



Bericht zur

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

2009

Kooperationsprojekt unter Leitung der

**Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen und
Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn**

Prof. Dr. med. Markus Banger

Axel Schmidt

Wolfgang Dau

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

1. Zusammenfassung.....	3
1.1. <i>Zukünftige Projektausrichtung</i>	3
2. Ergebnisse.....	4
2.1. <i>Sprechstunden und therapeutische Beratungs- und Behandlungsgespräche in update, Fachstelle für Suchtprävention.....</i>	4
2.2. <i>Medizinische Sprechstunde und ärztliche Einzelgespräche</i>	4
2.3. <i>Elternarbeit</i>	5
3. Trends und Entwicklungen stationär und ambulant – LVR – Klinik	6
3.1. <i>Nachfrage übersteigt verfügbare Plätze.....</i>	6
3.2. <i>„Refuse-to-use“ und „Booster-Sessions“.....</i>	7
3.3. <i>Entwicklungen in der klinischen Arbeit.....</i>	7
3.4. <i>stationär.....</i>	7
3.5. <i>Versorgung der ambulanten Patienten in der LVR-Klinik.....</i>	7
4. Evaluationsdaten.....	8
4.1. <i>Soziodemographische Daten im Vergleich</i>	9
4.2. <i>Psychische Merkmale im Vergleich</i>	12
4.3. <i>Psychische Belastung – Vergleich „LVR-stationär vs.update“</i>	12
4.4. <i>Psychische Belastung – Vergleich „LVR-ambulant vs update“</i>	13
4.5. <i>Psychische Belastung – Wirksamkeitsnachweis der Behandlung</i>	14
4.6. <i>Psychische Belastung – Behandlungseffekte bei update.....</i>	16
4.7. <i>Psychische Belastung – Geschlechtervergleich bei update.....</i>	18
4.8. <i>Auswertung der nach Beendigung der Behandlung erhobenen Daten (Katamnese)</i>	18
4.9. <i>Nachuntersuchungs-Daten – psychische Merkmale stationär</i>	18
4.10. <i>Daten der Nachuntersuchung – Konsummuster/-folgen – stationär.....</i>	20
4.11. <i>Auswertung der Nachuntersuchungsdaten – psychische Merkmale „up date“ </i>	22
4.12. <i>Auswertung Nachuntersuchungs-Daten – Konsumdaten update</i>	23
4.13. <i>Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse</i>	23
5. Sozialraumorientiertes Arbeiten	24
6. Öffentlichkeitsarbeit/Präventionsarbeit im Bonner Modell.....	25
7. Ausblick und Perspektiven.....	26
8. Anhang I.....	27
9. Anhang II.....	31
10. Anhang III.....	32

1. Zusammenfassung

Das Bonner Modell zur Beratung und Behandlung von jungen Bonner Erwachsenen mit Problemen in Zusammenhang mit Cannabis- und/oder Partydrogenkonsum wurde 2004 von der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn entwickelt und wird seitdem in Kooperation mit *update*, Fachstelle für Suchtprävention – Kinder, Jugend-, Elternberatung von Caritas und Diakonie in Bonn umgesetzt. Ziele des Programms sind es, vor dem Hintergrund anhaltend hoher Zahlen jugendlicher Cannabis- und Partydrogenkonsumenten, die Beratungs- und Behandlungsangebote zielgruppenspezifisch auszurichten, problematische Verläufe frühzeitig zu erkennen und individuelle Behandlungs- und Beratungsangebote vorhalten zu können. Eine weitere Besonderheit des Bonner Modells liegt in der engen Verzahnung von Beratung und Behandlung mit Angeboten im Bereich von Prävention, Multiplikatorenschulungen, Öffentlichkeitsarbeit, Angehörigenarbeit und sozialraumorientierter Arbeit. In dem durch die Stadt Bonn finanzierten Programm werden Doppelversorgungsstrukturen durch die institutionsübergreifende Zusammenarbeit vermieden. Das Programm ist spezifisch auf die Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch Unterstützung bei altersspezifischen Entwicklungsaufgaben (Schulabschlüsse, Berufsfindung, Ablösung vom Elternhaus, Partnerschaftsfragen, Persönlichkeitsentwicklung) ausgerichtet.

Im Jahresbericht 2009 können wir durch die von der Stadt Bonn geförderte Datenerhebung- und Auswertung der Behandlungen und Beratungen in der LVR Klinik und bei *update* erstmals auch Aussagen über die längerfristigen Behandlungserfolge und –auswirkungen treffen. Deutlich wird bei der Auswertung zudem, dass die Angebote der beteiligten Einrichtungen von unterschiedlichen Zielgruppen frequentiert werden, die Angebote der beteiligten Institutionen also komplementär aufgebaut sind. Die anhaltend hohe Nachfrage der Patienten überstieg dabei 2009 die Zahl der verfügbaren Plätze. Neben der Beratungs- und Behandlungstätigkeit im Programm wurde die Öffentlichkeitsarbeit für das Bonner Modell fortgeführt und die Präventionsarbeit, peer education (Gleichaltrige beraten Gleichaltrige) und das sozialraumorientierte Arbeiten im Stadtteil Medinghoven ausgebaut.

1.1. Zukünftige Projektausrichtung

Die Programmbausteine im Bereich der institutionenübergreifenden Zusammenarbeit bei Beratung und Behandlung wurden nach Auswertung der Patientenbefragungen nochmals auf die Patienten- und Klientenbedürfnisse angepasst. So ist für 2010 aufgrund der großen Nachfrage, zusätzlich zu der abstinenzorientierten Nachsorgegruppe eine „niederschwelligere“ ambulante Gruppe für veränderungsmotivierte PatientInnen geplant. Zur Fortsetzung von Prävention und Öffentlichkeitsarbeit sind mehrere öffentliche Filmvorführungen für SchülerInnen mit anschließender Diskussion geplant. Zusätzlich soll die Zusammenarbeit mit dem Kunstmuseum Bonn (Projekt 201X, SchülerInnen und junge Erwachsene arbeiten künstlerisch zum Thema Zukunftsperspektiven) intensiviert werden.

2. Ergebnisse

2.1. Sprechstunden und therapeutische Beratungs- und Behandlungsgespräche in *update*, Fachstelle für Suchtprävention

Ein zentrales Angebot von *update* im *BONNER MODELL* ist die regelmäßig wöchentlich stattfindende Cannabis-Sprechstunde.

Betroffene männliche und weibliche Klienten kommen in der Regel mit dem Anliegen, sich zum Suchtstoff Cannabis beraten, ambulant behandeln und gegebenenfalls stationär vermitteln zu lassen.

Diese differenzierten Angebotsformen für junge Erwachsene im Alter zwischen 18 und 25 Jahren werden in erster Linie in regelmäßig stattfindenden Einzelkontakten durchgeführt.

Die in *update* stattfindende Beratung und Behandlung gibt Unterstützung auf dem Weg zur Abstinenz oder zu einer vom Klienten angestrebten, veränderten Konsumform wie beispielsweise eine Reduktion des Suchtmittels oder ausgewählte Konsumzeiten.

Zentrale Themenbereiche, die in der Beratung und Behandlung berührt werden sind z.B. die Ablösung vom Elternhaus, die Rollendifferenzierung zwischen Jugend- und Erwachsenenalter, die Förderung veränderter Kommunikation in unterschiedlichen sozialen Gruppen, die schulischen bzw. beruflichen Perspektiven und die Aufarbeitung eines, möglicher Weise, aufgetretenen delinquenten Verhaltens.

Im zurückliegenden Berichtszeitraum haben **104** Klienten (84 männlich, 20 weiblich) unsere Fachstelle aufgesucht.

Über die ambulante Beratung und Behandlung von *update* hinaus konnten auch im Jahr 2009 die betroffenen jungen Erwachsenen durch die Suchtberater/innen zu Institutionen im Bonner Hilfesystem, wie beispielsweise die ARGE, die zuständige Sozialberatung im jeweiligen Stadtteil und zur Schuldnerberatung begleitet und vermittelt werden.

Grundsätzlich stehen neben der Bearbeitung des Suchtmittelkonsums das Erreichen von Schul- und Ausbildungsabschlüssen und die darauf erfolgende Berufsorientierung im Vordergrund. Daraus resultiert der vordringliche Wunsch der jungen Erwachsenen nach finanzieller Unabhängigkeit.

Die oben genannten Aspekte bilden bei den betroffenen Konsumenten/innen eine wichtige Motivation, sich auf eine erhebliche Suchtmittelreduzierung oder Abstinenz einzulassen. Die jeweiligen Veränderungsschritte werden bezogen auf den gesamten Lebenskontext des jungen Erwachsenen therapeutisch begleitet.

2.2. Medizinische Sprechstunde und ärztliche Einzelgespräche

Die zweiwöchentliche medizinische Sprechstunde durch den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in den Räumen von *update*, Fachstelle für Suchtprävention wurde im Jahr 2008 von insgesamt **23** Konsumenten aufgesucht. Davon waren 19 männlich, 4 weiblich. Direkt in der Institutsambulanz für Suchterkrankungen und Psychotherapie wurden zusätzlich **39** Betroffene vorstellig, um sich in medizinischen

oder psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Fragestellungen fachärztliche Hilfe zu suchen bzw. um sich direkt für das stationäre Therapieangebot anzumelden. Auffällig im Vergleich zu den Vorjahren ist hierbei die rückläufige Häufigkeit von ärztlichen Erstkontakten in der Fachstelle *update* im Vergleich zum direkten Aufsuchen des Facharztes in der Institutsambulanz der LVR Klinik Bonn.

Die Gründe für die Zuweisung zur medizinischen Sprechstunde und das Aufsuchen der ärztlichen Gespräche in der Institutsambulanz waren dabei im Vergleich zu den Vorjahren jedoch weitgehend ähnlich:

In erster Linie kam es zu Diagnostik und Behandlung von psychiatrischen Komorbiditäten bei langjährigem Konsum von Cannabis- und Partydrogen. Neben der Selbstmedikation bei Krankheitsbildern wie hyperkinetischer Störung, Aufmerksamkeitsdefizitstörung und Impulskontrollstörungen in der Vorgeschichte zeigte sich hierbei, dass Cannabis von manchen Patienten als Selbstmedikation bei Zustand nach Traumatisierung oder komplexer Traumatisierung in der Biographie eine Rolle spielt.

Dennoch stellen die häufigsten psychiatrischen Komorbiditäten bei Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit weiterhin Angststörungen und Depressionen dar.

Viele dieser Patienten bedurften neben der Therapie, einer begleitenden psychopharmakologischen antidepressiven Behandlung.

Insbesondere bei mehrfach frustriert verlaufenen ambulanten Entzügen bedurften Patienten einer fachärztlich geleiteten medikamentösen Unterstützung in den ersten Tagen bis Wochen des Entzuges.

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie war darüber hinaus weiterhin bei Familiengesprächen, Hilfeplankonferenzen, Elterngesprächen und der Elterngruppe in *update* beteiligt.

2.3. Elternarbeit

Am Anfang einer Elternberatung zum illegalen Suchtmittel Cannabis stehen sehr oft Sachfragen der Eltern. Es sind Fragen nach Merkmalen von Abhängigkeit und Sucht, des Weiteren Fragen nach einer möglichen Verlagerung bzw. Ausweitung zu anderen Suchtmitteln. Eltern zeigen sich in diesem Beratungskontext oftmals sehr hilflos. Durch eine fachliche Sachinformation kann in manchen Beratungskontakten eine erste und auch rasche Klärung erfolgen.

In nicht wenigen Fällen ist der riskante Cannabiskonsum ein sehr heftiger Begleiter eines Ablösungsprozesses des Jugendlichen und jungen Erwachsenen vom Elternhaus.

Es ist daher notwendig, Eltern in der Weise zu beraten, dass neue Kommunikationsregeln und neue Kommunikationstechniken in dieser Lebensphase der jungen Menschen notwendig sind. Möglicherweise kann ein verändertes „miteinander reden“ gravierende Auswirkungen auf den Konsum des „Kindes“ zeigen und dadurch eine Aufhebung der „Frontenbildung“ ermöglichen.

Diese Form der Elternberatung geschieht in aller Regel erstmals in der Elternsprechstunde, welche im Jahr 2009 von **77 Eltern** genutzt wurde.

Nicht selten münden Einzelberatungen in Familiengesprächen, in denen der zunächst formulierte Beratungsanlass „Suchtmittelkonsum des Kindes“, einen erweiterten Blick auf das „Gesamtsystem Familie“ öffnet.

Neben dem Einzelberatungsangebot für Eltern findet zusätzlich regelmäßig 14-tägig die **Elterngruppe „Starke Bande“** statt.

In dieser Gruppe können, neben der Informationsvermittlung zum Suchtmittel Cannabis, sich Eltern mit anderen Eltern beispielsweise über ihre Ängste bezüglich des Drogenkonsums ihres „Kindes“ austauschen. Dies ist in aller Regel ein Vorgang der Enttabuisierung, in dem sich die Eltern oft zum ersten Mal über den Konsum und dessen Auswirkung auf die Familie äußern. Scham und Schuldgefühle treten nach und nach dabei deutlich zurück. Schon allein darüber entsteht schon sehr bald eine merkliche Entlastung für die Eltern.

Aufgrund unterschiedlichen familiären Hintergrunds werden die erworbenen Verhaltens- und Erlebensmuster in Bezug auf das „Kind“ - oft sehr heftig – kontrovers diskutiert. Dies wird u. a. durch die Methode des Rollenspiels unterstützt, in denen die Eltern unterschiedliche Positionen im Eltern-Kind-Konflikt durchspielen und so ein erweitertes Verständnis für andere Haltungen im Konflikt erleben.

Ein zentrales grundsätzliches Ziel in der Arbeit mit Eltern konsumierender Jugendlicher und junger Erwachsener ist die Reflexion der eigenen Haltungen zu Regeln und Kommunikation und die möglicherweise neu erworbenen Ideen und Techniken für die Jugendlichen unterstützend anzuwenden..

Die Mitwirkung einiger Eltern am **Dokumentationsfilm „Partylaunen“** brachte im zurückliegenden Berichtszeitraum eine zusätzliche Belebung und Erfahrung in die regelmäßig stattfindende Gruppe, da **Eltern und Konsumenten** sich öffentlich aussprachen. An dieser Stelle zeigt sich, dass Elternberatung auch eine stellvertretende Beratung für den jungen Erwachsenen darstellt. Dieser dokumentarische Beitrag befindet sich im **Bonusteil** des Films.

Im Jahr 2009 kam es zu **23 Gruppenterminen**, bei denen durchschnittlich 12 Eltern anwesend waren.

Zusätzlich wurden regelmäßig Familiengespräche durchgeführt, in denen die KonsumentInnen, Eltern und BeraterInnen zusammentrafen, um die bereits vereinbarten Ziele zu reflektieren und neue Vereinbarungen zu treffen.

Ein wichtiges Ziel der Elternberatung im Einzel- oder Gruppenkontakt ist – wie in der Konsumentenberatung- die schrittweise Realisierung formulierter Veränderungswünsche.

3. Trends und Entwicklungen stationär und ambulant – LVR – Klinik

In diesem Abschnitt soll kurz auf besondere Entwicklungen für das Jahr 2009 eingegangen werden.

3.1. Nachfrage übersteigt verfügbare Plätze

Auch für 2009 überstieg die Nachfrage das Angebot an stationären Behandlungsplätzen. Dies zeigte sich zu einem durch die hohe Frequentierung der zwischenzeitlich in der Ambulanz der Abteilung eingerichteten offenen Sprechstunde, die wöchentlich durchschnittlich von ca. 5-7 Pat. aufgesucht wurde. Zum anderen befanden sich zwischenzeitlich über 20 Pat. auf der Warteliste, wobei die Wartezeit 34,7 Tage (AM, SD = 23,82) betrug.

3.2. „Refuse-to-use“ und „Booster-Sessions“

Die ambulante Nachsorgegruppe „Refuse-to-use“ wurde auch 2009 fortgeführt. Relativ bruchlos konnte der Wechsel in der therapeutischen Zuständigkeit bewältigt werden. Die Gruppe orientiert sich weiterhin sehr stark an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen, integriert jetzt aber auch ein Genusstraining in das Konzept.

Die Booster-Sessions wurde auch 2009 durchgeführt und von jeweils 5 bzw. 8 Pat. besucht. Für das vergangene Jahr zeigte sich aber, dass dieses Angebot im wesentlichen von den sich ohnehin aktuell in ambulanter Behandlung befindlichen Pat. wahrgenommen wurde. Es bleibt für 2010 zu prüfen, ob die Pat., die zunächst keinen Kontakt mehr zur Klinik halten, nicht gezielter auf eine Teilnahme angesprochen werden sollten.

3.3. Entwicklungen in der klinischen Arbeit

3.4. Versorgung der stationären Patienten in der LVR Klinik

Für 2009 lassen sich zwei Hauptmerkmale in der klinischen Arbeit auf Station ausmachen: zum einen nehmen die psychosoziale Probleme nicht nur in ihrer Häufigkeit, sondern auch in ihrem Ausmaß zu. Dies unterstreicht sehr deutlich die Wichtigkeit des multimodalen Behandlungsansatzes auf der Station. Hierbei nimmt der Sozialdienst einen hohen Stellenwert ein. Dementsprechend ist auch die Anzahl der Vermittlungsversuche in eine Langzeitentwöhnungsbehandlung 2009 gestiegen. Allerdings ergaben sich hierbei im Spannungsfeld zwischen den realen Versorgungsstrukturen und den Besonderheiten der Zielgruppe besondere Probleme. Seitens der Kostenträger wurden die von den Pat. mit Unterstützung ausgewählten Fachkliniken weitaus seltener berücksichtigt als das früher der Fall war. Hieraus ergaben sich in der praktischen Arbeit deutliche Probleme, was die Motivierung der Pat. anging, die letztlich bewilligte Langzeitentwöhnungstherapie auch tatsächlich anzutreten bzw. auch abzuschließen. Darüber hinaus entwickelten sich teilweise verlängerte Intervalle von der Antragsstellung bis zum tatsächlichen Verlegungszeitpunkt, was unsere jungen Pat., die im Regelfall besondere Probleme mit der Verfolgung von Zielen über einen längeren Zeitraum haben, vor leider nicht immer erfolgreich zu bewältigende Herausforderungen stellte.

Wünschenswert wäre für die Zielgruppe der jungen Cannabis-/Partydrogenpatienten ein gezielter und schneller Verlegungsprozess, bei dem die Besonderheiten der ausgewählten Fachklinik schon den Vorbereitungsprozess einbezogen werden sollte.

3.5. Versorgung der ambulanten Patienten in der LVR-Klinik

Erfreulicherweise konnte das Angebot für junge Cannabis-/Partydrogenpatienten mit hoher psychischer Komorbidität (siehe S. 14), für die jedoch keine Indikation oder ausreichende Motivation für ein stationäres Behandlungsangebot vorlag, weiter ausgebaut werden. Es stehen zwei Diplom-Psychologen zur Verfügung, die in Einzelgesprächskontakte (ca. alle 2-3 Wochen) Interventionen zur Krisenintervention, Motivationsklärung oder eine Behandlung der Substanzmittelabhängigkeit mit Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie durchführen. Auch die Einbeziehung von Angehörigen kann in begrenztem Umfang verwirklicht werden. Gerade in diesem Kontext wird die hohe Funktionalität und systemische Verwobenheit der Thematik „Drogenmissbrauch bei jungen Heranwachsenden“ deutlich und bedarf therapeutischer Aufmerksamkeit.

Für das Jahr 2010 ist die Etablierung eines besonders niederschweligen Gruppenangebots geplant. Die Gruppe „Refuse-to-use“ soll dann unter einem überarbeiteten Konzept weitergeführt werden. Diese Aufteilung scheint sinnvoll, um Pat., die sich in verschiedenen Motivationsphasen befinden, ein möglichst passendes Behandlungsangebot machen zu können.

4. Evaluationsdaten

Im folgenden Abschnitt werden Daten der Evaluation vorgestellt. Nach fast fünf Jahren kontinuierlicher Datenerhebung erfolgt in diesem Jahresbericht eine Gesamt- und Verlaufsdarstellung der erhobenen Merkmale. Ein besonderer Schwerpunkt wird dabei auf die Vorstellung der 2009 forciert erhobenen Daten der Nachuntersuchungen nach Behandlungsende gelegt werden.

4.1. Soziodemographische Daten im Vergleich

Durchschnittlich waren die Patienten der LVR-Klinik 22,71 J., die von *update* 19,9 J. alt. Der Altersunterschied beträgt demnach ca. 3 Jahre.

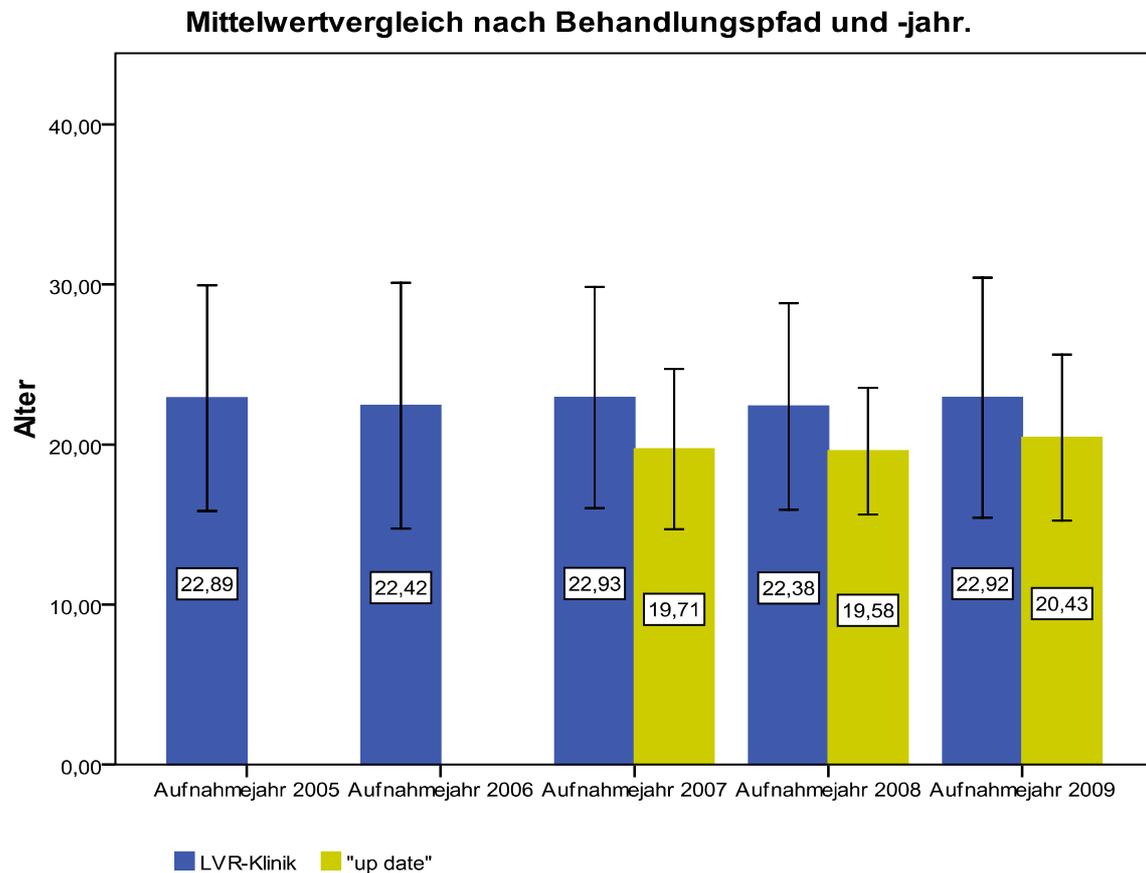


Abbildung 1: Die Fehlerbalken entsprechen 2 SD. Über die Jahre ergeben sich keine signifikanten Unterschiede (ANOVA: $F=0,941$, $p \geq 0,743$), wohl aber zwischen den Einrichtungen ($F=7,167$, $p<0,000$, $n_{LVR}=227$, $n_{up}=90$). Signifikante Interaktionseffekte (Pfad/Jahr) liegen nicht vor.

Die Daten zeigen, dass beide Einrichtungen über die Jahre unterschiedliche Altersgruppen mit ihren Angeboten erreicht haben und dass dieser Trend auch stabil ist. Die Pat. der LVR-Klinik sind im Durchschnitt ca. 3 Jahre älter. Der überwiegende Teil der Patienten ist männlich.

Geschlechtsverteilung nach Behandlungspfad und -jahr

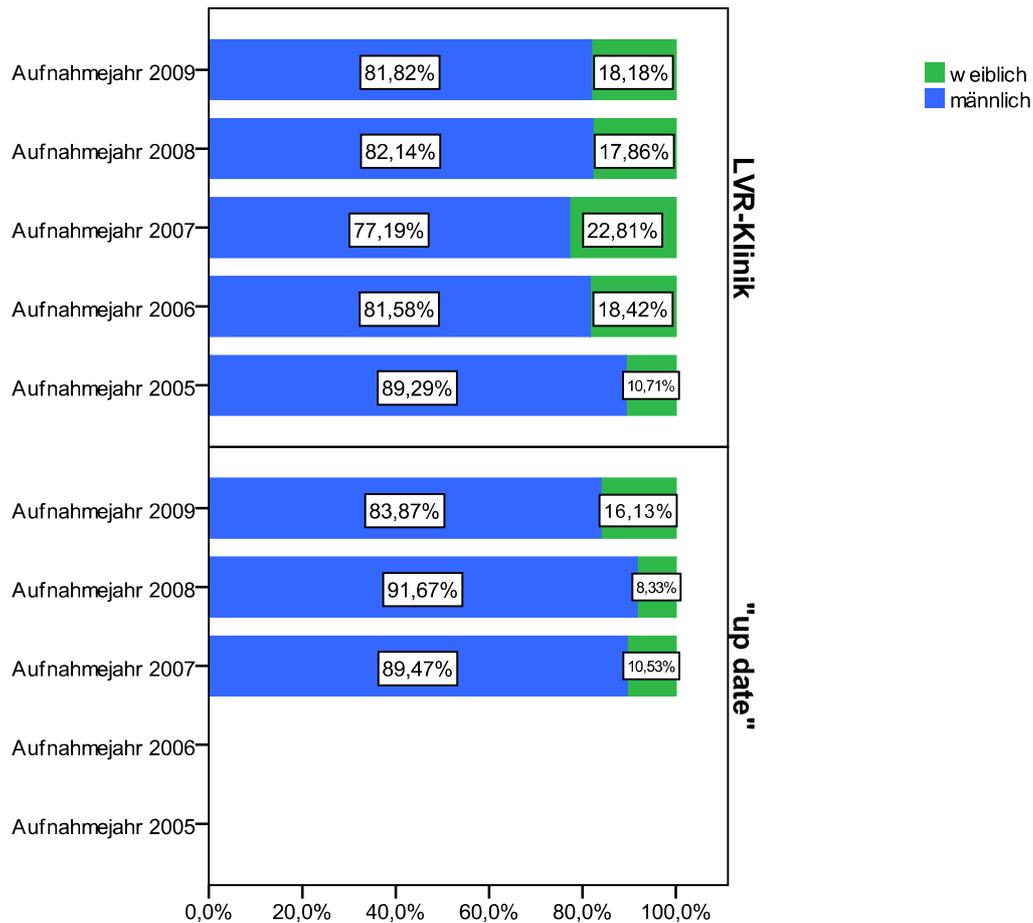


Abbildung 2: Prozentuale Anteile weiblicher und männlicher Pat. in den beiden Einrichtungen.

Der höchste Anteil weiblicher Pat. zeigte sich 2007 mit ca. 23% in den LVR-Kliniken, der geringste mit ca. 8% ergab sich für das Jahr 2008 bei *update*. Hier konnte der Anteil für 2009 jedoch mit 16% wieder verdoppelt werden.

Wie sind diese Daten einzuordnen? Rein statistisch betrachtet, ergeben sich weder für die Behandlungsjahre noch die Einrichtungen signifikante Unterschiede, was bedeutet, dass zwar die absoluten Häufigkeiten weiblicher Pat. unterschiedlich ist, es ergeben sich jedoch aufgrund der zu erwartenden Verteilungen keinerlei, vom Zufall abweichende Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Oder einfacher gesagt: der Anteil der Patientinnen ist über die Jahre in beiden Einrichtungen gleich. Die BZgA¹ ermittelte 2007 eine Lebenszeitprävalenz für Cannabiskonsum (Altersgruppe 18-19 J.) für junge Frauen von 11%; der Anteil der jungen Frauen an den regelmäßigen Konsumenten (mehr als 10 mal pro Jahr) lag bei 1,0%. Insgesamt zeigte sich, dass die Prävalenz des regelmäßigen Konsums bei jungen Männern etwa viermal höher ausfiel. **Die Quote der Erreichten jungen Mädchen und Frauen kann bei einem Verhältnis von etwa 1:4 für beide Einrichtungen demzufolge als gut eingeschätzt werden.**

¹ BZgA (2007). Cannabiskonsum der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Kurzbericht. www.bzga.de/studien.

Dies ist umso begrüßenswerter, als dass im „Bonner Modell – Junge Sucht“ noch keine frauenspezifische Angebote vorliegen. Hierauf wird in einem eigenen Abschnitt des Berichts noch einmal Bezug genommen werden.

Bezüglich der Schulbildung der Pat. ergibt sich das in Tabelle 1 dargestellte Bild.

	LVR-Klinik Prozent	update Prozent
Hauptschulabschluss	40,1	22,7
Mittlere Reife	34,1	54,5
Abitur	4,2	4,5
Berufsfachschule	7,8	0
Hochschulabschluss	1,2	0
keiner	12,6	18,2

Tabelle 1: Schulbildung der Pat. für den gesamten Auswertungszeitraum.

In beiden Einrichtungen verfügen viele Pat. über die Fachoberschulreife, wobei die Pat. der LVR-Klinik mehrheitlich die Hauptschule abgeschlossen haben. Entsprechend des höheren Alters (siehe Abbildung 1) sind bei den Pat. der LVR-Klinik mehr weiterführende Bildungsabschlüsse vorhanden. Die Verteilung der Schulabschlüsse bei den Pat. der LVR-Klinik entspricht im wesentlichen gut den Ergebnissen der ESPAD-Schülerstudie, wohingegen der Anteil der Realschüler bei *update* überrepräsentiert ist².

Die aktuelle berufliche Situation unterscheidet sich bei den Patienten der beiden Einrichtungen erheblich voneinander (siehe Tabelle 2).

	LVR-Klinik Prozent	update Prozent
Erwerbstätig (ganztags)	19,0	18,2
Erwerbstätig Teilzeit	4,5*	22,7
Erwerbstätig unregelmäßig	2,8*	0
Schüler, Student, Azubi	38,0	50,0
arbeitslos	31,8*	9,1
Hausfrau	2,8	0

Tabelle 2: Aktuelle Tätigkeit der Pat. für den gesamten Auswertungszeitraum. $\chi^2 = 15,754$; $p < 0,027$.

Der Anteil der ganztätig Erwerbstätigen ist in beiden Einrichtungen nahezu gleich. Die Pat. der LVR-Klinik sind jedoch dreimal so häufig von Arbeitslosigkeit betroffen und das Angebot von *update* wurde von mehr Pat. in Ausbildung in Anspruch genommen. Diese Unterschiede stehen natürlich auch im Zusammenhang mit den Altersunterschieden. Beide Patientengruppen haben die Entwicklungsaufgabe „Übergang in den Beruf“, was mit mehr Selbstständigkeit und Verantwortung verbunden ist, noch nicht vollzogen. Möglicherweise ist die stationäre Behandlungsbedürftigkeit ein Indikator für einen krisenhafteren Verlauf bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgabe, wobei über kausale Zusammenhänge anhand

² Kraus, Pabst & Steiner, 2008; Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD). www.espad.org.

der hier vorliegenden Querschnittsdaten naturgemäß keine Aussagen getroffen werden können. Hierzu wären Verlaufsuntersuchungen notwendig.

Interessanterweise weichen die Angaben zur Hauptquelle des Lebensunterhalts von den Angaben zur aktuellen Tätigkeit ab.

	LVR-Klinik Prozent	<i>update</i> Prozent
Erwerbstätigkeit	22,8	59,1
Arbeitslosengeld	22,2	4,5
Sozialhilfe	8,6	0
Unterstützung durch Angehörige, Partner	31,5	22,7
illegale Einkünfte	7,4	0
andere	4,3	9,1

Tabelle 3: Hauptquelle des Lebensunterhalts der Pat. über den gesamten Auswertungszeitraum.

Wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, bestreiten weit über die Hälfte der Pat. von *update* ihren Lebensunterhalt mit Einkünften aus Erwerbstätigkeit oder Transferleistungen. Lediglich ein Fünftel gibt Unterstützung durch die Familie an.

Im Gegensatz hierzu leben fast 80% der stationär behandelten Pat. nicht von Erwerbseinkünften, sondern von Sozialleistungen oder Unterstützung durch die Familie oder Lebenspartner. Der Anteil von Pat., die „illegale Einkünfte“ als Hauptquelle des Lebensunterhaltes angeben, ist bei den stationären Pat. erschreckend hoch, erweist sich glücklicherweise aber als über die Jahre stabil (siehe vorherige Jahresberichte).

Offenbar erlebt sich ein hoher Prozentsatz der Klienten von *update* hinsichtlich des Lebensunterhaltes als eigenverantwortlich, obgleich dies im Gegensatz zum geringeren Lebensalter zu stehen scheint.

Zur Familiarität der Sucht sowie Sozialkontakte möchten wir auf den Jahresbericht 2008 verweisen, in dem diese Merkmale ausführlich dargestellt worden sind. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass beide Einrichtungen über die Jahre konstant unterschiedliche Zielgruppen erreichen. Der Anteil, der durch das Angebot erreichten Frau ist – verglichen mit dem Bundestrend Cannabis konsumierender Frau – erfreulich hoch. Es scheint weiterhin, dass die Klienten von *update* zwar jünger sind, aber dennoch möglicherweise mehr (inter- und intrapersonelle?) Ressourcen aufweisen. Lassen sich auch motivationale Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen nachweisen?

4.2. Psychische Merkmale im Vergleich

4.3. Psychische Belastung – Vergleich LVR-stationär vs. *update*

Aufgrund der unterschiedlich verwendeten Fragebögen, die zudem noch zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den jeweiligen Einrichtungen eingeführt wurden, lassen sich nur die Merkmale „Depression“, „Interpersonale Konflikte“ und „Angstbereitschaft“ für den Zeitraum von 2007-2009 vergleichend auswerten.

Es ergeben sich für alle drei Jahre statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Einrichtungen, d. h., die stationären Pat. waren **depressiver, litten mehr unter**

interpersonalen Konflikten und zeigten eine deutliche erhöhte Angstdisposition (siehe Abbildung 3).

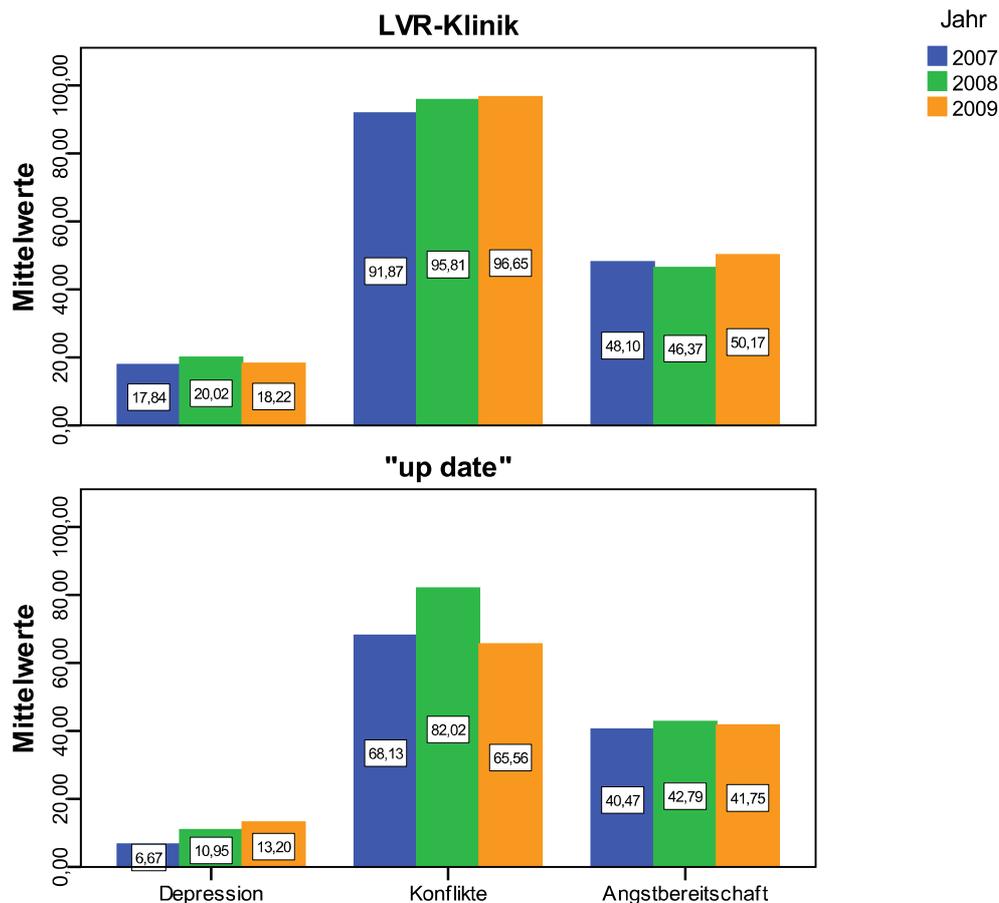


Abbildung 3: Mittelwerte der psychischen Merkmale, erhoben mit dem BDI, dem IIPC-C und dem STAI-X2. Gerechnet wurde wiederum eine MANOVA mit Messwiederholung.

Über die Zeit, d. h., zwischen den Jahren, zeigten sich jedoch keine signifikante Unterschiede, was bedeutet, dass die Belastung der Pat., die sich an die beiden Einrichtungen gewandt haben, über die drei Jahre gleich geblieben ist.

Der Wert der Angstbereitschaft ist für die stationären Pat. erhöht. Rohwerte ab 43 entsprechen einem T-Wert von ≥ 60 und liegen somit um mindestens eine Standardabweichung über dem Mittelwert der Normkontrollgruppe. Dieser Trend fällt für *update* nicht ganz so deutlich aus; die Werte sind mit T-Werte von ≥ 58 aber dennoch als erhöht interpretierbar.

Für den BDI liegt der cut-off für klinisch relevante Depressionen bei einem Rohwert von 18. Es zeigt sich, dass dieser Wert bei *update* nicht erreicht wird, im stationären Bereich hingegen sehr wohl. Das gleiche Bild ergibt sich für die Belastung durch interpersonale Konflikte, erhoben mit dem IIP-C.

4.4. Psychische Belastung – Vergleich LVR-ambulant vs update

Seit zwei Jahren ist es gelungen, auch das ambulante Angebot für junge Cannabis-/Partydrogenpatienten der LVR-Klinik sukzessive auszubauen. Die Überlegung hierbei war, insbesondere die Versorgung derjenigen jungen Menschen zu verbessern, die neben einem suchtspezifischen auch ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Angebot benötigen. Entsprechend der Vorgaben unseres Konzeptes sollten doppelte Versorgungsstrukturen vermieden werden.

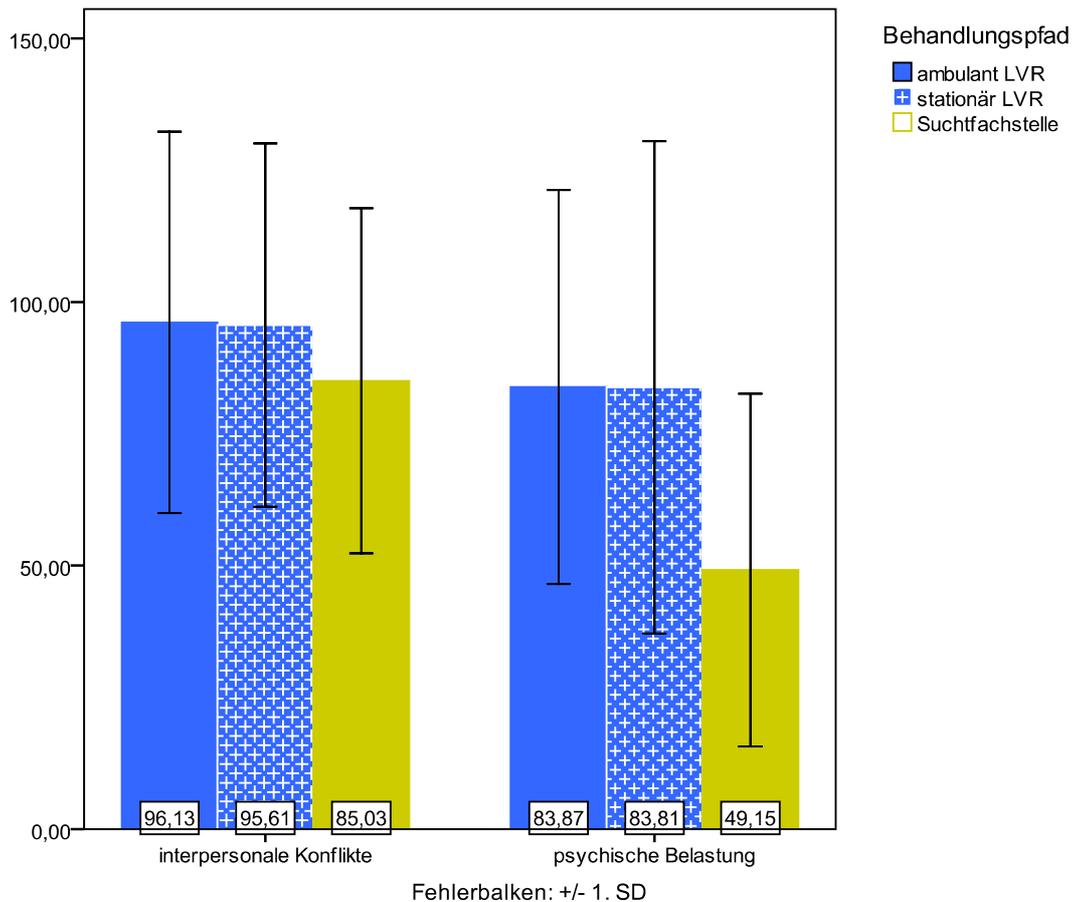


Abbildung 4: Mittelwertvergleich der psychischen Merkmale zwischen ambulanten und stationären Pat. der LVR-Klinik und *update*.

Der Abbildung 4 ist zu entnehmen, dass sich die ambulanten und stationären Pat. der LVR-Klinik hinsichtlich der untersuchten Merkmale ähnlicher sind, als die ambulanten Pat. von *update*. Die ambulanten Pat. der LVR-Klinik sind wesentlich belasteter. Das ambulante Angebot der LVR-Klinik erreicht demzufolge eine andere, psychisch wesentlich auffälligere Zielgruppe.

4.5. Psychische Belastung – Wirksamkeitsnachweis der Behandlung

In den früheren Jahresberichten war es leider nur möglich, einen einfachen „Prä-Post-Vergleich“ zwischen Beginn und Ende der stationären Behandlung zu berichten. Es könnte sich ebenso gut um einen reinen Effekt der Zeit handeln. Da die Nachfrage nach stationärer Behandlung das Angebot seit einiger Zeit übersteigt, konnte aber eine „Wartelisten-Kontrollgruppe“ eingeführt werden (siehe auch Zwischenbericht für 2008). Die Pat. wurden bei Durchführung des Erstgesprächs in der LVR-Klinik bereits mit zwei Fragebögen, dem IIP-C und dem SCL-90-R, evaluiert. Da in der Wartezeit bis zur stationären Aufnahme keine Behandlung stattgefunden hat, ist es möglich, statistische Aussagen zur Wirksamkeit des stationären Behandlungsangebots zu treffen, indem überprüft wird, ob die Veränderungen während des stationären Aufenthaltes (Zeitintervall mit Behandlung) größer sind, als zwischen Erstgespräch und stationärer Aufnahme (Zeitintervall ohne Behandlung).

Dieser Vergleich³ lieferte folgende Ergebnisse:

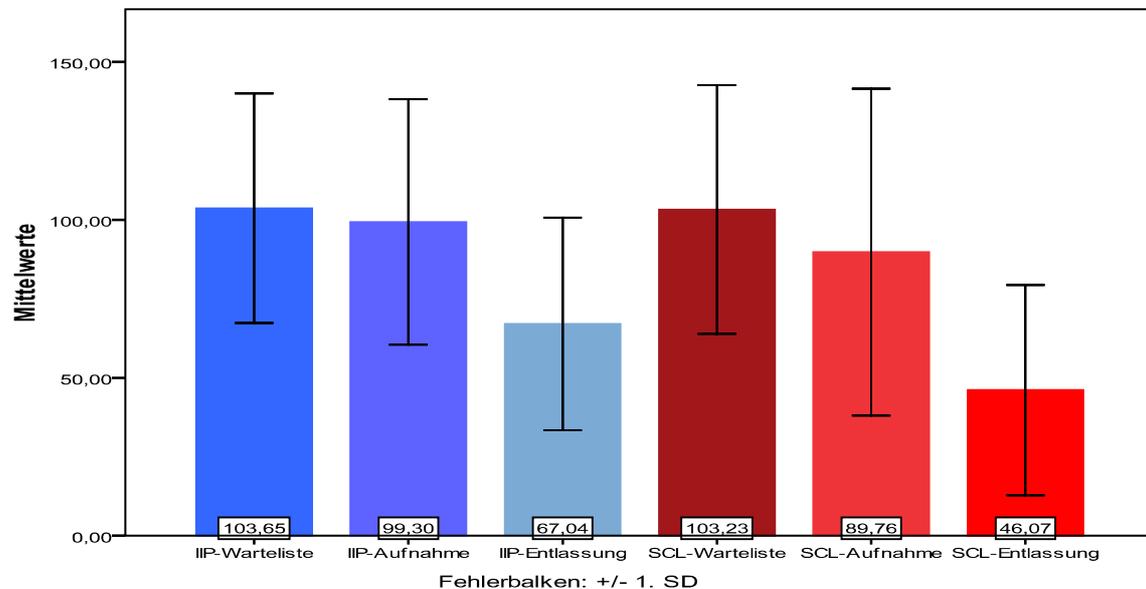


Abbildung 5: Mittelwertvergleich zu den drei Messzeitpunkten der in LVR-Klinik behandelten Patienten.

Sowohl für die interpersonalen Konflikte (IIP-C) und die psychische Belastung (SCL-90-R) gilt, dass eine statistisch signifikante Veränderung nur während des stationären Aufenthaltes stattfindet. **Die stationäre Behandlung bewirkt also eine deutliche Reduktion der Belastung, wohingegen Warten alleine keine signifikante Verbesserungen bewirkt (siehe auch Tabelle 8 im Anhang II).**

³ multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung. Eine tabellarische Übersicht der Ergebnisse befindet sich im Anhang II, S. 31.

4.6. Psychische Belastung – Behandlungseffekte bei *update*

Für 2009 liegen genug Daten vor, um auch statistische Vergleiche zu den Behandlungseffekten bei *update* durchführen zu können. In Abbildung 6 sind die Ergebnisse veranschaulicht.

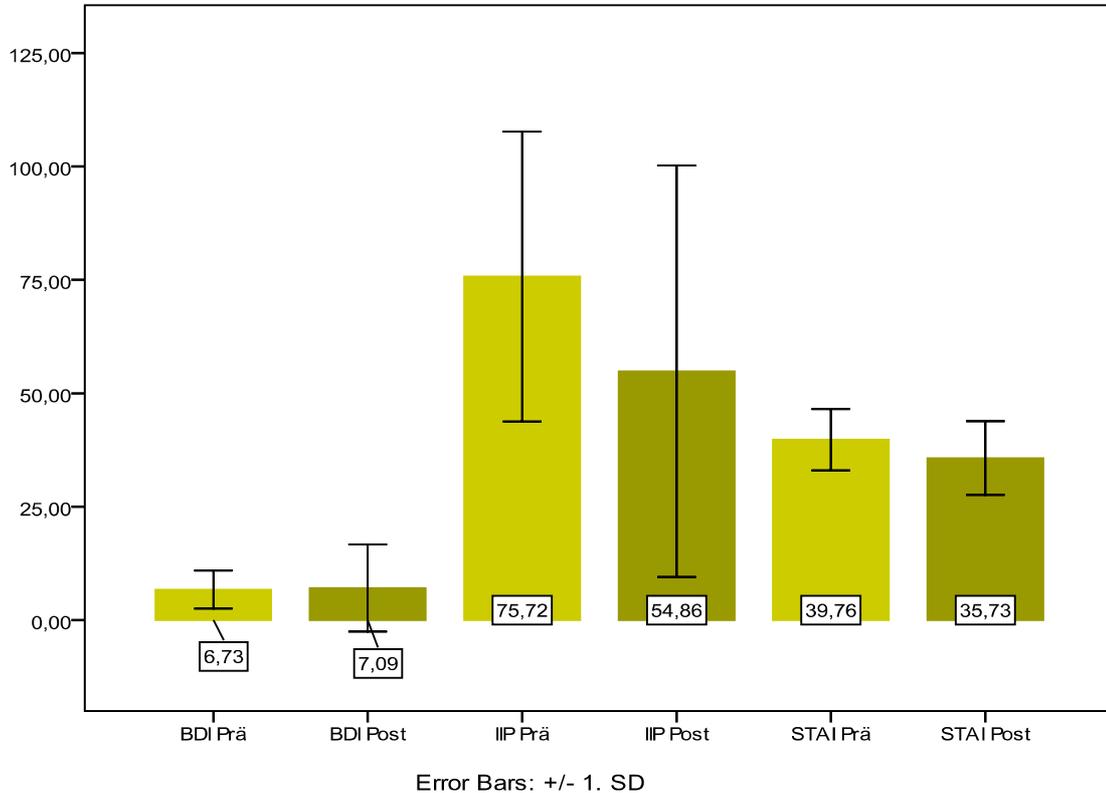


Abbildung 6: Mittelwertvergleich zu Beginn (Prä) und zum Ende der Behandlung (Post). N = 81.

Es zeigt sich wiederum (vgl. Abbildung 3, S. 13), dass die Klienten von *update* bezüglich des Merkmals „Depressivität“ (BDI) sich als nicht auffällig beschreiben. Eine starke Veränderung ergibt sich im Bereich der interpersonalen Konflikte erhoben über den IIP. Hier ist auch die starke Streuung der Testwerte auffällig. Die Klienten unterscheiden sich offensichtlich stark bezüglich dieses Merkmals. Hiervon abweichend präsentiert sich das Bild bei der Angstbereitschaft (STAI): die Klienten weichen nicht so stark von einander ab und die Werte reduzieren sich um ca. 10%. Die Ergebnisse der statistischen Überprüfung mit dem t-Test finden sich im Anhang II (siehe S. 31).

Erwartungsgemäß ergab sich für den BDI kein signifikantes Ergebnis, da die Klienten zu beiden Messzeitpunkten ohnehin schon klinisch unauffällig waren. Die Differenz für den IIP verfehlt die Signifikanzgrenze knapp, was auf die große Streuung in den Messwerten zurückzuführen sein dürfte.

Für den STAI ergibt sich eine signifikante Reduktion der Messwerte über die beiden Messzeitpunkte. Aufgrund der geringen Fallzahl ($n = 13$ bzw. $n = 12$) sind die Ergebnisse jedoch nur eingeschränkt interpretierbar und anfällig durch Ausreißerwerte (Extremwerte). **Dennoch lässt sich ein Trend erkennen: die Klienten profitieren hinsichtlich einer besseren Bewältigung interpersonaler Konflikte und einer Verringerung der generellen Angstbereitschaft. Für beide Merkmale ergeben sich mittlere Effektstärken: für den IIP in Höhe von $d = 0.56$ und für den STAI von $d = 0.60$.** Bei der Effektstärke handelt es sich um ein Maß, mit dem sich das Ausmaß von Veränderungseffekten veranschaulichen lässt. Es gilt, je größer die erzielte Veränderung (Verbesserung) in einer Therapie, desto größer fällt die so genannte Effektstärke aus.

	n	Mittelwert	SD
Behandlungskontakte	84	6,2381	3,95035
Behandlungsdauer in Monaten	37	7,4324	5,62011

Tabelle 4: Häufigkeit der Behandlungskontakte und der Behandlungsdauer für *update*.

Erreicht wurde dieses Ergebnis im Schnitt in 7 Monaten mit 6 Behandlungskontakten, wie Tabelle 4 zu entnehmen ist.

4.7. Psychische Belastung – Geschlechtervergleich bei *update*

Die Auswertung ergab Hinweise auf Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Klienten bei den Merkmalen „Depressivität“ und „Motivation“ (Abbildung 7). In der Tendenz sind die jungen Frau zu beiden Messzeitpunkten depressiver. Mit aller Vorsicht gesagt, scheinen die jungen Frauen depressiver zu sein.

Das Verfehlen der Signifikanzgrenze ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die geringen Fallzahlen weiblicher Klienten ($n = 6$) zurückzuführen. Hier sind weitere Erhebungen wünschenswert, um zu überprüfen, ob es sich um einen stabilen Trend handelt.

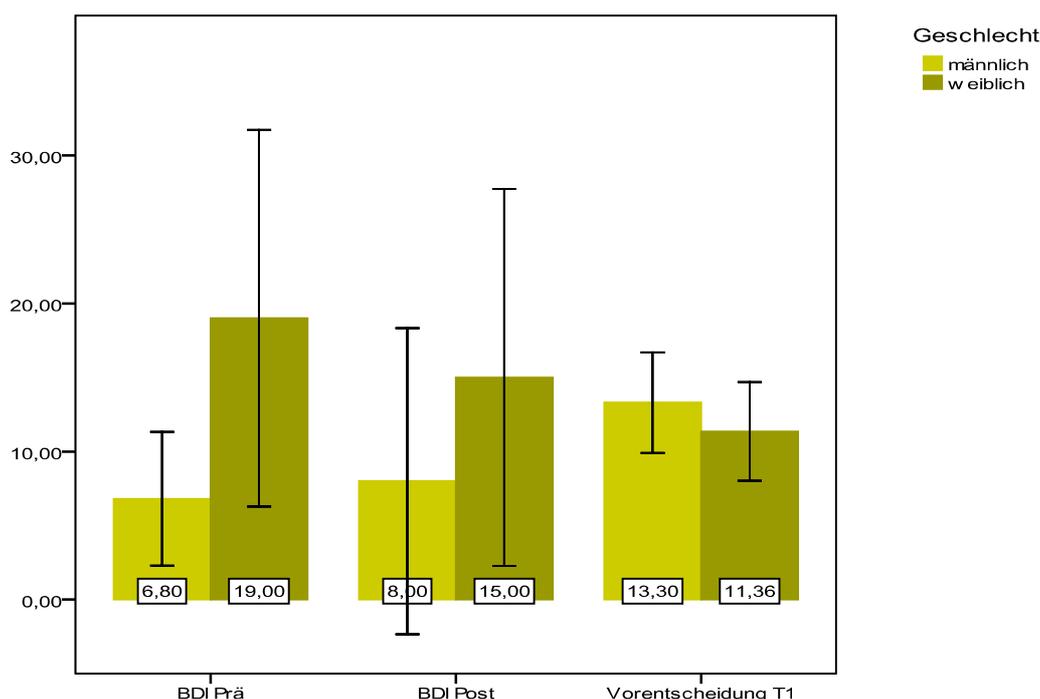


Abbildung 7: Mittelwertvergleich zwischen jungen Frauen und Männer bei *update*.

4.8. Auswertung der nach Beendigung der Behandlung erhobenen Daten (Katamnese)

4.9. Nachuntersuchungs-Daten – psychische Merkmale stationär

Durch die Unterstützung der Stadt Bonn war es 2009 möglich, die Teilnahme an den Nachsorgeuntersuchung zu vergüten und dadurch die Motivation für die Teilnahme zu erhöhen. Im stationären Bereich konnten in diesem Durchlauf von 23 Pat. (Rücklauf = 11%), bei *up date* von 11 Patienten erhoben werden.

Dabei war es als besonders positiv zu bewerten, dass sich von den ehemaligen stationären Pat. viele meldeten, zu denen zum Teil mehr als 2 Jahre kein Kontakt mehr bestanden hatte. Die Nachuntersuchung konnte so auch genutzt werden, die Behandlungskontakte wieder aufzubauen. Obgleich natürlich nicht alle Pat. ihr ursprüngliches Ziel eines veränderten Konsumverhaltens erreicht haben, gab es wenige Fälle, bei denen nicht wenigstens in anderen Bereichen positive Entwicklungen zu verzeichnen waren. Beispielhaft sei hier kurz der Fall eines sehr jungen Pat. (Zeitpunkt der Aufnahme 18 J.) , mit sehr starken Konsummustern, komplizierter Motivationslage und familiärer Verstrickung geschildert, der zunächst

auch in seiner Schulbiographie gescheitert war. Zwar konnte dieser Pat. das Thema „Cannabiskonsum“ für sich noch nicht lösen bzw. verändern, aber er lebt jetzt in eigener Wohnung und das Verhältnis zur Familie hat sich insgesamt wieder stark gebessert. Für die nächste Zeit plant der Pat. die Teilnahme an einer Maßnahme zur beruflichen Orientierung.

Insgesamt ergab sich somit ein ermutigendes Bild und ein Beleg für die nachhaltige Wirksamkeit des Behandlungsprogramms.

Die Reaktionen auf das Anschreiben und die ausgelobte Vergütung waren bei den stationären Pat. sehr positiv. Allerdings bereitete das Annehmen des Geldes auch Schwierigkeiten und war häufig begleitet mit wortreich wirkenden Erklärungen. Möglicherweise auch ein Hinweis darauf, wie schwierig es für die jungen Erwachsenen in bestimmten Situationen sein kann, sich im eigenen Normen- und Wertesystem zu orientieren und zu positionieren.

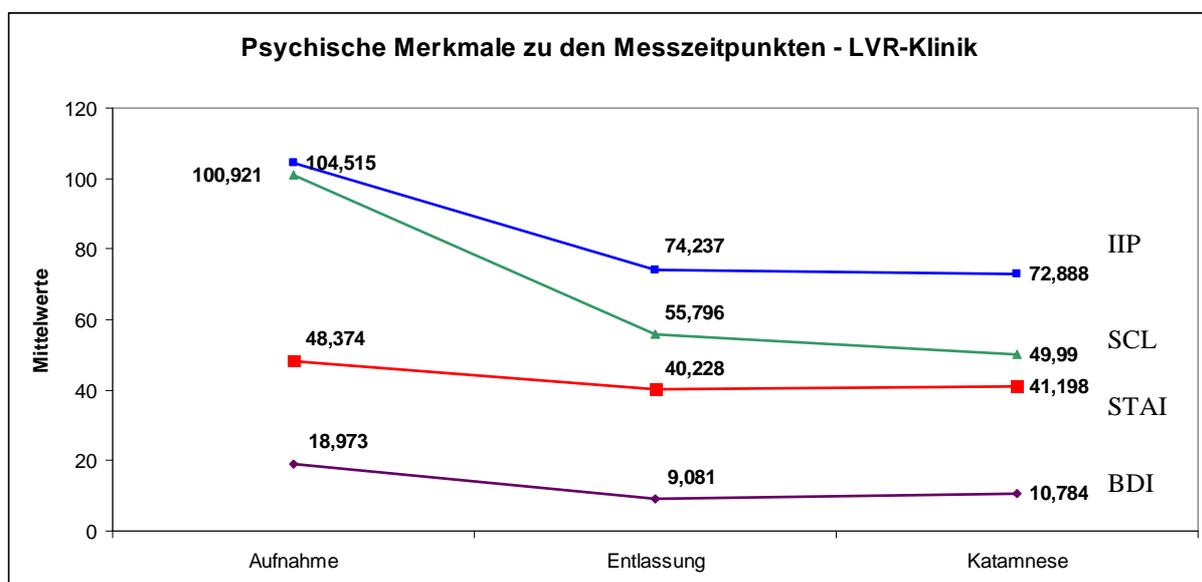


Abbildung 8: Mittelwerte zu den 3 Messzeitpunkten.

Die Auswertung erfolgte über eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung mit einer Fallzahl von $n = 37$. Neben der Rücklaufquote ergibt sich für Verlaufsmessungen als weiteres methodisches Problem, dass lediglich vollständige Mess-Paarungen berücksichtigt werden können. Das bedeutet, dass nur Datensätze von Pat. ausgewertet werden konnten, von denen zu allen drei Messzeitpunkten Daten vorlagen. Dennoch ist die Stichprobe mit $n = 37$ groß genug um zuverlässige und aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Das Zeitintervall zwischen Behandlungsende und Katamnese betrug durchschnittlich 13 Monate.

Auf allen vier untersuchten Merkmalen zeigt sich eine deutliche Reduktion zum Entlassungszeitpunkt. Die interpersonalen Konflikte (IIP) und die psychische Belastung (SCL) nehmen zum Katamnesezeitpunkt weiter ab, wobei diese Reduktion nicht signifikant wird. Für die Angstbereitschaft (STAI) und die Depressivität (BDI) ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen, der aber ebenfalls nicht die Signifikanzgrenze erreicht.

Die psychische Belastung reduzierte sich im Verlauf um ca. 50%, die Belastung durch interpersonale Konflikte um ca. 28%. Auf bei der Depressivität liegt ein hohe Reduktion der Symptombelastung vor. Demgegenüber verringern sich die Werte für die Angstbereitschaft nicht so deutlich; dies ist aber ein zu erwartendes Resultat, da

die dispositionelle Angstbereitschaft als Persönlichkeitseigenschaft gemessen wurde, die definitionsgemäß resistenter gegen Veränderungen ist.

Merkmal	Effektstärke „d“
Depressivität (BDI)	0,78
personale Konflikte (IIP-C)	0,87
psychische Belastung (SCL)	1,06
Angstbereitschaft (STAI)	0,72

Tabelle 5: Effektstärkeberechnung für die Katamnesedaten.

Für die Angstbereitschaft und die Depressivität zeigen sich Behandlungseffekte im mittleren Bereich, für interpersonale Konflikte und Angstbereitschaft hingegen starke Effekte.

Allerdings besteht natürlich das Problem der fehlenden Messwerte. Zwar liegen keinerlei diesbezüglich Anhaltspunkte vor, aber es könnte natürlich sein, dass sich mehrheitlich Pat. gemeldet haben, bei denen eine Verbesserung stattgefunden hat. Dies würde zu einer Überschätzung der Behandlungseffekte führen.

4.10. Daten der Nachuntersuchung – Konsummuster/-folgen – stationär

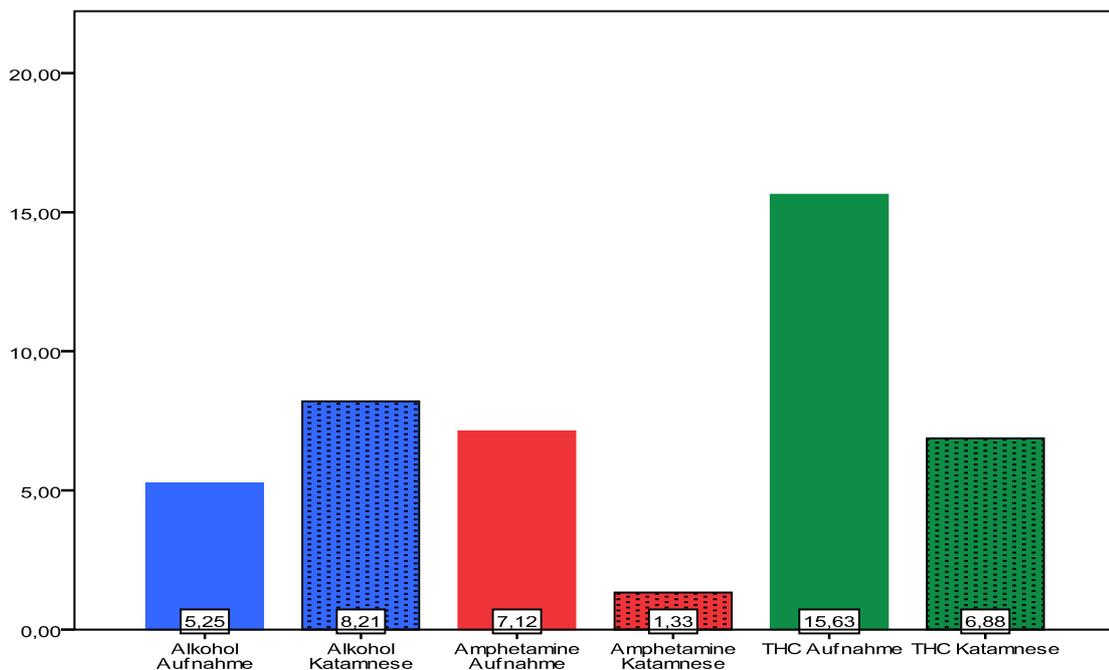


Abbildung 9: Mittelwerte der Konsumhäufigkeit für die vergangenen 30 Tage zum Aufnahme- und Nachuntersuchungszeitpunkt.

Der Konsum von Amphetaminen und THC kann durch das stationäre Behandlungsprogramm deutlich reduziert werden, wie aus Abbildung 11 klar hervorgeht. Der Konsum von Alkohol scheint tendenziell anzusteigen, allerdings wird dieser Effekt nicht signifikant (vgl. Tabelle 10 im Anhang II, S. 32).

Möglicherweise deutet sich hier jedoch der Trend an, auf die legale Droge Alkohol umzusteigen. Dies sollte in jedem Fall bei weiteren Untersuchungen und den therapeutischen Interventionen verstärkt Berücksichtigung finden.

Ein weiteres, sehr erfreuliches Ergebnis, ist in Tabelle 6 dargestellt: der deutliche Rückgang der Pat., die von Arbeitslosigkeit betroffen sind.

	Aufnahme Prozent	Katamnese Prozent
Erwerbstätig (ganztags)	19,0	36,6
Erwerbstätig Teilzeit	4,5	7,3
Erwerbstätig unregelmäßig	2,8	2,4
Schüler, Student, Azubi	38,0	39,0
arbeitslos	31,8	12,2
Hausfrau	2,8	2,8

Tabelle 6: Tätigkeit der Pat. zum Zeitpunkt der Aufnahme und zum Katamnesezeitpunkt. Wilcoxon-Rang-Test. $Z = -2,452$, $p < 0,014$.

Diese Veränderung zeigt sich auch statistisch sehr signifikant. **Der Anteil der Pat., die zum Zeitpunkt der Katamnese als Hauptquelle ihres Lebensunterhaltes „illegale Einkünfte“ angaben, beträgt 0%.**

	Aufnahme Prozent	Katamnese Prozent
Familienangehörige ohne Alkohol/Drogenprobleme	10,9	19,5
Familienangehörige mit Alkohol/Drogenprobleme	2,6	2,6
Freunde ohne Drogenprobleme	15,4	36,6
Freunde mit Drogenprobleme	45,5	12,2
alleine	25,0	26,6

Tabelle 7: Freizeitkontakte zum Zeitpunkt der Aufnahme und zur Katamnese.

Es zeigt sich ebenfalls eine Veränderung in der Auswahl der Freizeitkontakte: der Anteil der Pat., die den größten Teil ihrer Freizeit mit Nichtkonsumenten oder nicht konsumierenden Familienmitgliedern verbringen hat sich verdoppelt. Die Pat. haben weiterhin mehr Freizeitaktivitäten, sind zufriedener mit ihren Aktivitäten und haben weniger Konflikte innerhalb der Familie.

Dementsprechend reduziert sich auch die Einschätzung der Belastung durch Drogenprobleme um nahezu die Hälfte wie der Abbildung zu entnehmen ist. Die als gering empfundene Belastung durch Alkohol bleibt zur Nachsorgeuntersuchung unverändert. Hierauf wurde bereits im vorherigen Abschnitt (S. 20) eingegangen.

4.11. Auswertung der Nachuntersuchungsdaten – psychische Merkmale *update*

Die Nachuntersuchung wurde von *update* postalisch durchgeführt; von 11 Klienten lagen Daten zur Auswertung vor.

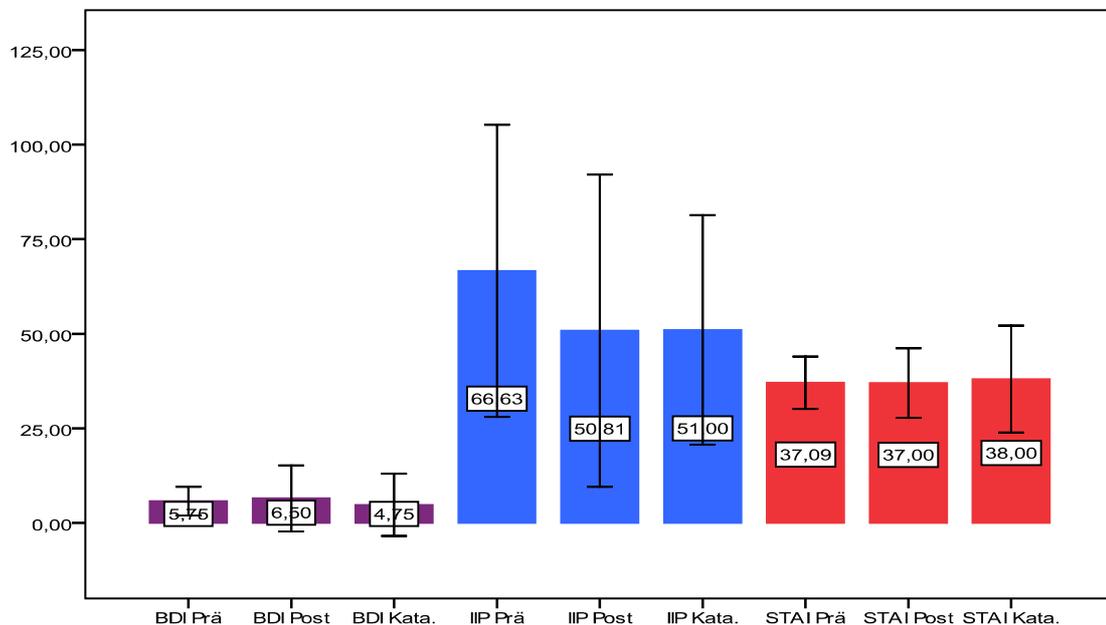


Abbildung 10: Mittelwerte über die drei Messzeitpunkte für die Klienten von *update*.

Für die Merkmale „Depressivität“ und „Angstbereitschaft“ ergibt sich keine Veränderung zu den Messzeitpunkten. Bei der Belastung durch interpersonale Konflikte erfolgt zwar zwischen der Aufnahme (Prä-Messung) und Ende der Behandlung (Post-Messung) eine Reduktion, die jedoch nicht signifikant wird ($t = 1,625$, $df = 1$, $p \geq 0,135$). Allerdings ist die Interpretation der Ergebnisse problematisch, da mit $n = 11$ die Fallzahl sehr gering ist und zum anderen keine vollständigen Messreihen über alle 3 Messzeitpunkte vorliegen. Es können demzufolge über intraindividuelle Veränderungen keinerlei Aussagen getroffen werden.

4.12. Auswertung Nachuntersuchungs-Daten – Konsumdaten update

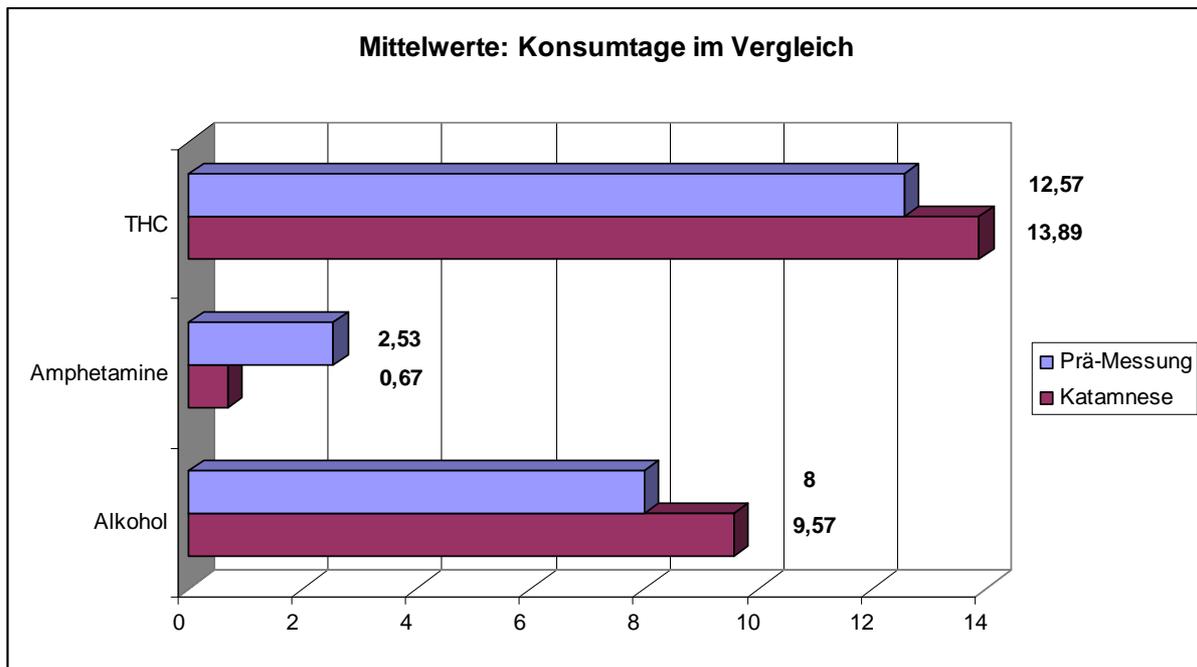


Abbildung 11: Mittelwerte: Konsumhäufigkeit an den letzten 30 Tagen vor der Messung für die Klienten von *update*.

Auch bezüglich der Konsumdaten gelten die gleichen methodischen Einschränkungen: geringe Fallzahl, keine vollständigen Messreihen. Im Trend sieht man eine deutliche Verringerung des Amphetaminkonsums, wohingegen sich die Konsumhäufigkeit von Alkohol und THC nicht verändert.

4.13. Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse

Anhand der bislang erhobenen Daten lässt sich klar belegen, dass beide Einrichtungen unterschiedliche Zielgruppen von Konsumenten mit problematischem Substanzmittelkonsum erreichen. Auch das ambulante Angebot der LVR-Klinik erreicht andere Pat., die offenbar eine viel stärkere psychische Belastung als die Klienten von *update* aufweisen.

Von beiden Einrichtungen werden eher überdurchschnittlich viele junge Frauen erreicht; jedenfalls ist hier der Anteil höher, als anhand der Prävalenzzahlen zu erwarten wäre.

Für den stationären Bereich ist es inzwischen möglich, sowohl die prinzipielle Wirksamkeit der stationären Therapie als auch deren Nachhaltigkeit wissenschaftlich zu belegen. Die Behandlung erzielt im Bereich der psychischen Belastung und der Konsummuster mittlere bis starke Effekte.

Tendenziell lassen sich für die von *update* erhobenen Daten ähnliche Trends ausmachen, allerdings ist hier die Datenlage bei weitem noch nicht ausreichend, um vergleichbare Aussagen machen zu können. Die bislang ausgewerteten Effektstärken lagen ebenfalls zumindestens im mittleren Bereich. Hier wären weitere, systematische Datenerhebungen wünschenswert.

5. Sozialraumorientiertes Arbeiten

Der Kontakt zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Stadtteil Medinghoven konnte im zurückliegenden Jahr weiter gefestigt werden.

Zu den Jugendlichen im örtlichen Jugendzentrum, zu der frei agierenden Straßengang „Radical Records“ als auch zu SchülerInnen der August-Macke –Schule im Stadtteil konnte durch unterschiedliche Maßnahmen der Kontakt gehalten und intensiviert werden.

Für SchülerInnen der August Macke-Hauptschule initiierten wir von *update* einen Rap-Workshop, der von einem Musikpädagogen und Fachjournalisten über ein Schulhalbjahr begleitet wurde. Der Workshop erhielt eine besondere Verbindlichkeit dadurch, dass dieser als benotetes Wahlpflichtfach galt und so auch im Jahreszeugnis ausgewiesen wurde.

An diesem Workshop nahmen 8 männliche Jugendliche im Alter von 14 und 15 Jahren teil.

An einigen Wochenenden wurde dieser Workshop in Räumen von *update* durchgeführt.

Da auch ein Mitarbeiter von *update* diesen Workshop begleitete, entstand ein persönlicher Kontakt zu einigen Jugendlichen, welcher später auch in Form von Beratungsgesprächen fortgeführt wurde.

Ergebnisse dieses Workshops wurden auf dem Stadtteilstift in Medinghoven präsentiert.

Damit war das Ziel, Jugendliche dazu anzuregen, über eigene Texte, eigene Musik, ihren Alltag in Medinghoven für sich zu reflektieren, bzw. in ihrer Bezugsgruppe eigene und fremde Wahrnehmungen abzugleichen.

Hierbei kam dem Umgang mit legalen und illegalen Suchtmitteln eine besondere Bedeutung zu, da der Konsum auf die Selbst- und Fremdwahrnehmung deutlich Einfluss nahm.

Die Jugendgang „Radical Records“ (ehemals MV-Rapper) war im Jahr 2009 wesentlich am Zustandekommen des Theaterstücks „Zwei Welten“ beteiligt. Das geschah in der Weise, dass Aussagen der Gang vollständig als Textpassagen im Stück vorkamen (*siehe Pressemitteilung im Anhang*)

Die Premiere im Schauspielhaus Bonn/Bad Godesberg wurde durch einen Auftritt eben dieser Rap-Gruppe im Herbst des Jahres eingeleitet. Auftritte in der Oper Bonn und nicht zuletzt beim schon oben erwähnten Stadtteilstift Medinghoven im Juni des Jahres ließen sie inzwischen von einer Vorstadtgruppe zu einem ernsthaften Act der Bonner Musikszene (mit künftigen Plattenvertrag) reifen.

Das Team vom **Bonner Modell** hat durch gezielte Beratung bei der Textauswahl, der Korrektur von Textpassagen, der Choreographie und Rhythmik, sowie bei der motivationalen Unterstützung hierzu den Grundstock gelegt.

Unser konzeptionelles Ziel, dezentral das Thema Cannabis und Drogenkonsum im Sozialraum in den Blick zu nehmen und gezielt zu beeinflussen, ist über den Zugangsweg Musik gelungen. Diese Einflussnahme dient dazu, einer drohenden Chronifizierung bereits riskanten Konsumverhaltens bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen entgegenzuwirken.

Der Kontakt zu den jungen Menschen verlagert sich aus dem Stadtteil heraus zunehmend in die Sprechstunden der Fachstelle und der Ambulanz der LVR-Klinik.

Die Gruppe der Rapper, die seit zwei Jahren durch einen Mitarbeiter von *update* intensiv begleitet wurde, gibt dieses Engagement dadurch weiter, dass sie künftig bei einem weiteren Workshop, der jetzt im Stadtteil stattfinden wird, als Peers, als Jugendberater für Jugendliche systematisch Einfluss nehmen wird.

Sie werden für andere Jugendliche ihre Erfahrungen vom Leben im Stadtteil durch ihre Begleitung bei der Text- und Musikgestaltung einbringen. Der Kurs startet im Frühjahr 2010.

In allen Gesprächen und Aktionen mit den jungen Menschen standen neben suchtmittelspezifischen Themen immer ihr Bezug auf ihre Lebensplanungen, ihr Verhalten in Gruppen und der Einstellung zu sich selbst und zu anderen im Mittelpunkt.

Maßgeblich für die erfolgreichen Aktivitäten im Sozialraum war die Unterstützung durch ein bestehendes Netzwerks innerhalb des Stadtteils Medinghoven.

Durch das Netzwerk ist eine barrierefreie Kommunikation gewährleistet. Dem Netzwerk sind unter anderem Vereine, wie der Sportverein FG Hardtberg, die Siedlungsverwaltungen, die Grundschule, das Sozialbüro, Erziehungsberatung, Jugendzentren, und Polizei angeschlossen.

Konkret kooperierten wir zum Nutzen der jungen Leute am engsten mit den Jugendzentren Martin Bucer-Haus und St. Martin, dem Stadtteilbüro des Diakonischen Werks, dem Jugendamt der Stadt und der Polizeiwache Duisdorf.

6. Öffentlichkeitsarbeit/Präventionsarbeit im Bonner Modell

Wie bereits in den vergangenen Jahren war die Öffentlichkeitsarbeit/Präventionsarbeit im *Bonner Modell* ein weiterer wichtiger Baustein:

Eine Auflistung der Aktivitäten 2009:

- **31.3.2009:** Filmvorführung des Filmes *Partylaunen* spezifisch für Eltern und Angehörige bei *update*, Uhlgasse 5 in Bonn Lengsdorf. An dieser Veranstaltung nahmen 30 Angehörige teil. Im Anschluss an die Vorführung fand eine Diskussion mit den Experten und Therapeuten des Bonner Modell statt.
- **05.05.2010:** Filmvorführung des Filmes *Partylaunen* spezifisch für Jugendliche und junge Erwachsene im Jugendzentrum Duisdorf im Rahmen der Hardtberger Jugendwochen. An dieser Veranstaltung und der anschließenden Diskussion nahmen 25 Jugendliche teil.
- **02.09.2010:** Vorstellung des Bonner Modells auf der Expertentagung AVERCA „Behandlung von Cannabisabhängigen“ in Mainz
- **19.09.2009:** Vortrag über das Bonner Modell im Rahmen des 2. deutschen Suchtkongresses in Köln
- **Juli- Dezember 2009:** Vorbereitung des Kunstprojektes 201X in Zusammenarbeit mit dem Kunstmuseum Bonn. (Realisierung : März bis Mai 2010, Projektbericht für den Jahresbericht 2010 vorgesehen).
- **Dezember 2009:** Publikation: „Stationäre Behandlung von Cannabis- und Amphetaminabhängigen im Rahmen des *BonnerModells* “ in der Zeitschrift Sucht.

7. Ausblick und Perspektiven

In folgenden Bereichen halten wir für 201X einen Ausbau bzw. eine Weiterentwicklung des Programms für sinnvoll:

- Fortführung der Erhebung von Katamnesedaten derjenigen, die im Programm beraten und behandelt wurden, um noch differenzierter über langfristige Effekte und Wirksamkeit des Programms Auskunft zu bekommen.
- Fortführung und Auswertung der Elternevaluation: erste Daten wurden ab Mitte 2009 erhoben.
- Verbesserung der Rahmenbedingungen zur zielgerichteten Verlegung in geeignete Fachkliniken zur stationären suchtspezifischen Rehabilitation aus dem ambulanten und stationären Rahmen (Therapie direkt)
- Erweiterung des ambulanten Gruppenangebotes um eine niederschwelligere, veränderungsmotivierte Gruppe in Ergänzung zur bestehenden Gruppe „Refuse to use“
- **Filmvorführungen:** weitere zielgruppenspezifische Filmvorführungen des Dokumentarfilmes „Partylaunen“ mit anschließender Publikumsdiskussion sind geplant, u. a. in Zusammenarbeit mit dem Kunstmuseum Bonn.
- Fortführung der Zusammenarbeit mit dem Kunstmuseum Bonn und des Projektes 201X (Erstdurchlauf März bis Mai 2010)

8. Anhang I

Bonner Modell zur vernetzten Versorgung von jungen Cannabis- und Partydrogenabhängigen

Die Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn entwickelte 2004 in Zusammenarbeit mit *update*, Fachstelle für Suchtprävention von Caritasverband und Diakonischen Werk in Bonn eine Konzeption zur vernetzten Versorgung junger Bonner Cannabis- und Partydrogenabhängiger.

Innerhalb dieses Programms, im Folgenden auch Bonner Modell genannt, arbeiten seit Ende 2004 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn und aus der Fachstelle *update* eng in der Behandlung und Beratung dieser jungen Erwachsenen zusammen. Das Kernteam wird dabei von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und einem Diplom-Psychologen aus der LVR-Klinik Bonn und einem Diplom-Psychologen aus *update* gebildet. Das Behandlungsprogramm richtet sich an Bonner Bürger im Alter zwischen 18 und 25 Jahren und deren Angehörige. Eine ausführliche Darstellung der Hintergründe, die zur Entwicklung dieses Programms geführt haben sowie eine detaillierte Beschreibung der Programmbausteine findet sich im Konzept (Banger et al., 2004)

Bei der Realisierung eines neuen, vernetzten Behandlungsprogramms war uns wichtig, sowohl die ambulante als auch stationäre Suchthilfeangebote auf die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen und deren Bedürfnisse auszurichten. Ausgehend davon, dass die üblichen fachlichen Vorgehensweisen bei dieser neuen großen Gruppe der „Jungen Sucht“ nicht ausreichten, haben wir Elemente aus der Erlebnispädagogik sowie der Familien- und Verhaltenstherapie eingebaut. Gleichzeitig wurde deutlich, dass der peer-group-Effekt (Sozialisation in Gruppen gleichen Alters oder gleicher Interessen) nicht nur bei den veränderungs- und abstinenzorientierten jungen Erwachsenen, sondern auch bei deren Angehörigen (z. B. durch die Elterngruppe) eine wichtige Rolle spielt.

Wir möchten über die unterschiedlichen Institutionen hinweg eine Kontinuität der hilfreichen therapeutischen Beziehung zum cannabis-konsumierenden jungen Erwachsenen gewährleisten. Wir haben ein stationäres und ambulantes Behandlungsangebot geschaffen. Auch weiterhin ist eine wesentliche Voraussetzung dabei die enge Abstimmung mit der Stadt Bonn, auch mit dem Ziel, den Versorgungsverbund „Junge Sucht“ weiter auszubauen, indem wir die Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen weiter optimieren, aber auch die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen anstreben, in denen das Thema von Relevanz ist (Schulen, Wohnheime, Kinder und Jugendpsychiatrie).

Zur Ergebnissicherung erfolgt eine kontinuierliche sowohl Prozess- als auch Ergebnisevaluation der stationären und ambulanten Behandlung und Beratung, wobei die Evaluationsdaten u. a. der beständigen Anpassung des Behandlungsprogramms auf die Bedürfnisse der Zielgruppe dienen. In diesem Jahresbericht können wir nunmehr auch detaillierte Evaluationsergebnisse präsentieren, die uns vergleichende Daten über die bisherige Projektlaufzeit bieten.

Finanzierung

Die Finanzierung des ambulanten Beratungs- und Behandlungsangebotes innerhalb des Bonner Modells erfolgt durch die Stadt Bonn. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie zwei Diplom-Psychologen sind jeweils mit einer halben Stelle in dem Projekt tätig. Das stationäre Behandlungsangebot unterliegt einer Mischfinanzierung. Der stationäre Aufenthalt zum Entzug und zur Behandlung der komorbiden Erkrankungen, inklusive der ergo- und soziotherapeutischen Behandlung, ist krankenkassenfinanziert. Das ambulante Beratungsangebot, stationäre zielgruppenspezifische Gruppen- und Einzeltherapieangebote sowie das erlebnispädagogische Angebot im stationären Rahmen sowie die Öffentlichkeitsveranstaltungen sind durch die Projektfinanzierung der Stadt Bonn abgedeckt.

Kurzvorstellung der beiden beteiligten Einrichtungen

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 116 Betten etwa 2700 Patientinnen und Patienten jährlich stationär behandelt. Die Abteilung beschäftigt 120 MitarbeiterInnen und ist für den Einzugsbereich Bonn / Rhein- Sieg / Wesseling mit insgesamt 960000 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 Abhängigkeit behandelt werden. An die Klinik ist die Institutsambulanz für Abhängigkeitserkrankungen mit einem vielfältigen Behandlungsangebot angegliedert.

Eine ausführlichere Darstellung der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie findet sich in unserem Konzept.

update, Fachstelle für Suchtprävention – Kinder-, Jugend-, Elternberatung von Caritas und Diakonie in Bonn ist im Verbund der Ambulanten Suchthilfe des Caritasverbandes und des Diakonischen Werkes in Bonn eine spezialisierte Einrichtung für die Beratung, Behandlung und Prävention von Kindern und Jugendlichen bis 21 Jahren.

Kinder aus suchtbelasteten Familien, Jugendliche, junge Erwachsene, ihre Eltern, Angehörigen oder Bezugspersonen werden in der Fachstelle 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

Eine ausführlichere Darstellung von update, Fachstelle für Suchtprävention findet sich in unserem Konzept.

Ziele des Bonner Modells zur Behandlung von jungen Cannabis- und Partydrogenabhängigen:

1. zielgruppenspezifischer Beratungs- und Therapieansatz

- Fokussierung auf altersspezifische Themen (Schule, Ausbildung, Berufseinstieg, Ablösung vom Elternhaus etc.)
- Erlebnispädagogik
- Einbezug der Angehörigen (Elterngruppe, Familientherapie)
- Nutzen der peer-group
- Projektarbeit (neue Medien, Öffentlichkeitsarbeit)
- Training sozialer Kompetenz etc.

2. kommunale Vernetzung

- Zusammenarbeit im kommunalen Lenkungsgremium
- Synergieeffekte durch sonstige Versorgungsangebote der beteiligten Institutionen
- Vermeidung kommunaler Doppelversorgung

3. nachhaltige Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Situation

- langfristige Ausrichtung der Programme
- besonderes Augenmerk auf soziale Reintegration (Ausbildung, Schule, Beruf)
- Auffrischungssitzungen (Booster-Sessions)
- Ergebnis- und prozessorientierte Evaluation
- Rückführung der Ergebnisse in die Ausgestaltung des Programms

4. flexible, niederschwellige Behandlungssettings

- individuelle Diagnostik unter Berücksichtigung von Komorbidität
- individuelle Behandlungsplanung
- Behandlung/Beratung nach individuellem Bedarf
- ambulante, stationäre und teilstationäre Behandlungssettings

5. früheres Erreichen der Zielgruppe/Prävention

- Öffentlichkeitsarbeit
- Multiplikatoren-schulung (Suchthilfe, Jugendhilfe, Hausärzte, Anwälte, Bewährungshelfer etc.)
- peer-education

6. institutionenübergreifende Behandlung

- fallorientiertes gemeinsames Behandlungsteam der beteiligten Institutionen
- gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit
- erweiterte und vielfältige Zugangswege zum Programm
- Niederschwelligkeit

Therapie- und Beratungsangebote innerhalb des Programms

Ambulante Behandlung und Beratung :

- **wöchentliche Sprechstunden**
- **medizinische Sprechstunden**

- **ärztliche und psychologische Einzelgespräche**, in der Institutsambulanz für Suchterkrankungen und Psychotherapie der LVR-Klinik Bonn und bei *update*, Fachstelle für Suchtprävention von Caritas und Diakonie in Bonn
- **ambulante Therapieangebote, in Kombination mit Erlebnispädagogik**
- **Gruppe für Angehörige von konsumierenden Jugendlichen**

Stationäre und teilstationäre (tagesklinische) Behandlung:

Fünf Behandlungsplätze auf einer psychotherapeutisch ausgerichteten Station der Abteilung für Suchterkrankungen und Psychotherapie

- **psychiatrisch-psychologische Diagnostik**
- **therapeutische Einzelgespräche**
- **zielgruppenspezifische Gruppentherapien**
- **Informationsgruppe**
- **erlebnispädagogisch orientierte Bewegungstherapie „therapeutisches Klettern“**
- **Zukunftswerkstatt**, Vorbereitung auf Veränderungen bei Beruf, Ausbildungsstelle und Wohnsituation, Auseinandersetzung mit Lebenszielen und Perspektiven
- Nach dem stationären Aufenthalt findet wöchentlich eine ambulante **Nachsorgegruppe („Refuse to use“)** statt.
- ambulante **Booster-Sessions** (Auffrischungssitzungen)

Öffentlichkeitsarbeit und Multiplikatoren-schulung

Ein grundlegender Bestandteil der Behandlungskonzeption ist weiterhin die Öffentlichkeitsarbeit und die Vernetzung mit Gesundheits-, Sucht- und Jugendhilfesystem in Bonn. Bei weiterhin hohem Aufklärungsbedarf über die Auswirkungen von Cannabismissbrauch und –abhängigkeit auf die gesundheitliche und soziale Situation Jugendlicher und junger Erwachsener organisieren wir in regelmässigen Abständen Öffentlichkeitsveranstaltungen zum Thema und führen Multiplikatoren-schulungen durch.

9. Anhang II

Zur Verbesserung der Lesbarkeit des Textes, haben wir uns entschieden, einige der statistischen Daten und Informationen für den interessierten Leser hier im Anhang aufzuführen.

Ergebnistabelle zu den Einzelvergleiche der MANOVA über die drei Messzeitpunkte: Warteliste 1, stationäre Aufnahme 2 und Entlassung 3:

Messung	(I) Mess zeitpu nkt	(J) Mess zeitpu nkt	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Signifikanz
persKonflikte	1	2	4,343	5,466	,435
		3	36,602*	7,301	,000
	2	1	-4,343	5,466	,435
		3	32,258*	5,691	,000
	3	1	-36,602*	7,301	,000
		2	-32,258*	5,691	,000
psyBelastung	1	2	13,471	9,383	,164
		3	57,166*	9,266	,000
	2	1	-13,471	9,383	,164
		3	43,695*	10,146	,000
	3	1	-57,166*	9,266	,000
		2	-43,695*	10,146	,000

Tabelle 8: Darstellung der paarweisen Vergleiche. Die gelbe Markierung kennzeichnet die Differenz der Mittelwerte zwischen Aufnahme und Entlassung, die rote Markierung den nicht signifikanten Unterschied zwischen Erstgespräch und stationärer Aufnahme.

Hypothesenkonform ergeben sich nur zwischen Aufnahme und Entlassung Unterschiede in den Werte für die psychische Belastung. Dies bedeutet, die Behandlung ist wirksam, die Wartezeit nicht.

Ergebnisse des t-tets (abhängige Stichproben) für *update*:

	t	df	Sig. (2-tailed)
BDI	-,083	12	,935
IIP-C	2,054	12	,062
STAI	2,438	11	,033

Tabelle 9: Ergebnisse des t-Tests. Prä-Post-Vergleich für *update*

Ergebnisse zur Nachuntersuchung bei den konsumierten Substanzen:

Merkmal	(I)	(J)	Mittelwert		Sig. ^a
	Messzeitpunkt	Messzeitpunkt	Unterschied (I-J)	Std. Error	
Alkohol	1	2	-2,958	2,616	,270
	2	1	2,958	2,616	,270
Amphetamine	1	2	5,792 [*]	1,921	,006
	2	1	-5,792 [*]	1,921	,006
THC	1	2	8,750 [*]	3,083	,009
	2	1	-8,750 [*]	3,083	,009

Tabelle 10: Mittelwerteinzelvergleich für die Substanzen und Messzeitpunkte.

10. Anhang III

Premiere von "Zwei Welten": Auf der Suche nach der Wirklichkeit



Die Rapper "Radical Records" (von links) Abdul, Miguel, Bozo und Burak singen bei der Uraufführung im Foyer. Zitate von ihnen werden im Stück verarbeitet. Foto: Ronald Friese



11. Premiere von "Zwei Welten": Auf der Suche nach der Wirklichkeit

11.1. Nach der Uraufführung diskutiert das Publikum kontrovers über das Doku-Theaterstück

Von Ebba Hagenberg-Miliu

Bad Godesberg. Diese jungen Männer sind sicher seltener im Theater anzutreffen als die gepflegten Herrschaften rundherum, die an ihren Gläschen nippen. "Ich bin einer von vielen, die nach oben wollen", rappt im Foyer der Kammerspiele die Medinghovener Band "Radical Records".

Radikal werden auch gleich bei der Uraufführung ihre Ingrid Müller-Münch für die Dokumentation und damit auch fürs Doku-Stück "Zwei Welten" in den Block diktierten Statements aus Schauspielermund von der Bühne kommen. "An Gewohnheiten zu ändern, ist es eh schon zu spät", rappt das Quartett mit hörbarem Spaß, sich einmal so nobel präsentieren zu können.

Generalintendant Klaus Weise am Rande scheint das ganz plastische Zusammentreffen nunmehr wirklich zweier Welten hier in seinem Haus ebenso zu genießen. "Unser Anliegen ist es, dass Konflikte nicht mehr militant, sondern mit Hilfe von Gesprächen gelöst werden", sagt Weise und verweist auch auf das ehrgeizige Rahmen-Diskussionsprogramm.

Der Premierenabend ist völlig ausverkauft. Angelockt vom großen Rummel im Vorfeld sind Journalisten von 15 Medien angereist. Was mag das für ein Doku-Stück sein, das im ehemals schicken Diplomatenviertel neuerdings einen blutigen Kampf der Kulturen verspricht? Und aus dessen Vorlage selbst braune Homepages Futter für ihre Hetzereien ziehen? Auch das Publikum platzt vor Neugierde. Viele Prominente sind da, ebenso die halbe Bonner Stadtverwaltung einschließlich des Oberbürgermeisters. Jürgen Nimptsch hat die Schirmherrschaft übernommen.

Der Abend werde sicher spannend, denn es gehe um eine Thematik, die überall akut sei, sind sich Polizeisprecher Harry Kolbe und Tochter Katharina einig. "Obwohl das, was ich bisher über das Stück gelesen habe, nicht mit der Realität in Bad Godesberg übereinstimmt", sagt Kolbe. Er werde hier um die Ecke also auch weiterhin ganz friedlich seinen Döner essen gehen können.

Wenn man sich der Probleme im gesamten Stadtgebiet auch durchaus bewusst sei, gebe es in Bad Godesberg wirklich keine zwei Welten, betont auch Jugendamtsleiter Udo Stein. "Wir haben nach dem Vorfall im Kurpark vor zwei Jahren, um den es im Stück ja geht, sehr gute Erfahrungen mit unseren Gewaltpräventionsprogrammen gemacht." In Medinghoven zähle man ohnehin nicht mehr als zwei Dutzend gewaltbereite Jugendliche. "Da gibt es in anderen Städten ganz andere Konflikte", winkt Stein ab.

Zweieinhalb Stunden später wirken die Zuschauer nach dem Stück dann doch ziemlich nachdenklich. Die gemeinhin übliche Täter-Opfer-Rechnung scheint nach dem Originalton hiesiger Jugendlicher nicht mehr aufzugehen. Edith Koischwitz von der Offenen Tür Dürenstraße meint, dass auch die ältere Generation Godesbergs "nur nebeneinander her lebt". Bisher habe sich etwa keiner der vielen Migranten in ihrer Begegnungsstätte blicken lassen.

"Wir nehmen das Thema Gewalt ernst. Wir waren und sind jederzeit offen für sachliche Auseinandersetzung", betont Christopher Haep, Internatsdirektor des im Stück an den Pranger gestellten "Elitegymnasiums" Aloisiuskolleg. Doch in der Dokumentation sei einiges unstimmig, verzerrt oder polemisch dargestellt. "Schon vor 2007 und verstärkt in den letzten zwei Jahren haben Stadt, Politik, Polizei und Schulen intensiv am Thema gearbeitet", sagt Haep und verweist auch auf das preisgekrönte Ako-Projekt "Rezepte gegen Gewalt". [Wie der GA berichtete](#), waren

Ako-Schüler 2008 zu Gesprächen in die Dönerläden und Callshops an der Koblenzer Straße gegangen, hatten Kontakte geknüpft.

"So einen Hals" hätten viele Verantwortliche in der Badestadt wegen der im Stück propagierten "Die oben, wir unten"-Perspektive, ist derweil von Brigitte Grüll von Stadtmarketing zu hören. Bezirksbürgermeisterin Annette Schwolen-Flümann erregt sich, dass bewusst ignoriert werde, dass der Kurpark-Vorfall von 2007 keine Fortsetzung gefunden habe. "So wird das eine Aneinanderreihung von Plattitüden."

Agnes Szmigiel vom Internationalen Zentrum der Awo sieht die engagierte Arbeit der Sozialarbeiter in Misskredit geraten. "Es gibt doch viele Hilfsangebote in Godesberg, die erfolgreich laufen", erklärt die Frau, deren Müller-Münch gegebenes Interview "wie andere positive" nicht in der Dokumentation auftaucht. Sie bekomme eine Gänsehaut, wenn sie das Stück jetzt sehe. "Das ist nicht unser Stadtteil."

Neben ihr steht "Mohammed", der Abgänger der König-Fahad-Akademie, der "Loser", den laut Stück "niemand haben will". "Mohammed" ist mit einer der bereitgelegten Freikarten da. Ja, der Passus im Finale habe seiner Lebenssituation vor eineinhalb Jahren entsprochen, sagt der junge Mann leise. "Aber jetzt bin ich längst von Hartz IV weg."

"Mohammed" hat dieser Tage nach einer von der Awo vermittelten Ausbildung eine Krankenpfleger-Stelle angetreten. Mitten im so unerbittlich dargestellten Bad Godesberg. "Denn wenn man es will und wenn man hart arbeitet, dann schafft man es auch."

Artikel vom 02.11.2009

Theaterkritik

12. Eine Stadt verändert sich: "Zwei Welten" in Bad Godesberg

12.1. Frank Heuel inszeniert das Theaterstück von der Kölner Journalistin Ingrid Müller-Münch in den Kammerspielen

Von Dietmar Kanthak

Bad Godesberg. Das dokumentarische Theaterstück "Zwei Welten" von Ingrid Müller-Münch zeigt nicht die Wirklichkeit von Bad Godesberg. Das haben wir amtlich. Das Werk, hat Familiendezernentin Angelika Maria Wahrheit (!) festgestellt, vermittele "das Bild einer angsterfüllten Bevölkerung, das so nicht zutrifft".

Gute Nachricht. Es gibt also keinen sichtbaren Niedergang der ehemaligen Diplomatenstadt, keine reduzierte Polizeipräsenz, keine Jugendkriminalität (mit und ohne Migrationshintergrund), keine rivalisierenden Gangs, keine Sorgen in der Bevölkerung.

Wahrscheinlich hat auch die Schlägerei am Freitag, 24. August 2007, nicht stattgefunden, von der im Stück die Rede ist. Jugendliche waren damals im Kurpark mit Baseballschlägern aufeinander losgegangen, 50 Polizisten mussten anrücken. Das Bonner Theater kuschelt sich nicht in Illusionen ein. Es hat die Kölner Journalistin Ingrid Müller-Münch verpflichtet, ein dokumentarisches Theaterstück zu schreiben. "Zwei Welten" ist die Frucht von 60 Interviews mit Tätern und Opfern, Lehrern und Ladenbesitzern.

Entstanden ist so eine Bühnenwirklichkeit, deren Ähnlichkeit mit existierenden Strukturen in Bad Godesberg unvermeidlich ist. Die Wirklichkeit richtet sich selten nach den Wünschen von Familiendezernenten.

Frank Heuel hat die zweieinhalbstündige Spielfassung erarbeitet und die Regie übernommen. Seine Inszenierung kommt gerade recht, zu einem Zeitpunkt, da sich alle Entrüstungs- und Beschwichtigungs-Rituale nach den brutal offenen Worten von Thilo Sarrazin erschöpft haben. Jetzt herrscht wieder das gewohnte Desinteresse gegenüber den Parallelwelten, die für einen kurzen Augenblick im Zentrum der öffentlichen Debatte standen.

Annika Leys Bühne ist ein abstrakter Raum, nur schwarz-weiße Video-Projektionen verorten ihn in Bad Godesberg. Dies ist ein Projekt der Reflexion, nicht der Identifikation. Zu Beginn tauchen acht goldige Kinder auf der Bühne auf, kommen dem Publikum ganz nah und rufen: "Huah!"

Diese Kinder begleiten den Abend, verleihen dem grimmigen Realo-Drama seine Wunschtraum-Note. Es ist die wandelnde Unschuld, die hier vorgeführt wird, die multikulturelle Idylle, die bessere Zukunft. Ach, wären die Dinge doch so leicht und so schön.

Sind sie aber nicht. Philine Bühner, Bettina Marugg, Tatjana Pasztor, Simin Soraya, Ismail Deniz, Konstantin Lindhorst, Rolf Mautz und Stefan Preiss haben etwas mitzuteilen. Über Gewalt um der Gewalt willen, über Aggression, die aus dem Gefühl entsteht, man sei nicht viel mehr als Dreck. "Opfer" nennen die Jungen mit Migrationshintergrund deutsche Schüler, denen sie die Handys abnehmen und denen sie Schläge androhen; Schläge sind sie selbst von zu Hause gewöhnt.

Sie reiben sich an der Arroganz von Bürgerskindern, die Elite-Schulen besuchen, sich teure Marken leisten können, auf die da unten herabsehen und ihre Art zu sprechen gleichzeitig imitieren und verhöhnen. Der Abend hat große Schauspieler-Soli. Stefan Preiss zum Beispiel macht Aggressivität und eine verwüstete Seele körperlich erfahrbar.

Tatjana Pasztor verwandelt sich regelrecht in einen Krieger. Rolf Mautz gibt komödiantisch-jovial den rheinischen Ladenbesitzer, der Vorurteile und Klischees ablädt, dann aber davon erzählt, wie er sich von der Nachbarschaft terrorisiert fühlt; die komische Miniatur gewinnt eine unter die Haut gehende Authentizität.

Der Abend steht in der Tradition des Theaters à la Peter Weiss ("Die Ermittlung", 1965). "Zwei Welten" steckt voller Rollen-Prosa, die von den Schauspielern aufgesagt wird: immer mit Blick aufs Publikum. Ein richtiger Theaterabend lässt sich daraus nicht zaubern.

Frank Heuel und sein Team setzen, nicht immer erfolgreich, auf Aktion(ismus), Manierismen und parodistische Mittel. Jeder ist mal Mann, mal Frau, mal Täter, mal Opfer. Sie simulieren Joggingbewegungen und Turnübungen, während sie reden, artikulieren sich durch Megaphone, sprechen gleichzeitig und durcheinander, mal allein, mal als Chor. Musikalisch wird der Abend von den Beatboxern Malik Kpekpassi und Tim Wennemann eingerahmt; aus dem Ensemble kommt dann der Medinghoven-Rap.

"Zwei Welten" wird Folgen haben, unter anderem ein Buch mit Interviews, Diskussionen und ein Theaterfestival. Der neue Oberbürgermeister Jürgen Nimptsch, der die Premiere gesehen hat, empfiehlt den Besuch der Aufführung.

13. Photos vom Rap Workshop

