



**Jahresbericht 2000**

## Jahresbericht 2000 - Inhaltsverzeichnis

### 1 Adressen, Öffnungszeiten, Mitarbeiter

Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Rheinland-Pfalz - Saarland
--

**Adresse der Beratungsstelle und des Vereins** Die Tür  
Suchtberatung Trier e.V.  
Schöndorfer Str. 20  
54292 Trier  
  
Telefon 0651 - 9911022  
Telefax 0651 - 9911023

**Anmerkung:** Der Verein Suchtberatung Trier e.V. hat am 13.12.2000 beschlossen, die Vereinsadresse und Geschäftsführung in der Beratungsstelle anzusiedeln.

**Internetadresse:** Internet: <http://suchtberatung.in-trier.de>  
e-mail: [astamm@in-trier.de](mailto:astamm@in-trier.de)

**Öffnungszeiten:** Telefonische Erreichbarkeit: Montag bis Freitag von 9 bis 17 Uhr.  
Sprechstunde ohne Voranmeldung: Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag, jeweils von 13 bis 17 Uhr, außerdem Termine nach Vereinbarung. Eine telefonische Voranmeldung ist innerhalb der genannten Sprechstunden nicht nötig, zur Vermeidung von Wartezeiten jedoch eventuell zweckmäßig.

**Grundsätze unserer Arbeit:** Unsere Beratung ist kostenlos und auf Wunsch anonym.  
Die Mitarbeiter der Beratungsstelle unterliegen der Schweigepflicht.  
Der Verein arbeitet weltanschaulich und konfessionell ungebunden.

<b>Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:</b>	Andreas Stamm	Diplom-Psychologe Psychologischer Psychotherapeut Leitung der Beratungsstelle
	Helga Rieckhoff	Diplom-Sozialpädagogin Streetwork
	Stefan Glesius	Diplom-Sozialarbeiter Nachsorge-Wohngemeinschaft
	Doris Kruse	Diplom-Sozialpädagogin Nachsorge-Wohngemeinschaft
	Andrea Müller	Diplom-Pädagogin bis 12 / 2000: Case-Management ab 1 / 2001: Beratung und besondere Angebote
	Dorothee Quaré-Odenthal (bis 4 / 2001)	Diplom-Psychologin Prävention

**Bankverbindung:** Sparkasse Trier (BLZ 585 501 30), Konto 939 496

Der Verein ist durch das Finanzamt Trier mit Freistellungsbescheid vom 29.11.2000 (AZ 42.2280) als gemeinnützig anerkannt. **Spenden können somit von der Steuer abgesetzt werden.**

Zur sprachlichen Vereinfachung werden im vorliegenden Bericht meistens die Begriffe "Klienten", "Teilnehmer" usw. verwendet; damit sind selbstverständlich gleichermaßen Männer und Frauen, Klientinnen und Klienten, Teilnehmerinnen und Teilnehmer usw. gemeint.

## 2 Das Angebot der Suchtberatung „Die Tür“ - Entwicklungen im Jahr 2000 und Aufgaben für das Jahr 2001

### 2.1 Wie können in Zeiten politischer Sparanstrengungen neue Formen der Sozialarbeit, der Prävention oder der Beratung etabliert werden?

Es hat sich in der öffentlichen Sichtweise der Suchterkrankung viel getan: Die Krankheit wird nicht mehr in dem Maß tabuisiert und mit der Assoziation der "Nicht-Behandelbarkeit" verknüpft wie dies noch vor einigen Jahren der Fall war.

Statt dessen setzt sich die Öffentlichkeit in Person der Medienmacher, der Politiker, der Fachleute und auch der Betroffenen ehrlicher und differenzierter mit den Fragen um das Thema Sucht auseinander, von denen hier einige exemplarisch genannt werden sollen:

- macht die Unterscheidung in legale und illegale Suchtformen aus Sicht der gesamtgesellschaftlichen Gesundheitslage Sinn?
- ist Prävention vor dem Hintergrund dieser Unterscheidung sinnvoll, glaubhaft und überhaupt realisierbar?
- welche neuen Formen der Sozialarbeit und Therapie sind nötig, um suchtkranke Menschen zu erreichen?
- ist die "Gleichbehandlung" der suchtkranken mit anderen psychisch kranken Menschen und körperlich kranken Menschen erreicht?
- vor allem: wer ist für die ambulante Beratung und Behandlung suchtkranker Menschen zuständig?

Eine Vielzahl weiterer Fragen ließe sich hier anfügen. Für die oben gestellten Fragen lässt sich aus heutiger Sicht feststellen:

- der Bereich der Prävention bekommt in der öffentlichen Wahrnehmung einen immer größeren Stellenwert. In den letzten Jahren entwickelten Präventions-Fachkräfte vielfältige erfolgversprechende Methoden der Vorbeugung von Sucht in verschiedenen Altersstufen. Diese Methoden werden oft durch Hochschulstudien ausgewertet.
- die überwiegende Zahl der Fachkräfte sieht den Schwerpunkt ihrer Arbeit in der Stärkung der Persönlichkeit und der Vermeidung von süchtigem Verhalten, sehr selten nur noch findet man Ansätze zur Prävention von *Drogenkonsum*.
- da es wenig Sinn macht, für alle suchtkranken Menschen eine einzige Methode der Beratung oder Therapie anzuwenden, entstanden in den vergangenen Jahren neue Formen der Sozialarbeit in der Suchtkrankenhilfe. Das bisherige System beruht immer noch zu sehr auf der sog. "Kommstruktur" und dem "Abstinenz-Paradigma".
- eine "Gleichbehandlung", die natürlich inhaltlich genauer auszuführen wäre, liegt für die psychisch kranken Menschen im Allgemeinen und für die suchtkranken Menschen im Besonderen in weiter Ferne. Diese Aussage lässt sich leicht an den gesellschaftlichen Ausgaben für ambulante und stationäre Behandlung belegen. Eine Ausnahme bildet hier die stationäre Behandlung suchtkranker Menschen, deren Finanzierung seit Jahren geregelt ist.
- die Frage der Zuständigkeit für die Kosten ist immer noch sehr unklar. Am Beispiel unserer Beratungsstelle wird deutlich, dass es für viele Arbeitsgebiete der ambulanten Beratung, Betreuung und Behandlung unterschiedliche Kostenträger mit unterschiedlichen Finanzierungsmodellen gibt (Zuwendung oder fallbezogene Abrechnung). Diese Vielfalt verwirrt und erschwert die Schaffung von Angeboten, die mit Rechtssicherheit verbunden sind.
- ein weiterer Punkt hinsichtlich der Finanzierung muss genannt werden: die kommunalen Kostenträger - zumindest der Region Trier - haben deutlich signalisiert, dass im Rahmen des Zuwendungsmodells keine weiteren Erhöhungen zu erwarten sind. Dies führte übrigens dazu, dass es uns nicht gelang, die Projektstelle "Case - Management" fortzuführen (siehe unten).

Zusammenfassend stellen wir fest, dass einerseits die Öffentlichkeit sehr bereitwillig und offen mit dem Thema Sucht umgeht, dass diese Einsicht aber leider in eine Zeit knapper Kassen fällt, so dass notwendige Differenzierungen der Hilfeangebote zur Zeit schwierig umzusetzen sind.

## 2.2 Was erreichten wir im Jahr 2000, was erreichten wir nicht?

Im Vorgriff auf die ausführliche Darstellung möchten wir auf einige Schwerpunkte des vergangenen Jahres hinweisen:

- **Arbeitsschwerpunkt Suchtprävention:** Nach der Einarbeitungs- und Vorbereitungsphase im Jahr 1999 arbeitete die Kollegin vor allem in den Bereichen Primärprävention (Kindergarten, Grundschule), Elternarbeit, Sekundärprävention (weiterführende Schulen), Vernetzung sowie im geringen Umfang auch in der Beratung. Die Finanzierung der Stelle war nur bis April 2001 gesichert. Zwar besteht die Aussicht, die Stelle erneut als ABM-Verhältnis zu besetzen, die langfristige Unsicherheit jedoch besteht weiter. Die personelle Kontinuität, die wünschenswert ist, kann durch Zeitarbeitsverhältnisse ebenfalls nicht erreicht werden.
- **Arbeitsschwerpunkt Case - Management, nachgehende Sozialarbeit:** Die im Rahmen eines Bundesmodellprojekts finanzierte und durchgeführte Arbeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen musste zum Jahresende 2000 eingestellt werden. Obwohl die Arbeit mit dieser sonst sehr schwer zu erreichenden Zielgruppe von der Mehrzahl der befragten Fachdienste in Trier als hilfreich und effektiv eingestuft wurde, gelang es uns (und dem Gesetzgeber) nicht, die möglichen Kostenträger zu einer finanziellen Beteiligung an der Fortführung des Projekts zu überzeugen.
- **Die Form der Sprechstunde hat sich bewährt:** Seit Januar 2000 arbeiteten wir nach einem neuen System des Zugangs zu unserer Beratung. Erstkontakte finden (fast) ausschließlich in der Sprechstunde statt, die an vier Tagen der Woche jeweils von 13 bis 17 Uhr ist. Auf diese Art beträgt die maximale theoretische Wartezeit für einen Hilfesuchenden drei Tage. Innerhalb der Sprechstunde müssen die Hilfesuchenden unter ungünstigen Umständen zwar längere Wartezeiten in Kauf nehmen, sie ersparen sich jedoch teilweise wochenlange Wartezeiten wie etwa in anderen Einrichtungen. Die Mitarbeiter der Beratungsstelle profitieren ebenfalls: durch sehr viel weniger Ausfälle bei den terminierten Gesprächen haben sie effektiv mehr Zeit für die Ratsuchenden.
- **Neues Konzept "FreD - Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten" stieß auf positive Resonanz bei Einrichtungen der Jugendhilfe, Justiz, Elternschaft:** Die von uns ausgearbeitete und vorgelegte Konzeption einer früh einsetzenden, gezielten, strukturierten Maßnahme für (polizeilich) erstauffällige junge Drogenkonsumenten fand bei den Mitarbeitern der Jugendämter, den Jugendrichtern, der Bewährungshilfe, den Jugendhilfeeinrichtungen sowie den betroffenen Eltern große Zustimmung. Der erste Kurs mit Jugendlichen wird in der ersten Hälfte des Jahres 2001 beginnen.
- **Aktive Mitarbeit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Trier hinsichtlich der Versorgung Suchtkranker in der Region:** Nachdem wir immer wieder auf Versorgungslücken hingewiesen hatten, wurden die Trierer Suchtberatungsstellen am 08.12.2000 in die PSAG eingeladen, um zu dem Thema "Sucht und Psychische Erkrankung" zu referieren. Als Ergebnis der maßgeblich von der "Tür" ausgearbeiteten und vorgetragenen Thesen beschloss die PSAG die Einrichtung einer Arbeitsgruppe, die sich mit der Frage des regionalen Bedarfs an Suchtkrankenhilfe befassen soll. Diese Arbeitsgruppe nahm ihre Arbeit im Januar 2001 auf.
- **Entscheidung des Vereins, eine neue Stelle zu schaffen:** Aufgrund der grundsätzlichen Überlegung (s.o.), dass neue Arbeitsbereiche nicht mehr durch pauschale Zuwendungen finanzierbar sind, entschloss der Verein, eine neue Stelle für "besondere Angebote" zu schaffen. Diese Stelle wird durch abrechenbare Einzelleistungen finanziert, die über den Beratungsauftrag hinaus gehen, z.B. die genannte Maßnahme FreD oder die ambulante Nachsorge nach stationärer Therapie.

### 2.3 Finanzierung der Beratungsstelle - Danksagungen

Die Tätigkeit der Beratungsstelle kostete den Verein im Jahr 2000 etwa 510.000 DM. Davon waren etwa 455.000 DM Personalkosten und etwa 55.000 DM Sachkosten.

Die Suchtberatung Trier e.V. "Die Tür" verfügt nur über geringe "Eigenmittel", mit denen sie sich an den Gesamtkosten beteiligen kann. Sie ist daher auf Zuwendungen öffentlicher Stellen angewiesen. Diese sind für das Jahr 2000 (in der Reihenfolge der Höhe der Zuwendung):

- das Land Rheinland-Pfalz,
- die Stadt Trier,
- die Bundesrepublik Deutschland,
- das Arbeitsamt Trier,
- der Kreis Trier-Saarburg.

Die erwähnten Eigenmittel bestanden vor allem aus (in der Reihenfolge der Höhe):

- Zuwendungen der Gerichte (Geldstrafen),
- Einnahmen aus ambulanter Nachsorge,
- zweckgebundene Spenden,
- andere Einnahmen.

Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen, die zur Finanzierung unserer Arbeit beitragen - auch im Namen aller Klientinnen und Klienten - sehr herzlich bedanken. Nur durch die finanzielle Verantwortungs-Übernahme aller zuständigen Stellen ist es möglich, auf der Basis einer ausgeglichenen Finanzierung auch neue Angebote zu schaffen und so das Angebot ambulanter Suchtkrankenhilfe zu verbessern.

### 2.4 Rahmenplan für ambulante Suchtberatungsstellen

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) stellte in den Jahren 1992, 1997 und 1999 in Fortschreibung einen Rahmenplan für ambulante Suchtberatungsstellen bzw. eine "Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe" als Arbeitsgrundlage für Beratungsstellen zur Verfügung. Diese Pläne dienen als Raster für die Beschreibung der Angebote der Suchtberatung Trier e.V. „Die Tür“. Siehe dazu Abb. 1.

Auf der Grundlage der Rahmenpläne lässt sich feststellen:

**Vorhanden und gut funktionierend** sind u.E. die Bereiche Kontaktaufnahme, Beratung, Nachsorge, Unterstützung von Selbsthilfe, Vernetzung und Kooperation sowie die organisationsbezogenen Bereiche wie Dokumentation und Controlling.

Der Leistungsbereich Prävention wird seit April 1999 durch eine Präventionsfachkraft abgedeckt.

Nach unserer Einschätzung gibt es noch einen Handlungsbedarf im Tätigkeitsbereich der „klassischen Suchtberatung“, die bisher mit einer Planstelle besetzt ist.

Der Leistungsbereich der Fallübergreifenden Tätigkeiten wurde bis Dezember 2000 durch die Stelle einer Case- Managerin abgedeckt. Da diese Stelle über ein Bundesmodellprojekt zeitlich begrenzt finanziert wurde, fällt der Leistungsbereich ab Januar 2001 weg.

**Nicht vorhanden** sind in unserer Einrichtung niedrigschwellige Angebote für Klienten, die den Weg in Beratungsdienste nicht finden, bzw. für Klienten, bei denen zunächst andere Hilfsangebote angezeigt sind. Solche Angebote könnten sein: Aufenthaltsmöglichkeiten für obdachlose Abhängige, Kontaktcafé, Essensabgabe und Notschlafstelle, Gelegenheiten zum Duschen und Wäschewaschen usw. Wir sehen an dieser Stelle einen z. Z. in der Region Trier nicht gedeckten Bedarf und halten es für wünschenswert - gerade für die Gruppe der jugendlichen Betroffenen - hier ein Hilfeangebot zu schaffen.

Ebenfalls **nicht vorhanden** ist der Bereich der **ambulanten Suchttherapie** nach der Empfehlungsvereinbarung „EVARS“. Mittelfristig werden wir für diesen Bereich ein Angebot schaffen. Erwähnenswert ist, dass ein Mitarbeiter der Suchtberatung seit Januar 1999 als Psychologischer

Psychotherapeut nach dem Psychotherapeutengesetz approbiert ist. Er hat damit die Berechtigung zur Krankenbehandlung. Mehrere Mitarbeiter befinden sich in anerkannten Fortbildungsgängen.

Seit 1992 arbeitet die Suchtberatung ohne eine fest angestellte Verwaltungskraft. Diese Tätigkeiten werden entweder von Praktikanten oder von den Mitarbeitern selbst ausgeführt.

**Abbildung 1: Rahmenplan für ambulante Suchtberatungsstellen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V., 1992, 1997 (leicht modifiziert, mit Kapitelangabe im vorliegenden Bericht)**

Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen:

- Kontaktaufnahme / Information / Streetwork .....Kap. 3.1
- Akuthilfe / Krisenintervention
- Versorgung / Niedrigschwellige Angebote
- Betreuung / Beratung .....Kap. 3.2
- Behandlung, Ambulante Rehabilitation
- Nachsorge, ambulant und stationär .....Kap. 3.3
- Externe Suchtberatung in Justizvollzugsanstalt und Krankenhaus .....Kap. 3.4
- Besondere Angebote .....Kap. 3.5

Arbeit mit der Allgemeinheit, Vernetzung:

- Prävention .....Schwerpunktthema, Kap. 3.6
- Unterstützung von Selbsthilfe .....Kap. 3.7
- Fallübergreifende Tätigkeiten, Hintergrunddienste, Case-Management .....Schwerpunktthema, Kap. 3.8
- Vernetzung / Kooperation .....Kap. 3.9
- Öffentlichkeitsarbeit / Information .....Kap. 3.10

Organisationsbezogene Leistungen:

- Dokumentation / Statistik .....Kap. 3.11, Kap. 4
- Mitarbeiter / Personal / Externe Supervision .....Kap. 3.12
- Verwaltungstätigkeiten der Fachkräfte
- Controlling
- Räumliche Ausstattung .....Kap. 3.13
- Sonstiges, Praktikum, Internet .....Kap. 3.14

### 3 Tätigkeitsbereiche in der Beratungsstelle

Im vergangenen Jahr 2000 verfügte die Suchtberatung Trier e.V. über fünf Planstellen, die alle unterschiedlichen Aufgabenbereichen zuzuordnen sind. Es sind die folgenden Arbeitsbereiche, durch die Klienten zu verschiedenen Zeitpunkten in unterschiedlichen Stadien ihrer Abhängigkeit angesprochen werden sollen:

- Die Suchtprävention strebt das frühzeitige Vermitteln spezifischer Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen an, um eine Suchtentwicklung zu vermeiden.
- Die aufsuchende Arbeit soll helfen, Klientinnen und Klienten frühzeitig Hilfe zukommen zu lassen.
- In der klassischen Suchtberatung in der Beratungsstelle vermitteln wir die Ratsuchenden z.B. in eine stationäre Langzeittherapie oder andere geeignete Therapieformen.
- Nach der Rückkehr aus der Therapie bieten wir den Klientinnen und Klienten ambulante Nachsorge-Gespräche oder einen Aufenthalt in der Nachsorge-Wohngemeinschaft an.
- Die nachgehende Sozialarbeit soll insbesondere chronisch alkohol-, medikamenten- oder drogenabhängige Menschen ansprechen.

In der folgenden Darstellung anhand des Rahmenplans der ambulanten Suchtberatungsstellen werden die Tätigkeitsbereiche der Mitarbeiter im Einzelnen beschrieben (s.o., Kap. 2.4, Abb.1).

#### 3.1 Kontaktaufnahme / Information / Streetwork

Meistens ist dem ersten Kontakt zu einer Hilfeeinrichtung in Form einer Terminvergabe oder einem persönlichen Erstkontakt viel Motivationsarbeit im Umfeld des Betroffenen vorangegangen. Dies kann durch die Familie des Betroffenen, durch professionelle Helfer wie Ärzte, Bewährungshelfer, Betreuer oder durch andere Personen im Umfeld des Betroffenen geschehen sein.

##### **Offene Sprechstunde**

Nach unserer Einschätzung sollte eine betroffene Person in einer sensiblen Phase, in der sie aus irgendwelchen Gründen bereit ist, sich helfen zu lassen, die Möglichkeit haben, sehr kurzfristig in eine Beratung zu kommen. Lange Wartezeiten auf einen Termin können demotivierend wirken und dazu führen, dass die betroffene Person den Termin nicht wahrnimmt.

Seit Januar 2000 bieten wir daher an vier Tagen der Woche eine Sprechstunde zu jeweils vier Stunden an. Zu diesen Zeiten können interessierte Personen ohne Voranmeldung zur Beratung kommen. Einziger Nachteil ist die Tatsache, dass aufgrund großer Nachfrage die Ratsuchenden etwas Zeit mitbringen müssen und dass die Beratungsgespräche manchmal eher kurz ausfallen. Die weiteren Gespräche - falls gewünscht - werden nicht mehr in die Sprechstunde gelegt, so dass dann mehr Zeit zur Verfügung steht. Der genannte Nachteil wird nach unserer Erfahrung durch den schnellen Zugang zur Beratung bei weitem überwogen, was uns von den Ratsuchenden immer wieder bestätigt wird. In die Sprechstunden kommen neben bereits bekannten Klienten täglich zwischen ein und sechs Erstkontakten!

Ein positiver Nebeneffekt der Sprechstunde ist die Tatsache, dass weniger terminierte Gesprächstermine ausfallen, dass somit **trotz kurzfristigen "Mehraufwands"** (für die Sprechstunden) **insgesamt mehr Zeit für die Klienten** zur Verfügung steht.

Neben diesem „formellen Zugangsweg“ gibt es einige andere Wege, um in die Beratung zu kommen: Die Möglichkeit von Hausbesuchen und Besuchen im Krankenhaus ist im Rahmen der Tätigkeit der Case-Managerin (siehe Kap. 3.8) gegeben. Jugendliche und junge Erwachsene werden im Rahmen der Straßensozialarbeit auf geeignete Art angesprochen (s.u.). In der Beratungsstelle selbst besteht während der Öffnungszeiten jederzeit die Möglichkeit, einen Mitarbeiter - wenn auch nur kurz - anzusprechen.

### **Streetwork, aufsuchende Arbeit**

Die Suchtberatung bietet neben der "klassischen Form" der Beratung - Betroffene suchen von sich aus die Beratungsstelle auf - im Rahmen der "akzeptierenden Drogenberatung" aufsuchende Sozialarbeit an, d.h. Mitarbeiter der Beratungsstelle suchen Gefährdete in ihrer Alltagsszene auf.

Basierend auf der Erkenntnis, dass Menschen mit ihren Verhaltensweisen, Handlungen, Interessen und Bedürfnissen nur aus ihren subjektiven Erfahrungen heraus zu verstehen sind, die sie in ihrer Lebenswelt und in ihrem Alltag machen - vor allem dann, wenn Freizeitgestaltung und Alltagsbewältigung zum Problem werden - macht es Sinn, Beratung "vor Ort" anzubieten.

Aufsuchende Arbeit orientiert sich an den auftretenden Bedürfnissen der Menschen und bewegt sich somit rund um die Themen Sucht, Arbeit, Gesundheit, Wohnen, Geschlechteridentität, soziale Ausgrenzung, Beziehungen, Kultur und Treffpunkte. Damit der Sozialarbeiter all diesen Themen gerecht werden und als personifizierte Auskunftsstelle fungieren kann, sind weitreichende Informationen (z.B. über Wohnungsangebote, Arbeitsmöglichkeiten etc.) und vielfältige Kontakte (Arbeitsamt, Sozialamt) vonnöten.

Zielgruppen der Arbeit sind überwiegend drogengefährdete oder bereits drogenabhängige Jugendliche, die von herkömmlichen Institutionen nicht erreicht werden bzw. aufgrund ihres Misstrauens gegenüber der Institution Suchtberatung nicht erreicht werden wollen.

Kontinuierliche Präsenz des Sozialarbeiters in der Szene (Plätze, Veranstaltungsorte, Kneipen) ist die Grundlage der aufsuchenden Arbeit. Präsenz bedeutet Teilhabe und Teilnahme am Alltag, Situationen und Bedürfnisse wahrnehmen, Leute kennenlernen und Zeit haben. Über einen zunächst unverbindlichen Kontakt mit Menschen und Szenen können Hemmschwellen und Vorurteile gegenüber der Suchtberatung abgebaut, die Auseinandersetzung mit dem Suchtmittelkonsum unterstützt und nicht zuletzt länger andauernde Beziehungen aufgebaut werden.

Neben Einzelfallhilfe und Familienberatung ist das Initiieren von Selbsthilfegruppen (Frauengruppe) und Projekten wichtiger Bestandteil niedrigschwelliger und aufsuchender Arbeit.

Bereits 1997 wurde die Idee eines Anti-Drogen-Cafés in zentraler Stadtlage angedacht, 1998 entwickelten wir dazu eine Konzeption. Ausgangslage für dieses Projekt war die Beobachtung, dass es immer schwieriger wird, Jugendliche aufgrund ihres Verhaltens oder Aussehens einer bestimmten Szene zuzuordnen. Die Szenen sind nicht mehr geprägt durch feste Gruppenmitglieder und zentrale Treffpunkte, sondern durch ständig wechselnde Zusammensetzung und Ortsverlagerungen. Zu beobachten ist auch, dass sich das Misstrauen der Jugendlichen gegenüber den Erwachsenen verstärkt hat und dass sich Beziehungsarbeit oft schwierig und mühsam gestaltet.

Jugendarbeitslosigkeit, Armut und mangelnde Zukunftsperspektiven, aber auch Langeweile und Motivationslosigkeit sozial abgeseilter Jugendlicher werden verstärkt mit erhöhtem („süßem“) Alkohol- und Drogenkonsum kompensiert. Auffallend ist, dass das Alter beim Erstkonsum rapide sinkt, es liegt nach unseren Beobachtungen bei 12-14 Jahren.

Steigende Zahlen milieugebundener Straßengangs, Vandalismus, Diebstahl und Schutzgelderpressung unter Jugendlichen sind leider keine Ausnahmereischeinungen. Festzustellen ist, dass bestimmte „Erscheinungsformen“ insbesondere unter Alkoholeinfluß oft mit Gewaltdelikten enden.

Die Vielfalt der Jugend Szenen und Treffpunkte zu kontaktieren, aber auch die mannigfachen Probleme von Jugendlichen anzugehen, ist nach unseren Vorstellungen nur noch durch ein Straßensozialarbeiter-Team in Kombination mit einer zentralen Anlaufstelle für Jugendliche zu leisten.

Nach wie vor überlegen wir, wie Straßensozialarbeit mit drogengefährdeten und -abhängigen Jugendlichen in Trier sinnvoll zu realisieren wäre.

### **3.2 Betreuung / Beratung**

Der Schwerpunkt der täglichen Arbeit liegt auf den Gesprächen mit den einzelnen Ratsuchenden, seien dies betroffene Jugendliche oder (junge) Erwachsene oder seien es Angehörige (Eltern, Geschwister, Ehepartner), Lehrer, Erzieher oder andere Bezugspersonen.

Die Gespräche mit den einzelnen Klienten machen den größten Teil der Arbeit in der Beratungsstelle aus. Im Einzelgespräch kann die Lebenssituation des Ratsuchenden in Ruhe besprochen werden. Die meisten Klienten wünschen sich Einzelgespräche; andere Formen der Auseinandersetzung, wie etwa



Selbsthilfegruppen, erfordern ein höheres Vertrauen als ein Einzelgespräch und werden daher in der Regel erst zu einem späteren Zeitpunkt gewünscht.

Im Folgenden werden einige typische Gesprächs- oder Beratungsanlässe dargestellt, so wie sie täglich stattfinden.

### ***Information und Klärung***

Es kommen Personen in die Beratung, die sich Sorgen über ihren Suchtmittelkonsum machen. Oft ist dieser Konsum schon so stark, dass es im sozialen Umfeld zu Konflikten und Auseinandersetzungen gekommen ist. In der Schule sind Schwierigkeiten aufgetreten, am Arbeitsplatz gab es Abmahnungen, der Führerschein wurde wegen Trunkenheit am Steuer entzogen oder Freunde wenden sich ab. Diese Personen wissen zwar irgendwie, dass ihr Konsum problematisch und nicht mehr normal ist, ihnen fehlt aber die Kraft und der Wille, den Alkohol- oder Drogenmissbrauch einzustellen.

Unsere Aufgabe in dieser Situation ist es, Informationen zu geben, z.B. über den Krankheitsverlauf ebenso wie über Behandlungsmöglichkeiten. Wir helfen dem Ratsuchenden bei der Klärung der Frage, ob er gefährdet oder abhängig ist (Anamnese und Diagnose); besondere Aufmerksamkeit schenken wir dabei den Folgen eines Rauschmittelkonsums (gesundheitlich, familiär, beruflich, finanziell etc.). Gegebenenfalls versuchen wir, die Motivation zu weiteren Gesprächen, zu Therapie und Abstinenz zu steigern.

### ***Unterstützung bei Abstinenz***

Andere Klienten sehen sich selbst als abhängig an, haben auch schon versucht, abstinent zu leben, was ihnen aber nicht oder nur für kurze Zeit gelungen ist. Sie suchen schließlich professionelle Hilfe auf, um nicht immer wieder rückfällig zu werden. Diese Klienten kommen zu uns mit dem Wunsch, bei ihrer Abstinenz Unterstützung zu finden, z.B. in Form von Gesprächen in Krisensituationen.

In den Gesprächen beschränken wir uns hier nicht auf das Suchtmittel, sondern wir suchen gemeinsam nach Möglichkeiten, die Lebenssituation zu verbessern, etwa indem wir den Klienten in finanziellen und beruflichen Angelegenheiten beraten oder an andere, geeignetere Stellen überweisen. Dies trifft in besonderem Maße bei Nachsorge-Gesprächen nach einer stationären Entwöhnungstherapie und bei der Tätigkeit der Case-Managerin zu.

### ***Wunsch nach stationärer Therapie - Vermittlung in Therapie***

Einige Klienten kommen zu uns mit dem klaren Wunsch nach einer stationären Suchttherapie. Sie haben sich mit ihrer Abhängigkeit auseinandergesetzt und sind sich sicher, nur mit Hilfe eines Aufenthaltes in einer Fachklinik für Suchtkrankheiten wieder zurechtzukommen. Erstaunlicherweise haben sich einige dieser Klienten schon sehr konkrete Gedanken über ihre Entwöhnungs- behandlung gemacht, indem sie bereits Kontakt zu der von ihnen gewünschten Fachklinik aufgenommen haben.

Die Aufgabe der Berater ist in diesem Fall die Vorbereitung der Therapie, d.h. Erstellung eines Sozialberichtes, Antragstellung beim zuständigen Kostenträger, Kontakt zum Hausarzt des Klienten, Auswahl einer geeigneten Klinik und Kontakt mit dieser Klinik. Bis zum Beginn der Therapie betreuen wir den Klienten, veranlassen rechtzeitig die Entgiftung und begleiten ihn - falls nötig und möglich - zur Klinik. Ein Merkblatt über den Ablauf der Therapiebeantragung kann bei der Suchtberatung angefordert werden.

Der Statistikteil (Tabellen 8a bis 8c) beschreibt den Umfang dieser Vermittlungstätigkeit.

### ***Hilfe für Angehörige von Abhängigen***

Meistens leidet die soziale Umwelt eines abhängigen Menschen über lange Zeit an der Suchterkrankung und spürt, dass diese Situation nicht ohne fremde Hilfe zu bewältigen ist.

Dies kann die Ehefrau eines seit vielen Jahren trinkenden Mannes sein, die keinen Ausweg mehr sieht: Egal wie sie sich verhält, die Probleme mit dem Mann, in der Ehe und mit den vielleicht vorhandenen Kindern werden immer schlimmer.

Ein anderer Fall liegt vor, wenn die Eltern einer 14jährigen Tochter zufällig erfahren, dass diese in ihrer Clique schon einmal Haschisch geraucht hat. Die Eltern sind unsicher, sie sind hilflos, haben Angst um ihr Kind und entwickeln Schuldgefühle, trauen sich jedoch nicht, mit fremden Personen darüber zu sprechen.

In beiden Fällen, bei der Ehefrau wie bei den Eltern, herrschen Hilflosigkeit, Angst, Schuldgefühle. Diese Angehörigen kommen zu uns mit der Erwartung, Informationen und Verhaltensratschläge zu bekommen, sie möchten einen besseren Umgang mit den Angehörigen oder Freunden erlangen. Die Gespräche mit uns werden als große Erleichterung empfunden, oft können die Angehörigen erstmals mit einem anderen Menschen über dieses Thema sprechen. Nach unserer Erfahrung leiden Angehörige von Suchtkranken genauso unter der Krankheit wie die Betroffenen selbst.

Eine bislang stark vernachlässigte Gruppe sind die Kinder von suchtkranken Eltern. Diese stehen während ihrer Entwicklungen unter vielfältigen Einflüssen, die sie teilweise negativ für ihr Leben prägen, z.B. im Sinne eines hohen Risikos, selbst suchtkrank zu werden. Im Rahmen der Tätigkeit der Präventionsfachkraft sollen bald Angebote für diese Kinder geschaffen werden; dies können etwa Gruppen sein, in denen spielerisch präventiv gearbeitet werden kann.

### **3.3 Nachsorge, ambulant und stationär**

#### ***Ambulante Nachsorge-Gespräche***

Selbstverständlich besteht die Möglichkeit, dass Klienten nach einer stationären Langzeittherapie weiterhin zu Gesprächen in die Beratung kommen. Viele Klienten nutzen diese Möglichkeit, um bei der Umsetzung der Erkenntnisse und Erfahrungen, die sie in der Klinik machten, Unterstützung zu erhalten.

Unsere Erfahrung zeigt, dass der langfristige Erfolg einer Therapie sowohl hinsichtlich der Abstinenz als auch hinsichtlich der beruflichen und privaten Integration sehr positiv durch ambulante Nachsorge-Gespräche beeinflusst wird. Positiv und förderlich ist dabei der verbindliche Charakter von vereinbarten Gesprächen, der es Klienten erleichtert, bei regelmäßigen Gesprächen Schwierigkeiten anzusprechen. Bei unverbindlich abgesprochenen Nachsorge-Gesprächen („ich melde mich bei Ihnen, wenn es nötig ist“) passiert es dagegen leicht, dass der Klient in einer Krise zu spät oder gar nicht professionelle Hilfe annimmt.

Die Kostenträger - insbesondere die LVA Rheinland-Pfalz in Speyer - würdigen seit einigen Jahren die Leistungen ambulanter Nachsorge und bezahlen dafür einen bestimmten, jedoch nicht kostendeckenden Stundensatz. Dies ist u.E. ausdrücklich als positive Verantwortungsübernahme des Kostenträgers zu bewerten. Leider ist der Umfang der Zahlungen noch zu gering, um damit etwa neue Personalstellen zu schaffen.

#### ***Nachsorge-Wohngemeinschaft***

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Einrichtung ist die seit Dezember 1995 bestehende Nachsorge-Wohngemeinschaft. Mit dieser Wohngemeinschaft verbunden ist eine feste Planstelle, die vom Land Rheinland-Pfalz (Fachkräfteprogramm) und den Kommunen finanziert wird.

In den Jahresberichten 1996 bis 1998 stellten wir die Konzeption und erste positive Erfahrungen mit der Arbeit in der Nachsorge-Wohngemeinschaft vor. Seit 1998 befindet sich die WG in der Stadt Trier in einem eigenen Haus.

Nachdem nun wirklich alle Renovierungsarbeiten am und im Haus abgeschlossen waren, konnten wir im Frühjahr 2000 die lange geplante, offizielle (Neu-)Eröffnung der Nachsorge-Wohngemeinschaft durchführen.

Hierzu hatten wir eine kleine Feier geplant, zu der wir neben Vertretern aus der Politik und dem öffentlichen Leben natürlich auch die Nachbarn der WG eingeladen hatten.

Am 10. Mai 2000 war es dann soweit: das Wetter war uns wohlgesonnen, und die recht gut besuchte Neueröffnungsfeier konnte endlich „über die Bühne gehen“.

Unserer Einladung waren - neben dem Sozialdezernenten der Stadt Trier Herrn Georg Bernarding, dem Jugendschutzbeauftragten für die Region, Herrn Roland Carius sowie dem Ortsvorsteher von Euren, Herrn Hans Schmitz - auch einige Mitglieder der Stadtratsfraktionen, Vertreter sozialer Einrichtungen in der Region sowie Pressevertreter, zahlreiche Nachbarn und Freunde der Einrichtung gefolgt. Die Aktion Mensch, deren großzügige Zuwendung die Gestaltung des Hauses ermöglichte, übermittelte ein Grußwort. So war die "Neu-Eröffnung" ein kleines, aber sehr gelungenes Fest.

Darüber hinaus veranstalteten wir im August unser erstes „Ehemaligentreffen“ - nach nunmehr 5 Jahren Nachsorge-Wohngemeinschaft ein willkommener Anlass, einige unserer ehemaligen WG-Bewohner wiederzusehen, Erfahrungen auszutauschen, gut zu essen usw.

Die sehr positiven Rückmeldungen - von 31 eingeladenen Ex-Bewohnern kamen immerhin 10 zu dem Treffen - machen uns Mut, auch in Zukunft wieder ein Ehemaligentreffen zu veranstalten.

Ansonsten ist festzustellen, dass die Nachfrage nach Nachsorgewohnplätzen nach wie vor recht groß ist. Seit einiger Zeit informieren wir per Fax alle mit uns zusammenarbeitenden Suchtkliniken über aktuell freie Plätze in der WG. So können sich Interessenten nun gezielt bewerben. Das hat zur Folge, dass sich zwar weniger Leute bewerben - letztes Jahr waren dies 31 Personen (1999 waren es fast 50) - jedoch nicht einfach „ins Blaue hinein“, sondern gezielt auf einen freien Platz hin.

### ***Die Zahlen des Jahres 2000***

Die Belegung im Jahr 2000 war ähnlich konstant wie 1999, d.h. im Durchschnitt wohnten 5,4 Bewohner in der WG.

Ebenso konstant bzw. leicht steigend ist die durchschnittliche Verweildauer in der WG - im Jahre 2000 waren es durchschnittlich 5,8 Monate (1999: 5,6 Monate).

Detaillierte Angaben zur Aufenthaltsdauer in der Wohngemeinschaft, zu Alter und Geschlecht der Bewohner, zu den primären Suchtmitteln sowie zur Situation der Bewohner vor der Aufnahme und nach der Entlassung aus der Wohngemeinschaft finden sich im Statistikeil dieses Berichts (Tabellen 9 bis 13).

## **3.4 Externe Suchtberatung in Justizvollzugsanstalt und Krankenhaus**

### ***Betreuung von Klienten in anderen Institutionen***

Leider kommt es immer wieder vor, dass Klienten, die bereits bei uns in Beratung sind, aufgrund laufender Strafverfahren inhaftiert oder verurteilt werden. In diesem Fall bieten wir an, die betroffene Person weiterhin in der Justiz-Vollzugs-Anstalt (JVA ) zu betreuen, z. B. zur Vermittlung in eine stationäre Therapie. Zu diesem Zweck sind die Mitarbeiter der Beratungsstelle ehrenamtliche Vollzugshelfer in der JVA Trier.

Ebenso sind wir bereit, Klienten zu einem Erstkontakt während ihrer Entgiftung im Krankenhaus aufzusuchen, wenn dies sinnvoll und erforderlich ist. Dies betraf im Jahr 2000 besonders die Arbeit der Case-Managerin (s.u., Kap. 3.8). Obwohl das Angebot der nachgehenden Arbeit ab Januar 2001 eingestellt ist, werden wir weiterhin wöchentlich eine Sprechstunde im Herz- Jesu- Krankenhaus in Trier anbieten.

### **3.5 Besondere Angebote - Gruppen in der "Tür"**

Als „besondere Angebote“, die sich in den bisher beschriebenen Rahmenplan schlecht einordnen lassen, möchten wir die folgenden vier Tätigkeitsbereiche bezeichnen:

#### ***Frauenspezifische Suchtberatung - Frauengruppe***

Seit sieben Jahren existiert die Frauengruppe der Suchtberatung.

Gegründet als offenes Angebot für Frauen mit Suchtproblemen jeglicher Art (d.h. als Betroffene, als Mutter, als Partnerin usw.) und in jedem Alter, soll die Gruppe eine Gelegenheit bieten, sich in lockerer Runde zu treffen, um über Probleme und Erfolge, Positives und Negatives, Wichtiges und Alltägliches sprechen zu können, Erfahrungen auszutauschen oder gemeinsam etwas zu unternehmen.

In der Auseinandersetzung mit anderen Frauen mit ähnlichen Erfahrungen und Problemlagen bieten sie den Gruppenmitgliedern Hilfen und Anregungen für ihre eigene Lebens- und Alltagsgestaltung. Die Themen der Gruppengespräche ergeben sich aus den aktuellen Situation der Frauen und umfassen ein breites Spektrum (Partnerschaft, Sexualität, Kindererziehung, die Beziehung zu den Eltern/Familie, Gewalterfahrung etc.).

Der Schwerpunkt der Unterstützung liegt im wesentlichen in der Hilfe bei der Alltagsbewältigung. Erfahrungsgemäß erscheint insbesondere suchtkranken Frauen die Rückkehr in die „Realität“ nach einer Langzeittherapie als fast unüberwindliche Hürde, der sie meist auf sich allein gestellt und mit dem festen Willen, „nüchtern“ zu bleiben, begegnen müssen.

Um neue Lebensperspektiven zu entwickeln bzw. zu festigen, erlernte Verhaltensmuster zu verstärken und den Rückfall in die alten Muster zu vermeiden, bieten wir neben den Gruppentreffen regelmäßige Einzelgespräche, Hausbesuche, Unterstützung bei Behördengängen und einen telefonischen Wochenendnotrufdienst an.

Mittlerweile wurden viele Freundschaften geknüpft. Dadurch gestärkt konnten die Frauen viel Eigeninitiative entwickeln. Die Gruppe besteht zur Zeit aus acht Frauen; neben den festen Gruppentreffen finden im zweiwöchigen Rhythmus private Treffen statt.

Frauen, die Kontakte zu anderen Betroffenen suchen, sind herzlich eingeladen!

#### ***Schuldnerberatung im Rahmen der Suchtberatung***

Fast jeder abhängige Mensch ist in hohem Maße finanziell verschuldet. Nicht selten bestehen private und Bankschulden in fünf- oder sechsstelliger Höhe. Eine alle Schulden umfassende Schuldenregulierung (Sanierung) ist einerseits Voraussetzung für ein langfristig zufriedenes abstinentes Leben, andererseits ist sie aber nur dann sinnvoll, wenn die ursächlich zugrundeliegende Suchterkrankung nicht mehr vorliegt. Eine abgeschlossene Therapie, eine abstinente Lebensweise und regelmäßige Einkünfte sind daher Voraussetzung für eine Sanierung. Klienten mit größeren Schuldenbeträgen, bei denen oft komplizierte rechtliche Sachverhalte zu klären sind, überweisen wir an die in der Region tätigen Schuldnerberatungsstellen.

Anders verhält es sich mit der Hilfe bei finanziellen Alltagsproblemen, wie z.B. nicht bezahlter Miete, Strom- oder Telefonrechnungen, kleineren Bankschulden, Geldauflagen oder Rückforderungen von Ämtern. Die Regelung dieser Probleme bedeutet für viele Klienten eine große Hilfe im Alltag und macht so auch bei noch nicht abstinenten Suchtkranken einen Sinn.

Die Mitarbeiter haben sich für den Arbeitsbereich Schuldnerberatung in der Suchtkrankenhilfe fortgebildet. Eine konkrete Schuldnerberatung im beschriebenen Sinne führten wir im Jahr 2000 bei etwa 35 Klienten durch.

#### ***Psychosoziale Betreuung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung***

Etwa seit Ende der 80er Jahre hat sich in Deutschland die Substitutionsbehandlung als eine Behandlungsform für intravenös Opiatabhängige etabliert. Bei dieser Behandlung wird opiatabhängigen Menschen zur Linderung des Suchtdrucks und zur Verringerung psychosozialer Problemlagen oral Methadon (L-Polamidon) gegeben. Im Vergleich zum Durchschnitt der BRD und zum Durchschnitt des Landes Rheinland-Pfalz gibt es im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Trier nur wenige Ärzte mit Genehmigung zur Substitutionsbehandlung und wenige Anträge bzw. Mitteilungen über Behandlungen.

Abzugrenzen von der Methadon-Substitution ist die Vergabe von Codein, die ebenfalls die Vergabe eines Ersatzstoffes darstellt, rechtlich jedoch ganz anderen Bedingungen unterliegt. Die Vergabe von Codein war bis Ende 1999 bei Ärzten teilweise recht beliebt, weil einerseits im Codein ein geeignetes Ersatzmittel gesehen wurde und da die Vergabe „einfacher“ (= unbürokratischer) war als die Vergabe von Methadon. Seit Januar 2000 ist diese sog. „Graue Substitution“ mit Codein verboten. Würde ein Arzt Codein „im großen Stil“, d.h. an eine Vielzahl von Drogenabhängigen verabreichen, würde dies auffallen und für den betreffenden Arzt rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Während im Jahr 1999 auch in den Räumlichkeiten der Beratungsstelle noch Codein verabreicht bzw. verschrieben wurde, gibt es seit Beginn des Jahres 2000 nur noch die Substitution gemäß den sog. NUB-Richtlinien. Unter anderem wurden hier die Indikationen, d.h. die Gruppen, welche substituiert werden können, weiter gefasst. Die „psychosoziale Betreuung“ ist nach diesen Richtlinien zwar offizieller Bestandteil der Substitutionsbehandlung, sie ist jedoch (wieder einmal) rechtlich und finanziell ungenügend und nicht verbindlich geregelt. Will man die Substitution nicht auf die Vergabe eines Ersatzstoffes beschränken und will man die umfassende Rehabilitation der substituierten drogenabhängigen Personen erreichen, muss es gelingen, eine dauerhafte Finanzierungsform zu finden. Gefragt sind hier u. E. die Kostenträger der Substitutionsbehandlung, also die Krankenkassen.

Durchgeführt wird die Substitutionsbehandlung in unserer Einrichtung durch einen niedergelassenen Facharzt, Herrn Dr. Wasser aus Schweich, der auch Konsiliararzt der Beratungsstelle ist.

Die Suchtberatung Trier bietet betroffenen, substituierten Personen in der Region die psychosoziale Betreuung im Rahmen der allgemeinen Beratung an. Im Jahr 2000 betreuten wir ca. 15 substituierte Klienten. Hinsichtlich der Überprüfung der Wahrnehmung der psychosozialen Betreuung fanden wir mit o.g. Arzt eine klare Regelung über die Art und Häufigkeit der psychosozialen Betreuung (z.B. mind. ein Gespräch / Monat, schriftliche Teilnahmebescheinigungen).

### ***Führerscheingruppen - Aufbauseminare***

Die Suchtberatung Trier betreut seit 1993 Gruppen alkoholauffälliger Verkehrsteilnehmer, die sich mit ihrem Alkoholkonsum und einer eventuellen Suchtentwicklung auseinandersetzen möchten. Teilnehmer sind Personen, denen erstmalig oder zum wiederholten Male der Führerschein wegen Trunkenheit am Steuer entzogen wurde, und die sich zur Wiedererlangung einer Medizinisch-Psychologischen Untersuchung (MPU) unterziehen müssen.

Bei der MPU geht es im Grunde um die Frage, ob der Betroffene voraussichtlich in Zukunft noch einmal unter Alkoholeinfluss am Straßenverkehr teilnehmen wird.

Um einerseits dem Anspruch der Suchtberatung gerecht zu werden (Freiwilligkeit, Einsicht in Missbrauch oder Abhängigkeit, Wunsch zur Veränderung) und um andererseits den Betroffenen eine Möglichkeit zu bieten, sich mit ihrem Trinkverhalten kritisch auseinanderzusetzen, entwickelten wir ein strukturiertes Gruppenangebot, die sog. "Führerscheingruppe" („Aufbauseminare“). Das Gruppengespräch hat den großen Vorteil, dass die Teilnehmer ihre Geschichten nicht als Einzelschicksale empfinden, sondern dass sie sich austauschen können und in der Gruppe eigene Einstellungen diskutieren, relativieren und ändern können.

Mangels Nachfrage führten wir im Jahr 2000 keine Führerscheingruppe durch, wir bieten diese jedoch vorläufig weiterhin an.

### ***Raucherentwöhnung in Gruppen***

Im Folgenden stellen wir ein Angebot dar, welches ebenfalls leider mangels Nachfrage nicht umgesetzt wurde: die Raucherentwöhnung in Gruppen. Dies ist erstaunlich, wenn man bedenkt, dass wir persönliche Anschreiben an Krankenhäuser, Krankenkassen, Ärzte und Betriebe mit 1000 Handzetteln und 250 Plakaten schickten. Offenbar ist es äußerst schwierig, Raucher zur Teilnahme an einer solchen Maßnahme zu bewegen. Die Kurzkonzeption der Raucherentwöhnung folgt hier:

Obwohl man anhand der bekannten Zahlen das Rauchen als die größte Sucht in unserer Gesellschaft ansehen muss, gibt es so gut wie keine professionellen Hilfeangebote für Raucher.

Andererseits haben viele Untersuchungen gezeigt, dass es durchaus Behandlungsmethoden mit respektablen Abstinenzquoten gibt, die nur leider viel zu selten angeboten werden.

Nach dem gegenwärtigen Forschungsstand finden sich regelmäßig die besten Ergebnisse bei einer Kombinationsbehandlung aus kognitiver Verhaltenstherapie und Nikotinsubstitution (20 - 40 % Abstinenz nach einem Jahr).

Da das Rauchen nicht nur zu vielfältigen körperlichen Erkrankungen führen kann, sondern darüber hinaus das Rauchen Erwachsener - besonders der Eltern - eine starke Vorbildfunktion hat, stellt die Förderung des Nichtrauchens bzw. die Unterstützung bei der Raucherentwöhnung gleichzeitig eine Prävention des Tabakkonsums bei Kindern und Jugendlichen dar.

Aus all diesen Gründen bietet die Suchtberatung Trier e.V. "Die Tür" ab sofort Kurse zur Raucherentwöhnung an.

Diese Kurse umfassen 8 Gruppentreffen zu je 2 Stunden in wöchentlichen Abständen. Erfahrene Mitarbeiter der Suchtberatung leiten die Kurse. Parallel zu den verhaltensorientierten Kursen besteht - auf Wunsch - die Möglichkeit, mittels Nikotinpflaster die körperlichen Entzugserscheinungen zu mildern.

Die Kursgebühren betragen pro Teilnehmer/in 380 DM. Dieser Preis enthält nicht die Nikotinpräparate, die die Teilnehmer nach Rücksprache mit dem Hausarzt bzw. dem behandelnden Arzt selbst kaufen müssen.

### ***Gruppenangebot für erstauffällige Drogenkonsumenten - FreD***

Aufgrund der großen Zahl von Jugendlichen mit Drogenproblemen, die freiwillig oder durch Auflagen der Eltern, des Jugendamtes oder eine Gerichts zu uns kommen, bestand schon lange der Wunsch, eine strukturierte Maßnahme für Jugendliche anbieten zu können.

Ausgelöst durch ein Bundesmodellprojekt, an dem "Die Tür" aber nicht teilnehmen konnte, entwickelten wir unser Kursmodell "FreD - Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten", das wir ab Mai 2001 umsetzen werden. "Die Tür" ist somit eine der ersten Suchtberatungsstellen, die das oft formulierte Ziel der früh einsetzenden, gezielten Intervention realisiert.

Wir hoffen, mit unserer Maßnahme ein intensives, kurz nach einer (polizeilichen) Auffälligkeit einsetzendes Beratungsangebot zu schaffen, das Jugendlichen in einer sensiblen Phase die Möglichkeit bietet, sich selbstkritisch unter fachlicher Anleitung und Unterrichtung in einer Gruppe mit ihrem Drogenkonsum auseinander zu setzen.

Sicherlich werden wir im nächsten Jahresbericht über erste Erfahrungen mit dem Kurs berichten können.

### 3.6 Schwerpunktthema: Prävention

Seit April 1999 verfügt "Die Tür" - Suchtberatung Trier e.V. über eine Arbeitsbeschaffungs- maßnahme im Bereich der Suchtprävention. Leider ist diese Stelle vorläufig nur bis April 2001 bewilligt. Momentan wird die Stelle vor allem durch Mittel des Arbeitsamtes, durch Zuschüsse der Stadt Trier und des Kreises Trier-Saarburg sowie durch erhebliche Eigenmittel des Vereins finanziell sichergestellt. Wenngleich die Fortführung der Tätigkeit im Rahmen einer ABM in Aussicht steht, ist die Einrichtung und Regelfinanzierung einer Fachstelle für Suchtprävention nach wie vor zu fordern.

#### **Konzepte der Suchtprävention**

Wenn Suchtprävention wirksam sein soll - so wurde im Jahre 1992 von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) festgestellt - so muss sie früh beginnen, am besten bereits im Kleinkindalter, und sie muss langfristig angelegt sein. Darüber hinaus sollte der Schwerpunkt der Aufklärungs- und Projektarbeit in der Prävention nicht in den Risiken und Gefahren von Sucht liegen, sondern vielmehr in den Schutzfaktoren sowie den individuellen Kompetenzen der Menschen. „Gesundheitsförderung“ und „Lebenskompetenztraining“ heißen daher die Schlagwörter. Titel für suchtpreventive Veranstaltungen lauten etwa: „Kinder stark machen“ oder: „Hinter jeder Sucht steht eine Sehnsucht“.

Demgemäß lag ein Schwerpunkt der letzten zwei Jahre in der präventiven Arbeit im Bereich der Kindergärten. Hier fanden zahlreiche Elternabende, Fortbildungen und Projekte in Kindergärten statt, dazu sehr viele persönliche Informationsgespräche, bei denen Kindergärtnerinnen mit dem Konzept der Suchtprävention vertraut gemacht wurden. Dieser Bereich ist eher der "Primärprävention" zuzuordnen.

Das andere Standbein der Tätigkeit der Präventionsfachkraft war der Bereich der Schulen. Zahlreiche Diskussionsveranstaltungen mit Jugendlichen sowie einige Elternabende in Grund- und weiterführenden Schulen fanden statt. Im Schulbereich ist eine kontinuierliche Nachfrage zu verzeichnen, die wir erfreulicherweise in fast allen Fällen auch befriedigen konnten. Dieser Bereich ist eher der "Sekundärprävention" zuzuordnen.

Da suchtpreventive Arbeit sehr vielfältige Ansatzpunkte beinhaltet, ist eine Vielzahl von Konzepten für die verschiedenen Zielgruppen und Schwerpunkte notwendig. Einige Konzepte - etwa für Elternabende und Diskussionsveranstaltungen - wurden immer wieder überarbeitet, andere - beispielsweise für Fortbildungen im Kindergarten- und im Jugendbereich - wurden von uns ganz neu entwickelt.

#### **Primärprävention und Elternarbeit**

Primärprävention ist die „eigentliche“ präventive Arbeit: Es gilt zu verhindern, dass Kinder und Jugendliche in Abhängigkeit von Suchtmitteln oder Verhaltensweisen (wie etwa Essen, Kaufen, Spielen) geraten. Es kann - und soll - nicht verhindert werden, dass sie experimentieren, viele Dinge ausprobieren. Dies ist ein Teil jugendlichen Risikoverhaltens und gehört zum Erwachsenwerden dazu. Das Ziel ist es, zu verhindern, dass Kinder und Jugendliche abhängig werden. So sollten sie beispielsweise ihre eigenen Grenzen kennen und respektieren; sinnvoll sind auch vielfältige Möglichkeiten für Spaß, Entspannung und zur Konfliktbewältigung. „Wer genießen kann, wird nicht süchtig“ lautet ein Motto der Suchtprävention. Es spielt eine wesentliche Rolle bei Elternabenden und Fortbildungen in Kindergärten. Projekte, die mit den Kindern durchgeführt werden, konzentrieren sich oft auf Themen wie „Spaß an gesundem Leben“ und die Wahrnehmung und den Ausdruck von Gefühlen.

Die verschiedenen Projekte im Bereich Suchtprävention kamen bei allen Beteiligten gut an. Ein neu entwickeltes Projekt mit dem Titel „Hallo, wie geht es dir?“ wurde in drei verschiedenen Einrichtungen mehrfach durchgeführt, oft mit zwei Gruppen für Kinder verschiedenen Alters. Das Projekt „Klasse 2000“ wurde im vergangenen Jahr mit insgesamt sechs Schulklassen fortgeführt. Den „Spielzeugfreien Kindergarten“ konnten wir in zwei Einrichtungen miterleben und fachlich begleiten. Insgesamt fanden 55 Projektveranstaltungen statt.

Für KindergärtnerInnen wurden zwei mehrteilige Fortbildungen durchgeführt: für Kindergärten im Dekanat Hermeskeil eine dreiteilige zum Thema „Suchtprävention - Kinder stark machen“ und für Kindergärten im Dekanat Waldrach bisher zwei Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Der spielzeugfreie Kindergarten“. Beide wurden von den Teilnehmerinnen sehr positiv bewertet.

Einen wesentlichen Anteil in der Suchtprävention macht die Elternarbeit aus. Ob es sich um Eltern von jugendlichen Schülern oder von Kindergartenkindern handelt: Der Bedarf an Informationen über

süchtiges Verhalten, Gefühlswahrnehmung, „Grenzen setzen“ und die Förderung von kindlichem Selbstbewusstsein ist nach wie vor sehr hoch. Je nach Alter der Kinder steigt verständlicherweise das Interesse der Eltern an „Stoffkunde“: An Informationen über Art, Wirkungsweise, Häufigkeit etc. der verschiedenen legalen und illegalen Suchtmittel.

Eine systematische suchtpreventive Arbeit im Bereich „Kindergarten“ ist erst seit dem Anfang der 90er Jahre üblich. Mittlerweile ist es vielen Eltern - ganz zu schweigen von den Erzieherinnen - verständlich, warum so früh mit Suchtprävention begonnen wird. Sicherlich spielt dabei das nach wie vor steigende Angebot an Fernsehsendungen und Konsumartikeln für Kinder eine Rolle. Im Jahr 2000 beispielsweise wurden sämtliche Kindergärten und Grundschulen von der „Pokémon-Welle“ überrollt: Bereits kleine Kinder lernten die Namen der vielen in der Fernsehsendung vorkommenden Figuren auswendig und tauschten - durchaus teure - Sammelkarten aus. Die Eltern standen dem Phänomen oft ratlos gegenüber.

Insgesamt fanden im Jahr 2000 18 Informations-Seminare und Elternabende statt: zwölf Elternabende in Kindergärten, fünf in Schulen sowie eine offene Abendveranstaltung für interessierte Eltern. Die Resonanz war sehr positiv, oft kamen lebhaftige Diskussionen zustande, die sich bis spät in den Abend zogen. Auch die vielfach eingesetzte Gruppenarbeit führte zu guten Ergebnissen.

### **Sekundärprävention**

Der Bereich „Schule“ machte einen wesentlichen Anteil der suchtpreventiven Arbeit aus. Es handelt sich größtenteils um Sekundärprävention: Selbst Grundschüler haben oft erste Erfahrungen mit „typischen“ Suchtmitteln wie Zigaretten gemacht, von Fernsehen, Computerspielen und Süßigkeiten ganz zu schweigen.

Wie geht man als Präventions-Fachkraft damit um? Es macht keinen Sinn, Kinder und Jugendliche zu warnen, zu belehren und abzuschrecken. Information über Sucht und Suchtmittel ist natürlich ein Teil der suchtpreventiven Arbeit - vor allem bei Jugendlichen -, es kann aber nicht der Schwerpunkt sein. Weitaus erfolgreicher ist eine offene Diskussion über Erfahrungen und Meinungen zum Thema „Sucht“, sowie das Anregen sinnvoller Aktivitäten bei Kindern und Jugendlichen: Vom Nachdenken über eigene Verhaltensweisen und dem Austausch darüber bis hin zu vielfältigen Freizeitaktivitäten, konstruktivem Umgang mit Konflikten, dem Entwickeln von realistischen Lebenszielen etc. Als Motto kann auch hier dienen: „Hinter jeder Sucht steht eine Sehnsucht“.

Insgesamt fanden 52 Diskussionsveranstaltungen mit - v.a. jugendlichen - Schülern statt, zumeist über zwei bis drei Schulstunden. Die Intensität der Diskussion wurde wesentlich bedingt durch das Interesse und Engagement der Schülern sowie durch die Vorarbeit zum Thema „Sucht“ in der Schule, etwa im Biologie- oder Religionsunterricht.

Zum Thema „Sekundärprävention“ fanden mehrere Fortbildungen statt : zwei Fortbildungen für Lehrer sowie eine dreiteilige Fortbildung für in der Jugendarbeit tätige Personen. Vor allem die Fortbildung für Lehrer unter dem Motto „Sucht an unserer Schule?!!“ wurde sehr positiv bewertet.

Die genannten Zahlen finden sich noch einmal zusammengefasst in Tabelle 15 dieses Berichts.

### **Planung und Ausblick für 2001**

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Veranstaltungen zur Suchtprävention sehr stark nachgefragt werden: vor allem von Schulen, Kindergärten, Jugendzentren etc. Dies zeigt nicht zuletzt die vorliegende Statistik. Da "Die Tür" aktuell die einzige volle Stelle im Bereich der Suchtprävention für die Region Trier inne hat, ist zu befürchten, dass ohne eine dauerhafte Präventionsstelle auf die kontinuierliche Nachfrage nach suchtpreventiven Veranstaltungen nicht in ausreichender Weise reagiert werden kann.

Inhaltlich gesehen sollte in den nächsten Jahren die begonnene Arbeit fortgesetzt werden:

- die Einrichtungen, die bereits mit der "Tür" kooperiert haben, sollten suchtpreventive Elemente in ihren Alltag integrieren. Dabei sollte die Suchtpräventionsfachkraft sie unterstützen.
- neue Konzepte sollten ausprobiert und nach Bewährung eingesetzt werden. Präventionskonzepte beziehen sich dabei durchaus auch auf strukturelle Dinge.
- die Fortbildungen „Der spielzeugfreie Kindergarten“ für Kindergärten sollten fortgeführt werden.



- angesichts der Schädlichkeit des Rauchens und der prädiktiven Zusammenhänge zum Drogenkonsum sollten die Konzepte zur Raucher - Prävention engagiert eingesetzt und fortgeführt werden.

### **3.7 Unterstützung von Selbsthilfe**

Traditionell versuchen wir, Selbsthilfe-Initiativen zu fördern und "Geburtshilfe" zu leisten für Gruppen, die wir als sinnvoll erachten.

Im vergangenen Jahr trafen sich drei Selbsthilfegruppen in unseren Räumen. Sie alle entstanden aus einer einzigen Gruppe, die sich im Herbst 1995 bildete. Leider hat sich eine Gruppe aufgelöst, so dass sich nun noch zwei Gruppen, dienstags und donnerstags, jeweils um 19.00 Uhr treffen.

Die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern der Beratungsstelle und den Gruppen funktioniert sehr gut, z.B. bei Vermittlung in Therapie oder zum Kennenlernen von Gruppenprozessen.

### **3.8 Schwerpunktthema: Case-Management**

#### ***Bundesmodellprojekt "Case-Management/ Nachgehende Sozialarbeit"***

Das Bundesmodellprojekt "Case-Management / Nachgehende Sozialarbeit" in der Suchtkrankenhilfe des Bundesministeriums für Gesundheit ging im Jahr 2000 ins fünfte Jahr und erreichte Ende 2000 die maximale Förderungsdauer.

Das Konzept des Modellprojektes war ausgerichtet auf die Zielgruppe der sogenannten "Chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen" (CMA), die durch einen langjährigen intensiven und hochdosierten Konsum von Suchtmitteln gekennzeichnet ist. Infolgedessen weisen diese Personen häufig komplexe Problemlagen auf, insbesondere psychische und physische Gesundheitsprobleme, Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, strafrechtliche Belastungen, das Fehlen von tragfähigen sozialen Beziehungen etc.

Ziel des Case-Management ist es, die Erreichbarkeit und Hilfen für CMA-Klienten durch eine niedrighschwelligere Vorgehensweise / nachgehende Arbeit zu verbessern und so die langfristige Veränderung der Lebenssituation der Betroffenen mit dem Fernziel der Abstinenz herbeizuführen. An den aktuellen Problemlagen ansetzend, sollen die Betroffenen dahingehend stabilisiert werden, Angebote der Suchtkrankenhilfe in Anspruch zu nehmen.

Darüberhinaus sind die Vernetzung der möglichen Hilfen und Institutionen, der Ausbau der fallbezogenen Kooperation und die Steigerung der Effektivität und Effizienz der Hilfen Ziele des Case-Managements.

In den Jahresberichten der vergangenen Jahre wurde das Bundesmodellprojekt ausführlich dargestellt.

#### ***Beendigung des Modellprojektes zum Ende des Jahres 2000 - Auswirkungen***

Da der Vorstand und die Mitarbeiter des Vereins Suchtberatung Trier e.V. die beschriebene Form der Sozialarbeit mit suchtkranken Menschen für die Region Trier erhalten wollte, bemühten wir uns um eine mögliche Weiterfinanzierung der Tätigkeit durch die Kommunen und das Land oder über andere Kostenträger.

Leider ist dies trotz der positiven Resonanz - auch seitens anderer sozialer Dienste in der Stadt und im Kreis - und der grundsätzlichen Einigkeit über die Notwendigkeit dieses Arbeitsansatzes nicht gelungen.

Das bedeutet, dass ab 2001 der Arbeitsschwerpunkt Casemanagement / nachgehende Sozialarbeit in der Suchtberatung Trier weggefallen ist und nach unserem Wissen auch von keiner anderen Einrichtung in der beschriebenen Form fortgeführt wird. Die Suchtberatung Trier e.V. hält den Arbeitsansatz weiterhin für sehr gut geeignet, die beschriebene Klientengruppe zu erreichen. Der Verein ist daher jederzeit bereit, die Arbeit wieder aufzunehmen, wenn die finanziellen Rahmenbedingungen dies ermöglichen.

### ***Auswirkungen auf die Klienten im Bundesmodellprojekt***

Für die praktische Arbeit hatte die Einstellung des Arbeitsgebietes die Konsequenz, dass die laufenden Betreuungen in der bisherigen Weise nicht weitergeführt werden konnten.

Einigen wenigen Klienten gelang es, die Suchtberatung von sich aus aufzusuchen. Dies ist u.E. vor allem auf die vorhergegangene langfristige Betreuung und die Bindung der Klienten an die Person der Casemanagerin zurückzuführen. Ob eine kontinuierliche Arbeit weiterhin möglich sein wird, bleibt abzuwarten. Aufgrund der besonderen Schwierigkeiten der CMA-Klienten ist zu befürchten, dass sie insbesondere in Krisensituationen nicht den Weg zur Beratungsstelle finden werden und dass sie dort keine regelmäßigen Termine wahrnehmen werden.

Ein Teil der betreuten Klienten wurde soweit möglich an andere Institutionen übergeben. Zum Teil entschlossen sie sich für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung, zum Teil konnten sie an niedrigschwellige Angebote anderer Institutionen insbesondere der Wohnungslosenhilfe vermittelt werden.

Leider muss jedoch festgestellt werden, dass ein Großteil des Klientels mit Beendigung des Modellprojektes vom Angebot der Suchtkrankenhilfe nicht mehr erreicht wird und eine bedarfsgerechte Versorgung der "Chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken" durch die Suchtkrankenhilfe nicht mehr gewährleistet werden kann.

### ***Bewertung des Bundesmodellprojektes: Umsetzung und Resonanz***

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Erwartungen des Modellprojektes und der Suchtberatung Trier e.V. an den Arbeitsansatzes des Casemanagements / der nachgehenden Arbeit in folgenden Punkten erfüllt wurden:

- Erreichen derjenigen Abhängigen, die jahrelang durch das bestehende Netz der Suchtkrankenhilfe "durchgefallen" sind,
- Ermöglichen der Beratung und Betreuung der Abhängigen in außerhalb gelegenen Stadtteilen und im Kreis, die durch die fehlende Infrastruktur nicht zur Beratungsstelle kommen können,
- Erreichen der körperlich behinderten Abhängigen, die durch ihre Behinderung nicht zur Beratungsstelle kommen können,
- Heranführung bzw. Zurückführen der Betroffenen durch direkte Vermittlung und konkrete Unterstützung an das bestehende Hilfesystem,
- langfristige Verbesserung der problematischen Lebenssituation der Abhängigen mit dem Fernziel der Abstinenz.
- Vermeidung häufiger kostenintensiver Krankenhausaufenthalte,
- Steigerung der Effektivität und Effizienz durchgeführter Maßnahmen durch Vernetzung und Kooperation der beteiligten Institutionen,
- Langfristige Kostenersparnis im Sozialsystem, da Hilfen gezielter eingesetzt werden können.

### ***Einschätzung des Modellprojektes in der Region***

Die oben getroffene Einschätzung wurde von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen anderer Institutionen und Einrichtungen in der Region weitestgehend unterstützt.

Zum Abschluß des Modellprojektes wurde im Jahr 2000 von der wissenschaftlichen Begleitung (FOGS, Köln) u.a. eine Befragung der Versorgungsbeteiligten in den Modellregionen durchgeführt. In der Region Trier nahmen an dieser Befragung insgesamt 16 Institutionen und Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe, der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung, der Wohnungslosenhilfe, dem justitiellen Bereich, der kommunalen Verwaltung und der Krankenkassen teil. Die regionale Befragung führte zu folgende Ergebnissen:

- 11 Einrichtungen schätzten die Betreuung von CMA-Klienten in der Region vor Beginn des Modellprojektes (1996) als schlecht oder eher schlecht ein und sahen eine Verbesserung in den letzten fünf Jahren. 86,6 % der Befragten sahen den Anteil der Arbeit der Casemanagerin an der Verbesserung als hoch bzw. eher hoch an. Jeweils 6,7 % schätzten ihn als eher gering ein oder machten keine Angaben.
- Ebenso wurde von 90 % der Befragten eine Verbesserung der fallbezogenen Zusammenarbeit hinsichtlich der Betreuung von CMA in der Region festgestellt, der Anteil der Arbeit der Casemanagerin wurde von 13 Befragten als hoch oder eher hoch eingestuft.
- 93 % der Befragten stellten Auswirkungen der Zusammenarbeit der Casemanagerin auf ihre eigene Arbeit oder die Arbeit ihrer Einrichtung fest.

### ***Ausblick: die Versorgung chronisch mehrfachbeeinträchtigter Abhängigkeitskranker***

Es besteht eine weitgehende Einigkeit über den Sinn von nachgehender Arbeit und über die Notwendigkeit von bedarfsgerechten, niedrighschwelligem Angeboten für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke in der Suchtkrankenhilfe in der Region Trier.

Wir hoffen, dass die verantwortlichen Politiker in Zukunft ein realisierbares Finanzierungskonzept zur Umsetzung dieser Arbeit finden und dass das Casemanagement / nachgehende Sozialarbeit zum integralen Bestandteil der Suchtkrankenhilfe wird, damit auch die Zielgruppe der chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken versorgt werden kann.

## **3.9 Vernetzung / Kooperation**

### ***Zusammenarbeit mit sozialen Einrichtungen***

Aufgrund der Vielfältigkeit der Probleme und Wünsche der Klienten stehen wir als Mitarbeiter der Beratungsstelle mit einer Vielzahl anderer Institutionen im Kontakt. In der allgemeinen Beratung bestehen enge Kontakte mit Jugendzentren, der TINA e.V. und dem Bürgerservice, der Handwerkskammer und dem Arbeitsamt, mit Ämtern der Stadt Trier und des Kreises Trier - Saarburg, mit anderen Beratungsstellen, dem Gesundheitsamt und den Krankenhäusern, den Kostenträgern (Krankenkassen, Rentenversicherungen, Landessozialamt), mit der Staatsanwaltschaft, Richtern, der Bewährungshilfe, Mitarbeitern der Justizvollzugsanstalten und vielen anderen. Diese Zusammenarbeit funktioniert in der Regel sehr gut.

Da wir in den vergangenen Jahren Klienten in die wichtigsten Fachkliniken der Region vermittelten und dorthin begleiteten, entstanden teilweise gute persönliche Kontakte zu den dort tätigen Mitarbeitern, Sozialarbeitern, Therapeuten. Dieser direkte Draht erlaubt es uns - in dringenden Einzelfällen - einem Klienten in kurzer Zeit einen geeigneten Therapieplatz zu besorgen.

### ***Mitarbeit in Gremien***

Gemäß den Schwerpunkten unserer Arbeit beteiligen wir uns regelmäßig an verschiedenen Arbeitskreisen: Arbeitskreis Suchtprävention für die Region Trier, AIDS-Beirat Trier, Treffen externer Drogenberater in Rheinland-Pfalz, Treffen der Nachsorge-Wohngemeinschaften in Rheinland-Pfalz, regionale und bundesweite Treffen der Case-Manager.

Im Jahr 2000 war die Suchtberatung Trier e.V. in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Trier (PSAG) und dem Psychiatriebeirat vertreten. In der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft konnten wir einen Grundsatzvortrag zur Situation Suchtkranker in der Region halten. Insbesondere ging es hierbei um die Ausgrenzung bzw. Benachteiligung Suchtkranker gegenüber anderen psychisch Kranken. Ergebnis dieser wichtigen Sitzung war, dass die PSAG die Kommunen aufforderte, eine Bestandsaufnahme zur aktuellen Situation auf den Weg zu bringen; dies ist für das Jahr 2001 geplant.

In unregelmäßigen Abständen treffen wir uns zum Gedanken- und Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Trierer Beratungseinrichtungen. Bei Fortbildungen, Tagungen etc. bietet sich die Gelegenheit, überregionale Kontakte zu knüpfen und so über aktuelle Entwicklungen in der Suchtkrankenhilfe informiert zu sein.

### 3.10 Öffentlichkeitsarbeit / Information

Vorstand und Mitarbeiter der Suchtberatung betreiben seit Jahren eine offensive Informationsstrategie gegenüber anderen Fachdiensten und der Öffentlichkeit. Dies sehen wir aus mehreren Gründen als wichtig an:

- Betroffene und Angehörige müssen im richtigen Moment durch die richtige Art der Information angesprochen werden. Daher ist es wichtig, dass das Thema Sucht und die Adressen der Hilfeinrichtungen oft benannt werden.
- Die Öffentlichkeit als „Kostenträger“, vertreten durch Politiker und Kollegen in anderen Einrichtungen, müssen in der Lage sein, sich ein Bild von der geleisteten Arbeit zu machen. Nur so ist auf Dauer die Unterstützung durch Zuwendungen zu rechtfertigen.
- Öffentlichkeitsarbeit dient dazu, die Interessen der suchtkranken Menschen in unserer Gesellschaft zu vertreten. Die Betroffenen sind oft genug nicht selbst in der Lage, für ihre Interessen einzustehen.

Um die genannten Ziele zu erreichen, bedienen wir uns verschiedener Medien und Informationskanäle:

- Informationsmaterial über die Beratungsstelle („Info-Karte“, Plakate) wird gezielt weitergegeben (Schulen, Fachdienste, Interessierte).
- Besondere Info-Materialien über die Nachsorge-Wohngemeinschaft, die Führerscheingruppe, das Case-Management (bis Ende 2000), die Raucherentwöhnung oder die Frühintervention bei erstaußälligen Drogenkonsumenten (FreD).
- Auf Informationsveranstaltungen erklären wir unsere Arbeit und die Hilfsangebote für suchtkranke Menschen, z.B. auf Veranstaltungen im Rahmen der Suchtweeks.
- Die Veröffentlichung von Jahresberichten und Pressekonferenzen dienen vornehmlich dazu, die Arbeit detailliert darzustellen und die Verwendung öffentlicher Gelder zu rechtfertigen, aber auch dazu, neue Angebote und Projekte vorzustellen.
- Regelmäßige Pressemitteilungen an regionale Zeitungen, Rundfunk, TV und daraus resultierende Berichterstattung erhöhen unseren Bekanntheitsgrad, informieren über Beratungsangebote und reduzieren Zugangsängste.
- Das Internet als neues Medium erlaubt es Interessenten, jederzeit Informationen zu unserer Arbeit abzurufen, besonders zum Thema Suchtprävention (siehe Kap. 3.14).

### **3.11 Dokumentation / Statistik**

Selbstverständlich ist es notwendig, die Arbeit mit den Klienten in einer fachlich adäquaten und dem Datenschutz genügenden Form zu dokumentieren. In unserer Einrichtung erfolgt dies durch eine Klientenakte, in der sämtliche Gespräche oder Kontakte mit dem Klienten oder dritten Stellen, sowie alle anderen den Klienten betreffenden Aktivitäten aufgezeichnet sind. So ist der Beratungsverlauf jederzeit nachzuvollziehen (z.B. in Vertretungssituationen).

Im Kapitel 4 des vorliegenden Berichts werden ausführlich die statistischen Zahlen zum Berichtsjahr 2000 vorgelegt. Dies ist natürlich nur möglich auf der Grundlage einer regelmäßigen und systematischen Erhebung der notwendigen Daten.

Die Suchtberatung Trier e.V. nimmt nicht an einem der bundesweit eingesetzten Systeme wie „EBIS“ teil. Stattdessen erfassen wir im Erstgespräch einige von uns als grundlegend erachtete Variablen, die die Basis der Statistik bilden. Obwohl dieses Verfahren weniger detailliert als z.B. EBIS ist, können wir wichtige Aussagen über unser Klientel machen.

Nach wie vor planen wir, ein computergestütztes Verfahren einzuführen, in welchem vielfältige Variablen erfasst werden können. Dieses System soll hauptsächlich der Verwaltung und der Erleichterung von Arbeitsabläufen dienen. Die Auswertung statistischer Zusammenhänge steht an zweiter Stelle. Leider konnten wir uns auch im Jahr 2000 noch nicht für ein konkretes Programm entscheiden, da die Programme sehr teuer sind und da der Markt für entsprechende Computerprogramme noch stark in Bewegung ist.

### **3.12 Mitarbeiter / Personal / Externe Supervision**

Um die Qualität ambulanter Suchtarbeit zu sichern, wurden von der DHS einige Standards hinsichtlich des Personals und Externer Supervision beschrieben. Der Vorstand und die Mitarbeiter der Suchtberatung Trier e.V. bemühen sich seit Bestehen der Einrichtung ständig, die selbst definierte Qualität der Arbeit zu überprüfen und zu verbessern. Die von uns gestellten Ziele stehen dabei in hoher Übereinstimmung mit den von der DHS definierten Kriterien.

Im Folgenden nennen wir einige konkrete Beispiele von angewandter Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität:

- interdisziplinäres und gemischtgeschlechtiges Team,
- wöchentliche Teamsitzungen, die schriftlich dokumentiert werden,
- monatliche Vorstandssitzungen zusammen mit allen Mitarbeitern,
- externe Supervision, die ca. 6 bis 8 mal jährlich stattfindet,
- Fortbildung gemäß den Richtlinien des VdR,
- zusätzliche wöchentliche Besprechung des Nachsorge-Teams,
- strukturierte Vorgehensweise bei der Beratung der Klienten, insbesondere:
  - eng strukturiertes Vorgehen bei der Beantragung einer Entwöhnungsbehandlung (Laufzettel, kurze Bearbeitungszeit, Nutzung von Telefax, telefonische Rückfragen beim Kostenträger sowie in der Fachklinik, Anwendung von Eil- und Widerspruchsverfahren, Therapiefahrten, wenn möglich Betreuung des Klienten während der Therapie, Kontakt zum Bezugstherapeuten).
  - Erstellen, Aktualisieren und Streuen von schriftlichen Informationsblättern über die Suchtberatung selbst, die Nachsorge-Wohngemeinschaft, die Führerscheingruppe, das Case-Management, Verwendung von Visitenkarten.
  - Schriftliche Anfragen sollen möglichst nach spätestens einer Woche bearbeitet werden. Für Klienten wichtige Vorgänge (Anträge, Widersprüche) sollen nach Vorliegen aller Unterlagen am selben Tag bearbeitet werden.

### **3.13 Räumliche Ausstattung**

Der Beratungsstelle „Die Tür“ des Vereins Suchtberatung Trier e.V. nahm im Jahr 1992 ihre Arbeit in drei kleinen Räumen in der Neustraße in Trier auf. Aufgrund personeller Ausweitung und aufgrund eines erheblich ausgeweiteten Angebotsspektrums entschlossen wir uns 1996 zum Umzug in die neuen Räume in der Schöndorfer Straße 20 in Trier, die etwa die doppelte Grundfläche bieten.

Obwohl auch diese Räumlichkeiten bereits an ihre Grenzen stoßen, ist festzuhalten, dass wir im Moment die räumlichen Möglichkeiten haben, eigene (kleine) Gruppenveranstaltungen durchzuführen und den Selbsthilfegruppen einen Raum anzubieten. Für weitergehende Angebote, z.B. für niedrigschwelligste Angebote, Kontaktcafé oder Aufenthaltsräume sind die vorhandenen Räume sicherlich nicht geeignet.

Die geografische Lage unserer jetzigen Beratungsräume ist akzeptabel (Nähe zum Hauptbahnhof und zur Stadtmitte). Leider liegen die Räume jedoch im zweiten Stockwerk des Hauses und sind damit für bestimmte Gruppen unerreichbar. Diese Gruppen werden so - von uns ungewollt - ausgegrenzt. Wir versuchen hier, mit der Möglichkeit von Hausbesuchen (Case - Managerin) einen Ausgleich zu schaffen; diese Möglichkeit wird von einigen Klienten genutzt.

Die technische Ausstattung der Räume ist sehr gut. Jeder Mitarbeiter verfügt über einen Anschluss an die Telefonanlage und allen Mitarbeitern stehen PC-Arbeitsplätze zur Verfügung. Die Beratungsstelle hat ein zentral aufgestelltes Faxgerät; Fernsehgerät, Videorekorder, Flip-Chart, Overhead-Projektor usw. können bei Bedarf genutzt werden.

### **3.14 Sonstiges, Praktikum, Internet**

#### ***Praktikum in der Suchtberatung***

Grundsätzlich besteht bei der Suchtberatung Trier e.V. die Möglichkeit, ein Praktikum abzuleisten. Je nach Absprache ist dies in Form eines Blockpraktikums von mindestens vier Wochen Dauer oder studienbegleitend möglich, aus finanziellen Gründen leider jedoch nicht als bezahltes Jahrespraktikum.

Ein Praktikum in der Beratungsstelle bietet Einblicke in die unterschiedlichen Arbeitsgebiete der ambulanten Suchtkrankenhilfe; der/die Praktikant/in kann Kenntnisse und Fertigkeiten erwerben, die für das Studium oder für eine spätere berufliche Tätigkeit von Nutzen sind. Dies geschieht u.a. durch die Teilnahme an Beratungsgesprächen sowie deren Vor- und Nachbereitung. Andere Aufgabenbereiche innerhalb des Praktikums sind die theoretische und praktische Gestaltung von Gruppenarbeit, Mithilfe bei der Vorbereitung und Durchführung von Präventions- und Informationsveranstaltungen (z.B. für Schüler/innen oder Erzieher/innen), sowie Verwaltungsarbeiten wie Telefondienst, Terminierung von Gesprächen, Schreibarbeiten u.ä.

Neben dem „Regelpraktikum“ bieten wir Studentinnen oder Studenten der einschlägigen Studienfächer im fortgeschrittenen Semester die Möglichkeit eines Langzeitpraktikums an. Dieses Praktikum kann z.B. studienbegleitend über sechs bis zwölf Monate dauern. In dieser Zeit kann der/die Praktikant/in an der Diplomarbeit weiterarbeiten, die technischen Möglichkeiten der Beratungsstelle nutzen und gleichzeitig praktische Erfahrung sammeln.

#### ***Die Suchtberatung im Internet***

Seit 1997 hat "Die Tür" einen eigenen Internet-Auftritt mit einer eigenen Homepage, e-mail- Adressen usw. Wir verbinden damit den Anspruch, vor allem junge Leute anzusprechen, die den Computer selbstverständlicher nutzen als die ältere Generation. Ausgehend von einem äußerst niedrigen Niveau (wenige Anfragen im Jahr) verzeichneten wir im Jahr 2000 einen Anstieg auf ca. eine Anfrage/Monat. Bemerkenswert ist, dass sich Ratsuchende mit Namen und e-mail-Adresse an uns wenden und damit die Ernsthaftigkeit ihrer Anfrage unterstützen.

Die Website der „Tür“ unter der Adresse <http://suchtberatung.in-trier.de> wurde regelmäßig überarbeitet und ergänzt. Neu im Jahr 2000 waren beispielsweise die Themenschwerpunkte „Spielzeugfreier Kindergarten“ und „Kinder Suchtkranker“, sowie die Möglichkeit, Bücher zur Suchtprävention direkt online (bei einem großen Anbieter) zu bestellen.

## 4 Statistischer Teil

### 4.1 Einführung

Folgender Hinweis ist beim Lesen des statistischen Teiles wichtig: Die Suchtberatung verfügt über sechs Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (fünf Planstellen), die alle speziell beschriebene Tätigkeitsfelder haben (siehe Kap. 1, Adressen, Öffnungszeiten, Mitarbeiter). **Formal betrachtet ist nur eine Planstelle für die (klassische) „Suchtberatung“ vorgesehen**, in der die meisten Erstkontakte entstehen.

Die folgenden Statistiken beschreiben unsere Klienten und unsere Arbeit:

- **Erstkontakte / Einzelgespräche:** Zum einen erheben wir im Erstgespräch systematisch einige grundlegende Daten der Klienten. Diese Daten dienen in anonymisierter Form als Grundlage für eine Statistik, die die Arbeit der Beratungsstelle und die Problemstellungen bei den Klienten dokumentiert. Diese Zahlen finden sich in den Tabellen 1, 2, 3 und 6.
- **Landesstatistik:** In Anlehnung an die vom Land Rheinland-Pfalz erhobenen Daten über den Berichtszeitraum 2000 veröffentlichen wir auch die **Gesamtzahl der betreuten Klienten**. Diese Statistik bezieht sich auf **alle betreuten Klienten im Jahr 2000**, also auch aus vorherigen Jahren, und sie bezieht sich ausschließlich auf Personen mit **mindestens zwei Gesprächskontakten**. Diese Zahlen finden sich in den Tabellen 4, 5 und 7.
- **Vermittlung in stationäre Therapie:** Da Therapievermittlungen ein zentraler Bestandteil unserer Arbeit sind, wird das Thema in den Tabellen 8a bis 8c ausführlich behandelt.
- **Nachsorge-Wohngemeinschaft:** Die Tabellen 9 bis 13 geben die Zahlen der Landesstatistik für diesen Bereich wieder.
- **Gruppen / Prävention:** Die Tabellen 14 bis 16 beschreiben den Umfang der Gruppen- und Präventionsaktivitäten

### 4.2 Anzahl der Erstkontakte, Einzelgespräche und Hausbesuche

Als **Erstkontakt** wird jedes (längere) Gespräch oder ein intensiver Schriftverkehr (Nachsorge-Wohngemeinschaft) mit einem Klienten gezählt. Die Gespräche finden meistens persönlich in der Beratungsstelle statt. Der Erstkontakt dient allgemein der Kontaktaufnahme; er dient dazu, Informationen zu geben, mit dem Ratsuchenden die Hilfemöglichkeiten zu besprechen, das weitere Vorgehen zu beraten etc.

Als **Einzelgespräch** zählt jedes (längere) Gespräch mit dem Klienten in der Beratungsstelle oder bei einem Hausbesuch. In der Statistik der Einzelgespräche sind telefonische Beratungen, Kurzkontakte und Gruppengespräche nicht enthalten.

Oft möchten die Ratsuchenden nur ein einziges Gespräch, so dass der Kontakt mit diesen Klienten nach dem Erstkontakt beendet ist. Bei anderen Klienten entsteht im Verlauf der Zeit ein enger Kontakt zum Beratenden, so dass u.U. häufigere Kontakte stattfinden. Eine hochfrequente Beratung mit wöchentlichen ausführlichen Einzelgesprächen ist aufgrund der großen Fallzahlen nicht mehr möglich und in den meisten Fällen auch nicht angebracht. Gezwungenermaßen haben wir uns in den letzten Jahren einen "schlankeren" und schnelleren Beratungsstil angeeignet, was sich z.B. in sehr kurzen Bearbeitungszeiten von Anträgen für stationäre Therapie zeigt.

Die Zahl der Einzelgespräche in der vorliegenden Statistik bezieht sich auf alle Ratsuchenden im Berichtsjahr 2000, also nicht nur auf die Klienten, die in dieser Zeit erstmals zur Beratung kamen:

So fanden im Jahr 2000 2.305 Einzelgespräche statt, die aber nicht nur mit den 385 Klienten geführt wurden, die in dieser Zeit erstmalig in der Beratungsstelle waren, sondern ebenso mit Klienten, die im Jahr 1999 oder früher erstmals in Beratung kamen.

Tabelle 1 zeigt die Zahlen für das Jahr 2000.

Aus Tabelle 2 gehen die Zahlen für Gespräche außerhalb der Beratungsstelle hervor.

**Tabelle 1: Anzahl der Erstkontakte und Anzahl der Einzelgespräche in der Zeit vom 01.01.2000 bis 31.12.2000, absolute Zahlen**

Berichtszeitraum 2000	Erstkontakte	Einzelgespräche
Summe	385	2.305

**Tabelle 2: Anzahl der „Hausbesuche“ (beim Klient, im Krankenhaus oder in anderer Einrichtung) in der Zeit vom 01.01.2000 bis 31.12.2000, gerundete Zahlen**

Bereich	Besuche
Streetwork	75
Case-Management	70
Summe	345

#### 4.3 Alter und Geschlecht der Klienten, Art der Suchtmittel, Herkunft der Klienten, Weitervermittlung in andere Einrichtungen

Zunächst werden die Klienten danach beschrieben, wer beim Erstkontakt zu uns kommt. Sind es die Betroffenen selbst, oder sind es die Angehörigen, die den ersten Kontakt zur Beratungsstelle herstellen? Die folgende Tabelle 3 beschreibt das Klientel nach diesem Kriterium sowie zusätzlich nach dem Geschlecht der ratsuchenden Personen.

**Tabelle 3: Anteil der Angehörigen und Betroffenen, unterteilt nach Geschlecht, in der Zeit vom 01.01.2000 bis 31.12.2000, Angaben in Prozent, (Erstkontakte, n = 385)**

	Frauen	Männer	Paare	Summe
Angehörige	10 %	2 %	3 %	15 %
Betroffene	25 %	58 %	2 %	85 %
Summe	35 %	60 %	5 %	100 %

Die beiden folgenden Tabellen 4 und 5 beschreiben - getrennt nach dem Geschlecht - die absoluten Zahlen von Klienten, differenziert nach dem Alter und nach der Art der Droge.

**Tabelle 4: Anzahl der Frauen mit zwei und mehr Kontakten im Jahr 2000, unterteilt nach Alter und Art der Droge (Landesstatistik, absolute Zahlen)**

Alter (Jahre)	unter 15	unter 18	unter 20	unter 25	unter 30	unter 40	unter 50	unter 60	60 und älter	Summe
Art der Droge										
Alkohol		1	3	3	3	18	15	4	1	48
Medikamente			1							1
Illegale Drogen	1	7	6	13	7	8	1			43
Glücksspiel										
Essstörungen		2			1	4				7
Angehörige				1		4	11	1	1	18
Summe										117



**Tabelle 5: Anzahl der Männer mit zwei und mehr Kontakten im Jahr 2000, unterteilt nach Alter und Art der Droge (Landesstatistik, absolute Zahlen)**

Alter (Jahre)	unter 15	unter 18	unter 20	unter 25	unter 30	unter 40	unter 50	unter 60	60 und älter	Summe
Alkohol		5	2	7	10	25	33	14	2	98
Medikamente										
Illegale Drogen	4	21	18	37	25	17	4			126
Glücksspiel			1	1		2				4
Essstörungen					1	2				3
Angehörige						3	5			8
Summe										239

Tabelle 6 zeigt die geografische Herkunft der Klienten, aufgeteilt nach Stadt Trier, Kreis Trier-Saarburg und "außerhalb" (alle anderen Wohnorte). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl aller Erstkontakte (analog Tabelle 3). Bei der Gruppe der Betroffenen fällt der Anteil der Klienten von „außerhalb von Stadt- und Kreisgebiet“ auf (7 %) auf. Dieser ist absolut gesehen zwar noch hoch, war in den vergangenen Jahren aber erheblich höher (bis zu 20 % der Betroffenen). Der jetzige Anteil u.E. weitgehend auf wohnort-, arbeitsplatz- und anonymitäts- bedingte Effekte zurückzuführen sein.

Wird diese Gruppe bei der Betrachtung zurückgestellt, zeigt sich, dass der Anteil der Stadt gegenüber dem Kreis (49 % ggü. 29 % bei den Betroffenen und 54 % ggü. 37 %) um etwa 50 % höher liegt. Es muss an dieser Stelle jedoch erwähnt werden, dass das geografische Zahlenverhältnis in den letzten Jahren großen Schwankungen unterworfen war.

Die genannten Zahlen stehen im Widerspruch zum Verhältnis der Einwohnerzahlen von Stadt und Kreis (ca. 100.000 ggü. 130.000). Dieser Widerspruch ist sicherlich erklärungsbedürftig: vielleicht gibt es im Kreisgebiet weniger Suchtkranke, vielleicht werden diese in anderen Einrichtungen versorgt, vielleicht ist die geografische Entfernung ein Hemmnis, Beratungsstellen in Trier aufzusuchen.

**Tabelle 6: Geografische Herkunft der Klienten, Angaben in Prozent (Erstkontakte, n = 385)**

Herkunft	Prozent Betroffene	Prozent Angehörige	Prozent Gesamt
Stadt Trier	49 %	5 %	54 %
Kreis Trier-Saarburg	29 %	8 %	37 %
außerhalb	7 %	2 %	9 %
Summe	85 %	15 %	100 %

In der Landesstatistik wurden für 2000 die Zahlen über Weitervermittlungen / Verlegungen erfasst; diese sind in Tabelle 7 dargestellt. Auffällig ist die hohe Zahl von Vermittlungen in stationäre Entgiftungen und stationäre Therapien.

**Tabelle 7: Weitervermittlung / Verlegung / Wechsel in andere suchtspezifische Einrichtung, absolute Zahlen, mit Mehrfachnennungen (Landesstatistik)**

	Frauen	Männer	Summe
Entgiftung / Entzug	16	49	65
Substitutionsbehandlung	2	7	9
Stationäre Therapie	20	60	80
Stationäre Einrichtung für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke	1	6	7
Betreutes Wohnen	2	6	8
Arbeitsprojekte	1	1	2
Selbsthilfe	8	33	41
Sonstiges	4	17	21

Da im Rahmen der Qualitätssicherung die Bearbeitungszeiten der Anträge für stationäre Therapien erfasst werden, können wir die Klienten, die 2000 in Therapie vermittelt wurden, differenziert darstellen. Insgesamt wurden 2000 103 Therapieanträge bearbeitet. In dieser Zahl sind auch Anträge enthalten, die bereits 1999 gestellt und 2000 weiter bearbeitet wurden. Diese Zahl umfasst sowohl die "erfolgreichen" als auch die "nicht-erfolgreichen" Vermittlungen in Therapie.

In den folgenden Tabellen 8a bis 8c werden ausschließlich die „erfolgreichen“ Vermittlungen in Therapie dargestellt. Im Jahre 2000 waren dies 63 Klinikaufnahmen, was gegenüber 1999 (n = 56) eine leichte Steigerung bedeutet. Die „nicht-erfolgreichen“ Vermittlungen, die aufgrund von Absagen der Klienten, nicht erteilten Kostenzusagen oder Ablehnungen (noch) nicht zu einer Klinikaufnahme führten, sind nicht enthalten.

Diese Aufnahmen werden differenziert dargestellt: Tabelle 8a beschreibt die Suchtmittel, die der Therapievermittlung zugrunde lagen, Tabelle 8b beschreibt die Kostenträger, Tabelle 8c beschreibt die Fachkliniken, in welchen die 63 Klienten aufgenommen wurden.

**Tabelle 8a: Vermittlungen in stationäre Therapie, Suchtmittel absolute Zahlen (n = 63)**

n = 63 Aufnahmen zur Entwöhnungstherapie	Frauen	Männer	Summe
Therapie wg. Alkohol	7	30	37
Therapie wg. Alkohol und Drogen		5	5
Therapie wg. Drogen	5	13	18
Therapie wg. Essstörung	1		1
Therapie wg. Medikamenten		1	1
Therapie wg. Spielsucht	1		1
Summe	14	49	63

**Tabelle 8b: Vermittlungen in stationäre Therapie, Kostenträger absolute Zahlen**

n = 63 Aufnahmen zur Entwöhnungstherapie	Frauen	Männer	Summe
Kostenträger LVA Rheinland - Pfalz	4	30	34
Kostenträger BfA	5	12	17
Kostenträger BEK (verschiedene)	2	1	3
Kostenträger AOK (verschiedene)	3	1	4
Kostenträger Sozialamt (verschied.)		2	2
Andere Kostenträger (je 1 Zusage)		3	3
Summe	14	49	63

**Tabelle 8c: Vermittlungen in stationäre Therapie, Fachkliniken absolute Zahlen (n = 63)**

n = 63 Aufnahmen zur Entwöhnungstherapie	Frauen	Männer	Summe
Fachkliniken:			
FK Eußerthal, Eußerthal	2	9	11
FK Thommener Höhe, Darscheid	1	10	11
FK Landau, Landau	1	8	9
FK Münchwies, Neunkirchen	1	4	5
FK Altburg, Schalkenmehren	4	1	5
FK Hanosiusmühle, Blankenrath		4	4
FK Ludwigsmühle, Lustadt	1	2	3
FK Rosenberg, Daun		3	3
FK Phönix-Haus, Remagen		2	2
FK Michaelshof, Kirchheimbolanden		2	2
Andere Fachkliniken (je 1 Vermittl.)	4	4	8
Summe	14	49	63

#### 4.4 Bewohner der Nachsorge-Wohngemeinschaft

Im Laufe des Jahres 2000 wohnten insgesamt 11 Personen in der Nachsorge-Wohngemeinschaft. Jeweils differenziert nach dem Geschlecht zeigen Tabelle 9 die Zahlen der Aufenthaltsdauer der Bewohner, Tabelle 10 das Alter der Bewohner, Tabelle 11 das primäre Suchtmittel, Tabelle 12 die Situation der Bewohner vor der Aufnahme in die Wohngemeinschaft und Tabelle 13 die Situation nach dem Verlassen der Wohngemeinschaft. Alle Tabellen geben die absoluten Zahlen an.

**Tabelle 9: Nachsorge-Wohngemeinschaft, Aufenthaltsdauer in Monaten, bezogen auf alle Bewohner 2000, absolute Zahlen**

	unter 1 Monat	bis 3 Monate	bis 6 Monate	bis 12 Monate	über 12 Monate
Frauen		2		1	2
Männer		3	1	1	1

**Tabelle 10: Nachsorge-Wohngemeinschaft, Alter der Bewohner 2000, absolute Zahlen**

	.. - 14 Jahre	15 - 17 Jahre	18 - 19 Jahre	20 - 24 Jahre	25 - 29 Jahre	30 - 39 Jahre	40 - 49 Jahre	50 - .. Jahre
Frauen					3	2		
Männer				3	1		2	

**Tabelle 11: Nachsorge-Wohngemeinschaft, primäres Suchtmittel der Bewohner 2000, absolute Zahlen**

	Alkohol	Medikamente	Illegale Drogen	Mehrfachabhängigkeit
Frauen			4	1
Männer			5	1

**Tabelle 12: Situation der Bewohner vor der Aufnahme in die Wohngemeinschaft, absolute Zahlen, Mehrfachnennungen sind möglich**

	Frauen	Männer
ambulante Betreuung / Behandlung		
stationäre Entwöhnungsbehandlung	5	6
keine vorausgehende Behandlung		
Schule / Ausbildung		2
Bezug von Sozialhilfe	2	2
arbeitslos gemeldet	3	4
Sonstiges		

**Tabelle 13: Situation der Bewohner nach Verlassen der Wohngemeinschaft, absolute Zahlen, Mehrfachnennungen sind möglich**

	Frauen	Männer
ambulante Betreuung / Behandlung	3	2
stationäre Entwöhnungsbehandlung		
Selbsthilfe	2	3
keine anschließende Behandlung	1	2
Schule / Ausbildung	2	1
Vermittlung in Teil-/ Vollzeitarbeit	1	1
Arbeitslosigkeit	2	1

#### 4.5 Gruppenaktivitäten und Präventionsveranstaltungen

Seit 1993 bieten wir Führerscheingruppen an: Strukturierte und zeitlich begrenzte Gruppen, in denen sich alkoholauffällige Kraftfahrer mit ihrem Trinkverhalten und ihrer Sucht auseinandersetzen können. Diese Gruppen werden nach Bedarf durchgeführt, sie treffen sich alle zwei Wochen. Im Jahr 2000 fand mangels Nachfrage keine Führerscheingruppe statt.

Ebenso lange, seit Oktober 1993, gibt es eine geleitete Frauengruppe, die sich regelmäßig einmal in der Woche trifft.

In der Nachsorge-Wohngemeinschaft finden mehrmals wöchentlich Gruppen für die Bewohner statt.

Von 1995 bis Ende 1999 konnten Interessierte und Klienten jeden Freitag nachmittag zu einem gemeinsamen Beisammensein kommen, dem „Offenen Treff“. Dieses Treffen wurde Anfang 2000 zugunsten der Sprechstunde an vier Wochentagen abgeschafft. Die in der Tabelle enthaltenen Zahlen stellen zwar keine Gruppenaktivitäten dar, sie sollen jedoch verdeutlichen, in welchem Umfang unsere Sprechstunden angenommen werden.

Die Suchtberatung stellt auf Wunsch einen Raum in der Beratungsstelle für autonome Selbsthilfegruppen im Bereich der Suchthilfe zur Verfügung. Dies wurde 2000 dauerhaft von drei Gruppen genutzt.

Tabelle 14 zeigt die entsprechenden Zahlen für diese Gruppen.

**Tabelle 14: Gruppenaktivitäten, absolute Zahlen**

Führerscheingruppen alle 2 Wochen	8 bis 12 Teilnehmer/innen, fand im Jahr 2000 nicht statt.
Frauengruppe wöchentlich	etwa 10 Teilnehmerinnen
Nachsorge-Gruppen (Nachsorge - Wohngemeinschaft)	3 bis 7 Teilnehmer/innen
Sprechstunde, 16 Stunden pro Woche, an vier Tagen je vier Stunden	ca. 5 bis 15 Klient/innen täglich davon 1 bis 6 Erstkontakte
3 Selbsthilfegruppen	etwa 5 bis 12 Teilnehmer/innen

Seit April 1999 arbeitet in der Suchtberatung eine Kollegin schwerpunktmäßig in dem Bereich der Suchtprävention. Nachdem das Angebot in der Öffentlichkeit bekannt gemacht wurde, konnte die große Nachfrage v.a. bei Eltern, Erziehern und Lehrern nach entsprechenden Veranstaltungen abgedeckt werden. Während diese Veranstaltungen in den vergangenen Jahren eher als reine Informationsveranstaltungen stattfanden, liegt ein Schwerpunkt seit 1999 - und besonders im vergangenen Jahr 2000 - auf der kontinuierlichen Begleitung suchtpreventiver Maßnahmen. Tabelle 15 gibt die Anzahl dieser Veranstaltungen an. Wir führten einen Teil der Veranstaltungen im vergangenen Jahr gemeinsam mit anderen Trägern durch.

Tabelle 16 benennt die Anzahl von Fortbildungen verschiedener Art und zeigt so die Intensität der Einarbeitung der Mitarbeiterin in ihr Arbeitsfeld.

**Tabelle 15: Präventionsveranstaltungen mit Kindern, Jugendlichen, Eltern, Erziehern u.a. zwischen Januar und Dezember 2000, Anzahl und Teilnehmerzahl, absolute Zahlen**

Art der Veranstaltung	Anzahl	Geschätzte Teilnehmerzahl
Diskussionveranstaltungen	52	755 Personen (v.a. Jugendliche)
Fortbildungen	10	106 Personen
Seminare, Elternabende	18	399 Personen
Informations- und Planungstreffen	41	93 Personen
Projektveranstaltungen	55	434 Personen (v.a. Kinder)
Theaterveranstaltungen mit Diskussion	3	ca. 280 Personen
Sonstige Veranstaltungen	5	ca. 260 Personen
Summe der Veranstaltungen	184	ca. 2.327 erreichte Personen

**Tabelle 16: Fortbildungstätigkeiten der Präventionsfachkraft im Jahr 2000**

Art der Veranstaltung	Anzahl
Fortbildungstage	9
Fachtagungen	1
Fachkräftetreffen	15
Summe Fortbildungstage	25