

## Impressum

### **BINAD-INFO 21**

**Dezember 2001 - Februar 2002**

Herausgeber: **BINAD – Fachstelle grenzübergreifende Zusammenarbeit**

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Abteilung Gesundheitswesen  
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle Sucht  
Leiter: Wolfgang Rometsch

Redaktion: Rüdiger Klebeck, Mechthild Neuer,  
Hans van Ommen

Übersetzung: Martin Schmeltzle  
Frederik Wanink

Layout: Lütke-Fahle-Seifert AGD, Münster

Druck: Burlage, Münster

Auflage: 1.400

Finanzierung:  Ministerium für Frauen  
Jugend, Familie und  
Gesundheit, Düsseldorf



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport, Den Haag

Kontaktadressen: **BINAD**  
Warendorfer Str. 25-27  
48145 Münster  
Tel.: 0251-591-3268 oder -3154  
Telefax: 0251-591-5484  
E-mail: binad@lwl.org  
Intnet: www.binad.de

**BINAD-NL**  
Korte Hengelosestraat 24  
Postbus 417  
7500 AK Enschede  
Tel.: 0031-53-4331414  
Fax: 0031-53-4343287  
E-mail: h.vanommen.binad@tactus.nl  
Internet: www.tactus.nl

**Intro** ..... 2

**Infos** ..... 4

*Eine breitere Sicht auf Sucht: Hintergründe,  
Maßnahmen und Zukunftsideen* ..... 12  
Ruurd Reelick

### **Thema »Behandlung«**

■ *Ergebnisse erzielen* ..... 20  
GGZ Nederland

■ *Wirksamer Druck für Süchtige* ..... 25  
Oskar Hofman

■ *Integrative Behandlung* ..... 28  
Verband WESD

■ *Die qualifizierte ambulante Entgiftung von  
Alkoholkranken – ein Modellprojekt* ..... 36  
Dr. M. Horak, Dr. V. Morhart, Prof. Dr. M. Soyka

■ *Akupunktur hilft bei Alkoholabhängigkeit* ..... 41  
Werner Loosen

■ *Raucherentwöhnung – ein Stiefkind der stationären  
Alkohol- und Drogentherapie?* ..... 43  
Dr. A. Batra, M. Schröter

■ *Arta – Respekt ist das Schlüsselwort* ..... 49  
Stichting Arta

■ *Hilft Homöopathie bei der Überwindung von Sucht?* ..... 57  
Niek Dekker

**Podium »Perspektiven der Drogenhilfe«** ..... 60

■ *Therapiekonzepte: Zukunfts- oder Auslandsmodelle?* ..... 61  
Prof. Dr. Wolfgang Heckmann

■ *Bilanz akzeptanzorientierter Drogenarbeit* ..... 70  
Dr. Wolfgang Schneider

*Venlo reagiert auf die Zunahme des  
illegalen Cannabishandels* ..... 80  
Rüdiger Klebeck

*Drogen im Heim* ..... 82  
Marion Laging-Glaser

*Crackwelle in Deutschland?* ..... 85  
Dr. Peter Degkwitz, Uwe Verthein

**Publikationen** ..... 93

**Das BINAD-INFO 21 hat auf sich warten lassen – nicht zuletzt bei der redaktionellen Arbeit am INFO wird doch immer wieder die Begrenztheit der personellen Ressourcen deutlich. So ist es nicht gelungen, die Planung umzusetzen, das nun vorliegende INFO noch vor der Sommerpause 2001 fertigzustellen – wir sind nun nicht mehr in dem gewohnten Rhythmus, gehen jedoch davon aus, dass damit unter Umständen auch die Spannung auf diese Ausgabe gestiegen ist ...**

Zwischenzeitlich ist das Ergebnis der über den Jahreswechsel 2000/2001 durchgeführten Kundenbefragung sowie erstmals auch der Sachbericht über die Tätigkeit der Fachstelle im vergangenen Jahr als Sonderdruck veröffentlicht worden.

**Bestätigung für das BINAD-INFO, aber auch Änderungsbedarf: das Ergebnis der Kundenbefragung zum INFO**

Das Ergebnis der Kundenbefragung hat uns bestätigt, dass wir mit dem INFO auf dem richtigen Weg sind. Für die vielen positiven Rückmeldungen, die mit dem Rücklauf verbunden waren, möchten wir uns auch auf diesem Weg nochmals ganz herzlich bedanken!

Als wichtig anzusehen waren natürlich ebenso die kritischen Anmerkungen, die uns dazu veranlasst haben, gewisse gestalterische Veränderungen am INFO vorzunehmen:

Da ist z. B. die Seitengestaltung zu nennen, die nun hoffentlich ansprechender empfunden wird; da ist die Veränderung der bisherigen Rubrik »... und sonst?« zu nennen, die nun als »Infos« geführt wird und eine größere Anzahl von nicht zu langen Texten und Informationen enthält – und nicht mehr am Ende steht, sondern gleich zu Beginn dieser Ausgabe.

Aus Kostengründen ist eine ganz individuelle Layout-Gestaltung der einzelnen Ausgaben nicht umsetzbar – das wäre gewiss die ansprechendste Variante einer Neugestaltung gewesen, hätte aber evtl. den Charakter des INFO als »Nachschlagewerk« (so Rückmeldungen aus der Kundenbefragung) doch zu stark verändert; der Transport von Informationen soll nach wie vor erstes Ziel dieser Publikation bleiben.

Eine weitere Neuerung – die wir gerne in jeder Ausgabe beibehalten würden – ist der mit »Podium« überschriebene Teil: In dieser Ausgabe werden auf den Seiten 60 bis 79 zwei Beiträge präsentiert, die jeweils aus Sichtweise der Autoren kritisch bilanzieren, vielleicht auch provozieren. Provozieren sollen diese Texte auch die Reaktion der Leserinnen und Leser: Wir würden uns über entsprechende Resonanz freuen und würden es begrüßen, damit ein Diskussionsforum eröffnen zu können. Gerne nehmen wir auch Anregungen entgegen, diese Rubrik in den nächsten Ausgaben mit Inhalt zu füllen.

Beim Thema dieser Ausgabe geht es um »Behandlung«; bei der Sammlung der Beiträge dazu waren gerade solche aufgefallen, die eher ungewohnte – jedenfalls aus dem »stan-

dardisierten« Rahmen fallende – Ansätze und Methoden beschrieben. Auch wenn damit zum Teil nur kleine Gruppen von Abhängigen zu erreichen sind oder »nur« unterstützende Wirkung für klassische Angebote erzielt wird, lohnt es sich, einmal genauer hinzuschauen (Seiten 20 bis 59).

Gewissermaßen einleitend sowohl zum Schwerpunktthema als auch für die zur Diskussion gestellten Beiträge ist der erste Text in diesem INFO zu sehen: Der niederländische Kollege Ruud Reelick liefert auf den Seiten 12 bis 19 einen Bericht über das vom 30.5. bis 2.6.2001 in Dornach (CH) abgehaltene Symposium »Sucht und Gesellschaft«, mit dem er nicht nur die Inhalte des Symposiums wiedergibt, sondern auch auf die Notwendigkeit der Individualisierung von Behandlung sowie die z. T. erschwerenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen hinweist. Aber lesen sie selbst ...

Nun noch eine Information »in eigener Sache«:

Das BINAD-Büro in Münster hat eine neue Adresse! Diese lautet nun

**Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Fachstelle grenzübergreifende Zusammenarbeit – BINAD  
Postadresse: 48133 Münster  
Besuchadresse: Warendorfer Str. 25-27  
48145 Münster**

Die Telefonnummern sind geblieben, es gibt aber eine **neue Faxnummer: 0251-591-5499.**

Abschließend bleibt uns noch diese Aufforderung: Beurteilen Sie selbst, ob sich das Warten auf das INFO 21 gelohnt hat!



*Um uns auch einmal im Bild vorzustellen, v.l.n.r.: Hans van Ommen (Enschede), Mechthild Neuer und Rüdiger Klebeck (Münster) – das hauptamtliche BINAD-Team und gleichzeitig die Redaktion des INFO*

Rüdiger Klebeck

Mechthild Neuer

Hans van Ommen

**ARCHIDO**  
Universität Bremen  
GW 1 Raum 2245  
Postfach 330440  
28334 Bremen

Das ARCHIDO hat bei der Suche nach einer geeigneten Dokumentationsstelle für die Übernahme des aus wirtschaftlichen Gründen geschlossenen CORK Ressource Center – eine der bedeutenden wissenschaftlichen Bibliotheken in den USA – den Zuschlag erhalten und hat so die ca. 44.000 dort archivierten Titel übernehmen können. Damit erweitert sich das Angebot an (englischsprachiger) Literatur beim ARCHIDO ganz erheblich.

Die Darstellung der Arbeit des ARCHIDO und der Literaturfundus kann im Internet unter [www.archido.de](http://www.archido.de) aufgerufen werden.

## *Niederländisches Institut zur Verbindung von Wissenschaft und Praxis gegründet*

Zur Unterstützung der Suchthilfe wurde in den Niederlanden ein neues Institut gegründet: das **NISPA, Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction**. NISPA hat sich den Brückenschlag zwischen Wissenschaft und Praxis zur Aufgabe gestellt.

Mit diesem neuen Institut im Osten der Niederlande sind vier in dieser Region ansässige Einrichtungen der Suchthilfe (Novadic, TACTUS, de Griff und die Suchtklinik Paschalis) eine Verbindung eingegangen mit dem Academisch Centrum Sociale Wetenschappen an der Katholischen Universität Nijmegen. Die Führung des Instituts übernahm Cor de Jong, medizinischer Direktor von Novadic, bekannt als Leiter des niederländischen Versuches zum Entzug unter Narkose.

Wissenschaftler und Praktiker anderer Abteilungen der Universität Nijmegen können sich ebenfalls an der Arbeit des Institutes beteiligen; die NISPA denkt dabei an die klinische Psychologie, Persönlichkeitslehre und Psychiatrie, sucht aber auch Partner im somatischen Bereich in der Allgemeinmedizin und der Medizinisch-technischen Assistenz.

(Quelle: Psy Nr. 11, Oktober 2001)

## *Stationäre Motivationsbehandlung(MOTI)*

Die Kliniken Wied (Rheinland-Pfalz) haben 1998 das Angebot zur stationären Motivationsbehandlung (MOTI) eingeführt. Zielgruppen sind Menschen, die wegen ihres Alkoholkonsums am Arbeitsplatz, im Straßenverkehr oder in der Familie auffällig geworden sind und bei denen der Hausarzt die Behandlungsbedürftigkeit wegen alkoholbedingter Probleme festgestellt hat. Ziel ist die Förderung der Motivation für eine weitergehende Behandlung (Selbsthilfegruppen, Langzeittherapie, ambulante Suchttherapie), die Entscheidung darüber ist den Patienten selbst vorbehalten. Neben der medizinischen und psychologischen Diagnostik wird die Indikationsstellung und Planung für die mögliche Anschlussbehandlung geboten. Es findet intensive Beratung in Einzelgesprächen, die Information zu gesunder Lebensführung sowie Angehörigenberatung statt.

Bislang wurden über 350 Patienten (Verhältnis Männer/Frauen 3:1) erfolgreich behandelt, die Vermittlung erfolgte zu ca. 60% in stationäre Rehabilitation, zu ca. 30% in betriebliche oder ambulante Betreuung und zu ca. 10% in ambulante Therapie. Kostenträger sind bislang die Betriebskrankenkassen sowie in Einzelfällen auch andere gesetzliche Krankassen und Ersatzkassen.

Die Behandlungsdauer variiert von 2 bis 4 Wochen.

### **Kliniken Wied**

Im Mühlental  
57629 Wied  
☎ 0 26 62-8 06-0  
☎ 0 26 62-8 06-24  
✉ [info@kliniken-wied.de](mailto:info@kliniken-wied.de)  
[www.kliniken-wied.de](http://www.kliniken-wied.de)

## *Sucht als Überlebenschance für Frauen mit Gewalterfahrung*

### **Entwicklung von gendersensiblen Kriterien und Methoden in der Suchtarbeit für Frauen mit Gewalterfahrung im transnationalen Vergleich**

Im Rahmen des im Dezember 2001 beginnenden und aus dem DAPHNE-Programm der EU finanzierten Projektes wollen wir als feministische Frauengewaltschutzrichtung gemeinsam mit verschiedenen Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen aus Irland, den Niederlanden, Österreich und Deutschland verallgemeinerbare Kriterien und Methoden für die gendersensible Suchtarbeit mit Frauen mit Gewalterfahrung entwickeln. Dadurch sollen die Rahmenbedingungen in den Suchthilfeeinrichtungen für betroffene Frauen verbessert, die spezifische Angebotsstruktur für die Frauen erweitert, eine verstärkte Sensibilisierung und Diskussion für das Thema »Gendersensibilität in der Suchtarbeit« angeregt werden. Weitere Schwerpunkte sind: Entwicklung von Methoden in der Suchtarbeit für Frauen mit Gewalterfahrung, die das Selbsthilfepotenzial der Frauen aktivieren bzw. stärken; Überprüfung der Rolle des Managements bei der Umsetzung der o.g. Kriterien. Projektdauer: 12 Monate

### **HeXenHaus**

Träger: »Hilfe für Frauen in Krisensituationen e.V.«  
Im Walde 5  
D-32339 Espelkamp  
☎ 0 57 72/97 37-0  
☎ 0 57 72/97 37-11  
✉ [Hexenhaus-Espelkamp@t-online.de](mailto:Hexenhaus-Espelkamp@t-online.de)

## *Bestandsaufnahme »Crack-Konsum in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote«*

Im Auftrag der Bundesdrogenbeauftragten, Marion Caspers-Merk, erstellte Dr. Heino Stöver (Bremer Institut für Drogenforschung, Universität Bremen) einen Bericht zur Crack-Situation in Deutschland.

Ergänzend zu dem Beitrag von Dr. Peter Degkwitz und Uwe Verthein, Uni Hamburg, (siehe S. 85) stellt er die Tatsache dar, dass massierter Crack-Konsum sich bislang auf wenige Orte in Deutschland beschränkt. Neben Hamburg und Frankfurt gibt es demnach auch in Hannover eine durch die Drogenhilfe festgestellte Verankerung der Droge in der Szene dort.

Allerdings gibt es sehr wohl Anzeichen für eine möglicherweise bevorstehende Ausweitung des Crack-Konsums über die bisherigen Brennpunkte hinaus. Fazit: wenn das so ist, muss sich die Drogenhilfe auf die damit verbundenen besonderen Anforderungen einstellen.

Der Bericht ist sowohl in einer Volltextversion als auch einer Zusammenfassung auf der Archido-Website zu finden:

[www.archido.de](http://www.archido.de)

Der Erfolg des Projektes wird maßgeblich von der Sichtbarkeit und damit dem Bekanntheitsgrad der Webadresse in der Jugendszene abhängen. Somit ist das zunächst auf 3 Jahre festgelegte Projekt auf weitere Kooperationspartner und Sponsoren angewiesen.

Hintergrundinformationen sind auf der Homepage der BZgA zu finden:

[www.bzga.de/aktuell/presse/htm](http://www.bzga.de/aktuell/presse/htm)

## *Drogen und Medikamente im Straßenverkehr*

### **Unterrichtseinheit für Gymnasien und Berufsschulen**

Eine Modell-Unterrichtseinheit zum Thema »Drogen und Medikamente im Straßenverkehr« für Gymnasien und Berufsschulen ist bei der Fachstelle Prävention zum Preis von DM 12,- plus Versandkosten zu erhalten. Die Mappe enthält didaktische Anleitungen, Methoden und Informationen und ermöglicht die Gestaltung einer Unterrichtseinheit zum Thema ohne größere Vorbereitung.

### **Fachstelle Prävention**

Frankenallee 157-159  
60326 Frankfurt a. M.  
☎ 0 69-97 38 39 31  
☎ 0 69-97 38 39 38  
✉ mreith@vae-ev.de

## *drugcom.de – ein Internetportal zum Thema Drogen*

### **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

Ostmerheimer Str. 220  
51109 Köln  
☎ 02 21-89 92-280  
☎ 02 21-89 92-201  
✉ voelker-albert@bzga.de

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat zur Love-Parade in Berlin am 21.07.2001 ein Internet-Angebot für Jugendliche gestartet.

Unter [www.drugcom.de](http://www.drugcom.de) können Jugendliche chatten, Fragen stellen und ihr Wissen über Alkohol, Tabak und illegale Drogen testen. Bereits in den ersten 2 Tagen gab es über 37.000 Zugriffe, wobei am häufigsten Fragen zu Cannabis gestellt wurden.

Das Projekt wurde entwickelt, um

- Jugendliche auch außerhalb der Techno-Szene zu erreichen,
- Wissen über die unterschiedlichen Substanzen zu vermitteln und eine kritische Reflexion der eigenen Drogenerfahrung zu erreichen sowie um
- Dialoge und Beratungsgespräche zu ermöglichen.

In den vier Hauptbereichen **druginfo**, **drugworks**, **drugtalk** und **freestyle** werden die Möglichkeiten des Internet im Sinne der Interaktion genutzt – so werden die Jugendlichen aktiv zu der Mitgestaltung angeregt.

## *check, wer fährt!*

### **Infos zu den Folgen von Drogen- und Medikamentenkonsum im Straßenverkehr**

Das Drogenreferat der Stadt Frankfurt und die Fachstelle Prävention haben eine Broschüre für junge Führerscheinbesitzer und Partygänger entwickelt. Die Broschüre »check, wer fährt!« beleuchtet die Auswirkungen der verschiedenen Drogen auf das Fahrverhalten, beschreibt die juristischen Folgen bei einer Verkehrskontrolle mit positivem Test, gibt aber auch Tipps, welche Alternativen zur Verfügung stehen.

Zum Thema »Drogen im Straßenverkehr« besteht ebenfalls eine Website:

[www.checkwerfaehrt.de](http://www.checkwerfaehrt.de)

Kleine Mengen und Einzelexemplare der Broschüre können bei der Fachstelle Prävention, ☎ 0 69-97 38 39 31; ☎ 0 69-97 38 39 39 bestellt werden.

Größere Mengen bei: Drogenreferat der Stadt Frankfurt ☎ 0 69-212-3 62 32 oder 0 69-212-3 01 25; ☎ 0 69-2 12-3 07 19; ✉ gerd.kever-bielke@stadt-frankfurt.de



## GINKO-Faltblatt: 10 Hinweise zur Sekundärprävention

### Rauschmittel in Jugendfreizeiteinrichtungen ... was tun!?

Auch MitarbeiterInnen in Jugendfreizeiteinrichtungen sind immer häufiger mit dem Problem konfrontiert, dass die jugendlichen BesucherInnen legale und/oder illegale Drogen konsumieren oder auch mit ihnen handeln. Es besteht die Notwendigkeit, sich mit dieser Problematik auseinander zu setzen und zu einem gemeinsamen Vorgehen der Jugendfreizeiteinrichtungen in der Region zu gelangen. Ziel dieses Faltblattes ist es, eine Grundlage zu bieten, sich über Regeln und Reaktionen zu verständigen, die in allen Einrichtungen vor Ort gleich gehandhabt werden können. Nur so kann es gelingen, den jugendlichen BesucherInnen eine klare Orientierung im Umgang mit Suchtmitteln zu vermitteln. Es gilt zu verhindern, dass »nach Bedarf« zwischen den Häusern hin und her gewechselt wird und MitarbeiterInnen gegeneinander ausgespielt werden. Wie können die MitarbeiterInnen dazu beitragen, aus Neugier, Abenteuerlust, Protestverhalten oder ähnlichem kein manifestes Suchtverhalten entstehen zu lassen, d.h., konsumbegleitende, sekundärpräventive Arbeit leisten? Voraussetzung ist die Auseinandersetzung sowohl mit der eigenen pädagogischen Grundhaltung als auch mit dem eigenen Konsumverhalten in Bezug auf legale wie illegale Suchstoffe. Desweiteren ist die Entwicklung fachlicher Konzepte zu Schwerpunktprävention mit konsumierenden Jugendlichen notwendig, die den Jugendlichen mit einer akzeptierenden Haltung begegnen, um sie zu begleiten und ihnen die Möglichkeit zu eröffnen, ihren Konsum zu reflektieren, möglicherweise zu reduzieren oder sogar ganz einzustellen.

Das Faltblatt soll eine Unterstützung sein, indem es Unsicherheiten bezüglich der pädagogischen Möglichkeiten und Grenzen ebenso aufgreift wie die Auslegung rechtlicher Bestimmungen. Auf folgende Fragen wird eingegangen:

1. Durch welche Signale kann ich möglichst frühzeitig Hinweise auf Probleme mit Suchtmitteln erhalten?
2. Wie kann ich in der Jugendfreizeiteinrichtung beratend tätig werden?
3. Welche Anforderungen stellen sich den MitarbeiterInnen in Jugendfreizeiteinrichtungen bzgl. des Rauschmittelkonsums von Jugendlichen?
4. Wann muss ich die Eltern informieren?
5. Welche flankierenden Maßnahmen sind sinnvoll, um die noch nicht betroffenen Jugendlichen zu schützen?
6. Was sind strafbare Handlungen nach dem Betäubungsmittelgesetz?

**Wie kann es gelingen, aus Neugier, Abenteuerlust, Protestverhalten oder Ähnlichem kein manifestes Suchtverhalten entstehen zu lassen?**

7. Muss ich strafbare Handlungen im Zusammenhang mit Rauschmitteln sofort der Polizei melden?
8. Was mache ich, wenn ich Betäubungsmittel in der Jugendfreizeiteinrichtung finde?
9. Wo gibt es Unterstützung?

Erarbeitet gemeinsam mit der AG OT Mülheim (Arbeitsgemeinschaft der Jugendzentren), abgestimmt mit dem Innenministerium NW und dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NW.

Quelle: Transfer-Newsletter der Landeskoordinierungsstelle für Suchtvorbeugung in NRW, GINKO

**Anneke Ratering und Hans-Jürgen Gass**

✉ a.ratering@ginko-ev.de  
j.gass@ginko-ev.de  
www.ginko-ev.de

## Niederländisch-Deutscher »LSP-tafel« zur Kooperation von Jugend- und Suchthilfe

Mit einer Begegnung am 13.11.2001 fand erstmals ein grenzübergreifender niederländisch-deutscher Fachaustausch in der Tradition des »LSP-tafel« statt. Bei dieser Form des Fachaustausches wird im Rahmen eines Mittagsimbisses ein aktuelles Thema von hierzu eingeladenen Fachleuten diskutiert – Ergebnisse dieser Diskussionen können in die Planungen der »Landelijke Steunfunctie Preventie« (Landesfachstelle Prävention) einfließen.

In dieser ersten binationalen, von BINAD und LSP organisierten Sitzung ging es thematisch um die Zusammenarbeit zwischen der Sucht- und der Jugendhilfe – in beiden Ländern noch keine Selbstverständlichkeit. Einleitend wurden zu zwei Kooperationsmodellen ein niederländisches und ein deutsches Einführungsreferat gehalten; im Verlauf der intensiven Diskussion dieser Beiträge kamen eine Reihe von wesentlichen Erfahrungen und Anregungen zur Sprache. Es zeigte sich ein großes Interesse sowohl der niederländischen wie auch der deutschen Teilnehmer an den Systemen der jeweils anderen Seite: Wie funktionieren die Systeme? Wie ist die Kooperation – auch unabhängig von den vorgestellten Modellen – im Alltag ausgestaltet? Am Ende blieb das Interesse einiger Teilnehmer, eine weitere Zusammenarbeit zu organisieren, um vertiefend auf besondere Fragestellungen eingehen zu können.

Ausführlichere Informationen zu dieser Begegnung können bei BINAD in Enschede oder Münster angefragt werden.

## Gesundheitsschutz mit neuer EU-Tabakrichtlinie: »Rauchen tötet«

Jedes Jahr sterben 500.000 Menschen in Europa an den Spätfolgen des Rauchens. Für den Gesundheits- und Verbraucherschutz in Europa war es daher eine gute Nachricht: Parlament und Rat stimmten am 15. Mai 2001 der neuen Tabakrichtlinie mit überzeugenden Mehrheiten zu. Einen Tag später kündigte David Byrne, EU-Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz, eine neue Initiative zur Eindämmung der Tabakwerbung an.

Die Tabakrichtlinie setzt an drei Stellen an: Sie reduziert Zusatzstoffe, verlangt bessere Warnhinweise und verbietet verharmlosende, irreführende Markenbezeichnungen. Kernpunkt sind neue Grenzwerte. Der Nikotingehalt darf 1 mg je Zigarette nicht überschreiten. Teer- und Kohlenmonoxidgehalt werden auf 10 mg begrenzt. »Die EU ist geradezu verpflichtet, den Todeszoll zu beschränken. Die überwiegende Mehrheit von Parlament und Mitgliedstaaten teilen diese Ansicht und haben demonstriert, wie wirkungsvoll die europäische Gesetzgebung sein kann«, kommentierte Byrne die Entscheidung des Rates. Information wird nun zur Pflicht: Alle Inhaltsstoffe müssen genannt sein. Markennamen wie »leicht« oder »mild« wird es nach dem 30. September 2003 nicht mehr geben.

Der über eine Dekade währende Kampf um Beschränkung und Verbot von Tabakwerbung geht in die nächste Runde. Am 5. Oktober 2000 hatte der Europäische Gerichtshof die Richtlinie von 1998 zur Tabakwerbung und zum Sponsoring annulliert. Handel und Wettbewerb im Binnenmarkt hätten erleichtert werden müssen, hieß es seinerzeit. Zugleich bestätigte der EuGH, dass der Schutz der Gesundheit ein integraler Bestandteil der Gemeinschaftspolitiken ist. Sogar ein Verbot von Tabakwerbung etwa für Magazine ist zulässig. Eine konkrete Rechtsinitiative kündigte David Byrne bereits für Juni 2001 an. Mit der zügigen Unterstützung durch Parlament und Rat kann nach der Entscheidung zur Tabakrichtlinie gerechnet werden.

Weitere Infos: [www.europa.eu.int](http://www.europa.eu.int)

Quelle: Europa NEWS Nr. 9 vom 07.06.2001 - Deutscher Städtetag

**Sind wir einmal ehrlich: so richtig ernst nehmen wir Tabak als Suchtmittel immer noch nicht, obwohl bei keinem anderen Stoff die Folgen so massiv sind.**

## 7. internationaler akzept-Drogenkongress 27. - 29.9.2002, Jena

Thematische Schwerpunkte werden Jugendkulturen, Drogenhilfe und Netzwerke in den neuen Bundesländern und Osteuropa sein.

### Kongressorganisation:

Christine Kluge-  
Haberhorn  
Südwestkorso 14  
12161 Berlin  
☎ + ☎ 030-8 22 28 02  
✉ ckhaberhorn@okay.net

## 13. International Conference on the Reduction of Drug related Harm

kombiniert mit dem

### 2. International Harm Reduction Congress on Women and Drugs

### 3. - 7.3.2002, Ljubljana, Slovenien

Die 13. Harm-Reduction-Konferenz wird im Jahr 2002 gewissermaßen Gastgeber für den zum zweiten Mal stattfindenden Harm-Reduction-Kongress für Frauen und Drogen sein, der am 08.03.2002 durchgeführt wird.

Weitere Informationen unter [www.ihrc2002.net](http://www.ihrc2002.net)

## Dokumentation und Leitlinien zum europäischen Modellprojekt »Suchtprävention mit Migranten«

Unter Federführung der AWO Stuttgart wurde im Zeitraum vom 01.01.1999 bis zum 30.06.2001 mit drei deutschen, einem dänischen, einem niederländischen und zwei italienischen Partnereinrichtungen das Europäische Modellprojekt »Migranten-Selbsthilfe-Netzwerk« zur Suchtprävention unter besonderer Berücksichtigung neuer Konsumtrends durchgeführt. Nun liegen sowohl die Dokumentation als auch die aus dem Projekt heraus entwickelten »Leitlinien zur Suchtprävention mit Migrantinnen und Migranten« vor. Die Materialien können bei der AWO Stuttgart gegen eine Schutzgebühr von 20.00.- DM angefordert werden.

### AWO Stuttgart

Migrationsdienste  
Olgastrasse 63  
70182 Stuttgart  
☎ 07 11-2 10 61-38  
☎ 07 11-2 10 61-66  
✉ md.aykut@  
awo-stuttgart.de

**Ruurd Reelick**

## *Eine breitere Sicht auf Sucht; Hintergründe, Maßnahmen und Zukunftsideen*

*Bericht zum internationalen Symposium »Sucht und Gesellschaft« (30. Mai bis 2. Juni 2001) in Dornach, Schweiz*

**Mit dem folgenden Bericht über das im Goetheanum Dornach stattgefundene Symposium und der darin enthaltenen Auseinandersetzungen mit den anthroposophischen Ideen leistet Ruurd Reelick, Soziotherapeut bei der Suchthilfe-Organisation TACTUS in Zutphen, einen ansprechenden und sehr gut lesbaren Einstieg sowohl in das Thema dieser Ausgabe als auch in den mit »Podium« überschriebenen Teil. Aus Platzgründen wurden einige Passagen des Textes herausgekürzt; dabei handelt es sich um Zitate aus den Vorträgen, die für das Verständnis des Textes nicht zwingend sind.**

Das Symposium wurde von der Sektion für Sozialwissenschaften des Goetheanum (Universität für Geisteswissenschaften) und der Internationalen Vereinigung von Anthroposophischen Einrichtungen für Suchthilfe in Zusammenarbeit mit der World Health Organisation (Europa) und überregionalen Suchthilfeverbänden aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und den Niederlanden organisiert.

### *Antroposophie*

Wörtlich übersetzt bedeutet Antroposophie ›menschliche Weisheit‹ oder ›Weisheit vom Menschen‹. Der Grundleger der Lehre, Rudolf Steiner (1861-1925), war ein begnadeter Wissenschaftler und Philosoph, der über eine phänomenologische Herangehensweise zu tief sinnigen Einsichten und Erfahrungen gelangte. Johann Wolfgang von Goethe, nach dem das Goetheanum benannt ist, hantierte dieselbe Studienmethode: ein bewusster Prozess, der die Phänomene des Lebens untersucht, während man sich dabei zunächst auf ein Mindestmaß an Interpretation beschränkt. Die Phänomenologie will vermeiden, dass man sich in einem einzigen Detail eines Objektes oder Problems verliert, und stattdessen ein möglichst breites, zusammenhängendes Bild des Ganzen vermitteln. Dies resultiert in einer Erkenntnis, die mit dem Wesen (der tieferliegenden Ursache und Bedeutung) des Objektes oder der Situation übereinstimmt. Eine derart objektive, auf ›geisteswissenschaftlichem‹ Wege erworbene Erkenntnis kollidiert nicht mit den bestehenden Erkenntnissen der regulären Wissenschaft sondern ergänzt diese oder stellt sie in ein neues Licht. Antroposophie ist weder eine Sekte noch eine religiöse Strömung, sondern ein Impuls, eine Inspi-

rationsquelle, die dem Einzelnen praktische Hilfestellungen bietet, um zu einem freieren Urteil und Handeln zu gelangen.

Neben sinnvollen Beiträgen seitens der anthroposophischen und der ›regulären‹ Suchthilfe äußerten Redner während des Symposiums von unter anderem der sozialpsychologischen und politischen Seite Standpunkte, die durchaus neue Gesichtspunkte beinhalteten. In einer Zeit, in der zunehmend fakten-basierte und biologische Theorien im Trend liegen, will ich in meinem Artikel aber genau diejenigen Gesichtspunkte der Sucht beleuchten, die heutzutage wenig Aufmerksamkeit erhalten, in der Hoffnung, dass diese Gedanken erfrischende, konstruktive, erfolgversprechende und durchaus auch stimulierende Signale abgeben. Ich bin mir der Tatsache bewusst, dass ich damit ein unvollständiges Bild des Symposiums zeichne, in dessen Verlauf auch fakten-basierte und medizinische Vorgehensweisen vorgestellt wurden.

### *Komplexität des Phänomens Sucht*

Einer der ersten Redner, Rolf Hüllinghorst, Vertreter der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, stellte sich die Frage: »Helfen unsere heutigen Konzepte, oder sind sie lediglich präzise Beschreibungen des Problems?« Er rief vor allem zu Offenheit und Bescheidenheit auf, damit wir voneinander lernen können. Abhängigkeit ist in seinen Augen ein Problem, das nicht mehr an Länder oder Nationalitäten gebunden ist, sondern zum dringlichen Problem für den gesamten industrialisierten Westen geworden ist.

Paul Mackay, Vorsitzender der Sektion Sozialwissenschaften des Goetheanum, sieht Sucht nicht nur als das Problem einiger Individuen, sondern als Problem, das sich der ganzen Menschheit stellt. Laut Mackay hängt Sucht mit dem in der heutigen Zeit empfundenen Mangel an Sicherheit oder Unterstützung zusammen, der von Menschen auf unterschiedliche Weise kompensiert wird. »In diesem Sinne hat jeder Mensch einen Suchtbedarf«. Jaap van der Haar, Organisator und ›Tausendsassa im Suchtland‹, warnte, dass der zunehmende Hilfsbedarf schon bald nicht mehr zu finanzieren sein wird, und Michaela Glöckner, Kinderärztin und Leiterin der Medizinischen Sektion des Goetheanum, stellte die zunehmende Spezialisierung und ›Fachidiotie‹ der Gesellschaft an den Pranger. »Würde unser Körper so funktionieren, dann wären wir krank. Dann würden unsere Organe sich nämlich weigern, im Dienste des Ganzen zu funktionieren und nur noch an sich selbst denken.«

Alles in allem wurde ein Bild der Sucht als breites, komplexes Phänomen und einer Gesellschaft, die längst keine Antworten auf alle Probleme gefunden hat, skizziert. Die Probleme drohen uns sogar über den Kopf zu wachsen. Auch scheint es, als würden unsere Maßnahmen oft hinter der Realität her hinken, was eine Anmerkung aus dem Publikum wie folgt illustrierte: »Zurzeit werden in den USA die Kinossessel breiter gemacht, weil es immer mehr dicke Menschen gibt ... Das kann ja wohl nicht die Lösung sein?«

**»Meine Darstellung des Symposiums soll erfrischende, konstruktive, erfolgversprechende und auch stimulierende Signale abgeben.«**

## Solidarität

Zur Beantwortung der Frage ›Was ist gesund und was ist krank?‹ führte Jaap van der Haar das Beispiel des Malers Vincent van Gogh an: »Vielleicht war er ja ein wenig ›daneben‹ ... und trotzdem war er ein genialer Künstler.« Michaela Glöckner betonte zudem, dass, wenn wir Abhängigen den Stempel ›krank‹ aufdrücken, andere Menschen sich nicht mehr solidarisch fühlen werden. »Krisen treffen alle Menschen. Und Krisen können bei jedem Menschen eine Sucht auslösen. Jede Störung ist man potenziell selbst.« Sie plädierte für ein persönliches Engagement jedes Einzelnen in der Gesellschaft und beschrieb, wie ein Sozialarbeiter, der seinen eigenen Genussmittelkonsum reduzierte, anschließend mehr Erfolg mit der Therapie anderer hatte. »Man kann einen Klienten nur dann voll motivieren, wenn man aus der eigenen Biographie heraus den Sinn der Überwindung der Sucht angeben kann«, sagte denn auch Stefan Böhmer, Mitarbeiter von Hiram, einer Klinik für Alkoholiker. Manchmal mangelt es aber auch an Solidarität unter den Helfern. Wolfgang Heckmann, seines Zeichens Professor der Sozialpsychologie, wies auf die Tatsache hin, dass professionelle Helfer die essenzielle Bedeutung von Selbsthilfegruppen (unter anderem für die Nachsorge) negieren. Und wer kennt nicht das derzeitige ›Schubladendenken‹ im Fürsorgebereich, wobei Klienten, die die gestellten Kriterien nicht hundertprozentig erfüllen, postwendend abgewiesen oder weiter vermittelt werden. Solidarität mit Abhängigen sollte man normalerweise von den so genannten ›Erfahrungsexperten‹ erwarten dürfen, Sozialarbeitern also, die früher einmal selbst abhängig gewesen sind. Auch ich bin ›Erfahrungsexperte‹, wenngleich ich mich aus Angst vor Vorurteilen bislang nur ungern als solcher profiliert habe. Seit dem Symposium weiß ich mich aber umgeben von zahlreichen ›Mit-Erfahrungsexperten‹: Rauchen wurde nämlich von Cees Goos von der WHO als größte und weitaus schädlichste Form der Sucht eingestuft: »Die meisten Abhängigen sind auch nikotinabhängig. Auch viele Sozialarbeiter und Therapeuten! Millionen Menschen sterben an der Folge der Nikotinsucht, viel mehr als durch Alkohol- oder Drogenabhängigkeit. Letztendlich geht es auch mehr um die Mechanismen der Sucht als um die Substanz an sich.«

## Gesundheitsbewusstsein

Um sich von dem Begriff ›krank‹ abzuwenden und sich stattdessen auf die Bewältigungsmechanismen zu richten, denen sich der Mensch sich im Leben bedient, müssen wir untersuchen, wie sich ein Mensch zu einem gesunden Individuum entwickelt. Laut dem Psychiater und Berater der WHO, Ambros Uchtenhagen, müsste die Gesellschaft ein ›Gesundheitsbewusstsein‹ entwickeln: »Gesundmachende Aspekte der Erziehung und unter anderem der Kunst müssen in unsere Gesellschaft eingeflochten werden.« Damit befasste sich auch der einnehmende Beitrag von Ernst Gehmacher, Wissenschaftler der Soziologie und Psychologie: »In unserer Gesellschaft setzen wir alles in Bewegung, um Leid und Unglück zu vermeiden. Aber offenbar bringt uns das Vermeiden von Leid nicht automatisch auch Glück! Unsere moderne Zeit

bringt Gewinner und Verlierer hervor. Diejenigen, die bei der Verteilung des Wohlstands das Nachsehen haben, greifen zu Drogen, um sich zu trösten, aber auch der erfolgreiche Manager nimmt Drogen, um das mörderische Arbeitstempo mitzuhalten. Drogen sind ein technisches Mittel, um sich glücklich zu fühlen. Drogenkonsum ist eine Glückstechnik oder eine Form von ›moodrepair‹, wozu beispielsweise auch Radio und Fernsehen gehören, die ja auch die Funktion haben, unsere Stimmung zu regulieren. Trotz aller Aufklärung nimmt der Mechanismus des Kompensations- oder Suchtverhaltens nicht ab, allenfalls steigen Menschen auf weniger gefährliche Mittel um. Suchtverhalten in jeder Form schadet der Vitalität und dem Lebensglück. Es macht den Menschen schwächer. Allerdings: Der Hilfsbedarf wird momentan immer größer, was uns vielleicht auch glücklicher machen wird ... Denn sich um Mitmenschen kümmern, sie verstehen und ihnen helfen, das macht auch glücklich, das bringt Erfüllung. Wahres Glück ist schließlich auch kein vorübergehendes Gefühl. Es ist vielmehr beständig, ein Grundgefühl. Dadurch können Menschen selbst in der tiefsten Krise sich noch dieses Grundgefühl, dieses innige Vertrauen, bewahren.«

## Erziehung

Der ›Glücksprofessor‹ fuhr fort: »Ein erfülltes, suchtfreies Leben war schon immer das höchste Ziel des Menschen. Für eine ganze Gesellschaft ist dies jedoch noch nie gelungen. Die Menschheit ist heutzutage aber so wohlhabend und wissend, was uns neue Chancen eröffnet. Dann darf sich die Politik aber nicht auf Symptombekämpfung beschränken, sondern muss partizipieren. Ein gemeinsamer Dialog wie im Goetheanum ist eine wichtige Initiative. Lernen, wie man glücklich wird, ist ein mühsamer und lebenslanger Prozess, bei dem jede Krise einen potenziellen Lernprozess darstellt. Kinder müssen darum von Beginn an lernen, wie sie Trost und Glück finden können. Ein einfaches Spielzeug ist schon eine Glückstechnik. Erziehung ist die stärkste Waffe gegen Sucht. Auch ›Mund-Reklame‹ ist sehr wirksam und effektiver als die Medien.« Einige Redner sorgten sich um einen Teil der Jugend. Es gibt keinen Grund, deren Drogenkonsum leichtfertig abzutun. Vielmehr sollte man darin eine bedenkliche Weise des Umgangs mit der Realität sehen, die zudem einen Mangel an Kapazität ausdrückt. Alexander David, ein Arzt aus Österreich, wies darauf hin, dass unsere Gesellschaft über wichtige Rituale für Geburt, Heirat und Tod verfügt, für die schwierige Phase der Adoleszenz – obwohl man ihr großen Wert beimisst – jedoch keinerlei gesellschaftliche Unterstützung geboten wird. Michaela Glöckner legte dar, wie man als Mensch gesund und glücklich wird und dies bleibt. »Das geschieht durch mindestens einen anderen Menschen, zu dem man eine wirklich vertrauensvolle, intime Beziehung unterhält. Dadurch bildet sich – auch für später – Intelligenz und Fähigkeiten zur Problemlösung heraus.« Die Frage bleibt jedoch im Raum, welche Priorität dem bei gesellschaftlichen und politischen Entscheidungen tatsächlich beigemessen wird.

**Glück, Vertrauen, Erfüllung – hohe Ziele als Basis für ein suchtfreies Leben. Welche Chancen bieten unsere Gesellschaft und Politik dazu?**

## Durchleben von Schmerz und Leere

Dass sich unsere Gesellschaft im vergangenen Jahrhundert rasendschnell gewandelt hat, steht außer Frage. Viele als selbstverständlich geltenden sozialen und moralischen Normen und Werte haben ihre Gültigkeit verloren. In absehbarer Zukunft wird die Wirtschaft – unter anderem laut Jaap te Haar – der größte Machtfaktor werden. Nicht ohne Grund spricht er deshalb von der ›Niederlande GmbH‹. Aber auch der Menschen hat sich im Laufe der Jahrhunderte geändert. Heute fühlen sich Menschen viel mehr als Individuum, losgelöst von anderen, und sind empfindlicher für die verschiedensten Eindrücke. Wir erfahren daher auch die ›Schattenseiten‹ des Lebens intensiver – zum Beispiel unsere inneren Triebe und Ängste oder Stressfaktoren, die aus unserer Umgebung auf uns einwirken. Damit umgehen lernen, ohne das Gleichgewicht im Denken, Fühlen und Handeln zu verlieren, ist eine Aufgabe, die wir offenbar immer seltener ›von selbst‹ meistern. Gerade als Individuen sind wir in der modernen Zeit immer mehr auf unsere eigene Stärke und Urteilsvermögen angewiesen. Dabei neigen wir leicht dazu, Gefühle der Unsicherheit und Unlust mit Hilfe einer Substanz zu kompensieren und damit ein neues ›Gleichgewicht‹ zu schaffen. Zugleich stellt sich bei vielen auf Grund der so empfundenen inneren Leere ein Bedürfnis nach der Sinnhaftigkeit des Lebens ein. Manuela Glöckner: »Es gibt innerhalb der Gesellschaft eine Bewegung, die nach spirituellen Werten sucht. Ohne Drogen beinhaltet dies einen Weg der geistigen Betätigung, der in der Gesellschaft angeboten und besprochen werden muss.« Bei Schwerabhängigen spielt sich dieser Prozess sozusagen unter der Lupe ab.

## Der Mensch ist ein Schöpfer

In seinem Beitrag betonte Hugo Spallinger, Mitarbeiter der Klinik ›Fondation la Clairière‹, die Bedeutung von Kunsttherapie und stellte einen Zusammenhang zwischen dem Kampf des Abhängigen gegen die Sucht und dem ›Suchtbedarf‹ eines jeden Menschen her. Ziel der Behandlung in der Klinik ist laut Hugo Spallinger die Stärkung der Kreativität des Menschen. In der natürlichen Entwicklung wächst der Mensch innerhalb seiner Möglichkeiten, wird dadurch selbständiger und ist schließlich in der Lage, anderen zu helfen. Begriffe wie ›krank‹ oder ›gesund‹ interessieren ihn dabei nicht. Der Ausgangspunkt – ›die Ausbildung und Förderung der Eigenkraft des Menschen, um ihn zu befähigen, mit individuellen Problemen umzugehen‹ – gilt schließlich nicht nur für Klienten, sondern auch für Betreuer, eigentlich für jeden Menschen. »Der Mensch ist ein Schöpfer. Die Therapie muss den Menschen stärken, damit er seine ›schöpferische Feigheit‹ überwindet. Schwächende, passive oder selbstzerstörerische Kräfte müssen in Lebenskräfte umgewandelt werden. Das ist kreativ.« Kennt nicht jeder von uns das Phänomen ›schöpferische Feigheit‹? Die Briefe, die wir nie schreiben, die Hobbys, die wir vernachlässigen, der neue Schritt im Leben, den wir immer wieder aufschieben ... ? Ich kenne das nur allzu gut, einschließlich der unzähligen, durchaus triftigen Gründe, die als Entschuldigung dienen.

Bestimmte Formen der Kunsttherapie können – abhängig von den Lernzielen des Klienten – eine Erfahrung der Zusammengehörigkeit vermitteln, Freude, Entspannung und Spontaneität auslösen oder stattdessen Struktur und Richtung bieten.

## Beziehungen

Manuela Glöckner hat schon darauf hingewiesen, dass der Mensch mindestens eine substantielle Beziehung benötigt, um sich gesund zu entwickeln.

Ron Dunselman beschrieb einige der dazu notwendigen Fähigkeiten:

- Die Fähigkeit, sich selbst und sein Handeln neutral – gewissermaßen als Zuschauer – zu reflektieren
- Ehrlichkeit
- Eine neue Wertung der Begriffe ›schön‹ und ›hässlich‹: ›Schön‹ im Sinne von Ehrlichkeit, Offenbarung, ›hässlich‹ im Sinne von Lügen, Dunkelheit
- Nähe mit anderen schaffen, die etwas besitzen, was dem Klienten (noch) fehlt; das Verlangen, zu lernen

Wenn wir mal ehrlich sind: Wie viele der so genannten »gesunden« Menschen leben uns diese Eigenschaften vorbildlich vor? Inwiefern darf man den Abhängigen, der sich mutig daran macht, diese Fähigkeit zu erlernen, dann eigentlich noch als krank bezeichnen? Viele Besprechungen, viele Beziehungen würden harmonischer ablaufen, wenn sich die Beteiligten wenigstens bemühen würden, die besagte Lebenshaltung zu erlernen. Dadurch würden vermutlich auch weniger Menschen »beschädigt«, krank oder ausgegrenzt werden. Manchen gelingt es, sich die beschriebenen Charaktereigenschaften einfach im Laufe des Lebens anzueignen, andere wählen dafür den Weg der gezielten spirituellen Übung.

Ron Dunselman betonte darüber hinaus die Bedeutung der persönlichen Biographie des Abhängigen bei der Behandlung, damit man auch wirklich den Menschen hinter dem Abhängigen sieht. Auch in meiner Arbeit als Soziotherapeut gehe ich eine intensive Beziehung zu dem Klienten ein, indem wir ausführlich seine Lebensgeschichte durchnehmen. Die gemeinsame Suche nach dem roten Faden im Leben des anderen bringt oft klare Einsichten ans Tageslicht. Diese Arbeitsweise droht heutzutage zunehmend durch standardisierte Fragebögen und protokollierte Behandlungspläne ersetzt zu werden. Ich plädiere dafür, das Beste aus beiden Modellen zu wählen, also die Biographie – das unverwechselbar Menschliche – beizubehalten und darüber hinaus die Arbeit des Betreuers mit Hilfe guter Behandlungspläne und -protokolle zu verdeutlichen und zu unterstützen.

Auch der Psychiater Wim van den Brink (der als Wissenschaftler am niederländischen Heroinverabreichungs-Projekt mitarbeitet) ist nicht ganz unbesorgt angesichts der modernen Entwicklungen. Über die Trends in der Suchtkrankenbehandlung äußerte er sich folgendermaßen: »Man misst der ökonomischen Effektivität im Allgemeinen

***In der Behandlung ist es wichtig, den wirklichen Menschen hinter dem Abhängigen zu sehen. Können standardisierte Fragebögen und protokollierte Behandlungspläne das leisten?***

zu viel Bedeutung bei. Das geht auf Kosten der Empathie und der persönlichen Aspekte.« Die Lösung liegt laut Wim van den Brink darin, dass sich die moderne Wissenschaft mit guter Fürsorge, mit Ideologie und mit Solidarität verbindet.

## Die Gesellschaft

Abschließend einige Anmerkungen zu dem »harträchtigsten Patienten«: unsere Gesellschaft. François van der Linden, Arzt und Berater der Schweizer Politik, berichtete Erstaunliches über die Wirtschaft, die oft einer der größten Gegner der Gesundheitsfürsorge ist. Vorschläge, die Alkohol- und Tabakwerbung zu verbieten, erwiesen sich auf Grund der Macht der Wirtschaft als politisch nicht durchsetzbar. Dazu kam, dass die Industrie die öffentliche Meinung mit psychologischen Platitüden – »Jetzt wollen sie uns auch noch unser Bier wegnehmen!« – zu beeinflussen sucht. Ein Zuhörer aus dem Publikum warnte vor einer umfassenden und unstrukturierten Legalisierung von Drogen, da diese dann in die Hände der Wirtschaft fallen würden, wie es ja schon mit der Alkohol der Fall ist und was die Politik gerade wieder rückgängig machen will. Dass die für die einzelnen Substanzen geltenden gesellschaftlichen Regeln recht willkürlich und mitunter gar scheinheilig sind, führte der deutsche Sozialwissenschaftler Aldo Legnaro aus: »Unsere Gesellschaft kennt unzählige Regeln, die besagen, was erlaubt und was verboten ist. Die Schädlichkeit einer Substanz ist dabei eher nebensächlich. Entscheidend sind vielmehr die gesellschaftlichen Normen. Aus diesem Grund ist der Konsumraum für Fixer karg und entmutigend eingerichtet, während die »Konsumräume für Alkohol« – die Kneipen – einladend und gemütlich aussehen. Wir leben in einer Gesellschaft, die denjenigen, die über die richtigen Diplome, Konzessionen etc. verfügen, Vollmacht und damit große Handlungsfreiheit erteilt. Die Vergabe von Status und Möglichkeiten erfolgt jedoch nicht auf Grund moralischer Kriterien. Wir leben in einer Gesellschaft, die ganze Gruppen von Menschen einzig und allein auf Grund von Regeln ausgrenzt.

Als Jelle van der Meulen, Journalist und Leiter der Podiumsdiskussion, gegen Ende des Symposiums die Frage stellte »Was haben uns Junkies eigentlich zu sagen?« antwortete der Direktor des Sozialen und Kulturellen Planungsbüros Paul Schnabel: »Nichts. Es ist einfach nur traurig. Und alle anderen Sichtweisen sind mir zu stark romantisiert. Letztendlich entsteht wenig Konstruktives.« Er forderte eine gute Aufklärung über die Drogen, die es nun einmal gibt, und setzte auf die Fähigkeit des Individuums zur Selbstkontrolle, unterstützt durch staatliche Kontrollmaßnahmen. Außerdem gäbe es weniger Probleme, so Schnabel, wenn die Menschen einfach mit ihrem heutigen Bewusstseinszustand zufrieden wären. »Viele Menschen führen nun einmal kein sonderlich aufregendes Leben.« Jaap van der Haar sieht jedoch in der Tatsache, dass große Gruppen von Menschen in Probleme geraten, ein besorgniserregendes und bedeutungsvolles Signal. Er weist auf die Zunahme der Anzahl der Erwerbsunfähigen hin. Auch für Wolfgang Heckmann geben die »Ausfälle« ein wich-

tiges Signal ab. Junkies sind in seinen Augen der Beweis dafür:

- dass die Gesellschaft gestört ist
- dass es ein auf die Spitze getriebenes Konsumieren gibt
- dass aber auch »wundersame« Heilungen möglich sind, von einer unattraktiven, unmoralischen Person zu einem völlig anderen, prachtvollen Menschen.

Paul Mackay sprach das Schlusswort des fesselnden, vielseitigen Symposiums: »Durch welches Bedürfnis wird Sucht hervorgerufen, heute, wo wir als Mensch so frei sind und emanzipiert von den Gesetzen der Natur, des Zusammenlebens und der Religion?«

**Ruurd Reelick**

Sloetstraat 47  
7203 GK Zutphen  
© 0031-575-548802  
✉ reelick@hetnet.nl

**Gesellschaftliche  
Normen entscheiden: Der  
Konsumraum für  
Fixer ist karg und  
entmutigend – die  
»Alkoholkonsum-  
räume«, die  
Kneipen,  
einladend und  
gemütlich.**

**GGZ Nederland**

*Das niederländische Projekt  
»Ergebnisse erzielen«*

**Qualitätsverbesserung und Innovation sind nicht nur in den Niederlanden wesentliche Ziele innerhalb der Drogenhilfe. Und das nicht nur, weil vielfach die Finanzierung der Hilfeangebote davon abhängt, sondern auch, weil aus der Praxis heraus die Notwendigkeit zur Weiterentwicklung gesehen und ernst genommen wird. Der folgende Text ist mit Zustimmung des GGZ Nederland dem aktuellen »Nieuwsbrief Resultaten Scoren 5« entnommen.**

»Ergebnisse erzielen« ist ein fünfjähriges Projekt (1998 - 2003) im Bereich der Drogenhilfe des Institutes für psychische Gesundheitsversorgung, GGZ. Es werden zwei Ziele verfolgt: Die Qualität des bestehenden Angebots in der Drogenhilfe soll verbessert und innovative Entwicklungen auf dem Gebiet der Prävention und des »cure« und »care« sollen in Gang gesetzt werden. Der gesamte Sektor der Drogenhilfe hat sich diesem Projekt, das auch vom VWS (Ministerium für Volksgezundheit, Welzijn en Sport) unterstützt wird, verpflichtet.

*Zur Notwendigkeit des Projektes*

Der wichtigste Anlass zum Start dieses Projektes ist der Wunsch nach einer weiterführenden, auf die Praxis gerichteten Entwicklung. Die Drogenhilfe ist bestimmt kein Arbeitsbereich, der in Bezug auf seine Inhalte und Ansätze dermaßen durchstrukturiert ist, dass Entwicklungen sich nach Vorgaben, die für jeden klar und akzeptabel sind, vollziehen können. Egal, ob es um das Angebot von Substanzen, um das Hilfsbedürfnis der Klienten, um die Beschaffenheit der (potenziellen) Klientenpopulation oder um gesellschaftliche Auffassungen über Sucht und Süchtige geht: Entwicklungen vollziehen sich in hohem Tempo, werden gleichzeitig von verschiedenen Seiten beeinflusst und erfordern immer häufiger einen entsprechenden Einsatz der Drogenhilfe. Hinzu kommt, dass die Fürsorge der Gesellschaft sich immer häufiger an die Menschen richten muss, die die Hilfe am dringendsten benötigen, an die schwierigsten Gruppen, die jetzt noch häufig zwischen den verschiedenen Einrichtungen (so weit sie dort überhaupt schon angekommen sind) hin und her wechseln. Kurzum: Es ist höchste Zeit für eine großzügige Investition in die Qualität und Innovation der Drogenhilfe. Methoden und Techniken, die sich als wertvoll erwiesen haben, müssen auf ein höheres Niveau gebracht werden und neue Wege, nötigenfalls auch unorthodoxer Art, müssen geebnet werden.

**Die Fürsorge der Gesellschaft hat sich an die zu richten, die sie am nötigsten brauchen: die, die bisher von keinem Konzept wirklich erreicht werden.**

*Die drei Entwicklungsebenen*

Dieses Vorhaben gelingt am besten, indem unterschiedliche Qualitäten zusammengeführt werden: Vertreter aus Praxis und Wissenschaft arbeiten in drei Entwicklungszentren gemeinsam an der Ausarbeitung von Protokollen und Beschreibungen der optimalen Praxis. Auf drei Ebenen wird folgendes entwickelt:

- Beschreibungen auf der Basis von Experimenten aus der Praxis (experiment based), die im Nachhinein getestet und eingehender untersucht werden;
- Entwicklung von Protokollen und Beschreibungen von Arbeitsprozessen, die auf Literaturstudien gründen und in der ersten und zweiten Pilotphase eingehend auf ihre Brauchbarkeit und Effektivität geprüft werden (consensus- / practice based);
- wissenschaftliche Forschung, auf deren Basis die Praxis beeinflusst wird (evidence based).

**Wichtig ist es, unterschiedliche Qualitäten zusammenzuführen. Praktiker und Wissenschaftler arbeiten auf drei Ebenen daran: experiment-based, practice- und evidence-based.**

Klienten, Ausländerorganisationen und vergleichbare Einrichtungen sind bei der Erstellung und Prüfung der oben genannten Protokolle und Entwicklungen eng mit einbezogen. Durch die wissenschaftliche Forschung vorab und die im Nachhinein stattfindende Prüfung entsteht ein zyklischer Entwicklungsprozess, der eine Grundbedingung für die Qualitätsverbesserung darstellt.

*Zur Projektstruktur*

Die Aufgabe der Drogenhilfe besteht darin, in vielen Bereichen Neuerungen und Verbesserungen zu realisieren. Zu diesem Zweck wurden drei Entwicklungszentren (*Ontwikkelingscentra*, OC) gegründet: zur Prävention (OC Prävention und Innovation), zur Behandlung (OC Qualität und Innovation der Hilfeangebote) sowie zur sozialen Suchtfürsorge (OC soziale Suchtpolitik). Ein OC besteht aus einer Reihe von Einrichtungen aus der Drogenhilfe und aus wissenschaftlichen Instituten, die in Lenkungsausschüssen und Arbeitsgruppen gemeinsam an der Entwicklung des Bereiches arbeiten. In jedem Entwicklungszentrum arbeiten verschiedene flankierende Einrichtungen aus der Drogenhilfe an den Lenkungsausschüssen und Arbeitsgruppen mit. Sie denken mit und partizipieren an Teilen des Projektes.

Auf diese Weise wird die Verbreitung von Wissen und die Abstimmung auf bestimmte Praxisteile in einem frühen Stadium garantiert.

Die **Programmkoordinierungs-Kommission** bildet neben allen informellen Kontakten die formelle Verbindung zwischen den drei Entwicklungszentren (siehe weiter unten) und den im folgenden beschriebenen Teilprojekten. Diese Kommission wird hierbei von der wissenschaftlichen Kommission von *Resultaten Scoren* (Resultate erzielen) beraten. Die Projektleitung liegt in Händen der *GGZ Nederland* (Psychische Gesundheitsversorgung Niederlande), die inhaltliche Verantwortung für das gesamte Projekt übernimmt die Kommission *Verlavingszorg* (Suchthilfe) von *GGZ Nederland*. Mit-

arbeiter von Einrichtungen und externe Betroffene werden durch den speziellen Newsbrief von *Resultaten Scoren* über den Stand der Entwicklung informiert.

Um alle angestrebten Qualitätsverbesserungen und Innovationen umzusetzen, bedarf es besonderer infrastruktureller Konditionen. Diese werden in den flankierenden Teilprojekten (die die Grundvoraussetzungen schaffen sollen) erarbeitet.

## Die Teilprojekte

### »Lehr- und Ausbildungsinfrastruktur«

Dank dieses Teilprojektes sind inzwischen notwendige Kompetenzen von Mitarbeitern aus der Drogenhilfe beschrieben, Ende 2001 werden regionale Lehrnetzwerke ihren Betrieb aufnehmen. In diesen Netzwerken arbeiten die Einrichtungen aus der Drogenhilfe gemeinsam am Wissenstransfer und an der Implementierung von Innovationen, die aus den Entwicklungszentren kommen. Die Lehrnetzwerke sind in die landesweite Ausbildungsstruktur eingebettet. So können Mitarbeiter Kompetenzen erwerben, weiterentwickeln und behalten.

### »Optimierung der Betriebsinformationssysteme«

In diesem Teilprojekt werden die Alternativen rund um die Überarbeitung der Betriebsinformationssysteme beeinflusst und untermauert, entsprechend den Forderungen aus dem *Informatiemodell Verslavingszorg 2000* (Informationsmodell Suchthilfe 2000), das auch »elektronisch resultaten scoren« (elektronisch Resultate erzielen) genannt wird.

### »Monitoring«

In enger Abstimmung mit dem *Timbos-Instituut* und der *Platform Sociaal Epidemiologisch Onderzoek Verslavingszorg* (Plattform sozial-epidemiologische Forschung Suchtfürsorge) wird von *Resultaten Scoren* aus an der Einführung einer Monitoring-systematik pro Region gearbeitet. Diese Systematik verschafft Einrichtungen und Verantwortlichen regionale und landesweite Daten über (potenzielle) Klienten. Zwischen dieser Monitoringsystematik, den nationalen Sucht(fürsorge)-Monitoren und anderen anverwandten GGZ-weiten Initiativen findet eine Abstimmung statt.

### »Produktfinanzierung«

Im Rahmen dieses Teilprojektes wird nach Rücksprache mit GGZ *Nederland* und der VVG (Vereinigung niederländischer Gemeinden) eine Vereinbarung in Bezug auf eine regional koordinierte Systematik zur Finanzierung und Planung ambulanter Suchtfürsorge vorbereitet.

## Die drei Entwicklungszentren

### Entwicklungszentrum »Qualität und Innovation der Fürsorge«

Dieses OC entwickelt sechzehn Behandlungsprotokolle und eine Benchmarking-Infrastruktur. Teilarbeitsgruppen führen die Entwicklung eines Protokolls mit Hilfe des »Masterprotokolls« durch. Dieses Masterprotokoll beschreibt die folgenden Schritte: Literaturstudium; Beschreibung der heutigen Situation; Entwicklung eines ersten Pilotprotokolls; Prüfung durch Migranten und (Ex-)Klienten; Entwicklung eines zweiten Pilotprotokolls; Test durch eine feasibility study in einer der Einrichtungen des Entwicklungszentrums. Dank dieser Arbeitsweise werden zugleich Erfahrungen mit einem guten Übergabecurriculum gesammelt.

Dieses OC gibt zugleich den Anstoß zur Realisierung und Prüfung einer Benchmarking-Infrastruktur. Das bietet die Möglichkeit zur systematischen und kontinuierlichen Sammlung von Daten, um damit dem Zyklus der Qualitätsverbesserung Gestalt zu geben. Die Messstruktur ist für die Qualitätsverbesserung von großer Bedeutung.

In Zusammenarbeit mit dem Entwicklungszentrum Prävention und Innovation entwickelt dieses OC das interaktive Behandlungsmodul für die Alkoholsuchthilfe.

Das Internet ist ein wichtiges neues Medium, mit dem die Einrichtungen aus der Drogenhilfe ihre Klienten erreichen können. Nach Rücksprache mit dem *Timbos-Instituut*, dem GGZ *Nederland* und dem NIGZ (Nationales Institut für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention) wird, ausgehend von diesem Teil von *Resultaten Scoren*, an einem Modell interaktiven Aufklärung und Behandlung gearbeitet.

### Entwicklungszentrum »Prävention und Innovation«

Dieses OC erforscht die besten – neuen – wissenschaftlichen Methoden, mit denen Gruppen von Jugendlichen aus allen Bereichen erreicht werden können. Das OC entwickelt Standards für die Beschreibung und Evaluation von Präventionsprojekten in den Bereichen Schule, Arbeit und Erziehung. Es wird an einem elektronischen Präventionsprojektdossier gearbeitet. Es wurde vor kurzem auch eine Untersuchung von effektiven Marketing- und Kommunikationsstrukturen außerhalb der Suchtprävention durchgeführt. Im Hinblick auf die Zusammenarbeit stimmt das OC seine Aktivitäten möglichst weitgehend mit anderen großangelegten Präventionsprojekten innerhalb des LSP (Landesweite Koordinierungsstelle Suchtprävention) und mit dem NIGZ ab. In Kooperation mit dem OC Qualität und Innovation der Fürsorge wird an der Realisierung eines interaktiven Behandlungsmoduls für den Alkoholbereich gearbeitet.

### Entwicklungszentrum »Soziale Suchtpolitik«

Dieses OC verfolgt das Ziel, einen Beitrag zur Entwicklung der Politik auf dem Gebiet der sozialen Suchthilfe zu liefern und innovative Impulse für die Praxis zu geben.

**Mit der systematischen und kontinuierlichen Sammlung von Daten wird der Qualitätsverbesserung Gestalt gegeben.**

**Beschreibung der notwendigen Qualifikationen, der Informationsverarbeitung, der erforderlichen Daten und der Finanzierung schaffen die Infrastrukturen.**

Soziale Suchtfürsorge umfasst eine komplette und konsistente Kette von Fürsorgeeinrichtungen mit den Zielen der Vergrößerung der Autonomie, der Verbesserung der Lebensqualität und der gesellschaftliche Rehabilitation problematisch Süchtiger. Das OC Soziale Suchtpolitik hat ein kohärentes Entwicklungsprogramm entworfen, das folgende Schwerpunkte aufweist:

- Um die Zielpopulation besser und differenzierter erfassen zu können, wurde von einer beteiligten Institution eine Methode zur Erstellung von »Klienten-Profilen« entwickelt.
- In dem Teilprojekt »OSVI« (Entwicklungszentrum Indikation Sozialer Suchtpolitik) wird ein Instrument zum Assessment, zur Indikation und zum Monitoring entwickelt. Dieses Instrument dient der Hilfszuweisung »auf der Straße« und zum Monitoring, um die angestrebten Hilfszuweisungsziele zu ermöglichen.
- Um die problematisch Süchtigen dem Hilfesystem zuzuführen und dort zu halten, werden die Praktiken der »Einmischungsfürsorge« (bemoeizorg), des Casemanagements und der Arbeit nach Stufenmodellen eingehender untersucht und ausgearbeitet.
- Die heutige Methadonverabreichung entspricht nicht mehr den Anforderungen unserer Zeit, wird aber trotzdem als wichtiger Teil der Suchtfürsorge gesehen. Das OC beabsichtigt die Innovation dieser Praktiken im Rahmen des Teilprojektes »Neuentwurf Methadon« zu ermöglichen. Methadonhilfsprogramme müssen stärker als derzeit üblich unterstützend und »maßgeschneidert« eingesetzt werden.
- Neben diesen Schwerpunkten will das OC die Entwicklung einer Reihe von Protokollen/Handreichungen beispielsweise auf dem Gebiet des »betreuten Wohnens«, der Anlaufstellen für süchtige Straßenprostituierte und der Fürsorge für süchtige Mütter mit Kindern realisieren.

## Eine Differenzierungsstrategie

Unter dem Terminus »Differenzierungsstrategie« versteht *Resultaten Scoren* die Abstimmung oder das Einstellen auf die verschiedenen (Gruppen von) Klienten. Ob nun Einheimischer oder Migrant, ob mit kurzfristigem Hilfebedarf oder langfristig hilfsbedürftig, süchtig nach Substanzen oder spielsüchtig: Für alle ihre Klienten muss die Drogenhilfe ihr Know-how sammeln, ihre Mitarbeiter sachkundig halten oder machen. Jedes OC übernimmt hier seine eigene Funktion und die Praxis wird zeigen, mit welcher Methode die Zuordnung der Klienten am besten garantiert werden kann.

**Zielgerichtete  
»maßgeschneiderte«  
Hilfsangebote mit  
entsprechender  
Zuordnung der  
Klienten sollen  
umfassend zur  
Verfügung stehen.**

**GGZ Nederland**  
Postbus 8400  
3503 RK Utrecht  
☎ 00 31-30-2 87 33 33  
☎ 00 31-30-2 89 48 70  
✉ info@ggz nederland.nl  
www.ggz nederland.nl

**Oscar Hofman**

## Wirksamer Druck für Süchtige

**Die niederländische Organisation Parnassia hat in Den Haag ein Programm eingeführt, in das Abhängige mit einer akuten strafrechtlichen Problematik aufgenommen werden können. Die Ergebnisse sind erstaunlich gut. Wir präsentieren hier einen Beitrag, der in der Mai-Ausgabe der niederländischen Fachschrift »Psy« erschienen ist.**

Das Behandlungsprogramm Triple-Ex für kriminelle Süchtige erzielt auffallend gute Ergebnisse. Ein vor kurzem veröffentlichter Untersuchungsbericht hat erwiesen, dass vier von zehn Teilnehmern einige Jahre nach Durchlaufen dieses »Druck«-Programms noch clean sind und die Hälfte einer Berufstätigkeit nachgeht. Das Geheimnis: Lass sie merken, dass ein normales Leben ohne Drogen und Kriminalität auch für sie im Bereich des Möglichen liegt.

Das Behandlungsprogramm ist 1994 entstanden, als die Drogenproblematik an vorderster Stelle auf der politischen Tagesordnung stand. Das Programm, in einer alten Villa in den Haager Dünen angesiedelt, arbeitet nach dem »Druck-Modell«: Süchtige, die ein Delikt begangen haben, können unter Zustimmung des Richters am Triple-Ex Programm teilnehmen, statt ihre Strafe abzusitzen. Wenn sie aber zwischenzeitlich abspringen, landen sie unverzüglich im Gefängnis. Diese deutliche Drohung motiviert sie, das Programm zu beenden. Grundbedingung ist, dass die Süchtigen selbst einwilligen, sich auf diese Weise von ihrer Sucht zu befreien.

Triple-Ex ist, das weisen die Untersuchungsergebnisse nach, sehr effektiv. Von den Absolventen bleiben 41 Prozent in den untersuchten zwei bis vier Jahren nach der Behandlung drogenfrei. Bei der restlichen Gruppe kam es zum Rückfall in den Drogenkonsum, bei drei Vierteln davon für einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahr. Auch die Zahlen über die Arbeitssituation können sich sehen lassen. Es hat sich herausgestellt, dass 39 % eine Vollzeitbeschäftigung hatten, acht Prozent in Teilzeitarbeit waren und studierten. Gut dreißig Prozent waren arbeitslos. Gefragt nach ihrer allgemeinen Lebenssituation, antwortet etwas mehr als die Hälfte, damit zufrieden zu sein. Die Wohnumstände haben sich oft verbessert und es gibt wieder geregelte soziale Kontakte. Die meisten Ex-Klienten haben keine großen Konflikte mehr mit der Familie, mit Freunden oder Bekannten. Auch die Probleme mit der Justiz sind in den meisten Fällen geregelt, etwa 70 % waren nicht mehr an kriminellen Handlungen beteiligt. Von denjenigen, die wohl noch mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind, verübte der größte Teil Vermögensdelikte und nur bei 8 % ging es um den Besitz von oder Handel mit illegalen Drogen.

**Das Programm weist hohe Erfolgsquoten auf, die Motivation für ein anderes Leben funktioniert offenbar.**

## Der Entzug

Das sind auffallend hohe Erfolgsquoten, und Triple-Ex Koordinatorin Barbara van Spréw ist daher auch mit den Ergebnissen der Untersuchung sehr zufrieden. »Es geht bei uns um viel mehr als nur um Drogen, die sind nur die Spitze des Eisbergs. Entzug heißt zu lernen, was es bedeutet, clean zu sein. Wir vermitteln, wie man ein normales, nicht kriminelles Leben führen kann und behandeln beide Aspekte, Sucht und Kriminalität, sehr eingehend. Mit Kriminalität zu leben, ist eine Existenz mit viel Spannung, Aufregung und Geld. Man muss den Klienten helfen, wieder den eigentlichen Wert des Geldes zu erfahren. Sie sind es gewohnt, mit großen Beträgen umzugehen, ein normales Gehalt oder Sozialhilfe erscheint dagegen zunächst völlig unbedeutend.

Van Spréw erklärt, dass das Programm sehr pragmatisch aufgebaut ist, die Behandlung geht vom Hier und Heute aus. Es hat keinen therapeutischen Ansatz, es wird nicht nach Jugendproblemen, emotionalen Verletzungen oder anderen Traumata geforscht. Extremer noch: Diese Probleme werden bewusst verdeckt, da die Betreuer davon ausgehen, dass sie besser verarbeitet werden können, wenn der Ex-Drogensüchtige ein ziemlich normales, stabiles Leben führt. Triple-Ex konzentriert sich also nur auf ein Problem gleichzeitig. Es handelt sich um eine Art Neu-Erziehung, wodurch die Süchtigen mit den praktischen Fertigkeiten, die man für ein gesellschaftlich angepasstes Leben braucht, ausgerüstet werden.

Van Spréw: »Wir haben im Durchschnitt etwa dreißig Klienten, die jeweils für ein Jahr aufgenommen werden. Die Klienten lernen sehr viel in der Gruppe, beispielsweise das Zusammenarbeiten. Darüber hinaus spielen Arbeit und Ausbildung eine entscheidende Rolle. Wir haben Fachdozenten im Hause und die Klienten können bestimmte Lehrgänge in der Pflege, in der Küche, in der Holzverarbeitung und am Bau, als Concierge oder »Mädchen für alles« wählen. Anfangs achten wir sehr stark auf die Arbeitshaltung, wir bringen den Klienten bei, pünktlich zur Arbeit zu kommen, gepflegt auszusehen und höflich mit anderen umzugehen. Nach acht Monaten müssen die Klienten 24 Stunden in der Woche in einem Praktikum oder als Ehrenamtliche arbeiten können.«

## Sport und andere Verbindungen zur Gesellschaft

Ein Mitarbeiter kümmert sich um den Aufbau eines sozialen Netzwerkes. Kontakte mit der Familie und mit Freunden werden wieder aufgefrischt und der Klient wird ermutigt, sich einem Verein anzuschließen, Sport zu treiben oder ein Hobby zu entwickeln. Bei vielen Klienten scheinen dadurch schon etliche Probleme von selbst zu verschwinden, so die Erfahrung von Van Spréw. Nach einem kurzen Aufenthalt in der geschlossenen Abteilung dürfen die Klienten dann auch schon sehr bald an Wochenenden alleine Ausgang haben und sie gehen schließlich in ein Projekt zum betreuten Wohnen über. Letztendlich folgt nach einem Jahr die *Re-entry-Phase*, in der die Ex-Klienten ein Zimmer im Zentrum von Den Haag mieten und nahezu selbständig geworden sind.

## Die Zugangsvoraussetzungen

Für die Zulassung zum Triple-Ex Behandlungsprogramm müssen bestimmte Anforderungen erfüllt werden. So dürfen die Süchtigen keine psychischen Probleme haben und sie dürfen keine aggressiven Verhaltensweisen an den Tag legen. Das würde die Atmosphäre innerhalb der Gruppe zu sehr beeinträchtigen. Aber ansonsten hat jeder ziemlich große Freiheiten, alles im eigenen Tempo zu tun – und das erfahren die Klienten offensichtlich als sehr angenehm. Triple-Ex hat auch ausdrücklich eine offene Wiederaufnahmestrategie. Klienten, die es im ersten Anlauf nicht schaffen, dürfen es nochmal versuchen. Es wird niemand ausgeschlossen, weil es beim ersten Mal nicht geklappt hat. Oft stellt sich heraus, dass bei Klienten, die das Programm zum zweiten Mal absolvieren, der Erfolg größer ist.

Van Spréw: »Natürlich freuen wir uns sehr über diese Zahlen. Wir haben das Gefühl, dass wir jetzt wirklich erwachsen geworden sind. Wir sind vor fünf Jahren de facto aus dem Nichts angefangen. Das Wissen und die Erfahrungen, die man in Kliniken und Gefängnissen gemacht hatte, waren zwar groß, aber dies ist eine besondere Einrichtung mit einem Programm, das voll und ganz auf diese Gruppe zugeschnitten ist. Es passt auch in die Entwicklungen der Drogenhilfe, in der immer mehr spezifische Behandlungsmethoden angewandt werden.«

## Die Diskussion um das »Zwangsmo­dell« SOV

Dieses positive Ergebnis kann auch einen Beitrag zur Diskussion um die gezwungene Aufnahme im Rahmen der *Staf Opvang Verslaavden* (Stab Aufnahme Süchtiger), der SOV-Maßregel, liefern. Dieses viel diskutierte Zwangsmo­dell arbeitet ganz anders als Triple-Ex. Wenn ein Süchtiger innerhalb von fünf Jahren dreimal mit dem Gesetz in Konflikt geraten ist, kann er nach der SOV-Maßregel für einen Zeitraum von zwei Jahren in einem besonderen Suchtgefängnis inhaftiert werden, um unter Zwang zu entziehen.

Die Maßnahme ist als Experiment gedacht und in Kürze wird die erste Suchteinrichtung in Rotterdam eröffnet. Justizminister Korthals hat gesagt, dass er schon mit einer Erfolgsquote von 15 Prozent zufrieden sei, das Gefängnis in Hoogvliet nennt 30 Prozent als anzustrebende Quote.

Van Spréw: »Mit der SOV- Maßregel will man jemanden zwingen, mit seinem Leben etwas anzufangen, man will die Motivation aufzwingen. Das geht natürlich viel schwieriger als bei uns, wo die Leute aus eigenem Antrieb kommen. Außerdem halte ich es aus ethischen Gründen für problematisch, jemanden so lange einzuschließen. Unsere Erfolgsquote ist im Vergleich zu den in der Drogenhilfe üblichen Quoten sehr hoch. Wenn sich herausstellt, dass es mit Druck so gut geht, warum soll man dann Zwang anwenden? Man sollte wohl stufenweise vorgehen: zunächst versuchen, mit Druck Erfolge zu erzielen und erst im Falle des wirklichen Scheiterns Zwang anwenden.

**Vor fünf Jahren aus dem Nichts angefangen, ist Triple-Ex nun offenbar erwachsen geworden.**

**Normalisierung ist der Maßstab: die Klienten lernen, den durch die Abhängigkeit hervorgerufenen Ausnahmezustand hinter sich zu lassen.**

**Autor**  
Oskar Hofmann  
© 00 31-1 83-64 94 05

**Parnassia**  
Baklernisweg 135  
2553 RE Den Haag  
© 00 31-70-3 91 67 36  
☎ 00 31-70-3 91 64 07  
www.parnassia.nl

**Verband WESD**

»Integrative Behandlung«  
*Spezialisierte Behandlungsansätze  
– ergänzende Angebote für  
besondere Zielgruppen*

**Die im – hier gekürzt dargestellten – Beitrag des WESD-Verbandes (Westfälische Einrichtungen Stationärer Drogentherapie) aufgeführten Qualitätsstandards sind eine durch den Verband abgegebene Qualitätsgarantie, über die bei dem in Frage kommenden Kostenträger (LVA Westfalen) noch keine Entscheidung getroffen wurde. Bislang ist von dort jede Reaktion ausgeblieben. Ende 2001 wird eine Broschüre von WESD veröffentlicht, die den vollständigen Text enthält.**

*Präambel*

Im Verband der Westfälischen Einrichtungen Stationärer Drogentherapie (WESD) sind alle Verbände der Wohlfahrtspflege als Träger von insgesamt dreizehn Drogen-Fachkliniken, zwei teilstationären Einrichtungen und vier Adaptionseinrichtungen zusammengeschlossen (Stand Januar 2001). Zusammen stellen sie rund 500 Behandlungsplätze für drogenabhängige (polytoxikomane) PatientInnen.

Alle Einrichtungskonzepte basieren auf integrativen Behandlungsmodellen und sehen die je gleichzeitige Behandlung eines möglichst breiten Spektrums von PatientInnen vor, um ein realistisches soziales Spiegelbild der Gesellschaft zu repräsentieren und die Chancen der Integration zu erhöhen. Der Verband WESD steht daher dem Modell von Spezialeinrichtungen eher kritisch gegenüber und hat es im Wesentlichen durch ein professionalisiertes Setting der Einrichtungen ermöglicht, alle Klientelen in ihnen zu behandeln.

Die im Verband WESD zusammengeschlossenen Einrichtungen behandeln außerdem viele PatientInnen mit unterschiedlichsten zusätzlichen Störungsbildern, die durchgängig in allen Klientelen vertreten sind: u.a. Traumata, viele Formen psychischer Störungen (auch medikamentenpflichtig), psycho-somatische Erkrankungen, somatische Störungen (auch medikamentenpflichtig), Essstörungen und sexuelle Störungen.

Um hohe Qualitätsstandards der integrativen Behandlung zu garantieren, werden ihre Konzepte ständig an die sich verändernden Bedingungen angepasst, welche die KlientInnen an die Therapie stellen.

Ende 1998 hat der Verband WESD zusätzlich dafür klinikübergreifende Arbeitsgruppen (vergleichbar mit Qualitätszirkeln) installiert, die durch Zusammenführung von Beobachtungen, Erfahrungen und Analysen dynamisch aktualisierte Kriterien für die Behandlung spezieller Zielgruppen erarbeiten und, dem integrativen Modell entsprechend, den konzeptionellen Anpassungen aller Einrichtungen zugrunde legen. Die Definition der Zielgruppen und Einteilung der Arbeitsgruppen richtete sich nach den Erfordernissen der Patientenstruktur in Westfalen-Lippe und entspricht derzeit dem Stand des Jahres 2000.

Aktuell wurden für folgende Zielgruppen zusätzliche Angebote und Strukturen geschaffen, die Behandlung und Integration erleichtern (Stand Januar 2001):

1. Doppeldiagnose-PatientInnen (Sucht/Psychose) – **siehe I.**
2. »Altfixer«
3. Jugendliche unter achtzehn Jahren
4. Junge Erwachsene zwischen achtzehn und einundzwanzig Jahren
5. Aussiedler/Migranten – **siehe II.**
6. Muslime (türkische und nordafrikanische KlientInnen)
7. Frauen
8. Paare – **siehe III.**
9. Eltern mit Kindern
10. Substituierte

*(Anmerkung der Redaktion: Aus Platzgründen fließen in diesen Text lediglich die Beschreibungen für die Zielgruppen 1, 5 und 8 ein. Zu den Zielgruppen 9 und 10 werden zur Zeit noch Berichte von den betreffenden Arbeitsgruppen erstellt.)*

Grundsätzlich gilt, dass die Ergänzung der Behandlungsangebote mit einem zusätzlichen Aufwand verbunden ist, der das vorhandene Angebot in keiner Weise beeinträchtigen oder die grundsätzlichen Qualitätsstandards gefährden darf.

*I. Therapiestandards für die Zielgruppe  
Doppeldiagnose-PatientInnen  
(Sucht/Psychose)*

**Die Zielgruppe**

Die Einrichtungen des Verbandes WESD führen medizinische Rehabilitation im Sinne des SGB VI durch. Neben den drogenabhängigen PatientInnen werden solche Personen zur Behandlung aufgenommen, bei denen mindestens eine psychotische Episode diagnostisch aktenkundig vorgelegen hat oder besteht und eine Suchtmittelabhängigkeit akut vorliegt.

Personen mit akuter produktiver psychotischer Phase werden nicht aufgenommen.

**Selbstverständlich darf der zusätzliche Aufwand dieser ergänzenden Behandlungsangebote nicht die grundsätzlichen Qualitätsstandards gefährden.**

**WESD steht Spezialeinrichtungen für bestimmte Zielgruppen eher skeptisch gegenüber und stellt dem die integrative Behandlung gegenüber.**

Bei Verdacht auf eine Doppeldiagnose bei Drogenabhängigen kann über eine entsprechende psychiatrische Diagnostik und Untersuchung eine Indikation während der Behandlungszeit erstellt werden.

Für die PatientInnen mit Psychosen in der Vorgeschichte ist ein Vorgespräch erforderlich. Sie müssen neben dem allgemein üblichen Sozial- und Arztbericht auch einen aktuellen psychiatrischen Arztbericht vorlegen.

Eine Wiederaufnahme nach Rückfällen und Abbrüchen sollte – nach einer Absprache mit dem Leistungsträger – unter Fortbestand der Gültigkeit und Verlängerung der Kostenzusage um die Tage der Unterbrechung möglich sein. Diese Möglichkeit sollte in einem Zeitraum von bis zu drei Monaten gewährt werden können.

### Therapieziele

Im Rahmen eines umfassenden ganzheitlichen Modells soll neben der somatisch orientierten medikamentösen Behandlung eine psychotherapeutische als kausale Behandlung der Psychose angewendet werden, und zwar mindestens insofern, als sie im Einzelfall die Rehabilitation wirksam fördert, indem sie einer langfristigen Kompensation die nötige Stabilität verleiht.

Ziele der Behandlung sind:

- Abstinenz von Suchtmitteln zu erreichen, wobei der hier verwendete Abstinenzbegriff den indizierten Gebrauch von psychotropen Medikamenten in therapeutischer Dosierung einschließt,
- die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen,
- einen selbstverantworteten Umgang mit der psychiatrischen Erkrankung und den Erwerb sozialer Kompetenzen zur Integration außerhalb spezifischer psychiatrischer Lebensräume zu erreichen.
- Die PatientInnen, bei denen diese Ziele wegen der Schwere der Erkrankung nicht als erster Schritt erreichbar sind, sollen so weit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben wieder möglichst selbstverantwortlich hinsichtlich Wohnung und Tagesstruktur gestalten können. In diesem Fall muss rechtzeitig die Kostenübernahme durch die Krankenkasse oder den Sozialhilfeträger beantragt werden.

### Therapiestandards

- Behandlung entweder in Gruppen von acht bis zehn Personen, davon eine bis drei Doppeldiagnose-PatientInnen, oder
- in einer speziell an den Notwendigkeiten von Doppeldiagnosen orientierten Therapiegruppe.
- Behandlung im Rahmen eines Bezugstherapeutensystems kontinuierlich über die gesamte Behandlungszeit.
- Wegen starker Regressionsneigung dieser Klientel intensivierte Tagesbegleitung mit notwendigerweise erhöhter personeller Ausstattung.
- Therapeutische Vorgehensweise, die insbesondere regressionsfördernde, speziell nonverbale Verfahren nur sehr gut abgewogen einsetzt.

Die Behandlung muss folgende Angebote umfassen:

- fachärztliche psychiatrische Behandlung
- hochfrequente Einzelpsychotherapie (mehr als eine Sitzung wöchentlich)
- Gruppenpsychotherapie
- Beschäftigungs- und Arbeitstherapie
- Sport- und Bewegungstherapie
- Freizeit- und Indikationsgruppen
- nonverbale Begleittherapien (z.B. Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Entspannungsverfahren, therapeutisches Reiten).

Jede Therapiegruppe hat einen Wochenplan, in dem das Programm festgelegt ist, an dem verbindlich teilgenommen werden muss. Die individuelle Therapieplanung sollte es ermöglichen, über dieses Programm hinaus zusätzliche Anforderungen zu vereinbaren oder einzelne Programmpunkte zu verändern oder zu ersetzen.

Aus diesen inhaltlichen Notwendigkeiten ergeben sich folgende Anforderungen an das Personal:

- Es sollten MitarbeiterInnen mit psychiatrischer Facharztkompetenz,
- mit abgeschlossener psychotherapeutischer Ausbildung und
- mit psychologischer Fachkompetenz in der Einrichtung tätig sein;
- BezugstherapeutInnen (psychiatrisch und/oder suchttherapeutisch erfahrene Kräfte) aus Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik und Sozialarbeit,
- regelmäßige interne Fall- und externe Fall- und Teamsupervisionen sowie
- erhöhter Personalbedarf u.a. durch höherfrequente Einzelpsychotherapie und Tagesstrukturierung.

Zu gewährleisten sind außerdem:

- Aufnahmegespräch und die aktuelle (externe und/oder interne) psychiatrische Untersuchung,
- Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung in der Einrichtung sowie
- ein psychotherapeutisch veränderungsorientiertes Therapiemodell.

Die Finanzierung der Maßnahmen erfolgt durch Rentenversicherungsträger sowie nachrangig durch Sozialhilfeträger und Krankenkassen. Im Einzelfall sollte eine Verlängerung der Therapie über neuen Monate hinaus möglich sein.

Von den Leistungsträgern zu fordern sind:

- die pflegesatzrelevante Anerkennung höherer Personalkosten,
- die generelle Kostenübernahme mit einer flexiblen Kerntherapiezeit (sechs bis neun Monate),
- Fortbestand der Kostenübernahme bei Abbruch (Zeitraum von bis zu drei Monaten).

***Diese Inhalte stellen besondere Anforderungen an die Qualifikation des Personals.***

***PatientInnen, die aufgrund der Schwere der Erkrankung die Therapieziele nicht im ersten Schritt erreichen können, sollen soweit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben dennoch möglichst eigenständig gestalten können.***

## II. Therapiestandards für die Zielgruppe *Aussiedler/Migranten aus den GUS-Staaten*

### **Die Zielgruppe**

Die bisherigen Erfahrungen der WESD-Arbeitsgruppe beziehen sich auf eine relativ kleine Personengruppe, die über einen kurzen Zeitraum, ohne wissenschaftlich fundierte Untersuchung, beobachtet wurde. (An wissenschaftlichen Untersuchungen über die Gruppe der AussiedlerInnen im Rahmen von Drogentherapiemaßnahmen besteht erheblicher Nachholbedarf.) Daher sollten die folgenden Beschreibungen der Zielgruppe nicht ohne weiteres generalisiert werden.

Zwischen Klienten aus der Aussiedlergeneration der Jahre 1987 bis 1990 und der Späteren bestehen Unterschiede, die auch für die therapeutische Situation relevant sind: Die frühere Generation ist sozial und wirtschaftlich besser integriert, sie spricht besser deutsch (staatlich großzügiger gewährte Sprachschulung) und scheint in der BRD eher positiv aufgenommen worden zu sein.

Aussiedlerklienten leben überwiegend noch in einem sehr engen Großfamilienverbund, auch diejenigen, die bereits eine eigene Familie gegründet haben. Häufig gehören die Familien traditionsbewussten Glaubensgemeinschaften (Baptisten und Mennoniten) an, die auch in der BRD zusammenhalten und in Ghetto-ähnlichen Siedlungen wohnen

Durch die Umsiedlung erfahren die Geschlechterrollen und Familienstrukturen erhebliche Veränderungen und Belastungen. Die männlichen Familienmitglieder verlieren durch mangelnde berufliche Qualifikation und Arbeitslosigkeit ihre frühere wichtige Funktion als Ernährer, sie unterliegen mehr der sozialen Kontrolle der Frauen und sind oftmals keine akzeptablen Identifikationsfiguren mehr. Oft treten auch die ältesten Söhne an die Stelle abwesender Väter. Die Frauen werden in ihren Rollen als informelle Familienoberhäupter gestärkt, finden schneller einen Platz in der Arbeitswelt und werden so häufig zur Haupternährerin.

Aussiedlerklienten vertreten andere moralische Normen als bundesdeutsche Klienten. So bewerten sie kriminelle Handlungen häufig anders, beispielsweise wird Raub eher positiv, als lebensnotwendiges »Organisieren«, aufgefasst. Insbesondere auch bei körperlicher Gewalt und Waffeneinsatz gibt es Bewertungsunterschiede.

Der Konsum von hochprozentigem Alkohol, von Haschisch oder Opium hat für Aussiedlerklienten kaum negative Bedeutung; er ist vielmehr häufig eine positive, sozial angemessene Verhaltensweise. Alkohol ist ein Statussymbol und ein trinkfester Mann hoch angesehen. Alkohol und Drogen werden fast ausschließlich von Männern konsumiert. Trotz intensiver Nachfrage bei Klienten war Alkohol- oder Drogenabhängigkeit bei Frauen nicht zu eruieren.

Die jungen drogenabhängigen Aussiedler sind in den Konsum harter Drogen (über-

wiegend Heroin) in den ersten, noch orientierungslosen Monaten nach Ankunft in der BRD eingestiegen. Oftmals wurden sie von jugendlichen Drogenkonsumenten, die schon etwas länger in der BRD lebten, dafür regelrecht angeworben. Der Erstkonsum war, scheinbar bedenkenlos, häufig Heroin und meistens sofort i.V..

Weitere Beobachtungen sind die schnelle Konsumsteigerung und ein hohes Maß an Beschaffungskriminalität. Sie haben dadurch keine Chance zu einer angepassten, sozialverträglichen Integration (keine Ausbildung, keine Arbeit), Halt geben nur die Familien.

Allerdings können und wollen die jugendlichen Aussiedler nicht mehr nach den Traditionen der Eltern und Großeltern leben. Der innerfamiliäre Streit und die Unfähigkeit der Eltern, adäquate Hilfe, Orientierung und Alternativen anzubieten, führt häufig dazu, dass sie ihre Kinder gewähren und gehen lassen.

Zu dem vorhandenen Hilfesystem für Drogenabhängige besteht meistens kein oder kaum Kontakt, vermutlich, weil es als staatliche Institution angesehen wird und – wie in der U.d.S.S.R. ehemals – Angst und Ablehnung hervorruft. Daher werden viele Klienten nicht durch das ambulante Hilfesystem an die Kliniken vermittelt, sondern durch Verwandte, Rechtsanwälte oder Sozialdienste der Justizvollzugsanstalten.

Bewerbungen kommen zur Zeit vor allem aus der Altersgruppe der 20- bis 25-jährigen. Die Therapieverweildauer ist bei dieser Gruppe zu gering; häufig führen Therapieabbrüche oder disziplinarische Entlassungen zu einem vorzeitigen Ende der Behandlung.

### **Therapeutische Erfahrungen**

Die Haltung der Klientel zum therapeutischen Personal ist in der Regel voller Vorbehalte und Ängste. Dem zu begegnen, ist aufgrund der Sprachprobleme besonders erschwert.

Die Kenntnisse der deutschen Sprache sind bei den Aussiedlergenerationen nach 1990 häufig rudimentär. Soweit die Klienten ein verständliches Deutsch sprechen, ist ihr Sprachschatz doch sehr klein. Emotionale Vorgänge können nicht differenziert ausgedrückt oder verstanden werden, in Diskussionen kann oft nicht ausreichend schnell und adäquat reagiert werden – beides führt zu Verunsicherungen. Häufig fehlen dem Klienten und dem Therapeuten ein soziokulturell gemeinsames Begriffsverständnis, beispielsweise von Ehrlichkeit, Ehre, Ansehen oder emotionaler Offenheit. Aussiedlerklienten orientieren sich stark an hierarchischen Strukturen und ordnen sich ihnen scheinbar willig unter. Gegenüber Vorgesetzten (besonders männlichen) zeigen sie eine devote Haltung.

Bei unklaren Strukturen fallen sie schnell zurück auf ihre In-Group, die sich rasch bildet, wenn mehrere Aussiedler gleichzeitig in einer Einrichtung sind, und sich um so stärker – auch durch Wechsel zur Muttersprache – nach außen abschließt, je unsicherer oder bedrohlicher die äußere Situation ihr erscheint. Ihre ausgeprägt hierarchische Binnenstruktur und abweisenden, »coolen« Verhaltensweisen, die zum Teil auf Erfahrungen mit Kriminalität und Gefängnis schließen lassen, können beim Per-

***Jugendliche  
Aussiedler lehnen  
die Traditionen  
ihrer Familien ab,  
haben aber auch  
kaum Zugang zu  
den durch ganz  
andere Bedingungen  
gesteuerten  
Entwicklungen in  
Deutschland.***

***Die Familien-  
strukturen der  
Aussiedler  
erfahren durch die  
Umsiedlung  
erhebliche  
Veränderungen  
und Belastungen.***

sonal Misstrauen und Angst vor Kontrollverlust auslösen. Therapieältere, integrierte Aussiedlerklienten können dann oft eine große Hilfe für den Therapieeinstieg sein.

In der Regel herrschen passive Behandlungsvorstellungen vor. Die Erwartungshaltung an die Therapeuten ist meist völlig überhöht und unangemessen.

Eine Reflexion der eigenen Persönlichkeit, des eigenen Verhaltens oder der Struktur der Familie ist kaum vorhanden. Es herrscht eine archaische Haltung vor.

Im Bereich praktischer Arbeit sind die Klienten in der Regel sehr leistungsbereit und leistungsfähig. Sie definieren ihre Therapie als Lebensschule für den Beruf. Viele interessieren sich aufgrund ihrer Herkunft aus Agrarländern sehr für die Natur und damit verbundene Arbeitsbereiche.

### Therapiestandards

- Intensive Vorbereitungsarbeit, um die Voraussetzungen für den Therapieprozess zu schaffen.
- Literatur und Erfahrungsberichte weisen auf die Notwendigkeit, sich für die kulturellen Hintergründe der Klienten zu interessieren und offen und neugierig nach dem Leben vor der Umsiedlung und nach der verlorenen Beziehung zur Heimat zu fragen. Nur so entsteht wirkliches Begreifen, Klienten fühlen sich angenommen, Vertrauen entsteht. Auch Misstrauen von Therapeuten ist für die Therapiearbeit kontraproduktiv.
- Kollegen mit Aussiedler-Hintergrund und russischer Muttersprache können bei kultureller und sprachlicher Übersetzungsarbeit hilfreich sein.
- Vorbereitung in einer mono-kulturellen Gruppe von Aussiedlern zur Vermittlung von Sicherheit.
- Nicht-sprachliche Behandlungsansätze sind in dieser Phase den verbal geprägten vorzuziehen. Aufdeckende, konfrontierende und reflektierende Arbeit ist erst möglich, wenn Vertrauen gebildet wurde, Selbstvertrauen entstanden ist und sprachliche wie kulturelle Hindernisse reduziert wurden.
- Verstärkter Einsatz erlebnispädagogischer Projekte und Ansätze, die an die Erlebniswelt der Klienten anknüpfen und darüber soziales Verhalten, Kreativität, Problemlösungsstrategien und Lust am abstinenter Leben vermitteln.
- Akzeptanz und Stärkung kultureller Traditionen, so dass individuelle Ressourcen gefördert werden.
- Die Vorbereitungsphase könnte evtl. in einer Gruppe innerhalb verschiedener Klienten oder in einer spezialisierten Einrichtung durchgeführt werden. Dauer je nach individuellem Bedarf bis zu drei Monaten.
- Kostenträger: Überörtliche Sozialhilfe und andere Stellen entsprechend dem Bundesvertriebenen-Gesetz.
- Integrierende Ansätze bei verschieden kulturell geprägtem Klientel stellen hohe Anforderungen an das Personal.
- Bildung einrichtungsübergreifender Qualitätszirkel.

**Offenheit und Neugier bezüglich des Lebens vor der Umsiedlung sind ein notwendiger Zugangsweg für die Therapeuten.**

## III. Therapiestandards für die Zielgruppe Paare

### Die Zielgruppe

Zwar wird aus therapeutischer Sicht auch weiterhin davon ausgegangen, dass es sich bei der Paarbildung zwischen drogenabhängigen Partnern im Wesentlichen um einen sucht- und/oder therapieinduzierten Widerstand handelt, aber der Umgang mit diesem Widerstand hat sich durch einen neuen, wichtigen Erfahrungswert deutlich verändert: vielen Drogenabhängigen scheint es erst durch die Paarbildung möglich zu werden, sich auf das Abenteuer Therapie einzulassen.

So gesehen, gelten zur Zeit auch spontane »Pairings« als Paare im Sinne eines speziellen Paarangebots.

Zielgruppen sind demnach Personen, die schon eine lange Zeit während ihrer Drogenabhängigkeit zusammen sind sowie Paare, die sich erst kurz vor oder während der Entwöhnungsbehandlung kennengelernt haben.

### Therapieziele

- In erster Linie die Nutzbarmachung der Paarbildung für den therapeutischen Fortschritt; Integration des im Pairing bestehenden Widerstandes in die Therapie und gegebenenfalls Nutzung als Indikator für Überforderung.
- Installation der Partnerschaft als stabilisierendem Faktor; Schaffung einer Auseinandersetzungs- und Konfliktkultur in der Beziehung und Nutzung der Partnerschaft als Modell für eine konstruktive Konfliktlösung.
- Förderung des Vertrauens in die Möglichkeiten der Therapie durch Schaffung wohlthuender, entlastender Erfahrungen in Paargesprächen.

### Therapiestandards

Es ist dringend wünschenswert, dass die jeweilige Einrichtung eine Konzeption für die Arbeit mit Paaren besitzt. Zwischen den beteiligten Einrichtungen und Arbeitsgruppen herrschte Konsens bezüglich der folgenden Anforderungen:

- Es sollten regelmäßige Paargespräche möglich sein.
- Für die beiden Partner sollten unterschiedliche Therapeuten zuständig sein.
- Es sollte für das Paar die Möglichkeit bestehen, ein größeres gemeinsames Zimmer zu beziehen.
- Für Krisenzeiten sollte jeder der Partner ein eigenes Zimmer zur Verfügung haben.
- Nach Möglichkeit sollte für Paare eine indikative Gruppe angeboten werden.
- Im Team sollte ein Spezialwissen vorhanden sein, dessen Weiterentwicklung sollte gefördert werden, zum Teil durch Fortbildung sowie durch vorzuhaltende Literatur zum Thema »Paartherapie« und zum Bereich »Sexualität/Sexualtherapie«.

**Vielen Drogenabhängigen scheint es erst durch die Paarbildung möglich zu werden, sich auf das Abenteuer Therapie einzulassen.**

### Korrespondenzadresse

Harry Glaeske  
1. Vorsitzender  
Verband WESD  
c/o Im Deerth 6  
58135 Hagen  
☎ 0 23 31-90 84 34  
✉ 0 23 31-90 84 90  
✉ mail@wesd.de  
www.wesd.de

**Dr. Michael Horak / Dr. Veronika Morhart /  
Prof. Dr. Michael Soyka**

## *Die qualifizierte ambulante Entgiftung von Alkoholkranken – ein Modellprojekt*

**Dieses Modellprojekt wird seit zweieinhalb Jahren in der Fachambulanz für Suchtkranke in Dachau durchgeführt, von der Psychiatrischen Universitätsklinik München supervidiert und von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Die qualifizierte ambulante Entgiftung, die eine intensive ärztliche und therapeutische Hilfe für alkoholkranken Menschen bietet, stellt eine sinnvolle Erweiterung der Therapiemöglichkeiten dar und ist darüber hinaus eine kostengünstige Alternative.**

**Im folgenden werden erste Ergebnisse und Erfahrungen von Dr. Michael Horak, Dr. Veronika Morhart und Prof. Dr. Michael Soyka vom Klinikum der Ludwig Maximilian Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, dargelegt.**

Alkoholentgiftungen werden heutzutage hauptsächlich im stationären Rahmen durchgeführt. Etwa 24 % aller alkoholkranken Patienten werden in internistischen oder chirurgischen Kliniken aufgenommen. Die Angebote zu einer spezifischen Alkoholismustherapie sind hierbei aber meist sehr gering. Nur etwa 2,5 % aller Alkoholiker kommen – meist als Notfall – in eine psychiatrische Klinik. Ein noch geringerer Teil der betroffenen Patienten kann von einer »qualifizierten stationären Entgiftung« in einer psychiatrischen Einrichtung (körperliche Entgiftung und psychotherapeutische Interventionen) über ca. zwei bis drei Wochen profitieren.

**Die qualifizierte ambulante Entgiftung ist eine echte Alternative für viele Alkoholkranken.**

»Qualifizierte ambulante und standardisierte Entgiftungen« finden sich im deutschsprachigen Raum kaum. Ein Teil der Patienten versucht selbst zu entziehen und scheidet immer wieder an den unterschiedlich starken Entzugssymptomen bzw. schweren Entzugssyndromen (epileptischen Krampfanfällen, Delir, schwere Herzrhythmusstörungen u.a.). Eine andere Gruppe von Patienten versucht, mit hausärztlicher Unterstützung zu entziehen, mit unpassender Medikation (Distraneurin, Benzodiazepine) mit dem Risiko der Entwicklung von dann iatrogen induzierten Medikamentenabhängigkeiten. Weiterhin wird der Einsatz des Hausarztes der Komplexität der Erkrankung nicht gerecht. Von der geringen finanziellen Entlohnung ganz zu schweigen.

Das hier vorgestellte Modellprojekt »der qualifizierten ambulanten Entgiftung« in der Fachambulanz für Suchterkrankungen in Dachau soll neben einer Erweiterung der Therapiemöglichkeiten und einer intensiven ärztlich und therapeutischen Hilfe für den Patienten auch eine kostengünstige Alternative in der Alkoholismustherapie darstellen. Das seit zweieinhalb Jahren durchgeführte Modellprojekt steht unter Supervision der Psychiatrischen Universitätsklinik München. Die Kosten des Modellprojektes werden von den gesetzlichen Krankenkassen getragen.

Die »qualifizierte ambulante Entgiftung« besteht aus zwei Säulen, einer somatisch-medizinischen Versorgung sowie psychotherapeutischer Motivationstherapie.

In der Krisensituation des Alkoholentzuges soll der Patient sowohl sicher medizinisch versorgt werden als auch mit therapeutischer Hilfe seine Änderungsbereitschaft zur Alkoholabstinenz erhöht werden. Die hier eingesetzten psychotherapeutischen Elemente orientieren sich v.a. am »Motivational Interviewing«:

Grundsätze der motivierenden Gesprächsführung sind folgende:

1. Der Patient muss sich wohl fühlen.
2. Es wird nicht gegen den Widerstand gearbeitet, sondern »mit dem Widerstand«.
3. Konfrontation und Provokation wird vermieden (Reduktion der »Abwehr«).
4. Wichtige Themen sind Scham und Schuld.
5. Es geht um klare Ziele bei einer eindeutigen Haltung des Therapeuten.

Die intensive psychotherapeutische Betreuung (mind. 6 Std.) nimmt also neben der medizinischen Versorgung eine wichtige Stellung ein.

*Unser Modellprojekt wurde mit folgender Fragestellung durchgeführt:*

Können Alkoholkranken nach entsprechender Risikoabschätzung unter standardisierten Bedingungen erfolgreich ambulant entgiftet werden und auch in eine Entwöhnungsmaßnahme weiter vermittelt werden?

**Zwei Säulen tragen die qualifizierte ambulante Entgiftung: die somatisch-medizinische Versorgung und die psychotherapeutische Motivationstherapie.**

## Der Ablauf der medizinischen somatischen Entgiftung

Sie orientiert sich an den Ein- und Ausschlusskriterien für die Durchführung der ambulanten Entgiftung (Tab. 1):

**Tab. 1: Ein- und Auschlusskriterien für die Durchführung der »qualifizierten ambulanten Entgiftung«**

- Es muß eine Alkoholabhängigkeit bestehen.  
KJ: Polytoxikomanie
- Gute Patientenmotivation (Compliance!)
- Bezugsperson als »Kontrollinstanz«
- Keine schweren psychiatrischen oder neurologischen Erkrankungen in der Vorgeschichte
- Keine schweren internistischen Erkrankungen (Pneumonie, Pankreatitis u.a.)
- Keine gravierenden Herzrhythmusstörungen  
(Cave: Blockbilder)

Horak M., Soyka M., Morhart V., 2001

**Tab. 2: Erstgespräch der »Qualifizierten Ambulanten Entgiftung«**

- Anamnese/Untersuchung (psychiatrisch/neurologisch/internistisch)
- Diagnoseerklärung nach ICD 10
- Bestimmung der Atemalkoholkonzentration, Drogenscreening, EKG, Labor (Leberenzyme, Elektrolyte ua.)
- Risiko- und Verlaufsskalen der Entzugssymptome (LARS-Skala, AES-Skala) und Craving-Fragebogen, Psychopathologieskalen (subjektive Einschätzung zur Befindlichkeit, depressive oder paranoide Symptome, Krankheitsverleugnung)
- Aufklärung über Ablauf der Therapie, Gespräch mit der Bezugsperson, Verbot der Teilnahme am Straßenverkehr, Krankschreibung für eine Woche
- Therapie: Medikamente (symptombezogen, Dämpfung und Kontrolle der Entzugssymptome), psychotherapeutische Motivationsgespräche

Horak M., Soyka M., Morhart V., 2001

Im konkreten Fall sieht der diagnostisch/therapeutische Ablauf beim Erstgespräch (Tab. 2) und den folgenden Tagen (Tab. 3) der ambulanten Entgiftung folgendermaßen aus:

Während der einwöchigen Entgiftungsphase, die am Wochenanfang beginnt, kommt es zu täglichen ärztlichen Untersuchungen mit Messung der Entzugserrscheinungen, mindestens zwei therapeutischen Motivationsgesprächen und einer gruppentherapeutischen Sitzung in der Woche. Unsere Patienten müssen sich täglich mehrfach telefonisch zurückmelden und ihr Befinden beschreiben. Am Wochenende wird die Atemalkoholkonzentration (AAK) gemessen und am Wochenanfang kommt es zur abschließenden ärztlichen Untersuchung.

**Tab. 3: Weiterer Ablauf der Entgiftung**

- Einwöchige Entgiftungsdauer, Entgiftungsbeginn am Wochenanfang
- Tägliche ärztliche Untersuchungen, Kontrolle der Entzugssymptomatik mittels Alkoholentzugsskalen und Atemalkoholbestimmung, evtl. Ausgabe von Medikamenten (Clonidin, Doxepin, Carbamazepin ua.)
- Tägliche telefonische Rückmeldungen des Patienten
- Mindestens zwei psychotherapeutische Motivationsgespräche und eine gruppentherapeutische Sitzung während der Entgiftungswoche
- Wochenende: Atemalkoholtest
- Ärztliche Abschlußuntersuchung am Wochenanfang

Horak M., Soyka M., Morhart V., 2001

## Zu den Ergebnissen der ambulanten Entgiftung

Von ca. 800 Erstgesprächen in zwei Jahren in der Fachambulanz für Suchterkrankungen nahm ca. jeder vierte Patient an einer Entzugsbehandlung teil. Ausgehend von 205 potenziellen und motivierten Entgiftungspatienten wurden bislang 141 ambulante Entgiftungen durchgeführt. 61 Patienten wurden stationär entgiftet, drei Patienten wollten bei ihrem Hausarzt entziehen.

Zur Charakterisierung der 141 Patienten:

Ca. 30 Prozent unserer Patienten sind arbeitslos, die in Arbeit stehenden sind größtenteils Angestellte. Mehr als 70 Prozent leben in einer Partnerschaft, ein Produkt unseres Einschlusskriteriums »Bezugsperson«. Nur etwas mehr als 30 Prozent der Patienten haben eine Scheidung hinter sich oder befinden sich in einer Scheidungsphase.

### Die Resultate der Entgiftung nach zwei Jahren Verlauf:

Von den 141 Entgiftungen wurden 127 Entzüge erfolgreich abgeschlossen. Die Entzugssymptomatik nahm über ca. 5 Tage kontinuierlich ab. Nur jeder zweite Patient benötigte eine medikamentöse Behandlung. Symptomatisch wurden bei vorliegender Hypertonie nach vorheriger Bestimmung der Herzrhythmik (EKG), Clonidin, gelegentlich Betablocker, bei Schlafstörungen niedrigdosiertes Doxepin eingesetzt.

Es traten insgesamt 14 Abbrüche auf, 50% in den ersten beiden Tagen des Entzuges. Erfreulicherweise gab es keine gravierenden Entzugssyndrome (epileptische Krampfanfälle, Delir, schwere Herzrhythmusstörungen). Dies weist auf eine gute Patientenselektion hin. Bei sechs Patienten (bei mangelnder Selbstkontrolle, unklaren internistischen Beschwerden) kam es zur Einweisung in eine psychiatrische Klinik.

Bei Entgiftungsbeginn wurde mittels Selbstbeurteilungsfragebogen nach von Zerssen die momentane Stimmung der Patienten und deren psychopathologischen Symptome erhoben. Die anfängliche Missstimmung nahm innerhalb von fünf Tagen erwartungsgemäß ab.

Bei Beginn der Entgiftung zeigten sich sowohl tendenziell depressive Stimmungsveränderung als auch Hinweise auf eine paranoide Verarbeitung. Die üblicherweise starken Tendenzen zur Krankheitsverleugnung waren während der Entgiftung deut-

**Tab. 4: Merkmale der 141 Patienten**

- Geschlecht (m/f) 98/43
- Alter (Durchschnitt, Jahre): 44,5
- Dauer der Alkoholabhängigkeit (Jahre): 11,4
- Therapeutische Vorerfahrung: 51 Pat.
- Keine therapeutische Vorerfahrung: 90 Pat.
- $\emptyset$  GGT: 79 (U/l), GOT: 2045 (U/l), GPT: 26 (U/l), MCV: 97 fl
- AAK am 1. Entgiftungstag (Promille): 0,26
- Letzte Alkoholeinnahme: 74% der Pat. mit Konsum in den letzten 2 Tagen vor Entgiftungsbeginn
- $\emptyset$ -Dauer der Entgiftung (Tage) 4,5
- Begleitmedikation: bei 46,8% der Pat.

Horak M., Soyka M., Morhart V., 2001

**Die guten Ergebnisse der ambulanten Entgiftung sind auch Resultat der sorgfältigen Patientenselektion.**

**Die Krisensituation der Entgiftung scheint den Tendenzen zur Krankheitsverleugnung entgegen zu wirken.**

lich geringer ausgebildet. Dies könnte unter anderem auf eine größere Krankheits-einsicht in der Krisensituation und/oder erfolgreiche psychotherapeutische Interventionen hinweisen.

Von den 14 Patienten, die die Entgiftung abbrachen, waren 50 % nachweislich alkoholrückfällig und wurden bei entsprechender Motivation zur stationären Entgiftung weiter überwiesen. Die anderen 7 Patienten brachen die Entgiftung aus den verschiedensten Gründen ab: Sie hatten »keine Lust« mehr, die »Fahrstrecke« sei zu weit, die Privatkasse würde nicht zahlen. 50 % der Abbrüche fanden in den ersten beiden Tagen der Entgiftung statt. Die »Abbrecher« unterscheiden sich kaum von den »Erfolgreichen« im Hinblick auf die erhobenen Prädiktoren (siehe Tab 4).

## Der weitere therapeutische Weg nach der »Qualifizierten Entgiftung«

Nach erfolgreichem Abschluss entschieden sich mehr als 90 % der Pat. für die einjährige ambulante Entwöhnungsmaßnahme in der Fachambulanz für Suchterkrankungen.

In der dreimonatigen Motivationsphase brachen 44 Patienten (36 %) ab, in der anschließenden achtmonatigen Rehabilitationsphase waren es nur noch 17 % Abbrecher.

Insgesamt durchlaufen also 47 % der Patienten die einjährige ambulante Langzeitentwöhnung erfolgreich.

Wir können abschließend festhalten, dass die ambulante Entgiftung sich bei einer konsequenten Risikoabschätzung gut bewährt hat. Sie stellt bisher noch keine Konkurrenz für die stationären Therapien dar. Für den Patienten bietet sie aber einen weiteren Baustein in einem differenzierten Therapiespektrum.

**Klinikum der Ludwig Maximilians Universität München**

Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Nußbaumstraße 7  
80336 München  
☎ 0 89-51 60-57 43  
☎ 0 89-51 60-57 48  
✉ michael.horak@web.de

**Werner Loosen**

## Akupunktur hilft bei Alkoholabhängigkeit

**Dieser Beitrag erschien bereits in der Zeitschrift »KONTUREN«, Ausgabe 6/2000 (Nov./Dez. 2000) und wurde vom Autor zur Nachveröffentlichung zur Verfügung gestellt.**

Die Akupunktur in der Behandlung Suchtkranker ist wirksam, niedrigschwellig, besonders wirtschaftlich und wird von der Klientel angenommen: Dies ist das Ergebnis einer wissenschaftlich begleitenden Vorstudie der Martha-Stiftung in Hamburg zu ihrem Akupunktur-Projekt. Seit September 1998 bietet die Stiftung in ihrer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL im Sozialtherapeutischen Zentrum für Suchtkranke (STZ) Akupunktur zur Behandlung alkoholabhängiger Frauen und Männer an. Ziele sind, so die Leiterin des Projekts, Dr. Johanne Feldkamp, »das Heranführen an das Hilfesystem, ambulante Entgiftung, Stabilisierung in Krisen und Vermittlung zu weiterführenden Maßnahmen.«

Als Besonderheit des Projekts nennt der stellvertretende Leiter des STZ, der Neurologe und Psychiater Ulrich Bloemeke, die Kombination von Akupunktur und psychosozialer Begleitung: »Dadurch konnte der Alkoholkonsum signifikant verringert werden; die Behandlungsmotivation sowie der körperliche Allgemeinzustand, Depressionen und Ängste verbesserten sich ebenfalls deutlich.«

### Alkoholkonsum wurde signifikant gesenkt

In den ersten 17 Monaten des Akupunkturprojekts haben 228 Klienten das Angebot wahrgenommen, 42 Prozent von ihnen Frauen. Hauptsuchtmittel war mit 84 Prozent Alkohol, Nebenkonsument (Haschisch, Kokain, Tabletten, Heroin) lag bei 25 Prozent vor. Die Klienten sind durchschnittlich 42 Jahre alt, 40 Prozent sind ganztags beschäftigt, 28 Prozent arbeitslos, 14 Prozent beziehen Sozialhilfe. Ein Drittel der Klienten klagt über Depressionen und/oder Angstzustände, zehn Prozent haben Schwierigkeiten, ihr eigenes gewalttätiges Verhalten zu kontrollieren. Auffällig, so Johanne Feldkamp, ist der mit 17 % hohe Anteil von Klienten, die sich für ernsthaft suizidgefährdet halten, bei den Frauen sind es sogar 40 Prozent.

Alle diese Menschen sind mit Akupunktur behandelt und zugleich psychosozial begleitet worden. Das Ergebnis unter der wissenschaftlichen Begleitung von Prof. Dr. Uwe Koch und Dr. Henry Buhk von der Abteilung für Medizinische Psychologie der

**Durch die ergänzende Anwendung der Akupunktur konnte die Behandlungsmotivation, der körperliche Allgemeinzustand, Depressionen und Ängste positiv beeinflusst werden.**

Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (UKE): Es wurde, vor allem bei den Entgiftungs-Klienten, der Alkoholkonsum signifikant reduziert. Gleichzeitig besserten sich der körperliche Allgemeinzustand, Depressionen und Angst. Für den Erfolg scheint die Behandlungsdichte, besonders in den ersten drei Wochen, bedeutsam zu sein. Und: Die Akupunktur fördert die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten.

So hat die Gesamtzahl der Klienten in der Beratungsstelle mit Implementierung der Akupunktur um 36 Prozent zugenommen (1998: 591 Klienten; 1999: 803). Zwar ist der erreichte Status des Konsumverhaltens am Ende der Behandlung im Katamnese-Zeitraum nicht in vollem Ausmaß gehalten worden, er war aber immer noch deutlich besser als zu Behandlungsbeginn. Insgesamt, so Johanne Feldkamp, »ermutigen uns die Untersuchungsergebnisse, das Akupunkturprojekt weiterzuführen. Wir planen, künftig die Anfangsphase der Akupunkturbehandlung noch verbindlicher zu gestalten, etwa durch eine Pflichtberatung pro Woche oder Anreizsysteme. Auf diese Weise wollen wir die Behandlungsdichte in den ersten drei Wochen erhöhen, was nach der wissenschaftlichen Untersuchung auch die Erfolgchancen verbessert.«

### *Wirtschaftlichkeit von Kassen nicht anerkannt*

Ambulantes Setting hat den Vorteil, dass es sich um ein niedrigschwelliges Angebot handelt, bei dem die Klienten die gewohnte Umgebung nicht verlassen müssen, Kinder versorgen und auch der Arbeit weiter nachgehen können. Deutlich wird die Wirtschaftlichkeit von Akupunktur in der Suchtbehandlung besonders bei ambulanten Entgiftungen: Sie kostet durchschnittlich eintausend Mark. Vor diesem Hintergrund verwundert es, dass die Krankenkassen Akupunktur nicht als Regelleistung anerkennen. Im Gegenteil: Der Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen hat sich im Oktober gegen die Akupunktur in der Suchtbehandlung entschieden und ihre Wirksamkeit bestritten. So ist die finanzielle Absicherung des Projekts durch die Martha-Stiftung – ähnliches gilt für vergleichbare Projekte in Deutschland – nur noch begrenzt möglich. Das heisst: Finanzierungsmöglichkeiten müssen her, wenn schon der genannte Ausschuss nicht umdenkt, sonst ist das das Aus für solche erfolgreichen Angebote.

**In der Weiterentwicklung des Projektes soll die Anfangsphase der Akupunkturbehandlung verbindlicher gestaltet werden – damit sollen die Erfolgchancen weiter verbessert werden.**

**Werner Loosen**  
Faassweg 8  
20249 Hamburg  
☎ 040-2502046  
☎ 040-57009677  
✉ werner.loosen@t-online.de

**Dr. Anil Batra / Martina Schröter**

## *Raucherentwöhnung – ein Stiefkind der stationären Alkohol- und Drogentherapie?*

**Kennen Sie einen alkohol- oder drogenabhängigen Menschen, der nicht raucht? Dr. Anil Batra und Martina Schröter von der Universität Tübingen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, stellten sich der Thematik der Raucherprävalenz in der stationären Alkohol- und Drogentherapie. Suchtkranke sind in hohem Maße tabakabhängig, die Zigarette gilt als Einstiegsdroge. Studien belegen, dass die Raucherentwöhnung die Drogenabstinenz eher fördert und nicht – wie häufig angenommen – Rückfälle begünstigt. Die Autoren plädieren für eine Raucherentwöhnung bei Suchtkranken und stellen wirkungsvolle Entwöhnungsmethoden vor.**

### *Raucherprävalenzen und Gefährdungspotenziale*

Die letzte Mikrozensus-Erhebung des Statistischen Bundesamtes zur Prävalenz des Rauchens in Deutschland im Jahre 1999 ergab eine Raucherquote von 26,7% in der deutschen Gesamtbevölkerung. In der Altersgruppe der 20-60-jährigen lag der Anteil deutlich höher: 31,4% aller Befragten, 37% der Männer und 25,7 % der Frauen, gaben an, Zigaretten zu konsumieren – damit kam es seit 1989 sogar zu einer leichten Zunahme der Raucherprävalenz.

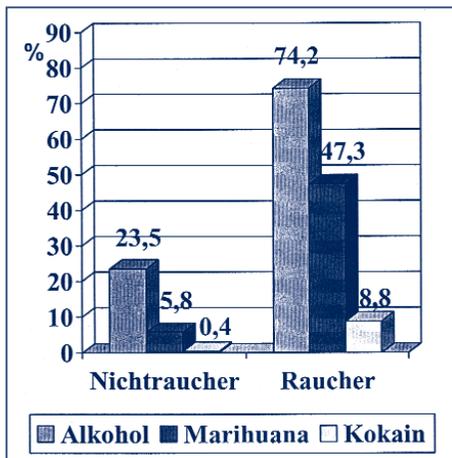
Am deutlichsten ist der Anstieg der Raucher in der Gruppe der 15-20jährigen: Die Zunahme beträgt 5,8 % (männliche Jugendliche) bzw. 4,1% (weibliche Jugendliche) und liegt nun bei 22,3 % bzw. 19,4 %.

Bedeutend höher liegen die Schätzzahlen für Patienten, die zugleich eine weitere Suchterkrankung aufweisen: Befragungen stationärer Patienten der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie hatten einen Raucheranteil von 75,3 % bei Alkoholkranken und 90,5 % bei Drogenabhängigen ergeben. Damit lagen die Raucherquoten deutlich höher als für Patienten mit schizophrenen (63,5 %) oder anderen psychischen Störungen (48,3 %).

Auch in der Literatur wird übereinstimmend von außerordentlich hohen Raucherprävalenzen bei anderen Suchterkrankungen berichtet: Patienten mit anderen Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol oder Drogen) sind mit einer mittleren Wahrscheinlichkeit zwischen 65 % bei Untersuchungen im ambulanten Bereich (Alkoholabhängigkeit) und > 95 % in der stationären Drogentherapie gleichzeitig auch Tabak-

**Die Raucherprävalenz bei Drogenabhängigen ist annähernd dreimal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.**

Abbildung 1:  
Konsumverhalten  
jugendlicher Raucher  
im Alter von 12 - 17  
Jahren (Nat.  
Household Survey  
1985)



	Raucher	Alkoholiker	Rauchende Alkoholiker
Mortalität bis 60. LJ (%)	18 %	22 %	31 %
Rel. Karzinomrisiko (OR) <sup>a</sup>	1,6	1,5	2,5

konsumenten (Batra 2000). Rauchen geht dem Konsum anderer Drogen oft voraus: In einer amerikanischen Erhebung (Nat. Household Survey 1985) wiesen jugendliche Raucher deutlich erhöhte Konsumraten für Alkohol, Marihuana und Kokain auf (Abb. 1).

Das Rauchen führt zu massiven gesundheitlichen Folgeschäden. Dazu gehören in erster Linie Gefäßprozesse, die zu kardialen Infarkten, zu cerebralen Insulten oder peripheren Gefäßverschlüssen führen. Karzinomerkkrankungen, vor allem Lungenkarzinome, aber auch andere Malignome werden durch das Rauchen eindeutig begünstigt. Jedes Jahr sterben in Deutschland zwischen 90.000 und 140.000 Raucher an der Folgen des langjährigen Tabakkonsums (Peto et al 1994). Auch »passivrauchende« Nichtraucher sind einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt (Junge 1997). Statistisch gesehen verliert jeder Raucher im Schnitt 8 Jahre seines Lebens.

Rauchen stellt für Suchtpatienten die wichtigste comorbide Störung dar. Der gleichzeitige starke Konsum von Tabak und anderen Substanzen erhöht die Wahrscheinlichkeit auf mehr als 30 %, schon vor dem 60. Lebensjahr zu versterben. Das relative Krebsrisiko steigt auf das 2,5fache der Wahrscheinlichkeit eines Nichtrauchers (siehe Tabelle 1).

## Erklärungsmodelle des Rauchens bei anderen Suchterkrankungen

Viele Raucher erleben sich selbst als tabakabhängig. Für Abhängige ist es oftmals schwerer, auf den Zigarettenkonsum zu verzichten als auf Alkohol oder Opiate. In einer Befragung durch Kozlowski et al (1989) behaupteten 26,1% der 248 befragten Alkohol- oder Drogenabhängigen, es falle ihnen leichter, auf das Rauchen zu verzichten, 17,1% betrachten es als genauso schwierig und 56,8 % gaben an, für sie sei der Verzicht auf die Zigarette schwerer als die Drogen- bzw. Alkoholabstinenz. Psychische und biologische Faktoren bestimmen die Tabakabhängigkeit. Die Vorbildfunktion anderer Konsumenten, der Einfluss des sozialen Milieus und die posi-

tive Attribution von Zigarettenrauchen mit »Lebensqualität« spielen die wichtigsten Rollen für den Beginn des Konsums. Lernprozesse im Sinne einer klassischen oder operanten Konditionierung machen das Verhalten nahezu lösungsresistent. Vermutet wird aber auch eine generelle, genetisch bedingte Vulnerabilität für psychotrope Substanzen. Viele Erklärungen zielen auf die gleichsinnige Beeinflussung des dopaminergen »Belohnungssystems« im Gehirn. Durch den gleichzeitigen Konsum von Nikotin und Alkohol gelingt teilweise eine Kompensation von Defiziten, die durch die jeweils andere Substanz ausgelöst werden. Entzugssymptome oder die Aufnahme von Nikotin, Opiaten oder Alkohol stellen zudem einen inneren Schlüsselreiz für den Konsum der jeweils anderen Substanz dar. Im Entzug setzt – zumindest während der akuten Initialphase – eine Suchtverlagerung ein.

## Definition der Abhängigkeit

Laut den Klassifikationskriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Erkrankungen (ICD 10, Kap.V., Dilling et al. 1991) liegt eine Tabakabhängigkeit dann vor, wenn 3 der nachfolgenden 6 Kriterien erfüllt sind:

1. Ein anhaltend starker Wunsch oder eine Art Zwang zu rauchen.
2. Eine verminderte Kontrollfähigkeit bzgl. des Beginns, der Beendigung und der Menge des Tabakkonsums.
3. Das Auftreten von körperlichen Entzugssymptomen bei Tabakabstinenz oder Reduktion der täglich gerauchten Zigaretten oder fortgesetztes Rauchen, um das Auftreten von Entzugssymptomen zu vermeiden.
4. Eine Toleranz gegenüber den physiologischen Auswirkungen des Rauchens – im Laufe der Raucherkarriere hat eine Erhöhung der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten stattgefunden.
5. Eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Tätigkeiten zugunsten des Rauchens.
6. Fortgesetztes Rauchen trotz des Nachweises eindeutig gesundheitsschädlicher Folgen.

Die Klassifikationskriterien des ICD 10 erlauben aber nur eine kategoriale Einteilung in abhängige versus nichtabhängige Raucher.

In der Praxis hat es sich jedoch bewährt, den Grad der Abhängigkeit zu bestimmen, um daraus gezielte Strategien für eine Raucherentwöhnungsbehandlung abzuleiten. Der Fagerström-Test für Nicotine Dependence (FTND, Heatherston, 1991), erfasst neben dem Umfang des Zigarettenkonsums auch andere Variablen des Rauchverhaltens, die mit der körperlichen (z.B. morgendliches Rauchen wegen der Entzugerscheinungen) und psychischen Abhängigkeit (z.B. Rauchverzicht in bestimmten Situationen) verbunden sind.

**Entzugssymptome oder die Aufnahme von Nikotin, Opiaten oder Alkohol stellen zudem einen inneren Schlüsselreiz für den Konsum der jeweils anderen Substanz dar.**

## 1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

Innerhalb von 5 Minuten	3 Punkte
Innerhalb von 6 bis 30 Minuten	2 Punkte
Innerhalb von 30 bis 60 Minuten	1 Punkt
Nach 60 Minuten	0 Punkte

## 2. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z. B. Kino, Bücherei usw.) das Rauchen sein zu lassen?

ja	1 Punkt
nein	0 Punkte

## 3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

Die erste am Morgen	1 Punkt
andere	0 Punkte

## 4. Wieviele Zigaretten rauchen Sie im allgemeinen pro Tag?

bis 10	0 Punkte
11 - 20	1 Punkt
21 - 30	2 Punkte
mehr als 30	3 Punkte

## 5. Rauchen Sie am Morgen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

ja	0 Punkte
nein	1 Punkt

## 6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

ja	0 Punkte
nein	1 Punkt

Der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit ist das international anerkannteste und geläufigste Instrument zur Erfassung der Nikotinabhängigkeit.

Insgesamt können zwischen 0 und 10 Punkte erreicht werden. Raucher, die innerhalb von 5 Minuten nach dem Aufstehen und insgesamt mehr als 30 Zigaretten pro Tag konsumieren, erhalten bereits 6 Punkte. Die Stärke der Abhängigkeit wird als sehr gering (0-2 Punkte), gering (3-4), mittel (5), stark (6-8) und äußerst stark (9-10 Punkte) eingestuft.

Alkohol- und Drogenabhängige sind stärker nikotinabhängig als andere Raucher. In eigenen Untersuchungen erreichten sie einen durchschnittlichen FTND-Wert von 5,8 (Drogenabhängigkeit) bzw. 4,9 Punkten (Alkoholabhängigkeit) im Vergleich zu etwa 3,6 Punkten in der Allgemeinbevölkerung.

## Psychotherapeutische Verfahren

Bei den **Verhaltenstherapien** handelt es sich sowohl um die umfassendsten als auch um die wirksamsten Verfahren zur Raucherentwöhnung. Sie werden zumeist in Gruppen, aber auch einzeln durchgeführt. Darüber hinaus existieren inzwischen einige Selbsthilfemanuale, die die wichtigsten verhaltenstherapeutischen Strategien zur Raucherentwöhnung vermitteln und sich dazu eignen, vom Raucher individuell bearbeitet zu werden. Im allgemeinen bestehen verhaltenstherapeutische Entwöhnungsbehandlungen aus drei Phasen: der Selbstbeobachtungsphase, der akuten Entwöhnungsphase, sowie einer Phase zur Stabilisierung des Entwöhnungserfolges und zur Rückfallprophylaxe.

Die **Selbstbeobachtungsphase** hat das Ziel, die Funktionen des Rauchverhaltens im Alltag sichtbar zu machen. Die Selbstbeobachtung und damit der Erwerb von Wissen über Funktionszusammenhänge eines Verhaltens, das bisher automatisiert und damit unkontrollierbar erschien, ermöglicht die Vorbereitung auf schwierige Situationen und hilft damit bei der Bewältigung der akuten Entwöhnungsphase sowie bei späteren rückfallkritischen Situationen. Techniken, die dabei eingesetzt werden, sind die Verhaltensbeobachtung und Protokollierung mittels Strichlisten, Tagesprotokollen und Situationsfragebögen.

Die **akute Entwöhnungsphase** erfolgt im Anschluss an die Selbstbeobachtungsphase entweder über die Punkt-Schluss-Methode (sofortiger Rauchstopp) oder über die schrittweise Reduktion des Zigarettenkonsums. Die schrittweise Entwöhnung erfolgt über die Bildung von Teilzielen und den Einsatz von Selbstkontrollregeln. In der Phase der Unterstützung des akuten Entwöhnungsprozesses geht es weiterhin um den Aufbau von Alternativverhalten zum Rauchen. Dadurch soll ein Ersatz für das Rauchen gefunden und in den Alltag integriert werden. Weiterhin soll der Entwöhnungserfolg durch den Einsatz von Verträgen und Belohnungen sowie den Aufbau sozialer Unterstützung abgesichert werden.

In der Phase der **Stabilisierung des Entwöhnungserfolges** und der **Rückfallprophylaxe** soll der langfristige Erfolg der Entwöhnung durch die Identifikation von rückfallkritischen Situationen und die Entwicklung und Erprobung von Bewältigungsstrategien (in Form von Rollenspielen und über das gezielte Aufsuchen von rückfallkritischen Situationen) abgesichert werden. Außerdem werden Informationen über gesundheitsförderliches Verhalten und Ernährung vermittelt und ein Muskelentspannungstraining (nach Jacobson) durchgeführt.

## Medikamentöse Verfahren

Unter den medikamentösen Verfahren stehen die vorübergehende medikamentöse Unterstützung mit **Nikotin** (Nikotinpflaster, -kaugummi, oder Nikotinnasenspray) oder mit dem Antidepressivum **Bupropion** als die zur Zeit wirkungsvollsten Methoden zur Verfügung.

Dem Prinzip der Nikotinsubstitution liegt die Nikotinzufuhr zur Abmilderung der Entzugssymptomatik, wie z.B. Reizbarkeit, Herzklopfen, erniedrigter Blutdruck, Müdigkeit, Hungergefühl, Schlafstörungen, Verdauungsstörungen, Frustration, Konzentrationsschwie-

**Verhaltens-therapeutische Entwöhnungsbehandlungen sind nach einem Phasenmodell aufgebaut.**

Tab. 2:  
Deutsche Übersetzung  
des Fagerström Test  
for Nicotine  
Dependence  
(Modifiziert nach  
Heatherton et al.  
1991)

## Welche wirkungsvollen Entwöhnungsmethoden gibt es?

Vielen Rauchern ist trotz des Wissens um die gesundheitsschädigenden Wirkungen des Tabakkonsums eine Tabakabstinenz nicht möglich. Initial stellen Entzugssymptome (Reizbarkeit, Angst, Konzentrationsstörungen, Unruhe, Aggressivität, Schlafstörungen, Appetitsteigerung) die wichtigsten Rückfallgründe dar, mittel- und langfristig fehlen Copingstrategien für rückfallgefährliche »Versuchungssituationen«. Der Tabakabhängige erlebt subjektiv aufgrund des Verstärkerverlustes häufig das Gefühl einer fehlenden Lebensqualität. Hier setzen die Raucherentwöhnungsprogramme an: Während die initiale medikamentöse Unterstützung die Entzugssymptome zu Beginn der Abstinenz unterdrücken soll, sollen verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppen- oder Einzeltherapien die Fertigkeiten des Rauchers erhöhen, mit rückfallkritischen Situationen und Rückfälligkeit besser umgehen zu lernen. Beide Prinzipien seien im folgenden kurz vorgestellt:

rigkeiten und des Rauchverlangens zugrunde. Damit soll der Entwöhnungsprozess erleichtert werden. Der Raucher hat also die Chance, sich mit der Abstinenzvorbereitung, -einhaltung und -bewahrung ohne eine hinderliche Entzugssymptomatik auseinanderzusetzen. Die Verträglichkeit der Nikotinersatzprodukte ist bei bestimmungsgemäßer Anwendung gut. Die Gefahr der Entstehung einer neuen Abhängigkeit scheint bei allen Applikationsformen gering. Nur wenige Ex-Raucher wenden regelmäßig über längere Zeit Nikotinkaugummi oder -nasenspray an. Das Pflaster scheint überhaupt nicht dazu geeignet zu sein, eine Abhängigkeit hervorzurufen.

Einen neuen Ansatz verfolgt das im Juli 2000 zugelassene Entwöhnungsmittel Bupropion (Zyban®). Anwender berichten über eine bedeutende Reduktion des Rauchverlangens. Die vermutete Wirkung der Substanz liegt in einer Regulation von Botenstoffen im Gehirn. Häufige Nebenwirkungen sind Schlafstörungen oder Schwindel. In ersten Studien konnte nach einem Jahr eine Abstinenzquote von fast 20 % nachgewiesen werden. Weitere Untersuchungen müssen die Wirksamkeit im Vergleich mit anderen Therapieformen belegen. Raucher mit einer Zuckerkrankheit, einer Epilepsie oder einer psychischen Erkrankung sollten das Medikament nur in Rücksprache mit ihrem Arzt einnehmen.

## Raucherentwöhnung – eine Chance für Suchtkranke?

»Wir sollten beginnen, psychiatrische Patienten zur Tabakabstinenz aufzufordern. Mehrere Studien haben gezeigt, daß allein schon eine kurze Anweisung (weniger als 10 Minuten) genügt, um die Entwöhnungsraten ansteigen zu lassen...« (Hughes et al 1986)

Die Diskussion um die Notwendigkeit, aber auch die Chance einer Raucherentwöhnung für Patienten in Suchttherapieeinrichtungen wird noch kontrovers geführt. Gegen eine Raucherentwöhnung sprechen in den Augen vieler Therapeuten Argumente wie »die Tabakabstinenz begünstigt Rückfälle in die Drogenabhängigkeit« oder »Raucherentwöhnung schmälert die Popularität einer Therapieeinrichtung«, die Erfolgsaussichten werden zudem als zu gering angesehen.

Vernachlässigt werden dabei synergistische Effekte in der Suchttherapie. Einige Studien belegen in der Tat, dass die Tabakabstinenz die Drogenabstinenz eher fördert und auch die Rauchfreiheit auf der Station sowie Angebote einer Raucherentwöhnungstherapie die Abstinenz für Alkohol und Drogen (Joseph et al 1993) unterstützen. Ein nicht unerheblicher Teil der Drogenabhängigen wünscht selbst eine Tabakabstinenz (Sees & Clark 1993). Natürlich müssen Therapieangebote auf die Bedürfnisse und das besondere Abhängigkeitsprofil der Klientel abgestimmt werden. Vorstellbar ist beispielsweise eine Hochdosis-Nicotinersatztherapie, die Kombination von Nikotin und Bupropion, Langzeitnikotinsubstitution oder die Integrationen der psychotherapeutischen Anteile in die Angebote einer Einrichtung für Suchttherapie, eventuell ergänzt durch nachstationäre Angebote, um zumindest der Klientel der dissonanten Raucher eine wirksame Unterstützung anzubieten.

**Nikotin-substitution kann die Abstinenzvorbereitung, -einhaltung und -bewahrung durch die Vermeidung der Entzugssymptomatik unterstützen.**

**Priv. Doz. Dr. Anil Batra,**

**Dipl. Psych.**

**Martina Schröter**

Universitätsklinik für  
Psychiatrie und

Psychotherapie

Arbeitskreis

Raucherentwöhnung

Osianderstr. 24

72076 Tübingen

☎ 07071-2982685

✉ 07071-294141

✉ albatra@

med.uni-tuebingen.de

## Stiftung Arta

# Arta – Respekt ist das Schlüsselwort

**Konzepte von Therapeutischen Gemeinschaften, die auf den Grundlagen der Antroposophie aufbauen, weichen in einigen zentralen Punkten von Konzepten anderer Einrichtungen ab. Es ist zum Teil die Grundhaltung dem Menschen gegenüber und es ist, daraus abgeleitet, das Verständnis über die Bedürfnisse des Menschen, was diese Unterschiede ausmacht. Dadurch stehen andere Werte im Vordergrund und werden Atmosphäre und Handeln gelenkt. Bereits im Beitrag von Ruurd Reelick (S.12) wurde einiges zur antroposophischen Grundhaltung dargestellt; in der Beschreibung der Angebote der Stiftung Arta wird deutlich, wie sich daraus ein Therapiekonzept ableitet.**

Die 1973 gegründete Stiftung Arta hat sich zum Ziel gesetzt, Drogenabhängige aufzufangen und von ihrer Sucht zu heilen. Arta hat dafür eine völlig eigenes Konzept entwickelt. Die Stiftung verfügt zurzeit über drei Behandlungseinheiten für insgesamt rund 40 Bewohner. Ferner gibt es eine Nachsorgeorganisation, die 50 Personen betreut und über ebenso viele Mietzimmer verfügt. Darüber hinaus betreut Arta zehn bis zwanzig Personen ambulant mit Hilfe von Beratungsgesprächen. Seit 1994 ist Arta dem Allgemeinen Gesetz Besondere Krankenkosten (AWBZ) angegliedert. Obwohl die niederländische Suchthilfe im Allgemeinen regional organisiert ist, hat Arta den Status einer landesweiten Organisation behalten.

Das Betreuungsmodell von Arta basiert auf allgemein-menschlichen Gesichtspunkten und auf der Entwicklungspsychologie, wie sie aus der Antroposophie entstanden sind. Diese werden mit konkreten Erfahrungen im Umgang mit Abhängigen kombiniert. Die in der Antroposophie entwickelten Ideen, Visionen und Begriffe haben sich in der Praxis als sehr brauchbar erwiesen. Was die antroposophische Weltanschauung betrifft, halten sich die Mitarbeiter von Arta gegenüber den Bewohnern und den Teilnehmern an den Programmen stark zurück. Die Antroposophie steht nicht im Vordergrund. Wenn Klienten an den Hintergründen interessiert sind, werden sie darüber informiert. Es ist aber keinesfalls notwendig, dass Bewohner oder Teilnehmer an den Programmen die antroposophische Weltanschauung übernehmen, um erfolgreich zu entziehen.

Ausgangspunkt ist, dass in jedem Menschen – also auch in jedem abhängigen Menschen – ein geistiger Kern lebt, der in der Lage ist, Veränderungen der eigenen Persönlichkeit und der Lebensweise zu initiieren. Dies beinhaltet, dass die Mitarbeiter

**Nicht die Antroposophie, sondern die Klienten stehen im Vordergrund.**

jedem Arta-Bewohner mit Respekt begegnen. Respekt ist ein Schlüsselbegriff, der sich durch die gesamte Behandlung zieht. Bei der Behandlung liegt der Schwerpunkt auf dem Ansprechen derjenigen Fähigkeiten und Qualitäten eines Bewohners, welche die Entwicklungsmöglichkeiten seiner Persönlichkeit positiv aktivieren, stimulieren und fördern können.

Die für Arta in Frage kommenden Zielgruppen werden durch die bestehenden Aufnahmekriterien abgegrenzt. Klienten müssen nicht nur eine gewisse Motivation zur Überwindung der Sucht aufweisen, sondern auch bereit sein, sich dafür einzusetzen. Für Klienten mit chronischer psychiatrischer Problematik oder schwerer krimineller Vergangenheit ist Arta kein optimaler Behandlungsort.

Im Folgenden werden zunächst die drei Elemente, auf denen die Behandlung aufbaut, erläutert. Anschließend werden die Behandlungseinheiten und die Gestaltung der Behandlung in diesen Einheiten eingehend beschrieben.

## *Die drei Elemente: Einzeltherapie, Arbeit und Zusammenleben*

### **Die Einzeltherapie als Grundlage der persönlichen Entwicklung**

Vom Zeitpunkt der Aufnahme an bis zum Abschluss der Nachsorgephase werden Arta-Bewohner individuell betreut. Das bedeutet, dass sie regelmäßige Gespräche mit ihrem persönlichen Betreuer führen. Langfristiges Ziel dieser Betreuung ist, dass die Bewohner ihr Leben wieder selbst in die Hand nehmen können. Sie müssen zunächst zu sich selbst finden und sich in der neuen Umgebung zu Hause fühlen. Anschließend richtet sich die Betreuung auf die Verarbeitung der Vergangenheit, während in der letzten Therapiephase und in der Nachsorge der Blick auf die Zukunft gerichtet wird.

Der therapeutische Leiter legt in Rücksprache mit dem betreffenden Bewohner einen Behandlungsplan fest, der allen anderen Mitarbeitern, die mit diesem Bewohner arbeiten, als roter Faden dient. Gesprächstherapien werden im Laufe des Programms durch andere Therapien unterstützt, die sich speziell auf die individuelle Problematik des Bewohners richten, wie etwa Heil-Eurythmie (therapeutische Bewegungskunst), Sprachgestaltung, Malen, Arbeiten mit Ton und Musik. Zentral steht bei der Einzeltherapie stets das Verhältnis des Bewohners zu sich selbst. Hier darf und muss der Bewohner immer hinterfragen: »Wie geht es mir und was geschieht mit mir?«

### **Arbeit als objektives Schulungsmittel**

Völlig anders ist die tägliche Arbeit, die die Bewohner während der Behandlung auf dem Land, im Rahmen von Bau- und Instandhaltungsarbeiten, im Haushalt und (in

der Nachsorgephase) in verschiedenen Betrieben ausführen. Hier wird von ihnen nämlich verlangt, dass sie ihre persönlichen Probleme vorübergehend zur Seite schieben und das tun, was für die Umgebung oder für den Kunden notwendig ist. Hier müssen Bewohner in der und für die Welt arbeiten und die Anforderungen erfüllen, die aus der Welt an sie gestellt werden. So verlangt beispielsweise die interne Gemeinschaft als »Kunde«, dass die Mahlzeit pünktlich serviert wird und eine gewisse Qualität aufweist. Arbeit ist ein objektives Schulungsmittel. Bei ihrem Versuch, etwas für andere zu tun und dabei Verantwortung zu tragen, lernen die Bewohner sich selbst kennen.

### **Das Zusammenleben fördert und fordert**

Das Zusammenleben der Bewohner und Mitarbeiter umfasst alles, was in einer Gruppe von Menschen geschieht, die unter einem gemeinsamen Dach essen, schlafen, ihre Freizeit verbringen, Besuch empfangen und zudem noch all das verarbeiten müssen, was sie in der Arbeit oder Therapie erlebt haben.

Auch der »Lebensstil« ist ein wichtiger Aspekt. Zentral stehen dabei unter anderem der Tagesrhythmus und die häusliche Atmosphäre. Arta legt großen Wert auf die Gestaltung der Wohnräume: praktisch und funktionell, aber auch schön und »komplett«, mit Blumen auf dem Tisch.

Bei den meisten Bewohnern hat sich während der Suchtphase eine starkes Desinteresse an der Pflege ihres Körpers und ihrer Umgebung eingestellt. Bei Arta wird von ihnen erwartet, dass sie das eigene Zimmer und die Gemeinschaftsräume nicht nur sauberhalten, sondern auch mit Hilfe von Bildern, Pflanzen, Blumen etc. gemütlich machen.

Während es bei der Einzeltherapie um eine egozentrische Haltung, um einen nach innen gekehrten Blick geht und die Arbeit das Interesse an der Welt widerspiegelt, erfordert das Zusammenleben ein Gleichgewicht zwischen diesen beiden Aspekten.

In zwei Programmteilen wird bewusst daran gearbeitet. Einerseits wird das soziale Funktionieren der Bewohner in wöchentlichen Gruppengesprächen von ihnen selbst zur Sprache gebracht. In Gruppengesprächen kann man sich der Konfrontation mit dem eigenen Verhalten schwerer entziehen als in der Einzeltherapie, sie bieten aber zugleich auch die Möglichkeit, sein Leid mit anderen zu teilen. Andererseits kommt die praktisch-organisatorische Seite des Zusammenlebens in wöchentlich stattfindenden Hausversammlungen an die Reihe. Hier werden auch Hausregeln und Vereinbarungen besprochen, die Fragen oder Probleme hervorrufen. Dadurch wird die Hausversammlung für Bewohner und Mitarbeiter zum Übungsplatz, wo sie die individuellen Beiträge der anderen wahrnehmen und honorieren und gemeinsam herausfinden, was die Gemeinschaft als Ganzes verlangt.

***Das Zusammenleben fordert und fördert das Gleichgewicht des Individuums.***

***Individuelle Betreuung steht im Vordergrund.***

## Die drei Behandlungseinheiten

Jede dieser drei Einheiten verfügt über zwei Leiter mit jeweils eigenen Aufgabengebieten: den therapeutischen Leiter und den für die formalen Rahmenbedingungen (Personal, Finanzen, Gebäude etc.) zuständigen Manager.

### Hamingen, Entzug und Einführung

Der Aufenthalt in Hamingen ist nach dem Aufnahmegespräch der erste Schritt bei Arta. Hamingen ist eine Wohn- und Arbeitsgemeinschaft an einem abgelegenen Ort im Umland von Meppel. Sie umfasst einen ehemaligen Bauernhof und verschiedene Wohnhäuser mit mehreren Hektar Land, wo die Bewohner und Mitarbeiter arbeiten und wohnen.

In Hamingen machen die Bewohner zunächst ihren Entzug. Sie lernen dort, in einer Gruppe zu leben und einen regelmäßigen Tagesrhythmus aufzunehmen und kommen körperlich wieder zu Kräften. Pünktlichkeit beim Aufstehen, den Mahlzeiten und den Arbeits- und Ruhezeiten müssen zu einer Gewohnheit werden und bilden die Basis für das weitere Arta-Behandlungsprogramm. In Hamingen und daran anschließend in der Beginnphase der therapeutischen Gemeinschaft werden die Bewohner dabei vor allem von der Gemeinschaft mitgezogen. Später wird ihnen auch auf diesem Gebiet Selbständigkeit abverlangt.

In der ersten Phase arbeiten die Bewohner am Vor- und Nachmittag im Gemüsegarten oder sie pflegen das nahegelegene Naturgebiet. Sie führen Bau- und Instandhaltungsarbeiten durch, versorgen die Tiere, machen den Haushalt und die Küche. In jedem dieser Arbeitsbereiche erhalten sie permanent Anweisungen von einem Arbeitsbetreuer.

Die Kontakte zur Außenwelt sind in Hamingen stark eingeschränkt. Es gibt weder Radio noch Fernseher. Bei vielen Bewohnern rufen diese Regeln ein Gefühl der Sicherheit hervor, weil dadurch auch die Welt der Drogen vor der Tür bleibt. Abends und am Wochenende stehen verschiedene Aktivitäten wie Sport, Theater, Malen, Erzählen etc. auf dem Programm.

Die Betreuer beschränken sich wenn möglich darauf, zuzuhören und Mitgefühl zu zeigen, statt tiefgehende Gespräche zu führen oder heftige Konfrontationen zu suchen.

Allmählich entdecken die Bewohner, dass es einen Zusammenhang zwischen ihrer Sucht und ihrer Persönlichkeit gibt. Sobald sie bereit sind, an sich zu arbeiten, kann der nächste Schritt innerhalb von Arta erfolgen. Der Aufenthalt in Hamingen dauert in der Regel sechs bis acht Wochen.

Ob die Behandlung anschließend in der Therapeutischen Gemeinschaft »Aanzet« oder »De Witte Hull« fortgesetzt wird, hängt davon ab, ob der Bewohner fähig ist, zu reflektieren und durch Einsichten zu lernen oder eher handlungsorientiert ist und Erfahrungen sammeln und daraus lernen will. In dem ersten Fall geht der Bewohner zur Therapeutischen Gemeinschaft »De Witte Hull«, im zweiten Fall zu »Aanzet«.

### Die Therapeutische Gemeinschaft »De Witte Hull«

»De Witte Hull« ist eine sehr geräumige Villa in den Wäldern um Zeist, die zum Teil als Wohnhaus mit eigenen Zimmern für alle Bewohner und zum Teil als Arbeits- und Therapieraum eingerichtet ist. Auf dem Gelände befinden sich ein biologisch-dynamischer Gemüsegarten und eine Werkstatt.

Zu Beginn richtet sich die persönliche Betreuung auf das Funktionieren des Bewohners in der Gemeinschaft. Dafür ist ausschlaggebend, dass der Bewohner gegen Ende dieser Phase den Lebensrhythmus und die Hausregeln von Arta verinnerlicht hat. Die Betreuung wird in dieser Phase durch zwei Programmteile unterstützt. Zu Einen schreibt der Bewohner jeden Abend einen Kurzbericht über seine Aktivitäten am Tage und übergibt diesen seinem Betreuer. An Hand dieser Berichte lernt der Bewohner, sein eigenes Funktionieren zu untersuchen. Zum Andern führen die Bewohner ein Mal pro Woche unter Leitung des Betreuers so genannte Biographie-Gespräche miteinander. Diese Gespräche können ein Gefühl der Verbundenheit mit dem Schicksal des anderen hervorrufen, das die Grundlage für die Fähigkeit zur gegenseitigen Unterstützung bildet.

Die wichtigste Frage, die sich der Bewohner in dieser Phase stellt, lautet: »Will ich mich hier mit Hilfe dieser Menschen ändern?« Diese Entscheidung wird nun aus einer größeren Distanz zur Welt der Drogen getroffen. Es betrifft eine fundamentale Lebensfrage, die man nicht nach ein paar Tagen einfach so beantworten kann.

In dieser Phase, wenn der körperliche Entzug vorbei ist, erwacht die bis vor kurzem noch von Drogen betäubte Gefühlswelt der Bewohner wieder zum Leben.

Wie in Hamingen arbeiten die Bewohner im Gemüsegarten, in der Instandhaltung und im Haushalt. Ohne permanent von anderen darauf angesprochen werden, lernen sie, aus eigener Kraft bei der Arbeit zu bleiben. Sie werden dabei nicht nur von einer entsprechenden Fachkraft, sondern auch von einem »Arbeitsleiter« – einem Bewohner im fortgeschrittenen Behandlungsstadium – betreut. Nach einiger Zeit können neue Bewohner selbst Arbeitsleiter werden, sofern sie von der zuständigen Fachkraft für diese Funktion angenommen werden, was übrigens nicht automatisch der Fall ist. Arbeitsleiter tragen die Verantwortung für die Arbeiten in ihrem Bereich und für die jüngeren Bewohner, die dort arbeiten.

***In dieser Phase erwacht die zuvor von Drogen betäubte Gefühlswelt der Bewohner wieder zum Leben.***

Die Funktion des Arbeitsleiters ist eine Übungssituation, die die Ausbildung von Selbsterkenntnis erfahrungsgemäß stark stimuliert.

Auch bei anderen Aktivitäten werden die Bewohner aufgefordert, Mitverantwortung zu übernehmen. Dazu gehören kulturelle Aktivitäten, Ausflüge und jährliche Feste, die inhaltlich und organisatorisch vorzubereiten sind.

Der Charakter der persönlichen Betreuung ändert sich in dieser Phase. Der Bewohner beschreibt hier seine Biographie, seinen Lebenslauf. Die persönlichen Biographie-Gespräche gehen nun tiefer und weiter in die Vergangenheit zurück und gehen auf die Probleme, die der Sucht zugrunde liegen, ein. Vor dem Zeitpunkt, an dem sie Bekanntschaft mit Drogen geschlossen haben, liegt oft eine Anhäufung von traumatischen, schockierenden Erfahrungen aus der Kindheit. Die Grundhaltung des Betreuers drückt wirkliches Mitgefühl und Solidarität mit dem Bewohner aus. Erst wenn sich die Bewohner endlich ihren Kummer zugestehen, können sie »im eigenen Leben stehen«.

Im letzten Abschnitt wird der Übergang von der therapeutischen Gemeinschaft zur Nachsorge vorbereitet. Das intensive Band zwischen Bewohner und Betreuer wird gelockert, und der Bewohner nimmt Kontakt mit dem Nachsorge-Mitarbeiter auf. Es wird ein vorläufiger Plan für die Nachsorgestadien erstellt, die der Bewohner durchlaufen soll.

Der Bewohner ist zu diesem Zeitpunkt noch lange nicht »geheilt«. Alles Erlernte ist lediglich eine Vorbereitung auf die kommenden Jahre, in denen sich zeigen wird, ob die Behandlung erfolgreich war.

### **Die Therapeutische Gemeinschaft »AanZet«**

»AanZet« befindet sich in Austerlitz, einem Ortsteil der Gemeinde Zeist. Da Alltag und Arbeit weitgehend identisch mit »De Witte Hull« sind, beschränkt sich die folgende Beschreibung vornehmlich auf die Unterschiede dieser beiden Gemeinschaften.

AanZet, inmitten eines Wohnviertels gelegen, bietet zwölf Bewohnern Platz. Die Lage ist in gewisser Weise typisch für den Charakter der Einrichtung: ein Übungsplatz für das Leben ohne Drogen, in einem behüteten Rahmen, aber doch mitten in der Gesellschaft. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, um Bewohnern mit schweren traumatischen Erfahrungen bei der Überwindung ihrer Sucht zu helfen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass man bei dieser Gruppe nicht sofort tief auf die zugrunde liegenden Probleme eingehen darf. Wichtiger ist vielmehr die Schaffung eines behüteten Rahmens. Erst wenn diese Basis gelegt ist, kann die Integration in die Gesellschaft im Hinblick auf Arbeit, Freundeskreis und Kultur angegangen werden und jeder für sich ausmachen, wann mit Unterstützung von Betreuern oder Therapeuten die Auseinander-

setzung mit der Vergangenheit stattfindet.

Auch bei AanZet ist die Behandlung in Phasen strukturiert. In der ersten Phase sucht der Bewohner seinen Platz in der Gruppe. In der zweiten Phase macht der Bewohner neue Erfahrungen im Rahmen von Praktika und anderen Aktivitäten, wie Sport, kulturelle Aktivitäten, Freunde besuchen usw.. Ehrlichkeit gegenüber sich selbst und anderen ist eine wichtige Fähigkeit, der in dieser Phase viel Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Jeder Tag beginnt damit, dass ein Bewohner etwas vorliest, was ihm passend erscheint, etwa ein Gedicht, einen Spruch oder etwas anderes. Anschließend erzählt jeder, was er an diesem Tag machen wird. Alle Vorhaben werden in einem Terminkalender notiert. Ein anderer Bewohner schildert seine Eindrücke vom Vortag und berichtet, wie er diesen erlebt hat. Der Tag wird auch gemeinsam beendet, wobei jeder über die Ereignisse des Tages berichtet. Auch die Woche wird auf vergleichbare Weise abgeschlossen. Dadurch erhält jeder die Gelegenheit, vor den anderen in Erscheinung zu treten und präsent zu bleiben.

Die letzte Phase steht im Zeichen des Abschieds, der Nachsorge und der neuen Arbeits- und Wohnsituation.

## *Nachsorge und Wiedereingliederung – die Konfrontation mit der Gesellschaft*

Ziel der Nachsorge ist es, Menschen, die aus einer therapeutischen Gemeinschaft kommen, bei der Eingliederung in die Gesellschaft zu helfen. Die Konfrontation mit der Gesellschaft ist für viele ehemalige Arta-Bewohner oft ein Schock. Plötzlich müssen sie alles alleine machen, in einer Gesellschaft, die sie nicht gerade mit offenen Armen empfängt und die auch wesentlich höhere Anforderungen als die »Therapie-Gesellschaft« stellt. Eine gute Begleitung kann den Übergang erleichtern und die ständig bestehende Rückfallgefahr reduzieren. Auch in der Nachsorge gelten die drei Elemente: persönliches Empfinden, Arbeit und Zusammenleben. Neben der Arbeit müssen Ex-Bewohner auch ein Sozialleben entwickeln.

Die Nachsorge bei Arta hat sich seit den Anfängen im Jahre 1980 zu einer weit verzweigten Organisation für Wiedereingliederung entwickelt. Sie umfasst ein Netz von Kontakten mit Einrichtungen und Betrieben, die Praktika oder Arbeitsplätze anbieten, aber auch Kontakte im Bereich von Arbeitsvermittlung, Berufswahl und Schulung.

Das Nachsorgeangebot bei Arta beinhaltet auch unterschiedliche Wohnmöglichkeiten. Zum Einen gibt es behütetes Wohnen in großen Wohngruppen, wo täglich Nachsorgemitarbeiter anwesend sind. Zum Anderen gibt es Zimmer in kleinen Wohn-

**Erst wenn sich die Bewohner endlich ihren Kummer zugestehen, können sie »im eigenen Leben stehen«.**

**Das bewusste Wahrnehmen von Aktivitäten und deren Wirkungen im Tagesablauf und für die eigene Befindlichkeit wird gezielt gefördert.**

## **Die Nachsorgean- gebote sind die Brücke in das eigenständige Leben**

gruppen, wo ein geringeres Maß an Betreuung geboten wird. In manchen Wohnungen wohnen die Menschen selbständig, während ein Betreuer zu festen Zeiten vorbeischauf. Ex-Bewohner von Arta können die Projekte für behütetes Wohnen ein Jahr lang in Anspruch nehmen. Manche Ex-Bewohner nehmen sich auch eine eigene Wohnung und halten von sich aus Kontakt mit den unseren Nachsorgemitarbeitern.

Mitunter nehmen ehemalige Bewohner nach einigen Jahren wieder Kontakt mit der Nachsorgeabteilung auf, zumeist nach einem einschneidenden Ereignis, das sie aus dem Gleichgewicht gebracht hat.

## **Poliklinik und Teilzeitbehandlung – ein zusätzliches Arta-Angebot**

Das Angebot einer poliklinischen Behandlung richtet sich an Menschen, die zuvor in einer therapeutischen Gemeinschaft gelebt haben und nun mit bestimmten Problemen konfrontiert werden. Eine weitere Zielgruppe sind Menschen, die sich im Anfangsstadium einer Abhängigkeit befinden und für die eine Aufnahme in einer therapeutischen Gemeinschaft eine zu hohe Anforderung darstellen würde. Die Teilnehmer an einer poliklinischen Behandlung führen ein Gespräch pro Woche, unterstützt durch Kunsttherapie.

Die Teilzeitbehandlung wird in zwei separaten Gruppen angeboten: Eine Gruppe richtet sich vor allem auf Sucht, die andere auf Sucht in Kombination mit psychiatrischen Problemen. Beide Gruppen kommen an zwei Tagen pro Woche zusammen. Die Teilnehmer müssen in der Lage sein, in der Gruppe zu arbeiten und noch über ein gewisses Maß an sozialer Integration verfügen, zum Beispiel Arbeitsstelle oder Freundeskreis. Die Dauer der Teilzeitbehandlung beträgt in der Regel sechs bis zwölf Monate.

### **Stichting Arta**

Hamingen 1-12  
7951 KN Staphorst  
☎ 00 31-5 22-25 57 59  
☎ 00 31-5 22-26 37 42  
www.stichting-arta.nl

**Niek Dekker**

## **Hilft Homöopathie bei der Überwindung von Sucht?**

**Seit Mai 1998 besteht für Klienten der Brijder-Klinik die Möglichkeit, die Behandlung durch homöopathische Heilmittel zu unterstützen. Diese Medikamente werden von Frans Kusse verabreicht, einem Arzt des Homeopathisch Artsencentrum Amsterdam. Auf Grund der positiven Resultate in der sechsmonatigen Testphase wurde eine Fortsetzung des Experiments beschlossen. Bedingung ist jedoch eine optimale Zusammenarbeit zwischen Therapeut, homöopathischem Arzt und Klient. Dieser Beitrag erschien bereits in der Zeitschrift der Brijder Stiftung «De Uitbrijder», Januar 2001.**

### **Die Grundlage**

Homöopathie ist eine Form der Heilkunde, bei der der Genesungsprozess mit einem passenden Medikament im körperlichen und im mentalen/emotionalen Bereich stimuliert wird. Die Behandlung basiert auf der Fähigkeit des Menschen zur Selbstheilung. Die eingesetzten Medikamente stammen nahezu ausschließlich aus der Natur. Die Zutaten werden aus Pflanzen, Mineralien und Tieren gewonnen. Die Zubereitungsweise – das Medikament entsteht durch Verdünnen und Schütteln des Ausgangsstoffes (dieser Prozess wird Potenzieren genannt) – sorgt dafür, dass keine chemische Interaktion mit eventuellen anderen Medikamenten auftritt.

### **Ein Experiment**

In der Abteilung Teilzeitbehandlung der Brijder-Klinik in Alkmaar wurden zuvor schon Erfahrungen mit der Bach-Blüten-Therapie gemacht, die viele Parallelen zur Homöopathie aufweist. Homöopathie wirkt jedoch tiefer, sowohl mental/emotional als auch körperlich. Bach-Blüten haben eine mildere Wirkung, eignen sich besser für Selbstmedikamentierung und sind ein ideales Mittel bei emotionalen Problemen. Die Mitarbeiter der Abteilung wollten herausfinden, ob Homöopathie einen Beitrag zur Behandlung von Abhängigen leisten kann und schlugen eine sechsmonatige Testphase vor. Die Behandlungskoordinatoren aller Abteilungen konnten Klienten überweisen.

Homöopathie kann in akuten Situationen Erleichterung verschaffen und könnte somit die Entgiftung unterstützen. Laut Kusse liegt ihre große Stärke aber in der Behandlung von chronischen Krankheiten, sowohl körperlich als auch seelisch. Darum wurde die Behandlung in erster Linie Klienten angeboten, welche die Detox-Phase

**Homöopathie basiert auf der Fähigkeit des Menschen zur Selbstheilung – sowohl im körperlichen wie auch im mentalen Bereich.**

hinter sich hatten und sich der zugrunde liegenden Probleme bewusst geworden sind. Bedingung für den Erfolg einer homöopathischen Behandlung ist nämlich eine gewisse Fähigkeit zur Selbstbeobachtung.

## Mögliche Blockaden

Die angemeldeten Klienten wurden einer einstündigen Anamnese unterzogen, wobei alle Faktoren, die zum Entstehen der Sucht geführt hatten, sowie die vorrangigsten körperlichen und seelischen Symptome untersucht wurden. Kusse: »Ausgehend vom Gesamtbild des Klienten verschrieb ich ein homöopathisches Heilmittel. Die Informationen, die der Behandlungskordinator erteilte, spielten dabei eine wichtige Rolle«. Bei der Auswahl des Heilmittels wurde vor allem auf mögliche Blockaden geachtet, die einer Genesung im Wege stehen könnten. Die Klienten wurden nach vier bis acht Wochen einer halbstündigen Untersuchung unterzogen, um den Effekt des Heilmittels auszuwerten.

Anschließend wurde nach Rücksprache mit dem Behandlungskordinator entschieden, ob die Medikation angepasst wird oder nicht. In der Testphase wurden 13 Klienten behandelt.

## Erfolge gerade bei Persönlichkeitsstörungen

Nach einem halben Jahr wertete Kusse die Behandlung zusammen mit den Klienten und dem Behandlungskordinator aus. An Hand eines Fragebogens teilten die Klienten ihre Erfahrungen mit der Behandlung mit. Zehn Klienten füllten den Fragebogen aus, die übrigen drei hatten die Abteilung Teilzeit vorzeitig verlassen. Alle zehn ließen sich uneingeschränkt positiv über die homöopathische Behandlung aus, obwohl einige anfangs skeptisch gewesen waren. Ihre Bewertung stimmte voll und ganz mit der Bewertung von Kusse und den Behandlungskordinatoren überein.

Behandlungsergebnis	Anzahl Klienten
Abgebrochen	3
Zweifelhaft	1
Ausreichend	1
Gut	6
Ausgezeichnet	2
Gesamt	13

Behandlungskordinatorin Wilma Bakker: »Bei den sechs Klienten mit »gutem« Behandlungsergebnis handelte es sich um Menschen mit charakterneurotischer Struktur beziehungsweise mit einer Persönlichkeitsstörung. Bei ihnen hat die Homöopathie neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnet. Ihre psychische Abwehrkraft hat in der ersten Woche zugenommen, was bei homöopathischen Behandlungen üblich ist. Anschließend nahm sie immer weiter ab und die Beschwerden wurden besprechbar.«

»Ein Klient mit »ausgezeichnetem« Behandlungsergebnis litt unter einer schweren Charakterneurose mit heftigen sexuellen und aggressiven Zwangsvorstellungen. Seine Symptome verschlimmerten sich dermaßen, dass er wieder zu Rauschmitteln griff, waren aber nach einer Woche völlig verschwunden.«

»Der andere litt unter einer schweren Persönlichkeitsstörung mit antisozialen Zügen. Er hatte mehrere Behandlungsversuche unternommen, war aber stets abgewiesen

worden. Die homöopathische Behandlung brachte seine Ängste an die Oberfläche, wodurch er eine Zeitlang unter starken Angstzuständen litt. Er hielt diese Ängste aber aus, und das Bedürfnis, Rauschmittel zu nehmen, nahm ab.«

## Selbsteinsicht ist eine wichtige Grundlage

Die Resultate des Experiments in der Brijder-Klinik decken sich mit denen der homöopathischen Ärztepraxen in den Niederlanden. Bei 60 bis 70 Prozent der chronischen Patienten tritt eine Verbesserung ein. Dieses Bild zeichnete sich auch im zweiten Jahr des Brijder-Experiments ab. Sieben der zehn Patienten reagierten »gut« oder »ausgezeichnet« auf die Behandlung.

Kusse: »Die Problematik der Brijder-Klienten ist schwerer als die der Durchschnittspatienten meiner Amsterdamer Praxis. Es gab immer ein oder mehr schwere psychische Traumata in der Vorgeschichte, zumeist in der frühen Kindheit. Die Klienten, die gut auf die Behandlung reagierten, waren alle stark motiviert, an sich selbst zu arbeiten, und verfügten über ein gewisses Maß an Selbsteinsicht. Zudem schilderten die Berichte der Behandlungskordinatoren ein recht vollständiges Bild der Persönlichkeit und der Abwehrmechanismen der Klienten. Dies ist notwendig, um ein passendes Heilmittel zu finden.«

Die Behandlung mit homöopathischen Mitteln in der Brijder-Klinik ist mittlerweile kein Experiment mehr. Die zufriedenstellenden Resultate auch der zweiten Auswertung sind Grund genug, das Angebot aufrecht zu erhalten. Kusse ist nun alle zwei Wochen einen halben Tag in der Klinik, um Klienten zu untersuchen und deren weitere Behandlung mit den Behandlungskordinatoren zu besprechen.

## Kraft und Einsicht als Voraussetzung

Homöopathie kann einen Beitrag zur Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen leisten, die eventuell zur Sucht geführt haben. Eine homöopathische Behandlung kann aber auch psychische Reaktionen hervorrufen. Kusse ist daher der Auffassung, dass der Klient genügend Kraft und eine gewisse Einsicht in die zugrundeliegende Problematik haben muss, soll die homöopathische Behandlung erfolgreich sein.

Bei der Wahl der geeigneten Heilmittel sind neben den körperlichen Symptomen auch die Persönlichkeitsmerkmale des Klienten ein wichtiger Faktor. Kusse: »Wir versuchen zunächst, einen Einblick in die psychischen Reaktionsmuster des Klienten zu erhalten. Darum sind Motivation und die Bereitschaft zur Selbstreflexion so wichtig.«

Die Resultate der Auswertung stimmen alle Parteien zufrieden. Es hat sich gezeigt, dass homöopathische Heilmittel, die von einem homöopathischen Arzt verschrieben werden, die Behandlung von Abhängigen unterstützen können, indem sie die Behandlungsmöglichkeiten vergrößern. Zudem kann die homöopathische Anamnese zu einem besseren Verständnis der psychischen Reaktionsmuster beitragen.

**Die homöopathische Anamnese kann zu einem besseren Verständnis der psychischen Reaktionsmuster beitragen.**

**Brijder Stichting**  
Postbus 414  
1800 AK Alkmaar  
☎ 00 31-72-527 2800  
📠 00 31-72-5 15 4971



## *Eine neue Rubrik im BINAD-INFO*

Unter dem Titel »Podium« präsentiert die Redaktion des BINAD-INFO erstmals in dieser Ausgabe Beiträge externer Autoren, die jeweils aus ihrer Sicht und Position heraus Stellung nehmen zu der Entwicklung und den Perspektiven der Sucht- und Drogenhilfe. Es sind dabei – neben den unterschiedlichen Ausgangspositionen – deutlich voneinander abweichende Ansätze zu Grunde gelegt.

Ausdrücklich wird an dieser Stelle aufgerufen, zu diesen Beiträgen Stellung zu nehmen, eigene Bilanzierungen vorzunehmen und diese den Leserinnen und Lesern des BINAD-INFO vorzustellen. Vielleicht kann das nächste INFO bereits Leser/innenmeinung dazu enthalten?!

### *Zu den Autoren und ihren Beiträgen:*

**Prof. Dr. Wolfgang Heckmann** lehrt und forscht seit 1993 an der Fachhochschule Magdeburg. Er ist aus der deutschen Sucht- und Drogenhilfelandchaft nicht wegzudenken und resümiert auf Seite 61 vor dem Hintergrund des »Prinzip Hoffnung« über Therapiekonzepte, macht sich Gedanken über deren Zukunft: Haben sie eine oder sind sie »Auslaufmodelle«?

Diese Bilanz zieht Prof. Heckmann in dem Bewusstsein, dass die drogenfreie Therapie der »Königsweg« der Drogenhilfe ist – wenngleich er die Existenzberechtigung der nicht an Drogenfreiheit orientierten Angebote sieht. Dabei kritisiert er durchaus die Ausgestaltung der Therapiekonzepte: Sie erfassen nicht alle Lebensbereiche der Abhängigen, der Klienten. Der Beitrag geht zurück auf einen Vortrag, der von ihm am 3.-5. Mai 2000 in Miesbach anlässlich der Tagung »Sucht und Zukunft – 2. Internationales Symposium der DO SUCHTHILFE« gehalten wurde. Die Zeitschrift »KONTUREN« veröffentlichte den Text in der Ausgabe 6/2000 (Nov./Dez.2000), zu beziehen ist der vollständige Text über den Autor oder über BINAD.

**Dr. Wolfgang Schneider**, Leiter der Drogenhilfe- und -Forschungseinrichtung INDRO e.V. in Münster, ist bekannt für seine Arbeit im Feld der akzeptierenden Drogenarbeit. Er zieht ab Seite ... eine »Bilanz akzeptanzorientierter Drogenarbeit« und möchte mit seinen »ketzerischen Anmerkungen« bewusst irritieren. Der Kürzung fiel der Teil des Textes zum Opfer, in dem Dr. Schneider die »Produktion von Klienten« beschreibt und kritisiert. Verantwortlich dafür sieht er die Grundhaltung, Drogenabhängigkeit als Krankheit zu verstehen. Die daraus resultierenden Reaktionen des Hilfesystemes machen Drogenkonsumenten und -abhängige zu unmündigen Objekten. Die akzeptanzorientierten Ansätze gehen zwar von einer anderen Prämisse aus und sehen das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen – aber auch daraus wird ein Geschäft, wie er kritisiert.

Auch in diesem Fall ist die Originalfassung über den Autor oder über BINAD erhältlich, sie wurde bereits in »Sozial extra« und der »Wiener Zeitschrift für Suchtforschung« im Juni 2001 veröffentlicht.

**Teilen Sie uns Ihre Meinung mit, als Brief, als Fax (0251-591-5499) oder als E-mail (binad@lwl.org)!**

**Prof. Dr. Wolfgang Heckmann**

## *Therapiekonzepte: Zukunfts- oder Auslaufmodelle?*

Wenn wir uns ernsthaft daranmachen, in die Zukunft zu blicken, tun wir wohl ganz gut daran, zunächst Bewährtes zu bewahren. Was also haben wir gelernt, seit wir begonnen haben, den zuerst in den 60er Jahren vorherrschenden Repressions- und Verwehrstrategien im Umgang mit den Konsument/innen illegaler Drogen (psycho- und sozio-) therapeutische Konzepte entgegenzusetzen?

### *Die Lehren aus drei Jahrzehnten Drogenhilfe sind vergleichsweise schlicht:*

#### **1. Manche Menschen können mit Drogen umgehen.**

Das ist eine für uns Therapeut/innen nicht sehr angenehme Wahrheit. Natürlich gilt sie auch unterschiedlich je nach konsumierter Droge. Mit Alkohol z.B. können durchaus mehr Menschen umgehen als mit Nikotin – und mit Cannabis z.B. mehr als mit Heroin. Es gibt in Bezug auf jede Droge Menschen, die gepflegt konsumieren können, die kaum jemals zu maßlosem Konsum übergehen, die nicht abhängig werden. Für diese Menschen sind wir, ist die Drogenhilfe nicht zuständig.

#### **2. Viele Menschen können nicht mit Drogen umgehen.**

In diesem Fall gibt es nicht viele Optionen. Natürlich ist es möglich, vom missbräuchlichen Konsum in den maßvollen Konsum zurückzufinden. Das versuchen auch viele, die bemerken, dass ihnen die Sache entgleitet. Aber sicher ist nur ein Weg: Wer mit einer bestimmten Droge nicht umgehen kann, sollte von ihr lassen. Die Erkenntnis ist schmerzlich und vieles stellt sich ihr immer wieder in den Weg. Aber wer sie einmal gewinnt, weiß sofort, was zu tun ist.

#### **3. Die Mehrheit derer, die Drogen konsumieren, halten sich für Kategorie 1.**

Der allergrößte Teil unserer Klientel kämpft mit sich, mit den Angehörigen, mit den Organen der Rechtspflege, mit uns, vor allem aber immer wieder mit sich selbst gegen die Erkenntnis an, dass man zur Kategorie 2 gehören könnte. Selbst nach der einmal erfolgten Kapitulation vor der Droge, selbst nach Zusammenbruch, Entzug und Entwöhnung, kehrt die Idee zurück, man könnte es doch noch einmal miteinander probieren. Der Rückfall ist selten ein brutal und rauschhaft eintretendes Er-

***Dass es auch Menschen gibt, die mit Drogen umgehen können, ist für Therapeuten keine angenehme Wahrheit.***



eignis, sondern ein schleichender Prozess, begleitet von der Illusion, doch nur gelegentlich und maßvoll mit dem Stoff umgehen und morgen wieder davon lassen zu können.

#### 4. Nicht wenige Menschen können sich selbst aus der Abhängigkeit befreien.

Auch so eine unangenehme Erkenntnis für engagierte Helfer/innen: Spontan-Remissionen, maturing-out gibt es wirklich – und nicht einmal selten. Man kann Schätzungen kaum widersprechen, nach denen ebenso viele Menschen ohne Therapie clean oder trocken werden wie mit professioneller Unterstützung. Bei genauerer Betrachtung findet man auch bei den Prozessen des Heraus-Reifens aus der Abhängigkeit quasi-therapeutische Prozesse und soziale Unterstützung, gute und pädagogisch begabte Freunde, unerwartete positive Perspektiven und materielle Anreize, aber es bleibt dabei: Nicht alle Süchtigen brauchen die Suchtkrankenhilfe.

#### 5. Aber: Sehr viele Drogen-Konsument/innen brauchen Hilfe zur Selbsthilfe.

Der Anstoß zum Ausstieg kommt weder bei den Spontan-Heilern noch bei den auf die helfende Hand Angewiesenen ganz von allein, ganz von innen heraus. Münchhausens Zopf steht den Suchtkranken nicht zur Verfügung. Von der Idee einer Veränderung bis zur wirklichen Verhaltens-Modulation braucht es stetige Unterstützung: von Angehörigen, von ehrenamtlichen Helfern in Selbsthilfegruppen, von sozialen, psychologischen und medizinischen Diensten, die mitnichten spezialisiert, sondern nur im richtigen Moment aktiv sein müssen.

#### 6. Hilfe zur Selbsthilfe kann auch und muss in bestimmten Fällen professionell sein.

Für die Profis bleibt ein Rest von Leuten, die ihrer bedürfen. Und er ist groß genug, dass sie nicht um ihre Existenz fürchten müssen. Größer ist immer noch und auf lange Sicht das Risiko, dass sie zuwenig sind, um die große Zahl derer, deren Krankheitsverlauf so komplex und so dramatisch ist, dass sie ohne professionelle Diagnostik, Therapie und Rehabilitation nicht wieder ins Leben zurückfinden können. Wir haben hier an starke Verwahrlosungs-Erscheinungen, an Vereinsamung, an Doppel-Diagnosen, an Mehrfach-Schädigungen zu denken, an die Verlassenen und die Aufgegebenen. Professionelle Hilfe darf nicht aufgeben und nicht ausschließen.

Soweit zu den einfachen Wahrheiten aus 30 Jahren Therapie-Erfahrung mit Drogen, insbesondere mit Opiat-Abhängigen. Aber haben so schlichte Erkenntnisse noch eine Zukunft? Geht nicht vielmehr das Konzept derer auf, die die Angst vor den illegalen Stoffen nutzen, um sich selbst wichtig zu machen und zu ungewöhnlichen, radikalen Maßnahmen aufzurufen? Muss der Mystifizierung des Drogenkonsums nicht die Mystifizierung der Drogenhilfe und Drogenpolitik folgen?

Therapie ist nicht zu verwechseln mit Management. In vielen Diskursen über »das Drogenproblem« steht städtisches oder regionales Krisen-handling im Vordergrund. Der verständliche Wunsch, Drogenkonsum zu einem »managable problem« zu entwickeln oder zu definieren, führt zu globalen oder Patent-Lösungen, die oft auf den ersten Blick auch überzeugen. Bei Drogen und beim Umgang mit Drogenmissbrauchern und -abhängigen aber zeigt sich ein Dilemma: Hilfe ist zwar möglich, aber sie erscheint zu umständlich, zu aufwändig, zu teuer, zu anstrengend, zu schwer in Zuständigkeiten einpassbar, zu wenig stromlinienförmig eben. Das Drogen-Problem hat ähnlich wie später das Aids-Problem die eingefahrenen Gleise unseres scheinbar perfekten medizinischen Versorgungs-Systems gesprengt und verlangte nach Innovationen. Die erste Reaktion in den 60er und 70er Jahren hieß bei der Bundesärztekammer: Klinik oder Nicht-Befassung. Mit anderen Worten: wer in seiner Praxis einen Drogen-Konsumenten sichtete, sollte ihn unmittelbar in die Klinik, also in die stationäre Behandlung überweisen, oder aber sich mit ihm nicht befassen, ihn letztlich abweisen.

Heute sehen wir eher eine Re-Medizinisierung, also ein hohes Interesse des ärztlichen Berufsstandes, sich auch mit diesen »Schmuddelkindern« zu befassen. Motor für diese Entwicklung sind vermutlich einerseits die »Mediziner-Schwemme« der 90er Jahre, andererseits die zunehmende Akzeptanz medizinischer Antworten auf das Drogenelend – wie Ersatzdrogen – und Originalstoff-Programme. Diese kommen dem naturwissenschaftlichen Kausal-Prinzip »Hier das Symptom, dort das Heilmittel« entgegen. Sie entheben der Mühe, tiefer zu forschen. Die Entdeckung von Synapsen, die für den Prozess der Suchtentwicklung bedeutsam sein mögen, die Isolierung von Botenstoffen, die wenn sie nur rechtzeitig nachgefüllt werden, den Entzug zu einem Spaziergang verwandeln können – und nicht zuletzt die Vermarktung solcher Erkenntnisse als Durchbruch bei der »Lösung« des Drogenproblems – fördern die Erwartungshaltung in die auf dem Gebiet der ursächlichen Behandlung von Süchten in Wirklichkeit längst und gründlich gescheiterte medizinische Wissenschaft.

*Neue Erkenntnisse, »verpackt« in Vermarktungsstrategien, fördern die Erwartungshaltung zu einer »Lösung« des Drogenproblems*

### Ein- oder mehrdimensionale Strategien: Wer oder was aber hilft?

Die **eindimensionalen Lösungsvorschläge** haben eine wechselnde Konjunktur und bleiben seit Jahrzehnten dieselben: Zwangs-Therapie, (Ersatz-)Drogen-Vergabe, Legalisierung einzelner oder aller Drogen. Grundsätzlich gilt, dass eindimensionale Lösungsvorschläge Politiker/innen und sogenannten Expert/innen helfen, öffentliche Aufmerksamkeit und Profil zu gewinnen, den Suchtkranken helfen sie weniger. Beispiele für solche eindimensional angelegten Drogen-Debatten sind der »Krieg dem Rauschgift« (Bundesregierung, alt) oder die »Originalstoff-Vergabe« (Bundesregierung, neu). Das Thema Drogenpolitik ist wohlfeil für hohe öffentliche Aufmerk-

*Steht zu befürchten, dass trotz der einfachen Erkenntnisse das Konzept derer aufgeht, die die Angst vor illegalen Drogen schüren, um radikale Maßnahmen einzuleiten?*



samkeit bei geringer Investition. Man braucht nur einige von den Forderungen zu erfüllen, die die alte Bundesregierung konsequent abgewiesen hat. Es reicht sogar schon, deren Erfüllung anzukündigen – und schon erscheint man im Gewand des Fortschritts. Der resignative Ansatz Originalstoffvergabe von Heroin an Heroinabhängige, gelegentlich auch euphemistisch als »Substitution mit Original-Substanzen« bezeichnet, ist besonders bei den grünen Gesundheitspolitiker/innen ebenso beliebt wie die Idee der staatlich lizenzierten »shooting galleries« oder »Spritze-Hüslis«, in Deutschland euphemistisch gern mit »Gesundheitsräume« übersetzt. Gibt es Gesundes im Kranken?

**Es bleibt also in Deutschland bei dem erstklassigen gesundheitspolitischen Skandal, dass nur 2-5 % derjenigen, die einer Behandlung bedürften, überhaupt ein ernstzunehmendes und wirksames Angebot erhalten.**

Es bleibt also in Deutschland bei dem erstklassigen gesundheitspolitischen Skandal, dass nur 2-5 % derjenigen, die einer Behandlung bedürften, überhaupt ein ernstzunehmendes und wirksames Angebot erhalten. Alle anderen bleiben in den Warteschleifen, in den bürokratischen Schlingen, in der Nicht-Beachtung, im Stigma der Nicht-Motivierbarkeit und in den Fallstricken der Repression hängen. Die neue symbolische Politik der Heroinvergabe und der Gesundheitsräume nützt, neben den Politiker/innen, nur wenigen Menschen – wenn sie nützt.

Die **mehrdimensionalen** Strategien haben sich in der internationalen Fachdiskussion weiterentwickelt und umfassen heute vier Aspekte: demand reduction, supply reduction, risk reduction, harm reduction. Statt der verführerisch einfachen eindimensionalen Lösungsversuche bleibt eine kombinierte Strategie aus Reduzierung der Nachfrage, Reduzierung des Angebotes, Reduzierung der Risiken, Reduzierung der Not und des Elends.

Die beiden – früher ausschließlich verwendete – Begriffe »supply reduction« und »demand reduction« waren so unangemessen nicht, um die Verhältnisse in der Schattenwirtschaft der Drogen-Szene zu charakterisieren. Zwei Nachteile aber waren in dieser Diskussion erkennbar: Zum einen war es über Jahrzehnte hinweg äußerst mühsam, den Regierungen in aller Welt nahe zu bringen, dass auch die Verringerung der Nachfrage durch Investitionen in Erziehung, Beratung und Therapie auf der Tagesordnung steht. Zum andern lagen zusätzliche Effekte, wie vermehrte Gesundheitsrisiken und verstärkte Verelendung durch Drogenkonsum, beim Streit um Angebot und Nachfrage-Reduktion zu wenig im Blickfeld.

Deshalb liegt schon ein großer Verdienst in den Aktivitäten, die sich mit Forderungen nach Verminderung von Risiken und des Elends in Form von spektakulären Methoden wie Gesundheitsräumen Gehör verschafft haben. Es ist aber auch ein Verdienst der internationalen Fachdiskussion, die u.a. von Organisationen wie der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und dem ICAA (Internationaler Rat gegen Alkohol und Abhängigkeiten) getragen wird, eine comprehensive Strategie zu entwickeln, die alle bedeutenden Aspekte integriert und nun nicht in den umgekehrten Fehler verfällt, nur noch auf harm- und risk-reduction zu setzen. Auf dieser Grundlage ist es unter

seriösen Fachleuten zu der weltweit empfohlenen Vierfach-Strategie gekommen. Allerdings bedarf es nach wie vor einiger Klärstellungen und Festlegungen zur Terminologie, denn ideologische Positionen und Heilslehren verengen den Blick auf eine wirklich umfassende strategische Orientierung.

Man darf wohl annehmen, dass es die Zukunft einer globalen Strategie im Umgang mit Suchtgefährdung und Drogenabhängigkeit nur in einer derartig vielfältig orchestrierten und harmonisch die unterschiedlichen Grundüberzeugungen integrierenden vierdimensionalen Strategie geben kann. Und mehr noch: Zukunft wird nur sein, wenn sie für strategische Erweiterungen offen bleibt. Das ist ein sehr hoher Anspruch und seine Einlösung wird durch die sehr menschliche Neigung, für komplexe Probleme einfache Lösungen zu wünschen, behindert. Dass dieser Wunsch insbesondere auch im politischen Alltag immer wieder das Handeln bestimmt, verpflichtet uns zu geduldigem Umgang, gleichwohl hartnäckiger Überzeugungsarbeit gegenüber politisch Verantwortlichen.

## Mehrdimensionale Therapieziele

Therapieziele für Suchtkranke können sich ebenfalls nicht eindimensional (beispielsweise auf Abstinenz) orientieren. In Therapeutischen Gemeinschaften werden sie in der Regel vielfältiger entwickelt als Lebensfähigkeit, die gleichgesetzt werden kann mit differenzierten Teilzielen wie Arbeitsfähigkeit, Liebesfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Abstinenzfähigkeit und Genussfähigkeit. Letztere wird leider zu sehr vernachlässigt und es zeigt sich nicht eben selten in einer therapeutischen Einrichtungen, dass Mitarbeiter/innen teilweise selbst Schwierigkeiten haben, das Leben zu genießen oder genussvoll zu leben. Andererseits kann man auch im therapeutischen Klima deutliche Unterschiede erkennen zwischen Einrichtungen, in denen ein Misstrauen gegenüber allen Formen von Lust und Genuss vorherrscht, und solchen, in denen bewusst positive, genussreiche Alternativen zum Drogenkonsum gelebt werden. Die Therapeutische Gemeinschaft hat hier grundsätzlich mehr zu bieten als ein stärker auf Behandlung, Reparatur und Anpassung orientiertes Regime, weil sie selbst von ihren Ursprüngen und Kernelementen her einen Gegenentwurf zur Gesellschaft darstellt, der weniger Konkurrenz, mehr soziale Unterstützung und Selbstverwirklichung ermöglicht.

Ähnlich wie mit der tendenziell misstrauisch oder missgünstig betrachteten Sache mit dem Genuss ist es mit der Liebe. Weil es mit der Liebe so schwierig ist und weil sie auf jeden Fall den therapeutischen Prozess stört, verlieren wir das Teilziel Liebesfähigkeit allzu leicht aus den Augen. Obwohl wir zumindest bei den allermeisten Klient/innen einen Begriff davon haben, dass sie beziehungsgestört sind und obwohl wir innerhalb der Gemeinschaft auch die Entwicklung und Pflege personaler Beziehungen fördern, tun wir meiner Beobachtung nach noch immer viel zu wenig, um

**Genuss- und Liebesfähigkeit sollten eigentlich wichtige Therapieziele sein; wir begegnen ihnen jedoch tendenziell mit Misstrauen oder Missgunst.**



die spezifische Partner-Problematik und ein befriedigendes Liebesleben als Teil des therapeutischen Auftrags anzunehmen.

Es wären gewiss reichlich weitere Teilziele zu nennen, die in einzelnen Einrichtungen verfolgt werden – und diese zusätzlichen Ziele machen in der Regel ja auch das Spezifische einer jeden Therapie aus. Ich möchte hier nur noch einige Ziele nennen, die selten ausdrücklich benannt werden, die mir jedoch besonders wichtig sind. Es sind dies Nächstenliebesfähigkeit, Traumfähigkeit und Transzendenzfähigkeit. In der Besinnung auf solche Ziele und in deren hartnäckiger Propagierung und Verfolgung liegt erkennbar und erfühlbar ein ganz starkes Zukunftspotenzial.

### *Königsweg drogenfreie Therapie: Ist die Abstinenz-Orientierung ein Auslaufmodell?*

Die gegenwärtige öffentliche Auseinandersetzung lebt von pauschalen Zuschreibungen wie »Scheitern der bisherigen Drogenpolitik«, »Es gibt keinen Königsweg« etc.. Ihre Zukunfts-Fähigkeit haben derzeit merkwürdigerweise gerade die Einrichtungen nachzuweisen, die in der Vergangenheit vielen einzelnen Menschen eine (drogenfreie) Zukunft geboten haben.

Es wäre sehr reizvoll, die nationalen und regionalen Drogenpolitiken zu untersuchen und die Frage ihres Scheiterns wirklich mit wissenschaftlicher Akribie zu prüfen: Welche Ziele sind definiert? Welche Mittel werden eingesetzt? Welche Effekte wurden/werden erzielt? Die Europäische Drogenbeobachtungsstelle in Lissabon hat mit einer längst überfälligen Untersuchung der Investitionen europäischer Staaten in die Drogenpolitik begonnen: Wie viel kostet die Repression, wie viel die primäre Prävention, wie viel die Rehabilitation? Bisher liegen derartige Detailstudien nur über die USA, die Niederlande und die Schweiz vor – und sie kommen unisono zu dem Schluss, dass in diesen Staaten in die Repression weitaus überproportional investiert wird. Man darf gespannt sein auf die Ergebnisse des europäischen Politik-Vergleichs.

**Der Königsweg heißt für mich drogenfreie Therapie. Das ist der beste Weg für einen Suchtkranken.**

Nun aber zum »Königsweg«: Schweizer Kollegen räumen ein, dass die Abstinenz für Menschen, die zu Suchtverhalten neigen, der beste Schutz ist. Sie können unsere deutsche Gründlichkeit – den Königsweg mit dem Hinweis auf Ersatzdrogen- und Originalstoff-Vergabe einfach fallen zu lassen – nicht verstehen. Der Königsweg heißt für mich drogenfreie Therapie. Das ist der beste Weg für einen Suchtkranken. Ich habe mich entschlossen, notfalls der letzte Fachmann in Deutschland zu sein, der sich noch getraut, das auszusprechen: Es gibt einen Königsweg für Leute, die nicht mit Drogen umgehen können, nämlich ganz von den Drogen zu lassen.

Es gibt natürlich noch andere Wege außer Königswegen. Der Königsweg ist, begrifflich genau genommen, ein Synonym für höchste Qualität, weil sich die Könige jene Wege, die am sichersten zum Ziel führten, verschafft haben. Es gibt aber auch zweit- und drittklassige Wege (beispielsweise für Edelleute, Bürger, Bauern und Bettelleute) und die sind alle unterschiedlich komfortabel und unterschiedlich gut ausgestattet. Den Königsweg aber hat der König sich selbst vorbehalten. Demokratie wäre wohl, wenn man den Königsweg für alle öffnen würde, wenn die Bettelleute sich nicht mit dem Bettel Methadon zufrieden geben müssten, wenn Bürgerinnen und Bauern auch leichten Zugang zum Königsweg hätten. Weil er stattdessen aber überall so kleingeredet wird, der Königsweg, könnte man meinen, er sei doch ein Auslaufmodell. Es gibt einige Anzeichen, die uns das befürchten lassen.

### *Indikatoren für das »Auslaufmodell Königsweg«*

- Die **Komplexität** des Phänomens Sucht wird heute kaum noch zum Thema. Als einen Indikator dafür möchte ich aus einem Tagungsprogramm zitieren, in dem u.a. ein Vortrag unter dem Titel »Was führt zum Nebenkonsum in heroingestützten Programmen?« angekündigt wird. Die Frage wird gestellt, als sei das ein Nebenthema, das nun auch noch zu klären und dann zu managen sei. In Tat und Wahrheit aber offenbart die seit Beginn der Heroin-Experimente in Zürich bekannte Erscheinung, dass mit Heroin legal versorgte Heroinabhängige sich plötzlich illegal mit Kokain versorgen, das ganze Dilemma der Stoffabgabestrategie: Sie trifft eben nicht auf Menschen mit einem Insulinmangel und Einsicht in die Diabeteserkrankung, sondern sie wendet sich an Menschen mit Haltungen und Gewohnheiten, die ganz erheblich durch Devianz und durch eine mit Stoff eben nicht zu befriedigende Sehnsucht geprägt sind. Daran würde auch die von Züricher Kollegen gelegentlich geforderte zusätzliche legale Vergabe von Kokain nichts ändern.
- Die Kassen gelten als leer, die **Finanzierbarkeit** des Königsweges und auch andere Wege gerät in Gefahr. Es gab nie goldene Zeiten für Suchttherapie, sondern meist nur für wenige der objektiv Therapiebedürftigen ein Angebot. Aber unter Hinweis auf den allgemein verbreiteten Therapiepessimismus kann noch leichter als früher ein Antrag von Betroffenen verschleppt oder ein Angebot für eine neue Einrichtung abgewiesen werden. Ein Indikator dafür ist die Tatsache, dass Bundesmodellmittel, wie sie die Entwicklung der Drogenhilfe in der Republik seit Beginn der 70er Jahre begleitet und auch voran gebracht haben, überhaupt nicht mehr fließen. Nach den vollmundig versprochenen Originalstoff-Experimenten bleibt nichts für dringend notwendige andere Vorhaben im Bereich der Sekundär-Prävention.

**Die Stoffabgabestrategie steht vor dem Dilemma, es nicht mit Menschen zu tun zu haben, die durch Einsicht motiviert sind. Vielmehr hat sie mit den durch Stoffe nicht zu befriedigenden Sehnsüchten zu tun.**



■ Die **Akzeptanz** der neuen symbolischen Politik besteht noch. Das Konzept der neuen Regierung geht bisher auf, weil nach den langen Jahren der konservativen drogenpolitischen Töne aus dem Innenministerium auf diesem Gebiet endlich ein Wandel erhofft wurde und es manche Fachleute schon erfreut, dass sich überhaupt etwas bewegt. Andere halten die neue Politik der liberalen Geste sogar für einen Durchbruch. Auch das Umfeld der Abhängigen ist nicht unzufrieden mit den neuen Vorschlägen, manche Eltern hoffen sogar darauf, dass ihr abhängiges Kind ins Heroinprogramm kommt, das doch auf den ersten Blick verspricht, dass es etwas Ruhe auch in die sozialen Beziehungen bringen könnte.

■ Die Unterschiede zwischen Stoff-Orientierung und Abstinenz-Orientierung sind außerhalb der engeren Fachdiskussion kaum noch vermittelbar. Die Propaganda läuft unter dem Beifall der Medien auf hohen Touren und lässt für Zwischentöne nur wenig Platz. Die Mitarbeiter in niedrigschwelligen und ambulanten Angeboten halten sich bedeckt oder schielen halb interessiert auf das neue Budget für Heroinexperimente, halb ängstlich auf das eher schrumpfende Budget für die klassischen Aufgaben. Allein in den Therapeutischen Gemeinschaften, wo die Humanistische Psychologie ihre Spuren in Köpfen und Händen hinterlassen hat, wo man nach wie vor vom positiven Entwicklungspotenzial auch suchtkranker Menschen ausgeht und deshalb resignative Strategien nicht einmal als Ausnahme zulassen will, ist die Haltung der meisten Mitarbeiter klar.

■ Es scheint, als hätte die »Langnese-Pädagogik« eine Renaissance: Benimm dich richtig, dann bekommst du ein Eis – benimmst du dich falsch, dann bekommst du kein Eis. Nach den heftigen pädagogischen Debatten der 70er Jahre hätte man glauben können, dass sich solche Methoden vielleicht noch in einigen Reservaten von unaufgeklärten Eltern gehalten haben. In der Drogenhilfe jedenfalls galten etwas höher entwickelte pädagogische Formen wie das Lernen am Modell und die Beziehungsarbeit als recht gut etabliert. Als Indikator für die Rückkehr der »Langnese-Pädagogik« in die Drogenhilfe mag das Beispiel Bern gelten, wo in der Heroin-Vergabe-Praxis die Frage auftauchte, was man denn tun könne, wenn sich die Klienten nicht an das strenge Behandlungs-Regime halten. Man kam auf die Idee, den schlecht kooperierenden Abhängigen an diesen Tagen »nur« Methadon zu geben und nicht das gewünschte und versprochene Heroin.

**Es scheint, als hätte die »Langnese-Pädagogik« eine Renaissance: Benimm dich richtig, dann bekommst du ein Eis – benimmst du dich falsch, dann bekommst du kein Eis.**

## Es bleibt das Prinzip Hoffnung

Die oben genannten Indikatoren dafür, dass wir uns auf dem Weg ins Rückschrittliche befinden, sollten unseren Blick für die Zukunft schärfen:

■ Wir sollten realistischerweise damit rechnen, dass die Zeiten für abstinenzorientierte Maßnahmen noch schwieriger werden. Indikatoren dafür finden sich genug in den Niederlanden und der Schweiz, aber auch bereits in den östlichen Bundesländern.

■ Wir können eine noch stärkere Biologisierung des Suchtproblems und damit eine noch stärker somatisch orientierte Behandlung erwarten.

■ Wir stehen vermutlich erst am Beginn einer Ära der symbolischen politischen Akte und wir werden in Zukunft wahrscheinlich ein Primat der Politik und der politischen Grabenkämpfe an die Stelle der fachlichen Auseinandersetzungen treten sehen.

■ Wir werden aber auch nicht mehr lange darauf warten müssen, dass sich die unmittelbar und mittelbar Betroffenen zur Wehr setzen, die Selbsthilfe wieder stärker wird und den ganzen Zauber infrage stellt.

■ Etwas länger wird es vielleicht dauern, bis sich auch die sozialen Berufe wieder auf ihre Qualität und ihren genuinen Beitrag zur Drogenhilfe besinnen.

Es bleibt also als Prinzip Hoffnung, dass die ganzheitliche Förderung des Menschseins als bio-psycho-soziales Wesen auch in der Drogenhilfe noch kein Auslaufmodell ist. Die ganzheitliche Sicht auf den von Stoffen abhängigen Menschen verpflichtet uns zu sehen, dass Drogen für ihn ein bio-psychischer Ersatz für psycho-soziale Bedürfnisse sind und dass deren Substitution durch andere bio-psychische Lösungen nur ein Betrug am psychischen und sozialen Leben sein können.

**Wir werden nicht mehr lange darauf warten müssen, dass sich die unmittelbar und mittelbar Betroffenen zur Wehr setzen, die Selbsthilfe wieder stärker wird und den ganzen Zauber infrage stellt.**

**Prof. Dr. Wolfgang Heckmann**  
Hochschule Magdeburg-Stendal  
Breitscheidstr. 2  
39118 Magdeburg  
☎ 0391-8864310  
☎ 0391-8864293  
✉ wolfgang.heckmann@sgw.hs-magdeburg.de



**Wolfgang Schneider**

## *Bilanz akzeptanzorientierter Drogenarbeit*

**Einige ketzerische Anmerkungen zum »heimlichen Lehrplan« der Drogenhilfe oder wie  
Gebraucher illegalisierter Drogen weiterhin zu »Klienten« gemacht werden**

**Eine notwendige Vorbemerkung: Dieser Diskussionsbeitrag versucht, bewusst  
zu irritieren!**

### *1. Ausgangssituation*

Ausschließlich abstinenzorientierte Konzepte und Strategien der Drogenpolitik und Drogenhilfepraxis in der Bundesrepublik Deutschland haben sich in der Vergangenheit als weitgehend nicht tragfähig erwiesen. Seit Ende der achtziger Jahre befindet sich die Drogenarbeit und Drogenpolitik in einer Umbruchphase, für die beispielhaft die Methadondiskussion genannt werden kann. Ausgelöst wurde dieser Umbruch von einer ausschließlich abstinenzorientierten Drogenhilfe hin zu einer adressatenorientierten, bedürfnisbezogenen Drogenarbeit durch mehrere Faktoren: Erstens muss hier die offenkundig geringe Reichweite des hochschwelligigen und abstinenzorientierten Drogenhilfesystems angeführt werden. Zweitens »zwangen« die sich von Jahr zu Jahr erhöhende Zahl von Drogentodesfällen (meist bedingt durch die Auswirkungen der Kriminalisierung der Konsumenten und Illegalisierung der Substanzen), die zunehmende gesundheitliche und soziale Verelendung von zwanghaft und exzessiv Drogengebrauchenden in den öffentlichen Drogenszenen sowie aufgrund der Illegalität ständig steigende gesellschaftliche Sekundärkosten (Beschaffungskriminalität etc.) zum Beschreiten neuer Wege. Die starke Verbreitung der HIV- und Hepatitis-C-Infektionen und das Aufkommen der Immunschwächekrankheit AIDS unter intravenös applizierenden Drogenkonsumenten führte zudem dazu, neue Wege im sekundärpräventiven Bereich der Drogenhilfe zu gehen. Auch der Gesetzgeber der BRD ist diesem Ansatz zumindest teilweise gefolgt: 1992 wurde eine Opportunitätsvorschrift eingeführt (§ 31a BtMG), die eine Einstellung des Verfahrens bei geringen Mengen zum Eigenverbrauch seitens der Staatsanwaltschaft vorsieht. Ferner ist eine Substitutionsbehandlung jedoch weiterhin nur in medizinisch begründeten Einzelfällen unter strenger ärztlicher Kontrolle rechtlich zulässig. Doch es gilt immer noch die sog. »Ultima-Ratio-Klausel« (AUB-Richtlinien von 1999). Darüber hinaus stellt nach den BtMG-Änderungen vom 6.7.1992 die Abgabe bzw. der Tausch steriler Einwegspritzen kein Verschaffen bzw. Gewähren einer Gelegenheit zum »unbefugten« Gebrauch mehr dar, sondern dient der Gesundheitsprävention und Infektionsprophylaxe. Ferner wurde ein Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeiter der Drogenhilfe eingeführt.

**Die zunehmende  
Verelendung der  
exzessiv Konsum-  
mierenden und die  
u.a. durch die  
Beschaffungs-  
kriminalität  
steigenden  
gesellschaftlichen  
Sekundärkosten  
zwangen zum  
Handeln.**

Nach dem dritten Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 28.3.2000 ist durch die Einfügung des neuen § 10a ins Betäubungsmittelgesetz Rechtsklarheit über die Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen hergestellt worden. Demnach muss eine länderspezifische Umsetzungsverordnung erlassen werden, nach der der Betrieb von Drogenkonsumräumen durch Setzung von Standards näher geregelt und per Antrag genehmigt werden kann. Ferner ist eine heroingestützte, videoüberwachte und mit Sicherheitsglas, Alarmanlagen und Sicherheitsring um die Abgabereinrichtung dreifach gesicherte Behandlung für mit »Therapiepass« ausgestattete sog. chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke (»CMA«) im Rahmen einer Arzneimittelprüfung in nur noch sechs Städten der BRD geplant (Beginn voraussichtlich Anfang 2002). **Trotz dieser sicherlich durchaus positiven drogenpolitischen Veränderungen muss eine ernüchternde Bilanz gezogen werden:** Insgesamt gesehen kosten die ganzen angebots- und nachfragereduzierenden Maßnahmen für ca. 0,25 % der Bevölkerung jährlich über 16 Milliarden DM mit dem Resultat: Weiterhin hohes Mortalitätsrisiko durch gepanschte und gestreckte Straßendrogen, im Jahr 2000 insgesamt 2031 an den Begleitumständen des Drogengebrauchs gestorbene Menschen; 1999 weit über 20.000 erstaußfällige Konsumenten illegalisierter Drogen; Obdachlosigkeit und Kriminalisierungsdruck; ca. 20.000 zwanghaft und exzessiv Drogengebrauchende in Justizvollzugsanstalten; ca. 70% mit Hepatitis C infizierte Konsumenten; »Junkie-Jogging« in den Großstädten, trotz Aufrüstung im »Drogenkrieg« und »Schimanskisierung« der Verfolgungspraxis gegen das Böse schlechthin – nämlich die Drogendealer – keine Einschränkung der Verfügbarkeit von illegalisierten Drogen (nur ca. 5% - 10% der angebotenen Drogen werden dem illegalen Markt entzogen).

Was bleibt, ist eine quantitative Zunahme von Verbrauchern illegalisierter Drogen, deren soziale Deklassierung und Marginalisierung, Kriminalisierung und oft auch gesundheitliche Verelendung.

***Es hat viele  
Veränderungen  
gegeben, die auch  
für die »CMA«-  
Klientel wirken –  
dennoch muss  
eine ernüchternde  
Bilanz gezogen  
werden.***



## 2. Zielsetzungen und Ansprüche akzeptanzorientierter Drogenarbeit

Grundlage akzeptanzorientierter Drogenarbeit ist, dass Gebraucher illegalisierter Substanzen sowie auch zwanghaft und exzessiv Konsumierende als mündige, zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen angesehen werden. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit basiert auf Freiwilligkeit und ist möglichst nicht bevormundend ausgerichtet. Drogengebraucher werden so akzeptiert wie sie sind. Der leider inzwischen inflationär verwandte Begriff Niedrigschwelligkeit bedeutet demgegenüber, dass wenig Hemmschwellen Drogengebrauchende von der Hilfsangebotsnutzung abschrecken bzw. ausschließen sollen. Insofern ist Niedrigschwelligkeit nur ein methodischer Ansatz, der nicht notwendigerweise eine Abkehr von der Abstinenzorientierung beinhaltet. Auf feste Terminvereinbarungen, Cleanstatus und der demonstrativen Darstellung einer Abstinenz- bzw. Veränderungsmotivation als Voraussetzung für Inanspruchnahme von Angeboten und Hilfestellungen wird verzichtet. In der Praxis hat sich inzwischen gezeigt, dass die Angebote akzeptanzorientierter Drogenarbeit von Kontaktläden und Konsumräumen (Frankfurt, Hamburg, Saarbrücken, Hannover und demnächst auch in anderen Städten) über Safer-Use-Vermittlungen, szenenahe, ärztliche Akutversorgung (Modellprojekte der sog. Drogentherapeutischen Ambulanzen in NRW), Sprizentauschprogrammen und Streetwork bis hin zu niedrigschwelligen Übernachtungsmöglichkeiten u.a.m. es erreicht haben, auch diejenigen Drogengebraucher anzusprechen, die vom traditionellen, ausschließlich abstinenzorientierten Drogenhilfeverbundsystem nicht erreicht werden konnten.

**Diese sieben Prämissen können als »dynamische« Qualitätsstandards, als Maßstäbe zur Bewertung einer richtig verstandenen akzeptanzorientierten Drogenarbeit angesehen werden.**

### *An die Umsetzung akzeptanzorientierter Drogenarbeit sind jedoch sieben inhaltliche Voraussetzungen gebunden:*

1. Verständnis der positiven und negativ-schädlichen Seite von psychoaktiv wirksamen Substanzen;
2. Gelassenheit gegenüber der dynamischen und auch diskontinuierlichen Entwicklungsmöglichkeit auch bei zwanghaft und exzessiv Drogengebrauchenden;
3. Verzicht auf den helfenden Appell zur sofortigen Verhaltensänderung;
4. Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts von Drogengebrauchenden bezüglich Intensität, Richtungsverlauf und Verbindlichkeit der Kontakte;

5. Akzeptanz von Drogengebrauchenden als Subjekte ihrer eigenen Entwicklung (keine Klientelisierung und Unterstellung genereller Behandlungsbedürftigkeit);
6. Akzeptanz des drogenbezogenen Lebensstils, jedoch keine »Verbrüderungen« und Überidentifikationen sowie ein Nicht-Einlassen auf dramatisierende, mitleidserheischende Selbstdarstellungen (Empowermentorientierung als moderierende Entwicklungsbegleitung), sowie die
7. Professionelle Herstellung eines ausgeglichenen Verhältnisses zwischen Nähe und Distanz (keine Instrumentalisierung und helferische Verantwortungsübernahme).

### *Akzeptanzorientierte Drogenarbeit setzt sich folgende Ziele:*

- Überleben sichern
- Sicherung eines gesunden Überlebens ohne irreversible Schädigungen
- Verhinderung sozialer Desintegration
- Gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung
- Unterstützung eines selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauchs als Vermeidung dysfunktionaler Gebrauchsmuster
- Ermöglichung und Unterstützung längerer Drogenkontrollphasen (mit Substitut oder ohne)
- Unterstützung individueller Herauslösung aus der Drogenszene

Die Zugangsmethode »Niedrigschwelligkeit« und der inhaltliche Arbeitsansatz Akzeptanz erhöht also insgesamt die Reichweite von Drogenhilfe. Da dieser Arbeitsansatz jedoch von grundsätzlich anderen drogentheoretischen Prämissen und drogenpolitischen Zielsetzungen ausgeht als die traditionelle, hochschwellige Drogenarbeit und die gegenwärtige, weiterhin repressiv orientierte Drogenpolitik, sollte akzeptanzorientierte Drogenhilfe niemals nur Ergänzung der Angebotspalette von klassischer Drogenhilfe sein, sondern immer wieder darauf hinweisen, dass erst die Illegalisierung wirklichen Konsumentenschutz verhindert. Jedoch: Auch heute noch werden risikominimierende und schadensbegrenzende Ansätze im Sinne der Leidensdrucktheorie als Methode der Suchtverlängerung, als »Kapitulation vor der Sucht« abgelehnt. Ferner bestimmen weiterhin Diabolisierungs- und Dramatisierungsszenarien als Reproduktion von Drogenmythen die wissenschaftliche, öffentliche und auch drogenhilfepraktische Diskussion. Der Gebrauch illegalisierter Drogen wird meist noch als einmal gelöste Hinfahrkarte ins Jenseits gedeutet, die »schwer erkrankten Drogenabhängigen« tauchen medienwirksam häufig nur als zuckende Leiber im Entzug, als behandlungsbedürftige Süchtige oder als jährliche Zählung von Leichen auf.

**Der Gebrauch illegalisierter Drogen wird meist noch als einmal gelöste Hinfahrkarte ins Jenseits gedeutet.**



Akzeptanzorientierte Drogenarbeit als ein inzwischen integraler Bestandteil öffentlicher Drogenhilfe zielt in ihren öffentlichen Verlautbarungen auf die Minimierung der gesundheitlichen, sozialen und psychischen Risiken für Drogengebrauchende (Drogen sind ja doch »irgendwie« immer schädlich). Sie sollte aber vorrangig auf die moderierende, entwicklungsbegleitende Unterstützung von genussfähiger Gebrauchskompetenz zielen.

Zentral für eine akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist es weiterhin, durch den Aufbau diversifizierter Hilfsangebote für Drogengebrauchende – und das erscheint mir sehr wesentlich – eine echte Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Hilfsangeboten zu schaffen. Drogengebrauchende, die unter ihrer illegalisierten Lebenssituation leiden, sollten das Recht erhalten, über den für sie geeigneten Weg mit und ohne Drogen selbst zu bestimmen.

## ...und die Wirklichkeit?

Wir sprechen hier von akzeptanzorientierter Drogenarbeit im Rahmen des gegebenen Drogenhilfe- und Politiksystems. Eine wirkliche akzeptierende Drogenarbeit kann es unter der weiterhin gültigen Drogenverbotspolitik nicht geben. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit bleibt – thesenhaft formuliert – unter diesen Bedingungen letztendlich Elendsverwaltung, dient der Sozialkosmetik und erhält sich durch ihre inzwischen breit gefächerte Institutionalisierung selbst. Drogenhilfe, ob abstinenzorientiert oder schadensbegrenzend, konserviert das zugrunde liegende normative Hilfs- und Politiksystem: Der Mythos des Sisyphos lässt grüßen.

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit erstickt gegenwärtig in Bürokratisierungen, Qualitätsmanagementabläufen und Rechtsverordnungen. Dies zeigt sich jüngst besonders deutlich bei der rechtlichen Umsetzung von Drogenkonsumräumen und dem Modellprojekt zur staatlich kontrollierten Heroingabe. Akzeptanz drogengebrauchender Menschen? Nein, nur mehr Regeln für die Kontrolltürme sozialpädagogischer, therapeutischer und medizinischer Machtausübung. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit wird mehr und mehr ein weiteres Mosaiksteinchen dieser Machtausübung und auf dem weltweit umspannenden Netz von Drogenkongressen, Tagungen und Seminaren entlädt sich eine geballte Ladung an selbstdarstellerischem Ein-drucksmanagement garniert mit den entsprechenden Eitelkeiten. Dabei ist es doch seit langem bekannt: Das eigentliche Problem ist die Illegalisierung der Substanzen, die Drogenprohibition, die erst die gepanschten und gestreckten Drogen, die unwürdigen Lebens- und Konsumbedingungen, die Drogenmythen und Drogenphobien sowie die Illegalität des Drogenmarktes schafft.

**Akzeptanz drogengebrauchender Menschen? Nein, nur mehr Regeln für die Kontrolltürme sozialpädagogischer, therapeutischer und medizinischer Machtausübung.**

Jedoch: die Komplexität des Hilfesystems, die internationalen Gesetze, der amerikanischen Drogenkrieg, die therapeutische und sozialpädagogische Machtausübung mit ihrem unüberschaubaren Diagnose- und Methodenarsenal und die problemdefinierende Wissenschaft stehen einer drogenpolitischen Veränderung entgegen. So wird es trotz akzeptanzorientierter Drogenarbeit nicht zu einem wirklich akzeptierenden Umgang mit drogenkonsumierenden Menschen kommen. Die Suche nach neuen Substanzen, Risikopersonen und Risikobereichen durch Monitoring (szenen-nahe Trendforschung), die Ausweitung und Förderung wichtiger epidemiologischer, quantitativer, kontrollgruppengestützter und kohortenbezogener, multizentrischer Forschung und die Installation sog. Früherkennungssysteme wird weitergehen, damit die szenen-nahe Eingreiftruppe schnell projektbezogen die Risiken oder Schäden minimieren kann. Unsere Definitionsmacht für diesen Bereich führt somit ständig zur »Entdeckung« neuer Risiken, Schäden und Problemen und damit auch zur »Enttarnung« von (angeblichen) Problemgruppen. Diese »Risikofixierung« führt damit auch zu einer wachsenden medialen Wahrnehmung dieser neuen, gefährlichen »sozialen Probleme«. Was ehrenwert und akzeptanzorientiert begann, wird – ob wir das wollen oder nicht – aufgrund der Systemlogik organisationsfunktional konserviert. Die damit tendenziell wachsende »Klientalisierung« geht einher mit neuen, dringend notwendigen Forschungsaktivitäten, die erst die Legitimation für »Eingreiftruppen« liefern. Sisyphos beginnt erneut mit seiner Arbeit und scheitert »erfolgreich«. Der Gebrauch illegalisierter Substanzen wird weiterhin moralisch bewertet, therapeutisch, sozialpädagogisch und medizinisch behandelt, juristisch verurteilt und europaweit politisch verwaltet, wobei mitunter die Moral selbst zum Betäubungsmittel mutiert. Gebraucher illegalisierter Substanzen müssen gerettet werden, weil wir Retter, methodengestützt, mit Diagnosekriterien »bewaffnet«, durch Moral sowie »Sondermaßnahmen« abgesichert, es so wollen.

**Die Moral mutiert mitunter selbst zum Betäubungsmittel.**

Ist die »gute« akzeptanzorientierte Drogenarbeit nicht mit dabei, unterstützend den »gläsernen« Drogenkonsumenten zu produzieren, der vollständig ausgeforscht, von innen »durchsichtig« sowie öffentlich nicht mehr sichtbar und damit letztendlich kolonialisiert zum willfähigen, entmündigten Objekt juristischer, therapeutischer, sozialpädagogischer sowie medizinischer Maßnahmen im Sinne einer – wie auch immer definierten – sozialen Integration via Schadensbegrenzung und Abstinenz geworden ist?

## 3. Fazit und Ausblick

Illegalisierung der Substanzen und Kriminalisierung der Konsumenten verhindern im Verbund mit der systemimmanenten Asymmetrie der Handlungssysteme von Konsumenten und Experten grundsätzliche Akzeptanz. Dies begünstigt und unterstützt im »Handlungssystem« Drogenhilfe die Aufrechterhaltung bestimmter Junkiebilder: Sie sind krank, hilfs- und behandlungsbedürftig, störungsgeschüttelt, nicht vertrau-



enswürdig, link, Lügner, Abzocker etc.. Insofern werden immer neue Kontrollregeln im institutionellen Rahmen der Drogenhilfe entwickelt und umgesetzt, was im Handlungssystem Drogenhilfe logisch erscheint, aber Akzeptanz unmöglich macht. Und auch hier sollten wir ehrlich sein.

Gerade im Zuge einer zunehmenden Roll-Back-Situation in Drogenhilfe und Drogenpolitik (Stichworte: Bürokratisierung und Verordnungswahn, effizienzsteigernde, quantifizierende Qualitätssicherung, Sozialpädagogisierung, Therapeutisierung, »weiche« und »harte« Szenenzerschlagung, Medizinalisierung) besteht Anlaß genug, ein Resümé zu ziehen: Die Aufbruchstimmung, die mit der Konzeptualisierung einer akzeptanzorientierten Drogenhilfe verbunden war, weicht mehr und mehr einer verschwommenen Methodisierung; eine subtil »verkaufte« Medizinalisierung der Drogenhilfe und Medikalisierung von Sucht sowie Psychiatrisierung (Stichworte: Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke, Ko-morbidität, multi-morbide Heroinabhängige) tritt immer stärker in den Vordergrund.

Was hat beispielsweise die Qualitätssicherungsdebatte gebracht? Neue Qualitätsbeauftragte, Verbetriebswirtschaftlichung der Drogenhilfe und eine riesige Anzahl an Institutionen, die Qualitätsmanagementkurse zu horrenden Preisen anbieten. Sie hat darüber hinaus eine neue Sprachregelung geschaffen. D.h., was bisher in der Drogenhilfe immer schon getan wurde, wird nun als »Produkt« reformuliert. Der Begriff »Produkt« ist unter der Maxime einer Verbetriebswirtschaftlichung der Sozialen Arbeit geradezu genial. »Gewinnt doch – gerade auch der mühevollen – Arbeitsprozess dadurch seinen Sinn und sichern doch die an ihm Beteiligten darin ihre Identität, dass sie etwas produzieren« (Volz, F.-R., 2000, S.174), also nicht nutzlos sind (wobei man gelegentlich auch lernt, »Nichts-Tun« zu tun). Es stellt sich »Produzentenstolz« ein. Aus »Klienten« werden »Kunden«. Diese Vermarktwirtschaftlichung der Drogenhilfe führt recht bald dazu, dass auf der Kundenebene (Käufer-Verkäufer) die kapitalistische Zirkulation des lebenswürdigen Scheins auf der Ebene prinzipieller Gleichgültigkeit reproduziert wird. »Warenbesitzer« (Drogenhilfe) und der angebliche »Käufer« (Drogenkonsument) stehen sich dann eher zufällig und voller Misstrauen gegenüber: Es geht um Konkurrenzfähigkeit auf dem Hilfemarkt. Gebraucher illegalisierter Substanzen können nicht wirklich »Kunden« sein, da sie weder kaufen und bezahlen, noch straf-, angst- und bevormundungsfrei ihre Konsumbedürfnisse befriedigen können. Die, die wirklich zahlen und entsprechende Bedarfe festlegen, sind nicht die Konsumenten als »Kunden« oder »Klienten«.

So notwendig ferner Drogenkonsumräume und heroingestützte Behandlungsformen für die Einleitung von Normalisierungsprozessen auch sein mögen, unterliegen sie doch spätmoderner Kontrollpolitik. Es geht darum, den Fixer und den Konsumakt unsichtbar zu machen. Drogenpolitik erweist sich mehr und mehr als Regulierungspolitik eines besonders sichtbaren »sozialen Problems«. Sie ist darauf gerichtet, diese

Sichtbarkeit möglichst zu verringern, um den gefürchteten, öffentlichen Problemdruck zu reduzieren. Drogenhilfe nun präsentiert sich zuweilen als Zirkus: Klientendompoteure treten gelegentlich unterstützt von Clownerien auf, Drahtseilartisten versuchen sich in Suchtprävention, Drogenhilfeträger jonglieren zwischen Bestandserhaltung, Verbetriebswirtschaftlichung, Qualitätssicherung und Leistungsverträgen. Kennesies spricht hier pointiert von einer »McDonaldisierung der Drogenhilfe« (Kennesies, U., 2001). In Verbindung mit einer zunehmenden Medizinalisierung von Sucht und auch der Drogenhilfe (Pathologisierung der Konsumenten und Institutionalisierung suchtmedizinischer Behandlungsformen) entsteht ein lückenloses Netz sozialer Kontrolle. Die Medizinalisierung »stellt den juristischen Status der Drogenkonsumenten nicht in Frage, sondern baut auf ihn auf. Das Problem wird so, unter zeitweiliger Zurückdrängung offener Repression, technisch unauffälliger handhabbar gemacht« (Claus, J., 1999, S. 141). Dieses Zusammenspiel der Kontrollinstanzen zwischen Medizin, Repression und auch der Drogenhilfe als Elendsverwaltung und Sozialkosmetik sichert auch die weiterhin gültige normative Verbotsordnung und damit auch – sprechen wir es ruhig aus – die Vollbeschäftigung repressiver und hilfepraktischer »Fürsorglichkeit« durch subtil eingesetzte Zwangsmittel. Die Abstinenzorientierung bleibt bei zeitweiligen »Lockerungsübungen« im Rahmen der medizinischen, sozialpädagogischen und therapeutischen »Sanierungsunternehmungen« weiterhin der Bezugspunkt. Sondermaßnahmen für »sonderbare Menschen« und für die Inkarnation des »Bösen« (Rauschgifte, Drogendealer) werden permanent ausgeweitet. Wir sind jedenfalls auf dem besten Wege, dass die Anzahl der Drogenhelfer, Suchtmediziner, Präventionsfachkräfte, Casemanager, Qualitätssicherer, Drogentherapeuten, Schadensbegrenzer, Drogenpolitiker, Drogenverwalter, Drogenforscher und Drogenverfolger bald die geschätzte Zahl der Gebraucher illegalisierter Drogen übersteigt.

## Fassen wir zusammen:

Keine Einrichtung, kein Ansatz, der heutzutage nicht »niedrigschwellig« und (angeblich) akzeptierend arbeitet. Der inflationäre Gebrauch von Begrifflichkeiten hat aber eine »systemimmanente« Tendenz: Er verwässert und drängt die konkreten Arbeitsinhalte, die Grundannahmen in den Hintergrund. Trotz der Ausbreitung der neuen Begrifflichkeiten wie »Niedrigschwelligkeit«, »Akzeptierende Drogenarbeit«, »Suchtbegleitung« bleiben häufig unhinterfragte Bezugsnormen wie »mehrfach beeinträchtigte, chronische und multi-morbide Suchtkranke«, »Abhängigkeitssyndrom«, »Defizittheorien«, »Opferkonstrukt«, »Krankheits- und Klientalisierungskonzept« die dominierenden Orientierungspunkte. Von einer Entzauberung der herrschenden Drogenmythen kann keine Rede sein, es gesellen sich zudem immer neue Mythen hinzu. Der gesellschaftlich notwendige Drogenkult, gespeist aus der allgegenwärtigen Drogenangst und damit Bedrohlichkeitsempfindungen sowie mangelnder Information dreht sich weiter. So beispielsweise wenn schon

**Um es an dieser Stelle noch einmal deutlich hervorzuheben:** Es wird hiermit nicht geleugnet, dass es viele Menschen gibt, die unter der Kriminalisierung/Illegalität, der Verstrickung in zwanghafte und exzessive Gebrauchsmuster und den daraus bedingten physischen und/oder psychischen Krankheiten leiden oder selbstmedikativ Drogen aller Art zur Problemverarbeitung einsetzen und insofern kompetente, insbesondere auch medizinische und therapeutische Hilfen benötigen.

**Drogenpolitik ist darauf ausgerichtet, die Sichtbarkeit des Drogenproblems zu verringern, um den öffentlichen Problemdruck zu reduzieren.**



vor der »Daum-Affäre« Politiker im Drogen-Phobien-Rausch die Einführung von obligatorischen Drogentests an allen Schulen und Firmen fordern und Versandbetriebe Testverfahren anpreisen, mit deren Hilfe besorgte Eltern »ihre minderjährigen Kinder per Haaranalyse auf regelmäßigen Konsum testen lassen können... Frühzeitiges Erkennen – ein wesentlicher Faktor effizienter Suchtprävention – und für viele unserer Kinder der erlösende Einstieg zum Ausstieg« (aus der Werbeschrift der Firma HC Drugdent, Flensburg, vom 14.6.00).

Life-Time-Prävalenzen beim Drogengebrauch (Gebrauch jemals im Leben) werden weiterhin mediengerecht als gewohnheitsmäßiger Missbrauch verkauft. Fremdsterotypen (wie der Junkie als defizitäre und behandlungsbedürftige Schreckensgestalt aus einer anderen Welt) bestimmen häufig noch das alltägliche und auch wissenschaftliche Drogenbild: Dieses »Hidden Curriculum« beeinflusst aber gerade auch die alltägliche Praxis der Drogenhilfe und Drogenpolitik. Das gegenwärtige »Drogensystem« in all seiner affektiv und politisch notwendigen Irrationalität muss auch aus Gründen der Massenloyalitäts- und Arbeitsplatzsicherung erhalten bleiben. »Die Drogenhilfsindustrie – ob sie will oder nicht – ist zusammen mit den Drogenfahndungsbehörden und koordinierenden Instanzen zu einem wichtigen Bestandteil der Interessengruppen geworden, die sich um die Drogenproblematik geformt haben. Denn schließlich ist das Drogenproblem die Quelle ihrer Einkommen und gibt ihnen ihren Status« (Cohen, P., 2001, S.26).

Eine drogenpolitische Umorientierung ist noch längst nicht vollzogen, Voraussetzung dafür wäre, dass die »Drogenhilfe« in ihrer gesamten Spannweite der zugeschriebenen Funktionen als Rettungsinstanz zur Befreiung von einem gesellschaftlichen Grundübel und als Wiederherstellungsinstanz von Normalität und Abstinenz entledigt wird. Dies setzt weiterhin die Anerkennung der (auch genussbezogenen) Selbstgestaltung des Lebens mit und ohne Drogen voraus. Und es geht dabei sicherlich auch um die Vermittlung von notwendiger Risikokompetenz (als genussfähige, eigenverantwortliche Gebrauchskompetenz) für den Umgang mit möglichen »riskanten Räuschen«.

Es bleibt dennoch zu hoffen, daß akzeptanzorientierte Drogenarbeit immer mal wieder »aneckt«, ein Mosaiksteinchen gegen »die Wiederkehr des immer Gleichen« (F. Nietzsche) setzt und dazu beiträgt, die Defizit- und Problemerkzählungen zu relativieren. Jedoch Vorsicht: Sisyphos ist überall!

Aber vielleicht ist ja schon bald alles so oder so Makulatur: Unter der Überschrift »Sucht ist doch heilbar« konnte man im letzten Jahr in den Medien und Fachpublikationen lesen, dass eine Kombination des synthetischen Hormons Cortisol mit opiat-haltigem Wasser bei Ratten in der Lage sei, das Suchtgedächtnis aufzulösen. Forscher halten es für möglich, ein ähnliches Verfahren, das als Patent angemeldet wurde, auch bei den bundesdeutschen Heroinabhängigen erfolgreich anzuwenden. In Tübingen werden erste »Versuchspersonen« behandelt. Also gelingt es uns ja doch, wie es die UNO vor einiger Zeit proklamierte, bis zum Jahr 2008 den Anbau, Handel und Konsum von Drogen durch »pharmakologische Gehirnwäsche«, sozusagen als »Radiergummi im Kopf«, zu eliminieren! Ja, wenn es denn weiterhin stimmen sollte, dass Sucht durch einen genetischen Defekt verursacht wird, als eine »chronische Hirnstörung« anzusehen ist, dann ist eine Entwicklung zum zwanghaften und exzessiven Drogengebrauch, zur Sucht unabänderlich, nicht beeinflussbar. Suchtpräventive, therapeutische und repressive Maßnahmen wären dann überflüssig, nicht mehr notwendig, hätten keinen Sinn mehr. Die Lösung läge dann in der Produktion genetisch einwandfreier Menschen.

Aber was machen wir dann mit dem Forschungs-, Verfolgungs- und Drogenhilfswasserkopf, mit der profitablen Methadon- Behandlungsindustrie? Alles wird gut.

**Dr. Wolfgang Schneider**  
INDRO e.V.  
Bremer Platz 18 - 20  
48155 Münster  
☎ 02 51-23 45 77  
oder 6 01 23  
☎ 02 51-2 80 76 87  
oder 66 65 80  
✉ INDR0eV@t-online.de  
www.indro-online.de

**Rüdiger Klebeck**

## *Venlo reagiert auf die Zunahme des illegalen Cannabishandels*

**Mit einem groß angelegten Projekt namens »Hektor« will die Stadtverwaltung Venlo die Drogenkriminalität in der Stadt reduzieren und damit die Attraktivität der Stadt und die Lebensqualität wieder herstellen.**

Hintergrund dieses ambitionierten Planes ist die Belastung der Innenstadt durch die Drogenkriminalität, insbesondere den Handel mit Cannabis. Es sollen strukturelle Veränderungen bewirkt werden, die den Bürgern – und auch den Touristen – wieder ein Gefühl der Sicherheit bringen sollen.

**Ein ambitionierter und dringend erforderlicher Plan zum Abbau des ausgefertigten illegalen Cannabishandels**

Das ist offensichtlich erforderlich, denn neben den tolerierten Coffeeshops (im Stadtgebiet von Venlo sind es 5), gibt es eine große Anzahl von illegalen Verkaufsstellen, vermutlich mindestens 60. Hier werden Cannabisprodukte überwiegend an Deutsche verkauft, ohne dass die für die geduldeten Coffeeshops bestehenden Regeln eingehalten werden (Verkauf von maximal 5 Gramm, Verkauf nicht an Personen unter 18 Jahren). Diese illegalen Verkaufsstellen, in Wohnungen oder Scheingeschäften untergebracht, locken durch Straßenhändler und Vermittler ihre Kunden an, wobei es dann in der Regel um Mengen weit oberhalb der tolerierten 5-Gramm-Marke geht.

So sind im Straßenbild diese Händler und Vermittler als Ordnungsproblem anzusehen, darüber hinaus sind in den in Frage kommenden Stadtteilen, vor allem im Zentrum, die Gebäude bzw. Gebäudeteile, die für die Abwicklung dieser Geschäfte eine Rolle spielen, ein großes Problem. Es handelt sich um bis zu 200 Adressen bzw. Objekte, ob dies nun Depots sind, illegale Anpflanzungen, Verkaufsstellen u.a. mehr.

Der Plan sieht vor, das tolerierte Angebot an Coffeeshops weiter zu regulieren und konsequent gegen die Kriminalität und die damit verbundenen Belastungen anzugehen. Das zielt auf den Handel im größeren Stil ab, der von den illegalen Verkaufsstellen ausgeht, dies ist Bestandteil der sogenannten »Handhabungspolitik«, einer Linie der dreigleisigen Vorgehensweise.

Da der überwiegende Teil der Cannabis-Kunden offenbar aus Deutschland kommt, soll die Ansiedlung von zwei zusätzlichen Coffeeshops in Außenbereiche der Stadt möglichst viele dieser Deutschen aus der Innenstadt fernhalten; die zentral gelegenen 5 Coffeeshops sollen bestehen bleiben und den lokalen bzw. regionalen niederländischen Kunden zur Verfügung stehen (dies ist Teil der »Coffeshop-Politik«, einem zweiten Element der Vorgehensweise).

Bezüglich der illegalen Verkaufsstellen wird eine verschärfte repressive Vorgehensweise umgesetzt. Die Gebäude bzw. Gebäudeteile, die in den Händen der Drogenkriminalität sind, werden dabei nach und nach wieder anderen Nutzungen zugeführt, um so das Stadtzentrum wieder sicher und attraktiver werden zu lassen.

Eine neu zu gründende Gesellschaft zur Zentrumsentwicklung (COM) wird ein entsprechendes räumlich-funktionelles Konzept erarbeiten; dies ist Bestandteil des 3. Elementes, der »Immobilienpolitik«.

Die Umsetzung wird gestützt auf die Ausweitung der Polizeiaktivitäten (u. a. eine neue Polizeiwache, die derzeit auf einem freigeräumten Grundstück errichtet wird) sowie auf die gezielte Zusammenarbeit von Stadtverwaltung, Polizei und Justiz, die in einem neuen, zusätzlichen »Justizgebäude« mit 30 - 35 Büros die unterschiedlichen beteiligten Sektoren und Disziplinen bündeln wird.

Bereits jetzt existiert das »Van Bommels Laboratorium«, so etwas wie eine Montagsrunde. Hier wird das Vorgehen geplant und die Entwicklung der Umsetzung des Konzeptes »Hektor« begleitet.

Auf deutscher Seite hat die Beschränkung der Wahrnehmung des Planes auf das Element der Ansiedlung von 2 Coffeeshops an der Peripherie der Stadt einige Unruhe erzeugt – es wurde ein neuer Tourismus befürchtet, ein Sog-Effekt auf Jugendliche u. a. mehr.

In Anbetracht der Tatsache, dass beispielsweise ein bestimmter der geduldeten Coffeeshops Kundenkarten vergibt und dass unter den dabei ca. 10.000 eingeschriebenen Kunden der größte Teil aus Deutschland kommt und dass weiterhin große Teile der deutschen Cannabis-Konsumenten in Venlo derzeit bei den illegalen Verkaufsstellen (mit ihren niedrigeren Preisen) landet, ist diese Befürchtung wohl kaum angebracht. Der Plan führt vielmehr zu einer stärkeren Regulierung des ohnehin bestehenden, jedoch ausgefertigten Cannabis-Marktes.

Die Stadt Venlo legt großen Wert darauf, im Zusammenhang mit der aktuellen Situation die grenzübergreifende Zusammenarbeit zu verstärken. Das ist u. a. bereits geschehen durch die Präsentation des Hektor-Konzeptes für Vertreter der benachbarten deutschen Städte und Kreise, sowohl die politische als auch die polizeiliche Ebene betreffend. Auch dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Düsseldorf wurde das Konzept anlässlich eines Besuches in Venlo vorgestellt; dabei wurde die weitere Zusammenarbeit vor allem auf der Ebene des Informationsaustausches vereinbart. Daraus hervorgehend wurde ebenfalls festgelegt, die Kontakte zwischen der Stadt Venlo und BINAD zu intensivieren. Ansprechpartnerin ist bei der Stadt Venlo die Kommunikationsberaterin Elke Haanraads.

**Medial wurde die Dimension des Planes auf deutscher Seite auf die Auslagerung von zwei Coffeeshops reduziert – das erzeugte einige Unruhe.**

**Gemeente Venlo**  
t.a.v. Elke Haanraads  
Postbus 3434  
5902 RK Venlo  
© 00 31-77-3 59 69 23  
Mobil:  
00 31-6-52 04 56 09  
✉ iehaanraads@venlo.nl

## Marion Laging-Glaser

# Drogen im Heim

## Arbeitskreis entwickelt Handlungskonzept für den Umgang mit konsumierenden Jugendlichen

**Einen neuen Weg im Umgang mit drogenkonsumierenden Kindern und Jugendlichen beschreitet das Heilpädagogische Förderzentrum Hochrhein-Hotzenwald. Gemeinsam mit der lokalen Drogenhilfe wurde ein Handlungskonzept entwickelt, das eine aktive, offene Auseinandersetzung mit dieser Thematik ermöglicht. Der folgende Beitrag von Marion Laging-Glaser wurde der Zeitschrift »Konturen« entnommen, Ausgabe 6/2000 (Nov./Dez. 2000).**

Eine Intensivierung der Vernetzung und Kooperation zwischen Jugendhilfe und Sucht-krankenhilfe wird seit längerer Zeit gefordert. Ein konkreter Ansatz fand sich jetzt im Kreis Waldshut. In einer großen Einrichtung der Jugendhilfe, dem Heilpädagogischen Förderzentrum Hochrhein-Hotzenwald (HFZ), wurde unter Begleitung der örtlichen Beratungsstelle des Badischen Landesverbandes gegen die Suchtgefahren e.V. (blv) ein Handlungskonzept für den Umgang mit drogenkonsumierenden Jugendlichen entwickelt, in dem die Kooperation zwischen dem HFZ und der Drogenberatungsstelle auf struktureller Ebene festgelegt wurde.

Im HFZ, mit den Häusern Haus Madenwald und Haus St. Fridolin, werden insgesamt 76 stationäre Förderplätze, 32 Tagesgruppenplätze und eine betreute Jugendwohngemeinschaft vorgehalten. Die meisten Kinder und Jugendlichen der Einrichtung besuchen die Sonderschulen für Erziehungshilfe, die zum HFZ gehören. Des Weiteren verfügt die Einrichtung über einen psychologisch-heilpädagogischen Fachdienst, eine Ergotherapiepraxis, ein logopädisches Angebot und heilpädagogisches Reiten. Mit einer Kinderärztin und anderen Fachberatungsstellen wird eng kooperiert. Die Kinder und Jugendlichen des HFZ stammen in aller Regel aus belasteten Familien, nicht selten gibt es Vorerfahrungen mit Alkohol- und Tabakmissbrauch oder auch illegalen Drogen bei den Eltern oder einem Elternteil. Unangemessene soziale Verhaltensweisen, Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen und ungesteuerte Affekte und Handlungen kennzeichnen die Schwierigkeiten der Kinder und Jugendlichen.

Die Mitarbeiterinnen des HFZ nahmen in der vergangenen Zeit einen zunehmend offeneren Umgang vor allem mit Cannabisprodukten, aber auch mit Zigaretten bei den Kindern und Jugendlichen wahr. Zum Teil wurde den dann manchmal ratlosen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen frei heraus von Drogenerlebnissen vorgeschwärmt. Es wurde deutlich, dass die Jugendlichen ihre schwierigen Ausgangsvoraussetzungen oft durch den Drogenkonsum noch verschärften: Tendenzen zur Realitätsflucht und Af-

fektlabilität wurden unter anderem häufig beobachtet. Offen blieb aber die Frage, wie diese Beobachtungen in ein Konzept münden konnten.

## Arbeitskreis gegründet

Der Wunsch nach einem konkreten Handlungskonzept für den Umgang mit konsumierenden Jugendlichen entwickelte sich in der Einrichtung nach Schulungen für die MitarbeiterInnen zu Suchtmitteln, ihren Gefährdungspotenzialen und den allgemeinen präventiven Konzepten. Dort hatte sich gezeigt, dass für die Entwicklung von Handlungsstrategien im Umgang mit Jugendlichen, die an der Schwelle zum Drogenkonsum stehen oder diese bereits konsumieren, noch weitere intensive Auseinandersetzungen erforderlich waren. Diese sollten durch eine Arbeitsgruppe »Drogen im Heim« mit externer Begleitung stattfinden. Eine Mitarbeiterin der örtlichen Drogenberatungsstelle des blv., zuständig für Prävention und Gesundheitsförderung, übernahm bei der Entwicklung des Konzeptes die Aufgaben der Fachberatung und Moderation. Das HFZ stellte äußerst günstige Rahmenbedingungen zur Verfügung: Mit ausdrücklicher Unterstützung der Leitung bildete sich ein interdisziplinär durch fast alle Hierarchieebenen zusammengesetzter zehnköpfiger Arbeitskreis, der innerhalb von zehn Stunden ein ausformuliertes Handlungskonzept entwickelte.

## Enttabuisierung – das Thema auf den Tisch

Allein die Einrichtung des Arbeitskreises dokumentierte den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, dass von der Leitung jugendlicher Drogenkonsum als ein »bearbeitungswürdiges« Thema anerkannt wurde. Um das Thema noch weiter »aufzumachen«, war es zum Einen wichtig, jugendlichen Drogenkonsum als ein verbreitetes, jugendtypisches Phänomen und als Ausdruck von Belastungen einzuordnen und zum Anderen auch eine interne Diffusität in Bezug auf Normen und Zuständigkeiten zu erkennen. So wurde es möglich, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen über ihre Beobachtungen und ihre bisherigen Handlungsansätze offen sprechen konnten, ohne dabei in Sorge zu geraten, ihren pädagogischen Ruf zu riskieren.

Zunächst hatte die Gruppe eine Grundsatzentscheidung zu treffen, nach welchen prinzipiellen Maßstäben mit dem Konsum illegaler Drogen umgegangen werden soll. Vor dem Hintergrund der fachlichen Einordnung des Suchtmittelkonsums bei Jugendlichen und einer Beschreibung des eigenen Klientels entschied sich der Arbeitskreis für das Prinzip der Verhaltensausgrenzung.

Es galt zu akzeptieren, dass Suchtmittelkonsum ein Bestandteil heutiger Jugendkultur ist und ein Heim keine Oase darstellen kann und will. Gleichzeitig sollte aber auf dem Heimgelände der Konsum illegaler Drogen nicht erlaubt sein. Intensiv musste das Argument »Dann konsumieren die Jugendlichen außerhalb des Geländes und wir haben noch weniger Einfluss« durchleuchtet werden, hinsichtlich dieser durchaus realistischen Option, seiner scheinbaren Widersprüchlichkeit und seiner co-abhängigen Implikationen.

**Die Enttabuisierung schuf die Grundlage für einen offenen Umgang mit dem Drogenkonsum der Jugendlichen, ohne damit den pädagogischen Ruf zu riskieren.**

**Zum Teil wurde den dann manchmal ratlosen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen frei heraus von Drogenerlebnissen vorgeschwärmt.**

## Prozess mit offenem Ausgang

Ausgehend von betrieblichen Handlungskonzepten der Alkoholprävention konnte dann ein Konsens über pädagogische Leitlinien für den Umgang mit konsumierenden Jugendlichen erzielt werden. Wichtigster Diskussionspunkt lag darin, ein Konzept zu denken, in dem Angebote von Hilfen, Konsequenzen und Kontrollen gleichermaßen wirksam sind. Oft werden Hilfsangebote und Konsequenzen als Widerspruch gedacht. Hierbei galt es auch zu differenzieren, dass die Hilfen im Sinne der entwickelten Leitlinien im fortgeschritteneren Missbrauchsstadium nicht mehr durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Einrichtung selbst geleistet werden müssen und können, sondern dass es darum geht, Jugendliche an das System der Suchtkrankenhilfe heran zu führen. Fortbildung und kollegiale Unterstützung sind erforderlich, um den Spagat von Konsequenz und Hilfsangeboten im Alltagsgeschäft auszuhalten. Bei der Planung der Umsetzung und Sicherstellung wurde deutlich, dass ein Konzept zur Suchtprävention nicht als ein isoliertes, neues Konzept wirksam werden kann. Vielmehr muss es mit den pädagogischen Ansätzen des Hauses sinnvoll verzahnt werden. Da Konzepte der Suchtprävention auch entscheidend von der internen und externen Kommunikation und Kooperation leben, muss geprüft werden, inwieweit die gegebenen Voraussetzungen tragen. Hier zeigte sich der Satz aus der Organisationsentwicklung: »Hast du einen Teil des Ganzen, hast du das Ganze.«

## Von Jugendhilfe lernen

Funktionierende Kooperationen leben davon, dass alle Teile etwas davon haben. Die Suchtkrankenhilfe kann hier ihren Auftrag und Anspruch nach Prävention sinnvoll umsetzen und kann konsumierende Jugendliche früher erreichen. Dabei sind die konkreten konzeptionellen Möglichkeiten noch lange nicht zu Ende gedacht. Hier wurden Beratungsstellenkontakte im Rahmen des Handlungskonzeptes als Auflage und Konsequenz strukturell im pädagogischen Konzept verankert. Des Weiteren wollen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Drogenberatungsstelle mit Hilfe einer interaktiven Ausstellung im Heim Präsenz zeigen, um ohne »konkreten Anlass« persönlich mit den Jugendlichen ins Gespräch zu kommen und so die Schwellen zu senken.

Suchtkrankenhilfe kann hier von der Jugendhilfe lernen, Jugendliche in ihren Alltagsbezügen wahrzunehmen und erfahren, dass jugendlicher Suchtmittelkonsum ein Prozess mit offenem Ausgang ist, in dem pädagogische Ziele »jenseits von Abstinenz und Therapie« sinnvoll definiert und erreicht werden können.

Jugendhilfe kann durch die Kommunikation und Kooperation mit der Suchtkrankenhilfe konsumierenden Jugendlichen offener und sicherer begegnen und gezielter und früher auf Missbrauchsverhalten reagieren. Auch wenn es entscheidend ist, die Grenze einer Einrichtung zu definieren und früh und systematisch mit Konsequenzen zu reagieren, bleibt das übergeordnete Ziel, Ausgrenzungsprozesse zu verhindern.

**Es hat ein gegenseitiger Prozess zwischen Jugend- und Drogenhilfe begonnen.**

**Fachstelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung des badischen Landesverbandes gegen die Suchtgefahren**

Ziegelfeldstr. 19  
79761 Waldshut-Tiengen 1  
☎ 0 77 51-91 01 73  
☎ 0 77 51-91 01 52

**Dr. Peter Degkwitz / Uwe Verthein**

## Crackwelle in Deutschland?

### *Bedeutung und Konsequenzen veränderter Konsummuster*

**Sich verändernde Konsummuster begleiten die Drogenhilfe – nicht nur in Deutschland – fortlaufend. So wundert es nicht, dass Crack als Phänomen derzeit wieder auf der Tagesordnung ist. In einzelnen Städten liegen sehr wohl Erfahrungen mit Crack-Konsumenten vor, überwiegend erscheinen diese aber nicht unbedingt als Problem im Hilfesystem.**

**Zur Bilanzierung der deutschen Situation liegt inzwischen neben dem hier präsentierten Beitrag von Dr. Peter Degkwitz und Uwe Verthein, Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, auch eine durch die Bundesdrogenbeauftragte in Auftrag gegebene »Bestandsaufnahme zum Crack-Konsum in Deutschland« vor, erhoben von Dr. Heino Stöver, Universität Bremen, (s. »Infos«, S. 6).**

**Der hier abgedruckte Beitrag aus Hamburg ist eine gekürzte Version des BINAD vorgelegten Originaltextes. Dieser Originaltext einschließlich der Literaturhinweise kann bei den Autoren bzw. bei BINAD angefragt werden.**

Periodisch rückt in den letzten Jahren, meist reisserisch, das Thema Crack in die öffentliche und drogenpolitische Diskussion.

Die angesichts der »kommenden Crackwelle« erörterten Fragen sind:

- Schwappt Crack jetzt – mit der entsprechenden Zeitverzögerung – über den Atlantik nach Europa?
- Erweist es sich als die vermutete »Schreckensdroge« (hinsichtlich des berichteten Abhängigkeitspotenzials und der Verhaltenskonsequenzen)?
- Rückt in den Szenen ein neues Konsummuster – Ablösung von Heroin als Hauptproblem droge – in den Vordergrund, und
- drohen Europa mit der Crackwelle auch die drogenpolitischen Konsequenzen, die der steigende Konsum in den Vereinigten Staaten hatte?

Die öffentliche Wahrnehmung der »Crack-Epidemie« erfolgte in verschiedenen europäischen Zentren im Verlauf der 90er Jahre mehrmals. Wobei, wenn sich die Nebelschwaden der teilweise hysterischer Schreckensmeldungen verzogen, folgendes festzustellen blieb:

Wir haben in den 90er Jahren in europäischen Metropolen einen steigenden Konsum rauchbaren Kokains. Das ist keine Fata Morgana, sondern durch verschiedene Arbeiten belegt (Hunter et al. 1995, Barrio et al. 1998, Marsden et al. 1998). Diese

Zunahme hat Opiate nicht abgelöst und ist auch nicht als Drogen-Epidemie (im Sinne massenhafter »Infektion«) zu interpretieren. Und schließlich, eine »Crackpanik« (in Sinne einer extremen öffentlichen und politischen Reaktion wie Ende der 80er in den USA) ist jeweils ausgeblieben.

## Konsummuster auf der Hamburger Drogenszene

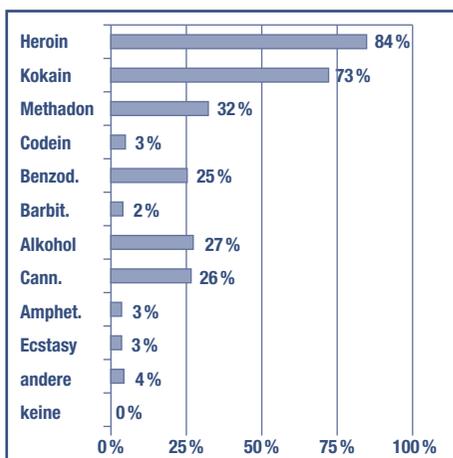


Abb. 1: Drogengebrauch in den letzten 24 Stunden unter Konsumenten der Hamburger Drogenszene (N=616)

ben (vgl. Abbildung 1). Codein, Barbiturate sowie Ecstasy und Amphetamine spielen insgesamt betrachtet eher eine untergeordnete Rolle.

Ausgehend von den Angaben zum Drogenkonsum in den letzten 24 Stunden erfolgt eine Gruppenbildung zu den Konsummustern (vgl. Tabelle 1). Die Gruppenbildung dient der Datenverdichtung und zur Veranschaulichung der vorhandenen Konsummuster.

Die größte Gruppe ist mit 35% eine Konsumentengruppe, bei der Kokain gefolgt von Heroin im Vordergrund steht (vgl. Tabelle 1 – Gruppe Kokain, Heroin). Bei der zweitgrößte Gruppe mit 28% der Konsumenten dominiert eindeutig Heroin (Tabelle 1 – Heroin). Im Unterschied zur erstgenannten Gruppe ist hier Alkohol von größerer Bedeutung.

Bei der dritten Gruppe, die ein Viertel der Konsumenten ausmacht (Tabelle 1 – Zeile 4), sind die wichtigsten Mittel Heroin und Kokain. Hier spielen Methadon und Benzodiazepine bei fast zwei Drittel der Konsumenten eine wichtige Rolle. Bei der vierten Gruppe wechselt die Bedeutung der Drogen. Hier stehen Alkohol (Alkohol kommt in der angeführten dritten Gruppe nicht vor) und Methadon im Vordergrund, gefolgt

Im Folgenden wird als Hintergrund für die differenziertere Betrachtung des Konsums von Crack das generelle Konsummuster vorgestellt. Grundlage dieser Daten ist eine Befragung von Konsumenten in und im Umfeld von drei szenenahen Hamburger Konsumräumen. Die Konsumenten wurden mit einem standardisierten Fragebogen zu ihrem Konsum in den letzten 24 Stunden befragt. Es handelt sich um insgesamt 616 Konsumenten (21% Frauen, 79% Männer) im Alter von 32,5 (±7,0) Jahren. Hinsichtlich des Konsums dominiert nach wie vor Heroin. 84% der Befragten geben an, dass sie in den letzten 24 Stunden Heroin konsumiert haben. Kokain haben drei Viertel der Befragten konsumiert. Dieser Anteil ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen (Thiel et al. 2000). Von jeweils einem Viertel bis einem Drittel werden Benzodiazepine, Cannabis, Alkohol und Methadon angege-

von Heroin, Kokain und (hier nachgeordnet) Benzodiazepinen.

Wichtig für die Beurteilung der Gesamtsituation sind die auf der Szene vorherrschenden Applikationsformen. Im Vordergrund steht der iv.-Konsum von Heroin und Kokain mit 82% (ausschließlich iv.-Konsum für die letzten 24 Stunden geben 61% an). Nur geraucht bzw. gesniffelt haben 18% in den letzten 24 Stunden. Hinzu kommen 21%, die neben dem iv.-Konsum zusätzlich auch geraucht bzw. gesniffelt haben.

Gruppe	N	%	Konsumierte Drogen <sup>a</sup>				
			Heroin	Kokain	Methadon	Benzodiaz	Alkohol
Heroin	173	28%	99%	35%	–	19%	51%
Kokain, H	216	35%	66% <sup>d</sup>	96%	9%	–	2%
H, K, M, B <sup>b</sup>	153	25%	94%	79%	67%	61%	–
A, M, H, K <sup>c</sup>	74	12%	82%	77%	100%	39%	100%
	616	100%	84%	73%	32%	25%	27%

<sup>a</sup> In dieser Gruppe werden Heroin, Kokain, Methadon, Benzodiazepine (aufgeführt in der Reihenfolge ihrer Bedeutung – vgl. konsumierte Drogen in Spalte 4 bis 8) konsumiert.

<sup>b</sup> In dieser Gruppe werden Alkohol, Methadon, Heroin, Kokain (aufgeführt in der Reihenfolge ihrer Bedeutung – vgl. konsumierte Drogen in Spalte 4 bis 8) konsumiert.

<sup>c</sup> Anteil der Konsumenten in den jeweiligen Gruppen, die in den letzten 24 Stunden die jeweilige Droge konsumiert haben.

<sup>d</sup> Lesebeispiel: In der Gruppe (Kokain, Heroin) haben 66% in den letzten 24 Stunden Heroin konsumiert.

Tab. 1: Aktuelle Konsummuster auf der Drogenszene – Gruppen (Cluster)

## Die Bedeutung von Crack und Kokain im Rahmen der vorherrschenden Konsummuster

Ausgehend von den gefundenen Konsummustern wird im Folgenden der Kokainkonsum genauer betrachtet (vgl. Tabelle 2). Als Ausgangspunkt dienen die vier Konsumentengruppen (Cluster). Der gesamte Kokainkonsum der jeweiligen Gruppen (Tabelle 2: Spalte 3) wird nach Konsumformen – Crack, iv.-Konsum, Sniefen – unterteilt. In allen Gruppen steht der iv.-Konsum im Vordergrund. Crack wird in der Kokain-Heroin Gruppe (Zeile 3) von fast einem Drittel in den letzten 24 Stunden konsumiert. Die höchste Konsumfrequenz von Crack findet sich in dieser Gruppe (8,3 Konsumeinheiten) und mit 10,6 Konsumeinheiten in der Gruppe 3 (Tabelle 2 – Zeile 4).

Gruppe	%	Kokainkonsum <sup>a</sup>			Kokaineinheiten <sup>b</sup>			
		Kokain insges.	Crack	Kokain iv.	Crack	Kokain iv.	Heroin insges.	
Heroin	28%	35%	8%	24%	3%	4,4	4,7	3,8
Kokain, He	35%	96%	31%	48%	3%	8,3	3,5	3,8
H, K, M, B	25%	79% <sup>c</sup>	24%	48%	2%	10,6 <sup>d</sup>	4,0	4,1
A, M, H, K	12%	77%	26%	55%	1%	5,5	3,0	3,4
	100%	73% <sup>e</sup>	22%	43%	2%	7,1 (±9)	3,7 (±3)	3,3 (±3)

<sup>a</sup> Der Kokainkonsum (Spalte 3) der gefundenen Konsumentengruppen wird nach Konsumart – rauchen (Crack), spritzen und sniefen – betrachtet.

<sup>b</sup> Anzahl der durchschnittlichen Konsumeinheiten in den letzten 24 Stunden bei denjenigen Konsumenten, die die Droge konsumiert haben.

<sup>c</sup> Lesebeispiel: 79% haben in den letzten 24 Stunden Kokain – unabhängig von der Konsumart – konsumiert.

<sup>d</sup> Lesebeispiel: In der Gruppe (Heroin, Kokain, Methadon, Benzodiazepine) konsumierten diejenigen, die Crack nahmen, es durchschnittlich 8,3-mal in den letzten 24 Stunden.

<sup>e</sup> Die Abweichung des Gesamtwertes des Kokainkonsums von den Konsumformen (Spalte 4 bis 6) kommt dadurch zustande, dass eine Reihe von Konsumenten den Kokainkonsum in den letzten 24 Stunden angaben ohne die Konsumform zu benennen.

Tab. 2: Konsummuster von Kokain und Crack nach Gruppen (Cluster)

Diejenigen, die Crack überhaupt konsumieren (22%, n=136), haben durchschnittlich 7,1 Konsumeinheiten. Die intensivsten Crack-Konsumenten finden sich in der Gruppe mit Mehrfachkonsum (Tabelle 2 – Zeile 4). Die iv.-Konsumenten von Kokain (43%, n=253) spritzen Kokain durchschnittlich 3,7 mal in den letzten 24 Stunden.

Kokain Konsummuster in den letzten 24 Stunden (n=447)	%
nur Crack	25%
nur Kokain Hydrochloride (iv.)	58%
nur Kokain Hydrochloride (sn.)	3%
Crack & Kokain Hydrochloride (iv.)	12%
Crack & Kokain Hydrochloride (sn.)	1%
Crack & Kokain Hydrochloride (iv & sn.)	1%
Konsumeinheiten Crackkonsum in den letzten 24 Stunden (n=136)	
einmal	21%
2 bis 4	29%
5 bis 9	18%
10 und mehr	32%
Konsummuster mit Crack (n=136)	
nur Crack (& keine der weiteren Drogen)	9%
Crack & Heroin	85%
Crack & Methadon	29%
Crack & Benzodiazepine	32%
Crack & Alkohol	26%
Crack & Heroin & Methadon	25%

Tab. 3: Kokain und Crack Konsummuster

Stunden auch Methadon genommen. Etwa gleich bedeutend sind die Kombinationen mit Benzodiazepinen und Alkohol. Hinsichtlich Alter, Dauer der Drogenkarriere und Geschlechtszusammensetzung zeigen sich keine Unterschiede der Crack-Konsumenten im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nutzer der Konsumräume. Hinsichtlich der Wohn- und Einkommenssituation besteht eine Tendenz in Richtung stärkerer Desintegration, die hier nicht genauer untersucht wird.

## Die Untersuchungsgruppe im Vergleich zur »Crackszene«

Eine wichtige Frage zur Beurteilung der Trends zum Crackkonsum in Hamburg ist, ob die hier beschriebenen Crack-Konsumenten hinsichtlich der offenen Szene eine spezielle Selektion darstellen. Möglicherweise gibt es eine Unterschätzung des Konsumentenanteils, der nur Crack raucht. Die Konsumräume richten sich vorrangig an iv.-Konsumenten, stellen aber auch Rauchplätze zur Verfügung. Die »reinen« Crack-Konsumenten könnten unterrepräsentiert sein, da sie die Konsumräume weniger nutzen, etwa aus Gründen des Aufwands (Anmeldung und teilweise Wartezeiten).

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Konsummuster von Kokain betrachtet. Im Vordergrund steht bei Kokain der iv.-Konsum. 71% der 447 Kokainkonsumenten (vgl. Tabelle 3) spritzen Kokain (58% nutzen es ausschließlich intravenös). 39% haben in den letzten 24 Stunden Kokain als Crack geraucht (25% nutzen Kokain ausschließlich in der rauchbaren Form).

Die Crack-Konsumenten (n=136) konsumieren unterschiedlich intensiv. Da die Crackwirkung nur kurz anhält, erfolgt der abhängige Konsum von Crack als sog. »Crack-Runs« mit bis zu 100 und mehr Konsumeinheiten pro Tag (Reinarman & Levine 1997). Tabelle 3 zeigt, dass etwa die Hälfte der Crackkonsumenten bis zu 4 Konsumeinheiten pro Tag aufweist. Die intensiven, möglicherweise abhängigen Crackkonsumenten finden sich unter den 32%, die 10-mal und häufiger pro Tag konsumieren (Tabelle 3).

Werden die Crack-Konsumenten hinsichtlich der Kombination mit anderen Drogen untersucht, so kommt reiner Crackkonsum (kein weiterer Konsum in den letzten 24 Stunden) mit 9% der Konsumenten relativ selten vor. Es dominiert ein Muster der Kombination mit Heroin. Ein Drittel der Crack-Konsumenten hat in den letzten 24

Insofern bietet sich ein knapper Vergleich mit einer explorativen Befragung der sog. Crackszene an. Hier wurden 64 Crackkonsumenten hauptsächlich vor einem der Konsumräume befragt (Thane & Thiel 2000). Hinsichtlich der Konsumintensität (Einheiten pro Tag) unterscheiden sich diese Konsumenten nicht von den in den Konsumräumen untersuchten (45% der Befragten waren tägliche Nutzer, die 19-mal – Median=15 – konsumierten). Alleinige Crack-Nutzer waren 8%. Die Kombinationen mit anderen Mitteln (z.B. zu 83% mit Heroin) entsprechen den oben gefundenen. Insgesamt ergibt sich der Eindruck, dass die Mitglieder der offenen Crackszene mehrheitlich zumindest gelegentlich auch Nutzer der Konsumräume sind und sich daher von den hier untersuchten Crack-Konsumenten nicht wesentlich unterscheiden.

## Trends des Crackkonsums (am Beispiel Hamburgs)

Es gibt eine deutliche Zunahme von Crack auf der Drogenszene. Die Feststellung dieses Trends stützt sich aus dem Vergleich mit vorangegangenen Szenebefragungen (Homann et al. 2000, Thiel et al. 2000). Die Zunahme von Crack steht im Kontext einer steigenden generellen Bedeutung von Kokain. Es erfolgt (bislang) keine Ablösung von iv.-Heroin als zentraler Droge auf der Szene.

Gegenwärtig zeigt sich Crack vorrangig als Teil polyvalenter Konsummuster unter weitgehend bekannten Konsumentengruppen mit vorrangigem iv.-Konsum von Heroin und Kokain. Allerdings ist bei einem Teil dieser Konsumenten Crack zur Hauptproblemdroge geworden (andauernder Konsum über »Runs« hinaus).

Crack taucht meist im Verbindung mit Kokain unter Methadonkonsumenten auf. Bei Teilen scheidet darüber die Substitutionsbehandlung. Auch wenn dies nur kleinere Teilgruppen betrifft, sind die Probleme eine erhebliche Belastung der entsprechenden Einrichtungen.

Es gibt Ansätze zur Herausbildung eigenständiger Crackmilieus mit neuen Konsumentengruppen. Das betrifft desintegrierte Jugendliche, die auf der Straße leben, minderjährige Prostituierte und teilweise jugendliche Stricher. Entsprechende Berichte von Einrichtungen der Jugendarbeit, niedrigschwelligen Einrichtungen für Prostituierte und der Straßensozialarbeit über Zunahme von Crack und Crack als Einstiegs- und Hauptproblemdroge sowie wachsende Probleme in der Praxis liegen vor, aber die Quantität der »neuen Milieus« kann in Hamburg bislang nicht präzise bestimmt werden. Die Informationen sind vorwiegend kasuistisch und genauere Untersuchungen fehlen.

Es gibt Crackkonsum unter integrierten Gruppen wie Beschäftigten in neuen Dienstleistungsbereichen (der sog. »new economy« – Internet, Werbung, Medien oder Computerbereich). Hier sind Konsumenten mit Problemen bekannt (z.B. über ambulant arbeitende Psychotherapeuten), aber die Regel ist Selbstbewältigung oder Bewältigung im Rahmen bestehender Angebote. Es sind bislang keine Personen erkennbar, die über ihren unkontrollierten Crackkonsum bis zur Drogenszene »durchgereicht« werden.

**Es gibt Ansätze zur Herausbildung eigenständiger Crackmilieus mit neuen Konsumentengruppen.**

## Bundesrepublik Deutschland/Europa – Voraussetzungen für eine Crack-Panik?

Was eine Droge individuell bewirkt, welche Verhaltenskonsequenzen sie hat, ist genauso wenig in ihrer Molekularstruktur verankert, wie das, was sie sozial bewegt und wie die Gesellschaft darauf reagiert. Bislang ist in der Bundesrepublik das gesellschaftliche Herangehen an Crack, von Einzelfällen abgesehen, eher pragmatisch und nicht panisch im Sinne der »Crackpanik«, eines drogenpolitischen Extremismus in den USA von 1987 bis 1992. Das Thema »Teufelsdroge« greift weder in der Öffentlichkeit noch in den Subkulturen. Die Hintergründe dafür sind unklar, aber sie besser zu verstehen, würde helfen, diese für die Betroffenen und die erforderlichen Hilfemaßnahmen relativ günstige Situation aufrecht zu halten.

Es gibt in Deutschland bzw. in Europa keine mit den USA zur Zeit der Dominanz des »Neuen Konservatismus« unter der Reagan-Regierung vergleichbare soziale und politisch-ideologische Konstellation. Zugleich fehlen etwa als Resonanzboden der Panik extreme Armut und Rassentrennung. Andererseits ist dies eine unzulässige Vereinfachung; denn das rechtsradikale Jugendmilieu in der Bundesrepublik, besonders im Osten, hat einen vergleichbaren Hintergrund sozialer Verwerfungen wie die von der sozialen Perspektive abgeschnittenen desintegrierten schwarzen bzw. lateinamerikanischen Jugendlichen in den »Inner cities« der 80er Jahre in den USA. Vergleichbare Züge sind ebenfalls der Zusammenbruch der Industrie, vorheriger Lebensorientierungen, die hohen Arbeitslosigkeitsraten, die teilweise Verarmung, Schwierigkeiten einer individuellen Lebensperspektive, der Abzug von Eliten, das Gefühl der Ausgrenzung und Ängste vor der Zukunft.

Die sozialen, politischen und personalen Bewältigungsmechanismen (und deren pathologische oder irrationale Krisenpotenziale sowie die dabei einbezogenen Drogen) sind aktuell andere, aber der generelle Hintergrund – Beschleunigung sozialen Wandels mit den entsprechenden Risiken dysfunktionaler Bewältigungsmuster auf personaler wie sozialer Ebene – bleibt uns erhalten. Wie die Auflösung traditioneller Milieus konkret erfolgt, wie sich die Individualisierung vollzieht, wie Risiken oder Chancen verteilt sind, ob Politik sich zurückzieht, inwieweit sie kompensiert oder gestaltet und welche politisch-ideologischen Konstellationen sich daraus ergeben, ist offen.

Auch hierzulande bestehende Risiken hinsichtlich einer Crackpanik liegen

- im »Zeitgeist« und dessen kultureller Stilisierung und Ästhetisierung durch die Öffentlichkeit und entsprechende Subkulturen,
- im Image der Droge und den entsprechenden Fremd- und Selbstbildern der Konsumenten,
- in der Erschöpfung sozialer Bewältigungsressourcen (und deren »Ersatz« durch Ausgrenzungsprozesse, Diskriminierung, Rassismus),

- im Versäumen adäquater Reaktionen auf die neuen Herausforderungen steigenden Konsums in den Zentren einzelner Großstädte und daran anknüpfenden
- verkürzten und populistischen Politikkonzepten.

Irrationale Ausschläge oder Ersatz von Gestaltung und Politik durch Symbolik sind auch in der Bundesrepublik immer möglich, daher verbietet sich jegliche Ignoranz oder Überheblichkeit gegenüber der Crackpanik als inadäquates und kontraproduktives Bewältigungsmuster. Die Herausforderung wird schlaglichtartig etwa an der Art der erforderlichen Auseinandersetzung mit den aggressiven, fremdenfeindlichen rassistischen Exzessen von Jugendlichen im Osten deutlich, wenn die Politik den selbstgeschaffenen psychosozialen Hintergrund ignoriert oder diesen Hintergrund verklärt. Wird Politik gegenüber der komplexen Problematik auf Moralappelle einerseits und Repression andererseits verkürzt und die erforderlichen sozialstrukturellen Gestaltungsaufgaben verleugnet, sind »irrationale Auswüchse« nicht so fern.

### »Präventive« Konsequenzen

Die versorgungs- und drogenpolitischen Konsequenzen des steigenden Crackkonsums und der damit einhergehenden Probleme sind noch offen. In dieser Situation ist die Frage, was Wissenschaft und Professionelle »präventiv« zur Vermeidung von irrationalen Konsequenzen, die im wesentlichen zu Lasten der Betroffenen gehen würden, tun können. Wir sehen vorrangig die folgenden Aufgaben:

#### Realistische Bestandsaufnahmen

Eine der Aufgaben der Suchtforschung besteht darin, durch realistische Bestandsaufnahmen und entsprechende Empfehlungen einer panischen Reaktion vorzubeugen. Dazu gehört, die tatsächlichen Probleme nicht zu verniedlichen, sondern adäquat darzustellen. Diese Aufgabe ist kompliziert, da Professionelle ebenso wie Wissenschaftler in der Gefahr stehen, das Thema zu dramatisieren, da ohne die entsprechende »Inszenierung« breitere Öffentlichkeit und Politik nicht zu bewegen sind, die erforderlichen Mittel für die Versorgung (und die erforderlichen Erprobungen) oder die Forschung bereitzustellen.

Zur realistischen Bestandsaufnahme gehört es, die Crack-Mythen zu entzaubern. Denn diese Mythen für die erlebten pharmakologischen Wirkungen, ebenso wie Mythen für die Wirkungen auf das Verhalten (Aggressivität, Kriminalität und Paranoia) haben Bedeutung für irrationale Zuspitzungen – bei Konsumenten ebenso wie in Öffentlichkeit und Politik.

#### Adäquate Versorgungskonzepte entwickeln und erproben

Für Konsumenten, die mit Crack Probleme haben, sollten entsprechende »Harm-reduction« Maßnahmen entwickelt und erprobt werden. Solche Maßnahmen für intensive Nutzer (mit nur kurzen Phasen der Erreichbarkeit) könnten z.B. Ruhestellen

*Da wir es derzeit noch nicht mit einem massiven, durchgängigen Problem zu tun haben, besteht die Chance, überstürzte irrationale Konsequenzen zu vermeiden.*



**Zentrum für  
interdisziplinäre  
Suchtforschung**

der Universität Hamburg  
(ZIS)

Martinstraße 52  
20246 Hamburg

☎ 0 40-45 00 01 52 oder

4 28 03 51 21

☎ 0 40-45 57 61

✉ so6a023@sozialwiss.  
uni-hamburg.de

www.zis-hamburg.de

und Tagesschlafplätze bei Erschöpfungszuständen sein. Weitere zu prüfende Hilfen könnten ein niedrigwelliger Zugang zur Akupunktur, psychiatrische Akutinterventionen bei psychischen Problemen (Phobien, Wahn) unter Konsum bzw. nach intensiven Konsumphasen (Depressionen) sein. Zu prüfen wären ambulante Therapiemöglichkeiten in- und außerhalb des traditionellen Drogenmilieus.

**Forschungsdefizite thematisieren und aufarbeiten**

Es bestehen eine Reihe offener und dringender Forschungsfragen. Dazu gehören die Abklärung der Bedeutung von Gruppen »vorrangig« Crackabhängiger, die Untersuchung eigenständiger Crack-Szenen (Jugendliche, Kinderprostitution), die Identifikation der tatsächlich nicht erreichten, behandlungsbedürftigen Konsumenten, die Evaluation und Präzisierung der Harm-Reduction-Angebote und weiterer Interventionen für diese Gruppe.

**An dieser Stelle noch  
einmal der Hinweis auf  
die »Bestandsaufnahme  
zum Crack-Konsum in  
Deutschland«:**

Im Auftrag der Bundesdrogenbeauftragten erhob Dr. Heino Stöver, Uni Bremen, eine Bilanz, die im Internet unter [www.archido.de](http://www.archido.de) zur Verfügung steht.

Ein zügiges Angehen dieser Aufgaben würde Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen, um die Dämonisierung von Crack und eine Panik mit ihren negativen Folgen für die Betroffenen zu vermeiden oder zumindest abzuschwächen.

**Bundesministerium für  
soziale Sicherheit und  
Generationen, Wien**

*Handbuch Alkohol – Österreich  
- Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2001 -*

**2. überarbeitete Auflage 2001**

**Vorwort zur ersten Auflage:**

Alkohol wird in unserer Gesellschaft je nach Blickwinkel als Freudenspender oder Verelender, als Medizin oder Gift, als Freund oder Feind der Menschen betrachtet. Seit Jahrhunderten ist Alkohol Bestandteil unserer Traditionen – das Menü eines Festessens ohne entsprechende alkoholische Getränke mehr als unüblich.

Ebenso evident ist aber auch, dass in der Bevölkerung in den letzten Jahren eine Sensibilisierung im Zusammenhang mit der Alkoholproblematik stattgefunden hat. Diese Entwicklung ist nicht zuletzt Ergebnis der Bemühungen der Gesundheits- und Sozialpolitik, ein kritisches Bewusstsein der Menschen zu den angenehmen, aber auch risikoreichen Seiten des Alkoholkonsums zu fördern.

Wirksame Programme zur Reduzierung der durch den Alkoholkonsum bewirkten gesundheitlichen und sozialen Probleme sind nicht nur eine Frage der Festlegung individueller Interventionen. Es geht dabei auch darum, in der Gesellschaft auf breiter Basis, langfristig und dauerhaft eine kulturelle Veränderung zu bewirken, so dass der Umgang mit Alkohol bewusster und verantwortungsvoller erfolgt.

Dieser Prozess setzt voraus, dass auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse die Problematik des Alkoholkonsums offen und breit diskutiert wird. Das »Handbuch Alkohol – Österreich« stellt erstmals einen umfassenden Überblick über alle in Österreich verfügbaren alkoholrelevanten Daten dar und soll damit einen wichtigen Beitrag zur Diskussion dieser sensiblen Thematik liefern.

Neben gesundheitlichen Fragen der Epidemiologie, Prävention und Therapie werden insbesondere spezielle Problemfelder wie Jugendschutz, Alkohol im Verkehr, Alkohol am Arbeitsplatz und Alkohol als Wirtschaftsfaktor, sowie die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen eingehend beleuchtet.

Dieses Nachschlagewerk verdeutlicht aber auch in eindrucksvoller Weise, dass die Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs nur dann Erfolg haben kann, wenn sich verschiedenste Maßnahmen präventiver, therapeutischer, wirtschaftlicher und legislativer Natur in einem umfassenden Zusammenwirken ergänzen.

**Aus dem Vorwort zur 2. Auflage:**

Die Komplexität der Thematik und die Veränderungen, die sich zwischenzeitlich in einzelnen alkoholbezogenen Themenbereichen, etwa in den rechtlichen und steuer-



Angefordert werden kann das Handbuch beim:

**Bestellservice des BMSG**

☎ 00 43-1-7 11 00-47 00

☎ 00 43-1-7 11 00-48 11

www.bmsg.gv.at

Download:

www.apo.os.at/akis

lichen Rahmenbedingungen, ergeben haben, legen überdies eine regelmäßige Überarbeitung, Aktualisierung und Ergänzung der in diesem Nachschlagwerk verarbeiteten Daten und Informationen nahe, um auch künftig stets ein aktuelles Überblickswerk zur Alkoholthematik zur Verfügung stellen zu können.

So wurde im Jahr 2000 mit Mitteln des Gesundheitsressorts in Zusammenarbeit mit dem Anton-Proksch-Institut und dem Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung die »AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS)« eingerichtet, deren Aufgabenbereich u. a. die systematische Sammlung, Aufbereitung und Aktualisierung aller alkoholrelevanten Daten und Informationen umfasst. In diesem Rahmen konnte die anstehende Aktualisierung und Überarbeitung durchgeführt werden, wobei auch einige epidemiologisch und gesundheitspolitisch interessante Ergänzungen gemacht wurden.

## Christoph Strieder

# Kontrollierter Gebrauch illegalisierter Drogen.

## Funktion und Bedeutung des Gebrauchs illegalisierter Drogen im gesellschaftlichen Kontext

**Band 32 der INDRO-Buchreihe**

**Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2001.**

Dieser 32. Band in der Reihe »Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit«, hrsg. von INDRO e.V., greift ein immer noch arg vernachlässigtes drogenpolitisches Thema auf. Es geht um die Möglichkeit eines regelorientierten, kontrollierten Gebrauchs illegalisierter Drogen. Die hier vorliegende qualitative kultur- und sozialisationstheoretische Untersuchung zur Funktion und Bedeutung des Gebrauchs illegalisierter Drogen berührt ein Tabuthema. Drogengebrauch wird in dieser Studie als Verhalten wie jedes andere – ohne moralische Bedenken – betrachtet. Neben phänomenologischen Überlegungen wird hier insbesondere die psychosoziale Bedeutung des Rausches im lebensweltlichen und gesellschaftlichen Zusammenhang diskutiert. Zentrales Ergebnis dieser explorativen Untersuchung ist, dass ein kontrollierter Gebrauch von illegalisierten Substanzen Folge eines subjektiven Lern-, Erfahrungs- und Aneignungsprozesses im umfeldspezifischen Kontext ist. Diese Studie macht wiederum deutlich, dass das immer noch vorherrschende Einbahnstraßenmodell des Gebrauchs illegalisierter Drogen als zwangsläufige Fahrkarte ins Jenseits relativiert werden muss.

Bestelladresse:

**INDRO e.V.**

Bremer Platz 18-20

D-48145 Münster

☎ 02 51-23 45 77

oder -6 01 23

☎ 02 51-2 80 76 87

oder -66 65 80

✉ INDROeV@t-online.de

www.indro-online.de

## Ekkehard Hayner

# Akzeptanzorientierte Suchtprävention.

## Eine qualitative Studie über die Kommunikation Ostberliner Jugendlicher zu illegalisierten Drogen

**Band 33 der INDRO-Buchreihe**

**Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2001**

Dieser 33. Band in der Reihe »Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit«, hrsg. von INDRO e.V., ist eine qualitative Studie über die Bedingungen und Chancen einer »Akzeptanzorientierten Suchtprävention« basierend auf einer Untersuchung über die Kommunikation Ostberliner Jugendlicher zu illegalisierten Drogen. Diese Studie stellt sich dem Anspruch praxisrelevanter Forschung, d.h. sie ermöglicht begründete Schlussfolgerungen, wie suchtpreventive Bemühungen sinnvoll ausgestaltet werden können. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass illegalisierte Drogen im Rahmen traditioneller Konzepte zur Suchtprävention immer noch als eine große Gefahr für Jugendliche angesehen werden, gegen die diese »stark« gemacht werden sollen. Durch ihre Abstinenzforderung verliert diese Art der Suchtprävention jedoch den Kontakt zu ihren Adressaten. Diese breit angelegte Auseinandersetzung mit suchtpreventiven Konzepten in empirischer Ausrichtung kommt zu der Schlussfolgerung, dass in der Suchtprävention ein Paradigmawechsel hin zu einer akzeptanzorientierten Suchtprävention im Sinne einer sachgerechten Substanzaufklärung als konkrete Verbraucherberatung dringend notwendig ist.

Bestelladresse:

**INDRO e.V.**

Bremer Platz 18-20

D-48145 Münster

☎ 02 51-23 45 77

oder -6 01 23

☎ 02 51-2 80 76 87

oder -66 65 80

✉ INDROeV@t-online.de

www.indro-online.de



**Bernulf Kanitscheider (Hrsg.)  
unter Mitwirkung von Berthold Suchan**

## *Drogenkonsum – bekämpfen oder freigeben?*

**S. Hirzel Verlag  
Stuttgart. Leipzig 2000  
ISBN 3-7776-0999-4**

Die Freiheit des individuellen Handelns gilt in liberalen Demokratien als ein hohes schützenswertes Gut, zumindest dann, wenn es sich um deren theoretische Befürwortung handelt. In der praktischen Anwendung werden jedoch zentrale Bereiche der individuellen Entscheidungsbefugnis entzogen: Staat und Gesellschaft greifen dezidiert in die Wünsche der Bürger insbesondere dort ein, wo es um die freie Gestaltung des Bewusstseins, um den Gebrauch von psychoaktiven Substanzen geht. Auf diesem Gebiet legt die Staatsmacht – angeblich durch das gesellschaftliche Kollektiv gerechtfertigt – dem Individuum durch das Betäubungsmittelgesetz rigorose Verbote auf, die seinen persönlichen Willen weitestgehend einschränken. Aus liberalistischer Sicht bedarf jegliche Restriktion des Handlungsspielraumes von einzelnen Bürgern und Personenkreisen der moralischen Rechtfertigung. Wenn keine guten Gründe vorliegen, die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit zu beschränken, dann gilt eine damit verbundene Tätigkeit als erlaubt.

Aus den »guten Gründen« für eine paternalistische Bevormundung des Bürgers entzündet sich natürlich die Auseinandersetzung. Stellt der Drogenkonsum einen Ausnahmefall dar, bei dem es gestattet ist, denjenigen Verbote aufzuerlegen, die ihre Gehirnfunktionen unter Zufuhr bewusstseinsaktiver Substanzen zu verändern trachten? Dies ist eine Frage, die nur unter Einbeziehung des faktischen Wissens aus Pflanzenkunde, Pharmakologie, Medizin, Psychologie, Rechtswissenschaft, Ethnologie, Psychiatrie und Ethik fundiert angegangen werden kann. Wenn man so die Informationsbasis verbreitet, erscheinen überraschenderweise viele Vorurteile der Alltagsüberzeugung, wie sie auch von den Medien verbreitet werden, als allzu ängstliche Überreaktionen bzw. als Ausdruck einer antihedonistischen Arbeitskultur, die lediglich an materiellem Gewinn, aber nicht an emotional erfüllter Muße orientiert ist. Nutzen und Gefahren von psychoaktiven Stoffen können jedenfalls nur auf der Grundlage sorgfältig aufbereiteten Faktenwissens abgeschätzt werden. Im vorliegenden Band stellen Fachleute, die die Drogenproblematik unter den verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven betrachten, die wichtigsten Facetten des Gebrauches psychoaktiver Substanzen vor.

Auf Grund des Spektrums von Fakten und Stellungnahmen kann sich der interessierte Leser nun selbst eine Meinung zum Drogenproblem bilden. Er wird aus seinen eigenen Erfahrungen heraus im Zusammenhang mit den empirischen Erhebungen und den theoretischen Reflexionen hoffentlich zu einem fundierteren Urteil über eine brennende soziale und ethische Frage gelangen.

Aus dem Vorwort

**Ronald Hitzler und  
Michaela Pfadenhauer (Hrsg.)**

## *Techno-Soziologie – Erkundungen einer Jugendkultur*

**Opladen (Leske + Budrich) 2001  
Erlebniswelten, Band 1  
ISBN 3-8100-2663-8**

Ohrenbetäubender Lärm, endlose Partys, exzessiver Drogenkonsum und kommerzielle Verdummung junger Menschen – das sind nach wie vor die gängigen Assoziationen, die das Thema »Techno« in der Öffentlichkeit weckt.

Demgegenüber liegen zwischenzeitlich vielfältige empirische Untersuchungen, systematische Beschreibungen, analytische Rekonstruktionen und auch theoretische Deutungen dieses Phänomens vor.

Der Band versammelt wesentliche Erkenntnisse maßgeblicher Techno-Forscherinnen und Techno-Forscher in der deutschen Soziologie und in den benachbarten Disziplinen Musikwissenschaft, Theologie, Betriebswirtschaftslehre, Politikwissenschaft, Kommunikationswissenschaft und Kunstpädagogik.

Buchdeckel-Text