Nutzendenverhalten von Substituierten im Drogenkonsumraum Essen

Veränderte rechtliche Rahmenbedingungen in der Suchthilfearbeit mit substituierten Personen im Drogenkonsumraum Essen

SUCHTHILFE DIREKT
Essen gGmbH

Abschlussbericht der Untersuchung „Nutzendenverhalten von Substituierten im Drogenkonsumraum Essen“. Suchthilfe direkt Essen gGmbH, 2018

Die Untersuchung wurde vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen vom 01.12.2017 bis 31.05.2018 gefördert.

Herausgeber

Suchthilfe direkt Essen gGmbH
Hoffnungstr. 24
45127 Essen
Internet: www.suchthilfe-direkt.de
E-Mail: willkommen@suchthilfe-direkt.de

Autor/innen

Ute Przyklenk, Philipp Weritz

Projetleitung

Oliver Balgar, Monika Giesler

Inhalt

I. Abkürzungsverzeichnis 6

II. Abbildungsverzeichnis 7

III. Tabellenverzeichnis 9

1. Ausgangslage 10

2. Untersuchungsgegenstand 10

2.1. Ziele der Untersuchung 11

2.2. Indikatoren 11

2.3. Untersuchungsgruppen 12

2.4. Methodik 12

2.4.1. Fragebögen 12

2.4.2. Datenbankanalyse 13

2.4.3.Rahmenbedingungen 13

3. Auswertungen 14

3.1. Beschreibungen der Personenkreise 14

3.1.1. Biographiedaten 14

3.1.1.1. Alters- und Geschlechterverteilung, Migrationsanteil 15

3.1.1.2. Familienstand und Partnerschaft 18

3.1.1.3. Kinder 20

3.1.1.4. Wohnsituation 20

3.1.1.5. Beschäftigung 22

3.1.1.6. Einkommen 24

3.1.1.7. Verschuldung 25

3.1.1.8. Justizielle Situation 26

3.1.2. Abhängigkeit und Behandlungen der Abhängigkeit 30

3.1.2.1. Altersverteilung Erstkonsum Heroin 30

3.1.2.2. Entwicklung der Abhängigkeit 32

3.1.2.3. Vorbehandlungen 33

3.1.2.3.1. Anzahl angetretener Entzugsbehandlungen 33

3.1.2.3.2. Anzahl angetretener Entwöhnungsbehandlungen _____ 34
3.1.3. Substitution und konkomitanter Konsum _____ 37
3.1.3.1. Alter der erstmaligen Substitutionsbehandlung _____ 37
3.1.3.2. Applikationsform vor Substitution _____ 38
3.1.3.3. Gründe für die Substitutionsbehandlung _____ 39
3.1.3.4. Dauer der Substitutionsbehandlung _____ 41
3.1.3.5. Anzahl/ Unterbrechungen der Substitutionsbehandlungen _____ 41
3.1.3.6. Gründe für Unterbrechungen der Substitutionsbehandlung _____ 42
3.1.3.7. Substitutionsbehandlung während und nach Haft _____ 44
3.1.3.8. Substitute _____ 45
3.1.3.9. Dosierung des Substituts, Mitgaben und Urinkontrollen _____ 46
3.1.3.10. Konkomitanter Konsum _____ 47
3.1.4. Konsum (Frequenzen und Substanzen) _____ 49
3.1.4.1. Alkohol _____ 50
3.1.4.2. THC _____ 51
3.1.4.3. Benzodiazepine _____ 52
3.1.4.4. Sonstige Medikamente _____ 53
3.1.4.5. Heroin _____ 54
3.1.4.6. Kokain _____ 55
3.1.4.7. Ecstasy, LSD, Lyrica, Chrystal und Amphetamine _____ 56
3.1.4.8. Gründe für den konkomitanten Konsum _____ 57
3.1.5. Begleiterkrankungen _____ 61
3.1.5.1. Hepatitis und HIV _____ 61
3.1.5.2. Psychische Erkrankungen _____ 66
3.1.6. Psychosoziale Beratung und Anbindung ans Hilfesystem _____ 70
3.1.6.1. Inanspruchnahmeverhalten der Beratung _____ 70
3.1.6.2. Beratungsinhalte _____ 72
3.1.6.3. Formen weiterer Unterstützung _____ 73
3.1.6.4. Informations- und Weitervermittlung _____ 75
3.2. Inanspruchnahmeverhalten des Drogenkonsumraums und Unterschiede _____ 79

3.2.1. Ergebnisse Befragung 79
3.2.1.1. Frequenz der Inanspruchnahme des Drogenkonsumraums 79
3.2.1.2. Substanzen bei Inanspruchnahme des Drogenkonsumraums 80
3.2.1.3. Applikationsformen im Drogenkonsumraum 83
3.2.1.4. Applikationsform außerhalb des Drogenkonsumraums 84
3.2.1.4.1. Substituierte Personen, die den Drogenkonsumraum nutzen 85
3.2.1.4.2. Nicht substituierte DKR Nutzende 85
3.2.1.4.3. Substituierte, die den Drogenkonsumraum nicht nutzen 86
3.2.1.5. Unterschiede im Konsumverhalten 87
3.2.2. Datenbankauswertung 89
3.2.2.1. Personenkreis 90
3.2.2.2. Substanzen 92
3.2.2.3. Applikationsform 93
3.2.2.4. Leistungen 94
3.2.2.5. Vermittlungen 95
3.2.2.6. Besondere Vorkommnisse 97
3.2.2.6.1. Drogennotfälle 97
3.2.2.6.1.1. Kenntnisstand Erste Hilfe 99
3.3. Zufriedenheit und Anregungen 102
3.3.1. Gründe für die Nutzung des Drogenkonsumraums 102
3.3.2. Verbesserungsvorschläge 104
4. Ergebnisbewertung 106
IV. Literaturverzeichnis 110
V. Anhang 111

I. Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ALG I	Arbeitslosengeld I
ALG II	Arbeitslosengeld II
AST	Ambulante Sozialtherapie
DKR	Drogenkonsumraum
etc.	et cetera
HCV	Hepatitis-C-Virus
HEP	Hepatitis
HiV	Humane Immundefizienz-Virus
JVA	Justizvollzugsanstalt
LSD	Lysergsäurediethylamid
LVR	Landschaftsverband Rheinland
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
mg	Milligramm
PSB	Psychosoziale Betreuung
SGB II	Zweites Sozialgesetzbuch
SGB III	Drittes Sozialgesetzbuch
SGB XII	Zwölftes Sozialgesetzbuch
THC	Tetrahydrocannabiol
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche

II. Abbildungsverzeichnis

Diagramm Nr.

1 Geschlechterverteilung und Migration – u1……15
2 Alters- und Geschlechterverteilung – u1……15
3 Geschlechterverteilung und Migration – u2……16
4 Alters- und Geschlechterverteilung – u2……16
5 Geschlechterverteilung und Migration – u3……17
6 Alters- und Geschlechterverteilung – u3 ……17
7 Lebenssituation – u1……18
8 Geschlechterverteilung Lebenssituation – u1……18
9 Lebenssituation – u2……19
10 Lebenssituation – u3……19
11 Kinder……20
12 Wohnsituation – u1……21
13 Geschlechterverteilung Wohnsituation – u1……21
14 Wohnsituation – u3……22
15 Wohnsituation – u2……22
16 Beschäftigung – u1……23
17 Beschäftigung – u3……23
18 Beschäftigung – u2 ……23
19 Einkommen – u1……24
20 Einkommen – u2……25
21 Einkommen - u3……25
22 Verschuldung – u1……26
23 Justizielle Situation – u1……26
24 Justizielle Situation – u2……27
25 Justizielle Situation – u3……27
26 Altersverteilung Erstkonsum Heroin – u1……30
27 Geschlechterverteilung Altersverteilung Erstkonsum Heroin – u1……31
28 Altersverteilung Erstkonsum Heroin – u2……31
29 Altersverteilung Erstkonsum Heroin – u3……32
30 Entwicklung Abhängigkeit……32
31 Anzahl angetretener Entzugsbehandlungen ……33
32 Anzahl angetretener Entwöhnungsbehandlungen ……34
33 Alter erstmalige Substitution – u1……37
34 Alter erstmalige Substitution – u2……38
35 Applikationsform vor Substitution – u1……39
36 Applikationsform vor Substitution – u2……39
37 Gründe für Substitutionsbeginn……40
38 Geschlechterverteilung – Gründe für Substitutionsbeginn – u1……40
39 Anzahl Unterbrechungen – u1……42
40 Gründe für Unterbrechung der Behandlung - u1……43
41 Geschlechterverteilung Gründe für Unterbrechung der Behandlung – u1…43
42 Substitution während und nach Haft- u1……44
43 Geschlechterverteilung Substitution während und nach Haft – u1……45
44 Substitute – u1……46
45 Konkomitant konsumierte Substanzen – u1……47

46 Geschlechterverteilung konkomitant konsumierte Substanzen.....48
47 Konkomitant konsumierte Substanzen – u2.....49
48 Konsumfrequenz Alkohol – u1.....50
49 Konsumfrequenz Alkohol – u2.....50
50 Konsumfrequenz THC – u1.....51
51 Konsumfrequenz THC – u2.....51
52 Konsumfrequenz Benzodiazepine – u1.....52
53 Konsumfrequenz Benzodiazepine – u2 52
54 Konsumfrequenz sonstige Medikamente – u1.....53
55 Konsumfrequenz sonstige Medikamente – u2.....53
56 Konsumfrequenz Heroin – u1.....54
57 Konsumfrequenz Heroin – u2.....54
58 Konsumfrequenz Kokain – u1.....55
59 Konsumfrequenz Kokain – u2.....55
60 Gründe für den konkomitanten Konsum – u1.....57
61 Geschlechterverteilung Gründe für den konkomitanten Konsum – u1.....58
62 Gründe für den konkomitanten Konsum – u2.....58
63 Infektionsstatus – u1.....61
64 Infektionsstatus – u2.....62
65 Infektionsstatus – u3.....62
66 Hepatitis C-Behandlung – u1.....63
67 Hepatitis C-Behandlung – u2.....63
68 Hepatitis C-Behandlung – u3.....64
69 HiV-Behandlung – u1.....65
70 HiV-Behandlung – u2.....65
71 Psychiatrische Diagnosen – u1.....66
72 Psychiatrische Diagnosen – u2.....67
73 Psychiatrische Diagnosen – u3.....67
74 Inanspruchnahme der Beratung – u1.....71
75 Inanspruchnahme der Beratung – u2.....72
76 Beratungsinhalte – u1.....72
77 Beratungsinhalte – u2.....73
78 Formen weiterer Unterstützung – u1.....74
79 Geschlechterverteilung Formen weiterer Unterstützung – u1.....74
80 Formen weiterer Unterstützung – u2.....75
81 Informations- und Weitervermittlung – u1.....76
82 Informations- und Weitervermittlung – u2 76
83 Frequenz der Inanspruchnahme des Drogenkonsumraums – u1.....78
84 Frequenz der Inanspruchnahme des Drogenkonsumraums – u3.....79
85 Konsumorte des konkomitanten Heroinkonsums –u1.....80
86 Konsumorte des konkomitanten Kokainkonsums – u1.....80
87 Konsumorte außerhalb des DKR – u1.....81
88 Geschlechterverteilung Konsumorte außerhalb des DKR – u1.....81
89 Konsumorte außerhalb des DKR – u3.....81
90 Applikationsform Heroin im Drogenkonsumraum – u1.....82
91 Geschlechterverteilung Applikationsform Heroin in DKR – u1.....82
92 Applikationsform Kokain im DKR – u1.....83
93 Geschlechterverteilung Applikationsform Kokain im DKR – u1.....83
94 Applikationsform Heroin im Drogenkonsumraum – u3.....83
95 Applikationsform Kokain im Drogenkonsumraum – u3.....83

96 Applikationsform Heroin außerhalb des Drogenkonsumraums – u1……84
97 Applikationsform Kokain außerhalb des Drogenkonsumraums – u1……84
98 Applikationsform Heroin außerhalb des Drogenkonsumraums – u3……85
99 Applikationsform Kokain außerhalb des Drogenkonsumraums – u3……85
100 Applikationsform Heroin – u2……85
101 Applikationsform Kokain – u2……85
102 Anzahl Personen, Migration, bis 25 – DKR-Nutzende gesamt……89
103 Anzahl Personen, Migration, bis 25 – substituierte DKR-Nutzende……90
104 Anzahl Personen, Migration, bis 25 – nicht substituierte DKR-Nutzende……..90
105 Konsumierte Substanzen……..91
106 Geschlechterverteilung konsumierte Substanzen……92
107 Applikationsform ……..92
108 Geschlechterverteilung Applikationsform……...93
109 Leistungen……..94
110 Geschlechterverteilung Leistungen ……..94
111 Vermittlungen……..95
112 Geschlechterverteilung Vermittlungen……95
113 Besondere Vorkommnisse……96
114 Altersstruktur Drogennotfälle……97
115 Geschlechterverteilung Drogennotfälle ……98
116 Erste Hilfe Maßnahmen – u1……99
117 Gründe für die Nutzung des Drogenkonsumraums – u1……103
118 Gründe für die Nutzung des Drogenkonsumraums – u3……103

III. Tabellenverzeichnis

1 Konsumfrequenz und Applikationsform des konkomianten Konsums der Substanzen Ecstasy, Lyrica, Chrystal, Amphetamine und LSD – u1 und u2 54

1. Ausgangslage

Drogenkonsumräume haben sich als niedrigschwellige, in das Suchthilfesystem integrierte Angebote zur Gesundheits- und Überlebenshilfe bewährt.

Ende 2015 trat eine Änderung der seit dem Jahr 2000 bestehenden Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen in NRW in Kraft. Neben der Entfristung der Verordnung sowie der Umsetzung einer gendergerechten Sprache wurden einige fachlich-inhaltliche Anpassungen vorgenommen, damit den mit dem Drogenkonsum verbundenen gesundheitlichen Risiken noch gezielter entgegengewirkt werden kann. Hierzu gehören u.a. die Erweiterung der zugelassenen und im Vergleich zur intravenösen Drogenapplikation risikoärmeren Konsumarten um den nasalen Konsum sowie der zugelassenen Konsumstoffe um die bei Drogenabhängigen weit verbreiteten Benzodiazepine.

Eine wesentliche Änderung betrifft die Erweiterung des Nutzerkreises um erkennbar Substituierte, die nicht mehr generell von der Nutzung des Drogenkonsumraums ausgeschlossen werden. Es ist wissenschaftlich belegt, dass der Verzicht auf den zusätzlichen Konsum von Betäubungsmitteln krankheitsbedingt häufig nicht sofort gelingt und die Betroffenen durch dieses Konsumverhalten gesundheitlich besonders gefährdet sind. Durch eine auf den Einzelfall bezogene gezielte Beratung und Unterstützung der Drogenkonsumierenden soll darauf hingewirkt werden, dass die Nutzung des Drogenkonsumraums in das jeweilige therapeutische Gesamtkonzept zur Substitutionsbehandlung einbezogen wird.

Damit wird auch den für die Substitutionsbehandlung maßgeblichen Richtlinien der Bundesärztekammer Rechnung getragen, wonach ein zusätzlicher Drogenkonsum als Merkmal der Abhängigkeitserkrankungen nicht zwangsläufig zu einem Abbruch der Substitutionsbehandlung führen muss. Zugleich wird die Rechtssicherheit der Mitarbeitenden im Drogenkonsumraum verbessert, die sich durch das Verbot der Nutzung des Angebotes durch Substituierte regelmäßig dem Vorwurf ausgesetzt sahen, sie hätten bei sorgfältiger Prüfung diesen Ausschlussgrund für die Nutzung des Drogenkonsumraums erkennen können.[1]

2. Untersuchungsgegenstand

Vor diesem Hintergrund hat die Suchthilfe direkt Essen gGmbH vom 01.12.2017 bis 31.05.2018 eine Untersuchung durchgeführt.

Die sich aus dem konkomitanten Konsum ergebenden medizinischen als auch sozialen Besonderheiten sind in den Konzepten der Drogenkonsumräume nicht durchweg mit speziellen Angeboten für diese Zielgruppe berücksichtigt. Ferner gilt es Erkenntnisse zu gewinnen, die eine

[1] http://www.landesstellesucht-nrw.de/neues/items/aenderung-der-drogenkonsumraum-verordnung.html abgerufen am 31.05.2018

Einbeziehung der Inanspruchnahme der Drogenkonsumräume in das therapeutische Gesamtkonzept der Substitutionsbehandlung ermöglichen und eine Grundlage für den fachlichen Austausch schaffen. Gleichzeitig sollen Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der Konzepte von Drogenkonsumräumen herausgearbeitet werden.

2.1. Ziele der Untersuchung

Folgende Ziele wurden vorab formuliert:

1. Erkenntnisse sind gewonnen, die es ermöglichen, die Inanspruchnahme der Drogenkonsumräume in das jeweilige therapeutische Gesamtkonzept der Substitutionsbehandlung einzubeziehen und als Grundlage für einen fachlichen Austausch dienen.
2. Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der Konzepte der Drogenkonsumräume sind herausgearbeitet.

2.2. Indikatoren

Für die benannten Ziele wurden folgende Indikatoren erhoben, die eine Beurteilung des Erreichungsgrades ermöglichen.

i. Der Personenkreis ist quantitativ erfasst und beschrieben.
   a. Die Profile (Anamnesedaten) der Personenkreise sind erfasst.
   b. Der Abhängigkeitsverlauf der Personenkreise ist erhoben.
   c. Die Behandlungshistorie der Substitution des Personenkreises ist erhoben.
   d. Substitut und Dosis sind erfasst.
   e. Der konkomitante Konsum der Personenkreise ist erhoben.
   f. Begleiterkrankungen sind erfasst.
   g. Die justizielle Situation des Personenkreises ist erfasst.
   h. Die Anbindung ans Hilfesystem ist erfasst.
   i. Unterschiede sind dargestellt.

ii. Das Inanspruchnahmeverhalten ist erfasst, beschrieben und etwaige Unterschiede sind erhoben und ausgewertet.
   a. Die Frequenz der Inanspruchnahme des Drogenkonsumraums ist erhoben.
   b. Die konsumierten Substanzen bei Inanspruchnahme sind erhoben.
   c. Die Applikationsformen des Konsums sind erfasst.
   d. Die Gründe für die Nutzung des Drogenkonsumraums sind erhoben
   e. Unterschiede des Konsums innerhalb und außerhalb des Drogenkonsumraums sind erfasst.
   f. Unterschiede der Untersuchungsgruppen in der Inanspruchnahme sind erhoben.

iii. Leistungen der Einrichtung sind ausgewertet und Unterschiede sind dargestellt.

iv. Besondere Vorkommnisse sind ausgewertet und Unterschiede sind dargestellt.
   a. Besondere Vorkommnisse sind definiert.
   b. Die besonderen Vorkommnisse sind ausgewertet.
   c. Mögliche Unterschiede sind dargestellt.

v. Zufriedenheit und Anregungen der Nutzenden sind erhoben und ausgewertet.
   a. Verbesserungsvorschläge sind ausgewertet.

vi. Kenntnisse über Erste Hilfe Maßnahmen für den Drogennotfall sind erfasst

2.3. Untersuchungsgruppen

Um Aussagen über etwaige Unterschiede treffen zu können, wurden insgesamt 200 Personen befragt und diese in 3 unterschiedliche Gruppen aufgeteilt. Um die Lesbarkeit im weiteren Verlauf der Untersuchung nicht zu beeinträchtigen, werden die benannten Untersuchungsgruppen mit folgenden Abkürzungen versehen:

Gruppe u1: „substituierte Personen, die den Drogenkonsumraum nutzen“ (n=100)

Gruppe u2: „substituierte Personen, die den Drogenkonsumraum nicht nutzen“ (n=50)

Gruppe u3: „nicht substituierte Personen, die den Drogenkonsumraum nutzen“ (n=50)

2.4. Methodik

Die Studie wurde mittels Fragebogen-Befragungen und einer Datenbankanalyse durchgeführt.

2.4.1. Fragebögen

Es wurden zwei verschiedene Fragebögen entwickelt. Die Fragebögen stellten neben der Datenbankanalyse das zentrale Erhebungsinstrument dar. Die Fragebögen wurden so konzipiert, dass die festgelegten Indikatoren erfasst werden konnten. Sie beinhalten sowohl geschlossene, als auch

offene Fragestellungen. Neben personenbezogenen Angaben deckte der Fragebogen Themenfelder der Abhängigkeit, Substitutionsbehandlungen, Konsummuster, des Inanspruchnahmeverhaltens von Beratung und Behandlung, Begleiterkrankungen, Drogennotfällen und den Kenntnisstand von Erste Hilfe-Maßnahmen ab. Die Fragebögen wurden in Interviewform mit der Klientel, der jeweiligen Gruppe zugehörig, bearbeitet, um falsche Angaben durch mögliche Missverständnisse zu minimieren. Jedem Fragebogen waren darüber hinaus Interviewhinweise anhängig, die Begrifflichkeiten innerhalb des Fragebogens verdeutlichen und definieren sollten. Die Fragebögen und die Interviewhinweise sind der Untersuchung angehängt.

2.4.2. Datenbankanalyse

Die Softwareanwendung, die eigens für die Nutzung im Drogenkonsumraum der Suchthilfe direkt Essen gGmbH entwickelt wurde, erfasst Daten der Klientel und archiviert diese, so dass Auswertungen zur Berichterstattung (u.a. für die Landessuchthilfestatistik NRW) erfolgen können. Zur Person werden Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Migration sowie der Substitutionsstatus erfasst. Jeder Konsumvorgang wird mit Substanz und Applikationsform festgehalten.

Besondere Vorkommnisse, Drogennotfälle und die Leistungen werden ebenfalls personenbezogen dokumentiert. Inhaltlich ist als „besonderes Vorkommnis“ ein Item der Kategorien Versuchter Drogenhandel, Gewalt gegen Personen, Gewalt gegen Sachen, Szenebildung vor der Einrichtung, Störung der öffentlichen Ordnung im Umfeld der Einrichtung, Diebstahl, Drogennotfälle im Umfeld der Einrichtung, Verstoß gegen die Nutzungsordnung und Sonstiges auswählbar. Zu einem Drogennotfall werden neben der Altersgruppe und der Substanz auch der Zustand (Herz-/Kreislauf-/Atemstillstand, Krampfanfall, psychiatrische Krise, Atemdepression, Sonstiges) und Maßnahmen (Erste Hilfe, atmungsunterstützende Maßnahmen, Herz-Lungen-Wiederbelebung durch das Personal der Einrichtung, Rettungsdienst/Notarzt, Transport ins Krankenhaus, Sonstiges) erhoben. Aus den Gesamtdaten kann ein dynamischer Report angefordert werden. Dieser wird zur Auswertung genutzt.

2.4.3. Rahmenbedingungen

Kontaktaufnahme zu den Personengruppen fand sowohl im Drogenkonsumraum, sowie in der Substitutionsambulanz als auch im Tagesaufenthalt der Suchthilfe direkt Essen gGmbH statt. Als Anreiz, an der Befragung teilzunehmen, wurde den einzelnen Befragten Personen eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 7€ gezahlt. Die Personen, die befragt wurden, halten sich zwischen „täglich“ und bis zu „einmal im Quartal“ bei der Suchthilfe direkt Essen gGmbH auf. Daher bildet die Auswahl der Vergleichsgruppe der substituierten Personen, die den Drogenkonsumraum nicht nutzen, keinen Gesamtquerschnitt dieses Personenkreises. Personen, die sich bei

niedergelassenen Ärzten in Substitutionsbehandlung befinden und das Hilfezentrum nicht in Anspruch nehmen, konnten bei der vorliegenden Erhebung nicht berücksichtigt werden.

Die Befragung wurde von unterschiedlichen Projektmitarbeitenden der Suchthilfe direkt Essen gGmbH vom 16.02.2018 bis zum 08.04.2018 durchgeführt. Für die Mitarbeitenden wurden zur Operationalisierung Interviewhinweise erstellt. Der Zeitraum erstreckte sich bewusst über zwei Monatswechsel, um die festgelegte Summe der Fragebögen und damit ausreichend und unterschiedliche Substituierte zu erreichen.

3. Auswertungen

Im Folgenden werden die ausgewerteten Daten der Fragebögen sowie die Daten der Datenbankanalyse beschrieben, analysiert und in Verbindung gesetzt. Die Auswertung und Analyse werden in zwei zentrale Themenkomplexe geclustert, die jeweils detaillierte Unterpunkte enthalten. Den ersten Themenkomplex bildet hierbei die „Beschreibung der Personenkreise“ (3.1). Dieser Themenkomplex beinhaltet Biografiedaten, die Abhängigkeit und die Behandlung, die Substitution und den konkomitanten Konsum, Begleiterkrankungen, die psychosoziale Beratung und die Anbindung an das Hilfesystem. Neben der Darstellung der Ergebnisse erfolgt zu jedem Abschnitt ein Vergleich der Gruppen u1 bis u3. Sofern Unterschiede deutlich werden, werden diese ebenfalls erläutert.

Der zweite Themenkomplex befasst sich mit der „Inanspruchnahme des Drogenkonsumraumes und der Unterschiede in der Nutzung“ (3.2). Im Detail werden Ergebnisse der Befragung zu Frequenzen, zur Applikationsform und zu konsumierten Substanzen dargestellt und Unterschiede der Gruppen herausgestellt. Ergänzt wird diese Darstellung durch die Auswertung der Daten der Datenbank des Drogenkonsumraums.

Vor dem Hintergrund, dass in einer fachlichen Diskussion der Konzepte von Drogenkonsumräumen Gender-Aspekte Berücksichtigung finden sollten, werden in Gruppe u1 die Ergebnisse der Geschlechter verglichen und im Folgenden in den einzelnen Kapiteln dargestellt, sofern sich signifikante Unterschiede feststellen lassen.

3.1. Beschreibungen der Personenkreise

3.1.1. Biographiedaten

Im ersten Teil der Auswertung wird der Personenkreis beschrieben (Alter, Geschlechterverteilung, Migrationsanteil, Wohn- und Lebenssituation, Beschäftigtenstatus, Lebensunterhalt, Verschuldungssituation und justizielle Situation).

3.1.1.1. Alters- und Geschlechterverteilung, Migrationsanteil

In Gruppe u1 sind 84 % männlich und 16 % weiblich. 1% der Männer (n=84) ist unter 25 Jahre alt, 12% der Männer sind im Alter zwischen 26 und 35 Jahren. Mit 40% ist die Altersgruppe der 46- bis 55-jährigen Männer am stärksten vertreten, unwesentlich kleiner ist die Altersgruppe der 36- bis 45-Jährigen mit 40%. Über 55 Jahre sind 5%. Der Migrationsanteil der Männer liegt bei 12% (vgl. Diagramme 1 und 2).

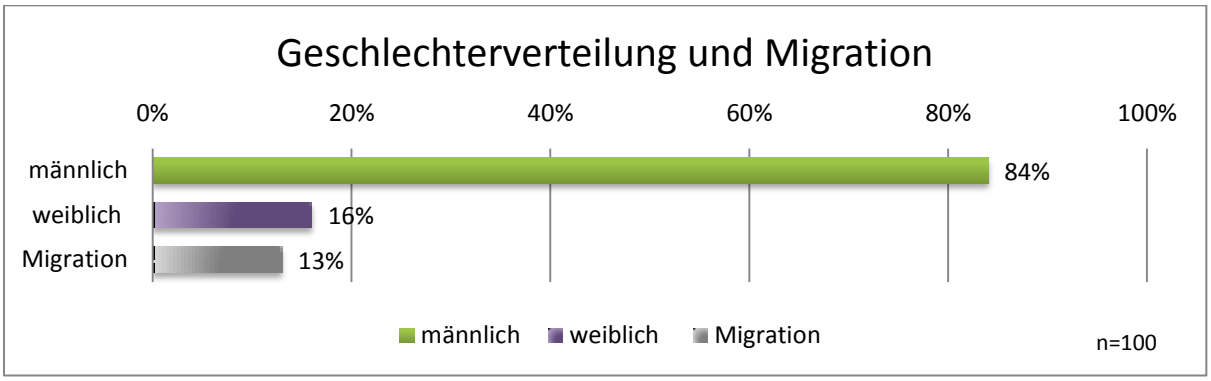

Diagramm 1 – u1

Von den 16% weiblichen Personen sind keine unter 25 Jahren alt, 31% der Frauen befinden sich im Alter zwischen 26 und 35 Jahren. Unter den Frauen bildeten die 36- bis 45-Jährigen die stärkste Altersgruppe mit 44%. 19% sind zwischen 46 und 55 Jahren, 6% über 55. Der Migrationsanteil der Frauen liegt bei 19% (vgl. Diagramme 1 und 2).

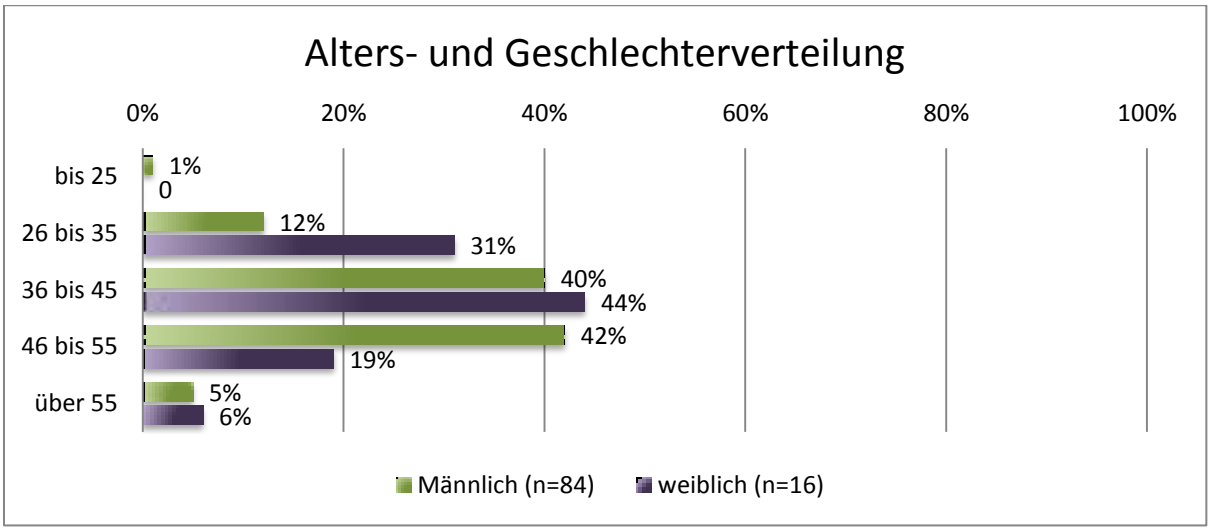

Diagramm 2 – u1

Für Gruppe u2 wurde ein männlicher Anteil von 70% und ein weiblicher Anteil von 30% erfasst. 37% der Männer (n=35) sind im Alter zwischen 36 und 45 Jahren, 45% sind im Alter zwischen 46 und 55 Jahren. 14% sind über 55 und 3% sind im Alter zwischen 26 und 35 Jahren. Der Migrationsanteil der Männer liegt bei dieser Personengruppe bei 17% (vgl. Diagramme 3 und 4).

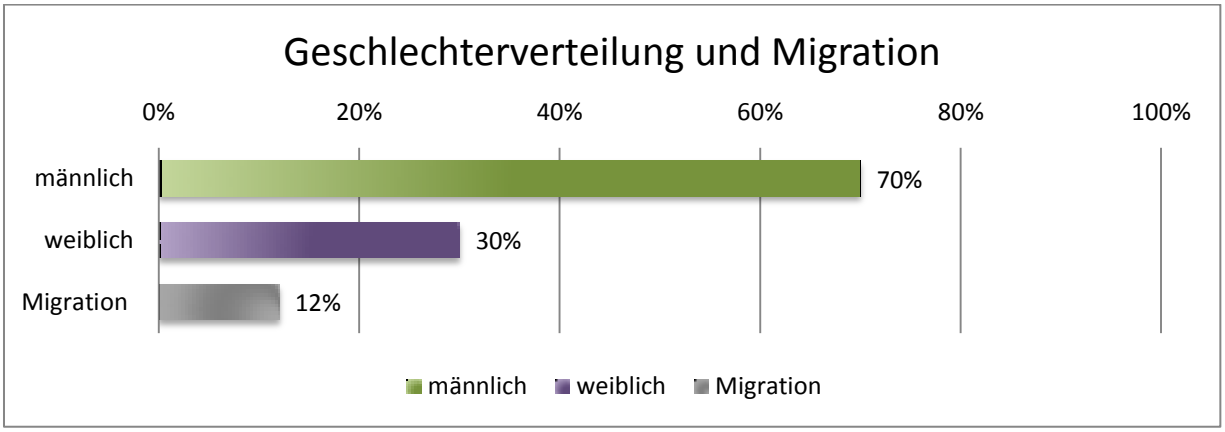

Diagramm 3 – u2

15% der weiblichen substituierten Frauen (n=15) sind im Alter zwischen 26 und 55 Jahren. 27 % sind zwischen 26 und 35 Jahre alt. 33% der Frauen sind zwischen 36 und 45 Jahren und 40 % sind zwischen 46 und 55 Jahren. Von den weiblichen Befragten dieser Gruppe liegt bei keiner ein Migrationshintergrund vor. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen sind in der Altersgruppe 46 bis 55 Jahren die meisten Personen vertreten (vgl. Diagramm 4).

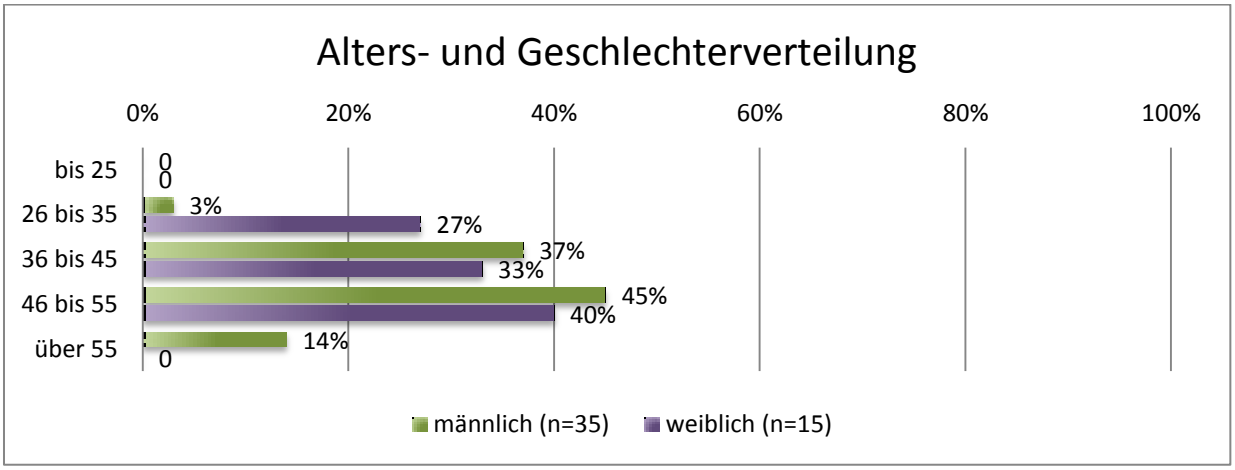

Diagramm 4 – u2

Die Gruppe u3 teilt sich in 88% männliche und 12% weibliche Drogenkonsumierende (n=50). Von den Männern (n=44) sind 41 % im Alter zwischen 36 und 45 Jahren. 25% sind zwischen 46 und 55 Jahren. Minimal kleiner mit 23% ist die Altersgruppe zwischen 26 und 35 Jahren. 7 % sind unter 25 Jahre und 5% sind über 55 Jahre alt. Der Migrationsanteil der Männer lag bei 16% (vgl. Diagramme 5 und 6).

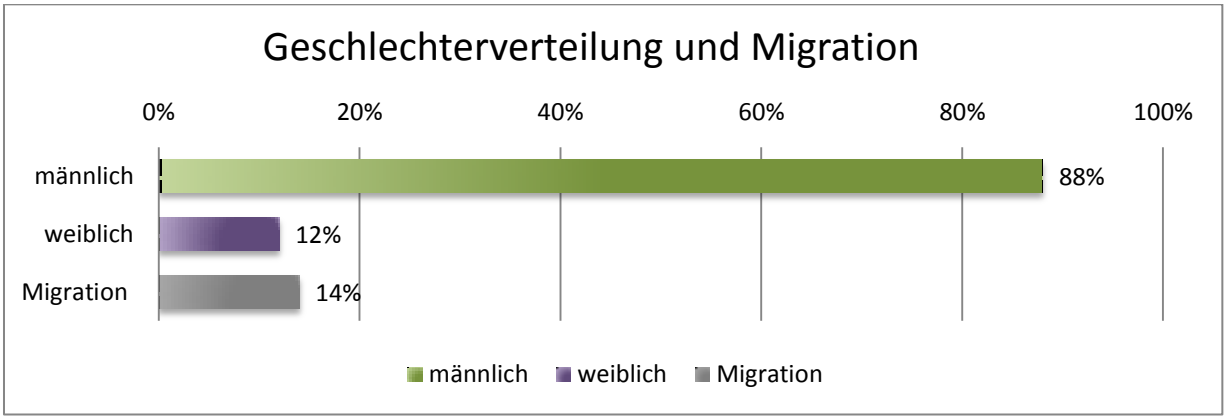

Diagramm 5 – u3

Unter den weiblichen Befragten (n=6) der Gruppe u3 sind 40% sowohl im Alter von 26 bis 35 Jahren als auch 40% im Alter zwischen 36 und 45 Jahren. Jeweils 10% sind zwischen 46 und 55 Jahren alt oder über 55 Jahren. Von den befragten Frauen dieser Gruppe hat keine einen Migrationshintergrund (vgl. Diagramme 5 und 6).

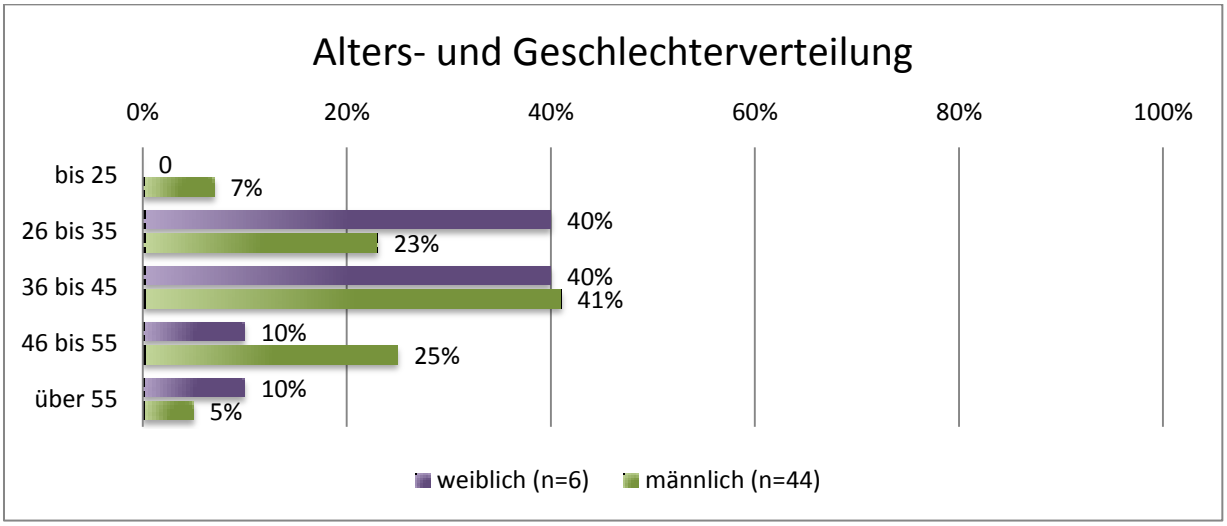

Diagramm 6 – u3

Es ist auffällig, dass beim Vergleich der Gruppen u1 und u2 von 150 befragten Personen nur ein Mann unter 25 Jahre alt ist. Auch die Altersgruppe der 26- bis 35-Jährigen ist mit jeweils 10% und 15% vergleichsweise gering. Der Vergleich aller drei Befragtengruppen lässt feststellen, dass die Altersgruppe der 46- bis 55-Jährigen und auch der Anteil der über 55-Jährigen in Gruppe u3 am größten ist. Die Erkenntnis deckt sich mit der bundesweiten Tendenz, dass Opioidabhängige immer älter werden[2].

3.1.1.2. Familienstand und Partnerschaft

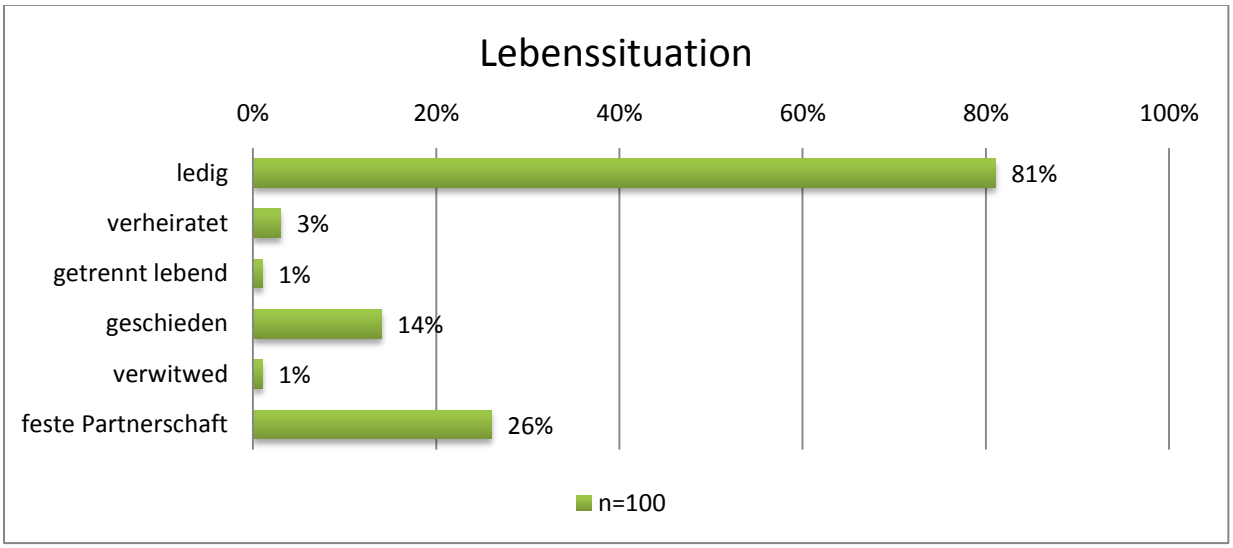

Diagramm 7 – u1

Neben der Abfrage des Familienstandes wurde ebenfalls erhoben, ob sich die Befragten in einer festen Partnerschaft befinden. In allen drei Untersuchungsgruppen sind keine bedeutsamen Unterschiede festzustellen. Von 200 Befragten sind81% ledig, 4% sind verheiratet, getrennt leben weniger als 1%. 11% sind geschieden und 3% verwitwet. 33% aller Befragten geben an, dass sie eine feste Partnerschaft führen (vgl. Diagramme 7 - 10).

[2] www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/EDR-2017_DE.pdf abgerufen am 31.05.2018

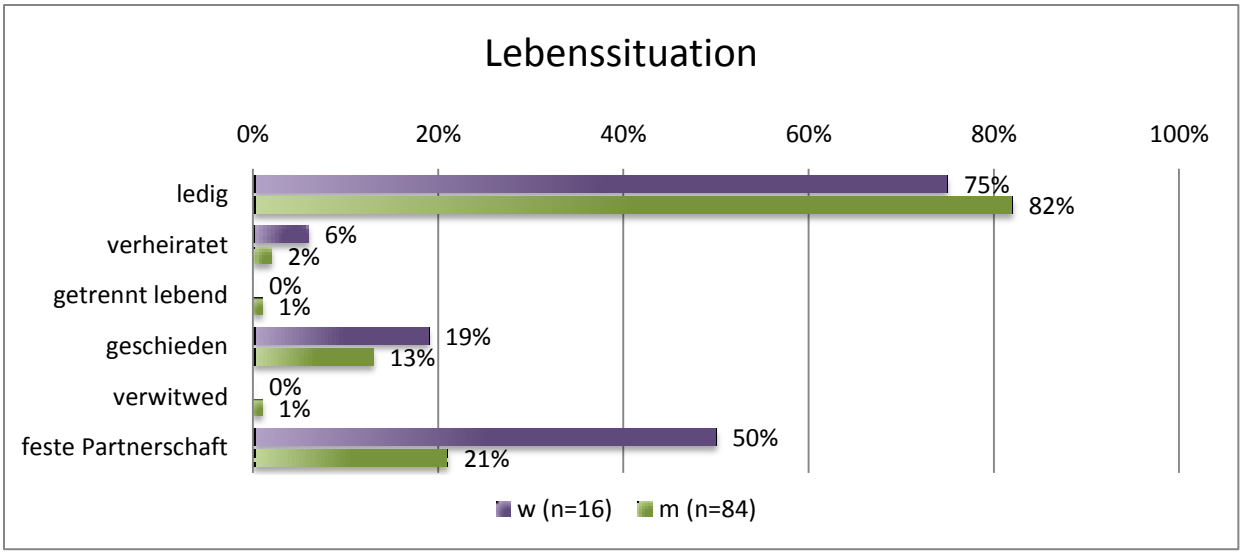

Diagramm 8 – Geschlechterverteilung Lebenssituation - u1

In Gruppe u1 wird deutlich, dass der Anteil der weiblichen Befragten, die in einer festen Partnerschaft leben, erhöht ist (vgl. Diagramm 8). Diese Tatsache sollte in Beratungssettings Berücksichtigung finden. Oftmals sind Konflikte innerhalb einer Partnerschaft Ursachen für Krisen. Die weibliche Klientel sollte engmaschige Unterstützung erfahren, um sich in Krisensituationen an die Beratung zu wenden. Somit können Krisensituationen und Konflikte aufgearbeitet werden, um alternative Handlungsstrategien zu entwickeln. Kooperationen mit Frauenberatungsstellen sind ebenfalls angezeigt, um zielgerichtete Hilfemaßnahmen zu installieren.

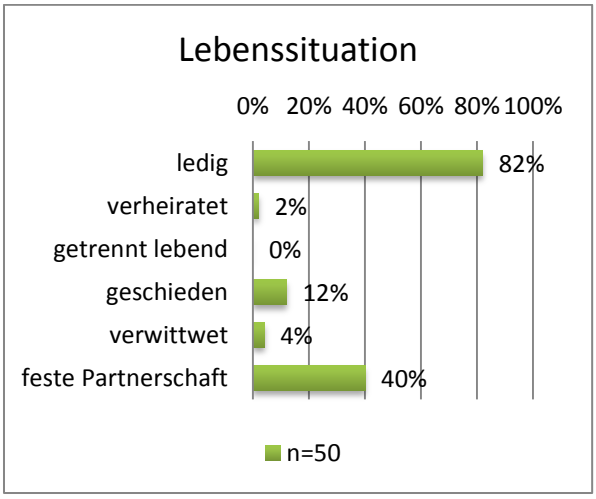

Diagramm 9 – u2

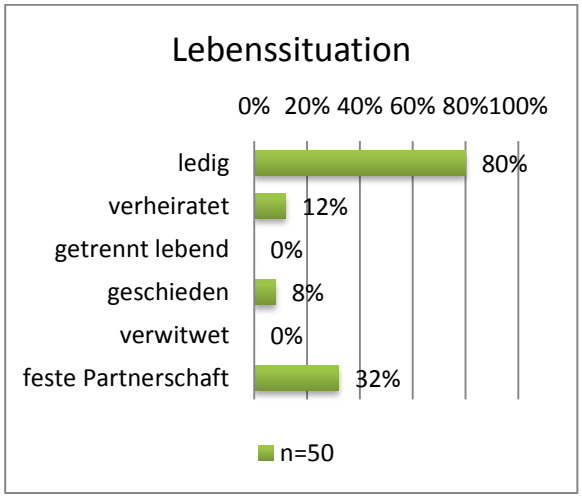

Diagramm 10 – u3

3.1.1.3. Kinder

Es wird deutlich, dass der Anteil derjenigen, die Kinder haben, in Gruppe u1 am größten ist. Der Unterschied zur Gruppe u3 beträgt hier 12%. Der Anteil derer, die minderjährige Kinder haben, weist deutlichere Unterschiede auf. Es ist zu beobachten, dass der Anteil in Gruppe u1 mit 40% deutlich erhöht ist. Gruppe u2 und u3 bewegen sich auf ähnlichem Niveau. In der letzten Frage wurde der Anteil derjenigen erhoben, wo minderjährige Kinder im eigenen Haushalt leben. In allen drei Gruppen leben minderjährige Kinder im Haushalt. In Gruppe u1 ist der Wert mit 10% am höchsten. Der Anteil derer, die minderjährige Kinder haben, beträgt in allen drei Gruppen über 25%, weiter sind in allen drei Gruppen minderjährige Kinder im Haushalt. Eine enge Kooperation mit Unterstützungangeboten der Jugendhilfe ist angezeigt. Die Thematisierung von Erziehung und Umgang mit den eigenen Kindern sollte fester Bestandteil im Beratungssetting sein. Case-Management und enge Kooperationen der verschiedenen Hilfsansgebote müssen gewährleistet sein.

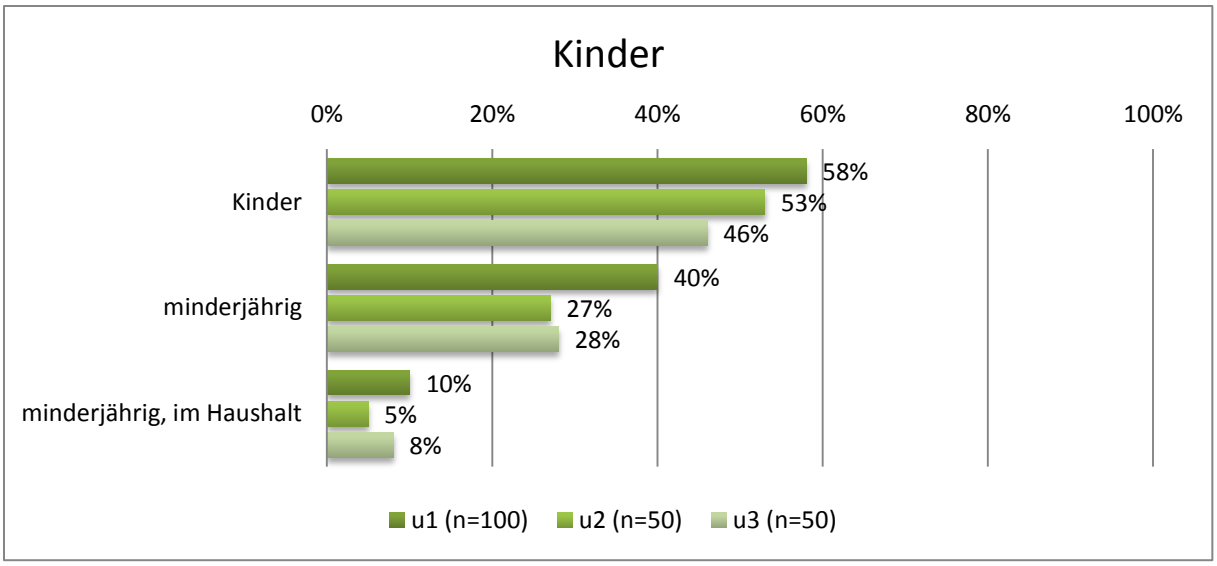

Diagramm 11 – u1 bis u3

3.1.1.4. Wohnsituation

Die befragten Personen aller drei Gruppen konnten zum Thema Wohnraum zwischen folgenden vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auswählen: „mit anderen Personen“, „Wohnheim“, „obdachlos“, „bei anderen Personen“, „eigene Wohnung“. Die Variable ‚mit anderen Personen‘ bezeichnet eine offizielle Wohngemeinschaft. Die Variable „bei anderen Personen" bezeichnet eine Meldung bei einer anderen Person ohne bestehende Ansprüche aus einem Mietvertrag.

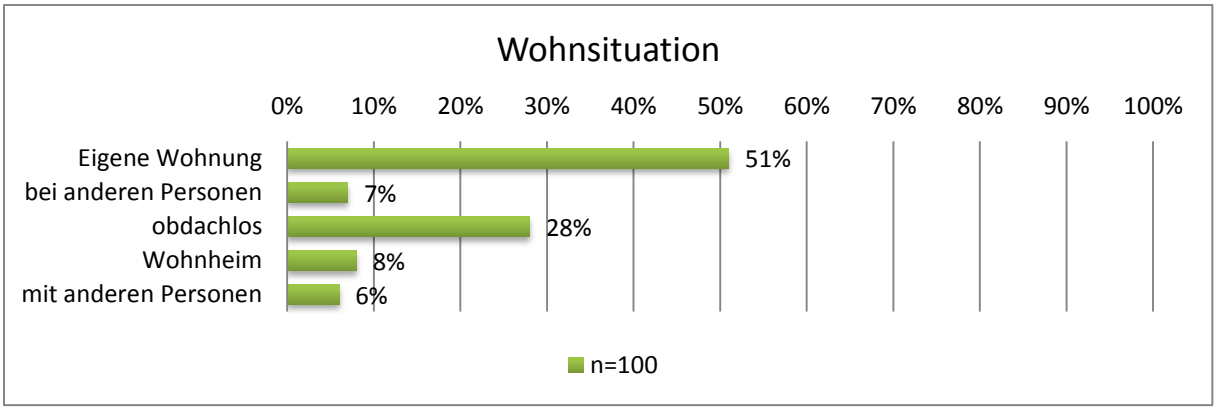

Diagramm 12 – u1

Lediglich 51% der substituierten Personen der Gruppe u1 (n=100) verfügen über eigenen Wohnraum, 28% geben Obdachlosigkeit an, 8% leben in einer stationären Wohneinrichtung. Bei anderen Personen leben 7 % der befragten Personen der Gruppe u1, hier ist von verdeckter Obdachlosigkeit zu sprechen. 6% leben mit anderen Personen zusammen (vgl. Diagramm 12).

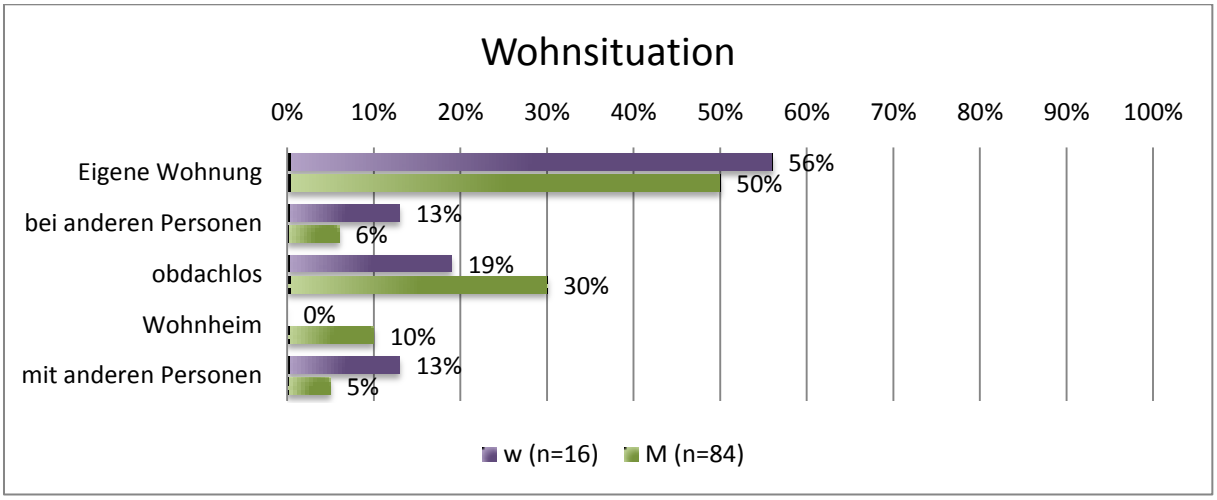

Diagramm 13 – Geschlechterverteilung Wohnsituation - u1

In Gruppe u1 wird deutlich, dass der Anteil der weiblichen Klientel im Bereich der Obdachlosigkeit niedriger ist, jedoch prozentual mehr Frauen angeben, mit anderen Personen zu leben (vgl. Diagramm 13). Die weibliche Klientel lebt oftmals in anderen sozialen Strukturen. So ist es keine Seltenheit, dass die weibliche Klientel vorrübergehend bei Männern wohnt. Durch diesen spezifischen Umstand weisen sie Problemlagen der verdeckten Obdachlosigkeit auf, die in Konzeptionen von Drogenkonsumräumen und in der Fachdiskussion Berücksichtigung finden müssen.

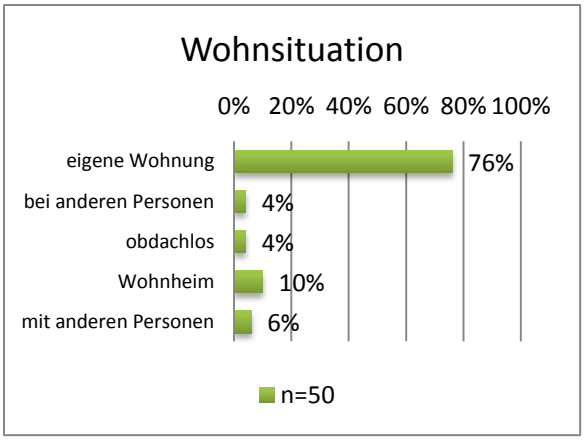

Diagramm 14 – u2

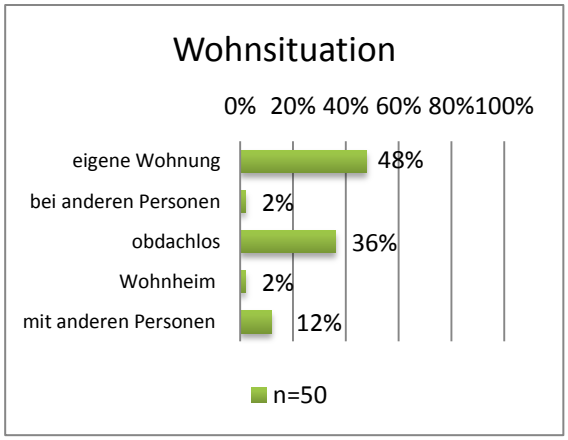

Diagramm 15 – u3

Der Vergleich der drei Befragtengruppen verdeutlicht, dass die substituierten Personen der Gruppe u2 über die stabilsten Wohnverhältnisse verfügen. 76% leben in eigenem Wohnraum (n=50). Der Anteil Obdachloser ist in den anderen Befragtengruppen höher. 36% der nicht substituierten Personen (u3; n=50) verfügen über keinen Wohnraum, 28% wurden in der Gruppe der substituierten Drogenkonsumraumnutzenden (u1; n=100) erhoben (vgl. Diagramme 12- 15).

Die Differenz von 8% bei dem Parameter der Obdachlosigkeit zwischen den beiden Gruppen gibt Hinweis darauf, dass die Substitutionsbehandlung einen entscheidenden Schritt zur weiteren sozialen Stabilisierung darstellt. Die Unterbrechung der Abhängigkeitsdynamik von Heroin durch die Substitutionsbehandlung bildet die Grundlage für eine erfolgreiche Wohnraumsuche und Bezug des Wohnraums.

3.1.1.5. Beschäftigung

Tagesstruktur und Beschäftigung sind stabilisierende Faktoren und stellen Indikatoren für gesellschaftliche Teilhabe dar. Daher wurde sowohl der Beschäftigungsstatus als auch die Einkommenssituation erhoben. Die Frage der Beschäftigung konnte bei nicht selbständiger Arbeit näher definiert werden durch die Angaben „Vollzeit“, „Teilzeit“ oder „geringfügige Beschäftigung“. Als weitere Antwortmöglichkeiten waren „Gemeinwohlarbeit“ (1€-Jobs) und andere „geförderte Maßnahme“ vorgegeben. Aus der Gruppe u1 geben 92% (n=100) an, keiner Beschäftigung nachzugehen. 6% gingen einer AGH-Maßnahme nach und 2 % sind auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt, davon (n=2) 50% in Vollzeit und 50% in Teilzeit (vgl. Diagramm 16).

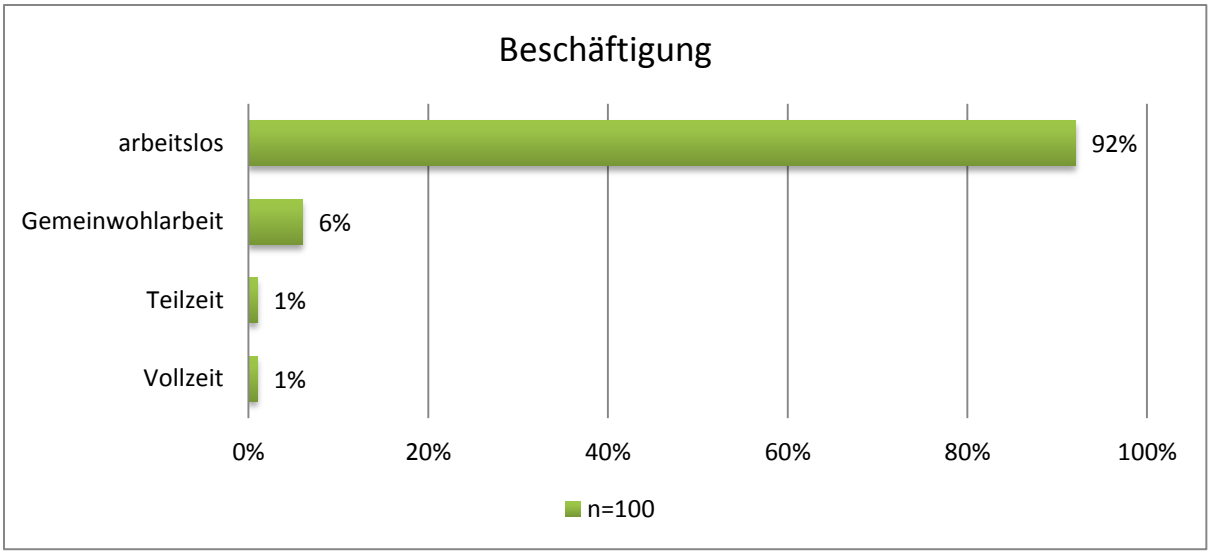

Diagramm 16 –u1

Gruppe u2 (n=50) weist den geringsten Wert der Arbeitslosigkeit mit 68% und den höchsten Wert bei Beschäftigung durch AGH-Maßnahmen mit 22% auf. Nicht selbständiger Arbeit gehen 4% der Befragten dieser Gruppe nach, davon 50% in Vollzeit und 50% in Teilzeit (n=2). In einer geförderten Maßnahme befinden sich zum Zeitpunkt der Befragung 6% (vgl. Diagramm 17). Aus der Gruppe u3 (n=50) gehen 88% keiner Beschäftigung nach. 6% sind Teilnehmende an einer AGH-Maßnahme und 6% sind abhängig beschäftigt, 33% davon (n=3) sind in Teilzeit beschäftigt und 67% in Vollzeit (vgl. Diagramm 18).

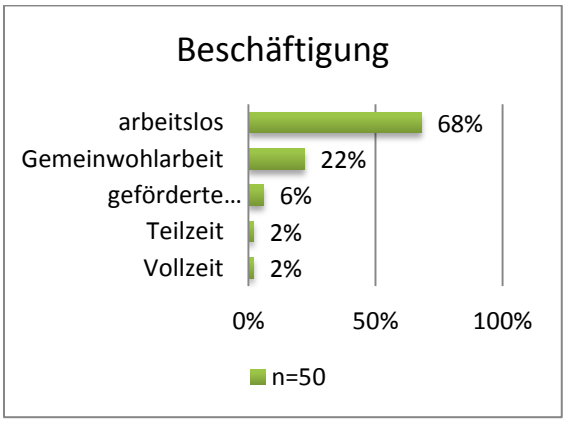

Diagramm 17 -u2

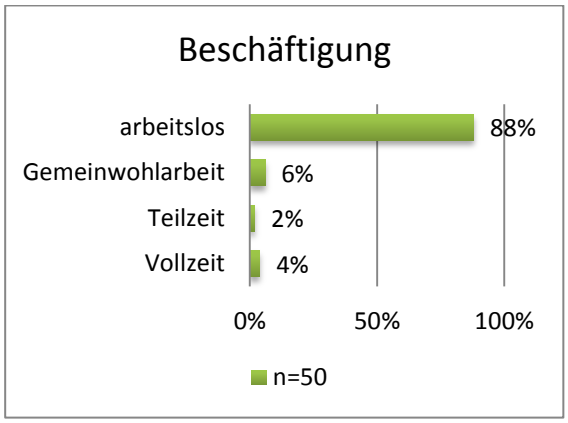

Diagramm 18 – u3

3.1.1.6. Einkommen

Bei der Erhebung des Einkommens waren Mehrfachnennungen möglich, da Kombinationen aus den unterschiedlichen Bezügen möglich sind. 84% der Gruppe u1 (n=100) geben an, Leistungen zum Lebensunterhalt gem. SGB II zu beziehen. 4% beziehen Leistungen gem. SGB III. 5% erhalten Grundsicherung gem. SGB XII. Berentet sind 3%. Ebenso verfügen 3% der Befragtengruppe über kein Einkommen. 2% können ihren Lebensunterhalt durch ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis bestreiten (vgl. Diagramm 19).

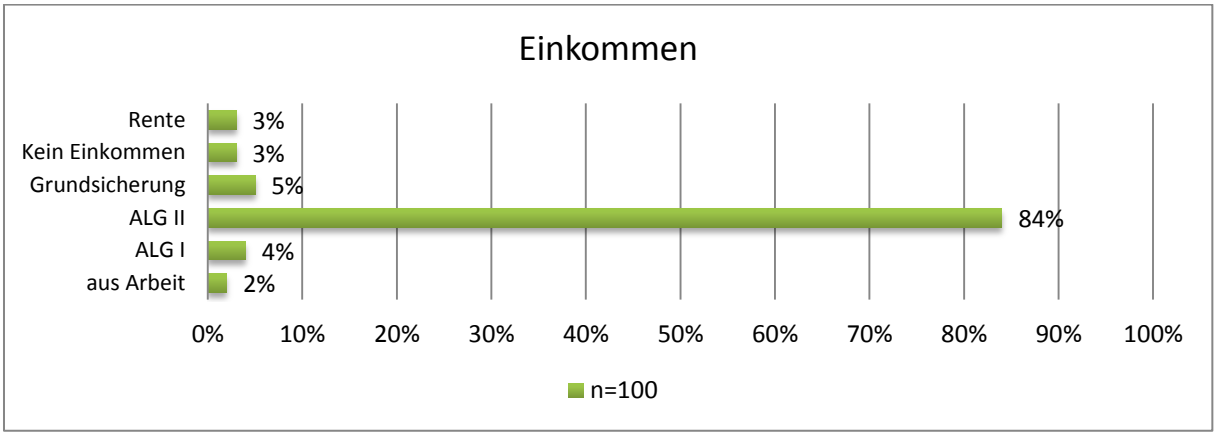

Diagramm 19 – u1

Von den Substituierten (n=50) der Gruppe u2 beziehen 86% Leistungen zum Lebensunterhalt gem. SGB II. Mit 2% liegt der Wert der Personen, die Leistungen gem. SGB III beziehen, minimal niedriger als in Gruppe u1. Mit jeweils 8% liegtn der Bezug von Rente und Leistungen gem. SGB XII gleich auf und nur geringfügig über den Werten der der Gruppe u1. 4% der Gruppe u2 erhalten Einkünfte aus Arbeit. Über keine Einkünfte verfügen keine von den Personen, die den Drogenkonsumraum nicht nutzen (vgl. Diagramm 20).

Gruppe u3 (n=50) weist den geringsten Bezug von Leistungen gem. SGB II mit nur 56% auf. Dafür steigt der Anteil der Personen, die kein Einkommen beziehen auf 16%. Leistungen gem. SGB XII beziehen in dieser Gruppe 14% und berentet sind 12%. Leistungen gem. SGB II erhalten 2% und aus nichtselbständiger Arbeit können 6% ihr Einkommen erzielen (vgl. Diagramm 21).

Im Vergleich der Gruppen u1 und u2 lassen sich Unterschiede feststellen. Die relativ deutlichen Unterschiede hinsichtlich des Bezugs von Leistungen zum Lebensunterhalt gem. SGB II von u1 und u2 zu den nicht substituierten Personen der Gruppe u3 verschieben sich zur Berentung, dem Bezug von Leistungen gem. SGB XII und Einkommenslosigkeit. Der Wert von 16% der Einkommenslosigkeit lässt sich durch die Instabilität dieses Personenkreises erklären, wenn durch den Konsum Ressourcen zur Beantragung von Leistungen nicht vorliegen.

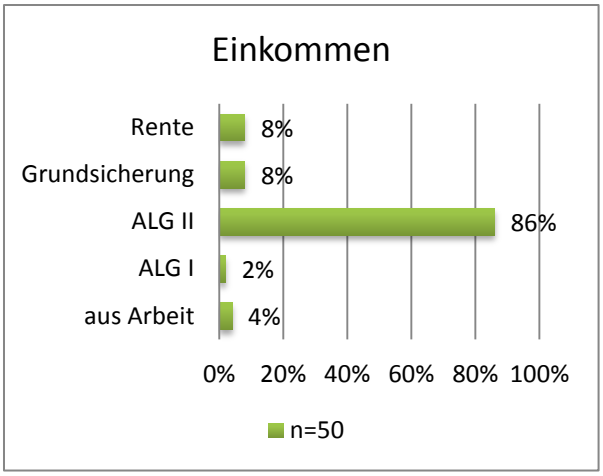

Diagramm 20 – u2

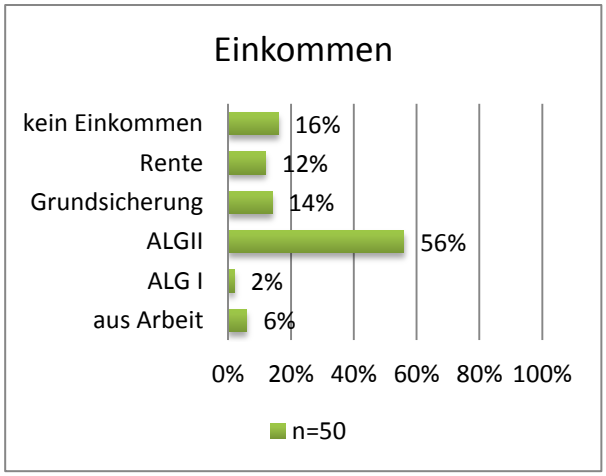

Diagramm 21 – u3

Krankenversicherungsschutz liegt in beiden Gruppen u1 und u2 zu 100% vor. Von den Personen der Gruppe u3 sind nur 86% krankenversichert, welches sich im fehlenden Einkommen dieser Personengruppe wiederfindet. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Personen keine Leistungen gem. SGB II beantragt haben.

3.1.1.7. Verschuldung

In der darauffolgenden Fragestellung wurde der Verschuldungsgrad erhoben. Die Höhe der Verschuldung war einzuordnen in „keine Verschuldung"', „bis 5.000€", „5.000€ - 10.000€" und „über 10.000€"'. Im Falle einer vorhandenen Verschuldung wurde zudem erhoben, ob diese Personen sich in einem Insolvenzverfahren befinden oder dieses bereits abgeschlossen haben. Die Fragestellung nach dem Insolvenzverfahren sah folgende Antwortmöglichkeiten vor: „nein", „beantragt", „laufend", „abgebrochen" und „abgeschlossen".

91% der Gruppe u1 (n=100) geben an, verschuldet zu sein (vgl. Diagramm 22). Mit einer Verschuldung von 90% der Gruppe u2 (n=50), unterschieden sich die Werte nicht wesentlich. Von den nicht substituierten Personen (u3; n=50) geben 80% Schulden an. Sowohl bei den substituierten Personen als auch bei den nicht substituierten Personen liegt zu mindestens 50% eine Verschuldung in Höhe von über 10.000€ vor. In welchem Maße von einer Überschuldung auszugehen ist, wurde nicht erhoben. Zwischen 9% der Gruppe u1 (n=100) und 20% bei der Gruppe u3 (n=50) liegt keine Verschuldung vor.

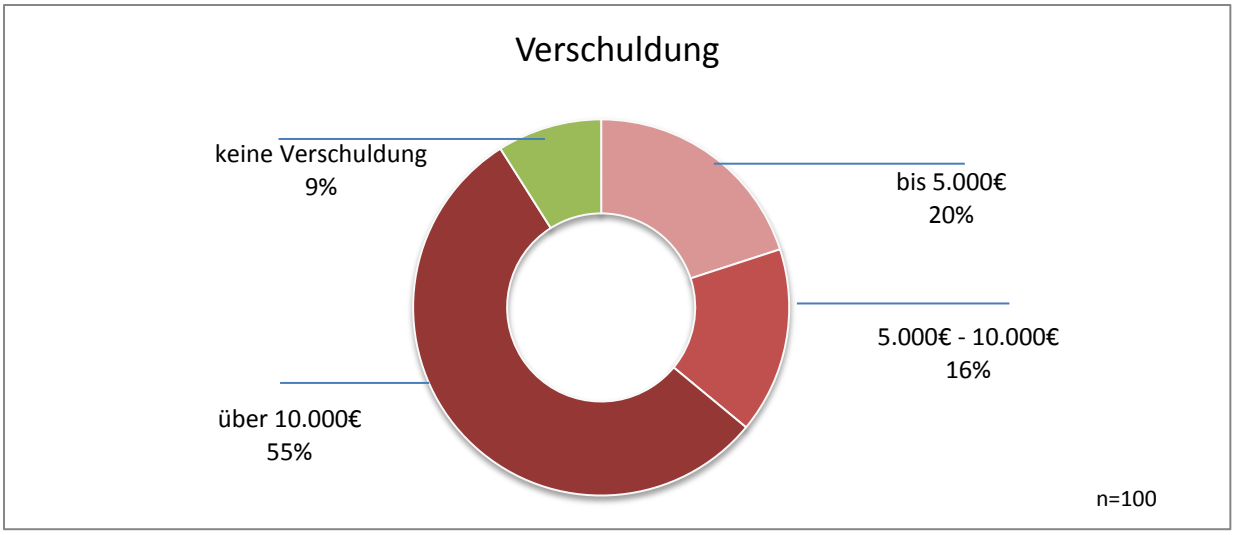

Diagramm 22 – u1

Von den 100 Befragten der Gruppe u1 (n=100) geben 87% an, kein beantragtes, laufendes oder abgeschlossenes Insolvenzverfahren zu haben. Für 2% läuft die Beantragung des Insolvenzverfahrens, 7% befinden sich im laufenden Insolvenzverfahren. 3% können von einem abgeschlossenen Verfahren berichten. Eine Person hat ihr Insolvenzverfahren nicht regulär beendet. Die erhobenen Daten der anderen Vergleichsgruppen wichen unbedeutend ab.

3.1.1.8. Justizielle Situation

Strafrechtliche Vor- und Belastungen sind für abhängige Personen illegaler Substanzen fast charakterisierend. In diesem Abschnitt wird einen Überblick über die justizielle Vorbelastung und aktuelle Situation verschafft. Aus Gruppe u1 (n=100) sind 95% vorbestraft. 89% wurden bereits zu einer Freiheitsstrafe verurteilt (vgl. Diagramm 23).

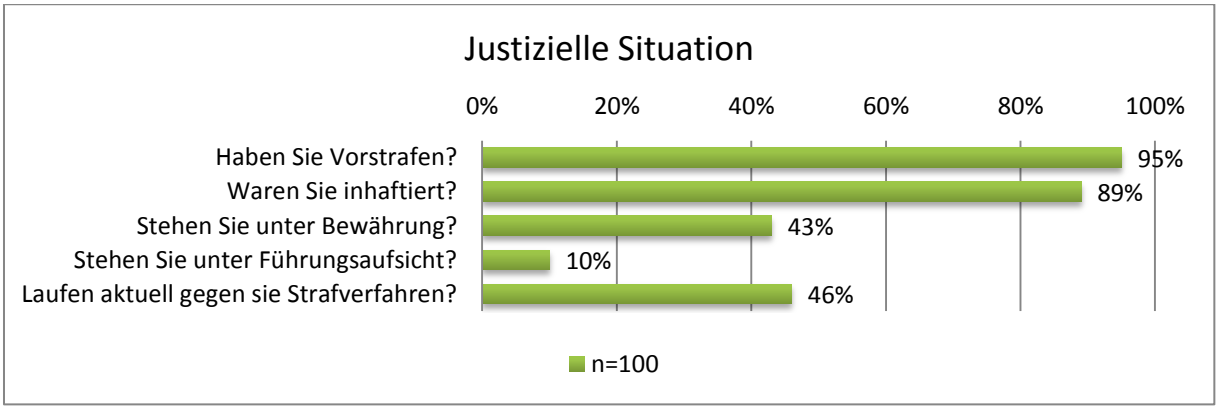

Diagramm 23 – u1

Die Ergebnisse der Gruppe u2 weichen massiv von den Ergebnissen der Gruppe u1 ab (vgl. Diagramme 23 und 24).

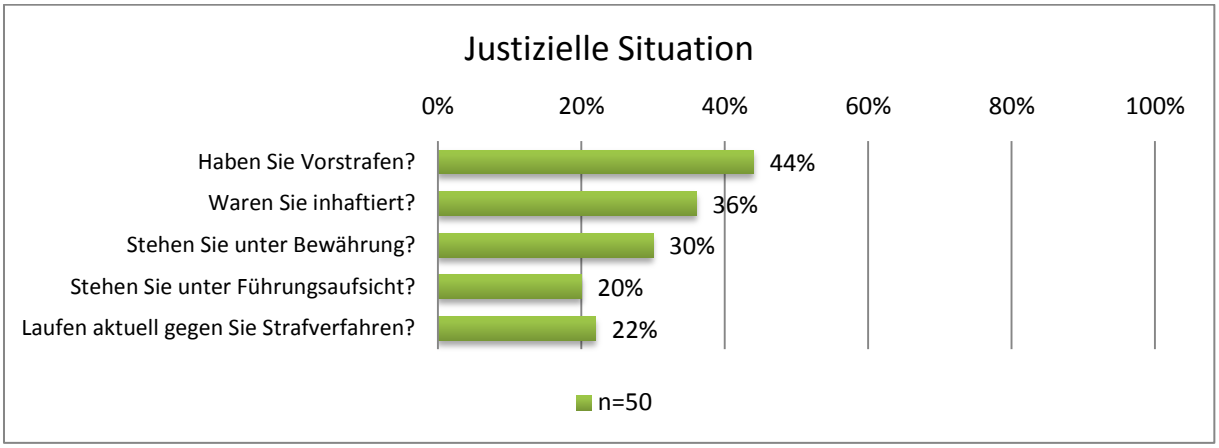

Diagramm 24 – u2

Innerhalb der Gruppe u2 liegt der Wert der Vorbelastung bei weniger als 50% (n=50), 51% niedriger als in der Hauptuntersuchungsgruppe u1. Es lässt sich die Vermutung anstellen, dass die Substitutionsbehandlung nach relativ kurzer Zeit der Abhängigkeit begonnen wurde und der Wert der Vorstrafen dadurch erheblich niedriger ist. Der Anteil der Personen, die unter Führungsaufsicht stehen, liegt bei der Gruppe u2 bei 20% und ist damit um 10% höher als in der Hauptuntersuchungsgruppe u1.

Die justizielle Situation der Gruppe u3 bewegt sich auf fast identischem Niveau wie die Werte der Gruppe u1 (vgl. Diagramme 24 und 26).

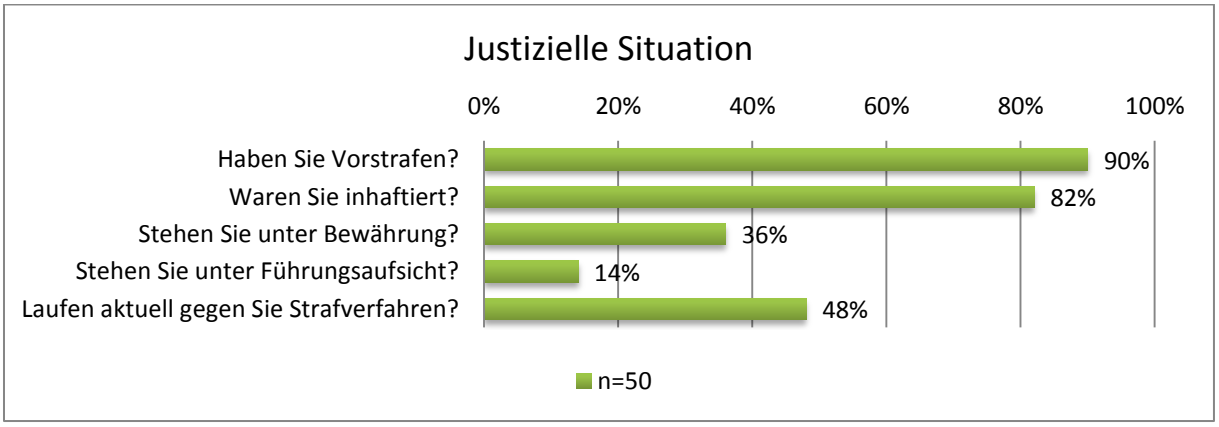

Diagramm 25 – u3

Essenz – Biografiedaten

Es wird deutlich, dass unter den Personen der Gruppe u1 zum Zeitpunkt der Befragung der größte Anteil im Alter zwischen 36 und 55 Jahren ist. In der Altersstufe der 26 bis 35jährigen ist der Anteil der weiblichen Befragten erheblich höher. Der deutlich überwiegende Teil der Befragten ist ledig. Es ist zu beobachten, dass der weibliche Anteil der Befragten deutlich öfter innerhalb einer festen Partnerschaft lebt.

Große Unterschiede können im Bereich der Wohnsituation beobachtet werden. Die Personengruppe u2 lebt im Vergleich zu den Personengruppen u1 und u3 in den stabilsten Wohnverhältnissen. 76% der Gruppe u2 leben in eigenem Wohnraum und nur 4% sind von Obdachlosigkeit betroffen. Die Werte weichen in den Gruppen u1 und u3 in hohem Maße ab. Innerhalb der Gruppen u1 und u3 leben nur ca. 50% der Befragten in eigenem Wohnraum. Die Werte der Obdachlosigkeit sind in Gruppe u3 mit 36% und in Gruppe u1 mit 28 % als sehr hoch zu bewerten. Gruppe u3 ist am häufigsten von Obdachlosigkeit betroffen. Dies kann im Umkehrschluss als Erfolg der Substitutionsbehandlung gewertet werden, da die Behandlung entscheidend zur sozialen Stabilisation beiträgt. Der Wert von 28 % in Gruppe u1 ist zwar ebenfalls als hoch zu bewerten, jedoch ergibt sich eine Differenz zu den nicht substituierten Personen von 8%, welche ein Hinweis ist, dass die Substitutionsbehandlung den ersten Schritt zur sozialen Stabilität darstellt. Ansatzpunkte können hier für flankierende Hilfen wie das Ambulant Betreute Wohnen ausgemacht werden. Für Angebote, die auf die Überwindung von sozialen Schwierigkeiten und das Ermöglichen der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft zielen, ist die Bedarfsermittlung, in der die Wohnraumsituation eine große Rolle spielt, ein wichtiges Indiz. Erkenntnisse über differenzierte Bedarfe der Personenkreise können genutzt werden, um Leistungen individuell und bedarfsgerecht zu gestalten.

92% in Gruppe u1 sind arbeitslos und beziehen Transferleistungen. Bei der Arbeitslosenquote können große Unterschiede zur Personengruppe u2 beobachtet werden. In Gruppe u2 geben lediglich 68% der Befragten an, arbeitslos zu sein. 22% üben eine Tätigkeit im Rahmen der Gemeinwohlarbeit aus und 6 % arbeiten innerhalb einer geförderten Maßnahme. Diese erheblichen Unterschiede lassen ebenfalls den Schluss zu, dass sich der Personenkreis u2 in stabileren Lebensverhältnissen befindet. So sind nicht nur die Wohnverhältnisse des Personenkreises u2 am stabilsten, auch der wichtige, stabilisierende Faktor der Beschäftigung zeigen deutlich auf, dass sich die stabile Substitutionsbehandlung positiv auf die Lebensumstände auswirkt. Weiter ist der Wert derjenigen, die überhaupt kein Einkommen beziehen innerhalb der Gruppe u3 am höchsten. Somit wird auch hier deutlich, dass die Personenkreise u1 sowie u3 einen erhöhten Bedarf dahingehend aufweisen, erhebliche soziale Schwierigkeiten zu überwinden.

91% der Gruppe u1 geben an, in unterschiedlicher Höhe verschuldet zu sein. Die Angabe der Verschuldung über 10.000€ liegt in allen drei Befragtengruppen über 50%. Trotz der hohen Werte der Verschuldung geben 87% in Gruppe u1 an, kein beantragtes, laufendes oder abgeschlossenes Insolvenzverfahren zu haben oder zu durchlaufen. Die Höhe der Verschuldung weicht zwischen den Personenkreisen nur unwesentlich voneinander ab. Somit lässt sich schließen, dass das Thema Schulden in allen drei Personenkreisen eine hohe Bedeutung hat. Hier könnten unter anderem Kooperationen mit Schuldnerberatungen oder bedarfsorientierte Angebote innerhalb der

Drogenkonsumräume oder der Substitutionsbehandlung Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der jeweiligen Konzepte bieten.

Innerhalb der Erhebung zur justiziellen Situation lassen sich ebenfalls erhebliche Unterschiede beobachten. Hierbei bewegen sich die Parameter der Gruppen u1 und u3 auf ähnlich hohem Niveau. Die Werte der Gruppe u2 fallen deutlich niedriger aus. Zu beachten ist vor allem die Frage danach, ob aktuell Strafverfahren gegen die Befragten laufen. Hierbei weisen die Personengruppen u1 und u3 einen Wert von 46% bzw. 48% auf. Der Wert in Gruppe u2 ist mit 22% deutlich niedriger. Das lässt erkennen, dass der Konsum von illegalen Drogen im hohen Maße mit dem Weg in die Kriminalität verbunden ist. Hierbei wird deutlich, dass die Strafverfolgung von Drogendelikten nach wie vor hohe Relevanz aufweist. Auch innerhalb des therapeutischen Gesamtkonzeptes von Substitutionsbehandlungen und der Konzepte der Drogenkonsumräume müssen Themen wie Beschaffungskriminalität, Erschleichung von Leistungen, die justizielle Verfolgung von Drogendelikten Berücksichtigung finden, um die soziale Stabilität zu verbessern.

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Gruppen u1 und u3 sich in vielen Bereichen des Themenfeldes „Biographiedaten“ in instabileren Lebensverhältnissen befinden als Gruppe u2. Das Thema Verschuldung bildet hierbei die Ausnahme. Hier konnten bei allen Personenkreisen hohe Werte beobachtet werden. Zu vermuten ist hierbei, dass Schulden bereits vor der Substitutionsbehandlung gemacht wurden und sich daher auf gleichem Niveau bewegen. Die Unterschiede bei den Werten zwischen den Personengruppen u1 und u3 zeigen, dass in Bereichen wie Einkommen, Wohnsituation und justizielle Situation die Substitutionsbehandlung als stabilisierender Faktor gewertet werden muss. Hier stellt sich heraus, dass substituierte Personen grundsätzlich in stabileren Lebensverhältnissen leben. Jedoch gibt es zwischen den Gruppen u1 und u2 in den abgefragten Bereichen ebenfalls signifikante Unterschiede. Diese Heterogenität bietet Ansatzpunkte im therapeutischen Gesamtkonzept der Substitutionsbehandlung. Unter anderem wird ein hoher Unterstützungsbedarf der Personengruppe u1 bei der Wohnraumsuche deutlich. Flankierende Angebote des Drogenkonsumraums und Akuthilfen zur Wohnungssuche, zur Beantragung von Transferleistungen, Anbindung an flankierende Hilfen wie das Ambulant Betreute Wohnen oder Kooperationen mit stationären oder teilstationären Einrichtungen könnten hierbei Ansatzpunkte zur Verbesserung der sozialen Stabilität des Personenkreises sein.

3.1.2. Abhängigkeit und Behandlungen der Abhängigkeit

Zur weiteren Beschreibung des Personenkreises werden die Entwicklung der Abhängigkeit und ihre Behandlung genauer betrachtet. Es erfolgten Abfragen zum Alter des Erstkonsums von Heroin, zum individuell empfundenen Beginn der Abhängigkeit und zu medizinischen sowie therapeutischen Vorbehandlungen.

3.1.2.1. Altersverteilung Erstkonsum Heroin

Zur Vereinfachung der Darstellung wurden bereits in der Abfrage Alterskategorien geclustert. 42% der Gruppe u1 (n=100) haben im Alter zwischen 16 und 20 Jahren erstmalig Heroin konsumiert. Bis zum Alter von einschließlich 15 Jahren waren es 16%. 24% geben an, zwischen 21 und 25 Jahren ihren ersten Heroinkonsum gehabt zu haben. Ab dem Alter von 26 sinkt die Erstkonsumrate, von 26 bis 30 Jahren konsumierten nur noch 10% erstmalig und ab dem 31. Lebensjahr waren es nur noch 8%. Die jüngste Person war 8 Jahre, die älteste Person war bei ihrem Erstkonsum 37 Jahre alt. Der Mittelwert aus allen Altersangaben liegt bei 20,6 Jahren (vgl. Diagramm 26).

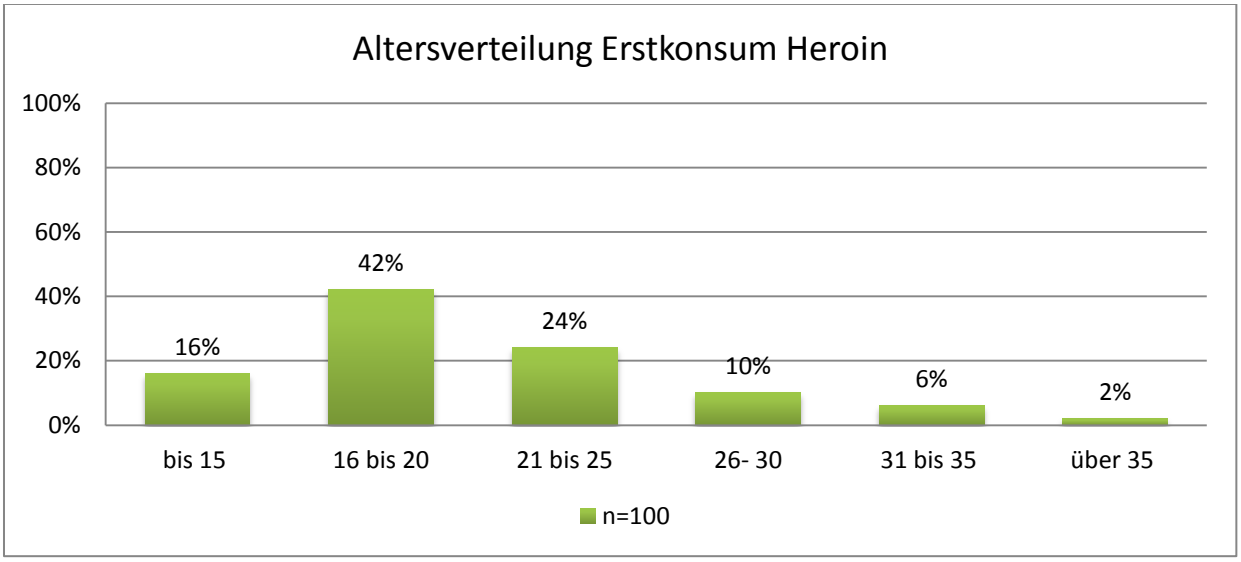

Diagramm 26 – u1

Bei der Auswertung der Geschlechterverteilung in Bezug auf den Erstkonsum von Heroin wurde deutlich, dass die weibliche Klientel früher zu konsumieren beginnt. So ist der prozentuale Anteil der weiblichen Klientel in der Kategorie „bis 15“ erhöht (vgl. Diagramm 27). Der geschlechtsspezifische Unterschied beim Erstkonsum von Heroin sollte Bestandteil der Fachdiskussion sein. So werden Ansatzpunkte unter anderem dahingehend deutlich, dass Angebote der Suchtprävention dieses Ergebnis bei der Erstellung von Angeboten und Programmen berücksichtigen sollten.

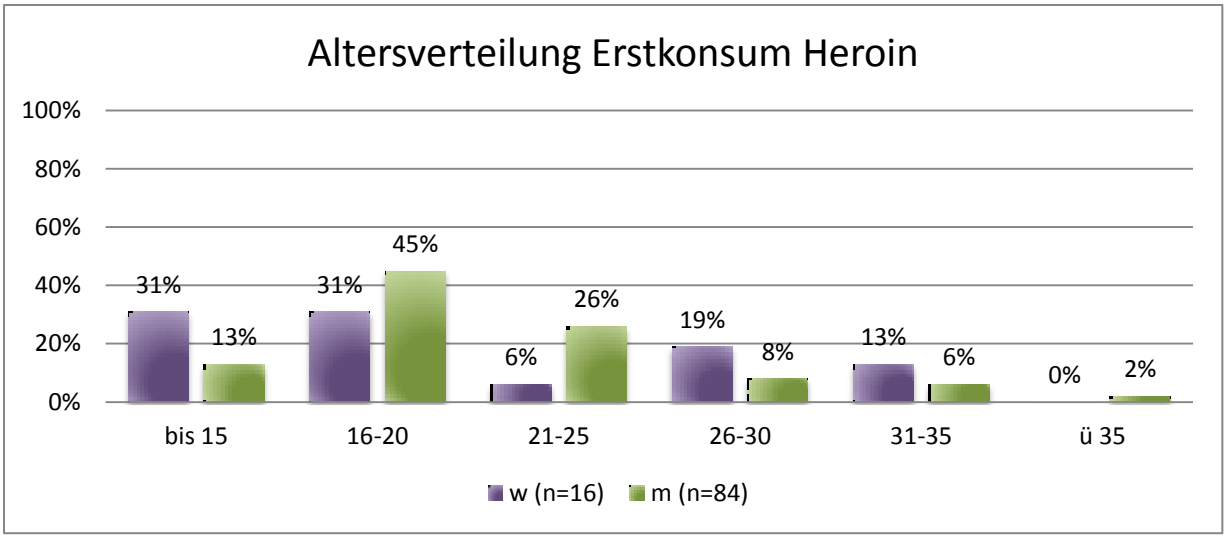

Diagramm 27 – Geschlechterverteilung Altersverteilung Erstkonsum Heroin – u1

Personen der Gruppe u2 (n=50) geben zu 30% an, dass sie erstmalig im Alter von 16 bis 20 Jahren Heroin konsumiert haben. Bei 26% lag der Erstkonsum im Alter von 21 bis 25 Jahren, 20% konsumierten erstmalig vor ihrem 16. Lebensjahr und 12% zwischen 26 und 30 Jahren. Die jüngste Person war 11 Jahre alt. Die älteste Person unter den Befragten dieser Gruppe war 46, der Mittelwert aus allen Altersangaben liegt bei 22,1 (vgl. Diagramm 28).

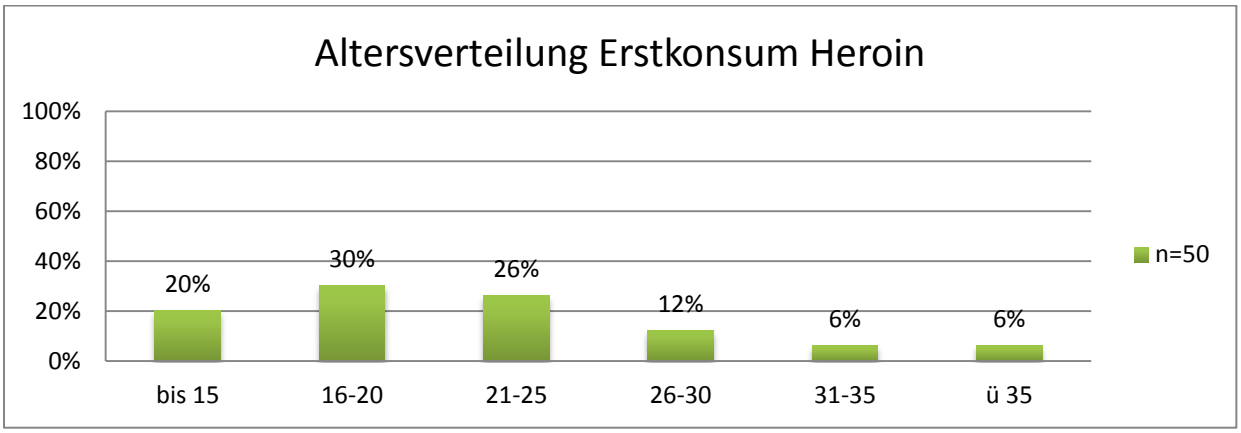

Diagramm 28 – u2

In Gruppe u3 (n=50) geben 54% an, beim Erstkonsum von Heroin zwischen 16 und 20 Jahren alt gewesen zu sein. In den Alterskategorien bis einschließlich 15 Jahre, 21 bis 25 Jahre und 26 bis 30 Jahre konsumierten jeweils 12% erstmalig Heroin (vgl. Diagramm 28). In allen Befragtengruppen sinkt der Wert deutlich ab dem 31. Lebensjahr.

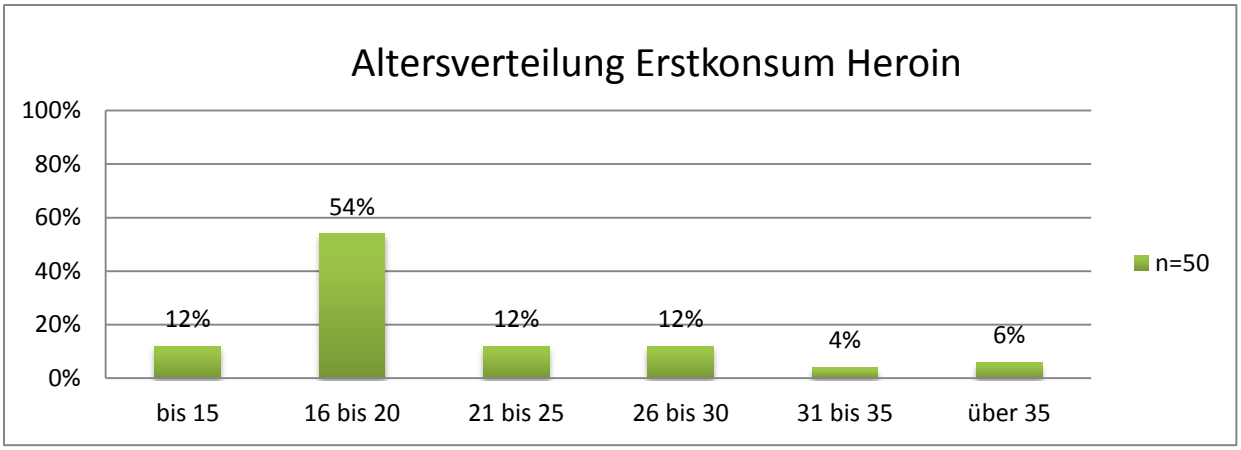

Diagramm 29 – u3

3.1.2.2. Entwicklung der Abhängigkeit

Die Abhängigkeitsentwicklung wird aufgrund nicht vorhandener Unterschiede in den einzelnen Untersuchungsgruppen in der Darstellung zusammengelegt. Sowohl die Fragestellung als auch die Ergebnisse beziehen sich auf die individuelle Empfindung, ab wann sich die Befragten als abhängig bezeichnet haben. Bis zur Entwicklung der Abhängigkeit konsumierte ein Anteil des Personenkreises sporadisch, so dass die Verteilung der Abhängigkeitsfeststellung nach dem Erstkonsum von Heroin zwischen wenigen Tagen und bis zu mehr als einem Jahr lag. Einige Befragte konsumierten erst Jahre später in abhängiger Form. 33% der befragten Personen (n=200) stellten innerhalb eines Monats nach Erstkonsum von Heroin bei sich die Abhängigkeit fest. Zwischen 2 und 3 Monaten gaben 15% an. 12% der Befragtengruppe verspürten die ersten Anzeichen von Abhängigkeit nach 3 bis 6 Monaten. Innerhalb von 6 bis 12 Monaten entwickelte sich die Abhängigkeit bei 22%. Über ein Jahr gaben noch 18% des Personenkreises an. Der Median lag bei 22 Wochen (vgl. Diagramm 30).

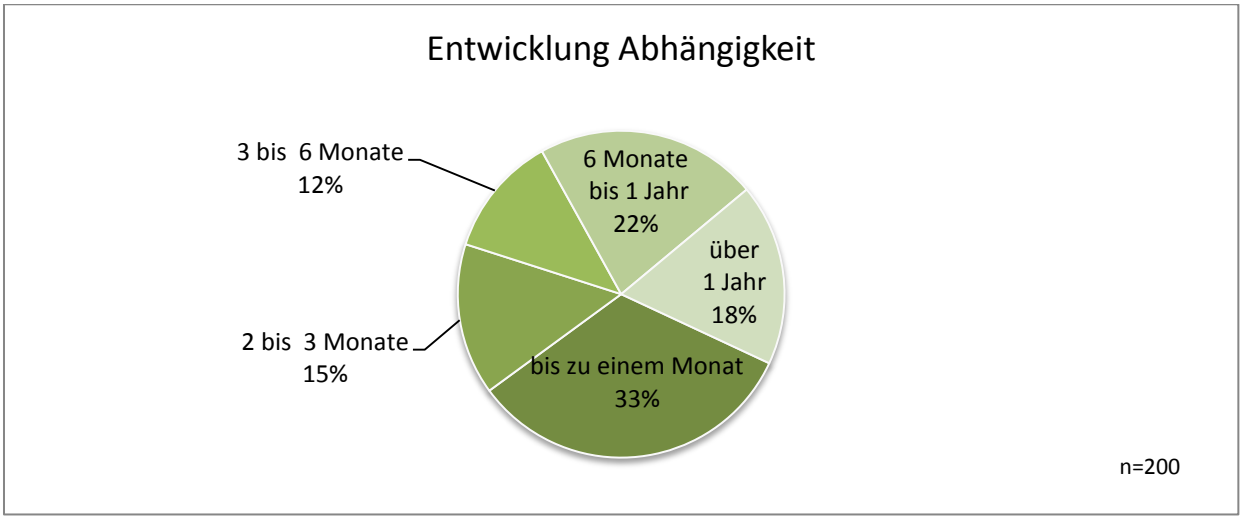

Diagramm 30 Befragte gesamt

3.1.2.3. Vorbehandlungen

Im Folgenden werden Ergebnisse dargestellt, die die Anzahl der Vorbehandlungen in Form von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen veranschaulichen.

3.1.2.3.1. Anzahl angetretener Entzugsbehandlungen

Ob sich die Befragtengruppen durch absolvierte Vorbehandlungen der Abhängigkeit unterscheiden und die Personengruppen sich näher spezifizieren lassen, wurde im Folgenden erfasst. Es ist allerdings kein Unterschied feststellbar, daher werden die Ergebnisse der unterschiedlichen Befragtengruppen zur Fragestellung der Vorbehandlungen auch hier für die Darstellung der Ergebnisse zusammengelegt. Die Frage nach der Anzahl der Entzugsbehandlungen beschreibt nur den Behandlungsantritt. Die Fragestellung sah Antwortkategorien vor: „keine Entzugsbehandlung“, „1 bis 3 Entzugsbehandlungen“, „4 bis 6 Entzugsbehandlungen“, „7 bis 9 Entzugsbehandlungen“, „10 oder mehr Entzugsbehandlungen“.

Von 200 Befragten geben 21% (n=200) an, eine bis drei Entzugsbehandlungen angetreten zu haben. Ebenfalls 21% haben 4 bis 6 Behandlungen angetreten. 7 bis 9 Entzugsbehandlungen wurden von 18% der Befragten angetreten. 36% geben an, dass sie 10 oder mehr Behandlungen angetreten haben. Keine Entzugsbehandlung hatten lediglich 4% angetreten (vgl. Diagramm 31).

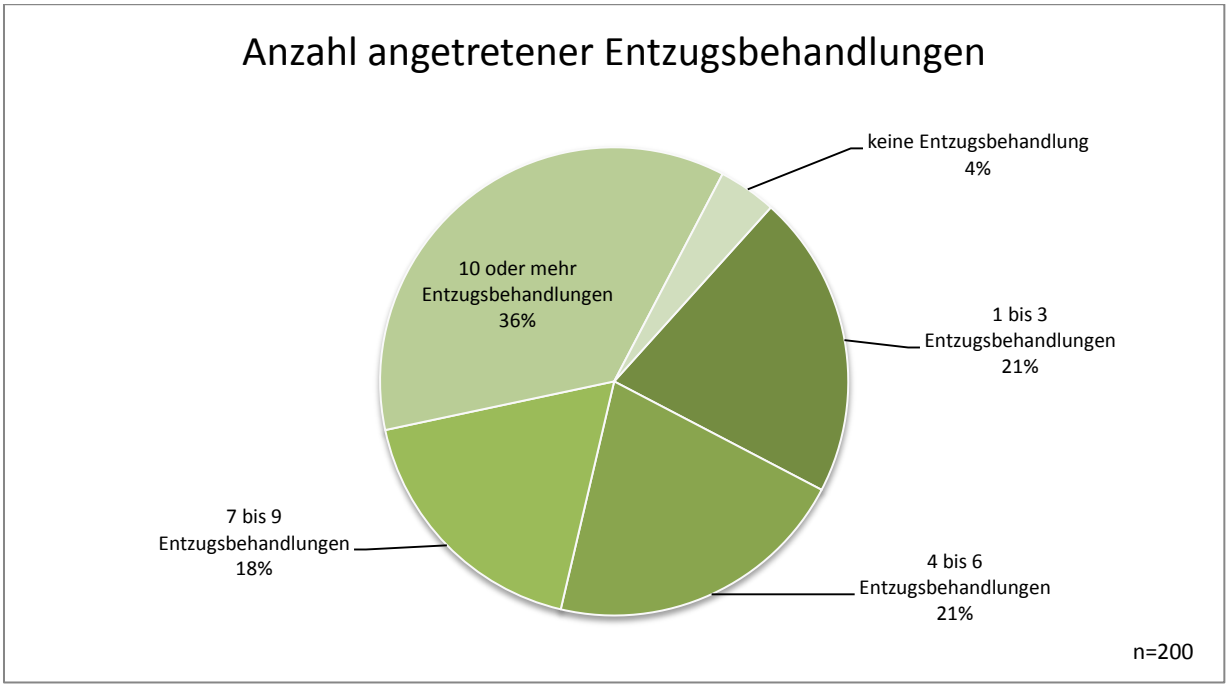

Diagramm 31 Befragte gesamt

Von den Personen, die eine Entzugsbehandlung begonnen hatten (n=192), haben 9% keine Entzugsbehandlung regulär abgeschlossen. Die Maximalangabe liegt bei 35 abgeschlossenen Entzugsbehandlungen, der errechnete Median liegt bei 5 abgeschlossenen Behandlungen.

3.1.2.3.2. Anzahl angetretener Entwöhnungsbehandlungen

Ebenso wie bei den Entzugsbehandlungen wurden die Befragtengruppen in der Darstellung der Auswertungsergebnisse zu Entwöhnungsbehandlungen zusammengelegt, da keine essentiellen Unterschiede festzustellen waren. Auch hier wurde nach Antritt einer Entwöhnungsbehandlung gefragt.

Von insgesamt 200 Befragten haben 28% keine Entwöhnungsbehandlung angetreten. 21% haben eine Entwöhnungsbehandlung angetreten, 24% haben zwei Behandlungen und 3% haben drei Behandlungen begonnen. Mehr als 3 Entzugsbehandlungen wurden von 24% aller Befragten angetreten (vgl. Diagramm 32).

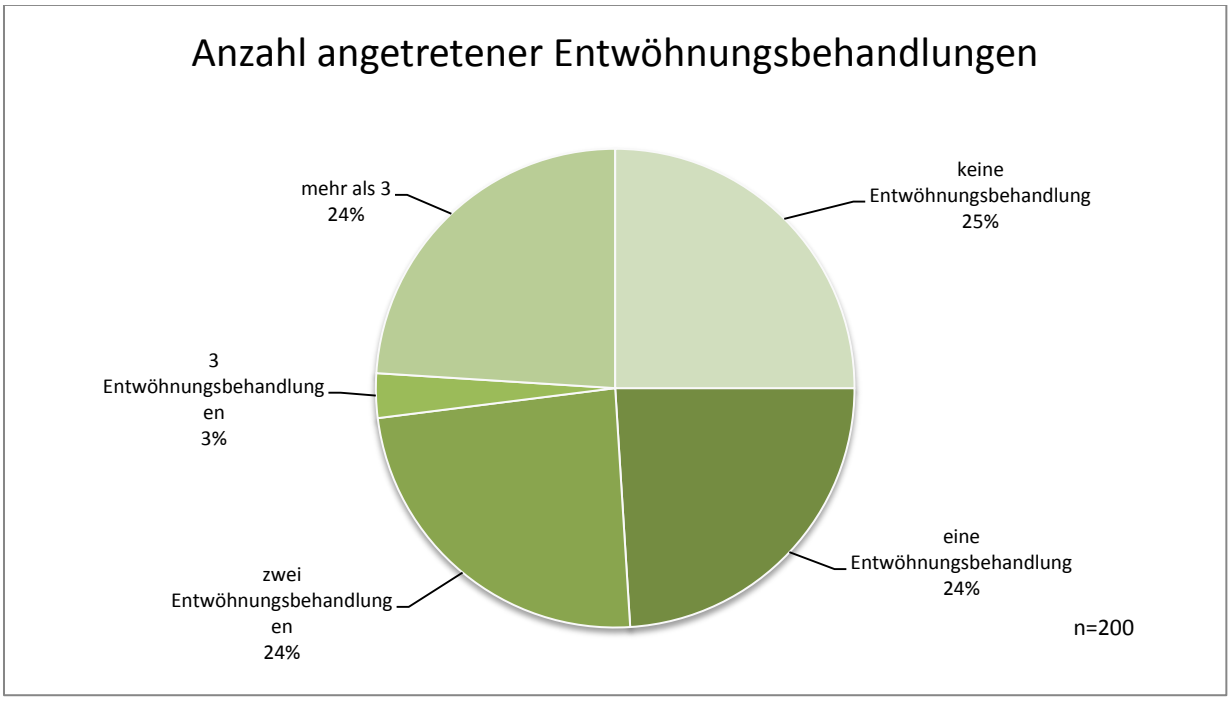

Diagramm 32 Befragte gesamt

Von den 75% der gesamten Untersuchungsgruppe, die jemals eine Entwöhnungsbehandlung angetreten haben (n=150), gaben 84% an, mindestens eine Behandlung abgeschlossen zu haben (n=126). Diese teilen sich wie folgt auf. Eine abgeschlossene Behandlung wurde von 44% der Personen angegeben. Zwei Behandlungen wurden von 16% der befragten Personen abgeschlossen. Der Anteil der Personen, die drei Behandlungen abgeschlossen haben, lag bei 4%. Über 3 Behandlungen wurden abgeschlossen durch 20%. 16% der Personen, die jemals eine Entwöhnungsbehandlung angetreten haben, haben keine der angetretenen Behandlungen beendet.

Essenz – Abhängigkeit und Behandlungen der Abhängigkeit

Es wird deutlich, dass der Erstkonsum von Heroin in allen drei Personengruppen mit großer Mehrheit vor dem 30. Lebensjahr stattfindet. Ebenfalls ist die Gruppe derjenigen, die zwischen dem 16. und 20. Lebensjahr zum ersten Mal Heroin konsumierten, am häufigsten vertreten. Evident ist, dass die weibliche Klientel früher mit dem Konsum beginnt. Der prozentuale Anteil der weiblichen Klientel in der Kategorie „bis 15“ ist erhöht. Die meisten Personen konsumierten bereits in jungen Jahren das erste Mal Heroin. Daraus folgt, dass Angebote zur Prävention einen entscheidenden Faktor zur Verhinderung von Heroinkonsum leisten können. Die Gruppe derjenigen, die nach ihrem 30. Lebensjahr zum ersten Mal Heroin konsumieren, ist gering und bewegt sich zwischen 8% und 12%. Somit muss die Aufklärung und Unterstützung bereits bei jungen Menschen ansetzen, um nachhaltige Erfolge mit der größtmöglichen Effektivität zu generieren. Angeboten der Suchtprävention, die sowohl am individuellen Verhalten der Menschen als auch an den sozialen Rahmenbedingungen ansetzen, sind Ansatzpunkte, die sich effektiv auf die Verminderung von Drogenkonsumenten auswirken können , indem es gelingt, jungen Menschen die Risiken und möglichen Folgen des Drogenkonsums frühzeitig aufzuzeigen.

Weiter wird deutlich, dass sich die Abhängigkeit bei einem Großteil der Befragten innerhalb kürzester Zeit nach dem Erstkonsum entwickelt hat. Das bedeutet, dass gerade jungen Menschen, die den Drogenkonsumraum aufsuchen, Angebote zur intensiven Betreuung gemacht werden sollten, um eine mögliche Abhängigkeit noch zu verhindern oder die bereits bestehende Abhängigkeit frühzeitig zu behandeln, um Folgeschäden zu minimieren.

Bei der Anzahl der angetretenen Entzugsbehandlungen lässt sich festhalten, dass 75% der befragten Personen mehr als 3 Entzugsbehandlungen angetreten haben. Im therapeutischen Gesamtkonzept der Substitutionsbehandlung sollte die Erkenntnis der hohen Inanspruchnahme von Entzugsbehandlungen aufgegriffen werden. Das Verhalten der übermäßigen Inanspruchnahme kann negative Auswirkungen auf den Behandlungsverlauf bedeuten. So kann sich bei Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung das Verhaltensmuster von Phasen des Konsums mit darauffolgenden Entzugsbehandlungen verfestigen und somit eine entscheidende Hürde auf dem Weg aus der Sucht bedeuten. Ferner steigt das Mortalitätsrisiko bei erneutem Konsum nach einer Entzugsbehandlung deutlich.

Der Anteil der Personen, die noch keine oder erst eine Entwöhnungsbehandlung angetreten haben, stellt sich mit 49% als hoch heraus. Leistungen zur Motivation der Klientel und Vermittlung in entsprechende Hilfsangebote sollten hierbei sowohl innerhalb der Konzeptionen von

Drogenkonsumräumen als auch im therapeutischen Gesamtkonzept der Substitutionsbehandlung Berücksichtigung finden. Dabei sollte zunächst geklärt werden, welche die hauptsächlichen Hinderungsgründe für das Antreten einer Entwöhnungsbehandlung darstellen.

Der Anteil der Personen, die mehr als drei Entwöhnungsbehandlungen angetreten haben, umfasst mit 24% einen erheblichen Teil des Personenkreises. Hierbei ist zu beachten, dass die Deutschen Rentenversicherungsträger nur in begrenzten Maße Therapien bewilligen. Um die Stabilisierung der Substituierten zu fördern, die keine Entwöhnungsbehandlung mehr bewilligt bekommen, sollten alternative Angebote zur Tagesstrukturierung und weitere stabilisierende Angebote implementiert werden.

3.1.3. Substitution und konkomitanter Konsum

Um Erkenntnisse über mögliche Unterschiede der Substitutionsbehandlung der Gruppen u1 und u2 zu gewinnen, wird diese hier genauer betrachtet.

Insgesamt 150 Substituierte wurden zu ihrer Substitutionsbehandlung, ihrem Vergabeort und weiteren Rahmenbedingungen befragt. Zunächst fand eine Abfrage des Alters bei erstmaliger Substitutionsbehandlung statt.

3.1.3.1. Alter der erstmaligen Substitutionsbehandlung

Von den substituierten Personen der Gruppe u1 (n=100) geben 47% an, im Alter zwischen 26 und 35 ihre erstmalige Substitutionsbehandlung begonnen zu haben. Bis 25 waren es 33%. Bis 35 haben somit 80% ihre Substitutionsbehandlung erstmalig aufgenommen. Die restlichen 20% sind ab dem 36. Lebensjahr erstmalig in medizinischer Ersatzstoffbehandlung gewesen. Das geringste Alter der erstmaligen Substitutionsbehandlung lag bei 17 Jahren. Die älteste Person der Befragtengruppe hat im Alter von 57 Jahren erstmalig die Substitutionsbehandlung aufgenommen. Der Median lag bei 28,5 Jahren (vgl. Diagramm 33).

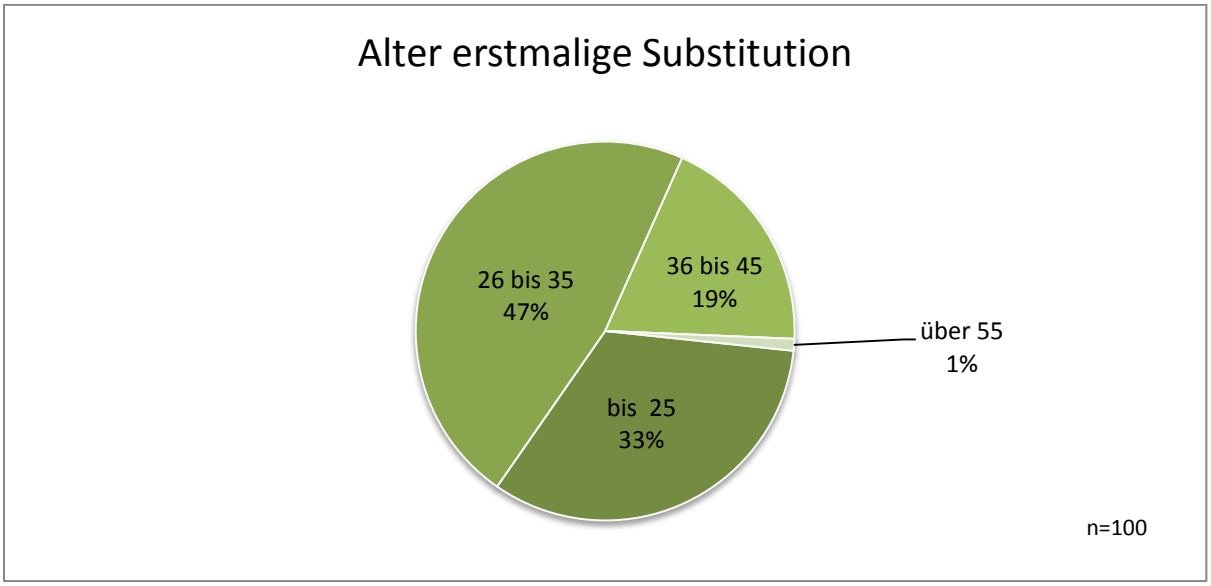

Diagramm 33 – u1

Setzt man die Altersverteilung des Erstkonsums von Heroin in Bezug zur Altersverteilung der erstmaligen Substitutionsbehandlung, lässt sich feststellen, dass 92% bis zum 30. Lebensjahr ihren Erstkonsum mit Heroin hatten und sich 80% bis zum 35. Lebensjahr in Substitutionsbehandlung begeben haben (vgl. Diagramme 26 und 33)

In Gruppe u2 sind es 78%, die bis zum Alter von 35 erstmalig in Substitutionsbehandlung waren (vgl. Diagramm 34). Der Wert weicht minimal von dem der Hauptuntersuchungsgruppe ab. Die geringste Altersangabe war 18 Jahre und die älteste Person war 53 Jahre alt. Der Median lag bei 30.

In Gruppe u2 kann festgehalten werden, dass 88% bis zum Alter von 30 Jahren erstmalig Heroin konsumiert haben und 76% sich bis zum Alter von 35 erstmalig in Substitutionsbehandlung begeben haben (vgl. Diagramme 28 und 34).

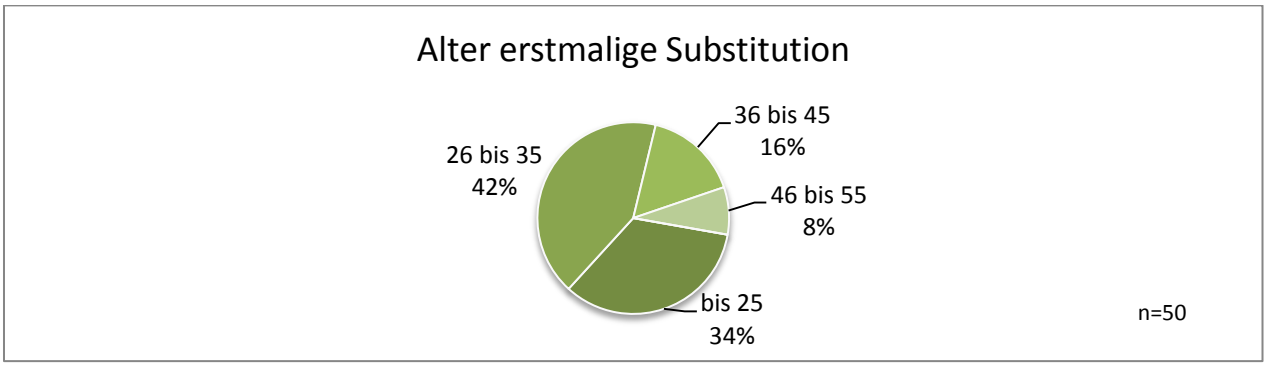

Diagramm 34 – u2

Die Altersverteilungen des Erstkonsums von Heroin und der erstmaligen Substitutionsbehandlung lassen Rückschlüsse auf die Dauer bis zur ersten Ersatzstoffbehandlung zu. Durchschnittlich kann davon ausgegangen werden, dass innerhalb der ersten 5 bis 10 Jahre des Heroinkonsums eine Behandlung mit Substitut aufgenommen wird. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass nicht jeder Konsumierende in kurzer Zeit nach seinem Erstkonsum abhängig konsumiert hat. Angaben machten deutlich, dass trotz zumeist schneller Toleranzentwicklung, vereinzelt zwischen dem Erstkonsum und dem regelmäßigen Konsum mehrere Jahre lagen.

3.1.3.2. Applikationsform vor Substitution

Vor dem Hintergrund der Fragestellung, ob die Applikationsform Einfluss auf den Beginn einer Substitutionsbehandlung hat, wurde die zuletzt vorwiegende Applikationsform vor Substitutionsbeginn erhoben. Die Applikationsformen von Heroin vor Substitutionsbeginn unterscheiden sich unter den einzelnen Untersuchungsgruppen nicht wesentlich. Lediglich der orale Konsum fand ausschließlich in der Gruppe u2 statt. Es kann festgehalten werden, dass nicht ausschließlich riskante Applikationsformen zur Aufnahme einer Substitutionsbehandlung führen (vgl. Diagramme 35 und 36)

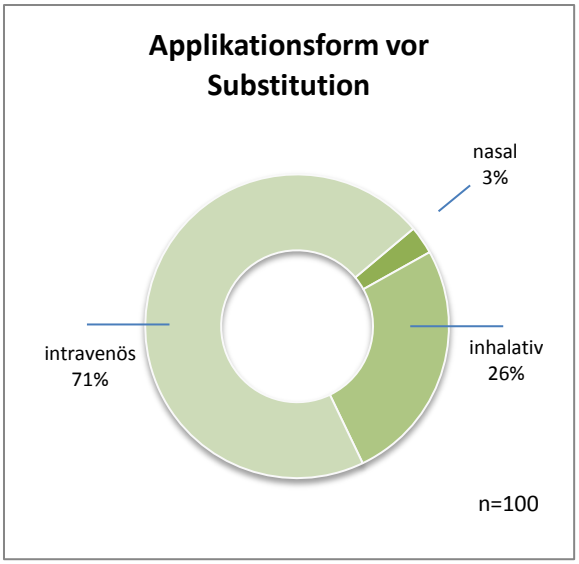

Diagramm 35 – u1

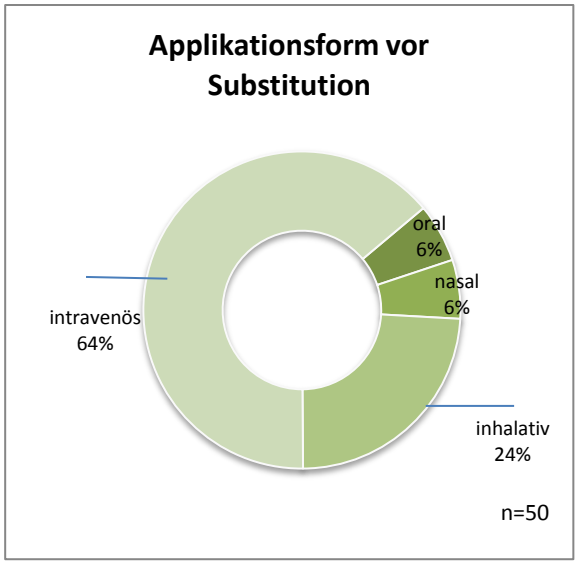

Diagramm 36 – u2

3.1.3.3. Gründe für die Substitutionsbehandlung

Die Substitutionsbehandlung mit PSB als etablierte Therapieform für opiatabhängige Menschen soll Entzugserscheinungen und Kriminalität verhindern, die Abhängigkeitsdynamik unterbrechen und eine soziale Wiedereingliederung ermöglichen.

Die Gründe für Substitutionsaufnahme unter den substituierten Personen wurden erhoben. Bei Erstellung des Fragebogens wurden Antwortmöglichkeiten erarbeitet, die sich aufteilten in „Unterbrechung der konsumfokussierten Tagesstruktur“, „Verhinderung von Entzugserscheinungen“, „Verhinderung von Straffälligkeit“, „gerichtliche Auflage“, „im Rahmen einer ambulanten therapeutischen Maßnahme“, „zur gesundheitlichen Stabilisierung“, „zur Anbindung ans Hilfesystem“, „als Voraussetzung für eine medizinische Behandlung“ und um „soziale Kontakte“ zu haben. Für soziale Kontakte wurde ein Interviewhinweis erstellt, der diesen Oberbegriff als Kontaktknüpfung und/oder Kontaktpflege beschrieb. Dass der Anstoß zur Substitutionsbehandlung aus dem sozialen Umfeld kam, war an dieser Stelle nicht gemeint. Ergänzend konnte eine freie Antwort gegeben werden. Die Fragestellung sah die Möglichkeit der mehrfachen Antworten vor.

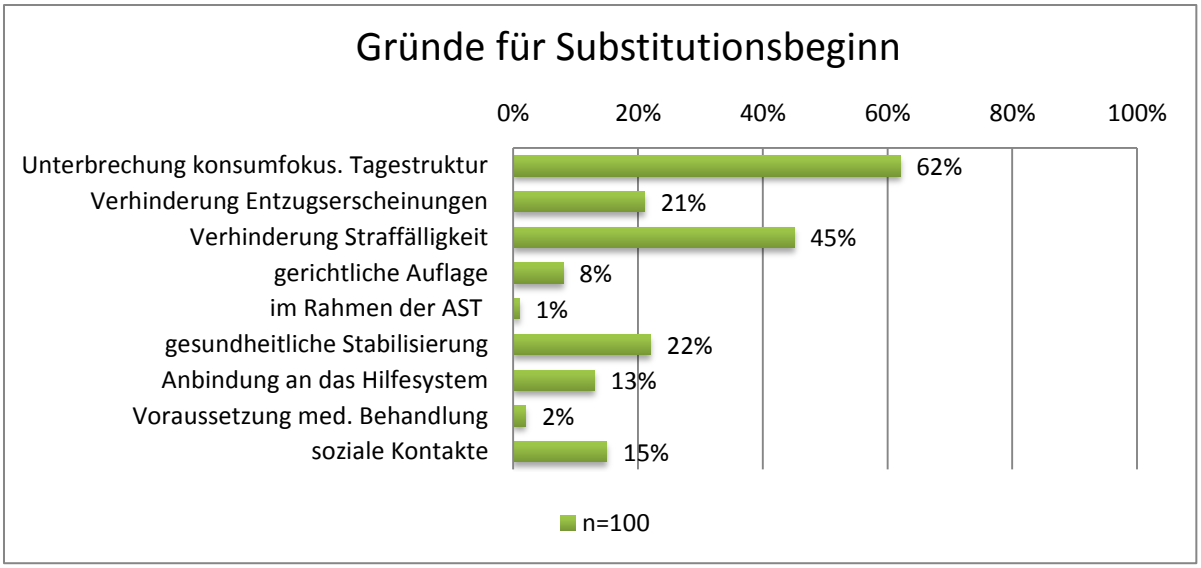

Diagramm 37 – u1

Der mit 62% am häufigsten genannte Grund in Gruppe u1 (n=100) ist die „Unterbrechung der konsumfokussierten Tagesstruktur“. Darauffolgend benennen 45% die „Verhinderung von Straffälligkeit“ als Grund. Die „Verhinderung von Entzugserscheinungen“ und die „gesundheitliche Stabilisierung“ sind jeweils für ein Fünftel der Befragten bedeutsam gewesen, die Substitutionsbehandlung anzutreten. Durchaus zu beachten ist der Wert, den „soziale Kontakte“ erreicht. Dass 15% die Substitutionsbehandlung beginnen, um soziale Kontakte zu knüpfen und zu pflegen, ist auffällig (vgl. Diagramm 37). Es handelt sich vermutlich um weiterführende oder alte Kontakte zu Mitpatienten, nicht die Kontakte in Arztpraxen.

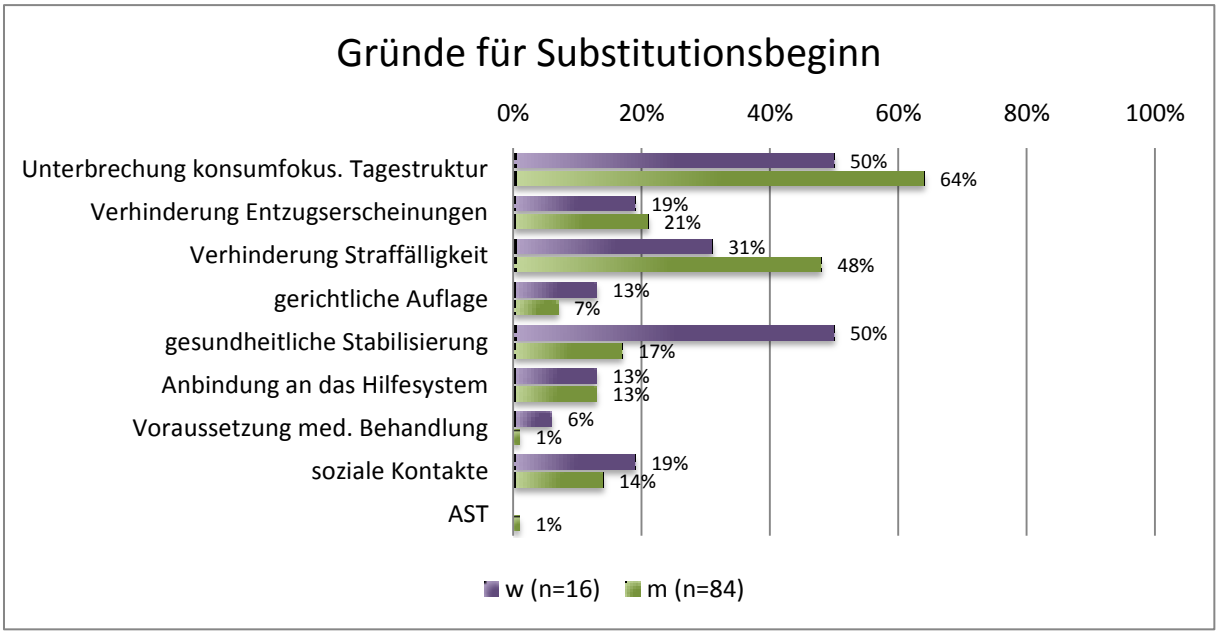

Diagramm 38 – Geschlechterverteilung Gründe für Substitutionsbeginn – u1

Bei den Gründen für den Substitutionsbeginn wurden geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich. Die weibliche Klientel gibt prozentual häufiger an, sich aufgrund der gesundheitlichen Stabilisierung in die Substitutionsbehandlung begeben zu haben. Die Verhinderung von Straffälligkeit wird hingegen seltener als bei der männlichen Klientel benannt. Dies verdeutlicht die Bandbreite an Problemlagen der Klientel. Diese Bandbreite, die sich auch geschlechtsspezifisch äußert, sollte in der Fachdiskussion Beachtung finden.

Der Vergleich mit Gruppe u2 (n=50) unterscheidet sich unter den vier hauptsächlichen Gründen wenig. Die Unterbrechung der konsumfokussierten Tagesstruktur wird ebenfalls mit 62% angegeben. Die Verhinderung von Straffälligkeit war für 30% bedeutsam. 22% traten die Substitutionsbehandlung ebenfalls zur gesundheitlichen Stabilisierung an. Auch die Verhinderung von Straffälligkeit war für 12% noch bedeutend. Für 8% der Befragten war die Anbindung an das Hilfesystem ein Grund für den Beginn der Substitutionsbehandlung. 6% der Personengruppe geben soziale Kontakte an. Mit jeweils 2% wurden die gerichtliche Auflage und die Voraussetzung für eine medizinische Behandlung benannt. Somit kann festgehalten werden, dass die hauptsächlichen Ziele der Substitutionsbehandlung sich weitestgehend mit den von den Befragten Gründen für die Behandlung decken.

3.1.3.4. Dauer der Substitutionsbehandlung

Die Dauer der Substitutionsbehandlung wurde erhoben, um einen möglichen Zusammenhang zwischen Dauer der Behandlung und Nutzungsverhalten des Drogenkonsumraums ziehen zu können. Es wurde nach der Dauer der aktuellen Substitutionsbehandlung gefragt. Angaben lagen zwischen dem Minimum bei einem Monat und dem Maximum bei 324 Monaten.

3.1.3.5. Anzahl/ Unterbrechungen der Substitutionsbehandlungen

Im Weiteren wurde zur Feststellung der Anzahl der Substitutionsbehandlungen erfragt, ob und wie häufig die Behandlung seit Beginn unterbrochen wurde. Von den 100 substituierten Personen der Gruppe u1 bestätigen 74% Unterbrechungen in ihren Behandlungen (n=100). Von ihnen (n=74) geben 23% eine Unterbrechung und somit zwei Behandlungen an, gefolgt von 20% mit 5 Unterbrechungen und 6 Behandlungen. Zwei bis 4 Unterbrechungen haben 39% in ihrer Behandlung. Diese 39% befanden sich 5 Mal in Substitutionsbehandlung Auf 10 oder mehr Unterbrechungen kommen 6% der Personengruppe, d.h. 6% waren häufiger als 10 Mal in Substitutionsbehandlung (vgl. Diagramm 39).

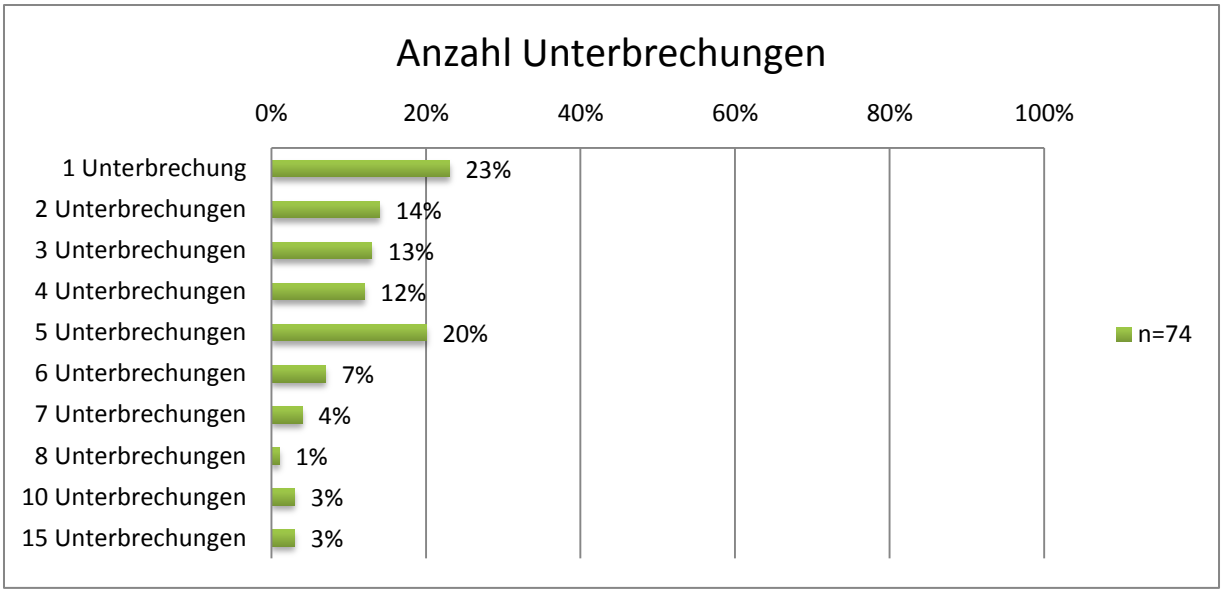

Diagramm 39 – u1

In Gruppe u2 (n=50) geben 64% Unterbrechungen in ihrer Substitutionsbehandlung an. Von ihnen (n=32) bestätigen 22%, eine Unterbrechung in ihrer Behandlung und somit zwei Behandlungen gehabt zu haben. Mit jeweils 19% wurden 2, 3 und 5 Unterbrechungen angegeben, d.h. 19% der Befragten kommen jeweils auf 3, 4 und 6 Behandlungen insgesamt. 9% hatten 5 Behandlungen und 3% absolvierten 7, 8, 9 und 11 Behandlungen.

Die Werte der beiden Gruppen unterscheiden sich nicht wesentlich, zumal die Gründe für ein Behandlungsende oder einen Behandlungsabbruch individuell unterschiedlich sein können. Da keine wesentlichen Unterschiede bei den Werten der Anzahl bzw. der Unterbrechungen zu ermitteln waren, kann davon ausgegangen werden, dass die Kontinuität der Substitutionsbehandlung nicht ausschließlich Einfluss auf den konkomitanten Konsum hat. Wie durch die Premos-Studie bereits nachgewiesen, kann die Dauer der Behandlung Einfluss haben.[3]

3.1.3.6. Gründe für Unterbrechungen der Substitutionsbehandlung

Da bei mehreren Unterbrechungen unterschiedliche Gründe vorliegen können, waren bei dieser Fragestellung Mehrfachnennungen möglich. Es wurden auch hier mögliche Antworten zur Auswahl gestellt, die sich im Einzelnen aufschlüsseln in „Haft“, „Beikonsum“, „nicht leistbare Rezeptgebühr“,

---

3 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf - abgerufen am 31.05.2018

„Entzugsbehandlung“, „Entwöhnungsbehandlung“, „kein Krankenversicherungsschutz“ und „disziplinarische Entlassung“. Eine freie Antwort konnte zudem gegeben werden.

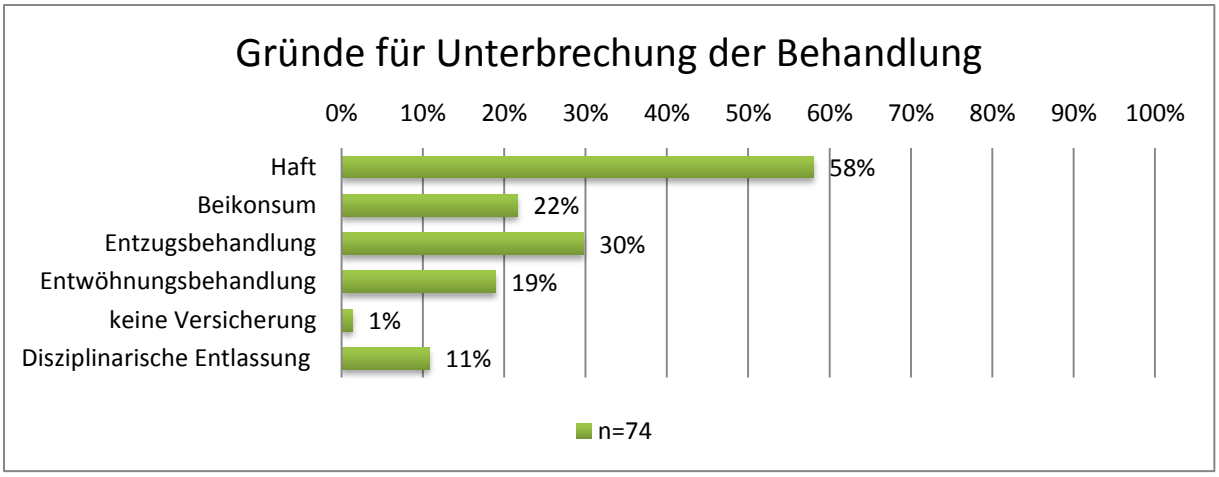

Diagramm 40 –u1

Zu 58% wurden die Unterbrechungen der Behandlungen in der Gruppe u1 (n=74) durch Inhaftierung verursacht. 30% haben ihre Substitutionsbehandlung aufgrund einer Entzugsbehandlung unterbrochen. Für 22% führte konkomitanter Konsum zum Behandlungsende, dieser führt nicht zwangsläufig zur disziplinarischen Entlassung, da einige angaben, sie haben die Vergabe nicht mehr täglich wahrgenommen und stattdessen wieder den Konsum vorgezogen. Für 11% war jedoch auch eine disziplinarische Entlassung ursächlich für eine Unterbrechung. 19% haben Abstinenz verfolgt und eine Entwöhnungsbehandlung angetreten. Die nicht leistbare Rezeptgebühr wurde von niemandem benannt (vgl. Diagramm 40).

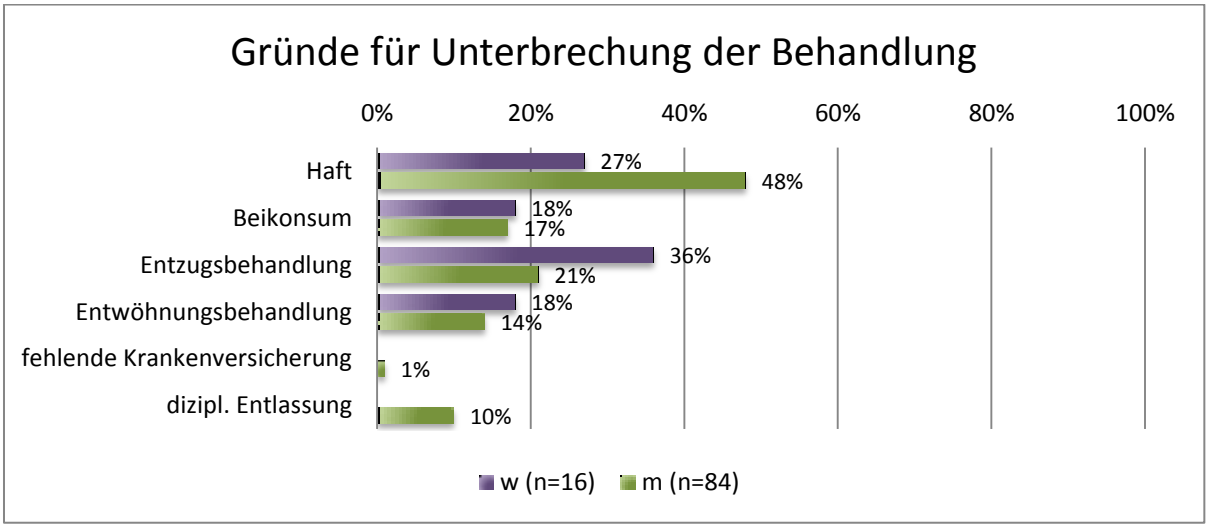

Diagramm 41 – Geschlechterverteilung Gründe für Unterbrechung der Behandlung – u1

Bei den Gründen für die Unterbrechung der Substitutionsbehandlung werden geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich. Die männliche Klientel gibt prozentual häufiger an, dass sowohl die Inhaftierung als auch die disziplinarische Entlassung der Grund der Unterbrechung war. Die weibliche Klientel gibt häufiger an, dass Entzugsbehandlungen den Grund für die Unterbrechung der Substitution darstellen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede zu Substitution während der Haft werden im nachfolgenden Kapitel näher betrachtet.

Der Unterschied zur Gruppe u2 (n=32) ist bezogen auf den Parameter der Inhaftierung mit 20% relativ hoch. Nur 38% geben an, aufgrund von Haft ihre Behandlung beendet zu haben. Das spricht entweder für weniger Inhaftierungen in dieser Befragtengruppe oder für Weiterbehandlung während der Inhaftierung. Der erhobene Wert für Beikonsum ist mit ebenfalls 22% identisch. In Gruppe u2 mussten 6% ihre Behandlung beenden, weil sie ihre Rezeptgebühr nicht leisten konnten. Die anderen erhobenen Werte weichen unbedeutend ab, so wurden 25% für die Entzugsbehandlung, ebenfalls 19% für die Entwöhnungsbehandlung und 13% für disziplinarische Entlassungen erhoben. Die Antwort „Kein Versicherungsschutz“ kam nicht vor.

Bei den genannten Unterbrechungen durch Haft muss berücksichtigt werden, dass sowohl die Anzahl als auch die Unterbrechung der Behandlung vielleicht viele Jahre zurückliegt. Die Fragestellung lässt keine Rückschlüsse auf die Zeitpunkte der Unterbrechungen zu.

3.1.3.7. Substitutionsbehandlung während und nach Haft

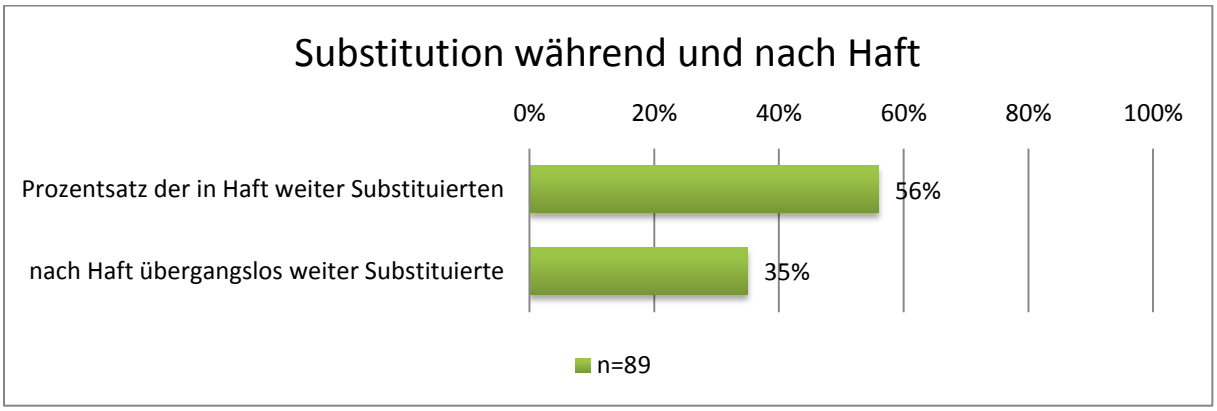

Diagramm 42 – u1

89% der Gruppe u1 waren in ihrem Leben inhaftiert (n=100), bei 56% wurde die Substitutionsbehandlung weitergeführt. Allerdings wurde nach Entlassung die unmittelbar anschließende Weiterbehandlung bei 21% nicht sichergestellt.

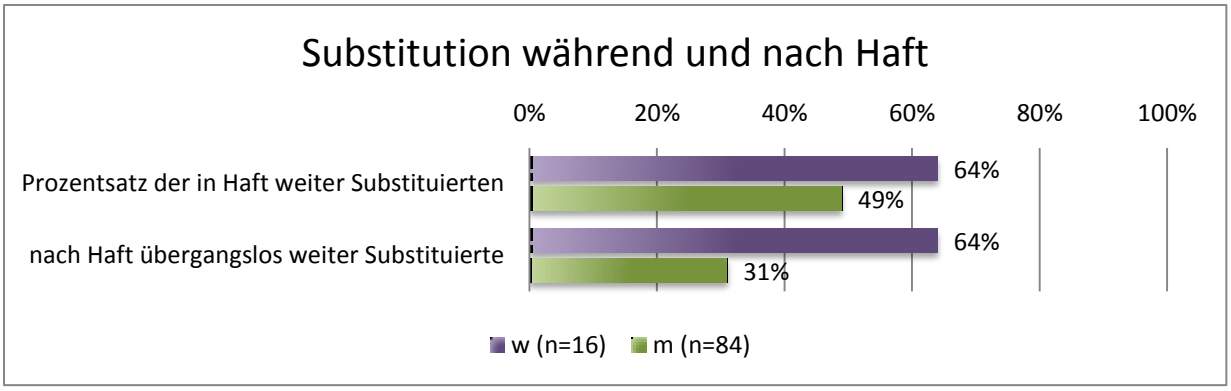

Diagramm 43 – Geschlechterverteilung Substitution während und nach Haft – u1

Es werden geschlechtsspezifische Unterschiede in der Substitutionsbehandlung während der Haftzeit und Weiterbehandlung nach Inhaftierung deutlich. Für die weiblichen Substituierten wird die Behandlung häufiger in Haft weitergeführt. Für 100% der in Haft weitersubstituierten Frauen wurde die Anschlussbehandlung bei Entlassung sichergestellt. Bei den männlichen Substituierten lässt sich eine Differenz von 18% beobachten, deren Behandlung mit Entlassung endete (vgl. Diagramm 43).

Bei 44% der Gruppe u2 (n=50) wurde während ihrer Inhaftierung die Substitutionsbehandlung weitergeführt. Für 8% war die Anschlussbehandlung nach Entlassung nicht sichergestellt. Innerhalb der letzten Jahre hat sich die Weiterbehandlung mit Substitut innerhalb der JVAs etabliert. Es ist nicht zu beantworten, ob sich die Angaben auf weiter zurückliegende Inhaftierungen beziehen.

Dass diese Versorgungslücke trotz Verbesserungen durch z.B. das Übergangsmanagement für suchtkranke Inhaftierte noch immer besteht, ist beanstandungswürdig. Eine unterbrechungslose Weiterbehandlung verhindert Rückfälle, erneute Kriminalität und auch Todesfälle. Das Übergangsmanagement soll die Lücke, die für Suchtkranke entsteht, wenn sie entlassen werden, schließen. Ohne Übergangsmanagement werden Inhaftierte ohne gesicherten Krankenversicherungsschutz als Grundlage für Substitution entlassen. Bis zur Bewilligung von Transferleistungen hat für die meisten frisch entlassenen Suchtkranken der erste Konsum und somit der Rückfall in alte Verhaltensmuster stattgefunden. Es entsteht eine unnötige Lücke im Behandlungsverlauf der Substitution.

3.1.3.8. Substitute

Die Gruppen u1 und u2 wurden auch zu ihrem Substitutionsort und zu ihrem Substitutionsstoff befragt. Die Versorgungssituation substituierter Personen in Essen sieht eine Verteilung auf 4 Ambulanzen und 7 niedergelassene Ärzte im Stadtgebiet, die eine Zulassung zur Substitution vorweisen können, vor. Zwei der Ambulanzen werden durch das LVR Klinikum geführt, zwei durch die Suchthilfe direkt Essen gGmbH. Einige der substituierten Personen sind auch bei niedergelassenen Ärzten in umliegenden Städten in Substitutionsbehandlung.

Von den 100 substituierten Personen der Gruppe u1 (n=100) geben 67% an, in einer der vier Ambulanzen in Essen in Substitutionsbehandlung zu sein. 33% sind zum Zeitpunkt der Befragung bei

niedergelassenen Ärzten in Behandlung. Methadon ist mit 52% das meist verschriebene Substitut. 35% erhalten Polamidon. Subutex erhalten 9% und Suboxone 3%. Mit Substitol wird die Behandlung bei 1% der Befragtengruppe durchgeführt (vgl. Diagramm 44).

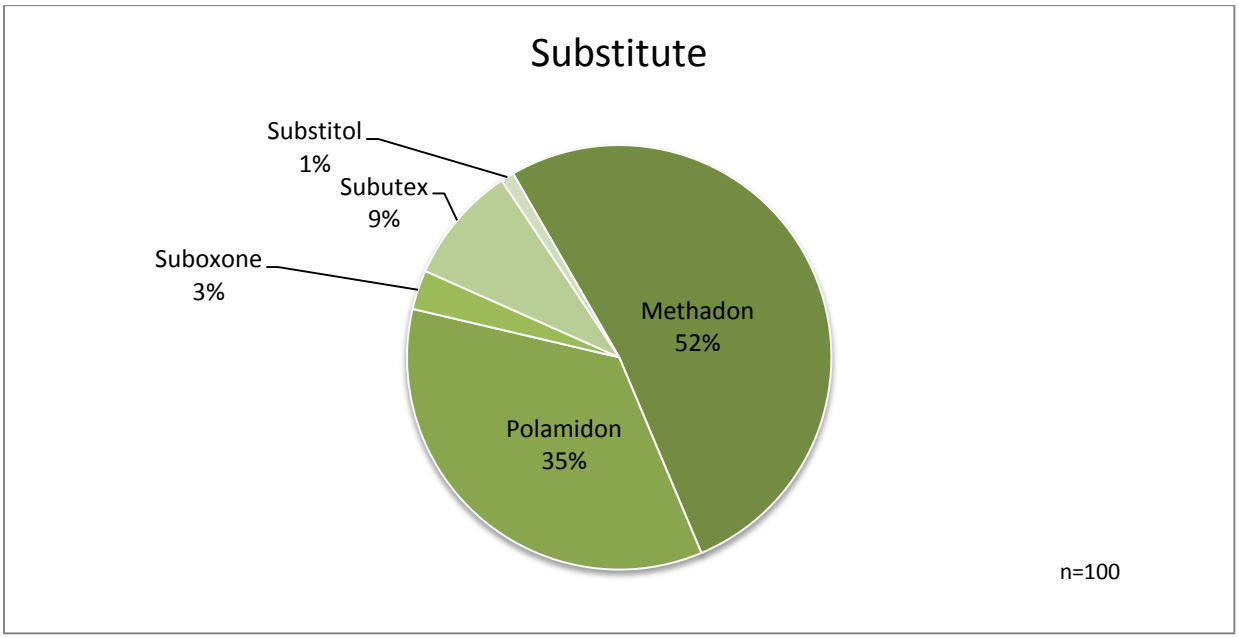

Diagramm 44 – u1

Die erhobenen Werte der Gruppe u2 (n=50) unterscheiden sich von den Werten der Hauptuntersuchungsgruppe u1. Das meist verschriebene Substitut ist hier Polamidon mit 52%. Methadon erhalten 40% und Suboxone 8%. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erhebung des konkomitanten Konsums im Detail dargestellt. Es ist fraglich, welche Auswirkung der Substitutionsstoff möglicherweise auf den konkomitanten Konsum hat.

3.1.3.9. Dosierung des Substituts, Mitgaben und Urinkontrollen

In welchem Maße sowohl die Dosierung des Substituts sowie die Struktur der Vergabestelle Einfluss auf den konkomitanten Konsum haben, ist Hintergrund der folgenden Fragestellungen. Zur besseren Vergleichbarkeit werden die erhobenen Werte der Dosierung der jeweiligen Substitutionsstoffe in mg umgerechnet. Die Dosis der Person, die Substitol erhält, wurde aus der Berechnung entnommen, so dass sich für die Gruppe u1 eine Substitutionsstoffdosis von im Durchschnitt 60mg (n=100) ergibt. Der Minimalwert liegt bei 8 mg und die Maximalangabe sind 180mg. 78% der Befragtengruppe sind mit ihrer Dosierung zufrieden. 17% geben an, die Dosierung sei zu niedrig. 5% halten die Dosierung ihres Substituts für zu hoch.

Nach einem halben Jahr Beikonsumfreiheit können Substituierte Mitgaben erhalten. 7% der Gruppe u1 erhalten Mitgaben ihres Substituts für eine durchschnittliche Dauer von 5 Tagen. Minimal werden 2 Tage angegeben, maximal 7 Tage. Bei 93%, so geben die Befragten an, werden Urinkontrollen durchgeführt, von denen 22% (n=920 der Rhythmus der Urinkontrollen bekannt sei. Angaben zur Regelmäßigkeit der Urinkontrollen liegen zwischen wöchentlich bis zu quartalsweise. Durch Interviewhinweise werden die kontrollierten Bedingungen erklärt, die daran anschließend erfragt wurden. 19% der Befragtengruppe geben an, dass die Urinkontrolle unter kontrollierten Bedingungen erfolgt, unter Sicht oder mit Marker. Die Befragtengruppe, die den Drogenkonsumraum nutzt, gab zu 100% an, konkomitant zu konsumieren. 7% erhalten Mitgaben ihres Substituts.

In der Vergleichsgruppe u2 (n=50) liegt die durchschnittliche Dosierung des Substituts ebenfalls bei 60mg. Unter dieser Personengruppe herrscht mehr Zufriedenheit mit der Dosierung. 88% geben Zufriedenheit an, 4% die Dosis als zu niedrig empfinden und der Anteil der Personen, die die Dosierung als zu hoch empfinden, liegt bei 8% (n=4). 35% der Vergleichsgruppe erhalten Mitgaben. 98% bestätigen Urinkontrollen. Der Anteil der Personen, denen der Rhythmus der Urinkontrollen bekannt ist, liegt hier bei 30% (n=15). Als Rhythmus wurde von wöchentlich bis monatlich angegeben. Die kontrollierten Bedingungen (unter Sicht oder mit Marker), unter denen die Urinkontrollen durchgeführt werden können, bestätigten 18%.

3.1.3.10. Konkomitanter Konsum

Die Abfrage des konkomitanten Konsums soll an dieser Stelle zunächst einen Überblick über die konsumierten Substanzen verschaffen, Mehrfachnennungen waren möglich. Auf die Konsumfrequenzen wird im weiteren Verlauf eingegangen.

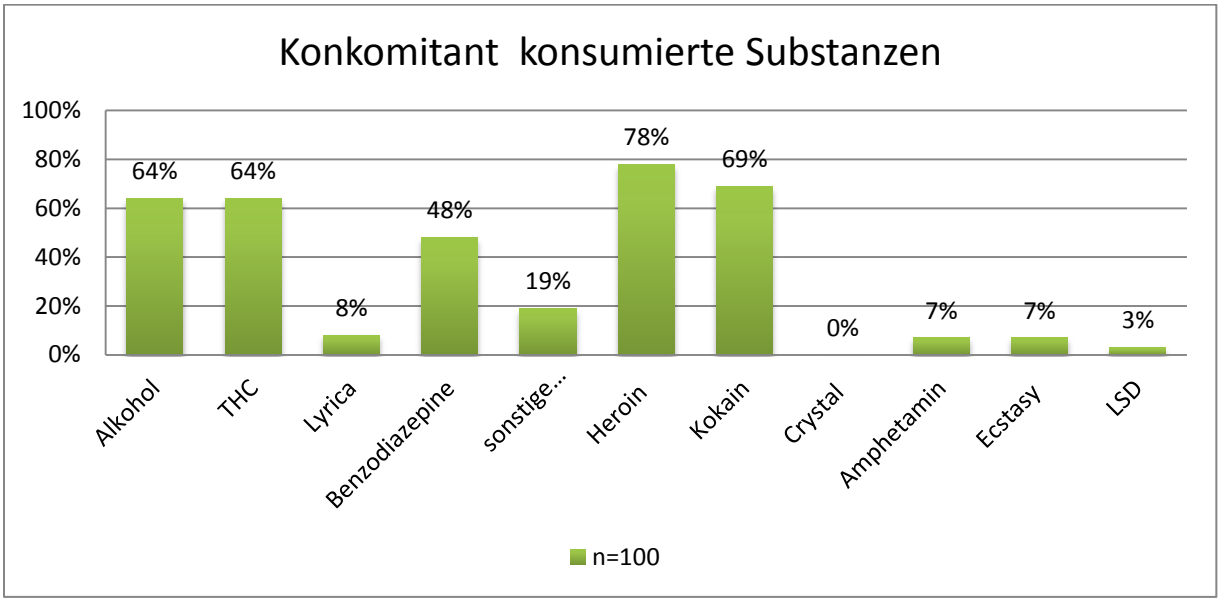

Diagramm 45– u1

Aus Gruppe u1 (n=100) geben 78% an, Heroin zu konsumieren. 69% geben den Konsum von Kokain an. Jeweils 64% der Gruppe u1, bestätigen den Konsum von Alkohol und THC. Lyrica, das Medikament, das in den letzten zwei Jahren immer mehr in den Fokus geriet, wird nur von 8% der Befragtengruppe konsumiert. Allerdings kann dieser Wert ortsgebunden sein, da letztes Jahr nach mehreren aufeinanderfolgenden Todesfällen in Essen, die auf Mischkonsum und möglicher Überdosierung mit Lyrica zurückzuführen waren, der Konsum dieses (ärztlich verordneten) Medikaments deutlich zurückgegangen scheint. Benzodiazepine werden von 48% der Gruppe u1 konsumiert. 19% der Gruppe u1 geben den konkomitanten Konsum von sonstigen Medikamenten an. 53% konsumieren Benzodiazepine, Lyrica oder sonstige Medikamente, 28% davon werden von einem Arzt verschrieben, d.h. 78% der konsumierten Medikamente sind als konkomitanter Konsum zu werten. Jeweils 7% der Befragten konsumieren Amphetamine und Ecstasy (vgl. Diagramm 45).

Auffällig ist bei Betrachtung der konkomitant konsumierten Substanzen die große Differenz zwischen Männern und Frauen bei Alkohol. Prozentual weniger als die Hälfte mit 31% der weiblichen Substituierten konsumieren Alkohol im Vergleich zu den Männern mit 70%. Weiterhin fallen die Unterschiede bei Heroin und Kokain auf. So ist der Konsum von Heroin bei den Männern höher als bei den Frauen. Im Gegenzug lässt sich eine ähnlich große Differenz für Kokain feststellen, allerdings wird Kokain von den Frauen häufiger konsumiert.

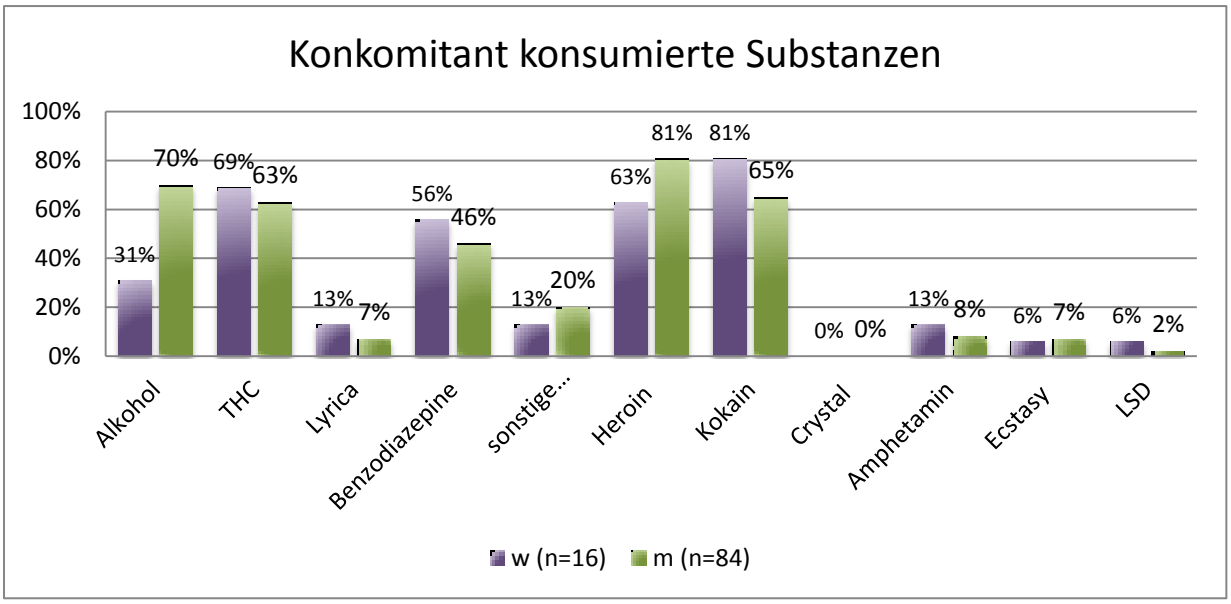

Diagramm 46 – Geschlechterverteilung konkomitant konsumierte Substanzen – u1

Aus Gruppe u2 geben 98% an, konkomitant zu konsumieren (n= 49). Die am häufigsten konsumierte Substanz ist mit einer Angabe von 64% Alkohol, gefolgt von THC mit 58%. Benzodiazepine wurden zu 28%, sonstige Medikamente werden zu 26% angegeben. Erst danach werden Heroin mit 18% und Kokain mit 12% benannt. Jeweils 4% geben einen Konsum von Lyrica und/oder Amphetaminen an (vgl. Diagramm 47).

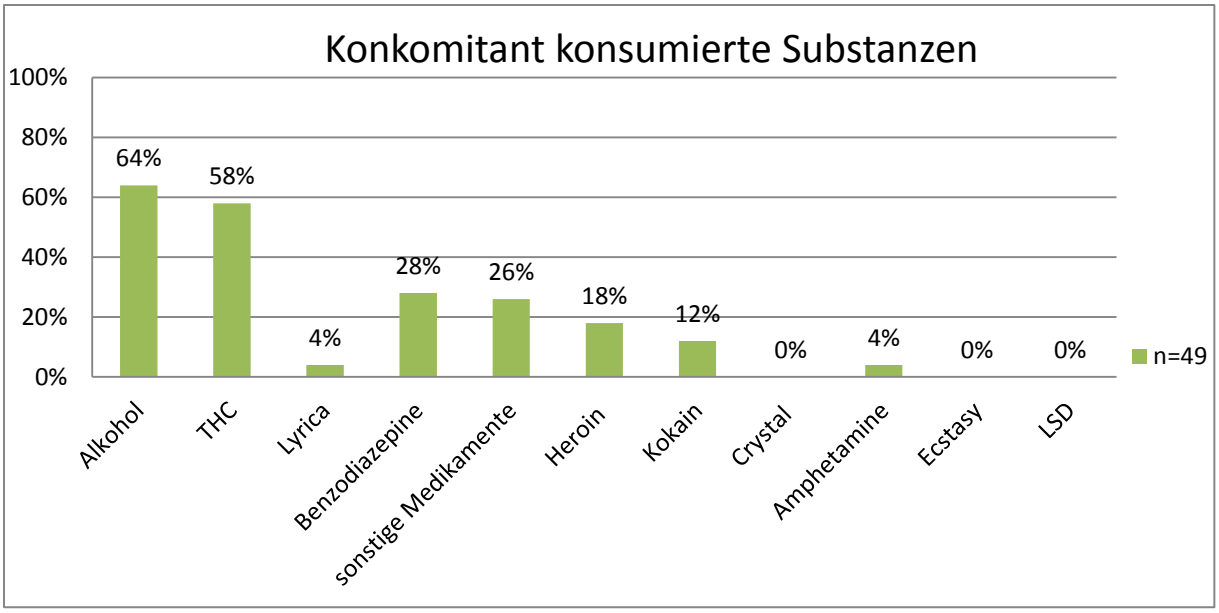

Diagramm 47 – u2

Im Vergleich der Gruppen u1 und u2 fällt auf, dass in der Gruppe u2 deutlich weniger Personen Heroin konsumieren. Die Differenz liegt bei 60%. Bei Kokain ist die Differenz ebenfalls auffallend hoch, sie liegt bei 57%. Die Werte lassen darauf schließen, dass die Gruppe u1, die durch die Anpassung der Rechtsverordnung erreicht werden soll, das Angebot des Drogenkonsumraums nutzt und die Gruppe u2 durch ihr Konsummuster keine zwingende Notwendigkeit sehen, den Drogenkonsumraum in Anspruch zu nehmen. Mehr Details hierzu werden im Kapitel ‚Inanspruchnahmeverhalten des Drogenkonsumraums und Unterschiede' bearbeitet. Der Personenanteil, der Alkohol konsumiert, ist in den Gruppen u1 und u2 identisch. THC wird prozentual von unbedeutend weniger Personen konsumiert. Der einzige Wert, der in der Gruppe u2 den der Hauptuntersuchungsgruppe u1 übersteigt, ist der der „sonstigen Medikamente" mit 26% (u1: 19%). Jedoch wird die Frage nach der ärztlichen Verordnung von 39% dieses Personenkreises bestätigt. Somit sind 61% des konkomitanten Medikamentenkonsums als Selbstmedikation zu werten.

3.1.4. Konsum (Frequenzen und Substanzen)

Die Erkenntnis der konkomitant konsumierten Substanzen reicht nicht aus, um den Umfang des zusätzlichen Konsums zu bestimmen. Daher wurden die Konsumfrequenzen erhoben. Es wurden Antwortkategorien gebildet, die der vereinfachten Vergleichbarkeit der Antworten dienten. Die unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten waren: „täglich", „mehrfach in der Woche", „einmal in der Woche", „mehrfach im Monat" und „seltener". Bei der Auswertung der Konsumfrequenzen gilt es zu beachten, dass die Frequenzen ausschließlich für die Personen erhoben werden konnte, die den konkomitanten Konsum der jeweiligen Substanz angegeben haben.

3.1.4.1. Alkohol

Drei Viertel der Gruppe u1, die Alkohol trinken (n=64), geben täglichen Alkoholkonsum an. 12% konsumieren mindestens einmal wöchentlich Alkohol. Der Anteil der Personen, die weniger als mehrfach im Monat Alkohol trinkt, liegt bei 8% (vgl. Diagramm 48).

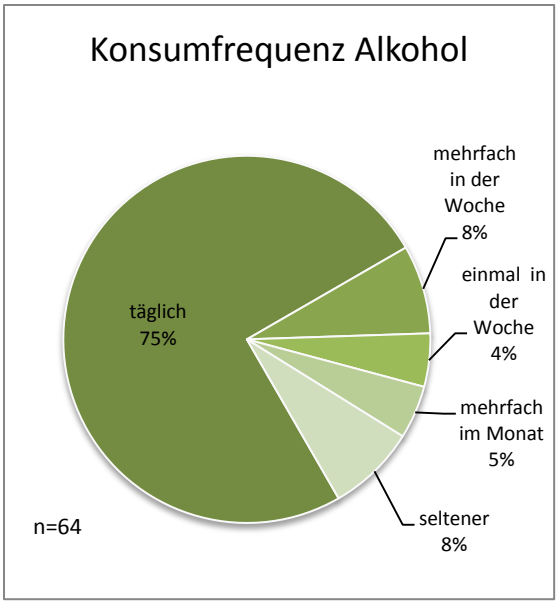

Diagramm 48 – u1

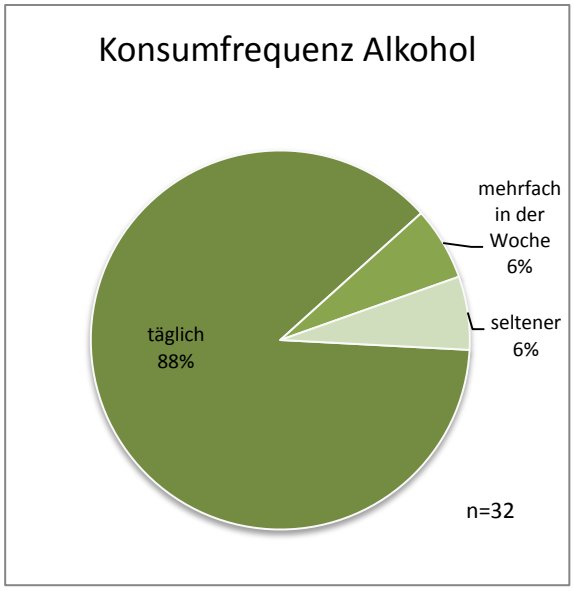

Diagramm 49 – u2

Unter den Personen der Gruppe u2 (n=32) geben 88% täglichen Konsum an. 6% geben eine Konsumfrequenz von mehrfach wöchentlich an. Die zwei Kategorien einmal in der Woche und mehrfach im Monat werden gar nicht angegeben. 6% beschreiben, seltener Alkohol zu konsumieren (vgl. Diagramm 49).

Der Vergleich der Ergebnisse der Konsumfrequenzen beider Untersuchungsgruppen erbringt, dass in beiden Gruppen 64% der Personen konkomitant Alkohol konsumieren, jedoch die Frequenz und somit die Konsummenge in der Gruppe u2 höher ist. Hier geben 94% mindestens wöchentlichen Konsum an. In Gruppe u1 liegt der Wert bei 87%. Auch in der Kategorie seltener als mehrfach im Monat unterscheiden sich die erhobenen Werte. In Gruppe u2 liegt die Angabe bei 6%. In Gruppe u1 liegt die Angabe bei 8%. Somit kann festgehalten werden, dass Personen der Gruppe u2 in einer höheren Frequenz Alkohol konsumieren als in der Hauptuntersuchungsgruppe.

3.1.4.2. THC

Die tägliche Konsumfrequenz von THC geben51% von den Personen der Gruppe u1 (n=64), an. 19% konsumieren mehrfach in der Woche, 8% mindestens einmal in der Woche. In der Kategorie „mehrfach im Monat“ geben 16% den Konsum von THC an. Bei 6% liegt der Anteil der Personen der Hauptuntersuchungsgruppe, die seltener als mehrfach im Monat konsumieren (vgl. Diagramm 50).

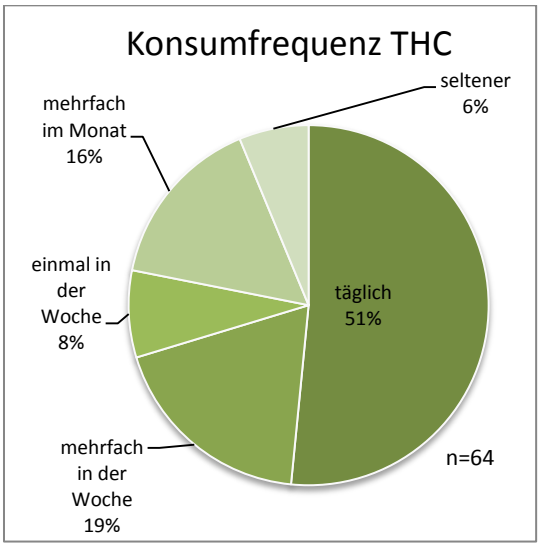

Diagramm 50 – u1

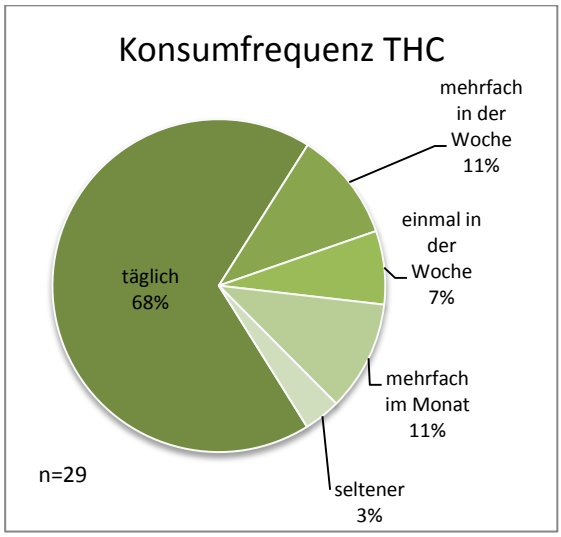

Diagramm 51 – u2

Von den Personen der Gruppe u2 (n=29) geben 68% einen täglichen THC Konsum an. Mehrfach in der Woche wird von 11% angegeben, einmal in der Woche von 7%. Mehrfacher Konsum im Monat wird von 11% der Personengruppe angegeben. „Seltener“ wird durch 3% beantwortet (vgl. Diagramm 51).

Auch die Ergebnisse der Konsumfrequenz des THC- Konsums verdeutlichen, dass in der Gruppe u2 zwar weniger Personen angeben, THC zu konsumieren, die Konsumfrequenz jedoch höher ist. Der Anteil der täglich konsumierenden Personen der Gruppe u2 umfasst 17% mehr als unter den Personen der Gruppe u1. Einen mindestens wöchentlichen Konsum geben von den Personen der Untersuchungsgruppe u1, die THC konsumieren, 78% an. In der Vergleichsgruppe wurde ein Wert von 86% erhoben. Somit kann festgehalten werden, dass die Personen der Gruppe u2 in einer höheren Frequenz THC konsumieren als die Personen der Gruppe u1.

3.1.4.3. Benzodiazepine

Die Konsumfrequenz der Benzodiazepine geben 56% der Personen der Gruppe u1 (n=48) mit „täglich“ an. 23% der Hauptuntersuchungsgruppe konsumieren mindestens wöchentlich. 15% aus Gruppe u1 bestätigen, mehrfach im Monat Benzodiazepine einzunehmen. Der Anteil der Personen, die seltener als mehrfach im Monat konsumieren, liegt bei 6% (vgl. Diagramm 52).

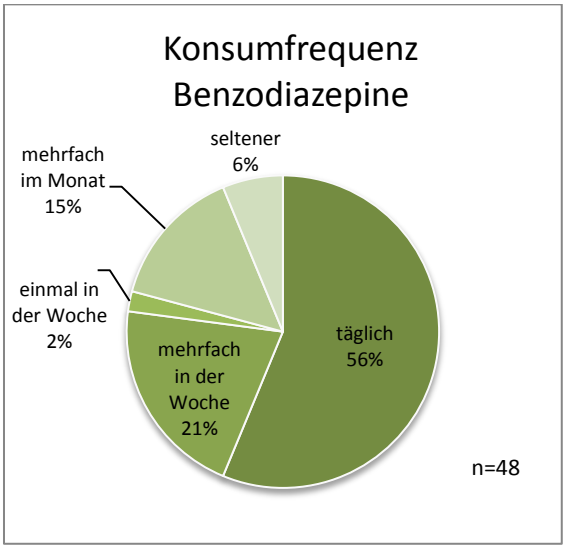

Diagramm 52 – u1

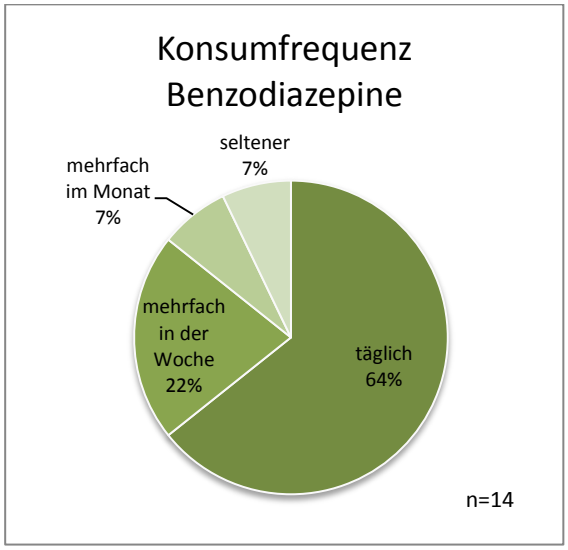

Diagramm 53 – u2

Die tägliche Konsumfrequenz der Personen der Gruppe u2 (n=14), wurde mit 64% erhoben. Mehrfacher Konsum in der Woche wird unter diesem Personenkreis von 22% angegeben. 7% bestätigen die Konsumfrequenz von „mehrfach im Monat“. Weitere 7% geben an, seltener als mehrfach im Monat zu konsumieren (vgl. Diagramm 53).

Die Konsumfrequenzen der substituierten Personen, die Benzodiazepinkonsum angeben, unterscheiden sich nicht wesentlich. Beim täglichen Konsum muss jedoch berücksichtigt werden, dass 39% der substituierten Personen des befragten Personenkreises, die entweder Benzodiazepine, Lyrica oder sonstige Medikamente einnehmen, die Medikation ärztlich verschrieben bekommen. Die Konsumfrequenz erscheint daher zur Ergänzung des grundsätzlich erfassten konkomitanten Konsums von Benzodiazepinen wenig aussagekräftig.

3.1.4.4. Sonstige Medikamente

Zur Erfassung des Konsums der Vielzahl unterschiedlichen Medikamentenkonsums, der nicht der Stoffgruppe der Benzodiazepine zugehörig oder Lyrica alleinstehend ist, wurde zur Vereinfachung die Abfrage sonstiger Medikamente in Summe getätigt. 89% der Gruppe u1 (n=19) geben täglichen Konsum an. Bei 11% liegt der Anteil der Personen der Gruppe u1, die seltener als mehrfach im Monat sonstige Medikamente konsumieren (vgl. Diagramm 54).

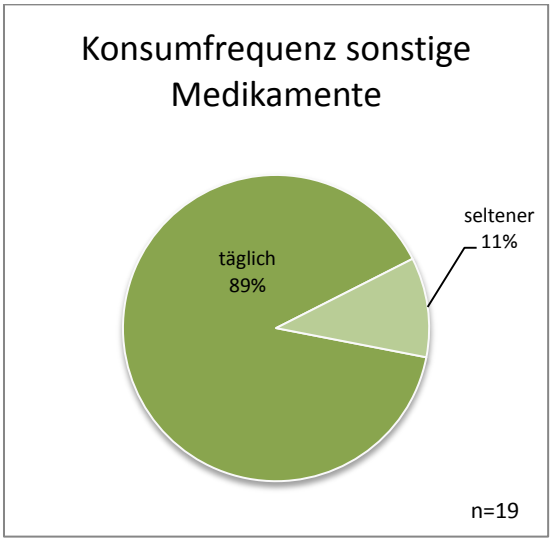

Diagramm 54 – u1

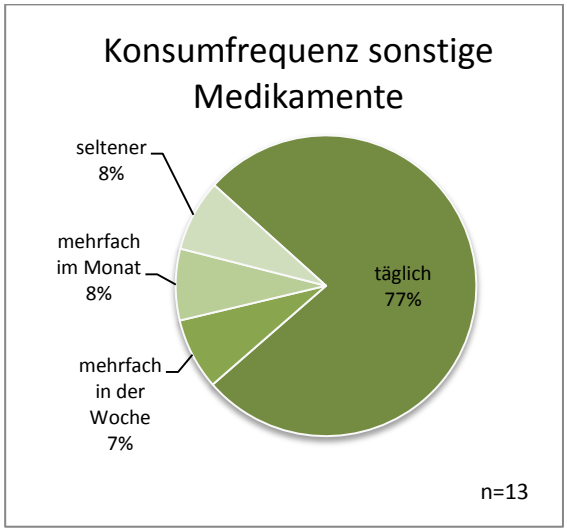

Diagramm 55 – u2

Unter den substituierten Personen der Gruppe u2 (n=13) liegt der Anteil des täglichen Konsums bei 77%. Der Anteil, der den Konsum in einer Frequenz von mehrfach wöchentlich angibt, liegt bei 7%. Mehrfach im Monat wurde mit 8% erhoben. Seltener als mehrfach im Monat wurde ebenfalls zu 8% erfasst (vgl. Diagramm 55).

Auch in der Kategorie der sonstigen Medikamente gilt es zu berücksichtigen, dass unter den Angaben der substituierten Personen des befragten Personenkreises solche sind, die entweder Benzodiazepine, Lyrica oder sonstige Medikamente einnehmen, die die Medikation ärztlich verschrieben bekommen. Bei der Beantwortung der Konsumfrequenz sind daher u.U. die Werte des nicht täglichen und nur ein Teil des täglichen Konsums als eigenständiger Konsum von Medikamenten zu werten.

3.1.4.5. Heroin

78% der befragten Personen der Hauptuntersuchungsgruppe u1 geben an, konkomitant Heroin zu konsumieren. Von diesen Personen (n=78) wird für täglichen Konsum ein Wert von 29% erhoben. Weitere 29% konsumieren mehrfach in der Woche. Für 25% liegt der der Wert der Konsumfrequenz bei mehrfach im Monat. 4% geben einmal wöchentlichen Konsum an. Der Anteil der substituierten Personen, die den Drogenkonsumraum nutzen, die seltener als mehrfach im Monat konsumieren, liegt bei 13% (vgl. Diagramm 56).

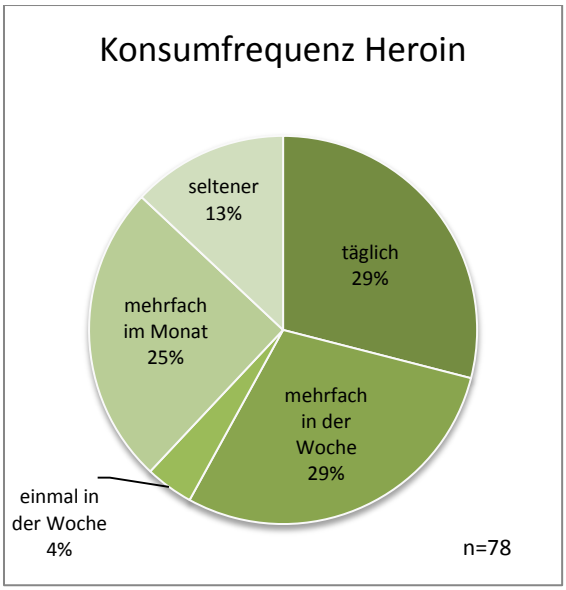

Diagramm 56 – u1

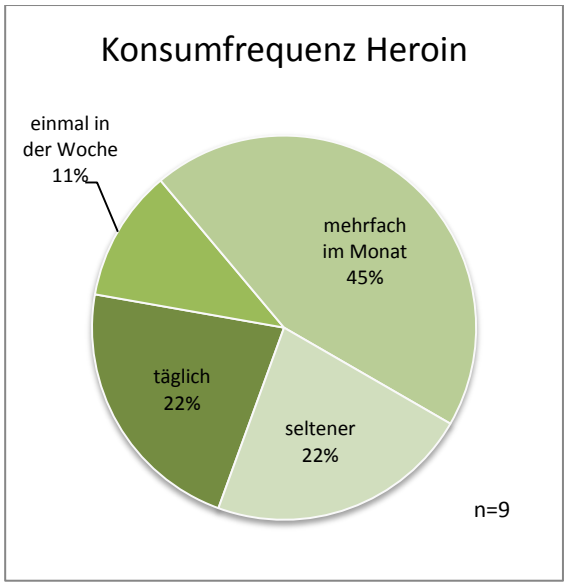

Diagramm 57 –u2

Für die substituierten Personen, die den Drogenkonsumraum nicht nutzen, wurden 18% erhoben, die Heroin konsumieren (n=9). Für sie wurde eine Konsumfrequenz des täglichen Konsums von 22% erhoben. „Einmal in der Woche“ wird von 11% angegeben. 45% geben an, mehrfach im Monat Heroin zu konsumieren. Der Anteil der Personen, die seltener als mehrfach im Monat Heroin konsumieren, liegt unter den Personen der Vergleichsgruppe bei 22% (vgl. Diagramm 57).

Unter den Personen der Gruppe u1 liegt der Anteil der Heroin konsumierenden Personen mit 78% im Vergleich unter denen der Gruppe u2 mit 18%. Auch in der Konsumfrequenz können Unterschiede festgestellt werden. In Gruppe u1 konsumieren 62% mindestens einmal wöchentlich. Für die Gruppe u2 wurde ein Wert von 33% erhoben, die mindestens einmal wöchentlich konsumieren. Die Differenz verteilt sich in der Gruppe u2 auf die geringeren Konsumfrequenzen. Es lässt sich demnach festhalten, dass die substituierten Personen mit häufigerer Konsumfrequenz eher den Drogenkonsumraum nutzen.

3.1.4.6. Kokain

Die tägliche Konsumfrequenz von Kokain wurde in Gruppe u1 (n=69) mit einem Anteil von 25% erhoben. Mehrfachen Konsum in der Woche geben 25% an. 26% bestätigen eine Frequenz von „mehrfach im Monat“ unter den Befragten der Gruppe u1. Mit 11% wurde der Anteil der Konsumfrequenz „einmal in der Woche“ erfasst. 13% der befragten Personen geben an, „seltener“ als mehrfach im Monat Kokain zu konsumieren (vgl. Diagramm 58).

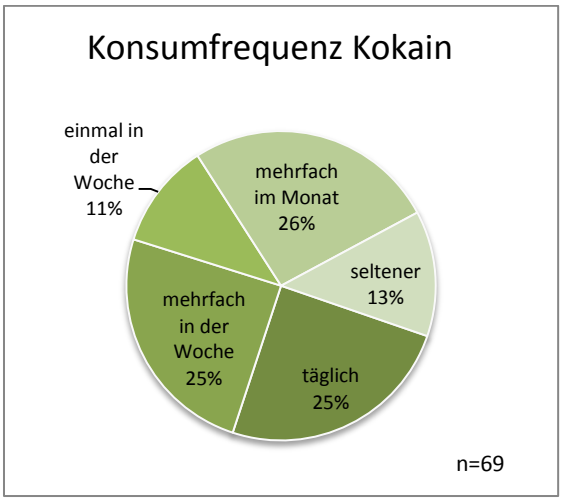

Diagramm 58 – u1

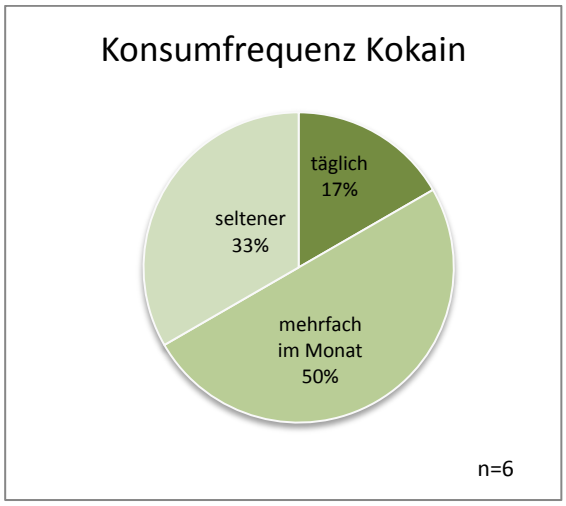

Diagramm 59 – u2

In Gruppe u2 (n=6) liegt der Anteil der Kokain konsumierenden Personen bei 12%. Unter diesen Personen wird eine tägliche Konsumfrequenz von 17% angegeben. Der Anteil der Personen, die mehrfach im Monat konsumieren, liegt bei 50%. „Seltener“ als „mehrfach im Monat“ wurde für 33% der Vergleichsgruppe erfasst (vgl. Diagramm 58).

Der Vergleich beider Befragtengruppen u1 und u2 verdeutlicht, dass nicht nur der Personenanteil, sondern auch die Konsumfrequenz in Gruppe u2 geringer ist. Täglich konsumieren unter ihnen 8% weniger als in Gruppe u1. Der wöchentliche Wert ist identisch mit dem täglichen von 17%. Unter den Personen der Gruppe u1 liegt der Anteil der wöchentlichen Frequenzangabe bei 61%. Es lässt sich festhalten, dass der Konsum von Kokain in der Gruppe u1 höher und daher mitunter ursächlich für die Nutzung des Drogenkonsumraums ist.

3.1.4.7. Ecstasy, LSD, Lyrica, Chrystal und Amphetamine

Auf die Konsumfrequenzen für die weiteren Substanzen, Ecstasy, LSD, Lyrica, Chrystal und Amphetamine wird aufgrund des geringen konkomitanten Konsums nicht detailliert eingegangen. Die Ergebnisse der Erhebung der Konsumfrequenz sind in Tabelle 1 dargestellt. Diese Substanzen scheinen eine untergeordnete Rolle für die polytoxikoman konsumierende Nutzendengruppe zu spielen (vgl. Tabelle 1).

	u1 - Substituierte Personen, die den Drogenkonsumraum nutzen (n=100)	**u2 - Substituierte Personen, die den Drogenkonsumraum nicht nutzen (n=50)**
Ecstasy	7%	0
Oral	7%	0
Täglich	0	0
mehrfach in der Woche	0	0
einmal in der Woche	1%	0
Mehrfach im Monat	1%	0
seltener	5%	0
Lyrica	8%	4%
Oral	8%	4%
Täglich	4%	0
mehrfach in der Woche	1%	0
einmal in der Woche	2%	2%
Mehrfach im Monat	1%	0
seltener	0	2%
Chrystal	0	0
Amphetamine	7%	4%
Nasal	7%	4%
Täglich	2%	0
mehrfach in der Woche	1%	2%
einmal in der Woche	1%	0
Mehrfach im Monat	2%	2%
seltener	1%	0
LSD	3%	0
Oral	3%	0
Täglich	0	0
mehrfach in der Woche	0	0
einmal in der Woche	0	0
Mehrfach im Monat	0	0
seltener	3%	0

Tabelle 1 Konsumfrequenz und Applikationsform des konkomitanten Konsums der Substanzen Ecstasy, Lyrica, Crystal, Amphetamine und LSD (u1 und u2)

3.1.4.8. Gründe für den konkomitanten Konsum

Nach Erhebung der konkomitant konsumierten Substanzen und der Konsumfrequenzen wurden die subjektiven Gründe für den Konsum erfragt. Der Fragebogen enthält eine offene Fragestellung für freie Antwortmöglichkeiten. Im Rahmen der Auswertung wurden Antworten mit gleichen Inhalten unter einem Oberbegriff zusammengefasst. Die Oberbegriffe, die sich bilden ließen, waren Suchtdruck, psychische Belastungen, Krisensituationen, Spaß, Langeweile, Entspannung, Entzug, Schmerzen und Ausgleich für harte Drogen. Die Beantwortung dieser Frage war durch mehrfache Antworten möglich.

In Gruppe u1 geben die meisten „psychische Belastungen“ mit 31% und 36% „Entspannung“ an. Hoch ist der Wert von 17%, der für den Oberbegriff Suchtdruck erfasst wurde.

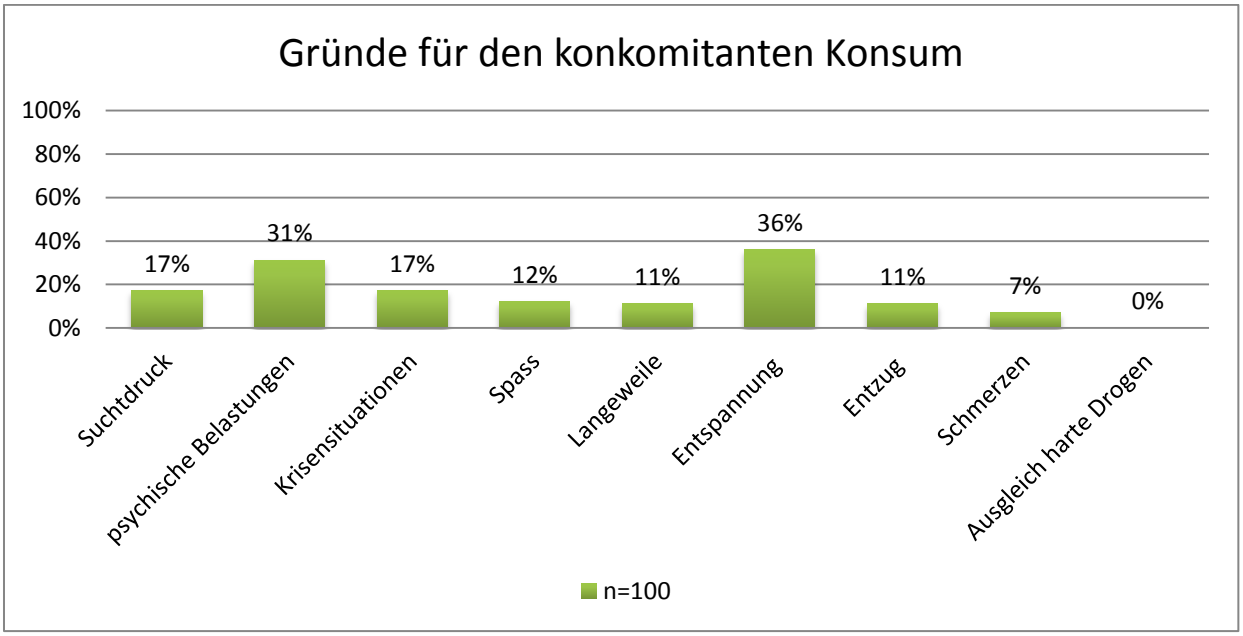

Diagramm 60 – u1

Auffällig in der Betrachtung der geschlechtsspezifischen Ergebnisse in Gruppe u1 ist die vermehrte Angabe der Frauen, in psychischer Belastung den vorwiegenden Grund für ihren konkomitanten Konsum zu sehen. Mit 30% übersteigt dies die Angabe der Männer. Männer geben als häufigsten Grund Entspannung an.

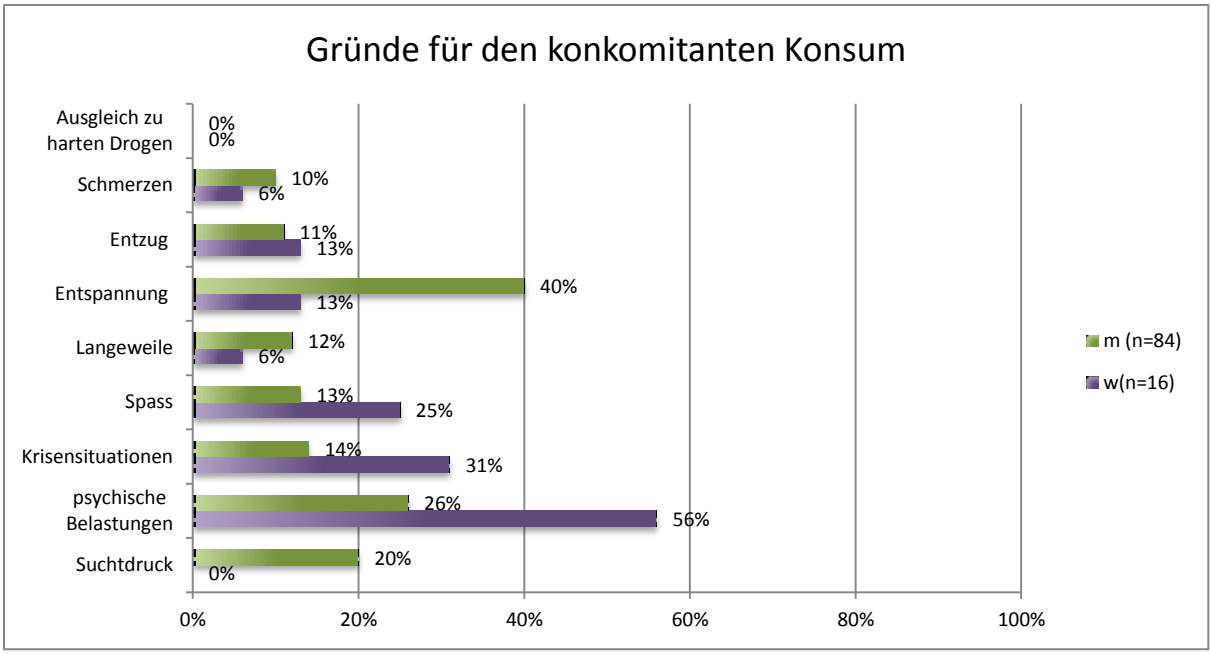

Diagramm 61 – Geschlechterverteilung Gründe für den konkomitanten Konsum – u1

Unter Personen der Gruppe u2 ist ebenfalls die häufigste Angabe „Entspannung“ mit 44%. Der zweit höchste Wert stellt unter dem Personenkreis die Angabe der psychischen Belastungen dar. Suchtdruck wird nur zu 6% und auch Krisensituationen wird nur zu 8% benannt. Der Anteil der Personen, die aus Spaß oder Langeweile konsumieren, ist nahezu identisch. Zudem wird mit 10% auch der Ausgleich zu harten Drogen festgehalten. Der Anteil der Personen, die ihren Konsum als Ausgleich für den Konsum ‚harter‘ Drogen bezeichnen, liegt bei 10%. Hier gilt es zu beachten, dass die vorwiegenden Substanzen des konkomitanten Konsums der Gruppe u2 Alkohol und THC darstellen.

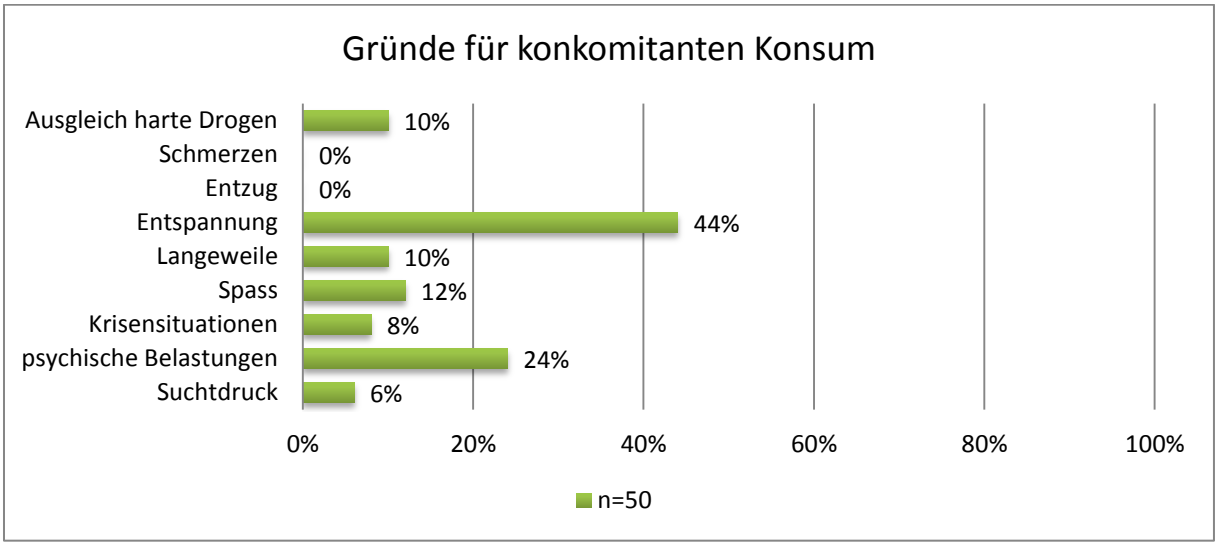

Diagramm 62 – u2

Im Vergleich beider Untersuchungsgruppen fällt auf, dass sowohl Entspannung als auch psychische Belastungen für beide Gruppen die häufigsten Gründe für ihren konkomitanten Konsum darstellen. Unterschiede lassen sich zwar feststellen, jedoch können daraus deckungsgleiche Maßnahmen abgeleitet werden. Der erhöhte Wert der Entspannung enthält Angaben wie Stress, Schlafstörungen, runter kommen, abschalten. Psychische Belastungen wurde als Oberbegriff für die einzelnen Angaben einer psychischen Erkrankung oder die tatsächliche Formulierung der psychischen Belastung gewählt. Beide Oberbegriffe beinhalten somit einen Teil, der medizinisch behandlungsbedürftig erscheint, und einen Teil, der nahe legt, dass dem substituierten Personenkreis alternative Handlungsstrategien fehlen bzw. Behandlungen durch Fachärzte oder Therapeuten fehlen. Geschlechtsspezifische.

Essenz – Substitution, konkomitanter Konsum und Konsumfrequenzen

Setzt man die Altersverteilung des Erstkonsums von Heroin in Bezug zur Altersverteilung der erstmaligen Substitutionsbehandlung, lässt sich feststellen, dass 92% bis zum 30. Lebensjahr ihren Erstkonsum mit Heroin hatten und sich 80% bis zum 35. Lebensjahr in Substitutionsbehandlung begeben haben. Durchschnittlich kann davon ausgegangen werden, dass innerhalb der ersten 5 bis 10 Jahre des Heroinkonsums eine Behandlung mit Substitut aufgenommen wird. Dieser Zeitraum erscheint hoch. Ein fachlicher Austausch über einen früheren Beginn von Substitutionsbehandlungen zur Verhinderung und Minimierung von Folgeschäden durch Drogenkonsum könnte diskutiert werden. Die frühere Einmündung kann durch Maßnahmen wie zielgerichtete Prävention, Beratungsgespräche in den Beratungsstellen und die Vermittlung über den Drogenkonsumraum gelingen. Hierbei sollte die Erkenntnis aus dem Abschnitt „Abhängigkeit und Behandlung der Abhängigkeit“, laut dem die Hälfte der befragten Personen erst eine oder noch keine Entwöhnungsbehandlung angetreten haben, Berücksichtigung finden.

Die hauptsächlichen Gründe für eine Substitutionsbehandlung sind die Unterbrechung der konsumfokussierten Tagesstruktur und der Verhinderung von Straffälligkeit. Bei den Gründen wurden geschlechterspezifische Unterschiede deutlich. Die weibliche Klientel gibt prozentual häufiger an, sich aufgrund der gesundheitlichen Stabilisierung in die Substitutionsbehandlung begeben zu haben. Die Verhinderung von Straffälligkeit wird hingegen seltener als bei der männlichen Klientel benannt. Nach aufgenommener Substitutionsbehandlung kommt es häufig zu einer Unterbrechung der Behandlung durch Inhaftierung. Bei den Gründen für die Unterbrechung konnten zudem geschlechterspezifische Unterschiede beobachtet werden. Die männliche Klientel gibt prozentual häufiger an, dass Inhaftierung und die disziplinarische Entlassung der Grund für die Unterbrechung der Substitution sind, die weibliche Klientel gibt häufiger die Entzugsbehandlung als den rund für die Unterbrechung an. Zielgerichtete Beratung zur Verhinderung von Straffälligkeit und engmaschige Kooperationen mit ambulanten sozialen Diensten sind hierbei Anknüpfungspunkte, die bei der Weiterentwicklung von Konzeptionen der Drogenkonsumräume aufgenommen werden sollten. Auch innerhalb der Substitutionsbehandlung sind dies wichtige Erkenntnisse, da die Unterbrechung der Substitutionsbehandlung negative psychische Auswirkungen zur Folge haben können. Die Verhinderung von ungünstigen Behandlungsverläufen durch die Unterbrechung von Behandlungen oder die, wie sich ebenfalls herausstellte, unzureichende, nahtlose Weiterbehandlung

nach Haftentlassung, sind beispielhaft für ungünstige Behandlungsverläufe und müssen verhindert werden. Engmaschige Kooperationen mit Haftanstalten und den zuständigen sozialen Diensten sowie die Unterstützung der Hilfesuchenden bei der Verhinderung von Straffälligkeit sind Maßnahmen, die einem negativen Behandlungsverlauf entgegenwirken können. Weiter ist eine bessere Bekanntmachung und die konsequentere Nutzung des Übergangsmanagements eine Maßnahme, um die Behandlungskette nicht zu unterbrechen. Eine Prüfung der Substitutionspraxis beim Übergang in Haft ist angezeigt.

52% in der Gruppe u1 erhalten Methadon als Substitut, im Durchschnitt mit einer Dosierung von 60 mg. Der konkomitante Konsum findet vorwiegend mit den Substanzen Heroin, Kokain, Alkohol, THC und Benzodiazepinen statt. Dabei werden Alkohol, THC und Benzodiazepine überwiegend täglich konsumiert, während der Konsum von Heroin und Kokain sich unregelmäßiger gestaltet. Gruppe u1 weist einen hohen Konsum von Heroin mit 78% und Kokain mit 69% auf, die Werte der Gruppe u2 sind deutlich niedriger. 62% der Untersuchungsgruppe u1 konsumieren mindestens einmal wöchentlich Heroin. Dieser Wert übersteigt den der Gruppe u2 ebenfalls deutlich. Sowohl der Anteil der Personen, die Heroin oder Kokain konsumieren, ist höher als auch deren Konsumfrequenz. Beide Erkenntnisse verdeutlichen, dass die Nutzung des DKR sinnvoll im Sinne der Zielsetzungen Überlebenssicherung, Harm Reduction und Safer-Use ist. Es konnte beobachtet werden, dass es eine große Differenz zwischen Männern und Frauen bei dem konkomitanten Konsum von Alkohol gibt. Prozentual weniger als die Hälfte der weiblichen Substituierten konsumieren Alkohol. Weiter fallen die geschlechterspezifischen Unterschiede beim konkomitanten Konsum von Heroin und Kokain auf. Der Konsum von Heroin ist bei den Männern höher als bei den Frauen. Der Konsum von Kokain bei den Frauen.

Ein weiterer Ansatzpunkt liegt in der Überprüfung der Rahmenbedingungen einer „Originalstoffvergabe“. Hochfrequenznutzende Substituierte, die bereits außerordentlich viele Entzugsbehandlungen absolviert haben, könnten davon profitieren. Zum jetzigen Zeitpunkt sind die Kosten und Hürden für diese Art der Behandlung sehr hoch. Hier sollte eine fachliche Diskussion geführt werden, inwiefern die Schwellen zur Inanspruchnahme der Behandlung herabgesetzt werden können.

Um die Thematik des konkomitanten Konsums besser ins Blickfeld zu rücken, sollte diese intensiver in die Konzepte der Drogenkonsumräume verankert werden. Ferner sollten Formen der Zusammenarbeit mit Arztpraxen und Ambulanzen ausgebaut werden. Die Zusammenarbeit sollte keinen sanktionsorientierten Charakter haben, sondern lösungsorientierte Aspekte beinhalten.

Vorwiegende Gründe für den konkomitanten Konsum stellen für den Personenkreis psychische Belastungen und der Effekt der Entspannung dar. Hierbei konnte beobachtet werden, dass weibliche Klienten deutlich häufiger angaben, aufgrund von psychischer Belastung konkomitant zu konsumieren. Hier sind Maßnahmen zur Förderung der Resilienz des Personenkreises angezeigt. In erheblichem Maße stellt die psychische Belastung Grund für den konkomitanten Konsum dar. Angebote zu entlastenden Gesprächen im Rahmen der psychosozialen Beratung, Begleitung, Betreuung, Kriseninterventionen und die Vermittlung in medizinische Behandlungen zur Stabilisierung der psychischen Verfassung stellen hierbei denkbare Maßnahmen zur Zielerreichung dar.

3.1.5. Begleiterkrankungen

In diesem Abschnitt befasst sich die Studie mit den Begleiterkrankungen des Personenkreises. Im Speziellen wurden die Infektionen mit Hepatitis C und HiV betrachtet sowie psychische Erkrankungen.

3.1.5.1. Hepatitis und HIV

Die Prävalenz von Hepatitis und HIV unter drogenkonsumierenden Menschen ist größer als im Rest der Bevölkerung. Die erhobenen Ergebnisse sollen mögliche Unterschiede der Infektionsrate und des Behandlungsstatus unter den verschiedenen Nutzendengruppen verdeutlichen.

Unter den 100 Substituierten der Gruppe u1 liegen die Werte der Hepatitis C Infektion um 17% höher als in dem durch das MAGS im März 2018 veröffentlichten Monitoringbericht[4] der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2016 und um 7% über den 61%, die durch die Druck-Studie[5] für Essen erhoben wurden. Der Monitoringbericht, der sich auf statistische Auswertungen der Dokumentationsprogramme der Einrichtungen stützt, benennt einen Wert von 51% Hepatitis C infizierten Menschen, durch die Druckstudie wurden 61% für Essen erhoben. In Gruppe u1 (n=100) geben 68% an, mit Hepatitis C infiziert zu sein. 7% sind mit Hepatitis B infiziert und 5% mit dem Hi-Virus (6% wurden durch die Druck-Studie in Essen erhoben), diese Ergebnisse weichen um max. 2% von denen im Monitoringbericht veröffentlichten ab (vgl. Diagramm 63).

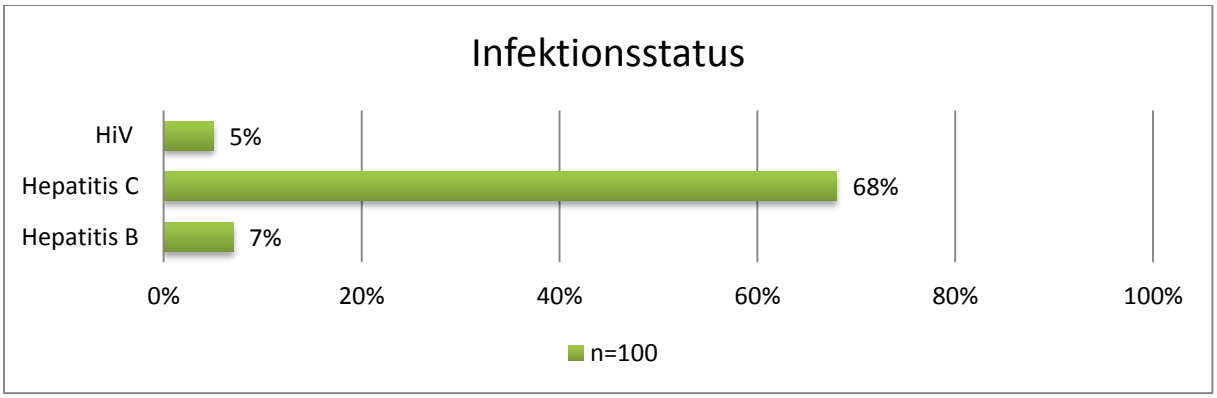

Diagramm 63 –u1

[4] Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in Nordrhein-Westfalen 2016.Schwerpunktthema „Altersspezifische Aspekte“

[5] Robert Koch-Institut. Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie), Berlin 2016.DOI:10.17886/rkipubl-2016-007

Innerhalb der Gruppe u2 (n=50) ist die Infektionsrate um 8% geringer als in der Hauptuntersuchungsgruppe u1. Mit 60% allerdings noch immer 8% höher als im Monitoringbericht. Von 50 Befragten ist niemand mit Hepatitis B infiziert. Eine Infektion mit dem Hi-Virus liegt bei 6% vor (vgl. Diagramm 64).

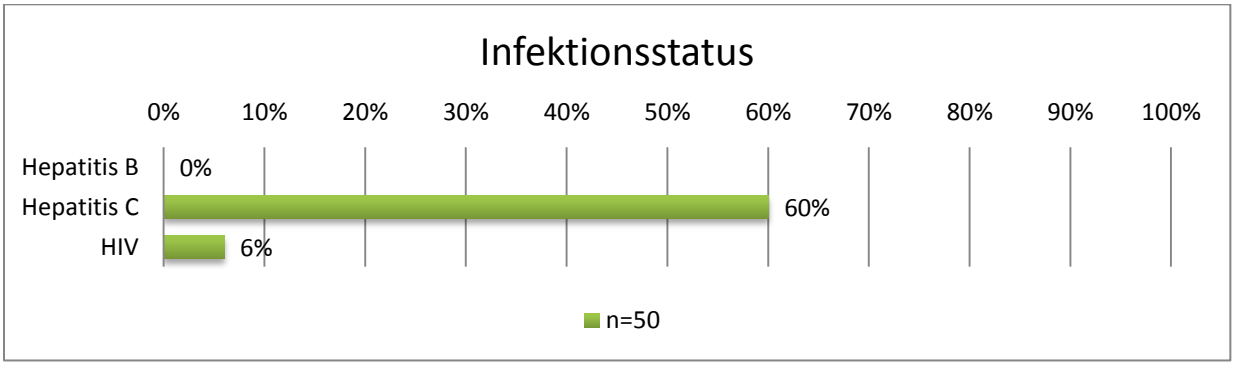

Diagramm 64 – u2

Innerhalb der Gruppe u3 sind 52% (n=50) mit HCV infiziert, damit 16% weniger als bei der Gruppe u1. Dieses Ergebnis liegt nahe dem Ergebnis aus dem Monitoringbericht (hier 50%). Die Differenzen zum Monitoringbericht lassen sich durch die unterschiedlichen Personengruppen erklären. Im Monitoringbericht entstehen die erfassten Werte durch Erhebung der Daten der Gesamtheit der Personen, die eine Suchthilfeeinrichtung aufsuchen. Gegenstand dieser Untersuchung ist der eingegrenzte Personenkreis der Gruppen u1, u2 und u3. Folglich handelt es sich hier eher um Personen, die über niedrigschwellige Hilfen angebunden sind. Sowohl die Werte des HBV als auch des HiV weichen unwesentlich unter den einzelnen Befragtengruppen ab und bestätigen mit minimaler Abweichung die Ergebnisse der Druck-Studie (vgl. Diagramm 65).

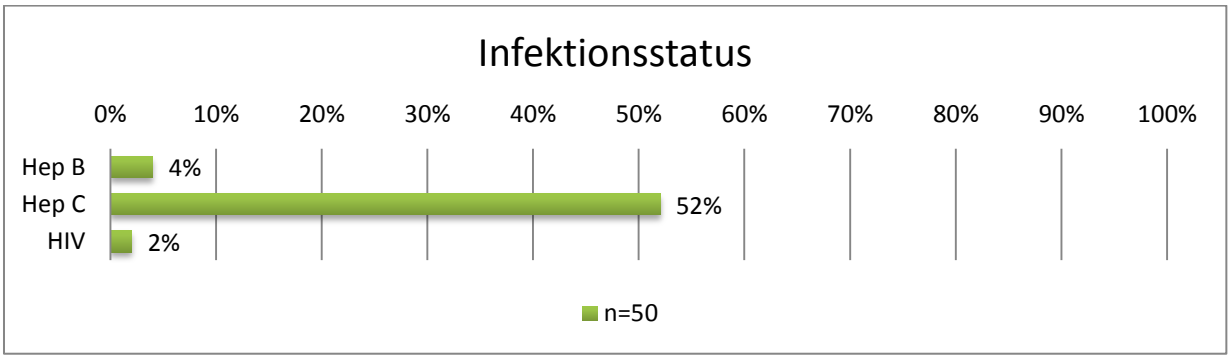

Diagramm 65 – u3

Die Behandlung der Hepatitis C-Infektion hat sich in den letzten Jahren verbessert. Nicht nur die Erfolgsquote der Behandlung ist gestiegen, auch die mit der Behandlung verbundenen

Nebenwirkungen im Vergleich zur Behandlung mit Interferon sind auf ein Minimum gesunken. Daher wurde ebenfalls der Behandlungsstatus als auch die Information über die verbesserte Behandlungsmöglichkeit erhoben.

Von den 68% der mit Hepatitis C infizierten Personen der Befragtengruppe u1 geben 100% (n=68) an, über die Behandlungsmöglichkeiten der Infektion informiert zu sein. 9% befinden sich zum Zeitpunkt der Befragung in Behandlung (vgl. Diagramm 66). 17% (n=100) der gesamten Befragtengruppe waren schon mal in Behandlung, davon haben 88% (n=17) die Behandlung regulär beendet und 12% die Behandlung vorzeitig beendet. Eine veränderte Virenlast lag nach Behandlungsende bzw. –abbruch bei 94% der Personen vor. Bei 76% ist die Hepatitis vollständig ausgeheilt und keine Viruslast mehr nachweisbar.

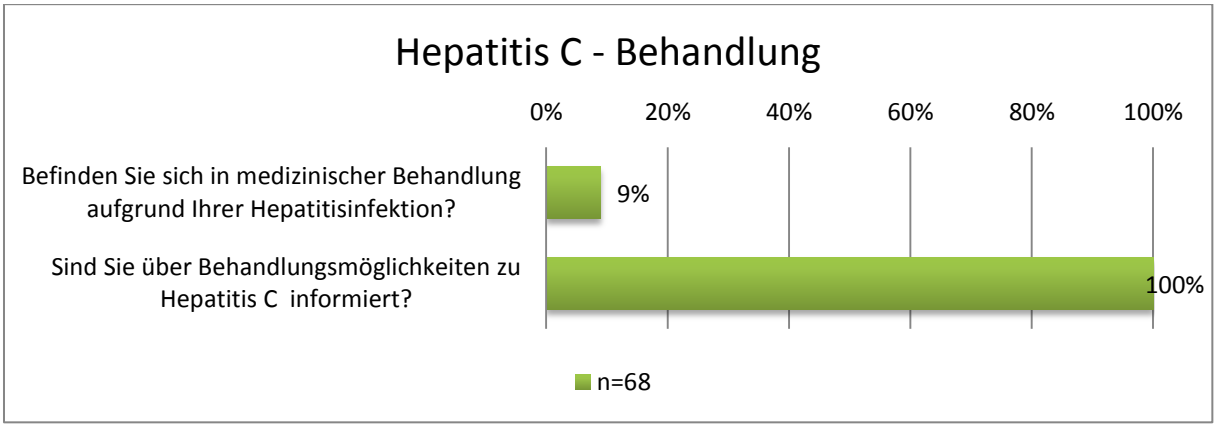

Diagramm 66 – u1

Auch unter den Personen der Gruppe u2 (n=30) liegt die Informationsquote über die Behandlungsmöglichkeiten von Hepatitis C bei 100% (vgl. Diagramm 67). 10% der mit Hepatitis infizierten Personen sind zum Zeitpunkt der Befragung in medizinischer Behandlung.

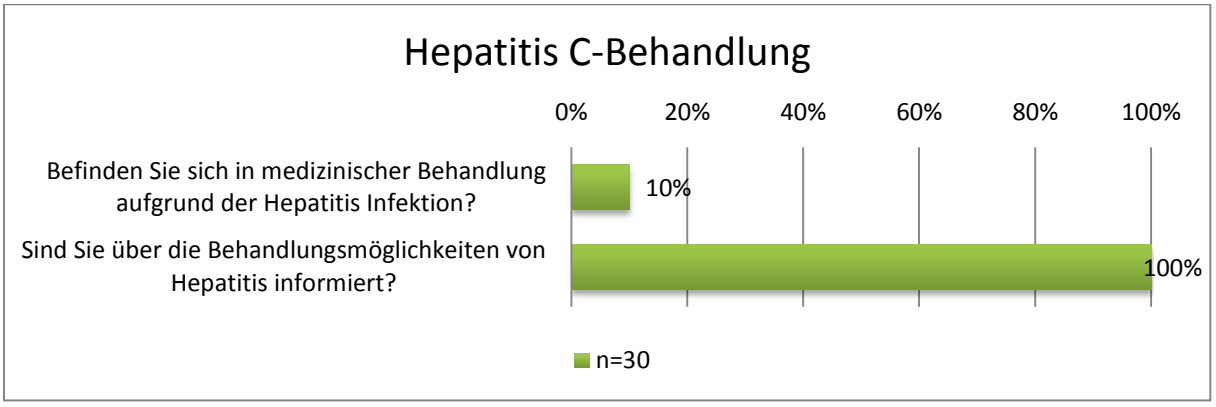

Diagramm 67 – u2

100% der mit Hepatitis C infizierten nicht substituierten Personen sind über Behandlungsmöglichkeiten der Infektion informiert. 12% befinden sich von dieser Untersuchungsgruppe zum Zeitpunkt der Befragung in medizinischer Behandlung ihrer Infektion (vgl. Diagramm 68). Dass in dieser Gruppe der Status der aktuellen Behandlung höher liegt als bei den substituierten Personen, ist entgegen den Erwartungen. Es wäre davon auszugehen, dass der Anteil der substituierten Personen, die eine medizinische Behandlung ihrer Hepatitis- Infektion absolvieren, größer ist als bei den nicht substituierten Personen, da die Substitutionsbehandlung erfahrungsgemäß erst Personen stabilisiert und befähigt, eine solche Behandlung kontinuierlich wahrzunehmen.

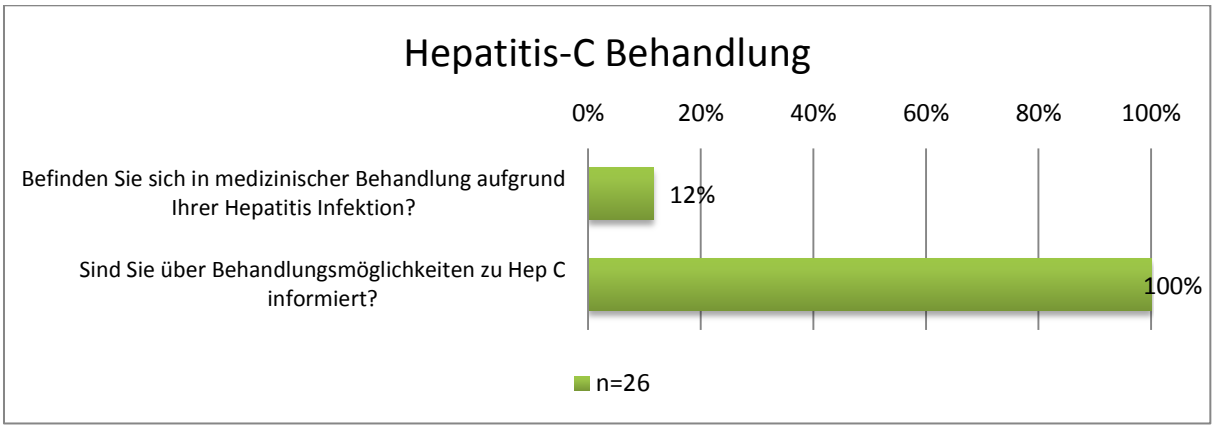

Diagramm 68 – u3

Der Anteil der mit dem Hi-Virus infizierten Personen liegt bei der Personengruppe u1 (n=100) bei 5%. Von diesen Personen befinden sich 60% (n=3) in medizinischer Behandlung ihrer Infektion. Alle sind über Behandlungsmöglichkeiten informiert (vgl. Diagramm 69). Die ausgewerteten Daten lassen Spekulationen zu, wie es zu dieser Differenz kommt. Dabei muss auch der Umstand berücksichtigt werden, dass die Viruslast für eine Behandlung entscheidend ist und durchaus die Möglichkeit besteht, dass die 40%, die sich nicht in Behandlung befinden, keine klinische Behandlungsnotwendigkeit aufweisen.

Zu berücksichtigen sind die geringen Personenanzahlen Infizierter in u1 – u3, die wenig zuverlässige Aussagen ermöglicht. Eine andere Erhebung, deren Zielgruppe HIV-infizierte Substituierte darstellen, scheint zur detaillierten Beschreibung dieses Personenkreises angezeigt.

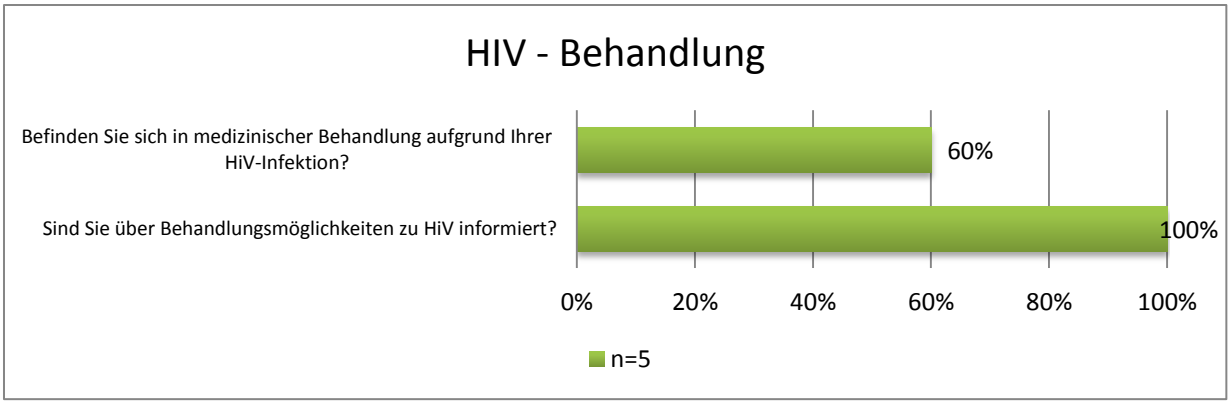

Diagramm 69 – u1

In Gruppe u2 (n=50) liegt der Anteil der HIV-Infektion bei 6% (n=3). Von diesen 6% befinden sich 67% (n=2) in medizinischer Behandlung. Die Information über Behandlungsmöglichkeiten liegt bei allen vor. Auch hier sind die Gründe für die 33%, die sich nicht in Behandlung befinden, spekulativ (vgl. Diagramm 70).

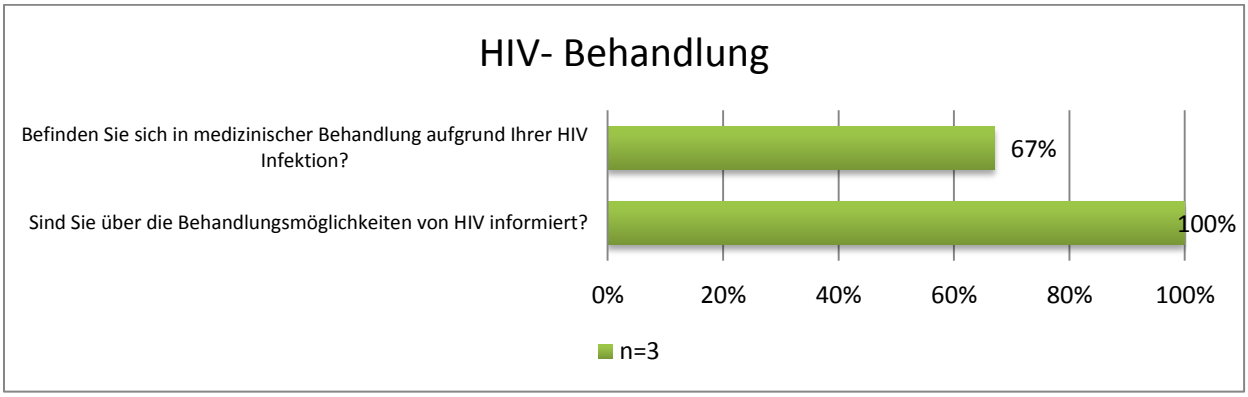

Diagramm 70 – u2

Von den 2% Betroffenen (n=1) der Gruppe u3 (n=50) sind 100% über die Behandlungsmöglichkeiten informiert. Eine Behandlung wurde zum Zeitpunkt der Befragung nicht durchgeführt.

Es ist festzustellen, dass die Klientel über Behandlungsmöglichkeiten informiert ist. Ein präventives Angebot der Suchthilfe in Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Essen stellt der HIV-Schnelltest dar. Die Hürde zur Testung wird durch die Durchführung in den Räumlichkeiten der Suchthilfe minimiert.

3.1.5.2. Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen Drogenabhängiger (Komorbidität) spielen in Beratung und Betreuung eine zentrale Rolle. Welche Diagnose im Einzelfall im Vordergrund steht oder ob der Drogenkonsum die psychische Erkrankung ausgelöst hat, sind im täglichen Kontakt mit diesem Personenkreis unbedeutend. Allerdings ist das Wissen um die komorbide Störung von Bedeutung. Konsum beeinflusst unter Umständen in Verbindung mit Medikation den Verlauf einer psychischen Erkrankung. Daher sollte herausgearbeitet werden, wie hoch der Anteil der Personen ist, die an einer psychischen Erkrankung leiden und sich in psychiatrischer Behandlung befinden. Ein Überblick über die diagnostizierten Störungen geht damit einher.

In Gruppe u1 (n=100) geben zu 39% an, dass eine psychiatrische Diagnose gestellt wurde.

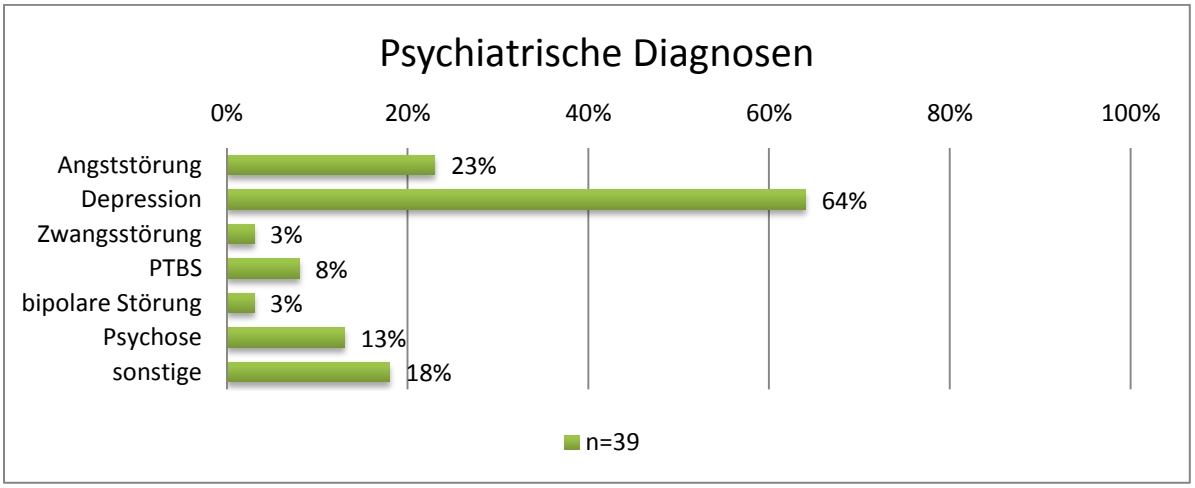

Diagramm 71 – u1

Die zumeist genannte psychiatrische Erkrankung ist mit einem Anteil von 64% (n=25) die Depression. Die 8% der an PTBS leidenden Personen haben diese in Kombination mit einer Depression angegeben. Unter den 18% der unter „sonstige“ einsortierten Diagnosen sind ADHS, Borderline und Sozialphobie. 48% der Personen, die angeben, eine psychische Erkrankung zu haben, befinden sich in medizinischer Behandlung. Davon bekommen 84% Medikamente verschrieben. 52% befinden sich nicht in medizinischer Behandlung (vgl. Diagramm 71).

In Gruppe u2 (n=50) geben 34% (n=17) an, an einer psychischen Erkrankung zu leiden. Die am häufigsten vorliegende psychiatrische Diagnose war auch hier die Depression mit 41% (n=7). Die sonstigen psychischen Erkrankungen, die in dieser Befragtengruppe deutlich mehr genannt wurde, beschreiben ebenfalls ADHS und Borderline, allerdings auch Essstörungen. Zwangsstörungen, bipolare Störungen und Psychosen sind unter den substituierten Personen, die den Drogenkonsumraum nicht nutzen, nicht genannt worden (vgl. Diagramm 72).

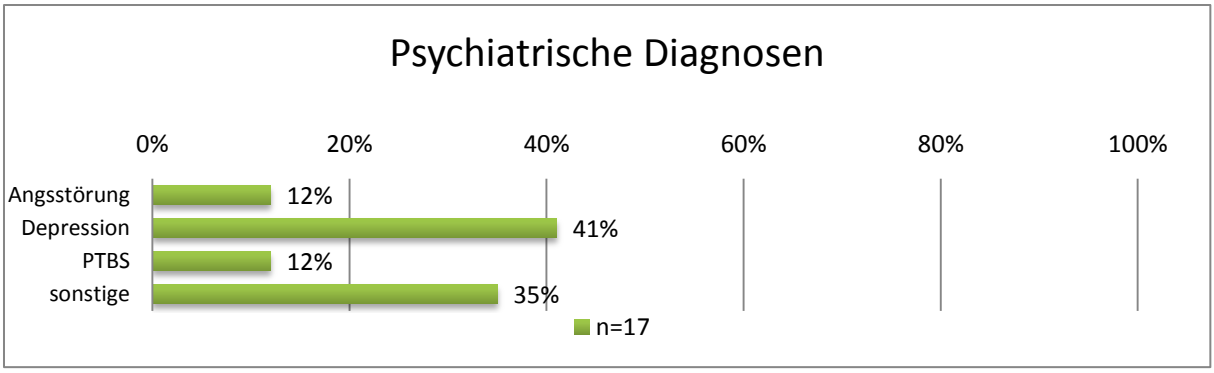

Diagramm 72 – u2

Der Anteil der medizinischen Behandlung der 34% (n=17), die an einer psychischen Erkrankung leiden, liegt in Gruppe u2 bei 53% (n=9). 89% (n=8) davon erhalten eine medikamentöse Behandlung.

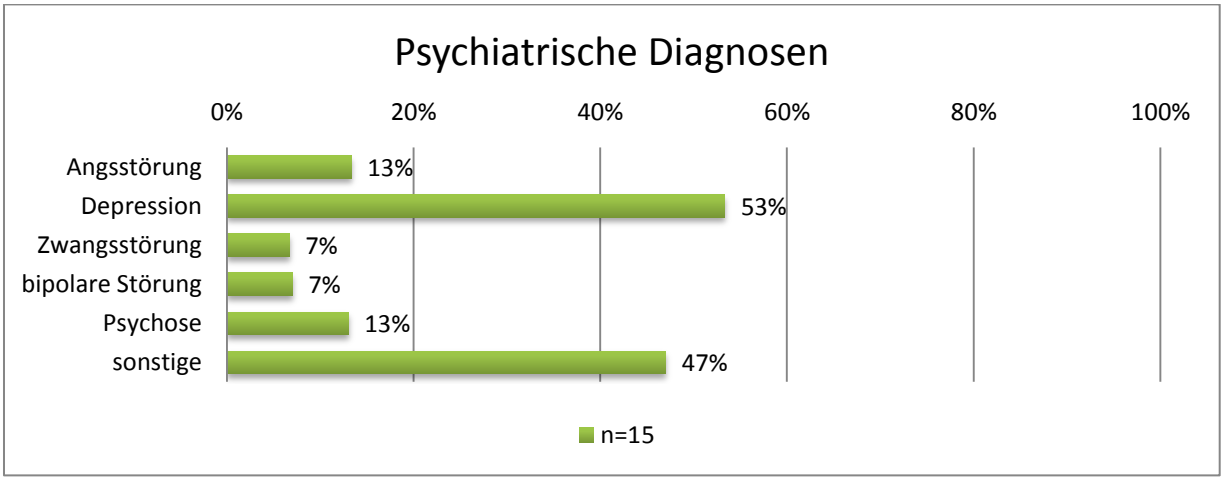

Diagramm 73 –u3

von 50 Befragten der Gruppe u3 geben 30% an, eine psychiatrische Diagnose zu haben. Von diesen 30% (n=15) sind 53% (n=8) an einer Depression erkrankt. Auch in dieser Gruppe wird die Depression von sonstigen Diagnosen mit 47% (n=7) gefolgt, hier wurden ADHS, Borderline und Sozialphobie genannt. Bei niemandem dieser Befragtengruppe liegt eine PTBS vor. 40% (n=6) der Personen, die an einer psychischen Störung leiden, befinden sich in medizinischer Behandlung. Von ihnen erhalten alle Medikamente.

Essenz - Begleiterkrankungen

68% in Gruppe u1 sind mit Hepatitis C infiziert. Von den 68% gaben alle an, über die Behandlungsmöglichkeiten der Infektionserkrankung informiert zu sein. 9% befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in Behandlung. Diese Werte sind innerhalb der Gruppen u2 und u3 auf fast identischem Niveau. 17 % des gesamten Personenkreises haben eine Hepatitis C-Behandlung abgeschlossen. Auffallend hoch ist der Wert des Kenntnisstands zu Behandlungsmöglichkeiten der Hepatitis C- Behandlung. Durch vertiefende Gespräche mit dem Personenkreis wurde jedoch deutlich, dass der Kenntnisstand über mögliche Behandlungen oftmals veraltet ist oder die persönliche Einschätzung über den Kenntnisstand nicht realistisch eingeschätzt wurde. Hierbei werden Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des Konzepts des Drogenkonsumraums sowie die die Implementierung von flankierenden Angeboten deutlich. Konkret können dies Beratungsangebote innerhalb des Drogenkonsumraums und Hepatitis-C Sprechstunden sein. Dadurch kann gewährleistet werden, dass der Kenntnisstand des Personenkreises ein qualitativ höheres Niveau erreicht und darauf aufbauend Vermittlungsleistungen in medizinische Behandlungen erfolgen können. Durch die Verortung dieser Angebote im niedrigschwelligen Bereich kann darüber hinaus erreicht werden, dass der Personenkreis erreicht wird.

Auffällig zeigte sich der niedrige Wert bei der Frage, ob sich die Personen in Behandlung aufgrund ihrer Hepatitis C-Infektion befinden. Hier werden Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des Konzepts des Drogenkonsumraums und zur Einbeziehung in das therapeutische Gesamtkonzept der Substitutionsbehandlung deutlich. Die Hilfestellung bei der Überwindung von Hindernissen, um die Aufnahme einer medizinischen Behandlung zu gewährleisten, sollte in der Fachdiskussion Beachtung finden. Hindernisse für die Aufnahme stellen unter anderem der konkomitante Konsum der Klientel dar. Damit einher geht oftmals eine schlechte medizinische Compliance. Hier müssen Wege gefunden werden, die sicherstellen, dass die Klientel Unterstützung bei der Aufnahme, der Aufrechterhaltung und dem positiven Abschluss der Behandlung erfahren. So sollten neben Angeboten wie dem Hepatitis C-Schnelltest und der Beratung auch die Begleitung in Weiterbehandlung gewährleistet werden.

Darüber hinaus ist die Schaffung eines lokalen Netzwerkes zur Behandlung von Hepatitis C ein weiterer Ansatzpunkt, der zu einer besseren Versorgung führen könnte.

5% in Gruppe u1 weisen eine Infektion mit dem Hi-Virus auf. Von den Betroffenen sind alle über Behandlungsmöglichkeiten informiert, jedoch befinden sich nur 60% aktuell in Behandlung. Auch hier sind die Unterstützung bei der Überwindung von Hindernissen und die Bemühung, schwellenarme Zugänge zu schaffen, angezeigt.

39% gaben an, eine psychische Erkrankung neben ihrer Sucht zu haben. Depression ist die mit 64% am häufigsten vorkommende psychiatrische Diagnose. Der überwiegende Teil befindet sich in medikamentöser Behandlung aufgrund der Diagnose und nicht in Gesprächs- oder Psychotherapie. Ein Anteil von 52% befindet sich nicht in medizinischer Behandlung aufgrund ihrer psychiatrischen Diagnosen. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Anbindung an Fachärzte und Kliniken für Psychiatrie eine hohe Relevanz hat. Eine fachärztliche Anbindung aufgrund einer psychiatrischen

Diagnose kann die Klientel dahingehend unterstützen, Lösungsstrategien zu entwickeln, die sich außerhalb des Drogenkonsums befinden

Die Untersuchung hat aufgezeigt, dass die Hauptursache für konkomitanten Konsum in der psychischen Belastung des Personenkreises zu finden ist. Hier ist ergänzend zum ambulanten Hilfsangebot eine engere Anbindung an Fachärzte und Kliniken angezeigt, um somit einer möglichen Selbstmedikation durch Drogenkonsum entgegen zu wirken.

3.1.6. Psychosoziale Beratung und Anbindung ans Hilfesystem

Im folgenden Teil der Studie werden die Ergebnisse der Befragung hinsichtlich der psychosozialen Beratung und der weiteren Anbindung an das Hilfesystem dargestellt und analysiert.

3.1.6.1. Inanspruchnahmeverhalten der Beratung

Die Substitutionsbehandlung stellt ein umfassendes Behandlungskonzept dar. Neben dem medizinischen Teil der Behandlung beinhaltet dieses ebenfalls Maßnahmen der psychosozialen Betreuung. Die Aufgabe der PSB ist es, Substituierte in einen strukturierten Hilfeprozess einzubinden (je nach Erfordernis und Motivation).

In der durchgeführten Untersuchung wurde das Nutzendenverhalten von Gruppe u1 und Gruppe u2 erhoben. Die Fragestellungen bezogen sich sowohl auf das Inanspruchnahmeverhalten bezüglich der Häufigkeit sowie auf thematische Schwerpunkte. Befragt wurden ausschließlich die Gruppen u1 und u2.

Ziel war es zunächst, das Inanspruchnahmeverhalten der Befragten zu beschreiben, um nähere Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie oft die Beratung aufgesucht wird und welche Themen schwerpunktmäßig bearbeitet werden. Weiter erhoffte man sich Erkenntnisse über eventuelle Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Zunächst erfolgte die Auswertung der Fragestellung, in welcher Frequenz die Befragten die Beratung aufgesucht haben. Die Befragten konnten hierzu zwischen vorgegeben Antwortmöglichkeiten wählen, die sich wie folgt darstellten: „täglich“, „mehrmals in der Woche“, „einmal pro Woche“, „mehrmals im Monat“, „einmal pro Monat“, „mehrmals pro Quartal“, „einmal pro Quartal“, „seltener“ und „keine Beratung“.

Die Befragung der Gruppe u1 (n=100) ergab folgende Ergebnisse. 26% der Befragten geben an, die Beratung mindestens einmal in der Woche zu nutzen. 3% geben an, dass sie das Angebot täglich in Anspruch nehmen. 55% der Hilfesuchenden nutzen die Beratung mindestens einmal im Monat oder öfter. 71% geben an, dass sie das Angebot mindestens einmal pro Quartal oder öfter nutzen. 29% der Befragten geben an, dass sie das Angebot seltener als einmal im Quartal oder gar nicht in Anspruch nehmen. Dieser Wert summiert sich aus den Angaben, dass 16% der Gruppe u1, das Angebot seltener als einmal im Quartal wahrnehmen und 13% keine Beratung in Anspruch nehmen. Es lässt sich somit festhalten, dass 71% der Befragten mindestens einmal pro Quartal erreicht werden. 29 % aus Gruppe u1, werden seltener oder gar nicht seitens der PSB erreicht.

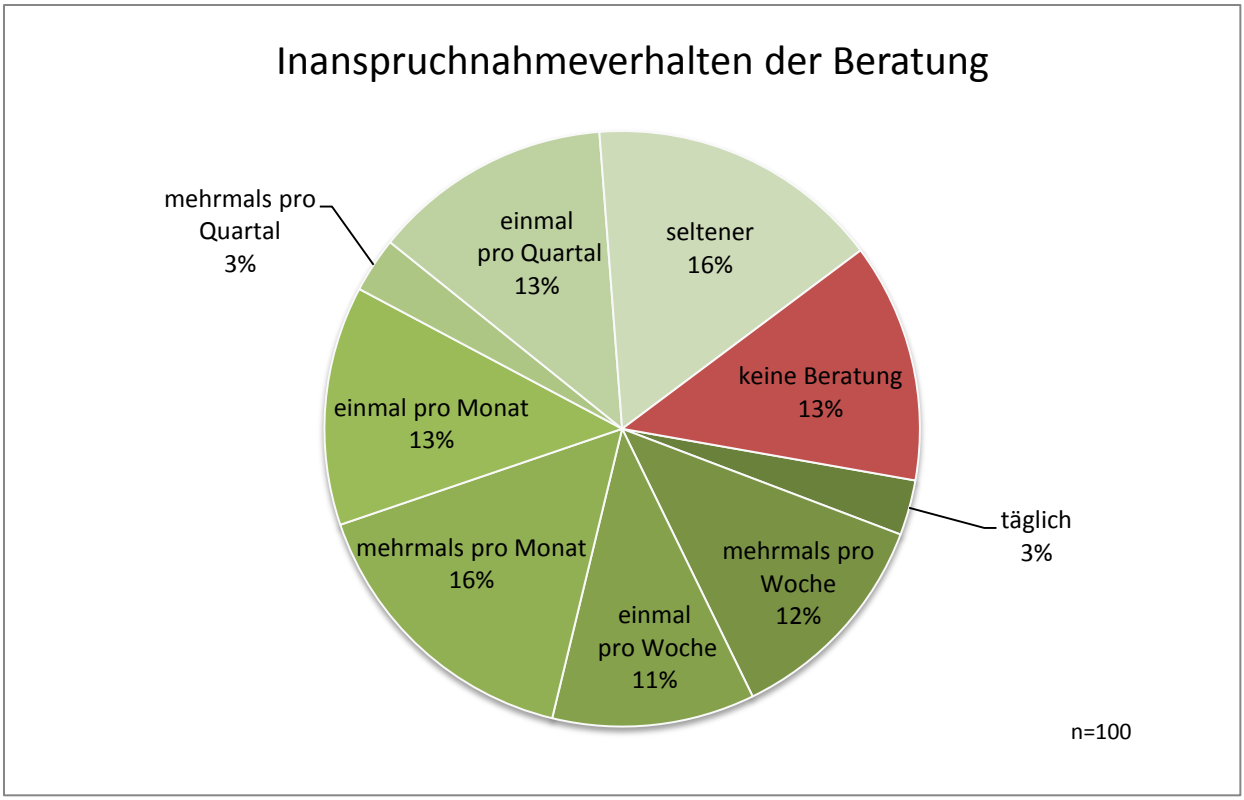

Diagramm 74 – u1

In Gruppe u2 geben 30% an, dass sie die Beratung mindestens „einmal pro Woche“ wahrnehmen, wobei 8% die Beratung „täglich“ aufsuchen. Somit liegt der Wert hier sowohl bei der täglichen, als auch bei der wöchentlichen Frequenz höher. 42% geben an, dass die Beratung in einer Frequenz von mindestens „einmal pro Monat“ aufsuchen und liegen damit unter dem erhobenen Wert der Gruppe u1. Die Frequenz der Nutzung, die mit mindestens einmal pro Quartal oder häufiger angegeben wurde, liegt bei 72%. Dieser Wert ist nahezu identisch mit dem der Gruppe u1, die einen Wert von 71% erreichen. Daraus ergibt sich ein ähnliches Ergebnis bei den Angaben „keine Beratung“ (10%) oder „seltener als einmal im Quartal“ (18%).

In der Betrachtung der Frequenz der Inanspruchnahme der Beratung lassen sich somit keine signifikanten Unterschiede zwischen u1 und u2 feststellen. Bei beiden Gruppen liegt der Wert derjenigen, die die Beratung mindestens einmal im Quartal aufsuchen, bei 71% bzw. 72%. Der Anteil derjenigen Personen, die die Beratung seltener oder gar nicht wahrnehmen, liegt bei 29% bzw. 28%.

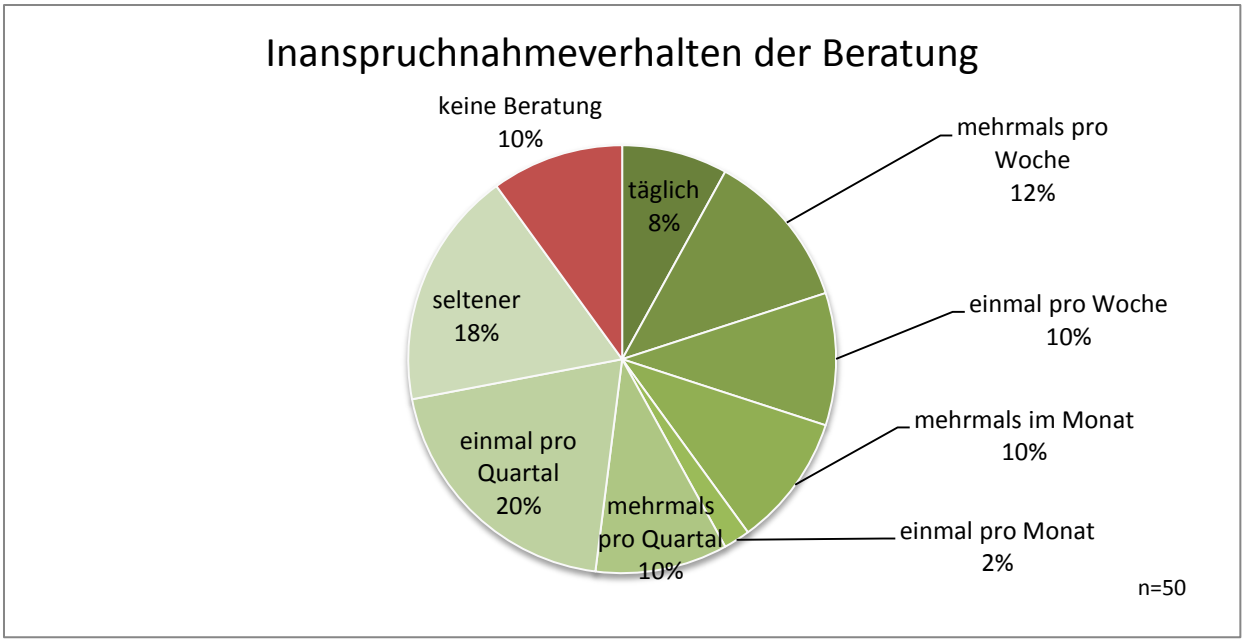

Diagramm 75 – u2

3.1.6.2. Beratungsinhalte

Im Anschluss wurden die Gruppen u1 und u2 zu den Themenschwerpunkten innerhalb der Beratung befragt. Die Gruppen wurden gefragt, zu welchen Themenaspekten sie Hilfe seitens der Beratung in Anspruch nehmen. Diese Themenkomplexe teilten sich in sechs Oberkategorien auf, die jeweils verschiedene Unterpunkte beinhalteten. Hierzu werden nun zunächst beide Diagramme präsentiert, die die Nennungen zu den Oberkategorien visualisieren. Im Anschluss werden die Unterpunkte der Kategorien beschrieben und ihre Unterteilung mit den jeweiligen Nennungen benannt werden. Es gilt bei den Diagrammen zu beachten, dass Mehrfachnennungen seitens der Befragten möglich waren.

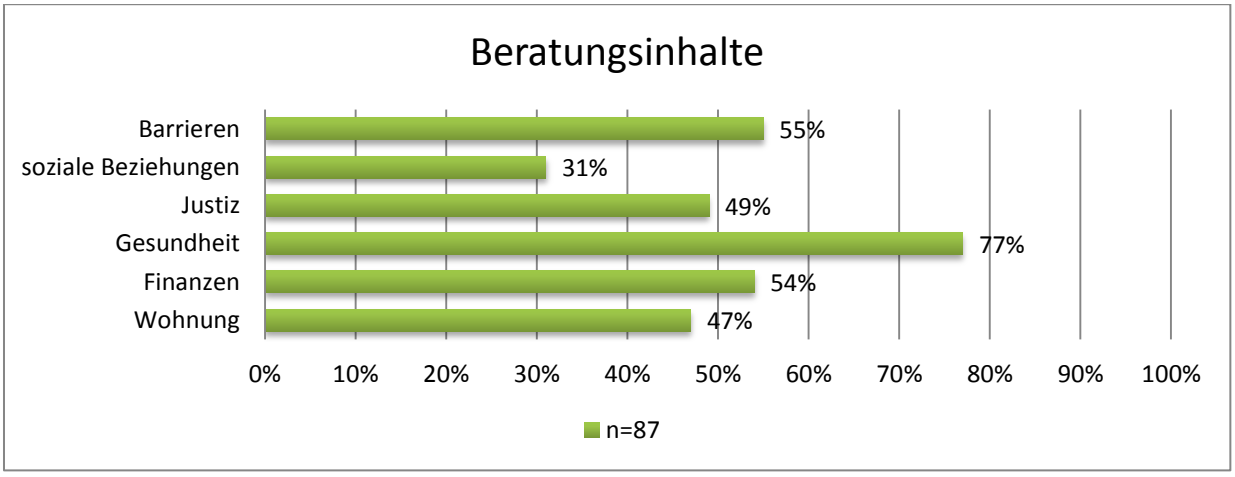

Diagramm 76 –u1

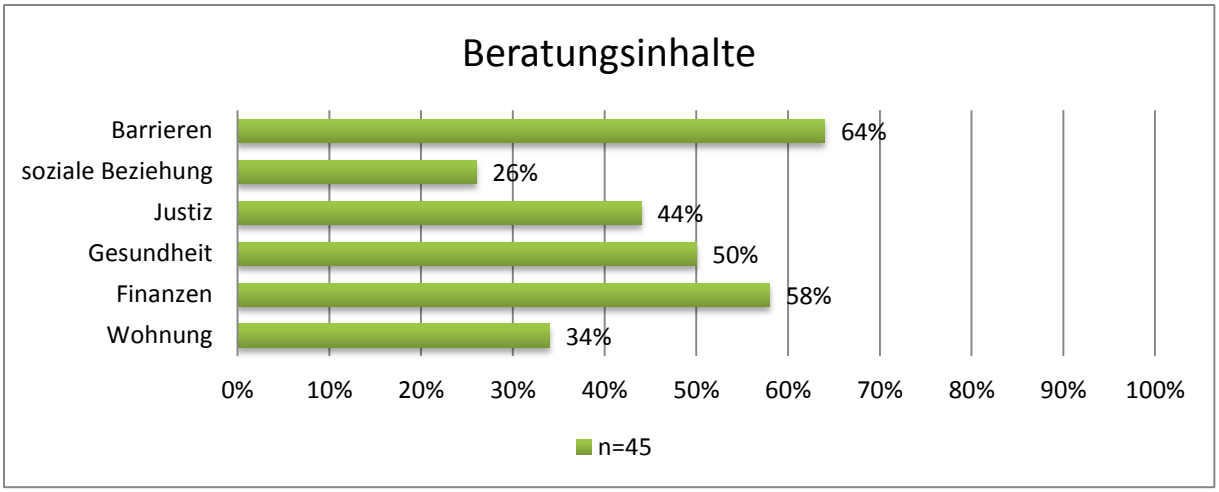

Diagramm 77 – u2

Die Kategorie „Barrieren“ bezieht sich darauf, dass die Hilfesuchenden die Beratung dahingehend in Anspruch nehmen, dass Barrieren beim Zugang zu Ämtern und/oder Ärzten möglichst überwunden werden, um den Zugang zu ermöglichen. Hierbei handelt es sich um Barrieren wie z.B. die nicht zu bewältigende Wegstrecke oder erhebliche Probleme bei der Kommunikation und der Benennung von Problemlagen. In beiden Gruppen geben jeweils über die Hälfte der Befragten an, dass die Überwindung von Barrieren beim Zugang zu Ämtern oder Ärzten Thema bei der Beratung ist. Gruppe u1 (n=87) weist hierbei mit 55% den geringeren Wert auf. Das Ergebnis der Gruppe u2 (n=45). liegt bei 64%.Es kann beobachtet werden, dass die Gruppe u1 in den Bereichen Wohnung und Gesundheit einen höheren Beratungsbedarf aufweisen.

Der Personenkreis wurde im nächsten Schritt dazu befragt, wie zufrieden sie mit der Beratung der PSB waren und ob diese ihnen bei der Lösung ihrer Probleme behilflich sein konnte (Schulnotenprinzip). Eine 1 stand für sehr gut, eine 6 für ungenügend. Sowohl in Gruppe u1 als auch in u2 ergibt sich ein Mittelwert von 2,2. Das lässt den Schluss zu, dass die Hilfesuchenden mit der Beratung und den Ergebnissen der Beratung zufrieden sind.

3.1.6.3. Formen weiterer Unterstützung

Im nächsten Schritt wurden die Gruppen u1 und u2 nach der Anbindung an das Hilfesystem gefragt. Hier sollten die Formen der Unterstützung angegeben werden, welche sie in Anspruch nehmen und es sollte erhoben werden, ob signifikante Abweichungen zu erkennen sind.

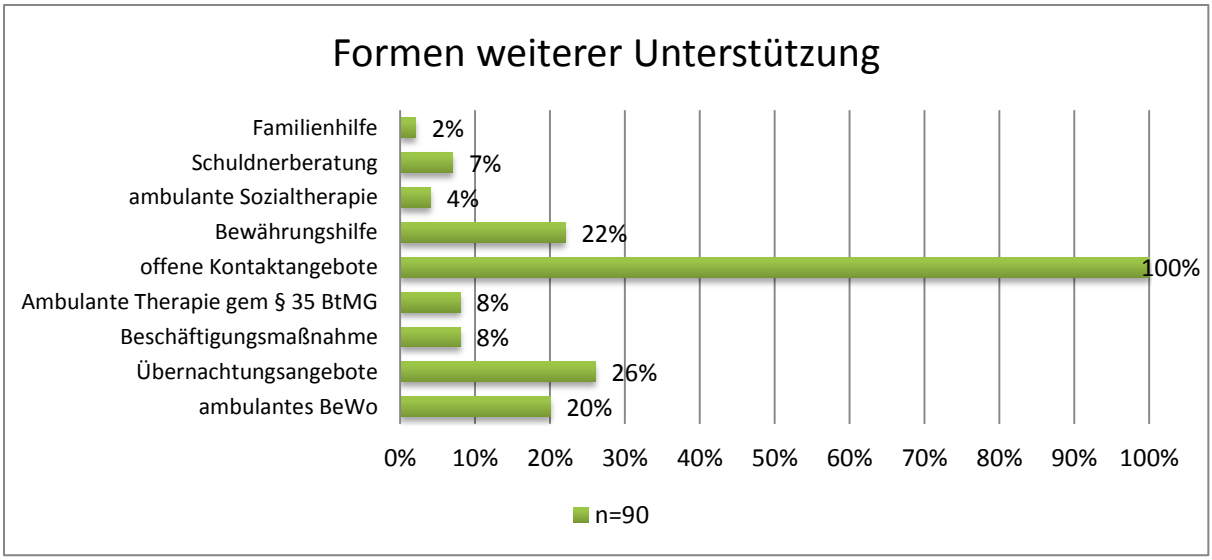

Diagramm 78 – u1

In beiden Gruppen ist die Inanspruchnahme der offenen Kontaktangebote mit einer Inanspruchnahme von über 80% die Hilfe, die von den Hilfesuchenden am häufigsten benannt wird. In Gruppe u1, folgen darauf Übernachtungsangebote mit einem Wert von 26%. Dieser Wert liegt in Gruppe u2 bei 4%. Das bedeutet, dass die Gruppe u2, die, wie im Verlauf der Untersuchung aufgezeigt werden konnte, weniger riskanten Beikonsum aufweist, in stabileren Wohnverhältnissen lebt. Erhebliche Abweichungen können ebenfalls bei dem Wert für die Anbindung an Beschäftigungs- und Tagesstrukturmaßnahmen beobachtet werden. Hierbei weist Gruppe u1, mit einem Wert von 8% einen wesentlich geringeren Wert als die Gruppe u2 auf (vgl. Diagramme 78 und 80).

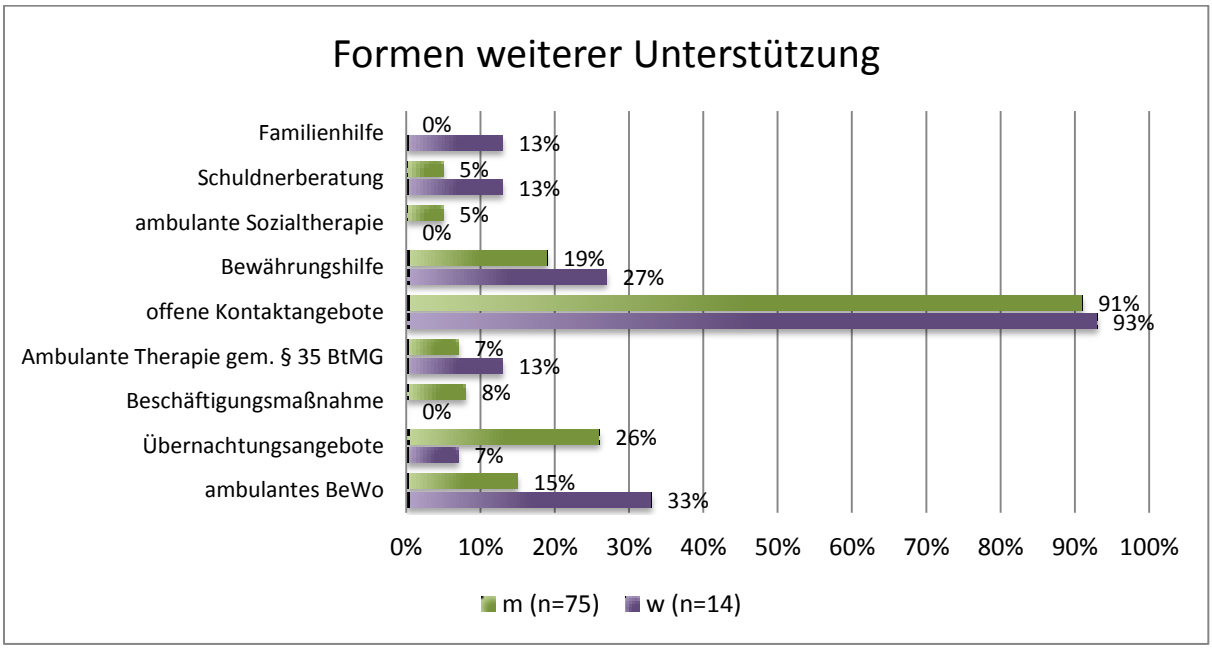

Diagramm 79 – Geschlechterverteilung Formen weiterer Unterstützung – u1

Deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich in Gruppe u1 bei der Inanspruchnahme von Übernachtungsangeboten und ambulantem BeWo feststellen. Übernachtungsangebote werden deutlich weniger von Frauen als von Männern in Anspruch genommen. Ambulantes BeWo hingegen nutzen Frauen zweimal so häufig wie Männer.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Personen innerhalb der Gruppe u1, andere Problemlagen und Spannungsfelder zu bewältigen haben als die stabilere Vergleichsgruppe. Bei der Gruppe u1 sind Hilfen zu Stabilisierung der Lebenssituation und die Überwindung von erheblichen sozialen Schwierigkeiten angezeigt. Die Gruppe u2 kann sich mit Entwicklungen und Veränderungen zur Überwindung sozialer und gesundheitlicher Schwierigkeiten befassen. Somit kann festgehalten werden, dass die Gruppe u2 sich in wesentlich stabileren Lebensverhältnissen befindet.

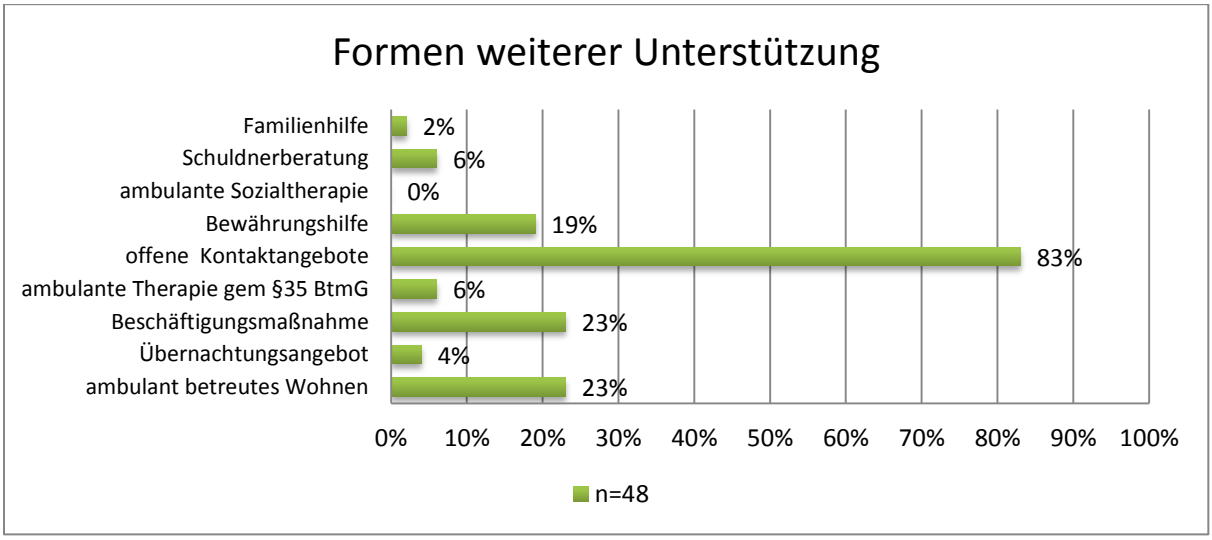

Diagramm 80 – u2

3.1.6.4. Informations- und Weitervermittlung

Die psychosoziale Beratung ist in das Gesamtkonzept der Substitutionsbehandlung eingebunden. Der Kenntnisstand der Ärzte über Angebote des Hilfesystems ist daher unabdingbar, um eine umfassende Substitutionsbehandlung sicherstellen zu können, die der gesellschaftlichen Wiedereingliederung dienen soll. Auch wenn dies, wie mittlerweile bekannt, nicht ausschließlich Ziel der Substitutionsbehandlung darstellt, ist ein funktionierendes Case Management darüber hinaus für eine Stabilisierung der Hilfesuchenden essentiell.

Daher wurde im Rahmen der Befragung des Personenkreises der substituierten Personen danach gefragt, ob sie von ihrem jeweiligen Substitutionsarzt angehalten werden, die PSB aufzusuchen, ob der Substitutionsarzt über mögliche Unterstützungsformen informiert und ob dem Substitutionsarzt die Beratungsangebote und der Drogenkonsumraum bekannt ist. In den folgenden Diagrammen wurde die Verteilung derjenigen angegeben, die mit ‚ja' geantwortet haben.

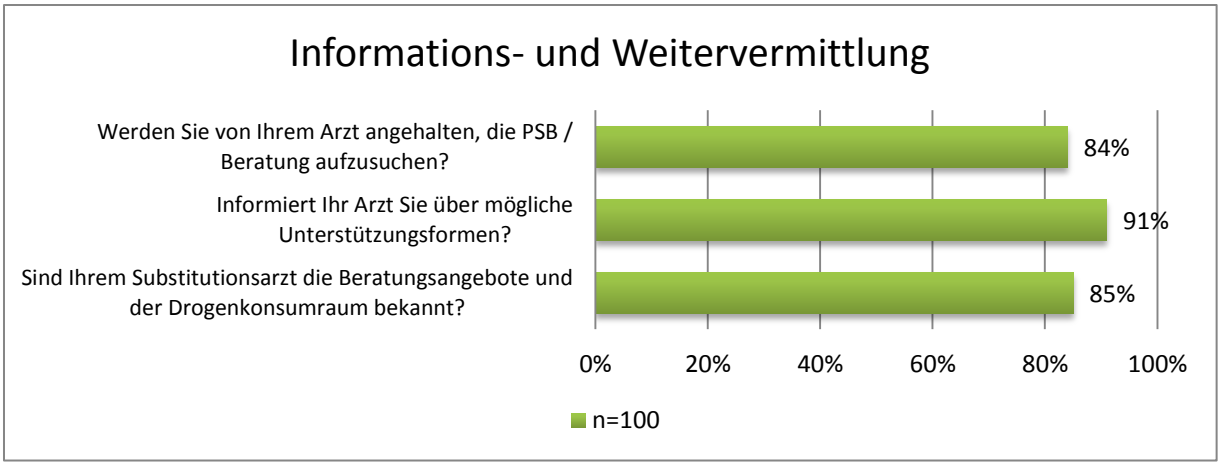

Diagramm 81 – u1

Es wird deutlich, dass die Werte sowohl in Gruppe u1 als auch in Gruppe u2 ein hohes Niveau erreichen. Jede Frage wird in 80% der Fälle mit „Ja“ beantwortet. Somit kann geschlussfolgert werden, dass die Vermittlung an die PSB, sowie der Informationsaustausch über Angebote, Unterstützungsformen und den Drogenkonsumraum im Allgemeinen gut funktionieren. Signifikante Unterschiede innerhalb beider Gruppen konnten nicht erkannt werden.

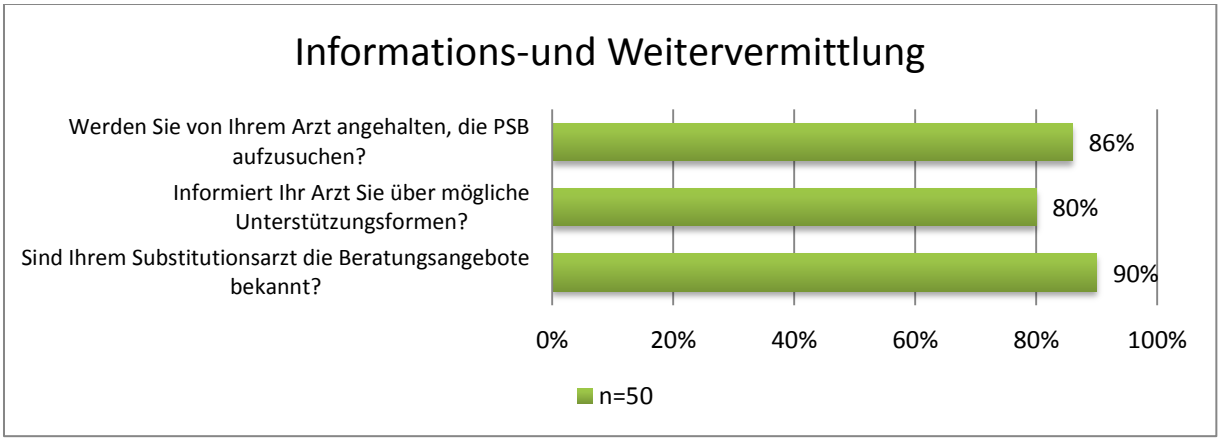

Diagramm 82 – u2

Essenz – Beratung

Der Themenbereich der Beratung lieferte zusammengefasst folgende Ergebnisse: 55% der Hilfesuchenden nutzen die Beratung im Rahmen der psychosozialen Beratung mindestens einmal im Monat oder öfter, einmal pro Quartal wird die Beratung von 71% in Anspruch genommen. 29% in Gruppe u1 werden seltener als einmal im Quartal oder gar nicht durch die psychosoziale Beratung erreicht. Hierbei ist anzumerken, dass der Personenkreis durch offene Angebote seitens der Suchthilfe direkt Essen gGmbH erreicht wird, wie die Werte der „Formen weiterer Unterstützung“ deutlich zeigen, ein Teil die Beratung im Rahmen der psychosozialen Beratung jedoch kaum oder gar nicht nutzen.

Erhebliche Unterschiede konnten im Bereich der Inanspruchnahme von Übernachtungsangeboten beobachtet werden. Dem Wert von 26% in Gruppe u1 steht ein Wert von 4% in Gruppe u2 gegenüber. Auch lassen sich deutliche geschlechterspezifische Unterschiede beobachten. Übernachtungsangebote werden deutlich weniger von Frauen in Anspruch genommen. Ambulant Betreutes Wohnen nutzen Frauen zweimal so häufig wie Männer. Daraus wird ersichtlich, dass die stabile Substitution, gekoppelt mit geringerem riskantem Konsum, positiven Einfluss auf die Wohnverhältnisse und damit auf die gesamte Lebenssituation der Klientel hat. 77% nutzen die psychosoziale Beratung, um Gesundheit zu thematisieren. Mit jeweils ca. 50% wird die PSB zur Überwindung von Barrieren und für die Themenbereiche Finanzen, Wohnung und Justiz genutzt.

Es wurde deutlich, dass die Beratungen und deren Inhalte für die Bedarfe der Klientel angemessen bearbeitet werden und zielführend gestaltet sind.

Ansatzpunkte für die Fachdiskussion im Rahmen des therapeutischen Gesamtkonzepts der Substitutionsbehandlung können dahingehend benannt werden, dass die signifikanten Unterschiede bei den Bedarfen zwischen Gruppe u1 und Gruppe u2 Berücksichtigung bei der Beratung und Behandlung finden müssen.

Nach der BtmVV-Novellierung sind die Ziele der Abstinenz mit denen der Überlebenssicherung und Harm-Reduction gleich gestellt. Hier ist eine enge Kooperation mit Substitutionsärzten angezeigt sowie eine fachliche Sensibilisierung für das Thema konkomitanter Konsum und PSB.

Weitere Anknüpfungspunkte für die Substitutionsbehandlung können mit der Implementierung von Gruppenangeboten benannt werden.

Das Rückfallprophylaxetraining, welches sich sowohl an drogenabhängige sowie substituierte Personen richtet, die Abstinenz beziehungsweise Beikonsumfreiheit dauerhaft erreichen wollen, kann hier beispielhaft benannt werden. Hierbei werden individuelle Aspekte wie das persönliche Risikoprofil, Bewältigungsstrategien und vorhandene Ressourcen erarbeitet, um im Falle eines (sich ankündigenden oder eingetretenen) Rückfalls auf Interventions- und Handlungsstrategien zurückgreifen zu können.

Als weiteres Angebot in diesem Kontext können KISS-Gruppen benannt werden. KISS steht für "Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum". KISS ist ein verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm ("Behavioral Self-Control Training") zur gezielten Reduktion des

Konsums legaler und illegaler Drogen. Das Programm unterstützt Substituierte mit Beigebrauch bei der Reduktion des konkomitanten Konsums.

3.2. Inanspruchnahmeverhalten des Drogenkonsumraums und Unterschiede

Zunächst wurde die Frequenz der Inanspruchnahme des Drogenkonsumraums der Befragtengruppen ermittelt.

3.2.1. Ergebnisse Befragung

Bei den Ergebnissen der Befragung gilt es, zu beachten, dass nur die zwei Gruppen u1 und u3 den Drogenkonsumraum nutzen und von daher auch nur diese beiden Gruppen beim Inanspruchnahmeverhalten analysiert wurden.

3.2.1.1. Frequenz der Inanspruchnahme des Drogenkonsumraums

Die Hilfesuchenden sollten anhand von Auswahlmöglichkeiten angeben, in welcher Frequenz sie den Drogenkonsumraum aufsuchen. Die Wahlmöglichkeiten waren hierbei: “mehrfach täglich“, “täglich“, “mehrfach in der Woche“, „einmal in der Woche“, „mehrmals pro Monat“ und „seltener“. Die Befragung der Gruppe u1 (n=100) ergab folgende Ergebnisse:

8% geben an, dass sie den Drogenkonsumraum „mehrmals täglich“ aufsuchen. 9% antworten mit „täglich“. 25% der Befragten nutzen den Drogenkonsumraum „mehrfach in der Woche“ und 13% „einmal pro Woche“. Das bedeutet, dass 55% in Gruppe u1 den Drogenkonsumraum mindestens einmal pro Woche oder öfter aufsuchen. Mehrmals pro Monat geben 25% an und 20% nutzen den Drogenkonsumraum seltener. Die größten Gruppen stellen mit jeweils 25% die Menschen, die „mehrfach in der Woche“ und diejenigen, die „mehrfach im Monat“ innerhalb des Drogenkonsumraums konsumieren (vgl. Diagramm 83).

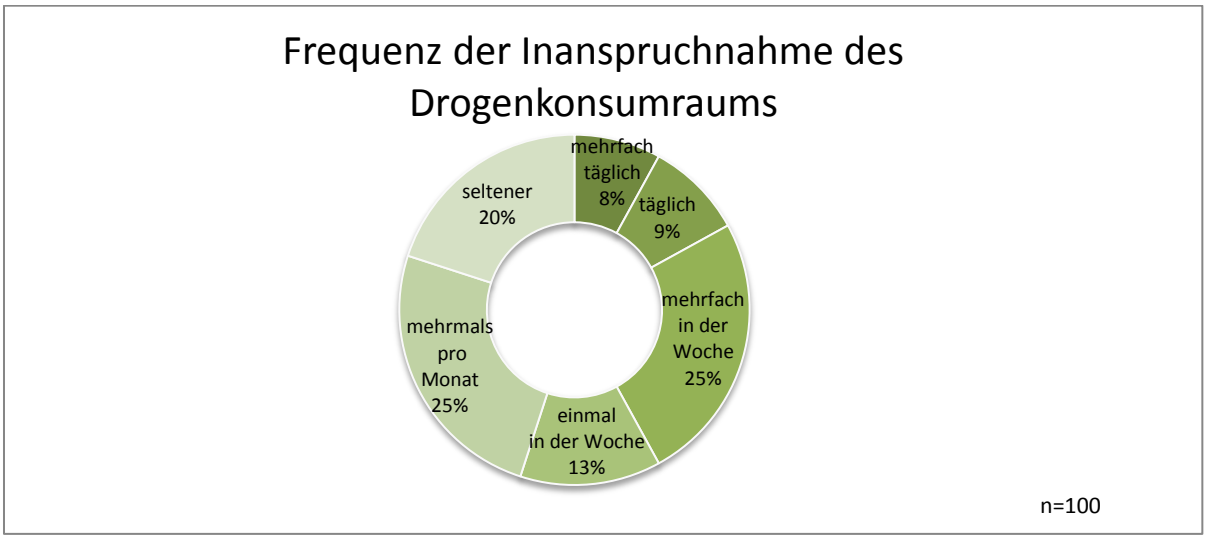

Diagramm 83- u1

In Gruppe u3 (n=50) geben 36% an, den Drogenkonsumraum „mehrfach täglich“ zu nutzen. 8% nutzen ihn „täglich“. 20% geben an, den Drogenkonsumraum „mehrfach in der Woche“ aufzusuchen. Das bedeutet, dass 64% der Gruppe u3 den Drogenkonsumraum „mehrfach in der Woche“ oder öfter nutzen. „Einmal pro Woche“ antworten 4%, „mehrmals pro Monat“ 16% und „seltener“ nutzen ihn ebenfalls 16%. Die mit Abstand größte Gruppe bildet somit die Gruppe der Personen, die den Drogenkonsumraum mehrfach täglich nutzt (vgl. Diagramm 84).

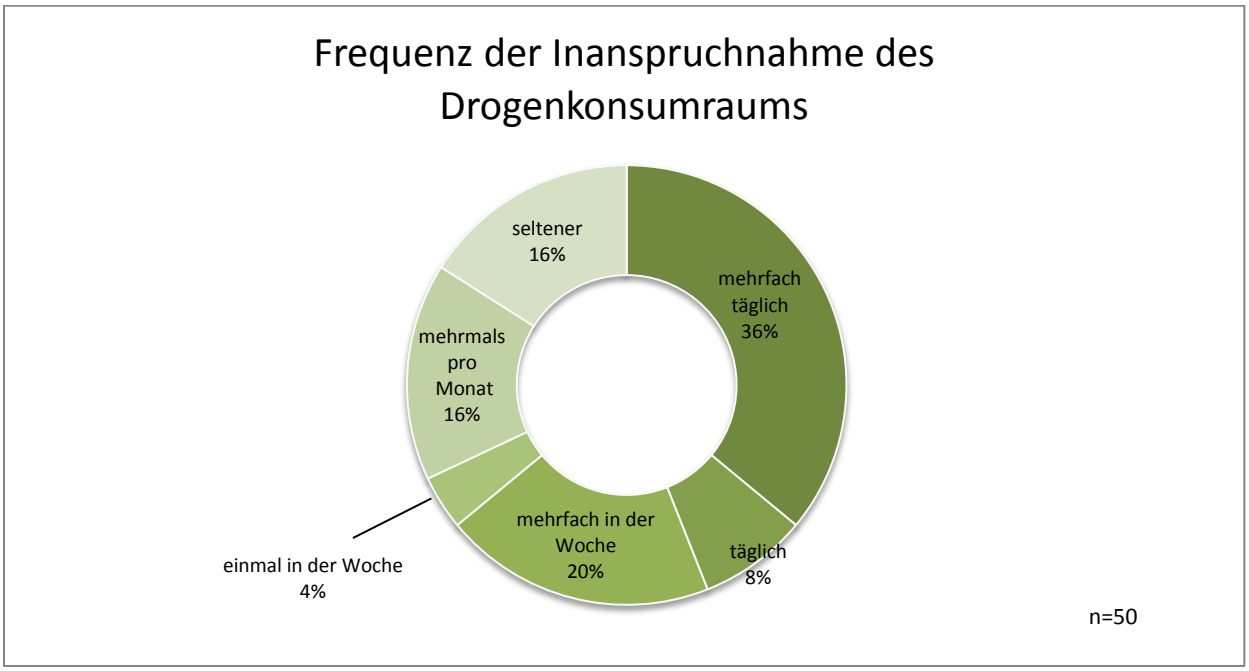

Diagramm 84 – u3

Es wird deutlich, dass die Frequenz der Inanspruchnahme des Drogenkonsumraums in Gruppe u3 höher ist als in Gruppe u1. Die auffälligste Abweichung gibt es bei der Antwortmöglichkeit „mehrfach täglich“. Hier ist Gruppe u1 mit 8% deutlich weniger vertreten als Gruppe u3 mit einem Wert von 36%.

3.2.1.2. Substanzen bei Inanspruchnahme des Drogenkonsumraums

Im nächsten Schritt wurden die konsumierten Substanzen innerhalb des Drogenkonsumraums ermittelt. Hierbei zeigte sich, dass Gruppe u1 (n=100) ausschließlich Heroin und Kokain innerhalb des Drogenkonsumraums konsumieren. 78% geben an, dass sie Heroin im Drogenkonsumraum konsumieren und 66% geben an, Kokain im Drogenkonsumraum zu konsumieren. Dabei fällt auf, dass der Wert der konkomitant konsumierten Substanz Heroin (vgl. Diagramm) ebenfalls bei 78% liegt. Der Wert bei Kokain weicht hier nur in sehr geringem Maße ab. 69% der Gruppe u1 haben konkomitanten Konsum mit Kokain (vgl. Diagramm), wobei 66% angeben, Kokain im

Drogenkonsumraum zu konsumieren. Das bedeutet, dass jede befragte Person der Gruppe u1, die konkomitanten Konsum mit Heroin hat, innerhalb des Drogenkonsumraums im geschützten Rahmen konsumiert. Beim konkomitanten Konsum mit Kokain liegt die Abweichung bei nur 3%. Das lässt den Schluss zu, dass die Zielgruppe durch den Drogenkonsumraum erreicht wird. Diese These wird dadurch unterstützt, dass der konkomitante Konsum von Heroin und Kokain in der Gruppe u2 (n=49) bei lediglich 18% (n=9) für Heroin und 12% (n=6) für Kokain (vgl. Diagramm80) liegt. (*Auf die Gründe, warum der Drogenkonsumraum von Befragten der Gruppe der substituierten Hilfesuchenden die den Drogenkonsumraum nicht nutzen, nicht genutzt wird, wird die Untersuchung im Abschnitt über Verbesserungsvorschläge näher eingehen.)* Daraus lässt sich schließen, dass der Drogenkonsumraum die Hilfesuchenden in den meisten Fällen erreicht, wenn konkomitanter Konsum mit Heroin oder Kokain vorliegt. Auch wenn der größte Teil der befragten Personen den Drogenkonsumraum nutzt, um im geschützten Rahmen zu konsumieren, so gaben jeweils weit über die Hälfte der konsumierenden Personen an, Kokain und Heroin ebenfalls außerhalb des Drogenkonsumraumes zu konsumieren (vgl. Diagramme 85 und 86).

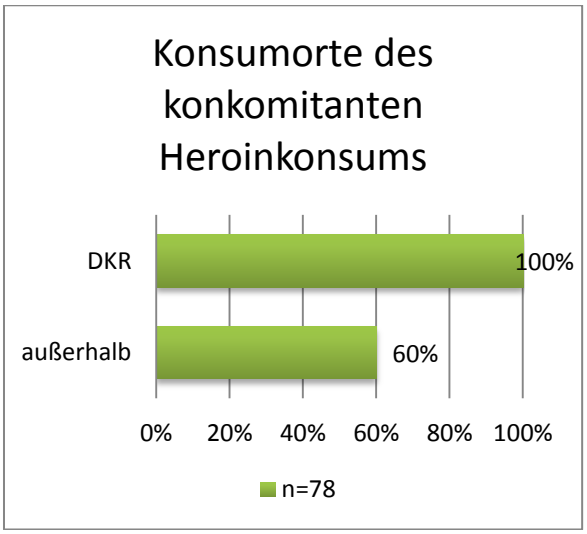

Diagramm 85 – u1

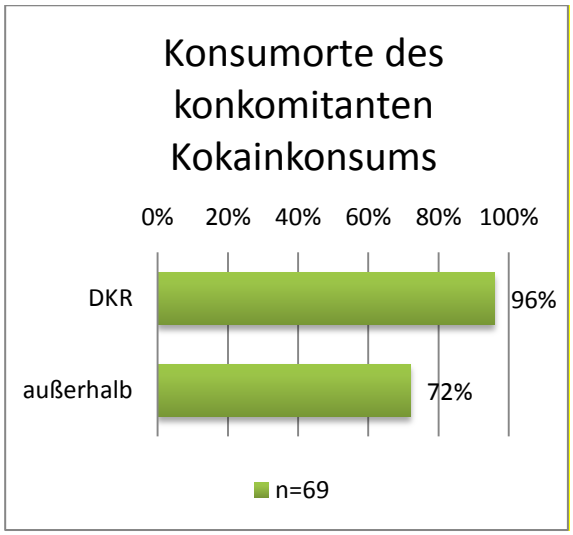

Diagramm 86 – u1

In Gruppe u3 (n=50) geben 94% (n=47) an, Heroin im Drogenkonsumraum zu konsumieren und 80% (n=40) geben, an Heroin ebenfalls außerhalb des Drogenkonsumraums zu konsumieren. Bei Kokain liegt der Wert des Konsums innerhalb des Drogenkonsumraums bei 58% (n=29) und außerhalb bei 52% (n=26).

Darauf aufbauend wurde im nächsten Schritt erhoben, welche alternativen Konsumorte die Gruppen u1 und u3 aufsuchen. Mehrfachangaben waren möglich. Die Befragung ergibt, dass 66% in Gruppe u1 außerhalb des Drogenkonsumraumes konsumieren. Dabei ergibt sich folgende Verteilung bei den Alternativorten. 24% konsumieren alternativ in der Öffentlichkeit, 35% geben an, „bei anderen Personen“ zu konsumieren. Der Ort, der am häufigsten benannt wird, ist die eigene Wohnung mit 76%.

In Gruppe u3 geben alle Befragten an, zusätzlich an alternativen Orten zu konsumieren. Hierbei geben 38% an, öffentlich zu konsumieren, 24% „bei anderen Personen“ und 50% gaben an, in der eigenen Wohnung zu konsumieren.

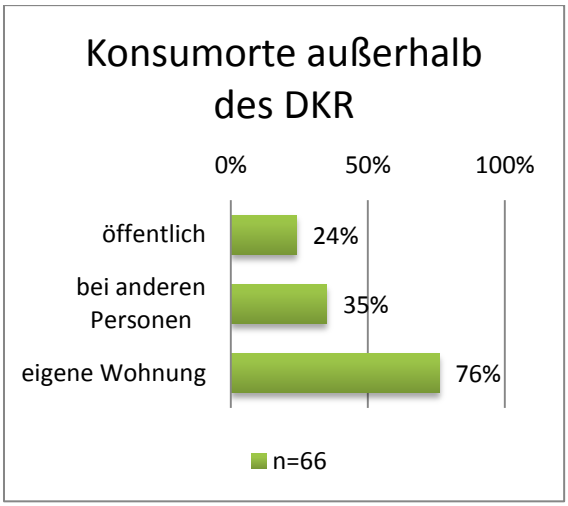

Diagramm 87 – u1

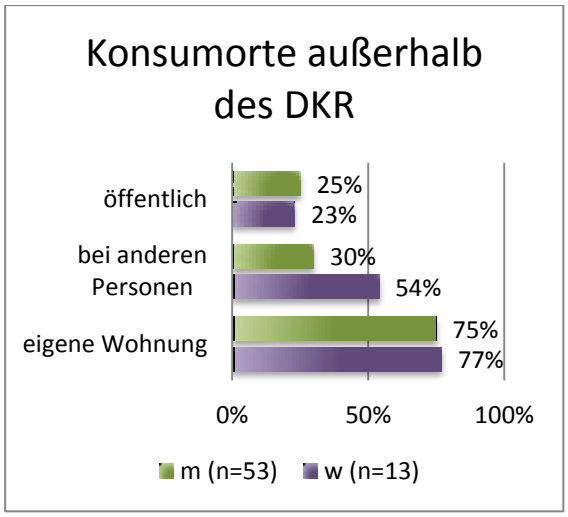

Diagramm 88 –Geschlechterverteilung Konsumorte außerhalb des DKR – u1

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Konsumorten außerhalb des Drogenkonsumraums lassen sich „bei anderen Personen“ beobachten. Die weibliche Klientel gibt zu 54% an, bei anderen Personen zu konsumieren, die männliche Klientel hingegen nur zu 30%. Hier finden sich die Ergebnisse der Wohnsituation wieder. In Kapitel 3.1.1.3 wird deutlich, dass Frauen häufiger bei anderen Personen leben.

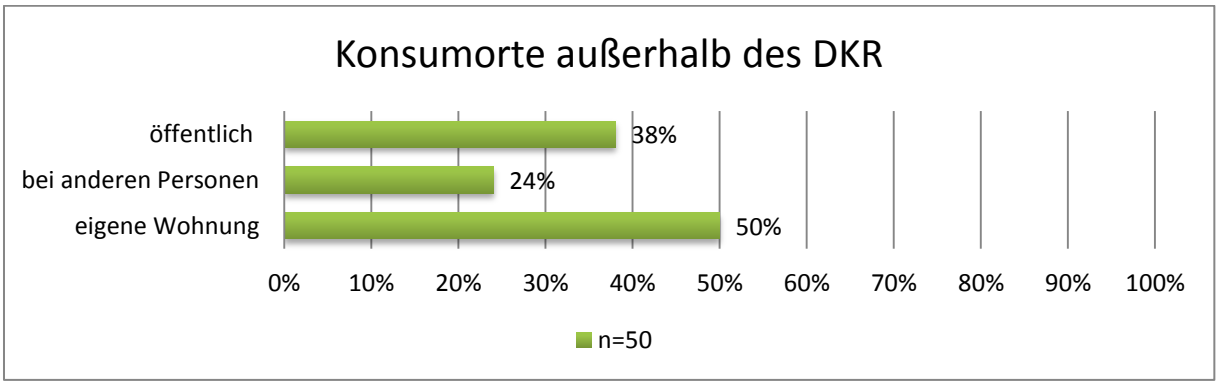

Diagramm 89 – u3

In Gruppe u3 geben alle Befragten an, zusätzlich an alternativen Orten zu konsumieren. Hierbei geben 38% an, öffentlich zu konsumieren, 24% „bei anderen Personen“ und 50% geben an, in der eigenen Wohnung zu konsumieren. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht feststellbar.

3.2.1.3. Applikationsformen im Drogenkonsumraum

Im nächsten Schritt wurden die Applikationsformen der Gruppen u1 und u3 erhoben. Zunächst wird die Gruppe u1 betrachtet. Es ist zu beachten, dass Mehrfachnennungen gegeben werden konnten. Von den substituierten Personen mit konkomitantem Heroinkonsum (n=78) geben 53% an, intravenös zu konsumieren. 45% konsumieren inhalativ und 6% nasal. Von den substituierten Personen, die konkomitanten Kokainkonsum aufweisen, geben 85% an intravenös innerhalb des Drogenkonsumraums zu konsumieren, 12% inhalativ und 6% nasal. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

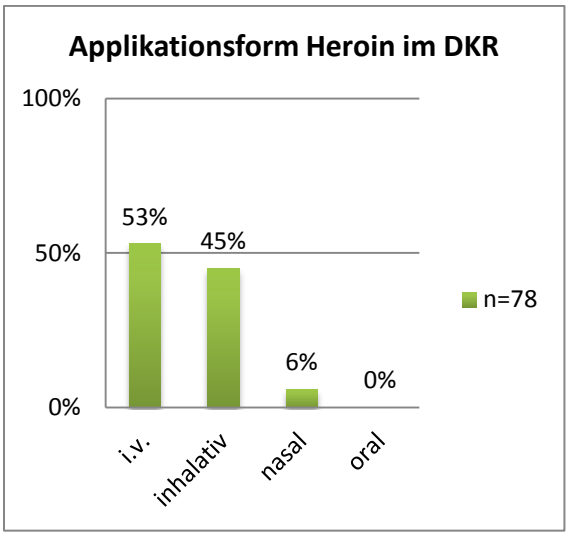

Diagramm 90 – u1

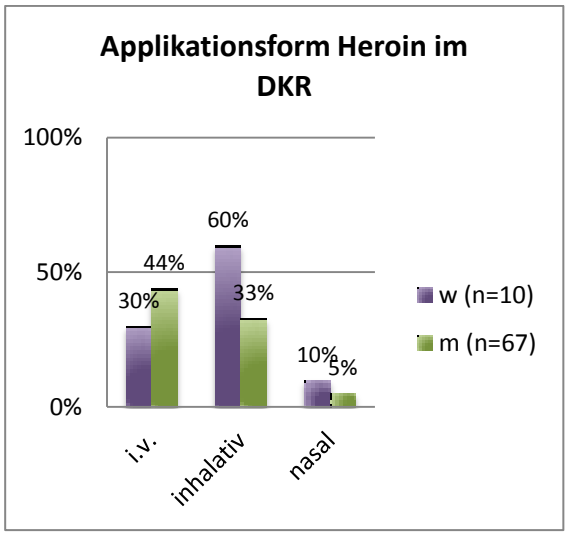

Diagramm 91 – Geschlechterverteilung Applikationsform Heroin im DKR – u1

In Betrachtung der Ergebnisse zu den Applikationsformen von Heroin und Kokain lässt sich feststellen, dass die weiblichen Drogenkonsumraumnutzenden der Gruppe u1 risikoärmer konsumieren. Der intravenöse Konsum von Kokain übersteigt den inhalativen bei beiden Geschlechtern deutlich (vgl. Diagramme 91 und 93).

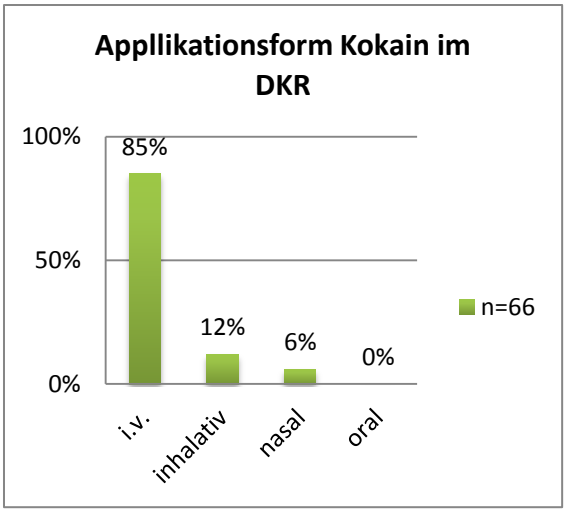

Diagramm 92 – u1

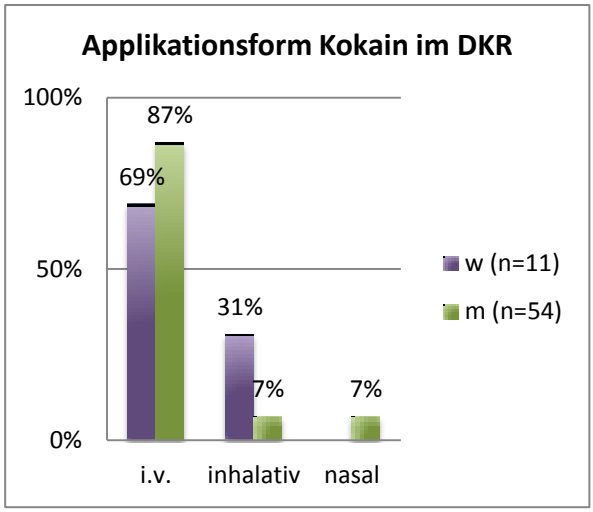

Diagramm 93 – Geschlechterverteilung Applikationsform im DKR – u1

In Gruppe u3 wurden folgende Ergebnisse ausgewertet. Heroin wird sowohl inhalativ als auch i.v. zu 48% im Drogenkonsumraum konsumiert. Die nasale Konsumform spielt eine untergeordnete Rolle. Bei Kokain hingegen ist zu beobachten, dass der i.v.-Konsum mit 70% deutlich den inhalativen Konsum (27%) übersteigt.

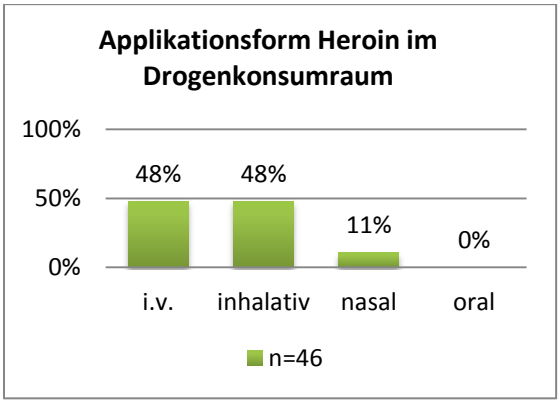

Diagramm 94 – u3

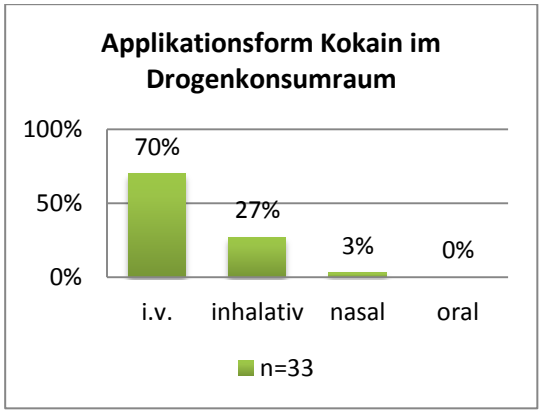

Diagramm 95 –u3

3.2.1.4. Applikationsform außerhalb des Drogenkonsumraums

Um weitere Vergleichswerte zu erhalten, wurden nicht nur die Applikationsformen innerhalb des Drogenkonsumraums erhoben, sondern ebenfalls die Applikationsformen, die außerhalb des Drogenkonsumraums Anwendung finden. Zu dieser Frage wurden die Gruppen u1 bis u3 befragt.

3.2.1.4.1. Substituierte Personen, die den Drogenkonsumraum nutzen

Zunächst werden Ergebnisse der Gruppe u1 vorgestellt. Von den 47 Substituierten der Gruppe u1, die angeben, ebenfalls außerhalb des Drogenkonsumraums Heroin zu konsumieren, geben 60% an, dies intravenös zu tun. 53% geben an, inhalativ zu konsumieren und 4% nasal (vgl. Diagramm 95).

Zur Substanz Kokain geben 50 Personen aus Gruppe u1 an, diesen außerhalb des Drogenkonsumraums zu konsumieren. Hierbei geben 82% an, intravenös Kokain zu konsumieren, 20% inhalativ und 6% nasal (vgl. Diagramm 97).

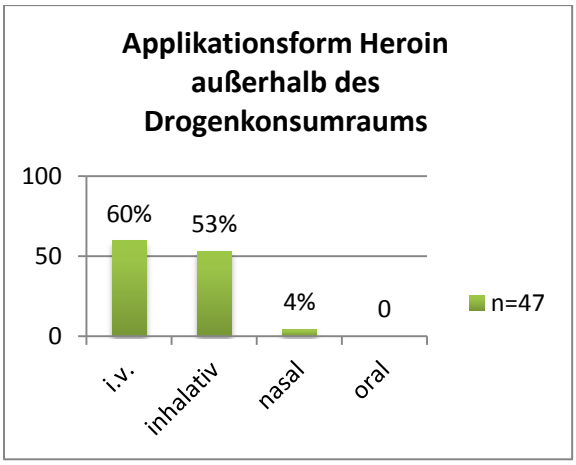

Diagramm 96 – u1

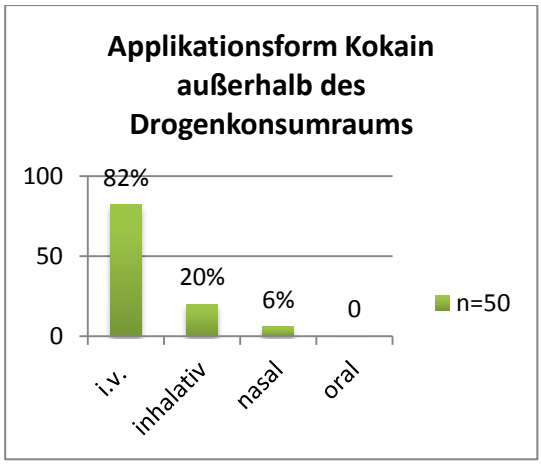

Diagramm 97- u1

3.2.1.4.2. Nicht substituierte DKR Nutzende

In Gruppe u3 wurden folgende Werte erhoben. 40 Personen geben an, dass sie Heroin außerhalb des Drogenkonsumraums konsumieren. Hiervon konsumieren 45% intravenös, 50% geben an, inhalativ zu konsumieren und 10 % nasal (vgl. Diagramm 98).

Bei der Applikationsform von Kokain außerhalb des Drogenkonsumraums, den 26 Personen benennen, geben 69% der befragten Personen an, Kokain intravenös zu konsumieren. 38% geben an, inhalativ zu konsumieren und 4% nasal. Auch hier ist zu beachten, dass Mehrfachnennungen möglich waren. Wie auch in Gruppe u1, zeigt sich hier ein hoher Wert bei intravenösem Konsum von Kokain (vgl. Diagramm 99).

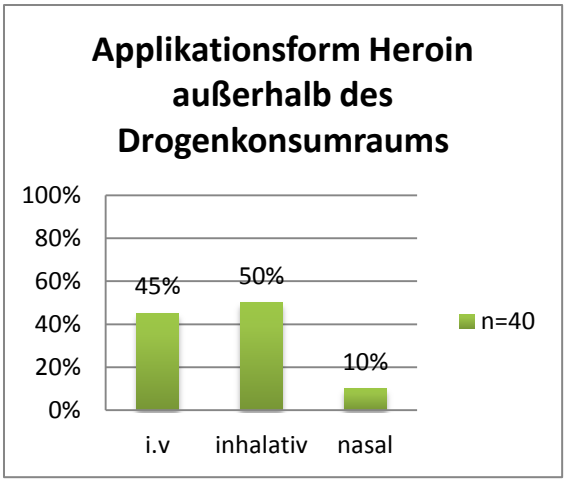

Diagramm 98 – u3

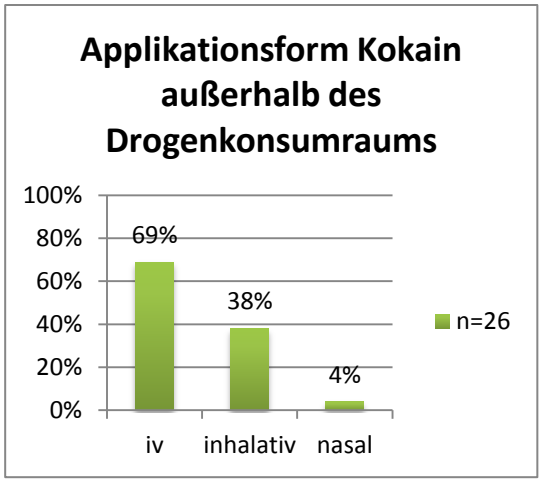

Diagramm 99 – u3

3.2.1.4.3. Substituierte, die den Drogenkonsumraum nicht nutzen

In Gruppe u2 fällt definitionsgemäß der gesamte Konsum von Heroin und Kokain in den Bereich anderer Konsumorte. Da der Konsum von Heroin und Kokain ein hohes Risiko darstellt, wurde die Applikationsform der recht kleinen Gruppe der Heroin und Kokain konsumierenden Personen, die substituiert sind, jedoch nicht den DKR nutzen, ebenfalls erhoben. Diese Befragung ergibt folgende Ergebnisse. Von den 9 Personen, die angeben, Heroin zu konsumieren, geben 78% an, inhalativ zu konsumieren. 11% konsumieren intravenös und 11% nasal. Es ist zu beobachten, dass der intravenöse Konsum der Gruppe u2, erheblich geringer ist.

6 Personen geben an, Kokain zu konsumieren. Hiervon geben jeweils 50% an, intravenös und inhalativ zu konsumieren. 67% geben an, Kokain nasal zu konsumieren.

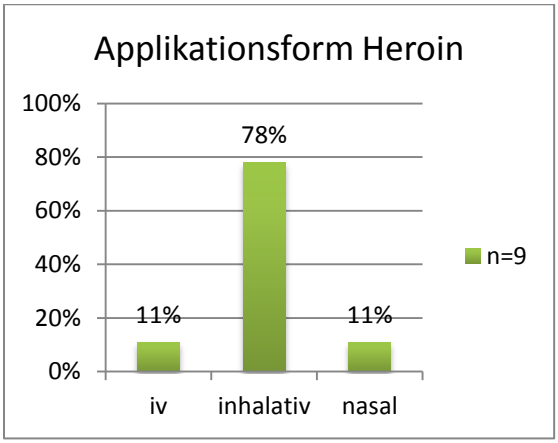

Diagramm 100 –u2

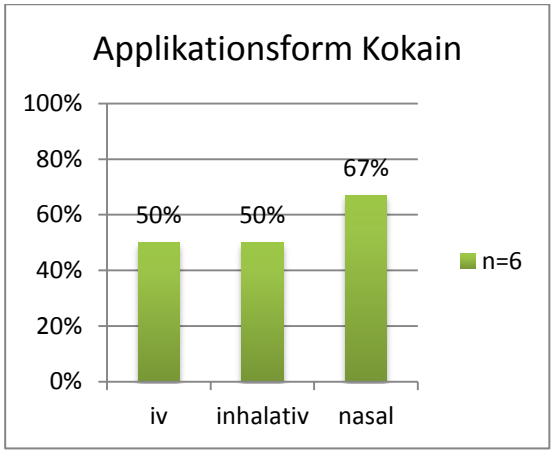

Diagramm 101 - u2

3.2.1.5. Unterschiede im Konsumverhalten

Es wurde deutlich, dass der Konsum sowohl im Drogenkonsumraum als auch außerhalb stattfindet. In diesem Teil der Ausarbeitung soll festgestellt werden, ob neben der Applikationsform noch andere Unterschiede im Konsum innerhalb des Drogenkonsumraums und außerhalb bestehen. Hierbei geben 23% der Gruppe u1 (n=100) an, dass es Unterschiede im Konsum im Drogenkonsumraum und außerhalb gibt. Zu den Angaben, welche Unterschiede es gibt, wurde unter anderem benannt, dass die Konsumfrequenz in der eigenen Wohnung höher ist. Weiter wurde angegeben, dass in der eigenen Wohnung mehr Kokain konsumiert wird, da dort mehr Ruhe herrscht. Eine Angabe bezog sich darauf, dass sich die konsumierende Person zuhause die Droge nicht selbst verabreicht, sondern dies von einer anderen Person vorgenommen wird. Diese Konsumweise ist im Drogenkonsumraum nicht gestattet. Weiter wurde angegeben, dass die konsumierte Dosis zuhause höher ist.

In Gruppe u3 (n=50) geben 20% (n=10) an, dass es Unterschiede im Konsum gibt. 4 Personen geben dabei an, dass die Dosierung in der eigenen Wohnung höher ist. 5 Personen geben an, dass sie im Drogenkonsumraum eine höhere Dosis konsumieren. Dieser Wert ist insofern beachtenswert, als dass er nur in der Vergleichsgruppe beobachtet werden konnte. In der Hauptuntersuchungsgruppe gab keine Person an, dass sie im Drogenkonsumraum höher dosiert.

Essenz - Ergebnisse Befragung

In diesem Kapitel wurde das Inanspruchnahmeverhalten von den Nutzenden des Drogenkonsumraumes erhoben. Hierbei wurden zunächst die Daten der Fragebögen ausgewertet. Im angeschlossenen Kapitel werden die Daten zur Nutzung des Drogenkonsumraumes mit Hilfe der Datenbank der Suchthilfe direkt erhoben und analysiert.

55% in Gruppe u1 nutzen den Drogenkonsumraum mindestens einmal pro Woche oder öfter, um ausschließlich Heroin oder Kokain zu konsumieren. Es wurde ein deutlicher Unterschied zur Gruppe u3 festgestellt. Diese nutzt den Drogenkonsumraum in höherer Frequenz.

Unter Kapitel 3.1.3.10 wurde erhoben, dass der konkomitante Konsum von Heroin in Gruppe u1 bei 78% liegt. In diesem Kapitel der Untersuchung wurde deutlich, dass alle Personen, die angaben, konkomitant Heroin zu konsumieren, den Drogenkonsumraum für den Konsum nutzen. Das lässt den Schluss zu, dass der Drogenkonsumraum den Personenkreis derer erreicht, die risikohaft konsumieren.

Weiter wurde deutlich, dass 60% der Personen, die im Drogenkonsumraum Heroin konsumieren, dies ebenfalls außerhalb tun. Bei der Erhebung der Konsumorte außerhalb des Drogenkonsumraums konnten geschlechterspezifische Unterschiede beobachtet werden. So geben Frauen deutlich häufiger an, bei anderen Personen zu konsumieren. 24 % der substituierten Personen, die außerhalb des Drogenkonsumraums Heroin oder Kokain konsumieren, begeben sich zum Konsum in den öffentlichen Raum. An dieser Stelle werden Ansatzpunkte für die konzeptionelle Weiterentwicklung des Drogenkonsumraums und die fachliche Diskussion deutlich. Da der Konsum außerhalb des Drogenkonsumraums ein erhebliches Risiko für die Klientel darstellt, muss diskutiert werden, wie es

gelingen kann, die Zielsetzungen der Überlebenssicherung zu gewährleisten. Die Vergabe des Antidots Naloxon könnte hierbei eine zentrale Maßnahme zur Zielerreichung sein.

Der intravenöse Konsum von Heroin und Kokain im öffentlichen Raum steht im besonderen Fokus der Öffentlichkeit. Durch die Novellierung der BtMVV wird der öffentliche Konsum von substituierten Personen reduziert und in den Schutzraum verlagert. Der Schutzraum ist auch der meist genannte Grund für die Nutzung des Drogenkonsumraums.

Bei 23% liegen Unterschiede im Konsum vor, die häufigste Angabe bezog sich auf die Konsummenge, die in eigenem Wohnraum höher sei. Auch hier verdeutlicht sich nochmals die Notwendigkeit eines fachlichen Austausches und der Weiterentwicklung des Konzepts vom Drogenkonsumraum. Die Untersuchung zeigt, dass das Konsumverhalten in der eigenen Wohnung durch den Konsum von höheren Dosen mit einem erheblichen Risiko verbunden ist. Um auch hier Überlebenshilfe zu leisten, wäre die Vergabe von Naloxon an die Klientel sinnvoll. Es wäre zu prüfen, ob und inwieweit die Verabreichung von Naloxon im Falle einer Überdosierung mit Opioiden innerhalb des Drogenkonsumraumes einerseits und die Mitgabe von Naloxon für den eigenen Gebrauch an Konsumorten außerhalb des Drogenkonsumraumes andererseits, sinnvoll ist. Hierzu bedarf es einer umfänglichen Klärung aller rechtlichen Rahmenbedingungen

3.2.2. Datenbankauswertung

In diesem Abschnitt wird die Untersuchung sich mit der Auswertung und Analyse der Datenbank des Drogenkonsumraums befassen. Es wurden Daten des Zeitraums vom 01.10.2016 bis zum 30.11.2017 ausgewertet. Viele Parameter, die eigens für die Untersuchung über die erstellten Fragebögen abgefragt wurden, werden mit Hilfe der Software des Drogenkonsumraums erhoben. Dadurch ist es möglich, den Kreis der Personen, die den Drogenkonsumraum nutzen, weiter zu beschreiben und Rückschlüsse zu ziehen. Bei der Auswertung der Software des Drogenkonsumraums werden Vergleiche mit der Auswertung des Fragebogens bemüht, um neue Erkenntnisse zu gewinnen. Um relevante Vergleichswerte zu erfassen, wurde die Datenbank dahingehend ausgewertet, dass sowohl die Gesamtanzahl, als auch die jeweilige Gewichtung von substituierten Personen und Personen, die nicht substituiert werden, erfasst wurde.

Zunächst wird der Personenkreis dahingehend beschrieben, dass die Anzahl der konsumierenden Personen benannt und mit den Konsumvorgängen des betrachteten Zeitraumes in Verbindung gesetzt werden. Weitere Parameter, die im ersten Abschnitt beschrieben werden, sind die Unterteilungen in das jeweilige Geschlecht, der Anteil der Menschen mit Migrationshintergrund sowie die Anzahl der Personen, die unter 25 Jahre alt sind. Darauf aufbauend werden die Daten der konsumierten Substanzen und die jeweilige Applikationsform beschrieben. Im nächsten Schritt werden die Leistungen, die innerhalb des Drogenkonsumraums erbracht wurden, näher betrachtet. Weitere Parameter sind die der jeweiligen Vermittlungen der Klientel in andere Angebote des Hilfesystems. Im Anschluss wird sich dieser Abschnitt mit den besonderen Vorkommnissen beschäftigen.

Anmerkung: Es gilt zu beachten, dass die nicht substituierten Personen mit einer Anzahl von 534 einen Anteil von 76% der insgesamt erreichten Menschen ausmachen. Die Gruppe der substituierten Personen macht mit einer Anzahl von 287 insgesamt 41% der erreichten Personen aus. Somit läge die Summe der insgesamt erreichten Personen bei einem Wert von über 702. Dieses Phänomen tritt dadurch in Erscheinung, dass Personen innerhalb des Abfragezeitraumes ihren Status von „substituiert“ auf „nicht substituiert“ oder von „nicht substituiert“ auf „substituiert“ gewechselt haben. Das Programm zählt diese Person in diesem Fall dann im jeweiligen Status, das bedeutet, dass manche Personen zweimal gezählt wurden. Durch dieses Phänomen entsteht eine Diskrepanz von 119 Personen. Es kann also bereits festgehalten werden, dass im erhobenen Zeitraum 119 Personen ihren Status gewechselt haben. Im Umkehrschluss kann festgehalten werden, dass 168 Personen ihren Status der Substitution nicht gewechselt haben und somit stabil substituiert waren. Weiter ist daher zu beachten, dass die Angaben sich immer auf den gerade aktuellen Status der Person beziehen, wenn ein Konsumvorgang stattgefunden hat, eine Leistung in Anspruch genommen wurde etc.
Zudem gilt zu beachten, dass, bedingt durch die Abweichung der erfassten Anzahl der Personen, die durch den Wechsel des Substitutionsstatus entsteht, ebenfalls marginale Abweichungen unter den erfassten Leistungen, Vermittlungen und besonderen Vorkommnissen zu verzeichnen sind. Die Gesamtzahl der drei Parameter ist zutreffend, in der Unterscheidung der Personengruppen ‚substituiert‘ und ‚nicht substituiert‘ kommt es zu Abweichungen.

Die Abweichung in der Auswertung wurde durch die vorliegende Untersuchung identifiziert. Eine Überprüfung der Software an dieser Stelle ist angezeigt. Im Folgenden werden die Berechnungen auf der Basis der Grundgesamtheit von 702 Personen angestellt.

3.2.2.1. Personenkreis

Im ausgewerteten Zeitraum wurden insgesamt 702 Personen durch den Drogenkonsumraum erreicht. Hiervon waren 602 Personen männlich und 100 Personen weiblich. Darunter waren 127 Personen mit Migrationshintergrund, die sich 120 männliche Nutzer und 7 weibliche Nutzerinnen aufteilten. Weiter waren insgesamt 38 Personen im erhobenen Zeitraum unter 25 Jahren. Insgesamt wurden von der gesamten Personenanzahl 33.341 Konsumvorgänge verzeichnet. Hiervon fielen 29.356 auf den männlichen Personenkreis und 3.985 auf den weiblichen. Damit fallen 88% der Konsumvorgänge auf den männlichen Teil des Personenkreises.

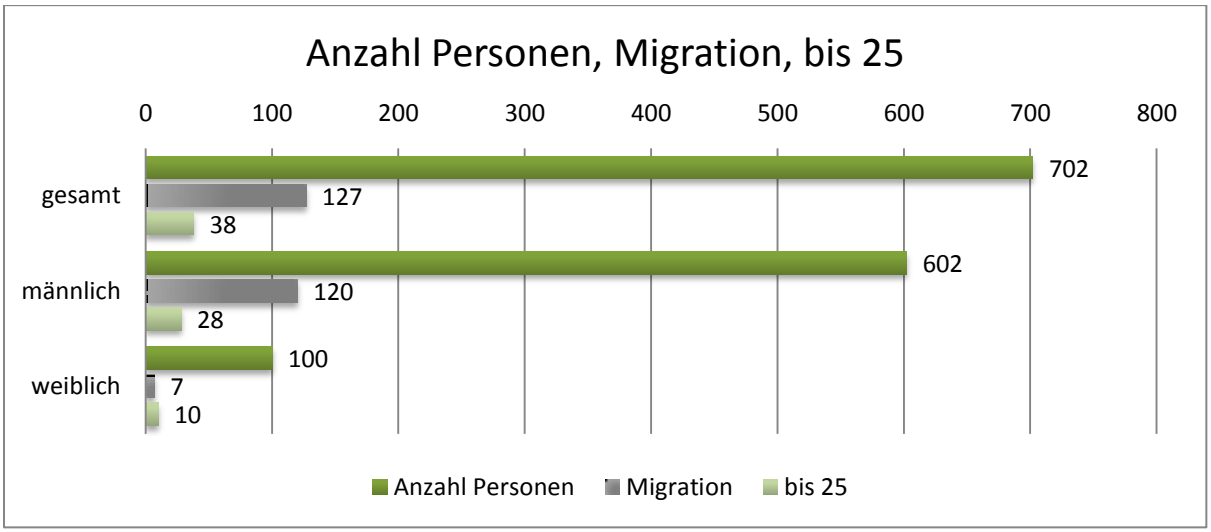

Diagramm 102 Personen, die den Drogenkonsumraum nutzen

Im Personenkreis der substituierten Personen (n=287) wurden 16.062 Konsumvorgänge verzeichnet. Hierbei fiel mit 13.508 Konsumvorgängen der mehrheitlich Teil auf die männlichen Personen (n=239). Das entspricht einem Anteil von 84%. Die weiblichen substituierten Personen (n=48) verzeichneten im gleichen Zeitraum 2.554 Konsumvorgänge.

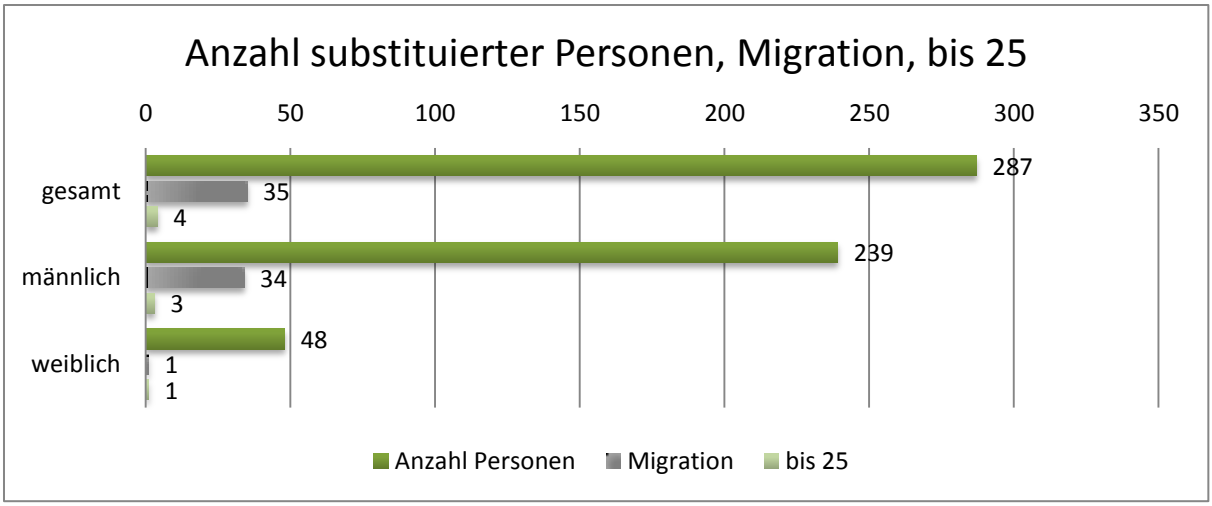

Diagramm 103 substituierte Personen, die den Drogenkonsumraum nutzen

Der Personenkreis der Personen, die nicht substituiert sind (n=534), hatte im gleichen Zeitraum 17.279 Konsumvorgänge zu verzeichnen, wobei 15.848 Konsumvorgänge auf die männlichen Personen (n=464) und 1.431 Konsumvorgänge auf die weiblichen Personen (n=70) fielen. Damit lassen sich 92% der Konsumvorgänge der nicht substituierten Personen den männlichen Personen zuordnen.

Weiter wird deutlich, dass die Personengruppe der nicht substituierten Menschen mit einer Anzahl von 534 zwar bedeutend höher gegenüber der Gruppe der substituierten Personen ist. Die Anzahl der Konsumvorgänge bewegt sich jedoch mit 16.062 für substituierte Personen und 17.279 Konsumvorgängen für nicht substituierte Personen auf ähnlichem Niveau. Die Konsumvorgänge pro Person sind somit bei den substituierten Personen bedeutend höher.

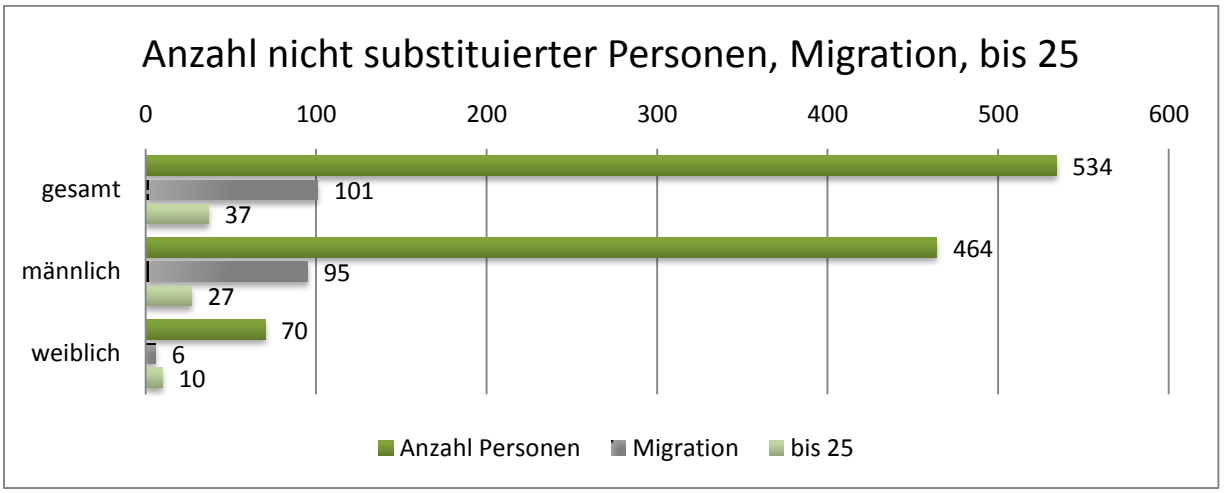

Diagramm 104 nicht substituierte Personen, die den Drogenkonsumraum nutzen

3.2.2.2. Substanzen

Insgesamt wurden im Erhebungszeitraum 4 Substanzen im Drogenkonsumraum konsumiert. Hierbei wurde ein Parameter abgefragt, der den Konsum eines Cocktails beschreibt. Cocktail meint hierbei eine Mischung aus Kokain und Heroin. Die Substanz, die mit großem Abstand am häufigsten konsumiert wurde, ist hierbei „Opiate“, mit einer Gesamtzahl von 21.233 (n=33.341). Das bedeutet, dass Opiate zu 64% konsumiert wurden. Hierbei fallen 9.673 Konsumvorgänge mit Opiaten auf die zum Zeitpunkt des Konsumvorgangs substituierten Personen (n=287) und 11.560 Konsumvorgänge auf die Gruppe der zu diesem Zeitpunkt nicht substituierten Personen (n=534).

Die Substanz, die nach den Opiaten am häufigsten konsumiert wurde, stellt mit 28% und damit 9.253 Konsumvorgängen (n=33.341) Kokain dar. 5.181 Konsumvorgänge fallen dabei auf die Gruppe der substituierten Personen (n=287) und 4.072 Konsumvorgänge verzeichnet die Gruppe der nicht substituierten Personen.

Die Substanz „Cocktail“ bildet mit 2.810 Konsumvorgängen (n=33.341) die am dritthäufigsten konsumierte Substanz und macht damit einen Prozentanteil von 8% aus. Hierbei fielen 1.198 Konsumvorgänge auf die Gruppe der substituierten Personen und 1.612 auf die Personen, die nicht substituiert sind.

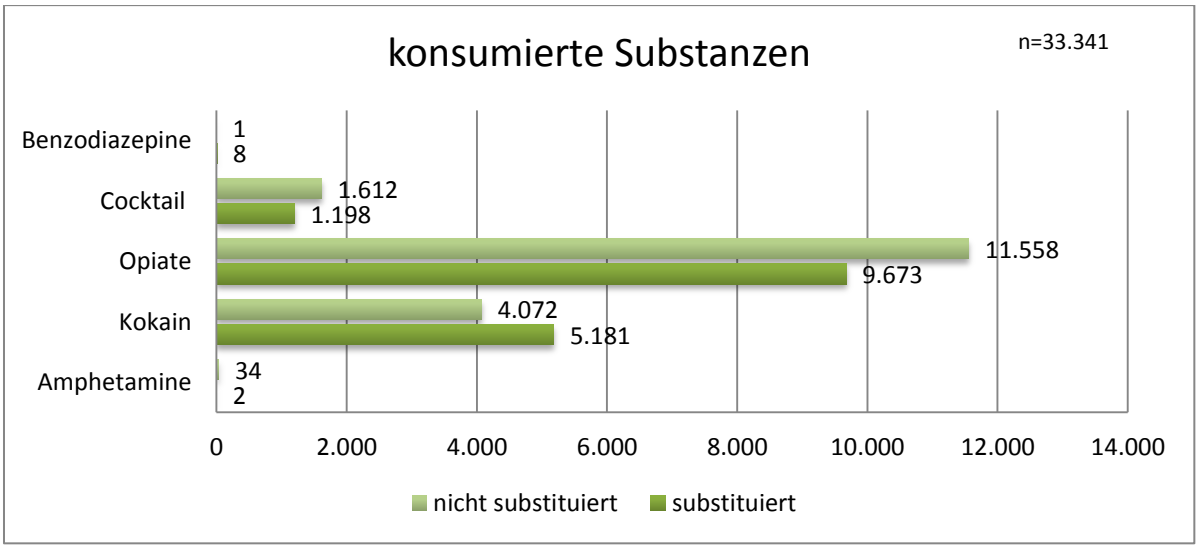

Diagramm 105 Übersicht konsumierter Substanzen im Drogenkonsumraum

Die Substanzen Amphetamine (36 Konsumvorgänge) und Benzodiazepine (9 Konsumvorgänge) wurden außerdem erfasst. Hierbei fällt auf, dass Benzodiazepine fast ausschließlich von substituierten Personen innerhalb des Drogenkonsumraums konsumiert werden.

Es wurde deutlich, dass sich die drei am häufigsten konsumierten Substanzen aus „Opiate“, „Kokain“ und „Cocktail“ zusammensetzen. Weiter wurde deutlich, dass sich innerhalb dieser drei Substanzen die Konsumvorgänge auf ähnlichem Niveau bei substituierten Personen und nicht substituierten Personen halten. Das ist in der Hinsicht erstaunlich, da die Personengruppe der substituierten Menschen deutlich geringer ist.

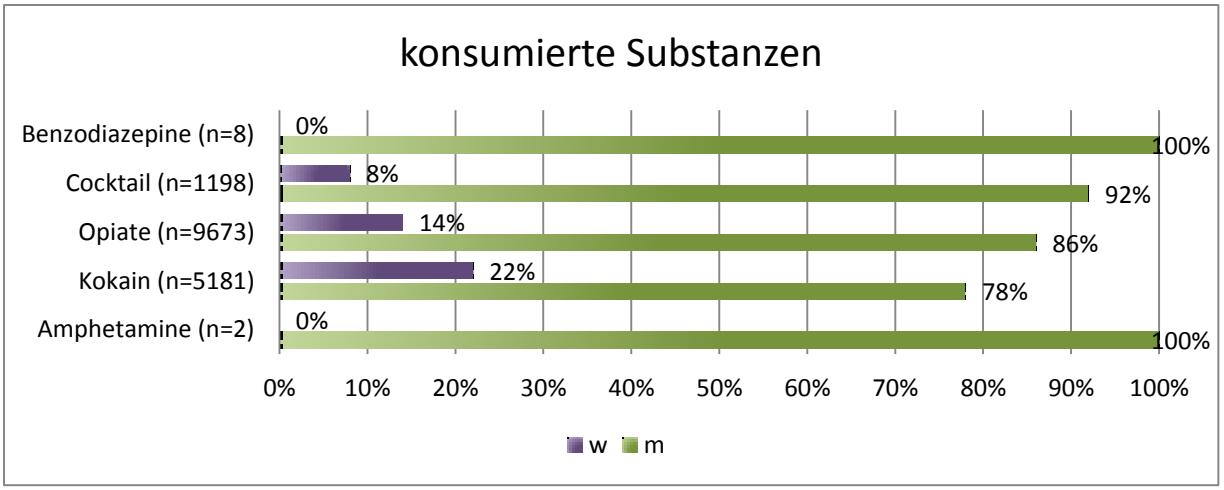

Diagramm 106 Geschlechterverteilung konsumierte Substanzen im Drogenkonsumraum - Substituierte

Diagramm 105 veranschaulicht die Geschlechterverteilung der von substituierten Personen im Drogenkonsumraum konsumierten Substanzen. Benzodiazepine und Amphetamine wurden durch Frauen nicht konsumiert.

3.2.2.3. Applikationsform

Im nächsten Schritt wurde das Programm hinsichtlich der Applikationsform ausgewertet. Die Auswertung ergab folgende Werte: Der intravenöse Konsum konnte als die häufigste genutzte Applikationsform identifiziert werden. 17.103 Konsumvorgänge (n=33.341) wurden intravenös vollzogen. Damit wird zu 51% intravenös konsumiert. Die Gruppe, die zum Zeitpunkt des Konsums substituiert war, konsumierte in 9.023 Fällen intravenös. Die Gruppe der nicht substituierten Personen 8.080-mal.

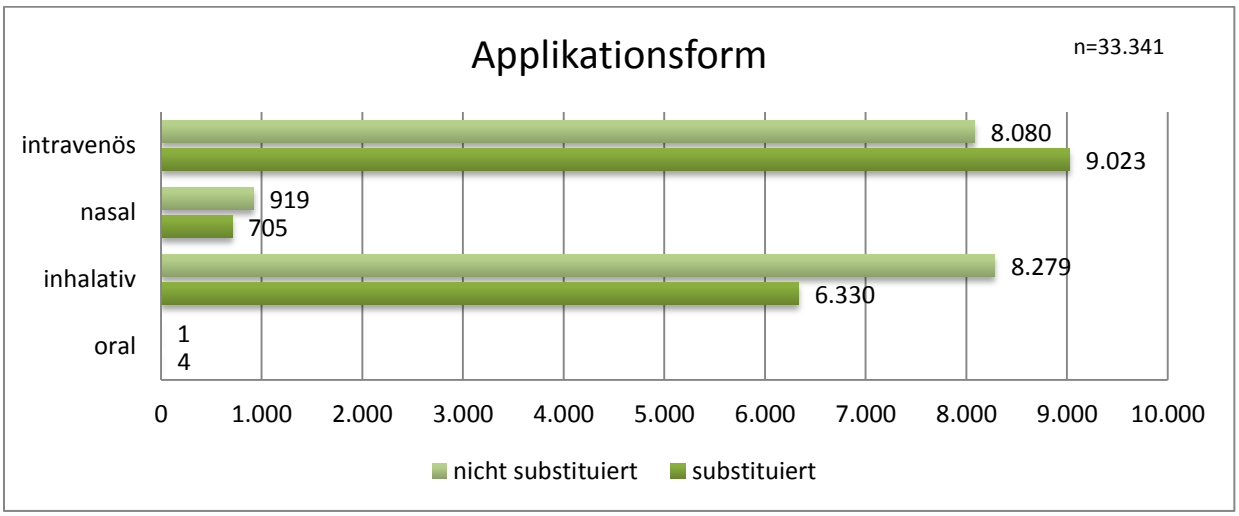

Diagramm 107 Applikationsformen im Drogenkonsumraum

Inhalativ wurde 14.609-mal (n=33.341) konsumiert und ist damit die zweithäufigste Applikationsform. Dabei konsumierten die Personen, die zum Zeitpunkt des Konsums substituiert waren, 6.330-mal inhalativ und die nicht substituierten Personen 8.279-mal.

Es wird deutlich, dass der intravenöse Konsum bei substituierten Personen häufiger ist als bei nicht substituierten Personen. Dies lässt Raum für verschiedene Interpretationen. So können substituierte Personen ihren Konsum weitestgehend ohne den Druck des Entzugs vollziehen und daher öfter weniger konsumieren. Dies bestätigen auch Einzelaussagen der Klientel.

Auch die geschlechtsspezifische Auswertung der Datenbank bestätigt das Ergebnis der Befragung in Kapitel 3.2.1.3, dass Frauen die risikoärmere Applikationsform wählen (vgl. Diagramm 108).

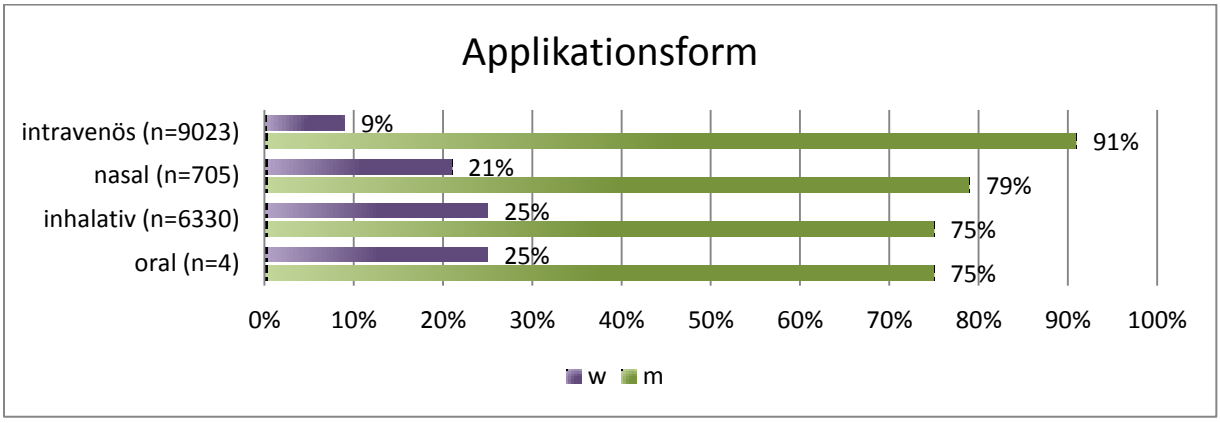

Diagramm 108 Geschlechterverteilung Applikationsformen im Drogenkonsumraum - Substituierte

3.2.2.4. Leistungen

Im nächsten Schritt wurde die Software des Drogenkonsumraumes auf die erbrachten Leistungen hin ausgewertet. Hierbei ergaben sich folgende Werte. Insgesamt wurden vier verschiedene Leistungen erfasst. Diese gliedern sich auf in „Safer Use“, „psychosoziale Intervention“, „Beratung Substituierter“ und „Krisenintervention“. Ebenfalls wurden die geführten Kundengespräche erfasst. Insgesamt wurden im Erhebungszeitraum 3.764 Kundengespräche geführt. „Psychosoziale Interventionen“ wurden in 394 Fällen geleistet. Der Aspekt „Safer Use“ umfasst Gespräche, die mit Personen geführt wurden, um das Risiko des Konsums zu minimieren. Es wurden insgesamt 622 Gespräche zum Thema „Safer Use“ geführt. Der Aspekt „Beratung Substituierter“ umfasst Gesprächsleistungen, die mit substituierten Personen geführt wurden. Hierbei wird thematisch auf die Risiken des konkomitanten Konsums eingegangen. 133 Leistungen wurden im Bereich „Beratung Substituierter“ erfasst. Leistungen zur Krisenintervention bildeten mit 33 erfassten Leistungen die am geringsten verzeichnete Leistung.

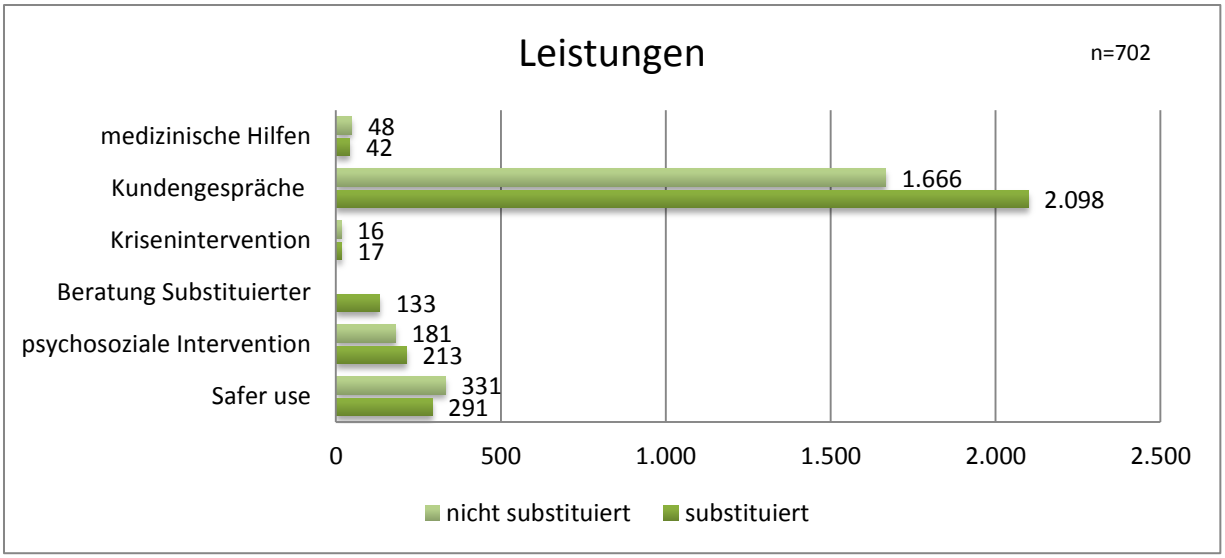

Diagramm 109 Erbrachte Leistungen im Drogenkonsumraum

Es wird deutlich, dass die Personen, die substituiert sind, deutlich mehr Gespräche in Anspruch nehmen. Durch die geringere Gesamtanzahl der substituierten Personen ist dieser Wert besonders bemerkenswert. Es wird deutlich, dass die Zielgruppe der substituierten Personen durch die Leistungen des Drogenkonsumraums erreicht wird.

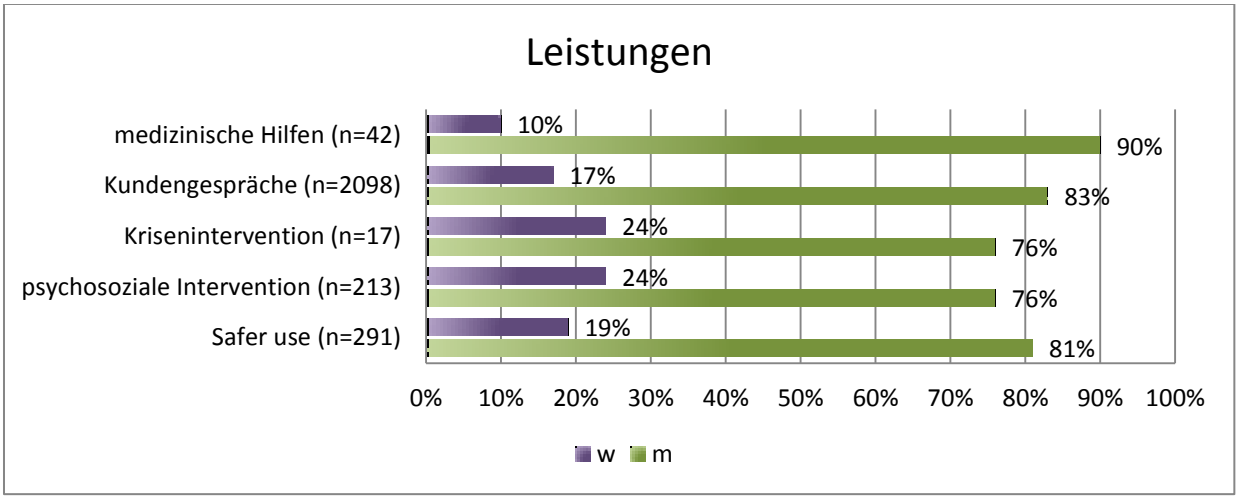

Diagramm 110 Geschlechterverteilung Erbrachte Leistungen im Drogenkonsumraum - Substituierte

3.2.2.5. Vermittlungen

Eine Leistung, die im Drogenkonsumraum erbracht wird und durch die Software des Drogenkonsumraums gesondert aufgegliedert wird, ist die der Vermittlungen. Insgesamt wurden im ausgewerteten Zeitraum 343 Vermittlungsleistungen erbracht.

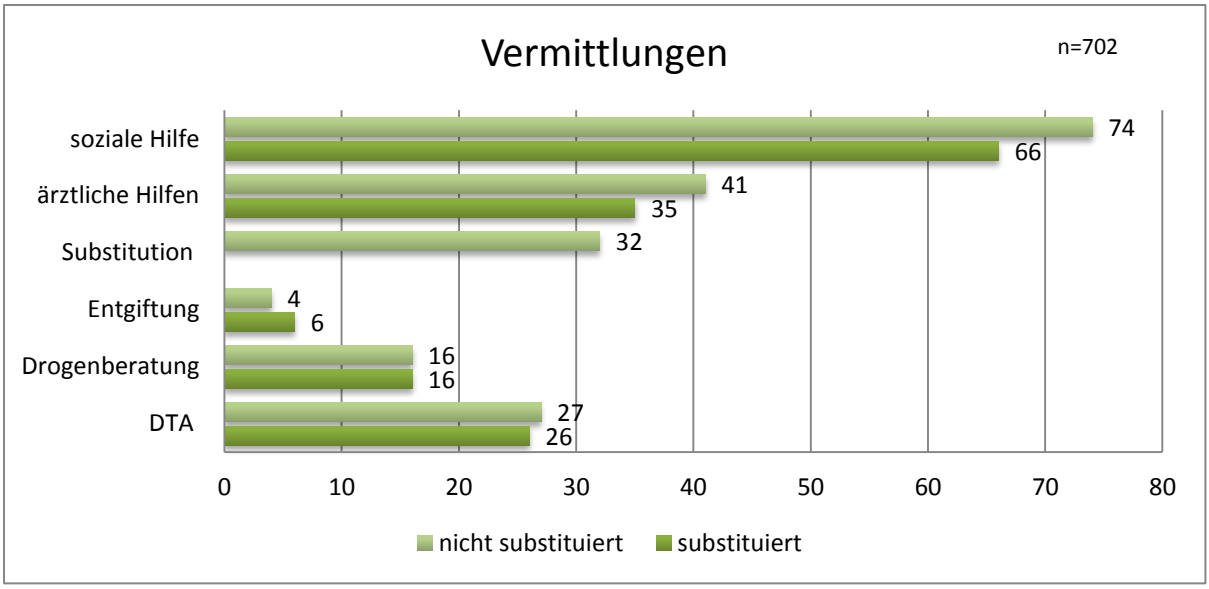

Diagramm 111 Vermittlungsleistungen

Die meisten Vermittlungen gab es dabei in soziale Hilfen mit 140 Vermittlungen. 76 Vermittlungen gab es in ärztliche Hilfen. In die Drogentherapeutische Ambulanz gab es 53 Vermittlungen, jeweils 32 Vermittlungen gab es in die Drogenberatung und in Substitutionsbehandlung. Der Wert für die Vermittlung in die Substitutionsbehandlung wurde hierbei folgerichtig nur für Personen erhoben, die nicht substituiert sind.

Sechs Vermittlungen in Entgiftung fanden statt, alle fielen dabei auf den Personenkreis der männlichen Substituierten. Vermittlungen weiblicher substituierter Personen in Entzugsbehandlung fanden nicht statt (vgl. Diagramm 112).

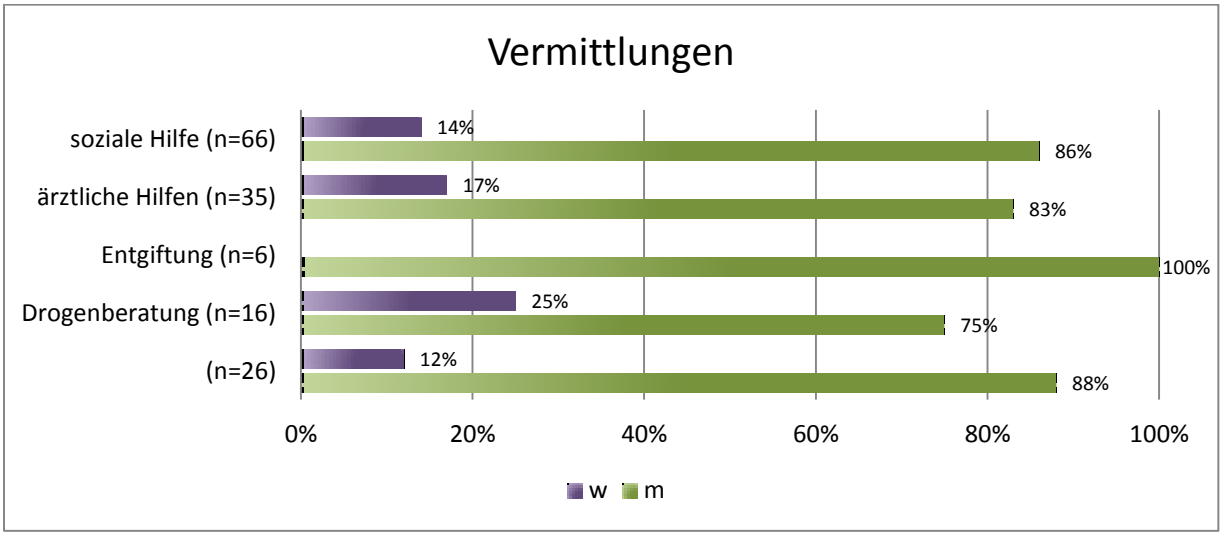

Diagramm 112 Geschlechterverteilung Vermittlungen – Substituierte

3.2.2.6. Besondere Vorkommnisse

Die Software des Drogenkonsumraums erfasst neben den konsumierten Substanzen, den Applikationsformen, Vermittlungen und der erbrachten Leistungen ebenfalls besondere Vorkommnisse. Hierbei werden Vorfälle wie Drogenhandel, Gewalt gegen Personen oder Sachen, Verstöße gegen die Nutzungsbedingungen, Hausverbote sowie psychische und somatische Auffälligkeiten dokumentiert. Insgesamt wurden im Auswertungszeitraum 793 besondere Vorkommnisse dokumentiert. Mit 452 Vorfällen waren die psychischen Auffälligkeit hierbei das am meisten dokumentierte Ereignis. 233-mal wurde eine somatische Auffälligkeit beobachtet. Damit machen die psychischen und somatischen Auffälligkeiten 52% aller dokumentierten besonderen Vorkommnisse aus. Der Anteil der substituierten Personen ist bei den psychischen Auffälligkeiten deutlich erhöht. Dies ist ebenfalls bei den Hausverboten zu beobachten.

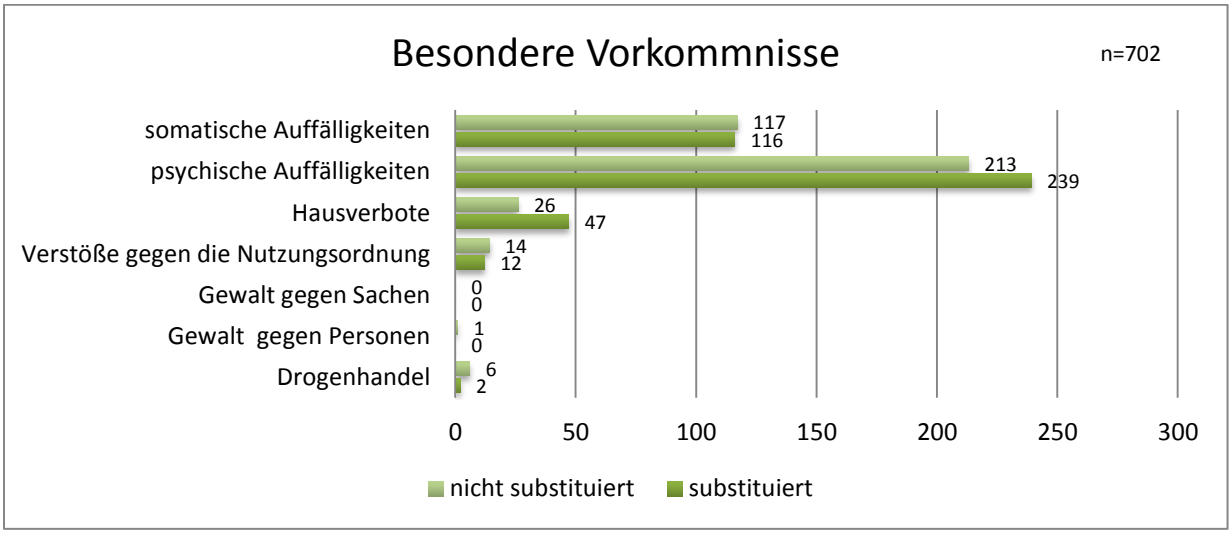

Diagramm 113 Anzahl und Aufgliederung besonderer Vorkommnisse

3.2.2.6.1. Drogennotfälle

Insgesamt wurden im Erhebungszeitraum 62 Drogennotfälle verzeichnet. Die meisten Notfälle wurden innerhalb der Altersgruppe der 46- bis 55- Jährigen mit 25 Notfällen verzeichnet und machten damit 40% aus. 24 Drogennotfälle wurden in der Altersgruppe der 36- bis 45-Jährigen dokumentiert. 8 Notfälle fielen in die Altersgruppe der 26- bis 35-Jährigen, 3 in die 18- bis 25-Jährigen und 2 Drogennotfälle wurden bei Personen über 55 Jahren verzeichnet.

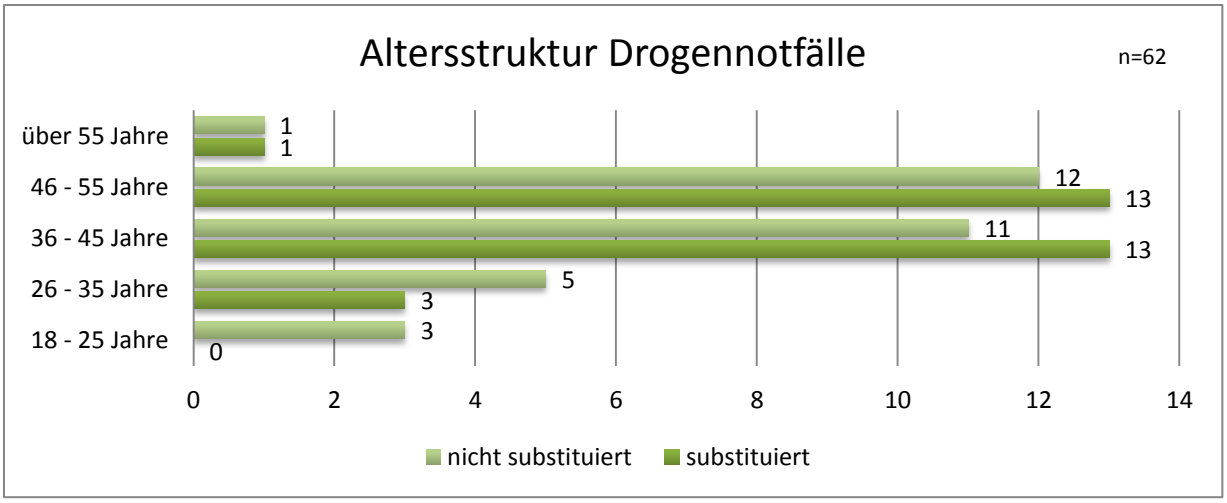

Diagramm 114 Anzahl und Altersstruktur Drogennotfälle

Von den 62 Drogennotfällen waren 30 Personen substituiert. 32 Personen befanden sich zum Zeitpunkt des Notfalles nicht in einer Substitutionsbehandlung. Diese Erkenntnis ist es wert, näher betrachtet zu werden. Es wurde bisher deutlich, dass für die substituierten Personen deutlich mehr Konsumvorgänge dokumentiert wurden. Da sich die Anzahl der Drogennotfälle jedoch innerhalb der beiden Personengruppen auf gleichem Niveau bewegt, ist davon auszugehen, dass das Konsumverhalten der substituierten Personen sich vom Konsumverhalten der nicht substituierten unterscheidet. Es ist denkbar, dass die substituierten Personen eine geringere Dosis konsumieren und dadurch ein geringeres Risiko beim Konsum aufweisen. Dieser Schluss scheint plausibel vor dem Hintergrundwissen, dass Substituierte nicht derart unter Entzugserscheinungen leiden. Unterstützt wird diese Schlussfolgerung durch die Auswertung der Fragebögen im Baustein „Substitution“, in der deutlich wurde, dass die meisten Personen mit ihrem Substitut und der Dosis zufrieden sind. Weiter wurde innerhalb der Gruppe der substituierten Personen nur von 11% der Befragten angegeben, aufgrund von Entzugserscheinungen zu konsumieren. Es ist davon auszugehen, dass diesem Faktor bei den Personen, die nicht substituiert wurden eine erhebliche höhere Gewichtung zugeschrieben werden kann. Daraus könnte der Schluss folgen, dass substituierte Personen deutlich häufiger, jedoch in kleineren Dosen konsumieren. Dies widerlegt die Annahme, dass Substitution und eine zeitgleiche Nutzung des Drogenkonsumraums vermehrt Drogennotfälle hervorruft.

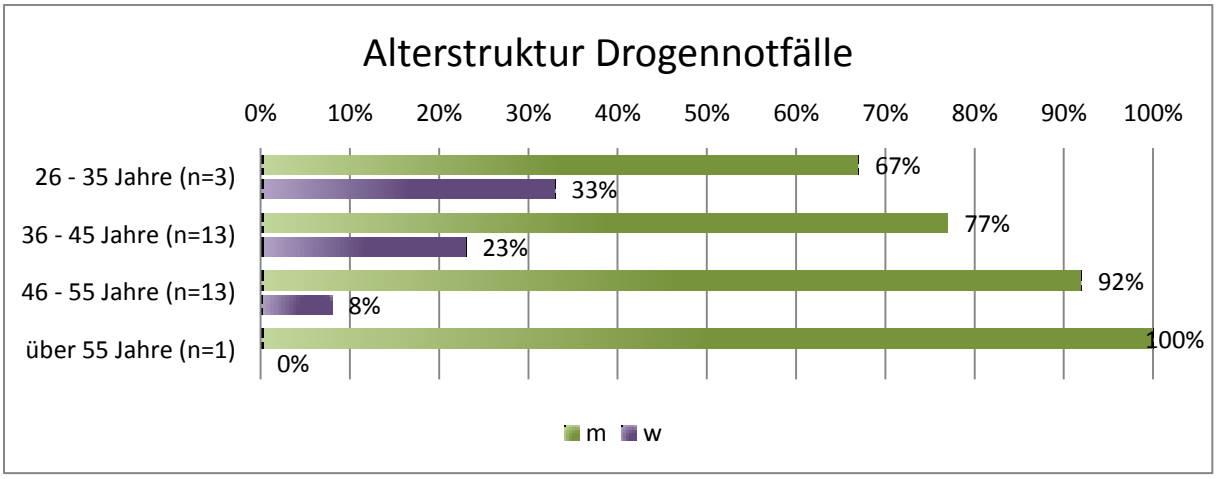

Diagramm 115 Geschlechterverteilung Altersstruktur Drogennotfälle

Die Auswertung der konsumierten Substanzen, die vor einem Drogennotfall konsumiert wurden ergab, dass in 40 Fällen Opiate konsumiert wurden. Damit bilden die Opiate die größte Gruppe. In 13 Fällen kam es nach dem Konsum von Kokain zu einem Drogennotfall.

3.2.2.6.1.1. Kenntnisstand Erste Hilfe

Erste Hilfe im Drogennotfall entscheidet in vielen Situationen über Leben oder Tod. Die Untersuchung konnte aufzeigen, dass riskanter Konsum von Substanzen oftmals auch außerhalb des Drogenkonsumraums stattfindet. Vor diesem Hintergrund durch die Befragung wurde erfasst, ob der Personenkreis bereits Zeuge von Drogennotfällen außerhalb des Drogenkonsumraums war, ob sie Erste Hilfe leisten können und ob Interesse an einer Erste Hilfe Schulung besteht. Zunächst werden die Ergebnisse der Hauptuntersuchungsgruppe veranschaulicht.

In Gruppe u1 (n=100) waren 72% Zeuge eines Notfalls in Folge Drogenkonsums außerhalb des Drogenkonsumraums. 70% geben an, dass sie Erste Hilfe leisten können. Mehr als die Hälfte der Befragten (66%) sind an einer Erste Hilfe Schulung im Drogennotfall interessiert. Die Gruppen u2 und u3 unterschieden sich nicht signifikant von u1 und werden daher nicht grafisch dargestellt, im Folgenden werden die Ergebnisse jedoch kurz benannt.

In Gruppe u2 (n=50) gaben 66% an, dass sie bereits Zeuge eines Notfalls in Folge Drogenkonsums außerhalb des Drogenkonsumraums waren. 68% gaben an, dass sie Erste Hilfe leisten können und 76% sind an einer Schulung für Erste Hilfe im Drogennotfall interessiert.

In Gruppe u3 (n=50) gaben 62% an, dass sie Zeuge eines Notfalls in Folge von Drogenkonsum waren. 68% gaben an, Erste-Hilfe zu beherrschen und ebenfalls 68% sind an einer Erste-Hilfe Schulung im Drogennotfall interessiert.

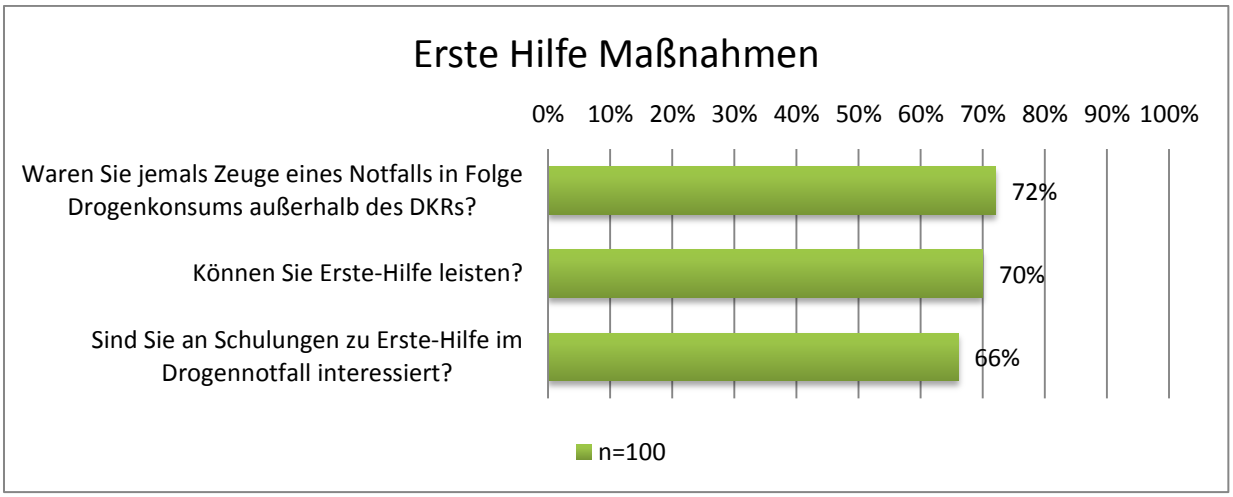

Diagramm 116 –u1

Abschließend wurde der Personenkreis nach dem Zugang zu Safer-Use Angeboten befragt. Unter das Safer-Use Angebot fallen der Zugang zu sauberem Spritzbesteck und die Möglichkeit des Spritzentausches. 98% aller Befragten gaben an, dass sie Zugang zu Safer Use-Angeboten haben.

Essenz – Auswertung Datenbank

Die Auswertung der Datenbank der Suchthilfe direkt Essen gGmbH lässt folgende Schlüsse zu: 16.062 Konsumvorgänge wurden durch substituierte Personen vorgenommen. Sie begrenzen sich auf die Substanzen Heroin mit 9.673 Konsumvorgängen und Kokain mit 5.181 Konsumvorgängen. Bei der Applikationsform können deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern beobachtet werden. Die männliche Klientel konsumiert deutlich häufiger intravenös. Frauen wählen häufiger eine risikoärmere Applikationsform.

Der Anteil der Substituierten an der Gesamtzahl der Nutzenden ist deutlich geringer. Im Vergleich der substituierten und nicht substituierten Drogenkonsumraumnutzenden lässt sich feststellen, dass die Substituierten mehr Kokain konsumieren als die nicht Substituieren und die Konsumvorgänge annähernd auf gleichem Niveau liegen. Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass die Substituierten zwar häufiger, jedoch in geringeren Dosen konsumieren.

Die Anzahl der Drogennotfälle durch Substituierte war annähernd identisch mit denen der nicht Substituierten. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Größe der beiden Gruppen und der Anzahl der Konsumvorgänge lässt sich festhalten, dass die Substituierten weniger risikoreich konsumieren und weniger Drogennotfälle entstehen. Damit ist die Annahme widerlegt, dass Substitution und zeitgleiche Nutzung des Drogenkonsumraumes vermehrt Drogennotfälle hervorruft.

Insgesamt fällt die Höhe des Heroinkonsums unter den Substituierten auf, welches in der medizinischen Substitutionsbehandlung hinsichtlich der Dosierung des Substituts Berücksichtigung finden sollte.

Die Notwendigkeit, Erste Hilfe leisten zu können, besteht unter Drogenabhängigen verstärkt. Ca. zwei Drittel der Befragten gaben an, dass sie in der Lage wären, Erste Hilfe zu leisten. Die Möglichkeit, an Erste Hilfe Schulungen für den Drogennotfall teilzunehmen, sollte flächendeckend für die Zielgruppe geschaffen werden und sich etablieren.

Bei den erfassten Leistungen wurden signifikante Unterschiede bei den Kundengesprächen deutlich. Die substituierten Personen nehmen deutlich mehr Gespräche in Anspruch. Durch die insgesamt kleinere Gruppengröße der substituierten Personen ist dieser Wert besonders erwähnenswert. Hier sind nicht nur Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des Konzepts des Drogenkonsumraums, sondern auch zur Fachdiskussion im Rahmen der Substitutionsbehandlung erkennbar. Der augenscheinliche Bedarf der Klientel an Gesprächen sollte Anstoß dahingehend sein, die Kommunikation und einen fachlichen Fallaustausch zwischen Mitarbeitern des Drogenkonsumraumes und den Mitarbeitern der PSB zur bedarfsgerechten Beratung und Behandlung des Klienten zu intensivieren.

Die Möglichkeit der Naloxon-Vergabe im Drogennotfall und die damit in Verbindung stehende Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen sollten im fachlichen Austausch und der Konzipierung von Drogenkonsumräumen Beachtung finden.

Ein Ansatzpunkt, um die Daten aller Drogenkonsumräume im Bundesgebiet einheitlich zu erfassen, ist die Implementierung eines einheitlichen Erhebungsinstrumentes. Dies würde einen fortlaufenden Monitoring-und Evaluationsprozess ermöglichen. Durch die einheitlich erhobenen Daten können Benchmarking-Prozesse angestoßen werden, aus denen Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet werden können.

3.3. Zufriedenheit und Anregungen

Im folgenden Kapitel werden Zufriedenheit und Anregungen mit den Ergebnissen zu den Fragestellungen nach Gründen für die Nutzung sowie Verbesserungsvorschläge dargestellt und analysiert.

3.3.1. Gründe für die Nutzung des Drogenkonsumraums

Im nächsten Schritt wurden die Gründe für die Nutzung des Drogenkonsumraums erhoben. Die angegebenen Gründe derjenigen, die den Drogenkonsumraum nutzen, können wichtige Hinweise darüber liefern, ob die konzeptionell beschriebene Zielgruppe erreicht wird. Weiter kann die Ausprägung der verschiedenen Motive für die Nutzung Hinweise auf eventuelle konzeptionelle Weiterentwicklungen und angezeigte Änderungen von Rahmenbedingungen der Drogenkonsumräume liefern. Um weitere Irritationen seitens der Nutzer zuzulassen, um dadurch Veränderungspotentiale wahrzunehmen und gegebenenfalls aufzunehmen, wurden außerdem Verbesserungsvorschläge erfragt. Zusätzlich wurden die Hilfesuchenden, die den Drogenkonsumraum nicht nutzen, jedoch angaben, risikoreich zu konsumieren, nach Aspekten befragt, unter denen sie sich eine Nutzung vorstellen können.

Zunächst werden die Ergebnisse der Erhebung von Gründen für die Nutzung des Drogenkonsumraums der Gruppe u1 vorgestellt. Es gilt zu beachten, dass Mehrfachnennungen möglich waren. Den mit großem Abstand häufigsten Grund für die Nutzung des Drogenkonsumraums bildet hierbei der Aspekt „Schutzraum“. 62% geben an, dass sie den Drogenkonsumraum als solchen nutzen. 30% nutzen ihn aufgrund der hygienischen Bedingungen. Für 28% ist die Erste Hilfe ein Grund, den Drogenkonsumraum aufzusuchen. 23% nutzen ihn aus Safer Use-Gründen. Soziale Kontakte 7%, Beratung 6% und Vermittlung 3% sind die Aspekte, die am wenigsten benannt wurden. Bei den Aspekten Vermittlung und Beratung ist zu beachten, dass die Gruppe bereits Unterstützung seitens der PSB wahrnimmt. Detaillierte Ergebnisse dazu finden sich im Abschnitt 3.1.7.

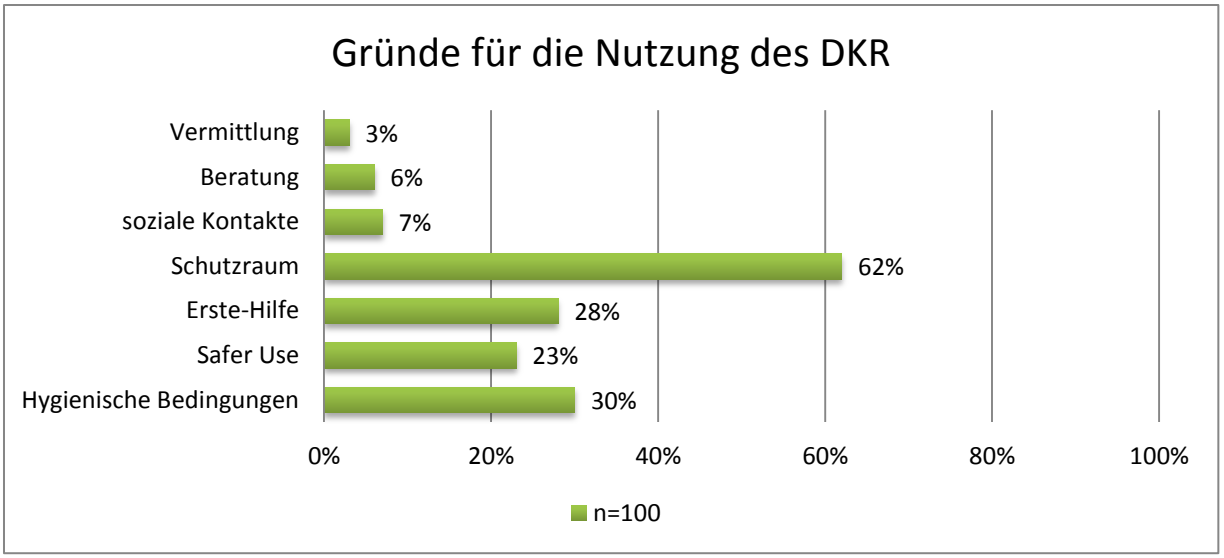

Diagramm 117 – u1

In der Gesamtheit der Ergebnisse fällt auf, dass die gegebenen Antworten zwischen Gruppe u1 und u3 kaum voneinander abweichen. Auch in Gruppe u1 wird der Aspekt des Schutzraums mit großem Abstand am häufigsten benannt. Lediglich die hygienischen Bedingungen weisen eine Abweichung auf. In Gruppe u1 geben 30% an, den Drogenkonsumraum wegen der hygienischen Bedingungen zu nutzen, in Gruppe u3 sind es nur 16%. Dies könnte ein Hinweis auf die allgemein stabilere Situation von substituierten Hilfesuchenden sein, die mehr Wert auf Hygiene legen.

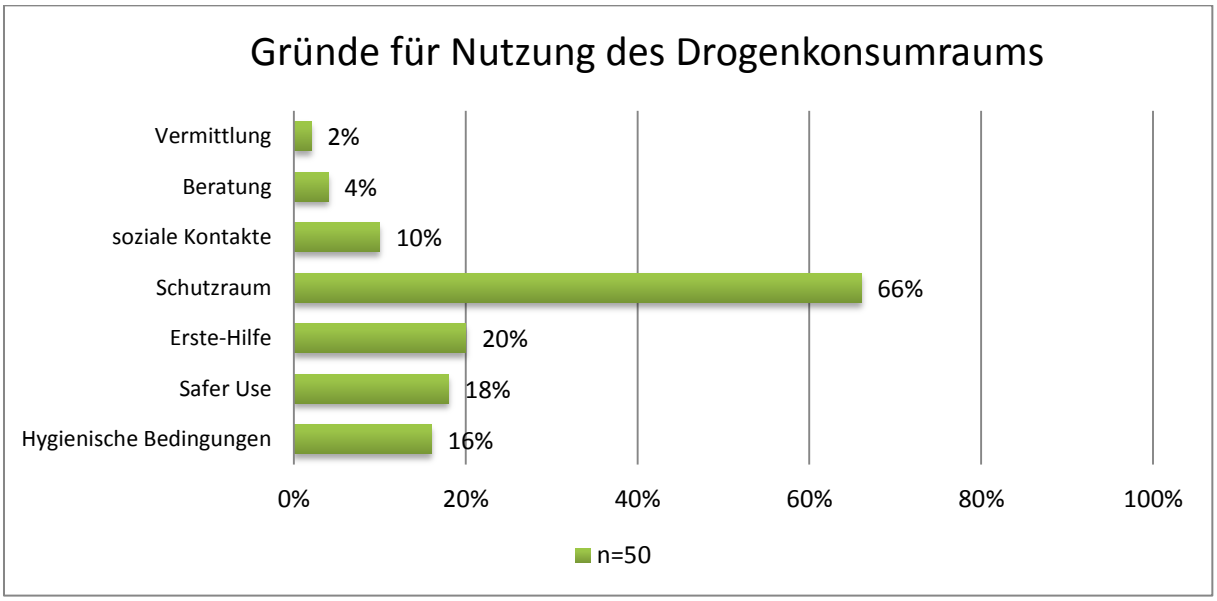

Diagramm 118 – u3

3.3.2. Verbesserungsvorschläge

Ergänzend zu den Gründen für die Nutzung des Drogenkonsumraums wurden die Drogenkonsumraumnutzenden nach Verbesserungsmöglichkeiten gefragt. Bei der folgenden Erläuterung wird in diesem Fall von einer Unterscheidung von substituierten und nicht substituierten Personen abgesehen, da keine signifikanten Häufungen von Antworten beobachtet werden konnten, die einer speziellen Gruppe zugeordnet werden konnten.

Der Verbesserungsvorschlag, der am meisten benannt wird, ist der, dass sich viele Konsumenten mehr Ruhe innerhalb des Drogenkonsumraums wünschen. Hierbei kann beobachtet werden, dass diese Ruhe in vielen Fällen mit dem Konsum von Kokain im Zusammenhang steht. Daran anknüpfend wird die Einrichtung eines eigenen Ruheraumes für den Konsum von Kokain benannt. Ebenfalls häufig wird eine Verlängerung der Zeit zum Rauchen im Speziellen und dem Konsum im Allgemeinen benannt. Die Vergrößerung der Räumlichkeiten für inhalativen Konsum im Speziellen und die gesamte Größe des Drogenkonsumraums im Allgemeinen wird ebenfalls häufiger benannt. Ein weiterer Verbesserungsvorschlag, der häufig benannt wird, ist der des Wunsches einer längeren Öffnungszeit. Die Verbesserungsvorschläge, die sich auf die Räumlichkeiten beziehen, sind speziell auf den Drogenkonsumraum in Essen zu betrachten.

Die Verbesserungsvorschläge machen deutlich, dass eine Installierung eines eigenen Konsumraumes für Kokain im Essener Drogenkonsumraum den Konsumentenwünschen entsprechen würde und bei Neuplanung in anderen Städten Berücksichtigung finden sollte. Neben diesen Aspekten, die alle mehrfach benannt werden, gibt es weitere Aspekte, die nur vereinzelt oder zweimal benannt werden. Diese sind unter anderem: „Installierung einer Hotline und Internetpräsenz“, „mehr Leistenplätze“ (Konsumplätze mit Sichtschutz zum i.v.-Konsum in der Leiste), „Meditationsmusik“, „größere Tische“, „mehr Beratung seitens der Mitarbeiter“, „mehr Mülleimer“, „Getränkeautomat“ und eine „bessere Lüftung im Raucherbereich“.

Die Personen aus Gruppe u2, die jedoch konkomitanten Konsum von Heroin und Kokain aufweisen, wurden in diesem Zuge gefragt, unter welchen Umständen sie den Drogenkonsumraum nutzen würden. Mehrfach wurde angegeben, dass sie den Drogenkonsumraum nutzen würden, wenn die Anonymität zu 100 Prozent gesichert wäre. Mehrere Personen gaben an, dass sie die Ruhe in der eigenen Wohnung vorziehen. Weiter wurde benannt, dass die Entfernung zur eigenen Wohnung ein Hindernis darstellt, welches zu groß sei. Außerdem wurde die Nähe zur Substitutionsambulanz als ein Hinderungsgrund genannt. Ein Klient gab als Antwort, dass er den Konsumraum nutzen würde, wenn es ihm erlaubt wäre. Es schien ihm nicht bekannt zu sein, dass substituierte Personen den Drogenkonsumraum mittlerweile nutzen dürfen. Ein weiterer Klient gab an, dass er den Drogenkonsumraum zu steril findet und er ihn nur nutzen würde, wenn er gemütlicher eingerichtet wäre.

Essenz – Zufriedenheit und Anregungen

Insgesamt lässt sich feststellen, dass das Konzept des Drogenkonsumraums Essen den Anforderungen der Drogenkonsumierenden entspricht. Wichtigster Grund zur Nutzung stellt für die Nutzendenden der geschützte Rahmen dar, der ihnen geboten wird. Bedeutsam sind ebenfalls die hygienischen Bedingungen, die Erste Hilfe, die im Notfall geleistet wird, und das Safer Use-Angebot. Beschriebene Verbesserungswünsche sind je nach räumlicher Gegebenheit des Drogenkonsumraums zu betrachten. Im Falle einer Neueinrichtung eines Drogenkonsumraums sollten nicht nur Bereiche für den inhalativen und intravenösen Konsum geplant werden, auch ein gesonderter Bereich für den Kokainkonsum sollte Berücksichtigung finden, der den Anforderungen der Rechtsverordnung entspricht. Für den Drogenkonsumraum in Essen ist der verstärkte Wunsch nach mehr Ruhe und einem gesonderten Bereich für den Kokainkonsum festzuhalten.

4. Ergebnisbewertung

Zu Beginn 2016 trat die veränderte Verordnung von Drogenkonsumräumen mit den grundlegenden Zielen der „Vermeidung von Todesfällen“ und „Risikominimierung“ in Kraft. Sie wurde um die Zielgruppe der Substituierten erweitert. Durch die Premos-Studie konnte wissenschaftlich belegt werden, dass der Verzicht auf den zusätzlichen Konsum von Betäubungsmitteln bei Menschen, die sich in einer substitutionsgestützten Behandlung befinden, krankheitsbedingt häufig nicht sofort gelingt. Durch dieses Konsumverhalten ist die Klientel besonders gefährdet. Bisher gibt es keine Datenerhebung, die einen fachlichen Austausch für diese Nutzendengruppe in NRW ermöglicht.

Sowohl die medizinische als auch die soziale Besonderheit des konkomitanten Konsums ist in den Konzepten der Drogenkonsumräume nicht mit speziellen Angeboten für diese Zielgruppe berücksichtigt. Gegenstand der vorliegenden Untersuchung war es, Erkenntnisse zu gewinnen, die es ermöglichen, die Inanspruchnahme der Drogenkonsumräume in das jeweilige therapeutische Gesamtkonzept der Substitutionsbehandlung einzubeziehen und als Grundlage für einen fachlichen Austausch dienen. Es sollten Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der Konzepte der Drogenkonsumräume herausgearbeitet werden.

Um eine Diskussionsgrundlage zu schaffen, wurden die Profile und das Inanspruchnahmeverhalten von Konsumraumnutzenden, die sich in Substitution befinden, erhoben. Zur Gewinnung weiterer Erkenntnisse, hat die Untersuchung darüber hinaus die Profile der substituierten Personen, die den Drogenkonsumraum nutzen (u1), mit den Profilen und dem Nutzendenverhalten von nicht substituierten Drogenkonsumraumnutzenden (u3) und substituierten Personen, die den Drogenkonsumraum nicht nutzen (u2), verglichen.

Durch die Analyse der Ergebnisse aus den einzelnen Kapiteln konnten die im folgenden aufgeführten Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung der Konzepte der Drogenkonsumräume und des Gesamtkonzepts der Substitutionsbehandlung abgeleitet werden und dienen als Diskussionsgrundlage. Im Folgenden werden diese aufgegliedert in

- **Anknüpfungspunkte für Drogenkonsumräume,**
- **Anknüpfungspunkte für die Substitutionsbehandlung und**
- **Allgemeine Anknüpfungspunkte:**

Anknüpfungspunkte für Drogenkonsumräume

- Barrierefreie Zugänge zum Drogenkonsumraum ermöglichen, da die Klientel immer älter wird
- Installierung eines getrennten Bereichs für den Kokainkonsum in Drogenkonsumräumen, der die Anforderungen der Rechtsverordnung wahrt
- Vermittlung in Wohnraumvermittlung/ Wohnraum oder stationäre Einrichtungen
- Vermittlung in weiterführende Hilfen zur Überwindung erheblicher sozialer Schwierigkeiten (ambulantes BeWo)

- Vermittlung zur Schuldnerberatung bzw. bedarfsorientierte Beratung zur Schuldenregulierung
- Vermittlung, Beratung, Begleitung zur Grundversorgung zur Sicherung des Krankenversicherungsstatus
- Vermittlung zu Beratungsstellen für Frauen in stationäre Wohnformen für Frauen
- Förderung der Einbindung in Arbeitsprojekte
- Kooperation mit Angeboten der Suchtprävention
- Präventionsangebote für Mädchen zur Verhinderung des frühen Erstkonsums
- Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von abstinenzorientierten Hilfen (Entzugs-/ Entwöhnungsbehandlungen)
- Berücksichtigung der hohen Anzahl an Behandlungen (Entzug, Entwöhnung) ohne anschließende Abstinenz
- Wenn Klientel keine Leistungszusage mehr durch die Rentenversicherungen erhält, erscheint die Substitutionsbehandlung in Verbindung mit tagesstrukturierenden Maßnahmen und sozialer Integration stabilisierend. Beratung sollte dies berücksichtigen.
- Das Thema „Substituierte mit Beigebrauch“ intensiver in der DKR-Konzepten und PSB verankern und Formen der Zusammenarbeit mit Arztpraxen/Ambulanzen fördern (nicht sanktionsorientiert)
- Zielgerichtete Beratung zur schnelleren Vermittlung in Substitution und somit zur Entkriminalisierung und gesundheitlichen Stabilisierung
- konkomitanten Konsum innerhalb von Beratungsgesprächen (auch durch Ärzte) thematisieren
- psychische Belastbarkeit fördern durch Vermittlung zu Fachärzten, Angebote zu entlastenden Gesprächen, Kriseninterventionen
- Unterstützung und Begleitung beim Zugang zu psychiatrischen Ambulanzen, Fachärzten
- Zielgerichtete Beratung zur Verhinderung von Straffälligkeit
- Engere Vernetzung mit Institutionen der Justiz
- Unterbrechungen der Behandlung reduzieren und nahtlose Substitution ermöglichen durch engere Kooperationen mit JVAs bei Inhaftierungen und Übergangsmanagement bei Entlassungen
- Schulungen in Erster Hilfe für Drogenkonsumierende
- Präventive Aufklärungsangebote für Hepatitis und HIV
- Hepatitis und HIV-(Schnell)-Testungen flächendeckend anbieten
- Beratungsgespräche für Infizierte chronischer Infektionskrankheiten
- Kooperation zwischen Drogenkonsumräumen und Einrichtungen der PSB (Case-Management)
- Einheitliche Erhebungsinstrumente/Statistiken bundesweit an allen DKR-Standorten implementieren, um fortlaufend Monitoring und Evaluation zu ermöglichen
- Naloxon-Vergabe:
    - bei Überdosierungen/Drogennotfällen im DKR (incl. Klärung rechtlicher Voraussetzungen)
    - im Anschluss an Schulungen 1. Hilfe im Drogennotfall

Anknüpfungspunkte für die Substitutionsbehandlung

- Flexible Vergabezeiten, um Teilhabe zu ermöglichen
- Berücksichtigung der rechtlichen Situation innerhalb der Substitutionsbehandlung
- Motivationsförderung zur Inanspruchnahme von abstinenzorientierten Hilfen (Entzugs-/ Entwöhnungsbehandlungen)
- Berücksichtigung der hohen Anzahl an Behandlungen (Entzug, Entwöhnung) ohne anschließende Abstinenz
- Zufriedenheit mit dem Substitut erhöhen, Unzufriedenheit berücksichtigen
- psychische Belastbarkeit fördern durch Vermittlung zu Fachärzten, Angebote zu entlastenden Gesprächen, Kriseninterventionen
- konkomitanten Konsum innerhalb von Beratungsgesprächen durch Ärzte thematisieren
- Implementierung von Gruppenangeboten (Rückfallprophylaxetraining, KISS-Gruppen)
- Präventive Aufklärungsangebote für Hepatitis und HiV
- Hepatitis und HiV-(Schnell)-Testungen flächendeckend anbieten
- Beratungsgespräche für Infizierte chronischer Infektionskrankheiten
- Unterstützung beim Zugang zur Behandlung von Infektionskrankheiten
- Flankierende Hilfen zur Gewährleistung eines positiven Behandlungsverlaufs der Behandlung einer Infektionskrankheit
- Schaffung anforderungsarmer Substitutionsangebote/Praxen/Ambulanzen (z.B. für Wohnungslose) mit der Möglichkeit der Weitervermittlung im Sinne einer Behandlungskette

Allgemeine Anknüpfungspunkte:

- Weiterentwicklung der Behandlung der Hepatitis C und HiV für Klientel mit schlechter Compliance
- Hochfrequenznutzende Substituierte mit bislang x Entwöhnungsbehandlungen könnten von einer Originalstoffvergabe profitieren, sofern diese durch Weiterentwicklung zu einem flächendeckenden Angebot würde
- Schaffung von tagesstrukturierenden Beschäftigungsangeboten zur Stabilisierung von Substituierten (Sinnstiftung) sowie Schaffung von weiteren stabilisierenden Angeboten
- Sensibilisierung der Sozialdienste/Drogenberatungen in Haftanstalten
- Deutlich bessere Bekanntmachung und konsequentere Nutzung des Übergangsmanagements für inhaftierte Opioid-Abhängige
- Prüfung der Substitutionspraxis beim Übergang in Haft (nahtlose Weitersubstitution) sowie vor Haftentlassung (Übergängsmanagement u.a. mit Vermittlung in nahtlose Weitersubstitution nach Haftentlassung)
- Schaffung eines lokalen Netzwerkes zur Behandlung von HEP
    - neben Schnelltestung & Beratung auch Begleitung in Weiterbehandlung
    - Zugangsschwellen zur Inanspruchnahme senken
- Deutlich engere Kooperation mit Substitutionsärzten und fachliche Sensibilisierung für das Thema „Beigebrauch“ und PSB (gleichrangige Ziele nach BtmVV-Novellierung: Abstinenz – Überlebenssicherung, Harm Reduction)

Insgesamt lässt sich feststellen, dass der Personenkreis der konkomitant konsumierenden Substituierten über den Drogenkonsumraum Essen erreicht wird. Überwiegend handelt sich um Personen mit multiplen sozialen und gesundheitlichen Schwierigkeiten (Verelendungstendenzen), die ihren Konsum ohne die Öffnung/Novellierung der Rechtsverordnung nicht in diesem Maße hätten thematisiert werden können und somit auch nicht vom Angebot der Schadensminimierung im Drogenkonsumraum hätten profitieren können. Drogenkonsum in der Öffentlichkeit wird deutlich verringert.

IV. Literaturverzeichnis

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf

Robert Koch-Institut. Abschlussbericht der Studie
„Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland
“ (DRUCK-Studie), Berlin 2016.DOI:10.17886/rkipubl-2016-007

Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe
in Nordrhein-Westfalen 2016.
Schwerpunktthema „Altersspezifische Aspekte“

V. Anhang

- Fragebogen nicht Substituierter
- Fragebogen Substituierter
- Interviewhinweise

SUCHTHILFE DIREKT
Essen gGmbH

Befragung (substituierter und) nicht substituierter Drogenkonsumierender

1. Zur Person

Alter_____ Geschlecht männlich ☐ weiblich ☐ andere ☐

Migration* ja ☐ nein ☐ Herkunftsland _____

Staatsbürgerschaft _____

Familienstand _____ feste Partnerschaft ☐

Eigene Kinder insgesamt _____ Eigene minderjährige Kinder _____

Anzahl minderjähriger Kinder im Haushalt lebend _____

2. Wohnsituation

Eigene Wohnung ☐ bei anderen Personen* ☐ obdachlos ☐

Wohnheim ☐ mit anderen Personen* ☐ Kinder im Haushalt lebend ☐

Wenn Sie obdachlos sind, sind Ihnen die Unterstützungsangebote*? ja ☐ nein ☐

3. Beschäftigung

Arbeit* ☐ ➔ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ geringfügige Beschäftigung ☐

geförderte Maßnahme* ☐ 1,25€-Job ☐ arbeitslos ☐

4. Einkommen (Mehrfachnennung möglich)

Arbeit ☐ ALG I ☐ ALG II ☐ Grundsicherung ☐

Rente ☐ kein Einkommen ☐ Sonstiges _____

Eigenes Konto ja ☐ nein ☐

---

5. Schulden

ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht ☐

Wenn ja,

Bis 5.000€ ☐ 5.001€ bis 10.000€ ☐ mehr als 10.000€ ☐

Mietschulden ja ☐ nein ☐ Stromschulden ja ☐ nein ☐

5.1 Insolvenzverfahren*

nein ☐ beantragt ☐ laufend ☐ abgeschlossen ☐ abgebrochen ☐

---

6. Abhängigkeit

6.1 Was konsumieren Sie?

	i.v.	inhalativ	Täglich	Mehrfach in der Woche	Einmal in der Woche	Mehrfach im Monat	seltener
Alkohol			☐	☐	☐	☐	☐
THC		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lyrica	☐		☐	☐	☐	☐	☐
Benzodiazepine	☐		☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Medikamente*	☐		☐	☐	☐	☐	☐
Heroin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kokain*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Crystal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Amphetamine	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ecstasy	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6.1.1 Wenn Sie Lyrica, Benzodiazepine oder sonstige Medikamente konsumieren, sind diese ärztlich verordnet? ja ☐ nein ☐

6.2 Wie alt waren Sie bei Ihrem erstmaligen Heroinkonsum? _____ Jahre

6.3 Wann haben Sie bei sich die Abhängigkeit festgestellt? nach_____

6.4 Waren Sie substituiert? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie oft? _____ mal

Wenn ja, wie lange? _____

Wenn ja, warum wurde die Behandlung nicht weitergeführt?

- _____
- _____
- _____

6.5 Gab es seit dem Beginn der Abhängigkeit Abstinenzphasen*? ja ☐ nein ☐

6.6 Haben Sie in diesem Zeitraum illegale Substanzen und/oder Alkohol konsumiert?*

ja ☐ nein ☐

6.7 Wie lang war/en Ihre Abstinenzphase/n*?

_____

---

7. Konsumorte

7.1 Nutzen Sie den DKR ? ja ☐ nein ☐

7.2 Wenn Sie den DKR nutzen, wie oft nutzen Sie ihn?

Mehrmals täglich ☐
Täglich ☐
Mehrmals pro Woche ☐
Einmal pro Woche ☐
Mehrmals pro Monat ☐
Seltener ☐

7.3 Welche Substanzen konsumieren Sie im DKR?

	i.v.	inhalativ	nasal
Lyrica	☐	☐	☐
Benzodiazepine	☐	☐	☐
Medikamente*	☐	☐	☐
Heroin	☐	☐	☐
Kokain*	☐	☐	☐
Crystal	☐	☐	☐
Amphetamine	☐	☐	☐

7.4 Welche Substanzen konsumieren Sie außerhalb des DKR?

	i.v.	inhalativ	nasal	oral
Alkohol				☐
Lyrica	☐	☐	☐	☐
Benzodiazepine	☐	☐	☐	☐
Sonstige Medikamente*	☐	☐	☐	☐
THC		☐	☐	☐
Heroin	☐	☐	☐	
Kokain*	☐	☐	☐	
Crystal	☐	☐	☐	
Amphetamine	☐	☐	☐	
Ecstasy	☐	☐	☐	

7.5 Wenn Sie den DKR nutzen, warum nutzen Sie ihn? (Mehrfachnennung möglich)

☐ Hygienische Bedingungen
☐ Safer Use (sauberes Konsummaterial)
☐ Hilfe bei Überdosierungen
☐ Schutzraum*
☐ Soziale Kontakte*
☐ Beratung
☐ weiterführende Vermittlung in Beratung / Betreuung
☐ _____

7.6 Unter welchen Bedingungen würden Sie den DKR nutzen?

- _____
- _____
- _____
- _____

7.7 Haben Sie Verbesserungsvorschläge? Wenn ja, welche?

- _____
- _____
- _____
- _____

7.8 Welche Konsumorte nutzen Sie alternativ? (Mehrfachnennung möglich)

Eigene Wohnung ☐ bei anderen Personen ☐ öffentlich* ☐:_____

7.9 Haben Sie Zugang zu Safer-Use-Angeboten*?

ja ☐ nein ☐

7.10 Gibt es Unterschiede zwischen Ihrem Konsum im DKR und dem Konsum außerhalb des DKR?*

Wenn ja, welche?

-_____

-_____

-_____

7.11 Waren Sie jemals Zeuge eines Notfalls* in Folge Drogenkonsums außerhalb des DKR?

ja ☐ nein ☐

7.12 Können Sie Erste-Hilfe leisten?

ja ☐ nein ☐

7.13 Sind Sie an 1-Hilfe-Schulungen für den Drogennotfall interessiert?

ja ☐ nein ☐

8. Beratung*

8.1 Nutzen Sie das Beratungsangebot? ja ☐ nein ☐

8.2 Für Unterstützung in welchen Lebensbereichen nutzen Sie die Beratung? (Mehrfachnennung möglich)

☐ Wohnung
- Wohnraumsuche ☐
- Miete ☐
- Kontakt zum Vermieter ☐
- Strom ☐
- Haushaltsführung ☐
- andere_____

☐ Finanzen
- Kontakt Job Center ☐
- Amt für Soziales und Wohnen ☐
- Schuldenklärung ☐
- Schuldenregulierung ☐
- andere_____

☐ Gesundheit
- Sucht ☐
- Medizinisches ☐
- andere_____

☐ Justiz

☐ soziale Beziehungen
- Partnerschaft ☐
- Freundes-/Bekanntenkreis ☐
- Familie ☐

☐ Probleme beim Zugang zu
- Ämtern ☐
- Ärzten ☐
- sonstigen Institutionen ☐

☐ andere Lebensbereiche_____

8.3 Wie regelmäßig nutzen Sie die Beratungsangebote?

Täglich ☐

Mehrmals pro Woche ☐

Einmal pro Woche ☐

Mehrmals pro Monat ☐

Einmal pro Monat ☐

Mehrmals pro Quartal ☐

Einmal pro Quartal ☐

Seltener ☐

8.4 Haben Ihnen die Beratungsgespräche bei der Lösung Ihrer Probleme geholfen?

Sehr gar nicht

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Begründung:_____

8.5 Erhalten Sie andere Unterstützungsformen des Hilfesystems?

ja ☐ nein ☐

wenn ja, welche Unterstützung erhalten Sie? (Mehrfachnennung möglich)

Ambulant Betreutes Wohnen ☐
Integrationsangebot ☐
Städt. Notschlafstelle ☐
Opti/Pick Up ☐
Beschäftigungsmaßnahme ☐
Beratungsstelle ☐
Ambulante Therapie gem. § 35 BtMG ☐
Basis ☐
Krisencafé ☐
Bewährungshilfe ☐
AST ☐
Schuldnerberatung ☐
Familienhilfe ☐
Andere externe Fachdienste ☐
welche?_____
Sonstige ☐
welche?_____

Wenn nein, sind Ihnen die Angebote bekannt? ja ☐ nein ☐

---

9. Rechtliche Situation

9.1 Haben Sie Vorstrafen? ja ☐ nein ☐

9.2 Waren Sie inhaftiert? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie viele Monate? _____

Letzte Entlassung am ____/____/_____

Wurden Sie während Ihrer Haftzeit substituiert? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wurden Sie im Anschluss an Ihre Haft übergangslos weiter substituiert?

ja ☐ nein ☐

9.3 Stehen Sie unter Bewährung? ja ☐ nein ☐

9.4 Stehen Sie unter Führungsaufsicht? ja ☐ nein ☐

9.5 Laufen gegen Sie aktuell Justizverfahren? ja ☐ nein ☐

10. Behandlungen der Abhängigkeit

10.1 Haben Sie jemals eine Entzugsbehandlung absolviert? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie viele insgesamt?
☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 6-9 ☐ 10 oder mehr

davon abgeschlossen? _____Entzugsbehandlungen

Wie viele Entzugsbehandlungen haben Sie in den letzten 12 Monaten angetreten?
_____Entzugsbehandlungen

davon abgeschlossen?_____ Entzugsbehandlungen

10.2 Haben Sie jemals eine Entwöhnungsbehandlung* absolviert? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie viele?
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ mehr als 3
Davon abgeschlossen?_____ Entwöhnungsbehandlungen

Wie viele Entwöhnungbehandlungen haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre absolviert?
_____Entwöhnungsbehandlungen

davon abgeschlossen? _____Entwöhnungsbehandlungen

Hatten Sie im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung eine Abstinenzphase?
ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie lang war diese? _____

11.Erkrankungen

11.1 Haben Sie einen Hausarzt? ja ☐ nein ☐

11.2 Krankenversicherungsschutz ja ☐ nein ☐

11.3 Liegt bei Ihnen eine körperliche Behinderung* vor? ja ☐ nein ☐

11.4 Haben Sie eine chronische Infektionserkrankung? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, womit sind Sie infiziert? (Mehrfachnennungen möglich)

Hepatitis B ☐
Hepatitis C ☐
HiV ☐

Befinden Sie sich in medizinischer Behandlung aufgrund Ihrer Hepatitisinfektion?*
ja ☐ nein ☐
Befinden Sie sich in medizinischer Behandlung aufgrund Ihrer HiV-Infektion?*
ja ☐ nein ☐
Sind Sie über Behandlungsmöglichkeiten zu Hep C und HiV informiert?
ja ☐ nein ☐

11.5 Wann wurde zuletzt Ihr Hepatitisinfektionsstatus getestet?

☐ Zuletzt _____
☐ Weiß ich nicht
☐ Noch nie

11.6 Wann wurde zuletzt Ihr HiV-Infektionsstatus getestet?

☐ Zuletzt _____
☐ Weiß ich nicht
☐ Noch nie

11.7 Waren Sie in Behandlung einer Hepatitis C-Infektion? ja ☐ nein ☐

Wann war diese Behandlung? _____

Haben Sie diese Behandlung regulär abgeschlossen?

ja ☐ nein ☐

Hat diese Behandlung zu einer Veränderung Ihrer Virenlast geführt?

ja ☐ nein ☐

Ist die Hepatitis ausgeheilt? ja ☐ nein ☐

11.8 Haben Sie neben der Suchtmittelerkrankung eine psychiatrische Diagnose?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche Erkrankung wurde diagnostiziert? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ Angststörung
☐ Depression
☐ Zwangsstörung
☐ Posttraumatische Belastungsstörung
☐ Bipolare Störung (manisch-depressive Erkrankung)
☐ Psychose
☐ andere* _____

Sind Sie in aufgrund dieser Diagnose/n in Behandlung? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, für welche? _____

Werden Ihnen Medikamente für die diese Diagnose verordnet? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?_____

11.9 Haben Sie eine andere Erkrankung? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?_____

Wir bedanken uns für Ihre Aufmerksamkeit und Teilnahme!

SUCHTHILFE DIREKT
Essen gGmbH

Befragung substituierter (und nicht substituierter) Drogenkonsumierender

1. Zur Person

Alter_____ Geschlecht männlich ☐ weiblich☐ andere ☐

Migration* ja ☐ nein ☐ Herkunftsland _____

Staatsbürgerschaft _____

Familienstand _____ feste Partnerschaft ☐

Eigene Kinder insgesamt____ Eigene minderjährige Kinder____

Anzahl minderjähriger Kinder im Haushalt lebend____

2. Wohnsituation

Eigene Wohnung ☐ bei anderen Personen* ☐ obdachlos ☐

Wohnheim ☐ mit anderen Personen* ☐

Wenn Sie obdachlos sind, sind Ihnen die Unterstützungsangebote* bekannt? ja ☐ nein ☐

3. Beschäftigung

Arbeit* ☐ ➔ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ geringfügige Beschäftigung ☐

geförderte Maßnahme* ☐ 1,25€-Job ☐ arbeitslos ☐

4. Einkommen (Mehrfachnennung möglich)

Arbeit ☐ ALG I ☐ ALG II ☐ Grundsicherung ☐

Rente ☐ kein Einkommen ☐ Sonstiges _____

Eigenes Konto ja ☐ nein ☐

5. Schulden

ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht ☐

Wenn ja,

bis 5.000€ ☐ 5.001€ bis 10.000€ ☐ mehr als 10.000€ ☐

Mietschulden ☐ Stromschulden ☐

5.1 Insolvenzverfahren*

nein ☐ beantragt ☐ laufend ☐ abgeschlossen ☐ abgebrochen ☐

---

6. Abhängigkeit

6.1 Wie alt waren Sie bei Ihrem erstmaligen Heroinkonsum? _____ Jahre

6.2 Wann haben Sie bei sich die Abhängigkeit festgestellt?
nach_____

6.3 Wie haben Sie vor Substitutionsbeginn zuletzt konsumiert?

oral ☐ nasal ☐ inhalativ ☐ intravenös ☐

6.4 Gab es vor erstmaliger Substitutionsbehandlung Abstinenzphasen*? Ja ☐ Nein ☐

6.5 Haben Sie während dieser Abstinenzphase illegale Substanzen und/oder Alkohol konsumiert?*

ja ☐ nein ☐

6.6 Wie lang war/en Ihre Abstinenzphase/n*?

_____

---

7. Substitution

7.1 Wie alt waren Sie, als sie das erste Mal substituiert wurden? _____ Jahre

7.2 Gab es Unterbrechungen in der Behandlung bis heute? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie viele Unterbrechungen? _____

Aus welchen Gründen wurde die Behandlung unterbrochen?

- ☐ Haft
- ☐ Beikonsum
- ☐ Rezeptgebühr
- ☐ Entzugsbehandlung
- ☐ Entwöhnungsbehandlung
- ☐ Fehlender Krankenversicherungsschutz
- ☐ Disziplinarische Entlassung

Sonstiges _____

7.3 Seit wann sind Sie aktuell in Substitutionsbehandlung? _____

7.4 Wo sind Sie substituiert?

Niedergelassener Arzt ☐ Welche Arztpraxis _____

Ambulanz ☐

7.5 Welches Substitut erhalten Sie?

Methadon* ☐ Polamidon* ☐ Suboxone ☐ Subutex ☐ Substitol ☐

7.6 Welche Dosierung erhalten Sie? _____

7.7 Sind Sie mit ihrer aktuellen Dosierung zufrieden? ja ☐ nein ☐

Wenn nein, die Dosierung ist

zu niedrig ☐
zu hoch ☐

7.8. Erhalten Sie Mitgaben?

Ja ☐ nein ☐

Wenn ja, für wie viele Tage? ____Tage

7.9 Aus welchem Grund haben Sie sich für die Substitutionsbehandlung entschieden?
(Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Unterbrechung und Beendigung der konsumfokussierten Tagesstruktur*
- ☐ Verhinderung von Entzugserscheinungen
- ☐ Verhinderung von Straffälligkeit
- ☐ gerichtliche Auflage
- ☐ im Rahmen der AST
- ☐ gesundheitliche Stabilisierung
- ☐ Anbindung an das Hilfesystem
- ☐ Voraussetzung für medizinische Behandlung
- ☐ soziale Kontakte*
- ☐ _____

7.10 Werden Urinkontrollen durchgeführt? ja ☐ nein ☐

7.11 Werden die Urinkontrollen in einer Regelmäßigkeit durchgeführt, die Ihnen bekannt ist?

ja ☐ nein ☐

wenn ja, wie oft? _____

7.12 Finden die Urinkontrollen unter kontrollierten Bedingungen* statt? ja ☐ nein ☐

7.12 Konsumieren Sie andere Substanzen neben der Substitutionsbehandlung?

ja ☐ nein ☐

7.13 Wenn ja, was:

	Oral	i.v.	inhalativ	Täglich	Mehrfach in der Woche	Einmal in der Woche	Mehrfach im Monat	Einmal im Monat
Alkohol	☐			☐	☐	☐	☐	☐
THC	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lyrica	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
Benzodiazepine	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Medikamente*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Heroin		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kokain*		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Crystal		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Amphetamine		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ecstasy	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
LSD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

7.13.1 Wenn Sie Lyrica, Benzodiazepine oder sonstige Medikamente konsumieren, sind diese von ihrem Substitutionsarzt verordnet? ja ☐ nein ☐

7.14 Bespricht Ihr Arzt mit Ihnen Ihren zusätzlichen Konsum? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie oft?_____

7.15 Welche Gründe haben Sie für Ihren zusätzlichen Konsum?

- _____

- _____

- _____

7.16 Gab es seit erstmaliger Substitutionsbehandlung Abstinenzphase/n*? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie viele? _____

Wie lang waren war/en diese? _____

---

8. Konsumorte

8.1 Nutzen Sie den DKR ? ja ☐ nein ☐

8.2 Wenn Sie den DKR nutzen, wie oft nutzen Sie ihn?

Mehrmals täglich ☐

Täglich ☐

Mehrmals pro Woche ☐

Einmal pro Woche ☐

Mehrmals pro Monat ☐

Seltener ☐

8.3 Welche Substanzen konsumieren Sie im DKR?

	i.v.	inhalativ	nasal
Lyrica	☐	☐	☐
Benzodiazepine	☐	☐	☐
Sonstige Medikamente*	☐	☐	☐
Heroin	☐	☐	☐
Kokain*	☐	☐	☐
Crystal	☐	☐	☐
Amphetamine	☐	☐	☐

8.4 Welche Substanzen konsumieren Sie außerhalb des DKR?

	i.v.	inhalativ	nasal	oral
Alkohol				☐
THC		☐		☐
Lyrica	☐		☐	☐
Benzodiazepine	☐		☐	☐
Sonstige Medikamente*	☐	☐	☐	☐
Heroin	☐	☐	☐	
Kokain*	☐	☐	☐	
Crystal	☐	☐	☐	
Amphetamine	☐	☐	☐	☐
Ecstasy	☐	☐	☐	☐

8.4 Wenn Sie den DKR nutzen, warum nutzen Sie ihn? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Hygienische Bedingungen
- ☐ Safer Use (sauberes Konsummaterial)
- ☐ Hilfe bei Überdosierungen
- ☐ Schutzraum*
- ☐ Soziale Kontakte*
- ☐ Beratung
- ☐ weiterführende Vermittlung in Beratung/Betreuung
- ☐ _____

8.5 Unter welchen Bedingungen würden Sie den DKR nutzen?

- _____
- _____
- _____
- _____

8.6 Haben Sie Verbesserungsvorschläge? Wenn ja, welche?

- _____
- _____
- _____
- _____

8.7 Welche Konsumorte nutzen Sie alternativ? (Mehrfachnennung möglich)

Eigene Wohnung ☐ bei anderen Personen ☐ öffentlich* ☐_____

8.8 Haben Sie Zugang zu Safer-Use-Angeboten*?

ja ☐ nein ☐

8.8 Gibt es Unterschiede zwischen Ihrem Konsum im DKR und dem Konsum außerhalb des DKR?*

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

-_____

-_____

-_____

8.9 Waren Sie jemals Zeuge eines Notfalls* in Folge Drogenkonsums außerhalb des DKR?

ja ☐ nein ☐

8.10 Können Sie Erste-Hilfe leisten?

ja ☐ nein ☐

8.11 Sind Sie an 1.Hilfe-Schulungen für den Drogennotfall interessiert?

ja ☐ nein ☐

---

9. Beratung*

9.1 Für Unterstützung in welchen Lebensbereichen nutzen Sie die Beratung? (Mehrfachnennung möglich)

☐ Wohnung
- Wohnraumsuche ☐
- Miete ☐
- Kontakt zum Vermieter ☐
- Strom ☐
- Haushaltsführung ☐
- andere_____

☐ Finanzen
- Kontakt Job Center ☐
- Amt für Soziales und Wohnen ☐
- Schuldenklärung ☐
- Schuldenregulierung ☐
- andere_____

☐ Gesundheit
- Sucht ☐
- Medizinisches ☐
- andere_____

☐ Justiz

☐ soziale Beziehungen
- Partnerschaft ☐
- Freundes-/Bekanntenkreis ☐
- Familie ☐

☐ Probleme beim Zugang zu
- Ämtern ☐
- Ärzten ☐
- sonstigen Institutionen ☐

☐ andere Lebensbereiche_____

9.2 Wie regelmäßig nutzen Sie die Beratungsangebote?

Täglich ☐
Mehrmals pro Woche ☐
Einmal pro Woche ☐
Mehrmals pro Monat ☐
Einmal pro Monat ☐
Mehrmals pro Quartal ☐
Einmal pro Quartal ☐
Seltener ☐

9.3 Haben Sie einen festen Ansprechpartner bei der Suchthilfe?

ja ☐ nein ☐

9.4 Haben Ihnen die Beratungsgespräche bei der Lösung Ihrer Probleme geholfen?

sehr gar nicht

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Begründung:_____

9.5 Erhalten Sie andere Unterstützungsformen des Hilfesystems?

ja ☐ nein ☐

wenn ja, welche Unterstützung erhalten Sie? (Mehrfachnennung möglich)

Ambulant Betreutes Wohnen ☐
Integrationsangebot ☐
Städt. Notschlafstelle ☐
Opti/Pick Up ☐
Beschäftigungsmaßnahme ☐
Beratungsstelle ☐
Ambulante Therapie gem. § 35 BtMG ☐
Basis ☐
Offene Kontaktangebote ☐
Krisencafé ☐
Bewährungshilfe ☐
AST ☐
Schuldnerberatung ☐
Familienhilfe ☐
Andere externe Fachdienste ☐
welche?_____
Sonstige ☐
welche?_____

Wenn nein, sind Ihnen die Angebote bekannt? ja ☐ nein ☐

9.6 Sind Ihrem Substitutionsarzt die Beratungsangebote und der Drogenkonsumraum bekannt?

ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht ☐

9.7 Informiert Ihr Arzt Sie über mögliche Unterstützungsformen?

ja ☐ nein ☐

9.8 Werden Sie von Ihrem Arzt angehalten, die PSB/Beratung aufzusuchen?

ja ☐ nein ☐

---

10. Behandlungen der Abhängigkeit

10.1 Haben Sie jemals eine Entzugsbehandlung absolviert? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie viele insgesamt?
☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 6-9 ☐ 10 oder mehr

davon abgeschlossen? _____Entzugsbehandlungen

Wie viele Entzugsbehandlungen haben Sie in den letzten 12 Monaten angetreten?
_____Entzugsbehandlungen

davon abgeschlossen?_____ Entzugsbehandlungen

10.2 Haben Sie jemals eine Entwöhnungsbehandlung* absolviert? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie viele?
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ mehr als 3
Davon abgeschlossen?_____ Entwöhnungsbehandlungen

Wie viele Entwöhnungbehandlungen haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre absolviert?
_____Entwöhnungsbehandlungen

davon abgeschlossen? _____Entwöhnungsbehandlungen

Hatten Sie im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung eine Abstinenzphase?
ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie lang war diese? _____

11.Erkrankungen

12.

11.1 Haben Sie einen Hausarzt? ja ☐ nein ☐

11.2 Liegt bei Ihnen eine körperliche Behinderung* vor? ja ☐ nein ☐

11.3 Haben Sie eine chronische Infektionserkrankung?

ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht ☐

Wenn ja, womit sind Sie infiziert? (Mehrfachnennung möglich)

Hepatitis B ☐
Hepatitis C ☐
HiV ☐

Befinden Sie sich in medizinischer Behandlung aufgrund Ihrer Hepatitisinfektion?*

ja ☐ nein ☐

Befinden Sie sich in medizinischer Behandlung aufgrund Ihrer HiV-Infektion?*

ja ☐ nein ☐

Sind Sie über Behandlungsmöglichkeiten zu Hep C und HiV informiert?

ja ☐ nein ☐

11.4 Wann wurde zuletzt Ihr Hepatitisinfektionsstatus getestet?

☐ Zuletzt _____
☐ Weiß ich nicht
☐ Noch nie

11.5 Wann wurde zuletzt Ihr HiV-Infektionsstatus getestet?

☐ Zuletzt _____
☐ Weiß ich nicht
☐ Noch nie

11.6 Waren Sie in Behandlung einer Hepatitis C-Infektion? ja ☐ nein ☐

Wann war diese Behandlung? _____

Haben Sie diese Behandlung regulär abgeschlossen?

ja ☐ nein ☐

Hat diese Behandlung zu einer Veränderung Ihrer Virenlast geführt?

ja ☐ nein ☐

Ist die Hepatitis ausgeheilt? ja ☐ nein ☐

11.7 Haben Sie neben der Suchtmittelerkrankung eine weitere psychiatrische Diagnose?

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche Erkrankung wurde diagnostiziert? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Angststörung
- ☐ Depression
- ☐ Zwangsstörung
- ☐ Posttraumatische Belastungsstörung
- ☐ Bipolare Störung (manisch-depressive Erkrankung)
- ☐ Psychose

☐ andere*_____

Sind Sie bezüglich dieser Diagnose/n in Behandlung? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, für welche? _____

Werden Ihnen Medikamente von ihrem Substitutionsarzt für die diese Diagnose verordnet?

ja ☐ nein ☐

11.8 Haben Sie eine andere (chronische) Erkrankung? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?_____

13.Rechtliche Situation

12.1 Haben Sie Vorstrafen? ja ☐ nein ☐

12.2 Waren Sie inhaftiert? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wie viele Monate? _____

Letzte Entlassung am____/____/_____

Wurden Sie während Ihrer Haftzeit substituiert? ja ☐ nein ☐

Wurden Sie im Anschluss an Ihre Haft übergangslos weiter substituiert?
ja ☐ nein ☐

12.3 Stehen Sie unter Bewährung? ja ☐ nein ☐

12.4 Stehen Sie unter Führungsaufsicht? ja ☐ nein ☐

12.5 Laufen gegen Sie aktuell Justizverfahren? ja ☐ nein ☐

Wir bedanken uns für Ihre Aufmerksamkeit und Teilnahme!

Interviewhinweise

A **Abstinenzphase –** Abstinenz ist umfassend gemeint. Kein Konsum von Suchtstoffen, ausgenommen Nikotin und Koffein, auch eine beikonsumfreie Substitutionsbehandlung ist keine Abstinenzphase

Andere – sofern eine andere diagnostizierte Auffälligkeit oder eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, die im Rahmen der Fragestellung genannt wird, bitte unter andere eintragen

B **Befinden Sie sich in medizinischer Behandlung aufgrund Ihrer HiV-Infektion?** Gemeint ist die Behandlung der Infektion selbst, nicht die Behandlung von Folgeerkrankungen

Befinden Sie sich in medizinischer Behandlung aufgrund Ihrer Hepatitisinfektion? – gemeint ist die Behandlung der Infektion selbst, nicht die Behandlung von Folgeerkrankungen der Hepatitisinfektion

bei anderen Personen – sowohl Meldung als auch Wohnraumnutzung bei anderen Personen

Beratung – Mit Beratung ist jeglicher Beratungskontakt zur Betreuung gemeint, darunter fällt die PSB, Kurzkontakte im Café oder DKR

E **Entzugsbehandlungen –** gemeint sind Entzugsbehandlungen, die nach Abschluss das Ziel der kompletten Abstinenz erlangen sollen

Entwöhnungsbehandlungen – Behandlung, die auf Abstinenz ausgerichtet ist – keine sozialtherapeutische Maßnahme

G **Geförderte Maßnahme –** Beschäftigung, die durch Job Center oder die Arbeitsagentur gefördert wird – kein 1,25€ Job = keine Gemeinwohlarbeit

Gibt es Unterschiede zwischen Ihrem Konsum im DKR und dem Konsum außerhalb des DKR? Unterschiede beziehen sich hier auf mögliche Unterschiede in der Dosierung und/oder der Appikationsform.

H **Haben Sie in diesem Zeitraum illegale Substanzen und/oder Alkohol konsumiert?** Die Frage dient zur näheren Abklärung der Abstinenz, gesellschaftlicher Konsum von Alkohol würde keine Abstinenz bedeuten. Haufig bezeichnet sich die Klientel als abstinent, wenn sie nur Heroin weglassen, z.B. jedoch regelmäßig Alkohol trinken und Cannabis konsumieren. Um diese Lücke zu schließen wird nach illegalen Substanzen und Alkohol gefragt, um die Definition von Abstinenz abzusichern.

I **Insolvenzverfahren –** Liegt ein Insolvenzverfahren vor? *Beantragt* bezeichnet den Vorlauf zur Eröffnung des Insolvenzverfahrens in Zusammenarbeit mit der Schuldnerberatung. Bei Personen, die an einem Insolvenzverfahren interessiert sind oder die Kontaktaufnahme zur Schuldnerberatung planen, ist Nein anzukreuzen. *Laufend* bezeichnet das Insolvenzverfahren nach Eröffnungsbeschluss. *Abgeschlossen* bezieht sich auf die reguläre Beendigung und den Schuldenerlass. *Abgebrochen* bezieht sich auf das vorzeitige irreguläre Ende des Insolvenzverfahrens.

K **körperliche Behinderung –** gemeint ist eine offiziell diagnostizierte Behinderung, die die Ausstellung eines Behindertenausweises ermöglicht

Kokain – inhaltiver Konsum von Kokain = Crack

Kontrollierte Bedingungen – unter Sicht oder mit Marker

M **Methadon** – Methadicct ist hier einzuordnen

Migration – Die Frage soll ausschließlich beantworten, ob die Befragten selbst migriert sind. Nicht gemeint ist ‚als Kind von Migranten'.

Mit anderen Personen – gemeint sind sowohl ‚mit der Ursprungsfamilie' sowie auch ‚private WGs'

N **Notfall** – gemeint ist eine Überdosierung, die weitere Handlungen z.B. Rettungsdienst erfordert, oder ein Krampfanfall

Ö **Öffentlich –** gemeint ist im tatsächlich öffentlichen Raum wie z.B. Hauseingänge, Gebüsch, Parkhäuser, öffentliche Toiletten, etc.

P **Polamidon** – Poladicct ist hier einzuordnen

S **Safer-Use-Angebote –** Zugang zu sauberem Spritzbesteck und Spritzentauschmöglichkeiten

Schutzraum – Konsum unter Ausschluss der Öffentlichkeit, Schutz vor der Polizei

Sonstige Medikamente – Unter Medikamente fallen alle (ausgenommen Benzodiazepine und Lyrica, weil diese gesondert abgefragt werden) nicht ärztlich verordneten verschreibungspflichtigen Medikamente, auch nicht verschriebenen Substitutionsstoffe sind hier einzuordnen.

Soziale Kontakte – bei Substitutionsbehandlung ist die Kontaktpflege zu anderen substituierten Personen gemeint, z.B. Leute treffen. Im DKR Kontext ist der soziale Austausch rundum das Konsumieren im DKR und das gemeinschaftliche Konsumieren gemeint , z.B. gemeinsame gleichzeitige Nutzung des Raucherbereichs im DKR.

U **Unterbrechung und Beendigung der konsumfokussierten Tagesstruktur –** gleichzusetzen mit Unterbrechung der Abhängigkeitsdynamik mit, d.h. dass der Tagesablauf nicht ausschließlich durch Beschaffung und Konsum besteht, die Konsumierenden ‚zur Ruhe' kommen können und sich anderem als dem Konsum widmen können

Unterstützungsangebote – Übernachtungsstellen, Wohnraumvermittlung, ambulantes BeWo, stationäre Wohneinrichtungen