



*Fachstelle  
grenzübergreifende  
Zusammenarbeit*

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



# **BINAD** **INFO** **23**

*Schwerpunktthema*

■ ***Drogenhilfe  
in Europa***



**Landschaftsverband  
Westfalen-Lippe** [www.lwl.org](http://www.lwl.org)

## Impressum

### **BINAD-INFO 23** **Oktober – Dezember 2002**

Herausgeber: **BINAD – Fachstelle grenzübergreifende Zusammenarbeit**  
Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Abteilung Gesundheitswesen  
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle Sucht  
Leiter: Wolfgang Rometsch

Redaktion: Rüdiger Klebeck, Mechthild Neuer,  
Hans van Ommen

Übersetzung: Martin Schmeltzle  
Frederik Wanink  
Johannes Reef

Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind die Verfasser verantwortlich.

Die Redaktion nimmt gerne Beiträge externer Autoren entgegen. Sie behält sich jedoch das Recht vor, diese Beiträge vor der Veröffentlichung in Abstimmung mit den Autoren zu kürzen bzw. redaktionell zu überarbeiten.

Layout: Lütke-Fahle-Seifert AGD, Münster

Druck: Burlage, Münster

Auflage: 1.400

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

 Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport, Den Haag

Kontaktadressen: **BINAD**  
Warendorfer Str. 25-27  
Postfach  
48133 Münster  
Tel.: 0251-591-3268 oder -3154  
Fax: 0251-591-5499  
E-mail: binad@lwl.org  
Intnet: www.binad.de

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

<b>Intro</b> .....	2
<b>Infos</b> .....	4
<b>Thema »Drogenhilfe in Europa«</b>	
■ <i>Perspektiven aus Europa: Zunehmendes Bewusstsein für die Folgen der Drogenpolitik</i> .....	8
David Borden	
■ <i>Politische Ausrichtung der Präventionspolitik (Harm Reduction) in Italien</i> .....	12
Marco De Giorgi	
■ <i>Anschlussbericht zur Drogenpolitik</i> .....	16
Ministerium für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport	
■ <i>Cannabisreport 2002</i> .....	19
■ <i>Bericht zur Fachtagung grenzüberschreitende soziale Dienste/Sozialarbeit</i> .....	23
Bernhard Döveling	
■ <i>Stärkung der Suchthilfe in Osteuropa – Hintergründe und Nutzen von Kooperationsprojekten</i> .....	26
Wim Buisman	
■ <i>Zu Fragen der Integration von Spätaussiedlern aus der GUS in Deutschland</i> .....	31
Nadeshda Konstantinova Radina	
■ <i>Die Drogenproblematik in Russland</i> .....	36
Svetlana Iliina	
■ <i>Netzwerk zur Harm-Reduction in Mittel- und Osteuropa (CEE-HRN)</i> .....	39
Raminta Stuikyte	
■ <i>Die Arbeit mit tschechischen Drogenkonsument/innen in Bozen</i> .....	44
Kamila Jezerksa	
■ <i>Sucht in Ex-Jugoslavien</i> .....	47
Ulrike Blatter	
■ <i>Effektivität sekundärpräventiver Maßnahmen</i> .....	54
Manfred Rabes	
■ <i>Länderübergreifende Zusammenarbeit, Vernetzung und Internet im Drogenbereich</i> .....	57
Eberhard Schatz	
■ <i>Schweiz verteidigt Liberalisierung von Cannabis</i> .....	62
The Week Online	
■ <i>Drogenarbeit in Slowien</i> .....	64
AIDS-Foundation Robert	
■ <i>Sucht als Überlebenschance für Frauen mit Gewalterfahrung</i> .....	68
HeXenHaus	
■ <i>Cannabiskonsum in Westeuropa unter dem Einfluß rechtlicher Rahmenbedingungen</i> .....	70
Karl-Heinz Reuband	
<b>Podium »Perspektiven einer neuen Drogenpolitik?«</b>	
■ <i>Leitlinien einer neuen Drogenpolitik</i> .....	72
Rob Steinbuch	
<i>Anmerkungen zur derzeitigen Finanzierung der ambulanten Suchthilfe in NRW</i> .....	82
Michael Wedekind	
<i>Qualitätsmanagement in der niederländischen Suchthilfe – das Beispiel der Brjder-Stiftung</i> .....	85
Hans van Heel	
<i>Lifestyledrogen im Straßenverkehr: Fakten und subjektive Theorien der User</i> .....	90
Teresia Widera, Hans-Peter Krüger	
<b>Publikationen</b> .....	94
<b>Ankündigungen</b> .....	104

**Der Wind ist rauher geworden – und damit ist jetzt nicht die herbstliche Wettererscheinung gemeint, die uns scheinbar in zunehmendem Maße ins Haus steht. Bei einer Fachpublikation aus dem Bereich der Sucht- und Drogenhilfe geht es bei diesem Bild vielmehr um das Klima, in dem – eben auch europäisch gesehen – die Drogenarbeit stattfindet. Und da gibt es einige neue Herausforderungen, die uns das Leben schwerer machen, indem sich die Rahmenbedingungen verändern.**

**Einige Beispiele dazu:**

Da ist die **italienische Situation** mit der Berlusconi-Regierung, die am liebsten die Zeit zurück drehen möchte und es dem Teil des Hilfesystems sehr schwer macht, der sich um die Weiterentwicklung bzw. den Erhalt der niedrigschwelligen Hilfs- und Beratungsangebote wie auch um die Prävention im Sinne der Schadensbegrenzung bemüht.

Da ist weiterhin die **Öffnung Osteuropas** zu nennen, die einerseits die gewünschte Annäherung und damit den erhofften wirtschaftlichen Aufschwung bringt, die den Weg frei gemacht hat für demokratische Entwicklungen in diesen Ländern und die uns alle vor die Aufgabe gestellt hat, Vorurteile sowie Berührungsängste ab zu bauen. Andererseits sind dadurch aber auch diese Länder mit einer teilweise unglaublich heftigen Zunahme des Drogenkonsums konfrontiert worden, wodurch das ohnehin mit schweren Aufbauproblemen kämpfende Hilfesystem vor schier unlösbare Aufgaben gestellt wurde. Finanzielle Ressourcen sind, wenn überhaupt von staatlichen Stellen eingesetzt, in völlig unzureichendem Umfang vorhanden. Das Problem überrollt Osteuropa regelrecht – die Auswirkungen sind aber auch darüber hinaus spürbar: Migranten aus den osteuropäischen Ländern – und eben auch solche mit Suchtbelastung – tauchen vermehrt in fast allen westeuropäischen Ländern auf und bringen sich selbst und die jeweiligen Hilfesysteme in Schwierigkeiten.

Da ist ein scheinbarer Stillstand der **Entwicklung in den Niederlanden** zu beobachten. Das hat zu tun mit dem Regierungswechsel, der gleich darauf folgenden Krise der neuen Regierung und den daraus resultierenden Neuwahlen: Was wird aus den angekündigten Veränderungen (z.B. Verbot des Pillentestens für Konsumenten bei Parties)? Wie wird es nach den erneuten Wahlen am 22. Januar weitergehen? Das mögen mit Blick auf Osteuropa geringe Schwierigkeiten sein, aber auch sie können das Klima verändern (wie die bereits beschlossene Ausweisungspflicht – die bislang in den Niederlanden als undenkbar galt) und das Bild der toleranteren Niederlande in ein anderes Licht rücken.

Da ist schließlich auf **deutscher Seite** die Kontinuität in der Bundespolitik mit der wiedergewählten rot-grünen Regierungskoalition. Das heißt, die eingeleitete Entwicklung des »Aktionsplanes Drogen und Sucht« wird weiter betrieben – aber alles steht unter Sparschwängen, die sich u.a. durch die Flutkatastrophe in Ostdeutschland und deren Folgekosten nochmal verschärft haben.

**Neue Herausforderungen im Zusammenhang mit Sucht begegnen uns überall in Europa**

In Nordrhein-Westfalen hat die präkäre Haushaltslage des Landes in diesem Jahr bereits ihre Auswirkungen auf das Hilfesystem gezeigt. Die Förderungen von Modellen und Projekten wurde reduziert – eine zum Jahresende drohende Einstellung der Förderung einzelner Maßnahmen konnte inzwischen durch Nachverhandlungen zum Haushalt abgewendet werden. Es geht um den Erhalt der Strukturen der Grundversorgung, teilweise verbunden mit existenziellen Problemen kleiner Träger vor Ort. Hier wird das Hilfesystem durchaus vor die Aufgabe gestellt, neue Wege der Absicherung der Angebote und der eigenen Existenz zu suchen. Es wird zunehmend deutlich, dass die aufgesplitterte Trägerlandschaft unseres Hilfesystems – nur in Einzelfällen existieren und funktionieren regionale, trägerübergreifende Verbände – ein nicht an allen Stellen wirklich effektives und ökonomisch sinnvolles Gebilde ist. Jedenfalls baut sich nun langsam Druck auf, stärker trägerübergreifend zusammen zu arbeiten – und es bleibt der Eindruck zurück, dass wir uns nach recht »fetten« Jahren mit der Möglichkeit der Expansion und des Agierens aus relativ sicheren Positionen auf eher »magere« Jahre und die Besinnung auf das Notwendigste vorbereiten müssen.

**Mit dem INFO 23 präsentieren wir Ausschnitte dieser Entwicklungen in Europa.** Es kann und soll sich dabei nicht um ein vollständiges Bild handeln – das würde den Rahmen des BINAD-INFO sprengen. Aber es macht die Bandbreite deutlich und lässt erahnen, wie breit das Spektrum ist – damit ist neben dem Spektrum der Probleme und Herausforderungen ebenso das Spektrum der Reaktionen und Lösungsansätze gemeint.

Auch wenn viele Beiträge nicht unbedingt mit der Alltagspraxis unserer Leserinnen und Leser in direktem Zusammenhang stehen mögen, gehen wir davon aus, wieder ein informatives und am Gedanken der grenzübergreifenden Zusammenarbeit ausgerichtetes INFO zusammengestellt zu haben.



Rüdiger Klebeck



Mechthild Neuer



Hans van Ommen

Rüdiger Klebeck

Mechthild Neuer

Hans van Ommen



## *Grenzübergreifendes Netzwerk zur Suchtprävention im Dreiländereck Sachsen, Polen und Tschechien*

**Im Dreiländereck Sachsen, Polen und der Tschechischen Republik wird weiter an der Entwicklung eines Netzwerkes zur Suchtprävention für Kinder und Jugendliche gearbeitet. Im Rahmen des EU-Programms Interreg III wird seit Februar 2002 das Projekt »Suchtprävention ohne Grenzen – SPOG« mit einer Laufzeit bis Ende 2003 finanziert. Die Grundlage dieses Netzwerkes konnte bereits in der Zeit zwischen 1997 und 2000 geschaffen werden.**

Zielgruppe des Projektes sind Multiplikatoren, Streetworker, Mitarbeiter von Arbeitskreisen sowie Fachgremien, aber auch Eltern, Lehrer und Jugendliche. Für sie bietet SPOG gemeinsame Fort- und Weiterbildungen für eine effektivere und breitenwirksamere Suchtpräventionsarbeit.

Voraussetzung für diese länderübergreifende Arbeit ist die Beachtung der regionalen und kulturellen Besonderheiten in den beteiligten Ländern und der Abbau von Vorurteilen und Berührungängsten. Daraus ergibt sich auch, dass die Angebote dreisprachig vorbereitet und durchgeführt werden und Referenten aus allen drei Ländern beteiligt werden.

Die Suchtproblematik ist in allen drei Ländern ähnlich brisant. So sinkt überall das Einstiegsalter beim ersten Drogengebrauch. Es gibt aber auch Unterschiede: zum Beispiel in Polen die stärkere soziale Kontrolle durch Lehrer und die Einflussnahme der Kirche als mäßigender Faktor. Geleitet wird das Projekt vom Kreisverband Bautzen der Arbeiterwohlfahrt.

### **AWO Kreisverband Bautzen e.V.**

**Die Projektleiterin Sylvia Urban wird für die nächste Ausgabe des BINAD-INFO einen ausführlichen Projektbericht zur Verfügung stellen.**

Nähere Informationen zu SPOG können bereits jetzt unter der Projektadresse abgerufen werden.

Am Neubau 12

01906 Uhyst a. T.

☎ 0 35 95-32 92 31

☎ 0 35 95-32 92 61

✉ spog.awo@t-online.de

## *Novellierung der Methadon-Richtlinien beschlossen*

Der Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen hat nach langem Hin und Her die Novellierung der Methadon-Richtlinien beschlossen.

Die Neufassung entspricht weitgehend dem Vorschlag der Ärzteseite, der bereits im Juli vorgelegt worden war, damals aber noch von den Kassen abgelehnt wurde. So kann die Substitution nun auch bei Patienten ohne Begleiterkrankungen durchgeführt werden. Bisher hatten Opiatabhängige nur dann Anspruch auf Methadon, wenn sie an einer schweren Zweiterkrankung litten.

Als weitere Neuerung entfällt die Genehmigungspflicht durch die Methadonkommission. Die substituionsgestützte Behandlung muss künftig nur noch gemeldet werden.

»Die neuen Richtlinien sind ganz im Sinne von Ärzten und Patienten. Sie verbessern die Qualität der Methadon-Behandlung und bauen unnötige Bürokratie ab«, sagte der 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Manfred Richter-Reichhelm. Die Drogenbeauftragte des Bundes, Marion Casper-Merk, erklärte dazu: »Die neuen Richtlinien passen die Substitutionsbehandlung an den neuesten Stand der Forschung an.«

Quelle: Ärzte Zeitung vom 29.10.2002

## *Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichtes zu Haschischkonsum und Teilnahme am Straßenverkehr*

Der einmalig festgestellte Besitz von Cannabis und die Weigerung, an einem Drogen-screening teil zu nehmen, rechtfertigen nicht den Entzug der Fahrerlaubnis, wenn andere Anhaltspunkte auf fahreignungsrelevante Leistungsdefizite fehlen. Nur wenn konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein Fahrer Haschischkonsum und aktive Teilnahme am Straßenverkehr nicht zuverlässig zu trennen vermag (z.B. Joint liegt noch im Aschenbecher), können Drogentests verlangt werden. Der einmalige oder auch gelegentliche Cannabiskonsum bildet ohne Bezug zum Straßenverkehr kein hinreichendes Verdachtsmoment und führt nach den heutigen Erkenntnissen nicht zu einer anhaltenden Einschränkung der Fahreignung (BverfG, DAR 02, 405).

Quelle: ADACmotorwelt 9/2002



## *Frische halluzinogene Pilze fallen nicht unter das niederländische Opiumgesetz*

Der Niederländische Oberste Gerichtshof hat entschieden, dass Pilze, die die halluzinogenen Stoffe Psilocin und Psilocibin enthalten als solche nicht unter das Opiumgesetz fallen. Ebenso wie der Gerichtshof 's-Hertogenbosch hat der Oberste Gerichtshof entschieden, dass getrocknete, gestampfte, gemahlene oder in Lebensmittel verarbeitete Pilze demgegenüber wohl unter das Opiumgesetz fallen, weil es sich dabei dann um ein Präparat handelt. Das erscheint einfach, kann aber in der Praxis doch zu Problemen führen.

Es geht hier um zwei Strafsachen: eine gegen den Inhaber eines Smart-Shops und eine gegen den Eigentümer einer Pilzzüchterei, in der halluzinogene Pilze mit dem Ziel des Verkaufs für den Verzehr wegen der halluzinogenen Wirkung gezüchtet und getrocknet werden.

Der Verkauf von frischen Pilzen, auch im Einzelhandel, ist gestattet. Können dann nur Pilze, die noch im Zuchtbeet stehen (so wie eine Stiege Veilchen auf dem Markt), verkauft werden oder dürfen die Pilze auch abgeschnitten (wie Champignons im Supermarkt) verkauft werden? Sicherheit hierzu ist immer noch nicht gegeben, aber aufgrund des Nachdrucks, der auf die Bearbeitung durch Trocknen gelegt wird, ist zu vertreten, dass auch die abgeschnittenen Pilze verkauft werden können: das alleinige Abschneiden wird in dieser Entscheidung jedenfalls nicht als Bearbeitung verstanden. Darüber hinaus entschied das Oberste Gericht, dass das Opiumgesetz nicht anzuwenden ist auf Pflanzen oder Teile von Pflanzen, die nicht auf den Listen I und II stehen. Und der abgeschnittene Pilz ist ein Teil einer Pflanze. Solange damit weiter keine Bearbeitungen erfolgen, fallen sie entsprechend dieser Entscheidung nicht unter das Opiumgesetz. Der Verkauf dieser Pilze kann also fortgesetzt werden, solange diese Pilze nicht getrocknet oder anders verarbeitet werden.

In gekürzter Version entnommen dem NIEUWSbrief Ausgabe 3, November 2002, Stütz- und Informationsstelle Drogen und Sicherheit Sidv

**Sidv**  
Postbus 30435  
2500 GK Den Haag  
Niederlande  
☎ 00 31-70-3 73 83 91  
✉ sidv@vng.nl

## *Das Gesetz »BIBOB« und Coffeeshops*

Es wird erwartet, dass das Gesetz zur »Förderung der Integritätsbeurteilung durch die öffentliche Verwaltung« - es kürzt sich im Niederländischen zu BIBOB ab - zum 01.01.2003 in Kraft tritt. Dieses Gesetz kann bei allen möglichen Anträgen zu gemeindebehördlichen Genehmigungen bzw. Konzessionen angewendet werden - etwa bei Betriebsgenehmigungen für das Gaststättengewerbe. Darunter fallen in den Niederlanden auch die Coffeeshops.

Das BIBOB-Instrumentarium zielt darauf ab, Verwaltungsorganen zusätzliche Möglichkeiten zu geben, Konzessionen nicht zu erteilen bzw. einzuziehen. Das kann passieren, wenn eine »ernst zu nehmende Gefahr« besteht, dass die Konzession (auch) eingesetzt wird, um strafbare Handlungen zu begehen oder um Gelder, die aus strafbaren Handlungen resultieren, zu waschen.

BIBOB ist anzusehen als ein Prüfinstrument der Integrität eines Coffeeshop-Betreibers - nicht aber als zusätzliche Möglichkeit der Erweiterung etwa einer gemeindlichen Coffeeshop-Politik. Vielmehr soll in Einzelfällen vermieden werden, dass Coffeeshop-Betreiber mit finanziellen Verbindungen zu kriminellen Organisationen eine Konzession erhalten.

Wenn also die bisherigen Mittel zur Beseitigung von Undeutlichkeiten über Betriebs- und Finanzstruktur oder Umstände, die in der Person des Betreibers liegen, nicht ausreichen, kann die Beratung des durch die Vereinigung der Niederländischen Gemeinden (VNG) eingerichteten BIBOB-Büros eingeholt werden.

Die analoge Anwendung auf die Smart- und Growshops, in denen legale Produkte angeboten werden, ist, wenn auch in der BIBOB-Verfügung vorgesehen, nicht möglich, da diese Geschäfte nicht dem Konzessionszwang unterliegen und die Gemeinden damit ihre Befugnisse überschreiten würden.

Zusammenfassung der Darstellung zum Gesetz BIBOB aus NIEUWSbrief, Ausgabe 3, November 2002, Stütz- und Informationsstelle Drogen und Sicherheit Sidv

**Sidv**  
Postbus 30435  
2500 GK Den Haag  
Niederlande  
☎ 00 31-70-3 73 83 91  
✉ sidv@vng.nl

**David Borden**

## *Perspektiven aus Europa: Zunehmendes Bewusstsein für die Folgen der Drogenprohibition*

**Der US-Amerikaner David Borden (Geschäftsführer der Online-Publikation »The Week Online with DRCNet« des »Drug Reform Coordination Network«) nahm im Sommer 2002 an einem Treffen der Europäischen Reformkräfte in Antwerpen (organisiert von der internationalen Koalition der NGO's) für direkte und effektive Drogenarbeit teil. Diese Konferenz wurde von Vertretern aus insgesamt 25 nicht-staatlichen Organisationen aus 11 Europäischen Ländern sowie den USA besucht. Die Unterschiede der Europäischen Drogenpolitik standen im Mittelpunkt der Diskussion. Gleichfalls wurde eine 3-tägige Tagung, die 2003 im Europäischen Parlament stattfinden soll, organisiert. Hier steht die Absicht der Abschaffung der Prohibition im Mittelpunkt.**

**David Borden informierte sich darüber hinaus in Amsterdam, London, Antwerpen und Brüssel über das Bild der Drogenszene in diesen Städten.**

**Über die Erfahrungen, Eindrücke und Diskussionspunkte berichtet er im folgenden Artikel, der der Ausgabe 242 (21.06.2002) der »Week Online« entnommen ist. Wir möchten unseren Lesern diese »Sicht auf Europa« nicht vorenthalten.**

Eines der am häufigsten angeführten Argumente für eine Liberalisierung der Drogengesetzgebung ist die Situation in denjenigen europäischen Ländern, die diesen Weg bereits eingeschlagen haben. Das beste Beispiel dafür sind die Niederlande, inzwischen gefolgt von der Schweiz.

Die Realität ist jedoch sehr komplex und wird in der Regel nicht gerade objektiv präsentiert. Das gilt insbesondere für die Befürworter der Prohibition, denen daran gelegen ist, jegliche Alternative zum herrschenden »Krieg gegen die Drogen« in Diskredit zu bringen. Fakt ist aber, dass viele europäische Staaten andere drogenpolitische Standpunkte einnehmen als die Vereinigten Staaten. Während eines Besuches in mehreren europäischen Städten in der vergangenen Woche hatte ich erstmals die Gelegenheit, mir ein eigenes Bild von der dortigen Drogenszene zu verschaffen. Entgegen dem von Prohibitionsbefürwortern gezeichneten Zerrbild und der weit verbreiteten Fehlinformation sind Drogen in den Niederlanden nicht legalisiert. Das gilt strikt genommen auch für Cannabis. De facto kommt die Marihuana-Politik – zumindest in mancher Hinsicht – einer Legalisierung jedoch gleich. Einwohner und Besucher von Amsterdam können ungehindert einen von vielen so genannten »Coffeshops« der Stadt besuchen.

Kein objektiver Beobachter, der durch die Straßen von Amsterdam schlendert, kann ernsthaft behaupten, Marihuanakonsum würde in den Niederlanden ein großes Problem darstellen. Die Duldungspolitik, die in der Praxis auf eine regulierte Legalisierung hinausläuft, erreicht eindeutig genau das, was damit beabsichtigt wird. Kritiker, die – oft mit hysterischer Stimme – die Drogensituation in den Niederlanden als katastrophal schildern, verbreiten schlicht und einfach Lügen. Die Liberalisierung der Politik in Bezug auf andere Drogen dahingegen ist längst nicht so weit fortgeschritten: Diese Substanzen sind nach wie vor verboten, aber deren Gebrauch werden nicht kriminalisiert.

Manche Händler von harten Drogen wirken übrigens auch nicht sonderlich beunruhigt. Mehr als einmal wurde ich von penetranten Verkäufern, die mein »kein Interesse« nicht akzeptieren wollten, auf der Straße verfolgt. Als ich sie endlich überzeugen konnte, dass ich keine Drogen kaufen würde, versuchten sie es mit Betteln. Offenbar befürchteten sie nicht, im Gefängnis zu landen; zumindest nicht für allzu lange Zeit.

Wenngleich sie nervten, wirkten sie auf mich nicht gerade gefährlich. Die vergleichsweise leichte Belästigung durch eine Handvoll übereifriger Straßenhändler erscheint mir kein überzeugendes Argument für die Abschaffung einer aufgeklärten Politik, die zu einem Rückgang der Todesfälle infolge von repressiven, ineffektiven Drogenprohibitionsgesetzen geführt hat. Andererseits veranschaulicht dieses Beispiel die Grenzen der Toleranz, solange Drogen verboten bleiben – nur eine Legalisierung

**Ein Vertreter des  
»Drug Reform  
Coordination  
Network« aus den  
USA sammelt  
Eindrücke in  
Europa**

würde uns letztendlich die Auswüchse des Drogenschwarzmarktes ersparen. Ironischerweise war der in meinen Augen auffälligste Aspekt der niederländischen Drogenszene eine Konsequenz der nach wie vor geltenden Prohibition, unter der das Land zu leiden hat.

In weiten Teilen Westeuropas ist die drogenpolitische Debatte zudem weiter fortgeschritten als der bei uns den Staaten typische politische Dialog. Im Rahmen eines schwergewichtigen Seminars das Anfang dieser Woche von dem Institute for Public Policy Research, einer führenden britischen Denkfabrik, veranstaltet wurde, untersuchten die Teilnehmer die internationalen Drogenverträge und die daraus resultierenden Beschränkungen für diejenigen Staaten und Nationen, die eine nicht auf Prohibition basierende Drogenpolitik anstreben. Dabei gelangten die Teilnehmer zu dem Schluss, dass die besagten Verträge den Unterzeichnerländern genügend Spielraum für eine Politik der weit gehenden Liberalisierung ließen, eine formelle Legalisierung von Drogen jedoch verbieten würden.

Außerdem war man sich darüber einig, dass ein Ende der Prohibition nur durch die Auflösung oder zumindest die Modifizierung dieser Verträge in Sicht kommen kann. Europa setzt sich aus vielen verschiedenen Nationalitäten und Kulturen zusammen, von denen manche über Jahrhunderte hinweg zerstritten waren. Nicht zuletzt deshalb messen die Europäer internationalen Vertragswerken heutzutage eine hohe Bedeutung bei, ermöglichen diese doch den unterschiedlichen Gesellschaftssystemen eine Koexistenz in Frieden und Wohlstand. Es wäre für Europäer unvorstellbar, dass sich eine europäische Nation einfach aus den internationalen Drogenkonventionen ausklinken würde, ungeachtet eventueller Nachteile, die deren Bürger und Politiker darin ausmachen.

Irland war eine der Ausnahmen, die auf dem Seminar diskutiert wurden. Irland hat die besagten Drogenverträge nämlich nie ratifiziert und ist damit nicht daran gebunden. Andererseits hat Irland nie eine vergleichbare drogenpolitische Debatte wie manche der europäischen Staaten geführt und es besteht dort kaum Interesse an Schadensbegrenzung oder Entkriminalisierung. Zudem würde selbst eine Auflösung oder Reform der Verträge nicht genügen, da die Prohibition zweifellos auch ohne diese Konventionen fortbestehen könnte. Wie sehr wir amerikanischen Drogenreformer es uns auch wünschen mögen: Europa wird nicht zu einer Legalisierung von Drogen übergehen, solange sich die globale Drogenpolitik nicht grundsätzlich ändern wird.

Ein weiteres Ergebnis des Seminars war, dass eine Änderung der Verträge nicht gerade einfach sein wird. Im März 2003 werden die Vereinten Nationen erneut eine Vollversammlung der Drogenthematik widmen. Ein ehemals für die UN tätiger Wissenschaftler wies darauf hin, dass alleine schon die Ingangsetzung eines Prozesses, um eine Änderung der Verträge überhaupt in Erwägung zu ziehen, einer absoluten Mehrheit der Nationen bedürfe. Alleine die USA und die unter ihrem Einfluss stehenden armen Länder, die von Entwicklungshilfe abhängig sind, würden über mehr als genug Stimmen verfügen, um dieses Vorhaben zu blockieren. Der Einfluss der USA genüge bereits, um eine entsprechende Abstimmung zu verhindern, ungeachtet der Tatsache, dass die USA selbst nicht stimmberechtigt wäre, weil sie ihre UN-Mitgliedsbeiträge nicht entrichtet haben. Irgendwie erinnert dies an den korrupten Senat der Republik in den Star-Wars-Filmen, der unter dem Einfluss von Dark Lord of the Sith stand und wohl kaum als Vorbild für eine aufgeklärte internationale Politik dienen kann.

Aber selbst wenn eine Lockerung der internationalen Drogenprohibition noch Jahre auf sich warten lässt, kann es überhaupt nicht dazu kommen, wenn wir nicht einen Anfang machen. Also haben wir begonnen. Bei einem Treffen in Antwerpen Mitte Juni trafen Vertreter eines breiten Spektrums von europäischen Organisationen mit sympathisierenden Politikern und Organisationen von anderen Kontinenten zusammen, um den »UN-Drogenbaronen« den Kampf anzusagen und ein Ende der Prohibition zu fordern. Ein erster Schritt in Richtung dieses Ziels ist eine Reform der Drogenkonventionen. DRCNet ist stolzer Sponsor und Mitveranstalter dieser Veranstaltung, die in unsere anstehende internationale Tagungsreihe »Out from the Shadows: Ending Drug Prohibition in the 21st Century« (»Heraus aus dem Schatten: Abschaffung der Drogenprävention im 21. Jahrhundert«) eingebettet ist. In absehbarer Zukunft werden wir einen Sonderbericht über diejenigen Organisationen, die an der Spitze der drogenpolitischen Reformbewegung in Europa stehen und deren diesbezüglichen Pläne und Bemühungen veröffentlichen.

In Europa muss in drogenpolitischer Hinsicht noch mehr passieren, als wir als Beobachter aus der Ferne bisweilen vermuten würden. Dennoch manifestiert sich der Geist der Freiheit dort nachdrücklicher, während unsere Nation unter der Last der Drogenkriegs-Ideologie und der politischen Interessen terrorismus-verseuchter Polizeistaaten leidet. Gegner der Drogenprohibition und Befürworter von Reformen müssen weltweit zusammenarbeiten, um eine neue Epoche der Toleranz und Aufklärung für die Bürger aller Nationen einzuleiten.

**Gegner der Drogenprohibition und Befürworter von Reformen müssen weltweit zusammenarbeiten, um eine neue Epoche der Toleranz und Aufklärung für die Bürger aller Nationen einzuleiten**

**The Drug Reform Coordination Network**

The Week Online with DRCNet  
[www.drcnet.org](http://www.drcnet.org)

**Europa wird nicht zu einer Legalisierung von Drogen übergehen, solange sich die globale Drogenpolitik nicht grundsätzlich ändern wird**

**Marco De Giorgi**

## *Politische Ausrichtungen der Harm-Reduction-Strategie in Italien*

**Vor dem Hintergrund der durch die Berlusconi-Regierung in Italien stark bedrängten niedrigschwelligen, auf Harm-reduction ausgerichteten Drogenhilfeangebote beschreibt Marco De Giorgi, Berater des kommunalen Drogenhilfesystems in Turin, die Entwicklung des auf Schadensbegrenzung ausgerichteten Präventionsbereiches. Die Aussagen beziehen sich zwar konkret auf die italienische Entwicklung, beinhalten aber im Kern auch Botschaften, die für andere europäische Länder Gültigkeit haben.**

Oft gibt es Probleme bei der Verständigung zwischen den Vertretern der politischen Theorie und der praktischen Umsetzung; die Positionen sind meist unvereinbar, und die Zeit die notwendig ist um die Gesetze in die Praxis umzusetzen, zieht sich meist in die Länge.

Der Suchtbereich ist hier keine Ausnahme: von der Verabschiedung des Gesetzes Nr. 685 von 1975, das die entsprechenden kommunalen Beratungsstellen einrichtete, bis hin zur Eröffnung der ersten Therapiegruppen, von den Experimenten mit Ersatzsubstanzen bis hin zu den Modifikationen zum Gesetz 162 von 1990 durch ein Referendum zieht sich eine komplexe, schwierige und hitzige Debatte zwischen den Vertretern der Legislative und den in diesem Bereich praktisch Tätigen.

In den letzten Jahren schien sich die Lage beruhigt zu haben: die zahlreichen Strategien, die aus der Bemühung erwachsen, den Anschluss an die rasche Entwicklung von Substanzen und Konsumentenverhalten nicht zu verlieren unterlagen einer strengen wissenschaftlichen Überprüfung. Nach Analyse der Bedürfnisse wurde ein Projekt entwickelt und erprobt. Als die darauf folgende Evaluierung die Wirksamkeit bestätigt hatte, wurde ein entsprechender Dienst aufgebaut, die Maßnahmenskala erweitert und schließlich ging die neue Einrichtung sozusagen ans Netz.

Dank dieser neuen Übergänge, die sowohl von den öffentlichen Einrichtungen als auch vom privaten Sektor getragen wurden, haben die Suchtkranken in einem sehr viel größeren Ausmaß als zuvor zu den bereits bestehenden Einrichtungen Kontakt aufgenommen.

Die fein gegliederte fachliche Differenzierung hat die Anzahl der verfügbaren Leistungen und Dienste erweitert, sie flexibilisiert und miteinander verbunden. Sie bieten in zwischen ein breites Spektrum, ganz auf die zahlreichen und vielfältigen Bedürfnisse (sanitärer, psychologischer, sozialer, finanzieller und juristischer Natur, um nur einige zu nennen) ausgerichtet, wie sie bei drogenabhängigen Personen bestehen.

Der berechtigte Alarm, der durch das Auftreten des HIV-Virus und der damit verbundenen Ansteckungsgefahr in der Gesellschaft ausgelöst wurde, trug zur Beschleunigung des genannten Prozesses bei. Damals entschieden sich die italienischen Experten dafür, Vorgehensweisen aus anderen europäischen Ländern zu importieren, die dort bereits ihre Effizienz unter Beweis gestellt hatten, sowohl bei der Verlangsamung der Verbreitung des HIV-Virus als auch darüber hinaus: insbesondere also die Strategien der Harm Reduction.

Alle, die seit über zehn Jahren in diesem Bereich tätig sind, erinnern sich sicher an die Experimente mit Streetwork, an das Verschreiben von Ersatzdrogen, an die Regulierung der Zugangsschwellen für die verschiedenen Hilfsangebote und an sonstige Geschehnisse der frühen 90er Jahre. Es brauchte einige Jahre, aber die Resultate wurden von der überwiegenden Mehrheit der in diesem Bereich Tätigen als großer Erfolg angesehen. So wurden schließlich diese Strategien als Ergänzung zu den bereits existierenden Möglichkeiten beibehalten und im Rahmen des Systems von Einrichtungen zu Drogenbekämpfung und -prävention umgesetzt.

Bei einem so schwierigen und sensiblen Thema wie Drogenkonsum und -missbrauch mit seinen unvermeidlichen, zahlreichen moralischen, ethischen und ideologischen Implikationen ist »die überwiegende Mehrheit« das bestmögliche Ergebnis. Viele Fachleute, auch wenn sie prinzipiell politisch gegen neue Experimente eingestellt waren, begriffen im Kontakt mit der Praxis die Notwendigkeit der Anbindung niedrigschwelliger Angebote als Rettungsring für die Ertrinkenden und die Notwendigkeit der Verabreichung von Methadon als Therapie zur Erhaltung und Stabilisierung des Klienten.

***Seit Anfang der 90-er Jahre setzte sich der Harm-Reduction-Ansatz in Italien langsam um***

Ein verschwindend geringer Anteil der im Feld tätigen Kollegen wandte sich gegen die Schaffung solcher Einrichtungen und erachtet deshalb das von der gegenwärtigen Regierung angekündigte »Anziehen der Schraube« in Sachen Risikoprävention als positiv. Vertreter dieser Richtung kritisieren die Präventionsmaßnahmen aus folgenden Gründen:

- sie verhielten sich konträr, nicht komplementär zum System der bestehenden Einrichtungen;
- sie seien wirkungslos und tendierten zur Verschleppung des Problems.

Diese Meinungen müssen selbstverständlich respektiert werden, aber solange sie nicht von wissenschaftlichen Studien untermauert werden, bleiben sie eben Meinungen; ernstzunehmende und bedeutende Publikationen, umfassende epidemiologische Untersuchungen, Dutzende nationaler und internationaler Kongresse haben exakt das Gegenteil bewiesen:

- Die Praxis, die im Zusammenhang mit Präventionsstrategien entsteht, vermag einen Großteil der in die Szene eingetauchten zu erreichen, das heißt den Typ von Drogenabhängigen, der sich an keine der schon bestehenden Institutionen wenden würde. So geht zum Beispiel aus der Auswertung der Fragebögen die in den Erstkontakten ausgefüllt wurden hervor, dass ca. 40 % der Klienten von CAN GO, der Streetwork-Einrichtung des Gesundheitsamts 4 von Turin keinen Kontakt zu einer kommunalen Beratungseinrichtung oder zu irgendeinem Hilfsangebot aus dem nichtstaatlichen Sozialbereich<sup>1</sup> haben.
- Viele von denjenigen, die Gruppentherapien begonnen und auch mehrmals positiv abgeschlossen hatten, dann aber bei Rückkehr in ihr problematisches soziales Umfeld wieder rückfällig geworden waren, haben dank der Verabreichung von Ersatzmitteln erneut zu einem menschenwürdigen Alltagsrhythmus gefunden. Gezielte Studien haben gezeigt, dass solche Therapien in vielen Fällen weitere gefährliche Rückfälle abwenden.

Weiterhin ist es angebracht, in aller Kürze an die Gründe zu erinnern, die andere Länder (unabhängig von politischen Ausrichtungen) wie Spanien, die Schweiz, die Niederlande, Deutschland, Dänemark, Großbritannien und in jüngster Zeit auch Portugal, Griechenland, Belgien und Frankreich dazu bewogen haben, den Harm-Reduction-Ansatz aufzugreifen oder zu unterstützen. Die positiven sozialen Auswirkungen sind dabei wie folgt zu beschreiben:

### Die öffentliche Ordnung

Die von den Innenministerien der verschiedenen Länder gelieferten offiziellen Statistiken bestätigen den signifikanten Rückgang der mit der Drogenabhängigkeit in Zusammenhang stehenden Kleinstkriminalität, sofern die entsprechenden Hilfeeinrichtungen in ausreichendem Maße eine erhaltende Therapie mit Ersatzdrogen anbieten und in angemessener Weise die sogenannte »weiche soziale Kontrolle« eingehalten wird, die von den Streetworkern / von der »Bassa Soglia« (Niedrige Schwelle) angeboten wird. Deutliche Rückgänge zeigten sich auch bei der Steigerungsrate der Haftlingszahlen im Zusammenhang mit Suchtdelikten.

### Senkung der öffentlichen Ausgaben

Die Einrichtungen der Prävention sind sehr billig verglichen mit allen anderen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens.

### Der Schutz von Leben und Gesundheit der Betroffenen und die Sicherung und Verbesserung des Existenzminimums

Eine der Hauptaktivitäten im Bereich Streetwork betrifft die Gesundheit der Klienten. Kurse in Gesundheitspflege, Hinweise zur Vermeidung einer Überdosis und zum richtigen Umgang mit dem Gegenmittel, Begleitung zur Ersten Hilfe für die schwersten Fälle – all dies gehört zum Alltag der mobilen Streetworkergruppen.

Abschließend kann man meines Erachtens die Effizienz solcher Strategien in einer unparteiischen Sichtweise festhalten, da die genannten Punkte sicher von jeder Regierungsmehrheit als vorrangig erachtet würden, unabhängig von der politischen Ausrichtung.

Dennoch ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass diese Strategien in keiner Weise einen anderen Dienst im Bereich der Drogenbekämpfung ersetzen oder ihm widersprechen: es geht um eine Ergänzung dieser Stellen. Das heißt: diese Strategien sind grundlegend, aber nicht ausreichend. Und ein starker Staat, der die Interessen möglichst breiter Bevölkerungsschichten wahrnehmen will, muss in der Lage sein, sowohl die einen als auch die anderen Einrichtungen zu sichern, und es dabei vermeiden, in pseudoideologische, längst überwundene Fragestellungen zurückzufallen, die durch Arbeit und Forschung vieler ernstzunehmender Experten längst widerlegt wurden.

**Ein starker Staat, der die Interessen möglichst breiter Bevölkerungsschichten wahrnehmen will, muss alle Wege der Hilfen offenhalten**

1

Im Jahr 2002 lag die Zahl der Erstkontakte, also derjenigen, die sich zum ersten Mal an den Streetworker gewandt haben, bei 662; seit 1995, dem ersten Jahr der versuchsweisen Einführung, haben circa 6600 Personen mit Suchtproblemen CAN GO genutzt.

### SERT

Via Ghedini  
10154 Turin  
☎ 0039-011-24 02 23 71/2  
✉ degiom@vizzavi.it

**Ministerium für  
Volks Gesundheit, Wohlfahrt und Sport***Bericht zur Drogenpolitik  
2001–2002*

**Der am 25.10.02 vom Ministerium für Volks Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (VWS) herausgegebene »Anschlussbericht Drogenpolitik 2001-2002« enthält in acht Kapiteln die wesentlichen Aussagen zur Drogenbelastung, Prävention, Suchthilfe, Cannabispolitik, Bekämpfung der Drogenkriminalität sowie andere wesentliche Punkte der niederländischen Vorgehensweise im Zusammenhang mit der Drogenthematik. Aus Platzgründen ist hier der Abdruck des gesamten, 36 Seiten umfassenden Papiers nicht möglich, wir beschränken uns auf die Einleitung und den Hinweis auf die Website des VWS ([www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)), auf der der vollständige Bericht veröffentlicht ist. Dort wird auch eine englische Textversion zur Verfügung gestellt.**

Hauptzielsetzung der niederländischen Drogenpolitik ist die Vorbeugung wie auch die Begrenzung der Risiken des Drogengebrauchs für das Individuum, seine direkte Umgebung und die Gemeinschaft. Die Nachfrage nach Drogen und die Risiken des Drogengebrauchs für das Individuum und dessen direktes Umfeld werden durch eine professionelle Hilfe- und Präventionspolitik vermindert. Das Drogenangebot wird durch die aktive Bekämpfung der organisierten Kriminalität zurückgedrängt. Die Politik ist sowohl auf die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung als auch auf die Bekämpfung von Überlastungen im Zusammenhang mit dem Drogengebrauch gerichtet. Die Ministerien für Volks Gesundheit, Wohlfahrt und Sport, Justiz, Inneres sowie das Außen- und Finanzministerium (Zoll) sind in die Drogenpolitik einbezogen.

Der vorliegende Bericht ist eine Fortsetzung des »Anschlussberichtes 1999-2001« und kann als Resumee der Drogenpolitik der letzten Jahre verstanden werden.

*Zusammenfassung der wichtigsten  
Entwicklungen:***Konsum**

Der Drogenkonsum ist seit 1997 gestiegen. In der Gruppe der 12- bis 15-Jährigen ist der Konsum stabil, in den darüberliegenden Altersgruppe nimmt er etwas zu. Mit diesem Trend scheinen die Niederlande von anderen europäischen Ländern nicht abzuweichen. Die Niederlande nehmen bezüglich des Cannabis-Gebrauchs eine mittlere Position innerhalb der EU ein. Bei den anderen Drogen ist eine Position innerhalb der ersten fünf Länder festzustellen. Die Anzahl derer, die auf problematische Weise harte Drogen konsumieren, ist die niedrigste innerhalb der EU-Länder.

**Prävention**

Auf verschiedenen Ebenen wird der Prävention des Drogengebrauchs besonderes Augenmerk gewidmet. Hier ist in erster Linie die Verantwortlichkeit der Gemeinden, Schulen, Eltern und Einrichtungen zu nennen, die unterstützt wird durch eine landesweite Infrastruktur und durch landesweite Projekte. Die Prävention im Zusammenhang mit den sogenannten »Freizeitdrogen« wird intensiviert.

**Suchthilfe**

Eine Reihe von Untersuchungen wurde abgeschlossen, so z.B. die Untersuchung zur medizinischen Heroinvergabe. Diese hat ergeben, dass Klienten mit der kombinierten Methadon- und Heroinbehandlung Erfolge bezüglich des körperlichen und psychischen Zustands sowie des sozialen Funktionierens verbuchen. Ebenso ist der Rückgang der Kriminalität in dieser Gruppe festzustellen.

**Cannabis**

Die Abnahme der Anzahl von Coffie-Shops hat sich nach einem rapiden Rückgang zwischen 1997 und 2001 stabilisiert. Zum Ende dieses Jahres werden die Ergebnisse der wichtigsten Messung bezüglich des THC-Gehaltes von Cannabis bekannt sein.

Die Niederlande waren in zwei internationale Konferenzen zur Cannabis-Problematik einbezogen: zum einen bezüglich der Problematik in einzelnen Städten und zum anderen über die wissenschaftlichen Erkenntnisse im Zusammenhang mit Cannabis. Immer mehr europäische Länder gehen zu einer Politik über, in der der Besitz kleiner Mengen Cannabis nicht mehr automatisch strafrechtlich verfolgt wird.

***Der Prävention  
wird landesweit  
eine besondere  
Bedeutung  
zugemessen***



**Die internationale Zusammenarbeit spielt für die Niederlande eine wichtige Rolle**

**Drogenüberlastung und strafrechtliche Suchthilfe**

Zwischen 1996 und 2000 hat die Drogenüberlastung abgenommen, seitdem ist sie stabil. Derzeit befinden sich etwa 100 besonders problematische Drogenkonsumenten innerhalb des Systems der »strafrechtlichen Suchthilfe«. Mit den Ergebnissen einer stattfindenden Evaluation soll über das weitere Vorgehen im Zusammenhang mit dieser Maßregel entschieden werden.

**Bekämpfung der Drogenkriminalität**

Der Schmuggel von Kokain durch Kuriere über den Flughafen Schiphol hat in der zweiten Hälfte 2001 zugenommen. Es wurden unterschiedliche Maßnahmen ergriffen, beispielsweise die Verschärfung der Kontrollen auf dem Flughafen. Darüber hinaus wird die Vorlage »gemeinsame Aktivitäten gegen Ecstasy« (Samenspannen tegen XTC) umgesetzt. In diesem Zusammenhang findet eine Verstärkung der »Durchsetzungsstrategie« (gegenüber der Drogenkriminalität) und der internationalen Zusammenarbeit statt.

**Internationale Zusammenarbeit**

Die Niederlande haben mit verschiedenen Ländern eine intensive Kooperationsstruktur. Im Mittelpunkt stehen dabei die direkten Nachbarländer sowie Frankreich und die Vereinigten Staaten. Im europäischen Zusammenhang besteht die Kooperation im Rahmen des EU-Aktionsplanes Drogen 2000-2004.

**Ministerium für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport**

Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
☎ 00 31-70-3 40 79 11  
www.minvws.nl

## *Cannabis 2002 Report*

**Am 25. Februar 2002 fand in Brüssel eine wissenschaftliche Konferenz zur Cannabis-Problematik statt, die als eine gemeinsame Initiative von Belgien, Frankreich, Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz durchgeführt wurde. Wir drucken hier die Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Konferenz ab, wie sie das Bundesministerium für Gesundheit auf der homepage [www.bmggesundheits.de](http://www.bmggesundheits.de) präsentiert.**

### *Epidemiologische Aspekte des Cannabiskonsums*

Die Studie von Henk Richter und Margriet van Laar beschäftigt sich mit epidemiologischen Fragen zum Cannabiskonsum in den Ländern der EU, der Schweiz, Australien, Neuseeland und den USA. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass mindestens 45 Millionen Erwachsene in der EU bereits Erfahrung mit Cannabis gemacht haben. Cannabis ist damit die am weitesten verbreitete illegale Droge in der westlichen Welt. Die meisten Konsumenten haben Cannabis als Experiment probiert und danach den Konsum aufgegeben. Die Cannabiskonsumenden kommen aus allen gesellschaftlichen Schichten. Weiterhin wird eingegangen auf die Frage nach der Zahl der Cannabisabhängigen. Während die meisten Konsumenten ihrem Konsum unter Kontrolle haben, gibt es einen nicht geringen Teil von Konsumenten, bei denen von einer Abhängigkeit gesprochen werden kann. Das Risiko einer Abhängigkeit hängt eng zusammen mit persönlichen und sozialen Kriterien. Aber auch das Einstiegsalter spielt eine Rolle. Bei jüngeren Konsumenten ist die Abhängigkeitsgefahr höher als bei älteren Konsumenten. Auch auf die Frage, ob Cannabis Einstiegsdroge ist, wird eingegangen. Die Autoren lehnen diese Theorie weitgehend ab.

**Henk Richter und Margriet van Laar:**  
»Epidemiological aspects of cannabis use«

## *Pharmakologische und neurobiologische Aspekte von Cannabis*

In der Studie von Emmanuel Streel, Paul Verbanck und Isy Pelc geht es um pharmakologische und neurobiologische Aspekte von Cannabis.

THC ist der psychoactive Hauptbestandteil von Cannabis. Die Wirkung von THC zeigt sich binnen weniger Minuten bei Rauchen von Cannabis und nach 30 bis 90 Minuten bei oraler Aufnahme. Bei zweitgenannter Form der Aufnahme wird zwei bis drei mal weniger THC ins Blut aufgenommen als bei Inhalation. Allerdings bleibt das THC bei oraler Aufnahme länger (bis zu 30 Tage) im Körper.

Cannabis wirkt über spezielle Rezeptoren. Es wurden zwei Cannabisrezeptoren identifiziert. Der erste Rezeptor (CB1) befindet sich u.a. in verschiedenen Gehirnregionen, der zweite (CB2) in Zellen der Milz. Der chemische Weg des Cannabis ist noch nicht vollständig erforscht.

Es gibt keinen neurobiologischen Beweis für die Theorie, dass Cannabis eine Einstiegsdroge ist.

**Emmanuel Streel,  
Paul Verbanck  
und Isy Pelc:**  
»Pharmacology and  
neurobiological aspects  
of cannabis«

## *Gesundheitliche Auswirkungen des Cannabiskonsums*

Die Studie von Isabelle Bergerer, Constantin Papageorgiou, Paul Verbanck und Isy Pelc befasst sich mit den gesundheitlichen Auswirkungen des Cannabiskonsums. Cannabis hat bei durchschnittlichem Konsum keinen klinisch relevanten Effekt auf irgendwelche Teile des menschlichen Organismus außer den Lungen. Der Teer des Rauchs von Marijuana enthält 50 % mehr Karzinogene Stoffe als die vergleichbare Menge ungefilterter Tabak. Das Rauchen von Cannabis ist ein potenzieller Risikofaktor für eine Lungenerkrankung. Cannabisraucher sind demnach stärker gefährdet als Zigarettenraucher.

Die Auswirkungen des Cannabiskonsums auf das ungeborene Kind sind nur bei extrem hohen Dosen möglich, die jedoch über denen liegen, die der Mensch normalerweise konsumiert. Es sind aber Langzeitstudien notwendig um weitere Auswirkungen insbesondere auf psychotische Entwicklungen zu erforschen.

**Isabelle Bergerer,  
Constantin  
Papageorgiou,  
Paul Verbanck  
und Isy Pelc:**  
»Cannabis and  
physical health«

## *Cannabis, mentale Gesundheit und Abhängigkeit*

Die Studie von Catherine Hanak, Juan Tecco, Paul Verbanck and Isy Pelc fand heraus, dass es zu keinen chronischen Psychosen beim Absetzen von Cannabis kommt. Bei Personen, die bereits an psychischen Erkrankungen leiden kann der Konsum allerdings akute psychotische Reaktionen hervorrufen, auch verbunden mit Halluzinationen. Starker Cannabiskonsum kann Auswirkungen auf die Entwicklung akuter Psychosen haben, unklar ist, ob es eine chronische spezifische cannabisbezogene Psychose gibt.

Für das Vorliegen des Amotivationssyndrom sehen die Forscher keine Beweise. Ungeklärt ist auch die Frage, ob Stimmungsprobleme vor dem Cannabiskonsum vorhanden sind oder dessen Folge sind.

Auch ist bei Menschen eine physische Abhängigkeit von Cannabis nicht zu beobachten, wohl aber eine psychische. Allerdings wird das Abhängigkeitspotenzial geringer eingeschätzt als das von Tabak oder Alkohol. Diese Abhängigkeitsentwicklung hängt wiederum von der Dosis, Frequenz und Dauer des Konsums ab. Noch gibt es aber keine einheitlichen Kriterien für »schweren Konsum« und es fehlen Kenntnisse über die Wechselwirkungen des Konsums anderer Substanzen wie z.B. Alkohol oder Kokain.

**Catherine Hanak,  
Juan Tecco,  
Paul Verbanck and  
Isy Pelc:**  
»Cannabis, mental health  
and dependence«

## *Auswirkungen des Cannabiskonsums auf die Fahrtüchtigkeit*

In der Studie von Johannes G. Ramaekers, Günther Berghaus, Margriet van Laar und Olaf H. Drummer wurden die Auswirkungen des Cannabiskonsums auf die Fahrtüchtigkeit untersucht. Danach ist eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit zu bejahen. Bei Dauerkonsum von Cannabis kann es zu dauerhafter Fahruntüchtigkeit kommen, die aber nach einer gewissen Dauer der Abstinenz wieder nachlässt, sodass die Fahrtüchtigkeit wiedererlangt werden kann.

Besondere Gefahren bestehen im Mischkonsum von Alkohol und Cannabis im Straßenverkehr. Diese Gefahren sind grösser als bei einer Beschränkung auf eine Droge. Es gibt auch noch keinen mit dem Atemalkoholtest vergleichbares Verfahren zur Bestimmung des THC-Gehalts im Körper. So produzieren die derzeitigen Testmethoden noch viele Falschmeldungen in beide Richtungen. Cannabis beeinflusst auch nicht alle Bereiche der Fahreignung. Hauptsächlich betrifft es die Bereiche wie etwa Geschwindigkeit nicht jedoch das Einschätzen von Abständen.

**Johannes G.  
Ramaekers, Günther  
Berghaus, Margriet  
van Laar und  
Olaf H. Drummer:**  
»Performance  
impairment and risk  
of motor vehicle crashes  
after cannabis use«

## Prävention

Die Untersuchung von Pim Cuijpers befasst sich mit dem Bereich Prävention. Viele Präventionsprogramme zeigen keine Auswirkungen auf den Konsum von Drogen. Massenmediale Kampagnen führen nicht zu einer Reduzierung des Cannabiskonsums, können aber einen positiven Effekt etwa auf Programme auf Schulebene haben. Es muss mehr erforscht werden, um die Kampagnen besser auf das jeweilige Land abzustimmen und somit eine grössere Wirkung zu haben.

**Pim Cuijpers:**

»Prevention of Cannabis use and misuse«

## Cannabis in der Medizin

Die Untersuchungen zu Thema Cannabis als Medizin konzentrieren sich auf zwei Bereiche: Zum ersten auf den Einsatz etwa bei Multiple Sklerose und zum zweiten auf die Verhinderung von Übelkeit und Appetitlosigkeit bei Patienten mit Krebs oder AIDS. Viele der Studien, so fand Willem K. Scholten heraus, sind mittlerweile veraltet und nicht mehr auf die heutigen Gegebenheiten ausgerichtet. Zunächst muss auch die Qualität, Sicherheit und Effizienz von Cannabis untersucht werden, bevor es als Medikament eingesetzt werden kann. Ein internationales Netzwerk untersucht dies in klinischen Versuchen.

**Willem K. Scholten:**

»Medical Cannabis: a quick scan on therapeutic use of cannabis«

## Einfluss der Strafverfolgung auf den Cannabiskonsum

Die meisten europäischen Länder setzen Strafsanktionen gegen den Umgang mit Cannabis ein. Beau Kilmer erklärt in seiner Studie, dass Länder mit Gesetzen die entspannter mit der Ahndung von Cannabisdelikten umgehen nicht unbedingt zu einem Ansteigen des Cannabiskonsums führen. Liberale Rechtsprechung hat nicht einen höheren Cannabiskonsum zur Folge als eine konservative Rechtsprechung. Der Autor schlägt vor hierzu Modelversuche durchzuführen. Diese werden bereits in Australien und den USA durchgeführt, in Europa aber bisher nicht.

**Beau Kilmer:**

»Do cannabis possession laws influence cannabis use?«

Quelle:

Ministry of Public Health of Belgium:  
Cannabis 2002 Report. Technical Report of the International Scientific Conference, Brussels, Belgium, 25/23/2002 (ISBN: 90-807056-1-6); August 2002

**Bernhard Döveling**

# Bericht zur Fachtagung grenzüberschreitende soziale Dienste/ Sozialarbeit

**Der folgende Beitrag wurde dem aktuellen Newsletter (2x jährlich erscheinende Informationsschrift des »Observatoriums für die Entwicklung der sozialen Dienste in Europa«) entnommen. Bernhard Döveling, Bereichsleiter a.D. des Deutschen Roten Kreuzes und nach wie vor dem DRK eng verbunden, protokollierte den Verlauf der Fachtagung und verfasste diesen Bericht. Die Fachbeiträge und auch die zentralen Ergebnisse sind zu einer Dokumentation zusammengefasst worden, die jetzt verfügbar ist und bei BINAD oder beim Observatorium angefordert werden kann (siehe Adresse am Ende des Beitrages).**

Unter einem recht nüchternen Titel führte die Fachtagung im April diesen Jahres Vertreterinnen und Vertreter von Trägern sozialer Dienste, Repräsentanten aus der kommunalen Sozialverwaltung, aus Ministerien des Bundes und einigen Bundesländern sowie der Wissenschaft und Forschung in Aachen zusammen. Über 50 TeilnehmerInnen aus europäischen Grenzregionen kamen zusammen um auf der Grundlage von ausgewählten und beispielgebenden Projektpräsentationen einen an der Praxis ausgerichteten Informations- und Erfahrungsaustausch zu den zentralen Herausforderungen grenzüberschreitender Sozialarbeit und den entsprechend ausgestalteten sozialen Diensten in europäischen Grenzregionen zu betreiben. »Ist es möglich voneinander und miteinander zu lernen wenn es gilt den europäischen Einigungsprozess nicht nur vor dem Hintergrund politischer, merkantiler und finanzieller Dimensionen zu beleuchten sondern zudem – und vor allem – auch im Lichte sozialer Frage- und Problemstellungen im Alltag der europäischen Bürgerinnen und Bürger zu betrachten?« So lautete die zusammenfassende und übergreifende Kernfrage des Observatoriums das in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie der Euregio Maas-Rhein und der Regio Aachen zu der Veranstaltung eingeladen hatte.

Sowohl die Referentinnen und Referenten, die über entsprechende Aktivitäten in Österreich, der Schweiz, Lichtenstein, Frankreich, Belgien, Luxemburg, den Niederlanden und Deutschland berichteten, als auch die am Diskussionsverlauf intensiv beteiligten Teilnehmerinnen und Teilnehmer spürten dieser Kernfrage in der zweitägigen Veranstaltung nach indem sie

**Grenzüber-  
schreitende  
Sozialarbeit und  
soziale Dienste  
als erster Schritt  
zu einem  
übergreifenden  
europäischen  
Sozialmodell**

1. die Möglichkeiten grenzüberschreitender Sozialarbeit wie auch transnationaler Erbringung sozialer Dienste in den europäischen Grenzregionen als einen ersten Schritt hin zu einem übergreifenden »europäischen Sozialmodell« erwogen, ohne dabei die gegenwärtig noch bestehenden und zum Teil geradezu unüberwindlich erscheinenden Barrieren zu negieren und
2. Impulse für eine effektivere und effizientere Koordinierung der nationalen Sozialsysteme aus den gewonnenen Erfahrungen »herausfilterten«. Weiterhin wurden die Übertragbarkeit der vorgestellten Konzepte sozialer Arbeit bzw. der Erbringung sozialer Dienstleistungen in das jeweils andere System auf den Prüfstand gestellt und in diesem Kontext zugleich die Grenzen der Nationalstaaten überwindenden bzw. einheitlich konzipierten Aus- und Fortbildungsgänge für soziale Fachkräfte diskutiert.

So galt es also im Zuge der Tagung

- den sozialrechtlichen und sozialpolitischen Rahmen und die sich daraus ergebenden Herausforderungen für die nationale und grenzüberschreitende Sozialarbeit zu erkunden
- wie auch die Rolle, Positionen und Perspektiven der Euregios als kleinräumlicher möglicher Vorbilder für ein auch in sozialen Fragen zusammenwachsendes Europa näher zu untersuchen.

Entsprechend dieser Ausgangslage fanden die vorgestellten Projekte großes Interesse. Die Themen reichten über die grenzüberschreitende Jugend- und Familienhilfe, die Drogenpolitik und -hilfe, die (Jugend-)Arbeitslosigkeit und daraus resultierender sozialer Probleme bis zur Zusammenarbeit von Behörden und Verbänden auf hauptamtlicher und ehrenamtlicher Ebene.

Selbstverständlich gelten auch für die grenzüberschreitende Sozialarbeit die Grundsätze seriöser und an den Prinzipien der Wirtschaftlichkeit ausgerichteter Finanzierung. Vor diesem Hintergrund erfolgten Beiträge zu den Möglichkeiten der Finanzierung grenzüberschreitender sozialer Arbeit und ihrer Instrumente aus nationalen und europäischen Quellen. Auf großes Interesse stießen die Ausführungen zu den Möglichkeiten einer Beteiligung bzw. zur Entwicklung EU-regionaler Zusammenarbeit im Sozial- und Gesundheitsbereich, insbesondere im Rahmen der INTERREG-Programme. Gleiches gilt für die Gründung und den Betrieb einer sog.

»Europäischen Wirtschaftlichen Interessen-Vereinigung« (E.W.I.V.), die dank ihrer flexiblen und relativ einfach zu gestaltenden Struktur ein wichtiges und nützliches Instrument für die europäisch orientierte Zusammenarbeit kleiner und mittlerer (Sozial-) Unternehmen sein kann. Grenzüberschreitende Sozialarbeit kann sodann nach einer Definition des International Council of Nurses wie folgt geprägt sein:

1. Angebot einer Leistung durch einen Träger im grenznahen Bereich innerhalb eines anderen EU-Mitgliedsstaates, ohne jedoch dort über eine eigene Niederlassung zu verfügen,
2. Nachfrage nach sozialen Diensten in einem anderen EU-Staat, die von örtlichen Diensten oder Einrichtungen erbracht werden, i. d. R. auch von Fachpersonal, das die berufliche Qualifikation nicht im Wohnsitzland des Nutzers/der Nutzerin erworben bzw. die amtliche Zulassung nicht dort erlangt hat,
3. Gründung von Tochtergesellschaften eines Trägers in einem anderen EU-Staat,
4. Beschäftigung ausländischer Arbeitskräfte durch einen inländischen Träger und
5. Zusammenarbeit über zentrale Behörden/Fachstellen auf der Basis bilateraler Abkommen bzw. internationaler Konventionen.

Über die konkreten fachlichen Zusammenhänge hinaus dienen alle Anstrengungen der im Rahmen grenzüberschreitender Zusammenarbeit erbrachten Leistungen letzten Endes einem weiteren zentralen und für das Zusammenwachsen Europas unverzichtbaren Zweck. Es gilt – darin waren sich alle TagungsteilnehmerInnen in der abschließenden Betrachtung und Würdigung der Tagungsergebnisse einig – Brücken zu bauen zwischen den Kulturen und Menschen diesseits und jenseits der Grenzen.

**Institut für  
Sozialarbeit und  
Sozialpädagogik e.V.  
(ISS)**

Observatorium für die  
Entwicklung Der sozialen  
Dienste in Europa  
Am Stockborn 5-7  
60439 Frankfurt a.M.  
☎ 069-957 89-0  
☎ 069-95789-190  
✉ info@issffm.de

**Wim Buisman**

## *Stärkung der Suchthilfe in Osteuropa – Hintergründe und Nutzen von Kooperationsprojekten*

**Nach der Öffnung Osteuropas nahmen die Suchtprobleme dort schnell erschreckende Ausmaße an. Auf unterschiedlichen Ebenen starteten Hilfsprogramme und wurden Initiativen ergriffen, den überforderten Hilfesystemen in diesen Ländern Unterstützung zu geben. Wim Buisman, Psychologe bei der Amsterdamer Suchthilfeorganisation Jellinek, leitet dort den Bereich »Internationale Projekte«, ist darüber hinaus Leiter des »European Addiction Training Institute« (EATI) und beschreibt hier die Unterstützungsformen, wie sie aus den Niederlanden geleistet werden.**

Nach dem Fall der Berliner Mauer im Jahr 1989 sollte in den ehemaligen Ostblockstaaten alles besser werden. Viel erhoffte man sich von den anstehenden sozialen, politischen und wirtschaftlichen Reformen. Die Wende hatte stürmische Konsequenzen für die Gesellschaftssysteme. Bestehende Strukturen zerfielen und der Weg in den Westen lag offen. Reformprozesse wurden in Gang gesetzt und heute, mehr als zehn Jahre nach der Wende, arbeiten nationale und internationale Experten gemeinsam an der Durchsetzung dieser Reformen.

Für die Volksgesundheit hatte die Wende enorme Folgen. Viele traditionelle Institutionen wie Krankenhäuser und psychiatrische Kliniken wurden zusammengeschrumpft oder ersatzlos aufgelöst. Die Folge war eine drastische Verschlechterung der Morbidität und Mortalität. Für viele sozial schwache Bevölkerungsgruppen – Senioren, chronisch Kranke und Minderheiten – bedeutete dies den sozialen Absturz.

Auf Initiative der Europäischen Union wurden Hilfsprogramme entwickelt um diesen Abwärtstrend zu stoppen. Inzwischen flossen Milliardensummen in Programme wie PHARE, TACIS und TEMPUS. Diese internationalen Kooperationsprogramme sollen strukturierte Reformen, die Entwicklung neuer Strategien und die Einführung neuer Angebote im Gesundheitswesen bewirken. Diese Programme wurden nicht nur durch staatliche Initiativen unterstützt – auch verschiedene nicht-staatliche Organisationen steuerten materielle Hilfe, Schulungen und Forschungen bei.

In den Niederlanden wurde in der Endphase der zweiten Regierungsperiode des Kabinetts unter Ministerpräsident Lubbers das so genannte MATRA-Programm ins Le-

ben gerufen. Dieses Programm bietet niederländischen Organisationen die Möglichkeit Hilfsprojekte in mittel- und osteuropäischen Ländern einzurichten. Eines der von MATRA finanzierten Projekte ist das Kooperationsprojekt für die Suchtkrankenhilfe in Weißrussland. Die niederländische Suchthilfeorganisation Jellinek hat in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Regionalbüro der WHO in den letzten sechs Jahren ein breit angelegtes Programm in Weißrussland entwickelt, das vor allem auf die Fortbildung weißrussischer Fachkräften abzielt. Viele niederländische Suchtexperten besuchten Weißrussland um ihre Kenntnisse über Prävention, Sucht, Behandlung und Nachsorge zu vermitteln.

Dieser Artikel soll die Leser über die Bedingungen informieren, unter denen das Gesundheitswesen und die Suchthilfe in Osteuropa mit westlicher Hilfe reformiert wird.

### *Hilfsprogramme in Osteuropa*

Um ein besseres Verständnis für die Probleme zu schaffen, mit denen westliche Experten und deren osteuropäische Kollegen bei der Durchführung von Reformen konfrontiert werden, bedarf es einiger Kenntnisse der Geschichte:

Osteuropa ist in geografischer Hinsicht schwer abzugrenzen. Im Kern umfasst es die Länder die im Einflussbereich der ehemaligen Sowjetunion lagen. Dazu rechnet man die islamitischen Republiken der früheren UdSSR wie Usbekistan, Kirgisien etc., wobei der Status des ehemaligen Jugoslawiens – mit Ausnahme von Slowenien und Kroatien – unklar ist. Darüber hinaus lassen sich verschiedene historische Einflussbereiche ausmachen. Die so genannten Visegrad-Länder (vor allem Tschechien, die Slowakei, Ungarn) gehörten früher zum Kaiserreich Österreich-Ungarn. Die baltischen Staaten und Teile von Polen standen vor der russischen Machtübernahme lange Zeit unter deutschem und zuvor unter skandinavischem Einfluss.

All diese Länder – ausgenommen Jugoslawien – erhalten seit zehn Jahren Hilfe und finanzielle Unterstützung von zahlreichen internationalen Fonds und Organisationen. Westeuropäische Länder haben eine Reihe von bilateralen Kooperationsprojekten ins Leben gerufen. Diese Hilfen werden nicht nur aus humanitären Gründen geleistet. Organisationen wie die Weltbank, der Internationale Währungsfonds und die Europäische Union unterstützen osteuropäische Länder um diese »reif« für die westliche Marktwirtschaft zu machen. Ein zusätzliches Motiv der Europäischen Union besteht darin, einigen dieser Länder auf längere Sicht den Beitritt zur EU zu ermöglichen. Der Europarat, in dem die meisten osteuropäischen Länder Mitglied sind, richtet sich vor allem auf die Stärkung der demokratischen und politischen Strukturen sowie auf die Verbesserung der Menschenrechte und des Minderheitenschutzes zum Beispiel für Roma.

***Westliche wie osteuropäische Experten im Suchtbereich müssen zum Verständnis für Rahmenbedingungen von Reformen einige Kenntnisse der Geschichte haben***

Übrigens ist es fraglich inwiefern die osteuropäischen Staaten und Organisationen die westliche Hilfe und Einmischung vorbehaltlos begrüßen. Die finanziellen Mittel sind verständlicherweise oft willkommen. Unser Eindruck ist, dass vor allem junge Fachkräfte und praxisorientierte Gesundheitseinrichtungen (oft nichtstaatliche Organisationen) darin eine Gelegenheit sehen Reformen durchzusetzen. Viele Fonds fordern von den Verantwortlichen eine Auswertung der mitfinanzierten Projekte. MATRA schaltet dafür bei Großprojekten externe Sachverständige ein.

## *Konkrete Unterstützung für Osteuropa*

Viele niederländische Organisationen im Gesundheitswesen, aus dem Kultursektor und anderen gesellschaftlichen Bereichen führen seit Anfang der neunziger Jahre Projekte in Osteuropa durch. Neben privaten Fonds wird ein Großteil dieser Projekte über das MATRA-Programm finanziert, das vom niederländischen Außenministerium koordiniert wird.

**Das niederländische MATRA-Programm leistet einen aktiven Beitrag zum Aufbau demokratischer Gesellschaftssysteme in Osteuropa**

Das MATRA-Programm, dessen Name sich aus dem niederländischen Begriff »Maatschappelijke Transformatie« (Gesellschaftliche Umwandlung) zusammensetzt, will einen aktiven Beitrag zum Aufbau demokratischer Gesellschaftssysteme (so genannter civil societies) in den osteuropäischen Ländern leisten. Niederländische nichtstaatliche Organisationen können in Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen in Osteuropa Projektvorschläge zur Finanzierung geplanter Hilfsangebote in Sektoren wie Gesundheitsfürsorge, Psychiatrie und Suchthilfe – aber auch auf dem Gebiet von Bildung, Umweltschutz, Wohlfahrtspflege, Kultur etc. – einreichen.

### **Zehn Punkte der Besorgnis**

Organisationen, die beabsichtigen, Projekte in Osteuropa auszuführen, müssen sich der damit verbundenen Implementierungsprobleme bewusst sein. In einem Beitrag für eine Konferenz über Projekte im Bereich der Geistigen Gesundheitsfürsorge in Osteuropa nennt Schnabel »Zehn Undinge« – zehn Punkte der Besorgnis, der Kritik und des Ärgers, wie Schnabel sie nennt – die den Kontakt und die Zusammenarbeit mit den Projektpartnern erschweren.

Einer der zehn Punkte der Besorgnis ist die Inkompetenz. In der Sozialarbeit gibt es kaum Kompetenz was die therapeutische Gesprächsführung oder die Teamleitung angeht. Im Managementbereich herrscht eine lähmende Bürokratie und Budgetverwaltung oder Kostenbewusstsein sind oft Fremdwörter.

Ein anderes ist die Unsicherheit, namentlich auf dem Gebiet von Kommunikation und Management: Absprachen bedürfen oft der Zustimmung des formell Ranghöchsten in der Hierarchie, der nicht selten mit dem Projekt überhaupt nichts zu tun hat.

Ein dritter Punkt der Besorgnis ist die Unzuverlässigkeit, die bisweilen in Korruption ausartet. Eine Delegation die im Rahmen eines Projektes die Niederlande besuchte wurde aus den Mitgliedern »alter Seilschaften« zusammengestellt statt auf der Basis professioneller Repräsentativität.

Viele dieser Probleme erwachsen aus den völlig unterschiedlichen Organisationskulturen: einer demokratischen Kultur gegenüber einer autoritären »Kommandostruktur« in der individuelle Meinungen und Verantwortlichkeiten kaum Gewicht haben. Diese Differenzen werden vor allem bei Projekten der Sozialarbeit deutlich, wo Erneuerungen – wie etwa zu lernen in multidisziplinären Teams zu arbeiten – zentral stehen.

Übrigens wäre es unfair die Ursachen für die schwierige Kooperation ausschließlich bei den osteuropäischen Partnern zu suchen. Ein wichtiger Faktor ist oft auch die Haltung der (niederländischen) Projektausführenden: Versuchen sie die in den Niederlanden entwickelten Einsichten und Produkte in Osteuropa zu verkaufen oder schlüpfen sie in die Rolle des Trainers oder Beraters (»telling or selling«)?

Ein letztes Problem das an dieser Stelle genannt werden soll ist die Dauerhaftigkeit der Veränderungen die durch das Projekt erreicht werden. Im Regelfall haben die Projekte eine Laufzeit von zwei bis maximal drei Jahren. Wenn sie überhaupt Resultate haben ist es fraglich ob die durch das Projekt initiierten Veränderungen einen dauerhaften Charakter haben oder ob sie nur kurzfristige Wirkung zeigen. Die Projektausführenden müssen diesen Aspekt sorgfältig beachten. So stellte sich beispielsweise bei einem Projekt von Jellinek in Weißrussland heraus, dass die mitwirkenden Psychologen und Sozialarbeiter offiziell nicht befugt waren klinische und betreuende Aufgaben in der Suchthilfe zu übernehmen. Laut Gesetz ist dies nämlich nur Ärzten und Krankenpflegern erlaubt. Die Einführung von multidisziplinären Arbeitsmodellen wurde dadurch erheblich gefährdet. Für die Ausführungsphase des Projekts wurde die Einbeziehung von Psychologen und Sozialarbeitern in die multidisziplinären Teams ausnahmsweise per Sondererlaubnis gestattet. Erst gegen Ende des Projekts wurde auf starken Druck eine ministerielle Richtlinie erlassen die diese Arbeitsweise offiziell zulässt.

**Für Schwierigkeiten in der Kooperation sind allerdings nicht alleine die osteuropäischen Partner verantwortlich**

## *Ein Blick auf die Zukunft der Zusammenarbeit mit Osteuropa*

Wie sieht die Zukunft der Zusammenarbeit mit den Ländern und Drogenhilfseinrichtungen in Mittel- und Osteuropa aus?

Zunächst einmal hat die Zahl der niederländischen (und deutschen) Kooperationsprojekte mit Osteuropa stark zugenommen. In den Niederlanden werden viele Projekte vom MATRA-Fonds finanziell unterstützt. Das Trimbos-Institut etwa führt Projekte in Ungarn und Russland durch. Jellinek hat in diesem Herbst ein Großprojekt in Rumänien gestartet, das eine Qualitätsverbesserung der professionellen Sozialarbeit in der Gesundheitsfürsorge und Suchthilfe zum Ziel hat. Außerdem nimmt Jellinek an Projekten in der Ukraine, Weißrussland, Moldawien und Russland teil die unter der Schirmherrschaft von UNDCP/UNAIDS stehen und auf eine größere Reichweite von Drogenhilfseinrichtungen und eine wesentliche Verbesserung der Schadensbegrenzung abzielen. Andere Organisationen wie AFEW (Aids Foundation East – West) und die niederländischen Abteilung von »Ärzte ohne Grenzen«, die sich auf Aids-Prävention richten, sind u.a. in Moskau und Kiew aktiv. Auch deutsche Organisationen wie die Caritas unterstützen Drogenpräventionsprojekte in Osteuropa.

Im Rahmen des ADEPT-Programms erhalten darüber hinaus jedes Jahr Beamte der Gesundheits-, Justiz- und Innenministerien aus den Beitrittsländern, die für die Drogenproblematik zuständig sind, in den Niederlanden eine Schulung die ihnen Einblick in die europäische Drogenpolitik und die Erfahrungen der niederländischen Kollegen gewähren soll.

Außerdem werden auf Initiative der Geneva Initiative on Psychiatry in Zusammenarbeit mit Jellinek einmal pro Jahr Gruppen junger (talentierter) Fachkräfte aus allen Ländern Mittel- und Osteuropas – darunter Georgien, Aserbeidschan, Armenien, Albanien und Usbekistan – in modernen Betreuungstechniken geschult.

Als Trend für die kommenden zehn Jahre zeichnet sich eine Verschiebung des Schwerpunkts von den mitteleuropäischen EU-Beitrittsländern (die Ende 2004 in die EU aufgenommen werden) auf die ehemaligen GUS-Staaten ab. Die erweiterte EU wird so dann die Republiken Weißrussland, Ukraine und Russland umfassen, die in aktuellen Berichten der niederländischen Regierung schon jetzt als neue Nachbarn bezeichnet werden.

So weit ist es aber noch lange nicht. Zuerst muss der schwierige politische Beitrittsprozess vollzogen werden, bei dem es noch viele Hindernisse zu überwinden gibt. Die Niederlande können dabei eine wichtige Rolle übernehmen, weil sie in der zweiten Hälfte des Beitrittsjahres 2004 den Vorsitz der Europäischen Union innehalten werden.

**Die Niederlande können den politischen Beitrittsprozess aktiv gestalten, da sie in der zweiten Hälfte 2004 den Vorsitz der Europäischen Union erhalten**

### **EATI**

Keizersgracht 582  
1017 EN Amsterdam  
Niederlande  
☎ 00 31-20-675 20 41  
☎ 00 31-20-6 76 45 91  
✉ info@eati.org  
www.eati.org

## **Nadeshda Konstantinova Radina**

# *Zu Fragen der Integration von Spätaussiedlern aus der GUS in Deutschland*

**Mit der Situation der Spätaussiedler aus den Staaten der GUS befasst sich im folgenden Beitrag Professorin Dr. Nadeshda Konstantinova Radina, die in Nishnij Novgorod als Leiterin der Abteilung für Psychologie des Management- und Business-Institutes tätig ist. Sie hat im August 2002 in Münster im Auftrag der Stadt Münster und des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe eine Befragung bei Spätaussiedlern sowie in deren Umfeld durchgeführt um Barrieren bezüglich der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten im Zusammenhang mit Suchtproblemen zu ermitteln und um Hinweise auf Modelle für eine bestmögliche Integration zu entwickeln.**

Die Rückkehr der Russlanddeutschen in ihre historische Heimat ist mit unterschiedlichen Schwierigkeiten verbunden. Dazu gehören auch Probleme mit Alkohol und Drogen. Statistiken weisen aus, dass in machen Brennpunkten die Aussiedler die Mehrheit der Drogenabhängigen bilden. Im Rahmen von Untersuchungen wurden folgende Tatsachen festgestellt: in Frankfurt sind nur 37 % der Drogenabhängigen »deutscher« Abstammung, in Nürnberg 17 %, in Hannover 20 %. Die Zahl der durch Drogenmissbrauch verursachten Todesfälle unter den Aussiedlern und vor allem unter den Jugendlichen ist von 36 in 1999 auf 162 in 2000 gestiegen. 2001 waren 12 % der Drogentoten in Bayern russischsprachige Aussiedler.

Doch trotzdem wenden sich die Spätaussiedler nur ungenügend mit Hilfefragen an soziale Einrichtungen. Ihr Anteil an der Zahl der Patienten die selbst um Hilfe bitten beträgt nicht mehr als 5 %, so das Ethno-Medizinische Zentrum in Hannover.

Wenn man die zunehmende Neigung zum Drogenkonsum als Variante einer Nichtaufnahme der Aussiedler in die Gesellschaft betrachtet, kann angenommen werden, dass das Bedürfnis der Spätaussiedler nach einer wesentlichen sozialen (vielleicht auch psychologisch-pädagogischen) Hilfe und die Unfähigkeit die Hilfe anzunehmen die heutige Situation der Integration der Aussiedler aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion in Deutschland charakterisiert.

Ich stelle einige Sichtweisen bezüglich der Probleme der Spätaussiedler innerhalb der Integration vor, die aus der Durchführung einer Pilotbefragung in Münster im August 2002 resultieren.

## Die Sicht der Suchthilfe-Fachleute

**Die Suchtfachleute, die »einheimischen« Drogenabhängigen und die Aussiedler selbst – alle haben sie ihre eigene Sicht auf die Situation**

Die Fachleute, die mit unterschiedlichen Gruppen der Spätaussiedler arbeiten, nennen eine Vielzahl von Schwierigkeiten die zur Entstehung verschiedener Arten der Devianz einschließlich der Drogenabhängigkeit bei den Spätaussiedlern beitragen. Dies sind

- der Verlust der Wurzeln (die Übersiedlung mit der Forderung, die Sprache, gewohnte Lebensweisen usw. radikal zu ändern);
- der Zusammenbruch der Erwartungen (Aussiedler sehen all die Schwierigkeiten nicht voraus, mit denen sie in Deutschland real zusammenstoßen);
- das neue soziale Netz in Deutschland (bei der Übersiedlung bemühen sich die Spätaussiedler zusammen zu halten, aber gerade in ihrer Gemeinschaft verbreiten die Aussiedler-Dealer aktiv die Drogen);
- die Probleme der Kernfamilie (die Familie verliert z.T. die frühere Fähigkeit den bedürftigen Familienangehörigen zu unterstützen);
- die Veränderung der Identität (man muss sich ein neues Gesicht, eine neue Persönlichkeit entsprechend dem neuen Namen und der Umgebung »erdenken«);
- den Müßiggang (viele Spätaussiedler, besonders die Bewohner aus ländlichen Regionen, die früher bis zu 11 Stunden am Tag arbeiteten sind hier zumindest zeitweilig arbeitslos und auch ihrer gewohnten häuslichen Wirtschaft beraubt);
- die Probleme der »Stammbeziehungen« (die Verwandten die mit einigen / mehreren Familien ankommen verzichten auf den Umgang miteinander, die Mitglieder der »Stammclans« erhalten keine Unterstützung mehr voneinander);
- das erste Ausprobieren der Drogen und des Alkohols vor der Übersiedlung (die Drogen und der Alkohol werden als untrennbare Bestandteile der Organisation »der freien Zeit« wahrgenommen) und
- das ungenügende Interesse für die Kultur und die Traditionen der historischen Heimat.

## Die Sicht der »einheimischen« Drogenabhängigen

Die Vertreter der Gruppe der drogenabhängigen »einheimischen« Deutschen beobachten, dass die drogenabhängigen Aussiedler die elementaren hygienischen Regeln ignorieren und sich nicht um ihre Gesundheit sorgen (z.B. nutzen sie unsauberes Wasser), weiterhin hat sich mit dem Erscheinen der Aussiedler die Qualität der Drogen verschlechtert, wie auch insgesamt die Menge harter Drogen auf dem Markt zugenommen hat. Die drogenabhängigen Aussiedler halten in Gruppen zusammen und verkehren nicht mit den »einheimischen« drogenabhängigen Deutschen (»sie halten zueinander und ziehen einander nach unten«). Untereinander können die Aussiedler die äußerste Grausamkeit zeigen; ihre Einstellung zu den Methadonprogrammen ist negativ.

## Die Sicht der Aussiedler selbst

Die Aussiedler selbst nennen andere Probleme, die von ihnen unmittelbar wahrgenommen werden:

- die ungenügenden sprachlichen Kenntnisse;
- das ungenügende Wissen über die Gesetze Deutschlands;
- der mit der Übersiedlung verbundene Verlust des sozialen Status jedes einzelnen Familienangehörigen und der Familie insgesamt;
- die Kinder auf der Straße (viele Eltern sind damit überfordert, die Verantwortung für die Integration der Kinder zu übernehmen und die Schule distanziert sich nach Meinung der Aussiedler von diesem Problem);
- die negative Beziehung der »einheimischen« Deutschen zu den Aussiedlern im allgemeinen und zu allem Russischen insbesondere;
- die ungenügende Fähigkeit der Aussiedler, die adäquate soziale und psychologisch-pädagogische Hilfe aktiv zu suchen und zu nutzen;
- die Verwirrung durch die »deutsche Bürokratie«;
- das langweilige Leben in Deutschland (die früheren Formen der Freizeitorganisation sind unmöglich, die neuen unbekannt);
- das Bedürfnis der Kontrolle und der Einflussnahme des Staates bei der Entscheidung persönlicher (familiärer) Probleme;
- die sich häufig ergebende Position »der Menschen zweiter Sorte« in Deutschland einzunehmen;
- das Schwelgen in der Erinnerung.

**Die Aussiedler sehen sich vielfach völlig am »Rand« der Gesellschaft: mangelnde Akzeptanz, Probleme mit der Bürokratie – und alles ist anders ...**

Die vielseitige Beschreibung der Problembereiche ermöglicht zu verstehen, wie unterschiedlich die Vorstellungen bei denen sind, die helfen und bei denen, die Hilfe benötigen. Das Wissen um diese Unterschiede ist notwendig, da man beim Schaffen der Programme zur sozialen Unterstützung auf die Fragen antworten muss, wessen und welche unbefriedigten Nöte und Bedürfnisse die Grundlage für Hilfeprogramme bilden und wie es um die Effektivität der Programme gestellt ist.

Zweifellos ermöglicht das existierende System zur sozialen Unterstützung der Aussiedler in Deutschland das »auf die Beine kommen« für diejenigen, die die eigenen und familiären Ressourcen mobilisiert haben sowie für die, die eine starke Motivation haben, in Deutschland erfolgreich zu sein. Doch insgesamt trägt der Emigrationsprozess einen bevölkerungsgruppen-übergreifenden Charakter, was bedeutet, dass nicht nur die aktiven und leistungsfähigen Aussiedler, sondern alle Kategorien der Bevölkerung nach Deutschland zurückkehren. Diese Tatsache fordert besondere Berücksichtigung bei der Bildung neuer Hilfeprojekte für Aussiedler.

Man muss anmerken, dass die deutschen Fachleute die objektiven Probleme der Aussiedler genau und theoretisch begründet beschreiben. Dabei ist die Reflexion der eigenen Schwierigkeiten, der Ängste und der Zweifel an der Arbeit mit den Aussiedlern weniger entwickelt. Dass die Ängste und die Zweifel in der deutschen Gesellschaft vorhanden sind (und die Experten sind ein Teil dieser Gesellschaft), sieht man bei der Analyse der Massenmedien und der gegenwärtigen europäischen Seifenopern: Es wird der Eindruck vermittelt, alle Verbrechen im Eurobündnis werden von Aussiedlern und Illegalen aus den Staaten der GUS begangen.

Die Aussiedler stellen ihre Integrations- Probleme emotionaler und »subjektiver« dar: »... für sie ist es die Arbeit, für uns ist es das Leben«. Die Reflexion ihrer Lage und eigener Aktivitäten fehlt bei den Aussiedlern praktisch auch. Die Positionen der Verwaltungsmitarbeiter und der Fachleute, die die soziale Hilfe leisten einerseits und der Aussiedler andererseits, lassen »Wände der Entfremdung« zwischen ihnen entstehen. Ein Aussiedler formulierte in einem der Interviews: »Ihr wollt uns nicht – ist auch nicht notwendig, wir werden auch ohne euch überleben. Aus dem Land kann man uns nicht hinauswerfen, wir sind eure Bürger und wir sind schon viele«.

Die Analyse der Interviews zeigt auf, dass viele Aussiedler intensiver Unterstützung bei der Rückkehr nach Deutschland bedürfen, aber die Unzulänglichkeit der sozialen und psychologisch-pädagogischen Hilfe erschwert ihre Integration in die deutsche Gesellschaft. Die persönliche Verantwortung der Aussiedler für die Organisation des eigenen Lebens besteht zweifellos, doch es besteht auch eine Verantwortung des Staates. Die Unzulänglichkeit der Beschlüsse zu sozialen Fragen ist ökonomisch unvorteilhafter als eine termingemäße und problemorientierte Finanzierung und Installation von Programmen, die eine wirksame Integration gewährleisten.

So befinden sich die deutschen Suchthilfeexperten gegenwärtig im schöpferischen Prozess der Bildung »einer neuen Konzeption der Hilfe« für die Aussiedler. Durch diesen Prozess werden verschiedene Programme der sozialen Unterstützung unter Berücksichtigung interkultureller Faktoren vereinigt.

Die Notwendigkeit solcher Konzepte wird besonders deutlich, wenn wir den Globalisierungsfaktor berücksichtigen, der in der letzten Zeit besonders an Bedeutung gewonnen hat. Der Globalisierungsprozess fordert höhere Mobilität von Information, Kapital und Arbeitskräften. Das heißt, dass es die Migration geben wird, solange die Wirtschaft funktioniert. Solange es Einwanderer gibt, gibt es soziale Probleme und solange bleibt der Bedarf an engagierten Sozialarbeitern, Pädagogen, Ärzten und Psychologen bestehen. Das bedeutet, dass die positiven Erfahrungen, die im Moment in Deutschland gesammelt werden, in Zukunft von besonderer Bedeutung sein werden.

**Die geforderte Mobilität im Globalisierungsprozess bringt eben auch Probleme mit sich**

**N. K. Radina**  
Ul. Kirilova, 2a - 45  
603104, Nizhny  
Novgorod  
Russia

**Es kommen nicht nur die aktiven und leistungsfähigen Aussiedler sondern auch die, die Unterstützung benötigen**

**Svetlana Iliina**

## Die Drogensituation in Russland

**Die Moskauer Psychologin Svetlana Iliina ist derzeit im Rahmen des durch AMOC/DHV, Amsterdam, geführten EU-Projektes AC COMPANY in Antwerpen in der Free Clinic als Ansprechpartnerin für die Zielgruppe der russischen Migrantinnen tätig. Sie beschreibt hier die russische Situation im Zusammenhang mit Drogen und den enormen AIDS- und Hepatitis- Infektionsraten.**

In den vergangenen 7 Jahren ist die Zahl der Drogensüchtigen im Land ungefähr um das 4,5 fache angewachsen und die Zahl der Drogensüchtigen übersteigt in Russland 2,5 Millionen Menschen. In dieser Hinsicht ist zu bedenken, dass diese Zahlen nur regelmäßige Drogenkonsumenten des sogenannten »klassischen Typs« widerspiegeln. Wenn man diejenigen berücksichtigt, die andere Drogen konsumieren, solche die an Klebstoff schnüffeln und andere, dann beläuft sich die Anzahl von Drogenkonsumenten im Land auf nicht weniger als 10 bis 20 Millionen. Russische Autoritäten aus der Medizin sind besonders aufgrund des 6,5 fachen Anstiegs der weiblichen Gebraucherrinnen in der vergangenen Dekade alarmiert. Nach Angaben des Gesundheitsministeriums (19. März 2002) waren 315.000 Menschen medizinisch registriert worden, die zu Beginn des Jahres 1988 Narkotika, Psychotropie-Substanzen etc. aus nicht medizinischen Gründen zu sich nahmen. Ungefähr 39.000 von ihnen waren Minderjährige und über 25.000 waren Frauen. Die Zahlen haben im Vergleich zum Jahr 2001 um 30 % zugenommen. In der letzten Dekade hat sich die Zahl der Drogensüchtigen verzehnfacht. Mehr als 60 % davon sind zwischen 18 und 30 Jahren alt. Das Durchschnittsalter liegt bei 15-17 Jahren, aber Fälle von Drogenkonsum bei 11-13jährigen Kindern werden häufiger und selbst Drogenkonsum bei 6-7jährigen wurde beobachtet.

Es ist unbedingt darauf hinzuweisen, dass in Russland Drogenkonsumenten den Übergang von unterschiedlichen Arten »Pseudo-Narkotika« zu richtigen Narkotika viel schneller als in anderen Ländern vollziehen. An Einzelpersonen Moskauer Schulkinder aufgezeigt, dauert solch ein Übergang nicht länger als einen Monat – mit allen daraus resultierenden Folgen. Außerdem ist die russische Drogenszene durch einen schnellen Übergang von »leichten« zu »harten« Drogen geprägt. Während einer sechsmonatigen Periode im Jahr 1996 zählten Heroinsüchtige – die am schwierigsten zu heilenden Abhängigen – 28,4 % aller von Opiaten abhängigen Patienten, die sich einer Behandlung am »Scientific Research Institute of Narcology« (Wissen-

schaftliches Forschungsinstitut für Drogensucht) unterzogen hatten. Während einer genauso langen Periode im Jahr 1997 umfassten sie schon 74,4 %.

Die Zunahme der Drogensüchtigen unter den Schulkindern in erster Linie in großen Städten und unter Universitätsstudenten ist besonders bedrohlich. Sie ist um das 6- bis 8- fache während der letzten 4 Jahre angewachsen. Gemäß der letzten Daten hat jeder fünfte Schüler in St. Petersburg schon Drogen probiert während in den höheren Klassen vieler Schulen ein Drittel der Schüler regelmäßige Drogenbenutzer sind. In vielen der meist berühmten höheren Ausbildungsstätten in Moskau wird Drogensucht immer sichtbarer. Die durchschnittliche Lebenserwartung Drogensüchtiger nach dem Einstieg in den Konsum beträgt 4 bis 4,5 Jahre.

Mohnstroh, reines Opium und Opium-Lösungen, Marihuana, Ephedrine, Haschisch, LSD, Methadon, Heroin, Kokain und »Ecstasy« sind verbreitet genutzte Drogen in Russland. Zur selben Zeit stellt das Erscheinen der neuen synthetischen Drogen einschließlich derer, die in Russland produziert werden, eine besondere Gefahr dar.

### Drogen, HIV-Infektion und Hepatitis C

Statistische Daten bezeugen unerbittlich die sehr enge Verbindung zwischen der Zunahme des Drogenkonsums und dem Anstieg der Anzahl von Erkrankungen an AIDS, Virus-Hepatitis und anderen sehr ernsten Leiden (allein 1996 nahm die HIV-Infektion um das 8-fache zu). Die bislang höchste Zahl an HIV-Patienten wurde im Januar 2002 registriert: in der Region Irkutsk 11.570 Personen; in der Region Samara 12.316; in St. Petersburg 13.768; in der Region Tschelyabinsk 9.179; in Moskau und in der Region Moskau 29.807. Insgesamt wurden im Januar 2002 176.935 Fälle von HIV-Infektion registriert, von denen 2.543 auf Kinder entfielen. 1966 Personen starben bereits. Über 91 % der neu diagnostizierten HIV-infizierten Fälle traten bei Personen auf, die Drogen intravenös konsumieren und gewöhnlich waren benutzte Spritzen und Nadeln die Infektionsquellen. In den vergangenen 10 Jahren ist die Zahl der Todesfälle aufgrund des Gebrauchs von Drogen um das 12-fache und unter Kindern um das 42-fache angewachsen.

Laut der Daten des Innenministeriums der Russischen Föderation beträgt die Zahl der obdachlosen Kinder im Land ungefähr eine Million. Unter ihnen wird Drogenkonsum zur alltäglichen Praxis – praktisch hat die Hälfte von ihnen probiert Drogen oder nimmt sie schon mehr oder weniger regelmäßig.

*Die HIV-Prävalenz liegt bei russischen Drogenabhängigen inzwischen – je nach Stadt – bei 40 bis 60 %. Die Zahl der heroin- und opiatabhängigen Menschen beläuft sich in Rußland immerhin auf eine bis drei Millionen Menschen. Entsprechend sind in Moskau inzwischen mehr Drogenabhängige HIV-positiv als beispielsweise in New York. Und es gibt weder Spritzen-tausch- noch Methadonprogramme. »Hier muss sich massiv etwas ändern«, forderte D. Dehne, UNAIDS Österreich, anlässlich einer Pressekonferenz.*

(Quelle: www.haart.net)

**Die drastische  
Anti-Drogen-  
Politik des  
Staates erzeugt  
ungeheure  
Probleme mit  
Hepatitis-  
Infektionen**

**c/o Free Clinic**  
Van Arteveldestraat 64  
2060 Antwerpen  
Belgien  
☎ 0032-3-2011260  
☎ 0032-3-2011299

Die Erkrankungsrate an akuter Virus-Hepatitis und besonders an Hepatitis C hat einen bedrohlich ansteigenden Trend: Hepatitis C, die sich in der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen weit ausbreitete und auch bei den 20- bis 29-jährigen vorkommt, überträgt sich in der ersten Gruppe vorrangig über die Eltern und in der zweiten über sexuelle Kontakte. Die Anzahl der Hepatitis-C-Infizierten nach (einmaligem oder regelmäßigem) Drogenkonsum steigt besonders unter Teenagern, die keine Safer-Use-Kenntnis haben, ständig an.

Diese Zahlen sind das Ergebnis einer Staatspolitik, die die Verbreitung von Informationen und Safer-Use-Training als Maßnahmen zur Drogenpropaganda betrachtet und sie verbietet.

Laut offizieller Statistiken wurden im Jahr 2000 84 % aller an Hepatitis Erkrankten über die Eltern infiziert. In der Region Moskau wurden 40,4 % Hepatitis-C-Krankheitsfälle durch elterlich übertragene Infektion verursacht, in Kaliningrad und im Lipeck-Gebiet ungefähr 60 %, in Perm ungefähr 75 %, in der Region Sverdlovsk und Rostov-on-Don mehr als 80 %.

HIV und akute Virus-Hepatitisprophylaxe unter Drogenkonsumenten wird von nicht-staatlichen Organisationen geleistet. 1998 initiierten »Medecins Sans Frontieres-Holland« (Ärzte ohne Grenzen – Holland) in Moskau Aktionen zur Harm-Reduction. Aktuell bestehen Harm-Reduction-Projekte in 46 Regionen des Landes (meist auf der Basis lokaler AIDS-Zentren), diese bieten die Möglichkeiten zum Nadeltausch, zur kostenlosen Diagnose und zur Beratung für Drogenkonsumenten sowie effektive Informationsarbeit an. Zur Realisierung von Nadelaustauschprogrammen müssen die lokalen Verwaltungen Genehmigungen erteilen – doch obwohl Projekte zur Schadensreduktion vollständig durch Drittmittel finanziert werden, wird etwa in Moskau Nadeltausch durch den Bürgermeister, einem der Aktivisten des »Anti-Drogen-Krieges«, verboten.

**Raminta Stuikyte**

## *Netzwerk zur Harm-Reduction in Mittel- und Osteuropa (CEE-HRN)*

**Das rasant anwachsende Drogenproblem in mittel- und osteuropäischen Ländern führte zur Einführung von Maßnahmen zur Schadensbegrenzung im Drogenhilfebereich, die Initiative hierzu ging jeweils von nicht-staatlichen Organisationen in den einzelnen Ländern aus. Um diese vielfältigen und in der Regel unabhängig voneinander arbeitenden Initiativen zu vernetzen, wurde CEE-HRN (Central and Eastern Europe Harm Reduction Network) gegründet und hat sich zu einem wesentlichen Element in den Bemühungen um die Reduzierung der drogenbedingten Schäden entwickelt. U.a. als Partner des durch DHV/AMOC, Amsterdam geführten europäischen Netzwerkprojektes AC-COMPANY steht dieses Netzwerk im Kontakt mit zahlreichen anderen Organisationen in Europa. Raminta Stuikyte, die Geschäftsführerin des CEE-HRN, beschreibt für das BINAD-INFO die Aktivitäten und Ziele ihrer Organisation.**

Gut vier Millionen Menschen in Mittel- und Osteuropa und den Neuen Unabhängigen Staaten (CEE/NIS) injizieren Drogen. Über eine Million sind HIV-positiv, 88 % davon infolge von intravenösem Drogengebrauch. Seit 1999 verzeichnet UNAIDS Jahr für Jahr in der CEE/NIS-Region einen stärkeren Anstieg der HIV-Epidemie als in irgendeiner anderen Region der Welt.

Seit 1995 wurden in vielen CEE/NIS-Ländern Maßnahmen zur Schadensbegrenzung im Drogenbereich eingeführt. Angesichts des starken Bedürfnisses an Kommunikation und an Erfahrungs- und Ideenaustausch wurde im Juni 1997 in Warschau, Polen, das so genannte »Central and Eastern European Harm Reduction Network« CEE-HRN (Netzwerk zur Harm-Reduction in Mittel- und Osteuropa) gegründet, das sich zum Ziel setzt, allgemeine Strategien zur Schadensbegrenzung im Zusammenhang mit (nicht-medizinischem) Drogengebrauch zu entwickeln und zu implementieren sowie Gesundheit und Wohlbefinden der Bürger der CEE/NIS-Staaten zu verbessern.

Die Aktivitäten des Netzwerks werden von einem Lenkungsausschuss koordiniert, der von den Mitgliedern gewählt wird. Ein neues Wahlverfahren garantiert die breite regionale Repräsentation und jährliche Rotation der Mitglieder des Lenkungsausschusses. Der Ausschuss steht unter dem Vorsitz eines Koordinators. Zurzeit ist das Dr. Emilis Subata vom Vilnius Center for Addictive Disorders, Litauen, der Anfang 2003 von einem neu gewählten Koordinator abgelöst wird.

Von weniger als 10 Mitgliedern zum Gründungszeitpunkt ist das Netzwerk mittlerweile auf über 170 Personen und – vor allem nichtstaatliche, nichtkommerzielle – Organisationen angewachsen. Während es sich bei den meisten Harm-Reduction-Projekten um lokale Initiativen handelt, arbeitet jede fünfte Organisation in CEE-HRN auf nationaler oder internationaler Ebene. Die Schadensbegrenzungsaktivitäten der Netzwerkmitglieder richten sich nicht nur direkt an intravenöse Drogengebraucher (IDUs), sondern auch an medizinische Fachkräfte, Vollzugs- und Polizeibeamte, Medien etc. Die Mitglieder arbeiten mit Inhaftierten, mit Menschen in der Sexindustrie (einschließlich Drogengebraucher), mit HIV/AIDS-Patienten und mit ethnischen Gruppen wie etwa Roma.

**Das Netzwerk arbeitet sowohl direkt für die Betroffenen als auch für das Hilfesystem, die Polizei und die Haftanstalten**

Trotz der unterschiedlichen Aufgabengebiete der Mitglieder werden sie alle mit demselben großen Problem konfrontiert – dem Mangel an Informationen. Zu den Hauptaufgaben von CEE-HRN gehört daher die Schaffung eines Netzwerks, das unter Einsatz moderner, internationaler und schneller Kommunikationstechniken einen offenen, horizontalen und grenzübergreifenden Informationsaustausch zwischen Fachkräften, nichtstaatlichen Organisationen, Entscheidungsträgern, Interessenten und Betroffenen (darunter IDUs und andere gefährdete Gruppen) im Bereich HIV, Drogengebrauch und Schadensbegrenzung ermöglicht.

Wie aus dem Kommunikationsverhalten der CEE-HRN-Mitglieder ersichtlich wird, sind Praktiker im Bereich Harm-Reduction aktive Internetnutzer. Alle verfügen über mindestens einen Computer und über 90 % der Mitglieder haben täglichen Zugang zu Internet und E-Mail. Da sie offenbar die Kommunikation auf elektronischem Wege bevorzugen steht diese Kommunikationsform in unserem Netzwerk an zentraler Stelle.

Die elektronische Mailingliste ist nach wie vor das wichtigste Forum für den Austausch von Ideen und Vorschlägen zur Entwicklung, Förderung und Unterstützung von Harm-Reduction-Projekten in der CEE/NIS-Region. Mit zurzeit über 300 Abonnenten richtet sich die Mailingliste an alle, die an Informationen und Diskussionen in Englisch oder Russisch interessiert sind. Die Kommunikation über essenzielle Themen verschafft den Mitgliedern des Netzwerks Informationen über Subventionsmöglichkeiten, Schulungen, Konferenzen, Kooperationsvorhaben, aktuelle Forschungsdaten und Praxiswissen. In der Mailingliste können alle Themen, Probleme und Fragen im Zusammenhang mit Schadensbegrenzung behandelt und diskutiert werden.

Vor kurzem wurde eine zweisprachige Webseite eingerichtet die sich derzeit noch im Aufbau befindet. Sie versteht sich als umfassendes Informationszentrum über Themen im Zusammenhang mit drogenbezogener Schadensbegrenzung und HIV und wird in absehbarer Zukunft allgemeine und spezifische Informationen über Harm-Reduction-Maßnahmen – einschließlich regionaler Übersichten – sowie Informations- und Unterstützungsmaterial über Drogenkonsum und HIV-Prävention in Haftanstalten, über Substitutionsprogramme, Aktivitäten für Beschäftigte in der Sexindustrie, Projekte für Roma-Gemeinschaften etc. enthalten. Zwei Mitarbeiter befassen sich schwerpunktmäßig mit der Sammlung, Analyse und effizienten Systematisierung von Informationen, die von den CEE-HRN-Mitgliedern, von Harm-Reduction-Projekten, nationalen und internationalen Organisationen, Experten und Personen, die im Bereich der Schadensbegrenzung tätig sind, bereitgestellt werden.

Neben elektronischer Kommunikation besteht nach wie vor hoher Bedarf an Printmaterial. Der regelmäßig erscheinende, vor kurzem aktualisierte CEE-HRN Newsletter informiert über die Resultate und Fortschritte der von den Netzwerkmitgliedern und anderen Trägern realisierten Projekte. Der Newsletter enthält zudem Artikel über technische Aspekte der Implementierung von Projekten sowie Konferenzmaterialien und Strategiepapiere.

Das CEE-HRN-Sekretariat sorgt dafür, dass alle Mitglieder die Netzwerkangebote effektiv nutzen können. Eine Bedarfsermittlung unter Mitgliedern ergab, dass Sprachschwierigkeiten für viele der Haupthinderungsgrund für eine aktive Beteiligung am Netzwerk sind. Zu den primären Aufgaben gehören daher zweisprachige Angebote und Übersetzungen der wichtigsten Dokumente. Da Englisch heutzutage die führende Sprache auf Tagungen, in E-Mail-Diskussionen und bei der Vorbereitung von Subventionsanträgen ist, verschaffen die Übersetzungsdienste von CEE-HRN auch denjenigen Mitgliedern Gehör, deren Mutter- oder Hauptsprache Russisch ist.

Neben der Verbreitung von Informationen und der Förderung des Erfahrungsaustauschs erstellt das Netzwerk auch Analysen und Situationsstudien im Bereich Drogenkonsum und HIV. Im Jahre 2002 wurde die erste regionumfassende Erhebung über HIV/AIDS-Behandlung und medizinische Grundversorgung von HIV/AIDS-Patienten durchgeführt. Diese Studie unter mehr als 130 HIV/AIDS- und damit verwandten Programmen in Mittel- und Osteuropa und der ehemaligen Sowjetunion (CEE/FSU) ergab, dass lediglich 6.982 Patienten (also weniger als 1 % der schätzungsweise einer Million HIV-Infizierten) die Kombination von drei Anti-HIV-Medikamenten erhalten, die als Standardmedikation für die Behandlung von HIV/AIDS gelten. Mehr als die Hälfte (58 Prozent) dieser Patienten, die eine Dreifach-Kombinationstherapie erhalten, sind Rumänen; dort werden HIV-infizierte Kinder, die sich das Virus durch medizinische Behandlungen zugezogen haben, mit finanzieller Unterstützung von internationalen Hilfs- und Behandlungsprogrammen behandelt. Weitere

**Das Internet ist die zentrale Kommunikationsbasis für das CEE-HR-Netzwerk, und zwar in Russisch und Englisch**

19 Prozent leben in Polen. In den Staaten der ehemaligen Sowjetunion, in denen laut Schätzungen von UNAIDS 990.000 HIV/AIDS-infizierte Menschen leben, erhalten hingegen nur 872 Patienten – das sind weniger als einer von 8.000 Infizierten – die Dreifach-Kombinationstherapie.

Der Untersuchungsbericht, der sowohl die Befunde der Erhebung als auch Tiefeninterviews mit HIV-positiven Menschen enthält, wurde auf der AIDS-Konferenz in Barcelona einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt und an staatliche HIV/AIDS- und Harm-Reduction-Programme in der CEE/NIS-Region weitergeleitet. Neben der Erwähnung des Netzwerks als Informationsquelle für HIV in den CEE/NIS-Ländern in dem Rundbrief der allen Konferenzteilnehmern zugeht, wurden das Netzwerk und der Bericht auch von führenden Medien zitiert, darunter The Times, The Guardian, der Presseagentur AFP und zahlreichen Medien in den CEE/NIS-Ländern.

Aufgrund der feindlichen Haltung und Uninformiertheit der Öffentlichkeit in Bezug auf Drogenkonsum stoßen Harm-Reduction-Programme auf zahlreiche Schwierigkeiten. Deshalb messen diese Projekte auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene der Verteidigung von Harm-Reduction-Konzepten und Änderung des Bildes, das die Gesellschaft von Drogenkonsumenten hat höchste Priorität bei.

Im Jahre 2001 nahm CEE-HRN an der AIDS-Sonderkonferenz der Vereinten Nationen (UNGASS) und an damit zusammenhängenden Veranstaltungen wie der vorbereitenden Sitzungen in Genf und der UNGASS-Tagung in New York teil. In New York erhielt die Organisation ihre Akkreditierung und entsandte zwei Vertreter zu UNGASS. Der größte Erfolg von CEE-HRN und anderen Harm-Reduction-Netzwerken war die Aufnahme der Forderung nach Zugang zu sterilen Spritzen für IDUs in die Schlussklärung der Tagung.

Wichtiger Bestandteil der Anwaltsfunktion von CEE-HRN ist die praktische Unterstützung von Interessenverbänden. Ein gutes Beispiel dafür ist die Beratung und technische Unterstützung, die CEE-HRN der litauischen Selbsthilfeorganisation von Drogenkonsumenten »Initiative of Drug Addicts Mutual Support (IDAMS)« bietet. Deren Vorsitzender Kestutis Butkus, der selbst acht Jahre lang drogenabhängig war und seit fünf Jahren an einem Methadonprogramm teilnimmt, betont, dass es vor allem die Unterstützung von CEE-HRN war, die ihn und andere Drogenkonsumenten zu der Gründung der Organisation bewegt hat. »Das Netzwerk verschaffte uns Ideen und Informationen, wie und warum wir aktiv werden müssen«, sagt Kestutis. Zu den Hauptzielen von IDAMS gehört die Entkriminalisierung und Entstigmatisierung von Suchtkranken und der Schutz der Rechte sowie die Vertretung der juristischen Interessen von Drogenkonsumenten.

Leider stoßen sie dabei auf Ignoranz und Probleme. Zum besseren Verständnis der Situation von IDUs in Litauen, die übrigens typisch für viele CEE/NIS-Länder ist, nennen wir hier einige Fakten. HIV-positive Drogenkonsumenten werden nicht in HIV-Behandlungsprogrammen zugelassen. Nach dem Ausbruch einer HIV-Epidemie in einer litauischen Strafanstalt wurden in der Öffentlichkeit viele Stimmen laut, die für HIV-infizierte Drogenkonsumenten den »Goldenen Schuss« forderten. Im Jahre 2002 nahm IDAMS die Europäische AIDS-Konferenz in Vilnius zum Anlass, um angemessene Behandlungsformen, Aufmerksamkeit und Unterstützung für intravenöse Drogengebraucher zu fordern. Bei der Eröffnung der Konferenz organisierten sie eine Demonstration, die unter anderem mithilfe von CEE-HRN in der Öffentlichkeit und den Massenmedien auf breites Interesse stieß. »Viele Menschen reagieren erschrocken, wenn sie von meiner langen Drogenkarriere erfahren. Es passt nicht in ihr stereotypes Bild des hoffnungslosen Drogengebrauchers«, sagt Kestutis. Neben der Medienarbeit richtet sich IDAMS auch auf Lobby-Arbeit, die Information und Erziehung der Öffentlichkeit, die Schulung von Selbsthilfegruppen und die Entwicklung von Strategien zur Interessenvertretung. Seit kurzem vertritt die IDAMS auch Angeklagte mit Suchtproblemen vor Gericht.

Ermöglicht werden alle oben erwähnten Aktivitäten nur durch die umfangreiche finanzielle und technische Unterstützung durch internationale Organisationen (darunter das *International Harm Reduction Development Programme* des *Open Society Institute*, das UN-Programm zu HIV/AIDS, das UN-Drogenbekämpfungsprogramm und die Weltgesundheitsorganisation), durch die Hauptprojektpartner Asian Harm Reduction Network, AC COMPANY, AIDS-Stiftung EAST-WEST, International HIV/AIDS Alliance in der Ukraine und durch viele andere.

**CEE-HRN wird von zahlreichen Institutionen auf internationaler Ebene technisch und finanziell unterstützt**

#### CEE-HRN

Algirdo St. 41-1  
Vilnius LT, Litauen  
☎ 00370-5210-5180  
☎ 00370-5210-5181  
✉ info@ceehrn.org  
www.ceehrn.org

**Kamila Jezerksa**

## *Die Arbeit mit tschechischen Drogenkonsument/innen in Bozen*

**Mit der Öffnung der osteuropäischen Länder ist seit 10 Jahren u.a. auch eine zunehmende Mobilität von drogenkonsumierenden – und auch drogenabhängigen – Menschen aus diesen Ländern in die Nachbarstaaten zu beobachten. Das hat an vielen Stellen durchaus Problemcharakter und bedeutet eine neue Herausforderung. Dieser Herausforderung nimmt sich das von AMOC/DHV in Amsterdam durchgeführte EU-Projekt AC COMPANY an. Partner in diesem Projekt ist u.a. der »Verein Südtiroler Drogenhilfe«, für den hier Kamila Jezerksa aus Bozen die dortige Situation bezüglich tschechischer Drogenkonsumenten mit einem Kurzbericht beschreibt. Sie ist als gebürtige Tschechin die Ansprechpartnerin für diese Personengruppe.**

Seit Beginn der 90er Jahre (Fall des Kommunismus) ist Bozen direkt oder indirekt »Reiseziel« tschechischer Staatsbürger. Es ist anzunehmen, dass die Mehrheit ihr Land in der Hoffnung verlässt innerhalb der EU ein besseres Leben mit Arbeit und Wohlstand aufbauen zu können.

Die tschechischen Staatsbürger, die den Weg in unsere Einrichtung finden, hatten bereits in ihrem Heimatland Erfahrungen mit illegalen Substanzen gemacht. Sie kommen als Touristen ins Land und bleiben meist nicht länger als einige Wochen bis Monate in derselben Stadt. Viele haben Kontakte zu Landsleuten in Neapel, Verona, Pescara, Sardinien, Sizilien.

Sie leben unterhalb der Armutsgrenze, sind wohnungs- und arbeitslos und versuchen sich z. B. als Straßenmusikanten oder durch Almosen über Wasser zu halten. Es lassen sich folgende Problemfelder charakterisieren:

### *Rechtliche Situation*

Nicht-EU-Bürger können mit der genauen Angabe von Aufenthaltsort und Dauer des Aufenthalts als Touristen nach Italien einreisen. Ein Tourist muss den Behörden entsprechende finanzielle Mittel vorweisen können, welche den Aufenthalt rechtfertigen. Verfällt das Touristenvisum, hält sich die betreffende Person für die Polizei illegal im Land auf.

Möchte ein tschechischer Staatsbürger eine Aufenthaltsgenehmigung erwirken, so muss er zuallererst einen Arbeitgeber finden, der ihn bei der Quästur (Polizei) als Arbeitskraft anfordert. Die betreffende Person müsste sich während des Prozedere in seinem Heimatland aufhalten und dort auf die Genehmigung warten. Das Arbeitsamt prüft den tatsächlichen Bedarf einer Auslandsarbeitskraft. Fällt diese Prüfung positiv aus, so kann der zukünftige Arbeitnehmer nach Italien einreisen und erhält die befristete Arbeits- und Aufenthaltsgenehmigung.

***Die meisten der tschechischen Klienten halten sich illegal in Bozen auf***

### *Medizinisch-Soziale Angebote und Hilfen*

Nicht EU-Bürger ohne Aufenthaltsgenehmigung sind in Italien vom staatlichen Gesundheitssystem ausgeschlossen. Für unsere Zielgruppe, die zum Grossteil opiatabhängig ist, bedeutet dies, keinen Zugang zu effizienten Substitutionsprogrammen oder Entzugs- und Entwöhnungstherapien zu haben. Die Abgabe von Methadon an »Illegale« ist abhängig von der Politik der jeweiligen Dienste für Abhängigkeitserkrankungen (ital. Ser.T) des Gesundheitsministeriums. Während in vielen Städten die Abgabe relativ liberal gehandhabt wird, ist der Ser.T in Bozen gegen eine solche Abweichung der Vorgaben und gibt Methadon nur in wenigen Ausnahmefällen aus.

Für opiatabhängige Tschechen in Bozen bedeutet dies auch bei einem Wunsch nach Substitution oder eines Ausstiegs entweder die Stadt zu verlassen oder in ihr Heimatland (mit Folgen) zurückzukehren. Entzugssyndrome beobachten wir regelmäßig in unserem Kontaktcafé.

Anonyme Blutscreenings sind nur für HIV möglich, Hepatitisscreening und -impfung sind nicht anonym und müssen bezahlt werden.

Recht auf soziale Hilfen – wie den Zugang zu Wohnungslosenasylen der öffentlichen Träger – besteht nicht. Es gibt einzelne, private, karitativ ausgerichtete, zumeist ehrenamtlich arbeitende Vereine, welche elementare Grundbedürfnisse abzudecken versuchen, in Form von Essensausgabe und Ausgabe von Geldmitteln bei Kriseninterventionen (Medikamente, Zugticket).

## Die Grenzen unserer Arbeit im Kontaktcafé

Im Laufe der vergangenen 10 Monate nahmen 10 tschechische Staatsbürger unsere Einrichtung in Anspruch. Drei davon waren Frauen.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen beschränken unsere bisherige Arbeit auf folgende Maßnahmen:

**Begleitung und Unterstützung ist möglich – wirksame Hilfe kann nicht geleistet werden**

- Safer Use/Safer Sex-Beratung
- Spritzentausch
- Medizinische Grundversorgung (Schnittwunden, Abszesse)
- Rechtsberatung
- Überlebenshilfen (Essen, Trinken, Duschen, Waschen)
- Sozialer Raum in einem akzeptierenden Klima

Besonders drastisch ist mir der Fall einer 17jährigen Schülerin in Erinnerung, die in Italien ihre Sommerferien verbringen wollte. Ihre Erfahrungen mit Drogen beschränkten sich auf Haschisch, Ecstasy und LSD. Sie hatte ursprünglich den Plan, im Herbst bei der Apfelernte Geld für ihr Kunststudium zu verdienen um danach wieder nach Tschechien zurückzukehren. Von Italien hat sie nur Bozen gesehen. Sie blieb in dieser Stadt hängen, nachdem sie tschechische Landsleute traf, von denen einige intravenöse Konsumenten von Heroin waren und unter der Brücke lebten.

Nach drei Tagen mit ihrem Begleiter hatte sie bereits einen Drogennotfall hinter sich und konsumierte regelmäßig intravenös.

Kurze Zeit später lernte sie junge albanische Dealer kennen, die sie anfangs sehr wohlwollend bei sich aufnahmen und sie auch mit Stoff versorgten. Als Tausch dafür musste sie zum Sex mit ihnen einwilligen. Nach zwei Wochen verlangten sie von ihr mehr: sie sollte »anschaffen« gehen, ansonsten hätte sie mit ihrer Verstümmelung zu rechnen. Es schien, als sei sie erst zu diesem Zeitpunkt aus einem schlimmen Traum erwacht und beschloss schließlich, nach Tschechien zurückzukehren. Ihre Landsleute besorgten ihr das nötige Geld für das Zugticket.

### Bahngleis 7

Verein Südtiroler  
Drogenhilfe  
Garibaldistrasse 4a  
39100 Bozen-Italien  
☎ 0039-04 71-32 45 36  
✉ drogenhilfe@dnet.it

**Ulrike Blatter**

## Sucht in Ex-Jugoslawien

**»Traumatische Erlebnisse sind nicht deshalb aussergewöhnlich, weil sie selten sind, sondern weil sie die normale Anpassungsfähigkeit des Menschen überfordern. Angesichts der Millionen von Menschen, die in den letzten Jahren im Krieg getötet wurden, muss man auch das Kriegstrauma als alltäglichen Teil menschlicher Erfahrung ansehen; nur die Glücklichen halten es für ungewöhnlich.«**

(www.uni-duesseldorf.de)

**Über mögliche Folgen traumatischer Kriegserlebnisse und die damit verbundenen Probleme berichtet der folgende Artikel. Er beschreibt die Situation der Menschen in Ex-Jugoslawien und stellt die Probleme der »Lösungsstrategie zum Konsum von Suchtmitteln« dar. Gleichzeitig werden hoffnungsvolle Ansätze deutlich, die als Vorbild fungieren können. Ein solcher Lichtblick ist RRJETA e.V. Dieser gemeinnützig anerkannte Verein betreut bestehende Projekte und versucht gleichzeitig den Austausch lokaler und regionaler Netzwerke auch über die Landesgrenze hinaus zu unterstützen.**

**Dr. med. Ulrike Blatter ist Präsidentin und Projektkoordinatorin des RRJETA-Netzwerkes. Sie hat BINAD diesen Beitrag im September 2002 zur Verfügung gestellt.**

Die Zunahme von Suchterkrankungen in Ex-Jugoslawien – besonders unter Jugendlichen und Flüchtlingsfrauen – ist Anlass zu grosser Sorge. Der folgende Artikel bietet eine Bestandsaufnahme, die insbesondere auf die Nachkriegssituation fokussiert.

Kriegsgräuel, Verlust der Heimat oder Tod von nahen Angehörigen haben bei vielen Menschen in Bosnien und Kosovo zu schweren psychischen Verletzungen geführt. Hinzu kamen in den folgenden Jahren die gesellschaftlichen Umwälzungen und die zunehmende Perspektivlosigkeit infolge wirtschaftlicher Depression und hoher Arbeitslosigkeit. Inzwischen hat sich in den meisten Städten Ex-Jugoslawiens, aber auch im Hinterland eine »Szene« etabliert und die Zahl der Drogenopfer steigt dramatisch. Die Verantwortlichen stehen diesem Problem weitgehend hilflos gegenüber, da es auf diesem Gebiet keinerlei praktische Erfahrung und kaum sozialmedizinische Infrastrukturen gibt.

## Verschoben

Traumatisierte Kriegsoffer leiden häufig unter schrecklichen Erinnerungenn, die sich ungewollt aufdrängen und die in einer Intensität durchlitten werden, die ein normales Leben unmöglich macht. Interessant ist auch die zeitliche Latenz mit der die Suchterkrankung nach Psychotrauma beobachtet wird. Die Suchterkrankung tritt häufig etwa fünf Jahre nach der psychiatrischen Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf. Was geschieht in diesen fünf Jahren? Der traumatisierte Mensch versucht lange Zeit, seine Symptome in den Griff zu bekommen und wieder normal zu »funktionieren«. Falls dies nicht gelingt und die psychosomatischen Folgen anhalten (wie z.B. Erregungszustände oder ein ständiges Gefühl des Ausgeliefertseins, Depressionen aber auch Bluthochdruck, Infektanfälligkeit, psychosomatische Störungen und chronische Schmerzzustände), kommen häufig Suchtmittel ins Spiel.

**Verfehlte Selbstmedikation und erhöhtes Risikoverhalten sind wesentliche Gründe für den Einstieg in den Suchtmittelkonsum**

Es gibt zwei Modelle des Suchtmittelkonsums nach Psychotrauma. Die wohl häufigste Variante ist der Konsum von Drogen, Alkohol und/oder Medikamenten um die Symptome besser zu ertragen (also eine **verfehlte Selbstmedikation**).

Besonders bei Jugendlichen und bei Männern findet sich jedoch auch ein **erhöhtes Risikoverhalten**. Insbesondere ehemalige Soldaten empfinden den Alltag (im Vergleich mit der traumatischen Situation) als langweilig und leer und weichen auf Drogen mit risikoreichem Konsummuster (z.B. intravenös) aus.

Ein nicht geringer Anteil der süchtigen Patienten mit PTSD hat aber bereits in der traumatischen Situation mit dem Konsum begonnen. Hierzu zählen Menschen, die sich selber mit Medikamenten oder Drogen therapierten, um ihrer Angst Herr zu werden oder um Gefühlen wie Schuld, Reue, Wut, Entfremdung und Depression auszuweichen. In den Flüchtlingslagern werden Schmerzmittel und/oder Psychopharmaka häufig im Sinne einer **Notfallmedikation** ärztlich verordnet. Auch dies kann in eine Abhängigkeit führen.

## Die Situation von Flüchtlingsfrauen – Einstieg über Medikamente

Zur dritten Gruppe – in der Öffentlichkeit weitgehend unsichtbar – zählen die Flüchtlingsfrauen. Hier liegen uns Berichte von *medica-mondiale*-Mitarbeiterinnen und von Mitarbeiterinnen anderer Projekte vor die sowohl in Bosnien als auch in Kosovo traumatisierte Frauen betreuen. Die Suchtrate unter diesen Frauen wird übereinstimmend inzwischen mit fast 100 % angegeben. Die *medica*-Mitarbeiterinnen betonen die Bedeutung der Einstiegsdroge Medikamente. Viele Frauen, die direkte Gewalt erfahren haben seien aber auch drogenabhängig. Es sei vorgekommen, dass Vergewaltigter Frauen systematisch unter Drogen gesetzt haben.

Als therapeutischer Erfolg wird im *medica*-Team bereits gewertet, wenn die Frauen »nur« noch von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln abhängig sind.

Eine uns häufig beschriebene typische Diagnose ist die der »Wechseljahresbeschwerden«. Offensichtlich wird diese Diagnose den Frauen durch die Ärzte »angeboten«, wenn sie über eine Reihe typischer psychosomatischer Beschwerden klagen. Damit wird eine psychiatrische Diagnose (z.B. posttraumatische Belastungsstörung, Depression, Angststörung) vermieden, was in der Regel dem Wunsch der Patientinnen und ihrer Familien entgegenkommt, da eine psychiatrische Diagnose als extrem stigmatisierend erlebt wird. Auffällig ist, dass unter die Diagnose »Wechseljahresbeschwerden« durchaus auch junge Frauen Anfang bis Mitte 40 fallen und dass die geschilderten psychosomatischen Symptome zeitgleich mit Beginn der Kriegshandlungen, der Traumatisierung und der Vertreibungen auftraten. Eine Hormonsubstitution wird durch die behandelnden Ärzte nicht durchgeführt, da es die entsprechenden Medikamente nicht gibt. Als therapeutische Alternative werden den Frauen durch Ärzte Psychopharmaka, oft Tranquillizer angeboten, die innerhalb von wenigen Wochen in die Sucht führen können.

Tranquillizer sind darüber hinaus ohne Rezept frei erhältlich und werden ohne Kenntnis bzw. Beachtung möglicher Nebenwirkungen oder der damit verbundenen Abhängigkeitsprobleme wahllos je nach Befindlichkeit in großem Umfang eingenommen.

**Bei Frauen mittleren Alters spielen Psychopharmaka eine große Rolle beim Einstieg in die Sucht**

## Situation in den verschiedenen Regionen

Ich beschränke mich auf Angaben zu Bosnien, Kosovo und Slowenien. In diesen Ländern betreut RRJETA E.V. e.V. Projekte bzw. befindet sich in einem regen Austausch mit dort bestehenden Projekten. Slowenien zeigt von diesen Ländern die am weitesten entwickelten Strukturen. Es ist auch nicht zu den direkten Nachkriegsländern zu zählen, sieht sich aber mit einem gravierenden gesellschaftlichen Wandel konfrontiert. Besonders in Bosnien ist es schwierig an verlässliches statistisches Material heranzukommen. Eine Ausnahme ist Kosovo, wo im Mai 2001 eine umfassende Feldstudie zum Suchtmittelgebrauch durchgeführt wurde die für die Region spezifische Trends aufzeigt.

## Fokus Kosovo (RAR-Studie)

### Gesellschaftliche Situation:

Der nachweisbar erhöhte Drogenkonsum in der Region wird u.a. auch auf einen tiefgreifenden gesellschaftlichen Wandel zurückgeführt, der zu einem Zusammenbruch der sozialen Ordnung, öffentlicher Werte und sozialer wie sexueller Normen geführt habe. Weitere Faktoren sind wirtschaftlicher und sozialer Zusammenbruch und hohe Arbeitslosigkeit. Die Verfügbarkeit der Drogen hat aus verschiedenen Gründen zugenommen, die wichtigsten sind ein verändertes Reiseverhalten, Migration und grenzüberschreitender Handel. Es wird auf die Situation der sog. Drogentransitländer hingewiesen, wo – entlang der Handelsstrassen – sich ein eigener Drogenmarkt eta-

bliert. Dort, wo eine reguläre wirtschaftliche Entwicklung nicht eintritt, richtet sich mit dem Drogenmarkt eine erfolgreiche Schattenwirtschaft ein. Dies trifft auch für Kosovo zu.<sup>1</sup>

Eine Besonderheit stellt die Repatriierung von mehr als 150.000 meist jungen Kosovaren in den letzten Jahren dar. Diese Bevölkerungsgruppe transportiert Werte einer »neuen, westlichen« Jugendkultur, darunter auch Suchtmittelgebrauch (besonders MDMA) und ein entsprechendes Risikoverhalten. Welche Dynamik und Bedeutung ein verändertes Verhalten der Jugendlichen hat, wird klar, wenn man sich vor Augen führt, dass 60 % der Population in Kosovo jünger als 25 Jahre sind.

Ein weiteres Problem ist, dass sich das gesamte politische System in einem tiefgreifendem Wandel befindet – ein Prozess, dessen weitere Entwicklung nicht voraussagbar ist und Instabilität mit sich bringt. Es fehlt an einer klaren Politik bzgl. der Drogenproblematik und es gibt keine Koordination zwischen Legislative und Exekutive. Ergebnis ist eine rein restriktive Polizeipolitik mit Verhaftungen. Hierzu ist anzumerken, dass sowohl der legislative als auch der exekutive Bereich eine Verbesserung dieser Situation anstreben. So werden neue Gesetze auf den Weg gebracht, was aber noch einige Zeit in Anspruch nehmen dürfte.

Das Thema Abhängigkeit ist gesellschaftlich sehr stark tabuisiert, was auch die Prävention sehr erschwert. So werden die besonders gefährdeten Gruppen nicht durch Präventionsprogramme erreicht. Dies gilt sowohl für die Primär- als auch für die Sekundärprävention, die sich an betroffene User richtet.

Der tertiäre Präventionssektor ist nicht existent. Es gibt keinerlei harm-reduction, eine adäquate Weiterbildung von Fachpersonal im öffentlichen Gesundheitswesen findet nicht statt.

Allerdings besteht bei Fachleuten und Fachverbänden sowie bei Gruppen von Ex-Usern eine grosse Bereitschaft sich im Bereich Prävention weiterzubilden und präventive Inhalte an Risikogruppen zu vermitteln.

Zwar ist das Thema Sucht auch in den Familien tabuisiert, aber durch die starke Bindung an die Familie besteht auch eine sehr gute Möglichkeit mehrere Generationen über ein Präventionsprogramm zu erreichen und dies gesellschaftlich zu verankern. Ebenso ergeben sich durch diese Bindungen positive Möglichkeiten der therapeutischen Intervention.

## Fokus Bosnien

Im Wesentlichen decken sich die Erfahrungen aus Bosnien mit denen aus Kosovo. Ausserdem wird die wichtige Rolle von Alkohol in allen Altersgruppen betont. Allerdings gibt es bis heute keinerlei verwertbare und verlässliche statistische Angaben. »Alle befragten Fachleute aus dem Bereich Gesundheitswesen, Legislative und Exekutive verweisen auf statistische Angaben, betonen aber, dass diese keine Aussagekraft haben, weil Polizei und Gericht zu wenig ausgebildetes Personal haben um das Problem zu überblicken. Auch das neue Buch »Drogen – Mythos, Hölle, Wirklichkeit« (Sarajevo, 2000) vom erfahrenen Fachmann für Forensische und Kriminalistische Biologie Dozent Dr. Mladen Milosavljevic bestätigt die Aussagen der befragten Fachleute: Der Drogenmissbrauch mit all seinen zerstörerischen Folgen greift unerbittlich um sich. Durch die starke Tabuisierung des Themas werden die drogenabhängigen Menschen von der Gesellschaft weitgehend an den Rand gedrängt und tabuisiert und damit der physischen und psychischen Verelendung und dem Verlust jeglicher menschlicher Würde ausgeliefert.«<sup>2</sup>

## Fokus Slowenien (Primorska-Region)

Die Küstenregion Sloweniens (Primorska-Region) ist eine der am stärksten von der illegalen Drogensucht betroffene Region in Slowenien. Da RRRJETA E.V. e.V. fast ausschliesslich in der Primorska-Region aktiv ist, wird der Schwerpunkt auf die Darstellung dieser Region gelegt.

Laut offizieller Polizeistatistik gab es in der Primorska-Region 1999 ca. 3.500 Schwerstabhängige (illegale Drogen, andere Suchtmittel nicht einbezogen). Dies entspricht einem Anteil von ca. 3,5 % der Gesamtbevölkerung. Inzwischen hat sich die Situation tendenziell verschlechtert. Aktuellere Angaben sind nicht erhältlich bzw. werden unter Verschluss gehalten.

Im Gegensatz zu den moslemisch geprägten Ländern ist in Slowenien die typische Einstiegsdroge der Alkohol. Bedingt durch den weit verbreiteten Weinanbau und die Weinherstellung daheim erleben insbesondere Kinder in ländlichen Regionen ihren ersten Rausch sehr früh – ein wirkliches Problembewusstsein gegenüber den Gefahren der »Alltagsdroge« Alkohol bei Kindern entwickelt sich nur sehr langsam. Der Wechsel zu den illegalen Drogen erfolgt meist zur Zeit des ersten Schulwechsels (8. Klasse) oder wenn klar wird, dass die Elementarschule wegen mangelnder Leistungen nicht abgeschlossen werden kann. Die Rate von Konsumenten illegaler Drogen ist unter den Schulabbrechern sehr hoch (Schätzungen zwischen 80 und 90 %). Der »Umweg« über Medikamente, Hasch oder Partydrogen wird in Primorska in der Regel nicht gewählt. Hasch ist eine Droge die gelegentlich (z. B. an Wochenenden) in Gruppen konsumiert wird. Ausserdem handelt es sich meist um selbstkultivierten »Stoff«. Heroin ist hingegen relativ billig und verbreitet, so dass sich in Primorska eine

1  
Vgl. Interview mit Jürgen Storbeck, Europol; »Deutsche Drogenküchen«; DIE ZEIT Nr. 19/2002 (WISSEN; Seite 33), der darauf hinweist, dass die Länder der Europäischen Union führend in der Herstellung von synthetischen Drogen sind, die dann weltweit exportiert werden.

2  
Zitate und statistische Angaben (sofern nicht anders angegeben): Sr. Madeleine Schildknecht; bisher unveröffentlicht

hohe Rate an Süchtigen findet, die (zumindest in der Anfangsphase) einen fast ausschliesslichen Heroinkonsum aufweisen. In Koper gibt es auch eine Schnüffel-Szene, zu der wir allerdings keinen weiteren Kontakt haben.

Zitat aus dem Abschlussbericht von Wilfried Schneider (5/2001): »Die Situation in Slowenien erinnert mich an die in den westeuropäischen Länder vor etwa 20 Jahren. Der Zeitraum, in dem es eine dramatische Zunahme der von illegalen Drogen Abhängigen gibt, ist in Slowenien jedoch erheblich kürzer. In Juni 1991 wurde Slowenien unabhängig. Bereits nach etwa 7 Jahren ist die Situationen in einigen Städten und Regionen mit der von Städten wie Berlin, Frankfurt/Main oder Hamburg zu vergleichen. Das trifft nicht nur auf die Anzahl betroffener Menschen zu. Der Anteil Jugendlicher und Kinder ist seit längerer Zeit nicht mehr zu übersehen und nimmt zu. (...)

Die Verelendung ist weit fortgeschritten. Die Geldbeschaffung für die Drogen ist deutlich: selbst dealen, Raub/Einbrüche, Beschaffungsprostitution (Frauen und Männer, Mädchen und Jungen). Letzteres ist in Slowenien Tabuthema.«

Die therapeutische Strukturen in Slowenien beschränken sich hauptsächlich auf die Methadon-Substitution, die in Schwerpunkt-Ambulatorien durchgeführt wird. Die Anzahl von Entzugsplätzen wird der Nachfrage nicht gerecht. Ausserdem gibt es zu wenige Einrichtungen der stationären Therapie. Zur Therapie nach Entzug gehen die meisten Klienten (die es sich leisten können) ins Ausland. Rehabilitationsangebote, bzw. Massnahmen der beruflichen Wiedereingliederung sind so gut wie unbekannt. Mit den drängenden Fragen und Problemen, die sich nach einem Entzug stellen, sind die Betroffenen und ihre Familien in der Regel allein gelassen.

Finanzielle Unterstützung durch die Gemeinden sind eher die Ausnahme denn die Regel und leider kommt es auch immer wieder zu finanziellen Unregelmässigkeiten. Die burn-out-Rate der Mitarbeiter und der Zusammenbruch solcher Initiativen ist hoch, außerdem besteht zwischen den Kleinprojekten eine ausgeprägte Konkurrenz. RRJETA E.V. e.V. bemüht sich Projekte vor Ort miteinander zu vernetzen und gemeinsame Weiterbildungen zu organisieren. Nach insgesamt drei Jahren Basisarbeit sind hier auch einige Erfolge vorzuweisen, die Akzeptanz für eine Ausweitung des Angebotes ist inzwischen vorhanden. Die Weiterführung der Arbeit ist aber immer noch komplett von Spenden abhängig.

## Zusammenfassung

Das Phänomen Suchterkrankung ist in den Ländern Ex-Jugoslawiens nicht neu – auch wenn dies von Betroffenen, ihren Familien und auch von Fachleuten gerne so dargestellt wird. Dies ist nicht der Spiegel der tatsächlichen Situation sondern der Ausdruck des weitverbreiteten Tabus welches das Thema Sucht umgibt.

Neu ist hingegen die explosionsartige Zunahme des Gebrauchs von sog. harten Drogen und die deutlich gestiegene Risikobereitschaft der Konsumenten – Ausdruck der »aus den Fugen geratenen Welt« und der mangelnden Aufklärung.

Alle Länder Ex-Jugoslawiens sehen sich mit dem Zusammenbruch des bisherigen gesellschaftlichen Systems konfrontiert – eine Herausforderung die eine durchaus positive Dynamik entfalten kann, die sich in Wiederaufbau, Optimismus und Gründergeist äussert. Überall lassen sich solch hoffnungsvolle Ansätze beobachten und viele Menschen orientieren sich immer mehr in Richtung eines modernen und geeinten Europa (was auch immer der einzelne darunter verstehen mag ...). Schwer lasten jedoch die Hypothesen eines nicht aufgearbeiteten Bürgerkrieges mit Vertreibung und Tausenden von Opfern auf der neu zu bauenden Gesellschaft. Unter den »neuen Süchtigen« finden sich späte Opfer, die sich weiter mit den Altlasten dieses Krieges abschleppen sowie deren traumatisierte Kinder, Ausgestossene, die in der neuen Gesellschaft keinen Platz mehr finden und solche, die schon längst aufgehört haben nach einem solchen Platz zu suchen. Es sind aber auch Kinder und junge Menschen, die keinem Erwachsenen mehr vertrauen – also denjenigen, die noch im alten System aufgewachsen sind und deren Werte gemeinsam mit der alten Welt ad absurdum geführt wurden. Der »goldene Westen« präsentiert sich für sie vor allem in leuchtenden Farben und oberflächlichem raschen Genuss aus der Konserve. Medikamente und Drogen gehören selbstverständlich dazu.

Dort wo sich therapeutische Strukturen etablieren konnten, herrschen häufig erbiterte Verteilungskämpfe um die wenigen finanziellen Ressourcen. Für Weiterbildung, Supervision und Vernetzung bleibt wenig Zeit bzw. die Notwendigkeit eines solchen Austausches wird nur zögernd eingesehen. Dennoch besteht Anlass zu vorsichtigem Optimismus: dort wo Weiterbildung und Austausch angeboten wurde, sind lokale und regionale Netzwerke entstanden, Tabus wurden gelockert und der Austausch – auch über ethnische und nationale Grenzen hinweg – kam in Gang. RRJETA E.V. e.V. wird sich weiter nach Kräften darum bemühen, dass dieser Prozess fortgesetzt werden kann. Dies kommt sowohl den süchtigen Menschen zugute, für deren Gesundheit und soziale Integration viel erreicht werden kann, als auch der Primärprävention, da hierfür eine offenere Kommunikation unentbehrlich ist.

**Sucht an sich ist kein neues Thema – neu sind die Konsummuster – auch Folge des Bürgerkrieges?**

**Dr. med. Ulrike Blatter**  
Oderstr. 37  
78244 Gottmadingen  
Projektkoordinatorin  
RRJETA e.V.

**RRJETA**  
ist ein als gemeinnützig anerkannter Verein in Deutschland und der Schweiz.  
**Spendenkonto:**  
»Förderverein  
RRJETA e.V.  
Kto. Nr. 130 720 12  
BLZ 370 50 198  
Stadtsparkasse Köln

**Manfred Rabes**

## *Effektivität sekundärpräventiver Maßnahmen*

**In einem durch die Europäische Kommission geförderten Projekt – PTP, PillTestingProject – werden in Amsterdam, Hannover und Wien die Auswirkungen von Pillen-Testprogrammen auf das Konsumverhalten und das Risikobewusstsein von Gebrauchern untersucht. Dr. Manfred Rabes, Leiter der Niedersächsischen Landesstelle Suchtgefahren, stellt das Projekt vor. Zum Ende diesen Jahres ist das Projekt auch mit der Auswertungsphase beendet, die Ergebnisse der Studie werden in geeigneter Form veröffentlicht. BINAD wird darüber berichten.**

In den drei kooperierenden Städten Amsterdam, Hannover und Wien werden seit längerem von lokalen Präventions- und Beratungseinrichtungen verschiedene Test-Settings für synthetische Drogen praktiziert. Das Projekt ist das erste seiner Art auf internationaler Ebene und besitzt aufgrund seiner spezifischen Voraussetzungen in den drei Städten einzigartigen Charakter.

### *Der Projektrahmen*

Das Amsterdamer Jellinek-Institut (Abt. Prävention) ist Teil des niederländischen DIMS-Systems (Drug Information Monitoring System) welches die Labor-Analyse eingelieferter Tabletten-Proben ermöglicht. Das Wiener »Check-it«-Projekt bietet seit 1997 die Möglichkeit an, synthetische Drogen analysieren zu lassen und benutzt dazu einen Flüssig-Chromatographen der quantifizierende und qualitative Analysen erlaubt. Die Hannoveraner Drogenberatungsstelle (Drobs) arbeitet seit 1995 mit einem mobilen Drogenbus auf Raves, in dem Interessierte auch ihre Ecstasy-Tabletten in einem Schnelltest-Verfahren das auf dem holländischen System basiert identifizieren lassen können.

Das Kriminologische Institut der Universität Amsterdam (Dr. Dirk Korf) führt die wissenschaftliche Begleitung des Projektes durch. Die Projektleitung ist bei der Niedersächsischen Landesstelle Suchtgefahren angesiedelt (Dr. Manfred Rabes).

In den drei Projektstädten existieren unterschiedliche Pillen-Test-Angebote. Allen ist gemein, dass die Test-Programme mit Informationen über Ecstasy und andere synthetische Drogen kombiniert werden. Unterschiedlich in den Städten sind die Test-Settings und die Testmethoden:

Stadt	Test Setting	Test Methodik	Information
Amsterdam	Präventionsbüro	Schnelltest + Labortest	Broschüre + Gespräch
Hannover	Party-Bus + Büro	Schnelltest+ Listenabgleich	Broschüre + Gespräch
Wien	Parties	Labortest vor Ort	Broschüre + Gespräch

### *Die zentralen Fragen*

Ziel des Projektes ist die empirische Untersuchung der Auswirkungen von Pill-Testing-Programmen auf das Konsumverhalten und das Risikobewusstsein der Gebrauchter synthetischer Drogen (Ecstasy). Untersucht werden sollen im einzelnen folgende Leitfragen:

- Führt die Inanspruchnahme von Testangeboten zu veränderten Konsummustern (Risikozuwachs oder Risikominimierung beim Gebrauch?)
- Welche Vor- und Nachteile weisen die verschiedenen Testverfahren in den drei beteiligten Städten auf?
- Welche Konsequenzen sind aus der Untersuchung für zukünftige Präventions- und Beratungs- sowie Hilfeangebote zu ziehen?

Befragt werden ca. 250 Personen in jeder Stadt, d.h. insgesamt mindestens 750 Probanden als Gesamtpopulation. Die Gesamtpopulation besteht aus 3 Teilpopulationen die sich aus Konsumierenden (Tester und Nicht-Tester) und Nichtkonsumierenden zusammensetzt.

Das Projekt ist am 1. Oktober 2001 gestartet worden. Die finanzielle Förderungsdauer für das Projekt beträgt 12 Monate. Es schließt sich eine 3-monatige Auswertungsphase an. Eine Fachtagung zu den Ergebnissen der Studie ist optional für 2003 geplant.

### *Zu den Untersuchungshypothesen*

Der Einsatz von Testprogrammen führt unter sekundärpräventiven Gesichtspunkten zu den folgende Untersuchungshypothesen:

1. Es können neue, bislang nicht zu erreichende Personen angesprochen und erreicht werden.
2. Warnungen vor gesundheitsgefährdenden Substanzen im Rahmen von Testprogrammen wird eine höhere Vertrauenswürdigkeit und Akzeptanz auf Seiten der Zielgruppe eingeräumt
3. Test-Programme führen zu einem Informationszuwachs in Richtung auf ein gesundheitsbewussteres Verhalten der Konsumierenden
4. Die Test-Programme ermöglichen eine Marktbeobachtung und Marktanalyse im Bereich synthetischer Drogen.

**Führt die Inanspruchnahme von Testangeboten zu Risikozuwachs oder Risikominimierung beim Gebrauch?**

**Test-Programme  
führen zu einer  
Entmystifizierung  
von synthetischen  
Drogen**

Unter primärpräventiven Aspekten bilden Test-Programme in sinnvoller Weise eine Ergänzung. Die Hypothesen in dieser Hinsicht lauten:

5. Durch Pillen-Tests entsteht kein Anreiz für den Konsum und keine Ausweitung des Konsumentenkreises
6. Bei Unentschlossenen führt Pill-Testing-Programme zu einem Hinauszögern/Verhindern des Erstkonsums
7. Test-Programme führen zu einer Entmystifizierung von synthetischen Drogen
8. Testangebote tragen bei zur Klärung der Frage, welche Informationen aus der Sekundärprävention besonders wichtig sind für die Primärprävention.

Angewandte Untersuchungs-Methodiken sind der Untersuchungs-/Kontrollgruppenvergleich und darüber hinaus qualitative Verfahren.

**Erhebung des Zwischenstandes  
(August 2002)**

Es liegt ein Zwischenbericht über den Stand der Projektarbeiten nach 6 Monaten vor (April 2002), der als Datei downgeladen werden kann.

Mittlerweile ist die Phase der Sammlung der quantitativen Daten erfolgreich abgeschlossen worden. In den Sommer-Monaten Juni, Juli und August wurden auf ausgewählten Parties insgesamt 1.108 Personen in den drei beteiligten Städten durch die Interview-Teams kontaktiert und einem Screeningsverfahren unterzogen um ihre Eignung für den Einschluss in die Untersuchung festzustellen und sie den drei Sub-Samples (Tester, Nicht-Tester und Nichtkonsumierende) zu ordnen zu können.

Ausgefüllt wurden insgesamt 792 Fragebögen in den drei Städten womit die im Projektantrag kalkulierte Zielzahl von 750 Probanden klar erreicht und sogar übertroffen wurde. Die Fragebögen verteilen sich wie folgt auf die verschiedenen Teil-Samples: 251 Tester, 291 Nicht-Tester und 250 Nichtkonsumenten.

In das bereinigte Sample Eingang gefunden haben letztendlich 702 Fragebögen. Davon stammen 261 Fragebögen von Nicht-Testern, 225 von Testern und 216 von Nichtkonsumierenden.

Eine Analyse der erhobenen Daten mit der Prüfung der formulierten Untersuchungshypothesen erfolgt zur Zeit. Ein veröffentlichbares Ergebnis der Studie wird zur Jahreswende 2002/2003 vorliegen.

**Niedersächsische  
Landesstelle  
Suchtgefahren  
(NLS)**

Podbielskistr. 162  
D-30177 Hannover  
☎ 05 11-62 62 66-0  
☎ 05 11-62 62 66-22  
✉ rabes@  
nls-suchtgefahren.de

**Eberhard Schatz****Länderübergreifende Zusammenar-  
beit, Vernetzung und Internet im  
Drogenbereich**

**Als Koordinator des bei AMOC/DHV in Amsterdam geführten EU-Projektes AC COMPANY mit seinen inzwischen 34 Mitgliedsorganisationen in 23 europäischen Ländern weiß Eberhard Schatz recht gut, wovon er im folgenden Beitrag berichtet. Schließlich spielt das Internet eine ganz herausragende Rolle wenn so viele Partnerorganisationen in ganz Europa an einem Thema und in einem Netzwerk arbeiten. Neben einigen guten und empfehlenswerten Hinweisen auf in der Praxis hilfreiche Websites gibt er auch an welche Grenzen und Schwierigkeiten das Medium Internet beinhaltet – und warum das manchmal so ist.**

Mit der Entwicklung von Internet und E-mail Verkehr nahm auch die Euphorie über die scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten dieses Medium große Formen an. Mittlerweile hat diese Euphorie einer Ernüchterung Platz gemacht, die Anlass gibt auch die Möglichkeiten und Grenzen des Internets in der (länderübergreifenden) Drogenarbeit zu bewerten und eine Bestandsaufnahme zu machen.

**Bestandsaufnahme, Möglichkeiten**

Die Suchmaschine Google findet allein auf deutschsprachigen Seiten 206.000 Links zum Stichwort »Drogen«, über 71.000 Links sind es zu niederländischen Seiten. Beobachtet man die Entwicklung der letzten Jahre, so ist eine stetig anwachsende Präsenz von Drogenhilfseinrichtungen, Verbänden, Kampagnen und Einzelinitiativen im Internet zu verzeichnen. Elektronische Büchereien, Online-Dokumente und Datensammlungen, die Präsentation von Ministerien und (semi)staatlichen Organen aber auch die Einrichtung von Chaträumen und Foren, Online-Prävention und Beratung decken weitere Bedürfnisse nach Information und Austausch ab.

## Beispiele informativer Seiten

### [www.indro-online.de](http://www.indro-online.de)

Indro bietet eine besonders reichhaltige Linksammlung, einen Methadon-Reiseführer für 192 Länder, Drogen-Infos, rechtliche Informationen u.a. zu Druckräumen. Einen wichtigen Teil dieser Angebote gibt es auch in Englisch. Nach der angekündigten Kürzung der finanziellen Zuwendungen seitens des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums ist diese Seite leider stark in ihrem Erhalt gefährdet.

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

Die elektronische Bibliothek Archido, angesiedelt bei der Uni Bremen, baut hingegen – u.a. gefördert aus Europäischen Mitteln – ihre Datenbank weiter aus. Neben Rezensionen und thematisch geordneten Bibliografien bietet Archido Online-Dokumente und gezielte Datenbanksuche.

### [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

In den Niederlanden kommen auf den Seiten des Trimbos Instituts viele Infos zusammen, angeboten in Niederländisch und Englisch. Der nationale Drogenmonitor gibt die jüngsten Entwicklungen im Drogenverhalten der niederländischen Bevölkerung wieder. Trimbos Schulungen und Publikationen werden ständig aktualisiert.

### [www.ggznederland.nl](http://www.ggznederland.nl); [www.hulpguids.nl](http://www.hulpguids.nl)

Nahezu alle Institute im Bereich »Psychische Gesundheitsdienste« sind Mitglied in der Branchenorganisation GGZ. Auf deren Webseite finden sich komplette Adressbestände, Infos aus allen Themenbereichen der Gesundheitsfürsorge, ein »Wissensnetz« (Kennisnet) für Mitglieder mit Dokumentenservice sowie ein Diskussionsforum.

## Vernetzung im Internet auf nationaler Ebene

### **In der Schweiz ist die Vernetzung von Inhalten und Serviceangeboten weit fortgeschritten**

Wie bereits angedeutet, wird es zunehmend schwieriger, in dem riesigen Angebot adäquate Informationen heraus zu filtern und qualitativ zu beurteilen. Deshalb kommt Portalen und Linksammlungen eine besondere Bedeutung zu, um Webseiten systematisch zu erfassen, zu kanalisieren, die Spreu vom Weizen zu trennen. Vernetzung – sprich das Koppeln von Seiten mit denselben Themenschwerpunkten (Webbrings), bzw. Startseiten mit spezifisch zugeschnittenen Suchfunktionen – ist in Deutschland und den Niederlanden noch nicht wirklich entwickelt.

In der Schweiz ist die Vernetzung von Inhalten und Serviceangeboten hingegen weit fortgeschritten und ermöglicht einer Startseite den Zugriff auf alle erdenklichen Informationen im Drogenbereich.

So kann neben aktuellen Nachrichten, Foren, Stellengesuchen und fachlichen Dokumentationen auch eine Datenbank genutzt werden, in der 200 Rehabilitationseinrichtungen erfasst sind. Mit Selektionsmerkmalen kann man sich bis ins benötigte Detail vorarbeiten um letztendlich »passgenaue« Therapieeinrichtungen heraus zu filtern. Diese stellen sich dann mit ihrem Therapiekonzept, den Regeln und Aussagen zum Aufnahmeprotokoll etc. vor.



## Die europäische Ebene

Im europäischen Feld sind die Möglichkeiten des Internets natürlich noch interessanter, kann man doch bei Recherchen, Untersuchungen und Kontaktaufnahmen alle erdenklichen Informationen bekommen oder leicht und schnell E-mail-Kontakt herstellen. Als generelle überkuppelnde Webseiten seien hier die ins Netz gestellten Informationen der Europäischen Union/Abt. Gesundheitswesen und des Europäischen Monitoring Centers in Lissabon genannt.

### [http://europa.eu.int/comm/health/index\\_en.html](http://europa.eu.int/comm/health/index_en.html)

### <http://www.emcdda.org>

Hier erscheinen regelmäßig Reports zu aktuellen drogenpolitischen Themen in der EU, zumindest die Zusammenfassungen werden in allen offiziellen Sprachen Europas angeboten (z.B. Drogengebrauch und Gesetzeslage, Handbuch für die Evaluation von Strassenarbeit).

Der wichtigste Bestandteil der Arbeit dieses Instituts ist der jährliche Report zur Entwicklung des Drogengebrauchs in jedem EU-Land. Einschätzungen, Statistiken und Entwicklungen werden beschrieben. Ganz aktuell erschien auch der Bericht über die Beitrittsländer. Besonders positiv: alle Publikationen sind online zu lesen und als download verfügbar.

**Beispiel für eine gute und informative Webseite sowohl national wie auch in den internationalen Links:**  
[www.infoset.ch](http://www.infoset.ch)

Ein weiteres Angebot schaffen diverse Europäische Netzwerke die z.B. praktische Informationen über Reisen von Methadonpatienten geben, die Drogenhilfssysteme in anderen Ländern darstellen und Hilfe für ausländische Drogengebraucher vermitteln.

[www.euromethwork.org](http://www.euromethwork.org)

[www.ac-company.org](http://www.ac-company.org)

[www.erit.org](http://www.erit.org)

[www.fesat.org](http://www.fesat.org)

[www.prevnet.org](http://www.prevnet.org)

## Die internationale Ebene

[www.lindesmith.org](http://www.lindesmith.org)

Im internationalen Rahmen sei die Webseite vom Lindesmith Institut in New York genannt, die eine Fülle von Informationen besonders aus dem harm-reduction Bereich vermittelt und gegen den »Drogenkrieg« in den USA argumentiert.

Interessanterweise kann man feststellen, dass die osteuropäischen Länder praktisch keinen Rückstand haben. Die meisten grösseren Organisationen sind Online, Netzwerke mit Service-Angeboten und Vernetzungen sind aufgebaut und E-mail Kontakt ist auch mit Kollegen aus der Ukraine oder Russland problemlos möglich (oft leichter als mit südeuropäischen Kontakten).

## Grenzen und Schwierigkeiten

Was verhindert bis heute dennoch einen wirklich durchgreifenden Einfluss des Internets auf die Zusammenarbeit (national wie international) in der Drogenarbeit?

Sicherlich kann man zum einen bei vielen Trägern und Geldgebern nach wie vor von einer gewissen Borniertheit sprechen, dieses (Computer) Medium zur Verfügung zu stellen. Angst vor zweckentfremdeter Nutzung und finanzielle Grenzen mögen hier eine Rolle spielen. Dies schließt bei der ebenfalls verbreiteten Antipathie vieler Kollegen im Sozialbereich mit Computer und Internet umzugehen an.

Aber auch das zur Verfügung stellen des Mediums und Interesse hieran bietet noch keine Garantie für produktiven Nutzen. Die zwei größten Einschränkungen die zu überwinden sind, sind ein tatsächlich problemloser Zugang am Arbeitsplatz – möglichst mit einer schnellen, immer offenstehenden Verbindung – und das Bereithalten von eigenen, aktuellen, sich ständig weiterentwickelnden Informationen.

Die meisten Einrichtungen nutzen den Internet-Auftritt nur zur reinen Präsentation einer statischen Darstellung von Aufgaben und Zielen und allenfalls einer E-mail Adresse. Dynamische Seiten die regelmässig aktualisiert werden und so spannend

bleiben, dass sich ein regelmässiger Besuch lohnt, sind – natürlich auch wegen entsprechend hoher Produktionskosten – seltener zu finden.

### Vernetzung

Ein wichtiger Faktor hinsichtlich effektiver Arbeit mit Internetangeboten ist die Notwendigkeit der Vernetzung und gemeinsamer Plattformen. Bislang stehen sowohl in Deutschland als auch in den Niederlanden keine Seiten zur Verfügung, die alle Anbieter beispielsweise von Therapiestätten oder Beratung bei Spielsucht flächendeckend auflistet, Möglichkeiten einer Auswahl nach bestimmten Kriterien anbietet, freie Therapieplätze anzeigt etc.

### International

Die noch vor 10 Jahren nicht für möglich gehaltenen weltweiten Informations- und Kommunikationskanäle stoßen schnell an sprachliche Barrieren. Auch wenn Englisch als Sprache des Internets gilt, müssen selbstverständlich alle Basisinformationen in der Landessprache angeboten werden. Eine Seite, die auch international beachtet werden will, stellt gleichwohl ihre Inhalte auch auf Englisch zur Verfügung. Viele Seiten erfüllen diese Bedingung nicht, was die internationale Nutzung deutlich einschränkt.

Bekannt ist, dass in grossen Ländern wie Frankreich und Deutschland die Fähigkeit und Bereitschaft in Englisch zu kommunizieren, weit weniger ausgeprägt ist als in kleineren Ländern wie den Niederlanden und den skandinavischen Ländern.

## Ausblick

Zweifellos werden die Möglichkeiten und die Integration des Internets in die tägliche Arbeit auch im Drogenbereich stetig zunehmen. Durch das regelmäßige Hinzukommen neuer Angebote, sich weiterentwickelnder inhaltlicher und technischer (Breitband) Features ist dies ein kontinuierlicher Prozess der nie zum Stillstand kommen wird.

Hierdurch entsteht aber auch die Gefahr einer Zweiteilung in einerseits diejenigen, die durch Vernetzung, Informationsaustausch und Zugang zu aktuellen Online-Informationen leicht und flexibel auf Entwicklungen einspielen und andererseits diejenigen, die so tun, als hätten sie mit der Welt um sich herum wenig zu tun. Es ist deshalb wichtig diese Entwicklung mit zu gestalten, zu beeinflussen und in unserem Arbeitsbereich anzuwenden und sich nicht durch technische Entwicklungen überrollen zu lassen.

**Auch in den Niederlanden und in Deutschland sind lange noch nicht alle Möglichkeiten genutzt**

**AMOC/DHV  
Projektkoordination  
AC COMPANY**

Stadhouderskade 159  
1074 BC Amsterdam  
Niederlande

☎ 0031-20-6271192

☎ 0031-20-6719694

✉ [eschatz@amoc.demon.nl](mailto:eschatz@amoc.demon.nl)

[www.ac-company.org](http://www.ac-company.org)

**The Week Online with DRCNet***Schweiz verteidigt Cannabis-  
Entkriminalisierung*

**In der Ausgabe 249 vom 09.08.2002 veröffentlichte das »Drug Reform Coordination Network« in »The Week Online with DRCNet« einen Beitrag über die Entwicklung der Liberalisierung von Cannabis in der Schweiz, den wir hier in einer mit dem Bundesamt für Gesundheit, Bern, abgestimmten Version abdrucken. Der im Text zitierte frühere stellvertretende Direktor der Abteilung Suchtmittelmissbrauch und AIDS, Ueli Locher ist nicht mehr beim Bundesamt tätig. Ansprechpartnerin ist nun Frau Steber.**

Während die Schweiz weiter voranschreitet mit ihren Plänen, den Besitz und einige Arten von Handel mit Cannabis zu entkriminalisieren, ist die Internationale Rauschgift Kontrollbehörde (INCB) in einem Dilemma.

Aber die unabhängigkeitgesinnten Schweizer haben den weltweiten Verbots-Verfechtern mitgeteilt, dahin zu gehen, wo der Pfeffer wächst. Unter dem Entkriminalisierungsplan, der von der Schweizer Regierung unterstützt wird und schon vom Schweizer Senat abgesegnet wurde, wird der Besitz und Anbau von Cannabis für den persönlichen Bedarf genauso erlaubt sein wie der begrenzte Verkauf der Droge. Cannabis Im- und Exporte jedoch, ebenso wie die Werbung, sollen verboten sein.

Die INCB ([www.incb.org](http://www.incb.org)) ist eine unabhängige, quasi-juristische Organisation, gegründet unter dem UN Einheitslichkeits-Abkommen von 1961 mit dem Ziel, ein weltweites Verbotssystem zu stärken. Ihr Rückgrat sind die Single Convention und zwei spätere Verträge.

In ihrem letzten Jahresbericht nannte die INCB den Schweizer Vorstoß, Cannabis wie Alkohol oder Tabak zu behandeln, einen »historischen Fehler« und warnte, dass dies »hinauslaufen würde auf einen nie dagewesenen Schritt in Richtung der Legalisierung von Gebrauch, Anbau, Produktion, Besitz, Kauf und Verkauf von Cannabis für nicht-medizinische Zwecke.«

Noch schlimmer ist allerdings in den Augen von INCB, dass ein solcher Vorstoß gegen die UN Single Convention verstieße. »Menschen zu erlauben, Cannabis an irgendetwem zu nicht-medizinischen Zwecken zu verkaufen, passt einfach nicht in die Linie mit den Konventionen« erklärte INCB Sekretär Herbert Schaepe gegenüber dem Schweizer Radio International. »Wenn dies der Fall wäre, verstößt es gegen die 1961 erlassene Konvention für Rauschgift. Es wäre nicht akzeptabel, auch

weil die Nachbarn der Schweiz nicht den selben Weg zu gehen scheinen,« fügte Schaepe hinzu – scheinbar nicht die Welle der Drogenreformen bemerkend, die den Kontinent überrollt.

Die Schweizer kaufen das nicht ab. »Ich habe mehr Leute sagen gehört, es wäre ein historischer Fehler gewesen, Cannabis auf die Liste der vollkommen verbotenen Substanzen zu setzen,« sagt Ueli Locher, stellvertretender Direktor des Schweizer Federalbüros für Volksgesundheit/öffentliche Gesundheit. »Wir müssen uns den Veränderungen in unserer Gesellschaft anpassen. Wir wissen mehr darüber wie gefährlich oder harmlos Cannabis ist. Wir können es nicht weiterhin so behandeln wie Heroin oder Kokain,« ließ er beim Schweizer Radio verlauten.

Die Schweizer Regierung hat vier unabhängige juristische Untersuchungen für das vorgeschlagene Cannabis-Gesetz gehabt, von denen alle vier es als übereinstimmend mit den Abkommen befanden.

Unter dem Gesetz wären Anbau und Verkauf weiterhin technisch betrachtet illegal, aber die Verfolgungen würden beträchtlich weniger werden. Verkäufer/Dealer würden nur für den Verkauf an Minderjährige und wenn sie gleichzeitig harte Drogen verkauften oder öffentliches Ärgernis erregten verhaftet. Das angeregte Gesetz würde nur das als Entkriminalisierung festigen, was bereits seit langem – nur anders durchgeführt – Praxis ist.

Mit einer geschätzten halben Million Cannabis-rauchender Schweizer ist das Kraut momentan unter einer Auswahl ziemlich transparenter Tarnungen erhältlich, z.B. wie Cannabis Potpourris oder aromatisch riechenden Cannabis-Kissen mit einer Sorte Knospen. Die Annahme drängt sich auf, dass die meisten Kissen-Käufer den Inhalt rauchen anstatt ihre Köpfe darauf ruhen zu lassen.

Der INCB Sekretär Schaepe warnte, dass es eine Pflicht der Regierungen sei die Abkommen aufrecht zu erhalten. Trotzdem fügte er ein paar Worte hinzu die zeigen, dass die weltweiten Drogen-Kämpfer die Schrift auf der Wand zu sehen begännen. »Die Abkommen sind nicht in Stein gemeißelt. Sie können angepasst werden« räumte er ein. »Schließlich liegt es in den Händen der nationalen Regierungen, über die Zukunft ihrer Drogenpolitik zu entscheiden.« Aber, als der globale Drogenverbots-Bürokrat, der er ist, fügte Schaepe hinzu: »Trotzdem gibt es eine Prozedur, der gefolgt werden muss. Wir können keine rechtslose Situation auf internationalem Niveau haben.«

Für Locher von der Gesundheitsbehörde ist dieser Schritt die praktische Konsequenz der Schweizer Sozialrealität. »Wir versuchen, mit der Realität umzugehen – um einen ehrlichen und konsistenten Ansatz für das Problem zu haben – und nicht weiterzumachen mit Gesetzen die nicht angewandt werden«, sagte er. »Die Zeit wird zeigen, ob das Thema Cannabis im Rahmen der internationalen Abkommen nochmals neu überdacht wird«

**Sehr durchsichtig  
getarnt ist  
Cannabis  
ohnehin bereits  
seit längerem  
erhältlich**

**The Week Online  
with DRCNet**  
[www.drcnet.org](http://www.drcnet.org)

**Bundesamt für  
Gesundheit**  
Postfach  
CH 3003 Bern  
☎ 00 41-31-3 24 91 86  
☎ 00 41-31-3 23 00 60

**AIDS-Stiftung »Robert«***Drogenarbeit in Slowenien*

**Die AIDS- Stiftung »Robert« ist eine nicht-staatliche humanitäre Organisation. Neben der Präventionsarbeit bietet die Stiftung verschiedene Formen von Hilfe für alle an die direkt dem Infektionsrisiko ausgesetzt sind sowie denjenigen die direkt oder indirekt von AIDS betroffen sind. Gegründet und registriert wurde »Robert« 1995 in Einklang mit dem »Gesetz über Öffentliche Einrichtungen«. Seitdem hat die Organisation ihre Aktivitäten immer weiter ausgebaut und blickt stolz auf zahlreiche Partner, Ehrenamtliche und sogar fest angestellte Mitarbeiter.**

Im Jahr 2000 schloss sich die AIDS-Stiftung »Robert« mit der STIGMA-Gesellschaft zusammen, diese agiert nun als »Stigma-Projekt« innerhalb der Stiftung und zeichnet für den Großteil der Aktivitäten verantwortlich.

In erster Linie befasst sich die Stiftung mit folgenden Aufgaben:

- Programme zur Risikobegrenzung für intravenöse Drogenabhängige
- Vorort- Arbeit mit den Infizierten und Erkrankten
- Begleitung für von AIDS Betroffene
- Organisation von Trainings wie Seminare, Workshops, Kurse
- Werben für gesundes Leben und gute zwischenmenschliche Beziehungen
- Veröffentlichungen
- Kooperation mit den Medien
- Organisation und Ausführung verschiedener Events

Die AIDS- Stiftung »Robert« hat in der Vergangenheit einige erfolgreiche Programme und Veranstaltungen durchgeführt: So wurde etwa den an AIDS erkrankten Kindern in Rumänien humanitäre Hilfe gewährt und es wurden Runde Tische zu Themen wie »Medien, AIDS und Drogen«, »Prostitution« etc. organisiert.

Wir sind sowohl aktiv involviert in staatlichen wie auch nicht-staatlichen Organisationen in Slowenien als auch international tätig.

*Die Projekte der AIDS- Stiftung »Robert«***Das AIDS- Projekt**

Das Projekt setzt sich aus folgenden Teilaktivitäten zusammen:

- anonyme Telefon- oder persönliche Beratung,
- Hilfe für die Infizierten, Erkrankten und ihre Familien,
- verschiedene Typen von Trainings und
- Selbsthilfe-Gruppen.

»Peer Training« hat sich als beliebte Form zur Erhöhung der Aufmerksamkeit für mit HIV/AIDS zusammenhängende Probleme etabliert. Es ist ausgerichtet auf Zielgruppen an Grund- und weiterführenden Schulen und findet in Form von Workshops statt.

Selbsthilfegruppen im AIDS-Projekt sind informell gebildet und im ganzen Land anzutreffen. Sie akzeptieren neue Mitglieder nach vorangegangener persönlicher Beratung und unter der Bedingung, dass die anderen Gruppenmitglieder zustimmen.

Das Projekt zielt unter anderem auf

- die Reduktion von Konsequenzen für die Gesundheitsvorsorge und Sozialhilfe
- eine Erhöhung der Toleranz gegenüber den Infizierten und Erkrankten und damit eine Reduzierung ihrer gesellschaftlichen Ausgrenzung
- die Bereitstellung von Betreuern für Infizierte und Erkrankte
- die Beratung für die betroffenen Familien
- die Ermöglichung eines soziale Lebens für Infizierte und Erkrankte
- das Angebot von Trainings und Infomaterial für diese beiden Gruppen sowie
- die Förderung der Kooperationsbereitschaft der Medien um die Toleranz der Gesellschaft zu verstärken.

**Das Stigma- Projekt**

Dieses Projekt beinhaltet Programme zur Reduzierung des Ansteckungsrisikos für intravenöse Drogenabhängige, da diese in Bezug auf die Infektion dem größten Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind. Die Wichtigkeit der niedrigschwelligen Programme liegt in ihrer Zugänglichkeit für die Klienten sowie der gebraucherorientierten Unterstützung, der vor allem die so genannte versteckte Population von Drogenbenutzern mit einschließt. Darunter fallen: Nadel-Austausch-Service, die »Drop-In« Tagescenter sowie Straßenarbeit vor Ort.

Das Beratungsprogramm garantiert die Möglichkeit, anonym und auf einer breiten Front Zugang zu Informationen oder Beratung zu erhalten. Mit der Intention dies den einzelnen Zielgruppen näher zu bringen werden innerhalb des Projektes folgende Aktivitäten umgesetzt:

**Normalisierung der Lebenssituation von Drogenkonsumenten ist das Ziel der Arbeit**

- Telefonberatung und Informationsveranstaltungen. Damit wird abgedeckt: Beratung für Drogenbenutzer, ihre Familien und andere direkt Betroffene; Informationen zu risikoärmerem Umgang mit Drogen und zu Safer-Sex-Praktiken. Auch die Erhebung von statistischen Daten zu Drogen sowie die Weitergabe von Informationen über verschiedene Dienste oder Organisationen die Beistand im Bereich von Drogen und AIDS anbieten gehören dazu.
- Internet-Beratung zu den oben genannten Feldern unter der E-Mail-Adresse stig-mata@email.sl .
- Individuelle Beratung auf Initiative der Klienten nach vorangegangenem Kontakt (persönlich, telefonisch oder über Internet sowie durch Kontakt in der Straßenarbeit, beim Nadel-Austausch-Programm oder bei den Tagescenter-Programmen).

#### **Das Gefängnis- Projekt**

Gefängnisse repräsentieren eine besondere soziale Umgebung, in welcher die Gefangenen wesentlich größeren Risiken ausgesetzt sind. Neben der Isolation vom sozialen Umfeld wird den Häftlingen weiterhin die Möglichkeit genommen von außerhalb der Haft zugänglichen Angeboten zu profitieren. Leider wird das in den verschiedenen Richtlinien des Europäischen Rates und der Weltgesundheitsorganisation aufgeführte Recht aller Menschen auf gleichberechtigten Zugang zu den bestehenden Hilfsangeboten hier nicht umgesetzt.

Darum hat die AIDS- Stiftung »Robert« im Jahr 2000 ein neues Projekt im Bereich der Strafpolitik, der Haft und der Behandlung nach der Freilassung ins Leben gerufen.

Die grundlegenden Intentionen des Programms sind es einen Beitrag zur Verbesserung des Status der wegen Drogenstraftaten einsitzenden Häftlinge zu leisten sowie die Sicherstellung von geeigneter Hilfe im Prozess der Resozialisierung und Reintegration nach der Haft.

Die Ziele des Programms gestalten sich wie folgt:

- Beistand für die Strafgefangenen während und nach ihrem Gefängnisaufenthalt und Monitoring ihrer Situation;
- Weiterbildung für Mitarbeiter und Häftlinge zu Harm-Reduction beim Konsum von illegalen Substanzen;
- Förderung der Motivation zu freiwilligen Tests in Bezug auf die Eindämmung verschiedener Viruserkrankungen;
- Initiierung und Förderung von Peer Education (Unterricht/Aufklärung von und für Gleichaltrige) sowie
- die praktische Demonstration von Harm-Reduction-Konzepten, wie sie in einigen Ländern bereits praktiziert werden.

**Gerade auch die Situation inhaftierter Drogenabhängiger erfordert den Einsatz von »Robert«**

## *Die Förderung und Unterstützung der »Robert«- Prinzipien*

Die Prinzipien der Stiftung sind eine persönliche Entwicklung des Initiators Ivan Jančar und sie setzen den ganzheitlichen Ansatz von Bewusstmachung durch literarische und künstlerische Ausdrucksformen um. Die Förderung dieser Prinzipien bedeutet gleichzeitig die Förderung von universaler Menschlichkeit, was besonders beim Bearbeiten von Sozial- und Wohlfahrtsproblemen bedeutsam ist.

Diese Prinzipien wurden bei den Internationalen Weltkonferenzen in Jokohama, Vancouver, Genf und Durban präsentiert.

Seit dem Start der Stiftung findet jedes Jahr im Dezember eine Veranstaltung statt bei der die »Robert«-Statue an Einzelpersonen die durch ihre Aktionen zur Menschlichkeit beigetragen haben verliehen wird.

## *Publikationen*

Begleitend zum Aufbau von »Robert« haben wir eine Reihe von aufklärenden Materialien herausgegeben wie etwa das »HIV/AIDS- Handbuch für Häftlinge«, das Faltblatt für sichere Injektionen, das »Berater-Manual« für Infizierte, Erkrankte und ihre Familien (das wir auch verleihen) sowie Aufkleber mit Informationen zur anonymen Telefonberatung. Weiterhin produzierten wir ein Video zum Thema »Leben mit AIDS«, lassen Postkarten drucken und vieles mehr.

Die AIDS- Stiftung »Robert« wird ihre Programme fortsetzen und plant sie an die sich verändernden Anforderungen anzupassen.

#### **AIDS- Stiftung**

##### **»Robert«**

Wolfova 8  
1000 Ljubljana  
Slowenien

☎ 003 86-24-99 90

☎ 003 86-24-99 93

✉ afr@siat.net

**HeXenHauS***Sucht als Überlebenschance für Frauen mit Gewalterfahrung**Entwicklung von gendersensiblen Kriterien und Methoden in der Suchtarbeit für Frauen mit Gewalterfahrung im transnationalen Vergleich*

**Finanziert aus dem DAPHNE-Programm der EU (Vorbeugende Maßnahmen zur Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder, Jugendliche und Frauen) sowie mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) führt das HeXenHauS seit Dezember 2001 dieses Projekt als verantwortlicher Träger mit verschiedenen Partnern in vier Ländern durch. Wir präsentieren hier die gekürzte Version einer Projektbeschreibung.**

Unsere Kooperationspartner in diesem einjährigen europäischen Projekt sind in Deutschland die Drogenberatung Viersen, in Irland das SAOL Project Dublin, in den Niederlanden das CAD-Noord-en-Midden-Limburg sowie in Österreich Dialog Wien und der Verein Wiener Sozialprojekte.

Ziel des Projektes ist die transnationale interdisziplinäre Entwicklung von gendersensiblen Kriterien und Methoden in der Frauen-Suchtarbeit. Berücksichtigt werden Gewaltaspekte im Spannungsfeld der Erfahrungen von Frauengewaltschutzeinrichtungen und traditioneller Suchthilfe.

Praktische Erfahrungen aus der Frauengewaltschutzarbeit zeigen, dass es einen engen Zusammenhang zwischen traumatisierender Gewalterfahrung und Suchterkrankung bei Frauen gibt. Untersuchungen über Krankheitsverläufe von süchtigen Frauen bestätigen diese Erfahrung.

Die Krankheitsentwicklung verläuft häufig parallel zu Gewalterfahrungen.

Die Frauen setzen Suchtmittel ein um mit ihren Gewalterfahrungen besser fertig zu werden. Alkohol und Medikamente aber auch illegale Drogen wirken sowohl betäubend in bezug auf »alten Wunden« als auch auf neu hinzu kommende. Sucht in ihren verschiedenen Erscheinungsformen gehört zu den Versuchen unaushaltbare Lebensumstände wenigstens scheinbar erträglicher zu machen.

Dieser Zusammenhang wird jedoch in der Suchtarbeit nicht ausreichend berücksichtigt. In den (i.d.R. gemischtgeschlechtlichen) Suchthilfeeinrichtungen gibt es kaum spezielle Hilfsangebote für Frauen. In gemischtgeschlechtlichen Settings finden sie aber die gleichen Macht-, Gewalt- und Abhängigkeitsstrukturen wieder aus denen sie entfliehen wollen. Therapien werden deshalb oft abgebrochen bzw. Unterstützungsangebote erst gar nicht wahrgenommen.

Die Beratungs- und Unterstützungsangebote in Frauenhäusern können aber ihrerseits die Suchtproblematik der Frauen nicht angemessen auffangen. In manchen Frauenhäusern werden Frauen mit einer Suchtproblematik erst gar nicht aufgenommen.

Wird die Sucht- und Gewaltproblematik jedoch nicht adäquat aufgearbeitet, kommt es zu einem Kreislauf aus Gewalt und Sucht, der dazu führt, dass die Frauen immer wieder erneut Opfer werden.

Das Projekt soll dazu beitragen diesen Kreislauf von Gewalt und Sucht zu durchbrechen, die Lebensqualität der betroffenen Frauen zu verbessern und ihre Wahlmöglichkeiten bezüglich ihrer Lebensgestaltung zu verbreitern.

Das DAPHNE-Projekt arbeitet mit einem ganzheitlichen lebensweltbezogen und geschlechtssensiblen Ansatz.

Bezüglich der genutzten Instrumente sind neben dem länder- und fachbereichübergreifenden Erfahrungsaustausch die Selbstevaluation der Partneereinrichtungen, die Evaluation der besonderen Bedürfnisse betroffener Frauen, die Vernetzung sowie die Öffentlichkeitsarbeit hervorzuheben.

Die zu erwartenden Ergebnisse sind u.a. die Verbesserung bzw. Anpassung der strukturellen Rahmenbedingungen der sucht- bzw. frauenspezifischen Einrichtungen, die Verbesserung und Erweiterung der spezifischen Angebotsstruktur und Stärkung des Empowerment durch spezifische Methoden. Durch die Kooperation mit Frauengewaltschutzeinrichtungen erhofft sich das DAPHNE-Projekt eine verbesserte Unterstützung der Frauen. Die gendersensiblen Ansätze sollen in den Suchthilfeeinrichtungen gestärkt werden, ebenso soll die (Fach-)Öffentlichkeit auf die Notwendigkeit von gendersensiblen Konzepten informiert und darauf aufmerksam gemacht werden.

**Der Kreislauf aus Gewalt und Sucht soll durchbrochen werden**

**HEXENHAUS**

Im Walde 5  
32339 Espelkamp  
☎ 05772-97370  
☎ 05772-973711  
✉ Hexenhaus-Espelkamp  
@t-online.de  
www.ueber-lebenschance.net

**Prof.Dr. Karl-Heinz Reuband**

## *Cannabiskonsum in Westeuropa unter dem Einfluss rechtlicher Rahmenbedingungen*

Dieser Beitrag wurde mit Zustimmung der Redaktion der Fachzeitschrift KONTUREN,  
Ausgabe 2/2002 entnommen.

**In einer Expertise für das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit zum Cannabiskonsum in Westeuropa kommt der Autor Prof. Dr. Karl-Heinz Reuband vom Sozialwissenschaftlichen Institut der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf zu dem Ergebnis, dass sich ein Zusammenhang zwischen Drogenpolitik, gemessen an den rechtlichen Rahmenbedingungen und der Verbreitung des Cannabisgebrauchs nicht feststellen lässt. Länder mit liberaler Drogenpolitik hätten zum Teil ähnliche Werte wie Länder mit repressiver Politik. Ebenso wenig ließe sich nach Reuband belegen, dass eine liberale Drogenpolitik positive Einstellungen zu Cannabis begünstige. Positive Einstellungen ließen sich auch einer Reihe von Ländern finden, die seit längerem eine repressive Politik betrieben.**

»Grundlage der Expertise ist eine Bestandsaufnahme der verstreut vorliegenden, repräsentativen Bevölkerungsumfragen in der Allgemeinbevölkerung westeuropäischer Länder, die Angaben zur Verbreitung des Cannabisgebrauchs enthalten. Für die meisten Länder sind entsprechende Befunde nachweisbar: nämlich für Frankreich, Belgien, Niederlande, Deutschland, Schweiz, Großbritannien, Irland, Spanien, Griechenland, Dänemark, Schweden, Finnland, Norwegen. Ergänzend hinzugezogen werden für die Allgemeinbevölkerung vergleichbar angelegte Umfragen mit Fragen zur Gefahrenwahrnehmung des Cannabisgebrauchs, der Verfügbarkeit von Cannabis sowie der Akzeptanz des Cannabisgebrauchs. Für Jugendliche werden vergleichend angelegte Schülerumfragen zur selbstberichteten Delinquenz sowie Umfragen unter den 15 bis 16-Jährigen im Rahmen der ESPAD Studie des Europarates verwendet.

Nach den Umfragen weisen derzeit Dänemark, die Schweiz und Großbritannien die höchsten Werte für Cannabiserfahrung (jemals im Leben) in der Allgemeinbevölkerung auf. Die Niederlande – das Land in dem der Cannabisgebrauch nicht sanktioniert wird und Cannabis über Coffeeshops verfügbar ist – weisen einen mittleren Wert im europäischen Spektrum auf. In den Umfragen bei den 15 bis 16-jährigen Schülern nehmen die Befragten aus Großbritannien die höchsten Werte ein (auf etwa gleichem Niveau mit Irland, Frankreich und Spanien). Die Niederlande, Dänemark und Italien haben niedrigere Werte inne. Insgesamt gesehen lässt sich im Ländervergleich kein konsistenter, systematischer Zusammenhang zwischen Cannabisprävalenz und praktizierter Drogenpolitik gegenüber Cannabis feststellen. Gleiches gilt für den Zusammenhang mit der Entwicklung des Cannabisgebrauchs. Verbote führen nicht notwendigerweise dazu, dass das gesetzwidrige Verhalten seltener praktiziert wird.

Die Niederlande haben die Entkriminalisierung des Cannabisbesitzes am weitesten vorangetrieben und zeichnen sich auf Seiten ihrer Bürger durch eine – im Vergleich zu den anderen Ländern – relativ niedrige Risikoeinschätzung des Cannabisgebrauchs aus (was auf der Individualebene gewöhnlich die Bereitschaft zum Drogengebrauch erhöht). Gleichwohl bedeutet dies nicht, dass auch der Gebrauch gebilligt wird. Man lehnt ihn zwar weniger stark ab als die Bürger vieler anderer Länder, aber weist ihn mehrheitlich als nicht gerechtfertigt zurück. Die hohe Verfügbarkeit von Cannabis in Coffeeshops wirkt sich offenbar angesichts dieser überwiegend ablehnenden Haltung nicht auf eine entsprechend überproportional hohe Quote in der Cannabisverbreitung aus. Dies dokumentiert auch ein für die Niederlande vorgenommener Städtevergleich. Soziokulturelle Normen in der Bevölkerung sind anscheinend gewichtiger als Drogengesetzgebung und Drogenverfügbarkeit. Vergleicht man die Zahlen zur Verbreitung der Cannabiserfahrung mit der geschätzten Zahl von Abhängigen in einem Land, lässt sich kein Hinweis dafür finden, dass liberale Länder höhere Werte als Länder mit repressiverer Drogenpolitik aufweisen. So ist die geschätzte Zahl der Abhängigen (relativ zur Einwohnerzahl gemessen) in den Niederlanden nicht höher als in Schweden.«

Quelle:  
Karl-Heinz Reuband  
Cannabiskonsum in Westeuropa unter dem  
Einfluss rechtlicher Rahmenbedingungen  
'Eine vergleichende Analyse epidemiologischer Befunde  
Expertise für das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit

***Soziokulturelle  
Normen in der  
Bevölkerung sind  
anscheinend  
gewichtiger als  
Drogengesetz-  
gebung und  
Drogenverfüg-  
barkeit***



**Rob Steinbuch**

## *Leitlinien einer neuen Drogenpolitik*

**Auch wenn in den Niederlanden derzeit die politische Situation auf Regierungsebene für so etwas wie einen Stillstand sorgt, befassen sich dennoch unterschiedliche Gruppen, Institutionen und Parteien – auch wenn sie wohl nicht der am 22.01.2003 neu zu wählenden Regierung angehören werden – mit der Weiterentwicklung der Drogenpolitik. So z.B. die Parlamentarische Arbeitsgruppe Drogenpolitik der PvdA, der niederländischen Sozialdemokraten. Diese Arbeitsgruppe verfasste die im Folgenden gekürzt wiedergegebene Vorlage, die uns Rob Steinbuch als Mitglied dieser Arbeitsgruppe zur Verfügung gestellt hat. Darin wird das Dilemma der Drogenpolitik aufgegriffen, die in der heutigen Form sehr negative Wirkungen auf die Volksgesundheit hat, die Kapazitäten der Justiz stark in Beschlag nimmt und auf die Entwicklungen in Ländern wie Kolumbien fatale Folgen hat.**

**Diese Vorlage macht Vorschläge für eine Drogengesetzgebung die nicht auf ein allgemeines Verbot setzt sondern auf eine differenzierende Gesetz- und Regelung, die die Unterschiede der Gesundheitsrisiken beim Gebrauch der einzelnen Mittel berücksichtigt. Wir möchten diesen Text im Rahmen des Podiums zur nachdenklichen Diskussion stellen.**

### *Die niederländische Politik*

Auch die Niederlande haben internationale Verträge über Drogen unterzeichnet. So stimmt unser Opiumgesetz mit unseren internationalen gesetzlichen Verpflichtungen überein. Aber bei der Umsetzung desselben haben die Niederlande eigene Nuancen eingebracht. So wird in unserem Land zwischen weichen (*softdrugs*) und harten (*harddrugs*) Drogen unterschieden. Zur ersten Kategorie zählen die Cannabis-Produkte (Marihuana und Haschisch). Der Konsum dieser Mittel stellt keine Straftat dar, während beim Verkauf an den Konsumenten auf Grund des Opportunitätsprinzips eine bewusste Duldungspolitik angewandt wird. Damit wird zum Nutzen der Volksgesundheit eine Trennung zwischen den Märkten für harte und weiche Drogen erreicht. Auch in der Drogenpolitik bzgl. harter Drogen wird der Gesundheitsfürsorge Priorität eingeräumt. Der Drogenkonsum wird beispielsweise nicht bestraft so dass die Süchtigen Hilfsangeboten gegenüber zugänglicher sind. Feldforschung und Aufklärung genießen hohe Prioritäten. Diese Maßnahmen haben sicher dazu beigetragen, dass die Drogenproblematik in den Niederlanden weniger schwerwiegend ist als im Ausland.

Die Niederlande genießen daher auf diesem Fachgebiet sehr hohe internationale Anerkennung. Dies gilt für die medizinische Forschung wie für die Hilfsmaßnahmen aber auch für Polizei, Justiz und kommunale Verwaltungen aus dem Ausland.

***Nach wie vor genießt die niederländische Drogenpolitik international ein hohes Ansehen***

### *Umgang mit Rauschmitteln*

Konsumenten können unterschiedlich auf Rauschmittel reagieren. Es wird von **re-kreativem** Konsum, von **problematischem** Konsum und von **Abhängigkeit** oder **Sucht** gesprochen. Diese Einteilung gilt für alle Rauschmittel unabhängig vom gesetzlichen Status.

Bei alkoholischen Getränken liegt bei 90 % der 10 Millionen Konsumenten ein re-kreativer Konsum vor. Bei etwa 10 % (ca. 1 Million Konsumenten) kann von problematischem Konsum die Rede sein meistens verursacht durch übermäßigen Gebrauch oder durch Konsum in sehr jungem Alter. So trinken z.B. 35 % der Jugendlichen zwischen 12 und 15 Jahren regelmäßig Alkohol. Die Zahl der Alkoholsüchtigen wird auf 350.000 geschätzt. Sowohl der problematische Konsum des Alkohols als auch die Alkoholsucht verursachen erhebliche gesellschaftliche Folgeschäden.

Vier Millionen Niederländer rauchen. Ein Großteil der Raucher ist als süchtig einzustufen. Jährlich sterben bei uns 25.000 Menschen an den Folgen langfristigen und übermäßigen Rauchens. Daneben haben viele Menschen (chronische) Beschwerden auf Grund von Erkrankungen der Lungen und Atemwege die manchmal mit Invaliderie einhergehen. Nikotinsucht wird daher auch als »Volksfeind Nummer Zwei« betrachtet.



Es gibt einen Unterschied im Gefährdungspotenzial von alkoholischen Getränken und von Tabak. Bei ersterem sind eventuelle Gesundheits- oder Verhaltensprobleme unmittelbar auf das Rauschmittel Ethanol zurückzuführen. Bei Tabak geht es nicht so sehr um die Schädlichkeit von Nikotin sondern um die Beeinträchtigung der Lungen und Atemwege durch Verbrennungsrückstände des Tabaks auf lange Sicht.

**So stellt sich die Situation bei den legalisierten Rauschmitteln Alkohol und Tabak dar. Wie sieht es nun mit Drogen aus?**

### *Die drei »Marktsegmente«*

Bei Drogen kann man global drei »Marktsegmente« d.h. Kombinationen von Konsumenten und der von ihnen genommenen Mittel feststellen.

Zunächst gibt es rund 400.000 regelmäßige Konsumenten von Cannabis-Produkten. Durchschnittlich befinden sich etwa 3.000 Cannabis-Konsumenten – meist für kurze Zeit – bei der Drogenberatung in Behandlung; das sind weniger als 1 % der Gesamtzahl. Auf Grund dieser Situation betrachten die niederländischen Behörden Cannabisprodukte als »weiche Drogen« und dulden den Verkauf dieser über die Coffeeshops unter einem strengen Reglement – den sogenannten AHOJ-G Regeln. Die Folgen des Cannabis-Konsums sind in vielen Ländern Gegenstand der Forschung. Dazu fand am 25. Februar diesen Jahres eine internationale Konferenz in Brüssel statt. (siehe Cannabis 2002 Report ab S. 19; Anm. d. Red.)

Weiterhin gibt es etwa 100.000 rekreative Konsumenten von harten Drogen. Dabei handelt es sich in erster Linie um stimulierende Mittel wie Ecstasy, Kokain und Amphetamine (Speed). Häufig wird daneben auch Cannabis konsumiert. Da die gesundheitlichen Risiken höher sind als bei Cannabis spricht man von »harten Drogen«. Problematisch wird der Konsum wenn diese Mittel in die Hände von Kindern, Jugendlichen oder Menschen mit labiler (psychischer) Konstitution geraten sowie übermäßig oder über einen langen Zeitraum konsumiert werden oder in Kombination mit (übermäßigem) Alkoholgenuss. Viele Konsumenten, die Probleme bekommen haben lassen sich ambulant behandeln. Hier reicht meistens eine Kurzzeitbehandlung aus.

Über Ecstasy-Konsum als Todesursache auf Partys ist immer mal wieder in den Nachrichten zu hören. Dabei handelt es sich durchgängig um eine Kombination von (übermäßigem) Konsum von Alkohol oder anderen Rauschmitteln auf langdauernden Festen unter manchmal körperlich und psychisch belastenden Umständen. Unabhängig davon sind die Hinweise auf bleibende Hirnschädigungen bei regelmäßigem Ecstasy-Konsum zu sehen. Aus diesem Grunde wird von Seiten der Medizin vom Konsum abgeraten. Es werden im Moment langwierige und teure Studien erarbeitet um dieses zu verifizieren.

Kokain und Amphetamine sind verwandte stimulierende Mittel. Gerade der Konsum von Kokain nimmt zu. Dabei handelt es sich um geschnüffelt Kokain (nicht zu verwechseln mit Crack, siehe nächster Absatz). Wohl aber gibt es einen begrenzten Zustrom rekreativer Drogenkonsumenten hin zur Gruppe der Süchtigen. Dabei handelt es sich vor allem um Problemjugendliche die erst Kokain schnüffeln und dann auf Crack und Heroin umsteigen.

Schließlich gibt es ca. 30.000 Personen die langwierige und hartnäckige Suchterscheinungen aufgrund des Missbrauchs harter Drogen haben. Dabei handelt es sich um Heroin und Crack auch in Kombination mit anderen Mitteln wie Alkohol, Speed, »Pillen« und Cannabis. In vielen Fällen liegt zugleich ein psychiatrisches Krankheitsbild vor. Die Kombination von Sucht und Drogenverbot hat massive Folgen. Der körperliche, psychische und sozial-ökonomische Zustand dieser Konsumenten ist oft sehr schlecht. Viele stehen im gesellschaftlichen Abseits. Durch die Präsenz der illegalen Szene ist das Rückfallrisiko auch nach einer erfolgreichen Behandlung hoch. Durch das Drogenverbot steigen die Preise für die Konsumenten. Dadurch werden viele Drogensüchtige in Beschaffungskriminalität und / oder Prostitution gedrängt. Die gesellschaftliche Isolation wird dadurch noch verstärkt. De Fakto sind viele Drogensüchtige gesellschaftlich vogelfrei geworden.

Darüber hinaus tragen diese Folgen zur Belästigung der Bevölkerung bei und können negative Auswirkungen auf die Lebensqualität bestimmter Wohnviertel haben. Die so illegalisierten Drogen werden nicht in ausreichendem Maße bei der Aus- und Fortbildung von Ärzten und Pflegepersonal berücksichtigt. Das wirkt sich negativ auf die Behandlung von Drogensüchtigen aus obwohl gerade in fortgeschrittenem Alter adäquate Behandlungsformen dringend notwendig sind.

**Den recht großen Gruppen von »rekreativen« Gebrauchern stehen diejenigen gegenüber die problematische Konsummuster aufweisen**

**Die Kombination von Sucht und Drogenverbot hat massive Folgen**



## Die Kernfrage

Der Konsum von Drogen spielt demnach eine erheblich geringere Rolle als der von Alkohol und Tabak – auch die Probleme sind weniger umfangreich. Ist das Drogenverbot die Ursache dafür? Befürworter der Anwendung des jetzigen Drogenverbots bekräftigen das und führen es als Argument an. Weiterhin führen sie den »Flutwelleneffekt« an, den eine Aufhebung des Drogenverbots auslösen würde: Neben der schon umfangreichen Alkohol- und Nikotinsucht bekämen wir dann auch noch mit einer genauso massalen Drogensucht zu tun. Es stellt sich die Frage der Schlüssigkeit dieser Begründung.

**Es hat eine große Bedeutung, in welcher Form eine Substanz auf den Markt gerät: Alkohol in seinen mannigfaltigen Zubereitungen hat einen hochattraktiven Wert**

Zunächst ist festzustellen, dass zwischen Alkohol und Tabak einerseits und Drogen andererseits ein großer Unterschied besteht.

Bei alkoholischen Getränken und Tabakprodukten geht es um die Kombination eines Rauschmittels (Ethanol bzw. Nikotin) mit einem Genussmittel. Dadurch entstehen sehr begehrte alkoholische Getränke und Tabakprodukte in einem umfangreichen und stetig wachsenden Sortiment. Wenn nur wässrige Ethanolösungen und Nikotinpillen erhältlich wären, wäre der Alkohol- und Nikotinkonsum zweifelsohne viel niedriger als es jetzt der Fall ist.

Bei Drogen geht es um reine Rauschmittel. Wenn diese in derselben Art und Weise wie Alkohol und Nikotin mit Genussmitteln kombiniert würden könnte der Konsum durchaus explosiv ansteigen und wir hätten tatsächlich ein großes Problem.

Als weiteres Argument wird manchmal angeführt, das Verbot habe eine entmutigende Wirkung auf den Konsum von Drogen. Zweifelsohne wird sich der obrigkeitshörige Teil der Bevölkerung durch den Verbotscharakter der Drogen angesprochen fühlen und in bestimmten Kreisen wird auf Drogenkonsumenten herabgeschaut. Aber in der Zeit der Individualisierung entscheiden die meisten Menschen selbst über ihren eigenen Konsum. Möglicherweise verheimlichen sie ihn vor anderen. Für viele Erwachsene wird der Konsum wegen des Verbotscharakters von Drogen besonders spannend und damit erst recht attraktiv. Genau so wenig zeigt das Verbot spürbare Folgen bezüglich der Zugänglichkeit. Das Angebot an Drogen aus der illegalen Szene scheint nahezu unerschöpflich zu sein – mit allen damit verbundenen Risiken. Gerade dadurch landen Drogen häufig in den Händen von sensiblen Gruppen wie Kindern, Jugendlichen oder Menschen mit einer für Drogenkonsum riskanten Konstitution.

Die Existenz eines umfassenden illegalen Beschaffungsmarktes begünstigt auch den Eintritt in die Suchtszene. Dieses vollzieht sich häufig auf sehr raffinierte Art und Weise: Wer einmal von harten Drogen abhängig ist, gerät durch das Drogenverbot ins gesellschaftliche Abseits und bleibt in der »Szene« hängen. Das erschwert den Ausstieg aus der Sucht. Der Rückfall in die Sucht ist eher die Regel als die Ausnahme.

Das gegenwärtige Drogenverbot wirkt sich nicht nur auf die kurative sondern auch auf die präventive Gesundheitspflege aus. Effektive Aufklärung muss auf der Basis objektiver Fakten und Kriterien geschehen, aufgebauscht negative Darstellungen wirken eher kontraproduktiv. Das Drogenverbot erschwert brauchbare Ansätze da die aufklärende Instanz schnell der Förderung des Drogenkonsums beschuldigt wird. Prävention bleibt notwendigerweise auf allgemeine Regeln beschränkt obwohl zusätzlich gerade eine konsumentenorientierte Vorgehensweise dringend notwendig ist.

Als Folge des Drogenverbots bleibt der Hausarzt weitgehend außen vor obwohl gerade er eine wichtige Funktion bei der präventiven und kurativen Betreuung übernehmen könnte. Das geschieht z. B. durchaus bei Alkohol und Tabak.

Die niederländische Cannabispolitik macht Aussagen zum Einfluss des geduldeten öffentlichen Verkaufs auf den Umfang des Konsums möglich. Dabei stellt sich heraus, dass der Konsum von Cannabis in unserem Land durchschnittlich etwas niedriger als in den uns umringenden Ländern ist. Bei diesem Mittel führt die Anwendung des Drogenverbots offensichtlich nicht zur Reduzierung des Konsums. In der Praxis hat sich gute Aufklärung gepaart mit strikten Regelungen in Bezug auf die Coffee-shops als viel effektiver erwiesen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es keinen Grund zu der Annahme gibt, dass ein generelles Drogenverbot den Konsum nennenswert eingrenzt. Der illegale Status hat an verschiedenen Stellen eher einen sehr negativen Einfluss auf die Volksgesundheit. Es ist aber auch klar, dass die Art und Weise wie die »Legalisierung« verstanden wird großen Einfluss auf die letztendlichen Folgen für die Volksgesundheit haben wird.

**Im Zusammenhang mit Cannabis lässt sich recht deutlich feststellen, dass eine strengere Handhabung des Verbotes nicht zur Reduzierung des Konsums führt**

## *Ausgangspunkte für eine neue Politik*

Eine neue Drogenpolitik, die humaner und effektiver ist muss eine Reihe von Kriterien erfüllen. Die Gesetzgebung und die Vorschriften müssen sowohl berücksichtigen, dass das entsprechende Rauschmittel die Konsumenten anspricht als auch aus Sicht der Volksgesundheit akzeptabel ist. Zugleich muss verhindert werden, dass das Rauschmittel in die Hände von Personen gelangt, für die das nicht zutrifft: Kinder, Jugendliche und Menschen mit einer empfindlichen Konstitution oder mit Neigungen zum Überkonsum oder zur Sucht. Angesichts der Tatsache, dass rekreativer Konsum von Rauschmitteln mit einem gewissen Prozentsatz problematischen Konsums einher gehen kann, müssen die Vorschriften darauf gerichtet sein den gesamten Umfang des Konsums zu begrenzen – auch in absolutem Sinne.

Bei Sucht geht es in erster Linie nicht um Konsumenten sondern um Patienten. Für diese Gruppe muss eine andere Politik eingesetzt werden als für Konsumenten. Angesichts der gesundheitlichen Risiken beim Konsum der nun unter das Opiumgesetz fallende Mittel ist das Lebensmittelgesetz als rechtlicher Rahmen unzureichend. Es gibt ja auch für Tabak und Alkohol eine spezielle Gesetzgebung. Wenn man sich das gesamte Spektrum anschaut wird deutlich, dass es um ein verfeinertes Ganzes spezifischer Gesetzgebung und Regelungen gehen muss. Hinzu kommt, dass sich die Drogenwelt ständig und in hohem Tempo ändert. Die Gesetzgebung braucht also einen dynamischen Charakter.

Ein Frage, die bei jeder Legalisierungsdiskussion auftaucht ist die nach der zukünftigen Rollenverteilung zwischen der Wirtschaft und dem Staat. Marktmechanismen sind förderlich für wirtschaftliches Wachstum. Das ist für die meisten Wirtschaftssektoren positiv. Aber vor dem Hintergrund der Interessen des Gesundheitswesens gibt es niemanden der auf einen »boomenden« Drogenmarkt wartet. Die Erfahrungen mit Alkohol und Tabak lehren, dass man mit der Kommerzialisierung von Rauschmitteln sehr vorsichtig sein muss. So ist die Tabak- und Alkoholsucht auch eine Folge der Kommerzialisierung. Daher soll die Wirtschaft eingebunden werden soweit dies nötig ist – aber weiter auch nicht.

Dies bringt uns zum wahrscheinlich wichtigsten Ausgangspunkt für eine neue Drogenpolitik: Das zur Verfügung stehende Sortiment soll ausschließlich aus Rauschmitteln bestehen und nie in Kombination mit Genussmitteln stehen! Das bedeutet zugleich, dass der Staat die Auswahl des Sortiments selbst übernehmen muss.

In der Schweiz ist die revidierte Drogengesetzgebung momentan in parlamentarischer Behandlung. In diesem Zusammenhang werden im Gesetzentwurf nicht nur verbotene Mittel genannt sondern auch Ansätze der gesamten Drogenpolitik einschließlich Aufklärung, Prävention und Fürsorge: ein Beispiel zur Nachahmung.

Beim Übergang vom Verbot zur Regulierung können die internationalen Drogenverträge und die damit verbundenen UN-Organisationen aufgehoben werden. Demgegenüber werden Empfehlungen der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) für alle Rauschmittel notwendig sein.

In den folgenden Kapiteln wird auf die neue Politik für die drei »Marktsegmente«

- Cannabiskonsum
- rekreativer Konsum harter Drogen und
- Abhängigkeit von harten Drogen

eingegangen.

Im Zusammenhang mit der Gesetzgebung und Vorschriften geht es im Großen und Ganzen um folgende Modalitäten:

- bei weichen Drogen (Cannabis): ein regulierter öffentlicher Verkauf;
- bei rekreativem Konsum harter Drogen: ein regulierter personengebundener Verkauf;
- bei Abhängigkeit von harten Drogen steht die Drogenhilfe im Mittelpunkt; dabei können im Rahmen der Behandlung bestimmte Mittel verabreicht werden.

Bei Bedarf kann dies zu einer weitergehenden Sub-Segmentierung der »Märkte« ausgearbeitet werden.

Dieses Konzept wurde 1994 von der sog. »werkgroep Dufour« (Arbeitsgruppe Dufour), die seitdem zur Stichting Drugsbeleid (Stiftung Drogenpolitik) geworden ist entwickelt.

## *Cannabispolitik*

Bei Cannabisprodukten (Marihuana und Haschisch) spielen die Produktion und der Verkauf eine wichtige Rolle. In beiden Bereichen haben wir in den Niederlanden gewisse »Erfahrungen« gesammelt. Für die Produktion hat sich der Gartenbau (meistens unter Glas) in kleinem Umfang bewährt, während sich für den Verkauf kleine Coffeeshops wenn sie ziemlich dicht beim Konsumenten liegen als wertvoll erwiesen. Für den Verkauf über Coffeshops gibt es in den Niederlanden die Duldungspolitik die ohne große Probleme für die Gesetzgebung und Vorschriften umgesetzt werden kann. Für die »Hintertür« (Produktion und Belieferung der Coffeshops) kennen die Niederlande das noch nicht.

In der Schweiz ist nun ein Gesetzentwurf für ein Coffeshop-Modell mit geduldeter »Hintertür« in der parlamentarischen Behandlung.

Im Prinzip eignet sich dieser Ansatz für eine definitive legalisierte Regelung. Es ist aber wichtig, dass der Staat das Sortiment weiterhin bestimmt. Momentan geht es um Produkte die der Konsument in selbst gedrehten Zigaretten raucht, was eine zu-

***Ein abgestuftes Modell mit dem man den unterschiedlichen Risikopotenzialen der Mittel wie Konsumformen gerecht wird ist erforderlich***

***In dem Maße wie es sich bei der »Drogenwelt« um eine sich ständig verändernde Welt handelt, muss auch die Drogenpolitik und -gesetzgebung einen dynamischen Charakter haben***



sätzliche Bearbeitung mit speziellem fachmännischen Können erfordert. Wenn Cannabis ganz freigegeben wird ist die Möglichkeit, dass die Tabakindustrie sich diesem Produkt widmet um schließlich mit Cannabis gefüllte Zigaretten auf den Markt zu bringen sehr groß. Dadurch könnte der Konsum explosiv zunehmen, und die Kontrolle über das Mindestalter wird schwieriger.

Zur besseren Berücksichtigung der gesundheitlichen Aspekte ist ferner Folgendes notwendig:

- Aufsicht über die Produktqualität;
- Aufklärung in den Coffeeshops;
- qualifizierte Ausbildung des Personals;
- ein direkter Draht zur Drogenhilfe.

**Dies sind übrigens Aspekte die dem Alkohol-Gaststättengewerbe ebenso wenig schaden würden!**

## *Rekreativer Konsum von harten Drogen*

Auf diesem Gebiet gibt es noch gar keine Erfahrungen mit Regulierungen. Die folgenden Anregungen dienen demnach nur dem Ingang setzen eines Denkprozesses. Bei Kokain und Amphetaminen ist das gesundheitliche Risiko zu groß als dass man den Verkauf öffentlich regulieren könnte. Wohl aber könnte man über eine individuelle Belieferung nachdenken. Dieses könnte über einen »Drogenausweis« bei einer Verkaufsstelle oder einem Verband von Konsumenten geschehen. Hierzu bedürfte es einer gewissen Form von regelmäßiger medizinischer Kontrolle. Ein solcher Ansatz könnte auch für andere harte Drogen – etwa beim rekreativen Heroin-Konsum – genutzt werden. Bei Ecstasy gibt es momentan noch zu viele Unsicherheiten bzgl. der durch die Neurotoxizität hervorgerufenen Langzeitschäden um einen solchen Ansatz zu erwägen.

## *Abhängigkeit von harten Drogen*

Die Suchtwissenschaft hat in der jüngsten Vergangenheit eine enorme Entwicklung erlebt und befindet sich eigentlich noch ganz und gar in der Entwicklung. Dadurch hat sich das Wissen über Suchtprozesse und die zu Grunde liegenden Ursachen erheblich verbessert. Dies ist auch für die kurative und präventive Drogenhilfe von enormer Bedeutung. De Fakto geht es dabei um ein multidisziplinäres Ganzes von Wissenschaften von der Neurologie bis hin zur Soziologie. Auch die Fürsorge umfasst nunmehr ein breites Spektrum von Einrichtungen weshalb auch von der »integralen Hilfekette« die Rede ist.

Abhängigkeit von harten Drogen unterscheidet sich von Alkohol- und Nikotinsucht vor allem durch die Tatsache, dass harte Drogen verbotene Substanzen sind. Dadurch werden Drogensüchtige gesellschaftlich isoliert, was eine bleibende Genesung ernsthaft erschwert. In der Schweiz hat man deshalb einen neuen Ansatz entwickelt bei dem die soziale Rehabilitation im Mittelpunkt steht. Im Rahmen dieses Ansatzes wird auch Heroin verabreicht. Ziel ist es dem Heroinsüchtigen eine ambulante Pflege mit einer multidisziplinären Betreuung zu bieten.

Für die meisten Teilnehmer an diesem Programm handelt es sich dann auch um eine Zugangserleichterung für eine weitergehende Behandlung mit dem Ziel der Beendigung des Drogenkonsums. Dafür sind sie dann auch besser motiviert. Das schweizer Behandlungsmodell hat international sehr viel Anerkennung erfahren.

Da es sich bei den Abhängigen von harten Drogen um eine ziemlich homogene Gruppe handelt, bietet sich die Behandlung mit der Verabreichung von Heroin im Prinzip gut für eine allgemeine Bearbeitung des Problems mit harten Drogen an. Der große Vorteil dabei wäre, dass der illegale Verkaufsmarkt von harten Drogen »verdampfen« würde, wodurch dem Zustrom neuer Süchtiger und dem Rückfall ehemaliger Süchtiger ein Ende bereitet würde.

## *Nachwort*

Bei der Erstellung einer Alternative zum gegenwärtigen generellen Drogenverbot geht es zunächst um Lösungen bei denen die Kriterien der Volksgesundheit zentral stehen. Das verhindert nicht, dass eine Politik durch die der illegale Beschaffungsmarkt ganz oder zum größten Teil ausgemerzt wird auch aus dem Blickwinkel der Kriminalitätsprävention und der Fürsorge für den öffentlichen Sektor sehr attraktiv ist. Die oben genannten Wege bieten auch in dieser Hinsicht mehr Perspektiven als der fortwährende und aussichtslose Einsatz von Justiz und Polizei.

Daneben wäre die Regulierung von Drogen ein Segen für die Entwicklungsländer die ebenfalls große Probleme auf Grund des Drogenverbots haben.

**Rob Steinbuch**  
Damhertlaan 129  
3972 DD Driebergen  
☎ 03 43-51 24 91

**In Bezug auf Ecstasy bedarf es allerdings noch der Erhärtung der Hinweise auf Langzeitschäden**

**Michael Wedekind**

## *Anmerkungen zur derzeitigen Finanzierung der ambulanten Suchthilfe in NRW*

**Die Haushaltslage des Bundeslandes NRW ist wie auch in anderen Bundesländern mehr als problematisch. So regieren Sparzwänge das Geschehen im Land was sich derzeit mehr als deutlich im Bereich der Drogenhilfe auswirkt. In den letzten 10 Jahren hat sich eine immer ausdifferenziertere Landschaft bei den Angeboten der Drogenhilfe entwickeln können, indem über das Land ergänzende Maßnahmen wie z.B. die externe Beratung in den Justizvollzugsanstalten, die AIDS-Beratung, »Therapie sofort« bzw. später Soforthilfe u.a. mitfinanziert wurden. Eine Reihe dieser Angebote sind nun von den Mittelkürzungen betroffen, was in unterschiedlicher Intensität vor Ort zum Wegfall dieser Hilfeangebote und gar zur Krise der ambulanten Drogenhilfe führt.**

**So wird forciert durch diese Entwicklung die Diskussion um die Finanzierungsstruktur der ambulanten Drogenhilfe notwendiger denn je – wobei auch die Gedanken über eine Reform des Hilfesystemes nicht auszusparsen sind. Ein solcher (notwendiger) Prozess bedarf gewiss der Steuerung – und dazu gehört ein Steuerungsinstrument, das prinzipiell in NRW mit dem Landesprogramm gegen Sucht vorhanden ist.**

**Aber alte Strukturen sind schwer aufzubrechen ...**

**In der Ausgabe 3/2002 des inforum (Info-Medium zur Sucht in NRW) setzte sich Michael Wedekind, Landesverband NRW e.V. des PARITÄTISCHEN, mit der Finanzierung der Suchthilfe auseinander. Wir präsentieren hier den Originaltext.**

Den Schwerpunkt ihrer ambulanten Leistungen erbringt die professionelle Suchthilfe gegenüber den Suchtkranken und ihren Angehörigen in den »ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen«. Deren Angebote werden entweder in eigenen Räumen oder im lokalen bzw. regionalen Umfeld umgesetzt. Dabei zählen zum Kerngeschäft der Suchtarbeit die Beratung, Therapievermittlung und Präventionsarbeit sowie verschiedene Spezialdienste, z.B. die Arbeit mit drogenabhängigen HIV-Infizierten oder aufgrund von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz Inhaftierten. Für ihre extern tätigen Mitarbeiter übernimmt die Beratungsstelle dabei sowohl die Rolle einer »docking station« als auch das »back office«. Ihre Offenheit für regional vernetzte und lokal z.T. vertraglich abgestimmte Angebote gilt als Voraussetzung für alle Arbeitsfeld überschreitenden Angebote. Zu diesen zählen u.a. das »Betreute Wohnen« und die zumeist niedrigschwellig angelegten »tagesstrukturierenden Hilfen«. In der Drogenhilfe kommen die »Soforthilfe« oder die »Methadonambulanz« hinzu. Nicht zuletzt gibt es eine wachsende Zahl von gemeinsamen Angeboten zwischen Jugend- und Suchthilfe und Psychiatrie.

Die Vielfalt der hier längst nicht vollzählig aufgelisteten Angebote illustriert die Komplexität der Hilfestrukturen und den Abstimmungsaufwand auf der Anbieterseite.

Die Anerkennung einer Sucht- und Drogenberatungsstelle durch das Land NRW setzt trägerseitig u.a. zwei Fachkräfte auf Vollzeitstellen und landesseitig entsprechende Haushaltsmittel für die mit der Anerkennung verbundene Förderung voraus. Derzeit werden 166,5 Sucht- und Drogenberatungsstellen mit Landesmitteln gefördert. Unterschieden wird dabei neben der

- Grundförderung für die Personal- und Sachkosten der beiden Suchtberater (je ca. Euro 10.250) die
- Förderung der Prophylaxe- (ca. Euro 18.000) und der
- JVA-Kraft (externe Beratung in Justizvollzugsanstalten, ca. Euro 20.500).

***Die Suchthilfe-  
Landschaft ist  
ausgesprochen  
komplex  
gegliedert und  
erfordert einen  
hohen  
Abstimmungsaufwand***

Aber auch die

- Drogen- und Aidsberater (ca. Euro 10.250), die
- Mitarbeiter in der Soforthilfe (ca. Euro 23.100) und in der
- psycho-sozialen Begleitbetreuung Substituierter (ca. Euro 25.600)

werden vom Land anteilig finanziert. Außerdem fördert das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (MGSFF) durch Gewährung der

- erweiterten Grundförderung in rd. 100 Beratungsstellen deren besondere Bemühungen um suchtkranke Frauen, Migranten und Spielsüchtige.

Weitere Landesmittel fließen in die

- Förderung von über 20 niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen und in die von mehr als einem Dutzend Drogentherapeutischer Ambulanzen und Konsumräume.

Doch so wesentlich die Förderung des Landes für das Zustandekommen einer gesicherten Gesamtfinanzierung der ambulanten Suchthilfeangebote auch ist – die Hauptlast der Finanzierung tragen in den meisten Fällen die Kommunen. Ohne deren und der Träger Mitfinanzierung ist ambulante Arbeit vor Ort nicht zu realisieren. So ergab eine Erhebung des Arbeitsausschusses Drogen und Sucht der Freien Wohlfahrtspflege aus 1997 folgende durchschnittliche Finanzierungsanteile: Kommunen 50,3 %; Einnahmen aus Ambulanter Reha Sucht (ARS) 2,5 %; sonstige Einnahmen 5,4 %; Trägeranteile 24,7 %.

Daraus folgt im Umkehrschluss: Ambulante Drogen- und Suchthilfeangebote sind derzeit – auch mangels anderer gesetzlicher Grundlage – auf eine gemeinsame und freiwillige Finanzierung von Land, Kommune und Träger angewiesen. Fällt ein an der Finanzierung wesentlich Beteiligter aus ist eher ein Dominoeffekt denn eine Kompensation durch neue Geldgeber zu erwarten. Hingegen droht bei einer Ausdünnung der Angebotsbreite die Gefahr der Nichtbeachtung besonders schwacher Klientel. Gerade das zu vermeiden war aber Ziel diverser neu etablierter und mit Landesmitteln geförderter Sucht- und Drogenhilfemaßnahmen - und bleibt damit Aufgabe des Landesprogramms gegen Sucht.

**Der PARITÄTISCHE  
Landesverband  
NRW e.V.**  
Fachberatung  
Suchtfragen  
Hafenweg 6-8  
48155 Münster  
☎ 02 51-61 85-125  
☎ 02 51-61 85-126  
✉ michael.wedekind  
@paritaet-nrw.org  
www.paritaet-nrw.org

**Hans van Heel**

## *Qualitätsmanagement in der niederländischen Suchthilfe – das Beispiel der Brijder-Stiftung*

**Im Rahmen des Qualitätsverbesserungsprogrammes »Resultate erzielen« läuft in den Niederlanden ein breit angelegter Erneuerungsprozess in der Suchthilfe über den im Grundsatz bereits im BINAD-INFO 21 berichtet wurde. In dieser Ausgabe stellt Hans van Heel, Abteilung für Marketing und Strategie der Brijder-Stiftung, den Prozess mit seinen Ergebnissen innerhalb dieser Organisation vor. Der Text ist der Publikation »De Uitbrijder«, Ausgabe 25, Mai 2002, entnommen.**

Klienten müssen schnelle und angemessene Hilfe erhalten. Sie müssen zufrieden sein mit der Qualität der Maßnahmen, die zudem nicht mehr als nötig kosten dürfen. Das »Qualitätsgesetz Betreuungseinrichtungen« (Kwaliteitswet Zorginstellingen) verlangt von den Suchthilfeeinrichtungen, also auch von De Brijder, dass fundierte Hilfsangebote bereitgestellt werden die effizient, effektiv und klientenorientiert sind und auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Klienten zugeschnitten werden. Vieles können wir selbst schaffen aber wir können auch viel von anderen lernen. Deshalb arbeiten wir gemeinsam mit anderen Suchthilfeeinrichtungen an einer Verbesserung des Betreuungsangebots.

Effizienz bedeutet, dass wir mit den Geldern die wir für die Bereitstellung der Angebote erhalten passende Hilfsmaßnahmen entwickeln, die den jeweiligen Klienten nutzen. Effektiv bedeutet, dass diese Hilfsmaßnahmen zu dem Resultat führen, das mit den Klienten vereinbart wurde. Klientenorientiert bedeutet, dass die Klienten bei der gesamten Organisation des Hilfsangebots im Mittelpunkt stehen. Das ist Ausgangspunkt unseres Handelns. De Brijder muss so organisiert werden, dass wir diese grundlegenden Betreuungsangebote liefern können. Dazu gehören unter anderem genügend qualifizierte Mitarbeiter, ausreichende finanzielle Mittel, passende Räumlichkeiten und eine gute Zuordnung von Verantwortlichkeiten.

Nicht nur der Staat stellt Anforderungen an die Qualität der Betreuung. Wir berücksichtigen auch die im Dachverband der Geistigen Gesundheitsfürsorge (GGZ Nederland) getroffenen Qualitätsvereinbarungen. Auch Berufsverbände, Patientenorganisationen und Versicherungsgesellschaften legen eigene Qualitätskriterien an: Die Betreuung muss professionell, transparent und praktisch einsetzbar sein. Außerdem können wir die Qualität verbessern indem wir unsere Angebote besser auf andere Anbieter im Betreuungsbereich wie Hausärzte und die Regionalen Institute für ambulante Psychiatrie (RIAGG) abstimmen.

## Der Brijder-Standard

Was hat unsere Einrichtung unternommen um diese Ziele zu realisieren? Im Jahre 1999 formulierten wir einen ambitionierten Plan: Das komplette Angebot von Brijder wurde dokumentiert und beschrieben und es wurden Protokolle und Standard-Betreuungsprogramme erstellt. Das ist nicht nur kundenfreundlich sondern erleichtert auch unseren Mitarbeitern die Arbeit. Jeder weiß nun wo er steht. Unnötige Variationen im Angebot werden vermieden. Klienten können besser wählen weil das Angebot deutlich formuliert ist. Zu guter Letzt erleichtert dies auch die Messung der Resultate.

2001 wurden die Anmeldung (Intake), die Ermittlung der Indikation und der in Rücksprache mit dem Klienten zu erstellenden Betreuungsplan in Protokollen zusammengefasst. Unabhängig davon ob sich Klienten in Den Helder oder in Hoofddorp anmelden ist der Ablauf jetzt überall derselbe. Seit 2002 wird dieser Brijder-Standard von allen Teams angewandt.

Gleichzeitig wurde eine unabhängige Methode zur Ermittlung der Indikation festgelegt, die auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen über effektive Betreuungsangebote für suchtkranke Klienten basiert. Wir haben eine Trennung zwischen der Ermittlung der Indikation einerseits und der Durchführung der Betreuung andererseits vorgenommen. Damit erfüllen wir die Anforderungen die das Regionale Indikationsermittlungsorgan (Regionaal Indicatiestellings Orgaan, RIO) an die unabhängige Ermittlung der Indikation stellt. Die Versicherungsträger haben diese Arbeitsweise positiv beurteilt. Brijder strebt an in diesem Jahr mindestens drei regionale Indikationskommissionen einzurichten.

Das ist aber noch nicht alles. Um den »Qualitätskreis« zu schließen wollen wir erfahren welches Resultat die Betreuung des Klienten hat, was der Klient nach Behandlungsabschluss dazu sagt und wie viel die Betreuung gekostet hat. Deshalb wird dieser Brijder-Standard noch in diesem Jahr um ein Protokoll für die Auswertung der Betreuung ergänzt.

**Eine Reihe von Standards wurden bereits eingeführt – dieser Prozess ist jedoch noch nicht abgeschlossen**

## Das Gleichgewicht verschiedener Ansprüche

Die Standardisierung von Behandlungsprogrammen ist keine Einzelinitiative von Brijder. Sie wird vielmehr im Rahmen des Projekts »Resultate erzielen« von allen Suchthilfeeinrichtungen der Niederlande vorgenommen. Das Ministerium für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport (VWS) finanziert dieses Projekt, das zum Ziel hat die Qualität des Betreuungsangebots der Suchthilfe zu verbessern. Die Projektteilnehmer haben gemeinsam verschiedene Ausgangspunkte formuliert, zum Beispiel, dass die Behandlung und die Betreuung unserer Klienten auf nachweisbaren Erkenntnissen über die Wirksamkeit dieser Behandlungsformen basieren muss und dass die Betreuung modular – das heißt in Form von in sich abgeschlossenen Phasen – anzubieten ist. Dabei streben wir ein Gleichgewicht zwischen den Wünschen des Klienten, dem professionellen Urteil der Betreuer und den Kosten die der Einrichtung entstehen an. Außerdem führen wir eine Untersuchung nach der Anwendung so genannter »Benchmark-Tests« in der Suchthilfe durch. Dabei vergleichen wir die Resultate der Abteilungen Detox (*Entgiftung*) und stationäre Kurzzeitbehandlung mit denen anderer Einrichtungen.

Im Rahmen des Projekts »Resultate erzielen« arbeitet Brijder auch im Entwicklungszentrum Qualität und Innovation der Betreuung (Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg) mit. Dieses Zentrum entwickelt neue Behandlungsmethoden, die in den vier teilnehmenden Einrichtungen getestet werden.

Im Jahre 2001 hat Brijder die Implementierung von zwei Behandlungsmodulen von »Resultate erzielen« in Angriff genommen: die Lebensstil-Trainings 1 und 2. Dabei handelt es sich um individuelle, verhaltensorientierte Trainingsmodule in denen gemeinsam mit den Klienten versucht wird gewohntes (Sucht-)Verhalten zu durchbrechen. Anschließend investierten wir in die Entwicklung von zwei gruppenorientierten Lebensstil-Trainings die im Laufe dieses Jahres auf den Markt kommen werden. (Hierzu siehe BINAD-INFO 22, S. 18-19 sowie 20-22; Anm. der Red.)

## Das Steuerungsmodell

In der Vergangenheit hing die weitere Betreuung des Klienten oft davon ab an welchem Ort er sich anmeldete oder welchem Sozialarbeiter er zuerst begegnete. Es konnte durchaus vorkommen, dass der Übergang von ambulanter zu klinischer Betreuung (oder umgekehrt) sich für einen Klienten völlig anders gestaltete als für andere. Wenn aber die Organisation unserer Einrichtung eine angemessene Betreuung unserer Klienten beeinträchtigt, machen wir etwas falsch und müssen wir Verbesserungen anbringen. Bekannte verbesserungsfähige Punkte sind die noch bestehenden Wartelisten, die Informationen für Klienten sowie die Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern außerhalb der Suchthilfe.

**Gerade auch individuelle und an den Ressourcen der Klienten orientierte Behandlung ist der Qualitätsentwicklung zu unterziehen**

Die Einführung neuer Betreuungsprozesse und -programme zog eine Änderung der Organisationsstruktur nach sich. In diesem Zusammenhang werden im Laufe dieses Jahres bei Brijder Anmelde-Teams eingerichtet, die den neuen Brijder-Standard ausführen. Andere Teams bedeutet auch eine andere Zuordnung der Verantwortlichkeiten. Die Leitungsstruktur von Brijder muss geändert werden. Dafür wurden die vier Regionen neu eingeteilt und »Teamleiter Betriebsführung« sowie Betreuungs-koordinatoren, die für die inhaltliche Lenkung aller Behandlungs- und Betreuungsteams zuständig sind, eingestellt.

Integrales Management und Ergebnisorientierung bilden die Ausgangspunkte der neuen Managementstruktur. Als Leitmodell für das Management hat sich Brijder für das Modell des Niederländischen Qualitätsinstituts (Instituut voor Nederlandse Kwaliteit, INK) entschieden. Die neun Bereiche dieses Modells ermöglichen den Führungskräften der Stiftung ein ausbalanciertes Management im Hinblick auf Klienten, Mitarbeiter, Resultate, Finanzen und Produktion. Es wurde vereinbart, dass dieses INK-Modell den Rahmen des Unternehmensplans, der Jahresarbeitspläne und der Quartalsberichte bilden soll. Das Modell ist Teil des Planungs- und Kontrollzyklus und wird voll in die normale Betriebsführung unserer Organisation integriert.

## *Kreativität ist gefordert*

***Nicht allein der Wunsch nach Veränderung ist wichtig – es kommt natürlich auf die konsequente Umsetzung an***

Im September 2001 wurden für die vier Regionen so genannte »INK-Positionsermittlungen« formuliert. Dabei haben wir gemessen, welche Position die Teams in dieser Entwicklungsphase einnehmen. Daraus lassen sich verschiedene Schlüsse ziehen. Der wichtigste ist wohl, dass der Wunsch zur Veränderungen alleine nicht genügt. Brijder muss diese Veränderungen auch umsetzen. Im Jahr 2002 steht daher die praktische Umsetzung auf dem Programm. Aus den Positionsermittlungen wird unzweifelhaft deutlich, dass wir zwar viel Energie in die Erneuerung unserer Betreuungsprozesse und -programme stecken, dass deren praktische Umsetzung jedoch zu wünschen übrig lässt. Die Angleichung der Praxis an die neuen Entwicklungen ist auch eine Aufgabe der Regionen und der Teams. Dafür sind kreative Lösungsvorschläge von allen Mitarbeitern willkommen.

Eine andere Schlussfolgerung lautet, dass die Regionen von Brijder über zu wenig harte Fakten verfügen um ihr Arbeit zu verantworten. Wir wollen dafür sorgen, dass die Zahlen über Produktivität, Finanzen, Ausfall durch Krankheit und Zufriedenheit der Klienten rechtzeitig auf den Tisch kommen. 2002 werden wir ein Management-Informationssystem entwickeln, das es den Teams ermöglichen wird ihre Resultate mit den anderen Teams zu vergleichen um zu erfahren was bei anderen besser funktioniert.

Ausgehend von diesen Schlussfolgerungen hat der Vorstand der Stiftung für das Jahr 2002 achtzehn Schwerpunkte der Politik unserer Organisation formuliert, die in der letzten Ausgabe von UitBrijder veröffentlicht wurden und auch im Jahresbericht 2001 enthalten sind.

## *Qualitätsbewusstsein auf allen Ebenen*

Was muss also noch passieren um die Qualität bei Brijder zu verbessern? Eigentlich noch viel zu viel. Um Qualitätsbewusstsein auf allen Ebenen der Organisation zu schaffen muss sich die Kultur der Einrichtung dahin gehend ändern, dass wir durch systematische Verbesserungen lernen. Alle Mitarbeiter müssen sich zudem als Qualitätscontroller für das eigene Programm verstehen.

Bedingung dafür ist allerdings, dass sie wissen was sie tun müssen und Rückmeldung erhalten ob sie es auch richtig machen. Das setzt voraus, dass das Management-Informationssystem zu einem ausbalancierten Indikatoren- und Feedback-System umgeformt wird.

Es wäre sinnvoll wenn alle Qualitätsaktivitäten in ein zentrales Qualitätssystem einfließen würden. Wir orientieren uns deshalb jetzt am »HKZ-GGZ-Modell«. Dieses Beurteilungssystem der Stiftung Harmonisierung Qualitätsbeurteilung im Fürsorgebereich (Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) wird eigens für die Geistige Gesundheitsfürsorge entwickelt und basiert auf ISO-Standardisierungssystemen. Mit diesem System können wir Qualitätsverbesserungen besser überwachen. Zudem macht es die Resultate von Brijder transparenter und für externe Organisationen – etwa die Versicherungsträger – besser kontrollierbar.

Die Einführung von Qualitätssystemen und die Bereitstellung von qualitativ hochwertigen Betreuungsangeboten kostet mehr Zeit als man auf den ersten Blick vermuten würde. Besonders wichtig ist dabei, ambitionierte Pläne und deren Umsetzungszeitplan an das Format der Einrichtung anzupassen. Im Falle von Brijder als kategorialer Suchthilfeeinrichtung mit einem breiten Arbeitsfeld und Betreuungsangebot bedeutet das: Ambitionierte Pläne sind willkommen sofern man bei der Ausführung die Konsequenzen für die tägliche Praxis und die Klienten nicht aus den Augen verliert.

***Ambitionierte Pläne sind willkommen sofern man bei der Ausführung die Konsequenzen für die tägliche Praxis und die Klienten nicht aus den Augen verliert***

**De Brijder**  
Postbus 414  
1800 AK Alkmaar  
☎ 00 31-72-527 28 00

**Teresia Widera, Hans-Peter Krüger**

# *Lifestyledrogen im Straßenverkehr: Fakten und subjektive Theorien der User*

**Dieser Bericht ist einer von vielen interessanten Beiträgen aus dem Tagungsband »Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende?« zur 14. wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht), die vom 10. - 12.04.2002 in Berlin stattfand.**

**Die Autoren Teresia Widera und Hans-Peter Krüger informieren im hier leicht gekürzten Text über Untersuchungen in Bezug auf Einstellungen und Erfahrungen von jungen Menschen zum Thema »Teilnahme am Straßenverkehr und Drogenkonsum«. Die gesamte Dokumentation ist über den Buchhandel zu beziehen.**

In einer im Jahre 1998 im Auftrag der Bundesanstalt für Straßenwesen durchgeführten großangelegten Feldstudie über ganz Bayern (Würzburg, Nürnberg, München) hinweg nahmen wissenschaftliche Untersucherteams der Universitäten Würzburg und München an den Örtlichkeiten an denen Drogen konsumiert werden Kontakte zu jungen Fahrern auf. Dabei wurde eine Basisstichprobe von N = 2.555 Personen mit einem Kurzinterview zum Drogengebrauch und zum Fahren unter Drogen befragt. Aus dieser Stichprobe wurden N = 503 Personen ausgewählt und intensiver untersucht.

## *Gebundene Kurzbefragung*

Unabhängig vom Ort und der Art der Freizeitaktivität ist Cannabis die am häufigsten eingenommene Droge. Dies gilt auch für Techno-Veranstaltungen. Damit zusammenhängend taucht Cannabis auch als die Droge auf unter deren Einfluss am häufigsten gefahren wird. Als problematisch beim Fahren erweist sich der häufige Beikonsum von Alkohol zu Drogen als auch der Konsum mehrerer Drogen gleichzeitig. Fahrende Frauen entfallen signifikant häufiger auf die Teilpopulation der sowohl Nüchternen als auch Drogenfreien; fahrende Frauen sind signifikant seltener unter den Alkohol/Drogen-Mischkonsumenten wie auch unter den Alkoholmonokonsumenten zu finden. Lediglich für Drogenmonokonsum ist die Abweichung nach unten nicht signifikant. Drogenfahrten finden annähernd geschlechtsunabhängig statt. Alkohol spielt eine größere Rolle in der Altersgruppe der fahrenden Älteren (ab 25 Jahre); Drogen haben einen höheren Stellenwert in der Altersgruppe der fahrenden Jüngeren (18-

24 Jahre). Alkohol wird in der Regel erst in der Discothek, Drogen aber werden häufig bereits vor dem Discothekenbesuch konsumiert. Fahrten unter dem Einfluss von Drogen sind häufiger als Alkoholfahrten mit höheren Blutalkoholwerten (BAK; > 0.5 Promille). Während Alkoholkonsum häufig dazu führt, dass anschließend nicht gefahren wird ist dieser Zusammenhang bei Drogen nicht gegeben.

## *Gebundene Langbefragung*

Es lassen sich folgende Prädiktoren der Alkoholfahrt ausmachen: älteres Lebensalter, permissivere Einstellung zu Alkoholfahrten, jüngerer Alter bei Alkoholerstkonsum und starker Alkoholkonsum. Für Drogenfahrten ergeben sich folgende Einflüsse: starker Drogenkonsum, permissivere Einstellung zu Drogenfahrten, eine geringere subjektive Verwerflichkeit des Fahrens unter Drogen, ein Freundes- und Bekanntenkreis mit ähnlicher Einstellung zum Fahren unter Drogen und eine erhöhte dispositionelle Risikobereitschaft.

## *Fahrsimulation*

Die durch den Konsum von Cannabis allein auftretenden Ausfälle können im allgemeinen durch bewusste Kontrolle gut kompensiert werden. Für Amphetamin/Ecstasy ist die Unterscheidung nach der Drogenkonzentration wichtig: Bei niedriger Konzentration ist das Fahrverhalten im Simulator nicht beeinträchtigt, bei hohen Konzentrationen lassen sich deutliche Beeinträchtigungen nachweisen. Die Beeinträchtigungen nehmen deutlich zu, wenn die Substanzen miteinander oder mit Alkohol kombiniert werden. Es entstehen Veränderungen die über die alkoholbedingten Beeinträchtigungen hinausgehen. Die Ergebnisse der Befragungen zeigen, dass Mischkonsum vor allem deshalb so gefährlich ist weil er zu Fehleinschätzungen der eigenen Leistungsfähigkeit führt. Während die Personen bei dem Konsum einer Droge oder von Alkohol allein ihre Leistungsfähigkeit zutreffend als beeinträchtigt beurteilen und deshalb versuchen diese Wirkungen zu kompensieren, geht ein Teil dieser realistischen Einschätzung beim gleichzeitigen Konsum von Alkohol und Drogen bzw. von mehreren Drogen verloren.

## *Offene Zusatzbefragung*

Erstaunliche 80 % der Befragten glauben Drogenwirkungen beim Fahren kompensieren und auch unter Drogen noch sicher fahren zu können. Es werden verschiedene Strategien der Kompensation des Drogenkonsums beim Fahren zum Zwecke der Erhaltung der Fahrtüchtigkeit und Vermeidung einer auffälligen Straßenverkehrsteilnahme berichtet. Die Maßnahmen setzen teils beim Fahren an, teils konzentrieren sie sich darauf die Konsumwirkungen zu »verkleinern« bzw. zeitlich zu verkürzen.

***Insbesondere Mischkonsum führt zu Fehleinschätzungen der eigenen Leistungsfähigkeit***

**In Berichten  
finden sich kaum  
Anzeichen dafür,  
dass aus  
negativen  
Erfahrungen  
gelernt und  
Drogenfahrten  
künftig  
vermieden  
werden**

In auffälligem Gegensatz zu diesem Glauben an die Beherrschbarkeit werden zahlreiche gefährliche Verkehrssituationen berichtet die bei drogenbeeinflussten Fahrten auftraten, so z.B. Auffahrunfälle, Beinahe-Unfälle, Einschlafen am Steuer, Unfälle mit Blechschaden, Geisterfahrten, von der Straße abkommen. Auf hypothetische Ebene hält man es zwar für vorstellbar, dass bestimmte Drogenwirkungen Unfälle oder Beinahe-Unfälle im Straßenverkehr mit verschulden, die eigenen Unfallerfahrungen will man jedoch nicht in einem Zusammenhang mit dem eigenen Drogenkonsum gebracht wissen (externale Attribution). In den Berichten finden sich kaum Anzeichen dafür, dass aus solchen negativen Erfahrungen gelernt und Drogenfahrten künftig vermieden werden. Im Gegenteil: Den Probanden ist es wichtig herauszustellen, dass es auch Straßenverkehrssituationen gibt in denen die Drogenbeeinflussung hilft gefährliche Verkehrsbegegnungen zu vermeiden. Eine bedeutsame Subgruppe von 22 % der Probanden gibt an, der Konsum von psychotropen Substanzen gehe mit positiven Effekten auf die Fahrtüchtigkeit einher. Die behaupteten positiven Substanzeffekte aufs Fahren lassen sich in 3 Subkategorien einteilen:

1. Positive Substanzeinflüsse auf Fahren aufgrund der spezifischen Wirkung der konsumierten Droge.
2. Positive Substanzeinflüsse aufs Fahren weil nach Drogenkonsum kompensatorisch vorsichtiger gefahren wird,
3. drogenbedingte Erhöhung des Erlebnis- und Unterhaltungswertes des Fahrens. Solche positiven Einflüsse werden auch von Probanden berichtet die bereits Gefahrensituationen oder Unfälle unter Drogeneinfluss erlebt haben.

Bei der Beurteilung der eigenen Fahrtüchtigkeit spielen sowohl Wirkungs- als auch Zeitaspekte eine Rolle. Die Strategie, genügend Zeit zwischen Drogenkonsum und Drogenfahrten verstreichen zu lassen spielt eine wichtigere Rolle bei der legalen Droge Alkohol als bei illegalen Drogen wie Cannabis. Was Cannabis anbelangt ist es nicht unüblich, dass Drogenkonsum und Drogenfahrten zeitgleich auftreten. Rund 1/3 der Probanden berichteten sich unmittelbar nach dem Drogenkonsum ans Steuer zu setzen und zu fahren. Bei einer nicht unerheblichen Anzahl von Probanden hängt Drogenfahren weniger von irgendwelchen Zeit/Wirkungs-Aspekten der konsumierten Droge ab sondern ist vielmehr von externen Zeitgebern (Schließzeiten der Diskotheken etc.) diktiert. Warten spielt bei Drogengebrauch jedoch keine Rolle mehr wenn es die Absicht des Konsumenten ist die volle Drogenwirkung am Freizeitort zu erleben oder wenn die Droge in der Absicht konsumiert werden die Heimfahrt erst wieder möglich zu machen.

Die Majorität der Mitfahrer eines drogenbeeinflussten Fahrers billigt die Kombination aus Drogenkonsum und Fahren. Die Toleranz liegt hauptsächlich darin begründet, dass sie entweder selber Drogenkonsumenten und -fahrer sind bzw. selbst aktuell unter Drogen stehen: man kann schließlich schlecht etwas verbieten was man sich selbst zugesteht. Selbst wenn kleine Ängste bei den Mitfahrern bestehen wiegt die

Motivation überhaupt heimkommen die Bedenken auf (Mitfahrgelegenheit). Die Mitfahrer erfragen anfänglich höchstens den aktuellen Zustand des drogenbeeinflussten Fahrers (Bist du den fit?) und vertrauen auf die Selbstauskunft. Der drogenbeeinflusste Fahrer vertraut seinerseits darauf, dass seine potenziellen Mitfahrer über genügend Einschätzungsvermögen verfügen sich seiner Fahrtüchtigkeit zu vergewissern und gegebenenfalls nicht mitzufahren bzw. ihn vom Fahren generell abzuhalten.

## Motivation

Drogenfahrten sind für die Majorität der von uns Befragten keineswegs ein Selbstzweck. Fahren und Drogenkonsum werden als unabhängig voneinander angesehen: man will einerseits nicht auf Drogen verzichten, kann aber andererseits auch nicht das Fahren lassen. Nach Aussagen der Befragten sind Drogenfahrten unvermeidlich weil sie von A nach B kommen bzw. eine Zielort (Zuhause oder Disco) erreichen müssen. Der eigene Drogenkonsum stelle keinen plausiblen Grund dar aufs Autofahren zu verzichten. Eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit sei bei den »richtigen« Drogen (Cannabis, Amphetamine oder Psychostimulantien) nicht gegeben, zudem setze die Wirkung vielfach erst am Zielort (der Disco) ein. Insbesondere Amphetamine werden nicht als mental verändernde Drogen betrachtet sondern als »Fitmacher« die bei Heimfahrten der Müdigkeit und Erschöpfung entgegenwirken und daher eher verkehrsfreundlich sind. Es gibt Hinweise darauf, dass drogenbeeinflusste Hinfahrten zu Freizeitaktivitätsszenen daher rühren, dass man aus Sicherheitsgründen (Angst vor Entdeckung, Razzien etc.) den Drogengebrauch in häuslicher Atmosphäre dem Drogenkonsum vor Ort vorzieht. Um es zusammenzufassen: es kommt zu Drogenfahrten weil Drogen für viele unserer Probanden zum wochenendlichen Lebensgefühl des Feierns dazugehören, die Raves jedoch nicht im eigenen Wohnzimmer stattfinden.

Der Umfang mit Alkohol im Straßenverkehr und die Bedingungen der Alkoholfahrt wurden in zahlreichen internationalen Befragungsstudien erfasst. Für den Bereich der Drogen sind aber hauptsächlich nur Konsumstudien und Untersuchungen zu den Einflussfaktoren auf den Drogenkonsum verfügbar. Diese können nur bedingt Hinweise auf den Umgang mit Drogen im Straßenverkehr, subjektive Rechtfertigungen für Drogenfahrten und Prädiktoren der Fahrentscheidung bei Drogenkonsum liefern.

**Alkohol, Nikotin,  
Kokain ...  
und kein Ende**

Tagungsdokumentation  
zur 14. wissenschaftlichen  
Tagung der DG-  
Sucht  
Pabst Science Publisher  
ISBN 3-936142-52-1

**Heino Stöver**

## *Drug and HIV / AIDS Services in European Prisons*

**Band 8 der Schriftenreihe »Gesundheitsförderung im Justizvollzug«  
Bibliotheks- und Informationssystem der Uni Oldenburg 2002  
ISBN 3-8142-0818-8**

Dieses Buch befasst sich mit der Gesundheit von Drogengebrauchern in Haftanstalten. Es ist eine erweiterte und überarbeitete Ausgabe des Berichtes »Assistance to drug Users in European Union Prisons – an overview study«, herausgegeben im Auftrag der EBDDA in Lissabon/Portugal. Diese Publikation widmet sich insbesondere den harm-reduction-Strategien, die in europäischen Haftanstalten umgesetzt werden.

**Torsten Schmidt**

## *Drogenhilfe und Graumarkt – Beispiele Amsterdam und Bremen.*

**Leske und Budrich 2002 · 256 Seiten; 24,90 EUR · ISBN 3-8100-3403-7**

Das Buch beschäftigt sich – für Deutschland erstmalig – mit dem Straßenverkauf von Substitutionsmitteln und Psychopharmaka auf der Drogenszene. Dabei werden u.a. die Auswirkungen unterschiedlicher Drogenhilfesysteme auf diese für Konsumenten in ihrer täglichen Bedeutung wichtige Versorgungsebene untersucht. Angesichts der momentanen Diskussion um die sog. »Methadon-Toten« und der gegenwärtigen Entwicklung der Substitutionskonzeption in Deutschland ein aktuelles Thema. Gleichwohl fragt das Buch nach dem Nutzen und dem Risiko dieses alternativen Marktes für Konsumenten und nach seiner Beeinflussbarkeit im Sinne risikoverminderter Konsummuster durch die Drogenhilfe.

Im BINAD-INFO 24, ca. Febr./März 2003, wird sich eine ausführlichere Rezension mit diesem Buch beschäftigen

**J. Biesenbach**

## *Drogenpolitische Modelle und ihre Begründung*

**Band 37 der INDRO-Buchreihe · Verlag für Wissenschaft und Bildung · Berlin 2002**

Mitarbeiter der niedrigschwelligen Drogenarbeit, insbesondere der sogenannten Kontaktcafés, erleben den Alltag Abhängiger hautnah. Diese Erlebnisse innerhalb des Kontaktcafégeschehens stellen einen psychologischen Faktor dar, der die Arbeit in der akzeptanzorientierten Suchtkrankenhilfe immens beeinflusst. Umso notwendiger und überfällig ist eine tiefgehende Forschung und Analyse akzeptierender Drogenarbeit.

Dieser 37. Band in der Buchreihe »Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit«, hrsg. von INDRO e.V., schließt die bestehende Forschungslücke und weist auf weitere Defizite in der Drogenforschung hin.

Die vorliegende Untersuchung deckt mit Hilfe qualitativer Forschung das Alltagsgeschehen in Kontaktcafés auf. Im Mittelpunkt stehen nicht die Drogenabhängigen sondern die Angestellten der Kontaktcafés.

Abgeschlossen wird der vorliegende Band durch sich aus der Untersuchung ergebende drogenpolitische Forderungen, die vor allem im Hinblick auf die fortschreitende Akzeptanz und Durchsetzung der längst überfälligen Heroinschreibung für Mitarbeiter niedrigschwelliger Drogeneinrichtungen (lebens-)notwendig und für eine effektive Drogenarbeit unabdingbar sind.

Bestelladresse:

**INDRO e.V.**  
Bremer Platz 18-20  
D-48155 Münster  
☎ 02 51-6 01 23  
☎ 02 51-66 65 80  
✉ INDROeV@t-online.de



**Lorenz Böllinger, Heino Stöver (Hrsg.)**

## *Drogenpraxis · Drogenrecht · Drogenpolitik*

*Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater,  
Ärzte und Juristen*

**Fachhochschulverlag**

Die Drogenhilfe hat sich in den letzten Jahren stark ausdifferenziert. Unübersehbar hat der Ansatz der »Schadensminimierung« Einzug gehalten in die Konzeptionierung und Praxis vieler Drogenhilfeprojekte in Deutschland. Es ist endgültig an der Zeit fachlich und politisch mit der Tatsache umzugehen, dass Drogenkonsum weit verbreitet ist und allein mit polizeilichen Mitteln nicht bekämpft werden kann. Wie im Bereich der legalen Drogen auch, muss eine Pluralität von Hilfeangeboten die drogenabhängigen oder -gefährdeten Menschen bemündigen mehr Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen.

Das ist die fachliche zielführende Perspektive: Es geht in dem vorliegenden Band um Strategien der »Bemündigung« und um die Förderung von Eigenverantwortlichkeit der KonsumentInnen, PatientInnen, KlientInnen - je nach Perspektive. Ebenso relevant: Die autonomiefördernde Information von Angehörigen, Eltern und die Verbesserung des Beratungs- und Behandlungswissens aller in der Drogenhilfe tätigen Menschen. Neben der Bemündigung kommt der professionellen Suchtkrankenhilfe die Aufgabe zu, lebensweltnahe, zielgruppen- und geschlechtsspezifische Hilfeangebote zu unterbreiten. Und hier hat sich das Spektrum in den letzten Jahren vergrößert: von der Straßensozialarbeit über den Konsumraum, in dem mitgebrachte Drogen unter hy-

gienischen Bedingungen konsumiert werden dürfen bis zur Heroinabgabe. Drogenberatung im Internet, Arbeits- und Beschäftigungsplätze für Drogenabhängige und neue Methoden wie »motivierende Gesprächsführung« - all das und noch viel mehr wird in der vollständig überarbeiteten 5. Auflage des neuen Bandes beschrieben. Ergänzend wird auf interessante und weiterführende Websites und Literatur hingewiesen.

Das Resultat ist ein umfangreiches, aktuelles und sehr informatives Handbuch für alle Praktiker in der Drogenhilfe (vom Sozialarbeiter bis zum Arzt), aber auch Laienhelfer, Betroffene und Angehörige.

Das Handbuch »Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik« wird in seiner Verbraucherorientierung zudem konsequent ergänzt durch den parallel erscheinenden Band »Risiko mindern beim Drogengebrauch« (Jan-Hendrik Heudtlass/Heino Stöver (Hrsg.), 2. Auflage, 2000. Beide Buchprojekte stützen sich auf Arbeitszusammenhänge mit dem interdisziplinär arbeitenden »Bremer Institut für Drogenforschung (BIS-DRO; [www.bisdro.uni-bremen.de](http://www.bisdro.uni-bremen.de))« und dem archido (ARCHIV UND DOKUMENTATIONSZENTRUM FÜR DROGENLITERATUR; [www.archido.de](http://www.archido.de)).

Text der Presseinformation des Verlages

**Fachhochschul-  
verlag**

Der Verlag für  
Angewandte  
Wissenschaften  
Kleiststraße 31  
60318 Frankfurt am Main  
☎ 0 69-15 33-28 20  
☎ 0 69-15 33-28 40  
✉ [bestellung@fhverlag.de](mailto:bestellung@fhverlag.de)  
[www.fhverlag.de](http://www.fhverlag.de)



**Chris Loth, Ruud Rutten,  
Diny Huson-Anbeek, Linda Linde (Hrsg.)**

## *Professionelle Suchtkrankenpflege*

**1. Auflage-Bern; Göttingen; Toronto; Seattle; 2002  
Verlag Hans Huber · ISBN 3-456-83585-X**

Das aus den Niederlanden stammende Lehrbuch »Professionelle Suchtkrankenpflege« nimmt sich dem Umstand an, dass es bisher keine Lehrbücher zu diesem Thema gibt. Das, obwohl das Pflegepersonal, anders als andere Berufsgruppen, 24 Stunden am Tag für den Patienten Ansprechpartner ist. Durch dieses Buch soll die Arbeit mit Süchtigen weiter professionalisiert werden, was nicht zuletzt zum Vorteil der Patienten ist. Suchtkrankenpflege soll zu einer eigenständigen Fachrichtung heranwachsen.

Das Buch beschreibt verschiedene psychotrope Substanzen mit den dazugehörigen biochemischen Merkmalen ebenso wie mögliche Folgen der Sucht auf psychischer wie physischer Ebene.

Unterschiedliche süchtige Verhaltensweisen ( Leugnen, Projektion usw.) werden vorgestellt und anhand einiger Fallbeispiele »illustriert«.

Im Vordergrund des Buches steht das Erkennen einer Sucht und die damit verbundene Frage wie auf dieses Verhalten professionell reagiert werden kann.

Das Buch beschreibt ausführlich wie Suchtkrankenpflege aussehen kann, dies einerseits in einem theoretischen Rahmen, anschließend wird der zirkulär verlaufende Pflegeprozess angefangen bei der Anamnese über Diagnose, Intervention usw. vorgestellt. Das Buch zieht das Fazit, dass ein großer Bedarf am Ausbau der Pflegequalität bei Suchtkranken besteht. Gefordert werden Forschung, Teilnahme an Fortbildungen sowie ein besseres Organisieren der Pflegenden z.B. im Rahmen eines Berufsverbandes.

Im Anhang des Buches befindet sich eine Tätigkeitsbeschreibung für Pflegenden in der ambulanten Betreuung von Süchtigen. Als praktischer Leitfaden wird ein Standardpflegeplan zur Pflege bei Alkoholabhängigkeit vorgestellt.

Erschienen ist »Professionelle Suchtkrankenpflege« 1999 im niederländischen Original und liegt nun in deutscher Übersetzung vor.

**Deutsche Hauptstelle gegen  
die Suchtgefahren e.V.  
Raphael Gaßmann (Hrsg.)**

## *Suchtprobleme hinter Mauern Drogen, Sucht und Therapie im Straf- und Maßregelvollzug*

**Freiburg: Lambertus 2002 · ISBN 3-7841-1401-6**

Suchtprobleme hinter Mauern beschreibt eine alltägliche und doch außergewöhnliche Realität. Einerseits treten Suchtgefahren wie manch andere gesellschaftliche Probleme im Straf- und Maßregelvollzug offenkundiger und ausschnittvergrößert zu Tage. »Draußen« bewährte Hilfsangebote greifen dabei nur bedingt. Andererseits scheinen manchen unter den Bedingungen der Haft auch Lösungsstrategien konsequenter, weil direkter umsetzbar. Speziell Suchtprobleme erfordern dort zudem noch ganz besondere Aufmerksamkeit angesichts ihrer großen Bedeutung sowohl bei der Entstehung von Staffaten als auch bei Versuchen, Lebenskrisen (wie sie die Haft darstellt) zu bewältigen.

Statt einer Dokumentation des von der DHS veranstalteten Symposiums »Sucht und Justiz« wollten die Herausgeber vielmehr einen konzentrierten Reader vorlegen, der zentrale Aspekte des Themas gleichermaßen für Experten als auch für Interessierte aus den Bereichen Sucht und Haft zu beleuchten vermag. Die Vorträge vom Mai 2001 sind daher weder chronologisch noch ausnahmslos wiedergegeben. Der Band vereint Beiträge sowohl aus wissenschaftlich-theoretischer wie praktischer Perspektive.

entnommen: KONTUREN 5-2002

**Uwe E. Kemmesies  
mit Beiträgen von:  
Oliver Müller & Bernd Werse**

## *Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2002* *Forschungsmodul IV – Szenestudie*

**Johann Wolfgang Goethe-Universität · CENTRE FOR DRUG RESEARCH**

Dieser Bericht vermittelt eine aktuelle Situationsbeschreibung der offenen Drogenszene in Frankfurt am Main. Darüber hinaus handelt es sich um eine Teilstudie im Rahmen eines komplexen Monitoringsystem, das von der Stadt Frankfurt 2002 zur zeitnahen Erfassung und Verfolgung der Entwicklung im Bereich des legalen wie illegalen Drogenkonsums eingerichtet wurde.

Diese Studie zeigt unter anderem auf, dass zumindest in der offenen Drogenszene Frankfurt Heroin seine bisher dominierende Position an Kokain bzw. an Crack verloren hat. Ein weiteres Ergebnis ist, dass der intravenöse Drogenkonsum um ca. die Hälfte zurückgegangen ist.

Das Bild der offenen Drogenszene scheint sich in einem Wandel zu befinden. Deshalb schlägt der Autor vor bereits im nächsten Jahr eine weitere Studie durchzuführen durch die deutlich werden könnte,

- ob der Trend der Altersanhebung im Umfeld offener Drogenszenen anhält,
- ob der Konsum von Kokain/Crack sich weiter ausbreitet und
- ob sich die Ausweitung der Substitutionsbehandlung auf das »typische« Drogengebrauchsverhalten in der offenen Drogenszene auswirkt.

*Der Bericht ist zu  
beziehen unter:*

**Uwe Kemmesies**  
Adolfsallee 28  
65185 Wiesbaden

Uwe E. Kemmesies hofft zur Anregung weiterer Forschungen auf eine konstruktive Diskussion seiner abschließenden resümierenden Gesamtschau.

**Jürgen Friedrichs**

## *Drogen und Soziale Arbeit* *Reihe: Focus Soziale Arbeit, Grundlagen – Band 4*

**Leske + Budrich, Opladen 2002 · ISBN 3-8100-3180-1**

Dieses Grundlagenwerk vermittelt einen umfassenden Blick auf den Bereich der Drogenproblematik – und zwar vor dem Hintergrund der Erfahrungen des Autors als langjähriger Leiter und Geschäftsführer einer Jugend- und Drogenberatungsstelle und Fachstelle für Prävention. Er liefert eine Auseinandersetzung mit der Drogenproblematik, die einen kritischen Blick auf den gesellschaftlichen aber vor allem auch politischen Umgang mit dem Phänomen des Drogengebrauchs und der damit verbundenen Definitionen von Missbrauch, Schädigungen und anderen Folgen darstellt. Ausgespart bleiben vor allem nicht die Auswirkungen die die damit verbundene Entwicklung auf die Gestaltung der Helfelandschaft im Gefüge der entstandenen Rahmenbedingungen gebracht hat: Soziale Arbeit hat sich damit auseinander zu setzen, dass die Interpretationen der verschiedenen Interessengruppen ausgesprochen unterschiedliche Bewertungen, Forderungen und Konsequenzen ergeben die keineswegs immer mit den Erfahrungen und Bewertungen aus fachlicher Sicht übereinstimmen.

Zu grunde liegt neben den eigenen Erfahrungen ein umfangreiches Literaturstudium sowie die Zielsetzung, ein Dilemma der Sozialen Arbeit aufzuzeigen – dass sie es nämlich bislang nicht geschafft hat ein eigenständiges Profil neben den Disziplinen Medizin, Biologie und Psychologie zu entwickeln. So existieren für die Soziale Arbeit keine geschlossenen Sinnsysteme aus denen sich Handlungsansätze zum Praxisfeld Drogenhilfe ableiten ließen.

Der Autor der auch Lehrbeauftragter an der TU Chemnitz und an der Universität Gesamthochschule Essen ist verfolgt mit seinem Buch sicherlich auch das Ziel, Studenten und Berufseinsteigern ein sachlich fundiertes Werk an die Hand zu geben, das den Einstieg in die mit vielen Widersprüchen und »Haken und Ösen« versehene Soziale Arbeit im Bereich der Drogenarbeit erleichtern helfen soll.

Die doch stark schematische Gliederung des Buches vermag nicht mehr so abschreckend zu wirken, wenn man sich auf die dahinter verborgenen Texte eingelassen hat – und das eben gerade wegen der darin enthaltenen konstruktiv-kritischen Informationen.

Rüdiger Klebeck

## Prävention - Zeitschrift für Gesundheitsförderung

# Kommunikation über Sucht und Drogen auf der Konsumentenebene

Heft 4/2001

Die Zeitschrift für Gesundheitsförderung »Prävention« befasst sich in der Ausgabe 4/2001 schwerpunktmäßig mit dem Thema »Kommunikation über Sucht und Drogen auf der Konsumentenebene im Nicht-Abhängigenbereich«.

Es existieren viele Beiträge die sich dem Thema der Primärprävention angenommen haben ebenso wie Publikationen über Sekundärprävention und Abhängigkeit. Dieses Heft konzentriert sich weder auf Primär- noch auf Sekundärprävention sondern auf die sich für die bisher oftmals vernachlässigte Personengruppe der nicht abhängigen Konsumenten ergebenden Schwierigkeiten und Möglichkeiten. Es werden bereits vorhandene Projekte oder Angebote die speziell auf diese Klientel abzielen wie z.B. Konsumentenaufklärung im Partykontext, Internet-Angebote, unterschiedliche Kommunikationsangebote (Kurztherapie, selbstrelektiertes Kommunikationsangebot in der Sekundärprävention) usw. vorgestellt. Ebenfalls wird beispielhaft dafür wie Nachbarländer mit diesem Thema verfahren, das »Drogen-Informations- und Überwachungssystem« (DIMS) der Niederländer vorgestellt. Hier können potenzielle Drogenkonsumenten ihre erworbene illegale Droge testen lassen. Das Projekt erhält dadurch Informationen über die Droge, was dazu führt, dass im Sinne der Schadensminimierung Möglichkeiten zur sekundären Prävention gegeben sind. Gleichzeitig erhält der Konsument Informationen über die Wirkung und das Risiko seiner getesteten Droge.

Elke Knuck

Die »Prävention« ist zu  
beziehen über:

**Verlag Peter Sabo**

Postfach 1069  
55270 Schwabenheim  
a. d. Selz

✉ peter.sabo@t-online.de

# Sucht im Jugendalter

## Ein Thema Drei Hilfesysteme

Dokumentation einer Fachtagung (30.04. 2002)

Jeder vierte Jugendliche macht irgendwann im Alter zwischen 12 und 25 Jahren Erfahrungen mit illegalen Drogen. Ca. 10-15% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen gelten als missbrauchend oder abhängigkeitsgefährdet (vgl. BZGA, Affinitätsstudie, Köln 2001).

Es geht offensichtlich nicht mehr um die Frage wie man verhindert, dass Jugendliche in Kontakt mit Drogen kommen sondern mittlerweile vielmehr darum wie besonders durch sekundäre Präventionsmassnahmen auf diesen Umstand eingegangen werden kann um einer Verfestigung des Drogenkonsums entgegen zu wirken. Somit sollen diverse negative Auswirkungen schulischer, beruflicher, sozialer und gesundheitlicher Art verhindert werden.

Das Heft »Sucht im Jugendalter«, herausgegeben vom Landschaftsverband Rheinland, hat auf diesen Umstand Bezug genommen und basierend auf einer Tagung Möglichkeiten zum Thema Frühprävention und Frühintervention vorgestellt. Es wird die Verbindung und Zusammenarbeit der Suchtkrankenhilfe, der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie durch verschiedene Referate verdeutlicht.

Die Situation und die Lebensbedingungen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen soll respektiert werden um Erfolgchancen reell zu erhöhen. Das bedeutet, die Angebote müssen auf die Lebenslage der Jugendlichen zugeschnitten sein um diese zu erreichen.

Die Forderungen reichen von

- weiterer Vernetzung der Institutionen
- über den Ausbau jugendgerechter Konzepte,
- verbesserte Frühidentifikation der Personengruppe um mit der sich anschließenden Frühintervention beginnen zu können
- bis hin zu Fort- und Weiterbildungsangeboten für Berufsgruppen, die mit Jugendlichen in Kontakt sind u.a.mehr.

Das Heft ist zu  
beziehen über:

**Landschaftsverband  
Rheinland**

Kennedy-Ufer 2  
50679 Köln

## Stay In Touch

### 3. Europäischer Kongress Jugendarbeit, Jugendhilfe und Suchtprävention Luzern, Schweiz: 13-15. März 2003

Diese Konferenz setzt sich mit der Tatsache auseinander, dass viele junge Menschen in Europa Erfahrungen mit Alkohol, Tabak und illegalen Drogen haben.

Mit dem Motto »In Kontakt bleiben« ist die besondere Herausforderung gemeint, den Kontakt zu Jugendlichen, die aus belastenden familiären und gesellschaftlichen Verhältnissen kommen und bereits erheblich Drogen konsumieren zu halten.

»Ein Bündis aus Jugendhilfe, Suchtprävention, Schule, Medizin, Sonderpädagogik und Berufswelt kann gemeinsam mehr erreichen als jeder einzelne Bereich für sich«. Somit ist neben dem Dialog zwischen Praxis und Forschung die zentrale Botschaft die Aufforderung der konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Prävention und Jugendarbeit. Kongresssprachen sind Deutsch und Englisch.

weitere Informationen  
über:

#### Organizers

(Schweiz) GmbH

Obere Egg 2, CH-4312

Magden/Basel

☎ 00 41-61-8 43-1000

☎ 00 41-61-8 43-1001

www.organizers.ch

Anmeldung:

✉ kontakt@

suchttherapietage.de

Kontakt:

Kongressbüro

»Suchttherapietage

2003« Klinik für

Psychiatrie (UKE)

☎ 040-428035121

## 8. Suchttherapietage 2003 – Sucht ohne Suchtmittel?

**Exzessives Verhalten, pathologisches Spielen, Sexsucht,  
Internetsucht und Essstörung – psychische Krankheit oder  
Modeerscheinungen**

**10. -13. Juni 2003**

## Tübinger Symposium zur Prävention WAS WIRKT WARUM?

**27.-29. März 2003 in Tübingen**

Anmeldung:

✉ praevention2003@

uni-tuebingen.de

Kontakt:

**Tagungsbüro  
Prävention 2003**

Ursula Reichwald

Gartenstr.29

D-72074 Tübingen

☎ 0 70 71-2 97 76 86

☎ 0 70 71-36 02 05

## Workshop

### Selbsthilfe in der Drogenhilfe – Wie sieht das aus?

**Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS) im Diakonischen Werk der EKD e.V.**

**08.Februar 2003, Bielefeld**

Es ist sinnvoll, das Selbsthilfepotenzial ehemals Drogenabhängiger zu fördern und eine Tradition der Selbsthilfe zu begründen. Mit dieser Aussage, die gewissermaßen das Motto des Workshops ist, möchte der GVS die vorhandenen Ansätze (sowohl seitens der Alkohol- als auch der Drogenselbsthilfe) unterstützen.

Der Workshop soll dem Erfolgsaustausch der Selbsthilfegruppen dienen und Perspektiven für die Arbeit der Profis in der Suchthilfe eröffnen.

Die Gebühr für die eintägige Veranstaltung beträgt 15,- Euro.

Nähere Informationen  
über:

**GVS**

Andrea Buhre

Kurt-Schumacher-Str.2

34117 Kassel

☎ 05 61-109 57-23

☎ 05 61-77 83 51