

Rückblick Einblick Überblick

Jahresbericht
KRISENHILFE BOCHUM
2016 / 2017



KRISEN**HILFE**

Bochum

Inhalt



Herausgeber:

KRISENHILFE E.V. BOCHUM

Viktoriastr. 67, 44787 Bochum
www.krisenhilfe-bochum.de

V.i.S.d.P. Olaf Schmitz (Geschäftsführer)

Gestaltung und Satz:

Ana Giralt, mail@anagiralt.com

Druck:

www.rainbowprint.de

Auflage:

500 Stück, Juli 2018

Alle Rechte vorbehalten

© Krisenhilfe e.V. Bochum

Vorwort	05
Über diesen Bericht	06
Hallo und Tschüss	
Geschäftsführerwechsel in der Krisenhilfe Bochum	07
Jahresbericht 2016 / 2017: Niedrigschwellige Angebote	08
Neufassung der Drogenkonsumraumverordnung	13
Jahresbericht 2016 / 2017: Methadonambulanz.....	16
Missbräuchliche Opioid-Anwendung	19
Jahresbericht 2016 / 2017: Drogenberatungsstelle	22
Ambulante Nachsorge in Bochum	26
Jahresbericht 2016 / 2017: inechzeit – Prävention und Beratung.....	30
20 Jahre inechzeit.....	33
Sprache schafft Möglichkeit – über den Namen der Beratungsstelle für Cannabis und synthetische Drogen – inechzeit	35
Akupunktur bei inechzeit. Von Entspannung bis Rückfallprophylaxe	36
Aktionswoche Alkohol 2017: Der Fußball und das Bier	38
Das Angebot vor dem Angebot	
Kita-MOVE - Motivierende Kurzintervention mit Eltern im Elementarbereich	40
Jahresbericht 2016/ 2017: Ambulant Betreutes Wohnen	42
Ein Plädoyer für soziale Teilhabe	45
Jahresbericht 2016 / 2017: INSAT – Individuelle Schritte in Arbeit	48
„Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II“ Zusammenfassung zentraler Ergebnisse	53
Mit dem FITKIDS–Programm Kinder drogenkonsumierender bzw. substituierter Mütter, Väter, Eltern in den Blick nehmen!.....	58
INFOBRIEF FITKIDS 06 / 2017: Vorstellung des Fitkids-Standortes Krisenhilfe Bochum	59
Krisenhilfe Bochum: Zahlen & Daten.....	60
Kontakt	66

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Förderinnen und Förderer der Krisenhilfe Bochum

Mit diesem Bericht möchten wir unseren Kooperationspartner_innen, unseren Fördergebern, den Klientinnen und Klienten sowie deren Angehörige, die unsere Dienste in Anspruch nehmen – aber auch allen interessierten Menschen und Institutionen – Informationen über unsere Arbeit geben.

In der Hand halten Sie eine Doppelausgabe für die Jahre 2016 und 2017. Neben der Darstellung von Grundlagen und Entwicklungen unserer Arbeit in den zurückliegenden 2 Jahren möchten wir Sie mit einer Reihe unterschiedlicher Fachbeiträge über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Drogenhilfe informieren. Aber auch ein Blick auf Zahlen und Daten soll – wie schon in der Vergangenheit – in diesem Bericht nicht fehlen.

Doch neben der „alltäglichen“ Arbeit boten die beiden zurückliegenden Jahre für uns auch einige besondere Höhepunkte:

In 2016 haben wir das 40-jährige Jubiläum der Krisenhilfe e.V. Bochum sowie das 10-jährige Jubiläum des Arbeitsprojektes INSAT gefeiert. Dazu hatten wir eine umfangreiche Jubiläumsschrift veröffentlicht.

Im Jahr 2017 haben wir mit einem Fest auf 20 Jahre Arbeit der Beratungsstelle für synthetische Drogen und Cannabis „inechtzeit“ geblickt. Wir bedanken uns bei allen Akteurinnen und Akteuren, die uns hierbei tatkräftig unterstützt haben.

Im März 2017 haben die Krisenhilfe Bochum und der Soziale Dienst des Jugendamtes der Stadt Bochum ein Initiativprojekt gestartet, dass zum einen die Kinder drogenkonsumierender und substituierter Mütter und Väter besser in den Blick nehmen soll und zum anderen die Zusammenarbeit beider Dienste optimiert. Ein zentrales Ergebnis unserer Zusammenarbeit ist eine Kooperationsvereinbarung inklusive eines konkreten Handlungskonzeptes, das in 2018 im Rahmen eines Fachtages veröffentlicht werden wird.

Wir bedanken uns bei den Beteiligten der Arbeitsgruppe für das konstruktive Engagement!

Danken möchten wir außerdem den Mitgliedern des Gesundheits- und Sozialausschusses und den Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes der Stadt Bochum. Ein weiterer Dank geht an die Mitarbeitenden des Jobcenters Bochum für ihre Unterstützung. Danke an unseren Spitzenverband der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe und den Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Danke auch an alle Kooperationspartner_innen aus anderen Vereinen und Verbänden, der Polizei und der Staatsanwaltschaft Bochum.

Ohne Ihre vielfältige Unterstützung, die intensive und wohlwollende Zusammenarbeit sowie den fortlaufenden fachlich-sachlichen Diskurs wäre unsere Arbeit nicht möglich!



Rechtsanwalt Wolfgang Dressler
- Vorstandsvorsitzender -



Olaf Schmitz
- Geschäftsführer -



Silvia Wilske
- Fachliche Leitung -

Über diesen Bericht

Mit diesem „Jahresbericht-Doppelpack“ für 2016 und 2017 möchten wir Sie, liebe Leserinnen und Leser, über unsere vielfältigen Angebote und zurückliegenden Entwicklungen sowohl in den verschiedenen Fachbereichen als auch in der Gesamteinrichtung der Krisenhilfe Bochum informieren. Außerdem ist es uns aber auch immer ein besonderes Anliegen, über den eigenen Tellerrand hinauszuschauen und den fachlichen Diskurs in den unterschiedlichen Handlungsfeldern der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe aktiv mitzugestalten. Deshalb finden Sie - neben Texten über besondere Highlights und Neuerungen in unserer Arbeit - in diesem Bericht auch Fachartikel von Mitarbeitenden aller Fachbereiche zu aktuellen und relevanten Themen:

Ende 2015 legte die Landesregierung NRW eine von Praktiker_innen und Nutzer_innen lange erwartete Neufassung der „Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen“ vor. Torsten Polesch beschreibt in seinem Artikel die positiven Auswirkungen dieser rechtlichen Änderungen.

Vor dem Hintergrund veränderter Zugangsvoraussetzungen für eine Substitutionsbehandlung beleuchtet Dr. Heinrich Elsner den Hochdosis-Gebrauch der Schmerzmedikamente Tramadol und Tilidin und wirft die Frage nach möglichen Konsequenzen für die Substitution auf.

In ihrem Artikel „Ambulante Nachsorge in Bochum“ geben Alfred Niehues und Ursula Fechter Einblicke in das Konzept und die seit 2014 etablierte praktische Umsetzung Ambulanter Nachsorge in unserer Drogenberatungsstelle.

Die Mitarbeitenden von inechtzeit Beratung und Prävention geben mit gleich fünf Beiträgen zur Namensgebung und Entwicklung der Beratungsstelle

für Cannabis und synthetische Drogen sowie zu deren 20-jährigem Jubiläum (Ellen Buchholz), zu einem neuen Ohrakupunktur-Angebot (Jakob Kraemer), zur Aktionswoche Alkohol 2017 (Interview mit André Frohnenberg) und zum neuen Schulungsprogramm Kita MOVE Einblicke in das breit gefächerte Angebot.

Judith Eschert stellt in Ihrem „Plädoyer für soziale Teilhabe“ aus Sicht des Ambulant Betreuten Wohnens die große Bedeutung sozialer Partizipation als Basis für eine aktive Teilnahme am Leben heraus und verweist auf Tendenzen von Fördergebern, gerade hieran sparen zu wollen.

Nach 2009 wurde 2016 zum zweiten Mal eine bundesweite „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II“ durchgeführt. Olaf Schmitz stellt die wesentlichen Ergebnisse aus dem Endbericht dieser Forschungsarbeit vor.

Im letzten Teil finden Sie zudem eine Auswahl aus dem umfangreichen statistischen Material, das wir regelmäßig zur Evaluation unserer Arbeit erheben und das im Auftrag des Landes NRW durch das Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) in Hamburg jährlich einrichtungsbezogen ausgewertet wird.

Sollten Sie die Krisenhilfe Bochum und unsere Angebote noch nicht kennen und womöglich vergeblich nach allgemeinen Informationen zu unseren Leistungen suchen, möchten wir Sie hierzu auf unsere Internetangebote unter www.krisenhilfe-bochum.de sowie www.inechtzeit.net verweisen.

Nun wünschen wir Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre und freuen uns natürlich über alle Arten von Anmerkungen, Nachfragen und Rückmeldungen!

Hallo und Tschüss

Geschäftsführerwechsel in der KRISENHILFE BOCHUM



Am Donnerstag, den 09.11.2017 begrüßte die Krisenhilfe Bochum unter der Überschrift „Hallo und Tschüss“ zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter aus Kommunalpolitik, Verwaltung, Polizei, Jobcenter, Wohlfahrtsverband Diakonisches Werk sowie zahlreiche Kooperationspartner_innen und Freund_innen des Vereins, um den langjährigen Geschäftsführer Friedhelm Lemm zu verabschieden.

Nach 22 Jahren, in denen **Friedhelm Lemm** sich für den Erhalt und Ausbau der ambulanten Drogenhilfe in Bochum engagierte, verabschiedete er sich am 01.12.2017 in seinen wohlverdienten Ruhestand. Seine Arbeit wurde sowohl vom Vorstandsvorsitzenden der Krisenhilfe Ullrich Engelsing als auch von der Bürgermeisterin Gabriele Schäfer (SPD) in ebenso wertschätzenden wie humorvollen Reden gewürdigt.

Friedhelm Lemm selbst nutzte den Anlass, um auf den langen Zeitraum, in dem er die Geschicke der Krisenhilfe maßgeblich mitlenkte, zurückzublicken und sich in viele Richtungen für die breite Unterstützung und Zusammenarbeit zu bedanken. „In über 40 Jahren entstand ein differenziertes Netz an Hilfe-

leistungen für Drogenabhängige in Bochum. Sieben verschiedene Fachbereiche der Krisenhilfe stehen den Bochumer Bürger_innen zur Verfügung. Diese Angebote sind aber nicht vom Himmel gefallen. Lange Auseinandersetzungen und Diskussionen um den richtigen Weg oder den richtigen Standort, aber auch um eine angemessene finanzielle Ausstattung waren stetige Begleiter.“

Olaf Schmitz, 13 Jahre lang Fachbereichsleiter der Beschäftigungsmaßnahme INSAT – Individuelle Schritte in Arbeit, übernahm zum 01.12.2017 die Geschäftsführung von Friedhelm Lemm – und nimmt sich dafür einiges vor: „Ich verstehe meine Rolle nicht nur als Zahlenschieber, Mittelbeschaffer und Wächter über die Umsetzung rechtlicher Vorgaben, sondern möchte Inhalte aktiv mitgestalten und die Rahmenbedingungen dafür sicherstellen, dass eine solche Mitgestaltung gemeinsam von möglichst vielen Schultern getragen wird. Für mich werden deshalb nicht betriebswirtschaftliche Prämissen, sondern immer die Menschen, für die wir unsere Arbeit machen, im Vordergrund stehen.“

Jahresbericht 2016/ 2017: Niedrigschwellige Angebote



In den Jahren 2016 und 2017 waren die Niedrigschwelligen Angebote - bestehend aus dem offenen Kontaktcafé, dem Drogenkonsumraum (DKR) und der Drogentherapeutischen Ambulanz (DTA) – jeweils von montags bis freitags von 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr geöffnet.

Den täglich ca. 150 bis 200 Personen, die unsere Einrichtung pro Tag aufsuchen, steht ein multidisziplinäres Team aus Sozialarbeiter_innen, Krankenschwestern und Ärzt_innen zur Verfügung und stellt eine sozialarbeiterische Begleitung sowie eine medizinische Versorgung sicher.

Der Hauptauftrag der Niedrigschwelligen Angebote ist es, den Besucher_innen einen Kontakt zum Hilfesystem ohne besondere Zugangsschwellen zu ermöglichen. Hierdurch sollen die unterschiedlichen Angebote zur Schadensminimierung und Überlebenssicherung für diese Menschen zugänglich gemacht werden.

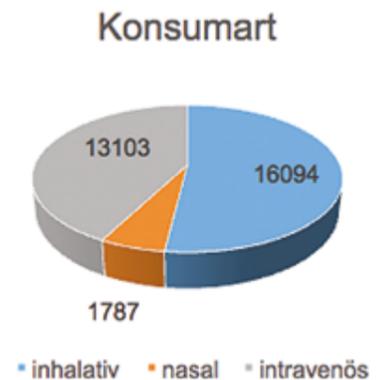
Wir bieten diesen Menschen während unserer Öffnungszeiten eine regelmäßige Versorgung mit Kleidung, Frühstück, Mittagessen und Hygieneangeboten wie Duschen oder das Benutzen unserer Waschmaschine an. Wir helfen bei der Klärung individueller Problemlagen und/ oder eine Weitervermittlung in andere zuständige Einrichtungen oder Hilfsangebote. Wie auch in den Jahren zuvor ist die Mehrheit der Cafébesuchenden, die unser Hilfsangebot in Anspruch nehmen, heronabhängig bzw. mehrfachabhängig (polytoxikoman).

Ein individueller Kontakt- und Vertrauensaufbau ist notwendig, damit eine Vermittlung in weiterführende Maßnahmen gelingen kann.

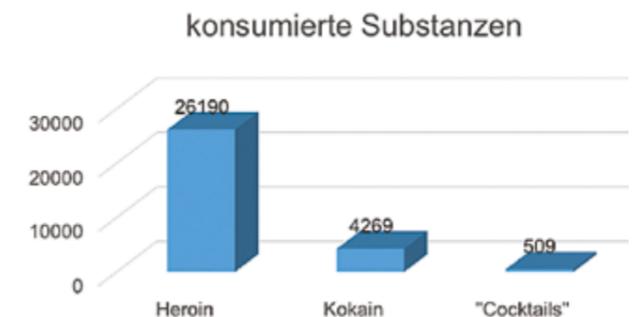
Das Leben in und mit der Illegalität, der beständigen Kriminalisierung und der Ausgrenzung aus der Gesellschaft führt zu einer zunehmenden Verelendung und Verrohung dieser Menschen. Ein langjähriger Konsum von gesundheitsschädlichen Substanzen wie gestrecktes Heroin oder ein willkürlicher Mischkonsum haben zudem einen außerordentlich schlechten Gesundheitszustand zur Folge. Vor diesem Hintergrund halten wir mit der Drogentherapeutischen Ambulanz und dem Drogenkonsumraum zwei weitere wichtige niedrigschwellige Angebote vor.

Dass diese Angebote für unsere Klient_innen absolut notwendig sind, zeigt die hohe Anzahl an Konsumvor-

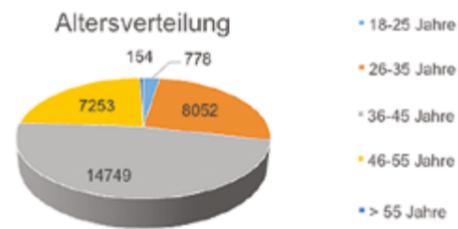
gängen, die ansonsten zum Beispiel in Hauseingängen, auf Kinderspielplätzen oder in nahegelegenen Kneipen durchgeführt worden wären: Im Drogenkonsumraum wurden in den Jahren 2016 und 2017 insgesamt 30.986 Konsumvorgänge (28.262 von Männern, 2.724 von Frauen) getätigt. Bezüglich der Gebrauchsmuster dominierte auch in diesem Zeitraum die inhalative Applikation mit 16.094 Vorgängen, gefolgt von der intravenösen Applikation mit 13.103 Vorgängen. Der nasale Konsum lag lediglich bei 1.787 Vorgängen.



Heroin war wieder mit Abstand die am häufigsten konsumierte Substanz (26.190 Konsumvorgänge), gefolgt von Kokain (4.269) und „Cocktails“ aus Heroin und Kokain (509).



In der Altersgruppe der 18 bis 25-Jährigen wurden insgesamt 778 Konsumvorgänge gezählt. Die Gruppe der 26 bis 35-Jährigen war mit 8.052 Vorgängen vertreten; in der Altersgruppe der 36 bis 45-Jährigen waren es mit 14.749 Vorgängen die am häufigsten vertretene Altersgruppe. In der Altersgruppe der 46 bis 55-Jährigen lag die Zahl der Vorgänge bei 7.253 und bei nur 154 Vorgängen bei den über 55-Jährigen.



In 246 Fällen mussten wir aufgrund von Verstößen gegen die Hausordnung ein Hausverbot aussprechen.

Nach der Applikation musste in 70 Fällen (4 Frauen und 66 Männer) eine medizinische Soforthilfe geleistet, davon mussten nur 17 Personen ins Krankenhaus eingeliefert werden. Insgesamt 29 mal wurde der Notarzt gerufen. Die Notfälle verliefen insgesamt unproblematisch und routiniert. Es zeigte sich, dass die getroffenen Vorbereitungen des Personals ausreichend und erfolgreich waren.

Insgesamt mussten wir in 567 Fällen Personen, die den DKR nutzen wollten, abweisen. Die häufigsten Gründe hierfür waren bestehende Hausverbote, massive Intoxikationen und fehlende Ausweispapiere. Zur Risikominderung und um einen Konsum im direkten Umfeld der Einrichtung zu vermeiden, haben wir 88 Drogenabhängigen aus Nachbar- oder anderen Städten einmalig die Benutzung des DKR erlaubt und sie darauf hingewiesen, dass sie dieses Angebot nicht weiter nutzen dürfen.

In der Drogentherapeutischen Ambulanz wurden allein in den letzten beiden Jahren 4.132 medizinische Hilfen durch unsere Ärztin und den Krankenschwestern erbracht. Die Zielrichtung aller medizinischen Maßnahmen innerhalb der DTA ist die adäquate und situationsbezogene Beratung und Aufklärung sowie Not-/ Ersthilfe, Gesundheitsberatung, Infektionsprophylaxe, Schwangerschaftsberatung, Erstuntersuchung, Wundversorgung, Beratung und Informationen zu „Safer Sex“ und „Safer Use“. Im Jahr 2016 waren es 400 und im Jahr 2017 438 Beratungen zu diesen Themen. Wir streben neben diesen Maßnahmen natürlich eine möglichst zügige und passgenaue Vermittlung in die ärztliche Regelversorgung an. Ergänzend dazu besteht im Bereich des Drogenkonsumraums ebenso die Möglichkeit, bei den Mitarbeitenden psychosoziale Beratung in Anspruch zu nehmen, die im Jahr 2016 in insgesamt 2.257 und im Jahr 2017 in 2.223 Fällen durchgeführt wurde.

Durch unseren angebotenen Spritzenaustausch haben wir im Jahr 2016 ca. 65.000 und im Jahr 2017 ca. 63.000 Spritzen und Nadeln entsorgt und damit auch unseren ordnungspolitischen Aufgaben wie Vermeidung von kontaminierten Spritzbestecken im Bereich der Innenstadt Rechnung getragen.

Allerdings ist der Spritzenaustausch, parallel zum Rückgang des intravenösen Konsums, rückläufig. Das liegt zum einen an der intensiven Safer-Use-Beratung und -Aufklärung (Hinweise zu risikoärmeren Konsummethoden wie z.B. das Rauchen von Heroin), zum anderen an dem teilweise zunehmenden Alter unserer Klient_innen und die damit verbundenen körperlichen Einschränkungen. Viele der Drogenabhängigen sind durch jahrelang vernachlässigte Venenpflege oder aufgrund von multiplen Krankheitsbildern nicht mehr in der Lage, ihre Drogen intravenös zu konsumieren.

Dass die Kombination von niedrigschwelliger Arbeit mit medizinischen Hilfen und Drogenkonsumraum noch immer ein wichtiger Bestandteil der Drogenarbeit ist, zeigt sich durch immer mehr Interessierte aus anderen Städten oder Bundesländern und der Fachwelt, die unsere Einrichtung besuchen, um sich zu informieren, wie wir hier arbeiten und ob entsprechende Angebote auf andere Einrichtungen übertragbar wären. Damit haben wir auch eine Funktion als Modell für zukünftige Betreiber_innen von Drogenkonsumräumen, die noch in den Planungen und Verhandlungen mit den zuständigen Verantwortlichen stecken.

Zum Abschluss noch eine weitere Neuerung im Rahmen der Gesundheitsprophylaxe: Seit Juli 2017 ist das Rauchen in unserem Café nur noch eingeschränkt erlaubt, um sowohl nichtrauchende Klient_innen als auch die Gesundheit der Mitarbeitenden zu schützen. Aus diesem Grund haben wir zwei neue Rauchabzugsanlagen im Café installiert. Das Rauchen ist jetzt ausschließlich an den beiden „Rauchertischen“ erlaubt, über denen die beiden Rauchabzugsanlagen dafür sorgen, dass die Rauchbelastung für alle anderen Besucher_innen und die Mitarbeitenden extrem stark reduziert wird. Dies wurde – überraschenderweise – sehr schnell und ohne Probleme von unseren Klient_innen angenommen und sorgt seitdem für eine wesentlich bessere Luft in unserem niedrigschwelligen Café.



Neue KONSUMRAUM- verordnung

Am 09.12.2015 trat eine Neufassung der Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen (kurz: Drogenkonsumraumverordnung) für NRW in Kraft, die für die Arbeit in den Drogenkonsumräumen und für deren Nutzer_innen einen Meilenstein darstellte:

Gemäß der bis dahin gültigen Verordnung war es Konsumierenden vielfach nicht erlaubt, ihren Konsumbedürfnissen in den dafür vorgesehenen Konsumräumen nachzukommen. Die Ursache dafür war die konkrete Benennung erlaubter Substanzen wie z.B. Opiate, Kokain, Amphetamin und deren Derivate; dadurch wurde der Konsum zahlreicher nicht aufgeführter Substanzen wie z.B. Benzodiazepine oder andere Arzneimittel ausgeschlossen.

Dies hatte für polytoxikomane Konsumierende zur Folge, dass sie zum Konsum im Umfeld gezwungen waren, weil ihnen der Mischkonsum in den vorgesehenen Räumlichkeiten untersagt wurde, was zu den allseits bekannten Risiken führte. Durch die neue Verordnung ist es Drogenkonsumierenden nun endlich erlaubt, in den vorgesehenen Konsumräumen eben diesem Mischkonsum nachzugehen und z.B. Heroin oder Kokain mit Benzodiazepinen oder anderen Medikamenten zu kombinieren und damit ihren Bedürfnissen nachzukommen. Dies führt zu einem weit risikoreicheren Konsum als zuvor!

In den Drogenkonsumräumen ergeben sich vielfache Möglichkeiten sowohl im Bereich der ersten Hilfe als auch für Vermittlungsmöglichkeiten und die Einflussnahme auf die Klientel. Daher ist es sinnvoll und notwendig, dass insbesondere der „Risikokonsum“ dort stattfinden kann.

Die vor der Neufassung der Rechtsverordnung geltenden Einschränkungen, die besonders „Risikokonsumierende“ betrafen, hatten in der Praxis keinerlei Einfluss auf die Drogengebraucher_innen, ihren Konsum zu überdenken und zu verändern.

Insbesondere Nutzer_innen von Drogenkonsumräumen sind fest zum Konsum entschlossen. Wird ihnen die Möglichkeit dazu in den vorgesehenen Räumen verweigert, ändert dies nichts an ihrem Entschluss. Entsprechende Substanzen werden dennoch konsumiert, dann allerdings im direkten Umfeld unserer Einrichtung. Dies ist sowohl aus gesundheitlicher Sicht als auch ordnungspolitisch eine weit schlechtere und risikoreichere Alternative.

Durch die Kombination von z.B. Heroin mit anderen Medikamenten erhöht sich - im Gegensatz zum „normalen“ Konsum - die Wahrscheinlichkeit, eine Atemdepression oder auch einen Herzstillstand zu erleiden. Dieser Mischkonsum ist somit ohne ärztliche Betreuung und Beobachtung, wie man sie in einem Drogenkonsumraum vorfindet, extrem riskant und demzufolge auch ein häufiger Grund für Überdosierungen und auch für Todesfälle bei den Konsumierenden. Trotz aller Risiken kommt diese Art des Drogenkonsums leider extrem häufig vor und sie ist unter Konsumierenden sehr weit verbreitet.

Dies stellte – sowohl in Bochum als auch in anderen Städten – eine nicht zu unterschätzende Problematik dar, da sich trotz vorhandener Konsumräume in vielen Stadtteilen seit Jahrzehnten eine sogenannte offene Drogenszene und öffentlicher Konsum vorfinden. Die Öffnung der Drogenkonsumräume für die





riskante Form des Mischkonsums der Klientel, die die Einrichtung aufsuchen, hat somit nicht nur einen sehr positiven Effekt auf die Gesundheit der Konsument_innen, sondern macht sich auch im Umfeld der niederschweligen Einrichtungen sehr stark bemerkbar.

Eine weitere wesentliche Änderung betrifft die Erweiterung des Nutzerkreises: Seit 2016 müssen erkennbar Substituierte nämlich nicht mehr generell von der Nutzung des Drogenkonsumraumes ausgeschlossen werden.

Es gibt wissenschaftliche Belege, dass trotz Substitutionsbehandlung der Verzicht auf den zusätzlichen Konsum von Betäubungsmitteln krankheitsbedingt nicht von einem Tag auf den anderen gelingen kann. So zeigte die PREMOS-Studie ¹, die sich 2011 mit der langfristigen Substitution Opioidabhängiger befasste, dass ein großer Teil der Patient_innen neben den verordneten Medikamenten auch immer wieder Opiate, Kokain oder nicht ärztlich indizierte Medikamente konsumieren. Allerdings sind die Betroffenen gerade durch dieses Konsumverhalten

gesundheitlich besonders gefährdet. Hier können wir den substituierten Konsument_innen nun viel unmittelbarer eine individuelle und gezielt auf den Einzelfall bezogene Beratung und Unterstützung anbieten. Dadurch bewirken wir, dass die Nutzung des Drogenkonsumraumes in das jeweilige therapeutische Gesamtkonzept zur Substitutionsbehandlung mit einbezogen und so eine ganzheitlichere Hilfestellung gegeben werden kann.

Der „Beikonsum“ anderer Substanzen neben dem verordneten Substitutionsmittel stellt an sich schon eine Potenzierung gesundheitlicher Gefährdung für die Konsument_innen dar. Darüber hinaus werden bei einem Konsum in privaten Räumen oder im öffentlichen Raum unter unhygienischen Bedingungen weitere Gefahren in Kauf genommen, denn die Kombination von Methadon, Polamidon oder Buprenorphin mit Benzodiazepinen und/ oder Alkohol kann schwere und sogar lebensbedrohliche Folgen haben.

Bevor die Konsumraumverordnung geändert wurde, mussten die Konsument_innen dem Konsumraumpersonal lediglich eine vorliegende Substitution ver-

schweigen, um Zutritt zu erlangen. Dies zwang die Mitarbeiter_innen immer wieder in die kontraproduktive Rolle eines Ordnungshüters, der Zugangsbeschränkungen durchsetzen und Substituierte entgegen der eigenen Haltung abweisen musste. Die Änderung der Verordnung führte nun endlich zu einer Grundlage für ehrliche Kommunikation und demzufolge zu einer deutlichen Entspannung des Verhältnisses zwischen Konsument_innen und Mitarbeitenden.

Zusätzlich wurde durch die Änderung auch den maßgeblichen Richtlinien zur Substitutionsbehandlung der Bundesärztekammer Rechnung getragen. Demnach muss der Beikonsum von Drogen während der Substitution nicht zwangsläufig zu einem Abbruch der Substitutionsbehandlung führen.

Schließlich geht für die Mitarbeiter_innen in Drogenkonsumräumen mit der Neufassung der Drogenkonsumraumverordnung eine größere Rechts-

sicherheit einher: Zuvor waren sie häufig dem Vorwurf ausgesetzt, man hätte durch sorgfältige Prüfung den Ausschlussgrund für die Nutzung des Drogenkonsumraumes erkennen können. Diesem Risiko sind sie nun nicht mehr ausgesetzt. Für Mitarbeitende und Nutzer_innen wurde somit eine gravierende Lücke im Angebot sinnvoll geschlossen!

¹H.-U. Wittchen, G. Bühringer, J. Rehm (2011): Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger. In: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Forschungsbericht/Projektbericht_PREMOS_-_Langfristige_Substitution_Opiatabhaengiger.pdf (Aufruf vom 13.06.2018)



Jahresbericht 2016/ 2017: Methadonambulanz

In der Methadonambulanz hat es in den letzten Jahren einige organisatorische Veränderungen gegeben, die die Existenz der Methadonambulanz unter dem Dach der Krisenhilfe dauerhaft sichern helfen sollen. Die ärztliche Tätigkeit der Methadonbehandlung wird nun seit 2012 in Form einer kassenärztlichen Niederlassung und somit in der Allgemeinarztpraxis von Dr. med. Elsner vorgenommen. Diese befindet sich nach wie vor am üblichen Standort, der Viktoriastraße 67 in der Bochumer Innenstadt. Vor dem Hintergrund eines integrativen, multiprofessionellen Angebotes werden opioidabhängige Menschen mit den Ersatzstoffen Methadon, L-Polamidon®, Morphinsulfat und Buprenorphin/Subutex® behandelt. Dabei finden die psychosozialen Maßnahmen und die ärztliche Behandlung eng verknüpft in einem Team statt. Die Heroin konsumierenden Betroffenen erhalten eins der oben genannten Ersatzmedikamente – alles ebenfalls Opiode – im Rahmen einer ambulanten Behandlung, während gleichzeitig durch die Begleitung von Sozialarbeiter_innen die sozialen Folgen der Abhängigkeit bearbeitet werden.

Veränderungen in der Versorgungslandschaft

Neben den internen organisatorischen Umwälzungen der letzten Zeit beschäftigt uns die Zukunft der Substitutionsbehandlung und der Versorgungssicherheit über die nächsten Jahre hinaus. Bereits seit einigen Jahren wird von der Fachöffentlichkeit bundesweit darauf hingewiesen, dass es im Bereich der Substitutionsbehandlung wegen fehlender Ärzte zukünftig zu massiven Behandlungsengpässen kommen wird. Nachdem dies in ländlichen Gebieten bereits heute deutlich spürbar ist und man somit schon aktuell nicht mehr von einer flächendeckenden Versorgung sprechen kann, erstreckt sich das Problem mittlerweile auch auf größere Städte und Ballungszentren. Während immer weniger Mediziner bereit sind, in die Ersatzstoffbehandlung einzusteigen, steigt das Durchschnittsalter der momentan tätigen Ärzte im Bereich der Substitution stetig an und liegt zurzeit bei ca. 60 Jahren. Somit werden in absehbarer Zeit viele Ärzte aus Altersgründen ausscheiden, was auch in Bochum absehbar erscheint.

Mit Stand vom 01.06.17 wurden in Bochum 612 Patient_innen bei 8 Ärzt_innen versorgt, was einem Schnitt von ca. 76 Patient_innen pro Ärzt_in entspricht. Zum 01.03.18 reduzierte ein niedergelassener Bochumer Arzt die Behandlungsplätze in der Substitutionsbehandlung, wobei die weitere Entwicklung dort unklar bleibt. Hierbei entstehen für die Patient_innen große Unsicherheiten. Man kann sich schnell vorstellen, dass das Ausscheiden eines oder mehrerer substituierender Ärzt_innen ohne entsprechende Nachfolge das bestehende System ins Wanken bringen wird. Die Kapazitäten der einzelnen Praxen sind endlich, zumal die betroffene Patient_innengruppe komplexe medizinische und soziale Problemlagen aufweist.

Es ist dringend geboten, sich diesem Zukunftsszenario offensiv zu stellen und über zukünftige Strukturen nachzudenken und diese dem Bedarf angemessen aufzubauen. Erste Gespräche dazu hat es zwischen einigen Beteiligten der Versorgungslandschaft und der Stadt Bochum bereits gegeben.

Sollte es zu Engpässen und damit verbunden zu einer Unterversorgung im Stadtgebiet kommen, so werden die Folgen gravierend sein – für die Betroffenen wie für die Öffentlichkeit. Der illegale Konsum wird ansteigen. Überdosierungen werden das Leben der Konsumierenden bedrohen. Konsumvorgänge werden im öffentlichen Raum stattfinden, die dazu benötigten Utensilien wie Spritzen und Kanülen werden an Ort und Stelle entsorgt. Die Bildung einer offenen, für jedermann sichtbaren Drogenszene wird unvermeidlich sein. Es ist davon auszugehen, dass die Probleme, die sich schon heute im Bereich des Bahnhofs abzeichnen, deutlich an Schärfe zunehmen werden. Im innerstädtischen Umfeld wird es zu einem Anstieg der Kriminalität, besonders im Bereich Ladendiebstähle, Auto- und Wohnungseinbrüche kommen. Polizei und Ordnungskräfte werden dadurch stärkeren Anforderungen gegenüberstehen. Es wird wieder zum sogenannten Methadontourismus kommen, d.h. Konsumierende werden sich auch über die Stadtgrenze hinweg dorthin bewegen, wo es eventuell



Missbräuchliche Opioid-Anwendung

noch freie Behandlungsplätze gibt, was wiederum die Belastungen in den Verkehrsmitteln des ÖPNV erhöhen wird. All dies sind Probleme und Gefahren, die mit der Etablierung der flächendeckenden Ersatzstoffbehandlung überwunden schienen. Diese Phänomene werden auf keinen Fall durch die anderen, insbesondere die niedrighwelligen Bereiche der Krisenhilfe aufzufangen sein, da die dort vorhandenen Ressourcen schon heute kaum bedarfsgerechte Öffnungszeiten zulassen.

Im Mai 2017 haben die Veränderungen in der neuen Betäubungsmittelverschreibungsverordnung erste Lösungsansätze zur Abwendung des Zusammenbruchs der Versorgungsstrukturen aufgezeigt, die auf die Einbettung der Substitutionsbehandlung in vernetzte Behandlungsstrukturen in den Kommunen abzielen. Die Methadonambulanz der Krisenhilfe



zeigt sich offen für Überlegungen in mehrere Richtungen, um die Grundlagen der Weiterversorgung der Betroffenen und falls nötig die Weiterentwicklung der Strukturen ggfs. auch in anderen Organisationsformen zu schaffen. Die Krisenhilfe betont ihre unbedingte Bereitschaft, Strukturen entlang der fachlichen Standards bedarfsgerecht und in Zusammenarbeit mit der Kommune, der Kassenärztlichen Vereinigung und weiteren Akteuren der Versorgungslandschaft zu erarbeiten und zu gestalten, damit die Versorgung von mehreren hundert Betroffenen dauerhaft gesichert werden kann.



Bisher konnten nur Menschen, die von Opiaten - meist Heroin - abhängig waren, mit einem Ersatzstoff behandelt werden; der häufigste Ersatzstoff für Opiate ist Methadon. Die Menschen, die von opiat-ähnlichen Substanzen - meist Medikamenten - abhängig waren, konnten diese Therapie nicht erhalten. Mit der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) vom 27.05.17 wurde die Ersatzstofftherapie, im Allgemeinen ‚Substitution‘ genannt, auch für die Abhängigen von Opioiden, d.h. allen Substanzen, die sich vom Morphin ableiten bzw. morphinartige Eigenschaften besitzen, erlaubt. Damit erfolgte eine grundlegende Erneuerung der Rahmenbedingungen für die Therapie der Opioidabhängigkeit.

Unter den opiat-ähnlichen Medikamenten sind die Opioide, die nicht mit einem Betäubungsmittelrezept verordnet werden müssen, stark verbreitet; dieses sind hauptsächlich Tilidin und Tramadol. Im Folgenden wird die Zahl der Hochdosis-Gebraucher_innen der Medikamente Tramadol und Tilidin im Vergleich zu der Zahl der Heroinabhängigen dargestellt. Dabei wird der modifizierte Artikel „Drogen-/Medikamentenabhängige“¹ in gekürzter und veränderter Form zitiert. Dem Verlag ecomed-storck sei für die Abdruck-erlaubnis herzlich gedankt. (www.ecomed-storck.de).

Im Anschluss wird die Bedeutung dieser Zahlen kurz erläutert.

Seit längerem ist bekannt, dass sich viele Opioidgebraucher nicht im Sucht-Hilfesystem befinden - sei es nun das medizinische (Suchttherapie-)System oder in den Drogenberatungsstellen -, sondern in der Schmerztherapie behandelt werden. Eine Zusammenarbeit der Suchtmediziner mit den Schmerzmedizinern ist aber eher selten. Dieser Befund wurde von Prof. Dr. Christoph Maier, dem langjährig Leitenden Arzt der Abteilung für Schmerzmedizin im Bergmannsheil, bereits 2008 beschrieben:

„Sucht oder Medikamentenabhängigkeit sind eine Krankheit des ZNS (Erklärung des Redakteurs: zentralen Nervensystems)..., deren Frühsymptome Miss- und Fehlgebrauch sein können ... Allerdings ist die Suchterkrankung bis heute ein auch bei Ärzten für alle Betroffenen verhängnisvoll tabuisiertes Leiden, wie einst die Syphilis und später die Hysterie. ...

Vertreter der Schmerz- und der Suchtmedizin hatten bislang offiziell kaum Berührungspunkte. Die Suchtmediziner halten Schmerztherapeuten zumindest für naiv, während Schmerztherapeuten das Problem der Sucht im (berechtigten) Kampf gegen die „Opioidphobie“ negierten oder durch sprachliche Konstrukte wie „psychische Abhängigkeit“ verharmlosten ...

Diese Zuspitzung der Situation beruht auf drei sich gegenseitig verstärkenden Faktoren:

- 1. Es werden in allen westlichen Ländern immer mehr Opioide verschrieben ... In Deutschland stiegen die Therapietage mit hochpotenten Opioiden von 8 Mio. vor 15 Jahren auf 104 Mio. im Jahre 2007 an – eine derartige Zunahme von Verschreibungen wird per se zu einer korrespondierenden Zunahme von Abhängigen führen ...*
- 2. Zudem hat die inzwischen flächendeckende Verschreibung von Opioiden zu geringeren Verbesserungen der Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Schmerzstärke geführt ..., als Untersuchungen bei ausgesuchten, d.h. opioidsensiblen Subkollektiven erhoffen ließen ...*
- 3. Die Rate von Suchterkrankungen wird steigen, so lange jene Patienten weiterhin Opioide oder andere suchtfördernde Medikamente (z.B. Ketamin) erhalten, deren sehr hohe Schmerzstärke und Beeinträchtigung im Wesentlichen nicht durch nozizeptive (Erklärung des Redakteurs: Nozizeption = Schmerzempfindung) oder neuropathische Reize, sondern durch psychosoziale Faktoren generiert werden ... Bei immer mehr Patien-*

ten mit chronischen Schmerzen, vermutlich aber auch bei einigen mit akuten Schmerzsyndromen, treten daher Symptome einer Suchterkrankung wie Persönlichkeitsveränderungen, verschwiegener Beigegebrauch weiterer psychotroper Substanzen, Horten verschriebener, aber nicht eingenommener Opioide oder deren Weitergabe an Dritte ohne Schmerz zum Zweck der missbräuchlichen Anwendung ... auf, ...

Hinzu kommen generelle Veränderungen im Patientenkollektiv in den spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen. Auch wenn für Deutschland hierzu noch keine Zahlen vorliegen, nimmt nach den eigenen Erfahrungen seit 10–20 Jahren in Schmerzkliniken der Anteil an psychiatrisch gravierend erkrankten Menschen zu. Bei ihnen ist „Schmerz“ im Wesentlichen ein Symptom einer psychosomatischen oder psychiatrischen Erkrankung.²

Im Jahrbuch Sucht 2012 integrierte Glaeske in den Bericht über den Medikamentengebrauch 3 eine besondere Analyse der Tramadol- und Tilidinverschreibung 4 mit Daten aus dem Jahr 2009. Ebenfalls in 2012 berichteten Tholen und Hoffmann 5 – aus der Arbeitsgruppe Glaeske – zum Hochdosisgebrauch von Tramadol in Deutschland und bezogen sich auf Daten der GEK aus 2007. Die evtl. veralteten Daten von 2007 bis 2010 werden beibehalten, um die Thematik in der zeitlichen Zuordnung und Vergleichbarkeit darstellen zu können. ...

Beim Abgleich der Daten aus dem Arzneiverordnungsreport (AVR) der GKV (Erklärung des Redakteurs: gesetzlichen Krankenversicherung) in Deutschland mit denen des Intercontinental Marketing Services (IMS), die die Verkaufsdaten aufführen, zeigt sich ein erheblicher Unterschied:

Laut Daten der GKV wurden 4,12 Mill. Packungen Tramadol abgerechnet, nach Angaben des IMS aber 5,17 Mill. Packungen verkauft. Daraus ergibt sich eine Differenz von 1,05 Mill. Packungen. Wenn postuliert wird, dass es keinen signifikanten Unterschied in der Verschreibungsmenge für GKV-Patienten und für PKV-Patienten (Erklärung des Redakteurs: private Krankenversicherung) gibt, und das Verhältnis von GKV-Versicherten zu PKV-Versicherten von 85 zu 15 zu Grunde gelegt wird, wäre aus den Daten des AVR eine Gesamtmenge des IMS von 4,85 Mill. Packungen erwartbar – tatsächlich sind es aber 323 Tsd. Packungen mehr. Diese Differenz ist im Wesentlichen nur dadurch erklärlich, dass GKV-Patienten ein Privat-Rezept über Tramadol erhielten und so dem

AVR „entgingen“. Diese Differenz stellt ca. 6,25 % der Verkaufsmenge/IMS bzw. 7,84 % der AVR-Menge dar.

Ferner ist ein Erwerb über das Internet möglich – dieser erscheint nicht in den o.g. Statistiken, wenn der Erwerb im Ausland erfolgte ...

Insofern stellen die angegebenen Verkaufsdaten vermutlich eher das Minimum dar, das in Deutschland eingenommen/konsumiert wird. ...

Die Bedeutung der Erhebung [Ergänzung: von Tholen und Hoffmann] für die Epidemiologie des Tramadol-Abusus in Deutschland könnte auf der Basis der vorgelegten Daten geschätzt werden, falls die BEK-Zahlen für alle Einwohner der BRD gelten würden und der Verschreibungs-Bias PKV-GKV mit berücksichtigt wird:

- Bei 82,22 Mill. Einwohner wären 0,12 % = 98.664 Menschen in der BRD erwartbare Hochdosis-Tramadol-GebraucherInnen, 0,041 % = 33.710 von ihnen würden im Durchschnitt ca. 630 DDD (DDD = daily defined dose, damit wird die mittlere Tagesdosis bezeichnet) pro Jahr auf Kosten der GKV erhalten.

Hinzu kommen die ca. 323.000 Packungen Tramadol (ca. 7,84 % der AVR-Gesamtmenge), die GKV-Patienten auf einem Privat-Rezept erhalten. Da die Packungsmengen nicht umrechenbar sind, wäre als Orientierung eine 7,84 % Erhöhung der GKV-Patientenzahl sinnvoll, die eine Hochdosisverschreibung bekommen: $98.664 + 7,84 \% (= 7.735) = 106.399$ Menschen betreiben einen Tramadol-Hochdosisgebrauch von 180 DDD pro Jahr, $33.710 + 7,84 \% (= 2.643) = 36.353$ von ihnen mit durchschnittlich 630 DDD pro Jahr.

- Bei gleichem Verschreibungsverhalten würden aus den PKV 18.776 Menschen einen Hochdosis-Tramadol-Gebrauch haben und 6.415 von ihnen würden im Durchschnitt ca. 630 DDD pro Jahr erhalten.

Zusammengerechnet wären erwartbar in Deutschland ca.

- 125.000 Menschen Hochdosis-Gebrauch von Tramadol, d.h. sie nehmen mehr als 180 DDD Tramadol pro Jahr ein,

- 43.000 von ihnen hätten einen durchschnittlichen Gebrauch von ca. 630 DDD Tramadol pro Jahr.

In der „Hitliste“ der 10 meistverkauften rezeptpflichtigen Opioid-Schmerzmedikamente (nicht-BtM-Rp.) 2009 steht die Abgabe von Tramadol als Tramal® mit 1,9 Mill Packungen; die Tilidinabgabe betrug – bei 4 Fertigarzneimitteln – 4,2 Mill Packungen, lag also um den Faktor 2,2 höher.

Wenn postuliert wird, dass die „Tramadol-Problematik“ auf Tilidin (mit Einschränkungen) übertragen werden kann, wären erwartbar in Deutschland

- 275.000 (= $25.000 \times 2,2$) Menschen mit einem Hochdosisgebrauch von Tilidin
- 94.600 (= $43.000 \times 2,2$) von ihnen mit einem mehr als 3,5-fachen Hochdosisgebrauch von Tilidin.

Die Addition der Daten für Tramadol und Tilidin ergibt, dass erwartbar pro Jahr, also in der 12-Monats-Prävalenz, ca. 400.000 Menschen in Deutschland einen Hochdosisgebrauch der am häufigsten verordneten Opioide Tilidin und Tramadol betreiben und ca. 137.600 von diesen einen mehr als 3,5-fachen Hochdosisgebrauch.

Zum Vergleich: Die 12-Monats-Prävalenz von Heroin wird im Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 mit 0,2 % angegeben, betrifft also 0,2 % der 82,22 Mill. Einwohner Deutschlands, d.h. 164.000 Menschen.

Die für Tilidin und Tramadol hoch gerechneten Daten lassen berechtigt vermuten, dass es im Bereich der legalisierten Opioide, also im Bereich der Opioid-Medikamente, einen deutlich größeren Kreis an Menschen gibt, die pro Jahr einen Missbrauch betreiben bzw. einen abhängigen Konsum aufweisen, als dies bei dem illegalisierten Opioid Heroin der Fall ist. Diese Vermutung wird gestützt durch den Epidemiologischen Suchtsurvey 2012, in dem die 12-Monats-Prävalenz ‚anderer Opioide‘ mit 0,3 % (entspricht 246.660 Betroffene) angegeben ist.

Zusammenfassend ist festzustellen:

- Die 12-Monats-Prävalenz, für die die vorgelegten Zahlen gelten, stellt einen Überblick über die Substanzen dar, die über den Zeitraum eines Jahres in der Gesellschaft konsumiert wurden: lt. Epidemiologischem Suchtsurvey 2012 waren dies für Heroin 0,2 % der Bevölkerung und für andere Opioide 0,3 % (also das 1,5-fache des Heroins).

- Die 30 Tage-Prävalenz zeigt den aktuellen Konsum in der Gesellschaft an; lt. Epidemiologischem Suchtsurvey 2012 waren dies für Heroin 0,1 % der Bevölkerung und für andere Opioide 0,2 % (also das 2-fache des Heroins).

Daraus folgt, dass für den aktuellen Konsum ... die (legalisierten) Opioide doppelt so häufig genutzt wurden wie Heroin. Auf die Konsumenten der legalisierten Opioide wurde bisher ... selten explizit geachtet.

Die Öffnung der Opioidersatzstoffbehandlung/ Substitution auch für Abhängige von Opioid-Schmerzmedikamenten durch die Änderung der BtMVV ist ohne Vorbehalt zu begrüßen. Die Folgen für die Opioidersatzstoffbehandlung sind z.Z. nicht abschätzbar: Werden sich die Opioid-Schmerzmittelabhängigen in die stark gesetzlich geregelte Substitution begeben oder werden sie „weitermachen wie bisher“?

Falls sie sich jedoch in die Substitutionsbehandlung begeben, wird das Behandlungssystem eventuell überfordert sein, da sich bereits jetzt abzeichnet, dass die Zahl der substituierenden Ärzt_innen nicht ausreicht, die Anzahl der zu substituierenden Patient_innen adäquat zu behandeln.

¹ H. Elsner: Drogen-/Medikamentenabhängige, in: F.Hofmann-N.Kralj (2017): Handbuch der betriebsärztlichen Praxis, 64. Erg. Lfg. 2/17, 6.4.D, S.71-77, ecomed-storck, Landsberg

² Maier C (2008). Auch Sucht ist eine Krankheit. In: Schmerz 22: 639–643, Zitate S. 639f

³ Glaeske G (2010). Medikamente 2010 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: HDS (Hrsg): Jahrbuch Sucht 2012. Lengerich 90–111

⁴ ebd. 106–110

⁵ Tholen K, Hoffmann F (2012). High use of tramadol in Germany: an analysis of statutory health insurance data. In: Pharmacoepidemiology and drug safety, 1013–1021

Jahresbericht 2016/ 2017: Drogen- beratungsstelle

Die Drogenberatungsstelle der Krisenhilfe e.V. Bochum ist seit mehr als 40 Jahren Anlauf- und Clearingstelle für Konsumierende illegalisierter Drogen, deren Angehörige und Bezugspersonen und bietet breitgefächert Informationen und Hilfen.

Das überregionale Drogenhilfenetz und die Beratungsstelle in Bochum haben sich an den Veränderungen der Konsument_innen, den Konsumformen und Substanzen und den daraus resultierenden Bedarfen orientiert und sich zunehmend ausdifferenziert.

In vielen Feldern der Sozialarbeit müssen immer mehr Leistungen in Form von Fachleistungsstunden, limitierten Kostenübernahmeerklärungen und Fallpauschalen refinanziert werden. Der Krisenhilfe e.V. Bochum ist es sehr wichtig, dass den Klient_innen auch in Zukunft ein uneingeschränkter, kostenfreier Zugang zu Beratungs- und Behandlungsangeboten der Beratungsstelle erhalten bleibt.

Angebote

Die Drogenberatungsstelle bietet ein breites Spektrum von zum Teil ineinandergreifenden Angeboten:

- Information
- Beratung
- Kriseninterventionen
- Angebote für Eltern, Angehörige und Bezugspersonen
- Psychosoziale Betreuung für Substituierte
- Vermittlung in weitergehende Angebote des Drogenhilfesystems
- Therapeutische Angebote
- Ambulante Nachsorge

Verständnis unserer Arbeit:

Positive persönliche Veränderungen sind nur möglich vor dem Hintergrund einer vertrauensvollen, tragfähigen Beziehung zwischen Beratender/m und Klient_in. Bei der Entwicklung und Umsetzung eines individuellen Behandlungsplans nutzen wir die vorhandenen Ressourcen der Betroffenen. Dabei gestal-

ten sich die Grenzen zwischen Beratung und Behandlung fließend. Die Ziele werden dabei ständig überprüft, ergänzt und aktualisiert. Aufgrund der körperlichen und psychischen Folgeerkrankungen durch den Drogenkonsum und den vielen zusätzlichen Problemlagen der Konsumierenden sind z.T. langfristige Beratungs- und therapeutische Prozesse mit kleinschrittigen Zielen notwendig.

Wir legen dabei Wert auf

- gesundheitliche und soziale Stabilisierung
- Entwicklung von realistischen Lebensperspektiven, auch suchtbegleitend
- Erarbeiten von individuellen Ausstiegswegen aus dem Konsum und der Abhängigkeit
- oder Etablierung eines kontrollierten, nicht schädigenden Drogengebrauchs
- Förderung von Kontaktfähigkeit und sozialen Kompetenzen
- Entwicklung von Selbstwahrnehmung
- Wiederentdeckung von persönlichen Ausdrucksmöglichkeiten, die über schulische und berufliche Orientierung hinausgehen

Bei diesen Prozessen und Zielen sind individuelle, flankierende Maßnahmen unterstützend:

- Klärung von sozialen und rechtlichen Fragen
- Verbesserung der Wohnsituation
- Unterstützung bei der Klärung der finanziellen Situation
- Hilfen im Umgang mit Behörden
- Hilfe und Unterstützung bei Problemen mit der Polizei und der Justiz
- Safer Use
- Gesundheitsförderung (besonders bzgl. HIV und Hepatitis)
- Entwicklung einer Tagesstruktur (Beschäftigung/ Freizeit)
- Substitution
- Hilfe bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben, in Schule und Ausbildung





Das Profil der Beratungsstelle verändert sich

In den letzten Jahren hat es bei den Drogen, die in Deutschland konsumiert werden, eine Veränderung gegeben: Der Opiatkonsum ist insgesamt rückläufig und der Konsum von Cannabis, Kokain und Amphetaminen nimmt zu. Diese Entwicklung ist auch in Bochum bei den betreuten Klient_innen der beiden Beratungsstellen im Haus Katharinastraße zu beobachten.

In den vergangenen Jahren waren die Opiat- und Kokainkonsumierenden die Hauptklientel der Drogenberatungsstelle. Eine weitere und neue Zielgruppe der Beratungsstelle sind nun vermehrt Konsumierende von Cannabis und synthetischen Drogen, die vom Alter, ihren Konsumgewohnheiten und Lebensumständen zunehmend den Angeboten der Beratungsstelle inehtzeit entwachsen sind. Verfestigte Konsummuster bis hin zur Abhängigkeit von Cannabis und Amphetaminen haben zugenommen. Deshalb sind entsprechende weitergehende Angebote an Beratung, Vermittlung und Therapie notwendig.

Auf die veränderten Konsumgewohnheiten und der daraus resultierenden Bedarfe der Konsumierenden haben wir im Haus Katharinastraße reagiert: Die Drogenberatungsstelle und die Beratungsstelle inehtzeit arbeiten zunehmend in enger Kooperation miteinander.



Ambulante Nachsorge in BOCHUM



I. Bisherige Angebote der Suchtberatungsstellen nach stationärer Therapie

Die Vermittlung in Rehabilitationsangebote der Drogenhilfe ist ein wichtiger Schwerpunkt der Arbeit einer Beratungsstelle.

Nach beendeter stationärer Therapie kehrt der größte Teil der Rehabilitand_innen in ihre Heimatstadt zurück und kann dort weitere ambulante Unterstützung, auch Nachsorge genannt, durch die Suchtberatungsstellen erhalten. Die Nachsorge war ein selbstverständlicher Baustein in der Drogenberatung, nicht aber Teil der medizinischen Rehabilitation. Ein einheitliches Nachsorgekonzept im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängiger mit verbindlicher Termin- und Themenstruktur gab es bisher nicht. Es wurde den Rehabilitand_innen weitestgehend selbst überlassen, ob sie nach Abschluss der Therapie zur weiteren Stabilisierung Kontakt zur Beratungsstelle aufnehmen. Dieses geschah dann oft erst bei sich anbahnenden Krisen und/ oder Rückfälligkeit.

Drogenpolitische Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation

Im Laufe der letzten 20 Jahre haben sich die stationären Behandlungszeiten in der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker kontinuierlich verkürzt, obwohl wir beobachten, dass gerade unsere Klientel (im Gegensatz zu früher) vermehrt an unterschiedlichen psychischen Störungen leidet und insgesamt mehr belastet ist.

Um die Erfolge der stationären medizinischen Rehabilitation trotz kürzerer Therapiezeiten zu sichern und auszubauen, wurden die Angebote der Suchthilfe, auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, weiter ausdifferenziert:

Neben der **Ambulanten Weiterbehandlung** (Ambulante Reha. Sucht) sollen die **Leistungen der Eingliederungshilfe**, die Anbindung an Suchtselbsthilfe sowie seit dem **31.10. 2012 die Ambulante Nachsorge** wichtige ergänzende Bausteine von Rehabilitationen werden.

II. Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenkassen zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängiger vom 31. Oktober 2012

Die beteiligten Leistungsträger haben in ihrem Rahmenkonzept die Wichtigkeit der Nachsorge im Anschluss an erbrachte stationäre Rehabilitation mit den komplexen Beeinträchtigungen der Rehabilitand_innen begründet und betont und dem durch das gemeinsame Rahmenkonzept Rechnung getragen.

Ab dem Jahr 2014 konnten interessierte Suchtberatungsstellen ihre auf dieser Grundlage erarbeiteten Nachsorgekonzepte durch die Leistungsträger anerkennen lassen. Damit ist die Nachsorge offizieller Baustein der medizinischen Rehabilitation Abhängiger geworden und wird durch Rentenversicherungen oder Krankenkassen entsprechend vergütet.

III. Nachsorgekonzept der Krisenhilfe

Das Nachsorgekonzept der Krisenhilfe Bochum wurde 2014 beim Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung Westfalen eingereicht und bewilligt. Unser Nachsorgekonzept enthält folgende Eckpunkte:

III.1 Inhalte und Themen der Nachsorge

Im Anschluss an eine abgeschlossene medizinische Rehabilitation und mit Verlassen des geschützten und vertrauten Rahmens benötigen die Suchtkranken noch weitere unterstützende und therapeutische Angebote, um den Schritt in den persönlichen Alltag mit seinen besonderen Anforderungen und Schwierigkeiten zu meistern.

Der Rückfallprävention und die Vermittlung und Vertiefung des in der Therapie Erlernten und entsprechende Techniken haben einen hohen Stellenwert. In den definierten Einzel- und Gruppengesprächen geht es vermehrt um die Förderung von persönlichen und sozialen Aktivitäten und Kompetenzen.

In der Nachsorge sollen gegenüber der stationären medizinischen Rehabilitation die therapeutischen Elemente und Themen weniger Gewicht haben.

III.2 Einleitung der Nachsorge

Die Beantragung der Nachsorge geschieht während der stationären medizinischen Rehabilitation nach erfolgter Kontaktaufnahme zwischen Rehabilitand_in, Bezugstherapeut_in und Nachsorgeeinrichtung.

Der Beginn der Nachsorge erfolgt in der Regel nahtlos, spätestens drei Monate nach Therapieende.

III.3 Termine, Dauer und Finanzierung

Die Nachsorgegruppen finden (in der Regel) wöchentlich statt. Ergänzend werden Einzelgespräche durchgeführt, z.B. bei sich anbahnenden Krisensituationen oder anderen Themen, die Einzelgespräche erfordern. In den Fällen, in denen eine Gruppe z.B. mangels Teilnehmenden nicht stattfindet, wird die Leistung ebenfalls in Form von Einzelgesprächen erbracht, um eine Kontinuität der Nachsorge zu gewährleisten.

Die Gruppen- und Einzeltermine umfassen 20 Therapieeinheiten plus zwei Einheiten für Bezugspersonen über einen Zeitraum von sechs Monate. In begründeten Fällen sind auf Antrag Verlängerungen möglich. Die Nachsorgeleistung wird nach Beendigung über den Kostenträger abgerechnet.

III.4 Personal

Die Nachsorge wird durch langjähriger erfahrene Suchtberater_innen mit z.T. von Rentenversicherungsträgern anerkannten therapeutischen Zusatzausbildungen durchgeführt.

III.5 Erschließung von weiteren Hilfen

In den Nachsorgegesprächen wird ein besonderes Augenmerk auf die Planung des Berufs- und Lebensalltags des Rehabilitand_innen gelegt. Dazu werden

ggfls. weitere Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten erschlossen in Zusammenarbeit mit z.B. Jobcenter, Agentur für Arbeit, Reha-Fachberater, betrieblichem Sozialdienst, Landschaftsverband, Kommunalverwaltung etc.

IV. Umsetzung des Nachsorgekonzeptes in Bochum

Entgegen dem ursprünglichen Konzept wird die Nachsorge in der Katharinastraße von Anfang an in Form von Einzelgesprächen durchgeführt. Die Fallzahlen der ambulanten Nachsorge sind zu gering, um kontinuierlich Gruppen anzubieten.

In der Zeit von Mitte 2014 bis Ende 2017, in denen Nachsorge nach dem Rahmenkonzept in Bochum stattfindet, wurden 36 Rehabilitand_innen (8 Frauen, 28 Männer) nach Abschluss ihrer stationären medizinischen Rehabilitation in die Nachsorge Katharinastraße vermittelt.

Von den 36 Rehabilitand_innen wurde der überwiegende Teil von der Krisenhilfe auch in die vorausgegangene stationäre Therapie vermittelt.

Drei Rehabilitand_innen kamen aus den umliegenden Städten Essen oder Gelsenkirchen.

Vier Rehabilitand_innen traten nach der Kontaktaufnahme die Ambulante Nachsorge nicht an.

Die meisten Abbrüche gab es in einer frühen Phase der Behandlung. Mit zunehmendem Verbleib kam es zu einer Stabilisierung und die Abbrüche wurden seltener.

Regulär abgeschlossen haben ungefähr die Hälfte der Proband_innen, z.T. nach zeitlichen Verlängerungen und auch Verdoppelung der Nachsorgestunden. Bis zu einem Jahr konnten die Rehabilitand_innen somit unterstützt und therapeutisch begleitet werden.

Wir nehmen an, dass das verbindliche Nachsorgekonzept mit Kostenzusage auf Antrag und Terminstruktur sowie die therapeutische Ausrichtung der Gespräche mit dazu beigetragen haben, dass mehr als die Hälfte der Rehabilitand_innen die Ambulante Nachsorge in Bochum regulär abgeschlossen haben und sich auch beruflich rehabilitieren konnten.



Die Entscheidung, die Nachsorge in der Katharinastraße nicht in Gruppen, sondern in Einzelgesprächen durchzuführen, hat sich rückblickend bewährt. Die Probanden hatten weiteren hohen Therapiebedarf, der durch die Arbeit in Gruppen nur unzureichend abgedeckt werden kann. Weitergehende Aufarbeitung der Suchtgeschichte, Angst- und Traumabewältigung, Selbstwertstärkung und Reizüberflutung sind immer noch zentrale Themen der Gespräche in der Nachsorge gewesen. Die Rehabilitand_innen waren in ihren Lebenshintergründen und -Erfahrungen, Konsummustern und Problemlagen zu unterschiedlich, als dass diese in einer Nachsorgegruppe gut aufgehoben gewesen wären.

Die eigentlichen vorgesehenen Nachsorgethemen wie Rückfallprävention, soziale und berufliche Wiedereingliederung hatten in den Gesprächen nicht den Hauptstellenwert. Neben allen notwendigen therapeutischen Interventionen ist jedoch auch die berufliche (Wieder-) Eingliederung eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation. Der Großteil der regulär abgeschlossenen Nachsorgeproband_innen konnte eine Arbeit bzw. eine Maßnahme des Jobcenters antreten. Die dadurch gegebene wichtige Tagesstruktur, die Aufwertung des Selbstwertgefühls und die Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind enorm wichtig für eine zufriedene und abstinente Lebensführung.

V. Kritische Anmerkungen zur Medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Die medizinische Rehabilitation Suchtkranker wurde in den letzten beiden Jahrzehnten von den Leistungsträgern stetig verkürzt. Im Gegenzug wurde sie um die Bereiche ambulante Weiterbehandlung, Eingliederungshilfe, Anbindung an Suchtselbsthilfe und Nachsorge ergänzt und ausdifferenziert.

Diese Maßnahmen reichen aber nicht aus, um der häufig mit komplexen Problemlagen und komorbiden Störungen behafteten Klientel eine erfolgreiche medizinische Rehabilitation zu ermöglichen.

Die suchtherapeutische Regelbehandlung dauert heute gerade einmal 14 Wochen in der medizinischen Rehabilitation von Alkohol- und Medikamentenabhängigen bzw. 22 Wochen bei Drogenabhängigen. In dieser Zeit soll das komplexe Krankheitsbild Sucht mit all seinen begleitenden Erkrankungen erfolgreich bearbeitet werden, damit die Klient_innen wieder vollwertige und zahlende Mitglieder unserer Gesellschaft werden.

Dieses ist unter den gegebenen Voraussetzungen nur bedingt erreichbar. Insgesamt müsste die gesamte medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker weiter ausgeformt werden.

Flexiblere Therapiezeiten mit der Möglichkeit des unbürokratischen Wechsels zwischen den Therapieangeboten ambulant, ganztägig ambulant und stationär sollten weiter ausgebaut werden.

Unsere Erfahrungen aus der Nachsorge zeigen, dass nacherfolgterstationärerRehabilitations-/Adaptionsbehandlung eine ambulante therapeutische Weiterbehandlung am Wohnort sinnvoll und dringend erforderlich ist. Dafür müsste aber die ambulante Rehabilitationsmöglichkeit flächendeckend den Rehabilitand_innen zur Verfügung stehen. Das Gegenteil ist aber zu beobachten. In letzter Zeit mussten verschiedene Anbieter der Ambulanten Reha. Sucht ihr Angebot zurückziehen, weil sie in eine wirtschaftliche Schieflage geraten sind.

Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es nur wenige Träger, die eine Ambulante Reha. Sucht mit ihren hohen Standards der Leistungsträger wirtschaftlich anbieten können. Die Anforderungen an die ambulante Rehabilitation müssen angepasst werden, um mehr Träger der Suchthilfe in die Lage zu versetzen, eine ambulante Therapieform ohne die jetzigen finanziellen Risiken vorzuhalten.

Erst am Ende der Therapiekette der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker steht dann die ambulante Nachsorge mit ihren originären Themen, die flankiert werden von flexibleren und individuell abgestimmten Eingliederungshilfen der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung.



Jahresbericht 2016/ 2017: inechtzeit Prävention und Beratung

Bereits im Jahr 2014 hat sich die Fachstelle für Suchtvorbeugung mit der Beratungsstelle für Cannabis und synthetische Drogen unter dem Namen „inechtzeit – Prävention und Beratung“ zusammengeschlossen.

Durch die große Anzahl von Menschen, die durch die Präventionsmaßnahmen erreicht werden, und die gezielte Öffentlichkeitsarbeit übernimmt die Fachstelle eine wichtige Brückenfunktion, um die Beratungsangebote bekannt zu machen und Zugangshemmnisse abzubauen. Neben diesen inhaltlichen Gründen werden zusätzlich Synergieeffekte erzielt.

Die Grenzen zwischen den universellen und selektiven Präventionsansätzen der Fachstelle für Suchtvorbeugung und den frühinterventiven und indizierten Ansätzen der Beratungsstelle für Cannabis und synthetische Drogen sind fließend und ergänzen sich wechselseitig.

Nachfolgend finden Sie 5 Beiträge, die einen Einblick in unsere bunte und breit gefächerte Arbeit geben sollen (für Informationen über die gesamten Angebote von „inechtzeit – Prävention und Beratung“ besuchen Sie uns im Internet: www.inechtzeit.net):

Unsere ersten beiden Beiträge befassen sich mit der Entstehung, Namensgebung und mittlerweile über 20-jährigen Entwicklung unserer Beratungsstelle für Cannabis und synthetische Drogen. Für die Genehmigung zum Abdruck des Originalartikels „Sprache schafft Möglichkeit – über den Namen der Beratungsstelle für Cannabis und synthetische Drogen – inechtzeit“¹ bedanken wir uns herzlich beim Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) – Fachverband der Diakonie Deutschland.

Mit dem Artikel „Akupunktur bei inechtzeit - Von Entspannung bis Rückfallprophylaxe“ möchten wir einen Überblick über das Anfang 2018 gestartete und ebenfalls bei der inechtzeit-Beratungsstelle angesiedelte Angebot der Ohrakupunktur nach dem NADA Protokoll geben.

Am 13. Mai 2017 begann die bundesweite Aktionswoche „**Alkohol? Weniger ist besser!**“, die von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) organisiert wurde. Bereits zum sechsten Mal setzte sie mit dieser Präventionskampagne auf breites bürgerschaftliches Engagement. Auch in Bochum fanden Veranstaltungen statt. Gemeinsam mit dem Fanprojekt des VfL Bochum hat inechtzeit Aktionen zur Alkoholprävention für die Fanszene durchgeführt. Unter dem Motto: „Voll im Abseits!“ hat inechtzeit einen Präventionsworkshop für junge Fußballfans angeboten mit anschließender Radtour, SUP und Grillen. Beim letzten Heimspieltag waren wir mit Rauschbrillen und Torwand zu Gast beim VfL Bochum!

Das abgedruckte Interview mit dem Titel „Der Fußball und das Bier“² führte Sabine Damaschke von der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe mit unserem Mitarbeiter André Frohnenberg. Wir bedanken uns bei der Diakonie RWL für die Genehmigung zur Veröffentlichung in diesem Bericht.



Im Rahmen der frühkindlichen Suchtprävention hat die Fachstelle für Suchtvorbeugung gemeinsam mit dem Fachbereich Kita Sozialarbeit des Jugendamtes der Stadt Bochum im Oktober 2017 erstmals eine Kita MOVE Schulung angeboten. Kita-MOVE ist ein 3-tägiges evaluiertes und zertifiziertes Schulungsprogramm zur motivierenden Gesprächsführung und richtet sich an pädagogische Fachkräfte aus dem Elementarbereich und dem Bereich Frühe Hilfen.



Die Rückmeldungen aus dem ersten Kurs waren durchweg positiv und machen den praktischen Nutzen für den Arbeitsalltag der Erzieherinnen deutlich.

In ihrem Artikel „Das Angebot vor dem Angebot – Kita-MOVE – Motivierende Kurzintervention mit Eltern im Elementarbereich“³ stellt Angelika Fiedler das neuartige Schulungsprogramm vor. Für die Möglichkeit zum Abdruck des Originalbeitrags aus der Zeitschrift AJSForum möchten wir uns ebenfalls sehr bedanken.

¹ Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) – Fachverband der Diakonie Deutschland (Hrsg.) (2017): Sprache schafft Möglichkeit – über den Namen der Beratungsstelle für Cannabis und synthetische Drogen – inechtzeit. In: Partnerschaftlich 3/2017, S. 28. Berlin

² Sabine Damaschke, Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe (2017): „Aktionswoche Alkohol – Der Fußball und das Bier“. In: <https://www.diakonie-rwl.de/themen/krankenhaus-und-gesundheit/aktionswoche-alkohol>

³ Angelika Fiedler: Das Angebot vor dem Angebot – Kita-MOVE – Motivierende Kurzintervention mit Eltern im Elementarbereich. In: Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (AJS) Landesstelle Nordrhein-Westfalen e.V. (Hrsg.) (2017): AJSForum 2/2017, S. 6-7. Essen



20 Jahre inechtzeit

Die Beratungsstelle inechtzeit kann auf mittlerweile 20 Jahre innovative und erfolgreiche Beratungsarbeit im Bereich Cannabis und synthetische Drogen zurückblicken.

In den 90er Jahren erlebte die Technoszene in Deutschland ihre Blütezeit. Rund um die Musik entwickelte sich eine eigene Jugendkultur, zu der auch neue Arten von Drogen, insbesondere Ecstasy gehörten.

Als eine der ersten Institutionen Deutschlands reagierte die Krisenhilfe e.V. in Bochum auf dieses Phä-

nomen und entwickelte mit inechtzeit ein spezialisiertes Angebot für junge Drogenkonsument_innen.

Besonders wichtig war es der Krisenhilfe, in Abgrenzung zu heroinsüchtigen Menschen ein Angebot zu schaffen, das für jugendliche Konsument_innen passend und wirkungsvoll ist und von ihnen auch angenommen wird.

Schließlich konnte 1997 die Beratungsstelle für Cannabis und synthetische Drogen, zunächst in Watten-scheid, eröffnet werden.

In den letzten 20 Jahren wurden die Ansätze und Konzepte immer wieder an die sich ändernden Drogentrends und Konsumgewohnheiten angepasst. Während zu den Anfängen der Konsum von Drogen überwiegend im Partykontext stattfand, werden sie heute oftmals zur Alltags- und Lebensbewältigung genutzt.

Mittlerweile ist das Angebot etabliert und die Beratungszahlen sind stark angestiegen. Besonders besorgte Eltern nehmen das Beratungsangebot vermehrt wahr.

In den letzten Jahren ist der Cannabiskonsum bundesweit wieder angestiegen, deshalb arbeitet inechtzeit im Präventionsbereich vermehrt mit Bochumer Schulen zusammen und bietet Projekte und Veranstaltungen zur Cannabisprävention für Schüler_innen, Eltern und Lehrer_innen an.

Am 29.06.2017 feierte inechtzeit gemeinsam mit Freund_innen, Wegbegleiter_innen und Vertreter_innen der Stadt Bochum das Jubiläum mit einem großen Fest im Hof der Katharinastraße mit Videoinstallation, Burgern, Getränken, DJ und Live-Musik.



Das Thema ■■■

Sprache schafft Möglichkeit – über den Namen der Beratungsstelle für Cannabis und synthetische Drogen – inechtzeit

Von Ellen Buchholz

20 Jahre Beratungsstelle ...

Die Beratungsstelle inechtzeit hat in diesem Jahr ihr 20jähriges Jubiläum gefeiert. Zunächst war sie Anlaufstelle für feierfreudige Partydrogenkonsumenten der Techno-Ära, die mehr oder weniger versehentlich nach durchgefeierter Nacht zur Afterhour im niederschweligen Drogencafé der Krisenhilfe in Bochum landeten. Um den jungen Leuten eine passendere Anlaufstelle anbieten zu können, hat die Krisenhilfe damals ein Jugendcafé eröffnet, in dem Beratung angeboten, aber auch Platten aufgelegt und andere kreative Ausdrucksmöglichkeiten gefördert wurden. Im Laufe der Zeit veränderte sich die Arbeit. Die Beratung rückte stärker in den Vordergrund, das Jugendcafé wurde geschlossen und die Einrichtung zog als Beratungsstelle in die Innenstadt. Dieser Anlass bot die Gelegenheit den bisherigen eher uninspirierten Namen „Route 66“ – nach der Hausnummer benannt – zu ersetzen.

Für die damaligen Namensgeber kam kein Anglizismus in Frage und inechtzeit erwies sich über die Jahre nicht nur als neutral und zeitlos, sondern sogar als inhaltlich auf unterschiedlichsten Ebenen passend. Damals sollte der Begriff, bezogen auf die zeitversetzte Kommunikation, die mit Beginn der Digitalisierung aufkam, für Gespräche im Hier und Jetzt stehen.

... inechtzeit

Beschäftigt man sich heute mit der Bedeutung des Begriffes, findet man unter anderem den Verweis auf in Echtzeit als einen kontinuierlichen Spielfortschritt bei Computerspielen. Als Echtzeit-Strategiespiel wird ein Genre bezeichnet, in dem interaktiv alle Spielteilnehmer ihre Aktionen den Aspekten eines strategischen Spiels unterwerfen. Darunter wird die Problemanalyse, Aufstellen von Handlungsalternativen und Implementieren der richtigen Maßnahme verstanden, die simultan, also in Echtzeit, ausgeführt werden.

Diese Ausführungen sind erstaunlich gut übertragbar auf die konzeptionellen Ansätze der Beratungsstelle, die vor allem von motivierender Gesprächsführung und Kurzintervention geprägt sind. Alle am Beratungsprozess beteiligten „Spieler“ sind gleichberechtigt und die Gespräche finden auf Augenhöhe statt. Des Weiteren gibt es im Namen keinen Verweis auf Sucht oder Abhängigkeit, auch in dieser Hinsicht ist der Name bewusst gewählt. Bezeichnungen wie „Suchthilfe“ können als stigmatisierend oder pathologisierend empfunden werden und mögliche Klienten eher abschrecken als einladen. Die größte Zielgruppe von inechtzeit sind Jugendliche, die ihren Konsum sehr oft als weniger riskant oder gefährlich einschätzen als ihr erwachsenes Umfeld. Kaum einer aus dieser Gruppe würde sich als süchtig bezeichnen und ist es ja vielleicht auch nicht. Egal wie die spätere Diagnose lauten mag, eine Beratungsstelle, die das Wort „Sucht“ in ihrem Namen trägt, hemmt unter Umständen den Zugang von Menschen, die zwar Probleme mit ihrem Konsum haben, aber entweder noch nicht süchtig sind oder sich selbst nicht als süchtig erleben oder ihr süchtigsein (noch) nicht annehmen können.



Menschen können durchaus mit ihren Konsummustern unzufrieden sein und auch ohne Abhängigkeit etwas an ihrem Drogenkonsum verändern wollen. Im besten Fall eröffnet es die Möglichkeit früh Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

... Menschen erreichen

Unter anderem um eine möglichst frühe Intervention zu ermöglichen, haben sich im Jahr 2014 die Beratungsstelle mit der Fachstelle für Suchtvorbeugung unter dem Namen inechtzeit – Prävention und Beratung – zusammengeschlossen. Durch die große Zahl der Menschen, die durch Präventionsmaßnahmen erreicht werden und die gezielte Öffentlichkeitsarbeit, übernimmt die Prävention eine wichtige Brückenfunktion, um Beratungsangebote bekannt zu machen und Zugangshemmnisse abzubauen und eine frühe Intervention zu ermöglichen.

Bei Präventions- oder Infoveranstaltungen mit Jugendlichen wird die Bedeutung des Namens inechtzeit immer wieder thematisiert. Interessanterweise wird er als selbstverständlich wahrgenommen und mit durchaus positiven Assoziationen belegt: wahre Begegnungen werden ermöglicht, man kann real in Kontakt treten, authentisch sein ...

Die Beratungsstelle inechtzeit der Krisenhilfe e.V. Bochum ist ein spezialisiertes Angebot für KonsumentInnen von Cannabis und synthetischen Drogen, deren Angehörige und pädagogische Fachkräfte. Im Durchschnitt sind die Klientinnen und Klienten zwischen 15 und 25 Jahre alt. (www.inechtzeit.net).



Ellen Buchholz
Diplom-Sozialpädagogin
inechtzeit – Prävention & Beratung
buchholz@inechtzeit.net
www.inechtzeit.net

Akupunktur bei inechtzeit

Von Entspannung bis Rückfallprophylaxe

Um die Angebotspalette der Krisenhilfe sinnvoll zu ergänzen, bietet inechtzeit zur Unterstützung beim Entzug von Drogen, zur Rückfallprophylaxe oder um ein inneres Gleichgewicht herzustellen, seit Januar 2018 Ohrakupunktur nach dem NADA (National Acupuncture Detoxification Association) Protokoll¹ an.

Akupunktur wirkt entspannend bei übermäßiger Anspannung und innerer Unruhe. Sie fördert Wachheit und Konzentration bei Erschöpfung und andauernder Müdigkeit, verbessert den Schlaf und vermindert das Suchtverlangen.

Das NADA Protokoll ist ein Behandlungskonzept, das am staatlichen Lincoln Hospital in der Bronx/ New York entwickelt wurde und sich neben den USA auch in mehreren europäischen Ländern immer mehr durchsetzt. Viele Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Tageskliniken, Ambulanzen, Beratungsstellen und Praxen

wenden die Methode bei psychischen Problemen oder Suchterkrankungen an.

Akupunktur ist eine wichtige Komponente der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM). Die Theorie der traditionellen Behandlung bezieht sich nicht auf eine neurobiochemische Erklärung durch Neurotransmitter, sondern stützt sich auf drei Phänomene, die bei allem Lebendigen zu beobachten sind:

1. Eine universelle Kraft, die alles bewegt: Qi.
2. Das Prinzip von YIN und YANG, was meint, dass alle Erscheinungen dual sind: z.B. warm - kalt, oben - unten, trocken - nass, dunkel - hell.
3. Die Lehre von den fünf Organen, die den Körper und seine Grundfunktionen steuern. Wir nennen sie im Westen auch die Lehre der fünf Funktionskreise.



Der gezielte Stich mit der Nadel kann im Körper einen ausgleichenden und heilenden Prozess in Gang setzen. Die Mikroverletzung an der Oberfläche setzt eine umfangreiche Kaskade biochemischer und biophysikalischer Reaktionen im Inneren des Körpers in Bewegung. Sie führt nach heutiger Auffassung zu einer Aktivierung von Selbstheilungsmechanismen im vegetativen System. Die Neuroendokrinologie und die Akupunkturforschung geben Jahr für Jahr genauere Kenntnisse über ihre Wirkmechanismen und das Zusammenspiel von Neurotransmittern, den Rezeptoren und den umfangreichen vegetativen Wirkungen. Mit Hilfe seiner aktivierten, körpereigenen Stoffe heilt der Körper seine gestörten, geschwächten vegetativen oder kranken Funktionen von innen her.

Die Behandlung nach dem NADA-Protokoll kombiniert konventionelle Therapie mit der wiederholten Anwendung von Ohrakupunktur in einem besonderen Setting:

- die Ohrakupunktur findet idealerweise in einer Gruppe statt,
- in einer non-konfrontativen Atmosphäre, die getragen ist von Respekt.
- 5 Punkte werden an beiden Ohren akupunktiert.
- eine Sitzung dauert 35–45 Minuten.
- die Häufigkeit richtet sich nach Ziel und Möglichkeiten des Patienten: mehrmals täglich bis einmal wöchentlich.

Bei inechtzeit wird die Akupunktur seit Anfang des Jahres wöchentlich angeboten und besonders von Klientinnen und Klienten aus der Beratung und dem ambulant betreuten Wohnen gerne angenommen. Viele kommen zur Unterstützung im Entzug, zur Rückfallprophylaxe und Stabilisierung der Abstinenz; für andere stehen Stressabbau und Entspannung im Vordergrund.

Der Einsatz der Akupunktur im ambulanten Setting zeigt, dass es von Seiten der Klientinnen und Klienten durchaus ein Interesse an Hilfsangeboten innerhalb der Drogenhilfe gibt, in denen Alternativen zur verbalen Kommunikation geboten werden.

¹ vgl. zu nachfolgenden Inhalten: National Acupuncture Detoxification Association Deutsche Sektion (2015): Ohrakupunktur und Studien aus 20 Jahren - Ein Reader für Interessierte. In: <https://www.nada-akupunktur.de/publikationen/nada-reader.html>

Der Fußball und das Bier

André Frohnenberg



Ob im Stadion oder vorm Fernseher – Bier spielt bei Fußballspielen eine zentrale Rolle. Und nicht immer eine gute. In der bundesweiten Aktionswoche Alkohol lädt die Fachstelle für Suchtvorbeugung „inechtzeit“ der Krisenhilfe Bochum gemeinsam mit dem Fanprojekt des VfL Bochum zu zwei besonderen Aktionen ein. Was jugendliche Fußballfans dort erwartet, erzählt André Frohnenberg.

Als Sozialarbeiter gestalten Sie das Präventionsangebot „inechtzeit“ der Jugend- und Drogenberatung der Krisenhilfe Bochum. Haben Sie dort häufiger mit eingefleischten Fußballfans zu tun?

Vereinzelt. Meistens kommen die Jugendlichen erst zu uns in die Beratung, wenn es größere Probleme in der Familie, in Schule oder Ausbildung gibt. Oft werden sie von ihren Eltern geschickt. Natürlich bieten wir auch Infoveranstaltungen für Gruppen von Jugendlichen an, meistens in Kooperation mit Schulen oder Jugendverbänden. Junge Fans hatten wir bisher noch nicht als Gruppe bei uns zu Gast. Die Idee dazu kam vom Fanprojekt des VfL Bochum, das auch Mitveranstalter der beiden Aktionen am Samstag und Sonntag zum Ende der diesjährigen Aktionswoche Alkohol ist.

Welche Rolle spielt Alkohol für die jugendlichen Fans?

Viele sind schon damit groß geworden, dass Fußball und Bier zusammengehören. Auf jedem Fußballplatz haben Erwachsene oft eine Flasche Bier in der Hand, wenn sie ein Spiel des Ortsvereins ansehen.

Den jungen Amateurmanschaften stellt der Trainer nach dem Spiel einen Kasten Bier in die Kabine. Im Stadion wird die Hälfte des gesamten Umsatzes mit dem Bierverkauf gemacht. Dort haben wir dann eine brisante Mischung aus Alkohol, einer großen, emotional aufgeheizten Menschenmenge, einem starken Zusammengehörigkeitsgefühl der Fans und der unbegrenzten Leidenschaft für den Verein.

Das Thema Alkohol im Fußball ist medial schon oft aufgegriffen worden. Für viele Stadionbesucher gehört das Bier aber unbedingt dazu. Wie positionieren Sie sich gegenüber den Fans?

Wir werden ihnen sicher nicht predigen, dass man auch ohne Alkohol Spaß haben kann. Dann würden die meisten Fans sofort dichtmachen. Erst recht die Fanszene, die als Risikogruppe gilt. Ich finde, das Motto der Aktionswoche „Weniger ist besser“ passt sehr gut. Es geht nicht darum, auf Bier zu verzichten, sondern eigene Grenzen zu erkennen. Wann verändert Alkohol mein Verhalten, wann kippt meine Motorik und Sprache und was macht das mit mir und den Leuten in meinem Umfeld? Diese Fragen stellen wir anhand von Spielen, Karten, Rauschbrille und Gesprächen. Prävention sollte immer alle Sinne ansprechen.



Bier gehört für jugendliche Fans zum Fußballspiel



**ALKOHOL?
WENIGER IST
BESSER!**

www.aktionswoche-alkohol.de

Am Samstag laden Sie die Fans zu sich in die Beratungsstelle ein, am Sonntag gehen sie sogar ins Stadion. Was passiert da?

Zum letzten Heimspiel des VfL Bochum bringen wir Rauschbrillen, die unterschiedliche Promillegehalte simulieren, eine Torwand und Bälle mit. Wir laden die Fans ein, auf dem Stadiongelände mit Rauschbrille einen Dribbelparcours zu durchlaufen und auf eine Torwand zu schießen. Das zeigt dann sehr eindrücklich, wie Alkohol unsere Motorik einschränkt. Mit dieser Aktion wollen wir dort auf unsere Beratungsangebote aufmerksam machen, wo die Fans am liebsten sind: im Stadion.

Um Gewaltextzesse zwischen den Fans unterschiedlicher Vereine zu verhindern, ist schon laut darüber nachgedacht worden, Alkohol im Stadion zu verbieten. Was halten Sie von solchen Forderungen?

Das kann nicht die Lösung sein, denn damit trifft man ja auch all diejenigen Fußballfans, die friedlich sind. Außerdem wird bereits auf dem Weg zum Stadion und nach dem Spiel getrunken. Hier leisten die Fanprojekte übrigens eine gute Arbeit, denn sie begleiten die Jugendlichen schon auf dem Weg ins Stadion. Uns geht es in der Prävention darum, einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol zu vermitteln. Für viele ist das Stadion ein Ort, an dem sie einfach mal laut sein, ihre Mannschaft anfeuern, aber auch den Gegner beschimpfen können. Und das darf auch so sein. Aber man sollte, wie gesagt, die persönlichen Grenzen kennen.

Und wo sind die?

Das ist unterschiedlich. Die Grenzen zwischen Genuss, missbräuchlichem Konsum und Abhängigkeit sind oft fließend. Die Jugendlichen fragen gerne, ab wie viel Flaschen Bier ein Mensch süchtig ist. Doch die Menge ist nur ein Kriterium. Es geht auch um die Steigerung der täglichen Dosis oder darum, ob ich Alkohol brauche, um meinen Alltagsfrust zu vergessen, mich besser, stärker, selbstbewusster zu fühlen. In der Regel können wir mit den Jugendlichen darüber offen reden. Ich hoffe, dass wir jetzt auch die Fans erreichen.

Das Gespräch führte Sabine Damaschke.



Das Angebot vor dem Angebot

Kita-MOVE – Motivierende Kurzintervention mit Eltern im Elementarbereich

Entmutigte, frustrierte oder scheinbar gedankenlose Eltern – pädagogische Fachkräfte beschreiben häufig, dass sie sich für ihren Arbeitsalltag in der Kita zusätzliche Kompetenzen im Umgang mit Eltern wünschen, insbesondere in schwierigen Erziehungssituationen. Sie sind unsicher, wie sie Probleme ansprechen, zu einer Reflexion des Erziehungsverhaltens anregen oder gegebenenfalls Hilfsangebote vermitteln können. Hilfreiche Interventionsmöglichkeiten und wichtige Zeitfenster in der Entwicklung der Kinder werden so nicht genutzt. Die Fachkräfte in der Kita fühlen sich gerade mit der Elternarbeit häufig überfordert.

Für die pädagogischen Fachkräfte in der Kita stehen naturgemäß zunächst die Kompetenzen in der Kinderbetreuung im Vordergrund. Den gewachsenen Anforderungen an die Elternarbeit, etwa mit unterschiedlichen sozialen Milieus und Kulturen, veränderten Familienstrukturen (Alleinerziehende, Patchwork, Regenbogen, Geflüchtete), neuen Problemfeldern und Aufgaben (z. B. digitale Medien) umgehen zu müssen, stehen bereits in der Ausbildung zu wenig zeitliche und fachliche Ressourcen gegenüber. Gleichzeitig wird in der Ausbildung wie auch von Politik und Gesellschaft gefordert, Eltern im Sinne einer gelingenden Erziehungspartnerschaft möglichst breit einzubeziehen – eine Forderung, der alle pädagogischen Fachkräfte grundsätzlich zustimmen. Der Weg dahin ist allerdings unklar und oft schwierig.

Individuell ansprechen und begleiten

Im Erziehungsprozess übernehmen die Eltern naturgemäß die zentrale Rolle. Manche Eltern benötigen hierbei Unterstützung. Die fachlich gewünschte Erziehungspartnerschaft aber bleibt zuweilen nur ein guter Wunsch. Unterstützungsangebote für Eltern werden zwar vielfältig angeboten, aber nicht von allen

angenommen. Vielerlei Kurse richten sich unmittelbar an die Eltern selbst. Viele Eltern – und oftmals gerade diejenigen, die die pädagogischen Fachkräfte gerne in den Angeboten sehen würden – nehmen diese jedoch nicht an. Sei es aufgrund fehlender Zugänge zur Zielgruppe, Unsicherheit und Angst seitens der Eltern oder auch aus organisatorischen Gründen. Es bedarf einer individuellen Ansprache und Begleitung der Eltern, um deren Vertrauen zu gewinnen. Dies erfordert eine entsprechende Gesprächsführungskompetenz der Pädagog/-innen, die diese allein über ihre bisherige Ausbildung – auch der eigenen Einschätzung nach – nicht ausreichend mitbringen.

Um gezielt auch schwer erreichbare Eltern anzusprechen und mit kurzen Interventionen einen motivierenden Dialog über Erziehungs- bzw. Präventionsfragen einzuleiten, hat die ginko Stiftung für Prävention das Schulungsprogramm Kita-MOVE für pädagogische Fachkräfte im Früh- und Elementarbereich entwickelt. Ziel des Ansatzes ist es, Kindern – über den Umweg Eltern – bessere Chancen für ein Heranwachsen zu freien, selbstbewussten, resilienten und lebenskompetenten Persönlichkeiten zu ermöglichen.

Alltagssituationen nutzen

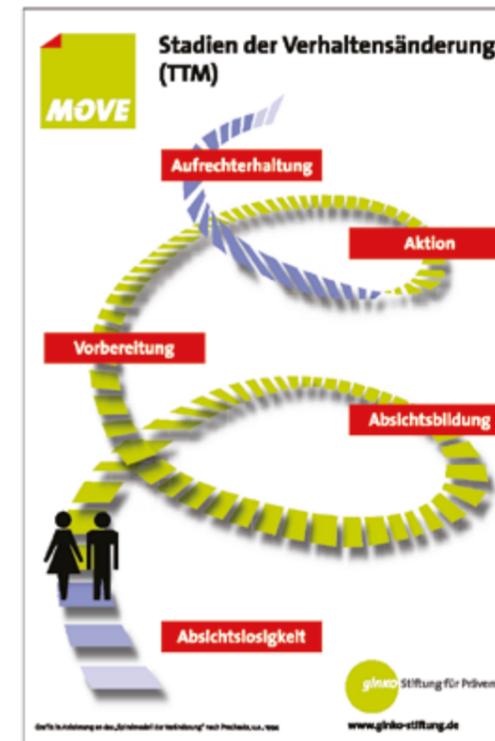
Zielgruppe der Kita-MOVE-Schulung sind pädagogische Fachkräfte in Frühpädagogik und Elementarbereich. In keinem anderen Stadium des Heranwachsenden der Kinder stehen die Fachkräfte in einem vielfältigeren Kontakt mit den Eltern als während der Kleinkind- und Vorschulzeit (tägliches Bringen und Abholen, Elternnachmittage, Entwicklungsgespräche, Hausbesuche, Sprechstunden etc.). Vorrangig erlernen und trainieren die Teilnehmer/-innen, motivierende Elterngespräche zum Thema Erziehungsverhalten zu gestalten. Die Fortbildung ermutigt, Alltagssituationen und Gesprächsanlässe zielgerichtet zu nutzen. Damit kann Kita-MOVE Eltern motivieren, ihr Erziehungsverhalten zu reflektieren und gar Unterstützungsangebote anzunehmen.

Die pädagogischen Fachkräfte werden in der Fortbildung (weiter-)qualifiziert, auf Eltern zuzugehen, die eher schwierig zu erreichen sind. Das fällt besonders dann schwer, wenn Eltern unmotiviert oder gar ablehnend erscheinen. Es wird vermittelt, die Motivation von Eltern einzuschätzen und zu fördern, zu Reflexionsprozessen über Erziehungsverhalten anzuregen und ggf. zur Annahme der vielfältig vorhandenen, oft aber nicht angenommenen Unterstützungsangebote zu bewegen. Hilfreiche Interventionsmöglichkeiten und wichtige Zeitfenster in der Entwicklung der Kinder können so genutzt werden. Die gewonnene Gesprächssicherheit erleichtert pädagogischen Fachkräften den wichtigen ersten Schritt und auch in der weiteren Erziehungs-

partnerschaft, immer wieder ins Gespräch zu kommen. Dies fördert zugleich auch die Arbeitszufriedenheit der pädagogischen Fachkräfte.

An Erfahrungen und Wissen anknüpfen

Inhaltlich basiert Kita-MOVE auf den Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick und dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM) nach Prochaska u.a.



Je nach Stand der Veränderungsmotivation sind unterschiedliche Interventionen angemessen.

Erziehungspartnerschaft... nur ein frommer Wunsch?

Dass eine Erziehungspartnerschaft von Eltern und pädagogischen Fachkräften im Vorschulbereich oft nicht wirklich gelebt wird, führt immer wieder zu Stress und Unzufriedenheit. Das Kind erlebt, wie die Erziehenden widersprüchliche Anforderungen stellen und unterschiedlich bewerten. Was die Mutter gut findet, tadelt der Erzieher, was die Erzieherin lobt, wird unter Umständen vom Vater gar nicht beachtet. Das Kind ist verunsichert und kann in diesem Umfeld nicht einschätzen, was letztlich richtig ist. Dies kann zu belastenden Loyalitätskonflikten führen, durch die sich das Kind nicht aufgehoben fühlt und so nicht die nötige Resilienz entwickelt.

Daneben gibt es Raum für Hintergrundwissen zu Gesundheit, Belastungen und Ressourcen und den verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern und Kinder. Die Lotsenfunktion der pädagogischen Fachkräfte wird genutzt. Kita-MOVE ist somit ein hinführendes Element zum vielfältigen Blumenstrauß der psychosozialen Hilfeleistungen, fördert die Inanspruchnahme dieser Hilfen, ist eben „das Angebot vor dem Angebot“. Dabei knüpft Kita-MOVE an vorhandene Kompetenzen und Erfahrungen der pädagogischen Fachkräfte an. Oftmals implizites, aber verschüttetes Wissen wird explizit gemacht. Die Ressourcen der Teilnehmenden werden mit neuen Theorien und viel praktischer Umsetzung vertieft und/oder erweitert.

Motivierend Gespräche führen

Der Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung hat sich bei der Begleitung von Menschen mit „ungünstigem“ Verhalten als besonders hilfreich und praxistauglich erwiesen. Ursprünglich entstanden, um Menschen aus riskantem Suchtmittelkonsum zu führen, wird der Ansatz mittlerweile weit darüber hinaus eingesetzt, ist oftmals nicht die Therapie selbst, sondern therapiehinleitend im Sinne einer Lotsenfunktion. Übertragen auf Gespräche mit Eltern, kann es darum gehen, zunächst zu erkennen, dass die eigene Erziehung in Teilen besser sein könnte – aktuell doch zu kontrollierend, zu verwöhnend, zu einengend, zu vernachlässigend, zu wenig fördernd, zu inkonsequent ist –, und sich nach und nach mit der möglichen Veränderung/Verbesserung der Situation zu befassen. Vielleicht nehmen die Eltern Hilfe an (Erziehungsberatung, Haushaltshilfe, erzieherische Hilfen etc.), vielleicht besuchen sie einen Elternkurs oder eine Selbsthilfegruppe oder beantragen eine Kur, vielleicht lassen sie ihr Kind fördern (Logopädie, Motopädie, Sportverein etc.), vielleicht reflektieren sie sich einfach selbst genauer und passen ihr Verhalten ihren Zielen für ihr Kind an.

Haltung umsetzen

Die Haltung dieser Gesprächsführung ist geprägt von Wertschätzung und Akzeptanz. Es wird anerkannt, dass die Eltern die Experten für ihre Kinder und ihre eigene Situation sind und (fast immer) das Beste für ihr Kind wollen. Diese Haltung – so die Erfahrungen aus der Praxis – bringen viele Erzieher/-innen mit. Doch Haltung benötigt Fertigkeiten. Eine solche Haltung in förderliche Gespräche umzusetzen, erfordert zunächst viel Beziehungsaufbau. Hierbei hilft besonders das reflektierende Zuhören, das Bestätigen (der positiven Seiten) und offenes Fragen. Es geht um die Kunst, wertfrei Informationen zu geben, mit Widerstand konstruktiv umzugehen und Widersprüche vorwurfsfrei anzusprechen. Und es geht auch darum, die Eltern zu Fürsprechern ihrer eigenen Veränderung zu machen. Kita-MOVE erarbeitet mit den Teilnehmenden diese Fertigkeiten. Denn es ist in der Praxis gar nicht so leicht, die passenden (selbst-)motivierenden Worte zu finden. Dies bedarf der ständigen Übung und Reflexion.



Weitere Informationen unter www.kita-move.de



Angelika Fiedler
Leitung MOVE
ginko Stiftung für Prävention
Landeskoordinierungsstelle
für Suchtvorbeugung NRW
a.fiedler@ginko-stiftung.de

Kita-MOVE in der Umsetzung

Das Konzept „Kita-MOVE – Motivierende Kurzintervention mit Eltern“ wird seit 2007 in Nordrhein-Westfalen von der ginko Stiftung für Prävention umgesetzt. Es basiert auf der Fortbildung „MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen“. Die Schulung umfasst drei Tage und wird von zwei zertifizierten Kita-MOVE-Trainer/-innen durchgeführt. Idealerweise besteht ein solches Tandem aus einer Präventionsfachkraft und einer Fachperson aus dem Bereich der Früh- und Elementarpädagogik. Die Qualität der Schulung wird über das evaluierte Curriculum gewährleistet (Universität Bielefeld, Fachbereich Gesundheitswissenschaften). Die wissenschaftliche Begleitung hat den hohen praktischen Nutzen und den Kompetenzzuwachs bei den Teilnehmer/-innen belegt. Seit 2016 wird Kita-MOVE von der Auridis gGmbH unterstützt. Ziel der Förderpartnerschaft ist es, für diese Fortbildung bundesweit Strukturen zu schaffen, um den Teilnehmenden vor Ort kurze Wege und geringe Kosten zu garantieren.

Jahresbericht 2016/ 2017: Ambulant Betreutes Wohnen



Das Ambulant Betreute Wohnen der Krisenhilfe e.V. Bochum existiert mittlerweile seit sechs Jahren und stellt ein aufsuchendes Unterstützungsangebot dar. Das Besondere an der ambulanten Arbeit ist, dass Hilfe konkret dort stattfinden kann, wo sie gebraucht wird – in der Lebenswelt des Hilfesuchenden.

Unser Hilfsangebot richtet sich an chronisch suchtkranke Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung und den damit verbundenen negativen Begleitscheinungen längerfristige Unterstützung im Alltag benötigen. Jedwede angebotene Hilfe zielt darauf ab, körperliche und soziale Beeinträchtigungen zu mindern, die gesundheitliche Verfassung zu stabilisieren und längerfristige Abstinenzphasen zu ermöglichen, wobei Abstinenz im Rahmen der Betreuung des Ambulant Betreuten Wohnens keine Pflicht darstellt. Bei konsumierenden Klient_innen gilt es, Safer-Use-Praktiken zu vermitteln und im Sinne von Harm-Reduction nachhaltige gesundheitliche und psychische Schäden weitestgehend zu vermeiden. Im besten Fall können gemeinsam Verhaltens- und Handlungsalternativen zum Suchtmittelkonsum erarbeitet werden.

Menschen, welche dieses Angebot in Anspruch nehmen wollen, müssen mindestens 21 Jahre alt sein und in einer eigenen Wohnung leben oder beabsichtigen, innerhalb der nächsten sechs Monate aus dem elterlichen Haushalt auszuziehen. Für derzeit wohnungslose Menschen gilt, dass diese bestrebt sein müssen, sobald wie möglich eine eigene Wohnung zu beziehen.

Zudem richtet sich das Angebot ausschließlich an Abhängigkeitserkrankte, die zum Zeitpunkt der Antragsstellung illegale Drogen konsumieren, von illegalen Drogen abhängig sind oder abstinent leben und rückfallgefährdet sind.

Die Ziele der Betreuung können ganz unterschiedlich sein und werden gemeinsam im Dialog mit dem Hilfesuchenden bestimmt und innerhalb der individuellen Hilfeplanung konkretisiert. Sie bilden die Grundlage der alltagsnahen und lebensweltorientierten Begleitung. Die sozialrechtliche Grundlage für diese Hilfsform bilden die §§ 53 und 54 Sozialgesetzbuch XII. Die Kosten für das Ambulant Betreute Wohnen werden in der Regel, soweit Einkommens- und Vermögensgrenzen nicht überschritten werden, vom zuständigen Träger der Sozialhilfe übernommen.



Das Team des Ambulant Betreuten Wohnens der Krisenhilfe e.V. Bochum besteht aus Sozialarbeiter_innen/ Sozialpädagogen_innen mit langjähriger Berufserfahrung in der Suchtkrankenhilfe.

Menschen mit einer Suchterkrankung sind oftmals stark in ihrer Fähigkeit, an dieser Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt und benötigen eine Betreuung, die ihnen hilft, sich neue Lebensziele zu stecken und die nötigen Voraussetzungen dafür zu schaffen. Dazu kann es notwendig sein, die Hilfesuchenden in vielen verschiedenen Lebensbereichen zu unterstützen.

Unsere Unterstützung für sie umfasst:

- Die Sicherstellung der Selbstversorgung innerhalb der eigenen Wohnung, Hilfe bei der Haushaltsführung
- Unterstützung in der Bewältigung von Lebenskrisen
- Überprüfung und Durchsetzung rechtlicher Ansprüche in den Bereichen Arbeit und Soziales, Klärung von Behördenangelegenheiten

- Hilfen im Bereich Finanzen, bei Bedarf Erstellung eines Finanz- bzw. Haushaltsplans, Geldaufteilung und -verwahrung, Verhandlungen mit Vermieter_innen, Energieversorgern und dem Jobcenter
- Erstellung einer Schuldenübersicht und Anbindung an Schuldnerberatungsstellen, Begleitung des Insolvenzverfahrens
- Erhalt der Wohnung und ggf. Beratung und Begleitung bei der Wohnungssuche
- Motivation zur und Ermöglichung von Freizeitgestaltung (kulturelle Veranstaltung, Kino, Theater uvm.)
- Berufliche (Re-)Integration und Aufbau einer belastbaren Tagesstrukturierung
- (Wieder-)Aufnahme und Erhalt neuer Sozialkontakte, Stärkung von Sozialkompetenzen
- Regelmäßige Entlastungsgespräche zur Bewältigung von psychosozialen Krisen im Zuge der Suchterkrankung
- Aufnahme und Beibehaltung von medizinischer Versorgung, Begleitung zu Fachärzt_innen
- Beratung und Unterstützung zur Förderung der Gesundheit, hierzu zählen u.a. Hygiene, Zahnhygiene, Ernährung
- Vermittlung von therapeutischen Hilfen

Darüber hinaus werden im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens kontinuierlich Gruppenangebote und Jahresveranstaltungen angeboten.

Als regelmäßig stattfindende Angebote haben sich die Frühstücks- und Kreativgruppe etabliert, welche den Teilnehmenden die Möglichkeit bieten, sich innerhalb einer geschützten und entspannten Atmosphäre miteinander auszutauschen, Kontakte zueinander zu knüpfen und produktiv tätig werden zu können.

Die Kreativgruppe existiert erst seit wenigen Monaten, aber wurde sogleich von den Klient_innen mit Begeisterung angenommen. Bei diesem Angebot geht es jedoch weniger darum, Kunstwerke zu schaffen, sondern vielmehr darum, jeder bzw. jedem Teilnehmenden die Möglichkeit zu geben, sich auf eigene Art und Weise kreativ zu betätigen und dadurch Kontakt zu eigenen – bislang verborgenen – Ressourcen zu erhalten.

Neben den kontinuierlich angebotenen Gruppen gehören zu unserem Jahresprogramm aber auch Sonderveranstaltungen. Zum Beispiel läuten wir einmal im Jahr gemeinsam mit unseren Klient_innen beim Sommergrillen die schönste Zeit des Jahres ein, schauen uns halbjährlich auf dem beliebten Film-Tag ausgewählte Kinohits der letzten Jahre an und bieten einmal im Jahr Events wie Minigolfen oder einen Besuch im Planetarium an.

Ein Plädoyer für soziale Teilhabe

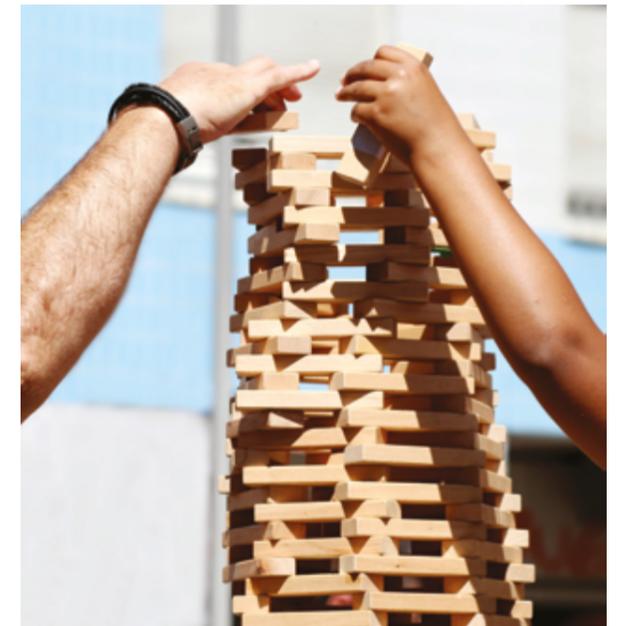
„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“, so die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Zur seelischen Gesundheit gehört demnach geistiges und soziales Wohlbefinden. Kleinigkeiten können sich hier bereits positiv auswirken, bspw. ein gemeinsamer Waldspaziergang, Lesen des Lieblingsbuches oder ein ausgiebiges Frühstück mit Familie oder Freunden. Aber vor allem ist soziale Teilhabe essentiell für soziales Wohlbefinden. Hierzu gehören u.a. Selbstbestimmung, Teilhabe am Arbeitsleben sowie Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Rachel Moran, die in ihrem Buch „Was vom Menschen übrig bleibt: Die Wahrheit über Prostitution“ über ihre eigene Vergangenheit als Prostituierte schreibt, veranschaulicht die Relevanz von Teilnahme: „Das Leben ist eine Erfahrung, bei der es um Teilnahme geht – wenigstens sollte es so sein. Es ist jedoch möglich, dass eine Person durch Marginalisierung in frühen Lebensjahren einen solchen Schaden davonträgt, dass sie glaubt, ihre einzige Rolle im Leben sei die einer Beobachterin.“¹

Moran selbst ist Tochter einer medikamentenabhängigen Mutter, bei der der Verdacht auf Schizophrenie besteht und Tochter eines spielsüchtigen, manisch-depressiven Vaters. „Ich bin mit dem Gefühl aufgewachsen, durch etwas völlig Unverrückbares von der Welt und all ihren Bewohnern getrennt zu sein.“²

Nicht selten sind Klientinnen und Klienten des Ambulant Betreuten Wohnens unter ähnlichen Bedingungen aufgewachsen. Viele von ihnen haben verlernt oder nie gelernt, sich in der „normalen“ Gesellschaft zu bewegen. In frühen Jahren haben sie soziale Ausgrenzung erfahren und erfahren diese auch weiterhin.

Völlig alltägliche Dinge wie der Besuch eines Cafés oder eines Theaters erscheinen für sie unmöglich. Sie bleiben unter sich, denn unter „ihresgleichen“



fühlen sie sich verstanden und weniger verurteilt. Moran beschreibt dies als Existenz von zwei verschiedenen Welten, die sich zwar am selben Ort befinden, aber dennoch Meilen von einander getrennt sind. Zum einen die sozial akzeptable und zum anderen die sozial inakzeptable Lebenssphäre.

Doch soziale Teilhabe und damit auch Erhalt oder Verbesserung der Gesundheit ist schwer möglich, ohne sich hinaus in die Welt der sozial Akzeptierten zu wagen. Spätestens, wenn es um berufliche Rehabilitation geht, wird dies deutlich.

Sozial teilnehmen kann nur die Person, welche die Möglichkeit dazu hat. Sich in ein öffentliches Café setzen, einen Kaffee unter anderen Menschen trinken, unter anderen Menschen zu sein, für viele undenkbar. Es geht dabei nicht nur um den finanziellen Aspekt, sondern auch um Mut, diesen Schritt zu wagen.

„Angemessenes Verhalten, Normalität, die Routinen im Kontakt mit der Außenwelt...Für eine sehr lange Zeit schüchtern mich diese Dinge ein und waren



mir im gleichen Maß unvertraut. Sie schüchtern mich gerade deswegen ein, weil ich nicht mit ihnen vertraut war, und ich blieb auch weiterhin unvertraut mit ihnen, weil ich mich wegen dieser Angst nicht an sie heranwagte.“³ Ambulant Betreutes Wohnen bietet die Möglichkeit, diesen Schritt gemeinsam zu wagen. Konkret bedeutet dies, Klientinnen und Klienten im Rahmen der Eingliederungshilfe soziale Teilhabe zu ermöglichen. Dies kann auf unterschiedliche Art und Weise passieren, bspw. durch Gruppenangebote, viel wichtiger sind in dieser Hinsicht jedoch individuelle Angebote, in denen Klientinnen und Klienten im Einzelkontakt begleitet werden. U.a. wird gemeinsam ein Café oder Restaurant besucht, ins Kino gegangen, Sport getrieben, zusammen werden Ausstellungen angesehen oder Ähnliches. Auch der Einkauf oder der Gang zur Bank kann gemeinsam erledigt werden, wenn Ängste einen Alleingang verhindern. Wichtig ist dabei Kontinuität. Nur durch regelmäßige Wiederholungen können Ängste abgebaut, angemessenes Verhalten erlernt und Normalität geschaffen werden.



Die Begleitung durch das Ambulant Betreute Wohnen bietet hierbei Sicherheit und Orientierung. Nur durch immer wiederkehrende Einübung kann Selbstvertrauen geschaffen werden. Belässt man es bei Gruppenangeboten, kann die Kluft zwischen diesen oben genannten Welten nicht verkleinert werden. „Leider war es eben diese Verbindung als Gruppe, die unsere Abschottung vom Rest der Gesellschaft zementierte“⁴, so auch Moran.

Bedauerlicherweise lässt sich in einigen Teilen Nordrhein-Westfalens beobachten, dass die beiden großen Landschaftsverbände immer häufiger Leistungen nicht bewilligen, die auf soziale Teilhabe abzielen. Auch die Zeit kritisierte schon 2010, dass der Gesetzgeber durch Arbeitslosengeld II das Existenzminimum auf das rein „hysische“ reduziert habe: „Das BVerfG hatte jedoch darauf abgestellt, dass das Existenzminimum auch ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben umfasst, denn „der Mensch existiert notwendig in sozialen Bezügen.““⁵

Eingliederungshilfe darf nicht nur auf die eigenen vier Wände beschränkt sein! Ambulant Betreutes Wohnen umfasst wesentlich mehr als nur den Aspekt Wohnen. Nur durch Aktivitäten außerhalb der Wohnung kann eine Integration in die Gesellschaft und vor allem eine berufliche Eingliederung gelingen.

Soziale Teilhabe will gelernt sein! Wenn man soziales Wohlbefinden als einen wesentlichen Teil von Gesundheit versteht, dann muss es auch Lernmöglichkeiten für die Fähigkeit zur Teilhabe weiterhin geben dürfen. Nur so kann Partizipation gelingen.



¹ Moran, Rachel; (2013): Was vom Menschen übrig bleibt: Die Wahrheit über Prostitution. Marburg, S. 24f.

² Ebd., S. 24

³ Ebd., S. 201

⁴ Ebd., S. 247

⁵ Zeit online: Wie Hartz IV gezielt klein gerechnet wurde. In: <https://www.zeit.de/wirtschaft/2010-10/hartz-iv-juristische-kritik/seite-2> (abgerufen am 25.04.2018)

Jahresbericht 2016/ 2017: INSAT Individuelle Schritte in Arbeit



Das Projekt INSAT, das seit dem 1.2.2006 besteht, ist die Beschäftigungsmaßnahme der Krisenhilfe Bochum und wird vollständig vom Jobcenter Bochum als Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung (1,80 € pro Stunde) mit einer ergänzenden Aktivierungsmaßnahme finanziert. Zielgruppe für die 33 Teilnehmendenplätze sind Menschen mit einer stoffgebundenen Suchtproblematik, die in Bochum leben und Arbeitslosengeld II beziehen.

Im Zeitraum 2016-17 bestand eine wichtige **konzeptionelle Neuerung** in der Umgestaltung der Unterrichts- und Gruppenangebote, die wir seit 2013 - ebenso wie die Einweisung und Förderplanung - über einen Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein (AVGS) des Jobcenters nach § 45 SGB III finanzieren. In den ersten 10 Jahren unseres Bestehens entschieden die beiden sozialpädagogischen Kräfte auf der Grundlage eines Bildungsgrundlagen-Tests, der in den ersten Wochen der Teilnahme durchgeführt wurde, welche Unterrichtsangebote und -gruppen (Deutsch I und II, Mathematik I und II, EDV Anfänger und Fortgeschrittene) für welche Teilnehmenden sinnvoll erschienen und damit verpflichtend waren. Hinzu kamen später bzw. im weiteren Teilnahmeverlauf „Sozial- und Kommunikationstraining“ sowie Bewerbungstraining bzw. „Perspektiventwicklung“.

Seit dem 1.5.16 stehen neun jeweils 1 bis 2 Unterrichtsstunden dauernde Unterrichts- und Gruppenangebote zur Auswahl, aus denen sich die Teilnehmenden alle 4 Monate selbst ihren „Stundenplan“, der 5 Unterrichtsstunden pro Woche umfassen muss, zusammenstellen. Hintergrund dieser Änderung war die häufig mangelnde oder eingeschränkte Motivation der Teilnehmenden zur Mitarbeit in den vorgegebenen (und für sie seit 2013 unbezahlten) Unterrichten, die sich sowohl in mehr oder weniger „subtilem“ Widerstand einiger Teilnehmer_innen bei der Durchführung der Unterrichte als auch in auffällig häufigen Fehlzeiten mancher Teilnehmenden an den betreffenden Tagen äußerte.

Seit der Änderung ist auf jeden Fall die Teilnahme- und Lernmotivation deutlich besser geworden. Leider kommen nie alle Angebote zustande. Vor allem *Sozial- und Kommunikationstraining*, *Perspektiven entwickeln* und *Soziale + rechtliche Fragen* erhalten im Allgemeinen zu wenig Zuspruch. Die Angebote

müssen jeweils von mindestens 5 bzw. 8 Teilnehmenden angewählt werden, um von uns durchgeführt zu werden. Dagegen erleben die neuen Gruppenangebote *Rückfällen vorbeugen/ Konsum kontrollieren*, *Gehirn-Jogging und Gesundheitsförderung/ Freizeitgestaltung* einen erstaunlich guten Zulauf, vor allem **Gesundheitsförderung**. Dieses Angebot wird gemeinsam von der Gestaltungs-Anleiterin Elwira Fieducik und der sozialpädagogischen Mitarbeiterin Karin Salewski durchgeführt, die im Laufe der vergangenen 2 Jahre ein breites Spektrum an inhaltlichen Themen, Übungen und Aktivitäten behandelt bzw. durchgeführt haben, wie

- gesundheitsbewusste (z.B. „leberfreundliche“) Ernährung/Lebensweise (in Theorie und Praxis),
- Stressbewältigung,
- gezielte Bewegungsübungen bei bzw. zur Vorbeugung von Schulter-, Nacken- und Rückenproblemen,
- diverse Entspannungsübungen,
- Gesundheitsrisiken von bestimmten Medikamenten und Suchtmitteln,
- Außenaktivitäten wie Spaziergänge im Umfeld, Museumsbesuche (Kunstmuseum Bochum, Zeche Hannover, Ruhrmuseum Essen), Mini-golf-Spielen
- u.a.m.



Spaziergang zu den Grummer Teichen



Minigolf in Duisburg-Wedau 13.07.2016

INSAT

wir auf unserem jährlichen Betriebsausflug mit den Teilnehmenden nach Duisburg zur Hafentour, an die 6-Seen-Platte zum Minigolf-Spielen, Grillen usw., im Juli 2017 zum Gasometer Oberhausen in die Ausstellung Wunder der Natur, anschließend gingen wir auf den Grillplatz des Stadtsportbundes am Rhein-Herne-Kanal und schließlich in den Kaisergarten zum Spaziergang.

Im Sommer 2016 gab es gleich 2 Gründe zum Feiern: INSAT bestand seit 10 Jahren (genau gesagt seit dem 1.2.2006) und der Verein Krisenhilfe e.V. Bochum seit 40 Jahren. Dieses Doppeljubiläum begingen wir in einem gemeinsamen großen Fest im Hof des Hauses an der Katharinastraße. Nach den üblichen Begrüßungs- und Festreden gab es ein kleines Bühnenprogramm (Kabarett mit Martin Funda aus Hattingen, Live-Musik mit „Blomquist“ aus Dortmund), ein umfangreiches Büffet, das der Arbeitsbereich „Küche/Hauswirtschaft“ von INSAT zubereitet hatte, und nicht zuletzt viele, viele Gespräche zwischen ehemaligen und gegenwärtigen Krisenhilfe-Mitarbeiter_innen und den zahlreichen Gästen aus befreundeten und mit uns kooperierenden Einrichtungen.

In 2017 fanden mehrere personelle Veränderungen bei INSAT statt: Die erste betrifft einen ehemaligen Teilnehmer aus dem Arbeitsbereich Holzbe-/verarbeitung, der seit dem 1. Mai 17 (bis zunächst zum 31.12.18) im Rahmen des Bundesprogramms Soziale Teilhabe (s.u.) bei uns beschäftigt wird, und zwar mit Sonderaufgaben sowohl im Holz- als auch im EDV-Bereich, für den er sehr gut qualifiziert ist. Unter anderem ist es seine Aufgabe, das Projekt einer Internetseite namens **Gratis in Bochum** voranzutrei-

ben, auf der fortlaufende und einzelne kostenlose und -günstige Angebote und Veranstaltungen in den Bereichen Freizeit, Kultur und Bildung für Bochumer Bürger_innen mit geringem Einkommen zusammengestellt und monatlich aktualisiert werden sollen. Mittlerweile sind die Vorarbeiten ziemlich weit gediehen, so dass wir davon ausgehen, die Website im Sommer dieses Jahres (2018) starten zu können.

Das Bundesprogramm **Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt**, in das wir im Jahr 2016 bereits einen Teilnehmer aus dem Holzbereich weitervermittelt haben, strebt laut der Homepage des Bundesarbeitsministeriums „die Schaffung von Teilhabe für sehr arbeitsmarktferne Personen“ an. Eine der beiden Zielgruppen sind Menschen mit langem Arbeitslosengeld-II-Bezug und gesundheitlichen Einschränkungen, was für etliche unserer Teilnehmenden zutrifft. In den geförderten Arbeitsverhältnissen, die „zusätzlich und wettbewerbsneutral“ sein „und im öffentlichen Interesse liegen“ müssen, erhalten die Beschäftigten den derzeit geltenden Mindeststundenlohn von 8,84 € brutto und können 15, 20, 25 oder 30 Stunden pro Woche arbeiten. Für die Arbeitgeber fallen keine Kosten an. Dieses Programm, an dem sich seit dem Start 2015 mittlerweile 195 Jobcenter, auch dasjenige in Bochum, beteiligen, läuft aber leider Ende 2018 aus.

Unsere **Teilnehmerschaft** besteht zum größten Teil aus langjährig und z.T. mehrfach suchtmittelabhängigen Menschen, die außerdem mehrheitlich nur „brüchige“ Arbeitsbiographien vorweisen können, häufig vorbestraft sind und neben der Suchterkrankung weitere psychische und somatische Erkrankungen



Jubiläumfeier am 25.08.2016

und Einschränkungen aufweisen. Hinzu kommt ein Anstieg des Durchschnittsalters unserer Teilnehmer_innen: In 2016 waren Anfang des Jahres 69% der Teilnehmenden 40-64 Jahre alt, im Dezember sogar über 80%. Die stärkste Altersgruppe war 2016 die der 50- bis 54-Jährigen. In 2017 schwankte der Anteil der über 40-Jährigen zwischen 73 und 80 %, wobei die 35 bis 39-Jährigen auch z.T. stark vertreten waren. Aber wir hatten keine Teilnehmer_innen unter 30.

Dementsprechend schwer sind unsere Teilnehmenden in den 1.Arbeitsmarkt zu vermitteln, wie wir in den 12 Jahren unseres Bestehens immer wieder feststellen mussten. Auf die Schwierigkeiten in der **Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt** weisen auch der hohe Anteil der Teilnahmewiederholer_innen (im Maßnahmezeitraum Mai 2016 - April 2017 64 %, Mai 2017 - April 2018 78 %) hin, die zwischen den Teilnahmezeiträumen im Allgemeinen arbeits- bzw. beschäftigungslos waren, und der hohe Anteil der Teilnahmeabbrüche und -unterbrechungen aus gesundheitlichen (2016/17: 25%, 2017/18: 33%) sowie aus disziplinarischen Gründen (im Allgemeinen zu hohe unentschuldigte Fehlzeiten): 2016/17 36 %, 2017/18 38 %.

Deshalb wäre es gut, wenn es neben den oder statt der Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung, die wir zurzeit fast ausschließlich anbieten können, einen dritten bzw. „sozialen“ Arbeitsmarkt gäbe, über den auch INSAT einen Teil der bisherigen Maßnahmeteilnehmenden (diejenigen, die gut motiviert und in der Lage sind, einer regelmäßigen Beschäftigung nachzugehen, aber zu viele „Handicaps“ aufweisen, um in den 1.Arbeitsmarkt integriert werden zu können) unbefristet beschäftigen könnte.

Die zweite **personelle Veränderung** besteht darin, dass der Gründer und bisherige Projektleiter von INSAT, Olaf Schmitz, zum 1.12.17 zum Geschäftsführer der gesamten Krisenhilfe Bochum (e.V. und gGmbH) ernannt wurde und damit auf die Position von Friedhelm Lemm aufrückte. Beide wurden in einer Veranstaltung im Café der Krisenhilfe am 9.11.17 den geladenen Gästen aus Politik, Verwaltung und befreundeten Einrichtungen gleichzeitig verabschiedet und begrüßt. Die Leitung des Projektes INSAT hat Karin Salewski übernommen, diese seit der Gründung als sozialpädagogische Betreuerin, Dozentin und Stellvertreterin für Olaf Schmitz bei INSAT mitgearbeitet hat. Als zweite sozialpädagogische Kraft wurde Mitte Dezember 2017 der Diplom-Sozialpädagoge Karsten Schütte eingestellt, der über eine langjährige Erfahrung in der Suchthilfe verfügt und bereits Ende der 90er Jahre im niedrighschwelligem Bereich der Krisenhilfe Bochum zunächst als Praktikant, dann einige Jahre als studentischer nebenamtlicher Mitarbeiter tätig war und sein Anerkennungs-jahr in der Drogenberatungsstelle der Krisenhilfe absolviert hat.

In unseren **Arbeitsbereichen** hat sich hinsichtlich der grundsätzlichen Arbeitsinhalte nichts geändert, außer dass die Palette der kunsthandwerklichen Produkte, die im Kreativbereich (z.T. in enger Zusammenarbeit mit dem Holzbereich) hergestellt und überwiegend über die Dawanda-Website vertrieben werden, immer mal wieder leicht verändert wurde. Der Bereich Holzbe- und -verarbeitung hat wieder hauptsächlich Aufträge von Kindergärten und -tagesstätten in Bochum erhalten, die von der Aufarbeitung von Kinderstühlen und der Reparatur von Holzspielzeug, Außenspielgeräten u.ä. bis hin zur Erstellung



Unser Stand auf dem Adventsmarkt der Rudolf-Steiner-Schule

von komplexen Ausstattungsgegenständen reichten und unsere Kapazitäten gerade in 2017 gut auslasteten. Unseren Chamälio-Holzhocker, der in der Holzwerkstatt gebaut und im Kreativbereich vertrieben und verschickt wird, haben wir in 2016 und 2017 in größerer Stückzahl verkaufen können.

Außerdem konnten wir im letzten Jahr unsere kunsthandwerklichen Produkte bei zwei neuen Gelegenheiten anbieten: auf dem Adventsmarkt der Rudolf-Steiner-Schule in Bochum-Langendreer, wo wir wohl auch zukünftig vertreten sein werden, und auf dem Adventsmarkt in einer KiTa („Kinderreich“) in Bochum-Stiepel. Die Zusammenarbeit war jeweils sehr angenehm und erfolgreich.

Die **Kooperation** mit dem Jobcenter Bochum, von dem wir zu 100% finanziert werden, verlief wieder annähernd reibungslos, sowohl was den Kontakt mit der für Träger und Maßnahmen zuständigen Stabsstelle als auch mit den Arbeitsvermittler_innen und Fallmanager_innen angeht, die unsere Teilnehmenden zuweisen, den AVGS ausstellen müssen usw. und mit denen wir auch, wenn es um Weitervermittlungen geht, so eng wie möglich zusammenarbeiten. Im Verlauf der zurückliegenden 2 Jahre haben zudem mehrere Info-Veranstaltungen für neue und interessierte „alte“ Jobcen-

ter-Mitarbeitende aus Arbeitsvermittlung und Fallmanagement bei INSAT stattgefunden.

Ansonsten haben wir uns in verschiedenen Zusammenhängen weiter oder erneut **vernetzt**. So arbeiten wir nicht nur regelmäßig in krisenhilfeinternen Arbeitskreisen (Fitkids, Kooperation mit den niedergelassenen substituierenden Ärzt_innen, Vorbereitung des Drogentoten-Gedenktags am 21. Juli u.a.m.), sondern auch in übergeordneten Bochumer Arbeitskreisen, wie *GPV Arbeit und Beschäftigung* und der *Stadtteilkonferenz Grumme* mit.

Nach der Wiedereinrichtung der *Landeskoordinierungsstelle berufliche und soziale Integration Suchtkranker in NRW*, jetzt in Paderborn ansässig, ist auch der **Arbeitskreis** der unterschiedlichen **Arbeitsprojekte für Abhängigkeitskranke in NRW**, der ursprünglich u.a. von Olaf Schmitz initiiert wurde, wieder zum Leben erwacht, an dem wir uns selbstverständlich wieder beteiligen. Die Koordinierungsstelle hat im Dezember eine schön gestaltete und informative Broschüre („Seitenwechsel. Arbeitskreis der Arbeitsmaßnahmen für Menschen mit Suchterkrankungen in NRW“) herausgebracht, in der auch das Projekt INSAT anschaulich dargestellt wird. Interessierte können sie gerne bei der Landeskoordinierungsstelle anfordern: www.lk-integrationund-sucht-nrw.de

„Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II“



Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erfolgte 2009, also nur 4 Jahre nach der Einführung des SGB II, erstmalig eine umfassende bundesweite Befragung der Grundsicherungsstellen¹ und Einrichtungen der Suchthilfe zur „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II“. Der hierzu vorgelegte Abschlussbericht² formuliert in seinem Fazit eine Reihe von Kriterien guter Praxis zur Betreuung abhängigkeitskranker Menschen durch die Grundsicherungsstellen.

In einer ebenfalls vom BMG beauftragten Wiederholungserhebung überprüfte ein gegenüber 2009 erweitertes Forschungsteam 2016 die aktuelle Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II im Rahmen einer Befragung von insgesamt 408 Jobcentern. Der 2017 vorgelegte Forschungsbericht³ vergleicht dabei die Ergebnisse der Ersterhebung mit den Resultaten der aktuellen Studie, an der sich insgesamt 325 Jobcenter beteiligten. Hierbei wird u.a. die Frage in den Fokus gerückt, inwieweit die sieben Jahre zuvor formulierten Kriterien guter Praxis zwischenzeitlich in den Jobcentern umgesetzt werden.

Die nachfolgende Zusammenfassung gibt einen kurzen Überblick über wesentliche Ergebnisse der Studie anhand der Erhebungsschwerpunkte und der darauf bezogenen Good-Practice-Kriterien⁴:

Aufbauorganisation und strukturelle Rahmenbedingungen der Jobcenter

Kriterien guter Praxis 2009

- (1) Ausreichende personelle Ausstattung, günstiger Betreuungsschlüssel, Vorhandensein der notwendigen zeitlichen Ressourcen, um auf jeden Einzelfall bedarfsgerecht eingehen zu können
- (2) Suchtspezifische Qualifizierung des mit der Betreuung bzw. Integration von Kund/inn/en mit Suchtproblemen befassten Personals, Unterstützung der Fachkräfte durch Supervision und kollegiale Beratung
- (3) Entwicklung eines Fachkonzepts zur Betreuung/Integration von Personen mit Suchtproblemen, Beauftragung einer Fachkraft als Koordinator/in für die fortlaufende Weiterentwicklung des Fachkonzepts

zusammengefasste Ergebnisse

Grundsätzlich gaben die meisten Jobcenter an, für die Lebenslagen und die Bedarfe Suchtkranker sensibilisiert zu sein. Trotzdem wird diese Zielgruppe nur in jedem fünften Jobcenter regelhaft im Fallmanagement bzw. durch spezialisierte Fachkräfte betreut. Eine Betreuung im Rahmen der Arbeitsvermittlung,

die sich an tendenziell arbeitsmarktnahe Personen richtet, ist somit eher die Regel als die Ausnahme.

Die Voraussetzung eines niedrigen Betreuungsschlüssels zur intensiven Betreuung v.a. von Menschen mit mehrfachen Vermittlungshemmnissen ist aber nur in wenigen Jobcentern gegeben: Mehr als 80 % aller Jobcenter überschreiten den für unter 25-Jährige empfohlenen Betreuungsschlüssel von 1:75, wobei gegenüber 2009 zumindest eine grundsätzliche Verbesserung festgestellt werden konnte. Für Menschen über 25 Jahre hat sich das Betreuungsverhältnis gegenüber der Ersterhebung sogar verschlechtert: beinahe zwei Drittel aller Integrationsfachkräfte (Fallmanager_innen und Arbeitsvermittler_innen) sind für mehr als 150 Personen zuständig.

Eine positive Entwicklung zeigte sich dagegen bei der Festlegung von spezialisierten Zuständigkeiten für das Thema Sucht, die sich nicht auf den Einzelfall beziehen. Nur noch 25 % der Jobcenter gaben an, keine spezifisch suchtbezogenen Zuständigkeiten festgelegt zu haben, während dies 2009 noch doppelt so oft der Fall war.



Auch der Anteil der Jobcenter, die ihre Beratungsfachkräfte (überwiegend in Kooperation mit lokalen Suchtberatungsstellen) suchtspezifisch geschult haben, liegt mittlerweile bei über 75 % und damit

deutlich höher als noch acht Jahre zuvor. Trotzdem gaben beinahe zwei Drittel aller Jobcenter an, dass darüber hinaus noch weiterer suchtbezogener Schulungsbedarf besteht. Obwohl aber zusätzliche einzelfallbezogene Supervision oder kollegiale Beratung als eine wichtige Unterstützung für die Berater_innen erachtet wird, ermöglichen deutlich weniger als die Hälfte aller Jobcenter solche Angebote zur Reflexion der Beratungsarbeit. Noch geringer war mit gerade einmal 20 % der Anteil der Jobcenter, die über ein Fachkonzept Sucht mit verschriftlichten und verbindlichen Vorgaben zum Umgang mit suchtkranken Leistungsberechtigten verfügen.

Die Beratung suchtkranker Leistungsberechtigter

Kriterien guter Praxis 2009

(4) frühe Einbeziehung der kooperierenden Suchtberatungsstelle in die inhaltliche Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung und die Hilfeplanung

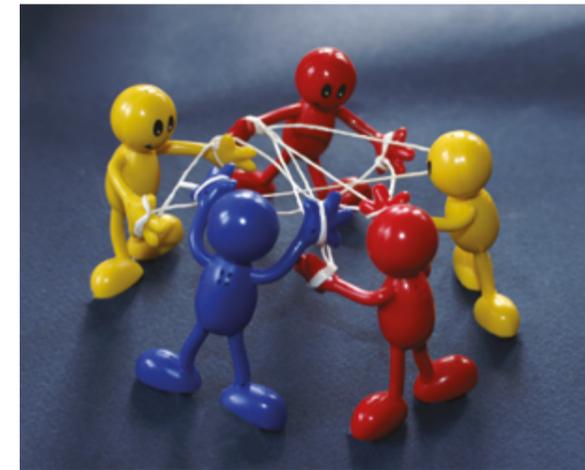
(5) Berücksichtigung eines breiten Indikationsspektrums bei der Zuweisung zur Suchtberatung nach § 16a SGB II

zusammengefasste Ergebnisse

60 % der Jobcenter lassen bereits im Erstgespräch erfragen, ob bei den Leistungsberechtigten ein Suchtproblem vorliegt. Besteht eine entsprechende Vermutung, ist das Einschalten interner oder externer Stellen (ärztlicher oder psychologischer Dienst von Agentur für Arbeit oder Gesundheitsamt) zur Diagnostik beinahe flächendeckend Standard. Gleiches gilt für eine offensive Thematisierung bei Hinweisen auf eine Suchtproblematik im Beratungsprozess.

Wenn Betroffene von sich aus Bedarf anmelden oder wenn die Suchterkrankung ein Vermittlungshemmnis darstellt, werden in den meisten Fällen Suchtberatungsstellen aktiv in den Beratungsprozess einbezogen. Trotzdem ist die Zahl der formalisierten Zuweisungen in Suchtberatung als Eingliederungsleistung nach dem SGB II seit Jahren rückläufig und lag 2015 bei knapp über 10.500 Personen bundesweit. Aller-

dings hatten auch ohne entsprechende Zuweisung mehr als 72.500 Leistungsberechtigte Kontakt zur ambulanten Suchthilfe, wobei deren Expertise bei der Erstellung einer Eingliederungsvereinbarung nur selten einbezogen wird. Auch gemeinsame Fallgespräche zwischen Jobcentern und Suchtberatungsstellen wurden nur von 14 % der Jobcenter regelmäßig und von weiteren rund 50 % in besonderen Fällen geführt.



Organisation von Suchtberatung nach § 16a SGB II

Kriterien guter Praxis 2009

(6) Feststellung des regionalen Bedarfs an sozialen Leistungen/Suchtberatung in Kooperation mit den weiteren Akteuren/ Fachkräften der Suchthilfe

(7) Enge Kooperation mit dem System der Suchtkrankenhilfe, am besten vertraglich geregelt

zusammengefasste Ergebnisse

Die Frage, ob die quantitative Verfügbarkeit von Angeboten der Suchtberatung vor Ort ausreichend ist, bejahten beinahe 60 % aller Jobcenter. Knapp 30 % sahen sich nicht in der Lage, dies zu beurteilen. Wartezeiten zwischen der Zuweisung zu einer Suchtberatungsstelle und dem Beginn der Suchtberatung

sind dabei eher selten und wurden lediglich von 20 % der Jobcenter benannt. Die Quote verbindlicher Regelungen zur Kooperation zwischen Jobcentern und Suchtberatungsstellen liegt dabei aber lediglich bei 45 %, knapp ein Drittel der Jobcenter hatte Leistungsvereinbarungen mit Trägern der Suchthilfe abgeschlossen.

Als positive Effekte einer Suchtberatung erachtet der weit überwiegende Teil der Jobcenter dabei die Förderung einer Therapiebereitschaft sowie eine erhöhte Abstinenzbereitschaft; das Ziel der Abstinenz werde aber nur selten tatsächlich erreicht.

Beschäftigung, Aktivierung, Förderung

Kriterien guter Praxis 2009

(8) Ausstattung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen mit suchtspezifischer Kompetenz (Arbeitsdiagnostik, Belastungsproben), gemeinsame Durchführung von Integrationsmaßnahmen durch Suchtberatungsstellen und Beschäftigungsträger

zusammengefasste Ergebnisse

Etwa die Hälfte aller Jobcenter hält ein spezialisiertes Maßnahmeangebot für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung vor, wobei große Unterschiede zwischen Westdeutschland (42 %) und Ostdeutschland (68 %) deutlich wurden.

Darüber hinaus fördern eine Reihe von Jobcentern Maßnahmen für Langzeitarbeitslose, die auch Bedarfe von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen explizit berücksichtigen. Oftmals waren diese Maßnahmen zunächst für andere Zielgruppen konzipiert, die sich aber durch Merkmale wie Akzeptanzorientierung, die Ausrichtung auf therapeutische Ziele, individuell angepasste Arbeitszeiten und Verbleibdauern, multi-professionell qualifiziertes Personal sowie dem Leistungsvermögen angepasste Anforderungen auch für die Zielgruppe Abhängigkeitskranker eignen.

Grundlage für die Förderung von Maßnahmen, die sich ausschließlich bzw. auch an suchtkranke Personen richten, war dabei in etwa zwei Drittel aller Fälle das Instrument der Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II, die häufiger mit sog. Aktivierungsmaßnahmen nach § 45 SGB II kombiniert werden.

Knapp ein Drittel der Jobcenter hielt zum Erhebungszeitpunkt trotz nachgewiesener Bedeutung für die persönliche Stabilisierung oder die Aufrechterhaltung einer Erwerbsmotivation überhaupt kein entsprechendes Maßnahmeangebot vor.

Die Chancen zur nachhaltigen Integration Suchtkrankender in Arbeit oder Ausbildung wird zwar tendenziell besser als 2009, grundsätzlich aber nach wie vor skeptisch beurteilt: Drei von vier Jobcentern schätzte eine solche Wiedereingliederung als besonders schwierig ein. Zwei von drei Jobcentern bekundeten, dass eine Erwerbsintegration nur in Ausnahmefällen gelinge.

Kooperation in den lokalen Gesundheitssystemen

Kriterien guter Praxis 2009

(9) Beteiligung an lokalen oder regionalen Suchtnetzwerken unterschiedlicher Akteursgruppen

zusammengefasste Ergebnisse

Jobcenter haben sich seit ihrem Bestehen im Laufe der Jahre breit vernetzt und kooperieren zum Thema

Lokale suchbezogene Kooperationen
(in % aller Jobcenter, Mehrfachnennungen)



Sucht mit unterschiedlichsten Akteur_innen in den Kommunen:

Bei mehr als der Hälfte aller Jobcenter bestanden Zuständigkeiten für die Gestaltung der Kooperation mit dem örtlichen Gesundheitssystem und ebenfalls mehr als 50 % der Jobcenter beteiligen sich an regionalen Arbeitskreisen oder Netzwerken Sucht.

Als besonders positive Effekte entsprechender Kooperationen hoben die Jobcenter gegenseitiges Vertrauen und Wertschätzung sowie die kurzen Wege in der alltäglichen Arbeit hervor. Dabei mangelt es aber häufiger an personellen und zeitlichen Ressourcen für eine noch intensivere Pflege solcher Kooperationsstrukturen.

Kooperation der Jobcenter mit Einrichtungen der Suchtrehabilitation

Kriterien guter Praxis 2009

(10) Sicherung von Nahtlosigkeit bei den Übergängen zwischen SGB II-Stelle, Suchtberatungsstelle und Einrichtung der Suchtrehabilitation durch Informationsaustausch und Abstimmung von Maßnahmen

(11) Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation

zusammengefasste Ergebnisse

Die Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und Einrichtungen der medizinischen Suchtrehabilitation erweist sich trotz der zentralen Therapieziele der Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit und der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben nach wie vor als problematisch: Lediglich ein Drittel aller Jobcenter verweist auf gut abgestimmte und gestaltete Übergänge zwischen Therapieeinrichtungen und Jobcentern.

Dabei informieren die Hälfte der Jobcenter die Einrichtungen der Suchtrehabilitation nicht über den laufenden Integrationsprozess. Nur 13 % der

Jobcenter geben konkrete arbeitsbezogene Informationen an die Therapieeinrichtungen weiter und 21 % der Jobcenter erhalten umgekehrt entsprechende Informationen von den Einrichtungen. 39 % aller Jobcenter gaben zudem an, grundsätzlich keine Informationen von der Suchtrehabilitation zu erhalten. Einen regelmäßigen Informationsaustausch mit der Suchtrehabilitation pflegt lediglich jedes zehnte Jobcenter.

Fazit

Die Ergebnisse der vorgestellten Erhebung sowie ergänzender Fallstudien, Expertenworkshops und Literaturlauswertungen führten das Forschungsteam zu dem Fazit, dass die Jobcenter eine wesentliche Rolle in der kommunalen Arbeitsmarktpolitik, aber auch in der Wahrnehmung sozialstaatlicher Aufgaben einnehmen. Gleichwohl herrscht keineswegs Konsens darüber, wie suchtkranke Leistungsberechtigte unterstützt, gefördert, aktiviert und vermittelt werden sollen. Dabei spiegeln sich die vielfältigen Herausforderungen für eine soziale und berufliche Integration abhängigkeitskranker Menschen in den unterschiedlichen Sichtweisen, die bei der Erhebung zutage traten. Eine gute Praxis muss deshalb gerade diese Vielfalt von Haltungen und Ansatzpunkten möglichst umfassend berücksichtigen und personenzentrierte Vorgehensweisen ermöglichen.

Sowohl die Berücksichtigung unterschiedlicher Ziele (Überwindung der Sucht, Integration in Arbeit, Qualifizierung usw.) als auch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure (Jobcenter, Suchthilfesystem, Jugendhilfe, Bildung usw.) ist dabei von großer Bedeutung. „Gute Praxis entsteht dabei immer dann, wenn Ziele geklärt sind, fachliche Standards eingehalten werden sowie alle vorhandenen Möglichkeiten für die Unterstützung der Betroffenen genutzt werden.“⁵

¹ Arbeitsgemeinschaften (ARGEn) und Agenturen für Arbeit mit getrennter Aufgabenwahrnehmung (AAgAw) als Rechtsvorgänger der sog. gemeinsamen Einrichtungen (gE), also der heutigen Jobcenter, sowie kommunale SGB II-Träger

² Henke, Jutta; Henkel, Dieter; Nägele, Barbara; Pagels, Nils; Wagner, Alexandra (2009): Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkrankender ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II. Abschlussbericht. Berlin: BMG.

³ Henke, Jutta; Gabler, Andrea; Nägele, Barbara; Pagels, Nils; Henkel, Dieter; Wagner, Alexandra (2017): Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkrankender Leistungsberechtigter nach dem SGB II. Endbericht. Berlin, Bremen, Frankfurt, Göttingen

⁴ ebd. (Die Kriterien guter Praxis werden aus dem Endbericht zitiert, vgl. S. 160ff.)

⁵ ebd., S. 179



Mit dem FITKIDS Programm Kinder drogenkonsumierender bzw. substituierter Mütter, Väter, Eltern in den Blick nehmen!

Die Lebenssituation von Kindern drogenkonsumierender Mütter/Väter kann durch eine Atmosphäre von Verunsicherung, Chaos, Angst und Gewalt geprägt sein. Nicht selten hat dies gravierende Auswirkungen auf die psychische und physische gesundheitliche Entwicklung der Kinder. Diese Kinder übernehmen

Die Schwerpunkte sind:

1. Die Kinder drogenkonsumierender/ substituierter Mütter/ Väter in den Blick zu nehmen, mit ihnen zu arbeiten und Netzwerke zu knüpfen.
2. Die Weiterentwicklung und Verbreitung des Programms sowie die Begleitung von Einrichtungen in Form eines Standort-Coachings.

Die Krisenhilfe hat von 2013 bis 2017 mit insgesamt zehn Standorttreffen an diesem fachlich begleitetem Coaching teilgenommen. Es ist gelungen, die Kinder genauer in den Blick zu nehmen und allen Mitarbeitenden eine Handlungsanleitung zum Vorgehen bei Kindeswohlgefährdung an die Hand zu geben.

Mit Hilfe von Spenden konnte in 2017 ein Ausflug mit Müttern/Vätern und ihren Kindern an die holländische Nordsee unternommen werden. Eine ähnliche Aktion sollte in Zukunft jedes Jahr ermöglicht werden.

Das erfreulichste Ergebnis ist eine auf den Weg gebrachte Kooperationsvereinbarung mit dem Bochumer Jugendamt. In diesem Konzept ist beschrieben, wie die Zusammenarbeit zwischen der Krisenhilfe und dem Bochumer Jugendamt ausgestaltet ist, um ein gesundes Aufwachen der Kinder drogenkonsumierender/ substituierter Mütter/ Väter in den Fokus zu nehmen und die Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe besser zu unterstützen.

In 2018 ist die öffentliche Bekanntgabe des Konzeptes in Form eines Fachtages geplant. Es wird wechselseitige Informationsveranstaltungen auf der Mitarbeitenebene geben. Wir bedanken uns an dieser Stelle bei den Kolleginnen und Kollegen des Jugendamtes Bochum für die gute Zusammenarbeit.

viel zu früh Verantwortung und erfahren, dass nichts wirklich sicher ist. Sie hüten das Familiengeheimnis „Sucht“ und leben meist isoliert und einsam. Hier setzt das Programm FITKIDS an, um diese Kinder besser in den Blick zu nehmen.

Das Kinderprojekt FITKIDS ist ein Angebot des Vereins „Information und Hilfe in Drogenfragen e.V.“ in Wesel. Das Programm arbeitet nach dem systemischen Ansatz mit dem Ziel, Mütter und Väter in ihrer Elternrolle zu unterstützen.



Vorstellung eines Fitkids-Standes:

KRISENHILFE



Rede und Antwort stand uns Silvia Wilske;
Leitung Krisenhilfe e. V. Bochum

Seit wann ist Ihre Beratungsstelle Fitkids-Standort und was hat sich seitdem verändert?

Die Jugend –und Drogenberatung Krisenhilfe e.V. Bochum ist seit Mai 2013 Fitkids – Standort. Mit der Diskussion um den § 8a KJHG war die Frage nach dem Schutz der Kinder unserer Klientinnen und Klienten auch bei uns eine dringend zu beantwortende geworden. 2010 haben wir einen Leitfaden entwickelt, wie wir beim Verein das Kindeswohl besser in den Blick nehmen können. Doch der Leitfaden allein brachte nicht die Beachtung, die es brauchte. Da haben wir uns gefreut, FITKIDS – Standort zu werden. Die Drogenberatung Wesel hat uns sehr geholfen, einzelne Schritte zu entwickeln und den Blick auf die Kinder bei allen Mitarbeitenden zu implementieren. Es gibt seitdem bei uns eine feste Arbeitsgruppe AK Kindeswohl. Einmal im Monat kommt der Punkt Kinder auf die Tagesordnung jedes Teams; wir führen immer eine aktuelle Liste über die Anzahl der Kinder; wir sind Mitglied im Netzwerk Frühe Hilfen; wir nehmen regelmäßig an der Bochumer Kinderschutz Konferenz teil; wir besprechen das Thema Kindeswohl in dem Arbeitskreis mit den Bochumer Substituierenden Ärzt*innen; wir sind Mitglied im Netzwerk Kinder von suchtkranken Müttern und Vätern, das von Fitkids und der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht, Belle Donna gegründet wurde und wir sind froh, die lange Diskussion darum, ob wir die Klientinnen und Klienten verlieren, wenn wir auf ihre Kinder sehen, endlich los zu sein: wir sehen auf die Kinder!!

Was sind Ihre nächsten Ziele im Standort-Coaching?

Wir sind am Ende des Coachings angekommen und haben nur noch ein Abschluss Treffen. An dieser Stelle schon allerherzlichsten Dank an das Fitkids Team; eure Unterstützung war großartig.

Am 17. Juli fahren wir mit 14 Eltern und 17 Kindern nach Holland an die Nordsee.

Ein Kooperationsvertrag mit dem Jugendamt wird konkret. Ab August gibt es moderierte Treffen auf den unterschiedlichsten Ebenen des Jugendamtes Bochum und der Krisenhilfe e. V. Bochum.

Wir möchten zertifizierter Fitkids –Standort werden und planen eine Veranstaltung zur öffentlichen Zertifikatsübergabe.



Krisenhilfe Bochum:

Die nachfolgende Auswahl von Zahlenmaterial zur Dokumentation unserer Arbeit aus den Jahren 2016 und 2017 entstammt den einrichtungsbezogenen Auswertungen, die das Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) in Hamburg jährlich im Auftrag des Landes NRW auf Grundlage der in unserer Einrichtung erfassten Daten aus dem „Deutschen Kerndatensatz“ erstellt.

Abweichungen zwischen der ausgewiesenen Gesamtheit von Betreuungen durch unsere Einrichtung und nachfolgenden Tabellen ergeben sich zum einen daraus, dass verschiedene Daten erst nach Betreuungsende erfasst werden, während die Betreuungsgesamtheit auch laufende Betreuungen einschließt. Außerdem werden gerade bei Einmalkontakten und Kurzberatungen oftmals nur grundlegende Daten erfasst und weitergehende Informationen nicht abgefragt. Dies mag einfach nachvollziehbar sein vor dem

Hintergrund, dass der bis 2016 angewendete Kerndatensatz alleine 97 Angaben umfasst, der seit 2017 geltende sogar 145.

Die umfangreiche Erweiterung des Deutschen Kerndatensatzes für NRW ab 2017 hat zudem zu flächen deckenden Schwierigkeiten bei der Anwendung geführt, so dass Mitarbeitende möglicherweise nicht in der Lage waren, die geforderten Daten in vollem Umfang zu erfassen bzw. es zu fehlerhaften Angaben kam. Hierdurch erklärt sich auch, dass Werte aus 2017 teilweise deutlich gegenüber dem Vorjahr nach unten abweichen.

Wir haben uns trotzdem entschlossen, Ihnen die vorliegenden Daten aus den beiden Jahren nicht vorzuenthalten, da diese trotz aller Widrigkeiten ein ausreichend realistisches Bild erfolgter Betreuungen widergeben.

Betreuungen von Personen aus dem sozialen Umfeld, differenziert nach Geschlecht

2016	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
keine Angaben	3	100%	0	0%	3	100%
Eigene Problematik	810	83%	170	17%	980	100%
Problematik von Personen im sozialen Umfeld	23	26%	64	74%	87	100%
Gesamt	836	78%	234	22%	1.070	100%

2017	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
keine Angaben	52	90%	6	10%	58	100%
Eigene Problematik	743	80%	190	20%	933	100%
Problematik von Personen im sozialen Umfeld	21	31%	47	69%	68	100%
Sonstiges	13	76%	4	24%	17	100%
Gesamt	829	77%	247	23%	1.076	100%

Zahlen & Daten

Abgeschlossene Betreuungen und Kontakte gruppiert, differenziert nach Geschlecht

2016	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1	150	31%	48	41%	198	33%
2 bis 5	120	25%	28	24%	148	25%
6 bis 10	108	23%	16	14%	124	21%
11 bis 29	72	15%	15	13%	87	15%
30 und mehr	28	6%	11	9%	39	7%
Gesamt	478	100%	118	100%	596	100%

2017	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1	188	36%	41	40%	229	37%
2 bis 5	110	21%	18	18%	128	20%
6 bis 10	101	19%	17	17%	118	19%
11 bis 29	83	16%	20	20%	103	16%
30 und mehr	43	8%	6	6%	49	8%
Gesamt	525	100%	102	100%	627	100%

Betreuungen in Altersgruppen, differenziert nach Geschlecht

2016	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
unter 15 Jahre	6	1%	2	1%	8	1%
15 bis unter 18	44	7%	7	4%	51	6%
18 bis unter 20	43	7%	12	7%	55	7%
20 bis unter 25	82	12%	15	9%	97	12%
25 bis unter 30	89	14%	24	15%	113	14%
30 bis unter 35	99	15%	44	27%	143	17%
35 bis unter 40	87	13%	26	16%	113	14%
40 bis unter 45	88	13%	14	8%	102	12%
45 bis unter 50	41	6%	7	4%	48	6%
50 bis unter 55	54	8%	12	7%	66	8%
55 bis unter 60	18	3%	1	1%	19	2%
60 und älter	7	1%	1	1%	8	1%
Gesamt	658	100%	165	100%	823	100%

Vermittlung der Betreuungen, differenziert nach Geschlecht

2017	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
unter 15 Jahre	11	1%	2	1%	13	1%
15 bis unter 18	88	11%	9	5%	97	10%
18 bis unter 20	68	8%	12	7%	80	8%
20 bis unter 25	87	11%	17	10%	104	11%
25 bis unter 30	98	12%	21	13%	119	12%
30 bis unter 35	94	12%	33	20%	127	13%
35 bis unter 40	106	13%	23	14%	129	13%
40 bis unter 45	98	12%	20	12%	118	12%
45 bis unter 50	62	8%	13	8%	75	8%
50 bis unter 55	56	7%	9	5%	65	7%
55 bis unter 60	31	4%	6	4%	37	4%
60 und älter	7	1%	1	1%	8	1%
Gesamt	806	100%	166	100%	972	100%

Kostenträger für die Betreuungen, differenziert nach Geschlecht

2016	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Pauschal/ institutionell finanziert	549	90%	138	96%	687	91%
Selbstzahler	2	0%	2	1%	4	1%
Rentenversicherung	14	2%	2	1%	16	2%
Krankenversicherung	92	15%	20	14%	112	15%
Sozialhilfe	6	1%	0	0%	6	1%
Jugendhilfe	211	3%	0	0%	20	3%
Arbeitsagenturen, Jobcenter	59	10%	14	10%	73	10%
Sonstiges	16	3%	1	1%	17	2%
Gesamt	607	100%	144	100%	751	100%

2017	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Pauschal/ institutionell finanziert	527	90%	116	96%	643	91%
Selbstzahler	0	0%	2	2%	2	0%
Rentenversicherung	10	2%	0	0%	10	1%
Krankenversicherung	109	19%	27	22%	136	19%
Sozialhilfe	13	2%	2	2%	15	2%
Jugendhilfe	2	0%	1	1%	3	0%
Arbeitsagenturen, Jobcenter	49	8%	11	9%	60	9%
Sonstiges	32	5%	1	1%	33	5%
Gesamt	583	100%	121	100%	704	100%

2016	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Keine/ Selbstmelder_in	308	51%	81	56%	389	52%
Familie	30	5%	7	5%	37	5%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	5	1%	0	0%	5	1%
Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	55	9%	9	6%	64	9%
Niedrigschwellige Einrichtung	13	2%	0	0%	13	2%
Suchtberatungs- und/ oder -behandlungsstelle, Fachambulanz	15	2%	4	3%	19	3%
Institutsambulanz	0	0%	1	1%	1	0%
Ambulantes betreutes Wohnen	7	1%	3	2%	10	1%
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	2	0%	1	1%	3	0%
Krankenhaus/ Krankenhausabteilung	11	2%	4	3%	15	2%
Stationäre Rehabilitationseinrichtung	10	2%	2	1%	12	2%
Sozialdienst JVA/ Maßregelvollzug	10	2%	0	0%	10	1%
Einrichtung der Jugendhilfe/ Jugendamt	29	5%	12	8%	41	5%
Arbeitsagentur, Jobcenter	52	9%	14	10%	66	9%
Straßenverkehrsbehörde/ Führerscheinstelle	1	0%	0	0%	1	0%
Justizbehörden/ Bewährungshilfe	52	9%	1	1%	53	7%
Kosten-, Leistungsträger	2	0%	1	1%	3	0%
Sonstige	5	1%	4	3%	9	1%
Gesamt	607	100%	144	100%	751	100%

2017	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Keine/ Selbstmelder_in	285	52%	72	63%	357	54%
Soziales Umfeld	24	4%	8	7%	32	5%
Selbsthilfe	2	0%	0	0%	2	0%
Arbeitgeber/ Betrieb/ Schule	3	1%	0	0%	3	0%
Ärztliche Praxis	23	4%	3	3%	26	4%
Psychotherapeutische Praxis	0	0%	1	1%	1	0%
Allgemeines Krankenhaus	5	1%	1	1%	6	1%
Einrichtung der Akutbehandlung	2	0%	0	0%	2	0%
Psychiatrisches Krankenhaus	5	1%	0	0%	5	1%
Ambulante Suchthilfeeinrichtung	18	3%	2	2%	20	3%
Stationäre Suchthilfeeinrichtung (Rehabilitation, Adaption)	14	3%	2	2%	16	2%
Soziotherapeutische Einrichtung	3	1%	2	2%	5	1%

Fortsetzung Tabelle "Vermittlung der Betreuungen, differenziert nach Geschlecht 2017"

2017	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anderer Beratungsdienst (z.B. Ehe-/Familien-/ Erziehungsbberatung, Sozialpsychiatr. Dienst)	2	0%	0	0%	2	0%
Einrichtung der Jugendhilfe	3	1%	2	2%	5	1%
Jugendamt	44	8%	1	1%	45	7%
Agentur für Arbeit/ Jobcenter	45	8%	10	9%	55	8%
Polizei/ Justiz/ Bewährungshilfe	59	11%	4	4%	63	10%
Kosten-/ Leistungsträger	3	1%	0	0%	3	0%
Sonstige Einrichtung/ Institution	4	1%	6	5%	10	2%
Gesamt	544	100%	114	100%	658	100%

Lebenssituation bei Betreuungsbeginn, differenziert nach Geschlecht

2016	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
alleinlebend	337	56%	75	52%	412	55%
mit Elternteil	127	21%	13	9%	140	19%
mit Kindern	2	0%	19	13%	21	3%
mit Partner_in	59	10%	17	12%	76	10%
mit Partner_in und mit Kindern	34	6%	10	7%	44	6%
mit Freunden/ Bekannten	18	3%	3	2%	21	3%
mit sonstigen Personen	29	5%	7	5%	36	5%
Gesamt	606	100%	144	100%	750	100%

2017	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
alleinlebend	324	59%	56	48%	380	57%
mit Elternteil	100	18%	12	10%	112	17%
mit Kindern	5	1%	21	18%	26	4%
mit Partner_in	44	8%	14	12%	58	9%
mit Partner_in und mit Kindern	39	7%	7	6%	46	7%
mit sonstigen Bezugspersonen	9	2%	2	2%	11	2%
mit sonstigen Personen	26	5%	3	3%	29	4%
nicht alleinlebend, weitere Angabe fehlt	5	1%	1	1%	6	1%
Gesamt	552	100%	116	100%	668	100%

Anzahl der eigenen Kinder im Haushalt unter 18 Jahren bei Betreuungsbeginn, differenziert nach Geschlecht

2016	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
kein Kind	554	94%	117	82%	671	92%
ein Kind	23	4%	22	15%	45	6%
zwei Kinder	9	2%	4	3%	13	2%
drei Kinder	4	1%	0	0%	4	1%
Gesamt	590	100%	143	100%	733	100%

2017	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
kein Kind	278	67%	42	44%	320	63%
ein Kind	69	17%	23	24%	92	18%
zwei Kinder	44	11%	19	20%	63	12%
drei Kinder	17	4%	4	4%	21	4%
mehr als drei Kinder	4	1%	8	8%	12	2%
Gesamt	412	100%	96	100%	508	100%

Migrationshintergrund (Mehrfachantworten), differenziert nach Geschlecht

2016	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Klient ist selbst migriert	115	19%	20	14%	135	18%
Klient ist als Kind von Migrant_innen geboren	110	18%	20	14%	130	17%
kein Migrationshintergrund	410	68%	110	76%	520	70%
Gesamt	599	100%	144	100%	743	100%

2017	männlich		weiblich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Klient ist selbst migriert	97	21%	12	11%	109	19%
Klient ist als Kind von Migrant_innen geboren	54	12%	7	7%	61	11%
kein Migrationshintergrund	310	67%	86	82%	396	70%
Gesamt	461	100%	105	100%	566	100%

KONTAKT

Krisenhilfe e.V. Bochum



www.krisenhilfe-bochum.de

Geschäftsstelle/ Verwaltung

Viktoriastr. 67, 44787 Bochum

Tel.: 0234/964780, FAX: 0234 / 8906906

E-Mail: info@krisenhilfe-bochum.de

Erreichbarkeit: Mo – Fr 9:00 Uhr – 16:00 Uhr

Niedrigschwellige Angebote

Viktoriastr. 67, 44787 Bochum

Tel.: 0234 – 9647816, FAX: 0234 – 15179

E-Mail: cafe@krisenhilfe-bochum.de

Öffnungszeiten: Mo. – Fr. 9:00 – 13:00 Uhr

Methadonambulanz

Viktoriastr. 67, 44787 Bochum

Tel.: 0234 – 9647822, FAX: 0234 – 17603

E-Mail: methadonambulanz@krisenhilfe-bochum.de

Bürozeiten: 8:00 – 16:00 Uhr

Vergabezeiten: Mo. – Fr. 8:00 – 10:30 Uhr
und 14:30 – 15:30 Uhr (für Berufstätige
zusätzliche Zeiten nach Absprache)

Erreichbarkeit: Sa. So. Feiertags 9:30 – 10:30 Uhr

Drogenberatungsstelle

Katharinastr. 5-7, 44793 Bochum

Tel.: 0234 – 5479433, FAX: 0234 – 5479434

drogenberatung@krisenhilfe-bochum.de

Offene Sprechstunden:

montags: 14:00 – 15:00 Uhr, mittwochs 17:00 – 18:00 Uhr,
freitags 14:00 – 15:00 Uhr.

Weitere Termine nach Vereinbarung

Erreichbarkeit: Mo. – Do. 9:00 – 17:00 Uhr,

Mi. 10:00 – 14:00 Uhr geschlossen,

Fr. 9:00 – 15:00 Uhr

inechtzeit

Fachstelle für Suchtvorbeugung

Katharinastr. 5-7, 44793 Bochum

Tel.: 0234 – 2399409, FAX: 0234 – 3387226

suchtvorbeugung@inechtzeit.net

Termine nach Vereinbarung

inechtzeit

Beratungsstelle für Cannabis und synthetische Drogen

Katharinastr. 5-7, 44793 Bochum

Tel.: 0234 – 309438, FAX: 0234 – 3253905

info@inechtzeit.net

Offene Sprechstunde: dienstags 16:00 – 17:00 Uhr,
donnerstags 15:00 – 16:00 Uhr

weitere Termine nach Vereinbarung

Erreichbarkeit: Mo. – Do. 9:00 – 17:00 Uhr,
Mi. 12:00 – 15:00 geschlossen, Fr. 9:00 – 15:00 Uhr

Ambulant Betreutes Wohnen

Katharinastr. 5-7, 44793 Bochum

Tel.: 0234 – 3884141, FAX: 0234 – 5479434

bewo@krisenhilfe-bochum.de

Termine nach Vereinbarung

INSAT

Individuelle Schritte in Arbeit

Hiltroper Str. 258 und 272a,

44805 Bochum-Grumme

Tel.: 0234 – 7772462, FAX: 0234 – 7772464

insat@krisenhilfe-bochum.de

Betriebszeiten/ Erreichbarkeit:

Mo. – Fr. 8:30 – 16:30 Uhr



BILDNACHWEIS

(Seite 37) Nandhu Kumar / pexels.com

(Seite 38) Maren Beßler / pixelio.de

(Seite 45) www.helenesouza.com / pixelio.de

(Seite 46) Stephanie Hofschlaeger / pixelio.de

(Seite 54) Karin Jung / pixelio.de

(Seite 55) Stephanie Hofschlaeger / pixelio.de

(Seite 57) Dr. Klaus-Uwe Gerhardt / pixelio.de

KRISEN**HILFE**SIRK

Bochum

