

Therapieladen



Verein zur sozialen und psychotherapeutischen Betreuung Suchtmittelgefährdeter

2003

Jahresbericht 2003

Inhalt

1.	Der Therapieladen e.V.	S. 3
	Unser Leitbild	
2.	Unsere Angebote	S. 4
	2.1. Prävention	S. 4
	2.2. Therapieberatung Frühintervention	S. 5
	2.3. Ambulante Psychotherapie (KJHG)	S. 6
	2.4. Ambulante Drogentherapie (Reha)	S. 7
3.	Personelle Situation	S. 8
4.	Daten und Fakten	S. 9
	4.1 Therapieberatung/Frühintervention	S. 9
	4.2 Ambulante Psychotherapie (KJHG)	S. 11
	4.3 Ambulante Drogentherapie (Reha)	S. 14
	4.4 Prävention	S. 17
5.	Kooperation und Vernetzung	S. 18
6.	Öffentlichkeitsarbeit	S. 20
7.	Veröffentlichungen	S. 22
	Team und Vorstand	S. 23

Text: Andreas Gantner
Gestaltung und Layout: Elke Dangeleit
Berlin, März 2004

1.

Der Therapieladen e.V.

Unser Leitbild

Leitidee

Der Therapieladen e.V. ist als überregionale, ambulante Einrichtung in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Entwicklungsförderung und Rehabilitation tätig. Unsere Angebote richten sich an Menschen mit Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis und „life-style“-Drogen. Unser Ziel ist, mit therapeutischen und suchtpreventiven Angeboten zur Verbesserung der psychischen und körperlichen Gesundheit sowie der sozialen Situation der Klienten beizutragen. Mit der Spezialisierung auf diese Zielgruppe soll eine möglichst effektive und den Problemen angemessene Hilfe ermöglicht werden.

Unsere Grundhaltung gegenüber den Klienten

Wir begegnen unseren jugendlichen und erwachsenen Klienten mit Respekt, Wertschätzung und Empathie. Wir betrachten die Hilfesuchenden als selbstverantwortliche Kooperationspartner, deren Ressourcen und Lebenskompetenzen (wieder-)entdeckt oder entwickelt werden sollen.

Unser Problemverständnis

Aus unserer Sicht wird Drogenkonsum dann problematisch, wenn er eine Funktion bei der Alltagsbewältigung übernimmt und sich damit langfristig als die Entwicklung behindernd oder die Lebensqualität beeinträchtigend erweist.

Wir verstehen missbräuchlichen oder abhängigen Drogenkonsum als misslungenen Versuch, Konflikte und Probleme (z.B. im Umgang mit Beziehungen, Emotionen, sich selbst) zu lösen.

Wir verstehen Probleme nicht allein im Individuum verursacht, sondern in einem multifaktoriellen Entstehungszusammenhang aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren.

Die Probleme unserer Klienten werden verstanden im Kontext des spezifischen Hintergrunds der individuellen Lebenssituation

und Lebensgeschichte sowie anstehender Entwicklungsaufgaben und Ressourcen

Unser Verständnis von Therapie

Wir bieten Therapie an, um Menschen dabei zu unterstützen, sich selbst besser zu verstehen, eigene Stärken und Schwächen zu erkennen und Fähigkeiten zu entwickeln, um gewünschte Veränderungen in Gang zu setzen und um sich vom abhängigen Konsum psychoaktiver Substanzen dauerhaft lösen zu können. Wir verbinden in einer interdisziplinären Herangehensweise psychologische, sozialpädagogische sowie medizinisch-psychiatrische Sichtweisen miteinander. Unser Zugang ist dabei primär psychotherapeutisch.

Im Rahmen eines integrativen Therapiekonzeptes werden verschiedene – d.h. systemische, tiefenpsychologische, klientenzentrierte, gesprächstherapeutische und verhaltenstherapeutische – Methoden in flexiblen Settings zur Anwendung gebracht. Die therapeutische Herangehensweise und Zielformulierung orientiert sich dabei an den Problemlagen, Bedürfnissen und Fähigkeiten der Klienten.

Unsere Teamphilosophie

In unserer Teamphilosophie spiegeln sich Aspekte unseres beruflichen und therapeutischen Selbstverständnisses wieder: Die Zusammenarbeit im Team ist getragen von wohlwollendem Interesse an den anderen Teammitgliedern und gegenseitigem Respekt für die jeweiligen Stärken und Besonderheiten. Es gibt viel Raum für selbständige und flexible Gestaltung der Arbeit sowie Entwicklung von Kompetenzen und Ressourcen bei gleichzeitig enger Zusammenarbeit. Die Mitarbeiter/innen arbeiten in hohem Maße selbstverantwortlich und mit großem persönlichen Engagement. Die hohe Identifikation mit der Arbeit im Therapieladen zeigt sich auch in der langjährigen Teamzugehörigkeit und dem großen Interesse an der Weiterentwicklung des Gesamtprojekts Therapieladen.

Unser Verständnis als Organisation

Die Arbeit im Therapieladen ist von einer Integration der Sichtweisen von Jugendhilfe, Drogenhilfe, und Psychiatrie sowie einer fachlichen und vertraglichen Kooperation mit Institutionen und Kostenträgern dieser Hilfesysteme getragen.

Als Organisation sind wir fachlichen Standards verpflichtet und orientieren uns an etablierten Qualitätssicherungssystemen. Transparenz nach innen und außen wird durch Dokumentation und Fachbeiträgen von MitarbeiterInnen hergestellt.

2.

2.1. Prävention

↪ Präventionskonzept

Risikomanagement und Risikokompetenz 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 Teambberatung
- Öffentlichkeitsarbeit/ Vorträge/ Medien
- Broschüren
- 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 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 Nottfällen 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.

schluss 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 für Erwachsene ist über Zuwendungsmittel der Senatsverwaltung finanziert. Bei der Therapieabklärung für jugendliche Klienten ist eine Beauftragung (im Rahmen probatorischer Sitzungen) durch die Fachdienste (KJPD) erforderlich. Die Finanzierung der Sitzungen erfolgt über das Jugendamt.

KJHG

↳ 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 An-

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 ambulant-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 erwachsene 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.

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 methoden-integrativen psychotherapeutischen Ansatz (Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, psychoanalytisch-interaktionelle Therapie, 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

Reha

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 2003 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 (Sozialmanagerin)
Büro, Verwaltung



Freie Mitarbeiter:

1 Arzt (Facharzt für Neurologie
und Psychiatrie.)

4 Therapeutische Mitarbeiter

4

Daten und Fakten

Grundlage unsere Datenerfassung ist das Dokumentationssystem HORIZONT. Mit diesem System werden alle Stammdaten unserer Klientel erfasst (mit Ausnahme der Einmalkontakte und der telefonischen Beratungen). Mit der Konfiguration von DESTAS-Variablen ist eine Schnittstelle zum deutschen Kerndatensatz der Sucht-krankenhilfe gewährleistet. Neben der Erfassung von Biographiedaten dient das Dokumentationssystem der Beschreibung von Leistungen und Prozessverläufen, sowie dem Berichtswesen.

Im Rahmen der telefonischen Beratung wurden die Modalitäten und nächsten Schritte für eine mögliche therapeutische Behandlung besprochen. Erwachsene Klienten, die bei uns erstmalig eine Beratung in der Suchthilfe in Anspruch nahmen, wurden an bezirkliche Sucht- bzw.- Drogenberatungsstellen zur Klärung weitervermittelt. Bei Anfragen von Jugendlichen unter 18 Jahren ist zu klären, ob eine „KJHG – Therapie“ indiziert ist. In diesen Fällen wurden die Klienten an die Fachdienste der Jugendhilfe bzw. an das zuständige Jugendamt weitervermittelt.

Im Jahr 2003 haben sich telefonisch ca. 300 Jugendliche, bzw. deren Eltern oder Betreuer wegen einer Therapieanfrage gemeldet. Nach der telefonischen Beratung über das weitere Vorgehen haben sich 40 Jugendliche/Bezugspersonen mit dem zuständigen Jugendamt bzw. den KJPD wegen einer Therapiebeantragung in Verbindung gesetzt. **Im gesamten Jahr wurden letztlich jedoch nur 15 Jugendliche zu probatorischen Sitzungen** an uns vom Fachdienst zugewiesen. (s. KJHG-Bereich)

4.1. Therapieberatung und Frühintervention

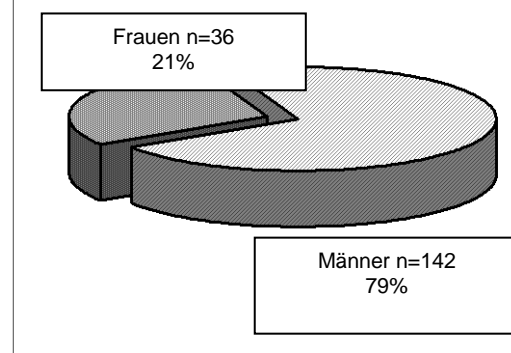
Zur Kontaktaufnahme

Telefonberatung

Therapieanfragen	Ca.1300
Erwachsene über 18 J.	1000
Davon Aufnahme im Therapieladen	178
Jugendliche/Eltern	300
Davon Zuweisung durch KJPD	15

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.

Anzahl und Geschlechterverteilung n 178



Mit 178 Klienten wurden im Vorfeld einer therapeutischen Behandlung Klärungsgespräche durchgeführt. 53 Klienten davon nahmen nur ein Gespräch in Anspruch. Mit 125 Klienten wurden mehrere therapievorbereitende Gespräche durchgeführt. **Mit 48 Klienten wurde im Anschluss der Kostenübernahme eine ambulante Drogen-therapie begonnen.**

Altersverteilung

Alter	Gesamt	männlich	weiblich
unter 16 Jahre	2	1	1
16 – 18 Jahre	14	10	4
19 – 25 Jahre	94	74	20
26 – 30 Jahre	37	34	3
31 – 35 Jahre	13	9	4
35- älter	18	14	4
Gesamt	178	142	36

62% unserer Klientel war zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme unter 25 Jahren. Wir erreichen somit einen hohen Anteil von jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen Konsumenten. Ein Teil der jugendlichen Klienten ist in dieser Tabelle nicht berücksichtigt, weil sie gleich 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. 79 % der Klienten waren männlichen Geschlechts. Damit haben wir im Vergleich zum Vorjahr (2002 waren es 71 %) einen höheren Anteil männlicher Klienten im Beratungsbereich

Fast verdoppelt gegenüber dem Vorjahr hat sich die Vermittlungsrate von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.

Beratungsanlass

Bei 90% der Beratungsklientel waren gravierende Probleme im Zusammenhang mit Cannabismissbrauch/abhängigkeit der Beratungsanlass.

Die Symptome und Problemkonstellationen waren weit gefächert und abhängig vom Lebensalter, Dauer und Intensität des Konsums, sowie der in der Regel vorliegenden komorbiden Störung.(z.B. psychotische Störungen, affektive Störungen, Angststörungen, ADHS)

Ältere Klienten (ca. 25 J. und älter) kamen eher eigenmotiviert und mit einem psychischen Leidensdruck zum Erstkontakt. Die überwiegende Mehrheit hat „Einsicht“ in das vorhandene „Suchtproblem“ und zeigte sich- bei allen Ambivalenzen - veränderungsbereit

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

Im Jahr 2003 waren wir stärker als bisher mit Indikationsproblemen in Bezug auf die ambulante Rehabehandlung konfrontiert. Bei einem großen Teil der Klienten wurde in den Klärungsgesprächen deutlich, dass entweder die eigene Motivation und Entschlossenheit für die Abstinenz nicht ausreichend war, oder die Fähigkeit, dieses Ziel im Rahmen der ambulanten Reha zu erreichen in Frage gestellt war. Klienten für einen stationären Aufenthalt zu motivieren ist jedoch schwierig und erfordert oft einen längerfristigen Betreuungsprozess.

Insbesondere bei vielen jüngeren Klienten wäre eine längerfristige Betreuungsphase von motivierender Beratung, die eine Abstinenzentwicklung zum Ziel haben kann, indiziert. Aufgrund unserer beschränkten Beratungskapazität können wir dieses Angebot leider nicht vorhalten. Eine Zurückvermittlung dieser Klienten an die Beratungsstellen erweist sich in der Praxis als schwierig.

Vor dem Hintergrund dieses Dilemmas haben wir eher die Strategie verfolgt, auch bei Klienten mit fraglicher Indikation einen ambulanten Therapieversuch zu starten. Unsere relativ hohe Abbruchquote im Bereich der ambulanten Rehatherapie hat somit sicherlich eine Ursache in der Problematik der Indikationsstellung und in fehlender längerfristiger Beratungskapazität im Vorfeld der ambulanten Behandlung.

4.2 KJHG 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 Methoden und Ziele 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 = 28

Bezirksamt	Klientenanzahl
Landkreis Barnim	1
Charlottenburg- Wilmersdorf	2
Kreuzberg-Friedrichshain	2
Lichtenberg-Hohen`hausen	4
Mitte-Prenzlauer Berg	3
Neukölln	3
Pankow	4
Reinickendorf	2
Schöneberg-Tempelhof	2
Treptow-Köpenick	1
Steglitz-Zehlendorf	1
Marzahn-Hellersdorf	1
Spandau	1
Summe	28

Auch im Jahr 2003 waren Jugendliche aus allen Bezirken Berlins in Behandlung. Das Verhältnis zwischen Ost- und Westbezirken war dabei ausgewogen. Zu beachten ist, dass das zuständige Bezirksamt und der aktuelle Wohnort der Jugendlichen nicht immer übereinstimmt.

Die Erfahrung zeigt, dass wenn ein therapeutischer Kontakt zustande kommt, auch längere Fahrtzeiten der Klienten kein großes Hindernis darstellen. Im Falle einer Psychotherapiemaßnahme ist eine „sozialräumliche Orientierung“ der Betreuung generell zu hinterfragen. Wir machen die Erfahrung, dass es eher ein Vorteil sein kann, wenn die psychotherapeutische Behandlung außerhalb des Sozialraumes der Klienten stattfindet.

Aufnahme und Abschluss

	Gesamt	Jungen	Mädchen
Gesamtklienten	28	14	14
Neuaufnahme	15	10	5
planmäßiger Abschluss	9	2	7

2003 wurden nur 15 Klienten vom Fachdienst an uns vermittelt. Bei 8 Klienten wurde im Anschluss an die probatorische Phase eine Psychotherapiebehandlung vom Jugendamt bewilligt und begonnen. 7 Klienten befanden sich noch in der probatorischen Phase. Von den 9 abgeschlossenen Klienten wurden 2 Klienten nach der probatorischen Phase beendet.

Therapiedauer der abgeschlossenen Klienten(incl. probatorische Phase)

Dauer	Gesamt	Jungen	Mädchen
2- 5 Monate	2	0	2
6-12 Monate	2	1	1
13- 20 Monate	2	0	2
25-30 Monate	3	1	2
Gesamt	9	2	7

Mit 2 Klienten kam nach der probatorischen Phase aufgrund mangelnder Indikation keine längerfristige Behandlung zustande. Mit 4 Klienten wurde die Behandlung nach 1 Jahr beendet. Bei 2 Klienten wurde der Behandlungszeitraum verlängert und dauerte 2 Jahre. Eine Klientin befand sich insgesamt 3 Jahre in Behandlung.

Altersverteilung und Geschlecht

Alter	Gesamt	Jungen	Mädchen
13	1	0	1
14	2	2	0
15	2	1	1
16	8	1	7
17	14	9	5
18	1	1	0
Summe	28	14	14

Das Durchschnittsalter der Jugendlichen lag zwischen 16 und 17 Jahren, wobei die Mädchen in Relation etwas jünger waren. Der Anteil der Mädchen betrug 50 % und liegt somit deutlich höher als bei den erwachsenen Suchtklienten.

Wohnsituation der Klienten bei Beginn

	Gesamt	Jungen	Mädchen
bei Eltern	14	9	5
Betreutes Wohnen	10	5	5
Heim/Klinik	3	0	3
Selbstst. Wohnen	1	0	1
Summe	28		

Die überwiegende Mehrheit der Jugendlichen wohnt altersgemäß noch bei den Eltern. 13 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.

Einstiegsalter Drogen

Alter	Gesamt	Jungen	Mädchen
10	1	1	0
12	6	3	3
13	10	4	6
14	7	5	2
15	4	1	3
Summe	28	14	14

Bei den jugendlichen Therapie Klienten ist ein überdurchschnittlich frühes Einstiegsalter in den Drogenkonsum zu beobachten. 85 % der Jugendlichen hatten bis zum 14

Lebensjahr bereits mit dem Drogenkonsum (Cannabis) begonnen. Der sehr frühe Einstieg in den Drogenkonsum gilt als ein wesentlicher Risikofaktor für eine spätere Suchtentwicklung. Gleichzeitig sind bereits vorhandene psychische Störungen der Kinder und Jugendlichen sowie familiäre Belastungen Prädiktoren für den frühen Drogenmissbrauch. Dieser, auch durch die Forschung bestätigter Zusammenhang unterstreicht die Notwendigkeit einer möglichst frühen spezifischen therapeutischen Intervention für diese Zielgruppe.

Hauptdroge

Hauptdroge (n. Ansicht d. Klienten)	Anzahl
Alkohol	1
Ecstasy	1
Cannabis	24
Amphetamine	2
Summen	28

Hauptdiagnosen nach ICD 10

F12 Störungen durch Cannabis	11
F15 Störungen durch Stimulantien	4
F16 Störungen durch Halluzinogene	1
F19 Störungen durch Polytoxikomanie	6
F20 Schizophrenie	1
F32 Depressive Episode	1
F31 Bipolare affektive Störung	1
F34 Dysthymia	1
F60 Emotional instabile. P-Störung	2

Cannabis war auch bei den Jugendlichen die dominierende Hauptdroge. Bei 4 Klienten war ein exzessiver Stimulantienmissbrauch zu beobachten, während bei 6 Jugendlichen ein intensives polytoxikomanes Mischkonsumverhalten (ohne Opiate) vorlag.

Aufgrund von schwankenden Konsummustern und nicht immer verlässlichen Angaben der Jugendlichen sind verlässliche klinische Suchtdiagnosen im Jugendalter oft schwer zu stellen. Unser Anliegen ist deshalb eine möglichst umfassende Diagnosestellung im Laufe des therapeutischen Kontaktes vorzunehmen.

Zu klären ist hierbei immer auch der Anteil und Zusammenhang der Suchtproblematik am gesamten Störungsbild (Komorbidität) bzw. Symptomverlauf.

Bei den von uns gestellten Hauptdiagnosen wurden bei 22 eine Suchtdiagnose und bei 6 Klienten eine andere psychiatrische Diagnose als Hauptdiagnose gestellt. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass die Zuordnung von Hauptdiagnosen und weiteren Diagnosen noch nicht klar standardisiert ist und sich im Prozessverlauf ohnehin verändern kann.

Erfahrungen und Entwicklungen im Bereich der KJHG-Behandlung

Zum Therapiesetting

Die KJHG-Therapien fanden überwiegend im Einzeltherapiesetting statt. Alle Jugendlichen nahmen durchgehend eine oder zwei Einzeltherapiesitzung pro Woche in Anspruch. Die Erfahrungen in der Therapie drogenmissbrauchender Jugendlicher zeigen, dass sich im Therapieverlauf intensive Therapiephasen abwechseln mit Zeiten, in denen aufgrund Entwicklungssprüngen oder -krisen weniger intensiv an Themen gearbeitet werden kann.

Dies ist unter anderem ein Faktor, der es schwierig macht, bei Jugendlichen eine kontinuierliche Kombination von Gruppen- und Einzeltherapie zu etablieren, wie es im Erwachsenenbereich etabliert ist.

Bei 50% der Jugendlichen Klienten wurden begleitend zur Einzeltherapie, Eltern- bzw. Familiengespräche angeboten. Die Zusammenarbeit mit Eltern wird von uns bevorzugt im co-therapeutischen Setting angeboten. Das heißt, Eltern- oder Bezugspersonengespräche wurden 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

Die Tatsache, dass wir im Jahr 2003 ca. 300 telefonische Anfragen von Jugendlichen bzw. deren Angehörigen wegen der Abklärung einer Jugendtherapie hatten und davon nur 15 Klienten über den KJPD zugewiesen wurden und letztendlich im gesamten Jahr lediglich 8 Therapien bewilligt wurden, zeigt, welche Dynamik (oder: eigentlich Stillstand, bzw. unterlassene Hilfeleistung) durch die Kürzungen und den Spardruck in der Jugendhilfe entstanden sind.

Während auf zahlreichen jugendsuchtspezifischen Fachtagungen im Bundesgebiet und auch in Berlin die zunehmende Problematik des frühen exzessiven Cannabismisbrauchs thematisiert und auf die Notwendigkeit einer spezifischen Frühintervention für diese Zielgruppe verwiesen wird, **erleben wir in der Praxis das organisierte Wegschieben von Zuständigkeit und Verantwortung**. Die aus fachlicher Sicht sehr fragwürdige Umsetzung (Wegschieben, Hängenlassen, Ignorieren der gesetzlichen Grundlage) von Sparbeschlüssen hat in Einzelfällen skandalösen Charakter.

„Das soll die Kasse finanzieren“

Die Notwendigkeit der Bewilligung von Psychotherapien Jugendlicher scheint grundsätzlich in Frage gestellt. Jugendliche und deren Eltern werden zunehmend systematisch aufgefordert, prinzipiell einen Antrag bei der Krankenkasse zu stellen, obwohl bereits nach fachdiagnostischer Einschätzung ein Bedarf nach §35a bzw. §27,3 offensichtlich ist.

Speziell für den Suchtbereich gibt es nach unserer Einschätzung auf der gesetzlichen

Ebene keinen Zweifel, dass die Zuständigkeit bei einer Behandlung im KJHG- Bereich liegt.

Sucht- und Drogenprobleme im Kindes- und Jugendalter stehen, wenn auch unterschiedlich gewichtet, immer im Zusammenhang mit Reifungs- und Entwicklungsproblemen, mit familiären Erziehungsproblemen, sowie mit sozialen Integrationsproblemen. Unsere Psychotherapie im Rahmen der Jugendhilfe behandelt deshalb nicht „nur (krankheitswertige) psychische Störungen“, sondern fokussiert speziell auf die Verbesserung sozialer Eingliederungsschwierigkeiten und die Unterstützung von erzieherischen Prozessen. **Hierin unterscheidet sich die KJHG- Psychotherapie, wie wir sie anbieten im wesentlichen von der Kassenpsychotherapie im Rahmen des SGB V.** Der Versuch, Jugendliche Drogenmissbraucher zu niedergelassenen „Krankenkassenpsychotherapeuten“ zu delegieren ist aus weiteren Gründen problematisch. Zum einen verfügen niedergelassene Therapeuten in der Regel nicht über das für diese Zielgruppe notwendige Netzwerk und die Kontakte zu unterschiedlichen Hilfsangeboten in der Jugend-Suchthilfe. Zum anderen ist bekannt, dass es in Berlin ohnehin zu wenig niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten mit sozialrechtlicher Approbation gibt.

„Doppelbetreuungen sind zu teuer“

Ein weiterer „Knackpunkt“ sind die Finanzierung von Doppelbetreuungen. Diese sollen aus Sparzwängen vermieden werden, was im Einzelfall bedeuten kann, dass trotz einer diagnostizierten Suchtstörung die jugendlichen Klienten zwar eine erzieherische/sozialpädagogische Unterstützungen erhalten, das Suchtproblem in diesem Rahmen jedoch nicht behandelt wird. Für dieses Klientel ist jedoch eine unspezifische pädagogische Maßnahme nicht ausreichend, bzw. kontraproduktiv. Drogen und Suchtprobleme werden so eher chronifiziert, anstatt durch suchtspezifische therapeutische Frühintervention behandelt.

Eltern haben deshalb oft Angst, dass ihren heranwachsenden Kinder bei einer evtl. Fremdunterbringung in einer WG beim

Cannabismisbrauch nicht geholfen wird, sondern dieser sich eher verfestigt.

„Mit 18 ist man erwachsen“

Auch die Frage des Alters der Jugendlichen ist ein kritischer Punkt hinsichtlich einer Jugendhilfemaßnahme geworden. Zunehmend werden Jugendliche spätestens ab dem 18. Lebensjahr aus der Jugendhilfe „entlassen“. Jugendliche die weitere Unterstützung brauchen werden dann zu „BSHG-Fällen“, obwohl sie als junge Volljährige im Rahmen des §41 weiterhin im KJHG zu versorgen wären. Dies bedeutet oft Abbruch einer Maßnahme, Betreuungs- und Trägerwechsel und alle damit verbundenen Probleme, ohne dass letztendlich gesellschaftliche 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 Rentenversicherungsträgern vorgegebene Standards 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=100

Krankenversicherung	35
Rentenversicherung	61
Sozialamt	4
Summe	100

Vermittlungsinstanzen

Vermittlung durch	Anzahl
Familie/Freunde	14
Arbeitgeber/Betrieb/Schule	2
Niedergel. Arzt/Psychotherap.	9
Krankenhaus	9
Stat. Suchteinrichtung	2
Suchtberatung	35
Andere Beratungsdienste/Jugendhilfe	5
Justizbeh./Soz. Verw.	1
Abstinenz-/Selbsth.gruppe	1
Selbstmelder	22
Summe (ohne Einmalkontakte)	100

Mit 35 % Anteil an Vermittlungen liegen die Suchtberatungsstellen nach wie vor an erster Stelle der Vermittlungsinstanzen.

Durch die enge Kooperation mit einigen bezirklichen Drogenberatungsstellen (vor allem BOA e.V.) 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) neben dem hohen Anteil von Selbstmeldern (22%) zeigt sich auch eine zunehmende Vermittlungstätigkeit von Ärzten und Kliniken (18%).

Aufnahme und Abschluss

	Gesamt	Männer	Frauen
Gesamtklienten	100	73	27
Neuaufnahme	48	38	10
planmäßiger Abschluss	23	19	4
vorzeitiger Abbruch	20	14	6
Verlegung	3	3	0

Konsumstatus bei Beendigung n=46

abstinent	26
gebessert	9
unverändert	8
verschlechtert	3
Summe	46

Im Jahr 2003 hatten wir 48 Neuaufnahmen und 46 Beendigungen. Bei 23 Klienten konnte die Therapie planmäßig und erfolgreich abgeschlossen werden, während 20 Klienten die Therapie vorzeitig beendet haben. 3 Klienten wurden im Verlauf der ambulanten Reha in eine stationäre Therapie verlegt.

Abbruchgründe:

Von den 20 Therapieabbrechern war bei 8 Klienten im Therapieprozess keine Abstinenzentwicklung bzw. Behandlungsmotivation entstanden. Bei 6 dieser Klienten wurde deshalb die Therapie von Seiten der Einrichtung beendet. Auf die Probleme der vorhergehenden Indikationsstellung wurde in diesem Zusammenhang bereits eingegangen (s.4.1.). 5 Klienten gerieten nach einer Abstinenzphase in einen längerfristigen Rückfall, der aufgrund mangelnder Mitarbeit bzw. Motivation therapeutisch nicht mehr bearbeitet werden konnte. Bei 6 Klienten standen unabhängig von der Suchtthematik Probleme mit dem Therapiesetting und dem Therapeuten im Zusammenhang mit dem vorzeitigen Abbruch.

Behandlungsdauer (seit Erstkontakt) der abgeschlossenen Klienten

	Gesamt	Männer	Frauen
1 - 3 Monate	0	0	0
4 - 6 Monate	4	3	1
7 - 12 Monate	26	22	4
13 - 16 Monate	3	1	2
16 und mehr	13	10	3
Gesamt	46	36	10

Altersverteilung Reha-Klienten

Alter	Gesamt	Männer	Frauen
18 - 25	53	40	13
26 - 30	23	17	6
31 - 35	11	7	4
36 -	13	9	4

Der Altersdurchschnitt der Klientel liegt bei ca.25 Jahren. Im Durchschnitt beginnt somit die Therapie nach einer bereits 10 -jährigen Konsumerfahrung der Klienten.

Schulabschluss

Schulabschluss	Anzahl	m	w
noch in Schule	2	2	0
Fachhochschulreife	2	2	0
Hauptschul-Volksschulabschluss	19	17	2
Hochschulabschluss	6	2	4
Hochschulreife/Abitur	32	19	13
ohne Schulabschluss abgegangen	7	6	1
Realschulabschluss/polytechn. OS	32	25	7
Summen	100	73	27

Über 62 % der Klienten hatte einen Real-schulabschluss bzw. Abitur oder Fachhoch-schulreife. Dies verweist auf einen relativ hohen Bildungsgrad unserer Klientel. Auf-fallend im Jahr 2003 ist der wesentlich hö-herer Bildungsstand der weiblichen Klienten gegenüber dem der männlichen Klienten.

Erwerbstätigkeit

Erwerbstätigkeit	Anzahl	M	W
AngestellteR, BeamteR	6	2	4
ArbeiterIn/FacharbeiterIn	3	2	1
ArbeitsloseR, (gemeldet)	28	24	4
AuszubildendeR	12	9	3
Berufl. Rehabilitation	3	3	0
Hausfrau/Hausmann	2	1	1
Sonstiges	4	3	1
SchülerIn/StudentIn	29	19	10
SelbständigeR, FreiberuflerIn	3	2	1
sonst. Erwerbslose (Sozialhilfe)	10	8	2
Summen	100	73	27

40 % der Klienten befanden sich noch in Schule/Hochschule oder einer Ausbildung. 21 % der Klienten hatten einen festen Ar-beitsplatz oder befanden sich in einer Um-schulungsmaßnahme, während 32 % der Klienten zum Zeitpunkt des Therapiebe-ginns arbeitslos, bzw. erwerbslos waren

Hauptdroge

Hauptdroge (n. Ansicht d. Klienten)	Anzahl
Alkohol	2
Ecstasy	2
Cannabis	88
Kokain	2
LSD/Halluzinogene	1
Stimulantien, Aufputschmittel	5
Summen	100

Sucht- Hauptdiagnosen nach ICD 10

F11 Störungen durch Alkohol	1
F12 Störungen durch Cannabis	85
F14 Störungen durch Kokain	2
F15 Störungen durch Stimulantien	2
F19 Störungen durch Polytoxikomanie	10

Störungen und Probleme der Klienten

Bei 85% der Klienten wurde auf der Basis des ICD 10 Diagnoseschlüssels eine Can-nabisabhängigkeit als Hauptdiagnose diag-nostiziert. Die mit einer Cannabisabhängig-keit einhergehenden Symptome und Prob-leme sind heterogen und können nur ver-standen werden vor dem Hintergrund ko-morbider Störungen bzw. des allgemeinen psychischen Gesundheitszustandes der Klienten:

Bei vielen Klienten ist eine depressive Grundsymptomatik vorherrschend, die An-triebs- bzw. Leistungsstörungen zur Folge haben. Auch Angststörungen, vor allem im Bereich sozialer Beziehungen waren oft zu diagnostizieren.

Mehr als ein Drittel der Klienten wurde be-reits psychiatrisch behandelt und litt vorü-bergehend unter psychotischen Störungen im Zusammenhang mit dem Drogenkon-sum.

Gravierende körperliche Folgeprobleme der Sucht waren in den medizinischen Befun-den in aller Regel nicht vorhanden. Die mit dem Cannabismissbrauch einhergehenden Symptome und Störungen unserer Klientel

liegen primär im psychischen/psychiatrischen Bereich. Die vielfältigen komorbiden psychischen Störungsbilder (insbesondere im „Grenzgebiet“ zur Psychose) erfordern eine differenzierte psychologische/ psychiatrische Diagnostik ebenso wie eine flexible Zielorientierung in der Behandlung.

Durch die enge Kooperation mit dem mitbehandelnden Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, besteht die Möglichkeit bei Bedarf mit den Klienten 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 weitere psychotischer Episoden. Die Herausforderung in der Behandlung dieser spezifischen Zielgruppe besteht salopp formuliert darin, zu vermitteln, dass „böse“ Psychopharmaka bei bestimmten Problemen wirksamer und hilfreicher für die Unterstützung der Therapie sind als die bisher bevorzugte „gute“ Droge Cannabis.

Ein weiterhin noch genauer zu bearbeitendes Thema ist eine verbesserte Diagnostik hinsichtlich der Komorbidität mit einer ADHS-Störung. In diesem Zusammenhang wurde die Kooperation mit der Spezialambulanz für Erwachsene mit einer ADHS-Störung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Benjamin-Franklin-Klinikums der Charite hergestellt. Unser Ziel ist, diejenigen Suchtklienten mit einer gesicherten ADHS-Störung seit dem Kindes- und Jugendalter, sowohl mit einer störungsspezifischen psychotherapeutischen Strategie, als auch mit einer evtl. Medikation im Einzelfall eine adäquate Behandlung zu ermöglichen

4.4. Prävention

↩ Entwicklung im Präventionsbereich

Institutionen	Veranstaltungen/Seminare/ Beratungen			
	Gesamt	Infover- anstal- tung	Seminar	Fachbe- ratun- gen
Jugendhilfe	9		6	3
Betriebe	2		2	
Schule/Lehrer	3	3		
Sonstiges	13	6	7	
Internet	65			65
Fachtagungen	11			

Im Jahr 2003 fanden insgesamt 27 Info-, bzw. Seminarveranstaltungen mit verschiedenen Institutionen statt. Es wurden jeweils bedarfsspezifische Fortbildungsthemen angeboten.

Eine starke Nachfrage gab es auch im Bereich der Mitwirkung bei Fachtagungen. Hier wurde insbesondere unsere cannabis-spezifische Präventions- und Therapiekompetenz mit Jugendlichen angefordert. Ein weiterer Zuwachs an Beratungs- und Informationsbedarf kam über das Internet. Ein Problem dabei ist, dass sich weiterhin Ratsuchende aus dem Bundesgebiet an uns wenden, mit der Bitte um Hilfe bzw. der Frage nach vergleichbaren Einrichtungen wie den „Therapieläden“. Die Bekanntheit unseres Angebotes in der Bundesrepublik konfrontierte uns, wie schon im vergangenen Jahr mit einem Ressourcenproblem. Wir verweisen deshalb die Ratsuchenden nach kurzen Antworten auf Online-Beratungsdienste, wie drugcom.de oder das Beratungsnetz.de

längerer Zeit angeboten wird und dort in der Regel die höchste Trefferquote (pageview/Seitenabfrage) erreicht



Internetpräsenz

Statistik der website 2003

Monat	Pageviews	Sessions
Jan 03	32915	1742
Feb 03	28902	1647
Mrz 03	33018	1874
Apr 03	30330	2151
Mai 03	31659	1615
Jun 03	32591	1570
Jul 03	29354	1527
Aug 03	20992	1163
Sep 03	29515	1659
Okt 03	44291	1614
Nov 03	48897	1580
Dez 03	46999	1332
Summe	409463	19474
Durchschnitt	34121	1622

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

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

Ausgehend von der Statistikabfrage unseres Providers „strato“ hatten wir im Jahr 2003 fast 20.000 Besucher (!) auf unserer homepage, das sind durchschnittlich 1622 Besucher im Monat. (Grundlage hierbei sind die sogenannten sessions/Sitzungen.)

Die sehr hohe Besucherzahl führen wir einerseits auf unsere homepage www.therapieladen.de zurück, auf der sich auch unsere Veröffentlichungen zum Thema Cannabis befinden. Andererseits ist die Besucherzahl auch auf die hohe Attraktivität unserer Präventionsseite www.drogen-und-du.de zurückzuführen. 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 Drogehilfeprojekten (z.B. www.partyack.de, www.drugscouts.de) im gesamten Bundesgebiet (sowie Österreich und der Schweiz) im Internet bereits seit

Broschüren

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:

- **Cannabis denn Sünde sein** (1998, Auflagenhöhe 2003: **96.000**)
- **Drogen und Du** (2001, Auflagenhöhe 2003: **64.000**)

erfreuen sich weiterhin einer starken Nachfrage aus dem gesamten Bundesgebiet. Seit Januar 2002 wird die Broschüre *Drogen und Du* auch durch den Friedrich/Kallmeyer Verlag veröffentlicht. Dieser Verlag ist überwiegend im Schul- und Bildungsbereich aktiv.

Expertise zur Umstrukturierung der Suchtprävention

Die von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz in Auftrag gegebene Expertise hatte zum Ziel, sowohl eine Bestandsaufnahme der Berliner Suchtprävention durchzuführen, als auch Perspektiven für eine strukturelle Weiterentwicklung der Suchtprävention aufzuzeigen.

Der Therapieladen beteiligte sich in Form von einem Experteninterview an den Fragestellungen der von Dr. Tossmann (delphi GmbH) durchgeführten Expertise.

Während bei der kritischen Bestandsaufnahme der Suchtpräventionslandschaft im Grossen und Ganzen weitgehend Einigkeit unter den Experten herrscht, zeichnet sich nach unseren Beobachtungen bei der Frage nach der organisatorischen Umsetzung der Umstrukturierungsvorschläge viel Widerspruch und Dissens ab.

Wir sind gespannt auf die weitere Entwicklung in diesem Bereich und erwarten eine aktive Beteiligung an diesem Prozess. Wie auch immer die organisatorische Konstruktion der geplanten Fachstelle für Suchtprävention sich etabliert:

Der Therapieladen hat sich seit seiner Vereinsgründung als Akteur im Bereich der Sekundärprävention stark engagiert, viel Erfahrungen gesammelt, innovative Konzepte entwickelt und an Institutionen weitervermittelt. Wir beabsichtigen auch in Zukunft, als wichtiger und erfahrener Partner im Bereich der Suchtprävention tätig zu sein und beteiligen uns deshalb gern kooperativ an der Entwicklung „neuer Strukturen“ in der Berliner Suchtprävention.

5. Kooperation und Vernetzung

Der Therapieladen e.V. ist auf unterschiedlichen Ebenen mit verschiedenen Organisationen über Verträge und Vereinbarungen, fachlichen Austausch, Vermittlungen, Gremien, Arbeitskreise oder Fachgruppen vernetzt.

Auf der Ebene der Kostenträger bestehen folgende Verträge und Vereinbarungen:

Zuwendungsvertrag mit der **Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz** (seit 1985)

Vereinbarung über die Durchführung **ambulanter Leistungen zur Rehabilitation** Drogenabhängiger zwischen der **LVA Berlin** und dem Therapieladen e.V. (abgeschlossen im Juni 1994)

Vereinbarung zur Förderung und Durchführung **ambulanter Leistungen zur Rehabilitation** Drogenabhängiger zwischen **den Krankenkassenverbänden in Berlin** und dem Therapieladen e.V. (abgeschlossen im Oktober 1994)

Vereinbarung über die Durchführung **ambulanter medizinischer Leistungen zur Rehabilitation** Alkohol, Medikamenten- und Drogenabhängiger zwischen der **BfA** und

dem Therapieladen e.V. (abgeschlossen im Dezember 1998)

Vereinbarung über einen **Fachleistungsstundensatz** im Rahmen ambulanter psychologischer Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Familientherapie (KJHG §27,3, §35a, SGB VIII) zwischen der **Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport/Landesjugendamt** und dem Therapieladen e.V. (abgeschlossen im September 1999)

Vereinbarung zwischen dem **Bezirksamt Reinickendorf** (Jugendamt) über die Durchführung ambulanter Psychotherapie im Rahmen der *Hilfe zur Erziehung* (KJHG §27,3, SGB VIII bzw. Wiedereingliederung (KJHG §35a, SGB VIII) und dem Therapieladen e.V. (abgeschlossen im August 2001)

Fachliche Kooperationen:

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 zur **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 Arbeitsgemeinschaft 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 (Sekundär-) Präventionsprojekten beschäftigt sich mit der Entwicklung und Verbesserung sekundärprä-

ventiver Angebote für die Zielgruppe der Partydrogenkonsumenten.

Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Campus Benjamin Franklin, Charite,

Im Rahmen des Forschungsprojekts:

„Kognitive Veränderungen durch Cannabis bei schizophrenen Patienten und Kontrollpersonen im Vergleich“

kooperiert die Einrichtung seit Oktober 2003 mit der Charite.

Die Studienleiterin Frau Dr. Jockers-Scherübl und Frau Wolf (Diplomandin, Psychologie) nahmen im Oktober 2003 Kontakt zum Therapieladen auf und baten um Unterstützung bei der Probanden-Suche für Ihre Studie. Gesucht wurden chronische Cannabiskonsumenten ohne Schizophrenieerkrankung. Bis zum Jahresabschluss erklärten sich bereits 12 unserer Klienten bereit, an der zeitaufwendigen Testung teilzunehmen. Getestet werden insbesondere Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Lern-, und Gedächtnisleistungen. Zusätzlich ist eine Blutabnahme zur Bestimmung von Nervenwachstumsfaktor sowie ein EEG vorgesehen.

Mit der Vermittlung von „Probanden“ als Kontrollgruppe an die Studie konnte der Therapieladen bei der relativ schwierigen „Aquse“ behilflich sein. Selbstverständlich liegt es auch in unserem Interesse mit unseren Möglichkeiten zu neuen Forschungsergebnissen beizutragen. Zusätzlich konnten die Klienten davon profitieren, die Testergebnisse für die Therapie nutzbar zu machen.

Durch diese Kooperation ergab sich auch die Idee, Frau Dr. Jockers als Expertin für unsere traditionelle Salonrunde einzuladen.

6. 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 **6.Salonrunde** fand am 28.November 2003 statt und hatte das Thema:

Einladungstext:

Cannabiskonsum, kognitive Störungen und Psychosen. Langzeitschäden durchs Kiffen? Neues aus der Cannabisforschung

Als Expertin ist eingeladen:

Dr. Maria Jockers-Scherübl

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charite Universitätsklinikum, Campus Benjamin Franklin

Thematischer Hintergrund:

Seit der Veröffentlichung der „Expertise zu den Auswirkungen des Cannabiskonsums“ (1997) von Kleiber und Kovar im Auftrag des BMGS gibt es zahlreiche neuere Forschungsergebnisse zum Thema Cannabis, insbesondere aus dem Bereich der Neurobiologie und Neuropsychologie.

Unser Expertengast Frau Dr. Jockers-Scherübl arbeitet seit längerer Zeit am Schwerpunkt „Cannabis und Psychose“ und ist Leiterin einer Studie zu diesem Thema.

Wir wollen mit ihr über Ihre bisherigen Ergebnisse und klinischen Erfahrungen sowie über ihre Kenntnisse zum internationalen Forschungsstand ins Gespräch kommen.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Cannabis ist immer vielschichtig und widersprüchlich. Das gilt auch für die Interpretation von Forschungsergebnissen und ihren Auswirkungen auf die präventive Praxis. Wir freuen uns wieder

auf eine interessante Diskussion in der **6. Salonrunde** mit unserer eingeladenen Expertin und Gästen

Mit Frau Dr. Jockers hatten wir das Glück, sowohl eine erfahrene Klinikerin, als auch eine auf dem Gebiet der Cannabis- und Schizophrenieforschung sehr versierte Expertin gefunden zu haben. Ihr kurzer Vortrag und die anschließende lebhaftere Diskussion mit den Gästen verlief sehr konstruktiv und wurde durch die vielen positiven Rückmeldungen der TeilnehmerInnen positiv bewertet.

Medien

Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit gab es auch im Jahr 2003 zahlreiche Anfragen von Medienvertretern, 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 wie schon im Jahr 2002 in eindeutiger Schwerpunkt beim Thema Cannabis.

Gute Resonanz fand ein Beitrag des Fernsehmagazins „**polylux**“, in dem sich ein Klient unserer Einrichtung mit seiner Problemgeschichte zur Verfügung stellte und als positives Vorbild für einen Ausstieg aus der Cannabisabhängigkeit fungierte.

Aktive Teilnahme an Fachtagungen in 2003

Auf folgenden Fachtagungen/ Veranstaltungen wurden Vorträge gehalten:

Fachtagung Hamburg.

Veranstalter: Universitätsklinikum Eppendorf
Titel: „*Süchtige Kinder und Jugendliche*“ Prävention und Therapie des Substanzmissbrauch.
Vortrag: Ecstasymissbrauch bei Jugendlichen. Erfahrungen aus der ambulanten Therapie.

Fachtagung Reutlingen:

Veranstalter: dpw Baden Württemberg

Titel: *Jugend sucht Hilfe*

Vortrag: Cannabis denn Sünde sein. Prävention und Therapie des Cannabismissbrauch

Fachtagung Berlin

Veranstalter: Landesstelle gegen die Suchtgefahren

Titel: *Jugend und Sucht*

Vortrag: Suchttherapie mit Jugendlichen

Fachtagung Mölln

Veranstalter: Landesstelle gegen die Suchtgefahren Schleswig Holstein

Titel: *Kiffen oder Saufen? Aktuelle Konsumtrends bei Kindern und Jugendlichen.*

Vortrag: Cannabis denn Sünde sein.

Fachtagung Lörrach

Veranstalter Villa Schöpfung, Zentrum für Suchtprävention

Titel: *Jugendliche mit riskantem Suchtmittelkonsum.*

Vortrag: Prävention und Frühintervention bei problematischem Cannabiskonsum

Fachtagung Surwold/Emsland

Veranstalter: Johannesburg GmbH

Titel: *Jugendhilfe trifft Drogenhilfe Prävention durch Kommunikation*

Vortrag: Prävention und Therapie des Cannabismissbrauchs

Arbeitstagung Suchtprävention Neuss

Veranstalter: Landeskriminalamt NRW

Vortrag: Prävention und Therapie des Cannabismissbrauchs

Jahresfachtagung Münster

Veranstalter: Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Titel: *No Risk No Fun: Risikokompetenz im Jugendalter*

Vortrag: Cannabis denn Sünde sein ? - Risikoaspekte des Konsums und präventive Strategien.

Fachtagung Neubrandenburg

Veranstalter: Lakost

Titel: *Probleme mit dem Cannabiskonsum?*

Vortrag: Beratung von Cannabiskonsumenten

Fachtagung Vorarlberg

Veranstalter: Supromobil, Mariaebene

Vortrag: Cannabis und Partydrogen in der Sekundärprävention

Fortbildungsreihe (Berlin)

für Ärzte „Verkehrsmedizin und Begutachtung“ in Berlin

Vortrag: Cannabis und Fahreignung

1. **Becker, Harvey**
Sekundärprävention - Ein Drahtseilakt zwischen Konsum und Abstinenz;
Vortrag zur Cannabis-Fachtagung. Cannabis-konsum heute.(Therapieladen e.V.)
2. **Bobbink, A.J., Tossmann, H.P.**
Eltern im Cannabiskonflikt. Angehörige von Cannabiskonsumenten 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,**
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

Das Team

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

Ralf Hepprich

Dipl.-Pädagoge
Systemischer Familientherapeut (SG)
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Reiner Domes

Dipl.-Psychologe
Psychologischer Psychotherapeut Suchttherapeut (DAA)

Michael Büge

Dipl.-Psychologe
Psychologischer Psychotherapeut,
Klientenzentrierter Gesprächspsychotherapeut

Harald Topp

Dipl.-Psychologe
Psychologischer Psychotherapeut

Der Vorstand

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

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

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