



# Bericht zur

Behandlung und Beratung junger Bonner  
Abhängiger von Cannabis und Partydrogen  
„Bonner Modell – Junge Sucht“

## 2012

Kooperationsprojekt unter Leitung der  
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie  
der LVR-Klinik Bonn  
Prof. Dr. med. Markus Banger  
Dr. med. Peter Heese  
Wolfgang Dau  
Dr. med. Susanne Hoffmann-Neumann

in Zusammenarbeit mit

*update*, Fachstelle für Suchtprävention –  
Kinder-, Jugend-, Elternberatung  
Ambulante Suchthilfe – Caritas / Diakonie  
Achim Schaefer  
Marion Ammelung  
Werner Hübner

Mit Unterstützung der Stadt Bonn

Inhalt	Seite:
1. Kurzdarstellung LVR-Klinik und <i>update</i>	3
1.1. Zielgruppe des „Bonner Modells – Junge Sucht“	4
1.2. Ziele der Kooperation	5
2. Aspekte und Ergebnisse der Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung <i>update</i>	7
2.1. Angebote für Angehörige und Eltern der Klienten und Patienten im BONNER MODELL	7
2.2. Klientensprechstunde und therapeutisches Beratungs- und Behandlungsangebot in <i>update</i> , Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung	8
3. Angebote zur medizinischen Erstinformation und ärztliche Einzelgespräche bei <i>update</i> und in der Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie	9
4. Aspekte und Ergebnisse der stationären und ambulanten Behandlung in der LVR-Klinik	10
4.1. Die offene Sprechstunde: Inanspruchnahme und Belastung der Patienten	10
4.2. Wichtige Aspekte in der stationären Behandlung auf der Station 15.1 B	11
4.3. Wichtige Aspekte in der stationären Behandlung auf der Station 15.1 C	13
4.4. Wichtige stationsübergreifende Aspekte und Angebote 15.1B/ C	14
4.5. Besondere Faktoren und Trends in der stationären Behandlung	17
4.6. Aspekte und Ergebnisse in der ambulanten Beratung und Behandlung – LVR-Klinik	18
4.7. „Refuse-to-use“	18
4.8. Ergebnisse der Evaluation	19
5. Halte-/Rückfallquote	23
5.1. Abbrecherquote	23
5.2. Rückfallquote	24
6. Angebote zur Prävention	25
6.1. Sozialraumorientiertes Arbeiten in der Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung	25
6.2. Angebote zur Prävention LVR-Klinik	27
7. Mitarbeit-/innen	28
8. Qualitätssicherung	29
9. Bewertung	30
10. Ausblick	31
11. Öffentlichkeitsarbeit im Bonner Modell	32
11.1. Kunstprojekt 201X	32
12. Literatur	34

# 1 Kurzdarstellung LVR-Klinik und *update*

## LVR-Klinik Bonn, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie

Die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn versteht sich als Suchtzentrum. Sie ist integriert in die LVR-Klinik Bonn mit weiteren 8 Fachabteilungen. Auf 6 Stationen werden mit einer Kapazität von insgesamt 114 Betten etwa 2500 Patienten jährlich stationär behandelt. Die Abteilung beschäftigt 100 Mitarbeiter und ist für den Einzugsbereich Bonn/Rhein-Sieg/Wesseling mit insgesamt 913.000 Einwohnern zuständig. Neben der qualifizierten Alkohol/Drogenentzugsbehandlung, können hier 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche unter multiprofessioneller Kompetenz krisenhafte Zuspitzungen bei jeglicher Form von psychischer Störung behandelt werden (z. B. suizidale Krisen, Behandlung von Doppeldiagnosen, Optimierung einer Psychopharmakon-Einstellung).

Die der Klinik angegliederte Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie bietet ein vielfältiges Behandlungsangebot. Ein Team aus Mitarbeitern verschiedenster Berufsgruppen unter ärztlich-psychiatrischer Leitung hält neben den psychiatrisch-psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen ein umfangreiches Spezialangebot vor.

Neben den Behandlungsangeboten für junge Erwachsene mit Cannabis- Partydrogen und/oder Medien-sucht sind dies unter anderem die transkulturelle Ambulanz (TRIAS), das Naltrexon-Programm, das Programm „Trauma und Sucht“, genderspezifische Therapieangebote sowie eine Vielzahl weiterer einzel- und gruppentherapeutische Angebote.

Die Station 15.1 C. und die Station 15.1.B in die der stationäre Teil des neuen Behandlungskonzepts integriert ist, sind offene psychiatrisch – psychotherapeutische Stationen zur Behandlung von Patienten mit Suchterkrankungen und komorbiden psychischen Störungen.

## Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung der Caritas und Diakonie *update*

Die Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung *update* ist im Verbund der Ambulanten Suchthilfe des Caritasverbandes und des Diakonischen Werkes in Bonn eine spezialisierte

Einrichtung für die Beratung, Behandlung und Prävention von Suchtproblemen bei Kindern und Jugendlichen bis 25 Jahren und deren Angehörigen.

Die Jugendlichen oder jungen Erwachsenen konsumieren missbräuchlich oder riskant einen oder mehrere der folgenden Stoffe: Nikotin, Alkohol, Cannabis, „Partydrogen“, Heroin, Kokain, Medikamente. Experimente mit Suchtmitteln und der riskante Konsum finden vorwiegend im Alter bis 25 Jahren statt. Um hier frühzeitig manifeste Suchtverläufe zu verhindern, wurde das umfassende Angebot der *update* Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung entwickelt.

Kinder aus suchtbelasteten Familien, Jugendliche, junge Erwachsene, ihre Eltern, Angehörigen oder Bezugspersonen sowie Mütter mit einer Suchterkrankung werden in der Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung *update* beraten und behandelt. Pädagogische Fachkräfte werden beraten und geschult.

Das Angebot beinhaltet

- die Beratung, Begleitung und Behandlung von suchtgefährdeten oder abhängigen Jugendlichen und ihrer Angehörigen
- die Vermittlung in stationäre Therapie
- die ambulante Therapie vor und/oder nach stationärem Aufenthalt
- die therapeutische Behandlung von Kindern aus suchtbelasteten Familien
- ein umfangreiches therapeutisches Angebot für suchtmittelabhängige Mütter.

Durch die enge Vernetzung im Ambulanten Suchthilfesystem von Caritas und Diakonie ist die Möglichkeit gegeben, KlientInnen fachspezifisch zuzuweisen, zu beraten und zu behandeln. Auf die vielfältigen Einrichtungen der beiden Verbände kann zurückgegriffen werden. Darüber hinaus besteht eine erprobte Zusammenarbeit mit anderen Betreuungs- und Hilfeangeboten in Bonn. Auf diese Weise können die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten und Lebensperspektiven der Hilfesuchenden berücksichtigt und für alle Klienten ein passgenaues Angebot entwickelt werden.

Im Team Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung *update* beraten und behandeln neun Fachkräfte überwiegend in Teilzeit mit den Qualifikationen Sozialpädagogen, Diplom-Psychologe, Diplom-Pädagogin und SozialarbeiterInnen mit langjähriger Berufserfahrung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe und in der Primär- bzw. Sekundärprävention.

## 1.1 Zielgruppe des „Bonner Modells – Junge Sucht“

Das Behandlungsangebot richtet sich primär an Bonner Bürgerinnen und Bürger im Alter von 18 – 28 Jahren, die aufgrund des Konsums von Partydrogen (Ecstasy, Amphetamine, Pilze) und Cannabis

und/oder eventuellen Folgeproblemen Beratung oder Behandlung suchen. Wie ausführlich im Konzept dargestellt, stehen dabei aber die besonderen, zielgruppenspezifische Themen, wie typische Entwicklungsaufgaben (Umgang mit peers, Identität, Ablösung usw.) im Vordergrund und nicht das Alter oder die konsumierte Substanz. Steht der Substanzkonsum im inhaltlichen Zusammenhang mit alterstypischen Entwicklungskrisen ist eine Teilnahme auch beim Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit möglich. Ausschlusskriterien für die Teilnahme am Behandlungsprogramm sind das Vorliegen einer floriden psychotischen Störung, die vorrangig behandlungsbedürftig ist sowie eine im Vordergrund stehende Abhängigkeit von Heroin oder Kokain.

Die folgende Aufzählung zeigt ein Spektrum altersspezifischer Themen und Problembereiche, die unseres Erachtens eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit Cannabis- und Partydrogenmissbrauch spielen:

- Identität, geschlechtliche Identität
- Ablösung von der Primärfamilie
- Erste Erfahrungen in Partnerschaft, Sexualität
- Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Werten und Normen
- Leistungsanforderungen in Schule, Berufsausbildung, Beruf, Familie etc.
- Auseinandersetzung mit Zukunftsperspektiven
- Peer-group-Einbindung
- Integration vs. Abgrenzung
- Autonomie vs. Abhängigkeit
- „Jugend“-kulturelle Orientierung in Bezug auf Medien (Musik, Internet, etc.)

## 1.2 Ziele der Kooperation

Die Ziele des „Bonner Modells – Junge Sucht“ sind:

### *a) allgemeine Ziele:*

- Früheres Erreichen der Zielgruppe  
Gesundheitliche und soziale Folgeschäden können minimiert werden, je früher die Kontaktaufnahme der Betroffenen zum Suchthilfesystem und dem zielgruppenspezifischen Behandlungsprogramm erfolgt.

- **Komorbide Störungen: Diagnostik, Beratung und Therapie**  
Es ist von einer zunehmenden Anzahl behandlungsbedürftiger psychischer Störungen bei Langzeitkonsumenten von Cannabis- und Partydrogen auszugehen. Wir möchten erreichen, dass diese Störungen möglichst frühzeitig fachmännisch erkannt werden und somit eine Behandlung möglich wird.
- **Individuelles breitgefächertes Angebot**  
Im Rahmen des Programms soll sich die adäquate Behandlung/Beratung am individuell abgeschätzten Schweregrad der Behandlungsbedürftigkeit ausrichten. Dabei sind ambulante, stationäre oder die Kombination beider Behandlungsmöglichkeiten denkbar.
- **Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolges**  
Aufgrund der Auswertung bisheriger Therapieprogramme war es von essentieller Wichtigkeit, die Konzeption des Programms so auszurichten, dass sich nicht lediglich kurzfristige Behandlungserfolge zeigen. Vielmehr haben wir versucht, die Faktoren zu analysieren, die einen langfristigen Behandlungserfolg in Hinblick auf die Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Situation der Betroffenen ausmachen und diese zu implementieren.
- **Vernetzung**  
Durch die **gezielte Besetzung wichtiger Schnittstellen** im Suchthilfesystem soll sich nicht nur die Kommunikation zwischen den beteiligten Einrichtungen verbessern, sondern auch ein verbesserter Kontakt zum Jugendhilfesystem und zur Kinder- und Jugendpsychiatrie möglich werden. Zusätzlich sollen sogenannte „weiche“ Übergaben zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, aber auch zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie bei Erreichen des achtzehnten Lebensjahres möglich werden.

*b) konkrete Ziele der ambulanten und stationären Behandlung:*

1. **Reduktion des Substanzmittelgebrauchs bzw. Abstinenz**
2. **Behandlung der komorbiden Störungen (Angststörungen, Depressivität usw.)**
3. **Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus (Arbeitsfähigkeit, Teilhabe)**
4. **Anhebung der allgemeinen Lebensqualität (Wohlbefinden)**
5. **Minimierung von Behandlungsabbrüchen**
6. **Minimierung von Rückfällen durch gezielte Nachsorgemaßnahme**

Hierzu werden die Vernetzung der Angebote von *update* und LVR-Klinik, die Sicherstellung der Behandlungskontinuität, die Zielgruppenspezifität, die Einbeziehung der Angehörigen, die Nutzung von Synergieeffekten in der Zusammenarbeit der beiden Einrichtungen, die Vermeidung von doppelten Behandlungsstrukturen, der vereinfachte Zugang zum Programm („no wrong door“) und Flexibilität als Ziele der Kooperation angestrebt.

## 2 Aspekte und Ergebnisse der Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung *update*

### 2.1 Angebote für Angehörige und Eltern der Klienten und Patienten im BONNER MODELL

Die **Elterngruppe „Starke Bande“**, wird regelmäßig 14-tägig in den Räumen von *update* durchgeführt. Sie besteht seit Beginn des BONNER MODELLs. Im zurückliegenden Berichtszeitraum fanden 26 Gruppentermine statt.

Diese Gruppe, an der durchschnittlich 12 Personen teilnehmen, ist für die Angehörigen ein wichtiges Angebot.

Zentrale Themen in der Gruppe sind

- der Konsum des Kindes,
- die Ängste bezüglich der Auswirkung des Konsums,
- die Schuldvorwürfe, in der Erziehung versagt zu haben,
- die eigenen Konsumgewohnheiten (legaler) Suchtmittel,
- und die Sorgen, den Kontakt zum Kind halten zu können.

Neu in dieser Gruppe ist, dass die Eltern, wie ihre Kinder auch erhebliche Defizite in der Beibehaltung von Gruppengesprächsregeln aufweisen. Es ist sehr auffällig, dass Teilnehmer/innen ihre Gedanken nicht äußern können, weil andere Angehörige ihnen ins Wort fallen. Der Mitarbeiter von *update* ist herausgefordert, eine positive und anerkennende Gesprächsatmosphäre zu schaffen und Grundlagen der Gesprächsführung in der Elterngruppe zu vermitteln.

Weiterhin bleibt besonders hervorzuheben, dass sich in dieser Gruppe die Eltern meist zum ersten Mal über den Konsum des Kindes und dessen sehr konkreten Auswirkungen äußern. Diesen Vorgang der Enttabuisierung empfinden sie als besonders entlastend.

In der **Elternsprechstunde**, welche im zurückliegenden Berichtszeitraum 91 Eltern aufsuchten, finden Einzelgespräche statt, die in aller Regel, den auffälligen Konsum des Kindes während eines Ablöseprozesses vom Elternhaus zum Thema haben.

Die Kinder sind in ihrer Entwicklungsphase dabei, ihre Identität weiterzuentwickeln, Eigenes zu entdecken, sich gegenüber Anderen und den Lebenswelten der Eltern abzugrenzen. Diese Abgrenzung – auch über das Suchtmittel Cannabis- bereitet den Eltern erhebliche Schwierigkeiten. In den Einzelgesprächen geht es neben der Informationsvermittlung über Substanzen vor allem um neue, geeignete

Kommunikationsstrategien, in denen die eigenen Schwierigkeiten im Ablösungsprozess auch mit den Kindern besprochen werden können. Die Chance, sich über die Neudefinition des Kindes selbst auch wieder neu und verändert sehen zu können, wird regelmäßig hervorgehoben.

Aus diesem Prozess heraus, kam es zu 7 **Familiengesprächen**, in denen der junge Erwachsene, die Eltern und der Berater neue Möglichkeiten zum gemeinsamen respektvollen familiären Umgang miteinander besprachen. Das Gesprächsziel, ein angemessenes und doch gegenseitig wertschätzendes Zusammenleben wieder zu ermöglichen, konnte fast immer erreicht werden.

## 2.2 Klientensprechstunde und therapeutisches Beratungs- und Behandlungsangebot in *update*, Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung

Ein zentrales Angebot innerhalb des BONNER MODELLs ist die ambulante Beratung und Behandlung von jungen Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren in der Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung *update*.

Klienten/innen kommen mit dem Anliegen, sich zum Thema Cannabis beraten, ambulant behandeln und gegebenenfalls stationär vermittelt zu lassen. Im zurückliegenden Berichtszeitraum haben **80** Klienten/innen (68 männlich, 12 weiblich) das Angebot der Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung wahrgenommen.

Die Beratung und Behandlung bietet Unterstützung bei

- der Konsumreflektion
- der Konsumreduzierung oder Abstinenz
- der Ablösung vom Elternhaus,
- der Rollendifferenzierung zwischen Jugend- und Erwachsenenalter,
- Kommunikationsstrategien, welche situationsadäquat in den verschiedenen sozialen Gruppen, beispielsweise am Arbeitsplatz, Anwendung findet.

Neben der Bearbeitung des Suchtmittelkonsums findet eine unterstützende Beratung zum Erwerb von Schul- und Ausbildungsabschlüssen statt. Insgesamt zielt die Beratung darauf ab, die jungen Erwachsenen in ihrem Bestreben zu stärken, ein eigenverantwortliches Leben zu führen, welches in Abstinenz zum Suchtmittel oder in deutlicher Konsumreduktion geschieht.

Von den oben genannten 80 Klienten/innen sind 10 Personen trotz Verabredung zunächst nicht wieder erschienen. Von diesen kamen 7 Personen im Laufe des Jahres erneut in die Beratung. 12 Personen

sind seit über einem Jahr in Beratung, Behandlung und Nachsorge. Die restlichen Personen (58) haben die Beratungseinheiten regulär abgeschlossen.

### 3 Angebote zur medizinischen Erstinformation und ärztliche Einzelgespräche bei *update* und in der Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie

Die zweiwöchentlich stattfindende medizinische Sprechstunde durch die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in den Räumen von *update*, Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung, wurde im Jahr 2012 von insgesamt 30 Konsumenten aufgesucht. Davon waren 20 männlich und 10 weiblich.

Gründe für die Zuweisung zur medizinischen Sprechstunde waren die direkte Weitervermittlung durch die Berater und Beraterinnen der Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung, zur Beurteilung und Diagnostik psychiatrischer und medizinischer Fragestellungen und zur Weitervermittlung in das stationäre Therapieprogramm.

Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie hat im „Bonner Modell – Junge Sucht“ die zentrale Funktion zur Koordination und Weitervermittlung in die für die gesundheitliche Situation des Patienten adäquate Weiterbehandlung. Hierzu gehört bei Patienten unter 18 Jahren auch die Weitervermittlung in die Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung sowie insbesondere die kommunikative Brückenfunktion mit hausärztlich tätigen Kollegen.

Die Abklärung, Beratung und Diagnostik von psychiatrischen Komorbiditäten bei langjährigem Konsum von Cannabis und Partydrogen nahm dabei einen Großteil der Arbeit in Anspruch. Hierbei handelte es sich zumeist um Depressionen, Angststörungen, Impulskontrollstörungen und Traumatisierungen. Weiterhin nahm die differentialdiagnostische Einschätzung und Behandlung von psychotischen Syndromen, die im Zusammenhang mit dem Konsum aufgetreten sind, einen Großteil der ärztlichen Arbeit ein.

Typische Themen innerhalb der medizinischen Sprechstunde waren medizinische Informationen über befürchtete Wirkungen/Nebenwirkungen/Langzeitnebenwirkungen von Cannabis und Partydrogen und der Zusammenhang zwischen Angst und psychotischen Symptomen und dem Konsum der Drogen. In

diesem Rahmen wurde erneut die Funktionalität der Suchtmittel als Selbstmedikation bei teilweise ausgeprägten psychischen Störungen deutlich.

Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie war darüber hinaus bei Familiengesprächen, Hilfeplankonferenzen und Elterngesprächen in der Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung beteiligt.

## 4 Aspekte und Ergebnisse der stationären und ambulanten Behandlung in der LVR-Klinik

### 4.1 Die offene Sprechstunde: Inanspruchnahme und Belastung der Patienten

Im Berichtsjahr **suchten insgesamt 236 Patientinnen (23%) und Patienten die offene Sprechstunde auf**. Der Altersdurchschnitt lag auch hier bei 24 J. Bei 155 (66%) Patienten wurde die Indikation für eine stationäre Behandlung gestellt und 122 (52%) traten die Entzugsbehandlung tatsächlich an, wobei hier mit 30% der Frauenanteil etwas höher lag als in der offenen Sprechstunde allgemein. Von den 33 Patienten, welche die stationäre Behandlung nicht antraten, waren 12 Patienten nicht mehr erreichbar und es liegen keine weiteren Informationen vor. **Diese 5% müssen als „Drop-outs“ gewertet werden**. Weitere 14 Patienten (6%) traten die stationäre Behandlung zunächst nicht an, nahmen aber weitere Behandlungsangebote (ambulant LVR, *update*, andere Hilfsangebote) wahr. Insgesamt sieben Patienten (3%) gaben die Rückmeldung, dass es ihnen gut gehe, sie ihre Probleme zunächst selbst lösen konnten und sich bei Bedarf noch einmal melden würden.

Von den 81 Patienten, für die keine Indikation für eine Aufnahme in das stationäre Angebot des Behandlungsprogramms bestand, lagen bei 15 (19%) deutliche Ausschlusskriterien (floride Psychose, Alter (Themen), Heroin- oder Kokainabhängigkeit) vor. Diese Patienten wurden an die entsprechenden Behandlungsangebote in der Klinik weiter vermittelt. **Insgesamt 53 Patienten (65%) wiesen eine zum Teil schwere komorbide psychische Störung auf und wurden in der Institutsambulanz weiterbehandelt, wohingegen für 13 Patienten (16%) die ambulante Anbindung an eine Suchtfachstelle (z. B. *update*) als zielführendes Angebot erschien** und eine entsprechende Informationsvermittlung stattfand. Insgesamt 6% der Patienten der Institutsambulanz erschienen nicht zu einem Anschlusstermin und meldeten sich im Berichtsjahr auch nicht mehr. **Allerdings hat hier die Erfahrung gezeigt, dass die Mehrzahl dieser Patienten, bei Bedarf doch noch einmal Kontakt zum Behandlungsteam aufnimmt und dass**

**hierbei die Zeiträume auch sehr lang sein können.** Nicht wenigen Patienten ist es auch peinlich, die Kontakte nicht wahrgenommen zu haben und melden sich deswegen nicht mehr. Hier hat sich auch u. a. die Verlaufsuntersuchung als Mittel zur erneuten Kontaktaufnahme seitens der Klinik bewährt. Viele Patienten sind hierüber auch sehr dankbar und nehmen dies als erneuten Einstieg in die Behandlung. Dabei entlastet die Patienten auch, dass sie durch ihre Teilnahme an der Befragung der „Klinik“ behilflich sein können, wodurch der vorherige Kontaktabbruch offenbar selbstwertdienlicher verarbeitet werden kann.

## 4.2 Wichtige Aspekte in der stationären Behandlung auf der Station 15.1 B

### *Motivationsgruppe:*

In der Motivationsgruppe, die einmal wöchentlich mit 90 Minuten Dauer durchgeführt wurde, sollten durch spezifische Interventionen zum einen die Abstinenzmotivation gefördert, zum anderen Handlungsstrategien zur Rückfallprophylaxe und Alternativen zum Suchtmittelkonsum erarbeitet werden. Da es sich um eine altersspezifisch relativ junge Patientengruppe handelte, bestand bei den Patienten meist wenig Therapieerfahrung im Bereich Abhängigkeitserkrankungen. Dadurch zeigte sich die Patientengruppe sehr bedürftig hinsichtlich Psychoedukation zur Förderung des Krankheitsverständnisses und zum Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung. Zur Förderung der Abstinenzmotivation wird durch Herausarbeitung der Vor- und Nachteile von Konsum und Abstinenz (z.B. anhand eines 4-Felder-Schemas) die Ambivalenz bearbeitet. Einen weiteren Aspekt stellt die Erarbeitung von persönlich bedeutsamen Annäherungszielen in den verschiedenen Lebensbereichen unter kurz-, mittel- und langfristiger Perspektive dar, vor dem Hintergrund, dass Vermeidungsziele (z.B. "kein Cannabiskonsum") oftmals nicht ausreichen, um eine stabile Abstinenzmotivation zu fördern.

Die Voraussetzung zur Erarbeitung von alternativen Handlungsstrategien zum Suchtmittelkonsum stellt zunächst ein Verständnis für die Funktionalität des eigenen Konsums dar; auch dies ist ein Baustein der Motivations- und Kompetenzgruppe. Vor diesem Hintergrund wird im Hinblick auf die individuelle Problemkonstellation der aktuellen Patientengruppe die Themenauswahl zur Erarbeitung alternativer Handlungsstrategien angepasst. Beispielsweise stellen die Erarbeitung einer ausgewogenen, realistischen Tagesstruktur und die (Wieder-)Entdeckung einer suchtmittelfreien Freizeitgestaltung hier einen wichtigen Therapiebaustein dar

*Kompetenzgruppe:*

Die Kompetenzgruppe (1 x Woche/90 Min.) bot Übungsraum für neue und alternative Handlungsstrategien. Während die Motivations- und Kompetenzgruppe zunächst zweimal wöchentlich angeboten werden konnte, mussten die Termine mit dem Ausscheiden der PiA im Oktober 2012 aufgrund von Personalmangel auf einmal wöchentlich reduziert werden. Die Themen bezogen sich beispielsweise auf die Bereiche Sozialkontakte (z.B. Abgrenzung von "belastenden" Sozialkontakten; Umgang mit konsumierenden Sozialkontakten; Knüpfen von neuen Kontakten); Umgang mit Stress; Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten; Umgang mit Hochrisikosituationen; Umgang mit Suchtdruck; Umgang mit Rückfällen und Rückfallbegrenzung. Beim gemeinsamen Erarbeiten möglicher Alternativen zum Substanzkonsum erweist sich der Erfahrungs- und Ideenaustausch der Patienten untereinander als besonders förderlich. Da es sich um eine altersspezifisch relativ junge Patientengruppe handelt, besteht bei den Patienten meist wenig Therapieerfahrung im Bereich Abhängigkeitserkrankungen.

*Besonderes Angebot für junge Frauen:*

Konzeptuell ist vorgesehen, dass auf der Station 15.1B vornehmlich weibliche Patientinnen behandelt werden. Da bei einem Großteil der Patientinnen mit Abhängigkeitserkrankungen in der Biographie traumatische Erfahrungen vorliegen, meist in Form von sexualisierter Gewalt mit in der Regel männlichen Tätern, soll durch eine Geschlechtshomogenität in der Therapiegruppe ein Triggern von Symptomen durch mögliche Traumaassoziationen verhindert werden.

Jedoch besteht das Patientenkollektiv der Abhängigkeitserkrankten hauptsächlich aus männlichen Personen, sodass es uns in diesem Jahr nur über einen begrenzten Zeitraum möglich war, eine geschlechtshomogene, weibliche Patientengruppe zusammenzustellen. Aufgrund des bereits erwähnten häufigen Auftretens einer komorbiden Traumafolgestörung und Problemen in der Emotionsregulation benötigt diese Klientel unserer Erfahrung nach besonders intensive therapeutische Unterstützung in Form von Einzelgesprächen.

*Therapeutische Einzelkontakte:*

Aufgrund der bereits erwähnten Probleme mit der Emotionsregulation benötigt diese Klientel unserer Erfahrung nach auch aus diesem Grunde eine besonders intensive therapeutische Unterstützung in Form von Einzelgesprächen. Aber auch andere Komorbiditäten machen bei der Zielgruppe der jungen Cannabis- und Partydrogenkonsumenten einen erhöhten Betreuungsaufwand nötig. So wurden den Patienten einer komorbiden psychotischen Störung zusätzliche Kleingruppengespräche angeboten zur Förderung des Krankheitsverständnisses durch Psychoedukation und Erarbeitung von Copingstrategien zum Umgang mit der Erkrankung. Auch die Gruppe der komorbid persönlichkeitsgestörten Patienten benötigte extrem engmaschige und intensive therapeutische Unterstützung, allein um einen

ungestörten Therapieablauf in der Gesamtpatientengruppe der Station sicherzustellen. Neben therapeutischen Einzelgesprächen kam es daher auch oftmals zu therapeutisch moderierten Konfliktlösesgesprächen zwischen einzelnen Patienten aber auch zwischen Patienten und Mitgliedern des Behandlungsteams.

## 4.3 Wichtige Aspekte in der stationären Behandlung auf der Station 15.1 C

### *Motivationsgruppe:*

Die Gruppe fand einmal wöchentlich mit 90 Minuten Dauer statt. Das Konzept orientiert sich nach wie vor an der von Miller & Rollnick entwickelten motivierenden Gesprächsführung. Dies bedeutet, dass die Stärkung von Veränderungsmotivation im Vordergrund der Gruppengespräche stand. Das Arbeiten an der Ambivalenz, d. h., die Herausarbeitung von Vor- und Nachteilen des Konsums und der Veränderung, stand dabei im therapeutischen Fokus. Hierbei fiel auf, dass deutlich mehr Patienten klar abstinenzorientierte Ziele entwickelten bzw. eine solche Zielsetzung bereits mit auf Station brachten, wohingegen in der Vergangenheit der Anteil von Patienten, die eine Reduktion des Cannabiskonsums als Behandlungsziel wählten nahezu 50% ausmachte. Hierbei scheinen die Konsumenten von Amphetaminen klarer abstinenzorientiert zu sein.

### *Kompetenzgruppe:*

Einmal wöchentlich, freitags für 90 Minuten, wurden in der Kompetenzgruppe alternative Verhaltensstrategien zum Drogenkonsum erarbeitet. Darüber hinaus nahm das Üben von konstruktiven Konfliktlösungstechniken im zwischenmenschlichen Bereich einen breiten Raum ein. Darüber hinaus wurden die Patienten angeleitet, die vergangene Woche und die bereits erreichten Fortschritte auszuwerten, sich mit Rückschlägen auseinanderzusetzen und Zielsetzungen für die noch verbleibende Behandlungszeit zu entwickeln. Hierzu zählte dann auch die Erarbeitung von Rückfallprophylaxekompetenzen für eventuelle Belastungserprobungen am Wochenende. Die Anzahl der Rückfälle in den Belastungserprobungen ist im Berichtsjahr 2012 in der Folge deutlich gesunken.

### *Therapeutische Einzelkontakte:*

Es bestätigt sich nach wie vor, dass die Zielgruppe der jungen Cannabis-/Partydrogenkonsumenten ein sehr starkes Bedürfnis nach Bindung und Bindungssicherheit aufweisen. Hier war auch 2012 der Be-

zugstherapeut mit täglich wiederholten Kontakten über die Gruppenangebote hinaus sehr gefragt. Auch in diesem Zusammenhang ist es wichtig, darauf hinzu weisen, dass aufgrund des drastisch schlechteren Betreuungsschlüssels der rein krankenkassenfinanzierten Basisleistung, die absolut notwendige, intensive Einzelbetreuung auf der Station nicht gewährleistet wäre.

Inhaltlich stand die Behandlung von psychischen Begleit- und Folgeproblemen des Substanzkonsums wie Depressivität, Angststörungen, Impulskontrollstörungen und Persönlichkeitsstörungen im Zentrum der therapeutischen Einzelkontakte.

#### 4.4 Wichtige stationsübergreifende Aspekte und Angebote 15.1B/C

##### *Psychoedukative Gruppe:*

Um die Verbindung des stationären und ambulanten Rahmens sicher zu stellen, wurde die stationäre Psychoedukationsgruppe von einem ambulanten Behandler durchgeführt. Damit sind beide ambulante Therapeuten der LVR-Klinik den Patienten schon vor der Entlassung aus der stationären Behandlung bekannt, so dass der Übergang in die ambulante Behandlung erleichtert werden kann, sofern eine Behandlung der psychischen Komorbidität und nicht allein der Substanzabhängigkeit im Vordergrund steht. Im letzteren Fall wurde eine Weitervermittlung an „*update*“ vorbereitet.

Inhalte der Gruppe sind Psychoedukation zu Depressionen, Ängsten, Schlafstörungen, Abhängigkeit, Gefühlen, Wirkung von Substanzen, Rückfallmodell und die Verhaltensanalyse. Hierdurch wird bereits der Grundstein für den Ansatz von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen gelegt, in dem der Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten betont und herausgearbeitet wird.

##### *Stationäre Erlebnisorientierte Bewegungstherapie:*

Der Schwerpunkt der erlebnispädagogisch orientierten Bewegungstherapie „Therapeutische Klettern“ lag in diesem Jahr darin, dass die Patienten das Kletterangebot nutzen konnten, um gesundes neues Freizeitverhalten zu entwickeln:

Die Hürde, überhaupt eine Kletterhalle aufzusuchen, ist durch die regelmäßigen Termine des Therapeutischen Kletterns in der Kletterhalle kleiner geworden.

Die Patienten haben den größtmöglichen Freiraum, eigenständig mit ihren Mitpatienten/Kletterpartnern zu entscheiden, wie sie ihre Kletterzeit gestalten. Wie sich die Gruppe organisiert, wie schwächere unterstützt werden, wird überwiegend der Gruppe überlassen.

Daneben entstehen Kontakte mit anderen Kletterern in der Kletterhalle und es kommt zum Austausch über Klettertechniken, Ausrüstung, Boulderrouten etc.

Die Patienten beschäftigen sich in den regelmäßig stattfindenden Nachbesprechungen mit Themen wie:

- Angst und Vertrauen, Selbstvertrauen zu spüren
- An Grenzen zu stoßen und damit umzugehen lernen
- Aushalten mal kraftlos zu sein
- Verantwortung für sich und andere übernehmen
- Kletterplanung, Klettertechnik
- Angst vor der Höhe
- Sich überwinden zu können
- Antriebslos zu sein und es doch geschafft zu haben mitzumachen
- Etwas geschafft zu haben verbessert die Stimmung
- Fortschritte zu bemerken
- Lernfähig zu sein

Beispielhaft hierfür stehen auch die folgenden Originalzitate der Teilnehmerinnen und Teilnehmer:

Fr. R.: „Ich komme gerne zum Klettern, weil es mein Selbstwertgefühl stärkt. Sowas hätte ich früher nie gemacht.“

Fr. G.: „Ich komme gerne weil es mir Selbstvertrauen gibt.“

Hr. F. „Ich komme gerne hierher um dem Tag eine andere Struktur zu geben und nicht zuhause ab zu schimmeln.“

Hr. D.: „Ich komme hierher, damit ich abends ausgepowert und müde bin.“

Hr. K.: „Ich komme gerne zum Klettern weil ich sowieso gerne Sport mache und hier lerne, meine körperlichen Grenzen abzuschätzen. Dadurch kann man erkennen, was man sich zutrauen kann.“

Hr. M.: „Ich komme gerne hierher, weil es abwechslungsreich ist und Spaß macht.“

Hr. U.: „Ich komme zum Klettern, weil ich`s allgemein gerne tue und weil es ein gutes Training ist.“

**Kasten 1: Originalzitate von Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf die Frage "Warum kommt Ihr zum therapeutischen Klettern".**

Im Berichtszeitraum wurde das Angebot für ehemalige Patienten, ambulant weiter am Klettern teilnehmen zu können, vermehrt angenommen. Die Patienten schätzen diese Möglichkeiten zur Aktivierung, Strukturierung und Kontakt sehr.

*Kompass:*

Der Kompass wurde weiterhin täglich für fünf Minuten auf der Station durchgeführt und erweist sich nach wie vor als sehr sinnvolle Ergänzung zum stationären Angebot. Der Kontakt zum Therapeuten wird vertieft und der Veränderungsprozess durch den täglichen Abgleich zwischen Zielsetzung und Zielerreichung beschleunigt bzw. fokussiert. Weiterhin entsteht ein sehr guter Überblick über die Anliegen und Bedürfnisse der Patienten, was jeweils dazu führt, dass das übrige therapeutische Angebot sehr eng an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden kann. Der Kompass, als nicht von der Krankenkasse finanzierte therapeutische Leistung, erwies sich als integraler und unverzichtbarer Bestandteil des stationären Behandlungsangebots. **Der Vergleich mit den Behandlungsergebnisse vor Einführung des Kompass und die durchgeführte Follow-Up-Erhebung belegen, dass es zur Behandlung der Zielgruppe notwendig ist, Angebote vorzuhalten, die über krankenkassenfinanzierte Basisleistungen hinausgehen.**

*Abbrecherquote für die Stationen 15.1 B/C*

**Der Erfolg des Behandlungsprogramms zeigt sich aber gerade in der sehr geringen Rate von Abbrechern, also Patienten, welche die stationäre Behandlung außerplanmäßig und gegen ärztlich-therapeutischen Rat beendeten. Der Prozentsatz betrug 2012 lediglich 1.6% und liegt somit deutlich unter den Raten, wie sie aus anderen Kliniken, die sich auf ein rein krankenkassenfinanziertes Angebot beschränken (müssen), berichtet werden.** Ein Grund für diese erfreulich niedrige Abbrecherquote wird im „Kompass“ (Dau et al., 2011) gesehen, der einen sehr engmaschigen Kontakt zum Patienten ermöglicht. Darüber hinaus erreichten auch die beiden 2012 erstmalig in größerem Maßstab durchgeführten Intensivtrainings „PLLUB“ (Problemlösung) und „TEK“ (Emotionsregulation) eine gute bis sehr gute Akzeptanz (siehe folgenden Abschnitt). Hierbei scheint das Problemlösungstraining von den jungen erwachsenen Patienten etwas besser angenommen zu werden, aber beide werteten das stationäre Angebot offenkundig auf.

*Neuentwicklung von speziellen Gruppenangeboten:*

Die Auswertung der bisherigen Evaluation zeigte zwei wesentliche Problembereiche bei der Zielgruppe:

1. sehr unzureichende allgemeine Problemlösungskompetenzen, z. B. wie suche ich einen Ausbildungsplatz und
2. defizitäre Fähigkeiten zur Emotionsregulation.

Die Folge ist, dass die Patienten zumeist ein sehr ausgeprägtes Vermeidungsverhalten zeigen, d. h., Briefe werden erst gar nicht mehr aufgemacht, Termine „vergessen“ und nicht nur interpersonale Beziehungen durch häufig auch sehr aggressive Impulsdurchbrüche belastet. Als Konsequenz verfestigen sich bei den jungen Patienten Hilflosigkeit und das Gefühl, mit den Problemen alleine gelassen zu sein und ohnehin nichts verändern zu können. Die Konsequenz hieraus ist häufig eine weitere Flucht in den Substanzkonsum.

Als Reaktion hierauf wurden 2012 zwei neue gruppentherapeutische Angebote speziell für junge Cannabis-/Partydrogenkonsumenten konzeptualisiert und evaluiert: ein Problemlösungstraining „PLLUB“ (**P**roblemdefinition, **L**ösungssuche, **L**ösungsplanung, **U**msetzung, **B**ewertung) und ein „Training emotionale Kompetenz“ (TEK). Der Abschluss der Entwicklungs- und Evaluationsphase ist für 2014 geplant.

## 4.5 Besondere Faktoren und Trends in der stationären Behandlung

Zusammenfassend lassen sich folgende Trends für 2012 festhalten: die Patienten wirken zum einen deutlich belasteter als in den Vorjahren. Dies bezieht sich insbesondere auf die sozialen Folgeprobleme, wie Kriminalitätsbelastung, Wohnungsprobleme, Arbeitslosigkeit und Verschuldung.

Auf der Station war eine Auseinandersetzung darüber nötig, wie therapeutisch mit der Nutzung von „neuen Medien“, insbesondere Notebooks umgegangen werden sollte. Nicht nur im Hinblick auf eine möglicherweise problematische Nutzung durch den Patienten, sondern auch vor dem Hintergrund einer zunehmenden Problematik der Online-Sucht, wie sie als neues Störungsbild im Zusammenhang mit der Neukonzeptualisierung der diagnostischen Manuale (DSM-V, ICD-11) diskutiert werden.

## 4.6 Aspekte und Ergebnisse in der ambulanten Beratung und Behandlung – LVR-Klinik

Im Jahr 2012 kamen pro Quartal 167 Patienten zur ambulanten Behandlung oder beratenden Kontakten. Es wurden 970 Gespräche à 30 Minuten geführt und weitere 250 Termine vereinbart, die jedoch aus verschiedenen Gründen von Patienten nicht immer wahrgenommen wurden. Zum Beispiel kam es aufgrund akuter Rückfälligkeit, Wechsel in den stationären Rahmen, Verschlafen, Vermeidung der Auseinandersetzung mit unangenehmen Themen u.a. zu den Ausfallzeiten.

Bei der Mehrzahl Patienten war im Grunde die Indikation für eine Richtlinien Psychotherapie, d. h., für eine „klassische“ ambulante Behandlung bei einem niedergelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten, erfüllt. Jedoch war eine Weitervermittlung im Regelfall nicht möglich. Langen Wartezeiten, in Bonn zum Teil bis zu sechs Monate, auf einen Therapieplatz, stehen das akute Bedürfnis der Patienten nach Unterstützung und Behandlung gegenüber. Überdies ist das trotz Hindernissen konsequente Verfolgen von Zielen und die Aufrechterhaltung der Motivation hierfür über längere Zeiträume gerade bei den jungen Drogenkonsumenten häufig sehr problematisch. **Das niederschwellige, sich nahtlos an den stationären Aufenthalt anschließende Angebot der Institutsambulanz ist daher ein wichtiger Baustein des Behandlungsprogramms. Hierdurch wird eine Lücke im rein krankenkassenfinanzierten Angebot vermindert, die durch die zum Teil in Bonn sehr langen Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz entstehen. Überdies zeigt sich nicht selten, dass Patientinnen und Patienten mit einer Substanzabhängigkeit immer noch Schwierigkeiten haben, einen ambulanten Therapieplatz zu finden. Weiterhin zeigt die hohe Haltequote des Programms, dass es sehr sinnvoll ist, die Behandlungskontinuität von der vorstationären Beratung bis zur poststationären Behandlung zu wahren, um über die gute therapeutische Allianz Effizienz und Effektivität der Behandlung sicherzustellen.**

## 4.7 „Refuse-to-use“

Es wurde ein ambulantes Gruppenkonzept erarbeitet, dessen Schwerpunkt bei der Auseinandersetzung mit Werten und Zielen liegt und die Patienten unterstützen soll, ihr Verhalten werte- und zielorientiert auszurichten und nicht z.B. affekt- oder fremdgesteuert zu verhalten. Im Konzept sind auch wichtige Aspekte eines Problemlösetrainings und Training emotionaler Kompetenzen (sensu Berking) verankert. Bisher befindet sich die Gruppe aufgrund geringer Nachfrage im Aufbauprozess. Eine Integration der Erfahrungen mit den Konzepten für die Problemlösungsgruppe (PLLUB) und das Training emotionaler Kompetenzen (TEK) ist weiterhin geplant.

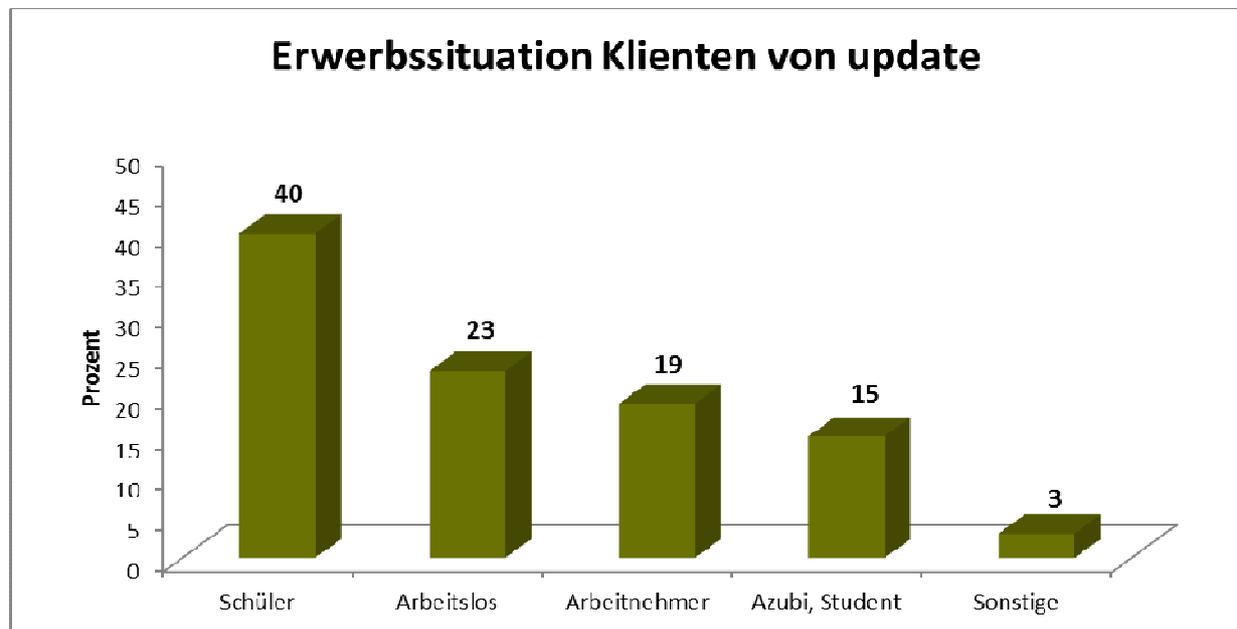
## 4.8 Ergebnisse der Evaluation

In diesem Abschnitt werden die Auswertungen der fortlaufenden Datenerhebung vorgestellt. Die Verantwortlichkeit für die korrekte Durchführung der Erhebung liegt dabei bei den einzelnen Einrichtungen.

Im Jahr 2012 wurden 122 Patienten stationär behandelt, von denen 105 auswertbare Datensätze vorliegen. Der Altersdurchschnitt betrug 24 J. (SD = 4.15), es wurden 47 Frauen behandelt (24 J., SD = 3.44). Es ergaben sich keine Altersunterschiede zu den vergangenen Jahren. Der Altersdurchschnitt der Klienten von *update* lag wie in den Jahren zuvor ca. drei Jahre niedriger (21 J., SD = 2.20), wobei 60 Datensätze in die Auswertung eingingen.

### *Soziodemographische Daten – update*

Insgesamt 38% der Klienten lebten in einer Partnerschaft und bei 21% bestand eine gerichtliche Auflage zur Behandlung.



**Abbildung 1: Erwerbssituation der Klienten von update in Prozent. Sonstige: Wehrdienst, Reha. usw.**

Der Altersstruktur entsprechend sind über die Hälfte der Klienten Schüler, Auszubildende oder Studenten (1.3%; siehe Abbildung 1). Mit 19% ist der Anteil von Erwerbstätigen etwa genauso hoch wie bei den stationären Patienten der LVR-Klinik, der Anteil von Arbeitslosen jedoch deutlich geringer (vgl. Abbildung 2, S. 20).

### Soziodemographische Daten – LVR-Klinik

Ohne Partner waren 64% der Patienten. Keinen Schulabschluss hatten 16% der Patienten und er überwiegender Anteil der Patienten war arbeitslos (60%); damit war der Anteil der arbeitslosen Patienten fast doppelt so hoch wie in den Vorjahren, in denen der Prozentsatz der Arbeitslosen stabil ca. 30% betrug. Etwas mehr als zwei Drittel (67%) gab an, verschuldet zu sein. Die Höhe der Schulden betrug durchschnittlich 5.338 € (SD = 6.758).

Wie in Abb. 1 dargestellt, waren für den überwiegenden Teil der Patienten die Leistungen nach Hartz IV die Hauptquelle des Lebensunterhalts. Knapp 2% der Patientinnen gaben an, ihren Lebensunterhalt durch Prostitution zu verdienen und 7% der Patienten insgesamt durch illegale Einkünfte.

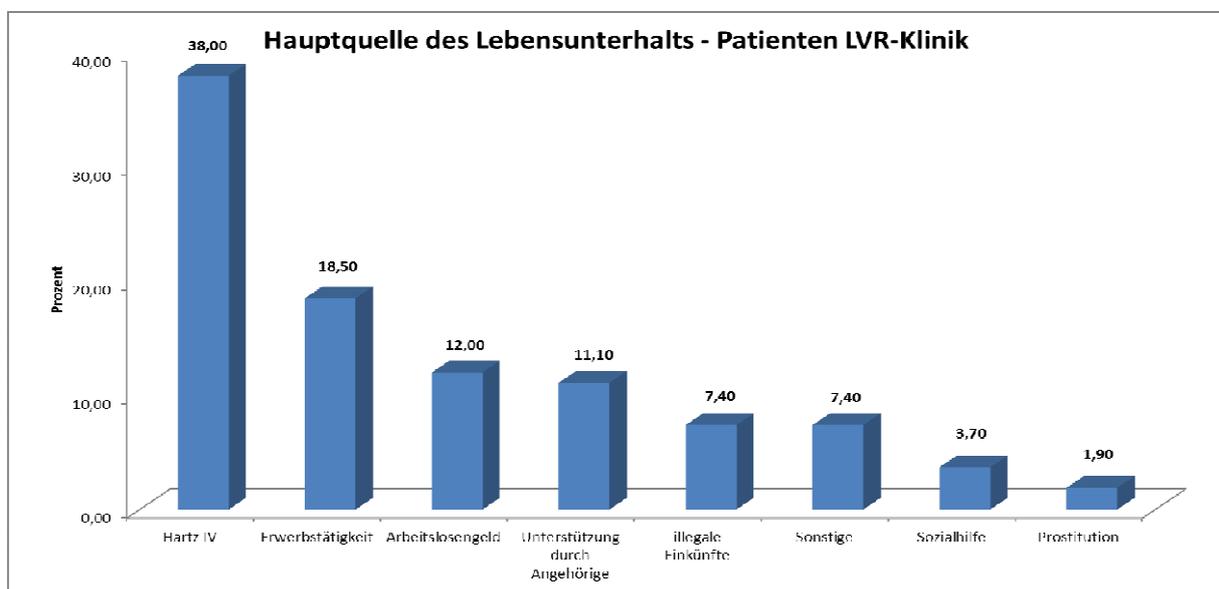


Abbildung 2: Hauptquelle des Lebensunterhalts. Anteile in Prozent. N = 112.

### Rechtliche Situation – Delinquenz – LVR-Klinik

Knapp die Hälfte der Patienten wurde bereits einmal wegen eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz angeklagt (48%), 20% wegen unmittelbarer Beschaffungskriminalität und 29% wegen Gewaltdelikten.

Fast ein Fünftel aller Patienten, 17%, wurde bereits einmal zu einer Freiheitsstrafe verurteilt und 48% zur Ableistung von Sozialstunden. Mit 55% gab etwas über die Hälfte der Patienten an, während der letzten 30 Tage in illegale Geschäfte, einschließlich des Handelns mit Drogen, verwickelt gewesen zu sein.

### *Konsumbezogene Daten und Veränderungen*

Während sich bei den Patienten der LVR-Klinik hinsichtlich der Konsumdaten bei Alkohol und Cannabis keinerlei Unterschiede zu den Vorjahren ergaben, lag das Erstkonsumalter bei Amphetaminen für das Jahr 2012 mit einem Einstiegsalter von 15 J. (SD = 6.54) ca. zwei Jahre niedriger.

Neben den klinischen Diagnosen wurden die substanzbezogenen Störungen mittels der Severity of Dependence Scale (SDS) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vergeben. Es handelt sich hierbei um ein sehr gut eingeführtes Screening-Instrument mit sehr guten Testgütekriterien und Grenzwerten für die einzelnen Substanzen (Greg, Copeland, Gates & Gilmour, 2006; Topp & Mattick, 1997; Lawrinson, Copeland, Gerber & Gilmour, 2007).

Die Verteilung der Diagnose unterscheidet sich bis auf einen Punkt nicht wesentlich zwischen den Institutionen; lediglich der Anteil von Klienten mit einer Amphetaminabhängigkeit ist bei *update* deutlich geringer als bei den stationären Patienten der LVR-Klinik (Tab. 1).

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Häufigkeiten der Diagnosen sowie deren Kombinationen im Vergleich zwischen den Institutionen. Am häufigsten und in beiden Behandlungseinrichtungen etwa gleich verteilt ist die isolierte Diagnose einer Cannabinoid-Abhängigkeit. Wichtige Unterschiede finden sich bei der Alkoholabhängigkeit. Diese lag bei *update* 2012 alleine in keinem Fall vor, wobei die Kombination der Diagnosen Cannabinoid- und Alkoholabhängigkeit bei *update* mehr als doppelt so häufig vorkam wie bei den Patienten der LVR-Klinik. Das umgekehrte Bild zeigt sich bei der Kombination der beiden illegalen Substanzen Cannabis und Amphetamine: diese ist bei den Patienten der LVR-Klinik fast viermal so hoch wie bei den Klienten von *update*.

	THC	Amphetamin	Alkohol	THC + Amphetamin	THC + Alkohol	Amphetamin + Alkohol
LVR	45.6%	3.4%	6.7%	26.7%	13%	4.4%
<i>update</i>	54.5%	6.0%	0%	6.6%	30.3%	3.0%

**Tabelle 1: Diagnosehäufigkeiten und Kombinationen in Prozent. n<sub>LVR</sub>=114, n<sub>update</sub>=44.**

### *Therapieergebnisse – psychische Belastung*

Die allgemeine psychische Belastung, z. B. durch Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Unsicherheit, phobische Angst und Somatisierung, wurde mit dem Brief Symptom Inventory (Franke, 2000) erhoben. Die Ergebnisse sind in Tabelle 3 aufgeführt.

	Behandlungsbeginn	Behandlungsende	Effektstärke <i>d</i>
LVR-Klinik	73.16 [38.19]	45.81 [31.91]***	0.95
<i>update</i>	64.11 [58.89]	25.63 [25.49]***	0.73

**Tabelle 2: Psychische Belastung Prae-Post-Vergleich. \*\*\* $p < .001$ .  $n_{LVR} = 64$ ,  $n_{update} = 37$ . Angegeben sind Mittelwerte und Standardabweichungen in Klammern.**

Für beide Behandlungsangebote ergab sich eine nicht auf Zufall beruhende Abnahme der psychischen Belastung. Effektstärken  $d > 0.80$  werden als starke Effekte bezeichnet (Cohen, 1988). Die Behandlung in der LVR-Klinik erreicht somit einen großen Effekt bei der Reduktion der psychischen Belastung, die bei *update* einen guten mittleren Effekt.

#### *Therapieergebnisse – Aktivierung von Ressourcen (LVR-Klinik)*

Es sollt überprüft werden, inwieweit durch das stationäre Behandlungsangebot die Ressourcen oder **Selbstheilungskräfte** der Patienten aktiviert werden konnten. Gemessen wurden die Ressourcen mit dem Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten (FERUS; Jack, 2007). Der Test erfasst unterschiedliche Facetten von Ressourcen mit insgesamt 66 Items. Ausgewertet wurde hier der Gesamtwert für die Selbstmanagement-Fertigkeiten und die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung.

	Behandlungsbeginn	Behandlungsende	Effektstärke <i>d</i>
Selbstwirksamkeit	2.78 [0.79]	3.50 [0.81]***	1.04
Selbstmanagement	2.98 [0.71]	3.53 [0.76]***	0.96

**Tabelle 3: Prae-Post-Vergleich Ressourcenaktivierung. \*\*\* $p < .001$ .  $n_{LVR} = 65$ .**

Es liegt eine deutliche Steigerung in der Selbstwirksamkeitserwartung, d. h., der grundsätzlichen Erwartung der Patienten, Schwierigkeiten bewältigen zu können, vor (Tabelle 3). Weiterhin sind auch die allgemeinen Selbstmanagementfertigkeiten stark gestiegen.

Beide Kompetenzen, Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement, sind notwendig, um die Behandlungserfolge aufrechterhalten und ggf. noch ausbauen zu können. Es kann festgehalten werden, dass ein wichtiges Ziel des Behandlungskonzepts, die Ressourcenaktivierung erreicht wurde und hierdurch auch die Voraussetzung für eine nachhaltige Wirksamkeit der Therapie geschaffen wurde.

## 5 Halte-/Rückfallquote

Ein wichtiges Kriterium für die Akzeptanz des Behandlungsangebots ist die planmäßige Beendigung der Therapie. Tatsächlich liegen auch Studien vor, die für eine planmäßige Beendigung einer Therapie bessere Behandlungsergebnisse belegen (Lambert, 2004). Allerdings beziehen sich diese Ergebnisse auf Behandlungsangebote und -programme, deren Konzepte eine generelle, nicht individuell vereinbarte Behandlungsdauer voraussetzen. Hierzu zählen zum Beispiel die Angebote von Fachkliniken.

Im Gegensatz hierzu strebt das „Bonner Modell – Junge Sucht“ möglichst individualisierte und flexible Behandlungsangebote an, die ganz im Sinne der ressourcenaktivierenden Orientierung unter dem Motto „so lange wie nötig und so kurz wie möglich“ stehen könnten. Eine sinnvolle Bestimmung einer „klassischen Haltequote“ ist unter diesem Ansatz daher nicht möglich. Damit aber dennoch die Qualitätsmerkmale der Akzeptanz und Passung sowie eine eventuelle hierdurch verursachte Verschlechterung des Behandlungsergebnisses im „Bonner Modell – Junge Sucht“ erfasst werden können, wird wie im Konzept dargestellt die Abbrecherquote angegeben. Ein Behandlungsabbruch (Drop-Out) liegt vor, wenn der Patient/Klient die Behandlung aus eigenem Entschluss gegen ärztlich-therapeutischen Rat beendet und bei gegebener Behandlungsnotwendigkeit keine weiteren Hilfsangebote mehr wahrnimmt.

### 5.1 Abbrecherquote

An dieser Stelle sollen die in den einzelnen Abschnitten ausführlicher dargestellten Abbrecherquoten (Drop-Outs) im Überblick vorgestellt werden (Tabelle 4).

Angebot/Baustein	Drop-Out	Erläuterung
<i>update</i>	4%	Klienten, die ohne weitere Einbeziehung in das Programm den Kontakt abgebrochen haben
<i>LVR – offene Sprechstunde</i>	5%	Patienten, die ihren Aufnahmetermin für die stationäre Behandlung nicht wahrgenommen haben oder auf der Warteliste geführt wurden, aber nicht mehr erreichbar waren
<i>LVR – stationär</i>	2%	Patienten, welche die stationäre Behandlung gegen ärztlich-therapeutischen Rat beendet hatten und die auch kein ambulantes Angebot mehr wahrnahmen
<i>LVR – ambulant</i>	6%	Patienten, die einen Anschlusstermin nicht wahrgenommen hatten und zu denen eine Kontaktaufnahme nicht mehr möglich war

**Tabelle 4: Abbrecherquoten nach Behandlungseinrichtung und Behandlungssetting.**

Für das ambulante Cannabisbehandlungsprogramm CANDIS wird berichtet, dass 8% der Teilnehmer das Programm vorzeitig beendeten (Hoch et al., 2012). In einem Überblicksartikel berichten Denis und Kollegen (2008) von Abbruchquoten von bis zu 80% bei ambulanten Cannabispatienten. In der stationären Behandlung liegen die Abbrecherquoten zwischen 40-35% (Aden et al., 2011).

## 5.2 Rückfallquote

Der Anteil der Patienten, die eine stabile Abstinenz erreichen liegt für Cannabis bei über 50% und bei Amphetaminen teilweise über 70%. Bei Alkohol fallen die Abstinenzraten niedriger aus, da Alkohol in den seltensten Fällen Anlass der Behandlung ist (Abbildung 3).

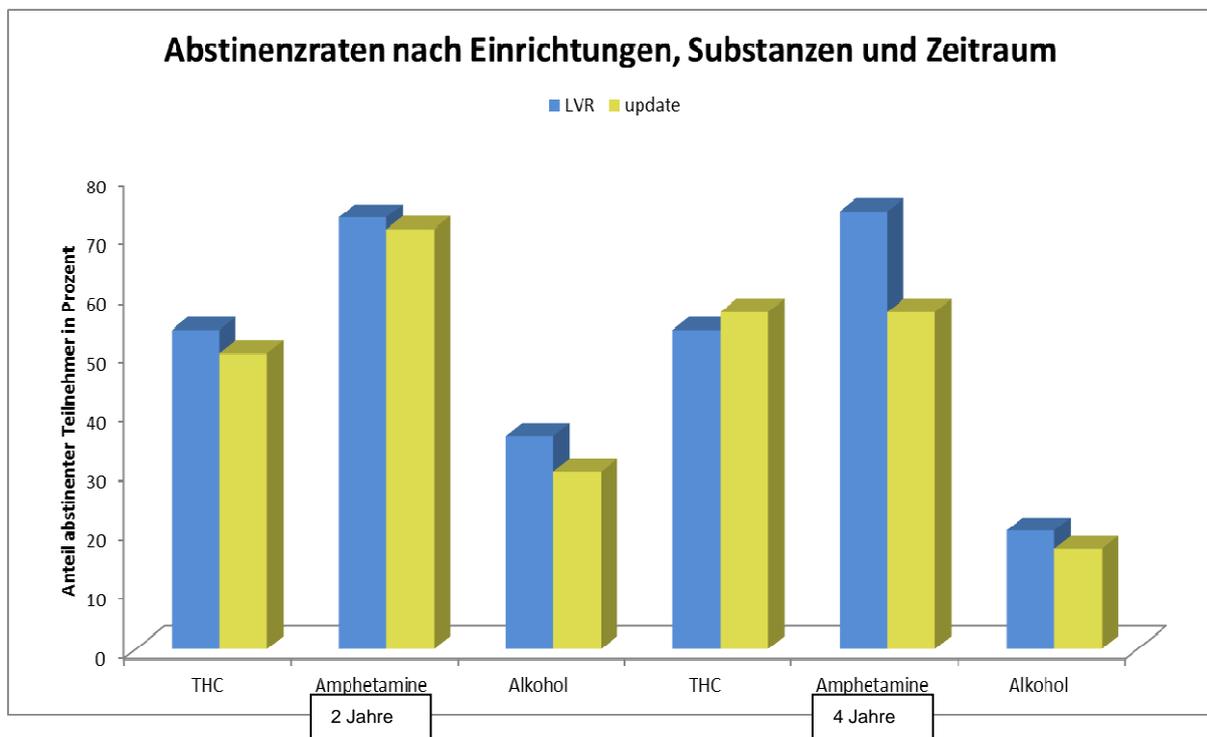


Abbildung 3: Prozentanteile abstinenter Teilnehmer nach 2 und 4 Jahren.

Es ist somit belegt, dass das Behandlungsprogramm „Bonner Modell – Junge Sucht“ den Konsum von Cannabis und Partydrogen zeitstabil sehr positiv zu beeinflussen vermag. Eine ausführlichere Darstellung der Ergebnisse findet sich im Bericht zu den Verlaufsuntersuchungen.

## 6 Angebote zur Prävention

### 6.1 Sozialraumorientiertes Arbeiten in der Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung, *update*

Innerhalb des Bonner Modells ist ein Mitarbeiter von *update* die sozialraumorientierte Suchtpräventionsarbeit im Bonner Stadtteil Medinghoven zuständig. In dieser aufsuchenden Arbeit sollen exzessive Konsumhaltungen frühzeitig erkannt und mit geeigneten Interventionen begegnet werden.

Die Hauptzielgruppe im Sozialraum sind Jugendliche und junge Erwachsene, die aus unterschiedlichen Gründen von gesellschaftlichen Integrationsbemühungen nur schwer erreicht werden und für die der öffentliche Raum immer mehr zum Lebensraum wird.

Vielfach verfügen die Betroffenen über psychosoziale Risikofaktoren, die ihre Adaptionprozesse in unsere Gesellschaft erschweren. In diesem Zusammenhang kommt dem Konsum von Suchtmitteln oder süchtigen Verhaltensweisen in vielen Fällen die Funktion eines Bewältigungsversuches in einer subjektiv nur schwer aushaltbaren Lebensrealität zu. Des Weiteren besitzen diese Menschen eine nicht ausreichende Möglichkeit zu einer adäquaten gesellschaftlichen Inklusion.

Genau hier setzt die konkrete Arbeit im Sozialraum an.

So wurde für Jugendliche im Stadtteil zum Ende des Jahres ein **„Hip-Hop“-Workshop**, unter der Leitung eines Referenten der Landeskoordinationsstelle „Ginko“ angeboten. Die positive Resonanz der Jugendlichen, aus den durch *update* initiierten vorangegangenen Musikprojekten, haben gezeigt, dass die jungen Menschen über diese Ausdrucksform die Möglichkeit haben, sich adäquat mit ihrer Lebenswirklichkeit auseinander zu setzen. Dabei soll das eigene Lebensgefühl, die eigene Herkunft und die Erfahrungen im Stadtteil thematisiert und nicht verleugnet werden. Für die Jugendlichen aus dem Sozialraum Medinghoven stellt die Balance zwischen ihrem familiären kulturellen Hintergrund und der Lebensrealität in ihrem Stadtteil mit besonderem Entwicklungsbedarf eine Herausforderung in ihrem Alltag dar.

Der Konsum von Suchtmitteln spielt im Alltag der Jugendlichen und im Sozialraum eine wichtige Rolle, daher ist die Begleitung des Workshops durch die Fachkraft von *update* wichtig. Die am Workshop teilnehmenden Jugendlichen nehmen gerne fachkundigen Rat zu ihrer eigenen Musik und ihren Beats an. Sie überprüfen ihre Texte und Aussagen auf Verständlichkeit, da es ihnen sehr wichtig ist, dem Publikum ihre Wahrnehmung mitzuteilen. Der Kurs wird derzeit im Jugendzentrum des Martin-Bucher-Hauses durchgeführt. Ziel ist es, die Ergebnisse der Jugendlichen zum Abschluss des Workshops, voraussichtlich im Juni 2013, öffentlich zu präsentieren. Über die Methode „Rap und Hip Hop als Anker im Sozialraum“ wird von *update* eine DVD mit Booklet erstellt.

Der wesentliche Grundsatz der Arbeit im Sozialraum ist die Orientierung an der Lebenswelt der Menschen und die Betrachtung des Hilfesuchenden nicht als Einzelfall, sondern im Kontext des sozialen Umfeldes. Dies ermöglicht, Selbsthilfekräfte und Ressourcen im Umfeld zu erkennen, zu aktivieren und zu stärken. Problematische Konsumverläufe sollen frühzeitig erkannt und mit Hilfe des Netzwerkes auf den Verlauf Einfluss genommen werden.

Aus diesem Grund führte *update* in der Realschule Medinghoven für Eltern von Kindern aus weiterführenden Schulen eine **Informationsveranstaltung** zum Thema **Suchtgefahren im Jugendalter** durch. Mit 40 Teilnehmer/innen wurde die elterliche Haltung zu Suchtstoffen wie Nikotin und Cannabis diskutiert und mögliche Verhaltensänderungen in Form von Rollenspielen erprobt.

Einige Fragen der Eltern waren:

- Wie schaffe ich es in dieser schwierigen Zeit der Pubertät, den Kontakt zu meinem Kind zu halten?
- Wie kann ich mit „Fehlern“ in der Erziehung umgehen?
- Inwieweit darf ich meine Konsumgewohnheiten beibehalten, ohne ein „schlechtes“ Vorbild zu sein?

Aufgrund der hohen Nachfrage, bietet *update* zukünftig jährlich eine Informationsveranstaltung für die Eltern, von Kindern aus weiterführenden Schulen, in Medinghoven an.

Zusätzlich zur Jugend- und Elternarbeit bot *update* eine **Multiplikatorenschulung** zur Suchtentstehung im Familienzentrum des Stadtteils an. Teilnehmende waren Mitarbeitende aus dem Jugendzentrum, des Kindergartens, der Grund- und Hauptschule, sowie der offenen Ganztagschule.

Im Verlauf der Schulung kristallisierten sich folgende Fragestellungen bei den fünf teilnehmenden Institutionen heraus:

- Wie kann ich das mir anvertraute Kind bei der Entwicklung zu einer selbstbewussten Persönlichkeit unterstützen?
- Welche suchtpreventiven Schutzfaktoren liegen im kindlichen „nein-sagen“ und dem „sich abgrenzen“, obwohl ich als Erzieher/in, Lehrer/in damit konfrontiert werde?
- Inwieweit sind meine eigenen Konsumgewohnheiten, z.B. das Rauchen gegenüber den Kindern zu thematisieren?
- Fließen meine eigenen Ausweichmuster in den Schulunterricht ein?
- Wie fördere ich Phantasie und Kreativität des Kindes, ohne zu überfordern?

Mit der Schulung von Multiplikatoren vor Ort verfolgt *update*, innerhalb des Bonner Modells, den Leitgedanken der Nachhaltigkeit im Rahmen der Suchtprevention. Die ortsansässigen Institutionen und Bildungseinrichtungen werden fortgebildet, um somit die Kontinuität der Suchtprevention zu gewähr-

leisten, damit die Nachhaltigkeit zu sichern, um gefährdete Kinder und Jugendliche bestmöglichst und frühzeitig zu erreichen.

So wurde im zurückliegenden Berichtszeitraum zu dem bereits bestehenden Kontakt zu Jugendlichen die Elternarbeit im Stadtteil ausgebaut und durch ein neues Arbeitsfeld, der Multiplikatorenarbeit, erweitert.

## 6.2 Angebote zur Prävention LVR-Klinik

Die Angebote der LVR-Klinik im Rahmen des „Bonner Modells – Junge Sucht“ sind gemäß ihrer Verankerung im Versorgungssystem vorrangig an den Aufgabenstellungen der sekundären und tertiären Prävention orientiert. Hierzu zählen die Beratung und Behandlung zur Vermeidung

- a) von gesundheitlichen Schäden durch den Substanzmittelkonsum und
- b) von Missbrauch und der Entwicklung von Abhängigkeiten.

Neben den eigenen Angeboten der LVR-Klinik stehen die Mitarbeiter des „Bonner Modells – Junge Sucht“ beständig im Austausch mit niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten, Ämtern, Behörden und Hilfseinrichtungen und stellen hier Fachwissen und kompetente Unterstützung für die Beratung und Behandlung von Betroffenen zur Verfügung. Immer noch werden Abhängigkeitsentwicklungen nicht rechtzeitig erkannt, oder der Konsum gerade von Cannabis bagatellisiert. An dieser Stelle ist weiterhin Aufklärungsarbeit über Symptome, Verläufe und Hilfsangebote notwendig. Auch Angehörige werden in der LVR-Klinik im Umgang mit Betroffenen, aber auch den damit verbundenen eigenen seelischen Belastungen, beraten.

Weiterhin finden die jungen Cannabis- und Partydrogenkonsumenten soziotherapeutische Unterstützung bei der Bewältigung der negativen sozialen Folgen des Drogenkonsums, z. B. bei familiären Problemen, Überschuldung, Führerscheinverlust, Kriminalität sowie Arbeits- und Schulproblemen. Gegebenenfalls erfolgt eine Vermittlung in eine Fachklinik zur medizinischen Rehabilitation oder der Betroffene wird bei der Beantragung unterstützt. Hierfür stehen im stationären und ambulanten Bereich in die Projektarbeit eingebundene Sozialarbeiter zur Verfügung.

Ein weiterer Baustein der Präventionsarbeit ist die inzwischen sehr gut ausgebaute und eingespielte Nachsorgearbeit für das „Bonner Modell – Junge Sucht“. Zwei Therapeuten, die den Klienten auch schon aus der stationären Arbeit bekannt sind, um möglichst „weiche“ Übergänge zu ermöglichen, bieten Einzelgesprächskontakte für die ambulante Nachsorge an (siehe entsprechenden Abschnitt in diesem Jahresbericht). Alle ambulanten Angebote verstehen sich dabei sehr niederschwellig (offene Sprechstunde ohne Terminabsprache, kein Wegschicken/unnötiges Umleiten, „no-wrong-door“), d. h.,

können auch bei akuter Rückfälligkeit genutzt werden. Darüber hinaus können alle Patienten, die stationär behandelt wurden, für die Übergangszeit stationäre Angebote auch ambulant nutzen (Gruppen, „Klettern“) und können im Falle einer erneuten Verschlechterung zeitnah zur Krisenintervention – auch vor Rückfälligkeit – aufgenommen werden.

Weiterhin hat sich im Sinne der Prävention auch bewährt, den Kontakt zu den „ehemaligen“ Patientinnen und Patienten zu halten. Aufhänger hierfür sind die Einladungen zur Nachsorgeuntersuchungen, Informationen über die ambulante Nachsorgegruppe „Refuse-to-use“ und die zweimal im Jahr stattfindenden Booster-Sessions. Hierbei handelt es sich um Auffrischungssitzungen, zu denen gesondert eingeladen wird, und die bei den Patienten sehr beliebt sind. Teilweise nehmen hieran Patienten teil, die, inzwischen oftmals selbst Eltern, in den Anfängen des Projektes 2004 stationär in Behandlung war und berichten von ihren Erfahrungen. Der Austausch dieser „alten Hasen“ mit Patienten, die sich früher im Prozess der Behandlung befinden, ist oftmals besonders fruchtbar.

## 7 Mitarbeit-/innen

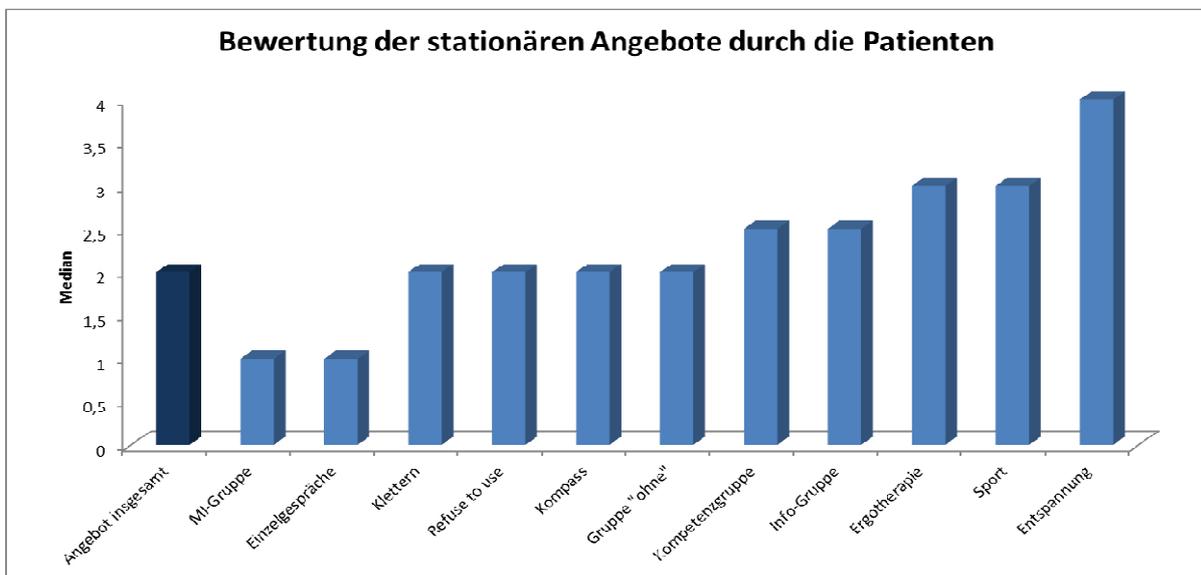
Eine zentrale Besonderheit des Behandlungskonzeptes ist die vernetzte sektorenübergreifende Tätigkeit mit Schnittstellenreduktion, die sich sowohl aus Mitarbeitern der LVR-Klinik Bonn als auch aus einem Mitarbeiter der Fachstelle für Suchtprävention - Kinder-, Jugend-, Elternberatung *update* zusammensetzt.

Dieses Team wird aus einem Facharzt/In für Psychiatrie und Psychotherapie und einem Diplom-Psychologen aus der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn sowie durch einen Diplom-Psychologen aus der Fachstelle für Suchtprävention *update* gebildet. Dabei liegen die Tätigkeitsschwerpunkte des Diplom-Psychologen aus der LVR Klinik im Bereich der Ambulanz der Abteilung und im stationären Bereich, die Tätigkeitsschwerpunkte des Diplom-Psychologen von *update* im ambulanten Bereich. Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie übernimmt neben der Tätigkeit im ambulanten und stationären Rahmen zentrale Aufgaben im Sinne der Schnittstellenbesetzung und ist Koordinator der Vernetzung des stationären und ambulanten Programms. Gemeinsam mit dem Psychologen der Fachstelle für Suchtprävention ist sie Ansprechpartnerin für niedergelassene Ärzte und Therapeuten, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Erwachsenenpsychiatrie und sonstige suchtherapeutische Institutionen.

## 8 Qualitätssicherung

Zur Sicherung der hohen Qualität des Behandlungsprogramms dient zum einen die fortlaufende Ergebnis- und Prozessevaluation (siehe Konzept), deren Ergebnisse permanent für die Optimierung der Behandlungsangebote genutzt werden. Für die Ergebnisevaluation wird durch den Einsatz von standardisierten und gut eingeführten Fragebögen der Ist-Zustand zu Beginn der Behandlung erhoben und mit den Werten zu Behandlungsende verglichen. Dies ermöglicht eine fundierte Quantifizierung von Behandlungseffekten, die durch regelmäßige Follow-Up-Erhebungen mit längeren Erhebungsintervallen zudem auf ihre Nachhaltigkeit überprüft werden (siehe Verlaufsbericht).

Die Prozessevaluation erfolgt zum einen durch die Erhebung der Zufriedenheit der Patienten mit den Behandlungsbausteinen über einen selbstentwickelten Fragebogen (LVR-Klinik; siehe Abbildung 4) und durch eine standardisierte Befragung der Patienten, die zum Abschluss der stationären Behandlung ermutigt werden, positive und negative Kritik am Behandlungsprogramm zu üben. Gefragt wird nach eingetretenen positiven und negativen Veränderungen, erreichten/nicht-erreichten Zielen, was geholfen hat, was behindert hat, Vergleich der Erwartungen zu Beginn und Ende der Behandlungen, offen gebliebene Ziele/Wünsche usw.



**Abbildung 4: Ergebnisse der Prozessevaluation der stationären LVR-Patienten. Gefragt wurde: „Wie hilfreich waren die Angebote für Sie?“ Die Bewertung erfolgte auf einer Schulnoten-Skala mit den Werten von 1-5 (n= 87; nur 15.1C).**

Darüber hinaus nehmen die Mitarbeiter kontinuierlich an Schulungen und Kongressen teil. Damit die Anforderungen, die durch die besondere Zielgruppe der jungen Erwachsenen mit zum Teil langjährigen psychischen Problemen, noch besser erfüllt werden können, absolvierte der verantwortliche Psychologische Psychotherapeut der LVR-Klinik zwischenzeitlich die Weiterqualifikation zum Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten.

## 9 Bewertung

Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die wesentlichen Trends der vergangenen Jahre mit einer hohen Belastung der Patientengruppe durch soziale, substanzbezogene und psychische Probleme 2012 fortgesetzt haben.

Es deutet sich jedoch möglicherweise an, dass die Belastung der Cannabis-/Partydrogenpatienten steigt. In diesem Zusammenhang sind der hohe Anteil von arbeitslosen Patienten für 2012, die Zunahme von Alkoholproblemen und die gestiegene psychische Belastung bei den Klienten von *update* zu nennen. Hervorzuheben ist weiterhin, dass bei der Hälfte aller Behandlungssuchenden mehr als eine substanzbezogene Abhängigkeit bestand. Durch diese Ergebnisse wird betont, wie stark der Leidensdruck bei den Betroffenen ist. Demgegenüber scheinen vor der Behandlung Ängste und Hoffnungslosigkeit zu überwiegen.

**Erfreulicherweise können für 2012 starke Behandlungseffekte nachgewiesen werden, wobei die Aktivierung der Selbstheilungskräfte der Konsumenten die Voraussetzung für die Nachhaltigkeit der Therapieergebnisse schafft.** Hieran soll auch 2013 angeknüpft und das Angebot weiter verbessert werden. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang auch die Frage interessant, wodurch der Therapieerfolg letztlich zustande kommt, um auch diejenigen besser erreichen zu können, die bislang noch nicht erfolgreich waren. Zwar belegt der Vergleich mit den Ergebnissen anderer Therapieangebote, dass die erreichten 50% Abstinenz bei Cannabiskonsumenten nach vier Jahren sehr gut ist [Denis, et al., 2006] aber andererseits bedeutet dies auch, dass ein Teil der Patienten noch nicht ausreichend erreicht wird. **Neben den (altersspezifischen) Besonderheiten der Zielgruppe, macht der sich aus der hohen Belastung der Zielgruppe ergebende, stark gesteigerte Betreuungs- und Therapiebedarf deutlich, dass eine wirksame Therapie außerhalb der rein krankenkassenfinanzierten Behandlungsangebote langfristig erforderlich ist.**

## 10 Ausblick

In der nahen Zukunft wird sich für das Behandlungsprogramm insbesondere die Anpassung an die geänderte Krankenhausfinanzierung stellen. Es ist zu erwarten, dass bei dieser anstehenden Neuregelung eine weitere Verkürzung der Behandlungszeiten angestrebt wird. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Behandlungen weiter in ihrer Effizienz zu steigern. Ein wichtiger Ansatz hierzu sind die sich zu Zeit in der Entwicklung befindlichen Intensivtrainings zur Problemlösungsfähigkeit (PLLUB) und zur Emotionsregulation (TEK). Idealerweise soll es möglich werden, je nach Bedürfnislage der Patienten, spezifische Therapieangebote zu machen: je nachdem welche Problemstellung im Vordergrund steht, käme entweder das PLLUB oder das TEK zum Einsatz.

Wie bereits ausgeführt, soll ein besonderes Augenmerk auf die Analyse der Prädiktoren für den Therapieerfolg gelegt werden. Hierzu ist eine zeitintensive Feinanalyse der bisherigen Ergebnisse notwendig, die für das Jahr 2013 geplant ist. Die sich hieraus ergebenden Schlussfolgerungen werden dann in der Weiterentwicklung des bisherigen Behandlungsangebots umgesetzt.

Weiterhin bleibt abzuwarten, welche Herausforderungen sich aus den aktuell zu beobachtenden Trends beim Konsum von psychotrop wirksamen Substanzen ergeben. Zu nennen sind hier beispielsweise die sogenannten „Legal Highs“, also phasenweise freiverkäufliche, synthetische Cannabinoide oder Amphetamine. Diese spielten zwar bislang aktuell eine deutlich untergeordnete Rolle, dennoch wird dies weiter kritisch zu beobachten sein.

Zunehmend wird auch der zum Teil exzessive Gebrauch elektronischer Medien (Handy, Computer, Fernsehen) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen problematisiert. Der Ansatz des „Bonner Modells – Junge Sucht“ führt zu sehr guten Ergebnissen und bietet zudem Schnittstellen für eine Erweiterung zu jeweils aktuellen Problemstellungen bei jungen Erwachsenen, wie z. B. Medienabhängigkeit oder das sogenannte „Binge drinking“ von Alkohol. Bei entsprechender Refinanzierung könnten entsprechende Therapieangebote schnell und leicht in das Behandlungsprogramm integriert werden.

## 11 Öffentlichkeitsarbeit im Bonner Modell

Wie bereits in den vergangenen Jahren war die Öffentlichkeitsarbeit im *BONNER MODELL* ein weiterer wichtiger Baustein:

*Aktivitäten 2012:*

- Das Behandlungsangebot „Bonner Modell – Junge Sucht“ und erste Erkenntnisse aus der Evaluation wurden auf dem **Symposium der Fachgruppe für Klinische Psychologie in Luxemburg** durch einen Vortrag vorgestellt. Insbesondere die Konzeption des „Kompass“ fand dabei sehr reges Interesse bei den Kongressteilnehmern. Hierbei wurde das sehr hohe therapeutische und methodische Niveau des Behandlungsprogramms von den Experten lobend kommentiert und die Idee der täglichen Kurzintervention als innovative Ergänzung zu den herkömmlichen Angeboten mehr als interessiert aufgenommen.
- Auch auf dem jährlich stattfindenden **Deutschen Suchtkongress** in Berlin war das Behandlungsprogramm mit einem Postervortrag vertreten. Die Konkretisierung von gezielten und spezifischen Interventionen bei jungen Erwachsenen mit substanzbezogenen Störungen stieß auf sehr reges Interesse. Hierbei wurde durch die Berichte von KollegInnen aus anderen Behandlungseinrichtungen deutlich, dass das standardmäßige, durch die Krankenkassen finanzierte Behandlungsangebot als nicht ausreichend bewertet wurde. Beklagt wurde eine hohe Anzahl an Therapieabbrüchen sowie unzureichende Behandlungsergebnisse. Dementsprechend groß war das Interesse am „Bonner Modell“.

### 11.1 Kunstprojekt 201X

Das Kunstprojekt 201X gehört zu den Preisträgern des Nationalen Förderpreises 2010 „Kunst bewegt“ der ERGO Stiftung, der am 22.11.2010 in Hamburg verliehen wurde.

Es ist eine Zusammenarbeit des Kunstmuseum Bonns mit dem *BONNER MODELL*. Der Gewinn des Stiftungspreises war mit einem Preisgeld von 5000 Euro verknüpft, die der erweiterten Fortführung des Projektes dient.

### *Hintergründe*

Das Projekt 201X ist ein Kunstprojekt für Jugendliche und junge Erwachsene in Kooperation von Kunstmuseum Bonn (Bildung und Vermittlung) und „Bonner Modell – Junge Sucht“. Die Zusammenarbeit geht vom Ansatz aus, dass die theoretische und kreative Auseinandersetzung mit Kunst eng mit therapeutischen Themen wie Identitätsfindung, Persönlichkeitsentwicklung und dem Schaffen einer individuellen Sprache und Ausdrucksform verknüpft ist.

Wichtige Intention des Projektes ist der Austausch zwischen den Gruppen zu Unterschieden und Gemeinsamkeiten in der Betrachtung ihrer Zukunftsperspektiven.

Symbolhaft steht das „X“ am Ende von „Projekt 201X“. Von den Teilnehmern wurde es je nach eigener Biografie inhaltlich selbst belegt.

Ein Ziel des Projektes ist auch eine Horizonsweiterung der Teilnehmer. Gedankenprozesse werden durch die gemeinsamen Diskussionen über ihre künstlerischen Arbeiten angeregt. Neues Selbstbewusstsein wird gebildet und gestärkt durch die Präsentation der Arbeiten im Museum im Rahmen der Ausstellung.

### *Neukonzeption*

Nach den bisherigen, erfolgreichen Projektdurchläufen, wurde das Jahr 2012 für eine intensive Auswertung der bisherigen Erfahrungen genutzt. Es bedarf noch der Auswertung der bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse, um zu entscheiden, in welcher Form das Projekt im Rahmen des „Bonner Modell – Junge Sucht“ fortgeführt werden kann.

## 12 Literatur

Aden, A., Stolle, M. & Thomasius, R. (2011). Cannabisbezogene Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Diagnostik, Komorbidität und Behandlung, *Sucht*, 57(3), 215-230.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Second Edition*. New York: Taylor & Francis.

Dau, W., Schmidt, A., Schmidt, A. F., Krug, T., Läßle, S. E., & Banger, M. (2011). Fünf Minuten täglich: Kompass – eine stationäre Kurzintervention für junge Cannabis-/Partydrogen- Patienten nach dem „Bonner Modell – Junge Sucht“. *Sucht*, 57(3), 203–214. doi:10.1024/0939-5911.a000113

Denis, C., Lavie, E., Fatseas, M. & Auriacome, M. (2006). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews.

Greg, M., Copeland, J., Gates, P. & Gilmour, S. (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis user: Reliability, validity and diagnostic cut-off, *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 90-93.

Hoch, E., Noack, R., Henker, J., Pixa, A., Höfler, M., Behrendt, S., Bühringer, G. & Wittchen, H.U. (2011). Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS). *European Neuropsychopharmacology*, 22, 267-280.

Jack, M. (2007). *FERUS – Fragebogen zur Erfassung von Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten*. Göttingen: Hogrefe.

Lambert, M. J. (Ed.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Fifth Edition*. New York: Wiley.