

# **Gemeinsamer Sucht- und Drogenjahresbericht 2012**

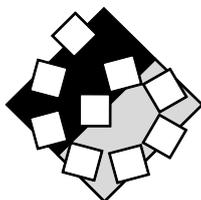


**Unterbezirk  
Ennepe-Ruhr**



**caritas**  
ENNEPE-RUHR  
IM BISTUM ESSEN

**Diakonie**   
**Mark-Ruhr**



**Ennepe-Ruhr-Kreis**

## **Inhaltsverzeichnis**

0. Einleitung .....	3
1. Träger/Standorte/Öffnungszeiten.....	4
2. Fallzahlen und Benchmark .....	6
2.1 Ergebnisse der Beratungszentrenarbeit.....	7
2.2 Sozioökonomischer Hintergrund und Suchtproblematik.....	10
2.3 Fazit .....	19
3. Schwerpunktbericht Cannabis und Amphetamin, ViA.....	20
4. Schwerpunktbericht Onlineberatungen, Diakonie Mark-Ruhr.....	22
Abbildungsverzeichnis.....	29
Tabellenverzeichnis.....	29
Quellenverzeichnis .....	30

## **0. Einleitung**

Der vorliegende Bericht soll - wie schon aus dem Vorjahr - Ihnen als Leserin und Leser einen Überblick über die Beratungslandschaft und die Arbeit im Bereich der Sucht- und Drogenberatung im Ennepe-Ruhr-Kreis geben. Somit folgt der zweite gemeinsame Sucht- und Drogenjahresbericht im Wesentlichen der Struktur des ersten Berichts, um einen schnellen Überblick über die Vergleichszahlen erbringen zu können. Ausführlichere zeitliche Vergleiche werden erst mit weiteren Berichten folgen, sobald eine ausreichende Datenmenge dies zulässt. Dieser Bericht setzt also zunächst auf Aktualität und Vollständigkeit der gemeinsamen Vergleichszahlen.

Wie im vorherigen Bericht, bleibt die Systematik der thematischen Vertiefungen bestehen, so dass nicht nur das reine Zahlenwerk präsentiert wird, sondern die vielfältigen Themengebiete, Betätigungen und Angebote der Sucht- und Drogenberatung im Ennepe-Ruhr-Kreis die Arbeit erfahrbarer machen.

Der Bericht gliedert sich wie folgt:

Im ersten Teil werden die vorhandenen Beratungsstrukturen (Träger, Standorte, Öffnungszeiten, Vernetzung etc.) dargestellt.

Ausführungen zur Fallzahlentwicklung und zum eingeführten Benchmarking – Kennzahlenvergleich – finden sich im zweiten Kapitel des Berichtes.

Im dritten Teil soll jeweils ein Schwerpunktbericht über ein Suchtmittel geliefert werden. In diesem Jahr wird es um die Problematiken im Zusammenhang mit Cannabis und Amphetamin gehen.

Ein besonderes Beratungsangebot soll im vierten Teil vorgestellt werden. Für den vorliegenden Jahresbericht präsentiert das Beratungszentrum der Diakonie Mark-Ruhr in Witten seine Onlineberatung und die Thematik ausführlich. Die beiden Suchthilfezentren der Caritas bieten ebenfalls Onlineberatung an, dies wird im zweiten Kapitel anhand von Fallzahlen berücksichtigt.

Der Ennepe-Ruhr-Kreis und die Sucht- und Drogenberatungszentren hoffen Ihnen mit diesem Bericht die wichtige Arbeit näher bringen zu können.

## 1. Träger/Standorte/Öffnungszeiten

Der Kreis hat sich entschieden, die Suchtkrankenberatung nicht, wie in anderen Kommunen, durch den Sozialpsychiatrischen Dienst sicherzustellen, sondern vielmehr mit Trägern der Wohlfahrtspflege Verträge über den Aufgabenkreis der Sucht- und Drogenberatung abzuschließen.

Mit Kreistagsbeschluss vom 18.12.1978 (Drucksache-Nr. 126/78) wurde die Konzeption zur Förderung der Suchtkrankenberatung beschlossen. Mit dem Ziel eine flächendeckende Versorgung des Kreises mit Beratungs- und Prophylaxeangeboten für Sucht- und Drogenkranke oder -gefährdete und deren Angehörige sowie die psychosoziale Betreuung substituierter Drogenabhängiger im gesamten Ennepe-Ruhr-Kreis sicherzustellen, haben die Parteien eine partnerschaftliche Zusammenarbeit vereinbart. Die vertraglichen Regelungen legen die konzeptionellen und organisatorischen Voraussetzungen der Zusammenarbeit fest und gewährleisten den Trägern eine finanzielle Planungssicherheit für den Zeitraum vom 01.01.2010 bis 31.12.2013. Die kreisangehörigen Städte (mit Ausnahme der Stadt Gevelsberg) beteiligen sich aufgrund einer entsprechenden Vereinbarung aus dem Jahr 2005 ab dem 01.01.2006 mit 34% an den entstehenden Kosten. Diese Beteiligung finanziert die Arbeit, die sich spezifisch mit Kindern und Jugendlichen befasst. Zudem beteiligt sich das Jobcenter EN mit 200.000,- € an den entstehenden Kosten. Diese Mittel werden für die verbesserte Integration von Langzeitarbeitslosen mit Abhängigkeitsproblem eingesetzt. Die Reduktion der Suchtprobleme soll die Eingliederungschancen verbessern. Rechtsgrundlage ist der § 16a SGB II. Einen weiteren Finanzierungsanteil leistet das Land NRW, zudem beteiligen sich die Träger mit einem Eigenanteil ebenfalls an der Finanzierung.

Die Tätigkeitsschwerpunkte und Zielsetzungen der Arbeit in den Sucht- und Drogenberatungszentren ergeben sich aus den Leistungsbeschreibungen. Hierzu gehören insbesondere Beratung und Vermittlung, Präventionsberatung, Erstellung/Bereitstellung von Informationsangeboten, Hausbesuche, Krisenintervention und Notfallhilfe, psychosoziale Begleitung und Öffentlichkeitsarbeit.

Die Beratungszentren haben aufgrund sozialräumlicher Differenzierungen unterschiedliche Tätigkeitsschwerpunkte in ihrer Arbeit. Durch in der Steuerungsgruppe abgestimmte Schwerpunkte werden Doppelstrukturen, wenn möglich und notwendig, vermieden und Angebote bedarfsgerechter ausgestaltet. Je nach Nachfragen, Bedarfen und aktuellen Problemstellungen erfolgt ggf. eine Anpassung der angebotenen Leistungen.

Die Beratungszentren bieten jedoch nicht nur Dienstleistungen für direkt Betroffene an. So haben sie auch für die Kommunen eine wesentliche Bedeutung im Rahmen der Kooperation und der Vernetzung. Sie beraten auf der einen Seite Verwaltungen, Institutionen und Unternehmen bei allen Fragen zum Thema Sucht. Andererseits wirken sie durch die Moderation von oder durch die Teilnahme an örtlichen Arbeitskreisen aktiv an der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen in der Kommune mit.

Im Kreisgebiet gibt es vier durch den Kreis geförderte Sucht- und Drogenberatungszentren:

- ViA AWO-Beratungszentrum für Suchtfragen und Suchtprävention  
Zuständigkeit für Herdecke und Wetter

Bismarckstr. 32, 58300 Wetter, Tel. 02335-91830

Hauptstr. 14, 58313 Herdecke, Tel. 02330-3153

Öffnungszeiten: Mo., Di., Do. 8.00 – 17.00 Uhr

Mi. 8.00 – 18.00 Uhr

Fr. 8.00 – 15.30 Uhr

Nach Vereinbarung

- Caritas Suchthilfezentrum Hattingen/Sprockhövel  
 Zuständigkeit für Hattingen und Sprockhövel  
 Heggerstr. 11, 45525 Hattingen, Tel. 02324 - 56990-40  
 Sprechzeiten: Mo. - Do. 08.00 - 12.00 Uhr und 13.00 - 16.00 Uhr.  
 Fr. 08.00 - 14.00 Uhr.  
 Abendtermine nach Vereinbarung.

Geschwister-Scholl-Str. 8 (im Jugendzentrum), 45549 Sprockhövel,  
 Tel. 02324 - 56990-47  
 Sprechzeiten: Montagnachmittag nach telefonischer Vereinbarung.

Von-Galen-Str. 7, 45549 Sprockhövel, Tel. 02324 - 56990-47  
 Sprechzeiten: Di. 10.00 - 15.00 Uhr und nach Vereinbarung.
- Caritas Suchthilfezentrum Schwelm/Ennepetal/Breckerfeld  
 Zuständigkeit für Breckerfeld, Ennepetal und Schwelm

August-Bendler-Str. 12, 58332 Schwelm, Tel. 02336-7001  
 Öffnungszeiten: Mo. – Fr. 9.00 – 13.00 Uhr  
 Mo. – Do. 14.00 – 16.00 Uhr  
 Nach Vereinbarung

Am Wehrgraben 7, 58339 Breckerfeld, Tel. 02336-9242548  
 Öffnungszeiten: Di. 14.00 – 16.00 Uhr  
 Nach Vereinbarung

Gasstr. 10 (im Haus Ennepetal), 58256 Ennepetal, Tel. 02336-9242547  
 Öffnungszeiten Di. 9.00 – 12.00 Uhr und 14.00 – 16.00 Uhr  
 Do. 14.00 – 16.00 Uhr  
 Nach Vereinbarung
- Sucht- und Drogenhilfe Witten der Diakonie Mark-Ruhr  
 Zuständigkeit für Witten

Röhrchenstr. 10, 58452 Witten, Tel. 02302-9148450  
 Öffnungszeiten: Mo. – Do. 9.00 – 12.30 Uhr und 14.00 – 16.00 Uhr  
 Fr. 9.00 – 13.00 Uhr  
 Nach Vereinbarung

## 2. Fallzahlen und Benchmark

Im Ennepe-Ruhr-Kreis übernehmen vier Sucht- und Drogenberatungszentren die Suchtberatung und Präventionsarbeit. Insgesamt stehen sie für 296.648 Einwohner/innen im Ennepe-Ruhr-Kreis<sup>1</sup> zur Verfügung; die Anzahl ist um die Bewohner/innen der Stadt Gevelsberg reduziert, da diese ihre Suchtberatung in Kooperation mit Hagen übernimmt.

Im weiteren Verlauf der statistischen Darstellungen – besonders unter sozioökonomischen Aspekten – werden die Konsumentinnen und Konsumenten als primär Betroffene in den Fokus rücken. Bezogen auf je 1.000 Einwohner/innen kommen 8,4 Konsument/innen (Jahr 2011 = 8,0). Dabei bezieht sich die Maßzahl auf 266.236 Einwohner/innen (it.nrw, 2012); die Gevelsberger Bevölkerung ist wie oben erwähnt dabei unberücksichtigt und es handelt sich um alle über 13-Jährigen im Ennepe-Ruhr-Kreis, da alle jüngeren Personen bei den Beratungszentren unter „Angehörige“ zusammengefasst werden. Somit verdeutlicht die untere Grafik, die unterschiedlichen Einzugsgebiete und die Einwohnerzahlen gemäß den oberen Einschränkungen:

Bevölkerungsanteile pro Einzugsgebiet der Beratungszentren

<b>Einzugsgebiete</b>	<b>2012<sup>2</sup> (13 Jahre und älter)</b>	<b>Träger / Beratungszentren (Kurzbezeichnung)</b>
ERK (ohne Gevelsberg)	266.236	/
Wetter/Herdecke	46.642	Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Ennepe-Ruhr / ViA-Beratungszentrum (Sucht)  (AWO)
Hattingen/Sprockhövel	72.206	Caritas Ennepe-Ruhr e.V. im Bistum Essen / Caritas-Suchthilfezentrum Hattingen/Sprockhövel  (Caritas Hattingen)
Schwelm/Ennepetal/Breckerfeld	60.051	Caritas Ennepe-Ruhr e.V. im Bistum Essen / Caritas-Suchthilfezentrum Schwelm/Ennepetal/Breckerfeld  (Caritas Schwelm)
Witten	87.337	Diakonie Mark-Ruhr gGmbH / Sucht- und Drogenhilfe Witten  (Diakonie)

**Tabelle 1: Einzugsgebiete, Quelle: it.nrw**

<sup>1</sup> Da bei Redaktionsschluss noch kein Bevölkerungsstand zum 31.12.2012 vorlag, beziehen sich die Zahlen auf die Bevölkerungsvorausberechnung laut Landesbetrieb für Information und Technik Nordrhein-Westfalen (it.nrw) Düsseldorf für den Stichtag 01.01.2013, Abrufdatum 23.04.2013.

<sup>2</sup> Siehe Erklärung Fußnote 1.



Abbildung 1: Einzugsgebiete, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis

Der vorliegende zweite gemeinsame Sucht- und Drogenjahresbericht erscheint parallel zum ersten Bericht und beinhaltet ebenfalls Auswertungen zu sämtlichen erhobenen Benchmarks. Anmerkungen zu Veränderungen erfolgen nur, wenn dies fachlich begründet ist. Zukünftige Berichte werden eingeschränkt und die Benchmarks werden in ihrer zeitlichen Veränderung näher betrachtet. Bisher erscheint dies anhand der Ergebnisse aus zwei Jahren wenig fruchtbar. Stichtag für jede Statistik in diesem Bericht ist der 31.12.2012, falls nicht anders angemerkt. Die Benchmarks dienen zur internen Qualitätssicherung. Der Vergleich mit der Suchthilfestatistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) erfolgt zum Basisjahr 2011, da bis zum Redaktionsschluss keine neuere Publikation erschienen ist.

## 2.1 Ergebnisse der Beratungszentrenarbeit

Im Jahre 2012 wurden 2.662 Menschen von der Sucht- und Drogenberatung im Ennepe-Ruhr-Kreis begleitet; es wurden somit 169 Menschen mehr als im Vorjahr beraten, das ist ein 7%iger Anstieg. Davon wurden 371 Angehörige und Bezugspersonen beraten; dies ist ein 4%iger Anstieg zum Vorjahr um konkret 13 Personen.

	AWO	Caritas Hattingen	Caritas Schwelm	Diakonie	Gesamt
<b>Gesamtzahl der Klient/innen</b>	547	810	678	627	2.662
davon Angehörige	31	184	82	74	371
davon Onlineberatungen	0	23	9	30	62

Tabelle 2: Klient/innen, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis

Erstmals für den Benchmarkbericht 2012 wurden die Onlineberatungen erfasst. An dieser Stelle findet keine weitere Kommentierung statt, denn im vierten Kapitel wird sich des Themas näher angenommen.

Einen Überblick über die Verteilung der Konsument/innen-Zahlen (damit ohne die Angehörigenzahlen) pro Beratungszentrum bietet die untere Tabelle:

	<b>AWO</b>	<b>Caritas Hattingen</b>	<b>Caritas Schwelm</b>	<b>Diakonie</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Gesamtzahl der Konsument/innen</b>	516	603	587	523	2.229
davon legale Drogen	309	321	268	278	1.176
davon illegale Drogen	206	282	319	232	1.039
Missing Data	0	0	0	0	0

**Tabelle 3: Konsument/innen, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis**

Zudem wird aus der oberen Tabelle deutlich, dass legale Drogen zwar immer noch ein Hauptproblem darstellen, doch Problematiken mit illegalen Drogen sind auch nicht zu vernachlässigen; besonders das Beratungszentrum der Caritas Schwelm weist mehr Konsumentinnen und Konsumenten mit einer illegalen Suchtproblematik aus.

Die untere Darstellung weist die Substituiertenzahlen nach. Die Angaben bei der AWO sind höher als bei den anderen Beratungszentren, da laut Vertrag diese die kreisweite psychosoziale Beratung für Substituierte sicher stellt.

	<b>AWO</b>	<b>Caritas Hattingen</b>	<b>Caritas Schwelm</b>	<b>Diakonie</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Gesamtzahl der Konsument/innen</b>	516	603	587	523	2.229
davon Substituierte	135	76	73	82	366

**Tabelle 4: Substituierte, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis**

Welche Hauptdiagnosen – sowohl aus dem legalen wie illegalen Bereich – dahinter stehen, wird weiter unten näher erläutert werden.

### Fachleistungsstunden

Jedes Beratungszentrum hat vier Vollzeitstellen zur Verfügung; besetzt mit Fachpersonal (überwiegend Sozialarbeit/Sozialpädagogik). Insgesamt werden auf die 2.662 Klientinnen und Klienten 18.205 sogenannte Klient/innen-bezogenen Fachleistungsstunden (FLS) berechnet; zum Vorjahr ist dies ein 2%iger Anstieg. Fachleistungsstunden für präventive Tätigkeiten nehmen nochmals 925 Stunden in Anspruch; dies ist ein 9%iger Anstieg zum Vorjahr. Zudem werden 5.885 Fachleistungsstunden für organisatorische Zwecke aufgewendet; zum Vorjahreswert macht dies eine Reduktion um -3%. Die gesamten 25.014 Arbeitsstunden werden über 16 Fachpersonalstellen erbracht; insgesamt ist ein Anstieg von 1% zum Vorjahr festzuhalten.

### Prävention

Aus dem geschlossenen Vertrag mit den Sucht- und Drogenberatungszentren, können von den Klient/innen-bezogenen Fachleistungsstunden bis zu 5% für präventive Aufgaben vorge-

halten werden. Annähernd alle Beratungszentren haben diesen Prozentansatz für diesen Zweck aufgewendet:

	<b>AWO</b>	<b>Caritas Hattingen</b>	<b>Caritas Schwelm</b>	<b>Diakonie</b>
<b>Präventionsanteil der Fachkräfte (%)</b>	6%	5%	7%	3%

**Tabelle 5: Prävention, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis**

Die kreisweite Prävention übernimmt außerhalb dieser Vereinbarung die AWO. Die Prophylaxefachkraft steht im engen Kontakt mit allen Beratungszentren und es werden gemeinsame Fortbildungen, wie auch Programme an Schulen gestaltet.

### Beendigungen

In allen Beratungszentren wird dokumentiert, wie die Betroffenen den Kontakt zur Beratungsstelle beenden oder wie dieser unter Umständen von der Beratungsstelle beendet werden muss. Von insgesamt 1.133 dokumentierten Eingaben sind 264 Verweigerungen, diese wurden aus den weiteren Berechnungen herausgenommen. Desweiteren wird auf beendete Fälle aufgrund von Haft, Tod der Konsumentin oder des Konsumenten oder seitens der Einrichtung nicht weiter eingegangen (insgesamt 2% aller genannten Fälle ohne Verweigerung und Missing Data).

Somit werden insgesamt 48,6% der Fälle planmäßig beendet, d.h. die (ehemalige) Konsumentin oder der (ehemalige) Konsument sieht vorerst oder auf Dauer keinen Bedarf mehr mit dem Sucht- und Drogenberatungszentrum in Verbindung zu bleiben; diese Erkenntnis wird bei der planmäßigen Beendigung beidseitig gesehen. Im Vergleich zum Vorjahr ist dieser Anteil gesunken und zwar von vormals 50,7% im Jahre 2011. Die planmäßigen Beendigungen im legalen Bereich belaufen sich auf insgesamt 47,5% und im illegalen Bereiche auf 49,9%. In 12,2% aller Fälle wird weitervermittelt, z.B. an Entzugskliniken. Dies stellt einen Unterschied zum Vorjahr dar, wo sich die planmäßigen Beendigungen im legalen Bereich auf insgesamt 52,2% und im illegalen Bereiche auf 48,8% beliefen und in 16,1% der Fälle weitervermittelt werden konnte.

Dabei gab es zusätzlich in 37,3% der Fälle eine einseitige Beendigung seitens der Konsumentin oder des Konsumenten, im Vorjahr betrug der Anteil 30,3%.

Der gestiegene Anteil an Fällen bei denen die Betroffenen einseitig die Beratung/Begleitung seitens der Suchtthilfezentren beendeten, erklärt rein rechnerisch, warum die planmäßigen Beendigungen gesunken sind und warum weniger weitervermittelt werden konnten. Inwiefern diese Abweichungen eine Signalwirkung haben, kann erst anhand weiterer Daten aus kommenden Jahren beurteilt werden.

### Betreuungserfolge

Von 1.138 dokumentierten Eingaben sind 268 Verweigerungen, diese wurden – wie auch „Missing Data“ Ausgaben – aus den weiteren Berechnungen herausgenommen; im Vorjahr waren es 192. Die Dokumentation der Betreuungserfolge dient in den Beratungszentren primär als Methode zur Begleitung der Betroffenen unter Zuhilfenahme individuell erstellter Zielvereinbarungen. Die Zielerreichungsgrade in der aggregierten Form sagen nichts über die Qualität der jeweils vereinbarten Ziele aus. Somit ist die zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zwar ein ausreichender Hinweis auf die Qualität der Beratungszentrenarbeit, jedoch kann der Qualitätsunterschied der Ziele oder der Wille der Konsumentin oder des

Konsumenten als weitere Einflüsse auf die Zielerreichung nicht beziffert werden und müssen bei der Ergebnisbewertung Berücksichtigung finden.

Insgesamt wird das Betreuungsziel zu 29,8% erreicht; im Vorjahr waren es 29,1%. Überwiegend wird eine Verbesserung der Lebenssituation erreicht (37,2%); im Vorjahr gelang dies zu 39%. In 31,1% der Fälle bleibt die Lebenssituation unverändert – was ebenfalls ein Hinweis auf eine Stabilisierung der Situation ist – und in 1,8% der dokumentierten Fälle kann eine Verschlechterung der Lebenssituation zum Ende der Begleitung nicht verhindert werden; im Vorjahr wurde eine unveränderte Lebenssituation mit 30,3% angegeben und eine Verschlechterung wurde in 1,6% der Fälle dokumentiert. Der Vergleich zum Vorjahr fällt somit insgesamt unverändert aus.

## **2.2 Sozioökonomischer Hintergrund und Suchtproblematik der Konsument/innen der Sucht- und Drogenberatungszentren**

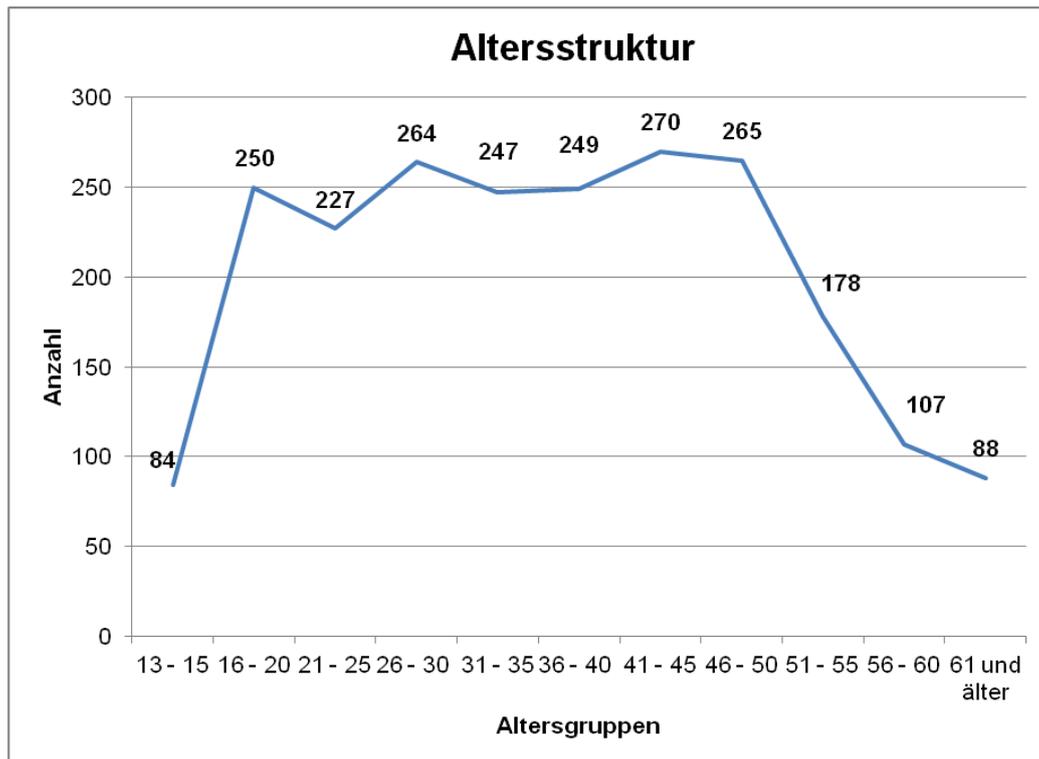
Die weiteren Ausführungen widmen sich ausschließlich den Konsumentinnen und Konsumenten der Beratungszentren. Wie alt sind sie? Sind eher Jüngere oder Ältere in der Beratung? Wie sorgen sie für ihren Lebensunterhalt? Was für Schwierigkeiten im Suchtmittelumgang haben sie? Die gemeinsame Dokumentation mit dem PC-Programm PATFAKlight ermöglicht die einheitliche Analyse bezüglich sogenannter sozioökonomischer Hintergründe. Die Angaben werden freiwillig gemacht, unter „Missig Data“ sind Leerangaben ausgewiesen und unter „keine Angabe“ aktive Auskunftsverweigerungen festgehalten. Es werden keine individuellen, personenbezogenen Daten aus den Dokumentationssystemen der einzelnen Beratungszentren herausgegeben. Es werden ausschließlich in anonymer und zusammengefasster Form Daten weitergegeben, wie in dem vorliegenden Bericht zu sehen ist. Da wo möglich, wird ein Vergleich mit den Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) angegeben (IFT, 2012).

### Geschlecht und Migrationshintergrund

Die meisten der Konsumentinnen und Konsumenten der Beratungszentren sind männlich, der Anteil liegt bei 71,6%; zum Vergleich: Bundesweit werden von der DHS für den ambulanten Bereich – in dem nicht nur die Beratungszentren vertreten sind – 74,4% angegeben. Keine der Beratungszentren weist eine übermäßige Abweichung zum Gesamtanteil im Geschlechterverhältnis auf.

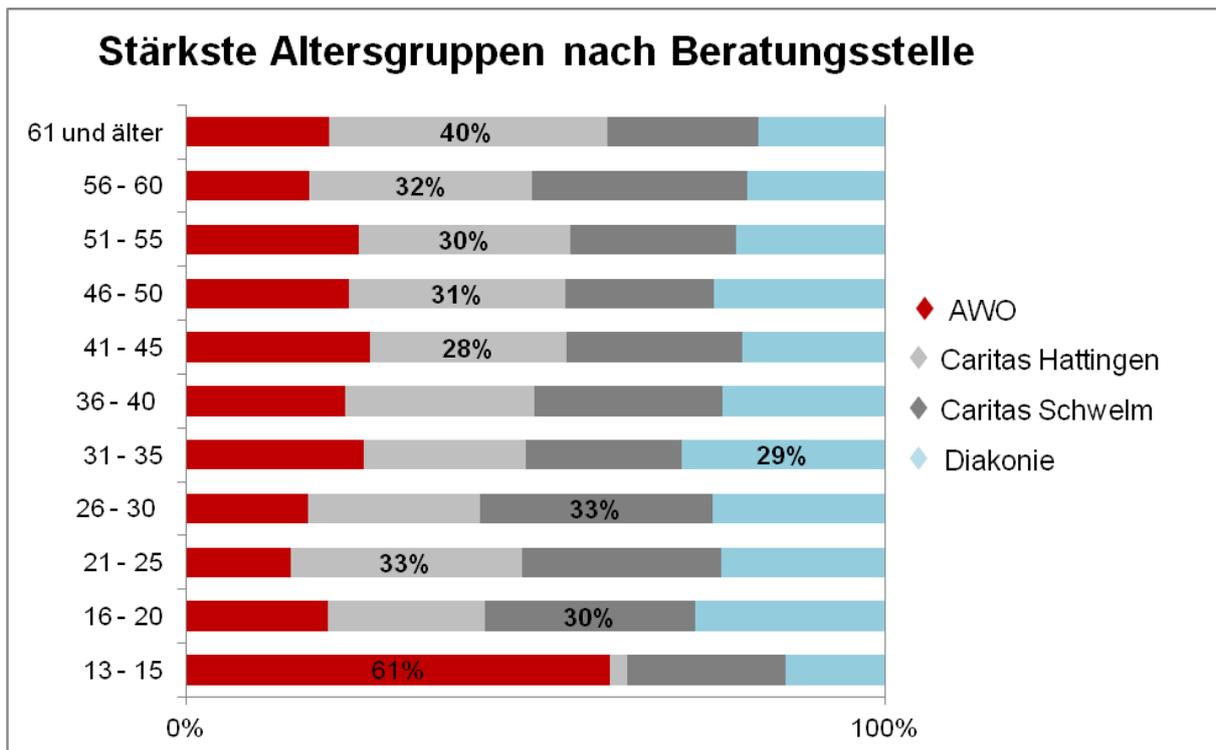
Der Anteil derjenigen mit Migrationshintergrund liegt bei 15,7%; zum Vergleich: Bundesweit werden von der DHS für den ambulanten Bereich 16,4% angegeben. Dabei weist die Diakonie mit 19,3% der Konsumentinnen und Konsumenten mit einem Migrationshintergrund den höchsten Wert aus und den niedrigsten hat die Caritas Schwelm mit 12,9%. Die AWO weist einen Wert von 17,8% nach und die Caritas Hattingen einen von 13,3%.

## Alter



**Abbildung 2: Altersstruktur, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis**

Die Altersverteilung zeigt deutlich zwei Hauptaltersgruppen, die 26- bis 30-Jährigen und die 41- bis 50-Jährigen. Dabei kann aus der Praxis erläutert werden, dass in der jüngeren Altersgruppe meist illegale Drogen – überwiegend Cannabinoide – vertreten sind und in der älteren Altersgruppe sind es meist legale Drogen – überwiegend Alkohol (vgl. Hauptdiagnosen). Durchschnittlich sind die Konsumentinnen und Konsumenten 37 Jahre alt; zum Vergleich: Bundesweit wird von der DHS für den ambulanten Bereich ein Durchschnittsalter von 38 Jahren angegeben. Die häufigste Altersgruppe bei den Beratungszentren bilden die Jahrgänge von 41 bis 45 Jahren. Von insgesamt 2.229 gültigen Altersangaben liegt der Zentralwert in der Altersgruppe 36- bis 40-Jährige, d.h. 50% der Befragten sind bis 40 Jahre alt.



**Abbildung 3: Altersgruppen, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis**

Die obere Grafik zeigt die prozentualen Anteile der Betroffenen pro Altersgruppe an. Demnach sind bei der AWO im Raum Wetter/Herdecke die meisten 13- bis 15-Jährigen aus dem Kreisgebiet vertreten. D.h. 61% aller 13- bis 15-Jährigen, die in einer der vier Beratungszentren als Konsumentinnen und Konsumenten gelistet sind, sind bei der AWO in Wetter oder Herdecke. Bei der Caritas in Hattingen – zuständig für Hattingen und Sprockhövel – dagegen dominieren eher die älteren Altersgruppen: 41- bis über 65-Jährige. Jedoch ist die Altersgruppe der 21- bis 25-Jährigen ebenfalls vertreten. Die Caritas Schwelm – zuständig für den Südkreis – verzeichnet dagegen bei zwei Altersgruppen die höchsten Anteile: 16- bis 20-Jährige und 26- bis 30-Jährige. Für Witten fällt ebenfalls nur eine Altersgruppe auf, die am häufigsten vertretene Altersgruppe sind die 31- bis 35-Jährigen. Die unterschiedlich starke Verbreitung der Altersgruppen bei den Beratungszentren kann zum gegenseitigen Austausch zwischen den Beratungszentren dienen. Beispielsweise, wird ein erster Hinweis zum überproportional jungen Publikum bei der AWO darin gesehen, dass die AWO Schulsprechstunden anbietet und dadurch bei dieser Zielgruppe bekannter ist.

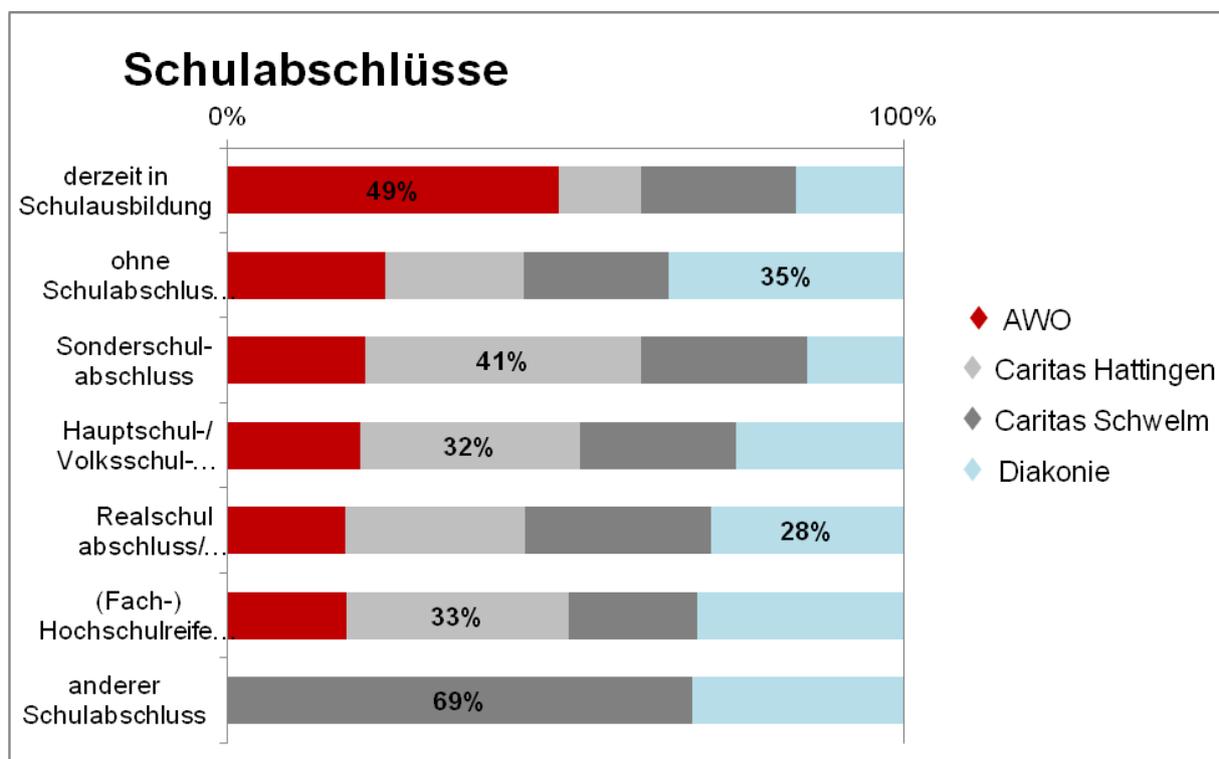
Im Vergleich zum letztjährigen Bericht weicht die Verteilung der stärksten Altersgruppen pro Beratungszentrum erheblich ab. Es wird erst anhand zukünftiger Erhebungen sichtbar werden, ob diese Schwankungen sich fortsetzen oder eine Verstärkung erkennbar wird und somit eine Profilierung der einzelnen Suchthilfezentren.

## Bildung

Höchster Schulabschluss	Gesamtanzahl, absolut	Gesamtanzahl, relativ	Vergleich DHS
derzeit in Schulausbildung	188	9,7%	2,4%
ohne Schulabschluss abgegangen	176	9,1%	9,0%
Sonderschulabschluss	49	2,5%	2,3%
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	865	44,7%	45,0%
Realschulabschluss/ polytech. Oberschule	415	21,4%	29,3%
(Fach-) Hochschulreife/ Abitur	210	10,9%	11,2%
anderer Schulabschluss	32	1,7%	0,7%

**Tabelle 6: Schulabschluss, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis**

Insgesamt verfügen die meisten Konsumentinnen und Konsumenten der Beratungszentren über einen Hauptschul- (44,7%) oder einen Realschulabschluss (21,4%); (66,1% von insgesamt 1.935 erfassten Personen mit einer Angabe). 10,9% verfügen über Abitur und 9,1% haben keinen Schulabschluss. In allen vier Beratungszentren sind jeweils die Abschlüsse „Haupt- oder Realabschluss“ am stärksten vertreten. Bei der AWO sind als zweit-stärkste Gruppe neben denjenigen mit einem Realschulabschluss, Konsumentinnen und Konsumenten in der Schulausbildung gemeldet. Die obige Tabelle weist zudem im Vergleich die jeweiligen bundesweiten Angaben für den ambulanten Bereich laut DHS nach. Deutlich wird, dass im Ennepe-Ruhr-Kreis mehr Betroffene in einer Schulausbildung gemeldet sind als bundesweit.



**Abbildung 4: Schulabschlüsse, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis**

Insgesamt wurden 1.935 Angaben getätigt. Der Hauptschulabschluss ist mit 44,7%, der am häufigsten genannte Schulabschluss. Bei der Abbildung und Berechnung wurden die verweigerten Auskünfte ausgelassen. Insgesamt haben 292 Konsumentinnen und Konsumenten die Dokumentation ihres Schulabschlusses verweigert; zwei Fälle sind unter „fehlende Angabe“ verzeichnet.

Die obere Grafik veranschaulicht: Anhand der Altersverteilung wurde deutlich, dass bei der AWO Beratungsstelle die meisten jungen Menschen begleitet werden, so ist es wenig verwunderlich, dass die höchste Anzahl derjenigen, die sich in einer Schulausbildung befinden, ebenfalls bei der AWO zu finden ist (rot). Bei der Caritas Hattingen verfügen die meisten Betroffenen über einen Sonderschul- oder Hauptschulabschluss aber es sind dort auch die meisten Abiturienten vertreten (hell-grau). Die Diakonie dagegen hat sowohl die meisten Betroffenen ohne Schulabschluss als auch mit einem Realschulabschluss (blau). Die Caritas Schwelm gibt die meisten Betroffenen mit einem anderen Schulabschluss an (dunkel-grau). Damit sind anhand der Aufteilung nach Schulbildungsabschlüssen und der Verortung zu den jeweiligen Beratungszentren, Fokusgruppen ausgewiesen.

Im Vergleich zum letztjährigen Bericht weicht die Verteilung der stärksten Schulabschlüsse pro Beratungszentrum ab. Es wird erst anhand zukünftiger Erhebungen sichtbar werden, ob diese Schwankungen sich fortsetzen oder eine Verstärkung erkennbar wird und somit eine Profilierung der einzelnen Suchthilfezentren.

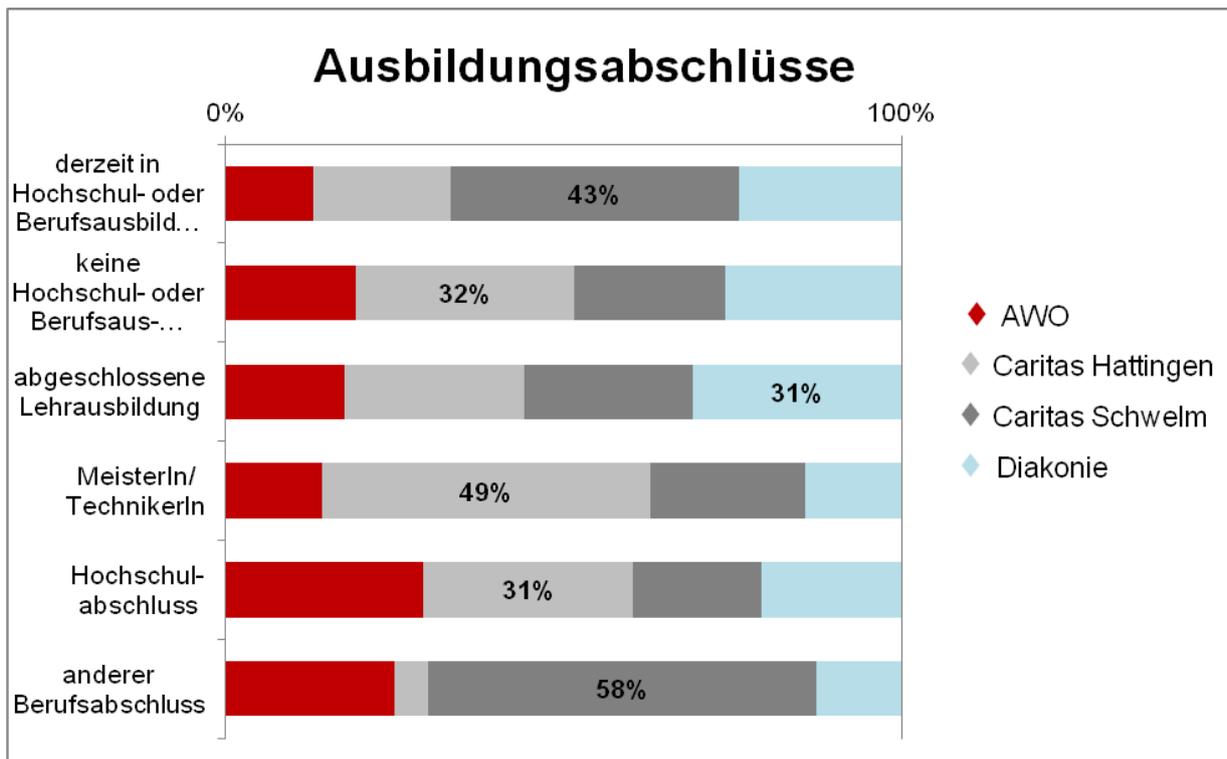
### Ausbildung

Höchster Ausbildungsabschluss	Gesamtanzahl, absolut	Gesamtanzahl, relativ	Vergleich DHS
derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung	108	5,9%	4,8%
keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen	778	42,4%	33,0%
abgeschlossene Lehrausbildung	816	44,5%	54,0%
MeisterIn/TechnikerIn	35	1,9%	2,3%
Hochschulabschluss	58	3,2%	4,5%
anderer Berufsabschluss	40	2,2%	1,3%

**Tabelle 7: Ausbildungsabschluss, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis**

Insgesamt haben die meisten Konsumentinnen und Konsumenten eine Lehrausbildung abgeschlossen (44,5% von 1.835, die eine Angabe getätigt haben). Ein großer Anteil gibt jedoch an keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen zu haben (42,4%). 5,9% befinden sich derzeit in einer Hochschul- oder Berufsausbildung. 5,4% haben weitere Abschlüsse erworben, wie z.B. einen Hochschulabschluss (3,2%). In allen vier Beratungszentren sind jeweils Betroffene mit einer abgeschlossenen Lehrausbildung und ohne Hochschul- oder Berufsausbildungsabschluss am stärksten vertreten; wobei die AWO und die Caritas Hattingen jeweils die stärkste Gruppe ohne Hochschul- oder Berufsausbildung aufweisen, dagegen die Caritas Schwelm und die Diakonie jeweils die stärkste Gruppe mit einer abgeschlossenen Lehrausbildung aufweisen.

Die obige Tabelle weist zudem im Vergleich die jeweiligen bundesweiten Angaben für den ambulanten Bereich laut DHS nach. Deutlich wird, dass sich im Ennepe-Ruhr-Kreis mehr Konsumentinnen und Konsumenten in einer Hochschul- oder Berufsausbildung befinden als bundesweit, dagegen alle relativen Angaben zu (Aus-)Bildungsabschlüssen unterdurchschnittlich verzeichnet sind. Besonders geben deutlich weniger Menschen an, eine Lehrausbildung abgeschlossen zu haben. Und deutlich mehr Menschen weisen im Vergleich zu den DHS Werten keine Hochschul- oder Berufsausbildung nach.



**Abbildung 5: Ausbildungsabschlüsse, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis**

Insgesamt wurden 1.835 Angaben getätigt. Die abgeschlossene Lehrausbildung ist mit 44,5%, der am häufigsten genannte Abschluss. Bei der Abbildung und Berechnung wurden die verweigten Auskünfte ausgelassen. Insgesamt haben 392 Konsumentinnen und Konsumenten die Dokumentation ihres Abschlusses verweigert; Es gab zwei „Missing Data“ Angaben.

Die obere Grafik verdeutlicht: Die Caritas Schwelm hat die meisten Betroffenen, die sich in einer Hochschul- oder Berufsausbildung befinden. Zudem ist dort am häufigsten die Gruppe mit einem anderen Berufsabschluss zu finden (dunkel-grau). Betroffene ohne abgeschlossene Hochschul- oder Berufsausbildung sowie Meister/innen und Techniker/innen, doch ebenfalls mit einem Hochschulabschluss sind überwiegend bei der Caritas Hattingen gemeldet (hell-grau). Menschen mit einer abgeschlossenen Lehrausbildung werden zum größten Teil bei der Diakonie begleitet (blau). Damit sind anhand der Aufteilung nach Ausbildungsabschlüssen und der Verortung zu den jeweiligen Beratungszentren, Fokusgruppen ausgewiesen.

Im Vergleich zum letztjährigen Bericht weicht die Verteilung der stärksten Ausbildungsabschlüsse pro Beratungszentrum erheblich ab. Es wird erst anhand zukünftiger Erhebungen sichtbar werden, ob diese Schwankungen sich fortsetzen oder eine Verstärkung erkennbar wird und somit eine Profilierung der einzelnen Suchthilfezentren.

## Hauptlebensunterhalt

Hauptlebensunterhalt	Gesamtanzahl, absolut	Gesamtanzahl, relativ	Vergleich DHS
Lohn, Gehalt, Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit	469	24,3%	30,8%
Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt	78	4,0%	2,6%
Gelegenheitsjobs, unregelmäßige Einkünfte	11	0,6%	0,4%
Krankengeld, Übergangsgeld	31	1,6%	2,8%
Rente, Pension	114	5,9%	6,7%
Arbeitslosengeld I	98	5,1%	5,3%
Arbeitslosengeld II, Sozialgeld	782	40,6%	38,6%
Sozialhilfe	75	3,9%	3,3%
Angehörigenunterstützung	251	13,0%	6,4%
Vermögen	7	0,4%	0,4%
Sonstiges	11	0,6%	2,7%

**Tabelle 8: Lebensunterhalt, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis**

Es wurden 1.927 Angaben zum Hauptlebensunterhalt gemacht, 299 Klientinnen und Klienten haben die Angabe verweigert; es gab drei „Missing Data“. Aus den möglichen Antwortkategorien geben 40,6% an, hauptsächlich von Arbeitslosengeld II zu leben. Alle unter 15-Jährigen (die ALG II beziehen) erhalten in dieser Kategorie Sozialgeld, wie viele dies sind, kann anhand der Dokumentationsmöglichkeiten nicht nachvollzogen werden. Die zweithäufigste Angabe sind Bezüge aus „Lohn, Gehalt, Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit“ mit 24,3%. Die obige Tabelle weist zudem im Vergleich die jeweiligen bundesweiten Angaben für den ambulanten Bereich laut DHS nach. Deutlich wird, dass die Betroffenen im Ennepe-Ruhr-Kreis eher auf Arbeitslosengeld II und die Unterstützung durch Angehörige sowie Ausbildungshilfen und Gelegenheitsjobs angewiesen sind als bundesweit der Fall ist.

Aus dem geschlossenen Vertrag mit den Sucht- und Drogenberatungszentren, geht eine Kooperation mit dem Jobcenter EN hervor, wonach die Beraterinnen und Berater der Jobcenter die Leistungsbeziehenden aus dem Arbeitslosengeld II-Bereich bei Bedarf an die Sucht- und Drogenberatungszentren verweisen können. Diese erhalten einen Zuweisungsschein. Die erfolgten Beratungen werden mit dem Jobcenter EN über eine Grundpauschale von 550,-€ pro Person verrechnet.

Neue Zuweisungen 2012	AWO	Caritas Hattingen	Caritas Schwelm	Diakonie	Gesamt
Anzahl	7	45	14	41	107

**Tabelle 9: Zuweisungen, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis**

Insgesamt haben 107 Menschen die vom Jobcenter EN nach § 16 a SGB II angeregte Beratung in Anspruch genommen. Dies ist ein Rückgang von -4% zum Vorjahreswert von 112 Zuweisungen.

Anhand der Angaben zum Hauptlebensunterhalt geht hervor, dass mehr Menschen mit Arbeitslosengeld II-Bezug aus eigenem Antrieb die Beratung in Anspruch nehmen. Die Beratungen für die verbleibenden 675 Konsumentinnen und Konsumenten werden nicht über die Pauschale entgolten, sondern über die Gesamtzuschüsse zur Sucht- und Drogenberatung. Im Jahr zuvor verblieben 632 Menschen mit Arbeitslosengeld II-Bezug im Gesamtzuschuss, das macht eine Differenz um 7%. Die 107 Zugewiesenen machen 14% der insgesamt begleiteten Betroffenen mit Arbeitslosengeld II-Grundlage aus; im Vorjahr waren es 15%. Bun-

desweit hatten sich laut der DHS für den ambulanten Bereich 24% der Leistungsbeziehenden aus dem SGB-II Bereich bei einem Sucht- und Drogenberatungszentrum zu melden.

Entsprechend dem Vorgehen bei der Altersstrukturabbildung, zeigt die nachstehende Grafik auf, wie sich die häufigsten Angaben zum Hauptlebensunterhalt auf die Beratungszentren aufteilen. Demnach hat die AWO die stärkste Gruppe bei denjenigen mit Angehörigenunterstützung. Die Caritas Hattingen hat häufige Beratungen/Begleitungen von Menschen im Rentenbezug, im Arbeitslosengeld II Bezug und sonstigen Einkünften. Die Gruppe mit eigenem Gehalt ist bei der Caritas Schwelm zu verorten. Die Diakonie berät/begleitet die meisten Ausbildungsbeihilfebeziehenden, Menschen mit Gelegenheitsjobs, mit Arbeitslosengeld I, Sozialhilfebeziehenden und Menschen mit Vermögen.

Damit sind anhand der Aufteilung nach Hauptlebensunterhalt und der Verortung zu den jeweiligen Beratungszentren, Fokusgruppen ausgewiesen.

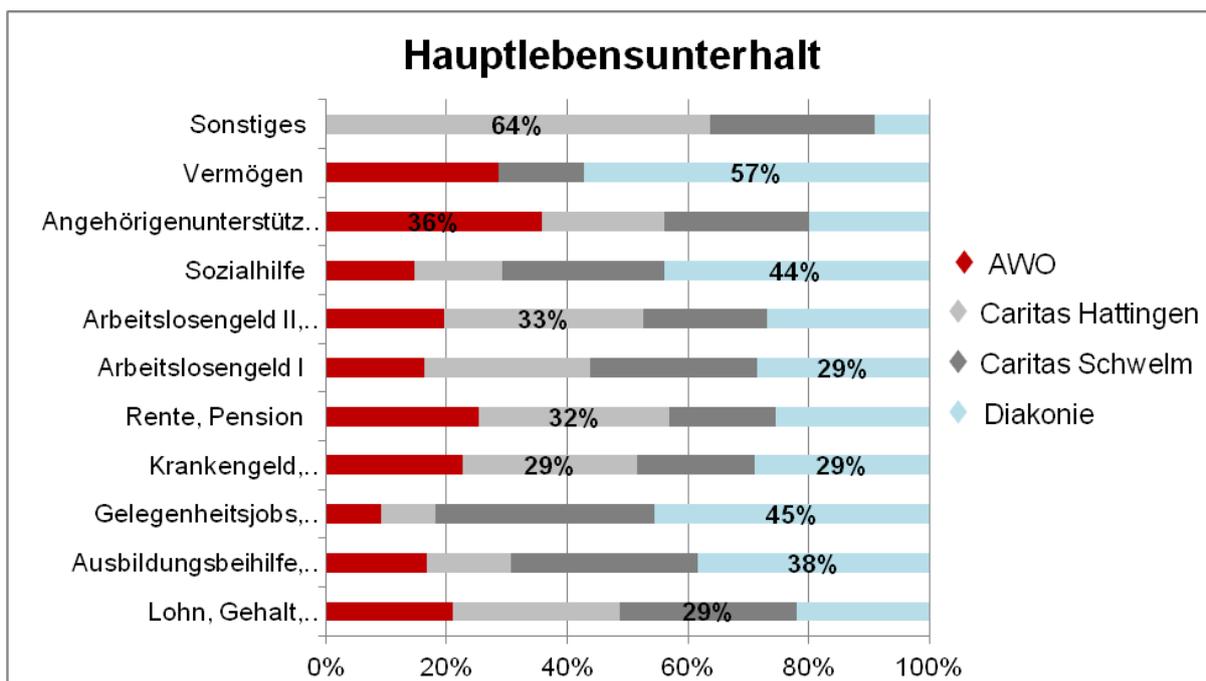


Abbildung 6: Lebensunterhalt, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis

Im Vergleich zum letztjährigen Bericht weicht die Verteilung der stärksten Unterhaltungsgruppen pro Beratungszentrum erheblich ab. Es wird erst anhand zukünftiger Erhebungen sichtbar werden, ob diese Schwankungen sich fortsetzen oder eine Verstärkung erkennbar wird und somit eine Profilierung der einzelnen Suchthilfezentren.

### Suchtproblematik

Hauptdiagnosen pro Beratungszentrum	AWO	Caritas Hattingen	Caritas Schwelm	Diakonie
Gesamtanzahl der Hauptdiagnosen	516	603	587	510
davon Störung durch Alkohol	226	275	213	248
davon Störung durch Opioide	138	122	108	98
davon Störung durch Cannabinoide	50	116	132	102

Tabelle 10: Hauptdiagnosen Top 3, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis

Wie die Tabelle nachweist, sind die Beratungszentren meist mit Konsumentinnen und Konsumenten mit Störungen durch Alkohol, Opioide oder Cannabinoide konfrontiert. Insgesamt sind 83% davon betroffen.

Bezogen auf alle Betroffenen, ist ein Großteil der konsumierten oder substituierten illegalen Drogen unter den Opioiden (Heroin, Methadon, Fentanyl u.a.) und Cannabinoiden zu finden

(83% von 1.039 Angaben zum illegalen Drogenkonsum), zu einem sehr geringen Teil kommen Kokain und sonstige Stimulationen sowie Halluzinogene hinzu. Unter den legalen Drogen dominiert die Störung durch Alkohol allein mit 79% von 1.176 Angaben zum legalen Drogenkonsum. An zweiter Stelle liegt die Störung durch Spiel/Gaming (insgesamt mit 88 Angaben), gefolgt von Essstörungen (insgesamt mit 69 Angaben), und auf dem vierten Platz die Störung durch Tabak (insgesamt mit 20 Angaben).

Die untere Tabelle bietet eine Gesamtübersicht und einen Vergleich zu den bundesweit erhobenen Anteilen für den ambulanten Bereich.

Hauptdiagnosen	Gesamtanzahl, absolut	Gesamtanzahl, relativ	Vergleich DHS
Störung durch Alkohol	962	43,2%	55,1%
Störung durch Opiode	466	20,9%	20,6%
Störung durch Cannabinoide	400	17,9%	11,2%
Störung durch Sedativa und Hypnotika	34	1,5%	0,8%
Störung durch Kokain	41	1,8%	1,7%
Störung durch sonstige Stimulanzien	131	5,9%	3,7%
Störung durch Halluzinogene	0	0,0%	0,0%
Störung durch Tabak	20	0,9%	0,9%
Störung durch Spiel/Gaming	88	3,9%	4,6%
Störung durch Kaufsucht	5	0,2%	Nicht erhoben
Störung durch Esssucht	69	3,1%	0,9%

**Tabelle 11: Hauptdiagnosen gesamt, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis**

Die nachstehende Grafik verdeutlicht die relativen Diagnoseanteile an der Gesamtzahl aller Angaben zur Hauptdiagnose, dies sind absolut 2.216 Angaben. Die AWO Beratungsstelle hält ein kreisweites Angebot zum Thema Essstörungen vor, dadurch ist die hohe Anzahl bei dieser Störungsart beeinflusst (allein 41 von den 69 Betroffenen sind bei der AWO). Das Thema Spiel/Gaming wurde seit dem letzten Jahr ebenfalls verstärkt von der Caritas als Problem erfasst, besonders die Caritas Hattingen hat Zusatzschulungen vorgenommen und hat mit 27 Angaben die meisten Betroffenen mit dieser Suchthematik. Themen wie Missbrauch von Opioiden, Tabak und Esssucht werden am häufigsten bei der AWO behandelt. Bei der Caritas Hattingen sind die stärksten Gruppen mit Störungen durch Alkohol, Spiel/Gaming, Kokain und Kaufsucht anzutreffen. Die Caritas Schwelm verzeichnet bei einer Störung durch Cannabinoide, in der Kategorie „Störungen durch sonstige Stimulanzien“ (z.B. Amphetamine, Koffein) und Störungen durch Sedativa, Hypnotika die meisten Angaben.

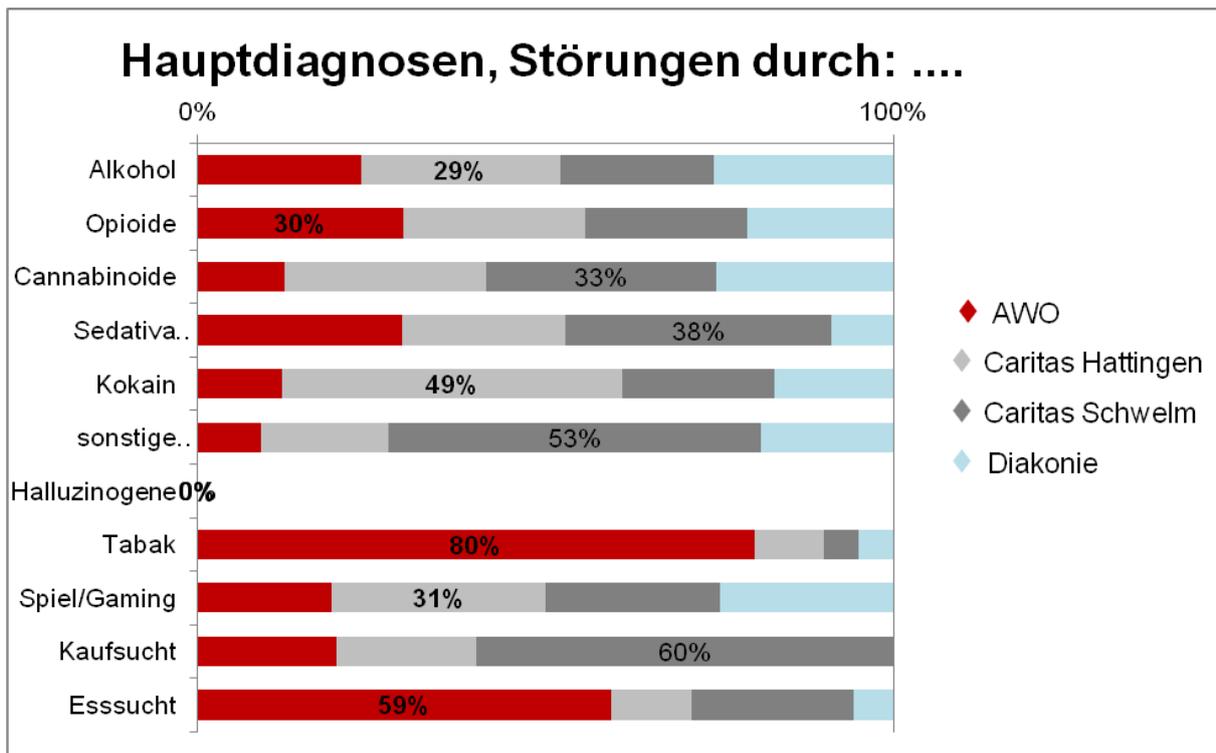


Abbildung 7: Hauptdiagnosen, Quelle: Ennepe-Ruhr-Kreis

Damit sind anhand der Aufteilung nach Störungsbildern und der Verortung zu den jeweiligen Beratungszentren, Fokusgruppen ausgewiesen. Wie beständig oder auch nicht diese Zuweisungen sind, werden zukünftige Berichte aufzeigen.

### 2.3 Fazit

Die Anzahl der Klientinnen und Klienten ist um 7% zum Vorjahr gestiegen. Die Fachleistungsstunden nahmen geringfügig zu und zwar um 1%. Hauptsächlich konnte der organisatorische Zeitaufwand verringert werden. Der zeitliche Aufwand für präventive Arbeit wurde dagegen erhöht.

Überwiegend besuchen Männer mit einem Suchtproblem die Suchthilfezentren. Das Durchschnittsalter liegt bei 37 Jahren aller Konsumentinnen und Konsumenten. Die meisten verfügen über eine abgeschlossene Lehrausbildung (44,5%). Jedoch sind annähernd so viele ohne jegliche Hochschul- oder Berufsausbildung (42,4%) verzeichnet. Ihren Lebensunterhalt bestreiten die meisten über den Bezug von Arbeitslosengeld II-Leistungen (40,6%). Einem nicht unerheblichen Anteil der Betroffenen stehen eigener Lohn, eigenes Gehalt oder Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit zur Verfügung (24,3%). Hauptsächlich sind Probleme mit legalen Suchtmitteln das Thema und zwar überwiegend Alkohol, wobei Opioide und Cannabinoide aus dem illegalen Bereich knapp dahinter rangieren. Hierzu gab es keine gravierenden Unterschiede zum Vorjahr.

Die Ergebnisse und Veränderungen der Benchmarks werden stets in die Steuerungsgruppe getragen. Wie in einigen Abschnitten in dem vorliegenden Bericht erfolgt, werden Erklärungen zu den Zahlen aus der Praxis präsentiert. Die nachstehenden Schwerpunktberichte sollen den Zahlenspiegel anhand aktueller Themen – wie Cannabismisbrauch und Onlineberatung – vertiefen.

### **3. Schwerpunktbericht Cannabis und Amphetamin, ViA**

Im Jahr 2012 waren Cannabis und Stimulanzien (hier vor allem Amphetamin) nach Alkohol und Opiaten die am häufigsten genannten Anlässe zum Kontakt in den Beratungsstellen. Auch wenn sich der Konsum dieser Rauschmittel auf alle Altersgruppen verteilt, sind Jugendliche und junge Erwachsene am stärksten vertreten. Bevor wir auf Konsumgründe eingehen, erscheint eine kurze Beschreibung der Wirkung dieser Rauschmittel sinnvoll.

Cannabis ist ein seit ca. 8.000 Jahren bekanntes Rauschmittel. Das Harz (Haschisch) oder die Blütenstände und Blätter (Marihuana) der Cannabispflanze werden geraucht oder auch oral konsumiert. Der Hauptwirkstoff ist das THC (Tetrahydrocannabinol). Der Wirkstoffgehalt beträgt in der Regel 5%, unter Gewächshausbedingungen können einzelne Sorten einen Wirkstoffgehalt von bis zu 20% enthalten (Pfeiffer-Gerschel et al., 2011).

Die Wirkung kann erheblich von der aktuellen Grundstimmung beeinflusst werden. Cannabis bewirkt einen erhöhten Blutdruck und eine leichte Steigerung der Herzfrequenz. Die psychischen Wirkungen sind: Anhebung der Stimmungslage, Entspannung, innere Ruhe und Ausgeglichenheit, verminderter Antrieb auf Grund der entspannenden Wirkung, intensivierete optische und akustische Wahrnehmung. Zu den unerwünschten Nebenwirkungen gehören: Denkstörungen, verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, verminderte Leistung des Kurzzeitgedächtnisses. Bei einer Veranlagung kann Cannabiskonsum Psychosen auslösen. Angst- und Panikstörungen sind seltener. Mögliche psychische Schäden sind abhängig von der Häufigkeit des Konsums und der konsumierten Menge. Todesfälle sind nicht bekannt.

Amphetamin ist eine synthetisch hergestellte Substanz. Es kam 1930 als Arzneimittel auf den Markt und war bis Mitte der 40er Jahre für mehrere medizinische Indikationen zugelassen. Während des Zweiten Weltkrieges und in folgenden Kriegen wurde es wegen der stimulierenden und schlafverhindernden Wirkung in großen Mengen von Soldaten konsumiert. In der Folgezeit wurde der Handel immer weiter eingeschränkt und schließlich verboten.

Amphetamin wird in Tabletten- oder Pulverform geschluckt, oder aber auch geschnupft. In gelöster Form kann es auch injiziert werden. Amphetamin führt zu Euphorie, Rededrang und gesteigertem Selbstvertrauen. Konzentrations- und Leistungsfähigkeit werden erhöht, gleichzeitig werden Müdigkeit und Hungergefühle unterdrückt. Bei höheren Dosierungen sind ausgeprägte Erregungszustände, Zittern, Unruhe und Schlafstörungen die Folge. Da Reinheitsgehalt und Zusammensetzung des Amphetamins in der Regel nicht bekannt sind, sind Intensität, Dauer und Nebenwirkungen nur schwer abschätzbar.

Zu den unerwünschten Nebenwirkungen gehören: Verfolgungswahn nach hohen Dosierungen, Aggression, Übelkeit, Erbrechen, Gewichtsverlust; bei intensivem und länger dauerndem Konsum sind zunehmend dauerhafte Herzschäden diagnostiziert worden.

Betrachten wir bei unseren Klientinnen und Klienten in Beratungsstellen die Anlässe zum Cannabis- und Amphetaminkonsum, fällt insbesondere auf:

- Cannabis und Amphetamin werden konsumiert, um z.B. Langeweile erträglich zu machen oder um die Erlebnisqualität von Video- oder Internetkonsum zu steigern.
- Amphetamin findet häufig als Wochenendkonsum im Zusammenhang mit Partys statt.
- Jugendliche sehen den Cannabiskonsum häufig nicht problematisch, da einerseits das Risiko geringer ist als bei Alkoholkonsum. Andererseits verunsichert die Rechtslage: Geringe Mengen zum Eigenbedarf können straffrei gestellt werden, das gesamte Zubehör ist legal zu erwerben.

- In den letzten Jahren fällt auf, dass Konsumentinnen und Konsumenten von Amphetamin über eine paradoxe Wirkung des Amphetamins berichten: Es beruhigt sie. Auf Nachfrage ist regelmäßig zu erfahren, dass in der Vorgeschichte eine ADHS-Diagnose gestellt wurde. Die ADHS-Medikamente (z.B. Ritalin) enthalten die gleiche Substanzgruppe wie Amphetamin.
- Für diejenigen, die in der Leistungsgesellschaft mithalten wollen oder müssen, ist Amphetamin auf Grund seiner aktivierenden und leistungssteigernden Wirkung ein hilfreiches Rauschmittel.
- Es fehlen in der Region vor allem Entgiftungsplätze für Minderjährige. Das Suchtbehandlungszentrum Hohenlimburg-Elsey hat im vergangenen Jahr eine neue Station für jugendliche Abhängige eröffnet. Allerdings dürfen hier Minderjährige nicht behandelt werden, sondern nur Patienten ab dem 18. Lebensjahr.

In der Berichterstattung, aber auch in Prävention und Beratung richtet sich die Aufmerksamkeit auf den Konsumierenden bzw. Abhängigen. In unserer Beratungspraxis zeigt sich aber, dass auch bei Cannabis und Amphetamin gesellschaftliche Faktoren den Weg in die Abhängigkeit, aber auch in die Abstinenz stark beeinflussen. Der Druck, Leistungserwartungen erfüllen zu müssen, fördert einerseits die Bereitschaft zum Konsum leistungssteigernder Mittel, gleichzeitig aber auch den Konsum entspannender Rauschmittel. So lernen wir bereits in den Schulen viele Jugendliche kennen, die einen durchstrukturierten Tagesablauf von 8-10 Stunden haben.

Andererseits sehen wir einen Zusammenhang zwischen Medienkonsum und der Fähigkeit, seine Zeit aktiv sinnvoll zu gestalten. Die neurologischen Konsequenzen (auch „normaler“) Mediennutzung bezüglich der Entwicklung kognitiver und körperlicher Fähigkeiten wird aus unserer Sicht unterschätzt.

Aus der Sicht der Suchthilfezentren ergeben sich aus dieser Entwicklung nicht nur Aufgaben für die Suchtkrankenhilfe und die Suchtpolitik, sondern auch für die Bildungs-, Gesundheits- und Sozialpolitik. Bei den politischen Aufgaben ist sicherlich die Bundespolitik vorrangig in der Verantwortung. Die Beratungsstellen im Kreis sind gerne bereit, auf regionaler und lokaler Ebene mit den politischen Gremien weitere Konzepte zu entwickeln, die vor allem präventiv wirken.

#### **4. Schwerpunktbericht Onlineberatungen, Diakonie Mark-Ruhr**

Für die meisten Menschen ist die Nutzung eines PC und des Internets selbstverständlich und alltäglich geworden. Laut statistischem Bundesamt haben inzwischen 81% der Haushalte in Deutschland einen PC und 79% einen Internetzugang. Bei dieser Zahl sind alle Menschen ab einem Alter von 10 Jahren erfasst. Die PC Nutzung liegt bei 85%, wobei sie in der jüngeren Altersgruppe bei nahezu 100% liegt, während sie bei den Älteren (ab 65 J.) deutlich geringer ist (47%). Die tägliche Internetnutzung liegt ebenfalls sehr hoch, besonders bei jüngeren Nutzerinnen und Nutzern, z.B. in der Altersgruppe der 16 – 24 Jährigen bei 92% der männlichen und 89% der weiblichen Nutzer. Wenn die Nutzung von Computer und Internet Indikator für die Kenntnisse des Mediums sind, zeigt sich, dass nur bei den älteren Nutzerinnen und Nutzern, Männer über bessere Kenntnisse verfügen. Der PC und das Internet sind somit zum festen Bestandteil in unserer Gesellschaft geworden.<sup>3</sup>

So werden über das Internet Einkäufe getätigt, Bankgeschäfte abgewickelt, über Wissensdatenbanken verschiedene Informationsquellen genutzt, Computerspiele gespielt, Musik gehört, Filme geguckt, Selbstdarstellung, Werbung und Kommunikation in unterschiedlichsten Variationen betrieben. Kommunikation geschieht z. B. über E-Mail (95% der Internetnutzer/innen), über Skype, soziale Netzwerke, Foren, Chaträume. Als Informationsquelle, aber auch als Hilfsangebote hat z.B. die Zahl der Portale der Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsprävention stark zugenommen. Auch Beratung, Therapie, Coaching via Internet ist inzwischen längst selbstverständlich geworden.

Die neuen Kommunikationsformen stellen neue Herausforderungen für die Beratungslandschaft dar. Begegnungen finden virtuell statt. Möglichkeiten der Kontaktaufnahme bestehen zu jeder Tages- und Nachtzeit und fast von jedem Ort aus, insbesondere durch die Zunahme der Nutzung von Smartphones.

Klientinnen und Klienten mit alltagsvertrauter digitaler Kommunikation nutzen virtuelle Beratung und die Möglichkeit der Anonymität, setzen auf Schutz durch Distanz und erwarten eine mit persönlicher Kommunikation vergleichbare Intensität.

Die Sucht und Drogenhilfe Witten der Diakonie Mark-Ruhr bietet seit April 2011 eine Online-Beratung als zusätzliches Beratungsangebot zu den in der Einrichtung vorgehaltenen persönlichen Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppenberatungen an.

Dazu waren folgende Überlegungen notwendig:

##### Wer nutzt Online-Beratung?

Wir gehen davon aus, dies sind Menschen:

- denen computergesteuerte Kommunikation vertraut ist und die parallel zur technischen Entwicklung groß geworden sind und den PC selbstverständlich als alltägliches Werkzeug nutzen (z.B. Jugendliche),
- denen Anonymität besonders wichtig ist
- deren Zeit es nicht zulässt, eine Beratungsstelle aufzusuchen
- deren Mobilität aufgrund verschiedener Lebensumstände (z. B. Krankheit) einen Kontakt zur Beratungsstelle nicht ermöglicht
- die keine Beratung an ihrem Wohnort oder im näheren Umfeld in Anspruch nehmen wollen
- denen Selbstbestimmung besonders wichtig ist

---

<sup>3</sup> Zahlen nach Statistisches Bundesamt 2013 bezogen auf den Zeitraum 2012 auf der Grundlage von 12.000 Haushalten, entsprechender Hochrechnung und den Personen, die am 31.12.2011 10 Jahre alt waren.

- die lieber schreiben als sprechen
- die aufgrund von Unsicherheit und Hemmung face to face Kontakt vermeiden

### Was geschieht, wenn die Kommunikation aus Schreiben statt Sprechen und Lesen statt Hören besteht?

Geht man davon aus, dass Beratung ein Prozess zwischen in der Regel zwei Menschen ist, in denen einer den anderen unterstützt, Fragen beantwortet, Wissen und Lösungskompetenz vermittelt und die/der Ratsuchende bei Beachtung ihrer/seiner individuellen und gesellschaftlichen Bedingungen lernt, ihre/seine Selbsthilfe- und Selbstheilungskräfte zu mobilisieren, so gibt es deutliche Unterschiede zwischen einer schriftlichen und einer persönlichen Kommunikation zu beachten.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in beratenden Berufen sehen in der Möglichkeit der Online Beratung oft den überwiegenden Sinn in der zeit- und ortsungebundenen Nutzung zum Erstkontakt. Darüber hinaus bestehen häufiger negative Bewertungen, es handele sich nicht um einen „richtigen“ Kontakt, es entstünden Pseudobeziehungen und Schreibende könnten sich fiktive Identitäten geben.

Zu klären sind die Fragen, ob intensive Beziehung bei medialer Distanziertheit zwischen Hilfesuchenden und Beratenden entstehen können, können Emotionen transportiert werden, kann das Fehlen sinnlicher Reize ausgeglichen werden, kann das Fehlen auch ein Vorteil sein?

So entfallen bei der schriftlichen Kommunikation Beeinflussungen durch die Wahrnehmung von Aussehen, Geschlecht, Gestik, Mimik, Tonlage, Alter, Lautstärke, Körperhaltung, Händedruck, Geruch, Körpergröße, körperliche Einschränkung oder Behinderung. Ohne diese Präsenz und das Fehlen sinnlicher Hinweise entfällt das Fixieren der anderen Person.

Optische und akustische Wahrnehmung fallen völlig weg und lassen somit keinerlei Rückschlüsse zu, die aber, je nach Ansatz, durchaus in der Arbeit eine Rolle spielen und für die Beratung genutzt werden.

Natürlich besteht bei der computervermittelten Kommunikation die Gefahr, dass negative Reaktionen und Kritik, Missverständnisse schaffen und zur Reduktion von Vertrauen führen. Andererseits kann sich auch eine schnelle Intimität herstellen, da offener, direkter und mit weniger Hemmungen über Problemlage, Befindlichkeiten, Sorgen, Wünsche, Bedürfnisse geschrieben werden kann. Dass das „Gespräch mit Fremden“ manchmal leichter ist, ist z. B. aus Kommunikation bei längeren Zugfahrten bekannt.

Auch wenn körperliche Abwesenheit bei der Kommunikation vorliegt, können Texte sehr wohl Emotionen auslösen und haben somit auch Einfluss auf das reale Leben und die Leiblichkeit der Schreibenden. Worte, auch geschriebene, können berühren, verärgern, verwirren, beängstigen, Freude und Lust auslösen, Erkenntnisse und Wissen fördern.

Im face to face Gespräch ist der Einzelne an seinen Körper gebunden, in der Online Kommunikation wird wechselseitige Imagination ausgelöst. Diese kann wechselseitig mitgeteilt und hinterfragt werden (z.B. „sind sie noch jung“ ...)

Bei der schriftlichen Beratung sind Lesen und Schreiben als Kulturtechnik beim Beratenden in besonderem Maße gefragt und er muss bejahen, sich schreibend auszudrücken. Im Vergleich dazu kann z.B. bei der Beratung am Telefon, die ja ebenfalls reduzierte Wahrnehmung beinhaltet, die Sprache, der Dialekt, Stottern, schweres Atmen, weinen, Hintergrundgeräusche Einfluss auf die/den Beratenden haben und zu direktem Nachfragen genutzt werden. Bei der Online-Beratung gibt es keine persönliche Note, nur der Text „spricht“ und bei den Worten entstehen eigene innere Bilder, die Informationen bekommen unsere Bedeu-

tung. Außerdem gibt es immer eine Zeitverzögerung zwischen Schreiben – Senden – Lesen – Antworten.

Bei der Nutzung von E-Mail Beratung ist davon auszugehen, dass die Ratsuchenden dies freiwillig und selbstbestimmt tun. Besucherinnen und Besucher der Beratungsstellen kommen häufiger auch auf äußeren Druck hin und es bleibt unklar, ob sie Hilfe tatsächlich wünschen, und eine Veränderungserwartung und ein Veränderungsauftrag bestehen.

Die im Schreiben vorgenommene Selbstrepräsentation wird ausschließlich bestimmt durch das Benennen, Beschreiben, Auslassen der eigenen Lebenssituation und durch die dringenden Fragen.

Nur durch den Text wird etwas mitgeteilt, was wir als Wahrheit des anderen akzeptieren und anerkennen sollten. In der Regel bestehen die Mails aus einer Mitteilungs- und einer Darstellungsebene. In der ersten sind die Informationen, Selbstdarstellungen, Fragen und Erwartungen erfasst. In der Darstellungsebene zeigt sich, die Perspektive des Schreibers (eigene Betroffenheit, Erzählung oder Wahrnehmung, Information anderer) sowie die Art der Formulierung. Nutzerinnen und Nutzer formulieren häufig in grammatikalisch und orthographisch nicht korrekter Sprache, verwenden gängige Kürzel (z.B. MfG =Mit freundlichen Grüßen) und Icons (z.B. Smiley), nutzen ausschließlich Kleinschreibung, duzen den Adressaten.

Vor der Beantwortung einer E-Mail sollte bei den Beratenden Klarheit über die Haltung den Ratsuchenden gegenüber bestehen, die von Authentizität, Wertschätzung und Empathie getragen wird und sich somit nicht vom persönlichen Beratungssetting unterscheidet.

Die Beratenden sollten sich darüber im Klaren sein, dass die Anfragenden bestimmen, welche Seite ihrer Identität sie beschreiben, welche sie ignorieren, verschweigen. Dies fördert einen partnerschaftlichen Dialog, führt zu mehr Gleichheit und weniger Hierarchie. Die computerbasierte Kommunikation kann zu einem Erkundungsprozess führen, indem das Nachdenken über Erlebnisse, Gedanken, Gefühle, Haltungen zu einer selbstbestimmten Entscheidung führt. Das Schreiben verlangsamt die Kommunikation, auch die zeitliche Differenz bietet die Chance intensiverer Selbstreflexion.

Das Fehlen von Kontext in der Online-Beratung fördert das Nachfragen, das Erkunden dessen, was die/den Anfragenden beschäftigt, was sie/er benötigt. Die Verschriftlichung kann ihr/ihm als Psychohygiene und als Reinigungs- und Klärfunktion dienen.

Wichtige Fragen, die die Beratenden sich stellen sollten, sind:

- Was beabsichtigt die/der Schreibende? (Möchte sie/er Anteilnahme, konkrete Tipps, wirkt die Darstellung überzogen, verharmlosend, werden Meinungen geäußert, möchte sie/er Bestätigung)
- Was ist das wichtigste Anliegen?
- Was möchte ich noch erfahren?
- Was möchte ich verstärken, was ignorieren?
- Welche Sachinformationen sind wichtig?
- Welche Angebote kann ich machen?

Das Vorgehen bei der Beantwortung besteht in der Regel aus

- Anrede (entsprechend des Stils der Anfrage: „Hallo“; „Sehr geehrte Frau“; „lieber“....)
- Kurze Information über die Einrichtung und antwortende Person

- Generelle Standards, z.B. Schweigepflicht, Dauer der Beantwortung, Grenzen der Beratung
- Antworten auf konkrete Fragen (diese Behandlung wird bezahlt von.....)
- Feedback und Fragen („Ich habe verstanden, dass...“; „könnte es sein, dass.....“)
- Lösungswege aufzeigen
- Einladung zur Antwort und/oder zu einem persönlichen Kontakt
- Grußformel

Ob die Anfrage am PC gelesen oder ausgedruckt wird, entscheidet die jeweilige Beraterin oder der jeweilige Berater, ein Ausdruck bietet die Möglichkeit, wichtige Begriffe, Textpassagen zu unterstreichen und damit ein gezieltes Augenmerk darauf zu legen. Wie werden innere Prozesse beschrieben? Ist es z.B. möglich von der/vom Ratsuchenden verwendete Metaphern zu nutzen, umzudeuten?

### Rahmenbedingungen, Qualitätsstandards

Um das Angebot vorhalten zu können, bedarf es der Regelung technischer Voraussetzungen und der Klärung von Datenschutz und Datensicherheit. Eine E-Mail bietet ungenügenden Schutz vor Fremdzugriff, deshalb sollte eine SSL- Verschlüsselung Standard sein. Dabei wird zwischen Absender und Empfänger ein sicher verschlüsselter Datenkanal geschaffen. Die Daten und Schreiben liegen auf einem passwortgeschützten Account auf den nur die/der Ratsuchende und die/der Beratende Zugriff haben. Beratende werden über eine E-Mail über den Eingang einer Anfrage informiert und können über Usernamen und Passwort die Anfrage empfangen und beantworten. Die Ratsuchenden können ebenfalls entscheiden, ob sie bei Vorliegen einer Antwort über Mail informiert werden möchten.

Um die Qualifikation und Seriosität der Beratungseinrichtung aufzuzeigen, ist eine Nennung des Namens, Logos, der Adresse und/oder der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters hilfreich. Als Anbieter erkennbar zu sein schafft Vertrauen bzw. Vertrauensvorschub. Die webbasierte Beratung soll einen Grad an Vertraulichkeit bieten wie er auch bei einem Vier-Augen-Gespräch in der Beratungsstelle gegeben ist.

Zugang erfolgt für unsere Beratungsstelle über das Beratungsportal des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. sowie über die Homepage der Diakonie Mark - Ruhr.

Durch die Nutzung dieses Portals sind Anschaffungs-, Entwicklungs- und Wartungskosten reduziert und über einen Button ist eine Auswertung nach vorgegebenen Rubriken zeitnah möglich. Die Beantwortung der Anfragen erfolgt mit Ausnahme des Wochenendes innerhalb von zwei Tagen von namentlich bekannten Mitarbeitern.

In unserem Portal beziehen sich die vorgegebenen Auswertungen auf die Anzahl der Anfragen pro Monat, die Dauer der Anfragen, Anfragen nach Uhrzeit, Häufigkeit des Kontaktes sowie auf Geschlecht, Alter und Postleitzahl. Das Thema der Anfrage geht z.T. aus der von den Ratsuchenden gewählten Überschrift hervor. Da uns auch interessiert, ob die/der Fragende selber betroffen ist, oder als Angehörige/r Rat sucht und um welche psychotropen Substanzen oder abhängigen Verhaltensweisen es sich handelt, erfassen wir, so es denn aus dem Text hervorgeht, in einer gesonderten Tabelle.

Webbasierte Online-Beratung ist trotz der seit Jahren bestehenden und sich erweiternden PC- und Internetnutzung eine noch relativ junge Disziplin. Eine eigenständige Ausbildung gibt es erst in einigen Ansätzen.

Ein Nachweis von Wirksamkeit der Beratung fehlt, Auswertungen und Erfahrungsberichte liegen erst zum Teil vor, so z.B. bezogen auf das Projekt Online Beratung des Deutschen

Caritasverbandes 2005 -2007, indem 92% die Nutzung der Online Beratung als hilfreich bzw. sehr hilfreich, 88% das technische System mit gut und sehr gut bewertet haben und 51% zu einer face to face Beratung angeregt wurden.

Im Bereich von Onlinetherapie gibt es eine Evaluation bei der modularen Therapie von Depressionen. Diese ergab gute Ergebnisse, wenn sie kontinuierlich und in der Gesamtheit durchlaufen wurden, d.h. keine Unterschiede zu den Therapien im persönlichen Therapie-setting.

### Erfahrungsbericht

Obwohl sich Menschen in der Online Kommunikation andere Namen, andere Identitäten schaffen können, zeigt die Erfahrung in Beratungsportalen, dass die Mehrheit der Menschen tatsächlich um Hilfe und Rat fragen. Bei keiner unserer Anfragen hatten wir den Eindruck, dass es sich um gefakte Schilderungen handelte.

In der Zeit von Beginn des Angebotes im April 2011 bis zum April 2013 haben uns 70 Männer und Frauen über das Portal geschrieben.

Nur dreimal wurde die Onlineanfrage zur Terminabsprache genutzt, alle anderen Mails bezogen sich auf Fragen und Hilfesuche zu den Bereichen: Cannabis, Alkohol, Drogen, Tabletten, Glücksspiel, Essstörungen, Medienabhängigkeit sowohl von Betroffenen als auch von Angehörigen.

Die häufigsten Anfragen bezogen sich auf die Substanz Cannabis bzw. Alkohol und Cannabis (19). Danach folgten Fragen und Schilderungen zum Alkoholkonsum incl. Konsum von Alkohol und Kokain (16). Zum Tabletten- und Drogenkonsum lagen je 9 Anfragen vor, wobei auffällig war, dass Heroin und GBL nur je einmal genannt wurde. In den anderen Anfragen wurden die Drogen nicht namentlich genannt (Diese kamen auch überwiegend von Angehörigen).

Von den 70 Personen haben sich 35 wegen eines eigenen Missbrauch oder einer Abhängigkeit an uns gewandt, 29 wegen der Sorge um einen Angehörigen, 6 Anfragen bezogen sich auf allgemeine Fragen, z.B. zum Nachweis von Substanzen oder Behandlungsmöglichkeiten, so dass das Motiv der Fragen im Unklaren blieb.

Freiwillige Angaben zum Geschlecht haben 79% gemacht, zum Alter 72% und zur Postleitzahl, die allerdings nur mit den ersten beiden Nummern ausgewertet werden, 67%.

Ein mehrmaliger Austausch über E-Mail auch über einen längeren Zeitraum, fand mit 11 Personen statt. Dabei waren 7 Nachrichten das Maximum. Persönliche Beratung, die wir auch immer anbieten, ergab sich in 10 Fällen. Zum Teil kamen Anfragen aus den Nachbarstädten und wir haben auf die Angebote vor Ort verwiesen. Wir haben auch Weitervermittlungen im Internet z.B. zum Portal: [www.quit-the-shit.net](http://www.quit-the-shit.net) oder [www.realize-it.org](http://www.realize-it.org) angeregt.

In den folgenden Tabellen geben wir noch einen Überblick über Geschlecht, Alter und Uhrzeit der Anfragen:

## Anfragen April 2011 - April 2013

Gesamtzahl: 70

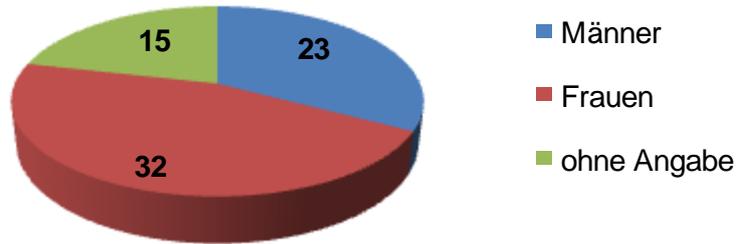


Abbildung 8: Anfragen, Quelle: Diakonie

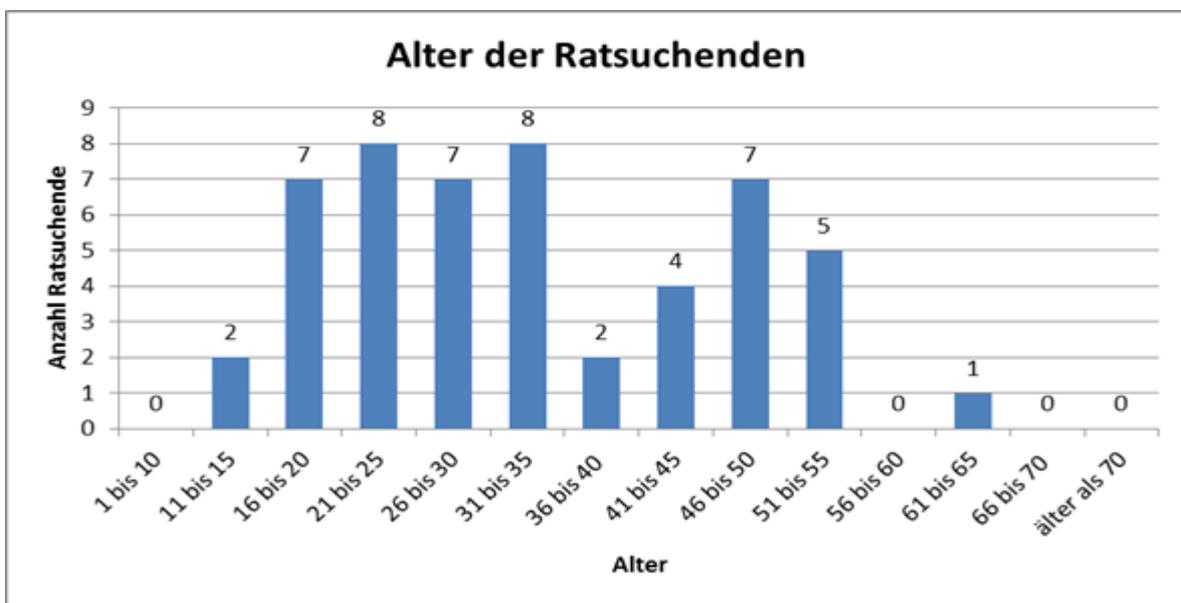


Abbildung 9: Alter, Quelle: Diakonie

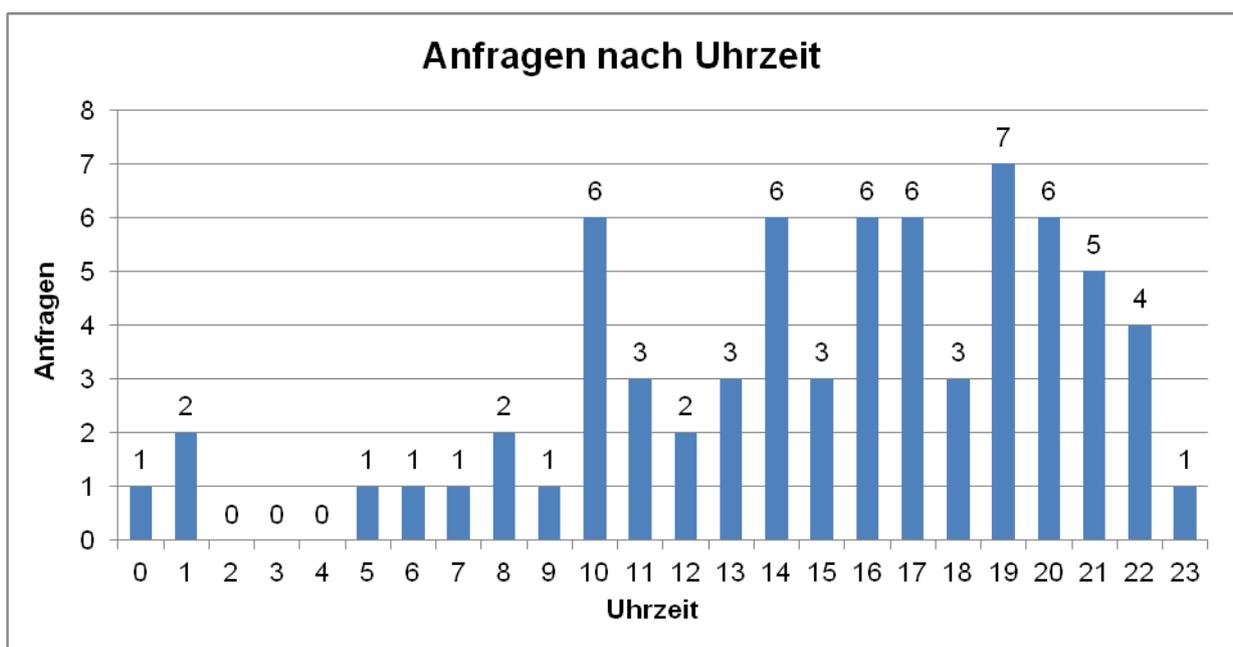


Abbildung 10: Anfragen nach Uhrzeit, Quelle: Diakonie

Wir werden das Angebot weiter anbieten und aufgrund der bisherigen Erfahrungen verbessern und weiterentwickeln. Nach wie vor verstehen wir dieses Angebot als ergänzendes zur persönlichen Beratung. Wie Computergestützte Kommunikationen die Beratung in Zukunft weiter verändern wird, bleibt abzuwarten. Verbesserte Auswertung der Angebote und Evaluation der Wirkung wären wünschenswert.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Einzugsgebiete .....	7
Abbildung 2: Altersstruktur .....	11
Abbildung 3: Altersgruppen .....	12
Abbildung 4: Schulabschlüsse.....	13
Abbildung 5: Ausbildungsabschlüsse .....	15
Abbildung 6: Lebensunterhalt .....	17
Abbildung 7: Hauptdiagnosen.....	19
Abbildung 8: Anfragen.....	27
Abbildung 9: Alter .....	27
Abbildung 10: Anfragen nach Uhrzeit .....	27

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Einzugsgebiete .....	6
Tabelle 2: Klient/innen .....	7
Tabelle 3: Konsument/innen .....	8
Tabelle 4: Substituierte .....	8
Tabelle 5: Prävention .....	9
Tabelle 6: Schulabschluss .....	13
Tabelle 7: Ausbildungsabschluss .....	14
Tabelle 8: Lebensunterhalt .....	16
Tabelle 9: Zuweisungen .....	16
Tabelle 10: Hauptdiagnosen Top 3 .....	17
Tabelle 11: Hauptdiagnosen gesamt .....	18

## Quellenverzeichnis

### Kapitel 2:

Ennepe-Ruhr-Kreis (2013): Benchmarkdaten der einzelnen Suchthilfezentren, eigene Berechnungen, Schwelm.

IFT – Institut für Therapieforschung (Hrsg.) (2012): Deutsche Suchthilfestatistik 2011, Alle Bundesländer, Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4), Bezugsgruppe 2 Alle Betreuungen ohne Einmalkontakte, München, unter: <http://www.suchthilfestatistik.de/download.html>, letzte Recherche: 04.2013.

it.nrw – Landesbetrieb für Information und Technik Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2012): Landesdatenbank, Düsseldorf, unter: <https://www.landesdatenbank.nrw.de/>, letzte Recherche: 04.2013.

### Kapitel 3:

Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L., Hammes, D., & Raiser, P. (2011): Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen, Drogensituation 2010/2011, München unter: <http://www.dbdd.de/content/view/59/113/>, letzte Recherche: 04.2013.

### Kapitel 4:

Arbeitskreis Online-Beratung (Hrsg.) (2003): Rahmenempfehlungen zu Qualitätsmerkmalen der Internetberatung, Köln.

DESTATIS - Statistisches Bundesamt (2012): Private Haushalte in der Informationsgesellschaft, Wirtschaftsrechnungen Fachserie15 Reihe 4, unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/EinkommenKonsumLebensbedingungen/PrivateHaushalte/PrivateHaushalteIKT.html>, letzte Recherche 04.2013.

Diakonisches Werk der EKD Berlin (2013): Nutzung und Einrichtung eines Webmail Postfaches, Unterlagen für Projektmitglieder, Berlin.

Ruf, Daniela, Dr. (2012): Chancen im Netz nutzen -Online-Beratung-, Deutscher Caritasverband e.V., Präsentation, Jahrestagung der Drogenbeauftragten 2012, Berlin.

Dodier, B., Knatz B. (2003): Hilfe aus dem Netz, Stuttgart.

Kühne, Stefan / Hintenberger Gerhard (Hrsg.) (2009): Handbuch der Online-Beratung, Göttingen.

## **Impressum**

### **Herausgeber**

Ennepe-Ruhr-Kreis  
Der Landrat  
Fachbereich V - Soziales und Gesundheit  
Hauptstr. 92  
58332 Schwelm

### **Redaktion**

Rita Köster  
Margarethe Kubitza  
Jürgen Mühl  
Jana Ramme  
Branko Wositsch  
Brigitte Stenzel

Tel.: 02336/93-2446  
Email: m.kubitza@en-kreis.de

### **Druck und Verlag**

Hausdruckerei Ennepe-Ruhr-Kreis

© Ennepe-Ruhr-Kreis, Juli 2013

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben sowie Druckfehler in diesem Bericht übernimmt die Redaktion keine Haftung.