

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	Seite	3
2. Arbeitsgrundlagen der Beratungsstelle	Seite	4
3. Erfahrungsbericht	Seite	5
4. „Alles unter einem Dach“	Seite	7
5. Hilfe sofort	Seite	8
6. Alkohol in der Familie ein Problem für Kinder	Seite	9
7. Sucht und Arbeit	Seite	10
8. Vernetzung	Seite	11
9. Fachstelle für psychosoziale Betreuung von substituierten Drogenabhängigen / Fachberatung Substitution	Seite	12
10. Kooperationsauftrag der Fachstelle	Seite	11
11. Statistik insgesamt	Seite	15
Tabelle 1: Drogensymptomatik	Seite	15
Tabelle 2: Anonyme Kontakte	Seite	16
Tabelle 3: Altersgruppierung I	Seite	16
Tabelle 4: Altersgruppierung II	Seite	17
Tabelle 5: Alter und Geschlecht	Seite	17
Tabelle 6: Berufliche Stellung bei Aufnahme 2004	Seite	18
Tabelle 7: Berufliche Stellung bei Aufnahme 2005	Seite	18
Tabelle 8: SGB Empfänger 2005	Seite	19
Tabelle 9: Zugang zur Beratung	Seite	19
Tabelle 10: Wohnort	Seite	20
Tabelle 11: Neuzugänge	Seite	21
Tabelle 12: Abgeschlossene Klienten: Art der Beendigung	Seite	21
Tabelle 13: Abgeschlossene Klienten: Berufliche Integration 2004	Seite	22
Tabelle 14: Abgeschlossene Klienten: Berufliche Integration 2005	Seite	22
Tabelle 15: Abgeschlossene Klienten: Konsumstatus	Seite	23
12. Statistik Fachstelle für psychosoziale Betreuung von substituierten Drogenabhängigen/Fachberatung Substitution	Seite	24
Tabelle 16: Suchtsymptomatik	Seite	24
Tabelle 17: Altersgruppierung	Seite	24
Tabelle 18: Geschlecht	Seite	24
Tabelle 19: Berufliche Stellung bei Aufnahme 2004	Seite	25
Tabelle 20: Berufliche Stellung bei Aufnahme 2005	Seite	25

Tabelle 21: SGB Empfänger 2005	Seite	26
Tabelle 22: Zugang zur PSB	Seite	26
Tabelle 23: Wohnort	Seite	26
Tabelle 24: Abgeschlossene Klienten: Art der Beendigung	Seite	27
Tabelle 25: Abgeschlossene Klienten: Berufliche Integration 2004	Seite	27
Tabelle 26: Abgeschlossene Klienten: Berufliche Integration 2005	Seite	28
Tabelle 27: Abgeschlossene Klienten: Konsumstatus	Seite	28
Mitarbeiter/innen der Beratungsstelle	Seite	29

1. Vorwort

In dem hier vorgelegten Suchtbericht 2005 wird über die Arbeit der **Sucht- und Drogenberatungsstelle** und der **Fachstelle für psychosoziale Betreuung von substituierten Opiat-abhängigen/Fachberatung Substitution** (im Folgenden kurz **Fachstelle Substitution** genannt) informiert.

Das gleichfalls bei der AWO West-Münsterland angesiedelte **Betreute Wohnen für Suchtkranke** hat seine Arbeit in einen eigenen Jahresbericht vorgestellt.

Inhaltlich stellt dieser Suchtbericht Arbeitsgrundlagen der Beratungsstelle dar, veranschaulicht an einem Fallbeispiel die Entwicklung eines Klienten im Laufe eines Beratungsprozesses, informiert allgemein verständlich über einzelne Arbeitsgebiete der Suchtberatung unter speziellen Gesichtspunkten und im Aufgabengebiet der Fachstelle Substitution wird über die Hintergründe des Entstehens der Substitutionsambulanz der Klinik am Schlossgarten in der Räumen der Sucht- und Drogenberatungsstelle der AWO West-Münsterland berichtet. In dem ausführlichen Statistikeilteil am Schluss des Suchtberichtes werden Zahlen aus den Jahren 2004 und 2005 für den Suchtbereich insgesamt und speziell für die Fachstelle Substitution dargestellt und kurz kommentiert.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit ist mit dem Begriff Klient im folgenden Text sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint.

2. Arbeitsgrundlagen der Beratungsstelle

Psychoaktive Substanzen wurden zu allen Zeiten konsumiert. Heute besteht das größte Angebot aller Zeiten. Traditionell war der Gebrauch auf wenige Situationen und Rituale beschränkt. Inzwischen sind diese Grenzen weit überschritten. Neben dem akzeptierten Gebrauch sind schädliche und süchtige Muster zu einer Volkskrankheit geworden – mit enormen individuellen und gesellschaftlichen Belastungen.

- Sucht ist eine Krankheit
- Sucht ist multifaktoriell bedingt: individuelle- (Person), gesellschaftliche- (Umwelt) und suchtmittelspezifische- (Substanz) Faktoren wirken bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung zusammen
- Kein Mensch wird von einem auf den anderen Tag süchtig. Jede Sucht nimmt eine längere Entwicklung, die oftmals in der frühen Kindheit beginnt. Die oben genannten Faktoren können so zusammen wirken, dass ein Ausweichen in Verhaltensweisen die zur Sucht führen, den Betroffenen als einzig mögliche Konsequenz erscheint.
- Sucht ist eine chronisch verlaufende Erkrankung. Rückfälle sind Bestandteil des Krankheitsbildes.
- Sucht ist häufig mit anderen Erkrankungen und psychosozialen Belastungen verbunden: mit seelischen Störungen im Vorfeld, körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen, mit sozialer Ausgrenzung, Kriminalität etc.
- Sucht dauert in der Regel ein Leben lang. Suchtkranke können aber lernen, mit ihrer Abhängigkeit umzugehen und ein weitgehend normales Leben zu führen. Einschränkungen bleiben in der Regel jedoch erhalten.

Die AWO Sucht- und Drogenberatungsstelle setzt sich dafür ein,

- die Verfügbarkeit von Substanzen einzuschränken, besonders wenn erhebliche Suchtgefahren vorliegen.
- die Menschen zu befähigen, Grenzen einzuhalten und schädliche Abhängigkeiten zu vermeiden.

Wir unterstützen Menschen Hilfen in der Sucht und aus der Sucht zu finden und eine Suchtentwicklung zu vermeiden. Suchtkranke sollen möglichst rasch das Beratungsangebot nutzen. Neben den motivierenden und stabilisierenden Angeboten hat der Bereich der Nachsorge eine besondere Bedeutung. So ist stets der Umgang mit Rückfällen zu berücksichtigen. Rückfälle gehören zur Sucht und die Vorbeugung von Rückfällen während und nach der Suchtbehandlung sind wesentliche Bestandteile des Beratungsangebotes.

Letztlich muss in jedem Einzelfall für den unmittelbar Betroffenen und seine Familie eine individuelle Kombination von Methoden und Beratungsangeboten entwickelt werden. Ziel hierbei ist die Stabilisierung, Substanzreduzierung und letztendlich die Suchtmittelfreiheit.

3. Erfahrungsbericht

An dieser Stelle soll über den Beratungsverlauf bei dem 43 jährigen alkoholkranken Herrn M. berichtet werden, der aufgrund seiner sozialen Integration noch günstigere Voraussetzungen als viele andere Klienten der Beratungsstelle hat.

Vorgeschichte

Herr M. ist heute 43 Jahre alt. Während seiner Kindheit erlebte er die beruflich stark engagierten Eltern als „distanziert“ und selten verfügbar. Sein Vater war Architekt und er hatte wenig persönliche Beziehungen zu seinem Sohn aufbauen können. Die Mutter des Klienten war ebenfalls berufstätig. Als der Klient 14 Jahre alt war, kam es zur Trennung der Eltern. Von seinen vier Jahren älteren Bruder fühlte der Klient sich oft übervorteilt und bevormundet, „gedemütigt und verletzt“. Im Zusammenhang mit diesem enttäuschenden Beziehungserleben zog sich Herr M. im Lauf der Jahre mehr und mehr zurück und beschäftigte sich viel alleine. So hatte er in seiner Kindheit und Jugendzeit wenig Kontakt zu Gleichaltrigen. Er beschäftigte sich viel mit seinem Hund.

Der Klient wurde normal eingeschult, besuchte die Realschule und begann danach eine Lehre als Fernmeldemechaniker, die er auch abschloss. Mit 23 Jahren heiratete er seine „erste große Liebe“. Mit seiner drei Jahre jüngeren Ehefrau hat der Klient zwei Kinder. Seinen Arbeitsplatz verlor er in Folge seines Alkoholkonsums. Nach längerer Arbeitslosigkeit arbeitete er in einer Produktionsfirma unter seiner Qualifikation. Betriebsbedingt kam es nach wenigen Monaten erneut zu einem Arbeitsplatzverlust.

Er berichtete dass er schon nach seiner Lehre in Gesellschaft mehr getrunken habe als andere. Teilweise habe er damit Kontaktschwierigkeiten überspielen wollen. Sein Alkoholkonsum habe sich langsam und fast unmerklich gesteigert. Er habe die Erfahrung gemacht, dass unter Alkoholkonsum innere Spannungen nachlassen und dass er sich ausgeglichener fühlte. Schließlich habe er auch Korn getrunken und seinen Alkoholkonsum versteckt.

Lange Zeit habe seine Umgebung dies mitgetragen. So habe ihn beispielsweise seine Frau am Arbeitsplatz entschuldigt, wenn er aufgrund seines Alkoholkonsums nicht arbeiten konnte. Auch Kollegen, die seine Schwierigkeiten mitbekommen haben, haben ihn bei Vorgesetzten „geschützt“. Schon damals habe er mehrere „Selbstheilungsversuche“ unternommen. So habe er versucht nicht vormittags zu trinken, teilweise nur an Wochenenden zu trinken. Dies sei jedoch immer nach sehr kurzer Zeit gescheitert. Wenn er morgens nicht getrunken habe, habe er starkes Zittern der Hände und Brechreiz verspürt.

Schließlich sei er wegen Alkohol im Straßenverkehr auffällig geworden und ihm wäre der Führerschein entzogen worden. Kurze Zeit später habe er auch seinen Arbeitsplatz verloren. Seine Frau habe ihn lange Zeit abgeschirmt, wenn die Familie Besuch hatte. Er sei jedoch nie aggressiv geworden sondern habe sich meistens zurückgezogen um in Ruhe trinken zu können. Er habe immer mehr an Interessensgebieten verloren und schließlich habe sich alles nur noch um den Alkohol gedreht.

Verlauf der Beratung

Der Klient nahm auf Vermittlung seiner Ehefrau Kontakt zur Sucht- und Drogenberatungsstelle auf. Anfänglich verharmloste er sein Alkoholproblem und betonte seine Herkunft aus einer Architektenfamilie.

Nach mehreren Einzelgesprächen nahm Herr M. mit seiner Ehefrau gemeinsam einmal wöchentlich an einer Selbsthilfegruppe teil. In den Beratungsgesprächen konnte er sich nach einiger Zeit als alkoholabhängig akzeptieren. Der Klient begab sich dann in eine sechswöchige Entgiftungsbehandlung. Nach dieser Zeit besuchte er weiterhin die Gruppe und hielt Kontakt zu seinem Berater. Nach drei Wochen abstinenter Lebensweise unternahm er einen Versuch „kontrolliert“ zu trinken.

Nach kurzer Zeit erreichte Herr M. wieder seine alte Trinkmenge und trank schon morgens Korn. Diesen Rückfall erlebte er als persönliche Niederlage und es fiel ihm schwer in der Gruppe darüber zu sprechen. Seine Frau, die zwischenzeitlich auf eine Verhaltensveränderung bei Ihrem Mann gehofft hatte, zog sich stark von ihm zurück. Herr M. entschloss sich dann zu einer viermonatigen Therapie in einer Fachklinik.

Nach der Antragsstellung des Beraters vergingen noch drei Wochen, ehe die Kostenzusage des Rentenversicherungsträgers vorlag, ein Therapieplatz frei wurde und Herr M. tatsächlich die Therapie antreten konnte. Die Ehefrau des Klienten nahm am Angehörigenseminar in der Therapieeinrichtung teil. Der Klient schloss diese viermonatige Therapie regulär ab und wurde mit „günstiger Prognose“ entlassen. Nach dem Abschluss der Therapie nahm Herr M. wieder Kontakt zu seinem Berater und der Gruppe auf, die noch in ähnlicher Mitgliederzusammensetzung bestand.

Anfänglich wirkte der Klient in den Beratungsgesprächen sehr euphorisch und fühlte sich in Bezug auf einen Rückfall sehr sicher. Herr M. wollte sich beruflich als Ich-AG selbständig machen, in einem Bereich, in dem er wenig Vorerfahrung hatte. Während vor der Therapie seine Ehefrau die familiären Angelegenheiten wie Behördengänge, Außenkontakte, Kindererziehung usw., überwiegend allein erledigt hatte, kümmerte sich Herr M. wieder um seine persönlichen und familiären Angelegenheiten. Dies führte jedoch zu Ehekonflikten, da es zu einer völlig neuen Rollenverteilung kam.

In den Beratungsgesprächen setzte sich der Klient mit seinen Schuldgefühlen gegenüber seinen Kindern auseinander, die er in seiner Trinkphase vernachlässigt hatte. Ein halbes Jahr nach der Therapie berichtete Herr M., dass er häufig knapp einem Rückfall entgangen sei. Er war teilweise verunsichert, dass er auch nach einer stationären Therapie an einigen Stellen immer wieder Verlangen nach Alkohol hatte. Zu einem Rückfall kam es jedoch nicht. Ein Jahr nach der Therapie berichtete Herr M. nicht mehr das Gefühl zu haben, gegen den Alkohol ankämpfen zu müssen. Er könne sich als Alkoholiker akzeptieren und fühle sich deswegen nicht mehr minderwertig.

Es konnte eine berufliche Reintegration erreicht werden. Herr M. gelang es nach der vorübergehenden Beschäftigung in einer Zeitarbeitsfirma einen Arbeitsplatz im technischen Dienst eines größeren Unternehmens in Coesfeld zu finden.

Heute besucht Herr M. noch weiterhin eine Selbsthilfegruppe von Alkoholabhängigen. Zu einigen Gruppenmitgliedern hat er auch außerhalb der Gruppenstunden privaten Kontakt.

Personalien und Daten in diesem Bericht wurden verändert und der Klient ist mit der Darstellung im Jahresbericht einverstanden.

4.



„Alles unter einem Dach“

Seit über zwanzig Jahren ist die Arbeiterwohlfahrt für die Menschen im Kreis Coesfeld kompetenter Ansprechpartner in Fragen der Suchtkrankenhilfe. Bedarfsorientiert wird das Angebot stetig weiterentwickelt und optimiert. Wichtige „Bausteine“ der Suchtkrankenhilfe sind in den letzten Jahren hinzugekommen und haben sich als notwendige Ergänzungen bewährt.

Fachstelle Substitution

- leistet die gesetzlich vorgeschriebene psychosoziale Betreuung substituierter Opiatabhängiger für den Kreis Coesfeld
- sichert die qualifizierte medikamentengestützte Behandlung
- berät und unterstützt substituierende Ärzte
- leistet durch zentrale Fachlichkeit die Informationskoordination und Weiterleitung an beteiligte Einrichtungen u. Ämter

Migrantenbetreuung

in Zusammenarbeit mit dem Jugendmigrationsdienst

- 20% der Klienten sind Menschen mit Migrationshintergrund;
- Migration ist ein Lebensereignis mit hoher Belastung für den Menschen und damit einem erhöhten Risiko sich an ein Suchtmittel zu binden

Sie haben viele Ideen was Sie verändern möchten, wissen aber nicht wie Sie es anfangen sollen?

Sie kommen in Ihrer eigenen Wohnung nicht mehr alleine klar, möchten aber auf keinen Fall in eine Einrichtung?

Sie wünschen sich tragfähige soziale Kontakte, aber irgendwie geht das immer schief?

Die AWO bietet:

**ambulantes
Betreutes Wohnen**
für chronisch mehrfach
geschädigte
suchtkranke Menschen
im Kreis Coesfeld

Die AWO Sucht- und Drogenberatung bietet:

- **Beratung** für Betroffene, Angehörige, Freunde und Kollegen, Arbeitgeber
- **Betreuung** zur Stabilisierung der Klienten und Stärkung ihrer Selbstheilungskräfte
- **Vorbereitung auf stationäre Therapie**
- **Krisenintervention** schnelle Hilfe zur Vermeidung von Kurzschlusshandlungen
- **Nachsorge** zur Unterstützung nach Beendigung einer Therapie
- **Aufbau und Unterstützung von Selbsthilfegruppen**
- **Prävention** durch Veranstaltungen in Schulen und Betrieben
- **Öffentlichkeitsarbeit**, fachliche Stellungnahme zum Abbau von Stigmatisierung
- aktiver Beitrag zur **Vernetzung** und **Weiterentwicklung** einer modernen, bedarfsorientierten Suchtkrankenhilfe im Kreis Coesfeld

5. Hilfe sofort

Die Suchterkrankung ist ein langwieriger schleichender Prozess.

Ein Leben ohne Suchtmittel ist für die Betroffenen nur schwer vorstellbar.

Die Vorstellung, ohne Suchtmittel zu leben, macht Abhängigen Angst.

Besteht nun aber eine Veränderungsbereitschaft beim Abhängigen

so ist schnelle und flexible

Hilfe entscheidend.

Dies sicherzustellen ist eine

Prämisse der Arbeit der Sucht- und

Drogenberatungsstelle.

Das Bundessozialgericht erkannte 1986, dass es sich bei der Sucht um einen „objektiv fassbaren Zustand“ des Körpers und des Geistes handelt, „der von der Norm abweicht und der durch eine Heilbehandlung behoben, gelindert oder zumindest vor einer drohenden Verschlimmerung bewahrt werden kann.“

Beratung ist kein einmaliges Gespräch sondern Begleitung für längere Zeit. Zunächst geht es in der „Kontakt- und Motivierungsphase“ um die Frage, welches Hilfeangebot der/dem Ratsuchenden am besten entspricht.

Hat sich die Suchterkrankung bereits sehr stark manifestiert und weist sich die persönliche und soziale Situation als völlig festgefahren, dann gilt es die/den Betroffene/n schnell und unbürokratisch in eine stationäre Langzeittherapie zu vermitteln. Diese Forderung zu erfüllen, ist ein wichtiges Anliegen der Mitarbeiter/innen der AWO West-Münsterland.

Die AWO Sucht- und Drogenberatung

- **bietet eine kurzfristige Terminvergabe**
- **bietet flexible Öffnungszeiten**
- **gewährleistet Anonymität**
- **ist zur Verschwiegenheit verpflichtet**

6. Alkohol in der Familie ein Problem für Kinder

Besonders schwierig ist die Situation für Kinder von Alkoholabhängigen.

Zu früh übernehmen sie eine Verantwortung, die sie nicht tragen können, glauben oft sogar, Schuld am Trinken des Elternteils zu sein.

Ob sie zusätzliche Leistung bringen z.B. für den alkoholabhängigen Elternteil „einspringen“, indem sie helfen den anderen Partner zu trösten, oder den Clown spielen, ob sie aggressiv reagieren oder überangepasst.

Sie strengen sich häufig unbewusst enorm an, den alkoholabhängigen Elternteil und den Partner zu schützen. Gleichzeitig leiden sie stark unter der Unberechenbarkeit der Situation und darunter, mit niemand offen über ihre Sorgen sprechen zu können.

Jährlich werden in Deutschland schätzungsweise mehr als 2.200 alkoholgeschädigte Kinder geboren.

Die Erziehung zur Unabhängigkeit beginnt im Kindesalter, lange bevor Alkohol und Drogen ins Spiel kommen.

Der beste Schutz gegen Abhängigkeiten sind ein gutes Selbstwertgefühl und eine stabile Persönlichkeit. Kinder brauchen die Unterstützung ihrer Eltern, um beides entwickeln zu können.

Die AWO Sucht- und Drogenberatung unterstützt Familien mit Abhängigen und leistet Prävention.

Das Risiko, später einmal selbst von Suchtmitteln abhängig zu werden oder sich von einem suchtmittelabhängigen Menschen abhängig zu machen, ist für Kinder aus suchtbelasteten Familien hoch. Das Risiko gleichfalls abhängig zu werden ist bei Kindern aus suchtbelasteten Familien drei- bis viermal höher. Ca. 60 % der mit Alkoholkranken verheirateten Frauen haben einen suchtkranken Elternteil.

Die AWO Sucht- und Drogenberatung

- **berät jährlich Familien mit mehr als 120 mitbetroffenen Kindern**
- **berät suchtkranke werdende Mütter**
- **berät Eltern suchtmittelkonsumierender Kinder**
- **leistet Suchtvorbeugung bei Kindern und Jugendlichen speziell in suchtbelasteten Familien**

7. Sucht und Arbeit

Eine Arbeitsstelle hat für den Einzelnen neben der wirtschaftlichen Komponente auch einen psychosozialen Aspekt.

Viele entwickeln über die Arbeit ihre Identität, sie haben eine Aufgabe, eine Tagesstruktur, soziale Beziehungen werden aufgebaut. Das Ausüben einer Tätigkeit trägt zur Stärkung des Selbstbewusstseins bei.

Die Arbeit ist für den sozialen Status von hoher Bedeutung. Im Umkehrschluss bedeutet keine Arbeit zu haben oft auch nicht am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können und die Situation wird als persönliches Versagen erlebt.

Der AWO Sucht- und Drogenberatungsstelle ist es daher besonders wichtig die Arbeitsplätze von Suchtkranken zu erhalten bzw. dazu beizutragen, dass Arbeitslose wieder in Arbeit kommen.

- 10 bis 30 Prozent der Arbeitsunfälle ereignen sich unter Alkoholeinwirkung.
- Die Fehlzeiten alkoholkranker Mitarbeiter/innen liegen etwa 16mal höher als bei anderen Arbeitnehmern/innen.
- Alkoholranke Mitarbeiter/innen erbringen nur etwa drei Viertel ihrer eigentlichen Arbeitsleistung.
- 100 alkoholgefährdete bzw. abhängige Mitarbeiter verursachen in fünf Jahren über 1,5 Mill. Euro Kosten.
(DHS)

Die AWO Sucht- und Drogenberatung

- **ist wichtiger Baustein beruflicher Rehabilitation**
- **zielt auf Erhalt der Arbeitsplätze von Suchtkranken**
- **berät Unternehmen bei Suchtproblemen im Betrieb**
- **bietet Schulungen für Vorgesetzte und Betriebsräte**

8. Vernetzung

Die Sucht- und Drogenberatungsstelle arbeitet mit einer Vielzahl von Institutionen zusammen. Die folgende Übersicht soll einen Einblick in das System der Vernetzung geben.

Therapieeinrichtungen (u.a.)

Klinik Brilon Wald
Bernh.-Salzmann-Klinik, Gütersloh
Fachklinik Im Deerth, Hagen
Paracelsus-Kliniken, Bad Essen
Fachklinik Fredeburg
Fachklinik Extertal
Fachklinik Olsberg
WKfP Warstein
Rhein-Haardt Klinik, Bad Dürkheim
Klinik am Hellweg, Oerlinghausen
Release, Ascheberg
Annenhof Klinik, Steinheim

Krankenhäuser

Franzhospital, Dülmen
St. Gerburgis, Nottuln
St. Vincenz, Coesfeld
Klinik am Schlossgarten, Dülmen
Westfälische Klinik für Psychiatrie, Münster
Rochus-Hospital, Telgte
Cleanok, Lengerich
St. Antonius Krankenhaus, Hörstel
Kindertagesklinik Coesfeld

Kostenträger

Deutsche Rentenversicherung
- Westfalen
- Rheinland
Deutsche Rentenversicherung
Berlin
Bundesknappschaft
AOK
BEK
DAK
Techniker Krankenkasse
Betriebskrankenkassen
Landschaftsverband Westfalen - Lippe

Kreis- und Kommunale Behörden

Kreissozialamt
Sozialämter der Städte und Gemeinden
Kreisjugendamt
Jugendamt der Stadt Dülmen
Jugendamt der Stadt Coesfeld
Untere Gesundheitsbehörde
Straßenverkehrsamt
Präventionsstelle der Kreispolizeibehörde

Sucht- und Drogenberatungsstellen

Sucht- und Drogenberatungsstellen des Caritasverbandes Kreis Coesfeld
Drogenberatungsstelle Stadt Münster
Indro, Münster

Selbsthilfegruppen

Freundeskreis Dülmen
Kreuzbund
Blaues Kreuz
Anonyme Alkoholiker
Elternkreis für Drogenabhängige
Spieler selbsthilfegruppe, Münster

Ärzte

Allgemeinmediziner, Internisten, Neurologen, Psychiater im Kreis Coesfeld
Kassenärztliche Vereinigung
Ärztekammer Westfalen-Lippe
Substituierende Ärzte

Justizbehörden

Bewährungshilfe Coesfeld, Münster
Amtsgerichte im Kreis Coesfeld
Staatsanwaltschaft Münster
JVA Münster
JVA Coesfeld

Jugendhilfeeinrichtungen

Martinistift Nottuln
Wohnoase Dülmen
Kinderwohnheim Dülmen

weitere Institutionen

Schuldnerberatung Diakonie Dülmen
Jugendmigrationsdienst der AWO
Frauen- und Kinderschutzhause SkF
Betreuungsverein SkF, Dülmen
gesetzliche Betreuer
IBP Pfauengasse, Coesfeld

Arbeitsmarkt

Zentrum für Arbeit Kreis Coesfeld
Zentren für Arbeit in den Kommunen
Arbeitgeber
Arbeitsamt
Kreishandwerkerschaft
Havixbecker Modell
AQUA, Nottuln
Beratungszentrum Holzwerkstatt Dülmen
IBP Coesfeld

Arbeitskreise

AK Abhängigkeitskranke
AK Prävention
AK Substitution
Gesundheitskonferenz
Pädagogischer Arbeitskreis
AK Internet Kreis Coesfeld
AK Beratungsstellen Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt
AK Qualitätsmanagement AWO
Beratungsstellen in NRW

9. Fachstelle für psychosoziale Betreuung von substituierten Drogenabhängigen / Fachberatung Substitution

Ausstieg zum Einstieg: aus der Illegalität in die Legalität; mit Chancen zur beruflichen und sozialen Eingliederung

Die illegale Droge Heroin stürzt die von ihr abhängigen Menschen wie keine andere Droge in eine gesundheitliche und soziale Verelendung.

Sucht ist Krankheit, die es zu akzeptieren, zu lindern, zu bessern und zu heilen gilt. Grundlage der Betreuungsarbeit ist die Überzeugung, dass positive Veränderungen möglich sind.

Die **ärztliche Vergabe eines Ersatzstoffes + Psycho-soziale Betreuung = ambulante Substitutionstherapie** ermöglicht Betroffenen einen Ausstieg aus der illegalen Drogenszene und eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung.

Ausmaß und mögliche Ursprünge von psychosozialen und gesundheitlichen Notständen dürfen nicht ignoriert werden, sondern sind im Hinblick auf Einzelne und dem Gemeinwohl zu verdeutlichen.

Um Entzugserscheinungen, wie starkes Schwitzen, Übelkeit und Erbrechen, starke Knochen- und Nierenschmerzen zu „behandeln“ und sich „gesund“ zu fühlen, muss ein Heroinabhängiger täglich einen Betrag von ca. 100 Euro für den Erwerb der Droge aufbringen. Beschaffungskriminalität, wie Prostitution, Diebstähle und Einbrüche, Verkauf von illegalen Drogen ist die Folge. Die Substitutionstherapie von geschätzten 120 Abhängigen im Kreis Coesfeld vermindert die Beschaffungskriminalität – rechnerisch gesehen um 360 000 Euro monatlich!

§§§ §§§ §§§ §§§ §§§ §§§ §§§ §§§

„Die psychosoziale Betreuung ist- als auf die Behandlung bezogene Maßnahme im engeren Sinne – integraler Bestandteil von substitions-gestützten Behandlungen.“ **Leitsätze NRW**
„Für einen Patienten darf der Arzt ein Substitutionsmittel (...) verschreiben, wenn und solange die Behandlung erforderliche psychosoziale Behandlungsmaßnahmen einbezieht.“

BtmVV

„das alleinige Auswechseln des Opiats (...) stellt jedoch keine geeignete Behandlungsmethode dar.“ **BUB- Richtlinien**

§§§ §§§ §§§ §§§ §§§ §§§ §§§ §§§

Die Fachstelle Substitution der AWO Sucht- und Drogenberatung

- **leistet die gesetzlich vorgeschriebene psychosoziale Beratung und Betreuung substituierter Opiatabhängiger für den Kreis Coesfeld**
- **sichert die qualifizierte medikamentengestützte Behandlung**
- **berät und unterstützt substituierende Ärzte**
- **leistet durch zentrale Fachlichkeit die Informationskoordinierung und Weiterleitung an beteiligte Einrichtungen u. Ämter**

10. Kooperationsauftrag der Fachstelle

Die ambulante Substitutionstherapie erfordert eine Kooperation und Zusammenarbeit aller an der Substitution beteiligten Professionen.

Die ärztliche Vergabe des Ersatzstoffs und die psychosoziale Betreuung sind als untrennbare Einheit zu sehen und machen die ambulante, qualifizierte Substitutionstherapie Opiatabhängiger aus. Gesundheitliche Stabilisierung und Verbesserung können nur im Gleichklang mit sozialer Integration und psychischer Stabilität gelingen.

Die ärztliche Behandlung von Opiatabhängigen mit Ersatzstoffen gilt nach der Neufassung der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien, Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen) nur dann als geeignete und kassenabrechnungsfähige Behandlungsmethode, wenn neben der Vergabe des Substitutionsmittels auch eine psychosoziale Betreuung erfolgt.

Demzufolge ist die Zusammenarbeit von Arzt und Fachstelle von Beginn der Behandlung an zwingend vorgeschrieben. Unter Einbeziehung der Möglichkeiten des Klienten werden Therapieverlauf und Therapieziele miteinander abgestimmt.

Da das in seinem Auftreten und seiner Zuverlässigkeit teilweise nicht einfache Klientel bei den Ärzten und den Mitpatienten nicht sehr hoch angesehen ist, musste die Fachkraft immer wieder Überzeugungsarbeit leisten, dass die Ärzte die Substitution weiterführen. Gleichzeitig galt es auf die Klientel einzuwirken, sich an den Absprachen mit den Ärzten zu halten.

Auf Grund der sehr guten Zusammenarbeit mit den Ärzten ist es im Kreis Coesfeld bisher im Gegensatz zu vielen anderen Kreisen gelungen die ärztliche Versorgung von Substituierten sicherzustellen.

Des weiteren war die Beratung, Information und Zusammenarbeit mit Apothekern, stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Suchtberatungsstellen, der Bewährungshilfe, Justizvollzugsanstalten, Schuldnerberatung, Sozialämter und insbesondere mit Jugendämtern ein wichtiges Aufgabengebiet zur Optimierung der ambulanten Substitutionstherapie.

10.1 Kooperationsmodell der Klinik am Schloßgarten und der Fachstelle Substitution

10.1.1 Problematische Ausgangssituation

Auf Grund von Erkrankung und Praxisaufgaben substituierender Ärzte wurde Ende 2004 immer deutlicher, dass im Süden des Kreises Coesfeld, im Besonderen in den Städten Lüdinghausen und Dülmen, eine Mangelversorgung an ambulanten Substitutionsbehandlungsplätzen eintrat.

10.1.2 Interventionen und Planungsphase

Auf Initiative von der Fachstelle kam die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KV) dem Sicherstellungsauftrag nach und regte ein Treffen der Vertreter der AWO, des Kreises Coesfeld, Unter Gesundheitsbehörde und der regionalen KV an.

Ein Ergebnis dieses Treffens war, dass die KV auf den zuständigen psychiatrischen Pflichtversorger im Kreis Coesfeld, der Klinik am Schlossgarten in Dülmen zugeht, um abzuklären, ob dieser Einrichtung eine Erweiterung des Angebotes der Ersatzstoffvergabe möglich sei.

Grundsätzlich war die Klinik dazu bereit, machte aber deutlich, dass eine Ausweitung der Kapazitäten innerhalb des Klinikalltages nicht möglich sei.

In einem gemeinsamen Gespräch mit der Klinik, den Vertretern der Suchtberatungsstellen des Caritasverbandes im Kreis Coesfeld, des Kreises Coesfeld, Untere Gesundheitsbehörde und der AWO West-Münsterland wurde geprüft, ob und wie die entstandenen Versorgungslücken geschlossen werden könnten.

Es wurde ein Modell erdacht, bei dem die ansässigen ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen im „Konzert“ zukünftig ambulante Substitutionsbehandlungen optimiert anbieten können.

In einer abschließenden Gesprächsrunde beim Kreis Coesfeld unter der Leitung des zuständigen Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung, Herrn Dr. Ihling am 10.03.2005 erklärte der Leiter der Klinik am Schloßgarten, Herr Dr. Oelenberg, dass die Klinik nach Abwägung aller finanziellen und personellen Möglichkeiten bereit sei, am Standort Dülmen die Substitutionsvergabe auszuweiten. Der Kooperationspartner bei diesem Modell ist die AWO West-Münsterland, Fachstelle Substitution.

10.1.3 Umsetzungsphase

Seit Oktober 2005 erfolgt in den Räumen der AWO, Schlossstr. 7 in Dülmen Dienstags von 15:00 bis 17:00 Uhr und freitags in der Zeit von 9:00 – 11:00 Uhr durch Frau Dr. med. Thiel-Freese und einer pflegerischen Fachkraft die Vergabe des Substitutionsmittels.

Bei Bedarf können die Vergabezeiten ausgeweitet werden.

Die AWO stellt für die Vergabe einen Büroraum und ein Wartezimmer zu Verfügung.

Die Vergabe in den Räumen der AWO wird von 18 bis 23 Klienten in Anspruch genommen. (mit steigender Tendenz)

Während der Vergabezeit ist die zuständige Fachberaterin der AWO West-Münsterland anwesend, um niedrighschwellige Voraussetzung zu schaffen für zeitnahe Beratungs- und Kooperationsgespräche.

11 Statistik insgesamt

Allgemeine Vorbemerkung:

Das von der Beratungsstelle verwendete Dokumentationsprogramm Horizont, erlaubt es in begrenztem Umfang die Ursprungsconfiguration zu erweitern und eigene Abfragekriterien festzulegen. In Absprache mit den Beratungsstellen des Caritasverbandes und der unteren Gesundheitsbehörde des Kreises Coesfeld entstanden in den Jahren 2004 und 2005 im Rahmen des Dokumentationsprogrammes Horizont eigene Erfassungsfelder, die dann teilweise auch noch einmal verändert wurden.

So werden im Rahmen der Einführung von SGB II ab 2005 bestimmte Parameter zu diesem Thema abgefragt. Vor diesem Hintergrund sind die folgenden erfassten Daten nicht in allen Bereichen für die Jahre 2004 und 2005 kompatibel. An den entsprechenden Stellen finden sie hierzu Anmerkungen.

Tabelle 1: Suchtsymptomatik

Substanz/Grund*	2001	2002	2003	2004		2005	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
andere Suchtmittel	0	0	1	0	0	0	0
Polytoxiekomanie**	6	16	7	3	1%	6	2%
Medikamente	3	2	1	4	1%	1	0%
Angehörige/r***				5	2%	6	2%
Kokain****	9	14	9	5	2%	3	1%
Ecstasy****				6	2%	5	2%
Spielen (F63)	5	7	8	6	2%	5	2%
Heroin	15	17	22	23	8%	16	6%
Cannabis	19	20	28	32	12%	38	14%
Methadon/Polamidon/Substitution	39	45	59	67	24%	54	20%
Alkohol	137	127	109	126	45%	130	49%
gesamt	233	248	244	277	100%	264	100%

Anmerkungen:

* Klienten, die mehr als zwei Kontakte haben werden im Dokumentationsprogramm erfasst.

** Bis 2003 wurde hier Abhängige von Alkohol und Medikamente erfasst.

*** Angehörige werden als eigenständige Betreuungen (mindestens 3 Termine) ab 2004 in Horizont erfasst, wenn der Betroffene selber nicht die Beratungsstelle aufsucht.

**** Bis 2003 wurden Designerdrogen und Kokain zusammengezählt

Die Klienten der Beratungsstelle sind jeweils zur Hälfte von legalen und illegalen Suchtmitteln abhängig. Damit wird die Sucht- und Drogenberatungsstelle der AWO West-Münsterland ihrem Auftrag auch die Zielgruppe der Konsumenten von illegalen Suchtmitteln zu erreichen gerecht.

Auffällig ist auch der Anstieg der Klienten, die einen problematischen Umgang, mit Haschisch und Marihuana haben.

Tabelle 2: Anonyme Kontakte

Kontakte* zu	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
weiblich Angehörige	81	35%	69	23%
männlich Angehöriger	21	9%	30	10%
männlich Anonym	91	39%	129	44%
weiblich Anonym	38	16%	66	22%
Gesamt	231		294	

Anmerkungen:

*Mit Hilfe des Dokumentationsprogrammes lässt sich nur die Anzahl der Kontakte ermitteln. So ist es durchaus möglich, dass eine Person mehrere Kontakte hat. Nach Möglichkeit werden aber ab drei Kontakten die Personaldaten für das Dokumentationsprogramm erfasst. In Einzelfällen ist es auch denkbar, dass sich aus einem anonymen Kontakt eine mit Namen erfasste Betreuung ergibt.

Die Möglichkeit sich Informationen zu Fragen der Suchtmittelabhängigkeit zu holen, wird von vielen Bürgerinnen/Bürgern des Kreises Coesfeld genutzt. Betroffene, Angehörige, Freunde, Arbeitgeber, Kollegen, Lehrer/innen u.a wenden sich mit den unterschiedlichsten Fragestellungen zu allen möglichen Aspekten des Suchtmittelmissbrauches an die Beratungsstelle. Aus diesen Kontakten ergeben sich dann, wie immer wieder berichtet wird, im Laufe der Jahre immer wieder neue Betreuungsfälle.

Tabelle 3: Altersgruppierung I

Alter zu Beginn des Auswertungszeitraums	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1 - 13	0	0%	1	0%
14 - 17	15	5%	20	8%
18 - 25	39	14%	43	16%
26 - 65	219	79%	196	74%
66 - 99	4	2%	4	2%
Gesamt	277		264	

Diese Tabelle betrachtet die Altersstruktur unter dem Gesichtspunkt der für das SGB II relevanten Altersgruppen.

Tabelle 4: Altersgruppierung II

Alter zu Beginn des Auswertungszeitraums	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1 - 14	0	0%	3	1%
15 - 17	15	5%	18	6%
18 - 19	3	1%	8	3%
20 - 24	32	12%	28	10%
25 - 29	34	12%	36	13%
30 - 34	35	13%	27	10%
35 - 39	46	17%	29	10%
40 - 44	43	16%	34	12%
45 - 49	25	9%	32	12%
50 - 54	17	6%	25	9%
55 - 59	12	4%	10	4%
60 - 99	15	5%	14	5%
	277		264	

Bei Betrachtung der Altersstruktur wird auch deutlich, dass Suchtprobleme in jeder Altersgruppe eine Rolle spielen. Immerhin sieben Prozent der Klienten waren unter 18 Jahren. Dabei war der jüngste Klient mit einer schon stark ausgeprägten Suchtsymptomatik im Jahre 2005 13 Jahre alt.

Tabelle 5: Alter und Geschlecht

Alter zu Beginn des Auswertungszeitraums	2004		2005	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1-14	0	0	2	1
15 - 17	14	1	17	1
18 - 19	3	0	7	1
20 - 24	27	5	24	4
25 - 29	28	6	27	9
30 - 34	34	1	24	3
35 - 39	37	9	23	6
40 - 44	32	11	26	8
45 - 49	20	5	27	5
50 - 54	13	4	21	4
55 - 59	4	8	5	5
60 - 99	10	5	9	5
	222	55	212	52
	80%	20%	80%	20%

Der Anteil der Klientinnen ist mit 20% über Jahre hinweg konstant geblieben.

Tabelle 6: Berufliche Stellung bei Aufnahme 2004

Erwerbsleben Aufnahme 2004*	Anzahl	Prozent
Beamter/in	1	0%
Berufliche Rehabilitation	1	0%
Mithelfende/r Familienangehörige/r	2	1%
Angestellte/r	8	3%
Selbstständige/r/Freiberufler/in	10	4%
Auszubildende/r	12	4%
Schüler/in/Student/in	13	5%
Hausfrau/-mann	20	7%
Rentner/in	21	8%
Facharbeiter/in	23	8%
Sonstige Erwerbslose	24	9%
(Hilfs-)Arbeiter/in	29	10%
Erwerbslose (Sozialhilfe)	39	14%
Erwerbslose (Arbeitslosengeld -hilfe)	74	27%
Gesamt	277	

Tabelle 7: Berufliche Stellung bei Aufnahme 2005

Erwerbsleben Aufnahme 2005*	Anzahl	Prozent
sonstige Erwerbstätige	1	0%
Wehr-, Zivildienstleistender, Soldat/in	1	0%
(SGB II) berufliche(Reha-/Eingl.-) Maßnahmen	2	1%
sonstige Nichterwerbspersonen	2	1%
geringfügig Beschäftigte/r, Mini-Jobber/in	4	2%
Selbstständige/r/Freiberufler/in	5	2%
Sonstige Erwerbslose	5	2%
Auszubildende/r/Praktikant/in, Volontär/in	8	3%
Straf-/ Untersuchungshaft	9	3%
Hausfrau/-mann (nicht SGB II oder XII)	11	4%
Schüler/in/Student/in (einschl. SGB II)	16	6%
Angestellte/r	17	6%
Arbeitslose, Erwerbslose (SGB III)	20	8%
Arbeiter/in	22	8%
Rentner/in (wg. Alter, Erwerbs-, Berufunfähigkeit)	23	9%
Facharbeiter/in	26	10%
Erwerbslose (SGB II)	92	35%
Gesamt	264	

Anmerkungen:

*Im Rahmen der Einführung des SGB II wurde die Kriterien im Jahre 2005 geändert und erweitert. Deshalb ist eine Erfassung der Zahlen für die Jahre 2004 und 2005 in einer Tabelle nicht möglich.

Tabelle 8: SGB Empfänger 2005

SGB II Empfänger/innen	Anzahl	Prozent
ja	98	37%
nein	165	63%
Vermögen	1	0%
Gesamt	264	

Der Anteil der Klienten, die arbeitssuchend sind ist sehr hoch. Die SGB II Empfänger/innen bilden hierbei mit 37% die größte Gruppe. . 8% der Klienten beziehen Arbeitslosengeld. Bei einem Teil der Klienten ist die Arbeitslosigkeit eine Folge der Suchterkrankung. Bei einem nicht unerheblichen Teil der SGB II Empfänger/innen ist allerdings die durch die Arbeitslosigkeit bedingte mangelnde gesellschaftliche Teilhabe ein Faktor im Ursachenbündel der Entstehung der Suchterkrankung.

Tabelle 9: Zugang zur Beratung

Zugang*	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Sozialamt ab 2005			0	0%
Zentrum für Arbeit (Hilfepfänger Kreis)			0	0%
Jugendamt ab 2005			1	0%
Jugendgerichtshilfe			1	0%
Stationäre Suchteinrichtung (Fachklinik)			1	0%
Straßenverkehrsbehörde			1	0%
Abstinenz-/Selbsthilfegruppe			2	1%
Zentrum für Arbeit (Gemeinde/Stadt)			2	1%
Schule	2	1%	2	1%
Wohnheim/Betreutes Wohnen			3	1%
Krankenkasse/ Rentenversicherung	5	2%	5	2%
Sonstiges			6	2%
Arbeitgeber/Sozialdienst/Betrieb	5	2%	6	2%
Arbeits-/Sozial-/Jugendamt	5	2%	6	2%
Betreuer/in	6	2%	6	2%
Krankenhaus	8	3%	12	5%
andere Beratungsstellen	20	7%	12	5%
Freunde/Bekannte	26	9%	23	9%
Angehörige	35	13%	23	9%
Arzt/Psychotherapeut	43	16%	36	14%
Justizbehörde/Bewährungshilfe	43	16%	47	18%
Ohne Vermittlung	79	29%	69	26%
Gesamt	277		264	

Anmerkungen:

*Ab 2005 wurden die Kriterien differenziert.

Das seit dem 1.1.2005 geltende neue SGB II gibt den Zentren für Arbeit die Möglichkeit suchtkranke bzw. suchtgefährdete SGB II Empfänger/innen an die Sucht- und Drogenberatungsstellen zu vermitteln. Die Sucht- und Drogenberatungsstelle hatte sich im Vorfeld auch konzeptionell Überlegungen gemacht, wie mit diesem zugewiesenen, fremdmotivierten Klientel gearbeitet werden sollte. Es stellte sich dann im Laufe des Jahres 2005 heraus, dass allerdings nur sehr vereinzelt Klienten durch die Zentren für Arbeit zugewiesen wurden.

Tabelle 10: Wohnort

Ort	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nordkirchen	1	0%	0	0%
Ascheberg	3	1%	2	1%
Havixbeck	3	1%	2	1%
Rosendahl	2	1%	2	1%
Billerbeck	4	1%	3	1%
Lüdinghausen	6	2%	5	2%
Senden	2	1%	5	2%
Nottuln	18	6%	17	6%
Coesfeld	72	26%	55	21%
Dülmen	155	56%	161	61%
außerhalb Kreis Coesfeld	11	4%	12	5%
Gesamt	277		264	

Die Schwerpunkte der Arbeit der Beratungsstelle, die für den gesamten Kreis Coesfeld zuständig ist, liegen in den Städten Dülmen und Coesfeld.

Die Klienten von außerhalb des Kreises Coesfeld kommen zum größten Teil aus den an den Kreis Coesfeld angrenzenden Orten, die entweder kein Angebot zur Suchthilfe (z.B. Reken) haben und teilweise traditionell mit dem Kreis Coesfeld verbunden sind (z.B. Gescher) oder in denen zwar ein Angebot vor Ort ist, aber die Betroffenen sich in punkto Anonymität sicherer fühlen, wenn sie die Beratungsstelle in Dülmen aufsuchen (Halter).

Tabelle 11: Neuzugänge

Neuzugänge	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Medikamente	3	3%	0	0%
Kokain	3	3%	2	2%
Angehörige/r	1	1%	3	3%
Ecstasy	2	2%	4	4%
Polytoxiekomanie	2	2%	4	4%
Spielen (F63)	0	0	4	4%
Heroin	10	8%	5	4%
Methadon/Polamidon/Substitution	18	15%	6	5%
Cannabis/Marihuana	18	15%	24	21%
Alkohol	61	52%	60	54%
Gesamt	118		112	

**Tabelle 12: Abgeschlossene Klienten:
Art der Beendigung**

Art der Beendigung	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
(Keine Angabe)	3	2%	0	0 %
Abbruch durch Einrichtung	0	0%	1	1%
Strafvollzug	2	1%	2	2%
verstorben	6	4%	3	3%
Weiterverm/Verlegung/Wechsel	37	23%	26	22%
Abbruch durch KlientIn	51	31%	37	31%
Planmäßiger Abschluss	63	39%	51	43%
Anzahl der Betreuungen*	162		120	
Anzahl der Klienten N= *	153		115	

Anmerkungen:

*Entsprechend den Anforderungen des Deutschen Kerndatensatzes erfasst das Dokumentationsprogramm Horizont, in seiner ursprünglichen Konfiguration die Anzahl der Betreuungen. Dies bedeutet, dass, wenn ein Klient im Laufe eines Jahres nach Beendigung der Betreuung wieder Kontakt zur Beratungsstelle aufnimmt, er als neuer Betreuungsfall gezählt wird.

Aus der Tabelle wird deutlich, dass bei der Differenzierung nach „vorzeitiger Beendigung“ und „planmäßigem Abschluss“ sich der Beratungsverlauf von 39 % im Jahr 2004 auf 43 % im Jahr 2005 zu Gunsten des planmäßigen Abschlusses verändert hat.

Bei dem Anteil der „Weitervermittlungen“ von 22 % in 2005 sind auch die sich an eine Beratung anschließenden Vermittlungen in stationäre Entwöhnungsbehandlungen und Selbsthilfegruppen eingeschlossen, die für Klienten eine positive Entwicklung bedeuten. Im Jahr 2005 konnten insgesamt 120 Beratungsverhältnisse abgeschlossen werden.

**Tabelle 13: Abgeschlossene Klienten:
Berufliche Integration 2004**

Berufliche Integration 2004*	Anzahl	Prozent
Berufliche Rehabilitation	2	1%
(Keine Angabe)	6	4%
arbeitslos	38	23%
nichterwerbstätig	52	32%
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	64	40%
Anzahl Betreuungen	162	
Klienten N=	153	

Anmerkungen:

* Im Jahr 2004 erfolgt noch eine Auswertung auf Grund der Ergebnisse der Ursprungsconfiguration

**Tabelle 14: Abgeschlossene Klienten:
Berufliche Integration 2005**

Berufliche Integration 2005*	Anzahl	Prozent
(keine Angabe)	0	0%
(SGB II) berufliche(Reha-/Eingl.-) Maßnahmen	0	0%
Beamten/er	0	0%
Mithelfende/r Familienangehörige/r	0	0%
sonstige Erwerbstätige	0	0%
sonstige Nichterwerbspersonen	0	0%
Wehr-, Zivildienstleistender, Soldat/in	0	0%
(SGB III) berufliche(Reha-/Eingl.-) Maßnahmen	1	1%
Nichterwerbspersonen (SGB XII)	1	1%
Auszubildende/r/Praktikant/in, Volontär/in	2	2%
geringfügig Beschäftigte/r, Mini-Jobber/in	2	2%
Nichterwerbspersonen (SGB II)	2	2%
Selbstständige/r/Freiberufler/in	2	2%
SGB VI, VII, IX) berufliche Rehabilitation	3	3%
Sonstige Erwerbslose	3	3%
Hausfrau/-mann (nicht SGB II oder XII)	5	4%
Arbeitslose, Erwerbslose (SGBIII)	6	5%
Schüler/in/Student/in (einschl. SGB II)	6	5%
Straf-/Untersuchungshaft	6	5%
Angestellte/r	7	6%
Arbeiter/in	12	10%
Facharbeiter/in	12	10%
Rentner/in (wg. Alter, Erwerbs-, Berufsunfähigkeit)	13	11%
Erwerbslose (SGB II)	32	28%
Gesamt	115	

Anmerkungen:

* Kriterien auf Grund der gemeinsamen Absprache im Kreis Coesfeld erweitert.

Hier sind 28 % der Klienten arbeitslos (SBG II). Es wird deutlich, dass von einer Suchtproblematik betroffene Klienten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich stärker von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Für eine erfolgreiche Reintegration in den Arbeitsmarkt ist der Verlauf der Suchterkrankung von entscheidender Bedeutung. Da die Bewältigung einer Suchterkrankung arbeitenden Betroffenen leichter fällt, setzen die Berater alles daran, bestehende Arbeitsplätze von Klienten zu erhalten und zu sichern und alle Beteiligte einzubeziehen.

**Tabelle 15: Abgeschlossene Klienten:
Konsumstatus**

Konsumstatus	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
(Keine Angabe)	4	2%	1	1%
verschlechtert	0	0%	2	2%
Kein Problem seit Betreuungsbeginn	12	7%	7	6%
gebessert	39	24%	28	23%
unverändert	57	35%	39	33%
abstinent	50	31%	43	36%
Betreuungen	162		120	
Anzahl Klienten N=	153		115	

Diese Tabelle gibt einen Überblick bezüglich der substanzübergreifenden Suchtmittelfreiheit der Klienten bei Beendigung der Beratung, die von 31 % im Jahr 2004 auf 36 % im Jahr 2005 stieg. Zu diesem günstigen Ergebnis ist die Zahl der Klienten mit „gebessertem“ Konsumstatus hinzuzurechnen, da die Berater strenge Maßstäbe bei diesem Kriterium zu Grunde legen und nachhaltige Veränderungen bei Klienten erreicht werden mussten.

In der Rubrik „unverändert/verschlechtert“ sind auch Klienten erfasst die in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung vermittelt wurden und somit positive Schritte unternehmen konnten. Bei den 6 % der Klienten in der Rubrik „kein Problem seit Beratungsbeginn“ handelt es sich fast ausschließlich um substituierte Klienten ohne Beigebrauch.

Insgesamt konnte durch die vielfach erreichte Abstinenz oder den gebesserten Konsumstatus eine fortschreitende Suchtentwicklung bei den Klienten mit gravierenden körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Schäden erfolgreich gestoppt werden. Der günstige Verlauf hat auch für das gesamte soziale Umfeld der Betroffenen positive Ergebnisse die in dieser Statistik nicht zusätzlich erfasst werden können.

12 Statistik Fachstelle für psychosoziale Betreuung von substituierten Drogenabhängigen/Fachberatung Substitution

Tabelle 16: Suchtsymptomatik

Substanz/Grund	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Heroin	23	8%	16	6%
Methadon/Polamidon/Substitution	67	24%	54	20%

Infolge einer etablierten Fachstelle Substitution und der daraus resultierenden gelungenen Kooperation zwischen substituierenden Ärzten und der Fachstelle sowie einem erleichterten Zugang zur ambulanten Substitutionsbehandlung aufgrund von Gesetzesänderungen stieg die Zahl der Betreuten bis einschließlich 2004 kontinuierlich an.

Tabelle 17: Altersgruppierung

Alter zu Beginn des Auswertungszeitraums	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
20 - 24	11	16%	7	13%
25 - 29	14	21%	13	24%
30 - 34	9	13%	7	13%
35 - 39	12	18%	8	15%
40 - 44	16	24%	11	20%
45 - 49	4	6%	5	9%
50 - 54	1	1%	3	6%
Gesamt	67		54	

Tabelle 18: Geschlecht

Geschlecht	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Männer	51	76%	42	78%
Frauen	16	24%	12	22%
Gesamt	67		54	

Im Vergleich zur Statistik der Suchtberatungsstelle ist ein deutlich höherer Anteil der weiblichen Klienten unter den Substituierten zu verzeichnen. Das lässt darauf schließen, dass gerade für Frauen, die evt. Kinder zu versorgen haben, die ambulante Substitutionsbehandlung eine bevorzugte Möglichkeit ist, die gesundheitliche und soziale Situation zu stabilisieren.

Tabelle 19: Berufliche Stellung bei Aufnahme 2004

Erwerbsleben Aufnahme 2004*	Anzahl	Prozent
Auszubildende/r	1	2%
Rentner/in	1	2%
Angestellte/r	2	3%
Facharbeiter/in	2	3%
Mithelfende/r Familienangehörige/r	3	5%
Hausfrau/-mann	4	6%
(Hilfs-)Arbeiter/in	9	14%
Erwerbslose (Sozialhilfe)	22	33%
Erwerbslose (Arbeitslosengeld)	23	35%
Gesamt	67	

Tabelle 20: Berufliche Stellung bei Aufnahme 2005

Erwerbsleben Aufnahme 2005*	Anzahl	Prozent
geringfügig Beschäftigte/r, Mini-Jobber	1	2%
Hausfrau/-mann (nicht SGB II oder XII)	1	2%
Sonstige Erwerbslose	1	2%
Rentner/in (wg. Alter, Erwerbs-, Berufsunfähigkeit)	2	4%
Angestellte/r	3	6%
Facharbeiter/in	3	6%
Arbeiter/in	8	15%
Erwerbslose (SGB II)	35	65%
Gesamt	54	

Anmerkungen:

*Im Rahmen der Einführung des SGB II wurde die Kriterien im Jahre 2005 geändert und erweitert. Deshalb ist eine Erfassung der Zahlen für die Jahre 2004 und 2005 in einer Tabelle nicht möglich.

Die hohe Zahl der erwerbslosen Substituierten weist auf die schwere Vermittelbarkeit in den ersten Arbeitsmarkt. Häufiger Grund hierfür ist das Vorhandensein von Doppeldiagnosen, d. h. neben der Suchterkrankung besteht eine psychische/ psychiatrische Diagnose. Ebenso wirkt sich die Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch Folgeerkrankungen wie Hepatitis auf die berufliche Rehabilitation aus. Nicht selten scheitert die Arbeitsaufnahme am nichtvorhandenen Führerschein.

Angesichts des Stellenwertes der Erwerbstätigkeit für den Aufbau bzw. Erhalt der sozialen Beziehungen und für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, hatte die Beibehaltung der vorhandenen Arbeitsstelle höchste Priorität während der Psychosozialen Betreuung.

Tabelle 21: SGB Empfänger 2005

SGB II Empfänger/innen	Anzahl	Prozent
ja	37	69%
nein	17	31%
Gesamt	54	

Tabelle 22: Zugang zur PSB

Zugang	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
andere Beratungsstellen			1	2%
Arbeits-/Sozial-/Jugendamt	2	3%	1	2%
Angehörige	4	6%	2	4%
Justizbehörde/Bewährungshilfe	6	9%	6	11%
Freunde/Bekannte	11	16%	9	17%
Ohne Vermittlung	12	18%	9	17%
Arzt/Psychotherapeut	30	45%	26	48%
Gesamt	65		54	

Die Zugangswege zur PSB zeugen von einer guten Kooperation zwischen substituierenden Ärzten und einer breiten Akzeptanz bei den Betroffenen.

Die Umsetzung der Standards zur Substitutionsbehandlung, sowie das Einfordern von Mitwirkungspflicht der Betroffenen als Krankenkassenmitgliedern schlagen sich in den Zahlen ebenfalls nieder.

Traditionell besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Bewährungshilfe bzw. der Justizbehörde.

Der geringe Zugang seitens des Zentrums für Arbeit ist damit zu erklären, dass der Zugang primär über die Gesundheit-, Präventions- und Suchthilfe Institutionen erfolgt.

Die Entwicklung einer effektiven Kooperation zwischen dem Zentrum für Arbeit und den an der Substitutionsbehandlung Beteiligten ist dennoch für zielgerichtete und erfolgreiche Interventionen unerlässlich.

Tabelle 23: Wohnort

Ort	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Nordkirchen	1	1%	0	0%
Rosendahl	2	3%	1	2%
Nottuln	3	4%	2	4%
außerhalb Kreis Coesfeld	3	4%	2	4%
Lüdinghausen	3	4%	3	6%
Dülmen	19	28%	19	35%
Coesfeld	36	54%	27	50%
	67		54	

Im Wesentlichen wurden die betreuten Substituierten in den Städten Coesfeld und Dülmen erreicht.

**Tabelle 24: Abgeschlossene Klienten:
Art der Beendigung**

Art der Beendigung	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Planmäßiger Abschluss	4	14%	2	14%
Abbruch durch KlientIn	14	50%	7	50%
Weiterverm/Verlegung/Wechsel	7	25%	4	29%
verstorben	2	7%	1	7%
Strafvollzug	1	4%		
Anzahl der Betreuungen*	28		14	
Anzahl der Klienten* N=	28		13	

Die Fachstelle Substitution bietet auch eine individuell ausgerichtete Nachbetreuung nach Beendigung der Substitution als Rückfallprävention an. Für die Betroffenen ist diese Lebensphase häufig mit belastenden Lebensumbrüchen gleichzusetzen. Vom Klienten hauptsächlich selbstständig durchgeführte Lebensumfeldwechsel bei minimaler Begleitung bzw. der „Abbruch“ des Kontaktes zur Fachstelle, werden in der Rubrik „Abbruch durch den Klienten“ dokumentiert. Hinter dem relativ hohen Prozentsatz von 50 % verbergen sich sowohl rückfällige Klienten, die die Substitutionsbehandlung abbrechen, als auch die abstinenten Klienten, die nach erfolgreicher Behandlung von sich aus die Behandlung abbrechen.

**Tabelle 25: Abgeschlossene Klienten:
Berufliche Integration 2004**

Berufliche Integration 2004*	Anzahl	Prozent
nichterwerbstätig	6	21%
Berufliche Rehabilitation	1	4%
arbeitslos	10	36%
Arbeits-/Ausbildungsplatz vorhanden	9	32%
(Keine Angabe)	2	7%
Gesamt	28	

Anmerkungen:

* Im Jahr 2004 erfolgt noch eine Auswertung auf Grund der Ergebnisse der Ursprungsconfiguration

**Tabelle 26: Abgeschlossene Klienten:
Berufliche Integration 2005**

Berufliche Integration 2005*	Anzahl	Prozent
Angestellte/r	1	8%
Arbeiter/in	2	15%
Erwerbslose (SGB II)	7	54%
Facharbeiter/in	1	8%
Nichterwerbspersonen (SGB XII)	1	8%
SGB VI, VII, IX) berufliche Rehabilitation	1	8%
Gesamt	13	

Anmerkungen:

* Kriterien auf Grund der gemeinsamen Absprache im Kreis Coesfeld

**Tabelle 27: Abgeschlossene Klienten:
Konsumstatus**

Konsumstatus	2004		2005	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
verschlechtert	0	0%	0	0%
(Keine Angabe)	1	4%	3	21%
Kein Problem seit Betreuungsbeginn	2	7%	5	36%
gebessert	10	36%	1	7%
abstinent	6	21%	5	36%
unverändert	9	32%	0	0%
Anzahl der Betreuungen*	28		14	
Anzahl der Klienten* N=	28		13	

Anmerkungen:

*Entsprechend den Anforderungen des Deutschen Kerndatensatzes erfasst das Dokumentationsprogramm Horizont, in seiner ursprünglichen Konfiguration die Anzahl der Betreuungen. Dies bedeutet, dass, wenn ein Klient im Laufe eines Jahres nach Beendigung der Betreuung wieder Kontakt zur Beratungsstelle aufnimmt, er als neuer Betreuungsfall gezählt wird.

Die nach einer stationären Langzeittherapie erneut aufgenommenen Klienten, die im Rahmen der Nachsorge von der Fachstelle betreut wurden sind unter der Kategorie „Kein Problem seit Betreuungsbeginn“ erfasst worden.

**Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sucht- und Drogenberatungsstelle
der Arbeiterwohlfahrt in Dülmen im Jahre 2005:**

Beratung:	Ulrich Flasche	Diplom-Pädagoge
	Gregor Tenk	Diplom-Sozialarbeiter Diplom-Pädagoge
Psychosoziale Betreuung Substituierter:	Ruth Veltrup	Diplom-Sozialarbeiterin
Verwaltung:	Jutta Beßmann	
Sprechzeiten:	Dülmen, Schlossstr. 7	Mo, Mi, Do, 9:00-12; 13:00-16:00; Di 9:00 – 12:00, 13:00 – 18:00; Fr. 9:00 – 12:00 und nach Vereinbarung
	Coesfeld, Borkener Str. 18	Donnerstag 10:00 – 17:00

Die Arbeit der Beratungsstelle wird gefördert durch



Die Sucht- und Drogenberatung in Dülmen ist eine Einrichtung der:



West-Münsterland
Drostenstr. 1
46399 Bocholt
www.awo-west-muensterland.de
info@awo-wm.de