

Die Tür
SUCHTBERATUNG TRIER E.V.

Jahresbericht 1999

Die Tür

SUCHTBERATUNG TRIER E.V.

Jahresbericht 1999

Inhaltsverzeichnis

1	Adressen, Öffnungszeiten, Mitarbeiter	3
2	Das Angebot der Suchtberatung „Die Tür“ - Neues im Jahr 1999 und Aufgaben für das Jahr 2000	4
2.1	Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Arbeit unserer Suchtberatung	4
2.2	Danksagungen	4
2.3	Rahmenplan für ambulante Suchtberatungsstellen	5/6
3	Tätigkeitsbereiche in der Beratungsstelle	7
3.1	Kontaktaufnahme / Information / Streetwork	8
3.2	Betreuung / Beratung	10
3.3	Nachsorge, ambulant und stationär	12
3.4	Externe Suchtberatung in Justizvollzugsanstalt und Krankenhaus	13
3.5	Besondere Angebote	13
3.6	Schwerpunktthema: Prävention	16
3.7	Unterstützung von Selbsthilfe	20
3.8	Schwerpunktthema: Case-Management	21
3.9	Vernetzung / Kooperation	26
3.10	Öffentlichkeitsarbeit / Information	26
3.11	Dokumentation / Statistik	27
3.12	Mitarbeiter / Personal / Externe Supervision	27
3.13	Räumliche Ausstattung	28
3.14	Sonstiges, Praktikum, Internet	29
4	Statistischer Teil	31
4.1	Einführung	31
4.2	Anzahl der Erstkontakte, Einzelgespräche und Hausbesuche	31
4.3	Alter und Geschlecht der Klienten, Art der Suchtmittel, Herkunft der Klienten, Weitervermittlung in andere Einrichtungen	32
4.4	Bewohner der Nachsorge-Wohngemeinschaft	35
4.5	Gruppenaktivitäten und Präventionsveranstaltungen	36

1 Adressen, Öffnungszeiten, Mitarbeiter

Vereinsadresse: Suchtberatung Trier e.V.
Zurmaiener Straße 114
54292 Trier

Adresse der Beratungsstelle: Die Tür
Suchtberatung Trier e.V.
Schöndorfer Str. 20
54292 Trier

Telefon 0651 - 9911022
Telefax 0651 - 9911023

Internetadresse: Internet: <http://suchtberatung.in-trier.de>
e-mail: 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.

Grundsätze unserer Arbeit: Unsere Beratung ist kostenlos und auf Wunsch anonym.

Die Mitarbeiter der Beratungsstelle unterliegen der Schweigepflicht.

Unser Beratungsangebot richtet sich gleichermaßen an Männer und an Frauen.

Eine telefonische Voranmeldung ist innerhalb der genannten Sprechstunden nicht nötig, zur Vermeidung von Wartezeiten jedoch eventuell zweckmäßig.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:	Andreas Stamm	Diplom-Psychologe Psychologischer Psychotherapeut Leitung der Beratungsstelle
	Helga Rieckhoff	Diplom-Sozialpädagogin Streetwork
	Stefan Glesius	Diplom-Sozialarbeiter Nachsorge-Wohngemeinschaft
	Doris Kruse (ab 3 / 99)	Diplom-Sozialpädagogin Nachsorge-Wohngemeinschaft
	Andrea Müller	Diplom-Pädagogin Case-Management
	Dorothee Quaré-Odenthal (ab 4 / 99)	Diplom-Psychologin Prävention

Bankverbindung: Sparkasse Trier (BLZ 585 501 30), Konto 939 496
Der Verein ist durch das Finanzamt Trier mit Freistellungsbescheid vom 18.03.98 (AZ 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“ - Neues im Jahr 1999 und Aufgaben für das Jahr 2000

2.1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Arbeit unserer Suchtberatungsstelle

Im vergangenen Jahr beschrieben wir an dieser Stelle erstmals den 1992 und 1997 veröffentlichten „Rahmenplan für ambulante Suchtberatungsstellen“ der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS). Dieser Rahmenplan wurde im Oktober 1999 fortgeführt als „Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe“.

Die Bemühungen der DHS und der mitwirkenden Verbände zeigen, dass die Verantwortlichen der großen Trägerverbände sehr viel Energie in die Entwicklung nachvollziehbarer Qualitätskriterien stecken. Negative Vorurteile über die soziale Arbeit in Suchtberatungsstellen stellen sich als nicht mehr zutreffend heraus. Im Gegenteil, Sozialarbeit, Suchtberatung und ambulante Therapie stehen auf einem hohen zeitgemäßen Qualitätsniveau!

Im Jahr 1999 führten wir in unserer Einrichtung einen neuen Arbeitsbereich ein: mit Hilfe der Unterstützung durch das Arbeitsamt konnten wir eine Diplom-Psychologin als künftige Fachkraft für Suchtprävention einstellen. Endlich kann sich eine Mitarbeiterin voll und ganz der großen Nachfrage von Eltern, Erziehern, Lehrern und anderen Personen, die suchtpreventiv tätig sein möchten, widmen. Die Finanzierung dieser Stelle ist zunächst bis April 2001 gesichert, danach muss eine neue Finanzierung gesucht und gefunden werden.

Seit 1996 beteiligt sich die Suchtberatung Trier e.V. an einem Bundesmodellprojekt „Case - Management“. Hierbei geht es um die nachgehenden Hilfen für besonders stark von Sucht betroffene Menschen, die Gruppe der sog. „Chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen“. Auch dieses Hilfsangebot wird von Betroffenen wie von vermittelnden Stellen in großem Umfang akzeptiert und genutzt. Leider endet die gesicherte Finanzierung mit Ablauf des Jahres 2000, und auch hier muss für das kommende Jahr eine geregelte Finanzierung gefunden werden, soll das Angebot erhalten bleiben (unabhängig vom Träger!).

Die beiden kurzen Stellenbeschreibungen verdeutlichen ein Dilemma, in dem wir uns - wie auch andere Träger - befinden: Hochwertige Rahmenpläne sind eine gute Planungshilfe, aber die Träger benötigen zur Umsetzung die entsprechenden finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen. Sind diese nicht vorhanden, kann ein gewünschtes Angebot nicht vorgehalten werden.

Allgemeine Überlegungen zur Finanzierung der ambulanten Suchtkrankenhilfe stellten wir bereits im letzten Jahr an dieser Stelle an. Bei Interesse können diese bei uns angefordert werden.

Für das begonnene Jahr 2000 stehen wir als Suchtberatung vor der Aufgabe, die Bedeutung der beiden Fachstellen „Suchtprävention“ und „Case - Management“ einer breiten politischen, fachlichen und allgemeinen Öffentlichkeit bekannt zu machen und für die Unterstützung für die Fortführung der Angebote zu werben. Aus diesem Grund hat der Ihnen vorliegende Jahresbericht 1999 diese beiden Arbeitsbereiche als Schwerpunktthemen. Wir würden uns über Fragen und Rückmeldungen über die Tätigkeitsbereiche freuen. Wir hoffen, die nötige Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Angebote zu bekommen.

2.2 Danksagungen

Die Suchtberatung Trier e.V. „Die Tür“ hat in den vergangenen Jahren immer wieder auf das eigene Angebot hingewiesen und Vorschläge zur Erweiterung und Verbesserung der Suchtkrankenhilfe in der Region Trier gemacht. Ermöglicht wurde der Ausbau unseres Angebotes durch viele positive Faktoren außerhalb des Vereins und der Beratungsstelle.

An erster Stelle zu nennen sind die politischen Entscheidungsträger, die unsere Arbeit unterstützen, sie wertschätzen und durch finanzielle Zuwendungen fördern. Dies sind die politischen Gremien, die zuständigen Ressortleiter und Einzelpersonen im Lande Rheinland-Pfalz, in der Stadt Trier, im Kreis Trier-Saarburg sowie beim Bund. Auch das Arbeitsamt förderte unsere Arbeit durch die Einrichtung von drei Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen im Laufe der vergangenen Jahre.

Besondere finanzielle Unterstützung erhielten im Jahr 1999 außerdem durch Zuwendungen der Gerichte, durch kleine und große Spenden sowie durch Abrechnungsmöglichkeiten im Bereich der ambulanten und stationären Nachsorge (Landesversicherungsanstalt).

Eine besonders hohe Unterstützung erhielten wir 1999 in Form einer Zuwendung der Aktion Sorgenkind zum Kauf und zum Umbau eines Hauses für die Nachsorge - Wohngemeinschaft.

Allen, die geholfen haben, sei an dieser Stelle - auch im Namen aller Klientinnen und Klienten - Danke gesagt.

2.3 Rahmenplan für ambulante Suchtberatungsstellen

Der bereits erwähnte „Rahmenplan für ambulante Suchtberatungsstellen“ / „Handreichung zum Erstellen einer LEISTUNGSBESCHREIBUNG VON SUCHTBERATUNGSSTELLEN - Kriterien zur Beschreibung von Strukturdaten“ der DHS von 1992 bzw. 1997 dient als Raster für die Beschreibung der Angebote der Suchtberatung Trier e.V. „Die Tür“. Siehe dazu Abbildung 1.

Bei einem ersten oberflächlichen Betrachten der genannten Leistungssegmente fällt auf, dass einige Segmente in unserer Arbeit schon lange vorhanden sind, dass andere Segmente als weniger notwendig erscheinen, dass wiederum andere Segmente nicht vorhanden sind, aber durchaus notwendig wären.

Vorhanden und gut funktionierend sind u.E. die Bereiche Kontaktaufnahme, Beratung, Nachsorge, Unterstützung von Selbsthilfe, Fallübergreifende Tätigkeiten (Stelle einer Case-Managerin in einem Bundesmodellprojekt), 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.

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. Hier ist erwähnenswert, dass ein Mitarbeiter der Suchtberatung seit Januar 1999 als Psychologischer Psychotherapeut nach dem Psychotherapeutengesetz approbiert ist. Er hat damit die Berechtigung zur Krankenbehandlung.

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, in Klammer die Seitenangabe im vorliegenden Bericht, wo die Tätigkeiten / Leistungen beschrieben werden)

Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen:

- Kontaktaufnahme / Information / Streetwork (Kap. 3.1, S. 8)
- Akuthilfe / Krisenintervention
- Versorgung / Niedrigschwellige Angebote
- Betreuung / Beratung (Kap. 3.2, S. 10)
- Behandlung, Ambulante Rehabilitation
- Nachsorge, ambulant und stationär (Kap. 3.3, S. 12)
- Externe Suchtberatung in Justizvollzugsanstalt und Krankenhaus (Kap. 3.4, S. 13)
- Besondere Angebote (Kap. 3.5, S. 13)

Arbeit mit der Allgemeinheit, Vernetzung:

- Prävention (Schwerpunktthema, Kap. 3.6, S. 16)
- Unterstützung von Selbsthilfe (Kap. 3.7, S. 20)
- Fallübergreifende Tätigkeiten, Hintergrunddienste, Case-Management (Schwerpunktthema, Kap. 3.8, S. 21)
- Vernetzung / Kooperation (Kap. 3.9, S. 26)
- Öffentlichkeitsarbeit / Information (Kap. 3.10, S. 26)

Organisationsbezogene Leistungen:

- Dokumentation / Statistik (Kap. 3.11, S. 27, Kap. 4, ab S. 31)
- Mitarbeiter / Personal / Externe Supervision (Kap. 3.12, S. 27)
- Verwaltungstätigkeiten der Fachkräfte
- Controlling
- Räumliche Ausstattung (Kap. 3.13, S. 28)
- Sonstiges, Praktikum, Internet (Kap. 3.14, S. 29)

3 Tätigkeitsbereiche in der Beratungsstelle

Die Entwicklung der vergangenen Jahre stellt eine weitere Differenzierung und Spezialisierung in der stationären und ambulanten Suchtkrankenhilfe dar. Politische Vorgaben unterstützen dabei die Idee „ambulant vor stationär“, welche bereits bei der Rehabilitation körperlicher Erkrankungen seit einigen Jahren verstärkt Anwendung findet. Diese politische Vorgabe sollte sich in einer (finanziellen) Unterstützung der ambulanten Arbeit „vor Ort“ niederschlagen.

In unserer Einrichtung, der „Tür“, konnten wir im vergangenen Jahr 1999 - leider zunächst nur auf der Basis einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme - ein neues und wichtiges Arbeitsfeld besetzen: nach entsprechenden Vorbereitungen und mit Unterstützung der politischen und fachlichen Instanzen richteten wir eine Präventionsfachstelle ein und besetzten diese. So verfügt die Suchtberatung Trier e.V. nun über fünf Planstellen, die alle unterschiedlichen Aufgabenbereichen zuzuordnen sind: es sind dies die „Suchtprävention“, die aufsuchende Sozialarbeit - „Streetwork“, die „klassische Suchtberatung“, die Arbeit in der Nachsorge - Wohngemeinschaft sowie die nachgehende Sozialarbeit - das „Case-Management“ für sogenannte „chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige“.

Orientiert man sich an der sogenannten „Therapiekette“, sprechen wir die Klienten zu verschiedenen Zeitpunkten in unterschiedlichen Stadien ihrer Abhängigkeit an.

- 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., Seite 7, Abb.1).

3.1 Kontaktaufnahme / Information / Streetwork

Der Zugang zur Beratung erfolgte bis 1999 in der Regel über eine telefonische Terminvereinbarung. Seltener kamen Interessenten direkt während der Öffnungszeiten in die Beratungsstelle. Ab Januar 2000 führten wir eine Sprechstunde ein (s.u.).

Meistens ist der Terminvergabe oder dem 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.

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. Schließlich gibt es ab Januar 2000 an vier Tagen der Woche das Angebot einer offenen Sprechstunde ohne Anmeldung.

Offener Treff / Sprechstunde

Bis Ende Dezember 1999 boten wir Freitags von 13 bis 17 Uhr einen „Offenen Treff“ an. In dieser Zeit stand grundsätzlich ein Mitarbeiter der Suchtberatung für Informationen und Gespräche zur Verfügung.

Zweck des Offenen Treffs war es, die Hürde der Terminvereinbarung zu einem Einzelgespräch mit einem „Suchtberater“ zu überwinden. Die Gespräche - ebenso wie die Ankündigung, in den offenen Treff zu kommen - sind nicht so verbindlich wie angemeldete Einzelgespräche.

Ein weiterer Grund für den Offenen Treff war die manchmal nicht mehr vermeidbare Wartezeiten von mehreren Wochen. Der Offene Treff bot dann die Möglichkeit, kurzfristig Hilfe anzubieten.

Auch im vergangenen Jahr wurde der Offene Treff für die genannten Zwecke genutzt. Dennoch fanden wir es an der Zeit, die Idee und deren Umsetzung zu überdenken. Wir hatten den Wunsch, den (potenziellen) Klienten mehr als einen Nachmittag den erleichterten Zugang zu ermöglichen. Leitend war dabei auch die gelegentliche Kritik von Kollegen, anderen Fachdiensten, Ärzten und anderen Personen an zu langen Wartezeiten: Zu oft verloren Betroffene, die dringend einer Beratung bedurft hätten, während dieser Wartezeit die Lust und Motivation, weitere Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch die eigene Unzufriedenheit mit Wartezeiten, die „unseren“ Klienten bei anderen Stellen manchmal zugemutet wird, war ein Grund für die Entscheidung, ab Januar 2000 - zunächst probeweise - eine Sprechstunde von 13 bis 17 Uhr an vier Werktagen einzuführen.

So können wir nun immerhin wöchentlich 16 Stunden Sprechstunde anbieten, was u.E. im Bereich der Suchtberatungsstellen eher selten zu finden ist.

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts (April 2000) können wir sagen, dass die Sprechstunde sehr gut angenommen wird und dass wir sie weiter anbieten werden.

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 Erwachsenen gegenüber verstärkt hat und dass sich Beziehungsarbeit oft schwierig und mühsam gestaltet.

Jugendarbeitslosigkeit, Armut und mangelnde Zukunftsperspektiven, aber auch Langeweile und Motivationslosigkeit sozial abgesehelter 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 Jugendszenen 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.

Im vergangenen Jahr 1999 legten wir die „Konzeption zur Einrichtung eines betreuten Jugendcafés in der Stadt Trier und die Vernetzung bestehender Angebote der Straßensozialarbeit für Jugendliche“ den verantwortlichen Stellen und Personen bei der Stadt Trier, dem Kreis Trier - Saarburg und dem Land Rheinland - Pfalz vor. Leider erhielten wir von keiner dieser Stellen eine konkrete Unterstützung zur Umsetzung der Idee. Hier zeigt sich, dass die Schaffung sinnvoller und notwendiger Angebote für Jugendliche ohne eine entsprechende klare gesetzliche Grundlage sehr schwierig ist. Selbstverständlich werden wir weiter überlegen, ob ein solches Projekt in Trier Sinn macht und wie es umgesetzt werden kann. Gegebenenfalls werden wir dann nochmals um öffentliche Unterstützung werben.

3.2 Betreuung / Beratung

Nach wie vor liegt der Schwerpunkt der täglichen Arbeit 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.

Unserer 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 Entwöhnungsbehandlung gemacht, indem sie bereits Kontakte 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. Im vergangenen Jahr entwarfen wir ein Merkblatt über den Ablauf der Beantragung einer Therapie. Dieses Merkblatt kann bei der Suchtberatung angefordert werden.

Im Jahr 1999 trafen wir eine Vereinbarung mit dem jetzigen Konsiliararzt der Beratungsstelle, Dr. Wasser aus Schweich. Konkret bedeutet dies, dass Dr. Wasser kurzfristig gutachterliche Stellungnahmen erstellen kann, was die Bearbeitungszeit für Therapieanträge teilweise drastisch verringert.

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 bestand und besteht die Möglichkeit, dass Klienten nach einer stationären Langzeittherapie weiterhin zu Gesprächen in die Beratung kommen. Viele Klienten nutzen diese Möglichkeit, 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 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.

Der Zweck der Nachsorge-Wohngemeinschaft (WG) ist die Unterstützung von Menschen, die eine stationäre Langzeittherapie erfolgreich durchlaufen haben. Der Aufenthalt dient der Vorbereitung auf ein selbständiges Leben mit eigener Wohnung, Arbeit, Partnerschaft, Umgang mit Geld, Freizeitgestaltung etc.

Im Laufe des Jahres 1999 stellte sich immer deutlicher heraus, wie richtig unsere Entscheidung war, mit der WG nach Trier umzuziehen:

- Wir haben ein größeres Raumangebot im Haus (sieben Plätze statt sechs) sowie um das Haus herum (ein großer Garten).
- Die Nähe zu Geschäften, Öffentlichem Nahverkehr sowie zu allen städtischen Angeboten und Einrichtungen kommt den Bewohnern in ihrem Bestreben nach einem neuen und suchtmittelfreien Leben zugute.
- Potenzielle Schul- und Arbeitsplätze können in kurzer Zeit erreicht und die zahlreichen Freizeitangebote der Stadt besser genutzt werden.

Mittlerweile sind alle notwendigen Renovierungsarbeiten im Haus abgeschlossen. Im Herbst 1999 wurde das Haus von „außen renoviert“ (neuer Anstrich). Was jetzt noch fehlt, ist die Neugestaltung der Außenanlagen. Diese ist für das Frühjahr 2000 geplant.

Im Haus wurden 1999 dringend notwendige neue Möbel und weitere Einrichtungsgegenstände, z.B. ein neuer Computer für die Bewohner angeschafft. Nicht zu vergessen ist der neue Fitnessraum im Keller, der entsprechend ausgestattet wurde. Somit haben wir das gesamte Wohnprojekt mittlerweile auf ein hohes und zeitgemäßes Einrichtungsniveau gebracht.

Wir möchten betonen, dass dies alles erst durch einen großzügigen Zuschuss der „Aktion Sorgenkind“ und Zuwendungen der Gerichte möglich gemacht wurde.

Mittlerweile ist unsere Nachsorge-Wohngemeinschaft bei allen Suchtkliniken der näheren und weiteren Umgebung (ca. bis 200 km um Trier) gut bekannt. Das führt dazu, dass im Laufe eines Jahres ca. 40 -50 Bewerbungen um einen WG - Platz bei uns eingehen. Dies zeigt sehr deutlich,

wie notwendig und wichtig eine solche Einrichtung ist, heute mehr denn je im Hinblick auf immer kürzere Therapiezeiten.

Die Zahlen des Jahres 1999

Die Belegung war im vergangenen Jahr ähnlich wie 1998 - zwischenzeitlich „nur“ vier Bewohner, doch im Wesentlichen war die WG mit sechs bzw. sieben Bewohnern belegt.

Bei der durchschnittlichen Verweildauer zeichnet sich eine Steigerung ab, dies bedeutet auch, dass der Betreuungsaufwand steigt, was wiederum mit den genannten Gründen (z. B. kürzere Therapiezeiten) in engen Zusammenhang steht.

Die von uns angestrebte durchschnittliche Belegung von fünf Personen konnten wir 1999 gut erreichen.

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 Statistikteil 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 betrifft besonders die Arbeit der Case-Managerin (s.u., Kap. 3.8).

3.5 Besondere Angebote

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

Frauenspezifische Suchtberatung - Frauengruppe

Seit sechs 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 1999 bei etwa 30 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.

Zu Beginn des Jahres 1999 stand die Beratungsstelle vor einer kurzfristig zu entscheidenden Frage. Ein langjährig in der Betreuung Drogenkranker tätiger Arzt, Dr. Brach aus Trier, musste kurzfristig seine Praxis abgeben, wollte aber die von ihm betreuten Drogenabhängigen nicht sich selbst überlassen und sie weiter betreuen. Daher fragte er bei uns an, ob die weitere Betreuung in der Beratungsstelle möglich sei. Um die ununterbrochene Versorgung der Betroffenen nicht zu gefährden, entschieden wir uns zuzustimmen. Leider verstarb Herr Dr. Brach im Frühjahr 1999; seine Nachfolge trat Herr Dr. Wasser an, der eine psychiatrische Fachpraxis in Schweich hat. Dieser Arzt ist gleichzeitig Konsiliararzt der Beratungsstelle, z.B. bei der Begutachtung für stationäre Therapiemaßnahmen (s.o. Kap. 3.2).

So kam es ab Januar 1999 zu einer „kontrollierten Codein - Vergabe“ in den Räumen unserer Beratungsstelle. Einmal wöchentlich, Dienstags nachmittags, kam eine große Zahl von betroffenen Drogenabhängigen zur ärztlichen Behandlung. Ein weiteres Argument, eine solche Vergabe in den

Räumen der Suchtberatung durchzuführen, war die Reduzierung der Hemmschelle gegenüber unserer Einrichtung. Die Betroffenen hatten so die Möglichkeit, ohne Terminhürden Berührungspunkte abzubauen und zunächst nicht-formell mit den Mitarbeitern der Beratungsstelle in Kontakt zu kommen. Wir hofften, so den Betroffenen die Nutzung unserer Angebote (Gespräche, psychosoziale Betreuung) zu erleichtern.

In den ersten Wochen gestaltete sich die ärztliche Sprechstunde teilweise chaotisch. Bis zu 50 Personen, teilweise mit Haustieren, besuchten (belagerten) die Beratungsstelle und die Umgebung des Hauses. Erst die Erstellung strenger Regeln und die Bekanntmachung einer entsprechenden Hausordnung führten zu Bedingungen, die für alle Seiten akzeptabel waren.

Das Angebot, neben der ärztlichen Versorgung auch die Beratung in Anspruch zu nehmen, wurde von einer kleinen Zahl von Klienten in Anspruch genommen. Einige dieser Klienten entschieden sich nach einer gewissen Beratungszeit dazu, eine stationäre (Abstinenz-)Therapie zu machen, um auch unabhängig von jeglichen Ersatzstoffen zu werden. Viele andere Klienten jedoch hatten keinerlei Interesse an jeglicher Art „psychosozialer Betreuung“.

Die kontrollierte Vergabe von Codein als Ersatzstoff für Drogenabhängige wurde mit Ende des Jahres 1999 weitgehend verboten. Stattdessen wurden die rechtlichen Grundlagen der Substitution, die sog. NUB-Richtlinien neu gefasst. Unter anderem wurden 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.

Die Suchtberatung Trier bietet betroffenen, substituierten Personen in der Region die psychosoziale Betreuung im Rahmen der allgemeinen Beratung an. Im Jahr 1999 betreuten wir ca. 25 substituierte Klienten. Für die Zukunft, d.h. für die Gruppe der Klienten, die ab Januar 2000 nach den neuen Richtlinien mit Methadon substituiert werden, 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.

3.6 Schwerpunktthema: Prävention

In den vergangenen Jahren stand an dieser Stelle der Appell, für und in der Region Trier eine Fachstelle für Suchtprävention zu schaffen. Im Jahr 1998 gelang es uns, zusammen mit den Entscheidungsträgern bei der Stadt Trier und im Kreis Trier-Saarburg die Finanzierung für eine solche Stelle zu schaffen. Leider stellte sich heraus, dass die Mittel aus dem Fachkräfteprogramm des Landes zur Zeit erschöpft sind, so dass wir „zunächst“ eine Stelle mit Mitteln der Arbeitsverwaltung einrichteten. Im April 1999 begann die Fachkraft ihre Tätigkeit. Im Folgenden berichtet die Fachkraft über die ersten Erfahrungen in einem neuen Arbeitsfeld:

Neue Präventionsstelle bei der „Tür“: persönlicher und inhaltlicher Erfahrungsbericht der Suchtpräventions-Fachkraft im Jahr 1999

Überblick

Meine neue Stelle als Suchtpräventions-Fachkraft bei der „Tür“ konnte ich im April 1999 antreten. Etwa zwei Monate vergingen daraufhin mit der Einrichtung meines Büros, dem Einlesen in Fachliteratur und der Knüpfung von Kontakten in Trier und dem Landkreis. Gleichzeitig begann ich mit Hospitationen (s.u.), konnte an Veranstaltungen mitwirken und stieg auch in die Beratungstätigkeit ein. Ab Spätsommer nahmen vor allem die selbstständig durchgeführten Präventionsveranstaltungen stetig zu. Für das Jahr 2000 wurden systematisch weitere Veranstaltungen geplant. An dieser Stelle möchte ich mich gerne bei allen bedanken, die mich beim Einstieg in meine Tätigkeit unterstützt haben: Vor allem bei meinen KollegInnen in der Beratungsstelle, im „Arbeitskreis Suchtprävention Trier“ und bei den „SPFKs“ (Suchtpräventionsfachkräften) in Wittlich, Bitburg, Saarbrücken etc.

Vernetzung und Beratung

Im folgenden möchte ich einige wesentliche Kontakte für meine präventive Arbeit schildern. Regelmäßig kooperiere ich mit den Jugendzentren Exhaus, Mergener Hof und Südpol in Trier. Hinzu kommen Kontakte zum Jugendraum Quint und zum Haus der Jugend in Konz. Auch zu weiteren Einrichtungen (wie z.B. dem Schulpsychologischen Dienst, dem Kinderschutzdienst etc.) sowie zu Heimen und Krankenhäusern in Trier bestehen Beziehungen.

Die Vernetzung im Trierer Arbeitskreis sowie mit meinen PräventionskollegInnen in Rheinland-Pfalz habe ich von Anfang an als sehr sinnvoll erlebt; ich konnte bereits früh Einblicke in die alltägliche suchtpreventive Arbeit der KollegInnen gewinnen und erhielt viele wertvolle Hinweise.

Zur Vernetzung gehört auch eine gute Medienarbeit: Ich veröffentlichte Pressemeldungen über meine Tätigkeit und nahm Termine mit dem Trierischen Volksfreund sowie der Rathauszeitung wahr. Eine erneuerte und grundlegend erweiterte Fassung der Website der „Tür“ wurde ins Netz geschickt (<http://suchtberatung.in-trier.de>). Dieses Medium ist für die Suchtprävention nicht zu unterschätzen und wird in Zukunft noch wichtiger werden. Die Website wird regelmäßig überarbeitet. Siehe dazu den Abdruck der Homepage der Suchtberatung in diesem Bericht auf Seite 30 (Kap. 3.14).

Zu ergänzen ist an dieser Stelle, dass ich - wie alle meine KollegInnen bei der „Tür“ - ein Stück weit in die Beratungstätigkeit eingestiegen bin. So habe ich im Jahr 1999 163 Beratungsgespräche geführt, ein großer Teil davon waren Erstkontakte. Insgesamt waren mir diese Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen sehr hilfreich, um zum einen persönliche Fallgeschichten kennenzulernen, die wiederum - anonymisiert - in Präventionsveranstaltungen als Beispiele dienen können; zum anderen konnte ich so tiefere Einblicke in die „süchtige Seele“, bzw. die Suchtstrukturen allgemein gewinnen; dies verdeutlichte mir den Suchtprozess als solchen sowie die Ansatzmöglichkeiten der Prävention. Nicht zuletzt haben Beratungsgespräche und Präventionsveranstaltungen eines gemeinsam: Es handelt sich zu einem großen Teil um Beziehungsarbeit; die „Chemie muß stimmen“. Hatte ich zuvor weitgehend theoretisch gearbeitet, so bin ich in den vergangenen Monaten mehr und mehr in die praktische Arbeit mit Menschen hineingekommen.

Hospitation / Theorie und Konzepte

Zu Beginn meiner Tätigkeit als SPFK nahm ich zahlreiche Gelegenheiten zu Hospitationen wahr. Insgesamt waren dies 16: bei meiner Wittlicher Kollegin, bei Veranstaltungen des Trierer Arbeitskreises im Rahmen der Suchtwochen, in der Nachsorge - Wohngemeinschaft der „Tür“ sowie in Kindergärten. Auf diese Weise habe ich das breite Spektrum suchtpreventiver Arbeit kennengelernt - sowie Einblicke in das Denken und Fühlen der jeweiligen Zielgruppen gewonnen.

Wie sieht Suchtprävention in der Theorie aus? Nachdem sie in früheren Jahrzehnten von Information und Abschreckung geprägt war, sind heute Schlagwörter wie „Gesundheitsförderung“, „Lebenskompetenzen“, „Kinder stark machen“ aktuell. Es gibt eine Fülle guten Materials zum Thema, ob für Kindergartenkinder oder für jugendliche SchülerInnen. Anhand dieses Material habe ich verschiedene Konzepte zur Suchtprävention erstellt, die seitdem in großem Umfang an die entsprechenden Zielgruppen verteilt bzw. verschickt worden sind. Diese Konzepte können auf Wunsch selbstverständlich in der Suchtberatungsstelle angefordert werden.

Unter den erarbeiteten Konzepten befindet sich u.a. ein ursprünglich von anderer Stelle zusammengestelltes Drogenlexikon. Dieses wurde aktualisiert und sehr stark gekürzt. Das Ergebnis ist eine Liste momentan geläufiger Begriffe jugendlicher Drogenkonsumenten mit ihren „Übersetzungen“. Das „**Kiffer & Co. - Mini-Drogenlexikon**“ finden Sie in diesem Bericht auf Seite 17.

Suchtprävention in der Praxis - Sekundärprävention

Wie werden suchtpreventive Veranstaltungen durchgeführt, wie kann man das Interesse der Anwesenden wecken? Ich möchte zunächst kurz auf die Sekundärprävention eingehen - Arbeit mit Jugendlichen, die bereits erste Erfahrungen mit Zigaretten, Alkohol etc. gemacht haben. Dieses Arbeitsfeld habe ich bereits frühzeitig kennengelernt; im Laufe des Jahres fanden zahlreiche Veranstaltungen statt. Diese beinhalten zwanglose Diskussionen mit den SchülerInnen - ab 15 bis über 20 Jahre alt - um den ganzen Themenkreis der Abhängigkeit und der Suchtmittel. Hier sollen vor allem Erfahrungen ausgetauscht und auf diese Weise realistischere Einschätzungen gewonnen werden. Ergänzt werden die Veranstaltungen durch kommunikative Spiele zum Thema. Diese Veranstaltungen sollen nicht mit „erhobenem Zeigefinger“, sondern in lockerer Atmosphäre durchgeführt werden: Schließlich verkauft eine Suchtpräventions-Fachkraft „Spaß am Leben - ohne Drogen“.

Primärprävention und Elternarbeit

Als Schwerpunkt meiner Tätigkeit habe ich mir das eigentliche suchtvorbeugende Arbeitsfeld gewählt: die Primärprävention. Dies bedeutet vor allem Arbeit in Kindergärten und Grundschulen. Systematisch und schrittweise habe ich alle Kindergärten im Kreis Trier-Saarburg (66 Einrichtungen) angeschrieben sowie einen Teil der Kindergärten in der Stadt Trier (19 Einrichtungen); der Rest folgt 2000. Aufgrund dieser Anschreiben sind Elternabende, Teamgespräche und Fortbildungen geplant.

Meine primärpräventiven Veranstaltungen konnte ich mit einer Fortbildung für Kindergärten im Dekanat Welschbillig beginnen. Die Resonanz war sehr positiv. Mit „Suchtprävention - Kinder stark machen“ erfahren die Kindergärtnerinnen „eigentlich nichts Neues“ - es handelt sich jedoch um einen neuen Blickwinkel, einen anderen Fokus für ihre alltägliche Arbeit. Dabei geht es vor allem um den Umgang mit „Alltagsdrogen“ wie Fernsehen, Spielzeug etc. Es wurde sehr angeregt diskutiert, Erfahrungen wurden ausgetauscht und Projekte anvisiert (z.B. „spielzeugfreier Kindergarten“ oder „gesunde Ernährung“). Ähnliche Erfahrungen machte ich bei weiteren Veranstaltungen, die ich 1999 durchführte: etwa für eine Gruppe alleinerziehender Mütter und Väter, die sich regelmäßig trifft, für ehrenamtliche Mitarbeiterinnen des Kinderschutzbundes und für Mitarbeiterinnen des Trierer Heims „Ruländer Hof“.

Die Elternarbeit macht einen wesentlichen Anteil in der Suchtprävention aus. Ob es sich um Eltern von jugendlichen SchülerInnen oder von Kindergartenkindern handelt: Der Bedarf an Informationen über süchtiges Verhalten, Gefühlswahrnehmung, „Grenzen setzen“ und die Entwicklung von kindlichem Selbstbewusstsein ist enorm. Der Wunsch nach Diskussionen über all diese Themen (sowie natürlich über die Gefahren durch legale und illegale Suchtmittel) steht dem selbstverständlich in nichts nach. Im Jahr 1999 fanden Elternabende für unterschiedliche Zielgruppen statt; gerade dieser Bereich soll noch wesentlich ausgebaut werden.

Kiffer & Co. - das Mini-Drogenlexikon

Begriff	Erklärung		
		Papier, Paper	Hilfsmittel zum LSD-Konsum
Acid	LSD o.a. Halluzinogen	Pep	Amphetamin (Aufputschmittel)
Blech rauchen	Heroin rauchen	Pfeife	Hilfsmittel zum Haschischkonsum
Bong	Art d. Haschischkonsum (intensiv!)	Piece (engl.: Stück)	Stück Haschisch
Cannabis	Hanfpflanze, aus der Haschisch und Marihuana gewonnen wird	Pillen	Oft: Ecstasy oder Speed
Chemie	Chemisch produzierte Drogen (Amphetamine, LSD...)	Pilze	halluzinogene Pilze (Psilocybin)**
		Poison (engl. Gift)	Heroin
Colaflasche (ohne Boden)	Hilfsmittel zum intensiven Haschischkonsum (siehe Eimer)	Psilos	halluzinogene Pilze (Psilocybin)
Crack	Starke Droge, aus Kokain hergestellt	Rauchen, einen rauchen	Oft: Haschisch rauchen
Dealern	Drogen verkaufen	Schore, Shore	allg. Bezeichnung für Rauschgift, oft Heroin
Dope	Drogen aller Art, oft Haschisch	Shit	Haschisch
Dust	Kokain	Siebchen, Köpfchen	Hilfsmittel zum Haschischkonsum
Ecke/n	Stück gepresstes Haschisch	Speed	Amphetamin
Eimer, Erdloch	Arten, Haschisch zu konsumieren (intensiv!)	Steine	Crack
Gift	Heroin	Stoff, stoff	allg. Bezeichnung für Drogen
Gras	Marihuana (Blätter der Hanfpflanze)	Tüte	Haschisch-Zigarette
H (dt. oder engl.)	Heroin	Trips	starke Halluzinogene (LSD, DOM)
Hallus, Hallos	Halluzinogene	Verticken	Oft: Dealern
Hasch	Haschisch	Wasserpfeife	Hilfsmittel zum Haschischkonsum
Joint	Zigarette mit Haschisch	XTC	Ecstasy*
Kiff	minderwertiges Haschisch	Zauberpilz	Psilocybin
Kiffen	Konsum von Haschisch (allgemein)	Zocken	Dealern, Drogen verkaufen auch: Drogen konsumieren
Köpfchen rauchen	Haschisch rauchen		
Mischung	Mischung aus Zigaretten tabak und Haschisch		

Begriff Erklärung

* Ecstasy-Tabletten werden auch oft nach den Tier-, Comic- und weiteren Symbolen benannt, die auf ihnen zu sehen sind: Batman, Bumerang, Feuerstein, Friedenstaube, Herz, ...

** In der Natur kommen zahlreiche giftige Pflanzen und Pilze vor, die gern von Jugendlichen für halluzinogene Zwecke verwendet werden. Zu nennen sind etwa der Fingerhut, die Engelstrompete, die Tollkirsche, das Bilsenkraut, der Fliegenpilz. Natürlich sind all diese "Drogen" sehr gefährlich; die KonsumentInnen landen oft auf der Intensivstation!



„Die Tür“ Suchtberatung Trier e.V., Schöndorfer Straße 20, 54292 Trier, Tel. 0651/99 110 22

Website <http://suchtberatung.in-trier.de> Email: astamm@in-trier.de Fax 0651/99 110 23

Auch Lehrerfortbildungen verfolgen ähnliche Ziele. Je nach Alter der SchülerInnen lauten die Fragen: Wie kann ich sie stärken und unterstützen, wie kann ich ihre Kreativität fördern? Wie erkenne ich, dass ein Schüler Probleme hat? Wie kann ich mit ihm reden, was kann und sollte ich unternehmen? Es fanden insgesamt vier Lehrerfortbildungen statt; die Resonanz war durchweg sehr positiv.

Zu ergänzen sind vielfältige suchtpreventive Veranstaltungen: Von Diskussionsrunden und Infotischen bei suchtpreventiven Theaterveranstaltungen über Pressearbeit bis hin zur Teilnahme an einer großen Veranstaltung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) im Moselstadion, „Kinder stark machen“. Viele dieser Veranstaltungen fanden im Rahmen der Trierer Suchtpräventionswochen statt.

Als sehr sinnvoll und informativ habe ich die eigene Teilnahme an Fachtagungen, Fachkräftetreffen und Fortbildungen erlebt. Die Fachtagungen hatten beispielsweise die Themenschwerpunkte „Kinder Suchtkranker“ sowie Mädchenarbeit und Sekundärprävention. Fortbildungen fanden statt zum Thema „Organisationsentwicklung“ sowie für das suchtpreventive Grundschulprojekt „Klasse 2000“. Dieses läuft ab Februar 2000 in einigen ersten Schulklassen an.

Einen zahlenmäßigen Überblick über die im Jahr 1999 durchgeführten Veranstaltungen im Arbeitsbereich Suchtprävention finden sich im Statistikeil dieses Berichts, Kap. 4.5, Tabellen 15 und 16).

Planung und Ausblick für 2000

Für das Jahr 2000 möchte ich meinem Schwerpunkt Primärprävention treu bleiben:

- Ich habe ein allgemeines Konzept für Elternabende und Teamfortbildungen in Kindergärten erstellt, welches ich in Trier und dem Landkreis routinemäßig einsetzen möchte.
- Für Kinder im Grundschulalter biete ich das o.g. Projekt „Klasse 2000“ an; hier geht es um unspezifische Suchtprävention und Gesundheitsförderung.
- Auch im Bereich Erlebnispädagogik möchte ich aktiv werden: Mit dem Jugendzentrum Exhaus in Trier ist für April eine 4-tägige suchtpreventive Freizeit für Mädchen ab 12 Jahren geplant.

Verschiedene sekundärpräventive Ziele habe ich für 2000 ins Auge gefaßt:

- Fest geplant ist bereits eine mehrtägige Fortbildung für Jugendleiter unter dem Motto „Sucht und Sehnsucht“.
- Darüber hinaus möchte ich mich für „Peerprojekte“ in Schulen engagieren. Diese funktionieren nach dem Motto „Schüler helfen Schülern“: Eine kleine engagierte Gruppe wird in einer mehrtägigen Blockveranstaltung für die Suchtprävention fit gemacht und führt dann selbstständig in ihrer Schule Veranstaltungen durch. Es finden regelmäßige Supervisionstreffen statt.
- Neu erstellt habe ich ein allgemeines Konzept für Elternabende in Schulen. Hier besteht seit Jahren großer Bedarf.
- Eine weitere Planung sieht eine Informationsveranstaltung für Menschen aus der früheren UdSSR vor - dies ist eine neue, weitgehend unversorgte Zielgruppe.

Ob sich all diese Ziele verwirklichen lassen oder nicht: Der Bedarf sowie das Interesse an suchtpreventiven Veranstaltungen in Trier und dem Kreis Trier-Saarburg ist nach wie vor sehr groß, und ich blicke in ein aktives und vielseitiges Jahr 2000.

Ich hoffe, Ihnen hiermit einen kleinen Einblick in meine Tätigkeit gegeben zu haben! Sehr froh wäre ich natürlich, auch längerfristig in der Suchtprävention arbeiten zu können.

3.7 Unterstützung von Selbsthilfe

Traditionell versuchen wir, Selbsthilfe-Initiativen zu fördern und bei der "Geburtshilfe " von Gruppen, die wir für sinnvoll erachten, zu helfen. Im vergangenen Jahr trafen sich verschiedene Selbsthilfegruppen in der Beratungsstelle "Die Tür".

Insgesamt treffen sich drei Selbsthilfegruppen in unseren Räumen. Sie alle sind aus einer einzigen Gruppe entstanden, die sich seit Herbst 1995 trifft. Die Gruppentreffen sind montags, dienstags und donnerstags, jeweils um 19.00 Uhr. Die Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern der Beratungsstelle und den Gruppen funktioniert sehr gut, z.B. bei Vermittlung in Therapie oder - bei neuen Klienten - zum Kennenlernen von Gruppenprozessen (siehe Abbildung 2, Selbstdarstellung der Gruppe).

3.8 Schwerpunktthema: Case-Management

Das Bundesmodellprojekt "Case-Management/ Nachgehende Sozialarbeit" in der Suchtkrankenhilfe des Bundesministeriums für Gesundheit ging 1999 ins vierte Förderungsjahr.

Das Konzept des Case-Managements ist 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 die langfristige Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen mit dem Fernziel der Abstinenz. An den aktuellen Problemlagen ansetzend, sollen die Betroffenen

Abbildung 2: Selbsthilfegruppen (Selbstdarstellung)

Selbsthilfegruppe SHG „Die Tür“

dahingehend stabilisiert werden, Angebote der Suchtkrankenhilfe in Anspruch zu nehmen. Darüberhinaus sind die Vernetzung der möglichen Hilfen und Institutionen und die Steigerung der Effektivität und Effizienz der Hilfen Ziele des Case-Managements.

Die Arbeit im diesem Bereich war im letzten Jahr im wesentlichen von Kontinuität und Vertiefung der bisherigen Arbeit geprägt.

Kontinuität vor allem im Hinblick auf die konkrete Arbeit mit der speziellen Klientel. Dass gerade diese Personengruppe einer langfristig angelegten, beständigen Hilfe bedarf, zeigen vorliegende Verläufe. Einige Fälle, die bereits 1998 in die Beratung / Betreuung aufgenommen wurden, konnten 1999 abgeschlossen werden.

Erreichen der Zielgruppe

Grundsätzlich lässt sich positiv vermerken, und die bisherigen bundesweiten Erfahrungen des Modellprogramms spiegeln dies wider, dass die angesprochene Zielgruppe mit dem Ansatz der nachgehenden Arbeit bzw. des Case-Managements erreicht wird.

Die Betroffenen dieser Gruppe sind häufig durch die Komplexität ihrer Problematik von einer ausgeprägten Perspektivlosigkeit geprägt. Viele haben mit ihrem Leben schon sehr weit abgeschlossen, sehen für sich keine Veränderungs- und Verbesserungsmöglichkeit mehr. Sehr oft ist dies durch langjährige negative Erfahrung mit hochschwelligem, explizit abstinenz-orientierten Angeboten mit klassischer "Komm-Struktur" entstanden, da diese Personengruppe aufgrund ihrer massiven chronifizierten Suchterkrankung nicht in der Lage ist, diese Angebote adäquat wahrzunehmen.

Für die Zielsetzung der Arbeit mit diesen Klienten bedeutet dies, dass ein neues Angebot geschaffen worden ist, ein Angebot, das auf die Klienten zugeht, mit ihnen dort arbeitet, wo sie sind und in kleinen Schritten Veränderungen ermöglicht.

Grundsätze der Arbeit sind der Respekt für die Klienten und die Akzeptanz ihres Lebensstils, Hilfestellung ohne Vorbedingung, keine Sanktionen bei Ablehnung von Hilfe und die Möglichkeit eines schnellen und flexiblen Reagierens.

Auf dieser Basis gelingt es den Betroffenen meist, langsam wieder Vertrauen in das Hilfesystem einerseits und in eigene Möglichkeiten / Fähigkeiten andererseits zu gewinnen, sie sehen, dass Veränderung auch für sie auf ihrem jeweiligen Niveau möglich ist.

Dies führt in den meisten Fällen zu einer Akzeptanz des eigenen Behandlungs- und Hilfebedarfs und zu einer hinreichenden Veränderungsmotivation.

In der Praxis sieht das häufig so aus, dass der Kontakt zwischen Case-Managerin und Klienten in einer akuten Krisensituation hergestellt wird. "Bewährt" sich die Case-Managerin in dieser Situation, gelingt es dem Klienten, Vertrauen zu ihr aufzubauen und eine stabile Beziehung zu entwickeln, die grundlegend ist für eine weitere langfristige Arbeit.

Möglichkeit der langfristigen Betreuungen

Typischerweise verlaufen die zustande kommenden Betreuungen in unterschiedlich intensiven Phasen, jeweils dem Tempo der Klienten angepasst, geprägt jedoch durch eine kontinuierliche Arbeit, Kontaktabbrüche können in den meisten Fällen durch nachgehende Arbeit vermieden werden.

In akuten Krisen bedarf es meist einer sehr arbeits- und zeitintensiven Betreuung, während in Phasen der Stabilisierung erreichter Nahziele eine lockerere Kontaktfrequenz möglich ist.

Wesentlich ist jedoch, dass ein stetiger Kontakt besteht und auch auf Rückfälle oder andere Einbrüche im Hilfe- und Veränderungsprozeß seitens der Case-Managerin schnell und flexibel reagiert werden kann.

Im Sinne des Case-Managements erreicht diese Betreuung für alle Beteiligten ein gewisses Maß an Verbindlichkeit, indem individuelle Hilfepläne zusammen erarbeitet und vereinbart werden. Dabei muss jedoch realistischerweise gesehen werden, dass gerade dieses Klientel nur begrenzt fähig ist, diese Vereinbarungen langfristig einzuhalten. Daher ist es sehr häufig notwendig, Zielvereinbarungen kurzfristig zu überdenken und immer wieder an die aktuelle Situation anzupassen.

Hier macht es gerade der langfristig angelegte Arbeitsansatz des Modellprojektes möglich, den Bedürfnissen der Klienten gerecht zu werden, während sie aus dem System der klassischen Suchtkrankenhilfe aufgrund ihrer Unstetheit und dem System der öffentlichen Hilfe durch die notwendige Arbeitsintensität bzw. die Überlastung der zuständigen Stellen herausfallen.

Zielsetzung

Bei der Frage der Zielsetzung des Hilfeprozesses für die chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken geht es im wesentlichen um die Entwicklung von realistischen Perspektiven, um die Frage, was für den Klienten im Hinblick auf Abstinenz, Rehabilitationsfähigkeit, eigene Wohnung, Arbeitsfähigkeit etc. zurzeit bzw. langfristig denkbar und machbar ist.

Eventuell sind erst stationäre Angebote wie Entgiftung / Therapie / Betreutes Wohnen notwendig, möglichst jedoch als Übergang zur nächsten Stufe, in der ambulante Hilfen zur Versorgung ausreichen. Teilweise können stationäre Maßnahmen ganz vermieden werden, indem die Klienten z.B. durch Vermittlung, Begleitung und konkrete Unterstützung befähigt werden, ambulante Angebote beständig wahrzunehmen.

Ziel ist in jedem Fall die Vermeidung von unkoordinierten Einsätzen von Hilfen, von sog. "Drehtüreffekten" und einer (unwissentlichen) Doppelversorgung im Hilfesystem.

Das Konzept des Case-Management fördert hier in diesem Sinne eine Steigerung der Effektivität und Effizienz der Hilfeangebote und somit eine mögliche Kostenersparnis, indem die Case-Managerin durch einen individuellen, klientenbezogenen Hilfeplan den Einsatz der Hilfen sinnvoll verknüpft und koordiniert und als Ansprechpartnerin für die Klienten selbst und für die an der Versorgung beteiligten Personen und Institutionen dient.

Kooperation mit an der Versorgung beteiligten Institutionen

Aufgabe der Case-Managerin ist es hier, im ständigen Kontakt zu den entsprechenden Institutionen zu stehen und so eine schnelle und unkomplizierte Kooperation zu ermöglichen.

Wesentlich ist die Vernetzung mit dem Gesundheitswesen, insbesondere den ortansässigen Krankenhäusern. Die Case-Managerin bietet für alle Betroffenen der Zielgruppe eine Kontaktaufnahme im Krankenhaus, insbesondere während einer Entgiftungsbehandlung, an. Durch dieses Angebot gelingt es in den meisten Fällen, die Klienten auch im Anschluss des Krankenhausaufenthaltes in der Beratung / Betreuung zu halten. Es hat sich bewährt, auf konkrete

Anfragen der entsprechenden Sozialdienste bzw. der betreuenden Ärzte kurzfristig zu reagieren. Auch bei den zuständigen Mitarbeitern der Häuser hat sich dieses Angebot etabliert, der Dienst wird sehr häufig nachgefragt. In der Regel werden Termine für Erstkontakte im Krankenhaus in wenigen Tagen realisiert. Speziell im Herz-Jesu-Krankenhaus Trier ist die Case-Managerin aufgrund der hohen Zahl der Patienten mit Suchtproblematik in der Regel mindestens einmal wöchentlich für einige Stunden zu erreichen.

Ebenso wichtig ist die Zusammenarbeit von Case-Managerin und Institutionen der öffentlichen Hilfe der Stadt Trier und des Kreises Trier-Saarburg. Insbesondere Sozialamt, der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes, Ordnungsamt / Kommunalen Vollzug und Jugendamt sind mit der Betreuung der Klientel befaßt. Eine beständige Kooperation der entsprechenden Stellen und der Case-Managerin ermöglicht eine Vermeidung von Doppelversorgung bzw. die konkrete Abstimmung der Zuständigkeit und der Übernahme notwendiger Hilfen.

Darüberhinaus steht die Case-Managerin in engem Kontakt zu ortsansässigen und überregionalen Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und des Betreuten Wohnens und zu entsprechenden Therapieeinrichtungen / Fachkliniken / Soziotherapeutischen Einrichtungen.

Neben klientenbezogenen Kooperationen stellt die Mitarbeit in verschiedenen örtlichen Arbeitskreisen und der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in Trier und Kreis Trier-Saarburg einen grundlegenden Teil der notwendigen Vernetzung dar.

Die Teilnahme an Fachtagungen, themenspezifischen Fortbildungen, Tagungen im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes und Supervision ermöglichen die Konstanz bzw. eine Verbesserung der Qualität der Arbeit.

Ausblick

Da das Modellprojekt "Case-Management / Nachgehende Sozialarbeit" des Bundesministeriums für Gesundheit nunmehr bereits seit 1996 besteht, erreicht es Ende 2000 die maximale Förderungsdauer von fünf Jahren. Die Mittel des Bundes werden danach somit nicht mehr zur Verfügung stehen.

Um die weitere Umsetzung des Arbeitsansatzes in der Suchtkrankenhilfe und die Erreichung der angesprochenen Zielgruppe der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen auch in Zukunft in Trier und im Kreis Trier-Saarburg zu ermöglichen, wird es erforderlich sein, die Arbeit der Case-Managerin aus Mitteln der Kommunen und des Landes zu finanzieren. Die Notwendigkeit und Bedeutung der Fortführung der Arbeit ergibt sich aus u.g. Gründen.

Um auch den Klienten in der Betreuung eine langfristige Perspektive zu bieten, die gerade für diesen Ansatz so wesentlich ist, sollte eine verbindliche Zusage einer Kostenübernahme durch die entsprechenden Stellen möglichst frühzeitig geprüft und erteilt werden.

Was leistet das Konzept der Nachgehenden Sozialarbeit bzw. des Case-Management als spezielles Angebot der Suchtkrankenhilfe in Trier?

- Es erreicht diejenigen Abhängigen, die jahrelang durch das bestehende Netz der Suchtkrankenhilfe "durchgefallen" sind.
- Es ermöglicht die Beratung und Betreuung der Abhängigen in außerhalb gelegenen Stadtteilen und im Kreis, die durch die fehlende Infrastruktur nicht zur Beratungsstelle kommen können.
- Es erreicht körperlich behinderte Abhängige, die durch ihre Behinderung nicht zur Beratungsstelle kommen können.
- Es führt die Betroffenen durch direkte Vermittlung und konkrete Unterstützung an das bestehende Hilfesystem heran bzw. zurück.
- Es führt zu einer langfristigen Verbesserung der problematischen Lebenssituation der Abhängigen mit dem Fernziel der Abstinenz.
- Häufige kostenintensive Krankenhausaufenthalte werden verhindert.

- Es ermöglicht die Steigerung der Effektivität und Effizienz durchgeführter Maßnahmen durch Vernetzung und Kooperation der beteiligten Institutionen.
- Es führt dadurch zur langfristigen Kostenersparnis im Sozialsystem, da Hilfen gezielter eingesetzt werden können.

Welche möglichen negativen Folgen sind zu erwarten, wenn das Angebot des Case-Managements für suchtkranke Menschen in Trier eingestellt werden muss?

- Die Zielgruppe wird von den bestehenden Hilfeangeboten der Suchtkrankenhilfe nicht erreicht.
- Öffentliche Träger decken den bestehenden Bedarf nicht ab.
- Die Betroffenen verbleiben in ihrer problematischen Lebenssituation.
- Hilfen werden nur kurzfristig genutzt und führen nicht langfristig zu einer Verbesserung der Situation.
- Hilfen bleiben daher kostenintensiv und wenig effektiv.

Statistik für das Jahr 1999

Die Zahlen der durch das Case - Management betreuten Klienten werden hier getrennt dargestellt. Die Zahlen sind jedoch in den Gesamtzahlen im Statistikeil dieses Berichts (Kap. 4) mit enthalten.

	weiblich	männlich	gesamt
Kurzkontakte	31	37	68
langfristige Betreuungen	18	25	43
gesamt	49	62	111

Zahl der Hausbesuche bzw. Besuche in anderen Einrichtungen

Hausbesuche	73
Krankenhausbesuche	67
andere Einrichtungen	82
gesamt	222

Zahl der Vermittlungen

Entgiftung	20
Therapie	16
Betreutes Wohnen	3
Andere Einrichtungen	1

Kooperation mit folgenden Institutionen

- Krankenhäuser in der Stadt Trier
 - insbesondere Herz-Jesu-Krankenhaus, Psychiatrische und Innere Abteilung (mindestens ein mal wöchentlich)

- Marienkrankenhaus Ehrang (Innere Stationen)
- Mutterhaus der Borromaerinnen
- Brüderkrankenhaus
- Evang. Elisabeth-Krankenhaus
- Krankenhaussozialdienste
- niedergelassene Ärzte in der Stadt Trier und im Kreis Trier-Saarburg
- Stadtverwaltung Trier
 - Sozialamt
 - Wohnungsamt
 - Ordnungsamt
 - Betreuungsbehörde
 - Jugendamt
- Kreisverwaltung Trier-Saarburg
 - Gesundheitsamt - Sozialpsychiatrischer Dienst
 - Jugendamt
- Arbeitsamt
- Polizei
- Einrichtungen des Betreuten Wohnens
 - insbesondere Reso-Zentrum der Caritas und Wohnheim des Bürgerservice
 - SKF, Haus Maria Goretti
- Übernachtungsheim Benedikt-Labre-Haus der Caritas Trier
- SKF, Haltepunkt für wohnungslose Frauen
- Bewährungshilfe am Landgericht Trier
- JVA-Sozialdienst
- Therapie-Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und im Saarland

- Mitarbeit im Arbeitskreis „Wohnungslose“ der Stadt Trier
- Mitarbeit in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in Trier und Kreis Trier-Saarburg
- Mitarbeit im Arbeitskreis gegen sexualisierte Gewalt gegen Frauen und Kinder

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. Viele dieser Einrichtungen wurden im letzten Kapitel 3.8 dargestellt. 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. Die Therapiestätten im Umkreis sind uns hinsichtlich des Konzepts und der Schwerpunkte (Indikation, Alter, Geschlecht, besondere Therapiegruppen etc.) bekannt.

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 1999 war die Suchtberatung in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft und dem Psychiatriebeirat, die Stadt und den Kreis gemeinsam organisieren, vertreten.

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.

Aus aktuellem Anlass (Wunsch eines anderen Trägers) konnte im Jahr 1999 bei zwei Gesprächen der Trierer Suchtberatungsstellen mit dem Sozialdezernenten der Stadt Trier eine Vereinbarung hinsichtlich der Aufgabenverteilung zwischen den Suchtberatungsstellen in der Stadt Trier getroffen werden. Dabei stimmten alle Gesprächsteilnehmer darin überein, dass jede Beratungseinrichtung spezielle Beratungsschwerpunkte anbieten kann, dass andererseits aber auch starke Überlappungen bei den Zielgruppen der Einrichtungen bestehen. So sind die Schwerpunkte der Arbeit der Suchtberatung „Die Tür“ die Beratung jugendlicher und junger Erwachsener sowie die Beratung drogenabhängiger Menschen; darüber hinaus soll ein nicht-konfessionelles Beratungsangebot vorgehalten werden.

Die Beratungsstellen vereinbarten, Klienten auf die Fachberatungen der anderen freien Träger hinzuweisen. Dies geschieht in der Suchtberatung durch Aushänge in den Räumlichkeiten, durch das Auslegen von Informationskarten sowie durch eine geeignete persönliche Ansprache.

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.
- Auf Informationsveranstaltungen erklären wir unsere Arbeit und die Hilfsangebote für suchtkranke Menschen, z.B. auf einer Veranstaltung 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 die regionale Presse (Papier und Rundfunk) 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 zum einen durch den Gebrauch von Formularen, z.B. beim Erstkontakt oder bei der Vermittlung in eine stationäre Therapie. Zum anderen werden sämtliche Gespräche oder Kontakte mit dem Klienten oder dritten Stellen in der Klientenakte schriftlich vermerkt. Auf diese Art ist jederzeit der Beratungsverlauf nachzuvollziehen (z.B. in Vertretungssituationen).

Im Kapitel 4 des vorliegenden Berichts werden ausführlich die statistischen Zahlen zum Berichtsjahr 1999 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 im Jahr 1999 noch nicht für ein konkretes Programm entscheiden, 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 gemischtgeschlechtliches Team
- wöchentliche Teamsitzungen, die schriftlich dokumentiert werden
- monatliche Vorstandssitzungen zusammen mit allen Mitarbeitern
- externe Supervision, die ca. 6 bis 8 mal jährlich stattfindet
- 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.

Und trotzdem: Bereits im Jahr 1999, mit der Einrichtung einer Fachstelle für Suchtprävention stellen sich die Räume als nicht mehr ausreichend heraus. Glücklicherweise konnten wir noch einen weiteren Raum im Haus für die Fachstelle mieten, weitere „Expansionen“ sind danach hier nicht mehr möglich.

Dennoch 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 Lage unserer jetzigen Beratungsräume ist geografisch gut 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

Ausgehend von unserem Anspruch, besonders Jugendliche und junge Erwachsene anzusprechen, entschieden wir uns Jahr 1997, „ins Internet zu gehen“. Wir glauben - auch wenn bislang nur ein geringer Prozentsatz der Bevölkerung einen Internetanschluss besitzt - dass der Umgang mit dem Computer und dem Internet in Zukunft sehr viel selbstverständlicher sein wird als heute. Das bedeutet, dass sich auch Betroffene und Angehörige vermehrt über dieses Medium informieren und nach Hilfemöglichkeiten suchen.

Neben dem Anspruch, interessierte Personen zu informieren, hat die eigene Internetadresse auch für die tägliche Arbeit viele Vorteile. Der Austausch von Texten, Vorlagen und Nachrichten ist schnell und einfach möglich, die eigene Suche nach Informationen ist enorm erleichtert, wenngleich z.B. das tägliche Abrufen von e-mails noch nicht zur Gewohnheit geworden ist.

Unsere Erfahrungen bis zum vergangenen Jahr zeigten, dass Betroffene das Internet nicht nutzen, um in Kontakt mit der Suchtberatung zu kommen. Mittlerweile hat sich die Situation etwas verändert, da wir die Seiten sehr viel umfangreicher, informativer und aktueller gestaltet haben. Immer öfter erreichen uns jetzt Anfragen von Personen, die sich auf Informationen aus unserer Homepage beziehen.

Wir würden uns über einen Besuch der Leser, die über einen Internet-Zugang verfügen, sehr freuen! Unsere Adresse lautet: <http://suchtberatung.in-trier.de>, die e-mail-Adresse lautet: astamm@in-trier.de. Auf Seite 30 haben wir einen Abdruck der Homepage abgebildet (siehe unten, Abb. 3).

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 auf zwei unterschiedliche Arten:

- **Erstkontakte:** 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, 3 und 6.
- **Landesstatistik:** In Anlehnung an die vom Land Rheinland-Pfalz erhobenen Daten über den Berichtszeitraum 1999 veröffentlichen wir auch die **Gesamtzahl der betreuten Klienten**. Diese Statistik bezieht sich auf **alle betreuten Klienten im Jahr 1999**, 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.

Im Vergleich zu den Statistiken der vergangenen Jahren wird das Thema „Vermittlung in stationäre Therapie“ ausführlicher behandelt. Die dargestellten Zahlen wurden einer Datenbank über Therapievermittlungen entnommen, die wir zum Zweck der Qualitätssicherung angelegt haben.

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.

Off 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. wöchentlich zwei Einzelgespräche oder mehr stattfinden. Die Zahl der Einzelgespräche in dieser Statistik bezieht sich hier nur auf das Berichtsjahr 1999, also nicht nur auf die Klienten, die in dieser Zeit einen ersten Kontakt zur Beratungsstelle hatten.

So fanden im Jahr 1999 2130 Einzelgespräche statt, die aber nicht nur mit den 407 Klienten geführt wurden, die in dieser Zeit erstmalig in der Beratungsstelle waren, sondern ebenso mit Klienten, die im Jahr 1998 oder früher erstmals in Beratung kamen. Tabelle 1 zeigt die Zahlen für das Jahr 1999. 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 01.01.99 bis 31.12.99, absolute Zahlen

Berichtszeitraum 1999	Erstkontakte	Einzelgespräche
Summe	407	2130

Tabelle 2: Anzahl der „Hausbesuche“ (beim Klient, im Krankenhaus oder in anderer

Abbildung 3: Bildschirmabdruck der Homepage [Suchtberatung.in-trier.de](http://www.suchtberatung.in-trier.de)



Einrichtung) in der Zeit vom 01.01.99 bis 31.12.99, gerundete Zahlen

Bereich	Besuche
Streetwork	85
Case-Management	220
Summe	305

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 01.01.99 bis 31.12.99, Angaben in Prozent, (Erstkontakte)

	Frauen	Männer	Paare	Summe
Angehörige	16 %	2 %	3 %	21 %
Betroffene	22 %	56 %	1 %	79 %
Summe	38 %	58 %	4 %	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 (absolute Zahlen), unterteilt nach Alter und Art der Droge (Landesstatistik)

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		4	10	6	2		23
Medikamente										
Illegale Drogen	2	4	8	5	1	4	1			25
Polyvalenter Missbrauch			1	3	5	1				10
Pathologisches Glücksspiel						1		1		2
Essstörungen			2	2		1				5
Angehörige				4	2	2	7	4		19

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

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		5	5	2	6	24	16	7		65
Medikamente						2	1			3
Illegale Drogen	4	19	18	15	10	16				82
Polyvalenter Missbrauch				2	4					6
Pathologisches Glücksspiel						1				1
Essstörungen										
Angehörige							6			6

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 ein hoher Anteil von Klienten von „außerhalb von Stadt- und Kreisgebiet“ auf (16 %, bzw. 20 % der Betroffenen). Diese Erhöhung gegenüber früheren Jahren ist vor allem erklärbar durch die Interessenten an der Nachsorge-Wohngemeinschaft, die vor ihrer Therapie nicht in der Region lebten.

Wird diese Gruppe bei der Betrachtung zurückgestellt, zeigt sich, dass die Anteile von Stadt und Kreis annähernd gleich groß sind (42 % zu 39 % gegenüber 45 % zu 34 % in 1998). Diese Zahlenunterschiede zwischen 1998 und 1999 sind als zufällige Schwankungen zu interpretieren.

Tabelle 6: Geografische Herkunft der Klienten, Angaben in Prozent (Erstkontakte)

Herkunft	Prozent Betroffene	Prozent Angehörige	Prozent Gesamt
Stadt Trier	34 %	8 %	42 %
Kreis Trier-Saarburg	29 %	10 %	39 %
außerhalb	16 %	3 %	19 %
Summe	79 %	21 %	100 %

In der Landesstatistik wurden für 1999 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 sucht spezifische Einrichtung, absolute Zahlen, mit Mehrfachnennungen (Landesstatistik)

	Frauen	Männer	Summe
Entgiftung / Entzug	17	36	53
Substitutionsbehandlung	3	8	11
Stationäre Therapie	21	49	70
Stationäre Einrichtung für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke		4	4
Betreutes Wohnen	2	3	5
Arbeitsprojekte		1	1
Selbsthilfe	19	53	72
Sonstiges	6	6	12

Da im Rahmen der Qualitätssicherung die Bearbeitungszeiten der Anträge für stationäre Therapien erfasst werden, können wir die Klienten, die 1999 in Therapie vermittelt wurden, differenziert darstellen. Insgesamt wurden 1999 92 Therapieanträge bearbeitet. Da in dieser Zahl 22 noch laufende Anträge aus dem Jahr 1998 enthalten sind, wurden diese in Tabelle 7 nicht noch einmal (doppelt) erfasst. In der folgenden Tabelle 8 werden ausschließlich die „erfolgreichen“ Vermittlungen in Therapie dargestellt; die „nicht-erfolgreichen“ Vermittlungen, die aufgrund von Absagen der Klienten, nicht erteilten Kostenzusagen oder Ablehnungen (noch) nicht zu einer Klinikaufnahme führten, sind nicht enthalten. Im Jahre 1999 waren dies 56 Klinikaufnahmen. Diese werden differenziert dargestellt.

Tabelle 8: Vermittlungen in stationäre Therapie absolute Zahlen (n = 56)

n = 56 Aufnahmen zur Entwöhnungstherapie	Frauen	Männer	Summe
Therapie wg. Alkohol	6	26	32
Therapie wg. Alkohol und Drogen	1	3	4
Therapie wg. Drogen	5	13	18
Therapie wg. Medikamenten		1	1
Therapie wg. Psychosomatik	1		1
Kostenträger LVA Rheinland - Pfalz	6	33	39
Kostenträger BfA	2	3	5
Kostenträger BEK (verschiedene)	2	1	3
Kostenträger AOK (verschiedene)	1	2	3
Kostenträger Sozialamt (verschied.)	2	1	3
Andere Kostenträger (je 1 Zusage)		3	3

noch Tabelle 8! n = 56	Frauen	Männer	Summe
FK Eußerthal, Eußerthal	1	10	11
FK Rosenberg, Daun	3	7	10
FK Landau, Landau	2	6	8
FK Flammersfeld - Rott		5	5
FK am Waldsee, Rieden	1	2	3
FK Münchwies, Neunkirchen	2	1	3
FK Michaelshof, Kirchheimbolanden		3	3
FK Thommener Höhe, Darscheid	2		2
FK Eppenhain, Kelkheim		2	2
FK Ludwigsmühle, Lustadt	1	1	2
Andere Fachkliniken (je 1 Vermittl.)	1	6	7

4.4 Bewohner der Nachsorge-Wohngemeinschaft

Im Laufe des Jahres 1999 wohnten insgesamt 15 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 1999, absolute Zahlen

	unter 1 Monat	bis 3 Monate	bis 6 Monate	bis 12 Monate	mehr als 12 Monate
Frauen		1	4	1	
Männer		3	4	2	

Tabelle 10: Nachsorge-Wohngemeinschaft, Alter der Bewohner 1999, 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				2	3	1		
Männer				5	2	1	1	

Tabelle 11: Nachsorge-Wohngemeinschaft, primäres Suchtmittel der Bewohner 1999, absolute Zahlen

	Alkohol	Medikamente	Illegale Drogen	Mehrfachabhängigkeit
Frauen			6	
Männer	3		6	

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

	Frauen	Männer
ambulante Betreuung / Behandlung		
stationäre Entwöhnungsbehandlung	6	9
keine vorausgehende Behandlung		
Schule / Ausbildung		2
Bezug von Sozialhilfe	2	5
arbeitslos gemeldet	4	2
Sonstiges		

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

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

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.

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 Suchtberatung stellt auf Wunsch einen Raum in der Beratungsstelle für autonome Selbsthilfegruppen im Bereich der Suchthilfe zur Verfügung. Dies wurde 1999 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
Frauengruppe wöchentlich	etwa 10 Teilnehmerinnen
Nachsorge-Gruppen	3 bis 7 Teilnehmer/innen
Offener Treff (bis Ende 1999)	ca. 5 Besucher/innen
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 ab jetzt auf der kontinuierlichen Begleitung suchtpräventiver 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 1999, Anzahl und Teilnehmerzahl, absolute Zahlen

Art der Veranstaltung	Anzahl	Geschätzte Teilnehmerzahl
Diskussionveranstaltungen	19	350 SchülerInnen
Fortbildungen	8	195 Personen
Seminare, Elternabende	7	266 Personen
Informations- und Planungstreffen	15	50 Personen
Theaterveranstaltungen mit Diskussion	4	500 Personen
Sonstige Veranstaltungen	2	7000 Personen (Großveranstaltungen)
Summe der Veranstaltungen	55	ca. 8.400 erreichte Personen

Tabelle 16: Fortbildungstätigkeiten der Präventionsfachkraft im Jahr 1999

Art der Veranstaltung	Anzahl
Hospitationen	16
Fachtagungen	6
Fachkräftetreffen, Fortbildungstage	10
Summe Veranstaltungen	32