprachlichen Angeboten in den Muttersprachen der Hauptzuzwanderergruppen eingeräumt werden?
- C5 Wie sollen die Maßnahmen im ambulanten Suchthilfesystem in Hinblick auf die Paradigmen der Sozial-, der Gesundheitspolitik und der Minimierung gesellschaftlicher Schäden ausgeprägt werden?

D Geschlechtsspezifische Aspekte

Männer und Frauen werden durch das ambulante Suchthilfesystem – problemspezifisch – nicht im gleichen Ausmaß entsprechend der Problemverteilung in der Bevölkerung versorgt.

Es sollte diskutiert werden:

- D1 Soll eine Versorgung der Männer und Frauen (Anteile der hauptproblemspezifischen Betreuungen) angestrebt werden, die dem hauptproblemspezifischen Versorgungsbedarf der Geschlechter in der Bevölkerung entspricht? In den Ausgleich welcher Disparitäten sollen prioritär Bemühungen investiert werden?

E Einrichtungsstruktur

Die Budgets der Einrichtungen des ambulanten Hilfesystems sind zwischen den Jahren 2008 und 2016 um durchschnittlich 15 % gewachsen. Werden Inflation und Einkommenssteigerungen einbezogen, dürfte dies real eine Verringerung der finanziellen Ressourcen bedeuten. Die Anzahl der Vollzeitäquivalente sank um 5 %. Die Anzahl der durchgeführten Betreuungen ist im gleichen Zeitraum um 25 % gestiegen, die durchschnittliche Dauer der Betreuungen (insgesamt) sinkt um 17 %. Die Größe der Einrichtungen, in Bezug auf Betreuungszahl, Budget oder auch Personalumfang, weist eine große Spanne auf.

Es gibt Weiterqualifizierungsbedarfe in relevantem Ausmaß.

Vor dem Hintergrund der unter A bis D erörterten Aspekte sollte diskutiert und entschieden werden:

- E1 Welche Mittel sollen den Einrichtungen für die zu erbringenden Angebote bzw. Leistungen zur Verfügung gestellt werden? Von wem in welchem Umfang?
- E2 Sollen Mindestanforderungen in Bezug auf Angebote, Öffnungszeiten, personelle Besetzung/Qualifikation und räumlich/technische Ausstattung und die damit einhergehende finanzielle Ausstattung formuliert werden?
- E3 Wie können die Weiterqualifizierungsbedarfe befriedigt bzw. hierbei ggf. bestehende Barrieren überwunden werden?

F Zusammenarbeit, Koordination

Um wirksame Beiträge zur Überwindung der Suchtprobleme der Betroffenen zu leisten, ist die Zusammenarbeit unterschiedlicher Einrichtungen erforderlich.

Besondere Bedeutung kommt der Qualifizierung für und Vermittlung in Arbeit zu. In ländlichen Regionen ist die überörtliche Zusammenarbeit erforderlich.

Beim Zugang neuer Klienten/innen in das ambulante Suchthilfesystem wird Hausärztinnen und Hausärzten eine große Bedeutung zugeschrieben. Auch ist ihre Kurzintervention und Rückfallprophylaxe bei Alkoholerkrankungen als wirksam belegt.

Empirisch kommt den genannten Bereichen keine große Bedeutung zu.

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung Suchtkranker nimmt seit insbesondere 2016 zu.

Es sollte diskutiert werden:

- F1 Wie kann die Zusammenarbeit von Leistungserbringern, insbesondere mit der Agentur für Arbeit, Jobcentern und Einrichtungen zur Beschäftigung + Qualifizierung, gefördert werden?
- F2 Sollen Schwerpunkte der Zusammenarbeit gesetzt werden? Welche? Wie wird dies erreicht?
- F3 Wie kann die Vermittlung von Betroffenen durch Hausärzte und Hausärztinnen in das ambulante Suchthilfesystem verstärkt werden?
- F4 Wie soll der Einbezug von Hausärzten bzw. Hausärztinnen und Psychotherapeuten/innen in die Versorgung von Suchtkranken verstärkt werden (Kurzintervention, Therapie, Rückfallprophylaxe)?

8. Anhang

8.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Status der Einrichtungen in der zentralen Datensammelstelle, bezüglich KDS-Datenlieferung und Bekanntheitsgrad differenziert nach Rücklauf zur Einrichtungsbefragung	7
Tabelle 3.1:	Einrichtungen ambulanter Suchthilfe und Zielgruppen (KDS, Mehrfachnennungen)	46
Tabelle 3.2:	Größe der Einrichtungen ambulanter Suchthilfe 2016	47
Tabelle 3.3:	Anzahl betreuter Klienten/innen je Einrichtung 2016	48
Tabelle 3.4:	Öffnungszeiten 2016	48
Tabelle 3.5:	Wartelisten aktuell + 2011 (Einrichtungsbefragung).....	48
Tabelle 3.6:	Sachausstattung der Einrichtung: Verbesserungsbedarf aktuell + 2011 (Einrichtungsbefragung)	49
Tabelle 3.7:	Fachkräfte der Einrichtung: Weiterqualifizierungsbedarf aktuell + 2011 (Einrichtungsbefragung)	49
Tabelle 3.8:	Existenz einer Suchthilfeplanung in der Kommune aktuell (Einrichtungsbefragung)	49
Tabelle 3.9:	Art der Einbindung in die Suchthilfeplanung der Kommune aktuell + 2011 (Einrichtungsbefragung)	50
Tabelle 3.10:	Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern und anderen Institutionen, aktuell + 2011, Teil 1 (Einrichtungsbefragung)	51
Tabelle 3.11:	Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern und anderen Institutionen, aktuell + 2011, Teil 2 (Einrichtungsbefragung).....	52
Tabelle 3.12:	Fallkonferenzen mit weiteren Leistungserbringern 2016 (KDS)	53
Tabelle 3.13:	Durchgeführte Betreuungen: Klienten/innen mit eigener Problematik 2016 + 2011, Gesamtebene NRW, nach Geschlecht.....	54
Tabelle 3.14:	Durchgeführte Betreuungen: Angehörige 2016, Gesamtebene NRW, nach Geschlecht	54
Tabelle 3.15:	Durchgeführte Betreuungen: Klienten/innen, 2016, Gesamtebene NRW, nach Problembereich und nach Geschlecht	55
Tabelle 3.16:	Einrichtungen: Angebote 2016 + 2011, durchschnittliche Anzahl pro Einrichtung.....	57
Tabelle 3.17:	Verhältnis Angebot / Nachfrage aktuell + 2011 (Einrichtungsbefragung)	58
Tabelle 3.18:	Grundsätzliche Ausrichtung der Einrichtung aktuell (bzgl. Beratungs- und Betreuungsleistungen, Einrichtungsbefragung).....	58
Tabelle 3.19:	eingesetzte Therapieverfahren 2016 (Einrichtungsbefragung, Mehrfachnennung)	58
Tabelle 3.20:	Anzahl im Angebot eingesetzter Fremdsprachen aktuell (Einrichtungsbefragung)	59
Tabelle 3.21:	Häufigkeit in Einrichtungen eingesetzter Fremdsprachen aktuell (Einrichtungsbefragung, Mehrfachnennungen möglich).....	59
Tabelle 3.22:	Veränderungen im fremdsprachlichen Beratungs- und Betreuungsangebot zwischen 2011 und aktuell (Einrichtungsbefragung).....	60
Tabelle 3.23:	Patienten/innen mit einer Suchtdiagnose und kassenärztlich finanzierter, psychotherapeutischer Behandlung, nach Störungsart, 2017	62
Tabelle 3.24:	Landesgeförderte PGS-Einrichtungen: Klienten/innen	64
Tabelle 4.1:	Einrichtungen, mittlere Budgets, 2008 + 2016.....	66
Tabelle 4.2:	Berufsgruppen pro Einrichtung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ), 2008 + 2016	67
Tabelle 5.1:	Bevölkerung, Betreute im ambulanten Suchthilfesystem, 2016 + 2011	86
Tabelle 5.2:	Einrichtungen, Anzahl in den Kommunen, NRW 2018.....	86
Tabelle 5.3:	Einrichtungsvolumina nach Bevölkerungscharakteristika, in den Kommunen, 2016	90
Tabelle 5.4:	Bevölkerungscharakteristika nach Einrichtungsvolumina, in den Kommunen, 2016	91
Tabelle 5.5:	Klienten/innen (Problembereich) nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, 2016.....	93
Tabelle 5.6:	Klienten/innen (Problembereich) pro Tsd. Einwohner/innen nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, 2016	95
Tabelle 5.7:	Bevölkerungscharakteristika der Kommune nach Klienten/innen (Problembereich) pro Tsd. Einwohner, 2016.....	97
Tabelle 5.8:	Bevölkerungscharakteristika der Kommune nach Geschlecht Klienten/innen pro Tsd Einwohner/innen, 2016	98
Tabelle 5.9:	Bevölkerungscharakteristika der Kommune nach Migration und Nationalität, KDS, Teil 1, 2016.....	100

Tabelle 5.10: Bevölkerungscharakteristika der Kommune nach Migration und Nationalität, KDS, Teil 2, 2016.....	101
Tabelle 5.11: Alter bei Betreuungsbeginn (Problembereich) nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, KDS, 2016.....	103
Tabelle 5.12: Betreuungsdauer (Problembereich) nach Klienten/innen pro Tsd. Einwohner, KDS, 2016.....	104
Tabelle 5.13: Betreuungsdauer (Problembereich) nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, KDS, 2016.....	105
Tabelle 5.14: Einrichtungsvolumina nach sozialstrukturellen Charakteristika, in den Kommunen, 2016	107
Tabelle 5.15: sozialstrukturelle Charakteristika nach Einrichtungsvolumina, in den Kommunen, 2016.....	108
Tabelle 5.16: Klienten/innen nach sozialstrukturellen Charakteristika der Kommune, 2016.....	110
Tabelle 5.17: Klienten/innen (pro Tsd Einwohner/innen) nach sozialstrukturellen Charakteristika der Kommune, 2016	111
Tabelle 5.18: sozialstrukturelle Charakteristika der Kommune nach Klienten/innen (Problembereiche) pro Tsd. Einwohner/innen, 2016	112
Tabelle 5.19: Klienten/innen nach Geschlecht pro Tsd. Einwohner/innen nach sozialstrukturellen Charakteristika der Kommune, 2016	114
Tabelle 5.20: KDS-Klienten/innen sozial differenziert nach sozialstrukturellen Charakteristika der Kommune, KDS, 2016.....	116
Tabelle 5.21: sozialstrukturelle Charakteristika der Kommune nach KDS-Klienten/innen (sozial differenziert), KDS, 2016.....	117
Tabelle 5.22: Bevölkerungscharakteristika der Kommune nach Substitution, 2016.....	119
Tabelle 5.23: sozialstrukturelle Charakteristika der Kommune nach Substitution, 2016	121
Tabelle 5.24: Bevölkerungscharakteristika der Kommune nach psychotherapeutisch Versorgten (Problembereich) pro Tsd Einw, NRW 2017	123
Tabelle 5.25: sozialstrukturelle Charakteristika der Kommune nach psychotherapeutisch Versorgten (Problembereich) pro Tsd Einwohner/innen, NRW 2017	125
Tabelle 5.26: Klienten/innen nach Geschlecht pro Tsd Einwohner/innen nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, 2016.....	126
Tabelle 5.27: Migrierte und Ausländer/innen nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, KDS, Teil 1, 2016.....	127
Tabelle 5.28: Migrierte und Ausländer/innen nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, KDS, Teil 2, 2016.....	128
Tabelle 5.29: Alter bei Betreuungsbeginn (Problembereich) nach Klienten/innen pro Tsd. Einwohner, KDS, 2016.....	129
Tabelle 5.30: Bevölkerungscharakteristika der Kommune nach Alter bei Betreuungsbeginn (Problembereich), KDS, 2016.....	130
Tabelle 5.31: Bevölkerungscharakteristika der Kommune nach Betreuungsdauer (Problembereich), KDS, 2016.....	131
Tabelle 5.32: sozialstrukturelle Charakteristika der Kommune nach Geschlecht Klienten/innen pro Tsd. Einwohner/innen, 2016	132
Tabelle 5.33: Substitution nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, 2016	133
Tabelle 5.34: Substitution nach sozialstrukturellen Charakteristika der Kommune, 2016	134
Tabelle 5.35: psychotherapeutisch Versorgte (Problembereich) pro Tsd Einwohner/innen nach Bevölkerungscharakteristika der Kommune, NRW 2017	135
Tabelle 5.36: psychotherapeutisch Versorgte (Problembereich) pro Tsd Einwohner/innen nach sozialstrukturellen Charakteristika der Kommune, NRW 2017	136
Tabelle 6.1: Erreichung Personen mit klinisch relevantem Konsum durch Betreuung im ambulanten Suchthilfesystem nach Problembereich, Gesamtebene NRW, 2016.....	140
Tabelle 6.2: Geschlechterverhältnisse, klinisch relevanter Konsum Bevölkerung und Betreuungen im ambulanten Suchthilfesystem nach Problembereich, Gesamtebene NRW, 2016.....	141
Tabelle 8.1: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Bevölkerungszahl	156
Tabelle 8.2: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Bevölkerungsdichte	156
Tabelle 8.3: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Bevölkerungszunahme	157
Tabelle 8.4: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Bevölkerungsanteil Deutsche.....	157
Tabelle 8.5: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Bevölkerungsanteil Deutsche ohne Migrationshintergrund	158

Tabelle 8.6: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Bevölkerungsanteil Deutsche mit Migrationshintergrund	158
Tabelle 8.7: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Arbeitslosenquote	159
Tabelle 8.8: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Mindestsicherungsquote	159
Tabelle 8.9: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Lohn- + Einkommenssteuer pro Kopf der Bevölkerung	160
Tabelle 8.10: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen (Fach-) Abiturquote	160
Tabelle 8.11: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Sozialindex	161

8.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Übersicht Gesamtsystem ambulante Suchthilfe NRW: Generierung der Datensätze.....	6
Abbildung 1.2:	Bevölkerungsanalyse: Generierung des Datensatzes	9
Abbildung 1.3:	Verlaufsanalyse: Generierung der Datensätze.....	11
Abbildung 3.1:	Räumliche Verteilung der Einrichtungen ambulanter Suchthilfe	47
Abbildung 3.2:	Substitutionspatienten und –ärzte/innen in NRW, 2008 - 2017	61
Abbildung 3.3:	Substitutionsmittel, Anteile in NRW, 2008 - 2017.....	61
Abbildung 3.4:	Patienten/innen mit einer Suchtdiagnose und kassenärztlich finanzierter, psychotherapeutischer Behandlung, nach Störungsart, 2015-2017	63
Abbildung 3.5:	Patienten/innen mit einer Suchtdiagnose und kassenärztlich finanzierter, psychotherapeutischer Behandlung, nach Störungsart und Geschlechtsanteil, 2015-2017.....	64
Abbildung 4.1:	Betreuungen, eigene Problematik und Personen im Umfeld, 2008 - 2016	67
Abbildung 4.2:	Betreuungen, nach Problembereich, prozentual, 2008 - 2016.....	68
Abbildung 4.3:	Problematiken nach Geschlecht im Vergleich 2008 und 2016.....	69
Abbildung 4.4:	Alter der Klientel, nach Geschlecht und Problembereich, 2008 - 2016.....	70
Abbildung 4.5:	neue Betreuungen, nach Problembereich, prozentual, 2008 - 2016.....	72
Abbildung 4.6:	neue Betreuungen, hohe Altersgruppen, prozentual, nach Problembereich, 2008 + 2016 ..	72
Abbildung 4.7:	neue Betreuungen, jüngere Altersgruppen, prozentual, nach Problembereich, 2008 + 2016	73
Abbildung 4.8:	Latenz zwischen Alter bei Betreuungsbeginn und Störungsbeginn nach Problematik und Geschlecht, 2011 - 2016.....	74
Abbildung 4.9:	Neue Betreuungen pro Jahr: „fast täglicher und täglicher“ Konsum in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn nach Problematiken und Geschlecht 2008 - 2016.....	75
Abbildung 4.10:	Status der Migranten/innen neues Klientel, nach Geschlecht, 2011 und 2016	76
Abbildung 4.11:	neues Klientel, Anteil Migrationshintergrund (gesamt und selbst migriert), nach Problembereich, 2011 - 2016.....	77
Abbildung 4.12:	Neue Betreuungen, Lebenssituation, 2011 - 2016	78
Abbildung 4.13:	Neue Betreuungen, höchster Schulabschluss nach Geschlecht 2008 - 2016	79
Abbildung 4.14:	neue Betreuungen, Hauptlebensunterhalt nach Problematik und Geschlecht 2008 - 2016	80
Abbildung 4.15:	abgeschlossene Betreuungen, durchschnittliche Betreuungsdauer, nach Problembereich 2008 - 2016.....	81
Abbildung 4.16:	abgeschlossene Betreuungen, Anzahl von Kontakten, nach Problembereich und Geschlecht, 2009 - 2016.....	82
Abbildung 4.17:	abgeschlossene Betreuungen, 30 und mehr Kontakte nach Problematik und Geschlecht 2008 - 2016.....	83
Abbildung 4.18:	abgeschlossene Betreuungen, Betreuungsende regulär und planmäßiger Wechsel am Betreuungsende, nach Problembereich und Geschlecht 2008 - 2016.....	84
Abbildung 4.19:	abgeschlossene Betreuungen, Kooperation mit anderen Einrichtungen während der Betreuung, Mehrfachnennung (Auswahl) 2011 - 2016.....	85
Abbildung 5.1:	Kommunen und erreichte Klienten/innen pro Tausend Einwohner/innen, 2016	96

8.3 Literatur

(Literaturverzeichnis der Literaturanalyse: siehe Kapitel 2.11)

- BORA. (2014). Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014.
- Bürkle, S. (2016). Kooperation, Kommunikation, Schnittstellenmanagement. Konturen, 2.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit. (2011). Drogen- und Suchtbericht 2011. Berlin.
- DRV, & GKV. (2015a). Einheitliche Rahmenbedingungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für den Wechsel in die ambulante Entlassungsform vom 20.01.2015.
- DRV, & GKV. (2015b). Rahmenbedingungen und Indikationskriterien der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für einen ‚Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform‘ nach einer stationären/ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 04.03.2015.
- Haß, W., & Lang, P. (2016). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2015 und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Henkel, D. (2013). Sucht und Armut aus historischer und aktueller Sicht.
- Henkel, D., & Zemlin, U. (2013). Suchtkranke im SGB II: Vermittlungen an die Suchthilfe durch Jobcenter und Integration in Arbeit – eine kritische Bilanz. *SUCHT*, 59(5), 279-286. doi:10.1024/0939-5911.a000266
- Kipke, I., Brand, H., Geiger, B., Pfeiffer-Gerschel, T., & Braun, B. (2015). Arbeitslosigkeit und Sucht – Epidemiologische und soziodemographische Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik 2007–2011. *SUCHT*, 61(2), 81-94. doi:10.1024/0939-5911.a000355
- Kraus, L. (2018). Schätzung Opioidabhängiger in Deutschland.
- Kuhn, S., & Haasen, C. (2012). Alkohol- und Arzneimittelmisbrauch älterer Menschen in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen. [Alcohol and Drug Misuse of the Elderly in Health Care Facilities]. *Gesundheitswesen*, 74(05), 331-336. doi:10.1055/s-0031-1285856
- Martens, M. S., & Neumann-Runde, E. (2018). Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2016.
- Mielck, A. (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In E. Brähler, J. Kiess, C. Schubert, & W. Kiess (Eds.), *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft* (pp. 129-145). Göttingen.
- Neumann-Runde, E., Kalke, J., & Wese, B. (2017). Ambulante Suchthilfe und Suchtprävention in Hessen. In H. L. f. S. H. e.V. (Ed.), (Vol. 13). Frankfurt am Main.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D., & Raiser, P. (2011). Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD: DEUTSCHLAND - Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen.
- Piontek, D., Matos, E. G. d., Atzendorf, J., & Kraus, L. (2017). Substanzkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2015 (Vol. IFT-Berichte Bd. 189). München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Ruf, D., & Walter-Hamann, R. (2014). Suchtberatung, Suchtbehandlung und Suchtselbsthilfe von Menschen mit Migrationshintergrund. [Addiction Counseling, Treatment and Self-Support of Migrants]. *Suchttherapie*, 15(02), 75-81. doi:10.1055/s-0034-1372568
- Steffen, D. V., Werle, L., Steffen, R., Steffen, M., & Steffen, S. (2012). Ambulante Suchtrehabilitation im höheren Lebensalter. *Rehabilitation (Stuttg)*, 51(5), 326-331. doi:10.1055/s-0032-1311611
- Thaller, R., Specht, S., Künzel, J., & Braun, B. (2017). Zur Situation der arbeitslosen Klientel in der deutschen Suchthilfef. Konturen, 2.
- Weyerer, S., & Schäufele, M. (2017). Epidemiologie des Alkoholkonsums und alkoholbezogener Störungen im höheren Alter. *SUCHT*, 63(2), 69-80. doi:10.1024/0939-5911/a000473

8.4 Kommunegruppen der Bevölkerungsanalyse

8.4.1 Bevölkerungsindikatoren

Tabelle 8.1: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Bevölkerungszahl

Bevölkerungszahl		
niedrig	mittel	hoch
Bottrop, krfr. Stadt	Wuppertal, krfr. Stadt	Aachen (Städteregion + Stadt)
Coesfeld, Kreis	Bielefeld, krfr. Stadt	Bochum, krfr. Stadt
Euskirchen, Kreis	Bonn, krfr. Stadt	Borken, Kreis
Gelsenkirchen, krfr. Stadt	Düren, Kreis	Dortmund, krfr. Stadt
Hagen, krfr. Stadt	Ennepe-Ruhr-Kreis	Duisburg, krfr. Stadt
Hamm, krfr. Stadt	Hochsauerlandkreis	Düsseldorf, krfr. Stadt
Heinsberg, Kreis	Kleve, Kreis	Essen, krfr. Stadt
Herford, Kreis	Lippe, Kreis	Gütersloh, Kreis
Herne, krfr. Stadt	Minden-Lübbecke, Kreis	Köln, krfr. Stadt
Höxter, Kreis	Münster, krfr. Stadt	Märkischer Kreis
Krefeld, krfr. Stadt	Oberbergischer Kreis	Mettmann, Kreis
Leverkusen, krfr. Stadt	Paderborn, Kreis	Recklinghausen, Kreis
Mönchengladbach, krfr. Stadt	Rheinisch-Bergischer Kreis	Rhein-Erft-Kreis
Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	Siegen-Wittgenstein, Kreis	Rhein-Kreis Neuss
Oberhausen, krfr. Stadt	Soest, Kreis	Rhein-Sieg-Kreis
Olpe, Kreis	Viersen, Kreis	Steinfurt, Kreis
Remscheid, krfr. Stadt	Warendorf, Kreis	Unna, Kreis
Solingen, krfr. Stadt		Wesel, Kreis

Tabelle 8.2: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Bevölkerungsdichte

Bevölkerungsdichte		
niedrig	mittel	hoch
Borken, Kreis	Aachen (Städteregion + Stadt)	Bielefeld, krfr. Stadt
Coesfeld, Kreis	Bottrop, krfr. Stadt	Bochum, krfr. Stadt
Düren, Kreis	Ennepe-Ruhr-Kreis	Bonn, krfr. Stadt
Euskirchen, Kreis	Hagen, krfr. Stadt	Dortmund, krfr. Stadt
Gütersloh, Kreis	Hamm, krfr. Stadt	Duisburg, krfr. Stadt
Hochsauerlandkreis	Heinsberg, Kreis	Düsseldorf, krfr. Stadt
Höxter, Kreis	Herford, Kreis	Essen, krfr. Stadt
Kleve, Kreis	Mettmann, Kreis	Gelsenkirchen, krfr. Stadt
Lippe, Kreis	Münster, krfr. Stadt	Herne, krfr. Stadt
Märkischer Kreis	Recklinghausen, Kreis	Köln, krfr. Stadt
Minden-Lübbecke, Kreis	Rhein-Erft-Kreis	Krefeld, krfr. Stadt
Oberbergischer Kreis	Rheinisch-Bergischer Kreis	Leverkusen, krfr. Stadt
Olpe, Kreis	Rhein-Kreis Neuss	Mönchengladbach, krfr. Stadt
Paderborn, Kreis	Rhein-Sieg-Kreis	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt
Siegen-Wittgenstein, Kreis	Unna, Kreis	Oberhausen, krfr. Stadt
Soest, Kreis	Viersen, Kreis	Remscheid, krfr. Stadt
Steinfurt, Kreis	Wesel, Kreis	Solingen, krfr. Stadt
Warendorf, Kreis		Wuppertal, krfr. Stadt

Tabelle 8.3: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Bevölkerungszunahme

Bevölkerungszunahme		
Abnahme-Stagnation	leichte Zunahme	starke Zunahme
Bottrop, krfr. Stadt	Bochum, krfr. Stadt	Aachen (Städteregion + Stadt)
Ennepe-Ruhr-Kreis	Borken, Kreis	Bielefeld, krfr. Stadt
Hagen, krfr. Stadt	Coesfeld, Kreis	Bonn, krfr. Stadt
Herford, Kreis	Düren, Kreis	Dortmund, krfr. Stadt
Herne, krfr. Stadt	Euskirchen, Kreis	Duisburg, krfr. Stadt
Hochsauerlandkreis	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	Düsseldorf, krfr. Stadt
Höxter, Kreis	Hamm, krfr. Stadt	Essen, krfr. Stadt
Lippe, Kreis	Heinsberg, Kreis	Gütersloh, Kreis
Märkischer Kreis	Krefeld, krfr. Stadt	Kleve, Kreis
Minden-Lübbecke, Kreis	Leverkusen, krfr. Stadt	Köln, krfr. Stadt
Oberbergischer Kreis	Mönchengladbach, krfr. Stadt	Mettmann, Kreis
Oberhausen, krfr. Stadt	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	Münster, krfr. Stadt
Olpe, Kreis	Rheinisch-Bergischer Kreis	Paderborn, Kreis
Recklinghausen, Kreis	Soest, Kreis	Rhein-Erft-Kreis
Remscheid, krfr. Stadt	Solingen, krfr. Stadt	Rhein-Kreis Neuss
Siegen-Wittgenstein, Kreis	Viersen, Kreis	Rhein-Sieg-Kreis
Unna, Kreis	Warendorf, Kreis	Steinfurt, Kreis
Wesel, Kreis		Wuppertal, krfr. Stadt

Tabelle 8.4: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Bevölkerungsanteil Deutsche

Bevölkerungsanteil Deutsche		
niedrig	mittel	hoch
Aachen (Städteregion + Stadt)	Bochum, krfr. Stadt	Borken, Kreis
Bielefeld, krfr. Stadt	Düren, Kreis	Bottrop, krfr. Stadt
Bonn, krfr. Stadt	Ennepe-Ruhr-Kreis	Coesfeld, Kreis
Dortmund, krfr. Stadt	Essen, krfr. Stadt	Euskirchen, Kreis
Duisburg, krfr. Stadt	Gütersloh, Kreis	Herford, Kreis
Düsseldorf, krfr. Stadt	Heinsberg, Kreis	Hochsauerlandkreis
Gelsenkirchen, krfr. Stadt	Kleve, Kreis	Höxter, Kreis
Hagen, krfr. Stadt	Mettmann, Kreis	Lippe, Kreis
Hamm, krfr. Stadt	Mönchengladbach, krfr. Stadt	Minden-Lübbecke, Kreis
Herne, krfr. Stadt	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	Oberbergischer Kreis
Köln, krfr. Stadt	Münster, krfr. Stadt	Olpe, Kreis
Krefeld, krfr. Stadt	Recklinghausen, Kreis	Paderborn, Kreis
Leverkusen, krfr. Stadt	Rhein-Erft-Kreis	Siegen-Wittgenstein, Kreis
Märkischer Kreis	Rheinisch-Bergischer Kreis	Soest, Kreis
Oberhausen, krfr. Stadt	Rhein-Kreis Neuss	Steinfurt, Kreis
Remscheid, krfr. Stadt	Rhein-Sieg-Kreis	Viersen, Kreis
Solingen, krfr. Stadt	Unna, Kreis	Warendorf, Kreis
Wuppertal, krfr. Stadt		Wesel, Kreis

Tabelle 8.5: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Bevölkerungsanteil Deutsche ohne Migrationshintergrund

Bevölkerungsanteil Deutsche ohne Migrationshintergrund		
niedrig	mittel	hoch
Bielefeld, krfr. Stadt	Aachen (Städteregion + Stadt)	Borken, Kreis
Bonn, krfr. Stadt	Bochum, krfr. Stadt	Coesfeld, Kreis
Dortmund, krfr. Stadt	Bottrop, krfr. Stadt	Düren, Kreis
Duisburg, krfr. Stadt	Essen, krfr. Stadt	Ennepe-Ruhr-Kreis
Düsseldorf, krfr. Stadt	Herford, Kreis	Euskirchen, Kreis
Gelsenkirchen, krfr. Stadt	Herne, krfr. Stadt	Heinsberg, Kreis
Gütersloh, Kreis	Lippe, Kreis	Hochsauerlandkreis
Hagen, krfr. Stadt	Mettmann, Kreis	Höxter, Kreis
Hamm, krfr. Stadt	Minden-Lübbecke, Kreis	Kleve, Kreis
Köln, krfr. Stadt	Mönchengladbach, krfr. Stadt	Münster, krfr. Stadt
Krefeld, krfr. Stadt	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	Olpe, Kreis
Leverkusen, krfr. Stadt	Oberhausen, krfr. Stadt	Recklinghausen, Kreis
Märkischer Kreis	Rhein-Erft-Kreis	Rheinisch-Bergischer Kreis
Oberbergischer Kreis	Rhein-Kreis Neuss	Siegen-Wittgenstein, Kreis
Paderborn, Kreis	Rhein-Sieg-Kreis	Soest, Kreis
Remscheid, krfr. Stadt	Unna, Kreis	Steinfurt, Kreis
Solingen, krfr. Stadt	Warendorf, Kreis	Viersen, Kreis
Wuppertal, krfr. Stadt		Wesel, Kreis

Tabelle 8.6: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Bevölkerungsanteil Deutsche mit Migrationshintergrund

Bevölkerungsanteil Deutsche mit Migrationshintergrund		
niedrig	mittel	hoch
Borken, Kreis	Aachen (Städteregion + Stadt)	Bielefeld, krfr. Stadt
Coesfeld, Kreis	Bochum, krfr. Stadt	Bonn, krfr. Stadt
Düren, Kreis	Bottrop, krfr. Stadt	Dortmund, krfr. Stadt
Ennepe-Ruhr-Kreis	Essen, krfr. Stadt	Duisburg, krfr. Stadt
Euskirchen, Kreis	Gelsenkirchen, krfr. Stadt	Düsseldorf, krfr. Stadt
Heinsberg, Kreis	Herne, krfr. Stadt	Gütersloh, Kreis
Hochsauerlandkreis	Höxter, Kreis	Hagen, krfr. Stadt
Kleve, Kreis	Köln, krfr. Stadt	Hamm, krfr. Stadt
Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	Mettmann, Kreis	Herford, Kreis
Münster, krfr. Stadt	Mönchengladbach, krfr. Stadt	Krefeld, krfr. Stadt
Oberhausen, krfr. Stadt	Remscheid, krfr. Stadt	Leverkusen, krfr. Stadt
Olpe, Kreis	Rhein-Kreis Neuss	Lippe, Kreis
Recklinghausen, Kreis	Rhein-Sieg-Kreis	Märkischer Kreis
Rhein-Erft-Kreis	Siegen-Wittgenstein, Kreis	Minden-Lübbecke, Kreis
Rheinisch-Bergischer Kreis	Soest, Kreis	Oberbergischer Kreis
Steinfurt, Kreis	Solingen, krfr. Stadt	Paderborn, Kreis
Viersen, Kreis	Warendorf, Kreis	Unna, Kreis
Wesel, Kreis		Wuppertal, krfr. Stadt

8.4.2 Sozialindikatoren

Tabelle 8.7: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Arbeitslosenquote

Arbeitslosenquote		
niedrig	mittel	hoch
Borken, Kreis	Aachen (Städteregion + Stadt)	Bielefeld, krfr. Stadt
Coesfeld, Kreis	Bonn, krfr. Stadt	Bochum, krfr. Stadt
Euskirchen, Kreis	Bottrop, krfr. Stadt	Dortmund, krfr. Stadt
Gütersloh, Kreis	Düren, Kreis	Duisburg, krfr. Stadt
Herford, Kreis	Düsseldorf, krfr. Stadt	Essen, krfr. Stadt
Hochsauerlandkreis	Ennepe-Ruhr-Kreis	Gelsenkirchen, krfr. Stadt
Höxter, Kreis	Heinsberg, Kreis	Hagen, krfr. Stadt
Minden-Lübbecke, Kreis	Kleve, Kreis	Hamm, krfr. Stadt
Münster, krfr. Stadt	Lippe, Kreis	Herne, krfr. Stadt
Oberbergischer Kreis	Märkischer Kreis	Köln, krfr. Stadt
Olpe, Kreis	Mettmann, Kreis	Krefeld, krfr. Stadt
Paderborn, Kreis	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	Leverkusen, krfr. Stadt
Rhein-Kreis Neuss	Rhein-Erft-Kreis	Mönchengladbach, krfr. Stadt
Rhein-Sieg-Kreis	Rheinisch-Bergischer Kreis	Oberhausen, krfr. Stadt
Siegen-Wittgenstein, Kreis	Unna, Kreis	Recklinghausen, Kreis
Soest, Kreis	Viersen, Kreis	Remscheid, krfr. Stadt
Steinfurt, Kreis	Wesel, Kreis	Solingen, krfr. Stadt
Warendorf, Kreis		Wuppertal, krfr. Stadt

Tabelle 8.8: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Mindestsicherungsquote

Mindestsicherungsquote		
niedrig	mittel	hoch
Borken, Kreis	Aachen (Städteregion + Stadt)	Bielefeld, krfr. Stadt
Coesfeld, Kreis	Bonn, krfr. Stadt	Bochum, krfr. Stadt
Euskirchen, Kreis	Bottrop, krfr. Stadt	Dortmund, krfr. Stadt
Gütersloh, Kreis	Düren, Kreis	Duisburg, krfr. Stadt
Herford, Kreis	Ennepe-Ruhr-Kreis	Düsseldorf, krfr. Stadt
Hochsauerlandkreis	Heinsberg, Kreis	Essen, krfr. Stadt
Höxter, Kreis	Leverkusen, krfr. Stadt	Gelsenkirchen, krfr. Stadt
Kleve, Kreis	Lippe, Kreis	Hagen, krfr. Stadt
Oberbergischer Kreis	Märkischer Kreis	Hamm, krfr. Stadt
Olpe, Kreis	Mettmann, Kreis	Herne, krfr. Stadt
Rheinisch-Bergischer Kreis	Minden-Lübbecke, Kreis	Köln, krfr. Stadt
Rhein-Kreis Neuss	Münster, krfr. Stadt	Krefeld, krfr. Stadt
Rhein-Sieg-Kreis	Paderborn, Kreis	Mönchengladbach, krfr. Stadt
Siegen-Wittgenstein, Kreis	Rhein-Erft-Kreis	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt
Soest, Kreis	Solingen, krfr. Stadt	Oberhausen, krfr. Stadt
Steinfurt, Kreis	Unna, Kreis	Recklinghausen, Kreis
Viersen, Kreis	Wesel, Kreis	Remscheid, krfr. Stadt
Warendorf, Kreis		Wuppertal, krfr. Stadt

Tabelle 8.9: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Lohn- + Einkommenssteuer pro Kopf der Bevölkerung

Lohn- + Einkommenssteuer pro Kopf d Bevölkerung		
niedrig	mittel	hoch
Borken, Kreis	Aachen (Städteregion + Stadt)	Bonn, krfr. Stadt
Bottrop, krfr. Stadt	Bielefeld, krfr. Stadt	Coesfeld, Kreis
Dortmund, krfr. Stadt	Bochum, krfr. Stadt	Düsseldorf, krfr. Stadt
Duisburg, krfr. Stadt	Essen, krfr. Stadt	Ennepe-Ruhr-Kreis
Düren, Kreis	Herford, Kreis	Gütersloh, Kreis
Euskirchen, Kreis	Hochsauerlandkreis	Köln, krfr. Stadt
Gelsenkirchen, krfr. Stadt	Lippe, Kreis	Krefeld, krfr. Stadt
Hagen, krfr. Stadt	Märkischer Kreis	Leverkusen, krfr. Stadt
Hamm, krfr. Stadt	Oberbergischer Kreis	Mettmann, Kreis
Heinsberg, Kreis	Paderborn, Kreis	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt
Herne, krfr. Stadt	Remscheid, krfr. Stadt	Münster, krfr. Stadt
Höxter, Kreis	Siegen-Wittgenstein, Kreis	Rhein-Erft-Kreis
Kleve, Kreis	Soest, Kreis	Rheinisch-Bergischer Kreis
Minden-Lübbecke, Kreis	Steinfurt, Kreis	Rhein-Kreis Neuss
Mönchengladbach, krfr. Stadt	Warendorf, Kreis	Rhein-Sieg-Kreis
Oberhausen, krfr. Stadt	Wesel, Kreis	Solingen, krfr. Stadt
Recklinghausen, Kreis	Wuppertal, krfr. Stadt	Viersen, Kreis
Unna, Kreis		Olpe, Kreis

Tabelle 8.10: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen (Fach-) Abiturquote

(Fach-) Abiturquote		
niedrig	mittel	hoch
Borken, Kreis	Bottrop, krfr. Stadt	Aachen (Städteregion + Stadt)
Duisburg, krfr. Stadt	Coesfeld, Kreis	Bielefeld, krfr. Stadt
Düren, Kreis	Euskirchen, Kreis	Bochum, krfr. Stadt
Gelsenkirchen, krfr. Stadt	Gütersloh, Kreis	Bonn, krfr. Stadt
Hagen, krfr. Stadt	Herford, Kreis	Dortmund, krfr. Stadt
Hamm, krfr. Stadt	Höxter, Kreis	Düsseldorf, krfr. Stadt
Heinsberg, Kreis	Kleve, Kreis	Ennepe-Ruhr-Kreis
Herne, krfr. Stadt	Leverkusen, krfr. Stadt	Essen, krfr. Stadt
Hochsauerlandkreis	Lippe, Kreis	Köln, krfr. Stadt
Märkischer Kreis	Paderborn, Kreis	Krefeld, krfr. Stadt
Minden-Lübbecke, Kreis	Remscheid, krfr. Stadt	Mettmann, Kreis
Oberbergischer Kreis	Rhein-Erft-Kreis	Mönchengladbach, krfr. Stadt
Oberhausen, krfr. Stadt	Soest, Kreis	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt
Olpe, Kreis	Solingen, krfr. Stadt	Münster, krfr. Stadt
Recklinghausen, Kreis	Unna, Kreis	Rheinisch-Bergischer Kreis
Siegen-Wittgenstein, Kreis	Viersen, Kreis	Rhein-Kreis Neuss
Steinfurt, Kreis	Wesel, Kreis	Rhein-Sieg-Kreis
Warendorf, Kreis		Wuppertal, krfr. Stadt

Tabelle 8.11: Bevölkerungsanalyse: Kommunegruppen Sozialindex

Sozialindex		
niedrig	mittel	hoch
Dortmund, krfr. Stadt	Aachen (Städteregion + Stadt)	Bonn, krfr. Stadt
Duisburg, krfr. Stadt	Bielefeld, krfr. Stadt	Coesfeld, Kreis
Düren, Kreis	Bochum, krfr. Stadt	Ennepe-Ruhr-Kreis
Gelsenkirchen, krfr. Stadt	Borken, Kreis	Gütersloh, Kreis
Hagen, krfr. Stadt	Bottrop, krfr. Stadt	Herford, Kreis
Hamm, krfr. Stadt	Düsseldorf, krfr. Stadt	Mettmann, Kreis
Heinsberg, Kreis	Essen, krfr. Stadt	Münster, krfr. Stadt
Herne, krfr. Stadt	Euskirchen, Kreis	Olpe, Kreis
Mönchengladbach, krfr. Stadt	Hochsauerlandkreis	Rheinisch-Bergischer Kreis
Oberhausen, krfr. Stadt	Höxter, Kreis	Rhein-Kreis Neuss
Recklinghausen, Kreis	Kleve, Kreis	Rhein-Sieg-Kreis
Remscheid, krfr. Stadt	Köln, krfr. Stadt	Soest, Kreis
	Krefeld, krfr. Stadt	Viersen, Kreis
	Leverkusen, krfr. Stadt	
	Lippe, Kreis	
	Märkischer Kreis	
	Minden-Lübbecke, Kreis	
	Mülheim an der Ruhr, krfr. Stadt	
	Oberbergischer Kreis	
	Paderborn, Kreis	
	Rhein-Erft-Kreis	
	Siegen-Wittgenstein, Kreis	
	Solingen, krfr. Stadt	
	Steinfurt, Kreis	
	Unna, Kreis	
	Warendorf, Kreis	
	Wesel, Kreis	
	Wuppertal, krfr. Stadt	

8.5 Fragebogen der Einrichtungsbefragung



Befragung der Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesystems Nordrhein-Westfalens

FragebogenCode:
Einrichtungsnummer

1. **Seit wann gibt es Ihre Einrichtung?** [F1] bitte ein Kreuz
 vor 2008 gegründet 2008 bis 2011 gegründet 2012 und später gegründet

2. **Wie viele Klientinnen und Klienten mit einer Suchtproblematik oder deren Angehörige wurden in Ihrer Einrichtung beraten, betreut oder behandelt?** [F2] Verwenden Sie bitte die Zahlen Ihrer Dokumentation. Liegen keine vollständigen Zahlen vor, nehmen Sie bitte eine beste Schätzung vor. Ist das für das Jahr 2011 nicht möglich, überschlagen Sie bitte, wie sich die Situation zwischen 2011 und 2016 verändert hat. Verwenden Sie hierfür bitte die auf S. 2 beschriebenen Codes.

	2016		2011		Überschlag Veränderung	
	Personen		Personen		CODE männl	CODE weibl
	Anzahl männl	Anzahl weibl	Anzahl männl	Anzahl weibl		
1 Klienten + Klientinnen insgesamt						
1a davon: Einmalkontakte						
2 Angehörige						
Klientinnen + Klienten insgesamt davon: <u>Hauptdroge</u> bzw. -problem:						
3 Alkohol						
4 Glücksspiel						
5 Internet, neue Medien						
6 Opiode						
7 Cannabis						
8 Kokain/Crack						
9 Methamphetamine						
10 Stimulantien						
11 Neue psychoaktive Substanzen (z. B. Spice, Cathinone, ...)						
12 Medikamente						

Erläuterungen:

Die Angaben zum Hauptproblem bzw. zur Hauptdroge folgen der KDS-Logik (2007-2016):
 Hat ein Klient oder eine Klientin mehr als ein Suchtproblem, soll jenes als Hauptproblem angegeben werden, das im Vordergrund der Betreuung steht. Deshalb gibt es hier bei den einzelnen Substanzen/Problembereichen auch keine Mehrfachnennungen.
 Wenn keine Personen einer Hauptproblemart betreut wurden, soll bitte die Angabe Null „0“ eingetragen werden.



3. **Hielt Ihre Einrichtung folgende Angebote vor?**

Und wenn ja: **Wie viele Personen nahmen sie in Anspruch?** [F3]

Da im KDS nicht alle Klienten/innen und nicht alle im Anschluss aufgeführten Angebote erfasst bzw. dokumentierbar sind, bitten wir darum, dass alle angeschriebenen Einrichtungen hier bitte Angaben machen (bitte bearbeiten Sie jede Zeile, und tragen Sie bitte – wo nötig – „0“ ein).

Art des Angebots	2016			2011			Überschlag Veränderung, CODE
	nein	ja	wenn ja: Inanspruchnahme: Anzahl Personen	nein	ja	wenn ja: Inanspruchnahme: Anzahl Personen	
1 universelle Suchtprävention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
2 selektive Suchtprävention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
3 fallbezogene, indizierte Frühintervention (FreD, HaLt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4 aufsuchende Arbeit, Streetwork	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
5 Beratung/Betreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
5a davon: Online-Beratung (über eMail-Kontakt hinaus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
6 Vergabe des Substitutionsmittels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
7 psychosoziale Betreuung bei d. Substitution	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8 Suchtberatung im Justizvollzug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
9 ambulante, medizinische Reha-Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10 ambulantes Betreutes Wohnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
11 ambulante Arbeits- + Beschäftigungsprojekte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
12 spez. Angebote f. Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
13 spez. Angebote f. minderjährige Mädchen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
14 spez. Ang. f. minderjährige Jungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
15 spez. Ang. f. Kinder aus suchtblasteten Familien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
16 spez. Ang. f. Ältere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
17 spez. Ang. f. Frauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
18 spez. Ang. f. Männer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
19 spez. Ang. f. LGBT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
20 spez. Ang. f. Eltern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
21 spez. Ang. f. Behinderte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
22 spez. Ang. f. Flüchtlinge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
23 spez. Ang. f. Migrantinnen/innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
24 Fallkonferenzen mit anderen Leistungserbringern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
25 niedrigschwellige Hilfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
26 Test + Beratung HIV, HCV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
27 Konsumraum; hier: Anzahl Kontakte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
28 Spritzenaustausch; hier: Anzahl ausgegebene Spritzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		



4. Wenn Sie unter 3. angegeben haben, ambulante medizinische Reha-Maßnahmen durchzuführen:
Welche therapeutischen Verfahren / Methoden setzen Sie dabei ein? [F4] *bitte hinschreiben*

1	2
3	4

5. **Wurde das Gesamtkonzept Ihrer Einrichtung seit 2011 gezielt geändert?** [F5] *bitte ein Kreuz*
 nein ja
 Wenn ja: **Was hat sich geändert?** [F5_1] *bitte hinschreiben*

.....

.....

.....

.....

6. **In welchen Sprachen (außer Deutsch) leisten Ihre Mitarbeiter/innen aktuell Ihre Angebote?** [F6]
bitte hinschreiben

.....

.....

.....

.....

Wie war es im Jahr 2011? [F6_1] *bitte ein Kreuz*

<input type="radio"/>	aktuell leisten wir die Angebote in mindestens zwei Sprachen mehr als 2011
<input type="radio"/>	aktuell eine Sprache mehr als 2011
<input type="radio"/>	keine Veränderung zu 2011
<input type="radio"/>	aktuell eine Sprache weniger als 2011
<input type="radio"/>	aktuell mindestens zwei Sprachen weniger als 2011

7. **Wenn Sie für die Beratungs- und Betreuungsleistungen (nicht die Reha und nicht die niedrigschwelligen Leistungen) – zugespitzt – die Ausrichtung Ihrer Einrichtung charakterisieren sollten: Was stimmt eher?** [F7] *bitte ein Kreuz*

<input type="radio"/>	Die Akzeptanzorientierung steht im Vordergrund.
<input type="radio"/>	Konsumreduktion und –stabilisierung sind grundsätzlich gleichberechtigte Ziele mit der Abstinenz.
<input type="radio"/>	Die Abstinenzorientierung steht im Vordergrund.

Hat sich diese Ausrichtung Ihrer Einrichtung seit 2011 geändert? [F7_1] *bitte ein Kreuz*
 nein ja

8. **Wie beurteilen Sie insgesamt das Verhältnis zwischen Ihrem Leistungsangebot und der Nachfrage der Klientinnen und Klienten?** [F8] *pro Zeile ein Kreuz*

	Unser Angebot überstieg / übersteigt die Nachfrage	Die Nachfrage überstieg / übersteigt unser Angebot	Die Nachfrage passte/ passt genau zu unserem Angebot
1 aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 2011	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



9. **Wie finanziert sich Ihre Einrichtung und welches Jahresbudget hatte sie – bezogen auf die Angebote für die Suchthilfe (Angaben oben in Frage 3)?** [F9]

	Jahresbudget 2016 in Euro	Jahresbudget 2011 in Euro	CODE
1 kommunale Mittel			
2 Landesmittel			
3 Mittel der Kranken- u. Rentenversicherung			
4 Eigenmittel nicht öff.-rechtlicher Träger			
5 Sonstiges			
6 insgesamt			

Erläuterung: Unter kommunale Mittel fallen sowohl institutionelle als auch fallbezogene Mittel (durch die Kommune selbst oder auch spez. Stellen mit kommunaler Beteiligung, z. B. Jobcenter).

10. **Wie verteilte sich die personelle Besetzung Ihrer Einrichtung?** [F10]

	2016 Std./ Woche, insge- samt	2011 Std./ Woche, insge- samt	Über- schlag Verände- rung CODE
1 Ärzte/innen			
1a <i>davon</i> : Ärzte/innen für Psychiatrie (u. Psychotherapie) o. psychotherapeutische Medizin; ärztl Psychotherapeut/in, Zusatzbezeich. Psychotherapie o. Psychoanalyse			
2 Psychologen/innen			
2a <i>davon</i> : Psychologische/r Psychotherapeut/in o. Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut/in (Approbation nach Psych-TG)			
3 Pädagogen/innen, Sozialarbeiter/innen			
3a <i>davon</i> : Psychologische/r Psychotherapeut/in o. Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut/in (Approbation nach Psych-TG)			
4 Erzieher/innen			
5 Krankenpfleger/innen			
6 Therapeuten/innen (Ergo-, Sport-, Physio-, etc.)			
7 andere Berufsgruppen			
8 Mitarbeiter/innen mit einer abgeschlossenen, von der Deutschen Rentenversicherung anerkannten suchtspezifischen Zusatzausbildung			
9 Mitarbeiter/innen mit einer abgeschlossenen, anderen suchtspezifischen Zusatzausbildung			
10 Personal mit Migrationshintergrund und Beratungs- bzw. Betreuungsaufgaben			

Erläuterung: Ein Migrationshintergrund liegt vor, wenn jemand selbst oder mindestens einer seiner Elternteile nach Deutschland zugezogen ist (1. + 2. Generation).



11. **Wie waren die Öffnungszeiten Ihrer Einrichtung?** [F11]

	2016		2011	
	Anzahl		Anzahl	CODE
1 An wie vielen <u>Tagen</u> in der Woche war die Einrichtung geöffnet?				
2 An wie vielen <u>Stunden</u> in der Woche war die Einrichtung geöffnet?				
3 An wie vielen <u>Tagen</u> in der Woche war die Einrichtung <u>nach 18 Uhr</u> geöffnet?				
4 Beteiligte sich die Einrichtung an einem Krisen-Wochenenddienst?	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	ja <input type="radio"/>

12. **Gab/gibt es in Ihrer Einrichtung Wartelisten, um eine Beratung oder Behandlung aufzunehmen (nach dem Erstkontakt)?** Wenn ja: **Wie lang war/ist die durchschnittliche Wartezeit?** [F12]

	Warteliste			wenn ja: durchschnittliche Wartezeit in Tagen	
	nein	ja: Beratung	ja: Reha	Beratung	Reha
1 aktuell	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2 2011	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

: mehrere Kreuze möglich

13. **Wie war/ist der Weiter-Qualifizierungsbedarf Ihrer Fachkräfte?** [F13] *pro Zeile ein Kreuz*

	sehr groß	groß	klein	sehr klein	nicht vorh.
1 aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 2011	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. **Wie war/ist der Verbesserungsbedarf bei der Ausstattung Ihrer Einrichtung, um die fachlichen Anforderungen zu erfüllen?** [F14] *pro Zeile ein Kreuz*

	sehr groß	groß	klein	sehr klein	nicht vorh.
1 aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 2011	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. **Gibt es in Ihrer Kommune eine Suchthilfeplanung?** [F15] *bitte ein Kreuz*

nein ja

Wenn ja: **Wie war/ist Ihre Einrichtung in die kommunale Suchthilfeplanung eingebunden (egal ob direkt oder indirekt über z. B. den Träger)?** [F15_1] *bitte pro Zeile ein Kreuz*

		regelmäßig	sporadisch	gar nicht
1 Suchthilfeplanung grundsätzlich	1 aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2 2011	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 kommunale Gesundheitskonferenz	1 aktuell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2 2011	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



16. Für eine fachlich angemessene Arbeit kann die Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringern erforderlich sein. Geben Sie bitte an, in welcher Art und Weise Sie mit welchen anderen Einrichtungen/Institutionen regelhafte zusammenarbeiten. [F16]

in den grau hinterlegten Blöcken pro Zeile nur ein Kreuz!

	aktuell Art der Zusammenarbeit						Veränderung zu 2011						
	Kooperationsverbund (festes Netzwerk)	nur direkte Zusammenarbeit (bilateral)	nur im Einzelfall	keine Zusammenarbeit	konzeptionelle Zusammenarbeit	mit Vertrag	örtlich	überörtlich	aktuell: viel mehr Zusammenarbeit	aktuell: mehr Zusammenarbeit	keine Veränderung	aktuell: weniger Zusammenarbeit	aktuell: viel weniger Zusammenarbeit
1 Kinder- und Jugendhilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 schulische + berufl. Bildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Beschäftigung + Qualifizierung (nicht SGB II oder SGB III)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Grundsicherung f. Arbeitssuchende (Jobcenter, SGB II)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Arbeitsförderung (Bundesagentur für Arbeit, SGB III)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Justiz + Bewährungshilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Schuldnerberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Wohnungslosenhilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 sozialpsychiatrischer Dienst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 and. staatl. Stellen (z.B. Sozial-, Wohnungs-, Gesundheitsamt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Migrantenorganisationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 niedrigschwellige Einrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Suchtberatung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Prävention und Frühintervention	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Akutbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 med. Suchtbehandlung (z. B. Substitution, Entzug)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 ambulante med. Reha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 (teil-)stationäre med. Reha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Eingliederungshilfe f. Suchtkranke (SGB XII), z.B. Betr. Wohnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Suchtselbsthilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 ärztliche / psychotherap. Praxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Institutsambulanz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 Krankenhaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 amb. Altenhilfe, stat. Pflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 anderes, und zwar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 anderes, und zwar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Geschafft! Vielen Dank!

: mehrere Kreuze
in diesem Bereich der Zeile möglich

Herausgeber

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Fax 0211 855-3211
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw

Gestaltung Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogen-
forschung, Hamburg

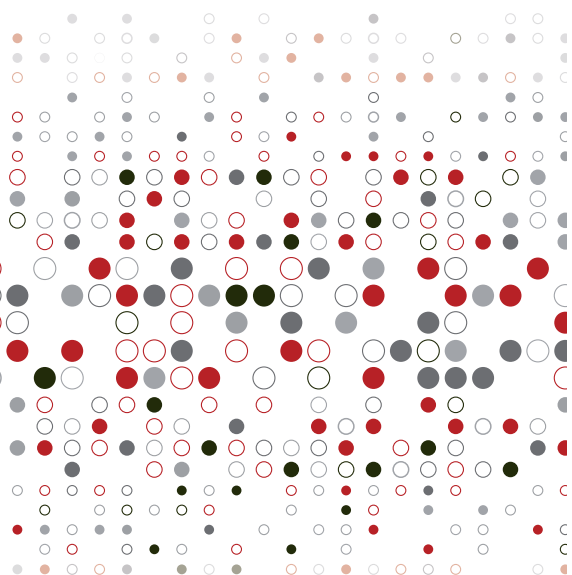
Druck jva druck+medien

Fotohinweis/Quelle Titel und Rückseite: iStock.com/phochi
(929493882)

© MAGS, Februar 2019

Diese Publikation kann bestellt oder
heruntergeladen werden:

www.mags.nrw/broschuerenservice



Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Fax 0211 855-3211
info@mags.nrw.de
www.mags.nrw