



Aktionsplan gegen Sucht Nordrhein-Westfalen

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

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Aktionsplan gegen Sucht Nordrhein-Westfalen

Inhalt

Vorwort	5
Vorbemerkung	7
I. Zielsetzung, Schwerpunkte und übergreifende Handlungsansätze	11
1. Gesellschaftlicher Wandel und neue Herausforderungen	11
2. Die Suchtproblematik in den unterschiedlichen Lebensphasen und Lebenswelten.....	12
2.1. Suchtrisiken bei Kindern und Jugendlichen.....	12
2.2. Suchtfördernde Belastungen im Arbeitsleben	14
2.3. Suchtprobleme im Alter	15
3. Generelle (übergreifende) Handlungsansätze	17
3.1. Teilhabe und Selbstbestimmung als Leitschnur	17
3.2. Geschlechtergerechter und geschlechtersensibler Präventions- und Hilfeansatz	18
3.3. Kultursensibler Ansatz.....	19
3.4. Kooperation und Vernetzung.....	19
II. Vorrangige Handlungsfelder und Maßnahmen	23
1. Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Familie	23
1.1. Derzeitige Situation/Handlungsbedarf	23
1.2. Maßnahmen	26
2. Erwachsene/Arbeitswelt	29
2.1. Derzeitige Situation/Handlungsbedarf	29
2.2. Maßnahmen.....	32
3. Ältere/alte Menschen	36
3.1. Derzeitige Situation/Handlungsbedarf	36
3.2. Maßnahmen.....	37
4. Gender Mainstreaming und Gendersensibilität.....	39
4.1. Derzeitige Situation/Handlungsbedarf	39
4.2. Maßnahmen	41
5. Migration	41
5.1. Derzeitige Situation/Handlungsbedarf	41
5.2. Maßnahmen.....	42
6. Geistige Behinderung	44
6.1. Derzeitige Situation/Handlungsbedarf	44
6.2. Maßnahmen.....	45
III. Dokumentation und Berichtswesen	47
IV. Evaluation	49

Liebe Leserinnen und Leser,



Süchte und Abhängigkeiten bestimmen unser Leben in vielerlei Form. Ob allerdings aus einer Gelegenheit eine Gewohnheit und letztlich eine chronische Erkrankung wird, ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig; auch davon, wie schnell Hilfen verfügbar sind, wenn erste Anzeichen einer Suchtentwicklung bemerkt werden.

Hier müssen wir ansetzen. Unser Handeln muss sich stärker präventiv ausrichten, d.h. Ziel ist, die Suchtrisiken zu minimieren und Menschen bereits in jungen Jahren zu befähigen, schwierige Lebensphasen zu bewältigen. Dies wird nur gelingen, wenn wir die Menschen mitnehmen, ihre persönlichen Lebenswelten kennen und unsere Angebote daran orientieren. Und – es geht nur gemeinsam mit den betroffenen Frauen und Männern, Mädchen und Jungen. Ihre Selbstbestimmung ist ein hohes Gut, das wir jederzeit und in allen Lebensphasen zu wahren haben. Eine bevormundende Suchtarbeit muss scheitern, denn nur eine

dialogische, auf Vertrauen gründende Unterstützung ist auf Dauer tragfähig. Ein so verstandener, auf den einzelnen Menschen und seine Lebenszusammenhänge orientierter, ganzheitlicher Präventions- und Hilfeansatz ist für eine erfolgreiche Suchtprävention und Suchthilfe unverzichtbar.

In unserem Aktionsplan haben wir dieses Mal Kinder und Jugendliche, Erwachsene in der Arbeitswelt, ältere Menschen sowie Menschen mit Migrationsgeschichte und Menschen mit geistiger Behinderung besonders in den Blick genommen. Wir wollen Strukturentwicklungsprozesse im Rahmen der kommunalen Suchthilfeplanung anstoßen und unterstützen. Hier sind vor allem die Bereiche Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Schule, Altenhilfe und Pflege sowie Behindertenhilfe, aber auch Rehabilitation, Nachsorge und Arbeitsvermittlung in der Pflicht, Schnittstellen zu erkennen und leistungsträgerübergreifende Angebote zu entwickeln.

Denn unser zentrales Anliegen ist es, die sektorenübergreifende Vernetzung der Hilfesysteme voranzubringen. Dies ist eine ganz wesentliche Voraussetzung, damit alle Menschen entsprechend ihrer jeweiligen Suchtgefährdung und Suchtgeschichte die erforderlichen passgenauen Hilfen erhalten. Diese Hilfenetzwerke müssen in enger Abstimmung mit allen Verantwortungsträgerinnen und -trägern geknüpft werden. Damit sie im Krisenfall tatsächlich tragfähig sind, brauchen wir zudem die Expertise der Suchtselbsthilfe. Sie ist für uns eine wichtige Partnerin.

Eine weitere vordringliche Aufgabe dieses Aktionsplans ist die Förderung von Maßnahmen zur Sicherstellung einer gleichberechtigten und selbstbestimmten Teilhabe suchtkranker Menschen am gesellschaftlichen Leben. Wir müssen der vielfach immer noch festzustellenden Stigmatisierung und Diskriminierung in allen Lebensbereichen, insbesondere am Arbeitsmarkt entgegenwirken. Eine Suchterkrankung darf nicht zur Ausgrenzung der betroffenen Menschen aus der Gesellschaft führen!

Alle Maßnahmen in der Suchtarbeit erfordern ein geschlechterdifferenziertes Handeln. Denn die Entstehung von Abhängigkeiten, die Sucht- und Konsummuster sowie die Bewältigungsstrategien sind zwischen Frauen und Männern sehr unterschiedlich. Deshalb müssen auch die Zugänge zu Präventionsmaßnahmen und zum Hilfesystem passgenau ausgestaltet

werden. Denn nur dann werden die betroffenen Frauen und Männer die Unterstützungsangebote wirklich annehmen.

Der Aktionsplan gegen Sucht ist - wie auch das Landeskonzept - gemeinsam von allen maßgeblichen Akteurinnen und Akteuren erarbeitet worden. Er soll auch in gemeinsamer Verantwortung umgesetzt werden. Ich erhoffe mir hierdurch nicht nur neue Impulse für eine zukunftsweisende Weiterentwicklung der Suchtpräventions- und Suchthilfeangebote, sondern auch eine nachhaltige Verankerung der Projekte und Maßnahmen in den örtlichen Strukturen.

Mein Dank gilt allen, die an der Erstellung dieses Aktionsplans konstruktiv und mit großem Engagement mitgewirkt haben. Ich wünsche mir, dass wir die Maßnahmen zügig umsetzen und damit einen wirksamen Beitrag zur Weiterentwicklung des differenzierten Suchthilfesystems leisten können.



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

Vorbemerkung

Sucht hat in der Regel eine lange und individuelle Geschichte. Die gilt es zu kennen, um frühzeitig und zielgerichtet präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen einzuleiten. Damit Suchthilfemaßnahmen erfolgreich sein können, müssen sowohl bestimmte gesellschaftliche Entwicklungen kritisch hinterfragt werden, die eine Suchtentstehung befördern können, als auch persönliche Entscheidungen der Menschen zum Suchtmittelkonsum und Abstinenzverhalten akzeptiert werden.

Die vielschichtigen Entstehungsbedingungen und Verlaufsformen von Sucht erfordern einen breiten gesundheits- und gesellschaftspolitischen Ansatz, der darauf ausgerichtet ist, die allgemeinen Lebensbedingungen so zu gestalten, dass Suchtentwicklungen möglichst verhindert werden und den Suchterkrankten die Hilfen zur Verfügung stehen, die sie für ein Leben in der Gesellschaft benötigen.

Der vorliegende Aktionsplan gegen Sucht NRW baut auf dem Landeskonzept gegen Sucht NRW auf und zeigt prioritäre Handlungsbedarfe in den Bereichen Prävention und Hilfe auf. Mit dem Aktionsplan werden die im Landeskonzept gegen Sucht NRW festgeschriebenen fachlichen Grundsätze und Rahmenvorgaben konkretisiert. Wichtigstes

Ziel bleibt, die sektorenübergreifende Vernetzung der Hilfesysteme voranzubringen und die differenzierten Angebote fachlich-inhaltlich und strukturell weiterzuentwickeln, damit noch mehr Menschen die Hilfe erhalten, die sie benötigen. Die frühzeitige Inanspruchnahme der Hilfen lässt sich vor allem durch Erhöhung der Angebotstransparenz und Erleichterung des Zugangs zu geeigneten Angeboten verbessern. Hierzu kann ein möglichst niedrigschwelliger Hilfeansatz mit den Elementen Problemerkennung, Erst- und Soforthilfe, Entwicklung von Handlungsoptionen für die konkrete Ausgestaltung der Hilfen und die Vermittlung in weiterführende Hilfen einen wichtigen Beitrag leisten.

Sowohl Suchtprävention als auch Suchthilfe benötigen eine noch stärkere Zielgruppenorientierung, um nachhaltig zu wirken und auch langfristig erfolgreich zu sein. Die Angebote müssen sich noch stärker an der Lebenswirklichkeit und den Lebenswelten der betroffenen Menschen orientieren und den geschlechterdifferenzierten, sozialen und kulturellen Anforderungen Rechnung tragen. Ein besonderes Augenmerk gilt der Ausrichtung auf neue Zielgruppen, Konsumtrends und Entwicklungen bei den Abhängigkeitserkrankungen. Neben verhaltenspräventiven Maßnahmen bedarf es auch der Einbeziehung verhält-

nispräventiver Ansätze. Die Überprüfung bestehender sowie die Entwicklung evidenzbasierter innovativer Konzepte der Prävention und Hilfe ist geboten, damit das Suchthilfesystem auch den künftigen Anforderungen gewachsen ist.

Eine vordringliche Aufgabe des Aktionsplans ist die Förderung von Maßnahmen zur Sicherstellung einer gleichberechtigten und selbstbestimmten Teilhabe suchtkranker Menschen am gesellschaftlichen Leben. Er leistet damit zugleich einen wichtigen Beitrag gegen Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung der Betroffenen in allen Lebensbereichen.

Der Aktionsplan ist daher als Gemeinschaftsaktion angelegt, an der sich neben den zuständigen Ressorts der Landesregierung alle relevanten Akteurinnen und Akteure im Bereich der Suchtprävention und Suchthilfe beteiligen. Hierzu gehören die Ärzte- und Apothekerkammern, die Psychotherapeutenkammer, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassenverbände und Rentenversicherungsträger, die Wohlfahrtsverbände, die kommunalen Spitzenverbände, die Landschaftsverbände, die Krankenhausgesellschaft und vor allem auch die Gruppen und Organisationen der Suchtselbsthilfe. Alle Beteiligten haben sich verpflichtet, die Umsetzung des Aktionsplans aktiv zu unterstützen und in ihrem jeweiligen

Zuständigkeitsbereich dafür Sorge zu tragen, dass die erforderlichen Strukturentwicklungen eingeleitet und gefördert sowie bedarfsgerechte Hilfe- und Unterstützungsangebote im Hilfesystem nachhaltig verankert werden.

Die Komplexität des Problemfeldes Sucht stellt jedoch nicht nur das Suchthilfesystem vor neue Herausforderungen. Notwendig ist vor allem auch eine engere Kooperation und Vernetzung mit den angrenzenden Hilfebereichen. Denn hilfesystem- und berufsgruppenübergreifende Unterstützungsangebote sind ein wesentlicher Garant für den Erfolg der Präventions- und Hilfemaßnahmen. Neben der fachlichen Differenziertheit und leichten Zugänglichkeit qualitätsgesicherter Angebote bedarf es zudem ausreichender finanzieller und personeller Ressourcen, die ebenfalls nur durch gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten bereitgestellt werden können.

Mit der Kommunalisierung der Landesförderung war ein teilweiser Verzicht des Landes auf eine gezielte Steuerung in der Sucht- und Drogenpolitik verbunden. Gleichzeitig wurde den Kommunen ein höheres Maß an Gestaltungsfreiheit und Planungsverantwortung für die konkrete bedarfsgerechte Ausgestaltung der Hilfen vor Ort übertragen, die auch im Rahmen der Umsetzung des Aktionsplans zum Tragen kommt. Die im Aktionsplan festgeschriebenen Ziele

und Maßnahmen sind als Leitschnur und Handlungsrahmen für die unterschiedlichen Aktivitäten der Beteiligten in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen angelegt. Der Aktionsplan beinhaltet neben der modellhaften Entwicklung und Erprobung neuer evidenzbasierter Präventions- und Hilfeansätze auf Landesebene vor allem die Initiierung und zielgerichtete Fortführung von Strukturentwicklungsprozessen im Rahmen der kommunalen Suchthilfeplanung mit den Schnittstellen insbesondere zu Jugendhilfe und Schule, Altenhilfe und Pflege sowie Behindertenhilfe, aber auch zu den Bereichen Rehabilitation und Nachsorge sowie Vermittlung in den Arbeitsprozess.

Der Aktionsplan ist prozesshaft angelegt. Seine Umsetzung wird kontinuierlich vom Fachbeirat Sucht begleitet, in dem alle verantwortlichen Institutionen und Einrichtungen vertreten sind.



I. Zielsetzung, Schwerpunkte und übergreifende Handlungsansätze

1. GESELLSCHAFTLICHER WANDEL UND NEUE HERAUSFORDERUNGEN

Unsere Gesellschaft unterliegt einem stetigen Wandel, der auch Auswirkungen auf unser Gesundheits- und Sozialsystem hat. Dieser Wandel stellt auch das Suchthilfesystem vor neue Herausforderungen. Neben den absehbaren demographischen Veränderungen spielen vor allem allgemeine gesellschaftliche Entwicklungsprozesse eine entscheidende Rolle.

Seit längerem ist eine erhebliche „Beschleunigung“ der Abläufe in allen gesellschaftlichen Bereichen festzustellen, die erhöhte Anforderungen an Flexibilität und Anpassung in Freizeit und Beruf stellt. Die Auswirkungen zeigen sich bereits im frühen Kindesalter und betreffen alle Lebensphasen. Beschleunigung prägt damit unser gesamtes Leben. Sie ist verbunden mit Mehrfachbelastungen und hohen Anforderungen an die psychische und physische Leistungsfähigkeit. Die Bildungs- und Arbeitswelt ist komplexer und schnelllebiger geworden. Die Leistungsanforderungen sind enorm gewachsen. Ständige Erreichbarkeit durch moderne Kommunikationsmittel

bestimmen die Aktivitäten im beruflichen wie auch im privaten Umfeld. Die permanente Informationsflut mit fehlenden Ruhepausen und Rückzugsmöglichkeiten hat eine Überforderung zur Folge, die bei gleichzeitigem Verlust sozialer Unterstützersysteme zu stressbelasteten Lebenslagen mit erheblichen negativen gesundheitlichen Folgen führen kann.

Dieser Leistungsdruck hat quer durch alle Altersgruppen, Lebensphasen und Lebensbereiche zugenommen und bringt viele Menschen an ihre psychische und physische Belastungsgrenze. Schon Kinder müssen den Anforderungen der Leistungsgesellschaft genügen. Dass das oftmals nur unzureichend gelingt, zeigt die hohe Zahl von Verordnungen psychoaktiver Medikamente in diesem frühen Alter. Aber auch im Erwachsenenalter wird versucht, durch die Einnahme leistungsfördernder Substanzen die Grenzen der Belastbarkeit zu verschieben und stressbedingte körperliche und seelische Folgen auszublenden. Die Auswirkungen dieses Verdrängungsmechanismus sind vielfältig; neben psychosomatischen Erkrankungen kann es zu kompensatorischem Suchtmittelkonsum mit der Entwicklung

einer Abhängigkeitserkrankung kommen.

Unsere Gesellschaft befindet sich zudem in einem tiefgreifenden Wandel. Scheinbar unbegrenzte Wahlmöglichkeiten bieten zwar ein hohes Maß an individueller Lebensgestaltung, aber wenig strukturellen Halt. Gleichzeitig werden die persönlichen sozialen Netzwerke vielfach brüchiger; das Bedürfnis nach Sicherheit und Geborgenheit kann oftmals nicht mehr befriedigt werden. Gerade auf Kinder und Jugendliche können diese gesellschaftlichen Veränderungsprozesse negative Auswirkungen haben. Dies gilt insbesondere, wenn sie nur über geringe familiäre finanzielle und soziale Ressourcen verfügen. Auch das „Anderssein“, beispielsweise eine von der Norm abweichende sexuelle Orientierung oder geschlechtliche Identität, kann Angst vor Ausgrenzung bis hin zu Mobbing und Übergriffen auslösen und die seelische Belastbarkeit nachhaltig beeinträchtigen.

Die vielfältigen und vielschichtigen Folgen dieser Entwicklungen stellen für das Suchthilfesystem nicht zuletzt vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention eine besondere Herausforderung und Verpflichtung dar. Hiernach müssen alle gesellschaftlichen Kräfte dafür Sorge tragen, dass – im Sinne einer inklusiven Gesellschaft – alle Menschen entsprechend ihren indivi-

duellen Möglichkeiten selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

2. DIE SUCHTPROBLEMATIK IN DEN UNTERSCHIEDLICHEN LEBENSPHASEN UND LEBENSWELTEN

Sucht ist eine chronische Krankheit mit gravierenden gesundheitlichen und vor allem auch sozialen Folgen für die Betroffenen selbst und deren unmittelbares Umfeld. Entstehung, Verlauf und Überwindung einer Abhängigkeitserkrankung werden in den jeweiligen Lebensphasen und Lebenswelten von einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren wie Alter, Geschlecht, Ethnie, Religionszugehörigkeit, Migrationshintergrund, sexuelle Identität, sexuelle Orientierung, Schicht- und Milieuzugehörigkeit bestimmt. Jede Sucht hat ihre individuelle Entstehungs- und Verlaufsgeschichte. Hieran müssen sich alle Präventions- und Hilfemaßnahmen ausrichten.

2.1. Suchtrisiken bei Kindern und Jugendlichen

Bereits in der Kindheit werden die Weichen für die gesundheitliche Verfassung in späteren Lebensphasen gestellt. Negative Entwicklungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen gefährden

damit nicht nur das aktuelle Wohl von Kindern und Jugendlichen. Gerade für die langfristige Entstehung einer Sucht spielt das familiäre, soziale und gesellschaftliche Umfeld, in dem junge Menschen aufwachsen, eine entscheidende Rolle.

Die große Bedeutung des Sozialstatus auf die gesundheitliche Entwicklung der heranwachsenden Generation wird auch durch die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) belegt. Viele Kinder und Jugendliche leiden unter instabilen familiären Beziehungssystemen sowie unter Armut, sozialer Benachteiligung und durch Gewalterfahrungen geprägte Lebensverhältnisse. Hinzu kommt nicht selten ein hoher Leistungsdruck, der auch über moderne Medien, hohe Bildungsansprüche und die Konsumindustrie auf sie einwirkt. Jedes fünfte Kind wächst heute mit erheblichen psychosozialen Belastungen auf, wobei die Reaktionen auf Belastungen und Stress je nach Geschlecht sehr unterschiedlich sein können. So zeigen Mädchen und junge Frauen bei Stress vor allem internalisierende Störungen wie psychosomatische Beschwerden, Rückzug und Angst. Jungen und junge Männer neigen dagegen eher zu externalisierenden Störungen wie delinquentem oder aggressivem Verhalten.

Darüber hinaus hat sich in Untersuchungen (BZgA – Frauengesundheitsportal) gezeigt, dass Mädchen unabhängig von ihrer sozialen Lage, ihrem Bildungsgrad und ihrer kulturellen Herkunft spezifischen Gesundheitsrisiken unterliegen. So sehen sich Mädchen heute von klein auf überhöhten Anforderungen (zugleich leistungsstark, intelligent sowie schön zu sein) und Sexualisierungsversuchen ausgesetzt. Jungen eifern eher problematischen Männlichkeitsidealen nach (z. B. Dominanz, Stärke, Unverletzlichkeit), die ihre Persönlichkeitsentwicklung beeinflussen.

Zur Stress- und Problembewältigung kommen bereits in der Kindheit psychoaktive Medikamente zum Einsatz. In diesem Alter kann auch bereits der erste Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol, Tabak und Cannabis stattfinden. So lernen Kinder und Jugendliche frühzeitig statt grundlegender Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien lediglich kurzfristig wirksame Entlastungsverhaltensmuster, die das Risiko einer späteren Suchtentwicklung erhöhen und die Überwindung eines bereits manifesten Suchtverhaltens erschweren.

2.2. Suchtfördernde Belastungen im Arbeitsleben

Die gesellschaftlichen Entwicklungen sind durch erhöhte Anforderungen in fast allen Lebensbereichen gekennzeichnet. Dies zeigt sich am deutlichsten am Wandel in der Arbeitswelt, insbesondere an den gestiegenen Belastungen durch eine starke Beschleunigung und Verdichtung der Arbeitsprozesse sowie der Forderung nach mehr Flexibilität und Mobilität. Probleme bei der Vereinbarkeit von Arbeit und Familie sowie arbeitsbedingter, aber auch in der Freizeit verursachter Stress fördern die Entstehung von körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen, die zu einer manifesten Erkrankung führen können, falls geeignete Bewältigungsstrategien fehlen. Der Überschreitung der individuellen Belastungsgrenzen im Alltag wird oftmals durch den Einsatz von Medikamenten zur schnelleren Überwindung gesundheitlicher Probleme oder zur Verbesserung der Arbeitsleistung zu begegnen versucht. Nach den Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA 2012) sowie der Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) ist die Zahl der Menschen, die missbräuchlich psychotrope Medikamente konsumieren oder medikamentenabhängig sind, in den vergangenen Jahren insbesondere in den mittleren und höheren Altersgruppen gestiegen, wobei der Anteil der

betroffenen Frauen deutlich überwiegt. Folge der sich verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind neben der Einnahme u.a. von psychoaktiven Medikamenten aber auch der gesundheitsgefährdende gleichzeitige Konsum unterschiedlicher Suchtmittel (z. B. Alkohol und psychotrope Medikamente) und die teilweise exzessive Nutzung digitaler Kommunikationsmedien (z. B. Internet).

Die große Zahl von Menschen, die sich wegen einer psychischen Störung in ärztliche Behandlung begeben sowie der hohe Anteil von psychisch kranken Menschen bei Frühberentungen sind nicht zuletzt Ausdruck eines Versagens dieser „individuellen Bewältigungsstrategie“. Nach der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland mit dem Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit (DEGS1, DEGS1-MH) kommt dem Substanzmissbrauch nach den Angststörungen und den Depressionen hier die größte Bedeutung zu.

Im Leben suchtkranker Menschen sind gesunde und menschengerechte Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten, die sich an den jeweiligen individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten orientieren, wesentliche sinnstiftende sowie tagesstrukturierende Elemente und zugleich entscheidende Voraussetzung zur Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe. Langzeitstudien der

Deutsche Rentenversicherung belegen, dass Arbeitslosigkeit zur Verstärkung der Suchtproblematik beiträgt und die Überwindung einer Sucht erschwert. Langfristige und nachhaltige Behandlungserfolge sind deshalb nur zu erreichen, wenn und solange eine realistische Perspektive auf soziale und berufliche Wiedereingliederung besteht. Eine günstige Prognose wird hier jedoch vor allem dadurch erschwert, dass suchtkranke Menschen auf Grund ihrer krankheitsbedingten Beeinträchtigungen nur schwer in der Arbeitswelt wieder Fuß fassen können.

2.3. Suchtprobleme im Alter

Suchtprobleme im Alter nehmen vor allem auf Grund der demographischen Entwicklung sowie einer besseren suchtmedizinischen Behandlung zu.

Von den rund 17,5 Mio. Einwohnerinnen und Einwohnern in NRW sind derzeit ca. 3,6 Mio. Menschen (ca. 20%) über 65 Jahre alt; davon sind 2,1 Mio. Frauen und 1,5 Mio. Männer, rund die Hälfte von ihnen ist älter als 75 Jahre. Nach den Schätzungen des Statistischen Bundesamtes ist bis 2050 ein erheblicher Bevölkerungsrückgang mit gleichzeitigem starken Anstieg des Anteils älterer und alter Menschen zu erwarten; ein Drittel der Bevölkerung wird dann über 65 Jahre alt sein. Auch wenn es derzeit

noch keine belastbaren Daten über Abhängigkeitserkrankungen im Alter gibt, so deuten Erkenntnisse aus den regelmäßigen repräsentativen Erhebungen zum Suchtmittelkonsum in der erwachsenen Bevölkerung (Epidemiologisches Suchtsurvey -ESA-), die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) sowie Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) und der Krankenhausdiagnosestatistik darauf hin, dass Abhängigkeitserkrankungen im Alter in den kommenden Jahren an Bedeutung gewinnen werden.

Infolge der unter I. 1. aufgezeigten gesellschaftlichen Entwicklungen haben sich auch die Rahmen- und Lebensbedingungen für ältere Menschen deutlich gewandelt. Insbesondere die Individualisierung unserer Gesellschaft wirkt sich gerade auch in dieser Lebensphase belastend aus. So hat sich etwa die Wohn- und Lebenssituation älterer Menschen deutlich verändert; vor allem der Anteil der im Alter Alleinlebenden – überwiegend Frauen – hat sich erhöht und wird weiter steigen. Hier drohen soziale Isolation und Vereinsamung. Es kommt hinzu, dass das Wohnumfeld und die Wohnsituation häufig nicht auf die Anforderungen und speziellen Bedürfnisse älterer Menschen insbesondere bei chronischen Erkrankungen oder behinderungsbedingtem Unterstützungsbedarf ausgerichtet sind. Schließlich gibt es Hinweise darauf, dass sich

soziale Ungleichheit im Alter noch verstärkt. Insbesondere Frauen sind – nicht zuletzt aufgrund ihrer oftmals langen Phasen (unbezahlter) Haus- und Sorgearbeit – von Altersarmut betroffen. Je schlechter die sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind, desto ungünstiger entwickeln sich gesundheitliche Verfassung, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität.

Die Lebensphase Alter hat auch ihre ganz eigenen alterstypischen Herausforderungen. Das Erreichen eines höheren Lebensalters erfordert die Fähigkeit zur Anpassung der Lebensplanung z. B. bei der Bestimmung neuer Lebensziele oder auch im Umgang mit Themen wie Verlust von Familienangehörigen, Ehe-, Lebens- oder Sozialpartnerinnen und -partnern, Ausscheiden aus dem Berufsleben, Einschränkungen der körperlichen und geistigen Fähigkeiten mit Verlust von Eigenständigkeit und Mobilität sowie Verlassen der gewohnten Lebensbezüge durch Aufgabe der Wohnung und Wechsel in eine stationäre Altenpflege- oder Altenhilfeeinrichtung.

Menschen mit Suchtproblemen im Alter stellen allerdings schon wegen der Geschlechtsunterschiede bei Entwicklung und Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung keine homogene Gruppe dar. So sind beispielsweise Medikamentenmissbrauch und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen deutlich weiter verbreitet

als bei Männern, während Frauen von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit seltener betroffen sind als Männer (ESA 2012).

Zu unterscheiden ist auch zwischen Menschen, die erst im Alter – z. B. aufgrund ungünstiger Lebensbedingungen und traumatisierender Erfahrungen – eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln, und Personen, die mit ihrer Sucht alt geworden sind. Nicht nur bei den legalen Suchtmitteln wie Alkohol, Tabak und Medikamenten gibt es eine wachsende Gruppe von älteren Suchtkranken. In den letzten Jahren ist auch eine kontinuierliche Zunahme von älteren drogenabhängigen Menschen zu beobachten. Sie ist vor allem auf die substitutionsgestützte Behandlung sowie die zusätzlichen Maßnahmen zur Reduzierung gesundheitlicher Risiken und zur Sicherung des Überlebens zurückzuführen, die sich günstig auf Lebenserwartung und -perspektive drogenabhängiger Menschen auswirken. Hier handelt es sich in der Regel um schwerkranke Menschen ab dem 5. Lebensjahrzehnt mit erheblichen somatischen sowie psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, deren Bedarf an Hilfe und Unterstützung über die Behandlung der Drogenabhängigkeit hinausgeht und auf die das Regelversorgungssystem bislang nicht oder nur unzureichend vorbereitet ist.

Die zuvor aufgezeigten Entwicklungen stellen das gesundheitliche Versorgungssystem insgesamt, vor allem aber auch das Suchthilfesystem vor neue Herausforderungen. Das Thema Sucht im Alter darf jedoch nicht isoliert betrachtet werden, sondern ist vor allem im Kontext einer gesellschaftspolitischen Diskussion über den Wert des Älterwerdens in unserer Gesellschaft zu erörtern.

3. GENERELLE (ÜBERGREIFENDE) HANDLUNGSANSÄTZE

3.1. Teilhabe und Selbstbestimmung als Leitschnur

Es sind erhebliche Anstrengungen erforderlich, um suchtkranken Menschen ein selbstbestimmtes Leben und eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Trotz des bestehenden vielfältigen Angebots zur Suchtprävention und Suchthilfe werden immer noch viele suchtgefährdete und suchtkranke Menschen – insbesondere mit alkohol- und medikamentenbezogenen Problemlagen – nicht oder nur unzureichend erreicht (siehe Monitoringbericht der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in NRW 2006 bis 2012). Erforderlich ist hier der Auf- bzw. Ausbau von differenzierten und gut vernetzten personen-

zentrierten Hilfeangeboten, die für alle Zielgruppen einen ungehinderten und frühzeitigen Zugang zu den notwendigen Hilfen ermöglichen. Notwendig ist die Entwicklung von Präventions- und Hilfeangeboten, die den Lebens- und Sozialraum der betroffenen Menschen auch tatsächlich erreichen; vorrangig geht es hier um die Weiterentwicklung von aufsuchenden und nachsorgenden Hilfen. Es bedarf eines ganzheitlichen berufsgruppenübergreifenden Hilfeansatzes, der sowohl individuelle als auch strukturelle Maßnahmen umfasst und sich eng an der jeweiligen Lebensphase und Lebensrealität der suchtkranken Menschen orientiert. Hierbei ist eine nachhaltige Stärkung und Unterstützung der Suchtselbsthilfe besonders wichtig.

Den Maßnahmen zum Erhalt bzw. zur Wiederherstellung der Beschäftigungs- bzw. Erwerbsfähigkeit (z. B. kommunale Eingliederungsleistungen nach § 16 a SGB II und niedrigschwellige arbeitsmarktpolitische Maßnahmen für Arbeitssuchende mit Suchterkrankungen in der Grundsicherung für Arbeitssuchende, Leistungen der Reha-Träger zur Entwöhnungsbehandlung, Adaption und Teilhabe am Arbeitsleben) und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (z. B. tagesstrukturierende Angebote für chronisch-mehrfach beeinträchtigte Suchtkranke) kommt in diesem Zusammenhang eine herausragende

Bedeutung zu. Bei Entwicklung und Ausgestaltung der Maßnahmen ist stets die Betroffenenkompetenz einzubeziehen, da nur so eine an den Bedürfnissen und der jeweiligen Problemlage der betroffenen Menschen ausgerichtete Hilfe gewährleistet werden kann.

3.2. Geschlechtergerechter und geschlechtersensibler Präventions- und Hilfeansatz

Ein wesentliches Ziel des Aktionsplans ist die nachhaltige strukturelle wie auch konzeptionelle Verankerung des Gender Mainstreaming bei allen Maßnahmen sowohl innerhalb des Suchthilfesystems als auch bei weiteren mit der Suchtproblematik befassten Hilfesystemen. Denn geschlechtsbezogene Aspekte spielen nach den hierzu vorliegenden Studien zum Suchtmittelkonsum (z. B. ESA, DEGS, Drogenaffinitätsstudie, HBSC- und ESPAD-Studie, Jahrbuch Sucht der DHS) bei Entstehung, Verlauf und Überwindung einer Suchterkrankung eine entscheidende Rolle.

So zeigen Frauen und Männer deutliche Unterschiede bei den möglichen Ursachen, bevorzugten Suchtmitteln, Konsummustern und komorbiden Störungen. Wie bereits ausgeführt, sind zwei Drittel der Menschen, die von illegalen Drogen und/oder Alkohol, Tabak oder Glücksspielen abhängig sind, Männer,

während bei der Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten überwiegend Frauen betroffen sind. Die Gründe hierfür sind vielschichtig und haben ihren Ursprung auch in biographischen und gesellschaftlichen Faktoren sowie dem Umgang damit. Immer noch sind für die Stellung in der Gesellschaft sowie für Lebenschancen und Lebenspläne (neben kulturellem Hintergrund, sexueller Orientierung, Schicht- und Milieuzugehörigkeit sowie Alter) die biologischen Merkmale entscheidend, ebenso die Rollenerwartungen, die mit Frau-Sein und Mann-Sein verknüpft sind.

Die Angebote zur Suchtprävention und Suchthilfe erfordern eine gendersensible Herangehensweise der Fachkräfte und müssen daher noch stärker als bisher auf die jeweilige geschlechtsbezogene individuelle Bedürfnislage ausgerichtet werden. Dabei sind auch unterschiedliche sexuelle und geschlechtliche Identitäten zu berücksichtigen.

Bei der Umsetzung von Gender Mainstreaming handelt sich um ein Querschnittsthema, das grundsätzlich in allen Bereichen und bei allen Maßnahmen des Aktionsplans Beachtung finden muss.

3.3. Kultursensibler Ansatz

Neben den geschlechterspezifischen Besonderheiten müssen auch die spezifischen Lebenswelten berücksichtigt werden, die von verschiedenen Faktoren wie sexuelle Identität, Religions- und kultureller oder Milieu- Zugehörigkeit geprägt sein können. In Suchtprävention und Suchthilfe bedarf es daher einer stärkeren Berücksichtigung und nachhaltigen Verankerung kultursensibler Ansätze. Kultursensibilität ist – wie Geschlechtersensibilität – ein Querschnittsthema, das grundsätzlich für alle Handlungsfelder des Aktionsplans relevant ist. Die grundlegende konzeptionelle und strukturelle Verankerung kultursensibler Ansätze im Suchthilfesystem bedingt in der Umsetzung auch die Notwendigkeit einzelner spezialisierter Angebote, um bestimmte Zielgruppen noch besser zu erreichen. Kultursensible Ansätze in Prävention und Hilfe betreffen sowohl die Ausgestaltung der Maßnahmen als auch den Zugang zu geeigneten Hilfen. Oftmals erschwert bereits ein unzureichendes Sprachverständnis die Inanspruchnahme der Hilfen. Wichtig ist deshalb neben der Einbeziehung von Fachkräften mit Zuwanderungsgeschichte die Kooperation mit den unterschiedlichen Integrationsakteurinnen und -akteuren, die sich vor allem für die Belange von Menschen mit Migrationshintergrund einsetzen. In diesem Zusammenhang ist

auch auf eine engere Zusammenarbeit mit MigrantInnenselbstorganisationen hinzuwirken.

3.4. Kooperation und Vernetzung

Das multifaktorielle Bedingungsgefüge einer Suchterkrankung sowie die mit der Erkrankung einhergehenden meist gravierenden psychischen und psychosozialen Beeinträchtigungen erfordern komplexe, aufeinander abgestimmte und vernetzte Hilfen, um den somatischen, psychischen und sozialen, aber auch den geschlechts- und kulturspezifischen Aspekten der Abhängigkeitserkrankung Rechnung zu tragen. Dies setzt ein enges und abgestimmtes Zusammenwirken der verschiedenen Hilfesysteme, Rechtskreise und Berufsgruppen voraus. In der Praxis handeln die Hilfesysteme noch zu oft nebeneinander, anstatt sich zu ergänzen und ihre personen- und zielorientierten Aktivitäten zu bündeln sowie aufeinander abzustimmen. Die notwendige Kooperation und Vernetzung zwischen den betroffenen Institutionen und Berufsgruppen wird zudem häufig durch unterschiedliche gesetzliche Rahmenbedingungen und Finanzierungssysteme erschwert. In der Folge kommt es nicht selten zu einer Gefährdung der Kontinuität der Hilfen bis hin zu Behandlungsabbrüchen. Hier bedarf es der Schaffung verbindlicher Kooperationsstrukturen, einschließlich

der Abstimmung der unterschiedlichen Dienstleistungen, sowohl innerhalb als auch zwischen den Hilfesystemen, um Behandlungslücken zu vermeiden und Schnittstellenprobleme zu überwinden. Kooperation und Vernetzung bedürfen neben ausreichender personeller und finanzieller Ressourcen auch einer begleitenden Moderation durch die zuständigen Gremien auf kommunaler Ebene (z. B. im Rahmen kommunaler Gesundheitskonferenzen).



II. Vorrangige Handlungsfelder und Maßnahmen

Die Maßnahmen der Prävention und Hilfe (einschließlich der Angebote zur Gesundheits- und Überlebenshilfe sowie zur Suchtrehabilitation und Nachsorge) müssen auf Kontinuität und Nachhaltigkeit ausgerichtet sein. Dies kann nur gelingen, wenn sie in den jeweiligen Lebensphasen und Lebenswelten der betroffenen Menschen in allen Facetten ansetzen und umgesetzt werden sowie eine auf Kontinuität und Nachhaltigkeit ausgerichtete Finanzierung gewährleistet ist.

1. KINDER, JUGENDLICHE, JUNGE ERWACHSENE, FAMILIE

1.1. Derzeitige Situation/ Handlungsbedarf

Nach den Ergebnissen der Drogenaffinitätsstudie der BZgA aus 2012 sind die Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen mit dem Konsum von Suchtmitteln wie Alkohol, Tabak und Cannabis zwar weit verbreitet; in den letzten Jahren ist jedoch bei den 12- bis 17-Jährigen eine rückläufige Entwicklung beim Konsum dieser Suchtmittel festzustellen, wobei diese Veränderungen bei den weiblichen Jugendlichen ausgeprägter sind als bei den männlichen Jugendlichen. Dieser

Trend gilt auch bei den Alkoholrauscherfahrungen. Es gibt weiterhin eine bedeutende Gruppe Jugendlicher, die Alkohol riskant konsumiert. Unverändert hoch ist auch die Zahl der Jugendlichen, die wegen exzessiven Alkoholkonsums im Krankenhaus behandelt werden müssen.

Jungen sind hier häufiger betroffen als Mädchen. Immer noch konsumieren zu viele – mehr männliche als weibliche – Jugendliche Alkohol zu früh und in zu großer Menge sowie andere psychoaktive Substanzen (z. B. Cannabis). Ebenfalls festzustellen ist eine Tendenz zu polyvalentem Suchtmittelkonsum, d.h. dem gleichzeitigen Konsum unterschiedlicher Suchtmittel. Darüber hinaus müssen auch die sogenannten Verhaltenssuchte in den Blick genommen werden. Hier nehmen vor allem Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit der problematischen Nutzung von Glücksspielen und neuen Medien zu, wobei bei der Internetabhängigkeit eine hohe Prävalenz unter Mädchen und jungen Frauen auffällig ist.

Aus den verfügbaren Studienergebnissen zum Suchtmittelkonsum gibt es zudem eindeutige Hinweise darauf, dass das Aufwachsen in einer sucht-

belasteten Lebensgemeinschaft mit einer deutlich erhöhten Suchtgefährdung verbunden ist. Angesichts dieser Sachlage ist es sehr wichtig, Mädchen und Jungen sowie junge Frauen und Männer sowie ihre Familien möglichst frühzeitig durch Präventionsmaßnahmen zu erreichen, um Suchtentwicklungen zu vermeiden.

Da Konsumverhalten und Suchtrisiko auch in dieser Altersgruppe maßgeblich von geschlechtsbezogenen, sozialen und kulturellen Faktoren sowie traumatisierenden Erfahrungen (z. B. Gewalterfahrung, insbesondere sexuelle Gewalt) beeinflusst werden, ist ein lebensweltbezogener ganzheitlicher Ansatz von Prävention und Hilfe notwendig. Bei Entwicklung und Ausgestaltung solcher Präventions- und Hilfemaßnahmen sind alle mit Mädchen und Jungen sowie jungen Frauen und Männern befassten Institutionen und Einrichtungen einzubinden.

Die bestehenden Hilfeangebote des gesundheitlichen und psychosozialen Hilfesystems sind auf den komplexen Hilfebedarf dieser Zielgruppen (von suchtgefährdeten und suchtkranken Mädchen und Jungen sowie jungen Frauen und Männern sowie ihren Familien) nicht immer hinreichend vorbereitet. Zudem werden psychisch und sozial auffällige Mädchen und Jungen sowie junge Frauen und Männer mit Suchtpro-

blemen, insbesondere aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status, aus schwierigen Familienverhältnissen oder mit Migrationsgeschichte trotz des differenzierten Hilfeangebots nur schwer erreicht.

Darüber hinaus darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Versorgungsangebote auch in quantitativer Hinsicht Defizite aufweisen. Die daraus resultierenden längeren Wartezeiten bei der Vermittlung in bedarfs- und bedürfnisgerechte weiterführende Hilfen erschweren den Heilungsprozess und die Stabilisierung des Gesundheitszustandes der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Sie behindern zudem eine zeitnahe Kooperation und Vernetzung der berührten Hilfestrukturen. In Folge der unzureichenden Vernetzung mangelt es häufig an der Kontinuität und Verlässlichkeit der Hilfemaßnahmen. Oftmals sind auch die personellen und finanziellen Ressourcen unzureichend. Es fehlt nicht selten an nachhaltigen und längerfristigen suchtbezogenen Betreuungskonzepten und therapeutischen Unterstützungsmaßnahmen.

Gerade bei Mädchen und Jungen sowie jungen Frauen und Männern aus sozial benachteiligten Familien treten schulische Leistungs- und Integrationsdefizite sowie psychosoziale Probleme oftmals nebeneinander auf. Diese Zielgruppe wird beim Auftreten von Problemen

zum Teil durch die Suchthilfe, häufiger aber durch Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Jugendhilfe und Schule begleitet. Sie benötigt sowohl pädagogische, therapeutische als auch die Familien unterstützende Hilfen.

Wichtige Voraussetzung für den Erfolg der Maßnahmen sind gender- und kultursensibel geschulte Fachkräfte. Denn nur so lassen sich passgenaue geschlechtergerechte und kultursensiblen Angebote für Mädchen und Jungen entwickeln und umsetzen.

Aus den unterschiedlichen organisatorischen und sozialrechtlichen Zuständigkeiten ergeben sich in der Praxis häufig Schnittstellenprobleme, die durch sektorenübergreifendes Handeln und verbindliche Kooperationsbeziehungen gelöst werden müssen. Denn es geht hier gleichermaßen um die Förderung von sozialer Kompetenz und Widerstandsfähigkeit (Resilienz) bei Mädchen und Jungen sowie jungen Frauen und Männern wie auch um die Stärkung der Erziehungskompetenz ihrer Eltern.

Wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltige Verbesserung von Maßnahmen zur Prävention, Früherkennung, Frühintervention und Hilfe ist das sektorenübergreifende Zusammenwirken des gesundheitlichen und psychosozialen Hilfesystems mit der Kinder- und

Jugendhilfe sowie dem schulischen und außerschulischen Bildungsbereich.

Zur Sicherstellung eines barrierefreien Zugangs zu geeigneten Angeboten für alle Gruppen in der Bevölkerung – unabhängig von sozialer oder kultureller Herkunft sowie Geschlecht und Alter – ist auf eine Transparenz der Hilfen sowie den Auf- und Ausbau verbindlicher Kooperations- und Vernetzungsstrukturen sowie Steuerungsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene (z. B. im Rahmen der kommunalen Suchthilfeplanung) hinzuwirken. Darüber hinaus bedarf es der Entwicklung geeigneter Konzepte und Strategien, um systembedingte Brüche in den Präventions- und Hilfsmaßnahmen zu vermeiden und die Kontinuität und Nachhaltigkeit der Hilfen im Sinne einer Präventions- und Hilfekette zu gewährleisten.

In Wissenschaft und Praxis besteht Einvernehmen darüber, dass Präventions- und Interventionsmaßnahmen zur Verhinderung von seelischen Fehlentwicklungen geschlechtersensibel ausgerichtet und im frühen Kindesalter ansetzen und das jeweilige Lebensumfeld (Elternhaus, Familie, Kita, Schule) einbeziehen müssen. Dabei ist auch auf eine Einbindung aller Institutionen und Einrichtungen des medizinischen und psychotherapeutischen Bereichs sowie der Akteurinnen und Akteure der Jugendhilfe hinzuwirken.

Beispielgebend hierfür sind die derzeit bestehenden kommunalen Netzwerke früher Hilfen sowie das Modellprojekt „Kein Kind zurücklassen“. Im Sinne eines übergreifenden Präventions- und Hilfeansatzes sind auch andere Landesinitiativen und -programme einzu-beziehen (z. B. „Leben ohne Qualm“, „Gesundheit von Mutter und Kind“ und „Starke Seelen“).

Als Teil der Gesundheitsförderung muss Suchtprävention zudem noch stärker im schulischen Alltag und den Angeboten des Ganztags verankert werden. Im System Schule erfolgt die langfristig angelegte Präventionsarbeit durch Unterricht, Information und Beratung; sie gehört damit zum Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schulen.

1.2. Maßnahmen

- **Weiterentwicklung der Präventions- und Hilfeangebote**

- > Entwicklung und Erprobung sektorenübergreifender Präventions- und Hilfeansätze (z. B. Suchthilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Kita, Schule).
- > Weiterentwicklung von Konzepten für kooperative/integrative Präventions- und Hilfestrukturen im Sinne

einer Jugendsuchtberatung (im engen Verbund mit sozialem Umfeld, Jugendhilfe, Schule).

- > Weiterentwicklung der Maßnahmen zur zielgruppenspezifischen Prävention hinsichtlich neuer Suchtmittel (z. B. psychoaktive Substanzen) und Konsummuster sowie der „Verhaltenssüchte“.
- > Entwicklung und Erprobung neuer zielgruppenspezifischer Ansätze in der Vermittlung der Präventionsbotschaften mit verstärkter Nutzung der sozialen Netzwerke.
- > Schaffung von internetgestützten Präventions- und Hilfeangeboten zur verbesserten Erreichbarkeit von suchtgefährdeten Jugendlichen.
- > Ausbau der Informations- und Aufklärungsarbeit zu den tieferen Ursachen der Suchtproblematik und deren Prävention (z. B. Landeskampagne „Sucht hat immer eine Geschichte“).
- > Implementierung und Weiterentwicklung der Suchtprävention als eigenständiger Baustein im Rahmen von Angeboten zur Gesundheitsförderung in den Settings Kita und Schule als Basis nachhaltig wirken-

der Suchtprävention. Frühzeitige Stärkung der Persönlichkeitsentwicklung und gezielte Beeinflussung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen durch Umsetzung entsprechender Präventionsprogramme auf der Grundlage des Konzepts der guten gesunden Kita bzw. der guten gesunden Schule.

- **Kontinuierliche Qualifizierung von Prophylaxefachkräften in den Fachstellen für Suchtvorbeugung und den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe, von Fachkräften in Beratung/Behandlung sowie von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren** (z. B. Lehrende, Fachkräfte in der Jugendhilfe, Erziehungsberechtigte).
 - **Weiterentwicklung der Maßnahmen zum Thema Sucht im schulischen Bereich durch schulinterne und schulexterne Unterstützungsangebote**
- > Beratung und Koordination von Aktivitäten und Maßnahmen in der Schule im Rahmen der Gesundheitsförderung durch qualifizierte Beraterinnen und Berater für Suchtprävention.

- > Erstellung und Überarbeitung von zeitgemäßen und schulpraxisnahen Informations- und Unterrichtsmaterialien für alle Schulformen.
- > Erstellung einer Handreichung zur schulischen Gesundheitsförderung.
- > Schulformübergreifende Information, Koordination und Beratung durch die Koordinatorinnen und Koordinatoren in den Schülern (untere Schulaufsicht).
- > Weiterentwicklung der Konzepte zur Lehrkräftefortbildung bzw. Entwicklung von Rahmenfortbildungskonzeptionen.
- > Intensivierung der vernetzten Zusammenarbeit von Schulen mit außerschulischen Partnerinnen und Partnern (z. B. Fachstellen für Suchtvorbeugung, Sucht- und Drogenberatungsstellen, Trägern der Jugendhilfe, Gesundheitsämtern und medizinischen Einrichtungen; Krankenkassen, Unfallversicherungsträgern).

- **Weiterentwicklung der Hilfen für Kinder aus suchtblasteten Lebensgemeinschaften**

Bei den Hilfen hat die Sicherung des Kindeswohls hohe Priorität. Neben den Eltern sind auch die Kinder in einem suchtblasteten Lebensumfeld in den Blick zu nehmen und es ist ihnen Hilfe anzubieten, die insbesondere die Resilienz fördert. Im Rahmen der engen Kooperation von Sucht- und Jugendhilfe muss die spezifische Situation alleinerziehender Frauen und Männer verstärkt Beachtung finden. Darüber hinaus sollten Angebote zur Stärkung der Selbsthilfepotentiale von sozial besonders belasteten Familien geschaffen werden, die grundsätzlich lebensweltbezogen, geschlechtergerecht und kultursensibel ausgestaltet sind.

- **Auf- bzw. Ausbau von Angeboten zur Früherkennung und Frühintervention im engen Zusammenwirken von Elternhaus, Kita, Schule, Ganzttag, Sucht- und Jugendhilfe sowie dem medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem**

Durch Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure sowie aktive Einbindung von Personen aus dem familiären

Umfeld sollen Suchtentwicklungen bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt und insbesondere durch Maßnahmen zur Stärkung der persönlichen Ressourcen abgewendet werden.

- **Bedarfsgerechte Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen sowie -psychotherapeutischen Versorgungsangebote im Rahmen der Umsetzung des Krankenhausplans**

- **Erleichterung des Zugangs zum medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungssystem durch transparente und flexible Ausgestaltung der Hilfen**

- **Entwicklung von Konzepten für verbindliche Kooperationsverfahren und -strukturen sowohl innerhalb als auch zwischen den Hilfesystemen (z. B. Jugendhilfe, Suchthilfe, Suchtselbsthilfe, medizinische und psychotherapeutische Versorgung)**

Für die zielgerichtete Weiterentwicklung und nachhaltige Verankerung von tragfähigen Kooperations- und Kommunikationsstrukturen sind in Anlehnung an die positiven Beispiele für Kooperationen (z. B. Landesinitiativen bzw. Landesprogramme „Leben ohne Qualm“,

Starke Seelen“, „Kein Kind zurücklassen“, „Netzwerk Frühe Hilfen“) Handreichungen und Hilfestellungen für die Vernetzungsgestaltung (z. B. verbindliche Kooperationsvereinbarungen, integrierte Hilfeplanung) zu entwickeln.

2. ERWACHSENE/ARBEITSWELT

2.1. Derzeitige Situation/ Handlungsbedarf

In NRW existiert ein differenziertes Hilfesystem für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen, das auf einem interdisziplinären und ganzheitlichen Behandlungsansatz basiert. Ein Schwerpunkt liegt neben der Beratung, Behandlung und Rehabilitation auf Ansätzen und Maßnahmen zur Reduzierung der suchtbedingten gesundheitlichen und sozialen Risiken. Zum Suchthilfesystem gehören Sucht- und Drogenberatungsstellen, ärztliche und psychotherapeutische Praxen, Fachambulanzen, Psychiatrische Kliniken, Allgemeinkrankenhäuser, Rehabilitationsfachkliniken, aber auch komplementäre Angebote (z. B. betreutes Wohnen) und Unterstützungsleistungen im Rahmen der Vermittlung in den Arbeitsmarkt. Das professionelle Hilfesystem wird ergänzt durch eine große Zahl von Suchtselbsthilfegruppen.

Getragen wird das Hilfesystem von unterschiedlichen Berufsgruppen (z. B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzten, psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Suchtselbsthilfe), die in verschiedenen Phasen der Behandlung der Abhängigkeitserkrankung beteiligt sind. Dem engen Zusammenspiel von Prävention, Früherkennung, Frühintervention, Behandlung und Nachsorge kommt eine herausragende Bedeutung zu. Je früher ein riskanter Suchtmittelkonsum erkannt wird, desto größer ist die Chance, eine Abhängigkeitserkrankung zu verhindern.

Trotz der bestehenden differenzierten Angebote werden viele Suchtkranke nicht oder erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung erreicht. So beträgt etwa die Zeitspanne bis zur erstmaligen Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit etwa 14,7 Jahre (Frauen: 12,8 Jahre; Männer: 15,4 Jahre; Fachverband Sucht e.V., Basisdokumentation 2012). Die Ursachen hierfür sind komplex und liegen sowohl in der jeweiligen Person als auch im Hilfesystem selbst begründet.

Für die frühestmögliche Erreichbarkeit suchtgefährdeter und suchtkranker

Menschen kommt hausärztlichen Praxen sowie Krankenhäusern der Grundversorgung eine zentrale Rolle zu. Bei der hausärztlichen Versorgung bestehen insbesondere in ländlichen Regionen allerdings zunehmend Versorgungsdefizite. Probleme gibt es auch hinsichtlich eines wohnortnahen, frühzeitigen Zugangs von suchtgefährdeten und suchterkrankten Menschen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Auch die qualifizierte Entzugsbehandlung für Abhängigkeitskranke kann oftmals mangels ausreichender teilstationärer oder wohnortnaher ambulanter Angebote nur stationär erfolgen.

Die frühzeitige Inanspruchnahme der Hilfeangebote wird zusätzlich durch die immer noch bestehende gesellschaftliche Stigmatisierung von Menschen mit einer Suchtproblematik erschwert, die sich auch auf die Akteurinnen und Akteure des Hilfesystems negativ auswirkt. Eine Überleitung in ein multiprofessionelles, spezialisiertes Hilfeangebot scheitert zudem nicht selten an der nicht ausreichenden Vernetzung der vorhandenen Angebote.

Defizite in der suchtmmedizinischen Präventions- und Hilfestruktur gefährden die Kontinuität der Hilfen und führen zu Brüchen in der Präventions- und Hilfekette. Dies zeigt sich besonders deutlich bei der Substitutionsbehandlung opioid-

abhängiger Menschen. In NRW werden derzeit etwa 25.000 opioidabhängige Personen von 763 Ärztinnen und Ärzten mit suchtmmedizinischer Qualifizierung überwiegend ambulant substituiert. Der Auf- und Ausbau der substitutionsgestützten Behandlungsangebote sowie der niedrigschwelligen Angebote der Gesundheits- und Überlebenshilfe (z. B. Drogenkonsumräume) haben in den letzten Jahren entscheidend zur Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes von drogenabhängigen Männern und Frauen beigetragen. Hierdurch haben sich für viele Betroffene die Chancen auf gesellschaftliche und berufliche Teilhabe deutlich erhöht.

Das niedrigschwellig angelegte qualitätsgesicherte Angebot der substitutionsgestützten Behandlung hat sich grundsätzlich bewährt und ist zum festen Bestandteil suchtspezifischer Hilfen geworden. Auch wenn der Behandlungsansatz in fast allen Regionen Nordrhein-Westfalens erfolgreich umgesetzt wird, besteht gleichwohl Handlungsbedarf im Hinblick auf die fachlich-inhaltliche als auch strukturelle Weiterentwicklung der substitutionsgestützten Behandlung.

Die mit Abstand größte Gruppe innerhalb des Hilfesystems sind die Alkoholabhängigen. Die hohe Chronifizierungsrate bei suchtkranken Menschen zeigt sich insbesondere darin, dass

bei etwa der Hälfte der Alkoholabhängigen mehr als 14 Jahre bis zu einer Entwöhnungsbehandlung vergehen. Bei drogenabhängigen Menschen sind vor allem polyvalente Konsummuster, eine Vielzahl fehlgeschlagener Versuche zur Bewältigung der Abhängigkeit und eine Häufung schwerwiegender psychosozialer Probleme festzustellen.

Eine vom Suchthilfesystem bislang kaum erreichte Gruppe sind Menschen, die von psychotropen Medikamenten (z. B. Sedativa/Hypnotika) abhängig sind. Anders als bei der Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen sind hier vorrangig Frauen betroffen. Trotz einer der Alkoholabhängigkeit vergleichbar hohen Krankheitshäufigkeit ist hier eine auffallend niedrige Behandlungsprävalenz festzustellen. Dies macht deutlich, dass neben einer Intensivierung der Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen insbesondere eine Erleichterung des Zugangs zu entsprechend differenzierten und qualifizierten Hilfeangeboten notwendig ist.

Durch die Verdichtung und starke Beschleunigung von Arbeitsprozessen sind suchtfördernde Belastungen auch in der Arbeitswelt deutlich gestiegen (siehe hierzu auch I.2.2). Um hier einer Suchtentwicklung frühzeitig entgegenzuwirken, sind verstärkt präventive und intervenierende Angebote in der Arbeitswelt z. B. im Rahmen des be-

trieblichen Gesundheitsmanagements zu etablieren.

Suchtgefährdete und suchtkranke Menschen sehen sich häufig gleichzeitig mehrfachen Teilhabebeschränkungen ausgesetzt. Sie weisen nicht nur im Vergleich zur übrigen Bevölkerung niedrigere Bildungsabschlüsse, sondern auch unterdurchschnittliche Erwerbstätigkeitsquoten auf. Erschwert wird die Teilhabe für diesen Personenkreis zudem durch multiple Problemlagen, gesellschaftliche Stigmatisierung wie auch durch begrenzte Fördermöglichkeiten. Deshalb profitieren Langzeitarbeitslose mit mehrfachen Problemlagen, zu denen vor allem Suchtkranke zählen, kaum von einer positiven konjunkturellen Entwicklung. Langzeitarbeitslosigkeit verstärkt ihrerseits die soziale Isolierung und behindert bei suchtkranken Menschen die Krankheitsbewältigung wie auch ihre Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Bei der Ausgestaltung der Präventions- und Hilfemaßnahmen kommt der kommunalen Suchthilfeplanung eine besondere Rolle zu. Der Entscheidungsspielraum der Kommunen wurde durch die Kommunalisierung der Landesförderung und den damit verbundenen Verzicht auf Steuerungsmöglichkeiten des Landes erweitert (siehe Vorbemerkung). Ob und ggf. welche Auswirkungen für das Hilfesystem damit verbunden sind,

lässt sich derzeit nicht abschließend beurteilen.

Alle Präventions- und Interventions- sowie Monitoringmaßnahmen sind auf ihre unterschiedliche Wirkung auf Frauen und Männer zu prüfen und auszurichten.

2.2. Maßnahmen

- **Differenzierte Erhebung und Analyse der Suchthilfestrukturen in NRW sowie möglicher Auswirkungen reduzierter Steuerungsmöglichkeiten des Landes als Folge der Kommunalisierung der Landesförderung**

Im Rahmen einer umfassenden Erhebung und Analyse der derzeit bestehenden Angebote sollen die Auswirkungen der Kommunalisierung der Landesförderung auf die örtlichen Suchthilfestrukturen untersucht werden. Hierbei soll insbesondere die kommunale Suchthilfeplanung als Steuerungsinstrument auf kommunaler Ebene näher beleuchtet werden. Ziel ist die Beschreibung von Kriterien, die eine bessere Einschätzung der Auswirkungen veränderter landesweiter Steuerungsmöglichkeiten zulassen.

- > Weiterentwicklung der suchtspezifischen Versorgungsangebote
- > Auf- bzw. Ausbau von niedrigschwelligen Hilfeangeboten der Gesundheits- und Überlebenshilfe für Drogenabhängige (z. B. Drogenkonsumräume).
- > Weiterentwicklung und Qualifizierung von Hilfen für Menschen mit Glücksspielproblemen und deren Angehörige.
- > Weiterentwicklung und Qualifizierung von komplementären Hilfen (z. B. Wohnungslosenhilfe) unter vorrangiger Beachtung suchtspezifischer Problemlagen.
- > Verbesserung von Kooperation und Koordination zwischen Sucht- und Drogenberatung sowie angrenzenden Hilfesystemen im Sinne eines übergreifenden Hilfeverbundsystems.
- > Auf- bzw. Ausbau eines differenzierten und vernetzten Suchthilfeangebots im Rahmen der kommunalen Suchthilfeplanung.
- > Sensibilisierung der Ärzte- und Psychotherapeuten für die Belange suchtkrank Menschen.

- > Weiterentwicklung des ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsangebots im Hinblick auf Maßnahmen zur Verbesserung von Früherkennung und Frühintervention.
- > Auf- bzw. Ausbau von bedarfsgerechten wohnortnahen ambulanten und teilstationären Möglichkeiten für eine qualifizierte Entzugsbehandlung, Entwöhnung und Nachsorge.
- > Initiierung und Implementierung von Angeboten zur aufsuchenden Suchthilfearbeit in Allgemeinkrankenhäusern.
- > Weiterentwicklung der systematischen Fortbildung wie auch der multiprofessionellen Vernetzung durch die Verankerung und gezielte Förderung von (regionalen) Fortbildungen in den Programmen der Ärzte- und Psychotherapeutenkammern unter Einbeziehung und Mitwirkung der Suchtkrankenhilfe und Suchtselbsthilfe.

- **Entwicklung und Implementierung eines differenzierten modular angelegten Handlungskonzepts „Medikamentenabhängigkeit“ (siehe 3.2.) unter besonderer Berücksichtigung „schwangerer medikamentenabhängiger Frauen“**

Auf der Grundlage des aktuellen Kenntnisstands aus Forschung und Praxis sind differenzierte Konzepte und Maßnahmen zur Vermeidung von Missbrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Medikamenten zu entwickeln.

- **Weiterentwicklung der substitu-tionsgestützten Behandlungs-angebote**

Vorrangig geht es darum, die bewährten Versorgungsstrukturen für die Zukunft zu sichern. Eine große Herausforderung besteht in der Sicherstellung der Substitutionsbehandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vor allem im ländlichen Raum. Außerdem sind die gesetzlichen und fachlichen Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund der Ergebnisse der „Pre-mos – Studie“ darauf hin zu überprüfen, ob sie mit den gewandelten Therapiezielen noch im Einklang stehen. In diesem Zusammenhang bedarf es auch einer Überprüfung der Anforderungen an eine bedarfs-

gerechte qualifizierte psychosoziale Betreuung von Substituierten.

- **Weiterentwicklung der Hilfen für Suchtkranke im Justizvollzug**

Im jeweils herzustellenden Einvernehmen mit dem Justizministerium sind Maßnahmen der substitutionsgestützten Behandlungsangebote und der außerhalb des Justizvollzugs erfolgreichen Präventionsstrategien zur Minimierung der Ansteckungsrisiken im Hinblick auf HIV sowie Hepatitis B und C daraufhin zu überprüfen, inwieweit sie in den Justizvollzugsanstalten Anwendung finden können, soweit dies nicht schon abschlägig entschieden ist oder zwingende rechtliche Vorschriften dem entgegen stehen und keine neuen Erkenntnisse bzw. geänderten Rahmenbedingungen eine erneute Überprüfung rechtfertigen.

- **Weiterentwicklung des Systems der Suchtrehabilitation**

Hier geht es insbesondere um Modelle zur Erleichterung des Zugangs zu entsprechenden Angeboten sowie zur Flexibilisierung der Behandlungsangebote unter besonderer Berücksichtigung von Art, Verlauf und Schweregrad der Abhängigkeitserkrankung.

- **Verbesserung der Hilfen zur Vermittlung von Suchtkranken in den Arbeitsprozess**

> Die berufliche (Wieder)-Eingliederung suchtkranker Menschen gestaltet sich zunehmend schwieriger. Deshalb gilt es, alle erforderlichen Unterstützungsleistungen zu gewähren, damit Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse sowie die Beschäftigungsfähigkeit erhalten bleiben (z. B. Ausbildungsberatung der Handwerkskammern, betriebliches Eingliederungsmanagement, Dienst- und Betriebsvereinbarungen, spezielle Vermittlungsfachkräfte der Jobcenter und Agentur für Arbeit). Die Maßnahmen der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure sind aufeinander abzustimmen. Anzustreben ist eine Zusammenführung zu einer integrierten Dienstleistung.

> Berufsgruppen- und hilfesystemübergreifende Qualifizierungsmaßnahmen, die die jeweilige Lebenssituation und die Bedürfnisse suchtkranker Menschen einbeziehen, sind auf örtlicher Ebene bedarfsgerecht auszubauen, da sie die Eingliederungschancen der Betroffenen deutlich erhöhen. Zudem gilt es, geschlechtsbezogene und genderdifferenzierte Beratungsansätze in die Maßnahmen zur

Berufsorientierung und Arbeitsintegration von Suchtkranken zu implementieren.

- > Unabhängig von der Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit und der sozialen und beruflichen Integration suchtkranker Menschen durch die Jobcenter, Agenturen für Arbeit und die Rentenversicherung kommt der Suchthilfe die vorrangige Aufgabe zu, die Betroffenen vor allem bei der Bewältigung ihrer suchtbedingten Beeinträchtigungen in Kooperation mit den Jobcentern und der Agentur für Arbeit zu unterstützen.
- > Im Bereich der Jobcenter und Agenturen für Arbeit kommt es darauf an,
 - a) die Kompetenzen der Vermittlungskräfte bei der Wahrnehmung und Ansprache von Suchterkrankungen, die häufig aus Angst vor Stigmatisierung oder fehlender Krankheitseinsicht seitens der Betroffenen verborgen werden, weiterzuentwickeln,
 - b) die kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II bedarfsgerecht einzusetzen und ggfls. die Suchtberatung mit arbeitsmarktpoli-

tischen Hilfen zu verknüpfen sowie

- c) die Vernetzung mit anderen Hilfesystemen (insbesondere SGB V und SGB XII) herzustellen.

- **Weiterentwicklung des Monitorings der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in NRW**

Zur Verbesserung der Datengrundlage für die Suchthilfeplanung auf Landes- und kommunaler Ebene ist das unter Anwendung des deutschen Kerndatensatzes aufgebaute Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in NRW kontinuierlich geschlechtsdifferenziert weiterzuentwickeln und um stationäre Suchthilfeangebote zu erweitern. Die auf diese Weise aufbereiteten Daten sollen allen relevanten Akteurinnen und Akteuren zeitnah zur Verfügung gestellt werden.

3. ÄLTERE/ALTE MENSCHEN

3.1. Derzeitige Situation/ Handlungsbedarf

Der Anteil älterer Menschen wird in den nächsten Jahren deutlich steigen. Durch die sich ändernde Bevölkerungsstruktur nimmt auch die Bedeutung von Suchterkrankungen im Alter zu (siehe Vorbemerkung). Wie bereits dargestellt, ist zu unterscheiden zwischen Menschen, die erst im Alter eine Suchterkrankung entwickeln und Menschen, die mit ihrer Suchterkrankung alt geworden sind.

Suchterkrankungen im Alter bleiben oft unbemerkt oder werden vom privaten Umfeld, aber auch vom professionellen Hilfesystem nicht als besonderes Problem wahrgenommen. Hinweise auf eine Suchterkrankung werden vielmehr nicht selten als alterstypische Beeinträchtigungen gewertet. Auch in der Forschung sind Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit im Alter früher kaum thematisiert worden.

Die verfügbaren epidemiologischen Daten geben – schon aus Gründen der schweren Erfassbarkeit – die tatsächliche Größenordnung nur unzureichend wieder. Die bisherigen Untersuchungen zeigen jedoch übereinstimmend, dass bei älteren Menschen insbesondere im Hinblick auf den Konsum von Alkohol,

Tabak sowie Medikamenten (insbesondere Benzodiazepine und Psychopharmaka) ein erhebliches Missbrauchspotential besteht. Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen besteht bei etwa 5 bis 10% der über 60-Jährigen ein problematischer Konsum von psychoaktiven Medikamenten, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer. Bei etwa 18,5 % der Frauen und etwa 27% der Männer über 65 Jahren besteht ein riskanter Alkoholkonsum. Nach einer Studie des BMG ist bei etwa 15 % der Menschen, die von ambulanten Pflegediensten und in stationären Altenhilfeeinrichtungen betreut werden, von einem problematischen Alkohol- und Medikamentenkonsum auszugehen.

Angesichts dieser Zahlen wird deutlich, dass Sucht- und Altenhilfe hier gleichermaßen gefordert sind, der Sucht- und Drogenproblematik mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Während es der Suchthilfe häufig an geeigneten Zugängen zu alten Menschen mangelt, die zudem von sich aus das Suchthilfesystem nur selten in Anspruch nehmen, fehlt es der Altenhilfe oftmals an ausreichenden Kenntnissen zur Suchtproblematik und an der Qualifikation, angemessen und sachgerecht damit umzugehen.

Eine an den Bedürfnissen älterer suchtkranker und suchtgefährdeter Menschen orientierte qualifizierte und

kompetente Betreuung und Pflege erfordert deshalb eine umfassende Information und Schulung der in Einrichtungen der Alten- und Suchthilfe tätigen Fachkräfte zum Thema „Sucht, Alter und Geschlecht“. Gleichzeitig bedarf es einer engen Kooperation zwischen Sucht- und Altenhilfe sowie einer besseren Koordination der Hilfen auf örtlicher Ebene insbesondere unter Einbeziehung des ärztlich-medizinischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Hilfesystems. Zur Verbesserung des Zugangs zu alten Menschen mit Suchtproblemen müssen die Angebote der medizinischen Versorgung konzeptionell und strukturell einbezogen werden.

Der bestehende Mangel an zielgruppenspezifischen Angeboten beruht allerdings nicht nur auf der strukturellen Trennung von Sucht- und Altenhilfe, sondern auch auf den unterschiedlichen leistungsrechtlichen Bereichen und Anspruchsgrundlagen im SGB V (Krankenversicherung), SGB VI (Rentenversicherung), SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen), SGB XI (Pflegeversicherung) und SGB XII (Hilfen zur Eingliederung).

Eine besondere Gruppe stellen die älteren Opioidabhängigen dar, von denen etwa zwei Drittel Männer sind. Für diese Gruppe bedarf es spezieller Versorgungsangebote, da sie im Regelversorgungssystem bislang

oftmals keine geeigneten Hilfen finden. Die Betroffenen haben nicht zuletzt auf Grund des Erfolgs der substitutionsgestützten Behandlung heute eine zwar insgesamt bessere Lebenserwartung und Lebensperspektive. Die mit dem Drogenkonsum einhergehenden besonderen Lebensumstände führen bei ihnen jedoch insgesamt zu einer früheren Alterung. Hinzu kommt, dass diese Menschen oftmals über kein stabiles soziales Umfeld verfügen und auf Grund von vermehrten akuten oder chronischen Erkrankungen zu einer eigenständigen Lebensführung nicht in der Lage sind. Nicht selten besteht auch eine psychische Komorbidität.

3.2. Maßnahmen

- **Sensibilisierung und Qualifizierung von Sucht- und Altenhilfe für die Belange von suchtgefährdeten und suchtkranken älteren Menschen**

Vorrangig ist die Kooperation von Suchthilfe, Altenhilfe und Pflege zu verbessern. Das Suchthilfeangebot ist um spezielle Angebote der Prävention und Hilfe zu erweitern, die den besonderen Anforderungen älterer Menschen Rechnung tragen.

- **Sensibilisierung für die Suchtproblematik älterer Menschen**

Ältere Menschen und ihr gesellschaftliches Umfeld sollen für das Thema Sucht im Alter sensibilisiert werden. Um ein Bewusstsein für Sucht-Risiken des Substanz- und Medikamentenkonsums zu schaffen, sind zielgruppenorientierte Informationskampagnen, Präventions- und Frühinterventionsmaßnahmen für ältere Menschen unter Wahrung des Rechts auf Selbstbestimmung und Teilhabe zu entwickeln. Die Betroffenen sollen angeregt werden, ihren Umgang mit suchtfördernden Substanzen und Medikamenten kritisch zu reflektieren und bei Bedarf frühzeitig Kontakt zum Hilfesystem aufzunehmen.

- **Entwicklung und Umsetzung eines Handlungskonzepts „Medikamentenabhängigkeit“**

Medikamente mit Suchtpotential sind regelmäßig auf den Prüfstand zu stellen. Vor allem ist auf eine bessere Aufklärung über das Suchtpotential von psychoaktiven Medikamenten (insbesondere Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel) hinzuwirken. Darüber hinaus ist das Medikamentenmanagement der Ärzteschaft, aber auch der stationären Altenpflege zu verbessern und die Notwendigkeit und Dauer der Verschreibung im Einzelfall zu hinterfragen. Auch in diesem Bereich sind durch verbindliche Kooperation

zwischen Alten- und Suchthilfe sowie dem übrigen gesundheitlichen und psychosozialen Hilfesystem Kontinuität und Nachhaltigkeit von Prävention und Hilfe zu verbessern.

- **Berufsgruppenübergreifende Qualifizierung von in der Sucht- und Altenhilfe tätigen Fachkräften**

Eine berufsgruppenübergreifende Qualifizierung der Fachkräfte reduziert nicht nur Wissensdefizite, sondern fördert auch Kooperationen. Hier kann die im Rahmen eines Modellprojekts „Sucht im Alter – Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Alten- und Suchthilfe“ des BMG geförderte Entwicklung von Konzepten und Maßnahmen nutzbar gemacht werden (siehe hierzu Drogen- und Suchtbericht der Bundesdrogenbeauftragten Juli 2014 S.130 – 132).

- **Entwicklung von Handlungskonzepten für ein strukturiertes Zusammenwirken von medizinischem Versorgungssystem mit den Angeboten der Sucht- und Altenhilfe**
- **Förderung von Kooperation und Vernetzung von Sucht- und Altenhilfe sowie medizinischem Versorgungssystem im Rahmen eines sektorenübergreifenden Hilfebundes**

Neben der engen Kooperation von Einrichtungen der Sucht- und Altenhilfe sowie medizinischen Versorgungsangeboten bedarf es auch einer Vernetzung mit dem übrigen gesundheitlichen und sozialen Hilfesystem, das an der Versorgung von älteren Menschen beteiligt ist.

- **Schaffung von niedrigschwelligen komplementären Hilfen für alt gewordene drogenabhängige Menschen**

Im Rahmen der strukturellen und fachlich-inhaltlichen Weiterentwicklung von Sucht- und Altenhilfe ist den meist gravierenden komplexen Mehrfachbeeinträchtigungen drogenabhängiger Menschen durch entsprechende Angebote innerhalb des bestehenden Hilfesystems zu begegnen. Konzepte und Angebote der niedrigschwelligen Drogenhilfe sind hierfür altersgerecht anzupassen und in die bestehenden Altenhilfestrukturen zu integrieren.

- **Einrichtung eines runden Tisches „Alter und Sucht“**

Das Thema „Alter und Sucht“ und die hierzu geplanten Maßnahmen sollten im Hinblick auf die vielschichtigen Problemfelder durch eine Arbeitsgruppe aus ausgewiesenen Expertinnen und Experten der Sucht- und Altenhilfe sowie des medizinischen

Versorgungsystems begleitet werden, die auch Gender- und Kulturexpertise einbringen.

4. GENDER MAINSTREAMING UND GENDERESENSIBILITÄT

4.1. Derzeitige Situation/ Handlungsbedarf

Die Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) hat im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW eine Bestandsaufnahme zum Stand der Umsetzung von Gender Mainstreaming (GM) in den Einrichtungen der ambulanten und stationären Sucht- und Drogenhilfe sowie der Suchtselbsthilfe in NRW durchgeführt.

Mit Hilfe einer zielgerichteten Erhebung wurden Art und Umfang der geschlechtergerechten Ausrichtung und Ausgestaltung der Suchtpräventions- und Suchthilfeangebote erfasst und unter Berücksichtigung der strukturellen und fachlich-inhaltlichen Rahmenbedingungen auf Einrichtungsebene (Institutionell-organisatorische sowie sächliche und personelle Voraussetzungen, Angebots- und Maßnahmengestaltung, Zielgruppenreichung, Kooperation und Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit) analysiert. An der Untersuchung haben

sich insgesamt ca. 47% der Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe in NRW beteiligt (ambulant: 57%, stationär: 34%, komplementär: 38%, Suchtselbsthilfe: 53%). Die Untersuchung liefert wichtige Erkenntnisse zum Stand der Umsetzung von Gender Mainstreaming in der Sucht- und Drogen(selbst)hilfe in NRW. Die Studienergebnisse belegen, dass Gender Mainstreaming als Querschnittsaufgabe zwar politisch verankert ist, eine geschlechtergerechte und geschlechtersensible Ausrichtung von Suchtprävention und -hilfe jedoch bislang noch nicht durchgängig und im notwendigen Umfang Eingang in Konzepte, Angebote und Struktur des Suchthilfesystems gefunden hat.

Nach wie vor fehlt es an Problembewusstsein und einer umfassenden geschlechtergerechten Reflexion der Präventions-, Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote, die den geschlechtsbezogenen biologischen, sozialen, kulturellen und gesellschaftspolitischen Aspekten hinreichend Rechnung trägt. Die Untersuchung zeigt, dass der Wille zur Umsetzung von Gender Mainstreaming nicht umfassend vorhanden ist und dass Bewusstsein und Engagement für die Umsetzung von Gender Mainstreaming und gendersensiblen Arbeiten in der Sucht- und Drogenhilfe sogar eher wieder abzunehmen scheinen. Insbesondere auf der Einrichtungsebene wird vielfach

keine Notwendigkeit zur Verankerung und Umsetzung von Gender Mainstreaming als Querschnittsaufgabe gesehen, obwohl die Hälfte der Befragten in der Suchthilfepraxis und Suchtselbsthilfe diese Aufgabe wichtig finden und zwei Drittel der Befragten Gendersensibilität in der Arbeit mit Klientinnen und Klienten eine große Bedeutung beimessen. Sowohl gendergerechtes als auch gendersensibles Arbeiten werden hierbei oft als zusätzliche Anforderung verstanden und nicht als integraler Bestandteil der Suchthilfearbeit.

Neben dem Fehlen eines einheitlichen Verständnisses von Gender Mainstreaming sowie gendersensiblen Arbeiten auf allen Ebenen wird in der Untersuchung auch auf weiteren Bedarf in der Forschung hingewiesen.

Die Umsetzung von Gender Mainstreaming erfordert tiefgreifende Eingriffe bzw. Veränderungen in die Struktur von Institutionen (d.h. in deren Organisation, Kommunikation, Kultur etc.).

Für die umfassende Implementierung von Gender Mainstreaming in der ambulanten und stationären Sucht- und Drogenhilfe sowie der Suchtselbsthilfe scheint es daher dringend erforderlich, diese umfassenden Veränderungsprozesse zielorientiert, systematisch und strukturiert anzustoßen.

4.2. Maßnahmen

- Entwicklung von Möglichkeiten und Handlungsempfehlungen zur Förderung der Motivation der Mitarbeitenden und Führungskräfte zur Umsetzung von Gender Mainstreaming
- Entwicklung von Strategien und Methoden zur Bearbeitung von Unsicherheiten/Widerständen gegenüber der Umsetzung von Gender Mainstreaming
- Schaffung eines gemeinsamen und übergreifenden Verständnisses von Gender Mainstreaming und gendersensibler Arbeit in allen Suchthilfe-Einrichtungen und Institutionen auf Landesebene einschließlich der Suchtselbsthilfe
- Entwicklung gemeinsam getragener und auf allen Ebenen anerkannter Zielsetzungen von Gender Mainstreaming
- Intensivierung von Untersuchungen zu den Auswirkungen gendersensibler Suchthilfearbeit zur Entwicklung evidenzbasierter Konzepte und Maßnahmen

5. MIGRATION

5.1. Derzeitige Situation/ Handlungsbedarf

In Nordrhein-Westfalen hatten nach dem Ergebnis des Mikrozensus 2013 insgesamt 24,5 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Die größte Gruppe ist türkischer Abstammung, gefolgt von Personen aus den Nachfolgestaaten der ehemaligen Sowjetunion und Polen.

Menschen mit Migrationshintergrund sind allein auf Grund ihrer kulturellen Herkunft grundsätzlich keinem erhöhten Suchtrisiko ausgesetzt. Als Ursache für Suchterkrankungen kommen bei ihnen vor allem psychosoziale Belastungssituationen in Betracht, die durch die besonderen Lebensumstände sowie die wirtschaftliche und soziale Situation (insbesondere Wohn-, Einkommens- und Bildungssituation) bedingt sind. Auch der aufenthaltsrechtliche Status und der Grad der Integration haben Einfluss auf die Entwicklung einer Suchtproblematik.

Darüber hinaus können auch kulturelle Besonderheiten im Umgang mit Suchtmitteln für die Entstehung von Suchtproblemen relevant sein. Hinsichtlich der bevorzugten Konsumstoffe und Konsummuster finden sich hier teilweise

deutliche Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung. So erfüllen Menschen mit Migrationsgeschichte dreimal so häufig die Kriterien des pathologischen Glücksspielens, wobei Menschen türkischer Abstammung (vorrangig Männer) überdurchschnittlich betroffen sind (vgl. PAGE-Studie 2011).

Bei Menschen mit Migrationshintergrund gibt es zudem eine Reihe von Hemmnissen bezüglich der Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten. Hierzu zählt vor allem eine Sprachbarriere, die nicht nur das gesprochene Wort, sondern auch kulturelle Aspekte betrifft. Neben möglichen Verständigungsschwierigkeiten besteht oftmals Unkenntnis über entsprechende Hilfeangebote sowie Misstrauen und Scham gegenüber öffentlichen Institutionen. Die kulturell geprägten Krankheitsvorstellungen, Einstellungen und Sichtweisen erfordern kultursensible Hilfeangebote mit Personal, das interkulturell geschult ist oder aus dem jeweiligen Kulturkreis stammt.

Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund in Suchthilfeeinrichtungen in NRW bewegt sich in den verschiedenen Versorgungsbereichen je nach Hauptdiagnose zwischen 15 % bei der Diagnose Alkoholabhängigkeit und 35 % bei der Diagnose pathologisches Glücksspielen (vgl. Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe in NRW 2006 bis 2012).

Im Rahmen einer von FOGS in 2011 im Auftrag der Koordinationsstelle Sucht des LWL und in Kooperation mit der Koordinationsstelle Sucht des LVR durchgeführten „Bestandsaufnahme zu transkulturellen Kompetenzen in der Suchthilfe in NRW“ wurde festgestellt, dass eine durchgängige konzeptionelle und strukturelle Verankerung kultursensibler Arbeit in den Suchthilfeeinrichtungen in NRW noch nicht erfolgt ist (LWL Forum Sucht Band 45). Die Ergebnisse der Befragung unterstreichen die Notwendigkeit einer stärkeren kultursensiblen Ausrichtung der Präventions- und Hilfeangebote mit Entwicklung geeigneter zielgruppenspezifischer Ansätze und Strategien, die insbesondere auch den Zugang zu geeigneten Hilfen erleichtern.

5.2. Maßnahmen

- **Feststellen der Hilfebedarfe und konkreten Zugangsbarrieren**

Um das Hilfesystem entsprechend anpassen zu können, bedarf es zunächst einer geschlechtsdifferenzierten Bedarfsanalyse aus Sicht der Betroffenen. Aktuelle Untersuchungen wurden bislang fast ausschließlich aus dem Blickwinkel der Suchthilfe durchgeführt, ohne die Betroffenen und deren Verbände selbst zu befragen.

- **Migrationsbezogene, nach Altersgruppen und Geschlecht differenzierte Auswertung der Daten zum Monitoring der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe NRW**

Über eine gesonderte Auswertung der von den Sucht- und Drogenberatungsstellen erhobenen Daten zur Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund können differenziertere Erkenntnisse über Art, Umfang und Erfolg der Nutzung dieser Angebote, besondere suchtspezifische psychosoziale Problemlagen sowie mögliche Zugangsbarrieren zum Hilfesystem gewonnen werden.

- **Förderung der interkulturellen Kompetenz von Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe (strukturell und fachlich-inhaltlich)**
- **Vermittlung von Handlungsoptionen für einen strukturierten Prozess zur Implementierung bzw. Weiterentwicklung einer kultursensiblen Beratungs- und Betreuungsinfrastruktur (auf allen Ebenen und in allen Arbeitsbereichen).**

Einrichtungsleitungen und Träger müssen mit ihren Beschäftigten gemeinsam dieses Thema aufgreifen. Hierzu sollen Empfehlungen für Träger zur zielgruppenspezifischen

Weiterentwicklung der Präventions- und der Hilfeangebote ausgearbeitet werden.

- **Schaffung von flexiblen (auch aufsuchenden) Angeboten der Prävention und Hilfe**

Die Komm-Strukturen der Suchthilfe erschweren vielen Menschen mit Migrationshintergrund den Zugang zu den Hilfen. Die aufsuchende Arbeit verbunden mit einer muttersprachlichen Ansprache in für die Zielgruppe geeigneten Settings hat sich hier als besonders wirksam erwiesen.

- **Vernetzung der Suchthilfe mit den verschiedenen Integrationsakteurinnen und -akteuren und der Integrationsinfrastruktur**

Schaffung von Netzwerken, Etablierung von Kontakten zu Kommunalen Integrationszentren, Integrationsagenturen, Integrationsräten, MigrantInnenselbstorganisationen, kirchlichen Einrichtungen und religiösen Vereinen (z. B. Moscheevereinen), orthodoxen Gemeinden, Mennoniten-Gemeinden, Ärztinnen und Ärzten mit Migrationshintergrund etc.

- **Schaffung niedrigschwelliger Informations- und Beratungsangebote**

Im Vordergrund steht die Information über Suchtrisiken und Hilfemöglichkeiten. Der komplexe Zugang zum Hilfesystem ist vereinfacht darzustellen und unter Beachtung der bestehenden Sprachbarrieren verständlich zu kommunizieren. Bei Bedarf sind Dolmetscherleistungen zu gewährleisten.

6. GEISTIGE BEHINDERUNG

6.1. Derzeitige Situation/ Handlungsbedarf

Über Suchtprobleme bei Menschen mit einer geistigen Behinderung liegen bislang nur wenige empirische Daten vor. Nach den Ergebnissen des Forschungsprojekts „Vollerhebung Sucht und geistige Behinderung in NRW“, das von 2009 bis 2013 in Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Ennepe-Ruhr durchgeführt und von der Katholischen Hochschule NRW wissenschaftlich begleitet wurde und auf Schätzungen von in Einrichtungen der Behindertenhilfe tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beruht, besteht ein problematischer Konsum von Tabak bei etwa 32,5 %, von Alkohol bei etwa 16 %, von psychoaktiven Medikamenten bei etwa

12 %, von Cannabis bei etwa 5 % sowie von anderen illegalen Drogen bei 1 bis 3 % der betreuten Menschen mit einer geistigen Behinderung. Suchtmittel werden auch hier als Bewältigungsstrategie in schwierigen sozialen Situationen eingesetzt. Das betrifft in erster Linie Alkohol, Tabak und Cannabis. Aber auch stoffungebundene Suchtformen treten bei dieser Personengruppe auf.

Diese Ergebnisse sprechen ebenso wie Berichte aus der Behindertenhilfe dafür, dass sich eine „Normalisierung“ der Lebenswelt von Menschen mit geistiger Behinderung auch im Bereich Substanzmissbrauch und -abhängigkeit vollzieht. Die Prävalenz scheint in etwa dem Anteil in der Allgemeinbevölkerung zu entsprechen.

Obwohl die Notwendigkeit von Angeboten zur zielgruppenspezifischen Suchtprävention und Suchthilfe für diese Personengruppe unstrittig ist, gibt es bislang kein durchgängig bedarfsgerechtes Angebot, das sich an den speziellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der betroffenen Menschen orientiert. Erforderlich sind möglichst niedrigschwellige Angebote, deren Inhalte in Sprache und Gestaltung leicht verständlich sind. Entsprechende Angebote sind sowohl von der Sucht- als auch der Behindertenhilfe vorzuhalten. Die Mitarbeitenden beider Hilfebereiche sind für diese Aufgaben zu qualifizieren.

Beide Hilfesysteme sind zudem stärker miteinander zu vernetzen und Kooperationsstrukturen zu fördern.

Unabhängig von den nachfolgend aufgeführten Maßnahmen trägt der Aktionsplan den sich aus der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention) ergebenden Verpflichtungen schon dadurch Rechnung, dass alle Maßnahmen und Projekte grundsätzlich darauf ausgerichtet sind, suchtgefährdeten und suchtkranken behinderten Menschen eine gleichberechtigte, selbstbestimmte und uneingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, sowie Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung in allen Bereichen gezielt entgegen zu wirken.

6.2. Maßnahmen

- **Interdisziplinäre Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von zielgruppenspezifischen Präventions- und Hilfeangeboten unter Beteiligung der Behindertenhilfe, der Suchthilfe sowie von Organisationen und Verbänden der Menschen mit Behinderungen**

Bestehende Konzepte und Maßnahmen sind an die besonderen Belange von Menschen mit geistiger

Behinderung z. B. durch stärkere Nutzung geeigneter Kommunikationsformen und Kommunikationswege, Auf- und Ausbau von Hilfenetzwerken sowie Weiterentwicklung von Strukturen und Ansätzen zur Erleichterung des Zugangs zu Angeboten der Prävention und Hilfe anzupassen.

- **Erweiterung der Maßnahmen zur zielgruppenspezifischen Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen durch spezielle Angebote für junge Menschen mit geistiger Behinderung**
- **Auf- bzw. Ausbau von Qualifizierungsangeboten zur Förderung suchtspezifischer Fachkenntnisse in der Behindertenhilfe**



III. Dokumentation und Berichtswesen

Die auf der Basis des Deutschen Kern-
datensatzes aufgebaute Datenbank des
Monitorings der ambulanten Sucht- und
Drogenhilfe enthält die einrichtungs- so-
wie klientinnen- und klientenbezogenen
Daten aller landesgeförderten sowie
weiterer Sucht- und Drogenhilfeeinrich-
tungen in NRW. Diese Datenbank wird
für stichtags- und zeitraumbezogene
Analysen, retrospektive Auswertungen
sowie für die Erstellung von Spezialbe-
richten zu besonderen Fragestellungen
(z. B. Auswirkungen der sozialen Situ-
ation auf Erfolg der Maßnahmen – vgl.
hierzu das Monitoring der ambulan-
ten Sucht- und Drogenhilfe in Nord-
rhein-Westfalen 2006 bis 2012) genutzt.

Zur Verbesserung der Datengrundlage
für die Suchthilfeplanung auf Lan-
des- und kommunaler Ebene wird das
Monitoring der ambulanten Sucht- und
Drogenhilfe in NRW um Daten zu Ange-
boten der stationären Sucht- und Dro-
genhilfe erweitert und im Hinblick auf
spezielle Fragestellungen kontinuierlich
weiterentwickelt. Hierzu gehört auch die
Mitwirkung bei der Weiterentwicklung
des bundeseinheitlichen Deutschen
Kerndatensatzes.



IV. Evaluation

Die Projekte und Maßnahmen zum Aktionsplan gegen Sucht NRW sollen darauf hin überprüft werden, ob und inwieweit sie geeignet sind, den mit ihnen angestrebten Zweck zu erfüllen. Grundsätzlich sind alle Präventions- und Interventions- sowie Monitoringmaßnahmen auf ihre unterschiedliche Wirkung auf Frauen und Männer zu prüfen und auszurichten.

Bei Planung und Durchführung der Maßnahmen ist deren Nachhaltigkeit und Wirksamkeit zu hinterfragen. In diesem Zusammenhang ist jeweils zu klären, ob und inwieweit die in örtlichen Projekten gewonnenen Erkenntnisse auf andere Regionen des Landes übertragen werden können.

Impressum

Herausgeber

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

Kontakt

Referat "AIDS, Sucht und Drogen"
Dirk Lesser
Telefon: 0211 8618-3293
E-Mail: dirk.lesser@mgepa.nrw.de

Gestaltung und Druck

Druckstudio GmbH, Düsseldorf

Fotos/Illustrationen

Titelbild: © roostler - Fotolia (S. 10, 46, 48), blickwinkel2511 - Fotolia (S. 22)
Seite 5, Portrait Barbara Steffens: © MGEPA NRW/Torsten Stecher
Umschlagbild des Ministeriums: © MGEPA NRW/Ralf Sondermann

© 2015/MGEPA 163

Die Druckfassung kann bestellt oder heruntergeladen werden:

- im Internet: www.mgepa.nrw.de/publikationen
- telefonisch: 0211 837-1001

Nordrhein-Westfalen direkt

Bitte die Veröffentlichungsnummer **163** angeben.



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

Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

