

Fachhochschule Dortmund
Fachbereich Angewandte Sozialwissenschaften
Studiengang Bachelor- Soziale Arbeit

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts (BA)

**Die Angebotsstruktur im niedrigschwelligen
Drogen- und Suchthilfesystem am Beispiel des
Kreises Unna**

Betreuerin: Frau Prof. Dr. Christine Graebisch

Zweitprüfer: Herr Dr. Sven-Uwe Burkhardt

Erfolgte Abgabe: Dortmund, 18.07.2022

Linda Brüßermann

Kontakt: linda.bruessermann002@stud.fh-dortmund.de

Danksagung

Ein besonderer Dank gilt den Einrichtungen innerhalb des Kreises Unna sowie den einzelnen Teilnehmer:innen der Befragung, welche meine Forschung ermöglicht haben.

Danken möchte ich zudem Frau Prof. Dr. Graebisch für die Betreuung der Bachelorarbeit sowie Herrn Dr. Burkhardt für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Ein weiterer Dank gilt den Menschen in meinem persönlichen Umfeld, welche mich bei meinem Studium begleitet und unterstützt haben.

Abstract

Seit Mitte der 1980er Jahre folgte eine Umorientierung der Drogenhilfe, weg von der ausschließlichen Abstinenzorientierung des Bereichs hin zur Akzeptanz. Dennoch steigt die Anzahl drogenbedingter Todesfälle in den letzten Jahren an. In dieser Arbeit wird das niedrighschwellige Drogen- und Suchthilfesystem im Hinblick auf das Verhältnis zwischen Bedarf und Angebot sowie dessen Auswirkung auf die Zugänglichkeit für die Klient:innen untersucht. Das angesprochene Hilfesystem wird hierbei durch die niedrighschwellige sowie akzeptanzorientierte Arbeitsweise definiert. Der Fokus liegt auf dem aktuellen Stand des Arbeitsfeldes. Zunächst wird dieser auf Nationalebene dargestellt sowie folgend auf Kommunalebene im Kreis Unna empirisch erforscht. Auf beiden Ebenen lassen sich Defizite in der Versorgungsstruktur in nahezu allen Bereichen erkennen, welche den Zugang der Hilfen negativ beeinflussen. Auf kommunaler Ebene sticht der Bereich der besonderen Wohnform hervor und bietet einen Einblick in einen Bereich, welche innerhalb der niedrighschwelliger Hilfen unterrepräsentiert scheint. In dem zweiten Kapitel der Arbeit liegt der Themenschwerpunkt bei dem Umgang mit inhaftierten suchtkranken Menschen in Deutschland sowie der sich daraus ergebenden Gesundheitsfürsorge in Haftanstalten. Der Fokus liegt hierbei erneut auf der Angebotsstruktur niedrighschwelliger Hilfen. Auch hierbei sind starke Defizite in der Versorgung mit Harm Reduction Maßnahmen sowie der Substitutionsbehandlung zu erkennen.

Since the mid-1980s, a re-orientation of drug assistance has occurred, away from the field's exclusive abstinence-orientation towards an acceptance-based orientation. Nevertheless, the number of drug-related deaths has been increasing in recent years. In the present thesis, the low-threshold drug and addiction help-system is examined in terms of the relationship between demand and supply, as well as its impact on accessibility for clients. The addressed help-system is defined by the low-threshold as well as acceptance-oriented operation. The first part of the present thesis focuses on the current state of the field, by first presenting a national level, and then empirically researching it on a local level in the district of Unna, NRW. On both levels, deficits in the structure of care can be identified in almost all areas, which negatively influence the access to help. At the municipal level, the area of "special form-of-housing" stands out and offers an insight into an area that seems to be underrepresented within low-threshold-assistance. The second part of the present thesis focuses on the treatment of addicts in German prisons and the resulting healthcare. Moreover, the focus is here, once again, on the structure of low-threshold support-services. Here, too, there strong deficits in the provision of harm-reduction measures and substitution-treatment.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Einleitung	6
Kapitel 1.....	7
1. Das niedrigschwellige Drogen- und Suchthilfesystem	7
2. Geschichte des Arbeitsfeldes.....	8
3. Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung	10
4. Alternativer Drogen- und Suchtbericht (akzept e.V.)	11
5. Prohibitionspolitik und Sucht (-hilfe).....	13
6. Aktueller Stand des Arbeitsfeldes	15
6.1. Substitution und Suchtmittelvergaben.....	17
6.2. Drogenkonsumräume und Harm Reduction	19
6.3. Tagesstrukturierende-/ Wohnangebote.....	20
6.4. Versorgung alternder drogenabhängiger Menschen	22
7. Erhebung im Kreis Unna.....	23
7.1. Angebotsstruktur Kreis Unna	24
7.1.1. Fachbereich: Beratung	24
7.1.2. Fachbereich: Anlaufstellen/ Suchtmittelvergaben	25
7.1.3. Fachbereich: Ambulant Betreutes Wohnen.....	26
7.1.4. Fachbereich: Besondere Wohnform	26
7.1.5. Fachbereich: Selbsthilfe	27
8. Forschungsdesign	28
8.1. Aufbau des Erhebungsinstruments	29
8.2. Durchführung.....	30
8.3. Auswertung.....	31
9. Ergebnisse und Interpretation	33
9.1. National- und Kommunalebene.....	33
9.1.1. Bedarf und Angebot.....	33
9.1.2. Zugang	38
9.2. Spezifische Ebene	40
9.2.1. Bedarf.....	40
9.2.2. Angebot	50
9.2.3. Zugang	56

Kapitel 2.....	61
10. Versorgung drogenabhängiger Menschen in Haft	61
11. Aktuelle Lage	61
11.1. Substitutionsbehandlung in Haft.....	62
11.1.1. Versorgungslage der Bundesländer.....	64
11.1.2. Substitutionspraxis und Haftrealität.....	65
11.1.3. Gerichtsfälle.....	66
11.2. Infektionskrankheiten und Harm Reduction	67
12. Ausblick der Gesundheitsfürsorge in Haft.....	68
13. Erhebung im Kreis Unna	70
13.1. Zusatzbefragung Mitarbeiter:innen	71
13.2. Zusatzbefragung Klient:innen.....	74
Resümee	81
Literaturverzeichnis.....	83
Anhang	95
Tabellen	95
Fragebogen Mitarbeiter:innen	106
Fragebogen Klient:innen	117
Datensatzbereinigung	125

Abkürzungsverzeichnis

Akzept e.V. Bundesverband	akzept e.V.
Ambulant Betreutes Wohnen	ABW
Arbeiterwohlfahrt	AWO
Arbeitsgemeinschaft Diamorphin	AG Diamorphin
Deutschen Aidshilfe	DAH
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.	DHS
Drogenbeauftragte der Bundesregierung	DdB
Drogenberatungsstelle	DROBS
Drogenkonsumraum	DKR
Gemeinnützige Gesellschaft für Suchthilfe im Kreis Unna mbH	Suchthilfe Unna
Hepatitis-C-Virus	HCV
Humanes Immundefizient-Virus	HIV
Junkies, Ehemalige, Substituierte	JES
Langzeit- Übergangs- und Stützungsangebots	Projekt LÜSA
Projekt LÜSA: Außenwohngruppe	AWG
Projekt LÜSA: Dauerwohneinrichtung	DAWO
Projekt LÜSA: Stationäres Haupthaus	HH
Projekt LÜSA: Stationäres Einzelwohnen	SEWO

Einleitung

Das Forschungsinteresse für den Bereich resultiert aus der Annahme defizitärer Versorgungsstrukturen innerhalb Deutschlands, wodurch sich die Fragestellung ergibt, ob das Verhältnis zwischen Bedarf und Angebot im niedrigschwelligen Sucht- und Drogenhilfesystem die Möglichkeit auf Hilfe für die Klient:innen verhindert. Seit dem Umdenken innerhalb des Hilfesystems existiert eine Koexistenz von niedrigschwelligen und hochschwelligen bzw. abstinenzorientierten Angeboten. Trotz dieser Entwicklung steigt die Anzahl drogenbedingter Todesfälle über die letzten Jahre an (vgl. Statista, 2022). Das Verhältnis zwischen Bedarf und Angebot ist zunächst ökonomisch geprägt. Die sog. Bedarfsdeckung innerhalb der Sozialen Arbeit muss allerdings differenziert betrachtet werden, da diese nicht aus der kaufkräftigen Nachfrage der Konsument:innen bzw. Klient:innen resultiert. Die Kaufkraft, welche einen Bedarf zur Nachfrage werden lässt, erfolgt innerhalb der Sozialen Arbeit häufig durch staatliche Stiftungen oder andere Arten der Subventionierung. Dadurch reagiert die sog. andere Marktseite mit entsprechenden Angeboten (vgl. Schönig et al., 2018, S. 22 ff.; Buestrich, Wohlfahrt, 2008, S. 17 ff.). Von den Klient:innen geht dementsprechend in erster Linie der Bedarf an gewissen Dienstleistungen aus, auf den u.a. die Soziale Arbeit mit Angebotsstrukturen reagiert. In dieser Arbeit geht es nicht darum die individuellen Hilfsbedarfe einzelner Klient:innen zu definieren, sondern das Verhältnis zwischen dem Bedarf und seinen Indikatoren sowie der sich daraus entwickelnden Angebotsstruktur im niedrigschwelligen Bereich der Drogen- und Suchthilfe zu untersuchen. Die Forschungsthese, welche sich dahingehend ergibt mündet in der Annahme, dass das Verhältnis zwischen Bedarf und Angebot bzw. das damit angesprochene Defizit innerhalb der Angebotsstruktur die Möglichkeit auf Hilfe für die Klient:innen verhindert. Als Antithese lässt sich demnach ein ausgeglichenes Verhältnis definieren, indem der aufkommende Bedarf vollständig durch die bestehende Angebotsstruktur abgedeckt werden kann und alle Interessent:innen einen uneingeschränkten Zugang zu den Hilfsangeboten besitzen. Die damit verbundenen Bedarfsindikatoren unterscheiden sich zwischen den unterschiedlichen Bereichen des Arbeitsfeldes, dessen Abgrenzung und Geschichte im Folgend dargestellt wird. Anschließend werden die verschiedenen Ausrichtungen untersucht.

Kapitel 1

1. Das niedrigschwellige Drogen- und Suchthilfesystem

Das Hilfesystem für suchtkranke Menschen besteht in Deutschland aus unterschiedlichen Bereichen, wobei die niedrigschwellige Drogen- und Suchthilfe ein Teilgebiet darstellt (vgl. DdB, 2021, S. 6 f.; DHS, 2019, S. 9 f.). Im Zuge der Abgrenzung werden die Begriffe der Niedrigschwelligkeit sowie Akzeptanz meist zusammen verwendet (vgl. Rieger, 2012, S. 37). Während sich Erstgenanntes auf die Zugänglichkeit der Angebote bezieht, richtet sich die Akzeptanzorientierung auf die suchtbegleitende und somit akzeptierende Arbeitsweise. Jene steht im Kontrast zur Abstinenzorientierung, welche innerhalb dieser Arbeit vorrangig über den hochschwelligeren Bereich definiert wird. Ziel des Arbeitsfeldes ist es die Hürden des Hilfesystems zu senken, was u.a. die Loslösung von dem Abstinenzziel miteinbezieht (vgl. Stöver, 1990, S. 14 ff. & 2009, S. 38 ff.). Unter dem niedrigschwelligen Bereich sollen innerhalb dieser Arbeit demnach all diejenigen Angebote betrachtet werden, welche unter den Stichpunkten der „Akzeptanz“, „Niedrigschwelligkeit“ sowie „Suchtbegleitung“ Einzug in die Soziale Arbeit erhalten haben (Stöver, 1999, S. 11). Eine weitere Spezifizierung der Arbeit bezieht sich auf die vorrangige Betrachtung der Angebote, deren Fokus auf der Arbeit mit illegalen Substanzen liegt. Die Angebotsstruktur des Bereichs hat sich über die Jahre hinweg gewandelt und umfasst Hilfen mit unterschiedlichen konzeptionellen Ausprägungen. Innerhalb der Literatur werden häufig die szenenahen Hilfen hervorgehoben. Hierzu gehören Beratungs- und Unterstützungsangebote u.a. im Bereich des Streetwork, Kontaktläden, Drogenkonsumräume, Notschlafstellen sowie zum Teil weitergehende tagesstrukturierende Angebote (vgl. Rieger, 2012, S. 39 f.). Ebenfalls häufig verwendet wird der Begriff der Harm Reduction, welcher sich übersetzt auf die Risiko- bzw. Schadensminimierung bei drogengebrauchenden Menschen bezieht und vorrangig dazu dient irreversiblen Schäden vorzubeugen (vgl. DdB, 2021, S. 7; Stöver, 2009, S. 38 f.). Zugehörig zu dem Bereich der niedrigschwelligen Drogen- und Suchthilfe ist darüber hinaus auch die aufsuchende Arbeit in Gefängnissen (vgl. Rieger, 2012, S. 40). Die Grundsätze der Arbeit lassen sich demnach in verschiedene Bereiche integrieren. Die Leitlinien einer akzeptierenden Drogenarbeit wurden in Kooperation des Akzept Bundesverbands (akzept e.V.) und der Deutschen Aidshilfe (DAH) im Jahr 1999 erstmalig formuliert sowie im Jahr 2021 weiterentwickelt. Sie umfassen die Selbstbestimmung der Klient:innen sowie die damit verbundene Bedarfs- und Bedürfnisorientierung; zudem Zieloffenheit in Bezug auf Beratung und Behandlung, welche den selbstbestimmten Substanzkonsum miteinbezieht. Hinzu kommt die umfassende Partizipation der Klient:innen

bzgl. der Entwicklung und Umsetzung von Angeboten sowie das politische Mandat, welches sich gegen die Ausgrenzung, Stigmatisierung sowie Kriminalisierung richtet (vgl. akzept e.V., DAH, 1999, S. 8 ff. & 2021, S. 4 ff.). Die Zuständigkeit des Arbeitsfeldes orientiert sich demnach vorrangig an den Klient:innen, welche durch die alternativen Angebote der Sucht- und Drogenhilfe nicht (mehr) erreicht werden können. Die Arbeit sollte zudem stetig zieloffen gestaltet sein, wobei die unterschiedlichen Konzepte verschiedene Wirkradien besitzen (vgl. akzept e.V., DAH, 2021, S. 4 ff.). Während Drogenkonsumräume vorrangig die Bekämpfung der Mortalität sowie der Verbreitung von Infektionskrankheiten zum Ziel haben, können sowohl alltagsstrukturierende Maßnahmen als auch Wohnangebote die Wiedereingliederung in die gesellschaftlichen Abläufe fördern (vgl. Stöver, 2002, S. 174 ff.; DHS, 2019, S. 24 ff.). Allgemein ist der Bereich der niedrigschwelligen und akzeptierenden Hilfen nicht nur für die Schadensminimierung, sondern ebenfalls für die kurz- und langfristige gesundheitlich sowie soziale Stabilisierung der Klient:innen zuständig (vgl. Stöver, 2009, S. 38).

2. Geschichte des Arbeitsfeldes

Die Entstehung des Arbeitsfeldes fußt auf dem Wandel von dem Abstinenzparadigma hin zur Akzeptanz innerhalb der Sucht- und Drogenhilfe in Deutschland. Eine Entwicklung, welche vorrangig durch drogenpolitische Einflüsse geprägt wurde (vgl. Schmidt-Semisch, 2020, S. 24 ff.; Loviscach, 2008, S. 384 ff.). Während Opiaterhaltungstherapien um 1920 zur gängigen Praxis zählten, wurden diese Hilfen, welche vergleichbar zur heutigen Originalstoffvergabe mit Diamorphin sind, in den folgenden Jahren u.a. aufgrund der 1928 beschlossenen einheitlichen Grundlinien eingestellt. Diese beinhalteten die Drogenabstinenz als Behandlungsziel, woraufhin eine strikt psychiatrische Problemdefinition der Sucht folgte, welche 1955 durch den Deutschen Ärztetag erneut bestätigt wurde (vgl. Schmidt-Semisch, 2020, S. 26 ff.). Im Jahr 1968 wurde die Sucht durch eine Entscheidung des Bundessozialgerichts erstmalig als Krankheit anerkannt (vgl. Köhler, Drexler, 2009, S. 21 f.). Um 1970 traten die mit den allgemeinen Grundlinien verbundenen psychiatrischen Anstalten aufgrund der steigenden Zahl von opiatabhängigen Menschen an ihre Grenzen und verzeichneten eine geschätzte Rückfallquote von 98-100 %. Die sog. Release Gruppen, welche sich zu Beginn der siebziger Jahre entwickelten, waren eine Antwort auf die Erfolglosigkeit der damals vorherrschenden Methoden innerhalb der Suchthilfe. Sie hatten im Gegensatz zur traditionellen Behandlung ein emanzipatorisches Grundkonzept und erinnerten innerhalb der Angebotsstruktur an die spätere Entwicklung des akzeptanzorientierten Bereichs der Drogenhilfe. Aufgrund von fehlender staatlicher Finanzierung wurden die meisten Gruppen jedoch

nach kurzer Zeit wieder eingestellt. Die stationären Langzeittherapien traten erneut in den Vordergrund (vgl. Schmidt-Semisch, 2020, S. 27; Loviscach, 1996, S. 170 f.). Die therapeutische Kette bzw. das Stufensystem dahinter zeichnet das beginnende Abstinenzparadigma aus. Der Leidensdruck der Betroffenen stellt nach damaliger Auffassung den Motor der Motivation dar, um eine Veränderung der Lebensumstände zu bewirken. Die Arbeit innerhalb der Szene, welche als Ziel hat den Leidensdruck der Betroffenen zu mindern, wurde folglich als nicht zielführend bzw. zum Teil hinderlich angesehen (vgl. Loviscach, 2008, S. 390). In der Mitte der 1980er Jahre stießen die Behandlungsmethoden auf größer werdende Kritik. Zum einen bezog sich diese auf die Betrachtung der suchtkranken Menschen sowie ihre hierarchische Unterordnung, zum anderen jedoch als Hauptaspekt auf die wiederkehrende Erfolglosigkeit der abstinenzorientierten Behandlungen. Für 50.000 – 100.000 opiatabhängige Menschen waren lediglich eine Anzahl von 2.000 – 3.000 Plätzen verfügbar bei denen die Erfolgsquote bei 30 % lag. Bezogen auf die Gesamtpopulation der opiatabhängigen Personen (100.000) errechnete Horst Bossong damals eine Erfolgsquote von unter 1 %, welche mit der hohen Rückfallquote innerhalb der 1970er Jahre vergleichbar ist (vgl. Schmidt-Semisch, 2020, S. 27 f.). Die Kritik an dem abstinenzorientierten Umgang sowie der repressiven Drogenpolitik erreichte jedoch erst durch die steigende Zahl der HIV-Infektionen eine entsprechende Reaktion. Neben dem Weiterbestehen von abstinenzorientierten Behandlungsmethoden entwickelten sich zusätzlich akzeptanzorientierte Hilfsangebote für die Betroffenen. Die niedrigschwellige oder akzeptierende Drogenhilfe hatte auf der einen Seite das Senken der Schwellen, um zunächst einen Zugang zu ermöglichen, auf der anderen Seite jedoch ebenfalls das Loslösen zwischen Hilfe und Abstinenz zum Ziel (vgl. Schmidt-Semisch, 2020, S. 28 ff.; Bertram, 2000, S. 245 f.). Bis heute besteht eine Koexistenz von abstinenzorientierten (hochschwelligen) sowie akzeptanzorientierten (niedrigschwelligen) Angeboten innerhalb des Drogenhilfesystems in Deutschland (vgl. DHS, 2019, S. 9 ff.). Innerhalb der Geschichte ist die Etablierung von niedrigschwelligen Hilfen stetig auf die geringen Erfolgsaussichten einer einseitig orientierten Angebotsstruktur im abstinenzorientierten Bereich zurückzuführen. Das damit angesprochene Angebotsdefizit der niedrigschwelligen Hilfen war um 1980 offensichtlich, da diese aufgrund der politischen Bestimmungen sowie fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten auf ein Minimum begrenzt wurden. Der Bedarf an Hilfen jedoch war groß, was u.a. an der steigenden Zahl der Drogentoten zu verzeichnen war. Die folgende Umorientierung der Drogenhilfe ab Mitte der 1980er Jahre führte weg von der alleinigen Abstinenzorientierung und hin zur Akzeptanz (vgl. Loviscach, 1996, S. 172 ff.; Schmidt-Semisch, 2020, S. 28 ff.). Die Entwicklung der entsprechenden Angebote im niedrigschwelligen Bereich der Drogen- und Suchthilfe

begann demnach vor über 35 Jahren. Folgend soll das Arbeitsfeld zu seinem aktuellen Stand betrachtet werden. Der Fokus liegt hierbei auf einer zeitgemäßen Entwicklung der Angebotsstruktur sowie der Frage, ob diese dem bestehenden Bedarf gerecht werden kann, sodass alle Klient:innen Zugang zu entsprechenden Hilfsangeboten erhalten. Zunächst sollen hierzu die aktuellen Drogen- und Suchtberichte mit ihren Schwerpunkten betrachtet werden.

3. Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung

Die Nationale Strategie der Drogen- und Suchtpolitik fußt auf vier Säulen, welche sich über die folgenden Bereiche definieren: Die Suchtprävention, die Beratung und Behandlung, die Schadensminimierung sowie die Angebotsreduzierung und Strafverfolgung. In dem Jahresbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung aus dem vergangenen Jahr (2021) werden die verschiedenen Handlungsschwerpunkte dargestellt sowie aktuelle Entwicklungen innerhalb der unterschiedlichen Kapitel erläutert (vgl. DdB, 2021, S. 6 f.). Im Bereich der Suchtprävention bilden das vorgestellte Projekt der „niedrigschwellige[n] Cannabisprävention für Jugendliche in schwierigen sozialen Lagen“ (S. 33) sowie der Bereich „Streetwork‘ für Jugendliche im Netz“ (S. 35) Angebote, welche zumindest in Bezug auf die Zugänglichkeit eine niedrigschwellige Orientierung aufweisen. In den Bereichen der Beratung und Behandlung stellt die Zieloffenheit laut dem Leitbild akzeptierender Drogenarbeit einen fundamentalen Aspekt dar (vgl. akzept e.V., DAH, 2021, S. 4 ff.). Innerhalb des Berichts werden diese Bereiche jedoch lediglich als ersten sowie zweiten Schritt aus dem Suchtkreislauf heraus definiert. Eine Definition, welche in ihrer Formulierung auf eine einseitige Abstinenzorientierung hinweist. Auf eine zieloffene, akzeptierende sowie niedrigschwellige Ausgestaltung wird weder in der Definition des Handlungsschwerpunkts noch in dem weitergehenden Kapitel eingegangen (vgl. DdB, 2021, S. 6, 39 ff.). Angebote der niedrigschwelligen Sucht- und Drogenhilfe finden sich erst innerhalb des Bereichs der Schadensreduzierung wieder. In dem dazugehörigen Kapitel wird vorrangig auf den aktuellen Stand der Substitutionsbehandlung eingegangen. Andere Punkte bilden u.a. die Schulungen im Zusammenhang mit dem Medikament Naloxon sowie die Arbeit in Drogenkonsumräumen (DKR) während der Pandemie. Die Anzahl der Drogentoten wird zudem ohne ein weiteres Eingehen auf die steigende Tendenz der letzten Jahre dargestellt. Im Bereich der Substitutionsbehandlung wird ein leichter Anstieg bzgl. der gemeldeten Patient:innen sowie eine leicht sinkende Tendenz in Bezug auf die Anzahl substituierender Ärzte/Ärztinnen benannt. Ein Verhältnis, welches vor dem Hintergrund der ohnehin schon unzureichenden Versorgungssituation innerhalb Deutschlands problematisch ist (vgl. DdB, 2021, S. 43 ff.). Auch wenn die substitutionsgestützte Behandlung eine

Verfügbarkeit in allen Bundesländern besitzt, zeigt die Karte, welche die Verteilung substituierender Ärzte/ Ärztinnen über Deutschland hinweg darstellt, ein deutliches Gefälle (West zu Ost) in den Gebieten der Bundesrepublik (vgl. DdB, 2021, S. 50). Als Zielsetzung wird das Anstreben einer flächendeckenden Versorgung innerhalb des Jahresberichts benannt (vgl. DdB, 2021, S. 45). In Bezug auf die Arbeit der Drogenkonsumräume während der Pandemie hält der Bericht den Standpunkt, dass trotz der pandemischen Lage alles dafür getan wurde, „um [diese] als wichtige Maßnahme zur Schadensminimierung offen zu halten“ (DdB, 2021, S. 54). Hingegen dieser Angaben berichten DKR über Deutschland hinweg allerdings von einer weit- aus problematischeren Lage innerhalb der Pandemie. Noch bevor diese eintrat, konnte bspw. der Konsumraum von Indro e.V. in Münster dem aufkommenden Bedarf kaum gerecht werden. Im April 2020 wurden die ehemals sechs Plätze auf jeweils einen für intravenösen und einen für inhalativen Konsum reduziert. Eine Maßnahme durch welche der Ablauf von sicheren Konsumvorgängen mehr als halbiert wurde. Der DKR in Münster stellt hierbei keine Ausnahme dar (vgl. Wermter, 2021, S.1 ff.). Auch das Robert-Koch-Institut (RKI) kommt zu dem Schluss, dass sich durch die Krise „gravierende Einschränkungen hinsichtlich der Präventionsangebote für durch Blut und sexuell übertragene Infektionskrankheiten“ (Krings et al., 2020, S. 2) in der Pandemie ergaben. Den letzten Handlungsschwerpunkt innerhalb des Jahresberichts der Bundesregierung bildet die Angebotsreduzierung und Strafverfolgung. Hinsichtlich der Strafbarkeit verfolgt Deutschland hierbei eine vorherrschende Prohibitions politik, welche auch im Hinblick auf die Kriminalisierung einer Krankheit nicht in Frage gestellt wird (vgl. DdB, 2021, S. 57 ff.).

4. Alternativer Drogen- und Suchtbericht (akzept e.V.)

Als Gegenstück zu dem betrachteten Jahresbericht der Bundesregierung veröffentlichte akzept e.V. im Jahr 2021 bereits den 8. Alternativen Drogen- und Suchtbericht. Ein Bericht, der die Haltung des Bundesverbands für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik widerspiegelt. Hauptthema war in dem vergangenen Jahr die Kontrollpolitik der Bundesregierung in Bezug auf die Konsumgüter Tabak und Alkohol. Hauptproblematik bildet laut Bericht der Umgang der Politik, welcher in den angesprochenen Bereichen einer eher industriefreundlichen anstatt einer gesundheitspolitischen Ausrichtung folgt. Bereits zu Beginn wird zudem der Anstieg der drogenbedingten Todesfälle in Deutschland mit einem seiner Höchstwerte (2020) der letzten Jahre dargestellt und als solcher benannt sowie der in dem Zusammenhang bestehende gesundheitspolitische Umgang kritisiert. Zusätzlich kritisch thematisiert wird außerdem die Kriminalisierungsspirale, welche sich aufgrund der vorherrschenden Prohibitions politik für Klient:innen einer

Suchterkrankung in Verbindung mit illegalen Substanzen ergibt. Auch der Nachholbedarf im Bereich der Verhinderung von Infektionskrankheiten, hierbei vorrangig in Bezug auf die Schlüsselgruppen der Drogen injizierenden sowie inhaftierten Menschen, bildet ein zum Eingang benannter Schwerpunkt des Berichts (vgl. Stöver, Werse, 2021, S. 8 ff.). Im Rahmen der einzelnen Themenpunkte werden im Verlauf Ideen für eine ganzheitliche sowie nachhaltige Drogenpolitik benannt und erarbeitet. Vorrangig interessant für diese Arbeit ist hierbei das Kapitel „Harm Reduction – Politik und Praxis“, in welchem vor allem defizitär auffallende Bereiche des niedrigschwelligen Drogenhilfesystems thematisiert, jedoch auch neue Möglichkeiten der Schadensminimierung benannt werden. Erster Themenschwerpunkt bildet hierbei die bereits im Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung angesprochene Versorgungsgrundlage von substituierten Klient:innen in Deutschland. Benannt wird diese bereits als „drohende [...] Versorgungskrise“ (Schöffler, Köther, 2021, S. 88). Über den angesprochenen Rückgang von substituierenden Ärzten/Ärztinnen hinaus wird eine weitaus drastischere Situation der Angebotsstruktur dargestellt. Ergeben tut sich diese aus dem Bericht zum Substitutionsregister (2021) des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Demnach wenden von der erhobenen Anzahl substituierender Ärzte/Ärztinnen (2545) rund ein Fünftel (563) die sog. Konsiliarregelung an, wodurch diese nur 1,5 % der Patient:innen behandeln müssen. Aktuell ergibt sich ein Behandlungsverhältnis in dem ca. 14 % der substituierenden Ärzte/Ärztinnen die Hälfte aller Substitutionspatient:innen behandeln (vgl. BfArM, 2021, S. 3 f.). Einen Blick in die Zukunft schafft zusätzlich das durchschnittliche Alter der Ärzte/Ärztinnen, welches bei fast 60 Jahren liegt. Sollte sich die Gruppe der Hauptbehandler:innen demnach aus altersbedingten Gründen reduzieren, droht eine Gefahr tiefgreifender Versorgungsproblematiken (Schöffler, Köther, 2021, S. 88). Zusätzlich zum Angebotsdefizit, welches perspektivisch immer größer zu werden scheint, steigt jedoch ebenfalls der Bedarf auf über 81.300 substituierte Patient:innen an (vgl. BfArM, 2021, S. 2). Einen zusätzlichen Faktor bildet das Verhältnis zwischen der geschätzten Anzahl von Opiatkonsument:innen (165.000 im Juni 2020) innerhalb der Bundesrepublik sowie den sich in Behandlung befindenden Klient:innen, welches bei ca. 50 % liegt. Somit werden lediglich die Hälfte aller Personen erreicht, die aufgrund ihrer Opiatabhängigkeit grundsätzlich für die Substitutionsbehandlung vorzusehen sind (vgl. Schöffler, Köther, 2021, S. 88; Schäffer et al., 2021, S. 93). Auf rund 24 % sinkt das angesprochene Verhältnis zudem bei denjenigen opiatabhängigen Klient:innen, welche sich in Haft befinden (vgl. Stoll et al., 2019, S. 20). Das Thema der Versorgungsstruktur abhängigkeiterkrankter Menschen in Haft bildet einen weiteren Schwerpunkt innerhalb des Berichts, welcher durch die isolierte Betrachtung

des Themas im zweiten Kapitel der Arbeit an entsprechender Stelle aufgegriffen werden soll.

Im weiteren Verlauf des Alternativen Drogen- und Suchtberichts wird zudem Nordrheinwestfalen (NRW) als positiv Beispiel in Bezug auf den politischen sowie praktischen Umgang mit Maßnahmen der Harm Reduction benannt. Der Betrieb von DKR sowie weitere Maßnahmen des Bereichs werden grundlegend durch die Landes- und Kommunalebene entscheidend mitbestimmt (vgl. Fiorenza, 2021, S. 122 ff.). In Zahlen wurden im Jahr 2019 innerhalb NRW 298.940 Konsumvorgänge in DKR erfasst sowie 25.585 medizinische Hilfen und 17.227 psychosoziale Interventionen geleistet (vgl. Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 7, 17). Hinzu kommt der Bezug von 142.000 Spritzensets und 1.645.057 losen Spritzen im Jahr 2020 (vgl. Safer Use NRW, 2021). Dem steht jedoch eine Anzahl von 401 drogenbedingten Todesfällen in NRW (2020) gegenüber (vgl. BKA, 2021, S. 22). Ein rapider Anstieg zum Vorjahr kann hierbei nur zum Teil durch die pandemische Lage und die damit zusammenhängende Schließung bzw. Reduzierung entsprechender Hilfsangebote erklärt werden. Auch in NRW sind allgemeine Versorgungslücken zu erkennen, welche u.a. zur Bildung einer landesweiten Arbeitsgruppe für Harm Reduction in NRW führten (vgl. Fiorenza, 2021, S. 122 ff.). Thematisch anknüpfend ist innerhalb des Berichts zudem eine Zwischenbilanz der Eliminierung von Infektionskrankheiten dargestellt. Hinsichtlich HIV ist hierbei eine gute gesamtgesellschaftliche Entwicklung bzgl. der Ziele der WHO zu erkennen. Die Infektionsarten HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) und HCV (Hepatitis-C-Virus) zeigen jedoch vor allem im Hinblick auf die Schlüsselgruppen der Drogen injizierenden sowie inhaftierten Personen eine erhöhte Entfernung von den angestrebten Zielvorstellungen sowie der Allgemeinbevölkerung (vgl. Dichtl et al., 2021, S. 128 ff.). Im Vergleich zum Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung weist der alternative Bericht im Allgemeinen eine veränderte Prioritätensetzung auf. Während das niedrigschwellige System zuvor nur im Zusammenhang der Schadensminimierung dargestellt wurde, ist die Fokussierung auf die akzeptierende Drogenarbeit sowie humane Drogenpolitik innerhalb des Berichts deutlich zu erkennen. Eine Problemstruktur ergibt sich hingegen in Bezug auf die Betrachtung der Bundesregierung, welche zum einen die Zieloffenheit nicht in die Behandlung miteinbezieht und zum anderen die kriminalisierenden Strukturen innerhalb der Prohibitions politik nicht hinterfragt.

5. Prohibitions politik und Sucht (-hilfe)

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), welches in Deutschland den Umgang mit Drogen und Drogenstraftaten regelt, hat sich zu einem stark repressiven Strafgesetz mit

verhältnismäßig hohem Strafmaß entwickelt. Die Prohibition beschreibt hierbei das Verbot bestimmter Drogen (vgl. Böllinger, 2002, S. 451 ff.). Nach § 1 Abs. 1 des BtMG gelten alle Stoffe und Zubereitungen als Betäubungsmittel, welche in den Anlagen I-III aufgeführt sind. Nach § 29 Abs. 1 Nr. 3 ist bereits der Besitz dieser („ohne zugleich im Besitz einer schriftlichen Erlaubnis für den Erwerb zu sein“) strafbar. Alle Straftaten nach § 29 Abs. 1 BtMG werden mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren oder mit einer Geldstrafe bestraft. Hierunter fällt neben dem Besitz u.a. der Erwerb von Betäubungsmitteln. Parallel dazu gelten nach dem diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM 5, 2013, S. 481 ff. & S. 541) sowie der internationalen Klassifikation der Krankheiten (und verwandter Gesundheitsprobleme) (ICD-10, F.10 - F.19) sowohl der Erwerb als auch der Konsum und damit eingeschlossen ebenfalls der Besitz zu den Bestandteilen einer substanzbezogenen Konsumstörung. Dementsprechend werden in Deutschland zunächst Symptome einer anerkannten Krankheit und damit eingeschlossen die Betroffenen kriminalisiert. Zwar ist der Konsum aufgrund der Straflosigkeit selbstschädigenden Verhaltens erlaubt, die damit zwangsweise verbundenen Aspekte des Erwerbs und Besitzes wie oben erläutert jedoch nicht (vgl. Bernard, 2013, S. 63). Nach § 29 Abs. 5 und § 31a hält das Gesetz zwar eine Möglichkeit zur Strafabsehung bzw. zur Absehung der Verfolgung bereit; hierbei handelt es sich jedoch, wie benannt, um eine Möglichkeit und nicht um einen geltenden Anspruch. Die damit verbundenen geringen Mengen zum Eigengebrauch sind zudem nicht genau definiert, wodurch sich eine Rechtsunsicherheit sowie unterschiedliche Handhabungen innerhalb der Bundesländer ergeben (vgl. Bernard, 2013, S. 63 f.). Der siebte Abschnitt des BtMG wendet sich gezielt den betäubungsmittelabhängigen Straftäter:innen zu. Der § 35 ff. BtMG hält hierbei eine weitere Möglichkeit bereit, um die Vollstreckung einer Haftstrafe zurückzustellen, jedoch nur dann, wenn diese die Grenze von zwei Jahren nicht überschreitet. Von der Vollstreckung kann abgesehen werden, wenn sich der/ die Betroffene stattdessen in einer „Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen“. Der ebenfalls als „Therapie statt Strafe“ bekannte Paragraf, bildet also vielmehr die Möglichkeit einer „Therapie statt Strafvollzug“ (Dünkel 1982 zitiert nach Bernard, 2013, S. 64), da der Zwang zu einer meist abstinenzorientierten Rehabilitationsbehandlung eher weniger als Straffreiheit definiert werden kann (vgl. Bernard, 2013, S. 63 ff.). Zwischen dem Gesetz und dem Arbeitsfeld der (niedrigschwelligen) Drogenhilfe bestehen zwei Verbindungen. Auf der einen Seite regelt das BtMG die Grenzen der Arbeitsmöglichkeiten. Nach § 10a wird demnach die Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen festgehalten sowie die Vergabe von sterilen Konsumutensilien nach § 29 Abs.1 S. 2 BtMG geregelt. Auf der anderen Seite hat das Gesetz einen massiven Einfluss auf die Klient:innen

als Drogen gebrauchende Menschen und dominiert auch in dieser Hinsicht die Auswirkung auf das Arbeitsfeld. Der Alternative Drogen- und Suchtbericht betont in dem Zusammenhang, dass noch nie so viele Rauschgiftdelikte registriert worden sind wie im Jahr 2020. Ausgehend vom Jahr 2012 ist dies ein Anstieg von rund 66 % (vgl. Wimber, 2021, S. 13). Aufgrund des geltenden Legalitätsprinzips ist die Polizei dazu verpflichtet Strafanzeige bei dem Verdacht einer vorliegenden Straftat zu stellen, anstatt auf diese aus Opportunitätsgründen zu verzichten (vgl. Bernard, 2013, S. 63). Der kontinuierliche Anstieg der Ermittlungsverfahren, insbesondere in Bezug auf konsumnahe Delikte, ist auf den erhöhten Personal- und Ressourceneinsatz zurückzuführen, welcher den Kontrolldruck auf die Drogenszene erhöhen soll (vgl. Wimber, 2021, S. 15 f.). „[Die] postulierten Gefahren für die innere Sicherheit und das Sicherheitsgefühl der Bevölkerung können und wollen sich die Strafverfolgungsbehörden nicht entziehen“, wodurch „häufig polizeilich definierte Kriminalitätsschwerpunkte [entstehen], ohne dass die tatsächlich registrierten Delikte dies rechtfertigen“ (Wimber, 2021, S. 16). Die erreichten Erfolge durch Harm Reduction Maßnahmen leiden zudem unter den Schäden, welche durch die Strafverfolgung stetig für die Klient:innen entstehen. Während auf der einen Seite, vor allem hinsichtlich des Erwerbs und Besitzes geringer Mengen polizeiliche Ressourcen verschwendet werden, steht die Strafverfolgung außerdem der kontrollierten Abgabe von Substanzen sowie der damit einhergehenden Qualitätskontrolle als einer der bestmöglichen Chancen zur Schadensminimierung entgegen (vgl. Wimber, 2021, S. 13 ff.; Stöver, 2011, S. 17 ff.). Die abhängigkeiterkrankten Menschen bleiben dementsprechend auf den Schwarzmarkt verwiesen. Ein Zugang zu reinen und somit schadensminimierenden Substanzen bleibt verwehrt. Hinsichtlich der Entkriminalisierung setzen die aktuellen Leitlinien akzeptierender Drogenarbeit in dem Bereich den Standpunkt eines politischen Mandats, welches sich „gegen jede Form der Ausgrenzung, Stigmatisierung und Kriminalisierung ein[setzt] und [...] die Entwicklung hin zu einem evidenzbasierten und human ausgerichteten Präventions- und Unterstützungssystem [fordert]“ (akzept e.V., DAH, 2021, S. 13).

6. Aktueller Stand des Arbeitsfeldes

Durch die Betrachtung der Drogen- und Suchtberichte konnte die aktuelle Lage des niedrigschwelligen Drogenhilfesystems bereits in unterschiedlichen Bereichen dargestellt werden. In Bezug auf den Bedarf war der Anstieg der drogenbedingten Todesfälle in der Bundesrepublik eine stetige Indikation in der geschichtlichen Betrachtung (vgl. Schmidt-Semisch, 2020, S. 28 ff.). Der derzeitige Anstieg wurde bereits innerhalb der beiden Berichte thematisiert. Die jeweilige Anzahl der letzten 20 Jahre können der folgenden Grafik entnommen werden.

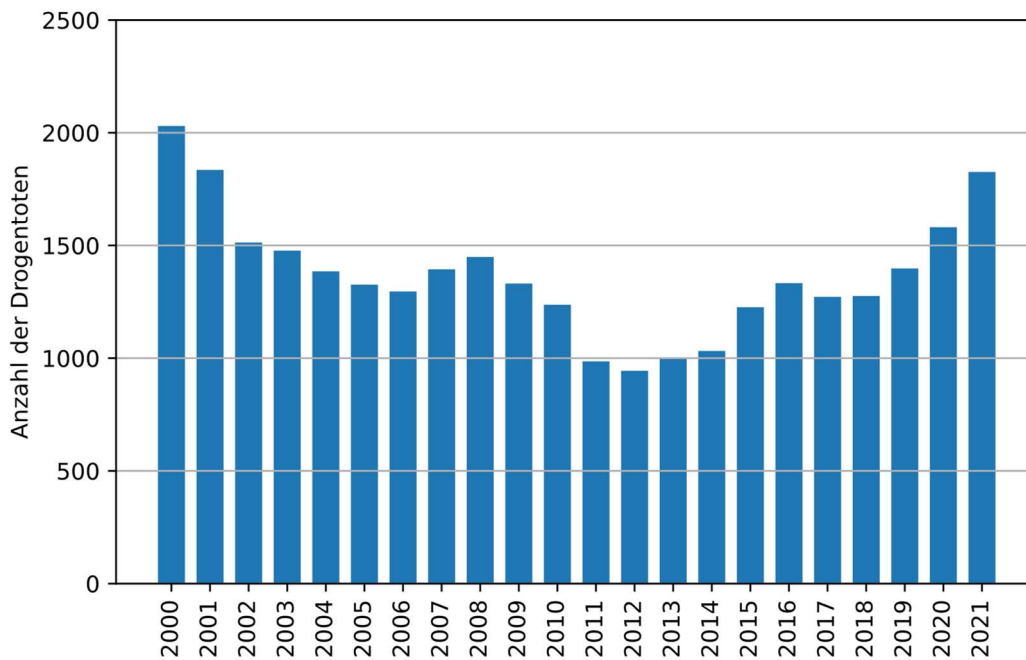


Abbildung 1: Anzahl der Drogentoten in Deutschland in den Jahren 2000-2021, Die Werte sind Tabelle 5 im Anhang zu entnehmen, Quelle: Statista 2022.

Als letztes Jahr der Erhebung bildet 2021 hierbei einen der Höhepunkte der vergangenen Jahre. Ein Anstieg, welcher zwar durch die pandemische Lage sowie die dazugehörige eingeschränkte Angebotsstruktur beeinflusst, jedoch nicht allein erklärt werden kann. Seit 2017 ist ein stetiger Anstieg der Zahlen zu erkennen. Dies kann als direkter Indikator für den Bereich der Harm Reduction angesehen werden, da die Reduzierung der Mortalität eines der Hauptziele des Bereichs darstellt (vgl. Stöver, 2002, S. 174 ff.). Indirekt können die Zahlen allerdings ebenfalls als Bedarfsindikation sowie Appell an das gesamte Drogenhilfesystem interpretiert werden, welches den Umgang mit der Krankheit grundlegend gestaltet. In Bezug auf die Angebotsstruktur definiert die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2019) niedrigschwellige Hilfen als „Sofort- und Überlebenshilfen“ (S.9), welche suchtbegleitend auszugestalten sind und ohne Voraussetzungen in Anspruch genommen werden können. Die verfügbaren Zahlen von 300 Angeboten in dem Bereich beziehen sich laut DHS vermutlich auf die szenenahen Hilfsformen, wie etwa Drogenkonsumräume und Kontaktläden, Wärmestuben und Kleiderkammern sowie den Bereich des Streetwork. Weitergehende Maßnahmen, etwa im Bereich der tagesstrukturierenden Maßnahmen werden innerhalb der Zahlen voraussichtlich nicht berücksichtigt (vgl. DHS, 2019, S. 9 f.). Die undifferenzierte Herkunft der Daten stellt die Betrachtung der Angebotsstruktur vor die Problematik, dass keine Aussage darüber getroffen werden kann, wie die unterschiedlichen Bereiche jeweils ausgestaltet sind. Zudem inkludieren sie Hilfsangebote, welche sich zumindest nicht ausschließlich zu den niedrigschwelligen Suchthilfeangeboten zählen lassen. Folgend sollen die einzelnen Bereiche des Arbeitsfeldes sowie in

dem Bezug das Verhältnis zwischen Bedarf und Angebotsstruktur weitergehend untersucht werden.

6.1. Substitution und Suchtmittelvergaben

Die prekäre Versorgungssituation im Bereich der Substitutionsbehandlung wurde bereits ausreichend dargestellt. Eine weiterführende Betrachtung der Angebotsstruktur lässt jedoch die Frage zu, ob die (entstehenden) Versorgungslücken durch die nachrückenden Mediziner:innen geschlossen werden können. In einem Interview mit der damaligen Drogenbeauftragten und dem Präsidenten der Bundesärztekammer werden hierbei unterschiedliche Problemstrukturen deutlich. Zum einen wird von einer guten Nachfrage in Bezug auf die Kurse zum Erwerb der suchtmmedizinischen Zusatzweiterbildung in vielen Landesärztekammern gesprochen, was zunächst eine positive Entwicklung vermuten lässt. Jedoch stellt die Weiterbildung keine Garantie für die praktische Ausübung suchtmmedizinischer Tätigkeiten dar. Nur ein geringer Anteil fokussiert sich tatsächlich auf die Versorgung opiatabhängiger Patient:innen. Zudem finden die Weiterbildungen meist erst im Verlauf des Berufslebens statt, wodurch studierte Mediziner:innen voraussichtlich nicht direkt in den Fachbereich einsteigen werden. Die ehemalige Drogenbeauftragte spricht in dem Zusammenhang von dem Wunsch, das Thema bereits während des Studiums besser einzubinden (vgl. Bühring, 2021, S. 1213 ff.). Eine Onlineumfrage in Kooperation mit der Bundesvertretung der Medizinstudierenden e.V., dargestellt im Jahresbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2021) liefert folgendes Ergebnis:

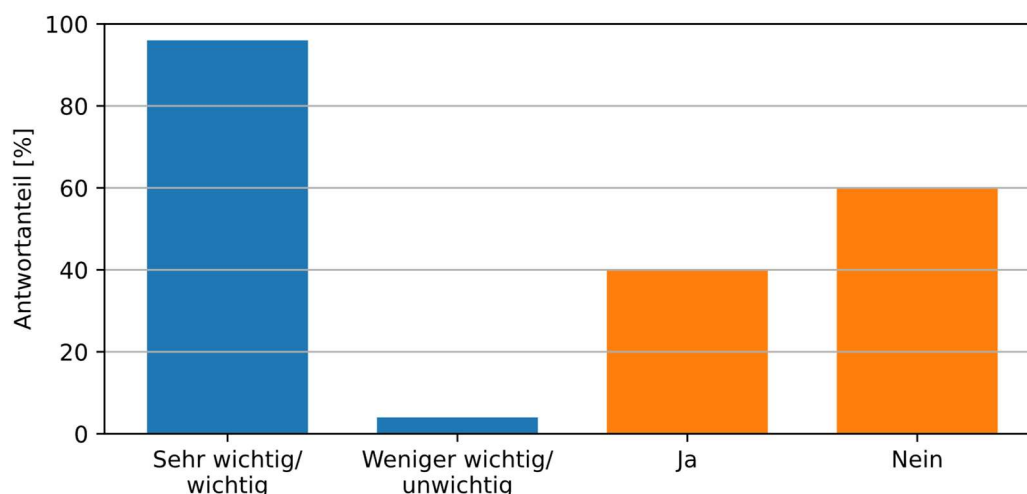


Abbildung 2: Webumfrage unter Medizinstudierenden, Quelle: DdB, 2021, S. 46.

Frage 1: Für wie wichtig halten Sie das Thema Suchterkrankungen im Medizinstudium?
(Blau: X1=96 %, X2=4 %)

Frage 2: Sind Sie in Ihrer Ausbildung mit konkreten klinischen Behandlungssituationen der Suchtmmedizin vertraut gemacht worden? (Orange: X3=40 %, X4=60 %)

Auch wenn die Relevanz des Themas aktuell bereits sehr hoch eingeschätzt wird, sind weniger als die Hälfte (40 %) der befragten Student:innen in Kontakt mit konkreten klinischen Behandlungssituationen der Suchtmedizin gekommen. Ein Verhältnis, welches struktureller Veränderungen im Bildungsweg bedarf. Zusätzlich wird die schwierige Kompatibilität zwischen dem Praxisalltag und der Substitutionsbehandlung innerhalb des Interviews thematisiert. Ludwig geht in dem Bereich von einer individuell erreichten Einbindung durch die jeweiligen Mediziner:innen in ihrem Praxisalltag aus, sofern diese die Dankbarkeit der Patient:innen feststellen (vgl. Bühring, 2021, S. 1214 ff.). Jedoch sollte die künftige Behandlung eines Krankheitsbildes weder auf der individuellen Dankbarkeit der Betroffenen beruhen, noch durch die zuständigen Versorger:innen individuell gelöst werden. Stattdessen benötigt es auch an dieser Stelle struktureller Veränderungen. Innerhalb des alternativen Drogen- und Suchtberichts zeigt sich eine Option in der Substitutionsbehandlung außerhalb klassischer Arztpraxen. In diesen Modellen können Ärzte/Ärztinnen durch Mitarbeiter:innen der niedrigschwelligen Drogenhilfe unterstützt werden und somit weitestgehend von der Dokumentation entbunden, die Vergabe in alternativen Räumlichkeiten durchführen (vgl. Schäffer, Köther, 2021, S. 90). Einen zusätzlichen Bereich bildet zudem die Diamorphin gestützte Behandlung, welche im Jahr 2009 gesetzlich zugelassen wurde. Das vorhergegangene Modellprojekt zeigte neben der psychosozialen sowie gesundheitlichen Stabilisierung der Betroffenen weitere Vorteile im Vergleich zur herkömmlichen Substitutionsbehandlung (vgl. Schmidt-Semisch, 2021, S. 26 f.). Aktuell existieren laut der Arbeitsgemeinschaft (AG) Diamorphin 14 Anlaufstellen, welche diese Art der Behandlung anbieten. Die Standpunkte verteilen sich hierbei über sieben Bundesländer, sechs Standpunkte befinden sich innerhalb NRW. Demnach wird in lediglich ca. der Hälfte aller Bundesländer eine solche Behandlung angeboten. Hinzu kommt, dass in den Bundesländern, in welchen diese angeboten wird, sich (abgesehen von NRW) ein bis max. zwei Standpunkte befinden. Ein flächendeckendes Versorgungssystem über die Bundesrepublik kann somit nicht erreicht werden (vgl. AG Diamorphin, 2022). Stand 2020 erhielt nur rund 1 % der Substitutionspatient:innen eine Behandlung mit Diamorphin. Trotz des Starts des Modellprojekts im Jahr 2002, der Zulassung vor über 10 Jahren sowie den ersten Vorläufern einer solchen Behandlung vor knapp 100 Jahren konnte sich bis jetzt noch keine ausreichende Angebotsstruktur etablieren (vgl. Schmidt-Semisch, 2021, S. 26 f.). Den meisten Klient:innen bleibt der Zugang dementsprechend verwehrt.

6.2. Drogenkonsumräume und Harm Reduction

Harm Reduction als Bereich der Schadensminimierung soll wie bereits benannt vorrangig irreversible Schäden, wie bspw. die Infektion mit über das Blut übertragbare Virusinfektionen sowie Todesfälle durch Überdosierungen vermeiden (vgl. IHRA, 2010; Stöver, 2009, S. 38 f.). Zur Angebotsstruktur gehören demnach vor allem Drogenkonsumräume, in denen der Konsum mitgebrachter Substanzen unter hygienischen und sicheren Bedingungen stattfinden kann. Vor Ort kann das Personal direkte Hilfestellung bei akuten medizinischen Problemlagen leisten und weitere Interventionen einleiten (vgl. Stöver, 2002, S. 174 ff.). Zu dem Bereich der Harm Reduction zählen zusätzliche Angebote wie Kontaktläden oder Notschlafstellen. Sie alle sind szenenahe Hilfsangebote, welche die Grundbedürfnisse der Betroffenen decken sollen (vgl. Stöver, 2009, S. 39). Notschlafstellen bieten in erster Linie Übernachtungsmöglichkeiten für obdachlose Menschen. Hierbei wird in der Regel nicht nach einer bestehenden Suchterkrankung unterschieden, dennoch bilden die beiden Problemlagen eine hohe Schnittmenge. Mehr als jeder zweite Obdachlose weist demnach eine Suchterkrankung auf (vgl. Landesstelle Sucht NRW, 2019b, S. 8). Der Bedarf an Angeboten für obdachlose Menschen wird deutlich, wenn man die steigenden Zahlen der letzten Jahre betrachtet. Auch wenn die Wohnungslosigkeit anerkannter Geflüchteter deutlich gesunken ist, zeigt sich in den Jahren 2018 - 2020 eine steigende Tendenz von 8 % bzgl. der Jahresgesamtzahl wohnungsloser Menschen im Wohnungssektor (Alle Betroffenen exklusive Geflüchteter). Die Zahlen basieren hierbei auf einer Schätzung der BAG Wohnungslosenhilfe (vgl. BAG W e.V., 2021, S. 1 ff.). Hinsichtlich der Angebotsstruktur existieren neben den städtischen Notunterkünften relativ flächendeckend Angebote für volljährige wohnungslose Menschen in Übernachtungsstellen (vgl. Martinez, 2021, S. 38 f.).

Der Bedarf an Drogenkonsumräumen wiederum lässt sich wie bereits dargestellt aus der steigenden Anzahl drogenbedingter Todesfälle ableiten. Die Angebotsstruktur in dem Bereich besteht laut der Deutschen Aidshilfe (DAH) aus 29 bestehenden Anlaufstellen in der Bundesrepublik. Diese verteilen sich über 17 Städte in 8 Bundesländern. Hieraus ergibt sich erneut eine Versorgungsstruktur, in der die Hälfte der Bundesländer keine entsprechenden Angebote vorweisen können. Die meisten Drogenkonsumräume (10) befinden sich in NRW. Allerdings bildet auch diese Anzahl in dem Bundesland, bestehend aus 272 Städten, keine flächendeckende Versorgung (vgl. DAH, 2022). Aufgrund dessen tragen diese lediglich einen geringen Teil zur Versorgung mit Harm Reduction Materialien bei. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Verfügung von Spritzenautomaten. Stand 2018 existieren hiervon 101 innerhalb NRW. Sie stellen eine gute Ergänzung des

Versorgungssysteme dar, können jedoch die Angebote in Drogenkonsumräumen oder anderen Anlaufstellen nicht ersetzen. In den meisten Teilen NRW bilden sie allerdings die einzige niedrigschwellige Versorgung mit Harm Reduction Materialien. Rund 62 % der Betreiber:innen geben hierbei an, dass in den Städten bzw. Kommunen abgesehen von den bestehenden Automaten keine Versorgung mit sterilen Konsummaterialien rund um die Uhr besteht (vgl. Deimel et al., 2018, S. 22 ff.). Eine Bilanz, welche hinsichtlich der Entwicklung der Infektionskrankheiten von Drogen injizierenden Personen problematisch ist. Bezüglich HIV steigen die jährlich gemeldeten Neuinfektionen erneut an und in Bezug auf HCV bildet der intravenöse Drogenkonsum den wahrscheinlichsten Übertragungsweg (vgl. Dichtl et al., 2021, S. 129). Die Versorgung mit Harm Reduction Materialien sollte demnach jederzeit ermöglicht sein, was zurzeit allerdings nicht einmal in NRW, einem im Vergleich gut aufgestellten Bundesland, umsetzbar ist.

6.3. Tagesstrukturierende-/ Wohnangebote

Neben den nahezu klassischen Bereichen der niedrigschwelligen Angebotsstruktur, lässt sich die akzeptierende sowie suchtbegleitende Arbeitsweise auch in weiterführende tagesstrukturierende- sowie Wohnangebote integrieren. Die damit angesprochenen Angebote des ambulant betreuten Wohnens, der besonderen Wohnformen (ehemalig stationäre Angebote) sowie der tagesstrukturierenden Maßnahmen und Übergangseinrichtungen fallen laut DHS unter den Aspekt der Eingliederungshilfen. Die Eingliederung bezieht sich in dem Fall auf Menschen mit seelischer Behinderung, zu welcher ebenfalls die chronische Abhängigkeitserkrankung zählt. Ziel ist es hierbei die Selbstwirksamkeit der Betroffenen sowie die gleichberechtigte Teilhabe in der Gesellschaft zu fördern (vgl. DHS, 2019, S. 24). Der Bereich der ambulanten Betreuung umfasst hierbei verschiedene Angebote im eigenen oder bereitgestellten Wohnraum sowie in Einzel- oder Gruppenangeboten. Zur Verfügung stehen rund 500 Angebote (Stand 2019) und Einrichtungen innerhalb Deutschlands. Differenziert in die unterschiedlichen Arbeitsweisen wird durch die Erhebung der DHS hierbei nicht, sodass das Verhältnis akzeptanzorientierter Angebote anhand der Daten nicht festzustellen ist. Unter den Herausforderungen der Eingliederungshilfen wird lediglich von einem wechselnden Hilfebedarf in Abhängigkeit zu den abstinenten sowie nicht abstinenten Phasen aufmerksam gemacht, welcher u.a. im Bereich des betreuten Wohnens flexible Zeitkontingente fordert. Auf Klient:innen, welche aufgrund ihrer chronischen Abhängigkeitserkrankung eine Abstinenz grundlegend nicht (mehr) erreichen können oder wollen, wird hierbei nicht eingegangen, obwohl auch diese einen Teil des niedrigschwelligen

Systems bilden sowie in den Eingliederungsbereich chronisch abhängiger Menschen fallen (vgl. DHS, 2019, S. 24 ff.; Stöver, 2009, S. 38).

Durch eine Änderung im Jahr 2020 werden die Kosten der Unterkunft sowie die weitergehenden Fachleistungen ehemalig stationärer Einrichtungen getrennt, welche nun unter dem Begriff „Einrichtungen der besonderen Wohnform“ zu fassen sind. In Bezug auf die Angebotsstruktur ergeben sich 260 stationäre Einrichtungen (Stand 2019) innerhalb derer Menschen mit Suchtproblematik betreut werden. Im Vergleich zu dem Bereich des ambulant betreuten Wohnens existieren demnach rund halb so wenig Angebote. Eine Differenzierung in suchtbegleitende und abstinenzorientierte Arbeitsweisen der Einrichtungen wird erneut nicht vorgenommen (vgl. DHS, 2019, S. 25 f.). Das Projekt LÜSA des VFWD e.V. bildet mit der Anmeldung des Landesmodellprojekts im Jahr 1996 eines der ersten niedrighschwellig stationären Angebote in NRW, welches sich auf die Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter drogenabhängiger Menschen spezialisiert (Dias de Oliveira, 2007, S. 5). Auf kommunaler Ebene soll das Angebot an entsprechender Stelle weitergehend betrachtet werden. Im Bereich der tagesstrukturierenden Maßnahmen, welche losgelöst von stationären Einrichtungen existieren, ergibt sich laut DHS keine flächendeckende Versorgungsstruktur innerhalb der Bundesrepublik (vgl. DHS, 2019, S. 25 f.). Unter den Punkt der Eingliederungshilfe fallen laut DHS zusätzlich noch sog. Übergangseinrichtungen, welche die Funktion einer stationären Krisenintervention aufweisen und auf weiterführende Hilfen vorbereiten sollen. Zumindest zu Beginn könnte hierbei von einer akzeptanzorientierten Arbeitsweise ausgegangen werden, welche jedoch die Ausbildung der Abstinenz vorsieht. Ziel dieser Einrichtungen ist es, diese zu stabilisieren sowie die Motivation zu Veränderungen auszubilden. Zusätzlich sind die Hilfen der Krisenintervention erst nach abgeschlossener Entgiftungsbehandlung zugänglich, wodurch sie relativ hohe Schwellen aufweisen. In Bezug auf die Angebotsstruktur existieren nach Schätzungen der DHS gerade einmal 12 Einrichtungen dieser Art (vgl. DHS, 2019, S. 26 f.). Obwohl unter dem Aspekt der Eingliederungshilfe die chronische Abhängigkeitserkrankung berücksichtigt werden soll, findet sich in den Zahlen der DHS keine eindeutige Auskunft über die Angebotsstruktur der Einrichtungen, welche Klient:innen miteinschließen, die aufgrund ihrer Erkrankung keine gänzliche Abstinenz erreichen. Zudem sind gerade im Bereich der Übergangseinrichtungen hohe Herausforderungen an die Hilfen gebunden, welche unter Umständen nicht für jeden chronisch abhängigen Menschen zu erreichen sind (vgl. DHS, 2019, S. 24 ff.).

6.4. Versorgung alternder drogenabhängiger Menschen

Einen fachlich spezifischeren Bereich bildet die Versorgung alternder drogenabhängiger Menschen. Das Thema Sucht im Alter ist wissenschaftlich ein eher wenig erforschter Bereich. Der Forschungsstand belegt jedoch, dass die gesundheitlichen Risiken, welche mit dem zum Teil fortwährenden Gebrauch legaler sowie vor allem illegaler Drogen verbunden sind, im Alter zunehmen. Zusätzlich geht damit ein fortgeschrittener Alterungsprozess sowie das frühere Eintreten von altersbedingten Krankheiten im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt einher. Negativ bedingt werden die Prozesse zusätzlich durch die Infektionskrankheiten HIV und HCV. Aufgrund dieser Faktoren werden altersbedingte Krankheiten bei Menschen, welche eine Abhängigkeitserkrankung bzgl. illegaler Drogen besitzen, bereits ab einem Alter von ca. 40 Jahren erwartet. Zusätzlich ist anzunehmen, dass die Krankheitsprozesse innerhalb kurzer Zeit zu mittleren bis schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen (vgl. Vogt, 2009, S. 29 f.). In Bezug auf den Anteil von Personen mit problematischem Drogenkonsum illegaler Substanzen ab 40 Jahren geht eine Schätzung aus dem Jahr 2009 von einer Anzahl von 7.000-10.000 Personen, orientiert an den offiziellen Angaben von Klient:innen in ambulanten sowie stationären Einrichtungen innerhalb Deutschlands, aus. Hingewiesen wird zusätzlich darauf, dass die tatsächliche Größe dieser Gruppe auch deutlich höher, etwa bei 40.000 - 50.000 Personen liegen könnte (vgl. Vogt, 2009, S. 29 f.). Im Allgemeinen ist davon auszugehen, dass die Größe aufgrund des allgemein demographischen Wandels der Gesellschaft sowie dem verbesserten Suchthilfenetzwerk im Vergleich zum damals einseitig orientierten Abstinenzparadigma weiter ansteigen wird (vgl. Aistleitern, 2016, S. 105). Aktuelle Zahlen lassen sich aus dem europäischen Drogen- und Suchtbericht (2021) entnehmen. Das Durchschnittsalter bei erstmaliger Behandlungsaufnahme bezüglich Heroin konsumierenden Personen liegt innerhalb Europas bei 36 Jahren (vgl. EBDD, 2021, S. 31). Gerade einmal 4 Jahre unter dem Einstiegsalter (40), ab dem innerhalb der meisten Literaturen von der Population alternder drogenabhängiger Menschen gesprochen wird. In Bezug auf die Altersverteilung drogenbedingter Todesfälle in Europa macht zudem die Altersgruppe von 40-64 Jahren mit 46 % den höchsten Anteil aus (vgl. EBDD, 2021, S. 41). Zahlen, welche sich innerhalb der veröffentlichten Informationsmaterialien der DHS nicht widerspiegeln. Hier wird hingegen davon ausgegangen, dass der Konsum illegaler Drogen lediglich ein Randphänomen bei alternden Menschen darstellt (vgl. DHS, 2020, S. 6). Die Auseinandersetzungen mit dem Thema Sucht im Alter beziehen sich auch innerhalb der veröffentlichten Reihe „Unabhängig im Alter – Suchtprobleme sind lösbar“ lediglich auf den missbräuchlichen Umgang mit Tabak, Alkohol und Medikamenten (vgl. DHS, Barmer,

2021a-d). Dennoch bleibt die Frage, wie mit der steigenden Gruppe an alternden drogenabhängigen Menschen, vorrangig im Bereich der illegalen Substanzen bedarfsorientiert umgegangen werden kann. Komplementäre Ansätze in diesem Bereich beziehen sich zum einen auf das Einstreuen problematischer Drogenkonsument:innen in normalen Einrichtungen der Altenpflege sowie der Vernetzung und Entwicklung eigener Angebotsstrukturen für die Betroffenen. Ein Vergleich zwischen den Zielgruppen pflegespezifischer Einrichtungen zeigt, dass jene Personen mit und ohne illegalen Substanzkonsum aufgrund ihres meist recht hohen Altersunterschiedes sowie unterschiedlichen Sozialisationsprozessen hohe Diskrepanzen zueinander aufweisen (vgl. Vogt, 2009, S. 29 f.). Eine Auseinandersetzung zu diesem Thema aus Österreich geht daher davon aus, dass aufgrund der besonderen Lebensweise die Unterbringung in vorhandenen Pflegeeinrichtungen als wenig sinnvoll erscheint und hinsichtlich der Versorgung die institutionelle Vernetzung zwischen Suchthilfe und Altenhilfe einen wichtigen Punkt bildet, was u.a. auf das Angebotsdefizit spezialisierter Einrichtungen zurückzuführen ist (vgl. Aistleitner, 2016, S. 111 f.).

7. Erhebung im Kreis Unna

Die Angebotsstruktur auf Nationalebene sowie die sich daraus ergebende defizitäre Versorgung in verschiedenen Bereichen des niedrigschwelligen Drogenhilfesystems konnte aufgrund der Daten dargestellt werden. Folgend soll diese Betrachtung sowie weiterführend sowohl das Verhältnis zwischen Bedarf und Angebot als auch dessen Auswirkung auf den Zugang für die Klient:innen auf kommunaler Ebene innerhalb des Kreises Unna fortgesetzt werden. Grundlage bildet hierbei die durchgeführte empirisch quantitative Befragung innerhalb der niedrigschwelligen Einrichtungen und Angebote des Kreises. Geographisch grenzt dieser an die Stadt Dortmund und liegt somit innerhalb des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen. Ein erhöhtes Forschungsinteresse besteht für den Kreis Unna aufgrund seiner Angebotsstruktur, welche seltene Angebote, wie die Diamorphinambulanz Dortmund/Unna sowie niedrigschwellige Einrichtungen der besonderen Wohnform u.a. für alternde drogenabhängige Klient:innen inkludiert. Folgend soll zunächst die niedrigschwellige Angebotsstruktur des Kreises dargestellt sowie die teilnehmenden Einrichtungen kategorisiert werden. Die Kategorisierung dient hierbei in erster Linie der Vergleichbarkeit zwischen den konzeptionell unterschiedlich ausgerichteten Angeboten, wobei die Gruppierung in der Auswertung der Daten aufgegriffen wird.

7.1. Angebotsstruktur Kreis Unna

Aufgrund der gesamtheitlichen Betrachtung des Arbeitsfeldes sollen folgend alle Angebote und Einrichtungen der niedrighschwelligen Angebotsstruktur, unabhängig ihrer Beteiligung an der Forschung, dargestellt werden. Innerhalb des Kreises wird die Bearbeitung suchtspezifischer Anliegen in die Zuständigkeit für legale sowie illegale Suchtmittel unterteilt. Die Beratung im Bereich der illegalen Suchtmittel übernimmt laut dem Kreis Unna ausschließlich die Gemeinnützige Gesellschaft für Suchthilfe im Kreis Unna mbH (Suchthilfe Unna) (vgl. Kreis Unna, 2022). Eine weitere Orientierung für die Hilfen bildet der „Beratungsführer Suchthilfe im Kreis Unna“, in welchem allerdings nur ein Teil der bestehenden niedrighschwelligen Angebote aufgeführt ist (vgl. Regionalteams der Suchthilfe Im Kreis Unna, 2018, S. 11 ff.).

7.1.1. Fachbereich: Beratung

In den Bereich der Beratung fallen vorrangig die Drogenberatungsstellen (DROBS) der Suchthilfe Unna mit ihren Standpunkten in Unna, Lünen und Schwerte. Aufgeteilt sind die einzelnen Beratungsstellen erneut in die Differenzierung zwischen illegalem sowie legalem Substanzkonsum. An der Forschung teilgenommen haben ausschließlich die Mitarbeiter:innen, welche auf die Beratung illegalen Substanzkonsums spezialisiert sind. Die Befragung der Klient:innen ist innerhalb des Bereichs nicht erfolgt, da die Einbindung in der übrigen Angebotsstruktur ggf. zu einer Doppelerhebung geführt hätte. Das Angebot der Drogenberatungsstellen richtet sich an drogenkonsumierende Menschen, welche aufgrund des Konsums Probleme unterschiedlicher Art besitzen und Beratung in Anspruch nehmen möchten. Freiwilligkeit, Akzeptanz und Vertrauen definieren hierbei stetig das Leitbild der Arbeit (vgl. Suchthilfe im Kreis Unna mbH, 2022a). Ebenfalls zu dem Träger der Suchthilfe Unna zählt der Kontaktladen, welcher aufgrund seiner Aufgabenbereiche jedoch einer anderen Gruppe innerhalb der Forschung zuzuordnen ist.

Die Aidshilfe Unna bildet eine weitere Anlaufstelle. Im Vordergrund stehen hierbei die Beratung und Begleitung in Bezug auf die Diagnose einer HIV-Infektion. Ein spezifisches Angebot für drogenkonsumierende Menschen bildet die offene niedrighschwellige Beratung, welche zweimal monatlich innerhalb des benannten Kontaktladens der Suchthilfe stattfindet. Zusätzlich besteht ein Beratungsangebot für inhaftierte Personen des Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg sowie der Justizvollzugsanstalt Schwerte im Kreis Unna, welches eine persönliche Beratung vor Ort in den Haftanstalten miteinschließt. In dem Justizvollzugskrankenhaus Fröndenberg wird zudem zweimal monatlich eine Gruppensitzung für HIV-positive Menschen angeboten. Neben den Beratungs- und Betreuungsangeboten verfügt die

Aidshilfe zudem über ein anonymes Testangebot innerhalb der Geschäftsstelle und ist zusätzlich für das Bestehen von drei Automaten für Harm Reduction Materialien in Unna-Königsborn, Bergkamen und Fröndenberg zuständig (vgl. Aidshilfe im Kreis Unna e.V., 2022 a-c). Im Rahmen der Forschung haben erneut ausschließlich die Mitarbeiter:innen der Aidshilfe Unna teilgenommen.

7.1.2. Fachbereich: Anlaufstellen/ Suchtmittelvergaben

Zu den zentralen Anlaufstellen für drogengebrauchende Menschen zählt u.a. der bereits angesprochene Kontaktladen der Suchthilfe Unna. Durch ihn sollen niedrigschwellige und akzeptierende Angebote vorrangig für intravenös konsumierende Menschen bereitgestellt werden. Die Arbeit steht unter dem Aspekt elementare (Über-) Lebenshilfen anzubieten, bei denen weder Abstinenz noch die Änderung des eigenen Lebensstils vorausgesetzt werden. Neben der Beratung und Begleitung, welche einen Teilbereich des Angebots darstellen, kommen weitere tagesstrukturierende Maßnahmen sowie Aspekte der Grundversorgung u.a. im Bereich der Harm Reduction hinzu (vgl. Suchthilfe im Kreis Unna mbH, 2022b). Ein weiteres Angebot bildet die Tagesstätte der Caritas, welche vordergründig für Menschen ausgerichtet ist, die von Wohnungslosigkeit bedroht sind. Die Tagesstätte kann ebenfalls als Anlaufstelle für abhängigkeiterkrankte Menschen genutzt werden, ohne dass eine Obdachlosigkeit vorliegt. Die Hilfsangebote erstrecken sich auch in dem Bereich von der hygienischen Grundversorgung hin zu tagesstrukturierenden Maßnahmen und Gruppenangeboten (vgl. Caritasverband für den Kreis Unna e.V., 2022). Innerhalb der Forschung haben sowohl Klient:innen als auch Mitarbeiter:innen beider Einrichtungen teilgenommen. Zusätzlich zu erwähnen ist an dieser Stelle die Notschlafstelle der Caritas, welche Übernachtungsmöglichkeiten für Männer bereithält (vgl. Caritasverband für den Kreis Unna e.V., 2022b) sowie die Notunterkunft des Frauenforums im Kreis Unna e.V., welche nicht durch die Forschung abgedeckt werden. Ein weiteres Angebot der Gruppe bildet allerdings die Diamorphinambulanz Dortmund/ Unna (DDU) mit ihrem Standpunkt in Holzwickede, Nähe des Dortmunder Flughafens. Zum Ende des Jahres 2020 wurde die Behandlung in der Ambulanz freigegeben. Seitdem bildet diese mit 250 Plätzen die bislang größte Diamorphinambulanz Deutschlands. Neben der diamorphingestützten Behandlung ist ebenfalls die klassische Substitutionsbehandlung sowie auf Wunsch eine hausärztliche, internistische und neurologisch-/psychiatrische Mitbehandlung in dem Standpunkt möglich. Die medizinischen Angebote werden durch den Betreuungsbereich im Obergeschoss erweitert, welcher eine tagesstrukturierende Möglichkeit zwischen den Vergabezeiten bildet. Im Erdgeschoss soll zudem bald der Anbieter des Betreuten Wohnens „Stoffwechsel“

seine Dienste für suchtkranke Menschen bereitstellen (vgl. Medikus, 2022a-b). Teilgenommen an der Forschung haben sowohl Klient:innen als auch Mitarbeiter:innen der DDU. Weitere Anlaufstellen für die Substitutionsbehandlung, welche vorrangig einen medizinischen Bezug aufweisen und nicht durch tagesstrukturierende Angebote ergänzt werden, wurden innerhalb der Erhebung nicht erfasst. Alle Teilnahmen innerhalb des vorgestellten Fachbereichs werden in der Auswertung in der Gruppe der ambulanten Angebote berücksichtigt.

7.1.3. Fachbereich: Ambulant Betreutes Wohnen

Im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens (ABW) bieten zurzeit bereits verschiedene Träger ihre Dienste im Kreis Unna an. Hierzu zählt die Diakonie mit ihrem Angebot für langjährig suchtmittelabhängige Menschen. Der Aufgabenbereich richtet sich vorrangig auf die Unterstützung der selbständigen Lebensführung. Auch die Förderung einer abstinenter Lebensweise wird angeboten, sofern der Wunsch besteht das Konsumverhalten zu verändern (vgl. Diakonie Ruhr-Hellweg e. V., 2022). Hinzu kommt die Arbeiterwohlfahrt (AWO) mit dem Angebot des ABW für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und/ oder Abhängigkeitserkrankung. Das Angebot umfasst hierbei die Bereiche der Unterstützungs- und Assistenzleistungen sowie Beratung (vgl. AWO Ruhr-Lippe-Ems, 2022). Der Verein zur Förderung der Wiedereingliederung Drogenabhängiger e.V. (VFWD e.V.) bildet mit dem Betreuten Wohnen im Rahmen des Langzeit- Übergangs- und Unterstützungsangebots (Projekt LÜSA) das dritte Angebot im Kreis. Zielgruppe sind hierbei chronisch drogenabhängige Menschen mit Mehrfachschädigung (vgl. Dias de Oliveira, 2005, S. 1 ff.). Innerhalb der drei Angebote haben sowohl Klient:innen als auch Mitarbeiter:innen an der Forschung teilgenommen. Hinzu kommt außerdem das ABW von Integra e.V., dessen Zielgruppe erneut chronisch abhängige Klient:innen mit Doppeldiagnose sind (vgl. Integra e.V., 2017, 2022). In diesem Angebot erfolgte ausschließlich die Teilnahme der Mitarbeiter:innen. Alle Teilnahmen innerhalb des vorgestellten Fachbereichs werden in der Auswertung in der Gruppe der ambulanten Wohnform berücksichtigt.

7.1.4. Fachbereich: Besondere Wohnform

Im Bereich der besonderen Wohnform weist der Kreis Unna Angebote mit unterschiedlichen Zielgruppenausrichtungen auf. Den ersten Träger bildet hierbei erneut der VFWD e.V. Unna, dessen Gründung auf das Angebotsdefizit im Bereich der niedrigschwellig stationären Hilfen zurück geht und ein Trägerverein für Einrichtungen der langfristigen Wohn- und Wiedereingliederungshilfen im Großraum Dortmund ist. Um dem Angebotsdefizit entgegenzuwirken, fand im Jahr 1996 die

Beantragung des LÜSA-Landesmodellprojekts statt. Während sich die abstinenzorientierten Angebote der Drogenhilfe in NRW weiterausbreiteten, fehlte es an niedrigschwelligen Angeboten, welche die langfristige Unterstützung der Klient:innen ermöglichen. Das daraufhin entstandene stationäre Haupthaus (HH) des Projekts LÜSA bildet bis heute ein Angebot für chronisch schwerstabhängige Menschen mit Doppeldiagnose, welche eine langfristig geschützte Wohn- und Lebensperspektive benötigen. Schwerpunkte der Arbeit bilden die Betreuung, Genesung, Begleitung und Unterstützung, wobei die konzeptionellen Anforderungen so niedrig wie möglich gehalten werden (vgl. Dias de Oliveira, 2007, S. 3 f., 6 f.). Im Rahmen des Haupthauses findet die Einzelbetreuung der stationären Klient:innen statt, welche durch die Beschäftigungsbereiche der Tagesstruktur erweitert wird. Im teilstationären Bereich wird das Angebot zudem durch die Außenwohngruppen (AWG) sowie das stationäre Einzelwohnen (SEWO) erweitert. Sie bilden einen Bestandteil der Gesamtkonzeption des Projekts und sind für Klient:innen vorgesehen, welche (noch) einen hohen Hilfebedarf besitzen. Die Arbeit konzentriert sich in dem Bereich auf die Ablöse aus dem stationären Rahmen. Einen weiteren Schritt des Konzepts bildet das bereits vorgestellte Betreute Wohnen des Projekts LÜSA (vgl. Dias de Oliveira, 2007, S. 6 ff.). Die Dauerwohneinrichtung (DAWO) als stationäres Wohnen für alternde chronisch Drogenabhängige, ebenfalls zugehörig zum Projekt LÜSA, wurde zusätzlich im Jahr 2015 eröffnet. Die Zielgruppenorientierung bezieht sich auf diejenigen Klient:innen, welche zum einen eine chronische Abhängigkeit aufweisen und zum anderen aufgrund ihres Alters nicht mehr in der Lage sind sich zu verselbständigen. Das Konzept sieht den Verbleib in der Einrichtung bis zur letzten Lebensphase vor. Hiermit bildet die DAWO ein Angebot, welches derzeit aufgrund seiner spezifischen Ausrichtung selten in der Angebotsstruktur vertreten ist (vgl. Dias de Oliveira, 2011, S. 1 ff.; Dorra et al., o.J., S. 2 f.). Ein weiteres Angebot der besonderen Wohnform im Kreis Unna bildet der Kontrapunkt in der Mozartstraße, dessen Träger die Stiftung Sozialwerk St. Georg ist. Im Jahr 2016 wurde die Einrichtung aufgrund des Hohen Bedarfs im Kreis Unna eröffnet. Die stationäre Umsetzung des Angebots wurde hierbei mit den hohen sozialen Folgen einer Suchterkrankung begründet, welche in ein Hilfebedarf münden, der von dem System ambulanter Hilfen bisher nicht gedeckt werden konnte (Raulf, 2016, S. 1). In allen drei Einrichtungen ist die Teilnahme an der Forschung sowohl von den Mitarbeiter:innen als auch den Klient:innen erfolgt.

7.1.5. Fachbereich: Selbsthilfe

Auch der Bereich der Selbsthilfe zählt zum Versorgungssystem suchtkranker Menschen. Die hiermit angesprochenen Selbsthilfegruppen sind in der Regel

Zusammenschlüsse, bei denen die Betroffenen und/ oder Angehörigen die Bewältigung einer Krankheit oder sonstigen Problemlage anstreben. Die Gruppen sind nicht zwangsweise professionell angeleitet, Expert:innen werden jedoch häufig hinzugezogen (vgl. Haller, Gräser, 2012, S. 16 ff.). Im Kreis Unna existieren verschiedene Gruppen mit jeweils unterschiedlichen Ausprägungen. In dem „Beratungsführer Suchthilfe“ sind vorrangig welche mit Spezialisierung auf Alkoholabhängigkeit zu finden. Die übrigen richten sich an Angehörige von drogenkonsumierenden Menschen oder thematisieren nicht stoffgebundene Süchte. Im Bereich der Betroffenen bzw. Konsument:innen illegaler Drogen ist keine Gruppe im Beratungsführer benannt (vgl. Regionalteams der Suchthilfe Im Kreis Unna, 2018, S. 17 ff.). Eine Selbsthilfegruppe, welche an dieser Stelle jedoch hervorgehoben werden soll, ist „JES Unna“, welche von JES (Junkies, Ehemalige, Substituierte) NRW gegründet wurde und gezielt Menschen mit Erfahrungen im Zusammenhang illegalisierter psychotroper Substanzen anspricht. Grundlegend ist die Gruppe für alle Interessent:innen geöffnet und verfolgt das Ziel sowohl die Lebensqualität der Gruppenmitglieder als auch der Betroffenen in der Szene des Kreises zu verbessern (vgl. JES Unna, 2021, S. 26). Da die Mitglieder zum Großteil bereits durch die übrige Angebotsstruktur innerhalb der Forschung abgedeckt werden und die sonstigen Gruppen keine Spezialisierung auf Konsument:innen illegaler Drogen besitzen, wurde der Bereich der Selbsthilfe im Rahmen der Forschung nicht erfasst.

8. Forschungsdesign

Die Forschungsarbeit bewegt sich im Rahmen der empirisch quantitativen Sozialforschung. Die Forschungsmethode konzentriert sich im Gegensatz zu den qualitativen Verfahren auf den Zusammenhang zwischen Merkmalen (Variablen). Die Auswertung bezieht sich folglich nicht auf spezifisch individuelle Zustände, sondern darauf, Regelmäßigkeiten aufzudecken sowie diese zu beschreiben und auf eine Grundgesamtheit zu übertragen (vgl. Schaffer, Schaffer, 2020, S. 45). Die Wahl der Forschungsmethode begründet sich in der Absicht, die Angebotsstruktur der niedrighwelligen Drogen- und Suchthilfe gesamtheitlich zu betrachten sowie Merkmale und dessen Regelmäßigkeiten einrichtungsübergreifend vergleichen zu können. Die Forschung bewegt sich zudem im Bereich der deskriptiven Studien. Die Grenzen des Forschungsfeldes sind durch das Arbeitsfeld der niedrighwelligen Drogen- und Suchthilfe im Kreis Unna bestimmt sowie die zu untersuchenden Merkmale bekannt (vgl. Schaffer, Schaffer, 2020, S. 46). Die dadurch angesprochenen unterschiedlichen Bereiche der Forschung (Bedarfsermittlung, Angebotsstruktur und Zugänglichkeit) werden unter Punkt 8.1 weitergehend definiert. Desweiteren handelt es sich bei der Erhebung um eine Querschnittstudie. Die

Datenerhebung ist innerhalb eines kurzen Zeitraums erfolgt und die Daten spiegeln dementsprechend den aktuellen Stand des Arbeitsfeldes wider (vgl. Paier, 2010, S. 43; Schaffer, Schaffer, 2020, S. 61 f.). Gegenstand der Forschung bilden vorrangig die Erfahrungen und Einstellungen der Akteur:innen des Arbeitsfeldes. Die Erhebung stützt sich hierbei auf Primärdaten, welche durch die Befragung einzelner Teilnehmer:innen gewonnen wurden (vgl. Paier, 2010, S. 11). Befragt wurden hierbei sowohl die Mitarbeiter:innen als auch die Klient:innen anhand von angepassten Befragungselementen. Weitere Details zur Stichprobe werden unter Punkt 8.2 erläutert. Als Erhebungsinstrument dienen eigenständig entwickelte standardisierte Fragebogen, welche nach Bedarf den einzelnen Einrichtungen angeglichen wurden.

8.1. Aufbau des Erhebungsinstruments

Die Standardisierung eines Fragebogens zeichnet sich durch die festgelegte Reihenfolge der Fragen sowie den dazu gehörigen vorformulierten Antwortmöglichkeiten (Items) aus. Ziel ist es hierbei die Antworten (empirische Daten) bestmöglich in die für die Auswertung benötigten Zahlen zu übertragen (Skalierung) (vgl. Paier, 2010, S. 43; Schaffer, Schaffer, 2020, S. 114 ff.). Offene Fragen werden demnach ausschließlich an Stellen verwendet, an denen eine Vorauswahl bewusst vermieden werden sollte, um die Beantwortung im Vorfeld nicht zu stark zu beeinflussen. Diese Antworten werden im Zuge der Auswertung nachträglich kategorisiert (vgl. Schaffer, Schaffer, 2020, S. 128; Hussy et al., 2013, S. 255). Mit der Konstruktion des Fragebogens sind zudem Prozesse der Definition und Klassifizierung verbunden, aus denen sich die inhaltlichen Konzepte ergeben (vgl. Schaffer, Schaffer, 2020, S. 128). Anhand der Fragestellung bilden die Bereiche des Bedarfs, der Angebotsstruktur sowie die Zugänglichkeit der Hilfen die Hauptaspekte der Forschung. Im Rahmen der Definition der Fragestellung wurde bereits auf deren ökonomische Bedeutung innerhalb der Sozialen Arbeit eingegangen. Von den Klient:innen direkt geht dementsprechend in erster Linie der Bedarf an gewissen Dienstleistungen aus, auf den u.a. die Soziale Arbeit mit Angebotsstrukturen reagiert. In der Befragung der Mitarbeiter:innen werden die verschiedenen Bereiche auf der nationalen, kommunalen sowie spezifischen Ebene betrachtet. Die spezifische Ebene bezieht sich hierbei auf die Erfahrung bzgl. der Angebote in denen die Mitarbeiter:innen jeweils tätig sind. Ziel der Betrachtung auf verschiedenen Ebenen ist es einen Vergleichsrahmen zu schaffen. Die Bedarfseinschätzung auf nationaler Ebene dient demnach dazu diese auf kommunaler Ebene in Relation zu setzen. Auf nationaler sowie kommunaler Ebene werden die einzelnen Konzepte bzw. ihre Merkmale zum Großteil anhand von individuellen Einschätzungen

abgefragt. Auf spezifischer Ebene hingegen werden ebenfalls Daten, wie etwa die Länge der Wartelisten erhoben, aus denen indirekt der Bedarf abzuleiten ist. Die Fragebogen wurden innerhalb des spezifischen Bereichs an die jeweiligen Angebote angepasst. Die einzelnen Modifikationen sind dem Anhang zu entnehmen. Die Länge der Fragebogen inkludiert in Bezug auf die Mitarbeiter:innen je nach Anpassung max. 38 Fragen in der Hauptbefragung und 8 Fragen in der Zusatzbefragung. Hinsichtlich der Art der Fragen wurden diese (Haupt- und Zusatzbefragung gesamt) zu ca. 74 % geschlossen, 22 % halb-offen sowie zu 4 % offen gestellt. Im Bereich der Klient:innen reduziert sich die Länge auf max. 15 Fragen in der Hauptbefragung und 12 Fragen in der Zusatzbefragung welche (Haupt- und Zusatzbefragung gesamt) zu ca. 36 % geschlossen, 42 % halb-offen sowie 22 % offen gestellt wurden (vgl. Porst, 2014, S.53 ff.). Die Gestaltung ist stets von den jeweiligen Adressat:innen abhängig. Bzgl. der Klient:innen wurde hierbei vorrangig auf die leichte Beantwortbarkeit geachtet (vgl. Porst, 2014, S. 101; Hussy et al., 2013, S. 76). Die einzelnen Konzepte wurden zudem nicht, wie bei der Befragung der Mitarbeiter:innen, auf unterschiedlichen Ebenen betrachtet. Im Gegensatz standen die persönlichen Erfahrungen im Vordergrund, ohne eine Reflektion des Arbeitsfeldes miteinzubeziehen. Erstellt wurde das Erhebungsinstrument mit „SoSci Survery“, einem Anwendungsprogramm zur Konzipierung sowie Durchführung der Befragung (vgl. SoSci Survery, 2022). Vor der Erhebung fanden zudem Pretests bzgl. des Aufbaus und der Verständlichkeit statt, auf deren Grundlage die Items erneut angepasst wurden. Im Bereich der Klient:innen wurden diese anhand von kognitiven Pretestinterviews realisiert, wobei vorrangig das Erreichen einer einfachen Handhabung im Vordergrund stand. Realisiert wurde dies durch die Methoden des Paraphrasings und Probing sowie dem Vorzeigen alternativer Items (vgl. Porst, 2014, S. 196 ff.). Bezüglich der Mitarbeiter:innen fand eine digitalisierte Pretestung mit Feedbackoption statt. Diesbezügliche Rückmeldungen wurden ebenfalls in die Modifikation der Items miteinbezogen.

8.2. Durchführung

Die Durchführung der Befragung erfolgte bei den Mitarbeiter:innen vorrangig Online. Hierfür wurde den Einrichtungen jeweils ein Link zur Verfügung gestellt, welcher von allen Mitarbeiter:innen genutzt werden konnte. Bzgl. der Klient:innen erfolgte die Durchführung hauptsächlich über ausgedruckte Fragebogen. Die Einbindung dieser gestaltete sich abhängig von dem Konzept der jeweiligen Angebote. Ein standardisiertes Vorgehen konnte hierbei einrichtungsübergreifend nicht erreicht werden. Die Bogen wurden entweder zur Mitnahme bereitgestellt oder in konkrete Gruppenangebote integriert. Die Stichproben wurden zuvor durch die

Einrichtungszugehörigkeit definiert, wobei die Erhebung nicht personenbezogen erfolgte. Die erhobenen Daten wurden innerhalb der Auswertung den zugehörigen Angeboten zugeordnet. Zeitraum der Erhebung war zunächst der 03.01.2022 bis 31.01.2022. In Kommunikation mit den unterschiedlichen Stellen wurde dieser bedarfsorientiert bis max. zum 28.02.22 verlängert. Die Teilnahmen sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 1: Teilnahmen an der empirischen Erhebung im Kreis Unna pro Angebot

	Gültige Teilnahmen ¹		Mögliche Teilnahmen ²	
	Mitarbeiter:innen	Klient:innen	Mitarbeiter:innen	Klient:innen
Besondere Wohnform				
Kontrapunkt	5	6	17	24
LÜSA: DAWO	3	12	20 ³	14
LÜSA: HH/ AWG/ SEWO	14	20	30	29
Ambulantes Wohnen				
AWO	1	3	1	14
Diakonie	6	17	16	55
Integra e.V.	1	Keine	25	Keine ⁴
LÜSA: BEWO	2	11	11	39
Ambulant				
DDU	2	18	unbekannt	unbekannt
Kontaktladen	2	3	6	Offen ⁵
Tagesstätte (Caritas)	3	3	11	Offen
Beratung				
Aidshilfe Unna	2	Keine	2	Keine
DROBS	6	Keine	8	Keine
Gesamt	47	93		

8.3. Auswertung

Der Rohdatensatz wurde zunächst anhand verschiedener Kriterien bereinigt. Die Forschung ist grundlegend darauf ausgerichtet erhobene Daten unabhängig der Vollständigkeit des Fragebogens miteinzubeziehen, um das Überspringen von Fragen zu ermöglichen. Als Mindestgrenze für die Wertung der Bogen wurde eine Bearbeitung von 50 % gewählt. Durch diese konnten frühzeitige Abbrüche herausgefiltert und somit die Gefahr einer Doppelerhebung verringert werden. Innerhalb der Items wurden unklare oder doppelte Beantwortungen bei

¹ Angaben zur Bereinigung des Datensatzes sind dem Anhang zu entnehmen

² Ungefähre Angaben der zu dem Forschungszeitpunkt betreuten Klient:innen sowie Mitarbeiter:innen der Angebote

³ LÜSA: DAWO, HH/ AWG/ SEWO: inkl. studentische Aushilfskräfte

⁴ Keine: Keine Teilnahmen der Klient:innen in den jeweiligen Angeboten

⁵ Offen: Offenes Angebot; Keine Verfügbarkeit über die Anzahl der Klient:innen

Einfachantwortmöglichkeiten sowie widersprüchliche Beantwortungen bei Mehrfachantwortmöglichkeiten nicht gewertet (vgl. Porst, 2014, S. 56). Spannenangaben wurden in Form des Mittelwerts in die Auswertung miteinbezogen und paradoxe Antwortmöglichkeiten anhand unterschiedlicher Lösungsstrategien gewertet. Diese sowie weitere Details zur Bereinigung des Datensatzes sind dem Anhang zu entnehmen. Die Auswertung der einzelnen Items hängt von dem Skalentyp ab, aus dem sich unterschiedliche Möglichkeiten der statistischen Auswertung ergeben. Zur Auswertung und Darstellung der Daten wurde das Programm SPSS (Version 28.0.1.0 (142)) sowie das Programm Python (Version 3.10.3) mit den Programmbibliotheken Matplotlib (Version 3.5.1), Numpy (Version 1.22.3) und Pandas (Version 1.4.1) verwendet. Aufgrund der Skalenniveaus bezieht sich die vorliegende Forschung hauptsächlich auf die deskriptive Statistik sowie dessen Interpretation. Vorrangig im Bereich der Meinungsforschungen ist eine Beschränkung auf die Angabe von Häufigkeiten sowie Prozentangaben gegeben (Hussy et al., 2013, S. 64 ff., S. 158). Alle Angaben sind gerundet dargestellt. Weitere statistische Berechnungen, welche über die Darstellung der Anteile hinausgehen, ergeben sich vorrangig in dem Vergleich zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen. Diese wurden anhand der bereits benannten Gruppierung verglichen, was vorrangig dazu dient die Stichprobengrößen zu erhöhen und dadurch bestmöglich anzugleichen. Die Stichprobengröße N bezieht sich hierbei auf die Anzahl der gültigen Antworten. Die unterschiedlichen Skalenniveaus verteilen sich innerhalb der Auswertung (Haupt- und Zusatzbefragung gesamt) wie folgt: Mitarbeiter:innen: Nominal: ca. 69 %; Intervall: ca. 31 %, Klient:innen: Nominal: ca. 68 %; Intervall: ca. 32 % (vgl. Porst, 2014, S. 71 ff.). Zu beachten ist, dass ursprünglich ordinal skalierte Daten, welche im Bereich der Mitarbeiter:innen anhand von endpunktbenannten sowie im Bereich der Klient:innen anhand von punktbenannten Ratingskalen erhoben wurden, innerhalb der Auswertung als intervallskaliert betrachtet werden. Der Skalentyp lässt hierbei steigende Möglichkeiten für statistische Berechnungen, wie die Ermittlung des Mittelwerts, zu (vgl. Hussy et al., 2013, S. 69).

9. Ergebnisse und Interpretation

Die Auswertungen der Hauptbefragungen werden innerhalb der Ergebnisdarstellung durch entsprechende Vergleichsstellen miteinander verbunden. Begonnen wird zunächst mit den Teilnahmen der Mitarbeiter:innen. Auf nationaler sowie kommunaler Ebene ist die Befragung einrichtungsübergreifend erfolgt und wird dementsprechend nicht in die benannten Gruppierungen unterteilt. Die vergleichende Darstellung erfolgt ab der spezifischen bzw. einrichtungsgebundenen Ebene, um die Unterschiede der Fachbereiche herauszuarbeiten. Wie zu Beginn bereits dargestellt, werden die Aspekte der Niedrigschwelligkeit sowie Akzeptanzorientierung

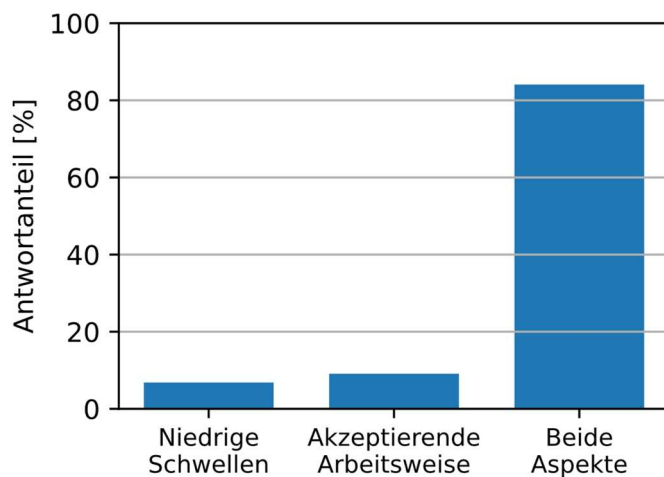


Abbildung 3: Definition des Arbeitsfeldes, Antwortanteil in Prozent, N=44, X1=6,8 %; X2=9,1 %; X3=84,1 %.

in der Literatur zumeist nicht getrennt voneinander verwendet, sondern gemeinsam in die Arbeitsweisen des Feldes integriert (vgl. u.a. Stöver, 1999, S. 11). Vor dem thematischen Einstieg wurde die individuelle Definition ebenfalls bei den teilnehmenden Mitarbeiter:innen abgefragt. Deutlich zu erkennen ist, dass das Arbeitsfeld auch hierbei vorrangig über die Verbindung beider Aspekte definiert wird. Relevant ist dies vor allem hinsichtlich des dadurch erzeugten Blickwinkels, welcher innerhalb der Forschung auf das Arbeitsfeld gerichtet wird.

9.1. National- und Kommunalebene

9.1.1. Bedarf und Angebot

Zusätzlich zu den Ebenen bilden die Aspekte des Bedarfs, der Angebotsstruktur sowie des Zugangs verschiedene Bereiche innerhalb der Erhebung. Begonnen wird mit der vergleichenden Betrachtung der ersten beiden. Bei der direkten Abfrage des Bedarfs an niedrigschwelligen Angeboten innerhalb Deutschlands/ des Kreises Unna anhand einer Ratingskala (5-Punkt; niedrig zu hoch) ergibt sich ein Mittelwert \bar{x} von $3,9 \pm 0,14$ bei einer Stichproben Größe N gleich 47 auf nationaler sowie von $3,5 \pm 0,16$ bei gleichbleibender Stichprobengröße auf kommunaler Ebene. Daraus abzuleiten ist zunächst eine relativ hohe Bedarfseinschätzung auf beiden Ebenen. Im Vergleich ergibt sich zudem ein etwas geringerer Bedarf im

kommunalen Bereich. Zustände kommen kann dieses Ergebnis aufgrund der Größe und/ oder Lage des Kreises oder dem vermuteten Bestand einer besseren Angebotsstruktur. Durch die Abfrage der eingeschätzten Verfügbarkeit niedrigschwelliger Angebote anhand einer gleich aufgebauten Ratingskala (5-Punkt; schlecht zu gut) zeigen sich Werte, welche letztere These stützen. Auf nationaler Ebene ergibt sich hierbei ein Mittelwert \bar{x} von $2,5 \pm 0,11$ bei einer Stichproben Größe N gleich 47 sowie von $2,7 \pm 0,12$ bei einer Stichprobengröße N gleich 46 auf kommunaler Ebene. Die Angebotsstruktur wurde im Vergleich demnach innerhalb des Kreises Unna etwas besser eingeschätzt. Bei der Betrachtung der Mittelwerte fällt zudem auf, dass der Bedarf anhand der Skalen stetig höher eingeschätzt wurde als die Verfügbarkeit der niedrigschwelligen Angebotsstruktur, was auf die Annahme einer defizitären Versorgung auf beiden Ebenen hindeutet. Um die Bedarfsherkunft weiter zu spezifizieren, wurden die unterschiedlichen Bereiche des Arbeitsfeldes differenziert betrachtet. Folgend dargestellt sind die gewählten Bereiche innerhalb eines Mehrfachantwortsets, in denen der Bedarf in Deutschland (national) sowie dem Kreis Unna (kommunal) besonders hoch eingeschätzt wird. Zu beachten ist, dass die Mitarbeiter:innen durchschnittlich 3,7 (national) bzw. 3,4 (kommunal) der 6 Antwortkategorien (5 geschlossene; 1 offene) gewählt haben. Die Bedarfseinschätzung lässt sich demnach nicht auf ein spezifisches Angebot übertragen, sondern verteilt sich über die verschiedenen Fachbereiche.

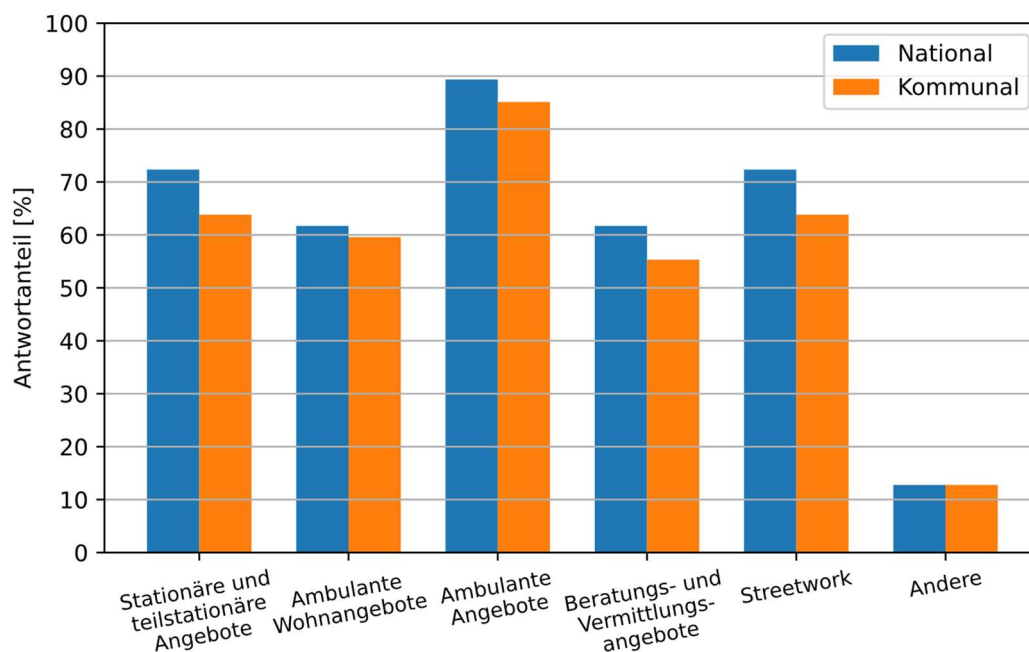


Abbildung 4: NB02_KB02: Bereiche, in denen der Bedarf am höchsten beurteilt wird, Antwortanteil pro Antwortitem in Prozent (Mehrfachantwortset), $N=47$, Werte sind Tabelle 6 im Anhang zu entnehmen.

Auf beiden Ebenen wurden die Bereiche jeweils von über 50 % der Teilnehmer:innen gewählt, demnach geht der Großteil von einem hohen Bedarf der Angebote

aus. Unterschiede ergeben sich im oberen Bereich der Skala. Eindeutig zu erkennen ist, dass die ambulanten Angebote, im Fragebogen klassifiziert als Konsumräume, Kontaktläden, Substitut- und Suchtmittelvergaben, auf beiden Ebenen den meistgewählten Bereich darstellen (mit 89 % national/ 85 % kommunal). Diese Einschätzung deckt sich mit der aktuellen Lage, in welcher sowohl die Drogenkonsumräume als auch Substitut- und Suchtmittelvergaben einen steigenden Bedarf mit der Notwendigkeit einer sich entwickelnden Angebotsstruktur auf National-ebene sowie im Bundesland des Kreises (NRW) aufweisen (vgl. Punkt 6.1 und 6.2). Der Bereich der besonderen Wohnform (In der Grafik: Stationäre und teilstationäre Angebote) sowie der Bereich des Streetworks gleichen sich aneinander an. Sie wurden durchschnittlich öfter gewählt als die Bereiche der ambulanten Wohnangebote sowie der Beratungs- und Vermittlungsangebote. Aus den Antworten geht zusätzlich hervor, dass die Bereiche jeweils weniger oft auf der kommunalen Ebene (blau) gewählt wurden. Im Vergleich ergibt sich eine stetige Differenz von mind. 2 % bis max. 8 %. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Differenzierung zwischen den Ebenen einen spezifischen Wissensstand bei den Teilnehmer:innen voraussetzt sowie eine subjektive Sichtweise, vorrangig in Bezug auf die eigene Tätigkeit, inkludiert. Hinsichtlich der Bedarfseinschätzung bleibt zudem offen, ob es sich hierbei in der Interpretation der Teilnehmer:innen um den allgemeinen oder den nicht gedeckten Bedarf handelt. Die Differenz über die Bereiche hinweg könnte erneut über eine geringere Bedarfseinschätzung innerhalb des Kreises und/ oder dem vermuteten Bestand einer besseren Angebotsstruktur erklärt werden. Die höchste Differenz ergibt sich im Bereich der besonderen Wohnform, was auf die Berücksichtigung der bestehenden Angebotsstruktur hindeuten könnte, innerhalb derer der Kreis Unna verhältnismäßig seltene Einrichtungen aufweist (vgl. Punkt 7.1.4). Um den notwendigen Ausbau der Angebotsstruktur direkt abzufragen, wurde das Item anhand gleichbleibender Antwortkategorien modifiziert. Folgend dargestellt sind die gewählten Bereiche innerhalb derer die Angebotsstruktur vorrangig verbessert werden soll. Erweitert wurde das Item lediglich um eine Ausweichkategorie („Verbesserung der Angebotsstruktur wird in keinem Bereich benötigt“), welche innerhalb der Teilnahmen nicht gewählt wurde und demnach nicht dargestellt ist.

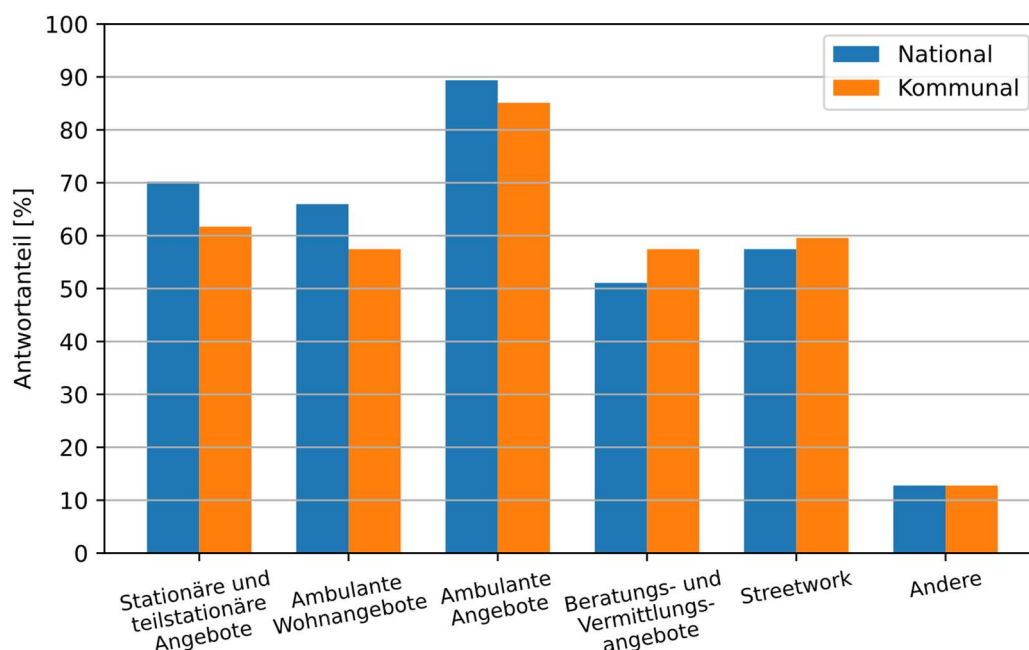


Abbildung 5: NA02_KA02: Bereiche, in denen die Angebotsstruktur vorrangig verbessert werden soll, Antwortanteil pro Antwortitem in Prozent (Mehrfachantwortset), N=47, Werte sind Tabelle 6 im Anhang zu entnehmen.

Die Bereiche wurden auch hierbei jeweils von über 50 % der Teilnehmer:innen gewählt. Die ambulanten Angebote bilden zudem erneut den meistgewählten Bereich ab. Dieser wurde hinsichtlich des hohen Bedarfs sowie der vorrangig zu verbessernden Angebotsstruktur gleichhäufig auf den beiden Ebenen gewählt. Ein Verhältnis, was auf die Interpretation des nicht gedeckten Bedarfs bzgl. der Bedarfseinschätzung hindeutet, welcher den Ausbau der Angebotsstruktur gleichermaßen fordert. Dieses Schema lässt sich allerdings nicht über die Bereiche hinweg beobachten. Bspw. im Bereich des Streetworks ist ein Unterschied zu erkennen. Während dieser hinsichtlich des meisten Bedarfs national von 72 % sowie kommunal von 64 % gewählt wurde (Abbildung 4), ergibt sich bzgl. der zu verbessernden Angebotsstruktur ein anderes Verhältnis. Hierbei wurde der Bereich lediglich von 57 % national sowie von 60 % kommunal gewählt (Abbildung 5). Dem Streetwork wird dadurch ggf. eine hohe Relevanz und demnach auch ein hoher Bedarf zugeordnet, während dessen Angebotsstruktur nach Einschätzung der Mitarbeiter:innen allerdings nicht gleichermaßen zu den vorrangig zu verbessernden Bereichen zählt. Bzgl. der Undifferenziertheit des allgemeinen sowie nicht gedeckten Bedarfs hätten die entsprechenden Items der Erhebung um eine vorgeschriebene Definition ergänzt werden können, um den Fehler der subjektiven Interpretation zumindest einzuschränken. Bei der weiteren Betrachtung der Bereiche, in denen die Angebotsstruktur vorrangig verbessert werden soll, fällt auf, dass die Bereiche der besonderen Wohnform sowie der ambulanten Wohnangebote auf Kommunal-ebene weniger oft gewählt wurden. Im Bereich der besonderen Wohnform ergibt

sich kongruent dazu bereits ein ähnliches Verhältnis bzgl. der Bedarfseinschätzung. Diese ist bei den ambulanten Wohnangeboten im Vergleich der Ebenen nahezu angeglichen (Abbildung 4). Neben den verhältnismäßig seltenen Einrichtungen im Bereich der besonderen Wohnform, stützt ebenfalls die sich bereits weiterentwickelnde Angebotsstruktur im Bereich der ambulanten Wohnangebote auf kommunaler Ebene die Einschätzung der Teilnehmer:innen. Hinsichtlich der Beratungs- und Vermittlungsangebote sowie des Streetworks zeigt sich ein umgekehrtes Verhältnis der Ebenen. Diese wurden bzgl. der zu verbessernden Angebotsstruktur auf Kommunalebene jeweils häufiger gewählt, was wiederum auf einen Nachholbedarf im Kreis Unna hindeutet. In Bezug auf den Bedarf wurden sie kommunal jedoch weniger oft gewählt (Abbildung 4). Erklärt werden könnte dies durch die Annahme, dass ihnen auf nationaler Ebene zwar des Öfteren ein hoher Bedarf zugeordnet wurde, die Angebotsstruktur auf dieser Ebene jedoch bereits besser eingeschätzt wird.

In der Erhebung wurde zudem ein Vergleich zwischen den verschiedenen Ausrichtungen der Suchthilfe angestellt. Erfragt wurde hierbei wie der Bedarf sowie die Angebotsstruktur niedrigschwelliger (akzeptanzorientierter) Angebote verglichen zu dem hochschwelligem (abstinenzorientierten) Bereich eingeschätzt wird.

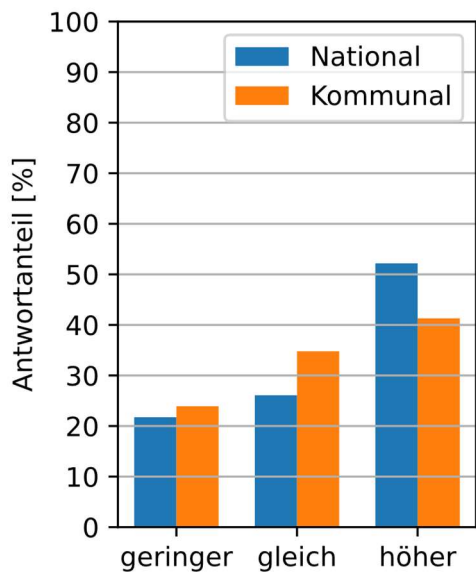


Abbildung 6: NB03_KB03: Vergleich des Bedarfs, Antwortanteile in Prozent, N=46, Werte sind Tabelle 7 im Anhang zu entnehmen.

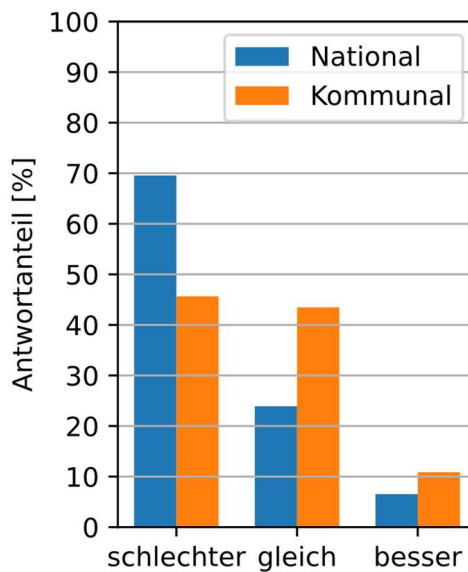


Abbildung 7: NA03_KA03: Vergleich der Angebotsstruktur, Antwortanteile in Prozent, N=46, Werte sind Tabelle 7 im Anhang zu entnehmen.

Anhand der Antworten ist festzustellen, dass ein höherer Bedarf im niedrigschwelligen Bereich auf beiden Ebenen am häufigsten angenommen wurde. National ist dieser Anteil um ca. 11 % erhöht. Bei der Bewertung der Angebotsstruktur zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Ebenen. Während die Einschätzungen auf nationaler Ebene eine klare Tendenz hin zu einer schlechteren Angebotsstruktur im niedrigschwelligen Bereich aufweist, gleichen sich die Annahmen einer

schlechteren sowie gleich gestalteten Struktur auf kommunaler Ebene an. Hindeuten kann dieses Verhältnis auf die Einschätzung einer besseren niedrigschwelligen Angebotsstruktur im kommunalen Bereich. Eine Auswirkung kann allerdings auch die Gestaltung der hochschwelligen Angebotsstruktur besitzen. Wird deren Bestand auf kommunaler Ebene im Vergleich zu Nationalebene deutlich schlechter eingeschätzt, kann dies ebenfalls dazu führen, dass die Angebotsstrukturen von einem größeren Anteil als gleich gut bzw. gleich schlecht bewertet werden. Zusammengefasst zeigt sich im Vergleich der Ebenen eine Tendenz über die Items hinweg, in welcher der Bedarf im niedrigschwelligen Bereich der kommunal Ebene etwas geringer sowie die Angebotsstruktur zum Teil besser beurteilt wird. Die Bedarfseinschätzung liegt allerdings bzgl. beider Ebenen relativ hoch, während die Verfügbarkeit der Angebotsstrukturen deutlich schlechter bewertet wird.

9.1.2. Zugang

Die Zugänglichkeit des Hilfesystems bildet einen weiteren Bereich der Erhebung. Während der Zugang aufgrund von defizitären Angebotsstrukturen erschwert werden kann, können weitere Aspekte, wie etwa die konzeptionelle Ausprägung, Einfluss auf diesen besitzen. Sowohl auf der nationalen als auch der kommunalen Ebene wurde dessen Einschätzung anhand von Ratingskalen (5 Punkt; gut zu schlecht) zunächst bzgl. des gesamten Drogenhilfesystem (inkl. hochschwelligen Angeboten) sowie folgend isoliert bezogen auf den niedrigschwelligen Bereich erhoben.

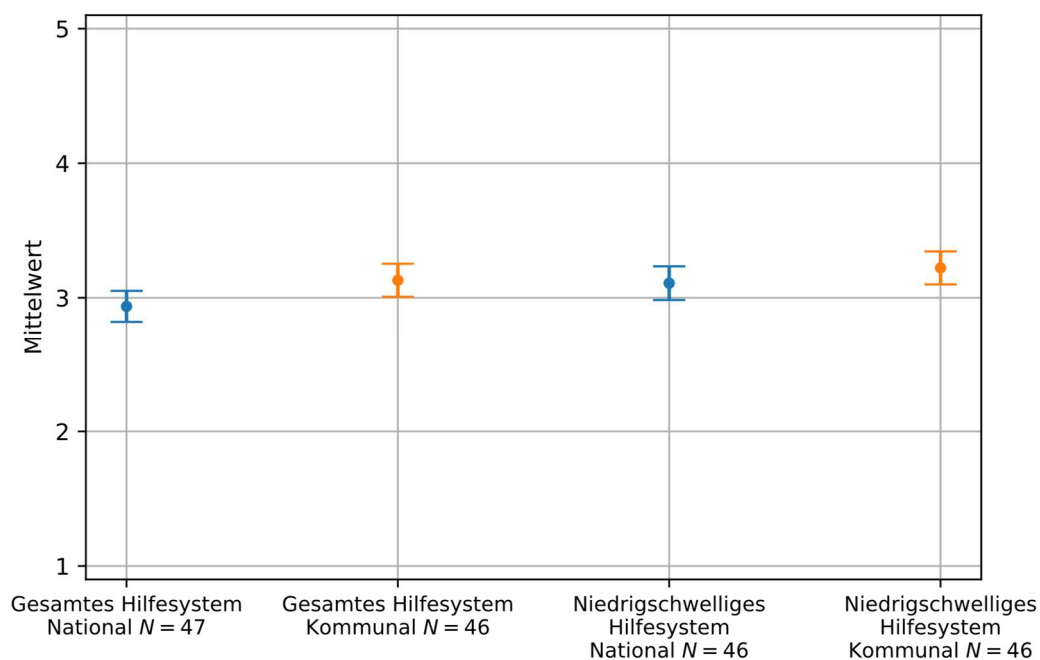


Abbildung 8: NZ01_KZ01; NZ03_KZ03: Zugänglichkeit der jeweiligen Hilfesysteme, Punkte stellen die Mittelwerte der Skalenangaben dar, Balken geben jeweilige Standardfehler an, Werte sind Tabelle 8 im Anhang zu entnehmen.

Hierbei fällt auf, dass die Einschätzung der Zugänglichkeit im niedrigschwelligen sowie gesamtheitlichen Hilfesystem auf beiden Ebenen nahezu angeglichen ist. Der Zugang wurde bei isolierter Betrachtung der niedrigschwelligen Angebote nur geringfügig (Differenz National: 0,2; Kommunal: 0,1) besser eingeschätzt. Alle Werte befinden sich um den Skalenmittelpunkt. Ebenfalls nur minimale Unterschiede ergeben sich im Vergleich der Ebenen. Fraglich bleibt, ob sich eine höhere Differenz zwischen der isolierten Betrachtung der hochschwelligen und der niedrigschwelligen Angebote ergeben hätte. Demnach könnte die Zugänglichkeit des Drogenhilfesystems durch das Ausklammern niedrigschwelliger Hilfen stark beeinträchtigt werden. Dass diese in den Annahmen der Mitarbeiter:innen einen positiven Einfluss auf den Zugang des Hilfesystems besitzen, zeigt sich folgend.

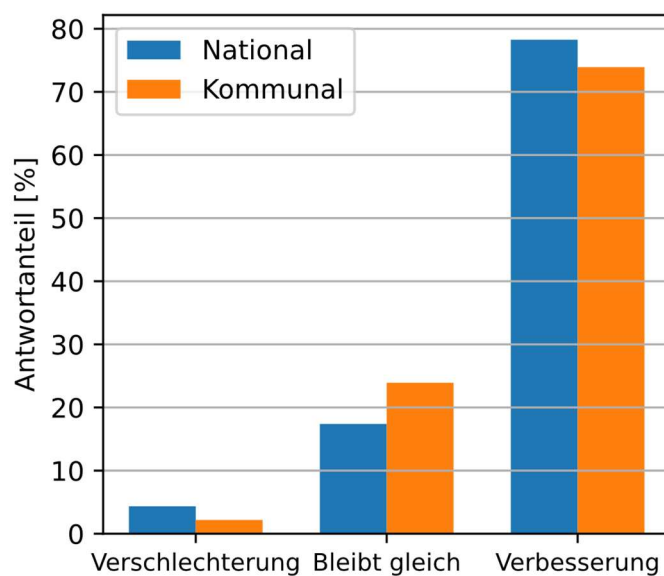


Abbildung 9: NZ02_KZ02: Einfluss der niedrigschwelligen Angebote auf den Zugang des Drogenhilfesystems, Antwortanteile in Prozent, N=46, Werte sind Tabelle 9 im Anhang zu entnehmen.

Demnach geht bei der Abfrage des Einflusses der Großteil der Mitarbeiter:innen davon aus, dass die Zugänglichkeit des Drogenhilfesystems durch die niedrigschwelligen Angebote verbessert wird. Ein deutlich geringerer Anteil geht von einem gleichbleibenden Zugangsverhältnis aus. Die Ebenen unterscheiden sich erneut nur gering

voneinander. Nicht erhoben ist über das Item allerdings die Intensivität, in welcher die angenommene Verbesserung eintritt. Dennoch verhält sich die Einschätzung eines positiven Effekts kongruent zu der Zielsetzung des Arbeitsfeldes, in welcher das Senken der Schwellen einen Hauptaspekt darstellt (vgl. Stöver, 1990, S. 14 ff.).

9.2. Spezifische Ebene

Die Untersuchung der Verhältnisse innerhalb des Kreises Unna erfolgt auf spezifischer Ebene. Die Daten werden innerhalb der Auswertung in die bereits klassifizierten Gruppen unterteilt. Bei der vergleichenden Darstellung ist zu beachten, dass die Stichprobengrößen N (Anzahl der gültigen Antworten) von den Teilnahmen innerhalb der Angebote abhängen und sich demnach teilweise stark unterscheiden. Die Teilnahmen innerhalb der Gruppen sind Tabelle 1 zu entnehmen. Zu beachten ist außerdem, dass die Teilnahmen der Klient:innen hinsichtlich der beteiligten Angebote nicht deckungsgleich zu jenen der Mitarbeiter:innen sind. Demnach fällt der Bereich der Beratung gänzlich weg, während der Bereich der ambulanten Wohnangebote um das Angebot von Integra e.V. reduziert wird.

9.2.1. Bedarf

Begonnen wird erneut mit der Gegenüberstellung des Bedarfs sowie der Angebotsstruktur. Die individuelle Bedarfseinschätzung der Angebote wurde im Bereich der Mitarbeiter:innen anhand von Ratingskalen (5-Punkt; gering zu hoch) erhoben.

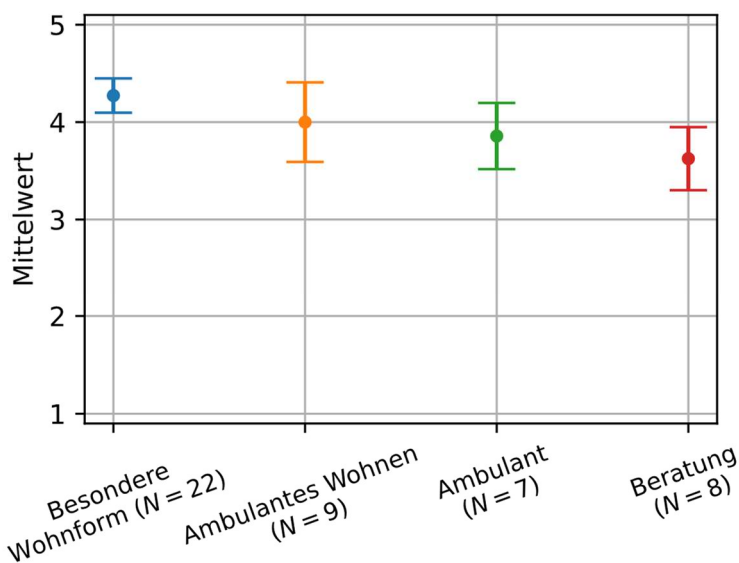
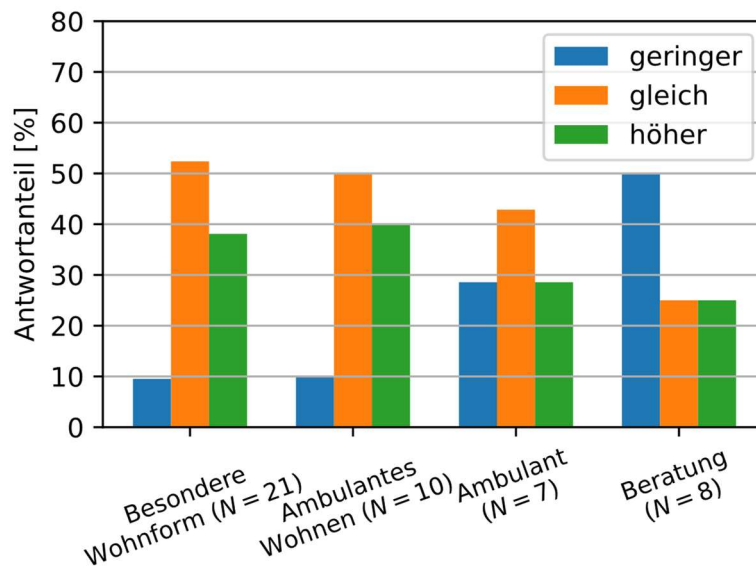


Abbildung 10: B01: Bedarfseinschätzung der Angebote (Mitarbeiter:innen), Punkte stellen die Mittelwerte der Skalenangaben dar, Balken geben jeweilige Standardfehler an, Werte sind Tabelle 10 im Anhang zu entnehmen.

Zu erkennen ist hierbei eine recht hohe Einschätzung des Bedarfs über die Gruppen hinweg. Mit einem Mittelwert \bar{x} von $4,3 \pm 0,18$ wurde dieser innerhalb der Gruppe der besonderen Wohnform am höchsten eingeschätzt. Es zeigt sich zudem ein leichtes Gefälle im Gruppenvergleich. Zusätzlich erhoben wurde eine vergleichende Bedarfseinschätzung. Gefordert war hierbei der Vergleich zwischen dem Bedarf des Angebots in welchem die Mitarbeiter:innen jeweils tätig sind sowie denen der übrigen Angebotsstruktur im Kreis Unna.

Die vergleichende stimmt hierbei mit der isolierten Bedarfseinschätzung überein. Demnach gehen die Mitarbeiter:innen in den Gruppen der besonderen sowie der ambulanten Wohnform, welche in der isolierten



Bedarfseinschätzung bereits die

Abbildung 11: B02: Vergleichende Bedarfseinschätzung der Angebote (Mitarbeiter:innen), Antwortanteile pro Gruppe in Prozent, Werte sind Tabelle 11 im Anhang zu entnehmen.

höchsten Mittelwerte aufweisen, vorrangig von einem gleichen oder höheren Bedarf im Vergleich zur übrigen Angebotsstruktur aus. Im Bereich der Beratung zeigt sich wiederum ein umgekehrtes Verhältnis. Hierbei geht der Großteil der Mitarbeiter:innen von einem geringeren Bedarf im Vergleich zu den anderen Angeboten im Kreis aus. Auch in der isolierten Bedarfseinschätzung bilden die Einschätzungen der Gruppe bereits den geringsten Mittelwert. Zu beachten ist hierbei, dass erneut unklar bleibt, ob sich die Einschätzungen in der Interpretation der Teilnehmer:innen auf den allgemeinen oder den nicht gedeckten Bedarf beziehen. Zudem inkludieren sie vorrangig subjektive Sichtweisen und lassen zunächst keine Aussage über die Sättigung des Bedarfs zu.

Bevor dies weitergehend untersucht wird ist folgend die Bedarfseinschätzung von Seiten der Klient:innen dargestellt. Diese wurde über eine punktbenannte Ratingskala (5-Punkt; gar nicht zu sehr stark) erhoben. Das Item fordert die Einschätzung des allgemeinen Bedarfs für Menschen, welche sich in einer ähnlichen Lage des Teilnehmers/ der Teilnehmerin befinden. Zu beachten ist hierbei, dass diese Einschätzungen bestimmte Reflektionsfähigkeiten bei den Klient:innen voraussetzen. Zudem bleibt offen, ob das Item von den Teilnehmer:innen hierbei richtig interpretiert wurde. Eine mögliche Fehlinterpretation könnte dazu führen, dass über die Skala nicht der allgemeine Bedarf, sondern der eigene Bedarf an dem jeweiligen Angebot angegeben wurde.

Über die Gruppen hinweg wird der Bedarf auch hierbei relativ hoch eingeschätzt, was sich kongruent zu den Angaben der Mitarbeiter:innen verhält. Auf Ebene der Klient:innen existieren keine nennbaren Differenzen im Gruppenvergleich.

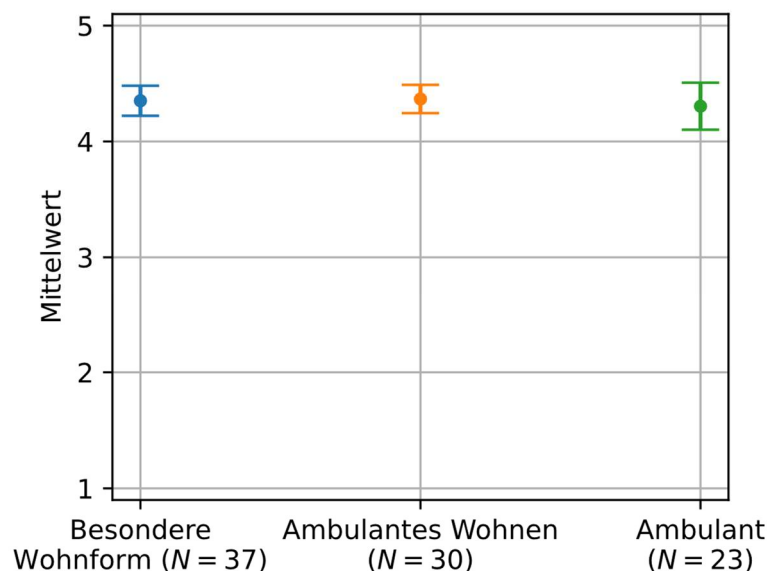


Abbildung 12: K06: Bedarfseinschätzung der Angebote (Klient:innen), Punkte stellen die Mittelwerte der Skalenangaben dar, Balken geben jeweilige Standardfehler an, Werte sind Tabelle 12 im Anhang zu entnehmen.

Um die Sättigung des Bedarfs zu untersuchen, wurde die Auslastung der jeweiligen Bereiche über die Mitarbeiter:innen untersucht. Die durchschnittliche Belegung der Plätze bzw. die durchschnittliche Nutzung der Angebote wurde hierbei abhängig der konzeptionellen Gestaltung anhand einer Prozentual Skala (11 Punkt; 0 % zu 100 %) erhoben. Folgende Ergebnisse ergeben sich im Vergleich der Gruppen.

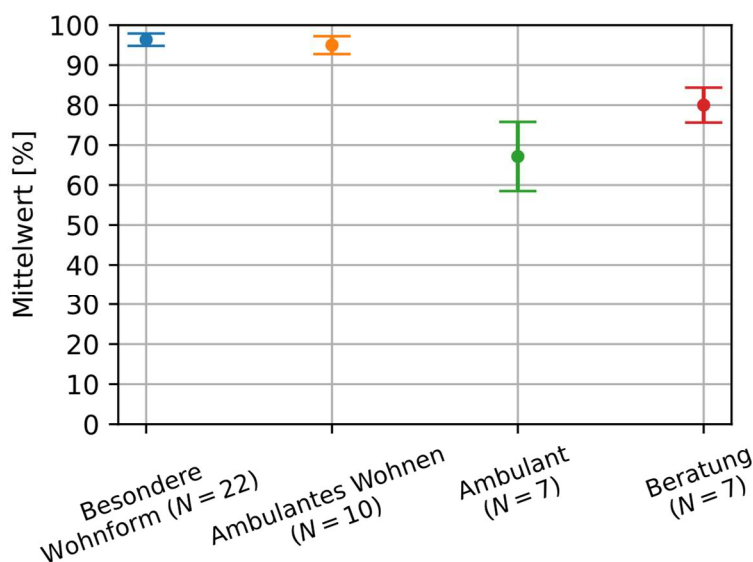


Abbildung 13: B03: Durchschnittliche Belegung/ Nutzung der Angebote, Punkte stellen die Mittelwerte der Skalenangaben dar, Balken geben jeweilige Standardfehler an, Werte sind Tabelle 13 im Anhang zu entnehmen.

Zu erkennen ist hierbei, dass der Bereich der besonderen Wohnform den höchsten Mittelwert \bar{x} von 96 % \pm 1,5 % aufweist. Ebenfalls in dem Bereich liegt das ambulant betreute Wohnen mit einem Mittelwert \bar{x} von 95 % \pm 2,2 %. Eine etwas geringere Nutzung verzeichnen die Bereiche der ambulanten Angebote sowie der Beratungsangebote. Zu beachten ist hierbei, dass vorrangig innerhalb der letzten beiden Gruppen keine festen Plätze zu definieren sind und die Nutzung zumeist tagesformabhängig ist, während die anderen Bereiche durch den Aspekt des

Wohnens kontinuierliche Nutzungen aufweisen. Auffallend ist zudem, dass in dem Bereich der ambulanten Angebote die Einschätzung einen höheren Standardfehler bzgl. des Mittelwerts aufweist. Die unterschiedlichen Angaben der Mitarbeiter:innen können hierbei erneut durch die sich ändernde Nutzung zwischen sowie innerhalb der Angebote beeinflusst werden. Ebenfalls erhoben wurde der Bestand einer aktuellen Warteliste sowie dessen Länge. Hierbei ist zu beachten, dass eine Aussage darüber bereits spezifische Kenntnisse bei den Mitarbeiter:innen voraussetzt, was ggf. die paradoxen Antwortscenarien innerhalb der Angebote erklärt.

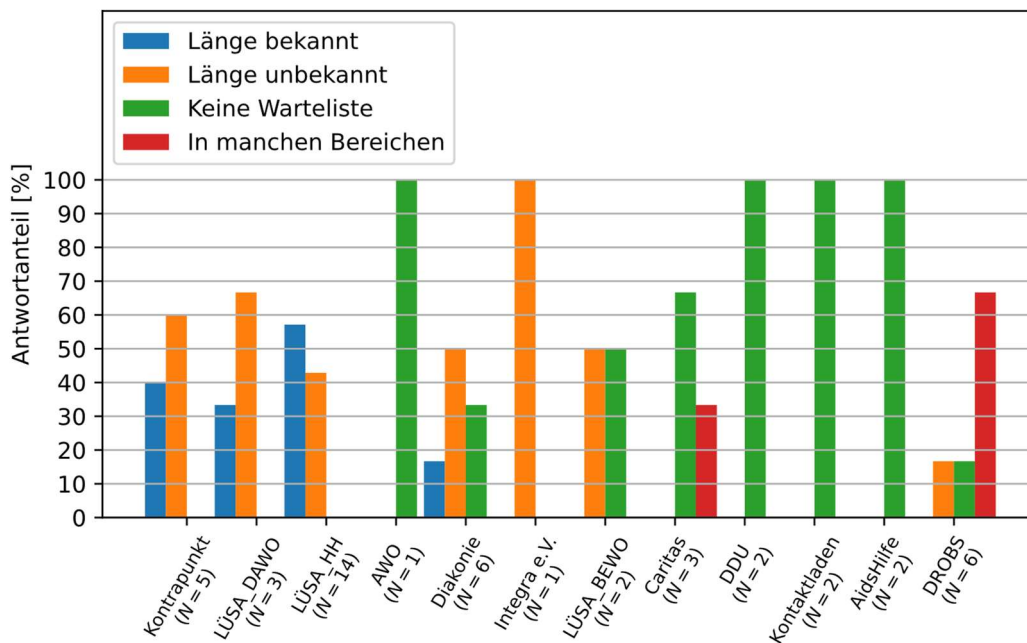


Abbildung 14: B04: Bestand der Wartelisten pro Angebot, Antwortanteil pro Angebot in Prozent. Werte sind Tabelle 14 im Anhang zu entnehmen.

Dargestellt sind hierbei die Angaben der einzelnen Angebote, da diese innerhalb der Gruppen bereits stark variieren. Bzgl. der besonderen Wohnform ist eindeutig zu erkennen, dass alle Einrichtungen eine Warteliste aufweisen; lediglich die Kenntnis über die genaue Länge differiert zwischen den Angeboten. Bei den ambulanten Wohnangeboten unterscheidet sich bereits der Bestand einer Warteliste zwischen den verschiedenen Trägern, was von den Kapazitäten der Angebote abhängig sein kann. Zu beachten ist allerdings, dass die eindeutigen Antworten hierbei auf eine Stichprobengröße gleich eins zurückzuführen sind. Ab einer Stichprobengröße größer eins kam es zu paradoxen Antworten. In beiden Fällen wurde Rücksprache mit dem zuständigen Leitungspersonal gehalten. Demnach besteht innerhalb des betreuten Wohnens des Projekts LÜSA eine Warteliste, jedoch ist diese vorrangig von den Klient:innen belegt, welche innerhalb des Projekts von dem teilstationären in den ambulanten Rahmen übergehen. Bzgl. der übrigen Klient:innen aus dem Kreis ist die zeitnahe Aufnahme vorrangig von der bestehenden Kostenzusage abhängig. Für das ambulant betreute Wohnen der Diakonie existiert

ebenfalls eine Warteliste, welche allerdings alle Interessent:innen der unterschiedlichen Fachbereiche umfasst; diejenigen mit vordergründiger Suchtdiagnose machen wiederum nur einen Teil dessen aus. Auch in diesem Angebot ist die Länge des Aufnahmeprozesses vorrangig von dem Träger der Eingliederungshilfe sowie der personellen Kapazität abhängig. Im Bereich der ambulanten Angebote, welche in der Forschung vorrangig über die szenenahen Hilfen definiert sind, existieren keine Wartelisten, was sich wiederum positiv auf deren Zugänglichkeit auswirkt. Innerhalb der Gruppe ist die Diamorphinambulanz Dortmund/ Unna hervorzuheben. Während die Nutzung von bspw. Kontaktläden häufig einen direkten Zugang bietet, befindet sich dieses Angebot in einem Bereich, dessen Zugänglichkeit durch die defizitäre Angebotsstruktur national erschwert ist (vgl. Punkt 6.1). Trotzdem besteht auch für dieses Angebot keine Warteliste. Dieser Zustand lässt sich ggf. durch die Größe, Lage und Bestandslänge des Angebots erklären. Die Ambulanz stellt zurzeit die Anlaufstelle mit der größten Platzkapazität dar, wobei diese nach Annahmen der Mitarbeiter:innen vorrangig durch Klient:innen anderer Städte besetzt wird (vgl. Case 322, Datensatz). Zudem eröffnete die Ambulanz erst zum Ende 2020 (vgl. Medikus, 2022a-b). In der Gruppe der Beratung zeigt sich ein ähnliches Verhältnis. Wartelisten existieren vorrangig in gesonderten Bereichen der Drogenberatungsstellen, nicht in der allgemeinen Nutzung. Die unterschiedlichen Angaben innerhalb der DROBS können voraussichtlich durch die verschiedenen Standpunkte im Kreis erklärt werden, welche innerhalb der Erhebung nicht weiter differenziert sind. Eindeutige Angaben zur Länge der Wartelisten existieren ausschließlich in der Gruppe der besonderen Wohnform und können folgender Tabelle entnommen werden:

Tabelle 2: B04_01: Wartelistenlänge im Bereich der besonderen Wohnform

Einrichtung	N	Länge (Durchschnitt aller Angaben)
Kontrapunkt	2	12 Monate
Lüsa: DAWO	1	24 Monate
Lüsa: HH ⁶	7	7 Monate

In den Angeboten variiert die Länge zwischen sieben Monaten und zwei Jahren. Besonders auffallend ist hierbei die Höchstlänge innerhalb der Dauerwohneinrichtung (DAWO) des Projekts LÜSA. Die Länge kann hierbei vom Fehlen alternativer Angebote abhängig sein. Hinzu kommt die durchschnittliche Verweildauer der Klient:innen in der Einrichtung, wovon die Wartezeit bei begrenzter Platzkapazität abhängt. Im Fall der DAWO ist diese auf einen Verbleib bis in die letzte

⁶ Inkl. AWG/ SEWO

Lebensphase angelegt. Um den Zugang für alle Interessent:innen zu ermöglichen, benötigt es voraussichtlich mehr zugeschnittene Angebote dieser Art. Dass die Versorgung alternder drogenabhängiger Menschen Defizite hinsichtlich der Angebotsstruktur aufweist, zeigt sich bereits in der aktuellen Lage auf Nationalebene (vgl. Punkt 6.4). Die Erhebung im Kreis Unna deutet gegensätzlich zu den Annahmen der DHS außerdem daraufhin, dass die alternden Adressat:innen der niedrigschwelligen Drogenhilfe im Zusammenhang mit illegalen Substanzen nicht lediglich eine Randgruppe darstellen (vgl. DHS, 2020, S. 6). Demnach liegt der Durchschnitt der angegebenen Geburtsjahre bei einer Stichprobengröße N gleich 89 ± 1 , wodurch sich ein gerundetes Durchschnittsalter von 52 Jahren ergibt. Verglichen mit dem isolierten Altersdurchschnitt der Teilnahmen innerhalb der DAWO, welcher bei einer Stichprobengröße N gleich 12 bei ca. 59 Jahren liegt, ist das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe lediglich um sieben Jahre geringer. In beiden Fällen liegt dieses in der Altersspanne, in welcher innerhalb der Literatur bereits von alternden drogenabhängigen Menschen ausgegangen wird (vgl. u.a. Vogt, 2009, S. 29 f.). Um das Verhältnis zwischen dem Bedarf und dem Angebot weitergehend zu untersuchen, wurde über die Klient:innen zudem die individuellen Aufenthaltslängen bzw. Nutzungszeiträume sowie zusätzlich die jeweiligen Wartezeiten erhoben.

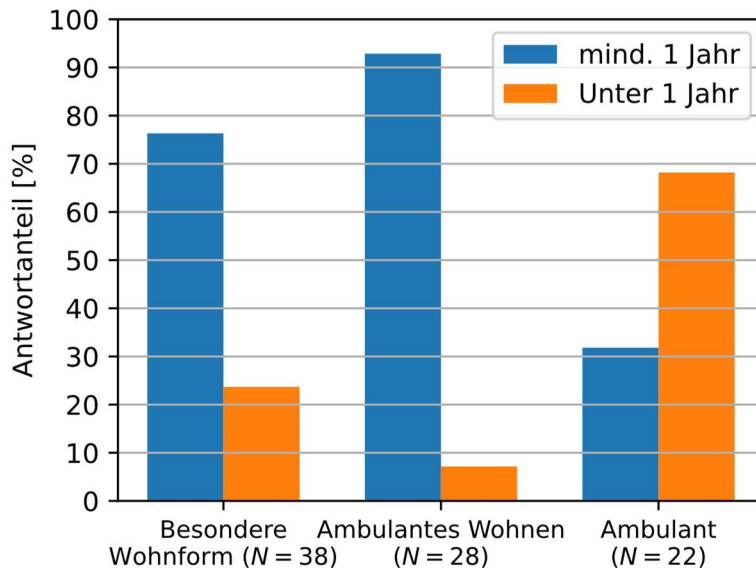
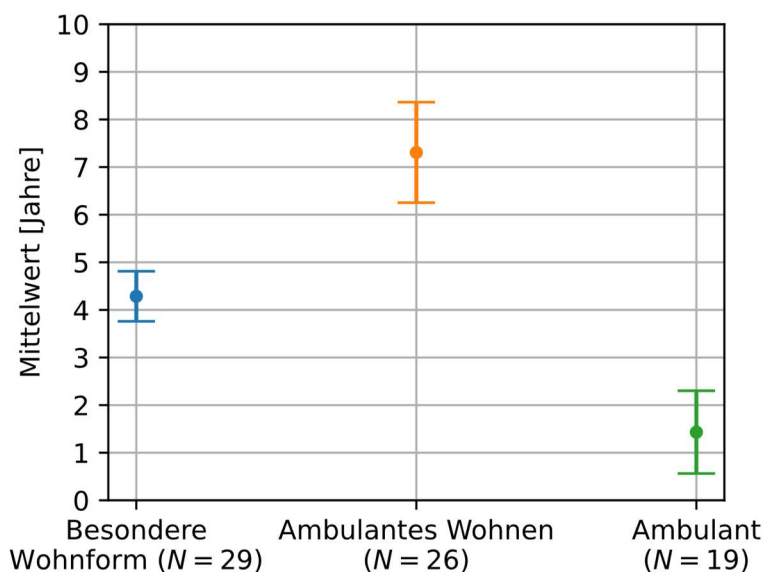


Abbildung 15: K01: Nutzungslängen der Angebote 1, Antwortanteile pro Gruppe in Prozent, Werte sind Tabelle 15 im Anhang zu entnehmen.

Bei der Nutzungsdauer ist zunächst auffallend, dass die Aufenthaltslängen innerhalb der Wohnangebote vorrangig über ein Jahr betragen, während sich im Bereich der ambulanten Angebote ein umgekehrtes Verhältnis zeigt.

Diese werden innerhalb der letzten Gruppe vorrangig durch die hohe Anzahl der Teilnehmer:innen aus dem Angebot der DDU beeinflusst, welches zum Zeitpunkt der Befragung erst seit ca. einem Jahr zur Verfügung stand. Bei der isolierten Betrachtung dieser Teilnahmen ergibt sich bei einer Stichprobengröße N gleich 16 eine durchschnittliche Nutzungsdauer \bar{x} von 0,51 Jahren $\pm 0,094$. Innerhalb der

übrigen Angebote wurde die genaue Angabe der Nutzungslänge ausschließlich dann erhoben, sofern diese ein Jahr überschreitet.



Im Vergleich der Gruppen ergeben sich die längsten Nutzungszeiträume im Bereich der ambulanten Wohnangebote. Dies kann durch die konzeptionelle Gestaltung bedingt sein, welche meist auf die langfristige Unterstützung im eigenen

Abbildung 16: K01_01: Nutzungslängen der Angebote 2, Punkte stellen die Mittelwerte der Aufenthaltslängen in Jahren dar, Balken geben jeweilige Standardfehler an, Werte sind Tabelle 16 im Anhang zu entnehmen.

Wohnraum der Klient:innen ausgerichtet ist. Während die Länge der Nutzung bei Angeboten ohne begrenzte Platzkapazität keinen großen Einfluss auf die Verfügbarkeit für weitere Klient:innen besitzen, bestimmen sie vorrangig im stationären Rahmen die Zeit bis zur Neuaufnahme anderer Interessent:innen. Bei den angegebenen Wartelängen durch die Klient:innen ist zu beachten, dass diese retrospektive Zustände miteinschließen und demnach nicht den aktuellen Stand wiedergeben. In der

Gruppe der ambulanten Angebote wurde kongruent zu den Aussagen der Mitarbeiter:innen angegeben, dass die Angebote jeweils ohne Wartezeit direkt genutzt werden konnten (vgl. Tabelle 17 im Anhang). Dar- gestellt sind daher lediglich die ange-

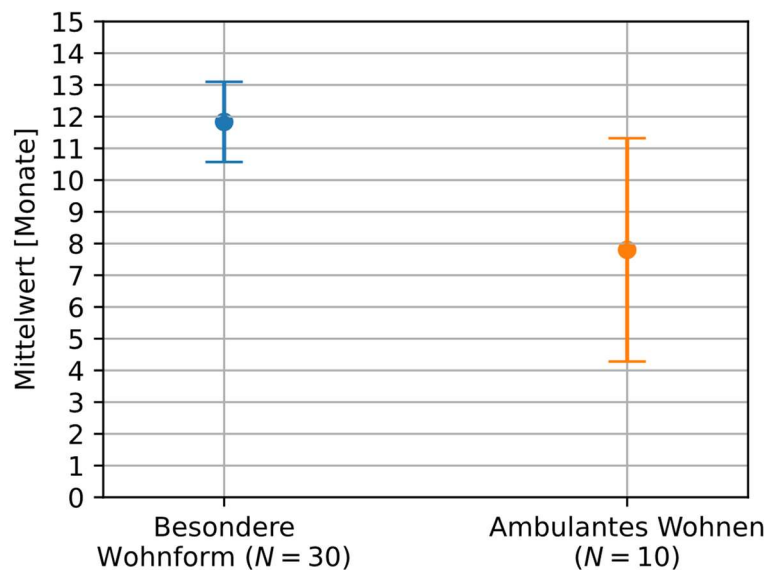


Abbildung 17: K05_01: Wartelängen bis zur Nutzung der Angebote, Punkte stellen die Mittelwerte der Wartelängenlängen in Monaten dar, Balken geben jeweilige Standardfehler an, Werte sind Tabelle 18 im Anhang zu entnehmen.

gebenen Wartelängen in den Bereichen der besonderen sowie ambulanten

Wohnform. Deutlich zu erkennen ist, dass die Wartezeiten im Bereich der besonderen Wohnform das Maximum bilden. Differenziert in die unterschiedlichen Angebote liegt der Durchschnitt der angegebenen Wartezeiten in der Einrichtung des Kontrapunkts bei ca. $5 \pm 1,5$ Monaten ($N = 2$) sowie im stationären Haupthaus des Projekts LÜSA bei ca. $10 \pm 1,2$ Monaten ($N = 20$) und innerhalb der Dauerwohneinrichtung bei ca. $18 \pm 2,5$ Monaten ($N = 8$). Verglichen zu den Angaben der aktuellen Lage durch die Mitarbeiter:innen haben sich die Wartezeiten des Kontrapunkts sowie der Dauerwohneinrichtung somit erhöht sowie im stationären Haupthaus reduziert. Die Wartezeiten im Bereich der ambulanten Wohnangebote weisen im Gruppenvergleich geringere Wartelängen auf; ausgeklammert ist hierbei eine Angabe von 108 Monaten (Case 276, Datensatz), welche laut Angaben auf dem Fragebogen auf eine persönliche Situation und nicht der Verfügbarkeit innerhalb der Angebotsstruktur zurückzuführen ist. Zusätzlich zur Auslastung der Angebote wurde innerhalb der Erhebung die Herkunft der Klient:innen untersucht. Vorrangig von Interesse ist hierbei das Verhältnis zwischen den Klient:innen, welche aus dem Kreis Unna stammen und jenen, welche für die Angebotsstruktur in den Kreis ziehen oder pendeln. Zum einen ergibt sich hieraus ein Einblick in den Bedarf, welcher tatsächlich aus dem Kreis stammt. Zum anderen lässt dies Schlüsse auf die umliegende Angebotsstruktur zu. Durch die Erhebung im Bereich der Mitarbeiter:innen ergeben sich größtenteils eindeutige Angaben bzgl. der Zuständigkeit für Klient:innen außerhalb des Kreises:

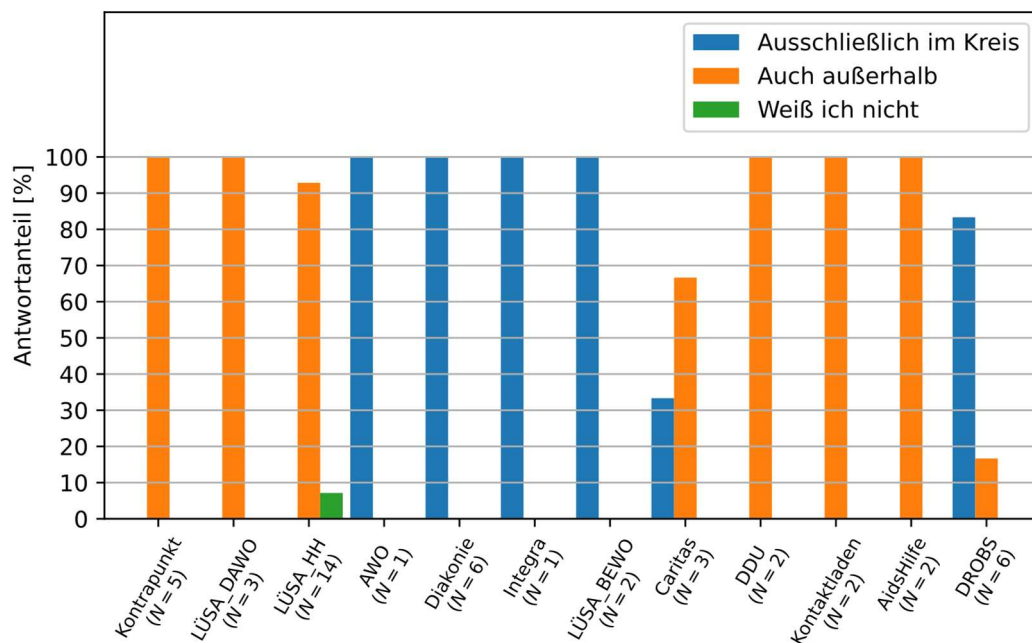


Abbildung 18: B05: Zuständigkeit der Angebote, Antwortanteil pro Angebot in Prozent, Werte sind Tabelle 19 im Anhang zu entnehmen.

Das paradoxe Antwortverhältnis im Angebot der Caritas lässt sich nach Rücksprache mit der zuständigen Leitung darauf zurückführen, dass Klient:innen außerhalb

des Kreises ausschließlich dann zu den Besucher:innen der Tagesstätte zählen, wenn diese sich im Ummeldungsprozess befinden. Die Unstimmigkeit im Bereich der DROBS lässt sich zudem durch die Gebietszuständigkeiten der unterschiedlichen Standpunkte erklären, wobei nur ein Standpunkt Gebiete außerhalb des Kreises miteinschließt (vgl. Suchthilfe im Kreis Unna mbH, 2022c). Sofern die Angebote eine Zuständigkeit für Klient:innen außerhalb des Kreises besitzen, wurde zusätzlich das geschätzte Herkunftsverhältnis über die Mitarbeiter:innen erhoben. Folgender Tabelle sind die Angaben, kodiert in ein prozentuales Verhältnis, zu entnehmen.

Tabelle 3: B06: Anteil von hinzugezogenen/ pendelnden Klient:innen erhoben über die Mitarbeiter:innen der Angebote (Kodierte Angaben der Antworten)⁷

Einrichtung	N	Anteil von hinzugezogenen/ pendelnden Klient:innen
Kontrapunkt	4	50 %
Lüsa: DAWO	3	58 %
Lüsa: HH/ AWG/ SEWO	14	68 %
DDU	2	75 %
Kontaktladen	2	25 %
Aidshilfe	2	25 %
DROBS	6	4 %

Besonders auffallend sind hierbei die hohen Quoten, von Klient:innen außerhalb des Kreises, in den Bereichen der Diamorphinambulanz sowie den Angeboten der besonderen Wohnform. Die aktuelle Lage dieser Bereiche weist eine zum Teil stark defizitäre Versorgungsstruktur auf, wodurch sich das Verhältnis ggf. erklären lässt. Sofern keine ausreichende Angebotsstruktur in den umgebenden Gebieten existiert, sind die Klient:innen darauf angewiesen in andere Städte oder Kommunen zu pendeln bzw. dorthin zu ziehen. Die Mitarbeiter:innen wurden anhand einer offenen Antwortkategorie zusätzlich darum gebeten, eine Erklärung für das angegebene Herkunftsverhältnis zu finden. Im Bereich der Diamorphinambulanz wurde die Verhältniserklärung lediglich von einem/ einer Teilnehmer:in angegeben. Anhand dieser Aussage stammen „die meisten PatientInnen [...] aus der nächsten Großstadt Dortmund [...], [in welcher] eine größere Drogenszene vorhanden ist“ (Case 322, Datensatz). Entsprechend dazu ist bereits eine weitere Ambulanz im Zentrum von Dortmund geplant (vgl. Medikus, 2022c). Im Bereich der besonderen Wohnform geht der Großteil der Mitarbeiter:innen davon aus, dass die hohen Zugraten auf ein allgemeines Angebotsdefizit sowie den höheren Bedarf

⁷ Kodierung ist Tabelle 20 im Anhang zu entnehmen.

außerhalb des Kreises zurückzuführen sind. Angesprochen wird innerhalb der Verhältniserklärungen wiederholt der bundesweite Bedarf sowie das Fehlen alternativer Einrichtungskonzepte. Das Verhältnis zwischen hinzugezogenen sowie pendelnden Klient:innen, wurde ebenfalls über die Klient:innen erhoben.

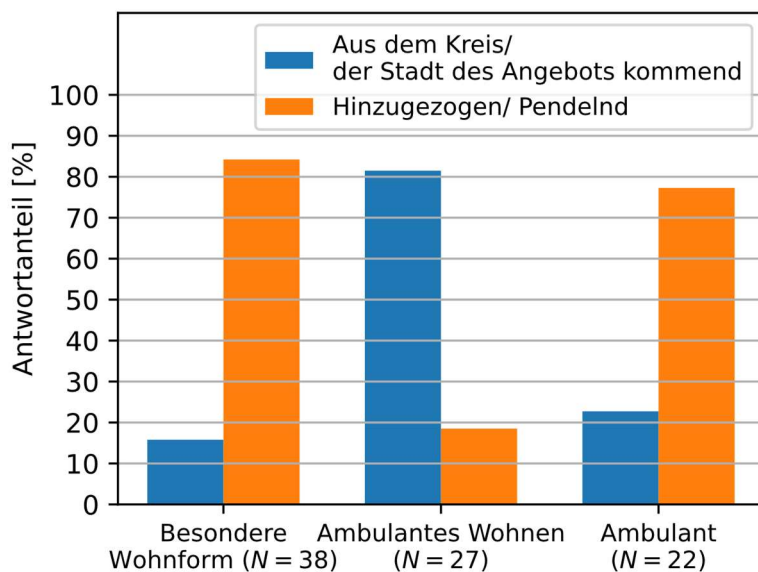


Abbildung 19: K02: Herkunft der Klient:innen (Aus dem Kreis Unna bzgl. der Wohnangebote/ Aus der Stadt des Angebots bzgl. der ambulanten Angebote), Antwortanteile pro Gruppe in Prozent, Werte sind Tabelle 21 im Anhang zu entnehmen.

Kongruent zu den Angaben der Mitarbeiter:innen bilden die Bereiche der besonderen Wohnform sowie der ambulanten Angebote, welche hierbei vorrangig durch die Teilnahmen innerhalb der DDU beeinflusst werden, die Bereiche, in denen die Anteile der hinzu-

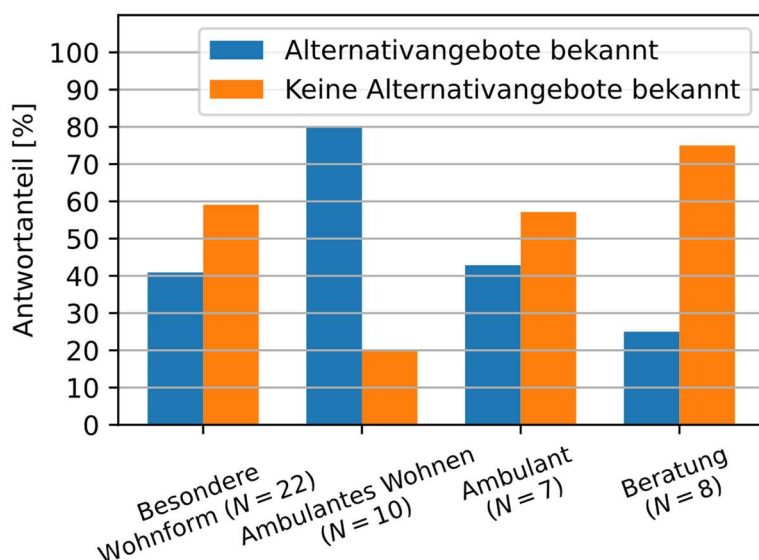
gezogenen bzw. pendelnden Klient:innen am höchsten sind. Zu beachten ist hierbei, dass mit einem Wechsel innerhalb des stationären Rahmens zwangsweise ein Umzug verbunden ist. Dieser ist laut Angaben vorrangig zwischen dem Kreis Unna und anderen Städten/ Kommunen erfolgt. Die Herkunft der Klient:innen wurde über eine offene Antwortkategorie erfasst. Im Bereich der besonderen Wohnform ergibt sich ein Anteil von ca. 84 %, welcher aus NRW stammt. Die angegebenen Städte verteilen sich hierbei über das Bundesland, was darauf hindeuten kann, dass sich der Bedarf an stationären Angeboten in diesem ausweitet. Bei der isolierten Betrachtung der Teilnahmen innerhalb der DDU ergibt sich bzgl. der aus Dortmund stammenden Klient:innen ein Anteil von ca. 60 %, wodurch sich die Annahmen der Mitarbeiter:innen bestätigen. Durch die tägliche Nutzung des Angebots schließt sich das Pendeln aus weiter entfernten Städten vermutlich aus, 100 % der Klient:innen stammen aus NRW und wohnen in der näheren Umgebung (Hinzu kommt eine Angabe OFW⁸). Im Bereich der ambulanten Wohnform kommt der Großteil der Klient:innen bereits ursprünglich aus dem Kreis Unna. Bedingt werden könnte dies durch die konzeptionelle Gestaltung, welche den Wohnort bereits miteinschließt und/ oder die Angebotsstruktur der umliegenden Städte. Verfügt diese

⁸Ohne festen Wohnsitz (OFW)

über ausreichend Angebote sind die Interessent:innen nicht dazu gezwungen in den Kreis Unna zu ziehen. Innerhalb von Dortmund existieren dahingehend mind. drei weitere Träger, welche ambulante Wohnangebote für chronisch suchtkranke Menschen anbieten (vgl. Ullrich, o.J., S. 16).

9.2.2. Angebot

Zur weiteren Untersuchung der Angebotsstruktur im Kreis Unna sowie dem direkten Umfeld, wurden über die Mitarbeiter:innen bekannte Alternativen erhoben.



Hierbei zeigt sich, dass dem Großteil der Teilnehmer:innen in fast allen Gruppen keine Alternativen zu dem eigenen Angebot bekannt sind. Ein umgekehrtes Verhältnis zeigt sich lediglich in der Gruppe des ambulanten Wohnens. Erklären lässt sich

Abbildung 20: A01: Kenntnis über alternative Angebote zum eigenen Konzept, Antwortanteile pro Gruppe in Prozent, Werte sind Tabelle 22 im Anhang zu entnehmen.

dies voraussichtlich über die Angebotsstruktur, welche mit einer Anzahl von mind. vier bestehenden und einem entwickelnden Angebot die meisten Alternativen im Kreis aufweist. Zu berücksichtigen ist außerdem, dass sich die Angebote in diesem Bereich konzeptionell stark ähneln. Trotz unterschiedlicher Ausprägungen sprechen sie gesamtheitlich dieselbe Zielgruppe an, während sich die Angebote in den übrigen Gruppen teilweise grundlegend voneinander unterscheiden und somit nicht direkte Alternativen darstellen. Bei der Benennung der alternativen Angebote verweisen die Einrichtungen dennoch vorrangig aufeinander, wodurch diese bereits innerhalb der Forschung berücksichtigt werden. Aus dem Kreis Unna zusätzlich benannt wurde lediglich der Katholische Verband für Mädchen- und Frauensozialarbeit (IN VIA Unna e.V.). Aus dem Umkreis benannt wurden „Die Werkstatt im Hinterhof“ der AWO in Iserlohn, welche eine niedrigschwellige Suchtberatung mit tagesstrukturierenden Angeboten darstellt (vgl. AWO Hagen Märkischer Kreis, 2022), das „Kesh“ als Besondere Wohnform in Hamm (vgl. Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V., 2022) sowie das Haus Maria Veen bei Münster im Bereich der Pflegeangebote (vgl. vfka Westfalen, 2020). Die umliegende Angebotsstruktur wird

außerdem durch die niedragschwelligen Hilfen aus Dortmund, welche die nächste Großstadt des Kreises bildet, erweitert. Zu benennen ist hier u.a. die Drogenhilfeeinrichtung „Kick“, welche ein System niedragschwelliger Basishilfen inklusive Drogenkonsumraum und Kontaktcafé der Aidshilfe Dortmund bildet (vgl. Aidshilfe Dortmund, 2022) sowie das „Café Flash“ und weitere Angebote der Dortmunder Drogenberatungsstelle. Hinzu kommen außerdem Hilfen im Bereich der Lebensmittelversorgung und Übernachtungsstellen (vgl. Ullrich, o.J., S. 17).

Bzgl. des Verhältnisses zwischen Bedarf und Angebot ist jedoch nicht ausschließlich das Bestehen alternativer Angebote interessant, sondern vorrangig die Fragestellung, ob bzw. wie gut der aufkommende Bedarf an den spezifischen Hilfen durch die Anlaufstellen gedeckt werden kann. Die Einschätzung der individuellen Bedarfsdeckung der Angebote kann Abbildung 21 entnommen werden. Abgefragt wurde hierbei anhand einer Ratingskala (5-Punkt; gar nicht zu vollständig), wie gut der aufkommende Bedarf an dem jeweiligen Fachbereich der Angebote durch dieses selbst abgedeckt werden kann.

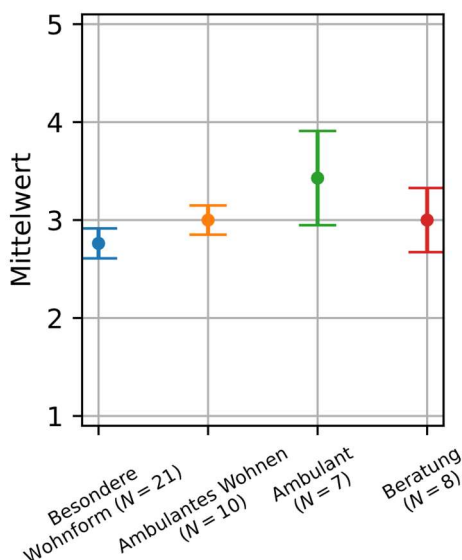


Abbildung 21: A02: Bedarfsdeckung der jeweiligen Angebote, Punkte stellen die Mittelwerte der Skalenangaben dar, Balken geben jeweilige Standardfehler an, Werte sind Tabelle 23 im Anhang zu entnehmen.

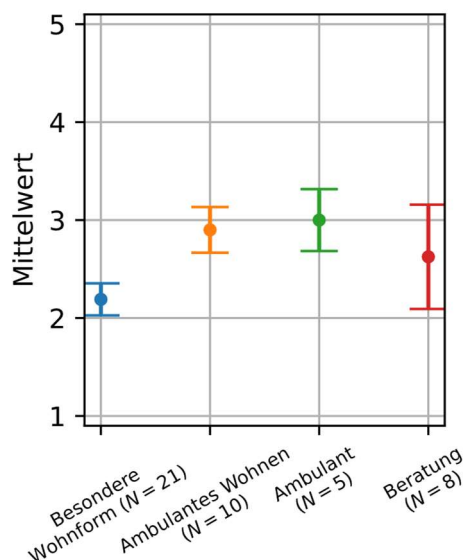


Abbildung 22: A03: Überbleibende Bedarfsdeckung durch die umliegende Angebotsstruktur, Punkte stellen die Mittelwerte der Skalenangaben dar, Balken geben jeweilige Standardfehler an, Werte sind Tabelle 24 im Anhang zu entnehmen.

Am schlechtesten wurde die Bedarfsdeckung mit einem Mittelwert \bar{x} von $2,8 \pm 0,15$ in der Gruppe der besonderen Wohnform eingeschätzt, was sich wiederum kongruent zu der Wartelistenlänge des Bereichs verhält. Die Angaben geben zudem die Einschätzung wieder, dass in allen Bereichen ein gewisser Bedarf zunächst ungedeckt bleibt. Weitergehend stellt sich die Frage, ob dieser durch die bestehenden Alternativen im Kreis und/ oder der Umgebung aufgefangen werden kann. Um dieses Verhältnis zu untersuchen, wurde die angenommene Deckung

des überbleibenden Bedarfs anhand einer gleichaufgebauten Ratingskala erhoben (Abbildung 22). Zu erkennen ist hierbei, dass über die Gruppen hinweg davon ausgegangen wird, dass ein gewisser Teil durch die umliegende Angebotsstruktur gedeckt werden kann, allerdings nicht gänzlich. Diesbezüglich kommt es nach Einschätzung der Mitarbeiter:innen im besten Fall zu einer Reduktion. Die Mittelwerte tendieren hierbei vorrangig in den negativen Bereich der Skala. Am schlechtesten wurde die Deckung des überbleibenden Bedarfs innerhalb der besonderen Wohnform mit einem Mittelwert \bar{x} von $2,2 \pm 0,16$ bewertet. Hinsichtlich der Angebotsstruktur wurde zusätzlich untersucht, wie sich die Vermittlung von Klient:innen zu anderen Angeboten gestaltet. Erhoben wurde dies erneut anhand einer Ratingskala (5-Punkt; einfach zu schwierig).

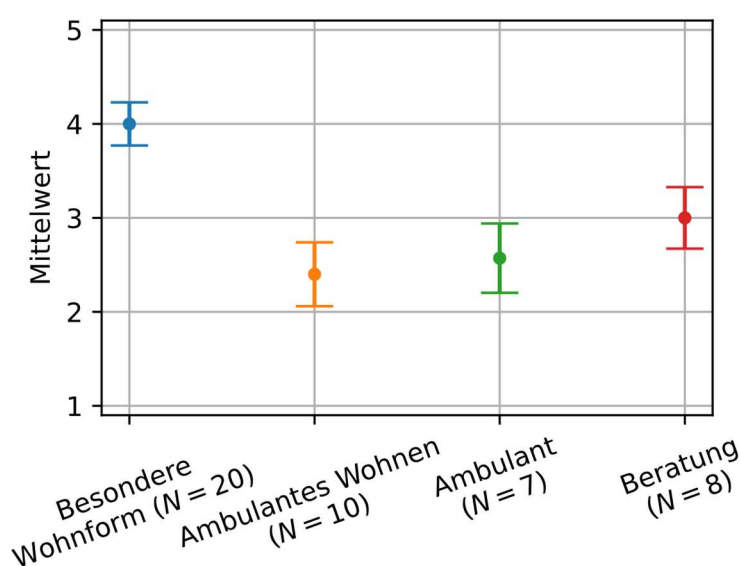


Abbildung 23: A04: Bewertung der Vermittlungsprozesse, Punkte stellen die Mittelwerte der Skalenangaben dar, Balken geben jeweilige Standardfehler an, Werte sind Tabelle 25 im Anhang zu entnehmen.

Zu erkennen ist, dass der Bereich der besonderen Wohnform mit einem Mittelwert \bar{x} von $4 \pm 0,23$ den höchsten und somit schlechtesten Durchschnitt bzgl. der Vermittlungsgestaltung aufweist. Der Bereich der ambulanten Wohnform erreicht mit einem Mittelwert \bar{x} von $2,4 \pm 0,34$ hingegen die beste Bewertung. Zu beachten ist hierbei, dass die Vermittlungserfahrungen sich nicht ausschließlich auf den Kreis Unna beziehen müssen, sondern andere Städte miteinschließen können. Zusätzlich zu der Bewertung des Vermittlungsprozesses wurden anhand einer offenen Antwortkategorie die aufkommenden Problemlagen einer Weitervermittlung erhoben. Das Angebotsdefizit wurde hierbei in den Gruppen der Wohnangebote am häufigsten angesprochen. Im Bereich der besonderen Wohnform kommt zusätzlich die fehlende konzeptionelle Passung der Angebote hinzu. Im Bereich der Beratung wurden wiederum unterschiedliche Problemlagen von dem Angebotsdefizit über die Mitarbeit der Klient:innen bis hin zur Kostenzusage und den langen Wartezeiten benannt (vgl. Tabelle 26 im Anhang). Auf Seiten der Klient:innen wurde die Nutzung der Angebotsstruktur des Kreises sowie der umliegenden Städte anhand von Mehrfachantwortsets untersucht. Die Sets waren hierbei stetig

halboffen gestaltet und konnten durch die Teilnehmer:innen ergänzt werden. Erhoben wurde zunächst, welche Angebote aus dem Kreis Unna zum Zeitpunkt der Befragung zusätzlich oder in Vergangenheit bereits genutzt wurden.

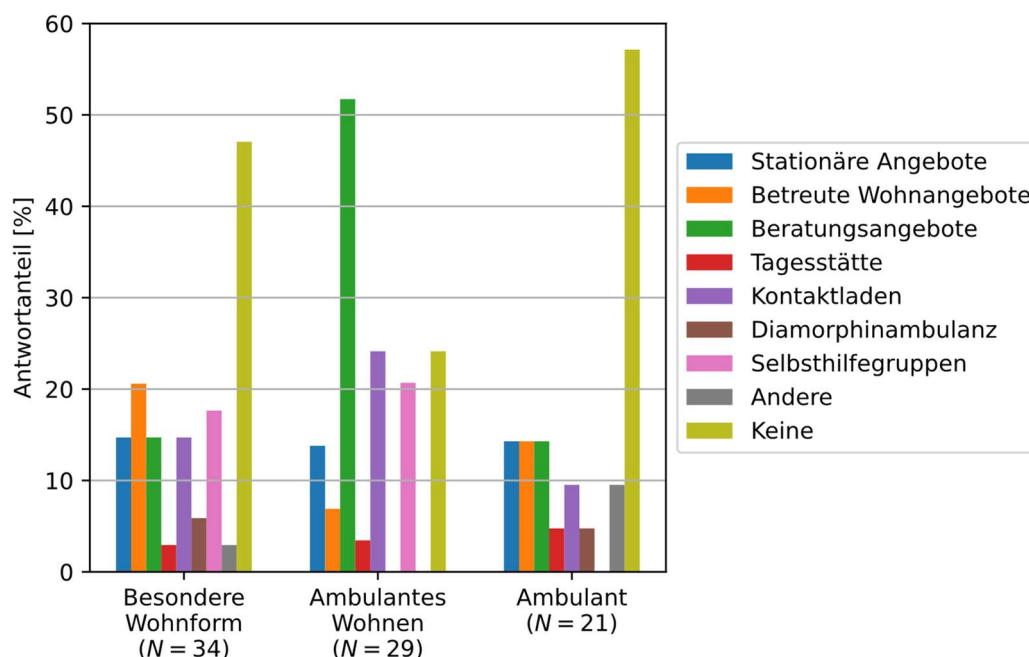


Abbildung 24: K08: Nutzung weiterer Angebote aus dem Kreis Unna, Antwortanteil pro Antwortitem innerhalb der Gruppen in Prozent (Mehrfachantwortset), Werte sind Tabelle 27 im Anhang zu entnehmen.

Auffallend oft sind hierbei die Beratungsangebote in der Gruppe der ambulanten Wohnform angegeben. Die Nutzung der anderen Angebote wurde in Anteilen von bis zu max. 24 % innerhalb der Gruppen benannt. In den Gruppen der besonderen Wohnform sowie der ambulanten Angebote sticht vor allem die Angabe keiner weiteren Nutzung innerhalb des Kreises hervor. Dieses Verhältnis könnte auf unterschiedliche Aspekte hindeuten. Zum einen auf die Annahme, dass die Bedürfnisse bereits durch das derzeit genutzte Angebot vollständig abgedeckt werden. Zum anderen auf die Annahme, dass die ggf. zusätzlich genutzten Angebote sich nicht innerhalb des Kreises befinden. Um weiteres zu untersuchen, wurde folgend die derzeitige Nutzung weiterer Angebote aus anderen Städten erhoben. Hierbei zeigt sich allerdings, dass der Großteil der Klient:innen über die Gruppen hinweg keine Nutzung weiterer Angebote aus anderen Städten angibt (vgl. Tabelle 28 im Anhang). Der hohe Anteil der angegebenen Nichtnutzung kann innerhalb beider Antwortsets ebenfalls durch die Komplexität dieser, welche sich durch die Vielzahl der Antwortmöglichkeiten ergibt, bedingt werden.

Hinsichtlich der Angebotsstruktur im Kreis Unna wurden die Klient:innen zusätzlich befragt, um welche Angebote diese erweitert werden sollte.

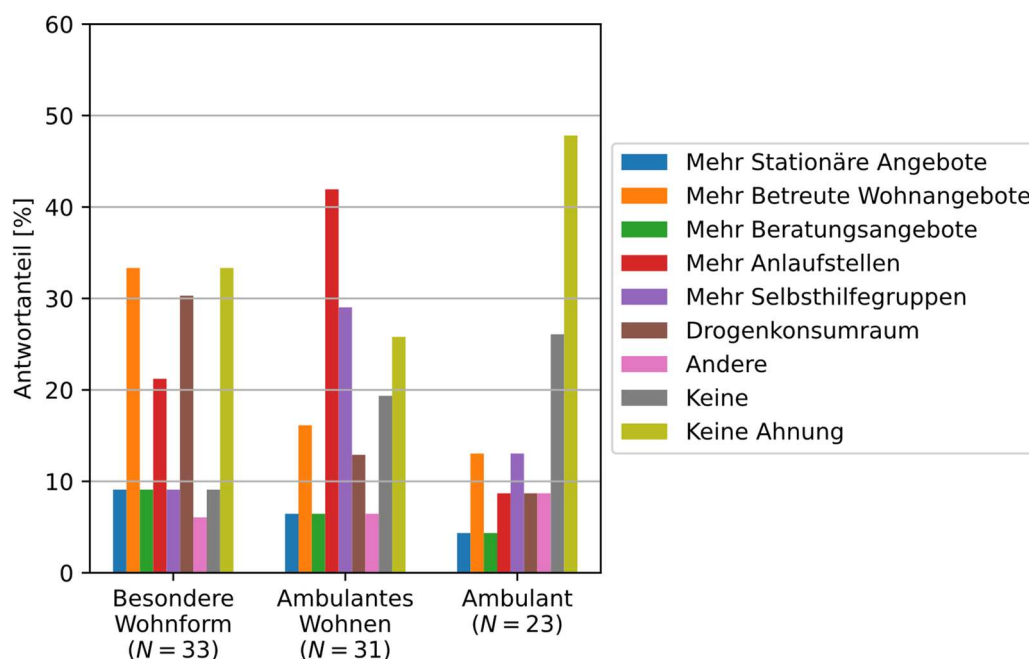


Abbildung 25: K10: Bereiche, in denen die Angebotsstruktur des Kreises verbessert werden sollte, Antwortanteil pro Antwortitem innerhalb der Gruppen in Prozent (Mehrfachantwortset), Werte sind Tabelle 29 im Anhang zu entnehmen.

Die angebotenen Optionen wurden hierbei von bis zu max. 42 % der Teilnehmer:innen innerhalb der Gruppen gewählt. Im Bereich der besonderen Wohnform wurde am häufigsten der Ausbau der betreuten Wohnangebote angegeben, was sich ggf. durch den Wunsch nach Verselbständigung in einen eigenen Wohnraum ergibt. Ebenfalls häufig wurde die Angebotsenerweiterung um einen Drogenkonsumraum angegeben, welcher zurzeit nicht innerhalb des Kreises zur Verfügung steht. Im Bereich der ambulanten Wohnangebote wurde wiederum vorrangig der Ausbau von Anlaufstellen, im Fragebogen klassifiziert als Alternativen zum Kontaktladen und der Tagesstätte, ausgewählt. Die Teilnehmer:innen in der Gruppe der ambulanten Angebote haben vorrangig die Ausweichkategorie gewählt. Bedingt werden könnte dies durch den relativ hohen Anteil pendelnder Klient:innen, welche dadurch ggf. weniger Berührungspunkte zur Angebotsstruktur im Kreis besitzen. Hinsichtlich der aktuell genutzten Angebote, über welche die Teilnehmer:innen an der Befragung teilgenommen haben, wurde zusätzlich anhand eines geschlossenen Antwortitems erhoben, ob die Angebotsstruktur um zusätzliche Hilfen derselben Art erweitert werden sollte. Über die Gruppen hinweg wurde dies von mind. 80 % der Klient:innen bestätigt (vgl. Tabelle 30 im Anhang). Fraglich bleibt, ob die Klient:innen hierbei in der Lage sind die Angebotsstruktur dahingehend umfassend zu reflektieren. Die bereits erhobenen Unterschiede der Angebotsstrukturen spiegeln sich nicht in den Angaben wider.

Während sich die Bereiche in der subjektiven Bedarfseinschätzung noch aneinander anglichen, lassen die erhobenen Daten rückblickend eine deutlich objektivere Einschätzung hinsichtlich des Verhältnisses zwischen dem Bedarf und der Angebotsstruktur des Kreises zu. In der Auslastung sowie Verfügbarkeit zeigen sich hierbei bereits deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Bereichen des Arbeitsfeldes. Hinsichtlich der Wartelisten stechen vorrangig die Angebote der besonderen Wohnform negativ hervor. Diese schneiden zusätzlich bzgl. der Angebotsstruktur sowie der sich daraus ergebenden Vermittlungsbewertung schlecht ab. Hohe Wartezeiten verhindern in diesem Bereich den Zugang für Interessent:innen, während sich der Bedarf nach Einschätzungen der Mitarbeiter:innen auf die umliegenden Gebiete ausbreitet, ohne dass hierbei entsprechende Angebote existieren. Angemerkt sei hierbei, dass die Stadt Dortmund im Bereich des stationären Wohnens selbst auf die Angebote des Projekts LÜSA im Kreis Unna verweist (vgl. Ullrich, o.J., S. 16). Die ambulanten Wohnangebote weisen im Vergleich dazu eine deutlich bessere Angebotsstruktur im Kreis Unna sowie den umliegenden Städten auf. Auch wenn der Zugang für interessierte Klient:innen dadurch einfacher wird, bleibt auch in diesem Bereich ein Teil des aufkommenden Bedarfs nach Einschätzung der Mitarbeiter:innen ungedeckt. Im Bereich der ambulanten Angebote, welche vorrangig eine szenenahe Orientierung besitzen, existieren keine Wartelisten, welche den Zugang verhindern könnten. Dennoch zeigen sich innerhalb der Angebotsstruktur des Kreises wenige Alternativen. Ein diesbezüglich alleinstehendes Angebot bildet die Diamorphinambulanz, welche vorrangig den Bedarf aus Dortmund abfängt. Die Beratungsangebote weisen einen ähnlich niedrighwelligen Zugang bzgl. der Wartezeiten auf.

9.2.3. Zugang

Auf die Zugänglichkeit der Angebote können neben dem Bestand der Angebotsstruktur verschiedene Aspekte, wie etwa die konzeptionelle Ausrichtung, einen Einfluss besitzen. Anhand einer Ratingskala (5-Punkt; einfach zu schwierig) wurde die Bewertung des Zugangs jeweils einrichtungsgebunden über die Mitarbeiter:innen erhoben.

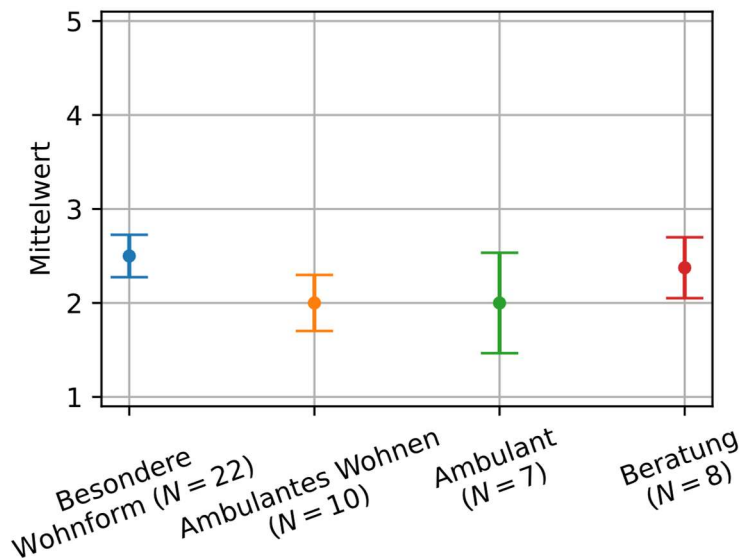


Abbildung 26: Z01: Zugangsbewertung der jeweiligen Angebote (Mitarbeiter:innen), Punkte stellen die Mittelwerte der Skalenangaben dar, Balken geben jeweilige Standardfehler an, Werte sind Tabelle 31 im Anhang zu entnehmen.

Über die Gruppen hinweg tendieren die Einschätzungen der Mitarbeiter:innen zu einer relativ einfachen Zugänglichkeit der Angebote. Im Gruppenvergleich wird diese in den Bereichen der besonderen Wohnform sowie der Beratung etwas höher bzw. schwieriger

als in den Bereich der ambulanten Wohnangebote sowie der sonstigen ambulanten Angebote eingeschätzt. Eine starke Differenz ergibt sich hierbei allerdings nicht. Forschungsintern wird zunächst angenommen, dass hierbei die Anmelde- bzw. Bewerbungsprozesse in die Bewertung miteinbezogen werden. Offen bleibt jedoch, ob und wie dies im Vergleich der Gruppen zum Ausdruck kommt. Geht man davon aus, dass die Mitarbeiter:innen in der Gruppe der besonderen Wohnform sich bspw. vorrangig mit alternativen Angeboten im stationären sowie ggf. hochschwelligem Bereich verglichen haben und dadurch die Einschätzung einer einfachen Zugänglichkeit ihres Angebots erlangt haben, sagt dies nichts über den Vergleich zwischen den verschiedenen Gruppen der Erhebung aus. Hingegen basiert die Einschätzung der Klient:innen, welche über eine punktbearbeitete Ratingskala (5-Punkt; einfach zu schwierig) erhoben wurde, vermutlich vorrangig auf den individuell erlebten Erfahrungen.

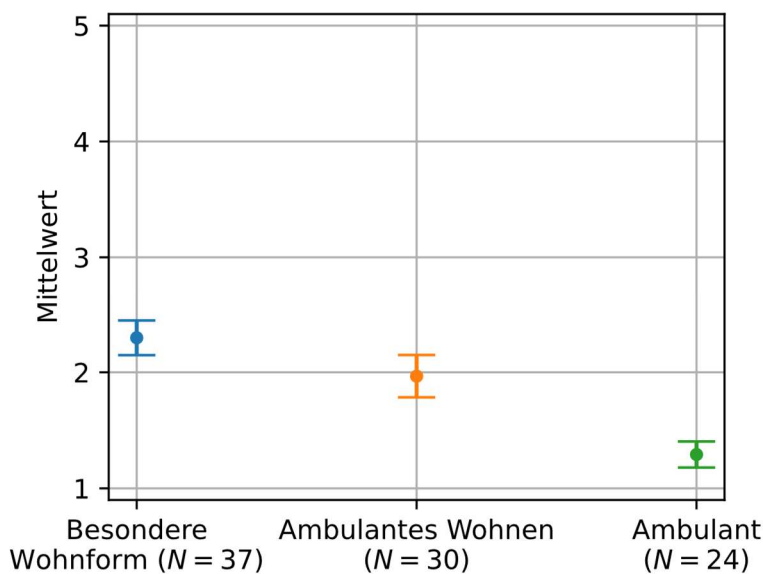


Abbildung 27: K13: Zugangsbewertung der jeweiligen Angebote (Klient:innen), Punkte stellen die Mittelwerte der Skalenangaben dar, Balken geben jeweilige Standardfehler an, Werte sind Tabelle 32 im Anhang zu entnehmen.

Im Gruppenvergleich lässt sich ein Gefälle von einem etwas schwierigeren zu einem besonders einfachen Zugang von den Angeboten der besonderen Wohnform hin zu den ambulanten Angeboten erkennen. Insgesamt betrachtet tendieren die Ein-

schätzungen alle in den Bereich der Skala, welcher für die einfache Zugänglichkeit der Angebote steht. Die Einschätzung der Mitarbeiter:innen sowie Klient:innen sind in den Bereichen der Wohnangebote nahezu deckungsgleich. Im Bereich der ambulanten Angebote wurde der Zugang durch die Klient:innen sogar noch einfacher eingeschätzt. Um den Zugang aus Sicht der Klient:innen weitergehend zu unter-

suchen, wurden zudem die erlebten Anmeldungs- bzw. Bewerbungsprozesse hinterfragt. Der Bereich der ambulanten Angebote fällt hierbei bis auf die Teilnahmen innerhalb der DDU weg, da die übrigen Anlauf-

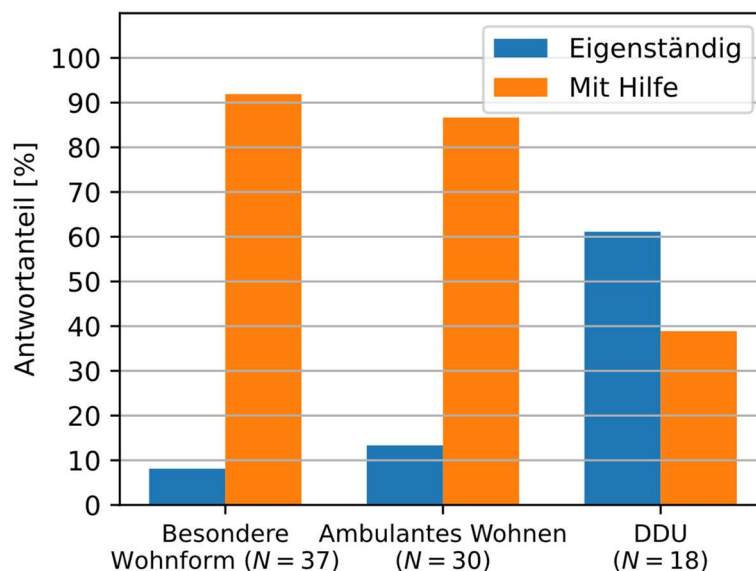


Abbildung 28: K11: Angegebene Unterstützung beim Bewerbungs- und Anmeldeprozess, Antwortanteile pro Gruppe in Prozent, Werte sind Tabelle 33 im Anhang zu entnehmen.

stellen der Gruppe keine Prozesse

dieser Art aufweisen. Erhoben wurde zunächst, ob die Prozesse jeweils eigenständig bewältigt oder Instanzen der Unterstützung herangezogen wurden.

Sowohl in den Bereichen der besonderen als auch ambulanten Wohnform gibt der Großteil der Klient:innen an, Unterstützung bei den Bewerbungsprozessen in Anspruch genommen zu haben. Zu beachten ist hierbei allerdings, dass dies nicht kausal auf eine schwierige Zugänglichkeit der Angebote zurückzuführen ist. Sofern eine Vermittlung zwischen zwei Angeboten erfolgt, sind in der Regel automatisch Mitarbeiter:innen beider Einrichtungen in den Prozess integriert. Dennoch weist das deutlich ausgeglichene Verhältnis bzgl. der Hilfeinanspruchnahme bei den Anmeldeprozessen der Diamorphinambulanz auf einen einfachen Zugang des Angebots hin. Zusätzlich erhoben wurde zudem die Art der Unterstützungspartei.

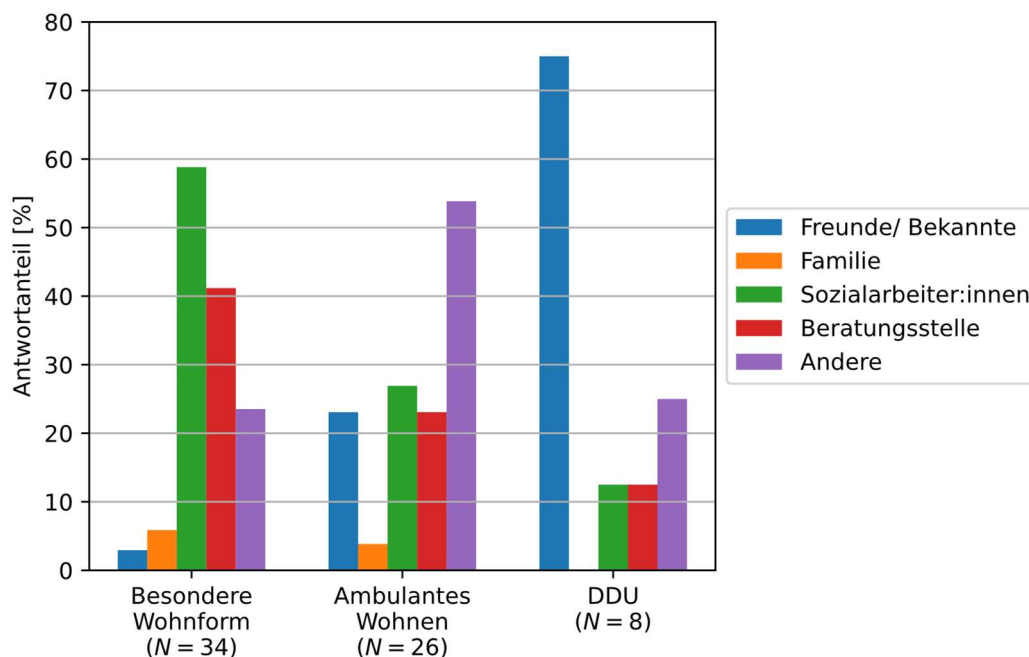


Abbildung 29: K12: Unterstützungsparteien beim Bewerbungs-/Anmeldeprozess, Antwortanteile pro Gruppe in Prozent (Mehrfachantwortset), Werte sind Tabelle 34 im Anhang zu entnehmen.

Hierbei gaben die Teilnehmer:innen der DDU vorrangig an durch Freunde und/oder Bekannte unterstützt worden zu sein. Im Bereich der besonderen Wohnform zeigt sich ein anderes Verhältnis. Hierbei wurden größtenteils Sozialarbeiter:innen sowie Beratungsstellen als Unterstützungsparteien angegeben. Hinsichtlich der Gruppe des Ambulanten Wohnens nutzte der Großteil der Teilnehmer:innen die offene Antwortkategorie. Hierüber wurden vorrangig Mitarbeiter:innen vorheriger Einrichtungen sowie die rechtliche Betreuung benannt. Diese explizite Benennung sowie der Anteil der Sozialarbeiter:innen als Hauptunterstützungspartei im Bereich der besonderen Wohnform stützen die Annahme, dass diese bei der Anmeldung/Bewerbung im Bereich der Wohnangebote meist integriert sind.

Auf Seiten der Mitarbeiter:innen wurde bzgl. der Anmelde- und Bewerbungsprozesse erhoben, ob interessierte Klient:innen bei den Prozessen durch die jeweilige Zieleinrichtung unterstützt werden. Über die Gruppen hinweg geben mind. 90 % der Mitarbeiter:innen an, dass dies entweder nicht notwendig ist oder eine

Unterstützung stattfindet (vgl. Tabelle 35 im Anhang). Über diese Prozesse hinaus, können zudem weitere Anforderungen als Nutzungsvoraussetzung an die Klient:innen gestellt werden. Hinsichtlich der Wiedereingliederungshilfen stellt demnach die abgeschlossene Entgiftungsbehandlung eine Zugangsbedingung zu Übergangseinrichtungen dar (vgl. DHS, 2019, S. 26 f.). Bestimmungen dieser Art können den Zugang der Angebote negativ beeinflussen. Um das Vorkommen weiterer Aspekte in den unterschiedlichen Bereichen zu untersuchen, wurde der Bestand zusätzlicher Anforderungen in den Angeboten, welche bereits Anmeldungs- oder Bewerbungsprozesse aufweisen sowie die allgemeinen Zugangsvoraussetzungen in den übrigen Angeboten erhoben.

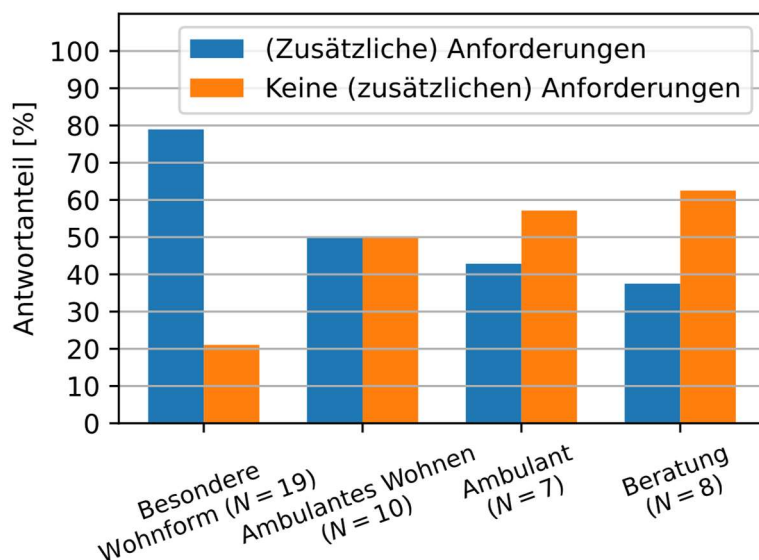


Abbildung 30: Z04: (Zusätzliche) Zugangsvoraussetzungen der Angebote, Antwortanteile pro Gruppe in Prozent, Werte sind Tabelle 36 im Anhang zu entnehmen.

über eine offene Antwortkategorie erhoben sowie entsprechend nachkodiert. Im Bereich der besonderen Wohnform wurde hierbei vorrangig die konzeptionelle Passung zwischen den Klient:innen und dem entsprechenden Angebot sowie der hinzukommende Verwaltungsaufwand benannt. Ebenfalls oft angegeben wurde sowohl in dieser als auch in der Gruppe der ambulanten Wohnangebote die Mitwirkung der Klient:innen (vgl. Tabelle 37 im Anhang). Um einen Ausblick zu schaffen, wurden zudem die individuellen Verbesserungspotentiale hinsichtlich des Zugangs der jeweiligen Angebote erhoben. Abgefragt wurde hierbei zunächst, ob eine Besserung nach Einschätzung der Mitarbeiter:innen möglich ist sowie weitergehend, wie sich diese gestalten könnte. Über die Gruppen hinweg stimmt der Großteil der Mitarbeiter:innen einer möglichen Verbesserung inkl. eines konkreten Umsetzungsvorschlags zu. Trotz der relativ gut eingeschätzten Zugänglichkeit (vgl. Abbildung 26) gehen demnach die meisten Teilnehmer:innen von verbesserungswürdigen Aspekten innerhalb des eigenen Angebots aus.

Zusätzliche Anforderungen wurden hierbei vorrangig im Bereich der besonderen Wohnform angegeben. In den Bereichen der ambulanten Angebote sowie der Beratung zeigt sich ein umgekehrtes Verhältnis.

Die Art der Anforderungen wurde

Im Vergleich der Gruppen zeigt sich lediglich im Bereich der ambulanten Hilfen ein ausgeglicheneres Verhältnis. Demnach gehen in dieser Gruppe ca. 43 % davon aus, dass der Zugang der Angebote nicht einfacher zu gestalten ist. Die an-

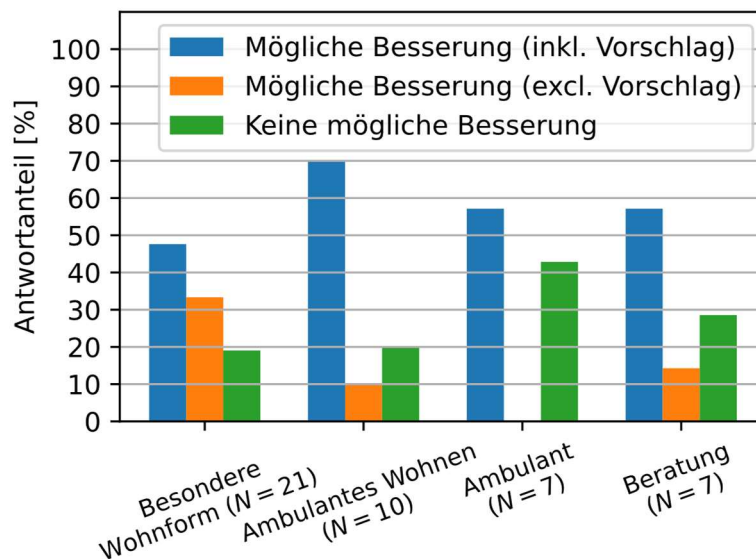


Abbildung 31: Z02: Einschätzung des Verbesserungspotentials bzgl. des Zugangs der Angebote (erhoben über die Mitarbeiter:innen), Antwortanteile pro Gruppe in Prozent, Werte sind Tabelle 38 im Anhang zu entnehmen.

gegebenen Verbesserungsvorschläge wurden erneut über eine offene Antwortkategorie erhoben sowie entsprechend nachkodiert. Im Bereich der besonderen Wohnform wird hierbei vorrangig die Reduktion des zuvor benannten Verwaltungsaufwands angesprochen. Hinsichtlich der ambulanten Wohnangebote kommen die Netzwerkarbeit sowie öffentliche Kommunikation hinzu. Im Bereich der ambulanten Angebote macht die Verbesserung der örtlichen Lage den größten Anteil aus. Zurückzuführen sind diese Angaben auf die Teilnahmen innerhalb des Kontaktladdens, welcher mit seinem Standort von der Innenstadt Unnas abgeschnitten ist. Im Bereich der Beratungsangebote kann der Zugang nach Annahmen der Mitarbeiter:innen vorrangig über den Ausbau der Angebotsstruktur sowie der Behebung des Personaldefizits realisiert werden (vgl. Tabelle 39 im Anhang). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Zugänglichkeit vorrangig im Bereich der besonderen Wohnform zusätzlich zu dem Angebotsdefizit sowie den dadurch erzeugten Wartezeiten durch die Bewerbungsprozesse und den hinzukommenden Verwaltungsaufwand erschwert wird.

Kapitel 2

10. Versorgung drogenabhängiger Menschen in Haft

Die gesonderte Stellung drogenabhängiger Menschen in Haft wurde innerhalb der Arbeit bereits an verschiedenen Punkten benannt. Folgend soll die Situation in deutschen Haftanstalten detailliert betrachtet werden. Grundlage bilden hierbei zunächst bestehende Expertisen sowie Erhebungen innerhalb der Bundesrepublik und Europa. Ergänzt wird die Thematik zudem durch die empirisch quantitative Forschung im Kreis Unna. In Bezug auf die Versorgung drogenabhängiger Menschen in Haft wurden hierbei Daten innerhalb einer Zusatzbefragung erhoben, welche im Bereich der Klient:innen eine retrospektive Betrachtung zulassen und in Bezug auf die Mitarbeiter:innen die gegenwärtigen Erfahrungen widerspiegeln. Während in den bestehenden Forschungen zwischen den einzelnen Arten der Inhaftierung unterschieden wird, bezieht sich die Befragung im Kreis Unna jeweils auf die gesammelten Inhaftierungserfahrungen der Klient:innen, ohne hierbei eine weitere Differenzierung vorzunehmen.

11. Aktuelle Lage

Auf Grundlage unterschiedlicher Forschungen wird angenommen, dass Substanzkonsum sowie Abhängigkeitserkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich häufiger im Justizvollzug vorkommen (vgl. DdB, 2019, S. 125). Unweigerlich ergeben sich daraus Herausforderungen für die Justizvollzugsanstalten (JVA), um bestmöglich mit der Problemlage und den Betroffenen umzugehen. Im Jahr 2019 wurde die erste bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug veröffentlicht sowie in dem Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung desselben Jahres thematisiert. Aus der Erhebung geht hervor, dass zum Stichtag (31.03.2018) 44 % der inhaftierten Menschen eine stoffgebundene Suchtproblematik aufwiesen. Hiermit inbegriffen sind 27 % bei denen eine Abhängigkeitserkrankung bereits bei Haftantritt vorlag sowie 17 % bei denen der Missbrauch psychotroper Substanzen (einschließlich Alkohol) festzustellen ist. In der Erhebung berücksichtigt sind 65 % (Männer und Frauen gesamt) der zu dem Zeitpunkt inhaftierten Personen in Deutschland (vgl. Stoll et al., 2019, S. 10 f.). Bei der Differenzierung in die Hauptsubstanzen fällt zudem auf, dass Opiode sowie der multiple Substanzgebrauch zusammengezählt den höchsten Anteil bzgl. der Substanzabhängigkeit beider Geschlechter ausmachen (vgl. Stoll et al., 2019, S. 14). Die beiden Gruppen werden ebenfalls hinsichtlich der Substitutionsbehandlung in Haft innerhalb der Erhebung berücksichtigt. Hierbei ergibt sich eine Substitutionsquote von gerade einmal 23,9 % (Männer und Frauen gesamt) bzgl.

der Personen, welche sich zum Stichtag im Justizvollzug befanden und die Kriterien einer Substanzabhängigkeit bereits zu Beginn der Haft erfüllten sowie als Hauptsubstanz Opioide oder den multiplen Substanzgebrauch aufwiesen. Auffällig ist, dass die Quote mit 53,6 % bei den Frauen deutlich höher liegt als bei den Männern (21,4 %) (vgl. Stoll et al., 2019, S. 20). Fraglich bleibt, wieso einem hohen Anteil von knapp 76 % die Behandlung verwehrt bleibt. Eine Bedarfsindikation für Harm Reduction Maßnahmen in Haft bilden außerdem die im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich höheren Infizierungsquoten bzgl. der Krankheiten HIV und HCV (vgl. Dichtl et al., S. 129 f.). Die einzelnen Bereiche der Angebotsstruktur sollen folgend mit ihrer Auswirkung auf die inhaftierten Betroffenen genauer betrachtet werden.

11.1. Substitutionsbehandlung in Haft

Der Bedarf an Substitutionsbehandlungen innerhalb von Haftanstalten spiegelt sich in den bereits dargestellten Daten wider. Die daraus resultierende Notwendigkeit die betroffenen Menschen in Haft zu behandeln, wurde bereits vor mehr als 20 Jahren international anerkannt. U.a. die WHO bestätigte in dem Zusammenhang nachträglich, dass die Substitutionstherapie als wirksamste Behandlungsmöglichkeit Opioid bezogener Abhängigkeitserkrankungen in Haft zugänglich sein soll (vgl. Stöver et al., 2019, S. 2; UNODC et. al., 2013, S. 2). Die Behandlung hat hierbei nicht nur eine große Auswirkung auf die Besserung des Gesundheitszustandes und der damit verbundenen Lebensqualität, sondern führt ebenfalls zur Reduktion des Konsums anderer Substanzen (vgl. DAH, 2012, S. 18 & 2018, S. 40; Stöver et al., 2019, S. 2 f.). Anhand von Forschungsergebnissen ist zu erkennen, dass Patient:innen während einer bestehenden Substitutionsbehandlung den „Heroingebrauch, das Injizieren von Drogen und die [gemeinsame Nutzung] von Spritzbesteck gegenüber einer Vergleichsgruppe reduzieren“ (Stöver, Stallwitz, 2007, S. 89). Menschen in Haft haben das Anrecht auf die bestmögliche Gesundheitsbehandlung. Festgehalten ist dies über die allgemeinen Menschenrechte. Mit der Inhaftierung darf der Verlust dieser nicht einhergehen. Nur die Freiheitsentziehung allein stellt die Strafe dar. Dennoch ist eine große Ungleichheit in Bezug auf die Behandlung abhängigkeiterkrankter Menschen innerhalb und außerhalb von Gefängnissen zu verzeichnen (vgl. Stöver et al., 2019, S. 1 ff.; Opitz-Welke et al., 2018, S. 808 ff.). Während die Substitutionsquote außerhalb bei ca. 50 % bzgl. der Schätzung Opioid abhängiger Menschen in Deutschland liegt, reduziert sich diese auf die bereits benannten 23,9 % innerhalb der Haftanstalten (Hierbei berücksichtigt sind 65 % der zu dem Zeitpunkt inhaftierten Personen in Deutschland, vgl. Schäffer, Köther, 2021, S. 88; Stoll et al., 2019,

S. 20). Eine hohe Differenz, welche die deutlich schlechtere Versorgung in Haft widerspiegelt. In Bezug auf alle Menschen, welche mit einer Opiatkonsumstörung in Gefängnissen leben, wurde die Quote durch die Deutsche Aidshilfe sogar deutlich geringer (auf etwa 5-9 %) geschätzt (vgl. Stöver et al., 2019, S. 3). Opiatkonsumstörungen sind vor allem für Menschen in Haftanstalten mit tödlichen Folgen verbunden. Hierzu zählt neben dem erhöhten Risiko einer Infektion mit den Krankheiten HIV und HCV ebenfalls die überdurchschnittlich hohe Sterblichkeitsrate nach Haftentlassung, welche meist auf eine tödliche Überdosierung zurückzuführen ist (vgl. Stöver, 2019, S. 1 f.; Opitz-Welke et al., 2018, S. 811). Risiken, welche durch eine kontinuierliche Substitutionsbehandlung zumindest gemindert werden können. Im Gegenzug zeigt dies, welche verheerenden Folgen sich aus der Unterlassung einer solchen Behandlung für die Betroffenen ergeben. Wichtig ist, dass die Drogenkonsumstörung auch in Haft als schwerwiegende Erkrankung, welche einer Behandlung bedarf, wahrgenommen wird. In Bezug auf die Niedrigschwelligkeit ist zudem relevant, dass die Fortsetzung oder Einleitung einer Substitutionsbehandlung als geltende Behandlungsmethode unterstützt wird (vgl. Stöver et al., 2019, S. 1 ff.).

11.1.1. Versorgungslage der Bundesländer

Die Umsetzung der Substitutionsbehandlung in Haft unterscheidet sich stark zwischen den verschiedenen Bundesländern in Deutschland. Folgende Übersicht wurde von Stöver et al. (2019) auf Grundlage der veröffentlichten Daten aus den Bundesländern sowie der Deutschen Aidshilfe erstellt.

Tabelle 4: Menschen mit Opioidstörung, die im Gefängnis leben und OST⁹ erhalten. Übersicht der einzelnen Bundesländer (Quelle: Stöver et al., 2019, S. 4).

Bundesland	Jahr der Erhebung	Anzahl der Personen, die im Erhebungsjahr im Strafvollzug leben	Ungefähre Anzahl der Menschen mit Opioidstörung, die im Gefängnis leben ¹⁰	Menschen mit Opioidkonsumstörung, die im Gefängnis leben und OST erhalten
Bremen	2018	620	286	90-120 (ca. 48-65%)
Nordrhein-Westfalen	2018	16.219	3660	2048 (ca. 56%)
Schleswig-Holstein	2018	1150	350	130-150 (ca. 37-43%)
Hamburg	2018	1900	570	150-200 (ca. 26-35%)
Hessen	2018	4600	1380	430 (ca. 31%)
Berlin	2018	3050	915	246 (ca. 27%)
Niedersachsen	2018	4750	1425	310 (ca. 22%)
Saarland	2018	765	230	27 (ca. 12%)
Rheinland-Pfalz	2018	3050	915	105 (ca. 11%)
Baden-Württemberg	2018	7390	1832	168 (ca. 9%)
Sachsen-Anhalt	2018	1566	470	36 (ca. 8%)
Tübingen	2018	1500	450	30 (ca. 7%)
Bayern	2018	11.000	3300	240 (ca. 7%)
Brandenburg	2018	1000	300	9 (ca. 3%)
Sachsen	2018	3400	1020	10 (<1%)
Mecklenburg-Vorpommern			Nicht verfügbar	

Auffallend ist, dass die Behandlung in einigen Bundesländern sehr selten angeboten wird. Sechs Länder liegen hierbei unter 10 %, während die Quote in Bremen und NRW deutlich höher ist und bei 48-65 % bzw. 56 % liegt. Zu benennen ist hierbei, dass die Substitutionstherapie grundlegend in allen Bundesländern, jedoch nicht in allen Haftanstalten angeboten wird (vgl. Stöver et al., 2019, S. 4).

Eine Problemstruktur bezieht sich hierbei auf den Abbruch bereits bestehender Behandlungen. Die Abbruchquote ist mit einer Rate von 70 % bzgl. der Behandlungen, welche vor Inhaftierung begonnen sowie innerhalb der Haft abgebrochen wurden sehr hoch (vgl. Stöver et al., 2019, S. 4). Eine Untersuchung aus dem Jahr 2012 ergab sogar eine diesbezügliche Abbruchquote von 90 % innerhalb Bayerns (vgl. Schäffler, 2012, S. 30). Um die dahinterliegenden Strukturen näher zu betrachten, soll folgend die Praxis der Substitutionsbehandlung weitergehend untersucht werden.

⁹ Opioid-Substitutionstherapie (OST)

¹⁰ Gemeldete Anzahl oder 30% der gesamten Menschen, die im Gefängnis leben

11.1.2. Substitutionspraxis und Haftrealität

Eine Tatsache, welche die Substitutionspraxis grundlegend beeinflusst, ist die Bindung an den Arzt/ die Ärztin innerhalb der Haftanstalt. Daraus resultierend ergibt sich für die inhaftierten Personen keine Chance, sich an alternative Mediziner:innen zu wenden, sofern die Substitution abgelehnt, abgebrochen oder verändert wird. Während in einigen Fällen die Substitution ermöglicht wird, kommt es in anderen Fällen lediglich zu einer schrittweisen Abdosierung des Substitutionsmedikaments oder dem allgemeinen Verwehren der Behandlung. Eine weitere Möglichkeit stellt der Beginn der Behandlung zum Ende der Haftzeit dar (vgl. DAH, 2018, S.4 f.; Knorr, 2007, S. 66 ff.). Rechtlich sind die Strafvollzugsgesetze der einzelnen Länder für die Gestaltung des Vollzugs zuständig. Hinsichtlich der medizinischen Versorgung ähneln sich die Gesetzgebungen in den einzelnen Ländern, wobei Unterschiede in der konkreten Umsetzung bestehen (vgl. DAH, 2018, S. 5 f.). Zusätzlich zum „Anspruch auf notwendige, ausreichende und zweckmäßige medizinische Versorgung unter Beachtung des Grundsatzes der Wirtschaftlichkeit“ nach § 45 Abs. 1 S.1 des StVollzG NRW wird in Nordrhein-Westfalen die suchtmmedizinische Behandlung unter § 44 des StVollzG NRW gesondert geregelt, wonach Möglichkeiten der suchtmmedizinischen Behandlung für suchtkranke Gefangene vorzuhalten sind. Die im Vergleich bessere Versorgung in dem Bundesland spiegelt sich in den oben gezeigten Daten wider. Die Substitutionsbehandlung steht in Haft zudem häufig unter begleitenden Bedingungen wie der psychosozialen Betreuung. Die Verweigerung einer solchen Maßnahme oder das Bestehen von Beikonsum, können bereits als Abbruchgrund gewertet werden. Wobei letzteres ein Anzeichen für den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin sein sollte, um die bestehende Dosierung zu überprüfen (vgl. DAH, 2018, S. 15 f.). Eine Problemstruktur besteht zudem in den Drogentests sowie den damit verbundenen vollzuglichen Konsequenzen. Innerhalb des alternativen Drogen- und Suchtberichts wird daher eine Trennung zwischen den Urinkontrollen aus vollzuglichem Grund, jenen im Rahmen einer Substitutionsbehandlung sowie Urinuntersuchungen aus medizinischem Grund gefordert (vgl. Stöver et al., 2021, S. 105 f.). Studien verweisen zudem auf eine hohe Rückfallquote, wenn eine Substitutionsbehandlung trotz bestehender Indikation nicht durchgeführt wird. (vgl. Stöver et al., 2021, S. 103). Etwa 70-98 % der Personen, welche aufgrund von Drogendelikten inhaftiert wurden und innerhalb der Haft keine Therapie erhalten haben, werden innerhalb eines Jahres nach Entlassung rückfällig (vgl. DAH, 2012, S. 18). Ein Rückfall ist bei Entlassung ohne Substitution nahezu unvermeidlich (vgl. Husmann, 2010, S. 53). Die Haftentlassung ist in dieser Hinsicht mit verschiedenen Schnittstellenproblematiken verbunden. Abhängig von der örtlichen Lage ist die Suche nach einem substituierenden

Arzt/ einer substituierenden Ärztin deutlich erschwert. Ein weiteres Problem bezieht sich auf den Arztbrief, welcher für die weitergehende Behandlung notwendig ist, jedoch in manchen Fällen nicht zu den Patient:innen gelangt. Zusätzlich ist das Bestehen einer Krankenversicherung dringend notwendig, jedoch nicht bei jeder Haftentlassung gegeben, da die Versicherungen und Behörden meist erst nach Haftentlassung und nicht vorbereitend tätig werden (vgl. Stöver et al., 2021, S. 108). Besonders relevant wird die Überwindung dieser Übergangsproblematik hinsichtlich der hohen Rückfallquoten nach Haftentlassung sowie der damit verbundenen Gefahr einer Überdosierung, welche durch den nahtlosen Übergang in eine Substitutionsbehandlung gemindert werden könnte. Die Mortalität ist vorrangig bei haftentlassenen drogenkonsumierenden Menschen besonders hoch. Die Drogenintoxikation stellt hierbei die häufigste Todesursache von entlassenen Strafgefangenen dar (vgl. Knorr, 2007, S.70; Opitz-Welke et al., 2018, S. 808).

11.1.3. Gerichtsfälle

Sofern eine Substitutionsbehandlung in Haft abgelehnt wird, haben die Betroffenen das Recht dagegen vorzugehen. Nach § 109 StVollzG kann hierbei ein Antrag auf gerichtliche Entscheidung gestellt werden. Einer der bekanntesten Gerichtsfälle in Deutschland ist der von Herrn Wenner, welcher 17 Jahre lang Heroin konsumierte und sich fast 30 Jahre lang in einer Methadonbehandlung befand. Nachdem er im Anschluss wieder illegal Drogen konsumierte, wurde er aufgrund eines Deliktes im Bereich des Drogenhandels zu einer Haftstrafe von sechs Monaten verurteilt. Die Wiederaufnahme der Substitutionstherapie wurde ihm hierbei von den bayrischen Justizbehörden sowie dem Gericht verwehrt. Als Folge konsumierte Herr Wenner verschiedene psychotrope Substanzen, welche er über den Schwarzmarkt im Gefängnis erhielt. Trotz erneuter Bemühungen wurde sein Antrag auf Substitution sowie die Beurteilung durch eine/n externe/n Mediziner:in abgelehnt (die Behandlung konnte erst nach Haftentlassung im Jahr 2014 wieder aufgenommen werden). Im Anschluss legte er nach erfolgloser Rechts- sowie Verfassungsbeschwerde Individualbeschwerde beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) ein und argumentierte, dass die Ablehnungen gegen Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) verstoßen. Im Urteil vom 1. September 2016 entschied der EGMR, dass die Verweigerung während der Freiheitsstrafe eine Substitutionstherapie durchzuführen u.U. tatsächlich gegen Artikel 3 der EMRK verstößt und in dem Fall die Beurteilung durch externe Expert:innen hätte hinzugezogen werden müssen (vgl. Junod et al., 2018, S. 32; EGMR, 2003, S. 1 ff.). Ein Verfahren, welches dem Betroffenen zwar innerhalb seiner Haftzeit keinen Nutzen brachte, da die Entscheidung erst im Nachgang getroffen wurde, jedoch zu einem

Umdenken der Haftanstalten motivieren sollte. Jedoch ereignete sich ein weiterer Fall mit medialer Präsenz in Bayern, welcher vergangenes Jahr vor Gericht stand. Betroffen ist hierbei vorrangig die angehörige Schwester eines inhaftierten Mannes. Dieser wurde aufgrund konsumnaher Delikte innerhalb seiner 17 Jahre andauernden Heroinabhängigkeit mehrfach inhaftiert. Im Jahr 2018 erfolgte dies in der JVA Bernau. Die Substitutionsbehandlung wurde hierbei zu Beginn der Haft verweigert, wobei der zuständige Arzt ihm die Möglichkeit vorhielt, sich die Drogen auf dem Schwarzmarkt innerhalb der JVA zu besorgen. Hohe Strafen sind jedoch mit dem Befund einer positiven Urinkontrolle verbunden. Die Schwester des inhaftierten Mannes machte sich aufgrund der schlechten Versorgung Sorgen um ihren Bruder und entschloss sich schließlich dazu die Substitutionsmittel selbst mit in die JVA zu bringen. Eine Entscheidung, welche sie im Anschluss selbst vor Gericht führte, da die Übergabe im Zuge einer Routinekontrolle bemerkt wurde (vgl. Wicht, 2021, S. 118 ff.). Beide Fälle spiegeln die defizitäre Versorgung in Haft anhand von Einzelfällen wider. Doch auch die hohen Abbruchquoten von bereits begonnenen Substitutionsbehandlungen sowie die geringe Substitutionsquote im Allgemeinen sprechen für sich.

11.2. Infektionskrankheiten und Harm Reduction

Eine Bedarfsindikation für Maßnahmen der Harm Reduction in Haftanstalten stellen die hohen Infektionszahlen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung vorrangig in Bezug auf die Krankheiten HIV und HCV dar. Die erhöhten Zahlen bzgl. der Schlüsselgruppen von Drogen injizierenden sowie inhaftierten Personen wurden bereits erwähnt und sollen an dieser Stelle erneut aufgegriffen werden. Bei dem Vergleich zwischen den Anteilen der Infektionskrankheiten in Bezug auf die Bevölkerung sowie den Anteilen bei Gefangenen zeigen sich deutliche Unterschiede. Auf Grundlage verschiedener Studien wurde von Opitz-Welke et al. (2018) ein Vergleich dieser Anteile angestellt. Demnach ergibt sich bzgl. HCV ein Anteil von 0,3 % bei der Bevölkerung sowie von 14,3-20,6 % bei Gefangenen. Hinsichtlich HIV zeigt sich ein Verhältnis von 0,1 % in Bezug auf die Bevölkerung sowie von 0,7-1,2 % in Bezug auf Gefangene (vgl. Opitz-Welke et al., 2018, S. 811). Zusätzlich stellt der intravenöse Drogenkonsum mit einer Rate von 64 % (im Jahr 2019) den wahrscheinlichsten Übertragungsweg von HCV dar (vgl. Dichtl et al., 2021, S. 129). Hinzu kommt, dass der Bestand von psychotropen Substanzen innerhalb von Haftanstalten ein in der Haftrealität lange bestehendes Phänomen darstellt (vgl. Hedrich, Carpentier, 2010, S. 42), welches mind. in Bezug auf den vorgestellten Einzelfall der Institution eindeutig bekannt war und ohne ein Angebot von Hilfsmaßnahmen hingenommen wurde. Die Bedarfsindikation ist eindeutig. Wie aber

gestaltet sich die Angebotsstruktur, um Infektionen zu vermeiden? Die Substitutionsbehandlung ist eine bereits vorgestellte Möglichkeit, welche zumindest das Risiko einer HIV und HCV Übertragung reduzieren kann. In dem Bereich wurde die defizitäre Versorgungslage in den Haftanstalten Deutschlands bereits aufgedeckt. Eine andere Möglichkeit stellen weitere Harm Reduction Maßnahmen dar, welche außerhalb bereits zu den Hauptbestandteilen niedrigschwelliger Hilfen zählen (vgl. Rieger, 2012, S. 39 f.). Durch den Konsum mit sterilen Konsummaterialien können Infektionen zielgerichtet verhindert werden (vgl. Stöver, 2002, S. 175). Nach § 29 Abs. 1 S. 2 BtMG stellt die „Abgabe von sterilen Einmalspritzen an Betäubungsmittelabhängige und die öffentliche Information darüber [...] kein Verschaffen und kein öffentliches Mitteilen einer Gelegenheit zum Verbrauch“ dar. Weitergehend ist das Leben im Vollzug nach § 2 Abs. 1 S.1 StVollzG NRW „den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit wie möglich anzugleichen“. In der Theorie sollte die Bereitstellung steriler Konsummaterialien also kein Problem darstellen. In der Haftrealität erfolgen diese Angebote allerdings selten. In dem Bezug stellte eine europaweite Untersuchung zu infektpräventiven Maßnahmen im Justizvollzug aus dem Jahr 2015 hohe Defizite bei der Umsetzung der geltenden WHO-Empfehlungen fest, deutsche Gefängnisse waren an der Untersuchung jedoch nicht beteiligt (vgl. Michel et al., 2015, S. 1 ff.). In Deutschland konnte innerhalb einer Untersuchung von inhaftierten Personen in Berlin (2005) ein Rückgang von 71 % auf 11 % bzgl. der Praktizierung des Nadeltausches untereinander festgestellt werden, sofern eine Spritzenvergabe zur Verfügung stand (Stark et al., 2006, S. 4 ff.). Allerdings führte das Bereitstellen von sterilem Spritzbesteck zu einer kontroversen politischen Diskussion hinsichtlich der Duldung illegaler Drogen in Haftanstalten, sodass die Spritzenvergabe in den meisten JVA beendet wurde (vgl. Opitz-Welke et al., 2018, S. 811). Aus dem Modellprojekt „Spritzenvergabe im Justizvollzug“ bspw. blieb lediglich ein Projekt bestehen. In der JVA für Frauen in Berlin Lichtenberg können sterile Spritzen unter anonymen Bedingungen an einem Spritzenautomat getauscht werden (vgl. Berliner Aids-Hilfe e.V., 2022).

12. Ausblick der Gesundheitsfürsorge in Haft

Die defizitäre Versorgungslage für drogenabhängige Personen in Haft wird deutlich. Es bleibt jedoch die Frage, warum dies so ist und wie die Problemstrukturen in Zukunft bewältigt werden können. In Bezug auf die Substitutionsbehandlung lässt sich die fehlende flächendeckende Versorgungsstruktur auf unterschiedliche Faktoren zurückführen. Zum einen spielt hierbei die Stigmatisierung von drogenabhängigen Menschen eine Rolle. Damit verbunden ist die „moralisierende Bewertung abhängigen Verhaltens“ (Scherbaum, 2019, S. 136), wodurch u.a. die

Unterstellung entsteht, dass betroffene Personen allein aus Willensschwäche nicht in der Lage sind den Konsum zu beenden. Einen weiteren Faktor bildet der mangelnde Kenntnisstand der Mediziner:innen. Im Bereich der allgemeinen Versorgungsstruktur außerhalb von Haftanstalten wurde bereits aufgegriffen, dass die Weiterbildungen in dem Bereich erst einige Zeit nach dem abgeschlossenen Studium erfolgen, bzw. die Thematik, wenn überhaupt, nur eine kleine Rolle innerhalb der Ausbildung spielt. Daraus resultiert ebenfalls, dass die meisten Ärzte/ Ärztinnen in den Haftanstalten zu Beginn nur äußerst geringe Erfahrungen in dem Bereich aufweisen. Ein Mangel, welchem strukturell, am besten bereits vor Berufsbeginn, spätestens jedoch während der Arbeit in einem durch Abhängigkeitserkrankungen stark belasteten Bereich entgegengewirkt werden sollte. Der dritte Aspekt kennzeichnet sich in dem erhöhten personellen sowie dadurch ebenfalls finanziellen Aufwand für die Haftanstalten. Durch die Gefahr einer missbräuchlichen Verwendung ist die Einnahme der Substitutionsmedikamenten täglich mit erhöhten Kontrollaufsichten verbunden (vgl. Scherbaum, 2019, S. 135 ff.; Bühring, 2021, S. 113 f.). Zumindest dem fehlenden Wissensstand sowie der Stigmatisierung könnte in Zukunft durch adäquate Weiterbildungsmaßnahmen entgegengewirkt werden. Es benötigt jedoch ebenfalls ein Umdenken in Bezug auf viele Haftanstalten, um eine Substitutionsbehandlung sowie den Zugang zu Harm Reduction Materialien flächendeckend zu realisieren. Aus der Drogenstrategie des Rats der Europäischen Union für die folgenden Jahre (2021 - 2025) gehen verschiedene Hauptaspekte in Bezug auf „die Berücksichtigung der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse von Personen, die in Haftanstalten und nach der Haftentlassung Drogen konsumieren“ (S. 30) hervor. Diese beziehen sich auf die „Gleichwertigkeit und Kontinuität der Betreuung im Justizvollzug und durch Dienste der Bewährungshilfe“ (S. 30) sowie u.a. die „Eindämmung des Risikos drogenbedingter Todesfälle und der Übertragung von Viren durch Blut“ (S. 30). Hinzukommen „Präventionsdienste gegen Überdosierung“ (S. 30) sowie der Anspruch die „Betreuungskontinuität nach der Haftentlassung“ (S. 30) durch Überweisungsdienste zu gewährleisten. Die benannten Aspekte gehen auf die herausgearbeiteten defizitären Strukturen zurück. Die schnellstmögliche Umsetzung bleibt hierbei zu hoffen. Weitere Punkte der Strategie bilden zudem die „Beschränkung der Verfügbarkeit von Drogen in Haftanstalten“ (S. 30) sowie der Einsatz „evidenzbasierter Maßnahmen in Haftanstalten zur Verhinderung und Verringerung des Drogenkonsums“ (S. 30), welche die repressive Vorgehensweise der Gesetzeslage widerspiegeln. Die derzeitige Lage in den Haftanstalten sollte jedoch ebenfalls unter dem Aspekt der Kriminalisierung der Abhängigkeitserkrankung betrachtet werden. Demnach führen die Kriminalisierungsprozesse des Drogenkonsums erst zu einer besonders

hohen Quote der substanzbezogenen Konsumstörungen in Haft (vgl. Stöver et al., 2019, S. 1). Die Entkriminalisierung, vor allem von konsumnahen Delikten, könnte wiederum zu einer Reduzierung führen und die Haftanstalten somit ebenfalls finanziell entlasten. Das Ziel des Vollzugs einer Freiheitsstrafe bezieht sich nach § 1 StVollzG NRW zudem darauf die „Gefangene[n] zu befähigen, künftig in sozialer Verantwortung ein Leben ohne Straftaten zu führen“. Ein Ziel, welches durch den Abbruch bestehender oder die Verweigerung einer aufzunehmenden Substitutionsbehandlung in Haft nur schwer umsetzbar ist. Zum einen sollte daher die Versorgungsstruktur maßgeblich ausgebaut, zum anderen jedoch die Entkriminalisierung einer anerkannten Krankheit angestrebt werden.

13. Erhebung im Kreis Unna

Innerhalb des Kreises Unna wurden Daten bzgl. der Versorgungssituation drogenabhängiger Menschen in Haft anhand einer Zusatzbefragung erhoben. Befragt wurden hierbei sowohl Klient:innen als auch Mitarbeiter:innen. Während Erstere zu ihren gesammelten Inhaftierungserfahrungen befragt wurden, richtete sich die Erhebung im Bereich der Mitarbeiter:innen auf deren Zusammenarbeit mit inhaftierten oder ehemals inhaftierten Klient:innen sowie dem damit verbundenen Versorgungssystem in Haft. Die Zusatzbefragung wurde in beiden Fällen anhand einer Filterfrage an die Hauptbefragung angegliedert. Das Forschungsdesign ist hierbei äquivalent zu dieser gestaltet (vgl. Punkt 8). Bzgl. der mind. Bearbeitungsgrenze von 50 % wurden die Befragungen getrennt voneinander betrachtet.

13.1. Zusatzbefragung Mitarbeiter:innen

Durch die Filterfrage wurden die Mitarbeiter:innen anhand ihrer bestehenden Erfahrungen im Zusammenhang mit betroffenen Klient:innen gefiltert. Von den 47 teilnehmenden Mitarbeiter:innen der Hauptbefragung gaben 38 Erfahrungen in Bezug auf die Zusammenarbeit mit inhaftierten Klient:innen, welche an einer Suchterkrankung leiden an. Zusätzlich erhoben wurde die Intensität dieses Kontakts anhand einer Ratingskala (5-Punkt; wenig zu viel). Bei einer Stichprobengröße N gleich 35 ergibt sich hierbei ein Mittelwert \bar{x} von $3,1 \pm 0,24$. Die Erfahrungen können sich hierbei jedoch nicht nur in der Quantität, sondern ebenfalls in der Ausgestaltung stark unterscheiden. Während die Aidshilfe Unna dahingehend direkte Bezüge zu aktuell inhaftierten Klient:innen im Kreis aufweist, bezieht sich der Kontakt der übrigen Mitarbeiter:innen vermutlich vorrangig auf Schnittstellenerfahrungen. Damit gemeint sind die Vermittlungsprozesse in die entsprechenden Angebote nach Haftzeit oder die Vorbereitung anstehender Inhaftierungen. In beiden Fällen bilden jedoch der Umgang und die Erfahrung mit ehemals, künftig oder derzeit inhaftierten Klient:innen sowie dessen Erlebnisse einen Aspekt des Arbeitsalltags. Folgend soll nicht der Unterschied zwischen den individuellen Erfahrungen ausgewertet, sondern die gesamtheitliche Situation innerhalb deutscher Haftanstalten untersucht werden, daher erfolgt die Darstellung der Ergebnisse anhand der Gesamtstichproben der Zusatzbefragung und nicht innerhalb der zuvor verwendeten Gruppierung. Zunächst wurde der eingeschätzte Bedarf an allgemeinen Hilfen für suchtkranke Klient:innen in Haft sowie folgend die Bedarfseinschätzung an konkret niedrigschwelligen Hilfen anhand einer Ratingskala (5-Punkt; niedrig zu hoch) erhoben. Bei einer Stichprobengröße N gleich 38 ergibt sich bzgl. der allgemeinen Hilfen ein Mittelwert \bar{x} von $4,4 \pm 0,12$ sowie hinsichtlich der niedrigschwelligen Hilfen, bei einer reduzierten Stichprobengröße N gleich 36, ein Mittelwert \bar{x} von $4,08 \pm 0,17$. Der Bedarf wird somit in beiden Fällen relativ hoch eingeschätzt. Im Vergleich ergibt sich lediglich eine kleine Differenz. Begründen könnte sich diese in der Annahme von Klient:innen, welche Hilfe benötigen, diese allerdings nicht im spezifischen Fachbereich der niedrigschwelligen Angebote. Um das Ergebnis in Relation zum Hilfenetzwerk zu setzen, wurde die Bewertung der Angebotsstruktur in Haftanstalten ebenfalls anhand einer Ratingskala (5-Punkt; schlecht zu gut) erhoben. Bei einer Stichprobengröße N gleich 35 zeigt sich hierbei ein umgekehrtes Verhältnis; demnach liegt der Mittelwert \bar{x} bei $2,2 \pm 0,13$, wonach das Hilfenetzwerk trotz hoher Bedarfseinschätzung eher schlecht beurteilt wird. Offen bleibt hierbei, ob sich die Bewertung in der subjektiven Interpretation der Teilnehmer:innen auf die Quantität oder Qualität der Angebote bezieht, woraus sich zum einen die Vermutung eines ungedeckten Bedarfs, zum anderen eine qualitativ schlechte

Versorgung ableiten lassen würde. Hinsichtlich der aktuellen Lage lassen sich bzgl. der Substitutionsquote in Haftanstalten geringe Behandlungsraten benennen. Im Bereich der Versorgung mit Harm Reduction Materialien existieren zudem deutliche Defizite (vgl. Punkt 11). Die Mitarbeiter:innen wurden diesbezüglich nach ihrem Kenntnisstand über niedrigschwellige Hilfsangebote in Haftanstalten befragt. Hierbei ergibt sich ein Verhältnis von rund zweidrittel der Stichprobengröße (73 % bei $N = 37$) dem keine Angebote dieser Art bekannt sind, was die defizitäre Versorgungslage erneut widerspiegelt. Die Angaben der übrigen 27 % sind folgenden Kategorien zuzuordnen:

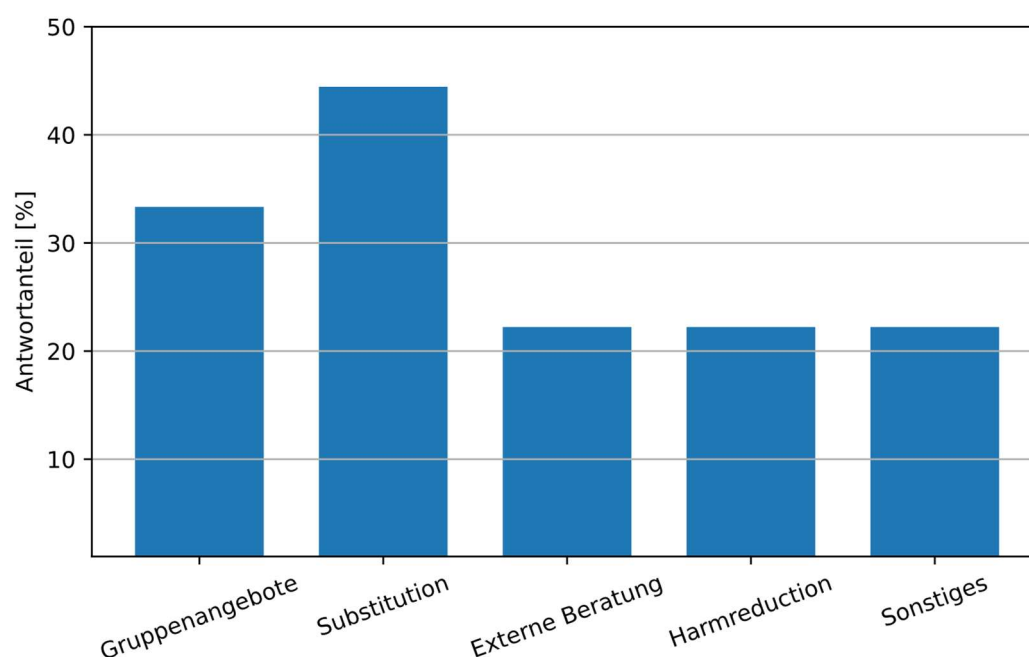


Abbildung 32: MH06_01: Bekannte niedrigschwellige Hilfen in Haft, $N=9$, Anteile pro Kategorie in Prozent: $X_1=33\%$, $X_2=44\%$, $X_3=22\%$, $X_4=22\%$, $X_5=22\%$.

Es zeigt sich, dass die meistbenannten Hilfen im Bereich der Gruppenangebote oder Substitutionsbehandlung liegen. Etwas weniger bekannt sind hingegen externe Beratungsangebote sowie Maßnahmen der Harm Reduction. Obwohl sich außerhalb verschiedene Angebote etablieren konnten, weisen die Behandlungsangebote in Haft meistens eine abstinenzorientierte Vorgehensweise auf. Die interne Suchtberatung findet teilweise mit Personal aus dem allgemeinen Vollzugsdienst statt (vgl. Stöver, 2022b, S. 141). Hierbei ist zu beachten, dass neben der Substitution auch diese Gesprächsgruppen mit der institutionellen Kontrollfunktion verbunden sind. Demnach steht die Mitwirkung an sozialarbeiterischen Maßnahmen zum Teil in stetiger Verbindung zu vollzugsöffnenden oder -verkürzenden Maßnahmen (vgl. Cornel, 2020, S. 50). Die Kommunikation über aktiven Konsum sowie diesbezügliche Problemstellungen, was wiederum zwangsweise mit dem Besitz (illegaler) Drogen einhergeht, stellt demnach in Verbindung mit den justiziellen Kontrollfunktionen ein Konflikt dar. Eine diesbezügliche Problemlösung ergibt

sich in der Beratung durch externe Stellen, welche sich in vielen Bundesländern etablieren konnte (vgl. Stöver, 2002b, S. 141 f.). Hinsichtlich der Zugänglichkeit niedrigschwelliger Hilfsangebote in Haft wurde innerhalb der Erhebung die Bewertung des Zugangs zur Substitutionsbehandlung anhand einer Ratingskala (5-Punkt; einfach zu schwierig) erhoben. Hierbei ergibt sich bei einer Stichprobengröße N gleich 36 ein Mittelwert \bar{x} von $3,4 \pm 0,17$. Dementsprechend liegt die Einschätzung um den Skalenmittelpunkt mit einer Tendenz zur schwierigeren Zugänglichkeit der Behandlung. Zu beachten ist, dass die Befragung innerhalb NRW, dem Bundesland mit einer der höchsten Substitutionsquoten im nationalen Vergleich, durchgeführt wurde. Offen bleibt, ob eine vergleichbare Befragung innerhalb eines anderen Bundeslands, etwa Bayern mit deutlich niedrigeren Substitutionsquoten, andere Ergebnisse geliefert hätte. Zuletzt wurden die Mitarbeiter:innen um ihre Einschätzung gebeten, in welchen Bereichen die Angebotsstruktur für suchtkranke Klient:innen in Haftanstalten vorrangig verbessert werden sollte. Zur Verfügung standen hierbei vier geschlossene sowie eine offene Antwortkategorie innerhalb eines Mehrfachantwortsets.

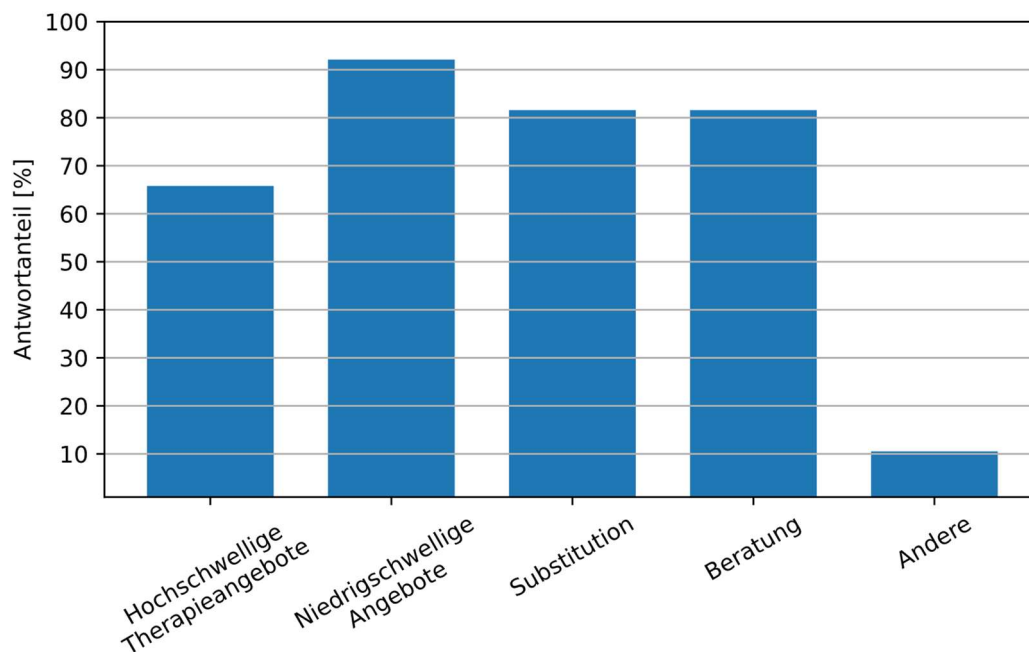


Abbildung 33: MH08: Bereiche in denen die Angebotsstruktur in Haft vorrangig verbessert werden soll, $N=38$, Antwortanteil pro Antwortitem in Prozent (Mehrfachantwortset): $X_1=66\%$, $X_2=92\%$, $X_3=82\%$, $X_4=82\%$, $X_5=11\%$.

Die niedrigschwelligen Angebote wurden hierbei am meisten gewählt, was erneut die defizitäre Versorgung in dem Bereich widerspiegelt; undifferenziert bleibt jedoch, in welchen Angeboten hierbei konkret der Ausbau gefordert wird. Gleichhäufig gewählt wurde die Verbesserung der Substitutionstherapie sowie der Beratungsangebote. Weniger oft, dennoch mit einem Anteil von ca. 66 % wurden zudem die hochschwelligen Therapieangebote angegeben, welche ihrer

Formulierung nach auf einen abstinenzorientierten Umgang mit der Suchterkrankung hindeuten. Undifferenziert bleibt erneut, ob sich die geforderte Verbesserung auf die Qualität oder Quantität in der Interpretation der Teilnehmer:innen bezieht. Dennoch weisen die Angaben der Mitarbeiter:innen daraufhin, dass ebenfalls im Bereich der hochschwelligeren (abstinenzorientierten) Hilfen ein wahrgenommenes Verbesserungspotential existiert.

13.2. Zusatzbefragung Klient:innen

Im Bereich der Klient:innen bezieht sich die Zusatzbefragung auf die summierten Inhaftierungserfahrungen. Anhand eines Filtertexts wurde nach der Abfrage der allgemeinen Inhaftierungserfahrung darum gebeten, die Befragung nur dann fortzusetzen, sofern bei mind. einer dieser Inhaftierungen eine zeitgleich bestehende Suchterkrankung vorlag. Aufgrund der Mindestantwortgrenze von 50 % sowie der Aufenthaltsbestimmung der Haftorte innerhalb Deutschlands ergeben sich 64 zu wertende Teilnahmen innerhalb der Zusatzbefragung. Bei einer Stichprobengröße N gleich 61 gaben 18 % an erst einmalig inhaftiert worden zu sein. In den übrigen Fällen wurde zusätzlich die Häufigkeit der Haftaufenthalte erhoben, wobei sich bei einer Stichprobengröße N gleich 45 nach dem Mittelwert \bar{x} gerundet eine Durchschnittsanzahl von 5 Inhaftierungen ergibt. Ebenfalls erhoben wurde die Gesamtdauer der jeweiligen Haftaufenthalte unabhängig ihrer Anzahl. Hierbei ergibt sich bei einer Stichprobengröße N gleich 60 nach dem Mittelwert \bar{x} gerundet eine durchschnittliche Gesamthaftdauer von 85 Monaten bzw. ca. 7 Jahren. Zwar wurde hierbei nicht der Inhaftierungsgrund erhoben, dennoch bilden Aspekte, wie der Besitz von illegalen Substanzen sowie der Beschaffungskriminalität meist Begleiterscheinungen einer Suchterkrankung (vgl. Scherbaum, 2019, S. 136). Zusätzlich erhoben wurde das Jahr der Erstinhaftierung, um eine Möglichkeit zu schaffen, die Entwicklung der Angebotsstruktur innerhalb von Haftanstalten zu untersuchen. Zu beachten ist hierbei allerdings, dass die differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Haftaufenthalte deutlich genauere Einblicke geboten hätte. Möglich bleibt somit lediglich der Gruppenvergleich zwischen den unterschiedlichen Jahren der Erstinhaftierung. Gesamtheitlich betrachtet ergibt sich bei einer Stichprobengröße N gleich 60 nach dem Mittelwert \bar{x} gerundet 1995 als durchschnittliches Jahr der Erstinhaftierung. Die jeweiligen Haftorte wurden über eine offene Antwortkategorie erhoben. Gefordert waren hierbei alle erinnerten Haftorte. Nach individueller Möglichkeit sollten die Städte oder Bundesländer angegeben werden. Bei einer Stichprobengröße N gleich 60 wurden nach dem Mittelwert \bar{x} gerundet durchschnittlich 3 unterschiedliche Haftorte pro Teilnehmer:in benannt. Von den insgesamt 196 angegebenen Haftorten befinden sich 77 % innerhalb

NRW, der Rest verteilt sich über 12 weitere Bundesländer innerhalb Deutschlands. Die bisherigen Angaben dienen dazu die folgenden Daten der Erhebung einordnen zu können. Demnach werden Anhand der Befragung vorrangig retrospektive Haftverfahren aus dem Bundesland des Kreises Unna untersucht. Innerhalb der Pretestung hat sich herausgestellt, dass eine Differenzierung zwischen den einzelnen Haftaufenthalten sowie den damit verknüpften Erfahrungen eine zu hohe Anforderung für die meisten Teilnehmer:innen dargestellt hätte. Eine nachträgliche Differenzierung der Erfahrungen fällt aufgrund der Aufenthalte in zumeist mehreren verschiedenen Städten schwer. Erhoben wurde innerhalb der Erhebung weitergehend, zu welchen Haftaufenthalten eine Suchterkrankung bei den Klient:innen vorlag, da über den Filtertext lediglich das Bestehen mind. einer zeitgleichen Inhaftierung vorausgesetzt wurde.

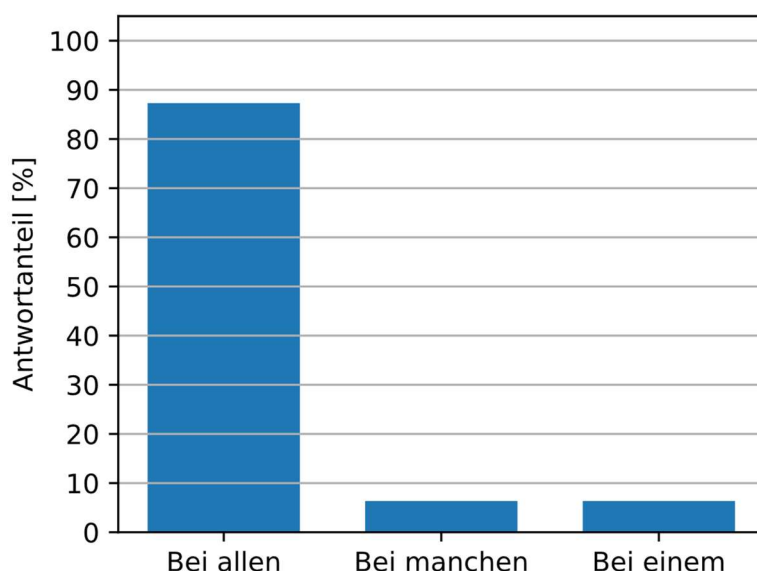


Abbildung 34: K_19: Vorkommnis der Suchterkrankung während der Haftaufenthalte, N=63, Antwortanteil in Prozent: X1=87 %, X2=6 %, X3=6 % (Die Angabe der bestehenden Suchterkrankung bei einem Haftaufenthalt bei gleichzeitiger Angabe nur eines bestehenden Aufenthalts wurde in die Antwort der Suchterkrankung bei allen Haftaufenthalten umkodiert).

Anhand der Grafik ist gut zu erkennen, dass der Großteil der Teilnehmer:innen eine bestehende Suchterkrankung bei allen Haftaufenthalten angibt. Bedingt werden könnte dies durch die bereits angesprochene Kriminalisierungsspirale, wodurch der Fortbestand der

Krankheit zu wiederholten Inhaftierungserfahrungen führen kann (vgl. Scherbaum, 2019, S. 136). Der Bestand von Suchtmitteln innerhalb von Haftanstalten ist in der Theorie bereits ein lang angenommenes Phänomen (vgl. Hedrich, Carpentier, 2010, S. 42). Innerhalb der Erhebung wurde vorrangig der Zugang zu diesen untersucht. Zwischen den verschiedenen Substanzen wurde hierbei nicht unterschieden. Auf Grundlage der bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik zeigt sich, dass der Substanzmissbrauch in deutschen Haftanstalten über verschiedene Substanzgruppen hinweg besteht (vgl. Stoll et al., 2019, S. 14).

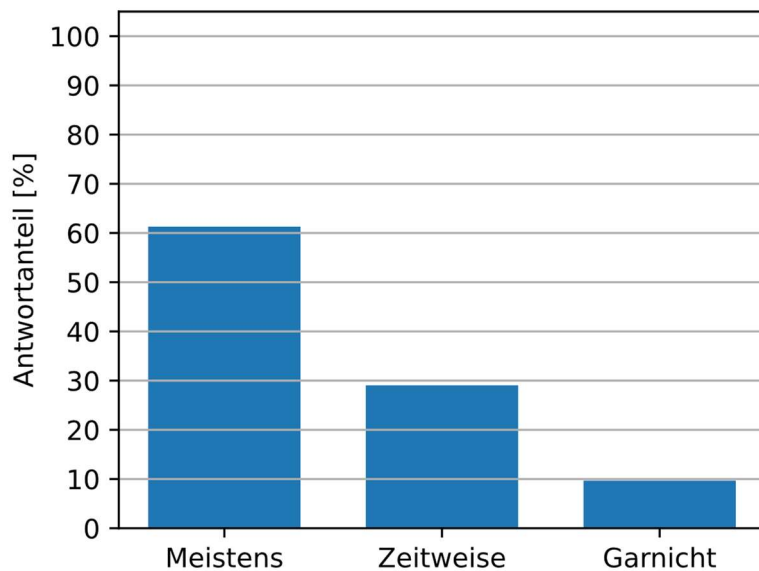


Abbildung 35: K_20: Zugang zu Drogen während der Haftaufenthalte, N= 62, Antwortanteil in Prozent: X1=61 %, X2=29 %, X3=10 %.

In Bezug auf die erhobene Zugänglichkeit ist auffallend, dass hierbei der Großteil (ca. 90 %) angibt, mind. einen zeitweisen Zugang zu Drogen während der Haftaufenthalte besessen zu haben. Vorrangig wurde hierbei sogar angegeben,

dass dieser Zugang meistens bestand. Die hohen Anteile deuten erneut daraufhin, dass die Existenz von Drogen innerhalb der Haftanstalten nicht lediglich ein Randphänomen darstellt. Zu beachten ist zusätzlich, dass der Zugang zu diesen nicht allein von dem Bestand der Substanzen auf dem Schwarzmarkt abhängig sein muss. Ebenfalls die Währungsmöglichkeiten des inhaftierten Menschen können diesen beeinflussen. Sofern der Zugang zu den Konsummitteln unterbrochen oder bspw. eine vorherbestehende Substitutionsbehandlung in Haft verwehrt wird, kann es zu Drogenentzügen während der Haftzeit kommen. Das Erleben dieser kann sich hierbei in nicht medikamentengestützte (Im Fragebogen klassifiziert als „kalte“ Entzüge) sowie medikamentengestützte Entzüge (Im Fragebogen klassifiziert als „warme“ Entzüge) unterteilen. Bei letzteren wird der Entzug in der Regel durch Substitutionsmittel oder andere Medikamente zur Linderung der Entzugserscheinungen unterstützt (vgl. Wendt, 2017, S. 169). Innerhalb der Erhebung wurde das Bestehen von Drogenentzügen während der Haftaufenthalte anhand eines Mehrfachantwortsets erfasst. Erfragt wurde hierbei, welche Arten von Entzügen während der gesamten Inhaftierungserfahrungen erlebt wurden.

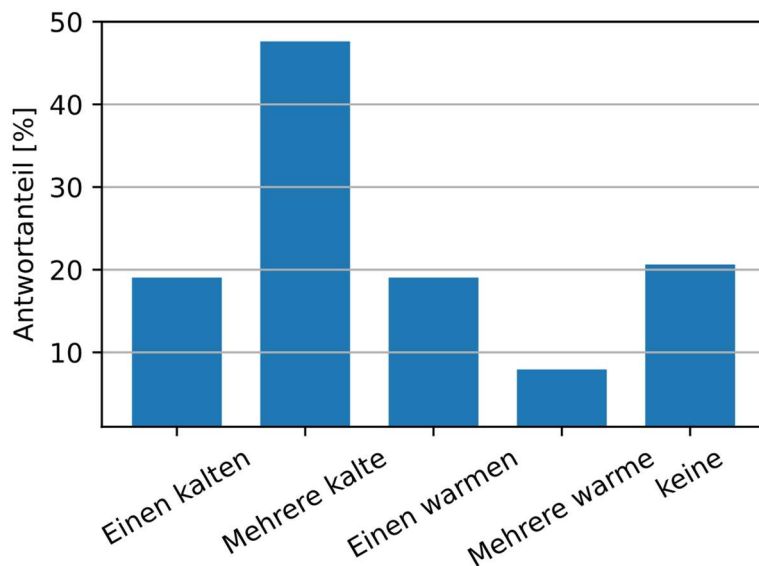


Abbildung 36: K_21: Bestand von Drogenentzügen während der Haftaufenthalten, N= 63, Antwortanteil pro Antwortitem in Prozent (Mehrfachantwortset): X1=19 %, X2=48 %, X3=19 %, X4=8 %, X5=21 % (Die Doppelangabe von einem und mehreren kalten/ warmen Entzügen wurde hierbei in die Angabe mehrerer kalter/ warmer Entzüge umkodiert).

Deutlich zu erkennen ist hierbei, dass der Bestand von mehreren kalten Entzügen über die Haftzeiten hinweg den höchsten Anteil ausmachen. Zu beachten ist, dass diese retrospektiven Angaben Erfahrungen aus Haftaufenthalten beinhalten, welche bereits einige Jahre zurück-

liegen. Im Jahr 2003 kam es zu einem Verfahren, in welchem der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) bei einem Vorfall im Vereinigten Königreich die Behandlung einer inhaftierten Frau, welche infolge ihres Zustands verstorben ist, u.a. aufgrund der Nichtverabreichung eines Medikaments, welches den Heroinentzug der Frau lindern sollte, als Verstoß gegen Artikel 3 der Menschenrechtskonvention beurteilte (vgl. EGMR, 2003, S. 1 ff.). Zu beachten ist hierbei, dass dieses Urteil von der sonstigen gesundheitlichen Lage der Frau abhing. Dennoch ist abzuleiten, dass spätestens ab diesem Urteil der wissentliche Bestand eines sog. kalten Entzugs innerhalb einer Haftanstalt unter bestimmten Bedingungen als Verstoß gegen die Menschenrechte gelten kann. Wenn man die Gruppe der Teilnehmer:innen isoliert betrachtet, deren Jahr der Erstinhaftierung nach 2003 liegt (N = 11), geben weiterhin rund 55 % an mind. einen kalten Entzug während der Haftaufenthalte erlebt zu haben. Das Hilfenetzwerk und die Gesundheitsfürsorge für suchtkranke Menschen in Haft wurde weitergehend anhand des möglichen Zugangs zur Substitutionsbehandlung untersucht.

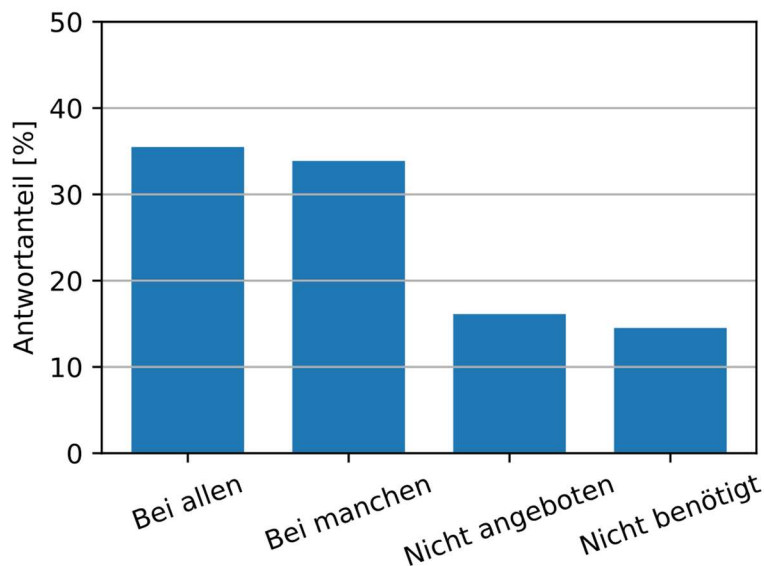


Abbildung 37: K_22: Substitutionsbehandlung während der Haftaufenthalte, N=62, Antwortanteil in Prozent: X1=35 %, X2=34 %, X3=16 %, X4=15 %.

Großteils wurde hierbei der Bestand einer Substitutionsbehandlung bei mind. einem Teil der Aufenthalte angegeben. Im Vergleich lagen die Substitutionsquote in Haftanstalten innerhalb NRW im Jahr 2018 bei ca. 56 % (vgl. Stöver et al., 2019,

S. 4). Zusätzlich erhoben wurde die Gestaltung der Substitutionsbehandlung. Da sich diese zwischen den einzelnen Haftaufenthalten unterscheiden kann, wurde dies anhand eines Mehrfachantwortsets realisiert. In einigen Fällen kam es hierbei zu Angaben einer Gestaltung, obwohl die zugehörigen Teilnehmer:innen zuvor den Bestand einer Substitutionsbehandlung verneinten. Dies könnte auf eine mögliche Fehlinterpretation zurückzuführen sein, in welcher davon ausgegangen wird, dass mit der Gestaltung die gängige Praxis innerhalb der Haftanstalt gemeint ist, die ggf. auch dann bekannt ist, obwohl diese nicht genutzt wurde/ werden konnte. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Annahme, dass eine Behandlung, die erst zum Ende oder ausschließlich zu Beginn der Haft erfolgte, innerhalb der vorherigen Abfrage nicht als Substitutionsbehandlung wahrgenommen bzw. angegeben wurde. Folgend dargestellt sind beide Datensätze. Zum einen alle Angaben einer Substitutionsgestaltung, zum anderen lediglich die Angaben, dessen zugehörige Teilnehmer:innen zuvor den Bestand einer Substitutionsbehandlung bei mind. „manchen“ Aufenthalten angegeben haben.

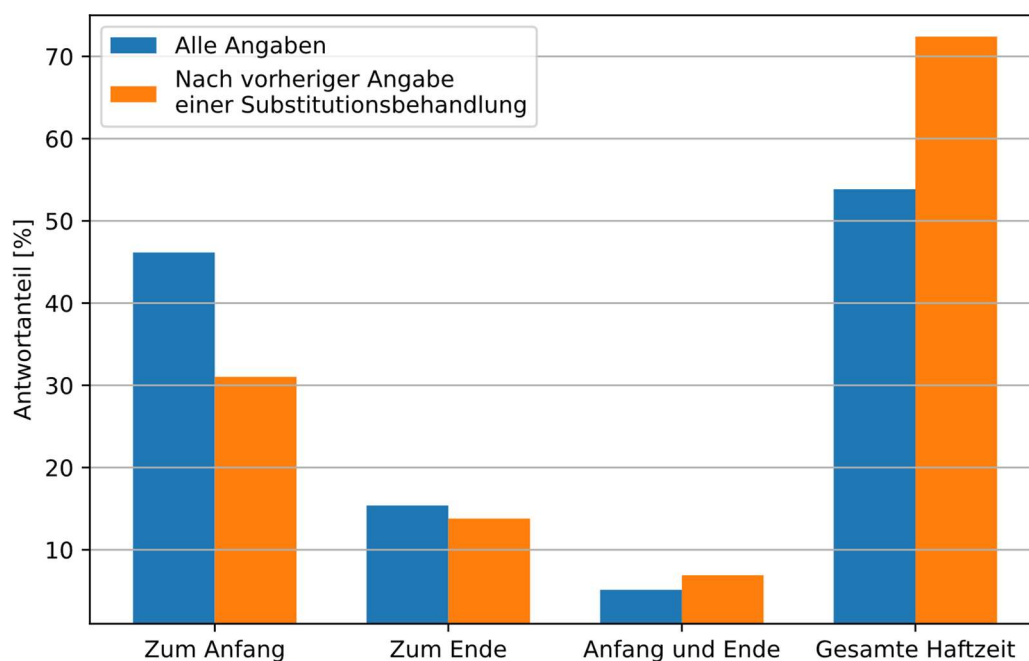


Abbildung 38: K_23: Gestaltung der Substitutionsbehandlung während der Haftaufenthalte, N=39(blau), 29(orange), Antwortanteil pro Antwortitem in Prozent (Mehrfachantwortset), Werte sind Tabelle 40 im Anhang zu entnehmen.

Im Vergleich fällt auf, dass der Anteil einer ausschließlich zu Beginn stattfindenden Substitutionsbehandlung hinsichtlich aller Angaben erhöht ist, was wiederum auf die Bestätigung der Annahme hindeuten könnte, dass eine ausschließlich zu Beginn stattfindende Behandlung von einem Teil nicht als vollwertige Substitutionsbehandlung interpretiert und somit innerhalb der vorherigen Abfrage nicht angegeben wurde. Die Gestaltung über die gesamte Haftzeit macht jedoch in beiden Fällen den größten Antwortanteil aus, was u.a. erneut dadurch bedingt sein könnte, dass die meisten Inhaftierungen innerhalb NRW stattfanden. Die Behandlung, welche ausschließlich zu Beginn stattfand, wurde von 31(orange) – 46(blau)% angegeben. Ein Möglicher Grund hierfür könnte der Abbruch von außerhalb bestehenden Substitutionsbehandlungen sein. Die in dieser Arbeit bereits benannte Abbruchsquote von außerhalb der Haft begonnenen Behandlung wird auf Grundlage anderer Forschungen sowie in Abhängigkeit von dem Bundesland deutlich höher eingeschätzt. Um die Gesundheitsfürsorge in Haft weitergehend zu untersuchen, wurden innerhalb der Befragung die Hilfen, welche von Seiten der Haftanstalten bzgl. der Suchterkrankung angeboten wurden, anhand eines Mehrfachantwortsets erhoben.

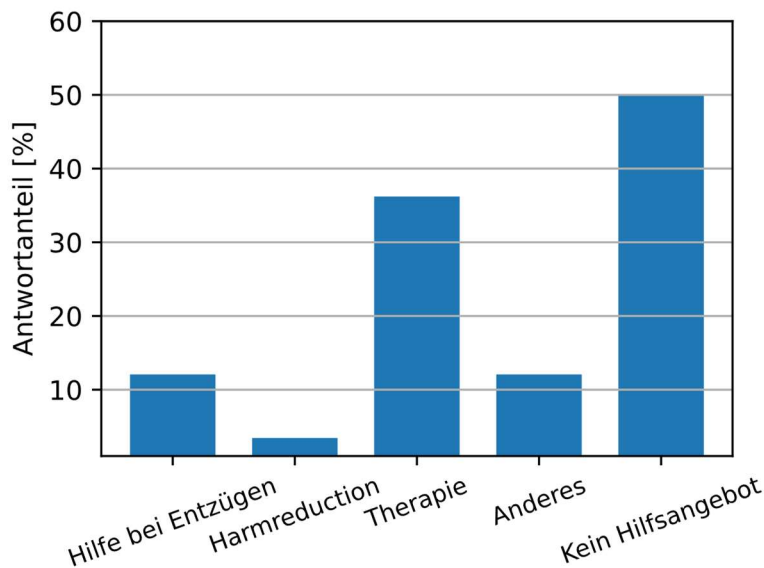


Abbildung 39: K_ 24: Angebotene Hilfen bzgl. der Suchterkrankung von Seiten der Haftanstalt, N=58, Antwortanteil pro Antwortitem in Prozent (Mehrfachantwortset): X1=12 %, X2=3 %, X3=36 %, X4=12 %, X5=50 %.

Vorrangig angegeben sind hierbei Angebote zur Überwindung der Suchtkrankheit. Niedrigschwellige Hilfen scheinen im Vergleich unterrepräsentiert. Der Bestand von Harm Reduction Maßnahmen, im Fragebogen be-

nannt als die Verfügbarkeit steriler Konsummaterialien, wurde demnach von gerade einmal 3 % angegeben, was sich wiederum kongruent zu dem Angebotsdefizit dieses Bereichs verhält. Über die offene Antwortkategorie wurde vorrangig der Bestand von Gruppenangeboten sowie Substitutionsbehandlungen angegeben. Die Gruppenangebote, die bereits durch die Mitarbeiter:innen benannt wurden, beziehen sich vermutlich auf die (interne) Suchtberatung. Der damit verbundene Konflikt bzgl. der institutionellen Kontrollfunktion wurde ebenfalls bereits dargestellt. Am häufigsten angegeben wurde allerdings, dass keine Hilfsangebote von Seiten der Haftanstalt erfolgten. Die Gesundheitsfürsorge sollte sich in Haft nicht von dieser außerhalb unterscheiden, dennoch kommt es in verschiedenen Bereichen zu defizitären Strukturen im Justizvollzug (Opitz-Welke et al., 2018, S. 808).

Zum Ende der Erhebung wurden die Teilnehmer:innen darum gebeten anhand einer Ratingskala (5-Punkt; nicht schlimm zu sehr schlimm) zu bewerten, wie die Drogenabhängigkeit über die Haftzeiten hinweg erlebt wurde. Bei einer Stichprobengröße $N=57$ ergibt sich hierbei ein Mittelwert \bar{x} von $3,0 \pm 0,18$, was dem Skalenpunkt „mittelmäßig“ entsprechen würde. Fraglich bleibt jedoch, ob die Skala das richtige Erhebungsinstrument für die explizit geforderte Bewertung darstellt, oder die Angaben sich mit den sonstigen Erfahrungen der Haftaufenthalte vermischen. Abschließend soll zudem eine Verbindung zu den Kriminalisierungsprozessen geschaffen werden. Demnach bildet die Entkriminalisierung vor allem konsumnaher Delikte eine zielgerichtete Möglichkeit, um die Überrepräsentation drogenabhängiger Menschen in Haftanstalten zu bekämpfen. Zumindest eine Besserung könnte sich ggf. ebenfalls durch die flächendeckende Bereitstellung von Alternativangeboten zum klassischen Erwerbs- und Konsumweg ergeben. Im Rahmen der

Hauptbefragung wurden anhand einer offenen Antwortkategorie die Entscheidungen für das jeweils genutzte Angebot über die Klient:innen erhoben. Benannt wurde hierbei vorrangig der individuell bestehende Hilfsbedarf und/ oder die Schilderung der eigenen Lebenssituation über die Gruppen hinweg. Der angegebene Nutzungsgrund, welcher sich auf die Vermeidung von Kriminalität und illegalen Drogen bezieht, wurde lediglich innerhalb der Teilnahmen der Diamorphinambulanz benannt und hierbei von ca. 61% der befragten Klient:innen angegeben (N=18). Aufgrund der vorherrschenden Prohibitions politik sind die Konsument:innen in der Regel auf den Schwarzmarkt angewiesen. Diamorphinambulanzen können hingegen Alternativwege darstellen, um der Kriminalisierungsspirale zumindest teilweise zu entgehen.

Resümee

Abschließend kann die Fragestellung, ob das Verhältnis zwischen Bedarf und Angebot im niedrighwelligen Sucht- und Drogenhilfesystem die Möglichkeit auf Hilfe für die Klient:innen verhindert nicht pauschal über die unterschiedlichen Bereiche hinweg beantwortet werden. Es zeigen sich jedoch eindeutig defizitäre Versorgungsstrukturen, welche den Zugang der Hilfen zum Teil massiv erschweren. Bspw. im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Drogenkonsumräumen und Diamorphinvergabestellen bleibt der Zugang und damit auch die Möglichkeit auf Hilfe für die Klient:innen verwehrt, in deren Bundesländern keine entsprechenden Anlaufstellen existieren. NRW geht dahingehend mit einem guten Beispiel voran, während sich ebenfalls in diesem Bundesland Verbesserungspotentiale ergeben. Auf kommunaler Ebene hat sich außerdem gezeigt, dass vorrangig der Zugang im Bereich der besonderen Wohnform durch lange Wartezeiten beeinflusst wird. Die Forschungsthese lässt sich demnach zumindest in Hinblick auf einen Teil der Klient:innen bestätigen. Die Antithese hingegen, nach welcher ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen dem aufkommenden Bedarf sowie der bestehenden Angebotsstruktur herrscht und die Möglichkeit auf Hilfe für alle Interessent:innen besteht, bleibt vielmehr eine Zielvorstellung des Arbeitsfeldes, welche derzeit noch nicht erreicht werden kann. Im Hinblick auf die Versorgungssituation drogenabhängiger Menschen in Haft zeigte sich eine weitere Problemstellung in der Alternativlosigkeit. Während Klient:innen außerhalb zumindest eher dazu in der Lage sind zu den jeweiligen Hilfsangeboten innerhalb der Bundesrepublik zu pendeln, bleibt die Möglichkeit auf Hilfe innerhalb von Haftanstalten größtenteils verhindert, sofern diese nicht institutionell unterstützt wird. Obwohl sich die Gesundheitsfürsorge nach der Theorie des Äquivalenzprinzip nicht von jener außerhalb unterscheiden sollte, zeigen sich bestehende Differenzen innerhalb der Haftrealität. Abschließend

bleibt zu sagen, dass die Umorientierung der Drogenhilfe noch nicht zu einer flächendeckenden Angebotsstruktur in Bezug auf verschiedene niedrigschwellige Hilfen sowohl innerhalb als auch außerhalb von Gefängnissen geführt hat und die Behebung der Versorgungslücken eine künftige Aufgabe bleibt.

Literaturverzeichnis

- Aidshilfe Dortmund (2022). Drogenhilfeeinrichtung Kick. Online verfügbar unter <https://www.kick-dortmund.de>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Aidshilfe im Kreis Unna e.V. (2022a). Beratung. Online verfügbar unter <https://www.aidshilfe-unna.de/de/beratung>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Aidshilfe im Kreis Unna e.V. (2022b). Drogen. Online verfügbar unter <https://www.aidshilfe-unna.de/de/drogen>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Aidshilfe im Kreis Unna e.V. (2022c). HIV-Test. Online verfügbar unter <https://www.aidshilfe-unna.de/de/hiv-test>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Aistleitner, D. (2016). Opioidabhängigkeit und psychosoziale Versorgung im Alter. In: soziales_kapital, Nr. 16, Rubrik "Junge Wissenschaft", S. 105-117. Online verfügbar unter <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/483/862.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Akzept Bundesverband (akzept e.V.), Deutsche Aidshilfe (DAH) (1999). Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit. Online verfügbar unter https://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/akzept_LeitlinienNr.3.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Akzept Bundesverband (akzept e.V.), Deutsche Aidshilfe (DAH) (2021). Leitbild akzeptierender Drogenarbeit. Online verfügbar unter <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2021/07/LeitbildDrogenakzeptDAH.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Arbeitsgemeinschaft Diamorphin (AG Diamorphin) (2022). Diamorphingestützte Behandlung in Deutschland. Online verfügbar unter www.diamorphin-behandlung.de, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V. Netzwerk Suchthilfe gGmbH (2022). Allgemeine Informationen zur Einrichtung Kesh. Online verfügbar unter <https://www.drogenhilfe-hamm.de/kesh-stationaer-betreutes-wohnen/>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Arbeiterwohlfahrt (AWO) Ruhr-Lippe-Ems (2022). Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung/ Abhängigkeitserkrankung. Online verfügbar unter <https://www.awo-rle.de/abw-pb-sucht>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Arbeiterwohlfahrt (AWO) Hagen Märkischer Kreis (2022). Werkstatt im Hinterhof. Online verfügbar unter <http://www.werkstatt-im-hinterhof.de/WiH/WiH.html>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Berliner Aids-Hilfe e.V. (2021). Spritzentausch. Online verfügbar unter <https://www.berlin-aidshilfe.de/angebote/spritzentausch/>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

- Bernard, C. (2013). Frauen in Drogenszenen. Drogenkonsum, Alltagswelt und Kontrollpolitik in Deutschland und den USA am Beispiel Frankfurt am Main und New York City (Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit, Bd. 17). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Bertram, W. (2000). Schwellen senken. Zugänge zum Hilfesystem für Suchtkranke. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahr (DHS) (Hrsg.). Individuelle Hilfen für Suchtkranke. Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren (Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahr, Bd. 42, S. 11-34). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Böllinger, L. (2002). Das (noch herrschende) Recht von Abstinenz und Prohibition I: Strafrecht und Betäubungsmittelrecht. In: Böllinger, L.; Stöver, H. (Hrsg.). Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen (5. vollst. überarbeitete Aufl., S. 451–528). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Buestrich, M.; Wohlfahrt, N. (2008). Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) Wandel der Sozialen Arbeit, 12-13, 2008, S. 17-24. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/medien/31349/3KYNFD.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W e.V.) (2021). Pressemitteilung: Steigende Zahl Wohnungsloser im Wohnungslosensektor, Wohnungslosigkeit anerkannter Geflüchteter sinkt. Online verfügbar unter https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/PRM/PRESSE-MAPPE_BAG_W_Schaetzung.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2021). Bericht zum Substitutionsregister. Online verfügbar unter https://www.bfarm.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2021.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Bundeskriminalamt (BKA) (2021). Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität 2020. Online verfügbar unter https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/Lagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/rauschgiftkriminalitaet_node.html, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Bühning, P. (2021). Interview mit Daniela Ludwig, Bundesdrogenbeauftragte, und Dr. med. (I) Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer. „Die ärztliche Tätigkeit fällt auf fruchtbaren Boden“. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 118, Heft 24, 2021, S. 1213-1216. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=219745.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

- Caritasverband für den Kreis Unna e.V. (2022). Unterkunft, Kontakte, Beschäftigung. Online verfügbar unter <https://www.caritas-unna.de/wohnungslosigkeit/tagesstaette/tagesstaette>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Caritasverband für den Kreis Unna e.V. (2022b). Unterkunft über Nacht. Online verfügbar unter <https://www.caritas-unna.de/wohnungslosigkeit/uebernachtungsstelle/uebernachtungsstelle>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Cornel, H. (2020). Erziehung und Soziale Arbeit in strafrechtlichen Zwangskontexten. In: Kaplan, A.; Roos, S. (Hrsg.). Delinquenz bei jungen Menschen. Ein interdisziplinäres Handbuch (Unter Mitarbeit von Philipp Walkenhorst). Wiesbaden, Heidelberg: Springer VS.
- Deimel, D.; Bock, C.; Oswald, F.; Meyer, A. L. (2018). Abschlussbericht. Harm reduction 24-7: Die Versorgung von harm reduction Materialien über Automaten für Drogenkonsumenten in NRW. Online verfügbar unter https://www.saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/upload/homepage/pdf/2018_Deimel_Studie_Spritzenautomaten.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Deutsche Aidshilfe (DAH) (2018). Substitution in Haft. Deine Rechte, Deine Möglichkeiten. Online verfügbar unter https://www.aidshilfe.de/system/files_force/documents/2018_02_13_substitution_in_haft.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Deutsche Aidshilfe (DAH) (2022). Drogenkonsumräume. Standorte und Informationen zu Konsumräumen in Deutschland. Adressen von Konsumräumen. Online verfügbar unter <https://www.drogenkonsumraum.net/standorte>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2019). Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland. Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Online verfügbar unter https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/suchthilfe/Versorgungssystem/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2020). Suchtprobleme im Alter. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen. Online verfügbar unter https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtprobleme_im_Alter.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Barmer (2021a). Alkohol – weniger ist besser. Informationen und Hilfen für ältere Menschen (Broschüren Reihe: Unabhängig im Alter. Suchtprobleme sind lösbar, 3. vollst.

überarbeitete Auflage). Online verfügbar unter https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Unabhaengig_im_Alter_-_Alkohol.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Barmer (2021b). Medikamente – sicher und sinnvoll gebrauchen. Informationen und Hilfen für ältere Menschen (Broschüren Reihe: Unabhängig im Alter. Suchtprobleme sind lösbar, 3. vollst. überarbeitete Auflage). Online verfügbar unter https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Unabhaengig_im_Alter_-_Medikamente.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Barmer (2021c). Tabak – zum Aufhören ist es nie zu spät. Informationen und Hilfen für ältere Menschen (Broschüren Reihe: Unabhängig im Alter. Suchtprobleme sind lösbar, 3. vollst. überarbeitete Auflage) https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Unabhaengig_im_Alter_-_Tabak.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Barmer (2021d). Alkohol, Medikamente, Tabak. Informationen für die Altenpflege (Broschüren Reihe: Unabhängig im Alter. Suchtprobleme sind lösbar, 3. vollst. überarbeitete Auflage). Online verfügbar unter https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Unabhaengig_im_Alter_-_Pflegebroschuere.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

Diakonie Ruhr-Hellweg e.V. (2022). Ambulant Betreutes Wohnen. Online verfügbar unter <https://www.diakonie-ruhr-hellweg.de/angebote/beratung-begleitung/ambulant-betreutes-wohnen/>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

Dias de Oliveira, A. (2005). Leistungsbeschreibung Ambulant Betreutes Wohnen für chronisch drogenabhängige Menschen mit Mehrfachschädigungen (CMA) im Kreis Unna. Herausgegeben durch VFWD e.V., Projekt LÜSA. Online verfügbar unter <http://www.luesa.de/?site=downloads>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

Dias de Oliveira, A. (2007). LÜSA Konzept. Kurzbeschreibung des Projekts. Herausgegeben durch VFWD e.V., Projekt LÜSA (Unter Mitarbeit von Hardt, J.; Castonguay, B.; Schlusemann, I.; Jonassohn, G.; Entwurf 1996, überarbeitet in 2002, 2004 und 2007). Online verfügbar unter <http://www.luesa.de/?site=downloads>, zuletzt aktualisiert in 2007, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

Dias de Oliveira, A. (2011). Dauerwohneinrichtung „stationäres Wohnen“ für alternde chronisch Drogenabhängige – Konzeptentwurf für ein „Junkie-Seniorenwohnheim“. Herausgegeben durch VFWD e. V., Projekt LÜSA

- (Entwurf 2010, überarbeitet in 2011). Online verfügbar unter <http://www.luesa.de/?site=downloads>, zuletzt aktualisiert in 2011, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Dichtl, A.; Stöver, H.; Schäffer, D. (2021). Noch 9 Jahre – eine Zwischenbilanz in Bezug auf die Erreichung der WHO-Eliminierungsziele (HIV, HCV) in Deutschland. In: akzept e.V. (Hg.). 8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021 (S. 128-134). Lengerich: Pabst Science Publishers. Online verfügbar unter <https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2021/07/ADSB8-2021web.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (DdB) (2019). Drogen- und Suchtbericht 2019. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Broschuere/Drogen-_und_Suchtbericht_2019_barr.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (DdB) (2021). Jahresbericht der Drogenbeauftragten 2021. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/assets/user_upload/PDF-Publikationen/DSB_2021_final_bf.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Dorra, S.; Rasmus, N.; Schmidt, T. (o.J.). LÜSA_Ein Altenheim für Junkies. Online verfügbar unter <https://www.awo-100-geschichten.de/luesa-ein-altenheim-fuer-junkie>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) (2013). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2021). Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen. Online verfügbar unter https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_DE0906.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) (2003). Case of McGlinchey and others v. The United Kingdom. Online verfügbar unter <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%5B%22001-61058%22%5D%7D>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) (2003). Case of Wenner v. Germany. Online verfügbar unter <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22%3A%5B%22001-165758%22%5D%7D>, zuletzt geprüft am 27.08.2022.
- Fiorenza, D. (2021). Harm Reduction als Kooperationsmodell: Die Entwicklung einer landesweiten Empfehlung für schadensmindernde Ansätze in NRW. In: akzept e.V. (Hg.). 8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021 (S. 122-

- 127). Lengerich: Pabst Science Publishers. Online verfügbar unter <https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2021/07/ADSB8-2021web.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Frauenforum im Kreis Unna e.V. (o.J.). Wohnhilfe FrauenRäume. Online verfügbar unter <https://www.frauenforum-unna.de/wp-content/uploads/2021/11/2019-Flyer-Wohnhilfen.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Gemeinnützige Gesellschaft für SuchtHilfe im Kreis Unna mbH (SuchtHilfe im Kreis Unna mbH) (2022a). Beratungsstellen. Online verfügbar unter <https://suchthilfe-unna.de/startseite-2/kontaktstellen/>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Gemeinnützige Gesellschaft für SuchtHilfe im Kreis Unna mbH (SuchtHilfe im Kreis Unna mbH) (2022b). Kontaktladen. Online verfügbar unter <https://suchthilfe-unna.de/startseite-2/kontaktladen/>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Gemeinnützige Gesellschaft für SuchtHilfe im Kreis Unna mbH (SuchtHilfe im Kreis Unna mbH) (2022c). Beratungsstelle Lünen (illegale Substanzen). Online verfügbar unter <https://suchthilfe-unna.de/startseite-2/kontaktstellen/bs-lu-nen/>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Haller, F.; Gräser, H. (2012). Selbsthilfegruppen. Konzepte, Wirkungen und Entwicklungen (Edition Sozial). Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Hendrich, D.; Carpentier, C. (2010). Gesundheitsversorgung und soziale Betreuung in Haftanstalten. In: akzept e.V. (Hg.) Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft. Praxis, Probleme und Perspektiven (Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.4.2010 in Berlin, S. 41-46). Online verfügbar unter https://www.akzept.org/experten_gespraech/pdf_4_10/haft_doku200410_fin.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Husmann, K. (2010). „Wie kann die Substitution in Haft weiterentwickelt werden?“ Das Beispiel Nordrhein-Westfalen. In: akzept e.V. (Hg.) Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Haft. Praxis, Probleme und Perspektiven (Dokumentation der akzept-Fachtagung vom 20.4.2010 in Berlin, S. 47-54). Online verfügbar unter https://www.akzept.org/experten_gespraech/pdf_4_10/haft_doku200410_fin.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Hussy, W.; Schreier, M.; Echterhoff, G. (2013). Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor (2. überarbeitete Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

- Integra e.V. (2017). Fachkonzept Integra e.V. Online verfügbar unter https://www.integra-eingetragener-verein.de/images/dokumente/konzept_sucht.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- International Harm Reduction Association (IHRA) (2010). Was ist Harm Reduction? Eine Erklärung der International Harm Reduction Association (deutsche Version). Online verfügbar unter https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_German.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- JES Unna (2021). JES proudly presents "JES UNNA". In: Drogenkurier, Nr. 128, 2021, S. 26.
- Junod, V. et al. (2018). Methadone versus torture: The perspective of the European Court of Human Rights. In: Heroin Addiction and Related Clinical Problems, Jg. 20, Nr. 1, 2018, S. 31-36. Online verfügbar unter <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:134031/ATTACHMENT01>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Knorr, B. (2007). Substitutionspraxis im Justizvollzug der Bundesländer. In: Stöver, H. (Hg.). Substitution in Haft (Aidsforum DAH, Bd. 52, S. 66-77). Online verfügbar unter https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/forum_52_substitution.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Köhler, W., Drexler, M. S. (2008). Suchterkrankungen. Mit alten Vorstellungen aufräumen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 50, 2008, S. 2702-2703. Online verfügbar unter <https://cfcdn.aerzteblatt.de/pdf/105/50/a2702.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Kreis Unna (2022). Hilfen für Suchtkranke. Online verfügbar unter <https://www.kreis-unna.de/x/nT-8ccdda>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Krings, A.; Steffen, G.; Germershausen, C.; Zimmermann, R. (2020). Auswirkungen der COVID-19-Krise auf Präventionsangebote zu durch Blut und sexuell übertragenen Infektionen bei Drogengebrauchenden. In: Epidemiologisches Bulletin 42:3–9, 2020. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/42_20.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Landesstelle Sucht NRW (2019). Jahresbericht 2019. Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter https://www.drogenkonsumraum.net/sites/default/files/documents/jahresbericht_2019.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Landesstelle Sucht NRW (2019b). Wohnungslosigkeit und Abhängigkeitserkrankungen. Online verfügbar unter

- https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Wohnungslosigkeit_und_Sucht_Final_ErgaenzungMaerz2020.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Loviscach, P. (1996). Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Loviscach, P. (2008). Sucht und Drogenhilfe. In: Chassé, K. A. (Hg.). Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Eine Einführung (4. aktualisierte Aufl., S. 384–397, Grundlagentexte soziale Berufe). Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Martinez, H. (2021). Praxisbuch motivierende und sinnorientierte Beratung in der Wohnungslosenhilfe. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Michel et al. (2015). Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern. In: BMC Public Health, 15:1093, 2015. Online verfügbar unter <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2421-y.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Medikus (2022a). Diamorphinambulanz Dortmund Unna. Diamorphingestützte Behandlung Heroinabhängiger in Holzwickede. Online verfügbar unter http://www.diamorphin.com/DDU/assets/files/DDU_Flyer.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Medikus (2022b). Diamorphinambulanz Dortmund Unna. Diamorphingestützte Behandlung Heroinabhängiger in Holzwickede. Online verfügbar unter <https://www.diamorphin.com/DDU/assets/files/unna.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Medikus (2022c). Unsere Praxen. Online verfügbar unter <https://diamorphin.com>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Opitz-Welke, A.; Lehmann, M.; Seidel, P.; Konrad, N. (2018). Medizin im Justizvollzug. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 48, 2018, S. 808-815. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=203277.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Paier, D. (2010). Quantitative Sozialforschung. Eine Einführung. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Porst, R. (2014). Fragebogen. Ein Arbeitsbuch (4. erweiterte Auflage). Wiesbaden: Springer Verlag.
- Rat der Europäischen Union (2021). EU-Drogenstrategie 2021-2025. Online verfügbar unter https://www.consilium.europa.eu/media/54071/qc0521073den_002.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Raulf, T. (2016). Suchtkranke finden behütet zurück ins Leben. Sozialwerk St. Georg eröffnet „Kontrapunkt“ an der Mozartstraße. In: Hellwegeranzeiger,

- 2016, S. 22. Online verfügbar unter https://www.sozialwerk-stgeorg.de/fileadmin/media/westfalen_nord/wn_Presseberichte/KP_Unna_Mozartstrasse-Einweihungsfeier_08.April_2016.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Regionalteams der Suchthilfe im Kreis Unna (Hg.) (2018). Beratungsführer Suchthilfe im Kreis Unna. Online verfügbar unter https://www.kreis-unna.de/fileadmin/user_upload/Kreishaus/kfp/pdf/Beratungsfuehrer_Sucht_090818.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Rieger, K. (2012). Niedrigschwellige und akzeptanzorientierte Drogenhilfe in einem Kontaktladen. In: Gastiger, S. (Hg.). Methoden der Sozialarbeit in unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe (S. 37-52). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Safer Use NRW (2021). Umfrage zur Abfrage von Einmalspritzen in den Jahren 2018 bis 2020. Online verfügbar unter https://saferuse-nrw.de/Saferuse-NRW/upload/homepage/pdf/downloads/abfrage_spritzen_2018_bis_2020.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Schönig, W.; Hoyer, T.; Potratz, A. (2018): Lehrbuch Ökonomie in der Sozialen Arbeit (Studienmodule Soziale Arbeit). Weinheim, Basel: Beltz Juventa
- Schaffer, H. I.; Schaffer, F. (2020). Empirische Methoden für soziale Berufe. Eine anwendungsorientierte Einführung für die qualitative und quantitative Sozialforschung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schäffer, D.; Köther, U. (2021). Substitutionsbehandlung – der drohenden Versorgungskrise mit strukturellen Änderungen begegnen. In: akzept e.V. (Hg.). 8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021 (S. 88-92). Lengerich: Pabst Science Publishers. Online verfügbar unter <https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2021/07/ADSB8-2021web.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Schäffer, D.; Stöver, H.; Schieren, C. (2021). 100000 Substituierte bis 2022 – Eine Zwischenbilanz nach einem Jahr. In: akzept e.V. (Hg.). 8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021 (S. 93-98). Lengerich: Pabst Science Publishers. Online verfügbar unter <https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2021/07/ADSB8-2021web.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Schäffler, F.; Zimmermann, S. (2012). Forschungsbericht. Drogenabhängigkeit in bayerischen Haftanstalten. Darstellung und Diskussion ausgewählter Ergebnisse einer bayernweiten Umfrage bei ehemals inhaftierten, drogenabhängigen Menschen (n=195). In: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit, Heft 9, S. 25-38. Online verfügbar unter <http://www.indro-online.de/dat/Schaeffler2012.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

- Scherbaum, N. (2019). Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Haft. In Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (DdB) (Hg.). Drogen- und Suchtbericht 2019 (S. 135-137). Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Broschuere/Drogen-_und_Suchtbericht_2019_barr.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Schmidt-Semisch, H. (2020). Von der Abstinenz zur Akzeptanz. Wegmarken der deutschen Drogenpolitik und Suchthilfe. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) Rausch und Drogen, Jg. 70, 49-50, 2020, S. 24-30. Online verfügbar unter https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/APuZ_2020-49-50_online.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- SoSci Survery (2022). Online verfügbar unter <https://www.sosicurvey.de/en/index?msclid=3ad99f14cedd11ecb46bdc8e6322d09f>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Statista (2023). Drogentote in Deutschland 2000-2021. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/403/umfrage/todesfaelle-durch-den-konsum-illegaler-drogen/>, zuletzt geprüft am 27.08.2022.
- Stark, K.; Hermann, U.; Ehrhardt, S.; Bienzle, U. (2005). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. In: *Epidemiology and Infection*, 134, 2005, S. 814–819. Online verfügbar unter <https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/812/21KgMBc4kJ2DU.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Stoll, K.; Bayer, M.; Häßler, U.; Abraham, K. (2019). Bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug. Auswertung der Stichtagserhebung (31.03.2018) zur Konsumeinschätzung und Substitution (Im Auftrag der Länderübergreifenden Arbeitsgruppe „Stoffgebundene Suchtproblematik“). Online verfügbar unter https://www.berlin.de/justizvollzug/_assets/senjustv/sonstiges/bericht_suchtproblematik_justizvollzug_stand_august-2019.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Stöver, H. (1990). Akzeptierende Drogenarbeit: Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe (Unter Mitarbeit von: Schuller, K.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Stöver, H. (1999). Akzeptierende Drogenarbeit : eine Zwischenbilanz. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Stöver, H. (2002). Konsumräume: Zwischenbilanz und Anforderungen an Weiterentwicklung und Qualitätssicherung. In: Stöver, H.; Böllinger, L. (Hrsg.). *Drogenpraxis Drogenrecht Drogenpolitik – Handbuch für Drogenbenutzer*,

- Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen (5. vollst. überarbeitete Aufl., S. 174-189). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Stöver, H. (2002b). DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe im Justizvollzug - eine Übersicht. In: Suchttherapie, 3, 2002, S. 135–145. Online verfügbar unter <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-2002-34318.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Stöver, H. (2009). Akzeptierende Drogenarbeit weiterentwickeln! In: Sozial Extra, 11-12, 2009, S. 38–41. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12054-009-0108-2.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Stöver, H. (2011). Auswirkungen der Prohibition auf Drogenkonsumenten der Drogenhilfe. In: Schäffer, D.; Stöver, H. (Hg.) Drogen – HIV/AIDS – Hepatitis. Ein Handbuch (2. Aufl., S. 11-29). Berlin: Deutsche Aidshilfe e.V.
- Stöver, H.; Jamin, D.; Michels, I. I.; Knorr, B.; Keppler, K.; Deimel, D. (2019). Opioid substitution therapy for people living in German prisons-inequality compared with civic sector. In: Harm reduction journal, 16:72, 2019. Online verfügbar unter <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12954-019-0340-4.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Stöver, H.; Keppler, K.; Fähmann, J.; Lesting, W.; Häßler, U. (2021). Opioidsubstitutionsbehandlung im Justiz- und Maßregelvollzug: Wirksamkeit, Hindernisse und Lösungsmöglichkeiten. In: akzept e.V. (Hg.). 8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021 (S. 103-111). Lengerich: Pabst Science Publishers. Online verfügbar unter <https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2021/07/ADSB8-2021web.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Stöver, H.; Stallwitz, A. (2007). Wirksamkeit und Bedeutung der Substitutionsbehandlung im Gefängnis – ein Literaturüberblick. In: Stöver, H. (Hg.). Substitution in Haft (Aidsforum DAH, Bd. 52, S. 88-97). Online verfügbar unter https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/forum_52_substitution.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Stöver, H.; Werse, B. (2021). Für eine ganzheitliche und nachhaltige Drogenpolitik. In: akzept e.V. (Hg.). 8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021 (S. 8-10). Lengerich: Pabst Science Publishers. Online verfügbar unter <https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2021/07/ADSB8-2021web.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.
- Ullrich, U. (Stadt Dortmund) (o. J.). Das Dortmunder Suchthilfesystem im Überblick. Online verfügbar unter

https://www.dortmund.de/media/p/gesundheitsamt/pdf_gesundheitsamt/psychatrie_und_sucht_1/buendnis_gegen_depression/2010_4/depression_u_sucht/Vortrag_von_Frau_Dr_Ulrike_Ullrich.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

United Nations Office of Drug and Crime (UNODC), International Labour Organization (ILO), Empowered lives. Resilient nations. (UNDP), World Health Organization (WHO), UNAIDS (2013). Policy brief: HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Online verfügbar unter https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf, zuletzt geprüft am 27.08.2022.

Verein für katholische Arbeiterkolonien in Westfalen (vfka Westfalen). Haus Maria Veen. Online verfügbar unter <https://www.vfka-westfalen.de/haus-maria-veen/>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

Vogt, I. (2009). Süchtige Alte und ihre Versorgung. In: SuchtMagazin, Bd. 35, Heft 3, S. 29-32. Online verfügbar unter <http://doi.org/10.5169/seals-800617>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

Wermter, B. (2021). Corona-Pandemie: Druck auf Drogenkonsumräume und Kontaktläden. In: magazin.hiv. Online verfügbar unter <https://magazin.hiv/magazin/gesellschaft-kultur/corona-drogenkonsumraeume/>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

Wendt, K. (2017). Suchthilfe & Suchttherapie. Leitfaden für die Praxis (griffbereit). Stuttgart: Schattauer

Wicht, H. (2021). Interview mit Marion Nawrath und Claudia Jaworski. „Letztlich empfahl der Anstaltsarzt meinem Bruder, sich im Hof Drogen zu besorgen“. In: akzept e.V. (Hg.). 8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021 (S. 118-121). Lengerich: Pabst Science Publishers. Online verfügbar unter <https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2021/07/ADSB8-2021web.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

Wimber, H. (2021). Alle Jahre wieder. In: akzept e.V. (Hg.). 8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021 (S. 12-17). Lengerich: Pabst Science Publishers. Online verfügbar unter <https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2021/07/ADSB8-2021web.pdf>, zuletzt geprüft am 15.07.2022.

Anhang

Tabellen

Tabelle 5: Anzahl der Drogentoten in Deutschland in den Jahren 2000-2020, Quelle: Statista 2022.

Jahr	Anzahl der Drogentoten
2000	2030
2001	1835
2002	1513
2003	1477
2004	1385
2005	1326
2006	1296
2007	1394
2008	1449
2009	1331
2010	1237
2011	986
2012	944
2013	1002
2014	1032
2015	1226
2016	1333
2017	1272
2018	1276
2019	1398
2020	1581
2021	1826

Tabelle 6: NB02_KB02: Bereiche, in denen der Bedarf am höchsten beurteilt wird, NA02_KA02: Bereiche, in denen die Angebotsstruktur vorrangig verbessert werden soll (Mehrfachantwortsets).

	Antwortanteil pro Antwortitem [%]			
	National		Kommunal	
	NB_02	NA_02	KB_02	KA_02
Stationäre und teilstationäre Angebote	72	70	64	62
Ambulante Wohnangebote	62	66	60	57
Ambulante Angebote	89	89	85	85
Beratungs- und Vermittlungsangebote	62	51	55	57
Streetwork	72	57	64	60
Andere	13	13	13	13

Tabelle 7: NB03_KB03: Bedarf des niedrighschwelligen Bereichs im Vergleich zum hochschwelligem Bereich, NA03_KA03: Verfügbarkeit der Angebotsstruktur des niedrighschwelligen Bereichs im Vergleich zum hochschwelligem Bereich.

	Antwortanteil [%]			
	National		Kommunal	
	NB_03	NA_03	KB_03	KA_03
Geringer	22		24	
Gleich	26		35	
Höher	52		41	
Schlechter		70		46
Gleich		24		43
Besser		7		11

Tabelle 8: NZ01_KZ02; NZ03_KZ03: Vergleich der Zugänglichkeit der Hilfesysteme anhand endpunktbenannter Ratingskalen (5 Punkt; gut zu schlecht).

	Gesamtes Hilfesystem		Niedrighschwelliges Hilfesystem	
	National	Kommunal	National	Kommunal
Mittelwert	2.9	3.1	3.1	3.2
Fehler	0.12	0.12	0.13	0.12

Tabelle 9: NZ02_KZ02: Einfluss der niedrighschwelligen Angebote auf die Zugänglichkeit des Drogenhilfesystems.

	Antwortanteil [%]	
	National	Kommunal
Verschlechterung	4	2
Bleibt gleich	17	24
Verbesserung	78	74

Table 10: B01: Bedarfseinschätzung der jeweiligen Angebote (Mitarbeiter:innen), erhoben anhand endpunktbenannter Ratingskalen (5-Punkt; gering zu hoch).

	N	Mittelwert	Fehler
Besondere Wohnform	22	4.3	0.18
Ambulantes Wohnen	9	4.0	0.41
Ambulant	7	3.9	0.34
Beratung	8	3.6	0.32

Table 11: B02: Vergleichende Bedarfseinschätzung der Mitarbeiter:innen.

	N	Antwortanteil [%]		
		Geringer	Gleich	Höher
Besondere Wohnform	21	10	52	38
Ambulantes Wohnen	10	10	50	40
Ambulant	7	29	43	29
Beratung	8	50	25	25

Table 12: K06: Bedarfseinschätzung der jeweiligen Angebote (Klient:innen), erhoben anhand punktbenannter Ratingskalen (5-Punkt; gar nicht zu sehr stark).

	N	Mittelwert	Fehler
Besondere Wohnform	37	4.4	0.13
Ambulantes Wohnen	30	4.4	0.12
Ambulant	23	4.3	0.20

Table 13: B03: Durchschnittliche Belegung (Besondere und ambulante Wohnform)/ Nutzung (Ambulant, Beratung) der Angebote.

	N	Mittelwert	
		Durchschnittliche Belegung [%]	Fehler [%]
Besondere Wohnform	22	96	1.5
Ambulantes Wohnen	10	95	2.2
Ambulant	7	67	8.7
Beratung	7	80	4.4

Tabelle 14: B04: Abfrage der Verfügbarkeit einer Warteliste pro Angebot.

	N	Warteliste Antwortanteil [%]			
		Länge bekannt	Länge unbekannt	Keine Warteliste	In manchen Bereichen
Kontra	5	40	60		
LÜSA: DAWO	3	33	67		
LÜSA: HH	14	57	43		
AWO	1			100	
Diakonie	6	17	50	33	
Integra	1		100		
LÜSA: BEWO	2		50	50	
Caritas	3			67	33
DDU	2			100	
Kontakt	2			100	
Aidshilfe	2			100	
DROBS	6		17	17	67

Tabelle 15: K01: Aufenthaltslänge der Angebote 1 (Klient:innen).

	N	Aufenthaltslänge Antwortanteil [%]	
		Mind. 1 Jahr	Unter 1 Jahr
Besondere Wohnform	38	76	24
Ambulantes Wohnen	28	93	7
Ambulant	22	32	68

Tabelle 16: K01_1: Aufenthaltslänge der Angebote 2 (Klient:innen), erhoben ab 1 Jahr Aufenthaltslänge (Bei den Teilnahmen der DDU ab 1 Monat Aufenthaltslänge).

	N	Aufenthaltslänge Mittelwert [Jahre]	Fehler [Jahre]
Besondere Wohnform	29	4.3	0.53
Ambulantes Wohnen	26	7.3	1.05
Ambulant	19	1.4	0.87

Tabelle 17: K05: Wartezeiten 1

	N	Antwortanteil [%]	
		Mit Wartezeit	Ohne Wartezeit
Besondere Wohnform	36	83	17
Ambulantes Wohnen	30	37	63
Ambulant	23	0	100

Tabelle 18: K05_01: Wartezeiten 2

	N	Wartelänge Mittelwert [Monate]	Fehler
Besondere Wohnform	30	11.8	1.26
Ambulantes Wohnen	10	7.8	3.52

Tabelle 19: B05: Zuständigkeit der Angebote angegeben durch die Mitarbeiter:innen.

	N	Verfügbarkeit Antwortanteil [%]		
		Ausschließlich im Kreis	Auch außerhalb	Weiß ich nicht
Kontra	5		100	
LÜSA: DAWO	3		100	
LÜSA: HH	14		93	7
AWO	1	100		
Diakonie	6	100		
Integra	1	100		
LÜSA: BEWO	2	100		
Caritas	3	33	67	
DDU	2		100	
Kontakt	2		100	
Aidshilfe	2		100	
DROBS	6	83	17	

Tabelle 20: B06: Kodierung der Antworten

Kodierung der Mitarbeiter:innen Angaben in ein prozentuales Verhältnis	
100% der KlientInnen kommen außerhalb des Kreises Unna	100 %
Der überwiegende Anteil der KlientInnen kommt außerhalb des Kreises Unna	75 %
Das Verhältnis ist ungefähr ausgeglichen	50 %
Der überwiegende Anteil der KlientInnen kommt aus dem Kreis Unna	25 %
100% der KlientInnen kommen aus dem Kreis Unna	0 %

Tabelle 21: K02: Herkunftsverhältnis der Klient:innen (Besondere/ Ambulante Wohnform: Hinzugezogen; Ambulant: Pendelnd).

	N	Antwortanteil [%]	
		Ursprünglich aus dem Kreis Unna	Hinzugezogen/ Pendelnd
Besondere Wohnform	38	16	84
Ambulantes Wohnen	27	81	19
Ambulant	22	23	77

Tabelle 22: A01: Abfrage alternativer Angebote (Mitarbeiter:innen).

	N	Antwortanteil [%]	
		Alternativangebote bekannt	Keine Alternativangebote bekannt
Besondere Wohnform	22	41	59
Ambulantes Wohnen	10	80	20
Ambulant	7	43	57
Beratung	8	25	75

Tabelle 23: A02: Angenommene Deckung des Bedarfs an den jeweiligen Angeboten, erhoben anhand einer endpunktbenannten Ratingskala (5-Punkt; gar nicht zu vollständig).

	N	Mittelwert	Fehler
Besondere Wohnform	21	2.8	0.15
Ambulantes Wohnen	10	3.0	0.15
Ambulant	7	3.4	0.48
Beratung	8	3.0	0.33

Tabelle 24: A03: Angenommene Deckung des überbleibenden Bedarfs durch die umliegende Angebotsstruktur, erhoben anhand einer endpunktbenannten Ratingskala (5-Punkt; gar nicht zu vollständig).

	N	Mittelwert	Fehler
Besondere Wohnform	21	2.2	0.16
Ambulantes Wohnen	10	2.9	0.23
Ambulant	5	3.0	0.32
Beratung	8	2.6	0.53

Tabelle 25: Bewertung von Vermittlungsprozessen zu anderen Angeboten, erhoben anhand einer endpunktbenannten Ratingskala (5-Punkt; einfach zu schwierig).

	N	Mittelwert	Fehler
Besondere Wohnform	20	4.0	0.23
Ambulantes Wohnen	10	2.4	0.34
Ambulant	7	2.6	0.37
Beratung	8	3.0	0.33

Tabelle 26: A05: Vermittlungsprobleme angegeben durch die Mitarbeiter:innen, kodiert in Kategorien.

	Anteil pro Kategorie [%]			
	Besondere Wohnform	Ambulantes Wohnen	Ambulant	Beratung
N	15	5	1	5
Angebotsdefizit	47	60	0	40
Konzeptionelle Passung	40	0	0	0
Mitarbeit der Klient:innen	7	40	100	40
Kommunikation der Einrichtungen	7	40	0	0
Wartezeiten	20	0	0	40
Kostenzusage	7	20	0	40
Problemlagen der Klient:innen	27	0	0	0
Sonstiges	7	0	0	40

Tabelle 27: K08: Nutzung weiterer Angebote aus dem Kreis Unna, erhoben anhand eines Mehrfachantwortsets. Das Angebot über das die Klient:innen an der Befragung teilgenommen haben wurde hierbei nicht aufgeführt.

	Antwortanteil pro Antwortitem [%]		
	Besondere Wohnform	Ambulantes Wohnen	Ambulant
N	34	29	21
Stationäre Angebote	15	14	14
Betreute Wohnangebote	21	7	14
Beratungsangebote	15	52	14
Tagesstätte	3	3	5
Kontaktladen	15	24	10
Diamorphinambulanz	6	0	5
Selbsthilfegruppen	18	21	0
Andere	3	0	10
Keine	47	24	57

Tabelle 28: K09: Nutzung weiterer Angebote aus anderen Städten, erhoben anhand eines Mehrfachantwortsets.

	Antwortanteil pro Antwortitem [%]		
	Besondere Wohnform	Ambulantes Wohnen	Ambulant
<i>N</i>	37	28	23
Stationäre Angebote	3	0	4
Betreute Wohnangebote	8	0	4
Beratungsangebote	8	4	13
Anlaufstellen	3	0	0
Drogenkonsumräume	3	0	4
Selbsthilfegruppen	3	4	0
Andere	3	0	9
Keine	84	93	74

Tabelle 29: K10: Bereiche, in denen die Angebotsstruktur im Kreis Unna nach Angaben der Klient:innen verbessert werden sollte, erhoben anhand eines Mehrfachantwortsets.

	Antwortanteil pro Antwortitem [%]		
	Besondere Wohnform	Ambulantes Wohnen	Ambulant
<i>N</i>	33	31	23
Mehr Stationäre Angebote	9	6	4
Mehr Betreute Wohnangebote	33	16	13
Mehr Beratungsangebote	9	6	4
Mehr Anlaufstellen	21	42	9
Mehr Selbsthilfegruppen	9	29	13
Drogenkonsumraum	30	13	9
Andere	6	6	9
Keine	9	19	26
Keine Ahnung	33	26	48

Tabelle 30: K07: Erweiterung der Angebotsstruktur in Bezug auf das jeweils genutzte Angebot.

	<i>N</i>	Antwortanteil [%]	
		Weitere Angebote benötigt	Keine weiteren Angebote benötigt
Besondere Wohnform	38	97	3
Ambulantes Wohnen	29	86	14
Ambulant	23	100	0

Tabelle 31: Z01: Zugangsbewertung der jeweiligen Angebote (Mitarbeiter:innen), erhoben anhand einer endpunktbenannten Ratingskala (5-Punkt; einfach zu schwierig).

	N	Mittelwert	Fehler
Besondere Wohnform	22	2.5	0.23
Ambulantes Wohnen	10	2.0	0.30
Ambulant	7	2.0	0.53
Beratung	8	2.4	0.32

Tabelle 32: K13: Zugangsbewertung der jeweiligen Angebote (Klient:innen), erhoben anhand einer punktbenannten Ratingskala (5-Punkt; einfach zu schwierig).

	N	Mittelwert	Fehler
Besondere Wohnform	37	2.3	0.15
Ambulantes Wohnen	30	2.0	0.18
Ambulant	24	1.3	0.11

Tabelle 33: K11: Unterstützung bei den Anmelde-/ Bewerbungsprozessen

	N	Antwortanteil [%]	
		Eigenständig	Mit Hilfe
Besondere Wohnform	37	8	92
Ambulantes Wohnen	30	13	87
DDU	18	61	39

Tabelle 34: K12: Angabe der jeweiligen Unterstützungspartei, erhoben über ein Mehrfachantwortset.

	Antwortanteil pro Antwortitem [%]		
	Besondere Wohnform	Ambulantes Wohnen	DDU
N	34	26	8
Freunde/ Bekannte	3	23	75
Familie	6	4	0
Sozialarbeiter:innen	59	27	13
Beratungsstelle	41	23	13
Andere	24	54	25

Tabelle 35: Z03: Unterstützung bei den jeweiligen Anmeldungs-/ Bewerbungsprozessen durch die Zieleinrichtung.

		Antwortanteil [%]		
	N	Ja (Unterstützung)	Nein (Keine Unterstützung)	Unterstützung nicht notwendig
Besondere Wohnform	20	95	5	0
Ambulantes Wohnen	10	90	10	0
DDU	2	100	0	0
Beratung	8	88	0	13

Tabelle 36: Z04: Abfrage (zusätzlicher) Zugangsvoraussetzungen der jeweiligen Angebote.

		Antwortanteil [%]	
	N	Zusätzliche An- forderungen	Keine (zusätzlichen) An- forderungen
Besondere Wohnform	19	79	21
Ambulantes Wohnen	10	50	50
Ambulant	7	43	57
Beratung	8	38	63

Tabelle 37: Z04_01: Art der (zusätzlichen) Zugangsvoraussetzungen, nachkodiert in Kategorien.

	Anteil pro Kategorie [%]			
	Besondere Wohnform	Ambulantes Wohnen	Ambulant	Beratung
N	15	4	3	3
Konzeptionelle Passung	60	0	0	0
Mitwirkung der Klient:innen	40	50	0	0
Verwaltungsaufwand	47	0	33	0
Informationsgespräche	33	25	0	0
Meldeadresse	0	25	33	0
Pandemibestimmungen	0	0	33	33
Substitution	7	25	0	0
Sonstiges	7	25	0	0

Tabelle 38: Mögliche Besserung von der Zugänglichkeit der Angebote.

	N	Antwortanteil [%]		
		Besserung möglich (inkl. Vorschlag)	Besserung möglich (excl. Vorschlag)	Besserung nicht möglich
Besondere Wohnform	21	48	33	19
Ambulantes Wohnen	10	70	10	20
Ambulant	7	57	0	43
Beratung	7	57	14	29

Tabelle 39: Art der Verbesserungsansätze, erhoben über ein offenes Item, nachkodiert in Kategorien.

	Anteil pro Kategorie [%]			
	Besondere Wohnform	Ambulantes Wohnen	Ambulant	Beratung
N	10	7	4	4
Geringerer Verwaltungsaufwand	70	43	0	0
Netzwerkarbeit/ Streetwork	0	43	0	25
Öffentliche Kommunikation	20	29	25	0
Größere Angebotsstruktur	40	0	0	75
Personaldefizit beheben	0	0	0	50
Örtliche Lage	0	0	50	0
Sonstiges	0	0	25	0

Tabelle 40: K_23: Gestaltung der Substitutionsbehandlung während der Haftaufenthalte, N=39 (Alle Angaben), 29 (Nach vorheriger Angabe einer Substitutionsbehandlung).

	Antwortanteil pro Antwortitem [%]	
	Alle Angaben	Nach vorheriger Angabe einer Substitutionsbehandlung
Zum Anfang	46	31
Zum Ende	15	14
Anfang und Ende	5	7
Gesamte Haftzeit	54	72

Fragebogen Mitarbeiter:innen



Hauptbefragung MitarbeiterInnen

Hallo und herzlich Willkommen!

Folgende Befragung richtet sich an Sie als AkteurInnen im Feld der niedrigschwelligen Sucht- und Drogenhilfe im Kreis Unna. Hierbei sind vorrangig Ihre persönlichen Einschätzungen, Meinungen sowie Erfahrungen von Bedeutung.

Im Verlauf der Befragung möchte ich den Bedarf, die Angebotsstruktur sowie den Zugang der niedrigschwelligen Angebote untersuchen sowie auf verschiedenen Ebenen vergleichen. Die schriftlichen Erläuterungen werden Sie hierbei durch die Abschnitte leiten.

Die Bearbeitung der Fragen wird ca. 20 Minuten in Anspruch nehmen.

Sofern möglich nutzen Sie diesen Link bitte einmalig und füllen den Fragebogen bis zum Ende aus.

Falls Sie eine Frage nicht verstehen oder beantworten können, dann überspringen Sie diese bitte und machen mit der Nächsten weiter.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen und an der Befragung teilnehmen!

Definitionen

In der Befragung werden die Begriffe der niedrigschwelligen sowie hochschwelligen Drogenhilfe verwendet. Diese werden zur Orientierung wie folgt definiert:

Die niedrigschwellige Drogenhilfe ist unter anderem durch den lebensweltorientierten und begleitenden Ansatz sowie einen niedrigschwelligen Zugang geprägt. Der Verein Akzept e.V. beschreibt die Konzepte wie folgt: „Sie basieren auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und sind bedürfnis-, bedarfs- und wirkungsorientiert. Akzeptierende Drogenarbeit ist grundsätzlich zieloffen und möglichst niedrigschwellig auszugestalten.“ (Akzept e.V., 2021)

Mit der hochschwelligen Drogenhilfe sind im Gegensatz Angebote gemeint, welche höhere Schwellen in Bezug auf den Zugang sowie die Zielsetzung besitzen. Hierbei geht es vorrangig um eine abstinenzorientierte Arbeitsweise. Obwohl der Zugang auch in diesem Bereich unterschiedlich gestaltet sein kann, zielen die Angebote in der Regel vorrangig auf die Überwindung und Finalisation der Suchterkrankung ab.

1. Definition: Was fällt für Sie unter den Begriff der niedrigschwelligen Drogenhilfe?

- Niedrige Schwellen in Bezug auf den Zugang
- Akzeptierende/ Suchtbegleitende Arbeitsweise
- Beide Aspekte

Der Bedarf auf nationaler Ebene

In dem ersten Bereich der Befragung geht es um Ihre Einschätzung und Erfahrungen zu dem Bedarf an niedrigschwelligen Angeboten der Sucht- und Drogenhilfe. Begonnen wird mit der nationalen Ebene in Deutschland.

2. NB01: Wie hoch schätzen Sie den Bedarf an niedrigschwelligen Angeboten in Deutschland ein?

niedrig hoch

Bedarf an niedrigschwelligen Angeboten in Deutschland



3. NB02: In welchen Bereichen sehen Sie hierbei den meisten Bedarf in Deutschland?

Hierbei ist eine Mehrfachauswahl möglich!

- Stationäre und teilstationäre Angebote
- Ambulante Wohnangebote (Betreutes Wohnen in Einzel- oder Gruppenangeboten)
- Ambulante Angebote (Konsumräume, Kontaktläden, Substitut- und Suchtmittelvergaben)
- Beratungs- und Vermittlungsangebote
- Streetwork
- Andere: (bitte eintragen)

4. NB03: Wie würden Sie den Bedarf an niedrigschwelligen Angeboten in Deutschland, verglichen zu dem hochschwelligen Bereich, einstufen?

Der Bedarf an niedrigschwelligen Hilfen im Vergleich zu hochschwelligen Angeboten ist:

- geringer
- gleich
- höher

Der Bedarf auf kommunaler Ebene

Nun soll der Bedarf auf kommunaler Ebene im Kreis Unna betrachtet werden.

5. KB01: Wie hoch schätzen Sie den Bedarf an niedrigschwelligen Angeboten im Kreis Unna ein?

niedrig hoch

Bedarf an niedrigschwelligen Hilfen im Kreis Unna



6. KB02: In welchen Bereichen sehen Sie hierbei den meisten Bedarf im Kreis Unna?

Hierbei ist eine Mehrfachauswahl möglich!

- Stationäre und teilstationäre Angebote
- Ambulante Wohnangebote (Betreutes Wohnen in Einzel- oder Gruppenangeboten)
- Ambulante Angebote (Konsumräume, Kontaktläden, Substitut- und Suchtmittelvergaben)
- Beratungs- und Vermittlungsangebote
- Streetwork
- Andere: (bitte eintragen)

7. KB03: Wie würden Sie den Bedarf an niedrigschwelligen Angeboten im Kreis Unna, verglichen zu dem hochschwelligen Bereich, einstufen?

Der Bedarf an niedrigschwelligen Hilfen im Vergleich zu hochschwelligen Angeboten ist:

- geringer
- gleich
- höher

Der Bedarf auf spezifischer Ebene

Nun soll der Bedarf auf spezifischer Ebene betrachtet werden. Hierbei sind Ihre Erfahrungen in Bezug auf Ihre Arbeit in **dem jeweiligen Angebot** gefragt.

8. K_T: In welchem Fachteam sind Sie innerhalb des Projekts LÜSA tätig? (Ausschließlich bei der DAWO/ den HH, AWG, SEWO Angeboten des Projekts LÜSA)

- Leitungsteam
- Betreuungsteam
- Beschäftigungsteam (BT)
- Medizinteam
- Serviceteam
- Anderes: (bitte eintragen)

9. B01: Bitte stufen Sie den Bedarf an *dem jeweiligen Angebot* ein

gering hoch

Bedarf an *dem jeweiligen Angebot*

10. B02: Wie würden Sie den Bedarf an *dem jeweiligen Angebot*, verglichen mit anderen Angeboten der Sucht- und Drogenhilfe im Kreis Unna, einstufen?

- geringer
- gleich
- höher

11. B03: Bitte geben Sie an, zu wie viel Prozent die Plätze *des jeweiligen Angebots* in der Regel besetzt sind (Wohnangebote, DDU)/ die Angebote *des jeweiligen Angebots* in der Regel genutzt werden (Ambulant, Beratung)

Die Skala geht von 0% (gar nicht) bis 100% (vollständig) in 10-er Schritten

0% 100%

Belegung der Plätze/ Nutzung der Angebote

12. B04: Verfügen *das jeweilige Angebot* (Wohnangebote, DDU)/ die Angebote *des jeweiligen Angebots* über eine Warteliste für interessierte KlientInnen? (Ambulant, Beratung)

- Ja, in einer Länge von ca.: (bitte eintragen) Monaten
- Ja, jedoch ist mir die Länge nicht bekannt
- Nein

13. B05: Ist *das jeweilige Angebot* (Wohnangebote)/ Sind die Angebote *des jeweiligen Angebots*ausschließlich für KlientInnen aus dem Kreis Unna verfügbar (Ambulant, Beratung)?

Sofern Sie hierbei mit „Ja“ antworten, überspringen Sie bitte die folgenden zwei Fragen.

- Ja, das Angebot kann ausschließlich von KlientInnen aus dem Kreis Unna genutzt werden
- Nein, das Angebot kann ebenfalls von KlientInnen außerhalb des Kreises Unna genutzt werden
- Weiß ich nicht

14. B06: Wie groß ist der Anteil der KlientInnen, welche von außerhalb des Kreises Unna zu *dem jeweiligen Angebot* kommen?

Hierbei reicht eine Schätzung aus

- 100% der KlientInnen kommen außerhalb des Kreises Unna
- Der überwiegende Anteil der KlientInnen kommt außerhalb des Kreises Unna
- Das Verhältnis ist ungefähr ausgeglichen
- Der überwiegende Anteil der KlientInnen kommt aus dem Kreis Unna
- 100% der KlientInnen kommen aus dem Kreis Unna

15. B07: Was könnte ein möglicher Grund für dieses Verhältnis sein?

Die Angebotsstruktur auf nationaler Ebene

In dem zweiten Bereich der Befragung geht es um Ihre Einschätzung und Erfahrungen zu der Angebotsstruktur im niedrighschwelligen Bereich der Sucht- und Drogenhilfe. Begonnen wird erneut mit der nationalen Ebene in Deutschland.

16. NA01: Wie gut schätzen Sie die Verfügbarkeit der niedrighschwelligen Angebote in Deutschland ein ?

schlecht gut

Verfügbarkeit der niedrighschwelligen Angebote in Deutschland

17. NA02: In welchen Bereichen sollte die Verfügbarkeit der niedrighschwelligen Angebote in Deutschland vorrangig verbessert werden?

- Stationäre und teilstationäre Angebote
- Ambulante Wohnangebote (Betreutes Wohnen in Einzel- oder Gruppenangeboten)
- Ambulante Angebote (Konsumräume, Kontaktläden, Substitut und Suchtmittelausgaben)
- Beratungsangebote
- Streetwork
- Andere: (bitte eintragen)
- Wird in keinem Bereich benötigt

18. NA03: Wie würden Sie die Verfügbarkeit der niedrighschwelligen Angebote in Deutschland, verglichen zu dem hochschwelligen Bereich, einstufen?

Die Angebotsstruktur im niedrighschwelligen Bereich in Deutschland ist verglichen mit der Angebotsstruktur im hochschwelligen Bereich:

- schlechter
- gleich
- besser

19. NA04: Bitte schätzen Sie ein, wie gut der aufkommende Bedarf an niedrighschwelligen Hilfen in Deutschland durch die bestehende Angebotsstruktur gedeckt werden kann

gar nicht vollständig

Deckung des Bedarfs in Deutschland

Die Angebotsstruktur auf kommunaler Ebene

Nun soll die Angebotsstruktur auf kommunaler Ebene im Kreis Unna betrachtet werden.

20. KA01: Wie gut schätzen Sie die Verfügbarkeit der niedrighschwelligen Angebote im Kreis Unna ein?

schlecht gut

Verfügbarkeit der niedrighschwelligen Angebote im Kreis Unna

21. KA02: In welchen Bereichen sollte die Verfügbarkeit der niedrigschwelligen Angebote im Kreis Unna vorrangig verbessert werden?

- Stationäre und teilstationäre Angebote
- Ambulante Wohnangebote (Betreutes Wohnen in Einzel- oder Gruppenangeboten)
- Ambulante Angebote (Konsumräume, Kontaktläden, Substitut und Suchtmittelausgaben)
- Beratungsangebote
- Streetwork
- Andere: (bitte eintragen)
- Wird in keinem Bereich benötigt

22. KA03: Wie würden Sie die Verfügbarkeit der niedrigschwelligen Angebote im Kreis Unna, verglichen zu dem hochschwelligen Bereich, einstufen?

Die Angebotsstruktur im niedrigschwelligen Bereich des Kreises Unna ist verglichen mit der Angebotsstruktur im hochschwelligen Bereich:

- schlechter
- gleich
- besser

23. KA04: Bitte schätzen Sie ein, wie gut der aufkommende Bedarf an niedrigschwelligen Hilfen im Kreis Unna durch die bestehende Angebotsstruktur gedeckt werden kann

gar nicht vollständig

Deckung des Bedarfs im Kreis Unna

Die Angebotsstruktur auf spezifischer Ebene

Nun soll die Angebotsstruktur auf spezifischer Ebene betrachtet werden. Hierbei sind Ihre Erfahrungen in Bezug auf Ihre Arbeit in dem *jeweiligen Angebot*gefragt.

24. A01: Sind Ihnen Angebote im Kreis Unna oder im Umfeld bekannt, welche eine vergleichbare Alternative zu *dem jeweiligen Angebot* bilden?

Ja, und zwar folgende: (bitte eintragen)

-
- Nein

25. A02: Bitte schätzen Sie ein, wie gut der aufkommende Bedarf an Ihrem Fachbereich im stationären/ teilstationären Bereich durch das Haupthaus und die Außenwohngruppen abgedeckt werden kann

gar nicht vollständig

Deckung des aufkommenden Bedarfs durch das HH/ die AWG

26. A02: Bitte schätzen Sie ein, wie gut der aufkommende Bedarf an Ihrem Fachbereich im stationären Bereich für alternde Drogenabhängige durch die DAWO abgedeckt werden kann

gar nicht vollständig

Deckung des aufkommenden Bedarfs durch die DAWO

27. A02: Bitte schätzen Sie ein, wie gut der aufkommende Bedarf im Kreis Unna an Ihrem Fachbereich im Ambulant Betreuten Wohnen durch das ABW *das jeweilige Angebot* abgedeckt werden kann (Ambulante Wohnangebote)

gar nicht vollständig

Deckung des aufkommenden Bedarfs durch das ABW *des jeweiligen Angebots*

28. A02: Bitte schätzen Sie ein, wie gut der aufkommende Bedarf an Ihrem Fachbereich als Diamorphinvergabestelle durch die Diamorphinambulanz abgedeckt werden kann

gar nicht vollständig

Deckung des aufkommenden Bedarfs durch die Diamorphinambulanz

29. A02: Bitte schätzen Sie ein, wie gut der aufkommende Bedarf an Ihrem Fachbereich als Anlaufstelle durch den Kontaktladen/ die Tagesstätte abgedeckt werden kann

gar nicht vollständig

Deckung des aufkommenden Bedarfs durch den Kontaktladen/ die Tagesstätte

30. A02: Bitte schätzen Sie ein, wie gut der aufkommende Bedarf an Ihrem Fachbereich der Beratung/ Begleitung im Kreis Unna durch *das jeweilige Angebot* abgedeckt werden kann (Beratung)

gar nicht vollständig

Deckung des aufkommenden Bedarfs durch *das jeweilige Angebot*

31. Bitte schätzen Sie ein, wie gut der ggf. überbleibende Bedarf durch alternative Angebote im Kreis Unna und dem Umfeld abgedeckt werden kann

Sofern Sie bei der vorherigen Frage „vollständig“ angegeben haben, überspringen Sie bitte diese Frage

gar nicht vollständig

Deckung des überbleibenden Bedarfs durch alternative Angebote

32. A04: Wie gestaltet sich die Vermittlung von einem/ einer KlientIn zu anderen Angeboten ?

einfach schwierig

Die Vermittlung von KlientInnen gestaltet sich:

33. A05: Falls bei der Vermittlung von KlientInnen Probleme auftauchen, welche sind das?

Bitte geben Sie Ihre Antwort in dem Textfeld an:

Falls Ihnen keine Problemlagen in dem Zusammenhang bekannt sind, gehen Sie bitte weiter zur nächsten Frage

Die Zugänglichkeit auf nationaler Ebene

In dem dritten Bereich der Befragung geht es um Ihre Einschätzung und Erfahrungen zu der Zugänglichkeit der niedrigschwelligen Angebote der Sucht- und Drogenhilfe. Begonnen wird erneut mit der nationalen Ebene in Deutschland.

34. NZ01: Bitte geben Sie an, wie Sie die Zugänglichkeit des gesamten Drogenhilfesystems in Deutschland einschätzen

Hierbei sind sowohl niedrigschwellige als auch hochschwellige Angebote gemeint

schlecht gut

Zugänglichkeit des gesamten Drogenhilfesystems in Deutschland ○ ○ ○ ○ ○

35. NZ02: Gehen Sie davon aus, dass die Zugänglichkeit des Drogenhilfesystems in Deutschland durch die niedrigschwelligen Angebote verschlechtert wird, gleich bleibt oder gebessert wird?

Die Zugänglichkeit des Drogenhilfesystems wird durch die niedrigschwelligen Angebote:

- verschlechtert
- bleibt gleich
- verbessert

36. NZ03: Bitte geben Sie an, wie Sie die Zugänglichkeit von konkret niedrigschwelligen Hilfen in Deutschland einschätzen

Diesmal sind ausschließlich die niedrigschwelligen Angebote des Drogenhilfesystems gemeint

schlecht gut

Zugänglichkeit der niedrigschwelligen Hilfen in Deutschland ○ ○ ○ ○ ○

Die Zugänglichkeit auf kommunaler Ebene

Nun soll die Zugänglichkeit der niedrigschwelligen Hilfen auf kommunaler Ebene im Kreis Unna betrachtet werden.

37. KZ01: Bitte geben Sie an, wie Sie die Zugänglichkeit des gesamten Drogenhilfesystems im Kreis Unna einschätzen

Hierbei sind sowohl niedrigschwellige als auch hochschwellige Angebote gemeint

schlecht gut

Zugänglichkeit des gesamten Drogenhilfesystems im Kreis Unna ○ ○ ○ ○ ○

38. KZ02: Gehen Sie davon aus, dass die Zugänglichkeit des Drogenhilfesystems im Kreis Unna durch die niedrigschwelligen Angebote verschlechtert wird, gleich bleibt oder gebessert wird?

Die Zugänglichkeit des Drogenhilfesystems wird durch die niedrigschwelligen Angebote:

- verschlechtert
- bleibt gleich
- verbessert

39. KZ03: Bitte geben Sie an, wie Sie die Zugänglichkeit von konkret niedrigschwelligen Hilfen im Kreis Unna einschätzen

Diesmal sind ausschließlich die niedrigschwelligen Angebote des Drogenhilfesystems gemeint

schlecht gut

Zugänglichkeit der niedrigschwelligen Hilfen im Kreis Unna ○ ○ ○ ○ ○

Die Zugänglichkeit auf spezifischer Ebene

Nun soll die Zugänglichkeit der niedragschwelligen Hilfen auf spezifischer Ebene betrachtet werden. Hierbei sind Ihre Erfahrungen in Bezug auf Ihre Arbeit in **dem jeweiligen Angebot** gefragt.

40. Z01: Bitte bewerten Sie die Zugänglichkeit *des jeweiligen Angebots* für interessierte KlientInnen

einfach schwierig

Zugänglichkeit *des jeweiligen Angebots*

41. Z02: Könnte die Zugänglichkeit *des jeweiligen Angebots* Ihrer Meinung nach noch verbessert werden?

Ja, und zwar durch folgendes: (bitte eintragen)

- Ja, aber ich wüsste nicht wodurch
 Nein, der Zugang könnte nicht einfacher gestaltet werden

42. Z03: Werden interessierte KlientInnen bereits bei dem Bewerbungsprozess (Wohnangebote)/ Anmeldeprozess (DDU, Beratung) durch *das jeweilige Angebot* unterstützt? (excl. Kontaktladen, Tagesstätte)

- Ja
 Nein
 Ist nicht notwendig

43. Z04: Gibt es zusätzlich zum Bewerbungsprozess (Wohnangebote)/ Anmeldeprozess (DDU) bestimmte Anforderungen, welche zu Beginn an den/die KlientIn gestellt werden, um in dem Haupthaus/ den Außenwohngruppen aufgenommen zu werden?

Ja, und zwar folgende: (bitte eintragen)

- Nein, es werden keine weiteren Anforderungen gestellt

44. Z04: Gibt es bestimmte Anforderungen, welche zu Beginn an den/die KlientIn gestellt werden, um an den Angeboten *des jeweiligen Angebots* teilnehmen zu können? (Ambulant, Beratung)

Ja, und zwar folgende: (bitte eintragen)

- Nein, es werden keine Anforderungen gestellt

45. MH01: Konnten Sie bereits Erfahrungen im Zusammenhang mit inhaftierten KlientInnen sammeln, welche an einer Suchterkrankung leiden?

- Ja
- Nein

Zusatzbefragung zu suchtkranken KlientInnen in Haftanstalten

In dem folgenden Bereich der Befragung geht es um Ihre Einschätzung und Erfahrungen zu dem Hilfesystem für suchterkrankte KlientInnen in Haft.

Falls Sie eine Frage nicht verstehen oder beantworten können, dann überspringen Sie diese bitte und machen mit der Nächsten weiter.

46. MH02: Zuvor eine Selbsteinschätzung: Wie viel Kontakt hatten Sie bereits mit KlientInnen in Haft, welche an einer Suchterkrankung leiden?

wenig viel

Kontakt zu suchtkranken KlientInnen in Haft

47. MH03: Bitte schätzen Sie auf der folgenden Skala den Bedarf an Hilfen für suchtkranke KlientInnen in Haft ein

niedrig hoch

Bedarf an Hilfen für suchtkranke KlientInnen in Haft

48. MH04: Bitte schätzen Sie auf der folgenden Skala den Bedarf an konkret niedrigschwelligen Hilfen für suchtkranke KlientInnen in Haft ein

niedrig hoch

Bedarf an konkret niedrigschwelligen Hilfen für suchtkranke KlientInnen in Haft

49. MH05: Bitte geben Sie auf der folgenden Skala an, wie gut Sie das Hilfenetzwerk für suchtkranke KlientInnen innerhalb von Haftanstalten in Deutschland bewerten

schlecht gut

Hilfenetzwerk für suchtkranke KlientInnen innerhalb von Haftanstalten

50. MH06: Sind Ihnen niedrigschwellige Hilfsangebote für KlientInnen in Haft bekannt?

- Ja, und zwar folgende: (bitte eintragen)
- Nein

51. MH07: Bitte geben Sie auf der folgenden Skala an, wie einfach Sie den Zugang zu Substitution für suchtkranke KlientInnen in Haft einschätzen

einfach schwierig

Zugang zu Substitution für suchtkranke KlientInnen in Haft

52. MH08: In welchen Bereichen sollte das Hilfenetzwerk für suchtkranke KlientInnen innerhalb von Haftanstalten in Deutschland vorrangig verbessert werden?

Hierbei ist eine Mehrfachauswahl möglich!

- Hochschwellige Therapieangebote
- Niedrigschwellige Angebote
- Substitution in Haft
- Beratungsangebote

Andere:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Fragebogen Klient:innen

Hauptbefragung KlientInnen

Hallo liebe/r Teilnehmer/in

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für meinen Fragebogen nehmen.
Die Antworten können nicht zu Ihrer Person zurückverfolgt werden!

1. Alter: In welchem Jahr wurden Sie geboren?

Geburtsjahr:

2. K00: Liegt bei Ihnen eine Suchterkrankung vor? (Ausschließlich bei den Teilnahmen innerhalb der Tagesstätte)

- Ja
 Nein

3. K01: Wie lange sind Sie bereits im *jeweiligen Angebot*? (Wohnangebote)

Hierbei reicht eine ungefähre Angabe aus

- Ich bin seit Jahren im *jeweiligen Angebot*
 Ich bin seit unter einem Jahr im *jeweiligen Angebot*

4. K01: Wie lange nutzen Sie bereits die Angebote *des jeweiligen Angebots*? (Ambulante Angebote)

Hierbei reicht eine ungefähre Angabe aus

- Ich nutze das Angebot/ die Angebote des *jeweiligen Angebots* bereits seit Jahren (Kontaktladen, Tagesstätte)/ Monaten (DDU)
 Ich nutze das Angebot/ die Angebote des *jeweiligen Angebots* seit unter einem Jahr (Kontaktladen, Tagesstätte)/ Monat (DDU)

5. K02: Kommen Sie aus dem Kreis Unna oder sind Sie für *das jeweilige Angebot* in den Kreis Unna gezogen? (Wohnangebote)

- Ich komme ursprünglich aus dem Kreis Unna
 Ich bin für das *jeweilige Angebot* in den Kreis Unna gezogen

6. K02: Kommen Sie aus *der jeweiligen Stadt des Angebots* oder pendeln Sie für *das jeweilige Angebote* in *die Stadt des jeweiligen Angebots*? (Ambulante Angebote)

- Ich komme aus *der jeweiligen Stadt des Angebots*
 Ich pendle für *das jeweilige Angebot* in die *Stadt des jeweiligen Angebots*

7. K03: Wenn Sie nicht ursprünglich aus dem Kreis Unna kommen, aus welcher Stadt kommen Sie?

Ich komme aus:

8. K03a: Wenn Sie nicht aus *der Stadt des jeweiligen Angebots* kommen, aus welcher Stadt kommen Sie? (Ambulante Angebote)

Ich komme aus:

9. K04: Warum haben Sie sich für *das jeweilige Angebot* entschieden? (Wohnangebote)

Bitte geben Sie Ihre Gründe in dem Textfeld an:

10. K04: Warum nutzen Sie die Angebote *des jeweiligen Angebots*? (Ambulante Angebote)

Bitte geben Sie Ihre Gründe in dem Textfeld an:

11. K05: Mussten Sie auf einen Platz im *jeweiligen Angebot* warten ? (Wohnangebote)

- Ja, ich musste ungefähr Monate warten
- Nein, ich wurde direkt aufgenommen

12. K05: Mussten Sie auf einen Platz in der Diamorphinambulanz warten ? (DDU)

- Ja, ich musste ungefähr Monate warten
- Nein, ich konnte das Angebot direkt nutzen

13. K05: Mussten Sie schon einmal warten, um ein Angebot *des jeweiligen Angebots* nutzen zu können? (Kontaktladen, Tagesstätte)

- Ja, ich musste ungefähr Monate warten
- Nein, ich konnte die Angebote immer direkt nutzen

14. K06: Bitte schätzen Sie auf der folgenden Skala ein, wie sehr das *jeweilige Angebot* für Menschen in Ihrer Lage benötigt wird

Das *jeweilige Angebot* wird wie folgt benötigt:

- gar nicht eher weniger mittelmäßig eher mehr sehr stark
-

15. K07: Glauben Sie, dass es mehr Einrichtungen wie *das jeweilige Angebot* geben sollte?

- Ja, es werden mehr Einrichtungen wie das *jeweilige Angebot* benötigt
- Nein, es werden nicht mehr Einrichtungen wie das *jeweilige Angebot* benötigt

16. K08: Nutzen Sie zurzeit oder haben Sie bereits weitere Angebote aus dem Kreis Unna genutzt? (Das bereits genutzte Angebote, wurde jeweils nicht aufgeführt)

Hierbei ist eine Mehrfachauswahl möglich!

Geben Sie bitte alle Angebote an, welche Sie bereits genutzt haben/ nutzen

- Ja: Stationäre Angebote (z.B.: Kontrapunkt Unna-Mozartstrasse, LÜSA: Haupthaus/ Außenwohngruppen, Dauerwohneinrichtung (DAWO) von LÜSA)
- Ja: Betreute Wohnangebote (z.B.: BEWO von LÜSA, AWO, Diakonie oder Integra e.V.)
- Ja: Beratungsangebote (z.B.: DROBS, Aidshilfe)
- Ja: Die Tagesstätte der Caritas
- Ja: Den Kontaktladen
- Ja: Die Diamorphinambulanz
- Ja: Selbsthilfegruppen (z.B.: JES)
- Ja: Andere Angebote: (bitte eintragen)
- Nein: Ich habe noch keine weiteren Angebote aus dem Kreis Unna genutzt

17. K09: Nutzen Sie zurzeit weitere Angebote aus anderen Städten?

Hierbei ist eine Mehrfachauswahl möglich!

Geben Sie bitte alle Angebote an, welche Sie zurzeit aus anderen Städten nutzen

- Ja: Stationäre Angebote
- Ja: Betreute Wohnangebote
- Ja: Beratungsangebote (z.B.: DROBS, Aidshilfe)
- Ja: Anlaufstellen (z.B.: Kontaktläden)
- Ja: Drogenkonsumräume
- Ja: Selbsthilfegruppen
- Ja: Andere Angebote: (bitte eintragen)
- Nein: Ich nutze keine weiteren Angebote aus anderen Städten

18. K10: Fehlen Ihnen Angebote im Kreis Unna, welche Sie gerne nutzen würden?

Hierbei ist eine Mehrfachauswahl möglich!

- Ja: Mehr stationäre Angebote
- Ja: Mehr betreute Wohnangebote
- Ja: Mehr Beratungsangebote
- Ja: Mehr Anlaufstellen, wie den Kontaktläden/ die Tagesstätte
- Ja: Mehr Selbsthilfegruppen
- Ja: Einen Drogenkonsumraum
- Ja: Andere Angebote: (bitte eintragen)
- Nein mir fehlen keine Angebote im Kreis Unna
- Ich weiß es nicht

19. K11: Haben Sie sich eigenständig im *jeweiligen Angebot* beworben (Wohnangebote)/ angemeldet (DDU) oder hatten Sie dabei Unterstützung?

Hierbei ist der gesamte Bewerbungsprozess (Wohnangebote)/ Anmeldeprozess (DDU) gemeint, von der Auswahl des Angebots bis zur Aufnahme

- Ich habe mich alleine beworben
- Ich hatte Unterstützung

20. K12: Wenn Sie Unterstützung hatten, wer hat Ihnen geholfen?

Hierbei ist eine Mehrfachauswahl möglich!

- Freunde/ Bekannte
- Familie
- SozialarbeiterInnen
- Beratungsstellen
- Andere: (bitte eintragen)

21. K13: Bitte bewerten Sie auf der folgenden Skala, wie einfach oder schwierig Sie den Bewerbungsprozess (Wohnangebote)/ Anmeldeprozess (DDU) fanden

Hierbei ist der gesamte Prozess gemeint, von der Auswahl des Angebots bis zur Aufnahme

Ich fand den Bewerbungsprozess:

einfach	eher einfach	mittelmäßig	eher schwierig	schwierig
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. K13: Bitte bewerten Sie auf der folgenden Skala, wie einfach oder schwierig Sie es finden an den Angeboten *des jeweiligen Angebots* teilzunehmen (Kontaktladen, Tagesstätte)

Ich finde die Teilnahme an *dem jeweiligen Angebot*:

einfach	eher einfach	mittelmäßig	eher schwierig	schwierig
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. K14: Wurden Sie in Ihrem Leben bereits ein- oder mehrfach inhaftiert?

- Ja
- Nein

Wenn Sie in Ihrem Leben schon mal inhaftiert wurden und bei mindestens einem dieser Aufenthalte bereits drogenabhängig waren, bitte ich Sie mit den folgenden Fragen fortzufahren. Sofern Sie diese Erfahrung nicht gemacht haben, bedanke ich mich recht herzlich für Ihre Teilnahme an dem Fragebogen!

24. K15: Wie oft wurden Sie in Ihrem Leben bereits inhaftiert?

- Ich wurde erst einmal inhaftiert
- Ich wurde mal inhaftiert

25. K16: Wenn Sie alle Ihre Haftaufenthalte zusammen zählen, wie viele Jahre/ Monate waren Sie insgesamt inhaftiert?

Hierbei reicht eine ungefähre Angabe aus

Ich war in meinem Leben insgesamt Jahre und/ oder Monate inhaftiert

26. K17: In welchem Jahr wurden Sie das erste Mal inhaftiert ?

In folgendem Jahr wurde ich zum ersten Mal inhaftiert:

27. K18: Bitte geben Sie im Textfeld die Orte Ihres Haftaufenthalts/ Ihrer Haftaufenthalte an:

Hierbei ist jeweils nach den Städten gefragt, in welchen sich die Haftanstalten befinden. Falls Ihnen die Stadt nicht einfällt reicht auch das Bundesland aus.

28. K19: Bei welchen Haftaufenthalten waren Sie bereits drogenabhängig?

- Bei allen Haftaufenthalten
- Bei manchen Haftaufenthalten
- Bei einem Haftaufenthalt

29. K20: Hatten Sie in Haft die Möglichkeit an Drogen zu kommen?

- Ja, ich bin meistens an Drogen gekommen
- Ich bin ab und zu an Drogen gekommen
- Nein, ich bin nicht an Drogen gekommen

30. K21: Haben Sie in Haft einen oder mehrere Entzüge durchgemacht?

Hierbei ist eine Mehrfachauswahl möglich!

- Ja, einen kalten Entzug
- Ja, mehrere kalte Entzüge
- Ja, einen warmen (Medikamenten gestützten) Entzug
- Ja, mehrere warme (Medikamenten gestützte) Entzüge
- Nein, ich habe keinen Entzug durchgemacht

31. K22: Wurden Sie während Ihres Haftaufenthalts/ Ihrer Haftaufenthalte substituiert?

- Ja, während allen Haftaufenthalten
- Während manchen Haftaufenthalten
- Nein, eine Substitution wurde mir nicht angeboten
- Ich habe keine Substitution benötigt

32. K23: Wie hat sich die Substitution in Haft gestaltet?

Hierbei ist eine Mehrfachauswahl möglich!

Bitte kreuzen Sie alle Möglichkeiten an, welche Sie in Haft erlebt haben:

Substitution:

- Nur am Anfang
- Nur am Ende
- Am Anfang und Ende
- Über die gesamte Haftzeit

33. K24: Wurden Ihnen von Seiten der Haftanstalt Hilfen bezüglich Ihrer Drogenabhängigkeit angeboten?

Hierbei ist eine Mehrfachauswahl möglich!

- Ja, mir wurde bei Entzügen geholfen
- Ja, es wurden sterile Konsummaterialien zur Verfügung gestellt
- Ja, mir wurde eine Therapie zur Überwindung meiner Sucht angeboten
- Ja, mir wurde durch folgendes geholfen: (bitte eintragen)
- Nein, mir wurden keine Hilfen von Seiten der Haftanstalt angeboten

34. K25: Wenn Sie Ihre Haftaufenthalte zusammen bewerten, wie war es für Sie in Haft drogenabhängig zu sein?

nicht schlimm eher weniger schlimm mittelmäßig relativ schlimm sehr schlimm

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ich möchte mich ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Datensatzbereinigung

Beide Datensätze (Mitarbeiter:innen/ Klient:innen)

- Einreichung bis spätestens zum 28.02.2022
- Mindestbearbeitungsgrenze von 50 % (pro Befragung)
- Alle Teilnahmen über die Printversion wurden im Anschluss digitalisiert.
- Spalten ohne Eintrag sind nicht im Datensatzaufgeführt
- Spannenangaben werden anhand des Mittelwerts berücksichtigt
- Mehrfachantwortsets:
Sofern bei der offenen Antwortkategorie innerhalb eines Mehrfachantwortsets etwas angegeben wurde, was in den geschlossenen Antwortmöglichkeiten bereits aufgelistet, jedoch nicht ausgewählt wurde, wurde die offene Angabe durch das Wählen dieser Antwortmöglichkeit ersetzt.
- Offene Fragen:
Löschung von überflüssigen Zeichen innerhalb der Antwort. Angaben wurden für die Auswertung nachkodiert, die Antworten können hierbei mehreren Kategorien zugeordnet werden.
- Nicht Wertung:
Doppelbeantwortung bei Einfachantwortmöglichkeiten
Widersprüchliche Beantwortung bei Mehrfachantwortsets

Datensatz Mitarbeiter:innen

- Anzeigefehler:
Das Item KA04 (Bedarfsdeckung Kommunal) wurde in mehreren Fällen nicht bei der Befragung angezeigt, daher sind die Items NA04 (Bedarfsdeckung National, welche als Vergleichsebene für das Item KA04 gilt) und KA04 im Datensatz aufgeführt, wurden jedoch nicht ausgewertet.
- Durchführung:
Die Durchführung erfolgte Online, außer in den folgenden Fällen:
Case 329-330: Nutzung veralteter Versionen des Fragebogens als Printversion (Hierbei: Änderungen in der Formulierung der Fragen, Fehlen des Items „Definition“)
Case 210-212: Teilnahme über die Printversion
- Item mit widersprüchlichen Antwortscenarien:
B05 (Abfrage der Verfügbarkeit der Angebote für Klient:innen außerhalb des Kreises Unna): Sofern bei Item B05 die ausschließliche Verfügbarkeit innerhalb des Kreises Unna angegeben wurde, erfolgte automatisch die Nichtwertung der zwei darauffolgenden Items B06 und B07 (Im Fragebogen gekennzeichnet durch einen Filtertext).

Datensatz Klient:innen

- Durchführung:
Die Durchführung erfolgte über die Printversion der Fragebogen, außer in Case 156; hierbei erfolgte die Durchführung online.
- Case 236: Löschung der Teilnahme in der Zusatzbefragung, da nur eine Inhaftierung in Amsterdam angegeben wurde.
- K00 (Abfrage des Bestands einer Abhängigkeitserkrankung):
Die Abfrage ist ausschließlich bei den Teilnahmen innerhalb der Tagesstätte der Caritas erfolgt; Teilnahmen bei denen angegeben wurde, dass keine Abhängigkeitserkrankung vorliegt, wurden aus dem Datensatz entfernt.
- Items mit widersprüchlichen Antwortscenarien:
- K11 (Abfrage der Unterstützung beim Bewerbungs-/ Anmeldeprozess)/ K12 (Angabe der Unterstützungspartei): Sofern bei Item K12 eine Angabe von Unterstützungsparteien erfolgte; wurde Item K11 automatisch in die Angabe „Ich hatte Unterstützung“ kodiert.
- K14 (Abfrage der allgemeinen Inhaftierungserfahrung): Bei Erreichung der Mindestbearbeitungsgrenze von 50 % innerhalb der Zusatzbefragung, wurde Item K14 automatisch in die Angabe „Ja“ kodiert.
- K15 (Häufigkeit der Haft):
 - Wenn bei Item K15b (Anzahl der Haftaufenthalte) eine Angabe größer 1 erfolgte, wurde Item K15 automatisch in die Angabe der mehrfachen Inhaftierung kodiert.
 - Wenn bei Item K15b (Anzahl der Haftaufenthalte) eine Angabe gleich 1 erfolgte, wurde Item K15 automatisch in die Angabe der einmaligen Inhaftierung kodiert.
 - Wenn bei Item K15 eine einmalige Inhaftierung angegeben wurde und zusätzlich bei Item K15b (Anzahl der Haftaufenthalte) eine „1“ angegeben wurde, erfolgte die Löschung der Angabe bei Item K15b.
- K19 (Suchterkrankung bei den Haftaufenthalten): Die Angabe der bestehenden Suchterkrankung bei einem Haftaufenthalt bei gleichzeitiger Angabe nur eines bestehenden Aufenthalts wurde in die Antwort der Suchterkrankung bei allen Haftaufenthalten umkodiert.
- K21 (Drogenentzüge während der Haftaufenthalte): Die Doppelangabe von einem und mehreren kalten/ warmen Entzügen wurde in die Angabe mehrerer kalter/ warmer Entzüge umkodiert.