



## **Jahresbericht 2009**

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

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

**Vorsitzender: Frank Sichau**

**Geschäftsführer: Peter Schay**

## **Psychosoziale Arbeit und Anstand**

**- warum wir ohne Werte nicht arbeiten können -**





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

## **Inhalt**

### *Aspekte aus der Arbeit in 2009*

- Leistungsvereinbarung mit der Stadt Herne
- Kommunalisierung
- Psychosoziale Betreuung substituierter Opiatabhängiger (PSB)

### *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

#### *Statistische Aussagen 2009 (Psychosoziale Beratungsstelle)*

*Statistische Aussagen 2009 (Fachstelle für Prävention, Gesundheitsförderung, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit)*

*Pressespiegel (Auszüge)*

*Die Mitarbeiter*

## **Aspekte aus der Arbeit in 2009**

**Frank Sichau / Peter Schay**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein schwieriges 2009 liegt hinter uns, daß in vielen Bereichen an die Grenzen unserer Belastbarkeit gebracht hat.

Nicht auf alles können und wollen wir in unserem Jahresbericht 2009 eingehen, möchten aber einige Aspekte aus unserer Arbeit vertiefen:

### **Leistungsvereinbarung mit der Stadt Herne**

Nachdem am 13.11.2007 der Rat der Stadt Herne einstimmig die „Vereinbarung zur Finanzierung einer Drogenberatungsstelle“ beschlossen hat und diese am 28.11.2007 im Rahmen der „kommunalen Daseinsvorsorge“ im Sinne des § 8 Abs. 1 der Gemeindeordnung NRW zwischen der Stadt Herne und der JKD abgeschlossen worden ist, standen in 2009 Gespräche über die Finanzierung in 2010ff an.

In den Gesprächen mit der zuständigen Dezernentin Frau G. Thierhoff bestand zunächst Übereinstimmung darin, daß die Vereinbarung zumindest im bisherigen Umfang fortgeführt werden soll.

Beratung und Verabschiedung in den Gremien der Stadt Herne (Jugendhilfeausschuß und Rat) waren für Ende 2009 geplant.

Nach der Konstituierung des neu gewählten Rates im Oktober haben die im Rat vertretenen Parteien aufgrund der „angespannten“ Haushaltslage der Stadt Herne abgesprochen, daß alle von der Stadt Herne abgeschlossenen Verträge gekündigt werden sollen und eine interfraktionelle Haushaltskommission gebildet wird, die bis März 2010 Ergebnisse zur Haushaltskonsolidierung erarbeiten soll.

Für die Finanzierung unserer Beratungsstelle bedeutet das, daß in 2010 der Zuschuß der Stadt Herne im bisherigen Umfang erfolgen wird.

Für das 2. Quartal 2010 haben wir mit Frau Thierhoff vereinbart, darüber zu verhandeln, wie die Finanzierung in 2010ff abgesichert werden kann.

### **Kommunalisierung**

Nach einem langwierigen Verhandlungsprozeß ist in 2009 die Rahmenvereinbarung zwischen dem Land NRW (MAGS), dem Städtetag NRW, dem Kreistag NRW und dem Städte- und Gemeindebund NRW sowie der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege NRW (LAG FW NRW) über die Grundsätze zur Umsetzung der Kommunalisierung der Landesförderung für Präventions- und Hilfemaßnahmen im Sucht- und AIDS-Bereich in Nordrhein-Westfalen unterzeichnet worden.

Nachdem die Mitgliederversammlung der LAG FW NRW bereits im Dezember 2008 der vorliegenden Rahmenvereinbarung zugestimmt hatte, gab es wieder Erwarten seitens der kommunalen Spitzenverbände weiteren Abstimmungsbedarf in bezug auf die Frage der Weiterentwicklung der sog. Verteilkriterien, die die Höhe der pauschalen Zuweisung der Landesmittel an die einzelnen Kommunen betrifft.

Die Vereinbarung beinhaltet jetzt eine Ergänzung, die die Partner verpflichtet innerhalb von zwei Jahren einvernehmlich die Verteilkriterien weiterzuentwickeln.

Die ab sofort geltende Rahmenvereinbarung kommt im Wesentlichen Forderungen der Freien Wohlfahrtspflege nach, insbesondere die Verknüpfung der Rahmenvereinbarung mit dem Haushaltsgesetz 2009 (Titelgruppe 64, 71).

In den Vorbemerkungen zu den jeweiligen Titelgruppen wird auf die Rahmenvereinbarung unmittelbar Bezug genommen: Die in der Vereinbarung enthaltenen Eckpunkte zu Aufgaben und Zielen sowie zu Dokumentations- und Qualitätsmanagement erhalten unter den Bedingungen der Kommunalisierung und dem Instrument der Fachpauschale den rechtlich höchstmöglichen Grad der Verbindlichkeit. Auf der kommunalen Ebene kann auf diese Inhalte direkt Bezug genommen werden. Die Höhe der Mittel, die in die jeweilige Kommune fließen, bleibt unverändert, bis eine Einigung in bezug auf die Verteilkriterien erfolgt ist. Herauszuheben ist weiter, daß die Formulierung der Präambel ausdrücklich die Vermeidung von Brüchen im Hilfesystem bei der Weiterentwicklung der Verteilkriterien benennt. Nach Einschätzung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ist damit - unter Berücksichtigung der politischen Rahmenbedingungen und der haushaltsrechtlichen Möglichkeiten - den Forderungen der Freien Wohlfahrtspflege Rechnung getragen worden.

Alle Beteiligten sind sich mit der Rahmenvereinbarung einig, daß zur Frage der weiteren fachlichen Zusammenarbeit jeweils eine Koordinierungsstelle eingerichtet werden soll. Offen bleibt allerdings in der Rahmenvereinbarung, wie dies genau geschehen und wer Träger dieser Stellen werden soll. An diesem Punkt wäre eine Vereinbarung für NRW beinahe gescheitert. Auf Vorschlag der Freien Wohlfahrtspflege wurde als Kompromiß folgendes 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.

### **Auszug für den Sucht-Bereich**

Die Vertragspartner stimmen darin überein, daß der Suchtbekämpfung aufgrund der großen Zahl suchtgefährdeter und suchtkranker 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 -hilfeangebote innerhalb des sozialen und gesundheitlichen Versorgungssystems bedarf.

### **Ziele der Förderung**

Die im Haushaltsplan aufgeführten Förderziele beinhalten insbesondere:

- Weiterentwicklung eines bedarfsgerechten Angebots zur Suchtprävention und Suchthilfe, insbesondere für Kinder und Jugendliche einschließlich ihres sozialen Umfelds,
- Entwicklung und 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 Suchtselbsthilfepotenziale,
- 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,
- 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,
- Förderung der Selbsthilfe vor Fremdhilfe.

Strukturelle Ausgestaltung des Hilfeangebots:

- 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),
- 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 Hilfeangebots:

- 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 Hilfeangebots:

- 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,
- 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 Hilfeangebots 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 Hilfeangebots 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 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.

### Klassisches Spektrum der Prävention

Prävention zielt auf die generelle Vermeidung auslösender oder vorhandenen Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen.

1964 hat *Caplan* die Unterteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention entwickelt:

- Primärprävention                      Reduktion der Inzidenz einer Erkrankung
- Sekundärprävention      frühzeitige Erkennung einer Erkrankung  
Reduktion der Prävalenz durch Frühintervention/-behandlung bereits diagnostizierbarer Erkrankung
- Tertiärprävention                      Reduktion der Behinderung durch definierte Erkrankungen  
(Rückfällen vorbeugen, Rehabilitation)

(vgl. Klassische Definition der Prävention körperlicher Erkrankungen durch die *Commission of Chronic Illness* in den USA, 1957; *Caplan*, 1964)

Prävention war also inhaltlich ausgerichtet

als Impuls für Maßnahmen, die vor dem Ausbruch einer Krankheit zur Anwendung kommen, wobei die Maßnahmen häufig reaktiv und nicht präventiv waren.

Durch die Überschneidung mit Maßnahmen der Behandlung entstand dabei jedoch vielfach die Annahme: alles ist Prävention.

1994 haben dann *Mrazek, Haggerty* Empfehlungen für die Prävention psychischer Erkrankungen erarbeitet und die Unterteilung in universelle, selektive und indizierte Prävention von psychischen Störungen (IOM) entwickelt:

Ziel ist eine Reduktion des Auftretens neuer Fälle

Zielgruppe und ihr Risikolevel sind das zentrale Klassifikationsmerkmal (Gruppe mit erhöhtem Risikopotential, Individuum mit hohem Risiko für Krankheit)

Erweitert werden muß dieses Präventionsverständnis um die „Rückfallprophylaxe“.

Seit 2009 besteht als Oberbegriff „Psychische Gesundheitsförderung“ (vgl. hierzu auch: 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, 2009):

	Zielgruppe	Ziele
psychische Gesundheitsförderung	Normalbevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Förderung der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben</li> <li>▪ soziale Integration</li> <li>▪ Krisenbewältigung</li> </ul>
universelle Prävention (= Primärprävention)	unausgelesene Normalbevölkerung (i.S. des SGB IX = Recht auf Teilhabe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Förderung psychischer Gesundheit</li> <li>▪ Reduktion psychischer Störungen</li> <li>▪ verhindern von neuen Fällen psychischer Störungen</li> </ul>
selektive Prävention (= Sekundärprävention)	Risikopersonen/-gruppen: Individuen oder Gruppen, deren unmittelbares oder späteres Risiko überdurchschnittlich ist	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Förderung von Lebenskompetenz</li> <li>▪ Förderung der Fähigkeit zur Selbst-reflexion</li> <li>▪ intensive Betreuung</li> <li>▪ verhindern von neuen Fällen psychischer Störungen</li> <li>▪ Rückfallprophylaxe</li> </ul>
indizierte Prävention (= Tertiärprävention)	Risikopersonen: Individuen mit hohem Risiko, mit minimalen, aber erkennbaren Symptomen, aber keine Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Förderung von Problembewußtsein</li> <li>▪ Motivation zur Verhaltensänderung</li> <li>▪ intensive Betreuung</li> <li>▪ verhindern von neuen Fällen psychischer Störungen</li> <li>▪ Rückfallprophylaxe</li> </ul>

(vgl. Klassifikation der *National Academy of Science*, 2009)





## Psychosoziale Betreuung substituerter Opiatabhängiger



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

### PSB = verpflichtender Bestandteil der Substitutionsbehandlung

„In Deutschland ist eine Substitutionsbehandlung nur zulässig, wenn eine PSB sichergestellt ist. ... PSB umfasst alle psychologischen und soziotherapeutischen Interventionen, die darauf abzielen, die Lebenssituation eines Drogenabhängigen zu verbessern und den Beigebrauch zu reduzieren sowie komorbide Störungen zu behandeln (Küfner, Ridinger 2008, 18f).

Die individuelle Ausgangssituation für die psychosoziale Betreuung ergibt sich aus der körperlichen, psychischen und sozialen Gesamtsituation (gesundheitliche und soziale Probleme, psychische Störungen und Ressourcen) und aus den Erwartungen des Patienten an die Substitutionsbehandlung (vgl. ebenda, 20).

Für den substituierenden Arzt haben hier die *Bundesärztekammer-Richtlinien* (vgl. BÄK, in: Westfälisches Ärzteblatt 4/2003) und die *Richtlinie zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger des Gemeinsamen Bundesausschusses* (GBA 2006) 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“ (*BÄK*, 3. Therapiekonzept und *GBA*, Präambel). 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 nur 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 die Behandlungspraxis zu optimieren und den Behandlungsrahmen in den Substitutionspraxen zu erweitern (beispielsweise bei Komorbiditäten), haben sich im Drogenhilfesystem Herne 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 Drogenhilfesystem Herne praktizieren seit vielen Jahren eine enge und äußerst effektive Kooperation in der Versorgung Drogenabhängiger. Der Träger hat in 2009 sein Behandlungskonzept um die Substitution Drogenabhängiger erweitert; unter der Maßgabe, daß das Drogenhilfesystem Herne verbindlich für die PSB verantwortlich ist. Die Versorgungssituation kann hierüber nachhaltig verbessert werden.
2. 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 kann hierüber nachhaltig verbessert werden.

### **Suchtmedizinische Versorgungsqualität**

„Nach § 5 Abs. 2 Nr. 6 der 15. BtMÄndV darf ein Arzt ... Substitutionsmittel nur dann verschreiben, wenn er die Mindestanforderungen an eine suchtttherapeutische Qualifikation erfüllt“ (*Ärztekammer Sachsen-Anhalt* 2009).

„Die notwendigen Kenntnisse für die Substitution (müssen) im Rahmen der 50-stündigen Zusatzweiterbildung Suchtmedizin erworben werden“ (*Vorstand der Landesärztekammer BW* 2006).

„Die Einführung der Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ als Qualifizierungsnachweis für den Bereich der Suchtmedizin bekam im Jahr 2001 mit der Novellierung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) eine besondere Bedeutung. Hier wurde eine suchtttherapeutische Qualifikation als Anforderung an Ärzte, die Substitutionsbehandlungen bei opiatabhängigen Patienten durchführen wollen, festgeschrieben“ (*DHS* 2009).

„Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Therapie ist oberstes Ziel der Behandlung die Suchtmittelfreiheit. Die möglichen Stufen eines umfassenden Therapiekonzeptes sind die Sicherung des Überlebens, gesundheitliche und soziale Stabilisierung sowie die berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration. Darüber hinaus ist die Behandlung eine präventive Maßnahme hinsichtlich der Verbreitung von Infektionskrankheiten, insbesondere durch HIV- und Hepatitisserreger. Das Erreichen dieser Ziele hängt wesentlich von der individuellen Situation des Opiatabhängigen ab“ (*Vorstand der Landesärztekammer BW* 2006).

„In den Arbeitsfeldern der Prävention, der sozialen Beratung, der Überlebenshilfen und in der Behandlung bzw. medizinischen Rehabilitation sind ... vor allem Dipl. Sozialarbeiter/-pädagogen, Dipl. Psychologen, Dipl. Pädagogen (und) Ärzte ... tätig. Eine strikte Trennung zwischen den an der Behandlung beteiligten Professionen ist nur schwer möglich, da in den Versorgungsbereichen wie Diagnostik, Beratung und Behandlung eine mehrdimensionale Betrachtungsweise vorherrscht und die unterschiedlichen Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen im Gesamtbehandlungsprozeß Suchtkranker zusammen laufen müssen. ... Vor dem Hintergrund der multiprofessionellen Zusammenarbeit im Gesamtbehandlungsprozeß Suchtkranker müssen unterschiedliche fachlich-methodische Kompetenzen zusammengeführt werden. Dies setzt voraus, daß die jeweiligen Akteure neben der eigenen Kompetenz im Arbeitsfeld auch befähigt werden müssen, sich in andere Disziplinen einzudenken, um mit deren Vertreter überhaupt kooperieren zu können“ (DHS 2009).

Gesetzliche, rechtliche, administrative Barrieren, bürokratische Durchführungsbestimmungen und die Vergütungs- und Honorierungsregelungen für die Behandlung somatischer und psychiatrischer Erkrankungen haben bei deutlich gestiegenen Patientenzahlen dazu geführt, daß die Zahl der substituierenden Ärzte stagniert bzw. in einigen Regionen sinkt. Im Bereich der Ärztekammer Westfalen-Lippe ist die Zahl der substituierenden Ärztinnen und Ärzte im Zeitraum 1997-2006 mit 304 (1997) und 313 (2006) praktisch unverändert geblieben, bei einer Verdoppelung der zu behandelnden Patient (von ca. 4.000 in 1997 auf ca. 10.000 in 2006), d.h. in 1997 hat ein Arzt 10 Patienten und in 2006 bereits 29 substituiert.

Die Versorgungsqualität in Herne hat sich in den vergangenen Jahren „zugespitzt“: 2009 werden in 3 Praxen ca. 190, 90 bzw. 20 Patienten substituiert.

„Unzureichend ist (auch) die Situation der psychosozialen Betreuung. „So variieren Umfang und Inhalt der psychosozialen Maßnahmen von Bundesland zu Bundesland, von Kommune zu Kommune und von Drogeneinrichtung zu Drogeneinrichtung. Auch die Finanzierung und das Angebot der psychosozialen Betreuung (Platzzahl) sind nicht immer bedarfsgerecht ausgestaltet. Dies ist insbesondere deshalb problematisch, da Substitutionspatientinnen und -patienten zur Teilnahme an einer solchen Betreuung faktisch verpflichtet sind. (Zu konstatieren ist auch) eine ... Unterversorgung von Suchtkranken ... etwa bei der Behandlung von Hepatitis C oder komorbiden psychischen Störungen“ (Deutscher Bundestag 2008).

#### *Qualitätszirkel substituierender Ärzte*

Die Substitutionsbehandlung muß im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie erfolgen, die medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Maßnahmen umfaßt, d.h. eine enge Kooperation von behandelndem Arzt und PSB-Fachstelle ist unabdingbar.

Mit dem Qualitätszirkel erfüllen die substituierenden Ärzte ihre Fort- und Weiterbildungsverpflichtung. Des weiteren sollen durch dieses Gremium u.a. die Voraussetzungen dafür gewährleistet werden, daß

- die Versorgungsqualität der Substitutionsbehandlung kontinuierlich verbessert wird.
- in allen Praxen den Patienten ein qualitatives PSB-Angebot unterbreitet werden kann.
- die Kooperation mit dem Drogenhilfesystem bedarfsgerecht ausgestaltet ist.

Um ein umfassendes Therapiekonzept umsetzen zu können, ist eine enge und intensive Zusammenarbeit zwischen substituierendem Arzt und PSB-Fachstelle unabdingbar (vgl. *Land Bremen 2008*). „Die Zusammenarbeit mit qualifizierten Fachkräften des Drogenhilfesystems ... ist unverzichtbar“ (ebenda). Die Zusammenarbeit vollzieht sich im Qualitätszirkel substituierender Ärzte (vgl. *Konstanzer Modell 2006*). „Insbesondere durch die Intensivierung der Zusammenarbeit (der beteiligten Akteure) ist es gelungen, den prozessualen Charakter der Substitutionsbehandlung deutlich zu machen“ (Landtag von BW 2009).

Unberührt von der Verpflichtung, bei jedem Patienten auf die Umsetzung des umfassenden Behandlungskonzeptes zu achten, ist für die Substitutionsbehandlung von mehr als 50 Klienten eine zwingende Voraussetzung u.a., daß der substituierende Arzt mit einer PSB-Fachstelle eine organisatorische und strukturelle Einheit bildet (vgl. Anl. 2, 3 + 4: *Bundesärztekammer-Richtlinien 2002*, Pkt. 3; Fragebogen der KVWL), d.h. eine entsprechende Vereinbarung zwischen der PSB-Fachstelle und dem substituierenden Arzt getroffen werden muß.

Es muß also selbstverständlich sein, daß die bestehenden Systeme der Kooperation mit den substituierenden Ärzten, dem Gesundheitswesen, den unterschiedlichen Angeboten der sozialen und medizinischen Rehabilitation beständig weiterentwickelt werden müssen, so daß - bezogen auf den jeweiligen Patienten - bedarfsgerechte und paßgenaue Förderkonzepte gemeinsam gestaltet und realisiert werden können.

Entsprechend der rechtlichen Rahmenbedingungen und der Bundesärztekammer-Richtlinien ist eine zentrale Aufgabe des Qualitätszirkels substituierender Ärzte, dafür Sorge zu tragen, daß jeder Patient umfassend über die PSB-Kernleistungen (siehe 8.) informiert wird und ihm sind die für ihn geeigneten Maßnahmen aufgezeigt werden, d.h. geeignete Kooperationsformen mit dem Drogenhilfesystem gegen sind.

Grundsätzlich sollten alle mit der Substitutionsbehandlung zusammenhängenden Fragen von den beteiligten Akteuren möglichst im Konsens gelöst werden, wobei die Aufgabe der PSB-Fachstelle aber auch darin bestehen muß, in der täglichen Praxis gegebene Probleme (bspw. die Beikonsumproblematik) offen anzusprechen.

### **Behandlungspraxis bei Beikonsum**

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).

Als ein Mindeststandard in bezug auf eine Alkoholproblematik hat sich in Substitutionspraxen entwickelt, daß vor jeder Vergabe des Substitutionsmittels eine Atemkontrolle durchgeführt wird und bei positivem Testergebnis keine Vergabe erfolgt.

Abbruchkriterien der Behandlung sind „Ausweitung oder Verfestigung des Gebrauchs von Suchtstoffen neben der Substitution (und) dauerhafte Nicht-Teilnahme des Substituierten an ggf. erforderlichen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen“ (*GBA* 2006, § 8, 3. + 4.).

„Sofern der Beikonsum nicht lebensgefährdend ist, sollte er zunächst nur Anlaß sein, im Gespräch gemeinsam die Ursachen zu erforschen und eine allmähliche Verhaltensänderung herbeizuführen. Liegt der Versuch einer Selbsttherapie mit ungeeigneten Mitteln vor, sollte der Arzt den Beikonsum durch eine medizinisch sinnvolle Therapie ersetzen. ... Vor allem, wenn gleichzeitig eine soziale Reintegration und eine berufliche Rehabilitation gelungen ist, sollte ein fortgesetzter unproblematischer Nebekonsum nicht mit einem Therapieabbruch geahndet werden“ (*Stöver* 2007, 17f).

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).

„Die Reduktion bzw. die Einstellung des Beikonsums ... ist aber erklärtes Ziel jeder Substitution“ (*Küfner, Ridinger* 2008, 99).

### **Angebote zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung substituierter Abhängigkeitskranker - ein Kooperationsangebot mit der Gesellschaft freie Sozialarbeit e.V. (GFS) -**

Einen Schwerpunkt in unserer Arbeit hat die berufliche Integration unserer Klienten. Über die Entwicklung einer Alltagsstruktur soll die Gefahr eines Rückfalls in alte Strukturen und Verhaltensmuster aufgefangen werden.

Um dieses zu erreichen, findet die Stabilisierung der Klienten auf verschiedenen Ebenen statt. Ihnen wird zunächst ein vorgegebenes - vorzugsweise im Rahmen der „Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (AGH)“ - aber auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Arbeitsfeld angeboten. Hier erfahren die Klienten Arbeitsstrukturen unter Einbindung der sogenannten Primär- und Sekundärtugenden und ihre Ausdauerfähigkeit und Kontinuität bezogen auf ihre Arbeitsfähigkeit werden „trainiert“.

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt in der Regel 30,0 Stunden, je nach persönlichen Voraussetzungen kann auch eine Beschäftigung in Teilzeitform ermöglicht werden.

Das Prinzip der Freiwilligkeit herrscht aus Motivationsgründen vor. Unsere Mitarbeiter und die Kollegen der GFS prüfen vor Beschäftigungsbeginn in Beratungsgesprächen Ernsthaftigkeit und Motivation der Klienten und weisen auf die Bedingungen des Beschäftigungsverhältnisses hin. In einem zweiten Schritt wird dann die Zuweisung durch den Arbeitsvermittler der ARGE vorbereitet.

Nach der Zuweisung durch die ARGE schließt die GFS mit dem Klienten einen bis zu 12monatigen Beschäftigungsvertrag, der die Aufgaben, Rechte und Pflichten beider Vertragspartner genau definiert. Daraus abgeleitet ergibt sich folgender methodischer Maßnahmeverlauf für den Klienten:

- Feststellen des bisherigen Berufslebens (Anamnese)
- Entwicklung eines individuellen Förderplanes
- Festlegung von Zielvereinbarungen und Darstellung der Sanktionsmittel bei Nichteinhaltung

- Festlegung einer Zeitschiene zur Realisierung der als notwendig erachteten Förderschwerpunkte
- Regelmäßige Überprüfung über das Erreichen der Zielvereinbarungen

Um vorgenannte Ziel erreichen zu können übernimmt bzw. gewährleistet die GFS für die Klienten:

- die Entwicklung von Förderplänen mit dem Schwerpunkt der Berufswegplanung
  - a) Angestrebte Tätigkeit
    - Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt (Vollzeit, Teilzeit, geringfügige Beschäftigung)
    - Arbeit auf dem 2. Arbeitsmarkt (AGH, JobPerspektive, ABM, etc.)
    - Ausbildung oder Umschulung
    - Einbindung von Trainingsmaßnahmen zur Arbeitserprobung
  - b) Ermittlung vorhandener Fähigkeiten und Ressourcen
    - formale Qualifikationen (Schule, Ausbildung, Zusatzausbildungen)
    - Kompetenzen, ggf. in eigenen Kompetenzfeststellungsverfahren erarbeiten,
    - Arbeitserfahrungen, Hobbys
    - Selbständige Mitwirkung bei der Arbeitssuche, Kontakt zu Arbeitgebern u. ARGE
- die Sozialberatung
- die Unterstützung im Bewerbungsprozeß
- die mit der Beschäftigung zu verzahnende Qualifizierung

Weitere Teilziele sind unter den Bedingungen von Arbeit:

- Alltagsstrukturierung
- Training von Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Ordentlichkeit, Fleiß
- Stabilisierung der Gesundheit
- Erhöhung der Konflikt-, Kritik- und Kommunikationsfähigkeit
- Training der Fähigkeit zu angemessenem Verhalten/Erhöhung der Frustrationstoleranz
- angemessene Regulierung von Nähe und Distanz
- Förderung der Teamfähigkeit durch gemischte Arbeitsgruppen

Die Qualifizierung wird von der GFS in den Bereichen

- Bau/Holz/Farbe
- Lager/Transport/Verkehr
- Verkauf/Dienstleistungen

angeboten.

### **Zusammenfassung**

Die berufliche Integration/die Entwicklung einer Tagesstruktur zielt auf die Minimierung von Risikofaktoren für die Klienten. Unter Berücksichtigung der dargestellten Angebote zur beruflichen Integration wird mit den Klienten erarbeitet:

- Entwicklung einer beruflichen Perspektive
  - Prüfung der persönlichen Voraussetzungen (Anforderung von Zeugnissen, Bewilligungsbescheiden, Arbeitsnachweisen; Klärung für welche Art von Eingliederungsmaßnahmen die Voraussetzungen gegeben ist)  
Um die Erwartungshaltung der Patienten mit den Möglichkeiten des Arbeitsmarktes zu verbinden, werden die individuellen Voraussetzungen geprüft. Es wird abgeklärt, ob der Klient z.B. umschulungsberechtigt ist oder welche Maßnahmen vorgeschaltet werden müssen, damit er diese Berechtigung erlangt.
- Kontakt zur Agentur für Arbeit/ARGE (Arbeitssuchend melden, Termine bei Berufsberatung oder Arbeitsvermittlung)  
Der Klient meldet sich arbeitssuchend, um die Angebote der Agentur für Arbeit wahrnehmen zu können. Gemeinsame Besuche bei der ARGE und dem Berufs-Informationen-Zentrum (BIZ) finden regelmäßig statt.
- Vermittlung eines berufsorientierenden Praktikums (Kontaktaufnahme zu Betrieben und Firmen, Vermittlung von und Begleitung bei Vorstellungsterminen, Abschluß eines Praktikumsvertrages, Reflexionsgespräche)  
Der Klient absolviert in Absprache mit der Agentur für Arbeit/ARGE ein Praktikum, um die Überprüfung der eigenen Fähigkeiten, Fertigkeiten aber auch Grenzen zu gelangen. Berufswünsche und Berufsvorstellungen werden somit in der Berufsrealität überprüft.  
Ziel ist eine Heranführung an den Berufsalltag in Form eines Belastungstrainings, sowie die Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Berufsalltags (Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Leistungsfähigkeit).
- Vermittlung in Maßnahmen (Vermittlung in Qualifizierungs-, Feststellungs-, Umschulungsmaßnahmen)  
Die Zuständigkeit liegt bei der ARGE, da die Finanzierung einer Maßnahme von dort bewilligt werden muß.

Um die Bewilligung einer Maßnahme zu optimieren ist es wichtig, die Klienten auf den Termin beim Arbeitsvermittler bzw. -berater vorzubereiten. Je genauer die Klienten wissen, welche Maßnahme sie machen wollen (Art und Dauer), desto einfacher ist es für den Vermittler, aktiv zu werden und den Vermittlungsprozeß vorzubereiten.

- **Vermittlung in Schulen**  
(Anmeldung bei der Berufsschule, Volkshochschule oder Abendschule zum Erlangen eines Schulabschlusses oder zur weiteren schulischen Qualifizierung)  
Die detaillierten Kenntnisse über die unterschiedlichen Bildungsangebote und der enge Kontakt zu den Trägern schulischer Bildung eröffnen zeitnah Möglichkeiten zur Erlangung einer schulischen Qualifikation.
- **Hilfe bei Bewerbungen**  
(Erstellen von Lebenslauf und Bewerbungsschreiben, Bewerbungstraining, Hilfe bei der Stellensuche)  
Die Klienten erhalten die notwendigen Hilfestellungen bei schriftlichen Bewerbungsverfahren.  
Über ein regelmäßiges Bewerbungstraining wird den Klienten mehr Sicherheit vermittelt, um in Bewerbungsgesprächen erfolgreich sein zu können.





## 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).

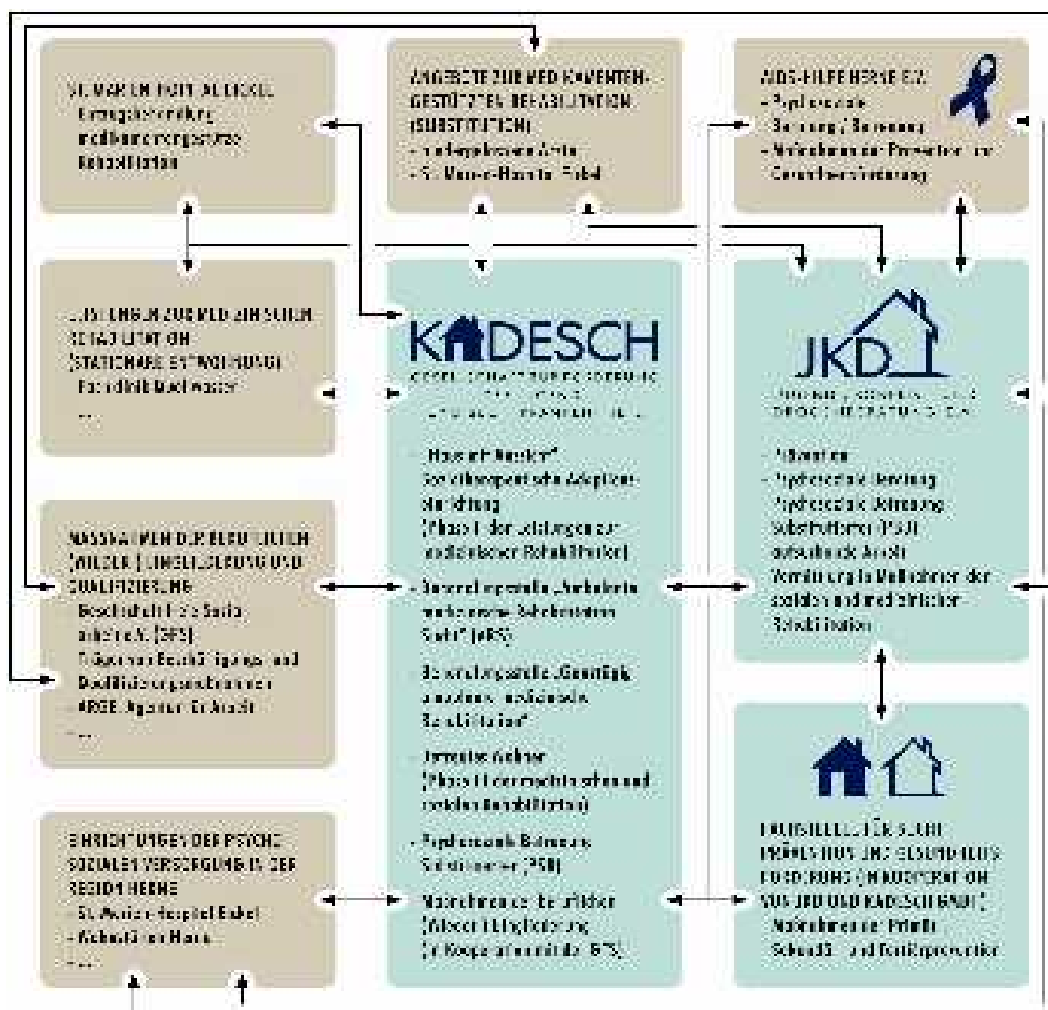
Die Aufgabenstellung und Zielsetzung der JKD orientiert sich an einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur, d.h. ihre gesamte Leistungspalette basiert auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen.

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 erst auffällig 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 Hilfsmaßnahmen 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, Stadteilkultur, Wohnbedingungen, Freizeitangebote), die suchtfördernd oder umgekehrt suchtvermeidend wirken können, werden aufgedeckt und Sachinformation im Sinne von drogen- und suchtbezogener 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

- Die Angebote der JKD richten sich nach dieser Vereinbarung und orientieren sich an den Absprachen der Vertragsparteien sowie den örtlichen Gegebenheiten.
- 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.

- 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.

- 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.

**Statistische Aussagen 2009**  
- Psychosoziale Beratungsstelle -

Die statistischen Aussagen zu unserer Arbeit basieren auf dem Deutsche Kerndatensatz.

Die Erfassung der Klientendaten 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.

<b>KLIENTEN</b>	<b>absolut</b>
<b>KLIENTEN</b> mit <u>1 - 9 Kontakten</u> und <u>nicht in ebis 2009</u> erfaßt	
- <u>telefonische</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	964
- <u>persönliche</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	338
<b>KLIENTEN</b> mit <u>10 und mehr Kontakten</u> und in <u>ebis 2009</u> erfaßt	780
<b>GESAMT</b>	<b><u>2.082</u></b>
<b>JAHRESKONTAKTE</b> (in <u>ebis 2009</u> erfaßte Klienten)	<b>absolut</b>
- mit Klient	11.416
- mit Angehöriger/n	88
- mit Klient + Angehörigem/n	189
- mit sonstigen Personen	1.063
- mit Klient + sonstiger/n Person/en	368
<b>GESAMT</b>	<b><u>13.124</u></b>
<b>VERMITTLUNGEN</b> in	<b>absolut</b>
Entzugsbehandlung (gesamt)	75
- St. Marien-Hospital	37
- andere Krankenhäuser	38
medizinische und soziale Rehabilitation (gesamt)	223
- Entwöhnungsbehandlung	50
- Adaption	3
- Ambulante medizinische Rehabilitation	12
- Ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation	28
- Betreutes Wohnen	20
- Substitution (Alkohol/Drogen)	102
- Psychosomatische Kliniken	4
- Selbsthilfegruppe	4
Abbruch aus laufender Vermittlung	33
<b>GESAMT</b>	<b>256</b>



## Übersicht Betreuungen (inkl. PSB)

Bezugsgruppe alle Klienten	Betreuungsgrund				Gesamt
	eigene Symptomatik	Bezugs- personen	sonstiges	unbekannt	
Übernahmen aus 2008	581	10	6	6	<b>603</b>
Zugänge 2009	175	1	1	0	<b>177</b>
Beender 2009	143	0	2	0	<b>145</b>
Übernahmen nach 2010	613	11	5	6	<b>635</b>
<b>Gesamt 2009</b>	<b>756</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>780</b>

Bezugsgruppe alle Klienten	Betreuungsgrund				Absolut	%
	Eigene Symptomatik	Bezugs- personen	sonstiges			
Übernahmen aus 2008	97,3%	1,7%	1,0%	<b>597</b>	<b>100,0%</b>	
Zugänge 2009	98,9%	0,6%	0,6%	<b>177</b>	<b>100,0%</b>	
Beender 2009	98,6%	0,0%	1,4%	<b>145</b>	<b>100,0%</b>	
Übernahmen nach 2010	97,5%	1,7%	0,8%	<b>629</b>	<b>100,0%</b>	
<b>Gesamt 2009</b>	<b>97,7%</b>	<b>1,4%</b>	<b>0,9%</b>	<b>774 *</b>	<b>100,0%</b>	
* ohne Betreuungsgrund „unbekannt“				<b>6</b>		

## Übersicht Betreuungen - PSB

Bezugsgruppe PSB	Betreuungsgrund				Gesamt
	Eigene Symptomatik	Bezugs- personen	Sonstiges	Unbekannt	
Übernahmen aus 2008	194	0	2	0	<b>196</b>
Zugänge 2009	24	0	0	0	<b>24</b>
Beender 2009	60	0	1	0	<b>61</b>
Übernahmen nach 2010	158	0	1	0	<b>159</b>
<b>Gesamt 2009</b>	<b>218</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>220</b>

Bezugsgruppe PSB	Betreuungsgrund				Absolut	%
	Eigene Symptomatik	Bezugs- personen	Sonstiges			
Übernahmen aus 2008	89,0%		100,0%	<b>196</b>	<b>89,1%</b>	
Zugänge 2009	11,0%			<b>24</b>	<b>10,9%</b>	
Beender 2009	27,5%		50,0%	<b>61</b>	<b>27,7%</b>	
Übernahmen nach 2010	72,5%		50,0%	<b>159</b>	<b>72,3%</b>	
<b>Gesamt 2009</b>	<b>100,0%</b>		<b>100,0%</b>	<b>220</b>	<b>100,0%</b>	

## 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	16,2%	70,3%	2,7%		8,1%	2,7%			16,8	37	7,7%	
F11 Opiode	3,7%	23,6%	35,9%	22,9%	11,0%	2,7%	0,3%		21,1	301	62,4%	
F12 Cannabinoide	19,3%	69,9%	10,8%						15,0	83	17,2%	
F13 Sedativa/ Hypnotika		33,3%	33,3%	33,3%					20,3	3	0,6%	
F14 Kokain		17,6%	41,2%	17,6%	23,5%				21,7	17	3,5%	
F15 Stimulanzien	7,7%	65,4%	23,1%		3,8%				16,7	26	5,4%	
F16 Halluzinogene		100,0%							17,0	1	0,2%	
F17 Tabak	16,7%	83,3%							15,7	6	1,2%	
F18 Flüchtige Lösungsmittel		100,0%							14,0	1	0,2%	
F19 And. psychotrope Substanzen									0,0	0		
F50 Eißstörungen		100,0%							15,7	3	0,6%	
F63 Pathologisches Spielen		25,0%	50,0%	25,0%					19,8	4	0,8%	
<b>Gesamt</b>	<b>Absolut</b>	<b>36</b>	<b>187</b>	<b>134</b>	<b>74</b>	<b>41</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>19,4</b>	<b>482</b>	<b>100,0%</b>
	<b>%</b>	<b>7,5%</b>	<b>38,8%</b>	<b>27,8%</b>	<b>15,4%</b>	<b>8,5%</b>	<b>1,9%</b>	<b>0,2%</b>				

unbekannt: 31,0%

## 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	1,6%	8,1%	6,5%	17,7%	16,1%	8,1%	14,5%	11,3%	12,9%	3,2%				31,0	62	8,9%	
F11 Opiode		0,2%	0,7%	13,9%	27,0%	26,3%	18,2%	9,2%	3,9%	0,2%	0,2%			31,6	411	58,9%	
F12 Cannabinoide	4,5%	21,4%	19,6%	27,7%	17,0%	4,5%	2,7%	2,7%						21,7	112	16,0%	
F13 Sedativa/Hypnotika					20,0%	40,0%	40,0%							32,2	5	0,7%	
F14 Kokain			2,6%	23,1%	28,2%	15,4%	7,7%	10,3%	10,3%	2,6%				31,3	39	5,6%	
F15 Stimulanzien		4,7%	11,6%	39,5%	27,9%	11,6%	4,7%							24,4	43	6,2%	
F16 Halluzinogene				100,0%										24,0	2	0,3%	
F17 Tabak	12,5%	25,0%	12,5%	25,0%		12,5%	12,5%							20,6	8	1,1%	
F18 Flüchtige Lösungsmittel		100,0%												15,0	1	0,1%	
F19 and. psychotrope Substanzen														0,0	0		
F50 Eßstörungen		20,0%	10,0%	10,0%	40,0%		10,0%		10,0%					26,2	10	1,4%	
F63 Pathologisches Spielen			20,0%	40,0%	40,0%									23,8	5	0,7%	
<b>Gesamt - mit Hauptdiagnose</b>	<b>Absolut</b>	<b>7</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>132</b>	<b>170</b>	<b>132</b>	<b>96</b>	<b>52</b>	<b>29</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>29,2</b>	<b>698</b>	<b>99,6%</b>
	<b>Prozent</b>	<b>1,0%</b>	<b>5,3%</b>	<b>5,4%</b>	<b>18,9%</b>	<b>24,4%</b>	<b>18,9%</b>	<b>13,8%</b>	<b>7,4%</b>	<b>4,2%</b>	<b>0,6%</b>	<b>0,1%</b>					
ohne HD - Polytoxikomanie														0,0	0		
ohne HD - riskanter Konsum														0,0	0		
ohne HD - sonstige Gründe	33,3%	33,3%						33,3%						22,7	3	0,4%	
<b>Gesamt</b>	<b>Absolut</b>	<b>8</b>	<b>38</b>	<b>38</b>	<b>132</b>	<b>170</b>	<b>132</b>	<b>97</b>	<b>52</b>	<b>29</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>29,4</b>	<b>701</b>	<b>100,0%</b>
	<b>%</b>	<b>1,1%</b>	<b>5,4%</b>	<b>5,4%</b>	<b>18,8%</b>	<b>24,3%</b>	<b>18,8%</b>	<b>13,8%</b>	<b>7,4%</b>	<b>4,1%</b>	<b>0,6%</b>	<b>0,1%</b>					

unbekannt: 7,3%

## Hauptdiagnose + Familienstand

Hauptdiagnose	Familienstand					Gesamt	
	ledig	verheiratet, zusammenlebend	verheiratet, getrennt lebend	geschieden	verwitwet	Absolut	%
F10 Alkohol	74,2%	3,2%	3,2%	19,4%		62	8,9%
F11 Opioide	71,6%	11,5%	2,7%	13,0%	1,2%	408	58,6%
F12 Cannabinoide	92,0%	2,7%	3,6%	1,8%		112	16,1%
F13 Sedativa/ Hypnotika	80,0%	20,0%				5	0,7%
F14 Kokain	62,5%	25,0%	2,5%	10,0%		40	5,7%
F15 Stimulanzien	93,0%	4,7%		2,3%		43	6,2%
F16 Halluzinogene	50,0%			50,0%		2	0,3%
F17 Tabak	87,5%		12,5%			8	1,1%
F18 Flüchtige Lösungsmittel	100,0%					1	0,1%
F19 And. psychotrope Substanzen						0	
F50 Eßstörungen	90,0%			10,0%		10	1,4%
F63 Pathologisches Spielen	100,0%					5	0,7%
<b>Gesamt - mit Hauptdiagnose</b>	<b>Absolut</b>	<b>533</b>	<b>65</b>	<b>19</b>	<b>74</b>	<b>5</b>	<b>696</b>
	<b>%</b>	<b>76,6%</b>	<b>9,3%</b>	<b>2,7%</b>	<b>10,6%</b>	<b>0,7%</b>	
ohne HD - Polytoxikomanie						0	
ohne HD - riskanter Konsum						0	
ohne HD - sonstige Gründe	100,0%					3	0,4%
<b>Gesamt</b>	<b>Absolut</b>	<b>536</b>	<b>65</b>	<b>19</b>	<b>74</b>	<b>5</b>	<b>699</b>
	<b>%</b>	<b>76,7%</b>	<b>9,3%</b>	<b>2,7%</b>	<b>10,6%</b>	<b>0,7%</b>	<b>100,0%</b>

unbekannt: 7,5%

## Hauptdiagnose + Erwerbssituation in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn

Hauptdiagnose	Erwerbssituation in den letzten 6 Monaten vor Betreuungsbeginn											Gesamt		
	Auszu- bildender	Arbeiter/ Angestellter/ Beamter	selbst- ständig	Sonstige Erwerbs- person (z.B. Wehrdienst/ Elternzeit)	in berufl. Reha- bilitation	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	8,1%	24,2%		3,2%			41,9%	8,1%		1,6%	12,9%	62	8,9%	
F11 Opioide	1,7%	16,1%		7,3%	0,7%	8,5%	49,5%	1,2%	0,2%	1,2%	13,4%	410	58,7%	
F12 Cannabinoide	15,2%	16,1%		3,6%	0,9%	8,0%	22,3%	25,9%			8,0%	112	16,0%	
F13 Sedativa/ Hypnotika		40,0%					40,0%			20,0%		5	0,7%	
F14 Kokain	2,5%	27,5%	5,0%		2,5%	12,5%	37,5%	2,5%			10,0%	40	5,7%	
F15 Stimulanzien	20,9%	27,9%		2,3%		7,0%	23,3%	7,0%			11,6%	43	6,2%	
F16 Halluzinogene		50,0%					50,0%					2	0,3%	
F17 Tabak	12,5%	25,0%			12,5%			50,0%				8	1,1%	
F18 Flüchtige Lösungsmittel								100,0%				1	0,1%	
F19 And. psychotrope Substanzen												0		
F50 Eßstörungen	20,0%	40,0%					20,0%	20,0%				10	1,4%	
F63 Pathologisches Spielen	20,0%	40,0%						40,0%				5	0,7%	
<b>Gesamt - mit Hauptdiagnose</b>	<b>Absolut</b>	<b>43</b>	<b>133</b>	<b>2</b>	<b>37</b>	<b>6</b>	<b>52</b>	<b>284</b>	<b>52</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>81</b>	<b>698</b>	<b>99,6%</b>
	<b>%</b>	<b>6,2%</b>	<b>19,1%</b>	<b>0,3%</b>	<b>5,3%</b>	<b>0,9%</b>	<b>7,4%</b>	<b>40,7%</b>	<b>7,4%</b>	<b>0,1%</b>	<b>1,0%</b>	<b>11,6%</b>		
ohne HD - Polytoxikomanie												0		
ohne HD - riskanter Konsum												0		
ohne HD - sonstige Gründe								33,3%	33,3%		33,3%	3	0,4%	
<b>Gesamt</b>	<b>Absolut</b>	<b>43</b>	<b>133</b>	<b>2</b>	<b>37</b>	<b>6</b>	<b>52</b>	<b>285</b>	<b>53</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>82</b>	<b>701</b>	<b>100,0%</b>
	<b>%</b>	<b>6,1%</b>	<b>19,0%</b>	<b>0,3%</b>	<b>5,3%</b>	<b>0,9%</b>	<b>7,4%</b>	<b>40,7%</b>	<b>7,6%</b>	<b>0,1%</b>	<b>1,0%</b>	<b>11,7%</b>	<b>100,0%</b>	

unbekannt: 7,3%

## Hauptdiagnose + Art der Vorbehandlungen

Vorbehandlung *	Hauptdiagnose												Gesamt	
	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F50	F63	Absolut	%
Medizinische Notfallhilfe	4,8%	5,1%	0,9%	20,0%		4,7%							28	4,0%
Substitutionsbehandlung	6,5%	57,9%	0,9%	40,0%	12,5%	4,7%					20,0%		254	36,3%
Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	3,2%	58,2%	1,8%	40,0%	12,5%	2,3%					10,0%		252	36,1%
Sonstige medizinische Maßnahmen	9,7%	8,5%	1,8%		5,0%	7,0%						20,0%	49	7,0%
Entzug/Entgiftung	59,7%	56,9%	14,3%	80,0%	37,5%	32,6%					20,0%	20,0%	323	46,2%
Ambulante Beratung	75,8%	79,8%	76,8%	100,0%	67,5%	69,8%	100,0%	87,5%			40,0%	80,0%	540	77,3%
Ambulante Entwöhnung (Rehabilitation)	19,4%	14,1%	12,5%	40,0%	25,0%	20,9%	50,0%	12,5%	100,0%		50,0%		113	16,2%
Teilstationäre Entwöhnung (Rehabilitation)	11,3%	7,1%	2,7%	20,0%	10,0%	9,3%							48	6,9%
Stationäre Entwöhnung	46,8%	47,7%	10,7%	80,0%	45,0%	37,2%	50,0%				20,0%	40,0%	280	40,1%
Kombinationstherapie (Rehabilitation)		0,7%	1,8%										5	0,7%
Adaptionsbehandlung	3,2%	6,8%	0,9%		2,5%	9,3%							36	5,2%
Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen	1,6%	1,7%	3,6%										12	1,7%
Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	4,8%	1,9%	1,8%		2,5%	4,7%							16	2,3%
Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen		2,2%	0,9%										10	1,4%
Psychiatrische Behandlung	3,2%	3,9%	1,8%			4,7%							22	3,1%
Psychotherapeutische Behandlung	4,8%	2,9%	5,4%			4,7%							23	3,3%
Regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppen													0	
Sonstige Maßnahmen	30,6%	36,7%	34,8%	20,0%	32,5%	30,2%		50,0%			20,0%	40,0%	244	34,9%
<b>Gesamt</b>	<b>62</b>	<b>411</b>	<b>112</b>	<b>5</b>	<b>40</b>	<b>43</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>699</b>	<b>99,6%</b>

## Hauptdiagnose + Vermittlung durch ...

Vermittlung durch	Hauptdiagnose												Gesamt	
	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F50	F63	Absolut	%
keine / Selbstmelder	8,1%	17,6%	18,8%	20,0%	33,3%	18,6%		37,5%			60,0%	40,0%	131	18,8%
Familie	14,5%	4,9%	25,9%		10,3%	18,6%		12,5%			10,0%	40,0%	74	10,6%
Arbeitgeber / Betrieb / Schule	1,6%	0,5%	5,4%			4,7%			100,0%				12	1,7%
Abstinenz- / Selbsthilfegruppe													0	
ärztliche / psychotherapeutische Praxis	4,8%	32,2%	0,9%	40,0%	5,1%						20,0%	20,0%	143	20,5%
niedrigschwellige Einrichtung	1,6%	1,5%											7	1,0%
Suchtberatungs- / -behandlungsstelle	1,6%	7,8%	0,9%		2,6%	2,3%							36	5,2%
Institutsambulanz			0,9%										1	0,1%
ambulant betreutes Wohnen	1,6%	0,2%											2	0,3%
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	1,6%		0,9%										2	0,3%
Krankenhaus(abteilung)	1,6%	1,2%	0,9%		5,1%	2,3%							10	1,4%
teilstationäre Rehabilitationseinrichtung					2,6%	4,7%							3	0,4%
stationäre Rehabilitationseinrichtung	32,3%	12,2%	7,1%	40,0%	25,6%	25,6%							101	14,5%
Adaptionseinrichtung													0	
teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie													0	
stationäre Einrichtung der Sozialtherapie													0	
Pflegeheim													0	
Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug		2,4%	1,8%			2,3%							13	1,9%
sozialpsychiatrischer Dienst								12,5%					1	0,1%
andere Beratungsdienste		0,7%	1,8%			4,7%					10,0%		8	1,1%
Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt	3,2%		8,9%			2,3%		12,5%					14	2,0%
Soziale Verwaltung													0	
ARGE / Job-Center	6,5%	0,2%	2,7%										8	1,1%
Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle			0,9%										1	0,1%
Justizbehörde / Bewährungshilfe	14,5%	18,3%	19,6%		12,8%	11,6%	50,0%						117	16,8%
Kostenträger / Leistungsträger	1,6%												1	0,1%
Sonstige	4,8%	0,2%	2,7%		2,6%	2,3%	50,0%	25,0%					12	1,7%
<b>Gesamt</b>	<b>Absolut</b>	<b>62</b>	<b>410</b>	<b>112</b>	<b>5</b>	<b>39</b>	<b>43</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>697</b>
	<b>%</b>	<b>8,9%</b>	<b>58,8%</b>	<b>16,1%</b>	<b>0,7%</b>	<b>5,6%</b>	<b>6,2%</b>	<b>0,3%</b>	<b>1,1%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0</b>	<b>1,4%</b>	<b>0,7%</b>	<b>99,6%</b>

## 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		25,0%		8,3%	41,7%	8,3%			16,7%	621,1	12	8,9%	
F11 Opioide		4,2%	4,2%	5,2%	14,6%	10,4%	2,1%	13,5%	45,8%	1012,2	96	71,1%	
F12 Cannabinoide			21,4%	28,6%	28,6%			14,3%	7,1%	208,1	14	10,4%	
F13 Sedativa/ Hypnotika		50,0%							50,0%	1360,0	2	1,5%	
F14 Kokain		16,7%		33,3%	16,7%				33,3%	625,7	6	4,4%	
F15 Stimulanzien		20,0%		20,0%	40,0%		20,0%			128,0	5	3,7%	
F16 Halluzinogene										0,0	0		
F17 Tabak										0,0	0		
F18 Flüchtige Lösungsmittel										0,0	0		
F19 And. psychotrope Substanzen										0,0	0		
F50 Eßstörungen										0,0	0		
F63 Pathologisches Spielen										0,0	0		
<b>Gesamt - mit Hauptdiagnose</b>	<b>Absolut</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>849,2</b>	<b>135</b>	<b>98,5%</b>
	<b>%</b>		<b>7,4%</b>	<b>5,2%</b>	<b>9,6%</b>	<b>19,3%</b>	<b>8,1%</b>	<b>2,2%</b>	<b>11,1%</b>	<b>37,0%</b>			
ohne HD - Polytoxikomanie										0,0	0		
ohne HD - riskanter Konsum										0,0	0		
ohne HD - sonstige Gründe			100,0%							40,5	2	1,5%	
<b>Gesamt</b>	<b>Absolut</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>50</b>	<b>806,5</b>	<b>137</b>	<b>100,0%</b>
	<b>%</b>		<b>7,3%</b>	<b>6,6%</b>	<b>9,5%</b>	<b>19,0%</b>	<b>8,0%</b>	<b>2,2%</b>	<b>10,9%</b>	<b>36,5%</b>			

unbekannt: 4,2%

## Hauptdiagnose + Weitervermittlung/Verlegung

Weitervermittlung / Verlegung	Hauptdiagnose												Gesamt	
	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	F19	F50	F63	Absolut	%
<b>keine Weitervermittlung / Verlegung</b>	91,7%	66,7%	64,3%	100,0%	60,0%	40,0%							<b>87</b>	<b>68,0%</b>
<b>Weitervermittlung / Verlegung *</b>	8,3%	33,3%	35,7%		40,0%	60,0%							<b>41</b>	<b>32,0%</b>
Selbsthilfegruppe		10,0%	20,0%										<b>4</b>	<b>9,8%</b>
Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	100,0%	16,7%	60,0%		50,0%	33,3%							<b>11</b>	<b>26,8%</b>
Niedrigschwellige Einrichtung													<b>0</b>	
Beratungs- / Behandlungsstelle / Fachambulanz		10,0%	20,0%										<b>4</b>	<b>9,8%</b>
Institutsambulanz													<b>0</b>	
Ambulant betreutes Wohnen		3,3%											<b>1</b>	<b>2,4%</b>
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt													<b>0</b>	
Krankenhaus(abteilung)		26,7%	20,0%										<b>9</b>	<b>22,0%</b>
Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung		6,7%				66,7%							<b>4</b>	<b>9,8%</b>
Stationäre Rehabilitationseinrichtung	100,0%	66,7%	40,0%		100,0%								<b>25</b>	<b>61,0%</b>
Adaptionseinrichtung	100,0%	3,3%	20,0%			33,3%							<b>4</b>	<b>9,8%</b>
Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie													<b>0</b>	
Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie		3,3%											<b>1</b>	<b>2,4%</b>
Pflegeheim													<b>0</b>	
Beratung / Behandlung im Straf- / Maßregelvollzug		3,3%											<b>1</b>	<b>2,4%</b>
Sozialpsychiatrischer Dienst													<b>0</b>	
Andere Beratungsdienste (z.B. Schuldnerberatung)		6,7%											<b>2</b>	<b>4,9%</b>
Einrichtungen der Jugendhilfe													<b>0</b>	
Soziale Verwaltung (z.B. Jugend- /Gesundheitsamt)		3,3%											<b>1</b>	<b>2,4%</b>
Arbeitsagentur / ARGE / Job-Center		3,3%											<b>1</b>	<b>2,4%</b>
Justizbehörden / Bewährungshilfe		36,7%	20,0%			33,3%							<b>13</b>	<b>31,7%</b>
Kosten- / Leistungsträger		16,7%											<b>5</b>	<b>12,2%</b>
Sonstige Stellen	100,0%	60,0%	60,0%		50,0%	33,3%							<b>24</b>	<b>58,5%</b>
<b>Gesamt</b>	<b>12</b>	<b>90</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>128</b>	<b>98,5%</b>

## 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	33,3%	8,3%	16,7%	16,7%	16,7%		8,3%		12	9,1%	
F11 Opiode	5,4%	3,2%		4,3%	3,2%	57,0%	26,9%		93	70,5%	
F12 Cannabinoide	35,7%			21,4%		21,4%	21,4%		14	10,6%	
F13 Sedativa / Hypnotika					50,0%	50,0%			2	1,5%	
F14 Kokain				16,7%	16,7%	16,7%	33,3%	16,7%	6	4,5%	
F15 Stimulanzien				20,0%	20,0%		60,0%		5	3,8%	
F16 Halluzinogene									0		
F17 Tabak									0		
F18 Flüchtige Lösungsmittel									0		
F19 Andere psychotrope Substanzen									0		
F50 Eßstörungen									0		
F63 Pathologisches Spielen									0		
<b>Gesamt - mit Hauptdiagnose</b>	<b>Absolut</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>58</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>132</b>	<b>98,5%</b>
	<b>%</b>	<b>10,6%</b>	<b>3,0%</b>	<b>1,5%</b>	<b>8,3%</b>	<b>6,1%</b>	<b>43,9%</b>	<b>25,8%</b>	<b>0,8%</b>		
ohne HD - Polytoxikomanie									0		
ohne HD - riskanter Konsum									0		
ohne HD - sonstige Gründe		50,0%			50,0%				2	1,5%	
<b>Gesamt</b>	<b>Absolut</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>58</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>134</b>	<b>100,0%</b>
	<b>%</b>	<b>11,2%</b>	<b>3,0%</b>	<b>1,5%</b>	<b>9,0%</b>	<b>6,0%</b>	<b>43,3%</b>	<b>25,4%</b>	<b>0,7%</b>	<b>100,0%</b>	

unbekannt: 6,3%

## 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	66,4%	2,1%	10,7%	8,6%	12,1%	15,4	140
Heroin	77,1%	0,7%	9,3%	8,6%	4,3%	11,0	140
Methadon	64,3%				35,7%	30,0	140
Buprenorphin	95,0%		0,7%	0,7%	3,6%	24,1	140
andere opiathaltige Mittel	99,3%				0,7%	30,0	140
Cannabinoide	65,0%	0,7%	12,1%	12,1%	10,0%	14,4	140
Barbiturate	100,0%					0,0	140
Benzodiazepine	93,6%		2,1%	1,4%	2,9%	17,3	140
andere Sedativa/Hypnotika	100,0%					0,0	140
Kokain	89,3%	4,3%	3,6%	2,1%	0,7%	6,3	140
Crack	100,0%					0,0	140
Amphetamine	97,1%	1,4%	1,4%			2,0	140
MDMA + verwandte Substanzen	98,6%		0,7%	0,7%		6,0	140
andere Stimulanzien	100,0%					0,0	140
LSD	100,0%					0,0	140
Mescaline	100,0%					0,0	140
andere Halluzinogene	100,0%					0,0	140
Tabak	27,1%				72,9%	30,0	140
flüchtige Lösungsmittel	100,0%					0,0	140
andere psychotrope Substanzen	100,0%					0,0	140

## Hauptdiagnose + Erwerbssituation am Betreuungsende

Hauptdiagnose	Erwerbssituation am Tag nach Betreuungsende											Gesamt		
	Auszu- bildender	Arbeiter / Angestellter / Beamter	selbst- ständig	sonstige Erwerbs- person (z.B. Wehrdienst / Elternzeit)	in berufl. Reha- bilitation	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		16,7%				8,3%	58,3%				16,7%	12	9,2%	
F11 Opiode		9,8%		13,0%		6,5%	57,6%	1,1%		1,1%	10,9%	92	70,2%	
F12 Cannabinoide				7,1%		7,1%	50,0%	14,3%			21,4%	14	10,7%	
F13 Sedativa/ Hypnotika							50,0%				50,0%	2	1,5%	
F14 Kokain		16,7%					50,0%				33,3%	6	4,6%	
F15 Stimulanzien		40,0%					40,0%				20,0%	5	3,8%	
F16 Halluzinogene												0		
F17 Tabak												0		
F18 Flüchtige Lösungsmittel												0		
F19 And. psychotrope Substanzen												0		
F50 Eßstörungen												0		
F63 Pathologisches Spielen												0		
<b>Gesamt - mit Hauptdiagnose</b>	<b>Absolut</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>73</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>131</b>	<b>98,5%</b>
	<b>%</b>		<b>10,7%</b>		<b>9,9%</b>		<b>6,1%</b>	<b>55,7%</b>	<b>2,3%</b>		<b>0,8%</b>	<b>14,5%</b>		
ohne HD - Polytoxikomanie												0		
ohne HD - riskanter Konsum												0		
ohne HD - sonstige Gründe								50,0%			50,0%	2	1,5%	
<b>Gesamt</b>	<b>Absolut</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>73</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>133</b>	<b>100,0%</b>
	<b>%</b>		<b>10,5%</b>		<b>9,8%</b>		<b>6,0%</b>	<b>54,9%</b>	<b>3,0%</b>		<b>0,8%</b>	<b>15,0%</b>	<b>100,0%</b>	

unbekannt: 7,0%

## Statistische Aussagen 2009

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

**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
<b>Primärprävention</b>	
- <i>Elementarbereich</i>	<b>23</b>
- <i>Unterstufe der weiterführenden Schulen</i>	<b>8</b>
<b>GESAMT</b>	<b>31</b>

**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
<b>Sekundärprävention</b>	
- <i>Mittel- und Oberstufe der weiterführenden Schulen</i>	<b>3</b>
- <i>Maßnahmen im Rahmen der Jugendhilfe</i>	<b>7</b>
- <i>Maßnahmen im Rahmen der Erwachsenenbildung</i>	
- <i>Elternabende</i>	<b>12</b>
- <i>Mitarbeiterschulungen</i>	<b>9</b>
- <i>Betriebe / betriebliche Ausbildung/Verwaltung</i>	<b>11</b>
- <i>medizinische Einrichtungen</i>	<b>1</b>
- <i>sonstige Einrichtungen</i>	<b>12</b>
<i>(Vereine, Kirchen, Verbände, Parteien, Gewerkschaften u.ä.)</i>	
<b>GESAMT</b>	<b>55</b>

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.

KLIENTEN	2009
- <i>telefonische Beratung / Betreuung / Krisenintervention</i>	283
- <i>persönliche Beratung / Betreuung / Krisenintervention</i>	207
<b>GESAMT</b>	<b>490</b>

**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	2009
- <i>telefonische Beratung / Betreuung / Krisenintervention</i>	192
- <i>persönliche Beratung / Betreuung / Krisenintervention</i>	251

**GESAMT****443**

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.

<b>MABNAHMEN</b>	<b>ANZAHL</b>
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b>	
- <i>Mitwirkung in örtlichen Arbeitskreisen / Gremienarbeit (Psychosoziales Plenum, Arbeitskreise der PSAG, Stadtjugendring, AG Frauen &amp; Gesundheit, AG Suchtvorbeugung/Gesundheitsförderung, Qualitätszirkel der substituierenden Ärzte, ...)</i>	<b>41</b>
- <i>Mitwirkung in regionalen / überregionalen (Fach-) Arbeitskreisen (AG Prophylaxe, AG für Suchtfragen, AG Therapie, AG Dropo, ...)</i>	<b>45</b>
- <i>Medieninformationen</i>	<b>37</b>
- <i>Allgemeine Vorträge/Veranstaltungen</i>	<b>28</b>
<b>GESAMT</b>	<b>151</b>

### Gesamtübersicht:

Anzahl der Maßnahmen/Zielgruppe/Zielpersonen/Anzahl der erreichten Personen

<b>Zielgruppe</b>	<b>Anzahl</b>	<b>%</b>
Elementarbereich (Kita, Miniclub, etc.)	23	26,74%
Grundschule, Hort	0	
Weiterführende Schule (Unter- u. Mittelstufe)	11	12,79%
Fachschule, Berufsschule	0	
Außerschulische Jugendarbeit	7	8,14%
Betrieblicher Bereich	11	12,79%
Medizinischer Bereich	1	1,16%
(Politische) Gemeinde, Verband, Verein	12	13,95%
Kirchengemeinde, kirchliche Einrichtung	0	
Sonstige spezifische Zielgruppe	21	24,42%
unspezifisch	0	
<b>Gesamt</b>	<b>86</b>	<b>100,0%</b>

<b>Zielpersonen (Mehrfachnennungen möglich)</b>	<b>Anzahl</b>	<b>%</b>
Mitarbeiter/innen	18	25,0%
Kinder/Jugendliche	7	9,7%
(nur) Frauen/Mütter	32	44,4%
(nur) Männer/Väter	31	43,1%
Eltern	0	
Alleinerziehende	0	
Migrant/inn/en	1	1,4%
Jugendgruppenleiter	11	15,3%
Lehrer/innen	5	6,9%
Senioren	0	
Sonstige	8	11,1%
unspezifisch	0	
keine Nennung von Zielpersonen	1	1,4%

Anzahl der erreichten Personen	Anzahl	%
bis 5 Personen	26	30,23%
6 - 10 Personen	11	12,79%
11 - 20 Personen	15	17,44%
21 - 30 Personen	17	19,77%
31 - 50 Personen	11	12,79%
51 - 100 Personen	3	3,49%
101 - 250 Personen	2	2,33%
mehr als 250 Personen	1	1,16%
Mittelwert	39,2	
<b>Gesamt</b>	<b>86</b>	<b>100,0%</b>

### **Kiffertest und Beratung zu Drogen**

„Can nabis denn Sünde sein?“ – unter diesem Motto startet am Montag, 20. April, um 18 Uhr im Jugendzentrum „Die Wache“ eine Veranstaltungsreihe zum Thema „Kiffen“. Am Dienstag, 21. April, folgt um 18 Uhr die Begegnungsstätte Horsthausen und einen weiteren Tag später (22.) geht es im Jugendtreff Pantlingshof weiter. Eingeladen sind insbesondere Jugendliche ab 14 Jahren, die zunächst den Film „stoned“ sehen können. Im Anschluss stehen Mitarbeiter der Drogenberatung zur Verfügung, um jede Menge Infos zu Joint, Eimer, Gras, Dope, Bong, Pot, Köpfchen etc. zu geben und vor allem Fragen zu beantworten. Persönliche Fragen werden anonym behandelt, ebenso wie ein Kiffertest. Die Jugendlichen sollen in ihrer wirklichen Lebenswelt abgehört und aufgeklärt werden, ohne unrealistischen Wunschvorstellungen mancher Erwachsener gerecht zu werden, heißt es in der Pressemitteilung vom Södinger Jugendzentrum „Die Wache“. Der Eintritt ist kostenlos.

Quelle: WAZ vom 16.04.2009

# Jung und hemmungslos

Aktionswoche Alkohol befasst sich mit dem Komasaufen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Wolfgang Laufs

Spaß haben, feiern, Alkohol trinken bis zum Abwinken. Zur Freizeit- und Wochenendgestaltung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen scheint der unkontrollierte Konsum beranschender Getränke unabdingbar zu gehören. Dabei zeigen sie sich nicht wählerisch. Sie greifen zu Alcopops, Biermischgetränken und selbst zu hochprozentigen Likören, die immer als Altherrengetränk verpönt waren. Wie der Hang zum Massenbesäufnis entsteht, wie die Warnung vor den Gesundheitsgefahren auch ohne erhobenen Zeigefinger funktionieren kann, das will die Aktionswoche Alkohol zeigen, die zurzeit von der Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung und der Kadesch

GmbH ausgerichtet wird. Film, Fortbildung, Vortrag und Tag der offenen Tür gehören zu dem Angebot, das vor allem für die Mitarbeiter von psychosozialen Einrichtungen und Jugendfreizeiteinrichtungen gedacht ist. Sozialpädagogin Ingrid Liefke: „Wir haben

**„Von Schülern und Lehrern gab es keine Reaktion“**

auch sämtliche Schulen in der Stadt angeschrieben. Doch von Schülern und Lehrern gab es keine Reaktion.“

Der Weg in den regelmäßigen Rausch ist leicht und sanktionsfrei: Eltern, die selber Alkohol konsumieren, und Werbung, die subtil mit Begriffe

und Sex spielt, dazu der Wunsch, sich gezielt von der Erwachsenenwelt abzugrenzen. „Wie kann man Erwachsene heute noch provozieren? Mit Rockmusik, Tattoos und Piercings funktioniert das nicht mehr“, lautet das nächste Fazit von Peter Martin Thomas. Der Referent steht zur Verfügung, um den Trend aus sozialwissenschaftlicher Sicht zu untermauern und auf der Grundlage einer Mifeu-Studie zu erläutern. JKD-Mitarbeiter Thomas Goldmann ist überzeuget, dass das Komasaufen mittlerweile die Partydrogen abgelöst hat. Der schnelle Griff zur Flasche habe auch etwas zu tun mit dem Austreten von Grenzen und Rollenbildern. Die Realität zeige, dass Komasaufen kein männliches Phänomen mehr sei: „Die Mädchen holen auf.“

## TAG DER OFFENEN TÜR

### JKD stellt sich vor

Die Mitarbeiter der Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung sowie der Kadesch GmbH stellen sich und ihre Arbeit am Donnerstag, 18. Juni, vor. An der Hauptstraße 94 in Eickel gibt es von 14 bis 18 Uhr umfassende Informationen zu Suchtmitteln, Konsumformen und Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Eine Ausstellung rundet das Programm ab. Auf die Besucherinnen und Besucher wartet ein Fingerfoodbuffet. Es werden auch Cocktails gereicht - selbstverständlich alkoholfrei.



Sie gestalten mit Vorträgen und Fortbildungen die Aktionswoche Alkohol, die von der JKD ausgerichtet wird: Peter Martin Thomas, Corinna Skibbe, Wolfgang Laufs, Ingrid Liefke, Thomas Goldmann und Verena Steiwitz (von links).

Foto: WAZ, Ute Gabriel



Alcopops, Biermischgetränke, hochprozentige Liköre. Jugendliche zeigen sich beim Komasaufen nicht wählerisch. Foto: Archiv, pi

# Vom Wert der Arbeit

Peter Schay: „Wenn es nicht gelingt, den Alltag der Süchtigen zu strukturieren, bringt die ganze Therapie nichts“

Jonas Erikenkämper

Es sind keine leichten Zeiten für die „psychosoziale Beratungsstelle für Jugendliche und (junge) Erwachsene“ der Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung (JKD). Nicht nur, weil in wirtschaftlich schwierigen Jahren die Suchtgefährdung steigt. Es ist auch nicht einfach derzeit, Süchtige in Arbeit zu bringen. Doch das, sagt Peter Schay, sei notwendig, um Kranken zu helfen. „Wenn es nicht gelingt, den Alltag der Menschen zu strukturieren, bringt die ganze Therapie nichts.“

JKD-Geschäftsführer Schay legte nun zusammen mit dem Vorsitzenden Frank Sichau und Mitarbeiterin Ingrid Lief-

ke den Jahresbericht 2008 der Einrichtung vor, die sich um Suchtkranke in Herne kümmert.

Weil die Suchtexperten aus Eickel um den Wert einer geregelten Beschäftigung wissen, arbeiten sie eng mit Institutionen zusammen, die darauf spezialisiert sind. Menschen bei Unternehmen unterzubringen; der Gesellschaft freie Sozialarbeit (GfS), der Gemeinnützigen Beschäftigungsgesellschaft Herne (GBH), der Caritas, der Arge. „Wir kooperieren mit 70, 80 Firmen“, sagte Schay, „die Menschen machen dort ein Praktikum, und oft bekommen sie danach eine Chance, länger in dem Unternehmen zu arbeiten.“ Schay verteilte auch nicht die viel-

kritisierten Ein-Euro-Jobs. „Ich halte für unsere Klientel eine Menge davon. Die Leute sollen da ja nicht verbleiben, aber die Jobs sind gut, um die Basiskompetenzen wieder zu erlernen.“

2008 bestätigten sich einige Trends. Die JKD habe zunehmend häufig mit jugendlichen „Rausch-Trinkern“ zu tun, sagt Ingrid Liefke – in den Medien heißt dieses Phänomen

**»Ich halte für unsere Klientel eine Menge von Ein-Euro-Jobs«**

plakativ „Koma-Saufen“. Auch für eine andere Entwicklung benutzt Liefke einen eher technischen Ausdruck. „Der pathologische PC-Gebrauch hat stark zugenommen.“ Was nichts anderes heißt als: Jugendliche sitzen stundenlang vor dem Computer, daddeln, chatten. Und vergessen dabei, zu essen und zu schlafen. Im Jahresbericht heißt es zu den Folgen: „Leistungen in Schule und Beruf lassen nach, man will immer mehr Zeit im Netz verbringen und die soziale Isolation droht.“

Der PC kann zu einer echten Sucht führen, das sieht für die JKD außer Frage. „Es gibt zwar keine physischen, wohl aber psychische Entzugserscheinungen“, sagt Liefke. „Das ist



Frank Sichau, Peter Schay und Ingrid Liefke (v. li.) stellen die Jahresbilanz 2008 vor. Foto: Stefan Kuhn, press image

## Debatte über Finanzierung der Wohlfahrt

Als die Landesregierung 2006 beschloss, die Wohlfahrtspläne zu kommunalisieren, bekamen es die Mitarbeiter der Hermer Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung ein wenig mit der Angst zu tun. Sie fürchteten massive Kürzungen.

Bis dahin hatte Disseldorf den Trägern der freien Wohlfahrtspflege die Landsmittel direkt zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Kommunalisierung überweist das Land die Gelder nun an die Städte, diese reichen sie an die Einrichtungen weiter. Wohlfahrts-Vertreter fürchteten versteckte Sparmaßnahmen. Die sind bislang ausgeblieben, sagt Frank Sichau, Vorsitzender der JKD und hauptberuflich der SPD-Abgeordneter im Landtag. „Die Stadt Herme leidet die Gelder zu hundert Prozent an die Institutionen weiter. Andere Städte machen das anders. Herme erhebt bislang keine Weiterleitungsgebühr.“ Auch sei die veränderte Situation noch nicht dazu benutzt worden, die Wohlfahrt umzustukturieren – wie etwa im Kreis Steinfurt geschehen.

Dennoch ist die JKD nicht glücklich mit der Reform. Im vergangenen Jahr habe sie viel Arbeitszeit getessen. Sichau: „Die Arbeit mit Süchtigen ist langfristig angelegt. Wir brauchen verlässliche Rahmenbedingungen. Doch die Kommunalisierung ist bis heute nicht abschließend geregelt.“ je



Wie man das Phänomen auch nennt – ob Rausch-Trinken oder Koma-Saufen –, auch die JKD verzeichnete im vergangenen Jahr zunehmend viele Alkoholexzesse. Foto: Reiner Kruse

wie Spielsucht ohne Geld einschmeißen.“

Die Suchtgefährdung mag dieser Tage – Stichworte Finanzkrise, Firmeninsolvenzen, Hartz-IV-Familien – besonders groß

sein. 275 Männer und Frauen vermittelte die JKD 2008 in Therapieprogramme. Sichau spricht in diesem Zusammenhang von „unserem harten Kern“. 2474 Klienten suchten

im vergangenen Jahr den Kontakt zur Beratungsstelle. „Mit der Bilanz sind wir sehr zufrieden“, so Sichau. „Mehr können wir mit dieser Personalstärke nicht leisten.“

(2)

Quelle: WAZ vom 13.07.2009

# Gefährliche Nebenwirkung

HIV wird hauptsächlich durch Sex und Drogen übertragen. Männer sind besonders gefährdet

Jonas Erlenkämper

Auf dem Spartenkanal AXN läuft eine von Kritikern vielgelobte TV-Serie. In „Californication“ geht es um einen Mann Mitte 40, gespielt von David Duchovny, der seine Midlife-Crisis mittels Promiskuität und Drogen zu überbrücken versucht. Die Drehbuchautoren sind offenbar nah am Lebensalltag auch der Herner, zumindest, wenn HIV-Infektionen als Maßstab dienen. Nach Auskunft der Herner Aids-Hilfe gibt es zwei Risikogruppen: Männer Anfang 20 und Männer Mitte 40.

Warum gerade Männer in der Lebensmitte zu risikoreichem Verhalten neigen, möchte Ingrid Liefke von der Aids-Hilfe nicht beurteilen. Jedoch: „90 Prozent aller HIV-Infektionen könnten durch den Gebrauch von Kondomen verhindert werden.“ Und: „Knapp 70 Prozent der neuinfizierten Männer haben sich über Sex mit anderen Männern angesteckt.“

Die Herner Aids-Hilfe legt daher Wert auf Prävention.

Ingrid Liefke besucht häufig Schulen, spricht mit Jugendlichen über Krankheiten, über Sexualität allgemein. Die Aufklärung vor Ort ist nicht immer einfach. „Viele Schütler“, sagt Liefke, „haben ganz verschiedene Vorstellungen. Die orientieren sich an Pornografie und dem, was sie im Internet sehen.“

Doch die Kapazitäten der Aids-Hilfe in dieser Stadt sind äußerst begrenzt. Ingrid Liefke ist die Aids-Hilfe, sie leistet alles allein, kann allenfalls mit anderen Organisationen kooperieren. Andermorts sind die Beratungsstellen wesentlich besser besetzt, die Essener Aids-Hilfe beispielsweise hat 14 Mitarbeiter. Warum das so ist? „In Großstädten gibt es eine ganz andere Schwulenszene, da ist Herne im Vergleich provinziell. Wer hier homosexuell ist, fährt eher nach Dortmund, Bochum oder Essen.“

„Treffpunkte“ gebe es indes ebenfalls in Herne, also auch Menschen, die sich regelmäßig der Infektionsgefahr aussetzen. Zwischen Januar und Dezember 2008 etwa suchten 67



Der Spritzenautomat hinter dem Wanner Rathaus wurde nach anderthalb Jahren wieder aufgestellt. Foto: Julian Paul Umbach

Menschen den Kontakt zur liesigen Aids-Hilfe. 61 davon waren Männer.

Natürlich kann das HI-Virus auch auf anderem Wege übertragen werden. 18 Prozent der Neuinfizierten sind Drogenkonsumenten. Der Spritzenautomat hinter dem Wanner Rathaus wurde daher nach einem halben Jahr wieder aufgestellt, bezahlt von der Aids-Hilfe NRW (Köln). Auch an der Markgrafenstraße in der Innenstadt steht solch ein Automat, der verhindern soll, dass sich Süchtige über verdrehte Nadeln anstecken.

Ob der Lebenswandel der „Californication“-Hauptfigur wirklich nur einer temporären Krise geschuldet oder doch von Dauer sein wird, ist übrigens noch unklar: Eine neue Staffel wurde bereits gedreht.

Die Herner Aids-Hilfe bietet regelmäßig telefonische Sprechstunden an: freitags von 10 bis 12 Uhr und mittwochs von 16 bis 18 Uhr. Außerhalb dieser Zeiten ist ein Anrufbeantworter geschaltet. ☎ WAN 60 990.

## Freie Wohlfahrtspflege NRW

AG Freie Wohlfahrtspflege NRW - Arbeitsausschuss Drogen und Sucht  
c/o Diakonisches Werk Westfalen, Friesenring 32/34, 48147 Münster

**Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände  
der Freien Wohlfahrtspflege  
des Landes Nordrhein-Westfalen**

**Arbeitsausschuss Drogen und Sucht**  
zugleich:  
**Landesstelle für Suchtfragen NRW**  
Geschäftsstelle  
Friesenring 32/34  
48147 Münster

48147 Münster, Friesenring 32/34

☎ (02 51) 27 09-330 / 336

☎ (02 51) 27 09-55 336

✉ r.seiler@diakonie-nrw.de

Münster, 26. Januar 2009  
sei-schu

### Entwurf zur Verbesserung des Übergangsmanagements bei suchtkranken Gefangenen in die aufnehmende Kommune

#### Ausgangslage:

Die Betreuung der drogenabhängigen Gefangenen wurde im Jahre 2008 mit Mitteln des Justizministeriums (JM) gefördert. Die Finanzierung von Betreuungsleistungen bei drogenabhängigen Gefangenen wurde förder technisch durch Mittel des JM in Höhe von 525.000 € erbracht. Diese wurden in der Regel zur Finanzierung von Fachleistungsstunden genutzt, um Klienten nach Entlassung auf eine stationäre Behandlung / Therapie (Reha-Maßnahme durch die Deutsche Rentenversicherung) vorzubereiten. Maßgebliche motivationale Grundlage dieser Vermittlung ist die gesetzliche Regelung des § 35 BtmG.

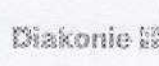
Eine Verbesserung der Aufklärungs-, Informations- Vermittlungs-, Beratungs- und Betreuungsangebote für suchtkranke Inhaftierte wird seitens des JM angestrebt, denn es gibt Handlungsbedarf: statistisch erfasst wurden in 2007 von 18.547 in allen 37 JVA in NRW 6.947 Abhängige. Davon gelten 5.722 als abhängig von illegalen Drogen, 1.177 abhängig von legalen Drogen und 98 sind pathologische Spieler.

Demnach sind nach internen Berechnungen 39 % der Inhaftierten suchtmittelgefährdet bzw. suchtmittelabhängig.

Interne JVA – Fachkräfte des jeweiligen Sozialdienstes bieten in der Anfangsphase der Suchtberatung nicht nur ein Erstgespräch an, sondern klären die Motivation ab und beginnen nach einer vorgeschalteten Informationsphase mit der Beratung zwecks Vermittlung in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung.

Als verbesserungsbedürftig wird seitens des JM die Kooperation zwischen internen und externen Fachkräften in den aufnehmenden Kommunen, also auf regionaler Ebene angesehen.

Gemeinsam für ein soziales Nordrhein-Westfalen



### **Modul Übergangsmanagement:**

Die beschriebene Ausgangslage ist gekennzeichnet von dem Bemühen, das vorhandene Know-how der beteiligten Akteure / Sozialdienste der JVA und in den aufnehmenden Kommunen zu erhöhen. Das erforderliche Wissensmanagement erfordert nicht nur Kontakte vor Ort, sondern auch eine überregionale Kooperation z.B. bei Unterbringung in weiter entfernten JVA. Dieser Abstimmungsbedarf wurde insbesondere am Beispiel von während der Entlassungsvorbereitung zu substituierenden Inhaftierten deutlich. Um den Kontakt zwischen den beherbergenden JVA hin zu den Angeboten des jeweiligen Gesundheitssystems in den aufnehmenden Kommunen herzustellen, bedarf es mehr als einer Telefonliste der zuständigen Kommunen (Psychiatriekoordinatoren) oder der Sucht- und Drogenberatungsstellen. Eine strukturelle Verbesserungen kann nur erzielt werden, wenn es gelingt, die Überleitung von der JVA in das regionale Hilfesystem systematisch zu organisieren.

Die Verbände der FW halten ein flächendeckendes Versorgungssystem mit zum Teil unterschiedlichen weiterführenden Unterstützungsangeboten (Aidshilfen, Arbeits-Wiedereingliederungsprogrammen usw.) für suchtkranke Menschen in NRW vor und erklären sich bereit, die erforderliche Fachkompetenz ihrer diversen Beratungsstellen zur Verfügung zu stellen. Dies gelingt jedoch nur, wenn diese zusätzliche Aufgabe im Sinne eines Übergangsmanagements mit entsprechenden Mitteln durch das Land, vornehmlich JM ausgestattet werden.

Es gilt insbesondere den Mitteleinsatz insbesondere für diejenigen suchtkranke Gefangene zu kalkulieren, die präventiven und beraterischen Ansätzen während der Inhaftierung entgegen und deren Motivation nicht ausreicht, um in abstinentenorientierte Entwöhnungsbehandlungen (medizinische Rehabilitation) vermittelt zu werden.

Aufgrund von JM-internen Bedarfsermittlungen sind hiervon aktuell ca. 400 Fälle in NRW betroffen. Der Anteil der zu beratenden Gefangenen wurde auf ca. 150 im geschlossenen Vollzug, 150 im offenen Vollzug und ca. 100 Fälle im Jugendvollzug geschätzt. Die Gesamtzahl der Entlassungen im Laufe eines Jahres in NRW beträgt ca. 17.000 Gefangene aus Strafhaft und 25.000 Entlassene aus der U-Haft.

### **Organisation und Steuerung der Hilfen:**

Als methodisches Instrument zur Organisation und Steuerung der Hilfen hat sich das (sektoren-)übergreifende Case-Management bewährt. „Case-Management ist als kooperativer Prozess zu verstehen, in dem nach der Erhebung der konkreten Bedarfslage (Assesment) und der Planung des weiteren Hilfe- und Unterstützungsprozesses, die Maßnahmen konkret umgesetzt, koordiniert und überwacht werden. Ziel ist es dabei, den individuellen Hilfebedarf durch Kommunikation und den Rückgriff auf die vorhandenen Ressourcen sicher zustellen. Dabei geht es um die Orientierung am individuellen Hilfebedarf einerseits und die Planung und Steuerung des Hilfeangebotes andererseits.“ (LAG FW: Qualitätsmodell Sucht NRW – Okt. 2006)

Case-Management bietet sich als methodische Grundlage für das Übergangsmanagement suchtkranker Gefangener von JVA in die aufnehmenden Kommunen an, weil es neben der persönlichen Beratung vor allem die Koordination von Sach- und Dienstleistungen mit in die Hilfeplanung einbezieht.

Im Übergangsmanagement sollten nicht nur professionelle Dienstleistungen (wie z.B. von Drogen- Sucht- und Aidshilfen oder Gesundheitsämtern) erschlossen, sondern auch sogenannte Unterstützungsnetzwerke in den Lebenswelten der Klienten aktiviert werden.

Zu einem Übergangsmanagement gehören Transfer-Leistungen in das differenzierte Hilfesystem: zur Versorgung der beschriebene Zielgruppe zählen u. a. die niedrigschwelligen Angebote (Kontakt- und Anlaufstellen, Notschlafstellen) sowie Drogentherapeutische Ambulanzen (DTA), Substitutionsambulanzen bis hin zu längerfristigen Betreuungsformen

(Betreutes Wohnen, Psychosoziale Beratung) und Eingliederungshilfen (ArGe-Leistungen) sowie andere das Selbsthilfepotential der Zielgruppe unterstützende Institutionen/Einrichtungen. Die Freie Wohlfahrtspflege verfügt über ein breites Angebot der Existenzsicherung und kann neben den Spezialdiensten wie Suchtberatung / Wohnungslosenhilfe auch Schuldnerberatung, Aidshilfe und Allgemeine Sozialberatung anbieten.



Quelle: Qualitätsmodell Sucht in NRW – Oktober 2006

Für das Übergangsmanagement JVA – aufnehmende Kommune wird eine Fallpauschale von 300,-€ pro Klient vereinbart. Diese orientiert sich an der Vergütungsvereinbarung mit den Landschaftsverbänden im Bereich des Betreuten Wohnens (BeWo) und beinhaltet drei Beratungsgespräche (à 60 Min.). Hinzu kommt für insgesamt drei Gespräche eine Pauschale für die Wegstrecke / Fahrtzeit / Overheadkosten. Diese werden pro Gespräch in Höhe von 50,-€ im Mittelwert veranschlagt; je nach Länge der Anreise: z.B. wenn die JVA in der eigenen Kommune oder die Anreise unter 40 km liegt - 50 €; bei 41 – 100 km - 80 €, bei 101 – 200 km - 120 € und über 200 km – 150 €).

Ziel ist es, dass der externe Fachberater der Aids- und Drogenhilfe im Sinne eines Case-Managements als Anlaufstelle vor und nach der Entlassung erreichbar ist und eine begrenzte Zuständigkeit für die Weitervermittlung übernimmt.

**Zielsetzung:**

Das Übergangsmangement beinhaltet die Erstkontaktaufnahme in der JVA mit Motivations- und Zielabklärung. Weitere Beratungskontakte finden entweder in der JVA oder in der zuständigen Beratungsstelle statt. Inhaltlich werden Kontakte zu weiterführenden Hilfen in Einrichtungen in der jeweiligen aufnehmenden Kommune inklusive der Suchtselbsthilfe geschaffen. Im Rahmen des Übergangsmangement findet eine Abklärung der Eingliederungshilfe-Ansprüche im Rahmen der beruflichen und sozialen Reintegration statt. Die psychosoziale Begleitung bei Substitution wird geprüft und verbindliche Kontaktaufnahme mit der örtlichen Vergabestelle vorbereitet.

Wegen der ambivalenten Ausgangslage finden die Methode der motivationalen Gesprächsführung und ggf. Maßnahmen zur Krisenintervention Anwendung, um erneuten Ordnungsmaßnahmen wegen rückfälligem und kriminellem Handeln nach Entlassung vorzubeugen.

Die Aufnahme und Rückführung der zu entlassenden suchtkranken Gefangenen in die aufnehmende Kommune zielt im wesentlichen ab auf die Vermeidung von rückfälligem Verhalten mit der Gefahr des Drogentodes.

Für den Arbeitsausschuss Drogen und Sucht  
der LAG FW NRW

Georg Seegers  
Suchtreferent Diözesan-Caritasverband Köln

## 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)

### **Wolfgang Rohde**

Dipl. Sozialarbeiter, Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie am FPI

### **Ulrike Stehr**

Pädagogische Fachkraft, Ausbildung in bioenergetischer Analyse am NIBA und IIBA, in Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie am FPI

### **Julia Tasner**

Pädagogische Fachkraft

### **Ingrid Liefke \***

Dipl. Pädagogin, Approbation als KuJ-Psychotherapeutin, Psychotherapeutin (HPG), Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie am FPI, Fachberaterin 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

\* 2009/2010 als Mitarbeiter der JKD ausgeschieden.

**Herausgeber:**



**Ansprechpartner: Peter Schay**

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

**im März 2010**