



*Fachstelle
grenzübergreifende
Zusammenarbeit*

**für die Bereiche
Sucht- und Drogenhilfe,
Prävention und Politik**



BINAD INFO 22

BINAD-INFO 22

Schwerpunktthema

■ ***Ambulante
Behandlung,
Vernetzung
und Kooperation***



Intro	2
Infos	3
<i>Neue Präventionskampagne der Polizei NRW</i>	14
Landeskriminalamt NRW	
Thema »Ambulante Behandlung, Vernetzung und Kooperation«	
■ <i>Achilles – das Vier- und Zehn-Gespräche Modell</i>	18
Ingrid Leus	
■ <i>Mit dem Zehn-Gespräche-Modell schnell an den Kern</i>	20
Wencke de Wildt	
■ <i>Lösungs- und ressourcenorientierte Therapie mit freier Wahl der Ziele Abstinenz oder Kontrolliertes Trinken</i>	23
Agnes-Christine Nelle	
■ <i>Gemeindenaher optimale und flexible Versorgung Suchtkranker</i>	34
Dr. med. Thomas Reinert	
■ <i>Entwicklungszentrum Soziale Suchthilfe erzielt erste Ergebnisse</i>	42
Niek Dekker	
■ <i>Heroin auf Rezept – ein Gewinn für langjährige Heroinabhängige</i>	46
Ministerium für Volksgesundheit, Den Haag	
■ <i>Qualitätsstandards in der ambulanten Drogenhilfe</i>	49
Hildegard Gerber	
Podium »Drogen: Politik und gesetzliche Regelungen«	54
■ <i>Die Drogenproblematik aus polizeilicher Sicht einschließlich drogenpolitischer Schlussfolgerungen</i>	55
Thomas Wenner	
■ <i>Wie verhält sich die gesetzliche Regelung von Cannabis zu der von anderen verbotenen Rauschmitteln?</i>	64
Fredrick Polak	
■ <i>Heroin muss ein Heilmittel werden</i>	68
Wim van den Brink	
<i>Stand und Perspektiven der deutschen Sucht- und Drogenpolitik</i>	76
Marion Caspers-Merk	
<i>Drogenkonsum und die Gesetzgebung in der EU</i>	83
EBDD	
<i>Drogenkonsummuster und Mädchenbilder im Wandel</i>	87
Frauke Schwarting	
<i>Aktionsplan Alkohol: Ausweitung von Prävention und Hilfeleistung für problematische Alkoholkonsumenten</i>	94
Toon de Vos	
<i>Der »Alkoholcent« – Eine Gesundheitsabgabe auf Alkohol als Vorschlag zur Sicherung der Finanzierung der Suchtkrankenhilfe</i>	96
Heino Möller, Edgar Zeissler	
<i>Deutsch-niederländische LSP-BINAD-Tafel</i>	100
Mechthild Neuer, Hans van Ommen	
<i>Mobilität und Drogenkonsum in Europa – Erfahrungen und Resultate des AC COMPANY Projektes</i>	102
Eberhard Schatz	
Publikationen	108
Ankündigungen	116



Nein, es ist kein Irrtum der Druckerei: diese Ausgabe ist zweigeteilt – es gibt eine deutsche und eine niederländische Fassung. Diese sind inhaltlich bis auf einige Teile der Rubriken »Publikationen« und »Ankündigungen« identisch, aber für die gewohnte zweisprachige Form zu umfangreich – wir bitten um Nachsicht!

Wie bereits bei den INFOs 19 und 20 - die mit unterschiedlichen Gewichtungen dem Thema »Prävention« gewidmet waren – ist auch das Thema »Behandlung« nur unzureichend mit einem Heft abzudecken. So gibt es wieder zwei aufeinander folgende INFOs, die sich mit einem zusammenhängendem **Schwerpunktthema** befassen, ohne allerdings einfach nur eine »Fortsetzung« darzustellen. Im vorliegenden INFO 22 geht es eher um den Bereich der ambulanten Behandlung, um die Vernetzung und Kooperation mit dem stationären Bereich, um Qualitätsstandards und auch das »Kontrollierte Trinken« als ein mögliches Behandlungsziel. Kurzinterventionen wie die niederländischen Vier- bzw. Zehn-Gespräche-Modelle werden beschrieben, es geht um die Heroingabe und anderes mehr.



Rüdiger Klebeck

Spannend wird es im **Podium**: hier steht diesmal die Grundlage unserer Drogenpolitik, die Prohibition, zur Diskussion. Vor allen Dingen der erste Beitrag, er stammt vom Bochumer Polizeipräsidenten, wird nicht nur auf Zustimmung stoßen – aber das Podium soll ja auch zur kontroversen Diskussion anregen, soll herausfordern! Und genau das geschieht auch mit dem dritten Beitrag in dieser Rubrik – denn in dieser Ausgabe haben wir das an sich auf zwei Beiträge ausgelegte Podium erweitert. Es wurde ein aus dem März stammendes Interview mit Wim van den Brink aufgenommen, in dem er sich für die Sicht auf Sucht als neurobiologisch zu behandelnde Krankheit ausspricht, was er auch an entscheidenden Stellen in den Niederlanden vertritt. Spannende Themen!



Mechthild Neuer

An verschiedenen Stellen in dieser Ausgabe finden sich Elemente einer auf Jugendliche gerichteten **Präventionskampagne des Landeskriminalamtes Nordrhein-Westfalen**, die uns auf Grund ihrer Konzeption und der Konzentration auf den Alkohol als Hauptdroge gefallen hat und daher auch hier im INFO präsentiert werden soll. Ab Seite 14 findet sich die Kurzbeschreibung der Kampagne, einzelne zur Kampagne gehörende Bildkarten trennen die Rubriken dieser Ausgabe voneinander ab.



Hans van Ommen

Weitere Beiträge setzen sich auseinander mit dem Alkohol als Hauptsuchtmittel – sowohl bei dem Blick der Bundesdrogenbeauftragten auf die Herausforderungen an die Suchtpolitik und die Suchthilfe findet sich hier ein Schwerpunkt wie auch beim niederländischen Aktionsplan Alkohol und der Idee eines Alkoholcents als alkoholbezogene Abgabe.

Eine wirklich prall gefüllte Ausgabe, die hoffentlich Spaß beim Durchblättern und Lesen macht und darüber hinaus weiteres Interesse am Blick über die Grenze weckt.

Rüdiger Klebeck

Mechthild Neuer

Hans van Ommen



Umfrage unter 38.000 Jugendlichen in Limburg und der deutschen Grenzregion – weniger Risikoverhalten bei Jugendlichen aus Limburg

Im Oktober 2001 füllten ca. 21.000 Jugendliche der niederländischen Provinz Limburg aus den Klassen 2 und 4 der Sekundarstufe einen Fragebogen aus. Im benachbarten Deutschland wurde derselbe Fragebogen 17.000 Schülern in der Region Euskirchen, Düren, Heinsberg und Aachen vorgelegt. Die wichtigste Erkenntnis dieser jüngsten Umfrage unter Jugendlichen war, dass im Vergleich zu einer ähnlichen Befragung im Jahre 1996 die Zahl der Raucher und Drogenkonsumenten zurückgegangen ist. Bemerkenswert daran ist, dass diese positive Entwicklung von dem landesweiten Trend abweicht, der kaum Veränderung aufweist. Zwischen den einzelnen Regionen in Limburg wurden keine größeren Unterschiede festgestellt. Jugendliche aus Limburg weisen weniger Risikoverhalten auf als Jugendliche aus der deutschen Grenzregion. Dies gilt vor allem für Drogenkonsum, der bei Jugendlichen aus Limburg erheblich geringer ist. Darüber hinaus wird auf niederländischer Seite weniger geraucht und sind weniger niederländische Schüler betrunken/angetrunken als ihre Altersgenossen im deutschen Grenzgebiet.

Resultate der Untersuchung

Die Untersuchung ergab, dass 8% der Jugendlichen die eigene Gesundheit als mäßig bis schlecht bewerten. Fast ein Viertel der befragten Jugendlichen sind Raucher. Ebenso groß ist der Anteil der Jugendlichen, die in den vier Wochen vor der Befragung betrunken oder angetrunken waren. Zudem trinken 7% der Jugendlichen zwanzig oder mehr Gläser Alkohol pro Woche. Einer von zehn Jugendlichen hat in den vier Wochen vor der Untersuchung Cannabis konsumiert. Im selben Zeitraum haben 1,5% der Jugendlichen nach eigener Aussage XTC genommen, während 1,7% Heroin, Kokain, Speed oder LSD gebraucht haben.

Gut 10% der Jugendlichen haben in den vier Wochen vor der Befragung die Schule geschwänzt. Einer von zwanzig Jugendlichen wurde in der Woche vor der Umfrage von Mitschülern in der Schule schikaniert. Weitere bemerkenswerte Resultate sind, dass ein Fünftel der Jugendlichen zu wenig frühstückt (vier Mal oder weniger pro Woche) und dass gut 15% außerhalb der Schule niemals Sport treiben. Schließlich geben 6% an, dass sie ungeschützten Sex haben (nie oder fast nie mit Kondom).

***Vor allem beim
Drogenkonsum
weisen Jugendliche
aus Limburg
weniger Risiko-
verhalten auf als
Jugendliche aus
der deutschen
Grenzregion***



GGD Zuidelijk Zuid-Limburg

Mariëtte Houben-Vaessen

☎ 0 43-382 18 73

www.ggdz.nl

Jugendpolitik

Aus diesen ersten generellen, regionalen und grenzüberschreitenden Resultaten werden bemerkenswerte Unterschiede und Trends ersichtlich. Diese Unterschiede werden auf lokaler Ebene vermutlich noch klarer sichtbar werden. Die jeweiligen Gesundheitsämter werden sich an Hand der Untersuchungsdaten ein Bild von der lokalen Situation machen und in Zusammenarbeit mit den Schulen und Kommunen versuchen, die Jugendpolitik weiter zu verbessern.

Pressebericht 25. März 2002

Gelungene Deutsch-Niederländische Arbeitstagung zu Themen der stationären Sucht- und Drogenarbeit

Am 06.03.2002 fand in Almen/NL eine von BINAD in Kooperation mit dem Verband Westfälischer Einrichtungen Stationärer Drogentherapie vorbereitete Arbeitstagung statt, zu der Vertreter aus dem stationären Behandlungssystem der Suchthilfeorganisation TACTUS eingeladen wurden. Es wurde einen Tag lang intensiv zu fünf Themenbereichen diskutiert, wozu jeweils Kurzreferate deutscher bzw. niederländischer Kollegen die Impulse gaben.

Die Themen waren:

- Kurzzeitbehandlung
- Motivationsarbeit
- Geschlechtsspezifische Ansätze
- Therapie mit Substituierten sowie
- Adaption.

So unterschiedlich auch die Systeme der Suchthilfe organisiert sein mögen, es fanden sich fachlich eine Reihe von Übereinstimmungen – es blieben jedoch auch eine Menge von Anregungen eben durch gegebene Unterschiede, die die Teilnehmer mit nach Hause nehmen konnten und die in der Diskussion zu einem lebendigen Austausch führten.

BINAD wird zu dieser Tagung eine Dokumentation veröffentlichen, die die Referate sowie die wesentlichsten Ergebnisse der Diskussion beinhalten wird. Dieser Sonderdruck soll noch vor der Sommerpause veröffentlicht werden.

Bei Interesse an dieser Dokumentation wenden Sie sich bitte an Rüdiger Klebeck, BINAD (r.klebeck@lwl.org).

»Zum Umgang mit Cannabis nach der aktuellen Revision des schweizerischen Betäubungsmittelgesetzes«

Fachkonferenz im Dreiländereck CH/D/F

Am 25. März 2002 veranstaltete die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, in Kooperation mit dem Bundesamt für Gesundheit der Schweiz und unter Beteiligung von Frankreich in Schloss Beuggen/Rheinfelden diese Fachkonferenz, an der für BINAD Mechthild Neuer teilnahm. Geladen waren VertreterInnen der Drogen- und Jugendhilfe, der Polizei sowie KommunalpolitikerInnen, vor allem aus den jeweiligen Grenzregionen der beteiligten Länder.

Die Konferenz fand vor dem Hintergrund der in der Schweiz geplanten Revision des Betäubungsmittelgesetzes statt, mit der u.a. der Erwerb und Anbau von Cannabisprodukten unter bestimmten Voraussetzungen straffrei gestellt werden soll. Mit dem in Kraft tretenden Neuregelungen zur Regulierung des Umgangs mit Cannabisprodukten werden Auswirkungen auf die angrenzenden Regionen in Deutschland und Frankreich befürchtet. Diese Befürchtungen betreffen Zoll und Polizei wegen der Drogenkontrollen an der Grenze, das System der Suchtprävention und Behandlung sowie die allgemeine politische Diskussion über die Cannabisfrage.

Die gut besuchte Konferenz bot differenzierte Informationen und gab Raum für eine sachbezogene Auseinandersetzung insbesondere mit Blick auf die Entwicklung grenzübergreifender Strategien im Umgang mit dem Cannabisproblem.

Neben dem von Marion Caspers-Merk gegebenen Überblick über die deutsche Drogenpolitik erläuterte Ueli Locher, Vizedirektor des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit, die geplante Revision des schweizerischen Betäubungsmittelgesetzes. In parallelen Workshops hatten die Teilnehmer die Gelegenheit, über Konzepte der Prävention, der Behandlung und Frühintervention sowie über Möglichkeiten grenzübergreifender Kooperation zu diskutieren und zu beraten. Die Workshops wurden jeweils durch Referate eröffnet und befassten sich mit

- regionalen Präventionskonzepten,
- der Entwicklung des Cannabiskonsums in Deutschland,
- Suchtprävention und Cannabis-Maßnahmen am Beispiel von Basel-Stadt,
- Erfahrungen in der ambulanten Behandlung von cannabisabhängigen Jugendlichen,
- supra-f, einem Modell der Frühintervention bei gefährdeten Jugendlichen,
- polizeilichen Erfahrungen in der grenzüberschreitenden Bekämpfung der Drogenkriminalität und
- Erfahrungen in der grenzübergreifenden Zusammenarbeit im Bereich der Suchtprävention im Dreiländereck Deutschland/Niederlande/Belgien.

Die Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten wird eine ausführliche Publikation dieser Konferenz erstellen.

Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten des Bundes

Mohrenstr. 62
10117 Berlin

☎ 030-2 06 40-14 54

☎ 030-2 06 40-49 60



Netzwerk und Austauschforum des Systemisch-lösungsorientierten Ansatzes im Internet

**Norddeutsches
Institut für Kurz-
zeittherapie NIK e.V.**
Außer der Schleifmühle 40
28203 Bremen
✉ Philip.Schulte@nik.de
www.nik.de
(auch Anmeldung)

SYSLOA-L bietet in seinem Netzwerk Lösungsideen über das Internet und steht für Theorie und Praxis des **SYS**temisch-**L**ösungs**O**rientierten **A**nsatzes in Therapie, Beratung, Pädagogik, Supervision und Coaching.

Per e-mail können PraktikerInnen Fragen, Ideen und neue Entwicklungen zum systemisch-lösungsorientierten Ansatz in Therapie, Supervision und Organisationsberatung diskutieren.

(Zum lösungsorientierten Ansatz siehe auch Bericht über die NIK-Ambulanz, S. 23-33 sowie Rubriken »Publikationen« und »Ankündigungen«.)

Gewerkschaft der Polizei (GdP) fordert Änderung des Betäubungsmittelgesetzes

Nach einer Meldung des FOCUS fordert die GdP die begrenzte Legalisierung der Abgabe von Cannabis. Um Cannabis und Marihuana in Apotheken verkaufen zu können, müsse das Betäubungsmittelgesetz geändert werden, so GdP-Vize-Vorsitzender Witthaut. Nach den Plänen der Gewerkschaft soll eine festgesetzte Menge (als Beispiel wird ein Gramm genannt) für den Eigenbedarf straffrei bleiben. Ein legaler Zugang sei zu ermöglichen, damit kriminelle Händlerstrukturen zerschlagen werden können. Die Apotheken würden sich dafür anbieten, so könnte die staatliche Kontrolle sowie ein festgelegter Preis umgesetzt werden. Der Preis sollte bei zwei Euro pro Gramm liegen, da aus dem Verkauf von Cannabis in Apotheken kein lukratives Geschäft werden solle.

Die Begründung für diesen Vorschlag wird in der Tatsache gesehen, dass mehr als 50 % der Drogendelikte Cannabisfälle sind, wobei die meisten Verfahren jedoch durch die Staatsanwaltschaften eingestellt würden – die Polizei müsse sich auf die Verfolgung von Straftaten im Zusammenhang mit harten Drogen konzentrieren können.

FOCUS Nr.11, 11.03.2002

**GK Quest Akademie
GmbH**

Maaßstr. 28
69123 Heidelberg
☎ 0 62 21-7 39 20-30
☎ 0 62 21-7 39 20-40
✉ info@GK-Quest.de
www.kontrolliertes-
trinken.de

Programme zum kontrollierten Trinken

Die GK Quest Akademie GmbH, Heidelberg, organisiert u.a. Fortbildungsmaßnahmen zum Thema »kontrolliertes Trinken«, wie z.B. das Seminar »Leitung von Ambulanten Gruppenprogrammen zum kontrollierten Trinken (AKT)«, mit dem sich Fachkräfte für die eigenständige Durchführung von AKT-Gruppen qualifizieren können. Es wurden auch weitere Programme zum Aneignen des kontrollierten Trinkens entwickelt, eine Übersicht kann bei der GK Quest Akademie angefordert werden.

Alkoholkonsum in Deutschland

Laut DHS-Jahrbuch Sucht 2002 lag der Pro-Kopf-Verbrauch alkoholischer Getränke im Jahr 2000 in Deutschland bei 154,4 Litern. Das bedeutet einen geringfügigen Rückgang von 1,9 Litern; auf entsprechend hohem Niveau bleibt damit der Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol von 10,5 Litern. Deutschland liegt weltweit mit diesem Wert nach wie vor in der Spitzengruppe.

Die auf rund 614 Mio. Euro gestiegenen Werbeaufwendungen der Alkoholindustrie verdeutlichen die Bemühungen um Absatzsteigerungen. Aktuelle Analysen zu alkoholbedingten Gesundheitsstörungen und Todesfällen ergaben für das Jahr 1997 die Zahl von 73.714 alkoholbedingten Todesfällen in Deutschland.

Quelle: DHS-Jahrbuch Sucht 2002

Alarmierend viele Drogentote unter Aussiedlern

Die Zahl der Drogentoten unter jungen Aussiedlern nimmt nach Angaben der Bundesregierung in alarmierendem Umfang zu. Nach 36 im Jahr 1999 seien im vergangenen Jahr 162 jugendliche Aussiedler wegen ihres Drogenkonsums zu Tode gekommen. Das ist eine Zunahme um über 320 %. Der Aussiedlerbeauftragte und die Drogenbeauftragte des Bundes plädieren auf Grund dieser Zahlen für Verstärkungen in der Präventionsarbeit wie auch bei den Integrationsbemühungen für junge Aussiedler. Problematisch ist allerdings die Tatsache, dass offenbar immer mehr dieser jungen Menschen bereits opiatabhängig nach Deutschland kommen. Die stärkere Sensibilisierung der Mitarbeiter der Sucht- und Migrationsberatungsstellen durch entsprechende Schulungen wird in diesem Zusammenhang für erforderlich gehalten.

Quelle: Kath. Nachrichten-Agentur/BMG

Drogenverbreitung in der EU

Deutschland und die Niederlande liegen beim »problematischen Drogenkonsum« laut der Statistik der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) mit zwei bis drei Konsumenten auf 1.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren am unteren Ende der Skala. Italien, Luxemburg, Portugal und Großbritannien seien dagegen mit fünf bis acht Konsumenten auf 1.000 Einwohner am stärksten betroffen. Bei Cannabis, der am meisten konsumierten illegalen Droge, führen Dänemark, Spanien, Frankreich, Irland, die Niederlande und Großbritannien die Statistik an; dort haben bis zu einem Viertel der 15-64-Jährigen bereits Cannabis konsumiert. Bei den 15-35-Jährigen sind dies sogar bis zu 40 %.



In Bezug auf Ecstasy führt Deutschland bei den Sicherstellungen der Designerdroge. EU-weit haben rund vier Prozent der befragten Erwachsenen Konsumerfahrungen mit Ecstasy und Amphetaminen, in Großbritannien sogar bis zu zehn Prozent. Nur selten ist allerdings Ecstasy die Hauptdroge der in Behandlung befindlichen Abhängigen, in Irland ist dieser Wert mit 8,9 % am höchsten.

Auch wenn EU-weit weniger als ein Prozent der Bevölkerung als Heroinkonsumenten gelten, verursacht die Heroinabhängigkeit nach wie vor die meisten drogenbedingten Probleme.

Quelle: Kath. Nachrichten-Agentur/EBDD-Bericht 2001

Einander verstehen bedeutet einander begreifen

Dolmetscherzentralen sind in den Niederlanden Teil der Basis für die gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen

MigrantInnen verfügen über einen deutlich schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem als die Durchschnittsbevölkerung. Die niederländischen Dolmetscherzentralen versuchen dieses Teilproblem der gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen zu lösen.

Die Dolmetscherzentralen in Amsterdam, Eindhoven, Hengelo, Utrecht Velp und Rotterdam können aus dem umfangreichen Arsenal von über 750 Dolmetschern und Übersetzern in mehr als 85 verschiedenen Sprachen und Dialekten schöpfen. Sie gewähren Dienstleistungen an beinahe jede Einrichtung und Organisation auf sozialem, gesellschaftlichem, gesundheitlichem und juristischem Gebiet.

Grundsätzlich gibt es vier unterschiedliche Formen der Dienstleistung:

- Dolmetschen per Telefon
- Persönlicher Dolmetschereinsatz
- Sprechstunden und Gruppengespräche mit Dolmetscher
- Schriftliche Übersetzungen

1998 wurden in diesem Rahmen 420.000 Leistungen verrichtet, davon 175.000 per Telefon, 178.000 an Ort und Stelle und 22.000 schriftlich.

Quelle: Gekürzter Bericht aus der Fachzeitschrift für Alternative Kommunal Politik (AKP), Ausgabe 6/2001, Nov./Dez. 2001

stichting tolken vertaalcentrum nederland

Regio Noord-Holland
Amstel 62-64
1017 AC Amsterdam

☎ 0031-20-5511636

☎ 0031-20-6277686

Drogen – eine ständige Herausforderung für Europa

Einige kurze Auszüge aus dem »Überblick über die wichtigsten Tendenzen« des EBDD- Jahresberichtes 2001

Suchtprävention genießt in allen Mitgliedstaaten höchste Priorität. Dabei wird dem Peer-to-Peer-Ansatz der Vorzug gegeben, wenngleich das in der Praxis schwierig ist. Dem Bericht zufolge wird (die Tatsache) immer mehr akzeptiert, dass Schüler Drogen konsumieren. »Früher haben Schulen dies weit von sich gewiesen, da sie um ihr Image fürchteten.«

Pillentests in Clubs oder bei Tanzveranstaltungen – meist in Bezug auf synthetische Drogen – wurden in Spanien, den Niederlanden und Österreich durchgeführt. Einer Studie zufolge sind diese »gut geeignet, um vor den unerwarteten und gefährlichen Wirkungen von Tanzdrogen zu warnen«. Andere Beispiele für zunehmende Innovation bei den Maßnahmen zur Schadensminimierung in der EU sind die Ausbildung von Mitarbeitern von Nachtclubs, Chill-out-Bereiche und interaktive Websites.

Ein großes Problem stellt der Drogenkonsum unter Gefängnisinsassen dar. In manchen Mitgliedstaaten haben mehr als die Hälfte der Häftlinge irgendwann einmal illegale Drogen konsumiert. In manchen Gefängnissen dürfte die Hälfte der Gefängnispopulation ein problematisches Konsumverhalten und/oder intravenösen Drogenkonsum praktizieren. Schätzungen zufolge befinden sich jährlich zwischen 180 000 und 600 000 Drogenkonsumenten in Gefängnissen in der EU. Dazu kommen in einzelnen Gefängnissen große Mängel in Bezug auf Prävention, Therapie und Betreuung von Drogenkonsumenten.

Jahresbericht 2001 online:

<http://annualreport.emcdda.org> oder <http://emcdda.kpnqwest.pt>

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht EMCDDA

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25
P-1149-045 Lissabon
Portugal

☎ 003 51-21 811 30 00

☎ 003 51-21 813 17 11

Alkohol und Arbeit

Dienstleistung für Betriebe und Einrichtungen durch das CAD Drenthe

Für Betriebe und Einrichtungen und deren Arbeitnehmer mit Suchtproblemen bietet neben anderen regionalen Suchthilfe-Trägern das CAD Drenthe Beratungsgespräche für den Arbeitgeber (Wie kommen wir mit dem alkoholauffälligen Mitarbeiter ins Gespräch?), Orientierungsgespräche für den Arbeitnehmer, die Diagnostik und Behandlungsberatung sowie Kurzbehandlung (fünf Gespräche) an. Sollte die Kurzbehandlung nicht ausreichend sein, wird gegebenenfalls eine langfristige oder auch eine stationäre Behandlung vermittelt.



CAD Drenthe

Postbus 513
9400 AM Assen
© 0031-591-614660

Die Anmeldung zu diesem Angebot erfolgt schriftlich mit den Unterschriften sowohl des Arbeitgebers als auch des Arbeitnehmers. Die Entwicklung eines »Behandlungsplanes« bedarf in jedem Fall der Zustimmung des Arbeitnehmers; der Arbeitgeber wird über den Verlauf der Behandlung informiert und erhält über jede Dienstleistung einen Kurzbericht, dazu gibt der Arbeitnehmer seine Einwilligung (weitergegeben werden in diesem Zusammenhang ausschließlich Informationen, die für die Funktion des Mitarbeiters von Bedeutung sind).

Die Kosten für die Dienstleistungen werden nach festgelegten Tarifen in Rechnung gestellt.

Zur Bedeutung der Vernetzung der Strategien in Europa

Anlässlich der Präsentation des »Jahresberichtes über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union 2001« in Brüssel erklärte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk:

»Der Umgang mit Sucht- und Drogenproblemen in unserer Gesellschaft wird ein zunehmend gemeinsames europäisches Problem. Das zeigen auch die Daten, die im neuen Bericht veröffentlicht werden. Auch wenn es Unterschiede gibt in den Mitgliedsstaaten, sind die Trends gerade bei Cannabis und Ecstasy doch ähnlich in der EU. Ein größer werdender Teil gerade von Jugendlichen hat hier Erfahrungen und bestimmte Gruppen, z.B. in der Partyszene, zeigen riskanter werdende Konsummuster. Deshalb vernetzen sich auch immer mehr die Strategien zur Angebotsreduzierung, aber vor allem auch zur Prävention und Hilfe in Europa.

Auch in den osteuropäischen Staaten zeigen sich diese Trends und wir sollten uns bemühen, mit den Ländern, die demnächst auch Mitglied der Europäischen Union werden, ins Gespräch zu kommen und unsere Erfahrungen auszutauschen, um dazu beitragen zu können, die Probleme nicht größer werden zu lassen.

Leider erhebt die Europäische Beobachtungsstelle bislang nur Daten über den Konsum von illegalen Drogen und die damit zusammenhängenden gesundheitlichen und sozialen Probleme. Ich fände es an der Zeit, wenn diese Berichterstattung sich auf die Problematik des Tabak- und Alkoholkonsums erweitern würde, weil hier die zukünftigen Herausforderungen auch für eine europäische Gesundheitspolitik liegen. Die Europäische Union ist ja bereits dabei, Richtlinien zum Umgang mit Tabakerzeugnissen zu verabschieden und der Europäische Rat hat ein Dokument herausgegeben, das der verstärkte Aufmerksamkeit für die Problematik des Alkoholkonsums bei Jugendlichen gewidmet ist.«

Geschäftsstelle der Bundesdrogen- beauftragten

Mohrenstr. 62
10117 Berlin

☎ 030-20640-1450

☎ 030-20640-4960

www.bmggesundheit.de

Standpunkt des Niederländischen Kabinetts zu neuen Behandlungsformen für Heroinabhängigkeit

Das niederländische Kabinett hat zwei neue Behandlungsmethoden für Heroinabhängigkeit offiziell zugelassen: die Behandlung mit Methadon in hohen Dosierungen und die Verabreichung von Heroin. Eine dritte Behandlungsform – der Entzug mithilfe des Medikaments Naltrexon ohne Narkose – darf vorläufig im kleinen Rahmen eingesetzt werden, bis es mehr Gewissheit über die Dauerhaftigkeit des Effekts gibt. Darüber hinaus setzt das Kabinett eine Kommission (Commissie Invoeringaspecten Behandelingen Heroïneverslaafden) ein, die im Herbst 2002 eine Empfehlung abgeben muss, wie vor allem die Heroinbehandlung auf Dauer landesweit eingeführt werden kann. Das Kabinett strebt eine Verbesserung der Behandlung von Drogenabhängigen an.

Vor einigen Jahren hatte die Gesundheitsministerin Borst eine Untersuchung über die Effekte von drei experimentellen Behandlungsformen in Auftrag gegeben. Dabei handelt es sich um den Entzug unter Narkose (1999), die Behandlung mit hohen Methadondosierungen (1996) und die Verabreichung von Heroin auf Rezept (1997).

Das erste Experiment ergab, dass der Naltrexon-gestützte Entzug unter Narkose bei abhängigen Patienten keine besseren Resultate als der Entzug ohne Narkose erbringt. Die Regierung hat daraufhin beschlossen, Entzugsbehandlungen unter Narkose nicht länger zu unterstützen. Die Behandlungszentren dürfen jedoch weiterhin Naltrexon-gestützte Entzüge ohne Narkose durchführen. Ende 2003 werden die endgültigen Befunde vorliegen, wonach das neu gewählte Kabinett entscheiden kann, ob die Entzugsmethode in das reguläre Behandlungsangebot aufgenommen wird.

Das zweite Experiment – die Anhebung der durchschnittlichen Methadondosierungen – hat ergeben, dass eine bestimmte Gruppe problematischer Abhängiger von höheren Methadondosierungen profitiert. Die gesundheitliche Verfassung dieser Patienten wird besser und der Drogengebrauch nimmt ab. Das Kabinett vertritt die Auffassung, dass die Suchthilfe diese Methode dem bestehenden Behandlungsangebot hinzufügen kann. Die behandelnden Ärzte müssen jedoch sorgfältig auf mögliche unerwünschte Nebenwirkungen bei den Patienten achten.

Das dritte Experiment – Heroin auf Rezept in Kombination mit Methadon – versteht sich nach Ansicht des Kabinetts als letzte Möglichkeit, um die Situation von chronisch Abhängigen zu verbessern. Die Untersuchung ergab, dass diese Kombinationstherapie gefahrlos durchgeführt werden kann und die körperliche und geistige Gesundheit sowie das soziale Funktionieren der Abhängigen erheblich verbessert.



Das Kabinett vertritt den Standpunkt, dass diese Behandlungsmethode für alle Abhängige, welche die Aufnahmekriterien erfüllen, zugänglich sein muss.

Ministerin Borst wird es den Kommunen, die zurzeit an der Untersuchung mitwirken, vorläufig ermöglichen, die Behandlung der bisherigen und der neuen Patienten, die den Aufnahmekriterien entsprechen, bis zur landesweiten Einführung dieser Behandlungsform im gleichen Rahmen fortzusetzen.

Quelle: www.minvws.nl

Zwei Züchter für Versuch mit medizinischem Cannabis unter Vertrag

Das Büro für Medizinisches Cannabis (Bureau voor Medicinale Cannabis, BMC) des Ministeriums für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport und das Medizinische Zentrum der Freien Universität (VU) Amsterdam haben einen Vertrag über eine klein angelegte Untersuchung mit medizinischem Cannabis geschlossen, die unter 16 Multiple-Sklerose-Patienten durchgeführt wird. Das Cannabis wird dabei inhaliert.

Dafür werden drei Cannabis-Sorten miteinander verglichen, darunter eine Placebo-Sorte. Das für die Untersuchung benötigte Cannabis wird von den beiden Rotterdamer Stiftungen Institute of Medical Marijuana und Maripharm geliefert. Maripharm liefert zudem die Metallröhrchen zum Inhalieren des Cannabis. Beide Stiftungen liefern standardisiertes Cannabis gemäß den Qualitätsanforderungen des BMC. Das Medizinische Zentrum der VU hofft, dass die Studie innerhalb eines Jahres abgeschlossen werden kann.

Das Büro für Medizinisches Cannabis bereitet zurzeit auch die Lieferung von Cannabis an Apotheken vor. Auf Vorschlag der Gesundheitsministerin Borst hat das niederländische Kabinett am 19. Oktober 2001 beschlossen, die Verabreichung von medizinischem Cannabis durch Apotheken auf ärztliches Rezept an Patienten zu erlauben. Daraufhin haben sich viele Züchter gemeldet, die bereit waren, Cannabis für diesen Zweck anzubauen. Im Laufe dieses Jahres werden die Züchter anhand von Qualitätsanforderungen und Screening-Kriterien ausgewählt. Das BMC wird voraussichtlich ab Frühjahr 2003 Apotheken beliefern.

Quelle: www.minvws.nl

Regulierung des Cannabis-Handels in Venlo: »Hektor«-Newsletter liegt vor

Im Januar 2002 wurde der erste externe »Hektor«-Newsletter von der Gemeinde Venlo herausgegeben, in dem über den Stand des Projektes zur Regulierung des Cannabishandels und der damit einhergehenden Belästigungen und anderen negativen Entwicklungen im Stadtzentrum berichtet wird.

Neben der Bekämpfung des illegalen Drogenhandels und der damit verbundenen Umwidmung von mit dem Drogenhandel im Zusammenhang stehenden Gebäuden spielt nach wie vor die geplante Auslagerung von zwei Coffeeshops in Außenbereiche der Stadt eine zentrale Rolle.

Bis zum 01.11.2001 konnten bereits 33 Wohnungen, neun Cafes und zwei Einzelhandelsgeschäfte geschlossen werden, die alle dem Drogenhandel gedient hatten. Die Abstimmungen, die auch mit deutschen Grenzstädten für die Zulassung der beiden zusätzlichen Coffeeshops notwendig sind, werden noch weitergeführt.

Die EU bewilligte als zusätzliche Maßnahme das »Hippokrates-Projekt«, in dem in drei Teilprojekten im Rahmen der Prävention der Jugendkriminalität mit deutschen, französischen und schwedischen Partnern zusammen gearbeitet wird.

Für die deutsche Seite ist geplant, Arbeitsgemeinschaften mit den Grenzstädten zu bilden, um durch Informationsarbeit an Schulen im Grenzgebiet den Zuwachs an jungen deutschen Drogenkäufern zu reduzieren.

Weitere Informationen sind über die Gemeinde Venlo zu erhalten.

Gemeinde Venlo

Elke Haanraads

☎ 0031-77-3 59 69 23

✉ iehaanraads@venlo.nl

Landeskriminalamt NRW

Neue Präventionskampagne der Polizei NRW: »Alkohol – Irgendwann ist der Spaß vorbei«

Alkoholkonsum gehört für Jugendliche heute mit großer Selbstverständlichkeit zur Freizeitgestaltung – und nicht immer handelt es sich dabei um »Genusskonsum«. Karneval, sog. Zelt- oder Scheunenfesten, Abiturfeiern und andere Anlässe führen bei vielen Jugendlichen zu riskantem, missbräuchlichem Konsum, mit dessen Folgen dann nicht selten auch die Polizei konfrontiert ist. Gesetzliche Grenzen haben unter Alkoholeinfluss nicht mehr den gleichen Stellenwert, die Aggressivität steigt und damit neben dem Risiko im Straßenverkehr auch die Gewaltbereitschaft.

Bei der Suche nach zielgruppenspezifischen Präventionskonzepten stieß das Landeskriminalamt NRW auf eine in Hamburg entwickelte Kampagne, die nach Nordrhein-Westfalen geholt und auf die Altersgruppe der 12-15-Jährigen erweitert wurde.

BINAD stellt hier eine gekürzte Version der textlichen Präsentation sowie einige der zur Kampagne gehörenden Bildkarten vor, die jeweils zum Ende der Rubriken gezeigt werden.

In der heutigen Zeit wäre es unrealistisch, vom Alkoholkonsum vollkommen abzuraten und Abstinenz zu fordern. Alkoholkonsum ist sozialakzeptiert und aus unserer Gesellschaft nicht mehr wegzudenken.

Worauf wir aber Einfluss nehmen möchten, ist die Art und Weise des Umgangs mit Alkohol. Wir wollen erreichen, dass den Jugendlichen der Unterschied zwischen Genuss und Missbrauch bewusst wird und dass sie eigenverantwortlich mit der Substanz umgehen.

Nur wenige wissen, dass die Polizei neben der allseits bekannten Methode des »erhobenen Zeigefingers« auch andere Wege eingeschlagen hat, um zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit der Substanz Alkohol anzuregen.

So haben wir auch die neue Kampagne »Alkohol – Irgendwann ist der Spaß vorbei« nach Nordrhein-Westfalen geholt. Entwickelt wurde diese durch das Büro für Suchtprävention der Freien und Hansestadt Hamburg auf Initiative der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS), eingebettet in eine Aufklärungskampagne, die sich mit der Botschaft »Genuss statt Sucht« an die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (16 - 21 Jahre) in der Hansestadt richtete.

Für die gestalterische Umsetzung sorgte eine namhafte Werbeagentur. So konnte die Kampagne bereits 2000 in Hamburg erfolgreich eingesetzt werden.

Das Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen (Sachgebiet 34.3/Drogenprävention) war von der Konzeption dieser Präventionsmaßnahme sehr überzeugt, stellte die Kampagne bei den für die spätere Umsetzung zuständigen Präventionsdienststellen der Kreispolizeibehörden vor, und nach dem auch von dort reger Zuspruch erfolgte, wurden die Rechte zur Kampagne durch das LKA NRW eingekauft.

Die Kampagne wurde nicht im vollständigen Original übernommen. Das Konzept wurde auf die Zielgruppe der 12-15-Jährigen erweitert, wodurch diverse Motive in ihren altersspezifischen Formulierungen verändert werden mussten.

Die Kampagne ist sowohl massenkommunikativ wie auch personalkommunikativ ausgerichtet. Massenkommunikativ über die Plakate und die Postkarten, personalkommunikativ über die Möglichkeit, mit den sogenannten Boys- und Girls-Cards kleinere Ideenwettbewerbe (z.B. in Schulklassengröße) durchführen zu können.

Die Gestaltung der einzelnen Plakat- und Postkartenmotive ist so ausgelegt, dass dem Betrachter in jugendgerechter Sprache der Unterschied zwischen maßvollem und missbräuchlichem Konsum von Alkohol vor Augen geführt wird. Witzige Texte in Verbindung mit ansprechenden Bildmotiven garantieren eine hohe Aufmerksamkeit, verbunden mit einem großen Diskussionsanreiz.

Das Hamburger Konzept wurde auf die Zielgruppe der 12-15-Jährigen erweitert

Bei den Boys- und Girls-Cards handelt es sich um Informations- bzw. Aufklärungskarten im Postkartenformat, die gleichzeitig auch zur Umsetzung eigener Ideen bezüglich der Differenzierung zwischen Genuss und Missbrauch genutzt werden können (sogenannter »Kreativwettbewerb«).

Auf den Vorderseiten der »Cards« sind mädchen- bzw. jungentypische Bildmotive mit entsprechenden Leerfeldern abgebildet, auf der Rückseite stehen ebenfalls geschlechtsspezifische, auf die zwei verschiedenen Altersgruppen (12-15 und 16-21 Jahre) abgestimmte Informationstexte. Jeder angesprochenen Schülerin und jedem angesprochenen Schüler kann somit eine »Card« entsprechend Geschlecht und Alter ausgehändigt werden.

Mittels der vorhandenen Leerfelder kann dann der angestrebte »Kreativwettbewerb« umgesetzt werden. Die Jugendlichen werden hierbei aufgefordert, sich eigene Texte auszudenken, mit denen sie die Problematik des übermäßigen Alkoholkonsums zum Ausdruck bringen möchten.

Die Zielgruppe wird sich so zunächst kreativ mit der Problematik auseinandersetzen, was zu einer wesentlich eigenständigeren Differenzierung zwischen Genuss und Missbrauch führen wird.

Landeskriminalamt

NRW

Kriminalkommissar

Michael Dohmen

Völklinger Str.49

40221 Düsseldorf

☎ 0211-939 7358

☎ 0211-939 9634

✉ landeskriminalamt@

mail.lka.nrw.de

Im Anschluss könnten dann die »besten« Ideen prämiert, oder auch einzelne Texte als Diskussionseinstieg genutzt werden.

Die Materialien zur Kampagne liegen den Kreispolizeibehörden vor und einige Behörden haben auch schon anlassbezogen zur diesjährigen Karnevalssession mit der Umsetzung begonnen. Den dafür zuständigen Kommissariaten Vorbeugung wird für die regionale Ausgestaltung freie Hand gewährt, allerdings ist die Verwendung der Materialien auf den polizeilichen und schulischen Einsatz beschränkt.





Ingrid Leus

Achilles-Lebensstiltraining 1 und 2

Das so genannte Achilles-Lebensstiltraining wurde im Rahmen des Projektes »Resultate erzielen« von GGZ Nederland entwickelt, namentlich im Entwicklungszentrum Qualität und Innovation. Die teilnehmenden Einrichtungen sind: Brijder Stichting (Alkmaar), Jellinek (Amsterdam), Novadic (St. Oedenrode) und Parnassia (Den Haag).

Hauptziel dieses Lebensstiltrainings ist die Änderung des Suchtverhaltens. Dabei wird differenziert in Motivierung, Durchbrechen des Suchtverhaltens (Selbstkontrolle-Training) und Rückfallprävention. Diese Aspekte kommen in beiden Trainings zur Wirkung.

Im folgenden Beitrag umreißt Ingrid Leus, TACTUS, die Inhalte der beiden Module. Ein weiterer Beitrag zum Lebensstiltraining aus der Einführungsphase dieser Module folgt ab Seite 20.

Das Lebensstiltraining 1 ist nicht so intensiv wie das Lebensstiltraining 2, denn es bleibt die Behandlung der zugrunde liegenden Problematik unberücksichtigt. Es wird davon ausgegangen, dass die Klienten in der Lage sind, die notwendigen Veränderungen in ihrem Leben selbst durchzuführen.

Modul für Lebensstiltraining 1

Das Modul für Lebensstiltraining 1 umfasst vier Sitzungen in einem Zeitraum von acht Wochen.

- **Sitzung 1** richtet sich auf die Erläuterung der Trainingsinhalte, die Motivation der Klienten und das Treffen von Entscheidungen im Hinblick auf Substanzgebrauch.
- **Sitzung 2** befasst sich mit dem Erkennen und Analysieren von Risikosituationen und Momenten des Verlangens. Dabei werden spezifische Fähigkeiten erlernt, die den Umgang mit Risikosituationen erleichtern.
- **Sitzung 3** beinhaltet eine Reihe von zu erlernenden Fähigkeiten im Rahmen der Rückfallprävention. Dabei geht es unter anderem darum, die soziale Unterstützung zu verstärken, einen Notplan zu erstellen und den Umgang mit einem Rückfall zu erlernen.
- **Sitzung 4** besteht aus der Auswertung und dem Abschluss des Trainings, wobei alle Strategien nochmals kurz angeschnitten werden.

Modul Lebensstiltraining 2

Das Modul für Lebensstiltraining 2 umfasst zehn Sitzungen.

- **Sitzung 1:** Erläuterung der Trainingsinhalte und Verdeutlichung und Stärkung der Motivation zur Veränderung des Substanzgebrauchs.
- **Sitzung 2:** Entscheidung zur Veränderung des Substanzgebrauchs sowie Formulierung der Trainingsziele und des Trainingsplans.
- **Sitzung 3:** Erstellung einer Funktionsanalyse und Verstärkung der sozialen Unterstützung.
- **Sitzung 4:** Erlernen von Fähigkeiten zum Umgang mit Verlangen und Risikosituationen.
- **Sitzung 5:** Erlernen der Fähigkeit, Konsumangebote abzulehnen.
- **Sitzung 6:** Umgang mit Rückfall und Erstellung eines Notplanes.
- **Sitzung 7:** Auswertung und Festlegung des Fortgangs sowie Gestaltung der anschließenden, so genannten Wunsch-Sitzungen.
- **Die Sitzungen 8 bis 10** sind so genannte Wunsch-Sitzungen, wobei der Klient die zu behandelnde Problematik selbst vorschlagen kann. Mögliche Trainingsinhalte werden auch im Handbuch vorgeschlagen, z.B. soziale Fähigkeiten, soziales Netzwerk usw.

In beiden Trainingsmodellen werden dem Klienten Hausaufgaben gestellt, und zwar in Gestalt eines Tagebuchs, das er führen muss, sowie einer weiteren Ausarbeitung der Trainingssitzungen, um einen erfolgreichen Abschluss der Behandlung zu gewährleisten. Ein spezifisches Merkmal dieses Trainings besteht darin, dass eine unterstützende Person aus dem sozialen Umfeld des Klienten permanent einbezogen wird.

Alle Mitarbeiter des Behandlungs- und Betreuungsteams Twente haben den Kurs für das Lebensstiltraining 2 absolviert und waren davon begeistert. Zwar waren den Sozialarbeitern viele Aspekte schon bekannt, neu ist aber die Form, in die das Ganze gegossen wird. Es wird als angenehm empfunden, mit fest strukturiertem und standardisiertem Material zu arbeiten: Die Arbeitsbücher bieten sowohl den Klienten als auch den Mitarbeitern Halt und Struktur.

Zurzeit wird das Modell in unserer Abteilung eingeführt. In jedem Team gibt es mehrere Sozialarbeiter, die diese Arbeitsweise einsetzen. Damit das Modell gut anläuft, wird eine separate Intervention eingesetzt, zudem wird das Modell nach drei Monaten im Team ausgewertet.

TACTUS

Abt. Behandlung und
Betreuung

Ripperdastraat 8
Postbus 417

7500 AK Enschede

☎ 00 31-53-4 31 97 61

☎ 00 31-53-4 34 23 24

*Arbeitsbücher und
Handbücher werden
herausgegeben von:*

**Wissenschaftsverlag
Cure & Care
publishers**

Zeist. ISBN 90 76754 14 4

☎ 00 31-30-6 91 26 50

✉ cc-books@curecare.nl



Wencke de Wildt

Lebensstil-Training trifft schnell den Kern

Das Zehn-Gespräche-Modell – auch Lebensstil-Training 2 genannt – wird in Kürze bei der Suchthilfe-Organisation Parnassia eingeführt. Die Psychologin/Psychotherapeutin Mieke Zinn hat als eine der ersten das Training von »Resultaten Scoren« (Resultate Erzielen) absolviert. Sie war auch an der Einführung des Vier-Gespräche-Modells/Lebensstil-Training 1 bei Parnassia beteiligt und kennt daher die damit verbundenen Probleme: »Eine gute Begleitung der Mitarbeiter ist sehr wichtig.«

Im »Nieuwsbrief Resultaten scoren 7« fand die Redaktion des BINAD-INFO folgenden Beitrag, der auf einem Interview mit Mieke Zinn und Jolien Fox beruht.

»Motivierung, Selbstkontrolle und Rückfallprävention – diese drei Hauptfaktoren der Behandlung von Suchtproblemen sind in den Modellen optimal integriert.« Zinn arbeitet seit 15 Jahren in der Suchthilfe und hat sich auf motivierende Gesprächsführung spezialisiert. Darüber hinaus schulte sie die Mitarbeiter im Vier-Gespräche-Modell. »An Hand der motivierenden Gesprächsführung und des Vier-Gespräche-Modells habe ich versucht, den Mitarbeitern zu verdeutlichen, warum man was mit wem macht. Beide Modelle eignen sich ideal für diesen Zweck. Sie sind ein guter Aufhänger für die Behandlung. Was sind eigentlich die vorrangigen Probleme eines Klienten? Oft ist man geneigt, allerlei Probleme, die man feststellt, in Angriff zu nehmen. Das Vier- oder Zehn-Gespräche-Modell trifft relativ schnell den Kern und macht deutlich, ob ein Klient sich mit bestimmten Fragen an andere Stellen außerhalb der Suchthilfe wenden kann.«

Guter Start durch Schulungen

Die vorgegebenen Module können und sollen durch die Organisationen auf die eigene Situation angepasst werden

Der Großteil der Mitarbeiter hat mittlerweile eine Schulung im Vier-Gespräche-Modell erhalten. Um einen guten Start zu ermöglichen, bot das Ontwikkelcentrum Kwality en innovatie van zorg (Entwicklungszentrum Qualität und Innovation der Betreuung) des Projekts Resultate Erzielen mehrere interne Schulungen an. Davon ausgehend hat Parnassia in eigener Regie ein maßgeschneidertes Training entwickelt. Zinn: »Damit können Organisationen das Modell an die eigene Situation anpassen. Wir haben festgestellt, dass manche Dinge unseren Behandlungsmitarbeitern längst bekannt waren, während andere ausführlicher behandelt werden mussten.« Viele Mitarbeiter von Parnassia haben bereits die Schulung für das Zehn-Gespräche-Modell absolviert. Parnassia plant, auch dafür eine maßgeschneiderte Variante entwickeln. Die Reaktionen auf das Gesprächsmodell sind im Allgemeinen positiv. »Ein Teil ist

natürlich schon bekannt und wird bei uns bereits seit längerem eingesetzt«, erläutert Zinn. »Neu ist, dass man sich auf vier (oder zehn) Sitzungen beschränken muss. Das hat zur Folge, dass bestimmte Fragen offen bleiben, die man andernfalls in Angriff nehmen würde.«

Die Methode erzeugt auch Druck

Jolien Fox, Verhaltenstherapeutin bei Parnassia, ist für die Fortbildung und Begleitung der Teams im Vier-Gespräche-Modell zuständig. Sie stellt das Erleben der Mitarbeiter fest, dass ihnen sehr viel abverlangt wird. »Im Protokoll wird exakt vorgegeschrieben, was man machen muss. Einerseits ist dies eine große Hilfe, andererseits sorgt das Tempo, in dem es geschehen muss, aber für zusätzlichen Druck.« Auch die Abwicklung des Protokolls – namentlich das Ausfüllen der Fragebögen – finden die Mitarbeiter zeitraubend. Gewöhnungs bedürftig ist zudem der hohe Stellenwert, der den Hausaufgaben der Klienten beigemessen wird. Das gilt übrigens auch für die Klienten. Vor allem Jugendliche, die Probleme mit Cannabiskonsum oder Geldspielen haben, tun sich mit den Hausaufgaben schwer. Eine andere Gruppe – die erwachsenen Alkoholklienten – scheint damit wesentlich weniger Probleme zu haben. »Diese Klienten empfinden es als angenehm, dass der Beginn und das Ende der Behandlung klar definiert sind. Sie fühlen sich weniger abhängig vom Therapeuten, weil sie mehr Einfluss auf die Therapie ausüben können.«

Die vorgegebene Struktur ist eine Hilfe – aber auch gewöhnungsbedürftig sowohl für Mitarbeiter wie Klienten

Messen der Ergebnisse

Eines der Merkmale des Gesprächsmodells ist die strukturierte Messung der Resultate. Unter anderem wird registriert, wie viele Klienten beginnen, zwischenzeitlich aufhören oder an allen vier bzw. zehn Gesprächssitzungen teilnehmen und wie zufrieden die Klienten mit der Behandlung sind. Die Mitarbeiter reagierten darauf anfangs etwas zurückhaltend. Nach den ersten Erfahrungen zeigte sich jedoch, dass sie eine Rückkopplung als angenehm empfinden, erläutert Fox. Das geschieht vor allem in den zwischenzeitlichen Auswertungen – den so genannten »Intervisionen« – die in dem Modell strukturell vorgesehen sind. »Die Mitarbeiter stellen fest, dass die Informationen, die sie erhalten, von praktischem Nutzen sind. Die Tatsache, dass alles nun gründlich dokumentiert wird, ist eine Bereicherung für die Suchthilfe. Dabei kann beispielsweise herauskommen, dass die Indikationskriterien für das Vier-Gespräche-Modell zu weit gefasst sind. An Hand der Intervisionen und Auswertungen können diese Kriterien sodann angehoben werden. Dadurch erhalten die Mitarbeiter das Gefühl, dass sie inhaltlich Einfluss auf Einrichtungspolitik nehmen können.«

Ergründen der Motivation

Bei Parnassia ist man inzwischen zu der Erkenntnis gelangt, dass die richtige Indikation für das Vier-Gespräche-Modell entscheidend ist. Zinn: »Der zugrunde liegende Gedanke ist: Was sich in kurzer Zeit erledigen lässt, muss man kurz halten. Das an-



Nicht alle Klienten sind für diese Methode geeignet – viel hängt von der Indikation ab:
»Wenn dem Klienten eine andere Methode mehr nützt, dann setzt man eben diese andere Methode ein.«

fängliche Angebot darf nicht zu umfangreich sein. Früher beschäftigten wir uns bisweilen zu lange mit einem Klienten, um ihm alles Mögliche mit auf den Weg zu geben. Allerdings darf man das neue Modell nicht dahingehend missverstehen, dass die komplette Betreuung eines jeden Klienten nun in vier Gesprächen abgehakt wird. Zum Beispiel ist es wichtig, die eigentliche Motivation des Klienten zu ergründen. Ist diese wirklich so stark, oder meldet er sich impulsiv an? Im zweiten Fall reicht eine einzige Sitzung zum Thema Motivation nicht aus.« Die ersten Untersuchungsbefunde weisen auf eine Abbruchrate von 20% hin. Grund dafür sind vermutlich Probleme bei der Indikation. Zinn plädiert dafür, im Zweifelsfall das Zehn-Gespräche-Modell zu wählen. »Dann hat sowohl der Mitarbeiter als auch der Klient etwas mehr Spielraum.« Eine andere Alternative besteht darin, eine der vier Sitzungen um ein Modul zu erweitern, in dem ein bestimmter Aspekt weiter vertieft wird. Als Beispiel führt sie die Sitzung »Umgang mit Verlangen« an. »Manche Klienten haben große Schwierigkeiten mit der Kontrolle ihres Gebrauchs. Wenn man drei oder vier Sitzungen ausschließlich diesem Thema widmet, nehmen die Erfolgsaussichten zu. Zurzeit sind wir dabei, derartige Module zu entwickeln.«

Bedingungen

Parnassia arbeitet aktiv auf die Einführung der Vier- und Zehn-Gespräche-Modelle hin. Welche Bedingungen sind für eine erfolgreiche Einführung ausschlaggebend? Zinn: »Wichtig ist, dass die Finanzierung gut geregelt ist. Versicherungsträger vergüten derzeit das Vier-Gespräche-Modell. Dabei war hilfreich, dass die Resultate des Modells messbar sind. Die Kostenträger lassen sich dadurch leichter überzeugen.« Fox fügt dem hinzu, dass man innerhalb der Organisation Pioniere benötigt. Außerdem muss eine gute Begleitung der Mitarbeiter gewährleistet sein, unterstreicht Zinn. »Mitarbeiter dürfen nicht das Gefühl erhalten, dass sie etwas nur deshalb tun müssen, weil es gerade neu ist. Vorhandene Kenntnisse und Erfahrungen dürfen nicht einfach so abgetan werden. Im Gegenteil, die Mitarbeiter können diese in das Modell einbringen. Intervention ist nicht nur für Klienten wichtig, sondern auch für die Mitarbeiter. Dabei kann man den Mitarbeitern Unterstützung bieten und ihnen helfen, auftretende Probleme zu überwinden. So wird auch deutlich, dass ein Protokoll mitunter lästige Elemente beinhalten kann. Wenn sich bestimmte Prozesse schwierig gestalten, liegt es also nicht an dem Mitarbeiter, sondern an dem Modell. Außerdem muss die Zuweisung von Klienten gut geregelt sein.« Abschließend macht sie noch eine relativierende Anmerkung. »Es sind zwar schöne Modelle, aber keine Allheilmittel. Sie sind mit vielen Richtlinien verbunden, die man in der Praxis oft relativieren muss, denn nicht alles lässt sich in Regeln und Richtlinien fassen. Ausgangspunkt ist nach wie vor der Klient. Wenn dem Klienten eine andere Methode mehr nützt, dann setzt man eben diese andere Methode ein.«

GGZ Nederland
Postbus 8400
3503 RK Utrecht
© 0031-30-2 87 33 13
✉ mves@ggz nederland.nl

Agnes-Christine Nelle

Lösungs- und ressourcenorientierte Therapie mit freier Wahl der Ziele Abstinenz oder Kontrolliertes Trinken

*Erste Ergebnisse des Modellprojekts NIK-Ambulanz in
Bremen*

Das Norddeutsche Institut für Kurzzeittherapie, NIK, in Bremen setzt seit 1985 eine systemisch-lösungsorientierte Denk- und Handlungsweise in der Psychotherapie, Supervision und Organisationsberatung um. Das Institut ist Gründungsmitglied der European Brief Therapy Association (EBTA, Paris)

Im September 2000 wurde die NIK-Ambulanz eröffnet; Agnes-Christine Nelle beschreibt den Ansatz und die Arbeit der Ambulanz. Es handelt sich bei diesem Beitrag um ein Referat, das die Autorin anlässlich einer Tagung in der Bernhard-Salzmann-Klinik in Gütersloh im Jahr 2001 gehalten hat. Aus Platzgründen bleibt ein Fallbeispiel ausgespart, das bei Interesse über die Autorin oder BINAD angefordert werden kann.

Die Ambulanz bietet Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- und Mehrfachabhängigkeit ambulante Gruppen- und Einzeltherapie. Die KlientInnen haben die Wahl, ihre Ziele entweder über den Weg der Abstinenz oder den des Kontrollierten Trinkens zu erreichen.

Unsere Arbeit wird im Rahmen eines 3-jährigen Modellprojekts der LVA Bremen/Oldenburg wissenschaftlich erforscht. Das bedeutet: die KlientInnen geben nach jeder Sitzung, am Ende der Therapie und 6 Monate nach deren Abschluss Rückmeldung über wahrgenommene Veränderungen und die Nützlichkeit der Behandlung.



Das Team der NIK-Ambulanz besteht entsprechend den Empfehlungsvereinbarungen zur ambulanten Rehabilitation Sucht aus zwei Sozialpädagoginnen und einem Psychologen mit therapeutischer Zusatzqualifikation sowie einem Arzt.

Als Kostenträger kommen LVA, Krankenkassen und das Sozialamt infrage. Weiterhin besteht die Möglichkeit, die ambulante Behandlung selber zu bezahlen.

Das Konzept unsres Modellprojekts basiert im wesentlichen auf dem Lösungsorientierten Ansatz nach Steve de Shazer und den Erfahrungen, die seit über 15 Jahren in Belgien mit der Umsetzung der Wahlfreiheit in der Suchttherapie gemacht werden, dem »Brügger Modell« von Luc Isebeart. Diese beiden Grundlagen unserer Arbeit möchte ich zunächst kurz beleuchten.

Lösungsorientierte Kurzzeittherapie

Der von Steve de Shazer und seinem Team vom Brief Family Therapy Center in Milwaukee entwickelte Ansatz ist insbesondere von seiner Frau und Kollegin Insoo Kim Berg erfolgreich in der Arbeit mit suchtkranken Menschen angewandt worden.

Lösungsorientierte Therapie ist nicht kurz, damit sie möglichst kostengünstig erscheint, sondern weil sie auf bestimmten Grundannahmen beruht, die zu einer kurzen Therapie führen

Lösungsorientierte Therapie hat in Zeiten von Mittelverknappung für Kostenträger (und somit auch für selbstzahlende Klienten/innen) den Zauber der Kürze. Die relativ geringe Anzahl der Sitzungen macht sie zu einer attraktiven Alternative zu Langzeittherapien, die vielleicht ähnlich effektiv, jedoch teurer sind. Wichtig ist jedoch, ganz klar zu sehen, dass Lösungsorientierte Therapie nicht kurz ist, damit sie möglichst kostengünstig erscheint, sondern weil sie auf bestimmten Grundannahmen beruht, die zu einer kurzen Therapie führen.

Geleitet von der Überzeugung, dass die Betroffenen über die zur Lösung ihrer Probleme notwendigen Stärken und Fähigkeiten verfügen, diese jedoch zur Zeit nicht nutzen, stellt der Lösungsorientierte Ansatz die Identifizierung und Aktivierung dieser Ressourcen in den Mittelpunkt der Therapie.

Die KlientInnen werden sehr ernst genommen in der genauen Bestimmung ihrer Ziele, der Schritte, die sie zu deren Erreichung wählen und der Art, wie sie Fortschritt und ausreichende Verbesserung definieren. Lösungsorientierte Therapie setzt keine Einsicht der KlientInnen in die Art ihrer Probleme voraus oder versucht, sie für bestimmte Lösungswege zu motivieren.

Stattdessen ermöglicht sie die Erarbeitung individuell »passender« Ziele und Wege. So nutzt sie die Motivation, die die Klientin bereits mitbringt und baut diese durch die Orientierung an den Ressourcen der Klientin und der Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten im Verlauf der Therapie aus.

Der Fokus der therapeutischen Fragen liegt auf den Verbesserungen, dem, was so bleiben kann, dem, was sich bereits bewährt hat: Wie genau haben Sie das geschafft? Was war dabei hilfreich? Was haben Sie noch dazu beigetragen? und der Stabilisierung des Erreichten: Was müssen Sie auf jeden Fall weiterhin tun?

Auf diese Weise werden selbst kleinste Erfolge sichtbar und wiederholbar gemacht. Aus ersten »flüchtigen« Lösungsideen werden Verhaltenweisen, über die der Klient verfügen kann, wenn er sich dazu entscheidet.

Gerade das »langsame« Vorgehen, das gründliche Beleuchten und Würdigen kleinster Fortschritte ist paradoxerweise eine unverzichtbare Voraussetzung für Kurzzeittherapie. Für eine Form der Therapie, die mit relativ wenigen Sitzungen auskommt, die zudem über einen längeren Zeitraum verteilt sein können.

Typische Fragen und Techniken dieses Ansatzes sind keineswegs neu:

Besonders berühmt ist die »Wunderfrage«, die der Klientin die Entwicklung einer attraktiven Zielvision ermöglicht: *Stellen Sie sich vor, wenn dieses Gespräch zu Ende ist, gehen Sie irgendwann nach Hause und tun dort, was immer Sie normalerweise tun, vielleicht essen Sie noch etwas oder sehen noch fern – und schließlich gehen Sie schlafen. Und während Sie schlafen, geschieht ein Wunder und die Probleme, die Sie hierher gebracht haben, sind gelöst – einfach so! Da Sie aber geschlafen haben, können Sie nicht wissen, dass das Wunder passiert ist. Woran werden Sie morgen früh als erstes feststellen, dass dieses Wunder passiert ist? Woran werden es andere merken?*

Typisch für lösungsorientiertes Fragen ist weiterhin die Arbeit mit Ausnahmen: *Wann war das letzte Mal nach Ihrer Erinnerung, als es ein bisschen so war wie nach dem Wunder – was war anders? Was haben Sie anders gemacht? Und was noch?*

Oder die Anwendung verschiedenster Skalen, z.B.: *10 ist der Tag nach dem Wunder und 0 ist so, wie die Dinge lagen, als Sie diesen Termin ausgemacht haben: wo sind Sie gerade jetzt? Was ist der Unterschied zu 0? Woran werden sie merken, dass sie einen Schritt weiter gekommen sind?*

All diesen Fragen gemeinsam ist die Grundannahme, dass der Klient eine Lösung finden bzw. erfinden – im Sinne von konstruieren – kann und dies ohne die Kenntnis der Ursachen oder der Beschaffenheit seines Problems. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass eine intensive Beschreibung des Problems den Klienten eher zum Experten für Problemverhalten und – denken macht und somit die Aufrechterhaltung von Problemen eher begünstigt und die Therapie unnötig verlängern kann.

Oder, wie Albert Einstein sagte: »Ein Problem kann man nicht mit der Art des Denkens lösen, die es geschaffen hat«.

»Ein Problem kann man nicht mit der Art des Denkens lösen, die es geschaffen hat«



Das Brügger Modell

Die zweite wichtige Grundlage des Konzepts der NIK-Ambulanz wird im Suchtbereich in Deutschland zunehmend zur Kenntnis genommen und zur Anregung genutzt – und wird durchaus kontrovers diskutiert.

Dieses Behandlungsmodell wird im St.-Jans-Hospital, einem Allgemeinkrankenhaus in Brügge, in Form von stationärer, tagesklinischer und ambulanter Suchttherapie angewandt.

Es basiert auf der Lösungsorientierten Kurzzeittherapie und betrachtet Sucht als eine Pathologie der Wahl: die alkoholabhängige Klientin kann nicht oder nur noch in sehr eingeschränktem Maße wählen, ob sie trinkt oder nicht. Die Suchtbehandlung strebt somit die Wiederherstellung der Wahlfreiheit an.

Suchttherapie nach dem Brügger Modell setzt an der Kontaktfläche zwischen dem Individuum und der Realität an. Bedeutsam wird hier die Unterscheidung zwischen Wahrnehmung und Handeln: der Mensch nimmt die Realität fortwährend wahr und beeinflusst sie gleichzeitig durch sein Handeln.

Die Wiederherstellung der Wahlfreiheit ist das Ziel der Therapie – und das kann auch das Kontrollierte Trinken sein

Der Kontakt des Individuums zur Realität auf Seiten der Wahrnehmung wird als erstes durch die Bedeutungsgebung bestimmt: wenn wir Realität wahrnehmen, geben wir ihr zunächst einen Sinn. Für einen alkoholabhängigen Menschen kann ein Bier Entspannung, Trost, Genuss oder auch Geselligkeit bedeuten. In jedem Fall wählt er zur Erzeugung dieser Gefühle automatisch Alkohol, d.h., er wählt nicht mehr. Alkohol hat für ihn die Bedeutung von etwas Unwiderstehlichem angenommen.

Das letzte, was wir tun, bevor wir auf die Realität reagieren und sie beeinflussen, ist eine Entscheidung zu treffen, eine Handlung zu wählen. Der alkoholabhängige Mensch ist auch hier in seiner Wahlfreiheit eingeschränkt, da seine Bedeutungsgebung von Alkohol als etwas Unwiderstehlichem keine andere Wahl als sinnvoll erscheinen lässt, als das Bier zu trinken, das vor ihm steht.

Die Wiedererlangung der Wahlfreiheit bei Alkoholabhängigkeit beinhaltet demzufolge

- Alkohol eine neue Bedeutung zu geben (z.B. als etwas vielleicht Angenehmes aber auch Vermeidbares),
- als auch angesichts von Alkohol anders handeln zu können als ihn zu trinken (z.B. ihn stehen zu lassen, in den Ausguss zu schütten, weg zu gehen oder etwas anders zu trinken).

Mit der Wiederherstellung der Wahlfreiheit ist im Brügger Modell das Ziel der Suchttherapie erreicht.

Da die Wahlfreiheit nicht nur auf dem Weg der Abstinenz erlangt werden kann, schließt sie auch die Möglichkeit des Kontrollierten Trinkens mit ein.

Weil das Brügger Modell sich weitgehend auf dem lösungsorientierten Ansatz gründet, ist es auch hier nicht an der Therapeutin, den Klienten zu ändern, Ziele vorzugeben oder Zwang auszuüben – vorausgesetzt, der Klient verfügt über seine volle Urteilsfähigkeit (was in der akuten Phase der Entgiftung oder bei Demenz nicht gegeben sein kann).

Vielmehr ist es die Aufgabe der Therapeutin, die Klienten bei der Entwicklung und Umsetzung eigener Lösungsideen zu unterstützen.

Dieser Respekt vor den Lösungsideen der KlientInnen bedeutet in der konsequenten Anwendung in der Suchttherapie: die KlientInnen wählen, ob sie eine abstinenten Lebensweise anstreben oder kontrolliert zu trinken lernen wollen.

Kontrolliertes Trinken

Insbesondere die Wahlmöglichkeit des Kontrollierten Trinkens für Alkoholranke wird kontrovers diskutiert und stellt im Konzept der NIK-Ambulanz für die Bremer Fachwelt und in den dortigen Selbsthilfegruppen dessen zugleich heikelsten wie auch interessantesten Aspekt dar.

Wie in Brügge werden in der NIK-Ambulanz die KlientInnen, die sich für die Möglichkeit des Kontrollierten Trinkens interessieren, darüber informiert, dass es für die meisten Menschen mit Alkoholproblemen leichter ist, abstinent zu leben, und dass es in der Regel anstrengender ist, sein Trinkverhalten ständig zu kontrollieren.

Ein Mensch, der die Gewohnheit des Zuviel Trinkens entwickelt hat, wird immer in der Gefahr stehen, in diese Gewohnheit zurückzufallen – sie bleibt als mögliches Verhaltensmuster ein Leben lang bestehen. Selbst wenn er die Gewohnheit des Kontrollierten Trinkens als alternatives Verhaltensmuster verinnerlicht hat, muss er dieses immer sehr bewusst anwenden.

Kontrolliertes Trinken ist also keineswegs mit dem »normalen« Trinken eines Menschen gleichzusetzen, der nie unter Alkoholsucht gelitten hat, sondern eine anstrengende Angelegenheit. Weshalb sich manche Alkoholabhängige dennoch für diesen Weg entscheiden, ist anhand eines Fallbeispiel darstellbar. Dieses Fallbeispiel kann bei der Autorin oder bei BINAD angefordert werden.

Falls die Klienten also kontrolliert trinken wollen, werden ihnen die körperlichen und psychologischen Mechanismen von Sucht erläutert. Sie werden auch über die Erfahrung informiert, dass man nicht direkt von der Gewohnheit des Zuviel Trinkens zur Gewohnheit des Kontrollierten Trinkens übergehen kann, sondern erst die Fähigkeit entwickeln muss, in bestimmten Situationen nicht zu trinken.

Kontrolliertes Trinken ist nur möglich, wenn man auch nach einem Glas Bier die Wahl treffen kann, etwas anders zu tun, als ein zweites Glas zu trinken.

Kontrolliertes Trinken ist keineswegs mit dem »normalen« Trinken eines Menschen gleichzusetzen, der nie unter Alkoholsucht gelitten hat, sondern eine anstrengende Angelegenheit

Den KlientInnen wird also zu einer Zeit der Abstinenz geraten, bevor sie beginnen, mit dem Kontrollierten Trinken experimentieren. Es wird ihnen jedoch von therapeutischer Seite freigestellt, wie lange diese Zeit sein sollte, wie wenig sie anschließend trinken wollen und wie sie erkunden möchten, ob sie in der Lage sind, kontrolliert zu trinken.

Sie werden allerdings sehr genau darüber befragt,

- wie sie sich konkret in bisher schwierigen Situationen anders verhalten werden, um ihr Ziel umzusetzen,
- welche Ideen sich im Alltag bewähren und was noch geändert werden muss,

oder – da nicht alle KlientInnen, die das Kontrollierte Trinken als Weg wählen, tatsächlich dazu in der Lage sind – auch darüber,

- wie lange sie noch mit dem Kontrollierten Trinken experimentieren wollen, bevor sie zu dem Schluss kommen, dass es für sie nicht hilfreich ist.

In jedem Fall machen die Betroffenen ihre eigenen Erfahrungen und die Beurteilung dieser Erfahrungen bleibt ihnen selbst überlassen. Auf diese Weise beruht ein Wechsel des Therapieziels vom Kontrollierten Trinken zur Abstinenz, der bei etwa 26 % der KlientInnen stattfindet, auf deren eigener Erfahrung und Überzeugung.

Das Ziel der Abstinenz wird von diesen KlientInnen naturgemäß wesentlich motivierter verfolgt, als wenn es durch »Überzeugungsarbeit« der Therapeuten entstanden ist oder sowieso unabdingbare Voraussetzung der Teilnahme an der Therapie war.

***Gerade, weil
Kontrolliertes
Trinken zur Wahl
steht, wird
letztendlich
häufiger
Abstinenz erreicht***

So lässt sich erklären, dass gerade, weil in Brügge auch Kontrolliertes Trinken zur Wahl steht, letztendlich eher häufiger stabile Abstinenz erreicht wurde als wenn diese vorgegeben war. Hierzu werde ich Ihnen später die Ergebnisse einer Katamnese von Brügger PatientInnen vorstellen, die 4 Jahre nach Beendigung der Suchtbehandlung erhoben wurde. Diese Katamnese gibt auch Auskunft über die langfristige Stabilität derjenigen, die kontrolliert zu trinken lernten.

Arbeit mit Ausnahmen

Über die Einbeziehung des Kontrollierten Trinkens hinaus unterscheidet sich das Brügger Modell und somit auch die Arbeit in der NIK-Ambulanz aber durchaus auch in anderer Weise von vielen suchtherapeutischen Angeboten.

So wird davon ausgegangen, dass auch bei Abhängigen der Verlust der Wahlfreiheit – also der Kontrollverlust beim Trinken – nicht vollkommen ist, sondern dass immer Zeiten der erfolgreich ausgeübten Selbstkontrolle vorkommen.

Diese Beispiele von ausgeübter Wahlfreiheit können längere oder kürzere Phasen der Abstinenz sein, die mehr oder weniger lange zurückliegen. Die Klientin trinkt an einem Abend sechs Gläser Wein, an einem anderen schafft sie es, nach dem vierten aufzuhören. Meistens trinkt sie ihr erstes Glas um 20 Uhr, manchmal aber auch erst um 22 Uhr.

Häufig sind diese Beispiele von wahrgenommener Wahlfreiheit nicht im Blickfeld der KlientInnen, da sie es gewohnt sind, nur ihre Probleme wahrzunehmen und es gleichermaßen als Fehlschlag betrachten, ob sie nun sechs oder vier Gläser getrunken haben.

Werden diese Ausnahmen vom Problemverhalten jedoch von dem Therapeuten gewürdigt, wird vielen Klienten klar, dass sie bereits begonnen haben, ihre Probleme zu lösen und manchmal schon Dinge tun, die hinsichtlich ihrer Ziele funktionieren.

So sind Ausnahmen häufig sehr bedeutsam hinsichtlich der Lösungsfindung, da es sich hierbei um Verhaltensweisen handelt, die die Klientin bereits ausübt und die sie in vielen Fällen einfach nur öfter tun müsste.

Rückfallmanagement

Auch der Umgang mit dem Rückfall unterscheidet das Brügger Modell und so auch die NIK-Ambulanz von zahlreichen anderen suchththerapeutischen Angeboten. Ist ein Klient während der ambulanten Behandlung rückfällig geworden, interessiert uns weniger, wie es zu dem Rückfall gekommen ist, sondern:

- Wie unterscheidet sich dieser Rückfall von anderen bisherigen? Wurde z.B. weniger getrunken oder früher aufgehört?
- Wie hat der Klient den Rückfall gestoppt, was genau war dabei hilfreich?

Anstelle der in der Regel üblichen Rückfallvorbeugung betreiben wir Rückfallmanagement. Die KlientInnen werden anhand von konkreten Beispielsituationen, die für sie relevant sind aufgefordert zu überlegen, was sie beispielsweise tun müssen, falls sie doch einmal von ihren guten Vorsätzen abweichen, um das bereits bestellte Bier doch nicht zu trinken, bzw. nach dem ersten zu stoppen.

Bei unseren Verhandlungen mit der LVA um die Anerkennung unseres Konzepts waren vermutlich nicht zuletzt auch die Ergebnisse, die seit mehr als 15 Jahren in Belgien mit der Wahlfreiheit in der Suchtbehandlung gemacht wurden, ein starker Anreiz für den Kostenträger, dieses Modell auch in Deutschland auszuprobieren.

Statt der üblichen Rückfallvorbeugung wird hier Rückfallmanagement betrieben, das viel eher positive und bestärkende Erfahrungen ermöglicht



Ich möchte ihnen deshalb an dieser Stelle einen kurzen **Überblick der Ergebnisse einer Katamnese des Brügger Modells** von 1999 geben:

Es wurden 132 ehemalige PatientInnen 4 Jahre nach Beendigung ihrer Behandlung telefonisch befragt. Wenn möglich, wurden Angehörige zur Bestätigung der Ergebnisse bezüglich des Trinkverhaltens befragt.

Die Aufnahmezeit hatte inklusive Entgiftung durchschnittlich 18 Tage bei stationärer und 14 Tage bei tagesklinischer Behandlung betragen.

Ein stabiler Erfolg nach 4 Jahren war bei 75,76 % der Befragten zu verzeichnen.

45,45 % aller Befragten tranken nicht mehr, 30,3 % tranken kontrolliert.

Kontrolliertes Trinken wurde in diesem Fall definiert mit bis zu 2 Einheiten Alkohol pro Tag bei Frauen und bis zu 3 Einheiten bei Männern und mindestens einem Tag der Abstinenz pro Woche. Eine Einheit sind 20 g Alkohol, etwa ein Glas Wein. Diese Definition entspricht der Menge Alkohol, die von der WHO als noch nicht gesundheitsschädlich angesehen wird.

14,39 % der Befragten tranken zuviel. Gestorben waren inzwischen 9,85 %. Von diesen tranken bis zu ihrem Tod noch 6,82 %, 1,52 % tranken nicht mehr, von ebenfalls 1,52 % war dies nicht bekannt. Die Todesursachen waren: 5-mal Suizid, 2-mal Leberzirrhose, 1-mal Pancreatitis, 2 Unfälle und 2-mal Krebs.

Nach abgeschlossener Behandlung erneut aufgenommen wurden 26,1 % der Patienten.

Was den Erfolg der Behandlung betrifft, ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen Personen, die anfänglich Abstinenz oder Kontrolliertes Trinken gewählt hatten. Interessanterweise ergab die Nachbefragung jedoch, dass 26 % derjenigen, die anfänglich Kontrolliertes Trinken gewählt hatten, zum Zeitpunkt der Katamnese zu Abstinenz gewechselt hatten.

Für die meisten Brügger PatientInnen schien also die Abstinenz der praktikablere Weg aus der Sucht zu sein. Außerdem führte die Einbeziehung des Kontrollierten Trinkens nicht dazu, dass es langfristig weniger Abstinente gab als nach Suchttherapien mit dem ausschließlichen Ziel der Abstinenz, sondern sogar eher mehr.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass eine nicht geringe Anzahl von Menschen mit Alkoholabhängigkeit wieder Alkohol trinken kann, ohne in süchtige Verhaltensweisen zurückzufallen.

Die Brügger Katamnese ergab, dass 26 % derjenigen, die anfänglich Kontrolliertes Trinken gewählt hatten, zum Zeitpunkt der Katamnese zu Abstinenz gewechselt hatten

Unsere Erfahrungen in Bremen

Ich möchte ihnen nun im berichten, wie es uns gelungen ist, die eben beschriebenen Grundlagen unseres Konzeptes in suchttherapeutische Praxis umzusetzen. Welche Erfahrungen wir im ersten Jahr unseres Modellprojektes gemacht haben, welche Ergebnisse es bereits gibt und vor allem: was unsere Klientinnen und Klienten nützlich fanden.

Nachdem die Erlangung der Anerkennung als Modellprojekt durch die LVA über ein Jahr in Anspruch genommen hatte, galt es zunächst, das neue ambulante Angebot in Bremen bekannt zu machen, so dass Betroffene den Weg zu uns finden würden.

Bereits im Vorfeld hatten wir unser Konzept im Bremer Arbeitskreis Alkohol und im entsprechenden Fachausschuss des Gesundheitssenats vorgestellt. Zu unserer Eröffnungsveranstaltung luden wir verschiedene Fachleute aus unterschiedlichen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und Vertreter der Selbsthilfegruppen ein. Bereits hier wurde unsere Erwartung bestätigt, dass wir vor allem mit der Wahlmöglichkeit des Kontrollierten Trinkens, aber auch mit einer ambulanten Form der Therapie, die kurz ist, ein heißes Eisen angepackt hatten, weil insbesondere die Selbsthilfe sich verständlicherweise sehr skeptisch zeigte.

Da unser Modellprojekt sich deutlich von anderen bestehenden unterscheidet, war der Fernsehsender Radio Bremen so interessiert daran, über uns zu berichten, dass er zunächst eine kurze Meldung über die NIK-Ambulanz in den abendlichen Regionalnachrichten brachte und einige Tage später eine ausführliche Reportage als Schwerpunktthema der Nachrichten sendete.

Durch die so geschaffene breite Öffentlichkeit entstand eine kontinuierliche Nachfrage unseres Angebots durch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Auch die Selbsthilfegruppen meldeten sich aufgrund der Fernsehsendungen, da einige befürchteten, dass nun langjährig Abstinente sich bei uns melden würden, um das Kontrollierte Trinken zu lernen – was nicht geschah.

Wichtig war es hier wie auch in der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen der Suchtkrankenhilfe sehr deutlich zu machen, dass wir uns nicht als den »besseren Weg« der Suchttherapie verstehen, sondern als zusätzlichen – als eine weitere Wahlmöglichkeit, die im bisherigen Angebot fehlte. Dass wir hoffen, mit unserem Angebot die viel beklagte niedrige Erreichbarkeit Suchtkrankender Menschen ein wenig zu steigern, indem es einige anspricht, die bisher keine Therapie für sich nutzen wollten – z.B. weil sie sich nicht auf die Vorgabe von Abstinenz als Ziel oder einen Klinikaufenthalt einlassen können.

Wir hatten der Suchtkrankenhilfe deutlich zu machen, dass wir uns nicht als den »besseren Weg« der Suchttherapie verstehen, sondern als eine weitere Wahlmöglichkeit, die im bisherigen Angebot fehlte



Einige Zahlen aus dem ersten Jahr der Arbeit der NIK-Ambulanz:

- Seit der Eröffnung im September 2000 wurden 33 Therapien in die Wege geleitet. Davon wurden 15 bisher abgeschlossen, 16 sind laufende Therapien und eine befindet sich noch in der Phase der Beantragung. Eine Therapie wurde vom Klienten abgebrochen.
- Unser Angebot wurde von 12 Frauen und 21 Männern wahrgenommen. Die jüngste Klientin ist 23 Jahre alt, die älteste 69 Jahre.
- Es sind Klienten und Klientinnen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status und Bildungsstand vertreten: z.B. Handwerker, Studenten, Rentnerinnen, Sozialhilfeempfänger, Führungskräfte oder Ungelernte. Ein Klient befindet sich zur Zeit im offenen Vollzug.
- 30 mal diagnostizierten wir Alkoholabhängig, einmal Abhängigkeitsgefährdung, ein weiteres Mal Medikamentenabhängigkeit und ein Klient war mehrfachabhängig (Alkohol und Kokain).
- In 19 Fällen wurde das Ziel der Abstinenz gewählt, 14mal das des Kontrollierten Trinkens. Von den letzteren wechselte ein Klient im Laufe der Therapie zur Abstinenz.
- Die Anzahl der Sitzungen lag zwischen 5 und 25, die Dauer der ambulanten Therapien zwischen 7 Wochen und 11 Monaten.
- Die LVA war Kostenträger für 8 der Therapien, 6 wurden von verschiedenen Krankenkassen bezahlt, eine vom Sozialamt und 18 von den Betroffenen selber finanziert.
- Der größere Teil unserer Klienten sind Selbstzahler. Bei diesen handelt es sich in der Regel um BfA-Versicherte, die von ihrer Rentenversicherung keine Kostenübernahme für eine Suchtbehandlung bei uns erhalten.

Das Angebot der NIK-Ambulanz schließt offenbar eine Lücke im Behandlungssystem, die bislang überwiegend von Selbstzahlern genutzt wird

Obwohl es in Bremen auch ein BfA-erkanntes ambulantes Suchttherapieangebot gibt (auf das wir verweisen, wenn sich BfA-Versicherte bei uns melden), entscheiden sich dennoch viele, die Kosten ihrer Therapie selber zu tragen, da sie sich durch verschiedene Aspekte unseres Angebotes besonders angesprochen fühlen. Dies sind z.B. die Wahlmöglichkeit des Kontrollierten Trinkens, die Orientierung an Ressourcen, die relativ geringe Anzahl der Sitzungen oder auch die Möglichkeit, nur Einzeltherapien wahrzunehmen.

Der Kontakt zu unserer Beratungs- und Behandlungsstelle kam in den meisten Fällen direkt über die Betroffenen zustande. Dies geschah aufgrund von Berichten und Informationen aus Fernsehen, Zeitung, Internet und Infoabenden oder auf Empfehlung ehemaliger KlientInnen. Einige wurden von der AOK, der LVA, dem Hausarzt oder der psychosozialen Beratungsstelle der Bremer Universität in die NIK-Ambulanz geschickt.

Mit Einverständnis der KlientInnen zeichnen wir die therapeutischen Sitzungen zur Supervision und Qualitätssicherung mit Video auf.

Wissenschaftliche Begleitforschung

Die wissenschaftliche Begleitforschung unseres Modellprojekts schließt, wie anfangs erwähnt, nicht nur eine Rückmeldung von den Klientinnen und Klienten am Ende jeder Sitzung mit ein, sondern auch eine zum Abschluss der der Therapie und sechs Monate nach deren Beendigung.

Direkt nach Beendigung der Therapie gaben unsere KlientInnen hinsichtlich der Erreichung ihrer Therapieziele auf einer Skala von 1 = »gar nicht erreicht« bis 10 = »völlig erreicht« im Durchschnitt eine 9 an.

Alle gaben am Ende der Suchtbehandlung an, dass sie glauben, in der NIK-Ambulanz die für sie richtige Behandlung erhalten zu haben und dass sie die Therapie weiterempfehlen würden.

Auf die Frage, was in der Therapie geholfen hat, wurden u. a. positives Denken, Wertschätzung, Transparenz sowie angenehme Atmosphäre und Rahmenbedingungen genannt.

Als hinderlich wurde von einer Klientin empfunden, dass sie sich teilweise durch die Kamera gestört gefühlt hat.

Als Gründe, die außer der Therapie noch an den Veränderungen beteiligt gewesen sind, gaben die KlientInnen z.B. ihre Zielsetzung und den Faktor Zeit an.

Da die NIK-Ambulanz (zum Zeitpunkt dieser Darstellung) erst seit ca. einem Jahr existierte, lagen noch keine Ergebnisse über die langfristige Stabilität der Abstinenz bzw. des Kontrollierten Trinkens bei unseren KlientInnen vor. Repräsentative Ergebnisse wird es hier sicherlich erst zum Ende der ersten drei Jahre unseres Modellprojekts geben können.

Die Erfahrungen aus Brügge haben bei einer sehr hohen Zahl der ehemaligen KlientInnen eine langfristige Stabilisierung der Therapieresultate gezeigt.

Diese Ergebnisse machen uns sehr zuversichtlich, auch in Bremen, vielleicht gerade für abhängigkeitskranke Menschen, die von anderen Angeboten bisher nicht erreicht wurden, eine weitere Wahlmöglichkeit in der Suchtbehandlung zu bieten, die ihnen auch langfristig nützen wird.

**Norddeutsches
Institut für
Kurzzeittherapie**

Ausser der Schleifmühle 40
28203 Bremen

☎ 04 21-3 37 94 15

☎ 04 21-3 37 94 17

✉ NIK-Bremen@nik.de



Dr. med. Thomas Reinert

Gemeindenaher optimale und flexible Versorgung Suchtkranker

Anders als in den Niederlanden ist die deutsche Suchthilfelandschaft grundsätzlich nicht durch regionale Träger mit der Zuständigkeit für alle Bereiche der Hilfsangebote gekennzeichnet. Nicht nur in den Regionen, sondern bereits in einzelnen Städten sind mehrere Träger für unterschiedliche Angebote zuständig, manchmal gibt es z.B. auch mehrere Beratungsstellen unterschiedlicher Träger in einem Ort. Das macht die Abstimmung und Vernetzung nicht unbedingt leichter.

Allerdings existieren auch Trägerverbände mit der Maßgabe der bedarfsgerechten Versorgung Suchtkranker. Eines dieser Beispiele beschreibt Dr. Thomas Reinert, der Leitende Arzt der Fachklinik Langenberg in Velbert. Dort sind die Fachklinik sowie die Caritas und die Diakonie einen Trägerverbund eingegangen, der zudem eng mit den im Gebiet des Verbundes tätigen Selbsthilfegruppen bzw. -organisationen zusammenarbeitet. Ergebnis ist ein flexibles und bedarfsgerechtes Behandlungssystem mit einem hohen Stellenwert der ambulanten Behandlung.

Ambulante Behandlung der Versorgung Suchtkranker

Es ist eine bekannte Tatsache, dass nur ein kleiner Teil der Suchtkranken an suchtmedizinisch qualifizierten Behandlungsmaßnahmen teilnimmt. In aller Regel werden solche Behandlungen dann angetreten, wenn die Sucht als Krankheit nicht mehr versteckt werden kann, sondern bereits zu körperlichen, psychischen oder sozialen Folgeschäden geführt hat. Das bedeutet aber: Sucht wird meistens erst in einem chronischen Stadium behandelt, in dem eine Ausheilung nicht mehr möglich ist. Das traditionelle Behandlungskonzept der deutschen Suchtversorgung bestand lange Zeit aus einem zweizügigen System, das als Behandlungsformen zum einen die meist 14-tägige »Entgiftungs- und Motivations-Behandlung« und zum anderen eine mehrmonatige »Entwöhnungsbehandlung« umfasste. Im Rahmen dieses Versorgungssystems ließ sich zahlreichen Suchtkranken sicher gut helfen, andererseits konnte dieses System in seiner relativen Starrheit nicht verhindern, dass Patienten/innen nach Absolvierung auch einer (in früheren Zeiten bis zu 6-monatigen) stationären Entwöhnungsbehandlung in ihre alten Lebensbezüge zurückkehrten, mit entsprechenden Belastungsfaktoren und Beziehungen im alten »trinkenden Milieu«, in dem sich eine abstinenten Lebensweise nur mit sehr viel Selbstdisziplin aufrecht erhalten ließ. Sucht, so lehrten die Erfahrungen, lässt sich in diesem Stadium nicht mehr mit einer ein- oder zweizügigen Maßnahme dauerhaft erfolgreich behandeln. Im Rahmen der Diskussion um die Psychiatrie-Enquête in den 60er und anfänglichen 70er Jahren des letzten Jahrhunderts kam es zur Entwicklung eines Modells einer gemeindenahen, sozialpsychiatrischen, netzförmigen Versorgungsstruktur als Idealform der Behandlung Suchtkranker.

Die in Nordrhein Westfalen Mitte der 70er Jahre durchgeführte kommunale Neuordnung führte zur Zusammenlegung der bis dahin unabhängigen Städte Velbert, Neviges und Langenberg mit einer dann auch zentralen Krankenhaus-Versorgungs-Struktur durch Gründung des »Klinikums Niederberg« in Velbert. Das bis dahin die Stadt Langenberg versorgende Krankenhaus in Trägerschaft eines traditionellen Vereins aus dem Jahre 1868 verlor somit seine Bedeutung. Dies bot die Chance, in dem nun frei werdenden Gebäude eine modellhafte Versorgungs-Stätte für Suchtkranke nach den Erkenntnissen eben der Psychiatrie-Enquête zu schaffen. Das »Fachkrankenhaus Langenberg« nahm als solches 1978 seinen Betrieb unter Leitung von Dr. Anton Schlösser auf.

Von Anfang an wurde der Versorgungsbereich, der insgesamt 525.000 Einwohner in den Städten Wuppertal, Velbert, Heiligenhaus und Wülfrath umfasste, als ein Raum gesehen, der mit einer netzförmigen Versorgungsstruktur überzogen werden sollte, in dessen Rahmen die Klinik zum einen die (sicher wichtige) stationäre Behandlung sicherstellen, daneben aber auch Motor der Entwicklung umfangreicher ambulanter Angebote sein sollte. Von Anfang an wurde versucht, im Verbund zu arbeiten und ein gestuftes System der Versorgung mit Kooperation möglichst aller im Versorgungsgebiet

Kennzeichen des bisherigen Behandlungssystems: Sucht wird meistens erst in einem chronischen Stadium behandelt, in dem eine Ausheilung nicht mehr möglich ist



Ab Anfang der 80er Jahre entstand ein innovatives System, das vieles von dem vorwegnahm, das heute an anderen Orten in gleicher oder ähnlicher Weise in Entstehung begriffen ist

mit der Behandlung/Betreuung von Suchtkranken befassten Institution zu schaffen. Es wurde die Verbindung zu den Suchtberatungsstellen systematisiert, es wurde der Kontakt zum Gesundheitsamt und zu niedergelassenen Ärzten gesucht, es wurde mit den bereits vorhandenen Selbsthilfegruppen intensiv kooperiert; Lücken im Selbsthilfegruppen-System wurden mit Hilfe der Klinik gefüllt; ein »Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe (fs)« wurde gegründet, der zwei Abstinenz-Cafés in Wuppertal und Velbert aufbaute. Ab Anfang der 80er Jahre verfügte die Klinik über eine zunächst mit Bundesmitteln geförderte modellhafte »Sucht-Ambulanz«, in der PatientInnen Beratung, Diagnostik, Behandlung und psychotherapeutische Betreuung sowie Nachsorge erfahren konnten. Es entstand ein innovatives System, das vieles von dem vorwegnahm, das heute an anderen Orten in gleicher oder ähnlicher Weise in Entstehung begriffen ist. Es wird deutlich, dass dem Gedanken der ambulanten Betreuung wesentlicher Raum gewidmet wurde. In der Konzeption der Klinik war immer die Bereitschaft zur Weiterentwicklung und zum Ausbau des bestehenden Systems enthalten. Die Klinik verstand sich durchgängig als »innovativ«, Entwicklungen wurden induziert durch praktische Erfahrungen, Pläne wurden auch immer wieder modifiziert und neueren Erkenntnissen angepasst.

Gründung des Trägerverbundes »Ambulante Reha Sucht« (ARS)

Ermutigt durch entsprechende überregional geführte Diskussionen, beschlossen Mitte der 90er Jahre die bis dahin bereits seit Jahren locker kooperierenden, Suchtkranken-Versorgung auf verschiedenen Ebenen anbietenden Träger Fachkrankenhaus Langenberg, Caritas Wuppertal und Diakonie Niederberg (Velbert/Helligenhaus) die Gründung eines Trägerverbundes zur Durchführung ambulanter Rehabilitationsbehandlungen alkoholkranker PatientInnen. Eine vertraglich abgesicherte Vereinbarung ermöglichte die Konzipierung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme mit zunächst einer Gruppe, die an dem Ort des Versorgungsgebietes tagen sollte, aus dem die meisten der Mitglieder der Gruppe kamen. Die TherapeutInnen des Teams wurden in vertraglich geregelter stundenmäßiger Verteilung von allen drei Partnern gestellt. Die Klinik übernahm in ihrer Institutsambulanz die organisatorische Strukturierung und durch stundenmäßige Zurverfügungstellung einer ärztlichen Kraft auch die medizinische Betreuung der PatientInnen. Die Konzeption wurde 1996 zunächst durch die LVA (Rheinische Arbeitsgemeinschaft) in Düsseldorf und etwas später auch durch die BfA in Berlin anerkannt und nahm im selben Jahr ihre Arbeit auf. Es war von Anfang an klar, dass die Leistungsträger sich von der Schaffung ambulanter Versorgungs-Strukturen Einsparungen im Bereich der stationären Rehabilitation versprachen. Es zeigte sich jedoch bald, dass die für die ambulante Rehabilitationsbehandlung in Frage kommenden PatientInnen nicht identisch waren mit denen, die bis dahin im Krankenhaus, das sich 1996 zur »Fachklinik« umbenannte, behandelt worden waren und wurden: Diese

Patienten waren im ambulanten Bereich üblicherweise nicht ausreichend Abstinenzfähig, wurden im Rahmen von Belastungssituationen rückfällig und konnten bereits im Vorfeld nicht mehr in der Vorbereitungsgruppe für die ambulante Rehabilitation gehalten werden. Dagegen interessierten sich für die ambulante Maßnahme zunehmend solche Patienten, die bis dahin eine stationäre Rehabilitation strikt abgelehnt hatten, z. B. weil sie im Rahmen ihrer Berufstätigkeit ein mehrere Monate langes Aussetzen fürchteten oder unter keinen Umständen als stationäre Patienten einer Suchtklinik identifiziert werden wollten. D. h.: Es wurden Patienten erfasst, die in ihrer Sucht-«Karriere» noch nicht das Stadium einer manifesten Chronifizierung erreicht hatten; eine durchaus wünschenswerte Entwicklung.

Zunächst integriert in das Konzept, später in Form einer eigenständigen Gruppe weitergeführt, wurde das Angebot, Patienten, die eine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert hatten, ambulant psychotherapeutisch eine Zeitlang weiterzubehandeln. Die Notwendigkeit für eine ambulante Weiterbehandlung ergab sich vor allem dadurch immer häufiger, dass 1997 seitens der Rentenversicherungen als Leistungs-Träger, die die Rehabilitationsbehandlung nahezu ausschließlich finanzieren, die Dauer stationärer Rehabilitationsbehandlungen kategorisch auf 16 Wochen (111 Tage) begrenzt wurde. Insbesondere solche SuchtpatientInnen, bei denen eine massive »Grundstörung« (also ein auch unabhängig von der Suchterkrankung als solcher gegebener erheblicher psychopathologischer Befund) bestand, hatten oft Schwierigkeiten, mit der begrenzten Therapiezeit zurecht zu kommen.

Darüberhinaus wurde die Suchtkranken-Behandlung um einen weiteren Baustein bereichert: PatientInnen, die mit der stationären und der anschließenden ambulanten Weiterbehandlung zwar eine stabile Abstinenzfähigkeit erworben hatten, bei denen aber ein großer »Frühstörungsanteil« im Rahmen der Grundstörung konstatiert werden musste, wurde die Möglichkeit gegeben, anschließend längerzeitig eine analytische Gruppen-Psychotherapie beim Chefarzt der Klinik zu absolvieren.

Für dieses Gesamtkonzept wurde der Klinik und dem Trägerverbund 1998 der dritte Preis im Landeswettbewerb »Gesundes Land Nordrhein-Westfalen« zuerkannt.

Rolle der Selbsthilfe

Seit Etablierung der Fachklinik Langenberg als regional voll-versorgende Sucht-Behandlungsstätte wurde der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe größter Wert beigemessen. D. h.: Jeder Patient/jede Patientin wurde von Anfang an im Rahmen auch einer nur kurzfristigen »Entgiftungsbehandlung« (mittlerweile wurde das System der »Entgiftung« durch ein zweizügiges Konzept mit »Krisenintervention« und »Qualifizierte Akutbehandlung« ersetzt) in Kontakt gebracht mit einer Selbsthilfegruppe im unmittelbaren Wohn-Umfeld.

Mit diesem Angebot wurden Patienten erfasst, die in ihrer Sucht-«Karriere» noch nicht das Stadium einer manifesten Chronifizierung erreicht hatten; eine durchaus wünschenswerte Entwicklung



Die einzelnen Selbsthilfegruppen stellen sich bereits seit 1978 regelmäßig den Patienten auf den Stationen vor, halten in abwechselnder Reihenfolge Informations-Abende ab.

Darüber hinaus wurde die Selbsthilfe in ihrer Gesamtheit auch in das Klinikleben fest integriert: Traditionell wird das große Sommerfest jedes Jahr gemeinsam von Klinik und Selbsthilfegruppen/-organisationen geplant und durchgeführt.

Einmal im Quartal veranstaltet die Klinik ein Treffen mit den Selbsthilfegruppen-Leitern im Umfeld der Klinik, wobei diese Veranstaltung von einem Oberarzt der Klinik oder vom Chefarzt geleitet wird.

In gewisser Weise wurde den Selbsthilfegruppen auch in der Kooperation eine autonome Stellung in der Zusammenarbeit eingeräumt. In der Klinik gilt: Wenn ein bekanntes Mitglied kooperierender Selbsthilfe-Gruppen einen akut Suchtkranken als Notfall anmeldet, besteht die Klinik nicht auf einer zuvorigen Inaugenscheinnahme des/der Betroffenen durch einen niedergelassenen Arzt, sondern es wird darauf vertraut, dass die erfahrenen Selbsthilfegruppenleiter sehr gut beurteilen können, ob jemand eine stationäre Behandlung benötigt oder nicht.

Auch bei Etablierung des neuen Modelles der ambulanten flexiblen Suchtkranken-Versorgung wurde die Selbsthilfe als Therapiefaktor integriert: Es ist unbedingter Bestandteil der vom Patienten bei Teilnahme an der Ambulanten Rehabilitation zu akzeptierenden Behandlungsbedingungen, dass er oder sie bereit ist, sich unmittelbar parallel einer Selbsthilfegruppe anzuschließen.

Die Selbsthilfegruppen haben einen hohen Stellenwert in dem Behandlungssystem

Kriterien für die Entscheidung zu vollstationärer oder ambulanter Behandlung

Es wurde bereits dargelegt, dass die Erfahrung innerhalb des ersten Jahres nach Beginn der ambulanten Rehabilitation war, dass die Patienten, die bis dahin vollstationär behandelt worden waren, dies auch jetzt weiter werden mussten, da sie nicht die nötige Stabilität und Abstinenzfähigkeit aufbrachten, die zur Absolvierung der ambulanten Maßnahme erforderlich war. Mittlerweile sind die Unterscheidungskriterien für die Empfehlung einer ambulanten oder einer vollstationären Behandlung nahezu standardisiert: Je nach Persönlichkeitsstruktur des Patienten, nach Integration in eine halbwegs gesunde und abstinente Umgebung und je nach Dauer der in der Vorbereitungsphase gezeigten Abstinenz-Befähigung erfolgt vor allem seitens der Klinikambulanz, aber auch der beteiligten Beratungsstellen von Caritas und Diakonie, die Empfehlung für die ambulante oder die stationäre Rehabilitation. Häufig ist zu beobachten, dass Patienten in der ambulanten Maßnahme die weniger aufwändige und damit »wünschenswertere« Alternative sehen; ein Kriterium, das eher gegen die ambulante Maßnahme spricht, da der Patient offensichtlich den Ernst seiner Erkrankung noch nicht erkannt hat und dazu

neigt, sich zu überschätzen, darüber hinaus auch den Aufwand zur Erreichung einer Stabilität und weitgehenden seelischen Gesundheit minimalisieren möchte.

Die Auswahl der Patienten für die eine oder andere Behandlungsform wird im Team der ARS vorgenommen, das regelmäßig tagt und auch extern supervidiert wird.

Erfahrungen mit der Flexibilisierung und Individualisierung des Therapieangebotes

Die Arbeit des Trägerverbundes wird gut dokumentiert und jährlich ausgewertet. Im ersten Jahr hatten 122 Personen die ambulante Rehabilitation absolviert. Es zeigte sich die bei stofflicher Abhängigkeit übliche geschlechtliche Aufteilung mit 63 % männlichen und 37 % weiblichen Teilnehmern. Die ganz überwiegende Mehrzahl der PatientInnen lag altersmäßig zwischen 35 und 44 Jahren (38 %) und 45 bis 54 Jahren (37 %).

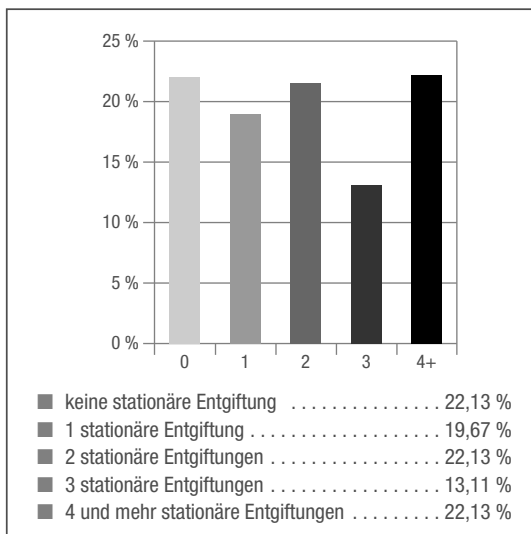
Im Gegensatz zu den vollstationär rehabilitierten PatientInnen waren die TeilnehmerInnen an der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme mehrheitlich (60 %) noch berufstätig, zu 39 % arbeitslos.

44 % der TeilnehmerInnen lebte mit Partnern in einer Wohnungs-Gemeinschaft, 16 % hatten Partnerschaften ohne gemeinsamen Wohnsitz. 39 % lebten alleine.

Die mit der stationären Reha-Behandlung nur bedingt gegebene Vergleichbarkeit der Patientengruppe ging auch daraus hervor, dass die ambulante Maßnahme zu 56 % zu Lasten der BfA und zu 39 % zu Lasten der zuständigen LVA durchgeführt wurde; d. h., es ergab sich hier ein deutlich größerer Anteil an Angestellten und beruflich qualifizierter Ausgebildeten als im Bereich der stationären Rehabilitation.

59,84 % der TeilnehmerInnen absolvierte die ambulante Therapie regulär, 38,5 % beendeten sie vorzeitig.

*Tab. 1
Stationäre Entgiftung
vor Antritt der
Maßnahme*

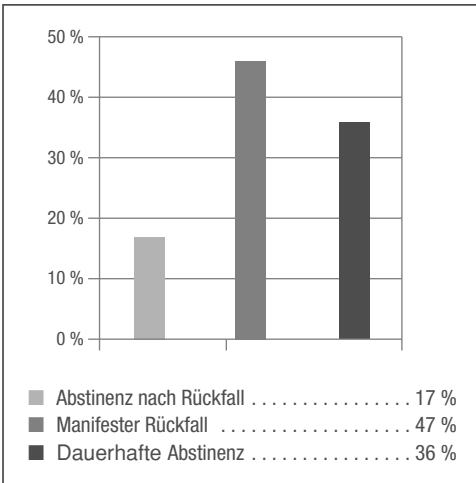




Katamnestiche Therapieergebnisse:

Die ambulante Rehabilitation innerhalb des Trägerverbundes wurde und wird katamnestic begleitet. Dabei wurden alle TeilnehmerInnen einbezogen, die 10 oder mehr Sitzungen absolviert hatten, unabhängig davon, ob die Therapie schließlich regulär oder irregulär beendet wurde. Der Katamnesebogen wurde den TeilnehmerInnen ein Jahr nach Therapieabschluss mit einem Anschreiben und mit einem Freiumschlag zugeschickt. Wenn keine Antwort einging, erfolgten zwei schriftliche Erinnerungen mit erneuter Zusendung des Bogens. Der Bogen enthielt Fragen zur weiteren Entwicklung hinsichtlich der Suchterkrankung, zu Partnerschaft, Sozialkontakten, Beruf, es wurde auch abschließend nach der subjektiven Lebenszufriedenheit gefragt. Der Katamnesebogen orientierte sich als Instrument an einer Vorlage der Fachambulanz der Diakonie in Düsseldorf.

Tab. 2
Katamnese-Ergebnisse
unter Annahme eines
»Worst-Case-
Szenario«



37,70 % der Angeschriebenen antworteten, 23,80 % antworteten nicht, die übrigen TeilnehmerInnen konnten nicht erreicht werden bzw. waren unbekannt verzogen. Von den antwortenden TeilnehmerInnen lebten 59 % dauerhaft abstinent, 29 % abstinent nach zwischenzeitigem kurzem Rückfall, 13 % waren manifest rückfällig. Unter Annahme eines »Worst-Case-Szenario« wurden katamnestic alle TeilnehmerInnen, die auf die Befragungsbogen-Zusendung nicht geantwortet hatten, den rückfälligen PatientInnen zugerechnet. Dabei ergab sich eine Verteilung wie in Tabelle 2 zu sehen.

Insgesamt ergab sich damit das Bild einer immerhin über 50%igen Abstinenz mit schlimmstenfalls kurzzeitigem Rückfall. Daraus ließ sich schließen, dass die ambulante Rehabilitation durchaus als erfolgreich angesehen werden konnte und die Abstinenzfähigkeit der Absolventen in etwa vergleichbar war mit den Ergebnissen stationärer Rehabilitationsmaßnahmen.

Interessant war, dass im Bereich der dauerhaft abstinent lebenden TeilnehmerInnen eine deutlich größere Zufriedenheit mit den partnerschaftlichen Beziehungen wahrgenommen wurde, dass sich ein ähnliches Bild bei den übrigen Sozialkontakten ergab und sich die subjektive Lebenszufriedenheit in dieser Gruppe deutlich verbessert hatte.

Ausblick:

Nach nunmehr einigen Jahren der Erfahrung mit der Arbeit des »Trägerverbundes Ambulante Rehabilitation Suchtkranker« lässt sich schlussfolgern, dass sich dessen Einführung als eine zusätzliche Möglichkeit sinnvoller Behandlung bewährt hat. Das seitens der Leistungsträger anfänglich avisierte Ziel einer wesentlichen Reduzierung stationärer Behandlungskosten kann nicht als erreichbar angesehen werden. Es muss aber Ziel eines jeden Suchtkranken-versorgenden Systems sein, PatientInnen in einem möglichst frühen Stadium der Entwicklung ihrer Suchtkrankheit therapeutisch zu erreichen. Dafür scheint die ambulante Rehabilitation besser geeignet zu sein als andere Behandlungs-Formen.

Analytische Behandlung:

Der Chefarzt der Klinik unterhält seit nunmehr 4 Jahren eine analytische Gruppe für die Weiterbehandlung schwerer gestörter Suchtkranker nach Erreichung einer stabilen Abstinenzfähigkeit. Die Teilnehmerzahlen sind hierbei jedoch (entsprechend der Therapieform der analytischen Gruppe) zu klein, um statistisch mit Prozentzahlen zu operieren. Es zeigte sich aber, dass unter der Bedingung der parallelen Integration der PatientInnen in Selbsthilfegruppen die psychoanalytische Arbeit mit auch schwer gestörten Suchtkranken möglich ist und durchaus Erfolg zeitigen kann (dies wird in der Literatur durchaus kontrovers diskutiert). Die Erfahrung zeigt, dass PatientInnen nach zwei bis drei Jahren Gruppenteilnahme eine durchaus nachweisbare Struktur-Reifung zu erfahren in der Lage sind, die entscheidend dazu beitragen kann, eine Selbstgestaltung des eigenen Lebens mit der Aufnahme gesunder Objektbeziehungen zu ermöglichen, mit Integration der eigenen Subjektivität und der Befähigung zur Empfindung von Freude und Befriedigung, ohne auf Suchtmittel angewiesen zu sein. Diese langwierige Therapieform rechtfertigt sich damit durch Schaffung der Voraussetzungen für eine auch dauerhaft mögliche Abstinenz trotz erheblicher seelischer Problematik.

Schlussbemerkung

Unter finanziellen Aspekten ist das gegenwärtig für die ambulante Rehabilitation etablierte Bezahlungssystem als nicht zureichend anzusehen. Die Therapieeinheit wird seitens der Krankenkassen mit nach wie vor Euro 43,46 entgolten; seitens der Rentenversicherungsträger wurde dieser Satz jüngst erst auf Euro 46 erhöht. Auch nach Erhöhung ist eine Kostendeckung insgesamt nicht festzustellen. Rechnet man die im Rahmen der Ambulanten Rehabilitation Suchtkranker notwendig werdenden Zusatzleistungen (Berichtswesen, Dokumentation, Verwaltung ...) hinzu, so wird deutlich, dass eine Kostendeckung nur bei einem Betrag deutlich über Euro 51 gegeben wäre.

Mit dem Trägerverbund ist es gelungen, möglichst frühzeitig in den Prozess der Entwicklung einer Suchtkrankheit einzugreifen

Fachklinik Langenberg

Krankenhausstr. 17
42555 Velbert-
Langenberg
☎ 020 52-6 07-130
☎ 020 52-6 07-188



Niek Dekker

Entwicklungszentrum Soziale Suchtpolitik verbucht erste Resultate

Aktive Fürsorge, Methadonverabreichung, Konsumräume, medizinische und psychiatrische Betreuung auf der Straße: Das sind einige der Themen aus dem Rahmenbericht des Entwicklungszentrums Soziale Suchtpolitik (Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, OSV) in Utrecht. Der Bericht ist Teil eines ehrgeizigen Programms, das der sozialen Suchthilfe neue Impulse verschaffen soll.

Anlass für die Einrichtung des OSV war der Bericht »Resultate erzielen«, mit dem die niederländischen Suchthilfeeinrichtungen im Jahre 1998 den Grundstein für die Zusammenarbeit legten. Ihr Ziel: Erneuerung der Arbeitsinhalte und Verbesserung der Qualität der Arbeit.

Haben diese Aktivitäten des OSV bereits konkrete Resultate für diesen schwierigen Teilbereich der Gesundheitsfürsorge erbracht?

Niek Dekker, Redaktionsmitglied von De Uitbrijder, stellte diesen in der aktuellen Ausgabe von De Uitbrijder erschienenen Beitrag dem BINAD INFO zur Verfügung.

Das OSV ist eines von drei 1999 gegründeten Entwicklungszentren. Die beiden anderen sind »Qualität und Innovation der Fürsorge« (Kwaliteit en Innovatie van Zorg) und »Prävention und Innovation« (Preventie en Innovatie). Aufgabe des OSV ist »die Entwicklung einer vollständigen, konsistenten und zusammenhängenden Kette von Fürsorgeangeboten für chronisch Abhängige«.

Soziale Suchthilfe richtet sich auf Langzeitabhängige mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Problemen. Im günstigsten Fall führen die Bemühungen dazu, dass der Abhängige wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Viele Sozialarbeiter sind aber schon zufrieden, wenn ihre Klienten nicht weiter abgleiten oder sich etwas besser behaupten können.

Alexander Hoogendoorn, Teammitarbeiter soziale Suchthilfe bei der Rotterdamer Stiftung Bouman Verslavingszorg und Projektsekretär des OSV, nennt drei Hauptfragen, die einer Antwort bedürfen: Wer sind die Klienten? Welche Instrumente werden für die Diagnostik benötigt? Wie können wir die Klienten an die Angebote heranführen? Auf den ersten Blick einfache Fragen, wäre da nicht die Praxis, die wie so oft komplizierter ist als man denkt. »Alleine schon die praktische Abstimmung zwischen den verschiedenen Einrichtungen ist ein schwieriger Aspekt unserer Arbeit. Es sind große Entfernungen zu überbrücken – im wörtlichen wie im übertragenen Sinne. Das erfordert viel kostbare Zeit.«

Die Arbeitsweise des OSV macht an sich schon »lange Wege« erforderlich. Zunächst wird – vor allem in Literaturstudien – untersucht, welche Informationen bereits vorhanden sind. Anschließend wird eine Beschreibung in Protokollform erstellt. Danach werden Praxisversuche (Pilotprojekte) durchgeführt oder die Resultate im Rahmen einer Konferenz diskutiert. Nach der Evaluation werden die Befunde den Ausführenden in der Praxis vorgelegt.

Zeitraubende Startphase

Hoogendoorn ist der Auffassung, dass das OSV bereits viel geleistet hat, wenngleich vieles davon in der Praxis unbemerkt geblieben ist. »Wir hatten von Anfang an ein großes Handicap. Bevor wir beginnen konnten, musste zunächst die Frage beantwortet werden, was soziale Suchthilfe eigentlich genau beinhaltet. Zu dieser Frage gibt es kaum Literatur oder Untersuchungen. Aus diesem Grund war die erste Phase des Projekts zehr zeitraubend.«

Die ersten Resultate der Teilprojekte liegen inzwischen vor. Es wurde eine Konzeptrichtlinie für soziale Suchthilfe erstellt, um Profile der verschiedenen Zielgruppen zu erstellen. Damit kann ein Betreuungsangebot für die einzelnen Zielgruppen entwickelt oder angepasst werden, beispielsweise für kriminelle Abhängige, die Belästigungen verursachen, für Suchtkranke, die keine Hilfsangebote in Anspruch nehmen, für obdachlose ausländische Abhängige, drogenabhängige Straßenprostituierte, psychisch kranke Abhängige und heimliche Alkoholiker.

Diese Zielgruppenprofile bilden einen wichtigen Ausgangspunkt für Programme und Projekte. »Sie sind das Resultat unserer Suche nach den Kunden der sozialen Suchthilfe«, sagt Hoogendoorn, »nach den problematischen, chronisch abhängigen, psychiatrischen, obdachlosen Klienten.«

Die Richtlinie wird in zwei Praxissituationen getestet: bei den Angeboten für Methadonklienten des CAD Limburg und bei Bouman Verslavingszorg in Rotterdam. Wer sind die Klienten dieser Programme und was wird in Programmen benötigt, um ein gutes Hilfsangebot zu gewährleisten? Die Richtlinie wird im zweiten Halbjahr 2003 fertig sein. Ihr Nutzen für die Praxis wird sich dann herausstellen.

***Nicht alle
Aktivitäten des
Entwicklungs-
zentrums sind der
Praxis bislang
deutlich geworden***



Einbeziehung der Drogengebraucher

Ein weiteres greifbares Resultat ist die Publikation über Konsumräume. Erstmals wurde eine eingehende Bestandsaufnahme der Situation vorgenommen. Die Publikation bildet die Grundlage für die weitere Entwicklung von Konsumräumen, denen eine Kernfunktion in der Entwicklung der sozialen Suchthilfe zufällt. An Hand dieser Publikation untersucht Bouman Verslavingszorg, wie Konsumräume am besten eingerichtet werden können und was dabei zu beachten ist. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit den Gebrauchern.

Die Niederlande sind in dieser Hinsicht in Europa führend, abgesehen von einigen Experimenten in der Schweiz und in England. »Für Ausländer ist unsere Vorgehensweise außergewöhnlich«, erläutert Hoogendoorn. »Vor kurzem war eine Delegation aus Südafrika in Rotterdam zu Besuch. Sie trauten ihren Augen nicht. Konsumräume sind in Südafrika noch Zukunftsmusik, obwohl Drogengebrauch dort sehr große Probleme verursacht.«

Anfang 2002 ist eine Arbeitstagung geplant, bei der Gebrauchern ausdrücklich einbezogen werden. Laut Hoogendoorn ist das typisch für die Arbeitsweise des OSV. Ein Höhepunkt war in seinen Augen die gemeinsame Arbeitstagung mit der Landelijke Stichting Druggebruikers (Landesweite Stiftung Drogengebraucher, LSD) im Februar 2001. »Wir saßen mit Gebrauchern an einem Tisch, die sich hin und wieder zurückzogen, um zu gebrauchen«, erzählt er lachend. »An den Diskussionen über den Kurs der Suchthilfe nahmen sie aber engagiert teil. Sie brachten überdies gute Ideen ein und wollten über Veränderungen mitreden. Sie äußerten Forderungen und Wünsche, waren aber auch bereit, Verantwortung zu übernehmen, um Belästigungen durch Drogengebrauch zu vermeiden.«

***Gebraucher
äußern nicht nur
Forderungen und
Wünsche, sondern
übernehmen auch
Verantwortung***

Durchbruch beim Thema »Migranten«

Die Entwicklung von Angeboten für Abhängige aus Migrantengruppen ist ein weiteres Hauptthema des OSV.

Eine Arbeitskonferenz der Plattform Multiculturele Verslavingszorg (Plattform Multikulturelle Suchthilfe) im Januar 2001 brachte ans Licht, wie schwierig es ist, die Suchthilfe für Migranten zugänglich zu machen. Trotz einer gewissen Zurückhaltung auf Seiten der Mitglieder der Plattform bewirkte die Konferenz in den Augen von Hoogendoorn einen Durchbruch. »Die Betreuung von Migranten ist zurzeit noch nicht gut geregelt. Die Angebote knüpfen nicht an die Lebensweise der Zielgruppe an. Wir konnten aber gegenseitiges Verständnis feststellen. Deshalb werden wir uns bemühen, gemeinsam mit den Mitgliedern der Plattform neue Arbeitsweisen auszuprobieren.«

Mit der Plattform wurde ein Teilprojekt zum Thema »Kulturprofile' gestartet, das, differenziert nach ethnischen Gruppen, einen besseren Einblick in die kulturell-religiös bedingten Dimensionen des Substanzgebrauchs, die Hilfsfragen sowie in geeignete Betreuungs- und Interventionsstrategien verschaffen soll.

Eine der Schlussfolgerungen der Arbeitskonferenz lautete, dass das Hauptproblem junger Migranten nicht die fehlende Anpassungsfähigkeit ist, sondern die Schwierigkeit, eine Verbindung zwischen dem kulturell-familiären und dem gesellschaftlichen Kontext zu legen.

Erste Resultate

Hoogendoorn nennt noch zwei weitere greifbare Resultate der Arbeit des OSV: Eine Publikation über die Arbeit mit Behandlungsketten ist bereits erschienen, eine weitere über Case-management wird im Laufe dieses Jahres vorliegen. »Wir wollen damit Verbindungen zwischen den verschiedenen Formen der Betreuung legen« erklärt er. »Damit lässt sich die Effektivität der Angebote steigern.«

Hoogendoorn vertritt den Standpunkt, dass Suchthilfe mehr als bisher einen Nachweis erbringen muss, dass ihre Aktivitäten auch tatsächlich Effekt haben. Als Beispiel nennt er den Bereich Unterkunft und Wohnen. »Auf diesem Gebiet gibt es in unserem Land zahllose Projekte, aber wir wissen noch viel zu wenig, welche davon gut, beschränkt oder überhaupt nicht funktionieren. Bouman Verslavingszorg hat ein auf der Praxis basierendes Handbuch für ambulante Wohnungsangebote erstellt, an Hand dessen wir die Effekte dieser Angebote untersuchen können«.

Andere Teilprojekte, mit denen sich das OSV seit längerem befasst, sind die Reorganisation der Methadonverabreichung, der aktiven Fürsorge und der medizinischen und psychiatrischen Betreuung auf der Straße.

Die Arbeit des Entwicklungszentrums findet größtenteils noch hinter den Kulissen oder auf Papier statt. Die Früchte der Arbeit des OSV werden erst später geerntet. Hoogendoorn blickt mit Spannung auf das laufende Jahr und auf 2003. Dann steht für die meisten Projekte die Phase der praktischen Ausführung, der Übertragung an die Suchthilfeeinrichtungen und der Auswertung durch Klienten und Mitarbeiter an. Erst dann wird sich zeigen, was die jahrelange Vorbereitungszeit bewirkt hat, welchen Nutzen die Einrichtungen daraus ziehen können und vor allem was es den Klienten letztendlich bringt.

Das Hauptproblem junger Migranten ist die Schwierigkeit, eine Verbindung zwischen dem kulturell-familiären und dem gesellschaftlichen Kontext zu legen

Brijder Stichting

Postbus 414

1800 AK Alkmaar

© 00 31-72-5 27 28 05



Heroin auf Rezept verbessert die Gesundheit von Langzeitabhängigen

Bei 61,5 % der Methadonpatienten wirkt diese Behandlung nur begrenzt – die ergänzende Heroinvergabe könnte hier Abhilfe schaffen

Die von Ministerin Borst vom niederländischen Ministerium für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport (VWS) eingesetzte Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (Zentralkommission für die Behandlung von Heroinabhängigen, CCBH) hat eine breit angelegte Studie über den Effekt von Heroin auf ärztliches Rezept bei Langzeit-Heroinabhängigen abgeschlossen. Einbezogen waren Abhängige, die trotz der Teilnahme an einem Methadon-Erhaltungsprogramm nach wie vor in einer schlechten körperlichen und psychischen Verfassung waren und oft sehr schlecht funktionierten. Die Studie der CCBH ergab, dass eine zwölfmonatige Behandlung dieser Patienten mit Heroin in Kombination mit Methadon mehr gesundheitliche Vorteile bringt als eine Behandlung mit ausschließlich Methadon. Nach der Beendigung der Heroinbehandlung gehen diese gesundheitlichen Vorteile schnell wieder verloren. Die CCBH empfiehlt, das Suchthilfeangebot in den Niederlanden um die Behandlung mit Heroin in Kombination mit Methadon unter strengen Auflagen und als letzte medikamentöse Behandlungsmöglichkeit zu erweitern.

Ungefähr 13.000 der insgesamt schätzungsweise 25.000 Heroinabhängigen in den Niederlanden nehmen an einem Methadon-Erhaltungsprogramm teil. 5.000 dieser Patienten reagieren gut auf die Behandlung. Sie gebrauchen keine illegalen Drogen mehr, sind in guter gesundheitlicher Verfassung und sind gesellschaftlich integriert. Bei den restlichen 8.000 Methadonpatienten wirkt diese Behandlung nur begrenzt. Sie konsumieren weiterhin trotz Methadon regelmäßig illegale Drogen, werden häufig kriminell und krank und führen oft eine Existenz am Rande der Gesellschaft.

Im Jahre 1996 war der Auftrag der Ministerin an die CCBH ergangen, diese Studie über die erwünschten und unerwünschten Effekte der kontrollierten Vergabe von Heroin an therapieresistente chronisch Heroinabhängige, bei denen Methadon-Erhaltungsprogramme zur unzureichend greifen, durchzuführen.

Im Zeitraum 1998-2001 untersuchte die CCBH insgesamt 549 Patienten im Rahmen von zwei klinischen Studien: 174 Patienten, die Heroin vornehmlich injizierten, und 375 Patienten, die Heroin überwiegend rauchten. Bei diesen Studien wurden Patienten, denen sechs oder zwölf Monate lang Heroin und Methadon verabreicht wurde, mit Patienten verglichen, die im selben Zeitraum lediglich Methadon erhielten. Außerdem wurde untersucht, welche Konsequenzen die Beendigung der Hero-inverabreichung nach sechs bzw. zwölf Monaten hatte.

Die Befunde der Studie zeigen, dass die Verabreichung von Heroin in Kombination mit Methadon bei diesen Patienten effektiver war als die Behandlung mit ausschließlich Methadon. Unter den Patienten, die Heroin erhielten, lag der Anteil derer, die positiv auf die Behandlung reagierten, 20 bis 25% höher als bei der Gruppe der Patienten, denen ausschließlich Methadon verabreicht wurde. Dabei wurden nicht nur klinisch relevante Verbesserungen der körperlichen und geistigen Verfassung der Patienten konstatiert, sondern auch eine deutliche Verbesserung des sozialen Funktionierens, einschließlich eines Rückgangs der kriminellen Handlungen. Heroin auf Rezept bewirkte zudem eine signifikante Reduzierung des Kokainkonsums. Zwei Monate nach Ablauf der vorab vereinbarten Behandlungsdauer der Heroinverabreichung hatte sich der Zustand von gut 80% der Patienten erheblich verschlechtert und waren die gesundheitlichen Fortschritte wieder völlig verschwunden. Die Studie ergab zudem, dass die Verabreichung von Heroin auf Rezept gefahrlos und gut kontrollierbar realisiert werden kann und dass sie keine weiteren Ordnungsprobleme verursachte.

Auf der Grundlage der Befunde der Studie macht die CCBH folgende Empfehlungen:

- Einführung einer kontrollierten, medizinischen Verabreichung von Heroin in Kombination mit Methadon in den Niederlanden unter strengen Auflagen und als letzte pharmatherapeutische Intervention für therapieresistente chronisch Abhängige, die ohne zufriedenstellendes Resultat in einem Methadon-Erhaltungsprogramm behandelt worden sind;
- Unterstützung des Antrags auf Zulassung von Heroin als Medikament;
- Entwicklung eines Qualitätssystems für die Verabreichung von Heroin auf Rezept.

Die obenerwähnten Berichte können auch auf der Internet-Seite der CCBH eingesehen werden. Die Website enthält zudem eine kurze Videodatei, in der die Praxis der Heroinverabreichung gezeigt wird.

Die englische Fassung des Berichtes sowie eine ausführliche Zusammenfassung in Niederländisch kann bei der CCBH bestellt werden.

Dieser Pressebericht wurde unter der Verantwortung der Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden (CCBH) veröffentlicht.

Quelle: www.minvws.nl

Zwei Monate nach Ablauf des Versuches – und somit der Beendigung der Heroinvergabe – hatte sich der Zustand von gut 80% der Patienten erheblich verschlechtert, waren die gesundheitlichen Fortschritte zunichte



Hildegard Gerber

Qualitätsstandards in der ambulanten Drogenhilfe

Anlässlich der vom Institut für soziale und kulturelle Arbeit (ISKA), Nürnberg und mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe Nürnberg e.V. – vom 18.-20.06.2001 in Nürnberg durchgeführten Fachtagung »ÜberLEBEN in Drogenszenen« hielt Hildegard Gerber, Koordinatorin des bei der Koordinationsstelle Sucht im Landschaftsverband Westfalen-Lippe geführten Projektes »Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW« den im Folgenden abgedruckten Vortrag. Sie plädiert darin für die Entwicklung von einrichtungsbezogenen Qualitätsstandards, die schließlich mit dem System der Suchthilfe abzugleichen sind.

Der Vortrag, der gleichzeitig Ergebnisse einer Arbeitsgruppe wiedergab und bereits in der ISKA-Publikation »STREETCORNER«, Ausgabe 1/01 veröffentlicht wurde, wird hier in einer leicht überarbeiteten und mit der Autorin abgestimmten Version präsentiert.

Die Beschäftigung mit Qualitätsstandards in der ambulanten Drogenhilfe wirft zunächst eine Reihe von Fragen auf und es wird deutlich, dass viele Antworten erst erarbeitet werden müssen. Was macht »Qualität« in der ambulanten Drogenhilfe aus? Was sind Standards? Wer definiert Qualitätsstandards? Mit welcher Verbindlichkeit? Für wen? Welche Angebote umfasst überhaupt die ambulante Drogenhilfe? Können für die unterschiedlichen Arbeitsansätze einheitliche Qualitätsstandards gelten?

Es ist nicht möglich, im Rahmen eines kurzen Beitrages alle diese Fragen erschöpfend zu beantworten. Mein Ziel ist es, einen Einblick darin zu geben, was Qualitätsstandards sind und welche Bedeutung sie für die Arbeit der ambulanten Drogenhilfe gewinnen können. Bevor ich exemplarisch einige bereits beschriebene Qualitätsstandards vorstelle, will ich zunächst kurz die theoretische Basis darstellen. Abschließend werden Überlegungen zur Formulierung von Standards aus Sicht der KlientInnen geschildert.

Theoretischer Hintergrund

Definition »Qualitätsstandards«

Der Duden definiert Standard als »Normalausführung einer Ware (Standardversion), Normalmaß, Durchschnittsbeschaffenheit, Richtschnur bzw. als allgemeines Qualitätsniveau«. Diese Definitionen machen deutlich, dass Standards einen Maßstab setzen, eine Richtfunktion übernehmen, an der das normale Niveau der qualitativen Be-

schaffenheit eines Gegenstandes oder einer Leistung gemessen wird. Standards haben so immer auch die Bedeutung von Mindestanforderungen. In vielen Bereichen entscheidet dann entweder der Anbieter selbst, ob er besser sein will, oder der Kunde entscheidet, ob er mehr wünscht. Der Standard kann jedoch nicht unterschritten werden, ohne das Angebot inakzeptabel erscheinen zu lassen. Damit erhalten definierte Qualitätsstandards das Gewicht von Vorgaben, die auf jeden Fall zu erfüllen sind. Es ist also bedeutsam, wer diese Anforderungen formuliert und damit definiert, was Qualität ist.

Definition »Qualität«

Während umgangssprachlich »Qualität« mit »Güte« gleichgesetzt wird, bezeichnet der Begriff laut Duden neutral die »Beschaffenheit, Eigenschaft« von etwas. In der aktuellen Qualitätsdiskussion fließen diese beiden Aspekte ineinander. Wenn von Qualität die Rede ist, wird die Güte mitgedacht, der Begriff »Qualität« ist positiv besetzt.

Qualität entsteht, wenn die Eigenschaften eines Produktes oder einer Dienstleistung mit den an sie gestellten Anforderungen übereinstimmen. Für die ambulante Drogenhilfe bedeutet das: Qualität entsteht, wenn die Einrichtung die geforderten Standards erfüllt. Der Begriff »Qualität« besitzt somit keinen universellen Geltungsanspruch, sondern die Qualität jeder Leistung bemisst sich am Erfüllungsgrad der Anforderungen.

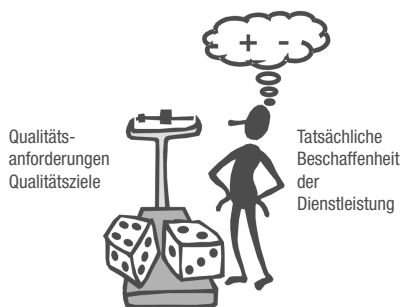
Anspruchsgruppen

Qualitätsanforderungen an die Arbeit der ambulanten Drogenhilfe werden von verschiedenen Seiten gestellt, die hier nicht wie im Qualitätsmanagement üblich als »Kunden«, sondern in Anbetracht der spezifischen Situation im Gesundheitswesen als »Anspruchsgruppen« bezeichnet werden.

Die KlientInnen richten Erwartungen an die Qualität der Arbeit einer Einrichtung, die nicht immer übereinstimmen mit den Ansprüchen, die eine Einrichtung und ihr Träger an sich selbst stellen. Diese wiederum unterscheiden sich z.T. von den Qualitätsanforderungen der Kosten- und Leistungsträger. Rahmenforderungen werden darüber hinaus durch Gesundheitspolitik und Gesetzgebung definiert und Wissenschaft sowie Berufs- und Fachverbände setzen weitere spezifische Standards. Gerade in der Suchthilfe bergen die Erwartungen der verschiedenen Anspruchsgruppen erheblichen Konfliktstoff.

Qualität ist ...

die Balance zwischen Anforderungen und realisierter Beschaffenheit



Anspruchsgruppen

- suchtkranke Menschen
- die Einrichtung und ihr Träger
- Kosten- und Leistungsträger
- Gesundheitspolitik und Gesetzgebung
- Forschung und Wissenschaft, Professionen und Fachverbände



Insbesondere die Ansprüche der KlientInnen stehen oft in direktem Widerspruch zu den Anforderungen der eigenen Professionalität. Die Qualität der Leistung als Ausgewogenheit von Anforderungen und Realität zu bestimmen, erfordert hier einen wahren Balanceakt.

Strukturqualität

- Größe; personelle, räumliche und finanzielle Ausstattung
- Konzept; Qualifikation des Personals
- Erreichbarkeit; Vernetzung

Prozessqualität

- sachgerechte Durchführung und Dokumentation aller Abläufe

Ergebnisqualität

- Erreichungsgrad der Ziele

Dimensionen von Qualität

Die Komplexität von »Qualität« im Gesundheitswesen wird strukturiert durch die Gliederung in die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (DONABEDIAN 1982).

Qualitätsstandards können für alle Dimensionen der Qualität definiert werden, wobei es besonders schwierig ist, einen Konsens über Standards der Ergebnisqualität zu finden und Mindestgrößen für die Zielerreichung festzulegen.

Beispiele für Qualitätsstandards

Die ambulante Drogenhilfe umfasst ein breites Angebot von Hilfeleistungen mit verschiedensten konzeptionellen Ansätzen. Vom niedrigschwelligen Cafe über Beratung und therapeutische Behandlung bis hin zur medizinisch orientierten Substitution fächert sich das Spektrum auf. Entsprechend dem Ansatz der Hilfeleistung müssen unterschiedliche Qualitätsstandards formuliert werden. Im Folgenden werden einige Beispiele für Qualitätsstandards angeführt, die von verschiedenen Anspruchsgruppen definiert wurden.

Der **Fachverband »Drogen und Rauschmittel« (FDR)** hat für alle Bereiche der Drogenhilfe spezifische Standards beschrieben (FDR 1997), insbesondere in den Dimensionen Struktur- und Prozessqualität. Für das Arbeitsfeld »Suchtberatung, -begleitung und ambulante Versorgung« wird z.B. gefordert:

- Vernetzung und Kooperation im Bereich der ambulanten Hilfen vor Ort und in der Region sind verbindlich zu vereinbaren (Struktur)
- Die Fachlichkeit der »externen Drogenberater« (im Strafvollzug) ist durch folgende Arbeitsschritte gekennzeichnet: Kontaktaufnahme mit dem Klienten im Vollzug · Abklärung der Motivationsbasis · Vorbereitung und Vermittlung in Reha · regelmäßige Beratungsgespräche · Begleitung zu Gerichten ... Aufrechterhaltung des Betreuungskontaktes nach der Entlassung (Prozess).

Der damalige **Drogenbeauftragte des Hamburger Senats** (BOSSONG 1995) forderte von der ambulanten Suchtkrankenhilfe z.B.:

- Leistungsbeschreibung, funktionale Organisationsgliederung, geeignete Qualifikation des Personals, kundenorientierte Öffnungszeiten, Vernetzung und Praxisreflexion (Struktur)
- Wirtschaftliche Prozessgestaltung (Vermeidung von Doppelarbeit und Doppelbetreuungen, unbegründete Qualifikationsniveaus), kontinuierliche Dokumentation, zügige Mängelbehebung (Prozess)
- Erreichungsgrad der Zielgruppe, Kunden/Klientenzufriedenheit, Wirtschaftlichkeit (Ergebnis)

Die **Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)** stellt an ambulante Rehabilitation z.B. folgende Anforderungen (SCHALLENBERG 1999):

- Erreichbarkeit (45 Min), geeignete Praxis-, Therapie- und Aufenthaltsräume, ärztliches Untersuchungszimmer; mind. 3 hauptamtliche Fachkräfte, ärztliche Leitung, Psychologie und Sozialarbeit im Leitungsteam, mind. 1 anerkannter Therapeut, theoretisch-wissenschaftliches Konzept (Struktur)
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit, ärztlicher Entlassungsbericht, Routine – Basisdokumentation (Prozess)
- Routine – Katamnestik (Ergebnis).

Die grundlegenden Qualitätsanforderungen der **Arbeiterwohlfahrt (AWO)** an die Einrichtungen des Verbandes (AWO 2000) sind allgemeiner gehalten und beziehen sich auf die Organisation im Ganzen. Sie sind nicht direkt den Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zuzuordnen:

- Orientierung am humanistischen Menschenbild
- Beteiligung der KundInnen
- Wirtschaftlichkeit des Handelns
- Beteiligung der MitarbeiterInnen
- Fachlichkeit des Handelns
- Gesellschaftliche Verantwortung
- Schonung natürlicher Ressourcen

Qualitätsstandards aus der Sicht von KlientInnen

Die beispielhafte Darstellung der von verschiedenen Anspruchsgruppen definierten Standards zeigt auf, dass beschriebene Qualitätsforderungen aus der Sicht von MitarbeiterInnen und KlientInnen fehlen. Gibt es Informationen zu Klientenforderungen? Einige Einrichtungen haben bereits Befragungen durchgeführt, in denen die Ansprüche und Erwartungen der KlientInnen erhoben wurden.

Verschiedene Anspruchsgruppen definieren unterschiedliche Qualitätsstandards



Diese Anforderungen beziehen meistens sich auf Strukturqualität:

- Erreichbarkeit: kostenloses Angebot, längere Öffnungszeiten, gute Erreichbarkeit der Einrichtung, auch per Telefon und zu ungünstigen Zeiten, zeitliche Flexibilität
- Ausstattung: bessere Räumlichkeiten
- Personal: mehr MitarbeiterInnen (= mehr Zeit für Betreuung), paritätische Besetzung mit Frauen und Männern, fachliche Kompetenz, Offenheit, Verbindlichkeit, Vertraulichkeit, Anonymität
- Vernetzung: bestmögliche Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungen
- Konzept: individualisierte Angebote, umfassendes Angebotsspektrum bis hin zu Freizeitaktivitäten

Zur Prozessqualität wurde nur sehr allgemein eine von Verständnis und Akzeptanz geprägte Haltung gefordert, eine faire Behandlung, Freundlichkeit, Aufnahmebereitschaft, aber auch Schnelligkeit der Hilfe. Dass in der vermuteten Klientensicht konkretere Anforderungen an die Prozessgestaltung fehlen, entspricht der Undurchschaubarkeit der Beratungs- und Behandlungsprozesse für die KlientInnen.

Auch hinsichtlich der Ergebnisqualität wurden lediglich die Ziele benannt, Wohnung und Arbeit zu finden sowie allgemein Hilfen in der momentanen Lebenssituation zu erhalten.

Forderungen der KlientInnen müssen abgeglichen werden mit der professionellen Sicht der MitarbeiterInnen – d.h. mit fachlichen Standards – und weiterhin mit den wirtschaftlichen Möglichkeiten der Einrichtung.

Ausblick

Definierte Qualitätsstandards können größere Klarheit schaffen bzgl. der eigenen Stärken, sie lassen Verbesserungspotenzial erkennen und sind zudem geeignet, die Orientierung an gemeinsamen Zielen in der Einrichtung zu fördern. Interessierten Einrichtungen kann nur empfohlen werden, diese Aufgabe zunächst selbständig anzugehen. Einen hilfreichen Rahmen dazu bietet der Ansatz des Qualitätsmanagements, der den Blick für die Anforderungen wichtiger Anspruchsgruppen schärft, die MitarbeiterInnen in den Entwicklungsprozess der Einrichtung einbezieht und den Austausch der Einrichtungen untereinander fördert. Dieser ist notwendig, um die zunächst einrichtungsbezogen erarbeiteten Qualitätsstandards im System der Suchthilfe abzugleichen.

Projekt »Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW«

Koordinationsstelle Sucht
Postfach
48133 Münster
☎ 02 51-5 91-55 01
☎ 02 51-5 91-54 99
✉ qm@lwl.org
www.projekt-qm.de





Das »Podium« ist in dieser Ausgabe zweigeteilt: zuerst befassen sich zwei Beiträge mit der Prohibition als Grundlage der Drogenpolitik, den Auswirkungen und möglichen Wegen eines anderen Umganges mit den heute unter Verbot stehenden Substanzen. Danach folgt ein Interview, in dem es um die neurobiologische Sicht in der Behandlung von Suchtkrankheiten geht.

Zum ersten Teil:

Der Bochumer **Polizeipräsident Thomas Wenner** befasst sich mit den Auswirkungen der prohibitiven Drogenpolitik aus polizeilicher Sicht, wobei er aber nicht die gesellschaftlichen Folgen außer Acht lässt. In Teilen kommt er zu vergleichbaren Ergebnissen wie der Amsterdamer **Psychiater Fredrick Polak**, Mitglied der niederländischen »Stichting Drugsbeleid – SDB« (Stiftung für Drogenpolitik). In seinem Beitrag geht es um »die Gewichtung von Gesundheitsargumenten in der Legalisierungsdebatte«.

Beide Autoren haben einen kritischen Blick, beide rufen auf zu einer »Besinnung«, halten einen Wandel in der Drogenpolitik für erforderlich und schreiben die Macht und die Erfolge der organisierten Drogenkriminalität der herrschenden Drogenpolitik zu. Damit wird letztendlich eine ernüchternde Bilanz gezogen und die Frage steht im Raum: Wie gehen Gesellschaft und Politik des 21. Jahrhunderts mit Rauschmitteln um?

Die Beiträge fordern heraus: zum Widerspruch, zur Zustimmung, zum Handeln, vielleicht auch einfach zur Ablehnung. Wir möchten in jedem Fall zur Auseinandersetzung damit auffordern und stellen die Texte daher hier »auf das Podium«.

Der Beitrag von Thomas Wenner ist eine überarbeitete und mit dem Autor abgestimmte Fassung des Mittschnittes seines Vortrages anlässlich einer Fachtagung im Österreichischen Windischgarsten vom 02.10.2001; der Text von Fredrick Polak entstand ursprünglich als Vortrag für eine Cannabis-Konferenz in London (Mai 1998) und wurde im Mai 2001 als offizielle Stellungnahme der SDB aktualisiert.

Zum zweiten Teil:

Wim van den Brink, Epidemiologe, Hochschullehrer und Vorsitzender einer Wissenschaftlergruppe, die die niederländische Gesundheitsministerin berät, befasst sich in dem von Bernadette Schoemaker (Fachzeitschrift PSY) geführten Interview mit der Frage, ob nicht Suchtkranke besser mit Medikamenten als mit den seiner Meinung nach ineffektiven bisherigen Methoden behandelt werden sollten. Er plädiert u.a. für ein größeres Gewicht der Ärzte und der Verhaltenstherapeuten in der Behandlung Suchtkrankter. In seiner Sicht auf die Drogenprohibition stimmt er mit den Autoren der beiden anderen Beiträge überein: der »war on drugs« kann nicht gewonnen werden und macht zudem die Drogengebraucher zu Opfern.

Das Interview erschien in der März-Ausgabe der »PSY« und wurde zum Abdruck hier im BINAD-INFO zur Verfügung gestellt.

Drei herausfordernde Beiträge – Diskussionsstoff in Hülle und Fülle entlang eines »roten Fadens«

Thomas Wenner

Die Drogenproblematik aus polizeilicher Sicht einschließlich drogenpolitischer Schlussfolgerungen

(überarbeitete und mit dem Autor abgestimmte Version eines Tonbandmitschnittes von einer Tagung in Windischgarsten, Österreich, vom 02.10.01)

Es geht bei diesem Thema um kommunale polizeiliche Erfahrungen mit der Drogenpolitik. Ich glaube, dass diese Erfahrungen bei uns in Bochum nicht völlig anders und interessanter sind als sonstwo. Es geht wohl eher um die Erkenntnisse, die daraus gewonnen werden. Ich werde mich einfürend zwar damit auseinandersetzen, meinen Schwerpunkt jedoch an einem Spiegel-Artikel über Alternativen in der Drogenpolitik ausrichten. Die Spiegel-Redakteurin Ariane Barth befragte Polizeipräsidenten in ganz Deutschland über ihre Meinung bezüglich alternativer Möglichkeiten in der Drogenpolitik. Sie hat sehr gründlich recherchiert, es war ein gelungener Artikel. Die Meinung vieler Polizeipräsidenten aus Nordrhein-Westfalen und aus den nördlichen Bundesländern flossen in diesen Artikel ein (aus den »Südstaaten« waren wohl nicht alle Polizeipräsidenten auskunftsberechtigt). Erst durch diese Befragung bemerkten die Polizeipräsidenten, dass sie in der Drogenpolitik ziemlich gleich denken.

Durch eine Befragung des »Spiegel« trat eine Übereinstimmung vieler Polizeipräsidenten aus NRW und den nördlichen Bundesländern zu Tage

Kommunale Drogenpolitik aus polizeilicher Sicht

In der deutschen Gesetzeslage bezüglich Drogen gibt es sicher mehr Parallelen zu Österreich als zu der Schweiz oder den Niederlanden. Wir haben ein Totalverbot von Drogen durch das Betäubungsmittelgesetz. Vom Besitz bis zum Handel ist alles strafbar und die Polizei hat nach dem Legalitätsprinzip zu handeln. Die Polizei muss also ermitteln, ist gezwungen, einzuschreiten. Die Polizei kann nicht bei einer kleinen Menge zum Eigengebrauch wegschauen. Sie muss die Drogen sicherstellen und die Personalien festhalten. Hier passiert dann der polizeiliche Drehtüreffekt. »Vorne rein, Personalien feststellen, Stoff wegnehmen und wieder raus – mit einer neuen Straftat neuen Stoff erwerben«. Unbefriedigend aus polizeilicher Sicht, aber zur Zeit nicht änderbar. Dies ist ein Zustand, der die Kollegen nicht erfreut. Aufgrund langjähriger Erfahrung wissen, sie was Sache ist, wo die Probleme liegen. Sie wissen, dass sie auf diese Weise nur die unterste Ebene, die Ärmsten der Armen, die Süchtigen selbst treffen. Dies ist jedoch nicht ihr »Jagdanliegen« – man will eigentlich in die höheren Etagen kommen, dorthin, wo die Drogen in größeren Mengen gehandelt werden.



Wir haben in Bochum schon sehr früh darauf geachtet, mit allen Mitteln das Entstehen von offenen Szenen zu verhindern. Platzverweise, Aufenthaltsverbote – sofort und massiv, was zu Beginn sehr viele Kräfte erforderte. Das wirkt natürlich auch ein bisschen wie »Junkie-Jogging«, was man jedoch sehr schnell in den Griff bekommen kann. Es ist unserer Meinung nach nicht unbedingt notwendig, dass sich Großstädte dadurch auszeichnen (wie manche Pseudoliberaler glauben), dass in der Öffentlichkeit gebettelt, gesoffen und herumgebrüllt wird und dass es eine sichtbare, erkennbare feste Drogenszene gibt. Diese vermeintlichen Zeichen von Modernität sind nicht unbedingt unser polizeiliches Anliegen. In Bochum betreiben wir, was die örtliche Entwicklung der Drogenszene angeht, eine repressive Politik. Dass es dennoch die Szene außerhalb von sichtbaren Zusammenballungen gibt, steht jedoch außer Frage. Sie lässt sich mit polizeilichen Mitteln nicht auflösen. Das sind Menschen, die krank sind und einfach da sind – daran kommt man nicht vorbei. Aber man muss nicht alles hinnehmen, was sie tun. Wir nutzen unsere Möglichkeiten in der örtlichen Drogenpolitik vollständig aus.

Dies machen nicht alle Polizeibehörden. In Düsseldorf war es über Jahre üblich, dass der Bahnhof voll war mit schwarzafrikanischen Drogendealern, die bei polizeilichen Kontrollen das Heroin einfach fallen ließen und vorgaben, nicht zu wissen, was Heroin überhaupt ist. Jeder Bürger wusste, was hier gespielt wurde. Man konnte dort den Handel auch öffentlich beobachten. Solche Zustände hat es in Bochum nicht gegeben: Als sie sich ankündigten, sind wir konsequent dagegen angegangen. Soviel zu Bochum – soviel zu Besonderheiten, es gibt sie nämlich nicht. Der Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Vermeidung der Bildung von offenen Drogenszenen.

Bewertung der aktuellen Drogenpolitik

Nun komme ich zu den Dingen, die eher Allgemeingültigkeit haben, was sich wohl auch daran festmacht, wie eine Reihe von Polizeipräsidenten (und übrigens auch viele ihrer Mitarbeiter) über die Drogenproblematik denken.

Es gibt keine drogenfreie Gesellschaft, es hat nie eine gegeben, soweit mir bekannt ist. Es ist unrealistisch, darauf zu hoffen, dass Menschen jemals ohne Drogen auskommen. Im Gegenteil – es ist vielmehr der Beweis erbracht, dass sie ohne Drogen nicht auskommen, aus welchen Gründen auch immer.

Daran gemessen ist die Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen, die letztlich willkürlich ist, kaum nachvollziehbar. Warum sind Alkohol und Nikotin erlaubte Drogen und warum werden andere Drogen qua Gesetz als illegal erklärt und verboten? Diese Illegalisierung wäre allenfalls vor dem ideologischen Hintergrund einer abstinenteren, einer drogenfreien Gesellschaft verständlich. Bei uns ist es nun aber so, dass man zu den bereits vorhandenen Drogen keine weiteren dazu kommen lassen wollte. Das Bundesverfassungsgericht hat im »Cannabisurteil« sinngemäß gesagt: »Die herkömmlichen Drogen können wir jetzt nicht mehr verbieten – aber Neues wol-

Die willkürliche Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen ist kaum nachvollziehbar

len wir nicht erlauben«. Aber wir sind gleichzeitig so inkonsequent, dass wir den Erwerb und den Konsum kleiner Mengen zulassen. Die Polizei muss einschreiten, die Staatsanwälte und Richter können das Verfahren dann einstellen und machen dies auch. Damit wird eine absurde Situation geschaffen: Jede polizeiliche Arbeit in diesem Bereich ist letztlich vergeblich, aber nicht umsonst – sie kostet nämlich eine Menge Geld.

Bleiben wir bei den Unterschieden: Wir wissen, dass die legalen Drogen Alkohol und Nikotin einen Umsatz von ca. 60 Milliarden Mark mit entsprechenden Steuern ausmachen. Davon hängen entsprechend viele Arbeitsplätze ab. Wenn wir mal davon ausgehen, dass dies alles durch Prohibition zunichte gemacht würde, hätte das enorme Auswirkungen sowohl bei den Steuereinnahmen als auch in der Beschäftigungspolitik. Gleichzeitig müssten sich die Alkohol- und Nikotinabhängigen ihre Drogen am Schwarzmarkt besorgen.

Halten wir fest: Es ist nicht rational erklärbar, dass es die vom Gefährdungspotenzial nicht weniger gefährlichen legalen Drogen gibt. Lediglich, weil wir an sie gewöhnt sind, weil sie ein großes Geschäft sind und Arbeitsplätze bieten, sind sie erlaubt. Die »anderen«, die illegalen Drogen, so will es das Bundesverfassungsgericht, bleiben verboten. Leider überschätzt das Bundesverfassungsgericht hier aber seine Wirksamkeit, denn das Verbot verhindert nicht den Gebrauch. Die Jugendlichen gehen in der Regel mit Cannabis normal um. Sie wollen es nicht jeden Tag rauchen, aber hin und wieder. Sie halten uns für total »bescheuerte Oldies«, wenn wir sie auf die Rechtslage hinweisen, weil sie glauben, das Bundesverfassungsgericht habe ihnen einen anderen Weg gewiesen.

Daraus leite ich die These ab: »Jede Droge braucht ihre eigene Verhinderungsstrategie – und diese Strategie ist gerade nicht das Verbot«. Vielmehr sind individuelle, auf die einzelnen Drogen zugeschnittene Maßnahmen erforderlich.

Es gibt nicht nur in Holland Örtlichkeiten mit riesigen Drogenparties. Es gibt in Dortmund die Westfalenhalle mit Großveranstaltungen, es gibt im Ruhrgebiet ein Dutzend Großdiskos, wo sich am Wochenende jeweils 3000 bis 5000 Leute vergnügen, wo Drogen konsumiert werden, alleine schon, um dieses Geschehen überhaupt durchhalten zu können. Mit normalen Kräften geht das nicht. Darin liegt auch der Unterschied zum Alkohol, der irgendwann müde macht. Hier soll der Spaß aber gerade lange anhalten, daher spielt Ecstasy eine so große Rolle. Würden wir dort eine Razzia machen, ließen sich erhebliche Mengen sicherstellen. Es würde Vieles am Boden liegen, wir könnten die Drogen geradezu zusammenkehren – aber wir hätten das Geschäft und auch den Konsum erst mal gestört. Es wäre jedoch ein riesiger Aufwand, es würde durch den Widerstand der Jugendlichen zu einem großen Konflikt kommen. Dafür müssten wir wegen der Verhältnismäßigkeit der Mittel im Nachhinein öffentlich gerade stehen. Anders ausgedrückt: »Wenn drei zusammenstehen, da können wir, wenn drei-

Jede Droge braucht ihre eigene Verhinderungsstrategie – und diese Strategie ist gerade nicht das Verbot



tausend zusammenstehen, müssen wir die Schnauze halten und die Segel streichen«. Dies ist natürlich auch keine überzeugende Drogenpolitik. Dort, wo das Massenphänomen unübersehbar ist, da darf ich nicht einschreiten – und dies trotz einer stringenten Drogenpolitik.

Wir können das Abstinenzziel vergleichen mit dem Gebot »Du sollst nicht Ehe brechen«. Es steht niedergeschrieben, aber eine weitergehende Bedeutung hat es nicht. Es geschieht viel millionenfach im Jahr und in vielen Gesellschaften und wird dort auch nicht mehr bestraft. Ehebruch mag einen ethischen Marktwert haben, aber wenn man ihn wie früher bestrafen würde, hätte man längst gemerkt, dass das Strafrecht überhaupt nicht in der Lage ist, solche Problemfelder zu lösen. Das Strafrecht ist dafür auch nicht da. Es soll in Bezug auf bestimmte Handlungen deutlich machen: Das ist unwert und das wird verfolgt! Aber es soll nicht über breite Ebenen gesellschaftlicher Wirklichkeit mit einer Ideologie hinweggehen, die keiner wirklich mitmachen und verfolgen kann und will.

Also müssen wir das, was vor ca. 30 Jahren in Sachen Drogenpolitik aus Amerika zu uns herüber gekommen ist, überdenken. Unsere eigenen Erfahrungen zeigen, dass diese Strategien falsch sind. Der Drogenkrieg, der »war on drugs«, wie ihn die Amerikaner führen, mag ganz eindrucksvoll sein, hat jedoch bis dato nichts erreicht, was ihn seinem Ziel näher gebracht hätte. Den Drogenkrieg kann man polizeilich in unseren Breiten nur gewinnen, wenn man tendenziell bereit ist, einen Polizeistaat zu etablieren. Aber ob man ihn dann wirklich gewinnen könnte, ist auch noch eine Frage. Selbst im real existierenden Kommunismus hat es Drogenprobleme gegeben. In den letzten 25 Jahren hat kein Staat, der sich zu den UN-Abkommen bekennt, jemals die Drogenkriminalität in den Griff bekommen. Die Versuche sind überall gescheitert. Wenn es Erfolge gäbe, müssten wir irgendwo sehen, dass das Drogenproblem tendenziell zurückgeht. Das Gegenteil passiert – es ist alles viel schlimmer geworden. Es sind immer mehr Drogen geworden, es sind Modedrogen, es sind Nachfolgedrogen gekommen – und die alten Drogen sind auch noch da. Wenn man sieht, was wir alle über diese 25 Jahre für einen Aufwand betrieben haben (der personelle Aufwand, der Einsatz von sächlichen Mitteln und die finanziellen Ressourcen), dann ist das Erschrecken über den Misserfolg nicht mehr zu begrenzen.

Aber eine Debatte darüber ist nie geführt worden. Notwendig wäre eine Kosten-Nutzen-Berechnung, die aber offenbar nicht stattfinden soll – lieber soll geklärt werden, was die Aufnahme eines Verkehrsunfalls kostet. Dies ist auch eine interessante Frage, gesellschaftspolitisch ist jedoch die »Drogenfrage« weit relevanter. Wieviel gebe ich aus, um nichts zu erreichen – nur für ein öffentliches Schauspiel? Nicht einmal in den Justizvollzugsanstalten hat der Staat die Kontrolle über Drogen jemals gewonnen. Die Polizei hat einen Abwehrkampf zu führen, in dem sie mal 100 kg hier, mal eine Tonne da sicherstellen kann. Es können Scharmützel gewonnen werden, aber eine Schlacht (z.B. einen ganzen Kontinent befreien) oder gar den ganzen Krieg zu ge-

***Wenn man sieht,
was wir alle über
25 Jahre für einen
Aufwand
betrieben haben,
dann ist das
Erschrecken über
den Misserfolg
nicht mehr zu
begrenzen***

winnen, ist absolut illusorisch, ist Träumerei und Phantasterei.

Was unser System kennzeichnet, ist strafrechtliche Prohibition. Aber die geschichtliche Erfahrung zeigt, dass die Organisierte Kriminalität eben durch die Alkoholprohibition erst richtig stark geworden ist: Die Alkoholprohibition in den USA war die Geburtsstunde übergreifender Organisierter Kriminalität.

Die Macht der Organisierten Kriminalität

Ein schwarzer Markt, den die Organisierte Kriminalität bedient, macht sie fett. Er hat sie in das industrielle Stadium überführt, zu multinationalen Managern des »Geschäfts« gemacht – und dies mit schwindelerregenden Gewinnspannen. Deshalb muss man folgendes sehr deutlich sagen: »Prohibition in diesem Bereich ist nichts anderes gewesen, als das größte Förderprogramm für die Organisierte Kriminalität, das die Welt je gesehen hat«. Es gibt überhaupt nichts Vergleichbares. Der Drogenhandel hat sich zur lukrativsten Wachstumsbranche des Jahrhunderts entwickelt. Die UNO geht davon aus, dass jährlich rund 400 Milliarden Dollar im Drogengeschäft umgesetzt werden. Dies sind ca. acht Prozent des Welthandels und die Größenordnung des Rohölgeschäfts – und dies alles findet außerhalb staatlicher Beeinflussung, außerhalb staatlicher Kontrolle und außerhalb staatlicher Steuern und Abgaben statt. Das einzige, was in diesem Geschäft an Abgaben gezahlt werden muss, sind unsere Sicherstellungen von Drogen. Insgesamt sind dies ca. drei bis fünf Prozent Abschöpfung. In den USA soll es ein Prozent des Gesamtumsatzes sein. Also ein »Steuersatz« von einem Prozent. Eine traumhafte Bilanz!

Davon kann man gut leben, damit kann man vortrefflich expandieren. Und wir wissen, dass die Organisierte Kriminalität dieses Geld wieder anlegt – legal wie illegal. Naiv ist der, der glaubt, dass der Teil, der legal angelegt wird, auch legal bewirtschaftet wird. Dazu gibt es doch gar keinen Grund. Wir können nicht erwarten, dass jemand, der im Drogenbereich Milliardengeschäfte macht, im legalen Bereich zum ordentlichen Kaufmann wird. Er wird auch im legalen Bereich über Korruption, Wettbewerbsverzerrung, Beschäftigung Illegaler und dergleichen mehr versuchen, seinen Vorteil zu erreichen.

Zusätzlich haben wir festzustellen, dass ein riesiger Schaden über die Beschaffungskriminalität der Drogenabhängigen angerichtet wird. Die Bekämpfung und Behebung dieser Schäden führt zu zusätzlichen Kosten, die wir aufzubringen haben. Welche Ressourcen haben die Drogenabhängigen? Ein bisschen Sozialhilfe, ein bisschen Job – der Rest ist Prostitution, ist indirekte Beschaffungskriminalität. Der Drogensüchtige ist also das Werkzeug des Drogenhändlers, damit er an unser Geld kommt. Wenn bei uns eingebrochen wird, zahlen wir über den Hehlerkurs 1 zu 10: Um 50 Mark zu bekommen, muss der Süchtige Sachmittel für 500 Mark entwenden.

Die Prohibition ist nichts anderes gewesen, als das größte Förderprogramm für die Organisierte Kriminalität, das die Welt je gesehen hat



Wir zahlen die Zeche, das muss die Bevölkerung langsam auch einmal wissen: Sie ist täglich mitbeteiligt als zusätzliches Opfer. Wir sind letztlich die, die in diesem System ausgeplündert werden. Wenn man dann sieht, dass rund 30 Prozent der Einbruch-, Raub-, Eigentums- bzw. Straßenkriminalität indirekte Beschaffungskriminalität ist, dann weiß man auch, welche Entlastung es für die Bevölkerung bedeuten würde, wenn es gelänge, diese Kriminalität überflüssig zu machen. Wir hätten darüber hinaus einen enormen Entlastungseffekt für die Polizei, die sich diesen Delikten nicht mehr widmen müsste.

Hinzu kommt, dass sich der Staat auf der anderen Seite innerhalb seines Prohibitions-systemes durch seinen regelmäßigen Verzicht auf Strafverfolgung bei kleinen Mengen zum Eigenverbrauch quasi zum augenzwinkernden Komplizen der Drogenmafia macht. Denn 70 Prozent der Kleinhändler sind Süchtige. Und die haben gelernt, wie man es richtig macht, die haben gelernt, ihre Risiken zu senken, indem sie Bunker anlegen und zwischen Bunker und Kunden einen Ameisenhandel organisieren. So geht es letzten Endes um kleine Mengen – und wir als Polizei sind dann immer die Dummen: wir erwischen die Personen mit kleinen Mengen, die dann mit einer Verfahrenseinstellung davon kommen. Mitleid bzw. Einsichtigkeit in die Fehlerhaftigkeit der eigenen Verfolgungsstruktur (die haben wir!) bringen uns soweit, zu sagen: »Das, was jemand braucht, weil er süchtig ist, soll er bekommen. Daran können auch wir nichts ändern«. Aber könnten wir nicht doch etwas ändern? Der Ameisenhandel ist die tragende Säule, auf die sich die Drogenhändler höherer Stufen verlassen können. Es ist das verlässlichste Prinzip, dass Süchtige selber mit Drogen handeln müssen. Wir lassen dies zu und schaffen dadurch eine irgendwie geduldete Ebene, die für die obere Ebene der Organisierten Kriminalität unerlässlich ist. Ich sage: der Ameisenhandel muss weg, da er wesentlicher Teil des Systems ist, was den illegalen Markt aufrecht hält.

Prinzip ist, dass Süchtige selbst mit Drogen handeln müssen – wir lassen das zu und sichern damit die Geschäftsgrundlage der Organisierten Kriminalität

Welches Rechtsgut soll mit der praktizierten Drogenpolitik geschützt werden? Antwort: Die »Volks Gesundheit«. Im Zusammenhang mit der Drogenproblematik geht es aber um die Gesundheit des Einzelnen, denn wenn jemand Drogen konsumiert, schädigt er sich selber. Drogensucht wird nicht durch Bakterien oder Viren übertragen, ist demnach keine ansteckende Krankheit, die man mit dem Begriff »Volks Gesundheit« (ein Begriff, der ohnehin eine negativ besetzte Vergangenheit hat) angehen könnte. Drogenkonsum und Drogensucht ist im Prinzip straflose Selbstschädigung. Es gibt höchstens Einflussmöglichkeiten mentaler Art – dass man jemanden verführt, ihn neugierig macht. Der Begriff »Volks Gesundheit« ist eigentlich eine Fehlbesetzung in der strafrechtlichen Argumentation. Es gibt hier also keinen Grund, für den Süchtigen das Strafrecht als Abwehr zu formulieren.

Wie bereits vorher festgestellt, kann das Strafrecht kein Problemlöser sein, sondern Strafrecht dient punktueller Repression gegenüber bestimmten Erscheinungen der Gesellschaft. Ein Präventions- bzw. Risikovorbeugungsstrafrecht kennen wir schließlich in anderen Bereichen auch nicht.

Das allerschlimmste ist, dass sich die Organisierte Kriminalität über diese Mechanismen zu einer Parallelgesellschaft entwickelt hat, der wir heute nicht mehr gewachsen sind. Sie hat die Kapitalmacht – unbestrittenermaßen. Rechnen Sie 400 Milliarden Dollar jährlich über die letzten 25 Jahre, dann wissen Sie, welche Summe hier über den Tisch gegangen und investiert worden ist. Sie hat das Gewaltpotenzial und sie hat das Korruptionspotenzial. Es ist nicht so, dass jemand mit einem Bündel Geld kommt und zum Politiker sagt: »Wir brauchen dieses oder jenes«. Es kommt eher jemand, der 280 Millionen investieren will und da gebe ich Ihnen Brief und Siegel, für den geht jede Tür in der Bundesrepublik auf! Die Organisierte Kriminalität verfügt über Summen, mit denen sie die Finanzmärkte bewegen kann.

Deshalb sage ich sarkastisch: »Die Organisierte Kriminalität hat sich die Drogenpolitik geschaffen, die sie zur Marktbeherrschung und -entwicklung brauchte. Wenn es diese Politik nicht gegeben hätte, hätten die klugen Köpfe in der Organisierten Kriminalität genau um diese Politik gewinselt.« Mit dem Kapital können sie dies auch tun. Sie können mit ihrem Geld Organisationen unterstützen, die die Prohibition erhalten wollen. Sie können Personen fördern, die die »reine« Lehre (der Abstinenz und der drogenfreien Gesellschaft) vertreten. Sie können über Abgeordnete Einfluss nehmen, die sich dann unauffällig für die Ideale der freien Gesellschaft gegen die Drogenmafia einsetzen. So kann man wunderbar verkaufen, dass alles so bleibt, wie es ist. Jede Änderung ist schon schädlich – wenn sie sich in der Breite auswirken würde.

Für wen halten wir dieses System eigentlich aufrecht? In Deutschland haben wir ca. sechs Millionen Nikotinabhängige mit rund 100.000 Toten jährlich, wir haben 2,5 Millionen Alkoholranke mit geschätzten 40.000 Toten jährlich – dem stehen 2031 Drogentote im Jahr 2000 gegenüber. Wir haben also im »legalen« Bereich ca. 150.000 Tote und im »illegalen« Bereich ca. 1500 Tote im langjährigen Mittel per anno.

Aber diese 1500 »Drogentoten« bestimmen die ganze Entwicklung und Diskussion derart, dass die Organisierte Kriminalität groß und fett wird, dass ein großer Teil der Bevölkerung mit seinem Eigentum dafür hinhalten muss, dass die Organisierte Kriminalität (weil sie so fett geworden ist) unheimlich viele Geschäftsfelder im legalen Bereich eröffnet bekommt. Wo ist hier die Verhältnismäßigkeit? 100.000 bis 200.000 Heroinsüchtige können doch nicht unsere Gesellschaft in den Würgegriff nehmen, dass sie sich solche Gesetze gibt und sich selber dermaßen schadet und auch noch so derart viel Ressourcen ohne Erfolg investiert und gleichzeitig jene, die kriminell sind, so stark macht. Das kann doch alles nicht wahr sein! Aber niemand lässt sich wach rütteln und es kommt erschwerend noch dazu, dass wir den ganzen Zauber mit hohen Idealen verbreiten. Abstinenz und Menschenwürde ist bei uns das Allerheiligste. Aber was ist mit der Menschenwürde der Opfer, die dabei produziert werden? Bei polizeilichen Überprüfungen schlucken sie ihre Drogen und dürfen sie aus ihrem eigenen Kot wieder herausuchen. Für die »ärmsten Schweine« hat die hochgelobte Menschenwürde keine Bedeutung.

Die Organisierte Kriminalität hat sich die Drogenpolitik geschaffen, die sie zur Marktbeherrschung und -entwicklung brauchte



Alternativen zum jetzigen Umgang

Da es keinen Idealweg gibt, denn jede Droge braucht ihre eigene Verhinderungsstrategie, kann ich hier auch kein Gesamtsystem als Strategie anbieten.

Zuerst sind Überlegungen erforderlich, wie die Kette zu durchbrechen ist. Bei dieser Kette fügt sich derzeit nur für die Gegenseite alles gut zusammen und für uns überhaupt nichts. Da gibt es den Vorschlag: Wenn jemand Heroin braucht soll er es staatlich kontrolliert bekommen und das in bekannter Dosis und Qualität. Unter ärztlicher Kontrolle wird die Droge verabreicht, die er braucht und ohnehin nimmt, ob wir dies nun wollen oder nicht. Aber mit der Vergabe wird eine wesentliche Grenze gesetzt; dann darf er nicht mehr auf den illegalen Markt gehen. Den braucht er dann nicht mehr, da er seinen Stoff legal bekommt. Wird dann noch jemand mit illegalen Drogen erwischt, dann hat er ein Problem, denn es gibt dann keine »kleinen Mengen« mehr, keinen Verweis auf »Eigengebrauchsmengen«.

**Die flächen-
deckende
kontrollierte
Heroinvergabe
würde das
bestehende
kriminelle System
durchbrechen**

Wollen wir die Kette wirklich durchbrechen, müssen wir eine Breitenwirkung erzielen. Wir dürfen die Maßnahmen also nicht auf schon »Schwerstabhängige« (wie z.B. in der Schweiz) beschränken. Gelänge es dadurch, den Drogenkleinhandel auszuschalten, würde das gesamte System zusammenbrechen, denn die süchtigen Klein Händler lassen sich kaum ersetzen. Nächster Schritt wäre die Verschärfung der Repression, um die dann in der ersten Linie stehende nächste Händlerstufe anzugehen: starker Polizeieinsatz gegen die Händler, die nicht in der Szene leben, die viel auffälliger sind, wenn sie sich hinein begeben. Wir hätten durch die gestiftete Unruhe größere Möglichkeiten für polizeiliche Erfolge. Einen funktionierenden Markt, der diese Kleinhandelsszene braucht, könnte man damit sehr empfindlich stören. Die kontrollierte Abgabe von Heroin muss also mit einer erhöhten Repression und der Aufhebung des Privilegs der Straffreiheit für den eigenen Gebrauch verbunden werden.

Was ist aber mit den anderen Drogen: Kokain, Amphetamine, Ecstasy? Für die muss man eine andere und eigene Antwort finden. Ecstasy wird von Hunderttausenden genommen. Die Love-Parade in Berlin findet eigentlich für diese Droge statt. Spaß haben mit Drogen – das scheint die wirkliche Devise zu sein. Alle Leute freuen sich über den Umsatz von 40 Millionen Mark an so einem Tag. Da wird geheuchelt bis zum »geht nicht mehr«: tatsächlich ist das die größte Drogenparty, die Deutschland je gekannt hat. Muss ich dann nicht darüber nachdenken, ob man einen Stoff wie Ecstasy mit Qualitätsstandards und einem Beipackzettel (welche Schäden können durch die Einnahme entstehen) kontrolliert zur Verfügung stellen soll? Der massenhafte Konsum passiert ohnehin – und er passiert ohne jegliche Kontrolle. Ich weiß, dass dies nicht die ideale Lösung ist. Man kann nicht jede Droge angebotsorientiert auf den Markt bringen, nur weil sie jetzt Mode ist. Aber man muss sich immer darüber Gedanken machen, wie »man verhindert«. Prohibition ist dabei immer der schlech-

teste Weg. Wer auf Prohibition setzt, ist der geborene Looser. Er hat verloren, bevor er überhaupt begonnen hat. Dies sollten wir tunlichst vermeiden.

Was bleibt, ist die weitestmögliche Reduzierung des Konsums. Also geht es um Aufklärung, um Prävention. Die muss früh beginnen und in den Schulunterricht integriert sein. Das Drogenthema darf kein Tabu sein, auch nicht im Chemie- und Biologieunterricht: »Wie wird der Mensch zur Marionette einer Droge?«

Wenn schon darüber gesprochen wird, dass Raucher bzw. Alkoholkonsumenten höhere Beiträge für die Krankenversicherung zahlen sollen, dann wird es gerade zu pervers, wenn es bei illegalen Drogen nicht so ist. Wenn ich mich mit Kokain schädige, erhebt die Gesundheitspolitik diese Forderung nicht. Warum nicht alle auf eine Stufe stellen? Kontrolle soweit wie möglich, Qualitätsstandards für den Markt, so dass das illegale Zeug keine Chance mehr hätte. Spätfolgen bleiben das persönliche Risiko.

Damit komme ich zum Schluss. »Wir erreichen mit unserer Drogenpolitik im Kern nichts. Es wird immer schlimmer – und zwar sowohl, was den Umfang des Drogenmissbrauchs, als auch den Umfang der Drogenkriminalität betrifft. Wir erreichen die wirklichen Täter nur ganz selten. Der Organisierten Kriminalität ist jedes Mittel recht, damit alles so bleibt, wie es ist: dies ist schließlich die Erfolgsgarantie.«

Wie transportiert man dies nun an die Politik?

Wie kann man jemanden zum Zuhören bringen, der nicht zuhören will?

Politik ist nur dann zugänglich, wenn der Druck groß genug ist. Wir brauchen den Leidensdruck der Politik. Den kann die viel zu »geringe« Zahl der Drogenabhängigen aber nicht ausüben.

Wir brauchen eine kritische Masse an Wissen in der Bevölkerung, also muss diese aufgeklärt werden über die Kosten, die auf jedem einzelnen hängen bleiben. Es sind nicht nur die Steuern, die in ein wirkungsloses System gesteckt werden, sondern zusätzlich der Preis für die Einbrüche und Diebstähle und sonstige Straftaten. Wir brauchen nicht immer mehr teures Personal, sondern weniger Straftaten!

Wir könnten Wetten abschließen über die Reaktionen der Politik. Ich sage, sie reagiert so lange wie möglich gar nicht.

Prohibition ist bezüglich der Verhinderung von Drogenelend der schlechteste Weg: Wer auf Prohibition setzt, ist der geborene Looser

**Polizeipräsidium
Bochum**

Uhlandstraße 35
44791 Bochum
☎ 02 34-9 09-0



Fredrick Polak

Wie verhält sich die gesetzliche Regelung von Cannabis zu der von anderen verbotenen Rauschmitteln?

*Oder: Die Gewichtung von Gesundheits-Argumenten in
der Legalisierungsdebatte*

Stellungnahme der »Stichting Drugsbeleid«

In immer mehr Ländern sind die Standpunkte zu Cannabis derart in Bewegung geraten, dass eine Liberalisierung (das heißt Entkriminalisierung oder gar Legalisierung) dieses Rauschmittels eine realistische Alternative geworden ist. Von offizieller Seite wird als wichtigstes Argument für die Beibehaltung des Drogenverbots angeführt, dass der Staat die Pflicht hat, die Bevölkerung vor den mit Drogengebrauch verbundenen gesundheitlichen Risiken zu schützen. Damit sind die Toxizität und die Gefahr der Abhängigkeit (Sucht) gemeint. Es werden auch andere Argumente für das Verbot angeführt: etwa negative Einflüsse auf Dritte sowie moralische Bedenken gegen jede Form des Rauschmittelkonsums, selbst wenn dieser keine Probleme nach sich zieht; in diesem Text geht es aber um die gesundheitlichen Argumente. Befürworter einer Liberalisierung ziehen bisweilen das Argument heran, dass eine Legalisierung von Cannabis die Möglichkeit biete, die freiwerdenden Ressourcen gegen die »wirklich gefährlichen Mittel« – die so genannten »harten Drogen« – einzusetzen. Der zugrundeliegende Gedanke ist, dass Cannabis zwar legalisiert werden könne, weil seine gesundheitlichen Risiken gering seien, dass die übrigen verbotenen Rauschmittel aber derart gefährlich seien, dass sie ein noch härteres Vorgehen rechtfertigten.

Da Gesundheitsgefahren die offizielle Rechtfertigung des Drogenverbots bilden, lautet ein logisches Gegenargument, dass diese Risiken beim Konsum von Cannabis sehr klein sind. In diesem Text wird die Stichting Drugsbeleid (SDB, Niederländische Stiftung für Drogenpolitik) darlegen, dass das Argument auf diese Weise falsch eingesetzt wird, wenngleich es faktisch stimmt. Die SDB ist der Meinung, dass die Legalisierung von Cannabis nicht auf Kosten der Konsumenten von anderen Rauschmitteln gehen darf.

In den letzten Jahren ist sich die Wissenschaft weitgehend einig geworden, dass die Gesundheitsgefahren von Cannabis im Vergleich zu Alkohol und Tabak gering sind. Vor diesem Hintergrund mag es merkwürdig erscheinen, dass es nach wie vor notwendig ist, ernsthafte Diskussionen über die Legalisierung von Cannabis zu führen.

Gedanken über eine Legalisierung von Cannabis dürfen nicht gelenkt sein von der Vorstellung, die noch gefährlicheren Mittel mit noch härterem Vorgehen zu bekämpfen

Immer mehr Menschen gelangen zu der Einsicht, dass das Verbot von Cannabis ein Fehler war. Warum ist es dann aber falsch, zu behaupten, Cannabis sei ein ungefährliches Mittel?

1. Diese Behauptung ist nicht ganz richtig.

Die Gesundheitsgefahren sind zwar sehr gering, aber Cannabis ist nicht unschädlich. Es ist genau andersherum: Da der Konsum von Cannabis durchaus gesundheitliche Risiken mit sich bringt, ist eine spezielle gesetzliche Regelung erforderlich. Wäre Cannabis ganz und gar unschädlich, könnte man für Cannabis dieselben Vorschriften wie für Tee anwenden. Cannabis soll nicht »freigegeben« werden; die Regelung für Cannabis muss vielmehr global und flexibel sein. Für andere Rauschmittel können selbstverständlich detailliertere Regeln erstellt werden. Sollten die Erfahrungen nach der Legalisierung eine Änderung der Regeln erforderlich machen, so wird es einfacher sein, die bestehenden Regeln zu lockern als sie zu verschärfen. Für Cannabis wie auch für andere Rauschmittel gilt: Dem Konsumenten muss ein kontrollierter Umgang mit den Mitteln beigebracht werden. Und auch bei Cannabis ist Schadensbegrenzung erstrebenswert, beispielsweise dahingehend, dass Konsumenten von der gefährlichen Gewohnheit, den Rauch eines Joints möglichst tief zu inhalieren und möglichst lange in der Lunge zu halten, ablassen. Diese Methode des Rauchens erklärt sich vermutlich zum Teil aus dem hohen Preis, der für dieses Naturprodukt zu zahlen ist, und zum Teil durch den nach wie vor marginalisierten Status des Mittels.



2. Wenn die Argumentation für eine Liberalisierung der Gesetzgebung auf der Unschädlichkeit von Cannabis basiert, würde damit implizit anerkannt werden, dass ein Verbot von Mitteln mit höheren Gesundheitsgefahren gerechtfertigt ist.

Die Erfahrungen des zwanzigsten Jahrhunderts haben aber gezeigt, dass die so genannte Drogenbekämpfung gesundheitliche Risiken nicht reduziert, sondern diese im Gegenteil erhöht. Dies gilt sowohl für die Toxizität als auch für die Gefahr der Abhängigkeit, unter anderem durch riskante Methoden des Gebrauchs, durch Beimischung von Zusatzstoffen und durch unnötig riskantes Konsumverhalten. Gerade wegen dieser gesundheitlichen Risiken ist es daher unverantwortlich, dass Staaten Drogen verbieten und Kriminellen diesen lukrativen Handel geradezu anbieten und ihnen de Facto die Regulierung der Märkte überlassen.

Die SDB ist der Auffassung, dass Volksgesundheitsargumente das Verbot der zurzeit bekannten Rauschmittel nicht rechtfertigen. Gesundheitliche Risiken lassen sich statt durch Verbote besser mit Hilfe anderer Massnahmen reduzieren, nämlich durch eine Politik, die sich auf die Entwicklung informeller Normen und auf die individuelle Kontrolle des Konsums richtet.

Die Argumente, die für die Legalisierung von Cannabis angeführt werden, gelten in stärkerem Maße für die anderen verbotenen Rauschmittel: In Folge des Verbots nehmen die Gesundheitsgefahren zu und wird der Markt von Kriminellen beherrscht

3. Die Unterschiede zwischen den Rauschmitteln sind nicht prinzipieller Art, sondern graduell.

Die Argumente, die für die Legalisierung von Cannabis angeführt werden, gelten in stärkerem Maße für die anderen verbotenen Rauschmittel: In Folge des Verbots nehmen die Gesundheitsgefahren zu und wird der Markt von Kriminellen beherrscht. Jedes nachgewiesene (oder vermeintliche) Gesundheitsrisiko eines verbotenen Rauschmittels unterstützt die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung der Produktion und des Verkaufs. Mit anderen Worten: Wie gefährlich eine Substanz wirklich ist, ist für die Frage, ob sie verboten oder legalisiert werden sollte, nicht ausschlaggebend. Das bedeutet nicht, dass die Gesundheitsrisiken unwesentlich sind, sondern dass sie an eine andere Stelle der Diskussion gehören, nämlich zur konkreten Ausgestaltung der Regelungen.

Diese Argumentation zu Gunsten einer Legalisierung aller zurzeit illegalen Rauschmittel ist allgemeingültig und konsistent und bedeutet nicht, dass die SDB die Unterscheidung zwischen weichen und harten Drogen fallen lässt. Der Unterschied ist aber nicht absolut, sondern graduell. Die niederländische Politik, die eine Trennung der Märkte (in einem relativ toleranten, aber nach wie vor prohibitiven System) zum Ziel hat, bringt wichtige Vorteile. In einem legalisierten System ist eine strikte Trennung unnötig. Die Erhältlichkeit von Substanzen mit unterschiedlichem Wirkungsgrad kann ähnlich wie beim Alkohol geregelt werden.

Und wenn die Zukunft ergeben sollte, dass Cannabis entgegen den Erwartungen doch schwerere Gesundheitsrisiken verursacht, wäre dann nachträglich ein Verbot angebracht? Nein, vielmehr würde dies die Forderung nach einer gesetzlichen Regelung nur noch verstärken.

4. Die Dynamik einer politischen Kursänderung ist dergestalt, dass Kompromisse vonnöten sind, erst recht bei einem derart kontroversen Thema.

Die Hartnäckigkeit, mit der Cannabis in manchen Ländern – vor allem in den USA – entgegen aller wissenschaftlichen Erkenntnisse und praktischen Erfahrungen als extrem gefährliches Mittel dargestellt wird, kann man als Vorgriff auf die Diskussion über die anderen Rauschmittel interpretieren. Mit der Zeit werden auch die überzeugtesten Prohibitionisten einsehen müssen, dass eine Legalisierung von Cannabis nicht mehr zu verhindern ist. Sie verlangen dafür aber einen Preis: Intensivierung der Repression der anderen Drogen.

Welche Schlussfolgerungen sind daraus zu ziehen?

Es ist höchste Zeit für eine Legalisierung von Cannabis. Das darf aber nicht auf Kosten der Konsumenten von anderen verbotenen Rauschmitteln gehen. Welche Lehren können wir nämlich aus den Erfahrungen mit der niederländischen Cannabis-Politik ziehen? Nach der nahezu vollständigen Entkriminalisierung des Gebrauchs kleiner Mengen und des Handels im kleinen Rahmen hat sich der Konsum weitgehend normalisiert, während gleichzeitig die Art und der Ernst des problematischen Konsums nicht stärker als in den Nachbarländern zugenommen haben. Mit anderen Worten: Die Annahmen, auf denen das Drogenverbot basiert, haben sich als falsch erwiesen. Es gibt also keinen Grund, die Jagd auf andere Rauschmittel zu intensivieren. Vielmehr besteht Bedarf an Besinnung.

Alle Rauschmittel bringen gesundheitliche Risiken mit sich – das eine mehr als das andere – und für all diese Substanzen ist eine gesetzliche Regelung erforderlich, die diese Risiken optimal reduziert und beherrschbar macht. Auch die internationalen Cannabis-Konferenzen dürfen uns nicht von grundlegenden Diskussionen über wichtigere Fragen abhalten: Wie geht eine Gesellschaft des 21. Jahrhunderts mit Rauschmitteln um?

Die Annahmen, auf denen das Drogenverbot basiert, haben sich als falsch erwiesen. Es besteht Bedarf an Besinnung

**Stichting
Drugsbeleid**
Vossiusstraat 31
1071 AG Amsterdam
✉ fpolak@knmg.nl



Interview mit **Wim van den Brink**

Heroin muss ein Heilmittel werden

*Interview von Bernadette Schoemaker
(Erstveröffentlichung in PSY Nr. 3, 2002)*

Die Suchthilfe muss ihren Kurs radikal ändern. Keine Sozialarbeit mehr, sondern Behandlung mit Medikamenten. Chemische Abweichungen behandelt man mit chemischen Mitteln. Der Suchtforscher Wim van den Brink vertritt den Standpunkt, dass eine biologische Herangehensweise für Suchtkranke am sinnvollsten ist. Suchtkranke sind krank, und die Suchthilfe braucht Ärzte.

Um Wim van den Brink zu erreichen, muss man eine Warteschlange von 121 E-mails überwinden. Der 49-jährige Epidemiologe und Professor der Suchthilfe ist ein viel beschäftigter Mann und ständig unterwegs. Er bildet angehende Ärzte und Psychiater im Academisch Medisch Centrum – der Universitätsklinik der Universität von Amsterdam – aus und begleitet Wissenschaftler am Amsterdam Institute of Addiction Research, das er selbst leitet und das enge Kontakte zur Amsterdamer Jellinek-Klinik unterhält. Jüngst sorgte er wieder einmal für Schlagzeilen, als er in seiner Funktion als Direktor der Forschungsgruppe der staatlichen Zentralkommission Behandlung von Heroinabhängigen (Centrale Commissie Behandeling Heroïneverslaafden, CCBH) mit aufsehenerregenden Erkenntnissen über die Heroinverabreichung an Schwerstabhängige an die Öffentlichkeit trat. Heroin muss als Medikament zugelassen werden, fordert Van den Brink. Auf der Fahrt zum Gesundheitsrat in Den Haag landet der Suchtprofessor im Stau. Beim Gesundheitsrat ist er Vorsitzender einer Gruppe von Wissenschaftlern, die der Gesundheitsministerin Borst unlängst empfohlen hat, Menschen, die übermäßig viel Kokain, Heroin und andere Drogen, wie XTC und Amphetamin, gebrauchen, mit Medikamenten zu behandeln. Willensschwäche ist aus der Mode geraten, neurologische Abweichungen sind »in«.

Sie haben überall die Nase vorn. Sind Sie eitel und ehrgeizig? Wären Sie gerne der Guru der Suchtwissenschaft?

Ach ja, meine Neurosen ... Als ich zum ersten Mal als Professor einen Brief mit Professor Doktor unterschrieb, war das ein Kick: Jetzt bist du also eine wichtige Persönlichkeit. Und: Siehst du, du bist doch nicht so dumm. Aber schon drei Wochen später habe ich mich gefragt: Bin ich eigentlich gut genug?

Ich bin Sohn eines ungelernten Arbeiters, habe meinen Doktor gemacht, aber die Ausbildung zum Psychiater nie abgeschlossen, weil mir eine Professorenstelle in der Sucht Epidemiologie angeboten wurde.

Mögen Sie den Rausch oder den Kick?

Die Zeit von fünfzig Gauloises am Tag liegt hinter mir. Ich trinke regelmäßig Alkohol. Im Urlaub empfinde ich den Alkoholrausch als sehr angenehm. In Italien besäusele ich mich gerne um elf Uhr morgens mit Weißwein. Man wird lockerer, fühlt sich befreit. Heroin und Kokain habe ich nie genommen, Cannabis lag mir nicht. Ich handle lieber, statt in Vergessen zu schwelgen. Wenn ich aufstehe, bin ich fröhlich. Ich bin mit einem kindlichen Geist gesegnet, ob ich es will oder nicht. Meine Familie findet es schrecklich, wenn ich schon frühmorgens pfeife und singe.

Was macht Sucht und Suchtforschung so interessant?

Es muss noch viel Emanzipationsarbeit verrichtet werden, denn nach wie vor dominiert konservatives Denken. Der war on drugs wird nicht nur gegen Händler geführt, sondern auch gegen Gebraucher. Der zugrunde liegende Gedanke lautet, dass Menschen nicht das Recht haben, sich aufzuputschen oder zu berauschen, es sei denn durch Alkoholkonsum. Man darf das körpereigene »Aufputschsystem« durch moderne Kunst oder durch Malerei des siebzehnten Jahrhunderts stimulieren, nicht aber mithilfe von Kokain. Das wäre nämlich der leichtere Weg, und so hat es der Schöpfer nicht gewollt.

Sie wollen also den Calvinismus bekämpfen?

Nicht den Calvinismus an sich, sondern das Beengende dieser Weltanschauung. (Mit schalkhaften Augen:) Die Menschen wollen aus dieser Zwangsjacke ausbrechen. Man darf die Realität nicht ableugnen. Der war on drugs ist niemals zu gewinnen.

Demnach befürworten Sie eine Legalisierung von Drogen?

Persönlich bin ich der Meinung, dass es jedem Menschen erlaubt sein muss, alle Mittel zu gebrauchen. Da mir aber ein großes Verantwortungsbewusstsein für meine Mitmenschen anezogen wurde – also doch ein Calvinist – stellt sich die Frage, ob diese Freiheit auch dann uneingeschränkt bleiben darf, wenn sie starke negative Konsequenzen hat. Man muss den Menschen auch vor den Folgen seiner Sucht beschützen, wenn gleich die Gefahr besteht, dass dies in dramatischen Paternalismus ausartet.

Es herrscht eine merkwürdige, scheinheilige Moral: Patienten, die zu Depressionen neigen, erhalten das süchtig machende Mittel Seroxat auf Rezept, während es verboten ist, seine Emotionen mit dem Mittel XTC selbst zu regulieren.

Ja, das ist in der Tat merkwürdig. Um so mehr, da die Grenze zwischen Medikamenten, Drogen, Ergänzungspräparaten und Doping immer verschwommener wird. Der Trend geht zu einer bewussten, chemischen Regulierung unserer Emotionen. Die Wirkung der Substanzen wird immer raffinierter, immer exakter. Zurzeit sind Drogen in ihrer Wirkungsweise noch relativ grob. Das gilt übrigens auch für Psychopharmaka. Das sind sehr grobschlächtige, andererseits aber auch sehr nützliche Medikamente.

Man muss den Menschen auch vor den Folgen seiner Sucht beschützen, wenn gleich die Gefahr besteht, dass dies in dramatischen Paternalismus ausartet



Alles dreht sich heute um das Gehirn.

Das neurobiologische Denken ist heute dominant. Früher galten Suchtkranke als Schwächlinge, heute sind sie Kranke, die chemische Stoffe benötigen, um gesund zu werden. Der Wahrheitsgehalt des neurobiologischen Ansatzes wird jedoch überschätzt. Es ist ebenso eine Metapher, ein Glauben, eine Ideologie wie das Moralitätsdenken, das die Ursachen in Willensschwäche vermutete. Bei Sucht ist es unsinnig, über lineare Zusammenhänge zwischen Ursache und Folge zu sprechen und Wahrheiten zu suchen. Diese werden wir nämlich nicht finden. Der neurobiologische Ansatz ist hier und heute schlichtweg eine Metapher, die die Position der Suchtkranken verbessert. Wo Sucht als unmoralisch angesehen wird, gibt es keinen Platz für diese Menschen. Es ist gut, dass Sucht als neurologische Krankheit angesehen wird, wenigstens dies nur zum Teil auf Fakten basiert. Suchtkranke sind Menschen mit einer Prädisposition, keine Kriminellen. Das ist eine emanzipatorische Botschaft.

Welche wissenschaftliche Frage beschäftigt Sie vor allem?

Ich will herausfinden, welcher Mechanismus dem craving – dem Verlangen nach Substanzen also – zugrunde liegt. Warum hört dieses Verlangen niemals auf? Zu Beginn der Heroinepidemie dachten alle, dass die Gebraucher irgendwann die Nase voll haben würden. Dem war aber nicht so. Im vergangenen Jahr wurden die schockierenden Resultate einer 33 Jahre laufenden Follow-up-Studie unter Heroinabhängigen veröffentlicht. Von einer Gruppe, die fünfzehn Jahre lang clean war, wurden dennoch wieder 25 Prozent rückfällig. Was hat das zu bedeuten? Sind es Konditionierungsprozesse? Ist es angelerntes Verhalten? Das glaubten wir früher. Bewirkt Heroingebrauch dauerhafte Veränderungen des Gehirns? Heute suchen wir die Antwort auch in neuronalen Kreisläufen. Auf Grund einer Kombination von psychologischen Prozessen, sozialen Umständen und biologischen Prädispositionen beginnen Menschen trotz allem wieder mit einem Verhalten, das sie früher schon einmal ins Unglück geführt hat. Sie können sich dem nicht widersetzen. Inwiefern sind sie also dafür verantwortlich? Das ist eine interessante Frage im Grenzbereich von Biologie, Psychologie und Philosophie. Wie bestimmt die Umgebung das Gehirn und wie das Gehirn die Umgebung? Ratten, die in einem ihnen vertrauten Käfig eingesperrt sind, weisen weniger Craving-Verhalten auf als Ratten in Käfigen, die ihnen unbekannt sind. Offenbar spielt Stress eine Rolle. Stress regt zum Gebrauch an und löst Verhaltensweisen aus, die im Gehirn gespeichert sind. Einer meiner Doktoranden befasst sich mit dem Thema Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Es sieht danach aus, dass die Stressregulierung bei Menschen, die in der frühen Kindheit traumatisiert wurden, ernsthaft gestört ist. Möglicherweise liegt diese Störung sogar in anatomischen Strukturen fest. Es ist eine erschreckende Erkenntnis, dass soziale Umstände einen dramatischen Einfluss auf das Funktionieren und sogar auf die Struktur des Gehirns haben können. Es handelte sich dabei übrigens oft um sexuelle Traumata und um Menschen, die als Kind geschlagen wurden.

Was hat es zu bedeuten, wenn von einer Gruppe ehemaliger Heroinkonsumenten nach 15 Jahren 25% wieder rückfällig waren?

Sie bewegen sich immer mehr in die biologische Richtung.

Ich habe noch die Zeiten der Antipsychiatrie-Bewegung miterlebt, als der biologische Ansatz als absolut reaktionär und anti-emanzipatorisch galt. Heute sind wir der Ansicht, dass ein biologischer Ansatz Vorteile für Abhängige bringt. Man findet auch immer mehr wissenschaftliche Nischen. Schon früher interessierte ich mich für Chemie und Physik. Ich neige immer mehr zu dem biologischen Ansatz, den ich für sehr interessant halte. Implementierungsstudien – also Untersuchungen über die praktische Umsetzung von wissenschaftlichen Erkenntnissen – in der Suchthilfe interessieren mich weniger, obwohl dies doch zu den wichtigsten Fragen gehört, die geklärt werden müssen. Dennoch bin ich zu unruhig für solche Untersuchungen, die zu viel Rücksprache, zu viel »Massage« erfordern.

Währenddessen wird die Diskrepanz zwischen Wissenschaft und Praxis immer größer. Neue Erkenntnisse dringen nicht in die Praxis durch. Auf Kongressen weisen Sie immer wieder darauf hin.

Vielleicht, weil ich unangenehme Themen auf den Tisch bringen kann, ohne dass man mich sofort steinigt. Ich liste beispielsweise Dinge auf, die nachweislich nicht funktionieren. Ich zeige auf, dass die Suchthilfe nach wie vor zahlreiche Maßnahmen durchführt, die nachweislich ineffektiv sind. Und ich sage, dass in der Suchthilfe oft Chaos herrscht. Wir haben dies in dem Bericht des Gesundheitsrates über medikamentöse Behandlung von Sucht niedergeschrieben, der in Kürze erscheinen wird: Es sind mehr und mehr effektive, effiziente Behandlungsformen verfügbar, aber die Suchthilfe ist noch nicht darauf vorbereitet. In der Suchthilfe dominiert nach wie vor der sozialarbeiterische Ansatz, obwohl es wirksame Medikamente gibt, die allerdings einen richtigen Umgang erfordern. Bei Methadon und Heroin besteht die Gefahr der Überdosierung, Naltrexon kann zu starker Übelkeit führen. Die Anwendung dieser Mittel ist riskant, und es bedarf einer gut funktionierenden somatischen Abteilung, um diese Medikamente korrekt zu verabreichen. Im Rahmen von Untersuchungen gelingt das, aber klappt es auch in der Praxis der Suchthilfe? Es gibt dort kaum Ärzte und keine spezifische Suchthilfe-Ausbildung. Das Denken in medizinischen und medikamentösen Begriffen, die Behandlung von Sucht als Krankheit ist noch nicht ansatzweise entwickelt.

Die Suchthilfe muss sich ändern.

Ja, und zwar grundlegend. Sie braucht mehr Ärzte und (sozial-)psychiatrisch geschulte Krankenpfleger. Und mehr Verhaltenstherapeuten. Viele Mediziner finden die Suchthilfe aber weniger attraktiv als die geistige Gesundheitsfürsorge. Zu Unrecht, denn in der Suchthilfe werden mehr Innovationen durchgeführt. Die Grundlagenforschung über Sucht ist wesentlich weiter fortgeschritten als es bei Störungen wie Schizophrenie und Depression der Fall ist. Auch Behandlungsstudien lassen sich vergleichsweise schnell durchführen. Dennoch fürchten wir uns davor, dass die Gesellschaft unsere Arbeit als ineffizient bezeichnet. Wir müssen offensiver werden. Im Vergleich zu

Ich zeige auf, dass die Suchthilfe nach wie vor zahlreiche Maßnahmen durchführt, die nachweislich ineffektiv sind. Und ich sage, dass in der Suchthilfe oft Chaos herrscht



Hilfseinrichtungen für Patienten mit Diabetes, Rheuma, Depressionen und Schizophrenie schneidet die Suchthilfe gut ab. Es gelingt uns, einen relativ großen Teil der Alkoholkranken zu heilen; lediglich bei Drogengebrauchern schneiden wir etwas schlechter ab. Im Hinblick auf die Verbesserung der Lebensqualität weisen wir durchaus gute Resultate auf. Wir müssen aufpassen, dass wir uns nicht in einen Wettbewerb des Leidens verwickeln lassen, mit Menschen, die sich in den Medien beklagen: »Sie verabreichen kostenlos Heroin, aber warum werden meine Medikamente nicht voll gezahlt? Auch ich bin chronischer Patient«.

»Nur« 25 % Erfolg bei der Behandlung mit Heroin? Im Vergleich zur Behandlung von chronischer Depression oder Schizophrenie ist das überdurchschnittlich gut!

Heroinverabreichung wird als Erfolg bezeichnet, weil es bis zu 25 Prozent der Patienten besser geht als bei einer Behandlung mit ausschließlich Methadon. Das ist einer von fünf, also nicht gerade viel.

Doch, das sind viele. Wenn man für einen von fünf Patienten, für die keine anderen Behandlungen mehr greifen, eine wesentliche Verbesserung der Verfassung erreicht, ist das ein phantastischer Erfolg und im Vergleich zu Krankheiten wie chronischer Depression oder Schizophrenie sogar überdurchschnittlich gut. Mit zusätzlichen psychotherapeutischen Interventionen erreicht man eventuell noch mehr. Diese durften wir in dieser Untersuchung jedoch nicht anbieten. In Deutschland wird dies übrigens wohl untersucht. Es ist eigentlich sehr einfach: Die Patienten brauchen sich nicht mehr zwischen Dope und Essen zu entscheiden. Es werden Bedingungen geschaffen, die es ihnen ermöglichen, ihr Leben wieder in den Griff zu bekommen.

Und sie haben nicht verstärkt zu anderen Mitteln gegriffen?

Abhängige von harten Drogen sind häufig Polydrogengebraucher. Achtzig Prozent der Teilnehmer waren auch starke Kokainkonsumenten. Deren Kokainkonsum hat sich zwar nicht dramatisch, aber dennoch ein wenig reduziert. Wir hatten befürchtet, dass sie das Geld, das sie für Heroin sparten, an Kokain ausgeben würden. Stattdessen kauften sie Lebensmittel, manche auch eine Waschmaschine oder einen PC. Und zwei Monate nach dem Ende der Heroinverabreichung verzeichneten 85 Prozent einen dramatischen Rückfall.

Wie viele Personen erhalten jetzt noch Heroin?

Gut siebzig Personen nehmen an der letzten Phase der Untersuchung teil. Bei neunzig der insgesamt 549 Teilnehmer der Studie trat nach Ablauf der Heroinverabreichung eine drastische Verschlechterung der Situation ein. Vorab war vereinbart worden, dass die Teilnehmer anschließend, wenn nötig, weiterhin Heroin auf Rezept bekommen konnten. Wenn die Heroinverabreichung in Zukunft nicht eingeführt wird, wird die Verabreichung an diese neunzig Heroinabhängigen in einem Jahr ebenfalls eingestellt.

Müssen diese Menschen ihr Leben lang Heroin nehmen, wenn die Heroinverabreichung einmal definitiv eingeführt wird?

Die Mehrheit – 85 Prozent – benötigt langfristig Heroin. Je länger Heroin verabreicht wurde, um so größer war die Zahl der stabilisierten Teilnehmer. Mit unterstützenden Therapiemaßnahmen versuchen manche bisweilen, ganz aufzuhören. Dies wurde auch in der Schweiz festgestellt, wo acht Prozent an einem Entzugsprogramm teilnahmen. Wir wissen nicht, ob sie nach wie vor clean sind. Die Teilnehmer unseres Experiments waren 16 bis 17 Jahre lang abhängig, das Durchschnittsalter betrug 39 Jahre. Alle hatten in der Vergangenheit versucht, zu entziehen. Sie hatten mindestens zwölf Jahre lang Methadon erhalten. Ohne Heroinverabreichung wären sie mittlerweile zwanzig Jahre lang abhängig.

Aus welcher Ecke wird der größte Widerstand gegen die definitive Einführung der Heroinverabreichung laut?

Die Gesundheitsministerin Borst ist nach eigener Aussage dafür. Der christdemokratische Politiker Van der Camp fand die Untersuchung gut, behauptete aber, wir hätten Yuppie-Fixer untersucht. Unsinn. Die liberale Partei VVD war anfangs begeistert, nicht zuletzt deshalb, weil Heroinverabreichung zu einem Rückgang der Kriminalität führt. Inzwischen sagt Frau Blerck von der VVD, dass sie ein Projekt befürwortet, nicht aber die definitive Einführung. Die Magistrate der großen Städte sind entschiedene Befürworter der Verabreichung. Sie erhoffen sich davon einen Rückgang der drogenbezogenen Ordnungsprobleme.

Widerstand kommt auch aus der Drogenhilfe, speziell von therapeutischen Wohngemeinschaften und Methadonprogrammen. Sozialarbeiter in Methadonprogrammen äußern Besorgnis. Schlechtes Funktionieren wird durch Heroinverabreichung belohnt, befürchten sie. Zugegeben, an diesem Argument ist etwas dran.

Die Methadonverabreichung funktioniert nicht richtig. Das hat eine Untersuchung ergeben, die zeitgleich mit dem Bericht über die Heroinverabreichung erschienen ist. Höhere Dosierungen wirken, werden aber längst nicht überall verabreicht. Die Gegner der Heroinverabreichung werden fordern, dass man zunächst die Methadonverabreichung verbessern sollte.

Man darf keine Heroinprogramme beginnen, wenn die Methadonverabreichung nicht gut funktioniert. Es müssen Richtlinien eingeführt werden, da die enormen Abweichungen bei den Methadondosierungen in den Niederlanden inakzeptabel sind.

Wie hoch ist das Interesse an der Heroinverabreichung im Ausland?

Dies nimmt weltweit zu. Auf Grund von Sondergesetzen kann die Schweiz bis zum Jahre 2004 Heroin verabreichen. Heroin ist dort übrigens nach wie vor kein Medikament. Deutschland ist dabei, in Spanien bewegt sich vieles, in Kanada wurde ein Konzept entwickelt und Australien, Dänemark, Belgien und Frankreich haben Pläne ausgearbeitet.

Kritische Sozialarbeiter aus den Methadonprogrammen sagen: »Schlechtes Funktionieren wird durch Heroinverabreichung belohnt.« Zugegeben, an diesem Argument ist etwas dran



Ad Melkert, der Spitzenkandidat der sozialdemokratischen Partei PvdA, sprach unlängst von »unerträglichen Belästigungen durch Dealer und Abhängige«. Er fordert, Drogenabhängige vermehrt gegen ihren Willen in Entzugsprogramme einzuweisen.

(Zynisch:) Ja, Wahlkampfzeiten... Niemand will belästigt werden. Man könnte auch fordern: Alle Drogenabhängigen einsperren. Dann nehmen auch die Belästigungen ab. Ich bezweifle, dass unsere Gefängnisse genügend Platz bieten würden. Außerdem sind die Probleme nach der Haftentlassung nicht gelöst. Die beste Alternative ist nach wie vor die Verbesserung der sozialen Bedingungen.

Für Abhängige von harten Drogen gibt es zurzeit zwei Extreme: Heroin auf Rezept oder zwei Jahre lang Zwangsbehandlung gemäß der Regelung Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden (Strafrechtlicher Aufvang Abhängige, SOV). Wer kommt eigentlich wofür in Betracht?

In dieser Reihenfolge macht es Sinn:

Sinn:

- **Naltrexon zur Entgiftung;**
- **Methadon, wenn Drogenfreiheit nicht gelingt;**
- **Buprenorphin, wenn Methadon versagt;**
- **hilft das nicht, greift Heroin;**
- **scheitert alles, kommt die Zwangsbehandlung**

Ich habe keine allzu hohen Erwartungen an die SOV-Regelung. Für Justizminister Kort-hals wäre ein Effekt von 15 Prozent schon genug. In Amerika gelang dies mit Kurzzeit-Abhängigen, die zudem weniger kriminell waren, und unter Einsatz von harten Therapieprogrammen und einer umfassenderen Nachsorge als bei uns. Wollen wir wirklich eine derart einschneidende Maßnahme einführen, die lediglich 15 Prozent Erfolg bringt?

In unserem Bericht an den Gesundheitsrat empfehlen wir, sich in erster Linie auf Heilung, auf stabile Abstinenz zu richten. Konkret bedeutet das Entgiftung mit Naltrexon, das anschließend noch lange Zeit verabreicht wird. Kalter Entzug ist Misshandlung. Anständige Ärzte machen das nicht mehr. Wenn Heilung nicht gelingt, setzt eine Behandlung mit Methadon oder – für Patienten, bei denen Methadon nicht greift – Buprenorphin ein. Patienten, bei denen dies nicht hilft, erhalten Heroin. Das ist eine sinnvolle Reihenfolge. Da wir vorab nicht wissen, wem was hilft, muss die Behandlung in einem Stufenmodell erfolgen. Abhängige, die weiterhin kriminell bleiben, können gemäß der SOV-Regelung behandelt werden.

Wird es gelingen, die Heroinverabreichung in der Polemik des Wahlkampfes durchzusetzen?

Es wäre merkwürdig, wenn dies nicht so wäre. Das Parlament wollte wissen, ob Hero-inverabreichung effektiv ist und ob eine Einführung realisiert werden kann. Beide Fragen wurden bejaht. Wer A sagt, muss auch B sagen. Ich bin für die Zulassung von Heroin als Medikament. Das könnte schon im nächsten Jahr geregelt werden.



Marion Caspers-Merk

Stand und Perspektiven der deutschen Sucht- und Drogenpolitik

Am 06.12.2001 fand in Berlin ein Gespräch der Bundesdrogenbeauftragten Marion Caspers-Merk mit Vertretern deutscher Sucht- und Drogenfachzeitschriften statt, bei dem die bisherige Entwicklung bilanziert und einige Aufgaben für die Zukunft benannt wurden. BINAD präsentiert einige der wesentlichsten Aussagen aus dem Positionspapier, das Grundlage des Gespräches war.

Wir stehen mit unserem Behandlungssystem europa- und weltweit ganz vorn. Aber auch nach wie vor gibt es Defizite in der Erreichbarkeit und in der Behandlung von Suchtkranken und von Menschen, die stark suchtgefährdet sind.

Die neue Bundesregierung hatte sich in der Sucht- und Drogenpolitik vorgenommen, den Reformstau in einigen Bereichen aufzuheben, insbesondere was die Absicherung von Überlebenshilfen anbetrifft. Darüber hinaus sollte das Hilfesystem weiterentwickelt und die frühere einseitige Fixierung auf die illegalen Suchtmittel verändert werden.

Unsere Drogenpolitik steht mittlerweile auf vier Säulen:

- Prävention
- Therapie
- Überlebenshilfen
- Angebotsreduzierung und Repression.

In der ersten Phase der Tätigkeit der neuen Bundesregierung sind vor allem die Überlebenshilfen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gewesen, weil hier ein Reformstau behoben werden musste. Jetzt wird es darum gehen, die anderen drei Säulen der Drogen- und Suchtpolitik zu stärken.

Erreichte Etappenziele

Die Qualität der Substitutionsbehandlung wird verbessert

Mittlerweile werden rund 50.000 Opiatabhängige substituiert, rund 35.000 davon zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen.

Es gibt in folgenden vier Punkten noch Änderungsbedarf:

1. eine Opiatabhängigkeit soll als alleiniger Grund für eine Substitution ausreichen;
2. die Substitution soll nicht erst nach zweijähriger Abhängigkeit möglich werden;
3. das zum Teil komplizierte und zeitraubende Antragsverfahren soll in ein Anzeigeverfahren geändert werden und
4. der Einsatz geeigneter Instrumente zur Sicherung der erforderlichen Qualität der substitutionsgestützten Behandlung, inklusive der Psychosozialen Begleitung (PSB), soll unterstützt werden.

Das Heroinprojekt beginnt

Die am Modellprojekt einer heroingestützten Behandlung beteiligten Städte und Bundesländer haben die Rahmenvereinbarung mit dem Bundesministerium für Gesundheit unterzeichnet, inzwischen konnte mit der Umsetzung des Projektes begonnen werden.

Nähere Informationen sind unter www.heroinstudie.de erhältlich.

Drogenkonsumräume senken Gesundheitsrisiken und Drogentodesfälle

In einer ersten Auswertung über die Arbeit von Drogenkonsumräumen kommt das Gesundheitsministerium zu dem Schluss, dass die derzeit vorhandenen Einrichtungen die wesentlichen Zielsetzungen des Gesetzgebers erfüllen, nämlich die Sicherung des Überlebens, die Stabilisierung der Gesundheit sowie die gesundheitliche/soziale Rehabilitation einer beachtlichen Personenzahl aus der Zielgruppe schwer erreichbarer Betäubungsmittelabhängiger. Es wurde eine wissenschaftliche Evaluation der Arbeit in Drogenkonsumräumen in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse Mitte 2002 vorliegen werden.

Schwerkranke erhalten Zugang zu Cannabis-Arzneimitteln

Um Schwerkranken Zugänge zu Arzneimitteln zu eröffnen, die Leiden zumindest lindern können, wurde die Möglichkeit des Einsatzes von Cannabis-Arzneimitteln, z. B. bei Appetitlosigkeit von AIDS-Patienten, gegen Erbrechen bei Krebspatienten unter Chemotherapie oder bei MS-Patienten verbessert. Dabei müssen die Anforderungen des Arzneimittelgesetzes (Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und reproduzierbare Qualität) eingehalten werden und Patienten vor Nebenwirkungen geschützt werden. Cannabis-Arzneimittel mit dem Hauptwirkstoff von Cannabis, Dronabinol, können auf Betäubungsmittelrezept verschrieben und durch Apotheken bereitgestellt werden. Es wird gerade geprüft, ob auch Cannabis-Arzneimittel mit natürlichen Gemischen zur Verfügung gestellt werden können.

Im Bereich der Überlebenshilfen konnten bereits eine Reihe von Etappenzielen erreicht werden

Die legalen Suchtmittel Tabak und Alkohol

a) Tabak

Neben verschiedenen Maßnahmen zur Prävention wurden seit längerem Gespräche mit der Tabakindustrie geführt, um ihre Verantwortung im Bereich des Jugendschutz zu verdeutlichen. Dabei ging es auch um die Forderung nach der substanziellen Unterstützung für einen Fonds zur Prävention des Tabakkonsums Jugendlicher. Es liegt ein Angebot vor, über das noch verhandelt wird.

Um das Rauchverhalten zu ändern, setzen wir auf neue, kreative Projekte u.a. im Schulbereich (z.B. »Be Smart – Don't Start«).

Gleichwohl bleibt auch klar, dass die Nachhaltigkeit solcher Projekte nur gewährleistet werden kann, wenn sie im Schulalltag Normalität werden und nicht zeitlich befristete »Sondermaßnahmen« bleiben.

Schon lange notwendig ist ein Maßnahmenpaket, das jetzt von der BZgA vorbereitet wird, um insbesondere den frühzeitigen Ausstieg aus dem Zigarettenkonsum bei Jugendlichen zu unterstützen.

Auch gesetzliche Maßnahmen zur Tabakprävention sind notwendig

***Die Erreichbarkeit
des Tabaks für
Jugendliche soll
durch eine
Novellierung des
Jugendschutz-
gesetzes
erschwert
werden***

Die am 31. Mai 2001 (Welt Nichtrauchertag) vom Deutschen Bundestag verabschiedete Entschließung mit dem Ziel der Änderung der Arbeitsstättenverordnung zur Verbesserung des Nichtraucherschutzes in Betrieben wird im zuständigen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) zur Zeit vorbereitet, sie soll im Mai 2002 in Kraft treten.

Die geplante Novellierung des Jugendschutzgesetzes, in der u.a. ein Abgabeverbot von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche, sowie eine Zugangerschwerung zu Zigarettenautomaten für Kinder und Jugendliche vorgesehen ist (Chip-Karten-System), ist in Vorbereitung. Das Vorhaben ist eingebettet in eine Gesamtnovellierung des Jugendschutzes, in der auch Regelungen zum Jugendschutz in neuen Medien wie dem Internet geplant sind.

b) Alkohol

Zwar ist das Suchtkrankenhilfesystem in Deutschland gut ausgebaut, aber es gibt noch Lücken. Gerade Alkoholranke kommen viel zu spät in die Behandlung und jugendliche Alkoholgefährdete werden durch die bestehenden Hilfen kaum erreicht.

In der Frühjahrstagung Anfang März 2002 wurde deshalb auf die Bereiche eingegangen, die bisher zu wenig Beachtung in der Prävention und Behandlung von Alkoholproblemen fanden:

- Welche Möglichkeiten der Verbesserung der Früherkennung und Frühbehandlung sind bisher umgesetzt?

- Wie können Jugendliche mit riskanten Alkoholkonsummestern (»binge drinking«) für Aufklärung, Maßnahmen zur Reduzierung der Trinkmenge und frühzeitige Behandlung erreicht werden?
- Welche Maßnahmen zur Reduzierung von schädlichen Konsummestern sind sinnvoll und effektiv?
- Welche Maßnahmen der niedrigschwelligen Drogenarbeit sind auf den Bereich der Arbeit mit Alkoholgefährdeten und -abhängigen übertragbar?

In der Prävention sollen neue Wege erprobt werden

Der Prävention kommt die zentrale Bedeutung bei der langfristigen Reduzierung von Sucht- und Drogenproblemen zu.

Wir wissen heute, wann Prävention erfolgreich ist und wie sie aussehen muss:

1. positive Botschaften vermitteln, statt »Du darfst nicht – Du darfst«-Botschaften
2. interaktive Angebote machen – keine Berieselung mit Informationen, sondern aktives Mitgestalten und Entwickeln (Aktion der Schüler zum Rauchen)
3. Einbeziehung der »Peers« – Gleichaltrige sind glaubwürdiger
4. Community action – statt Informationskampagnen, die in der Mediengesellschaft verpuffen, das Entstehen aller für ein Konzept
5. nachhaltige Angebote machen, statt Strohfeuer zu entfachen.

Aber wir müssen auch neue Wege finden, um diejenigen Jugendlichen zu erreichen, die riskante Konsummuster haben und die anfällig sind für gesundheitliche und psychische Gefährdungen. Das gilt vor allem für:

1. Jugendliche in der »Partyszene und Technoszene«, die durch häufigen und heftigen Konsum auffallen;
2. Kinder aus suchtkranken Familien, die ein besonderes Risiko tragen, den Teufelskreis ihrer Eltern zu wiederholen;
3. Junge Aussiedler und Migranten, die wegen ihrer oft nicht gelungenen Integration eine auffällige Gruppe sind

Drogenprävention im Internet

Um Jugendliche mit riskanten Konsumformen, die nicht in eine Drogenberatungsstelle gehen, zu erreichen, startete im Sommer 2001 das Internet-Projekt www.drugcom.de. Es soll speziell junge Menschen ansprechen, die bereits Drogenerfahrung haben – zu meist mit Cannabis und Ecstasy. Das Projekt will die Kommunikation mit Jugendlichen fördern, die keine moralischen Botschaften akzeptieren, die aber an anonymer Information und Beratung interessiert sind.

Verstärkte Präventionsbemühungen für besondere Risikogruppen sind erforderlich und werden angangenen

Wichtig geworden ist die Einbeziehung von Gleichaltrigen-Gruppen mit ähnlichen Lebenserfahrungen. Gerade in der sog. Partyszene gibt es in Deutschland mittlerweile über 30 Projekte, deren Anliegen es ist, aufzuklären und gesundheitliche Risiken beim Gebrauch von sog. »Partydrogen« zu vermindern. Der Dialog mit diesen Projekten soll fortgesetzt werden.

Als eine Möglichkeit, das Konsumverhalten zu beeinflussen, sehe ich das Modellprojekt FRED, das jungen Erstauffälligen, die mit dem Betäubungsmittelrecht in Konflikt kamen, ein Beratungsangebot macht. Die Erfahrungen sollen im Jahr 2002 ausgewertet werden, weil damit auch wichtige Hinweise gegeben werden bezüglich der Probleme in der Kooperation zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und Polizei.

Der Umgang mit Cannabis ist nicht ohne Risiken.

Aber die Strafverfolgung allein ist nicht geeignet, um mit dem Problem umzugehen

Eine Risikodebatte zum Cannabiskonsum ist nötig

Der Umgang mit Cannabis ist nicht ohne Risiken. Aber die Strafverfolgung allein ist nicht geeignet, um mit dem Problem umzugehen. In Deutschland ist seit dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes von 1994 der Besitz kleiner Mengen Cannabis zum Eigenkonsum faktisch straffrei. Allerdings haben die Bundesländer für »die geringe Menge« Cannabis unterschiedliche Grammgrenzen festgesetzt. Wir überprüfen zur Zeit, wie der Gesetzgeber diese Unterschiede beheben und auf eine Harmonisierung hinwirken kann.

Eine körperliche Abhängigkeit von Cannabis ist zwar praktisch auszuschließen, doch kann es zu körperlichen Schäden kommen, auch kann der Konsum von Cannabis zu einer psychischen Abhängigkeit führen. In den letzten drei Jahren hat sich die Zahl der Hilfesuchenden im Zusammenhang mit Cannabis verdoppelt, daher wurde ein Forschungsprojekt in Auftrag gegeben, das die cannabisbezogenen Diagnosen in den ambulanten und stationären Einrichtungen der Drogenhilfe überprüfen und Aufschluss über Konsequenzen für die Hilfeangebote geben soll.

Im Frühjahr 2002 soll außerdem ein Expertengespräch zur Frage von Cannabiskonsum und Fahrtauglichkeit durchgeführt werden, um zu prüfen, wie einerseits die Verkehrssicherheit gewährleistet und zum anderen eine Gleichbehandlung von Konsumenten von Cannabis mit denen von Alkohol zu erreichen ist

Es bleibt viel zu tun

Frauenspezifische Hilfen stärker beachten

Gemeinsam mit dem »Qualitätszirkel Frauen und Sucht« des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel (FDR) wird im September 2002 eine Fachtagung Frauen und Sucht durchgeführt, die das aktuelle Wissen zu diesem Themenfeld zusammentragen und Vorschläge zur besseren Integration der fachlichen Erkenntnisse in das Suchtkrankenhilfesystem erarbeiten soll.

Arzneimittelabhängigkeit: ein vernachlässigtes Thema

Stärker als bisher müssen wir uns mit dem Problem des Arzneimittelmisbrauchs befassen. Hier kommt es insbesondere darauf an,

- dessen systematische Erfassung und Bewertung zu organisieren;
- die Ärzte besser als bisher zu einem wissenschaftlich begründeten Arzneimiteleinsatz zu befähigen;
- gezielt präventive Maßnahmen gegenüber speziellen Zielgruppen zu entwickeln;
- zweckmäßige administrative Regelungen zum Verschreiben von Arzneimitteln zu prüfen.

Hilfen für suchtkranke Aussiedler laufen an

Die alarmierenden Daten über die gravierenden Steigerungsraten von Drogentodesfällen unter jungen heroinkonsumierenden Aussiedlern hat uns eine schmerzhaft Lücke im Hilfesystem aufgezeigt. Sie sind gegenüber dem Hilfesystem sehr misstrauisch und deswegen ist es auch für die Drogenhilfe schwierig, sich auf diese Gruppe einzustellen.

Es wurden deshalb verschiedene Maßnahmen beschlossen, um hier besser Hilfe leisten zu können, u.a. Fortbildungskurse für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Sucht- und Migrationsberatungsstellen in zehn Städten, um Suchtprobleme besser zu erkennen, migrationsspezifische Hintergründe besser zu verstehen und gezielter Hilfe anbieten zu können.

Bessere Verzahnung

von ambulanten und stationären Hilfen ist notwendig

Ein wichtiges Reformziel ist eine wohnortnahe ambulante und stationäre Versorgung und die enge Verknüpfung ambulanter und stationärer Behandlungskonzepte. Solche Ansätze einer integrierten Versorgung gibt es im Suchtkrankenhilfesystem noch nicht in dem Maße, wie es nötig wäre, das gilt sowohl für die notwendigerweise bessere Verzahnung zwischen ärztlicher und nicht-ärztlicher Behandlung, aber auch zwischen stationärer oft noch immer wohnortferner Therapie und ambulanter Nachsorge. Mit der neuen »Vereinbarung Abhängigkeitskranke« der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen vom Juli 2001 ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung geleistet worden.

Das Geld für Hilfen fließt zu oft am falschen Ende

Es müssen auch einige kritische Fragen gestellt werden:

- Warum engagieren sich die Krankenkassen nicht genügend in der Prävention, obwohl sie dazu ausdrücklich verpflichtet sind?
- Warum wird häufig zu spät behandelt?
- Warum wird noch zu wenig ambulant behandelt?

***Integrierte
Behandlungs-
systeme im
Verbund von
ambulanten und
stationären
Konzepten sind
nicht ausreichend
vorhanden***

Ein »Aktionsplan Drogen und Sucht« wird vorbereitet

Langfristig müssen gemeinsame Zielsetzungen zwischen Bund, Ländern und Verbänden entwickelt werden, die helfen können, gesundheitliche und soziale Risiken im Zusammenhang mit Suchtmitteln zu verringern, Ziele dafür sowie Schritte für die Umsetzung festzulegen.

Im Frühjahr 2002 soll ein »Eckpunktepapier für einen Aktionsplan Sucht und Drogen« vorgelegt werden, das mit den Ländern und Verbänden abzustimmen ist. Diese Eckpunkte müssen u.a. folgende Überlegungen berücksichtigen:

1. die vier Säulen der Sucht- und Drogenpolitik sind zu verankern;
2. die Fixierung auf die illegalen Drogen muss aufgegeben und die legalen Suchtmittel einbezogen werden;
3. die europäische Entwicklung muss ebenso mit einbezogen werden wie
4. die globale Entwicklung eines »ausgewogenen Ansatzes« zum Umgang mit Drogen- und Suchtproblemen.

Die Drogen- beauftragte der Bundes- regierung

Mohrenstr. 62
10117 Berlin

☎ 0 30-2 06 40-14 50

☎ 0 30-2 06 40-49 60

Die Entwicklung eines solchen Aktionsplans wird eine der vorrangigen Aufgaben des Jahres 2002 sein.

Drogengebrauch und die Gesetzgebung in der EU

Die folgenden Auszüge sind dem aktuellen 2-monatlichem Briefing »Drogen im Blickpunkt« der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) entnommen.

Gleichgewicht zwischen Bestrafung und Behandlung schaffen

Die Drogengesetzgebung in der Europäischen Union (EU) hat stets zum Ziel, ein Gleichgewicht zwischen Bestrafung und Behandlung herzustellen.

Es ergibt sich allerdings EU-weit eine Vielzahl von Ansätzen im Hinblick auf den unerlaubten Drogenkonsum und die vorbereitenden Stadien des Drogenbesitzes und -erwerbs.

In vielen Ländern suchen die Justiz- und Verwaltungsbehörden immer mehr nach Möglichkeiten, Alternativen zur Bestrafung anzuwenden.

Aus den vorhandenen Daten lässt sich ablesen, dass polizeiliche Maßnahmen gegen Drogenkonsumenten zu nehmen – möglicherweise aufgrund der stärkeren Prävalenz von Drogen. Darüber hinaus kommen manche Fälle von unerlaubtem persönlichem Drogenkonsum weiterhin vor Gericht und es werden immer noch Gefängnisstrafen verhängt, insbesondere bei Wiederholungsdelikten. Eine solche inkonsequente Anwendung des Gesetzes kann die Allgemeinheit verunsichern und die Glaubwürdigkeit des Rechtssystems in Bezug auf den persönlichen Gebrauch von Drogen untergraben.

Rückfälle in Drogenmissbrauch und Verbrechen kommen bei Drogenabhängigen häufig vor. Zwar können Prävention und Behandlung der Abhängigkeit, ihrer Ursachen und folgen schwierig, zeitaufwendig und kostenintensiv sein – aber sie sind eindeutig das richtige Mittel, die Kette von Drogen und Verbrechen, die hohe Kosten verursacht, zu »durchbrechen«.

Georges Estievenart,
Direktor der EBDD

Wichtige politische Themen auf einen Blick

- Die Übereinkommen der Vereinten Nationen räumen den Staaten für die Kontrolle des unerlaubten Drogenbesitzes für den persönlichen Gebrauch Spielraum ein, nach eigenem Ermessen vorzugehen und machen keine festen Vorgaben bezüglich der Strafen.
- Innerhalb der EU sind die gesetzlichen Vorschriften in Bezug auf den persönlichen Drogengebrauch von Land zu Land unterschiedlich. In einigen Ländern gehören Haftstrafen zum Strafarsenal, in anderen hingegen wurde der Besitz von Drogen zum Eigenkonsum in jüngster Zeit entkriminalisiert.
- Polizeiliche Maßnahmen gegen unerlaubten Drogenkonsum und -besitz nehmen im Allgemeinen zu, wenn auch nicht in gleichem Maße innerhalb der einzelnen Länder und im internationalen Vergleich.
- Die Strafverfolgung neigt in den meisten Mitgliedstaaten heute eher zu nicht strafrechtlichen Sanktionen gegen unbefugten Drogenkonsum und -besitz. Abhängige jedoch, die Drogen verkaufen oder Eigentumsdelikte begehen, insbesondere Wiederholungstäter, müssen in der Regel mit strengen Strafen, einschließlich Haftstrafen, rechnen.
- Alternativen zur Strafverfolgung – gewöhnlich therapeutischer oder sozialer Art – sind inzwischen in allen EU-Ländern verfügbar, werden aber nicht in gleichem Maße angewandt und sind auch nicht alle von gleicher Wirksamkeit.
- Durch eine Koordinierung zwischen der Rechtsprechung und dem Gesundheitswesen könnten Programme, die Alternativen zur Strafverfolgung anbieten, bessere Ergebnisse erzielen.

Eine größere Glaubwürdigkeit kann erreicht werden, wenn die Gesetzgebung auf die Praktiken von Polizei und Strafverfolgungssystem abgestimmt wird

Politische Erwägungen zum Drogenkonsum und der Gesetzgebung in der EU

Die EBDD glaubt, dass die folgenden Punkte eine Grundlage für künftige Überlegungen zur Drogenpolitik bilden könnten:

- Die dem UN-Übereinkommen von 1988 zugrunde liegende Sichtweise und die in ihm gestellte Forderung, Drogenbesitz für den persönlichen Gebrauch als Straftat anzusehen, ist eher als Aufforderung zur stärkeren Bekämpfung des internationalen Drogenhandels zu verstehen und nicht als Kriminalisierung der Drogenkonsumenten.
- Zwar weichen die Drogengesetze der einzelnen EU-Mitgliedstaaten untereinander ab, doch ist seit jüngster Zeit ein Bestreben zu beobachten, die Gesetzgebung auf die Praktiken der Polizei und des Strafverfolgungssystems abzustimmen. Dies trägt zu einer größeren Glaubwürdigkeit der rechtlichen Bestimmungen bei.
- Sollen die polizeilichen Maßnahmen auf dem Drogensektor effektiv sein, so müssen sie sich primär gegen die gefährlichsten Situationen im Zusammenhang mit Drogenkriminalität richten.

- Die meisten Mitgliedstaaten haben für Straftäter, die wegen Drogenkonsums oder Drogenbesitzes auffällig geworden sind, Mechanismen ins Leben gerufen, mit deren Hilfe eine große Zahl der angezeigten Drogenkonsumenten aus dem Strafjustizsystem in andere Kanäle umgeleitet werden kann.
- Forschungsergebnisse zeigen, dass durch die Einweisung von straffälligen Drogenabhängigen in eine Behandlung bedeutsamer gesundheitlicher und gesellschaftlicher Nutzen erzielt und die Anzahl der Straftaten damit reduziert werden kann.
- Für ein effektives Management der Initiativen zur Einweisung von straffälligen Drogenabhängigen in eine Behandlung wird eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Justiz- und dem Gesundheitswesen empfohlen.

Drogen im Blickpunkt

ist eine Reihe von Kurzinformationen zur Drogenpolitik, die von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), Lissabon, veröffentlicht werden.

Die Kurzinformationen werden sechsmal jährlich in den elf Amtssprachen der Europäischen Union und auf Norwegisch veröffentlicht.

Sie können auch von der Website der EBDD heruntergeladen werden (<http://www.emcdda.org>).

Kostenlose Bestellungen bitte per E-Mail abonnieren (info@emcdda.org) .

Frauke Schwarting

Drogenkonsummuster und Mädchenbilder im Wandel

Frauke Schwarting, ehemalige Mitarbeiterin des Hamburger Drogenhilfeträgers »Frauenperspektiven«, hat den folgenden Beitrag als Vortrag auf der Fachtagung »Mädchen-/Frauenbilder und Konsummuster im Wandel« – veranstaltet vom Regionalen Arbeitskreis Frauen und Sucht Südbaden – am 24.3.2000 im Zentrum für Psychiatrie Emmendingen/Freiburg gehalten.

Der Arbeitskreis hat eine Tagungsdokumentation erstellt, die dort abgerufen werden kann; das »PARTNER-Magazin« veröffentlichte den Beitrag in der Ausgabe 5/2001. BINAD präsentiert hier eine gekürzte, mit der Autorin abgestimmte Fassung.

Die Mädchenbilder verändern sich: In Musik, Zeitschriften und Filmen erscheinen junge Frauen selbstbewusster als früher, Mädchen sind auch bezüglich der aktuellen Drogenkonsumtrends und Szenen viel präsenter geworden (der Begriff Drogen wird im Folgenden synonym für psychoaktive Substanzen gesetzt). Welchen Einfluss haben diese »Neuerungen« auf die Arbeit mit drogenkonsumierenden Mädchen? Der folgende Blick auf die Mädchen dient nicht direkt der beraterischen und therapeutischen Arbeit mit Frauen in der Suchthilfe, sondern mehr KollegInnen aus der Jugendarbeit und als »Antenne« dafür, was wir in unseren Praxisfeldern und Herangehensweisen langfristig vielleicht beachten oder verändern müssten.

Hintergrund der folgenden Überlegungen sind vor allem Erfahrungen aus meinem früheren Arbeitsfeld Beratung und Präventionsarbeit mit jugendlichen Mädchen in der Suchtpräventionseinrichtung KAJAL (Verein Frauenperspektiven, Hamburg).

Alte und neue Mädchenspezifische Aspekte von Drogenkonsum

Einige Aspekte, die aus der bundesdeutschen Mädchen- und Frauenarbeit und der Frauensuchtforschung bekannt sind, haben sich bis heute nicht verändert und sollten nach wie vor in der Mädchenspezifischen Arbeit berücksichtigt werden:

Vom Retten und Helfen:

»Liebesbeweise« im Kontext von Drogenkonsum.

Viele Mädchen kommen nach wie vor durch ihre Partner in Kontakt mit Drogen (Jungen dagegen eher durch andere Jungen). Mädchen erzählen von einem konsumierenden oder gar abhängigen Freund gelegentlich sogar mit einem gewissen Stolz.

Die Sorge um den anderen scheint ein Stück Frau-sein auszumachen, zudem sind Hilfeversuche manchmal auch eine gesellschaftlich positiv bewertete Form, mit dem Abenteuer Drogen in Kontakt zu kommen. Noch immer gibt es unter jugendlichen Mädchen romantische Konstruktionen von »Liebe, die heilt«, »die stärker ist als die Droge«. Solche Bilder von Liebe und Freundschaft bewirken Rettungsversuche von Partnern und Freundinnen, die meist aussichtslos sind, weil sie die Interessen des konsumierenden Jungen/Mädchens ignorieren, und auch für das Mädchen selbst nicht gut sind, weil sie ihre anderen Bedürfnisse dahinter zurückstellt. Eine wichtige Rolle für diese Konstruktionen von Retten als Liebesbeweis und romantische »Dramatisierungen« spielen z.B. Foto-Stories von Mädchenzeitschriften.

Drogenkonsum und Essverhalten:

Führt der »richtige« Körper zum »richtigen« Leben?

Durch die große Bedeutung von Körperform und Gewicht werden Drogen oft in Diätfragen eingebaut (viele Substanzen wirken hungerdämpfend, z.B. Ephedrine werden ja auch als Appetitzügler verkauft). In unserer Arbeit beobachten wir eine zunehmende Bedeutung der Körperform für die Mädchen (und damit einhergehend Diäten und daraus entstehenden Essstörungen.) Wo andere Wege zu sozialer Einbindung, Anerkennung und Entwicklung von Persönlichkeit schwer zu finden oder zu gehen sind, erhoffen sich Mädchen häufig, diese Ziele durch einen schlanken, attraktiven Körper zu erreichen, er wird dann sozusagen zu einer »sozialen Option«. So haben z.B. drei-viertel der Mädchen einer durchschnittlichen Schulklasse ab 14 Jahren Erfahrungen mit Diäten. Immer häufiger treten bei Mädchen und jungen Frauen damit Drogenabhängigkeit und starke Essstörungen gleichzeitig auf. Das wird für Beratungs- und Behandlungsangebote noch viel zu wenig bedacht.

Doch neben diesen altbekannten Trends gibt es neue, die für Mädchen den Konsum psychoaktiver Substanzen attraktiver gemacht haben:

Von der »Tablette« zur »Pille«:

Viele der populären harten Drogen kommen in »weicher« Form daher.

Früher waren Mädchen/Frauen beim Konsum harter Drogen weniger vertreten. Doch mit der populären Drogenform der bunten »Pille« löst sich die Trennlinie von Drogen und Medikamenten stark auf. Medikamente wiederum sind Mädchen vertraut: sie konsumieren z.B. sehr viel Schmerzmittel (meist im Zusammenhang mit Kopfschmerzen und der Menstruation). Durch die häufige Mischung der Schmerzmittel mit stimmungsverändernden Substanzen machen sie also Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen. Das vertraute Pillenimage (sauber, aus dem Labor; kann man einfach schlucken) vieler harter Drogen senkt bei Mädchen die Schwellen.

Wo andere Wege zu sozialer Einbindung, Anerkennung und Entwicklung von Persönlichkeit schwer zu finden oder zu gehen sind, erhoffen sich Mädchen häufig, diese Ziele durch einen schlanken, attraktiven Körper zu erreichen

Partydrogen, Tanzszenen und Frau-Sein: in den neuen Drogenszenen kommen die Mädchen endlich groß raus.

Auch kulturell haben Drogenszenen oft ein »weicherer« Image. Einen veränderten Zugang zu Drogen bietet gerade für Mädchen die Partyszene. Diese ist weniger maskulin, Tanzen steht im Zentrum, die Kultur ist zugänglich und wenig exklusiv.

Kokain, Coolness und Schlagfertigkeit: biochemische Inkarnationen des aktuellen Mädchenbildes

Besonders die erlebten Wirkungen von Kokain (aber auch der Amphetamine) entsprechen dem aktuellen Mädchenbild. Viele Mädchen sagen uns, unter Kokain seien sie genau das Mädchen, das sie immer sein wollen – selbstbewusst, cool, flotte Sprüche auf den Lippen. Eine Kehrseite sind für sie die manchmal auftretenden ungewünschten Nebenwirkungen größerer Unrast, Aggressivität und Streitlust. Diese Seiten mögen sie nicht und können sie oft nicht mit ihrem Bild von sich als Mädchen vereinbaren.

Der psychosomatische Bumerang

Bekanntermaßen entwickeln Mädchen bei Problemen häufig psychosomatische Verarbeitungsformen. Wurden diese früher bei drogenkonsumierenden Mädchen durch Opiate, Schlaf- und Schmerzmittel eher gedämpft, so müssen wir heute damit umgehen, dass mit der Zunahme von Cannabis, Amphetaminen und Halluzinogenen psychische Störungen deutlicher hervortreten; wir erleben das in der Beratung stark im Zusammenhang mit Angststörungen und Autoaggressionen.

Neue Mädchenwirklichkeiten: Modernisierung oder Emanzipation?

Für die Mädchen von heute ist vieles anders geworden als in der Generation ihrer Mütter. Von den Pädagoginnen, die mit Mädchen arbeiten, hört man häufig widersprüchliche Einschätzungen und Kritiken. Die Mädchen von heute seien emanzipierter, selbständiger, selbstbewusster sagen die einen; sie hätten noch immer mit geschlechtsspezifischen Einschränkungen zu tun, betonen die anderen. Und man hört gelegentlich Beschwerden darüber, wie wenig feministisch die Mädchen seien. »Wir waren damals viel bewusster und politischer, sagen manche Frauen, die ihre damaligen Subkulturen und ihre politischen Zusammenhänge mit z.B. mit der heutigen Raekultur vergleichen. Gerade Vergleiche führen aber zu unproduktiven Polarisierungen, die die Realität vermutlich wenig treffen. Wir müssen beachten, dass die gesellschaftliche Modernisierung, die die BRD in den 70er und 80er Jahren durchmachte, zwar von demokratischen Bewegungen angestoßen wurde (z.B. der StudentInnen- und der Frauenbewegung). Sie führte u.a. zu einer Pluralisierung von Lebenslagen, zu einer Durchlässigkeit von sozialen Schichten und zu Veränderun-

***Wir müssen heute
damit umgehen,
dass mit der
Zunahme von
Cannabis,
Amphetaminen
und Halluzinogenen
psychische
Störungen
deutlicher
hervortreten***

gen in den Geschlechterverhältnissen. Doch Emanzipation und Modernisierung sind nicht identisch, sondern Auseinandersetzungen um die Emanzipation von Frauen wurden in einer Gesellschaft geführt, die sich modernisierte. So bleibt offen und jeweils zu prüfen, ob modernisierte Vorstellungen auch realen Selbstbestimmungsmöglichkeiten und Gestaltungsmächten von Frauen entspricht: Modernisierung und Emanzipation stehen in einem Spannungsverhältnis zueinander. Das beinhaltet für jugendliche Mädchen sowohl spezifische Möglichkeiten als auch Widersprüche.

Vieles scheint möglich, aber was ist machbar? Die Modernisierung der Bilder

Die Modernisierung von Mädchen- bzw. Frauenbildern besteht nicht nur in einer Erweiterung der vorgestellten Haltungen, Handlungen und Eigenschaften von Frauen im herrschenden Frauenbild, sondern auch in der Vervielfältigung von Bildern. Der Blick in Zeitschriften, Filme, und Werbung einerseits und die Beobachtung von Mädchen/Frauen im Alltag andererseits zeigen, dass es heutzutage viele Mädchen-/Frauenbilder gleichzeitig gibt. Sie entsprechen neben veränderten Frauenspezifiken auch der Auflösung der früheren homogenen Milieus zu vielfältigeren Lebenslagen und Ausdifferenzierungen in Lebensläufen, Bildung, Geld, Status usw.. Wenn wir uns klarmachen, dass sich gleichzeitig auch die Bilder und Handlungsanforderungen in verschiedenen Teilbereichen der Gesellschaft extrem zuspitzen (Leistungsorientierung in Schule und Beruf bei weniger Arbeitsplätzen, finanzstarke Genusskultur in der Freizeit bei größerer Armut, Sehnsucht nach Geborgenheit und Liebe in Partnerschaften und Familie bei abnehmender wirklicher Realität davon), und die Mädchen in den Medien mit vielfältigen, oft realitätsfernen Bildern und Lebensmöglichkeiten überschüttet werden, so wird deutlich, dass die jugendtypische Aufgabe der Orientierung für Mädchen heutzutage Schwerarbeit ist.

Auf diese Vielfältigkeit der Bilder und scheinbaren Möglichkeiten, die da gleichzeitig suggeriert werden, reagieren Mädchen, so meine These, mit ähnlichen Mitteln, wie sie in Subkulturen beobachtet werden. In der Jugendkulturforschung geht man davon aus, dass Subkulturen kaum noch milieugebunden sind und damit eine erlebte vorgefundene Lebenssituation bearbeiten und ausdrücken, sondern Techniken der Kombination (Scannen, Sampeln, Montage, Collage, Bricolage als traditionelle Produktionsprinzipien von Kunst und Popmusik) für subkulturelle Inszenierungen genutzt werden. Sie ermöglichen die Präsentation von Ungleichzeitigem und Widersprüchlichem in einem arrangierten Nebeneinander. Subkulturelle Auseinandersetzungen und Inszenierungen von Mädchen und jungen Frauen finden sich z.B. im »görlism« oder der selbstbewussten Konstruktion von »Schlampen« in der Musikerinnenszene. Doch wie haben sich Vorstellungen von Weiblichkeit nun in den Vorstellungen und Gefühlen der einzelnen Mädchen verändert? Aus unserer Erfahrung bei KAJAL heraus halte ich die These der britischen Soziologin Angela McRobbie für ganz zentral:

Gerade für Mädchen ist die jugendtypische Aufgabe der Orientierung heutzutage Schwerarbeit

Die alten Vorstellungen von Weiblichkeit hätten sich »verflüssigt«, die Mädchen würden einen Prozess der Loslösung durchlaufen. Weiblichkeit sei heute für die Mädchen ein Produkt von verschiedenen neuen ungefestigten Positionen, die sie als Subjekt probeweise einnehmen. Das zeigt sich in den kulturellen Inszenierungen, wenn z.B. Mädchen bzw. junge Frauen in ihrem out-fit Selbstbewusstsein und Coolness mit Mädchenhaftigkeit kombinieren. In den Gefühlen und Selbstbildern der Mädchen sind wie in einer Collage viele Vorstellungen gleichzeitig da (Gleichheit, gelebte Sexualität, Partnerschaft usw.), die erst dann in Widersprüche zueinander geraten, wenn sie in die Praxis umgesetzt werden sollen.

Neue Freiheiten oder neuer Stress? Die Modernisierung der Anforderungen und Widersprüche im Leben von Mädchen

Dass die Modernisierung der Mädchen-/Frauenbilder zu neuen Vorstellungen von Handlungsmöglichkeiten führt- und damit zugleich auch zu neuen Anforderungsmöchte ich an einem Beispiel verdeutlichen: Möglichkeiten und Widersprüchen der Mädchen im Umgang mit ihrer Sexualität. Dass Mädchen oft zu Suchtmitteln greifen, um Erfahrungen sexuellen Missbrauchs zu verarbeiten, ist inzwischen relativ bekannt. Weniger beleuchtet wird, wie viele Widersprüche und wie wenig Gestaltungsvorstellungen Mädchen mit Sexualität überhaupt verbinden. Psychoaktive Substanzen können hier ganz verschiedene Funktionen annehmen: Körper und Sexualität werden dadurch intensiver empfunden. Alkohol wird z.B. oft genutzt, um trotz Angst mit einem Jungen zu schlafen oder sexuelle Praxen »hinzubekommen«, die das Mädchen nicht mag, der Freund sich aber wünscht. Auf Feten, so berichten Mädchen uns häufig, betrinken sie sich, um mit Jungen »knutschen« zu können, ohne gleich als eine zu gelten, die »es mit jedem tut«. Angetrunken zu sein stellt hier kulturell eine Erlaubnis dar.

Eine Lösung für das Problem der Mädchen, einerseits sich als Frau ausprobieren zu wollen, zu tanzen und zu feiern, und andererseits nicht die Kontrolle zu verlieren, nicht unerwünscht angemacht und »abgeschleppt« zu werden, stellte eine Zeit lang die Rave-Subkultur um die Techno-Musik dar.

Fragen wir uns, wie moderne Orientierungen im Umgang mit Sexualität aussehen, so zeigen sie sich als Dschungel aus Anforderungen, Widersprüchen und Warnungen. Einerseits gibt es viel mehr Möglichkeiten für Mädchen, sich über Sexualität und Verhütung zu informieren und Sexualität zu leben. Andererseits machen wir in Gesprächen mit Mädchen immer wieder die Erfahrung, dass sie diese Informationen und Möglichkeiten zunehmend als Anforderung erleben, tatsächlich Sex zu haben. Ein Blick in Zeitschriften zeigt neue »Normalitäten«, wenn neben Informationen zu Petting ganz selbstverständlich »99 Stellen fürs Zusammenschlafen« in »Young

Es wurde bislang wenig beleuchtet, wie viele Widersprüche und wie wenig Gestaltungsvorstellungen Mädchen mit Sexualität verbinden

Miss« veröffentlicht werden. Mit der neuen Liberalität tauchen neue Normen als Anforderung auf. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Mädchen gar nicht unbedingt mehr Informationen und Erfahrungen darüber haben, womit es ihnen tatsächlich gut geht. Statt dessen schämen sie sich, wenn sie Bildern nicht entsprechen oder über Verhütung doch nicht gut Bescheid wissen. Ein anderes Problem besteht darin, dass es nach wie vor auch um Moral geht, um die Frage, wie ein Mädchen sich »richtig« verhält. In »Bravo« und »Mädchen« wird ausführlich darüber diskutiert, was der richtige und der falsche Moment ist, welche Junge der »Richtige« ist (lesbisch-sein kommt als Thema sehr selten vor). Gerade in der »Dr.Sommer-Sparte« der »Bravo« wird deutlich, wie wenig es dabei oft um Interessen der Mädchen geht, sondern mit der Frage nach »richtigem« und »falschem« Verhalten auch um komplizierte moralische Verweissysteme (du solltest dich zurückhalten..., deine Würde verteidigen, dich nicht anatschen lassen...).

Die größere Freiheit bringt also nicht nur auch neue Anforderungen hervor, sie hat immer noch die alten Gefahren im Schlepptau: Die Gefahr, ein leichtes oder schlechtes Wesen zu sein (Moral), die Gefahr, angemacht oder abgeschleppt zu werden und das Maß nicht steuern zu können oder gar missbraucht zu werden (Gewalt).

Beziehen wir diese Widersprüche und Sichtweisen auf das Spannungsverhältnis Modernisierung oder Emanzipation, so wird das Fehlen bzw. die Unklarheit über die Gestaltbarkeit bzw. Nichtgestaltbarkeit der Dinge deutlich. Den Mädchen fehlen oft Sicherheiten, Anhaltspunkte und Kriterien, die nicht auf einem wertenden Blick von außen beruhen; die nicht auf Anforderungen oder Moralisierungen beruhen, sondern darauf, was ihnen gut tut. Den Mädchen fehlt auch die Vorstellung und die Erfahrung, ihr sexuelles Leben wirklich selbst gestalten und kontrollieren zu können, »es ergab sich so« ist eine typische Formulierung in Mädchenerzählungen, die ausdrückt, dass das Mädchen sich nicht als Handelnde ernstnimmt.

Halten wir also aus diesem Beispiel fest:

- neue Möglichkeiten können sich in neue Anforderungen verwandeln,
- es stellt sich oft heraus, dass die neuen Möglichkeiten, die Orientierungen versprechen, nicht unbedingt zu einem größeren subjektivem Gefühl von Kontrolle, von Gestaltungsmöglichkeit führen.

Größere Freiheit bringt also nicht nur neue Anforderungen hervor, sie hat immer noch die alten Gefahren im Schlepptau

Selbstbewusstsein oder Selbstbestimmung? Wie »Selbstbewusstsein« auf einen Stil reduziert wird

**Findet nicht in
den modernen
Mädchenbildern
eine Trennung von
Selbstbewusstsein
als Haltung,
Ausdruck und
tatsächlicher
Gestaltungsmacht
statt?**

Stellen wir die Orientierung des selbstbewussten Mädchens vom Kopf auf die Füße, so scheint es vielleicht mehr um den Ausdruck innerer Bilder in Form eines Stils als um die Folge gelebter Erfahrungen zu gehen. »Stil« hat als Ausdrucksform ja überhaupt eine starke Bedeutung für Jugendliche bekommen. Es lässt sich ein neuer Trend zu expressiven Verhaltensdimensionen feststellen. Einen Stil zu haben bedeutet für andere und sich eine Interpretation seiner Person anzubieten und zu inszenieren. Insofern ist es vielleicht überlegenswert, ob nicht in den modernen Mädchenbildern, denen das Merkmal Selbstbewusstsein gemeinsam ist, eine Trennung von Selbstbewusstsein als Haltung, Ausdruck und tatsächlicher Gestaltungsmacht stattfindet, ob also Mädchen sich tatsächlich selbstbewusst fühlen und geben, aber nicht unbedingt aktiv Einfluss nehmen auf ihre Bedingungen und Angelegenheiten. Die Mädchen empfinden eine selbstbewusste Haltung als erstrebenswert. Diese ist aber nicht unbedingt auch ein Vorbild für reale Durchsetzungen und Gestaltungen, die anstrengend sind, in denen Federn gelassen werden, in denen die Mädchen vielleicht Angst haben, sich ärgern, etwas lernen müssen, am Ende aber stolz sind.

Die Rotzigkeit und das Selbstbewusstsein in den modernen Mädchenbildern werden nicht als Folge von erlebten und überstandenen Durchsetzungen und Erfahrungen gesehen: Sie sind nur noch ein Stil, wenn sie von den dazugehörigen Erfahrungen, die eine Voraussetzung für diese Haltung wären, getrennt werden. Unsere Arbeitserfahrungen mit Gruppenarbeit und Beratungen zeigen, dass viele Mädchen das in dieser Weise leben und erleben. Das Bittere daran ist: wenn ein solches Selbstbewusstsein zum herrschenden Stil wird, wird es auch normativ. Das führt bei den einzelnen Mädchen zu Scham- und Schuldgefühlen, wenn sie sich nicht »cool« fühlen, Ängste oder Probleme haben, sich etwas nicht trauen. Statt zu einer Ermutigung kann der moderne Mädchenstil also auch zu einer Entmutigung führen.

Insofern ist für uns als PädagogInnen in der Arbeit mit Mädchen nach wie vor das Thema Selbstbestimmung aktuell, nur in anderer Weise als früher. Als wichtig zeigt es sich, Selbstbewusstsein als Stil oder als Lebensgefühl der Mädchen einerseits ernstzunehmen, diese Haltung aber andererseits immer wieder auf die reale Lebensgestaltungspraxis, die Möglichkeiten von Selbstbestimmung zurückzubeziehen. In einer Lerntheorie fand ich einen Begriff, der diese Ebenen beide beinhaltet: »Selbstwirksamkeit« bezeichnet die Überzeugung bzw. das Vertrauen, angestrebte Ziele auch verfolgen und erreichen zu können, wenn man es will. Erfahrungen von Selbstwirksamkeit werden inzwischen besonders bei Mädchen als suchtpreventiver Schutzfaktor angesehen. Forschung und Erfahrungen aus der pädagogischen Praxis zeigen ja, dass es Mädchen zwar nicht unbedingt an Widerständigkeit oder Selbstbewusstsein mangelt, dass sie aber ihr soziales Umfeld, ihre Lebensbedingung oft nicht

als von ihnen selbst veränderbar denken und erfahren. Das heißt aber nicht, dass sie sich anpassen, sondern dass sie in der Suche nach einem besseren Leben nach Möglichkeiten kleiner und großer Fluchten und Doppelleben suchen. Statt Wünsche und Interessen in den gegenwärtigen Ort (Familie, Clique usw.) hineinzutragen und zu verhandeln, entfalten Mädchen auffallend häufig ein zweites, heimliches Leben neben diesem unveränderlichen ersten, oder wechseln den Ort auf der Suche nach einem besseren. Viele Mädchen kamen auf diesem Weg in die Drogenszene. Für eine suchtpräventive Arbeit, die die Entwicklung von Interessen und die Erfahrungen von Selbstwirksamkeit bei Mädchen fördern will, gibt es fruchtbare Anschlusspunkte zu der emanzipativen Empowerment-Tradition der Mädchen- und Frauensozialarbeit und an die Debatte um größere Partizipation von Jugendlichen im Alltag der Jugendhilfe und der Jugendhilfeplanung.

»Wirklichkeitsarbeit« – Folgerungen für die pädagogische Arbeit mit Mädchen

Welche Folgerungen für unsere Arbeit sind daraus zu ziehen? Was sollten im pädagogischen Alltag mit Mädchen in Bezug auf die aufgestellten Thesen besonders bedenken? Die Kerngedanken lassen sich unter dem Begriff der »Wirklichkeitsarbeit« zusammenfassen, also Mädchen darin zu begleiten und zu unterstützen, die Bilder, ihre Gefühle, ihre alltäglichen Erfahrungen und ihre Lebensbedingungen zusammenzubringen.

- Mögliche Veränderungen unseres PädagogInnen-Auftrages:
Statt (weitere) Orientierungen anzubieten, eher die Förderung der Auseinandersetzung mit den ihnen begegnenden Bildern und der Entwicklung einer eigenen Orientierung.
- Die Sichtbarmachung der Erfahrungen der Mädchen und die Auseinandersetzung damit kann helfen, reale Widersprüche sichtbar und begreifbar zu machen und im Erleben Kriterien dafür zu finden, was welche Bilder und Orientierungen wirklich beinhalten.
- Abkehr von oft zu sehr auf kognitiven Vorgehensweisen basierenden Ansätzen – es sollte eher um das Ausprobieren und Auswerten von realen Erfahrungen gehen. Damit kann die Trennung von Denken/Fühlen und Praxis aufgehoben werden.

Kritisch durchdenken sollten wir vielleicht auch unsere eigenen Bilder eines gelungenen Mädchenlebens. Werden wir ungewollt selbst auch normativ? Sind unsere Wunschbilder für Mädchen (stark, frech, selbstbewusst) dem modernen »Görl« nicht sehr ähnlich?

Statt Wünsche und Interessen in den gegenwärtigen Ort (Familie, Clique usw.) hineinzutragen und zu verhandeln, entfalten Mädchen auffallend häufig ein zweites, heimliches Leben

Frauke Schwarting
Langenfelder Str. 44
22769 Hamburg
☎ 0 40-4 32-9 07 79

Toon de Vos

Aktionsplan Alkoholfürsorge: Mehr Präventions- und Hilfs- angebote für problematische Alkoholkonsumenten

Im Rahmen der Umstrukturierungen und Erneuerungen der Suchthilfe in den Niederlanden wird der Bereich Alkohol stärker in den Vordergrund gerückt. Mit dem »Aktionsplan Alkoholfürsorge« soll gerade die Erreichbarkeit der problematischen Alkoholkonsumenten verbessert werden, um deren Zugang zum Behandlungssystem zu ermöglichen.

Toon de Vos umreißt kurz den bei GGZ Nederland (Geistige Gesundheitsfürsorge) erstellten Plan.

In den Niederlanden gibt es schätzungsweise 800.000 Personen, die täglich mehr Alkohol konsumieren, als es ihnen gut tut. Den meisten dieser Personen gelingt es, mit Hilfe ihres Umfelds größere Probleme zu vermeiden. Dennoch gerät ein erheblicher Teil früher oder später in Schwierigkeiten. Nur eine kleine Gruppe davon wendet sich an Suchthilfeeinrichtungen.

Im Rahmen des Berichts »Alcoholnota 2000« des niederländischen Ministeriums für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport hat GGZ Nederland einen Aktionsplan Alkoholfürsorge erstellt, der zur Reduzierung der sehr hohen Anzahl von problematischen Alkoholkonsumenten beitragen soll. Im Jahre 2001 hat der Staat diesem Plan zugestimmt und den Einrichtungen der Suchthilfe strukturelle Mittel für die Umsetzung des Plans zur Verfügung gestellt. Der reguläre Etat der Einrichtungen wurde ab dem Jahre 2002 um 7.7 Millionen Euro erhöht.

Zielsetzungen des Aktionsplans

Hauptziel des Aktionsplans ist die Reduzierung der Zahl der Problemtrinker. Um dies zu erreichen, planen die Einrichtungen der Suchthilfe vor allem eine Ausdehnung der ambulanten Angebote.

Es wurden zwei zentrale Strategien gewählt, um zu erreichen, dass die Zahl der erreichten Klienten von 22.500 im Jahre 2001 auf 29.325 im Jahre 2004 steigt.

- Die ambulante Fürsorge muss sich stärker als bisher auf mögliche »Fundstätten« von Problemtrinkern richten, wie etwa die primäre und die allgemeine Gesundheitsfürsorge, Justiz und Haftanstalten, Arbeitsschutzbehörden und Selbsthilfegruppen.
- Darüber hinaus muss die Reichweite der Angebote ausgedehnt werden, indem man den Zugang zu den Einrichtungen optimiert. Dies lässt sich beispielsweise durch eine Verkürzung der Wartezeiten, durch Erreichbarkeit außerhalb der Bürozeiten und durch Betreuung per Internet erreichen.

Im Jahre 2001 wurde mit den Vorbereitungen begonnen, u.a. mit der Formulierung von Arbeitsplänen, der Einstellung von zusätzlichem Personal und der Schaffung von neuen Planstellen. Im Jahre 2002 wurden erste Vereinbarungen mit den Fürsorgestellen über die im Rahmen des Aktionsplans zu liefernden Produkte getroffen. Als Leitfaden für diese Absprachen, die im Frühjahr 2002 getroffen werden müssen, wurde ein von GGZ Nederland herausgegebenes so genanntes »Menübuch« verwendet. Darin werden die Ziele des Aktionsplans Alkoholfürsorge in Form von messbaren Produktionsvereinbarungen festgelegt. Basis-Einheiten sind unter anderem reguläre Behandlung (Intake und 15 Kontakte), das Vier-Gespräche-Modell (Intake, vier Gespräche und Auswertung), kurzfristige Gruppenarbeit (Intake und vier Gruppenkontakte), Gesprächsgruppen in Haftanstalten (acht Kontakte), Kinder von Problemtrinkern (Intake, individuelle Betreuung und zwölf Gruppenkontakte) sowie Dienstleistung (Stundentarif).

Für das Vier-Gespräche-Modell wird das Protokoll verwendet, das im Rahmen des Innovationsprojekts »Resultate erzielen« der niederländischen Suchthilfe entwickelt wurde. (siehe die Beiträge ab S. 18 dieser Ausgabe, Anm. d. Redaktion)

Im Jahre 2003 wird die Öffentlichkeit erstmals über die Resultate der zusätzlichen Bemühungen, mehr Problemtrinker zu erreichen, informiert. Anfang 2003 wird eine Nullmessung und ein standardisierter Bericht fertiggestellt sein.

Dann wird deutlich werden, ob und wie es uns gelungen ist, die Hilfsangebote für Problemtrinker auszubauen und besser zugänglich zu machen.

**Der Aktionsplan
ist als Maßnahme
der Qualitäts-
verbesserung zu
sehen**

Weitere Auskünfte:

**Suchthilfe GGZ
Nederland**

Postbus 8400

3503 RK Utrecht

☎ 00 31-30-2 87 33 69

✉ tdvos@ggz nederland.nl

Heino Möller, Edgar Zeissler

Der »Alkoholcent«

*Eine Gesundheitsabgabe auf Alkohol als Vorschlag zur
Sicherung der Finanzierung der Suchtkrankenhilfe*

Im Auftrag des Dezernenten der Gesundheitsabteilung im Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Dr. Wolfgang Pittrich, erarbeiteten Heino Möller und Edgar Zeissler als Mitarbeiter der Koordinationsstelle Sucht eine Vorlage für den Krankenhaus- und Gesundheitsausschuss des LWL, in der ein Vorschlag entwickelt wird, mit dem sowohl eine Steuerung und Begrenzung des Alkoholkonsumes als auch die langfristige finanzielle Absicherung der Präventions- und Hilfeangebote alkoholbedingter Gesundheitsstörungen erreicht werden soll.

Die Initiative, die mit dieser Vorlage von Westfalen-Lippe aus ergriffen wird, entspricht im Grundsatz den Forderungen, die auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Europäischen Union (EU), der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), den Landesgesundheitsministerien sowie von zahlreichen Fachleuten der Suchtkrankenhilfe erhoben werden.

An dieser Stelle kann nicht die gesamte Vorlage präsentiert werden, die Darstellung beschränkt sich auf einige einleitende und grundlegende Aspekte. Es besteht jedoch die Möglichkeit, den vollständigen Text bei der Koordinationsstelle Sucht anzufordern.

Ausgangssituation

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit ist eines der gravierendsten sozialmedizinischen Probleme in Deutschland mit nach wie vor besorgniserregenden Folgen für das private und öffentliche Leben. Eine erhebliche Zahl von Verkehrsunfällen, Selbstmorden und Gewaltverbrechen, Brandverursachungen, Verschuldungen, Kündigungen, Scheidungen – aber auch Missbildungen bei Kindern und dauerhafte seelische Schäden bei Betroffenen und ihren Angehörigen – sind bekannte und vielfach beschriebene unmittelbare Alkoholfolgen. Eine wirksame Prävention (im Sinne von frühzeitig angelegt, langfristig ausgerichtet, im Lebensraum verankert, Lebenskompetenz fördernd und abwechslungsreich gestaltet) ist nicht finanziert.

Festzuhalten ist auch, dass die Preise für alkoholhaltige Getränke nicht in dem Maße gestiegen sind, wie die sonstigen Lebenshaltungskosten. Zugleich gibt die Alkoholindustrie jährlich 552,2 Mio. Euro¹ für Werbung aus, die – obwohl anderes auf europäischer Ebene vereinbart ist² – gerade auf Jugendliche und junge Zielgruppen ausgerichtet ist. Der auf der Basis zugänglicher Daten geschätzte jährliche volkswirtschaftliche Schaden durch Alkoholkonsum beträgt rd. 20,45 Mrd. Euro.

28.000 Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss mit 1.100 Toten und 37.000 Verletzten werden jährlich registriert. 40% der schweren Körperverletzungen mit tödlichem Ausgang werden unter Alkohol begangen, ebenso 30% der Vergewaltigungen! Alkohol verursacht damit einen sehr großen Anteil der Sicherheitsprobleme in unserer Gesellschaft.

Die rund 82 Mio. Bundesbürger konsumieren durchschnittlich 10,6 Liter Reinalkohol pro Einwohner und Jahr. Nach wie vor ist die Bundesrepublik damit in der Spitzengruppe des pro-Kopf-Alkoholkonsums in der Welt. Die Häufigkeit von Trunkenheitserfahrungen gerade unter Kindern und Jugendlichen nimmt deutlich zu³.

Vielkonsumierer – mehrheitlich Männer jüngeren bis mittleren Alters – lassen sich mit folgenden Zahlen beschreiben: 5,6 Mio. Menschen praktizieren einen riskanten Alkoholgebrauch; der Konsum von 1,9 Mio. Menschen ist sogar als gefährlich zu klassifizieren und 350.000 Menschen in Deutschland praktizieren einen Hochkonsum⁴.

1 Gesamt-Werbeaufwendungen für alkoholische Getränke in 1999.
Quelle: Nielsen-Werbeforschung S+P, Hamburg

2 »Dublin Principles« des International Center of Alcohol Policy

3 WHO-Studie: »Alkoholkonsum unter jungen Europäern«,
W. Settertobulte, B.B. Jensen, K. Hurrelmann, WHO 2001, Regionalbüro für Europa

4 aus: »Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland 2000«, im Auftrag des BMG regelmäßig seit 1980 wiederholte Befragung
(riskanter Konsum: Männer 30-60, Frauen 20-40 Gramm Alkohol/Tag;
gefährlicher Konsum: Männer 60-120, Frauen 40-80 Gramm Alkohol/Tag;
Hochkonsum: Männer über 120, Frauen über 80 Gramm Alkohol/Tag)

Die leichte Verfügbarkeit und massive Bewerbung des Alkohols trägt zu dem hohen volkswirtschaftlichen Schaden durch Alkohol bei

Eine Folge davon ist die besorgniserregend hohe Zahl von 1,6 Mio Menschen in Deutschland, die als alkoholabhängig gelten⁵. Europäische und deutsche Studien weisen einen zunehmenden Alkoholkonsum bei jungen Erwachsenen⁶ nach. Ein Viertel der Todesfälle unter 15-29 jährigen Männern ist in Europa mit Alkohol verbunden. Generell können in Deutschland jährlich 42.000 Todesfälle mit Alkoholkonsum in direkte Verbindung gebracht werden; weiterhin kommt es zu 570.000 alkoholbedingten Krankenhausbehandlungen pro Jahr und 2.200 Kinder werden mit alkoholbezogenen Schädigungen geboren.

	Anzahl	Kosten (€) Bund
Alkoholbezogene Verstorbene	4.317	7,01 Mio.
Frühberentung	1.465	3,1 Mio.
Rehabilitation	4.205	1,1 Mrd.
Krankenhausaufenthalte	59.377	1,9 Mrd. 7

Da es für Deutschland bislang keine zentrale Erfassung der Krankheitskosten nach Krankheitsarten gibt, ermittelte das Robert-Koch-Institut differenzierte Schätzwerte zur Ermittlung sozioökonomischer Daten.

Dagegen werden die alkoholbedingten Steuereinnahmen (die zusätzlich zur Mehrwertsteuer erhoben werden) und Subventionen folgendermaßen ausgewiesen:

■ Branntwein- und Sektsteuer (Bund) 2,65 Mrd. Euro (1999)

■ Biersteuer (Länder) 869 Mio. DM (1999); (Hinweis: Wein ist alkoholsteuerfrei.)⁷

■ Über das Branntweinmonopol wird die Erzeugung von Obst- und Kornbränden mit 153,4 Mio. Euro/Jahr subventioniert.⁸

Bundesstudie des Robert-Koch-Institutes: Bergmann, E./Horch, K.; Sozioökonomische Daten zu gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums; in: DHS Jahrbuch Sucht 2001, S. 202 ff.

5 aus: »Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Deutschland 2000«, im Auftrag des BMG regelmäßig seit 1980 wiederholte Befragung

6 »Alkoholkonsum unter jungen Europäern« von Wolfgang Settertobulte, Bjarne Bruun Jensen und Klaus Hurrelmann, Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa 2001

7 Summenangaben veröffentlicht von: Bundesverband der Deutschen Spirituosen- Industrie und - Importeure e.V.

8 FAZ v. 08.08.2001

Der »Alkoholcent«

Die Finanzierung einer zeitgemäßen und angemessenen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wird zunehmend schwieriger. Zudem ist die Aufteilung der Leistungsträgerschaft im Suchtbereich in Deutschland besonders kompliziert, für Betroffene kaum nachvollziehbar und daher dringend reformbedürftig (so ist z.B. für die Akutbehandlung die Krankenversicherung, für die sogenannte Entwöhnungsbehandlung die Rentenversicherung und für Daseinsvorsorge und nichtmedizinische Angebote sind die Kommunen zuständig).

Durch eine Gesundheitsabgabe auf Alkohol könnten somit positive Effekte auf die

- Konsummenge (Verminderung),
- Finanzierung (langfristige Sicherung) und
- Ablaufprozesse (Vereinfachung, Wirksamkeit)

erzielt werden, wie sie von maßgeblichen Vertretern des Gesundheitsbereiches (z.B. Bundesärztekammer, DHS) seit langem gefordert werden.

Initiative zur Einführung einer Gesundheitsabgabe auf Alkohol

Mit der Initiative zur Einführung eines »Alkoholcents« nimmt der LWL aktiv Einfluss auf die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion und stellt gemeinsam mit wichtigen Partnern die ineffektiven Strukturen auf den Prüfstand.

Das Vorhaben erfordert allerdings die Entwicklung und nachhaltige Unterstützung einer profunden politischen Strategie. Ein solches »Bündnis für eine Gesundheitsabgabe« erfordert – neben einer kompetenten Steuerungsgruppe – die Suche nach engagierten und (fach-)politischen Mitstreitern auf kommunaler, Landes-, Bundes- und EU-Ebene, die Sichtung und Bewertung juristischer und organisatorischer Strukturbedingungen und eine strategische, flexible und effektive Lobbyarbeit. Kernargumente dabei sind:

- Innere Sicherheit: Alkohol ist Ursache für viele Straftaten und Unfälle
- Senkung der Kosten im Gesundheitssystem
- Langfristige, transparente und gesicherte Finanzierung
- Effizientere Kinder- und Jugendprävention
- Impulse zur Harmonisierung der (EU-)Steuersätze
- Angemessene Angebotsentwicklung für den steigenden Beratungsbedarf der Betroffenen und Angehörigen.

Das Vorhaben erfordert die Entwicklung und nachhaltige Unterstützung einer profunden politischen Strategie in einem »Bündnis für eine Gesundheitsabgabe«

Koordinationsstelle Sucht

Postfach

48133 Münster

☎ 02 51-5 91-38 71

☎ 02 51-5 91-54 84

✉ koordinationsstelle-sucht@lwl.org

Mechthild Neuer / Hans van Ommen

Niederländisch-deutscher LSP- BINAD-Tisch

**Die Struktur eines
regelmäßigen
niederländischen
Expertentreffens
wurde erstmals
auch binational
erprobt**

Am 13.11.2001 fand in Enschede erstmals ein »Niederländisch-deutscher LSP-BINAD-Tisch« statt. Beim »LSP-tafel«, so die niederländische Bezeichnung, handelt es sich um eine langjährige Tradition der niederländischen Landesfachstelle Prävention (Landelijke Steunfunctie Preventie, LSP), Utrecht. Mehrere Male im Jahr treffen sich dabei Präventionsexperten aus dem ganzen Land, um während eines kleinen Mittagsimbisses über ein bestimmtes Thema aus dem Bereich der Suchthilfe zu diskutieren und zu reflektieren. Inhaltlich geht es um aktuelle Entwicklungen sowie neue Projektideen und Arbeitsansätze.

In Erweiterung dieses tradierten Rahmens fand gemäß der jüngst vereinbarten Kooperation zwischen LSP und BINAD eine Zusammenkunft über **»Zusammenarbeit zwischen Jugend- und Suchthilfe«** statt, einem Thema, das sowohl in den Niederlanden als auch in Deutschland aktuell ist. Zwei Einführungsreferate leiteten die Diskussion ein. Zunächst erläuterte Yildiz Geceer von der Abteilung Prävention und Beratung der Suchthilfeorganisation TACTUS, Enschede, ihr praxisbezogenes Kooperationsprojekt, das seit Anfang 2000 durchgeführt wird. Das umfangreiche, klar strukturierte Angebot der Schulung und Begleitung richtet sich an das Management und die Mitarbeiter von Einrichtungen der Jugendhilfe sowie auf Jugendliche im Alter von 12 bis 25 Jahren und deren Eltern. Vertiefend ging sie auf motivierende Gesprächstechniken mit Jugendlichen ein, die auf dem Veränderungsmodell von Prochaska und Diclemente basieren.

Dr. Thomas Seifert von der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg, Stuttgart, zeigte auf, welche Schwierigkeiten und Hemmnisse in der Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe bestehen und beleuchtete die aktuelle Situation. Er plädierte unter anderem für ein Verbundsystem und die Nutzung von Synergieeffekten beider Systeme. Er ermutigte die Jugendhilfe, den Umgang mit dem Thema »Sucht« als Qualitätsmerkmal der Einrichtung zu definieren. Beispiel für eine gelungene Kooperation sind die so genannten Tandenteams, in denen Mitarbeiter der mobilen Jugendhilfe und Streetworker der Drogenberatung gemeinsam auf Jugendliche zugehen.

Tabuthema Sucht in der Jugendhilfe

Die Vertreter beider Länder waren sich unter anderem darin einig, dass die Jugendhilfe viele suchtgefährdete junge Menschen betreut. Diese Tatsache alleine rechtfertigt bereits die Notwendigkeit einer guten Kooperation zwischen Jugend- und Sucht-

hilfe. Gleichzeitig ist das Thema »Drogengebrauch/Sucht« innerhalb der Jugendhilfe nach wie vor mit einem Tabu belegt, das die aktive Auseinandersetzung behindert, wenn nicht sogar unmöglich macht.

Im Laufe der Diskussion wurde deutlich, dass die Strukturen der sozialen Landschaft in beiden Ländern sehr unterschiedlich sind. Während es auf deutscher Seite in der Sucht- und Jugendhilfe eine Vielfalt von Trägern mit unterschiedlicher Weltanschauung gibt, sind es auf niederländischer Seite eine überschaubare Anzahl großer, regional orientierter Organisationen – was sich in der Drogenhilfe im übrigen ähnlich darstellt. Themen wie z.B. Konkurrenz scheinen auf der niederländischen Seite eine nicht so große Rolle zu spielen, was die Kooperation erheblich erleichtert.

Auf deutscher Seite gibt es trotz vereinzelter guter Beispiele von Kooperation noch erheblichen Diskussionsbedarf. Fragen der Finanzierung sowie der Zuständigkeit zwischen Präventionsfachstelle und Drogenberatung gilt es beispielsweise noch zu klären. Auch stellte sich die Frage, wie ernst die Drogenhilfe die Jugendhilfe nimmt. Hat ein Jugendlicher – zumindest vordergründig – »lediglich« ein Problem mit Cannabiskonsum, so reagiert die Drogenhilfe eher desinteressiert.

Weg von der Konzentration auf »Drogen« und »Sucht«

Auf niederländischer Seite berichtete ein Vertreter einer stationären Einrichtung der Jugendhilfe von positiven Veränderungen durch die Kooperation mit der Suchthilfe: Es ist kein Tabu mehr, über Drogen und deren Konsum zu sprechen. Diese offenere Kommunikation wirkt sich positiv auf die Beziehung zu den Jugendlichen aus, und der Cannabiskonsum hat sich zumindest stabilisiert.

Weiterhin gab es interessante Erfahrungen in Bezug auf die Thematisierung des Suchtproblems innerhalb der Jugendhilfe. Da der Begriff »Drogen« eher Angst auslösend wirkt, ist die Verwendung des Begriffes »Genussmittel« vorzuziehen. Ähnlich verhält es sich bei der Fokussierung auf die Thematik der Abhängigkeit. Steht dagegen die Verbesserung der Alltagssituation im Kontakt zwischen den Jugendlichen und dem betreuenden Team im Mittelpunkt – der Konsum von Genussmitteln ist dabei ein Thema unter vielen – so ist es leichter, in einen Prozess der Veränderung einzusteigen.

Bei diesem ersten niederländisch-deutschen LSP-BINAD-Tisch kamen im regen Austausch noch weitere Erfahrungen und Diskussionspunkte zur Sprache. Das Interesse, mehr über die Funktionsweise beider Systeme im anderen Land und die Formen der Zusammenarbeit zwischen Kollegen zu erfahren, war auf beiden Seiten genauso groß wie die Bereitschaft, über die eigenen Erfahrungen zu berichten. Einige Teilnehmer äußerten ihr Interesse an einer weiteren Zusammenkunft, mit dem Ziel, gezielt und vertiefend auf einige Fragestellungen eingehen zu können.

Jugendhilfe und Drogenhilfe sollten über die Verbesserung der Alltagssituation sprechen – nicht in erster Linie über Sucht und Drogen

Weitere Informationen über:

BINAD Münster
☎ 02 51-5 91-31 54
✉ binad@lwl.org

BINAD Enschede
☎ 00 31-53-4 33 14 14
✉ vanommen.binad@tactus.nl

Eberhard Schatz

Mobilität und Drogenkonsum in Europa – Erfahrungen und Resultate des AC COMPANY Projektes

Mit der erneuten Bewilligung von EU-Mitteln zum 31.12.2001 konnte die dritte Laufzeit des bei DHV/AMOC in Amsterdam angesiedelten Projektes »AC COMPANY« zur Netzwerkarbeit im Zusammenhang mit mobilen Drogenkonsumenten in Europa gestartet werden.

Bis zum 31.12.2003 werden nun 26 Partner aus 22 Ländern am weiteren Ausbau des Netzwerkes, an der Evaluation des Phänomens der Mobilität unter Drogenabhängigen sowie an der Entwicklung von Strategien zum Umgang mit dem Phänomen arbeiten.

Eberhard Schatz, der Koordinator des Projektes, beschreibt im folgenden Text die bisherigen Entwicklungen.

Die wirtschaftliche und politische Entwicklung Europas, das Wegfallen von Grenz- und Passkontrollen nach dem Schengener Abkommen mit nunmehr 15 angeschlossenen Ländern sowie das Erleichtern der Arbeitsaufnahme im europäischen Ausland haben ihre Auswirkungen auch auf Drogengebrauch und die Mobilität von Drogengebrauchern.

Die Entwicklungen und Änderungen im Rechtssystem der EU-Länder veränderten ebenfalls die Strömungen und das Verhalten von Drogengebrauchern. Die Veränderung der EU-Strukturen seit dem Maastrichter Vertrag 1993 (Elemente der Drogenpolitik wanderten vom Justizpfeiler zum Gesundheitspfeiler) machte neue drogenpolitische Standpunkte auf Europa- und Landesebene möglich. Die Öffnung der Länder Osteuropas und die bevorstehenden Beitritte zur Europäischen Gemeinschaft wirken sich ebenfalls auf Mobilität und Drogengebrauch aus. Die Einwanderung von Immigranten und die Flüchtlingsproblematik sind ein ernstzunehmendes Element beim Thema Mobilität und Drogengebrauch.

Mobilität Deutschland – Niederlande

Noch immer ziehen die Niederlande viele deutsche Drogenkonsumenten an. Die Situation hat sich in den 90er Jahren entspannt, es kann von einer Stabilisierung seit 1996 gesprochen werden. Cannabiskonsumenten zieht es in die Coffeshops Amsterdams und der Grenzregionen. Käufer harter Drogen findet man vornehmlich in Rotterdam und Amsterdam.

Nur ein kleiner Teil dieser Gruppe entwickelt Probleme in den Niederlanden oder kommt mit dem Ziel, sich längere Zeit dort aufzuhalten oder gar niederzulassen. Gerade für diese Menschen sind AMOC in Amsterdam und die Pauluskerk in Rotterdam wichtige Anlaufstellen. Um weiterer Marginalisierung und den damit verbundenen Problemen gesundheitlicher und sozialer Art vorzubeugen bzw. diese zu entschärfen, wird mit Hilfe von AC COMPANY ein Netz von Einrichtungen und Kontakten aufrecht erhalten, in dem adäquate Angebote vorgehalten werden.

AC COMPANY setzt sich dafür ein, die Hilfe vor Ort auszubauen und nicht einseitig auf »Entmutigungspolitik« zu setzen. Als Erfolg mag in dieser Hinsicht gelten, dass die Gemeinde Amsterdam nun strukturell einen Nachtauffang für ausländische Gebrauchter finanziert (6 Betten).

Hin und wieder erreichen Betroffene mit Hilfe von AMOC eine unbefristete Aufenthaltsgenehmigung – meistens aus humanitären Gründen – und erhalten so Zugang zu Sozialhilfe und Krankenversicherung. In anderen Fällen wird eine Rückkehr von den Behörden förmlich erzwungen, auch wenn sachlich ein Verbleib in den Niederlanden sinnvoller wäre. Als Beispiel mag hier der Fall einer jungen Frau gelten, welche zwar noch mit deutschem Pass ausgestattet war, aber als Tochter einer Holländerin schon 15 Jahre in Rotterdam lebte und kaum noch Deutsch sprach. Ohne allerdings Arbeit oder Adresse nachweisen zu können und wiederholt straffällig geworden, musste sie von einer Mitarbeiterin nach Deutschland gebracht werden (eine ausführliche Schilderung dieses Falles findet sich auf der Webseite im Internet: www.ac-company.org). Im Hinblick auf europäische Integration auch im Sozialbereich sollte diese Verfahrensweise bald der Vergangenheit angehören.

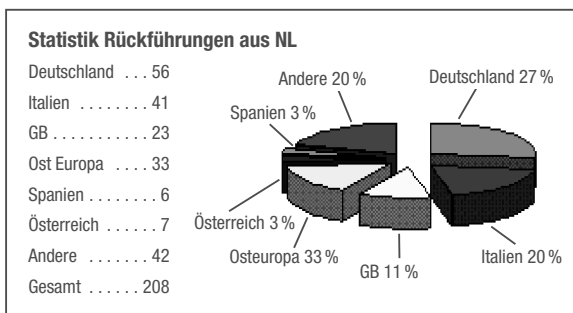
AC COMPANY Grundsätze

- Das Selbstbestimmungsrecht ist Grundlage jeder Klientenarbeit, sowohl bei Rückführungen als auch bei Integration im Gastland.
- Hilfe und Unterstützung (soziale Hilfe, Therapie, Rechtsberatung, Gesundheitsfürsorge) soll dort ermöglicht werden, wo die Person sich aufhält.
- Hilfe und Unterstützung soll sich an den Grundsätzen der Risikoreduzierung (harm-reduction) ausrichten.
- Hilfe und Unterstützung soll frei zugänglich sein und ohne finanzielle Beiträge ermöglicht werden, vorzugsweise von Personen, welche die Sprache und die Kultur der KlientInnen kennen.
- Ausländische KlientInnen sollen dieselbe Unterstützung und Fürsorge wie einheimische KlientInnen erhalten; unnötige internationale bürokratische Hemmnisse müssen abgebaut werden (z.B. bei Kostenfragen).
- Angehörige der zweiten Generation dürfen bei Verstößen gegen das Betäubungsmittelrecht nicht ins Heimatland der Eltern abgeschoben werden.
- DrogengebraucherInnen dürfen wegen ihres Gebrauchs nicht kriminalisiert und diskriminiert werden.

Andere haben tatsächlich keinerlei Perspektive in den Niederlanden, ihnen ist eine Rückkehr stark zu empfehlen (s. auch BINAD-«Handbuch Repatriierung»). In Nordrhein-Westfalen ist die Einrichtung KESH, Arbeitskreis für Jugendhilfe, Hamm, direkter Partner für diesen Personenkreis. Mit einer halben Personalstelle (finanziert über AC COMPANY) wird hier den Rückkehrern kompetent und effizient geholfen. Das KESH-Konzept (Wohnen; Betreuung, aber auch viel persönliche Verantwortung; Substitution vom ersten Tag an; Hilfe bei der Wiedereingliederung) ist ausgesprochen erfolgreich und bietet die besten Chancen einer Reintegration auch in schwierigen Fällen. Ähnlich arbeitet die Einrichtung LÜSA in Unna. Auch hier ist man bereit, Rückkehrern eine neue Chance zu geben.

Immigration und Drogengebrauch

Immigration von außerhalb der EU



In dieser Darstellung kann nicht auf die unterschiedlichen Facetten – u.a. Asylanfragende, Illegale, Ex-Jugoslawien – eingegangen werden, sondern es können nur einige allgemeine Feststellungen getroffen werden.

Die Zuwanderung von Menschen, die von außerhalb der europäischen Union kommen, ist europaweit eins der aktuellsten und problematischsten Themen und wird

sehr kontrovers diskutiert. Besonders in den südlichen Mitgliedsstaaten (Italien, Spanien) führt die Konfrontation mit dieser Gruppe zu heftigen Reaktionen.

Ein Teil davon sind Drogengebraucher, die auch in der Drogenszene als Kleindealer tätig sind. Nach den vorliegenden Zahlen erscheint dieser Anteil prozentual jedoch nicht höher als bei einheimischen Gebräuchern zu liegen. In Italien und Spanien wird bisher sehr pragmatisch mit dieser Gruppe umgegangen, falls es zu Kontakten und Hilfsfragen kommt (Was Italien betrifft, drohen allerdings massive Verschlechterungen durch die Vorhaben der Berlusconi-Regierung.) Es werden Spritzen verteilt und bei medizinischen Problemen ist oft Behandlung möglich. Durch den meist illegalen Status sowie sprachliche und kulturelle Probleme aber sind viele dieser Menschen von weitergehender Hilfe ausgeschlossen, was auch volksgesundheitliche Risiken in sich birgt. Auf diesem relativ neuen Gebiet ist es wichtig, die Erfahrungen in den verschiedenen Ländern Europas auszutauschen und praktikable Modelle im Präventions- und Behandlungsbereich zu entwickeln. Politikern muss klargemacht werden, dass Negierung oder Repression die Risiken lediglich vergrößern wird.

Osteuropa

Die Öffnung Osteuropas führte bisher nicht zu einem großen Ansturm osteuropäischer Gebraucher nach Westeuropa, wohl gibt es in jedem Land der Union kleinere Anzahlen dieser Gruppen. Eine besondere Klientel formt die Gruppe von jungen Männern und Frauen, die in der Prostitution arbeiten, ein Teil hiervon experimentiert mit Drogen, ein kleinerer Teil ist mittlerweile drogenabhängig.

Es gibt europaweit noch keine verlässlichen Zahlen und Untersuchungen über den Hintergrund und die Motive dieser Menschen, sich in Westeuropa aufzuhalten. Eine erste Bestandsaufnahme von AC ergab, dass ein Teil, besonderes aus Polen und Tschechien, als Drogentouristen definiert werden können, die z.T. englisch sprechen und nur in Ausnahmefällen Probleme entwickeln. Schwieriger ist die Beurteilung der Gruppe von Drogengebrauchern aus Russland, der Ukraine und anderen Ländern der ehemaligen Sowjetunion. Hier ergeben sich große Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten, sollten sie in Kontakt zur Drogenhilfe treten. Auch bestehen bestimmte, z.T. mafiöse Strukturen.¹

Bei der Gruppe mobiler Drogengebraucher aus Osteuropa kann man von zukünftig steigenden Zahlen ausgehen, was genauere Untersuchung, Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe und Netzwerkarbeit mit Einrichtungen aus den entsprechenden Ländern notwendig macht.

Einen besonderen Status hat die große Zahl von drogengebrauchenden Russlanddeutschen in der Bundesrepublik Deutschland.

Falls Angehörige dieser Gruppen sich an die Drogenhilfe wenden, werden sie vielfach mit »durchgezogen«, d.h., mit Nadeltausch, Hygieneartikeln etc. versorgt, weitgehende Angebote können aber nicht gemacht werden. Es ist deutlich (z.B. Antwerpen), dass ein Teil dieser Gruppe auch HIV positiv ist oder bereits erkrankt ist. AC COMPANY wird dieser Problematik in der Zukunft besondere Beachtung schenken. In Antwerpen, das mit einer großen Zahl russisch sprechender Drogengebraucher zu tun hat, wird eine Stelle finanziert, um mit dieser Zielgruppe Kontakt zu legen.

¹ AC Workshop u. Situation Antwerpen, AC Bericht Slowenien

Die Mobilität gerade auch der Menschen aus Osteuropa ist groß, die Drogenprobleme dort auch – europaweite Zusammenarbeit ist unabdingbar

Schlussfolgerungen

Drogen und Mobilität bleibt gewiss in den nächsten Jahren ein aktuelles Thema. Eindeutig zeigt sich eine Bewegung von in ihrer Drogenpolitik repressiven Staaten, die dadurch einen Teil ihres Drogenproblems abschieben, aber nicht lösen, in pragmatischere Länder. Die Mobilität aus wirtschaftlichen Gründen wird weiter anwachsen und mehr und mehr einen interkulturellen, integrierten Ansatz in der Drogenhilfe herausfordern. Hierzu ist es wichtig, dass Politiker, Einrichtungen und Praktiker über ihren Tellerrand herausblicken und europaweit zusammenarbeiten.



*Gruppenbild des
AC Company-
Meetings zum
Abschluss der
zweiten
Förderungs-
periode*

Help on the spot, Integration statt Ausgrenzung sind auf den Punkt gebracht die wichtigsten Schlussfolgerungen, die wir aus der Arbeit mit mobilen Drogengebrauchern ziehen können. Soll auch die soziale Annäherung Europas umgesetzt werden, muss der Zugang zum Hilfesystem auch für mobile Drogengebraucher gewährleistet werden und die interkulturelle, länderübergreifende Arbeit gestärkt werden. Hinsichtlich der Immigrationsbewegung, der Öffnung der europäischen Gemeinschaft nach Osteuropa muss jetzt ein geeignetes Instrumentarium entwickelt und bereitgestellt werden, um diesen Herausforderungen gerecht zu werden.

Die AC COMPANY Website

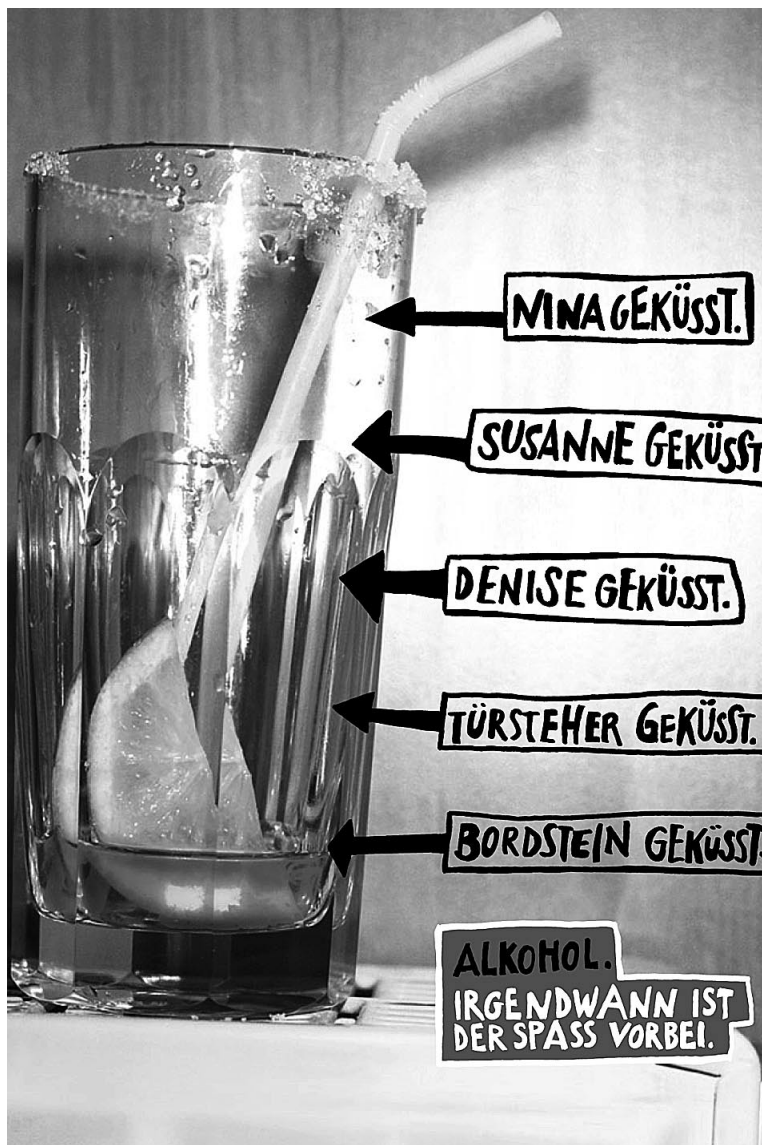
bietet eine Fülle von Informationen für länderübergreifende Zusammenarbeit :

- Definition mobile Drogengebraucher
- Modelle
- Behandlungstrajekte
- Drogenpolitische Informationen über alle beteiligten Länder
- Checkliste über konkrete Fragen der Drogenhilfe
- News und Forum
- Ansprechpartner in ganz Europa

www.ac-company.org

AMOC/DHV

Stadhouderskade 159
1074 BC Amsterdam
tel. 0031-20-672 11 92
fax.0031-20-671 96 94
eschatz@amoc.demon.nl





**Dirk J. Korf, Marijke van der Woude,
Annemieke Benschop, Ton Nabben**

Coffeeshops, Jugend & Tourismus

Rozenberg Publishers, Amsterdam 2001

Diese Studie wurde im Auftrag des Wissenschaftlichen Untersuchungs- und Dokumentationszentrums (Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, WODC) des Justizministeriums durch das »Criminologisch Instituut Bongers« der Universität von Amsterdam durchgeführt und ist leider nur in niederländischer Sprache erhältlich.

Anfang der achtziger Jahre gab es in den Niederlanden nur wenige Coffeeshops, die weiche Drogen verkauften. Im Laufe der neunziger Jahre nahm deren Anzahl nach Auffassung der Behörden jedoch sprunghaft zu, was eine drastische Reduzierung der Zahl der Coffeeshops erforderlich machte. Zurzeit gibt es rund achthundert Coffeeshops, die über zirka einhundert Kommunen verteilt sind. In den meisten Kommunen gibt es also überhaupt keine Coffeeshops. Bis zum Jahre 1996 durften Coffeeshops Haschisch und Marihuana an Jugendliche ab 16 Jahren verkaufen, und jeder Kunde konnte bis zu 30 Gramm pro Transaktion erwerben. Heute beträgt das Mindestalter 18 Jahre und die maximale Menge pro Transaktion 5 Gramm.

Von der Anhebung des Mindestalters erhofften sich die Behörden einen Rückgang des Konsums von weichen Drogen unter Jugendlichen. In diesem Buch wird untersucht, ob dieses Vorhaben gelungen ist. Wie viele Jugendliche unter 18 Jahren konsumieren derzeit Cannabis? Woher beziehen sie das Haschisch oder Marihuana? Hat sich der Markt an Orte verlagert, wo die Jugendlichen leichter in Kontakt mit harten Drogen kommen?

Die Senkung der Höchstmengen auf 5 Gramm hatte vor allem zum Ziel, die Zahl der Touristen, die zum Erwerb weicher Drogen in die Niederlande kommen, zu verringern. Ist dies in der Praxis gelungen? Wie handhaben Coffeeshops die Fünf-Gramm-Grenze? Halten sie sich strikt daran oder drücken sie des öfteren ein Auge zu? Kommen in der Tat weniger belgische, deutsche und französische Cannabiskonsumenten in die Niederlande oder haben sie Wege gefunden, um diese neuen Maßnahmen zu umgehen?

Coffeeshops, Jugend und Tourismus verschafft Antworten auf diese und andere Fragen. Die Autoren haben umfangreiche Studien in Coffeeshops durchgeführt und zudem Cannabiskonsumenten befragt, die noch zu jung für Coffeeshop-Besuche sind. Außerdem interviewten sie Beamte, Polizisten und Jugendsozialarbeiter. Das Buch zeichnet ein sowohl für Entscheidungsträger und Präventionsmitarbeiter als auch für Coffeeshop-Betreiber und Cannabiskonsumenten überraschendes Bild der Auswirkungen der neuen behördlichen Maßnahmen auf die Praxis.

**Konnte
tatsächlich die
Zahl der
ausländischen
Coffeeshop-
Kunden gesenkt
werden?**

Hartmut Klöckner

Ecstasy und Normenbewußtsein

Eine kriminalsoziologische Studie zu einem Massenphänomen

Tectum Verlag Marburg, 2001, ISBN 3-8288-8226-9

Viele empirische Studien weisen immer wieder darauf hin, dass die überwiegende Anzahl der zumeist jugendlichen Ecstasybenutzer sehr genau darüber informiert ist, dass der Konsum von Ecstasy verboten ist, wovon aber offensichtlich keine abschreckende Wirkung ausgeht.

Dieses Buch geht der Frage nach, ob das bewusste Hinwegsetzen über gesetzliche Normen auf die »Parallelwelt« der Techno-Szene beschränkt bleibt oder ob Jugendliche dieses Ignorieren strafbewerteten Verhaltens auch in den alltäglichen Lebensvollzug transferieren und dort delinquent werden.

Können Jugendliche auf Dauer mit der Stringenz zwischen »Alltagsnormen«, die einzuhalten sind, und selbstbestimmten »Feier-/Freizeitnormen« trennscharf umgehen? Oder muss es nicht vielmehr zwangsläufig dazu führen, dass auch im Alltag Normen der eigenen Disposition und Modifikation anheim gestellt werden?

Im Buch wird dem Leser zunächst ein Überblick über die letzten fünf Jahrzehnte der Jugendkultur in Deutschland vermittelt. Daran schließt sich eine Zusammenfassung der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse über die »Modedroge« Ecstasy an, gefolgt von juristischen, kriminologischen und statistischen Erkenntnissen. Im Zentrum des Buches stehen die Antwort auf die Frage nach den kriminogenen Einflussfaktoren zwischen Individualisierungstheorem und Techno-Kultur sowie eine empirische Untersuchung zur Frage nach einer Kausalitätskette zwischen Ecstasykonsum und zusätzlicher Deliquenz.

(Verlagstext)



Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. – deQus

Manual zum Qualitätsmanagement in der stationären Suchttherapie

Im Jahr 2000 wurde die Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. gegründet. Sie hat das Ziel, ihre Mitglieder bei der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systemes zu unterstützen.

Das Qualitätsentwicklungs-Konzept der deQus wird in diesem Manual, das im März 2002 herausgegeben wurde, vorgestellt. Es beruht auf den Grundsätzen Qualifikation und Kooperation. Die Qualitätsbeauftragten der teilnehmenden Kliniken werden in einem gemeinsamen Weiterbildungsprogramm zu Qualitätsmanagern qualifiziert. Die Kooperation der beteiligten Kliniken hilft, gemeinsam bessere Lösungen zu entwickeln. Durch die bundesweite Zusammenarbeit bei der Qualitätsmanagement-System-Entwicklung werden nicht nur Erfahrungen und Ideen ausgetauscht, sondern auch gemeinsam Verbesserungen entwickelt.

Dieses Manual bietet die Möglichkeit, das Qualitätsmanagement-System einer Einrichtung systematisch zu prüfen. Es geht von der international anerkannten Norm ISO 9001 aus. Darüber hinaus berücksichtigt es, soweit zweckdienlich, Elemente der EFQM. Optional sind die Fragen zur praktischen Umsetzung der Werteorientierung einer Einrichtung.

Das Manual ist als Vorlage für interne und externe Audits gedacht. Es kann jedoch auch dazu eingesetzt werden, während der Entwicklung eines Qualitätsmanagement-Systems zu prüfen, wie weit man sich dem Ziel bereits genähert hat. Es beschreibt inhaltlich die Anforderungen an ein funktionsfähiges Qualitätsmanagement-System. Dabei ist es praxisorientiert, d.h. die Anforderungen sind in der Praxis abbildbar und erfüllbar.

(Auszüge aus dem Vorwort)

DeQus

Kurt-Schumacher-Str. 2
34117 Kassel
☎ 05 61-10 84 41
☎ 05 61-10 28 83
✉ info@dequs.de
www.dequs.de

**Schneider, W. / Buschkamp, R. /
Follmann, A. (Hg.)**

Grenzerfahrungen: Medizin, Drogenhilfe und Recht

Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2001

Dieser 34. Band in der Buchreihe »Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit«, hrsg. von INDRO e. V., basiert auf einer Informationsfachveranstaltung zum Thema »Grenzerfahrungen: Medizin, Drogenhilfe und Recht«, die am 12.09.2001 im Ärztehaus der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Münster stattfand. Drogenhilfe und Medizin steht immer noch vor einem Problem: Sie gerät mit allen Angeboten der Suchthilfe (Substitution, niedrigschwellige Hilfsangebote der »Harm-Reduction«, Drogenkonsumräume etc.) bei der gegebenen Gesetzeslage unweigerlich an die Grenze zur Illegalität. Mit dieser Veröffentlichung werden einige der unterschiedlichen rechtlichen Problembereiche im Rahmen der medizinischen und drogenhilfepraktischen Unterstützungen für drogenkonsumierende Menschen beschrieben und mögliche Wege zur Veränderung aufgezeigt.

INDRO e.V.

Bremer Platz 18-20

D-48145 Münster

☎ 02 51-6 01 23

☎ 02 51-66 65 80

✉ INDROeV@t-online.de

Tilmann Holzer

Globalisierte Drogenpolitik Die protestantische Ethik und die Geschichte des Drogenverbotes

VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung, ISBN 3-86135-245-1

Dieser 35. Band in der Buchreihe »Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit«, hrsg. von INDRO e. V., behandelt das Thema einer Globalisierung der Drogenpolitik aus historischer Perspektive. Zentrales Erkenntnisinteresse ist, die Entstehung der Norm »Drogenverbot« kulturgeschichtlich nachzuzeichnen. Betrachtet man die Entstehung und Vorgeschichte des Drogenverbots, so gelangt man an empirisches Material, welches die dominierende »medizinisch-pathologisierende Sicht« relativiert. Diese Veröffentlichung erweitert nun die Drogenverbotsgeschichte um eine politikwissenschaftliche Dimension. Insofern wird hier überaus tief-schürfend die Bedeutung der politischen Aushandlung im Rahmen internationaler Konventionen und nationalstaatlicher Umsetzungsprozesse detailreich aufgearbeitet und zu einer politisch aufschlussreichen Gesamtkonstruktion verdichtet. Eine wichtige Untersuchung, die die bisherige historische Lücke schließt.

INDRO e.V.

Bremer Platz 18-20

D-48145 Münster

☎ 02 51-6 01 23

☎ 02 51-66 65 80

✉ INDROeV@t-online.de



**Jutta Jacob, Karlheinz Keppler,
Heino Stöver (Hrsg.)**

LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug

AIDS-FORUM DAH, Band 42 – Teil 1 - ISBN 3-930425-44-0 / Teil 2 - ISBN 3-930425-46-7

»LebHaft« wendet sich an alle, die zum Thema »Gesundheitsförderung im Strafvollzug« arbeiten (wollen). In beiden Teilbänden berichten Fachleute aus Deutschland und aus anderen europäischen Ländern über ihre Erkenntnisse und Erfahrungen. Neben einer Fülle von Daten zur gesundheitlichen Situation hinter Gittern liefern sie wertvolle Anregungen für die Ausgestaltung »lebhafter« Gefängnisse.

Teil 1 liefert die Grundlagen. Er enthält eine Bestandsaufnahme zum Umgang mit DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug, präsentiert die Ergebnisse der Evaluation verschiedener Modellprojekte zur Infektionsprophylaxe und analysiert den Zusammenhang zwischen Hafterfahrung und Drogentod.

Teil 2 berichtet über die Praxis und die Perspektiven gesundheitsfördernder Maßnahmen in Haft und stellt Empfehlungen sowie Leitlinien zur HIV- und Hepatitisprävention bei Gefangenen vor.

**Deutsche AIDS-Hilfe
e. V.**

Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin

✉ dah@aidshilfe.de
www.aidshilfe.de

Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.

Die Zukunft der Suchtbehandlung: Trends und Prognosen

Band 25, 2002, Best.-Nr. 218

**NEULAND Verlags-
gesellschaft mbH**

Postfach 1422
21496 Geesthacht
☎ 04152-813-42
☎ 04152-813-43

✉ vertrieb@neuland.com
www.neuland.com

Der Band befasst sich u.a. mit Themen wie

- Paradigmenwechsel in der Behandlung Suchtkranker
- Case Management in der Praxis
- Neue Interventionsformen und -methoden
- Die Zukunft der abstinentenorientierten Drogenrehabilitation
- Konkrete Ansätze zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben
- Trends und Entwicklungen in der Sozialtherapie