



FOGS
Gesellschaft für
Forschung und Beratung
im Gesundheits- und
Sozialbereich

Prälat-Otto-Müller-Platz 2
50670 Köln
Tel.: 0221-973101-0
Fax: 0221-973101-11

E-Mail: kontakt.fogs@gmbh.de
www.fogs-gmbh.de

Suchtprävention/ Suchtkrankenhilfe

Situation und Entwicklung der Hil- fen für suchtmittelkonsumierende junge Menschen

im Auftrag der Bundesstadt Bonn, Amt für
Soziales und Wohnen

Bearbeiter:

Wilfried Görgen (Dipl.-Psychologe)
Danielle Reuber (Dipl.-Psychologin)

Köln, im September 2004
669/2004

INHALTSVERZEICHNIS

<u>Kap.</u>		<u>Seite</u>
1	EINLEITUNG	1
1.1	Auftrag und Vorgehen	1
2	BESTANDSAUFNAHME DER BONNER SUCHTKRANKENHILFE	2
2.1	Träger, Einrichtungen, Angebote	2
2.2	Zielgruppen und Klientel	6
2.3	Wartezeiten, Öffnungszeiten	9
2.4	Kooperation, Vernetzung	9
2.5	Qualitätssicherung und Dokumentation	14
2.6	Personalausstattung und Finanzierung	15
3	BEDARFSEINSCHÄTZUNGEN	16
3.1	Einschätzung des Problemfelds	16
3.1.1	Epidemiologische Daten	16
3.1.2	Spezifische Daten	19
3.2	Versorgungssituation und Handlungsbedarfe	21
4	EMPFEHLUNGEN	24
5	LITERATUR	30

TABELLENVERZEICHNIS

<u>Tab.</u>	<u>Seite</u>
Tab. 1: Träger, Einrichtungen und Angebote der Bonner Suchtkrankenhilfe nach Angebotssegmenten	3
Tab. 2: Zielgruppen nach Angebotssegmenten	7
Tab. 3: Alter der erreichten KlientInnen	8
Tab. 4: Staatsangehörigkeit der erreichten KlientInnen*	9
Tab. 5: Zugangswege der KlientInnen im Jahr 2003 nach Angebotssegmenten	10
Tab. 6: Vermittlung der KlientInnen im Jahr 2003	11
Tab. 7: Beurteilung der Kooperation mit anderen Institutionen/Einrichtungen/Diensten	13
Tab. 8: Maßnahmen und Verfahren zu Qualitätssicherung, Dokumentation und Hilfeplanung	14
Tab. 9: Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten (15- bis 59-Jährige)	16
Tab. 10: Konsumerfahrung mit illegalen Drogen - Lebenszeitprävalenz (15- bis 59-Jährige)	17
Tab. 11: Konsum illegaler Drogen - 12-Monatsprävalenz (15- bis 59-Jährige)	17
Tab. 12: Raucherquote nach Geschlecht und Alter	18
Tab. 13: Konsum illegaler Drogen - 12-Monats-Prävalenz; Anzahl nach Regionen	19
Tab. 14: Bewertung der Versorgung von Suchtkranken nach Art der Hilfeangebote	22
Tab. 15: GesprächspartnerInnen der Expertengespräche	34

1 Einleitung

1.1 Auftrag und Vorgehen

Die Bundesstadt Bonn hat im Jahr 1996 einen Sachstandsbericht zur Situation der Suchtkrankenhilfe¹ vorgelegt. Im ersten Teil des Sachstandsberichts werden ausgewählte (statistische) Angaben zu Rauschgift- und Beschaffungskriminalität und zur Anzahl der Drogentoten dargestellt sowie - auf Basis hochgerechneter bundesdeutscher Daten - die Zahl der Drogenabhängigen für Bonn geschätzt. Der zweite Teil gibt einen Überblick über Prävention sowie die in Bonn insgesamt für Suchtkranke vorgehaltenen Hilfebausteine wie Information/Beratung, Betreuung, Wohnen, ambulante und stationäre Behandlung sowie Nachsorge. Danach wird vertieft auf die Versorgungssituation von Drogenabhängigen und Substituierten eingegangen. Schließlich wird im dritten Teil die aktuelle Finanzierungsstruktur der Hilfeangebote beschrieben und - im Rahmen einer Zusammenfassung - auf Versorgungsdefizite und auf Anregungen zur Verbesserung der Versorgung hingewiesen.

Zudem liegt - Überlegungen des Sachstandsberichts vertiefend - speziell eine Konzeption für die Förderung des Nachsorgebereichs vor. Hier werden für verschiedene Zielgruppen Hilfeangebote beschrieben sowie Zukunftsüberlegungen angestellt.

In der ersten Hälfte 2004 hat die Bundesstadt Bonn - im Sinne einer (Weiter-)Entwicklung der 1996 vorgelegten konzeptionellen Überlegungen zur Suchtkrankenhilfe - mit Unterstützung der FOGS - Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH, Köln die Suchtkrankenhilfeplanung mit dem Schwerpunkt: suchtmittelkonsumierende junge Menschen weiterentwickelt. Die Planung zielt dabei vor allem auf folgende inhaltliche Schwerpunkte:

- konzeptionelle (Weiter-)Entwicklung von Angeboten für suchtmittelkonsumierende Jugendliche
- konzeptionelle (Weiter-)Entwicklung von Angeboten für suchtmittelkonsumierende AussiedlerInnen
- Vernetzung der Angebote der Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe, insbesondere mit Blick auf die o.g. Zielgruppen.

Grundlage für die Feststellung zukünftiger Handlungsbedarfe bildete eine **Bestandsaufnahme** der bestehenden Versorgungs- und Kooperationsstrukturen (einschließlich einer Stärken- und Schwächen-Analyse). Dabei wurde keine eigenständige Erfassung der Hilfeangebote vorgenommen, da von FOGS im Rahmen des Projekts „Armutbericht der Bundesstadt Bonn“ eine Ist-Analyse der sozialen Infrastruktur (und damit auch der Suchtkrankenhilfe) durchgeführt wurde². Die Befragungsergebnisse aus dieser Erhebung wurden u.a. mit Blick auf folgende Aspekte ausgewertet:

¹ Suchtkrankenhilfe umfasst suchtspezifische Hilfen für Menschen, die legale und illegale Drogen schädlich konsumieren oder von diesen Substanzen abhängig sind. Nach diesem Verständnis ist die Drogenhilfe Teil der Suchtkrankenhilfe. Darüber hinaus zählen auch suchtspezifische Hilfen in angrenzenden Versorgungsbereichen wie bspw. suchtspezifische Hilfen in der Psychiatrie zur Suchtkrankenhilfe.

² Da im Rahmen des Projekts „Armutbericht der Bundesstadt Bonn“ die Hilfen sektorübergreifend dokumentiert wurden, stehen mit Blick auf die Suchtkrankenhilfe (lediglich) Rahmendaten zur Verfügung. Zu Besonderheiten des Hilfesystems wie bspw. substanzbezogene Schwerpunktsetzungen in der Versorgung liegen deshalb z.T. keine Daten vor. Darüber hinaus waren nicht alle Einrichtungen und Angebote Bonner Suchtkrankenhilfeträger einbezogen. Berücksichtigt werden muss zudem, dass die befragten Einrichtungen bzw. Angebote nicht zu allen Fragen Angaben machen konnten, sodass bei der nachfolgenden Darstellung bei den Merkmalen jeweils die Datengrundlage berücksichtigt werden muss.

- Träger, Einrichtungen und Angebote
- Zielgruppen und Klientel
- Kooperation und Vernetzung
- Versorgungsqualität.

Die Ergebnisse der Erhebung wurden mit Blick auf die o.g. thematischen Schwerpunkte durch die sekundäranalytische **Auswertung von Jahresberichten** der Träger bzw. Einrichtungen von 2003 ergänzt.

Zudem wurden, ebenfalls vor allem mit Blick auf die Themenbereiche Jugend, MigrantInnen und Psychiatrie **Expertengespräche** durchgeführt (siehe Anhang). Im Mittelpunkt dieser Gespräche standen u.a. folgende Gesichtspunkte:

- Bewertung (Stärken, Schwächen) der Hilfeangebote für suchtmittelkonsumierende Jugendliche und AussiedlerInnen
- aktueller und künftiger (Hilfe-)Bedarf für suchtmittelkonsumierende Jugendliche und AussiedlerInnen
- Bewertung der Zusammenarbeit von Suchtkranken- und Jugendhilfe
- Bewertung der Zusammenarbeit von Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie
- Verbesserungsmöglichkeiten.

Schließlich wurde eine **Abschätzung des künftigen Bedarfs** vorgenommen. Dazu wurden epidemiologische Daten zur Prävalenz von Suchterkrankungen ebenso wie Daten zur (bisherigen) Inanspruchnahme von Hilfen sowie Angaben zur Auslastung von Einrichtungen bzw. Wartezeiten herangezogen. Diese wurden - wie dargestellt - durch Experteneinschätzungen ergänzt.

Im nachfolgenden Bericht werden in Kapitel 2 die Ergebnisse der Bestandsaufnahme dargestellt. Kapitel 3 enthält die Ergebnisse zur Abschätzung des (Handlungs-)Bedarfs. Schließlich werden in Kapitel 4 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe in Bonn zusammengefasst.

2 Bestandsaufnahme der Bonner Suchtkrankenhilfe

2.1 Träger, Einrichtungen, Angebote

Hilfen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken werden in unterschiedlichen Versorgungssektoren erbracht. Neben der Suchtkrankenhilfe im engeren Sinn sind hier vor allem die medizinische Versorgung sowie andere (psycho-)soziale Hilfen zu nennen (vgl. Wienberg, 1995, Oliva u.a., 2001). Tab. 1 gibt einen ersten Überblick über Träger, Einrichtungen und Angebote der Suchtkrankenhilfe in der Bundesstadt Bonn. Dabei handelt es sich um diejenigen 20 Einrichtungen und Angebote, die im Rahmen der Bestandsaufnahme (Armutbericht Bonn) Angaben gemacht haben.

Tab. 1: Träger, Einrichtungen und Angebote der Bonner Suchtkrankenhilfe nach Angebotssegmenten

Träger	Einrichtung/Angebote
ambulante Hilfen	
Caritasverband für die Stadt Bonn e.V.	Suchtberatungsstelle
DW - Diakonie	Suchtberatungsstelle
Verein für Gefährdetenhilfe gB-GmbH (VfG)	Beratung suchtmittelabhängiger Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten
Verein für Gefährdetenhilfe gB-GmbH (VfG)	Kontaktcafé und Kleiderkammer
Verein für Gefährdetenhilfe gB-GmbH (VfG)	Pflegeambulanz
Verein für Gefährdetenhilfe gB-GmbH (VfG)	Drogenkonsumraum
PAUKE Bonn gGmbH	Ambulante Beratung
Substitution (Originalstoffvergabe)	
Universitätsklinik Bonn/Med. Poliklinik/Heroinambulanz	Modellprojekt „Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger“
Caritasverband für die Stadt Bonn e.V., DW - Diakonie, Rheinische Kliniken, Bonn	Substitutionsambulanz Bonn
Betreutes Wohnen	
PAUKE Bonn gGmbH	Betreutes Wohnen
Caritasverband für die Stadt Bonn e.V.	Betreutes Wohnangebot für Suchtkranke
Caritasverband für die Stadt Bonn e.V.	Villa Noah - Hilfen für chronisch suchtkranke Frauen und Männer
(teil-)stationäre Hilfen	
PAUKE Reha gGmbH	Medizinische Rehabilitation
Verein für Gefährdetenhilfe gB-GmbH (VfG)	Bonner Adaptionen- und Nachsorgezentrum „Ausweg“
Verein für Gefährdetenhilfe gB-GmbH (VfG)	Wohngemeinschaft Entgiftung
Verein für Gefährdetenhilfe gB-GmbH (VfG)	Integratives Wohnprojekt (IWO)
Caritasverband für die Stadt Bonn e.V.	Villa Noah - Sozialtherapeutische Einrichtung für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke
Landschaftsverband Rheinland (LVR)	Rheinische Kliniken Bonn - Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie
Deutscher Orden	Deutscher Orden Suchtkrankenhilfe Mutter-Kind-Haus
Arbeit/Beschäftigung	
PAUKE Bonn gGmbH	Fachbereich Arbeit (FBA)

Die in Tab. 1 aufgeführten Einrichtungen und Angebote müssen ergänzt werden um die (niedrigschwellige) *qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger der Universitätsklinik Bonn*. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass im Umland der Bundesstadt Bonn (stationäre) Einrichtungen für Suchtkranke bestehen, die - z.T. von Bonner Trägern der Suchtkrankenhilfe betrieben (z.B. die Fachklinik Meckenheim des VfG) - einen wichtigen Beitrag zur Versorgung suchtkranker Personen aus Bonn leisten.

In der Bonner Suchtkrankenhilfe (im engeren Sinn) halten sieben **Träger** insgesamt 20 Einrichtungen bzw. Angebote für suchtgefährdete und abhängige Personen vor. Die Träger unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Größe sowie ihrer weltanschaulichen und fachlichen Ausrichtung. Eine derartige Trägerstruktur ist typisch für die Suchtkrankenhilfe in Städten und Gemeinden von Flächenstaaten. Sie ist orientiert am Subsidiaritätsprinzip

und sichert, u.a. durch Unterschiede im Selbstverständnis der Träger sowie die Verschiedenartigkeit der Angebote die Wahlfreiheit der Hilfesuchenden.

Hilfen werden in allen wichtigen Angebotssegmenten vorgehalten. Die **ambulanten Hilfen** umfassen:

- niedrigschwellige (Überlebens-)Hilfen wie Kontakt- und Versorgungsangebote (u.a. Aufenthalt, Kleiderkammer, Essen)
- Pflegeambulanz (u.a. Grund- und Behandlungspflege, aufsuchende Krankenpflege)
- Drogenkonsumraum (u.a. Spritzentausch, Notfallhilfe, medizinische Versorgung, Beratung, Vermittlung)
- zwei Suchtberatungsstellen mit differenzierten Angebotspektren (u.a. Beratung, Betreuung von Suchtkranken und Angehörigen, Vermittlung, Fachstelle für Suchtvorbeugung)
- zwei weitere Beratungsangebote mit einer je spezifischen Ausrichtung (Selbsthilfeorientierung bzw. für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten)
- für illegal Drogenabhängige werden die ambulanten Hilfen ergänzt um medizinische Hilfen u.a. zur Substitutionsbehandlung. Außerdem ist Bonn am bundesweiten Modellprojekt zur „Heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger“ beteiligt.
- Schließlich ergänzen die Angebote der Rheinischen Landeskliniken - Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie u.a. mit der Designerdrogen-Sprechstunde für junge Abhängige, Case Management für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige, Bonner-Abstinenz-Erhaltungsprogramm (Antabus-Gruppe), Nemexin-Ambulanz und ambulanter Entzug die ambulanten Hilfen.

Mit dem Fachdienst Doppeldiagnose des Bonner Vereins für gemeindenahe Psychiatrie e.V. steht für suchtkranke Personen mit einer psychiatrischen Störung ein spezialisiertes Beratungs- und Betreuungsangebot (24 Plätze) bereit.

Auch im **(teil-)stationären** Bereich verfügt Bonn über ein differenziertes Angebot an Einrichtungen bzw. Angeboten. Diese reichen von

- teilstationären Wohnangeboten (u.a. qualifizierte Entgiftung, Unterbringung, Betreuung)
- über eine soziotherapeutische Wohneinrichtung (u.a. soziotherapeutische Gruppenarbeit, Einzelfallhilfe, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Freizeitgestaltung)
- bis zur medizinischen Rehabilitation (Kurzzeittherapie), Adaption und Nachsorge (u.a. Rückfallprophylaxe, Einzel- und Gruppentherapie, berufsunterstützende und -begleitende Maßnahmen).

Über diese Angebote in freier Trägerschaft hinaus steht vor allem im Rahmen der Rheinischen Landeskliniken - Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie eine Vielzahl weiterer Angebote u.a. qualifizierte Entzugsbehandlung für Drogen- und Alkoholabhängige, Beigebrauchsentzug bei Substitution, Doppeldiagnosebehandlung, Krisenbehandlung, Angehörigenbetreuung sowie ein 24-Stunden-Notfalldienst bereit.

Im **komplementären Bereich** stehen in Bonn drei Angebote Betreuten Wohnens (Betreutes Einzelwohnen, Wohngemeinschaften) sowie ein Arbeits- und Beschäftigungsangebot (u.a. Beratung, Arbeitserprobung, Vermittlung, Begleitung) zur Verfügung.

Über diese spezifischen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe nehmen suchtkranke Personen auch Hilfen in anderen Versorgungsbereichen in Anspruch. Zu Trägern und Einrichtungen, die **auch** suchtkranke Personen betreuen, zählen u.a.:

- AIDS-Initiative Bonn e.V.: niedrigschwellige Hilfen vor allem für illegal Drogenabhängige
- Verein für Gefährdetenhilfe gB-GmbH (VfG): Fachbereich Arbeit mit einer Vielzahl von Arbeits- und Beschäftigungsprojekten
- Verein für Gefährdetenhilfe gB-GmbH (VfG): Wohnheim „Am Dickobskreuz“ (§ 72 BSHG), Notunterkunft „Haus Sebastian“.

Hilfen für junge Menschen

In Bonn wurden in den letzten Jahren einige Angebote speziell für (Kinder und) suchtmittelkonsumierende Jugendliche entwickelt. Dabei handelt es sich vorwiegend um folgende ambulante Beratungsangebote:

- *Diakonisches Werk, Suchtberatungsstelle*: Angebot für konsumierende (Kinder und) Jugendliche u.a. offene Jugendsprechstunde (zweimal wöchentlich), unregelmäßige Sprechstunde in der Notschlafstelle für Minderjährige (MAXI 42), Sprechstunden und Wohnberatung in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe, Einzelfallhilfen, Gruppenangebot für suchtmittelkonsumierende Jugendliche.
- *Caritas-Verband-Bonn, Suchtberatungsstelle*: Beratung für riskant suchtmittelkonsumierende Jugendliche, Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien (Eltern-Kind-Projekt „Starke Pänz“). Darüber hinaus werden im Rahmen der Suchtvorbeugung verstärkt sekundärpräventive „soziale Trainingskurse Anti-Sucht“ in Kooperation mit dem Verein Sprungbrett e.V. und der Jugendgerichtshilfe durchgeführt. Schließlich besteht seit kurzem ein kombiniertes Einzel- und Gruppenangebot für (sucht-)gefährdete Jugendliche und Heranwachsende.

Über diese Angebote hinaus werden jugendliche Zielgruppen mit riskantem Konsum legaler und illegaler Drogen auch im Rahmen des *Kooperationsprojekts Straßensozialarbeit*, das von vier Trägern der Jugendhilfe durchgeführt wird, angesprochen (u.a. junge SpätaussiedlerInnen, junge CannabiskonsumentInnen).

Ebenfalls im Rahmen der Jugendhilfe (§ 19 KJHG) bietet der Deutsche Orden im Rahmen seiner Einrichtung *Mutter-Kind-Haus* Erziehungshilfen für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien.

Die verschiedenen Anbieter für Jugendliche und Heranwachsende mit substanzkonsumbezogenen Problemen und Risiken aus den Bereichen Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie haben ihre Angebote in einer Informationsbroschüre „*bonner verbund hilfe für junge süchtige*“ zusammengefasst.

MigrantInnen, SpätaussiedlerInnen

Im Rahmen der Bonner Suchtkrankenhilfe bestehen folgende spezifische Angebote für MigrantInnen bzw. SpätaussiedlerInnen:

- *Caritas-Verband-Bonn, Suchtberatungsstelle*: Muttersprachliche Betreuung von jugendlichen und erwachsenen russischen MigrantInnen/SpätaussiedlerInnen (u.a. psychosoziale Betreuung, Begleitung von Substituierten, Vermittlung).

- *Verein für Gefährdetenhilfe gB-GmbH (VfG)*: (Muttersprachliche) Beratung und medizinische Hilfen (für) suchtmittelabhängige/r (volljährige) AussiedlerInnen, vor allem aus den GUS-Staaten. Darüber hinaus stehen Personen der Zielgruppe auch die niedrighschwelligten Angebote des Trägers zur Verfügung.
- *Rheinische Kliniken (LVR)*: (Muttersprachliche) Beratung und Behandlung von suchtkranken MigrantInnen/SpätaussiedlerInnen in den Angeboten der Rheinischen Kliniken.

Darüber hinaus werden jugendliche MigrantInnen/SpätaussiedlerInnen auch im Rahmen des Projekts *Kooperationsprojekt Straßensozialarbeit* (muttersprachlich) angesprochen bzw. erreicht.

Psychiatrische Versorgung Suchtkranker

Die psychiatrische Versorgung von Suchtkranken in spezialisierten Einrichtungen erfolgt in Bonn vor allem im Rahmen der ambulanten und stationären Angebote der *Rheinischen Kliniken* des LVR. Darüber hinaus unterhält der Bonner Verein für gemeindenaher Psychiatrie e.V. einen *Fachdienst Doppeldiagnose*. Im Rahmen der *Suchtberatungsstelle* des Diakonischen Werks wird ein Gruppenangebot für KlientInnen mit einer Doppeldiagnose (in Kooperation mit dem Elisabeth-von-Thadden-Haus) durchgeführt.

Mit den dargestellten Angeboten verfügt die Bundesstadt Bonn über Hilfen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken in allen wichtigen Versorgungssegmenten. Diese Bewertung schließt Unter- bzw. Überversorgung in Teilbereichen nicht aus.

2.2 Zielgruppen und Klientel

Die Einrichtungen und Angebote der Suchtkrankenhilfe in Bonn richten sich an ein breites Spektrum von Zielgruppen. Tab. 2 gibt - differenziert nach Angebotssegmenten - einen Überblick über die Zielgruppen.

Tab. 2: Zielgruppen nach Angebotssegmenten (Anzahl der Nennungen)

Zielgruppe	ambulant	(teil-)stationär	Betreutes Wohnen	Substitution	Arbeit/Beschäftigung
Suchtkranke	7	7	3	2	1
Männer	3	4	1	1	-
Frauen	4	5	1	1	-
Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	1	1	-	-	-
Eltern	4	1	-	-	-
Alleinerziehende	3	-	-	-	-
Wohnungs- bzw. Obdachlose	4	1	1	-	-
Straffällige	3	1	1	-	-
Arbeitslose/-suchende	4	1	-	-	1
MigrantInnen/Ausländer	4	-	-	-	-
AIDS-Kranke	3	1	-	-	-
Pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen	2	-	-	-	-
Menschen mit Behinderung (körperlich, geistig oder psychisch)	3	-	-	-	-
MultiplikatorInnen/Fachkräfte	2	-	-	-	-

Berücksichtigt werden muss, dass nicht alle Einrichtungen bzw. Angebote vollständige Angaben gemacht haben. Gleichwohl zeigt Tab. 2, dass in den Einrichtungen bzw. Angeboten der Bonner Suchtkrankenhilfe ein breites Spektrum unterschiedlicher Zielgruppen beraten, betreut bzw. behandelt wird und neben der Suchterkrankung weitere Problemlagen Beachtung finden (z.B. Wohnungs- und Arbeitslosigkeit, Straffälligkeit, AIDS-Erkrankung). Dabei werden erwartungsgemäß im ambulanten Angebotssegment die meisten Hilfen für verschiedene Zielgruppen vorgehalten und deutlich weniger - entsprechend der spezifischen Aufgabenstellung - in den Segmenten Betreutes Wohnen, Substitution, Arbeit/Beschäftigung.

Erreichte Klientel

Im Rahmen des Projekts „ArmutBerichterstattung“ haben sieben ambulante Einrichtungen Angaben zur Anzahl der betreuten KlientInnen gemacht. Danach wurden im Jahr 2003 4.645 Personen betreut. Dabei muss berücksichtigt werden, dass in dieser Angabe auch diejenigen KlientInnen enthalten sind, die mit den niedrighwelligen Hilfen erreicht wurden. Da hinsichtlich der Dokumentation kein einheitlicher Standard besteht, kann die Gesamtzahl nicht weiter interpretiert werden. In den vier Beratungsstellen wurden insgesamt 2.743 KlientInnen erfasst. 203 Personen wurden im Jahr 2003 in der Substitutions- bzw. Heroinambulanz behandelt, 34 waren im Arbeits- und Beschäftigungsangebot tätig. In den Rheinischen Kliniken werden jährlich ca. 2.000 bis 2.500 suchtkranke PatientInnen aus dem Versorgungsgebiet der Kliniken behandelt.

Für die Angebotssegmente des Betreuten Wohnens und der (teil-)stationären Angebote liegen keine Angaben zur Anzahl der Betreuungsfälle vor. Zur Verfügung stehen insgesamt 45 Plätze Betreutes Wohnen und 103 (teil-)stationäre Plätze in sechs Einrichtungen (ohne Rheinische Kliniken).

Berücksichtigt man alle Quellen, kann insgesamt von ca. **7.500 KlientInnen** in den einbezogenen Einrichtungen bzw. Angeboten ausgegangen werden. Dabei sind allerdings bei einem erheblichen Teil Doppelzählungen (bspw. Beratungsstelle, niedrigschwellige Hilfe, Rheinische Kliniken) zu berücksichtigen.

Der ganz überwiegende Anteil der KlientInnen kommt aus dem **Gebiet der Bundesstadt Bonn**, ca. 130 Personen kommen - im ambulanten Bereich - von außerhalb. Darüber hinaus behandeln vor allem die Rheinischen Kliniken und die Rehabilitationseinrichtung der PAUKE Reha gGmbH auch Personen aus dem erweiterten regionalen Umfeld.

Angaben zum **Geschlecht** der im Jahr 2003 erreichten Personen liegen von 7.206 Personen vor: 5.166 Männer (71,7 %) und 2.040 Frauen (28,3 %).

Tab. 3 gibt einen Überblick über das **Alter** der erreichten KlientInnen nach Angebotssegmenten. Hierzu liegen Angaben von 17 Einrichtungen vor.

Tab. 3: *Alter der erreichten KlientInnen*

Alter	ambulant		(teil-)stationär		Betreutes Wohnen		Substitution		Arbeit/Beschäftigung		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 - 18	110	3,4	6	0,3	-	-	-	-	-	-	119,7	2,0
18 - 30	589	18,3	388	16,4	7	8,2	38	70,4	8	23,5	1.030	17,9
30 - 45	1.243	38,7	1.078	45,5	50	58,8	-	-	19	55,9	2.390	41,5
45 - 60	846	26,3	750	31,7	22	25,9	16	29,6	7	20,6	1.641	28,5
60 - 65	229	7,1	121	5,1	5	5,9	-	-	-	-	1676	6,2
> 65	199	6,2	24	1,0	1	1,2	-	-	-	-	367,2	3,9
Gesamt	3.216	100,0	2.367	100,0	85	100,0	54	100,0	34	100,0	5.756	100,0

Die Bonner Hilfen für Suchtkranke erreichen Personen unterschiedlichen Alters, wobei die Altersgruppe der 30- bis 45-Jährigen am stärksten vertreten war (41,5 %). Jede/r fünfte KlientIn war unter 30 Jahre alt. Immerhin wurden für 579 Personen, die über 60 Jahre alt waren, Hilfen bereitgestellt.

Unter zielgruppenspezifischen Gesichtspunkten fällt auf, dass lediglich 116 Kinder und Jugendliche - vor allem durch ambulante Angebote - erreicht wurden. Ein Blick in die Jahresberichte von drei (Sucht-)Beratungsstellen zeigt zudem, dass ca. 270 KlientInnen im Alter von 18 bis 24/25 Jahre dokumentiert wurden.

Vor dem Hintergrund einer zielgruppenspezifischen Betrachtung war auch die **Staatsangehörigkeit** der erreichten Personen von Interesse. Hierzu lagen für das Jahr 2003 Angaben von 16 Einrichtungen vor.

Tab. 4: Staatsangehörigkeit der erreichten KlientInnen*

Staatsangehörigkeit	absolut	in %
Deutsche(r)	4.948	89,5
AusländerIn	579	10,5
davon: GUS-Staaten	183	
TürkIn	70	
ItalienerIn	32	
GriechIn	21	
ehemaliges Jugoslawien	13	
sonstige ausländische Staatsangehörigkeit	260	
GESAMT	5.527	100,0

* Es gibt Hinweise darauf, dass Angaben zu AussiedlerInnen aus den GUS-Staaten nicht einheitlich angegeben wurden. AussiedlerInnen wurden teilweise der Kategorie Deutsche/r, teilweise der Kategorie GUS-Staaten zugeordnet.

Von 5.527 Personen waren 4.948 deutsche StaatsbürgerInnen, 579 Personen waren AusländerInnen. Bei diesen überwiegen Personen aus den GUS-Staaten (31,6 %), gefolgt von TürkInnen (12,1 %). 260 Personen (44,9 %) kommen aus anderen als den aufgeführten Ländern, viele aus dem außereuropäischen Ausland.

2.3 Wartezeiten, Öffnungszeiten

Öffnungs- und Wartezeiten können u.a. als Indikator für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung des Angebots dienen. Insgesamt sind die ambulanten Angebote tagsüber geöffnet, wobei die **Öffnungszeiten** z.T. bis in die Abendstunden reichen. Am Wochenende haben der Drogenkonsumraum und die Substitutionsambulanz geöffnet. Die Einrichtungen beurteilen ihre Öffnungszeiten im Hinblick auf die Möglichkeiten der Klientel insgesamt mit (sehr) gut. Über einen Notfalldienst verfügen lediglich die Rheinischen Kliniken. Telefonisch sind MitarbeiterInnen auch in der Heroinambulanz erreichbar.

Bei den ambulanten Angeboten bestehen im Grundsatz keine **Wartezeiten**. Termine für ein Erstgespräch stehen i.d.R. zeitnah zur Verfügung. Wartezeiten können dann aber mit Blick auf den Beginn einer kontinuierlichen Betreuung entstehen. Für wenige KlientInnen entstanden Wartezeiten von bis zu vier Wochen in der Substitutionsambulanz. Wartezeiten entstehen zudem häufiger bei der Vermittlung in eine stationäre Behandlung. In der Wohngemeinschaft Entgiftung des VfG und den Rheinischen Kliniken entstehen für größere Teile der Klientel Wartezeiten von bis zu vier Wochen. Mehrmonatige Wartezeiten bestehen z.T. in der Kurzzeittherapie der PAUKE Bonn gGmbH sowie in Einzelfällen in der Einrichtung des Deutschen Ordens.

2.4 Kooperation, Vernetzung

Eine gute Kooperation der Träger/Einrichtungen untereinander sowie die Vernetzung mit anderen Versorgungsbereichen stellt eine wichtige Voraussetzung für eine qualifizierte und effiziente Arbeit dar. Dabei kann unter systematischen Gesichtspunkten zwischen der fallbezogenen und institutionellen Kooperation unterschieden werden.

Mit Blick auf die fallbezogene Kooperation liefern Daten zu den Zugangswegen sowie zur (Weiter-)Vermittlung Hinweise auf deren konkrete Ausgestaltung. Tab. 5 zeigt die (dokumentierten) **Zugangswege** der KlientInnen im Jahr 2003 nach Angebotssegmenten³.

Tab. 5: *Zugangswege der KlientInnen im Jahr 2003 (Anzahl der KlientInnen) nach Angebotssegmenten*

Zugangsweg	ambulant	(teil-)stationär	Betreutes Wohnen	Substitution	Gesamt*	
					Anzahl	Prozent
Selbstmeldung/ohne Vermittlung	2.438	785	-	75	3.298	56,1
Angehörige/Bezugspersonen	178	432	-	17	627	10,7
Beratungsstellen	301	146	-	39	486	8,3
niedergelassene (Fach-)Ärzte/psych. Psychotherapeuten	33	348	-	-	381	6,5
Allgemeinkrankenhäuser	20	2	-	-	22	0,4
Fachkrankenhäuser/stationäre Therapieeinrichtungen	71	139	12	-	222	3,8
psychiatrische Kliniken	30	33	-	-	63	1,1
Sozialpsychiatrische Dienste/Gesundheitsamt	5	-	-	-	5	0,1
Betreutes Wohnen/Wohnprojekte	157	38	-	-	195	3,3
Wohnungslosenhilfe	10	12	1	-	23	0,4
offene Einrichtungen der Jugendhilfe/Jugendclub	36	-	-	-	36	0,6
Amt für Kinder, Jugend und Familie	-	12	-	-	12	0,2
Schule	20	-	-	-	20	0,3
Polizei, JVA, Gericht/StA, Bewährungshilfe	192	61	-	-	253	4,3
Selbsthilfegruppen	3	-	-	-	3	0,1
sonstige Zugangswege	109	110	5	11	235	4,0
GESAMT	3.603	2.118	18	142	5.881	100,2

* ohne Hilfssegment Arbeit/Beschäftigung, da keine Angaben

Wie Tab. 5 zeigt, finden KlientInnen auf sehr unterschiedlichen Wegen Zugang zu den Einrichtungen bzw. Angeboten der Bonner Suchtkrankenhilfe. Die meisten KlientInnen nehmen die Angebote ohne institutionelle Vermittlung in Anspruch, was vor allem für die niedrighschwelligigen ambulanten Angebote sowie für einen erheblichen Teil der PatientInnen der Rheinischen Kliniken zutrifft. Nimmt man die Rheinischen Kliniken aus, fällt auf, dass ein vergleichsweise geringer Anteil von KlientInnen durch niedergelassene Ärzte bzw. Allgemeinkrankenhäuser vermittelt wird. Vor dem Hintergrund eines hohen Anteils von PatientInnen mit Suchtproblemen in medizinischen Versorgungsangeboten wird hier ein Handlungsbedarf zur Verbesserung der Kooperation von Suchtkrankenhilfe und medizinischer Versorgung deutlich (s.u.). Darüber hinaus fällt auf, dass bei jedem zeh-

³ Berücksichtigt werden muss, dass nicht alle Einrichtungen bzw. Angebote Angaben gemacht haben. Angaben liegen von 15 Einrichtungen/Angeboten vor, wobei insbesondere Angaben aus zwei Beratungsstellen fehlen.

ten Zugang Angehörige und Bezugspersonen beteiligt sind, was insbesondere bei Kindern und Jugendlichen der Fall sein dürfte. Demgegenüber spielen institutionelle Vermittlungen aus Schule, Jugendamt und der offenen Jugendarbeit eine eher nachgeordnete Rolle, was auf einen Entwicklungsbedarf mit Blick auf frühzeitige sekundärpräventive Interventionen hinweist.

Weitere Hinweise auf die fallbezogene Kooperation liefern die aus den Einrichtungen bzw. Angeboten der Suchtkrankenhilfe erfolgten **(Weiter-)Vermittlungen** in Anschluss- bzw. andere Maßnahmen und Hilfen⁴.

Tab. 6: Vermittlung der KlientInnen im Jahr 2003 (Anzahl der KlientInnen)

vermittelt an/in...	ambulant	(teil-)stationär	Betreutes Wohnen	Substitution	Gesamt*	
					Anzahl	Prozent
Fachkrankenhäuser/stationäre Therapieeinrichtungen	279	7	3	28	317	11,4
Allgemeinkrankenhäuser	-	8	-	-	8	0,3
niedergelassene (Fach-)Ärzte/psych. Psychotherapeuten	162	35	1	4	202	7,3
psychiatrische Kliniken	120	16	-	-	136	4,9
Betreutes Wohnen/Wohnprojekte	-	49	-	-	49	1,8
Wohnungslosenhilfe	250	21	-	-	271	9,8
Polizei, JVA, Gericht/StA, Bewährungshilfe	300	-	-	-	300	10,8
Amt für Soziales und Wohnen	550	-	-	-	550	19,9
Selbsthilfegruppen	-	23	6	-	29	1,1
sonstige	796	108	5	-	909	32,8
GESAMT	12.285	1335	15	32	13.855	100,1

* ohne Hilfesegment Arbeit/Beschäftigung, da keine Angaben

Trotz z.T. fehlender Angaben kann festgehalten werden, dass vor allem die ambulanten Einrichtungen bzw. Angebote ihre KlientInnen in andere Hilfen weitervermitteln. Dabei erfolgen Vermittlungen zum einen in (notwendige) medizinische (Folge-)Behandlungen (z.B. niedergelassene Ärzte, psychiatrische Kliniken) und Anschlussmaßnahmen (z.B. in stationäre Therapie) und zum anderen zur Sicherung von (basalen) Bedarfen (z.B. Wohnungslosenhilfe, Amt für Soziales und Wohnen).

Als Indikatoren des Stands der institutionellen Kooperation können die Gremienarbeit sowie (verbindliche) Kooperationsvereinbarungen dienen. Die Einrichtungen bzw. Angebote der Bonner Suchtkrankenhilfe arbeiten in verschiedenen regionalen und überregionalen **Gremien** und Arbeitskreisen mit, wobei von 17 Einrichtungen ca. 30 Angaben zur Gremienarbeit gemacht wurden. In Bonn besteht eine Reihe von Facharbeitskreisen (z.B. AK Nachsorge, AK Migrationsangelegenheiten, AK Wohne/Sucht, AK Prävention), die überwiegend dem fachlichen Austausch der Versorgungsbeteiligten dienen. Eine Sonderstellung nimmt hier der AK Nachsorge ein. Dieser dient als übergreifendes Gremium zur Abstimmung zwischen den Leistungsanbietern aus unterschiedlichen Versorgungssektoren sowie zur Weiterentwicklung des Angebots für Menschen mit substanzbezogenen

⁴ Zu Vermittlungen liegen Angaben von 13 Einrichtungen/Angeboten vor, wobei auch hier insbesondere Angaben aus dem ambulanten Angebotssegment fehlen.

Störungen bzw. Risiken in Bonn. Die Leitung des Arbeitskreises liegt beim für die Suchtkrankenhilfe zuständigen Amt für Soziales und Wohnen.

Formelle (schriftliche) **Kooperationsvereinbarungen** haben sechs Einrichtungen bzw. Angebote der Suchtkrankenhilfe abgeschlossen, wobei allein drei Einrichtungen zum (teil-)stationären Bereich zählen. Vereinbarungen bestehen vor allem mit Kosten- und Leistungsträgern (Ämter der Stadt Bonn, Renten- und Krankenversicherung). Mit Blick auf eine abgestimmte, gemeinsame Hilfeerbringung sollten verstärkt Kooperationsvereinbarungen zwischen den Versorgungsbeteiligten getroffen werden.

Hinweise auf die „Qualität“ der Kooperationsbeziehungen kann u.a. die Bewertung aus Sicht der verschiedenen Kooperationspartner liefern. Tab. 7 zeigt die Kooperationsbeziehungen der Bonner Suchtkrankenhilfe zu Angeboten anderer Versorgungsbereiche

Tab. 7: Beurteilung der Kooperation mit anderen Institutionen/Einrichtungen/Diensten
(Anzahl der Nennungen)

Kooperation mit...	(sehr) gut	befriedigend	ausreichend/mangelhaft	Gesamt
ambulantem Pflegedienst	5	-	1	6
niedergelassenen ÄrztInnen	10	3	-	13
niedergelassenen FachärztInnen	6	6	1	13
psychologischen PsychotherapeutInnen	5	4	2	11
teilstationären Angeboten	6	-	1	7
Allgemeinkrankenhäusern	6	5	1	12
stationären Therapieeinrichtungen	11	1	-	12
Fachkliniken	10	1	-	11
Sozialpsychiatrischen Diensten/ Gesundheitsamt	4	1	1	6
psychiatrischen Kliniken	9	4	1	14
Wohnungslosenhilfe	10	1	-	11
Betreutem Wohnen/Wohnprojekten	11	1	-	12
Wohnheimen	11	1	-	12
Polizei	12	-	-	12
JVA, Gericht, Bewährungshilfe	11	2	-	13
Amt für Soziales und Wohnen als ...				
... Kostenträger	16	-	1	17
... Förderer (institutionell)	5	-	-	5
... Beratungsstelle	3	1	-	4
Wohnungsvermittlung	2	3	4	9
Wohnungsberatung	2	1	3	6
Schule	3	-	-	3
Amt für Kinder, Jugend und Familie	3	-	1	4
allgemeinen sozialen Diensten	3	1	1	5
Selbsthilfegruppen	10	1	-	11
Angeboten der Kirchengemeinden	3	2	-	5
sonstigen Institutionen, Einrichtungen, Angeboten*	6	-	-	6

* darunter: Heilsarmee, Bonner Tafel, Agentur für Arbeit, Arbeitsprojekt, Spende von Bäckerei

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die Kooperationsbeziehungen überwiegend als (sehr) gut beurteilt werden. Gleichzeitig liefern die Einschätzungen aber auch Hinweise auf Verbesserungspotenziale. Diese bestehen vor allem mit Blick auf die medizinischen Versorgungsangebote (niedergelassene ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und Allgemeinkrankenhäuser), die psychiatrischen Kliniken sowie vor allem hinsichtlich Wohnungsberatung und -vermittlung.

Darüber hinaus weisen verschiedene Einrichtungen darauf hin, dass insbesondere mit Blick auf problematisch konsumierende Kinder und Jugendliche sowie suchtselastete Familien die Abstimmung zwischen dem Amt für Kinder, Jugend und Familie und den

Facheinrichtungen der Suchtkrankenhilfe verbessert werden sollte, um frühzeitig und gezielt suchtspezifische Hilfen anbieten zu können.

2.5 Qualitätssicherung und Dokumentation

Fragen der Qualität sozialer Dienstleistungen und deren Sicherung sind - vor allem im Zusammenhang mit Veränderungen der sozialrechtlichen (Rahmen-)Bedingungen - seit Mitte der 90er Jahre verstärkt in den Vordergrund der (fach-)öffentlichen Diskussion getreten. Dabei wird mit dem Begriff „Qualitätssicherung“ inzwischen eine Reihe ganz unterschiedlicher Inhalte und Verfahren verbunden, die sowohl einzelne Aspekte (z.B. Dokumentation) als auch das grundsätzliche Selbstverständnis (z.B. Kundenorientierung) sozialer Einrichtungen berühren. Gerade in den letzten Jahren wurden - auch im Sucht- und Drogenbereich - Verfahren umgesetzt, Qualität systematisch zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Tab. 8 gibt einen Überblick über eingesetzte Verfahren und Maßnahmen zu Qualitätssicherung, Dokumentation und Hilfeplanung.

Tab. 8: Maßnahmen und Verfahren zu Qualitätssicherung, Dokumentation und Hilfeplanung (Anzahl der Nennungen)

	ambulant	(teil-)stationär	Betreutes Wohnen	Substitution	Arbeit/Beschäftigung	Gesamt
Verfahren zur Qualitätssicherung						
EFQM	1	1	1	1	-	4
DIN-ISO 9000 ff	4	3	-	-	-	7
Befragungen						
Klientenbefragung	3	4	2	-	-	9
Nachbefragung/ Katamnese	2	2	1	-	-	5
Mitarbeiterbefragung	2	3	2	-	-	7
Kooperationspartnerbefragung	3	4	1	-	-	8
Dokumentation und Hilfeplanung						
Dokumentationssystem	6	5	3	1	1	16
Pflege- und Hilfeplanung	3	6	3	1	1	14

Gut die Hälfte der Einrichtungen bzw. Angebote setzt spezielle Verfahren (z.B. EFQM, DIN-ISO 9000ff.) zur Qualitätssicherung ein. Befragungen von KlientInnen, MitarbeiterInnen und KooperationspartnerInnen werden zum Teil in den ambulanten und stationären Einrichtungen durchgeführt, wobei dies mehrheitlich eher sporadisch und nur in einigen Einrichtungen regelhaft geschieht.

Knapp die Hälfte der Einrichtungen bzw. Angebote verwendet ein (erprobtes) Dokumentationssystem (z.B. HORIZONT, EBIS, Patfak) zur Erfassung klientenbezogener Daten. Einige andere Einrichtungen haben eigene Lösungen zur Dokumentation der Daten ent-

wickelt. Eine (systematische) Hilfeplanung erfolgt vor allem in den stationären Einrichtungen im Betreuten Wohnen sowie in Beratungsstellen.

Insgesamt zeigen die Befragungsergebnisse ein unterschiedliches Niveau von Qualitätssicherung und Dokumentation: Während einige Einrichtungen und Angebote bereits (systematische) Schritte zur Qualitätsentwicklung unternommen haben, bestehen bei einer Mehrzahl von Einrichtungen noch (erhebliche) Entwicklungsbedarfe. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass zwischen einer einrichtungsbezogenen Qualitätsentwicklung sowie dem Stand der Dokumentation und den steuerungsbezogenen Anforderungen insbesondere des öffentlichen Trägers ein enger Zusammenhang besteht.

2.6 Personalausstattung und Finanzierung

In 19 Einrichtungen der Bonner Suchtkrankenhilfe (ausschließlich: Rheinische Kliniken) stehen insgesamt 105 hauptamtliche Personalstellen (in Vollzeitäquivalenten) zur Verfügung. Davon arbeitet auf ca. 75 Stellen qualifiziertes (therapeutisches) Fachpersonal. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass allein im Modellvorhaben der „Heroingestützten Behandlung“ zehn Voll- und zwei Teilzeitkräfte tätig sind, die voraussichtlich nur im Rahmen des Modellversuchs zur Verfügung stehen. Außer hauptamtlich Beschäftigten sind in der Bonner Suchtkrankenhilfe andere Beschäftigte in einem zeitlichen Umfang von ca. 20 Vollzeitäquivalenten tätig. Dabei handelt es sich jeweils ungefähr zur Hälfte um qualifizierte und nicht qualifizierte Beschäftigte bzw. Honorarkräfte.

Im ambulanten Bereich arbeiten 14 qualifizierte (therapeutische) MitarbeiterInnen auf Vollzeit- und 28 auf Teilzeitstellen im Gesamtumfang von ca. 29 Vollzeitäquivalenten. Für (teil-)stationäre Angebote stehen 33 (qualifizierte) Personalstellen zur Verfügung (ohne Rheinische Kliniken). Deutlich geringer ist die Personalsituation im Betreuten Wohnen (hier stehen 3,7 qualifizierte Stellen bereit) und im Bereich Arbeit/Beschäftigung, der über zwei (qualifizierte) Personalstellen verfügt. Die Einrichtungen bzw. Angebote beurteilen ihre personelle Ausstattung überwiegend mit (sehr) gut bis befriedigend, lediglich drei Einrichtungen beurteilen die personelle Ausstattung ihrer Einrichtung als unzureichend.

Da Anhalts- und Vergleichszahlen fehlen, ist eine Bewertung der Personalausstattung der Bonner Suchtkrankenhilfe nicht möglich.

Die **Finanzierung** der Hilfen für Suchtkranke in Bonn zeigt einen für Kommunen in Flächenstaaten typischen Mix an Leistungsentgelten bzw. -vergütungen vorrangiger Sozialleistungsträger sowie der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger einerseits sowie von (institutionellen) Zuschüssen bzw. Zuwendungen der öffentlichen Hand (Kommune, Land) andererseits. In Einzelfällen stehen darüber hinaus Mittel der Modellförderung des Bundes oder Stiftungsmittel bereit. Schließlich bringen Träger häufig Eigenmittel ein.

3 Bedarfseinschätzungen

3.1 Einschätzung des Problemfelds

3.1.1 Epidemiologische Daten

Realitätsnahe Einschätzungen von Prävalenz- bzw. Inzidenzraten in der Bevölkerung sowie von Problemlagen spezifischer Zielgruppen werden immer wichtiger. Um den Bedarf an Prävention und Hilfen in einer Region quantitativ und qualitativ zu bestimmen, ist die Kenntnis epidemiologischer Kennziffern hilfreich. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass regionale Schätzzahlen auf der Grundlage von Repräsentativerhebungen nur selten vorliegen. Da für Bonn eine solche Repräsentativerhebung nicht vorliegt, werden auf Basis altersgruppenbezogener Bevölkerungszahlen Daten aus der „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Nordrhein-Westfalen 2000“ (Kraus, Augustin & Tschernich, 2001) und der Studie zur „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001) umgerechnet. Dabei handelt es sich mit Blick auf Bonn lediglich um Anhaltsgrößen, da die Verbreitung des Konsums psychoaktiver Substanzen von regionalen Rahmenbedingungen (z.B. Stadt-Land, Verfügbarkeit) beeinflusst wird. Darüber hinaus werden zur Vertiefung der Kenntnisse jugendlichen Konsums psychoaktiver Substanzen Ergebnisse einer (aktuellen) Schülerstudie (vgl. Kraus et al., 2004) sowie weiterer Studien aus spezifischen Jugendszenen herangezogen.

Allgemeine Daten

Im Zusammenhang mit dem **Alkoholkonsum** ist vor allem die 12-Monats-Prävalenz von Interesse. Tab. 9 zeigt - auf Basis der Repräsentativerhebung NRW - nach verschiedenen Konsumintensitäten unterschiedene Daten.

Tab. 9: *Alkoholkonsum in den letzten 12 Monaten (15- bis 59-Jährige)*

Alkoholkonsum	Quote	Anzahl	
		NRW	Bonn
abstinent	6,4	674.460	12.702
risikoarmer Konsum	76,3	8.040.825	151.434
riskanter Konsum	12,1	1.275.151	24.015
gefährlicher Konsum	4,4	463.691	8.733
Hoch-Konsum	0,8	84.307	1.588
GESAMT	100,0	10.538.434	198.472

Quelle: Kraus, Augustin & Tschernich, 2001; eigene Berechnungen

Konsummenge reinen Alkohols pro Tag: Männer: risikoarm: >0-30g; riskant: >30-60g; gefährlicher Konsum: >60-120g; Hochkonsum: >120g/ Frauen: risikoarm: >0-20g; riskant: >20-40g; gefährlicher Konsum: >40-80g; Hochkonsum: >80g.

Alkoholkonsum ist eine gesellschaftlich und kulturell verankerte Verhaltensweise. Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung konsumiert Alkohol risikoarm. Bedenklich stimmt gleichwohl der hohe Anteil von Personen, die einen riskanten, gefährlichen bzw. Hochkonsum aufweisen (17,3 %). Dabei ist das Konsumverhalten von Männern insgesamt riskanter als das von Frauen. Mit Blick auf das altersbedingte Konsumverhalten zeigen sich keine gravierenden Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Gleichwohl zeigen jüngere (18 bis 20 Jahre alt) und ältere Personen (50 bis 59 Jahre alt) in der Tendenz ein riskanteres Konsumverhalten.

Mit Blick auf Bonn zeigen die Schätzzahlen, dass ca. 10.000 Personen Alkohol gefährlich bzw. hoch konsumieren. Davon dürfte ein erheblicher Anteil an Personen einen suchtspezifischen Beratungs- und Behandlungsbedarf aufweisen, wobei nur ein (kleiner) Teil dieser Personengruppe den Weg in die Suchtkrankenhilfe findet. Dass der weit überwiegende Teil im Rahmen medizinischer Versorgung erreicht wird, verweist auf die Notwendigkeit, hier geeignete Maßnahmen zur Früherkennung und Intervention vorzuhalten.

Tab. 10 zeigt Schätzzahlen zum Umfang der Konsumerfahrung mit **illegalen Drogen** in der Altersgruppe der 15- bis 59-Jährigen nach Art der Substanz.

Tab. 10: Konsumerfahrung mit illegalen Drogen - Lebenszeitprävalenz (15- bis 59-Jährige)

illegale Drogen	Quote	Anzahl	
		NRW	Bonn
Cannabis	20,1	2.118.225	39.893
andere als Cannabis	4,5	474.230	8.931

Quelle: Kraus u. Augustin, 2001; eigene Berechnungen

Bei den Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen überwiegt der Konsum von Cannabis. Demgegenüber fällt der Anteil von Personen mit Konsumerfahrungen mit anderen illegalen Drogen deutlich geringer aus.

Um eine größere Annäherung an den tatsächlichen (aktuellen) Konsum zu erreichen, werden in Tab. 11 Schätzzahlen zur 12-Monatsprävalenz dargestellt.

Tab. 11: Konsum illegaler Drogen - 12-Monatsprävalenz (15- bis 59-Jährige)

illegale Drogen	Quote	Anzahl	
		NRW	Bonn
Cannabis	7,3	769.306	14.488
andere als Cannabis	1,3	137.000	2.580

Quelle: Kraus u. Augustin, 2001; eigene Berechnungen

Im letzten Jahr vor der Befragung hatten 7,3 % der befragten 15- bis 59-Jährigen Cannabis konsumiert, was bezogen auf Bonn - in der betrachteten Altersgruppe - einer Zahl von ca. 14.500 Personen entspricht. Der Konsum anderer illegaler Drogen lag bei 1,3 %, was für Bonn eine Zahl von ca. 2.500 Personen bedeutet.

Jugendbezogene Daten

Mit Blick auf **Kinder, Jugendliche und Heranwachsende** muss vor allem unter (sekundär-)präventiven Gesichtspunkten das **Tabakrauchen** in eine Bedarfsfeststellung einbezogen werden. Langzeitverläufe zeigen, dass die Zahl der NichtraucherInnen unter den 12- bis 25-Jährigen in den letzten 20 Jahren von 31 % (1979) auf 50 % (2001) angestiegen und die Raucherquote von 44 % auf 35 % gefallen ist (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2001). Trotz dieser positiven Entwicklung bleibt bedenklich, dass der Raucheranteil unter den 12- bis 15-Jährigen 19 % und bei den 16- bis 19-Jährigen 45 % beträgt. Besonders alarmierend ist dabei, dass die Raucherquote unter den 12- bis 15-Jährigen in den letzten zwölf Jahren - gegen den allgemeinen Trend - angestiegen ist, wobei insbesondere Mädchen häufiger rauchen (21 %). Schließlich darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass das Einstiegsalter immer weiter sinkt. So haben bspw. 15-

jährige RaucherInnen ihre erste Zigarette im Alter von durchschnittlich 12,4 Jahren und täglich rauchende Jugendliche in der Altersgruppe bereits mit 11,7 Jahren geraucht (vgl. DHS, 2003).

Tab. 12 zeigt die Raucherquote der Drogenaffinitätsstudie der BZgA nach Alter und Geschlecht.

Tab. 12: Raucherquote nach Geschlecht und Alter

Alter	Geschlecht	Quote	Anzahl	
			Deutschland	Bonn
12- bis 17- Jährige	gesamt	28,0	1.307.311	4.956
	Männer	27,0	647.329	2.455
	Frauen	28,0	636.007	2.411
18- bis 25- Jährige	gesamt	45,0	2.940.185	15.843
	Männer	46,0	1.532.199	7.363
	Frauen	42,0	1.345.209	8.064

Quelle: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2001; eigene Berechnungen

Rechnet man die Raucherquoten der Studie um, muss davon ausgegangen werden, dass in Bonn ca. 5.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahre rauchen.

Wie beim Tabakrauchen ist auch der **Alkoholkonsum** unter den 12- bis 25-Jährigen rückläufig. So hat bspw. der Anteil der BierkonsumentInnen (mindestens einmal pro Woche) von 31 % (1993) auf 23 % (2001) abgenommen. Auch hier darf nicht übersehen werden, dass im gleichen Betrachtungszeitraum in der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen der Anteil der BierkonsumentInnen von 14 % auf 15 % leicht angestiegen ist (vgl. BZgA, 2001). Außerdem lässt sich bei riskantem rauschhaftem Trinken in der Gesamtgruppe kein Rückgang beobachten.

Eine neuere Studie unter SchülerInnen der Klassen 9 und 10 zeigt, dass in den letzten 30 Tagen immerhin 84 % Alkohol konsumiert haben, davon 63 % Alkopops, 56 % Bier, 51 % Spirituosen und 50 % Wein (vgl. Kraus et al., 2004). Rauscherfahrung haben danach - im gleichen Zeitraum - 38 % gemacht, davon 11 % mehr als dreimal. Die Studie zeigt auch, dass bis zum 12. Lebensjahr bereits die Hälfte der befragten SchülerInnen Konsum- und bis zum 14. Lebensjahr Rauscherfahrungen gemacht hat.

Über an einer alkoholbezogenen Abhängigkeit Erkrankte liegen mit Blick auf Jugendliche und Heranwachsende nur wenige Zahlen vor. Hüllinghorst und Lehner (1997) schätzen die Zahl der jungen Alkoholabhängigen auf rund 10 % der Gesamtzahl der Alkoholabhängigen. Wittchen u.a. (2000) haben bei alkoholerfahrenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (14 bis 24 Jahre) eine Lebenszeitprävalenz einer Abhängigkeitserkrankung von 6 % festgestellt. Bornhäuser (2001) geht auf der Grundlage einer Versorgungssystemanalyse davon aus, dass junge Alkoholabhängige (und andere Substanzabhängige) einerseits zwar einen erheblichen Hilfebedarf haben, für sie andererseits die am wenigsten qualifizierte Unterstützung bereitsteht.

Der Konsum **illegaler Drogen** (vor allem von Cannabis) ist unter Jugendlichen und Heranwachsenden weiter verbreitet als in der Allgemeinbevölkerung. Tab. 13 macht Angaben zur 12-Monats-Prävalenz.

Tab. 13: Konsum illegaler Drogen - 12-Monats-Prävalenz; Anzahl nach Regionen

Altersgruppe	Quote	Anzahl	
		Deutschland	Bonn
12- bis 17	10	362.820	1.770
18- bis 25	15	771.537	5.281

Quelle: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2001; eigene Berechnungen

Aufgrund der Umrechnung der Quoten kann die Zahl der Personen, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, unter den 12- bis 17-Jährigen in Bonn auf ca. 1.800 Personen und unter den 18- bis 25-Jährigen auf ca. 5.300 geschätzt werden.

Beachtet werden muss, dass Studien unter bestimmten Gruppen von Jugendlichen deutlich höhere Prävalenzzahlen zeigen. So wurde bspw. unter SchülerInnen der neunten und zehnten Klasse eine 30-Tage-Prävalenz von Cannabiskonsum von 13,5 % registriert. Jede(r) vierte dieser aktuell Konsumierenden hat dabei mehr als zehnmals Cannabis konsumiert (vgl. Kraus et al., 2004). Kritisch ist - wie bei Tabak und Alkohol - das Alter des Erstkonsums: Immerhin hatten knapp 20 % aller befragten SchülerInnen bereits bis zum 14. Lebensjahr schon einmal Cannabis probiert. Weniger verbreitet, aber dennoch seit Mitte der 90er Jahre in verschiedenen Studien dokumentiert ist der Konsum von Ecstasy und Amphetaminen. Danach haben 5 bis 6 % aller BundesbürgerInnen im Alter von 18 bis 24 Jahren Erfahrungen mit Ecstasy und Amphetaminen (vgl. Kraus & Augustin, 2001).

Abhängige CannabiskonsumentInnen bilden eine kleine Gruppe unter den CannabiskonsumentInnen. In der Studie von Wittchen u.a. (2000) wurde bei den cannabiserfahrenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Lebenszeitprävalenz der Cannabisabhängigkeit von 4 % festgestellt. Kleiber u.a. (1995) stellten bei 848 aktuell Cannabis konsumierenden Personen, die bis zum Befragungszeitpunkt keine harten Drogen konsumiert hatten, bei 2 % eine Abhängigkeit fest. Dabei geht Abhängigkeit vergleichsweise oft mit Faktoren einher, die als Indikatoren für eine allgemein schlechte psychische Gesundheit gelten können (z.B. geringes Selbstwirksamkeits- und Selbstwertgefühl). In der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen erfüllen 0,5 % das DSM-Kriterium einer Abhängigkeit von Ecstasy (vgl. Sydow et al., 2002).

Deutlich belasteter zeigt sich die Situation des Konsums illegaler Drogen, wenn spezifische Gruppen von KonsumentInnen untersucht werden. In einer Studie von 437 aktuellen KonsumentInnen illegaler Drogen in Sachsen, die im öffentlichen Raum (z.B. Straße, Szenetreffpunkte, Partys etc.) und in öffentlichen Einrichtungen (Jugendwohnen, medizinische Dienste) rekrutiert wurden, konnten Oliva u.a. (2003) zeigen, dass jede/r zehnte (reine) CannabiskonsumentIn eine Cannabisabhängigkeit (nach DSM-IV) und ein Drittel einen problematischen Alkoholkonsum (nach LAST) hatte. Von den Partydrogenkonsumenten konsumierten 35 % Alkohol missbräuchlich, jede/r Vierte hatte eine Cannabis- und knapp 30 % hatten eine Amphetaminabhängigkeit (vgl. Tossmann, 2004).

3.1.2 Spezifische Daten

Eine weitere Quelle zur Einschätzung von Entwicklungstrends mit Blick auf die Drogenproblematik ist die **polizeiliche Kriminalstatistik**, wobei u.a. aufgrund von Schwerpunktsetzungen bei der Strafverfolgung sowie von Merkmalsdefinitionen insbesondere Erkenntnisse zum Konsum so genannter harter illegaler Drogen vorliegen. In Bonn ist in den letzten Jahren die Anzahl der registrierten Rauschgiftdelikte von 1.253 (1999) auf 2.352 (2003) um 53 % gestiegen (vgl. KPK Bonn, 2003). Der Anteil der Rauschgiftkri-

minalität an der Gesamtkriminalität lag damit 2003 bei 5,2 %. Von den 2.352 Delikten aus 2003 entfielen 1.723 Delikte auf allgemeine Verstöße nach § 29 Betäubungsmittelgesetz (BtMG), davon 902 mit Heroin (52 %), 189 mit Kokain (11 %) und 70 mit Amphetaminen und Derivaten (einschließlich Ecstasy) (4 %). 534 registrierte Fälle entfielen auf Cannabis (und Zubereitung) (31 %). Mit 29 Fällen fiel demgegenüber direkte Beschaffungskriminalität erstaunlich gering aus. Im Vergleich zeigt sich, dass Bonn (im Jahr 2002) von Städten über 200.000 EinwohnerInnen nach der Delikthäufigkeit einen vordeuten Platz einnimmt (vgl. Bundeskriminalamt, 2002).

Ein weiteres wichtiges Merkmal zur Beschreibung von Drogenproblematik ist die Anzahl der erstaunlichen Konsumenten harter Drogen (illegale Drogen, ohne Cannabis). Hierzu liegen in Bonn Angaben seit dem Jahr 2001 vor. Danach wurden in den Jahren 2001: 134, 2002: 206 und 2003: 155 Fälle registriert. Für das Jahr 2002 zeigt ein Vergleich, dass in Bonn mit 65,9 Fällen auf 100.000 Einwohner deutlich höhere Werte erzielt werden als durchschnittlich in Nordrhein-Westfalen mit 19,2 Fällen.

Mit Blick auf die Zielgruppen **Kinder, Jugendliche und Heranwachsende** belegen die Daten der polizeilichen Kriminalstatistik bei Rauschgiftdelikten eine vergleichsweise stabile Situation: Seit 2000 ist die Zahl der Straftaten in dieser Deliktgruppe bei Personen unter 21 Jahren weitgehend unverändert. Im Jahr 2003 wurden 441 Fälle registriert. Gemessen an der Gesamtzahl aller Rauschgiftdelikte ist folglich der Anteil der unter 21-Jährigen in den letzten Jahren von 30,6 % (1999) auf 26,2 % (2003) - bei einem gleichzeitigen Anstieg der absoluten Fälle von 343 auf 441 - zurückgegangen. Ein besonderer Anstieg der Fälle in Subgruppen (z.B. Kinder) wurde nicht registriert⁵. Die Zahl der erstaunlichen KonsumentInnen harter Drogen betrug bei Personen bis zum Alter von 21 Jahren 2001: 13, 2002: 33 und 2003: 31.

Mit 30,2 % liegt der Anteil **nichtdeutscher Tatverdächtiger**, bezogen auf alle Straftaten, über dem Anteil der nichtdeutschen EinwohnerInnen an der Einwohnerzahl insgesamt (13,1 %). Die Statistik weist außerdem darauf hin, dass bei Rauschgiftdelikten lediglich beim illegalen Handel und Schmuggel von Kokain ein besonders hoher Anteil von Personen auf nichtdeutsche Tatverdächtige entfällt (60,7 %). Bei anderen Rauschgiftdelikten treten demzufolge nichtdeutsche Tatverdächtige nicht besonders hervor.

Hinsichtlich einer (sozial-)räumlichen Zuordnung zeigt sich erwartungsgemäß, dass Rauschgiftdelikte insbesondere in der Polizeiinspektion Mitte registriert werden (2003: 1.906 = 81 % aller Rauschgiftdelikte).

Aufgrund von Zählungen schätzt die Polizei die Zahl der Personen, die sich - über das Jahr - regelmäßig oder sporadisch in der offenen **Drogenszene** (Bonner Loch) aufhalten, auf ca. 2.500. Von diesen zählen - nach Angaben der Polizei - 40 % bis 55 % nicht zur Wohnbevölkerung der Stadt Bonn. Die Bonner (Drogen-)Szene hat folglich in erheblichem Maße eine Sogwirkung auf drogenkonsumierende Personen aus dem regionalen Umfeld entwickelt. Die Anzahl von jungen DrogenkonsumentInnen (bis 21 Jahre) auf der offenen Drogenszene ist nach Polizeiangaben als gering einzuschätzen. Dies gilt insbesondere für junge MigrantInnen und SpätaussiedlerInnen⁶.

Die Zahl der RG-Todesfälle ist in Bonn rückläufig. Sind im Jahr 2000 noch 30 Personen im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch gestorben, waren es 2003 noch 17 Personen. Davon waren 16 Personen älter als 25 Jahre.

⁵ Die Zahlen müssen im Zusammenhang mit den Schwerpunkten der polizeilichen Arbeit gesehen werden. Diese zielt vor allem auf Bekämpfung des Handels mit illegalen Drogen. Die Kapazitäten polizeilicher Arbeit sind zudem stark durch die Situation der Bonner Drogenszene gebunden.

⁶ Aussagen zur Anzahl von (Spät-)AussiedlerInnen erweisen sich i.d.R. insgesamt als problematisch, da eine exakte Zuordnung zu dieser Personengruppe nur aufgrund biographischer Angaben möglich ist.

Der problematische Konsum von psychoaktiven Substanzen geht bei Minderjährigen und Heranwachsenden in vielen Fällen mit dem Auftreten weiterer psychischer Störungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen) einher. In (allen) **Rheinischen Kliniken** (des LVR) wurde in den letzten Jahren ein stetiger Anstieg von suchtkranken Minderjährigen beobachtet. Während der Anteil von Heranwachsenden (18 bis 21 Jahre) konstant bei etwa 500 bis 550 PatientInnen im Jahr liegt, hat die Zahl der Minderjährigen von 109 (1997) auf 334 (2002) zugenommen (vgl. van Brederode, 2003).

Im Zusammenhang mit **Migration und Aussiedlung** liegen keine sucht- bzw. konsumbezogenen Daten vor. Dies gilt auch für Jugendliche und Heranwachsende. Zur Beschreibung der Gesamtgruppe sollen nachfolgend einige Daten aus der Bevölkerungsstatistik dargestellt werden: Von 312.527 Wohnberechtigten waren 68.531 ZuwandererInnen (AusländerInnen und DoppelstaatlerInnen), was einem Anteil von 21,9 % entspricht (Stichtag 31.12.2003). 5.882 Personen waren 15 bis 21 Jahre alt. Die unter 18-jährigen ZuwandererInnen kamen zu knapp einem Drittel (32,6 %) aus moslemisch geprägten Ländern. Dementsprechend sind die hauptsächlichlichen Sprachgruppen - in dieser Altersgruppe - arabisch (21,1 %) und türkisch (16,7 %). Danach folgen russisch (9 %) und polnisch (7,3 %) als hauptsächlichliche Sprachgruppen der ZuwandererInnen. Aus 10.064 Personen besteht die Gruppe der AussiedlerInnen im Stadtgebiet Bonn. Davon entfielen auf die Gruppe der 16- bis 18-Jährigen 1.271 Personen. Die meisten AussiedlerInnen kommen aus Polen (45,6 %) und Russland (22,8 %).

3.2 Versorgungssituation und Handlungsbedarfe

Allgemeine Bedarfe

Im Rahmen der schriftlichen Befragung (Armutbericht) wurden Einrichtungen und Angebote auch um eine Bewertung der Versorgungssituation unterschiedlicher Zielgruppen gebeten. In Tab. 14 sind die Bewertungen der Einrichtungen bzw. Angebote der Suchtkrankenhilfe mit Blick auf die Versorgung von Suchtkranken in Bonn dargestellt.

Tab. 14: Bewertung der Versorgung von Suchtkranken nach Art der Hilfeangebote (Anzahl der Nennungen)

Art der Hilfeangebote für Menschen in Notlagen	Angebote ...				Gesamt
	sind angemessen und zugänglich	sind teilweise schwer/nicht zugänglich	sind unzureichend oder mangelhaft	fehlen in der Bundesstadt Bonn	
allgemeine soziale Hilfen inkl. Beratungsleistungen	10	4	-	-	14
allgemeine medizinische Hilfen	11	1	-	-	12
Hilfen zur Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben	2	4	6	3	15
Hilfen zur Arbeit/Ausbildung	1	8	6	-	15
Hilfen zum Wohnen/zur Selbstversorgung	3	7	4	-	14
ambulante Angebote	10	2	-	-	12
teilstationäre Angebote	3	6	1	3	13
stationäre Behandlung	9	4	1	-	14
Reha-Angebote	8	4	-	-	12

Aus Sicht der Suchtkrankenhilfe sind die allgemeinen sozialen Hilfen inkl. Beratungsleistungen sowie die medizinischen Hilfen auch für Suchtkranke überwiegend angemessen und zugänglich. Probleme bestehen vor allem mit Blick auf die Funktionsbereiche Freizeit/Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Arbeit/Ausbildung und Hilfen zum Wohnen/zur Selbstversorgung. In diesen Bereichen wird die Versorgung Suchtkranker überwiegend als teilweise schwer bzw. nicht zugänglich oder als unzureichend oder mangelhaft bewertet. Dies kann u.a. als Hinweis darauf gewertet werden, dass Suchtkranken der Zugang zu Regelversorgungsangeboten in diesem Bereich erschwert ist. Dies gilt erfahrungsgemäß insbesondere für chronisch suchtkranke Personen.

Im Rahmen der Expertengespräche wies der ganz überwiegende Teil der GesprächspartnerInnen darauf hin, dass die Bundesstadt Bonn über ein differenziertes und umfangreiches Angebotsspektrum an Hilfen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken verfügt. Die Behandlungs- und Rehabilitationsangebote werden überwiegend als angemessen und zugänglich eingeschätzt, auch wenn nicht übersehen werden darf, dass der stationären Behandlung sowie den Rehabilitationsangeboten von einem bedeutsamen Teil der Befragten Schwierigkeiten im Zusammenhang mit einer bedarfsgerechten Ausgestaltung des Zugangs attestiert wurden. Darüber hinaus ist - aus Sicht der Suchtkrankenhilfe - vor allem die teilstationäre Versorgung mangelhaft.

Entsprechend sehen die Befragten vor allem chronisch Suchtkranke mit Blick auf Arbeit und Beschäftigung (u.a. Hilfen zur beruflichen Wiedereingliederung), die Wohnsituation (u.a. Wohnraumbeschaffung) sowie Angebote zur Tagesstrukturierung unterversorgt.

Spezifische Bedarfe

Erfahrungen verschiedener Akteure, u.a. aus Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Polizei weisen auf einen ansteigenden Bedarf an geeigneten Hilfen für **suchtmittelkonsumierende Jugendliche und Heranwachsende** hin. Dabei wird u.a. betont, dass in ambulanten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe wie auch in der (Erwachsenen-)Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie vermehrt Personen mit einem problematischen, missbräuchlichen bzw. abhängigen Cannabiskonsum um Hilfe

nachfragen. Insbesondere bei PatientInnen in den psychiatrischen Einrichtungen gehen die substanzkonsumbezogenen Probleme häufig mit anderen psychischen Erkrankungen einher.

Beobachtungen und Erfahrungen zeigen zudem, dass Alkohol bzw. illegale Drogen konsumierende so genannte (deutsche) **SpätaussiedlerInnen** aus den GUS-Staaten eine spezifische Problemgruppe darstellen. Personen aus dieser Gruppe halten sich ebenfalls z.T. im öffentlichen Raum auf, wobei sowohl Berührungspunkte zur (Drogen-)Szene als auch deutliche Abgrenzungen zu anderen Personengruppen beobachtet wurden.

In den letzten Jahren wurde in Bonn mit Blick auf Kinder, Jugendliche und Heranwachsende eine Reihe von spezifischen Angeboten geschaffen. Die meisten ExpertInnen aus Suchtkranken- und Jugendhilfe machten deutlich, dass diese Angebote sowohl inhaltlich weiterentwickelt und bedarfsgerecht ausgebaut werden sollten. **Handlungsbedarfe** werden vor allem mit Blick auf die Klärung der Angemessenheit suchtspezifischer Interventionen, Fragen des Zugangs zu suchtspezifischen Hilfen sowie der zielgruppengerechten Ausgestaltung bestehender Angebote gesehen. Dabei geht es u.a. darum, problematischen, schädlichen bzw. abhängigen Konsum zu erkennen, Anspruchsmöglichkeiten und Zugangswege zu den betroffenen jungen Menschen zu finden und Hilfen bedarfsgerecht anzubieten. Junge Menschen werden zwar (häufiger) im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen in verschiedenen Situationen öffentlich (z.B. polizeilich mit illegalen Drogen, im Straßenverkehr), in Institutionen (z.B. Schule, Jugendhilfeeinrichtungen) oder privat (z.B. Familie, Freundeskreis) auffällig, jedoch wird oft wenig angemessen reagiert. Oft genug deshalb, weil geeignete Interventionsformen nicht bekannt sind oder entsprechende Hilfeangebote fehlen. Mit Blick auf die Angebote der Suchtkrankenhilfe stellt sich dabei u.a. die Frage, wie Vermittlungen in die Angebote verbessert und die Angebote selbst für die Zielgruppe attraktiv ausgestaltet werden können. Diese insgesamt für die Gruppe junger Menschen relevanten Aspekte stellen sich in besonderem Maß für Personen mit einem Migrationshintergrund bzw. bei jungen AussiedlerInnen.

In engem Zusammenhang mit den genannten Handlungsbedarfen stehen Aspekte einer Verbesserung der (fallbezogenen) **Zusammenarbeit** zwischen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, die Angebote für Kinder, Jugendliche und Heranwachsende vorhalten, einerseits und (sozialen) Institutionen, in denen Personen der Zielgruppen im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum auffällig werden (z.B. Polizei, Schule, Jugendhilfe, niedergelassene ÄrztInnen, Krankenhäuser), andererseits. Diese Zusammenarbeit basiert i.d.R. weniger auf verbindlichen Vereinbarungen mit transparenten Verfahrensabsprachen, sondern oft auf persönlichen Kontakten und Kenntnissen einzelner Mitarbeiter. Mit Blick auf die Sicherung einer bedarfsgerechten Hilfeerbringung für Personen der Zielgruppen sollten zukünftig verstärkt verbindliche Vereinbarungen zwischen den Versorgungsbeteiligten getroffen werden.

4 Empfehlungen

Wenn nachfolgend Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen für junge Menschen mit einem problematischen Konsum (legaler und illegaler) psychoaktiver Substanzen vorgestellt werden, geschieht dies auf der Grundlage eines Verständnisses dieser Verhaltensweisen, das den Drogenkonsum in engem Zusammenhang mit altersspezifischen Entwicklungsaufgaben sieht. Zur Ablösung aus dem Elternhaus, der Entwicklung einer eigenen Identität sowie zum Ausprobieren verschiedener Rollen und Verhaltensweisen ist auch der experimentelle Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu zählen. Die Bewältigung dieser lebensphasenbezogenen Entwicklungsaufgaben gelingt i.d.R. um so besser, als Eltern, Schule und Gesellschaft diesen Prozess begleiten und förderliche Rahmenbedingungen gewährleisten. Zu einer der wesentlichsten Bedingungen zählt dabei die Sicherung einer realistischen und tragfähig erscheinenden Zukunftsperspektive. Sollen sucht-spezifische Hilfen nicht reine „Reparaturmaßnahmen“ sein, müssen die Angebote und Maßnahmen vor allem eingebettet sein in Bemühungen zur Sicherung von Ausbildung und Beschäftigung junger Menschen. Die Möglichkeit einer realistischen Perspektiventwicklung ist mit Blick auf den Einstieg in einen problematischen Konsum psychoaktiver Substanzen ein wichtiger protektiver Faktor und hinsichtlich rehabilitativer Bemühungen bei manifester Abhängigkeit eine zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Die Sicherung von Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung ist folglich gerade mit Blick auf junge Menschen eine bedeutende (generalpräventive) sozialpolitische Aufgabe.

Die nachfolgenden Empfehlungen basieren auf den Ergebnissen der Bestandsaufnahme, der schriftlichen Befragung sowie den geführten Expertengesprächen. Sie berücksichtigen zudem die aus den allgemeinen und spezifischen Daten ableitbaren Schlussfolgerungen zur Bedarfseinschätzung. Schließlich werden auch aktuelle Entwicklungen der Fachdiskussion einbezogen. Die Empfehlungen fokussieren dabei auf die Weiterentwicklung der Hilfen für junge Menschen. Dies schließt jedoch Empfehlungen zu übergreifenden Aspekten der Hilfen für suchtgefährdete und abhängige Menschen in Bonn nicht aus.

Zur Einordnung sowie mit Blick auf die Umsetzung der Empfehlungen kann vorab festgestellt werden, dass die Bundesstadt Bonn ein differenziertes, gut ausgebautes und weitgehend bedarfsgerechtes Hilfesystem für Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken hat. Vorgehalten werden sowohl ambulante und stationäre als auch niedrigschwellige (Überlebens-) und ausstiegsorientierte Hilfen. Außerdem ist die Zusammenarbeit zwischen der Suchtkrankenhilfe im engeren Sinn und den Facheinrichtungen der Psychiatrie gut. Ausgehend von dieser Ausgangslage zielen die Empfehlungen weniger auf den weiteren Ausbau der Hilfen als auf veränderte Schwerpunktsetzungen sowie eine Verbesserung der Abstimmung zwischen insbesondere für die Ausgestaltung der Hilfen für junge Menschen relevanten Bereichen.

Verbesserung der Frühintervention in der medizinischen Versorgung

Ergebnisse von Modellvorhaben in der Bundesrepublik Deutschland zur Verbesserung der (sekundärpräventiven) Versorgung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Menschen in Lübeck (vgl. John et al., 1996), Bielefeld (Kremer et al., 1997) und Erlangen (vgl. Görden & Hartmann, 2002) zeigen, dass (Früh-)Erkennung und Behandlung von suchtgefährdeten und abhängigen PatientInnen in der medizinischen Versorgung verbessert werden können. Dabei versprechen vor allem spezifische Handlungskonzepte im Rahmen von Kooperationsmodellen zwischen Allgemeinkrankenhäusern und der Suchtkrankenhilfe (z.B. Suchtberatungsstelle, Suchtabteilung der psychiatrischen Klinik) kurz-

fristige Verbesserungen der Versorgungssituation insbesondere von alkoholgefährdeten und -abhängigen Menschen (vgl. Görgen, 2002a).

Es wird deshalb empfohlen, Kooperationen zwischen Allgemeinkrankenhäusern und Suchtkrankenhilfeeinrichtungen zu entwickeln und in den Krankenhäusern einen aufsuchenden (Suchtkrankenhilfe-)Dienst zu implementieren. Hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung kann dabei auf einschlägige Erfahrungen zurückgegriffen werden (vgl. u.a. Görgen, 2002b). Geprüft werden sollte in diesem Zusammenhang auch, inwieweit vorrangige Leistungsträger (Krankenkassen) zur Finanzierung entsprechender Maßnahmen gewonnen werden können.

Mit Blick auf die Zielgruppe jugendlicher bzw. heranwachsender SuchtmittelkonsumentInnen sollte die Früherkennung im Rahmen der Regelversorgung (z.B. im Zusammenhang mit Jugendgesundheitsuntersuchungen) verbessert werden (vgl. u.a. Graß & Farke 2001). Darüber hinaus sollten gezielte Kooperationen zwischen niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen und -psychotherapeutInnen sowie den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, insbesondere den auf die Zielgruppe ausgerichteten Angeboten entwickelt werden. Hierzu ist es erforderlich die Selbstverwaltung niedergelassener ÄrztInnen (Kassenärztliche Vereinigung) mit in Planungs- und Abstimmungsprozesse einzubeziehen.

Weiterentwicklung der Hilfen für junge Menschen

Wie die Fachdiskussion und drogenpolitische Konzepte (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003) zeigen, kommt der Gruppe der (bereits) problematisch suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine zunehmende Bedeutung zu. Dabei ist gegenwärtig davon auszugehen, dass diese Personengruppe hinsichtlich (sekundär-)präventiver Maßnahmen „unterversorgt“ ist (vgl. Alte-Teigeler, 1999; Schmidt, 1998). Klärungsbedarfe bestehen dabei u.a. im Hinblick auf den Übergang zwischen Konsum und riskantem bzw. schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit, der Ausgestaltung geeigneter Zugangs- und Kontaktformen sowie der Compliance und Angemessenheit der Angebote.

In Bonn haben verschiedene Träger und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (erste) sekundärpräventive Angebote für suchtmittelkonsumierende Jugendliche entwickelt. Darüber hinaus halten sie spezifische Hilfen für diese Personengruppe vor. Sie haben damit auf den zunehmenden Bedarf an solchen Hilfen reagiert. Gleichwohl besteht auch weiterhin die Notwendigkeit, diese Hilfen im Hinblick auf besondere Anforderungen, die sich aus den Bedarfen von Jugendlichen und Heranwachsenden ergeben, weiterzuentwickeln. Versteht man den Suchtmittelkonsum Jugendlicher und Heranwachsender u.a. als „Teilmenge des (devianten) Lebensstils“ (vgl. Schäfer, 2002), wird deutlich, dass Angebote hauptsächlich dort platziert werden müssen, wo vor allem die „Sozialisationsinstanzen“ (Eltern, Schule, Jugendhilfe) aber auch Polizei und Justiz einen suchtspezifischen Unterstützungsbedarf (z.B. Information, Schulung, Beratung) haben. Empfohlen wird deshalb, ein Angebot für im Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen auffällig gewordene Jugendliche und Heranwachsende zu implementieren. Hierbei sollten die Ergebnisse des Modellprogramms „FreD - Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten“ (vgl. Görgen & Hartmann, 2003; Landschaftsverband Westfalen Lippe, 2003) genutzt werden, um ein auf die Bedingungen der Bundesstadt Bonn zugeschnittenes Angebot aufzubauen. Dabei sollte ein substanzübergreifender Ansatz verfolgt werden, der Alkohol- und TabakkonsumentInnen ebenso berücksichtigt wie KonsumentInnen von Cannabis und sog. Partydrogen. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die frühinter-

ventive Ausrichtung eines solchen Angebots. Die Ansprache von Jugendlichen und Heranwachsenden in den o.g. Institutionen sollte nicht erst dann erfolgen, wenn im Einzelfall bereits eine manifeste Konsum- bzw. Suchtproblematik oder gravierende (soziale) Folgeprobleme festgestellt werden. Die Interventionen sollten vielmehr bereits bei einer „Erstauffälligkeit“ erfolgen. Dies kann bspw. bedeuten, dass allen polizeilich im Zusammenhang mit legalen und illegalen Drogen auffälligen Personen ein entsprechendes Angebot unterbreitet wird (z.B. Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, Substanzkonsum und Straßenverkehr, Substanzkonsum und Gewalt, Rauschtrinken). Gleiches gilt für entsprechende „Auffälligkeiten“ im schulischen Bereich und in der Jugendhilfe, wobei davon auszugehen ist, dass Jugendliche und Heranwachsende in den Institutionen und Einrichtungen der Jugendhilfe relativ häufig im Zusammenhang mit dem Konsum von illegalen und legalen Drogen auffällig werden. Die Implementierung eines entsprechenden Angebots erfordert neben der Ausgestaltung des Angebots i.e.S. vor allem eine enge Kooperation mit klaren Verfahrensabsprachen zwischen der Suchtkrankenhilfe als Angebotsträger und den „vermittelnden“ Einrichtungen und Institutionen (z.B. Schule, Jugendhilfe). Darüber hinaus kann bspw. mit Blick auf die Schule das Fachwissen der Suchtkrankenhilfe genutzt werden, um in Schulen sekundärpräventive Maßnahmen (z.B. Regelungen bzw. Vereinbarungen zum Umgang mit „auffälligen“ KonsumentInnen) zu implementieren.

Generell und insbesondere mit Blick auf Jugendliche und Heranwachsende ist es bisher nicht gelungen, geeignete Angebote zur Tabakentwöhnung zu implementieren. Das Angebot einer solchen „Ausstiegshilfe“ ist gleichwohl fachlich geboten und sollte im Zusammenhang mit einer besseren Vernetzung von Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe und Schulen aufgegriffen werden. Ein solches Angebot sollte lebensfeldnah, bspw. im Rahmen von Schule oder Freizeit erfolgen.

Mit Blick auf die Entwicklung (weiterer) geeigneter Angebote für junge Menschen muss verstärkt berücksichtigt werden, dass der (riskante) Konsum psychoaktiver Substanzen bei jungen KonsumentInnen i.d.R. eingebunden ist in entsprechende Peergruppen (z.B. Freundeskreise, Cliques) bzw. Subkulturen (z.B. Musikszene). Geeignete Angebote (z.B. kommunikative Foren, aufsuchende Arbeit) müssen hier noch entwickelt und erprobt werden.

Vernetzung der Hilfen für junge KonsumentInnen legaler und illegaler Drogen

Von besonderer Bedeutung mit Blick auf die Schaffung bedarfsgerechter Hilfen für junge DrogenkonsumentInnen ist die Vernetzung der drei hauptsächlichen Versorgungsbeteiligten: Suchtkrankenhilfe, Jugendhilfe und (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie sowie deren Abstimmung mit dem Bereich Schule. In Bonn haben sich kommunale Einrichtungen, freie Träger der Suchtkranken- und Jugendhilfe und die psychiatrischen Einrichtungen zu einem „Bonner Verbund - Hilfe für junge Süchtige“ zusammengeschlossen und bisher eine Informationsbroschüre zu jugendspezifischen Angeboten vorgelegt. Vorgeschlagen wird, den Verbund organisatorisch und inhaltlich bspw. durch die Entwicklung und Abstimmung gemeinsamer fachlicher Leitlinien einer jugendgerechten professionellen Intervention zu stärken und weiterzuentwickeln. Dabei sollten sowohl übergreifende Aspekte wie bspw. Problemverständnis und Ziele als auch interventionsbezogene Aspekte wie bspw. Ressourcenperspektive, Case Management, substanzübergreifende Konzepte, Integrationshilfen inhaltlich beschrieben werden. Ziel solcher Leitlinien sollte auch sein, die durchaus unterschiedlichen Aufgaben und Funktionen, bspw. von Suchtkrankenhilfe und Jugendhilfe im Sinne eines gemeinsamen Interventionsverständnisses auszugleichen.

Darüber hinaus sollten zwischen Jugendhilfe und Schule einerseits sowie Suchtkrankenhilfe und (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie andererseits konkrete Vereinbarungen über Zugangs- und Vermittlungswege sowie Informations- und Kooperationsroutinen getroffen werden. Schließlich sollte der fachliche Austausch zwischen MitarbeiterInnen aus den Versorgungssegmenten verbessert werden. Hierzu können u.a. gemeinsame Fallbesprechungen, Konsiliar-/Liaisondienste und gegenseitige Fortbildungsmaßnahmen beitragen. Neben der Optimierung der fallbezogenen Zusammenarbeit geht es dabei u.a. darum, substanz- bzw. suchtbetogene Kenntnisse bei den MitarbeiterInnen der Jugendhilfe und entwicklungs- bzw. jugendbezogene Kenntnisse bei MitarbeiterInnen der Suchtkrankenhilfe zu verbessern. Schließlich sollte mit Blick auf die Komorbidität von substanzbezogenen Problemen und psychischen Störungen ein gemeinsames Krankheitsverständnis erarbeitet werden.

Schließlich haben die Ergebnisse der Bestandsaufnahme Hinweise darauf geliefert, dass Informationen zu aktuellen Angeboten, Zuständigkeiten und MitarbeiterInnen oft nicht zur Verfügung stehen. Es sollte deshalb geprüft werden, inwieweit über das Internet nicht nur generell die Angebote der einzelnen Anbieter vorgestellt, sondern auch aktuelle Informationen zu diesen gegeben werden können⁷. Geprüft werden sollte darüber hinaus, inwieweit durch die Festlegung von „AnsprechpartnerInnen“ in der Suchtkrankenhilfe bzw. der Jugendhilfe die Zusammenarbeit zwischen diesen beiden Versorgungsbereichen verbessert werden kann. Diese sollten eine erste „Clearing- und Vermittlungsfunktion“ mit Blick auf substanzkonsumbezogene Fragestellungen und Problemlagen wahrnehmen und für Akteure den Zugang zum jeweils anderen Versorgungsbereich verbessern.

Stationäre Angebote

Mit einer Verbesserung der Versorgungssituation suchtkranker Minderjähriger im Bereich stationärer Entzugsbehandlung ist mit der Umsetzung der in Planung befindlichen qualifizierten Akutbehandlung in Köln zu rechnen (vgl. van Brederode, 2003). Zudem haben die Rheinischen Kliniken Bonn, Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie zur Verbesserung der (ambulanten und) stationären Behandlung von jungen Abhängigen von Cannabis und Designerdrogen (ab 18 Jahren) ein Konzept vorgelegt. Im Rahmen dieses Behandlungskonzepts soll auch die Zusammenarbeit zwischen den medizinisch-psychiatrischen Hilfen und den Einrichtungen der Suchtkranken- und Jugendhilfe fallbezogen verbessert werden.

Verbesserung der Hilfen für (junge) SpätaussiedlerInnen und MigrantInnen

Die Verbesserung der (suchtbetogenen) Hilfen für junge SpätaussiedlerInnen und MigrantInnen sollte im Rahmen der Regelversorgung erfolgen. So wird bspw. die Verbesserung der interkulturellen Kompetenzen und Berücksichtigung von migrationsbedingten Hintergründen der Suchterkrankung von MitarbeiterInnen der Suchtkrankenhilfe vorgeschlagen (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003). Die Integration entsprechender Hilfen in das Angebotsspektrum der Suchtkrankenhilfe ist deshalb die erste Aufgabe.

Im Rahmen eines integrativen Arbeitsansatzes gelten folglich im Grundsatz alle o.g. Vorschläge und Maßnahmen, wie sie bereits für junge DrogenkonsumentInnen gemacht wurden. Darüber hinaus sollte im Rahmen des Verbunds der Hilfen für junge Süchtige ge-

⁷ Beispiel für eine solche Seite könnte die Seite www.erziehungshilfe-bonn.de sein. Außerdem könnten auch auf dieser Seite wichtige Informationen zu suchtbetogenen Angeboten gegeben werden bzw. Links eingestellt werden.

prüft werden, inwieweit spezifische Angebote für junge SpätaussiedlerInnen und MigrantInnen erforderlich sind. Dabei sollten insbesondere der missbräuchliche Konsum von Alkohol sowie Fragen zielgruppengerechter Interventionen diskutiert werden.

In der Hauptsache kommt es jedoch darauf an, die bestehenden Dienste und Angebote für substanzkonsum- und suchtbetogene Problemstellungen zu sensibilisieren und entsprechende Kooperationsabsprachen mit bereits bestehenden Angeboten für diese Zielgruppen zu treffen. Dabei sollten Migrationsdienste, soweit diese für die jugendliche Zielgruppe zuständig sind bzw. zu dieser Zugänge bestehen, in den Verbund einbezogen werden. Besonders wünschenswert wären frühzeitige Informationen und ggf. Interventionen bei Neuankommenden (z.B. in Übergangsheimen, Sprachschulen/-kursen).

Verbesserung von Dokumentation und Monitoring

In der Fachöffentlichkeit wurden in den letzten Jahren verstärkt Fragen der kommunalen Steuerung der Hilfen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken diskutiert (vgl. Oliva et al., 2001). Auf kommunaler Ebene korrespondierte dies u.a. mit der zunehmend stärker werdenden Anforderung, den Ressourceneinsatz bedarfsgerecht zu steuern sowie allgemein mit Fragen der Einführung des Neuen Steuerungsmodells in der kommunalen Verwaltung (NSM). In diesem Zusammenhang kommt u.a. der Verbesserung der Datenlage in Richtung eines Monitorings eine wichtige Bedeutung zu.

Die Ergebnisse der Bestandsaufnahme zeigen, dass mit Blick auf die Einrichtungen und Angebote der Bonner Suchtkrankenhilfe ein z.T. erheblicher Handlungsbedarf besteht. So gibt es bspw. keine einheitliche Dokumentation von steuerungsrelevanten KlientInnen- und Leistungsmerkmalen und es fehlen abgestimmte Standards für die Berichterstattung.

Vorgeschlagen wird deshalb, in einem ersten Schritt einen einheitlichen Katalog von klienten- und leistungsbezogenen Merkmalen mit den Trägern und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe abzustimmen und eine regelhafte Dokumentation der Daten zu implementieren. Zurückgegriffen werden kann dabei auf bundesweit abgestimmte Kataloge von Merkmalen (z.B. Deutscher Kerndatensatz). Darüber hinaus sollte durch das zuständige kommunale Amt ein Anforderungskatalog zur Berichterstattung vorgelegt werden, der sichert, dass regelhaft (mindestens) folgende Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmale einheitlich - und damit vergleichbar - berichtet werden:

- Personalstellen im Jahresmittel (unter Berücksichtigung von Beurlaubungen, Krankheit etc.)
- Mitarbeiterqualifikationen (Berufsgruppen, zusätzliche Qualifikationen)
- Qualifizierungsmaßnahmen (z.B. Fort- und Weiterbildung)
- Qualitätsmanagement und -entwicklung (eingesetzte Methoden und Verfahren)
- Leistungskennziffern und nutzerbezogene Ergebnisse
- relevante Entwicklungen der Nachfrage (z.B. Veränderungen von Klientenmerkmalen, Konsummustern).

In ein solches Monitoring sollten darüber hinaus auch relevante Daten angrenzender Bereiche (z.B. Polizei, Jugendgerichtshilfe) einbezogen werden. Hierzu ist es wichtig, dass entsprechende Absprachen über Fragestellungen bzw. das Erkenntnisinteresse zwischen den Beteiligten erfolgen.

Weiterentwicklung des Abstimmungsgremiums

In Bonn besteht mit dem „Arbeitskreis Nachsorge“ ein Gremium, in dem die wichtigsten Versorgungsbeteiligten vertreten sind. Hier werden grundsätzliche Fragen der (Weiter-)Entwicklung des Hilfesystems erörtert und beraten und neue Angebote vorgestellt und diskutiert. Vorgeschlagen wird, diesen Arbeitskreis in ein Abstimmungsgremium weiterzuentwickeln, in das - ggf. punktuell - auch andere Leistungsträger und -erbringer einbezogen werden sollten. Darüber hinaus sollte eine „Intensivierung und Strukturierung der problembezogenen Diskussion von quantitativen und qualitativen Zielperspektiven für die Weiterentwicklung der Versorgung und ihre Umsetzung in entsprechenden Empfehlungen und Standards“ (vgl. Groenemeyer & Wienberg, 1994, S.30) in einem solchen Gremium erfolgen.

5 Literatur

- Alte-Teigeler, (1999) A. Kommunale Angebote für suchtgefährdete Jugendliche - Eine Defizitanalyse auf der Basis von Experteninterviews. In: Freitag, M., Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter*. Weinheim: Juventa: 129-155.
- Bätz, B. (2003). Sucht und Migration. In: Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.). *Drogenkonferenz 2002*. Mainz: 120-128.
- Bornhäuser, A. (2001). *Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe. Bern: Hans Huber.
- Brederode, M. van (2003). Versorgung suchtkranker Minderjähriger im Rheinland. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), *Suchtmittelabhängige Jugendliche und Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Dokumentation des Kolloquiums am 11 Juni 2003 in den Rheinischen Kliniken Viersen.
- Bundeskriminalamt (2002). *Polizeiliche Kriminalstatistik der Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland*. Köln.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (ehemals Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren) (Hrsg.) (2001). *Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe* (Positionspapier 2001). Hamm: DHS.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2003). *Aktionsplan Tabak*. Hamm: DHS.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2003). *Aktionsplan Drogen und Sucht*. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Berlin.
- Graß, H., Farke, W. (2001). Die ärztliche Kompetenz ist dringend gefragt!, *Rheinisches Ärzteblatt* 6/2001, S. 18-20.
- Görgen, W. (2002a). (Früh-)Erkennung und Intervention im (Allgemein-)Krankenhaus im Rahmen von Kooperationsmodellen, *sucht aktuell*, 9. Jg., Nr. 2, S. 23-25
- Görgen, W. (2002b). *(Qualitäts-)Standards für Interventionen im Krankenhaus bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken*. Köln: FOGS GmbH.
- Görgen, W. & Hartmann, R. (2002). *Neue Wege in der Behandlung Suchtkranker in der frühen Sekundärprävention*. Geesthacht: Neuland Verlag.
- Görgen, W., Hartmann, R., Oliva, H. (2003). *Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten - FreD*. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.). Forschungsbericht 299, Sozialforschung. Bonn, 2003
- Groenemeyer, A. & Wienberg, G. (1994). *Konzeption für ein dynamisches Steuerungsinstrument im Bereich der Landesdrogen- und Alkoholpolitik*. Erstellt vom Institut für Kommunale Psychiatrie (ikp) im Auftrag des MAGS NRW. Manuskript. Bielefeld.
- Hüllinghorst, R. & Lehner, B. (1997). Sucht 97 - Umfang und Hilfen. In: DHS (Hrsg.). *Suchtkrankenhilfe in Deutschland, Geschichte, Strukturen, Perspektiven* (S. 87-115). Freiburg: Lambertus.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A. & Dilling, H. (1996). *Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit in der allgemeinmedizinischen*

- schen Versorgung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 71. Baden-Baden: Nomos.
- Kraus, L., Augustin, R. & Tschernich (2001). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Nordrhein-Westfalen*. München: Institut für Therapiefor- schung.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2001). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000*. München: Institut für Therapiefor- schung.
- Kraus, L., Augustin, R. & Töppich, J. (2003). Alkoholkonsumtrends bei Jugendlichen und Erwachsenen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg), *Jahrbuch Sucht 2003*. Geesthacht: Neuland: 118-132.
- Kraus, L., Heppekausen, K., Barrera, A. & Orth, B. (2004). *Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen*. Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. IFT-Berichte Bd. 141. München.
- KPK Bonn (2003). *Polizeiliche Kriminalstatistik*. Polizeipräsidium Bonn.
- Kremer, G., Dormann, S., Wienberg, G., Pörksen, N., Wessel, T. & Rüter, E. (1997). Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke. In: Engler, U., Schlanstedt, G. & Oliva, H.: *Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproble- men*. Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 106, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (Hrsg.) (2003). *Frühintervention bei erst- auffälligen Drogenkonsumenten - FreD*. Handbuch/Manual. Münster: Landschafts- verband Westfalen-Lippe.
- Oliva, H., Görge, W., Schlanstedt, G., Schu, M. & Sommer, L. (2001). *Vernetzung, Pla- nung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke* (Schriftenreihe des Bundesmi- nisteriums für Gesundheit Band 135). Baden-Baden: Nomos.
- Oliva, H., Tossman, P., Baumeister, S., Görge, W. & Hartmann, R. (2003). *Drogen- konsum im Freistaat Sachsen. Untersuchung ausgewählter Konsumentengruppen und Hilfeinrichtungen*. Abschlussbericht. Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend und Familie.
- Schäfer, N. (2002). Jugend- und Drogenberatungsstelle als integriertes Modell. In: Land- schaftsverband Rheinland (Hrsg.). *Sucht im Jugendalter*. Dokumentation der Fach- tagung am 30. April 2002. Köln: Landschaftsverband Rheinland.
- Schmidt, B. (1998). *Suchtprävention bei konsumierenden Jugendlichen*. Sekundärpräven- tive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit. Weinheim: Juventa.
- Sydow, K. von, Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., & Wittchen, H.-U. (2002). Use, abuse and dependence of ecstasy and related drugs in adolescents and young adults - a transient phenomenon? Results from a longitudinal community study. *Drugs and Alcohol Dependence* 66, 147-159.
- Tossman, P: (2004) Konsum von Cannabis, Ecstasy und Amphetaminen: Gibt es einen suchtspezifischen Hilfebedarf?, *Sucht*, 50 (3), 164-171.

Wienberg, G. (Hrsg.). (1992). *Die vergessene Mehrheit - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen*. Bonn: Psychiatrieverlag.

Anhang

Tab. 15: GesprächspartnerInnen der Expertengespräche

Personen	Institution
Herr Dietrich Herr Papenkort Herr Sebastian Herr Speckenheuer	Polizeipräsidium, Bonn
Herr Dr. Banger	Rheinische Kliniken, Bonn LVR
Frau Donike Herr Hübner Frau Prochnow Herr Pawelka	Suchtberatung und Fachstelle für Suchtvorbeugung Diakonisches Werk
Herr Hermanns Frau Bertram-Maier Herr Thesing Herr Tempel	Amt für Kinder, Jugend und Familie
Frau Nägele	Ev. Jugendhilfezentrum Godes- heim
Frau Gasio	Heimstatt e.V. Bonn, Jugendge- meinschaftswerk (JGW)
Herr Binsdorf Herr Magedina-Schindane	Arbeiterwohlfahrt „Der Sommer- berg“ (Kooperationsprojekt Straßensozi- alarbeit)
Herr Rzepka Frau Horst Herr Passmann	Amt für Soziales und Wohnen Referat für Multikulturelles
Herr Dr. Junglas	Rheinische Kliniken Klinik für Kinder, Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Herr Schaefer Frau Scheurer Frau Spitzlei	Caritas Verband Bonn Suchtberatungsstelle
Herr Assenmacher Frau Ender Herr Mirbach Frau Weyres-Kemhadijan	Amt für Kinder, Jugend und Familie Jugendgerichtshilfe Familien- und Erziehungshilfe Erziehungsbeistandschaften
Herr Bitzer	PAUKE GmbH
Frau Schubert	Schulamt (Gespräch nicht erfolgt)