

Suchthilfeplan im Rems-Murr-Kreis

Gliederung

0. **Einleitung**
1. **Suchtprävention**
im Jugendhilfeausschuss vom Mai 2009 verabschiedet, jetzt aktualisiert
2. **Prävention des riskanten Rauschtrinkens bei Jugendlichen, Bundesmodellprojekt „HaLT“ Hart am Limit**
im Jugendhilfeausschuss vom Mai 2009 verabschiedet, jetzt aktualisiert
3. **Kooperation Drogenhilfe – Jugendhilfe – Justiz („Ausweg“)**
4. **„Liaisondienst“ – Suchtberatung in Krankenhäusern**
5. **„Konsiliardienst“ – Suchtberatung für Arbeitssuchende**
6. **Niederschwellige Drogenhilfe „Horizont“**
7. **Gruppenangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien**
8. **Seminare und Gruppen für Betroffene und Angehörige**
9. **Ambulante Beratung, Motivationsarbeit, Vermittlung und Krisenintervention bei „stoffgebundenen Abhängigkeiten oder Missbrauch“**
10. **Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten**

- 11. Qualifizierte, stationäre und teilstationäre Entzugs- und Motivationsbehandlung**
- 12. Medizinische Rehabilitation**
- 13. Behandlung im Anschluss an medizinische Rehabilitation (Nachsorge)**
- 14. Behandlung von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen (CMA-Patienten)**
- 15. Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften für suchtkranke Wohnungslose**
- 16. Beratungs- und Behandlungsangebote bei „nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten“**
- 17. Selbsthilfe**
- 18. Koordination und Vernetzung als Aufgabe der kommunalen Suchthilfe**
im Jugendhilfeausschuss vom Mai 2009 verabschiedet, jetzt aktualisiert
- 19. Register**
Kontaktdaten aller Suchthilfeeinrichtungen

0. Einleitung

0.1 Suchthilfeplanung: Ziele und Bedeutung

Die Suchthilfeplanung im Rems-Murr-Kreis erfolgt in Anlehnung an den Kreisjugendplan. Dieser stellt bereits seit Jahren ein wichtiges Steuerinstrument der Kinder- und Jugendhilfe dar, das sich bewährt hat. Nachdem die Beschreibung der Angebote der Suchtprävention und Suchthilfe früher ein Teil des Kreisjugendplanes war, erscheint es nach der Einrichtung und Besetzung der Stelle des Suchthilfekoordinators zum November 2010 auch sinnvoll ein eigenes Planwerk zu etablieren. Die Teilpläne sind symptom- bzw. zielgruppenorientiert aufgebaut und stellen somit ein Handbuch der Suchthilfe und

-prävention des Rems-Murr-Kreises dar. Die aufgeführten Angebote richten sich an alle Altersgruppen. Sie werden qualitativ und quantitativ beschrieben.

Analog zu den Teilplänen des Kreisjugendplanes enthält fast jeder Teilplan auch Angaben über die (rechtlichen) Grundlagen, die Situation im Rems Murr-Kreis (Finanzierung, die Personalausstattung und die Inanspruchnahme sowie falls sinnvoll weitere spezifische Informationen) ferner eine Bewertung sowie Empfehlungen bzw. Maßnahmen die dann dem Suchthilfenetzwerk und anderen relevanten Kreisgremien zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

Auch wenn die Erstellung eines solchen Planwerkes erst einmal einen großen Kraftakt bedeutet, so liegen seine Vorteile ganz klar auf der Hand. Der Plan ist ein gutes Instrument zur bedarfsgerechten Steuerung der Suchthilfe. Durch den Abgleich des Bestandes und des Bedarfs können entsprechende Maßnahmen abgeleitet werden, welche dann die Grundlage für Entscheidungen im Jugendhilfeausschuss bilden. Durch den vorausgehenden Beteiligungsprozess sind alle an den jeweiligen Angeboten beteiligten Institutionen und Gruppen an der Weiterentwicklung der Teilpläne und damit der einzelnen Angebote mit eingebunden. Die Planung ist also ein dynamischer Prozess, der versucht, unter Einbeziehung aller Beteiligten, Antworten auf sich verändernde Situationen zu finden. Relevanz, Qualität und letztendlich auch die Verbindlichkeit der dort getroffenen Entscheidungen sind damit erheblich höher.

Abhängigkeitsstörungen sind ein Querschnittsthema. Deshalb wird innerhalb des Sozialdezernates des Landratsamtes auf die Vernetzung zu Sozial-, Altenhilfe- und Gesundheitsplanung geachtet.

0.2 Abhängigkeitsstörungen

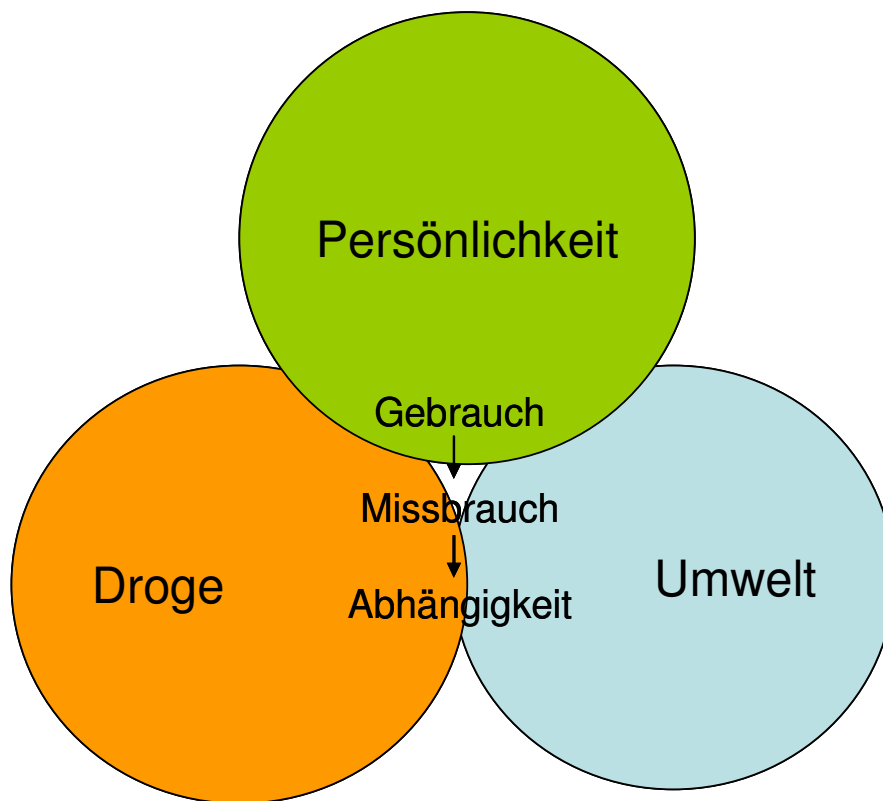


Abb. 1 Bedingungsgefüge bei der Entstehung einer Abhängigkeit

Abbildung 1 zeigt die Komplexität der Entstehungsbedingungen von Abhängigkeitserkrankungen. Diese Komplexität spiegelt sich letztendlich auch im Hilfesystem wieder. Eine weitgehende Professionalisierung erfuhr die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen erst am Ende der 60er Jahre durch die Anerkennung als Krankheit durch die WHO und durch den Eingang in das ICD 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, herausgegeben von der WHO*) als Psychische Störung. Dieser Schritt wurde auch in der damaligen RVO (Reichsversicherungsordnung), heute SGB (Sozialgesetzbuch) V u. VI, vollzogen. Aus den Trinkerheilanstalten entwickelten sich Fachkliniken und angeregt durch den Einfluss moderner Sozialarbeit und Erkenntnissen aus der Sozialpsychologie nahmen die ersten Psychosozialen Beratungsstellen ihre Arbeit auf. Der körperliche Entzug wurde optimiert, die Medizin begann sich verstärkt dafür zu interessieren. Vorher galten Suchtkranke als charakterschwach. Viele von ihnen fanden sich auch in den klassischen Bereichen der früheren Fürsorgesysteme wieder. Teilweise erhalten ist die alte Struktur bei der Kostenübernahme der einzelnen Maßnahmen (Rentenversicherung, Krankenversicherung, ALG 2 bzw. Sozialhilfe/Kommunen und Jugendamt). Diese Tatsache stellt die Kooperation der einzelnen beteiligten Institutionen vor besondere Herausforderungen.

Die **Abhängigkeitsstörung** wird in internationalen Diagnoseschemata als **psychische Störung** geführt. Im Lehrbuch für Psychiatrie von Möller, Laux und Deister (1996), wird diese Störung folgendermaßen beschrieben:

Definition: „Der ältere Begriff der „Sucht“ wurde von der WHO durch den Begriff der „Abhängigkeit“ ersetzt.

Psychische Abhängigkeit ist definiert als übermächtiges, unwiderstehliches Verlangen, eine bestimmte Substanz/Droge wieder einzunehmen. (Lust-Erzeugung und/oder Unlust-Vermeidung)

Physische (körperliche) Abhängigkeit ist charakterisiert durch Toleranzentwicklung (Dosissteigerung) sowie das Auftreten von Entzugssymptomen.

Abusus oder Missbrauch beinhaltet den unangemessenen Gebrauch einer Substanz/Droge, d. h. überhöhte Dosierung und/oder Einnahme ohne medizinische Indikation. Wiederholtes Einnehmen führt zur Gewöhnung, psychisch durch Konditionierung, körperlich in der Regel mit der Folge der Dosissteigerung.

Unter Polytoxikomanie (multipler Substanzgebrauch) wird eine Mehrfachabhängigkeit, also die gleichzeitige Einnahme verschiedener Suchtmittel, verstanden.“

Sehr schön anschaulich fasst das Diagnoseschema ICD 10 die einzelnen Merkmale der Abhängigkeit zusammen. Zur Diagnose des Abhängigkeitssyndroms müssen nach der ICD-10 mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres gemeinsam erfüllt gewesen sein:

- Starkes, oft unüberwindbares Verlangen, die Substanz einzunehmen
- Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft)
- Körperliche Entzugssymptome
- Benötigen immer größerer Mengen, damit die gewünschte Wirkung eintritt
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen, Aktivitäten, Vergnügen oder Interessen (das Verlangen nach der Droge wird zum Lebensmittelpunkt)
- Fortdauernder Gebrauch der Substanz(en) wider besseres Wissen und trotz eintretender schädlicher Folgen.

Selbstmedikation bei unangenehmen emotionalen Zuständen

Die Einnahme von Drogen stellt den Versuch zur Regulierung von Emotionen dar. Da der Abhängigkeitsstörung meist eine andere psychische Störung zugrunde liegt, kann man den Suchtmittelgebrauch auch als Selbstmedikationsversuch interpretieren. Das Suchtmittel wird als „Antidepressivum“ oder als Angst lösendes „Medikament“, etc. gebraucht. Diese Wirkung möchte der Abhängige immer wieder haben und nimmt dabei negative Auswirkungen immer mehr in Kauf. So kommt es zum Kontrollverlust und zur Toleranzsteigerung, da sich der Körper an die Wirkung der Droge gewöhnt. Dieser Selbstheilungsversuch ist aber letztendlich immer zum Scheitern verurteilt weil die tiefer liegenden psychischen Ursachen nicht bearbeitet werden. So entsteht letztendlich der Suchtkreislauf. Oftmals finden sich bei Abhängigen auch Traumatisierungen, die sie zu verdrängen suchen.

Auf die Entstehung und Entwicklung von Abhängigkeit nehmen vier Faktoren Einfluss:

- **Droge:** Verfügbarkeit; Dosis, Verabreichungsart, Suchtpotenzial, Drogenwirkung (Angstlösung, Enthemmung, Euphorisierung, Kontaktförderung,...)
- **Individuum** (Persönlichkeit): Disposition und Entwicklung, Frustrationstoleranz, Ich-Stärke, neurotische Entwicklung, Broken Home“, elterliches Vorbild (Modelle), Erziehungsfehler (Verwöhnung, zu autoritärer Erz. Stil,...)
- **Umwelt:** Gruppenzwänge, Umgebung/Umfeld, Konsumsitten, Freizeitvakuum, Konfliktsituation, Ideologie
- **Aktuelle Situation:** Schul-/Berufsprobleme, Partner-/Familienprobleme, Finanzprobleme, traumatisierende Erlebnisse, etc.

Krankheitstypische Verhaltensweisen bei Abhängigen sind Beschönigung, Verleugnung, Bagatellisierung, Verheimlichungstendenzen und absichtliches Herunterspielen bzw. Verbergen von Krankheitszeichen, um für gesund gehalten zu werden. Das Selbstwertgefühl ist durch Schuldgefühle reduziert und die Frustrationstoleranz ist meist vermindert.

Überblick über die Abhängigkeitsstörungen

(wobei die letzten beiden Spalten nach den geltenden Diagnosekriterien im engeren Sinne keine Abhängigkeiten darstellen sondern Verhaltensstörungen)

Stoffgebundene Abhängigkeiten	Essstörungen	Nichtstoffgebundene Abhängigkeiten
Alkoholabhängigkeit	Anorexie (Magersucht)	Glückspiel
Nikotinabhängigkeit	Bulimie (Ess-/Brechsucht)	„Arbeitssucht“
Medikamentenabhängigkeit	Adipositas (Fettsucht)	„Kaufsucht“
Illegale Substanzen: Cannabis, Heroin, Kokain, Amphetamine, LSD, andere synth. Psychostimulantien	Binge Eating (Essanfälle ohne gewichtsregulierende Gegenmaßnahmen)	„Medienbezogene Süchte bzw. Verhaltensstörungen“: soziale Netzwerke, Online- Spiele, (Fernsehen, Telefon)

Eine körperliche Abhängigkeit entsteht lediglich bei der Gruppe der stoffgebundenen Abhängigkeiten. Alkohol, Opiate, Tabak und bestimmte Medikamente (Schlaf und Beruhigungsmittel) erzeugen bei regelmäßigem Gebrauch und einer höheren Dosierung mehr oder weniger schnell körperliche Entzugssymptome.

Epidemiologie der stoffgebundenen Abhängigkeiten (Untersuchung der Verteilung und Verursachung von Krankheiten und psychischen Störungen)

Die Angaben schwanken je nach Quelle etwas. Die Suche nach einer Datenbasis, die die Gesamtbevölkerung betrachtet ist schwierig. Relevante Daten finden sich eher in der Fachliteratur, andere soziologische Studien betrachten nur einzelne Bevölkerungsgruppen,

z. B. beziehen sich die Prävalenzraten der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) auf 18-64 Jährige, diese machen in der deutschen Bevölkerung aber nur etwa 52 Millionen Menschen aus, das hat zur Folge, dass ca. 30 Millionen nicht berücksichtigt sind.

Insgesamt beträgt der Anteil der Abhängigen (alle Substanzen außer Tabak) in der deutschen Bevölkerung laut Möller, Laux und Deister im Lehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie, 2005, ca. 5-7% der Bevölkerung, dies entspricht bei gemittelten 6% und 82 Millionen Gesamtbevölkerung einem Anteil von 4,92 Millionen.

Die Autoren führen weiterhin folgende Zahlen auf:

3-5% der Bevölkerung sind alkoholabhängig dies sind 2,5 Millionen und fast 8% (7,93%) oder 6,5 Millionen missbrauchen Alkohol.

Die Zahl der Drogenabhängigen wird von Möller, Laux und Deister mit 150 000 angegeben das sind 0,18% und 275 000 Personen oder 0,33% missbrauchten Drogen. Hier muss angemerkt werden, dass die hier die Zahlen zwischen DHS und Möller, Laux und Deister sehr unterschiedlich sind, dies betrifft vor allem die Gruppe der Cannabiskonsumenten, die mengenmäßig herausragt. Die DHS spricht von rund 600 000 oder 1,2 % Cannabiskonsumenten (Abhängigkeit und Missbrauch) in der Bevölkerung zwischen 18-64 Jahren (Epidemiologischer Suchtsurvey 2006). Bei Möller, Laux und Deister bleibt unklar wo die Cannabiskonsumenten zugeordnet werden. Die Zahlen für andere illegale Drogen sind bei beiden Publikationen immerhin ähnlich.

Im Bereich der Medikamentenabhängigkeit (meist Benzodiazepinderivate) gehen die Autoren von etwa 1 bis 1,4 Millionen Abhängigen aus das sind 1,46% (bei 1,2 Mio.) Angaben zur Missbrauchssituation gibt es nicht. Hier sind die Schätzungen der DHS ähnlich. Diese geht von 1,4 – 1,5 Millionen Menschen aus.

Beim Tabakkonsum sind die Zahlen von Möller, Laux u. Deister deutlich höher, hier werden 7,5 Millionen oder 9,14% Nikotinabhängige genannt und insgesamt 18 Millionen oder fast

22 % (21,95%) im Missbrauchsbereich. Addiert man beide Werte so kommt man auf ähnliche Zahlen wie die DHS (29,2%).

Ähnliche Zahlen wie oben beschrieben nennen auch andere Autoren und Studien.

Bei Betroffenen und Angehörigen können schwere körperlichen Schädigungen und schwere psychische und soziale Probleme bis zum verfrühten Tod auftreten. Möller, Laux und Deister gehen jährlich in Deutschland von 40 000 Menschen aus, die infolge ihrer Alkoholerkrankung sterben, bei den Drogenabhängigen von 1500-2000 und bei den Rauchern von 130 000 Menschen. Nach seriösen Schätzungen betrügen die Folgekosten der Alkoholabhängigkeit ca. 20 Milliarden € und die des Rauchens ca. 50 Milliarden € jährlich.

Suchtmittelabhängigkeit in Deutschland

Möller, Laux und Deister, 2005, betrachten die Gesamtbevölkerung bei einer Einwohnerzahl von 82 Millionen.

Die DHS betrachtet als Zahlenbasis die Altersgruppe von 18-64 Jahren = 52 010 517 Personen (31.12.2005) (bei Tabak 51,6 Mio, 31.12.2008), = 62% der Gesamtbevölkerung die %-Werte beziehen sich auf diese Gruppe, Epidemiolog. Suchtsurvey 2006 (bzw. 2009 bei Tabak),

Suchtmittel	Missbrauch	Abhängigkeit	Tote/Jahr
Alkohol (Möller, Laux und Deister)	6,5 Millionen (7,93%)	2,5 Millionen (4%)	40 000
Alkohol (DHS)	2 Millionen (3,85%)	1,3 Millionen (2,5%)	74.000 (2002)
Drogen (Möller, Laux und Deister)	275 000 (0,33%)	150 000 (0,18%)	1500-2000 bzw. 1331 in 2009 (DHS)
Drogen ohne Cannabis (DHS)	645 000 (1,24%)		
Cannabis (DHS)	380 000 (0,7%)	220 000 (0,4%)	-
Medikamente (Möller, Laux und Deister)		1-1,4 Millionen	-
Medikamente (DHS)	1,4 – 1,5 Millionen		
Tabak (Möller, Laux und Deister)	18 Millionen (21,95%)	7,5 Millionen (9,14%)	130 000
Tabak (DHS)	15,1 Millionen (29,2%)		100 000 -120 000

Heruntergerbrochen auf den Rems-Murr-Kreis (ca. 415 449 Einwohner in 2010) bedeutet das: 18-64 Jährige = 257 255 Personen (31.12.2010) = 62% der Gesamtbevölkerung, die %-Werte beziehen sich auf diese Gruppe

Suchtmittel	Missbrauch	Abhängigkeit	Tote/Jahr
Alkohol (Möller, Laux und Deister)	32 945	16 618	208
Alkohol (DHS)	9904	6431	
Drogen (Möller, Laux und Deister)	1413	748	Prognose: 8,3, bzw. 6,65 (DHS) Tatsächlich 3 in 2010 und 1 in 2011
Drogen ohne Cannabis (DHS)	3189		
Cannabis (DHS)	1800	1029	
Medikamente (Möller, Laux und Deister)		6066	
Tabak (Möller, Laux und Deister)	91 398	37 972	656
Tabak (DHS)	75 118		489 - 592

Die Werte dieser Tabelle geben einen Überblick über die Größendimensionen der verschiedenen stoffgebundenen Abhängigkeits- und Missbrauchsproblematiken.

Wenn man die Schätzungen von Möller, Laux und Deister auf den Rems-Mur-Kreis herunterbricht kann man im **Missbrauchsbereich** daher von gut 34 358 Personen (ohne Cannabiskonsumenten) ausgehen, das sind etwa 8,27% der Landkreisbevölkerung.

Hinzu kommen noch knapp 91 500 Missbrauchs-Raucher, das ist etwas weniger als ein Viertel der Landkreisbevölkerung.

Im **Abhängigkeitsbereich** findet man ca. 23 432 Personen. Zusätzlich kommen noch ca. 38 000 chronisch abhängige Raucher hinzu bzw. nach DHS noch 75 118 Raucher.

Zusammen addiert haben wir im Gefährdungs- und Abhängigkeitsbereich von Psychostimulantien (Alkohol, Drogen, Cannabis und Medikamente) ungefähr **57790** Menschen. Das betrifft rund **13,43% der Bevölkerung des Rems-Murr-Kreises**, die hiermit potenzielle Adressaten des Suchthilfesystems sind. Bei den Rauchern beläuft sich die Summe auf rund **130 000 bzw. 75118 (DHS) Personen, das ist jeweils ein knappes Drittel der Landkreisbevölkerung**, für die es vom Suchthilfesystem ebenfalls Angebote zum Ausstieg aus der Sucht gibt.

Damit wird deutlich, dass es sich bei Abhängigkeitsstörungen nicht nur um ein Randphänomen der Gesellschaft handelt, sondern dass diese eine durchaus respektable Dimension einnehmen. Und genau hier lohnt es sich, zu investieren!

1. Suchtprävention

1.1 Einführung und Grundlagen

Der Konsum von Suchtmitteln ist als Bestandteil jugendlicher Grenzerfahrung zu betrachten, die diese zur Entwicklung einer eigenständigen Persönlichkeit brauchen und einfordern. Wenn im Alltag Stabilität (persönlich, familiär) vorhanden ist, wird der Wunsch nach Grenzerfahrung durch entsprechender Entwicklungsschritte und Lernerfahrungen nach und nach abgelöst.

In der Kindheit und Jugend werden die Weichen für die Aneignung solcher gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen gestellt. Gesundheitsbezogene Gewohnheiten, Werte und Lebensstile, die in der Jugend eingepägt werden, überdauern mit großer Wahrscheinlichkeit ein Leben lang und haben deshalb bleibende Konsequenzen für die Gesundheit und das Wohlbefinden. In gleicher Weise werden hier die entscheidenden Einstellungen zum Ge- bzw. Missbrauch von legalen und illegalen Drogen und dem Rauchen geprägt.

Eine frühere Klassifikation entlang der Entstehung einer Suchterkrankung unterschied zwischen Primärprävention (Vorbeugung im Vorfeld der Erkrankung), Sekundärprävention (Vorbeugung für Gefährdete, Therapie für Abhängige) und Tertiärprävention (Rückfallvorbeugung für ehemals Abhängige, Selbsthilfe). Dies ging einher mit der Unterteilung in:

- Gesundheitsförderung: Gesundheitschancen verbessern
- Prävention: Krankheitsrisiken minimieren

Heute richtet sich das Augenmerk auf Zielgruppen und deren spezielle Risikofaktoren mit dem Ziel, soziale und persönliche Risikovariablen durch flexible Interventionen zu minimieren. Wir unterscheiden zwischen drei Arten von präventiven Maßnahmen:

- **Universelle** Prävention (generelle Präventionsprogramme)

Dies sind Maßnahmen für die Allgemeinbevölkerung oder Bevölkerungsteile, hauptsächlich Schule und Gemeindeebene, unabhängig vom jeweiligen Erkrankungsrisiko.

Beispiele: Schulprogramme zur Förderung der Lebenskompetenz, „HaLT - proaktiver Baustein“

- **Selektive** Prävention (soziale- und Gruppenvariablen)

Sie zielt auf Personen in Gruppen und Settings ab, die speziellen Risiken ausgesetzt sind und die somit ein erhöhtes Risiko aufweisen, Substanzen zu missbrauchen bzw. abhängig zu werden:

- a) psychosoziale Risiken (z. B. schwierige Familienverhältnisse, Stress, Missbrauch, Kinder aus suchtbelasteten Familien)
- b) Umweltrisiken: (z. B. Wohnen in Brennpunkten)
- c) demographische Risiken (z. B. im Alter durch Arbeitslosigkeit)

- **Indizierte** Prävention (individuumbezogene Variablen):

Maßnahmen für Personen mit bestimmten Risikomerkmalen oder solchen, die Anzeichen einer Erkrankung aufweisen, jedoch ohne Erfüllung der vollständigen Diagnosekriterien (Personen mit manifestem Risikoverhalten, wie riskantem und schädlichem Suchtmittelkonsum, Schulprobleme, Symptome anderer Krankheiten, Probleme mit der Polizei).

Beispiele: Programm Ausweg, Beratung bei Horizont, reaktiver Baustein von HaLT, Liaisondienst, Konsiliardienst

Prävention umfasst alle Maßnahmen, die darauf ausgerichtet sind, zu verhindern, dass zerstörerische, abhängig oder krank machende Faktoren die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten gefährdet. Positiv formuliert, fördert Prävention die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten. Prävention nimmt dabei nicht in erster Linie die zu verhindernden, negativen Persönlichkeitsmerkmale, sondern die Ursachen und die Stärkung der individuellen Handlungsfähigkeit, mit Gefährdungen selbstbestimmt umzugehen, in den Blick.

Leitziel einer weiter gefassten ganzheitlichen Suchtvorbeugung ist der Aufbau und Erhalt von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden durch die Reduktion von Risikofaktoren und die Stärkung von Schutzfaktoren (persönlichen und sozialen Kompetenzen).

Dies bezieht sich auf den Menschen als Individuum (Verhaltensprävention) und um seine nahe und weitere Umwelt (Verhältnisprävention).

Im Unterschied zu den verhaltensbezogenen Ansätzen betonen die ökologischen Ansätze die Bedeutung struktureller Bedingungen. Allgemeine Verbesserungen der Bildungs- und Entwicklungsbedingungen von Kindern und anderen Bevölkerungsgruppen gehören danach zu den Aktivitäten der Gesundheitsförderung: Das Angebot von qualitätsreichen Lebenswelten in Kindergärten, Schulen und Ausbildungseinrichtungen, ebenso wie angemessene Spielmöglichkeiten und Räume für die Freizeitgestaltung und Möglichkeiten der Selbstbestimmung und Selbststeuerung im Verhältnis zu den eigenen Eltern.

Damit werden die Möglichkeiten von Information, Aufklärung und Motivierung und anderer verhaltensbezogener Maßnahmen nicht geleugnet, aber relativiert (vgl. Laaser/Hurrelmann, 1998, S. 403).

Zentral ist hierbei (bei den qualitätsreichen Lebenswelten) die Vermittlung personaler und sozialer Handlungskompetenzen und die Existenz von Rahmenbedingungen, die die Entfaltung derselben fördern (verhaltensbezogene Angebote **und** strukturelle Bedingungen sind wichtig) beispielsweise:

- Genuss- und Erlebniszfähigkeit
- Stabiles Selbstwertgefühl, ausreichendes Selbstbewusstsein
- Kritik und Selbstkritik / realistische Selbsteinschätzung
- Fähigkeit und Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen, selbständig und aktiv zu gestalten
- Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen und gegebenenfalls nein zu dem zu sagen was nicht gut tut
- Fähigkeit mit Anforderungen, Herausforderungen, Stress umzugehen und den Alltag zu bewältigen
- Fähigkeit mit Konflikten, Frustration und Aggressionen umzugehen
- Sensibilität und Achtsamkeit für den eigenen Körper, seine Möglichkeiten und Grenzen
- Kommunikations- und Kontaktfähigkeit
- Entwicklung eines Risikobewusstseins von Jugendlichen im Umgang mit Suchtmitteln (Risikokompetenz).

Ein wirkungsvolles Konzept von Gesundheitsförderung und Suchtprävention muss nach folgenden Prinzipien organisiert sein: Gesundheitserziehung und Suchtprävention müssen

- frühzeitig beginnen,
- langfristig ansetzen,
- umfassend und kontinuierlich durchgeführt werden,
- an Bedürfnissen der Zielgruppe orientiert sein.

Über diese vier zentralen Kernaussagen hinaus sollen präventive Maßnahmen stimmig sein im Sinne von Glaubwürdigkeit, eine Identifikationsmöglichkeit für die Adressaten besitzen und zwar bezüglich Ziel, Inhalt und Methode, einen klaren positiven Aufforderungscharakter haben und die Möglichkeit bieten, Handlungsmodelle zu erproben. Das Interesse der Zielgruppe ist die Grundlage um einen Zugang für präventive Maßnahmen zu erhalten. Hinzu kommt, dass besonders für Jugendliche erkennbar sein muss, weshalb es für sie persönlich lohnenswert ist, auf den Konsum von Suchtmitteln ganz oder teilweise zu verzichten.

1.2 Situationsbeschreibung im Rems-Murr-Kreis

Suchtpräventive Maßnahmen werden von einer Vielzahl von Trägern in unterschiedlichen Einrichtungen, mit unterschiedlichen Projekten und Veranstaltungen durchgeführt. Die Präventionsangebote beziehen sich sowohl auf stoffgebundene Abhängigkeiten, als auch auf pathologisches Glückspielen, auf Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet sowie auf Essstörungen. Im Folgenden werden, bezogen auf die unterschiedlichen Institutionen, in denen Suchtprävention stattfindet, die einzelnen Maßnahmen dargestellt.

Träger suchtpräventiver Angebote	Orte suchtpräventiver Angebote
Psychosoziale Beratungsstellen (Suchtberatungsstellen) der Diakonie und Caritas	Allgemeinbildende Schulen
Kreisjugendring Rems-Murr	Betriebe
Regierungspräsidium Stuttgart, Abteilung „Schule und Bildung“, Suchtbeauftragte für Suchtpräventionslehrer	Vereine / Verbände
Kreisjugendamt Rems-Murr-Kreis, Fachbereich Jugendarbeit und Suchthilfekordinator	Angebote der Offenen Kinder- und Jugendarbeit, Jugendeinrichtungen Mobiler Jugendarbeit
Landratsamt Rems Murr, Geschäftsbereich Gesundheit	Jugendhilfe
Städte und Gemeinden	Kindergärten
Polizeidirektion Waiblingen, Haus der Prävention	Kommunen
Schul-, bzw. Jugendsozialarbeit	Berufsschulen

Suchtprävention in der Schule

Die Schulen nehmen in der Suchtvorbeugung eine zentrale Stellung ein. Zum einen werden in allen Schularten die notwendigen Orientierungen zu den Gefährdungen durch legal und illegal gehandelte Drogen vermittelt. Zum anderen sollen junge Menschen zu lebensbejahenden selbstbewussten, selbständigen und belastbaren Menschen erzogen werden, denen über positive Grundeinstellungen der Weg in die Zukunft gebahnt wird. Deswegen sind sie bevorzugter Ort suchtpräventiver Maßnahmen.

Zur Bewältigung dieser suchtpräventiven Aufklärungs- und Erziehungsaufgabe ist für die Schulen ein Netz der Vorbeugung mit folgenden Komponenten geknüpft worden:

- Der schulische Auftrag zur Suchtprävention ist in allen Lehrplänen als wichtige erzieherische Aufgabe genannt, Suchtprävention ist verbindlicher Bestandteil des schulischen Unterrichts- und Erziehungsauftrags.
- An allen Schulen sind Lehrer zu Suchtpräventionslehrern bestellt, deren Aufgabe

darin besteht, suchtpräventive Angebote in den Schulen zu koordinieren und/oder durchzuführen, die notwendigen Anregungen zu geben, Informationen weiterzuleiten und vor allem die Verbindung zu dem außerschulischen System der Suchtvorbeugung herzustellen und zu halten.

- Für die Suchtpräventionslehrer besteht ein Angebot regionaler Arbeitsgemeinschaften, in denen diese Lehrer untereinander und mit außerschulischen Experten der Suchtvorbeugung regelmäßig Erfahrungen austauschen können.
- Für die Betreuung dieser regionalen Arbeitsgemeinschaften sind bei allen Regierungspräsidien Lehrer/-innen zu Suchtbeauftragten bestellt.
- Für die Suchtpräventionslehrer wird ein umfangreiches Fortbildungsprogramm angeboten, das die Regierungspräsidien (Abteilung Schule und Bildung) gemeinsam mit der Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg, organisieren.¹
- Schulsozialarbeiter werden in der Regel in die Suchtprävention mit einbezogen.

Direkt in der Schule angesiedelt sind folgende Veranstaltungen und Maßnahmen:

Projekttag "Leben ohne Sucht"

Der Projekttag "Leben ohne Sucht" wird in der 6. oder 7. Klasse durchgeführt und findet mit der gesamten Klasse in Räumlichkeiten außerhalb der Schule an einem Vormittag statt. Neben einem Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle sind der Klassenlehrer bzw. -lehrerin und die Eltern beteiligt. Mit Hilfe von verschiedenen kreativen Methoden und Aktivitäten soll am Projekttag versucht werden, durch das gemeinsame Erleben zu bestimmten vorbereiteten Themenkreisen einen Zugang zu bekommen. Dabei spielt die Mitarbeit der Eltern eine wesentliche Rolle, da diese durch Angebote von kleinen Arbeitsgruppen am Projekttag beteiligt sind. Die Arbeitsgruppen werden den Eltern an einem extra Elternabend vorgestellt und Eltern, die zur Leitung einer Arbeitsgruppe bereit sind, bekommen eine ausführliche Anleitung dazu.

Wünschenswert ist es, wenn in den Schulen, im Vorfeld des Projekttages fächerübergreifend (Deutsch, Religion, Biologie, Gemeinschaftskunde) das Thema Sucht behandelt wird und der Projekttag eine Einheit dazu bildet.

Ziel des Tages ist, Zusammenhänge des eigenen Verhaltens und der persönlichen Lebensgestaltung mit dem Thema Sucht herzustellen und deutlich zu machen.

Ansprechpartner ist der örtliche Suchtpräventionslehrer in Absprache mit einem Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle

Das Schüler-Multiplikatoren-Seminar

Das Schüler-Multiplikatoren-Seminar basiert auf einem peergruppenbezogenen Ansatz (jugendliche Gleichaltrige werden in die Präventionsarbeit für die entsprechende Zielgruppe einbezogen).

Es besteht aus einer dreitägigen Veranstaltung und wird mit Schülern der Klassen 8 aus allen Schultypen zusätzlich eines Lehrers/ einer Lehrerin von jeder Schule durchgeführt.

Ziel des Seminars ist, Schüler zur Multiplikation in der gleichaltrigen Gruppe zum Thema Sucht zu befähigen. Dies geschieht durch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten und dessen Funktion und dadurch die Sensibilisierung für das Thema Sucht. Weiter sollen die Schüler Suchtverlauf, Suchtentstehung und Suchtursachen kennen lernen und mit eigenen Erfahrungen verknüpfen. Im Rollenspiel sollen sie Hilfsmöglichkeiten erproben und eigene Grenzen erkennen. Die Jugendlichen sollen nach dem Seminar in ihrer gleichaltrigen Gruppe (peer group) im Alltag als Meinungsmacher aktiv werden. Nach dem dreitägigen Seminar sollen die Schüler die Seminarinhalte an

¹ Ausführlich ist das schulische System der Suchtvorbeugung im Suchtbericht Baden-Württemberg 1994/95 dargestellt.

ihre Mitschüler im Unterricht weitergeben. Dabei können sie Unterstützung durch den Lehrer erfahren, der ebenfalls am Schüler-Multiplikatoren-Seminar teilgenommen hat. Das Team, welches das Seminar durchführt, besteht aus zwei Fachkräften aus der Suchtberatung bzw. Jugendhilfe oder Schulsozialarbeit. Pro Seminar nehmen maximal 20 Schüler/-innen teil, wobei immer zwei aus einer Klasse kommen. Das Verhältnis zwischen Jungen und Mädchen sollte ausgeglichen sein. Pro teilnehmender Schule kommt ein/e Begleitlehrer/in mit. Der/die Begleitlehrer/in hat Aufsichtspflicht, soll Kontakt zu den Schüler/innen bekommen, soll nach Möglichkeit am Seminar interessiert sein, ist aber auch Teilnehmer und soll die Schüler/innen später bei der Weitergabe in der Schule unterstützen. Nach zwei Monaten findet ein Nachtreffen statt, bei dem es um den Erfahrungsaustausch über die Weitergabe der Seminarinhalte in der Klasse und die Planung der nächsten Schritte geht.

Ansprechpartner: Suchtberatungsstelle Waiblingen bzw. der für den Rems-Murr-Kreis zuständige Suchtbeauftragte des Regierungspräsidiums Stuttgart, Abteilung „Schule und Bildung“.

Klassenseminare

Suchtberatungsstelle Schorndorf: Das Klassenseminar wird in der 7. oder 8. Klasse durchgeführt und findet mit der gesamten Klasse in Räumlichkeiten außerhalb der Schule an einem *Vormittag* statt.

Das Ziel des Seminars ist, Suchtverlauf, Suchtentstehung und Suchtursachen kennen zu lernen und mit eigenen Erfahrungen zu verknüpfen. Als weiteren Schritt sollen die Schüler Fähigkeiten entwickeln, um sich selbst vor Sucht schützen zu können und auch einen genussvollen Umgang mit legalen Suchtmitteln zu schaffen. Dies geschieht durch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten und dessen Funktion, mit der Suchtentstehung und Suchtursachen sowie die Verknüpfung mit eigenen Erfahrungen.

Suchtberatungsstelle Backnang: Klassenseminare werden für die Klassenstufen 7-12 angeboten. Im Zeitraum von bis zu einem halben Tag werden Informationen zur Suchtentstehung vermittelt. Interaktive Anteile unterstützen dabei die aktive Auseinandersetzung mit der Thematik. Im ganzheitlichen Ansatz enthalten sind Übungen zur ICH-Stärkung, zur Stärkung von Sozial- und Lebenskompetenz, Bewusstseinsbildung, Befähigung zur Wahrnehmung eigener Grenzen und deren Vertretung nach außen bzw. Stärkung der Abgrenzungsfähigkeit und Lernen eines verantwortungsvollen Umgangs mit Genussmitteln. Auf Wunsch wirken auch Mitglieder der Kreuzbund-Selbsthilfegruppe an der Veranstaltung mit.

Ansprechpartner: Suchtberatungsstellen in Zusammenarbeit mit dem Suchtpräventionslehrer der jeweiligen Schule

„Mädchen SUCHT Junge“

Geschlechtsspezifisches und interaktives Programm zur geschlechtsspezifischen Suchtprävention für Jugendliche ab 13-14 Jahren.

Behandlung der Themen Alkohol, Rauchen, THC/XTC (alte Tafeln), Ess-Störungen/Body-Kult, PC @ Co. (PC und Internet) (neue Tafeln).

Das Programm kann auch in modifizierter Form (also nur anteilig und abhängig von nachgefragten Inhalten bzw. Veranstaltungsschwerpunkten) innerhalb der Klassenseminare oder im Rahmen von Projekttagen genutzt werden.

Ansprechpartner: Suchtberatungsstelle Backnang (ganzes Programm) bzw. Suchtberatungsstellen Waiblingen und Schorndorf

Informations-Veranstaltungen:

Innerhalb eines begrenzten Zeitrahmens (ca. zwei Schulstunden) werden themenspezifische Informationen zu Suchtmitteln und/oder Risiken und Gefährdungen durch den Konsum vermittelt. Möglich sind auch Besuche von Schulklassen bei Caritas

und Diakonie, um die Einrichtungen kennenzulernen und Schwellenängste abzubauen. Dabei sind aber Gruppengröße und Raumkapazität zu beachten bzw. abzustimmen.

Ansprechpartner: alle Suchtberatungsstellen

Schüler-Eltern-Lehrer-Arbeitskreise (nur Schulen im Bereich Waiblingen)

Suchtpräventive Maßnahmen müssen die sozialen und strukturellen Rahmenbedingungen der Intervention reflektieren. Im Idealfall würden die Programme nicht nur die Veränderung individueller Einstellungen und Verhaltensweisen zum Ziel haben ("Verhaltensprävention"), sondern durch eine Modifizierung der gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen ("Verhältnisprävention") begleitet werden. Um diese Themen gemeinsam im Schulalltag bearbeiten zu können, gibt es die Schüler-Lehrer-Arbeitskreise. Die ideale Zusammensetzung dieser Arbeitskreise ist gegeben, wenn alle drei vom Schulalltag betroffenen Gruppen, also die Schüler/innen, die Eltern und die Lehrer/innen darin vertreten sind. Wichtigste Aufgabe dieser Arbeitskreise ist es, ein ganzheitliches Konzept von Suchtprävention für die Schule zu entwickeln, Verantwortung für den Lebensraum Schule zu übernehmen und über mehrere Klassenstufen hinweg immer wieder suchtpreventive Angebote erfolgen zu lassen in enger Zusammenarbeit mit Fachstellen, wie den unterschiedlichen Beratungsstellen. Mit dem Arbeitskreis ist das Thema Sucht dauerhaft an der Schule präsent.

Ansprechpartner: Suchtberatungsstelle Waiblingen und Schulsozialarbeit

Elternabende

Elternabende werden in allen Klassenstufen auf Anfrage durchgeführt und finden an einem Abend für die Dauer von 90 Minuten statt. Inhalte: Informationsvermittlung bezüglich der Suchtentstehung, Risiko- und Schutzfaktoren hinsichtlich der Entwicklung einer Abhängigkeit, Rolle der Eltern, Warnsignale bei Jugendlichen (Wann besteht Handlungsbedarf?), Jugendschutz, Empfehlungen für das Elterngespräch zum Thema Suchtmittelkonsum, Infos über weiterführende Hilfen.

Ziel der Elternabende ist, Eltern im Umgang mit den Themen Suchtmittel und Sucht handlungsfähig zu machen, ihnen ihre Vorbildfunktion zu verdeutlichen und ihnen Hilfesysteme aufzuzeigen.

Ansprechpartner: alle Suchtberatungsstellen

Informationsveranstaltungen an Schulen durch die Polizei

Ab Klassenstufe 7 bietet die Polizei eine zweistündige Unterrichtseinheit zum Thema Alkohol und illegale Drogen an, wobei der Schwerpunkt auf Cannabis- und Synthetische Drogen liegt. Neben Aufklärung über Aussehen und Wirkungsweise dieser Drogen ist die Darstellung der Rechtslage von besonderer Bedeutung.

In Kombination mit den Schülerveranstaltungen besteht auch das Angebot eines Elterninformationsabends. Im Wesentlichen erfolgt hierbei die Darstellung des Drogenproblems aus polizeilicher Sicht mit Hintergrundinformationen zu den einzelnen Drogen sowie ein aktueller Überblick zur örtlichen Rauschgiftlage.

Für die Zielgruppe „Junge Fahrer“ besteht ab Klassenstufe 10 sowie für die Berufsschulen des Kreises die Möglichkeit einer Unterrichtsgestaltung durch Beamte der Verkehrsprävention zum Thema Alkohol und ill. Drogen im Straßenverkehr.

Ansprechpartner: Polizeidirektion Waiblingen, Haus der Prävention

Suchtprävention in der Jugendarbeit / Jugendsozialarbeit

Suchtprävention ist in der Jugendarbeit / Jugendsozialarbeit nicht als Sonderveranstaltung zu betrachten, sondern gehört zum Grundverständnis und den Prinzipien professioneller Jugendarbeit / Jugendsozialarbeit. Die Vermittlung personaler und sozialer Handlungskompetenzen (s.o.) gehören hierbei zu den Leitziele entsprechender Angebote und Konzepte. Die Auseinandersetzung über Lebensstile, Drogenkonsum und Suchtverhalten werden nicht als Informationsveranstaltung angeboten, sondern ergeben sich - oft angestoßen durch die Kinder und Jugendlichen selber - aufgrund der vertrauensvollen Beziehungen.

Über diese Ebene hinaus werden die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, insbesondere in der offenen und mobilen Jugendarbeit, auch mit Jugendlichen konfrontiert, die suchtgefährdet oder bereits abhängig sind. Sie sind oft die letzte Instanz, die bei Jugendlichen Stabilität gewährleistet und einer entspr. dauerhaften Grenzüberschreitung entgegenwirken können.

Angesichts der generellen "Beratungsaversion" die in diesen Altersgruppen gegenüber offiziellen zentralen Beratungsinstitutionen besteht, kommt hier der Jugendarbeit / Jugendsozialarbeit als Rahmen für Hilfsangebote, die räumliche Nähe und leichte Zugänglichkeit besitzen, eine verstärkte Bedeutung zu. Als Beispiel sind zu nennen:

- Streetwork in Tandemteam mit der niederschweligen Drogenberatung,
- die Bindegliedfunktion der Mitarbeiter/-innen zwischen konsumierenden Jugendlichen und den Beratungsstellen,
- die Aufklärung und Reflexion der entspr. Erlebnisse mit den Jugendlichen in der Einzelfallberatung oder im Kontext von Gruppenprozessen,
- die Ermöglichung eines offenen Austausches,
- fallbezogene Aufklärung über Gefahren und Risiken,
- die Ermöglichung und das Eingehen von Aushandlungsprozessen innerhalb der gesetzlichen Bestimmungen.

Jugendarbeit / Jugendsozialarbeit wirkt hierbei im höchsten Maß präventiv, indem sie Gefährdungen thematisiert, mit den Jugendlichen daran arbeitet, mit Gefährdungen umzugehen und verschiedene Schutzmöglichkeiten anzunehmen. Damit ist nicht gemeint, dass nun suchttherapeutisches Arbeiten in die Jugendarbeit / Jugendsozialarbeit implementiert werden soll. Die Mitarbeiterinnen in der Jugendarbeit / Jugendsozialarbeit können keine therapeutische Arbeit leisten, vielmehr sollen sie begleiten und gegebenenfalls Weichen stellen. Dies setzt ein Verständnis für Suchterkrankung und einen sicheren Umgang mit Gefährdeten und Betroffenen voraus.

Darüber hinaus ist die Jugendarbeit / Jugendsozialarbeit auch der Ort für weitere Veranstaltungen zur Drogenprävention, meist als gemeinsame Veranstaltung mit anderen Kooperationspartnern. Als Beispiele seien hier genannt die Drogenpräventionswoche "Cool and Clean", das Schülmultiplikatorenseminar oder Aufklärungsveranstaltungen mit Mitarbeiter/innen von "Horizont" oder des Hauses der Prävention der Polizeidirektion Waiblingen.

Ansprechpartner: örtliche Jugendarbeit / Jugendsozialarbeit sowie der Fachbereich Jugendarbeit des Kreisjugendamtes Rems-Murr-Kreis und der Suchthilfekoordinator.

Suchtprävention in den Vereinen und Verbänden

Insbesondere Alkohol ist fester Bestandteil unserer Gesellschaft und in viele Lebensbereiche integriert. Auch in den Vereinen und Verbänden gehört er dazu.

Die Einstellung von Kindern und Jugendlichen zum Alkohol wird dabei entscheidend über das erwachsene Vorbild geprägt. Deshalb braucht es auch in den Vereinen und

Verbänden Übungsleiter/-innen und Trainer/-innen, die ihre besondere Vorbildfunktion wahrnehmen und so dazu beitragen, dass aus unseren Kindern „starke Persönlichkeiten“ werden. Denn diese sind erwiesenermaßen weniger suchtfährdet.

Die oben genannten Träger bieten den Vereinen und Verbänden in diesem Zusammenhang Beratung und Unterstützung, z.B. im Rahmen der vom Kreisjugendring angebotenen Jugendleiterschulungen oder in Form von speziellen Informationsveranstaltungen bei Vereinen oder Vereinsvertreterversammlungen in den Kommunen.

Ansprechpartner: Kreisjugendring Rems-Murr sowie der Fachbereich Jugendarbeit des Kreisjugendamtes Rems-Murr-Kreis und der Suchthilfekordinator.

„taff enough – Jugendschutz geht uns alle an“, künftig „HaLT-proaktiv“ (=Verhältnisprävention)

Um der zunehmenden Problematik vor allem um das Thema Alkopops aufzugreifen und diesem entgegenzuwirken, initiierten Ende 2004 das Kreisjugendamt Rems-Murr-Kreis, Referat Jugendarbeit und die Polizeidirektion Waiblingen, Kriminal- und Verkehrsprävention das gemeinsame Kooperationsprojekt „taff enough – Jugendschutz geht uns alle an“.

Diese Kooperation verfolgte ähnliche Ziele wie der proaktive Teil von HaLT.

Beide wollen lebensbedrohliches Rauschtrinken im Vorfeld verhindern. Die betroffenen Jugendlichen berichten, dass sie einerseits leicht an große Mengen Alkoholika gelangen und dass kaum soziale Kontrolle erfolgt, wenn sie diesen konsumieren. Hier setzt das Konzept „HaLT“ genauso wie „taff enough“ auf die systematische Einhaltung des Jugendschutzgesetzes und erhöht die Sensibilität und Aufmerksamkeit des sozialen Umfeldes in diesem Zusammenhang. Um Jugendliche in ihrer altersgemäßen Experimentierphase mit einer (noch) unbekannt Substanz zu begleiten und als Gegengewicht der oben beschriebenen fehlenden gesellschaftlichen Orientierung, bedarf es eines klaren Feedbacks der Erwachsenen überall dort, wo Alkohol in der Öffentlichkeit abgegeben wird – an Festveranstaltungen, in Jugendkneipen, in Diskotheken und im Einzelhandel, bei Schulfesten und Klassenfahrten.

Dies soll Jugendlichen (altersadäquat) den Zugang zu Alkoholika erschweren und gleichzeitig an vielen Orten im öffentlichen Raum einen Rahmen für einen genussorientierten, unschädlichen Umgang mit Alkohol schaffen.

Dies wird im proaktiven „HaLT“ bzw. und bei „taff enough“ umgesetzt, indem

- Bewusstseinsstärkung bei Jugendlichen gefördert wird, um sie so für Gefahren zu sensibilisieren
- Infomaterialien zum konsequenten Umgang mit dem Jugendschutzgesetz vor Festveranstaltungen zur Verfügung gestellt werden
- In Informationsveranstaltungen, in Workshops zum Thema jugendlicher Alkoholkonsum sensibilisiert wird
- Im Einzelhandel konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes besprochen und umgesetzt wird
- Im Kontext der Schule, etwa bei Klassenfahrten und Schulfesten – das Thema Alkohol thematisiert wird in Kooperation mit der Polizei die Nichtbeachtung des Jugendschutzgesetzes kontrolliert und ggf. sanktioniert wird

Die bereits bestehenden Projektbausteine von „taff enough“ wie z. B. „schon 16? – Jugendschutz, ich mache mit“ z.B. Gestattungen bei Festen nur bei Verpflichtung zum Jugendschutz und gleichzeitiger Versand von entsprechenden Materialien oder die „blauen Briefe“ und weitere Möglichkeiten sind in dem Maßnahmenkatalog

„Alkoholprävention im Rems-Murr-Kreis“ aufgeführt und beschrieben und werden zum proaktiven HaLT zusammengefasst.

Zur Abstimmung und Weiterentwicklung der verhältnispräventiven Aktivitäten (ordnungspolitische Aktivitäten) wurde im Februar 2011 der „Arbeitskreis Jugendschutz“ ins Leben gerufen. Dort treffen sich zweimal im Jahr Ordnungsamtsleiter, die die Kommunen repräsentieren sowie der Leiter der Gewerbebehörde vom Fachbereich Ordnung des Landkreises, Vertreter der polizeilichen Prävention, der Kreisjugendreferent und der Suchthilfekoordinator.

Ansprechpartner: Suchthilfekoordinator und in rechtlichen Fragen Polizeidirektion Waiblingen, Haus der Prävention

Schulung von Eltern sowie pädagogischen Fachkräften

Inhalte dieser Schulungen sind Themen, wie „Faktoren der Abhängigkeitsentwicklung“, „Auswirkungen des Suchtmittelkonsums bei Jugendlichen“, „Jugend und Alkohol“, „Alkopops“, „Was Kinder stark macht oder was haben Gummibärchen mit Suchtprävention zu tun“ und „Einflussmöglichkeiten und Vorbild von Eltern“. Dazu werden in Kindergärten, Grundschulen, weiterführenden Schulen aber auch in Kirchengemeinden Vorträge mit anschließender Frage- und Diskussionsrunde gehalten.

Ansprechpartner: Suchtberatungsstellen und Polizeidirektion Waiblingen, Haus der Prävention und der Suchthilfekoordinator

Kooperation / Vernetzung

Schon seit langem werden einzelne der genannten Präventionsmaßnahmen in Kooperation zwischen zwei oder mehreren Trägern in der Praxis umgesetzt. Um darüber hinaus mögliche Doppelstrukturen zu vermeiden und ein Nebenher von Maßnahmen zu vermeiden treffen sich zwei bis dreimal im Jahr die im Rems-Murr-Kreis direkt in der Prävention tätigen Einrichtungen und Mitarbeiter auf administrativer Ebene im Rahmen einer Arbeitskreis Prävention als Unterarbeitskreis des kreisweiten Suchthilfenetzwerks. Bei diesen Treffen werden die oben beschriebenen Aktionen aufeinander abgestimmt und aktuelle Entwicklungen bei Suchtgefährdeten aufgegriffen. Die verhältnispräventiven Maßnahmen werden im Arbeitskreis Jugendschutz miteinander abgestimmt. Die Verbindung der beiden Arbeitskreise ist durch den Kreisjugendreferenten, den Vertreter der polizeilichen Prävention sowie durch den Suchthilfekoordinator gewährleistet.

Ansprechpartner: Suchthilfekoordinator

1.3 Bewertung

In Bezug auf die unterschiedlichen zielgruppen- und themenbezogenen Präventionsmaßnahmen haben sich als besonders wirksam diejenigen Strategien erwiesen, die Maßnahmen zur Reduzierung der Nachfrage von Suchtstoffen (Verhaltensprävention) mit Maßnahmen zur Reduzierung bzw. Beschränkung des Angebots von Suchtstoffen (Verhältnisprävention) für das Oberziel verbinden, entsprechendes Konsumverhalten zu reduzieren.

Reine Informationsveranstaltungen, Aufklärungskampagnen, Events wie z.B. Antidrogen-discos bilden hierbei zwar einen öffentlichkeitswirksamen Rahmen, sind laut der aktuellsten Studien aber in ihrer Wirksamkeit eher gering einzuschätzen (Babor et al. 2005, BzGA 2006). Angebote aus der sozialen Infrastruktur sind in ihrer Wirksamkeit gleichbedeutend wie zielgruppen- und themenbezogene Suchtpräventionsmaßnahmen und es ist wichtig beide zu verzahnen.

Strukturelle Maßnahmen wie auch zielgruppen- und themenbezogenen Präventions-

maßnahmen müssen in ein Gesamtkonzept suchtpreventiver Angebote im Rems-Murr-Kreis eingebettet sein.

Die momentanen Maßnahmen und Netzwerkstrukturen zeugen von einem guten und wichtigen Standard. Allerdings erfordern gestiegene Präventionsbedarfe – vor allem im Bereich der Alkoholprävention und der Vermittlung von Risikokompetenzen – eine bessere Verzahnung, intensivere Implementierung und den Ausbau der beschriebenen Maßnahmen.

In folgenden Bereichen

- Koordination / Vernetzung präventiver Maßnahmen in den einzelnen Städten und Gemeinden im Rems-Murr-Kreis
- Bündelung und Weitergabe von fachlichem Wissen im Rahmen von Veranstaltungen
- Entwicklung eines Gesamtpräventionskonzept für den Rems-Murr-Kreis
- Umsetzung und Koordination der proaktiven und Bausteine im Rahmen des Projekts HaLT
- Flächendeckender Einsatz kreisweiter Präventions-Projekte einschließlich des hierfür notwendigen Aufbaus und Pflege entsprechender Projekt-Netzwerke sowie
- Qualitativen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der einzelnen Maßnahmen
- Quantitativen Ausweitung und Implementierung einzelner zentraler Maßnahmen in alle Kommunen des Kreises
- Evaluation der Maßnahmen und Kapazitäten

bedarf es für ein planvolles Zusammenwirken aller präventiver Maßnahmen einer Koordination „aus einer Hand“ bzw. einer zentralen Ansprechperson für alle mit Drogen- und Suchtproblemen befassten Dienste im Rems-Murr-Kreis. Der Weg von der im Teilplan genannten punktuellen Vielfalt hin zu einem kreisweiten Qualitätsstandard im Bereich der Präventionsmaßnahmen sind ohne weitere Personalkapazität bzw. alternativ der Aufgabe bisheriger Arbeitsschwerpunkte einzelner Präventionsfachkräfte in einzelnen Bereichen nicht umsetzbar. Die Hauptaufgabe einer entsprechenden Fachstelle Suchtkoordination ist es, im Rems-Murr-Kreis eine mit allen relevanten Partnern abgestimmte, optimale Suchtvorbeugung und -hilfe für Gefährdete und bereits Abhängige

- zu organisieren,
- zu erhalten und
- auf hohem fachlichen Niveau weiterzuentwickeln.

Die dargestellten Bedarfslagen werden auch vom Land Baden-Württemberg so gesehen und durch die Förderung der Kommunalen Suchtbeauftragten soll diese Arbeit in den Stadt- und Landkreisen dauerhaft verankert werden. Zu den Aufgaben eines Kommunalen Suchtbeauftragten gehören demnach:

- die Bestandaufnahme der örtlichen bzw. regionalen Angebote in der Suchtprävention und Suchthilfe, Sammlung von Informationen, Beobachtung von Entwicklungen
- Initiierung und Abstimmung der Aktivitäten aller an der Suchtprävention mitwirkenden gesellschaftlichen Kräfte wie kommunale und staatliche Behörden, Schulen, Elternvertretung, Träger der außerschulischen Jugendbildung, örtliche Verbände und Organisationen der freien Wohlfahrtspflege, Vereine Betriebe
- Geschäftsführung des Kommunalen Suchthilfenetzwerkes

Der Kommunale Suchthilfe Koordinator wird vom Land Baden-Württemberg jährlich mit 17.900 Euro pro Vollkraftstelle gefördert. Darüber hinaus werden präventive Aktivitäten und Projekte des Suchtbeauftragten auch von der AOK mit 5000 € pro Jahr gefördert.

**Der Jugendhilfeausschuss hat am 04.05.2009 folgende Maßnahme beschlossen:
„Für den Rems-Murr-Kreis soll beim Land Baden-Württemberg die Stelle eines
Kommunalen Suchthilfekordinators beantragt werden.“²
Diese Maßnahme ist umgesetzt. Die Stelle ist seit dem 01.11.2010 besetzt.**

² Diese Maßnahme ist identisch mit M 1 im Teilplan 14.6.13 „Koordination und Vernetzung als Aufgabe der kommunalen Suchtkranenilfe“

2. Prävention des riskanten Rauschtrinkens bei Jugendlichen Bundesmodellprojekt „HaLT - Hart am Limit“

2.1 Einführung und Grundlagen

Die momentane Situation des riskanten Rauschtrinkens beschreibt der Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung Mechthild Dyckmans vom Mai 2011 (Seite 21 ff) sehr zutreffend: „Alkohol ist die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz: Der regelmäßige Alkoholkonsum von Jugendlichen ist weiter rückläufig und hat im Jahr 2010 den niedrigsten Stand seit den 1970er Jahren erreicht. Noch immer verbreitet ist allerdings das Rauschtrinken (Konsum von mindestens fünf alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit) Zwar sind hier leichte Rückgänge zu verzeichnen, eine generelle Trendwende lässt sich jedoch nicht ableiten.“

Weiter heißt es in diesem Bericht: „7000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 - 25 Jahren wurden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu ihren Trinkgewohnheiten befragt. Vor allem in der Altersgruppe der 12 – 17 Jährigen griffen im Jahr 2010 deutlich weniger Jugendliche regelmäßig zu alkoholischen Getränken. Während 2004 noch etwa jeder Fünfte (21,2%) dieser Altersgruppe angab, mindestens einmal in der Woche Alkohol zu trinken, lag dieser Anteil 2010 bei 12,9%. Auch die Zahl derer, die das Rauschtrinken praktizieren, ist über alle Altersgruppen hinweg leicht gesunken. Doch noch immer geben 16,7% der minderjährigen Jugendlichen an, im letzten Monat Rauschtrinken betrieben zu haben. Im Jahr 2004 waren es 22,6%. Vor allem bei Jungen und jungen Männern ist dieses riskante Trinkverhalten weiterhin verbreitet. So praktizierte im vergangenen Jahr jeder Fünfte 12-17 Jährige mindestens einmal im Monat Rauschtrinken, bei den 18 – 25 Jährigen war es sogar jeder Zweite.“

Mechthild Dyckmans führt weiter aus, dass vor allem soziale Faktoren den Alkoholkonsum von Jugendlichen beeinflussen: „Sie trinken, um Spaß zu haben, Hemmungen zu überwinden und weniger schüchtern zu sein. Außerdem entscheidend ist das direkte Umfeld junger Menschen. Je mehr und je häufiger Alkohol etwa im Freundeskreis getrunken wird desto höher ist der eigene Alkoholkonsum. Im Jahr 2009 wurden 26.400 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 20 Jahren aufgrund akuten Alkoholmissbrauchs stationär im Krankenhaus behandelt. Dies ist ein Anstieg um 2,8% gegenüber 2008. Im Vergleich zum Jahr 2000 ist die Zahl um 178% angestiegen; damals waren rund 9500 Patientinnen und Patienten mit der Diagnose „akute Alkoholintoxikation“ stationär behandelt. Wegen Alkoholmissbrauchs wurden mehr männliche Jugendliche und junge Männer im Alter von 15 bis 19 Jahren (65%) behandelt. Bei Kindern im Alter von 10 bis 15 Jahren stellten die Mädchen den größeren Anteil (52%), obwohl ihr entsprechender Anteil an der Bevölkerung nur 49% beträgt. Die Zahl der Kinder, die aufgrund einer Alkoholvergiftung stationär im Krankenhaus behandelt werden mussten, ist rückläufig: Wurden 2008 bundesweit noch 4.500 Kinder im Alter von 10 bis 15 Jahren stationär behandelt, so waren es 2009 noch 4.300. Dies entspricht einem Rückgang um 4%. Dagegen ist die Zahl der Jugendlichen im Alter von 15 bis 20 Jahren um 4,3% angestiegen (von 21.200 auf 22.100).“

Das Deutsche Ärzteblatt (Heft 19, Mai 2009) berichtet, dass ein systematisches Review über die Forschungslage in europäischen Ländern zwei divergierende Motivationsstränge zum „binge drinking“ unterscheidet:

- Gruppe 1 konsumiert in Erwartung von Spaß, aufregenden Erlebnissen, Vergnügung und vereinfachter Sozialkontakte. Soziale Hemmungen sollen überwunden werden, wobei die Erwartung gesteigerter sexueller Aktivitäten eine große Rolle spielt (beide Geschlechter).
- Gruppe 2 trinkt zur Spannungsreduktion, Stressbewältigung und im Sinne einer Selbstmedikation zur Regulierung negativer Affekte.

Nur eine Minderheit setzt einen exzessiven Alkoholkonsum in spätere Altersstufen fort. Bei diesen Jugendlichen treffen lebensgeschichtlich frühe Risikofaktoren mit problematischen Folgen dieser Konsummuster zusammen. (Dt. Ärzteblatt,

Maßnahmen zur Hilfe und Prävention

Es gibt verschiedene Ansätze zur Begrenzung des Alkoholkonsums unter Jugendlichen. Dazu gehört das Modellprogramm „HaLT- Hart am Limit“, das 2003 vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert wurde. Das Projekt verfolgt eine Doppelstrategie. Einerseits wird Jugendlichen, die bereits mit einer Alkoholvergiftung aufgefallen sind, Hilfe und Beratung angeboten (Reaktiver Baustein). Zum anderen werden in Kommunen Netzwerke aufgebaut, die für die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes eintreten und Initiativen gegen exzessiven Alkoholkonsum entwickeln. Handel, Gastronomie, Kommune, Polizei, Erziehungsberechtigte, Schulen und Vereine sollen beteiligt werden (Proaktiver Baustein). Zur Verwirklichung dieser Strategien werden Präventionseinrichtungen vor Ort gegründet. Die wissenschaftliche Begleitung ermittelte positive Wirkungen des Konzeptes. Eine Ausweitung auf weitere Standorte ist möglich.

2.2 Situationsbeschreibung im Rems-Murr-Kreis

Im Rems-Murr-Kreis gibt es seit Jahren laut Krankenhausstatistik Notfallaufnahmen von Jugendlichen mit Alkoholintoxikation, die in der Folge intensiv medizinisch betreut werden mussten (siehe Grafik auf der folgenden Seite). Hinzu kommt die Zahl der Jugendlichen, die zwar stark alkoholisiert angetroffen werden, jedoch keiner intensivmedizinischen Betreuung bedurften. Auch hier verzeichnet die Polizeidirektion Waiblingen eine kontinuierlich ansteigende Zahl von alkoholisierten Jugendlichen, die von der Polizei aufgegriffen und den Eltern übergeben wurde. Im Jahr 2009 waren dies 39. 2010 – 50 und 2011 insgesamt 47 Jugendliche.

Jugendliche mit Alkoholintoxikation in RM-Kliniken

Einschlusskriterien: Hauptdiagnose: F10 : psych u. Verhaltensstörungen durch Alkohol; Alter < 21 Jahre
Datenquelle: §21 Datensatz

RMK Backnang					
Alter	2007	2008	2009	2010	2011
<= 12	0	0	0	0	0
13-15	5	0	2	1	2
16-18	18	18	17	12	9
19<21	9	5	13	9	7
Summe	32	23	32	22	18
jüngster Patient	14	16	15	14	13

RMK Schorndorf					
Alter	2007	2008	2009	2010	2011
<= 12	0	0	0	0	0
13-15	1	9	4	4	2
16-18	14	6	15	11	12
19<21	4	3	4	3	6
Summe	19	18	23	18	20
jüngster Patient	14	13	13	15	15

RMK Waiblingen					
Alter	2007	2008	2009	2010	2011
<= 12	0	2	1	1	0
13-15	24	34	46	43	35
16-18	20	31	50	36	36
19<21	11	6	6	11	6
Summe	55	73	103	91	77
jüngster Patient	13	12	12	12	13

RMK gesamt					
Alter	2007	2008	2009	2010	2011
<= 12	0	2	1	1	0
13-15	30	43	52	48	39
16-18	52	55	82	59	57
19<21	24	14	23	23	19
Summe	106	114	158	131	115

Grafik: Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die mit einer Alkoholintoxikation eingeliefert in eine der Rems-Murr-Kliniken eingeliefert wurden. Die „übliche“ Behandlung der weitaus meisten Fälle kostet die Krankenkassen jeweils etwa 530 €. (Quelle: Rems-Murr-Klinikum)

Korrelationen ergeben sich möglicherweise mit der Aufhebung der Ladenschlusszeiten in Baden-Württemberg (ab 06.03.2012) und mit dem Verbot des Verkaufs von Alkohol zwischen 22.00 und 05.00 Uhr (seit 01.03.2010). Außerdem sollte die Wirkung entsprechender Präventionsmaßnahmen berücksichtigt werden.

Am 18.12.2007 fand erstmals eine Informationsveranstaltung zum Projekt „HaLT“ in der Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke in Waiblingen statt.

Die Arbeitsgemeinschaft Kommunales Suchthilfenetzwerk Rems-Murr-Kreis berief in der Folge zwei Arbeitsgruppen ein, die sich um den Projekttransfer in den Rems-Murr-Kreis kümmern und diesen konzipieren sollten.

Im Bereich des reaktiven Bausteins waren in der Arbeitsgruppe neben den Suchtberatungsstellen alle Chefärzte der internistischen und pädiatrischen Abteilungen der Kreiskrankenhäuser im Rems-Murr-Kreis sowie ein Vertreter einer Fachklinik vertreten. Beim proaktiven Baustein neben den Suchtberatungsstellen die Polizei, die örtliche Jugendhilfe sowie Vertreter des Kreisjugendamtes/Kreishaus der Jugendarbeit, des Gesundheitsamtes und des Regierungspräsidiums. Diese Ergebnisse sind im Teilplan 1. Suchtprävention gesondert dargestellt.

In seiner Sitzung vom 04.05.2009 hat der Jugendhilfeausschuss die Umsetzung des reaktiven Teils von HaLT an allen drei Krankenhäusern des Kreises beschlossen.

Das „HaLT“-Konzept setzt in seinem **reaktiven Baustein** eine indizierte Präventionsstrategie um, das bedeutet, dass „HaLT“ Risikogruppen anspricht – eine besonders effiziente Form der Prävention. Indem „HaLT“ ein Kooperationsnetz auf lokaler Ebene aufbaut, erreicht das Projekt riskant konsumierende Jugendliche frühzeitig. Als „schädlicher Konsum“ gelten schwere Alkoholvergiftungen.

Für die Überleitung von Jugendlichen mit komatöser Alkoholvergiftung aus dem Kreiskrankenhaus zur weiteren psychosozialen Begleitung in den jeweiligen Suchtberatungsstellen wurde ein transparentes Ablaufschema entwickelt. Grundlage hierfür ist ein sensibles Informationsgespräch des Arztes mit dem Jugendlichen und dessen Eltern. Ziel ist, über das Präventionsangebot von „HaLT“ zu informieren und für eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten zu motivieren. Sind die Beteiligten einverstanden (schriftliche Schweigepflichtentbindung durch die Eltern erforderlich) informieren Arzt oder Pflegepersonal die Mitarbeiter von „HaLT“ an den jeweiligen Standorten der Psychosozialen Beratungsstellen (Waiblingen, Backnang oder Schorndorf) per Fax oder Telefon. Durch eine Rufbereitschaft führt der/die HaLT-MitarbeiterIn noch während des Krankenhausaufenthaltes ein sogenanntes „Brückengespräch“ im Kreiskrankenhaus durch. Somit kann der „Schockmoment“, in dem die Betroffenen eine erhöhte Bereitschaft zur vertieften Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation und dem damit verbundenen Problemverhalten haben, genutzt werden.

Neben Einzelberatung für Betroffene und Eltern, bietet ein Gruppenangebot, der sogenannte „Risikocheck“, betroffenen Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, die komatöse Alkoholvergiftung gemeinsam mit Anderen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, zu thematisieren und aufzuarbeiten. Der „Risikocheck“ soll an 5-6 Terminen im Jahr angeboten werden. Die Gesamtdauer ist bisher mit 4 - 6 Stunden (in der Kletterhalle 4 Stunden, im Hochseilgarten 6 Stunden) geplant. Sie ist erweiterbar auf bis zu zwei Tagen. Ziele sind, die Sensibilität der Jugendlichen für die Grenzen zur Selbstschädigung zu erhöhen, ihr Verantwortungsgefühl für das eigene Tun zu stärken und den individuellen Punkt des Ausstiegs aus Risikosituationen in der Zukunft innerlich zu verankern. Im Konzept des „Risikochecks“ wird berücksichtigt, dass gesundheitschädigende Verhaltensweisen bei Jugendlichen nur dann aufgegeben werden, wenn „die angestrebten, unschädlichen Alternativen mit positiven und lustvollen emotionalen Erlebnissen verbunden sind“ (Koller 2006). Aus diesem Grunde wurde in das interaktive, kommunikationsorientierte Angebot ein erlebnispädagogischer Baustein integriert, der neue emotionale Erfahrungen ermöglicht, welche die Jugendlichen danach unter sozialpädagogischer Anleitung auf Alltagssituationen übertragen.

Als geeignete Intervention hat sich unter anderem das Klettern erwiesen, da hier in einem gesicherten Rahmen Grenzerfahrungen gemacht werden können, Ausstiegsimpulse dezidiert wahrgenommen und auch gegenüber einer Gruppe verträglich vertreten werden können. Zentrales Ziel ist hier die Erhöhung von Risikokompetenz, was sich durch das frühe und zeitlich begrenzte Angebot des „Risikochecks“ erreichen lässt. Den betroffenen Jugendlichen ist es gestattet, eine (befeundete) Person zum Risikocheck mitzubringen, die nicht zur originären Zielgruppe des reaktiven Bausteins von „HaLT“ gehört. So fällt es den Jugendlichen leichter, am Gruppenangebot teilzunehmen, die nicht betroffenen Jugendlichen wirken ferner als „Verstärker“ im Bezug auf eine Verhaltensänderung. Gegebenenfalls werden die Jugendlichen in der Folgezeit noch in weitere Hilfeangebote vermittelt.

Der **proaktive Baustein** von „HaLT“ wird im Rahmen der bestehenden Prävention mit den Personalressourcen der Psychosozialen Beratungsstellen, der offenen und verbandlichen Jugendarbeit, Vertretern von Kommunen, dem Geschäftsbereich Ordnung des Landkreises sowie des Kommunalen Suchthilfekoordinators durchgeführt. (siehe dazu Teilplan 1 „Suchtprävention“)

Finanzierung

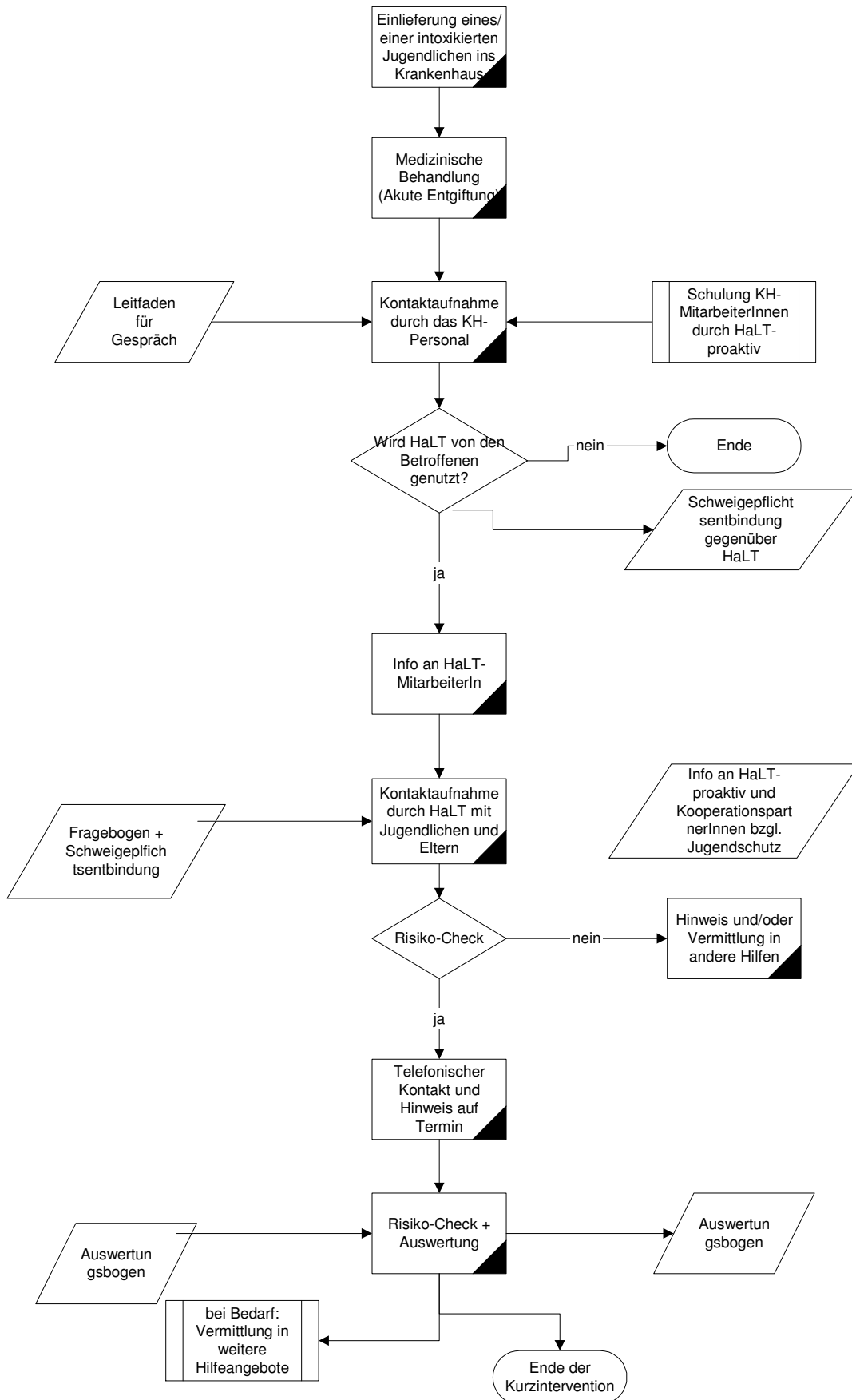
Finanziert wurde dieser Baustein zunächst über Gelder aus den Stiftungen der Kreissparkasse, dem „Förderkreis zur Unterstützung der Diakonischen Bezirksstelle Schorndorf“ und der Rems-Murr-Stiftung.

Die Psychosozialen Beratungsstellen im Rems-Murr-Kreis als Träger des HaLT-Projektes haben einen Antrag gemäß dem „Leitfaden Prävention der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der §§ 20 und 20 a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 02. Juni 2008 eine Kostenübernahme für den reaktiven Baustein von „HaLT“ gestellt, da dieses Konzept nachweislich:

- eine wiederholte Krankenhausbehandlung von Jugendlichen bei Alkoholabusus durch die oben beschriebene Maßnahme verringert,
- einer Chronifizierung des Alkoholabusus bei Jugendlichen vorbeugt und somit alkoholbedingte Folgeerkrankungen verhindert.

Auf diese Weise sollten die Krankenkasse von den hier eingesparten Folgekosten für Krankenbehandlungen entlastet werden.

Von allen Kassen gewährt bis jetzt nur die AOK eine finanziellen Zuschuss von 150 € pro betroffenes Kassenmitglied, jedoch maximal 3750 € je Landkreis. Alle anderen Krankenkassen gewähren bisher noch keine finanziellen Förderungen für diese Interventionsmaßnahme.



Die Grafik zeigt den Prozessablauf des reaktiven HaLT

2.3 Bewertung und Maßnahmen

Der reaktive Baustein von HaLT startete am 1.10.2010.

Im ganzen Jahr **2011** wurden insgesamt **42 Jugendliche** durch Brückengespräche im Krankenhaus erreicht, 18 Mädchen und 24 Jungen im Alter von 13 – 18 Jahre. Der Schwerpunkt lag mit 57,1 % (24) bei den 15 - 16jährigen, die 13 – 14jährigen folgten mit 26,2 % (11) und 16,7 % (7) waren zwischen 17 und 18 Jahre alt. Außer zwei Jugendlichen kamen alle aus dem Landkreis. Mit 39 Jugendlichen wurden das Brückengespräch in der Kinderklinik oder in der Notfallaufnahme in Waiblingen geführt und mit 3 Jugendlichen in Schorndorf. Vom Backnanger Krankenhaus wurden die HaLT-Mitarbeitenden zu keinem Gespräch angefordert.

Vor dem Hintergrund der Gesamtzahl der 2011 mit Alkoholintoxikation in die Rems-Murr-Kliniken eingelieferten Jugendlichen im Alter von 12 – 18 Jahre (insgesamt 96) wurden durch das HaLT-Projekt insgesamt 43,7 % durch Gespräche im Krankenhaus erreicht.

Weitergehende Hilfen in Form von Gesprächen in den Beratungsstellen wurden von einem Viertel der Jugendlichen bzw. Eltern wahrgenommen.

Interesse am Risikocheck hatten beim Brückengespräch insgesamt 16 Jugendliche geäußert. Als es um die konkrete Anmeldung ging, verringerten sich die Zahlen auf 2 - 3 Jugendliche, sodass im Jahr 2011 noch kein Risikocheck stattfand. Für 2012 sind insgesamt fünf Termine fest eingeplant, damit das Angebot jeweils zeitnah gemacht werden kann. Wegen der geringen Anzahl der HaLT-Jugendlichen wird für das Jahr 2012 die infrage kommende Gruppe erweitert durch Jugendliche, die in der Beratung oder über Projekt „Ausweg“ bei HORIZONT sind.

Das erste Jahr zeigt eine gute Akzeptanz dieses Angebots vor allem innerhalb des Waiblinger Krankenhauses und hier der Kinderklinik. Regelmäßig Informationsveranstaltungen für die Ärzte und Ärztinnen und Öffentlichkeitsarbeit begleiten das Projekt.

Neues Projekt zur Prävention alkoholbedingter Jugendgewalt

Ende 2011 hat die Polizeidirektion Waiblingen zusammen mit den Kooperationspartnern aus der Suchthilfe des Kreisdiakonieverbandes, des Caritasverbandes, von Prävent Sozial, den Fan-Beauftragten des VfB und der SG Großaspach sowie mit der Unterstützung des Suchthilfekordinators ein neues Projekt „Prävention alkoholbedingter Jugendgewalt“ (PAJ) ins Leben gerufen und dafür Mittel der Landesstiftung Baden-Württemberg, der Rems-Murr-Stiftung und der Initiative Sicherer Landkreis zunächst für zwei Jahre zugesagt bekommen. Der Arbeitstitel lautet: „Wir geben der Jugend eine Chance“.

Dieses Projekt erweitert die Zielgruppe des reaktiven HaLT, hat aber auch noch andere Bausteine. Interveniert wird im Vorfeld von Krankenhausbehandlungen wegen Alkoholvergiftung: von der Polizei aufgegriffene alkoholisierte Jugendlichen (80-90 Fälle/Jahr) und deren Eltern wird ein Brückengespräch durch die Suchtberatungsstellen empfohlen. Dabei findet eine weitere diagnostische Klärung statt und ggf. wird auch hier der Risikocheck empfohlen. Das Projekt kann sich jedoch noch durch die bisherigen Erfahrungen verändern.

Der Jugendhilfeausschuss hatte in seiner Sitzung vom 04.05.2009 beschlossen, dass das Projekt HaLT (reaktiv) an allen drei Krankenhäusern im Rems-Murr-Kreis kurzfristig umgesetzt wird. Diese Maßnahme wurde ab Oktober 2010 umgesetzt.

M1

Das Projekt HaLT soll nach der Projektphase Ende 2013 ausgewertet werden. Anschließend soll ein angepasstes Finanzierungskonzept erstellt werden.

Umsetzung: mittelfristig

3. Kooperation Drogenhilfe – Jugendhilfe – Justiz („Ausweg“)

3.1 Einführung und rechtliche Grundlagen

Um die Zusammenarbeit zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe, Polizei und Justiz zu verbessern wurde 2003 im Rahmen eines jährlichen Kooperationstreffens auf Kreisebene (gemäß § 78 SGB VIII) das Projekt **Ausweg** ins Leben gerufen. Zweck dieser Kooperationsvereinbarung ist es, durch Drogenmissbrauch straffällig gewordene Jugendliche und Heranwachsende frühzeitig zu erreichen und sie beim Ausstieg aus dem Drogenkonsum und der Kriminalität zu motivieren und damit die Basis für eine gute soziale Integration zu schaffen.

Durch einen konstruktiven Verbund von repressiven und beraterischen/therapeutischen Maßnahmen wird den Jugendlichen und Heranwachsenden eine erfolgreichere Reintegration, Resozialisierung und Rehabilitation ermöglicht. Die Jugendgerichtshilfe des Kreisjugendamtes hat dabei die Fallführung inne.

Ziel des Programms Ausweg

Durch die gemeinsame Anstrengung von Drogenhilfe, Jugendhilfe, Polizei und Justiz soll folgendes erreicht werden:

- Verringerung von Drogenkonsum
- Verringern von suchtmittelbezogenen Straftaten
- Effektive Frühintervention
- Frühzeitige Beratung / Therapie abhängiger Jugendlicher und Heranwachsender
- Halten in der Hilfemaßnahme bis zum erfolgreichen Abschluss.

Zielgruppe sind alle Jugendlichen und Heranwachsenden bis 21 Jahren, die durch Straftaten gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) auffällig werden oder durch Straftaten, die im engen Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum stehen. Sie bekommen die Möglichkeit, sich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen für Beratung / Therapie statt für eine Verurteilung oder Strafvollzug zu entscheiden (Strafmilderung oder Aussetzung bei Zusammenarbeit). Sie verpflichten sich stattdessen zu einer Kooperation mit dem Suchthilfesystem mit dem Ziel der Bewältigung der Suchtproblematik.

Die Hilfen werden langfristig und kontinuierlich eingebracht. Repressive Maßnahmen werden so gestaltet, dass sie den Ausstiegsprozess unterstützen und zur Mitwirkung an Hilfemaßnahmen motivieren.

3.2 Situation im Rems-Murr-Kreis

Das Programm **Ausweg** bietet ein ganzes Spektrum von fachlicher Hilfe aus dem Jugend- und Drogenbereich an:

- Beratung innerhalb einer Woche (von Horizont)
- Abgestufte Frühintervention (durch Horizont und Four Steps)
- Behandlung durch die Drogenhilfe (ambulante, tagesklinische und stationäre Rehabilitation)
- Betreuung durch die Jugendhilfe (kompetente Wohngruppenbetreuung, Betreutes Einzelwohnen, Intensive Einzelbetreuung u.a.)

Statistik Ausweg Klientenzahlen Entwicklung 2006-2010

	Backnang	Schorndorf	Waiblingen	Gesamt	abgebrochen
2006	6	4	12	22	6
2007	6	3	21	29	7
2008	4	2	29	35	1
2009	7	9	15	31	3
2010	7	3	17	27	4

Grundstruktur der Kooperation

Die Kooperationspartner haben Vereinbarungen und Abläufe miteinander abgestimmt, sie sind in einem Handbuch beschrieben. Dort sind Abläufe und Module mit Flussdiagrammen, Formularen und Vorgehensweisen festgelegt.

Der Zugang zum Projekt Ausweg erfolgt über die Polizei, diese klärt die Jugendlichen über das Angebot „Ausweg“ auf und informiert die Jugendgerichtshilfe. Dieser obliegt die Fallsteuerung, sie vermittelt weiter an die Drogen- bzw. Jugendhilfe.

Gemeinsame Informationsbasis

Es wurde die Vereinbarung getroffen, dass Informationen über die Teilnahme an der Hilfsmaßnahme und ggf. zur Drogenfreiheit/Cleanstatus an die Jugendgerichtshilfe und Justiz weitergegeben werden.

Vorab festgelegter Umgang bei Problemen und Fortschritten

Suchtbewältigung verlangt einen drogenfreien Rahmen und dessen Kontrolle. Sie ist aber nicht zu lernen, ohne die langen Phasen von Substanzverlangen und Rückfallgefährdung zu berücksichtigen. Daher ist bei einzelnen Rückfällen und Rückfallserien und unter Umständen erneuten drogenbezogenen Straftaten dieser Rahmen aufrechtzuerhalten bei angemessener Hilfe zur Bewältigung. Dadurch ist ein einzelfallbezogenes Zusammenwirken aller Beteiligten und bei Krisen eine rasche Koordination notwendig. Hier muss berücksichtigt werden, dass Substanzverlangen und Rückfälle ein Teil der Erkrankung sind und daher professionelle Hilfe notwendig ist.

3.3 Bewertung

Das Programm **Ausweg** hat sich als ein wichtiges Element in der Suchthilfe des Rems-Murr Kreises etabliert.

Ausweg macht für die Teilnehmer Sinn - freiwillig gehen sie eher selten zur Beratungsstelle; unter dem Druck der Ermittlungen und der in Aussicht gestellten Vergünstigungen innerhalb der justiziellen Reaktionsmöglichkeiten sind doch deutlich mehr junge Menschen angesprochen worden. Es werden etliche erreicht, bevor sich etwas bei ihnen (noch mehr) verfestigt.

Auch wenn zahlenmäßig nicht viele Personen dieses Programm im Jahr durchlaufen, ist es ein wichtiger Baustein im Hilfesystem.

4. „Liaisondienst“ - Suchtberatung in Krankenhäusern

4.1 Einführung

Untersuchungen zur Versorgungsstruktur von Suchtkranken zeigen auf, dass immer noch ein nur kleiner Teil der von Alkoholproblemen betroffenen Menschen eine suchtspezifische Beratung bzw. Behandlung erfährt. So werden lediglich drei Prozent aller Alkoholabhängigen mit Hilfe einer stationären Rehabilitationsmaßnahme behandelt, während zum Beispiel 25 Prozent derselben Personengruppe mindestens einmal im Jahr wegen einer körperlichen Erkrankung in einem Allgemeinkrankenhaus behandelt wird.

Gerade der stationäre Aufenthalt im Krankenhaus bietet eine gute Möglichkeit zur Intervention, um dem Patienten seinen problematischen Umgang mit Suchtmitteln bewusst werden zu lassen: So haben Modellprojekte in Lübeck und Bielefeld ergeben, dass durch spezielle Interventionsstrategien die Früherkennung von Patienten mit Alkoholproblemen in der stationären Krankenhausversorgung verbessert und Verhaltensänderungen realisiert werden können. Dazu trägt eine erhöhte Sensibilisierung beim Patienten für den momentan sichtbar und erlebbar labilen Gesundheitszustand bei.

(Liaisondienst: regelmäßige Präsenz eines konstanten psychotherapeutischen Spezialisten in einer klinischen Abteilung / Klinik. (hier im Sinne eines Kooperationsmodells))

4.2 Situationsbeschreibung im Rems-Murr-Kreis

Ausgangslage

Trotz belegbar hoher Effizienz durch Frühintervention im Krankenhaus war eine flächendeckende Einführung des Liaisondienstes zum 1. Juli 2005 in allen drei Rems-Murr-Kliniken aus finanziellen Gründen nicht möglich. Deshalb einigte sich die Projektplanungs-AG zunächst auf eine 50 Prozent Fachkraftstelle für eine Projektlaufzeit von fünf Jahren in der Medizinischen Klinik der Rems-Murr-Klinik Schorndorf (Internistische Abteilung). Die Einführung eines Liaisondienstes in den beiden anderen Rems-Murr-Kliniken sollte nach Ablauf der Projektphase nochmals neu bedacht werden.

Der Abschluss der Projektphase nach fünf Jahren am 30.06.2010 wurde mit einem Abschlussbericht des Liaisondienstes ausführlich dokumentiert.

Liaisondienst an der Rems-Murr-Klinik Schorndorf

Am 1. Juli 2005 hat der Liaisondienst in der Medizinischen Klinik **der Rems-Murr-Klinik** Schorndorf seine Arbeit begonnen.

Mit Hilfe dieses Dienstes erfahren Patienten mit riskantem, schädlichem oder abhängigem Suchtmittelkonsum frühzeitig spezifische Hilfe.

Die Ziele des Liaisondienstes sind:

- die Früherkennung und spezifische Kurzintervention bei Patienten mit problematischem und riskantem Suchtmittelkonsum und die Verhinderung von chronifizierten Krankheitsverläufen zu verwirklichen

- die Änderungsmotivation der Patienten durch gezielte Intervention und Angebote zu stärken
- die verbesserte Versorgung und effizientere Beratung von Patienten mit Alkoholproblemen im Kontext eines Allgemeinkrankenhauses, sowie bei Bedarf eine schnelle Vermittlung in weitergehende Hilfeangebote (Rehabilitation, Selbsthilfe etc.) umzusetzen
- eine Sensibilisierung und ein Kompetenzzuwachs für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den internistischen Stationen im Bezug auf Patienten mit Suchtproblemen sowie eine Enttabuisierung des Themas Sucht zu erreichen.
- die Reduzierung von wiederholten stationären Aufnahmen mit suchtspezifischen Folgeerkrankungen anzustreben
- die Vernetzung des medizinischen Hilfesystems mit der professionellen Suchtkrankenhilfe zu fördern.

Strukturelle Voraussetzungen und Finanzierung

Der Liaisondienst mit einem Deputat einer 50-Prozent Fachkraftstelle verfügt innerhalb des Krankenhauses über ein eigenes Büro, ein Arbeitskreis begleitet in fachlichen Fragestellungen den Liaisondienst. Erst durch die räumliche Nähe und die regelmäßig tägliche Ansprechbarkeit des Liaisondienstes sowie die regelmäßige Teilnahme an den ärztlichen Übergabegesprächen ist die enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Liaisondienst möglich.

In der Projektphase konnte der Liaisondienst Schorndorf durch eine Mischfinanzierung aus Stiftungsgeldern, Spendenmitteln und Mitteln aus der AHG-Klinik Wilhelmsheim, der Rems-Murr-Klinik sowie dem Kreisdiakonieverband getragen werden.

Finanzierung: Die am Liaisondienst beteiligten Institutionen, die AHG Klinik Wilhelmsheim, die Rems-Murr-Kliniken sowie der Kreisdiakonieverband Rems-Murr-Kreis (Träger), einigten sich auf eine Folgefinanzierung nach der Projektphase ab 1. Juli 2010 von jeweils einem Drittel der Gesamtkosten pro Einrichtung.

Der Liaisondienst ist direkt bei der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle des Kreisdiakonieverbandes Rems-Murr-Kreis angegliedert und in dessen Trägerschaft.

Inhaltliches Vorgehen

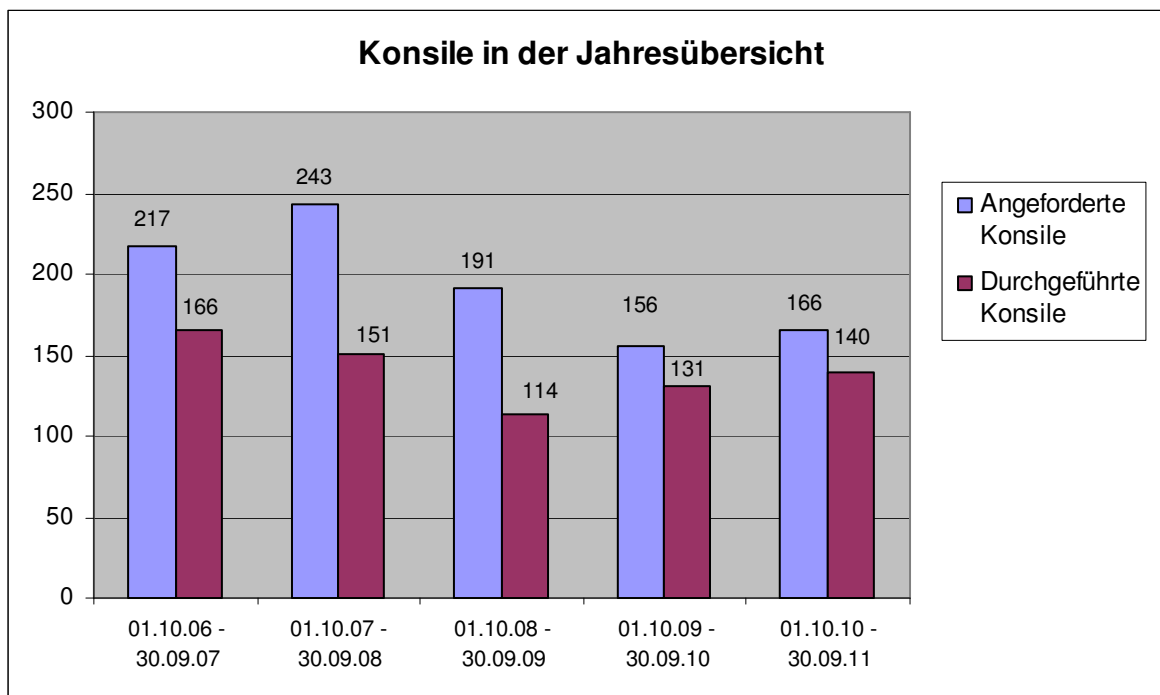
Alle neu aufgenommenen Patienten der Medizinischen Klinik werden vom behandelnden Arzt mittels Screeningverfahren auf eine mögliche Suchthintergrundproblematik untersucht. Bei Hinweisen auf eine Suchtgefährdung bzw. -erkrankung wird der Liaisondienst angefordert.

Die Patientenkonsile sind je nach Patienteneinweisung und Indikationsstellung der Ärzte schwankend. Durch eine recht hohe Mitarbeiterfluktuation bei den Assistenzärzten ist es notwendig, das Konzept des Liaisondienstes immer wieder neu vorzustellen. Dies geschieht u.a. bei den regelmäßigen Teilnahmen der Liaisondienstmitarbeiterin an den ärztlichen Übergabegesprächen. (Konsil: Behandlung eines stationär liegenden Patienten durch einen Arzt einer anderen Abteilung auf Anforderung)

In Einzelgesprächen mit den Patienten erfolgen Beratung bzw. Intervention hinsichtlich des problematischen Suchtmittelkonsums. Es werden Hilfestellungen zur Konsumreduktion angeboten bzw. bei Bedarf Vermittlung in weitergehende Hilfeformen (Beratung, Motivation, Rehabilitation, Selbsthilfe).

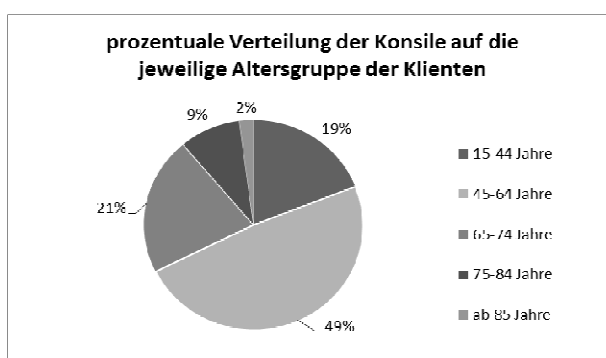
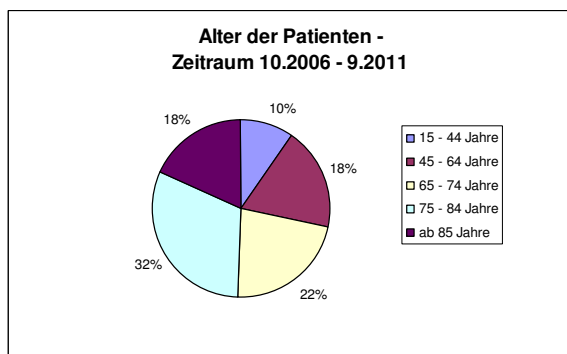
Durch das in der Konzeption des Liaisondienstes verankerte Prinzip der Kurzintervention findet in der Regel nur ein Gespräch mit den betreffenden Patienten statt. Auf Wunsch des Patienten, bei Gesprächen mit Angehörigen oder bei direkter Vermittlung in eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme werden selbstverständlich auch mehrere Gespräche durchgeführt.

Konsile



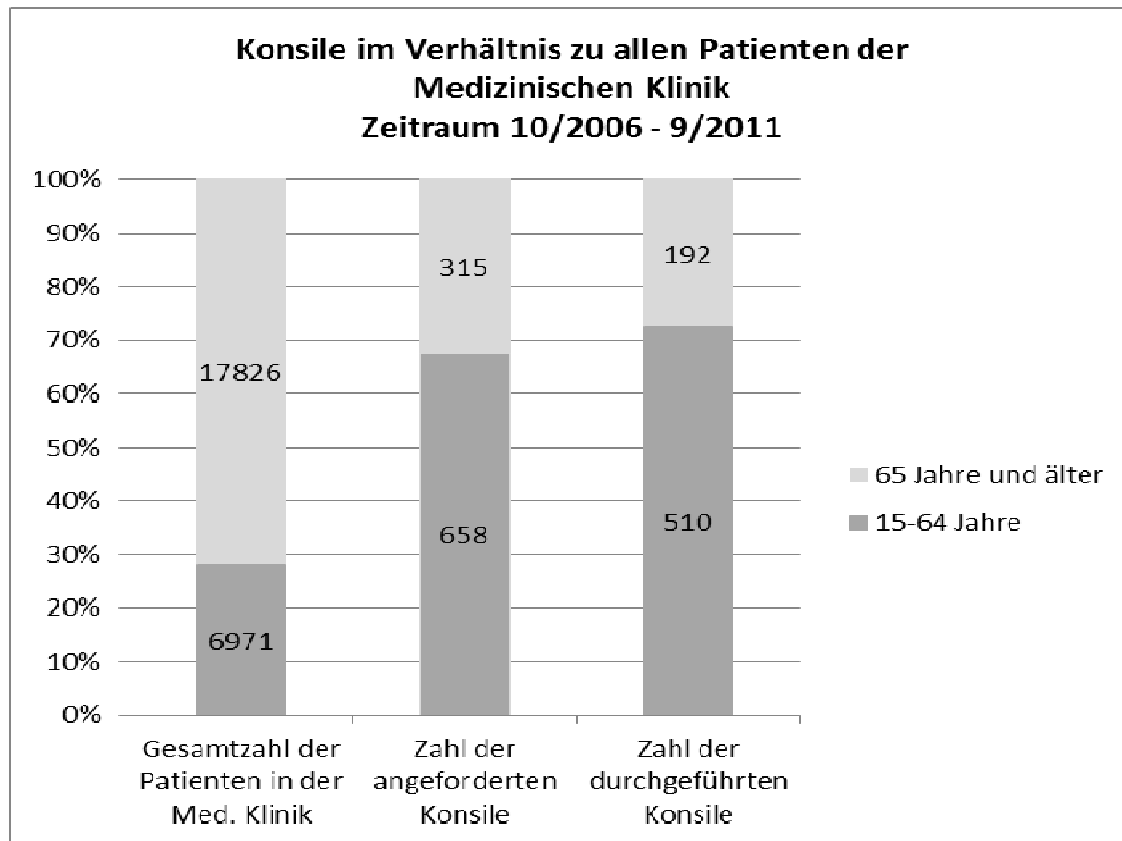
Die Differenz zwischen der Gesamtzahl der Konsile und den tatsächlich stattgefundenen Gesprächen hängt mit den kurzen Liegezeiten, vorzeitigen Entlassungen, der Verlegung in eine andere Klinik, Demenz oder Tod des Patienten zusammen.

Altersverteilung der Patienten und die prozentuale Verteilung in der Medizinischen Klinik Schorndorf



Die Altersverteilung aller Patienten in der Medizinischen Klinik Schorndorf während aller Berichtszeiträume zeigt, dass der Anteil der behandelten 15-64jährigen Patienten durchschnittlich ein knappes Drittel (28%) und der Anteil der über 65jährigen Patienten gut zwei Drittel (72%) beträgt.

Auf die Altersgruppe der 15-64jährigen Patienten entfallen ungefähr zwei Drittel (68%) aller Konsilanforderungen im Liaisondienst. Obwohl der Anteil der über 65jährigen mit etwas über zwei Dritteln weit höher liegt, entfallen lediglich ein Drittel der Konsilanforderungen auf diese Patientengruppe.



Schätzungen gehen davon aus, dass bei Krankenhauspatienten zwischen 15 und 64 Jahren 10-20 Prozent als alkoholabhängig einzustufen sind. Weitere 7,5 Prozent erfüllen die Kriterien für schädlichen Gebrauch oder riskanten Konsum. Der Anteil der Konsilanforderungen bezogen auf die behandelten Patienten der Medizinischen Klinik beträgt in dieser Altersgruppe durchschnittlich neun Prozent.

Qualitätssicherung

Die Suchtberatungsstelle übernimmt durch die Anbindung des Liaisondienstes (Teilnahme an Teambesprechung und Supervision) die Sicherstellung der fachlichen Qualitätsstandards. Gleichzeitig werden diese Treffen genutzt für Fallbesprechungen bei gemeinsamen Patienten. Des Weiteren unterhält der Liaisondienst regelmäßige Kontakte zur Sozialberatung im Krankenhaus. Jährliche Jahresberichte der Arbeit werden erstellt.

4.3 Bewertung und Maßnahmen

Seit seinem Aufbau im Jahr 2005 erfährt der Liaisondienst im Krankenhaus eine große Akzeptanz. Durch die räumliche Nähe und die tägliche Ansprechbarkeit des Liaisondienstes sowie die regelmäßige Teilnahme an den ärztlichen Übergabegesprächen ist die enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Liaisondienst möglich. Da Krankenhausaufenthalte von immer kürzeren Liegezeiten gekennzeichnet sind, ist es

für die Erreichbarkeit von Patienten unerlässlich einen Beratungsdienst vor Ort vorzuhalten.

Ein Großteil der am Projekt beteiligten Ärzte wertet die Arbeit des Liaisondienstes als deutliche Verbesserung für die Behandlung suchtkranker Patienten ihrer Klinik.

95 Prozent der angesprochenen Patienten nehmen das Beratungsangebot in Anspruch.

So wurde von Herrn Dr. Kremer aus Bielefeld (Modellprojekt in den 1990er Jahren) die Anzahl der Konsile im Verhältnis zu den Gesamtpatientenzahlen der 15-64 jährigen als sehr gut eingestuft.

Katamnestische Erhebungen ergaben, dass über 80 Prozent derer, die eine Rückantwort verschickten, die Gespräche als für sie nützlich befanden und die gleiche Anzahl gab an, ihre Trinkmenge reduziert zu haben oder gänzlich abstinenz zu leben. Die Hälfte der Antwortenden bestätigte, eines der empfohlenen Hilfsangebote in Anspruch genommen zu haben.

Im Rahmen der Projektphase (01.07.2005 – 30.06.2010) des Liaisondienstes Schorndorf wurde ein jährlich erscheinender Tätigkeitsbericht erstellt, ferner ein Abschlussbericht am Ende des Modellprojektes. In den Berichten wurde neben der inhaltlichen Weiterentwicklung des Dienstes auch eine statistische Dokumentation veröffentlicht. Im Anschluss an die Projektphase veröffentlicht der Liaisondienst seinen Tätigkeitsbericht im Jahresbericht der Suchtberatungsstelle des Kreisdiakonieverbandes Rems-Murr-Kreis.

Die **Erfolgskriterien** des Liaisondienstes Schorndorf lassen sich wie folgt anhand der Evaluationskriterien der Robert Bosch Stiftung, die zu Beginn des Projektes erarbeitet wurden, darstellen:

1. Quote der erfolgreichen Vermittlungen gefährdeter bzw. abhängiger Personen in das Suchthilfesystem.
2. Der Liaisondienst zeichnet sich in der bisherigen Arbeit dadurch aus, dass viele Patienten im Krankenhaus erstmals auf ihren problematischen Alkoholkonsum angesprochen werden konnten. Über die Hälfte derer, mit denen ein Gespräch geführt wurde, hatte noch nie Kontakt zum Suchthilfesystem und ebenfalls über 50% der Beratenen zeigten sich mit den entwickelten Empfehlungen einverstanden bzw. setzten diese in die Tat um (Suchtberatungs-Kontakt, Reha, Selbsthilfegruppe etc.).
3. Der Rückgang stationärer Aufenthalte aufgrund von Suchtfolgeerkrankungen.
4. Dies lässt sich aufgrund der Veröffentlichungen der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekte in den 90er Jahren (Bielefeld und Lübeck) nur vermuten, konnte jedoch durch die Erhebungen nicht zweifelsfrei belegt werden. Umfangreiches Datenmaterial der Krankenkassen wären hierzu benötigt worden – dafür fehlte einerseits der Zugang zu diesen Daten, andererseits standen hierfür nicht ausreichende personelle Ressourcen zur Verfügung.
5. Die dauerhafte Etablierung des Liaisondienstes an der Rems-Murr-Klinik Schorndorf.
6. Diese konnte durch die Bereitschaft der AHG-Klinik Wilhelmsheim, der Rems-Murr-Klinik Schorndorf sowie dem Kreisdiakonieverband Rems-Murr-Kreis, jeweils ein Drittel der Gesamtkosten zu tragen, erreicht werden.
7. Die Erstellung und Verteilung von Handlungsempfehlungen und Materialien für andere Krankenhäuser.
8. Dies wurde durch umfangreiche Dokumentationen, durch die Zusammenstellung einschlägiger Literatur, sowie durch Hospitationen anderer Krankenhäuser sowie durch landesweite Treffen von Interessierten in der Liaisondienstarbeit (durch die Landesstelle für Suchtfragen) sowie durch zahlreiche Presseveröffentlichungen umgesetzt.

M1

Die beim Aufbau des Liaisondienstes in Betracht gezogene landkreisweite Etablierung an allen Rems-Murr-Kliniken soll erneut untersucht werden. Es ist anzustreben, dass in der neuen Rems-Murr-Klinik Winnenden ebenfalls ein diesbezügliches Interventionsangebot vorgehalten wird. Eine Zusammenarbeit bzw. eine Kooperation mit der benachbarten Klinik für Suchttherapie, Schloss Winnenden ist mit zu bedenken.

Umsetzung: kurzfristig

5. „Konsiliardienst“ - Suchtberatung für Arbeitssuchende

5.1 Einführung und rechtliche Grundlagen

(Konsil: Behandlung eines stationär liegenden Patienten durch einen Arzt einer anderen Abteilung auf Anforderung.)

Arbeitslose weisen eine deutlich höhere Prävalenzrate von Suchtproblemen auf als Erwerbstätige bzw. Nichterwerbspersonen. (Prävalenz: Häufigkeit des Vorkommens einer Störung/Krankheit in einem bestimmten Zeitraum in einer bestimmten Population) Arbeitslose mit Suchtproblemen sind verstärkt von weitergehenden psychosozialen Folgeproblemen betroffen (Reintegration in einen Arbeitsprozess, knappe finanzielle Ressourcen, Schwächung des Selbstwertes usw.) Es besteht bei diesem Personenkreis ein erhöhtes Risiko weiterer Chronifizierung der Erkrankung.

Das frühzeitige Erkennen einer Suchtproblematik sowie ein zeitnahes Behandlungsangebot gewinnen bei arbeitslosen Menschen zunehmend an Bedeutung, um der Dynamik von reduzierter beruflicher Reintegrationschance sowie der Gefahr einer Langzeitarbeitslosigkeit und weiterer Verschlechterung psychosozialer Lebensbedingungen vorzubeugen.

Die **Zielgruppe** des Konsiliardienstes sind Empfänger von Arbeitslosengeld 2 (Hartz IV). Bei diesem Dienst handelt es sich um sogenannte flankierende Leistungen nach § 16a SGB II (Sozialhilfe).

5.2 Situationsbeschreibung im Rems-Murr-Kreis

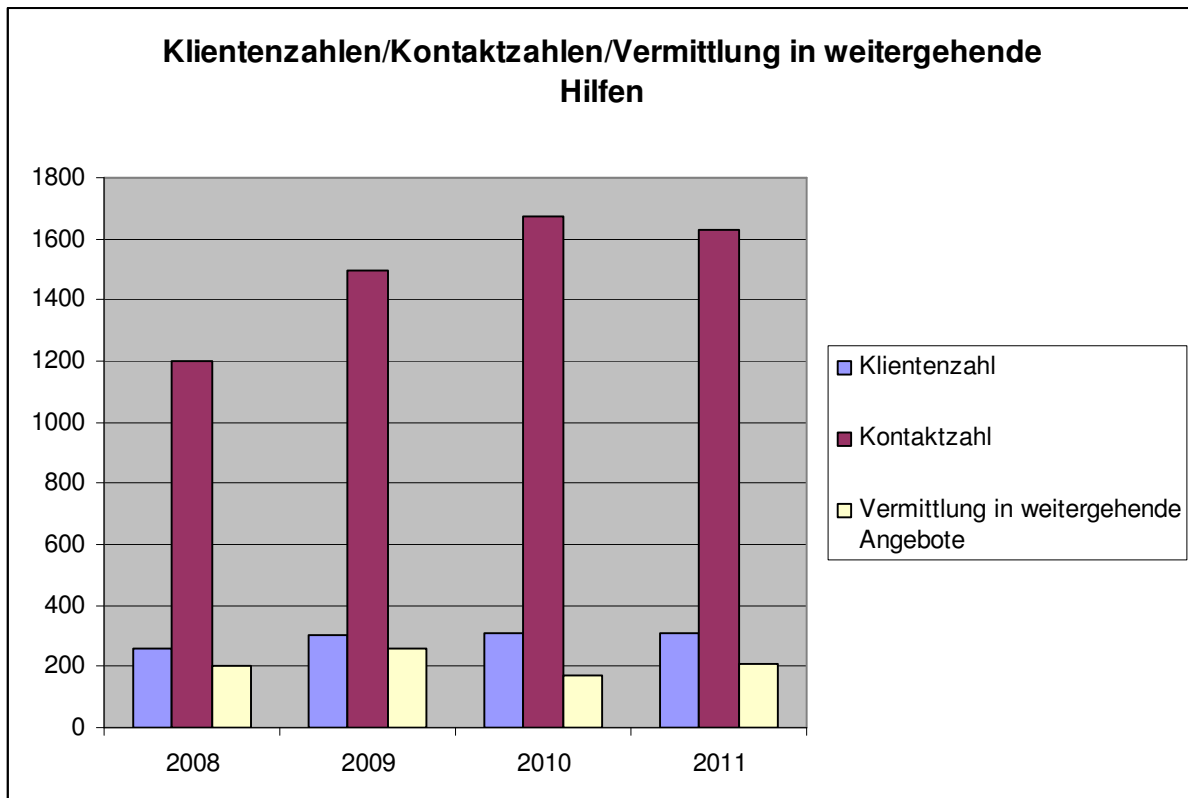
Der Kreisdiakonieverband Rems-Murr-Kreis sowie die Caritasregion Ludwigsburg-Waiblingen-Enz sind Träger des Konsiliardienstes Sucht und halten insgesamt 1,5 Vollkraftstellen im Bereich der Jobcenter vor. Die Diakonie verantwortet den Bereich Waiblingen, die Caritas die Bereiche Backnang und Schorndorf. Regelmäßig finden Fallbesprechungen zwischen der Arbeitsvermittlung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Konsiliardienstes statt. Ferner werden die Mitarbeiter des Jobcenters in suchtspezifischen Fragestellungen geschult und beratend begleitet. Eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Ärztlichen Dienst der Arbeitsverwaltung und dem Konsiliardienst hat sich über die Jahre hinweg aufgebaut. Durch die räumliche Nähe (Büro des Konsiliardienstes im Jobcenter) ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Konsiliardienst und Arbeitsverwaltung möglich.

Der Konsiliardienst Sucht erfährt seit seinem Aufbau im Jahr 2003 in der Arbeitsverwaltung eine große Akzeptanz. Viele Kundinnen und Kunden der Arbeitsverwaltung konnten beraten und unterstützt werden. Auch Personen mit geringer Eigenmotivation, die andere Angebote der Suchtkrankenhilfe sonst nicht in Anspruch genommen hätten, können über den niedrigschwiligen Ansatz des Konsiliardienstes erreicht werden und oftmals in professionelle Angebote der Suchtkrankenhilfe vermittelt werden. Ziel des Konsiliardienstes hierbei ist immer, auch die Früherreichbarkeit bei suchterkrankten Menschen zu verbessern, um somit einer fortschreitenden Chronifizierung entgegen zu wirken. Darüber hinaus lässt sich durch die Arbeit des Konsiliardienstes in der Arbeitsverwaltung eine „Enttabuisierung der Thematik Sucht“ beobachten.

Durch die Vorortpräsenz in den Jobcentern können die Wartezeiten in einem Beratungsprozess deutlich verkürzt werden und somit suchtmittelgefährdete bzw. abhängige Menschen frühzeitiger in ihrer Suchtentwicklung erreicht werden.

Finanzierung

Seit 2010 wird der Konsiliardienst mit seinen Personal- und Sachkosten durch das Sozialamt des Rems-Murr-Kreises getragen (Abrechnung der jährlichen anfallenden Personalkosten für 1,5 Vollkraftstellen sowie einer Sachkostenpauschale in Höhe von 3.150,00 € / Jahr für den gesamten Konsiliardienst an allen drei Jobcentern im Landkreis). Eine diesbezügliche Vereinbarung wurde zwischen den Trägern des Konsiliardienstes (Caritas und Diakonie) und dem Landratsamt abgeschlossen. Personalkosten werden bis max. TVÖD, EG 10, Stufe 6 vergütet.



Die Vermittlung findet statt in die jeweilige Beratungsstelle und deren Angebote wie z.B. Motivationsgruppe, Akupunktur etc. Weitere Vermittlungen erfolgten in Entgiftungs- und anschließender Rehabilitationsbehandlung. Unter bestimmten Voraussetzungen wurden Klienten auch in Arbeitsgelegenheiten oder Arbeit vermittelt. Außerdem erfolgten häufig auch Vermittlungen in den sozialpsychiatrischen Dienst und/oder ambulant betreutes Wohnen, sowie in die Schuldner- oder Erziehungsberatung. Im Jahr 2009 lagen die Vermittlungen mit 258 über dem langjährigen Durchschnitt. Dies ist in der Problematik der betreuten Klienten begründet und deshalb Schwankungen ausgesetzt.

Durch den ständigen Austausch zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Arbeitsverwaltung und dem Konsiliardienst können Handlungssicherheit, aber auch Sensibilität und das Verständnis für psychosoziale Problemlagen bei diesem Kundenkreis entwickelt und gestärkt werden.

5.3 Bewertung und Maßnahmen

Durch die strukturelle Anbindung des Konsiliardienstes bei den Beratungsstellen der Caritas (Backnang) sowie der Diakonie (Waiblingen) wird das gesamte Beratungs- und Behandlungsspektrum dieser Stellen auch für den Konsiliardienst unmittelbar zugänglich. So findet u. a. auch eine enge Teamanbindung (Supervision, Fallbesprechungen, etc.) der Konsiliardienst-Mitarbeiterinnen und –Mitarbeiter in den Suchtberatungsstellen statt.

Die Jobcenter können unmittelbar vor Ort suchtauffällige Kunden vermitteln, die MitarbeiterInnen des Jobcenter erhalten fachliche Unterstützung im Umgang mit suchtmittelbedingten Vermittlungshemmnissen bei ihren Kunden, ein interdisziplinärer Austausch ist durch die räumliche Präsenz im Jobcenter gegeben (bei Eingliederungsvereinbarungen etc.).

Der Konsiliardienst wurde als „Best-practice-Modell“ beim Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS) der Evang. Kirche in Deutschland (EKD) aufgenommen.

Ein anderes gutes Modell im Bereich Suchtberatung und Arbeitslose stammt aus Öhringen im Hohenlohekreis. Dort haben Arbeitslose die Möglichkeit, ihre Arbeitsfähigkeit (in einer Werkstatt) zu trainieren, gleichzeitig ist die Suchtberatung Bestandteil dieses Angebotes. Weiterhin wurden die Schnittstellen zwischen den Jobcentern/Arbeitsagentur und den Suchtberatungsstellen sowie dem Reha-System optimiert.

M 1

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Konsiliardienstes soll ein inhaltlicher Vergleich mit einem ähnlichen Projekt im Hohenlohekreis (Stadt Öhringen) erfolgen.

Umsetzung: mittelfristig.

6. Niederschwellige Drogenhilfe „HORIZONT“

6.1 Einführung und Grundlagen

Aufgrund der Problemanzeige, bezogen auf die lokale Ebene und die des Landkreises, hatte der Jugendhilfeausschuss den Aufbau eines bedarfsorientierten Jugend- und Drogenberatungsangebots beschlossen. Damit wurde das bestehende ambulante Suchthilfeangebot der Psychosozialen Beratungsstellen (PSB) für die Zielgruppe junger Menschen ergänzt. So wurden zum 01.07.1997 drei Personalstellen geschaffen, jeweils eine wurde in die Psychosozialen Beratungsstellen in Backnang (Caritasregion), Schorndorf und Waiblingen (Kreisdiakonieverband) integriert.

HORIZONT begibt sich gemeinsam mit jungen Menschen auf Wege, alternative Lösungsmuster zu entwickeln und positive Bewältigungskompetenzen einzuüben. Dazu gehört ein von Akzeptanz getragenes Grundverständnis, das von Respekt, Wertschätzung und Selbstbestimmung geprägt ist.

HORIZONT entwickelt seine Angebote bedarfsgerecht. Mit Hilfe der Vernetzung mit anderen Institutionen nehmen wird Kontakt zu jungen Menschen und deren Lebenswelten aufgenommen und ein aufeinander abgestimmtes Angebot entwickelt..

6.2 Situation im Rems – Murr – Kreis

Mit HORIZONT wird ein niederschwelliges Suchthilfeangebot im Rems-Murr-Kreis umgesetzt, das sich vor allem der Zielgruppe junger Menschen unter 27 Jahren verpflichtet sieht und Teil der Psychosozialen Beratungsstellen ist. Deshalb ist die Arbeit von HORIZONT eng mit den Arbeitsfeldern der Psychosozialen Beratungsstellen verzahnt. HORIZONT verknüpft in den dezentralen Sozialräumen bedarfsgerechte Angebote der Jugend- und Drogenberatung mit Angeboten von Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe. Mitarbeiter/innen von Diensten und Einrichtungen der Jugendhilfe werden von den HORIZONT Mitarbeiter/innen im Umgang mit Suchtfragen- bzw. Suchtproblemen in der Arbeit unterstützt.

Zielgruppe von HORIZONT sind suchtmittelkonsumierende junge Menschen bis 27 Jahre und Mitarbeiter/innen von Diensten und Einrichtungen der Jugendhilfe.

Beratungs- und Hilfeangebote müssen lokal erreichbar und lebensfeldorientiert organisiert sein. Deshalb sind die Personalstellen durch den Rems-Murr-Kreis den Psychosozialen Beratungsstellen an den drei Standorten (Backnang, Schorndorf, Waiblingen) zugeordnet. An diesen dezentralen Standorten der Psychosozialen Beratungsstellen ist HORIZONT Ausgestalter der niederschwelligen Hilfen im Suchtmittelbereich. Die sozialraumbezogenen Aufgaben werden folgendermaßen umgesetzt:

Aufsuchende Arbeit

- Streetwork im Tandem-Team (jeweils ein HORIZONT-Mitarbeiter und Mitarbeiter eines anderen Dienstes)
- Lokale Kooperation mit Mobiler Jugendarbeit, offener Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit an Schulen
- Infoveranstaltungen

Unterstützung der Jugendhelfemitarbeiter/innen

- fallbezogene Beratung und Begleitung
- gruppen- und cliquenbezogene Beratung und Begleitung
- Projekt- und Konzeptionsentwicklung
- Mitwirkung bei sozialraumbezogenen Bedarfsanalyse
- Coaching
- Entwicklungswerkstatt

Beratungsarbeit / Niederschwellige Angebote

- Begleitung, Beratung und Vermittlung
- Offene Sprechstunden
- Telefonsprechstunden
- Schadensbegrenzung und Safer Use
- Programm Ausweg
- Psychosoziale Begleitung der Substitution
- Ausstiegshilfen
- Nachsorge

Über diese Beratungs- und Betreuungsaufgaben vor Ort hinaus, lassen sich einige Aufgaben nur landkreisweit bearbeiten. Deshalb bilden die vor Ort arbeitenden HORIZONT-Mitarbeiter/innen ein gemeinsames Fachteam und wirken in verschiedenen Fachgremien mit. Die statistischen Daten zur Klienten- und Kontaktzahlentwicklung werden künftig im Teilplan fortgeschrieben.

Entwicklungswerkstatt

HORIZONT entwickelt seine Arbeit kontinuierlich weiter durch zielgruppen-, themen- oder aufgabenbezogene Teilprojekte. Diese Projekte können regional bzw. Landkreisweit stattfinden. Projekte können in enger Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten vereinbart werden. Ggf. werden dazu gesonderte Kontrakte schriftlich abgefasst und vom Fachbeirat beschlossen.

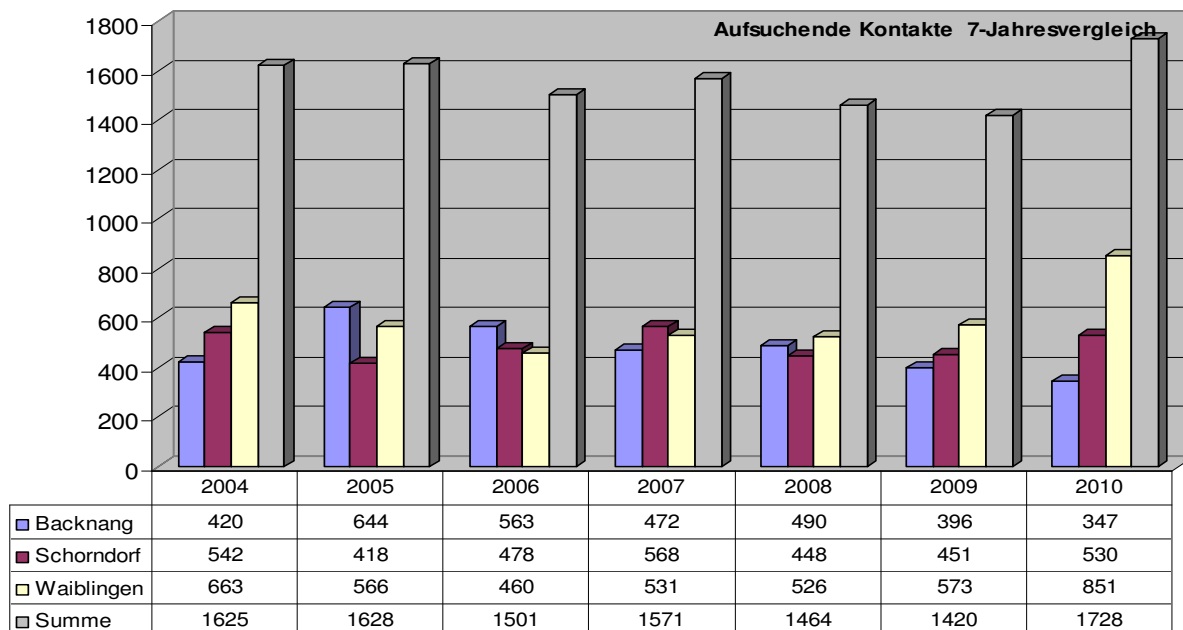
Fachbeirat

In einem Fachbeirat stimmen sich die verschiedenen Beteiligten der Jugend- und Suchthilfe angesichts der dezentralen Struktur des Drogenhilfekonzpts und der Verknüpfung von Jugend- und Suchthilfe ab. Der Fachbeirat hat die Fachaufsicht für die beteiligten Mitarbeiter. Der Fachbeirat wertet die gemachten Erfahrungen regelmäßig aus. Hieraus sind dann entsprechende Konsequenzen für die Weiterentwicklung der Konzeption zu ziehen.

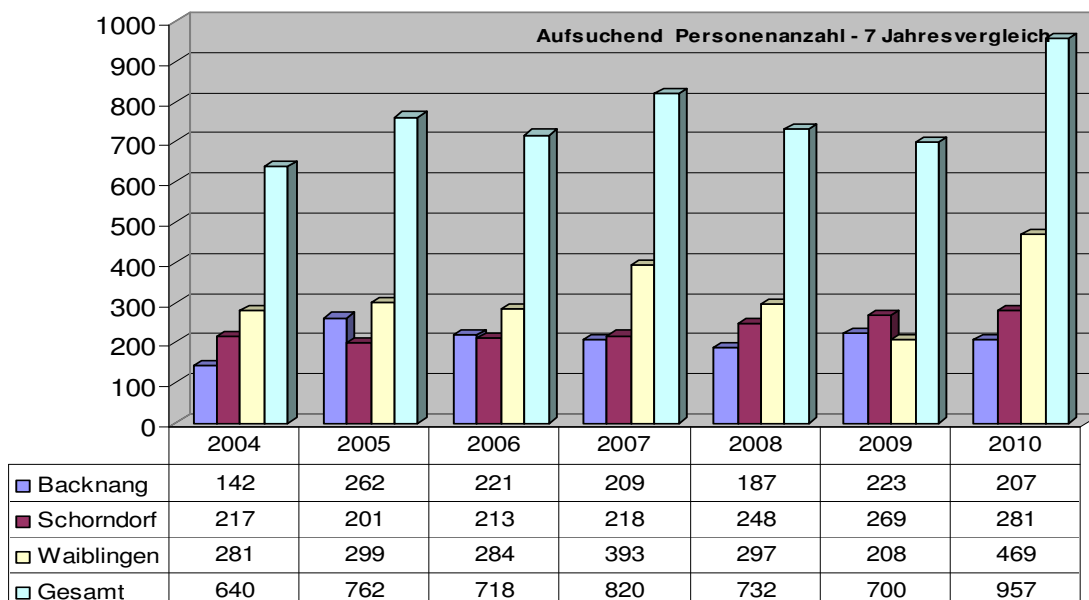
Finanzierung

Die drei Personalstellen werden vom Rems-Murr-Kreis finanziert.

Aufsuchende Kontakte – Entwicklung über sieben Jahre



Personenanzahl - Entwicklung über sieben Jahre



Es ist festzustellen, dass HORIZONT über Jahre hinweg konstant hohe Kontaktzahlen mit insgesamt steigender Tendenz zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat. Das bedeutet, HORIZONT ist durch die Präsenz seiner Mitarbeiter im Rems-Murr-Kreis bei der Zielgruppe bekannt. Die hohe Zunahme der Personenanzahl und der Kontaktzahlen in Waiblingen sind mit der großen Nachfrage an Informationsveranstaltungen zu erklären, vor allem der Bildungsträger im Großraum Waiblingen.

6.3 Bewertung

Die Einbindung der HORIZONT-Mitarbeiter/innen in unterschiedliche Arbeitszusammenhänge mit ihren räumlichen, personellen und konzeptionellen Eigenheiten erfordert, dass konzeptionell und vertraglich sichergestellt ist, dass die hier tätigen Mitarbeiter/innen ausschließlich für die niederschwellige Drogenhilfe zuständig sind.

HORIZONT ist im Drogenhilfesystem im Rems-Murr-Kreis eine wichtige fachliche Instanz in den Themenbereichen „Suchtmittelkonsum junger Menschen“, „Kooperationssystem Suchthilfe / Jugendhilfe“ und „Niederschwellige Drogenhilfe“. HORIZONT sieht eine Verantwortung für die Weiterentwicklung bedarfsgerechter Hilfeangebote im niederschweligen Bereich auf Landkreisebene.

7. Gruppenangebote für Kinder aus suchtblasteten Familien

7.1 Einführung und Grundlagen

Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen in Hamm (DHS) leben in Deutschland derzeit ca. 1,3 Millionen alkoholabhängige Menschen im Alter zwischen 18 - 64 Jahren. Laut NACOA, der Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. leben ca. 2,65 Millionen Kinder unter 18 Jahren mit alkoholkranken Eltern zusammen. Hinzu kämen 40.000 Kinder drogenabhängiger Eltern. Andere Quellen sprechen von mindestens 2 Millionen Kindern, die durch die Abhängigkeit eines Elternteils betroffen sind.

Durch viele Studien ist belegt, dass Alkoholabhängige oft aus Familien stammen, in denen bereits ein Elternteil oder beide Eltern abhängig waren. Nach empirischen Untersuchungen gelten besonders Söhne als Risikogruppe für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und Suchtmittelabhängigkeit. Es ist davon auszugehen, dass Kinder von Alkoholkranken ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko haben, selber abhängig zu werden oder Suchtmittel zu missbrauchen.

Darüber hinaus ist das Risiko an anderen psychischen Störungen (insbesondere Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen) zu erkranken für Kinder in suchtblasteten Familien deutlich erhöht.

So bedeutet ein Suchtproblem in der Familie nicht nur für die Betroffenen seelische Not, sondern auch ganz besonders für die Kinder.

In der Regel sind Kinder aus so genannten Suchtfamilien mit folgenden Schwierigkeiten und Belastungen konfrontiert:

- Ein chaotischer Alltag, der oftmals unberechenbar erscheint, nicht kalkulierbar ist und häufig in die soziale Isolation führt.
- Der Familienalltag orientiert sich nicht ausreichend an den Bedürfnissen der Kinder, sondern ist durch den Suchtmittelkonsum geprägt.
- Die Suchtmittelabhängigkeit wird als Familiengeheimnis gesehen. Die Sucht ist lebensbestimmend, wird aber gleichzeitig verharmlost, verschwiegen und tabuisiert. Offene Gespräche darüber gelten als "Verrat" an der Familie.
- Die Kinder sind oft auf sich alleine gestellt. Sie erleben große emotionale Unsicherheiten, Instabilität und Angst. Häufig fürchten sie die Trennung der Eltern oder gar deren Tod.
- Kinder erleben Konflikte unter den Erwachsenen mit gegenseitiger Erniedrigung oder Gewalt. Der Erziehungsstil der Eltern ist starken Schwankungen ausgesetzt. Kinder sind einem ständigen Wechselbad ihrer Gefühle ausgesetzt. Das erschwert ihre Wert- und Normorientierung.

Es wird deutlich, dass die professionelle Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus suchtblasteten Familien einen besonderen Stellenwert haben muss und einer Absicherung dringend bedarf.

7.2 Situationsbeschreibung im Rems-Murr-Kreis

Seit vielen Jahren existieren bei den Suchtberatungsstellen im Rems-Murr-Kreis sozialpädagogisch geleitete Kindergruppen. Diese haben sich zur Aufgabe gemacht hat, mit geeigneten kindgerechten Methoden den Kindern aus Suchtfamilien positive Erlebnisse des Angenommen-Seins zu vermitteln. Sie erleben sich in der Gruppe als Teil einer Gemeinschaft mit verlässlichen Beziehungen und entwickeln ein Gefühl der Zugehörigkeit. Innerhalb der Gruppe ist eine Entfaltung der individuellen Persönlichkeit möglich, die Kinder können ihre bisherigen dysfunktionalen und vom Elternverhalten abhängigen Beziehungsstrukturen aufarbeiten, eigene Grenzen setzen und somit ihre Persönlichkeitsentwicklung vorantreiben und stärken. Ziel dieses Prozesses ist der Aufbau von Selbstwert und Selbstakzeptanz, die Unterstützung sozialer und kommunikativer Kompetenzen mit mehr Eigenverantwortlichkeit und Unabhängigkeit.

In den Gruppen mit Gleichaltrigen erleben sie einen geschützten Ort, an dem sie ihre eigene Wertschätzung aufbauen können. Die Kinder werden angeleitet, mit ihren Bedürfnissen Kontakt aufzunehmen, diese auszudrücken und die Berechtigung ihrer Bedürfnisse zu erfahren.

Für eine gelingende Gruppenarbeit mit den Kindern sind eine positive Einstellung der Eltern und ihre aktive Mitarbeit erforderlich. Neben Hilfen zur Bewältigung der eigenen Lebenssituation können die Eltern Unterstützung in ihrer elterlichen Verantwortung erfahren und auf die Bedürfnisse ihrer Kinder sensibilisiert werden. Dies findet in regelmäßigen Elterngesprächen statt.

Das Gruppenangebot richtet sich an Kinder und Jugendliche im Alter von 9 – 14 Jahre.

Das Angebot findet einmal wöchentlich an einem Nachmittag statt und wird von zwei erfahrenen Fachkräften geleitet. Das Gruppenangebot bzw. die Elterngespräche sind für die Kinder und deren Eltern kostenlos.

Es finden an der Suchtberatungsstelle Waiblingen derzeit zwei Gruppen und an der Suchtberatungsstelle Schorndorf eine Gruppe statt, die kontinuierlich durchlaufend sind. Die Gruppengröße variiert zwischen vier - sechs Kinder pro Gruppe.

Finanzierung

Derzeit besteht eine Abmangelfinanzierung der Kindergruppen durch den Landkreis von max. 3.400,00 € / Gruppe im Jahr. Der darüber hinausgehende Finanzierungsbedarf wird derzeit durch Spenden- bzw. Eigenmittel der jeweiligen Träger (Kreisdiakonieverband Rems-Murr-Kreis sowie Caritasregion Ludwigsburg-Waiblingen-Enz) gedeckt.

Die Suchtberatungsstellen tauschen sich zu diesem Thema regelmäßig mit den Beratungsstellen für Familien und Jugendliche des Kreisjugendamtes an den Standorten Backnang, Waiblingen und Schorndorf und mit der Psychologischen Beratungsstelle des Caritasverbandes in Waiblingen aus.

7.3 Bewertung und Maßnahmen

Das Angebot der sozialpädagogischen Kindergruppen an den Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen im Rems-Mur-Kreis wurde in einer Konzeption inhaltlich dargestellt und in den jeweiligen Gruppen an den Beratungsstellen umgesetzt.

Es hat sich bisher bewährt.

M 1

Aufgrund eines zurückgehenden Spendenaufkommens bei den Trägern sind kostendeckende Finanzierungsmöglichkeiten zu prüfen und zu entwickeln.

Umsetzung: mittelfristig

M 2

In Arbeitstreffen zwischen den Leitungen der Kinder- und Jugendhilfe des Kreisjugendamtes, den Erziehungsberatungsstellen (Kreisjugendamt und Caritas) und den Suchtberatungsstellen soll die Kooperation vertieft werden. Bzgl. der Elternrolle von Abhängigkeitskranken sollen in diesen Gesprächen Absprachen getroffen werden, wie mit gegenseitig notwendigen Informationen umgegangen und wie im Falle von Kindeswohlgefährdung verfahren werden soll.

Umsetzung: kurzfristig

8. Seminare und Gruppen für Betroffene und Angehörige

8.1 Einführung und Grundlagen

Für bestimmte Zielgruppen und für Angehörige führen die Suchtberatungsstellen Seminare und Gruppenangebote durch und bieten Fachvorträge zu relevanten Themen an.

8.2 Situationsbeschreibung im Rems-Murr-Kreis

- **Seminare für Angehörige aus suchtbelasteten Familien**

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen geht derzeit von ca. 1,3 Millionen alkoholabhängigen Personen im Alter zwischen 18-64 Jahren in Deutschland aus. Bei durchschnittlich drei Bezugspersonen summiert sich die Zahl der Angehörigen von Suchtkranken auf geschätzte 3,9 Millionen. Angehörige leiden oftmals stark unter der Sucht ihrer Bezugspersonen, da die Erkrankung mannigfaltige Probleme im sozialen Umfeld schafft und massive Beziehungsstörungen nach sich zieht. Berücksichtigt werden die besonderen Bedürfnisse und Fragen Angehöriger, die sich mit einem problematischen Suchtmittelkonsum von nahestehenden Menschen auseinandersetzen. Dadurch können die Teilnehmenden wieder deutlicher ihre eigenen Bedürfnisse wahr nehmen und gewinnen mehr Sicherheit im Umgang mit dem suchtkranken Gegenüber. Auch zum Besuch einer Selbsthilfegruppe für Angehörige wird ermutigt und informiert. Angehörigenseminare werden an der Suchtberatungsstelle Waiblingen ein - zwei Mal / Jahr durchgeführt, bei einer Mindestteilnehmerzahl von acht Personen. Durchschnittlich nehmen pro Seminar zehn-zwölf Personen teil.

Für Kinder aus suchtbelasteten Familien gibt es an zwei Suchtberatungsstellen besondere Gruppenangebote (siehe Teilplan 7).

- **Rückfall-Präventions-Seminare**

Neben der modellhaften Bearbeitung von Rückfällen geht es in den Seminaren darum, die Sinnhaftigkeit, die Erklärbarkeit und die aktive Beeinflussbarkeit von Rückfällen zu erkennen und den Rückfall als Chance zu verstehen. Es werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie man durch ein individuelles „Frühwarnsystem“ sein künftiges Rückfallrisiko gezielt verringern kann und falls der Rückfall eintritt, ihn schnellstmöglich zum Stillstand bringt. Individuelle Notfallpläne und Abstinenzkarten werden erarbeitet.

Das Rückfallpräventionsseminar der Suchtberatungsstelle Backnang umfasst ca. zehn Stunden und wird pro Jahr dreimal als Wochenendseminar (FR/SA) angeboten. Die durchschnittliche Teilnehmerzahl beträgt zehn Personen. Im Rahmen der ambulanten Reha/ Nachsorge werden die Kosten vom Leistungsträger übernommen.

- **Seminare zur Nikotinentwöhnung**

Die Kurse richten sich an Menschen, die mit dem Rauchen aufhören möchten und dabei professionelle Unterstützung suchen. Nach ausführlicher Klärung der Motivationslage und einer Woche Selbstbeobachtung wird dabei von jedem Teilnehmer in der Gruppe sein persönlicher erster Nichtraucherstag verbindlich festgelegt. Auftretende Schwierigkeiten werden in der Gruppe besprochen. Alternativen zum Rauchen werden erarbeitet und die

Motivation immer neu bestärkt und gefestigt. Die gegenseitige Unterstützung der Gruppenteilnehmer und die geteilte Freude über die persönlichen Erfolge spielen eine außerordentlich wichtige Rolle.

Das Seminar mit acht Abendterminen wird an der Suchtberatungsstelle Backnang einmal pro Jahr angeboten unter der Voraussetzung, dass sich mindesten acht Teilnehmer anmelden. An den Suchtberatungsstellen Schorndorf und Waiblingen finden in der Regel zwei Seminare an acht Terminen statt. Ergänzt wird das Angebot von zehn Akupunktursitzungen pro Seminar nach dem NADA-Protokoll (Akupunktur nach den Richtlinien der National Acupuncture Detoxification Association - Deutsche Sektion e.V.). Die Kosten werden teilweise von den Krankenkassen erstattet.

- **Gruppen für Frauen mit Essstörungen**

Dieses Angebot wendet sich an Frauen mit bulimischen Symptomen (Ess-Brech-Sucht), mit binge-eating-disorder (Ess-Sucht) und an Frauen, die sich anorektisch verhalten (Magersucht). Die Teilnehmerinnen haben in der Gruppe einen geschützten Raum, in dem sie offen und ohne Scham- und Schuldgefühle über belastende Verhaltensweisen sprechen und Verständnis erfahren können. Die betroffenen Frauen werden bei der Entfaltung ihrer Selbstachtung und beim Aufbau alternativer Bewältigungsstrategien für Spannungen und Konflikte unterstützt.

Das Gruppenangebot für Frauen mit einer Essstörung findet zwei Mal pro Jahr mit jeweils acht Sitzungen statt. Die Gruppengröße beträgt zehn - zwölf Personen. Dieses Angebot wird in Kooperation mit der Paar-, Familien- und Lebensberatung des Kreisdiakonieverbandes Rems-Murr-Kreis durchgeführt. (Siehe dazu auch Teilplan 16. „Nichtstoffgebundene Süchte“)

- **Ambulantes Gruppenprogramm zum Kontrollierten Trinken**

Mit diesem Programm (AkT), einer wissenschaftlich fundierten Methode von Prof. Körkel, sollen Menschen angesprochen werden, die den Eindruck haben, dass ihr Alkoholkonsum riskant ist bzw. ihre Gesundheit schädigt und die den Wunsch haben, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Mit dem Programm wird kontrolliertes Trinken oder Abstinenz angestrebt. Menschen mit problematischem Alkoholkonsum können damit eine deutliche Reduktion ihres Alkoholkonsums erreichen. Für Menschen mit einer Suchterkrankung (Abhängigkeitsdiagnose) ist das Programm jedoch nicht geeignet.

Seminare finden bei Bedarf mit einer Gruppengröße von fünf - acht Personen statt und werden an der Suchtberatungsstelle Waiblingen durchgeführt. Seminarkosten pro Person 390,- € (incl. Vor- und Nachgespräch).

- **Seminare „Drogen, Alkohol und Straßenverkehr“**

Die Psychosozialen Beratungsstellen bieten Schulungen für Kraftfahrer an, die mit Suchtmitteln im Straßenverkehr auffällig geworden sind. Dabei wurden die Angebote nach den Suchtstoffen (Alkohol und illegale Drogen, insbesondere Cannabis) differenziert. – Themen werden durchgearbeitet, wie die Kenntnis und Wirkungsweisen von Cannabis und Alkohol, das Verständnis von Missbrauch, Gewöhnung und Abhängigkeit. Es findet eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Drogen- und Alkoholkonsum statt, die Überprüfung der eigenen Gewohnheiten und die Erarbeitung von Veränderungsschritten erfolgt ebenso wie das Einüben vorbeugender Maßnahmen zur verantwortungsbewussten Teilnahme am Straßenverkehr und zur Verhinderung von weiteren Auffälligkeiten.

Die Seminare mit zehn Abendterminen werden an der Suchtberatungsstelle Backnang ca. drei - vier Mal pro Jahr durchgeführt, an den Suchtberatungsstellen Waiblingen und

Schorndorf fünf - sechs Mal pro Jahr (vier Seminare für alkoholauffällige Kraftfahrer sowie ein - zwei Seminare für drogenauffällige Kraftfahrer). Die durchschnittliche Gruppengröße beträgt fünf - sechs Personen in Backnang und acht - zwölf Personen in Waiblingen / Schorndorf. Es findet mindestens ein Vor- und ein Nachgespräch pro Teilnehmer statt. Die Kosten pro Teilnehmer betragen 300 €.

- **Gruppenangebot für Frauen**

Teilnehmen können Klientinnen, die nach einer Entwöhnungsbehandlung abstinent leben und oder suchtmittelabhängige Angehörige haben.

Die therapeutische Gruppenarbeit ermöglichte den Teilnehmerinnen im Spannungsfeld diverser Rollenerwartungen inne zu halten, sich und ihre familiären, beruflichen und freundschaftlichen Beziehungen wahrzunehmen, zu reflektieren und neue Gestaltungsmöglichkeiten auszuprobieren. Verdeckte Potenziale und Ressourcen können neu entdeckt und aktiviert werden. Diese Prozesse wurden durch Übungen zur Körper- und Gefühlswahrnehmung unterstützt.

Das Gruppenangebot an der Suchtberatungsstelle Backnang wird einmal pro Jahr für die Dauer von ca. vier - sechs Monaten (12- 20 Sitzungen) angeboten und ist kostenfrei.

8.3 Bewertung

Die besonderen Seminare und Gruppen für Betroffene und Angehörige sind in den letzten Jahren zu festen Bausteinen im Suchthilfesystem geworden und haben sich bewährt. Gleichwohl wird es notwendig sein, diese Angebote weiter zu entwickeln und für bestimmte Zielgruppen diese aktuell zu modifizieren. Schwerpunktmäßig werden dabei die Suchtberatungsstellen diese Maßnahmen verantworten.

9. Ambulante Beratung, Motivationsarbeit, Vermittlung, und Krisenintervention bei „stoffgebundenen Abhängigkeiten oder Substanzmissbrauch“

9.1 Einführung und Grundlagen

Die Arbeit orientiert sich an dem klassischen psychosozialen Beratungs- und Behandlungsschema. Dieses umfasst die

- Kontakt- und Motivationsphase,
- die Diagnosephase mit Indikation und Vermittlung,
- die Behandlungs- und Rehabilitationsphase,
- die Nachsorge und die Vermittlung in die Selbsthilfe.

Der Ratsuchende und der Berater arbeiten kooperativ und partnerschaftlich zusammen, damit sich die Situation des Ratsuchenden verbessert. Von zentraler Bedeutung ist die fachliche Kompetenz des Beraters und die aktive Mitwirkung des Ratsuchenden.

Das Ziel der Beratung wird aus der individuellen Problemstellung abgeleitet, allgemeine wichtige Ziele sind Unterstützung der Selbsthilfepotenziale, Förderung der Selbstständigkeit, Stärkung der Änderungsmotivation, Aktivierung der individuellen und systemischen Ressourcen, Integration und unterstützende (Selbsthilfe-) Gruppen, Rückfallprävention.

Psychosoziale Beratung und Behandlung ist traditionell vernetzt und basiert auf einer engen Kooperation mit allen am Hilfeprozess Beteiligten.

Die Arbeitsformen in der Beratung sind Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppengespräche in einer speziellen Informations- und Motivationsgruppe.

Nach der Kontaktphase mit Motivation, Information geht die Beratung in die diagnostische Phase über. Hier geht es neben der Anamnese und der Problemanalyse um Planung der Problemlöseschritte. Je nach Situation des Einzelnen erfolgt eine Differenzialdiagnostik.

Anamnese und Diagnose münden in einen Indikationsvorschlag. Zur Differenzialindikation gehört der Suchtverlauf, die Bewältigungskompetenz und die Abstinenzmotivation, die soziale Stabilität und die Vorbehandlungen.

In der Regel erfolgt eine Vorbereitung und Vermittlung in ambulante, stationäre oder tagesklinische qualifizierte Entzugs- und Motivationsbehandlung und/oder medizinische Rehabilitation.

In der ambulanten Nachsorgephase werden nach abgeschlossener medizinischer Rehabilitation die spezifischen Umsetzungsprobleme (häufig Paar- und Familien-, Wohnungs- und Arbeitsplatzprobleme) und der Übergang in einen abstinenten Alltag bearbeitet.

Der Übergang in eine Selbsthilfegruppe bildet den Abschluss des Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsprozesses.

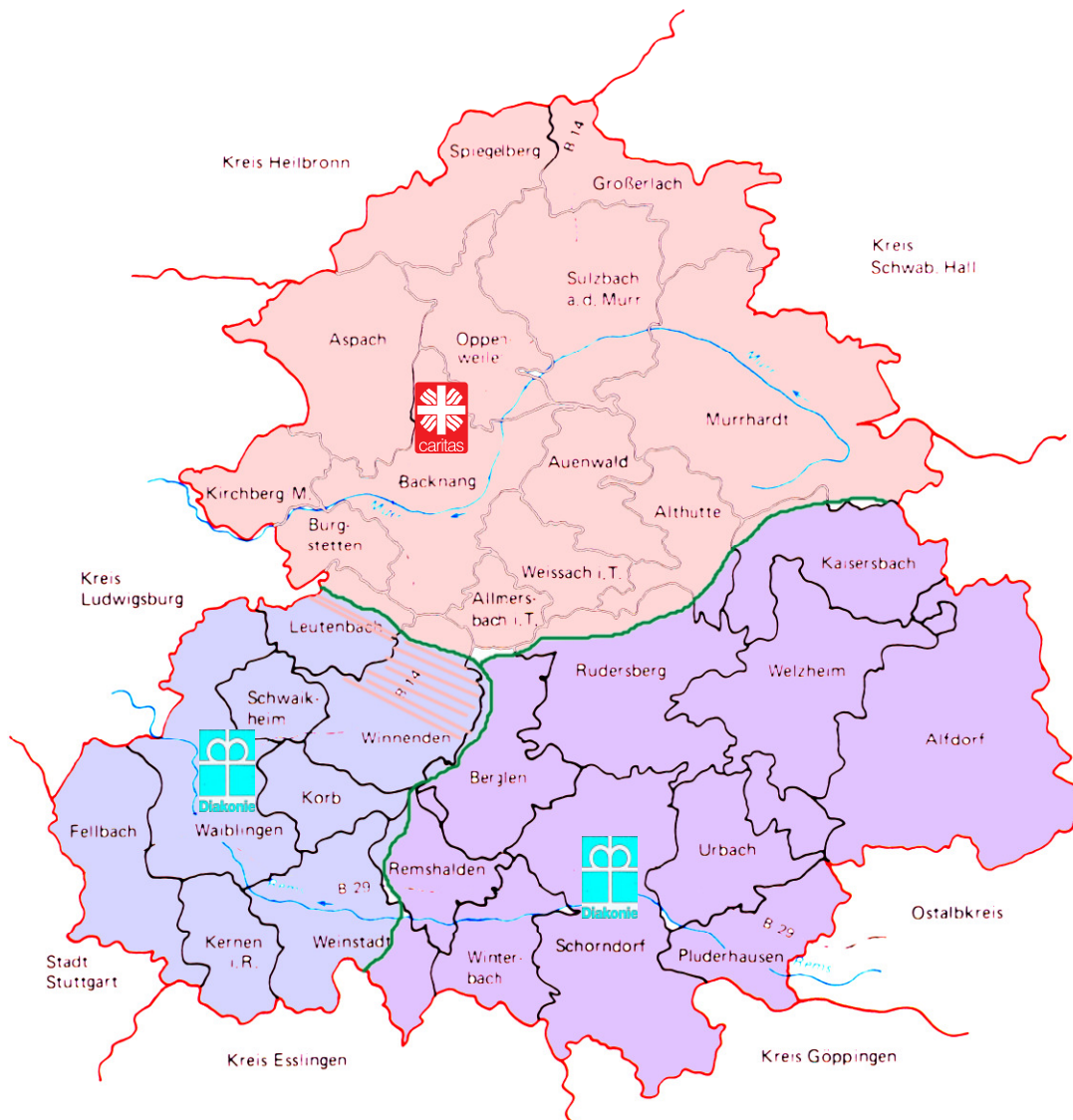
Krisenintervention

Krisenintervention ist kurzfristiges professionelles Handeln, das der Schadensbegrenzung bei akuten / aktuellen Krisen von Personen mit substanzbezogenen Störungen dient. Krisenintervention kann notwendig sein bei eskalierenden sozialen Konflikten und besonderen individuellen Notlagen.

Handelt es sich um eine lebensbedrohliche Krise ist Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufzunehmen, um mit diesem weitere notwendige Schritte abzusprechen bzw. Notfallhilfen einzuleiten.

9,2 Situationsbeschreibung im Rems-Murr-Kreis

Einzugsgebiete der Beratungsstellen nach Bevölkerung im Rems-Murr-Kreis



PSB Backnang	ca. 101 433 Einwohner
PSB Schorndorf	ca. 116 488 Einwohner
PSB Waiblingen	ca. 197 528 Einwohner

Rems-Murr-Kreis ca. 415 449 Einwohner

Stand 31.12.2010

Quelle: Stat. Landesamt Ba-Wü, Regionaldaten

Entwicklung von Klienten-, Kontaktzahlen und der durch den Landkreis geförderten Fachkraftstellen (ohne und mit trägerfinanzierter Fach-/Personalstellen) an den Suchtberatungs- und ambulanten Behandlungsstellen im Rems-Murr Kreis

Jahr	1995	2000	2006	2007	2008	2009	2010
Klienten							
Backnang	428	521	742	727	752	729	783
Schorndorf	649	726	832	790	775	741	755
Waiblingen	859	1015	1085	1146	1138	1153	1160
Gesamt	1.936	2.262	2.659	2.663	2665	2623	2698
Einzel- und Gruppenkontakte							
Backnang	2204	3039	4152	4548	4508	4561	4293
Schorndorf	nicht erhoben	nicht erhoben	4300	4300	4966	4810	4846
Waiblingen	4.400	nicht erhoben	8633	9169	8844	8490	8161
Gesamt	-----	-----	17.085	18.017	18.318	17.861	17.300
Geförderte Fachkraftstellen							
Backnang	3	4	4,75	4,75	4,75	4,75	4,75
Schorndorf	3	4	4	4	4	4	4
Waiblingen	5	6	6	6	6	6	6
Gesamt	11	14	14,75	14,75	14,75	14,75	14,75

Hauptdiagnosen 2010

Diagnosen 2010	Suchtberatung Diakonie	Suchtberatung Caritas
Alkohol	63,9 %	52,3 %
Opioide	15,7 %	21,2 %
Cannabinoide	9,8 %	11,7 %
Essstörungen	2,9 %	0,7 %
Pathologisches Spielen	3,6 %	2,8 %
Sonstige	4 %	6,5 %

Finanzierung:

Der Landkreis finanziert die Psychosozialen- Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen mit mindestens 2/3 des Abmangels. Darüber hinaus gibt es Personalstellen, die durch Eigenmittel der Träger finanziert sind.

9.3 Bewertung und Maßnahmen

Bisher ist es gelungen, die Grundversorgung im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Beratung, Vermittlung, Nachsorge) trotz steigender Klientenzahlen sicherzustellen, nicht zuletzt durch Schaffung trägerfinanzierter Personalstellen. Bei einer weiterhin zunehmenden Zahl von Klienten wird es in den Psychosozialen Beratungsstellen zu personellen Engpässen kommen, die zu Einschränkungen in der Qualität der Arbeit führen können.

Die Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen sind personell so auszustatten, dass sie in der Lage sind das Vor-Ort-Angebot weiter zu entwickeln und so zu strukturieren, dass für die unterschiedlichsten Personengruppen und Bedarfe zielfdienliche präventive und ambulante Angebote gemacht werden können.

M 1:

Die Schwerpunkte der Arbeit und die personelle Ausstattung sollen überprüft werden.

Umsetzung: mittelfristig

10. Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patienten

10.1 Einführung und Grundlagen

Bei zahlreichen opiatabhängigen Patienten ist das Ziel einer vollständigen Abstinenz nicht oder nicht sofort erreichbar.

Die Substitutionstherapie mit Ersatzstoffen (z.B. Methadon) wird meist von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Internisten, zum Teil auch von Nervenärztinnen oder in Schwerpunktpraxen durchgeführt.

Ziele der Substitutionstherapie sind die Entkriminalisierung des Abhängigen, die Distanzierung von der Drogenszene und die Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit. Das Risiko einer Infektion mit HIV oder Hepatitis soll reduziert werden. Im Idealfall gelingt eine Reintegration in den Arbeitsprozess.

Nach erfolgter Stabilisierung kann oft eine langsame Dosisreduktion erfolgen, mit dem Ziel der längerfristigen vollständigen Abstinenz.

10.2 Situationsbeschreibung im Rems-Murr-Kreis

Psychosoziale Betreuung: Fester Bestandteil einer effektiven Substitutionstherapie ist die begleitende psychosoziale Betreuung. Diese wird in enger Kooperation mit den substituierenden Ärztinnen durch die Psychosozialen Beratungsstellen durchgeführt. Themen sind Rückfallprävention, Abstand zur Drogenszene, Unterstützung in sozialen Belangen und die Vorbereitung einer Abstinenz.

Vergabe des Substituts: Häufig werden Substitute im täglichen Kontakt in der Arztpraxis vergeben. Stabile Patienten können auch über eine wohnortnahe Apotheke die Substitutionsmittel beziehen. Hier ist die enge Kooperation zwischen Arzt und gut geschulten Apothekern wichtig. Auch im Rems-Murr-Kreis ist die Tendenz zu beobachten, dass sich immer mehr Ärztinnen aus der Substitution zurückziehen. Aktuell ist es kaum noch möglich, Patienten in eine Substitution zu vermitteln. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen, sofern keine geeigneten Gegenmaßnahmen gefunden werden.

Qualifizierte Teil- und Entzugsbehandlungen: Trotz regelmäßiger Substitution kommt es bei einem Teil der Patienten zu einem begleitenden Konsum anderer Substanzen. Um die Substitutionstherapie nicht zu gefährden, können Patienten in der Klinik für Suchttherapie einen Teilentzug durchführen, um anschließend die Substitution fortzusetzen. Auch der vollständige Opiatentzug kann hier durchgeführt werden, z.B. vor Beginn einer abstinenzorientierten Entwöhnungstherapie.

Behandlung komorbider (begleitender) Störungen: Unter Substitutionstherapie können begleitende psychische Störungen (Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie), die bei Drogenabhängigen häufig vorkommen wirksam mitbehandelt werden. Hierzu sind enge Kooperationen zwischen substituierenden Ärztinnen, niedergelassenen Nervenärztinnen und der Ambulanz (PIA) der Klinik für Suchttherapie etabliert.

Qualitätszirkel Substitution: Im Rems-Murr-Kreis hat sich ein Qualitätszirkel gebildet, bei dem regelmäßig substituierende Ärztinnen, Psychosoziale Beratungsstellen und die Klinik für Suchttherapie in Winnenden die Behandlungen abstimmen und interne Fortbildungen durchführen.

Psychosoziale Begleitung von Substituierten an den drei Suchtberatungsstellen

Jahr	2011
Fälle Backnang	104
Fälle Schorndorf	41
Fälle Waiblingen	137
Fälle Gesamt	282

Rems-Murr-Kreis-Substitutionsstatistik

Jahr	2009	2010	2011
Fälle GKV (gesetzliche Krankenversicherung)	245	246	256
Fälle Gesamt*		315	273
psychosozial begleitet		210	173
Nicht oder nicht im RMK psychosozial begleitet		115	100
Anzahl Substitutions-Ärzte			6
Anzahl Ärzte bis 3 Patienten			12

Quelle: Substitutionsstatistik der Kassenärztlichen Vereinigung Bezirksstelle Stuttgart

* laut Substitutionsregister des BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte)

Quantitative Erfassung psychosozialer Begleitung

Differenzen zwischen der Anzahl der Patienten in ärztlicher Substitution und psychosoziale Betreuung können verschiedene Gründe haben. Seit kurzem ist die psychosoziale Betreuung nicht mehr zwingend vorgeschrieben. Daneben gibt es Patienten, die in einem Landkreis bei einem Arzt in Substitutionsbehandlung sind, während sie in einem anderen Landkreis die psychosoziale Betreuung wahrnehmen. Hier ergeben sich Unschärfen in der Erhebung.

10.3 Bewertung und Maßnahmen

Die Substitutionsbehandlung stellt einen wichtigen Baustein in der Behandlung drogenabhängiger Patienten dar. Sie stellt behandelnde Ärzte, die Mitarbeiter der Beratungsstellen und die Klinik für Suchttherapie vor große Herausforderungen, da diese Patienten oft besondere Behandlungsarten benötigen und zahlreiche juristische Belange zu berücksichtigen sind. Da viele Patienten in der Substitutionsbehandlung täglich den Arzt aufsuchen müssen, ist eine dezentrale und flächendeckende Versorgung durch niedergelassene Ärzte wünschenswert, bislang aber nicht in allen Teilen des Rems-Murr-Kreises etabliert. Bereits heute ist eine flächendeckende Behandlung substituierter Patienten nicht mehr gewährleistet, da sich immer mehr Ärzte aus der Substitution zurückziehen. Für die Beteiligung der Klinik für Suchttherapie an der Substitution fehlen bislang die politischen Rahmenbedingungen, die aber aktuell geprüft werden.

M 1

Die Schwerpunkte der Arbeit der Suchtberatungsstellen und die personelle Ausstattung (siehe auch Teilplan 9) sollen im Hinblick auf die psychosoziale Begleitung bei Substituierten überprüft werden.

Umsetzung: mittelfristig

11. Qualifizierte, stationäre und teilstationäre Entzugs- und Motivationsbehandlung

11.1 Einführung und rechtliche Grundlagen

Der motivationale Aspekt der qualifizierten stationären und teilstationären Entzugsbehandlung

Entzugsbehandlungen werden heute sowohl in den internistischen Abteilungen der Kreiskrankenhäuser als auch in psychiatrischen Kliniken angeboten und durchgeführt.

Der sogenannte „qualifizierte Entzug“, der nur in den psychiatrischen Kliniken angeboten wird versteht sich als ein kombiniertes Angebot aus ärztlich überwachtem körperlichen Entzug und motivationalen, psychoedukativen und psychotherapeutischen Interventionen. Dabei strebt der „qualifizierte Entzug“ neben der Substanzfreiheit auch die Hinführung zu abstinenzsichernden Angeboten an. Oft ist dazu das Erreichen der Suchtmittelfreiheit ein erster, bedeutender Schritt. (Psychoedukation = Aufklärung über Symptome und Verlauf einer Erkrankung)

Niederschwelliges Angebot

An eine Aufnahme zur stationären oder teilstationären Entzugs- und Motivationsbehandlung werden nur minimale Anforderungen gestellt (Aufnahme nach Warteliste). Die Behandlung versteht sich als Baustein innerhalb der Motivationsbildung. Deshalb werden keine Bedingungen (z.B. Verpflichtung zu Abstinenz oder Therapie) an die Aufnahme geknüpft. Vielmehr versuchen die Therapeuten während der stationären Behandlung diese Motivation zur Abstinenz aufzubauen und zu fördern.

Die „Motivation“ eines Patienten zur Abstinenz stellt keinen linear verlaufenden Prozess dar. Vielmehr durchläuft jeder Betroffene (meist mehrmals) Phasen größerer und geringerer Veränderungsbereitschaft.

So benötigen Abhängige oft mehrere Anläufe und Rückschläge (Rückfälle), bis sie zu einer weitergehenden Intervention und abstinenzorientierten Behandlung bereit sind. Somit zielt die motivationale Behandlung unter anderem darauf ab, den Patienten zu vermitteln, dass sie auch bei einem „Rückfall“ in alte Konsummuster jederzeit eine erneute stationäre Behandlung oder alle anderen Angebote des Suchthilfenetzwerkes in Anspruch nehmen können.

Sehr viele Patienten bekommen über die stationäre oder tagesklinische qualifizierte Entzugsbehandlung den ersten Kontakt zum Hilfesystem. Auch Patienten, die oft als Notfall eingeliefert werden erhalten das Angebot der sofortigen qualifizierten Entzugsbehandlung. Ziel der meist dreiwöchigen Behandlung ist es daher auch, dass der Patient möglichst viele wohnortnahe Hilfsangebote kennen lernt.

Finanzierung

Die stationäre oder teilstationäre Entzugs- und Motivationsbehandlung ist eine Leistung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen.

11.2 Situationsbeschreibung im Rems-Murr-Kreis

Behandlung an der Klinik für Suchttherapie, Klinikum Schloß Winnenden

Die Klinik für Suchttherapie am Klinikum Schloß Winnenden stellt mit vier spezialisierten Stationen mit zusammen 84 stationären Plätzen, tagesklinischen Angeboten, einer Ambulanz für Suchttherapie (PIA, Psychiatrische Institutsambulanz) und Entwöhnungsangeboten einen wichtigen Baustein innerhalb des Suchthilfenetzwerkes dar.

(PIA = Psychiatrische Institutsambulanz, hier besteht die Möglichkeit der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Problemen, die nicht oder noch nicht in der Lage sind, aus eigenem Antrieb den Weg in die Praxis einer niedergelassenen Fachärztin/eines niedergelassenen Facharztes zu finden und Problemen, § 118 SGB V. Ziel: Vermeidung oder Verkürzung eines stationären Aufenthalts)

Das Angebot der Klinik wird ständig erweitert. Im Sommer 2012 eröffnet als weiteres Angebot eine Tagesklinik für Suchttherapie am Standort Winnenden mit 18 Behandlungsplätzen.

Eine stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung wird sowohl für Patienten mit Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, illegalen Drogen, Tabletten (Benzodiazepine, Schmerzmittel) oder für Patienten mit multiplen Substanzgebrauch angeboten.

Besondere Angebote bestehen für Patienten mit „Doppeldiagnosen“ (Abhängigkeit und weiterer psychiatrischer Störung) und für „chronisch mehrfach beeinträchtigte“ Patienten.

Die erfolgreiche stationäre und teilstationäre Behandlung wird durch Konflikte mit den Kostenträgern erschwert. Insbesondere die Behandlung chronischer Patienten und Patienten mit sog. Doppeldiagnosen ist aktuell schwierig.

Alkohol- und Tablettenabhängigkeit

Für Alkohol- oder Tablettenabhängige stehen verschiedene stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote zur Verfügung. Eine Station bietet Aufnahmemöglichkeiten nach Warteliste oder als Notfallbehandlung. Hier findet eine zwischen ein- und dreiwöchige Entzugs- und Motivationsbehandlung statt. Eine weitere Station konzentriert sich auf die Motivationsbehandlung bereits entgifteter Patienten, wobei der nahtlose Übergang in das Rehabilitationsprogramm möglich ist. Für chronisch mehrfachgeschädigte Patienten steht eine eigene Station mit angepasstem Therapieprogramm zur Verfügung. Alle Stationen bieten auch eine integrierte teilstationäre Behandlung an, eine eigene Tagesklinik ist am Standort Winnenden beantragt.

Behandlung der Abhängigkeit von illegalen Drogen

Die Station G2 (WENDA) ist auf die besonderen Bedürfnisse des qualifizierten Entzugs drogenabhängiger Patienten eingerichtet. Patienten können hier unter der schützenden stationären Umgebung einen vollständigen Entzug von illegalen Substanzen durchführen, oft im Vorfeld einer geplanten Anschlussbehandlung. Bei Patienten, die sich in einem Substitutionsprogramm befinden, bietet die Station auch einen Teilentzug von zusätzlich konsumierten Substanzen an, womit die ambulante Substitutionsbehandlung gesichert oder stabilisiert werden kann. Bei entsprechender Indikation wird, in enger Kooperation mit niedergelassenen Ärzten auch die Vermittlung in eine Substitutionsbehandlung angeboten.

Bei Patienten mit psychiatrischer Komorbidität (psychiatrische Begleiterkrankungen) ist die begleitende ambulante Behandlung über die Suchtambulanz (PIA) möglich.

Krisenintervention

Daneben bietet die Klinik für Suchttherapie eine kurzfristige Möglichkeit der raschen stationären Aufnahme oder ambulanten Krisenbehandlung in der Ambulanz an, wenn Suchtpatienten durch akute Verschlechterung nicht mehr anderweitig betreut werden können. Durch die enge Kooperation mit den Rehabilitationseinrichtungen besteht auch für Patienten, die während der Rehabilitationsbehandlung einen Rückfall erleiden die Möglichkeit der stationären Krisenintervention, um anschließend die Behandlung fortsetzen zu können.

Fallzahlen zur stationären Entzugs- und Motivationsbehandlung aus dem Rems-Murr Kreis

Jahr	2006	2007	2008	2009	2010
Fälle	730	761	714	700	775

Bei zahlreichen Patienten ist die stationäre Behandlung der erste Kontakt des Betroffenen mit dem lokalen Hilfesystem. Deshalb ist ein Ziel der stationären Behandlung, durch schriftliches Informationsmaterial, der Vermittlung von Kontakten zu ambulanten Diensten und der Vorstellung der ambulanten Angebote durch die Träger selbst, dass stationäre Patienten ein umfassendes Bild der Angebote erhalten, unabhängig davon, ob sie aktuell schon motiviert sind, die entsprechenden Angebote auch tatsächlich wahrzunehmen.

11.3 Bewertung

Die enge Kooperation zwischen allen ambulanten Elementen der Suchthilfe und der qualifizierten stationären Behandlung stellt einen wichtigen Baustein dar. Einige dabei bedeutende Aspekte wurden bereits oben erwähnt.

Während im Bereich opiatabhängiger Patienten eine Stagnation der Fallzahlen zu beobachten ist, wird von eher steigenden Zahlen bei Abhängigen von Alkohol und Tabletten ausgegangen. Insbesondere Tablettenabhängige werden bislang nicht ausreichend erreicht. Hier können geplante tagesklinische Angebote evt. helfen.

Die aus medizinischer Sicht erforderliche Behandlungsdauer und eine erneute Behandlung bei Rückfällen werden durch die Kostenträger in Frage gestellt. Die Folgen sind kurze und immer wiederkehrende Behandlungen mit entsprechenden Belastungen für die Kommunen (Unterbringung der Obdachlosen Patienten, kein Heimplatz,...).

12. Medizinische Rehabilitation

12.1 Einführung und rechtliche Grundlagen

Die medizinische Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen ist in der von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung abgeschlossenen „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4.5.2001 festgelegt. Therapiemaßnahmen werden in der Regel durch diese beiden Leistungsträger finanziert.

Die Leistungen zur Rehabilitation können ambulant, ganztägig ambulant (teilstationär), stationär oder in Kombinationsbehandlungen bewilligt werden.

Ziele der Rehabilitation sind die Vermeidung oder Minderung substanzbezogener Funktions- und Leistungseinschränkungen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich, das Erreichen und Aufrechterhalten von Abstinenz.

Weitere Ziele sind die Stabilisierung und Besserung psychischer und körperlicher Begleiterkrankungen und letztlich der Erhalt oder die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

Vorraussetzung ist vor Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen eine umfangreiche Diagnostik der somatischen, psychischen Befunde und der sozialen Situation der suchtkranken Patienten, einschließlich der für den weiteren Verlauf verfügbaren persönlichen Ressourcen und der Motivation der betreffenden Patienten.

Die Behandlungsdauern liegen je nach Art der Abhängigkeitsstörung und dem Behandlungsprogramm im ambulanten, teilstationären oder stationären Bereich zwischen sechs Wochen und 12 Monaten.

Ambulante Rehabilitation

Sie ist angezeigt, wenn:

- Störungen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich gering ausgeprägt sind
- Eine stabile Wohnsituation besteht, in der wichtige Bezugspersonen keine manifeste Suchterkrankungen aufweisen.
- Tragfähige soziale Bezüge bestehen.
- Keine erheblichen Probleme bei der beruflichen Integration bestehen.
- Die Abstinenzfähigkeit ausreicht, um anstehende Probleme und Konflikte im Alltag im Rahmen der ambulanten Therapie suchtmittelfrei zu bewältigen.
- Bereitschaft zur aktiven und regelmäßigen Mitarbeit besteht

Ambulante Leistungen werden in Wohnortnähe erbracht, wodurch die Rehabilitanden im beruflichen und sozialen Umfeld verbleiben und dies therapeutisch genutzt werden kann.

Ebenso kann die ambulante Rehabilitation eine gleichwertige Ergänzung zu einer stationären Leistung darstellen. Die Kombination beider Leistungsformen ermöglicht einzelfallbezogen eine individuell am Bedarf und den Bedürfnissen ausgestaltete Rehabilitationsleistung.

Ganztäglich ambulante Rehabilitation

ist angezeigt, wenn:

- Keine weit fortgeschrittene Chronifizierung der Suchterkrankung und der damit verbundenen Folgeerkrankungen vorliegt und zusätzlich bestehende Erkrankungen ambulant/teilstationär behandelt werden können
- Eine stabile Wohnsituation besteht (insbesondere bei drogenabhängigen Patienten, nahe Bezugspersonen keine manifeste Suchterkrankungen aufweisen).
- Tragfähige soziale Bezüge bestehen.
- Keine erheblichen Probleme bei der beruflichen Integration bestehen.
- Die Abstinenzfähigkeit ausreicht, um anstehende Probleme und Konflikte im Alltag im Rahmen der ganztäglich ambulanten Therapie suchtmittelfrei zu bewältigen.
- Der Anfahrtsweg zur Tagesklinik bis zu 45 Minuten pro Wegstrecke nicht übersteigt

Stationäre Rehabilitation

Eine stationäre Rehabilitation wird empfohlen, wenn:

- Schwerwiegende Störungen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich vorliegen.
- Im sozialen Umfeld zu Beginn der Behandlung nur wenig oder keine Unterstützung besteht.
- Erhebliche Probleme bei der beruflichen Integration vorliegen
- Keine stabile Wohnsituation besteht
- Eine ambulante oder ganztäglich ambulante Behandlung wegen wiederholter Rückfälle nicht möglich ist und deshalb die Abstinenzfähigkeit noch unzureichend ist.

Adaption

Wenn für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen eine Entwöhnungstherapie zum Erreichen der Rehabilitationsziele nicht ausreicht - insbesondere bei erheblicher Rückfallgefährdung durch Wohnungs- und Arbeitslosigkeit-, bedarf der Versicherte weiterer Unterstützung.

Die Adaption ist dabei Bestandteil der medizinischen Rehabilitation und soll den Patienten unterstützen, sich eigenständig im Erwerbsleben und im Alltag zu behaupten.

In der Regel erfolgt die Adaption direkt nach der stationären Entwöhnungsbehandlung und beträgt bis zu 16 Wochen.

Adaption wird im Rems-Murr-Kreis in der Rehabilitationseinrichtung Four Steps angeboten.

12.2 Situation im Rems-Murr-Kreis

Angebote zur medizinischen Rehabilitation im Rems-Murr-Kreis:

1. Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen Backnang, Schorndorf und Waiblingen

Behandlungsprogramm und Spezialisierungen:

Die ambulante Rehabilitation suchtkranker Menschen ist ein fester Bestandteil des Leistungsspektrums der Psychosozialen Beratungsstellen und ein zentraler Baustein der Suchtkrankenhilfe.

Die **ambulante Rehabilitation** ist der kombinierte, systematische Einsatz von medizinischen, sozialtherapeutischen und psychotherapeutischen Interventionsmethoden auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Prozessmodells und wird an allen drei Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen im Rems-Murr-Kreis ganzjährig und fortlaufend angeboten. Die Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungs-

stellen haben eine Anerkennung bei allen Leistungsträgern und sind von diesen mit der Durchführung der ambulanten Rehabilitation beauftragt.

Das **Ziel** von Leistungen zur Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen ist es, diese zur gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu befähigen.

Dazu gehören:

- Erreichen und Erhaltung von Abstinenz,
- Behebung oder Ausgleich körperlicher und seelischer Störungen,
- möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Erwerbsfähigkeit und Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

In der Regel dauert die Behandlung zwischen sechs und 12 Monaten, sie kann bis auf 18 Monate verlängert werden. Die ambulante Rehabilitation besteht neben der ärztlichen Behandlung aus einer indikationsgeleiteten Kombination von Gruppentherapie (Schwerpunkt), Einzel-, Paar- und Familientherapie sowie der Angehörigenberatung.

Neben den zentralen wöchentlichen Gruppensitzungen und regelmäßigen Einzelgesprächen werden spezielle **indikative Angebote** gemacht:

- mehrtägige therapeutische Intensivmaßnahmen
- Paar-Angehörigenseminare
- Körpererfahrungsseminare
- Rückfallpräventionsseminare
- Nikotinentwöhnung
- Akupunktur
- Lauf- und Walkingseminare
- Psychoedukative Maßnahmen

Methodisch wird ein schulungsübergreifender, integrativer Ansatz zugrunde gelegt.

Die psychosozialen und psychotherapeutischen Interventionen werden vom multiprofessionellen Team der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle durchgeführt.

Während der ambulanten Rehabilitation erfolgt eine begleitende Betreuung im Sinne des Casemanagements, mit weiterer Planung und Vermittlung von Hilfen durch andere Dienste, Einrichtungen und der ambulanten oder stationären Nachsorge.

Ambulant behandelte Klienten der Beratungsstellen Backnang, Schorndorf, Waiblingen (Suchtberatungsstelle Backnang: Klienten, die im Berichtsjahr die amb. Behandlung abgeschlossen haben) Differenziert auf drei Standorte

PSB Standort	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Schorndorf	39	39	32	39	40	35
Waiblingen	36	46	45	33	36	32
Backnang	12	14	13	12	14	10
gesamt	87	98	90	84	90	77

In den Standorten Waiblingen und Schorndorf findet die Behandlung in zwei Gruppen, in Backnang in einer Behandlungsgruppe statt.

2. Klinik für Suchttherapie am Klinikum Schloß Winnenden

Behandlungsprogramm und Spezialisierungen:

Die Entwöhnungsstation C2 der Klinik für Suchttherapie am Klinikum Schloß Winnenden bietet 18 Plätze für Alkohol- und Tablettenabhängige Männer und Frauen. Die Station bietet außerdem Platz für Motivationspatienten (im Rahmen der Krankenhausbehandlung), die bei Vorliegen der entsprechenden Kostenzusage oft nahtlos und unter Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung in das Entwöhnungsprogramm übernommen werden können.

Die Therapiedauer wird für jeden Patienten individuell zwischen 10 und 16 Wochen vereinbart. Dabei enthält das Therapiekonzept je nach Indikation stationäre und ganztags-ambulante Elemente, wobei eine kombinierte stationäre und ambulante Behandlung oft in enger Kooperation mit den psychosozialen Beratungsstellen angestrebt wird. Nach der vollstationären Behandlung ist auch eine ganztägig ambulante Phase und – bei entsprechender Indikation - die Weiterbetreuung in der Ambulanz für Suchttherapie (PIA) der Klinik möglich.

Als Klinik innerhalb des Zentrums für Psychiatrie bestehen besondere diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, weshalb vor allem auch Patienten mit komorbiden Störungen behandelt werden. Darüber hinaus besteht für Patienten, bei deren Erkrankung eine 24-stündige ärztliche oder pflegerische Präsenz erforderlich ist, ein spezifisches Therapieangebot.

Durch die räumliche Nähe zur qualifizierten Entzugsstation der Klinik sind Kriseninterventionen (z.B. bei Alkoholrückfällen oder suizidalen Krisen) während der Behandlung jederzeit möglich, da eine durchgehende ärztliche und pflegerische Präsenz besteht.

Die Gemeindenähe der Klinik fördert die Möglichkeiten eines frühzeitigen realistischen Abstinenztrainings. Durch die gute Verkehrsanbindung wird auch die frühzeitige Kontaktaufnahme mit wohnortnahen psychosozialen Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder weiterbehandelnden Ärzten gewährleistet. Berufstätige Patienten können frühzeitig therapiebegleitend eine Arbeitserprobung durchführen.

3. Rehabilitationseinrichtung Four Steps:

Behandlungsprogramm und Spezialisierungen:

- Das individualisierte Behandlungsprogramm mit Behandlungszeiten zwischen 8 bis 26 Wochen wird an drei Standorten durchgeführt.
- Die Rehaeinrichtungen Four Steps verfügen über ein ausdifferenziertes Konzept, bestehend aus verschiedenen Angeboten im stationären, teilstationären und ambulanten Setting.
- In der stationären Kurz- und Mittelzeittherapie in Lorch-Waldhausen mit 24 Plätzen und Behandlungszeiten von 8-24 Wochen werden drogen- und mehrfachabhängige Männer und Frauen behandelt.
- In der stationären Lang- und Mittelzeittherapie in Schorndorf-Weiler mit 26 Plätzen und Behandlungszeiten von 15—26 Wochen werden drogen- und mehrfachabhängige Männer und Frauen behandelt. Die Aufnahme von schwangeren Frauen und Frauen mit Säuglingen ist möglich.

- Im Zentrum für integrierte Suchtrehabilitation in Fellbach befindet sich die Adaptions- einrichtung mit 15 Plätzen und Behandlungszeiten von acht - 16 Wochen. Es werden drogen-, alkohol- und mehrfachabhängige Männer und Frauen im Anschluss an eine stationäre Suchtrehabilitation mit dem Schwerpunkt auf berufliche Wiedereingliederung behandelt.
- Die ganztägig ambulante Rehabilitation im Zentrum für integrierte Suchtrehabilitation in Fellbach verfügt über 16 Plätze und hat Behandlungszeiten von 12-24 Wochen. Behandelt werden drogen-, alkohol- und mehrfachabhängige Männer und Frauen.

Alle Behandlungsmodule können in verschiedenen Kombinationen miteinander verknüpft werden.

Es gibt eine Behandlungsgruppe für nicht-opiatabhängige junge Erwachsene in der Lang- und Mittelzeiteinrichtung in Schorndorf-Weiler. (Cannabis, Kokain, Alkoholmissbrauch)

4. AHG Klinik Wilhelmsheim:

Behandlungsprogramm und Spezialisierungen:

- Das individualisierte Behandlungsprogramm mit Behandlungsdauern von sechs bis 16 Wochen, in Einzelfällen auch länger, wird in 4 integrierten Wohn- und Therapiebereichen mit jeweils 36 - 48 Therapieplätzen für Frauen und Männer durchgeführt. Zu einem Therapiebereich gehören jeweils drei - vier Bezugsgruppen. Ein Teil der Bezugsgruppen ist gemischt, mit gleichen Anteilen von Frauen und Männern.
- Die 8-wöchige Kurzzeitbehandlung erfolgt in einem Therapiebereich mit 22 Therapieplätzen für Frauen und Männer, aufgeteilt in zwei gemischte Bezugsgruppen.
- Die 6-wöchige Kombibehandlung ist Teil der kombinierten stationär/ambulanten Kombinationsbehandlung. Sie ist der Kurzzeitbehandlung angegliedert. Ebenfalls zum Kurzzeitbereich gehört die stationär/teilstationäre Kombinationsbehandlung. Für die Kombibehandlungen sind elf Therapieplätze vorgesehen.
- Die zwölfwöchige ganztägige ambulante Rehabilitation wird in einem Therapiebereich mit 24 Therapieplätzen für Frauen und Männer in Stuttgart angeboten.

Wiederholerprogramm:

Diese Behandlung dauert in der Regel sechs bis zehn Wochen und wird entweder im individualisierten Programm oder in der Kurzzeitabteilung durchgeführt.

Auffang- und Festigungsbehandlung:

Sie können sowohl im Individualisierten als auch im Kurzzeitprogramm durchgeführt werden.

Spezifische Behandlungsangebote:

In den vergangenen Jahren wurde die Behandlung von Patienten mit komorbiden Störungen kontinuierlich weiterentwickelt und findet hauptsächlich im Individualisierten Langzeitprogramm in einer Kombination von Einzeltherapie und indikativen Gruppentherapien statt. Für die Behandlung der bei Alkoholkranken häufigen depressiven Störungen wurde eine indikative Gruppe „Depression“ in das Behandlungsprogramm aufgenommen.

Fakultativer Bestandteil des Individualisierten Programms ist auch ein Raucherentwöhnungsprogramm, das aus zwei indikativen Gruppen und einer Reihe von unterstützenden Maßnahmen besteht. In einer „Rauchfrei-Vorbereitungsgruppe“ werden Raucher bei der Entscheidungsfindung auf dem Weg zur Abstinenz begleitet.

Pathologisches Spielen

Die Behandlung von Patienten mit pathologischem Glücksspiel erfolgt in einer eigens dafür eingerichteten Bezugsgruppe. Die Behandlungsdauer beträgt acht - zwölf Wochen, bei zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit 16 Wochen.

Seniorenbehandlung (AGIL-Gruppe)

Um den besonderen Bedürfnissen älterer Abhängigkeitskranker Rechnung zu tragen, wurde eine altershomogene Bezugsgruppe für Patienten ab 60 Jahren eingerichtet, die sich auf die speziellen Lebensthemen dieser Altersgruppe konzentriert, wie z.B. den Wegfall von Erwerbstätigkeit als Sinn- und Strukturgebung, die verstärkte Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Einschränkungen, Krankheit und Tod, die Änderung familiärer Strukturen und die Einsamkeit. Auch die Adjuvanttherapien wie Sporttherapie und Kunsttherapie wurden auf die Voraussetzungen und Themen dieser Altersgruppe angepasst.

Junge Erwachsene

Mit einer Bezugsgruppe für junge Erwachsene (Mindestalter 18 Jahre) tragen wir der Tatsache Rechnung, dass sich junge Erwachsene mit ihren spezifischen Lebenswelten und Lebensthemen in einer altershomogenen Gruppentherapie in ihren spezifischen Bedürfnissen besser berücksichtigt fühlen als in altersgemischten Bezugsgruppen. Dies bezieht sich auf die in dieser Altersgruppe häufigen Entwicklungsaufgaben, den häufigen Beikonsum von anderen Suchtmitteln als auch auf spezifische Sozialisationsdefizite aufgrund einer bereits in der Adoleszenz manifest gewordenen Suchtentwicklung.

Patientenzuweisungen aus den drei Suchtberatungsstellen und aus dem ZfP Winnenden

Jahr	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Patienten	68	56	57	69	62	73

12.3 Bewertung

Die Wirksamkeit ambulanter und ganztägig ambulanter und stationärer Behandlung bezogen auf die Abstinenz konnte in wissenschaftlichen Studien nachgewiesen werden, ebenso die Effektivität der Therapien bezüglich der Sicherung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

13. Behandlung im Anschluss an medizinische Rehabilitation (Nachsorge)

13.1 Einführung und rechtliche Grundlagen

Auf Grund der Weiterentwicklung in der Suchtrehabilitationsbehandlung in den letzten Jahren gewinnt die Psychosoziale Nachsorge zunehmend an Bedeutung. Als Ursachen seien hier genannt:

- Generelle Verkürzung von Behandlungszeiten mit der damit verbundenen inhaltlichen Verdichtung
- Ein wachsender Anteil arbeitslosen Patienten mit zu den arbeitsmarktbedingt geringeren Chancen auf eine rasche berufliche Wiedereingliederung
- Eine wachsende Zahl allein stehender Patienten ohne ausreichend tragfähige Bezugs- und Stützsysteme.

In Abgrenzung zu Maßnahmen ambulanter Weiterbehandlung (im Rahmen einer Kombinationstherapie) beinhaltet die ambulante Nachsorge demnach im Anschluss an eine formal beendete Entwöhnungsbehandlung ergänzende psychosoziale Leistungen im Sinne von § 26 Abs. 3 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe Behinderter), die im Lebensalltag des Rehabilitanden erforderlich sind zur Erreichung und Sicherung des Rehabilitationsziels. Im Vordergrund steht also nicht eine Weiterführung der suchtherapeutischen Arbeit, sondern es sollen auf der Grundlage der bisherigen Behandlungsergebnisse nun alltägliche Realkonflikte und Probleme der Klienten so bewältigt werden, dass eine Weiterführung der Abstinenz ermöglicht und eine soziale Wiedereingliederung unterstützt wird.

Neben der ambulanten Therapie bietet die Fachklinik Four Steps auch eine stationäre Nachsorge im Rahmen des betreuten Wohnens an, wo Klienten nach einer stationären Therapie Unterstützung finden, die im ambulanten Setting vermutlich die Abstinenz nicht aufrechterhalten könnten, oder die zur Förderung der Teilhabe den stationären Rahmen brauchen.

Indikation einer ambulanten Nachsorgebehandlung

Eine Nachsorge ist erforderlich und sinnvoll,

- wenn bei der notwendigen Umsetzung der in der Behandlung erlernten neuen Verhaltensweisen in den persönlichen oder beruflichen Lebensalltag relevante Diskrepanzen zu erwarten sind
- wenn das Beziehungsumfeld des Patienten bislang nicht aktiv / unterstützend in den Rehaprozess einbezogen werden konnte
- wenn persönliche relevante Problemlagen unabhängig von vorangegangenen ersten Maßnahmen in der Rehabilitation erst nach Beendigung der Behandlung konkret angegangen oder abschließend geklärt werden können
- wenn nach Beendigung der Therapie wesentliche Veränderungen im Lebensalltag des Patienten anstehen, die für ihn ungewohnte Herausforderungen beinhalten
- wenn die Abstinenzentscheidung des Patienten aus therapeutischer Sicht noch nicht unter den Bedingungen des persönlichen Lebensalltags geklärt ist und wenn noch keine ausreichenden neuen Verhaltensstrategien zur Aufrechterhaltung der Abstinenz entwickelt worden sind.

Dementsprechend lassen sich folgende **Ziele in der Nachsorge** formulieren:

- Die Stabilisierung der Abstinenzentscheidung unter Alltagsbedingungen insbesondere während des noch krisenanfälligen ersten Jahres nach Behandlungsende
- Die Erweiterung notwendiger Handlungskompetenzen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz
- Die konkrete Unterstützung bei der unmittelbaren Bewältigung persönlicher Problemlagen
- Die Förderung einer sozialen Wiedereingliederung durch gezielte Vermittlung und Sicherstellung notwendiger externer Hilfemöglichkeiten
- Die Förderung der Teilhabe am sozialen Leben durch alltagsstrukturierende Hilfen und insbesondere durch die Vermittlung des Patienten in eine Selbsthilfegruppe.

Zu Beginn des Nachsorgeprozesses wird ein personenzentrierter Hilfeplan erstellt und individuelle Zielsetzungen mit dem Patienten vereinbart. Die sich daraus ergebenden Bedarfe werden dann im Verlauf des Behandlungsprozesses bearbeitet und ggf. ergänzt.

Die Feststellung eines Nachsorgebedarfs orientiert sich dabei weniger an persönlichen „Defiziten“ sondern an der gemeinsamen Feststellung von Belastungen und Risikofaktoren im Lebensalltag des Patienten und einem daraus ableitbaren möglichen Unterstützungsbedarf.

Leistungen der Nachsorge werden erbracht von berufserfahrenen Fachmitarbeitern der Suchtberatung, die die Fördervoraussetzungen der Landesrichtlinien erfüllen. Die Beratungsstellen bieten neben den regelmäßigen Angeboten (Einzel- und Gruppengespräche) auch Kriseninterventionsmöglichkeiten an, um bei akuten Lebenskrisen aber auch bei Suchtmittelrückfälligkeit unmittelbare Hilfe anzubieten. Hierbei arbeiten die Beratungsstellen eng mit dem jeweiligen Beratungsstellenarzt, den Rems-Murr-Kliniken, den Hausärzten sowie dem Zentrum für Psychiatrie und Neurologie in Winnenden zusammen.

13.2 Situationsbeschreibung im Rems-Murr-Kreis

Die Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen im Rems-Murr-Kreis bieten ambulante Nachsorgebehandlungen in Einzel- und Gruppengesprächen an.

Finanziert wird die ambulante Nachsorge von den Rententrägern, die auch die medizinische Rehabilitationsleistung finanziert haben.

Anzahl der behandelten Klienten

Suchtberatungsstelle	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Schorndorf	23	29	19	37	24	38	49
Waiblingen	36	25	28	41	52	38	47
Backnang	6	10	10	20	20	18	20
gesamt	65	64	57	98	96	94	116

Eine Nachsorgebehandlung kann nur im direkten Anschluss an eine stationäre bzw. ganztägig ambulante (teilstationäre) Rehabilitation gewährt werden. Deshalb korrespondiert die Zahl der Nachsorgebehandlungen eng mit der Zahl der vermittelten und regulär beendeten stationären bzw. teilstationären Suchtrehabilitationen. Vor allem seit 2008 konnte eine deutliche Steigerung der ambulanten Nachsorgebehandlungen an den Suchtberatungsstellen des Rems-Murr-Kreises verzeichnet werden. Diese Entwicklung pendelte sich auf diesem hohen Niveau in den Folgejahren ein. Die gestiegene Inanspruchnahme von ambulanten Nachsorgebehandlungen hängt sicherlich auch mit dem Bewusstsein der Klientinnen und Klienten zusammen, dass durch die, mit dem Alltag eng verzahnte Behandlungsform im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung der Rehaerfolg nachhaltig gesichert werden kann.

Die Fachklinik Four Steps bietet stationäre Nachsorge an.

Four Steps bietet in Schorndorf 7 Plätze für stationäre Nachsorge im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens an. Die Klienten werden unterstützt, ihr Leben clean zu gestalten und einen Arbeitsplatz oder Ausbildungsplatz zu finden, um sich sozial und beruflich zu integrieren. Ziel ist es meistens, sich an einem neuen Wohnort neu zu orientieren.

Dabei übernehmen die Sozialhilfeträger, wo der Klient den letzten regulären Aufenthalt hatte, die Finanzierung der Betreuungskosten des ambulant betreuten Wohnens nach §§53,54 SGB XII (Sozialhilfe), die Rentenversicherungsträger übernehmen eine Pauschale zur Finanzierung der Beratung zur Aufrechterhaltung der Abstinenz und die Miete wird entweder vom Jobcenter oder von den Klienten selbst getragen.

Anzahl der behandelten Klienten

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl der behandelten KlientInnen	18	17	18	14	16	19
Kostenträger Rems-Murr Kreis	3	1	1	0	1	4
Anderer Kostenträger	16	16	17	14	15	15

Die stationäre Nachsorge in Schorndorf wird fast ausschließlich von externen Sozialhilfeträgern belegt, die dann auch die Kosten für das ambulant betreute Wohnen übernehmen, so dass dem Rems-Murr-Kreis nur in wenigen Einzelfällen Kosten entstehen.

13.3 Bewertung

Die ambulante Nachsorge an den Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen hat sich als festes Behandlungsangebot etabliert und wurde durch eine von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) abgesicherte Konzeption inhaltlich schlüssig in das übrige Behandlungssetting der Beratungsstellen integriert.

14. Behandlung von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken (CMA-Patienten)

14.1 Einführung und rechtliche Grundlagen

Mit dem Begriff „chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA)“ werden seit der Prägung dieses Begriffes durch eine Expertenkommission im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 1988, langjährig Abhängigkeitskranke verstanden, die unter gravierenden somatischen, psychischen oder sozialen Suchtfolgeschäden leiden. Oft werden auch diejenigen Abhängigkeitskranken darunter verstanden, die wegen einer anderen zusätzlich zur Abhängigkeitserkrankung bestehenden psychischen Störung oder Behinderung, besondere Versorgungsprobleme verursachen.

Die Zahl der chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen in Deutschland ist nicht sicher einzuschätzen. Man geht von einer **Quote von 0,5 % der Bevölkerung** aus. Entsprechend wären etwa 400.000 Personen in Deutschland davon betroffen, grob etwa 500 Personen pro 100.000 Einwohner einer Region. Das entspricht **2075 Personen im RMK**.

Die Situation chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängigkeitskranker ist geprägt durch

- lang andauernden, meist intensiven Suchtmittelmissbrauch,
- weitgehendem Kontrollverlust im Umgang mit Suchtmitteln und chronischem Verlauf der Abhängigkeit
- schwere somatische und/oder neurologische Schädigungen oft verbunden mit psychischen Beeinträchtigungen und psychiatrischen Krankheitsformen
- fehlenden tragfähigen sozialen Bindungen und sozialer Abstieg,
- ungesicherte Lebensverhältnisse, Arbeits- und Wohnungslosigkeit, Armut
- weitgehender Verlust sozialer Kompetenzen und stark eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung.

Veränderungen aus eigener Kraft sind diesem Personenkreis oft nicht mehr möglich. Rückhalt und Unterstützung aus einem familiären Umfeld sind meist schon seit langen nicht mehr wirksam.

Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige sind zu einem hohen Anteil nicht mehr in der Lage, sich selbst aktiv um Hilfen zu bemühen und die eigenen Belange selbstverantwortlich zu regeln. Sie stellen eine besonders schwierig zu behandelnde Gruppe dar. Der CMA-Patient ist im Rahmen seines „**organischen Psychosyndroms**“ (psychische Veränderung des Menschen als Folge einer organischen Erkrankung oder Schädigung des Gehirns durch Alkohol. D. h. nachlassen der geistigen Fähigkeiten, Verhaltensstörungen und psychische Auffälligkeiten im Sinne affektiver Störungen und psychotischer Symptome) in der Regel initiative- und antriebsarm, kognitiv eingeschränkt im Sinne verlangsamter und erschwelter Informationsaufnahme und -verarbeitung. Aufgrund häufiger frustraner Therapie- und eigener Krankheitsbewältigungsversuche ist er oft zutiefst resigniert. Häufig hat er sich in seinem eingeschränkten Leben eingerichtet. Oft ist er zu antriebsarm und fühlt sich zu wenig kompetent, ist auch zu verzagt, zu ängstlich und beschämt, um seine sozialen Angelegenheiten zu erledigen, so dass häufig finanzielle Not und Papiere-Chaos herrschen. Er hat oft auch nicht die Kompetenz, sich Hilfe zu holen oder er schämt sich zu sehr, um sich an jemanden um Hilfe zu

wenden. Häufig hat er einen beschämenden und schmerzlichen Prozess zunehmender sozialer Ausgrenzung hinter sich (Arbeitsplatzverlust, Trennung von der Familie, Verlust von Ressourcen und Rechten, Verlust von Wohnung, Gesundheit, Kompetenzen, Interessen, Gesundheit und Wohlbefinden, Verlust von Freunden, Verlust der Selbstachtung).

Der CMA-Patient braucht deutlich mehr Behandlungszeit als ein Suchtkranker, der noch keine schweren hirnganischen Einbußen erlitten hat. Die Motivation zur Behandlung - bei jedem Suchtkranken eine besondere Herausforderung - ist beim CMA-Patienten ungleich schwieriger, insbesondere wegen seiner meist tiefen Resignation und seiner erschwerten Auffassung. Neues Verhalten wird besonders schlecht angenommen, eingeübt, für gut befunden und beibehalten. Häufige Verschlechterungen der körperlichen Erkrankungen (z.B. Leberzirrhose, chronische Pankreatitis, Cardiomyopathie, hirnganische Anfälle, Folgen von Schädelhirntraumata u.v.a.) unterbrechen oft den therapeutischen Prozess und bieten den Patienten mitunter auch eine willkommene Gelegenheit, der therapeutischen Auseinandersetzung zu entgehen. Die Behandlung muss eine enge Verzahnung von somato-psycho-sozialen Maßnahmen anbieten. Dies bedeutet, dass neben einer umfangreichen somatischen Diagnostik und Behandlung meist mehrerer geschädigter Organe in der Regel psychotherapeutische Gespräche, hirnganisches Leistungstraining, das Training von sozialen Kompetenzen, die körperliche Ertüchtigung (Bewegungstherapie, Physiotherapie, psychoedukative Angebote zum Thema gesundheitsförderndes Verhalten) sowie eine aufwändige soziale Sanierung gleichzeitig geleistet werden müssen. Häufig kann der Patient nach der Krankenhausbehandlung nicht mehr ins alte Lebensumfeld zurückkehren. Dann gilt es, nicht nur zur Abstinenz, sondern zu einer völligen Veränderung der Lebensumstände zu motivieren und gleichzeitig in angemessenem Zeitraum die kostenrechtlichen Voraussetzungen für eine Heimunterbringung oder eine langfristige sozialtherapeutische Maßnahme zu schaffen.

Besondere kostenrechtliche Situation:

Bei der Versorgung chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger müssen alle für die Rehabilitation Behinderter zuständigen Sozialleistungsträger zusammen tätig werden. Medizinische Akutbehandlungen und klinische Entgiftung bzw. Entzugsbehandlung gehören zu den Behandlungen, deren Kosten von den Krankenversicherungsträgern zu übernehmen sind. Bei stationären Therapieangeboten kommen als Hauptkostenträger die Rentenversicherungsträger in Betracht. Die soziale Rehabilitation, z.B. in soziotherapeutischen Wohngemeinschaften oder der Versorgung im Rahmen der ambulanten Nachsorge ist Aufgabe der Sozialhilfeträger. Diese erfolgt meist im Rahmen der Eingliederungshilfe im Sinne des § 53 SGB XII. Zuständig für die Kostenerstattung bei einer stationären Unterbringung im „Haus an der Rems“ der Erlacher Höhe ist jeweils der Herkunftslandkreis, d.h. der Sozialhilfeträger, in deren Bereich der Klient den letzten gewöhnlichen Aufenthalt hatte.

Der zunehmende Kostendruck der Krankenversicherungsträger trifft die CMA-Patienten in besonderem Maße. Da diese Patienten gesundheitlich besonders eingeschränkt sind, bedürfen sie einer oft erheblich längeren stationären Behandlung mit besonderen Angeboten der Diagnostik und Therapie. Eine nahtlose Weiterversorgung ist hier besonders wichtig, da Unterbrechungen der Behandlungskette oft zu Rückfällen führen.

Gerade bei diesen schwierigen Patienten führen die Krankenkassen besonders häufig Prüfungen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen durch und lehnen eine Kostenübernahme ab. Kliniken sehen sich teils aus wirtschaftlichen

Gründen gezwungen, Patienten früher zu entlassen mit den entsprechenden Folgen für die Betroffenen.

Eine gute regionale Vernetzung der Einrichtungen kann diese Problematik zum Teil entschärfen, wenn durch besonders kurze administrative Wege und rasche Weitervermittlung die stationäre Behandlung mit gutem Ergebnis weitergeführt wird.

14.2 Situation im Rems-Murr-Kreis

Die erste Anlaufstelle ist oft ein **somatisches Krankenhaus** (etwa über den niederge-lassenen Allgemeinarzt) aufgrund einer Verschlechterung des Zustands der suchtmittelgeschädigten Organe - oder die Aufnahmestation der **Klinik für Suchttherapie** des **Klinikum Schloß Winnenden**. Dort kann der Patient – teils freiwillig, teils im Rahmen des Unterbringungsgesetzes oder einer rechtlichen Betreuung - auf **der CMA-Spezialstation** der Klinik weiter behandelt werden.

Zunächst ist wichtig, dass der Patient in einem suchtmittelfreien Rahmen die Gelegenheit erhält, sich hirnganisch zu erholen. Oftmals ist der verbesserte hirnganische Zustand die Voraussetzung dafür, dass sich der Patient frei für die Behandlung entscheiden kann. Die oben genannten soziopsychotherapeutischen Angebote (psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche, psychoedukative Gruppen, Sozialtraining und aufwändige sozialarbeiterische Einzelbetreuung mit Hausbesuchen, Gesprächen mit Bezugspersonen etc., Bewegungs- und Physiotherapie, Ergotherapie, Familiengespräche, Freizeitgestaltung, Training von hauswirtschaftlichen Grundkompetenzen sowie die „Wochenbilanz“) sind für den Patienten verpflichtend. Die Ergotherapie und die Aufgaben im Rahmen der Stationsgemeinschaft sind für den Patienten ganz wichtig, damit er wieder Selbstbewusstsein aufbauen kann. Nach Alkoholrückfällen folgt eine Rückfallbearbeitung. Nach der Entlassung gibt es für den Patienten, der nach Hause entlassfähig ist, ein be-sonderes Angebot im Rahmen der Ambulanz für Suchttherapie der Klinik. Häufig erfolgt die Vermittlung in ein Heim oder eine soziotherapeutische Einrichtung.

Finanzierung

Chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke mit dauerhaftem Hilfebedarf sind, zum Teil mangels anderer Angebote, oft in Einrichtungen der Hilfe nach § 67 SGB XII (Wohnungslosenhilfe) oder auch in Altenpflegeheimen vornehmlich in privater Trägerschaft untergebracht. Allein schon die Tatsache, dass der Altersschwerpunkt bei den chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen bei etwa 40 – 50 Jahren liegt, weist darauf hin, dass eine gleichzeitige Betreuung dieser Personengruppe in Altenpflegeheimen kaum möglich ist und nur sehr begrenzt in Frage kommt. Diese Lösungen können allenfalls Notlösungen sein.

Um die Erfolge vorausgegangener klinischer Behandlungen nicht sofort wieder zu gefährden, ist ein eigenständiger Teileinrichtungsbereich erforderlich, der einen suchtmittelfreien Rahmen und eine gewisse Kontinuität im Wohnbereich gewährleistet.

Chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängigkeitskranke Menschen finden im **Haus an der Rems der Erlacher Höhe in Waiblingen-Beinstein** Hilfen zur Alltagsbewältigung und Mög-lichkeiten, längerfristiger Unterbringung. Ziel dabei ist der Erhalt und die Stärkung eigener Fähigkeiten der Bewohner, um eine möglichst selbständige und eigenverantwortliche Lebensführung zu fördern. Der Wunsch, suchtmittelfrei zu leben stellt hierbei eine wichtige Voraussetzung dar.

Persönliche Ressourcen, die ganz individuell gefördert werden, helfen die eigene Motivation zur Abstinenz weiter zu fördern.

Das Haus an der Rems hält in Waiblingen-Beinstein 25 stationäre Plätze vor.

Fallzahlen im Bereich der stationären Hilfe im Haus an der Rems, Beinstein (Anzahl der Betreuung von Personen mit Wohnsitz im Rems-Murr-Kreis)

Jahr	2007	2008	2009	2010	2011
Fälle	11	14	14	12	14

Die sozialtherapeutische Einrichtung „Helle Platte“ der Erlacher Höhe (siehe Teilplan 15) stellt ebenfalls ein Angebot für diesen Personenkreis dar, insofern, dass von dort aus die Erschließung der erforderlichen weiterführenden Hilfemaßnahmen betrieben wird – oder in Fällen, wo durch die konsequent abstinenzfördernde Vorgehensweise eine Stabilisierung des Zustandes erreicht wurde, eine Reintegration in normale Lebensverhältnisse oder weniger intensive Hilfeformen erfolgen kann.

14.3 Bewertung und Maßnahmen

Das Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe erreicht bei dieser Personengruppe ihre Grenzen, die meist nach mehrfach wiederholten Entzugs- und Entwöhnungsmaßnahmen aufgrund so gravierenden irreversiblen somatischen, psychischen und sozialen Folgewirkungen des Suchtmittelmissbrauchs auch mit ambulanten Unterstützungsleistungen nicht mehr zu einer selbständigen Lebensführung in der Lage sind. Für diese Personengruppe ist ein dauerhaftes stationäres Versorgungsangebot notwendig. Dieses Angebot besteht im Rems-Murr-Kreis.

M 1

Innerhalb des Suchthilfenetzwerkes sollen mit den Krankenkassen Gespräche über die Ursachen des Kostendrucks bei länger andauernden Behandlungen von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen geführt werden.

Umsetzung: kurzfristig

15. Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften für suchtkranke Wohnungslose

15.1 Einführung und rechtliche Grundlagen

Chronisch suchtkranke Wohnungslose mit ausgeprägten sozialen, körperlichen und psychischen Folgeschäden sind die am schwersten von Abhängigkeitserkrankungen betroffenen Menschen unserer Gesellschaft. Sie sind zu einem hohen Anteil nicht mehr in der Lage, sich aktiv um geeignete Hilfemaßnahmen zu bemühen und ihre Belange eigenverantwortlich zu regeln.

Die Betroffenen haben einen komplexen Hilfebedarf. Dieser erstreckt sich neben der Beratung in Sucht- und sonstigen Gesundheitsproblemen vor allem auf Bereiche der Existenzsicherung, Sozialberatung und Unterstützung im Bereich Wohnen, auf Schuldenberatung, Unterstützung bei Behördenangelegenheiten sowie bei der Tagesstrukturierung und der Erschließung von Arbeitsmaßnahmen. In der Regel sind gleichzeitig oder nacheinander mehrere Dienstleistungen erforderlich.

Oft fallen die Betroffenen aus den Bereichen der traditionellen Suchthilfe als „Misserfolge“ heraus oder sie sind bisher nie in den Genuss von deren Hilfeangeboten gekommen.

Aufgrund der Tatsache, dass für den betroffenen Personenkreis Maßnahmen der Rentenversicherungsträger oft nicht zur Verfügung stehen, erst erschlossen werden müssen oder bereits ausgeschöpft sind kommen für die Betroffenen in der Regel Hilfen in Betracht, die von den Kommunen im Bereich der Daseinsvorsorge geleistet und gewährt werden, wenn der entsprechende Hilfebedarf nachgewiesen und begründet wird.

Finanzierung

Es handelt sich dabei um Hilfen nach § 67 SGB XII (Hilfe für Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten), die im Rahmen der Wohnungslosenhilfe in besonderen Leistungstypen für wohnungslose Menschen mit einer Suchtproblematik beschrieben werden. Kostenträger ist der jeweilige Herkunftsland- oder Stadtkreis, d.h. die Landratsämter und Stadtverwaltungen, in deren Bereich der Klient den letzten gewöhnlichen Aufenthalt hatte. Diese übernehmen die Finanzierung der Betreuungskosten. Soweit es sich nicht um vollstationäre Maßnahmen handelt, wird der Lebensunterhalt und die Miete in aller Regel entweder vom Jobcenter oder von den Klienten selbst getragen.

15.2 Situation im Rems Murr Kreis

Im Rems-Murr-Kreis hält die Erlacher Höhe sozialtherapeutische Wohngruppen für abstinenzorientierte Personen in besonderen Lebensverhältnissen vor. Es gibt Angebote sowohl im stationären Bereich der sozialtherapeutischen Einrichtung „Helle Platte“ in Erlach als auch in den teilstationären Bereichen der beiden Therapeutischen Wohngemeinschaften in Backnang und Murrhardt. Dazu kommen Unterbringungsmöglichkeiten im ambulant betreuten Wohnen.

Im stationären Bereich der „Hellen Platte“ finden sich intensive, alltagspraktisch orientierte Trainings mit folgenden Zielen entsprechend den Leistungsvereinbarungen:

- Befähigung zu einem Leben in üblichen Wohn- und Arbeitsverhältnissen

- Milderung der sozialen Schwierigkeiten in dem Maße, dass eine Fortsetzung der Hilfe in
- weniger intensiven Betreuungsformen möglich ist
- Milderung der Suchtproblematik und deren Folgen
- Vorbereitung auf die Inanspruchnahme und Überleitung in die Hilfeangebote der Sucht-
- Krankenhilfe
- Vorbereitung auf das Leben in Einrichtungen oder Einrichtungsteilen, welche auf dauer-
- haften Aufenthalt ausgerichtet sind.

Begleitet und angeleitet werden die Personen in den sozialtherapeutischen Wohngruppen in erster Linie von pädagogischen Fachkräften, teilweise mit therapeutischen Zusatzqualifikationen sowie hauswirtschaftlichen Fachkräften.

Im Bereich der sozialtherapeutischen Angebote der Erlacher Höhe für Wohnungslose finden sich Basishilfen, also niedrighschwellige Maßnahmen, die primär auf Schadensminimierung_ abzielen und Wohnangebote mit lebenspraktischen Hilfen, Kriseninterventionen und begleitenden Beschäftigungs- und Arbeitsangebote im Bereich des zweiten Arbeitsmarktes vorhalten.

Fallzahlen „Helle Platte“, stationär (Anzahl der Betreuung von Personen mit Wohnsitz im Rems-Murr-Kreis, inkl. Wiederholungsbehandlungen)

Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Fallzahlen	29	25	21	20	25	26

Die Helle Platte der Erlacher Höhe hält 35 stationäre Plätze vor, betreut von 6,5 Fachkraftstellen.

Fallzahlen Therapeutische Wohngemeinschaften, teilstationär (Anzahl der Betreuung von Personen mit Wohnsitz im Rems-Murr-Kreis, inkl. Wiederholungsbehandlungen)

Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Fallzahlen	28	22	19	13	16	18

Die teilstationären Therapeutischen Wohngemeinschaften in Backnang und Murrhardt halten 43 Plätze vor, betreut von 4,7 Fachkraftstellen.

Kooperation / Vernetzung:

Obwohl Hilfemaßnahmen nach § 67 SGB XII (Sozialhilfe) zunächst soziale Problematiken in den Mittelpunkt der Hilfen stellen, die Betroffenen aber häufig eine Suchtproblematik haben, sind viele Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe de facto ein Teil des kommunalen Suchthilfe-systems geworden. Die Wohnungslosenhilfe ist deshalb auf die Unterstützung aus dem etablierten Suchthilfesystem angewiesen. Voraussetzung dafür ist die strukturelle Inte-gration der Wohnungslosenhilfe in die kommunalen Gremien und die Kooperationsstrukturen der Suchtkrankenhilfe.

Die Begleitung Suchtkranker und Wohnungsloser mit Multiproblematiken, oft auch psychiatrischen Begleiterkrankungen, gelingt in der stationären Wohnungslosenhilfe nur dann mit der notwendigen Kontinuität, wenn für überfordernde

Kriseninterventionen ein verlässlicher Kooperationspartner im psychiatrischen Akutbereich zur Verfügung steht.

Dieselben Anforderungen an eine Kooperation und Vernetzung mit dem psychiatrischen Akutbereich besteht auch für die Wohngruppen der Eingliederungshilfe und die nicht abstinent fñhrbaren Bereiche der Wohnungslosenhilfe.

Zu einem bedarfsgerechten Hilfesystem für Menschen mit Alkoholproblemen gehören zusätzlich Hilfen im Bereich Arbeit, Beschäftigung und berufliche Rehabilitation. Vor allem für Menschen mit schweren und langen Abhängigkeitsverläufen sind spezielle Angebote erforderlich.

Kooperationen der sozialtherapeutischen Wohngruppen finden sich mit den Stationen der Klinik für Suchttherapie Winnenden und der dortigen Ambulanz (PIA = Psychiatrische Institutsambulanz), der Suchtberatungsstelle des Kreisdiakonieverbandes Rems-Murr in Form eines Kooperationsvertrages, Hausärzten, Selbsthilfegruppen und den Angeboten und Möglichkeiten des zweiten Arbeitsmarktes.

15.3 Bewertung

Die genannten sozialtherapeutischen Wohngruppen mit ihren speziellen Hilfemaßnahmen für chronisch Suchtkranke Menschen erfüllen einen überregional nachgefragten Versorgungs-auftrag.

Aus Sicht der Einrichtungen besteht ein Bedarf an einer intensiven Zusammenarbeit und Kooperation mit der Klinik für Suchttherapie des Zentrums für Psychiatrie Winnenden, insbesondere bei erforderlichen stationären Kriseninterventionen, kurzfristig notwendigen qualifizierten Entzugsbehandlungen oder auch bei psychotischen Dekompensationen.

Wohnrichtungen, welche die Einhaltung eines Abstinenzgebotes zur Voraussetzung haben, um einen Wohnplatz zu bekommen oder zu behalten, sind allein nicht bedarfsgerecht.

Erforderlich über die bestehenden Angebote hinaus sind Wohnangebote für „nasse“ Alkoholabhängige, welche ein Mindestmaß an qualifizierter Begleitung gewährleisten.

16. Beratungs- und Behandlungsangebote bei „nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten“

16.1 Überblick

Psychische Störungen in Zusammenhang mit dem Glücksspielen, Computer- und Internetgebrauch und Essverhalten werden häufig in Abgrenzung zu den stoffgebundenen Süchten auch als nichtstoffgebundene Süchte bezeichnet. Dabei wird die Zuordnung der oben genannten Verhaltensauffälligkeiten zu den Süchten weiterhin kontrovers diskutiert.

- **Das pathologische Glücksspielen** wird unter ICD F63 (abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle) eingeordnet. Diese Störung wird nur umgangssprachlich als „Spielsucht“ den Süchten zugeordnet.
- Die Verschlüsselung der **Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet** ist derzeit möglich unter ICD F68.8 (sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) bzw. ICD F63.8 (sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle).
- **Die Essstörungen** werden im aktuellen Klassifikationssystem ICD 10 als „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ unter F50-59 beschrieben und somit nicht als Suchterkrankung definiert.

16.2 Pathologisches Glücksspielen (Spielsucht)

16.2.1 Einführung und rechtliche Grundlagen

In Deutschland wird davon ausgegangen, dass 0,5 % der 18- bis 65 jährigen pathologische Spieler sind, was ca. 260 000 Personen entspricht. Bei Jugendlichen werden 3 bis 6 % Problemspieler angenommen.

Pathologisches Spielen hat als Problem in Baden-Württemberg mit dem Ausbau der Glücksspielangebote zugenommen. So verzeichnen die Psychosozialen Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke in den letzten Jahren einen auffallend ansteigenden Bedarf an Beratung und Behandlung für pathologische Glücksspieler.

Pathologisches Glücksspielen wird als eigenständiges Krankheitsbild innerhalb der psychischen Störungen gesehen. Eine erhebliche Teilgruppe der Glücksspieler hat Merkmale, die sie als süchtig beschreiben lassen.

Die Symptomatik des pathologischen Spielens ist im DSM-IV von 1994 beschrieben. Danach spricht man von fehl angepasstem Glücksspielverhalten, wenn mindestens fünf von den genannten **Glücksspieler-typischen Merkmalen** diagnostiziert werden:

- stark eingenommen vom Glücksspiel
- Erhöhung der Einsätze, um Erregung zu erreichen
- Erfolglose Versuche, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben
- Unruhig, gereizt bei den Versuchen aufzuhören oder sich zu beschränken
- spielt, um Problemen zu entkommen, sich zu erleichtern
- Spielen, um Verluste auszugleichen („Chasing“)

- belügt Bezugspersonen (Familie etc.)
- illegale Handlungen
- gefährdet Arbeitsplatz, Beziehung etc.
- verlässt sich hinsichtlich seiner hoffnungslosen finanziellen Situation auf andere.

Bei den Phasen der Spielsucht wird unterschieden zwischen Gewinnphase, Verlustphase und Verzweiflungsphase.

Glückspiel-Staatsvertrag

Das Ziel des Glücksspiel-Staatsvertrags (vom 01.01.2008) ist die Prävention im Bereich der Glücksspielsucht.

Nach § 1 sind die Ziele des Staatsvertrages:

1. Das Entstehen von Glücksspielsucht und Wettsucht zu verhindern und die Voraussetzungen für eine wirksame Suchtbekämpfung zu schaffen,
2. das Glücksspielangebot zu begrenzen und den natürlichen Spieltrieb der Bevölkerung in geordnete und überwachte Bahnen zu lenken, insbesondere ein Ausweichen auf nicht erlaubte Glücksspiele zu verhindern,
3. den Jugend- und den Spielerschutz zu gewährleisten,
4. sicherzustellen, dass Glücksspiele ordnungsgemäß durchgeführt, die Spieler vor betrügerischen Machenschaften geschützt und die mit Glücksspielen verbundene Folge- und Begleitkriminalität abgewehrt werden.

Da der Glücksspielstaatsvertrag entsprechend den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts nur das staatliche Monopol regelt, blieb der Bereich der gewerblich betriebenen Spielautomaten dort unberücksichtigt. Am 15. Dezember 2011 unterzeichneten alle Bundesländer mit Ausnahme von Schleswig-Holstein deshalb einen Glücksspieländerungsstaatsvertrag.

16.2.2 Situation im Rems- Murr Kreis

Beratung und Behandlung

Die Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke im Rems-Murr-Kreis haben ihr Angebot für Menschen mit Glücksspielsucht verstärkt. So werden Gruppen zur Orientierung mit fachlicher Anleitung, zur Selbsthilfe und zur Vorbereitung einer Rehabilitation angeboten.

Die AHG Klinik Wilhelmsheim bietet ein stationäres Behandlungsangebot für Patienten mit pathologischem Glücksspiel an. In einer eigens dafür eingerichteten Bezugsgruppe erfolgt die Behandlung über einen Zeitraum von 8 bis 12 Wochen, bei zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit über 16 Wochen.

Die Klinik für Suchttherapie am Klinikum Schloss Winnenden bietet in der Ambulanz für Suchttherapie (PIA) eine Beratung Betroffener an. Spezifische Behandlungsangebote werden vorbereitet.

Die Rehabilitationsklinik Four Steps entwickelt derzeit im Rahmen der integrierten Adaption eine Behandlung von pathologischem Glücksspiel als eigenständige Behandlung, Dauer 12 bis 16 Wochen.

16.3. Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet

16.3.1 Einführung und Grundlagen

Diese Verhaltensauffälligkeiten sind charakterisiert z.B. durch exzessive Online- Aktivitäten, eine ausgeprägte Selbstwertstörung, durch sozialen Rückzug und durch ein sozialphobisches Vermeidungsverhalten, reduzierte Handlungskontrolle. Meist liegt eine hohe psychische Komorbidität (Begleiterkrankung) vor.

Auf wissenschaftlicher Ebene wird eine Zuordnung zu den stoffgebundenen Suchterkrankungen, den Impulskontrollstörungen oder den Persönlichkeitsstörungen diskutiert.

16.3.2 Situation im Rems-Murr-Kreis

Die Psychosozialen Beratungsstellen sind für Angehörige und direkt Betroffene Anlaufstellen in Bezug auf Beratung und Information und Vermittlung in stationäre Behandlungseinrichtungen.

Die Klinik für Suchttherapie am Klinikum Schloss Winnenden bietet in der Ambulanz für Suchttherapie (PIA) eine Beratung Betroffener an. Spezifische Behandlungsangebote werden vorbereitet.

16.2.3 und 16.3.3 Bewertung für pathologisches Glückspiel und Verhaltensstörungen durch den intensiven Gebrauch von Computer und Internet

Zur Bewertung des Beratungs- und Behandlungsbedarfs im Rems-Murr-Kreis können Aussagen erst nach den noch durchzuführenden Auswertungen der vorliegenden Daten erfolgen.

16.4 Essstörungen

16.4.1 Einführung und Grundlagen

Unter dem Begriff „Essstörungen“ werden unterschiedliche Krankheitsbilder subsumiert. Die bekanntesten sind die **Magersucht (Anorexia nervosa)** und die **Ess- / Brechsucht (Bulimia nervosa)**, die **Binge Eating Disorder (Episoden von Fressanfällen ohne gewichtsregulierende Gegensteuerung)** und die **Adipositas (Fettsucht)** im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen. Die Krankheitsbilder gehen häufig fließend ineinander über. Für die Entstehung von Essstörungen wird ein multifaktorielles Ätiologiemodell angenommen. Essstörungen können dabei als fehlgeleitetes Problemlösungsverhalten verstanden werden, bei dem der eigene Körper und dessen Manipulation (Hungern, indiziertes Erbrechen u. a.) in den Mittelpunkt gestellt wird.

Essstörungen zählen im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen. Den Betroffenen der drei Krankheitsgruppen ist gemeinsam, dass die Existenz sichernde Funktion des Essens zu einem psychosomatischen Problem geworden ist. Sie haben ein gestörtes Verhältnis zum Essen und zum eigenen Körper. Essstörungen sind in vielen Faktoren einer Sucht sehr ähnlich. Daher werden sie als psychosomatische Erkrankungen mit Suchtcharakter bezeichnet. Häu-

fig findet man bei den Betroffenen auch Komorbiditäten (Alkohol- und Suchtmittelmissbrauch)

Mit insgesamt 21,9 % zeigen mehr als ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Alter von 11 bis 17 Jahren Symptome einer Essstörung – ohne dass hier schon von einer manifesten Erkrankung gesprochen werden könnte. Mit 28,9 % liegt der Verdacht auf eine Essstörung bei Mädchen signifikant höher als bei Jungen – hier sind immerhin 15,2% bzgl. ihres Essverhaltens auffällig.

16.4.2 Situation im Rems-Murr-Kreis

Prävention

Für Jugendliche finden auf Anfrage Präventionsveranstaltungen statt. Im Rahmen des AK Essstörungen wurden hierzu Qualitätsstandards und ein entsprechendes Methodenrepertoire erarbeitet.

Die Anfragen werden in der Regel vom Fachbereich Gesundheitsförderung koordiniert. Die Erfahrung zeigt, dass regional nicht genügend Fachkräfte zur Durchführung von Präventionsangeboten zur Verfügung stehen.

Beratung

Für die Beratung von Menschen mit Essstörungen stehen im Landkreis folgende Beratungsstellen zur Verfügung:

- Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke (PSB) in Waiblingen und Schorndorf, sowie die Ehe-, Familien- und Lebensberatung (EFL) in Waiblingen (Träger: Kreisdiakonieverband Rems-Murr-Kreis)
- Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen für Suchtgefährdete und Suchtkranke (PSB) in Backnang (Träger: Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart);
- Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche in Waiblingen (Träger: Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart);
- Beratungsstellen des Kreisjugendamtes für Familien und Jugendliche in Waiblingen, Backnang und Schorndorf (Träger: Rems-Murr-Kreis).
- Lebens- und Sexualberatung (Pro Familia)

Die Psychosoziale Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke (PSB) in Waiblingen bietet in Waiblingen eine fachlich angeleitete Gruppe für Frauen mit Essstörungen an. Ebenfalls an der PSB in Waiblingen gibt es Seminare für Angehörige von Menschen mit Essstörungen unter professioneller Leitung.

Die Beratung wird ergänzt durch Ernährungsberatung und Kurse verschiedener Krankenkassen.

Behandlung

Die ambulante Therapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene erfolgt in psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen. Kassenfinanziert sind Verhaltenstherapie und tiefenpsychologische Verfahren. Einige der Therapeut/innen haben sich speziell zur Behandlung der Essstörungen weitergebildet. Weil es im Rems-Murr-Kreis derzeit keine spezialisierten stationären Angebote gibt, findet die Behandlung außerhalb des Landkreises statt.

Selbsthilfe

An der PSB in Schorndorf trifft sich eine Selbsthilfegruppe von Betroffenen. Die Gruppe wird zeitweise von einer Fachkraft der Beratungsstelle begleitet (Krisenintervention).

Vernetzung

Der AK Essstörungen ist eine Unterarbeitsgruppe des kommunalen Suchthilfenetzwerkes. Darin vertreten sind u. a. die o. g. Beratungsstellen, das Regierungspräsidium, niedergelassene Ärzt/innen und Therapeut/innen, Jugendhilfeeinrichtungen sowie Suchthilfeeinrichtungen.

16.4.3 Bewertung

- Für die erfolgreiche Behandlung von Essstörungen braucht es ambulante Beratungseinrichtungen, die in ein abgestuftes Versorgungssystem integriert sein sollten. Die Beratungsstellen werden zumeist als erste Anlaufstelle auf der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten genutzt.
- Bei der ambulanten Therapie kommt es insbesondere bei Kinder- und Jugendlichen-therapeut/innen zu langen Wartezeiten. Durch Angebote an niedergelassene Therapeut/innen ist der Kontakt zu dieser Berufsgruppe erweitert worden, was die Kooperation deutlich erleichtert. Ergänzend wird der Kontakt zu Fachkliniken für Essgestörte gepflegt.
- Die Vernetzung bei der Behandlung von Essgestörten leistet einen wesentlichen Beitrag zur erfolgreichen Behandlung. Es gilt regionale Netzwerke zu bilden, in denen alle Beteiligten über Vermittlungs- und Überweisungswege Bescheid wissen. Neben den Fachärzten, Beratungsstellen und Psychotherapeut/innen müssen auch Lehrer, Krankenkassen und Hausärzte einbezogen werden.
- Zur Prävention ist eine verbesserte Früherkennung durch vermehrte Aufklärung von Jugendlichen und Sorgeberechtigten über das Krankheitsbild, die Risikofaktoren, sowie eine Sensibilisierung pädagogisch Tätiger (Lehrer/innen und Trainer/innen) erforderlich.

17. Selbsthilfe

17.1 Einführung

Die Selbsthilfe Suchtkranker hat in der sozialen Praxis, insbesondere bei der Überwindung der Alkoholabhängigkeit, eine lange Tradition. Die professionellen Hilfen der Suchtkrankenhilfe in Psychosozialen Beratungsstellen und Fachkrankenhäusern wären ohne das stabilisierende und unterstützende Wirken von Selbsthilfegruppen weniger wirksam.

Die Arbeit der Selbsthilfegruppen vor Ort und ihrer übergeordneten Verbände und Organisationen bieten Raum für alle, die den Ausstieg aus einer Abhängigkeitserkrankung (insbesondere Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit) erreicht haben oder diesen anstreben. Gleichzeitig bieten sie Angehörigen von Abhängigkeitskranken die Möglichkeit, eigene Strukturen und Verhaltensmuster von Co-Abhängigkeit zu erkennen, zu reflektieren und zu bearbeiten. Insgesamt stellt die Sucht-Selbsthilfe eine jederzeit erreichbare unbürokratische Stütze einer suchtmittelfreien Lebensform sowie eine Anlaufstelle in Krisensituationen dar. Die Sucht-Selbsthilfe ergänzt die professionelle Hilfe um ein unverzichtbares Angebot mit eigenständigem Profil.

17.2 Situationsbeschreibung im Rems-Murr-Kreis

Im Rems-Murr-Kreis ist in den letzten Jahren ein dichtes Netz von Selbsthilfegruppen für Suchtkranke entstanden, das sich ständig weiter ausdifferenziert. Zielgruppen sind Betroffene (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen, Spieler) und Angehörige (Partner, Eltern, Kinder u.a.). Neben den traditionellen Gruppen und Verbänden wie Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz, Freundeskreise und Kreuz-Bund-Gruppen haben sich zunehmend freie Gruppen, meist nach Abschluss einer ambulanten Behandlung in den Beratungsstellen, etabliert. Besondere Bedeutung haben die Selbsthilfegruppen für die Motivationsarbeit sowie zur Festigung nach einer erfolgreich verlaufenen stationären oder ambulanten Suchttherapie. Abstinente Suchtkranke engagieren sich häufig als Helfer und übernehmen ein Ehrenamt in der Suchtselbsthilfe. Über die Gruppenarbeit hinaus engagieren sie sich auch im Bereich der Prävention in Schulen, der Jugendarbeit und in Betrieben. Die Kooperation und Vernetzung wird mit den Psychosozialen Beratungsstellen intensiv gestaltet. So nehmen die ehrenamtlich Mitarbeitenden die Möglichkeit zur regelmäßigen Supervision und organisatorischen Besprechung in den Suchtberatungsstellen wahr. Von dort werden sie auch bei der Ausbildung zum ehrenamtlichen Suchtkrankenhelfer gefördert und begleitet. Weitere unterstützende Angebote der Suchtberatungsstellen sind Seminare zu bestimmten Themen und Exkursionen in Facheinrichtungen.

Anzahl der derzeitigen Selbsthilfegruppen im Kreis:

Raum Schorndorf 21
Raum Backnang 14
Raum Waiblingen 29

Auf der Homepage des Landratsamtes (www.rems-murr-kreis.de) befindet sich im Bereich „Jugend, Senioren, Gesundheit und Soziales“ der Unterpunkt Gesundheitswegweiser und von dort führt ein Link zur Homepage „Gesundheit im Rems-Murr-Kreis“

(Direkt: www.gesundheit-rmk.info). Dort sind alle Selbsthilfegruppen des Landkreises thematisch oder alphabetisch sortiert sowie jeweils mit Kontaktadressen und Zielgruppen aufgelistet.

17.3 Bewertung und Maßnahmen

Dringender Bedarf für die Zukunft besteht vor allem darin, die Ansätze der Selbsthilfe für Drogenabhängige und insbesondere junge Menschen zu intensivieren. Im Blick auf die Besonderheiten dieser Zielgruppen (Lebenswelt, Fluktuation) sind hier innovative und kreative Ansätze gefragt. Denkbar sind auch zeitlich befristete Projekte, die mit verschiedenen Freizeit-Unternehmungen verknüpft werden können.

Als Teil des Kommunalen Suchthilfenetzwerks wurde an den Standorten der drei Suchtberatungsstellen- jeweils ein Selbsthilfegruppen- bzw. Betroffenenvertreter gewählt, dieser bildet zusammen mit Vertretern der Beratungsstellen einen Arbeitskreis. Eine dieser Personen gehört auch dem Arbeitskreis „Kommunales Suchthilfenetzwerk“ an.

M 1

Das Suchthilfenetzwerk soll die Entstehung weiterer Selbsthilfegruppen für Menschen mit pathologischer Glückspielabhängigkeit und für Menschen mit Essstörungen sowie insgesamt für junge suchtkranke Menschen unterstützen.

Umsetzung: mittelfristig

18. Koordination und Vernetzung als Aufgabe der kommunalen Suchthilfe

18.1 Einführung und rechtliche Grundlagen

Das baden-württembergische Sozialministerium hat im August 2005 die „Empfehlung für die Entwicklung und Einrichtung von Kommunalen Suchthilfenetzwerken in Baden-Württemberg“ herausgegeben.

Dort wird auf die Anforderungen an die Suchtkrankenversorgung aufgrund der Komplexität der Abhängigkeitserkrankung hingewiesen. Es werden unterschiedliche Zugangswege und differenzierte Hilfemaßnahmen gefordert. Zwar stellt das Ministerium fest, dass es bereits „ausgeprägte Kommunikationsstrukturen aller an der Suchtkrankenhilfe Beteiligten“ gibt, weißt aber zugleich auch darauf hin, dass „es noch verbindlicherer Absprachen zu einer weiteren Verbesserung der Gesamtversorgung“ bedarf. Weiterhin kritisiert werden ungenügend miteinander abgestimmte Dokumentationssysteme, personell-sächliche Ausstattung sowie Qualitätssicherungssysteme. Die „verbindliche Mitwirkung mindestens einer Suchtberatungsstelle und einer suchtmmedizinischen qualifizierten stationären (psychiatrischen) Akutbehandlungseinheit“ wird gefordert.

Das Sozialministerium möchte, dass zur Verbesserung der Zusammenarbeit aller beteiligten Einrichtungen, Kommunale Suchthilfenetzwerke eingerichtet werden. Es seien bereits viele Aufgaben der Kommunen in den Bereichen der sozialen und gesundheitlichen Daseinsvorsorge kreisbezogen gegliedert und Suchtkranke seien auch in vielfältiger Weise auf kommunale Unterstützung angewiesen.

Eine verbesserte Ergebnisqualität soll durch eine interdisziplinäre, gleichberechtigte Kooperation aller Mitwirkenden entstehen und ein verbindliches Zusammenwirken soll erreicht werden (jeder bringt seine Aufgaben und seine Finanzierung ein). Das Suchthilfenetzwerk soll als patientenbezogenes System entwickelt werden bei dem die Prävention, die Beratung bzw. Betreuung, die Therapie und Diagnostik und die Behandlung komorbider (begleitender) Erkrankungen bedarfsorientiert sichergestellt werden.

Das Sozialministerium hat dafür eigens Kriterien entwickelt und eine entsprechende Muster-Kooperationsvereinbarung und Geschäftsordnung herausgegeben, die den lokalen Erfordernissen angepasst werden kann.

Darüber hinaus fördert das Sozialministerium Kommunale Suchthilfekoordinatoren in den einzelnen Landkreisen.

Der Kommunale Suchthilfekoordinator soll unter anderem die Fähigkeit haben mit einer Vielzahl unterschiedlicher strukturierter Institutionen und Organisationen ein gemeinsames Handlungskonzept zu entwickeln und Voraussetzungen für ein zielgerichtetes Zusammenwirken dieser Kräfte zu schaffen. Die Aufgabenbereiche sind folgendermaßen beschrieben: Bestandsaufnahme, Sammlung von Informationen, Beobachtung von Entwicklungen, Initiierung, Koordinierung und Vernetzung der Maßnahmen und Aktivitäten zur Suchtprävention und Suchthilfe einschließlich der Hilfestellung bei Finanzierungsfragen. Ferner werden seinem Arbeitsbereich Öffentlichkeitsarbeit, Gremienarbeit und Dokumentation zugeordnet. Der Wirkungsbereich ist neben anderen Aufgaben schwerpunktmäßig auf die Koordination und Abstimmung, der mit Suchtprävention und Suchthilfe befassten Institutionen ausgerichtet. Damit unterstützt der Kommunale Suchthilfekoor-

ordinator die Arbeit des Suchthilfenetzwerkes entscheidend.

Die Koordination und Vernetzung im Rems-Murr-Kreis ruht somit auf verschiedenen Schultern: den verschiedenen Gremien des Suchthilfenetzwerkes und einer entsprechenden Haltung der Mitglieder zur Zusammenarbeit sowie in der Person des Kommunalen Suchthilfekordinators.

18.2 Situation im Rems-Murr-Kreis

Die kreisbezogene Zusammenarbeit aller in der Suchthilfe relevanten Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens einschließlich der Krankenhäuser sowie der Jugendhilfe, den Schulen und der Polizei hat im Rems-Murr-Kreis eine lange und bewährte Tradition. Schon 1978 rief der Landkreis den Arbeitskreis Sucht ins Leben, in dem die Vertreter verschiedener Institutionen im direkten Austausch und persönlichen Kontakt die Zusammenarbeit und gemeinsame Konzepte zur bedarfsgerechten Versorgung suchtgefährdeter und suchtkranker Menschen entwickelten. Mit der Einführung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes 1991 wurde der Arbeitskreis Sucht zu einer Arbeitsgemeinschaft gemäß § 78 SGB VIII aufgewertet und nahm und nimmt eine zentrale Rolle bei der kreisbezogenen Weiterentwicklung der Suchthilfe im Rems-Murr-Kreis ein. 2005 wurden vom Ministerium für Arbeit und Soziales - unter Mitwirkung der kommunalen Landesverbände – „Empfehlungen für die Entwicklung und Einrichtung von kommunalen Suchthilfenetzwerken in Baden-Württemberg“ erarbeitet und an die Landkreise versandt. Damit verbunden wird die formal freiwillige Landesförderung der Fachkraftstellen in den Psychosozialen Beratungsstellen künftig von deren Mitwirkung im kommunalen Suchthilfenetzwerk abhängig gemacht.

Im Bericht der Arbeitsgruppe „Netzwerk Sucht“ der Arbeitsgemeinschaft nach § 78 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) wurden daraufhin alle bestehenden Kooperationsbeziehungen dokumentiert und hinsichtlich der ministeriellen Vorgaben dargestellt. Auf dieser Basis wurde dann zum 01.01.2008 die Arbeitsgemeinschaft Sucht nach § 78 SGB VIII zur Arbeitsgemeinschaft „Kommunales Suchthilfenetzwerk Rems-Murr-Kreis“ erweitert. Die Gründung des Kommunalen Suchthilfenetzwerkes korrespondiert mit den Anforderungen des Landes Baden Württemberg, regionale Suchthilfeverbände zu gründen und entspricht auch den dort geforderten formalen Ansprüchen hinsichtlich der formalisierten Mitgliedschaft der Träger und dem Vorliegen einer Geschäftsordnung.

Sie nimmt heute eine zentrale Rolle bei der kreisbezogenen Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe im Rems-Murr-Kreis ein.

Mit dem Anspruch einer bedarfsgerechten Versorgung stellen sich neue Anforderungen an das Zusammenwirken der unterschiedlichen Institutionen. Neben dem problematischen Drogen- und Alkoholkonsum sowie Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Internetnutzung und pathologischen Spielen bestehen oft eine Vielzahl weiterer Probleme wie Folgekrankheiten, Schwierigkeiten in der Schule und Familie, am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, soziale Benachteiligung, Verschuldung, Kriminalität und Wohnsitzlosigkeit. All diese Probleme sind nicht allein im Rahmen einer Suchttherapie zu lösen, müssen aber in der Angebotsgestaltung berücksichtigt werden. So zielt die Weiterentwicklung des Suchthilfesystems im Rems-Murr-Kreis auf das Zusammenwirken unterschiedlicher Hilfesysteme und die produktive Nutzung der jeweiligen Möglichkeiten und Stärken.

Zur weiteren Verstärkung der Kooperation hat der Jugendhilfeausschuss im Mai 2009 der Einrichtung einer Stelle eines Kommunalen Suchthilfekordinators zugestimmt. Dieser hat zum 01.11.2010 seine Arbeit aufgenommen. Finanziert wird diese Stelle zu einem größe-

ren Teil über Landkreismittel aber auch über Landesmittel.

Die Aufgaben des Suchthilfenetzwerkes sind in der Muster-Kooperationsordnung des Sozialministeriums folgendermaßen beschrieben:

- Überprüfung der vorhandenen Versorgungsstruktur und Versorgungskapazitäten
- Verbindliche Absprachen zur Weiterentwicklung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen
- Abstimmung der unterschiedlichen Interessen von Landkreis, Kosten- und Leistungsträgern
- Einbeziehung der Interessen von Betroffenen und Angehörigen (Organisationen bürgerschaftlichen Engagements)
- Informationsaustausch und Abstimmung von Planungen der einzelnen Träger
- Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards und Erfolgskriterien
- Weiterentwicklung wohnortnaher niederschwelliger Zugangsmöglichkeiten von Betroffenen in das Suchthilfesystem
- Gewinnung zusätzlicher Partner für das Suchthilfenetzwerk
- Organisation von Konsiliar- und Liaisondiensten
- Organisation von Fortbildungsangeboten

Das Kommunale Suchthilfenetzwerk besteht aus folgenden Bereichen bzw. Institutionen:

Suchtberatungsstellen (inkl. Jugend- und Drogenberatung), stationäre Einrichtungen (Akut-, Reha- und Nachsorge-Behandlung), Polizei, Betroffenenvertreter, Kommunen, Schulen (Suchtpräventionsbeauftragte des Regierungspräsidiums), Kostenträger (DRV Deutsche Rentenversicherung/GKV Gesetzliche Krankenversicherung), Bewährungshilfe, Jobcenter/Agentur für Arbeit, Landkreis (Kreisjugendamt, Geschäftsbereiche Soziales und Gesundheit).



Abb. 1: Mitgliederstruktur des Suchthilfenetzwerkes

Beschlüsse werden laut Geschäftsordnung mit einfacher Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder gefasst. Vorsitzender ist der Leiter des Kreisjugendamtes, die Geschäftsführung liegt beim Kommunalen Suchthilfe Koordinator.
 Im großen Gremium des Netzwerkes können nur strategische und Leitlinien-Entscheidungen getroffen sowie Weichen für Finanzierungen gestellt werden. Zur operativen Steuerung ist dieses Gremium zu groß.
 Die operative Umsetzung erfolgt in den Unterarbeitskreisen oder den anderen assoziierten Arbeitskreisen.
 Die folgende Grafik gibt einen Überblick über die Struktur dieser Arbeitskreise.

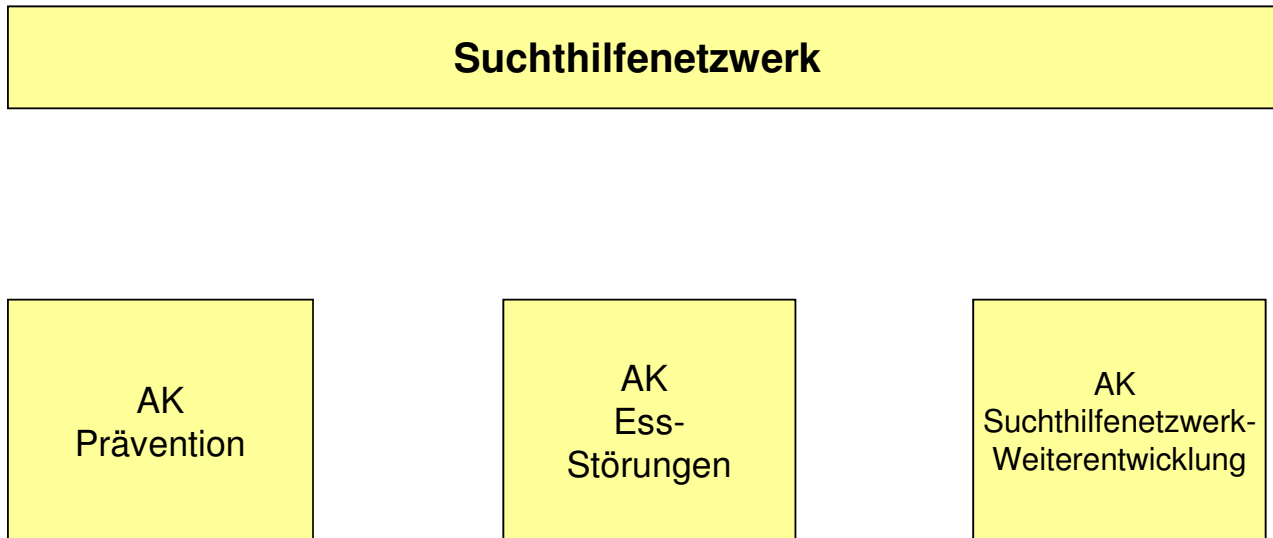


Abb. 2: Suchthilfenetzwerk und andere Arbeitskreise zum Thema Sucht im Rems-Murr-Kreis

18.3 Bewertung und Maßnahmen

Die Vorgaben des Sozialministeriums sind strukturell weitgehend umgesetzt und der Kommunale Suchtbeauftragte hat am 01.11.2010 seine Arbeit aufgenommen.

Die Qualität der einzelnen Angebote im Rems-Murr-Kreis befindet sich auf einem relativ hohen Niveau. Auch die Treffen des Suchthilfenetzwerkes werden gut angenommen und die Zusammenarbeit hat dort schon Tradition aufgrund der über die Jahre hinweg gewachsenen organischen Struktur. Bisher wird die Zusammenarbeit über die Erstellung der Suchthilfepläne und die dabei zutage tretenden Schnittstellen geregelt.

Die Vernetzung und Koordination der jeweiligen Suchthilfe und Suchtpräventionsangebote kann und sollte jedoch noch weiter vorangetrieben werden. Hier bestehen Optimierungsmöglichkeiten. Allerdings muss die Zusammenarbeit regelmäßig besprochen und auch geplant bzw. gesteuert werden.

Dazu braucht es eine Arbeitsgruppe, die sich regelmäßig trifft und mit Entscheidern besetzt ist, die Strategien aus dem Suchthilfenetzwerk umsetzt und wiederum auch eigene Vorschläge erarbeitet und diese dann ins Suchthilfenetzwerk einspeist. Entsprechende Modelle gibt es in anderen Stadt- und Landkreisen. Dort hat sich eine Art Lenkungsgruppe bewährt.

Ein vorrangiges Ziel des gesamten Suchthilfenetzwerkes ist nun seine Weiterentwicklung. Die Basis dafür ist durch den „Abschlussbericht des Netzwerkes Sucht“ (Netzwerkpapier Stand 2008) gegeben.

**Der Jugendhilfeausschuss hatte am 04.05.2009 folgende Maßnahme beschlossen:
„Für den Rems-Murr-Kreis soll beim Land Baden-Württemberg die Stelle eines Kommunalen Suchthilfekordinators beantragt werden.**

Umsetzung: kurzfristig¹.“

(Diese Maßnahme ist identisch mit der M1 im Teilplan „1. Suchtprävention“)

Diese Maßnahme ist umgesetzt. Die Stelle ist seit dem 01.11.2010 besetzt.

M1

Die Gremienstruktur des Suchthilfenetzwerkes soll weiterentwickelt werden.

Umsetzung: kurz- bis mittelfristig

M 2

Der Suchthilfeplan soll regelmäßig aktualisiert und in seinen Teilplänen fortgeschrieben werden.

¹ Diese Maßnahme ist identisch mit M 1 im Teilplan 1. Suchtprävention