



Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2006 bis 2012



ISD

Institut für interdisziplinäre
Sucht- und Drogenforschung

Wissenschaftliche Beratung und Ausführung

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

Projektleitung

Prof. Dr. P. Raschke

Autoren

Marcus-Sebastian Martens, Dipl. Psych.
Eike Neumann-Runde, Dipl. Psych.
Harald Oechsler, Dipl. Pol.
Christian Schütze, M.A. Pol.

Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2006 bis 2012

Vorwort



Die aktuellen Daten zeigen: Es gibt keine Entwarnung in der Suchtentwicklung. Allein in Nordrhein-Westfalen leben ca. vier Millionen suchtkranke Frauen und Männer. Angesichts dieser hohen Zahl müssen wir uns immer wieder den Fragen stellen, welche Ursachen zugrunde liegen, welche aktuellen Entwicklungen zu beachten sind und wie das Präventions- und Hilfesystem darauf ausgerichtet werden muss.

Wir wissen: Es gibt keine einfachen Antworten, denn eine Sucht hat unterschiedliche Ursachen und wird von vielen Faktoren bestimmt. Persönliche Traumata, gesellschaftlicher Druck, psychische Probleme, geschlechtsspezifische Faktoren und die kulturelle Herkunft gehören genauso dazu wie - vielleicht als das entscheidende Element - ein unterschiedlich ausgeprägter Grad der Persönlichkeitsentwicklung bei jeder oder jedem einzelnen.

Für fast alle Formen von Abhängigkeitserkrankungen und fast jeden Betroffenen oder jede Betroffene gilt: Die Erkrankung wird häufig von schwerwiegenden gesundheitlichen und sozialen Folgen wie z.B. Arbeitslosigkeit, Überschuldung oder Vereinsamung begleitet. Diese unterschiedlichen Aspekte muss die Suchthilfe berücksichtigen, will sie im Einzelfall erfolgreich sein.

Welche Bedarfe tatsächlich vorliegen, müssen wir über eine möglichst exakte und einheitliche Datenbasis erfassen. Hierfür ist eine kontinuierliche Dokumentation und Auswertung der von den Suchthilfeeinrichtungen erhobenen Betreuungsdaten unverzichtbar. Nur wenn wir das tatsächliche und geschlechterdifferenzierte Beratungsgeschehen kennen, können wir unsere Hilfeangebote passgenau ausgestalten und weiterentwickeln. Wir brauchen offene und niedrigschwellige Zugänge, die in allen Phasen der Sucht gut erreichbar sind und die allen „Geschichten“, der Vielfalt der Ursachen und den unterschiedlichen Kulturen gerecht werden.

Mit dem vorliegenden Monitoringbericht legen wir nun erstmals valide Daten zu einem Teilbereich - nämlich der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe - vor. Es lässt sich feststellen: NRW verfügt zwar über ein vielfältiges ambulantes Suchthilfeangebot, doch die einzelnen Hilfeangebote erreichen längst noch nicht alle Betroffenen.

Ein Beispiel: Obwohl 80 % der Beratungseinrichtungen medikamentenabhängige Frauen und Männer als Zielgruppe ihres Angebotes angeben und Medikamentensucht in NRW rein zahlenmäßig eine ähnliche Dimension wie Alkoholsucht angenommen hat, spielt diese Gruppe in der Beratung nahezu keine Rolle. Sie taucht in den ambulanten Einrichtungen schlichtweg nicht auf.

Wir müssen also deutlich mehr Aufmerksamkeit auch auf die „stillen Abhängigkeiten“ legen, wie z.B. die Medikamentenabhängigkeit, aber auch auf bestimmte Formen von Essstörungen, von denen überwiegend Frauen betroffen sind. Hier müssen dringend neue und leichtere Zugänge zum Hilfesystem geschaffen werden.

In Zukunft werden wir weitere Verlagerungen bei den Abhängigkeitserkrankungen erleben. Neue Entwicklungen wie ein exzessiver Internet- oder Alkoholkonsum gerade bei Kindern und Jugendlichen rücken in den Fokus. Doch wir werden unseren Blick auch verstärkt auf ältere Menschen mit einer Suchterkrankung richten müssen. Der Grund liegt zum einen in der Altersentwicklung in unserer Gesellschaft, zum anderen aber auch im Erfolg der Suchttherapie, die dazu ge-

führt hat, dass viele suchtkranke Menschen durch eine gute medizinische Betreuung und Substitution stabilisiert werden konnten. Die Dokumentation zeigt jedoch, dass gerade die Gruppe der älteren suchtkranken Menschen die ambulanten Beratungsangebote kaum annimmt.

Die genannten Beispiele verdeutlichen, dass wir die Analyse weiter vertiefen müssen, um zu einem differenzierten, qualitativ hochwertigen und gut vernetzten Präventions- und Hilfeangebot für alle Suchtformen zu kommen. Mit dem vorliegenden Bericht haben wir eine erste Basis dafür gelegt.

Unser Dank gilt daher dem Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung Hamburg (ISD) für die vorliegende Auswertung und dem Beirat der Landesstelle Sucht NRW für die fachkundige Begleitung. Vor allem aber ist den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihren Einsatz in den Sucht- und Drogenberatungsstellen sehr zu danken. Ohne ihre tägliche Arbeit, ihre konkrete Unterstützung in den vielen Einzelfällen wäre eine erfolgreiche Suchthilfe überhaupt nicht möglich. Nicht zuletzt hätten wir diesen Bericht nicht ohne ihre Dokumentation und Datenerfassung anfertigen können. Wir vertrauen auch weiterhin auf ihre sach- und fachkundige Expertise für unsere gemeinsame Arbeit.



Barbara Steffens
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhalt

	Einführung	9
1.	Datengrundlage	10
1.1.	Suchthilfestatistik in Nordrhein-Westfalen	10
1.2.	Dokumentationssysteme	10
1.3.	Datenqualität	11
1.4.	Repräsentativität	11
2.	Struktur der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen	12
2.1.	Träger und Fachverbände	12
2.2.	Zielgruppen	12
2.3.	Personelle Besetzung	13
2.4.	Öffnungszeiten der Einrichtungen	13
3.	Betreuungsdaten	14
3.1.	Überblick: Die betreuten Klientinnen und Klienten im ambulanten Hilfesystem	14
3.2.	Hauptdiagnose Alkohol	15
3.2.1.	Soziodemografische Daten	15
3.2.2.	Betreuungsbezogene Daten	18
3.3.	Hauptdiagnose Opiate	21
3.3.1.	Soziodemografische Daten	21
3.3.2.	Betreuungsbezogene Daten	24
3.3.3.	Substituierte	27
3.4.	Hauptdiagnose Cannabis	30
3.4.1.	Soziodemografische Daten	30
3.4.2.	Betreuungsbezogene Daten	33
3.5.	Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen	36
3.5.1.	Soziodemografische Daten	36
3.5.2.	Betreuungsbezogene Daten	39
4.	Anhang	42
4.1.	Literatur	42
4.2.	Tabellenanhang	43
4.3.	Liste der beteiligten Einrichtungen	54

Einführung

Der vorliegende erste Monitoringbericht basiert auf den von insgesamt 169 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen in 2012 erhobenen und dokumentierten einrichtungs- sowie betreuungsbezogenen Daten. Erhebungsinstrument ist der von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) in Abstimmung mit Ländern, Verbänden sowie Praxis und Wissenschaft entwickelte Deutsche Kerndatensatz (KDS). Er ermöglicht die Dokumentation der Beratungs- und Betreuungsarbeit der Sucht- und Drogenberatungsstellen nach einem bundesweit standardisierten Verfahren.

Im ersten Kapitel wird zunächst allgemein die Datengrundlage der Suchthilfestatistik in NRW erläutert. Im Anschluss hieran wird im zweiten Kapitel anhand der Darstellung der Auswertungsergebnisse der einrichtungsbezogenen Daten ein Überblick über die Struktur der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen gegeben.

Der Hauptteil des Berichts findet sich in Kapitel 3 und beschäftigt sich mit den betreuungsbezogenen Daten. Nach einem kurzen Überblick zur Gesamtsituation in NRW finden sich ausführliche Beschreibungen zu den betreuten Klientinnen und Klienten unterteilt nach den durch Alkohol, Opiate, Cannabis und Glücksspiel verursachten Suchtproblemen.

Basis der Auswertungen sind die Betreuungen der jeweils betroffenen Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2012 Rat und Hilfe im ambulanten Suchthilfesystem von NRW erhalten haben, wobei der Beginn der Betreuung (2012 oder früher) grundsätzlich unerheblich war. Soweit sich Auswertungen auf den Abschluss der Betreuungen beziehen, haben nur die im Jahr 2012 tatsächlich beendeten Betreuungen Berücksichtigung gefunden. Die Analysen werden für alle Untergruppen in Diagrammen und Tabellen gleicher Struktur dargestellt und erleichtern hierdurch eine vergleichende Betrachtung der untersuchten Abhängigkeitserkrankungen.

Die Datenauswertungen berücksichtigen durchweg geschlechtsspezifische Unterschiede und Besonderheiten.

Zusätzlich zur Beschreibung der Situation im Auswertungsjahr 2012 enthält der vorliegende Bericht auch Trendbetrachtungen für den Zeitraum 2006 bis 2012, mit denen Entwicklungen in der Betreuung der Klientinnen und Klienten im Zeitverlauf aufgezeigt werden sollen. Um den Änderungsverlauf klarer verfolgen zu können, wurden in den Trendanalysen nur die in den jeweiligen Jahren begonnenen Betreuungen berücksichtigt. Auswertungen zu Items, die das Betreuungsende charakterisieren, beziehen sich nur auf Betreuungen, die tatsächlich im betrachteten Jahr beendet wurden. Beim Vergleich der Trendanalyse mit der

Gesamtbetrachtung sind daher zwei Einschränkungen zu beachten: 1. Aufgrund der unterschiedlichen Datengrundlagen unterscheiden sich auch die Ergebnisse geringfügig. 2. Die Aussagen der Trendanalysen zum Betreuungsende geben nur in eingeschränktem Maße ein Abbild der vollständigen Betreuungswirklichkeit der entsprechenden Jahre wieder, denn durch die gezielt gewählte Datengrundlage (Beginn und Ende der Betreuungen müssen im betrachteten Jahr liegen) sind kürzere Betreuungen in dieser Analyse überrepräsentiert.

Auswirkungen auf die Anzahl dokumentierter Betreuungen hat zudem die grundlegende Überarbeitung des KDS in 2007: Während bei Einführung des KDS zunächst keine Einmalkontakte dokumentiert wurden, werden nach dem neuen KDS ab 2008 bzw. 2009 auch Einmalkontakte erfasst. Ebenso hat die Zahl der an der Datensammlung beteiligten Einrichtungen einen Einfluss auf die Anzahl der dokumentierten Betreuungen.

Insgesamt wurden für das Auswertungsjahr 2012 89.613 (2006: 64.125) Betreuungsdaten übermittelt. Fast zwei Drittel der Betreuungen betreffen alkoholabhängige und opiatabhängige Klientinnen und Klienten (Alkohol: 33%, Opiate: 27%). Cannabisklientinnen und -klienten machen einen Anteil von 12 % und pathologische Glücksspielerinnen und Glücksspieler einen Anteil von 4 % aus.

Der Bericht beschränkt sich im Wesentlichen auf eine Beschreibung der Entwicklungen, ohne eine detaillierte Bewertung vorzunehmen, da hierzu ergänzende Untersuchungen notwendig wären. Er beschreibt Stand und Entwicklung der Betreuungsarbeit der Sucht- und Drogenberatungsstellen in NRW und soll zu einer vertiefenden Analyse anregen. Die Daten bieten eine gute Grundlage für die Weiterentwicklung der Suchthilfeangebote in NRW.

Der Bericht richtet sich vorrangig an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des professionellen Suchthilfesystems sowie an Verantwortungsträger auf Landes- und kommunaler Ebene und soll in regelmäßigen Abständen fortgeschrieben werden.

1. Datengrundlage

1.1. Suchthilfestatistik in Nordrhein-Westfalen

Der vorliegende Bericht stellt die einrichtungsbezogenen und die betreuungsbezogenen Daten der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen dar. Grundlage der Datenerfassung sind die beiden entsprechenden Datensätze des aktuellen Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS).¹ Der Kerndatensatz wurde von der Statistik-AG der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) entwickelt und von der DHS verabschiedet.

Gegenstand des „Kerndatensatzes-Einrichtungen“ (KDS-E) ist die Einrichtung, in welcher die ambulante Beratung oder Behandlung durchgeführt wird. Ab einer gewissen Mindestgröße² sieht der KDS-E eine Aufteilung der Gesamteinrichtung in mehrere Einrichtungseinheiten vor, die getrennt voneinander zu dokumentieren sind. Die Erhebung des KDS-E findet in Form eines Fragebogens statt.

Der „Kerndatensatz-Klienten“ (KDS-K) dient der Beschreibung der Klientinnen und Klienten, der individuellen Betreuung und deren Ergebnisse. Beim KDS-K handelt es sich um eine betreuungsbezogene Dokumentation, d.h. die Dokumentationsgrundlage stellt nicht die einzelne Person, sondern vielmehr die einzelne Betreuung dar. Das führt dazu, dass eine Person, die innerhalb eines Jahres mehrmals betreut wird, auch mehrmals dokumentiert wird und entsprechend auch mehrmals in die Auswertung einfließt.

Insgesamt beteiligten sich 169 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen an der zentralen Datensammlung Nordrhein-Westfalen und übermittelten 89.613 Betreuungsdaten für das Auswertungsjahr 2012. Im Vergleich zu den Betreuungszahlen der vergangenen Jahre zeigt sich ein stetiger Anstieg der dokumentierten Betreuungen (2006: 64.125; 2008: 72.750, 2010: 81.435).

1.2. Dokumentationssysteme

Während der KDS-E in Papierform erhoben und durch das auswertende Institut elektronisch erfasst wird, kommen in den Einrichtungen zur Erhebung des KDS-K verschiedene computergestützte Dokumentationssysteme zum Einsatz. Am häufigsten verwenden die Einrichtungen das Programm „PatfakLight“ (39%). Die Programme „Ebis“ und „Horizont“ werden jeweils von knapp einem Viertel der Einrichtungen benutzt (je 24%). Bei „Ebis“ und „Horizont“ handelt es sich um kostenpflichtige Software, bei „PatfakLight“ fallen Kosten für Schulungen und Support an. Um jedoch allen Einrichtungen auch ohne weitere Anschaffungskosten für Software die computergestützte Dokumentation des KDS-K zu ermöglichen, wurde im Auftrag des MGEPA ein einfaches Eingabeprogramm („isdKDS“) entwickelt, welches den Einrichtungen kostenlos zur Verfügung steht. Während in der Anfangsphase der systematischen Datensammlung dieses Programm noch in jeder achten Einrichtung eingesetzt wurde, liegt der Anteil in 2012 bei nur noch 2% der Einrichtungen. Die restlichen Einrichtungen benutzen eine andere kommerzielle oder eine selbstentwickelte Software.

Um trotz der Vielfalt an verwendeten Dokumentationssystemen eine einheitliche Dokumentation sowie einen einheitlichen Datenexport sicherzustellen, werden für eine Beteiligung an der zentralen Datensammlung Dokumentationsprogramme vorausgesetzt, welche die Vorgaben der technischen Schnittstelle zur Deutschen Suchthilfestatistik (IFT) erfüllen.

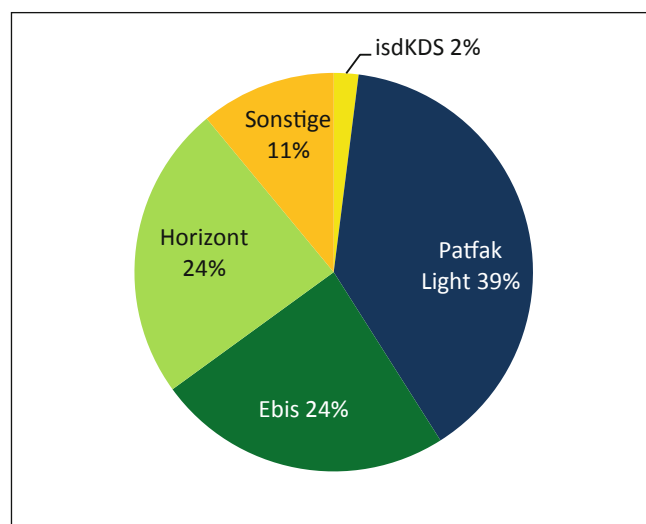


Abbildung 2.1: Verwendetes Dokumentationssystem, 2012

¹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2010).

² Die Mindestgröße bezieht sich hierbei auf die Beschäftigung mindestens einer Vollzeitkraft in einem Arbeitsfeld (z.B. niedrigschwellige Suchthilfe).

1.3. Datenqualität

Im Rahmen einer gründlichen und aufwändigen Datenaufbereitung wurden die Angaben der Einrichtungen auf inhaltliche Konsistenz und Plausibilität geprüft. Sofern möglich, wurden fehlerhafte oder unplausible Einträge nach Rücksprache mit der Einrichtung korrigiert, andernfalls von den folgenden Auswertungen ausgeschlossen. Im Rahmen der zentralen Datensammlung erhielten die beteiligten Einrichtungen zudem umfangreiche Auswertungen ihrer Daten, so dass eine direkte Kontrolle der Daten auf Seiten der Einrichtung bezüglich ihrer Richtigkeit sowie Vollständigkeit gewährleistet werden kann.

1.4. Repräsentativität

In den vorliegenden Bericht fließen ausschließlich die Einrichtungs- und Klientendaten der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen ein, welche im Rahmen der zentralen Datensammlung erfasst werden, also die Daten der landesgeförderten Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen. Zusätzlich sind auch einzelne Einrichtungen ohne Landesförderung an der Sammlung beteiligt, diese werden jedoch nicht systematisch erfasst. Bei der Interpretation des Berichtes muss deshalb stets vor Augen gehalten werden, dass er die tatsächliche Struktur der Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen sowie ihrer Klientel nicht ganz vollständig wiedergibt.

2. Struktur der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen

Bevor näher auf die Betreuungsdaten der Klientinnen und Klienten eingegangen wird, sollen die an der Datensammlung beteiligten Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen näher beleuchtet werden. Im Folgenden werden zunächst die einrichtungsbezogenen Daten der erfassten Einrichtungen dargestellt. Die Auswertung der Strukturdaten hat zum Ziel, einen Überblick über die Landschaft der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen zu vermitteln. Einschränkend ist jedoch nochmals darauf hinzuweisen, dass in die Auswertung fast ausschließlich nur Einrichtungen Eingang finden, die auch eine Landesförderung erhalten.

2.1. Träger und Fachverbände

Der weit überwiegende Teil der Einrichtungen, die für das Jahr 2012 einrichtungsbezogene Daten an das ISD geliefert haben, wird von einem Träger aus der freien Wohlfahrtspflege betrieben (89%). Gut jede zehnte Einrichtung befindet sich in kommunaler Trägerschaft. Für 1% der Einrichtungen wurde ein „Sonstiger Träger“ angegeben, der nicht der freien Wohlfahrtspflege angehört.

Unter den gemeinnützigen Trägern der freien Wohlfahrtspflege sind jene der beiden großen Kirchen - Caritas (45%) und Diakonie (39%) - am stärksten vertreten.³ Der paritätische Wohlfahrtsverband hat einen Anteil von 11%, es fol-

gen die Arbeiterwohlfahrt mit 5% und das Deutsche Rote Kreuz mit 3%.

Darüber hinaus geben verschiedene Einrichtungen an, in folgenden Fachverbänden Mitglied zu sein: Fachverband Sucht mit 9%; Fachverband Drogen und Rauschmittel (fdr) mit 2% und der Bundesverband stationärer Einrichtungen (buss) mit 1%. 20% sind in anderen Bundesfachverbänden organisiert.

2.2. Zielgruppen

Im Rahmen der Dokumentation des Deutschen Kerndatensatzes wird - unabhängig von den tatsächlich bearbeiteten Suchtproblemen der Klientel - auch die konzeptionelle Ausrichtung der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen erhoben. Zu diesem Zweck können die Einrichtungen - hierbei handelt es sich zu 98% um Beratungs- und/oder Behandlungsstellen bzw. Fachambulanzen - Angaben über die Zielgruppen machen, an welche sich ihre Angebote richten.

Am häufigsten werden mit jeweils etwas über 80% Angebote für Personen mit Problemen im Umgang mit Alkohol und Medikamenten vorgehalten (siehe Abbildung 2.1). Über zwei Drittel der Einrichtungen wenden sich an Hilfesuchende, die Probleme mit illegalen Drogen aufweisen (68%), und weit über die Hälfte richtet sich an Raucherinnen und Raucher (61%). Nicht stoffgebundene Probleme werden ebenfalls in den Einrichtungskonzepten berück-

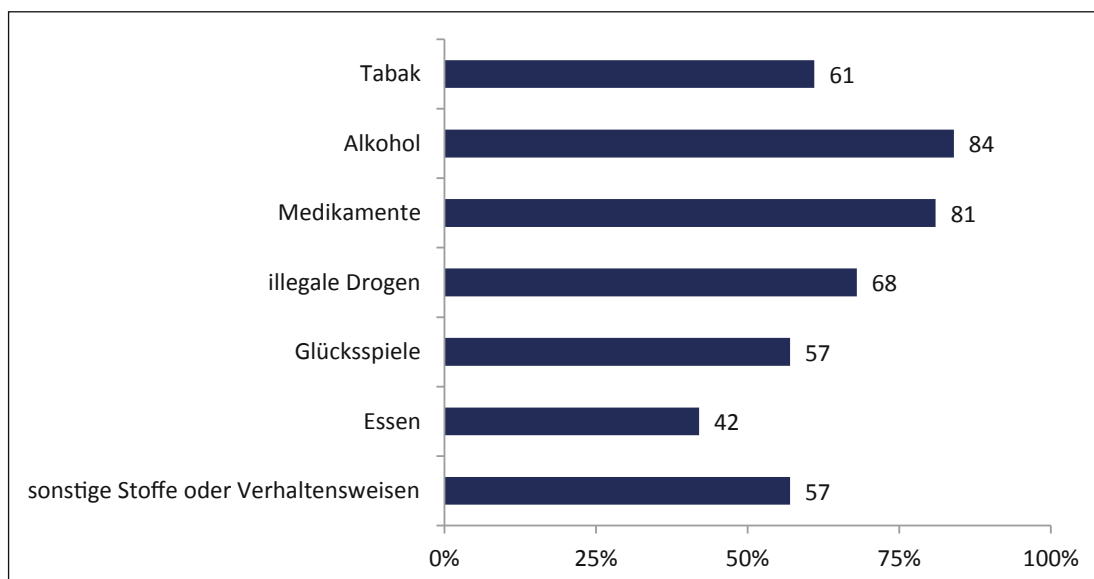


Abbildung 2.1: Zielgruppen der landesgeförderten Einrichtungen (Mehrfachantwort), 2012

³ Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

sichtigt: 57 % der Einrichtungen bieten auch Hilfen für Betroffene der Glücksspielsucht und 42 % für Hilfesuchende mit Essstörungen an.

Insgesamt zeigt sich ein breitgefächertes Angebotsspektrum der Suchthilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Lediglich 13 % der Einrichtungen beschränken sich auf eine einzige Zielgruppe, während über die Hälfte (54 %) der Einrichtungen fünf oder mehr Zielgruppen benennen.

2.3. Personelle Besetzung

Für eine Betrachtung der Personalstruktur werden die Angaben zur Wochenarbeitszeit aller festangestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter herangezogen und in so genannte Vollzeitäquivalente (VZÄ) umgerechnet, die einer Vollzeitstelle entsprechen. Wird die Arbeitszeit des gesamten Personals inklusive der Teilzeitbeschäftigten aufsummiert, so beträgt die Gesamtanzahl der Beschäftigten 1.073,1 VZÄ.

Beim überwiegenden Teil der Einrichtungen (58 %) sind bis zu 5 VZÄ, bei fast einem Drittel (29 %) zwischen 5 und 10 VZÄ beschäftigt. Lediglich 13 % der Einrichtungen geben bei der personellen Besetzung mehr als 10 VZÄ an.

Weit über die Hälfte der Beschäftigten der Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe sind Sozialarbeiterinnen und -arbeiter bzw. Sozialpädagoginnen und -pädagogen (siehe Abbildung 2.2). Der Anteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Pädagogik, Sozialwissenschaft und Soziologie beträgt 12 %. Fast ebenso viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind als Büro- und Verwaltungspersonal tätig. In nur geringem Maße sind in der ambulanten

Suchthilfe Psychologinnen und Psychologen (4 %) sowie Ärztinnen und Ärzte (2 %) beschäftigt.

2.4. Öffnungszeiten der Einrichtungen

Durchschnittlich haben die Einrichtungen 42,2 Stunden in der Woche geöffnet und ermöglichen den Klientinnen und Klienten in dieser Zeit den direkten Zugang zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Über drei Viertel der Einrichtungen (80 %) geben an, den Klientinnen und Klienten darüber hinaus im Rahmen so genannter Abendsprechstunden ein regelmäßiges Angebot auch nach 18.00 Uhr mindestens einmal in der Woche anzubieten. Um Abendsprechstunden handelt es sich nur, wenn diese von den Klientinnen und Klienten auch ohne vorherige Anmeldung in Anspruch genommen werden können. Die Versorgung von Hilfesuchenden in Form eines Krisen-Wochenenddienstes wird von 7 % der Einrichtungen angeboten.

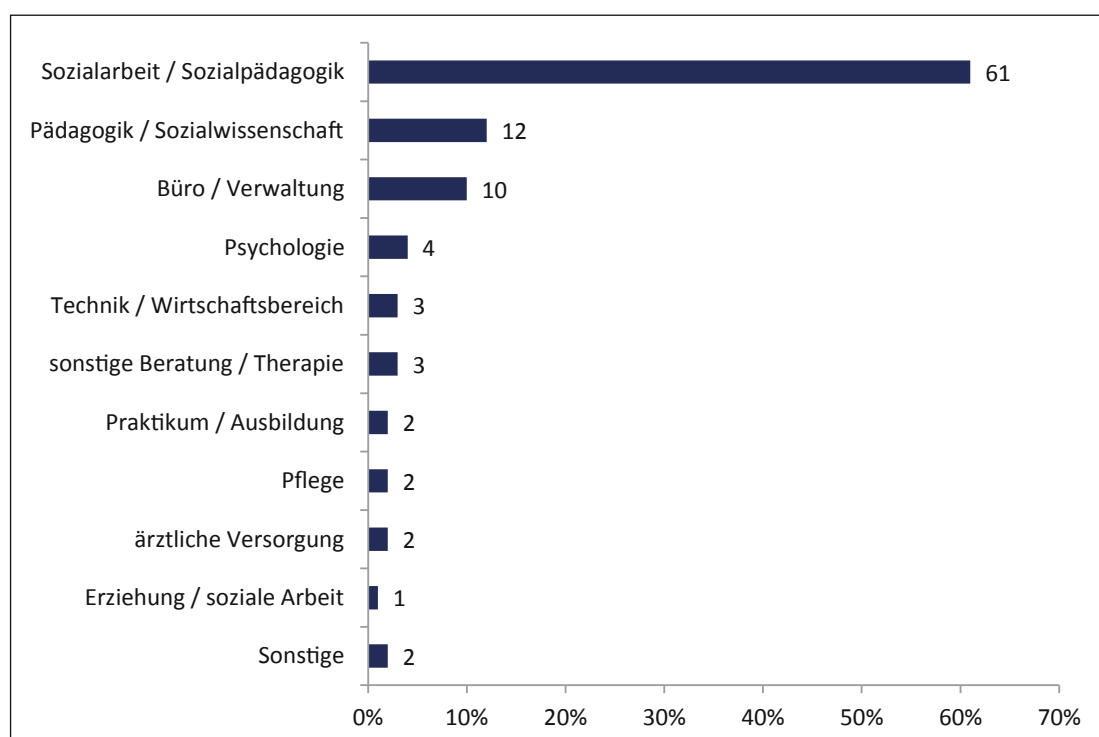


Abbildung 2.2: Qualifikation des Personals in den Einrichtungen, 2012

3. Betreuungsdaten

3.1. Überblick: Die betreuten Klientinnen und Klienten im ambulanten Hilfesystem

Insgesamt wurden in den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2012 89.613 einzelne Betreuungen dokumentiert.⁴ Dabei handelte es sich um direkte Hilfs-, kurz- oder mittelfristige Beratungs- und auch kurz- bis langfristige Therapieepisoden für selbst betroffene Klientinnen und Klienten sowie deren Angehörige. Die nun erreichte Anzahl durchgeführter Betreuungen stellt im Jahresvergleich einen neuen Höchststand dar. Im Jahr 2010 waren es noch 81.435 Betreuungen nach 72.750 Betreuungen im Jahr 2008 und 64.125 im Jahr 2006. 90 % der Betreuungen im Jahr 2012 wurden von den Klientinnen und Klienten selbst, 10 % von ihren Angehörigen in Anspruch genommen. Letztere Gruppe besteht weit überwiegend aus Frauen (75 %). Im Gegensatz dazu dominieren bei der Gruppe der Klientinnen und Klienten die Männer mit 73 %. Beides findet sich in vergleichbar deutlichem Ausmaß auch in den ambulanten Suchthilfesystemen der übrigen Bundesländer.⁵

Die Klientinnen und Klienten – nur noch diese werden im Folgenden betrachtet – des Jahres 2012 sind zu Betreuungsbeginn durchschnittlich 37,4 Jahre alt (Männer: 36,7 Jahre, Frauen: 39,6 Jahre). Sie haben zu annähernd drei Vierteln bereits vor der aktuellen Betreuung spezifische Hilfe für ihre chronische Suchterkrankung in Anspruch genommen (72 %). Für etwas weniger als die Hälfte von ihnen (42 %) ist die im Berichtsjahr dokumentierte Betreuung eine Wiederaufnahme in die betreffende Einrichtung.

⁴ Ausgewertet werden können selbstverständlich nur die übermittelten Daten der elektronisch dokumentierten Betreuungen. Deshalb gibt es einen Unterschied zwischen den tatsächlich durchgeführten und den hier betrachteten, dokumentierten Betreuungen, denn ein Teil der tatsächlich geleisteten Arbeit fließt in diesen Bericht nicht ein. Das analysierende Institut geht aber davon aus, dass die hier präsentierten Daten repräsentative Abbildungen der Klientinnen und Klienten sowie der in Anspruch genommenen Betreuungen darstellen. Im Folgenden werden die Begriffe „durchgeführte“ und „dokumentierte“ Betreuungen synonym verwendet.

⁵ Exemplarisch:

- Buth S., Verthein U., Schütze C., Neumann-Runde E. & Martens M.-S. (2012): Statusbericht 2011 der Hamburger Basisdatendokumentation. Auswertungsleistungen und Bericht zur Hamburger Basisdatendokumentation 2011. BADO e. V. (Hrsg.) Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Hamburg: Bado e. V. (ISSN 1611-5104)
 - Kalke J. & Neumann-Runde E., (2012): Landesauswertung 2011 der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen. Grunddaten 2011, Frankfurt a./M.
 - Steppan, M., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2012): Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2011: Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München.

Die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen dokumentieren nach dem International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD, Version 10) in Einklang mit dem Deutschen Kerndatensatz (KDS) Einzeldiagnosen, um die Suchtprobleme der Klientinnen und Klienten differenziert zu beschreiben. Eine dieser Diagnosen wird von ihnen zur Hauptdiagnose erklärt und beschreibt damit das Suchtproblem, das im Mittelpunkt der Betreuung steht. Dies war in 33 % der Betreuungen eine Alkoholabhängigkeit, in 27 % der Betreuungen eine Opiatabhängigkeit und in 12 % der Fälle ein problematischer oder abhängiger Cannabiskonsum. Betreuungen, in denen ein pathologisches Glücksspielverhalten im Vordergrund stand, besaßen einen Anteil von 4 %; der Gebrauch von Stimulantien dominierte 3 % der Betreuungen. Alle anderen Einzelsubstanzen und Verhaltensweisen, die in Zusammenhang mit einem abhängigen Verhalten stehen können, und den Schwerpunkt einer Suchtbetreuung bildeten, hatten jeweils einen Anteil von maximal 2 % aller Betreuungen. Für 15 % der Betreuungen sahen sich die Betreuerinnen und Betreuer aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage, eine Hauptdiagnose zu stellen. In 7 % der Fälle lagen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern keine ausreichenden Informationen zur Diagnosestellung vor, in sehr wenigen Fällen hatten die Klientinnen und Klienten zwar einen riskanten Konsum aber keine psychische Störung (1 %). Für 6 % der Betreuungen liegen keine Informationen vor, warum keine Diagnose zur Problembeschreibung vergeben wurde.

In Fällen anderer Berichterstattung (z.B. Deutsche Suchthilfestatistik) werden die Betreuungen ohne ICD-Diagnose aus der entsprechenden Gesamtbetrachtung herausgerechnet. Infolgedessen verändern sich die numerischen Verhältnisse zwischen den vergebenen Hauptdiagnosen nicht, aber ihre Anteile steigen proportional. Für Nordrhein-Westfalen führte diese Betrachtungsweise für das Jahr 2012 zu folgenden Anteilen: Alkohol: 39 %; Opiate: 32 %; Cannabis: 14 %; pathologisches Glücksspielen: 5 %; Stimulantien: 4 %; Kokain: 2 %; alle weiteren Substanzen und Verhaltensweisen: jeweils 1 %.

Über alle betreuten Problembereiche hinweg betrachtet dauerte eine Betreuungsepisode im ambulanten Suchthilfesystem Nordrhein-Westfalens im Jahr 2012 durchschnittlich 203 Tage (Basis: im Jahr 2012 beendete Betreuungen). Die Betreuungen für Männer sind durchschnittlich etwa einen Monat kürzer als die für Frauen (195 bzw. 225 Tage). Mehr als die Hälfte aller Betreuungen wurde durch einen regulären Abschluss oder einen planmäßigen Wechsel in eine andere Betreuung beendet (54 %), 41 % endeten durch einen Abbruch (durch die Klientinnen und Klienten, die Einrichtung oder einen außerplanmäßigen Wechsel).

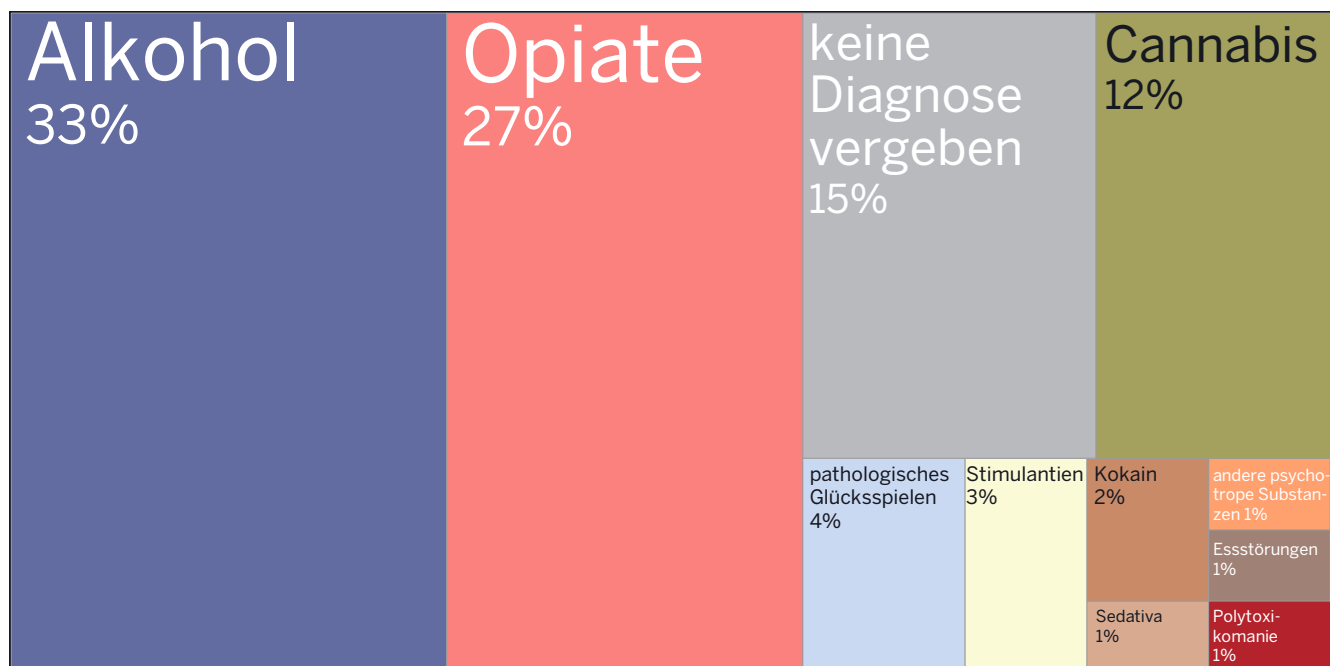


Abbildung 3.1: Hauptdiagnosen, 2012

Frauen beenden die Betreuungen nur unwesentlich erfolgreicher als Männer (plus 3 Prozentpunkte).

Mit diesen Zahlen zur Art des Betreuungsendes korrespondieren die Angaben zum Zustand der Klientinnen und Klienten am Tag des Betreuungsendes: Für annähernd jede vierte Betreuung wird eine Überwindung des problematischen bzw. pathologischen Konsums/Verhaltens dokumentiert und die Betreuung als erfolgreich klassifiziert (23 %). Für weitere 31 % wird eine Besserung festgehalten. Keine Änderung des problematischen bzw. pathologischen Konsums/Verhaltens wird in vier von zehn Betreuungsepisoden erreicht (42 %), wobei dies auch je nach Ausgangslage zu Betreuungsbeginn als Betreuungserfolg im Sinne einer Stabilisierung gewertet werden kann (z.B. die Aufrechterhaltung einer Alkoholabstinenz). In sehr wenigen Fällen verschlechtert sich die Suchtproblematik während der Betreuung im ambulanten Suchthilfesystem (4 %).

3.2. Hauptdiagnose Alkohol

Im Jahr 2012 wurden im ambulanten Suchthilfesystem Nordrhein-Westfalens 26.801 Betreuungen für Klientinnen und Klienten dokumentiert, deren Hauptproblem der übermäßige Konsum von Alkohol gewesen ist. Dies waren 33 % aller Betreuungen des Berichtsjahres. Erbracht wurden sie in 161 verschiedenen ambulanten Einrichtungen.

3.2.1. Soziodemografische Daten

3.2.1.1. Alter, Geschlecht, Nationalität

Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol sind zum Beginn der Betreuung durchschnittlich 45,3 Jahre alt: Unter ihnen sind die Frauen etwa zweieinhalb Jahre

älter als die Männer (46,9 bzw. 44,5 Jahre). Letztere nehmen zwei von drei Betreuungen in Anspruch. Die Klientinnen und Klienten besitzen fast ausschließlich die deutsche Staatsangehörigkeit (95 %). Insgesamt haben 15 % der Klientinnen und Klienten einen Migrationshintergrund.⁶

3.2.1.2. Lebenssituation, Wohnsituation, Schulden

Etwas weniger als die Hälfte (46 %) der betreuten Alkohol-klientinnen und -klienten lebt zum Zeitpunkt des Betreuungsbegins allein. Zusammen mit einer Partnerin oder einem Partner lebt mehr als ein Drittel dieser Hilfesuchenden (38 %), 20 % leben mit Kindern. Betreute Frauen leben seltener allein (minus 10 Prozentpunkte) und häufiger mit Kindern zusammen (plus 11 Prozentpunkte). In der Regel wohnen die betreuten Alkoholkranken in einer eigenen Wohnung oder im eigenen Haus (87 %). Nur 6 % wohnen bei anderen Personen. 2 % der betreuten Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol leben im ambulanten betreuten Wohnen des Suchthilfesystems.

Etwas die Hälfte der betreuten Alkoholklientel lebt in einer festen Beziehung (48 %), fast ebenso viele sind alleinstehend (46 %). Die Mehrzahl der betreuten Alkohol-klientinnen und -klienten hat keine Schulden (71 %), lediglich 11 % dieser Gruppe geben an, Schulden in Höhe von mehr als 10.000 Euro zu haben. Betreute Männer haben häufiger Schulden als Frauen (Männer: 33 %, Frauen: 24 %).

⁶ Die Frage nach dem Migrationshintergrund wird unabhängig von der Staatsbürgerschaft erhoben und lässt Mehrfachantworten zu.

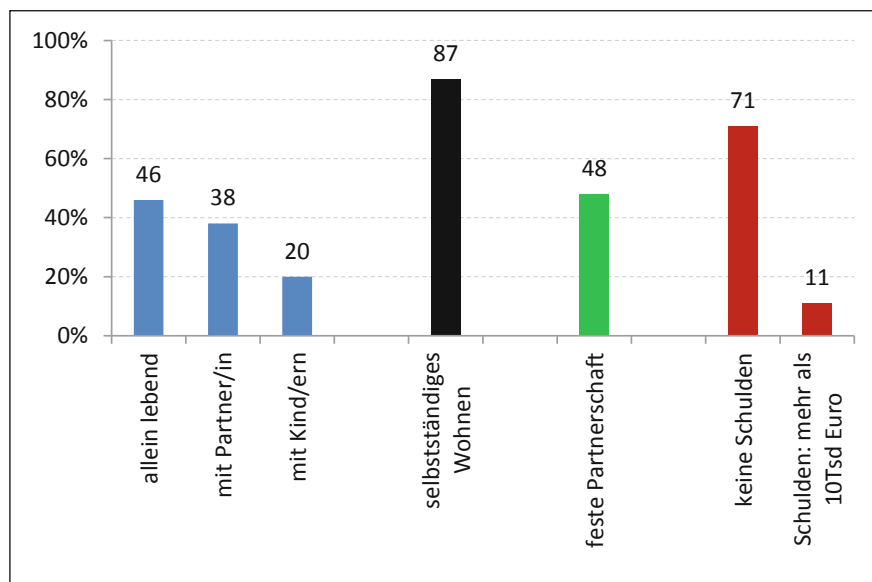


Abbildung 3.2: Hauptdiagnose Alkohol, ausgewählte soziodemografische Charakteristika, 2012

Erwerbstätig waren in den sechs Monaten vor Betreuungsbeginn insgesamt 42% der betreuten Alkoholabhängigen. Etwas weniger waren nicht erwerbstätig (39%; Männer: 41%, Frauen: 33%). Auf die restliche Gruppe der Schülerinnen und Schüler, Auszubildenden, Hausfrauen und -männer, Rentnerinnen und Rentner sowie Personen in beruflicher Rehabilitation entfällt zusammen ein Anteil von 19%. In dieser Gruppe sind die Frauen stärker vertreten (Männer: 15%, Frauen: 29%).

Entsprechend bedeutsam zeigen sich Transferleistungen für den Lebensunterhalt der im ambulanten Suchthilfesystem versorgten Alkoholkranken: Für 39% von ihnen tragen hauptsächlich das Arbeitslosengeld I (5%), Arbeitslosengeld II (32%) oder die

Sozialhilfe (2%) zum Einkommen bei. Männer sind auf diese Leistungen häufiger angewiesen als Frauen (plus 9 Prozentpunkte). Hinzu kommt die maßgebliche Unterstützung durch Angehörige bei weiteren 6% dieser Hilfesuchenden (Männer: 3%, Frauen: 14%). Das eigene Gehalt stellt für (nur) 35% der Betreuten die entscheidende finanzielle Grundlage des Lebens dar.

3.2.1.3. Bildungsstand, Erwerbstätigkeit

Die meisten Klientinnen und Klienten besitzen einen Hauptschulabschluss (47%), 25% verfügen über einen Realschulabschluss und 17% über das (Fach-) Abitur. Keinen Schulabschluss weisen 7% dieser Gruppe auf. Betreute Frauen sind durchweg qualifizierter als Männer: Sie verfügen häufiger über die höheren Abschlüsse, z.B. einen Realschulabschluss (Männer: 21%, Frauen: 32%). Die überwiegende Zahl (74%) aller Klientinnen und Klienten hat eine Berufsausbildung, eine Meisterschule oder ein Studium abgeschlossen.

3.2.1.4. Jahresvergleich: Trend 2006-2012

Für den vergleichenden Blick auf die Jahre 2006, 2008, 2010 und 2012 bilden die neuen Betreuungen der jeweili-

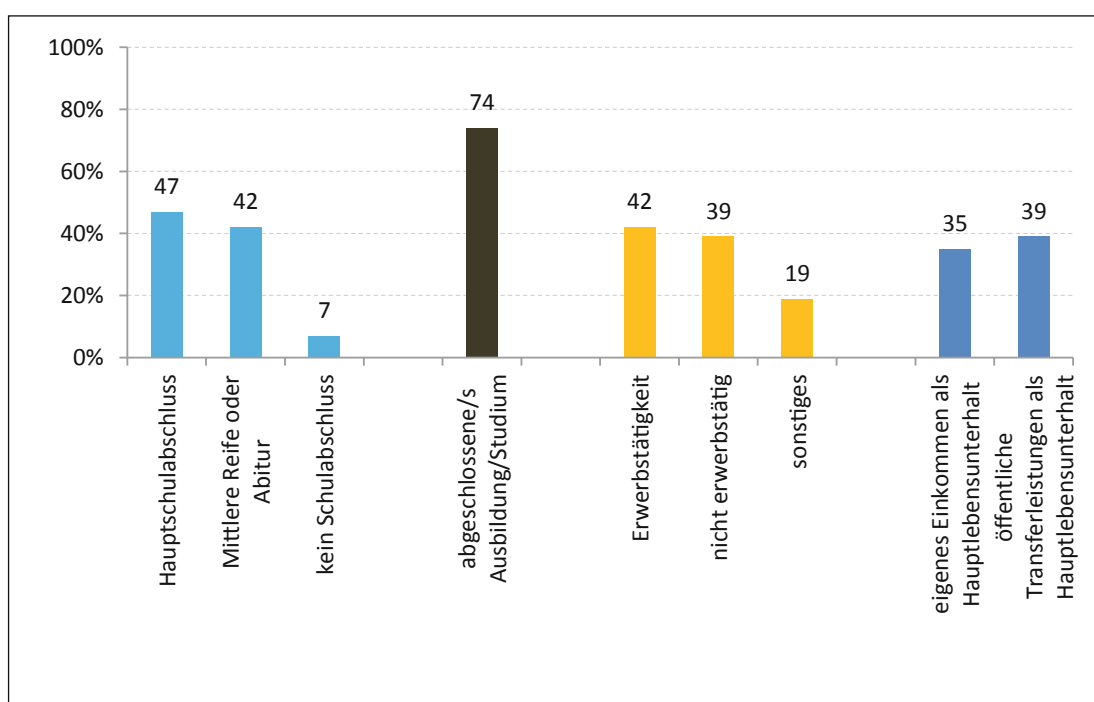


Abbildung 3.3: Hauptdiagnose Alkohol, Bildung, Ausbildung, Erwerbssituation, 2012

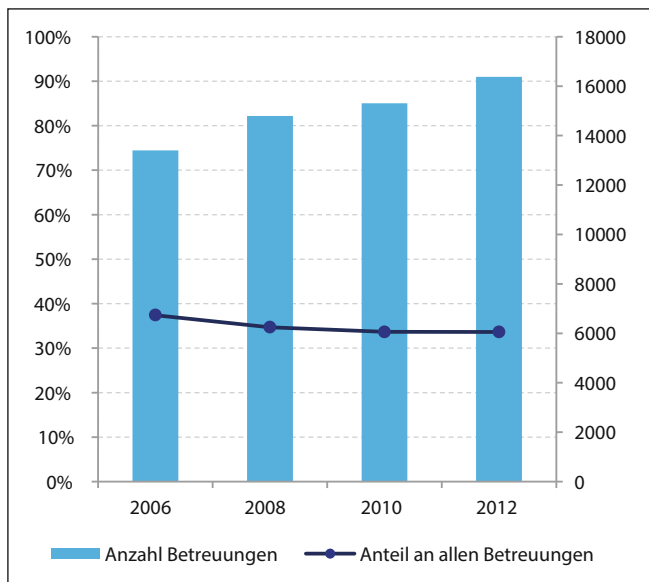


Abbildung 3.4: Hauptdiagnose Alkohol, Betreuungszahl und -anteil, Trend 2006-2012

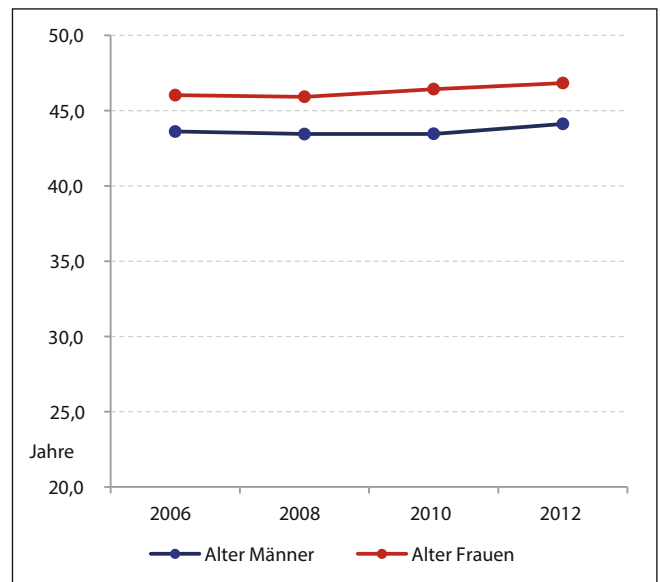


Abbildung 3.5: Hauptdiagnose Alkohol, Alter nach Geschlecht, Trend 2006-2012

gen Jahre die Basis, so dass eine für Veränderungen sensitive Auswahl getroffen wurde.⁷ Gleichzeitig lassen sich deshalb aber für bestimmte Parameter aus diesen Analysen keine Werte ableiten, die die Betreuungen abschließend und angemessen beschreiben; kurze Betreuungen sind z.B. aus strukturellen Gründen weit überrepräsentiert. Im Analysezeitraum ist der Anteil der Betreuungen von alkoholabhängigen Klientinnen und Klienten an allen neu begonnenen Betreuungen der Jahre gesunken, insbesondere zwischen den Jahren 2006 und 2010. Nachdem er im Jahr 2006 bei 37 % lag, beträgt der Anteil seit 2010 34 %. Die Anzahl neuer Betreuungen für Alkohol Klientinnen und -kli-

enten hat hingegen stark zugenommen: Im Jahr 2006 wurden 13.398 solcher Episoden dokumentiert, im Jahr 2012 waren es 16.379. Das ist eine Steigerung um 22 %, die sich über die vier betrachteten Zeitpunkte kontinuierlich entwickelt hat und zum Teil auf die veränderten Dokumentationsanforderungen für Einmalkontakte zurück zu führen sein könnte.⁸

Der Anteil betreuter Frauen ist in den letzten sechs Jahren leicht, aber kontinuierlich um fünf Prozentpunkte auf 33 % in 2012 gestiegen. Hingegen ist der Anteil betreuter Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund zwischen 2010 auf 2012 mit 13 % bzw. 14 % weitgehend stabil geblieben.⁹

Das durchschnittliche Alter der betreuten Klientinnen und Klienten verändert sich im Betrachtungszeitraum geringfügig: Tendenziell steigt es leicht von 46,0 auf 46,8 Jahre (Frauen) bzw. 43,6 auf 44,1 Jahre (Männer).

Ein geringfügig gestiegener Anteil der neuen Klientinnen und Klienten lebt allein (2006 bis 2012: plus 4 Prozentpunkte). Gleichzeitig ist zu erkennen, dass die Betreuten seltener mit Kindern zusammenleben: Dieser Anteil hat sich um 7 Prozentpunkte verringert. Parallel hierzu sinkt der Anteil derjenigen, die in fester Partnerschaft leben (minus 3 Prozentpunkte). Ebenfalls abgenommen hat jener Teil der Alkoholkranken, der keine Schulden hat (2008: 74 %, 2010 und 2012: 70 %).

Ein mit der Allgemeinbevölkerung vergleichbar großer Anteil der Betroffenen verfügt über keinen Schulabschluss. Dagegen ist der Anteil der Klientinnen und Klienten mit mittleren und höheren Schulabschlüssen nach leichtem Rückgang zwischen 2006 und 2008 in den folgenden

⁷ Es werden also keine laufenden Betreuungen betrachtet, die auch aus vorhergehenden Jahren stammen können.

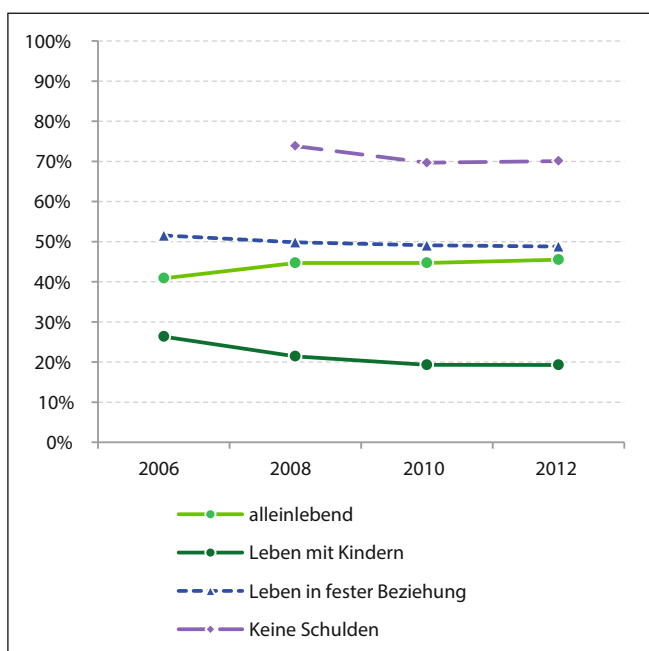


Abbildung 3.6: Hauptdiagnose Alkohol, Lebensumstände, Trend 2006-2012

⁸ Vgl. die Einführung.

⁹ Die Frage nach dem Migrationshintergrund wird seit Einführung des überarbeiteten KDS in 2008 erfasst. Daher liegen valide Daten nur für die Jahre 2010 und 2012 vor.

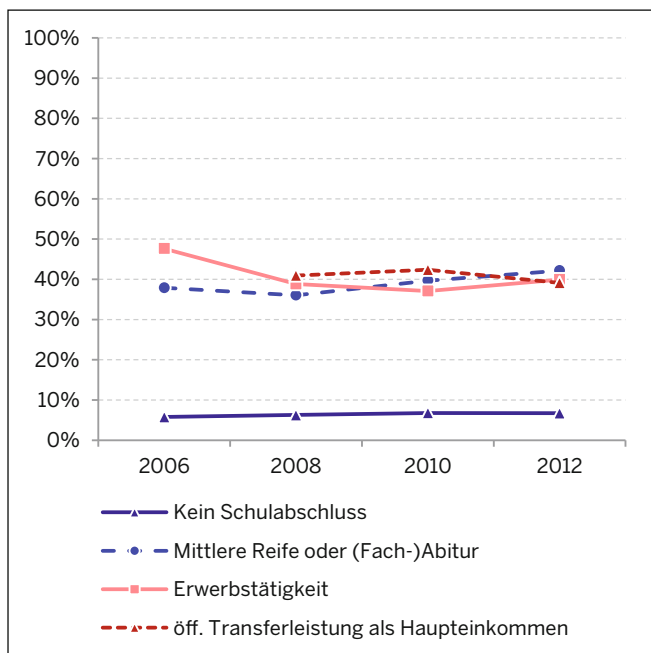


Abbildung 3.7: Hauptdiagnose Alkohol, Bildung und Einkommen, Trend 2006-2012

vier Jahren wieder um 6 Prozentpunkte auf 42 % im Jahr 2012 angestiegen. Der Anteil der Erwerbstätigen hingegen nimmt von 2006 bis 2008 um 9 Prozentpunkte von 48 % auf 39 % ab. Von 2008 bis 2012 gibt es bei der Klientel in dieser Hinsicht nur noch geringfügige Schwankungen. Rund 40 % greifen auf öffentliche Transferleistungen als Haupteinkommensbestandteil zurück. Dieses Niveau hat sich in den vergangenen vier Jahren nicht verändert.¹⁰

3.2.2. Betreuungsbezogene Daten

3.2.2.1. Anlass der Betreuung, Behandlungsvorerfahrungen, Auflagen, Kostenträger, Art der Betreuung

Über ein Drittel (37 %) der Betreuten mit der Hauptdiagnose Alkohol beginnen die Betreuung im ambulanten Suchthilfesystem aus eigener Motivation. Ein weiteres Drittel (35 %) wird aus den verschiedenen Einrichtungen des (sucht-)medizinischen Bereiches vermittelt: Den größten Einzelanteil haben mit 13 % die Krankenhäuser, die stationären Rehabilitationseinrichtungen folgen ihnen mit 9 %. Bei 1.268 Betreuungen wurden diese von einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis empfohlen, was einem Anteil von lediglich 5 % aller Betreuungen entspricht. Aber auch Institutionen, bei denen im Einzelfall eher repressive als rehabilitative Motive im Vordergrund stehen - wie die JVA, Einrichtungen der Jugendhilfe, Arbeitsagentur, Job-Center, die Straßenverkehrsbehörde oder andere Justizbehörden -, sorgen für die Aufnahme einer Betreuung im ambulanten Suchthilfesystem. Zusammen beträgt der Anteil

der auf diese Weise initiierten Betreuungen 17 %. Personen aus dem nahen (Familie mit 8 %) und etwas entfernteren (Schule, Arbeitgeber mit 3 %) sozialen Umfeld stoßen zusammen weitere 11 % der Betreuungsaufnahmen an.

Lediglich für 6 % der Betreuungen existieren gerichtliche Auflagen, die vor allem die Männer betreffen (Männer: 7 %, Frauen: 2 %). Diese erfolgen nach dem Betäubungsmittelgesetz (1 %) oder auf anderer strafrechtlicher Grundlage (4 %; N=1.045). Wenn weitere Auflagen bestehen, sind dies überwiegend Auflagen der Arbeitgeber (21 %, N=952) und der Arbeitsagentur (21 %, N= 944), gefolgt von Auflagen der Straßenverkehrsbehörde (14 %, N=643).

Alkoholabhängigkeit ist eine chronische, langwierige Erkrankung, deren Behandlung sich über viele Jahre und unterschiedliche Hilfsmaßnahmen erstreckt. Drei von vier Betreuten der Hauptdiagnosegruppe Alkohol haben bereits früher suchtspezifische Hilfe in Anspruch genommen; für 37 % ist die aktuelle Hilfe eine Wiederaufnahme in die Einrichtung, in der sie früher versorgt wurden. Gleichwohl ist festzustellen, dass lediglich 8 % der Klientinnen und Klienten jemals eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen und auch lediglich 9 % jemals regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besucht haben. Dagegen berichten 56 % von mindestens einer vollzogenen Entgiftung. 9 % der Klientinnen und Klienten haben an mindestens einer ambulanten und 34 % an mindestens einer stationären Entwöhnungsbehandlung teilgenommen.

Die aktuellen Betreuungen des Jahres 2012 wurden zu 89 % als ambulante Beratung klassifiziert, 17 % waren ambulante Entwöhnungsbehandlungen (bei der Klassifizierung waren Mehrfachbeschreibungen möglich). Entsprechend wurde der allergrößte Teil der im Auswertungsjahr in Anspruch genommenen bzw. geleisteten Betreuungsepisoden pauschal bzw. institutionell finanziert (80 %). Die Rentenversicherung als Kostenträgerin bezahlte etwa jede sechste Betreuung (17 %), die Krankenversicherung jede zwanzigste (5 %).

3.2.2.2. Konsumspezifische Daten: Alter bei Erstkonsum, Konsumhäufigkeit vor der Betreuung

Betrachtet man die Konsumhäufigkeit in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn, so konsumieren die Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol diese Substanz in sehr unterschiedlichem Ausmaß. 32 % der Alkoholklientinnen und -klienten beginnen die Betreuung abstinent. Fast ebenso viele Klientinnen und Klienten konsumieren zu diesem Zeitpunkt täglich oder fast täglich Alkohol (27 %). Schließlich gibt es eine dritte, ebenso starke Teilgruppe (28 %), die regelmäßig mehrfach die Woche Alkohol konsumiert (zwischen 8 und 25 Tagen im Monat). 13 % der Klientinnen und Klienten konsumieren zu Beginn der Betreuung selten bis sehr selten ihre Hauptproblem-

¹⁰ Hier liegen valide Daten für die Jahre 2008 bis 2012 vor.

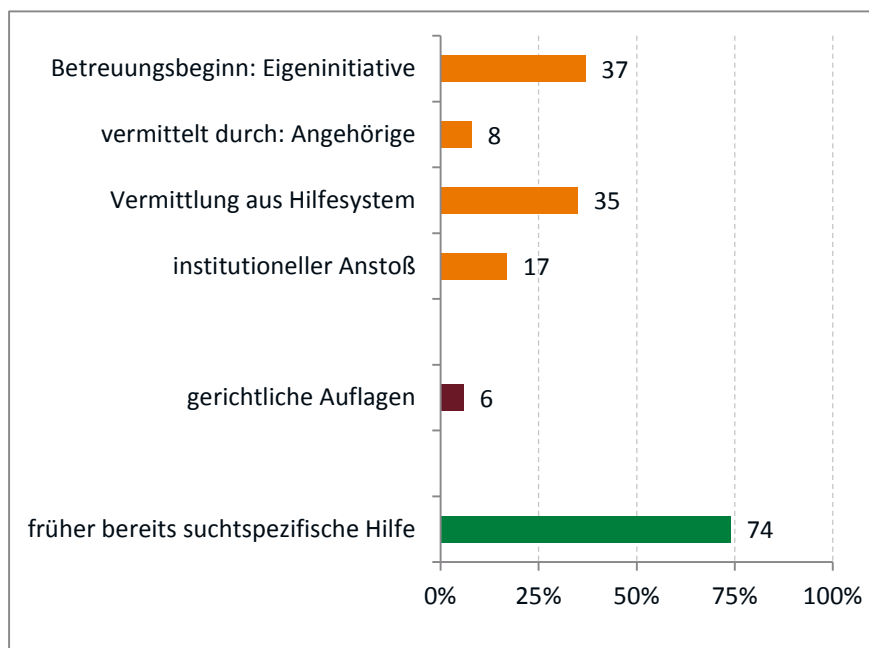


Abbildung 3.8: Hauptdiagnose Alkohol, Aufnahme der aktuellen Betreuung, 2012

substanz (Konsum an einem bis zu sieben Tagen im Monat).

Frauen sind zu Beginn ihrer Betreuung in einem etwas größeren Maße abstinent als Männer (plus 4 Prozentpunkte) und konsumieren zu diesem Zeitpunkt seltener täglich Alkohol (minus 4 Prozentpunkte).

Die Klientinnen und Klienten beginnen mit dem Alkoholkonsum durchschnittlich im Alter von 17,2 Jahren; Männer beginnen etwa eineinhalb Jahre früher als Frauen (16,7 Jahre bzw. 18,1 Jahre). Das Alter des Störungsbeginns liegt durchschnittlich 12,3 Jahre später bei 29,5 Jahren (Männer: 28,2 Jahre, Frauen: 32,1 Jahre)

3.2.2.3. Gesundheitliche Lage: Infektionserkrankungen und Komorbiditäten

Betreute Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Alkohol besitzen zum Teil weitere psychische und Verhaltensprobleme, die durch die Beraterinnen und Berater als Einzeldiagnosen nach ICD-10 dokumentiert werden. Für 23% von ihnen wurde eine Störung durch Tabakkonsum festgehalten (Männer: 24%; Frauen: 21%), für 7% der Alkoholklientinnen und -klienten eine Störung durch Cannabisgebrauch (Männer: 9%; Frauen: 4%), eine Störung durch Amphetaminkonsum ist für 3% dieser Gruppe angegeben. Alle anderen psychischen und Verhaltensstörungen spielen mit Anteilen bis zu zwei Prozent nur eine untergeordnete Rolle.

117 Tage in Anspruch, junge Klientinnen und Klienten (18 bis 27 Jahre) für 169 Tage. Durchschnittlich am längsten - nämlich 229 Tage - währten die Betreuungen für die mittlere Altersgruppe (35-45 Jahre).

In einer durchschnittlichen Betreuung wurden 15 Termine wahrgenommen, so dass in der Regel zwischen den einzelnen Kontakten zwei Wochen vergingen. Auch hier gilt: Ältere Klientinnen und Klienten nahmen durchschnittlich mehr Termine wahr als die jüngeren. Der Anteil der Einmalkontakte liegt bei den Minderjährigen bei 33% und bei den bis zu 35-Jährigen bei 19%; bei den noch älteren sinkt dieser Anteil auf 15%.

Bei 25% der Betreuungen findet parallel mindestens eine weitere begleitende Betreuung in einer anderen Einrichtung

Bei 90% der Alkoholklientinnen und -klienten ist der Infektionsstatus mit HIV oder Hepatitis B unbekannt, in vergleichbarem Maße gilt dies für Hepatitis C (89%). Für ein bis zwei Prozent der Betreuten steht fest, dass sie mit Hepatitis B bzw. C infiziert sind. Positiv auf HIV getestet wurden 0,3% der Betreuten.

3.2.2.4. Betreuung: Dauer und Ende, ergänzende Betreuung

Eine im Jahr 2012 beendete Betreuung der Alkoholklientinnen und -klienten dauerte durchschnittlich 211 Tage (Männer: 203 Tage, Frauen: 230 Tage). Betreuungen jüngerer Klientinnen und Klienten sind durchschnittlich kürzer.¹¹ Minderjährige nehmen eine Betreuung für durchschnittlich

¹¹ Basis: im Jahr 2012 beendete Betreuungen.

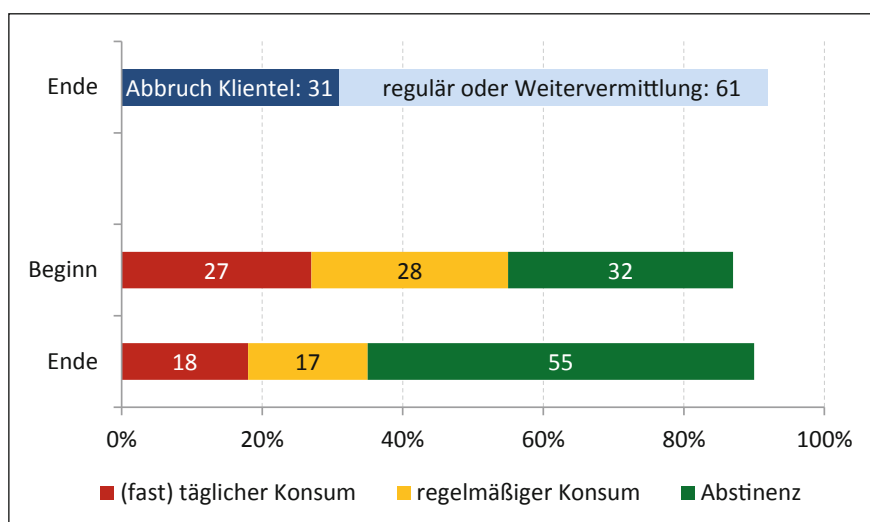


Abbildung 3.9: Hauptdiagnose Alkohol, Art des Endes der aktuellen Betreuung, Entwicklung der Konsumfrequenz während der Betreuung, 2012

tung statt: Dies sind zu 55 % Entgiftungen bzw. Entzüge oder zu 33 % stationäre Entwöhnungsbehandlungen. Psychiatrische Behandlungen und sonstige medizinische Maßnahmen machen einen Anteil von 17 bzw. 14 % an diesen parallelen Betreuungen aus.

Am Ende der Betreuung wird für 55 % der Betreuten die Alkoholabstinenz für die letzten 30 Tage festgehalten; das ist eine Zunahme um 23 Prozentpunkte im Vergleich zum Betreuungsbeginn und beschreibt eine sehr positive Wirkung der Arbeit der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen. Zudem sind die Anteile der täglich oder fast täglich Alkohol-Konsumierenden (minus 9 Prozentpunkte) und der regelmäßig Trinkenden (8 bis 25 Tage pro Monat; minus 11 Prozentpunkte) gesunken. Entsprechend zeigt sich die Beurteilung der dominierenden Problematik zum Ende der Betreuung durch die Beraterinnen und Berater: Für 30 % der Alkohol klientinnen und -klienten wird ein Erfolg dokumentiert, für 31 % eine Besserung und für 34 % ein unveränderter Zustand. In Bezug auf das Alter der Klientinnen und Klienten zeigt sich dieses Ergebnis differenziert: Je jünger die Betreuten sind, desto weniger erfolgreich waren die Bemühungen der Suchthilfe und desto größer bleiben die Anteile ohne Veränderung. Von den Betreuungen der Minderjährigen werden lediglich 21 % als erfolgreich klassifiziert, bei den über 55-Jährigen fast doppelt so viele (38 %). Unter den Betreuungen der Ältesten gibt es 28 % ohne Veränderungen in Bezug auf die Hauptproblematik, bei den 18- bis 27-Jährigen beträgt dieser Anteil allerdings sogar 43 %.

61 % aller Betreuungen werden regulär oder durch eine geplante Weitervermittlung beendet, 31 % enden durch vorzeitigen Abbruch durch die Klientinnen und Klienten. Abbrüche durch die Einrichtung werden äußerst selten vollzogen (1 %).

3.2.2.5. Jahresvergleich: Trend 2006-2012

Ein durchgehend sehr großer Teil der neu betreuten¹² Alkoholkranken hat vor der jeweils aktuellen Betreuung bereits andere suchtspezifische Hilfen in Anspruch genommen. Dieser Anteil verringerte sich über den betrachteten sechsjährigen Zeitraum allerdings nur in geringem Maße (minus 4 Prozentpunkte) und lag im Jahr 2012 noch bei 73 %. Der Anteil der Betreuungen, die begonnen wurden, weil Institutionen (wie die Arbeitsagentur, Jugendamt oder Justizbehörden) die Klientinnen und Klienten dazu gedrängt haben, ist in den Jahren 2006 bis 2008 von 13 % auf 19 % angestiegen und in den Folgejahren wieder auf 15 % in 2012 gesunken.

Der Anteil erfolgreich beendeter Betreuungen ist im Analysezeitraum kontinuierlich gesunken und hat vom Jahr 2006 bis zum Jahr 2012 von 34 % auf 22 % und damit um 12 Prozentpunkte bzw. 1/3 abgenommen. Reziprok zu die-

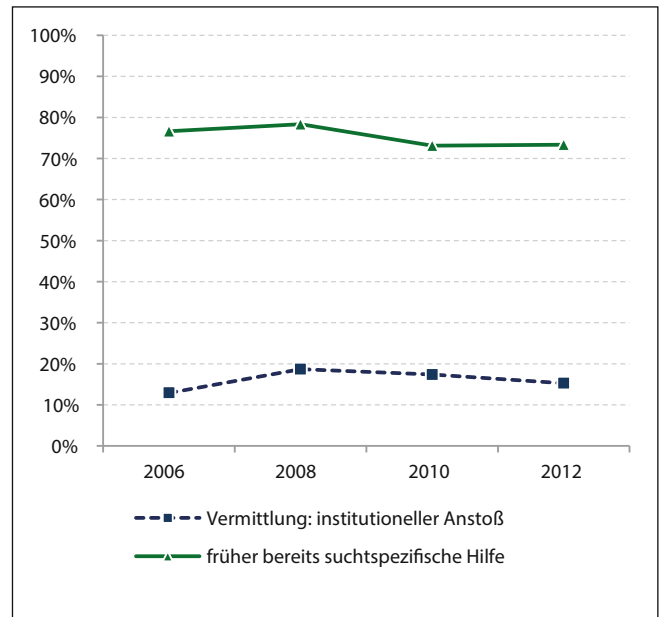


Abbildung 3.10: Hauptdiagnose Alkohol, Zugang zum Hilfesystem, Trend 2006-2012

ser Entwicklung steigt der Anteil der Betreuungen, bei denen eine Besserung des Konsumstatus der Klientinnen und Klienten erreicht wurde, im gleichen Zeitraum von 22 % auf 31 % - das entspricht einer Zunahme von ebenfalls 1/3. Den größten Anteil stellen diejenigen dar, bei denen der Problemstatus unverändert geblieben ist; er schwankt geringfügig zwischen 41 % und 44 %.

Seit dem Jahr 2006 ist der Anteil der Betreuungen, die regulär zu Ende geführt werden, weitgehend stabil (zwischen 42 % und 43 %). Auch der Anteil jener Betreuungen, die durch die Klientinnen und Klienten abgebrochen werden, schwankt in den letzten sechs Jahren nur geringfügig zwischen 33 % und 35 %.

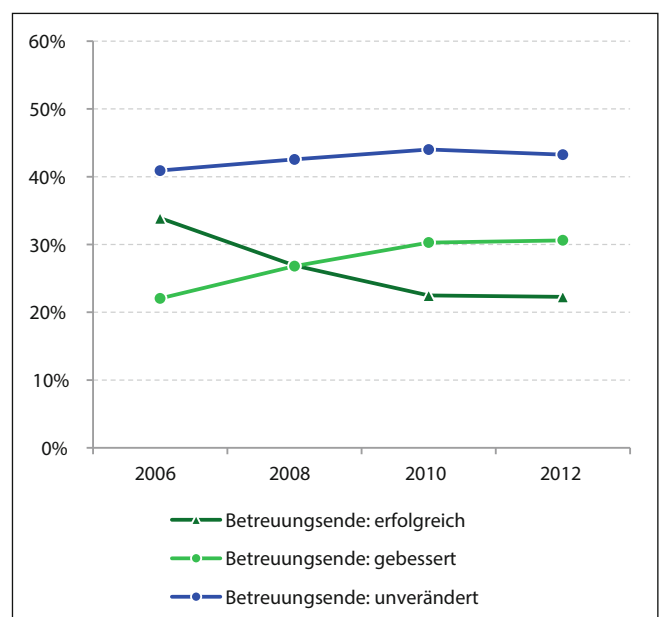


Abbildung 3.11: Hauptdiagnose Alkohol, Problemstatus Betreuungsende, Trend 2006-2012

¹² Vgl. methodische Bemerkung am Beginn des Abschnitts 3.2.1.4.

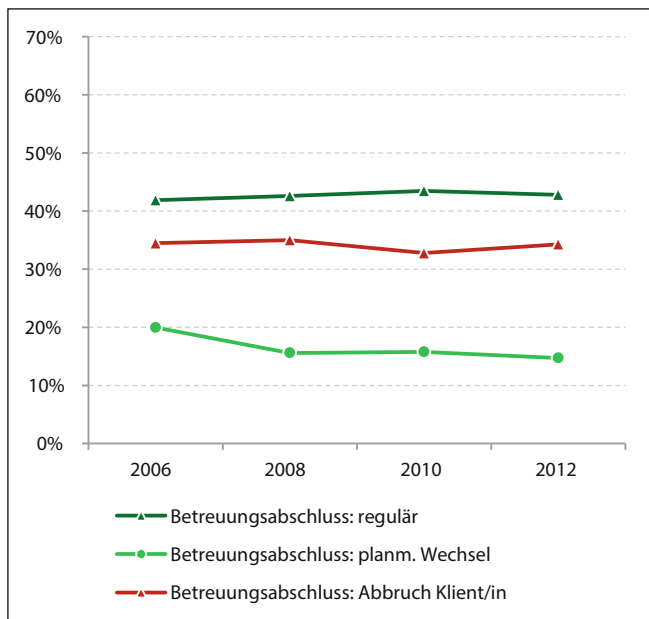


Abbildung 3.12: Hauptdiagnose Alkohol, Betreuungsabschluss, Trend 2006-2012

Dagegen nimmt im Betrachtungszeitraum der Anteil jener Klientinnen und Klienten ab, die ihre Betreuung mit einem planmäßigen Wechsel in eine andere Betreuungsform abschließen: von 20 % im Jahr 2006 auf 15 % in 2012.

3.3. Hauptdiagnose Opiate

21.982 Betreuungen wurden im Jahr 2012 für Klientinnen und Klienten dokumentiert, deren Hauptproblem der Konsum von Opiaten - Heroin oder auch die Versorgung mit und der Gebrauch von Substitutionsmitteln - gewesen ist. Dies waren 27 % aller Betreuungen. Erbracht wurden sie in insgesamt 140 verschiedenen ambulanten Einrichtungen Nordrhein-Westfalens.

3.3.1. Soziodemografische Daten

3.3.1.1. Alter, Geschlecht, Nationalität

Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Opiatkonsum sind bei Betreuungsbeginn durchschnittlich 36,7 Jahre alt. 77 % dieser Betreuungen werden von Männern in Anspruch genommen. Sie sind durchschnittlich 37,1 Jahre alt, während die betreuten Frauen zur Betreuungsaufnahme mit 35,5 Jahren etwas jünger sind. 88 % der Betreuungen werden von Klientinnen und Klienten mit deutscher Staatsangehörigkeit (Männer: 86 %;

Frauen: 94 %) nachgefragt. 9 % der betreuten Klientel stammt aus Staaten außerhalb der EU (Männer: 11%; Frauen: 3 %).

Die Frage nach einem Migrationshintergrund erweitert die Perspektive nach dem kulturellen Hintergrund der Opiat-klientel: 20 % der Klientinnen und Klienten sind selbst migriert (Männer: 23 %; Frauen: 11 %) und 16 % sind als Kind einer Migrantin oder eines Migranten geboren worden (Männer: 18 %; Frauen: 8 %). Insgesamt haben 30 % der Opiat-Klientinnen und Klienten einen Migrationshintergrund (Männer: 34 %; Frauen: 16 %).¹³ In Nordrhein-Westfalen betrug der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund im Jahr 2011 insgesamt 23,3 %.¹⁴

3.3.1.2. Lebenssituation, Wohnsituation, Schulden

49 % der Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit leben zum Betreuungsbeginn allein. Auf Männer trifft dies häufiger zu (plus 17 Prozentpunkte). 28 % leben gemeinsam mit Partner bzw. Partnerin und 14 % der Klientinnen und Klienten gemeinsam mit Kindern im Haushalt. Letztere Konstellationen finden sich eher bei betreuten Frauen (mit Partner bzw. Partnerin: plus 13 Prozentpunkte; mit Kind/ern: plus 11 Prozentpunkte). In einer festen Partnerschaft leben 39 % dieser Betreuten (Klientinnen: 53 %; Klienten: 35 %), tatsächlich alleinstehend sind 52 % (Klientinnen: 35 %; Klienten: 58 %).

Das selbstständige Wohnen - in der eigenen Wohnung oder im eigenen Haus - ist für die überwiegende Mehrheit der Opiat-klientinnen und -klienten die Regel (71 %), für betreute Frauen noch häufiger als für die entsprechenden Män-

¹³ Weil man zugleich selbst migriert und auch als Kind Migrierter geboren sein kann, ist dies eine Mehrfachantwort.

¹⁴ Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales (2012) Zuwanderungsstatistik Nordrhein-Westfalen 2011. Die Daten für das Jahr 2012 lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor.

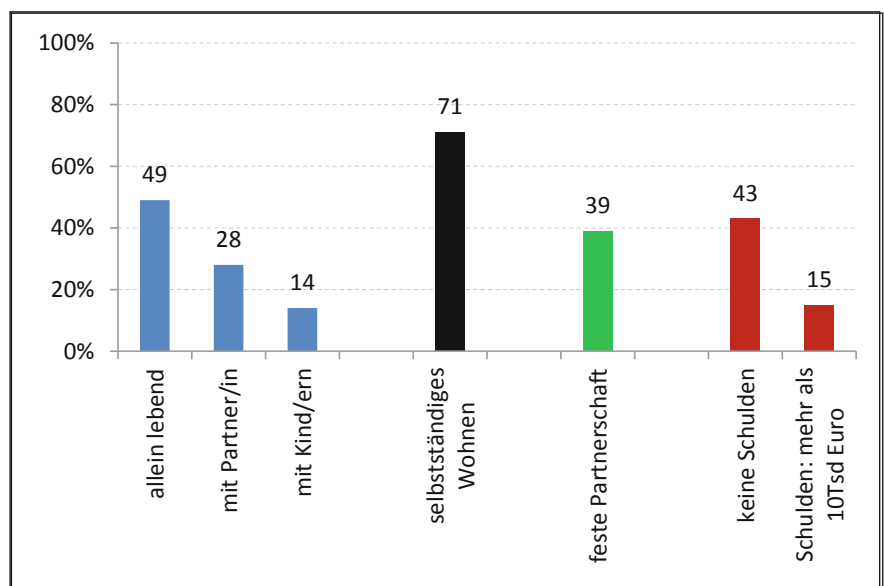


Abbildung 3.13: Hauptdiagnose Opiate, ausgewählte soziodemografische Charakteristika, 2012

ner (plus 9 Prozentpunkte). Eine Minderheit (12 %) lebt bei anderen Personen (dies können auch die Eltern sein). Fünf Prozent der Betreuten befinden sich beim Betreuungsbeginn in der JVA, drei Prozent sind wohnungslos und zwei Prozent nehmen Angebote des ambulant betreuten Wohnens in Anspruch.

15 % der betreuten Opiatabhängigen haben hohe Schulden von mehr als 10.000 Euro. Geringere Schulden bis zu 10.000 Euro haben 42 % der Klientinnen und Klienten; 43 % sind schuldenfrei.

3.3.1.3. Bildungsstand, Erwerbstätigkeit

53 % der Opiatklientinnen und -klienten besitzen den Hauptschulabschluss. Lediglich 17 % dieser Gruppe verfügen über einen Realschulabschluss und nur 6 % besitzen die Fachhochschulreife oder das Abitur. 21 % haben die Schule ohne einen Abschluss verlassen (und diesen auch später nicht erworben). Klienten erlangten seltener die höheren Bildungsabschlüsse als die Klientinnen (Realschulabschluss: minus 7 Prozentpunkte; Abitur: minus 3 Prozentpunkte). Insgesamt zeigt sich diese Klientel damit weit unterdurchschnittlich gebildet: Im Jahr 2011 - neuere Zahlen liegen nicht vor - besaß ein Anteil von 28 % der über 15-jährigen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen das (Fach-) Abitur, 21 % einen Realschulabschluss und nur 10 % hatten entweder die Schule ohne Abschluss verlassen oder befanden sich in Schulbildung ohne bisher einen Abschluss erreicht zu haben.¹⁵

Mehr als die Hälfte der betreuten Opiatklientinnen und -klienten verfügt über keinen Ausbildungsabschluss (59 %), Frauen betrifft dies häufiger als Männer (plus 12 Prozentpunkte). Lediglich 35 % der Klientel haben eine Lehre er-

folgreich beendet (Frauen: 26 %; Männer: 38 %), nur je 1 % haben das Studium bzw. eine Ausbildung zum Meister abgeschlossen und 2 % verfügen über einen anderweitigen Berufsabschluss.

In Übereinstimmung mit den beiden beschriebenen Facetten der unterdurchschnittlichen Qualifikation steht die Erwerbsituation: Nur 16 % der Betreuten dieser Gruppe sind im Angestelltenverhältnis oder selbstständig erwerbstätig. Etwa drei Viertel dieser Klientinnen und Klienten sind nicht erwerbstätig (76 %). Deshalb tragen öffentliche Transferleistungen maßgeblich zum Lebensunterhalt der Opiatabhängigen bei: 77 % von ihnen geben an, dass diese Zahlungen die entscheidende Grundlage ihrer finanziellen Einkünfte sind. Eine hohe Bedeutung hat insbesondere das Arbeitslosengeld II: Es ist für zwei Drittel der Betreuten der Hauptlebensunterhalt (ALG II: 69 %; ALG I: 3 %; Sozialhilfe: 5 %). Nur 12 % kommen selbst für ihren Lebensunterhalt auf.

3.3.1.4. Jahresvergleich: Trend 2006-2012

Zwischen den Jahren 2006 und 2012 ist der Anteil der pro Jahr neu begonnenen Betreuungen von Opiatklientinnen und -klienten von 24 % auf 19 % gesunken. Hingegen hat die Anzahl der dokumentierten Betreuungen von 8.525 im Jahr 2006 auf 9.602 im Jahr 2010 zugenommen. Zwischen 2010 und 2012 ist die Anzahl der neu begonnenen Betreuungen wieder um 170 auf aktuelle 9.432 gesunken.

Das numerische Verhältnis zwischen betreuten Männern und Frauen mit einem opiatbezogenen Suchtproblem hat sich in den vergangenen Jahren nicht verändert. Der Anteil der Frauen betrug durchgehend etwa 22 %. Ebenfalls stabil geblieben ist mit 27 % in 2010 und 28 % in 2012 der Anteil der Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund.

Das durchschnittliche Alter der betreuten Opiatklientinnen und -klienten hat sich im Betrachtungszeitraum von Jahr zu Jahr kontinuierlich erhöht. Männer sind mit einem mittleren Alter von 37,5 Jahren im Jahr 2012 durchschnittlich

¹⁵ Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (2013): Bildungsstand der Bevölkerung in NRW. <http://www.it.nrw.de/statistik/d/daten/eckdaten/r514bild1.html> Eingesehen am 08.08.2013.

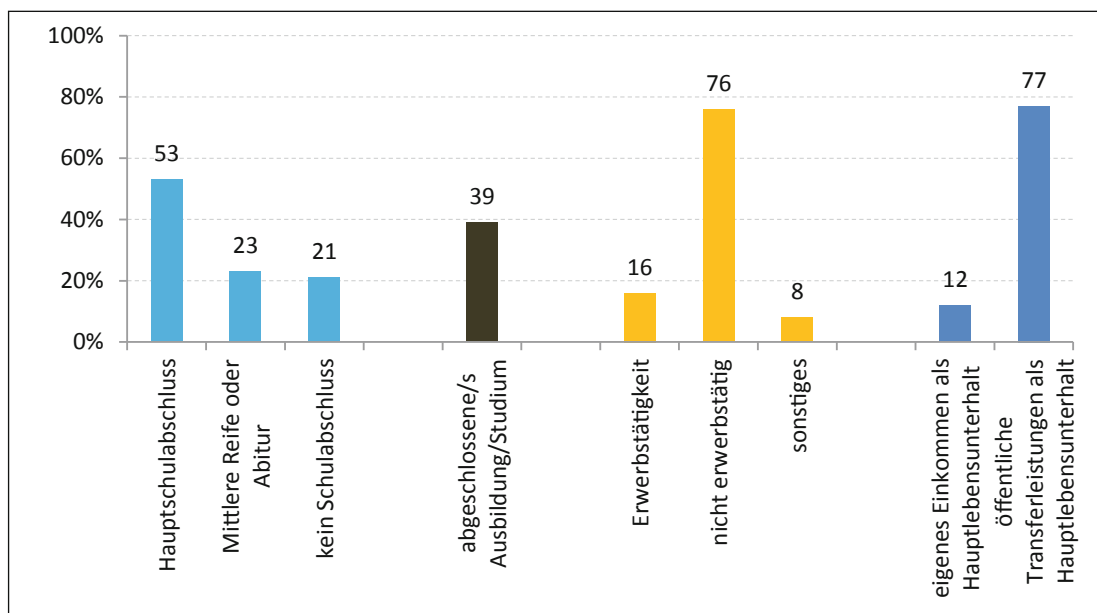


Abbildung 3.14: Hauptdiagnose Opiate, Bildung, Ausbildung, Erwerbsituation, 2012

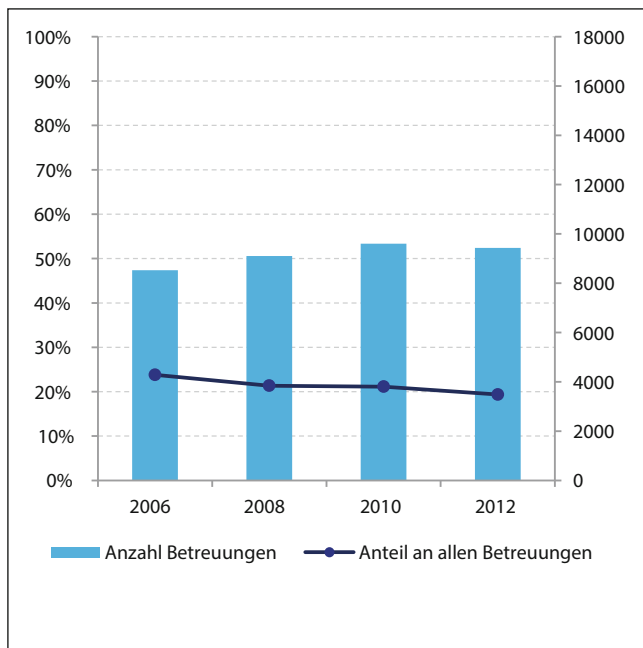


Abbildung 3.15: Hauptdiagnose Opiate, Betreuungszahl und -anteil, Trend 2006-2012

4,4 Jahre älter als im Jahr 2006, bei den Frauen beträgt der Anstieg 4,2 Jahre (2012: 36,0 Jahre).

Die Lebensumstände der betreuten Opiatklientinnen und -klienten veränderten sich in den betrachteten sechs Jahren in geringem Maße. Gewachsen ist der Anteil der Alleinlebenden (plus 7 Prozentpunkte: auf 48 %) und leicht gesunken der Anteil derjenigen, die mit Kindern zusammen leben (minus 5 Prozentpunkte: auf 11 %). Unverändert zeigt sich der Indikator enger sozialer Bindung: Über den gesamten Analysezeitraum beträgt der Anteil derjenigen, die in fester Beziehung leben, zwischen 38 % und 40 %. Ohne Schulden lebten 2008 noch 49 % der neu Betreuten. Zwei Jahre später sank dieser Anteil um 8 Prozentpunkte

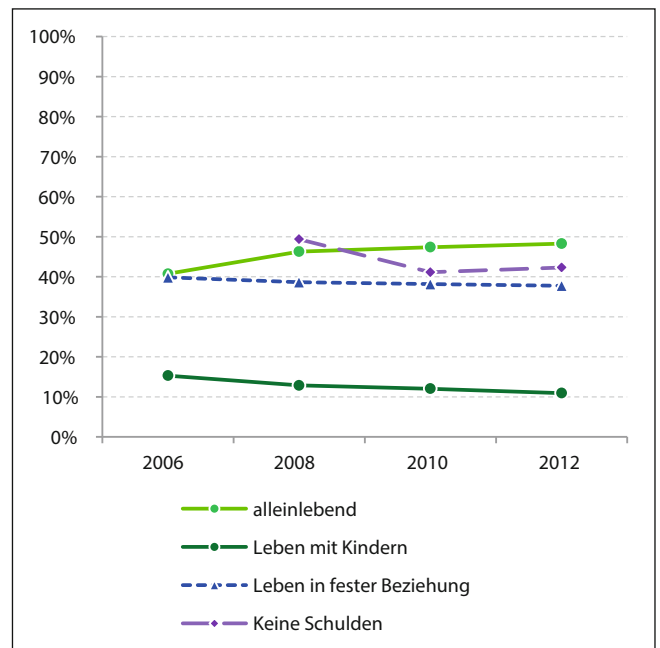


Abbildung 3.17: Hauptdiagnose Opiate, Lebensumstände, Trend 2006-2012

auf 41 %, um auch im Jahr 2012 auf diesem Niveau zu bleiben.

Die Anteile der Opiatabhängigen ohne Schulabschluss und derjenigen mit Mittlerer Reife oder Abitur verändern sich im Analysezeitraum kaum; sie liegen bei jeweils 21 % bis 23 %. Ebenfalls ohne nennenswerte Veränderungen zeigen sich die Anteile der Erwerbstätigen ab dem Jahr 2008 (14 bzw. 13 %), nachdem sie zuvor mit 20 % etwas höher lagen, und derjenigen, die öffentliche Transferleistungen als ihre Haupteinkommensquelle benennen: Sie liegen stabil auf hohem Niveau bei 75 % bis 77 %.

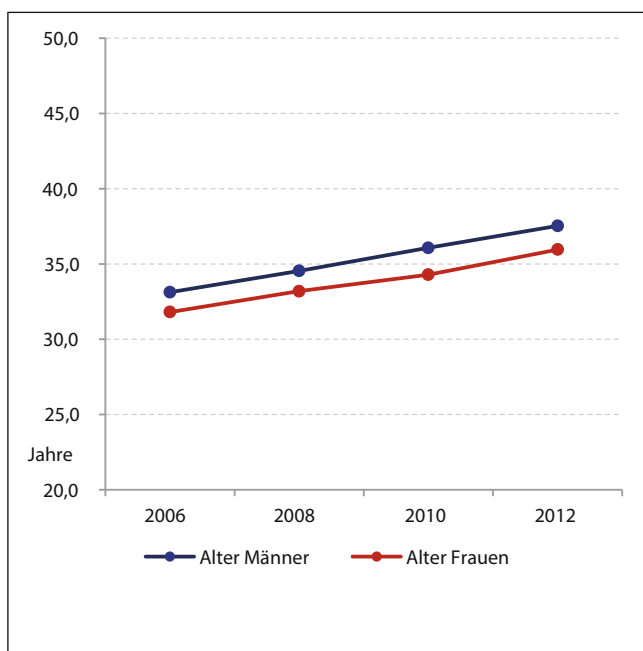


Abbildung 3.16: Hauptdiagnose Opiate, Alter nach Geschlecht, Trend 2006-2012

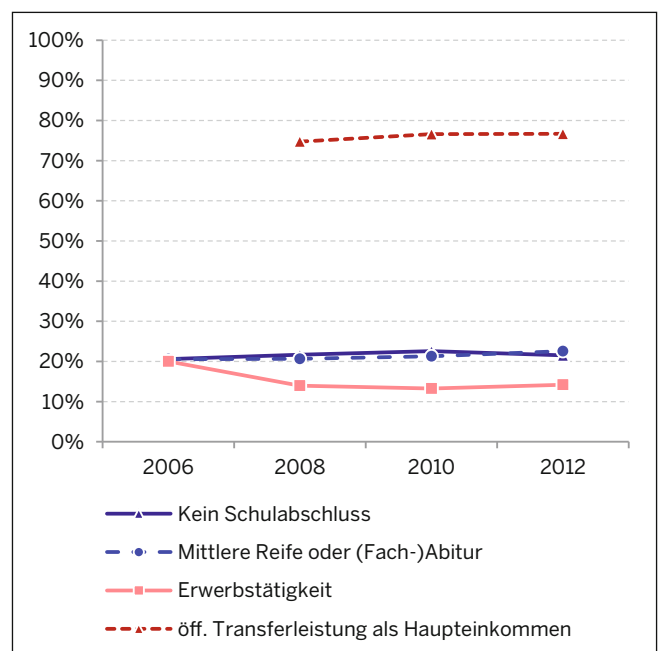


Abbildung 3.18: Hauptdiagnose Opiate, Bildung und Einkommen, Trend 2006-2012

3.3.2. Betreuungsbezogene Daten

3.3.2.1. Anlass der Betreuung, Auflagen, Kostenträger

52 % der Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit haben das ambulante Suchthilfesystem aus eigener Motivation aufgesucht. 35 % der Gesamtgruppe sind durch andere Stellen im Hilfesystem vermittelt worden. Den größten Anteil haben hier Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (26 %). Angehörige besitzen für die Aufnahme so gut wie keine Bedeutung, lediglich 4 % der Betreuungen sind über den sozialen Nahbereich angestoßen worden. Für doppelt so viele Betreuungen haben Institutionen, bei denen therapeutische Zwecke nicht im Vordergrund stehen, wie JVA, Straßenverkehrsamt oder auch Arbeitsagentur gesorgt (8 %). Allerdings bestehen für 17 % aller Betreuungen dieses Hauptdrogentyps gerichtliche Auflagen: 15 % beruhen auf Verstößen gegen das BtMG und 3 % haben eine andere strafrechtliche Grundlage. Außergerichtliche Auflagen

handlung teilgenommen. 47 % erhielten mindestens eine Psychosoziale Begleitbetreuung (PSB) zur Substitution. Auch ambulante Beratungen und stationäre Entwöhnungsbehandlungen gehören zu den Erfahrungen vieler betreuter Opiatabhängiger (45 % bzw. 43 %).

Die aktuelle Betreuung stellt für 61 % dieser Betreuten eine Wiederaufnahme in die Einrichtung dar, die bereits früher aufgesucht wurde. Sie wird in etwa 2/3 der Fälle als Psychosoziale Begleitbetreuung klassifiziert (63 %), annähernd so oft wie als ambulante Beratung (61 %). 7 % der Betreuungen beinhalten eine Substitutionsbehandlung (also die Vergabe des Substituts).¹⁷ Finanziert wird die Versorgung der Opiatklientinnen und -klienten zu 88 % pauschal bzw. institutionell. In 6 % der Betreuungen werden die erbrachten Leistungen über den Sozialhilfeträger abgerechnet. Andere Finanzierungsquellen, wie z.B. Kranken- oder Rentenversicherungen, spielen eine eher untergeordnete Rolle (zwischen 0 % und 2 %).

3.3.2.2. Konsumspezifische Daten: Alter bei Erstkonsum, Konsumhäufigkeit vor der Betreuung

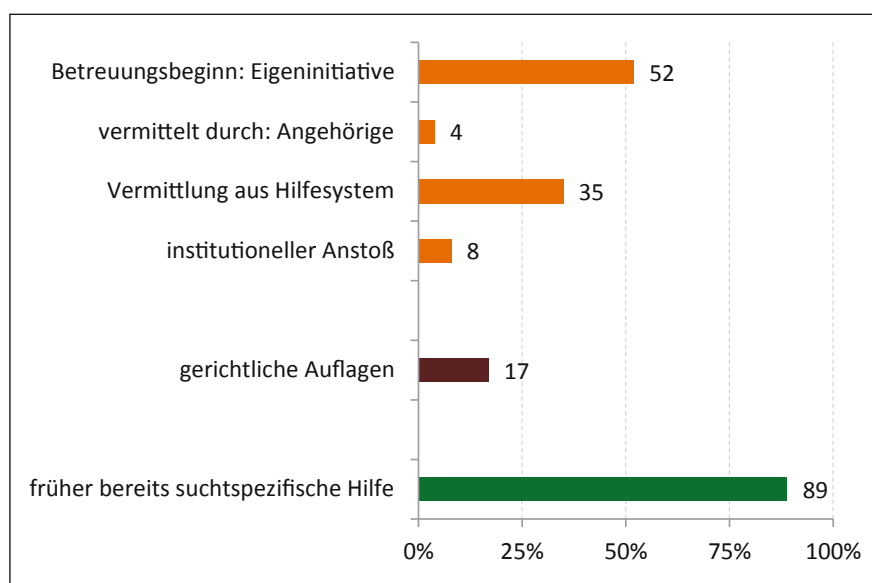


Abbildung 3.19: Hauptdiagnose Opiate, Aufnahme der aktuellen Betreuung, 2012

(von Arbeitgebern, Krankenkassen, Arbeitsagentur oder anderen Institutionen) betreffen insgesamt 13 % der Betreuungen von Opiatklientinnen und -klienten.¹⁶

Die Abhängigkeit von Opiaten ist eine schwerwiegende und chronische Krankheit, die eine langjährige Behandlung zur Folge hat. Dementsprechend werden für 89 % der Betreuungen der Opiatklientinnen und -klienten Vorerfahrungen mit suchtspezifischer Hilfe dokumentiert. 64 % von ihnen haben bereits mindestens eine Entgiftung in Anspruch genommen und 59 % mindestens an einer Substitutionsbe-

71 % der betreuten Opiatklientinnen und -klienten konsumierten in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn täglich oder fast täglich Opiate, Frauen mit 72 % in geringfügig höherem Maße als Männer mit 69 %. Ein Teil dieses täglichen Konsums war allerdings therapeutisch gewollt. Denn in dieser Gruppe befinden sich auch die opiatabhängigen Klientinnen und Klienten in Substitutionsbehandlung, die die medizinisch verordneten Ersatzstoffe einnahmen.

17 % der Klientinnen und Klienten waren bei Beginn der Betreuungen ohne aktuellen Heroin- oder Substitutkonsum im letzten Monat. Die Klientinnen und Klienten begannen durchschnittlich im Alter von 22,4 Jahren mit dem Opiatkonsum (Männer: 22,6 Jahre; Frauen: 21,8 Jahre); der Störungsbe-

ginn folgte unmittelbar darauf und zwar im Alter von 22,5 Jahren (Männer: 22,6 Jahre; Frauen: 22,1 Jahre). Dies verdeutlicht das hohe Abhängigkeitspotential der psychotropen Substanz Heroin.¹⁸

¹⁶ Dies können andere oder auch die gleichen Betreuungen sein, für die gerichtliche Auflagen existieren.

¹⁷ Bei der Festlegung der Betreuungsart sind Mehrfachantworten möglich.

¹⁸ Auch wenn dieser Auswertung nicht die Gruppe aller Heroin-Konsumierenden zu Grunde liegt, sondern „nur“ die der im ambulanten Hilfesystem NRW Betreuten, besitzt dieser Schluss eine hohe Plausibilität.

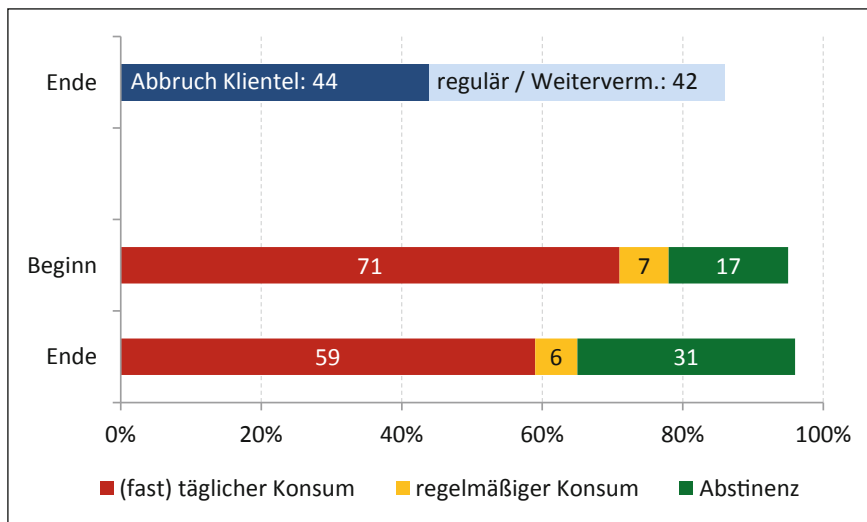


Abbildung 3.20: Hauptdiagnose Opiate, Art des Endes der aktuellen Betreuung, Entwicklung der Konsumfrequenz während der Betreuung, 2012

3.3.2.3. Gesundheitliche Lage: Infektionserkrankungen und Komorbiditäten

Neben dem im Mittelpunkt stehenden Opiatkonsum können weitere suchtspezifische Problembereiche dieser Klientinnen und Klienten identifiziert werden. Die Beraterinnen und Berater der ambulanten Einrichtungen haben folgenden zusätzlichen problematischen Substanzkonsum als ICD-Einzeldiagnosen für die betroffenen Klientinnen und Klienten dokumentiert: für 33 % der Betreuungen einen Cannabiskonsum (Männer: 34 %; Frauen: 28 %), für 27 % einen Alkoholkonsum und für 22 % einen Kokainkonsum. Ein problematischer Benzodiazepingebrauch wird in geringerem Maße (14 %) dokumentiert. Amphetaminbezogene Suchtprobleme sind demgegenüber mit 8 % von untergeordneter Bedeutung. Insgesamt zeigt sich diese Klientel hoch belastet durch erheblichen Misch- und Mehrfachkonsum.

Hinzu treten weitere Belastungen durch Infektionskrankheiten. 6 % der Gesamtgruppe besitzen eine Hepatitis B-Infektion. Allerdings ist bei 51 % der Gesamtgruppe der Infektionsstatus unbekannt. Von Hepatitis C sind insgesamt 35 % der Klientel betroffen (4 % akut, 31 % chronisch), wobei bei 39 % der Infektionsstatus nicht erhoben worden ist. 3 % der Opiat-Klientinnen und Klienten sind HIV-positiv getestet (Frauen: 4 %; Männer: 2 %). Hier ist für 47 % keine verlässliche Aussage möglich, da der Status unklar ist.

Für alle drei Krankheiten gilt jedoch: im Vergleich zur Normalbevölkerung sind die im ambulanten Hilfesystem betreuten opiatabhängigen Klientinnen und Klienten in weit höherem Maße davon betroffen.¹⁹

¹⁹ Zum Vergleich: Infektionsraten in der Bevölkerung, 2013: Hepatitis B: 0,3 %; Hepatitis C: 0,3 %; HIV: <0,1 % Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 5/6, 2013. RKI, Epidemiologisches Bulletin 24/2013.

3.3.2.4. Betreuung: Dauer und Ende, ergänzende Betreuung

Zur Charakterisierung der Versorgung der Opiatklientinnen und -klienten ist die durchschnittliche Dauer der in 2012 beendeten Betreuungen von Interesse. Diese betrug 363 Tage (Männer: 347 Tage; Frauen: 417 Tage).²⁰ Diese Betrachtung bildet einerseits einen verlässlichen Maßstab - auch für zukünftige Analysen. Andererseits verzerrt sie dadurch den Blick systematisch, dass lange Betreuungen, die im Betrachtungszeitraum noch andauern, nicht einbezogen werden. Bezieht man alle Betreuungen ein, die im Berichtsjahr liefen, sind die noch andauernden mit einer (vorläufigen)

Dauer bis zum 31.12. anzusetzen. Bei dieser Betrachtung wird eine deutlich höhere - tatsächlich auch geleistete - Betreuungsarbeit erfasst. Alle noch laufenden Betreuungen enden jedoch - für die Berechnung - am selben Tag (31.12.), obwohl sie tatsächlich unterschiedlich lang sind bzw. sein werden. Bei dieser alternativen Betrachtungsweise ergibt sich eine durchschnittliche Betreuungslänge der Opiatklientinnen und -klienten von 1.081 Tagen (Frauen: 1.123 Tage; Männer: 1.068 Tage), die zugleich deutlich macht, dass sich in dieser Klientel ein großer Teil in überaus lang anhaltenden Betreuungsepisoden befindet. Außerdem zeigt sich bei dieser alternativen Betrachtung, dass mit steigendem Alter der Betreuten die durchschnittliche Dauer ihrer Betreuung sinkt: Für die Betreuungen der jungen Erwachsenen (18-27 Jahre) ergibt sich eine Dauer von 1.512 Tagen, während die Dauer der Betreuung bei den 45- bis 55-Jährigen durchschnittlich 818 Tage beträgt.

In den im Jahr 2012 abgeschlossenen Betreuungen wurden durchschnittlich 19 Termine wahrgenommen, so dass zwischen den Terminen jeweils etwa zweieinhalb Wochen Zeit vergingen.

Opiatabhängige werden in hohem Maße gleichzeitig in mehreren Einrichtungen betreut: Bei insgesamt 21.982 Betreuungen werden 10.280 solcher ergänzenden Maßnahmen dokumentiert. Dies sind vor allem folgende Maßnahmen: Substitutionsmittelvergabe (83 %), Entgiftung (22 %), andere medizinische Maßnahmen (12 %), stationäre Entwöhnungsbehandlung (9 %) sowie PSB (6 %). Bei jeweils 5 % der betreuten Opiatabhängigen wird parallel eine psychiatrische Behandlung oder eine medizinische Notfallhilfe angegeben; bei 4 % eine ambulante Beratung.²¹

Zum Betreuungsende wird für 31 % der Opiatabhängigen eine Abstinenz dokumentiert. Die Betroffenen gelten hierbei als abstinent, wenn sie in den 30 Tagen vor dem Ende der Betreuung keine Opiate konsumiert haben (Männer:

²⁰ Basis: Abgeschlossene Betreuungen des Jahres 2012.

²¹ Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

31%; Frauen: 30%). Das sind 14 Prozentpunkte mehr als zum Betreuungsbeginn. Gleichwohl konsumieren 59 % der Betreuten am Betreuungsende weiterhin (fast) täglich Opiate (Männer: 59%; Frauen: 61%). Dieser Anteil hat sich über die zum Teil sehr lange Betreuungsdauer um 12 Prozentpunkte reduziert.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Suchthilfe halten für 40 % der Betreuungen Fortschritte fest: 12 % der Betreuungen werden in Bezug auf die Hauptproblematik als erfolgreich eingestuft und für 28 % werden Besserungen festgehalten. 53 % der Betreuungen von Opiatklientinnen und -klienten werden als unverändert abgeschlossen. Bei 7 % ergeben sich sogar Verschlechterungen²² hinsichtlich der Hauptproblematik.

Weniger als jede zweite Betreuung wird entweder regulär (28 %) oder durch einen planmäßigen Wechsel in eine andere Behandlungsform (14 %) beendet, dagegen summieren sich Abbrüche durch die Klientinnen und Klienten (44 %), durch die Einrichtung (4 %) und die außerplanmäßigen Verlegungen (5 %) auf zusammen 53 % und machen somit mehr als jede zweite Betreuung aus. Bei den Gründen für die vorzeitigen Beendigungen hat neben dem Wohnortwechsel (Frauen: 48%; Männer: 35%) insbesondere die Inhaftierung der Betreuten (Männer: 57%; Frauen: 42 %) einen bedeutenden Anteil.

3.3.2.5. Jahresvergleich: Trend 2006-2012

Für den Analysezeitraum zeigt sich beim Zugang zum Hilfesystem kein Wandel in der Klientel. Ein stabil sehr hoher Anteil (89 % bis 92 %) hat bereits vor der aktuellen Betreuung suchtspezifische Hilfen in Anspruch genommen und ein nur geringer Teil (zwischen 10 % und 13 %) wurde durch andere Institutionen - wie Arbeitsagentur, Justizbehörden oder Jugendamt - dazu bewogen, die Betreuung aufzunehmen.

Der Betreuungserfolg bei Opiatklientinnen und -klienten ist im Verlauf der Jahre 2006 bis 2012 nahezu unverändert geblieben. Der Anteil erfolgreich beendeter Betreuungen bewegt sich zwischen 9 % und 13 %. Besserungen werden für 22 % bis 27 % der Betreuungen dokumentiert, wobei dieser Anteil zunächst bis zum Jahr 2010 um 5 Prozentpunkte auf gesunken war und seitdem wieder zunimmt. Die größte Gruppe mit unveränderter Suchtproblematik hatte zwischen den Jahren 2006 und 2008 um 6 Prozentpunkte von 55 % auf 61 % zugenommen. Zuletzt stabilisierte sich der Anteil auf diesem Niveau (61 % bis 63 %).

²² Zur Bewertung des geringen Anteils erreichter Abstinenz bleibt zu bedenken, dass diese kein kurzfristig zu erreichendes Ziel der ambulanten Suchthilfe (mehr) ist. Gesundheitliche Stabilisierung der Abhängigen von Opiaten ist ein gleichwertiges Ziel der Bemühungen. Wurde diese über eine erfolgreiche Einbindung in die Substitutionstherapie mit regelmäßiger Einnahme des Substitutionsmittels erreicht, kann sich dies in diesem Item auch als unveränderter Zustand widerspiegeln.

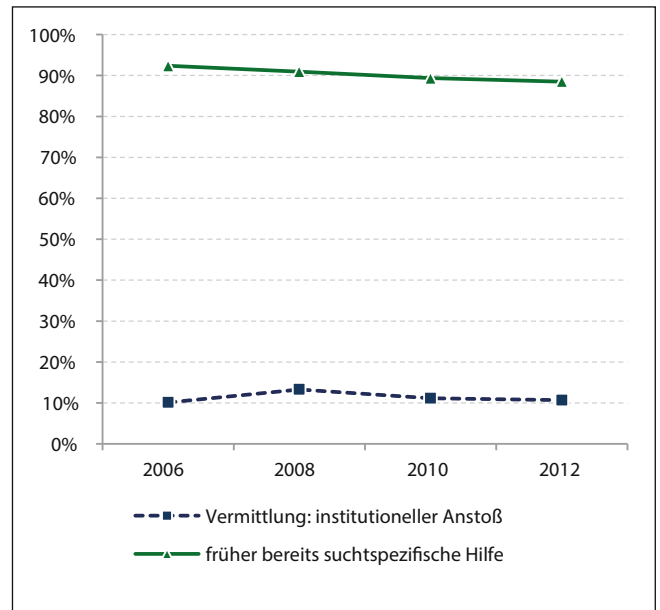


Abbildung 3.21: Hauptdiagnose Opiate, Zugang zum Hilfesystem, Trend 2006-2012

Der Anteil regulärer Betreuungsabschlüsse ist zwischen 2006 und 2010 leicht um 5 Prozentpunkte gestiegen, um dann allerdings wieder um 7 Prozentpunkte auf 29 % im Jahr 2012 zu sinken. Durch einen geplanten Wechsel werden dagegen kontinuierlich weniger Betreuungen von Opiat-Klientinnen und Klienten beendet: Ihr Anteil hat sich von 19 % im Jahr 2006 auf 12 % in 2012 reduziert. Der Anteil der Betreuungen, der von den Klientinnen und Klienten abgebrochen wurde, steigt hingegen seit dem Jahr 2008 deutlich von 40 % auf 49 % an.

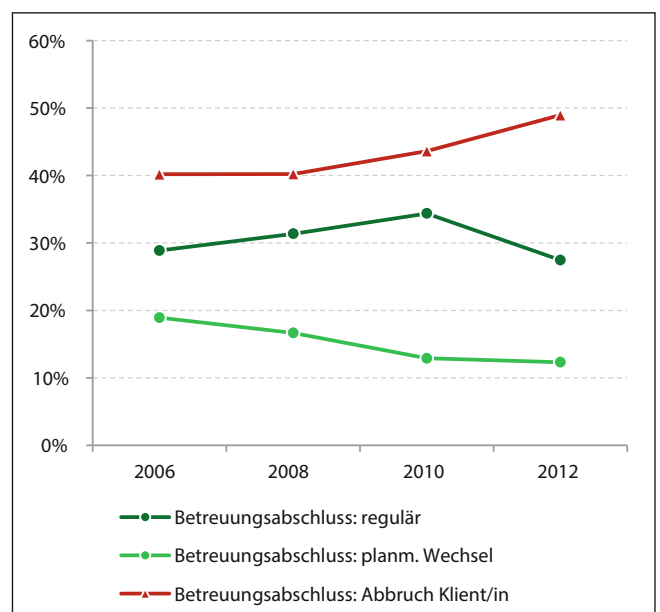


Abbildung 3.23: Hauptdiagnose Opiate, Betreuungsabschluss, Trend 2006-2012

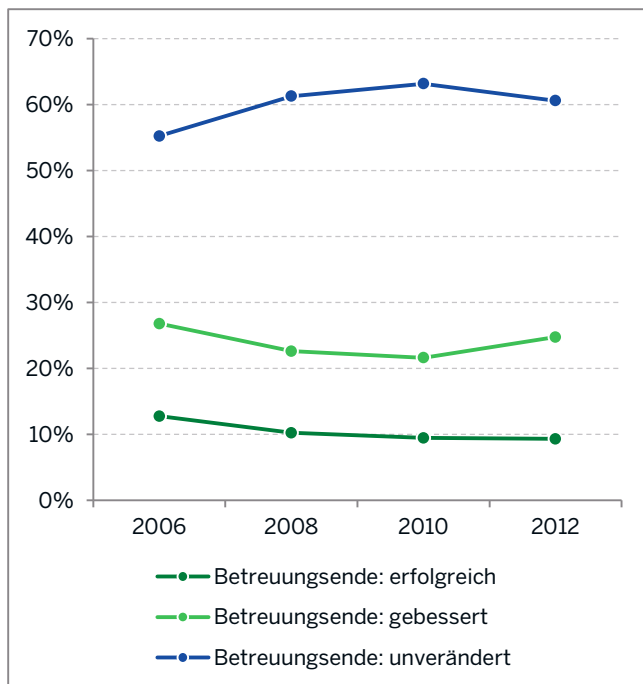


Abbildung 3.22: Hauptdiagnose Opiate, Problemstatus Betreuungsende, Trend 2006-2012

3.3.3. Substituierte

Opiatabhängige Klientinnen und Klienten werden zur Stabilisierung und Überwindung der Abhängigkeit mit Heroin-Ersatzstoffen behandelt. Diese ärztlich kontrollierte Substitution durch Methadon, Polamidon, Subutex oder auch Buprenorphin, die in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2012 von 763 Ärztinnen und Ärzten²³ durchgeführt wurde, ist mittel- bis langfristig angelegt. In einer bundesweiten Studie wurde über einen sechsjährigen Untersuchungszeitraum eine Haltequote (Verbleib in der Substitution) von 70 % belegt. Der Anteil günstiger Verläufe wurde mit 55 %, der der ungünstigen Verläufe mit 30 % beziffert. Ungünstige Verläufe waren eher in Einrichtungen mit einer hohen Abstinenzorientierung zu verzeichnen.²⁴

Inzwischen werden mit der Substitutionsbehandlung viele Opiatabhängige erreicht. Damit gewinnen mögliche Unterschiede dieser Klientel zu nicht substituierten Opiatabhängigen in der Betreuung und deren soziodemografische Zusammensetzung an Bedeutung. Für die vorliegende Auswertung wurden Substituierte über die nachfolgenden Merkmale identifiziert, von denen jeweils ein Merkmal in den Betreuungsdaten mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit (ICD-Diagnose F11) vorzufinden sein musste:

- Die Art der aktuell dokumentierten Betreuung musste entweder die psychosoziale Betreuung bei Substitui-

on (PSB) oder die Substitutionsmittelvergabe an sich sein, oder

- es wurde die Substitutionsmittelvergabe oder eine PSB als externe Maßnahme in einer anderen Institution genannt, oder
- es wurde ein bestimmtes Substitutionsmittel dokumentiert.²⁵

Auf diese Weise wurden 12.789 Betreuungen von Substituierten unter allen im ambulanten Suchthilfesystem Nordrhein-Westfalens des Jahres 2012 betreuten Opiatabhängigen identifiziert. Dies entspricht einem Anteil von 58 % aller Betreuungen der Opiatklientinnen und -klienten. Diese Betreuungen wurden in 106 ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe durchgeführt, die sich an der zentralen Datensammlung in Nordrhein-Westfalen beteiligt haben. Da laut Substitutionsregister der Bundesopiumstelle am 1.10.2012 in Nordrhein-Westfalen insgesamt 24.450²⁶ Patientinnen und Patienten mit Substitutionsmitteln versorgt wurden, liegt der Anteil der mit der folgenden Analyse abgebildeten Substitutionspatientinnen und -patienten bei maximal 52 %.²⁷

3.3.3.1. Soziodemografische Daten

Substituierte Klientinnen und Klienten sind mit 36,9 Jahren zum Zeitpunkt des Betreuungsbegins durchschnittlich knapp 5 Monate älter als nicht substituierte Opiatabhängige (36,5 Jahre). Frauen sind jeweils etwa 1 1/2 Jahre jünger als Männer. Der Anteil der Frauen ist mit 23 % bzw. 22 % in beiden Gruppen etwa gleich. Ebenfalls kaum ein Unterschied besteht hinsichtlich der Nationalität: In beiden Gruppen befinden sich weit überwiegend deutsche Klientinnen und Klienten (88 % bzw. 86 %); ein Migrationshintergrund findet sich bei 30 % bzw. 31 %. Frauen haben deutlich seltener einen Migrationshintergrund (17 % bzw. 16 %) als die betreuten Männer (34 % bzw. 35 %).

Werden Klientinnen und Klienten substituiert, ist diese Klientel sozial etwas besser integriert als Opiatabhängige ohne Substitutionsbehandlung. Erstere leben häufiger mit einer Partnerin oder einem Partner oder auch Kindern zusammen (jeweils plus 7 Prozentpunkte). Des Weiteren befinden sie sich häufiger in einer festen Partnerschaft. Deutlich öfter leben sie in eigener Wohnung (77 %) als die

²⁵ Es geht bei dieser Beschreibung um die Klientel der Substituierten - nicht um die Beschreibung ausschließlich derjenigen, die im Rahmen der ambulanten Betreuung allein mit dem Ersatzstoff versorgt werden (das entspräche der Analyse der Art der Betreuung: Ersatzmittelvergabe). Die hier Eingeschlossenen können aktuell also auch eine „Ambulante Beratung“ in Anspruch genommen haben - wenn sie parallel in einer anderen Einrichtung mit dem Ersatzstoff versorgt wurden.

²⁶ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2013): Bericht zum Substitutionsregister 2013.

²⁷ Die analysierten 12.789 Betreuungen bilden nicht notwendig 12.789 verschiedene Klientinnen und Klienten ab, denn einzelne von ihnen können auch mehrere Betreuungen in Anspruch genommen haben. Eine eindeutige (Re-)Identifizierung individueller Klientinnen und Klienten - auch nicht in anonymer Form - ist mit dem aktuell verwendeten Datensatz der ambulanten Suchthilfe Nordrhein-Westfalens nicht möglich.

²³ Drogen- und Suchtbericht 2013, S. 149 unter Verweis auf: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2013: Bericht zum Substitutionsregister 2013.

²⁴ Wittchen, H.-U.; Bühringer, G.; Rehm, J. (2011): Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments - Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Dresden.

Opiatabhängigen ohne Substitution (62%). Substituierte und nicht substituierte Frauen sind jeweils stärker sozial integriert als die entsprechenden Männer - sie leben sehr viel seltener allein, stattdessen häufiger mit Partner oder Partnerin - und mit diesem oder dieser in einer festen Beziehung - und / oder mit Kind(ern).

Die Bildungsqualifikation unterscheidet sich insgesamt nur geringfügig. Substituierte und nicht Substituierte haben zu Anteilen von je 21% die Schule ohne Abschluss verlassen, die Substituierten besitzen jedoch geringfügig häufiger einen Ausbildungsabschluss (41% bzw. 38%). In Bezug auf die Erwerbstätigkeit und die Haupteinkommensquellen bestehen kaum Unterschiede. Beide Gruppen gehen weit überwiegend keiner Erwerbstätigkeit nach (77% bzw. 74%) und bestreiten ihre Ausgaben meist aus öffentlichen Transferleistungen; dies gilt für die Substituierten in etwas höherem Maße als für die nicht Substituierten (79% bzw. 74%). Substituierte Klientinnen und Klienten sind in etwas größerem Umfang (44%) schuldenfrei als Nichtsubstituierte (41%). Bei den Indikatoren zum Bildungsstand, der beruflichen und der finanziellen Autonomie zeigen sich die klassischen Geschlechterrollen: Frauen haben einen höheren Schulabschluss, aber seltener einen Ausbildungsabschluss und sind auch nicht im gleichem Maße erwerbstätig wie die Männer, sind aber durchweg weniger verschuldet.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Substituierte sind geringfügig älter als nicht substituierte Opiatabhängige, sozial besser eingebunden und leben eher selbstständig. Minimale Bildungsqualifikationsvorteile dieser Gruppe spiegeln sich nicht im Grad der Erwerbstätigkeit und in Bezug auf die Herkunft des Haupteinkommens wider. Frauen beider Gruppen sind sozial stärker eingebunden als Männer, erreichen häufiger auch die hohen Bildungsabschlüsse, sind aber in geringem Maße erwerbstätig als Männer.

3.3.3.2. Betreuungsbezogene Daten

In ausgesprochen hohem Maße besitzen sowohl substituierte als auch nicht substituierte opiatabhängige Klientinnen und Klienten Erfahrungen mit suchtspezifischer Hilfe: 88% bzw. 89% haben bereits früher solche Hilfen in Anspruch genommen. Bei den substituierten Klientinnen

	Substituierte			nicht Substituierte		
		m	w		m	w
Alter (Jahre)	36,9	37,3	35,6	36,5	36,8	35,5
Anteil Klientinnen	23 %			22 %		
deutsch	88 %	86 %	95 %	86 %	84 %	94 %
mit Migrationshintergrund	30 %	34 %	17 %	31 %	35 %	16 %
allein lebend	49 %	53 %	35 %	48 %	52 %	36 %
mit Partner oder Partnerin	30 %	27 %	40 %	23 %	20 %	33 %
mit Kind(ern)	16 %	13 %	25 %	9 %	7 %	16 %
in fester Partnerschaft	40 %	35 %	56 %	37 %	33 %	48 %
selbstständiges Wohnen	77 %	75 %	82 %	62 %	59 %	72 %
kein Schulabschluss	21 %	21 %	20 %	21 %	22 %	20 %
Hauptschulabschluss	54 %	55 %	49 %	51 %	53 %	45 %
mittlere Reife oder Abitur	22 %	20 %	28 %	23 %	20 %	31 %
abgeschlossene Ausbildung	41 %	44 %	30 %	38 %	40 %	29 %
erwerbstätig	16 %	18 %	9 %	17 %	19 %	13 %
nicht erwerbstätig	77 %	75 %	82 %	74 %	74 %	72 %
Haupteinkommensquelle						
öff. Transferleistungen	79 %	78 %	83 %	74 %	75 %	74 %
eigenes Einkommen	13 %	15 %	7 %	10 %	11 %	8 %
keine Schulden	44 %	44 %	45 %	41 %	39 %	48 %
Schulden: mehr als 10.000 €	13 %	16 %	11 %	16 %	17 %	11 %

Tabelle 3.1: Substituierte, soziodemografische Daten, 2012

und Klienten wurden in größerem Maße spezielle Therapie- und Betreuungsformen festgehalten: 66% geben an, mindestens einen Entzug vorgenommen zu haben, bei den nicht substituierten Klientinnen und Klienten sind es lediglich 62%. An einer ambulanten Beratung haben 51% der substituierten Klientinnen und Klienten teilgenommen, von den nicht substituierten nur 36%. Nicht substituierte Klientinnen und Klienten haben dagegen bereits geringfügig häufiger eine stationäre Entwöhnung in Anspruch genommen (44%, plus 3 Prozentpunkte); dies waren vor allem Männer (46%), während Frauen diese Leistung seltener nachfragten (38%).

Zusätzlich vergebene ICD-Diagnosen machen parallel bestehende suchtspezifische Probleme deutlich. Solche Probleme treten bei substituierten Klientinnen und Klienten in höherem Maße als bei nicht substituierten Klientinnen und Klienten auf.²⁸ Bei 31% der substituierten Klientin-

²⁸ So werden Substituierte auch in Schwerpunktpraxen betreut, deren Merkmal gerade die spezialisierte Betreuung dieser Klientel ist, so dass eine umfangreiche Diagnostik und deren Dokumentation zu erwarten sind.

nen und Klienten wurde ein Alkoholproblem festgestellt, bei den nicht substituierten Klientinnen und Klienten liegt der Anteil bei 23 %. Auch ein problematischer Cannabis- und auch Benzodiazepinkonsum lässt sich bei substituierten Klientinnen und Klienten häufiger finden (plus 7 bzw. 5 Prozentpunkte). Kokain- und Amphetamingebräuch sorgen in beiden Gruppen für etwa gleich große Anteile an suchtspezifischen Problemen. Bei den substituierten Klientinnen und Klienten zeigen sich lediglich bei den cannabisbezogenen Problemen geschlechtsspezifische Unterschiede (Männer: 37 %, Frauen: 31 %).

Auch Infektionskrankheiten belasten die substituierten Klientinnen und Klienten signifikant höher als die nicht substituierten: Dies gilt für Hepatitis B und C. Bei Hepatitis B sind es 6 % im Vergleich zu 4 %, bei Hepatitis C 37 % im Vergleich zu 31 %. Frauen sind häufiger infiziert als Männer. Diese Binnendifferenzierung gilt auch für HIV, zwischen den beiden Opiatgruppen insgesamt gibt es aber keinen Unterschied (Infektionsanteil 2,5 % bzw. 2,6 %).

Die Betreuungen der substituierten Klientinnen und Klienten dauern erheblich länger als die der nicht substituierten. Die im Jahr 2012 beendeten Betreuungen waren mit durchschnittlich 592 Tagen mehr als doppelt so lang wie die entsprechenden Betreuungen der nicht Substituierten (225 Tage). Ein Blick auf die noch laufenden Betreuungen im Jahr 2012 (bei fiktivem rechnerischem Abschluss dieser Betreuungen zum 31.12.2012) bestätigt diesen Befund: Die Betreuungen der Substituierten dauerten durchschnittlich 1.231 Tage, die der nicht Substituierten hingegen lediglich 769 Tage. Der Unterschied beträgt hiernach mehr als ein Jahr. Im Durchschnitt sind die Betreuungen der Frauen länger als die der Männer: Bei den im Jahr 2012 beendeten Betreuungen beträgt die Differenz 83 Tage für die Gruppe der Substituierten bzw. 36 Tage für die nicht Substituierten, bei den laufenden Betreuungen liegt sie jeweils bei 54 Tagen.

Bei beiden Opiatgruppen schließen die Betreuungen laut Dokumentation nur in seltenen Fällen mit einem Erfolg, (d.h. Überwindung der Abhängigkeit) ab: Dies ist lediglich bei 12 % (Substituierte) bzw. 13 % (nicht Substituierte) der Fall. Für knapp jede dritte der Substituiertenbetreuungen (30 %) wird zum Abschluss eine Besserung hinsichtlich

	Substituierte			nicht Substituierte		
		m	w		m	w
jemals zuvor suchtspezifische Hilfe	88 %	88 %	88 %	89 %	89 %	89 %
Behandlungsvorerfahrung*						
Entzug	66 %	66 %	65 %	62 %	62 %	61 %
stat. Entwöhnung	41 %	43 %	37 %	44 %	46 %	38 %
med. Notfallhilfe	10 %	9 %	12 %	4 %	5 %	4 %
ambulante Beratung	51 %	50 %	54 %	36 %	37 %	33 %
stat. psychiatr. Behandlung	7 %	6 %	9 %	5 %	4 %	6 %
ICD-Diagnose*						
Alkohol	31 %	31 %	29 %	23 %	24 %	19 %
Cannabis	36 %	37 %	31 %	29 %	31 %	23 %
Kokain	23 %	23 %	24 %	22 %	22 %	20 %
Benzodiazepine	16 %	16 %	18 %	11 %	11 %	11 %
Amphetamine	7 %	7 %	8 %	9 %	9 %	8 %
Hepatitis B, getestet positiv	6 %	6 %	6 %	4 %	4 %	5 %
Hepatitis C, getestet positiv	37 %	36 %	36 %	31 %	31 %	31 %
HIV, getestet positiv	2 %	2 %	3 %	3 %	2 %	4 %
Betreuungsdauer						
beendet in 2012 (Tage)	529	510	593	225	217	253
laufend in 2012 (Tage)	1.231	1.218	1.272	769	757	811
Abschluss						
erfolgreich	12 %	12 %	12 %	13 %	13 %	13 %
gebessert	30 %	31 %	29 %	26 %	26 %	25 %
unverändert	50 %	50 %	50 %	55 %	56 %	55 %
verschlechtert	8 %	7 %	8 %	6 %	6 %	7 %
Betreuungsende						
regulär oder planmäßiger Wechsel	42 %	42 %	41 %	43 %	43 %	44 %
Abbruch durch Klient/in	41 %	40 %	43 %	47 %	46 %	51 %

*Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 4.2: Substituierte, betreuungsbezogene Daten, 2012

der Hauptproblematik festgehalten; für die nicht Substituierten trifft dies nur für etwa jede vierte Betreuung zu (26 %). Der Anteil mit einem unveränderten problematischen Opiatkonsum beträgt bei den Substituierten 50 % und damit 5 Prozentpunkte weniger als bei den nicht Substituierten. Allerdings ist der Anteil derjenigen, deren Zustand sich zum Ende der Betreuung sogar verschlechtert hat, unter den Substituierten minimal größer als bei den nicht Substituierten (8 % im Vergleich zu 6 %).

Mit etwa gleich großen Anteilen regulärer Abschlüsse oder planmäßiger Wechsel in eine andere Betreuungsform enden die Betreuungen der beiden Gruppen von Opiatabhängigen (42 % bzw. 43 %). Substituierte Klientinnen und Klienten brechen die Betreuung seltener vorzeitig ab (41 %) als die nicht substituierten (47 %).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass substituierte Klientinnen und Klienten etwas mehr Behandlungsvorerfahrungen im Hinblick auf Entzüge und ambulante Beratung besitzen. Sie weisen höhere Anteile weiterer Suchtprobleme und höhere Hepatitis-Infektionsraten auf. Ihre Betreuungsdauer ist erheblich länger als die der nicht Substituierten. Am Ende der Betreuung hat die Gruppe der substituierten Klientinnen und Klienten zu einem etwas höheren Anteil eine Verbesserung hinsichtlich der Hauptproblematik erreicht, während die Anteile erreichter Abstinenz und einer Verschlechterung gleich hoch sind wie bei nicht Substituierten. Betreuungsabbrüche sind dagegen bei substituierten Klientinnen und Klienten etwas seltener.

Insgesamt zeigen die Betreuungsdaten kaum geschlechtsspezifische Unterschiede, nur punktuell ist zu erkennen: Männer haben häufiger an einer stationären Entwöhnungsbehandlung teilgenommen und weisen öfter eine parallele psychische Störung durch Cannabisgebrauch auf als Frauen.

Frauen werden etwas länger betreut. Die Unterschiede sind bei einer länger dauernden Substitution jedoch marginal.

3.4. Hauptdiagnose Cannabis

Im Jahr 2012 wurden 9.921 Betreuungen von Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Cannabis dokumentiert. Dies entspricht einem Anteil von 12 % an allen ambulanten Betreuungen im Suchthilfesystem Nordrhein-Westfalens. Die Betreuungen der Cannabisklientinnen und -klienten wurden in 161 unterschiedlichen Einrichtungen durchgeführt.

3.4.1. Soziodemografische Daten

3.4.1.1. Alter, Geschlecht, Nationalität

Betreute des ambulanten Suchthilfesystems, deren Hauptproblem der Cannabiskonsum ist, sind durchschnittlich 25,1 Jahre alt. Frauen sind mit durchschnittlich 26,4 Jahren rund anderthalb Jahre älter als Männer (24,8 Jahre). Männliche Klienten dominieren mit 82 % die Cannabis-Betreuungen; lediglich 18 % der Betreuungen werden von Frauen in Anspruch genommen.

Fast alle Klientinnen und Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis besitzen die deutsche Staatsangehörigkeit (90 %), 2 % stammen aus Staaten der Europäischen Union und 8 % besitzen einen Pass eines anderen Staates.

Der Migrationshintergrund zeigt eine weitere Facette der Identität: 8 % der Klientinnen und Klienten dieser Hauptdiagnosegruppe sind selbst migriert und 17 % von ihnen sind als Kind von Migrantinnen oder Migranten geboren.

3.4.1.2. Lebenssituation, Wohnsituation, Schulden

Ein Drittel der Cannabisklientinnen und -klienten lebt mit einem Elternteil zusammen (33%). Unter den Minderjährigen (diese haben einen Anteil von 14%) leben 68 % bei ihren Eltern und unter den 18- bis 27-Jährigen (dies sind 55 % aller Betreuten) sind es noch 39 %. Männer leben häufiger (plus 14 Prozentpunkte) bei den Eltern als Frauen. Allein lebt etwas mehr als jede/r Dritte der Gesamtgruppe (36%), zusammen mit Kindern jede/r Zwölfte (8%). Dies trifft auf betreute Frauen allerdings häufiger zu (plus 12 Prozentpunkte) als auf Männer. Nur etwas mehr als jede/r zweite der Cannabisklientinnen und -klienten wohnt im eigenen Haushalt (56 %), rund jede/r Dritte (32 %) wohnt bei anderen Personen. Hier spiegelt sich auch die unterschiedliche Lebenssituation der Geschlechter wider: Frauen leben häufiger selbstständig (plus 11 Prozentpunkte) als die Männer, die eher bei anderen Personen (im Falle der Cannabisklientel also bei den Eltern) wohnen (plus 11 Prozentpunkte). In einer Justizvollzugsanstalt waren am Tag vor Betreuungsbeginn 3 % untergebracht.

In einer festen Partnerschaft befinden sich insgesamt 31 % der Cannabisklientinnen und -klienten. 59 % sind alleinstehend, Frauen allerdings deutlich seltener als Männer (minus 16 Prozentpunkte). Sie sind vielmehr häufiger in einer Partnerschaft fest gebunden (plus 12 Prozentpunkte). Der überwiegende Teil der Cannabisklientinnen und -klienten hat keine Schulden (69%), lediglich ein sehr kleiner Teil der Gruppe ist in größerem Umfang - mit mehr als 10.000 Euro - verschuldet (6 %).

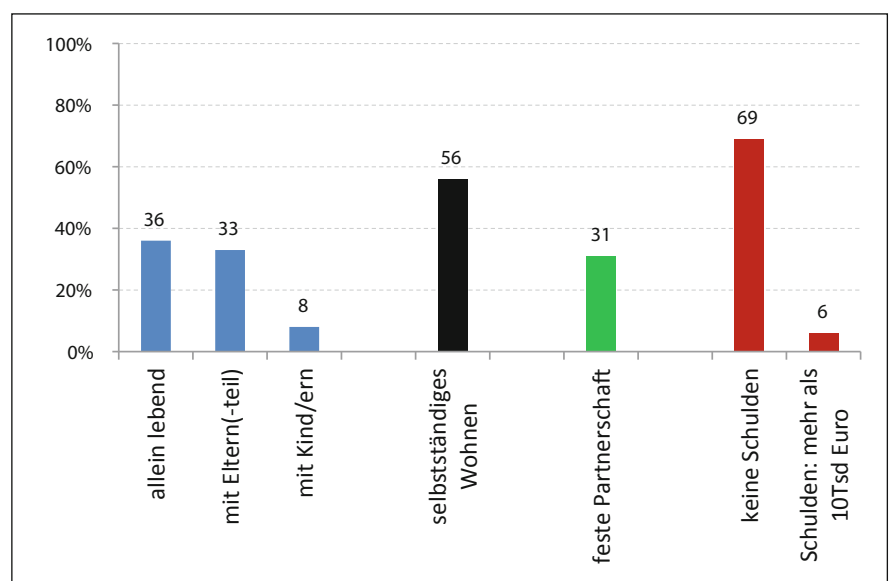


Abbildung 3.24: Hauptdiagnose Cannabis, ausgewählte soziodemografische Charakteristika, 2012

3.4.1.3. Bildungsstand, Erwerbstätigkeit

Von dieser durchschnittlich sehr jungen Klientel befinden sich während der Betreuung noch 14 % in ihrer Schulausbildung. Ein größerer Teil ist (bereits) ohne Abschluss abgegangen (17 %). Etwa doppelt so viele Klientinnen und Klienten besitzen den Hauptschulabschluss als höchsten Schulabschluss (38 %), etwa jede/r Fünfte den Realschulabschluss (19 %) und lediglich jede/r Zwölfte (8 %) das (Fach-)Abitur. Damit zeigt sich diese Hauptsubstanzgruppe besonders niedrig qualifiziert.²⁹ Dies setzt sich in der Berufsausbildung fort: Die Mehrheit aller Klientinnen und Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis verfügt über keinen Ausbildungs- oder Hochschulabschluss (61 %), nur 24 % besitzen eine abgeschlossene Berufsausbildung, lediglich ein Prozent von ihnen hat einen Hochschulabschluss abgelegt.

Mehr als die Hälfte der Cannabis-Klientel war in den Wochen vor Betreuungsbeginn nicht erwerbstätig (48 %), lediglich jede/r Fünfte war abhängig beschäftigt oder selbstständig tätig (20 %). Hinzu kommen Auszubildende mit einem Anteil von 11 % sowie 19 % Schülerinnen und Schüler. Entsprechend große Bedeutung haben für diese Klientel die staatlichen Transferleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts. Für 46 % stellen diese den Hauptanteil ihrer finanziellen Einkünfte dar (ALG I: 4 %, ALG II: 38 %, Sozialhilfe: 4 %). 19 % werden vor allem durch ihre Angehörigen unterstützt. Lediglich bei 20 % stellen Lohn- bzw.

Gehaltseinkünfte die Haupteinkommensquelle dar; bei Frauen beträgt dieser Anteil sogar nur 15 %, das sind 6 Prozentpunkte weniger als bei Männern.

3.4.1.4. Jahresvergleich: Trend 2006-2012

In den Jahren 2006 bis 2012 ist die dokumentierte Anzahl der begonnenen Betreuungen³⁰ erheblich gestiegen: Waren es im Ausgangsjahr der Betrachtung 2.417 Betreuungsepisoden, wurden sechs Jahre später 6.845 Betreuungen neu begonnen. Das ist eine Steigerung um 183 %. Dieser Zuwachs hat sich kontinuierlich und gleichmäßig vollzogen. Der Anteil der Betreuungen im Zusammenhang mit einer Cannabisproblematik wurde im Laufe dieses sechsjährigen Zeitraums verdoppelt: Er stieg von 7 % im Jahre 2006 kontinuierlich auf 14 % im Jahr 2012.

Der Anteil der von Frauen in Anspruch genommenen Betreuungen ist über den betrachteten Zeitraum leicht angestiegen: von 12 % im Jahr 2006 auf 17 % im aktuellen Jahr. Erstmals für die Jahre 2010 und 2012 liegen - nach der Überarbeitung des KDS - Zahlen zum Migrationshintergrund vor. Hiernach liegt der Anteil der Cannabis Klientinnen und -klienten mit Migrationshintergrund in diesem Zeitraum zwischen 18 % und 19 %. Neu aufgenommene Klientinnen und Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis sind im Betrachtungszeitraum durchschnittlich immer älter geworden: Die betreuten Männer des Jahres 2012 waren knapp zwei Jahre älter als die männlichen Klienten sechs Jahre zuvor. Bei den Frauen lag das durchschnittliche Alter im aktuellen Jahr etwa anderthalb Jahre höher als noch 2006.

Die Lebensumstände der Klientinnen und Klienten, die eine neue Betreuung wegen einer Cannabisstörung begonnen haben, haben sich im Analysezeitraum nur wenig

²⁹ Zum Vergleich Zahlen aus ganz NRW für das Jahr 2011: Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren mit Hauptschulabschluss: 40 %, mit Realschulabschluss: 21 %, mit (Fach-)Abitur: 28 %, ferner haben insgesamt 10 % die Schule ohne Abschluss verlassen oder befanden sich zu dem Zeitpunkt der Erhebung noch in Schulbildung ohne bisher einen Abschluss erreicht zu haben.
Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (2013): Bildungsstand der Bevölkerung in NRW.
<http://www.it.nrw.de/statistik/d/daten/eckdaten/r514bild1.html>
Abgerufen am 08.08.2013.

³⁰ Es werden also ausschließlich Betreuungen betrachtet, die innerhalb des jeweiligen Berichtsjahres begonnen wurden und somit nicht aus vorhergehenden Jahren stammen können.

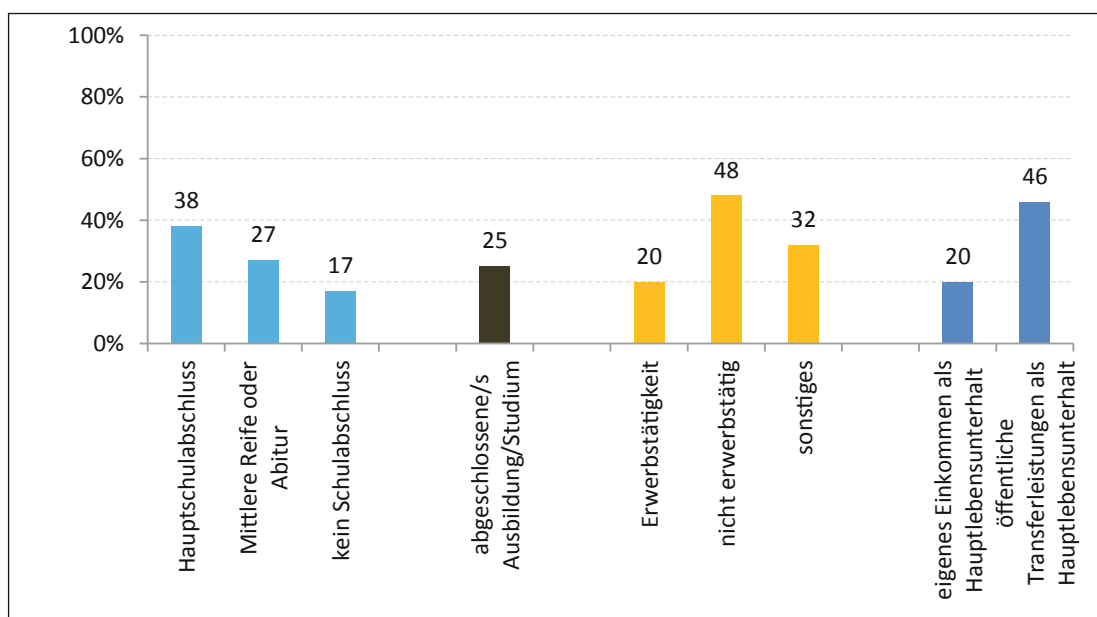


Abbildung 3.25: Hauptdiagnose Cannabis, Bildung, Ausbildung, Erwerbsituation, 2012

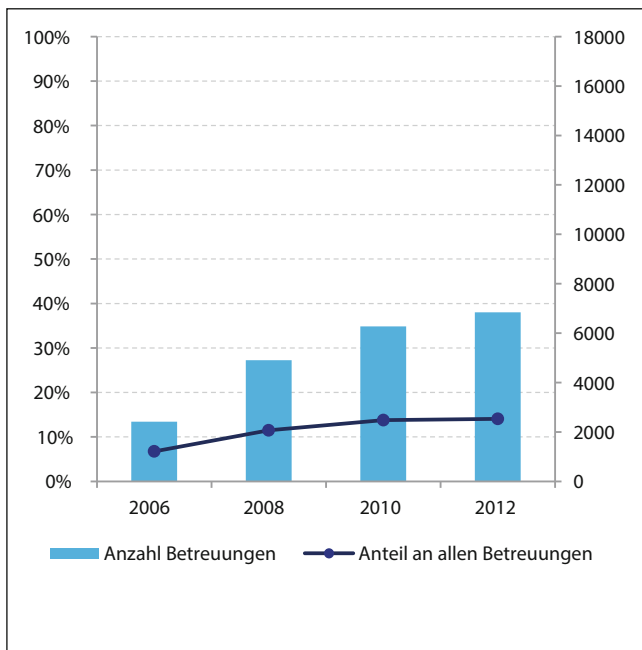


Abbildung 3.26: Hauptdiagnose Cannabis, Betreuungszahl und -anteil, Trend 2006-2012

verändert. Zwar ist ab dem Jahr 2006 der Anteil der allein Lebenden von 26 % auf 34 % in 2012 gestiegen, der Anteil, der mit Kindern zusammen lebt, blieb im selben Zeitraum jedoch ebenso stabil (6 % bis 8 %) wie der Anteil, der in einer festen Beziehung lebt (30 % bis 33 %). Dagegen ist der Anteil der Klientinnen und Klienten ohne Schulden zwischen 2008 bis 2012 leicht um 4 Prozentpunkte auf 70 % gesunken.

Geringfügig verändert hat sich der Bildungsstand der neu betreuten cannabisabhängigen Klientinnen und Klienten: Die Anteile ohne Bildungsabschluss verringerten sich im Laufe der betrachteten sechs Jahre um 5 Prozentpunkte

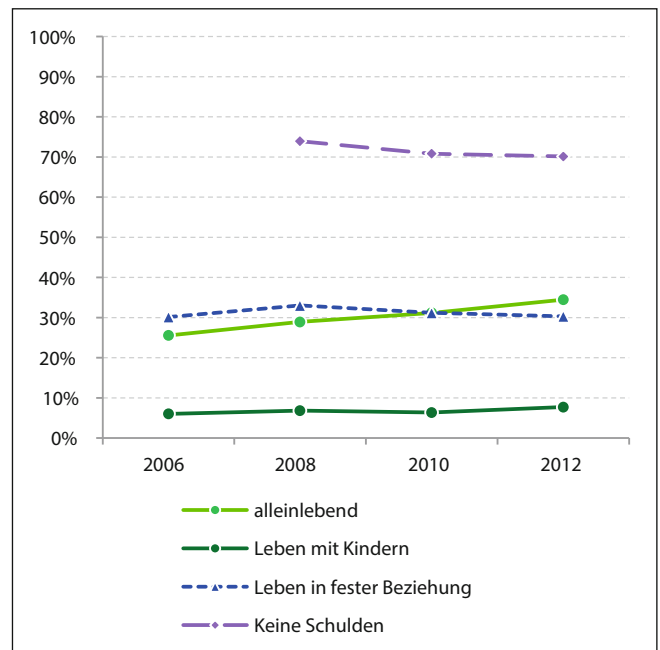


Abbildung 3.28: Hauptdiagnose Cannabis, Lebensumstände, Trend 2006-2012

auf 17 % (2012). Zugleich geht aber zwischen 2006 und 2010 auch der Anteil mit mittlerer Reife oder (Fach-)Abitur von 31 % auf 26 % zurück, um in den letzten zwei Jahren wieder um zwei Prozentpunkte auf 28 % in 2012 zuzulegen. Der Anteil der Klientinnen und Klienten, die sich zur Zeit der Betreuung noch in der Ausbildung befinden, nimmt gegenüber dem Jahr 2008 um 7 Prozentpunkte auf 31 % im Jahr 2012 ab.³¹

Der Grad der Erwerbstätigkeit und auch der Anteil mit öffentlichen Transferleistungen als Hauptbestandteil des

³¹ Durch die Überarbeitung des KDS liegen diese Angaben erst seit dem Jahr 2008 vor.

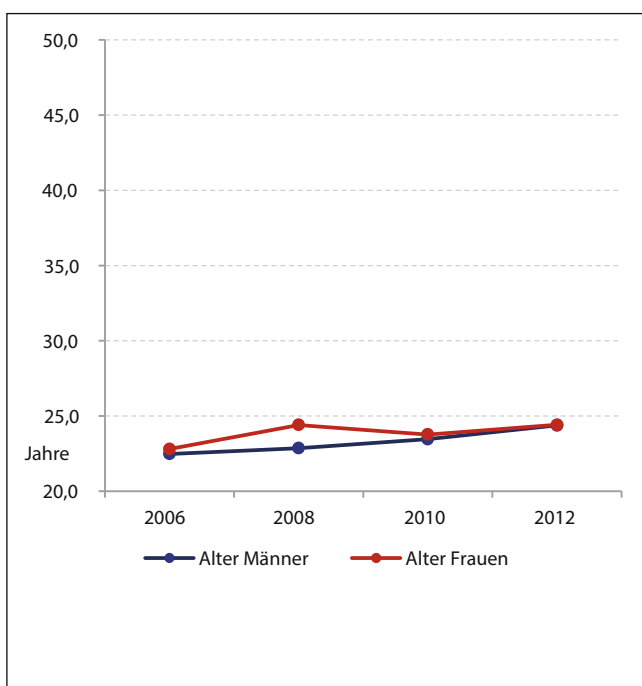


Abbildung 3.27: Hauptdiagnose Cannabis, Alter nach Geschlecht, Trend 2006-2012

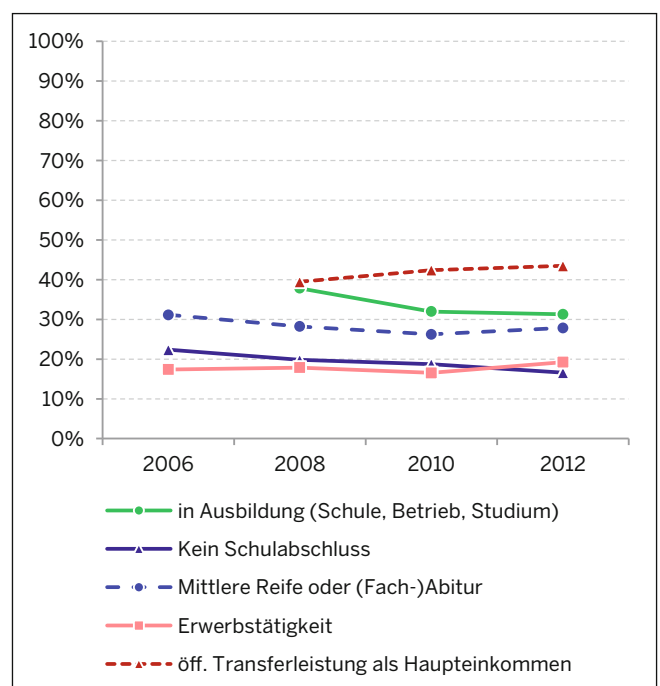


Abbildung 3.29: Hauptdiagnose Cannabis, Bildung und Einkommen, Trend 2006-2012

Einkommens verändern sich nur unwesentlich. Beide steigen minimal an (plus 2 bzw. 4 Prozentpunkte auf 19 % bzw. 43 %).

3.4.2. Betreuungsbezogene Daten

3.4.2.1. Anlass der Betreuung, Auflagen, Kostenträger

Betreuungen im ambulanten Suchthilfesystem, die der Unterstützung bei Problemen mit oder einer Abhängigkeit von Cannabis dienen, werden in etwas mehr als jedem dritten Fall auf Initiative der Betroffenen begonnen (37 %). Durch Anstöße aus dem familiären Umfeld beginnen lediglich 13 % der Betreuungen. Nur 11 % der Klientinnen und Klienten werden durch andere Stellen des Suchthilfesystems zur aktuellen Betreuung geleitet. Durch öffentliche Institutionen wie Justizvollzugsanstalten, Verkehrsbehörden, Job-Center, Jugendämter oder auch andere Beratungsdienste werden 33 % der Betreuungen angestoßen. Gerade hier zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: So werden Frauen eher durch Einrichtungen der Jugendhilfe bzw. durch die Jugendämter vermittelt (plus 9 Prozentpunkte), Männer dagegen eher durch Justizbehörden oder die Bewährungshilfe (plus 13 Prozentpunkte). Schulen bzw. Arbeitgeber haben beim Beginn dieser Betreuungen fast keine Bedeutung (3 %).

Entsprechend der erheblichen Relevanz öffentlicher Institutionen bei der Aufnahme der Betreuung kommt den Auflagen, die mit der Durchführung der Betreuungen verbunden sind, für diese Gruppe von Klientinnen und Klienten erhebliche Bedeutung zu. Für 27 % der Cannabisklientinnen und -klienten existiert eine gerichtliche Auflage und zwar überwiegend für Männer (30 %; für Frauen lediglich 9 %). Die Auflagen beruhen überwiegend auf dem BtMG (20 %) und weisen in geringerem Maße einen anderen strafrechtlichen Bezug auf (7 %). Diese bemerkenswert hohen Anteile dürften u.a. auch auf das Projekt „Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten“ (FreD) zurückzuführen sein. Neben dem strafrechtlichen Bereich gibt es weitere Auflagen durch Kranken- bzw. Rentenversicherung, Arbeitsagentur, Straßenverkehrsbehörde oder andere Stellen. Insgesamt wurden 4.108 Auflagen für das Jahr 2012 zur Durchführung einer Betreuungseinheit wegen eines Cannabisgebrauchs dokumentiert.³²

Der geringe Anteil der durch andere Stellen des Suchthilfesystems initiierten Betreuungen deutet zunächst darauf hin, dass diese Klientinnen und Klienten bisher wenig suchtspezifische Hilfe in Anspruch genommen haben könnten. Allerdings hat bereits jede/r Zweite dieser Klientinnen und Klienten schon früher mindestens einmal ein suchtspezifisches Hilfsangebot nachgefragt. Für jede/n Dritte/n ist die aktuelle Betreuung eine Wiederaufnahme in die bereits früher aufgesuchte Einrichtung.

Fast jede der aktuell durchgeführten Betreuungen wurde als ambulante Beratung dokumentiert (95 %). Diese wurde in vergleichbar hohem Ausmaß pauschal bzw. durch die institutionelle Förderung der Einrichtung finanziert (92 %). Lediglich 3 % der Betreuungen wurden (auch) durch die Rentenversicherung und weitere 2 % durch die Krankenversicherung (mit-)finanziert.

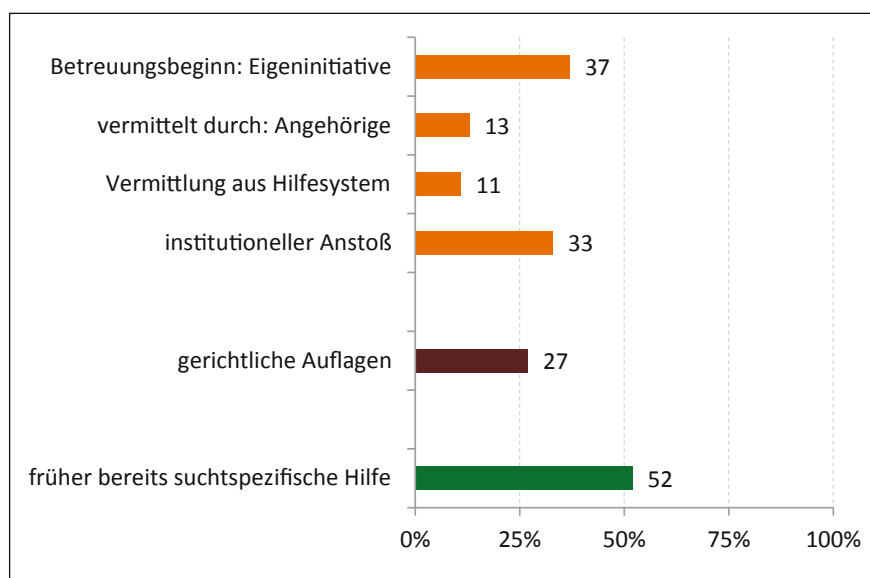


Abbildung 3.30: Hauptdiagnose Cannabis, Aufnahme der aktuellen Betreuung, 2012

3.4.2.2. Konsumspezifische Daten: Alter bei Erstkonsum, Konsumhäufigkeit vor der Betreuung

Die Klientinnen und Klienten, die wegen ihres problematischen oder abhängigen Cannabisgebrauchs betreut wurden, haben mit dem Konsum im Alter von durchschnittlich 15,4 Jahren begonnen. Die betreuten Minderjährigen begannen mit 13,9 Jahren Cannabis zu konsumieren, die jungen Erwachsenen (18-27 Jahre) mit 14,9 Jahren und die 27- bis 35-Jährigen mit durchschnittlich 16,2 Jahren. Der Cannabiskonsum entwickelte sich durchschnittlich nach anderthalb Jahren zu einem Suchtproblem. Der durchschnittliche Störungsbeginn lag bei 16,8 Jahren (Männer: 16,6, Frauen: 17,6 Jahre). Je geringer das Alter der betreuten Personen ist, desto geringer ist der Abstand zwischen Erstkonsum und Störungsbeginn. Er betrug bei den min-

³² Insgesamt existieren genau 2.353 gerichtliche und 1.755 außergerichtliche Auflagen zur Durchführung einer Betreuungseinheit.

episode im ambulanten Suchthilfesystem; siehe auch: Tabellenanhang.

derjährigen Klientinnen und Klienten durchschnittlich nur ein halbes Jahr, denn die Störung setzte schon im Alter von 14,4 Jahren ein. Lediglich geringfügig größer war die Distanz bei den jungen Erwachsenen mit einem Jahr Abstand zwischen Konsum- und Störungsbeginn und etwas größer bei den 27- bis 35-Jährigen mit 1,6 Jahren.

Zu Betreuungsbeginn wird – rückblickend für die letzten 30 Tage – für etwa jede/n Vierte/n der Klientinnen und Klienten die aktuelle Abstinenz dokumentiert (26 %). Ein geringer Teil von ihnen konsumiert die Substanz selten, nämlich bis zu sieben Tage im Monat (10 %). Ein weiteres Viertel (24 %) konsumiert regelmäßig (8-25 Tage pro Monat) und 40 % von ihnen konsumieren Cannabisprodukte täglich oder fast täglich.

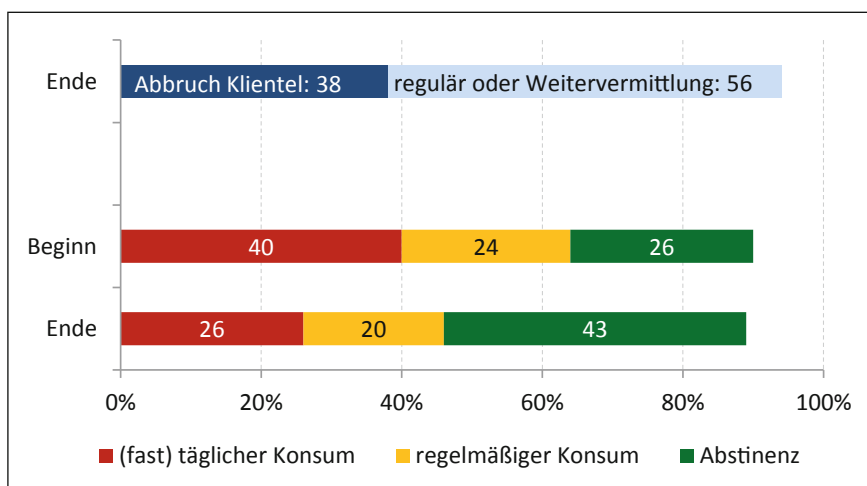


Abbildung 3.31: Hauptdiagnose Cannabis, Art des Endes der aktuellen Betreuung, Entwicklung der Konsumfrequenz während der Betreuung, 2012

3.4.2.3. Gesundheitliche Lage: Infektionserkrankungen und Komorbiditäten

Über die ebenfalls dokumentierten weiteren Einzeldiagnosen der Hauptsubstanzgruppe Cannabis lassen sich folgende Anhaltspunkte für Komorbiditäten identifizieren: Für jede/n Dritte/n wird ein problematischer Tabakgebrauch dokumentiert, jede/r Fünfte hat ein zusätzliches Alkoholproblem und ebenso viele Klientinnen und Klienten besitzen ein durch Amphetamine verursachtes Suchtproblem.

Von den Infektionskrankheiten Hepatitis (B und C) sowie HIV sind ausgesprochen wenig Klientinnen und Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis betroffen (Hepatitis: 0,4 bzw. 1,6 %; HIV: 0,3 %)

3.4.2.4. Betreuung: Dauer und Ende, ergänzende Betreuung

Eine im Jahr 2012 beendete Betreuung der cannabisabhängigen Klientinnen und Klienten dauerte durchschnittlich 151 Tage (Frauen: 158 Tage, Männer: 149 Tage). In dieser Zeit wurden durchschnittlich acht Termine wahrgenom-

men, so dass zwischen den einzelnen Kontakten im Schnitt jeweils etwa 2 1/2 Wochen vergingen. Bei Einbeziehung der im Jahr 2012 noch nicht abgeschlossenen Betreuungen ergibt sich eine durchschnittliche Dauer von 452 Tagen: 441 Tage bei Klientinnen und 455 Tage bei Klienten.³³ Betreuungen jüngerer Klientinnen und Klienten währten in der Regel kürzer (Minderjährige: 111 Tage) als die der älteren (bei den 45- bis 55-Jährigen: 245 Tage) und es wurden von ihnen auch weniger Termine in Anspruch genommen.³⁴ Auf jede sechste Betreuung (16 %) kommt mindestens eine parallele und ergänzende Maßnahme in einer anderen Institution, die von den Klientinnen und Klienten in Anspruch genommen wird. Dies waren insbesondere Entzugs- (37 %), stationäre Entwöhnungs- (23 %) und psychiatrische Behandlungen (19 %). Hinzu kamen sonstige medizinische (15 %) und weitere Maßnahmen (25 %).³⁵

Frauen nehmen tendenziell andere parallele Angebote in Anspruch als Männer: psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen (jeweils plus 8 Prozentpunkte) sowie sonstige medizinische Maßnahmen (plus 6 Prozentpunkte). Männer erhalten häufiger eine parallele Entzugsbehandlung (plus 8 Prozentpunkte) sowie eine stationäre Entwöhnungsbehandlung (plus 5 Prozentpunkte).

Am Ende der Betreuung wird für 43 % der Klientinnen und Klienten, deren Hauptproblem der Cannabisgebrauch ist, die Konsumabstinenz für mindestens die letzten 30 Tage angegeben. Damit ist dieser Anteil

über die Betreuung im ambulanten Suchthilfesystem um 17 Prozentpunkte gestiegen. Gleichzeitig hat der Anteil derjenigen, die täglich oder fast täglich Cannabis konsumieren, um 14 Prozentpunkte (auf 26 %) abgenommen, der Anteil der regelmäßig Konsumierenden hat sich leicht reduziert (minus 4 Prozentpunkte). In einer Gesamtbewertung wird in 43 % der Fälle der Status der Cannabisproblematik am Betreuungsende als unverändert beschrieben.³⁶ Bei 32 % wird eine Besserung gesehen und bei 23 % der Klientinnen und Klienten wird der problematische Substanzgebrauch als überwunden bezeichnet. Lediglich bei 2 % wird eine Verschlechterung der im Mittelpunkt stehenden Problematik dokumentiert. Der Anteil derjenigen, bei

³³ Für diese Berechnung wurde das Betreuungsende fiktiv auf den 31.12.2012 festgesetzt.

³⁴ Basis: Im Jahr 2012 beendete Betreuungen.

³⁵ Es können mehrere zusätzliche Betreuungen in Anspruch genommen werden - deshalb addieren sich die Einzelangaben zu mehr als 100 %.

³⁶ Die Kategorie „unverändert“ lässt keinen direkten Rückschluss auf einen anhaltenden problematischen Substanzkonsum zu. Denn sie beschreibt das Maß der Veränderung des Problemstatus zwischen Betreuungsbeginn und ende. War die Klientin zu Beginn der Betreuung abstinent - und ist dies am Ende immer noch - wird für sie bei diesem Item ebenfalls „unverändert“ dokumentiert.

denen keine Veränderung der Problematik erreicht wird, ist unter den jüngeren Betreuten etwas höher als bei den älteren. Zugleich wird eine Überwindung der Störung bei den Jüngeren seltener erreicht als bei den Älteren.

Die Betreuung wird in etwa jedem zweiten Fall im Einvernehmen über das Erreichte bzw. nach den geplanten Episoden beendet. Hinzu kommt ein Anteil von weiteren 11 % der Betreuungen, die durch einen planmäßigen Wechsel in eine andere Betreuung endet. 38 % der Betreuungen werden durch die Klientinnen und Klienten vorzeitig abgebrochen. Einrichtungen beenden eine Betreuung dagegen nur in sehr wenigen Fällen aus disziplinarischen Gründen (2 %).

3.4.2.5. Jahresvergleich: Trend 2006-2012

Die erreichte Klientel hat sich in Bezug auf ihre suchthilfespezifischen Vorerfahrungen und den Vermittlungsweg in die aktuelle Betreuung im Laufe der vergangenen Jahre verändert. Der Anteil derjenigen, die bereits früher Hilfe bei Suchtproblemen gesucht haben, ist im Betrachtungszeitraum kontinuierlich und gleichmäßig um insgesamt 17 Prozentpunkte gestiegen. Während im Jahr 2006 zwei Drittel aller erstmalig Betreuten ohne jede Betreuungserfahrung waren, verringerte sich deren Anteil bis zum Jahr 2012 auf die Hälfte aller Betreuungen. Konkret angestoßen wurde die Betreuung im Jahr 2006 bei 28 % der Klientinnen und Klienten mit Hauptdiagnose Cannabis durch Institutionen, deren Hauptaugenmerk nicht primär auf das Suchtproblem der Betreuten gerichtet ist, wie Arbeitsagentur oder Justizbehörden. Dieser Anteil stieg im Jahr 2008 auf 38 % und hat sich seitdem wieder leicht auf 33 % im Jahr 2012 verringert.

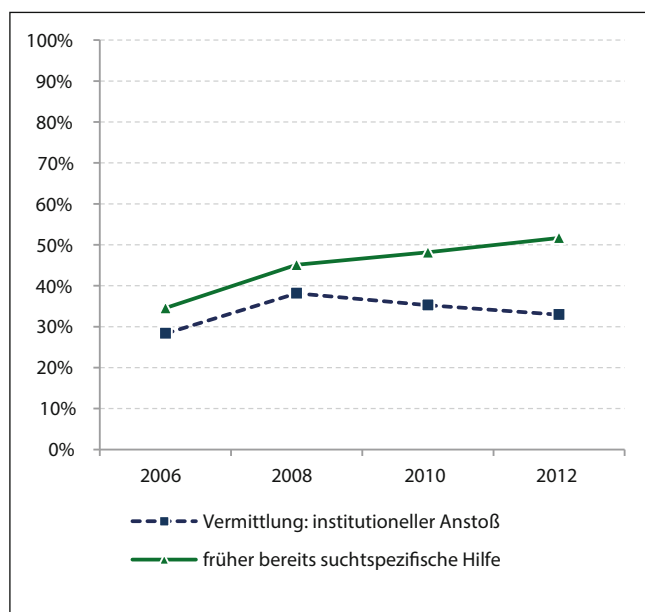


Abbildung 3.32: Hauptdiagnose Cannabis, Zugang zum Hilfesystem, Trend 2006-2012

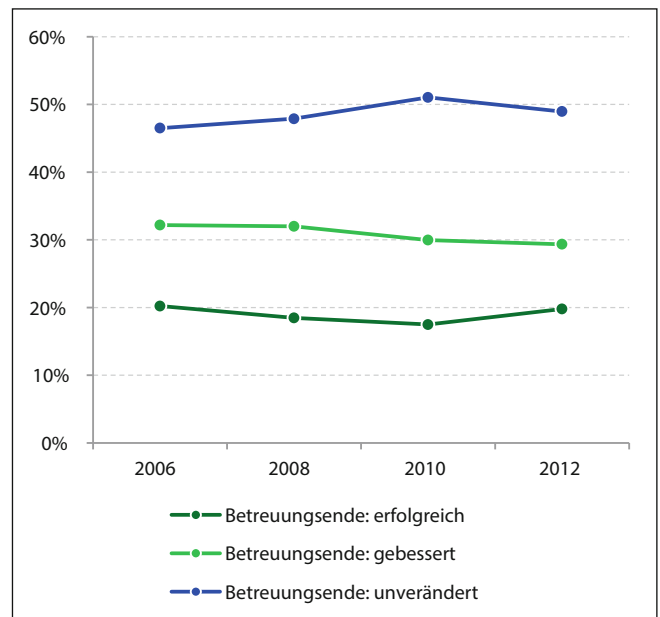


Abbildung 3.33: Hauptdiagnose Cannabis, Problemstatus Betreuungsende, Trend 2006-2012

Seit dem Jahr 2006 dokumentieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleich bleibende Anteile von Betreuungen, durch die eine psychische Störung in Bezug auf den Cannabisgebrauch vollständig behoben wurde (17 % bis 20 %). Auch der Anteil von Betreuungen, in denen eine Besserung der Problematik erreicht wurde, ist gegenüber 2006 nur geringfügig um 3 Prozentpunkte auf 29 % im Jahr 2012 zurückgegangen. Hingegen ist der Anteil jener Betreuungen, bei denen der Problemstatus unverändert blieb bis 2010 um 5 Prozentpunkte gestiegen. In den letzten beiden Jahren des Betrachtungszeitraums ist dieser Anteil jedoch wieder um 2 Prozentpunkte auf 49 % gesunken.

Die Art des Betreuungsendes hat sich seit dem Jahr 2006 kaum verändert. Betreuungen mit regulärem Abschluss

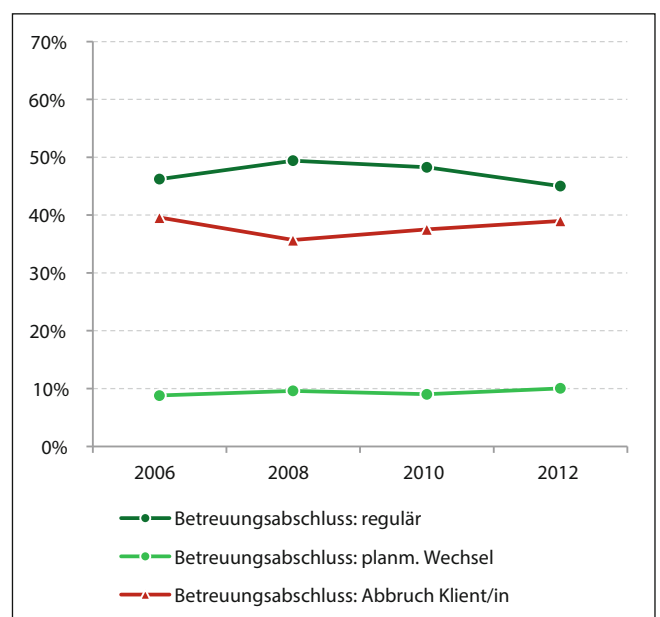


Abbildung 3.34: Hauptdiagnose Cannabis, Betreuungsabschluss, Trend 2006-2012

machen über die Jahre zwischen 45 % und 49 % an allen Betreuungen aus. Die Anteile der Abbrüche durch die Klientinnen und Klienten betrugen in allen Jahren zwischen 36 % und 40 %. Der Betreuungsabschluss durch einen planmäßigen Wechsel in eine andere Betreuungsform hatte eine gleichbleibend untergeordnete Bedeutung (Anteile von 9 % bis 10 %).

3.5. Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen

Im Jahr 2012 wurden im ambulanten Suchthilfesystem Nordrhein-Westfalens 3.640 Betreuungen dokumentiert, in deren Mittelpunkt die Hilfe für problematische und pathologische Glücksspielerinnen und Glücksspieler stand. Dies entspricht einem Anteil von 4 % aller geleisteten Betreuungsepisoden. Sie wurden in 116 verschiedenen ambulanten Einrichtungen erbracht.

3.5.1. Soziodemografische Daten

3.5.1.1. Alter, Geschlecht, Nationalität

Betreuungen zur Hilfe beim pathologischen Glücksspielen wurden vor allem von Männern in Anspruch genommen (88 %). Die betreuten Männer sind zu Beginn dieser Episode durchschnittlich 34,2 Jahre alt, Frauen etwa sechseinhalb Jahre älter (40,8 Jahre).

Die deutsche Nationalität besitzen 91 % der Frauen und 81 % der Männer; der größte Teil der Betreuten mit ausländischem Pass stammt aus Staaten, die nicht der EU angehören (Frauen: 6 %; Männer: 15 %). Allerdings besitzt ein erheblich größerer Teil der pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspieler ausländische Wurzeln. Insgesamt 35 % von ihnen haben einen Migrationshintergrund (Männer: 36 %; Frauen: 21 %); Tatsächlich selbst migriert sind 19 % (Männer: 19 %; Frauen: 14 %), 18 % wurden als Kinder migrierter Personen geboren (Männer: 19 %; Frauen: 8 %).³⁷

3.5.1.2. Lebenssituation, Wohnsituation, Schulden

Die familiären Situationen von Klientinnen und Klienten mit pathologischem Glücksspielverhalten stel-

len sich wie folgt dar: 41 % leben mit einer Partnerin oder einem Partner zusammen, ein Drittel (33 %) lebt allein und etwas mehr als ein Fünftel (22 %) zusammen mit Kindern. Bei (und mit) mindestens einem Elternteil lebt jede/r Sechste (18 %), letzteres trifft vor allen Dingen auf die Männer zu (plus 16 Prozentpunkte im Vergleich zu den Frauen). Ein entsprechendes Bild zeigt sich auch bei der partnerschaftlichen Situation: Mehr als die Hälfte der betreuten Glücksspielerinnen und Glücksspieler befinden sich in einer festen Beziehung (54 %), alleinstehend sind 41 % von ihnen.

Selbstständiges Wohnen ist bei diesen Klientinnen und Klienten die Regel: 74 % von ihnen wohnen im eigenen Haus oder in eigener Wohnung (Männer: 72 %; Frauen: 92 %), ein Fünftel wohnt bei anderen Personen, z.B. den Eltern (20 %; Männer: 22 %; Frauen: 5 %). Unter den Glücksspielerinnen und Glücksspielern befinden sich nur sehr wenige, die im ambulanten Wohnen oder als Inhaftierte einer JVA betreut werden (2 % bzw. 1 %). Beginnen Personen eine Betreuung im ambulanten Suchthilfesystem, sind sie überwiegend in hohem Maße verschuldet. Etwa ein Drittel von ihnen hat Schulden in einer Höhe von mehr als 10.000 Euro (32 %), ebenso viele haben Schulden bis zu 10.000 Euro (33 %). Lediglich 35 % sind schuldenfrei.

3.5.1.3. Bildungsstand, Erwerbstätigkeit

42 % der Klientinnen und Klienten, bei denen das pathologische Glücksspielen im Fokus steht, besitzen einen Hauptschulabschluss als höchsten Bildungsabschluss, 27 % einen Realschulabschluss und 19 % das Abitur. Lediglich 7 % haben die Schule ohne Abschluss verlassen. Diese Klientel ist damit etwas geringer qualifiziert als die Gesamtbevölkerung in Nordrhein-Westfalen.³⁸ 59 % haben

³⁸ Zum Vergleich Zahlen aus ganz NRW für das Jahr 2011: Anteil der Bevölkerung ab 15 Jahren mit Hauptschulabschluss:

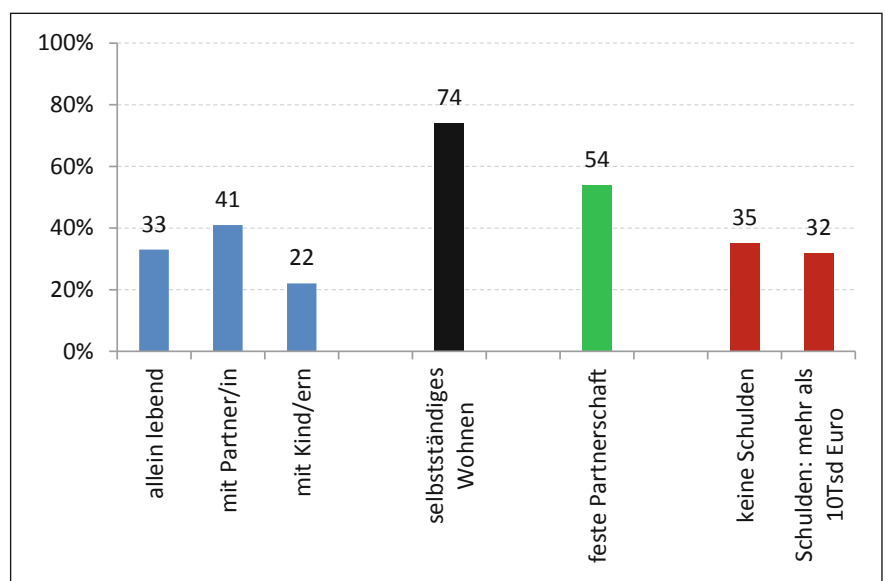


Abbildung 3.35: Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen, ausgewählte soziodemografische Charakteristika, 2012

³⁷ Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

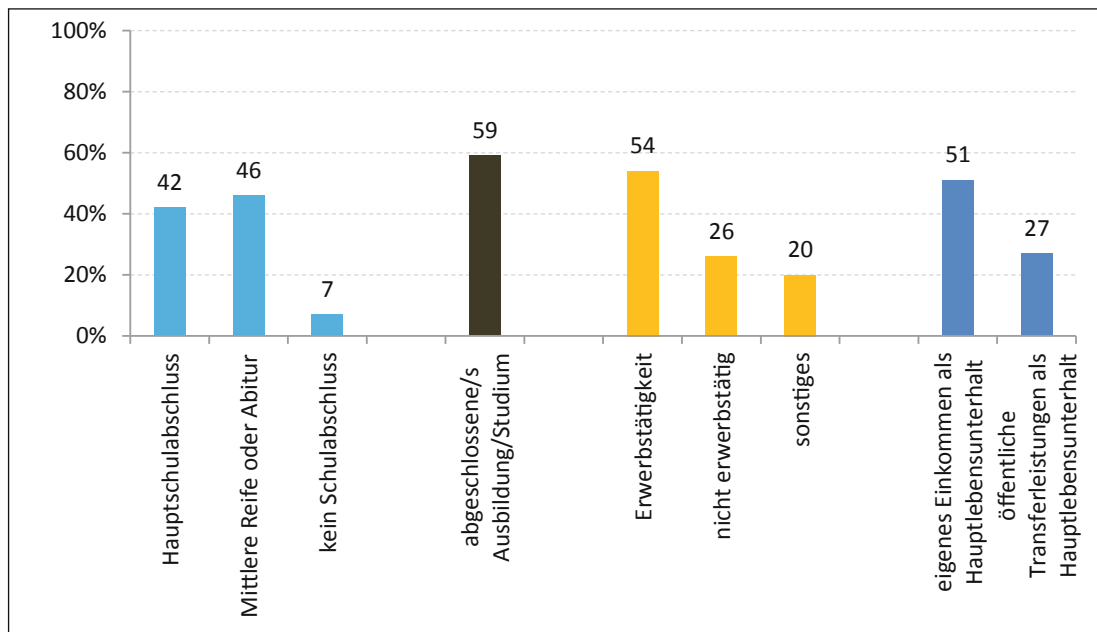


Abbildung 3.36: Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen, Bildung, Ausbildung, Erwerbssituation, 2012

eine (Meister-) Ausbildung oder ein Studium abgeschlossen, 31 % verfügen über keinen Ausbildungsabschluss (Männer: 30 %; Frauen: 38 %).

In den letzten sechs Monaten vor dem Beginn der Betreuung war die Hälfte (54 %) der Klientinnen und Klienten erwerbstätig, 26 % gingen keiner Erwerbstätigkeit nach, 20 % lebten als Schülerinnen und Schüler, Auszubildende, Hausfrauen und -männer sowie Rentnerinnen und Rentner. 51 % der betreuten Glücksspielerinnen und Glücksspieler tragen maßgeblich selbst durch Berufstätigkeit zum eigenen Lebensunterhalt bei (Männer: 52 %; Frauen: 39 %). Für 27 % dieser Klientel bilden überwiegend öffentliche Transferleistungen (ALG I: 6 %, ALG II: 19 % und Sozialhilfe: 2 %) die finanzielle Lebensgrundlage.

3.5.1.4. Jahresvergleich: Trend 2006-2012

Im sechsjährigen Analysezeitraum hat sich der Anteil der im jeweiligen Betrachtungsjahr begonnenen Betreuungen³⁹ der pathologische Glücksspielerinnen und Glücksspieler von 2 % auf 5 % mehr als verdoppelt. Die Anzahl der Betreuungen hat sich im selben Zeitraum mehr als verdreifacht (von 792 im Jahr 2006 auf 2.473 im Jahr 2012).

40 %, mit Realschulabschluss: 21 %, mit (Fach) Abitur: 28 %. Ferner haben insgesamt 10 % die Schule ohne Abschluss verlassen oder befanden sich zu dem Zeitpunkt der Erhebung noch in Schulbildung ohne bisher einen Abschluss erreicht zu haben.

Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (2013): Bildungsstand der Bevölkerung in NRW. <http://www.it.nrw.de/statistik/d/daten/eckdaten/r514bild1.html> Abgerufen am 08.08.2013.

³⁹ Aus der Analyse ausgeschlossen wurden die Betreuungen, die aus den (jeweiligen) Vorjahren in das Betrachtungsjahr hinein reichten. So wurde ein Indikator etabliert, der sensibel für Veränderungen ist.

Der Anteil erbrachter Betreuungen für Frauen ist seit dem Jahr 2006 um 3 Prozentpunkte auf 10 % leicht gestiegen. Von Migrantinnen und Migranten in Anspruch genommene Betreuungen hatten in den Jahren 2010 und 2012 Anteile von jeweils 37 %.

Die betreuten Klientinnen und Klienten sind im Betrachtungszeitraum durchschnittlich immer jünger geworden. Das Alter beider Geschlechter sinkt kontinuierlich. So waren die Frauen im Jahre 2006 zu Beginn der Betreuung durchschnittlich 44,9 Jahre alt; im Jahr 2012 ist dieses Alter auf 39,8 Jahre gesunken. Bei den Männern ist der Altersrückgang etwas weniger ausgeprägt: Ihr durchschnittliches Alter sank während dieses Zeitraums um 3 Jahre auf 33,6 Jahre.

Die Lebensumstände der pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspieler haben sich im Analysezeitraum zum Teil verändert. Der Anteil derjenigen, die allein leben, ist gleich geblieben (etwa 1/3 der Betreuungen). Abgenommen hat hingegen der Anteil der Klientinnen und Klienten, die mit Kindern zusammen leben (seit dem Jahr 2006 um 10 Prozentpunkte auf 20 %). Reziprok hierzu zeigt sich die Entwicklung bei Personen, die mit ihren Eltern zusammen leben: Insgesamt ist zwischen den Jahren 2006 und 2012 eine Zunahme ihres Anteils von 9 % auf 19 % zu verzeichnen; dies ist eine Verdoppelung. Den größten Anstieg gab es zwischen 2008 und 2010 von 12 % auf 18 %. Abgenommen hat der Anteil der Betreuten, die in einer festen Beziehung leben (minus 7 Prozentpunkte); er liegt im Jahr 2012 bei 52 %. Geringe Veränderungen gab es auch bei den wirtschaftlichen Verhältnissen. Der Anteil der schuldenfreien Klientinnen und Klienten ist zwischen 2008 und 2012 von 30 % auf 34 % gestiegen.

In Bezug auf die Bildungsqualifikation der Klientel zeigen sich dagegen wenig Veränderungen: Der Anteil ohne Schulabschluss liegt stabil zwischen 6 % und 8 %, der An-

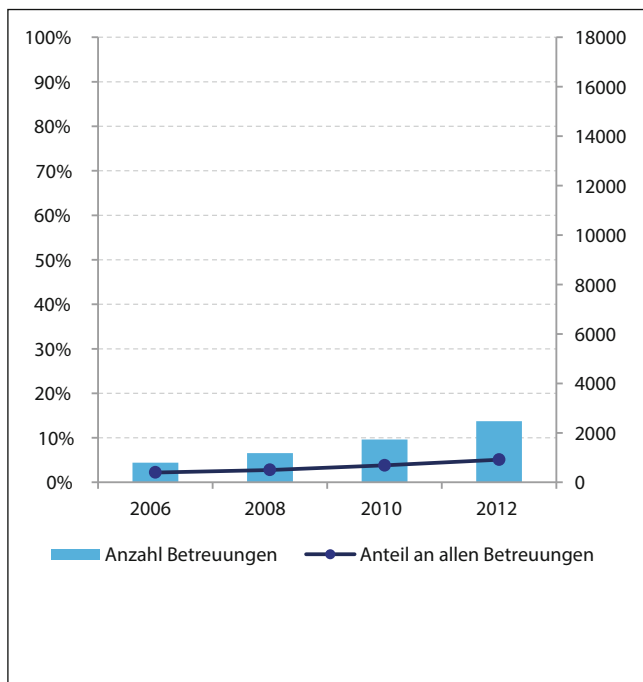


Abbildung 3.37: Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen, Betreuungszahl und -anteil, Trend 2006-2012

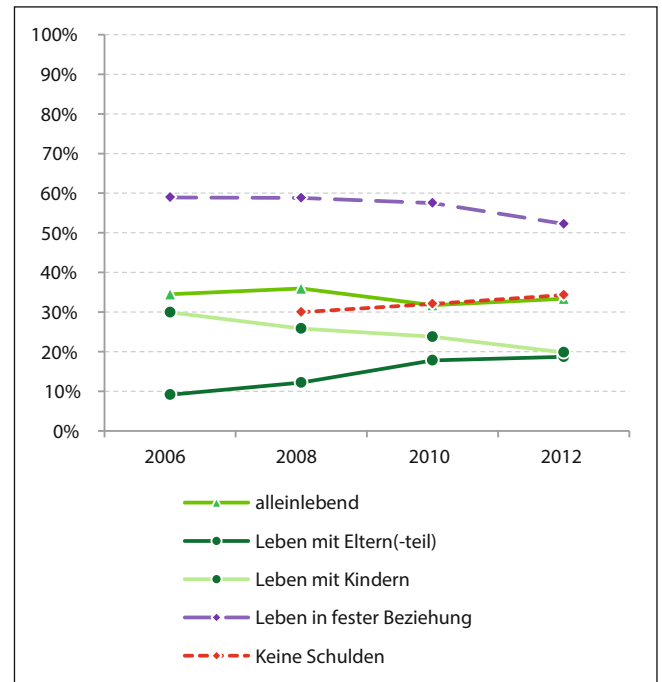


Abbildung 3.39: Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen, Lebensumstände, Trend 2006-2012

teil höherer Abschlüsse (Mittlere Reife oder Abitur) bewegt sich zwischen 41 % und 44 %.

Der Anteil der Erwerbstätigen unter den pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspielern ist mit 50 % im Jahr 2012 etwas niedriger als zu Beginn des Betrachtungszeitraums (minus 6 Prozentpunkte). Stabil ist der Anteil derjenigen, die öffentliche Transferleistungen als ihre Haupteinkommensquelle angegeben haben: Er liegt bei 30 % (2008) bzw. 29 % (2012).

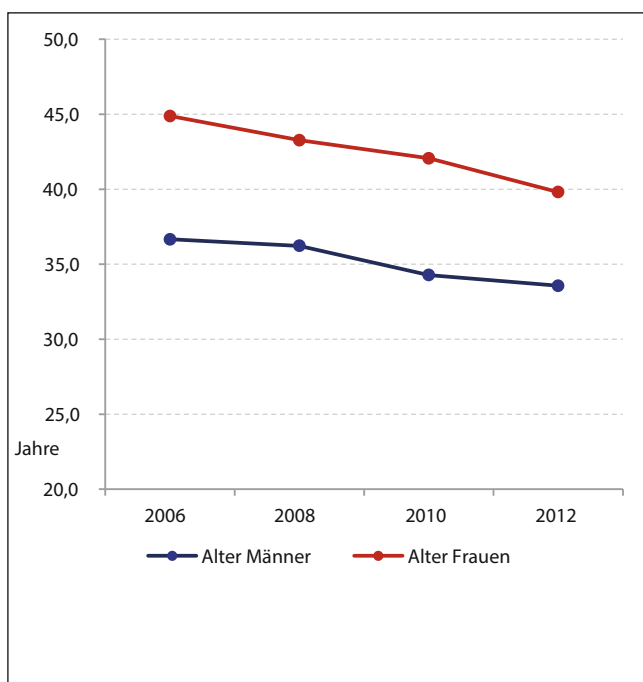


Abbildung 3.38: Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen, Alter nach Geschlecht, Trend 2006-2012

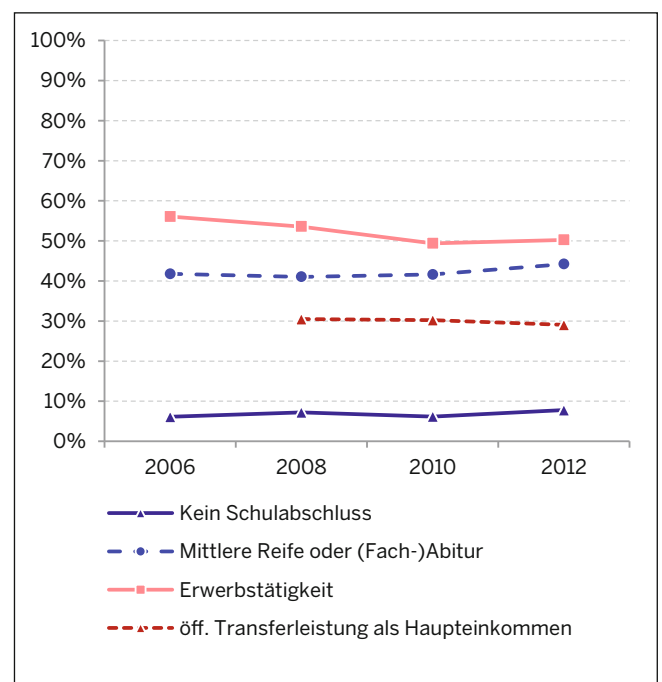


Abbildung 3.40: Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen, Bildung und Einkommen, Trend 2006-2012

3.5.2. Betreuungsbezogene Daten

3.5.2.1. Anlass der Betreuung, Auflagen, Kostenträger

Die eigene Motivation ist für fast die Hälfte der betreuten Pathologischen Glücksspielerinnen und -spieler der Grund zur Aufnahme der Betreuung (48 %). Für 19 % kam der Anstoß dazu aus dem familiären Umfeld. Bereits bestehende Kontakte zu den verschiedenen Einrichtungen des Hilfesystems waren der Anlass für ein weiteres Fünftel dieser Gruppe (20 %), Hilfe in Anspruch zu nehmen. Wenig Einfluss auf eine Betreuungsaufnahme nehmen öffentliche Institutionen wie Justizbehörden, Arbeitsagentur oder Kranken- bzw. Rentenversicherung (zusammen 9 %). Letzteres spiegelt sich auch bei den Anteilen der Betreuungen mit gerichtlichen oder anderen Auflagen wider, die nur 4 bzw. 8 % betragen. Rund die Hälfte der pathologischen Glücksspielerinnen und -spieler hat vor der aktuellen Betreuung keine suchtspezifische Hilfe in ihrem Leben in Anspruch genommen (51 %). Für 78 % der Gesamtgruppe war die aktuelle Betreuung des Jahres 2012 eine erstmalige Aufnahme in der Einrichtung. Die in Anspruch genommenen Betreuungen waren fast ausschließlich Ambulante Beratungen (98 %), ein geringer Teil wurde als ambulante Entwöhnungsbehandlung (7 %) oder psychotherapeutische Behandlung (7 %) durchgeführt.⁴⁰ Dies spiegelt auch die Finanzierungsstruktur wider: Anteilig oder vollständig pauschal bzw. institutionell finanziert wurden 87 % der Betreuungen. Krankenkassen oder die Rentenversicherung waren lediglich bei 11 bzw. bei 8 % der Betreuungen an der Finanzierung beteiligt bzw. haben diese komplett übernommen.

3.5.2.2. Glücksspielarten und nutzungsspezifische Daten: Nutzungshäufigkeit vor der Betreuung, Alter bei Erstkonsum und Störungsbeginn

Den bedeutendsten Anteil der Klientel bilden pathologische Glücksspielerinnen und Glücksspieler an Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten. Bei 81 % wurde eine entsprechende Spielart durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Suchthilfe dokumentiert (Männer: 81 %; Frauen: 82 %). Bei 8 % der Klientinnen und Klienten wurde das Wetten, bei 3 % das sogenannte Große

Spiel in den Spielbanken und bei 2 % das Automatenpiel in den Spielbanken (sogenanntes Kleines Spiel) als Problembereich des pathologischen Glücksspiels genannt. Bei weiteren 13 % der Betreuten wurden andere Spielformen dokumentiert.⁴¹ Die Klientinnen und Klienten mit der Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspielen nutzten die Glücksspiele zum Beginn der Betreuung je nach Spielart in unterschiedlicher Intensität (30-Tages-Prävalenz). So wiesen pathologische Glücksspielerinnen und -spieler an Geldspielautomaten in Spielhallen und Gaststätten die höchste Nutzungsintensität auf: Jede/r Siebte (14 %) von ihnen spielte zu Betreuungsbeginn täglich, 42 % nahmen

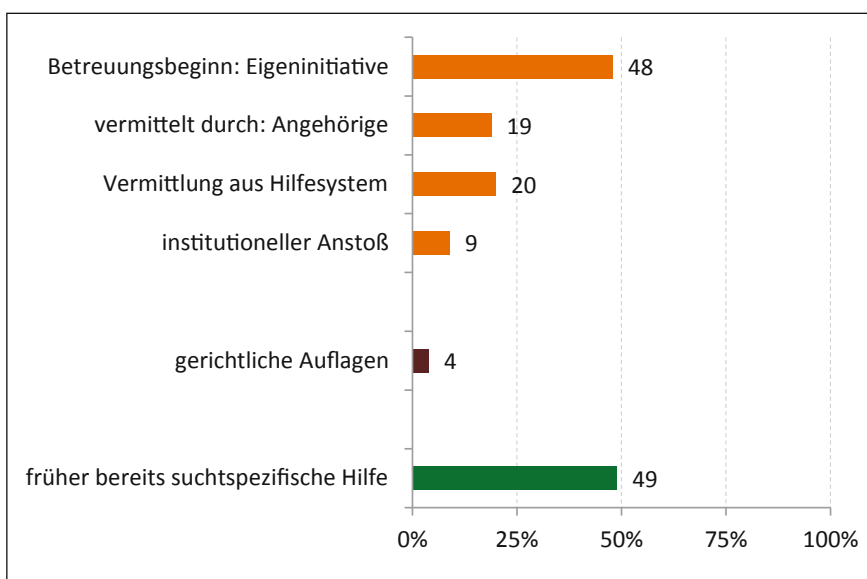


Abbildung 3.41: Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen, Aufnahme der aktuellen Betreuung, 2012

regelmäßig (zwischen 8 und 25 Tagen im Monat) an diesem Glücksspiel teil und lediglich 19 % spielten zu Betreuungsbeginn kein Glücksspiel. Bei pathologischen Glücksspielerinnen und -spielern, die vorrangig das Große bzw. das Kleine Spiel in Spielkasinos ausübten, betrugen diese Abstinenzanteile 93 bzw. 94 % und bei den Wettspielerinnen und -spielern durchschnittlich 78 %.

Der Einstieg in das Glücksspielen findet durchschnittlich im Alter von 21,1 Jahren statt. 33 % der pathologischen Glücksspielerinnen und -spieler spielen erstmalig noch vor Vollendung des 18. Lebensjahres. Bei weiteren 26 % lag das Einstiegsalter zwischen 18 und 20 Jahren, bei 18 % zwischen 21 und 24 Jahren. Der durchschnittliche Störungsbeginn liegt 3 1/2 Jahre später im Alter von durchschnittlich 24,9 Jahren. Männer begannen mit durchschnittlich 20,2 Jahren und damit deutlich früher mit dem Glücksspielen als Frauen (mit 28,5 Jahren). Der zeitliche Abstand zum Störungsbeginn variiert dagegen kaum; er beträgt bei den Männern durchschnittlich 3,5 und bei den Frauen 3,3 Jahre.

⁴⁰ Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

⁴¹ Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

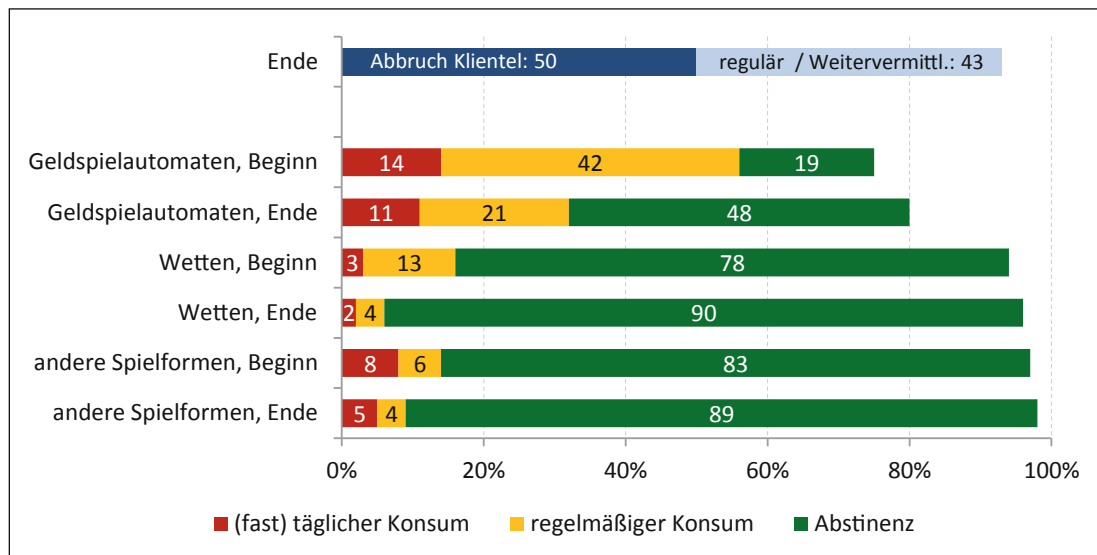


Abbildung 3.42: Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen, Art des Endes der aktuellen Betreuung, Entwicklung der Konsumfrequenz während der Betreuung, 2012

3.5.2.3. Gesundheitliche Lage: Infektionserkrankungen und Komorbiditäten

Für 25 % der betreuten pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspieler wird ein problematischer Tabakkonsum festgehalten. Bei einem kleineren Teil bestehen ferner psychische oder Verhaltensstörungen durch Alkohol- (7 %) oder Cannabisgebrauch (6 %).

Hepatitis- (B und C) und auch HIV-Infektionen haben bei diesen Klientinnen und Klienten von Einzelfällen abgesehen keine Bedeutung.

3.5.2.4. Betreuung: Dauer und Ende, ergänzende Betreuung

Eine Betreuung pathologischer Glücksspielerinnen und Glücksspieler dauert durchschnittlich 159 Tage (Männer: 158 Tage; Frauen: 163 Tage).⁴² Während dieser Episode finden durchschnittlich 11 (Männer) bzw. 12 Termine (Frauen) statt, so dass diese demnach mit etwa zweiwöchigem Abstand aufeinander folgen. Die Dauer der nicht im Jahr 2012 abgeschlossenen und deshalb durchschnittlich längeren Betreuungen beträgt 346 Tage (Männer: 345 Tage; Frauen: 349 Tage).⁴³ Parallel zur aktuellen Betreuung finden nur in jedem achten Fall (13 %) ergänzende Maßnahmen in einer anderen Einrichtung statt. Hierbei handelt es sich insbesondere um stationäre Entwöhnungsbehandlungen (38 %) und psychiatrische Behandlungen (22 %). Daneben werden weitere ambulante Beratungen (11 %) und psychotherapeutische Behandlungen (10 %) durchgeführt.⁴⁴ Parallel laufende stationäre Entwöhnungsbehandlungen werden in höherem Maße von Frauen in Anspruch genommen als von Männern (plus 5 Prozentpunkte).

Zum Ende der Betreuung konnte für jede der Untergruppen der Klientinnen und Klienten (je nach Spielart-Einzeldiagnose) ein Anstieg der Abstinenzanteile und ein Absinken der Anteile regelmäßigen und täglichen Glücksspiels verzeichnet werden, soweit dieses zu Beginn der Betreuung ein relevantes Ausmaß besaß. So stieg der Abstinenzanteil der Automatenspielerinnen und -spieler während der Betreuung um 29 Prozentpunkte auf 48 %. Waren Wetten das problemverursachende Glücksspiel, stieg der Abstinenzanteil um 12 Prozentpunkte auf 90 % am Betreuungsende. Bei anderen Spielformen konnte die Abstinenzrate um 6 Prozentpunkte (auf 89 %) erhöht werden. Der Anteil regelmäßig bzw. täglich spielender Geldspielautomatenspielerinnen und -spieler sank um 21 (bei regelmäßigem Spiel) bzw. 3 Prozentpunkte (bei täglichem Spiel) auf zusammen 32 % am Betreuungsende. Unter den pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspielern, die Wetten tätigen, gab es am Betreuungsende noch 6 %, die täglich (2 %, minus 1 Prozentpunkt) oder regelmäßig (4 %, minus 9 Prozentpunkte) an diesem Glücksspiel teilnahmen. Bei anderen Glücksspielformen sank der Anteil regelmäßigen (4 %, minus 2 Prozentpunkte) oder täglichen Glücksspiels (5 %, minus 3 Prozentpunkte) auf zusammen 9 % am Betreuungsende.

In der Gesamtbeurteilung sehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ambulanten Suchthilfe das vorrangige Suchtproblem dieser Klientinnen und Klienten in 20 % der Betreuungen als erfolgreich behoben an. Für 39 % wird eine Besserung der Problematik attestiert. Bei 40 % der Betreuungen bleibt die Suchtproblematik der Glücksspielerinnen und -spieler unverändert. Eine Verschlechterung des Zustands findet sich nur in sehr wenigen Fällen (1 %).

Nur etwas weniger als ein Drittel der Betreuungen (32 %) werden regulär beendet, weil das Betreuungsziel oder die zu Beginn projektierte Anzahl an Einzelsitzun-

⁴² Basis: Abgeschlossene Betreuungen des Jahres 2012.

⁴³ Für diese Berechnung wurde das Ende der Betreuungen fiktiv auf den 31.12.2012 gesetzt.

⁴⁴ Hier sind Mehrfachnennungen möglich.

gen erreicht wurde. Hinzu kommen 11 % der Betreuungen, die durch einen planmäßigen Wechsel - z.B. in eine besser geeignete Einrichtung - abgeschlossen werden. Insgesamt gehen damit 43 % der Betreuungen der pathologischen Glücksspielerinnen und Glücksspieler mit Erfolg und angemessen zu Ende. 50 % der Betreuungen werden dagegen durch die Klientinnen und Klienten abgebrochen und lediglich 1 % aus disziplinarischen Gründen durch die Einrichtung beendet.

3.5.2.5. Jahresvergleich: Trend 2006-2012

Beim Zugang zum Hilfesystem zeigt sich ein leichter Wandel in der Klientel: Zwar mit Schwankungen, aber zunehmend gelangen mehr pathologische Glücksspielerinnen und Glücksspieler in die Betreuung, die bereits früher suchtspezifische Hilfe in Anspruch genommen haben. Im letzten Jahr der Betrachtung (2012) waren es 48 %. Der Anteil derjenigen, die die aktuelle Betreuung durch einen Anstoß einer Behörde wie der Arbeitsagentur, einer Justizbehörde oder eines Jugendamtes beginnen, liegt über die vier Jahre 2008 bis 2012 stabil bei 11 bzw. 12 %.

Betreuungen pathologischer Glücksspielerinnen und Glücksspieler werden bis zum Jahr 2010 kontinuierlich seltener mit einer erfolgreichen Behandlung des Suchtproblems abgeschlossen. Betrug der Anteil der erfolgreichen Betreuungen im Jahr 2006 noch 23 %, waren es im Jahr 2010 nur noch 11 %; das entspricht einer Reduktion dieses Anteils um mehr als 50 %. Gestiegen - um 9 Prozentpunkte auf 56 % von 2006 bis 2010 - ist der Anteil der Betreuungen, in denen das Ausmaß des Glücksspielproblems unverändert blieb. Eine Umkehr dieser Entwicklung könnte sich für das Jahr 2012 andeuten: Hier steigt der Anteil der erfolgreich beendeten Betreuungen und es sinkt der Anteil der Betreuungen, in denen das Ausmaß des Glücksspie-

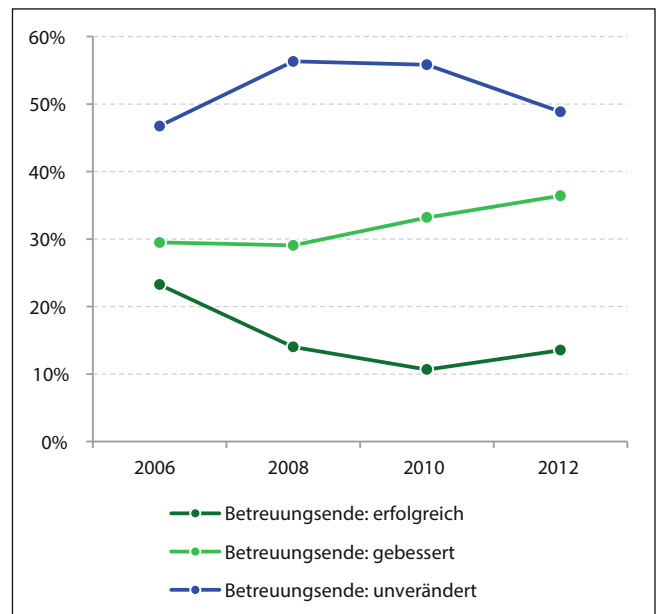


Abbildung 3.44: Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen, Problemstatus Betreuungsende, Trend 2006-2012

lens unverändert blieb. Betreuungen, in denen eine Besserung des Zustands der Betreuten erreicht wurde, gewannen im Analysezeitraum größere Anteile. Sie machen im Jahr 2012 36 % der beendeten Betreuungen aus.

Über den Analysezeitraum gibt es wenig Veränderungen bei der Art des Betreuungsabschlusses. Der Anteil regulärer Abschlüsse schwankt zwischen 27 % und 29 %, der Anteil der Weitervermittlungen nimmt zwischen den Jahren 2008 und 2012 leicht um 3 Prozentpunkte auf 12 % ab, und der Anteil der Betreuungen, die von den Klientinnen und Klienten abgebrochen werden, liegt in den Jahren 2008 bis 2012 jeweils knapp über 50 %.

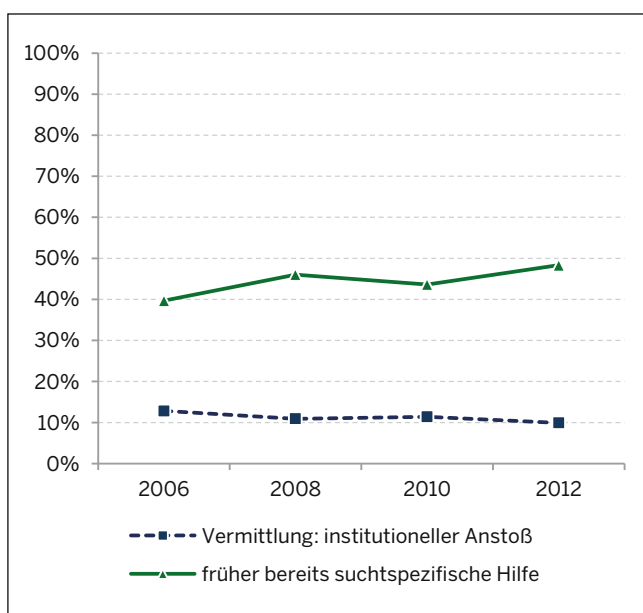


Abbildung 3.43: Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen, Zugang zum Hilfesystem, Trend 2006-2012

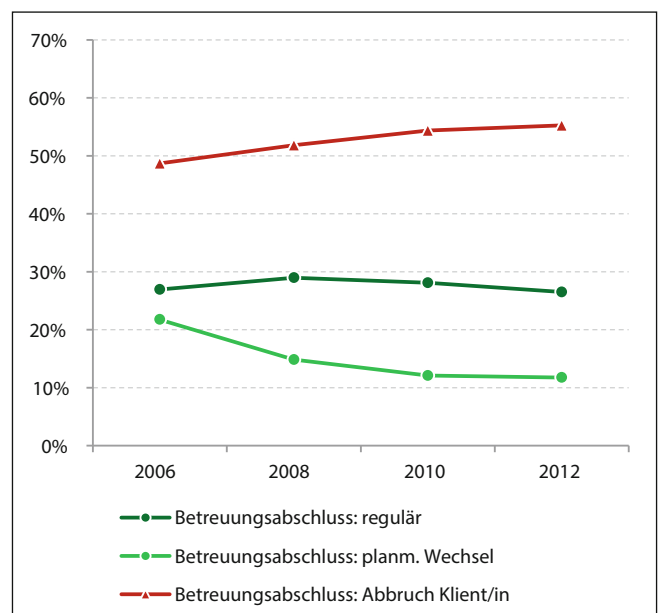


Abbildung 3.45: Hauptdiagnose pathologisches Glücksspielen, Betreuungsabschluss, Trend 2006-2012

4. Anhang

4.1. Literatur

Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 5/6, 2013.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2013): Bericht zum Substitutionsregister 2013.

Buth S., Verthein U., Schütze C., Neumann-Runde E. & Martens M.-S. (2012): Statusbericht 2011 der Hamburger Basisdatendokumentation. Auswertungsleistungen und Bericht zur Hamburger Basisdatendokumentation 2011. BADO e. V. (Hrsg.) Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Hamburg: Bado e. V. (ISSN 1611-5104)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2010): Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. Hamm.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2013): Drogen- und Suchtbericht 2013. Berlin.

Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) (2013): Bildungsstand der Bevölkerung in NRW. <http://www.it.nrw.de/statistik/d/daten/eckdaten/r514bild1.html> Abgerufen am 08.08.2013.

Kalke J. & Neumann-Runde E. (2012): Landesauswertung 2011 der computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe in Hessen. Grunddaten 2011, Frankfurt a./M.

Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales (2012): Zuwanderungsstatistik Nordrhein-Westfalen 2011.

Robert-Koch-Institut (2013): Epidemiologisches Bulletin 24/2013

Steppan, M., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2012): Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2011: Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS). München.

WHO (2010): International Statistical Classification of Diseases and Related Health, revision 10. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Wittchen, H.-U.; Bühringer, G.; Rehm, J. (2011): Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments - Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Dresden.

4.2. Tabellenanhang

	Alkohol				Opiate				Cannabis				path. Glücksspielen				Gesamt	
	männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich		weiblich		männlich	weiblich
Betreuungen in Altersgruppen	-14	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	1,4%	3,3%	1,7%	1,7%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,6%	0,9%
	15-17	0,9%	0,7%	0,9%	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%	12,1%	15,0%	12,6%	12,6%	1,8%	0,3%	1,7%	1,7%	3,4%	3,3%
	18-19	1,6%	0,7%	1,3%	0,5%	1,4%	0,7%	0,7%	14,6%	12,2%	14,1%	14,1%	5,2%	1,1%	4,8%	4,2%	2,8%	3,8%
	20-24	4,6%	2,1%	3,8%	4,7%	9,1%	5,7%	5,7%	31,8%	28,3%	31,2%	31,2%	19,0%	9,6%	18,0%	11,5%	9,1%	10,8%
	25-29	6,0%	3,6%	5,2%	13,3%	17,3%	14,2%	14,2%	19,4%	17,2%	19,0%	19,0%	15,4%	11,9%	15,1%	12,4%	10,3%	11,8%
	30-34	7,7%	6,2%	7,2%	21,4%	20,1%	21,1%	21,1%	9,9%	9,8%	9,9%	9,9%	13,3%	10,2%	13,0%	13,7%	11,1%	13,0%
	35-39	9,1%	8,1%	8,7%	22,2%	18,0%	21,2%	21,2%	4,9%	5,2%	4,9%	4,9%	12,7%	13,0%	12,7%	12,9%	10,3%	12,2%
	40-44	15,5%	15,3%	15,4%	19,1%	17,1%	18,7%	18,7%	3,1%	3,8%	3,2%	3,2%	11,6%	14,2%	11,8%	13,6%	13,6%	13,6%
	45-49	17,9%	21,1%	19,0%	11,1%	10,1%	10,9%	10,9%	1,6%	2,6%	1,7%	1,7%	10,2%	14,7%	10,7%	11,2%	14,0%	11,9%
	50-54	17,3%	18,9%	17,8%	5,4%	4,8%	5,2%	5,2%	0,9%	1,5%	1,0%	1,0%	5,4%	13,9%	6,2%	8,4%	11,5%	9,3%
	55-59	10,9%	11,9%	11,3%	1,8%	1,2%	1,7%	1,7%	0,4%	0,6%	0,4%	0,4%	2,9%	5,1%	3,1%	4,7%	6,7%	5,3%
	60+	8,3%	11,2%	9,3%	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%	0,1%	0,4%	0,2%	0,2%	2,4%	5,7%	2,7%	3,4%	6,4%	4,2%
Alter	Gesamt N	17.436	8.690	26.126	16.842	4.883	21.725	21.725	7.968	1.637	9.605	9.605	3.139	353	3.492	57.715	21.185	78.900
	(in Jahren)	44,5	46,9	45,3	37,1	35,5	36,7	36,7	24,7	25,1	24,7	24,7	34,2	40,5	34,8	33,4	35,9	34,2
Nationalität	deutsch	94,6%	96,3%	95,2%	85,5%	94,5%	87,5%	87,5%	89,1%	94,7%	90,1%	90,1%	81,2%	90,6%	82,1%	89,0%	95,1%	90,6%
	EU	2,4%	2,2%	2,3%	3,7%	2,5%	3,5%	3,5%	2,0%	1,7%	1,9%	1,9%	3,7%	2,9%	3,7%	2,9%	2,3%	2,7%
	sonstige	3,0%	1,4%	2,5%	10,5%	3,0%	8,8%	8,8%	8,8%	3,6%	7,9%	7,9%	15,0%	6,5%	14,2%	8,0%	2,6%	6,5%
	staatenlos	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
Migrationshintergrund (Mehrfachantworten)	Gesamt N	16.651	8.359	25.010	16.319	4.748	21.067	21.067	7.642	1.568	9.210	9.210	3.044	339	3.383	55.112	20.254	75.366
	Klient ist selbst migriert	13,4%	8,9%	11,9%	23,2%	10,6%	20,4%	20,4%	8,6%	6,5%	8,3%	8,3%	19,4%	14,0%	18,9%	16,1%	9,2%	14,3%
	Klient ist als Kind von Migranten geboren	6,1%	3,7%	5,3%	18,0%	8,5%	15,9%	15,9%	17,5%	12,6%	16,6%	16,6%	19,4%	8,1%	18,2%	13,9%	6,7%	12,0%
	kein Migrationshintergrund	82,6%	88,7%	84,7%	65,8%	83,7%	69,8%	69,8%	76,3%	82,6%	77,4%	77,4%	63,9%	78,9%	65,4%	73,8%	85,9%	77,0%
Sprache der Beratung	Gesamt N	14.803	7.444	22.247	14.619	4.125	18.744	18.744	6.734	1.378	8.112	8.112	2.577	285	2.862	44.600	16.235	60.835
	nicht deutsch	1,7%	1,0%	1,4%	2,0%	1,3%	1,8%	1,8%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,9%	0,7%	0,8%	1,5%	1,0%	1,4%
	deutsch	98,3%	99,0%	98,6%	98,0%	98,7%	98,2%	98,2%	99,3%	99,3%	99,3%	99,3%	99,1%	99,3%	99,2%	98,5%	99,0%	98,6%
Familienstand	Gesamt N	15.060	7.538	22.598	15.127	4.338	19.465	19.465	6.977	1.414	8.391	8.391	2.669	300	2.969	45.880	16.682	62.562
	Ledig	42,3%	27,1%	37,2%	71,7%	61,4%	69,4%	69,4%	91,0%	85,9%	90,1%	90,1%	56,3%	41,6%	54,8%	64,2%	47,4%	59,6%
	Verheiratet, zusammenlebend	27,7%	30,9%	28,8%	11,7%	12,4%	11,8%	11,8%	4,7%	5,6%	4,9%	4,9%	27,2%	21,4%	26,6%	17,0%	21,3%	18,2%
	Verheiratet, getrennt lebend	7,6%	8,3%	7,8%	4,0%	6,0%	4,5%	4,5%	1,6%	2,2%	1,7%	1,7%	6,2%	7,8%	6,4%	5,0%	6,4%	5,4%
	Geschieden	20,5%	27,1%	22,7%	11,9%	17,9%	13,2%	13,2%	2,7%	5,9%	3,2%	3,2%	9,9%	22,7%	11,2%	12,8%	20,6%	14,9%
	Verwitwet	1,9%	6,6%	3,5%	0,7%	2,3%	1,0%	1,0%	0,1%	0,4%	0,1%	0,1%	0,4%	6,5%	1,0%	0,9%	4,3%	1,9%
Partnerbeziehung	Gesamt N	16.213	8.174	24.387	15.812	4.627	20.439	20.439	7.283	1.487	8.770	8.770	2.858	322	3.180	48.780	18.181	66.961
	Alleinstehend	48,0%	41,0%	45,7%	57,7%	34,6%	52,4%	52,4%	61,8%	46,3%	59,2%	59,2%	41,5%	37,9%	41,2%	53,6%	40,9%	50,2%
	Zeitweilige Beziehungen	5,0%	6,2%	5,4%	7,3%	11,8%	8,3%	8,3%	8,2%	12,4%	8,9%	8,9%	4,3%	6,7%	4,5%	6,6%	8,8%	7,2%
	Feste Beziehung	46,5%	52,3%	48,4%	34,6%	53,0%	38,8%	38,8%	29,4%	40,6%	31,3%	31,3%	53,7%	54,8%	53,8%	39,4%	49,6%	42,2%
	Sonstige	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%	0,7%	0,4%	0,4%	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%	0,4%	0,7%	0,5%
	Gesamt N	15.802	7.952	23.754	15.445	4.515	19.960	19.960	6.865	1.406	8.271	8.271	2.752	314	3.066	47.115	17.613	64.728

	Alkohol			Opiate			Cannabis			path. Glücksspielen			Gesamt		
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Lebensunterhalt in der Woche vor Betreuungsbe- ginn (Mehrfa- chantworten)	38,6%	34,4%	37,2%	14,9%	9,3%	13,7%	22,3%	16,6%	21,4%	54,6%	43,3%	53,5%	28,0%	24,8%	27,1%
	1,8%	1,6%	1,7%	0,9%	1,5%	1,0%	9,8%	9,2%	9,7%	6,7%	2,8%	6,3%	3,2%	3,1%	3,2%
	1,3%	1,7%	1,4%	1,6%	1,7%	1,7%	2,5%	3,0%	2,6%	2,7%	4,4%	2,9%	1,8%	2,0%	1,8%
	4,7%	5,2%	4,9%	0,8%	0,6%	0,8%	1,7%	2,7%	1,9%	2,4%	3,1%	2,5%	2,6%	3,4%	2,8%
	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
	10,6%	15,0%	12,1%	3,4%	4,0%	3,5%	0,8%	2,3%	1,0%	4,4%	12,2%	5,2%	5,6%	10,2%	6,9%
	6,7%	4,7%	6,0%	4,7%	2,4%	4,1%	4,3%	3,0%	4,1%	7,3%	5,6%	7,1%	5,5%	3,7%	5,0%
	35,7%	28,8%	33,4%	70,2%	76,0%	71,5%	39,0%	45,4%	40,0%	19,0%	28,8%	20,0%	47,3%	43,4%	46,2%
	2,7%	3,0%	2,8%	6,0%	6,3%	6,1%	4,5%	5,7%	4,7%	2,7%	2,8%	2,7%	4,2%	4,3%	4,2%
	4,4%	17,6%	8,8%	2,7%	4,8%	3,2%	22,6%	21,1%	22,4%	8,2%	12,5%	8,6%	7,8%	15,4%	9,9%
Hauptlebens- unterhalt in der Woche vor Betreuungsbeginn	1,0%	1,2%	1,1%	0,2%	0,4%	0,3%	0,5%	0,7%	0,5%	0,3%	0,6%	0,4%	0,6%	1,0%	0,7%
	1,6%	1,5%	1,6%	5,9%	5,2%	5,8%	5,2%	4,9%	5,2%	1,6%	3,1%	1,7%	4,0%	3,1%	3,8%
	15,781	7,980	23,761	15,050	4,390	19,440	6,861	1,376	8,237	2,796	319	3,115	46,619	17,393	64,012
	37,4%	31,5%	35,4%	13,1%	7,2%	11,8%	20,8%	15,0%	19,8%	52,3%	38,5%	50,9%	26,4%	22,3%	25,3%
	1,6%	1,1%	1,4%	0,7%	1,0%	0,7%	8,6%	8,2%	8,6%	6,1%	2,9%	5,7%	2,8%	2,5%	2,7%
	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	1,0%	0,9%	1,0%	0,5%	0,0%	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%
	4,2%	4,5%	4,3%	0,6%	0,5%	0,5%	1,4%	2,0%	1,5%	2,2%	2,5%	2,2%	2,2%	2,9%	2,4%
	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10,0%	13,7%	11,2%	3,2%	3,4%	3,3%	0,7%	2,1%	0,9%	4,3%	11,8%	5,1%	5,3%	9,1%	6,3%
	6,1%	4,0%	5,4%	4,0%	1,9%	3,5%	3,8%	2,6%	3,6%	6,6%	5,1%	6,5%	5,0%	3,1%	4,5%
Schuldensituation in der Woche vor Betreuungsbeginn	34,1%	27,4%	31,9%	67,4%	73,4%	68,8%	36,6%	43,7%	37,8%	18,5%	27,7%	19,4%	45,3%	41,8%	44,4%
	2,0%	2,1%	2,0%	5,0%	4,9%	4,9%	3,7%	3,9%	3,7%	2,0%	1,0%	1,9%	3,4%	3,1%	3,3%
	2,6%	13,9%	6,4%	1,2%	3,1%	1,7%	18,9%	17,8%	18,7%	6,3%	9,9%	6,6%	5,7%	12,1%	7,5%
	0,6%	0,6%	0,6%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,3%	0,4%	0,3%
	1,0%	0,7%	0,9%	4,4%	4,0%	4,3%	4,3%	3,8%	4,3%	1,0%	0,6%	0,9%	3,0%	2,1%	2,7%
	15,491	7,849	23,340	14,821	4,312	19,133	6,715	1,353	8,068	2,742	314	3,056	45,595	16,908	62,503
	67,6%	76,8%	70,7%	42,0%	46,3%	43,0%	68,6%	70,5%	68,9%	35,0%	30,5%	34,6%	56,5%	68,1%	59,7%
	19,7%	16,0%	18,4%	42,1%	42,9%	42,2%	24,9%	23,5%	24,7%	32,0%	40,6%	32,9%	29,4%	23,8%	27,9%
	6,5%	3,8%	5,6%	10,2%	7,9%	9,6%	4,1%	4,6%	4,2%	16,0%	14,4%	15,9%	8,0%	5,0%	7,2%
	3,3%	1,9%	2,8%	3,8%	2,2%	3,4%	1,5%	0,8%	1,4%	8,2%	9,7%	8,4%	3,5%	1,9%	3,0%
Mehr	2,9%	1,5%	2,4%	2,0%	0,6%	1,7%	0,9%	0,6%	0,9%	8,7%	4,7%	8,3%	2,6%	1,2%	2,2%
	13,670	7,062	20,732	12,812	3,709	16,521	5,916	1,185	7,101	2,734	298	3,032	40,601	15,290	55,891

	Alkohol			Opiate		Cannabis		path. Glücksspielen		Gesamt						
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich					
Einzel Diagnosen (Mehrfachant- worten)	Alkohol	100,0 %	100,0 %	28,2 %	24,9 %	27,5 %	19,6 %	19,2 %	19,6 %	6,8 %	7,8 %	6,9 %	51,0 %	60,1 %	53,4 %	
	Heroin	2,2 %	1,5 %	1,9 %	87,7 %	84,8 %	87,0 %	2,8 %	3,2 %	2,9 %	0,3 %	0,5 %	31,9 %	25,2 %	30,1 %	
	Methadon	0,4 %	0,4 %	0,4 %	46,7 %	49,5 %	47,3 %	0,5 %	0,6 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %	16,4 %	14,1 %	15,8 %	
	Buprenorphin	0,1 %	0,1 %	0,1 %	2,8 %	2,7 %	2,8 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,8 %	1,0 %	
	Andere opiathaltige Mittel	0,3 %	0,4 %	0,3 %	6,6 %	7,3 %	6,8 %	0,4 %	0,1 %	0,4 %	0,0 %	0,1 %	2,5 %	2,3 %	2,5 %	
	Cannabis	8,6 %	4,2 %	7,2 %	34,3 %	27,8 %	32,8 %	100,0 %	100,0 %	5,8 %	3,0 %	5,6 %	34,8 %	21,7 %	31,4 %	
	Barbiturate	0,2 %	0,5 %	0,3 %	1,2 %	1,5 %	1,3 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,6 %	1,0 %	0,7 %	
	Benzodiazepine	1,3 %	2,0 %	1,5 %	13,7 %	15,3 %	14,0 %	0,9 %	1,6 %	1,0 %	0,2 %	0,9 %	0,3 %	5,9 %	7,2 %	6,3 %
	And. Sedativa/Hypnotika	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %	0,4 %	
	Kokain	2,3 %	1,2 %	2,0 %	22,5 %	22,4 %	22,4 %	9,0 %	6,1 %	8,5 %	1,9 %	0,3 %	1,8 %	13,2 %	9,1 %	12,1 %
	Crack	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
	Amphetamine	3,1 %	2,0 %	2,8 %	7,7 %	7,9 %	7,7 %	19,5 %	21,4 %	19,8 %	1,7 %	0,3 %	1,6 %	11,2 %	9,7 %	10,8 %
	MDMA und verw.Subst.	0,8 %	0,4 %	0,7 %	3,4 %	3,3 %	3,4 %	5,7 %	6,0 %	5,7 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %	3,5 %	2,7 %	3,3 %
	Andere Stimulantien	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,5 %	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
	LSD	0,6 %	0,2 %	0,4 %	3,0 %	1,7 %	2,7 %	2,2 %	1,5 %	2,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	2,0 %	1,1 %	1,7 %
	Mescaline	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
	Sonstige Halluz.	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,7 %	0,4 %	0,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %
	Tabak	24,0 %	20,6 %	22,8 %	40,2 %	39,2 %	40,0 %	31,2 %	29,4 %	30,9 %	25,4 %	24,1 %	25,3 %	31,8 %	27,4 %	30,6 %
	Lösungsmittel	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
	And.psy. Subst.	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,9 %	1,0 %	0,9 %	0,4 %	0,7 %	0,5 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %	1,2 %	1,1 %	1,2 %
	Antidepressiva	0,5 %	0,9 %	0,6 %	0,5 %	0,8 %	0,6 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,9 %	0,5 %
	Laxantien	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
	Analgetika	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
	Geldspielautom.	0,6 %	0,1 %	0,4 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,9 %	0,2 %	0,8 %	81,4 %	82,2 %	81,5 %	5,5 %	1,6 %	4,5 %
	Kleines Spiel	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	2,2 %	2,4 %	2,2 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
	Großes Spiel	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,2 %	3,3 %	3,2 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
	Wetten	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	8,4 %	0,9 %	7,7 %	0,6 %	0,0 %	0,4 %
	And. Spielformen	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %	0,4 %	12,5 %	13,9 %	12,7 %	0,9 %	0,3 %	0,8 %
	Essstörungen	0,2 %	2,1 %	0,9 %	0,2 %	1,5 %	0,5 %	0,1 %	1,3 %	0,3 %	0,4 %	0,9 %	0,5 %	0,4 %	5,3 %	1,7 %
	Gesamt N	17534	8747	26281	16758	4873	21631	8022	1648	9670	2976	332	3308	49895	17958	67853
Alter Erstkonsum		16,7	18,1	17,2	22,6	21,8	15,4	15,8	15,4	20,2	28,5	21,1				
Alter Störungsbeginn	Alkohol	28,2	32,1	29,5	17,1	18,1	16,4	18,0	16,7	21,8	25,7	22,3	17,1	29,4	26,0	
	Opiate				22,6	22,1	22,5						18,8	21,7	22,2	
	Cannabis	17,1	17,0	17,1	16,2	16,2	16,6	17,6	16,8	18,5	18,9	18,5	15,7	16,7	16,5	
	Sedativa				23,7	23,2	23,5						22,2	25,3	23,8	
	Kokain				21,4	21,2	21,3						21,3	19,9	20,7	
	Stimulantien				18,6	18,2	18,5	18,3	18,3				18,9	18,0	18,4	
	Tabak	16,3	17,3	16,6	14,2	14,2	14,2	14,3	14,2	16,3	17,3	16,4	14,5	15,5	15,1	
	Lösungsmittel				12,5	13,5	12,7						4,9	5,6	5,6	
	Glücksspiel				20,1	32,7	20,7			24,0	32,1	24,8	21,1	27,5	23,8	

		Alkohol			Opiate			Cannabis			path. Glücksspielen			Gesamt	
		männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	Gesamt
i.v. Konsum	Nein, nie				24,0 %	25,2 %	24,3 %								
	Ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn				44,9 %	47,3 %	45,5 %								
	Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn				31,1 %	27,5 %	30,3 %								
	Gesamt N				12 475	3 581	16 056								
	Getestet, negativ	9,6 %	9,0 %	9,4 %	43,7 %	43,6 %	43,7 %	15,3 %	18,5 %	15,8 %	5,5 %	3,4 %	5,3 %	24,7 %	23,9 %
Hepatitis B Infektion	Getestet, positiv	0,6 %	0,4 %	0,5 %	5,7 %	5,9 %	5,7 %	0,4 %	0,5 %	0,4 %	0,2 %	0,6 %	0,3 %	2,6 %	2,6 %
	Status unbekannt	89,8 %	90,6 %	90,1 %	50,7 %	50,5 %	50,6 %	84,3 %	81,1 %	83,8 %	94,2 %	96,1 %	94,4 %	72,6 %	73,5 %
	Gesamt N	9 299	4 619	13 918	11 973	3 412	15 385	5 198	1 046	6 244	1 605	178	1 783	31 746	42 727
	Getestet, negativ	8,9 %	8,8 %	8,9 %	26,0 %	26,0 %	26,0 %	15,0 %	18,2 %	15,5 %	5,4 %	3,4 %	5,2 %	17,6 %	17,2 %
	Getestet, akut	0,3 %	0,1 %	0,2 %	3,8 %	4,4 %	4,0 %	0,1 %	0,5 %	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	1,7 %	1,6 %
Hepatitis C Infektion	Getestet, chronisch	1,6 %	1,3 %	1,5 %	30,8 %	30,1 %	30,7 %	1,4 %	1,6 %	1,4 %	0,5 %	1,1 %	0,6 %	13,3 %	12,7 %
	Status unbekannt	89,2 %	89,8 %	89,4 %	39,4 %	39,5 %	39,4 %	83,5 %	79,7 %	82,9 %	94,0 %	95,5 %	94,2 %	67,5 %	68,5 %
	Gesamt N	9 258	4 611	13 869	12 298	3 516	15 814	5 217	1 055	6 272	1 605	178	1 783	32 098	43 215
	Getestet, negativ	9,9 %	9,0 %	9,6 %	51,0 %	50,8 %	50,9 %	16,7 %	20,9 %	17,4 %	6,4 %	4,5 %	6,2 %	28,3 %	27,4 %
	Getestet, positiv	0,3 %	0,2 %	0,3 %	2,2 %	3,6 %	2,6 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	1,1 %	1,2 %
HIV Infektion	Status unbekannt	89,7 %	90,8 %	90,1 %	46,8 %	45,6 %	46,5 %	83,0 %	78,8 %	82,3 %	93,5 %	95,5 %	93,7 %	70,6 %	71,4 %
	Gesamt N	9 313	4 635	13 948	12 242	3 512	15 754	5 250	1 065	6 315	1 606	177	1 783	32 117	43 244
	Pauschal/ institutionell finanziert	80,4 %	80,2 %	80,3 %	88,9 %	86,8 %	88,5 %	92,3 %	91,2 %	92,1 %	86,6 %	88,5 %	86,8 %	86,5 %	86,0 %
	Selbstzahler	1,8 %	1,3 %	1,6 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %	0,4 %	0,0 %	0,3 %	1,0 %	1,1 %
	Rentenversicherung	15,7 %	18,8 %	16,7 %	1,4 %	1,4 %	1,4 %	2,9 %	3,5 %	3,0 %	7,7 %	7,3 %	7,7 %	7,4 %	8,3 %
Kostenträger für die Betreuungen (Mehrfachantworten)	Krankenversicherung	4,9 %	5,3 %	5,0 %	2,4 %	2,5 %	2,4 %	1,9 %	2,9 %	2,0 %	10,6 %	10,8 %	10,6 %	3,6 %	3,8 %
	Sozialhilfe	0,5 %	0,5 %	0,5 %	5,9 %	6,6 %	6,0 %	0,4 %	0,7 %	0,5 %	0,2 %	0,7 %	0,3 %	2,3 %	2,3 %
	Jugendhilfe	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %	0,5 %	1,0 %	0,6 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
	Arbeitsagenturen, Jobcenter	3,5 %	1,3 %	2,8 %	4,0 %	3,6 %	3,9 %	2,0 %	2,2 %	2,1 %	1,0 %	1,7 %	1,1 %	3,1 %	2,8 %
	Pflegeversicherung	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	Sonstiges	3,2 %	3,2 %	3,2 %	1,2 %	2,8 %	1,6 %	1,9 %	1,9 %	1,9 %	1,4 %	1,7 %	1,4 %	2,1 %	2,3 %
	Gesamt N	14 379	7 139	21 518	13 307	3 867	17 174	6 244	1 257	7 501	2 500	286	2 786	42 016	57 415
	Keine gerichtlichen Auflagen	92,6 %	98,3 %	94,5 %	81,4 %	86,6 %	82,6 %	69,6 %	91,0 %	73,3 %	96,3 %	97,3 %	96,4 %	83,6 %	86,4 %
	BtMG	1,1 %	0,4 %	0,9 %	15,6 %	11,7 %	14,8 %	22,7 %	6,2 %	19,8 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %	11,1 %	9,3 %
	Psych-KG / Landesunterbringungsgesetz	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
Gerichtliche Auflagen für die Betreuungen	Andere strafrechtliche Grundlage	6,1 %	1,1 %	4,4 %	2,8 %	1,6 %	2,5 %	7,6 %	2,8 %	6,8 %	3,3 %	2,4 %	3,2 %	5,1 %	4,2 %
	Gesamt N	15 698	7 852	23 550	15 037	4 321	19 358	7 301	1 512	8 813	2 914	329	3 243	47 276	64 651

	Alkohol			Opiate		Cannabis		path. Glücksspielen		Gesamt	
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	Gesamt
Vermittlung der Betreuungen											
	Keine / Selbstmelder										
	Familie	35,8%	38,5%	36,7%	52,0%	50,7%	51,7%	37,5%	37,3%	48,0%	48,5%
	Arbeitgeber, Betrieb, Schule	8,0%	8,3%	8,1%	3,7%	4,9%	3,9%	12,9%	12,8%	20,0%	19,4%
	Abstinenz-/Selbsthilfegruppe	3,0%	1,8%	2,6%	0,3%	0,2%	0,3%	2,6%	2,6%	1,5%	1,5%
	Ärztliche oder psychotherapeu- tische Praxis	0,9%	1,3%	1,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,5%	0,6%
	Niedrigschwellige Einrichtung	4,8%	5,7%	5,1%	25,8%	25,1%	25,6%	1,9%	1,5%	3,5%	3,5%
	Suchtberatungs- und/oder -behandlungsstelle, Fachambulanz	0,5%	0,2%	0,4%	0,6%	0,7%	0,6%	0,4%	0,6%	0,3%	0,3%
	Institutsambulanz	3,1%	4,4%	3,6%	3,7%	4,2%	3,8%	1,9%	2,4%	6,2%	5,9%
	Ambulantes betreutes Wohnen	0,4%	0,6%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%	0,1%	0,4%	0,6%	0,6%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	1,8%	1,7%	1,8%	0,5%	0,6%	0,5%	1,4%	3,2%	1,4%	1,6%
	Krankenhaus / Krankenhausabteilung	0,3%	0,2%	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%	0,4%	0,5%	0,3%	0,2%
	Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	12,1%	14,0%	12,8%	11,1%	1,7%	1,2%	2,8%	4,6%	2,5%	2,6%
	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	0,6%	0,7%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%	0,3%	0,3%
	Adaptionsinrichtung	8,4%	9,5%	8,8%	1,1%	1,3%	1,1%	1,7%	2,7%	2,8%	2,8%
	Teilstat.Einrichtung der Sozialtherapie	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
	Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
	Pflegeheim	0,5%	0,4%	0,5%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
	Sozialdienst JAV / Maßregelvollzug	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Jemals zuvor suchtspezifische Hilfe erhalten	Sozialpsychiatrischer Dienst	0,4%	0,0%	0,3%	2,0%	1,1%	1,8%	1,6%	0,2%	0,4%	0,3%
	Andere Beratungsdienste	0,5%	0,6%	0,5%	0,1%	0,2%	0,1%	0,4%	0,6%	0,5%	0,6%
	Einrichtung der Jugendhilfe/ Jugendamt	2,0%	2,6%	2,2%	0,9%	1,5%	1,0%	2,0%	3,0%	2,7%	2,8%
	Soziale Verwaltung	1,1%	2,6%	1,6%	0,1%	1,2%	0,4%	6,1%	14,6%	1,0%	1,1%
	Arbeitsagentur, Job-Center, ARGE	0,6%	0,4%	0,5%	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%	0,5%	0,5%
	Straßenverkehrsbehörde / Fuhrerscheinstelle	5,1%	2,0%	4,1%	1,5%	1,2%	1,4%	3,8%	3,3%	1,5%	1,7%
	Justizbehörden / Bewährungshilfe	1,0%	0,4%	0,8%	0,1%	0,0%	0,0%	1,5%	0,1%	0,0%	0,0%
	Kosten-, Leistungsträger	5,2%	1,1%	3,8%	4,0%	2,6%	3,7%	18,1%	5,3%	2,4%	2,3%
	Sonstige	2,1%	1,3%	1,8%	0,3%	0,2%	0,3%	0,5%	1,2%	0,4%	0,4%
	Gesamt N	15,368	7,764	23,132	15,263	4,386	19,649	6,218	1,273	2,470	2,755
Jemals (mindestens) eine medizinische Notfallhilfe	Keine suchtspezifische Hilfe	27,4%	23,5%	26,1%	11,4%	11,4%	11,4%	48,4%	47,1%	51,4%	51,2%
	Suchtspezifische Hilfe erhalten	72,6%	76,5%	73,9%	88,6%	88,6%	88,6%	51,6%	52,9%	48,6%	48,8%
Jemals (mindestens) eine Substitutionsbehandlung	Gesamt N	13,877	7,147	21,024	14,359	4,185	18,544	5,899	1,230	2,162	2,417
	Gesamt N				58,5%	60,4%	58,9%		255	43,675	60,320
	Gesamt N				14,903	4,317	19,220				

	Alkohol			Opiate			Cannabis			path. Glücksspielen			Gesamt		
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
Jemals (mindestens) eine psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution				46,5%	47,5%	46,7%									
				14.864	4.316	19.180									
Jemals (mindestens) eine sonstige medizinische Maßnahme	4,1%	4,6%	4,3%	6,1%	8,3%	6,6%	2,4%	5,1%	2,8%	1,8%	2,0%	1,8%	4,2%	5,6%	4,5%
	13.816	7.098	20.914	14.325	4.180	18.505	5.876	1.226	7.102	2.157	254	2.411	43.533	16.582	60.115
Jemals (mindestens) eine Entzug / Entgiftung	55,9%	57,3%	56,4%	64,7%	63,9%	64,5%	24,3%	28,6%	25,1%	5,7%	6,3%	5,7%	47,0%	48,0%	47,3%
	14.666	7.469	22.135	14.861	4.302	19.163	5.970	1.234	7.204	2.171	255	2.426	45.127	17.130	62.257
Jemals (mindestens) eine ambulante Beratung	48,2%	49,0%	48,5%	44,8%	45,9%	45,1%	46,5%	41,6%	45,6%	54,4%	50,0%	53,9%	44,8%	43,9%	44,5%
	14.728	7.507	22.235	14.731	4.257	18.988	6.089	1.261	7.350	2.417	274	2.691	45.524	17.233	62.757
Jemals (mindestens) eine ambulante Entwöhnungsbehandlung	8,1%	11,9%	9,4%	3,7%	3,5%	3,6%	1,7%	2,0%	1,8%	4,6%	4,7%	4,6%	4,7%	6,8%	5,3%
	13.869	7.181	21.050	14.270	4.156	18.426	5.880	1.225	7.105	2.177	257	2.434	43.561	16.653	60.214
Jemals (mindestens) eine teilstationäre Entwöhnungsbehandlung	2,6%	3,3%	2,8%	1,7%	1,5%	1,6%	0,7%	0,5%	0,6%	0,5%	0,0%	0,4%	1,7%	2,0%	1,7%
	13.737	7.057	20.794	14.228	4.142	18.370	5.875	1.224	7.099	2.154	252	2.406	43.322	16.481	59.803
Jemals (mindestens) eine stationäre Entwöhnungsbehandlung	34,3%	34,3%	34,3%	44,0%	37,7%	42,6%	15,1%	14,4%	15,0%	14,7%	12,1%	14,4%	31,4%	28,8%	30,7%
	14.300	7.296	21.596	14.667	4.238	18.905	5.930	1.230	7.160	2.215	256	2.471	44.550	16.875	61.425
Jemals (mindestens) eine Kombinationstherapie	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,4%	0,1%	0,3%	0,3%	0,3%
	13.755	7.068	20.823	14.332	4.185	18.517	5.878	1.224	7.102	2.154	253	2.407	43.471	16.542	60.013
Jemals (mindestens) eine Adaptionsbehandlung	1,7%	1,2%	1,5%	4,6%	3,5%	4,4%	1,2%	0,7%	1,1%	1,2%	0,8%	1,1%	2,6%	1,7%	2,4%
	13.791	7.072	20.863	14.386	4.202	18.588	5.886	1.225	7.111	2.155	253	2.408	43.586	16.565	60.151
Jemals (mindestens) eine ambulante sozialtherapeutische Maßnahme	2,0%	1,9%	2,0%	1,4%	2,1%	1,5%	1,4%	2,0%	1,5%	1,2%	2,8%	1,4%	1,6%	1,9%	1,7%
	13.786	7.084	20.870	14.365	4.191	18.556	5.887	1.226	7.113	2.160	254	2.414	43.563	16.575	60.138
Jemals (mindestens) eine teilstationäre sozialtherapeutischer Maßnahme	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,3%	0,4%	0,3%	0,5%	0,6%	0,5%
	13.758	7.065	20.823	14.344	4.189	18.533	5.879	1.224	7.103	2.155	253	2.408	43.493	16.547	60.040
Jemals (mindestens) eine stationäre sozialtherapeutische Maßnahme	2,1%	1,6%	1,9%	2,8%	1,7%	2,5%	2,0%	2,2%	2,1%	1,3%	1,2%	1,3%	2,2%	2,0%	2,1%
	13.790	7.077	20.867	14.340	4.188	18.528	5.886	1.227	7.113	2.156	253	2.409	43.534	16.584	60.118
Jemals (mindestens) eine stationäre psychiatrische Behandlung	8,3%	11,7%	9,5%	5,2%	8,0%	5,8%	7,7%	15,8%	9,1%	9,7%	18,4%	10,7%	6,9%	11,2%	8,1%
	13.927	7.194	21.121	14.385	4.206	18.591	5.908	1.238	7.146	2.189	261	2.450	43.783	16.744	60.527
Jemals (mindestens) eine psychotherapeutische Behandlung	5,4%	11,7%	7,6%	2,3%	5,4%	3,0%	4,1%	11,4%	5,4%	6,2%	14,3%	7,1%	3,8%	9,8%	5,5%
	13.842	7.188	21.030	14.357	4.193	18.550	5.893	1.234	7.127	2.177	258	2.435	43.635	16.735	60.370
Jemals regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppen	8,3%	10,3%	9,0%	1,3%	1,6%	1,4%	1,0%	1,1%	1,0%	4,8%	6,6%	5,0%	3,7%	5,5%	4,2%
	13.854	7.140	20.994	14.337	4.185	18.522	5.876	1.227	7.103	2.168	256	2.424	43.591	16.626	60.217
Jemals (mindestens) eine sonstige Maßnahme	5,6%	4,7%	5,3%	5,1%	6,6%	5,5%	6,3%	8,2%	6,6%	5,8%	9,1%	6,1%	5,3%	6,0%	5,5%
	13.853	7.115	20.968	14.354	4.185	18.539	5.904	1.229	7.133	2.168	254	2.422	43.645	16.611	60.256

	Alkohol			Opiate			Cannabis			path. Glücksspielen			Gesamt			
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	
Kooperation wäh- rend der Betreu- ung (Mehrfra- chantworten)	Familie	38,3%	43,3%	39,9%	21,3%	30,1%	23,3%	37,2%	35,5%	36,9%	57,4%	49,2%	56,6%	32,8%	39,0%	34,4%
	Arbeitgeber, Betrieb, Schule	70%	5,4%	6,5%	2,2%	2,7%	2,3%	5,9%	5,8%	5,9%	5,4%	1,7%	5,1%	5,0%	4,9%	5,0%
	Selbsthilfegruppe	13,2%	16,2%	14,1%	10%	1,3%	1,1%	2,3%	3,3%	2,5%	16,5%	12,7%	16,1%	6,2%	8,9%	6,9%
	Ärztliche oder psychotherap. Praxis	18,8%	22,4%	20,0%	65,0%	67,5%	65,6%	12,4%	18,2%	13,4%	18,7%	27,1%	19,5%	34,4%	36,5%	34,9%
	Niedrigschwellige Einrichtung	2,2%	1,2%	1,9%	8,9%	10,0%	9,2%	1,4%	1,4%	1,4%	1,0%			4,5%	3,8%	4,3%
	Suchtberatungs/-behandlungs- stelle, Fachambulanz	4,3%	5,2%	4,6%	6,9%	8,9%	7,3%	2,9%	2,5%	2,8%	71%	8,5%	7,2%	5,2%	5,8%	5,3%
	Institutsambulanz	5,8%	7,1%	6,2%	4,4%	5,5%	4,6%	4,7%	5,5%	4,8%	12,7%	17,8%	13,2%	5,6%	8,2%	6,3%
	Ambulantes betreutes Wohnen	8,5%	8,3%	8,5%	5,3%	8,1%	5,9%	6,5%	13,0%	7,6%	5,6%	5,9%	5,7%	6,7%	8,7%	7,2%
	Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	2,0%	1,7%	1,9%	3,3%	4,3%	3,5%	2,2%	2,0%	2,2%	1,0%	1,7%	1,1%	2,4%	2,5%	2,5%
	Krankenhaus / Krankenhausabteilung	21,7%	22,9%	22,1%	16,6%	20,8%	17,6%	13,1%	19,9%	14,2%	6,4%	16,9%	7,4%	17,3%	21,3%	18,3%
	Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	2,2%	3,0%	2,5%				1,1%		1,1%				1,4%	1,8%	1,5%
	Stationäre Rehabilitationseinrichtung	19,5%	22,2%	20,4%	14,7%	12,6%	14,2%	15,3%	14,4%	15,1%	12,8%	17,8%	13,3%	16,8%	17,0%	16,9%
	Adaptionseinrichtung				1,2%		1,1%		1,1%							
	Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	1,8%	1,3%	1,6%	2,1%	1,7%	2,0%	1,4%	1,6%	1,4%	1,3%		1,2%	1,7%	1,4%	1,6%
	Beratung/Behandlung im Straf-/ Maßregelvollzug				4,9%	3,5%	4,6%	3,4%		3,0%						2,6%
	Sozialpsychiatrischer Dienst	1,8%	1,9%	1,8%	1,0%	1,7%	1,2%	1,2%	1,1%	1,2%				1,3%	1,8%	1,4%
	Andere Beratungsdienste	3,7%	4,7%	4,0%	4,1%	6,7%	4,7%	2,5%	6,4%	3,1%	6,3%	12,7%	6,9%	3,8%	5,8%	4,3%
	Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt	2,5%	7,8%	4,2%	1,8%	11,5%	4,0%	13,2%	29,8%	15,9%	2,3%	5,9%	2,7%	4,3%	11,4%	6,1%
	Soziale Verwaltung	2,4%	2,4%	2,4%	10,3%	11,4%	10,5%	2,6%	4,4%	2,9%	2,1%	4,2%	2,3%	5,4%	5,5%	5,4%
	Arbeitsagentur / ARGE / Job-Center	12,8%	8,0%	11,2%	20,8%	23,6%	21,4%	13,1%	14,1%	13,3%	6,3%	4,2%	6,1%	15,3%	13,7%	14,9%
	Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle	3,4%	1,7%	2,8%				4,4%	1,3%	3,9%				2,5%	1,1%	2,1%
Abgeschlossene und laufende Betreuungen	Justizbehörden / Bewährungshilfe	9,2%	2,1%	7,0%	24,0%	18,9%	22,9%	32,0%	9,3%	28,3%	7,6%	3,4%	7,1%	19,6%	8,4%	16,6%
	Kosten-, Leistungsträger	37,8%	41,4%	38,9%	25,2%	25,1%	25,2%	19,5%	21,8%	19,9%	24,1%	25,4%	24,3%	28,7%	31,3%	29,4%
	Sonstige	11,6%	13,0%	12,1%	13,3%	18,0%	14,3%	10,9%	13,0%	11,3%	13,4%	14,4%	13,5%	12,3%	15,6%	13,2%
	Gesamt N	7.368	3.444	10.812	7.965	2.301	10.266	3.256	637	3.893	1.085	118	1.203	22.581	8.026	30.607
Kontaktzahl der abgeschlossenen Betreuungen	Betreuung abgeschlossen	62,1%	58,6%	60,9%	41,8%	41,0%	41,6%	67,8%	65,0%	67,3%	63,0%	59,4%	62,6%	58,6%	55,9%	57,9%
	Betreuung laufend	37,9%	41,4%	39,1%	58,2%	59,0%	58,4%	32,2%	35,0%	32,7%	37,0%	40,6%	37,4%	41,4%	44,1%	42,1%
	Gesamt N	17.534	8.747	26.281	16.943	4.922	21.865	8.022	1.648	9.670	3.188	355	3.543	58.484	21.542	80.026
	1	16,1%	15,8%	16,0%	19,4%	19,6%	19,4%	25,0%	26,4%	25,2%	19,9%	15,7%	19,5%	30,4%	29,2%	30,1%
Durchschnittliche Betreuungsdauer in Tagen (abgeschlossene Betreuungen)	2 bis 5	33,3%	29,4%	32,0%	31,9%	29,9%	31,5%	37,9%	36,6%	37,7%	38,4%	42,1%	38,7%	30,1%	27,5%	29,4%
	6 bis 10	18,5%	17,4%	18,1%	16,1%	15,0%	15,8%	18,0%	16,4%	17,7%	17,1%	14,7%	16,8%	15,2%	14,5%	15,0%
	11 bis 29	21,0%	22,1%	21,3%	20,1%	20,5%	20,2%	14,9%	13,7%	14,7%	16,7%	18,3%	16,8%	16,2%	17,5%	16,5%
	30 und mehr	11,2%	15,4%	12,5%	12,6%	15,0%	13,1%	4,3%	6,9%	4,7%	7,9%	9,1%	8,0%	8,1%	11,4%	8,9%
	Gesamt N	10.214	4.823	15.037	6.581	1.874	8.455	5.137	998	6.135	1.845	197	2.042	32.201	11.330	43.531
	Durchschnittliche Betreuungsdauer in Tagen (abgeschlossene Betreuungen)	202,7	230,0	211,4	347,4	416,6	362,7	149,4	157,5	150,7	158,0	162,9	158,5	99,3	134,3	109,5

	Alkohol			Opiate			Cannabis			path. Glücksspielen			Gesamt				
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt		
Hauptlebens- unterhalt nach Betreuungsende	Lohn, Gehalt, freiberufliche Tätigkeit	32,2%	28,0%	30,8%	9,5%	6,4%	8,8%	16,7%	10,5%	15,7%	41,0%	31,8%	40,2%	19,6%	17,1%	18,9%	
	Ausbildungsbefhilfe, Unterhalt	1,5%	1,2%	1,4%	0,5%	0,6%	0,5%	7,7%	7,4%	7,6%	5,4%	1,9%	5,0%	2,4%	2,1%	2,3%	
	Gegenheitsjobs, unregelmäßige Einkünfte	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%	0,7%	1,0%	0,8%	0,2%	0,0%	0,2%	0,3%	0,4%	0,3%	
	Krankengeld, Übergangsgeld	3,1%	3,6%	3,3%	1,1%	0,7%	1,0%	1,6%	2,7%	1,8%	1,7%	0,9%	1,6%	1,8%	2,3%	2,0%	
	Leistungen der Pflegeversicherung	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Rente, Pension	8,7%	11,7%	9,7%	2,1%	3,0%	2,3%	0,4%	1,5%	0,6%	3,5%	9,5%	4,1%	3,7%	6,6%	4,5%	
	ALG I	4,9%	3,6%	4,5%	1,9%	1,2%	1,8%	2,6%	1,7%	2,5%	4,6%	3,8%	4,5%	3,0%	2,3%	2,8%	
	ALG II	29,2%	24,5%	27,7%	54,8%	58,9%	55,7%	28,2%	31,7%	28,8%	13,7%	22,7%	14,6%	30,0%	28,5%	29,6%	
	Sozialhilfe	1,7%	1,6%	1,6%	4,4%	3,6%	4,2%	2,6%	3,2%	2,7%	1,5%	1,4%	1,5%	2,3%	2,0%	2,2%	
	Angehörige	2,3%	11,4%	5,2%	0,8%	1,9%	1,0%	14,9%	14,5%	14,8%	5,7%	8,1%	5,9%	4,6%	8,8%	5,7%	
	Vermögen	0,4%	0,5%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	
	Sonstiges	0,7%	0,5%	0,7%	5,4%	3,9%	5,1%	3,3%	2,4%	3,1%	0,8%	0,0%	0,8%	2,3%	1,5%	2,1%	
	Gesamt N	10.882	5.127	16.009	7.083	2.017	9.100	5.435	1.071	6.506	2.008	211	2.219	34.274	12.045	46.319	
	Weitervermitt- lung in andere Einrichtungen am Betreuungsende (Mehrfachant- worten)	Selbsthilfegruppe	16,9%	17,2%	17,0%	1,5%	1,4%	1,5%	3,1%	3,3%	3,1%	18,7%	12,5%	18,1%	9,7%	11,1%	10,0%
		Ärztliche oder psychoth. Praxis	3,6%	5,4%	4,2%	3,8%	4,1%	3,8%	2,4%	5,0%	2,8%	2,4%	3,9%	2,6%	3,2%	6,0%	4,0%
Niedrigschwellige Einrichtung		0,3%	0,3%	0,3%	0,9%	0,5%	0,9%	0,1%	1,1%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	0,4%	0,4%	0,4%	
Beratungs-/ Fachambulanz		6,6%	8,9%	7,3%	4,4%	5,2%	4,6%	6,1%	5,6%	6,0%	8,3%	4,6%	8,0%	5,9%	7,4%	6,3%	
Institutsambulanz		1,0%	1,2%	1,0%	1,0%	2,0%	1,2%	0,7%	0,2%	0,6%	0,1%	0,0%	0,1%	0,8%	1,2%	0,9%	
Anbulant betreutes Wohnen		2,2%	2,1%	2,1%	2,1%	3,0%	2,3%	1,2%	1,7%	1,3%	0,7%	0,0%	0,7%	1,8%	2,2%	1,9%	
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt		0,2%	0,3%	0,2%	0,5%	0,4%	0,5%	0,1%	0,5%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,3%	
Krankenhaus / -abteilung		3,8%	3,6%	3,7%	6,8%	5,8%	6,6%	3,6%	3,9%	3,6%	0,9%	0,7%	0,9%	4,2%	3,7%	4,0%	
Teilstationäre Reha		1,4%	2,0%	1,6%	0,8%	0,6%	0,7%	0,7%	1,1%	0,8%	0,2%	0,0%	0,2%	1,0%	1,4%	1,1%	
Stationäre Reha		11,5%	10,8%	11,3%	16,5%	15,6%	16,3%	12,7%	12,3%	12,7%	8,0%	5,9%	7,8%	12,7%	11,8%	12,5%	
Adaptionseinrichtung		0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,3%	0,3%	
Teilstat. Einrichtung der Sozialtherapie		0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%	0,1%	
Stat. Einrichtung der Sozialtherapie		0,7%	0,5%	0,6%	1,6%	1,5%	1,6%	0,5%	0,2%	0,5%	0,4%	0,7%	0,4%	0,8%	0,6%	0,8%	
Pflegeheim		0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	
Dienste zur Beratung/Behandlung im Straf-/Maßregelvollzug		0,1%	0,0%	0,1%	1,2%	1,0%	1,2%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,2%	0,4%	

4.3 Liste der beteiligten Einrichtungen

Nr.	Einrichtungsname	Ort
1	Suchtberatung Aachen für Alkohol- - Medikamentenabhängige - Spielsüchtige u. Essstörungen	Aachen
2	Suchtberatungsstelle des Caritas-Verbandes für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V.	Ahaus
3	quadro Sucht- und Drogenberatung des Caritasverbandes für das Dekanat Ahlen e.V.	Ahlen
4	Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung e.V.	Ahlen
5	Suchthilfe Wendepunkt Stadt Arnsberg	Arnsberg
6	Suchtberatungsstelle des Diakonischen Werkes Wittgenstein gGmbH	Bad Berleburg
7	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Vlotho e. V. - Suchtberatung	Bad Oeynhausen
8	Blaukreuz-Zentrum Lippe Beratungs- und Behandlungsstelle Bad Salzuflen und Detmold	Bad Salzuflen
9	Caritas Suchthilfen - Beratung Alkohol	Bergisch Gladbach
10	Caritas Suchthilfen - Beratung Drogen	Bergisch Gladbach
11	Suchtkrankenberatungsstelle- Außenstelle Bergkamen	Bergkamen
12	Drogenberatung e.V. Beratungsstelle	Bielefeld
13	Ambulante Suchtkrankenhilfe in den von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel - Suchtberatung	Bielefeld
14	Hellweg-Zentrum für Beratung und Therapie	Bielefeld
15	Ambulante Suchthilfe im Caritasverband Bielefeld e.V.	Bielefeld
16	Drogenberatung Bocholt - SKM- Katholischer Verein für soziale Dienste	Bocholt
17	SKM - Katholischer Verein für soziale Dienste Beratungsstelle für Suchtkranke, Suchtgefährdete und deren Angehörige und Ambulante Rehabilitation Sucht	Bocholt
18	Caritas-Suchthilfezentrum Bochum	Bochum

Nr.	Einrichtungsnahme	Ort
19	Methadon-Ambulanz Krisenhilfe e.V. Katharinastr.	Bochum
20	Kontakt- und Beratungszentrum der Suchthilfe Pavillon	Bochum
21	Suchtberatungsstelle des DW im KK Gelsenkirchen u. Wattenscheid	Bochum-Wattenscheid
22	Diamorphinambulanz Medizinische Poliklinik	Bonn
23	Fachambulanz Sucht Caritas Diakonie Bonn	Bonn
24	PAUKE Bonn GmbH Arbeits- und Beschäftigungsprojekt und PAUKE - LIFE- Kultur Bistro - PAUKE Bonn GmbH	Bonn
25	update - Fachstelle für Suchtprävention - Kinder, Jugend-, Elternberatung Caritas Diakonie	Bonn
26	Substitutionsambulanz	Bonn
27	Suchtberatungsstelle Borken - Kreis Borken - Fachbereich Gesundheit	Borken
28	Jugendhilfe Bottrop e.V. Jugend- und Drogenberatungsstelle Fachstelle für Prävention	Bottrop
29	Beratungszentrum Brakel Sucht- und Drogenberatung	Brakel
30	Sucht- und Drogenberatung des Caritas-Verbandes Brilon e. V.	Brilon
31	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke und Angehörige des Diakonischen Werkes	Castrop-Rauxel
32	Beratungsstelle für Alkohol-und Drogenabhängige, Fachstelle Suchtprävention	Coesfeld
33	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Recklinghausen e.V. Fachstelle Sucht	Datteln
34	Drogenberatung e.V. Beratungsstelle Lippe- Detmold Suchtberatung (+ JVA-Arbeit)	Detmold
35	Drogenberatung des Diakonischen Werkes Dinslaken	Dinslaken
36	PSBB Caritas Dortmund	Dortmund

Nr.	Einrichtungsname	Ort
37	Drobs Dortmund Drogenberatung	Dortmund
38	Sucht- und Drogenberatungsstelle im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes Dortmund	Dortmund
39	Diakonisches Werk Dortmund und Lünen gGmbH Diakonie Fachstelle Sucht	Dortmund
40	Suchthilfeverbund Duisburg e.V. Jugendsuchtberatung	Duisburg
41	Fachklinik St. Camillus gGmbH- Ambulanz	Duisburg
42	Alexianer Bürgerhaus Hütte gGmbH Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen - Suchtberatung - Suchtbehandlung - Ambulante Rehabilitation	Duisburg-Rheinhausen
43	AWO Münsterland-Recklinghausen Sucht- und Drogenberatungsstelle und Fachstelle Substitution	Dülmen
44	Beratungsstelle für Menschen mit Suchtproblemen Dülmen	Dülmen
45	Sozialpädagogisches Zentrum für Alkohol- und Drogenfragen	Düren
46	komm-pass Drogenberatung	Düsseldorf
47	Caritasverband Düsseldorf Fachstelle für Beratung, Therapie und Suchtprävention	Düsseldorf
48	Drogenberatungsstelle	Düsseldorf
49	Diakonie in Düsseldorf Fachambulanz für Suchtkranke	Düsseldorf
50	BerTha F. e.V.- Frauensuchtberatungsstelle	Düsseldorf
51	Caritasverband für das Dekanat Emsdetten-Greven e. V. Sucht- und Drogenberatung	Emsdetten
52	Suchthilfe BIZ - Beratungs- und Informations-Zentrum Diakonie im Kirchenkreis Düsseldorf-Mettmann gGmbH	Erkrath
53	Suchtberatung Eschweiler	Eschweiler
54	Suchthilfe direkt Essen gGmbH Beratung (und Ambulante Reha Sucht und Substitutionsambulanz I und II)	Essen

Nr.	Einrichtungsname	Ort
55	Diakoniewerk Essen Gemeinnützige Gefährdetenhilfe GmbH Suchtberatung Sozialzentrum Maxstraße	Essen
56	PSB des Caritasverbandes für die Stadt Essen e. V.- Ambulante Rehabilitation	Essen
57	Suchthilfe des Caritasverbandes Euskirchen e. V.- Suchtberatung und Ambulante Rehabilitation	Euskirchen
58	Suchtberatungsstelle des Diakonischen Werkes im Kirchenkreises Kleve e. V.	Geldern
59	Integrative Fachberatungsstelle Fachbereich Suchtberatung	Gelsenkirchen
60	Sucht-Jugend-Kommunikation e.V. Drogenberatung Kontaktzentrum	Gelsenkirchen
61	Suchtberatungsstelle im Diakonischen Werk Gelsenkirchen und Wattenscheid e.V.	Gelsenkirchen
62	Arzt Mobil Gelsenkirchen	Gelsenkirchen
63	Trägerverein Bottrop Gladbeck im Gesundheitsamt Bottrop- Ambulante Rehabilitation	Gladbeck
64	Caritas-Suchthilfe für den Oberbergischen Kreis e.V. Beratungsstelle Suchtberatung, Amb. Rehabilitation Sucht, Prävention, Substitution, Verkehrspsychologische Beratung, SPFH (3026ER03)	Gummersbach
65	Suchtberatungsstelle des Kreises Gütersloh	Gütersloh
66	PSBB für Suchtgefährdete, Suchtkranke und Ess-Störungen des Caritasverbandes Gütersloh e. V.	Gütersloh
67	Caritas-Drogenberatung	Gütersloh
68	Kommunale Drogenhilfe Hagen	Hagen
69	Diakonie Fachstelle Sucht Blaukreuz-Zentrum-Hagen	Hagen
70	Suchtberatung und Behandlung der Caritasverbände Dorsten und Haltern	Haltern am See
71	Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V.- Drogenhilfezentrum	Hamm
72	Jugendsuchtberatung Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V.	Hamm

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort
73	Caritas Suchtberatungs- und Behandlungsstelle	Hamm
74	Caritas Suchthilfezentrum Hattingen Sprockhövel	Hattingen
75	Beratungsstelle für Suchtkranke des Kreises Heinsberg (Hauptstelle)	Heinsberg
76	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Herford e.V. Beratungsstelle für Glücksspielabhängige und Angehörige	Herford
77	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Herford e.V. Fachstelle Sucht- Beratung und ambulante Rehabilitation für Alkohol- und Medikamentenabhängige	Herford
78	DROBS Drogenberatungsstelle des Diakonischen Werkes Herford e.V.	Herford
79	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke und deren Angehörige	Herne
80	Jugend- Konflikt- und Drogenberatung e.V. (JKD)	Herne
81	Diakonisches Werk im Kreis Recklinghausen e.V. - Fachstelle Sucht Herten	Herten
82	Sozialpädagogische Einrichtung Mühle e.V., Suchthilfe	Hilden
83	Caritasverband für die Region Heinsberg e.V. Beratungsstelle für Suchtfragen	Hückelhoven
84	Sucht- und Drogenberatung des Caritasverbandes Tecklenburger Land e.V.	Ibbenbüren
85	Drops Anonyme Drogenberatung e.V.	Iserlohn
86	Caritasverband Iserlohn- Psychosoziale Suchtberatung	Iserlohn
87	Diakonie Ruhr Hellweg / Beratungsstelle für Suchtgefährdete und Abhängige	Kamen
88	Drogenberatung Kamp-Lintfort e.V.	Kamp-Lintfort
89	Psychosozialer Dienst für Alkohol- und Medikamentenabhängige Beratung -Therapie - Ambulante Rehabilitation	Kerpen
90	SKM Köln-Kalk Kontakt- und Beratungsstelle	Köln

Nr.	Einrichtungsname	Ort
91	SKM Köln-Porz Drogenberatungsstelle„Vor Ort“	Köln
92	SKM Köln - Haus Schmalbeinstraße	Köln
93	SKM Köln - Substitutionsambulanz MEREAM	Köln
94	Blaues Kreuz Köln e.V. Fachstelle für Suchtberatung und ambulante Behandlung	Köln
95	Kontakt- und Beratungsstelle Köln-Ehrenfeld	Köln
96	Psychosozialer Dienst gegen die Suchtgefahren	Köln
97	Drogenhilfe Köln gGmbH Linksrheinische Beratungsstelle	Köln
98	Rechtsrheinisches Drogenhilfezentrum - Beratungsstelle und Methadonambulanz	Köln
99	Drogenberatungs- und Behandlungsstelle	Köln
100	Beratungsstelle für Alkohol-und Drogenfragen	Krefeld
101	Beratungsstelle Sucht	Lengerich
102	Suchthilfe gGmbH - Ambulante Rehabilitation	Leverkusen
103	Diakonie-Ruhr-Hellweg e. V. -Suchtberatung	Lippstadt
104	Die Diakonie e. V. Fachstelle Sucht Beratungsstelle	Lübbecke
105	Ev. Kirchenkreis Lüdenscheld-Plettenberg, Diakonisches Werk Suchtkrankenberatungsstelle	Lüdenscheld
106	Drobs Anonyme Drogenberatung e.V. Beratungsstelle Lüdenscheld	Lüdenscheld
107	Suchtberatungsstelle Dülmen und Lüdingtonhausen	Lüdingtonhausen
108	Gemeinsame Suchtberatungsstelle des DRK- Lünen e.V. und des Kreises Unna	Lünen

Nr.	Einrichtungsname	Ort
109	Gemeinnützige Gesellschaft für Suchthilfe im Kreis Unna mbH	Lünen
110	Drogenberatung Westvest e.V.	Marl
111	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle	Marl
112	Beratungsstelle für Suchtgefährdete, Abhängige und deren Angehörige -- Grundversorgung	Menden
113	Beratungsstelle für Suchtkranke - Diakonisches Werk Minden	Minden
114	Drogenberatungsstelle für den Kreis Minden-Lübbecke	Minden
115	Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Alkohol- oder Medikamentenabhängige	Moers
116	Drogenhilfe Moers - Diakonisches Werk - Kirchenkreis Moers	Moers
117	Drogenberatung Mönchengladbach e.V.	Mönchengladbach
118	Suchtberatungsstelle des Diakonischen Werks Mönchengladbach	Mönchengladbach
119	AWO Suchtberatung Monheim am Rhein und Langenfeld	Monheim a. Rhein
120	Caritas-Sozialdienste Mülheim e.V. Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke und Angehörige	Mülheim
121	Ambulatorium Mülheim Beratung und Ambulante Rehabilitation	Mülheim Ruhr
122	Drogenhilfezentrum und Substitutionsambulanz der AWO Mülheim an der Ruhr	Mülheim Ruhr
123	Caritasverband für die Stadt Münster e.V. - Suchtberatung	Münster
124	Diakonie Münster - Beratungs- und BildungsCentrum - Suchtberatung	Münster
125	Drogenberatung der Stadt Münster	Münster
126	Jugend- und Drogenberatung Neuss	Neuss

Nr.	Einrichtungsname	Ort
127	Fachstelle Glücksspielsucht	Neuss
128	Fachambulanz für Suchtkranke und -gefährdete	Neuss
129	Psychosoziales Gesundheitszentrum Ökumenische Suchtberatung	Oberhausen
130	Drogenberatungsstelle (DROBS)	Oberhausen
131	quadro-Sucht und Drogenberatung Beckum und Oelde	Oelde
132	Caritas-Suchtberatung, Fachstelle für Beratung, Behandlung und Prävention	Olpe
133	Caritas-Verband Paderborn e.V. Jugend- und Drogenberatungsstelle – DROBS	Paderborn
134	Caritas-Verband Paderborn e.V. Beratungsstelle für Alkohol und sonstige Suchtfragen – BASS	Paderborn
135	Ev. Kirchenkreis Lüdenscheid-Plettenberg Diakonisches Werk Suchtberatungsstelle Diakonie Fachstelle Sucht	Plettenberg
136	Diakonie im Kirchenkreis Düsseldorf-Mettmann gGmbH Suchtberatung Ratingen	Ratingen
137	Diakonie - Fachstelle Sucht, Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle	Recklinghausen
138	Suchtberatung, Suchtbehandlung, Ambulante Rehabilitation	Recklinghausen
139	DROB - Drogenhilfe Recklinghausen und Ostvest e.V.	Recklinghausen
140	Suchthilfe des Diakonischen Werkes des Kirchenkreises Lennep	Remscheid
141	Caritas - Drogenberatung	Rheda-Wiedenbrück
142	Caritasverband Rhein-Sieg e.V. Suchttrankenhilfe Rheinbach - Auffällige Kraftfahrer	Rheinbach
143	Ambulante Suchtkrankenhilfe	Rheine
144	Jugend- und Drogenberatung Aktion Selbsthilfe e.V.	Rheine

Nr.	Einrichtungsname	Ort
145	Caritas-Suchthilfezentrum Schwelm / Ennepetal / Breckerfeld	Schwelm
146	Anonyme Drogenberatung Unna e. V.	Schwerte
147	Suchtberatungsstelle des Kreises Unna und der Diakonie Schwerte	Schwerte
148	Caritasverband Rhein-Sieg e.V. Suchtkrankenhilfe Siegburg - Ambulante Rehabilitation	Siegburg
149	Beratungsstelle f. Suchtkranke der Diakonie Sozialdienste GmbH	Siegen
150	Suchtberatung des AWO-Kreisverbandes Siegen-Wittgenstein-Olpe	Siegen
151	Diakonie Ruhr-Hellweg - Suchtberatung	Soest
152	Suchtberatung für Alkohol- und Medikamentenabhängige (und Ambulante Rehabilitation)	Solingen
153	Jugend- und Drogenberatung anonym e.V.- Beratungsstelle	Solingen
154	Sucht-und Drogenberatungsstelle des Caritasverbandes für das Dekanat Steinfurt	Steinfurt
155	Arbeitskreis gegen Spielsucht e.V. Fachberatungsstelle Pathologisches Glücksspiel und Medienabhängigkeit	Unna
156	Gemeinnützige Gesellschaft für Suchthilfe im Kreis Unna mbH	Unna
157	Diakonisches Werk im Kirchenkreis Niedberg e. V. - Fachstelle Sucht	Velbert
158	Suchtberatung Kontakt-Rat-Hilfe Viersen e.V. (plus Ambulante Reha)	Viersen
159	quadro - Sucht- und Drogenberatung Warendorf	Warendorf
160	Diakonie Ruhr-Hellweg e.V. Suchtberatungsstelle	Warstein
161	Drobs Anonyme Drogenberatung e.V. Beratungsstelle Werdohl	Werdohl
162	Diakonie Ruhr-Hellweg e.V. - Suchtberatungsstelle Werl	Werl

Nr.	Einrichtungsnamen	Ort
163	Information und Hilfe in Drogenfragen e.V.- Beratungsstelle	Wesel
164	Kreis Wesel FB Gesundheitswesen - Suchtberatung	Wesel
165	VIA Beratungszentrum für Suchtfragen (Wetter)	Wetter
166	Sucht- und Drogenhilfe Witten	Witten
167	Beratungsstelle für Drogenprobleme e.V. (+ Halt Projekt)	Wuppertal
168	Ökumenische Suchtberatung des Caritasverbandes in Wuppertal e. V. (+ Ambulante Reha)	Wuppertal
169	Blaues Kreuz Diakoniewerk mildtätige GmbH	Wuppertal

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Referat Presse, Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation
Telefon: 0211 8618-50
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

Kontakt

Referat AIDS, Sucht und Drogen
Kerstin Kotewitz
Telefon: 0211 8618-3318
E-Mail: kerstin.kotewitz@mgepa.nrw.de

Gestaltung

Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung,
Hamburg

Druck

WAZ-Druck GmbH & Co. KG, Duisburg

Fotos/Illustrationen

Titelseite:
34281327_L © trgowanlock/fotolia.com
Porträt Ministerin Barbara Steffens Seite 4:
© MGEPA NRW/von Wiecken
Umschlagbild des Ministeriums:
© MGEPA NRW/Ralph Sondermann

© 2013/MGEPA 140

Die Druckfassung kann bestellt oder heruntergeladen werden:

- im Internet: www.mgepa.nrw.de/ministerium/service
- telefonisch: 0211 837 1001*

Nordrhein-Westfalen direkt

(* 9 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz –
maximal 42 Cent/Minute aus dem Mobilfunknetz)

Bitte die Veröffentlichungsnummer **140** angeben.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 8618-50
info@mgepa.nrw.de
www.mgepa.nrw.de

