



Jahresbericht 2008

**der psychosozialen Beratungsstelle
für Jugendliche und (junge) Erwachsene**

**Hauptstraße 94
44651 Herne
☎ 02325/3891 - Fax: 02325/932523
email: jkd-kadesch@t-online.de
internet: www.therapieverbund-herne.de**

Vorsitzender: Frank Sichau

Geschäftsführer: Peter Schay



Bild: JKD - Psychosoziale Beratungsstelle, Hauptstraße 94, 44651 Herne

Inhalt

Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung e.V. (JKD)

Leistungsbeschreibung der Angebote

- Art der Leistung
- Drogenhilfesystem Herne
- Umfang der Leistung
- Personelle Ausstattung
- Leistungen der JKD
- Ziele der Leistungen der JKD

Aspekte aus der Arbeit in 2008

- *Leistungsvereinbarung*
- *Kommunalisierung*
- *Prävention*
- *Beratung*
- *Junge Drogenkonsumenten*
- *Aufsuchende Arbeit*
- *Psychosoziale Betreuung Substituierter*

Statistische Aussagen 2008 (Psychosoziale Beratungsstelle)

Statistische Aussagen 2008 (Fachstelle für Prävention, Gesundheitsförderung, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit)

Pressespiegel (Auszüge)

Die Mitarbeiter

Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung e.V. (JKD)

Die JKD wurde 1980 als gemeinnütziger Verein gegründet. Die Satzung des Vereins definiert insbesondere die Beratung und Betreuung Suchtgefährdeter und -abhängiger als Schwerpunkte.

Die JKD hat ihre Räumlichkeiten in einer alten Villa und einem in 2004 fertiggestellten Neubau an der Hauptstraße 94.

Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung e.V. (JKD) Herne



PRÄVENTION

Allgemeine Zielsetzung

- Förderung von persönlicher, psychischer und sozialer Kompetenz
- Einwirkung auf soziokulturelle Bedingungen
- Vermittlung von Sachinformationen und dringender und wichtiger Aufklärung

Zielgruppe	Primärprävention
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Kinder und Jugendliche - Einwirkungsförderung in Familien und Schulklassen - Erweiterung sozialer und pers. Handlungskompetenzen - Förderung eines verantwortlichen Umgangs mit Stoffsuchtmitteln und stoffgebundenen Suchtmitteln - Gesundheitsförderung
Zielgruppe	Multiplikatoren (Kindergarten, Schulen, Betriebe und Freizeiteinrichtungen)
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsförderung - Schulung zu päd. zielorientierten Programmen

Zielgruppe	Sekundärprävention
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Menschen mit Konsumförderung (mit riskanten, nichtärztlichen Konsummitteln) - Schadensbegrenzung (Stoff- oder Nikotin) - Risikominimierung - Kompetenzförderung - Gesundheitsförderung

Zielgruppe	Multiplikatoren (Schule, KHS-Einrichtungen, Freizeiteinrichtungen, Bildungsinstitute)
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung von Informationen zu Suchtmitteln und Konsumformen - Vermittlung von Kompetenzen und Strategien im Umgang mit Konsummitteln (stoffgebunden und -ungebunden) - Vermittlung in Einrichtungen des Hilfesystems - Schulung zu pädagogischen und zielorientierten Programmen

Zielgruppe	Tertiärprävention
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Konsumieren, die Wege aus der Sucht suchen - Selbstverschärfung und -stabilisierung - Rückfallprävention - Übernahme von Eigenverantwortung - Stabilisierung und Organisierung der allgemeinen Lebenssituation - Gesundheitsförderung

Zielgruppe	Multiplikatoren
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsvermittlung zum Ausstieg aus der Sucht - Vermittlung in Einrichtungen des Hilfesystems

PSYCHOSOZIALE BERATUNG

Allgemeine Zielsetzung

- Beratungsgewinn für suchtmittelabhängige und suchtkranke Menschen in Krisen

Zielgruppe	Beratungsarbeit
Ziele	<ol style="list-style-type: none"> 1. Angehörige von suchtkranken und suchtmittelabhängigen Menschen 2. Individuelle 3. Selbsthilfegruppen 4. Suchtziele 5. Multiplikatoren 6. Menschen in Krisen <ul style="list-style-type: none"> - Suchtaufklärung und Problemerkennung - Einleitung von Hilfesuchen - Motivationsarbeit - Sachinformationenvermittlung - Informationen zu Hilfesystemen - Einzelformen zu medienkompetente Selbsthilfegruppen - Weiterleitung an Suchtmediziner - Vermittlung und Informationen zu Suchtmitteln und Konsumformen - Vermittlung von Kompetenzen und Strategien im Umgang mit Konsummitteln - Krisenintervention - Einleitung eines individuellen und bedürfnisorientierten Hilfesystems - Einleitung von Hilfesuchen - Evtgl. Anbahnung - Gesundheitsförderung

Zielgruppe	Betreuung
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - suchtmittelabhängige und suchtkranke Menschen - Krisenintervention und/oder Schadensbegrenzung - Unterstützung und Begleitung - Hilfen zur Lebensbewältigung - Soziale und/oder berufliche Eingliederungsmöglichkeiten - Sozioadministratives Unterstützungsmanagement - Gesundheitsförderung

Zielgruppe	Angehörige von suchtmittelabhängigen und suchtkranken Menschen
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung und Informationen zu Suchtmitteln und Konsumformen - Unterstützungsmanagement - Aufarbeitung familiärer Suchtdynamiken

Zielgruppe	Individualität
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Stabilisierung - Motivationsarbeit, Therapiebegleitung - Förderung sozialer und kommunikativer Kompetenzen
Zielgruppe	Selbsthilfegruppen
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Stabilisierung und Dokumentararbeit - Beratung zur Aktivität und Selbsthilfe - Soziale und/oder berufliche Eingliederungsmöglichkeiten - Hilfen zur Lebensbewältigung

Zielgruppe	Vermittlung
Ziele	<ol style="list-style-type: none"> 1. suchtkranke Menschen 2. Menschen mit Doppeldiagnose 3. Multiplikatoren 4. Angehörige 5. Individuelle 6. Menschen in Krisen <ul style="list-style-type: none"> - Einleitung eines individuellen und bedürfnisorientierten Hilfesystems - Sachinformationen über medizinische, soziale, pädagogische und sonstige Hilfesysteme - Weiterleitung an Leistungserbringer

Zielgruppe	Rehabilitation
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> - Klärung nach Maßnahmen der medizinischen und/oder sozialen Rehabilitation - Berufliche und soziale Integration - Begleitung und Stabilisierung - Festigung des Krisenbewältigungs-, Rückfallpräventions - Evtgl. Rückfallbearbeitung

Schaubild: Leistungsangebote der Psychosozialen Beratungsstelle

Leistungsbeschreibung der Angebote

Art der Leistung

Suchthilfe umfaßt Maßnahmen der Prävention, Beratung, Selbsthilfe, Psychosozialen Betreuung, Vermittlung in Behandlung/Rehabilitation und Wiedereingliederung. Die einzelnen Leistungssegmente sind sehr komplex, umfangreich und - soweit notwendig - sehr spezialisiert ausgebaut.

Die Maßnahmen sind fachlich so ausgerichtet, daß einer (übermäßigen) Segmentierung in Einzelleistungen entgegengewirkt und ein ganzheitlicher Ansatz mit einem hohen Grad an personaler und konzeptioneller Kontinuität angestrebt wird (vgl. auch Landesprogramm gegen die Sucht 1998).

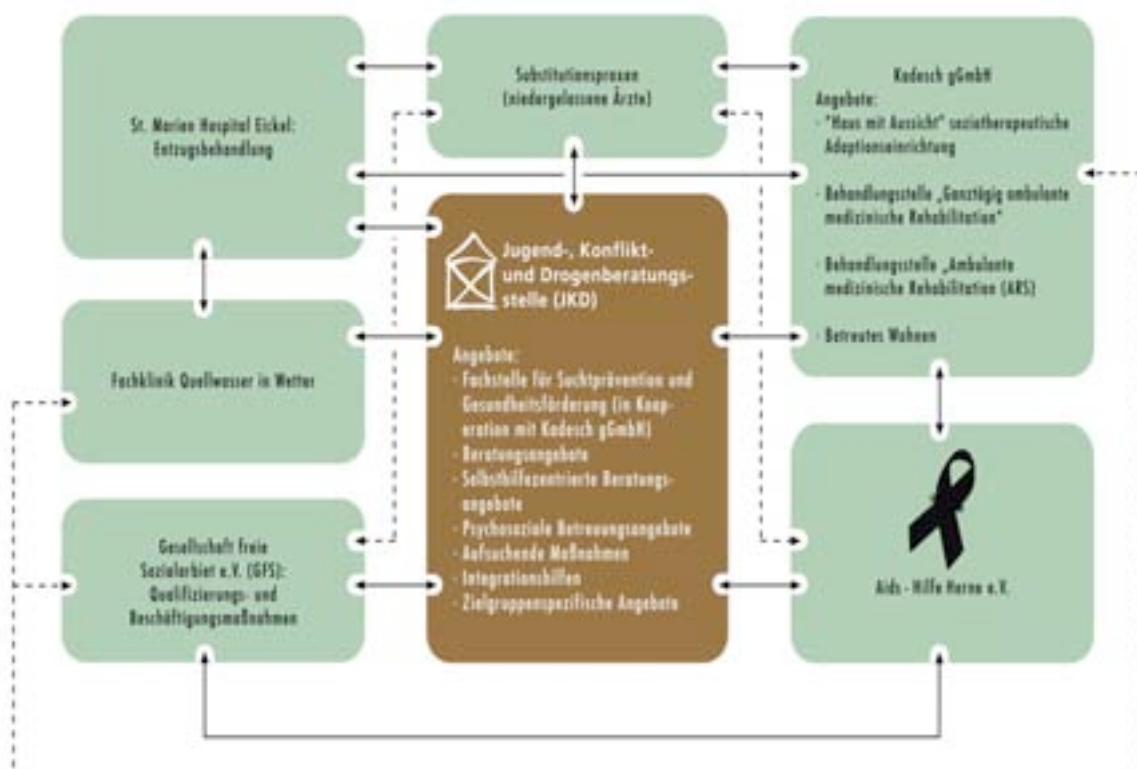
Die Aufgabenstellung und Zielsetzung der JKD orientiert sich an einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur, d.h. ihre gesamte Leistungspalette basiert auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen.

Die Beratungs- und Betreuungsangebote müssen an die spezifischen Lebensbedingungen der Stadt angepaßt werden, um ein bedarfsgerechtes/integriertes/flexibles Versorgungskonzept zu realisieren. Die JKD hält Angebote für die in der Stadt Herne lebenden Suchtmittelabhängigen und -gefährdeten sowie deren Angehörigen vor und vernetzt ihre Maßnahmen im fachlich erforderlichen Maße mit anderen Trägern des psychosozialen Versorgungssystems in Herne.

Drogenhilfesystem Herne

Im Drogenhilfesystem Herne bietet die **JKD** in Kooperation mit den Einrichtungen des psychosozialen Versorgungssystems in Herne ein differenziertes Netzwerk an Hilfen für (ehemalige) Suchtmittelabhängige.

Schaubild: Netzwerk „Drogenhilfesystem Herne“



Das Ziel ist, die Hilfen für Suchtgefährdete und Suchtkranke in Herne bedarfsgerecht, auf den Einzelfall abgestimmt und flexibel vorzuhalten.

Die Hilfen werden effizient und wirtschaftlich erbracht; sie orientieren sich an Prinzipien wie

- möglichst frühzeitige Einleitung von Hilfemaßnahmen,
- Orientierung an den Bedürfnissen und der jeweiligen Lebenslage des Klienten,
- ambulant vor stationär,
- wohnortnah vor wohnortfern,
- angemessene, kompetente und effektive Hilfe in jeder Phase der Gefährdung/Erkrankung.

Umfang der Leistung

- (1) Der Umfang der Leistungen im Bereich **Beratung** ist einzelfallbezogen und richtet sich nach dem individuellen Hilfebedarf.

Die Öffnungszeiten sind klientenorientiert (von Montag bis Freitag mindestens 30 Stunden); die Zugangsvoraussetzungen sind niedrigschwellig gestaltet; die telefonische Erreichbarkeit (Mo - Fr ab 09.00 Uhr) ist gewährleistet:

Montag + Mittwoch	09.30 Uhr bis 18.00 Uhr (17,0 Std.)
Dienstag + Donnerstag	14.00 Uhr bis 19.00 Uhr (10,0 Std.)
Freitag	14.00 Uhr bis 17.00 Uhr (03,0 Std.)

Gesprächs- und Beratungstermine können auch außerhalb der Öffnungszeiten vereinbart werden.

- (2) Der Umfang der Leistungen im Bereich **Prävention** ist entsprechend den Anforderungen der Institutionen/Einrichtungen und Hilfesuchenden zu gestalten, die Leistungen der Prävention in Anspruch nehmen.

Maßnahmen der **Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention** sind nicht trennscharf zu erfassen. (Altersbedingt) sind Einstieg in den Konsum und Konsummuster unterschiedlich und es gibt keine meßbaren Quantifizierbarkeiten. Mit den Maßnahmen werden sowohl potentiell als auch bereits konsumierende Menschen erreicht.

Der **Primärprävention** sind i.d.R. Maßnahmen im Elementarbereich und der Unterstufe der weiterführenden Schule zuzuordnen. Hier werden von JKD im Jahr durchschnittlich 35 Maßnahmen durchgeführt.

Der **Sekundärprävention** sind i.d.R. Maßnahmen im schulischen Bereich (überwiegend Mittel- und Oberstufe der weiterführenden Schulen), im Rahmen der Jugendhilfe und in der Erwachsenenbildung zuzuordnen. Hier werden von JKD im Jahr durchschnittlich 25 Maßnahmen durchgeführt.

Des Weiteren werden hier Jugendliche mit riskantem oder mißbräuchlichem Konsummuster beraten und betreut, die z.T. auch straf- und betäubungsmittelrechtlich erstauffällig geworden sind; i.d.R. 100-150 Klienten im Jahr, wobei hier zusätzlich Maßnahmen der telefonischen Beratung und Krisenintervention zu berücksichtigen sind.

Tertiärprävention ist die Beratung/Betreuung von Menschen, die aus der Sucht aussteigen wollen; i.d.R. 100-150 Klienten im Jahr, wobei hier zusätzlich Maßnahmen der telefonischen Beratung und Krisenintervention zu berücksichtigen sind. Dies umfaßt alle Bereiche der Suchthilfe (vgl. auch § 1 Abs. 2 dieser Vereinbarung).

Im Bereich der **Öffentlichkeitsarbeit** finden durchschnittlich 150 Veranstaltungen im Jahr statt, die in Eigenregie oder unter Beteiligung anderer durchgeführt werden, bzw. an denen JKD beteiligt ist.

Personelle Ausstattung und Qualifikation der Mitarbeiter

In der Psychosozialen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und (junge) Erwachsene kommen regelmäßig sozialarbeiterische und pädagogische Methoden zur Anwendung.

Die JKD wird fachprofessionell geleitet, die Leistungsangebote werden von einem multiprofessionellen Team durchgeführt. Die Fachkräfte (Dipl. Sozialarbeiter/-pädagogen, Dipl. Pädagogen oder andere Angehörige vergleichbarer Berufsgruppen mit Hochschulabschluß) verfügen i.d.R. über mehrjährige Berufserfahrung sowie eine geeignete und VDR-anerkannte Fort-/Weiterbildung, die den Qualitätszielen gerecht wird. Soweit Mitarbeiter ohne fachspezifische Ausbildung eingesetzt werden, ist die fachliche Unterstützung durch Fachkräfte gewährleistet.

Geschäftsführung und Verwaltung werden von der JKD im fachlich gebotenen Maße verantwortet.

Leistungen der JKD

Das ambulante Beratungs- und Betreuungsangebot der JKD umfaßt ein breites Spektrum an Hilfeangeboten und Handlungsmodalitäten. Es richtet sich an suchtgefährdete Menschen, Konsumenten von Suchtmitteln (vorwiegend illegale Suchstoffe), an Substituierte, an Angehörige von Drogenkonsumenten und -gefährdeten sowie an Jugendliche, Heranwachsende und Erwachsene, die sich in Krisensituationen befinden.

Beratung ist zu verstehen als ein am Bedarf der betreuten Person orientiertes und verbindlich vereinbartes Angebot, das sich auf ein breites Spektrum an Hilfemaßnahmen bezieht und der sozialen Integration dient.

Prävention ist ein gemeindeintegriertes Hilfeangebot, das der Förderung personaler psychischer und sozialer Ressourcen (z.B. positive Selbstregulation, Konfliktfähigkeit, Genußfähigkeit, Selbständigkeit,

Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit) dient. Soziostrukturelle Bedingungen (z.B. Erziehungskultur, schulische und außerschulische Lernbedingungen, Ausbildungs- und Berufschancen, Stadtteilkultur, Wohnbedingungen, Freizeitangebote), die suchtfördernd oder umgekehrt suchtvmeidend wirken können, werden aufgedeckt und Sachinformation im Sinne von drogen- und suchtbbezogener Aufklärung vermittelt.

Ziele der Leistungen der JKD

(1) Das Ziel von **Beratung und Betreuung** ist, die Hilfen für Suchtgefährdete und Suchtkranke in Herne bedarfsgerecht, auf den Einzelfall abgestimmt und flexibel vorzuhalten.

Psychosoziale Beratung und Betreuung umfasst die Gesamtheit aller Maßnahmen, die durch diese Vereinbarung und entsprechende Richtlinien des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW vorgeben sind:

- Entwicklung psychosozialer, sozialtherapeutischer und pädagogischer Maßnahmen, die geeignet sind, die konzeptionellen Beratungs-/Betreuungsformen zu gewährleisten, insbesondere
 - Beratungs- und Betreuungsangebote zum Thema „Suchtmittelkonsum und Sucht“
 - Vermittlung in ambulante, teilstationäre und stationäre Therapie
 - niedrigschwellige Angebote (z.B. Aufenthaltsmöglichkeiten, Care-Packs, Kondomvergabe, Duschmöglichkeiten, Waschmaschinenbenutzung)
 - psychosoziale Betreuung von Substituierten
 - Beratung und Betreuung inhaftierter Drogenabhängiger
 - Suchtprävention und Gesundheitsförderung (in Kooperation mit der Kadesch GmbH)
- Unterstützung von jungen Menschen bei ihrer körperlichen, seelischen und geistigen Entwicklung
- Eingliederung des Klienten in den gesellschaftlichen Alltag sowie Bearbeitung der dabei entstehenden Probleme, z.B. bei der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, in der Freizeitgestaltung, im Aufbau neuer suchtfreier Kontakte
- Krisenintervention und Akuthilfen
- Angehörigenberatung
- Betreuungsplanung und -dokumentation
- Reflektion der bisherigen Maßnahmen
- Prognosestellung

Die Leistung beinhaltet die im Einzelfall erforderlichen Hilfen zur Beratung, Begleitung, Betreuung und Förderung nach Maßgabe der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII/KJHG), Sozialhilfe (SGB XII/BSHG), Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II), dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten.

Als Maßnahmen zur Erbringung dieser Leistungen können verschiedene Formen unterschiedlicher Unterstützungs- und Beratungsangebote dienen, wie die Hilfeplanung und -reflektion, Gesprächsangebote, Telefonkontakte, persönliche Kontakte, Begleitung und Zusammenarbeit zu/mit anderen Diensten und Institutionen. Die einzelfallbezogenen Maßnahmen können mit Gruppenangeboten kombiniert werden.

Direkte Beratungs- und Betreuungsleistungen sind ...

- Beratungs- und Betreuungsangebote zum Thema „Suchtmittelkonsum und Sucht“: Hierunter fallen Informationen zu allen Suchtmitteltypen, stoffungebundene Süchte sowie psychosoziale, medizinische und therapeutische Hilfeangebote.
- aufsuchende Maßnahmen: Hierunter fallen Hausbesuche, Beratung in Einrichtungen anderer Versorgungsbereiche (Arztpraxen, Krankenhäuser, Jugendhilfe, Beschäftigungsprojekte, Migrationshilfe, Haftanstalten u.a.).
- akzeptierende Drogenarbeit: Hierunter fallen individuelle Beratung, Erstellung und Verteilung von Broschüren, Durchführung von Impfkampagnen, Informationsveranstaltungen oder Beratungen zu gesundheitlichen Problemen und Risiken (z.B. über Infektionswege und -risiken, Möglichkeiten des Infektionsschutzes, risikoarme Sexualpraktiken und Konsumtechniken/Applikationsformen), Kondomvergabe.
- Vermittlung in ambulante, teilstationäre und stationäre Therapie: Hierunter fallen Vermittlungstätigkeiten aus unserer Einrichtung heraus (reguläre Therapievermittlung) oder aus der JVA gem. § 35 BtmG.
- niedrigschwellige Angebote: Hierunter fallen Waschmaschinenbenutzung, Wasch-/Duschgelegenheit, Aufenthaltsmöglichkeit, Kondomvergabe u.a.m..
- psychosoziale Betreuung von Substituierten (PSB), d.h. Leiden zu lindern, Störungen zu beheben und den persönlichen und sozialen Spielraum des einzelnen zu erweitern: Hierunter fallen u.a. Aufbau von Distanz zur Drogenszene, Aufgabe polytoxikomaner Konsummuster und Förderung von Ausstiegsmöglichkeiten aus der Sucht und Delinquenz.

- Angebote der Krisenintervention für Personen, die sich in akuten, persönlichen, medizinischen oder sozialen Ausnahmezuständen befinden.
- Angebote an Angehörige.
- Angebote der Suchtprävention und Gesundheitsförderung in Kooperation mit der Kadesch GmbH.
- Gruppenangebote: Hierunter fallen Freizeitangebote, Initiierung von Selbsthilfegruppen u.a.m..

Mittelbare Beratungs- und Betreuungsleistungen sind ...

a) klientenbezogene Tätigkeiten

- Gespräche im sozialen Umfeld der betreuten Person
- Kooperationskontakte mit gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern
- Telefonate und Schriftverkehr bzgl. Alltagsangelegenheiten der betreuten Person
- Einzelfalldokumentation/Dokumentation des Betreuungsprozesses
- Ausfallzeiten/von der betreuten Person nicht wahrgenommene Termine
- einzelfallbezogene Tätigkeiten im Vorfeld einer Betreuung und im Rahmen einer Nachbetreuung
- Antragsverfahren, Sozialberichte, Stellungnahmen an Gerichte/Staatsanwaltschaften etc.

b) klientenübergreifende Tätigkeiten

- Planung und Vorbereitung von Gruppenangeboten
- Fallbesprechungen/kollegiale Beratung
- Supervision
- Facharbeitskreise
- Teamsitzungen
- Fortbildung

c) sonstige Leistungen

Sonstige Leistungen sind alle zur Organisation des Dienstes und des Arbeitsablaufes sowie zur Qualitätssicherung notwendigen Tätigkeiten und Maßnahmen, z.B.:

- Verwaltung/Organisation
 - Umsetzung aller Einrichtungsangelegenheiten und Vorgaben der Leistungsträger
 - Personalwesen
 - Dienstaufsicht und Dienstplanung, insbesondere: den sachgerechten, fachbezogenen und aufgabengerechten Einsatz; Fort- und Weiterbildung/ Supervision der Mitarbeiter
 - Aktenführung unter Wahrung der Schweigepflicht und des Datenschutzes
 - Finanz- und Rechnungswesen: Wirtschaftsplanung und -führung, Haushaltsüberwachung, Jahresabschlüsse, Verwendungsnachweisung
- Konzeptarbeit
 - Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung eines an den Anforderungen der Leistungsträger orientierten Konzeptes (Qualitätsmanagement)
 - strukturelle Anpassung an den Versorgungsbedarf und das Klientenprofil
 - Beratungs- und Betreuungsplanung, -dokumentation und -evaluation
- Gremienarbeit
 - Mitarbeit in regionalen und überregionalen Arbeitskreisen
 - Teilnahme an sowie Organisation und Durchführung von Fachtagungen, Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen usw.
- institutionsübergreifende Zusammenarbeit/Öffentlichkeitsarbeit
 - Zusammenarbeit mit Gesundheits-, Jugend-, Sozial-, Arbeits- und Schulämtern, regionalen und überregionalen (Fach-) Krankenhäusern, Polizei- und Justizbehörden, stationären Einrichtungen der medizinischen und sozialen Rehabilitation, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen u.v.m.
 - Öffentlichkeitsarbeit, PR-Arbeit

(2) Prävention zielt auf die Befähigung von Kindern, Jugendlichen, Eltern und pädagogischen Fachkräften, Entwicklungsbelastungen konstruktiv zu bewältigen.

Suchtprävention soll frühzeitig beginnen, langfristig angesetzt sein und umfassend durchgeführt werden. Setzt die Präventionsarbeit möglichst früh an und ist langfristig angelegt (d.h. Arbeit im Kindergarten), wird bewirkt, daß Schutzfaktoren zunächst einmal aufgebaut und gefördert werden, entsprechend stabiler wirken können und der Konsum von Suchtmitteln im beginnenden Jugendalter aufgeschoben oder vermieden werden kann. Gesundheitsbewußte und gemäßigte Konsummuster können auf diese Weise erworben werden.

Als integrierter Bestandteil der Gesundheitsförderung will Prävention auch kontext- und lebenslagenorientiert handeln und nicht mehr ausschließlich auf Risikofaktoren und mögliche Gefährdungen von Kindern und Jugendlichen zielen, sondern sich auf deren Ressourcen konzentrieren.

Suchtprävention umfaßt alle systematischen und zielgerichteten Aktivitäten und erfordert eine Vorgehensweise, die sowohl die Persönlichkeit des einzelnen, dessen Lebensbedingungen und den spezifischen Umgang mit Suchtmitteln einbezieht.

Maßnahmen der Primärprävention

Primäre Prävention richtet sich vor allem an Kinder und Jugendliche jüngerer Altersgruppen und verfolgt das Ziel, den Einstieg in den Konsum legaler und illegaler Drogen und die Entwicklung stoffgebundener oder stoffungebundener Verhaltensweisen zu verhindern. Primärpräventive Maßnahmen zielen auf die Erweiterung der sozialen und personalen Handlungskompetenzen.

Maßnahmen der Primärprävention in den Bereichen Schule, Kindergarten, -heime, Betriebe

Informationsvermittlung

- zur Suchtentstehung, Funktion von Suchtmitteln, Konsumformen, Stoffkunde
- zu stoffungebundenen Süchte
- zu HIV-Prävention
- zu allgemeiner Gesundheitsprävention

Seminare und Kurse

- zur Entwicklung von Präventionsstrategien
- zur Suchtentstehung, Funktion von Suchtmitteln
- zur Streßbewältigung
- zu Anti-Raucher-Kursen
- zu gesunder Ernährung

als

- Einzelveranstaltung
- Projektangebot
- Fortbildung, Schulung und Beratung von Multiplikatoren
- Präventionsberatung von Organisationen, Institutionen, Betrieben, ...

Maßnahmen der Sekundärprävention

Sekundärprävention ist Arbeit mit Menschen, die legale und oder illegale Suchtmittel bereits konsumieren oder riskante/mißbräuchliche Konsummuster haben. Entsprechend zielen sekundärpräventive Maßnahmen auf Schadensbegrenzung und Risikominimierung (harm reduction, safer use) und versuchen die Ausweitung und Verfestigung des Konsums zu verhindern.

Maßnahmen der Tertiärprävention

Tertiärprävention ist Beratung von Menschen, die Wege aus der Sucht suchen. Sie umfaßt die Bereiche Entzug, Substitution, Entwöhnung, Adaption und Nachsorge. Ziel ist die Erarbeitung und Sicherung der Abstinenz, Verantwortungsübernahme und Befähigung zur Selbstorganisation ihrer Lebenssituation.

Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit

- **Vorbereitung und Durchführung von Aktionstagen und Projekten**
 - Gesundheitswochen im jährlichen Rhythmus (Schwerpunkt: allgemeine Gesundheitsförderung)
 - Gesundheitskonferenzen (Schwerpunkt: allgemeine Gesundheitsförderung)
 - Aktionswochen zur Suchtvorbeugung in mehrjährigem Rhythmus (Schwerpunkt: Suchtprävention)
 - Aktionstage (Schwerpunkt: allgemeine Gesundheitsförderung)
- **regelmäßige Informations- und Diskussionsveranstaltungen**
 - in Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen, Betrieben etc.
 - für Eltern in Zusammenarbeit mit Schulen und Verbänden

Die verschiedenen Bausteine der Prävention müssen sinnvoll vernetzt werden, um Suchtvorbeugung und Gesundheitsförderung als eine wichtige Aufgabe im Bewußtsein der Bevölkerung zu verankern und damit langfristig eine Reduzierung des Suchtverhaltens zu erreichen.

(3) Qualitätskontrolle

Die JKD dokumentiert unter Berücksichtigung des Datenschutzes quantitativ und qualitativ die Arbeit in einem anonymisierten Jahresbericht.

Soweit und in dem Umfang, wie die zur Landesdokumentation verwandte und seitens des Landes NRW empfohlene Dokumentationssoftware es ermöglicht, soll eine kommentierte statistische Aufbereitung der vorliegenden Daten erfolgen.

Qualitätsmanagement

Im Jahr 2006 haben wir das Qualitätsmanagementsystem nach EFQM mit der Zielsetzung installiert, unsere Arbeit ständig zu verbessern, zu erneuern und zu professionalisieren. Das Modell des EFQM berücksichtigt neun Kriterien: Führung, Politik und Strategie, Mitarbeiterorientierung, Ressourcen, Prozesse, Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, Gesellschaftliche Verantwortung/Image und Ergebnisse. Mit Hilfe einer Selbstbewertung, einer Methode bei der systematisch aus Erfahrungen gelernt wird, werden Projekte der Verbesserung und Erneuerung entwickelt. Ein Mitarbeiter absolvierte eine Ausbildung zum Qualitätskoordinatoren nach EFQM und schloß diese erfolgreich mit der Anerkennung zum Qualitätskoordinator ab.

(4) Zielgruppe/Personenkreis

- (1) Die Angebote der JKD richten sich nach dieser Vereinbarung und orientieren sich an den Absprachen der Vertragsparteien sowie den örtlichen Gegebenheiten.
- (2) Im Rahmen der psychosozialen Beratung und Betreuung der JKD wird schwerpunktmäßig die
 - Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Sinne der Primärprävention,
 - Betreuung suchtgefährdeter und suchtkranker Kinder, Jugendlicher und Erwachsener als Teil der Arbeit in der Jugend-, Sozial- und Gesundheitshilfe,
 - Betreuung Suchtmittelabhängiger mit komorbiden Störungen (Angststörungen, Depressionen, PTBS, Persönlichkeitsstörungen etc.), die neben psychiatrischen Auffälligkeiten zusätzlich eine Suchtmittelproblematik haben,
 - Betreuung von Rauschmittelkonsumenten (das beinhaltet auch synthetische Drogen) und Menschen mit stoffungebundenen Süchten, die an der Schwelle zu einer Abhängigkeitsentwicklung stehen oder bereits (suchtmittel-)abhängig sind,
 - Betreuung von Personen mit polytoxikomanen Abhängigkeitserkrankungsformen,
 - psychosoziale Betreuung Suchtkranker, Hepatitis-Kranker, AIDS-Kranker/HIV-Infizierter im Rahmen einer Substitutionsbehandlung,
 - Beratung und Betreuung jugendlicher Angehöriger suchtkranker Eltern,
 - Beratung Angehöriger der genannten Personengruppen und
 - Multiplikatorarbeit (Mitarbeiter aus Institutionen wie Jugendfreizeiteinrichtungen, Kinderheimen und Schulen, die mit gefährdeten oder konsumierenden Jugendlichen konfrontiert sind und fachliche Beratung und Unterstützung für einen adäquaten Umgang mit ihren Jugendlichen suchen)wahrgenommen. Insbesondere ist Zielgruppe der Personenkreis in der Stadt Herne.
- (3) Bei (jungen) Erwachsenen werden soziale Integrationsleistungen gem. § 16 Abs. 2 SGB II in Verbindung mit § 11 Abs. 5, § 53 und §§ 67 ff SGB XII ermöglicht, wenn sie für die Eingliederung in das Erwerbsleben, die Fähigkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft bzw. die Überwindung sozialer Schwierigkeiten notwendig und für den von der JKD zu betreuenden Personenkreis zu erbringen sind.
Bei von der JKD zu betreuenden Kindern und Jugendlichen nimmt die Beratungsstelle auch Aufgaben auf der gesetzlichen Grundlage gem. § 28 SGB VIII (= Beratung) in Verbindung mit der Zugangsvoraussetzung erzieherischer Hilfen des § 27 SGB VIII wahr, um junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden und abzubauen. Überschneidungen mit den Aufgaben der Beratungsstelle ergeben sich hier auch in Verbindung mit §§ 14 (erzieherischer Kinder- und Jugendschutz), 16 (allgemeine Förderung in der Familie), 17 (Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung), 18 (Beratung und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge) und 35a (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) SGB VIII.
- (4) Berechtigten Wünschen der betreuten Person wird gem. § 9 SGB IX entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Person Rücksicht genommen.

Aspekte aus der Arbeit in 2008

Leistungsvereinbarung

Am 13.11.2007 hat der Rat der Stadt Herne einstimmig die „Vereinbarung zur Finanzierung einer Drogenberatungsstelle“ beschlossen.

Am 28.11.2007 ist diese Leistungsvereinbarung im Rahmen der „kommunalen Daseinsvorsorge“ im Sinne des § 8 Abs. 1 der Gemeindeordnung NRW zwischen der Stadt Herne und der JKD geschlossen worden. Die Leistungsvereinbarung konkretisiert die von der JKD wahrzunehmenden Aufgaben im Bereich der Suchthilfe für die Region Herne und deren Finanzierung durch die Stadt Herne.

Sie stellt für die Leistungsbereiche Beratung und Prävention detailliert die Aufgaben und Leistungen dar, die die JKD als allgemeine, d.h. übergreifende Leistung für die Stadt Herne im Rahmen der regionalen und integrierten Grundversorgung zu erbringen hat.

Dabei wird davon ausgegangen, daß JKD eine soziale Hilfstätigkeit für hilfebedürftige Menschen erbringt, die nicht von den Grundsätzen des Marktes und des freien Wettbewerbs bestimmt wird, sondern Teil der staatlichen Fürsorge im Wege der Kooperation von Stadt Herne und JKD ist.

Kommunalisierung

Die Entscheidung des Landes NRW, die Landesmittel den Trägern der freien Wohlfahrtspflege über die Kommunen zuzuweisen, gilt seit 2006.

Mit viel Aufwand ist in den Folgejahren versucht worden, hier „Verteilungsmodalitäten“ zwischen dem Land NRW, der freien Wohlfahrtspflege und dem Städtetag zu entwickeln.

Nachdem die Verhandlungspartner sich über Monate gegenseitig blockiert haben, ist Ende 2008 - so die Mitteilung des Arbeitsausschusses Drogen und Sucht der freien Wohlfahrtspflege NRW auf seiner Homepage (<http://www.inforum-sucht.de>) - wieder Bewegung in die Diskussion gekommen.

Als Ergebnis liegt eine Rahmenvereinbarung vor, der die Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW am 16.12.08 zugestimmt hat.

Nun sind die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände gefordert, wobei nach ersten Gesprächen zu erwarten ist, daß auch sie zustimmen werden.

Sobald diese vorliegt, soll im ersten Quartal 2009 die Unterzeichnung durch die Vereinbarungspartner Freie Wohlfahrtspflege, MAGS und Kommunale Spitzenverbände erfolgen.

Geplant ist außerdem, dann die Begleitgruppe, die sich aus Vertretern von Mitgliedsorganisationen aus diesen Arbeitsfeldern zusammensetzt, zu Darstellung und Diskussion der dann eingetretenen Situation durch den Arbeitsausschuß Drogen und Sucht einzuladen.

Die jetzt unterschriftsreife vorliegende Rahmenvereinbarung kommt im Wesentlichen den Forderungen der Freien Wohlfahrtspflege nach: Verknüpfung der Rahmenvereinbarung mit dem Haushaltsgesetz 2009 (Titelgruppe 64, 71).

In den Vorbemerkungen zu den jeweiligen Titelgruppen wird auf die Rahmenvereinbarung direkt Bezug genommen.

Faktisch heißt dies: Die erarbeiteten Eckpunkte zu Aufgaben und Zielen sowie zu Dokumentations- und Qualitätsmanagement erhalten den im Rahmen der Kommunalisierung mit dem Haushaltsinstrument der Fachpauschale bestmöglichen Grad der Verbindlichkeit.

Auf der kommunalen Ebene können die Träger auf diese Inhalte direkt Bezug nehmen. Die Höhe der Mittel, die in die jeweilige Kommune fließen (Verteilkriterien) bleiben für die nächsten drei Jahre unverändert. Herauszuheben ist weiter, daß die Formulierung der Präambel ausdrücklich die Vermeidung von Brüchen im Hilfesystem bei der Weiterentwicklung der Verteilkriterien benennt!

Nach Einschätzung der freien Wohlfahrtspflege ist damit unter Berücksichtigung der politischen Rahmenbedingungen und der haushaltsrechtlichen Möglichkeiten allen Forderungen der freien Wohlfahrtspflege Rechnung getragen worden.

Problematisch gestaltet sich weiterhin die Frage der Einrichtung von Koordinierungsstellen - insbesondere für den Bereich der Sucht- und Drogenhilfe.

Die Notwendigkeit der Einrichtung von Koordinierungsstellen wird grundsätzlich benannt. Dem Vorschlag der Freien Wohlfahrtspflege entsprechend wurde folgendes kompromißfähige Verfahren in den Vereinbarung aufgenommen: Die strategische und fachliche Ausrichtung ebenso wie die umstrittene Ansiedlung der Koordinierungsstellen wird in die Entscheidungshoheit eines vom MAGS einzuberufenden paritätisch besetzten Beirates unter Leitung des MAGS gelegt.

Für die Verhandlungen auf der kommunalen Ebene sind insbesondere die Beschreibung zu Zielen, Aufgaben, fachlichen Mindeststandards sowie Kriterien für ein Qualitätsmanagement und Berichtswesen für den Sucht- und AIDS-Bereich entscheidend.

Auszüge aus der Vereinbarung (Stand: 19.11.2008)

Präambel

Im Zusammenhang mit der Entscheidung des Landes, die bislang trägerbezogene Landesförderung auf eine fachbezogene Pauschalförderung an die Kommunen umzustellen, haben sich die Beteiligten auf einen fachlichen Rahmen für die künftige Ausgestaltung des Sucht- und AIDS-Hilfesystems verständigt.

Die Vereinbarungspartner sind sich einig, daß unbeschadet der Entscheidungen des Haushaltsgesetzgebers über die konkrete Ausgestaltung der Landesförderung nur im Zusammenwirken aller Beteiligten das fachlich hohe Niveau der Sucht- und AIDS-Hilfe-Arbeit in NRW erhalten und notwendige Weiterentwicklungen der Hilfsstrukturen umgesetzt werden können.

Bei der finanziellen Förderung durch das Land soll dieser Entwicklungsprozeß durch eine entsprechende Anpassung der Kriterien für die Bemessung der fachbezogenen Pauschalen an die Kommunen unterstützt werden. Die damit verbundenen (teilweise erheblichen) strukturellen Anpassungsprozesse auf kommunaler Ebene resultieren insbesondere daraus, daß sich die Angebotsstruktur aufgrund der bisher regional sehr unterschiedlichen Verteilung der Landesförderung unterschiedlich entwickelt hat.

Die Kriterienanpassung soll daher im Sinne eines „dynamischen Strukturierungsfaktors“ so ausgestaltet werden, daß es zu keinen Brüchen im bestehenden örtlichen Suchthilfesystem kommt. Zugleich soll sowohl dem Gleichbehandlungsanspruch der Kommunen wie auch dem Bestandsschutzinteresse der bisher vom Land geförderten Einrichtungsträger hinreichend Rechnung getragen werden.

Kommunen und Freie Wohlfahrtspflege weisen darauf hin, daß für das Erreichen der Ziele dieser Vereinbarung eine verlässliche Finanzierungsgrundlage erforderlich ist.

Die Rahmenvereinbarung soll den Umsetzungsprozeß auf kommunaler Ebene durch die Konkretisierung von Zielen, Aufgaben, fachlichen Standards sowie fachlichen Kriterien für ein Qualitätsmanagement und einheitliches Berichtswesen unterstützen und die fachliche Kooperation und Koordination auf Landesebene verbessern.

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten örtlichen gesundheitlichen Infrastruktur obliegt in erster Linie den Kommunen. Unberührt hiervon bleibt die Verantwortung des Landes, unter Beachtung der bereits bestehenden bedarfsgerechten Angebotsstrukturen und des vorstehend beschriebenen Anpassungsprozesses auf landesweit vergleichbare gesundheitliche und soziale Hilfsstrukturen hinzuwirken.

Mit der im Wege einer fachbezogenen Pauschale gewährten Landesförderung sollen nach dem Willen des Landes bewährte Strukturen gestärkt und zu einer am örtlichen bzw. regionalen Bedarf und den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichteten Weiterentwicklung des Präventions- und Hilfesystems beigetragen werden, um die Versorgung der betroffenen Menschen langfristig zu sichern. Durch die Erweiterung des Planungs- und Handlungsspielraums der Kommunen soll die Entwicklung einer zukunftsfähigen AIDS- und Suchthilfeinfrastruktur erleichtert werden.

Tragendes Element der Neustrukturierung der Landesförderung ist daher neben der kontinuierlichen und partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen dem MAGS, den Vertretern der kommunalen Spitzenverbände und der Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege auf Landesebene das (auch kommunenübergreifende) vertrauensvolle Zusammenwirken zwischen Verwaltung und Einrichtungs- bzw. Maßnahmeträgern auf kommunaler Ebene.

Zweck der Rahmenvereinbarung

Diese Rahmenvereinbarung dient der

- Stärkung der kommunalen Planungs-, Handlungs- und Steuerungsfähigkeit,
- Verbesserung von ziel- und wirkungsorientiertem Einsatz der Landesmittel,
- bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der bestehenden Präventions- und Hilfe-Infrastruktur und
- Steigerung von Effektivität und Effizienz der Präventions- und Hilfeangebote auf der Grundlage eines einheitlichen Berichtswesens und Qualitätsmanagements.

Grundsätze

Im **Suchtbereich** bekennen sich die Beteiligten zu den drei tragenden Säulen der Sucht- und Drogenpolitik in NRW: Prävention, Hilfen und Repression. Die Beteiligten stimmen darin überein, daß der Suchtkämpfung auf Grund der großen Zahl suchtkrankender und suchtkrankender Menschen - insbesondere im Bereich der legalen Suchtmittel - weiterhin eine herausragende gesundheits- und sozialpolitische

Bedeutung zukommt und daß es im Hinblick auf die Vielschichtigkeit der Entstehungsbedingungen von Sucht und den mit diesem Krankheitsbild verbundenen komplexen psychosozialen Problemlagen entsprechend differenzierter und vernetzter Suchtpräventions- und Suchthilfeangebote innerhalb des sozialen und gesundheitlichen Versorgungssystems bedarf.

Ziele der Förderung

Die im Haushaltsplan aufgeführten Förderziele beinhalten insbesondere die

- Weiterentwicklung eines bedarfsgerechten Angebots zur Suchtprävention und Suchthilfe insbesondere für Kinder und Jugendliche einschließlich ihres sozialen Umfelds,
- Entwicklung und den Ausbau integrativer und fachübergreifender Suchthilfeangebote innerhalb des bestehenden differenzierten gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Hilfesystems,
- Reduzierung der Zahl von Suchtgefährdeten und Suchtkranken,
- Verbesserung und Stabilisierung der gesundheitlichen Situation von Suchtkranken,
- Verbesserung und Stabilisierung der sozialen und beruflichen Integration von Suchtkranken,
- Stärkung der Suchtselbsthilfepotentiale und
- Erhöhung der Inanspruchnahme der Präventions- und Hilfeangebote durch Verbesserung von Transparenz und Vernetzung.

Förderfähige Aufgaben

Die im Haushaltsplan aufgeführten Aufgaben beinhalten insbesondere

- zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Suchtprävention - insbesondere für Kinder und Jugendliche und deren soziales Umfeld - durch Prophylaxefachkräfte,
- Aufklärungs-, Informations-, Vermittlungs-, Beratungs- und Betreuungsangebote für Suchtgefährdete und -kranke sowie deren Bezugspersonen,
- Maßnahmen zur Früherkennung und Frühintervention bei suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen,
- Entwicklung von Suchthilfeverbundsystemen,
- Angebote zur psychosozialen Betreuung von substituierten Drogenabhängigen,
- niedrigschwellige medizinische und psychosoziale Hilfeangebote für Drogenabhängige und
- Angebote zur Unterstützung der Suchtselbsthilfestrukturen.

Infrastrukturelle, inhaltliche und einrichtungsbezogene Anforderungen

Die Vertragspartner stimmen darin überein, daß die Beachtung der nachfolgenden Grundsätze eine wesentliche Voraussetzung für die bedarfsgerechte Ausgestaltung und Weiterentwicklung der örtlichen bzw. regionalen Infrastruktur ist.

Das Suchtpräventions- und -hilfeangebot sollte grundsätzlich suchtmittelübergreifend angelegt sein und sich an folgenden Grundsätzen orientieren:

- Frühzeitig und langfristig angelegte zielgruppenorientierte Prävention,
- frühestmögliche Hilfestellung,
- ambulant vor stationär,
- wohnortnah vor wohnortfern,
- angemessene Hilfe in jeder Krankheitsphase und
- Förderung der Selbsthilfe vor Fremdhilfe.

Strukturelle Ausgestaltung des Hilfeangebotes

- Zentrale Anlauf- und Vermittlungsstelle für Betroffene,
- örtliches bzw. überörtliches Suchthilfenetzwerk durch Kooperation und Koordination der verschiedenen Institutionen und Einrichtungen innerhalb des Suchtpräventions- und -hilfesystems einschließlich der Suchtselbsthilfe,
- sektorenübergreifende Kooperation mit angrenzenden Bereichen (z.B. medizinische Versorgung, schulische und berufliche Bildung, Jugend-, Familien- und Altenhilfe, Wohnungslosenhilfe, Rehabilitation und Teilhabe, Vermittlung in Arbeit und Beschäftigung, Justizvollzug und Bewährungshilfe) und
- Weiterentwicklung der örtlichen und überörtlichen Suchthilfestrukturen auf der Grundlage einer mit allen Beteiligten abgestimmten kommunalen Suchthilfeplanung unter Nutzung der Möglichkeiten der kommunalen Gesundheitskonferenzen.

Inhaltliche Ausrichtung des Hilfeangebotes

- klientenzentriert,
- offen (keine Beschränkung des Zugangs aufgrund von Geschlecht, Alter, Herkunft, Erwerbsstatus, Religionszugehörigkeit usw.),
- differenziert (Berücksichtigung insbesondere geschlechtsspezifischer und kultureller Faktoren),

- vernetzt und sozialraumorientiert,
- dienstleistungsorientiert und
- qualitätsgesichert.

Einrichtungsbezogene Anforderungen des Hilfeangebotes

- Verkehrsgünstige Erreichbarkeit im Einzugsgebiet,
- nutzerorientierte Öffnungszeiten,
- funktionsgerechte räumliche und bürotechnische Ausstattung,
- ausreichende Zahl von qualifiziertem Personal entsprechend den fachlichen Anforderungen,
- multiprofessioneller Arbeitsansatz innerhalb der Einrichtung und/oder trägerübergreifend innerhalb des regionalen Hilfesystems,
- kontinuierliche Qualifizierung der Fachkräfte und
- kontinuierliches Berichtswesen auf der Grundlage des Deutschen Kerndatensatzes im Rahmen eines Qualitätsmanagements.

Qualitätsmanagement und Berichtswesen

Die Vertragspartner stimmen darin überein, daß die Beachtung der nachfolgenden Grundsätze eine wesentliche Voraussetzung für die weitere Verbesserung und Sicherung der Qualität der Präventions- und Hilfeangebote ist.

Das Qualitätsmanagement sollte sich an folgenden Grundsätzen orientieren:

- Qualitätsmanagement ist ein kontinuierlicher Prozeß, der die gesamte Einrichtung umfaßt und zur Verbesserung und Weiterentwicklung von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität beitragen soll.
- Die Ausgestaltung des Qualitätsmanagements richtet sich nach Größe und Struktur der Einrichtung (z.B. personelle Ausstattung, Anteil ehrenamtlich tätiger Kräfte).
- Maßnahmen zum Qualitätsmanagement sind ein unverzichtbarer Bestandteil des Regelkreises aus Analyse der Ausgangssituation, Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen. Sie sind zugleich eine wesentliche Voraussetzung zur Anpassung des Hilfeangebotes an sich verändernde äußere und innere Rahmenbedingungen und tragen zu einer Verbesserung von Vernetzung und Transparenz der unterschiedlichen Hilfeangebote bei.
- Qualitätsmanagement ist ein integraler Bestandteil der Arbeitsabläufe einer Einrichtung. Der mit der Integration des Qualitätsmanagements in den laufenden Arbeits- und Kommunikationsprozeß verbundene Aufwand hat sich jedoch in vertretbarem Umfang zu halten.
- Im Mittelpunkt steht die Optimierung der Hilfen für den Ratsuchenden. Eine Verbesserung des Hilfeangebotes dient zugleich einem effizienteren Einsatz der personellen und finanziellen Ressourcen.
- Fragen des Qualitätsmanagements sind auch bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten ausreichend zu berücksichtigen.
- Die Auswahl geeigneter Qualitätsmanagement-Konzepte liegt in der Verantwortung des Einrichtungsträgers. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und die kommunalen Spitzenverbände unterstützen Kommunen und Einrichtungsträger bei der Umsetzung eines geeigneten QM.
- QM-Konzepte sollten sich an bestehenden suchthilfespezifischen QM-Systemen orientieren.'

Das Berichtswesen sollte sich an folgenden Grundsätzen orientieren:

- Grundlage für die einrichtungs- und klientenbezogene Datenerfassung ist der von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) entwickelte Deutsche Kerndatensatz. Die Daten aus den Einrichtungen sind bislang jährlich im Rahmen des Förderprogrammcontrollings auf Landesebene zusammengeführt und ausgewertet worden. Sie sind auch in die bundesweite Suchthilfestatistik eingeflossen.
- Im Rahmen der Kommunalisierung soll das bisherige Berichtswesen im Rahmen des QM-Prozesses fortgeführt und an die kommunalen Anforderungen angepaßt werden.
- Die von den Einrichtungsträgern erhobenen Daten sollen weiterhin auf Landesebene zusammengeführt und im Rahmen der geplanten Landessuchthilfestatistik ausgewertet werden. Sie stehen auch den Kommunen in geeigneter Form zur Verfügung und sollen - wie schon bisher - in die bundesweite Suchthilfestatistik Eingang finden.

Prävention

In 2008 hat sich die Schwerpunktverschiebung von den primärpräventiven zu den sekundärpräventiven Maßnahmen weiter intensiviert, da bedauerlicherweise das Interesse von Kindergärten und Schulen an primärpräventiven Veranstaltungen sehr gering ist.

Es herrscht die Haltung vor, daß solange keine Suchtproblematik offen erkennbar ist, suchtpreventive Maßnahmen überflüssig sind. Dabei sind sich alle Experten einig, daß es wichtig ist, möglichst frühzeitig, also bereits im Kindergartenalter mit präventiven Maßnahmen zu beginnen, um Verhaltensweisen, die langfristig in ein Konsummuster münden können, zu identifizieren und auf eine konstruktive, selbstwertfördernde Art zu bearbeiten.

Die Nachfrage im sekundärpräventiven Bereich hat in den vergangenen Jahren kontinuierlich zugenommen, da hier die Probleme deutlich sichtbar zu Tage treten und von daher Hilfemaßnahmen als notwendig erachtet werden. Anzumerken ist, daß es in einer Phase, in der Jugendliche bereits konsumieren, deutlich schwieriger ist, Veränderungsprozesse einzuleiten bzw. zu stoppen.

Sekundärprävention will Menschen ansprechen, die legale oder illegale Suchtmittel konsumieren und/oder riskante/mißbräuchliche Konsummuster haben. Dementsprechend zielen sekundärpräventive Maßnahmen auf Schadensbegrenzung ab, und versuchen der Ausweitung und Verfestigung des Konsums entgegenzuwirken. Dabei geht es um die neutrale Vermittlung von Informationen über Suchtmittel und das Vermitteln von Denkanstößen bezüglich des Konsumverhaltens; die Stärkung der Motivation zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten, d.h. Klärung von Konsummustern, -gewohnheiten, -anlässen sowie die Funktion des Konsums.

Insbesondere aus dem betrieblichen Bereich haben 2008 die Anfragen deutlich zugenommen. Die Effektivität der Veranstaltungen ist hier besonders hoch, da die Maßnahmen von den Mitarbeitern sehr geschätzt werden und unsere Angebote im betrieblichen Kontext gut nutzbar sind.

In der Prävention treffen wir auf Jugendliche, die ihren Konsum vielleicht noch nie in Frage gestellt oder problematisiert haben. Deshalb ist ein sensibles Vorgehen sinnvoll. Wir geben den Jugendlichen Informationen auf der Basis einer einfühlsamen Grundhaltung, d.h. auch ambivalente Haltungen des Jugendlichen nehmen wir ernst.

2008 kristallisierten sich folgende Themen in der Präventionsarbeit heraus:

Umgang mit Alkohol

Den ersten Rausch haben die meisten Jugendlichen mit 15 Jahren. Wer nicht trinkt ist uncool. Neu sind öffentliche Besäufnisse auf Parkplätzen vor Kneipen etc.. Im Jahrbuch Sucht 2008 der DHS werden alarmierende Zahlen veröffentlicht: Ein Viertel der Jugendlichen in der Altersgruppe zwischen 11 und 15 Jahren läßt sich mindestens ein Mal im Monat auf das sogenannte „Binge-drinking“ also Rauschtrinken ein. Ebenso stellt die DHS fest, daß die BRD schon seit Jahren zu den fünf führenden alkoholtrinkenden Nationen weltweit gehört: ca. 1,6 Millionen Menschen sind von Alkohol abhängig, 2,7 Millionen konsumieren Alkohol mißbräuchlich und 9,5 Millionen riskant.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellt fest, daß unter den 12-15jährigen Jugendlichen 2007 in den letzten 30 Tagen 12% mindestens einmal pro Woche fünf oder mehr Gläser Alkohol hintereinander konsumiert haben. Bei den 16-17jährigen liegt die Zahl bei 51%.

Auffällig ist, daß viele Jugendliche die Gefahren durch Alkohol falsch einschätzen. Drogen werden deutlich riskanter bewertet und der Konsum abgewertet. Da Alkohol in unserer Gesellschaft kulturell integriert ist, haben Jugendliche keinerlei Bedenken. Hier ist besonders die Wirkung des Alkohols auf ein jugendliches Gehirn und die Entwicklung gefährlich.

Für unsere Präventionsarbeit bedeutet dies, daß es wesentlich ist, Jugendliche über die Risiken des Alkoholkonsums aufzuklären.

Pathologischer PC-Gebrauch

Ein weiteres wichtiges Thema ist der Umgang mit den Möglichkeiten des PC. Die tägliche vielseitige Computernutzung - wie chatten, eMails zu schreiben, Informationen zu sammeln oder Spiele und Programme herunterzuladen - gehört zum Alltag der Jugendlichen.

Insbesondere bei den Computerspielen, sogenannten Rollenspielen, ist ein hohes Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung gegeben. Durch die beim Computerspiel verspürte Erregung oder Entspannung werden negative affektive Zustände im Sinne einer vermeidenden Streßbewältigungsstrategie verdrängt.

Häufiges Anzeichen eines schädlichen Gebrauchs ist der Verlust der Kontrolle über zeitliche Begrenzungen und Umfang. Soziale Beziehungen im echten Leben verschwinden und verlagern sich zu den Mitspielern im virtuellen Raum. Leistungen in Schule und Beruf lassen nach, man will immer mehr Zeit im Netz verbringen und die soziale Isolation droht.

In der Präventionsarbeit ist eine Unterscheidung zwischen normalem, problematischem und pathologischem PC-Konsum wesentlich. Auch hier sollen individuellen Risiken erkannt und verhindert werden.

Sisha-Rauchen unter Jugendlichen

Nach Angaben der BZgA rauchen 31% der 12-17jährigen regelmäßig Wasserpfeifen. Bei dem derzeitigen Trend werden vor allem aromatisierte Fruchttabake wie Apfel, Erdbeere, Minze, Cola, Rose etc. in Wasserpfeifen geraucht. Shishatabak beinhaltet mit seinen schädigenden Bestandteilen (Teer, Nikotin, Kondensat etc.) Geschmacksstoffe (natürliche Aromen, Sirupe oder Fruchtbestandteile) und Melasse (Abfallprodukt aus der Rohzuckerherstellung). Der Erwerb und Konsum von Tabakwaren (auch Fruchttabak ist in Deutschland Jugendlichen unter 16 Jahren nicht erlaubt).

Shishtabak ist in erster Linie Tabak und enthält über 4.000 verschiedene Bestandteile, von denen 69 krebsauslösend sind. Ein erheblicher Teil der giftigen Verbindungen entsteht erst während des Verbrennungsprozesses. Durch die gemeinsame Nutzung des Schlauches besteht zusätzlich die Gefahr von Infektionskrankheiten.

Die Risiken werden von Jugendlichen deutlich unterschätzt, zumal sie ihre Informationen aus dem Internet beziehen, wo der Konsum auf vielen Seiten verharmlost wird. Im Rahmen der Prävention ist eine Auseinandersetzung mit Konsumgewohnheiten und Funktion des Rauchens zu erarbeiten.

Modedroge Spice

Die bisher legale Modedroge Spice ist mittlerweile auch in Deutschland verboten. Das Bundesgesundheitsministerium hat die in Spice und ähnlichen Produkten enthaltenen synthetischen Cannabinoide per Eilverordnung (22.01.2009) dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt. Damit ist jede Form von unerlaubter Herstellung sowie Handel und Besitz der gesundheitsschädlichen Kräutermischung untersagt.

Gemeinsame Laboruntersuchungen des Bundeskriminalamts und des Rechtsmedizinischen Instituts der Uniklinik Freiburg haben eine chemisch leicht modifizierte Form des synthetischen Cannabinoids CP-47,497 als Spice-Hauptwirkstoff ergeben. Dieser hat demnach - ebenso wie das bereits bekannte Cannabinoid JWH-018 - eine vielfach stärkere Wirkung als das in der Cannabispflanze enthaltene THC.

Der Hauptwirkstoff CP-47,497 ist sowohl in bezug auf die Wirksamkeit wie auch die Wirkdauer wesentlich aggressiver, als der Wirkstoff JWH-018.

Das Institut warnte gemeinsam mit dem Bundeskriminalamt (BKA) «eindringlich» vor dem Konsum von «Spice» und vergleichbaren Produkten. Die Suchtgefahr sei groß. Außerdem könnten beim Rauchen von «Spice» krebserregende Stoffe entstehen. Für Konsumenten sei nicht erkennbar, ob den Kräutermischungen synthetische, hochwirksame Wirkstoffe zugesetzt wurden.

Fazit: In unserer globalisierten Gesellschaft tauchen immer wieder neue Suchtmittel und Verführungen jeglicher Art auf. Unsere Präventionsangebote müssen hierauf ausgerichtet sein und sollen dazu dienen, Kindern und Jugendlichen Kompetenzen zu vermitteln, auf deren Basis sie zu einer eigenen Risikoeinschätzung kommen. Beratungen und Schulungen von Eltern und Multiplikatoren fördern die umfassende Informationsvermittlung und Hilfe im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, um einer Abhängigkeitsentwicklung entgegenwirken zu können.

Beratung

Die Herstellung und Aufrechterhaltung tragfähiger sozialer Beziehungen und gesundheitsfördernder „biographischer Kohärenz“ sind für Menschen, deren soziales Gefüge von Armut und damit verbunden gesellschaftlicher Ausgrenzung bedroht ist, deutlich erschwert.

Die damit gegebenen - oft widersprüchlichen - Anforderungen zu bewältigen, stellt eine erhebliche Herausforderung, für viele eine Überforderung dar.

Für die Beratungspraxis ist dabei neben der Bewältigung von persönlichen Defiziten der Aufbau von Ressourcen- und Kompetenzüberzeugungen, d.h. eine Stärkung des Selbstvertrauens in die eigenen sozialen und psychischen Kräfte ein wesentliches Ziel. Letztlich geht es darum, den Klienten langfristig zu befähigen, eigene Wege selbstständiger Bewältigung zu finden und somit Autonomie zu gewinnen.

Vor diesem Hintergrund steht Beratung vor der Herausforderung, innerpsychische Vorgänge zu berücksichtigen und auf diese einzuwirken - mit dem Ziel, psychische Gesundheit zu verbessern; soziale und wirtschaftliche Belastungen mit einzubeziehen - mit dem Ziel, diese vermeiden zu helfen.

Dementsprechend befaßt sich Beratung auf einer theoriegeleiteten Grundlage mit unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben und multifaktoriell bestimmten Problem- und Konfliktsituationen. Sie stellt sich Anforderungen aus den Bereichen von Erziehung und Bildung, Sozial- und Gemeinwesen, Arbeit und Beruf, Wohnen und Freizeit, Gesundheit und Wohlbefinden, Ökologie und Technik, Pflege und Rehabilitation, Ökonomie und Politik sowie des Rechts, wie sie in den unterschiedlichen Sozialgesetzen, vor allem in den SGB'en VIII und XII formuliert sind.

Diesem Beratungsverständnis liegt ein sozialwissenschaftlich und interdisziplinär fundiertes Handlungskonzept zu Grunde, das tätigkeitsfeld- und aufgabenspezifisch ausdifferenziert wird. Deshalb ist Kooperation und Vernetzung unterschiedlicher Berufsgruppen und Einrichtungen notwendiger Bestandteil der Beratungstätigkeit.

Beratung ist eine personen- und strukturbezogene soziale Dienstleistung. Sie setzt somit eine gemeinsame Anstrengung und Leistung aller Beteiligten (Berater/Beratene und ggf. Leistungsträger) und klare Zielvereinbarungen voraus.

Beratung grenzt sich von anderen professionellen Interventionsformen ab. Beispiele sind: Die Informationsvermittlung in der Medizin, die handlungsanleitende Beratung bei der Gewährung von materiellen Leistungen in der Sozialhilfe, die Rechtsberatung und die Psychotherapie (heilkundliche Behandlungen entsprechend PsychThG und HPG).

Abhängig von den zu bewältigenden Anforderungen, Problemlagen und Krisensituationen, in denen sich die Ratsuchenden befinden, kann Beratung Ressourcen aktivieren, gesundheitsfördernd, präventiv, kurativ oder rehabilitativ sein.

Letztlich ist jedoch zu beachten, daß Beratung nur in einem begrenzten Maße zur Bewältigung der beschriebenen Problemlagen hilfreich sein kann.

Gerade im Hinblick auf psychische Belastungen als Folge von Armut und Ausgrenzung darf der Blick jedoch nicht auf den Einzelnen beschränkt bleiben. Gerade Menschen, die aus welchen Gründen auch immer, den gesellschaftlichen (Leistungs-)Ansprüchen nicht gerecht werden (können), muß soziale Unterstützung zur Reintegration - auch in Form von psychosozialer Beratung - gewährt werden.

Als Maxime muß gelten, diese Menschen möglichst früh mit psychosozialer Hilfe in arbeits- und lebensweltliche Zusammenhänge zu integrieren und damit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu unterstützen und zu fördern.

Vertrauensverhältnis

Beratung erfolgt auf der Grundlage eines rechtlich geschützten Vertrauensverhältnisses (Schutz des Privatgeheimnisses und Datenschutz). Die Einräumung des Zeugnisverweigerungsrechts für alle Berater ist ein unerläßlicher Bestandteil zur vollständigen Sicherung des Vertrauensverhältnisses.

Die Fachkräfte sind verpflichtet, mit in der Beratungsbeziehung entstehenden Abhängigkeiten sorgsam umzugehen. Die fortlaufende Analyse der Beziehungen, Verhaltensweisen und Interaktionen im Beratungsprozeß sind wesentlicher Bestandteil der Beratung.

Zielorientierung

In einem dialogisch gestalteten Prozeß, der auf die Entwicklung von Handlungskompetenzen, auf die Klärung, die Be- und Verarbeitung von Emotionen und auf die Veränderung problemverursachender struktureller Verhältnisse gerichtet ist,

- werden erreichbare Ziele definiert und reflektierte Entscheidungen gefällt,
- werden Handlungspläne entworfen, die den Bedürfnissen, Interessen und Fähigkeiten des Individuums, der Gruppe oder Organisation entsprechen,
- werden persönliche, soziale, Organisations- oder Umweltressourcen identifiziert und genutzt werden, um dadurch selbst gesteckte Ziele erreichen oder Aufgaben gerecht werden zu können und
- wird Unterstützung gegeben beim Umgang mit nicht behebbaren/auflösbaren Belastungen.

Das Ziel der Beratung ist in der Regel erreicht, wenn die Beratenen Entscheidungen und Problembewältigungswege gefunden haben, die sie bewußt und eigenverantwortlich in ihren Bezügen umsetzen können. Hierzu gehört auch, daß Selbsthilfepotentiale und soziale Ressourcen in lebensweltlichen (Familie, Nachbarschaft, Gemeinwesen und Gesellschaft) und arbeitsweltlichen (Team, Organisation und Institution) Bezügen erschlossen werden.

Qualifikation der Fachkräfte

Fachlich qualifizierte Berater üben ihre Tätigkeit im Rahmen eines systematisierten, theoretisch und methodisch fundierten Konzeptes aus. Sie reflektieren Planung, Umsetzung und Auswertung des beruflichen Handelns in den konzeptgebundenen Zusammenhängen.

Zur Sicherung des fachlichen Handelns (Prozeßqualität) dienen die professionell angewandten Verfahren konzeptgebundener Qualitätssicherung, Fallbesprechungen im multidisziplinären Team oder im kollegialen Verbund der Einzelpraxis, Supervision, Fort- und Weiterbildung.

Junge Drogenkonsumenten

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit 1973 regelmäßige Repräsentativerhebungen zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener im Alter von 12 bis 25 Jahren durch.

Danach hat sich der Konsum von illegalen Drogen seit 1993 fast verdoppelt, d.h. ein Drittel der Jugendlichen haben in Deutschland Erfahrungen mit illegalen Drogen.

13% der 12-25jährigen haben in 2007 regelmäßig Drogen konsumiert; bei 19% lag der Drogenkonsum länger als ein Jahr zurück und 45% der Jugendlichen haben Drogen 1-2 Mal konsumiert.

24% der Jugendlichen haben ausschließlich Cannabis konsumiert; 8% konsumierten Amphetamine, Ecstasy oder psychoaktive Substanzen wie Pilze, Kakteen (Meskalin), Engelstropfete.

4% haben Erfahrungen mit Kokain und 2% mit LSD. Heroin und Crack konsumierten 0,3% der Jugendlichen.

Die Situation in Herne

stellt sich nach unseren Erkenntnissen wie folgt dar: 13,8% der 15-17jährigen konsumierten regelmäßig Cannabis; in der Altersgruppe der 18-24jährigen 24,1%. Stimulanzien (bspw. Amphetamine, Ecstasy) konsumierten 5,3% der 15-19jährigen.

Ein rapider Anstieg bei dem Konsum von Stimulanzien findet sich in der Altersgruppe der 20-24jährigen: 26,3%. Der stark gestiegene Konsum erklärt sich durch bereits gemachte Erfahrungen mit anderen Suchtmitteln, die Experimentierfreudigkeit Jugendlicher und gezielt den „gewünschten Rausch“ erleben zu wollen.

Das Einstiegsalter bei den illegalen Drogen liegt im Mittelwert bei 20,6 Jahren; der Erstkonsum von Cannabis bei 15,4 Jahren und damit im Vergleich zu den Zahlen der BZgA (16,4 Jahre) leicht niedriger. Das Einstiegsalter für regelmäßigen Alkoholkonsum liegt bei 15,2 Jahren.

Durch die Sondersteuerabgabe im Jahr 2005 auf Alkopops-Produkte ist der Konsum nur scheinbar rückläufig. Insgesamt ist festzustellen, daß Jugendliche unverändert auf hohem Niveau Alkohol konsumieren, was auch durch eine Zunahme von jugendlichen Rauschtrinkern deutlich wird. So hat sich nach Einschätzung der Ärzte die Zahl der im Krankenhaus behandelnden Jugendlichen mit einer Alkoholvergiftung als Folge des sog. „Komasaufens“ oder „Binge Drinking“ im Vergleich zu den Vorjahren verdoppelt.

Grundlagen in der Arbeit mit jungen Drogenkonsumenten

Zu der Persönlichkeitsentwicklung im Jugendalter gehört auch das Experimentieren und Ausprobieren von Suchtmitteln. Dabei ist zu beachten, daß sich das Risikopotential nicht nur nach den konsumierenden Substanzen richtet, sondern der jeweiligen Konsummotivation und dem Konsummuster.

Das Konsumverhalten bei Jugendlichen kann sich bspw. durch eine veränderte Lebenssituation verändern. Auslöser können dabei sein: Schulwechsel, Anschluß an eine Peer-Group, Scheidung oder Tod eines Elternteils, psychische Beeinträchtigungen aufgrund von Krankheit, Neigung zur Vermeidung von Belastung.

Ein riskanter Umgang mit Drogen kann Ausdruck von Rebellion gegen das Elternhaus, die Gesellschaft sein oder auch eine krankheitsbedingte Ursache haben, bspw. Selbstmedikation bei einer ADHS-Diagnose.

Bei Jugendlichen, die problematisch oder riskant konsumieren, ist das Ziel, einen selbstverantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln zu erreichen und/oder die Motivation und Bereitschaft zu einer dauerhaften Abstinenz von bestimmten oder allen Suchtmitteln.

Hilfeangebote müssen möglichst frühzeitig ansetzen, wobei Familie, Schule, Freizeiteinrichtungen und sonstige Lebenswelten, in denen sich die Jugendlichen bewegen, mit einzubeziehen sind.

In der Regel werden die Angebote der Suchthilfe jedoch erst in Anspruch genommen, wenn bspw. gesundheitliche Schädigungen des Konsums erkennbar werden, der soziale Druck wächst, der Verlust des Ausbildungsplatzes droht, Strafverfahren anstehen.

Fazit: Allen Sozialisationsinstanzen wie Elternhaus, Schule, Jugendhilfeeinrichtungen und die Einrichtungen der Suchthilfe fallen spezifische Aufgaben zu, die nur zu bewältigen sind, wenn eine Vernetzung der einzelnen Hilfesysteme erfolgt; mit dem Ziel, effektive Hilfen gewährleisten und der gemeinsamen und besonderen Fürsorgepflicht und Verantwortung gegenüber jungen Menschen gerecht werden zu können.

Aufsuchende Arbeit

Die aufsuchende Arbeit ist in unserer Beratungs- und Betreuungspraxis seit vielen Jahren eine Normalität geworden. Hierbei geht es darum, unsere „Zielgruppen“ in ihrer unmittelbaren Lebensumwelt aufzusuchen, was den Vorteil mit sich bringt, den Interessen der Klienten in ihrer spezifischen Situation besser nachgehen zu können, da keine institutionellen Einschränkungen vorhanden sind.

Insbesondere bei Klienten, die wir mit unseren herkömmlichen Hilfsangeboten nicht mehr erreichen können, versuchen wir so eine Ausgrenzung aus dem Hilfenetzwerk zu verhindern.

Aufsuchende Arbeit ist immer auch Motivationsarbeit, d.h. es müssen Ziele positiv verdeutlicht werden, ebenso wie die Bereitschaft zu fördern ist, eventuelle Rückschritte gemeinsam und vertrauensvoll zu bearbeiten.

Das schließt die nachgehende Tätigkeit im Sinne schriftlicher und telefonischer Kontaktaufnahme durch den Betreuer sowie ggf. aufsuchende Arbeit mit ein.

Die aufsuchende Arbeit beinhaltet grundsätzlich die Aufgabe, den Klienten in krisenhaften bzw. von ihm als krisenhaft erlebten Situationen zu unterstützen und ggf. Hilfemaßnahmen einzuleiten.

Psychosoziale Betreuung Substituierter

In Anbetracht der Tatsache, daß von Ärzten das (verpflichtende) Behandlungselement der psychosozialen Betreuung teilweise grob vernachlässigt wird, gewinnt die Frage des aktuellen Stands und der weiteren Zukunftsperspektive der psychosozialen Betreuung substituierter Drogenabhängiger an Bedeutung.

Unter Experten besteht Übereinstimmung, daß

- Leitlinien zur Gestaltung der psychosozialen Betreuung unverzichtbar sind, um für die Klienten einen Behandlungsstandard gewährleisten zu können, der den Erfordernissen einer medizinischen Rehabilitation gerecht wird.
- die psychosoziale Betreuung der substituierten Drogenabhängigen parallel zur ärztlichen Behandlung einen wesentlichen Bestandteil der Qualitätssicherung der Substitutionsbehandlung darstellt.

Grundsätzlich muß dabei berücksichtigt werden, daß die Substitutionsbehandlung zieloffen erfolgt und die Abstinenz nicht das (vorrangige) Ziel sein kann. Ziel ist die Verbesserung des körperlichen und psychischen Status, die Reduktion illegalen Suchtmittelkonsums und die Reintegration in Arbeit und Beschäftigung.

Nach einem Überblick der aktuellen Forschung zur PSB (hier: die wesentlichen Ergebnisse der sog. „Heroinstudie“ der Bundesregierung) können Aussagen zu zwei unterschiedlichen, spezifischen Formen der PSB gemacht werden, die bei der Studie systematisch zum Einsatz kamen,

- der Psychoedukation und Drogenberatung sowie
- dem Casemanagement und der motivierenden Gesprächsführung.

In der Studie zeigte sich deutlich, daß die Nutzer von PSB eindeutig höhere Behandlungserfolge erzielen als die Nicht-Nutzer. Dies gilt sowohl für die Heroinpatienten als auch für die Methadonpatienten. Dies gilt auch für die Klienten, die besonders schlechte Voraussetzungen mitbrachten (schlechtere psychische Verfaßtheit, geringer ausgeprägte soziale Netzwerke etc ...). Daraus muß abgeleitet werden, daß das psychosoziale Betreuungsangebot weiter zu optimieren ist und PSB einen wesentlichen Faktor bei der Erreichung des Zieles und des Erfolgs dieser Behandlung darstellt. Dies gilt insbesondere für eines der wesentlichen Ziele von Substitution - die Reintegration in Arbeit und Beschäftigung.

Fazit: Wird PSB als alltagsnahe, verbindliche, bei Bedarf auch längerfristige und wenn nötig hochfrequente Intervention verstanden, können die Ziele der Substitutionsbehandlung erreicht werden.

Hierbei sind aus Sicht der JKD folgende Aspekte hervorzuheben:

1. Die Substitution Drogenabhängiger hat sich in den vergangenen 15 Jahren zu einem bedeutenden Baustein in der Betreuung unserer Klienten entwickelt.
2. „Psychosoziale Betreuung bezeichnet alle komplexen Angebote für eine bestimmte Gruppe von Klienten, bei denen eine Kombination von ausgeprägten körperlichen Beeinträchtigungen, psychischen und sozialen Folgeproblemen im Zusammenhang mit dem Konsum von psychotropen Substanzen eingetreten ist und die durch die Bündelung unterschiedlicher Problembereiche eine eigenverantwortliche Lebensführung nicht mehr regeln können“ (*DHS-Leistungsbeschreibung 2000*).
3. In den Substitutionspraxen und - bei psychiatrischer Diagnose - im St. Marien Hospital Eickel werden über 250 Drogenkranke langfristig und lebens(abschnitts)begleitend betreut.
4. Die enge Vernetzung des Qualitätszirkels substituierender Ärzte, des St. Marien Hospitals und der JKD ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine optimale Versorgung dieser Klientel.

5. In unseren Einrichtungen werden über 100 Abhängigkeitskranke im Rahmen der Psychosozialen Betreuung begleitet. Der überwiegende Teil dieser Klienten hat regelhaft mehrfach in der Woche Kontakt mit unseren Mitarbeitern.
6. Die Substitutionsbehandlung erfolgt zieloffen; die übergeordnete Zielsetzung der Psychosozialen Betreuung substituierter Drogenabhängiger (PSB) ist aber letztlich der Ausstieg aus der Sucht.
7. Um diese Zielsetzung erreichen zu können, müssen medizinische Behandlung, medizinische Rehabilitation, berufliche Eingliederung und soziale Integration als ganzheitliches Geschehen verstanden werden und wirksam ineinander greifen.
8. Zu beachten ist, daß wir es i.d.R. mit mehrfachbeeinträchtigten abhängigen Menschen zu tun haben, die
 - vielfache Vorbehandlungen, insbesondere stationärer Art, absolviert haben,
 - häufig gravierende körperliche und psychische Beeinträchtigungen aufweisen,
 - sich in einer schwierigen sozialen Situation befinden, etwa mit stark gestörten Beziehungen im sozialen Umfeld, möglicherweise von Wohnungslosigkeit bedroht oder betroffen sind,
 - einen Mangel an stabiler äußerer Absicherung aufweisen,
 - Personen mit instabiler Abstinenzmotivation sind.
9. Ein wichtiges Teilziel im Prozeß der Substitutionsbehandlung ist ein kontrolliertes monovalentes Konsummuster (wenn es bei Behandlungsbeginn nicht besteht).
Die möglichen Ursachen für Beikonsum sind zu thematisieren, insbesondere dann, wenn problematische Konsummuster erkennbar werden.
Grundsätzlich gilt, daß bevor die Beendigung der PSB bzw. ein Hinwirken auf die Beendigung der Substitutionsbehandlung als letzte Möglichkeit im Umgang mit Beikonsum erwogen wird, zu prüfen ist, ob eine Erhöhung der Substitutedosis oder andere Maßnahmen zu einer Verringerung des Beigegebrauchs beitragen können. Kommen solche Maßnahmen nicht in Frage oder bleiben sie wirkungslos, so ist zu prüfen, ob ein fraktionierter Entzug der beigebrachten Substanzen möglich und sinnvoll ist.
Leider zeigt sich hier aus unserer Sicht, daß die Problematik des Beikonsums von den Ärzten sehr unterschiedlich gesehen wird und ein abgestimmtes Vorgehen häufig nicht umzusetzen ist.
10. Inhalte der PSB sind:
 - Case Management als Grundlage der Prozeßsteuerung, d.h.
 - Steuerung und Überwachung der in der Hilfeplanung festgesetzten Ziele
 - Koordination der Hilfen
 - Verbindlichkeit in der zeitlichen Umsetzung der Hilfen
 - anwaltschaftliche Vertretung der Interessen des Betreuten
 - Kooperationsgespräche, um zu verbindlichen Absprachen zu kommen
 - im Kontakt mit dem Betreuten Überprüfung der Zielerreichung
 - Begleitung und Unterstützung in juristischen Belangen
 - Unterstützung bei der Schuldenregulierung
 - Einzelbetreuung/Beratung
 - Aufsuchende und nachgehende Arbeit
 - Krisenintervention
 - Gruppenarbeit
 - Angebote zur beruflichen (Wieder-) Eingliederung
 - Hilfen zur Alltagsstrukturierung
 - Angehörigenarbeit
 Alle Angebote werden individuell und im Einzelfall genutzt.

Für den substituierenden Arzt haben hier die *Bundesärztekammer-Richtlinien* (vgl. *Westfälisches Ärzteblatt* 4/2003) einen hohen Verbindlichkeitsgrad.

Danach ist „die substitutionsgestützte Behandlung nur zulässig im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes, das die jeweils erforderlichen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie psycho-soziale Betreuungsmaßnahmen begleitend einbezieht. ... Die psycho-soziale Betreuung (wie sie durch das Suchthilfesystem erbracht werden kann) soll dem Patienten durch geeignete Unterstützungsmaßnahmen in psychischen, sozialen und lebenspraktischen Bereichen helfen, die psychischen und sozialen Folgen der Abhängigkeit von illegalen Substanzen zu erkennen und zu überwinden. Ihr Umfang richtet sich dabei nach den individuellen Umständen und dem Krankheitsverlauf des Patienten. Ihre unterstützende Wirkung auf die Behandlung ist fachlich unbestritten und ihr indikationsbezogener Einsatz daher unabdingbar“ (ebenda, 3. Therapiekonzept).

Die Verpflichtung des substituierenden Arztes bei jedem Patienten im Rahmen des umfassenden Behandlungskonzeptes auf die Wahrnehmung der notwendigen PSB hinzuwirken, hat der Vorstand der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) hervorgehoben, in dem er in 2003 beschlossen hat, den Leitfaden

der ÄKWL zur substitutionsgestützten Behandlung i.v.-Drogenabhängiger durch die Richtlinien der Bundesärztekammer zu ersetzen.

Auch die Richtlinien „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.01.2006, zuletzt geändert am 18.01.2007 und am 01.04.2007 in Kraft getreten, sehen in der Präambel vor, daß eine Substitutionsbehandlung zulässig ist, soweit erforderliche, begleitende psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlungs- oder psychosoziale Betreuungs-Maßnahmen mit einbezogen werden.

Gemäß § 10 dieser Vorschrift soll der Arzt „nicht mehr als 50 opiatabhängige Patienten gleichzeitig substituieren“.

Zur Sicherstellung der Versorgung kann hiervon unter der Voraussetzung abgewichen werden, daß die „Praxen ... im Rahmen einer organisatorischen und fachlichen Einheit die psycho-sozialen Betreuungsmaßnahmen integrieren“ (*Bundesärztekammer-Richtlinien*, 3. Therapiekonzept).

Da weder von der ÄKWL noch von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) durch geeignete qualitative Maßnahmen dafür Sorge getragen/überprüft wird, daß die substituierenden Ärzte dieser Vorgabe verbindlich nachkommen, zeigen sich in der Behandlungspraxis zum Teil deutliche Unzulänglichkeiten, die leider zu Lasten der Klienten gehen.

Um mögliche Mängel in der Behandlungspraxis in den Arztpraxen in Herne aufzufangen, haben sich in 2008 folgende Ansatzpunkte entwickelt:

1. Das St. Marien Hospital Eickel hat sich als psychiatrisches Fachkrankenhaus in den zurückliegenden Jahren eine hohe Kompetenz in der Behandlung Drogenabhängiger erworben. Krankenhaus und JKD praktizieren seit vielen Jahren eine enge und äußerst effektive Kooperation in der Versorgung Drogenabhängiger. Der Träger hat nunmehr in ersten Gesprächen die Bereitschaft signalisiert, sein Behandlungskonzept um die Substitution Drogenabhängiger zu erweitern; unter der Maßgabe, daß JKD verbindlich für die PSB mitverantwortlich ist. Die Versorgungssituation in Herne kann hierüber nachhaltig verbessert werden.
2. Mit Herrn Dr. Plum als Vertreter des Qualitätszirkels substituierender Ärzte in Herne ist in einem ersten Gespräch vereinbart worden, in 2009 gemeinsame Anstrengungen zu unternehmen, damit in allen Praxen den Patienten ein qualitatives PSB-Angebot unterbreitet werden kann. Die Versorgungssituation in Herne kann hierüber nachhaltig verbessert werden.
3. Gemeinsam mit der ARGE und der Gesellschaft freie Sozialarbeit e.V. werden Maßnahmen entwickelt, um die berufliche Integration der Klienten nachhaltig effektiver gestalten zu können. Die Versorgungssituation in Herne kann hierüber nachhaltig verbessert werden.

Besonders problematisch ist in der Behandlungspraxis der Beikonsum. „Die Vergabe des Substitutionsmittels hat zu unterbleiben, wenn ein aktueller Beikonsum festgestellt wird, der den Patienten bei zusätzlicher Verabreichung des Substituts gesundheitlich gefährden würde. ... Hierbei ist die Zusammenarbeit mit der psycho-sozialen Betreuungsstelle angeraten“ (*Bundesärztekammer-Richtlinien*, 11. Therapiekontrolle/Beikonsum).

In der Praxis zeigt sich, daß bei Beikonsum

1. der Arzt an keinerlei Standard/Vorgaben gebunden ist, sondern nach eigenem Ermessen entscheidet und
2. i.d.R. die PSB-Stelle nicht eingebunden wird.

Übereinstimmung besteht darin, daß „eine substitutionsgestützte Behandlung erst dann abgebrochen werden soll, wenn vorherige Interventionsstrategien des Arztes und der psycho-sozialen Betreuungsstelle (beispielsweise eine stationäre Entzugsbehandlung) zu keinem anderen Ergebnis geführt haben“ (*Bundesärztekammer-Richtlinien*, 11. Therapiekontrolle/Beikonsum).

Auch hier müssen gemeinsam mit dem Qualitätszirkel substituierender Ärzte und dem St. Marien Hospital Eickel Ansatzpunkte entwickelt werden, um für die Klienten ein qualitatives hochwertiges Behandlungsangebot vorhalten zu können und die Versorgungssituation in Herne nachhaltig zu verbessern.

PSB-Kernleistungen

(vgl. auch Schay 2006, Leitlinien psychosozialer Betreuung Drogenabhängiger; Bezirk Mittelfranken 2008, Leistungsbeschreibung PSB)

Leistungen	Beispiele, Erläuterungen
Clearing, Kurzberatung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ allgemeine Diagnosestellung ▪ Abklärung des PSB-Bedarfes ▪ Informationsvermittlung
Sekundärprävention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planung und Durchführung zielgruppenspezifischer Veranstaltungen ▪ Aktionen, Projekte, Vorträge ▪ Bereitstellung von Informationsmaterial
Beratung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstkontakt (bspw. Sprechstunde in der Substitutionspraxis) ▪ informationsorientierte Beratung ▪ klientenorientierte Problemanalyse ▪ Motivierungsarbeit ▪ Aufzeigen von Hilfemöglichkeiten ▪ Erarbeitung eines individuellen Hilfeplanes ▪ problemorientierte Beratung: Entwicklung von Problemlösungsstrategien ▪ Vorbereitung von weiterführenden Maßnahmen ▪ Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten
spezifische Einzelinterventionen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zeitlich klar definierte Einzelintervention mit Problemfokus
Vermittlung von	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angeboten zur Sicherung der materiellen Existenz ▪ Angeboten zum qualifizierten Entzug ▪ Angeboten zur Entwöhnung (Vorarbeiten) <ul style="list-style-type: none"> = psychosozialer Bericht = medizinisches Gutachten = Indikationsstellung für die Art der Rehabilitationsmaßnahme = Klärung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen ▪ Angeboten zur Substitutionsbehandlung und PSB ▪ niedrigschwelligen Angeboten (Dusch- und Waschgelegenheiten, ...) ▪ Angeboten des Ambulant Betreuten Wohnens ▪ Angeboten der Tagesstrukturierung ▪ Möglichkeiten der beruflichen Integration ▪ Möglichkeiten der Angehörigen- und Familienberatung ▪ Hilfeangeboten anderer Fachdienste
indikative Gruppenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ geschlechtsspezifische Gruppen ▪ substanz- und problemorientierte Gruppen
psychosoziale Betreuung	<p>entsprechend der Richtlinien der Bundesärztekammer beinhaltet ein komplexes Angebot bei einer Bündelung unterschiedlicher Problembereiche,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ insbesondere bei Kombination ausgeprägter körperlicher Beeinträchtigungen, psychischen und sozialen Folgeproblemen, d.h. Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> - bei der alltäglichen Lebensgestaltung - der Erbringung von Leistungen zur Sicherung der materiellen Existenz ▪ Rückfallpräventionstraining, Rückfallbearbeitung ▪ Diagnostik, Anamnese ▪ Krisenintervention, Akuthilfe <ul style="list-style-type: none"> - als aufsuchende Tätigkeit - als Rückfälligprophylaxe - Überlebenshilfe i.S. der Schadensreduzierung - bei besonderen individuellen Problemlagen und eskalierenden sozialen Konflikten - bei Fremd- und Eigengefährdung
Fallbesprechung/Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ regelmäßige Koordination und Abstimmung der individuellen Hilfeplanung zwischen Klient, Arzt und PSB-Stelle i.S. von „Hilfeplan- und Personenzentrierten Konferenzen“ ▪ fachlicher Austausch im regionalen psychosozialen Hilfesystem und mit Einrichtungen/Diensten des Versorgungsgebietes ▪ Weiterentwicklung der regionalen Versorgungssituation
Qualitätsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterbildung und interdisziplinärer Austausch ▪ Dokumentation und Statistik ▪ konzeptionelle Weiterentwicklung ▪ Supervision
Verwaltungs-/Leistungsleistungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ konzeptionelle und organisatorische Aufgaben im Bereich <ul style="list-style-type: none"> - Qualitätsentwicklung

	<ul style="list-style-type: none"> - Haushaltsplanung - Personaleinsatz
ergänzende Leistungen ...	<ul style="list-style-type: none"> ▪ als soziale Integrationsleistungen (SGB II und XII) ▪ der (Wieder)Eingliederung in das Erwerbsleben (SGB II, V und XII) ▪ der Primärprävention (SGB VIII; KJHG) ▪ der ambulanten und ganztägig ambulanten Rehabilitation (SGB V und VI) ▪ der externen Suchtberatung in JVA'en ▪ der persönliche Begleitung in Einrichtungen

Grundlagen der Finanzierung/PSB-Fachkräfte

Um diese PSB-Kernleistungen fach- und sachgerecht umsetzen zu können, müssen gemeinsam von den Leistungsträgern, den substituierenden Ärzten und der PSB-Stelle Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit diese Aufgaben von PSB-Fachkräften wahrgenommen werden können, die als Dipl. Sozialarbeiter/-pädagogen, Dipl. Pädagogen, Dipl. Psychologen oder vergleichbar qualifiziert ausgebildet sind und die i.d.R. über mehrjährige Berufserfahrung sowie eine geeignete Fort-/Weiterbildung verfügen.

Grundsätzlich erfolgt die Finanzierung der PSB

- im Rahmen der Leistungsvereinbarung zwischen der Stadt Herne und JKD als Leistung der „kommunalen Daseinsvorsorge“ im Sinne des § 8 Abs. 1 der Gemeindeordnung NRW und
- als Festbetragsfinanzierung nach den Förderrichtlinien des Landes NRW.

Mit diesen Fördermitteln kann JKD eine PSB-Fachkraft mit 38,5 Std./Wo. vorhalten, womit der Betreuungsbedarf nicht gedeckt werden kann, d.h. Komplementärmittel akquiriert werden müssen,

- bspw. über die substituierenden Ärzte,
 - bspw. über die ARGE als soziale Integrationsleistung (hier: psychosoziale Betreuung, Suchtberatung, Schuldnerberatung), die gem. § 16 Abs. 2 SGB II in Verbindung mit § 11 Abs. 5 und §§ 67 ff SGB XII als Kann-Leistung zu ermöglichen sind, wenn sie für die Eingliederung in das Erwerbsleben bzw. die Überwindung sozialer Schwierigkeiten notwendig sind,
(Anmerkung: Diese Leistungen, auf deren Inanspruchnahme grundsätzlich hinzuwirken ist, gelten ausdrücklich auch für erwerbsfähige Drogenabhängige mit einem Hilfeanspruch auf Eingliederungshilfe. „Es ist rechtlich unhaltbar, eine Fachberatung nach SGB XII bei SGB II-Leistungsberechtigten im Falle einer Ablehnung der entsprechenden Leistung nach § 16 Abs. 2 SGB II auszuschließen. ... Wenn also Ermessensleistungen nach § 16 Abs. 2 SGB II abgelehnt werden oder nicht ausreichen, um die Hilfeziele der Leistungen nach SGB XII zu erreichen, kommen entsprechende Hilfen nach SGB XII in Betracht oder sind sogar gemäß den dort geltenden Soll-Bestimmungen und individuellen Rechtsansprüchen verpflichtend zu gewähren“ (Busch-Geertsema 2005).)
- und
- bspw. über Spenden, Bußgelder, Eigenmittel,

Zusammenfassung

Die substitutionsgestützte Rehabilitation hat im Drogenhilfesystem Herne eine Brückenfunktion zur gesundheitlichen und psychosozialen Stabilisierung, sowie zu weiterführenden Hilfen im Sinne einer mittel- bis langfristigen Loslösung aus der Drogenbindung.

„PSB soll Substitutionspatienten durch geeignete Unterstützungsmaßnahmen in psychischen, sozialen und lebenspraktischen Bereichen helfen, die psychischen und sozialen Folgen der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen zu erkennen und zu überwinden. Die Einbindung (aller am Behandlungs- und Betreuungsprozeß Beteiligten) in die Leistungserbringung soll aktiv gefördert werden“ (Schay 2006).

Statistische Aussagen 2008
- Psychosoziale Beratungsstelle -

In haben wir unsere Arbeit mit dem Deutsche Kerndatensatz statistisch erfaßt.

Die entsprechende Programmoberfläche von *ebis 2008* ist äußerst komplex und zeitintensiv.

Um die uns zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen weitestgehend für die unmittelbare Klientenarbeit einsetzen zu können, werden nur die Klienten erfaßt und statistisch ausgewertet, die in Dauerbetreuung/-beratung sind und mindestens 10 Kontakte im laufenden Jahr hatten.

KLIENTEN	absolut
KLIENTEN mit <u>1 - 9 Kontakten</u> und <u>nicht</u> in <i>ebis 2008</i> erfaßt	
- <u>telefonische</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	1.187
- <u>persönliche</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	556
KLIENTEN mit <u>10 und mehr</u> Kontakten und in <i>ebis 2008</i> erfaßt	731-
GESAMT	<u>2.474</u>
JAHRESKONTAKTE (in <i>ebis 2008</i> erfaßte Klienten)	absolut
- mit Klient	8.739
- mit Angehöriger/n	183
- mit Klient + Angehörigem/n	133
- mit sonstigen Personen	1.235
- mit Klient + sonstiger/n Person/en	147
GESAMT	<u>10.437</u>
VERMITTLUNGEN in	absolut
Entzugsbehandlung (gesamt)	69
- St. Marien-Hospital	36
- andere Krankenhäuser	33
medizinische und soziale Rehabilitation (gesamt)	230
- Entwöhnungsbehandlung	55
- Adaption	3
- Ambulante medizinische Rehabilitation	7
- Ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation	9
- Betreutes Wohnen	17
- Substitution (Alkohol/Drogen)	121
- Psychosomatische Kliniken	1
- Selbsthilfegruppe	17
Abbruch aus laufender Vermittlung	45
GESAMT	275

Übersicht Betreuungen (inkl. PSB)

Bezugsgruppe alle Klienten	Betreuungsgrund				
	Eigene Symptomatik	Bezugs- personen	Sonstiges	Unbekannt	Gesamt
Übernahmen aus 2007	522	10	4	10	546
Zugänge 2008	182	1	2	0	185
Beender 2008	104	0	0	0	104
Übernahmen nach 2009	600	11	6	10	627
Gesamt 2008	704	11	6	10	731

Bezugsgruppe alle Klienten	Betreuungsgrund				
	Eigene Symptomatik	Bezugs- personen	Sonstiges	Absolut	%
Übernahmen aus 2007	74,1%	90,9%	66,7%	546	74,7
Zugänge 2008	25,9%	9,1%	33,3%	185	25,3
Beender 2008	14,8%			104	14,2
Übernahmen nach 2009	85,2%	100,0%	100,0%	627	85,8
Gesamt 2008	100,0%	100,0%	100,0%	731	100,0

Übersicht Betreuungen - PSB

Bezugsgruppe PSB	Betreuungsgrund				
	Eigene Symptomatik	Bezugs- personen	Sonstiges	Unbekannt	Gesamt
Übernahmen aus 2007	174	0	1	0	175
Zugänge 2008	35	0	1	0	36
Beender 2008	12	0	0	0	12
Übernahmen nach 2009	197	0	2	0	199
Gesamt 2008	209	0	2	0	211

Bezugsgruppe PSB	Betreuungsgrund**				
	Eigene Symptomatik	Bezugs- personen	Sonstiges	Absolut	%
Übernahmen aus 2007	83,3%		50,0%	175	82,9
Zugänge 2008	16,7%		50,0%	36	17,1
Beender 2008	5,7%			12	5,7
Übernahmen nach 2009	94,3%		100,0%	199	94,3
Gesamt Betreuungen 2008	100,0%		100,0%	211	100,0

Hauptdiagnose + Alter beim Erstkonsum

Hauptdiagnose	Alter bei Erstkonsum									Gesamt		
	- 13	14 - 17	18 - 21	22 - 27	28 - 35	36 - 45	46 - 55	56 +	Mittelwert	Absolut	%	
F10 Alkohol	17,6%	70,6%		2,9%	5,9%	2,9%			16,6	34	7,8	
F11 Opiode	3,2%	23,2%	35,0%	25,0%	11,1%	2,1%	0,4%		21,1	280	64,4	
F12 Cannabinoide	26,7%	58,3%	13,3%	1,7%					15,2	60	13,8	
F13 Sedativa/ Hypnotika		50,0%		50,0%					21,0	2	0,5	
F14 Kokain	5,0%	40,0%	30,0%	10,0%	15,0%				19,5	20	4,6	
F15 Stimulanzien	9,1%	54,5%	27,3%		9,1%				17,9	22	5,1	
F16 Halluzinogene		100,0%							16,5	2	0,5	
F17 Tabak	28,6%	71,4%							15,1	7	1,6	
F18 Flüchtige Lösungsmittel		100,0%							14,0	1	0,2	
F19 And. psychotrope Substanzen									0,0	0		
F50 Eßstörungen		100,0%							15,5	4	0,9	
F63 Pathologisches Spielen			66,7%	33,3%					21,0	3	0,7	
Gesamt - mit Hauptdiagnose	Absolut	36	157	120	76	38	7	1	0	19,5	435	100,0
	%	8,3%	36,1%	27,6%	17,5%	8,7%	1,6%	0,2%				
ohne HD - Polytoxikomanie									0,0	0		
ohne HD - riskanter Konsum									0,0	0		
ohne HD - sonstige Gründe									0,0	0		
Gesamt	Absolut	36	157	120	76	38	7	1	0	19,5	435	100,0%
	%	8,3%	36,1%	27,6%	17,5%	8,7%	1,6%	0,2%			100,0%	

Hauptdiagnose + Alter bei Betreuungsbeginn

Hauptdiagnose	Alter bei Betreuungsbeginn														Gesamt		
	-14	15 - 17	18 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 +	Mittelwert	Absolut	%	
F10 Alkohol	2,0%	12,0%	6,0%	12,0%	14,0%	8,0%	18,0%	14,0%	12,0%	2,0%				31,0	50	7,6	
F11 Opiode		0,3%	1,0%	14,8%	28,2%	26,0%	18,1%	8,7%	3,1%					31,2	393	60,1	
F12 Cannabinoide	5,5%	17,6%	20,9%	31,9%	13,2%	6,6%	2,2%	1,1%	1,1%					21,7	91	13,9	
F13 Sedativa/Hypnotika					33,3%	66,7%								29,3	3	0,5	
F14 Kokain				23,4%	25,5%	27,7%	8,5%	8,5%	6,4%					30,7	47	7,2	
F15 Stimulanzien		2,6%	13,2%	31,6%	28,9%	13,2%	10,5%							25,4	38	5,8	
F16 Halluzinogene				100,0%										22,7	3	0,5	
F17 Tabak	12,5%	25,0%	12,5%	25,0%		12,5%	12,5%							21,6	8	1,2	
F18 Flüchtige Lösungsmittel		100,0%												15,0	1	0,2	
F19 And. psychotrope Substanzen														0,0	0		
F50 Eßstörungen		12,5%	12,5%	12,5%	50,0%		6,3%		6,3%					25,7	16	2,4	
F63 Pathologisches Spielen				50,0%	50,0%									25,3	4	0,6	
Gesamt - mit Hauptdiagnose	Absolut	7	29	34	125	164	133	92	46	23	1	0	0	0	29,1	654	99,4
	%	1,1%	4,4%	5,2%	19,1%	25,1%	20,3%	14,1%	7,0%	3,5%	0,2%						
ohne HD - Polytoxikomanie														0,0	0		
ohne HD - riskanter Konsum		100,0%												16,0	1	0,2	
ohne HD - sonstige Gründe		100,0%												15,7	3	0,5	
Gesamt	Absolut	7	33	34	125	164	133	92	46	23	1	0	0	0	29,0	658	100,0
	%	1,1%	5,0%	5,2%	19,0%	24,9%	20,2%	14,0%	7,0%	3,5%	0,2%				100,0%		

Hauptdiagnose + Familienstand

Hauptdiagnose	Familienstand					Gesamt		
	Ledig	Verheiratet, zusammenlebend	Verheiratet, getrennt lebend	Geschieden	Verwitwet	Absolut	%	
F10 Alkohol	78,0%	2,0%	4,0%	16,0%		50	7,7	
F11 Opioide	72,1%	12,1%	2,6%	12,6%	0,8%	390	59,8	
F12 Cannabinoide	89,0%	3,3%	5,5%	2,2%		91	14,0	
F13 Sedativa/Hypnotika	66,7%	33,3%				3	0,5	
F14 Kokain	68,8%	16,7%	6,3%	8,3%		48	7,4	
F15 Stimulanzien	92,1%	2,6%		5,3%		38	5,8	
F16 Halluzinogene	66,7%			33,3%		3	0,5	
F17 Tabak	87,5%		12,5%			8	1,2	
F18 Flüchtige Lösungsmittel	100,0%					1	0,2	
F19 And. psychotrope Substanzen						0		
F50 Eßstörungen	93,8%			6,3%		16	2,5	
F63 Pathologisches Spielen	100,0%					4	0,6	
Gesamt - mit Hauptdiagnose	Absolut	500	61	21	67	3	652	99,4
	%	76,7%	9,4%	3,2%	10,3%	0,5%		
ohne HD - Polytoxikomanie						0		
ohne HD - riskanter Konsum	100,0%					1	0,2	
ohne HD - sonstige Gründe	100,0%					3	0,5	
Gesamt	Absolut	504	61	21	67	3	656	100,0
	%	76,8%	9,3%	3,2%	10,2%	0,5%	100,0%	

Hauptdiagnose + Erwerbssituation vor Betreuungsbeginn

Hauptdiagnose	Erwerbssituation am Tag vor Betreuungsbeginn											Gesamt		
	Auszu- bildender	Arbeiter/ Angestellter/ Beamter	selbst- ständig	sonstige Erwerbs- person (z.B. Elternzeit)	in berufl. Reha- bilitation	arbeitslos nach SGB III (ALG I)	arbeitslos nach SGB II (ALG II)	Schüler/ Student	Hausfrau/ Hausmann	Rentner	sonstige Nichterwebs- person (z.B. SGB XII)	Absolut	%	
F10 Alkohol	4,7%	16,3%		4,7%		7,0%	41,9%	7,0%		2,3%	16,3%	43	8,2	
F11 Opiode	1,2%	11,3%		9,8%	0,6%	5,8%	62,7%	0,3%		1,5%	6,7%	327	62,0	
F12 Cannabinoide	10,4%	14,9%	1,5%	3,0%		4,5%	31,3%	26,9%			7,5%	67	12,7	
F13 Sedativa/Hypnotika				33,3%			33,3%			33,3%		3	0,6	
F14 Kokain		14,3%		2,9%		2,9%	65,7%	2,9%			11,4%	35	6,6	
F15 Stimulanzien	9,1%	33,3%		3,0%	3,0%	9,1%	30,3%	6,1%			6,1%	33	6,3	
F16 Halluzinogene							50,0%	50,0%				2	0,4	
F17 Tabak	12,5%	25,0%			12,5%			50,0%				8	1,5	
F18 Flüchtige Lösungsmittel								100,0%				1	0,2	
F19 And. psychotrope Substanzen												0		
F50 Eßstörungen	20,0%	40,0%					40,0%					5	0,9	
F63 Pathologisches Spielen	33,3%	66,7%										3	0,6	
Gesamt - mit Hauptdiagnose	Absolut	19	76	1	39	4	29	281	31	0	7	40	527	99,2
	%	3,6%	14,4%	0,2%	7,4%	0,8%	5,5%	53,3%	5,9%		1,3%	7,6%		
ohne HD - Polytoxikomanie												0		
ohne HD - riskanter Konsum											100,0%	1	0,2	
ohne HD - sonstige Gründe								33,3%			66,7%	3	0,6	
Gesamt	Absolut	19	76	1	39	4	29	281	32	0	7	43	531	100,0
	%	3,6%	14,3%	0,2%	7,3%	0,8%	5,5%	52,9%	6,0%		1,3%	8,1%	100,0%	

Hauptdiagnose + Art der Vorbehandlungen

Vorbehandlung	Hauptdiagnose												Gesamt	
	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F50	F63	Absolut	%
Medizinische Notfallhilfe	6,0%	4,8%	1,1%	33,3%		5,3%							26	3,9
Substitutionsbehandlung	8,0%	61,8%		33,3%	22,9%	2,6%					18,8%		263	39,9
Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	4,0%	58,5%	1,1%	33,3%	10,4%	2,6%					6,3%		241	36,6
Sonstige medizinische Maßnahmen	8,0%	9,9%	1,1%		4,2%	7,9%						25,0%	50	7,6
Entzug/Entgiftung	60,0%	62,1%	16,5%	100,0%	43,8%	31,6%					18,8%		328	49,8
Ambulante Beratung	70,0%	77,9%	69,2%	100,0%	54,2%	65,8%	100,0%	87,5%			31,3%	75,0%	480	72,8
Ambulante Entwöhnung (Rehabilitation)	28,0%	16,8%	22,0%	66,7%	29,2%	21,1%	33,3%	12,5%	100,0%		62,5%		137	20,8
Teilstationäre Entwöhnung (Rehabilitation)	6,0%	9,2%	4,4%		12,5%	10,5%							53	8,0
Stationäre Entwöhnung	50,0%	52,7%	14,3%	100,0%	54,2%	36,8%	33,3%				18,8%	25,0%	293	44,5
Kombinationstherapie (Rehabilitation)		1,3%	2,2%										7	1,1
Adaptionsbehandlung	4,0%	8,1%			10,4%	13,2%							44	6,7
Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen	4,0%	1,0%											6	0,9
Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	2,0%	3,3%	3,3%		10,4%	7,9%							25	3,8
Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen		1,8%											7	1,1
Psychiatrische Behandlung	4,0%	3,1%	1,1%			5,3%							17	2,6
Psychotherapeutische Behandlung		1,8%	1,1%			5,3%							10	1,5
Regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppen													0	
Sonstige Maßnahmen	36,0%	36,1%	34,1%	33,3%	18,8%	31,6%		37,5%			12,5%	50,0%	220	33,4
Gesamt	50	393	91	3	48	38	3	8	1	0	16	4	659	100,0

Hauptdiagnose + Vermittlung durch ...

Vermittlung durch	Hauptdiagnose												Gesamt	
	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F50	F63	Absolut	%
keine / Selbstmelder	8,0%	17,6%	22,0%	33,3%	27,7%	23,7%		37,5%			62,5%	50,0%	131	19,9
Familie	12,0%	4,8%	20,9%		4,3%	15,8%	33,3%	25,0%			6,3%	25,0%	58	8,8
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	2,0%	0,3%	5,5%			5,3%			100,0%				10	1,5
Abstinenz- / Selbsthilfegruppe											6,3%		1	0,2
ärztliche / psychotherapeutische Praxis	4,0%	35,2%		33,3%	6,4%						12,5%	25,0%	147	22,4
niedrigschwellige Einrichtung		0,8%											3	0,5
Suchtberatungs-/behandlungsstelle	2,0%	6,4%	1,1%		2,1%	2,6%							29	4,4
Institutsambulanz			1,1%			2,6%							2	0,3
ambulant betreutes Wohnen	2,0%												1	0,2
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt													0	
Krankenhaus(abteilung)	4,0%	0,8%			4,3%	2,6%							8	1,2
teilstationäre Rehabilitationseinrichtung		0,5%			2,1%	2,6%							4	0,6
stationäre Rehabilitationseinrichtung	32,0%	14,8%	9,9%	33,3%	38,3%	26,3%							112	17,0
Adaptionseinrichtung													0	
teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie		0,3%											1	0,2
stationäre Einrichtung der Sozialtherapie			1,1%										1	0,2
Pflegeheim													0	
Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug		0,8%	3,3%			2,6%							7	1,1
sozialpsychiatrischer Dienst								12,5%					1	0,2
andere Beratungsdienste	4,0%	0,8%	2,2%			2,6%					12,5%		10	1,5
Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt	4,0%		7,7%			2,6%							13	2,0
Soziale Verwaltung													0	
ARGE / Job-Center	6,0%	0,3%	3,3%										7	1,1
Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle			1,1%										1	0,2
Justizbehörde / Bewährungshilfe	12,0%	16,6%	17,6%		12,8%	7,9%	33,3%						97	14,8
Kostenträger / Leistungsträger	2,0%												1	0,2
Sonstige	6,0%	0,3%	3,3%		2,1%	2,6%	33,3%	25,0%					12	1,8
Gesamt	Absolut	50	392	91	3	47	38	3	8	1	0	16	4	657
	%	7,7%	60,0%	13,9%	0,5%	7,2%	5,8%	0,5%	1,2%	0,2%		2,5%	0,6%	100,0%

Hauptdiagnose + Dauer der Betreuung

Hauptdiagnose		Dauer der Betreuung									Gesamt		
		Einmalkontakt	bis 4 Wochen	bis 8 Wochen	bis 12 Wochen	bis 6 Monate	bis 9 Monate	bis 12 Monate	bis 24 Monate	mehr als 24 Monate	Mittelwert (Tagen)	Absolut	%
F10 Alkohol					71,4%		14,3%		14,3%		153,7	7	7,1
F11 Opioide			5,9%	7,8%	17,6%	19,6%	9,8%	3,9%	15,7%	19,6%	544,0	51	51,5
F12 Cannabinoide	7,1%			7,1%	28,6%	42,9%			14,3%		146,9	14	14,1
F13 Sedativa/Hypnotika											0,0	0	
F14 Kokain	5,6%	5,6%	5,6%	22,2%	16,7%				22,2%	22,2%	442,8	18	18,2
F15 Stimulanzien				33,3%	16,7%				16,7%	33,3%	439,3	6	6,1
F16 Halluzinogene									100,0%		828,0	1	1,0
F17 Tabak					100,0%						125,0	1	1,0
F18 Flüchtige Lösungsmittel											0,0	0	
F19 And. psychotrope Substanzen											0,0	0	
F50 Eßstörungen									100,0%		881,0	1	1,0
F63 Pathologisches Spielen											0,0	0	
Gesamt - mit Hauptdiagnose	Absolut	2	4	6	24	21	6	2	16	18	440,5	99	96,1
	%	2,0%	4,0%	6,1%	24,2%	21,2%	6,1%	2,0%	16,2%	18,2%			
ohne HD - Polytoxikomanie											0,0	0	
ohne HD - riskanter Konsum			100,0%								45,0	1	1,0
ohne HD - sonstige Gründe			66,7%		33,3%						70,0	3	2,9
Gesamt	Absolut	2	4	9	24	22	6	2	16	18	423,0	103	100,0
	%	1,9%	3,9%	8,7%	23,3%	21,4%	5,8%	1,9%	15,5%	17,5%		100,0%	

Hauptdiagnose + Weitervermittlung/Verlegung

Weitervermittlung / Verlegung	Hauptdiagnose												Gesamt	
	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F50	F63	Absolut	%
keine Weitervermittlung / Verlegung	57,1%	76,1%	64,3%		56,3%	80,0%	100,0%	100,0%			100,0%		68	71,6
Weitervermittlung / Verlegung	42,9%	23,9%	35,7%		43,8%	20,0%							27	28,4
Selbsthilfegruppe		36,4%	20,0%		28,6%	100,0%							8	28,6
Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	33,3%	9,1%	60,0%		28,6%								7	25,0
Niedrigschwellige Einrichtung													0	
Beratungs- / Behandlungsstelle / Fachambulanz		9,1%			28,6%	100,0%							4	14,3
Institutsambulanz													0	
Ambulant betreutes Wohnen		36,4%	20,0%		42,9%								8	28,6
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt													0	
Krankenhaus(abteilung)	33,3%	9,1%	40,0%										4	14,3
Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung		9,1%											1	3,6
Stationäre Rehabilitationseinrichtung	33,3%	45,5%	40,0%		14,3%								9	32,1
Adaptionseinrichtung			20,0%										1	3,6
Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie													0	
Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	33,3%												1	3,6
Pflegeheim													0	
Beratung / Behandlung im Straf- / Maßregelvollzug													0	
Sozialpsychiatrischer Dienst													0	
Andere Beratungsdienste (z.B. Schuldnerberatung)													0	
Einrichtungen der Jugendhilfe													0	
Soziale Verwaltung (z.B. Jugend- /Gesundheitsamt)	33,3%												1	3,6
Arbeitsagentur / ARGE / Job-Center		27,3%			28,6%								5	17,9
Justizbehörden / Bewährungshilfe			20,0%		14,3%								2	10,7
Kosten- / Leistungsträger			20,0%		14,3%								2	7,1
Sonstige Stellen	66,7%	27,3%	40,0%		28,6%								9	35,7
Gesamt	7	46	14	0	16	5	1	1	0	0	1	0	95	100,0

Hauptdiagnose + Art der Beendigung

Hauptdiagnose	Art der Beendigung								Gesamt		
	Regulär nach Beratung / Behandlungsplan	vorzeitig auf therapeutische Veranlassung	vorzeitig mit therapeutischen Einverständnis	vorzeitig, Abbruch durch Klient	disziplinarisch	außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	planmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	verstorben	Absolut	%	
F10 Alkohol	14,3%			28,6%	14,3%		42,9%		7	7,2	
F11 Opioide	12,2%	10,2%	4,1%	26,5%	18,4%	6,1%	18,4%	4,1%	49	50,5	
F12 Cannabinoide	28,6%	14,3%		21,4%		7,1%	28,6%		14	14,4	
F13 Sedativa/Hypnotika									0		
F14 Kokain	22,2%	11,1%		11,1%	16,7%		38,9%		18	18,6	
F15 Stimulanzien	50,0%	16,7%		16,7%			16,7%		6	6,2	
F16 Halluzinogene	100,0%								1	1,0	
F17 Tabak	100,0%								1	1,0	
F18 Flüchtige Lösungsmittel									0		
F19 Andere psychotrope Substanzen									0		
F50 Eßstörungen				100,0%					1	1,0	
F63 Pathologisches Spielen									0		
Gesamt - mit Hauptdiagnose	Absolut	20	10	2	22	13	4	24	2	97	96,0
	%	20,6%	10,3%	2,1%	22,7%	13,4%	4,1%	24,7%	2,1%		
ohne HD - Polytoxikomanie									0		
ohne HD - riskanter Konsum			100,0%						1	1,0	
ohne HD - sonstige Gründe	66,7%			33,3%					3	3,0	
Gesamt	Absolut	22	10	3	23	13	4	24	2	101	100,0
	%	21,8%	9,9%	3,0%	22,8%	12,9%	4,0%	23,8%	2,0%	100,0%	

Hauptdiagnose + Konsum im letzten Monat vor Betreuungsende

Substanzen	Konsumtage im letzten Monat vor Betreuungsende						Gesamt
	keine	1 Tag	2 - 7 Tage	8 - 24 Tage	(fast) täglich	Mittelwert	Absolut
Alkohol	79,0%		8,0%	9,0%	4,0%	13,1	100
Heroin	83,2%	1,0%	5,9%	6,9%	3,0%	11,3	101
Methadon	89,1%				10,9%	30,0	101
Buprenorphin	98,0%			1,0%	1,0%	19,5	101
andere opiathaltige Mittel	100,0%					0,0	101
Cannabinoide	75,2%	3,0%	6,9%	9,9%	5,0%	12,6	101
Barbiturate	99,0%				1,0%	30,0	101
Benzodiazepine	98,0%				2,0%	30,0	101
andere Sedativa/Hypnotika	100,0%					0,0	101
Kokain	94,1%		3,0%	1,0%	2,0%	13,5	101
Crack	100,0%					0,0	101
Amphetamine	96,0%		3,0%		1,0%	11,0	101
MDMA + verwandte Substanzen	98,0%		1,0%		1,0%	17,5	100
andere Stimulanzien	100,0%					0,0	101
LSD	100,0%					0,0	101
Mescaline	100,0%					0,0	101
andere Halluzinogene	100,0%					0,0	100
Tabak	54,5%			1,0%	44,6%	29,6	101
flüchtige Lösungsmittel	100,0%					0,0	101
andere psychotrope Substanzen	100,0%					0,0	100

Hauptdiagnose + Erwerbssituation am Betreuungsende

Hauptdiagnose	Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende											Gesamt		
	Auszu- bildender	Arbeiter/ Angestellter/ Beamter	selbst- ständig	sonstige Erwerbs- person (z.B. Elternzeit)	in beruflicher Rehabilitatio n	arbeitslos nach SGB III (ALG I)	arbeitslos nach SGB II (ALG II)	Schüler/ Student	Hausfrau/ Hausmann	Rentner/ Pensionär	sonstige Nicht- Erwerbs- person (z.B. SGB XII)	Absolut	%	
F10 Alkohol	14,3%						42,9%				42,9%	7	7,2	
F11 Opioide		10,2%		4,1%	8,2%		63,3%				14,3%	49	50,5	
F12 Cannabinoide		21,4%					42,9%	7,1%			28,6%	14	14,4	
F13 Sedativa/Hypnotika												0		
F14 Kokain	5,6%	11,1%		5,6%			66,7%				11,1%	18	18,6	
F15 Stimulanzien		66,7%					33,3%					6	6,2	
F16 Halluzinogene								100,0%				1	1,0	
F17 Tabak								100,0%				1	1,0	
F18 Flüchtige Lösungsmittel												0		
F19 And. psychotrope Substanzen												0		
F50 Eßstörungen		100,0%										1	1,0	
F63 Pathologisches Spielen												0		
Gesamt - mit Hauptdiagnose	Absolut	2	15	0	3	4	0	54	3	0	0	16	97	96,0
	%	2,1%	15,5%		3,1%	4,1%		55,7%	3,1%			16,5%		
ohne HD - Polytoxikomanie												0		
ohne HD - riskanter Konsum											100,0%	1	1,0	
ohne HD - sonstige Gründe								33,3%			66,7%	3	3,0	
Gesamt	Absolut	2	15	0	3	4	0	54	4	0	0	19	101	100,0
	%	2,0%	14,9%		3,0%	4,0%		53,5%	4,0%			18,8%	100,0%	

Statistische Aussagen 2008

- Fachstelle für Prävention, Gesundheitsförderung, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit -

Gesamtübersicht: Art der Maßnahme/Anzahl der Personen (Auswertung nach ebis 2008)

Art der Maßnahme	Anzahl der Personen					Absolut	%
	1-10	11-20	21-30	31-50	51+		
Großveranstaltung					3	3	2,65
Gruppenangebot	25	1				26	23,02
Infoveranstaltung	1	6	3	2	3	15	13,27
Projekt		2	1	6		9	7,96
regelmäßiges Gremium	8	19	14	7		48	42,48
Schulung/Fortbildung				1	1	2	1,77
sonstiges	5	2	1		2	10	8,85
Gesamt						113	100,0

Primärprävention sind i.d.R. Maßnahmen im Elementarbereich und der Unterstufe der weiterführenden Schule zuzuordnen. Hier werden von JKD im Jahr durchschnittlich 35 Maßnahmen durchgeführt.

MAßNAHMEN	ANZAHL	ANZAHL Personen pro Maßnahme
Primärprävention		
- Elementarbereich	13	30*
- Unterstufe der weiterführenden Schulen	1	150**
GESAMT	14	540

* Veranstaltungen mit zwei Mitarbeitern

** Veranstaltungen mit mehr als drei Mitarbeitern

Anmerkung: Die Angebote finden bei Kindergärten/Schulen bedauerlicherweise nur wenig Resonanz.

Sekundärprävention sind i.d.R. Maßnahmen im schulischen Bereich (überwiegend Mittel- und Oberstufe der weiterführenden Schulen), im Rahmen der Jugendhilfe und in der Erwachsenenbildung zuzuordnen. Hier werden von JKD im Jahr durchschnittlich 25 Maßnahmen durchgeführt.

MAßNAHMEN	ANZAHL	ANZAHL Personen pro Maßnahme
Sekundärprävention		
- Mittel- und Oberstufe der weiterführenden Schulen	2	32*
- Maßnahmen im Rahmen der Jugendhilfe	1	224*
- Maßnahmen im Rahmen der Erwachsenenbildung		
- Elternabende	1	35
- Mitarbeiterschulungen	1	5
- Betriebe / betriebliche Ausbildung/Verwaltung	8	15-52**
- medizinische Einrichtungen	0	
- sonstige Einrichtungen (Vereine, Kirchen, Verbände, Parteien, Gewerkschaften u.ä.)	3	14*
- Jugendliche mit riskantem oder mißbräuchlichem <u>stoffgebundenem</u> Konsummuster	2	35*
- Jugendliche mit riskantem oder mißbräuchlichem <u>stoffungebundenem</u> Konsummuster	26	6
GESAMT	44	763

* Veranstaltungen mit zwei Mitarbeitern

** Veranstaltungen mit drei und mehr Mitarbeitern

Des Weiteren werden hier Jugendliche mit riskantem oder mißbräuchlichem Konsummuster beraten und betreut, die z.T. auch straf- und betäubungsmittelrechtlich erst auffällig geworden sind; i.d.R. 100-150 Klienten im Jahr, wobei hier zusätzlich Maßnahmen der telefonischen Beratung und Krisenintervention zu berücksichtigen sind.

KLIENTEN	2008
- <u>telefonische</u> Beratung / Betreuung / Krisenintervention	286
- <u>persönliche</u> Beratung / Betreuung / Krisenintervention	195
GESAMT	481

Tertiärprävention ist die Beratung/Betreuung von Menschen, die aus der Sucht aussteigen wollen; i.d.R. 100-150 Klienten im Jahr, wobei hier zusätzlich Maßnahmen der telefonischen Beratung und Krisenintervention zu berücksichtigen sind. Dies umfaßt alle Bereiche der Suchthilfe.

KLIENTEN	2008
- <u>telefonische</u> Beratung / Betreuung / Krisenintervention	398
- <u>persönliche</u> Beratung / Betreuung / Krisenintervention	247
GESAMT	645

Im Bereich der **Öffentlichkeitsarbeit** finden durchschnittlich 150 Maßnahmen im Jahr statt, die in Eigenregie oder unter Beteiligung anderer durchgeführt werden, bzw. an denen JKD beteiligt ist.

MAßNAHMEN	ANZAHL
Öffentlichkeitsarbeit	
- <i>Mitwirkung in örtlichen Arbeitskreisen / Gremienarbeit (Psychosoziales Plenum, Arbeitskreise der PSAG, Stadtjugendring, AG Frauen & Gesundheit, AG Suchtvorbeugung/Gesundheitsförderung, Qualitätszirkel der substituierenden Ärzte, ...)</i>	23
- <i>Mitwirkung in regionalen / überregionalen (Fach-) Arbeitskreisen (AG Prophylaxe, AG für Suchtfragen, AG Therapie, AG Dropo, ...)</i>	46
- <i>Medieninformationen</i>	42
- <i>Allgemeine Vorträge/Veranstaltungen</i>	29
GESAMT	154



Quelle: WAZ vom 13.02.2008

Flucht aus der Sucht

Immer mehr Menschen konsumieren Drogen. Aber was ist der Grund dafür? Die ZEUS-Journalisten haben einen Suchttherapeuten befragt, der in Herne und Wanne-Eickel arbeitet

Warum nehmen so viele Menschen Drogen? Das fragen sich die meisten.

Eine Antwort auf diese Frage kennt Thomas Goldmann (40), ein Diplom-Sozialpädagoge und Suchttherapeut, der für die Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung in Herne und Wanne-Eickel arbeitet. „Faltsche Freunde oder Gruppenzwang können Gründe sein oder aber die Verdrängung von Schmerzen oder Stress.“ Viele Drogenkonsumenten haben „Probleme, die mit dem Alltag zusammenhängen“, sagt Goldmann: mit der Schule, der Familie, dem Beruf.

Die Quote der Abhängigen sei in den letzten Jahren drastisch gestiegen, besonders bei den Drogen Ecstasy, Speed und LSD. Allerdings sei die Verbrauchsquote der „legalen Droge“ Tabak gesunken. Da-

„Es gibt keine harmlose Droge. Jede ist gefährlich.“

mit die Quote der illegalen Drogen nicht noch weiter ansteigt, bemühen sich Beratungsstellen darum, dass nicht noch mehr Jugendliche zu Drogen greifen.



Auch mit kiffenden Jugendlichen haben Suchttherapeuten wie Thomas Goldmann zu tun. In den letzten Jahren hat die Zahl der Zigaretten-Raucher ab-, die der Ecstasy-Konsumenten aber zugenommen, sagt er. Foto: WAZ, Dirk Baurer

Das tun die Berater zum Beispiel, indem sie Schulklassen zu einer freiwilligen Sprechstunde einladen. Sobald die Jugendlichen sich der Gefahren bewusst sind, die auftreten können, wenn sie in benebeltem Zustand - „high“ - sind, lassen sie in den meisten Fällen die Finger von Drogen.

Zu den Erkrankungen, die eine Folge des Drogenkonsums sein können, sagt Thomas Goldmann: „Ja, jede Droge ist gefährlich. Es gibt keine harmlose Droge.“ Drogen könnten zu psychischen Erkrankungen, zu einem Herzstillstand oder zu Kreislaufproblemen führen.

„Da die Drogen außerdem die Wahrnehmung reduzieren, kommt es oft zu Unfällen“, berichtet der Suchttherapeut. Was passiert, wenn Drogensüchtigen das Geld ausgeht? Goldmann: „Manchmal werden sie kriminell. Dadurch, dass sie keine Drogen mehr bekommen, werden die Süchtigen oftmals aggressiv.“ Manche geben sich auch zur Prostitution frei und infizieren sich womöglich mit HIV (Aids, Anm. d. Red).

Was für Therapien stehen den Abhängigen zur Verfügung? „Es gibt Drogensatzstoffe, die dafür sorgen, dass die Leute, die abhängig sind, das Suchtgefühl verlieren“, erklärt Thomas Goldmann. „Es gibt auch eine ambulante Behandlung und eine Entgiftung, die zum Beispiel im St. Marien-Hospital in Eickel durchgeführt werden kann.“ Wann

können Drogen tödlich sein? Bei „Überdosierungen“ besteht diese Gefahr, warnt Goldmann.

Das gelte auch für Alkohol: „Auch bei der legalen Droge Alkohol kann es bei einer Überdosis zum Todesfall kommen.“

Der Drogenkonsum sollte also vermieden werden, weil er schwere Krankheiten auslösen kann und schlecht für die Gesundheit ist. (Illegale) Drogen wie das erwähnte Ecstasy zu nehmen, ist außerdem gesetzlich verboten.

Viel mehr Alkoholvergiftungen

Auszüge aus dem Suchtbericht 2008 der Bundesregierung

den Folgen des Rauchens und 3300 durch Passivrauchen.

» Im Jahr 2006 habe es 19 500 Behandlungen wegen „akuter Alkoholvergiftung“ bei den Zehn- bis 20-Jährigen gegeben. 2000 waren es noch 9500.

» Die größte Gruppe (54 %) unter den Vergifteten seien

Die Zahl der jugendlichen Raucher sei von 28 % im Jahr 2001 auf 18 % im Jahr 2007 gesunken.

» Rund 16 Millionen erwachsene Deutsche seien 2007 Raucher gewesen.

» Jährlich sterben in Deutschland 140 000 Menschen an

Jungen zwischen 15 und 20.

» Bis zu 1,5 Millionen Deutsche seien medikamentenabhängig, davon 70 % Frauen.

» Nur noch 13 % der 14-17-Jährigen hätten bis 2007 schon einmal Haschisch oder Marihuana probiert. 2004 hätten dies noch 22 % Prozent bejaht. **no**

Schneller Griff zu Flasche und Computer

Mitarbeiter der Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung haben es immer mehr mit jugendlichen Koma-Säufern und Internet-Abhängigen zu tun

Der Junkie, der sich die Spritze setzt, ist das Klischee von gestern. Die Arbeit der Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung (JKD) zeigt, dass Sucht heute anders und vielfältiger in Erscheinung tritt. Längst haben es die Mitarbeiter der Einrichtung an der Hauptstraße 94 in Eickel mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu tun, die sich bis ins Koma setzen oder den Monitor ihres Computers nicht mehr ausschalten können. Ob Alkohol oder Internet: In Gesprächen, die die JKD-Mitarbeiterinnen Ingrid Liefke und Verena Sie-

witz in Schulen oder mit Betroffenen führen, stellt sich immer wieder heraus, dass die Risiken einer Suchtentwicklung oft genug nicht gesehen werden. Nicht von denen, die zur

„Für Eltern ist es normal, wenn Kinder neun Stunden surfen“

Flasche greifen oder vor dem PC hocken. Aber auch nicht von den Eltern. Sozialarbeiterin Verena Siewitz: „Von vielen Eltern wird es als normal angesehen, wenn ihre Kinder

vier oder fünf, manchmal auch bis zu neun Stunden täglich im Internet surfen.“ Mittlerweile findet Spielsucht weniger in der Öffentlichkeit schamhafter Spielhallen statt. Sie hat das eigene Zuhause erobert. „Dort fehlen dann die realen Kontakte. Menschen lernen nicht mehr, Kontakte zu knüpfen, sich zu verabreden, Konflikte auszutragen“, fasst JKD-Vorsitzender Frank Sächau zusammen.

Der JKD-Jahresbericht 2007 weist in der Vorbereitungsarbeit mit Kindern und Jugendlichen, die Kindergärten, Schu-

len, Betriebe und Freizeiteinrichtungen besuchen, 24 Maßnahmen aus, die in der Primärprävention knapp 2800 Menschen erreicht haben. Die 36 Maßnahmen der Sekundärprävention, die sich an Menschen mit Konsumertüchtigkeit, wurden von knapp 960 Personen besucht. Regelmäßig ist die JKD in Schulen zu Gast, weil sie so sämtliche Bevölkerungsschichten erreicht. „Nur durch eine stetige Wiederholung können wir langfristig eine Veränderung erreichen. Aber für diese Kontinuität bleibt den Lehrern wenig

Zeit“, bedauert Ingrid Liefke. Diese Entwicklung zeichnet sich auch in der Elternarbeit ab. Elternabend an Schulen zum Thema Sucht und Suchtvorbereitung würden eher selten nachgefragt. Eltern von Suchtabhängigen wünschen lieber Einzel- statt Gruppengespräche und Patentrezepte, die sie sofort und erfolgreich anwenden können. Dabei ist es immer noch ein langer Weg, die Sucht der eigenen Kinder zu erkennen, damit umzugehen und die Veränderungen in den familiären Beziehungen zu akzeptieren.



Alkohol ist für Jugendliche leicht zu bekommen. Foto: ddp

Aktuell Gesellschaft Hintergründe

Düstere Prognose

Arbeits-Services

Immer mehr Drogensüchtige

Von Daniel Deckers



06. November 2007 Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) rechnet nicht mehr damit, dass der Gebrauch von Heroin in Europa in den kommenden Jahren spürbar sinken wird. Zwar gebe es trotz eines Überangebots an Heroin keine Anzeichen für eine Heroinepidemie, wie sie in den neunziger Jahren in vielen Teilen Europas zu beobachten gewesen sei, schreibt die in Lissabon ansässige EU-Agentur in ihrem jüngsten Bericht, der am Donnerstag in Brüssel vorgestellt wurde. Jedoch sei die Zahl der neuen Gebrauchser nicht immer hoch. So ist Heroingebrauch nach wie vor die Ursache für

einen Großteil der in die Milliarden gehenden Kosten, die Rauschgiftgebrauch im Gesundheits- und Sozialwesen der EU-Länder verursacht. Wolfgang Götz, der Direktor der EBDD, sprach von mindestens 28, möglicherweise sogar 40 Milliarden Euro.

Auch für die Übertragung des HI-Virus spielt der Heroingebrauch nach Erkenntnissen der EBDD noch immer eine nicht zu unterschätzende Rolle, vor allem in den baltischen Ländern, aber auch auf der Iberischen Halbinsel und in Italien. Ein neues Phänomen sind Vergiftungen mit aus der Pharmazie abgezwigten oder illegal hergestellten synthetischen Opioiden - allein in Estland wurden im Jahr 2006 siebenzig tödliche Vergiftungen mit einer aus der Schmerztherapie von Krebspatienten bekannten Substanz namens Fentanyl registriert. Kaum bemerkbar in Europa macht sich bis jetzt die seit Jahren stetig steigende Produktion von Opiaten und Heroin in Afghanistan. Einiges spricht dafür, dass die Überproduktion von mehreren tausend Tonnen Rauschgift in neue Märkte in Asien geht, vor allem in China.

Im Osten liegt Heroin an der Spitze der Todesursachen junger Männer

Die Zahl der offiziell registrierten Todesopfer des Rauschgiftgebrauchs in Europa stagniert zwischen 7000 und 8000, obwohl noch zu Beginn dieses Jahrzehnts vieles darauf hindeutete, dass sie sinken würde, weil tödliche Vergiftungen besser vermieden werden könnten. Nach Erhebungen der EU-Agentur ist vor allem in Mittel- und Osteuropa die Zahl junger Heroinsüchtiger und auch der Todesopfer im Zusammenhang mit Heroin gestiegen. In Ländern wie Rumänien, der Slowakei, Estland, Bulgarien, aber auch Österreich steht Heroingebrauch mittlerweile an der Spitze der Todesursachen junger Männer.

Zum Thema

Spanier bei Kokainkonsum weiter auf Platz eins

Nato streitet über Rauschgiftbekämpfung in Afghanistan

Kokainspuren auf Banknoten: Spanien ist europäischer Spitzenreiter

BKA-Auswertung: Frankfurt bleibt Drogen-Hauptstadt

Die EBDD rät daher den EU-Staaten, besser zu erforschen, warum es zu Überdosierungen kommt und ob die Präventionsmaßnahmen auch wirksam sind. Nach Einschätzung der Beobachtungsstelle stützen sich manche Staaten auf falsche Annahmen und verschlimmern mit ihren Vorkehrungen die Lage, statt sie zu verbessern. Zur Vermeidung tödlicher Vergiftungen mit Heroin sei es vor allem geboten, Hochrisikogruppen zu identifizieren und aufzuklären. Besonders gefährdet seien rauschgiftsüchtige Strafgefangene nach ihrer Entlassung und Personen, die eine Entzugsbehandlung durchlaufen haben. „Jede Stunde stirbt in Europa ein junger Mensch nach

Rauschgiftgebrauch einen vermeidbaren Tod“, so Götz.

Cannabisgebrauch geht zurück

Der Cannabisgebrauch stabilisiert sich nach den jüngsten Daten und geht in einigen Ländern sogar zurück. Unter Schülern und jungen Erwachsenen ist Cannabis zwar nach

wie vor weit verbreitet, und die Zahl der Straftaten im Zusammenhang mit Cannabis stieg zwischen 2001 und 2006 im Durchschnitt der EU-Länder um 34 Prozent. Dennoch: Über mehr Cannabisgebraucher berichten immer weniger EU-Länder. Worauf die Stagnation oder gar der Rückgang der Prävalenzraten vor allem in jüngeren Altersgruppen zurückzuführen ist, wird dabei nicht ersichtlich. Cannabis ist nicht weniger verfügbar als früher und auch nicht teurer. Die EBDD vermutet einen Zusammenhang mit der Durchsetzung des Rauchverbots. Auch könne die mittlerweile beträchtliche Zahl Cannabis-süchtiger abschreckend wirken.

Gleichwohl gebräuchen nach Berechnungen der EBDD etwa vier Millionen oder ein Prozent der erwachsenen Bevölkerung der EU-Länder täglich oder fast täglich Cannabis. Drei Viertel von ihnen sind zwischen 15 und 34 Jahre alt. Unter älteren Schülern ist Cannabis nach Alkohol und Tabak nach wie vor das Rauschgift der Wahl. Wer kiff, greift im Übrigen auch häufiger und intensiver zu anderen Suchtstoffen. Daher seien „spezielle Strategien“ erforderlich, „um diese besonders gefährdeten jungen Menschen zu schützen“, heißt es in dem Bericht der EBDD.



Sogenannte "body packs" voll Kokain, die ein Nigerianer bei Dresden geschluckt und geschmuggelt hatte. Strafenverkaufswert: 100.000 Euro.

Ecstasy ist aus der Mode

Der Kokaingebrauch steigt vielerorts in Süd- und Westeuropa. Dagegen nimmt der seit Jahrzehnten zu beobachtende Gebrauch von Amphetaminen in vielen Ländern Mittel-, Nord- und Osteuropas ab. Das vor allem in den Vereinigten Staaten, Australien und Südostasien weit verbreitete Methamphetamin spielt in den meisten EU-Ländern nach wie vor keine Rolle, und der Gebrauch von Ecstasy stagniert oder ist rückläufig. Manches deutet nach Erkenntnissen der EBDD darauf hin, dass die Konsumenten mittlerweile Amphetamine oder Ecstasy durch das verfügbarere und billigere Kokain ersetzen. So helfen sich erklären, dass 2007 der Anteil der jungen Kokaingebraucher in England, Irland, Spanien oder Italien schon zwischen drei und mehr als fünf Prozent lag.

Die Zahl der Personen, die sich wegen Kokaingebrauchs therapieren ließen, stieg in Europa von 2002 bis 2006 um mehr als das Doppelte auf etwa 30.000. Im Jahr 2006 wurden etwa 500 Todesfälle offiziell mit Kokain in Verbindung gebracht – die wirkliche Zahl dürfte um ein Mehrfaches höher liegen. In den vergangenen Jahren wuchs auch die Zahl der Sicherstellungen und die Menge des beschlagnahmten Kokains, nicht nur entlang der „klassischen“ Schmuggelrouten aus der Karibik heraus und an europäischen Flughäfen. Immer wichtiger wird eine Route, die über Venezuela und Westafrika nach Europa führt. Die EBDD befürchtet, dass der Kokainschmuggel und seine Begleiterscheinungen wie die Unterwanderung der Justiz und die Korruption die prekäre Lage in vielen Staaten Westafrikas noch verschärfen werden.

Text: F.A.Z.
Bildmaterial: itpa, F.A.Z.

Die Mitarbeiter



Peter Schay

Master of Science Integrative Psychotherapie, Dipl. Sozialarbeiter, Dipl. Supervisor (Amsterdam), Approbation als KuJ-Psychotherapeut, Psychotherapeut (HPG), Ausbildung in Integrativer Psychotherapie am Fritz Perls Institut (FPI), Fachberater für Psychotraumatologie (DIPT e.V. Köln)

Verena Siewitz

Dipl. Sozialarbeiterin
Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie am FPI
Fachberaterin für Psychotraumatologie (DIPT e.V. Köln)

Thomas Goldmann

Dipl. Sozialpädagoge
Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie am FPI
Fachberater für Psychotraumatologie (DIPT e.V. Köln)

Beate Wentzek

Verwaltungsangestellte

Ursula Bleck

Verwaltungsangestellte

Petra Schlonski

Haustechnischer Dienst

Ingrid Liefke

Master of Science Integrative Psychotherapie, Dipl. Pädagogin, Approbation als KuJ-Psychotherapeutin, Psychotherapeutin (HPG), Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie am FPI, Fachberaterin für Psychotraumatologie (DIPT e.V. Köln)

Herausgeber:



Ansprechpartner: Peter Schay

Hauptstraße 94, 44651 Herne (Wanne-Eickel)
☎ 02325 / 3891 - Fax 02325 / 932521
e-mail: jkd-kadesch@t-online.de
internet: www.therapieverbund-herne.de

im Februar 2009