

Therapieladen



Verein zur sozialen und psychotherapeutischen Betreuung Suchtmittelgefährdeter

2002

Therapieladen e.V. ~ Potsdamer Straße 131 ~ 10783 Berlin
Telefon 030.21 75 17 41 ~ Fax 030.21 75 17 42
therapieladen-berlin@t-online.de ~ <http://www.therapieladen.de>

Jahresbericht 2002

Inhalt

1.	Der Therapieladen e.V.	S. 3
	Überblick der Angebote	S. 4
2.	Unsere Angebote	S. 5
	2.1. Prävention	S. 5
	2.2. Therapieberatung Frühintervention	S. 6
	2.3. Ambulante Psychotherapie (KJHG)	S. 7
	2.4. Ambulante Drogentherapie (Reha)	S. 8
3.	Personelle Situation	S. 9
4.	Daten und Fakten	S. 10
	4.1 Therapieberatung/Frühintervention	S. 10
	4.2 Ambulante Psychotherapie (KJHG)	S. 12
	4.3 Ambulante Drogentherapie (Reha)	S. 16
	4.4 Prävention	S. 19
5.	Öffentlichkeitsarbeit, Kooperation und Vernetzung	S. 21
6.	Veröffentlichungen	S. 23
	Team und Vorstand	S. 25

Text: Andreas Gantner
Gestaltung und Layout: Elke Dangeleit
Berlin, März 2003

1. □

Der Therapieladen e.V.

Jugend- und Suchthilfesystem. Der Verein ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPW). Die Einrichtung wird gefördert von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Seit 1994 ist der Verein anerkannter Träger und Leistungsanbieter für **Ambulante Drogentherapie** (BfA/LVA/Kassen).

Seit September 1999 hat der Verein eine Trägervereinbarung mit der Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport (Landesjugendamt) zur Durchführung von **Ambulanter Psychotherapie und Familientherapie** (nach §27,3 und §35a KJHG) im Rahmen der Jugendhilfe. Kostenträger für dieses Leistungsangebot sind die Jugendämter in den Bezirken.

Besonderheit der Zielgruppe

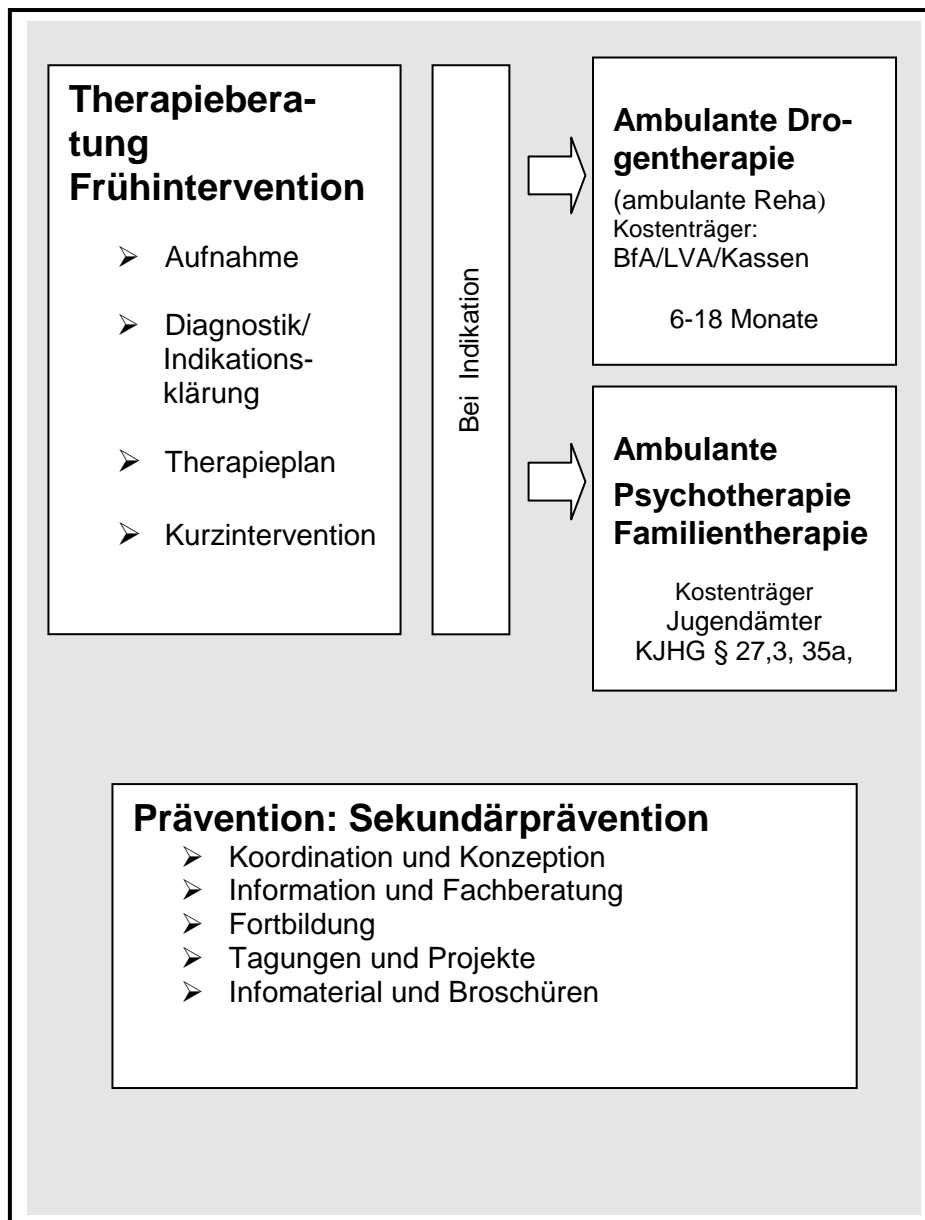


Der *Therapieladen e.V.* hat sich seit seiner Gründung auf die Zielgruppe der **Cannabis-** und **Partydrogenkonsumenten** und deren Bezugspersonen spezialisiert.

Die konzeptionelle **Abgrenzung gegenüber Opiatabhängigen** hat sich für diese Zielgruppe fachlich bewährt. Sowohl die Konsummuster und Suchtformen als auch die Folgeprobleme des Cannabis- und Partydrogenkonsums unterscheiden sich von denen bei Opiatkonsumenten. Noch bedeutsamer ist jedoch der unterschiedliche lebensweltliche und kulturelle Kontext dieser beiden Zielgruppen. Die Auseinandersetzung mit dem Drogenkonsum, mit Suchtgefährdung und Abhängigkeitsproblemen und den damit verbundenen Problemen wird durch ein spezifisches Therapieangebot optimiert. Mit diesem **zielgruppenspezifischen Angebot** sollen insbesondere auch **jugendliche Drogenmissbraucher** in einem frühen Stadium ihrer Konsumententwicklung im Rahmen einer **therapeutischen Frühintervention** erreicht werden.

Der *Therapieladen e.V.* existiert seit 1985 als **überregionale Einrichtung** im Berliner

Die Leistungsangebote



2.

2.1. Prävention



Präventionskonzept

Risikomanagement und Selbstverantwortung im Umgang mit psychoaktiven Substanzen sind die zentralen Bezugspunkte unseres Präventionsansatzes.

Unser Präventionskonzept hat einen **sekundärpräventiven Schwerpunkt**.

Angebote der Sekundärprävention richten sich an Menschen, die legale oder illegale psychoaktive Substanzen konsumieren. Die wichtigsten Ziele sekundärpräventiver Interventionen sind:

- Die Entwicklung eines risikobewussten und verantwortungsvollen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikomanagement).
- Die Verminderung von Risiken und Schäden bei Gebrauch von psychoaktiven Substanzen (Harm reduction).
- Unterstützung bei der Reduktion des Konsums oder dem Erreichen der Abstinenz (Kontrollstrategien und Ausstiegshilfen).

Ziel der Präventionsarbeit ist es, Multiplikatoren und KonsumentInnen dabei zu unterstützen, im konkreten Einzelfall die entsprechenden sekundärpräventiven Ziele umzusetzen und eine klare Haltung und Orientierung in Bezug auf Drogenkonsum zu entwickeln.



Zielgruppe und Angebote

Zielgruppe der Präventionsangebote sind in erster Linie **Multiplikatoren** aus den Bereichen der Jugendhilfe, Schule, Gesundheitswesen, Betriebe und Ausbildung, Behörden und Justiz.

Veranstaltungen für Jugendliche (z.B. Schulklassen) werden aus konzeptionellen Gründen nicht angeboten. Die Präventionsarbeit des *Therapieladen* versteht sich als „**Arbeit in der zweiten Reihe**“. Suchtprävention muß als regelmäßiges Angebot „vor Ort“ etabliert werden und von den dort tätigen Mitarbeitern geleistet werden. Unsere Aufgabe besteht in der **Sensibilisierung** und **Fortbildung** der Mitarbeiter zum Thema Drogenkonsum Jugendlicher, in der **Kompetenzerweiterung** hinsichtlich suchtpräventiver Strategien und in der **Beratung** bezüglich der Etablierung sekundärpräventiver Konzepte in den Einrichtungen.



Das Spektrum unserer Präventionsangebote:

- Informationsveranstaltungen
- Fortbildungen/Grundlagenseminar
- Workshops/Konzeptionsentwicklung
- Fallbezogene Einzel- oder Teamberatung
- Öffentlichkeitsarbeit/ Vorträge/ Medien
- spezifische Präventionsprojekte



Themen und Inhalte der Veranstaltungsprogramme

Informationen zu Drogen, Konsumformen und Suchtentwicklung

- drogenspezifische Information
- Genuß-, Mißbrauchs- und Abhängigkeitsformen
- Konsummuster und Konsummotivation
- Drogenkonsum, Lebensstil und Jugendkultur
- rechtliche und drogenpolitische Aspekte

Personale und interaktionelle Aspekte der Suchtprävention

- Reflektion der eigenen Haltung zum Drogenkonsum
- Erarbeitung von Kriterien zur Einschätzung des Drogenkonsums
- Auseinandersetzung mit der eigenen Helferrolle
- Gesprächsführung
- Fallarbeit

Institutionelle und strukturelle Aspekte der Suchtprävention

- Auseinandersetzung mit Regeln des institutionellen Umgangs mit Drogenkonsum
- Konzepte der Primär- und Sekundärprävention
- Etablierung primär- und sekundärpräventiver Orientierung in der Einrichtung
- Vernetzung und Kooperation im Hilfesystem

Umfang /Dauer

Der Umfang und die Dauer der Angebote orientieren sich am Bedarf der nachfragenden Institutionen. Neben speziellen überregionalen Projekten und Kampagnen schnüren wir für nachfragende Einrichtungen oder Personen „maßgeschneiderte“ Pakete, die von einmaligen 90-minütigen Infoveranstaltungen bis zu mehrtägigen Workshops reichen.

Finanzierung

Das Präventionsangebot ist mischfinanziert durch Zuwendungen der Senatsverwaltung und durch Eigeneinnahmen über Leistungsentgelte der Kunden.

Im Rahmen der Senatsförderung werden die Bereiche Koordination, Gremienarbeit, Konzeptentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit sowie Fachberatungen finanziert.

Alle Veranstaltungen im Bereich der Fortbildung (Qualifizierung und Schulung von Multiplikatoren) sind kostenpflichtig.

2.2. Therapieberatung und

Zielgruppe

Als überbezirkliche Einrichtung haben wir **kein offenes Beratungsangebot** für alle Ratsuchenden mit Cannabis- und Partydrogenproblemen, sondern verstehen uns als den Jugend- und Drogenberatungsstellen nachgeordnete, **spezialisierte Beratungsinstanz mit dem Ziel der Diagnosestellung, Indikationsklärung und Therapievorbereitung.**

In der Regel werden Klienten und Bezugspersonen von anderen Einrichtungen mit ausdrücklichem Therapiewunsch bzw. wegen drogenbedingter psychischer/psychiatrischer Probleme zur weiteren diagnostischen Abklärung zu uns vermittelt.

Ziele und Methoden

Problemorientierte Beratung

In diesem Beratungsangebot geht es primär um vertiefende diagnostische und therapievorbereitende Maßnahmen. Im und nach dem „Erstkontakt“ wird geklärt, ob der/die KlientIn in unserer Einrichtung längerfristig behandelt werden kann/will und welche weiteren Schritte dafür notwendig sind (Kostenclearing, ärztliche Untersuchung). Bei entsprechender Indikation kann eine längerfristige Behandlung im Rahmen der ambulanten Suchttherapie initiiert werden. Aufgrund der primär psychischen Probleme der Klienten sind in diesem Beratungsangebot insbesondere psychologische Beratungskompetenzen erforderlich. Bei psychiatrischen Auffälligkeiten ist eine Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder mit unserem fachärztlichen Mitarbeiter gewährleistet.

Krisenintervention /Kurzintervention

Bei akuten psychischen Krisen und Notfällen sind kurzfristige hochfrequente Angebote (auch telefonisch) oder Vermittlungstätigkeiten indiziert. Kurzinterventionen können von Klienten **nach einer ambulanten Behandlung** in Anspruch genommen werden. Hier geht es vor allem, um die Vermeidung von wiederholten Behandlungen und um die Aktivierung der erzielten Ergebnisse der Behandlung

Frühintervention

„Frühinterventionen bezeichnen therapeutischen Maßnahmen in einem frühen Stadium des Missbrauchsverhaltens bzw. für Personen mit minimalen negativen Auswirkungen trotz eines langjährigen Konsumverhaltens.“(zit. aus. Leistungsbeschreibung der DHS 1999) Kennzeichen dieser Zielgruppe ist, dass die Personen nicht von sich aus wegen Substanzproblemen Hilfe aufsuchen, sondern von Bezugspersonen bzw. Betreuern motiviert bzw. geschickt werden. Im Therapieladen sind es vor allem die jugendlichen Klienten (ca. 14-20 Jahre), bei denen im Rahmen der Frühintervention geklärt werden muss, „wer was verändert haben will“, bzw. ob und welcher Behandlungsbedarf sich stellt.



Umfang/Dauer

Die **problemorientierte Beratung** ist in der Regel auf 1 bis 5 Sitzungen (60- 90 Minuten) beschränkt. Für die Motivationsphase im Rahmen der ambulanten Reha werden 4- 6 Wochen zur Vorbereitung und Kosten-clearing benötigt. In Einzelfällen dauert dieser Vorbereitungsprozess auch länger.

Krisen- und Kurzinterventionen orientieren sich am Bedarf des Klienten, beschränken sich jedoch auf einen kurzen befristeten Zeitraum und sind als vorübergehende begleitende Maßnahme definiert.

Das Angebot der **Frühintervention** für Jugendliche findet im Rahmen „**probatorischer Sitzungen**“ statt. Diese Sitzungen müssen vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachdienst beauftragt werden. In der Regel werden 5 Sitzungen bewilligt. Im Anschluss wird ein Therapieplan bzw. eine Behandlungsempfehlung erstellt.

Setting



Beratungsgespräche werden nach telefonischer Anmeldung und Absprache in unterschiedlichen Settings angeboten:

- Einzelgespräche
- Paargespräche
- Familien- und Angehörigengespräche
- Gespräche mit Betreuern



Finanzierung

Das Angebot der Therapieberatung ist über Zuwendungsmittel der Senatsverwaltung finanziert. Bei der Frühintervention für jugendliche Klienten ist nach dem ersten Gespräch eine Beauftragung (im Rahmen probatorischer Sitzungen) durch die Fachdienste (KJPD) erforderlich.

KJHG

2.3. Ambulante Psychotherapie/Familientherapie



Zielgruppe und Indikation

Das ambulante psychotherapeutische Angebot richtet sich an Jugendliche mit Suchtmittelmissbrauch und damit einhergehenden psychischen Störungen und Integrationsproblemen.

Für die ambulante Behandlung gelten die Indikationskriterien nach §27,3, 35a SGB VIII nach dem KJHG. Sie werden von den zuständigen fachdiagnostischen Diensten der Bezirke (mit unserer Mitwirkung im Rahmen der probatorischen Sitzungen) geklärt. Voraussetzung der Therapiedurchführung ist ein Bewilligungsbescheid und eine Hilfeplanung des zuständigen Jugendamtes.

↪ Ziele und Methoden

Ziel der ambulanten Psychotherapie ist, Jugendliche und deren Bezugspersonen für die vorhandene Problemsituation zu sensibilisieren und sie bei der Lösung und Bewältigung der psychischen Probleme psychotherapeutisch zu unterstützen. Neben der Bearbeitung und Überwindung des Drogenmißbrauchs ist die Verbesserung der sozialen und schulisch/beruflichen Integration der Jugendlichen Ziel der Behandlung. Um den unterschiedlichen Problemlagen der Klienten gerecht zu werden, arbeiten wir in Diagnostik und Therapie mit einem integrativen Therapiekonzept, das entwicklungspsychologische, drogen- und suchtspezifische und klinisch-psychologische Sichtweisen vereinigt. In dem integrativen Psychotherapiekonzept sind gesprächspsychotherapeutische, tiefenpsychologische, kognitiv-verhaltenstherapeutische und systemisch-familientherapeutische Methoden enthalten. Das ambulante-therapeutische Angebot versteht sich auch als **Brückenelement** und Segment zwischen den unterschiedlichen Hilfsangeboten in der Jugendhilfe, der Sucht- und Drogenhilfe und dem medizinisch-psychiatrischen Bereich.

Die Vernetzung und Kooperation mit pädagogischen und/oder medizinischen Maßnahmen ist Voraussetzung und Bedingung der psychotherapeutischen Arbeit in der Einrichtung.

↪ Umfang/Dauer

Die Therapiedauer und Frequenz orientiert sich am Einzelfall. In der Regel wird im Hilfeplan eine Therapiebewilligung für zunächst ein Jahr festgelegt.

↪ Setting (je individuell)

Einzeltherapie (1-2 wöchentlich)
Bezugspersonengespräche (nach Bedarf)
Familientherapie (1-2 monatlich)
Gruppentherapie (1 wöchentlich in einem befristeten Zeitraum)

↪ Finanzierung

Das KJHG - Psychotherapieangebot finanziert sich über Leistungsentgelte durch Fachleistungsstunden vom zuständigen Bezirksamt.

2.4. Ambulante Drogentherapie

↪ Zielgruppe

Unsere Zielgruppe für eine ambulante Drogentherapie (gemäß der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung“) sind Klienten mit einem diagnostizierten Abhängigkeitssyndrom aus dem gesamten Spektrum psychoaktiver Substanzen mit **Ausnahme von Opiaten**.

Grundlage der (Sucht-)Diagnosestellung sind die klinisch diagnostischen Leitlinien des ICD-10. Die Mehrheit unserer Klienten hat ein polytoxikomanes Konsummuster, wobei die Schwerpunkte des abhängigen Konsums bei Cannabis und Amphetaminen/Ecstasy liegen.

Die Suchtentwicklung von Cannabis- und Partydrogenabhängigen unterscheidet sich von der bei polytoxikomanen Opiatabhängigen vor allem in der sozialen und körperlichen Folgeproblematik. Soziale Desintegration und körperliche Verwahrlosung stehen bei unseren Klienten nicht im Vordergrund der Suchtproblematik. Neben den wesentlichen Charakteristiken der Abhängigkeit - Kontrollverlust und Zwanghaftigkeit des Konsums - zeigen sich die Hauptprobleme und der Leidensdruck unserer Klienten stärker auf der psychischen Ebene. Depressionen, Angstzustände und drogenbedingte Psychosen sind die Leitsymptome, die zur Behandlungsaufnahme führen und die soziale Integration und Berufsfähigkeit gefährden.

↪ Ziele und Methoden

Übergeordnete Ziele der Behandlung sind:

- die Überwindung der Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen
- die Verbesserung der jeweiligen psychischen Probleme(z.B. Depressionen, Ängste, Beziehungsschwierigkeiten)
- die Wiederherstellung und Stabilisierung der beruflichen Integration

Die ambulante Therapie orientiert sich dabei grundsätzlich an der Persönlichkeit und Lebenssituation des/der einzelnen.

Wir arbeiten mit einem methodenintegrativen psychotherapeutischen Ansatz (Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, psychoanalytisch-interaktionelle Therapie,

Reha

systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie).



Setting

In der Regel werden im *Therapieladen* Einzel- und Gruppentherapie kombiniert. Bei Bedarf werden Bezugspersonengespräche bzw. Familientherapie angeboten. Neben den psychotherapeutischen Sitzungen können im Einzelfall weitere therapiebegleitende Maßnahmen notwendig sein (z.B. medikamentöse Behandlung, Urinkontrollen, Teilnahme an Selbsthilfegruppen) die individuell vereinbart werden.



Dauer/Umfang

Die Behandlungsdauer wird in der Regel für 6 bzw. 12 Monate bewilligt und kann im Einzelfall auf bis zu 18 Monate verlängert werden. In diesem Zeitraum können bis zu 120 Einzel- und Gruppentherapiesitzungen und 12 Bezugspersonengespräche durchgeführt werden.



Finanzierung

Der Bereich der ambulanten Rehabilitation ist durch eine Mischfinanzierung aus Zuwendungsmitteln und Zuschüssen der Rentenversicherungsträger bzw. Krankenkassen finanziert

Im Jahr 2002 hatten wir im *Therapieladen* folgende Personalsituation:



Festangestellte:

1 Vollzeitstelle (Dipl.-Psych.) Leitung
Beratung, Therapie, Prävention

$\frac{3}{4}$ Stelle (Dipl.-Soz.-Päd.)
Prävention, Beratung, Therapie

$\frac{3}{4}$ Stelle (Dipl.-Psych.)
Beratung, Therapie

$\frac{2}{3}$ Stelle (Dipl.-Psych.)
Beratung, Therapie

$\frac{2}{3}$ Stelle (Dipl. Psych.)
FI, Therapie

$\frac{1}{2}$ Stelle (Dipl.-Psych.)
Therapie

$\frac{2}{3}$ Stelle
Büro, Verwaltung



Freie Mitarbeiter:

1 Arzt (Facharzt für Neurologie
und Psychiatrie,)

2 Therapeutische Mitarbeiter

4.

3.

4.1. Therapieberatung und Frühintervention

Grundlage unsere Datenerfassung ist das Dokumentationssystem HORIZONT.

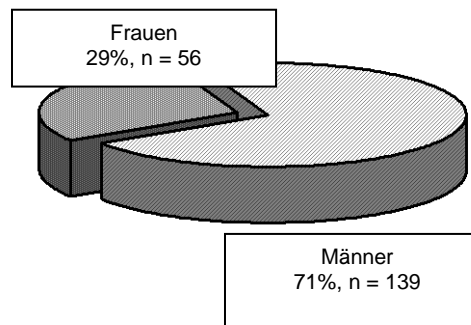
Mit diesem System werden alle Stammdaten unserer Klientel erfasst (mit Ausnahme der Einmalkontakte). Mit der Konfiguration von DESTAS-Variablen ist eine Schnittstelle zum deutschen Kerndatensatz der Suchtkrankenhilfe gewährleistet. Neben der Erfassung von Lebenslaufdaten dient das Dokumentationssystem der Beschreibung von Leistungen und Prozessverläufen, sowie dem Berichtswesen.

Die folgenden Graphiken und statistischen Angaben beziehen auf Strukturdaten unserer Klientel. Die qualitativen Verläufe und Ergebnisse finden sich in den fallbezogenen Therapieberichten.

Gesamtklientenanzahl 2002

Gesamt	282
Therapieberatung	195
Reha-Therapie	88
KJHG-Therapie	40

Anzahl und Geschlechterverteilung n = 195



Mit 195 Klienten wurden im Vorfeld einer therapeutischen Behandlung Klärungsgespräche durchgeführt. 86 Klienten davon nahmen nur ein Gespräch in Anspruch. Mit 109 Klienten wurden mehrere therapievorbereitenden Gespräche durchgeführt. Davon wurden mit 41 Klienten eine ambulante Drogentherapie begonnen.

Altersverteilung

unter 16 Jahre	0
16 – 18 Jahre	22
19 – 25 Jahre	90
26 – 30 Jahre	44
31 – 35 Jahre	22
35 und älter	17

57% unserer Klientel war zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme unter 25 Jahren. Wir erreichen somit einen hohen Anteil von jugendlichen Konsumenten. Ein Teil der jugendlichen Klienten findet in diesen Daten keine Erwähnung, weil Sie in direkter Vermittlung durch das Jugendamt in den Bereich der KJHG Therapie aufgenommen wurden. Die Altersverteilung macht in der großen Streuung auch deutlich, dass wir mit unserem Angebot praktisch zwei Altersgenerationen erreichen. 71 % der Klienten waren männlichen Geschlechts. Dieses Verhältnis ist im Vergleich zu den vergangenen Jahren sehr konstant.

Vermittlungsinstanzen

Vermittlung durch	Anzahl
Familie/Freunde	23
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	3
Niedergel. Arzt/Psych.therap.	10
Krankenhaus	4
Stat. Suchteinrichtung	2
Suchtberatung	30
Andere Beratungsdienste/Jugendhilfe	8
Justizbeh./Soz. Verw.	2
Abstinenz-/Selbsth.gruppe	0
Kosten-/Leistungsträger	0
eigene Motivation	25
Summe (ohne Einmalkontakte)	109

Zur Kontaktaufnahme

Im Jahresdurchschnitt versuchen ca. 25-30 Klienten/Bezugspersonen pro Woche (1300 im Jahr!), telefonisch einen ersten Beratungstermin zu bekommen. Da wir im Bereich der Therapieberatung/Frühintervention nur **max. 5 Erstkontakte pro Woche** durchführen können, wurde ein großer Teil der Nachfragenden telefonisch beraten und weitervermittelt. Im Rahmen der telefonischen Beratung wurden die Modalitäten und nächsten Schritte für eine mögliche therapeutische Behandlung besprochen. Bei Jugendlichen ist zu klären, ob eine „KJHG – Therapie“ in Frage kommt. In diesen Fällen wurden die Klienten an die Fachdienste der Jugendhilfe bzw. ans zuständige Bezirksamt weitervermittelt. Erwachsene Klienten, die erstmalig Beratung in Anspruch nahmen wurden an bezirkliche Drogenberatungsstellen weitervermittelt.

Die Weitervermittlung an Drogenberatungsstellen kam jedoch dann an Grenzen, wenn die Klienten bzw. Bezugspersonen wegen der spezifischen Drogenproblematik (Cannabis) bereits von dort zur weiteren Abklärung an uns vermittelt wurden.

Die Erfahrung zeigte, dass bei längeren Wartezeiten für einen Gesprächstermin die Inanspruchnahme des Erstkontaktes sinkt. Es wurde deshalb versucht telefonisch die Verbindlichkeit der Nachfragenden besser abzuklären. Wer länger als drei bzw. 4 Wochen auf einen Erstkontakt Termin warten muss, wurde aufgefordert den angebotenen zwei Wochen vorher nochmals zu bestätigen.

Insgesamt ist jedoch eine befriedigende und gerechte Lösung bei der andauernden

hohen Nachfragesituation potentieller Therapieklienten schwer umzusetzen.

Wer will welche Hilfe?

Erwachsene Klienten kommen eher eigenmotiviert und mit einem hohen inneren Leidensdruck zum Erstkontakt.

Die überwiegende Mehrheit hat „Einsicht“ in das vorhandene „Suchtproblem“ und zeigt sich bei allen Ambivalenzen - veränderungsbereit. Durch die Kooperation mit den bezirklichen Drogenberatungsstellen war bei einem Teil der Klienten ein Vorbereitungsprozess (Motivierung, Kostenübernahme) für die ambulante Suchttherapie bereits in Gang gekommen. In diesen Fällen wurde ein Vorstellungstermin angeboten (mit der Aufnahme auf die Warteliste für einen ambulanten Rehaplatz)

Bei den jugendlichen Klienten ist die Aufnahmesituation wesentlich schwieriger. Jugendliche Klienten sind in der Regel eher fremdmotiviert und werden auf Anraten und Wunsch der Betreuer oder Angehörigen zu unserer Einrichtung geschickt, um „Therapie zu machen“, bzw. abstinenz zu werden.

Verständlicherweise sind die Ideen, was im Rahmen einer ambulanten Therapie geleistet werden kann und was nicht, sowohl bei den jugendlichen Klienten als auch bei den Bezugspersonen oft diffus. Trotz einer verbesserten Zusammenarbeit mit einem Teil der Fachdienste aus der Jugendhilfe, zeigt sich hier ein Problem bei der Vorbereitung und Einleitung einer Therapie bzw. Hilfeplanung:

Um sich für eine ambulante Therapie zu entscheiden, bzw. zu klären ob diese sinnvoll erscheint, benötigen viele Jugendliche einen längeren Vorlauf an motivierenden Gesprächen im Rahmen einer therapeutischen Frühintervention. Hierbei ist oft auch das Einbeziehen von Bezugspersonen (Eltern oder Betreuer) zur Abklärung notwendig. Dieses Angebot ist jedoch im Therapieplan nur sehr begrenzt durchführbar.

Die personelle bzw. institutionelle Aufteilung in Motivierungs- und Klärungsphase (beim Fachdienst oder einer anderen Beratungsstelle) und dem eigentlichen Therapiebe-

ginn (im Therapieladen) ist für die therapeutische Arbeit mit Jugendlichen eher hinderlich. Fließende Übergänge mit personeller Beziehungskontinuität wären wesentlich effizienter, können aber auf Grund von bürokratischen Abläufen und Finanzierungsformen so nicht angeboten werden.

4.2 Ambulante Psychotherapie/Familientherapie

In Bereich der ambulanten Psychotherapie Jugendlicher sind andere Anforderungen an die qualitative Dokumentation von Klientendaten, als im Bereich der „ambulanten Reha“ gestellt. Für die Beantragung und Durchführung einer ambulanten Psychotherapie im Rahmen des KJHG wird vom Jugendamt bzw. den fachdiagnostischen Diensten ein Behandlungsplan gefordert, der umfassende anamnestische und diagnostische Daten sowie Vorschläge für das therapeutische Vorgehen enthält. Die qualitativen Daten des Behandlungsplanes sind die Grundlage für die fachärztliche Begutachtung durch den KJPD. Die folgenden statistischen Daten sind Auszüge aus den Strukturdaten unseres Dokumentationsprogramms „Horizont“. Eine einrichtungsübergreifende verbindliche statistische Erfassung von Klientendaten, wie sie im Suchtbereich etabliert wurde, fehlt bisher in diesem Arbeitsfeld.

Anzahl und Kostenträger n = 40

Bezirksamt	Klientenanzahl
Potsdam	1
Charlottenburg- Wilmersdorf	4
Kreuzberg-Friedrichshain	3
Lichtenberg-Hohen`hausen	5
Mitte-Prenzlauer Berg	1
Neukölln	7
Pankow	4
Reinickendorf	4
Schöneberg-Tempelhof	5
Treptow-Köpenick	1
Steglitz-Zehlendorf	2
Summe	40

Als spezifische überregionale Behandlungseinrichtung kamen auch im Jahr 2002 Jugendliche aus fast allen Bezirken Berlins. Zu beachten ist, dass das zuständige Bezirksamt und der aktuelle Wohnort der Jugendlichen nicht immer übereinstimmt. Die Erfahrung zeigt, dass wenn eine therapeuti-

scher Kontakt zustande kommt, auch längere Fahrtzeiten kein großes Hindernis darstellen. Im Falle einer Psychotherapie-Maßnahme ist eine sozialräumliche Nähe der Betreuung zu vernachlässigen

Neuaufnahmen, Beendigungen

Neuaufnahmen	Davon nur probatorische Sitzungen	Planmäßige Beendigung von Behandlungen	Vorzeitige Beendigung
19	12	9	6

Mit 12 Klienten wurden lediglich probatorische Sitzungen durchgeführt, ohne dass es zu einem längerfristigen Behandlungsauftrag durch den Klient oder das Jugendamt kam. 9 von diesen 12 Jugendlichen waren männlichen Geschlechts.

Therapiedauer der abgeschlossenen Klienten(incl. probatorische Phase)

Dauer	Gesamt	Jungen	Mädchen
6-12 Monate	5	3	2
13- 20 Monate	4	2	2
25-30 Monate	5	3	2
Gesamt	14	8	6

Mit 9 Klienten wurde die ambulante Psychotherapie erfolgreich und planmäßig abgeschlossen. Bei 6 Klienten kam es auf Wunsch oder durch das Verhalten der Klienten zu einem vorzeitigen Therapieende, obwohl von therapeutischer Seite ein weiterer Behandlungsbedarf auf der Grundlage der angestrebten Ziele gesehen wurde. Auch bei vorzeitig beendeten Therapien ist nicht immer von einem „Scheitern“ der Maßnahme auszugehen.

Der ambulante Therapieversuch kann bei diesen Klienten auch als Klärung gesehen werden, dass für die Zielerreichung evtl. eine andere Hilfe (z.B. stationäre Behandlung) notwendig ist. Aufgrund der hochgradigen Ambivalenz und Multiproblemlagen von drogenmissbrauchenden Jugendlichen sind Entwicklungsprozesse oft diskonti-

nuerlich. Ein „Durcharbeiten am Stück“ bei schwerwiegenden psychischen Entwicklungsbehinderungen dürfte deshalb nur in seltenen Fällen gelingen.

Altersverteilung und Geschlecht

Alter	Gesamt	Jungen	Mädchen
13	1	1	0
14	1	1	1
15	5	3	2
16	14	7	7
17	13	8	5
18	5	2	3
Summe	40	23	17

Das Durchschnittsalter der Jugendlichen lag zwischen 16 und 17 Jahren, wobei die Mädchen in Relation etwas jünger waren. Der Anteil der Mädchen betrug 42,5 % und liegt somit deutlich höher als bei den erwachsenen Suchtklienten.

Wohnsituation der Klienten bei Beginn

	Gesamt	Jungen	Mädchen
bei Eltern	18	12	6
Betreutes Wohnen	12	8	4
Heim/Klinik	6	2	4
Selbstst. Wohnen	3	1	3
Summe	40		

Die überwiegende Mehrheit der Jugendlichen wohnt altersgemäß noch bei den Eltern. 18 Klienten befanden sich zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme im betreuten Wohnen im Rahmen der Jugendhilfe. Das bedeutet auch, dass bei diesen Jugendlichen eine kombinierte Jugendhilfemaßnahme von pädagogischen und psychotherapeutischen Angeboten vorliegt.

Klare Absprachen bezüglich der Kooperation zwischen Therapeuten und Erzieher/Pädagogen incl. des Jugendamtes sind in jedem Einzelfall herzustellen. In der Praxis zeigen sich neben gelungener Kooperation jedoch immer auch Probleme bezüglich unterschiedlicher Rollen, Schweigepflichtsvereinbarungen etc. Diese „schon immer“ bestehende Probleme sind auch den wenigen längerfristigen stabilen Beziehungen zwischen den Kooperationspartnern geschuldet. Möglicherweise spielen auch

unterschiedliche Qualitätsstandards im professionellen Verständnis der Kooperationspartner eine Rolle.

Momentan zeichnet sich eine „ökonomische Lösung“ des Problems ab, indem die Jugendämter in Zukunft sogenannte „Doppelbetreuungen“ aufgrund des Kostendrucks ohnehin nicht mehr bewilligen wollen.

Einstiegsalter Drogen

Alter	Gesamt	Jungen	Mädchen
11	2	1	1
12	4	0	4
13	11	7	4
14	12	8	4
15	9	5	4
16	2	2	0
Summe	40	23	17

Bei den jugendlichen Therapieklienten ist ein überdurchschnittlich frühes Einstiegsalter in den Drogenkonsum zu beobachten. 72 % der Jugendlichen hatten bis zum 14 Lebensjahr bereits mit dem Drogenkonsum begonnen. (Der vergleichbare „normale“ Durchschnitt im Einstiegsalter Jugendlicher liegt bei 16,5 Jahren). Deutlich wurde auch die aus der Drogenforschung bekannte Tatsache, dass Mädchen früher als Jungen mit dem Drogenkonsum beginnen. Der sehr frühe Einstieg in den Drogenkonsum ist als ein entscheidender Risikofaktor für eine spätere Suchtentwicklung zu verstehen. Gleichzeitig sind bereits vorhandene psychische Störungen der Kinder und Jugendlichen sowie familiäre Belastungen Prädiktoren für den frühen Drogenmissbrauch. Dieser, auch die Forschung bestätigter Mechanismus verdeutlicht die Notwendigkeit einer möglichst frühen spezifischen therapeutischen Intervention für diese Zielgruppe.

Erfahrungen und Entwicklungen im Bereich der KJHG-Behandlung

Drogenerfahrung		ausprob.	geleg.	regel
Cannabis	35	2	3	33
Ecstasy	19	5	9	5
Kokain	18	6	10	2
Amphetamine	16	4	7	5
LSD	16	6	10	0
nat.Halluzinogene	9	5	4	0
Opiate	2	0	1	1
Schmerz-/Schlaf-/Beruhigungsmittel	4	1	3	0

Bei der großen Mehrheit der Jugendlichen war Cannabis die Hauptdroge, während der Konsum von anderen Drogen als Gelegenheitskonsum praktiziert wurde. Bei 10 Jugendlichen lag ein intensives polytoxikomanes Mischkonsumverhalten (ohne Opiate) zu beobachten.

Im folgenden sind die Suchtdiagnosen (nach ICD 10) der jugendlichen Klienten zusammengefasst. Die klinische Erfahrung zeigt, dass die Validität von ICD 10 Diagnosen bei Jugendlichen zu hinterfragen ist.

Aufgrund von schwankenden Konsummustern und nicht immer verlässlichen Angaben der Jugendlichen sind verlässliche Suchtdiagnosen oft schwer zu stellen.

Bei unseren Klienten zeigt sich eine Tendenz dahingehend, dass bei Jungen überwiegend Cannabismissbrauch-/abhängigkeit vorliegt, während bei Mädchen polytoxikomaner Mischkonsum überwiegt.

Suchtdiagnosen (ICD 10)

		Jungen	Mädchen
F10.2 Alkoholabhängigkeit	1	1	0
F12.1 Cannabis, schädlicher Gebrauch	16	13	3
F12.2 Cannabis Abhängigkeit	9	5	4
F12.5 Cannabis Psychotische Störung	2	2	0
F15.1 Amphetamine schädlicher Gebrauch	2	0	2
F19.2 Polytoxikomanie	10	3	7

Zu den Therapieverläufen

Die Therapieverläufe der einzelnen Klienten waren sowohl in der Dauer, als auch den erreichten Zielen sehr heterogen. Während bei einigen Klienten das Ziel zunächst darin bestand, überhaupt einen kontinuierlichen tragfähigen therapeutischen Kontakt herzustellen, konnte bei anderen auf dieser schnell erreichten Basis vertiefende psychotherapeutische Arbeit geleistet werden.

Das frühe „Einstiegsalter“ ist in der Regel ein Hinweis dafür, dass vorhandene comorbide Störungen dem Drogenmissbrauch zugrunde liegen. Bei einem großen Teil der Klienten waren diagnostisch neben der Drogenproblematik schwere emotionale Entwicklungs- und Verhaltensstörungen zu verzeichnen. Jeder Dritte hatte bereits Heim- bzw. Psychiatrieaufenthalte hinter sich.

Es zeigte sich, dass Jugendliche mit einer überwiegenden Fremdmotivation sich sehr ambivalent gegenüber Veränderungen im Drogenkonsumverhalten bzw. gegenüber der Therapie insgesamt verhalten. Bei vielen jugendlichen Klienten muss deshalb in einem längerfristigen Prozess zunächst eine Veränderungsmotivation gefördert werden. Während Drogenabstinenz in der ambulanten Suchttherapie als Voraussetzung gefordert ist, arbeiten wir mit Jugendlichen mit abgestuften Eingangsbedingungen. Individuelle Vereinbarungen von Konsumreduktion, kontrolliertem Konsum, phasenweiser Abstinenz, werden je nach Fähigkeit und Motivlage als konkrete Zwischenschritte und Therapieziele vereinbart. Wir machen jedoch auch deutlich, dass sich auf Dauer eine reine stabilisierende Konsumbegleitung nicht mit dem Anspruch und der Zielsetzung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbaren lässt.

Elterngespräche

Bei ca. 50% der Klienten wurden begleitend zur Einzeltherapie Eltern- bzw. Familiengespräche angeboten.

In der therapeutischen Arbeit mit drogenmissbrauchenden Jugendlichen spielen die

Fragen nach Schweigepflicht, Neutralität und Parteilichkeit traditionell eine große Rolle. Die Zusammenarbeit mit Eltern wurden von uns deshalb bevorzugt im co-therapeutischen Setting angeboten. Das heißt, Elterngespräche wurde entweder im Einzelgespräch von einem anderen Therapeuten durchgeführt oder gemeinsam mit Jugendlichen und Eltern mit zwei Therapeuten. Dieses aufwendige aber aus unserer Sicht notwendige Settingangebot erfordert viel Absprache, gute Kooperation sowie auch zusätzliche personelle Kapazität. Außerdem ist es nicht immer einfach, Eltern von der Notwendigkeit dieser Vorgehensweise zu überzeugen. Da der Drogenkonsum der Jugendlichen fast immer auch im Zusammenhang von Ablösungskonflikten im familiären Kontext steht, ist hier ein besonders sensibler Umgang mit Grenzsetzungen auf der einen Seite und Transparenz im Umgang mit therapeutischen Vorgehensweisen andererseits erforderlich. Die Möglichkeit Jugendlichen je nach Bedarf zusammen mit den Eltern aber auch einzel- bzw. gruppentherapeutisch zu behandeln halten wir für einen entscheidenden Faktor in einer dem Einzelfall angemessenen Therapieplanung,

Organisatorische Rahmenbedingungen

Wie bereits im Jahr 2001 standen wir auch im Jahr 2002 vor der Herausforderung, mit 12 verschiedenen Jugendämtern und Fachdiensten zu kooperieren. Aufgrund der großen Streuung von zuständigen Jugendämtern bleibt es schwierig, in eine „eingespielte“ Praxis zu kommen.

Als sehr problematisch erweist sich auch die formale Praxis der Bezirksämter orientiert an den AV Richtlinien, zwischen Beantragung und Bewilligung der Therapie, das bereits begonnene Betreuungsverhältnis mit den jugendlichen Klienten nach den probatorischen Sitzungen zu unterbrechen.

Speziell vor dem Hintergrund der oft ambivalenten Motivation der Jugendlichen und des starken Problemdrucks seitens der Bezugspersonen sind Wartezeiten zwischen 6 Wochen und 4 Monaten bis zur Kostenübernahme durch das Jugendamt sehr problematisch.

Jugendliche haben sich im Rahmen der probatorischen Sitzungen geöffnet und erstes Vertrauen gefasst, eine Unterbrechung des Kontaktes nach dieser Phase ist aus therapeutischer Sicht grundsätzlich und besonders für diese Zielgruppe kontraindi-

ziert. Nicht nur aus Gründen der Behandlungskontinuität für die Klienten, sondern auch aus organisatorischen Gründen der Einrichtung (Personalkapazität, finanzielles Risiko) ist von den Bezirksämtern eine rückwirkende Bewilligung auf das Datum der Antragstellung zu fordern. (Diese Praxis hat sich auch im Bereich ambulanten Rehabilitation durchgesetzt.)

Neben diesen, im Prinzip lösbaren organisatorischen Problemen, gab es im Verlauf des Jahres 2002 zunehmend grundsätzliche Probleme der Zuweisung und Finanzierung KJHG –Therapien durch die Jugendämter. Die Notwendigkeit der Bewilligung von Psychotherapien Jugendlicher scheint grundsätzlich in Frage gestellt. Jugendliche und deren Eltern werden aufgefordert prinzipiell einen Antrag bei der Krankenkasse zu stellen, obwohl bereits nach fachdiagnostischer Einschätzung ein Bedarf nach §35a bzw. §27,3 offensichtlich ist. Im weiteren sollen „Doppelbetreuungen“ vermieden werden, was im Einzelfall bedeuten kann, dass trotz einer diagnostizierten starken Drogenproblematik die jugendlichen Klienten zwar eine erzieherische Unterstützung erhalten, das Suchtproblem in diesem Rahmen jedoch nicht behandelt werden kann. Für dieses Klientel ist jedoch eine unspezifische pädagogische Maßnahme nicht ausreichend, bzw. kontraproduktiv. Drogen und Suchtprobleme werden so eher chronifiziert, anstatt durch suchtspezifische Frühintervention behandelt.

Als letzter Punkt ist die Frage des Alters der Jugendlichen ein schwieriger Aspekt geworden. Aufgrund des Spardruckes in der Jugendhilfe sollen Jugendliche spätestens ab dem 18. Lebensjahr aus der Jugendhilfe „entlassen“ werden. Jugendliche die weitere Unterstützung brauchen werden dann zu „BSHG-Fällen“. Dies bedeutet oft Abbruch einer Maßnahme, Betreuungs- und Trägerwechsel und alle damit verbundenen Probleme ohne dass letztendlich Kosten gespart würden.

4.3. Ambulante Drogentherapie (Reha)

Im Bereich der ambulanten Rehabilitation Suchtkranker gibt es sowohl für die Antragstellung als auch für Zwischenberichte und den Entlassungsbericht von den Rentenversicherungsträger vorgegebene Stan-

dards der Dokumentation. Die Berichte umfassen medizinische, psychologische und soziale Daten zur Diagnostik, zum Therapieverlauf und zu den Behandlungsergebnissen. Die einheitliche und formalisierte Dokumentationsstruktur des Entlassungsberichts wird von den Rentenversicherungsträgern als Instrument der Qualitätssicherung eingesetzt.

Anzahl und Kostenträger n=88

Krankenversicherung	31
Rentenversicherung	55
Selbstzahler	1
Sozialamt	1
Summe	88

Aufnahme und Abschluß

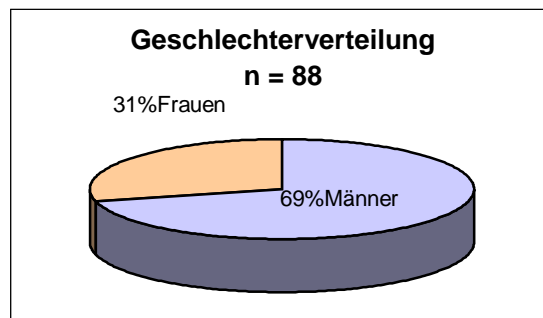
	Gesamt	Männer	Frauen
Neuaufnahme	41	31	10
planmäßiger Abschluß	25	18	7
vorzeitiger Abbruch	17	16	1
Verlegung	3	1	2

Im Jahr 2002 hatten wir 41 Neuaufnahmen und 45 Beendigungen. Bei 25 Klienten konnte die Therapie planmäßig und erfolgreich abgeschlossen werden, während 17 Klienten die Therapie vorzeitig bzw. ohne stabiles Behandlungsergebnis beendeten. Von den Therapieabbrechern beendeten 7 Klienten bereits nach wenigen Sitzungen die Behandlung, so dass man in diesen Fällen eher von Therapieversuchen statt von Therapieabbrüchen sprechen kann. Auffällig ist die Tatsache, dass fast ausschließlich Männer die Therapie vorzeitig beenden.

Behandlungsdauer der abgeschlossenen Klienten

	Gesamt	Männer	Frauen
1 - 3 Monate	5	5	0
4 - 6 Monate	8	8	0

7 - 12 Monate	14	8	6
13 - 16 Monate	4	4	0
16 und mehr	14	9	5
Gesamt	45	34	11



Altersverteilung

Alter	Gesamt	Männer	Frauen
16 - 18	3 (3%)	3 (4,9%)	0
19 - 25	41 (46,6%)	30 (49,1%)	11 (40,7%)
26 - 30	20 (22,7%)	14 (22,9%)	6 (22,2%)
31 - 35	12 (13,6%)	6 (9,8%)	6 (22,2%)
36 -	14 (15,9%)	8 (13,1%)	6 (22,2%)

Bei der Altersverteilung zeigt sich, dass das Durchschnittsalter bei den weiblichen Klientinnen höher, als das der männlichen Klienten war. Insgesamt liegt das Durchschnittsalter bei ca. 25 Jahren.

Schulbildung

Schulabschluß	Anzahl	m	w
noch in Schule	2	1	1
Fachhochschulreife	3	0	3
Hauptschul-Volksschulabschluss	23	22	1
Hochschulabschluss	4	1	3
Hochschulreife/Abitur	24	16	8
ohne Schulabschluss abgegangen	8	5	3
Realschulabschluss/polytechn. OS	24	16	8
Summen	88	61	27

Über 62 % der Klienten hatte einen Realschulabschluss bzw. Abitur oder Fachhochschulreife. Dies verweist auf einen relativ hohen Bildungsgrad unserer Klientel. Deutlich ist der wesentlich höhere Bildungsstand der weiblichen Klienten!

Erwerbstätigkeit

Erwerbstätigkeit	Anzahl	M	W
AngestellteR, BeamteR	6	2	4
ArbeiterIn/FacharbeiterIn	4	3	1
ArbeitsloseR, (gemeldet)	19	4	5
AuszubildendeR	14	13	1
Berufl. Rehabilitation	4	3	1

Konsumerfahrung (illegale Drogen)

Konsumerfahrung	Anzahl	ausprobieren	gelegentlich	regelmäßig
Cannabis	84 (95%)	2	8	74
Amphetamine	46 (52%)	11	24	11
Ecstasy	43 (49%)	16	19	8
Kokain	42 (47%)	21	17	4
LSD	30 (34%)	20	9	1
nat. Halluzinogene	33 (37%)	25	7	1
Opiate	4 (4%)	2	1	1

Die Daten zur Konsumerfahrung der Klienten beziehen sich auf die sogenannte „lifetimeprävalenz“. Mit der Differenzierung bezüglich der Konsumfrequenz werden Konsummuster deutlich, die vergleichbar mit der Konsummusterforschung aus der „Partydrogengeneration“ sind. Diese zeichnen sich durch eine hohe Drogenaffinität und durch das Vorhandensein verschiedener Mischkonsummustern aus. Für 84 % unserer Klienten war jedoch Cannabis die Hauptdroge, während „nur“ 12% Amphetamine/Ecstasy als Hauptdroge angaben. Bei je einem Klient war LSD, Kokain und Heroin die Hauptdroge.

Hauptdroge

Hauptdroge (n. Ansicht d. Klienten)	Anzahl
Alkohol	1
Ecstasy	4
Cannabis	74
Heroin	1
Kokain	1
LSD/Halluzinogene	1
Stimulantien, Aufputschmittel	6
Summen	88

Hausfrau/Hausmann	3	1	2
Sonstiges	4	3	1
SchülerIn/StudentIn	21	14	7
SelbständigeR, FreiberuflerIn	3	1	2
sonst. Erwerbslose (Sozialhilfe)	9	7	2
Summen	88	61	27

40 % der Klienten befanden sich noch in Schule/Hochschule oder einer Ausbildung. 21 % der Klienten hatten einen festen Arbeitsplatz oder befanden sich in einer Umschulungsmaßnahme, während 32 % der Klienten zum Zeitpunkt des Therapiebeginns arbeitslos, bzw. erwerbslos waren.

Störungen und Probleme der Klienten

Bei 70% der Klienten wurde auf der Basis des ICD 10 Diagnoseschlüssels eine Cannabisabhängigkeit als Hauptdiagnose diagnostiziert.

Die mit dieser Diagnose einhergehenden Symptome und Probleme sind heterogen und können nur verstanden werden vor dem Hintergrund des allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes der Klienten: Bei den meisten Klienten ist eine depressive Grundsymptomatik vorherrschend, die Antriebs- bzw. Leistungsstörungen zur Folge haben.

Mehr als ein Drittel der Klienten wurde bereits psychiatrisch behandelt und litt unter psychotischen Störungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum.

Gravierende körperliche Folgeprobleme der Sucht sind in den medizinischen Befunden in aller Regel nicht sichtbar. Die mit dem Drogenmissbrauch einhergehenden Symptome und Störungen unserer Klientel liegen primär im psychischen Bereich.

Die vielfältigen psychischen Störungsbilder (insbesondere im „Grenzgebiet“ zur Psychose) erfordern eine gute psychologische /psychiatrische Diagnostik

Durch die enge Kooperation mit dem mitbehandelnden Psychiater, besteht die Möglichkeit bei Bedarf auch eine kombinierte medikamentöse Behandlung zu vereinbaren.

So wurden einige Klienten vor dem Hintergrund schwerer depressiver Zustände mit Anti-Depressiva medikamentös behandelt, andere erhielten eine neuroleptische Medikation zum Schutz gegen das Auftreten produktiver psychotischer Symptome.

4.4. Prävention

Informationsveranstaltungen/Seminare/ Beratungen				
Institutionen	Gesamt	Infoveranstaltung	Seminare	Fachberatungen
Jugendhilfe	13	2	6	5
Betriebe	3	0	1	2
Schule/Lehrer	7	4	0	3
Sonstiges	15	3	4	8
Internet	45	0	0	45
Fachtagungen	8			

Entwicklung im Präventionsbereich

Im Therapieladen liegt der Schwerpunkt der Präventionstätigkeit in der Beratung, Fortbildung und Qualifizierung von Multiplikatoren, überwiegend aus dem Jugendhilfebereich.

Unser geplantes Ziel, von einer Nachfrageorientierung hin zu einer aktiven Angebotsorientierung zu kommen, konnten wir mangels personeller Ressourcen nicht erreichen. Auch Überlegungen, einen zusätzlichen Mitarbeiter über „SAM –Mittel“ einzustellen konnten mangels Finanzierung nicht realisiert werden.

Wir hatten somit, wie bereits in den vergangenen Jahren die Situation, wesentlich mehr Anfragen nach Information und Fortbildung im sekundärpräventiven Bereich zu haben, als wir anbieten konnten.

Im Jahr 2002 gab es eine deutliche Zunahme nach Informationsanfragen (sehr unterschiedlicher Art) über das Medium Internet. Der Bekanntheitsgrad unserer homepage im Internet wird vor allem durch Veröffentlichungen (Fachbeiträge und Broschüren) zum Thema Cannabis hergestellt. Ein Problem dabei ist, dass sich zunehmend Ratsuchende aus dem Bundesgebiet an uns

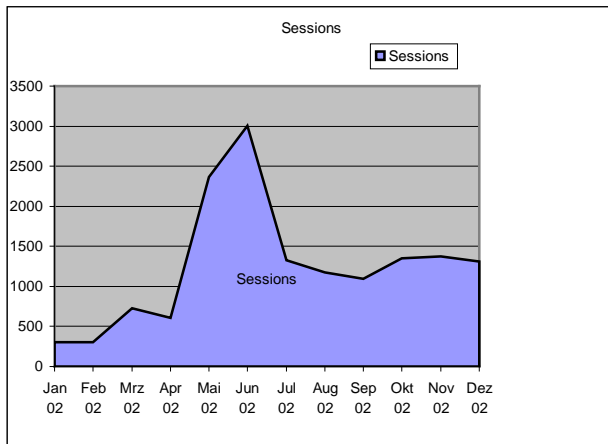
wenden, mit der Bitte um Hilfe bzw. der Frage nach vergleichbaren Einrichtungen wie den Therapieladen.



Internetpräsenz

Statistik der website

Monat	Pageviews	Sessions
Jan 02	3712	302
Feb 02	3459	303
Mrz 02	8844	724
Apr 02	7760	608
Mai 02	36640	2363
Jun 02	45287	3007
Jul 02	20816	1329
Aug 02	18597	1176
Sep 02	18954	1093
Okt 02	23527	1350
Nov 02	24368	1373
Dez 02	21486	1307
Summe	233450	14935



www.therapieladen.de / .drogen-und-du.de

Unsere Internetpräsenz hat im Berichtsjahr einen sehr starken Anstieg bei den Besuchern der homepage erreicht.

Ausgehend von der Statistikabfrage unseres Providers „strato“ haben wir im Jahr 2002 durchschnittlich 1.244 Besucher im Monat auf unserer homepage. (Grundlage hierbei sind die sogenannten sessions/Sitzungen) Deutlich ist der „Abfragegipfel“ im Mai/Juni, der im Zusammenhang mit der loveparade zu erklären ist. Durch die Mitwirkung an der Präventionsbotschaft der loveparade-Organisatoren gab es eine Verlinkung mit der loveparade – website und somit eine höhere Besucherzahl in dieser Zeit.

Dass auch nach dieser Zeit eine konstante und sehr hohe Besucherzahl auf unserer internetseite surft, führen wir auch auf die hohe Attraktivität unserer Präventionsseite www.drogen-und-du.de zurück. Neben Drogeninformationen findet sich dort ein „Checkroom“ mit verschiedenen Testmöglichkeiten. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass der „Kiffertest“ unserer Broschüre „Cannabis denn Sünde sein“ bei verschiedenen Drogenhilfeprojekten im Internet bereits seit längerer Zeit angeboten wird und dort in der Regel die höchste Trefferquote (pageview/Seitenabfrage) erreicht

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat im Jahr 2000 unsere Cannabisbroschüre: „**Cannabis: Haschisch und Marihuana. Eine Informationsbroschüre**“ in

ihr Programm übernommen und diese bereits in zweiter Auflage (je 300.000) gedruckt.

Unsere Präventionsbroschüren für jugendliche Drogenkonsumenten:

Cannabis denn Sünde sein (1998, Auflagenhöhe: 85.000) und **Drogen und Du** (2001, Auflagenhöhe 45.000) erfreuen sich weiterhin einer starken Nachfrage aus dem gesamten Bundesgebiet.

Seit Januar 2002 wird die Broschüre *Drogen und Du* durch den Friedrich/Kallmeyer Verlag veröffentlicht. Dieser Verlag ist überwiegend im Schul- und Bildungsbereich aktiv.

Der Verlag geht davon aus, dass mit dieser Broschüre die Präventionsarbeit in Schule und anderen Feldern der Jugendarbeit verbessert werden kann. Zu diesem Zweck wurde speziell für Lehrer und Multiplikatoren eine Begleitbroschüre zur Einführung und Anwendung von *Drogen und Du* entwickelt.



Fachtagung:

„Sekundärprävention in Berlin - Quo Vadis?“

Am 12. Dezember 2001 wurde in Zusammenarbeit mit **BOA e.V.**, **mindway Caritas e.V.**, **eclipse e.V.**, **eve & rave e.V.**, **way & sun e.V.** und dem **Drogennotdienst (DND)**, einigen Projekten aus dem ‚Partydrogenprojektgruppentreffen‘, eine Präventionskonferenz zum Thema

„Sekundärprävention in Berlin Quo Vadis?“

veranstaltet:

Berlin hat im Bereich der Prävention eine Vielfalt von Projekten, die Suchtprävention anbieten. Eine große Anzahl dieser Angebote scheint sich jedoch überwiegend an primärpräventiven Konzepten zu orientieren.

Obwohl eine ganze Reihe von unterschiedlichen Trägern, die Projekte auch bereits erfolgreich im sekundärpräventiven Bereich



Broschüren

mit konsumierenden Menschen arbeiten, stellte sich die Frage, wie weit sie voneinander wissen, welches Verständnis von Sekundärprävention vorliegt, welche Fragen Sie beschäftigen und welchen Bedarf sie sehen.

Gibt es ein gemeinsames Grundverständnis über die Ziele, Zielgruppen und Angebote von Sekundärprävention?

Ziel dieser Konferenz war es, einen weitergehenden Austausch aller im präventiven Bereich aktiven Projekte und Personen zu ermöglichen. Konzepte von Sekundärprävention sollten beschrieben und diskutiert werden, um ihre Angebote noch effizienter zu gestalten und insbesondere Problemgruppen besser zu erreichen.

Das **Feedback** vieler KonferenzteilnehmerInnen, die aus den unterschiedlichsten Präventionsfeldern kamen, zeigte, dass der Begriff Sekundärprävention hinsichtlich seiner Ziele, Inhalte und Methoden unklar ist und überaus uneinheitlich definiert wird.

Aufgrund der verschiedenen Ansätze und Vorstellungen wurden mehr Fragen aufgeworfen als Antworten gegeben. Dieses Ergebnis der Konferenz unterstreicht den Bedarf an klareren sekundärpräventiven Standards in Berlin.

Einige Teilnehmer beklagten zu wenig Toleranz in bezug auf die unterschiedlichen Arbeitsweisen und gaben zu bedenken, dass es wichtig und auch von Vorteil sei, für die unterschiedlichen Zielgruppen in der Prävention ein facettenreiches Angebot zu haben. An dieser Stelle wurde besonders deutlich, dass es mehr strukturierteren Austausch zwischen den verschiedenen Projekten und Einrichtungen untereinander geben sollte, um Vorurteile bezüglich unterschiedlicher Präventionsansätze zu überwinden und nach gemeinsamen Schnittstellen in der Arbeit zu suchen.

Als grundsätzliches Ergebnis der Konferenz kann festgehalten werden, dass die Vielfalt der Berliner Präventionsprojekte einen strukturellen Überbau braucht, um nötige Synergieeffekte in der Prävention zu verbessern und präventive Interessen besser vertreten zu können.

Kooperation und Vernetzung

Der Therapieladen e.V. ist auf unterschiedlichen Ebenen mit verschiedenen Organisationen über fachlichen Austausch, Vermittlungen, Gremien, Arbeitskreise oder Fachgruppen vernetzt. Mit den Drogenberatungsstellen gibt es eine primär klientenbezogene Zusammenarbeit (Vermittlung und Vorbereitung therapeutischer Maßnahmen). Als Mitgliedsverband im DPW Landesverband Berlin nehmen wir regelmäßig an der **Fachgruppe Sucht** sowie an der **Qualitätsgemeinschaft Suchthilfe** des DPW teil. Der Therapieladen nimmt regelmäßig an der **Fachrunde der Landesdrogenbeauftragte** teil. Außerdem gibt es einen regelmäßigen fachlichen Austausch zum Thema Suchtprävention mit dem **Büro für Suchtprophylaxe** der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.

Der Therapieladen ist Mitglied der **Berliner Arbeitsgemeinschaft Jugend und Sucht**. Diese Arbeitsgruppe ist ein Zusammenschluss überregionaler Anbieter die Jugendhilfeangebote für drogenmissbrauchende Jugendliche vorhalten. Die Arbeits-

gemeinschaft hat sich etabliert, um dem Hilfebedarf der jugendlichen Zielgruppe durch bessere Kooperation und Vernetzung zwischen Jugend- und Drogenhilfe, der Jugendpsychiatrie und den Jugendämtern mit adäquaten Angeboten gerecht zu werden bzw. diese weiterzuentwickeln.

Unser für den Bereich Prävention zuständiger Mitarbeiter nimmt am „**Partydrogenprojektgruppen-Treffen**“ teil. Dieser Zusammenschluss von Präventionsprojekten beschäftigt sich mit der Entwicklung und Verbesserung sekundärpräventiver Angebote für die Zielgruppe der Partydrogenkonsumenten.

Öffentlichkeitsarbeit

Die „Salonrunde“

Die *Salonrunde* hat sich seit ihrer Einführung im Jahr 1999 zu einer etablierten und geschätzten Veranstaltung des Vereins entwickelt. In der *Salonrunde* werden zu einem ausgewählten Thema jeweils ca. 30 Teilnehmer eingeladen, die gemeinsam mit einem oder mehreren Experten diskutieren. Diese Veranstaltungsform soll fachübergreifend und in einer eher lockeren Atmosphäre verschiedene Experten und Disziplinen miteinander zum Thema Drogen und Sucht ins Gespräch bringen.

Die **5.Salonrunde** fand am 29.November 2002 statt und hatte das Thema:

ADHS und Drogen? — Ritalin und Sucht?

Die Sache mit der Henne und dem Ei!

Als Experten waren eingeladen:

Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl

Universitätsklinikum Charité. Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters

Dr. Andreas Schoppa

Referent der Drogenbeauftragten im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung.

Thematischer Hintergrund:

Die fachliche und öffentliche Auseinandersetzung um das Krankheitsbild ADHS hat im Jahr 2002 einen regelrechten Boom erfahren. Das Thema erhitzt wie kaum ein anderes die Gemüter von Pädagogen, Psychotherapeuten, Ärzten und Eltern.

1. Schaut man auf die Verschreibungsmengen von Ritalin, entsteht der Eindruck von einer dramatischen Zunahme von Kindern und Jugendlichen, die an einem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom leiden.
Gibt es dafür Hinweise?
2. Viele machen sich Sorgen, dass durch eine unsachgemäße Ritalinverordnung das Risiko einer späteren Suchtentwicklung erhöht wird. **Gibt es dafür Belege?**
3. Andere sehen das Problem umgekehrt eher darin, dass ohne frühzeitige Behandlung mit Methylphenidat sich ein späterer Drogenmissbrauch (insbesondere Amphetamine und Cannabis) im Sinne einer Selbstmedikation entwickeln kann.
Gibt es dazu Erkenntnisse?
4. Die Debatte um ADHS und deren Behandlung geht auch mit grundsätzlichen Fragen des therapeutischen und gesellschaftlichen Umgangs mit Verhaltensauffälligkeiten einher.

Nachdem Frau Prof. Dr. Lehmkuhl klinische Erfahrungen und Forschungsergebnisse zu Thematik darstellte, ging Herr Dr. Schoppa auf die fachliche und gesellschaftspolitisch Debatte ein. Die anschließende Diskussionsrunde war erneut durch eine sehr leb-

hafte und vielschichtige aber auch sachlichen Atmosphäre geprägt.



Medien

Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit gab es auch im Jahr 2002 zahlreiche Anfragen von Medien, um sich über unsere Arbeit insgesamt zu informieren oder, um bestimmte Fragen zu Cannabis oder Partydrogen beantwortet zu bekommen.

Während in den vergangenen Jahren das Thema der Medien eher durch Ecstasy und Partydrogenkonsum beherrscht war, zeigte sich im Jahr 2002 in eindeutiger Trend hin zum Thema **Cannabis**. Beiträge zu Cannabis kamen im *Spiegel*, *Stern* und dem Berliner Stadtmagazin *Zitty*. Insbesondere durch die Berichterstattung des *Zitty* gab es viele Informationsanfragen im Therapieladen, sowie in Einzelfällen auch konkrete Therapieanfragen.

Aktive Teilnahme an Fachtagungen in 2002

Auf folgenden Fachtagungen/ Veranstaltungen wurden Vorträge gehalten:

Fachtagung (Oranienburg)

Veranstalter: Balance gGmbH
Rauschmittelkonsum bei Jugendlichen. Stationäre Hilfe, ambulante Hilfe oder gar nichts!?:
Vortrag: „**Ambulante Jugendhilfe im Suchtbereich-Begleitung oder Ausstieg?**“

Fachkonferenz im Dreiländereck (Rheinfelden)

Zum Umgang mit Cannabis nach der aktuellen Revision des schweizerischen Betäubungsmittelgesetzes. Veranstalter: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung und Bundesamt für Gesundheit Schweiz.

Vortrag: **Konzepte der Behandlung und Frühintervention**

Fachtagung (Berlin): Wenn die Schule zum Problemfeld wird. Prävention durch Kooperation.

Veranstalter: DGSP

AG: Flexible Hilfen bei Cannabiskonsum und Schulproblemen

Suchtwoche (Steinfurt/ NRW)

Vortrag: **Cannabis, Ecstasy & Co. Vom jugendtypischen Konsum zum problematischen Gebrauch**

Gesundheitskonferenz 2002 (Berlin)

Cannabis denn Sünde sein? Veranstalter Bezirksamt Lichtenberg

Vortrag: **Cannabiskonsum. Welche Interventionsstrategien sind sinnvoll?**

Fachtagung (Berlin) „Cannabis denn Sünde sein?“

Veranstalter: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und Senatsverwaltung für Bildung Jugend und Sport:

Vortrag: **„Alltagsdroge Cannabis? Vom jugendtypischen Gebrauch zum problematischen Konsum.“**

Fortbildungstag in Wien:

Thema: Cannabis denn Sünde sein.

Perspektiven der Beratung, Prävention und Behandlung

Fortbildungsreihe (Berlin)

für Ärzte „Verkehrsmedizin und Begutachtung“ in Berlin

Vortrag: **Cannabis und Fahreignung**

Veröffentlichungen

6

1. Becker, Harvey **Sekundärprävention - Ein Drahtseilakt zwischen Konsum und Abstinenz;**

Vortrag zur Cannabis-Fachtagung. Cannabiskonsum heute. (Therapieladen e.V.)

2. Bobbink, A.J., Tossman, H.P.

Eltern im Cannabiskonflikt. Angehörige von Cannabiskonsumern in der Drogenberatung. In: DHS (Hrsg) Sucht und Familie. Lambertus, 1993

3. Bobbink, A.J., Spohr, B.

Drogenkonsum und psychische Störungen. In Druck (Springer Verlag)

4. Dangeleit, Elke

Technoszene und Drogenkonsum
Magisterarbeit, FU Berlin Oktober 1996

5. Gantner, Andreas

Designerdrogen. Interview Drogenreport 4/95

6. Gantner, Andreas

Ecstasy. Rave, Rausch und Risiko. Drogenkonsum und Prävention in der jugendlichen Techno-Szene. Pro Jugend 3/97

7. Gantner, Andreas

Konsummuster bei Partydrogen.

In: Bernhard van Treeck: Partydrogen, Schwarzkopf & Schwarzkopf, Berlin 1997

8. Gantner, Andreas Psychotherapeutische Behandlung von Ecstasy und Partydrogen konsumenten. In: Thomasius, R. (Hrsg.): Ecstasy -Wirkungen, Risiken, Interventionen. Enke, Stuttgart

9. Gantner, Andreas,

Ambulante Therapie mit Cannabis- und Partydrogenkonsumenten. In: BOA e.V. (Hrsg.) Pro Jugend-Mit Drogen? „Mein Glück gehört mir“.Nachtschatten Verlag, Solothurn 1998

10. Gantner, Andreas

Cannabis. Vom jugendtypischen Konsum zum problematischen Gebrauch. Sekundärprävention und Frühintervention für Jugendliche Cannabiskonsumenten. In: Drogen bei Kindern und Jugendlichen. (Hrsg.) Farke/Graß/Hurrelmann. Thieme Verlag, 2003

11. Gantner, Andreas

Check Dein Risiko. Ein selbstreflexives Kommunikationsangebot in der Suchtprävention. In: Zeitschrift für Prävention, Heft 04/2001

12. Gantner, Andreas

Behandlungsmöglichkeiten bei problematischem Cannabiskonsum. In Akzeptanz. Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik. Heft 1/2001

13. Spohr, Birgit

Techno - Party - Drogen. Psychologische Aspekte und therapeutische Erfahrungen mit einer neuen Jugendkultur. In: Partner Magazin 3/95

14. Spohr, Birgit

Was hat Ecstasy mit Glück zu tun?
In: Sozialmagazin 3/96

15. Spohr, Birgit

Techno, Party, Drogen. Attraktivität und Risiken. In: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen Nr. 2/96

16. Tossmann, H.P., Gantner, A.

Differentielle Aspekte der Haschischabhängigkeit. In: Sucht 4/1993

17. Therapieladen e.V.

Partydrogen - Infoline
 Projektdokumentation 1996

18. Therapieladen e.V.

„Enjoy the Rave, but Rave safe“
 Projektdokumentation 1997

19. Therapieladen e.V.

Cannabiskonsum heute.
 Tagungsdokumentation Mai 1998

20. Therapieladen e.V.

Cannabis: Haschisch und Marihuana. Eine Informationsbroschüre 1998

21. Therapieladen e.V.

Cannabis denn Sünde sein?. Eine Broschüre rund ums Kiffen, incl. Kiffertest 1999

22. Therapieladen e.V.

Drogen und Du. Eine Broschüre rund um Drogenkonsum, incl. Test: Check Dich. 2001

Festangestellte Mitarbeiter

Andreas Gantner (Leitung)

Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut,
Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapeut,
Supervisor/BDP, Weiterbildung in psychoanalytisch-interaktioneller Therapie
Mitarbeiter seit 1989, Leitung seit 1992

Harvey Becker

Diplom-Sozialpädagoge,
Systemischer Familientherapeut (SG),
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Mitarbeiter seit 1995

A. Jeanine Bobbink

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin
Verhaltenstherapeutin, Supervisorin/BDP,
Weiterbildung in EMDR
Mitarbeiterin seit 1985, seit 1992 Therapeutin

Elke Dangeleit (Büro)

Ethnologin, Erzieherin, Sozialmanagerin
Mitarbeiterin seit 1992

Birgit Spohr

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin
Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapeutin,
Mitarbeiterin seit 1992

Pirjo Tuura Buchrucker

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin
Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapeutin,
Weiterbildung in Psychodrama
Mitarbeiterin seit 1985

Christine Pirot

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin
Weiterbildung in Verhaltenstherapie
Mitarbeiterin seit 2000

Freie Mitarbeiter

Hans-Jürgen Boldt

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse

Peter Ebel

Dipl.-Soz.-wissenschaftler,
Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapeut,
Systemischer Familientherapeut (SG)
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Reiner Domes

Dipl.-Psych.,
Psychologischer Psychotherapeut i.A.
Suchttherapeut (DAA)

Der Vorstand

**Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl
(1.Vors.)**

**Dipl.-Psych. Peter Batura
(2.Vors.)**

**Dipl.-Psych. Sven Nachmann
(Schatzmeister)**