



*Fachstelle  
grenzübergreifende  
Zusammenarbeit*

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



# **BINAD** **INFO** **24**

*Schwerpunktthema*

**■ Herausforderungen  
an die Suchthilfe**



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

## Impressum

### **BINAD-INFO 24**

**I. Halbjahr 2003**

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, Elke Knuck

Übersetzung: Martin Schmeltzle  
Frederik Wanink

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@wl.org  
Internet: www.binad.de

#### **BINAD-NL**

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

<b>Intro</b> .....	2
<b>Infos</b> .....	6
<b>Thema »Herausforderungen an die Suchthilfe«</b>	
■ <i>Vorausdenken und Mut zur Veränderung</i> .....	12
Hugo van Aalderen	
■ <i>»Es ist keine Krise, es ist eine Herausforderung«</i> .....	16
Interview mit Gerd Engler	
■ <i>Drogenpolitik in Rotterdam – Erfahrungen und Herausforderungen</i> .....	20
Hans Visser	
■ <i>Suchthilfe – auch in Belgien in Bewegung</i> .....	24
Carlo Baeten	
■ <i>Wohin mit der Suchthilfe?</i> .....	28
Sven Todts	
■ <i>Suchtprävention als Querschnittsaufgabe in NRW</i> .....	32
Dr. Hans-Jürgen Hallmann	
■ <i>Quo vadis Drogenpolitik und Drogenhilfe?</i> .....	35
Dr. Wolfgang Schneider	
■ <i>Die inhaltlichen Anforderungen an die Drogenhilfe der nächsten Jahre</i> .....	40
Ingeborg Schlusemann	
■ <i>Geschlechtsdifferenzierung in der Drogen- und Suchthilfe – eine bleibende Herausforderung</i> .....	46
Frauke Schwarting	
■ <i>Genieße nicht in Maßen sondern in vollen Zügen</i> .....	50
Hans Dupont	
■ <i>Traditionell gewachsene Strukturen verändern sich</i> .....	53
Dr.med. Thomas Poehlke	
■ <i>Entwicklungen in der Drogenhilfe aus medizinischer Sicht</i> .....	57
Peter Vossenbergh	
■ <i>Hilfe, der Doktor ertrinkt!</i> .....	62
Onno Dokkum	
<b>Podium »Süchtig nach Macht?«</b>	
■ <i>Der Preis für die Faszination der Macht</i> .....	66
Jürgen Leinemann	
<i>risflecting® – Grundlagen und Modelle zur Rausch- und Risikopädagogik</i> .....	70
Nicole Rögl	
<i>Ist Suchtprävention ihr Geld wert?</i> .....	75
Werner Loosen, Dr. Artur Schroers	
<i>Hilfsangebote für Basecoke-Gebraucher</i> .....	81
Rob Steinbuch, Reneé Henskens	
<i>ADHD-Forschung zwischen Tür und Angel</i> .....	86
Meggy Stolk	
<i>Symposium »ADHD bei Suchtkranken«</i> .....	90
Geurt van de Glind	
<i>Projekt »Suchtprävention ohne Grenzen – SPOG«</i> .....	92
Sylvia Urban	
<b>Publikationen</b> .....	96



**Die Frage nach dem jeweiligen Schwerpunktthema der nächsten Ausgabe des BINAD-INFO beschäftigt die Redaktion regulär schon lange vor der konkreten Arbeit daran und häufig planen wir diesbezüglich auch schon mal die übernächste Ausgabe parallel mit.**

**Die aktuellen Entwicklungen in der Suchthilfe in Nordrhein-Westfalen, aber darüber hinaus auch in anderen Bundesländern und ebenso im benachbarten Ausland ließen das Stichwort »Herausforderungen« aufkommen. Die Knappheit der finanziellen Mittel, die Frage nach der Effektivität der Suchtarbeit, Suchtprobleme immer größeren Ausmaßes gerade im Bereich der legalen Mittel Tabak und Alkohol und der sich aus diesen Fakten ergebende Druck auf das ambulante und stationäre Suchthilfesystem wie auch die Suchtprävention ließen den Gedanken entstehen und wachsen, dieses Stichwort auf zu greifen und damit das Schwerpunktthema der vorliegenden Ausgabe zu gestalten.**

Im Unterschied zu der bisherigen Vorgehensweise bei der Recherche für das INFO entschieden wir uns dazu, gezielt »Wunschautoren« an zu schreiben und sie unter der Fragestellung **»Wohin geht es mit Prävention und Hilfe im Suchtbereich? – Die inhaltlichen Herausforderungen der nächsten Jahre«** zu bitten, einen Beitrag für diese Ausgabe bei zu steuern. So standen schließlich 32 Namen auf unserer Liste, 17 deutsche, 13 niederländische und zwei belgische. Eine Passage aus dem Brief an die potenziellen Autoren: *»Es geht uns darum, einen mindestens ausschnittshaften perspektivischen Blick zu präsentieren, der vor dem Hintergrund sich in unterschiedlicher Ausprägung verschärfender (finanzieller) Rahmenbedingungen umreissen soll, wie die Suchthilfe ›nach vorne blickt‹ und die Lage als inhaltliche Herausforderung sieht. Damit wollen wir nichts beschönigen aber es soll auch kein ›Klagelied‹ angestimmt werden.«*

Und zum Schluss lagen uns 11 Beiträge vor, fünf aus Deutschland, vier aus den Niederlanden und zwei aus Belgien – ein weiterer wurde zusätzlich aus einer niederländischen Fachzeitschrift übernommen, da er thematisch »passend lag«. Das heißt, 34 % der Angefragten reagierten positiv auf unsere Anfrage und waren bereit, Zeit zu investieren und sich in einem konstruktiven Sinne mit der gegenwärtigen Situation auseinander zu setzen. Das hat uns hoch erfreut und sorgt für ein wieder sehr interessantes INFO – und wir möchten uns auf diesem Weg für diesen Einsatz nochmals bedanken.

Heißt das, dass nun »alles gut wird«? Das wäre sicherlich ein voreiliger und unvollständiger Rückschluss. Die Lage ist prekär und lässt an manchen Stellen geradezu die Grundfesten ins Wanken geraten, fordert zu Gegenreaktionen heraus – aber for-

dert zumindest auf deutscher Seite auch dazu heraus, sich Gedanken über möglicherweise überfällige Veränderungen beispielsweise der Strukturen des Hilfesystems zu machen. Interessant ist, dass diese Herausforderung auch in den Niederlanden und in Belgien gesehen wird, wie die Beiträge zeigen. Sucht und Suchtmittelkonsum sind gesamtgesellschaftlich betrachtet kein statisches Phänomen – und somit kann und darf auch die Suchthilfe kein statisches, bürokratisiertes System sein oder werden.

Neben dem Schwerpunktthema finden sich in den »freien« Texten u.a. solche, die sich mit der Effektivität der Prävention befassen. Damit werden die Sparzwänge und bestehenden ergebnis- wie erfolgsorientierten Überprüfungen der Arbeit im Suchtbereich belegt – und damit wird der Druck deutlich, der zurzeit auf dem Suchthilfesystem lastet. Für die Fortschreibung der Qualitätsentwicklung ist der auf diese Weise ausgeübte Druck gewiss nicht nur negativ – manchmal finden sinnvolle oder gar notwendige Veränderungen kaum ohne solchen Druck statt, werden zumindest beschleunigt. Und manchmal wird dabei ja auch eine ausgesprochene Kreativität freigesetzt.

**Damit das nun nicht als Plädoyer für Mittelkürzungen und möglicherweise eingegangene politische Vorgaben auf die inhaltliche Ausrichtung der Suchtprävention missverstanden wird:** Suchtprävention darf nicht an kurzfristig angelegten Effektivitätsmaßstäben ausgerichtet sein, die der »Natur« der Sucht und der Bedeutung von Suchtmitteln in unserer Gesellschaft nicht gerecht werden. Suchtprävention darf auch nicht zum »Feigenblatt« der Gesundheits- und Sozialpolitik werden, mit dem Schäden überdeckt werden, die an anderen Stellen zu verantworten sind. Suchtprävention kann und darf auch nicht, genau so wenig wie das Hilfesystem, ausschließlich auf das Ziel der Abstinenz ausgerichtet sein – damit blieben wichtige Zielgruppen unversorgt, würden in riskante gesellschaftliche Randbereiche gedrängt oder dort manifestiert und so zu späteren Zeitpunkten, an anderen Stellen erneut zum gesellschaftlichen Problem werden.

Das macht deutlich, dass Spielräume erhalten werden müssen, dass es keine starren Schablonen geben darf, in die der Suchtbereich gedrängt wird und dass eine höchstmögliche Flexibilität erhalten werden muss, mit der auf die sich auf der Konsumentenebene ergebenden Veränderungen reagiert werden kann. Und das macht wiederum deutlich, dass das Thema Sucht eine ständige Herausforderung für die Gesellschaft, die Politik und das System von Prävention und Hilfen bleiben wird.

***Manchmal finden sinnvolle oder gar notwendige Veränderungen kaum ohne Druck statt***



Und wie sehen nun die Verantwortlichkeiten für die notwendigen Entwicklungsprozesse aus? Da gibt es in Deutschland auf Ebene der Bundespolitik den **Aktionsplan Drogen und Sucht**, der erstmals einen auf breiter Basis abgestimmten Rahmen der Fortschreibung und Weiterentwicklung der Suchthilfe und –prävention beschreibt und nach den letzten Abstimmungen ab Juli umgesetzt werden soll. Inhaltlich haben die wesentlichen Verbände und Organisationen Position zu dem Papier bezogen, sind Änderungen auf Grund dieser Positionen vorgenommen worden. Allerdings ist die Herausforderung, die gerade auch in der Finanzierung der Prävention liegt, zwar benannt, aber die entsprechende Umsetzung nicht in Sicht: hier soll es um die Errichtung eines gemeinsam von Krankenkassen, Bund, Ländern, Kommunen etc. getragenen »Finanzierungspools« gehen – grundsätzlich eine wünschenswerte Konstruktion, aber der Teufel steckt manchmal nicht nur im Detail sondern auch in grundlegenden Aspekten. Gibt es gemeinsame Linien, die die Ausgestaltung dieses Pools begünstigen oder mehr noch, wirklich voranbringen?

**Die Kompatibilität des »Aktionsplanes Drogen und Sucht« mit den Träger-, Verbands- und Kommunalinteressen muss ihren Praxistest noch bestehen**

Gerade Kooperation und Vernetzung sind gefragt, wenn es darum geht einen solch ambitionierten Plan umzusetzen – die Bundesländer sollen diesen Prozess mit den Kommunen und den Trägern im Land koordinieren. »Der Aktionsplan ist die strategische Folie für die Maßnahmen in der Drogen- und Suchtpolitik der nächsten Jahre«, so die Bundesdrogenbeauftragte Marion Caspers-Merk. Die Kompatibilität dieser Folie mit den jeweiligen Träger- und Verbandsinteressen und lokalen wie regionalen Besonderheiten wird ihren Praxistest noch bestehen müssen. Und die Verantwortlichkeiten liegen in entsprechenden Anteilen und Ausrichtungen auf allen beteiligten Ebenen in der Politik, bei den Verbänden, Trägern und in den Verwaltungen bis hin natürlich zu den Praktikern, die letztendlich für die Umsetzung »vor Ort« sorgen müssen und dabei u.U. auch alte Gewohnheiten aufgeben und deutliche Veränderungen hinnehmen müssen. Allen Beteiligten wird in diesem anstehenden Prozess einiges abverlangt.

Im Podium findet sich ein Beitrag, der sich mit dem »Preis für die Faszination der Macht« befasst – fokussiert auf die politische Ebene. Nicht nur, dass der Autor den Sprachgebrauch der Politiker, den sie nicht selten aus dem Sucht- und Drogenbereich entlehnt haben, aufgreift und interpretiert, er geht auch auf den »Höhenrausch« ein, von dem einige Politiker abhängig zu sein scheinen. Und es gibt einen ganz wesentlichen Aspekt der die »Tauglichkeit« des Textes für diese Ausgabe ausmacht: Die Auseinandersetzung um Macht und die dahinter stehenden Interessen haben durchaus etwas mit den Herausforderungen des Schwerpunktthemas zu tun, denn es ist nun mal auch ein (drogen-) politisches Thema und die direkt oder indirekt Beteiligten (s.o.) innerhalb des den Suchtbereich steuernden Systemes funktionieren nicht unbedingt nach grundlegend anderen Prinzipien.

Noch etwas in eigener Sache: Es ist eine Entscheidung im BINAD-Team und damit auch in der Redaktion gefallen, die mehr oder weniger direkt im Zusammenhang mit den augenblicklichen Herausforderungen im Suchtbereich steht. Es wird nur noch zwei Ausgaben des BINAD-INFO im Jahr geben, die dadurch frei werdenden Mittel werden in Materialien oder Projekte fließen, die direkt der Praxis zugute kommen. Das ist im März dieses Jahres beispielsweise die deutsche Ausgabe des bei de Grift, Arnheim und Jellinek, Amsterdam entwickelten Manuals »Hilfe, mein Kind pubertiert – Leitfaden einer Seminarreihe für Eltern« gewesen, die den nordrhein-westfälischen Suchtpräventionsfachkräften zur Verfügung gestellt wurde. Die Qualität der verbleibenden jährlich zwei Ausgaben des INFO soll natürlich auf dem gewohnten Niveau bleiben – die Überprüfung, ob uns das gelingt, kann mit der vorliegenden Nummer 24 beginnen.



*Rüdiger Klebeck*



*Mechthild Neuer*



*Hans van Ommen*

Rüdiger Klebeck

Mechthild Neuer

Hans van Ommen



## *Fachtagung: Frühintervention bei erstaußfälligen Drogenkonsumenten*

Vor dem Hintergrund der großen Zahl von polizeilich erstaußfälligen Drogenkonsumenten wurde von 1999 – 2002 das Bundesmodellprojekt »FreD – Frühintervention bei erstaußfälligen Drogenkonsumenten« durchgeführt. Die Leitidee des Modells ist es, jungen erstaußfälligen Drogenkonsumenten frühzeitig ein kurzes, gezieltes und möglichst freiwillig anzunehmendes Angebot zu unterbreiten. Die Intervention soll helfen, die Risiken einer sich möglicherweise anbahnenden Abhängigkeit oder Konsumverfestigung zu reduzieren und einem Abgleiten in die Kriminalität entgegen zu wirken.

Auf der 2-tägigen Fachtagung werden die Ergebnisse dieses Bundesmodellprojektes, an dem sich acht Bundesländer mit 15 Standorten beteiligten, aus Sicht der Drogenhilfe, Polizei sowie Justiz vorgestellt.

### *Kontakt:*

Landschaftsverband  
Westfalen-Lippe  
Abteilung  
Gesundheitswesen

Zu Beginn der Veranstaltung wird Frau Staatssekretärin Marion Caspers-Merk die Grundzüge des neuen Aktionsplanes »Drogen und Sucht« der Bundesregierung erläutern.

### **Koordinationsstelle**

#### **Sucht**

Warendorfer Str. 25-27  
48133 Münster  
Alexandra Vogelsang  
☎ 0251-591-3838  
☎ 0251-591-5484  
✉ a.vogelsang@lwl.org

Da Frühintervention zu den Schwerpunkten des europäischen Aktionsplanes Drogen zählt, sollen auch die Prinzipien der europäischen Präventionspolitik dargestellt werden. Vorträge aus polizeilicher Sicht zu Freiheit und Zwang in der Prävention sowie zur Methode der Kurzintervention sind weitere Schwerpunkte der Veranstaltung. Zum Abschluss soll die Umsetzung – auch in andere Tätigkeitsfelder – dargestellt und diskutiert werden.

**wann: 23. – 25. Juni 2003**

**wo: Inselhotel**

**Potsdam-Hermannswerder**

---

## *Deutsche Ausgabe Manual Elternkurse*

In Abstimmung mit den niederländischen Herausgebern (NIGZ Woerden, Nationales Institut für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention) und in Kooperation zwischen der Drogenberatung Kontakt, Rat, Hilfe e.V. Viersen und BINAD wurde im März 2003 eine deutsche Ausgabe dieses Manuals für die Durchführung von Kursen für Eltern von experimentierenden und konsumierenden Jugendlichen an die nordrhein-westfälischen Suchtpräventionsfachkräfte herausgegeben. Entwickelt worden war es durch die Suchthilfeorganisationen »de Griff«, Arnheim und »Jellinek«, Amsterdam.

Das Kursmaterial war in Viersen bereits seit dem Jahr 2000 in Auszügen eingesetzt worden. BINAD konnte dem Wunsch nach einer vollständigen Übersetzung nachkommen und schließlich stimmte das NIGZ auch einer NRW-weiten Verwendung zu, so dass die Erstellung einer entsprechenden Anzahl von Manualen eingeleitet werden konnte. In drei Präsentationsveranstaltungen konnten inzwischen 56 Präventionskräfte in den Umgang mit dem Manual eingewiesen werden, dazu konnte die Erfahrung der beiden Viersener Fachkräfte genutzt werden, die ausgesprochen lebendig sowohl Inhalte als auch organisatorische Zusammenhänge darstellten. BINAD wird im Kontakt zu den Fachstellen bleiben, um Rückmeldungen über die Erfahrungen mit dem Manual zu erhalten.

Direkt vor Drucklegung des INFO 24 war die 150 Exemplare umfassende 1. Auflage des Manuals vergriffen. Eine 2. Auflage soll möglichst bald folgen.

Fragen zur Durchführung der Elternkurse können von Dorothee Grothenrath und Michael Hartges beantwortet werden.

**Drogenberatung  
Kontakt, Rat,  
Hilfe e.V**

Kreuzherrenstr. 17-19  
41751 Viersen  
☎ 021 62 - 95110  
☎ 021 62 - 95150  
✉ d.grothenrath@  
drogenberatung-  
kreisviersen.de

---

## *Manual zu »homepartys« im Praxistest*

Die Entwicklungsphase zu so genannten »homepartys« wurde in Kooperation zwischen dem Trimbos-Institut Utrecht und der Suchthilfeorganisation de Griff, Arnhem im Jahr 2001 abgeschlossen. Hinter diesen »homepartys« verbirgt sich ein Zugangsweg zu ansonsten nur schwer erreichbaren Eltern von Jugendlichen, die Probleme mit Alkohol, Drogen und Glücksspiel haben – insbesondere hat sich diese Vorgehensweise bei Eltern aus ethnischen Minderheiten bewährt. Angelehnt an die allseits bekannten »Tupperware-Partys« werden im privaten Rahmen bei Familien mit Schlüsselpositionen Abendveranstaltungen durchgeführt.

Im zweiten Schritt wird das dabei entwickelte Manual in zwei Pilotregionen einem intensiven Praxistest unterzogen, der Aussagen darüber geben soll, ob Präventionskräfte mit Hilfe dieses Manuals in der Lage sind, selbständig Interventionen nach dem Muster der »homepartys« durchzuführen. Natürlich spielt ebenso die Frage eine Rolle, was die Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung sind. Eine weitere Fragestellung auch für die Prozessevaluation ist, ob auch aus anderen Bereichen (z. B. Jugendhilfe) Professionelle und gegebenenfalls auch Ehrenamtliche gewonnen werden können für die Bewerbung und u.U. Durchführung der Interventionen.

Im Herbst 2003 wird das überarbeitete Manual bei einem »Studientag« präsentiert. Vielleicht ergibt sich hier ähnlich wie bei dem Elternkursmanual »Hilfe, mein Kind pubertiert!« (Alcohol, drugs en opvoedingsondersteuning) der Sinn einer deutschen Ausgabe (siehe vorhergehende Kurzinformation).

*Weitere Informationen:*

**Trimbos-Institut**

Helen Ripper oder  
Linda Bolier  
☎ 00 31-30-29711 00  
✉ hriper@trimbos.nl  
oder  
lbolier@trimbos.nl



## **Dr. Manfred Rabes**

### *Europäische Studie zu den Auswirkungen von Pill-Testing-Programmen auf das Konsumverhalten und das Risikobewusstsein von Ecstasy-Konsumierenden*

**Die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS) hat diese Studie als Abschlussbericht eines EU-Projektes vorgelegt und im Rahmen einer großen Tagung am 20.05.03 in Hannover der (Fach-) Öffentlichkeit vorgestellt.**

**In Kooperation mit der Drobs Hannover, Jellinek Amsterdam und dem Verein Wiener Sozialprojekte wurde das Projekt in 2001/2002 als Studie zur Effektivität von sekundärpräventiven Maßnahmen durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitung nahm die Universität Amsterdam wahr.**

Erstmals wurden die Auswirkungen von Pill-Testing-Programmen (PTP) auf das Konsumverhalten und Risikobewusstsein von Konsumenten synthetischer Drogen empirisch überprüft. Dazu wurden drei Probandengruppen befragt: Tester, Nicht-Tester und Nichtkonsumierende von Ecstasy. Die Überprüfung erfolgte im Rahmen einer quantitativen Studie in den drei beteiligten Städten, die Gesamtstichprobe umfasste mehr als 700 Probanden.

Ziel war die empirische Überprüfung des drogenpolitischen Ansatzes der Schadensminimierung bzw. Risikosenkung (Risk Reduction) bei der Zielgruppe Konsumierende von synthetischen Drogen. Risikosenkung wird dabei verstanden als Präventionsansatz im Sinne der Sekundärprävention. Dies sind intervenierende Maßnahmen in der Gruppe Konsumierender zur Reduzierung konsumbedingter, gesundheitlicher Schäden und zur Förderung eines gesundheitsbewussteren, risikoreduzierten Verhaltens.

### **Die Ergebnisse ergeben zusammengefasst folgendes Bild:**

- Neue, bis jetzt nicht erreichbare Personen konnten angesprochen werden.
- Es konnte keine Steigerung des Ecstasy-Konsums und keine Erweiterung des Kreises von Konsumenten festgestellt werden.
- Bei Unentschlossenen kann der Einstieg in den Ecstasy-Konsum verzögert oder verhindert werden.
- Der Wissensstand über Ecstasy wird erhöht, das führt zu sichererem Verhalten.
- Warnungen vor gesundheitsgefährdenden Substanzen haben eine höhere Glaubwürdigkeit und Akzeptanz, wenn sie im Rahmen von PTP erfolgen.
- Unter Ecstasy-Konsumenten kann eine Entmystifizierung der synthetischen Drogen erreicht werden.
- PTP ermöglichen eine Marktbeobachtung und Marktanalyse im Bereich synthetischer Drogen.

### **Als Fazit der Studie lässt sich festhalten:**

Die bislang geleistete Präventionsarbeit muss konzeptionell neu überdacht werden. Selbst innerhalb desselben Settings (Partys) orientieren sich Konsumenten stärker an anderen Konsumenten, während sich Nicht-Konsumenten stärker an nicht konsumierenden Peers ausrichten. Das führt zu der Überlegung, die klassische Trennung von Primär- und Sekundärprävention zu hinterfragen.

Die Studie ist als Buch erhältlich (288 S., zweisprachig in deutsch und englisch).

*Kontakt und Auskunft:*

**Dr. Manfred Rabes**

Niedersächsische

Landesstelle

Suchtgefahren (NLS)

Podbielskistr. 162

30177 Hannover

☎ 0511 – 62 62 66 0

☎ 0511 – 62 62 66 22

✉ rabes@

nls-suchtgefahren.de



## **Dr. Artur Schroers**

### *»Urban Vibe« – eine internetbasierte Plattform für die Partyszene*

**In der folgenden Kurzdarstellung über ein neues Projekt in Form eines mehrsprachigen Forums für die »Partyszene« beschreibt Dr. Artur Schroers, der Leiter des Hamburgischen Büros für Suchtprävention den Rahmen und die Ziele des voraussichtlich ab Juni 2003 ans Netz gehenden Angebotes.**

Die Partyszene nutzt in hohem Maße das Internet. Partygänger informieren sich dort zu Partys, Events und weiteren Aspekten der Partykultur. Mittlerweile gibt es (im deutschsprachigen Raum) ein gutes Angebot von Party-Web-Seiten. Auch szenenaher und offizieller Projekte richten sich mit Aufklärungsangeboten zur Drogenthematik an »Partypeople«. Nicht immer ist die Qualität der angebotenen Informationen gesichert und es gibt Überschneidungen von Informationsangeboten. Begleitende wissenschaftliche Forschung zur Nutzung und Wirksamkeit solcher Angebote im Netz (Evaluationen) fehlt weitestgehend. In Frage steht auch, wer mit den Webseiten genau erreicht wird und wie das aktuelle Konsumverhalten der NutzerInnen ist.

Mit »Urban vibe« wird ab Juni 2003 modellhaft eine mehrsprachige Plattform für die »Partyszene« im Internet realisiert. Das Kooperationsprojekt der europäischen Metropolen Hamburg (Büro für Suchtprävention, »leading center«), Amsterdam (Jellinek) und Manchester (Lifeline) ist als Weiterentwicklung von Vorläuferprojekten dieser internationalen Kooperation (etwa »Three-Cities-Project«) entstanden. Über eine Art »Internetportal« soll auf verschiedenen Netzebenen ein Forum für Szenegänger, Professionelle und Paraprofessionelle (Peers, Szeneinitiativen) entstehen. Ziel des Projekts ist aber nicht allein die Realisierung einer internetbasierten Plattform für Partygänger und Professionelle. Im Rahmen der wissenschaftlichen Auswertung soll internetbasierte Vernetzung über die Landes- und Sprachgrenzen hinaus erprobt werden. Das Internet wird als ein relativ neues Medium der Prävention für Partygänger in der »Technoszene« evaluiert und weiterentwickelt.

## Praxisanteil

Auf der Web-Seite können aktuelle Informationen zu Drogen und relevante Themen (Partyszene, Gesundheit etc.) für Partygänger in der Form redaktioneller Beiträge oder über Links eingesehen werden. Seiten-NutzerInnen erhalten ein Feedback zu Trendentwicklungen in der Partyszene. Im Rahmen eines Wettbewerbs können Partygänger so ihre Eindrücke und kreativen Verarbeitungsweisen der Partykultur einbringen. Das Portal bietet Projekten, die sich an die Partyszene wenden, eine Möglichkeit, ihre Angebote und Aktivitäten zu vermitteln. Akteure, die mit Prävention befasst sind (Paraprofessionelle/Peers, Professionelle, ForscherInnen) können in einem »Member«-Bereich exemplarisch auf kontextbezogene Schulungs- und Trainingsmaterialien zu relevanten Themen (z.B. richtiges Handeln im Drogennotfall) zugreifen und Informationen austauschen.

## Forschungsanteil

Die Forschungsebene des Internetprojekts beinhaltet folgende Aktivitäten:

- Trendforschung zur szenenahen Drogenfrüherkennung von Konsummustern (Monitoring)
- Forschung zur Informationsrezeption
- wissenschaftliche Evaluation des Projekts.

Ergebnisse der Forschung werden für Anfang des Jahres 2003 erwartet.

## Projektinformation

Die Projektseiten sind ab voraussichtlich Juni 2003 über [www.urban-vibe.net](http://www.urban-vibe.net) zu erreichen.

## Büro für Suchtprävention

Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.

Repsoldstraße 4  
20097 Hamburg

☎ 040 - 2 84 99 18-18

☎ 040 - 2 84 99 18-19

✉ [schroers@suchthh.de](mailto:schroers@suchthh.de)  
[www.suchthh.de](http://www.suchthh.de)

**Hugo van Aalderen**

## *Vorausdenken und Mut zur Kursänderung*

**Natürlich ergeben sich auch aus Sicht von Selbsthilfe- bzw. Gebraucherorganisationen Hinweise auf die Herausforderungen an die Suchthilfe. Stellvertretend für diese Gruppen und Organisationen nimmt hier Hugo van Aalderen, Stichting Mainline, Stellung und spricht sich u.a. für eine abgestimmtere Zusammenarbeit zwischen den Profis und den Selbsthilfeorganisationen aus. Dazu gehört letztendlich die Bereitschaft, bestehende Strukturen zu verändern bzw. Trennlinien zwischen den Disziplinen zu überbrücken.**

In den Niederlanden werden Gebraucher harter Drogen mit ihren spezifischen Problemen an Suchthilfeeinrichtungen verwiesen. In der Praxis umfasst das Hilfsangebot – speziell für Gebraucher harter Drogen – viel mehr als nur das Angebot zur Hilfe bei Suchtproblemen.

Das hat seinen Grund. Die Welt der Drogengebraucher war in den vergangenen Jahren ständig in Bewegung und die Suchthilfe hat sich redlich bemüht, Anschluss an die Entwicklungen der Praxis zu halten.

Ein bestimmtes Problem konnte dabei jedoch nicht gelöst werden: Zu allen Zeiten hinkten die Entwicklungen in der Suchthilfe weit hinter den Entwicklungen auf der Straße hinterher. Auch die jüngsten Trends in der Population der chronisch Abhängigen stimmen nicht gerade hoffnungsvoll. Zwar hat die Suchthilfe jetzt die Gelegenheit, ihren Rückstand aufzuholen, aber dafür bedarf es einer Kursänderung. Erst wenn es uns wirklich gelingt, künftige Entwicklungen zu antizipieren, besteht die Chance, dass das niederländische Suchthilfesystem international wieder eine Vorbildfunktion übernehmen kann.

Wenn wir in den Niederlanden von chronischen Opiatgebern sprechen, meinen wir eine Gruppe von Gebern, die ein- und derselben Generation angehört. Es sind Menschen, die in den achtziger Jahren chronisch opiatabhängig wurden und es bis zum heutigen Tag geblieben sind. Das Durchschnittsalter dieser Gruppe steigt Jahr für Jahr an. Die Gruppe hat nämlich kaum Zulauf und es gibt nur wenig Abgänge. Es ist also durchaus realistisch anzunehmen, dass diese Gruppe bis zu ihrem Tod bestimmte Hilfsangebote in Anspruch nehmen wird. Dieser Fakt ist entscheidend für die Entwicklungen in verschiedenen Bereichen.

Dazu kommt, dass Basecoke seit einigen Jahren stark auf dem Vormarsch ist. Problematische Basecoke-Geber sind im Schnitt jünger und ethnische Minderheiten sind in dieser Population stärker vertreten. Dabei handelt es sich übrigens nicht zwangsläufig um eine andere, neue Gruppe von Gebern. Die Trennlinie zwischen Opiat- und Coke-Gebern ist heutzutage sehr schwer zu ziehen. Die überwiegende Mehrheit der Geber harter Drogen nimmt beides und die Gruppen unterscheiden sich allenfalls durch ihre Vorlieben für eine der beiden Substanzen. Allerdings gibt es Gruppen junger Marokkaner und Antillianer, die im Schnitt jünger sind und ihre Drogenkarriere mit Basecoke angefangen haben. Auf diese und andere neue Konsumentengruppen werde ich später eingehen.

Das Hilfsangebot für Drogengeber läuft eigentlich strukturell der Realität hinterher. Zwar gab es schon immer Hilfseinrichtungen, die auf neue Entwicklungen mit adäquaten, zukunftsorientierten Initiativen reagierten, aber die strukturelle Einführung eines Hilfsangebots auf Landesebene, das den aktuellen Problemen gerecht wird nahm schon immer zu viel Zeit in Anspruch. Einige Beispiele:

- Als die Methadonverabreichung im großen Stil und in effektiven Dosierungen Gemeingut geworden war, hatte sich der Opiatgebrauch, für den diese Verabreichungsform entwickelt wurde, bereits geändert. Mehrfachgebrauch war inzwischen weit verbreitet. Methadonverabreichung war zwar noch ein stabilisierender Faktor im Leben des Gebers, spielte aber als Opiatersatz keine Rolle mehr. Methadonverabreichung hatte – und hat nach wie vor – eine wichtige Funktion für Geber und Suchthilfeeinrichtungen, die Hauptzielsetzung der Behandlung hat sich jedoch geändert.
- Seit einigen Jahren zeichnet sich eine Verlagerung des Schwerpunkts von der Behandlung von Drogengebern zur Begleitung und Regulierung des Gebrauchs ab. Die Erweiterung der Angebote und der Abschied vom Abstinenzanspruch ist jedoch weniger eine Antwort auf neue Entwicklungen in der Drogenszene sondern mehr eine Folge mangelnder Effektivität der bestehenden Hilfsangebote.

***Das Hilfsangebot für Drogengeber läuft strukturell der Realität hinterher***

- Kokaingebrauch auf der Straße (Basecoke) hat den Markt inzwischen erobert. Die Anbieter im Suchthilfebereich hätten bereits vor fünf Jahren gemeinsam einen ›Koks-Vorsorgeplan‹ entwickeln können. Stattdessen experimentieren sie bis zum heutigen Tag nur im kleinen Rahmen mit Behandlungsangeboten.
- Wir hätten der Gesellschaft viel Leid, Infektionsgefahr und gesundheitliche Risiken erspart, wenn es uns bereits vor zehn Jahren gelungen wäre ein flächen-deckendes Netz von Konsumräumen einzurichten.

In den letzten Jahren wird die eingangs erwähnte Vergreisung unter chronischen Gebrauchern auf der Straße immer deutlicher. Seit kurzem werden im kleinen Rahmen experimentelle Angebote für diese Gruppe entwickelt. Welche Folgen wird diese Vergreisung für die Suchthilfe haben? Wie gehen wir damit um, dass der Bedarf an spezifischen Suchthilfeangeboten in Zukunft geringer werden wird und gleichzeitig die Notwendigkeit medizinischer und sozialer Hilfs- und Betreuungsangebote zunimmt? Welche Konsequenzen wird dies für Suchthilfeeinrichtungen und Entzugsangebote haben? Dafür gibt es weder ein klares Konzept, noch wurden die organisatorischen Folgen gut durchdacht. Es ist zu befürchten, dass passende Angebote erst dann entwickelt werden, wenn die betreffenden Gebraucher massenweise aus Alters- und Pflegeheimen hinausgeworfen werden.

***Wir machen immer wieder den selben Fehler: Wir verrennen uns in Diagnosen und verlieren dabei die Bedürfnisse der Betroffenen aus dem Auge***

Was aber unternimmt die Suchthilfe, um den künftigen Herausforderungen gewachsen zu sein? Wir führen Untersuchungen unter neuen Klientengruppen durch. Wir versuchen uns einen Überblick darüber zu verschaffen, welche Formen von Risikoverhalten später einmal zu Suchtverhalten führen können. Und wir machen dabei immer wieder den selben Fehler: Wir verrennen uns in Diagnosen und verlieren dabei die Bedürfnisse der Betroffenen aus dem Auge.

Wenn wir uns auf die aktuellen Engpässe und deren Konsequenzen für die künftige Entwicklung der Suchthilfeangebote konzentrieren, gibt es mehr als genug zu tun. Immer mehr neue Bevölkerungsgruppen rutschen an den Rand der Gesellschaft und sind der Gefahr ausgesetzt, auf der Straße zu landen: Illegale, (Ex-)Psychatriepatienten, obdachlose Jugendliche und Problemfälle jeder Art bevölkern in zunehmenden Maße die Straße. Im Gegensatz zu den Gruppen von chronischen Drogengebrauchern ist Substanzgebrauch für diese neuen Gruppen kein verbindender und steuernder Faktor. Das soll übrigens nicht heißen, dass sie keine Drogen gebrauchen. Aber es fällt auf, dass sie anders mit – auch der eigenen – Drogenabhängigkeit umgehen: Drogengebrauch ist für sie kein Tabu, aber Drogenabhängigkeit im traditionellen Sinn gilt als ›Looser-Verhalten‹. Auf ihren Drogengebrauch lassen sich diese Menschen nicht ansprechen, sodass ihre ohnehin schon marginalisierte Stellung in der Gesellschaft schwerer zu verstehen und zu fassen ist.

Aussagen wie »Die Hälfte aller Drogengebraucher sind heutzutage psychiatrische Patienten« oder das Phänomen der Mehrfachdiagnose, das eigentlich ein Euphemismus für das Fehlen einer passenden Diagnose ist: Das alles sind Anzeichen dafür, dass die Helfer nicht wissen, was sie mit diesen Leuten anfangen sollen. Wir müssen die Probleme dieser Menschen im Kontext ihrer sozialen Position wieder auf einen gemeinsamen Nenner bringen.

Die Drogenhilfe muss dafür so schnell wie möglich ihren Kurs ändern. Drogenberater wissen in der Regel gut über Drogengebrauch Bescheid. Von diesem Wissen kann die klassische Generation der chronischen Gebraucher auch in den kommenden Jahren noch profitieren – vorausgesetzt dass die Suchthilfeeinrichtungen die Entwicklungen in diesen Gruppen genau verfolgen und sich auf deren Hilfeanfragen und wirklichen Bedürfnisse konzentrieren.

Manche Drogenberater besitzen zudem hohe Kenntnisse über Risikoverhalten und das Leben auf der Straße am Rande der Gesellschaft. Auch im nächsten Jahrzehnt wird es notwendig sein, diese Kenntnisse zu übertragen und mit anderem Fachwissen auf diesem Gebiet zu integrieren.

Schließlich wird es notwendig sein, die Suchthilfezentren zu sozialen Betreuungszentren umzuwandeln, in denen körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden in eine disziplinübergreifende Form von angemessener, auf den Alltag und die Möglichkeiten des Klienten zugeschnittener Betreuung und Behandlung integriert wird. Disziplinübergreifend darf dabei nicht dahingehend missverstanden werden, dass die Diagnose »abhängig« durch die Diagnose »psychisch krank« ersetzt wird. Vielmehr ist damit eine wirklich integrierte Betreuung gemeint, in der der Klient und seine Umgebung zentral stehen. Das erfordert nicht nur, dass der Schwerpunkt mehr als bisher auf die aufsuchende Arbeit gelegt wird, sondern auch die Bereitschaft, bestehende Strukturen zu reformieren und die Grenzen zwischen den Disziplinen zu überschreiten.

## **Stichting Mainline**

Gezondheids- en  
preventiewerk  
Druggebruikers  
Postbus 58303  
1040 HH Amsterdam  
☎ 00 31-20-6 82 26 60  
☎ 00 31-20-6 81 30 03  
✉ info@mainline.org  
www.mainline.org



## **Interview mit Gerd Engler**

# *»Es ist keine Krise, es ist eine Herausforderung«*

**Mit Gerd Engler, dem Leiter der vier Suchtberatungsstellen des Caritas-Verbandes im Kreis Kleve wurde zum Schwerpunktthema ein Gespräch geführt, das wir hier wiedergeben. Gerd Engler ist auch Vorsitzender der AG Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e. V., die sich mit der Weiterentwicklung des Sucht- und Drogenbereichs in Nordrhein-Westfalen auseinander setzt.**

*Welche zentrale Aussage fällt dir ein zu der Fragestellung »Vor welchen Herausforderungen steht die Suchthilfe derzeit?«*

- Ich glaube, dass in den nächsten Jahren der Schwerpunkt der Umstellung von Finanzierungen eine wesentliche Rolle spielen wird. Fragen der Transparenz und der Effektivität unserer Arbeit werden Gradmesser sein für weiterfließende Gelder. Damit werden sich auch Inhalte der Arbeit massiv verändern.

*Worauf hat sich die Arbeit der Suchtberatungsstellen in diesem Zusammenhang einzustellen?*

- Meine These ist, dass die Zeiten der pauschalen Finanzierung vorbei sind, dass die Finanzgeber, wer diese auch immer sind – das Land, in zunehmenden Maße die Kommunen – sehr genau wissen wollen, wofür sie die Mittel ausgeben. Sie werden von der Suchthilfe Auskunft darüber verlangen, wie ihre Gelder eingesetzt werden. Das wäre ein Zustand, den wir so nicht kennen, den wir nicht gewohnt sind. Es besteht dann die Notwendigkeit über die Inhalte und auch die Effektivität unserer Arbeit Auskunft zu geben. Es wird sich möglicherweise die Frage stellen, ob das Geld nicht besser in repressive Maßnahmen fließen sollte – also die Frage, ob die Polizei effektiver ist in der »Bearbeitung« des Suchtmittelproblems als die Sozialarbeit. Die Antwort hat die Suchthilfe schon lange gegeben – aber der Druck wird steigen, sie so zu formulieren, dass sie auch für andere – Öffentlichkeit, Politik und Geldgeber – nachvollziehbar ist. Damit verbunden sind Effektivitätskontrollen für unsere Arbeit: mit welchen Mitteln erreichen wir welche Ziele in welchem Umfang – oder auch nicht?

*Ist das eine inhaltliche Krise der Sucht- und Drogenhilfe?*

- Nein, das würde ich nicht so sehen. Es ist keine Krise, es ist eine Herausforderung, die auch helfen kann, unseren Platz in dem Konzert der Anbieter der unterschiedlichen Leistungen im Feld der Suchthilfe zu bestimmen. Ich glaube, dass es uns sogar ganz gut täte, uns stärker damit auseinander zu setzen, was wir eigentlich tun, wozu wir es tun und mit welchen Mitteln wir das machen.

*Nicht nur im für Mitte des Jahres angekündigten Aktionsplan »Drogen und Sucht« des Bundes, sondern auch in der Praxis werden immer stärker Alkohol und Nikotin als die Hauptsuchtmittel in den Vordergrund gerückt. Welche Auswirkungen hat das auf die laufende Arbeit der Sucht- und Drogenhilfe?*

- Ich glaube, dass es zu einer zunehmenden Verschmelzung der vorhandenen Hilfsangebote unterschiedlichen Konsumentengruppen gegenüber kommen wird. Es erscheint mir fachlich nicht in jedem Fall einsehbar und finanziell kaum auf Dauer haltbar zu sein, dass wir uns ein zweigegliedertes Suchthilfesystem leisten, in dem wir z. B. Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige auf der einen und Fachkliniken für Abhängige von illegalen Mitteln auf der anderen Seite vorhalten. Ähnliches leisten wir uns ja sogar im Bereich der ambulanten Hilfen, wo häufig am gleichen Ort eine Suchtberatungsstelle für den legalen und eine Drogenberatungsstelle für den illegalen Bereich existiert. Oft werden beide Stellen aus den gleichen Quellen finanziert: von der Kommune und vom Land. Ich glaube, dass wir zu einer integrativen Suchtkrankenhilfe kommen werden und in diesem Zusammenhang wird dann nicht mehr in erster Linie differenziert werden über die Substanz, sondern über den Hilfebedarf der Menschen. Hier wird die Nikotinabhängigkeit wie auch das illegale Glücksspiel, die Alkoholabhängigkeit, bestimmte Formen von Essstörungen etc. einbezogen werden müssen.

*Kommt damit auch Normalisierung, wie sie die AG Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW in ihren Grundsätzen fordert?*

- Ja, ich hoffe und glaube auch daran, dass sich die Normalisierung dann über die Finanzierung zumindest teilweise regeln wird. Allerdings haben wir im illegalen Bereich aber nach wie vor die »Unnormalität«, dass die konsumierten Substanzen sowohl schädlich als auch illegal sind. Das führt zu Besonderheiten im illegalen Bereich wie der Beschaffungskriminalität und bestimmten körperlichen und sozialen Notlagen. Wir werden also – wenn wir Normalisierung anstreben – auch anstreben müssen, uns diesen Bereich unter diesen Aspekten noch einmal genau anzuschauen: es gilt, Bedingungen zu schaffen, die die sich aus der Illegalität ergebenden »Unnormalitäten« beheben.

***Ich glaube, dass wir zu einer integrativen Suchtkrankenhilfe kommen und diese über den Hilfebedarf der Menschen differenzieren werden***



*Nicht gerade Themawechsel, aber doch ein anderer Aspekt. Wir haben eine ziemlich vielgliedrige Trägerlandschaft und es geht auch obendrein um die zum Großteil ja noch parallel nebeneinander herlaufenden Jugendhilfe- und Suchthilfesysteme, da gibt es einen großen lokalen, regionalen aber auch landesweiten Abstimmungsbedarf. Welche Chancen und Risiken stecken darin für die Suchthilfe?*

■ Ja in der Tat, wir haben ein System, das wir uns leisten könnten bei Vollbeschäftigung und den entsprechenden Steuereinnahmen. In der Realität sieht es aber zum Teil so aus, dass sich in einer Kommune unterschiedliche Träger, die relativ unverbunden nebeneinander stehen, um die Klientel kümmern, die wiederum ist mehrfach beeinträchtigt, wobei Notlagen sich durchaus überschneiden. Wir haben sogar die Paradoxie, dass bei gleichen Trägern mitunter in unmittelbarer räumlicher Nähe unterschiedliche Dienste unverbunden nebeneinander arbeiten. Daraus ergeben sich meiner Meinung nach Konsequenzen:

Die Suchthilfe wird, das habe ich erwähnt, gezwungen sein, sich stärker miteinander zu vernetzen. Ausgehend vom Hilfebedarf der einzelnen Klienten werden unterschiedliche Träger und Dienste mit unterschiedlichen Ansätzen entsprechend der komplexen Notlagen der Menschen gezwungen sein zusammen zu arbeiten. Das halte ich nicht nur fachlich für sinnvoll sondern ökonomisch für zwingend. Ein Beispiel dafür könnte die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe sein: die Suchthilfe stellt fest, dass die Klientel in Teilen (Cannabis und Designerdrogen) jünger wird. Also haben wir es hier zu tun mit einem klassischen Klientel der Jugendhilfe. Tatsächlich arbeiten wir aber kaum zusammen. Ein weiteres Beispiel dafür kann die zunehmende Zahl der drogenabhängigen Eltern kleiner Kinder sein, für die es kaum Angebote gibt. In deren häuslicher Umgebung geben sich aber teilweise unterschiedliche Hilfsdienste quasi die Klinke in die Hand – allerdings ohne dass z. B. gemeinsame Hilfepläne erstellt worden sind. Hier gibt es einen enormen Nachholbedarf und wenn wir nicht in der Lage sind, diesen selbst zu erkennen und entsprechende Konzepte zu entwickeln, werden wir irgendwann gezwungen werden, diese Konzepte vorzulegen – ansonsten wird uns der Geldhahn, und ich glaube nicht zu unrecht, gesperrt werden.

**Die Vernetzung der Suchthilfe mit anderen Trägern und Diensten ist nicht nur fachlich sinnvoll sondern auch ökonomisch zwingend**

*Ist die Suchthilfe auf diese Anforderung eingestellt?*

■ Das vermag ich im Ganzen nicht zu beurteilen. Das ist sicherlich auch regional sehr unterschiedlich zu sehen. Ich glaube, dass es an einheitlichen Konzeptionen fehlt und wir hier noch einen großen Nachholbedarf haben.

*Aus den bisher gesagten wird ja doch auch weitgehend deutlich, dass wir nicht unbedingt ein ideales Hilfesystem haben. Hast du eine Idee, eine Vision für ein »besseres« Hilfesystem, in dem die Suchthilfe gemeinsam mit den anderen Diensten aufgehen könnte?*

■ M. E. könnte es so sein, dass es dezentral angelegt unterschiedliche Anlaufstellen geben könnte, wo Menschen mit unterschiedlichen Problemlagen sich Hilfe holen könnten. Dort könnte dann die Gesamtproblemlage aufgenommen und

adäquat behandelt werden. Es wäre gewissermaßen eine Art »Hausarztmodell« im Bereich der sozialen Problematik. Diese Anlaufstelle, Sozialarbeit in dieser Anlaufstelle, behält die Fäden in der Hand, versteht sich als eine Art Casemanager. Von dort werden die Hilfebedürftigen durch die »Klippen« der oft viel gegliederten und unverbundenen Hilfesysteme gelotet; gleichzeitig wird überprüft, ob adäquate Hilfe geleistet wird und wenn nicht, warum nicht. Hier geht es also um eine Gesamtverantwortlichkeit, unabhängig von der jeweiligen Notlage. Es kann doch nicht sein, dass ein verschuldeter Alkoholiker mit Erziehungsproblemen wegen seiner Schulden die Schuldnerberatung, wegen seiner Erziehungsprobleme die Erziehungsberatung und wegen seiner Suchtprobleme die Suchtberatung anläuft, dort von unterschiedlichen Menschen unterschiedlich beraten wird und diese noch nicht einmal etwas voneinander wissen. Das tut ihm nicht gut, dem Hilfesystem nicht und den öffentlichen Finanzen auch nicht.

**Casemanagement  
unabhängig von  
der jeweiligen  
Notlage als  
Verbindungsglied  
des vielgliedrigen  
Hilfesystems**

*Kommen wir von dieser Vision eines möglicherweise effektiveren Hilfesystems zu der letzten Frage, die mit der Grenznähe des Kreises Kleve zu tun hat: Welche Herausforderungen ergeben sich – auch mit Blick auf grenzüberschreitende Zusammenarbeit – für ein an der Grenze zu den Niederlanden liegendes Hilfesystem?*

■ Die Möglichkeit und Notwendigkeit der grenzüberschreitenden Kooperation findet dort selbst Grenzen, wo diese nicht finanzierbar ist oder, ganz wichtig, wo nicht beide Seiten von der Kooperation auch tatsächlich konkret etwas haben. Es ist deutlich, dass Zusammenarbeit um der Zusammenarbeit willen keine Motivation mehr darstellt. Es geht vielmehr darum, ganz konkrete Ziele mit der Zusammenarbeit zu verfolgen. Diese Ziele richten sich entweder an einzelnen Klienten aus oder es geht darum, konkrete Erfahrungen voneinander zu gewinnen, die in dem jeweiligen Hilfesystem integrierbar sind. Ich glaube, dass auch dort weiterhin die Zukunft liegen wird. Die Zeit der runden Tische, an denen man sich um des Erfahrungs- und Informationsaustausches willen trifft, ist vorbei. Ich erwarte für die Zukunft, dass Suchtkrankenprobleme in größerem Rahmen etwa von der EU gesehen werden und auch von dort grenzüberschreitend finanziert werden.

Konkret sind wir, was die Grenznähe betrifft, nach wie vor u.a. mit der Cannabis-Thematik befasst. Die niederländischen Stimmen, die eine differenziertere und kritischere Haltung dem Cannabiskonsum gerade von sehr jungen Menschen gegenüber vertreten nehmen zu und auch in Deutschland erfahre ich mehr und mehr, dass die Kollegen über psychische Probleme von sehr jungen Menschen mit sehr intensivem Cannabiskonsum berichten. Ich könnte mir vorstellen, dass die Diskussion um Coffee-Shops, um den leichten Zugang zu Cannabis auch weiterhin und u. U. zunehmend ein Thema sein wird, dass uns diesseits und jenseits der Grenze beschäftigen wird.

**Suchtberatung des  
Caritasverbandes**

Van-den-Bergh-Str. 10a  
47533 Kleve

☎ 02821-9545

☎ 02821-98146

✉ g.engler@caritascleve.de

*Vielen Dank für das Gespräch.*

Das Gespräch mit Gerd Engler führte Rüdiger Klebeck.

**Hans Visser**

## *Drogenpolitik in Rotterdam – Erfahrungen und Herausforderungen*

**Ein ganz besonderes Drogenhilfeangebot bietet die Pauluskerk in Rotterdam, in der selbst für die Niederlande ungewöhnliche Ansätze und Ideen umgesetzt werden. Pfarrer Hans Visser ist der Motor für dieses Vorgehen. Er hat auf unsere Anfrage reagiert und einen zweiteiligen Beitrag geliefert, den wir, was die Beschreibung der Rotterdamer Situation und Erfahrungen betrifft, in gekürzter Version aufgenommen haben. Hans Visser kommt schließlich zu dem Schluss, dass eine der Herausforderungen sicherlich die konservativen Politiker sind, die in Europa überall anzutreffen sind und den Ton bestimmen, obwohl sie vom eigentlichen Problem so gut wie nichts verstehen und mit der Drogenthematik außergewöhnlich moralistisch umgehen.**

Seit Anfang der achtziger Jahre setze ich mich gemeinsam mit anderen für eine Entkriminalisierung von Drogengebrauch ein. Mir ist natürlich klar, dass eine Legalisierung von harten Drogen zurzeit noch Zukunftsmusik ist. Das soll uns aber nicht hindern, allmählich einen Weg einzuschlagen, der in diese Richtung führt. Persönlich denke ich eher an den schmalen Pfad zwischen der Freigabe von Drogen einerseits und dem Verbot von Drogen andererseits. Wozu das Drogenverbot führt, ist mittlerweile zur Genüge bekannt: organisiertes Verbrechen, Kriminalität, überfüllte Gefängnisse, ein überlasteter Justizapparat etc.

Eine mögliche Freigabe von Drogen ist eng mit den Risiken verknüpft, die bestimmte Drogen mit sich bringen. Dennoch halte ich es für möglich, dass manche Drogen unter gewissen Bedingungen frei gegeben werden können. Dabei muss man bekannte Risiken einkalkulieren, aber das gilt ja auch für die – übrigens gefährlichsten – Drogen Alkohol und Tabak. Dafür haben wir allerlei Regeln im Hinblick auf Altersgrenzen, Erhältlichkeit und Preis eingeführt. Wir informieren die Konsumenten und warnen sie vor den Gefahren und versuchen auf diese Weise, die Risiken zu reduzieren. Manche Drogen sind mit höheren Risiken verbunden. Diese lassen wir nur von Apotheken auf ärztliches Rezept verabreichen. Persönlich bin ich nicht gegen eine Medizinalisierung des Drogengebrauchs. Zwar ist dies keine Ideallösung, wäre aber zumindest im Rahmen der bestehenden Gesetzeslage möglich. Mit der experimentellen Verabreichung von Heroin wurden bereits gute Erfahrungen gemacht. Dieses Experiment muss auf weitere Klientengruppen ausgedehnt werden.

Ich bin kein Befürworter eines moralisierenden Vorgehens gegen Drogen. Es genügt nicht, einfach zu behaupten, dass Drogen schlecht sind und Drogengebrauch falsch ist. Dies hängt immer davon ab, wie und in welchen Mengen Drogen konsumiert werden und was der Drogengebraucher damit bezwecken will. Zwar ist allseits bekannt, dass es ein Irrweg ist, Probleme durch Drogenkonsum zu lösen. Verständlich ist es trotzdem, denn Drogen betäuben und helfen, Probleme zu vergessen. Viele Menschen machen in ihrem Leben schlimme Erfahrungen und man kann verstehen, dass sie deshalb Drogen nehmen. Andere Drogen haben eine aufputschende Wirkung und erhöhen die Leistungsfähigkeit. An sich spricht nichts dagegen sofern man sich auch hier auf mäßigen Gebrauch beschränkt. Zuviel ist fast immer schädlich. In diesem Punkt ist vor allem Aufklärung erforderlich. Jugendliche müssen lernen mit Drogen umzugehen.

Ich bin Mitarbeiter eines Konsumraums, in dem auch der Handel mit Drogen reguliert ist. Ich bin nämlich der Meinung, dass auch ein Drogenhändler Steuern zahlen und sich an Regeln halten sollte. Die Polizei muss Zutritt zu dem Konsumraum haben und Ordnungsprobleme müssen ausgeschlossen werden. In Rotterdam gibt es mehrere Drogenverkaufsstellen – Einrichtungen wie auch Privatwohnungen – wo diese Bedingungen erfüllt werden. Die Polizei greift dort nicht ein und die Anwohner sind zufrieden. In den Einrichtungen gelten strenge Regeln und feste Öffnungszeiten. Die Besucher sind dort nicht ständig mit Drogengebrauch befasst. Es werden ihnen auch Mahlzeiten und andere Aktivitäten angeboten. Eigentlich müssten dort noch mehr Hilfsangebote gemacht werden. Manchmal fragen auch Dealer um Hilfe, aber soweit ist es noch nicht. Ich kenne sogar einige Dealer, die ganz normal Steuern zahlen. Andere wären dazu durchaus bereit, schrecken aber vor den damit verbundenen Risiken zurück. Die Justiz ist von diesen Steuerzahlen nämlich nicht gerade begeistert, weil sie es ersten Schritt zu einer Legalisierung ansieht. Diese Option ist in den Augen der Justiz zurzeit noch ausgeschlossen.

**»Ich bin kein Befürworter eines moralisierenden Vorgehens gegen Drogen. Es genügt nicht, einfach zu behaupten, dass Drogen schlecht sind und Drogengebrauch falsch ist«**



Persönlich stehe ich für eine Drogenpolitik, deren Schwerpunkt auf Prävention, Regulierung und Betreuung liegt. Prävention kann dazu beitragen, potenzielle Konsumenten frühzeitig zu warnen oder bestehende Gebräucher zu motivieren, ihren Drogengebrauch zu mäßigen und die richtigen Lebensentscheidungen zu treffen. Eine Regulierung kann Schlimmeres verhindern helfen und den Gebrauch in die richtigen Bahnen lenken. Betreuung kümmert sich um diejenigen, deren persönliche Entwicklung von der Sucht blockiert wird und die nicht davon loskommen. Regulierung kann auch dazu beitragen, Entwicklungen bzw. Situationen in den Griff zu bekommen. Sie führt dazu, dass Menschen einen Mittelweg zwischen einerseits exzessivem, gesundheitsgefährdendem Drogengebrauch und andererseits Abstinenz in einer so genannten drogenfreien Gesellschaft finden. Diese drogenfreie Gesellschaft wird übrigens eine Utopie bleiben. Es ist Teil unserer Verantwortlichkeit, den Gebräuchern einen vernünftigen Umgang mit Drogen beizubringen und zwar durch Auswahl bestimmter Substanzen und Reduzierung des Gebrauchs auf ein Maß, das ihnen dennoch das erwünschte Glücksgefühl, die gesuchte Spannung oder die angestrebte Schmerzlinderung verschafft.

Die Regulierung des Drogenhandels ist eng mit einer Duldungspolitik verknüpft. Der Begriff »Duldung« wird oft missverstanden. Meiner Meinung nach ist Duldung eine Grundvoraussetzung um die angestrebten Veränderungen zu erreichen. Ein weiser Politiker wird eine Duldungspolitik akzeptieren, wenn er davon überzeugt ist, dass diejenigen, die große Veränderungen fordern, vielleicht doch auf dem richtigen Weg sind. Duldung bedeutet nicht, dass wir die Augen vor der Situation verschließen. Duldung bedeutet auch nicht eine Missachtung der Gesetze. Seien wir ehrlich: Duldung geschieht auch aus Mitleid. Wir lassen Drogengebräucher nicht in der Gosse liegen und wollen auch nicht, dass Händler sich bereichern, dass kranke Gebräucher auf der Straße leben müssen. Die gesellschaftliche Realität ändert sich. Menschen und Drogen sind nicht mehr voneinander zu trennen und es kommen immer mehr neue Drogen auf den Markt. Die Menschen müssen lernen vernünftig darauf zu reagieren. Duldung bietet die Gelegenheit juristische Normen zu entwickeln, die mit der veränderten gesellschaftlichen Realität übereinstimmen.

***Duldung bietet die Gelegenheit juristische Normen zu entwickeln, die mit der veränderten gesellschaftlichen Realität übereinstimmen***

## *Herausforderungen*

Die größte Herausforderung in den Niederlanden besteht darin, die Politik dahingehend zu beeinflussen, dass eine Erweiterung und Vertiefung der medizinischen Verabreichungsmodelle möglich wird. Derzeit kann nur eine begrenzte Gruppe in einem vom Gesundheitsamt koordinierten Verabreichungsprogramm Heroin erhalten. Die Politik muss mehr Spielraum für Medizinalisierung schaffen, sodass im Rahmen der bestehenden Gesetze eine akzeptable Alternative entwickelt werden kann.

Eine weitere Herausforderung kann darin bestehen, stark basecokoke-abhängigen Ge-  
brauchern eine Zeitlang Basekokain zu verabreichen um ihnen einen Umstieg auf  
Rohkokain, das von Folie geraucht wird, zu ermöglichen. Dadurch können sie ihren  
Kokainkonsum womöglich wieder auf ein akzeptables Maß reduzieren oder sogar  
ganz einstellen. Bedingung ist jedoch, dass dies auf freiwilliger Basis erfolgt.

Auch das Experimentieren mit strafrechtlichem Auffang im Rahmen des »Drang-Kon-  
zepts« gehört zu den Herausforderungen. »Drang« ist übrigens nicht gleichzusetzen  
mit »Zwang«. Es setzt voraus, dass die Gebraucher selbst gewillt sind, etwas zu än-  
dern. Es genügt nicht, Abhängige, die immer wieder straffällig werden, einfach nur  
einzusperren. Man muss sie vielmehr auch motivieren sich einer Behandlung zu un-  
terziehen, die auf eine Mäßigung des Drogengebrauchs abzielt. Drogengebraucher,  
deren Finanzen von Betreuern verwaltet werden, die betreut wohnen und die einen  
Arbeitsplatz finden, haben einen wichtigen Schritt in Richtung der Reduzierung oder  
gar Einstellung des Drogengebrauchs geschafft.

Eine Herausforderung auf lokaler Ebene besteht meiner Meinung nach auch darin,  
dass die Politik die Voraussetzungen für die Einrichtung weiterer Konsumräume  
schafft, zur Not auch nur mit dem Argument, dass dies den illegalen Handel regu-  
liert und die damit verbundenen Ordnungsprobleme reduziert. In Rotterdam wurden  
damit ausgezeichnete Erfahrungen gemacht. Dort gibt es nach wie vor ca. vier ille-  
gale Dealerwohnungen, wo es aber mithilfe strenger Zugangskontrollen, festen Öff-  
nungszeiten etc. offenbar bis heute gelungen ist, den Zustrom von Kunden zu be-  
schränken und Belästigungen der Anwohner zu vermeiden. Sogar die Polizei ist mit  
der Situation zufrieden. Wichtig ist aber auch – und das ist die Herausforderung –  
dass es gelingt, die Politik davon zu überzeugen, dass eine derartige Regulierung  
des Drogenhandels nicht nur zur Reduzierung von Ordnungsproblemen beiträgt, son-  
dern auch Vorteile für die Volksgesundheit haben kann. Auch Drogenberater könn-  
ten diese Dealerwohnungen aufsuchen, zum Beispiel um Kontakt mit Drogenge-  
brauchern aufzunehmen, denen es sehr schlecht geht.

Eine letzte große Herausforderung ist die Intensivierung der Zusammenarbeit zwi-  
schen Gruppen in Europa, die ähnliche Vorstellungen haben. Im kleinen Rahmen ge-  
schieht dies bereits hie und da, es fehlt aber an einer soliden organisatorischen Ba-  
sis. Denn nach wie vor bestimmen in Europa konservative Politiker den Ton, die we-  
nig von der Problematik verstehen und mit dem Thema Drogen äußerst moralistisch  
umgehen.

***Nach wie vor  
bestimmen in  
Europa konserva-  
tive Politiker den  
Ton, die wenig von  
der Problematik  
verstehen und mit  
dem Thema  
Drogen äußerst  
moralistisch  
umgehen***

#### **Pauluskerk**

Mauritzweg 20  
2012 JR Rotterdam  
☎ 0031-10-4 13 56 00  
📠 0031-10-4 11 38 60  
✉ ksa@xs4all.nl

**Carlo Baeten**

## *Suchthilfe auch in Belgien in Bewegung*

**Die Suchthilfe ist nicht nur in Deutschland und den Niederlanden in Bewegung und steht vor mehr oder weniger großen Herausforderungen – aus Belgien hat uns die Darstellung von Carlo Baeten vom CAD Limburg in Hasselt erreicht. Es ist gleichermaßen beruhigend wie beunruhigend, fest zu stellen, dass die Themen sich in den verschiedenen Ländern ähneln bis gleichen: Beruhigend, weil es die Möglichkeit schafft, im grenzübergreifenden Zusammenhang über diese Themen zu diskutieren und so gemeinsame Antworten auf bestimmte Fragen zu finden – beunruhigend, weil das auf ein Prinzip hindeutet, das international wirksam ist und auf gesellschaftlichen und politischen Widerständen beruht, mit der Drogenproblematik angemessen umzugehen. Verstehen wir das als eine ganz zentrale Herausforderung an unsere Professionalität zur Überwindung dieser Widerstände!**

Ein Rückblick auf die Geschichte unserer Organisation, den »Zentren für Alkohol- und andere Drogenprobleme« (»Centra voor Alcohol- en andere Drugproblemen«) – die in diesem Jahr übrigens ihr 45-jähriges Jubiläum feiert – zeigt, dass der Sektor der Suchthilfe auch in Belgien in Bewegung ist.

Ideen und Prinzipien, die vor zehn Jahren noch als kontrovers galten, sind inzwischen zum Gemeingut geworden. Spritzentausch, Methadonprojekte, Präventionsprojekte in Sportvereinen, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen für Drogenabhängige waren Visionen von einigen progressiven Kollegen, für die es aber weder einen gesetzlichen Rahmen noch finanzielle Mittel gab.

Vielleicht besteht die größte Herausforderung für den Suchthilfesektor ja darin, dass er permanent in Bewegung ist. Trotz der dynamischen Haltung vieler Partner stoßen wir Tag für Tag an unsere Grenzen und Unzulänglichkeiten. Einige möchte ich im Folgenden beschreiben.

## *Gesellschaftliche und politische Sicht*

In den kommenden Jahren müssen wir uns vor allen Dingen auf die gesellschaftliche und politische Vision der Problematik von Drogengebrauch und -missbrauch konzentrieren. Der drohende Rechtsruck der Gesellschaft und die abnehmende Toleranz für (marginalisierte) Drogengebraucher wirkt sich lähmend aus. Beispielhaft dafür ist der Bürgermeister einer kleinen Stadt, der den fünften Drogentoten in fünf Wochen in seiner Gemeinde mit folgenden Worten kommentiert: »Die Fixer lösen ihre Probleme selbst.« Wir arbeiten in einer Region (Provinz Limburg), wo 42 der 44 Städte und Gemeinden über einen jährlichen Beitrag pro Einwohner einen Großteil unserer Arbeit finanzieren. Diese positiven Beiträge der Kommunen werden bereits seit 1994 geleistet. Wir müssen aufpassen, dass unser Sektor in einer Zeit, in der Investieren in Präventions- und Hilfsangebote als Wahlkampfthema uninteressant wird, den Anschluss nicht verpasst. Kriminalitätsprävention und Sicherheitsdenken sind »in«, Wohlfahrt und Gesundheit verlieren an Bedeutung ...

***Kriminalitätsprävention und Sicherheitsdenken sind »in«, Wohlfahrt und Gesundheit verlieren an Bedeutung ...***

## *Akzente für die Suchthilfe*

Was die Suchthilfe angeht, müssen wir vielleicht auch andere Akzente setzen. Neue Initiativen müssen auf gediegenen epidemiologischen Studien basieren, statt sie einfach nur von den Nachbarn abzugucken. Während neue Zielgruppen vor unserer Tür stehen, werden blinde Flecke sichtbar. Die in dem Vorschlag zur Novellierung des belgischen Betäubungsmittelgesetzes vorgesehene bedingte Entkriminalisierung von Cannabiskonsum zeigt einerseits, dass die Toleranz gegenüber Cannabisgebrauch stark zugenommen hat. Andererseits stellt es unsere Einrichtung und den gesamten Sektor vor eine neue Herausforderung, für die wir auch zur Rechenschaft gezogen werden, nämlich ob es uns gelingt, diese Form des Gebrauchs – speziell unter Jugendlichen – halbwegs unter Kontrolle zu halten. Die Bekämpfung von Ordnungsproblemen, wie sie beispielsweise Cannabis konsumierende Jugendliche zurzeit in Zügen verursachen, ist in den Augen der öffentlichen Meinung nicht nur eine Aufgabe der Bahnpolizei. Auch Schulen und Organisationen der geistigen Gesundheitsfürsorge müssen hier Farbe bekennen. Der Umgang mit diesen kulturfremden Substanzen muss in geordnete Bahnen gelenkt werden und unsere Botschaft muss lauten, dass wir vom Gebrauch dieser Substanzen abraten!



Die erhebliche Verjüngung in bestimmten Segmenten unserer Klientel – auch bei Jugendlichen, die intensiv Heroin konsumieren – verlangt von uns, dass wir anders mit diesen Gruppen umgehen. Methadonerhaltungsprogramme und freie Heroinverabreichung sind meiner Meinung nach Ausdruck einer pessimistischen Haltung gegenüber diesen jungen Verbrauchern. In einem Hilffsystem, das sich vornehmlich auf Schadensbegrenzung richtet, dürfen junge Heroingebräucher nicht auf der Strecke bleiben. Schlüsselbegriffe sind dabei direkte soziale Hilfsangebote, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und Resozialisierung. In der Aufgabenbeschreibung des CAD heißt es, dass wir für alle Klienten – insbesondere für die Schwächsten – offen stehen und bei ihnen das optimal Erreichbare fördern sollen. Naivität würde uns dabei nicht weiterhelfen. Vielmehr müssen wir Betreuungsangebote machen, die langfristig auf die Wiedereingliederung dieser Jugendlichen abzielen.

Das so notwendige strukturelle Fundament dieser Vorgehensweise kann von Organisationen wie der unseren vermutlich nicht direkt realisiert werden. Stattdessen können wir aber verstärkt unsere Signalfunktion gegenüber Entscheidungsträgern einsetzen, um diese Ziele zu verwirklichen.

**In welches  
europäische Land  
wir auch blicken:  
Ökonomische  
Überlegungen  
beeinflussen  
immer stärker  
den Suchthilfe-  
bereich**

## *Ökonomischer Ansatz*

Der soziale Sektor als ökonomischer Komplex ... Die Zeit der staatlichen Finanzierung unter dem Motto »Macht das Beste draus« ist (glücklicherweise) vorbei. Einrichtungen müssen Rechenschaft über die Verwendung von Subventionen ablegen, und die Existenzberechtigung einer Organisation wird daran gemessen, welchen Nutzen die Zielgruppen davon haben. Dieses resultatorientierte Denken unterstreicht den Bedarf an Abstimmung und Netzwerkentwicklung. Initiativen, wie die Einrichtung von Betreuungskreisläufen (Abstimmung von Angeboten im Netzwerksverbund) und die Anstellung von Case-Managern (die individuelle Betreuungsangebote begleiten), sind ein Schritt in die richtige Richtung. Auch im Hinblick auf die Organisation der Arbeit und die Zugänglichkeit und Niederschwelligkeit der Angebote muss das Kriterium »Nutzen für den Klienten« in Zukunft eine wichtige Rolle spielen.

## *Aufmerksamkeit für alle Verbrauchergruppen*

Wir müssen darauf achten, dass wir allen Verbrauchergruppen genug Aufmerksamkeit schenken. Durch das selektive Interesse der Medien – und damit auch der öffentlichen Meinung – für die Problematik des illegalen Drogengebrauchs kommen Alkohol- und Medikamentenmissbrauch oft zu kurz. Ohne dass wir dies mit Zahlen unterbauen können, herrscht bei uns der starke Eindruck, dass wir mit unseren Angeboten zu wenig Medikamentenabhängige erreichen. In unseren PR-Aktivitäten sollten wir uns weniger durch Opportunismus leiten lassen, also uns nicht auf »gut verkäufliche« Drogenbotschaften beschränken und uns stattdessen breiter profilieren.

## *Drogenprävention*

Was die Drogenprävention angeht, droht die Gefahr einer »Überdosis«. Das gilt zumindest für Drogenprävention im herkömmlichen Sinne, also Aktivitäten unter Leitung eines »Experten«, die auf Verhaltensänderungen abzielen. Oft handelt es sich um Aktivitäten wie Sensibilisierung und Informationsvermittlung, die sich auf Schulen und auf Jugendliche richten.

Um diese »Überdosierung« zu vermeiden, müssen wir bestimmte Grundprinzipien der Prävention künftig strikter als bisher anwenden.

Prävention muss eine interdisziplinäre Aktivität werden, also sich nicht mehr exklusiv auf Jugendliche und auf Schulen richten. Nahezu alle Gesellschaftsbereiche – Sport, Freizeit, Arbeitsplatz etc. – bieten Möglichkeiten für Präventionsarbeit. Gemeint sind damit aber nicht Drogenaufklärungsveranstaltungen im örtlichen Fußballverein, sondern die emanzipatorische Einbeziehung von Schlüsselpersonen aus diesen Sektoren im Umgang mit Menschen, die Drogen nehmen. Die Einschaltung solcher Schlüsselpersonen (Lehrkräfte, Eltern, Peers) bietet zudem die Gewähr, dass die Maßnahmen nachhaltiger wirken als die kurzfristigen Interventionen von Experten.

**Bei der Reflexion über die Herausforderungen unserer Sektors darf auch ein Blick auf die Rahmenbedingungen der Arbeit nicht fehlen. Unsichere Arbeitsverträge führen zu einer starken Personalfuktuation. Zudem bietet der Projektcharakter vieler Initiativen auf lange Sicht wenig Perspektiven. Um für die Zukunft gewappnet zu sein, sind klare richtungweisende Entscheidungen und eine solide Zukunftsplanung erforderlich.**

### **CAD-Limburg**

Luikersteenweg 134

B 3500 Hasselt

☎ 0032-11-851553

☎ 0032-11-851554

✉ cadpreventie@pandora.be



**Sven Todts**

## *Wohin mit der Suchthilfe?*

**Auch mit diesem zweiten Text aus Belgien wird deutlich, dass die Fragestellungen und Herausforderungen länderübergreifend vergleichbar sind. Sven Todts, der unter anderem auch im EU-Projekt AC COMPANY des Deutschen Hilfsvereins Amsterdam mit arbeitet, geht im letzten Teil seines Textes auch auf die Globalisierung und die Mobilität ein, die die Suchthilfe vor zusätzliche Herausforderungen stellt. Er gehört zu den Gründungsmitgliedern von StreetWise, die Aufgabe ist es, durch Drogen hervorgerufene Probleme zu erforschen.**

### *Traditionelle Antworten*

Die traditionelle Antwort auf das Drogenproblem ist seit Jahren viergleisig: Prävention, Repression, Behandlung und Schadensbegrenzung.

Die Primärprävention richtet sich – in den Vereinigten Staaten womöglich noch expliziter als in Europa – vor allem auf die Vermeidung des Erstgebrauchs so genannter »gateway drugs« bei Jugendlichen. In aktuellen Studien werden jedoch starke Zweifel an dem Nutzen dieser Form der Prävention laut<sup>1</sup>. Der soziale Kontext in dem Drogen gebraucht werden ist vermutlich ein viel entscheidender Faktor für die Entwicklung von Abhängigkeit als der Gebrauch an sich. Die übergroße Mehrheit der Jugendlichen, die irgendwann einmal Alkohol, Tabak, Marihuana und sogar harte Drogen konsumieren, wird diese Mittel später nicht täglich nehmen. Zudem weist die Tatsache, dass ein unverändert großer Teil der Jugendlichen erste Erfahrungen mit Alkohol, Zigaretten und Marihuana sammelt, darauf hin, dass auf »zero tolerance« abzielende Prävention wenig Erfolg versprechend ist. Sinnvoller sind vermutlich Präventionskonzepte die sich auf Schadensbegrenzung richten, wenngleich auch hier bislang der Beweis fehlt, dass dies zu weniger Problemen führt.

1  
Golub, A.  
und Johnson, B.:  
»The misuse of the  
Gateway theory« in US  
policy on drug abuse  
control: a secondary  
analysis of the muddled  
deduction,  
Int J Drug Policy,  
Mai 2002, 5-19.

Die Effekte von Repression auf Dealer und Drogengebraucher sind – zumindest auf »Straßenebene« – äußerst gering, trotz der Unsummen die seit Jahrzehnten dafür bereitgestellt werden. Dass der Repressionsapparat für Drogengebraucher trotzdem in Stand gehalten wird, basiert wohl weniger auf nachgewiesenen Erfolgen als mehr auf politischen Entscheidungen, die nicht zuletzt von der erfolgreichen Lobby-Arbeit einer äußerst gewinnträchtigen Sicherheitsbranche beeinflusst werden.

Leider ist es mit vielen Suchthilfeangeboten nicht viel anders. Ebenso wie der Polizeiparapparat hat auch das ständig wachsende Hilfsangebot kaum zur Bekämpfung der Drogenepidemie beigetragen. Und ebenso wie die Sicherheitsbranche hat die Sozialarbeit ihre Rolle und Erfolge allzu oft übertrieben um bestehende Subventionen zu sichern. Diese Strategie ist zwar verständlich, kann sich aber in Zeiten der Einsparungen letztendlich gegen die Sozialarbeit wenden: Immer öfter verlangen staatliche und kommunale Behörden Ware für ihr Geld und beginnen, die (oft) aufgeblasenen Versprechungen auf deren Wahrheitsgehalt zu prüfen.

## *Harte Fakten*

Damit ist auch die erste Herausforderung genannt, der sich die Suchthilfe in den kommenden Jahren stellen muss: Sie muss mit harten Fakten beweisen, dass ihre Arbeit auch tatsächlich etwas bewirkt. Dabei dürfte klar sein, dass es nicht mehr ausreicht den Erfolg einer bestimmten Methode im Einzelfall nachzuweisen. Vielmehr muss der Beweis erbracht werden, dass ein Erfolg in gewissem Maße reproduzierbar ist, mit anderen Worten: dass eine Intervention kosteneffizient ist. Bedingung dafür ist, dass sich die Suchthilfe klare und messbare Ziele setzt, die eine objektive Resultatsmessung und einen Vergleich der unterschiedlichen Interventionsformen ermöglicht. Die Art und Weise, wie die Effektivität der kontrollierten Heroinverabreichung in den Niederlanden evaluiert wurde, kann dafür als leuchtendes Beispiel dienen.

Die Entwicklung von realistischen – und dadurch womöglich bescheideneren – und messbaren Zielsetzungen ist eine dringende Aufgabe. Dazu bedarf es mehr als nur simpler Evaluationsstudien. Über viele Aspekte des Drogenproblems gibt es nämlich kaum Basisdaten. Um nur ein Beispiel zu nennen: Wir wissen kaum etwas über die »natürliche« Entwicklung von Problemverhalten. Wenn ein Therapeut sich zum Ziel setzt, problematischen XTC-Konsum bei Jugendlichen zu behandeln, genügt es nicht, nachzuweisen, dass Klienten ihr Konsumverhalten ändern, sondern dass sie dies aufgrund der therapeutischen Intervention auch schneller tun. Der Effizienznachweis für bescheiden formulierte Ziele von Schadensbegrenzungsmaßnahmen ist zwar leichter zu erbringen als für manche anderen Interventionsformen aber auch hier ist Vorsicht geboten: Schadensbegrenzung ist nämlich nicht zwangsläufig auch effizient. Beispielsweise ist bekannt, dass Methadonprogramme Klienten gegen viele Krankheiten und Gefahren – z. B. Überdosierungen – schützen auch wenn sie zusätzlich noch andere Substanzen gebrauchen. Das gilt aber nicht für schwangere Frauen. Die Gesundheit des Ungeborenen (gemessen am Geburtsgewicht) wird durch diesen Polydrogengebrauch verschlechtert. Dieser Gruppe von Frauen ist mit kostspieligeren Interventionen (stationärer Aufenthalt + Methadon + Unterstützung + ambulante Nachsorge mit Methadon) mehr gedient.

***Ebenso wie die Sicherheitsbranche hat die Sozialarbeit ihre Rolle und Erfolge allzu oft übertrieben um bestehende Subventionen zu sichern***

## *Klientenprofile*

Die Effizienz der Betreuung lässt sich auch durch eine bessere Selektion der Klienten/Patienten steigern. Bislang gibt es kaum Studien die nachweisen, dass spezifische »Klientenprofile« besser zu bestimmten Therapieformen passen als zu anderen, ganz egal was manche Therapeuten oder zentrale Aufnahmesysteme behaupten mögen.

Der Grund für das Fehlen solcher Daten ist vermutlich eher die mangelnde Forschung in diesem Bereich als die Tatsache, dass ein solches »Matching« grundsätzlich unmöglich wäre. Wo es an »matched care« (passender Betreuung) fehlt, greift man – wie zum Beispiel in den Niederlanden – auf »stepped care« (stufenweise Betreuung) zurück, indem zuerst geprüft wird, ob leichtere oder billigere Therapieformen ausreichen. Erst wenn diese Interventionen nicht greifen geht man zur nächsten Stufe über. Dadurch geht in vielen Fällen viel Zeit verloren, während die Kosteneffizienz der betreffenden Intervention erst im Nachhinein, wenn mehr Daten vorliegen sichtbar wird. In anderen Ländern (darunter Belgien) wird die Wahl der einzusetzenden Therapieform ganz dem Zufall überlassen. Es besteht also großer Bedarf an Forschungen, die ausweisen welche Interventionen warum und bei wem wirken. Grundvoraussetzung für »matched care« ist in jedem Fall eine korrekte Diagnose. Auch hier gibt es viel Nachholbedarf. Vor allem die Diagnostik von Mehrfach-Diagnosen lässt viel zu wünschen übrig. Ohne gute Diagnostik bleiben behandelbare psychische Störungen unbehandelt, werden psychiatrische Symptome fälschlicherweise dem Drogenkonsum zugeschrieben und wird der Genesungsprozess dieser ohnehin sehr anfälligen Gruppe unnötig verlängert. Gleiches gilt übrigens auch für somatische Beschwerden. Abgesehen von ansteckenden Krankheiten, die aus durchaus berechtigten volksgesundheitlichen Erwägungen viel Aufmerksamkeit erhalten, wird anderen häufig vorkommenden Beschwerden – z. B. Herzfehler infolge des Gebrauchs von stimulierenden Mitteln – kaum Beachtung geschenkt.

Klienten mit Mehrfach-Diagnose sind übrigens nur ein Beispiel der vielschichtigen Zusammensetzung der Gebraucherpoptation. Im Hinblick auf Hilfsfragen, sozial-kulturellen Hintergrund und Gebrauchsformen wird die Drogenszene immer heterogener. Es genügt mittlerweile nicht mehr, »Drogenexperte« zu sein. Genau wie in der Medizin werden sich in Zukunft Teilspezialismen herausbilden: Arbeit mit straffälligen Klienten, Klienten mit Mehrfach-Diagnose, Klienten im Arbeitsprozess... Und wie in der regulären Medizin wird die Herausforderung darin bestehen, auch als »Teilspezialist« den kompletten Menschen mit allen Facetten seiner Problematik zu sehen. In organisatorischer Hinsicht bedeutet dies, dass Zusammenarbeit, Abstimmung und Koordination der Hilfe mehr Gewicht erhalten müssen.

***Es besteht großer Bedarf an Forschungen, die ausweisen welche Interventionen warum und bei wem wirken***

## *Globalisierung und Mobilität*

Globalisierung und Mobilität schaffen ein neues Problem, das für alle Bereiche der Suchthilfe eine enorme Herausforderung darstellt: Immer öfter müssen Klienten behandelt werden, mit denen die Kommunikation schwierig verläuft und für die Drogengebrauch in kultureller Hinsicht eine völlig andere Bedeutung hat. Dass ausgerechnet diese Klienten oft auch große soziale Probleme haben (Obdachlosigkeit, Illegalität, Analphabetismus), erschwert die Betreuung. Außerdem handelt es sich längst nicht mehr um eine «einfache» Migration aus einer bestimmten Region in eine andere wie zum Beispiel die Einwanderung von Arbeiterfamilien aus dem Maghreb in den sechziger Jahren. Deren Problematik konnten wir – jedenfalls teilweise – angehen indem wir maghrebinische Sozialarbeiter anstellten, unseren Mitarbeitern Schulungen über die Berber-Kultur anboten etc. Die heutige Dynamik macht dies unmöglich. Migrationswellen aus den unterschiedlichsten Regionen folgen einander in immer kürzeren Abständen: vietnamesische Bootflüchtlinge, Kriegsflüchtlinge aus Afghanistan und Bosnien, Wirtschaftsasylanten aus Polen und Russland und Straßenmusiker aus Ecuador. Um diese Gruppen angemessen zu betreuen bedarf es einer neuen Methodik die idealerweise im europäischen Rahmen entwickelt werden sollte. So könnten beispielsweise afghanische Flüchtlinge mit Drogenproblemen, die sich in der EU aufhalten, von einer zentralen, auf diese Gruppe spezialisierten Stelle betreut werden. Eine andere Möglichkeit besteht im Einsatz von modernen Kommunikationsmitteln wie Video-Conferencing (Beispiel: ein tschechischer Drogengebraucher wird in einem belgischen Zentrum in Zusammenarbeit mit einem tschechischen Arzt oder Therapeuten betreut, mit denen der Klient einmal wöchentlich über eine Breitbandverbindung Kontakt hat). Das ist längst keine Zukunftsmusik mehr. Derartige »Fernbehandlungen« sind in Finnland bereits üblich, wo Patienten in abgelegenen Gebieten so psychiatrisch betreut werden. Die europäischen Suchthilfe-Netzwerke sollten sich darüber schon jetzt Gedanken machen.

### **StreetWise**

Aartselaarstraat 9  
B 2660 Antwerp  
✉ [streetwise@pandora.be](mailto:streetwise@pandora.be)



**Dr. Hans-Jürgen Hallmann**

## *Suchtprävention als Querschnittsaufgabe in NRW*

**Aus der Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW – ginko erreichte uns der folgende Text, in dem Dr. Hans-Jürgen Hallmann sich mit den Entwicklungen der letzten Jahre und den Planungen für die Zukunft auseinander setzt. Der Beitrag ist sicherlich zu sehen vor dem Hintergrund des Landesprogrammes gegen Sucht, das die Suchtvorbeugung als Querschnittsaufgabe festlegt und dabei die »Förderung von Selbständigkeit und Unabhängigkeit« als Maxime setzt. »Suchtvorbeugung ist weniger auf die Vermeidung von Risiken, sondern eher auf die Erhöhung von Lebenskompetenz, d.h. von Selbständigkeit und Unabhängigkeit orientiert.« Die Landeskoordinierungsstelle hat dabei u.a. die Aufgabe, die Umsetzung dieser Querschnittsaufgabe prozesshaft zu begleiten, Träger zu beraten und auch Projekte zu entwickeln.**

Das Bundesland Nordrhein-Westfalen fördert bereits seit 1980 die Suchtprävention in einem besonderen Maße und verfügt mittlerweile über eine gut ausgebaute Präventionsstruktur. Zu dieser Struktur gehört die flächendeckende Ausstattung der örtlichen Sucht- und Drogenberatungsstellen mit speziellen Prophylaxefachkräften bzw. Fachstellen für Suchtvorbeugung sowie die Einrichtung einer Landeskoordinierungsstelle, die sowohl für die Koordinierung und Steuerung der Präventionsarbeit als auch für die Initiierung und Weiterentwicklung suchtvorbeugender Maßnahmen im Land zuständig ist.

Dementsprechend hat sich Suchtprävention in den letzten Jahren zunehmend professionalisiert und bildet mittlerweile eine wichtige Querschnittsaufgabe. Auf der Grundlage der vorhandenen Struktur soll die Suchtvorbeugung in NRW in den nächsten Jahren aber auch in inhaltlicher Hinsicht qualitativ weiterentwickelt werden.

Die Gesamtheit der suchtpreventiven Maßnahmen haben in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass die Suchtvorbeugung in den unterschiedlichen Bereichen von Bildung, Erziehung und Gesundheit dauerhaft etabliert werden konnte und somit auch stärker ins Bewusstsein der Bevölkerung getreten ist. Es gilt nun diese Aktivitäten kontinuierlich fortzusetzen und dabei aber auch künftige Ziele und Aufgaben in den Blick zu nehmen. Zusammengefasst bedeutet dies für die weitere Arbeit:

- Die Suchtvorbeugung muss auch weiterhin ein »differenziertes Angebot an kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen, suchtmittelspezifischen und suchtmittelunspezifischen Präventionsstrategien für legale oder für illegale Drogen zur Verfügung stellen«, die bedarfsorientiert für »unterschiedliche Ziele bei unterschiedlichen Zielgruppen in unterschiedlichen Settings angewendet werden können« (vgl. SCHMIDT 2003). Um schließlich einen größtmöglichen Erfolg der jeweiligen Maßnahmen sicherzustellen, sind ihre Adressaten nach Möglichkeit sowohl in der Planungsphase als auch in der Realisierungsphase in die Projektarbeit einzubeziehen.
- Die Entwicklung geeigneter Instrumente zum Wirksamkeitsnachweis präventiver Maßnahmen ist zu intensivieren. Voraussetzung dafür ist allerdings die Bereitstellung ausreichender Ressourcen, um sowohl die Wirksamkeit unterschiedlicher Strategien und Strategiekombinationen zu überprüfen als auch verlässliche und passgenaue Evaluationsmethoden zu entwickeln.
- Die Absicherung einer qualifizierten Suchtprävention in den Kreisen und kreisfreien Städten muss auch weiterhin gewährleistet werden. Obwohl Prävention als Aufgabe sowohl der öffentlichen Gesundheitsförderung als auch der Kinder- und Jugendhilfe zu den kommunalen Pflichtaufgaben gezählt werden, obliegt deren Ausgestaltung der kommunalen Selbstverwaltung. Dementsprechend sind die Art, der Umfang und die Qualität der suchtvorbeugenden Leistungen vor Ort häufig abhängig von den regionalen Gegebenheiten. Da hier bislang gesetzliche Regelungen fehlen, läuft die Prävention als vorgeblich »freiwillige Leistung« immer mehr in Gefahr von Streichungen betroffen zu werden. Die Prävention lässt sich aber dauerhaft nur erfolgreich umsetzen, wenn sie als eine langfristig abgesicherte und kooperativ angelegte Gemeinschaftsaufgabe in den Kreisen und kreisfreien Städten verstanden wird.

***Prävention lässt sich dauerhaft nur erfolgreich umsetzen, wenn sie als eine langfristig abgesicherte und kooperativ angelegte Gemeinschaftsaufgabe in den Kreisen und kreisfreien Städten verstanden wird***



Die langjährige Zusammenarbeit der Prophylaxefachkräfte tritt nun in eine neue Phase ein: Projekte in den Regionen werden verstärkt mit dem Focus geplant, Produkte zu entwickeln, die für die Suchtpräventionsarbeit in ganz NRW zur Verfügung gestellt werden können. In diesem Zusammenhang ist es die Aufgabe der Landeskoordinierungsstelle ginko, die entstandenen Produkte landesweit zu vertreiben. Vor diesem Hintergrund werden derzeit von den Prophylaxefachkräften in NRW Materialien zum Einsatz in den Praxisfeldern der Suchtvorbeugung entwickelt:

- ein **Werkkoffer Tabakprävention** befindet sich in der Testphase und soll danach von den Prophylaxefachkräften in ganz NRW eingesetzt werden;
- noch in der Erarbeitungsphase ist der **Werkkoffer Alkoholprävention**, der standardisierte Materialien zur Vorbeugung des Alkoholmissbrauchs für die präventiven Arbeitsfelder Schule und Jugendarbeit enthält.

**Landeskoordinierungsstelle  
Suchtvorbeugung  
NRW – ginko**

Kaiserstr. 90  
45468 Mülheim  
a.D. Ruhr

☎ 02 08-3 00 69 41

☎ 02 08-3 00 69 49

✉ j.hallmann@ginko-ev.de

www.ginko-ev.de

Die Erstellung weiterer Materialien ist vorgesehen. Das Ziel besteht letztendlich darin, den örtlich tätigen Prophylaxefachkräften qualitativ hochwertige Materialien zum Einsatz in den verschiedenen Settings der örtlichen Suchtvorbeugung zur Verfügung zu stellen und damit mit einem geringeren Aufwand gleiche qualitative Standards in den einzelnen Regionen zu erreichen.

All diese Maßnahmen tragen dazu bei, die für viele Bundesländer als Modell dienende Struktur der Suchtvorbeugung in Nordrhein-Westfalen auch weiterhin in qualitativer Hinsicht auszubauen und gleichzeitig die inhaltliche Arbeit fortlaufend den Erfordernissen einer sich wandelnden Praxis anzupassen.

**Dr. Wolfgang Schneider**

## *Quo Vadis Drogenpolitik und Drogenhilfe?*

**Unter dieser Fragestellung setzt sich Dr. Wolfgang Schneider, der Leiter der niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtung INDRÖ e.V., Münster mit dem Schwerpunktthema dieser Ausgabe auseinander. Er tut dies mit dem gewohnt kritischen bis sarkastischen Tenor und benennt aus seiner Sicht die größte Herausforderung in der aktuellen »Roll-Back«-Politik, wie sie sich derzeit in Hamburg zeigt.**

### *Stand der Dinge*

Die Drogenverbotspolitik, der weiterhin gültige Ansatz der Generalprävention über das Strafrecht und der immens aufgeblähte Hilfs- und Verfolgungsapparat konnten bislang ihre Zielbestimmungen nicht erfüllen: den Gebrauch illegalisierter Drogen einzuschränken, Neueinsteige zu verhindern bzw. hinauszuzögern (Nachfragereduktion), den illegalen Drogenmarkt wirksam zu bekämpfen (Angebotsreduktion) und zwanghaft und exzessiv Drogengebrauchenden hinreichend zu helfen.

Trotz einiger sicherlich durchaus positiver drogenpolitischer Veränderungen muss eine ernüchternde Bilanz gezogen werden: Insgesamt gesehen kosten die ganzen angebots- und nachfragereduzierenden Maßnahmen für ca. 0,25 % der Bevölkerung in der BRD jährlich ca. 8 Milliarden Euro mit dem Resultat: Weiterhin hohes Mortalitätsrisiko durch gepanschte und gestreckte Straßendrogen, 2002 1580 an den Begleitumständen des Drogengebrauchs gestorbene Menschen, 2002 über 22.500 erstaufrällige Konsumenten illegalisierter Drogen (ohne das Dunkelfeld, d.h. diejenigen, die nicht aufgefallen sind), Obdachlosigkeit und Kriminalisierungsdruck, ca. 20.000 zwanghaft und exzessiv Drogengebrauchende in Justizvollzugsanstalten, ca. 70 % mit Hepatitis C infizierte Konsumenten, »Junkie-Jogging« als Auflösungsstrategie von Drogenszenen in den Großstädten und Razzien in niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen. Trotz Aufrüstung im weltweiten »Drogenkrieg« gegen die Inkarnation des Bösen schlechthin – »die« Drogendealer, »die« organisierte Rauschgiftkriminalität – konnte keine Einschränkung der Verfügbarkeit von illegalisierten Drogen bewirkt werden. Nur ca. 5 % - 10 % der angebotenen Drogen werden dem illegalen Markt entzogen. Die Mehrheit derjenigen, die sich einer stationären Therapie unterziehen (müssen), sind immer noch sog. »Auflagenklienten« nach § 35ff BtMG. Drogenhilfe hat es weiterhin mit »Drehtüreffekten« (Knast, Therapie, Szene) zu tun und eine längst überfällige Cannabisreformpolitik ist zu Grabe getragen worden.



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

Was bleibt ist ferner, dass Drogenhilfe mit ihren Angeboten bei der gegebenen Gesetzeslage unweigerlich an die Grenze zur Illegalität gerät. Zu denken ist hier an videoüberwachte Bahnhöfe, Razzien in niedrigschwelligen Drogenhilfseinrichtungen (wie in Bielefeld und Bochum geschehen), an die immer noch rechtlich prekäre Situation von Substitutionsärzten und Betreibern niedrigschwelliger Drogenhilfsangebote und Drogenkonsumräume.

## Und wohin geht es nun?

### **Die »Konzeption wirksamer Drogenpolitik in Hamburg« als Beispiel für eine repressions- und abstinenzorientierte »Roll-Back-Politik«**

Ganz aktuell steht für eine durch Legitimationsforschung gestützte Roll-Back-Politik in Drogenhilfe und Drogenpolitik die neue repressions- und abstinenzorientierte »Konzeption wirksamer Drogenpolitik in Hamburg« vom 28.1.03.

- »Das Hilfesystem für Drogenabhängige wird unter Einschluss externer Evaluationsinstrumente einer kritischen Betrachtung unterzogen, die sich im Ergebnis an der Zielsetzung des Ausstiegs aus der Sucht orientieren wird« (S. 1).
- »Das übergeordnete Ziel ist die Bewältigung der Suchterkrankung (Ausstiegsfixierung)« (S.2).
- Es gilt: »alle Härte gegen Dealer« (S.2) und »offene Drogenszenen auflösen, Drogenhandel nachhaltig reduzieren« »durch konsequente Strafverfolgung« (S.4).
- »Bei der Umsetzung des Leitziels ›Ausstieg aus der Sucht‹ wird verstärkt davon ausgegangen, dass drogenabhängige inhaftierte Straftäter ausstiegsorientierten Maßnahmen nicht ohne weiteres ausweichen können und die Therapiebereitschaft durch flankierende Maßnahmen (z.B. durch eine drogenfreie Umgebung) unterstützt werden kann« (S.5).

Erste Maßnahme hier war die Beendigung des Spritzenaustauschprogramms – und dies obwohl sich die gegebene »gute« Versorgungslage mit Sicherheit nicht ändern wird. Die Folgen dürften bekannt sein. Das ganze Verhinderungsarsenal wird gesteuert durch »Die Staatsräte-Lenkungsgruppe Drogenpolitik«, die Umsetzung durch »Die behördenübergreifende Amtsleiterrunde Drogen«.

»Es wird davon ausgegangen, dass alle Zuwendungsempfänger an der Umsetzung dieser Konzeption konstruktiv mitwirken. Gleichwohl werden alle bestehenden Einrichtungen unter Einschluss externer Evaluationsinstrumente einer permanenten kritischen Betrachtung unterzogen. Hierbei wird von folgenden differenzierten Zielvorgaben ausgegangen:

1. Erreichbarkeit für Intervention herstellen (professionelle Anbindung schaffen),
2. Beherrschbarkeit der Suchterkrankung erreichen (Einstieg in den Ausstieg),
3. Bewältigung der Suchterkrankung (dauerhafter Ausstieg aus der Sucht)« (S. 2).

Die Konsequenzen: Niedrigschwellige Hilfen wie Kontaktläden, Spritzenaustausch und Konsumräume werden funktionalisiert: »Um die Kontaktaufnahme zu den Einrichtungen zu erleichtern und die Bereitschaft der Klienten und Klientinnen zu einer weiterführenden Beratung und späteren Suchttherapie herzustellen und zu stärken, werden niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Arbeit geleistet« ... »Hier kann die Zielgruppe zunächst gut erreicht und versorgt werden, um nach erfolgreicher gesundheitlicher und sozialer Stabilisierung in eine weiterführende Maßnahme (z. B. Entgiftung und Therapie) vermittelt zu werden« (S.6).

Neben den hier zu stellenden Fragen, wann denn eine derartige Stabilisierung erreicht sein muss und wer dies festlegt, wird die niedrigschwellige Zugangsmethode hiermit zu einem Instrument der Zuführung drogenabhängiger Menschen in abstinenzbezogene Maßnahmen degradiert. Niedrigschwellige Drogenhilfe verliert ihren Charakter als eigenständiger, jedoch in entsprechenden Kooperationsbezügen zu anderen Teilen des Hilfesystemes stehender Bestandteil des Gesamtsystemes.

Eine derartige Funktionalisierung niedrigschwelliger Drogenhilfsangebote unterminiert den bisherigen inhaltlichen Arbeitsansatz, Drogengebrauch als eine Handlungsform zu akzeptieren, das Selbstbestimmungsrecht der Konsumenten zu wahren, moderierende Entwicklungsbegleitung im Sinne von Empowerment zu leisten, auf den helfenden Appell zur Verhaltensänderung zu verzichten und Maßnahmen zur eigenverantwortlich zu nutzenden Schadensbegrenzung anzubieten. **Diese Roll-Back-Politik ist wohl die wirkliche Herausforderung für Drogenhilfe und Drogenpolitik über 2003 hinaus.**

## *Was passiert nun mit der niedrigschwelligen, akzeptanzorientierten Drogenarbeit?*

Auch niedrigschwellige, akzeptanzorientierte Drogenarbeit, die den Aufbau diversifizierter Hilfsangebote für Drogengebrauchende und eine Veränderung »des« bisherigen Junkiebildes als »defizitäres, krankes und kriminelles Wesen« aus einer anderen Welt vorangetrieben hat, ist inzwischen fast zu einer Art Managerin für öffentlich sichtbare Drogengebrauchsproblematik geworden. Sie steht unter dem Zwang der Selbsterhaltung und Bestandssicherung (siehe Hamburger Konzeption).

Eine wirklich akzeptanzorientierte Drogenarbeit kann es aber unter der weiterhin gültigen Drogenverbotspolitik nicht geben. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit bleibt – thesenhaft formuliert – unter diesen Bedingungen letztendlich Elendsverwaltung, dient der Sozialkosmetik und erhält sich durch ihre inzwischen breit gefächerte Institutionalisierung selbst und wird ihre »Wirksamkeit« nachweisen müssen (siehe Hamburger Konzeption).

***Niedrigschwellige Drogenhilfe verliert ihren Charakter als eigenständiger, jedoch in entsprechenden Kooperationsbezügen zu anderen Teilen des Hilfesystemes stehender Bestandteil des Gesamtsystemes***

**Akzeptanz-orientierte Drogenarbeit hat die Fähigkeit, das Bedrohungspotenzial sichtbarer Drogengebrauchsprobleme zu managen**

Drogenhilfe, ob abstinenzenorientiert oder schadensbegrenzend, wird zum Steigbügelhalter normativ gesetzter Drogenpolitik. Drogenpolitische Äußerungen werden zurück gehalten, die Ängste vor Stellenstreichungen nehmen zu. Die Arbeitsbeschaffungsmaßnahme »Drogenproblem« muss erhalten bleiben. Also spielen auch wir weiter grandios auf der Klaviatur der Problemzuschreibungen, krümmen unseren Rücken und bauen eifrig weiter an Zuschreibungsgefängnissen für unsere »defizitären, kranken, gestörten und behandlungsbedürftigen Klienten«. Der Problemnachschub und die Diskurse darüber werden nicht versiegen.

Erinnern wir uns: Die Entstehung der Drogenhilfe gründet sich auf die Annahme einer Gefahr für Sicherheit, Ordnung und Volksgesundheit durch drogengebrauchende Menschen. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit konnte erst erfolgreich als schadensminimierende Hilfsstrategie durch ihre Fähigkeit, sichtbare Drogengebrauchsprobleme behutsam zu kontrollieren und somit deren Bedrohungspotenzial zu managen, umgesetzt werden. Jetzt soll sie – siehe Hamburger Konzeption – also endgültig funktionalisiert werden.

*So werden wir auch in Zukunft die Probleme verstärken oder gar erst erzeugen, die zu verhindern bzw. »in den Griff« zu kriegen wir versprechen.*

Die gesamte Drogenhilfe und Drogenpolitik erstickt gegenwärtig in Bürokratisierungen, Nationalen Drogen- und Suchträten, systematischen Evaluationen, Qualitätsmanagementabläufen und Standardisierungen, Rechtsverordnungen, inflationären Leitlinien, Eckpunkten für Aktionspläne, Runden Tischen, Ordnungspartnerschaften, Problembearbeitungs- und Ethikkommissionen sowie Lenkungsausschüssen. Dies zeigte sich beispielsweise besonders deutlich bei der rechtlichen Umsetzung von Drogenkonsumräumen und dem Modellprojekt zur staatlich kontrollierten Heroinvergabe.

Die Komplexität des Hilfesystems, die internationalen Gesetze, der amerikanische Drogenkrieg, die therapeutische und sozialpädagogische Machtausübung mit ihrem inzwischen unüberschaubaren Diagnose- und Methodenarsenal (Hochkonjunktur zur Zeit: Motivational Interviewing, In-Take-Gespräche) und die problemdefinierende Wissenschaft stehen zudem einer drogenpolitischen Veränderung entgegen.

Der Gebrauch illegalisierter Substanzen wird also weiterhin moralisch bewertet, präventiv vermieden, therapeutisch, sozialpädagogisch und medizinisch behandelt, juristisch verurteilt und europaweit politisch verwaltet.

Illegalisierung der Substanzen und Kriminalisierung der Konsumenten verhindern im Verbund mit der unaufhebbaren Asymmetrie der Denk- und Handlungssysteme von Konsumenten und Experten grundsätzliche Akzeptanz. Allein schon durch unsere »Helferexistenz« stigmatisieren wir.

Gerade im Zuge einer zunehmenden Roll-Back-Situation in Drogenhilfe und Drogenpolitik besteht Anlass genug, ein Resümee zu ziehen: Die Aufbruchstimmung, die mit der Konzeptualisierung einer akzeptanzorientierten Drogenhilfe verbunden war, weicht mehr und mehr einer verschwommenen Methodisierung, Verbürokratisierung und Entpolitisierung. Eine subtil »verkaufte« Medikalisation der Drogenhilfe und Medikalisation von Sucht sowie Psychiatrisierung (Stichwort: Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke – CMA, Ko-morbidität, multi-morbide Heroinabhängige) tritt immer stärker in den Vordergrund.

*»Das Phänomen Droge ist ein natürliches Phänomen, während das Problem Droge ein kulturelles Problem ist«* (Samorini, G. 2002, S. 114).

Drogenpolitik erweist sich mehr und mehr als Regulierungspolitik eines besonders sichtbaren »sozialen Problems«. Sie ist darauf gerichtet, diese Sichtbarkeit möglichst zu verringern, um den gefürchteten, öffentlichen Problemdruck zu reduzieren. Und ein Außenfeind wird immer mal wieder gerne präsentiert: »Die völlig verantwortungslose Drogenpolitik der Niederlande ist eine der wesentlichen Ursachen für die Versorgung des Drogenmarktes sowie für Drogenelend und Tod in Deutschland« (Bayerns Innenminister Günther Beckstein in der »Bild am Sonntag«, 24.11.02).

Der weiterhin gültige öffentliche Wahrnehmungskokon des Schlechten, Risikoreichen, Bedrohlichen, Gefährlichen bezüglich des Gebrauchs illegalisierter Substanzen verhindert weiterhin eine drogenpolitische Umorientierung. Voraussetzung für eine drogenpolitische Veränderung wäre die repressive Drogenverbotspolitik aufzuheben, um somit »Drogenhilfe« in ihrer gesamten Spannweite der zugeschriebenen Funktionen als Rettungsinstanz zur Befreiung von einem gesellschaftlichen Grundübel und als Wiederherstellungsinstanz von Normalität und Abstinenz zu entledigen. Jedoch: Drogengebrauchshasardeure und die missbräuchliche und süchtige Verwendung von allen Substanzen zur Veränderung des »normalen« Wachzustandes wird es immer geben. Alles was lebensnotwendig und genussorientiert ist, birgt immer auch Risiken: Unvernunft, Unvorsichtigkeit und Fahrlässigkeit in unserer »kaufregenden« und zugleich jammernden Gesellschaft auf hohem Niveau, in der allabendlich die Toyota-Affen verkünden »Nichts ist unmöglich«, das Dionysische wie das Apollinische gehört zum Menschsein und ist integraler Bestandteil gesellschaftlichen Lebens.

***Eine subtil  
»verkaufte«  
Medikalisation  
der Drogenhilfe  
und Medikali-  
sierung von Sucht  
sowie Psychia-  
trisierung tritt  
immer stärker in  
den Vordergrund***

**Dr. Wolfgang  
Schneider**

INDRO e.V.

Bremer Platz 18 - 20

48155 Münster

☎ 0251-60123

☎ 0251-666580

✉ [INDROeV@t-online.de](mailto:INDROeV@t-online.de)

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

**Ingeborg Schlusemann**

# *Die inhaltlichen Anforderungen an die Drogenhilfe der nächsten Jahre*

*Anmerkungen aus der Sicht von akzept e. V.*

**In dem Beitrag, der uns vom Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit akzept e.V. zur Verfügung gestellt wurde, beschreibt Ingeborg Schlusemann als 1. Vorsitzende des Verbandes in acht Punkten die wichtigsten Herausforderungen an Drogenhilfe und Drogenpolitik. Mit dieser Stellungnahme wird auch gleich der Hinweis verbunden, dass akzept e.V. sich jetzt wieder stärker in die drogenpolitische Diskussion einmischen wird.**

## *Vorbemerkung*

Akzept e. V. ist als drogenpolitischer Bundesverband aufgefordert, zu dem Themenkomplex »Herausforderungen der Suchthilfe im Jahre 2003 mit Blick in die Zukunft« Stellung zu nehmen. Wir wollen uns hier darauf beschränken, unseren Beitrag in Form von 8 Thesen darzulegen, wohl wissend, dass damit lediglich die Überschriften benannt sind, nicht die Lösungen. Gleichwohl, so hoffen wir, können wir damit einige Gedanken zum Komplex der *akzeptanzorientierten Hilfe* in diskussionsfähiger Form darlegen.

## *1. Grundsätze akzeptanzorientierter Drogenhilfe*

Der akzeptanzorientierte Ansatz in der Drogenhilfe wird heute in einem hohen Maße den »niedrigschwelligen Einrichtungen« der Drogenhilfe zugeordnet. Gleichwohl ist aus unserer Sicht dieser Ansatz mehr als eine »Technik« im Umgang mit Drogenabhängigen: Er spielt sich primär im Kopf ab, in der Grundeinstellung zu den zu betreuenden Menschen, in der *Haltung* und Zielrichtung, die die Hilfe einschlägt. Ach-

tung vor der Autonomie der Drogenabhängigen, vor ihrer Selbstbestimmtheit, davor, dass ihre Rechte nicht durch ihre Abhängigkeit an sich eingeschränkt werden dürfen sowie die Grundannahme, dass an Stelle einer ab- und ausgrenzenden Politik und Hilfe der »Dialog zwischen unterschiedlichen Werten und Lebensstilen treten muss«<sup>1</sup>, sind Grundsätze, die unabhängig von der Hilfeform Geltung haben. Sie bedürfen der weiteren *konkreten* Diskussion und Entwicklung im Kontext der Drogenhilfe und Drogenpolitik.

<sup>1</sup> Internetseite Akzept: [www.sinnflut.de/akzept/](http://www.sinnflut.de/akzept/)  
hier: Ziele; 2: Alles akzeptieren?

INDRO fasst die inhaltlichen Voraussetzungen akzeptanzorientierter Drogenarbeit wie folgt zusammen:

1. Anerkennung der Ambivalenz einer jeden Droge, d.h. Anerkennung der Tatsache, dass jede Droge ihre positive und negativ-schädliche Seite hat;
2. Gelassenheit gegenüber der dynamischen und auch diskontinuierlichen Entwicklungsmöglichkeit auch bei zwanghaft und exzessiv Gebrauchenden;
3. Verzicht auf den Appell zur sofortigen Verhaltensänderung und auf übermäßige Strukturierung des Kontaktverlaufs;
4. Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts von Drogengebrauchenden bezüglich Intensität, Richtungsverlauf und Verbindlichkeit der Kontakte;
5. Aufhebung der Degradierung von Drogengebrauchern als Objekte klinisch-kurativer Strategien der Persönlichkeitsumwandlung (Verzicht auf methodisierende Klientelisierung und Unterstellung genereller Behandlungsbedürftigkeit);
6. Akzeptanz des drogenbezogenen Lebensstils, jedoch keine »Verbrüderung« und kein Einlassen auf dramatisierende, mitleidserheischende Selbstdarstellungen;
7. Verzicht auf Instrumentalisierung und Vermeidung eines sozialpädagogischen Opportunismus durch Herstellung eines ausgeglichenen Verhältnisses zwischen Nähe und Distanz.

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

## 2. Drogenpolitischer Entwicklungsbedarf

Nimmt man die Grundannahmen der Akzeptanz als Basisorientierung auch in der Drogenpolitik, so folgt darauf in mehrfacher Hinsicht ein deutlicher Weiterentwicklungsbedarf der Bundesdrogenpolitik:

- Die Cannabispolitik der rot-grünen Bundesregierung hat sich – trotz anderslautender Ankündigungen vor der Wahl – nicht wesentlich verändert, tritt auf der Stelle. Legalisierungsmodelle werden nach wie vor tabuisiert und auch Entkriminalisierungsmodelle nur halbherzig auf rechtlicher Ebene konkretisiert. Die Ziele der Akzept-Cannabiskampagne ([www.diecanabiskampagne.de](http://www.diecanabiskampagne.de)) bleiben somit aktuell.
- Nicht nur im Bereich von Cannabis sind Alternativen zu der rein prohibitionsorientierten Drogenpolitik zu entwickeln. Es geht letztlich nicht um die eine oder andere Substanz sondern um ein *grundsätzliches* Umdenken und –orientieren: Die Kriminalisierung der Drogengebraucher/-innen produziert für sie in vielfältiger Weise lebens- und gesundheitsgefährdende Grundlagen. Harmreduction-Strategien versuchen oftmals letztlich nichts anderes, als die drogenpolitikinduzierten Risiken und Schädigungen einzugrenzen.



**Akzeptanz- und schadensminderungsorientierte Angebote werden häufig für verzichtbar gehalten und fallen zuallererst dem Rotstift zum Opfer**

- Auch heute existiert aus teilweise opportunistischen, teilweise ideologischen Gründen in der Bundesdrogenpolitik ein Primat der »Abstinenzorientierung«. So wünschenswert es aus einem abstrakt-menschlichen Blickwinkel heraus ist, dass Menschen eine Sucht überwinden, ist es für viele hunderttausende von Drogengebrauchern/-innen tägliche Realität, dies nicht, nicht mehr oder noch nicht leisten zu können oder zu wollen. Die Weiterentwicklung der Drogenhilfe hat diese Realität zu berücksichtigen und neue Hilfe- und Stützungsangebote nicht (mehr) einseitig dem Abstinenz-Paradigma unterzuordnen. – Dieser an sich seit Jahren etabliert geglaubte Grundsatz ist heute erneut gefährdet: In Zeiten leerer kommunaler Kassen wird nicht nur der Umfang der Drogenhilfeangebote radikal zusammengestrichen, sondern auch ihre Orientierung: Akzeptanz- und schadensminderungsorientierte Angebote werden offenbar häufig (wieder) für verzichtbar gehalten und fallen zuallererst dem Rotstift zum Opfer.
- Auch im Bereich der *Suchtprävention* bleibt die bundesdeutsche Drogenpolitik der Fiktion des »absolut drogen- und rauschfreien Menschen« weitgehend treu. Abstinenz als Zielleitungsbegriff steht den meisten Präventionsprogrammen vor, sekundärpräventive Programme können häufig genug keine realistischen Ziele formulieren: Leben lernen mit Drogen – analog dem »Leben lernen mit Alkohol« – ist (drogen)politisch immer noch nicht offiziell formulierbar.

### 3. »Restrisiko« Rechtsrisiken

Ein weiterer zentraler Punkt bundesdeutscher Drogenpolitik ist ihre Weigerung, rechtliche Rahmenbedingungen für die Mitarbeiter/-innen der Drogenhilfe zu schaffen, die sie nicht »mit einem Bein im Knast« arbeiten lassen (§ 29.1. diverse BtMG z. B.). Der Prozess gegen die Kollegen in Bielefeld hat deutlich gezeigt, dass drogenpolitisch reaktionäre Staatsanwaltschaften sehr wohl in der Lage sind, aus der bestehenden Rechtslage Strafverfolgung und Verurteilung herzuleiten in Arbeitsbereichen, -bedingungen und -ansätzen, die deutschland- und europaweit fachlicher Standard sind. Es kann nicht angehen, dass in den politisch *gewollten* Arbeitsbereichen der Drogenhilfe deren Mitarbeiter/-innen potenziell stets von Strafverfolgung bedroht sind! Und Beteuerungen wie die des NRW-Justizministers Gerhards, er sehe weder »juristische Grauzonen« noch »Anlass, an der geltenden Rechtslage etwas zu ändern«<sup>2</sup> deuten entweder hin auf seine Ahnungslosigkeit oder aber auf den Unwillen der derzeitigen Politik, die Problematik überhaupt als reformbedürftig zu deuten.

Der Prozess gegen die Kollegen der Bielefelder Drogenberatung hat aber ebenso deutlich gemacht, *dass auch die Polizei* da, wo sie moderne, offene Drogenhilfekonzepte mitträgt und gestaltet, von Strafverfolgung bedroht ist. Die Versuche einiger Staatsanwaltschaften, polizeiliche Arbeit im Bereich von Drogenszenen wieder »einzunorden« auf blinde Strafverfolgung und Repression, müssen als anachronistisch

2

Die Welt:  
Generalstaatsanwalt  
prüft Bielefelder  
Justiz-Eklat,  
27. 3. 2003

und reaktionär eingestuft werden. Gleichwohl müssen auch diese staatsanwaltschaftlichen Feldzüge eingegrenzt werden durch entsprechend zu reformierende Rechtsvorschriften.

Ob weiterhin vor dem Hintergrund der massiven Rechtsunsicherheit besonders im Bereich der niedrigschwelligen Arbeit die Etablierung und der (weitere) Ausbau von »Druckräumen« empfohlen werden kann, ist in unserem Verband offen gestanden umstritten. Klar ist: Diese Angebote sind unverzichtbar. Klar aber auch, dass trotz der in NRW bestehenden Betriebserlaubnis für Drogenkonsumräume nach Einschätzung vieler Rechtsexperten Rest-Rechtsrisiken bestehen bleiben.

## *4. Der Pferdefuß der neuesten Fassung der BUB-Richtlinien*

Die Substitutionspolitik in Deutschland hat durch die BUB-Richtlinien in der neuesten Fassung eine erfreuliche Wendung genommen, indem die Krankenkassen sich nunmehr nicht mehr »herausmogeln« können aus der Finanzierung von Substitutionsbehandlungen auch dann, wenn sie keine Komplementärbehandlungen bei primären anderen Erkrankungen sind (oder interpretiert werden). Allerdings teilt *akzept e. V.* die Sorgen vieler Praktiker, dass die neuen Richtlinien sowohl auf der Ebene der datenschutzrechtlichen Bestimmungen als auch der bürokratischen Anforderungen für die Vergabe in der ärztlichen Praxis eher belastend und somit abschreckend sind. Vollends problematisch werden sie dort, wo die »psychosoziale Begleitbehandlung« in bisher nicht gekanntem Maße für obligatorisch erklärt, sich andererseits nicht darum schert, wie die Drogenhilfeeinrichtungen diesem zu erwartenden Ansturm personell gewachsen sein sollen.

*akzept e. V.* bleibt gegenüber der in der jetzigen Form bundesweit etablierten Substitutionspraxis in zweifacher Hinsicht skeptisch: Die »Medizinisierung« dieser Hilfe schreitet voran, die Definierung eines ganzen Arbeitsbereichs durch Normen, Handlungsgrundsätze und Zielorientierungen der Ärzteschaft nimmt deutliche Konturen an; sozialpädagogische Ansätze werden marginalisiert; Selbsthilfe kommt gar nicht mehr vor. Niedrigschwellige Substitution verliert im Dschungel qualitätsmanagementgestählter Zielehierarchien (die im Wesentlichen dann doch wieder lediglich auf Abstinenz rekurrieren) die Verwurzelung, die sie – zumindest regional – hatte. Der andere Punkt von Skepsis bezieht sich auf die heroingestützten Substitutionsprogramme, die in ihrer Anlage in Deutschland (»Arzneimittelstudie...«!), verglichen mit anderen Ländern, in denen Originalstoffvergabe erprobt wird und wurde, überproportional aufwendig, teuer, bürokratisch und für die Klienten wenig attraktiv sind. *akzept e. V.* tritt seit seiner Gründung für Originalstoffvergabe ein als ein Mittel, Drogenabhängige aus der verelendenden Macht des Schwarzmarkts heraus zu lösen, ist aber skeptisch, ob die jetzige Anlage des Forschungsprogrammes nicht eher die flächendeckende Ausweitung verhindern wird.

***Was sich auf dem Papier gut liest, führt in der Praxis zu überbordender Bürokratie und personellen Engpässen***



## 5. Neue Glaubensfragen

Ein weiterer Punkt, der hier wie alle anderen auch nur angedeutet werden kann, ist die »Ver-Professionalisierung« der Drogenhilfe, die sich u. a. ausdrückt in einer komplexen Metasprache und Methodengläubigkeit. »Qualitätsmanagement« wird von einem Instrumentenkasten zu einer alles dominierenden und ideologisierenden Glaubensfrage, Klienten/-innen zu Objekten therapeutischer Begierden. Selbsthilfe ist nur dann gefragt, wenn sie abstinentorientiert ist, »renitente« Junkies werden flugs etikettiert, definiert, subsumiert. Auch diese hier umrissene – und zugegeben nicht überall vorherrschende – Sicht und Haltung ist ebenfalls Ausdruck davon, dass akzeptanzorientiertes Denken und Handeln im Bereich der Drogenhilfe keineswegs ausreichend als Haltung »etabliert« ist. Weitere Anstrengungen werden hier nötig sein, auch und gerade im Bereich der Schulungs-, Aufklärungs- und Bildungsarbeit unseres Verbandes. Unser Verband wird sich künftig – wie in der Vergangenheit auch – zu Wort melden mit Vorschlägen für die Definition der heute – wie beschrieben – so zentralen Begriffe wie »Qualitätsmanagement«, »Finanz-, und Strukturstandards«, »psycho-soziale Behandlung« etc.

**Akzeptanz-orientiertes Handeln und Denken hat gegen Methoden-gläubigkeit und Ideologisierung zu kämpfen**

## 6. Nicht »more of the same« sondern neue Impulse und Ideen

Es erscheint reichlich deplaziert, von einem weiteren *Ausbau* des Hilfesystems zu sprechen in Zeiten, in denen der *Abbau* munter voranschreitet. Das Hilfesystem bedarf ganz sicher nicht nur des quantitativen Ausbaus auf der Ebene des »more of the same« sondern neue Impulse und Ideen. Dies bezieht sich auf die

- Organisationsform der Drogenhilfe (Stichwort: Selber demokratisch kontrollierte regionale Verbände schaffen statt von öffentlichen Gesundheitsdiensten vereinhellicht zu werden). Dies bedarf der Intensivierung der Zusammenarbeit mit anderen Verbänden, der Suche nach Bündnis-, und Kooperationspartnern – unter dem Aspekt »Gemeinsames und verbindendes zu fokussieren« und danach zu handeln, ohne dabei essentielle Bestandteile aufgeben zu müssen (ein Ergebnis dieser Haltung wurde im Mai auf dem FDR-Kongress umgesetzt – Akzeptanzmitglieder bieten in Zusammenarbeit mit dem FDR eine Arbeitsgruppe zu den juristischen Problemstellungen der MitarbeiterInnen in der Drogenhilfe an).
- Finanzierungsmodelle (die nicht mehr ausschließlich auf die Einbahnstraße »staatliche Finanzierung« angewiesen sind)
- »neuen Drogen«, wo akzeptanzorientierte Ansätze entwickelt, erprobt und – leider ist dies bereits Realität – verteidigt werden müssen,
- Suchtforschung, wo Ansätze eingefordert und erprobt werden müssen, die eine Verschränkung von Suchtforschung und Suchtpraxis vorsehen (statt eine gegenseitige Abgrenzung),

- Orientierung auf Drogenpolitik, die die in den letzten Jahren stark angewachsene gegenseitige Ausschließlichkeit von Drogenhilfe und Drogenpolitik (wieder) aufhebt. *akzept e. V.* ist von seinen Wurzeln her ein *drogenpolitischer* Verband: Wir mischen uns da wieder ein!!

## 7. Versuch einer visionären These

Es ist sicherlich schwierig, zuletzt eine visionäre These zu formulieren, die alles Gesagte und noch viel mehr zusammenfasst in einem knappen Satz. Versuchen wir unser Fazit so zu formulieren:

Gerade und besonders in Zeiten leerer Kassen, radikaler Abholzungen ganzer Hilfesysteme und -strukturen (wie z. B. zuletzt noch im Kreis Warendorf) besteht die große Gefahr, dass das Drogenhilfesystem verkommt zu einem System, das Drogenabhängigkeit und -abhängige nur noch verwaltet, öffentliche Ordnung und kostengünstigste Minimalbehandlungen zu Leitzielen entwickelt. Wir, DrogenarbeiterInnen und Selbsthilfe, müssen demgegenüber unsere Kompetenz (ein)setzen: Dass die Drogenhilfe ausgebaut wird als ein Hilfesystem, in dem die drogenabhängigen Menschen mit ihren Bedürfnissen, ihren Möglichkeiten, ihren Grenzen, ihrem Willen im Mittelpunkt der Anstrengungen stehen.

***Es besteht die Gefahr, dass Drogenabhängige verwaltet und die öffentliche Ordnung und Minimalbehandlung zu Leitzielen werden***

## 8. Notwendigkeit der fortwährenden politischen Auseinandersetzung

In den letzten Jahren hat sich der akzeptanzorientierte Gedanke in der Drogenarbeit in Deutschland stark verbreitet. Dies hat zu neuen Ansätzen in der praktischen Arbeit geführt. Beispiele hierfür sind Gesundheitsräume, Heroinstudien, ein verbesserter Zugang zur Substitution etc. Diese Ansätze stehen aber erst am Anfang. Sie müssen kritisch evaluiert, begleitet und weiterentwickelt werden. Die Weiterentwicklung bedürfnisnaher Konzepte und der Ausbau der Selbsthilfe erfordert eine fortwährende politische Auseinandersetzung mit der Drogenpolitik in Deutschland. Die Legalisierung des Drogenkonsums, die Entkriminalisierung der Konsumenten und die rechtliche Bedrohung von Drogenarbeitern wird im Vordergrund unserer politischen Verbandsarbeit stehen

Drogenarbeiter, Drogenarbeiterinnen und Selbsthilfe müssen ihre Kompetenz und Erfahrung einsetzen, dass die Drogenhilfe sich entwickelt zu einem sozialen Unterstützersystem, in dem drogenabhängige Menschen mit ihren Bedürfnissen, ihren Möglichkeiten, ihren Grenzen, ihrem Willen im Mittelpunkt der Anstrengungen stehen.

**Geschäftsstelle  
Südwestkorso 14**  
12161 Berlin  
☎ 030 - 8 22 28 02  
☎ 030 - 8 22 28 02  
✉ [akzeptbuero@yahoo.de](mailto:akzeptbuero@yahoo.de)

**Frauke Schwarting**

# *Geschlechtsdifferenzierung in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe – eine bleibende Herausforderung*

**»Sucht hat immer eine Geschichte« heißt ein Slogan aus der Suchtpräventionsarbeit; und wir ergänzen: die Geschichten sind Geschichten von Männern und Frauen. Als Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW (eine bundesweit einmalige Einrichtung dieser Art) haben wir den Auftrag, diesen Fokus quer durch die komplexe Drogen- und Suchtkrankenhilfe hindurch zu verfolgen. Im Hinblick auf aktuelle Herausforderungen sollen einige Aspekte skizziert werden.**

## *Zahlen über Zahlen – und viele blinde Flecken*

Die 90er Jahre brachten der Drogen- und Suchtkrankenhilfe eine Welle von Datenerhebungen, Einführung von Dokumentationssystemen und Forschungsarbeiten. So problematisch dies hinsichtlich der Arbeitsbelastung der PraktikerInnen und z. T. auch der Anonymität und Prozessuralität von Beratungs- und Behandlungsprozessen sein mag, so macht es auch Voraussetzungen gezielterer Differenzierungen von Versorgungsbedarf und der Nutzung von Angeboten für Frauen deutlicher und unübersehbarer, als es den engagierten Praktikerinnen bisher gelang. So weisen schon die statistischen Daten z.B. der jährlichen Suchthilfestatistik für Deutschland auf eine Reihe von Unterschieden hin, die zu einer genaueren Untersuchung und Berücksichtigung für das Hilfesystem anregen. Etwa:

- Dass Frauen Angebote des Hilfesystems weniger gemäß ihrem Anteil an süchtigen Frauen nutzen als Männer, vor allem in der stationären Entwöhnungsbehandlung.
- Dass mehr suchtmittelabhängige Frauen als Männer mit ihren Kindern leben und ein nicht geringer Anteil alleinerziehend ist<sup>1</sup>.
- Dass Abbruchquoten seitens der Klientinnen (außer bei Alkoholdiagnose) viel höher ausfallen als bei Männern.
- Dass die Häufigkeit zusätzlicher sogenannter psychiatrischer Diagnosen<sup>2</sup> (auch hier abgesehen von der Alkoholdiagnose) enorm viel höher liegt.
- Dass Frauen hinsichtlich Möglichkeiten der beruflichen Integration weniger Ausbildungsabschlüsse und weniger Arbeitserfahrungen mitbringen.

<sup>1</sup> Allein schon bei den vom Hilfesystem bereits erreichten Müttern liegt der Anteil bei Alkoholdiagnose bei 13 %, bei Opiatdiagnose bei 12 % und bei Kokaindiagnose bei 11 %.

<sup>2</sup> Solche Diagnosen sind durchaus auch kritisch einzuschätzen, da sie die Gefahr bergen, die Betroffenen vorschnell als psychisch krank zu labeln. Aber dieser Aspekt kann hier nicht diskutiert werden.

Trotz geschlechtsspezifischer Erhebung zeigen sich eine Reihe spezifischer Unterschiede jedoch – auch am Beispiel der Suchthilfestatistik – erst in den vollständigen Originaldaten, weniger in der zusammengefassten Präsentation. In Katamnesen allerdings finden sich geschlechtsspezifische Auswertungen oft nur in »Spurenelementen«. Insgesamt fällt auch der allgemeine Mangel an qualitativen Forschungen zur »KundInnenzufriedenheit« auf, die sicherlich ganz andere Aspekte und Unterschiede beleuchten könnten. So brachte eine von uns durchgeführte Befragung von Männern und Frauen mit Therapieerfahrung zur subjektiven Einschätzung und Zufriedenheit mit Therapievorbereitung und Drogentherapie<sup>3</sup> verblüffende Ergebnisse. So fühlten sich 58 % der Männer, aber nur 33 % der Frauen durch ihre Drogenberatungsstelle gut auf die Therapie vorbereitet; bei einem erneuten Therapieantritt würden 63 % der Männer, aber nur 36 % der Frauen wieder in die gleiche Einrichtung gehen. Solchen Ergebnissen müsste für die Reflektion und Verbesserung der Beratungs- und Behandlungsstrategien dringend nachgegangen werden.

---

3 Landesstelle Frauen & Sucht Nordrheinwestfalen: Blitzlichter: eine kleine Studie zu geschlechtsspezifischen Aspekten von Therapievorbereitung und Therapiezufriedenheit. Essen, 2002

## *Ein Schritt vor und zwei Schritte zurück? Zur Implementation frauenspezifischer Aspekte von Sucht in die Hilfsangebote*

Ins Auge fällt die Ungleichzeitigkeit der Entwicklungen: In Deutschland gibt es seit zwei Jahrzehnten Arbeitserfahrungen mit spezialisierten praktischen Angeboten an Frauen und rege Fachdiskussionen.<sup>4</sup> In NRW werden seit Bestehen der Landesfachstelle Frauen & Sucht die Fortbildungsveranstaltungen rege besucht, es gibt im Land zehn Arbeitskreise Frauen & Sucht. Das Landesprogramm gegen Sucht NRW beschreibt ein eigenes Kapitel »geschlechtsspezifische Differenzierung«. Doch diese Erfolge und Anregungen stehen in einer Diskrepanz zu den Selbstverständlichkeiten in den allgemeinen Angebots- und Hilfekonzeptionen, es fehlt also noch an der sogenannten »Implementation«. Diese ist und bleibt eine fachliche Herausforderung, die aber zu ihrer Annahme in größerem Rahmen offensichtlich der Steuerung bedarf: Während schon länger bestehende Angebote, die Frauen gezielt ansprechen meist auf das individuelle Engagement einzelner Kolleginnen zurückgehen, regte erst die »erweiterte Grundförderung im Rahmen frauenspezifischer Angebote« des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie erfolgreich viele landesgeförderte Beratungsstellen zur Entwicklung von Angeboten an. Dass der Prozes der Implementation so langsam verläuft, ist eigentlich erstaunlich angesichts der Tatsache, dass auch viele andere Entwicklungen zeigen, wie wichtig es ist, Unterschiede in den Lebenskontexten, Konsum- und Suchtentwicklungen ernstzunehmen um die Betroffenen zu verstehen und zu erreichen. Die Vervielfältigungen gängiger Substanzen, Lebenslagen und Lebensstile machen es schwerer, von »typischen Abhängigen« zu sprechen. Auch die Konfrontation von Beratungsstellenarbeit mit stärker konsumierenden aber nicht immer schon Süchtigen, erfordert mehr Kontextbezogenheit und

---

4 Vgl. z.B. den Überblick bei Franke/Winkler und die Dokumentation der Fachtagung Frauen und Sucht »Ungeschminkt« 2002



Problemoffenheit, die auch geschlechtsspezifische Lebenszusammenhänge deutlicher in den Blick geraten lassen müssten.

## *Verschiebungen von der Frauenspezifik zur Geschlechtsspezifik: der »Gender«-Blick*

Die Auseinandersetzungen um frauenspezifische Bedarfe haben anscheinend den Eindruck hinterlassen, es gehe um etwas Zusätzliches, Besonderes neben dem Allgemeinen, Normalen. Das hat sich im Hilfesystem mit der Haltung reproduziert ausschließlich zusätzliche Angebote zu machen, statt die üblichen Angebote für Frauen und Männer geschlechtsspezifisch konzeptionell zu durchdenken. Die klassische Antwort auf die Anfrage nach frauenspezifischer Arbeit ist bis heute häufig die Einrichtung einer zusätzlichen »Frauengruppe« neben dem unberührt weiterlaufenden »normalen« Standardangebot der jeweiligen Einrichtung. Von den Sozialwissenschaften kommt hier eine anregende Entwicklung, die auch eine Herausforderung an die fachliche Arbeit der Drogen- und Suchtkrankenhilfe darstellt: Man geht dazu über, nicht mehr nur die »Frauenspezifik« zu bestimmen, sondern den Blick auf »Gender« (»das soziale Geschlecht«) von Frauen und Männern zu richten. Das bedeutet praktisch, die Bedingungen und Anforderungen, die Verarbeitungen, Lebenskontexte, Themen usw. beider Geschlechter zu benennen und zu berücksichtigen. Das würde also heißen, nach den suchteingebundenen bzw. suchtrelevanten Lebensaspekten von Frauen und Männern zu fragen und Fragen und Folgerungen auf allen Ebenen von Angebotsentwicklungen und Ebenen des Hilfeangebotes einzubeziehen. Diese Blickrichtung wird auch von der politischen Strategie des »Gender-mainstreamings« unterstützt, die auch Eingang in die Gesundheitsförderung findet.<sup>5</sup> Sie bedeutet, »bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, dass es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt« (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 5). Im Grunde liegt auch im Landesprogramm Sucht NRW diese Perspektive schon zugrunde: Es sei »notwendig, Prävention und Hilfen insgesamt verstärkt auch an den spezifischen Lebenszusammenhängen und Lebenssituationen von Mädchen und Frauen sowie Jungen und Männern auszurichten« (19). Geschlechtsdifferenzierung als Querschnittsthema ernst zu nehmen und Männerspezifik überhaupt erstmal fachlich zu bestimmen und in die Arbeit zu integrieren ist somit eine spannende neue Herausforderung.

**Die klassische Antwort auf die Anfrage nach frauenspezifischer Arbeit ist bis heute häufig die Einrichtung einer zusätzlichen »Frauengruppe« neben dem unberührt weiterlaufenden »normalen« Standardangebot**

5

Eine gute Einführung bietet Stiegler

## *Zusammenhänge des Lebens und Begrenzen der Hilfesysteme: Das Beispiel Muttersein und Sucht*

Die Perspektive und die Möglichkeiten eines Hilfesystems sind trotz zunehmender Ausdifferenzierungen nicht selten zu eng, um das Nötige zu tun und manchmal sogar es überhaupt zu sehen. Nicht umsonst entstand in der Sozialen Arbeit die Strategie des »Case-Managements«. Auch in der Drogen- und Suchtkrankenhilfe stellt das ein Problem dar – etwa hinsichtlich der Kooperationen zur Integration in den Arbeitsmarkt nach einer Entwöhnungsbehandlung oder der Zusammenarbeit mit anderen Behandlungseinrichtungen z. B. bei Komorbidität usw. Ein prägnantes aktuelles Beispiel aus der Beratungsarbeit findet sich im Arbeitsfeld suchtmittelabhängiger Schwangerer und Mütter. Wenn sie sich überhaupt gleichzeitig als Mütter und Suchtmittelabhängige zeigen, erleben sie oft Stigmatisierungen, Überreaktionen wegen Überforderungen oder sich widersprechende Orientierungen und Vorgaben aus den verschiedenen Hilfesystemen – die jeweils nur für einen Aspekt der Gesamtsituation zuständig sind. In dem Modellprojekt »Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern« VIOLA, das vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie finanziert und von der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW begleitet wurde, konnte neuen Möglichkeiten nachgegangen werden. Initiiert von engagierten MitarbeiterInnen aus verschiedenen Hilfesystemen entstand eine Kooperationsvereinbarung, die der Verzahnung von Drogenhilfe, Jugendhilfe und Krankenhäusern den Weg ebnete, Voraussetzungen und gemeinsame Richtlinien klärte und ein durchschaubares Verfahren von Verantwortlichkeiten und Austausch (z. B. durch HelferInnenkonferenzen, Einigung auf Basiskriterien) entwickelte. Nach mehreren Jahren Erfahrungen damit in Essen wird deutlich, dass hier ein gangbarer Weg liegt, der eine verantwortungsvolle und wirkungsvolle Begleitung von drogenabhängigen schwangeren Frauen und Frauen mit Kindern ermöglicht, von Moralisierung weg zu Handlungsmöglichkeiten führt und nicht zuletzt durch den nötigen Austausch zu Lernerfahrungen für die MitarbeiterInnen der beteiligten Hilfesysteme führte.

### *Ausblick*

Man kann den Slogan »Sucht hat immer eine Geschichte« auch auf das Hilfesystem selbst anwenden: Auch die Drogen- und Suchtkrankenhilfe hat eine Geschichte. Und das heißt, dass historische und politische Kontexte damit zu tun haben, welche Aspekte des komplexen Geschehens einer Suchtentwicklung und der Lebenskontexte der Betroffenen in den Definitionen, Bedarfsanalysen und Versorgungsangeboten sichtbar und fachlich diskutierbar werden und praktische Berücksichtigung finden. Wir betrachten es als eine Herausforderung für die Suchthilfe, eine Geschlechterdifferenzierung, die fachlich fundiert ist und gesellschaftliche Kontexte berücksichtigt, zu einem festen Teil dieser Geschichte zu machen.

**Landesfachstelle  
Frauen & Sucht NRW,  
BELLA DONNA**

Kopstadtplatz 24-25

45127 Essen

☎ 02 01 - 2 08 20

✉ belladonnaessen@aol.com

**Hans Dupont**

## *Genieße nicht in Maßen, sondern in vollen Zügen*

**Mit aus seiner Sicht drei bestehenden Herausforderungen an die Suchtprävention auch im deutsch-niederländischen Zusammenhang setzt sich der Kollege Hans Dupont vom CAD Limburg in Venlo im folgenden Text auseinander. Hans Dupont plädiert für Kreativität, gegen Bürokratie und Einengung und fordert auf zu einem größeren professionellen Selbstbewusstsein der Präventionskräfte.**

In meiner Funktion als Präventionsmitarbeiter des CAD Limburg wurde ich gebeten, meine Vision der Zukunft der Suchthilfe zu formulieren. Die Frage, zu der ich mich äußern soll, lautet: Vor welcher Herausforderung steht die Suchthilfe im Jahre 2003 und danach? Um es mir etwas leichter zu machen, werde ich mich auf die Suchtprävention beschränken. Außerdem werde ich mehr als nur eine Herausforderung nennen sondern gleich drei, die für die Alkohol- und Drogenprävention gelten. Dabei werde ich auf Aspekte eingehen, die meiner Meinung nach an beiden Seiten der deutsch-niederländischen Grenze eine Rolle spielen und die auch eine Herausforderung für die Zusammenarbeit in den nächsten Jahren darstellen. Dieser Artikel spiegelt meine persönliche Meinung wider.

### *Sachlich begründeter Widerstand gegen die Bürokratie*

Vor gut zehn Jahren wurde in der Suchtprävention der Ruf nach mehr Rechenschaftslegung gegenüber Subventionsgebern laut. Unter dem Vorwand der Schaffung von mehr organisatorischer Transparenz wurde kreativen Präventionsmitarbeitern allmählich ein administrativer Mühlstein auf die Schultern geladen. Im widerständigen Praxisalltag – und jeder, der einmal praktische Präventionsarbeit geleistet hat wird dies bestätigen – lässt sich jedoch nur schwer vorhersehen, was in der nächsten Woche oder gar im nächsten Jahr passieren wird. Nichtsdestotrotz erwartet

man von uns, dass wir uns stets flexibel auf sich ändernde Trends im Substanzgebrauch einstellen. Natürlich ist die Arbeit mit Arbeitsplänen und Stundenverantwortung eine gute Sache. Dabei muss aber genügend Spielraum für unvorhergesehene Entwicklungen bleiben. Die Jugendkultur – mit der sich Präventionsmitarbeiter naturgemäß viel befassen – ist dynamisch. Damit Suchtprävention Aussicht auf Erfolg hat, muss deren Planung in gewissem Maße auch die Unvorhersehbarkeit der Zielgruppe widerspiegeln.

Darum dürfen Arbeitspläne und Stundenverantwortung nicht voll gestopft werden sondern müssen Spielraum für kreative Lösungen lassen. Die Berliner Mauer – und damit die Ostblock-Bürokratie – ist gefallen. Lassen wir sie nicht an anderer Stelle wieder aufbauen. Oder anders gesagt: Arbeiten wir nicht daran mit, dass Geldgeber einen neuen bürokratischen Moloch kreieren sondern widersetzen wir uns dieser Entwicklung mit sachlichen Argumenten.

***Schutz vor einem neuen bürokratischen Moloch durch sachliche Argumente***

## *Voneinander Lernen fordert von beiden Seiten eine offene, lernwillige Haltung und nicht das Wiederkäuen alter Weisheiten*

Beim Erfahrungsaustausch zwischen deutschen und niederländischen Partnern fällt mir immer wieder auf, dass erstere oft eine geradezu «undeutsche» Haltung an den Tag legen: »Bei euch ist ohnehin alles besser«. Niederländer nehmen diese Vorlage dann gerne an mit den Worten: »Ja, das stimmt. Wenn ich sehe, unter welchen Bedingungen ihr arbeiten müsst...«. Meines Erachtens ist das eine falsche Grundhaltung auf beiden Seiten. Deutsche müssten auf ihre Produkte eigentlich viel stolzer sein gerade weil sie oft unter ungünstigeren Bedingungen zu Stande gekommen sind. Niederländer sollten andererseits mehr Bereitschaft zeigen von den deutschen Partnern zu lernen. Allzu oft wird Zusammenarbeit als eine Art veredelte Entwicklungshilfe angesehen. Außerdem sollten niederländische Suchthilfemitarbeiter etwas bescheidener auftreten, kennzeichnet sich die niederländische Drogenpolitik der letzten Jahre doch vor allem durch ein Phänomen, das Experten »bremsenden Vorsprung« nennen. Wirklich Aufsehen erregende Initiativen hat es im letzten Jahrzehnt kaum gegeben.

Wer glaubt, bereits alles zu wissen, kann kaum etwas dazulernen sondern entpuppt sich als langweiliger Lehrer der Jahr für Jahr dieselben alten Weisheiten von sich gibt. Das möchte ich gerne an einem Beispiel illustrieren. Eine alte Weisheit, deren Wahrheitsgehalt man übrigens durchaus in Frage stellen kann, lautet, dass die niederländische Coffeeshop-Politik zu einer Trennung der Märkte geführt hat. Mit diesem Argument wird diese Politik seit Jahr und Tag verteidigt ohne dass jemals nachgewiesen wurde, dass diese Trennung eine Folge der Politik oder des Phänomens »Cof-



feeshop« ist. Als ich in den siebziger und achtziger Jahren die Cannabisszene in Berlin und Westdeutschland persönlich in Augenschein nahm, fiel mir auf, dass es eigentlich kaum Unterschiede zur niederländischen Szene gab. Mit anderen Worten: Auch ohne niederländische Drogenpolitik war es zu einer Trennung der Märkte gekommen.

***Alkohol und  
andere Drogen  
waren schon  
immer im  
Grenzbereich  
zwischen Genuss,  
Genesung und  
Verbot angesiedelt***

## ***Genuss***

Alkohol und andere Drogen waren schon immer im Grenzbereich zwischen Genuss, Genesung und Verbot angesiedelt. Sogar ein Mittel wie Heroin wurde ursprünglich als nicht-suchterzeugendes Schmerzmittel – und damit als ideale Alternative zu Morphium – präsentiert. XTC kam vor 100 Jahren als Schlankheitsmittel auf den Markt und wurde – lange bevor es als Partydroge populär und schließlich verboten wurde – sogar in der Psychiatrie eingesetzt. Und vor nicht allzu langer Zeit mauserte sich das Narkosemittel GHB zu einer beliebten Tanzdroge. Medikamente können Genussmittel werden. Genuss kann verboten werden. Und verbotene Genussmittel können wieder Medikamente werden. An dieser Stelle möchte ich näher auf den Genuss eingehen.

Auffällig in Diskussionen mit deutschen Kollegen ist die unterschiedliche Bedeutung des Wortes »Genussmittel«. Im Niederländischen ist dies ein recht allgemeiner, gängiger Begriff, während er im Deutschen als Bezeichnung für Alkohol und Tabak vorbehalten ist. Genau an dieser Stelle drückt der Schuh und zwar nicht nur in linguistischer Hinsicht. Wenn man nämlich die Auffassung vertritt, dass es ein »Recht auf Rausch« – oder weniger provokativ: »Recht auf Genuss« – gibt, ebnet dies den Weg für die Akzeptanz, Normalisierung und Legalisierung verschiedener Genussmittel. Außerdem ist es sehr klug, in der Aufklärungsbotschaft den wichtigsten psychologischen Effekt zu nennen, den Alkohol- und Drogenkonsumenten suchen, nämlich Genuss. Also nicht »Alkohol macht mehr kaputt, als dir lieb ist« sondern »Genieße in vollen Zügen, indem du in Maßen trinkst«. Ein gutes Beispiel für einen Sekundärpräventions-Slogan, der dem Konsumenten das Recht auf Genuss nicht versagt und doch für verantwortungsvollen Gebrauch plädiert, ist »Less is more«, ein Geisteskind des Jellinek-Mitarbeiters Jaap Jamin. Die Botschaft für XTC-Konsumenten lautet, dass sich der ectatogene Effekt der Droge nur bei sporadischem Gebrauch einstellt. Der Präventionsmitarbeiter wird dann vom Mahner zum Wegweiser: Welchen Genuss willst du und welchen Preis bist du bereit, dafür zu zahlen?

### **CAD Limburg**

Vierpaardjes 80  
5915 XZ Venlo

☎ 00 31-77-54 82 00

✉ h.dupont@cadlimburg.nl

**Dr. med. Thomas Poehlke**

## *Traditionell gewachsene Strukturen verändern sich*

**Der mit einer Schwerpunktpraxis in Münster niedergelassene Arzt Dr. Thomas Poehlke spricht sich in seinem Beitrag vor allem für eine stärkere Gewichtung des ambulanten Hilfe- und Behandlungsbereiches aus. Regionale ortsnahe Verbundsysteme mit einer hohen Flexibilität und guten interdisziplinären Kooperationsstrukturen spielen dabei eine zentrale Rolle.**

Während der letzten Jahre intensivierte sich in Deutschland die Auseinandersetzung um Inhalte und Ziele der Behandlung Abhängiger und missbrauchsgefährdeter Menschen. Die dabei notwendigen Bemühungen, suchtmmedizinische Aspekte in die üblichen Behandlungsverläufe zu integrieren und damit Therapien individuell erfolgreicher zu gestalten, sind aber bescheiden geblieben. Es wird allgemein und speziell im medizinischen Bereich unter anderem noch zu wenig zur Kenntnis genommen, dass es sich bei Abhängigkeitserkrankungen um chronische Verläufe handelt und sog. Misserfolge der Therapie unter anderen Gesichtspunkten als in kurzfristig angelegten Querschnittsbetrachtungen zu sehen sind. Das Hilfesystem erreicht nur eine Minderzahl Abhängiger und muss sich somit mit neuen Formen der Kontaktgestaltung auseinandersetzen. Eine Vielzahl von Drogenkonsumenten schaffen selbst den Ausstieg aus dem Konsum, hier fehlen evaluierte Erkenntnisse über Vorgehen und Begleitphänomene selbstbestimmter Ausstiegsszenarien. Neurobiologische, sozialwissenschaftliche und auch psychologische Erkenntnisse in der Behandlung Abhängiger sind stärker zu berücksichtigen wie es eben keine Doktrin über den Behandlungsweg überhaupt geben darf. Immer sind individuelle Verläufe zu berücksichtigen. Eine – oft beschworene und noch zu selten praktizierte – Vernetzung unterschiedlicher Begleit- und Behandlungsebenen muss dabei Grundlage der Angebote an Abhängige oder Suchtgefährdete darstellen.



## *Das Diktat der leeren Kassen*

Werden die genannten Gedanken mit dem Blick auf die zukünftigen Herausforderungen an die Suchthilfe speziell formuliert, so kann dies sicher nur unter der Berücksichtigung allgemein bekannter Rahmenbedingungen knapper finanzieller Möglichkeiten geschehen. Eine Besserung der Bedingungen ist hier nicht in Sicht, obwohl die Folgekosten, wie aus einschlägigen Untersuchungen bestens bekannt, enorme gesellschaftliche Belastungen darstellen werden. Um so mehr sind Kreativität und Engagement im persönlichen Arbeitsfeld gefordert, ohne die politische formulierbare Forderung nach einer Intensivierung der öffentlich kenntlich gemachten Anstrengungen und Verbesserung der finanziellen Ausstattung verschiedener Institutionen außer Acht zu lassen.

***Wenn die Suchterkrankungen ein solch außergewöhnliches gesellschaftliches Ereignis darstellen, dann ist die Politik gefordert, die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit des Umgangs mit dem Phänomen »Abhängigkeit« und/oder »Missbrauch« von Substanzen zu lenken***

Für die nächsten Jahre können somit bereits bekannte Ziele erneut benannt werden, ohne das sie unter einer argumentativen Abnutzung leiden: wenn die Suchterkrankungen ein solch außergewöhnliches gesellschaftliches Ereignis darstellen, dann ist die Politik gefordert, die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit des Umgangs mit dem Phänomen »Abhängigkeit« und/oder »Missbrauch« von Substanzen zu lenken. Vielfach geäußerte Überlegungen zu einer finanziellen Unterstützung von Forschung und Therapie aus den Steuergeldern für Alkohol und Tabak sind dabei erwähnenswert bleibende Anregungen, wie aus anderen Ländern, wo eine solche Regelung besteht, ersichtlich ist.

Unter den derzeitigen Bedingungen sind solche Forderungen sicher nicht kurzfristig umsetzbar. Aus medizinischer Sicht stellen auch neue Erkenntnisse über die Ursachen von Suchterkrankungen und die damit verbundene therapeutische Orientierung einen Kern einschlägiger Überlegungen dar. Die zuvor nahezu jahrzehntelang geprägte Form der bekanntermaßen anzuwendenden Behandlungen wird weiter um den Bereich der hauptsächlich ambulant anzubietenden Möglichkeiten zu verändern sein. Die hohe Anzahl von Klinikbetten für Entzugstherapien und die Vielzahl der Einrichtungen für Entwöhnungsbehandlungen müssen dieser Situation angepasst werden. Hier sind weitere Kürzungen nicht nur finanziell, sondern auch inhaltlich sinnvoll. Mit einer solchen Neuorientierung muss über eine Neuausrichtung der einschlägigen ambulanten Angebote nachgedacht werden. Die inzwischen propagierten engen Vernetzungen von Kliniken und Ärzten sind nur Teile einer insgesamt zu fordernden Behandlungskette, die einzelne Institutionen oder individuell unterschiedlich zu nutzende Einrichtungen auflistet.

## *Interdisziplinäre ortsnahe Verbundsysteme*

Trotz der Berücksichtigung erwähnter wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse und der Notwendigkeit, dem Betroffenen eine jeweils an aktuellem Wissen orientierte Behandlung zu bieten, liegt ein Teil der Herausforderung in der Intensivierung ortsnahe angesiedelter Einrichtungen. Nur der unmittelbar mögliche Zugang und die Unmittelbarkeit der Behandlung gewährleisten eine zeitnahe Intervention. Diese Forderungen legen nahe, dass die Nähe der Behandlung nur ein Aspekt einer aus mehreren Teilen bestehenden Suchthilfe darstellt. Der so häufig beschworenen und doch nicht stringent erfolgenden Prävention ist innerhalb einer solchen Struktur höchste Priorität einzuräumen. Wieder sind die eher behäbigen und um vielfach ähnliche oder gar im Jahresturnus identisch ausgerichteten Programme um individuelle Formen der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zu erweitern. Das Zugehen auf Kindergärten und Schulen in bisher nicht erfolgter Breite ist die Basis zu weiteren Kooperationen, etwa mit Betrieben und Freizeit Anbietern. Dabei kann und soll der Thematisierung von Suchtgefahren/-erkrankungen weder ein – dann ermüdender – dauerhafter Raum geschaffen werden noch wird die permanente Auseinandersetzung mit Suchtthemen gefordert werden. Eine Grundlage dieser strukturellen Veränderungen ist die notwendige Fortbildung von in der Suchthilfe Tätigen, so dass die oben erwähnten Erkenntnisse raschen Eingang in einschlägige Konzepte finden.

Insgesamt zeigt sich für die kommenden Jahre eine Entwicklung die wegführt von den traditionell gewachsenen Strukturen hin zu einer flexiblen und um Kooperation bemühten Arbeit in der Suchthilfe. Die Gewichtung einschlägig bekannter, im öffentlichen Bewusstsein allerdings wenig berücksichtigter Suchtrisiken wie Alkohol- und Tabakkonsum muss dabei stärker in den Vordergrund treten, da die diskussionsreiche Originalstoffvergabe von Heroin zwar einen hohen publikatorischen Faktor aufweist, für die absolute Mehrheit von Suchtgefährdeten allerdings keine Rolle spielt.

***Insgesamt zeigt sich für die kommenden Jahre eine Entwicklung die wegführt von den traditionell gewachsenen Strukturen hin zu einer flexiblen und um Kooperation bemühten Arbeit in der Suchthilfe***



## *Die Herausforderungen sich ändernder struktureller Bedingungen*

Die Suchthilfe muss sich somit zukünftig den Herausforderungen sich ändernder struktureller Bedingungen stellen. Sie wird nicht umhin kommen, eine stärkere Kooperation mit fachfremden Institutionen zu suchen, etwa Schulen und Betrieben. Sie wird vor dem Hintergrund gesicherten Wissens eigenständig ortsspezifische Angebote entwickeln und den Trend hin zu mehr ambulanten Therapien beachten müssen. Solche und andere Formen der Unterstützung abhängiger oder suchgefährdeter Menschen sind nicht unter der Dominanz einzelner Fachdisziplinen denkbar: weder psychologische oder sozialwissenschaftliche noch medizinische Inhalte dominieren die Behandlung sondern sie sind immer ganz individuell ein zu setzen und variabel zu nutzen.

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte der Herausforderungen, der sich die Suchthilfe gegenwärtig gegenüber stehen sieht, können folgende Schwerpunkte formuliert werden:

- Abkehr von der überwiegend substanzorientierten Begleitung
- Ausweitung des Raumes für individuelle Begleitungen und Beratungen ohne unmittelbare Abstinentenorientierung
- Verstärkung der Bedeutung ambulanter Arbeit
- Notwendigkeit der permanenten Fortbildung
- weniger übergreifende, vorformulierte sondern stärker auf den unmittelbaren Einsatz ausgerichtete Prävention
- Kooperation mit Schulen und Betrieben ist unbedingt zu intensivieren
- Integration unterschiedlicher Wissensfelder in eine zielgerichtet individuelle Tätigkeit
- Berücksichtigung und Etablierung der Gleichrangigkeit verschiedener Behandlungsmodelle

### **Dr. Thomas Poehlke**

Bohlweg 66

48145 Münster

☎ 0251 - 6 74 38 33

✉ ThomasPoehlke@aol.com

**Peter Vossenber**

## *Entwicklungen in der Drogenhilfe aus medizinischer Sicht*

**Mit der Entwicklung der medizinischen Behandlung Suchtkranker befasst sich Peter Vossenber, der bei der Suchthilfeorganisation TACTUS als Suchtarzt/Sozialmediziner tätig ist. Er geht in einem Rückblick ein auf die Fortschritte der medikamentengestützten Behandlung und schließt mit Aussagen zu der Herausforderung, die das Recht auf optimale Behandlung an das Behandlungssystem – und insbesondere auch an die Mediziner darin – stellt.**

Niemand ist in der Lage, die Zukunft vorauszusagen – auch nicht über einen relativ kurzen Zeitraum wie etwa ein Jahr. Das gilt auch für die Entwicklungen in der Suchthilfe. Hilfreich bei dem Versuch ist aber die Tatsache, dass künftige Entwicklungen oft eine lange Vorgeschichte haben. Es sind keine Naturphänomene, die unvermittelt erscheinen – und das gilt sicherlich für den Einsatz von Medikamenten.

### *Ein historischer Rückblick*

Ein Blick auf die Geschichte zeigt, dass sich etwas ändert, wenn auch nur langsam. Im Jahre 1899<sup>1</sup> wurden zur Behandlung von »Narkotismus« u.a. Koffein, Brechmittel und Strychnin empfohlen – dazu übrigens auch das Allheilmittel »körperliche Ertüchtigung«. Zwar ist die Liste der Medikamente kürzer als bei »opium habit«, wobei körperliche Ertüchtigung offenbar wenig nützte, dafür aber u.a. einige dämpfende Mittel wie Valerian, Chloralhydrat und Kodein genannt wurden.

Es sollte jedoch noch bis zum Ende der vierziger Jahre des 20. Jahrhunderts dauern, bis ein Mittel auf den Markt kam, das eigens für die Behandlung von Suchtproblemen gedacht war: Disulfiram. Nach wie vor ist dies – abgesehen von kurzen Entzugsbehandlungen mit Benzodiazepinen – die am häufigsten eingesetzte Medikation bei Alkoholabhängigkeit.

Bis in die 70er Jahre basierte die Behandlung von Heroinabhängigen auf dem Grundsatz, dass Kenntnisse der Persönlichkeitsstruktur des Patienten und der psychodynamischen Faktoren, die zur Ausbildung und Aufrechterhaltung von Suchtverhalten beitragen, Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung waren. Dies änderte sich<sup>2</sup> nachdem Methadon als Medikation von Heroinabhängigkeit eingesetzt wurde.

---

1  
Merck Manual (1899)  
Merck & Co, New York,  
USA. S. 148 & 152.

---

2  
Blaine JD, Julius DA (1977)  
Psychodynamics of drug  
dependence. NIDA  
Research Monograph 12.  
Rockville MD, USA.

Methadon wurde lange Zeit ausschließlich ambulant verabreicht, oft jedoch mit dem Behandlungsziel der Abstinenz. Wenn es überhaupt in Kliniken eingesetzt wurde, dann lediglich als Entzugshilfe. Klinische Behandlungen, deren Schwerpunkt auf Gruppentherapie und dem therapeutischen Umfeld lag, richteten sich noch lange auf das Ziel der absoluten Drogenfreiheit. Die einzige Substanz, für die das Abstinenzgebot nicht galt, war – und ist noch heute – Nikotin.

Nach dem Aufkommen der AIDS-Epidemie wurde Methadon in breiterem Rahmen eingesetzt, auch in Ländern, in denen das Mittel bis dahin aus den verschiedensten Gründen nicht zur Behandlung von Heroinabhängigen zugelassen war.

## *Erworbenes Verhalten und/oder Erbllichkeit?*

Langsam aber sicher tritt eine Verschiebung in der Sicht von Substanzabhängigkeit und deren Therapie auf. Abhängigkeit wird nicht mehr als überwiegend erworbenes Verhalten gesehen, dass man sich auch wieder abgewöhnen kann. Die Behandlung muss sich auf unterschiedliche Aspekte richten, und es gibt keine Behandlungsform, die für die Mehrheit der Abhängigen geeignet ist. Außerdem können nicht alle Abhängigen drogenfrei werden.

Erbliche Faktoren haben deutlichen Einfluss auf die Entwicklung von Alkoholabhängigkeit<sup>3</sup>. Inzwischen ist auch mehr über die dafür verantwortlichen Gene bekannt. Techniken wie MRI- und PET-Scans verschaffen Einblick in die Prozesse, die bei Drogen- und Alkoholkonsum im menschlichen Gehirn ablaufen. Auch nach langen Phasen der Abstinenz sind noch starke Veränderungen der Gehirnaktivität sichtbar. Der Wissensstand über die Rolle von Neurotransmittern bei der Sucht ist in den letzten Jahren sprunghaft angestiegen. Dadurch ist es einfacher geworden, die Effektivität von Medikamenten zu untersuchen. Zudem können Behandlungen besser denn je wissenschaftlich evaluiert werden. Für die Suchthilfe bedeutet dies, dass sie in Zukunft evidenzbasiert arbeiten muss.

## *Untersuchung der Behandlungseffekte*

Tief gehende Untersuchungen haben ergeben, dass einige der häufig eingesetzten Behandlungsformen im Alkoholbereich nicht oder nur wenig effektiv sind<sup>4</sup>. Gleiches gilt für Drogentherapien. Ein gutes Beispiel ist die schnelle (medikamentengestützte) Entwöhnung von Opiatabhängigen. Seit Jahren ist bekannt, dass die Erfolgsquote von Behandlungsmodellen, die eine solche Kurzentwöhnung als Hauptziel haben, fast genauso hoch ist wie bei Kontrollgruppen, bei denen gar keine Intervention stattfindet. Dennoch gilt Entwöhnung oft als Bedingung, um eine Behandlung überhaupt erst zu beginnen. Bei der Behandlung von Drogenabhängigkeit ist auch zu berücksichtigen, dass eigentlich kaum etwas über die Ursachen dieser Abhängigkeit bekannt ist. Die Annahme, dass hierbei auch erbliche Faktoren eine Rolle spielen, liegt

3

Krisnan-Sarin S (2000) Heritability. In: Zernig G et al. (Hrsg): Handbook of alcoholism. CRC Press, Boca Raton FL, USA. S. 305-316.

4

Geerlings PJ, Brink W v.d., Schippers GM (1996) Behandelingsstrategieën bij alcoholproblemen. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Diegem, Nederlande.

auf der Hand. Nähere Untersuchungen werden durch die Tatsache erschwert, dass die Gruppe der Drogengebraucher – erst recht auf Landesebene – viel kleiner ist als die Population der Alkoholkonsumenten. Nicht zuletzt im Hinblick auf die Entwicklung möglicher Medikationen ist in den Niederlanden eine Zielgruppe von mehreren Hunderttausend Alkoholikern für Forscher attraktiver als eine Population von höchstens 30.000 Opiatabhängigen. Das gilt auch für tiefer gehende Untersuchungen der möglichen Ursachen und der genetischen Faktoren.

Dennoch wurden Entwicklungen in Gang gesetzt, die vielleicht nicht alle in diesem Jahr aber doch in absehbarer Zukunft Gestalt annehmen werden. Einige der traditionellen Mauern zwischen ambulanter und klinischer Behandlung sind mittlerweile ins Wanken geraten oder bereits abgebaut: Bei TACTUS wie auch bei anderen niederländischen Suchthilfeeinrichtungen ist die Behandlung mit Methadon kein Hinderungsgrund für eine klinische Behandlung mehr. In manchen Fällen ist die Methadoneinnahme sogar Bedingung für die Teilnahme an klinischen Behandlungsformen. Die Methadondosierungen (im Jahre 2000 in den Niederlanden durchschnittlich 48 Milligramm) bewegen sich allmählich auf das Niveau von therapeutischen Dosierungen zu, die laut dem National Institute of Health mehr als 60 Milligramm am Tag betragen sollen<sup>5</sup>.

---

5  
NIH Consensus Statement  
Online (1997, November  
17-19); 15(6): im Druck.

## *Impfstoffe gegen Kokain und Cannabis?*

Substanzabhängigkeit wird immer mehr als chronische Krankheit angesehen, bei deren Behandlung Rückfallmomente berücksichtigt werden müssen. Hier hat sich etwas geändert, war doch ein Rückfall bis vor Kurzem oft noch ein Grund, eine klinische Behandlung abzubrechen.

In den Niederlanden erhalten Alkoholabhängige nach wie vor überwiegend Disulfiram als Abstinenz förderndes Mittel. Inzwischen sind aber auch andere wirksame Medikamente wie Acamprosat und Naltrexon auf dem Markt. Deren großer Vorteil gegenüber Disulfiram besteht darin, dass sie bei einem eventuellen Rückfall in Alkoholkonsum viel ungefährlicher sind und daher eigentlich die erste Wahl sein sollten. Ein Medikament wie Acamprosat stellt das Gleichgewicht zwischen Reiz übertragenden Stoffe im Gehirn wieder her und reduziert somit das Verlangen. Im Tierversuch wurden Hinweise gefunden, dass Acamprosat möglicherweise auch Schäden in der Entwöhnungsphase vorbeugen hilft, ohne dass es übrigens die Entzugserscheinungen in dieser Phase reduziert.

Auch andere Entwicklungen sind viel versprechend. Bis vor noch nicht allzu langer Zeit spielte die Medikamententherapie bei Suchtkrankheit nur eine bescheidene Rolle. Abhängigkeit ist eine chronische Krankheit mit biologischen, psychischen und sozialen Aspekten und Medikamententherapie kann die Behandlung dieser Krankheit



entscheidend verbessern. Zurzeit werden Impfstoffe gegen unter anderem Kokain und Cannabis entwickelt. Insbesondere die Entwicklung eines Impfstoffs gegen Kokain befindet sich bereits in einem weit fortgeschrittenem Stadium. Im Tierversuch hat sich gezeigt, dass der Impfstoff in der Lage ist Antikörper zu erzeugen. Ein solcher Impfstoff könnte sich bei der Behandlung von Kokainmissbrauch und -abhängigkeit als nützlich erweisen.

Der Effekt dieses Impfstoffs – nicht aber seine Wirkungsweise – ist ungefähr vergleichbar mit dem von Naltrexon bei Opiatgebrauch: Er verhindert nicht den Gebrauch an sich aber dessen Auswirkungen auf das Gehirn. Ein derartiger Impfstoff wird übrigens nicht als Monotherapie eingesetzt werden.

## *Effektive Medikamententherapie*

Ein Problem von Naltrexon in der Nachbehandlung von Opiatabhängigkeit ist die so genannte 'compliance', also die Einhaltung der Einnahmевorschriften. Mittlerweile sind Depotvarianten des Medikaments erhältlich, so dass sich dieses Problem zumindest teilweise lösen lässt.

Neben Methadon ist auch Buprenorphin (ein Opiat, das zugleich eine Opiat blockierende Wirkung hat) eine viel versprechende Ergänzung des therapeutischen Arsenal. In Frankreich wird es bereits breit eingesetzt und auch in den USA soll es bald im großen Stil verabreicht werden. LAAM, eine länger wirkende Methadon-Variante, wurde aufgrund verschiedener Nebenwirkungen in der Europäischen Union vorläufig vom Markt genommen. Die Entwicklung von effektiven Medikamententherapien – speziell bezüglich der Behandlung von Drogenabhängigkeit – muss im größeren Rahmen erfolgen, da der potenzielle Markt für die Pharmaindustrie wohl zu klein ist.

***Eine große Herausforderung besteht nicht nur darin, gefährdete Gruppen über Hepatitis C aufzuklären, sondern die Betroffenen auch angemessen zu behandeln***

## *Hepatitis B und C*

Nicht alle Entwicklungen sind jedoch positiv. Vor noch nicht allzu langer Zeit sah es danach aus, dass AIDS (HIV) sich unter Drogengebrauchern zu einem enormen Problem ausweiten würde. Inzwischen scheint sich diese Befürchtung nicht zu bewahrheiten. Mitte der achtziger Jahre wurde dann Hepatitis C als neue Variante neben Hepatitis B entdeckt. Mittlerweile wissen wir, dass die Mehrzahl der Heroingebräucher (bis zu 80 %) mit Hepatitis C infiziert ist und viele davon eine chronische Hepatitis C entwickelt haben. Eine große Herausforderung besteht nicht nur darin, gefährdete Gruppen über Hepatitis C aufzuklären, sondern die Betroffenen auch angemessen zu behandeln. Behandlungen sind jedoch teuer. Infektionskrankheiten wie Hepatitis C und HIV werden auch in den kommenden Jahren hohe Priorität haben. Inzwischen wurde in den Niederlanden glücklicherweise eine Kampagne gestartet, Risikogruppen – darunter Drogengebräucher – gegen Hepatitis B zu impfen.

## *Ungünstige Entwicklungen bei Alkohol und Nikotin*

Eine andere ungünstige Entwicklung zeichnet sich im Alkoholbereich ab. Der Alkoholkonsum hat in den vergangenen Jahrzehnten zugenommen. Während typische alkoholbedingte Krankheiten wie Polyneuropathie, Wernicke-Korsakov und Leberzirrhose früher nahezu ausschließlich ältere Alkoholiker (ab 50 Jahren) betrafen, treten diese heute in zunehmenden Maße auch bei jüngeren Alkoholikern (unter 50 Jahren) auf. Zudem weist auch ein Teil der Drogengebraucher einen problematischen Alkoholkonsum auf.

Einem anderen Suchtmittel widmet die Suchthilfe – meiner Meinung nach zu Unrecht – zu wenig Aufmerksamkeit: dem Nikotin. In den Niederlanden werden Raucher vor allem innerhalb der eher somatisch orientierten Bereiche der Gesundheitsfürsorge behandelt und betreut: Hausarzt, Gesundheitsamt, Hauspflege und Polikliniken an Allgemeinkrankenhäusern. Noch allzu oft erhalten Raucher – auch von der Suchthilfe – den Rat, während der Behandlung anderer Suchtprobleme (Alkohol, Opiate, Cannabis) das Rauchen nicht aufzugeben weil der Entzug von diesen anderen Suchtmitteln ohnehin schon schwer genug ist.

## *Recht auf optimale Behandlung*

Die Suchthilfe steht seit einigen Jahren vor derselben Aufgabe, nämlich das, was wir tun, ständig kritisch zu untersuchen. Dabei müssen wir uns immer wieder die Frage stellen, ob unsere Initiativen bei dem betreffenden Patienten auch tatsächlich etwas bewirken. Wir müssen vermeiden, dass wir über Jahre hinweg Behandlungen anbieten, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist oder für die es inzwischen ungefährlichere oder bessere Alternativen gibt. Oft ist es nicht leicht etwas zu ändern was man jahrelang gemacht hat. Zugleich müssen wir vermeiden, Behandlungsformen einzusetzen, deren Effektivität und Sicherheit noch nicht nachgewiesen ist. Auch die Suchthilfe muss sich damit abfinden, dass für ihre Behandlungsangebote das Kriterium der nachgewiesenen Effektivität angelegt wird. Persönliche Vorlieben oder ideologische Überlegungen sollten bei der Entscheidung, ob eine Behandlungsform angeboten wird (oder auch nicht) keine Rolle mehr spielen.

Unsere Patienten haben ein Recht auf optimale Behandlung. In manchen Fällen ist das »nur« eine Monotherapie oder gar nur ein einmaliges Beratungsgespräch. Generell müssen wir daher versuchen die tief in uns schlummernde Neigung stets das »Beste« anzubieten – also eine klinische Behandlung – zu unterdrücken.

***Generell müssen wir versuchen die tief in uns schlummernde Neigung stets das »Beste« – eine klinische Behandlung – anzubieten zu unterdrücken***

### **TACTUS**

Brink 40  
7411 BT Deventer  
☎ 0031-570-616468  
☎ 0031-570-612787  
✉ peterv @ xs4all.nl



**Onno Dokkum**

## *Hilfe, der Doktor ertrinkt!*

*De Brijder unterstützt Hausärzte in Nordholland bezüglich der Versorgung Suchtkranker*

Quelle: De Uitbrijder, Nummer 27, Februar 2003

**Sind die Beiträge des Schwerpunktthemas dieser Ausgabe grundsätzlich durch BINAD bei den Autoren gezielt angefragt und für dieses Heft entstanden, handelt es sich bei dem folgenden Text um einen Beitrag aus der »Hauszeitschrift« der Brijder Stichting, den Onno Dokkum für die Februar-Nummer von »De Uitbrijder« geschrieben hat. Inhaltlich befasst er sich mit einer großen Herausforderung an die Suchthilfe: der Versorgung der »schweigenden Mehrheit« der vor allem Alkoholabhängigen, die ihre ganze Suchtkrankheit am Hilfesystem vorbei ausleben. Diese Situation ist in Deutschland natürlich nicht unbekannt sondern nahezu identisch. Menschen mit offenen oder verdeckten Alkoholproblemen bis hin zur manifesten Abhängigkeit suchen die Praxen der Hausärzte wegen allerlei alkoholbedingter und auch unabhängig davon auftretender Erkrankungen auf – wie sind die niedergelassenen Ärzte darauf vorbereitet, welche Chancen bestehen auf angemessene und wirkungsvolle Interventionen bezüglich der Sucht? Es gibt erste hoffnungsvolle Antworten auf diese Fragen, eine davon wird in diesem Beitrag aufgeführt.**

Früher waren es nur Drogen. Heute ist es alles: die Partydroge GHB, Pilze, psychotrope Medikamente, Geldspiele, Alkohol. Sucht scheint sich zur Epidemie zu entwickeln, die sich in Stadt und Land ausbreitet. Hausärzten in der Provinz Nordholland – von Den Helder bis Amsterdam – wurde ein neues, gelinde gesagt zeitaufwändiges Fachgebiet aufgebürdet und das in einem stark überlasteten Gesundheitswesen, in dem von Hausärzten ohnehin schon erwartet wird, dass sie Experten auf allen möglichen Gebieten sind. Ein zweifelhaftes Vergnügen also, zumal sich die Suchthilfe inzwischen zu einer eigenständigen, vollwertigen Disziplin mit speziellem Fachwissen, eigenen Therapieformen und Nachsorgeangeboten entwickelt hat.

Sucht war früher ein Problem, das sich auf den »Sündenpfeil« Großstadt beschränkte. Fixer sah man nur in den Rotlichtbezirken oder in den Bahnhofsvierteln der Städte, wo sie als Heroinprostituierte anschafften. Wenn sie Ordnungsprobleme verursachten oder das Image der Stadt darunter litt, kehrte die Justiz mit dem eisernen Besen und schon war das Suchtproblem »verschwunden«.

Der Rest des Landes schaute zu. Drogen waren so gut wie unbekannt, erst recht in kleineren Dörfern und in der Provinz. Man trank einen Schnaps in der Kneipe, bisweilen auch einen zu viel, aber was ist daran schon schlimm?

Die Zeiten ändern sich und damit auch das Ausmaß des Suchtproblems. Die Zahlen variieren: Optimistischen Schätzungen zufolge gibt es in den Niederlanden maximal 500.000 Abhängige. Darunter sind 34.000 Gebraucher von harten Drogen (vor allem Kokain und Heroin). Die übergroße Mehrheit ist abhängig von Alkohol, Cannabis, Medikamenten oder Glücksspiel. Die Fachzeitschrift für die Geistige Gesundheitsfürsorge »Psy« geht jedoch von wesentlich höheren Zahlen aus. Sie schätzt die Zahl der Problemtrinker auf eine Million, von denen 820.000 Alkoholiker sind. Dazu kommen noch 300.000 Abhängige von Beruhigungsmitteln.

Den Kopf in den Sand stecken bringt uns heute nicht weiter, genauso wenig wie das Festhalten an überholten Vorstellungen, wonach Sucht ein reines Großstadtproblem ist. Sucht manifestiert sich überall, auch in der Provinz. Nordholland ist keine Ausnahme. Die Befunde der jährlich vom Gesundheitsamt GG&GD durchgeführten Untersuchungen (Rauchen, Trinken, Drogengebrauch; Dezember 2000) zeigen, dass unsere Provinz auf dem besten Wege ist, den Rückstand wettzumachen. Namentlich der Alkohol- und Drogenkonsum unter Schülern an weiterführenden Schulen in verschiedenen nordholländischen Kommunen nimmt »großstädtische« Formen an. Auch unter Erwachsenen zeichnet sich ein Besorgnis erregender Trend ab. Alkohol entpuppt sich als wahre Problem-  
*droge.*

***Alkoholkonsum unter Schülern und Erwachsenen nimmt auch im ländlichen Raum zu – Alkohol entpuppt sich als wahre Problem-  
droge***

## *Medienkampagnen*

Sucht belastet das Gesundheitswesen immer stärker. Die unmittelbaren Kosten für die Betreuung von Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen betragen 1999 insgesamt rund 285 Millionen Euro, die sich wie folgt verteilen: 74 % für die Geistige Gesundheitsfürsorge, 14 % für Betreuungs- und Pflegemaßnahmen, 6,8 % für Allgemeinkrankenhäuser und fachärztliche Behandlungen und 2,8 % für Medikamente. Nur 7 % fließen an die primäre Gesundheitsfürsorge.

Darüber hinaus erhält die Suchthilfe zweckgebundene Mittel aus dem Krankenkassengesetz, dem Wohlfahrtsgesetz und aus bestimmten Justizfonds, zum Beispiel für Methadonprogramme und spezifische Auffang- und Betreuungsangebote für obdachlose Abhängige, die zumeist im Rahmen der kommunalen Suchtpolitik realisiert werden.

Erwähnenswert ist auch die Bereitstellung von fast sieben Millionen Euro zur Bekämpfung von Alkohol im Straßenverkehr. Damit werden Kampagnen in den Massenmedien wie etwa die »BOB-Kampagne« (»Bewusst nüchterner Fahrer«) sowie psychiatrische Untersuchungen von stark alkoholisierten Verkehrssündern finanziert. So genannte EMA-Kurse für Alkoholsünder im Straßenverkehr (»Erzieherische Maßnahme Alkohol und Verkehr«) kosteten den Staat im Jahre 2002 acht Millionen Euro.



## Der Nächste bitte

Unabhängig von der finanziellen Seite stellt sich die Grundsatzfrage, ob Hausärzte, die gerade in Nordholland ohnehin schon stark überlastet sind, zusätzlich noch Aufgaben im Rahmen der Suchthilfe übernehmen sollten. Haben sie dafür überhaupt genug Zeit? Und sind sie dafür ausreichend qualifiziert? Hausärzte haben offenbar nur wenig Einblick in die Problematik. Das ist durchaus verständlich. Menschen mit Suchtproblemen scheuen sich oft davor, Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil sie Angst haben als Versager zu gelten oder gekränkt zu werden. In den Augen vieler ist Sucht nach wie vor »eigene Schuld«. Auch bei dem besten Hausarzt tun sie sich schwer, das Thema auf den Tisch zu bringen. Und noch schwerer fällt es vielen, bei einer Suchtklinik anzuklopfen.

**Es ist davon auszugehen, dass lediglich 7 % der Suchtkranken von sich aus auf das Hilfesystem zugehen**

Illustrativ für diese Schamgefühle ist die Tatsache, dass nur 7 % der geschätzten Gesamtpopulation der Abhängigen in Nordholland sich bei De Brijder meldet. Von den restlichen 93 % wenden sich manche mit diffusen Beschwerden an den Hausarzt. Andere suchen überhaupt keine Hilfe auf oder erst dann, wenn es zu spät ist, also wenn irreparable gesundheitliche, finanzielle oder soziale Schäden aufgetreten sind. Haben Hausärzte in Nordholland wenigstens genug Zeit für die Behandlung von (so vielen) Suchtproblemen? Mit Librium können sie die Entzugerscheinungen ein wenig abschwächen und auch für ein gutes Gespräch nehmen sie sich Zeit. Danach heißt es aber schon bald: »Der Nächste bitte!«

In der Folge sind Abhängige ganz auf sich alleine gestellt (und/oder auf Verwandte und Freunde angewiesen). Für viele ist das kein Weg, ihre Suchtproblematik definitiv in den Griff zu bekommen. Zwar mag es auf kurze Sicht zu kleinen Erfolgen führen, langfristig jedoch drohen Elend und Verdruss.

## Schwellenabbau

Die wichtigste Frage lautet vielleicht, ob Hausärzte über die erforderlichen Kenntnisse und Qualifikationen verfügen, um Suchtprobleme zu erkennen und richtig anzugehen. Piet van Waveren, seit gut zehn Jahren Suchtfacharzt bei De Brijder in Alkmaar, blickt auf seine Studienzeit zurück: »An einem schläfrigen Montagmorgen hielt Professor Bastiaanse vor einer Handvoll Studenten eine Vorlesung über Alkoholismus, über Menschen, die in der oralen Phase hängen geblieben waren. Das war so ziemlich alles, was wir über Sucht gelernt haben. Bis zum heutigen Tag hat sich daran wenig geändert. In der Ausbildung für sowohl Hausärzte als auch für Psychiater kommt das Thema Sucht viel zu kurz.«

Van Waveren fährt fort: »Sucht ist eine Krankheit wie Diabetes oder Blinddarmentzündung. Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass Sucht von neurologischen Abweichungen verursacht wird. Hauptsymptome sind extremer Kontrollverlust und ein chronischer Krankheitsverlauf. Bisweilen wird es auch die Krankheit von ›Lug und Trug‹ oder von ›Scham und Schande‹ genannt. Wer ständig Durst hat, kann ohne weite-

res den Hausarzt fragen, ob er nicht vielleicht zuckerkrank ist. Wenn der Grund für den Durst aber ein neurologischer Defekt ist, sollte dies bei der Diagnose nicht nur erkannt, sondern auch anerkannt werden. Solange das nicht der Fall ist, muss die Suchthilfe eine Menge Schwellen abbauen, um die Nische der Stigmatisierung zu verlassen. Zudem muss sich die Suchtmedizin künftig stärker als eigenständige Disziplin profilieren. Auf Landesebene ist man auf dem besten Wege dazu, aber auch auf regionaler und lokaler Ebene gibt es entsprechende Initiativen, auch bei De Brijder.

Immer mehr Hausärzte gelangen zu der Überzeugung, dass medizinische, psychische und soziale Hilfe an Abhängige eine Spezialdisziplin ist und zwar nicht nur was die ambulante oder klinische Behandlung und Betreuung angeht sondern auch im Hinblick auf die kollegiale Beratung.

Vor einiger Zeit wurde in der Region Amstelland und Meerlanden das Hausärzte-Konsultationsprojekt gestartet. Hausärzte in dieser Region erhalten die Möglichkeit, in ihrer Praxis eine Sprechstunde mit sozialpsychiatrisch geschulten Krankenpflegern für Patienten, die (möglicherweise) ein Suchtproblem haben, anzubieten. Diese Sprechstunde wird in der Regel einmal pro Woche abgehalten.

Dieses Konzept hat mehrere Vorteile: Der Hausarzt kann Patienten direkt innerhalb der eigenen Praxis an einen Suchtexperten überweisen, so dass Präventions- und Behandlungsmaßnahmen in einem möglichst frühen Stadium einsetzen können. Außerdem ist es nicht erforderlich, dass sich ein Patient (oder Klient) direkt an eine Suchtklinik wendet. Aufgrund des Stigmas, mit dem Sucht nach wie vor behaftet ist, ist dieser Schritt nämlich auch anno 2003 oft noch zu groß.«

## Was wollen Hausärzte von De Brijder?

Ende Februar 2002 erhielten 60 Hausärzte in unserem geographischen Arbeitsgebiet eine so genannte »Stakeholder-Umfrage«, die von 16 Hausärzten (27 %) beantwortet wurde. Dabei wurden folgende Wünsche formuliert:

- Bessere Information über Hilfsangebote, Fortschritte und Resultate von Behandlung und Betreuung, über Überweisungskriterien und über praktische Fragen, wie Öffnungszeiten, Erreichbarkeit und Wartezeiten.
- Mehr Hilfsangebote außerhalb der Bürozeiten.
- Mehr Unterstützung für das Umfeld des Klienten.
- Mehr Möglichkeiten zur Behandlung von Mehrfach-Diagnosen.
- Mehr Transparenz.
- Mehr Aufmerksamkeit für chronische Klienten, Resozialisierung und Prävention.

**Suchtmedizin  
muss sich künftig  
stärker als  
eigenständige  
Disziplin  
profilieren**

**Brijder Stichting**

Postbus 414

1800 AK Alkmaar

☎ 00 31-72-527 2805



**Jürgen Leinemann**

## *Der Preis für die Faszination der Macht*

**Der Spiegel-Autor Jürgen Leinemann hat den Text seines Vortrages, den er am 14.3.2003 anlässlich des 4. Wissenschaftlichen Symposiums der Prof. Dr. Matthias Gottschaldt Stiftung gehalten hat für den Abdruck im BINAD-INFO zur Verfügung gestellt. Das Symposium befasste sich unter dem Titel »Hätte ich nur früher... Suchtprävention in einer süchtigen Gesellschaft« grundlegend mit der Suchtprävention. Der Beitrag von Jürgen Leinemann – den er in einer längeren Version auch bei den 10. Basler Psychotherapietagen (29. – 31.5.2003) präsentiert hat – setzt sich mit der Sprache und bestimmten Verhaltensweisen von Politikern auseinander und ist über- titelt mit »Der Preis für die Faszination der Macht«. Und natürlich geht es dabei auch um Sucht – zum einen um die Sprache der Drogenszene, die sich in Teilen bei den Politikern wieder findet und zum anderen um die Sucht nach der Macht, um den Realitätsverlust auf dem Weg dorthin und anderes mehr.**

**Das ist die erste Verbindung zum Suchtbereich. Aber es gibt noch eine andere, vielleicht sogar wichtigere: Das, was Jürgen Leinemann trefflich für die Politik beschreibt gilt im Zusammenhang von Einfluss und Macht ebenso für andere gesellschaftliche Bereiche und macht auch vor den Türen der Suchthilfe, deren Trägern und Verbänden und hierarchischen Strukturen nicht halt. Grund genug für die BINAD-INFO-Redaktion diesen Text im Podium zur Diskussion zu stellen – sicherlich auch als Ergänzung zum Schwerpunktthema zu verstehen.**

**Die Prof. Dr. Matthias Gottschaldt-Stiftung finanziert mit ihrem Spendenaufkommen wissenschaftliche Forschungsvorhaben über Entstehung, Verlauf, Prävention sowie Therapie und Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen.**

Sucht. Droge. Entzug. Die meisten Politiker benutzen die Begriffe aus der Junkie-Szene mit bemerkenswerter Beiläufigkeit, um ihre eigene Befindlichkeit zu beschreiben. »Außerdem bin ich süchtig nach Selbstbestätigung«, bekennt beispielsweise die stellvertretende SPD-Vorsitzende Renate Schmidt. Und Peter Gauweiler, der Ex-CSU-Landesminister, sagt: »Man muss sich der Berufspolitik entwöhnen. Genauso wie man sich Alkohol und Nikotin entwöhnen muss.« Sie tun es, als seien Suchtvergleiche bloße Metaphern, harmlose Umschreibungen für eine peinliche Besessenheit. Sucht light, sozusagen.

In Wahrheit wissen die meisten, dass es ernst ist. Sie kennen ziemlich genau den selbstzerstörerischen Trend in ihrem Beruf. Doch nur in Stunden der Erschöpfung und Resignation reden Politiker wirklich ungeschminkt über ihre Lebensangst und ihren Berufsfrust, über Verzweiflung, Einsamkeit, Wut und Erfolgsgier. Und natürlich immer nur unter dem Siegel der Verschwiegenheit. Wenn man aber einmal solche Äußerungen aneinander reiht, so, als hätte man Protokoll geführt bei einem virtuellen Treffen Anonymer Politiker, ... dann wird deutlich, dass die scheinbar subjektiven und privaten psychischen Empfindungen der einzelnen Politiker in Wahrheit zu einem erheblichen Teil Ausdruck professionsbedingter Deformation sind ...

Unabhängig von Intelligenz, politischer Phantasie und menschlicher Reife ist es vor allem eine Frage der Härte, ob einer bis an die Spitze durchhält. Politik ist learning by doing. Das, findet die ausgeschiedene grüne Gesundheitsministerin Andrea Fischer heute, ist das größte Handicap in diesem Beruf. Man wird durch den Schaden klug ...

Um sich gegen Verletzungen zu wappnen, lernen Spitzenpolitiker, sich emotional zu reduzieren. Vielleicht ist das die Voraussetzung dafür, ins politische Hochgebirge aufzusteigen. Sie spalten ganze Bereiche ihrer Persönlichkeit ab, verweigern das Nachdenken über Fehler und Niederlagen, wehren Selbstzweifel ab, suchen Schuldige anderswo und klammern sich so an eine durchsetzungsfähige Siegeverson von sich selbst. Diese emotionale Verarmung nehmen die meisten gar nicht wahr.

Sie wissen nicht viel über sich und damit auch nicht über andere. Das macht sie handlungsunfähig. »Mangel an Menschenkenntnis ist eine der wichtigsten Führungsvoraussetzungen in der Politik«, hat Holger Börner, lebenslanger Berufspolitiker und Ex-Ministerpräsident von Hessen einmal gesagt. Er meinte das keineswegs als Witz. Selbstzweifel, schon auf früher Karrierestufe hinderlich, bedeuten auf oberster Ebene einen Anschlag auf die eigene politische Existenz. »Wenn man am Morgen aufwacht und über seine eigenen charakterlichen Defizite nachdenken würde, käme man nicht mehr zur Arbeit«, hat Gerhard Schröder bekannt, als er noch öffentlich über sich reflektierte.

Deshalb ist es auch eher kokett als ehrlich, mehr Abwehr von Zweifeln und Skrupeln als Selbsterkenntnis, wenn er sich heute als Bundeskanzler unumwunden zum Streben nach Macht und Macht als Droge bezeichnet ...

***Scheinbar subjektive und private psychische Empfindungen Einzelner sind in Wahrheit zu einem erheblichen Teil Ausdruck professionsbedingter Deformation***



Seehofer jedenfalls meint es ernst, wenn er sagt: »Politik ist eine Sucht.«

Und wäre das nicht auch der Schlüssel zum Verständnis der selbstzerstörerischen Borniertheit, mit der sich – von Helmut Kohl, über Kurt Biedenkopf, Eberhard Diepgen und Rudolf Scharping bis zu Jürgen Möllemann – so viele krampfhaft an einen Beruf klammern, der angeblich so wenig Gewinn abwirft – ideellen wie materiellen? Und hätte dann nicht auch der auffällige Realitätsverlust vieler Politiker eine Erklärung? Eine so ernsthafte Auslegung des Suchtbegriffes empfinden die meisten Politiker als denunzierend. Sind sie denn alle Junkies? Was soll ein Begriff wie zerstörerisch? »Wir bringen uns doch nicht um«, sagt Wolfgang Schäuble.

Tatsächlich hat der Sucht-Begriff ja durchaus auch heute noch einen diffamierenden Beigeschmack: Er enthält einen moralischen Vorwurf gegenüber angeblich Willensschwachen, Undisziplinierten, wenn nicht gar Verwehrlosten. »Ob etwas als Sucht bezeichnet wird und wie sehr die Sucht verurteilt wird, hängt davon ab, wer sie hat«, schreibt die Psychoanalytikerin Thea Bauriedl: »Die Sucht der Herrschenden und der ›Normalen‹ wird nicht oder nur vorsichtig als solche benannt und zumeist mit irgendeinem ›Sachzwang‹ entschuldigt.«

**Viele Politprofis  
scheinen sich der  
psychischen  
Unfallgefahr  
an ihrem  
Arbeitsplatz  
bewusst zu  
werden**

Letztlich ist also jeder Politiker selbst – wie jeder Workoholik, jeder Computer-Freak oder jeder fröhliche Zecher – dafür verantwortlich, zu erkennen, wann süchtige Entgleisungen sein Leben zu beherrschen beginnen. Die zunehmende Fülle der öffentlichen Äußerungen zu diesem Thema deuten darauf hin, dass sich viele Politprofis der psychischen Unfallgefahr an ihrem Arbeitsplatz bewusst zu werden beginnen.

Das Wort »Sucht« kommt von »siech«, englisch »sick«, was »krank« heißt, und kennzeichnet einen Mangel, ein Defizit. Die Wirklichkeit wird als unerfüllt und bedrohlich erlebt. Die Drogen, ganz gleich ob es chemische Mittel sind oder stimulierende Tätigkeiten, dienen dazu, dieses Defizit zu füllen.

Im engeren Sinne wären das Substanzen – wie Alkohol, Nikotin oder Medikamente, die Funktionen des Organismus beeinflussen und Stimmungen verändern ...

Im weiteren Sinne verstehen Suchtexperten als Drogen auch »personale oder apersonale Mittel« – also Arbeit, Beifall, Erfolg etwa, mit denen Verhaltens-, Gefühls- oder körperliche Veränderungen hervorgerufen werden können, um sich der Realität zu entziehen.

»Wichtigkeitsdrogen« nennt Wolfgang Thierse solche Stimulanzien, wobei Fernsehaustritte mit Abstand den verlässlichsten Höhenrausch liefern.

Neben Arbeit und Macht – den Klassikern unter den nicht stofflichen Drogen – ist die öffentliche Aufmerksamkeit in der Medienwelt heute das wirksamste Rauschmittel zur Erzeugung von Politikersucht. Wenn der Nutzen des Drogenkonsums Entlastung von Ohnmachtsgefühlen, Kränkungen und Selbstzweifeln ist – wo ist der Unterschied? Wahrgenommen, bemerkt und anerkannt zu werden, ist das Hauptziel jedes Süchtigen. Es ist auch das Bestreben jedes Politikers in der Medienwelt.

... Das Fernsehen habe die Politik nicht nur deshalb so tiefgreifend verändert, glaubt Alt-Kanzler Helmut Schmidt, weil es die Politiker zur Oberflächlichkeit verführt. »Es macht sie auch sympathiesüchtig«.

Bestätigung und Beifall, Aufmerksamkeit und Zustimmung lösen im Gehirn Impulse aus, die Wohlgefühl vermitteln. Angestoßen durch Stimulation von außen – oder durch Gefühle und innere Bilder – produziert das Hirn körpereigene Substanzen, die ein rauschähnliches Erleben auslösen, sozusagen Sucht ohne Drogen.

Die Versuchung zum Opportunismus, ohnehin immer eine Gefahr für die demokratisch gewählten Vertreter des Volkes, werden übermächtig. Schmidt: »In der Demokratie werden sie nämlich nur gewählt, wenn sie sich ausreichend angenehm machen.«

Das heißt, der Politiker sagt, was er glaubt, dass seine Zuhörer denken. Vor allem aber sagt er nicht, was sie nicht hören wollen. Er bietet seinen Wählern ein Bild der Welt an, das ihnen die Ängste vertreiben und die Wünsche als realisierbar erscheinen lassen soll. In diesem Zusammenspiel zwischen dem Volk und ihren gewählten Vertretern wird die Suchtgefahr am deutlichsten – die Wähler werden zu Cos wie es in der Therapiesprache heißt, zu Komplizen der von sich selbst und ihren Privilegien Berauschten, die ihnen zum Dank die Welt schön reden. Die Folgen dieser Auftrags-Lebenslügen tragen am Ende nicht nur die Politiker sondern wir alle.

Es geht um Wirklichkeit, meine Damen und Herren, nicht darum, die armen Politiker zu bedauern, die in der Tat einen mörderischen Beruf haben. Aber den haben sie sich freiwillig gesucht. Und darüber, welchen Preis sie für die Faszination der Macht zahlen wollen, entscheiden sie selbst – jeder für sich.

Aber wir sind das Volk, und damit der Souverän. Die Herrschaften im Parlament und in der Regierung handeln in unserem Auftrag. Es liegt also an uns, ihnen – neben den gewiss nicht unbeträchtlichen Problemen des Gemeinwesens – nicht auch noch die Bürde aufzuladen, sich zu Übermenschern ohne Fehl und Tadel zu stilisieren und uns zu unserem Wohlbehagen die Hücke voll zu lügen.

### **Jürgen Leinemann**

Friedrichstr. 79

10117 Berlin

☎ 030-20387500

### **Prof. Dr. Matthias Gottschaldt-Stiftung**

Geschäftsstelle

Marienstrasse 8

10117 Berlin

☎ 030-28097273

✉ Gottschaldt-Stiftung

@t-online.de

www.gottschaldt-stiftung.de

**Nicole Rögl**

# *risflecting<sup>®</sup> – Grundlagen und Modelle zur Rausch- und Risikopädagogik*

**Im Rahmen der Kooperation in einer Trägerplattform, bestehend aus dem Österreichischen Alpenverein, dem Landesjugendreferat Wien, dem Verein VITAL, Steyr, der Akzente Suchtprävention, Salzburg und dem Amt für Jugendarbeit der Provinz Bozen-Südtirol wurde ein innovativer pädagogischer Ansatz zum Umgang mit Rausch und Risiko entwickelt. Aktuelle Erkenntnisse aus Jugend- und Präventionsforschung sowie des Risikomanagements wurden mit den Erfahrungen der Kooperationspartner zu einer wissenschaftlich und methodisch abgesicherten Grundlage des pädagogischen Umgangs mit Rausch und Risiko verbunden.**

**Gefördert wird risflecting aus Mitteln des FGÖ-Fonds Gesundes Österreich. Wir veröffentlichen hier den Wortlaut einer Presseinformation des Kooperationsprojektes vom 4.3.2003.**

risflecting ist ein pädagogisches Handlungsmodell in der Jugend- und Präventionsarbeit, das den Umgang mit Rauscherfahrungen und Risikoerlebnissen verbessern möchte. Denn erhöhte Kompetenzen im Umgang mit dem Außeralltäglichen seitens des Einzelnen, der sozialen Gruppe und des gesellschaftlichen Umfelds sichern die Übernahme von Verantwortung (Primärprävention) und verringern die Wahrscheinlichkeit, dass aus Risiko Gefahr wird (Sekundärprävention).

## Ausgangslage

In den letzten zwei Jahrzehnten war in der Erziehung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen eine Abkehr von der vorherrschenden, mit Verboten gepflasterten »Bewahrungsstrategie« hin zu einer »Bewährungspädagogik« zu beobachten. Im Zutrauen und in der Übernahme von Eigenverantwortung werden wichtige Fähigkeiten in Heranwachsenden entwickelt und gestärkt – Lebenskompetenzen, die sie für die ständigen – kleineren und größeren – Bewährungsproben des Lebens benötigen.

*»Die Partner der Trägerplattform sind in ihren unterschiedlichen Aufgabenstellungen gleichermaßen mit der Anforderung von Erziehungsverantwortlichen konfrontiert, einerseits (Jugend-)Schutzmaßnahmen einzuleiten und auch ein Stück weit die sog. ›Bewahrungshaltung‹ einzunehmen; zum anderen fördern wir Lebenskompetenzen und Freiheiten, schaffen Freiräume für Jugendliche, in denen sie sich bewähren können«,* erklärt Mag. Wolfgang Schick, Landesjugendreferent von Salzburg und Akzente-Geschäftsführer.

Bereits in den vergangenen Jahren gab es maßgebliche Aktivitäten und Projekte im Sinne der Bewährungspädagogik, so z.B. das (ebenfalls vom Fonds Gesundes Österreich geförderte) Modellprojekt »risk and fun – Jugendliche in Natursportarten«, dessen Angelpunkt weiterhin der ÖAV ist (mehr dazu unter [www.risk-fun.com](http://www.risk-fun.com)).

Als Akzente Suchtprävention im Nov. 2000 die sog. »Rauschtagung« (genauer: Fachtagung »Rausch – Eine Reise an die Grenzen des Bewusstsein« in einem ÖBB-Sonderwaggon) veranstaltete, wurde der Handlungsbedarf in der Jugend- und Drogenarbeit zu den Themen Rauschkultivierung und Risikowahrnehmung überdeutlich.

*»risflecting ist für unsere Arbeit ein notwendiger, innovativer pädagogischer Ansatz mit dem Ziel, wissenschaftliche und methodische Grundlagen für eine fundierte Weiterentwicklung des pädagogischen Umgangs mit Rausch und Risiko zu entwickeln«,* so Mag. Schick. *»Hier summieren sich bisherige Erfahrungen und Entwicklungen der Kooperationspartner, ergänzt um die aktuellen Erkenntnisse von Jugend- und Präventionsforschung und Risikomanagement.«*

Wissenschaftliche Grundlagen des risflecting-Ansatzes sind neben dem empowerment-Ansatz der WHO die flow-Forschung, Ergebnisse der Gehirnforschung sowie sozio-ethnologische Studien.

***Hier summieren sich bisherige Erfahrungen und Entwicklungen der Kooperationspartner, ergänzt um die aktuellen Erkenntnisse von Jugend- und Präventionsforschung und Risikomanagement***

## Gesellschaftliche Polaritäten – wenig Klarheit und Orientierung für Jugendliche

Unter **Rausch** wird bei risflecting eine prozesshafte Veränderung sinnlicher und sozialer Wahrnehmung hinsichtlich Eindrücken, Emotionen, Grenzen und den Folgen verstanden.

**Risiko** meint die Verbindung von Ungewissheit und Bedeutsamkeit, die mit einem Ereignis einhergeht und zur Auseinandersetzung mit ihm und seinen Folgen auffordert. Rausch und Risiko sind in unserer Gesellschaft höchst ambivalent gebrauchte Begriffe: auf der einen Seite werden sie als mögliche Gefährdung für die menschliche Stabilität und Gesundheit problematisiert bzw. moralisiert verworfen – auf der anderen Seite von politischen, wirtschaftlichen und sozialen Kräften als wichtige Faktoren in Werbung und der Inszenierung von (Jugend-)events eingesetzt.

Rausch und Risiko – sie scheinen also die großen Dämonen in unserem Leben zu sein, die Sehnsucht danach und die Furcht davor begleiten uns. Der gesellschaftliche Umgang mit Rausch- und Risikoverhalten ist ambivalent genug: Auf der einen Seite (pädagogisch) bekämpft und moralisiert, auf der anderen Seite wirtschaftlich in Fußballstadien, Fernsehshows, Zeltfesten und Börsen umsatzträchtig gefördert.

In dieser gespaltenen Haltung werden Jugendliche im Grunde alleine gelassen. Auf diese Weise kann keine Kultivierung von Rauscherfahrungen, kein optimiertes Verhalten in Risikosituationen erreicht werden; Auseinandersetzung und Reflexion – ris.flecting eben – sind jedoch die Voraussetzungen dafür, auch Verantwortung für diese Bereiche des Lebens zu übernehmen, die zu den Randbereichen unseres Bewusstseins gehören und nicht der Vernunft gehorchen.

Dazu Gerald Koller, für die Konzeption und Begleitung von (inter-)nationalen Projekten der Gesundheitsförderung sowie für den risflecting-Grundgedanken verantwortlich: »Das Bedürfnis nach Risikosituationen und rauschhaften Erfahrungen ist im Menschen verankert; dies ruft nach Auseinandersetzung und Kultivierung,

*alte Kulturen und Bräuche wussten noch darum. Hier und heute jedoch steht die präventive Jugendarbeit, die die Negativ-Wirkungen all dieser Sehnsüchte einzuschränken hat, im Dilemma einer Tradition, die lange schon das »Kinde mit dem Bade ausschüttet«. Im Kampf gegen problematische Auswirkungen, die keineswegs zwingend sind, werden auch die ihnen zugrundeliegenden Bedürfnisse problematisiert und oftmals bekämpft.«*

*»Eine Pädagogik, die Rausch und Risiko ausschließlich mit der Gefahren- und ›Todes-‹-Zone assoziiert, hilft gerade jungen Menschen in ihrer Lebenssituation nicht weiter und wird zunehmend als welfremd erlebt. Außerdem leistet sie Vorschub für die ›üblichen‹ Verdrängungen und Abspaltungen nach dem Motto ›Ich weiß nicht, was ich gestern gesagt/getan habe – ich war ja betrunken‹«, so Gerald Koller.*

Die Ansätze von risflecting beachten darüberhinaus auch die gesundheits- und entwicklungsfördernden Anteile von Rausch- und Risikoerfahrungen und bewusste Instrumente zu deren Kultivierung.

Dieser Weg lässt – vor allem junge – Menschen nicht allein in ihrem Bedürfnis nach

Rausch- und Risikoerfahrung, ein Weg, den sie immer schon aufsuchten und weiterhin aufsuchen werden.

## *risflecting-Ziele: Den Umgang optimieren statt verleugnen*

Folgende Handlungsinstrumente sollen »optimal verfügbar« sein:

- **Soziale Kompetenzen**, so z. B. die offene Diskussion über Rausch- und Risikoerfahrungen, über entsprechende Sehnsüchte und Wege dazu. Das braucht eine sensible soziale Wahrnehmung für die Befindlichkeit z. B. der FreundInnen neben mir sowie stabile Netze und Lernräume.
- **Reflexion**: Außeralltägliche, intensive, möglicherweise irritierende Erfahrungen bedürfen der Nachbereitung und Reflexion, damit sie für den Alltag nutzbar sind.
- **»Break« – Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozess**: Als »break« bezeichnet man die Kompetenz, vor dem Eingehen auf eine Risikosituation kurz inne zu halten und innere Bereitschaft, physische Verfassung sowie soziale Umweltfaktoren miteinander abzustimmen bevor die Entscheidung zur Handlung getroffen wird.

Dazu Luis Töchterle, Geschäftsführer des Österr. Alpenvereins, Mitveranstalter von »risk & fun« und risflecting-Autor: *»Wer kennt nicht die wieselflinke Oma, die das am Sofa wippende Baby an sich reißt, noch bevor es auf seinen Hintern plumpsen kann. Oft muss uns verwundern, dass die Kleinen einigermaßen ungestört den aufrechten Gang erlernen dürfen. Nicht über den umgestürzten Baum balancieren! Nicht durch den Bach waten! Nicht auf den Felsen klettern! Wo finden Jugendliche eigentlich noch wohlwollende Unterstützung durch Erwachsene?*

*Viele wichtige Entwicklungsaufgaben können Kinder und Jugendliche nur unter Risiko bewältigen: den eigenen Platz in der Gesellschaft finden, Freundeskreis und Partnerschaft aufbauen, Wahl der beruflichen Richtung, Gesundheitsverhalten, genussvolle Konsummuster, mit Frust und Konflikten zurechtkommen, die körperliche Entwicklung etc.*

*Ein alternatives Verhalten für Eltern und Erwachsene wäre bei all dem doch zumindest vorstellbar: »Schau, probier's mal so!« Eine grundsätzlich akzeptierende Haltung also, die Erfahrungsräume öffnet, Aneignung ermöglicht, statt alles mit Verboten und Brückengeländern zu verbarrikadieren«.*

***Viele wichtige  
Entwicklungsaufgaben können  
Kinder und  
Jugendliche nur  
unter Risiko  
bewältigen***

## Wer braucht risflecting?

Zielgruppen sind nicht ProblemkonsumentInnen von Substanzen und Missbraucher, nicht Personen und Gruppen mit exzessivem Risikoverhalten. Solche Personengruppen bedürfen sekundärpräventiver Hilfestellung und Massnahmen der harmreduction.

Risflecting zielt darauf ab, jener Personengruppe, die Risikosituationen unbewusst eingeht und Rauscherfahrungen geradezu konsumiert, bewusste Kultivierungsmöglichkeiten durch Projekte und Beziehungsarbeit anzubieten.

## Ergebnisse und Beispiele

Die nunmehr vorliegende Studie fasst theoretische Konzepte und Analysen relevanter theoretischer Literatur zusammen, so z.B. »Risiko und Extremsport – fokussiert auf den Bereich »Risikoverhalten Jugendlicher« von Annemarie Rettenwander und »Rausch und Rauschmittelkonsum« von Mag. Christoph Strieder. Die »models of good practice«, die von erfahrenen PraktikerInnen aus der Jugendarbeit im Zuge des 1. Internationalen risflecting-Lehrganges – unter der Leitung von Gerald Koller – gemacht wurden, geben Einblick in konkrete Anwendungsmöglichkeiten des risflecting-Ansatzes; download ist unter **www.risflecting.at** möglich.

In dem vom FGÖ geförderten Studienhandbuch sind diese Pilotprojekte mit Jugendlichen nachzulesen. »Der Focus dieser Projekte lag darauf, dass Jugendliche durch angeleitete Rausch- und Risikoerlebnisse für ihren Alltag profitieren sollen, einen Zugewinn an Selbstwert und Status erfahren, dabei jedoch keinen gesundheitlichen Schaden nehmen«, so Mag. Nicole Rögl, Koordinatorin der Studie und Fachstellenleiterin von Akzente Suchtprävention. Mittlerweile läuft der 2. risflecting-Lehrgang in Österreich sowie ein zusätzlicher Lehrgang im Auftrag von Klaus Nothdurfter, Leiter des Amtes für Jugendarbeit der Provinz Bozen in Südtirol.

»Wir meinen, dass die Investition der Trägerplattform für dieses Projekt eine ist, die zukunftsweisende Wege ebnet für Mitdenker und Praktiker der Jugend- und Präventionsarbeit«, so Mag. Wolfgang Schick abschließend. Das Interesse an den Studienergebnissen und an weiteren Kontakten bzw. Lehrgängen auch aus dem angrenzenden Ausland gibt den Wegbereitern recht – wenngleich dieser Pfad durchaus kein gänzlich »risikofreier« ist...

### Infos risflecting

und »models of good practice«  
downloading unter:  
[www.risflecting.at](http://www.risflecting.at)

### Die Organisationen der Trägerplattform

[www.oeav.at](http://www.oeav.at)  
[www.youthpromotion.at](http://www.youthpromotion.at)  
[www.fgoe.org](http://www.fgoe.org)

### Akzente Suchtprävention

Fachstelle für  
Suchtvorbeugung  
Salzburg  
Glockengasse 4c  
A-5020 Salzburg  
☎ 00 43-6 62-84 92 91-41  
✉ [n.roegl@akzente.net](mailto:n.roegl@akzente.net)

**Werner Loosen  
Dr. Artur Schroers**

# *Ist Suchtprävention ihr Geld wert? Aufwand, Methodik und Erfolg präventiver Interventionen*

**In der Ausgabe 1 – 2003 (Jan./Feb. 2003) berichtete die Fachzeitschrift KONTUREN über eine am 27.1.2003 im Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) Hamburg durchgeführte Tagung zum Thema »Ist die Suchtprävention ihr Geld wert?«. In diesem Bericht wurden die Aussagen einiger der Referenten zusammen gefasst (Dr. Alfred Uhl, Wien; Prof.Dr Gundula Barsch, Merseburg); dabei wurde vor allem auch die Frage thematisiert, wie – oder ob überhaupt – denn nun die Erfolge der Präventionsarbeit zu messen sein.**

**Organisiert wurde die Tagung in Zusammenarbeit zwischen dem Suchtpräventionszentrum, dem Büro für Suchtprävention sowie dem Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung am UKE.**

**Wir präsentieren hier Auszüge des von Werner Loosen für die KONTUREN verfassten Berichtes, erweitert durch einige ergänzende und resümierende Abschnitte, die Dr. Artur Schroers, der Leiter des Büros für Suchtprävention beigesteuert hat.**

In Politik und Medien wird zunehmend auf die Bedeutung suchtpreventiver Maßnahmen hingewiesen. Eine Frage, die dabei immer öfter gestellt wird, ist, ob die beabsichtigten Ziele suchtpreventiver Arbeit – Abstinenz oder gesundheitsbewusster Umgang mit legalen und illegalen Suchtmitteln – überhaupt erreicht werden. Wird möglicherweise viel Geld ausgegeben und die Jugendlichen trinken, rauchen und haschen einfach weiter? Oder ist Suchtprävention eine gut angelegte Zukunftsinvestition ohne die wir schon eine Heerschar von Abhängigen hätten?

Mit der Fragestellung, ob die Suchtprävention überhaupt ihr Geld wert ist, setzten sich Expertinnen und Experten aus Deutschland, der Schweiz und Österreich, die sich seit Jahren wissenschaftlich mit dem Thema Suchtprävention beschäftigen, intensiv auseinander.

## Der Papageieneffekt

»Wenn ich einem Papageien beibringe, mir nachzusprechen, »Ich esse keine Bananen«, dann kann ich nicht sicher sein, dass er sich auch daran hält.« Diesen Papageieneffekt erwähnte der Wiener Suchtforscher **Dr. Alfred Uhl**. Zwar macht es sich nach Ansicht des Suchtexperten immer gut, wenn man der Drogenprävention das Wort redet, nur selten aber gebe es Einigkeit, was damit überhaupt gemeint sei: »Spricht auch mal jemand über die Forschungsprobleme und ihre Grenzen?«, fragte Uhl und nannte ein Beispiel: Wenn einer von 1.000 Menschen ein Drogenproblem bekommt, muss man für eine wirklich valide Studie 360.000 Menschen überprüfen, um schließlich 36 Drogenkranke herauszufiltern – »das kann ja wohl nicht Sinn der Sache sein«. Darüber müsse man sich klar sein, wenn man frage, ob Suchtprävention ihr Geld wert sei: »Wie will man das denn bewerten? Kann man das zeitliche Verschieben des Beginns einer Leberzirrhose tatsächlich auf Prävention zurückführen? Ist Prävention erst dann ihr Geld wert, wenn eine Behandlung verhindert wird oder wenn sie bei möglichen späteren therapeutischen Maßnahmen sparen hilft?«

**Angesichts der gegenwärtigen Forschungsdefizite ist es geradezu widersinnig, das Präventionsziel der Gesundheitsförderung ausschließlich auf Konsumvermeidung auszurichten**

## Realismus bezüglich Aufwand und Effekt gefordert

Hinzu komme ein weiterer Punkt, den Uhl Evalopathie nennt. Damit komme man nicht weiter, dagegen spreche die Mehrdeutigkeit und Kargheit der Begriffe. »Antworten wie diese sind auf entsprechende Fragen durchaus denkbar: »Zwar wissen wir viel, aber wir setzen es nicht um.« Oder: »Wir wissen zwar viel, aber wir können es nicht belegen.« Angesichts der gegenwärtigen Forschungsdefizite sei es geradezu widersinnig, »das Präventionsziel der Gesundheitsförderung ausschließlich auf Konsumvermeidung auszurichten!« Stattdessen wäre es nach Ansicht Uhls vernünftig, sich mehr um mäßigen Konsum und zugleich weniger um Problemkonsum zu kümmern: »Nur so lassen sich langfristig Probleme verringern.«

Berücksichtigt werden muss nach den Worten Uhls auch, dass Kinder immer früher in die Pubertät kommen, »und das bedeutet, dass sie früher erwachsen werden und sich dementsprechend früher wie Erwachsene benehmen«; bedacht werden muss die immer stärkere Diversifikation beim Konsum, das heißt: Es gibt immer mehr und immer andere Substanzen, je nach Mode, abhängig aber auch von den zunehmenden »Errungenschaften« der Globalisierung.

»Dennoch«, so Uhl, »vor einer Gesundheitsförderung als theoriefreiem Aktionismus muss gewart werden, zu fördern ist stattdessen das Nachdenken.« Immerhin sei als positiv zu verzeichnen, dass es bei allen Beteiligten ein großes Bedürfnis nach Informationen gebe: »Es kommt aber darauf an, unterschiedliche Positionen deutlich zu machen, Meinungen offen als solche zu deklarieren und – ganz besonders wichtig! – die Drogenkriegsmetaphorik endlich abzubauen.« Auch dürfe man bei sucht-

präventivem Vorgehen keineswegs die eigene Kompetenz überschätzen – »*Realismus bezüglich Aufwand und möglichem Effekt sind ratsam*«. Die Wirksamkeitsüberprüfung sei dann sinnvoll, wenn es gelinge, sie in einem explorativem Verständnis von Wissenschaft als Puzzle anzusehen, »*dazu gehört auch das Wissen um methodologische und andere Grenzen*«, sagte Uhl. Und wenn immer wieder gesagt werde, der Köder, also die Präventionsmaßnahme, müsse dem Fisch schmecken und nicht dem Angler, dann, so Uhl, »*zeigt sich hier ein Grundproblem der Prävention, denn: Hier geht es nicht um Fische, sondern um Partner, um Mitmenschen!*«

## *Geordneter, selbst kontrollierter Konsum ist möglich*

Ähnliche Gesichtspunkte betonte auch **Professor Dr. Gundula Barsch** von der Fachhochschule Merseburg. Sie nahm an der Stellungnahme der nationalen Drogen- und Suchtkommission teil, die ihre Arbeit Mitte vergangenen Jahres vorgelegt hat. Einige Ergebnisse sind die Abkehr von der ausschließlichen Orientierung auf den worst-case-Endzustand, die Abkehr »*von der Annahme gleichsam nach festen Schemata verlaufenden Prozessen mit körperlichem, psychischem und sozialem Verfall*«, sowie die Abkehr von der Betonung individueller Gefährdungsmomente: »*Vielmehr sprechen wir im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen von einem Prozess, der immer wieder individuelle und individuell verantwortete Entscheidungen beinhaltet*.« Erwähnt werden müsse in der öffentlichen Diskussion auch der Begriff Drogenmündigkeit (sich eigenständig in vielfältigen Alltagssituationen orientieren und zu jeweils angemessenen Formen im Umgang mit Drogen finden zu können) sowie die Tatsache: »*Drogenkonsum ist gestaltbar*.« Generell sei es notwendig, zwischen Gebrauch, schädlichem Missbrauch und Abhängigkeit zu unterscheiden. Denn: »*Ein geordneter und (selbst-)kontrollierter Konsum ist möglich*.«

Es gehe also auch darum, nicht ständig nur über Krankheitsbilder zu kommunizieren, »*sondern über die Gestaltung der gesunden, selbst- und sozial verantwortlichen Entwicklung – und das betrifft alle Substanzen*«, betonte Gundula Barsch, »*legale und illegale!*«

Allgemein müsse zur Kenntnis genommen werden, dass Drogenkonsum ein Handeln sei, das unter bestimmten Bedingungen in die Lebenswirklichkeit der Menschen integrierbar und mit Wertemustern der Gesellschaft vereinbar sein könne. Die Wissenschaftlerin forderte eine gemeinwesenorientierte Präventionsstrategie, weil es überall in Deutschland unterschiedliche Moden bezüglich der psychoaktiven Substanzen gebe: »*Nötig sind dafür maßgeschneiderte Lösungen für Nachbarschaften und Kommunen sowie eher Präventionsstrukturen als Präventionsprogramme. Nötig ist es, regionale Probleme zu definieren und vor Ort Wege zu finden, diese zu lösen*.«

***Es ist notwendig, zwischen Gebrauch, schädlichem Missbrauch und Abhängigkeit zu unterscheiden. Denn: Ein geordneter und (selbst-)kontrollierter Konsum ist möglich***

## *Pluralität von Zuständigkeiten*

Gundula Barsch warnte vor monolithischen oder zentralistischen Ansätzen, das heißt: »Die staatliche Verwaltung und die Politik sollen Ziele und Methoden der Suchtprävention nicht durch eigene Wertungen vorschnell in eine bestimmte Richtung lenken.« Notwendig seien Freiräume für einen offenen und gegebenenfalls kontroversen Dialog und die Beteiligung aller gesellschaftlichen Bereiche. Nützlich zu wissen sei für jegliche Präventionsstrategie, dass der genannte Begriff der Drogenmündigkeit die Abstinenz – situativ oder lebenslang – als Mittel der Problemvermeidung einschließe.

Die Expertin aus Merseburg beklagte, dass die Zuständigkeiten im Feld der Prävention vielfach zersplittert seien, und zwar sowohl auf den Ebenen wie Bund, Länder und Gemeinden als auch zwischen den einzelnen Bereichen – etwa Gesundheitsschutz, Kinder- und Jugendschutz, Bildung, Polizei und Krankenkassen, und: »Der Pluralität der Zuständigkeiten folgt die Pluralität der Verteilung von Ressourcen.« Lenkungswirkung und Verhaltenssteuerung durch das Recht seien nur bedingt nachweisbar. Andererseits ließen sich viele dem Recht zugeschriebene Wirkungen durch andere als rechtliche Mittel besser erreichen. »Notwendige repressive Vorschriften stehen der Prävention teilweise entgegen, behindern diese oder machen sie unmöglich.« Gundula Barsch empfahl, von den Möglichkeiten einer experimentellen Gesetzgebung verstärkt Gebrauch zu machen. Ihre Forderung: »Der Grundsatz »Prävention vor Repression« sollte im BtMG gesetzlich verankert sein!«

**Der Grundsatz  
»Prävention vor  
Repression«  
sollte im BtMG  
gesetzlich  
verankert sein!**

**Dr. Artur Schroers**

## *Der Erfolg suchtpreventiven Handelns*

**Mehr als nur die Komplementärgröße des Nicht-Erreichten**

Theo Baumgärtner, Referent für Forschung und Evaluation des Büros für Suchtprävention in Hamburg machte in seinem Vortrag deutlich, dass die aktuelle Diskussion über die Notwendigkeit und inhaltlich-strukturelle Beschaffenheit suchtpreventiver Aktivitäten in der Bundesrepublik Deutschland sehr stark an der Evidenz

ihrer Wirksamkeit und damit an der Messbarkeit ihrer direkten und indirekten Effekte ausgerichtet ist. Baumgärtner führte aus, es sei naheliegend und attraktiv, den tatsächlichen Erfolg von Suchtpräventionsmaßnahmen zu ihrem entscheidenden Legitimationskriterium zu erheben. Allerdings gestaltete sich der jeweilige Nachweis des entsprechenden Erfolges ausgesprochen schwierig. Weil Prävention im Sinne des Wortes die Verhinderung unerwünschter Zustände, Entwicklungen und Konsequenzen darstellt, kann eigentlich auch nur das tatsächlich Verhinderte als Erfolg der eingeschlagenen Maßnahmen verbucht werden. Aus methodischer Perspektive bedeutet dies, dass man die empirisch ermittelte, qualitative und quantitative Entwicklung eines Phänomens in Relation zu jener Entwicklung stellen müsste, die sich ohne Interventionseinfluss ergeben hätte. Da diese normalerweise jedoch nur unter streng wissenschaftlich kontrollierten Experimentalbedingungen abschätzbar ist und Aussagen hierüber deshalb in der Regel meist spekulativ bleiben müssen, ist der häufig angewandte alternative Rückgriff auf die jeweils erwünschte Entwicklung als entsprechende Referenzgröße zwar verständlich, sagt aber letztlich nichts über die eigentliche Qualität der durchgeführten Maßnahmen aus.

Nicht nur, um solchen methodischen Schwierigkeiten zukünftig begegnen, sondern auch um die Weiterentwicklung der Qualität des bereitgehaltenen Suchtpräventionsangebotes zügig vorantreiben zu können berichtete Baumgärtner, dass in Hamburg ab dem Jahr 2003 ein so genanntes Local Monitoring System implementiert würde. Auf der Basis von regelmäßig stattfindenden Fokusgruppendifkussionen, kontinuierlich durchgeführten Key-Person-Befragungen und jährlich wiederholten Repräsentativerhebungen unter SchülerInnen der Hansestadt sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden,

- eine möglichst frühzeitige Identifizierung entstehender Konsummuster und -trends zu gewährleisten,
- nicht einseitig nur den Umgang mit illegalen Substanzen zu erheben, sondern gleichgewichtig auch die Entwicklungen im Bereich des legalen Rauschmittelkonsums entsprechend zu berücksichtigen,
- den Fokus nicht ausschließlich auf die Handlungsmotive von Drogenkonsumenten zu richten, sondern auch die Gründe des Verzichts bei drogenabstinenten Personen miteinzubeziehen,
- unmittelbare Anregungen zur konzeptionellen Entwicklung und zum praktischen Einsatz primär- und sekundärpräventiver Interventionsstrategien zu liefern und schließlich
- Möglichkeiten zu bieten, konkret durchgeführte Präventionsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit im Sinne einstellungs- und handlungsrelevanter Effekte hin zu überprüfen.

***Hamburg will  
methodische  
Probleme beheben  
und die Qualitäts-  
entwicklung  
voranbringen mit  
Hilfe eines »Local  
Monitoring  
Systems«***

## Resümee

Die bei der Tagung anwesenden WissenschaftlerInnen, PlanerInnen und PraktikerInnen sahen sich mit der Fragestellung, ob die Suchtprävention ihr Geld wert ist mit einer eher grundsätzlichen Frage konfrontiert. Durch die ausgesuchten Vorträge wurde einerseits ein großes Spektrum fachlicher Perspektiven zum Thema präsentiert, andererseits gaben die auf der Tagung gesetzten Akzente wichtige Anregungen für einen noch fortzusetzenden Diskurs. Es wurde deutlich, dass vermehrte Forschung in diesem Bereich notwendig ist, eine Effektmessung von Suchtprävention aber nicht einfach zu bewerkstelligen ist. Allerdings zeigte sich, dass nicht alles was unter dem Label »Suchtprävention« firmiert grundsätzlich der Messung bedarf. Vorausgesetzt, bei Maßnahmen und Projekten sind Bedingungen, Ziele, Methoden und Inhalte ausgewiesen – d.h. es wird auch deutlich was und was nicht mit einzelnen suchtpreventiven Aktivität erreicht werden soll und überhaupt erreicht werden kann – dann wird Erfolgsmessung wahrscheinlicher. Forschung, etwa im Rahmen von Evaluation kann dabei durch fachliche Argumente wichtige Orientierungspunkte für die Wahl der Präventionsstrategie geben und auch Kriterien für die Qualität von Maßnahmen entwickeln helfen (»models of good practice«). Wissenschaftliche Forschung kann zudem hilfreich sein, die unterschiedlichen Ebenen von Utopie (dem Erwünschten, z.B. von der Politik) und Realität (dem Leistbaren) zu verdeutlichen. Wenn es der Suchtprävention gelingt, sich als realitätsnah auszuweisen, gewinnt sie auch insgesamt an Glaubwürdigkeit (eine wichtige Voraussetzung ihrer Wirksamkeit). Monitoring als Beispiel macht als Instrument der Früherkennung Bedarfe deutlich, Prävention planbar und verhilft der Überprüfbarkeit von Effekten.

### **Büro für Suchtprävention**

Der Hamburgischen  
Landesstelle gegen die  
Suchtgefahren e.V.  
Repsoldstr. 4  
20097 Hamburg  
☎ 0 40-2 84 99 18-0  
☎ 040-2 84 99 18-19  
✉ schroers@suchthh.de  
www.suchthh.de

Die Tagung der Hamburgischen Kooperationspartner auf den Ebenen von Wissenschaft (ZIS), Koordination (BFS) und Praxis (SPZ) im Bereich der Suchtprävention gab wichtige Impulse, die Frage des Nutzens von Prävention auf der Basis fachlicher Argumente zu bewerten. Wurde auf dieser Veranstaltung Suchtprävention ganz allgemein auf den Prüfstand gestellt, so konnte allerdings die Wirksamkeitsfrage nicht abschließend geklärt werden. Hierzu bedarf es in einem weiteren Schritt zu diskutieren, welche spezifischen Konzepte und Ansätze der Suchtprävention wirksam sind.

**Rob Steinbuch**

## *Hilfsangebote für Basecoke-Gebraucher*

**Die folgenden beiden Beiträge wurden uns von Rob Steinbuch, Mitglied der Parlamentarischen Arbeitsgruppe Drogenpolitik der PvdA zur Verfügung gestellt. Sie befassen sich beide mit dem in der Zeit von Februar 2000 bis einschließlich Dezember 2001 bei Bouman Verslavingszorg in Rotterdam durchgeführten Kokain-Projekt.**

**Die unter Leitung von Renée Henskens durch das Gesundheitsamt Rotterdam (GGD) durchgeführte Untersuchung wurde am 29.01.2003 anhand des Abschlussberichtes in Rotterdam präsentiert. Rob Steinbuch geht in seinem kurzen einführenden Text auf die Bedeutung des Projektes für die Suchthilfe ein; mit dem zweiten Text wird eine Zusammenfassung des Abschlussberichtes dargestellt.**

Am 29. Januar 2003 fand in Rotterdam eine Arbeitskonferenz mit Vorträgen und anschließender Podiumsdiskussion statt wobei auch ein Bericht über das Kokainprojekt<sup>1</sup> präsentiert wurde. Das Konzept und die Befunde dieses Projekts werden in der beigefügten Zusammenfassung des Gesundheitsamts GG&GD Rotterdam und Umgebung näher erläutert.

Die Befunde der unter Leitung von Renée Henskens durchgeführte Studie bestätigen die in den Vereinigten Staaten gewonnenen Erkenntnisse – dort gibt es seit Jahren Erfahrungen mit und Untersuchungen über das Phänomen Crack-Abhängigkeit. Dabei hat sich gezeigt, dass das einzig wirksame Hilfskonzept für diese Zielgruppe aus einer Kombination von niederschwelligem Auffang und psychosozialer Betreuung besteht. Niederschwellige Auffangmodelle, bei denen Basisversorgung und soziale Hilfen im Mittelpunkt stehen, können nämlich Bedingungen schaffen die eine Selbstregulierung des Gebrauchs ermöglichen. Diese Selbstregulierung kann ein erster Schritt zur Lösung der Suchtproblematik sein. Für manche Gebraucher ist sie sogar überlebensnotwendig.

---

<sup>1</sup> Renée Henskens, «Het Cocaineproject»; 2002, GGD Rotterdam und Umgebung.

---

2  
Tim Boekhout van  
Solinge, «Op de pof»;  
2001, Stichting Mainline.

3  
Evert Ketting,  
«Kenniscentra in  
Nederland»; 2002,  
Arbeitsdokument 88  
von SCP.

**Rob Steinbuch**  
Damhertlaan 129  
3972 DD Driebergen  
☎ 0031-343-512491  
✉ steinb@adds.nl

In Europa – insbesondere in der Schweiz – wurden im Rahmen der »Heroingestützten Behandlung« ähnliche Erfahrungen gemacht. Zum selben Ergebnis kommen die niederländischen CCBH-Versuche mit der kontrollierten Verabreichung von Heroin. Auch Stichting Mainline hat konkrete Tipps für Selbstregulierung publiziert<sup>2</sup>.

In der Podiumsdiskussion am 29. Januar wies Nora Storm auf die Bedeutung der Selbstbetätigung in diesem Konzept hin. Dies zeigte sich unter anderem im Zeitarbeitsprojekt »Topscore Uitzendbureau« in Rotterdam, einer Projektform die inzwischen auch andernorts in den Niederlanden eingesetzt wird.

Niederschwellige Auffangangebote, für die das Forschungsprojekt ein gelungenes Beispiel ist, sollten in ein Netzwerk von differenzierten Angeboten, die auch Methadon- und Heroinverabreichung beinhalten, eingebettet werden. Solche niederschweligen Angebote sind oft Teil des Hilfsangebots von sozialen Einrichtungen und Initiativen. Diese Anbieter benötigen dabei aber auch selbst Begleitung durch Experten. Hier liegt eine wichtige (neue) Aufgabe der professionellen Suchthilfe.

Eigentlich ist die Zielgruppe nicht genau abzugrenzen. Sie umfasst alle Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben, von »nur Obdachlosen« bis zu »Mehrfachabhängigen mit psychiatrischem Krankheitsbild«, deren Problematik in Umfang und Schwere schnell zunimmt. Da auf diesem Gebiet bereits viele Erfahrungen gesammelt wurden, ist es durchaus eine Überlegung wert, dafür ein spezielles Kenntniszentrum einzurichten. In der Praxis hat sich das Konzept »Kenntniszentrum« als sehr effektiv erwiesen<sup>3</sup>.

## Renée Henskens

# *Befunde des Kokainprojekts*

### **Eine Studie über die Effekte niederschwelliger Hilfsangebote für schwer erreichbare Kokaingebraucher**

Von Februar 2000 bis einschließlich Dezember 2001 führte die Rotterdamer Suchthilfeeinrichtung »Bouman Verslavingszorg« ein Kokainprojekt mit niederschweligen Hilfsangeboten für mehrfachabhängige Drogengebraucher mit überdurchschnittlich hohem Basecoke-(Crack-)Konsum durch. Das Projekt richtete sich speziell an den »harten Kern«: Gebraucher mit komplexer Problematik, die trotz ihrer besorgniserregenden Verfassung Hilfen ablehnten. Verantwortlich für die Ausführung des Projekts

war Bouman Verslavingzorg. Das Gesundheitsamt GGD Rotterdam und Umgebung war für die wissenschaftliche Auswertung der Hilfsangebote zuständig. Das Behandlungsexperiment wurde zum Teil mit Geldern des niederländischen Forschungsinstituts für Gesundheitsforschung und –entwicklung »ZonMW« finanziert.

## *Inhalt des Betreuungsprogramms*

Charakteristisch für das Kokainprojekt, das in separaten Räumen in der Innenstadt untergebracht war, war sein niederschwelliges, auf Gesundheitsförderung ausgeichtetes Angebot. Die Betreuung erfolgte auf Basis der Freiwilligkeit und war nicht auf Abstinenz gerichtet. Die drei Pfeiler des Kokainprojekts waren Streetwork, 24-Stunden-Auffang und Nachsorgeprogramm. Aktive Betreuung (bemoeizorg) – so genannte »Verfolgungsbetreuung« – war ein wichtiger Bestandteil des Programms. Gebrauchler wurden in der Drogenszene aufgesucht und zur Teilnahme am Projekt motiviert. Wer das Programm vorzeitig abbrach, wurde erneut aufgesucht und motiviert. Neben stationärem und ambulatem Krisenauffang – im Gebäude waren Feldbetten aufgestellt – wurde im Nachsorgeprogramm intensive ambulante Betreuung geboten. Zentrales Element des Tagesaufgangs war die Anlaufstelle mit ihrem vielseitigen Hilfsangebot, darunter Aufklärung, (leichte) somatische Behandlungen, psychosoziale Betreuung und Sozialarbeit. Akupunkturbehandlungen wurden als »Lockmittel« angeboten.

## *Klientenprofil*

Im Vergleich zur Rotterdamer Methadonpopulation waren die Klienten des Kokainprojekts körperlich in schlechterer Verfassung. Sie waren schlechter ausgebildet und häufiger obdachlos. Aufgrund ihres extremen Drogengebrauchs waren sie hoch verschuldet und häufiger mit der Justiz in Konflikt. Sehr auffallend war der hohe Frauenanteil in der Zielgruppe des Kokainprojekts. Die meisten arbeiteten in der Drogenprostitution. Viele wiesen schwere psychopathologische Symptome auf und waren in der Vergangenheit Opfer von körperlicher Gewalt und sexuellem Missbrauch.

## *Fragestellung der Studie*

1. Ist das Kokainprojekt ein bindendes Angebot für extrem problematische Basecoke-Gebraucher?
2. Wirkt sich das Kokainprojekt positiv auf die körperliche Gesundheit und die drogenbezogenen Probleme der Teilnehmer aus?
3. Wie wird das Kokainprojekt von den Teilnehmern beurteilt?

***Die Klienten des Kokainprojektes waren im Vergleich zu denen des Methadonprogramms in einer grundsätzlich schwierigeren Gesamtsituation***

## *Untersuchungsmethoden*

Die experimentelle Gruppe, die am Kokainprojekt teilnahm, wurde in essenziellen Punkten mit einer Kontrollgruppe verglichen, die das Standardangebot von Bouman Verlavingszorg in Anspruch nahm. Die »Bindung« wurde gemessen, indem die Programmtreue an beide Behandlungsformen verglichen wurde. Pro Klient wurden die Anzahl und die Art der Betreuungskontakte während der Untersuchung erfasst. Mithilfe der EuropAsi-Interviews wurden Fortschritte in den verschiedenen Lebensbereichen an zwei Zeitpunkten – beim Intake und bei einer Follow-up-Studie nach acht Monaten – gemessen. Abschließend wurde untersucht, inwiefern ehemalige Teilnehmer mit dem Kokainprojekt zufrieden waren.

## *Resultate*

Die Tatsache, dass sowohl die experimentelle Gruppe als auch die Kontrollgruppe enge Verbindungen zu Hilfseinrichtungen hatte, passt nicht in das Bild einer Zielgruppe, die sich allen Hilfsangeboten entzieht. Fast alle Mitglieder der experimentellen Gruppe haben am Kokainprojekt teilgenommen. Mehr als die Hälfte dieser Teilnehmer hat auch permanent die Betreuungsangebote in Anspruch genommen. Sie nahmen im Schnitt mehrmals pro Woche am Programm teil. Diese starke Bindung an das Kokainprojekt war ein Resultat der sehr aktiven »Verfolgungsbetreuung«. Es wurden viele Motivationsgespräche geführt, und Programmabbrecher wurden oft aufgesucht, um sie zu einer weiteren Teilnahme zu bewegen. Bei der Kontrollgruppe ist die Bindung an die reguläre Suchthilfe noch stärker. Diese Klienten werden in der Regel schon längere Zeit betreut und hatten dadurch erheblich mehr Kontakte zur Suchthilfe. Dazu ist jedoch anzumerken, dass es sich überwiegend um Kontakte im Rahmen der Methadonverabreichung oder bei Besuchen von Konsumräumen handelte.

Die Follow-up-Studie nach acht Monaten ergab, dass sich die Situation der experimentellen Gruppe erheblich verbessert hatte. Sie gebrauchten weniger Drogen und hatten auch weniger Bedarf an Hilfe in diesem Lebensbereich. Auch der Hilfsbedarf bei Problemen mit sozialen Beziehungen und bei psychische Problemen hat abgenommen. Die Tatsache, dass die Einkünfte aus illegalen Aktivitäten um 15 % abgenommen haben, gilt als wichtigstes Resultat des Kokainprojekts. Es beweist, dass ein einziges Betreuungskonzept sowohl Hilfe bieten als auch zur Kriminalitätsbekämpfung beitragen kann. Bei der Kontrollgruppe wurden keine signifikanten Fortschritte in den verschiedenen Lebensbereichen gemessen.

Die ehemaligen Teilnehmer des Kokainprojekts führen ihre Fortschritte vor allem auf das Engagement und die permanente Unterstützung durch ihre (festen) Betreuer zurück. Der hohe Stellenwert, den die Klienten dem beimessen, zeigt wie wichtig ein

***Das Kokainprojekt beweist, dass ein einziges Betreuungskonzept sowohl Hilfe bieten als auch zur Kriminalitätsbekämpfung beitragen kann***

guter Betreuungskontakt sein kann. Sehr positiv bewerten die Teilnehmer auch den Krisenauffang, die Akupunktur, die Anlaufstelle und das Sozialarbeitsangebot. Das auf Ruhe basierende Konzept wird ebenfalls hoch geschätzt. Das Kokainprojekt wird insgesamt mit der Note 7,4 von 10 bewertet.

## Schlussfolgerungen

Die Studie brachte neue Hinweise für die Gestaltung von Hilfsangeboten für extrem problematische mehrfachabhängige Gebraucher. Ganz im Gegensatz zur herrschenden Meinung lassen sich auch durch ein auf Freiwilligkeit basierendes, ambulantes Programm bei diesen Gruppen durchaus Fortschritte erzielen. Es wird empfohlen, neben den bestehenden Angeboten neue Betreuungskonzepte zu entwickeln, die folgende sieben Kriterien der intensiven ambulanten Betreuung erfüllen:

- realisierbare Ziele, die auf eine Verbesserung der basalen Lebensumstände abzielen
- garantierte Niederschwelligkeit und überschaubares Format
- ein eigenständiges Hilfsangebot, das nicht an Methadonverabreichung oder Konsumräume gekoppelt ist
- eine sichere und ungezwungene Atmosphäre im Programm
- Sofortangebot von attraktiven Dienstleistungen
- ambulante Behandlung von psychiatrischen Problemen
- starker Akzent auf »Verfolgungsbetreuung« und persönlichem Kontakt mit dem (festen) Betreuer

### **GGD Rotterdam und Umgebung**

Abteilung OGGZ

Weitere Auskünfte:

Jelle Zeilstra,

Informationsmitarbeiter  
für Suchtfragen

☎ 0031-10-4339 768

✉ [zeilstraj@ggd.rotterdam.nl](mailto:zeilstraj@ggd.rotterdam.nl)

*Bestellung des Berichtes:*

### **Esther Langendoen**

☎ 0031-10-433 96 20

✉ [langendoene@](mailto:langendoene@ggd.rotterdam.nl)

[ggd.rotterdam.nl](http://ggd.rotterdam.nl)

[www.ggd.rotterdam.nl](http://www.ggd.rotterdam.nl)

**Meggy Stolk**

# *ADHD-Forschung zwischen Tür und Angel*

**Dass ADHD (Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder) nicht nur bei Kindern sondern auch bei Erwachsenen vorkommt, ist schon lange kein Geheimnis mehr. Deutlich ist auch, dass ein erheblicher Anteil der Klienten der Suchthilfe unter dieser neurologischen Störung leidet. Dennoch wurden weder der Umfang des Problems noch die Möglichkeiten von gezielteren Hilfsangeboten für die Betroffenen bisher wissenschaftlich untersucht. Das Trimbos-Institut hat nun die Initiative zur Entwicklung eines ADHD-Manuals ergriffen, das einen klaren praxistauglichen Rahmen für die Diagnostik und Behandlung von Suchtkranken mit ADHD schaffen soll.**

Anfang 2002 standen bei De Brijder viele Abteilungen Kopf. Damals wurde nicht nur eine andere Arbeitsweise implementiert, sondern auch eine neue Führungsstruktur eingeführt. Dazu wurden vier Indikationskommissionen eingesetzt und viele Mitarbeiter erhielten eine neue Funktion innerhalb der Einrichtung. Für die »Hinterbliebenen« in den Abteilungen nahm die Arbeitsbelastung zu, Mitarbeiter mit neuen Funktionen mussten eingearbeitet werden und alle Ebenen der Organisation mussten sich an die neue Führungsstruktur gewöhnen. Inmitten dieser turbulenten Phase wurden wir vom Trimbos-Institut, dem nationalen Wissensinstitut für die Geistige Gesundheitsfürsorge und die Suchthilfe, gebeten, an einer Untersuchung mitzuarbeiten. Trotz aller internen Schwierigkeiten beschlossen wir angesichts der Bedeutung dieser Studie der Bitte des Trimbos-Instituts zu entsprechen. Seit dem 1. März 2002 wird das Versuchsmanual »ADHD und Sucht« in der Klinik von De Brijder angewandt. Neben De Brijder arbeitet auch die Suchthilfeeinrichtung De Griff in Arnhem an der Untersuchung mit. Ziel der Untersuchung ist nicht nur die Entwicklung eines Manuals, das eine effektivere Behandlung von Abhängigen mit ADHD ermöglicht, sondern auch die Ermittlung des Umfangs der Problematik.

## Erleichtert

»Auf Papier waren die Rollen aller Mitwirkenden zwar klar verteilt, aber dennoch gestaltete sich der Beginn in der Praxis als schwierig«, erläutert Leo Schneider, Teamleiter der Abteilung Anschlussbehandlung der Klinik. »Das führte zu heftigen Telefonaten, in denen die Standpunkte, Möglichkeiten und Unzulänglichkeiten aller Mitwirkenden geklärt wurden. Klienten, bei denen ADHD diagnostiziert wurde, müssen klinisch auf das Medikament Ritalin eingestellt werden. Wie geht man aber mit Klienten um, für die die Indikationskommission eine Kurzbehandlung in nur vier Gesprächen empfiehlt? Wie sollen wir diese Klienten in der Klinik auf Ritalin einstellen? Außerdem müssen Klienten entzogen haben. Aber wie können wir erreichen, dass ADHD-Klienten schnell und drogenfrei in der Abteilung Anschlussbehandlung aufgenommen werden, wenn es gleichzeitig eine Warteliste für die Detox-Abteilung gibt? Es war bestimmt nicht einfach, diese Anfangsschwierigkeiten zu überwinden.«

Das Versuchsmanual wird seit Juni 2002 in mehreren ambulanten Einrichtungen eingesetzt. Es beinhaltet, dass alle Klienten in Aufnahmegesprächen gefragt werden, ob sie bereit sind, an der Untersuchung teilzunehmen. Sie erhalten schriftliche Informationen und erteilen schriftlich ihre Zustimmung. Nach dem Ausfüllen des Aufnahmeformulars füllt der Klient einen »Selbstbericht-Fragebogen« aus. Die Fragen drehen sich um Themen wie Mangel an Aufmerksamkeit, hyperaktives und impulsives Verhalten und Erfahrungen in der Kindheit des Klienten. Der Aufnahmemitarbeiter notiert die Antworten und bestimmt anhand der Anleitungen, ob eventuell eine ADHD-Diagnose vorliegt. Wenn die Resultate dieses Screenings positiv sind, wird der Klient zur weiteren Diagnose an einen Arzt überwiesen, der beurteilt, ob die Vermutung tatsächlich stimmt.

»Mir ist nicht bekannt, dass ein Klient seine Teilnahme an der Untersuchung verweigert hätte«, sagt Mara Tylski. Sie ist sozial-psychiatrisch geschulte Krankenpflegerin und arbeitet als Aufnahmemitarbeiterin beim Regionalbüro in Zaandam. Einige Klienten vermuteten bereits, dass sie an dieser Störung leiden. Diese Vermutung basierte auf Bemerkungen über ihr Verhalten von Verwandten oder Freunden oder auf Informationen aus den Medien oder dem Internet. Tylski: »Bei manchen Klienten waren die Symptome schon beim ersten Kontakt ziemlich klar ersichtlich. Der ADHD-Verdacht wurde bei der anschließenden Untersuchung vom Arzt bestätigt. Nicht nur die Klienten selbst, sondern auch ihre Angehörigen und Freunde waren über die Diagnose erleichtert. Nach Jahren von diffusen Beschwerden wurde endlich eine Krankheit diagnostiziert, die behandelbar ist.«

**Der Start des Probelaufs gestaltete sich durchaus schwierig und war mit vielen Fragen verbunden**

Hans Boetje, der als Arzt an der Untersuchung mitarbeitet, hat gemeinsam mit anderen Medizinerkollegen am Kurs »Diagnostik und Behandlung von ADHD bei Erwachsenen« teilgenommen: *»Zum Glück haben wir dort genug Hintergrundwissen für die Durchführung der Untersuchung bekommen. Wir befragen den Klienten ausführlich über Symptome, die eventuell mit ADHD zusammenhängen, wie Unruhegefühle, Konzentrationsstörungen und lebhaftes, hyperaktives und impulsives Verhalten. Einer meiner Patienten schaffte sich beispielsweise aus einem Impuls heraus sechs Hühner an, ohne dass er einen Stall dafür hatte.«*

Boetje stört sich an dem zusätzlichen Zeitaufwand, den die Untersuchung erfordert, zumal sein Arbeitspensum ohnehin voll ausgelastet ist. Dennoch steht er hinter der Untersuchung: *»In den letzten Monaten konnten wir dank der Untersuchung eine Reihe von Klienten mit klaren ADHD-Symptomen identifizieren. Da sie jetzt Ritalin bekommen, können wir besser an ihren Suchtproblemen arbeiten.«*

## *Ganz nach Plan*

***Vor allem was Gruppenarbeit betrifft, beeinflussen die Verhaltensauffälligkeiten der Klienten ihre Behandlungsmöglichkeiten***

In der täglichen Praxis läuft es manchmal anders als geplant. Nachdem die ersten Hürden in der Klinik überwunden waren, gelang es relativ schnell, eine große Zahl von ADHD-Klienten in die Anschlussbehandlung aufzunehmen. Aber schon bald musste deren Zahl wieder auf zwölf reduziert werden. Es stellte sich nämlich heraus, dass die Verhaltensauffälligkeiten dieser Klienten ihre Behandlungsmöglichkeiten beeinflussten, vor allem was die Gruppenaktivitäten betraf.

Es gab aber noch mehr praktische Probleme. Schneider: *»Was tun, wenn es plötzlich nirgendwo in Nordholland mehr Ritalin gibt? Und wie bringt man Klienten, in deren Kopf ein Sturm wütet, bei, dass sie zum richtigen Zeitpunkt die richtige Ritalindosis einnehmen?«* Es stellte sich heraus, dass die normalerweise von Apotheken ausgegebenen Medikamentenverpackungen für viele Klienten ungeeignet waren. Dieses Problem konnte zwei Monate vor Ende der Untersuchung gelöst werden. Mithilfe von Subventionsgeldern wurden Medikamentenschachteln und Uhren mit optischem Alarm angeschafft, die speziell für Medikamenteneinnahme entwickelt wurden.

Pionierarbeit und Improvisationstalent wurde auch von den Regionalbüros gefordert, zumal noch kein ambulantes Betreuungs- und Behandlungsmanual vorhanden war und nicht alle Klienten mit einer Klinikaufnahme einverstanden waren. Boetje: *»Einer meiner Klienten war Inhaber eines Maurerbetriebs. Ein Klinikaufenthalt kam für ihn nicht in Frage, weil er auf seine Einkünfte angewiesen war. Mit gewissen Bedenken sind wir vom Manual abgewichen und haben den Klienten ambulant auf Ritalin eingestellt. Gerade in einem solchen besonderen Fall ist es gut zu sehen, dass alles ganz nach Plan verläuft und das gewünschte Resultat erzielt wird. Der Klient nimmt*

wieder Aufträge an und führt selbst die Buchhaltung seines Betriebs. Früher war er dazu nicht in der Lage und auf die Hilfe seiner Frau angewiesen.« Die Testphase ist Bestandteil der Entwicklung des endgültigen Manuals. Mara Tylski plädiert für mehr Untersuchungen. Von den 26 Klienten, die in Zaandam einem Screening unterzogen wurden, wurden zehn für eine Anschlussdiagnose an den Arzt überwiesen. Bei allen zehn wurde die vermutete ADHD-Diagnose bestätigt. »Ich frage mich, ob nur eine Anschlussdiagnose – wie im Protokoll ausgeführt – genügt. Einige der positiven Resultate können durchaus auch von anderen Faktoren beeinflusst werden, wie etwa psychiatrische oder Persönlichkeitsstörungen. Das an den Tag gelegte Verhalten kann auch eine Folge von jahrelangem Alkohol- und/oder Drogengebrauch sein. Ich glaube, dass bei einigen Klienten Vorsicht geboten ist, bevor man die Diagnose ADHD stellt, und plädiere für eine Ergänzung des Manuals um spezifische Anschlussuntersuchungen.«

Eine zwischenzeitliche Evaluation hat ergeben, dass das Manual erhebliche Verbesserungen für die Diagnostik und Behandlung von Abhängigen mit ADHD bringt. Vorsichtigen Schätzungen zufolge handelt es sich dabei um zehn Prozent aller Brijder-Klienten, also um eine nicht unerhebliche Zahl.

Die Finanzierung eines breiter angelegten Anschlussprojekts ist bereits gesichert. Dabei geht es um die Entwicklung eines Manual für ambulante Behandlungen sowie um die Implementierung des gesamten Manuals (Screening und Diagnostik sowie klinische und ambulante Behandlung) in weiteren vier Suchthilfeeinrichtungen. Schneider: »Es ging längst nicht alles wie von selbst, und die Mitarbeiter leisteten sozusagen zwischen Tür und Angel eine Menge zusätzlicher Arbeit. Trotz allem finde ich, dass wir stolz auf uns sein können. Wir haben einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung eines Manuals für die Diagnostik und Behandlung von Abhängigen mit ADHD geleistet: Ein Manual, mit dem die Mehrzahl der niederländischen Suchthilfeeinrichtungen arbeiten wird.«

Quelle: De Uitbrijder, Nummer 27, Februar 2003

**Eine zwischenzeitliche Evaluation hat ergeben, dass das Manual erhebliche Verbesserungen für die Diagnostik und Behandlung von Abhängigen mit ADHD bringt**

#### **Brijder Stichting**

Postbus 414

1800 AK Alkmaar

☎ 0031-72-5272800

☎ 0031-72-5154971

✉ meggy.stalk@brijder.nl

**Geurt van de Glind**

## *Symposium ADHD bei Sucht*

**Am 10. April 2003 wurden die Resultate des Projekts »Diagnostik und Behandlung von Abhängigen mit ADHD in der stationären Suchthilfe« präsentiert. An dem Symposium nahmen ungefähr 140 Personen teil, überwiegend Mitarbeiter der Suchthilfe.**

Sandra Kooij, die durch ihre Pionierarbeit als Psychiater die Problematik von ADHD bei Erwachsenen in den Niederlanden bekannt gemacht hatte, eröffnete das Symposium mit einer Präsentation über Diagnostik und Behandlung von ADHD bei Erwachsenen. Der Psychiater Pieter-Jan Carpentier referierte über die Kombination ADHD und Sucht. Er wies unter anderem auf Untersuchungen hin, wonach ADHD ein zwar kleiner, aber nicht unerheblicher Faktor für die Ausbildung von Suchtproblemen ist. Die Tatsache, dass ADHD behandelbar ist, bietet Möglichkeiten für Klienten, die unter ADHD und unter Suchtproblemen leiden.

Geurt van de Glind schilderte das Zustandekommen, den Verlauf und die Resultate des Projekts. Das vom niederländischen Forschungsinstitut für Gesundheitsforschung und -entwicklung »ZonMW« finanzierte Projekt ist ein typisches Beispiel für die Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis, die sich über die gesamte Projektdauer hinzog. Ein Expertengremium mit Vertretern aus Praxis und Wissenschaft entwickelte ein Versuchsmanual, das anschließend von März bis Dezember 2002 in zwei großen Suchthilfeeinrichtungen (De Brijder in Nordholland und De Grift in Gelderland) getestet wurde. Die Evaluation dieses Tests ergab eine Vielzahl von Informationen, die wiederum dem Expertengremium vorgelegt wurden und in Änderungen des Versuchsmanual resultierten. Diese Änderungen flossen in das auf dem Symposium präsentierte Manual ADHD bei Sucht ein.

Es umfasst mehrere Elemente:

- Einleitung und Verantwortung
- Screening und Diagnostik, sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Suchthilfe geeignet
- Behandlung, gerichtet auf die Behandlung von ADHD in der stationären Suchthilfe. Die Behandlungselemente umfassen medikamentöse Behandlung, Psychoedukation, Coaching, Kontakt mit Leidensgenossen und Systemapproach.
- Informationen für Fachkräfte: Literatur, Internetseiten und zwei Artikel zum Thema
- Informationsbroschüre für Klienten, Angehörige und andere Betroffene

In der Testphase wurden Screening und Diagnostik in den ambulanten Behandlungsstellen von De Brijder und De Grift durchgeführt. Anhand der dabei gesammelten Daten wurde der Anteil von ADHD-Patienten unter suchtkranken Klienten, die sich an die Suchthilfe wenden, auf 12,3 % geschätzt.

In Workshops wurden die verschiedenen Elemente des Manuals vertieft: Screening und Diagnostik; medikamentöse Behandlung; Psychoedukation und Coaching; Kontakt mit Leidensgenossen; Implementierung des Manuals: Was ist dafür nötig?

Darüber hinaus wurde auf ein geplantes Anschlussprojekt hingewiesen, bei dem – wiederum in Zusammenarbeit mit De Grift und De Brijder – ambulante Behandlungsmodule entwickelt und getestet werden soll. Darüber hinaus soll das gesamte Manual (einschließlich der ambulanten Behandlungsmodule) auch in anderen Suchthilfeeinrichtungen implementiert werden. Dieses Projekt wird neben den ambulante Behandlungsmodulen weitere Produkte abwerfen: eine Anleitung für die Implementierung des Manuals sowie eine digitale Version des Manuals.

Das Symposium endete mit einer lebhaften Diskussion zwischen den Teilnehmern und einem Expertenpodium.

Alle Teilnehmer erhielten ein Exemplar des Manuals ADHD bei Sucht. Es kann unter Angabe der Bestellnummer AF0464 zum Preis von Euro 30,- bestellt werden bei:

**Trimbos-Institut**

Abteilung Bestellungen

Postbus 725

3500 AS Utrecht

Fax 00 31-30-2 97 11 11

Telefonische Auskünfte zu Bestellungen

erhalten Sie unter der Rufnummer

00 31-30-2 97 11 80.

Mit diesem Symposium wurde ein wichtiger Schritt unternommen. Suchtberater wurden umfassend über ADHD bei Erwachsenen und die Wechselwirkung zwischen ADHD und Sucht informiert. Außerdem haben sie ein Werkzeug erhalten, das in der praktischen Arbeit mit dieser Klientengruppe einsetzbar ist. Für weitere Auskünfte über dieses Projekt und über das Anschlussprojekt wenden Sie sich bitte an nebenstehende Adresse.

**Geurt van de Glind**

Trimbos-Institut

☎ 0031-30-2971131

✉ ggilind@trimbos.nl

**Sylvia Urban**

## *Projekt »Suchtprävention ohne Grenzen – SPOG«*

**Als Ergänzung zum im letzten BINAD-INFO dargestellten Schwerpunktthema »Drogenhilfe in Europa« präsentieren wir hier den Bericht über ein grenzüberschreitendes Suchtpräventionsprojekt, den uns die Projektleiterin Sylvia Urban zur Verfügung gestellt hat. Der Bericht erscheint vor allem deshalb interessant, weil damit direkte und praktische Kooperationserfahrungen mit osteuropäischen Nachbarn beschrieben werden.**

Das Grenzgebiet der Europäischen Union in Sachsen zu Polen und der Tschechischen Republik ist Indikator vielfältiger Probleme, die durch das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Kulturen, Sprachen und vor allem wirtschaftlicher und sozialer Unterschiede in dieser Region verstärkt auftreten.

Aufgrund der vorhandenen Suchtproblematik und der gewonnenen Erfahrungen der ersten Laufzeit (1997-2000) nahm das Projekt »Suchtprävention ohne Grenzen – SPOG« am 01. Februar 2002 in Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Bautzen e.V. erneut seine Arbeit auf. Die Finanzierung erfolgt durch die Europäische Union, das Sächsische Staatsministerium für Soziales und die Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Bautzen e.V.

Zielgruppen der Arbeit sind Multiplikatoren, Streetworker, Mitarbeiter von Arbeitsgruppen und Fachgremien, Mitarbeiter in Projekten sowie Jugendliche, Studenten und Eltern aus Deutschland, Polen und der Tschechischen Republik.

»SPOG« bietet Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiter im Jugend-, Gesundheits- und Sozialbereich, Multiplikatorenschulungen für Studenten und Auszubildende, Primärprävention im Jugendbereich/ peer-group-education, Elternarbeit, den Auf- und Ausbau von Kooperationsstrukturen (Vernetzung) und die Förderung grenzüberschreitender Zusammenarbeit im Suchtpräventionsbereich an.

Die Spezifik der Angebote des Projektes kann in drei Punkten formuliert werden:

- Die Weiterbildungen werden mehrtägig, dreisprachig in Workshopform durchgeführt und jedes Land stellt jeweils ein Drittel der Teilnehmer und Referenten.
- Nebeneffekt dieser Art der Weiterbildungen ist, dass die Vernetzung einfacher wird, da die Personen mit den dahinter stehenden Institutionen transparenter wirken – somit kein Konkurrenzdruck entsteht, sondern eher der Wunsch zur Kooperation.
- Dadurch, dass die Veranstaltungen gemeinsam von polnischen, tschechischen und deutschen Fachleuten vorbereitet und durchgeführt werden, ist es möglich,

die Inhalte und Methoden auf den Bedarf und die jeweilige Regionalität konkret abzustimmen.

Ein Schwerpunkt der Projektstätigkeit ist die Ausbildung von Schülermultiplikatoren. »Peer-education« ist eine Strategie, die in der modernen Suchtprävention nach englischen Vorbildern Einzug gehalten hat und bereits erfolgreich angewandt wurde. Die Umsetzung erfolgt über ein mehrtägiges Grundlagenseminar und kontinuierliche Aufbau-seminare. Die Basis für die inhaltliche Bildungs- und Erziehungsarbeit bilden suchtmittelspezifische und suchtmittelunspezifische Handlungs- und Präventionsansätze. Schüler und Schülerinnen werden dabei auf eine suchtpreventive, schülerorientierte Multiplikatorentätigkeit in ihrem schulischen und regionalen Umfeld vorbereitet und befähigt, anderen Jugendlichen reflektierte Vorstellungen zu gesundheitsrelevanten, suchtpreventiven Themen zu vermitteln. Die Multiplikatorentätigkeit beinhaltet u.a. die Organisation und Durchführung von Seminaren im Rahmen des Unterrichts oder Schullandheimaufenthalten, Projektstage, Arbeitsgruppen, Gruppenveranstaltungen sowie Beiträge in Schülerzeitungen.

Durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit soll unter anderem eine Aufhebung der zum Teil immer noch vorherrschenden Tabuisierung des Themas Sucht in Politik, Verwaltung, Schulen, Arbeitsfeld, Freizeit und Familie aber auch die objektive umfassende Darstellung der Suchtproblematik im Grenzbereich bewirkt werden. Außerdem kann sie durch das Aufzeigen von Handlungsbedarf neue Kooperationen zwischen Deutschland, Polen und der Tschechischen Republik entstehen lassen. Unsere Öffentlichkeitsarbeit wird durch Artikel in Zeitungen und Zeitschriften, durch Fotodokumentationen und eine Homepage (im Aufbau) umgesetzt.

Der als Homepage gestaltete 'Service-Bereich' wird ein Informationspool zu Fachthemen, News, Ansprechpartnern und Referenten sowie Angeboten in den Euroregionen von Sachsen zu Polen und der Tschechischen Republik sein. Informationen zu den aktuellen Fort- und Weiterbildungsangeboten und Multiplikatorenschulungen des Projektes sollen Interessenten eine Teilnahme ermöglichen und ein Forum kann zur Kontaktaufnahme und für Fragen genutzt werden. Die Homepage wird in deutscher, polnischer und tschechischer Sprache eingestellt.

## *Unser Ziel*

Ziel ist es, vor allem durch Weiterbildung und Ausbildung von Multiplikatoren, sowie Vernetzung und Förderung der Zusammenarbeit, ein effektiveres und qualitativ hochwertiges Arbeiten im primär- und sekundärpräventiven Suchtbereich zu ermöglichen, Schnittstellen besser zu verbinden, Defizite in Angeboten aufzuzeigen und gleiche Angebote die ohne Wissen voneinander nebeneinander bestehen sichtbar zu machen.

***Durch eine aktive Öffentlichkeitsarbeit soll unter anderem eine Aufhebung der zum Teil immer noch vorherrschenden Tabuisierung des Themas Sucht in Politik, Verwaltung, Schulen, Arbeitsfeld, Freizeit und Familie bewirkt werden***

Durch die unterschiedliche Entwicklung der Suchtproblematik in Polen, der Tschechischen Republik und Sachsen sowie daraus resultierender Berufsfelder und Präventionsansätze existieren unterschiedliche Erfahrungen in den einzelnen Ländern, die im gegenseitigen regelmäßigen fachlichen Austausch ein effektiveres Herangehen an bestehende Problemlagen ermöglichen.

## *Unser Ansatz*

Entsprechend dem »Lebensweisenkonzept« favorisiert die heutige Suchtprävention nicht nur die Risikofaktorenorientierung, sondern betont die »Schutzfaktoren« bei der Förderung gesunder Lebensweisen (vgl. Leitlinien der BZgA, 1994). Dabei wird dem ganzheitlichen Ansatz, d.h. der Betrachtung und Einbeziehung des Menschen mit seinen affektiven, sozialen, pragmatischen, kognitiven Beziehungen sämtliche Aspekte seines Lebens betreffend eine zentrale Bedeutung beigemessen. Der ursachenorientierte Ansatz rückt drogen- bzw. stoffunspecifische Elemente wie Lebenskompetenzförderung, Alternativen zum Drogengebrauch etc. in den Vordergrund.

Der stoffspezifische Ansatz (Informationsstrategien) beinhaltet die Vermittlung stoffspezifischen Wissens über das Suchtphänomen, die Wirkungsweise, die Gefährlichkeit, die Illegalität von Drogen.

Innerhalb der Arbeit im Projekt werden beide Ansätze gekoppelt, mit dem Ziel die Anfälligkeit für den Gebrauch von Suchtmitteln zu verringern und etwaigem Missbrauchsverhalten vorzubeugen. Dabei ist es notwendig, individuelle Handlungskompetenzen zu fördern und zu stärken, um zu einer Bewältigung entwicklungspezifischer Anforderungen beizutragen und das soziale Umfeld so zu beeinflussen, dass unterstützende Leistungen erbracht werden.

Es müssen die Prinzipien der Frühzeitigkeit, Kontinuität und Langfristigkeit Beachtung finden.

Durch die Inhalte der Weiterbildungen werden gleichermaßen die kognitive Ebene (Grundlagen- und Wissensvermittlung) und die sozio-emotionale Ebene (Sensibilisierung zum Thema/ Eigenbefindlichkeit und Reflexion/ Vermittlung von Werten und Normen/ Förderung von Lebenskompetenz) angesprochen und bearbeitet, um eine kontinuierliche, effektive und breitenwirksame Suchtpräventionsarbeit in den drei Ländern zu bewirken. Ein weiteres Element ist die Umsetzungsmöglichkeit im praktischen Alltag der Teilnehmer.

***Es soll eine kontinuierliche, effektive und breitenwirksame Suchtpräventionsarbeit in den drei Ländern erreicht werden***

## Hemmnisse

In der Tschechischen Republik findet derzeit eine Umstrukturierung der Verwaltung statt. So wird es demnächst neue Verantwortlichkeiten, Zuständigkeitsbereiche und Präventionskonzepte geben. Davon betroffen sind auch einige unserer langjährigen Kooperationspartner, so dass ein Netzwerkaufbau bisher nur partiell möglich war und die Zusammenarbeit nicht entsprechend der Zeitplanung des Projektes intensiviert werden konnte.

## Fazit des bisherigen Projektverlaufes

Der Bedarf von Mitarbeitern in Kinder-, Jugend-, Freizeit-, Sozial- und Gesundheitseinrichtungen, ihr Wissen über Suchtentwicklung, Suchtstoffe, neue Trends auf dem Suchtmittelmarkt, suchtpreventive Didaktik/ Methodik (primär und sekundär) und rechtliche Aspekte zu erweitern und zu festigen ist vorhanden.

Die Teilnehmer der in 2002 durchgeführten Veranstaltungen schätzten ein, dass trotz der unterschiedlichen Drogensituation, Entwicklung der Drogenproblematik und differierender Ansätze im Präventions- und Therapiebereich sowie der sich unterscheidenden Mentalität und Kultur sich die zu beobachtenden Problemlagen in den drei Ländern ähneln.

Festzustellen war, dass die Veranstaltungen von Teilnehmern und Referenten einerseits durch die Dreisprachigkeit erhöhte Konzentration fordern und andererseits in den drei Tagen eine komprimierte Vermittlung der Inhalte stattfindet, welche intensiver »Mitarbeit und Nacharbeit« durch die Teilnehmer bedarf.

Die Umsetzung des vermittelten Wissens und der angewandten Methoden stellt daher an die Teilnehmer eine hohe Anforderung. Dabei stehen ihnen die Projektmitarbeiter und Kooperationspartner zwar für fachliche Rücksprachen zur Verfügung, doch hier wäre eine effektivere Reflexion und Begleitung wünschenswert um einen schnelleren, problemloseren und kontinuierlicheren Transfer in den praktischen Alltag zu gewährleisten.

Die Dreisprachigkeit wird nicht als Hemmnis sondern als Chance verstanden. Sie fördert die Kreativität bei der Veränderung von Methodik, die sich vor allem im Jugendbereich durch den Schwerpunkt der Nonverbalität und Visualisierung hervorragend einsetzen lässt. Unter den Teilnehmern fördert sie vielfältige Formen der Verständigung untereinander und des Umgangs miteinander. Für die Referenten und Dolmetscher gibt es in der Vorbereitungszeit Diskussions- und Klärungsbedarf. Nicht nur Strukturen, Zuständigkeiten, rechtliche Rahmenbedingungen u.ä. sind unterschiedlich, auch Fachbegriffe sind in den drei Ländern mit unterschiedlichen Inhalten belegt.

*Die Partner dieser grenzübergreifenden Kooperation:*

### **MONAR, Jelenia Gora**

Polen  
Arbeitsbereiche:  
Beratung  
Prävention/ Harm reduction  
[www.jeleniagora.monar.org/poradnia.htm](http://www.jeleniagora.monar.org/poradnia.htm)

### **Trojzemi Nisa, Hrádek nad Nisou**

Tschechische Republik  
Arbeitsbereiche:  
Prävention  
Fach Austausch

### **Arbeiterwohlfahrt Bautzen e.V.**

### **Suchtprävention ohne Grenzen – SPOG**

Am Neubau 12  
01906 Uhyst a.T.  
☎ 035953- 29231  
✉ [SPOG.AWO@t-online.de](mailto:SPOG.AWO@t-online.de)  
Projektleiterin:  
Sylvia Urban



## *Unsere Grenze und Cannabis*

**Cannabis-Prävention in der Grenzregion Venlo-Viersen**

Diese deutsch/niederländische Broschüre, die in Zusammenarbeit mit der Stadt Venlo, dem CAD Noord- en Midden-Limburg, der Drogenberatung Kontakt-Rat-Hilfe Viersen e.V. und BINAD im Rahmen des Projektes »De voorkant van Hektor« entstanden ist, informiert über die drogenpolitische Situation dies und jenseits der Grenze. Der Leser bekommt auf kurze aber prägnante Art Einblicke in verschiedene Projekte zur Aufklärung und Prophylaxe aus den Niederlanden und aus Deutschland.

Die Broschüre ist zu beziehen über:

**BINAD –Fachstelle  
grenzübergreifende  
Zusammenarbeit**

☎ 0251-591-3268  
✉ r.klebeck@lwl.org

Die aufgrund der Grenznähe bestehende Situation sowie die Problemlage der Stadt Venlo (steigende Nachfrage durch die sog. Drogentouristen und daraus resultierend ein starker Anstieg der illegalen Verkaufsstätten, entsprechende kriminelle Begleiterscheinungen usw.) werden beschrieben. Die Broschüre informiert über das seit Mitte 2000 bestehende Projekt »Hektor«, das durch einen dreifachen Ansatz die Bekämpfung genannter Umstände für Einwohner wie auch für Touristen der Stadt Venlo umzusetzen versucht.

---

**Ludwig Kraus, Klaus Püschel (Hrsg.)**

## *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen*

**Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau 2002, ISBN 3-7841-1382-6**

Dieses Buch enthält die Beiträge der Fachtagung »Prävention von Drogentodesfällen«, organisiert durch das IFT Institut für Therapieforchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Die unterschiedlichen Aspekte des Drogentodes (Toxikologie, Komorbiditätsforschung, med. und psychosoziale Versorgung usw.) sind im Rahmen dieser Tagung thematisiert worden und werden in diesem Band veröffentlicht.

**Torsten Schmidt**

# *Drogenhilfe und Graumarkt – Beispiele Amsterdam und Bremen*

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

Wie bereits im INFO 23 angekündigt folgt in diesem INFO eine ausführlichere Rezension des oben genannten Buches, das erstmalig in Deutschland den Graumarkt (Straßenverkauf von Substitutionsmitteln und Psychopharmaka auf der Drogenszene) thematisiert.

Aufmerksamkeit erfährt der Graumarkt häufig erst dann, wenn schlagzeilenfähige, dramatische und spektakuläre Vorkommnisse zu berichten sind.

T. Schmidt vergleicht die Voraussetzungen und Auswirkungen in den Städten Amsterdam und Bremen. Im Mittelpunkt des Buches steht die Situation und Sichtweise des Käufers.

In Deutschland gilt seitens der Drogenhilfe als Kriterium erfolgreicher Behandlung der Rauschverzicht, wenn nicht erst in der Abstinenz so doch im Monokonsum oraler Substitution (beim intravenösen Konsum von Methadon berichten Konsumenten von einem Rausch/Kick). Nur ein Teil der Konsumenten hat Zugang zur Legalverschreibung.

In Amsterdam stellt sich die Situation anders dar. Vordergründig ist die Minimierung negativer Folgen für Konsumenten und das soziale Umfeld. Es herrscht eine niedrigschwellige Basisversorgung vor, die prinzipiell allen Konsumenten offen steht.

Eine zentrale Fragestellung dieser Arbeit lautet, inwieweit gesetzliche und formelle Vorgaben der Substitution den Graumarkt beeinflussen bzw. selbst konstituieren. Deutlich wird hierbei u.a., dass es eine Diskrepanz zwischen den gesetzlichen Ansprüchen der Substitution und der vorzufindenden Realität gibt.

Es wird deutlich, dass bezüglich der Funktion des Graumarktes keine Unterschiede zwischen den Städten Amsterdam und Bremen existieren.

Der Autor nimmt eine Unterteilung des Graumarktes in »Ersatzmittelmarkt« und »Ersatzrauschmarkt« vor. Der Graumarkt ist entgegen der zwei Versorgungsebenen Schwarzmarkt und der verschriebenen Substitution der Markt, der sich der Öffentlichkeit entzieht, er wird i.d.R. durch private Kontakte vollzogen. Persönliche Nutzen des Graumarktes für die Konsumenten sind: Selbstorganisation des Drogenalltags sowie Selbstmedikation.

Der Graumarkt führt zu einer positiven Hilfestellung bei der Bewältigung abhängigen Lebens. Der Konsument muß sich nicht ins Hilfesystem begeben und sich als Gebraucher harter Drogen »outen« (eine wichtige Voraussetzung für soziale Unauffäl-



ligkeit). Der Graumarkt stellt somit die Möglichkeit der sozialintegrierenden und kontrollierenden Funktion dar.

Ein bedeutsamer Faktor innerhalb der Diskussionen um den Graumarkt ist der Rauschwunsch der Konsumenten. Klare Erklärungen für den Rauschwunsch liegen nicht vor, es müssen die individuellen Motive des Konsumenten Beachtung finden. Die Konsumenten müssen den Spannungsbogen zwischen Genuss und Betäubung bewältigen und darüber hinaus auch den sich viel komplexer darstellenden Kontext zwischen individuellen, psychischen, sozialen, strafrechtlichen und drogalen Faktoren. Der Graumarkt kann je nach Motivation des Konsumenten ein selektives wie auch exzessives Angebot darstellen.

T. Schmidt beleuchtet die Risiken des Graumarktes und spricht in diesem Zusammenhang das Risikodreieck bestehend aus pharmakologischen Gefahren der Substanzen, strukturellen Risiken (gesellschaftl. Reaktionen auf den Konsum) sowie das Konsumrisiko (Verantwortung des einzelnen für seinen Umgang mit Substanzen) an.

Der Graumarkt wird sowohl in Deutschland wie auch in den Niederlanden über die Hausärzte versorgt. Die Legalverschreibung beeinflusst durch ihre entsprechende Versorgungsdichte die Nachfrage, d.h. je mehr Konsumenten legale Substitutionsmittel erhalten, je größer das Angebot, je geringer ist jedoch die Nachfrage. Dadurch kann seitens der Drogenhilfe Einfluss auf den Graumarkt genommen werden. Gleichfalls bedingen sich die Preise des Schwarzmarktes mit den Preisen des Graumarktes, die Preise der Substitutionsmittel liegen unterhalb der Preise des Originalstoffes. Gleiches gilt für die Qualität -ein breites Graumarktangebot hält die Preise im Zaum, stabilisiert auch gleichzeitig eine gute Qualität des Originalstoffes.

Der Autor behandelt als zentrale Fragestellung die Überlegung, inwieweit die Drogenhilfe und -politik die Wechselwirkung zwischen den Versorgungsebenen nutzen kann, um somit Einfluss auf den Graumarkt zu nehmen und evt. eine tolerierbare Balance entstehen zu lassen. Ebenso wie die Frage, inwieweit der Graumarkt eine akzeptable Form einer selbstorganisierten Versorgungsebene darstellt.

Durch die Legalverschreibung werden auf dem Graumarkt die Konsumenten erreicht, die nicht im Kontakt zur Drogenhilfe stehen. Entsprechend könnte eine Forderung an Drogenpolitik und -hilfe sein, dass die Legalverschreibung ihren Einfluss auf den Graumarkt erkennt und die entsprechende Verantwortung dafür wahrnimmt. Gleichfalls sollte der Graumarkt, sofern von ihm keine nennenswerten Risiken ausgehen, akzeptiert und nicht länger totgeschwiegen werden.

Aufgrund des bei vielen Konsumenten vorhandenen Rauschwunsches ist in Deutschland ein bedürfnisnahes Substitutionskonzept in seiner Wirkung begrenzt, solange dieses Bedürfnis missachtet wird. Hier setzt die Diskussion zur Originalstoffvergabe an. Zwar würde dies nicht das Ende der Schwarzmarktes bedeuten, allerdings würde durch die für den Schwarzmarkt entstehende »Konkurrenz« die Qualität auf der Versorgungsebene des Schwarzmarktes verbessert werden. T. Schmidt kommt zu dem Ergebnis, dass der Graumarkt der Puffer ist, der aus den Unzulänglichkeiten der zwei

Versorgungsebenen hervorgeht. Dies läßt schlussfolgern, dass durch den Abbau dieser Unzulänglichkeiten eine positive Entwicklung auf die Nachfrage zum Graumarkt entwickeln werden könnte. Dazu sollte der Graumarkt nicht länger verdrängt werden, sondern in die Diskussion und als genutzte Ebene in der Drogenpolitik gesehen werden.

Das Buch Drogenhilfe und Graumarkt macht deutlich, welche Funktionen, Risiken, Schwierigkeiten und Vorteile für Konsumenten und Umwelt aus dem Graumarkt hervorgehen und wie insbesondere die Drogenpolitik konstruktiver auf den Graumarkt reagieren könnte. Ein Buch, das sowohl für Berufsanfänger und Interessierte wie auch für Profis lesenswert und informativ ist und die gerne vernachlässigte Thematik des Graumarktes auf sachliche und gleichzeitig interessante Art darstellt. Die Gegenüberstellung der Situation auf deutscher und niederländischer Seite ermöglicht den Blick über den Tellerrand, zieht allerdings nicht zuletzt auch die Forderung nach offener Umgehensweise und Thematisierung sowie nach liberaleren Zukunftsvisionen bzgl. des Themas Graumarkt auf deutscher Seite nach sich.

Elke Knuck

---

## Dokumentation

# *Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention*

Zu dem von Oktober 2001 bis Juni 2002 durchgeführten bundesweiten Wettbewerb liegt nun die vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu) im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) herausgegebene Dokumentation vor. Sie beschreibt die Vorbereitung und Durchführung des Wettbewerbs, das Bewertungs- und Auswahlverfahren sowie die Wettbewerbsbeiträge in Querschnittsauswertungen und die prämierten Wettbewerbsbeiträge.

Zu beziehen ist die Dokumentation mit der Bestellnummer 33 920 000 über die nebenstehende Adresse.

**BzgA**

51101 Köln

☎ 02 21-89 92-257

✉ order@bzga.de



## Drogen im Blickpunkt

# *Behandlung von Drogenkonsumenten im Strafvollzug*

In der Ausgabe 7, Januar-Februar 2003 befasst sich die EBDD Lissabon in ihrer »Kurzinformation zur Drogenpolitik« mit der Situation drogenabhängiger Strafgefangener in der EU. Mehr als die Hälfte der 356 000 Häftlinge in den EU-Mitgliedsländern »ist schon einmal mit Drogen in Berührung gekommen«. Weiter heißt es, dass bereits viele Straffällige, die eine Haftstrafe antreten, ein schweres Drogenproblem haben, und: »Im Strafvollzug endet der Drogenkonsum nicht automatisch und es ist auch nicht die Regel, dass dort den therapeutischen Bedürfnissen von Insassen mit problematischem Drogenkonsum Rechnung getragen wird.« HIV, Hepatitis, Tuberkulose und andere mit dem Drogenkonsum (oder den Konsumbedingungen) zusammenhängende Krankheiten verstärken die Probleme noch.

In sechs Abschnitten wird ein Überblick über die Situation der Behandlung von Drogenkonsumenten im Strafvollzug gegeben, der mit sechs Schlussfolgerungen zu »Politischen Überlegungen zur Drogenbehandlung im Strafvollzug« abschließt.

Das Briefing »Drogen im Blickpunkt« erscheint in den 11 Amtssprachen der EU und kann als kostenloses Abonnement bei der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht EBDD bestellt werden

( [info@emcdda.eu.int](mailto:info@emcdda.eu.int) )