



Landschaftsverband  
Westfalen-Lippe

Abteilung  
Gesundheitswesen



# Suchtprävention

in einem Europa der Regionen

Dokumentation

Europäische Werkstatt Prävention

16.-20. Oktober 1994, Bochum



Koordinationsstelle für  
Drogenfragen und Fortbildung  
48133 Münster

**FORUM SUCHT**  
Beiträge aus Praxis  
und Wissenschaft

ISSN 0942-2382

Herausgeber:

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

**Koordinationsstelle für  
Drogenfragen und Fortbildung**  
Wolfgang Rometsch, Leiter der Koordinationsstelle

Schreibarbeiten:  
Petra Sommer  
Marita Prekau

Münster, im Mai 1995

1. Auflage  
1 - 1.500

ISSN 0942-2382

# **"Europäische Werkstatt Prävention"**

16. - 20.10.94

- **Dokumentation** -

Die "Europäische Werkstatt Prävention" wurde im Rahmen der "Europäischen Woche der Suchtprävention" (15. - 22.10.94) aus Mitteln der Europäischen Gemeinschaft finanziell gefördert.



# Inhaltsverzeichnis

## Vorwort

7

## Belgien

"Aktuelle Problematik in Bezug auf Alkohol,  
Medikamente, Drogen und Spielsucht in Belgien"

9 - 16

- *Carlo Baeten, Hasselt* -

### Projekte:

"Hotel- und Gaststättenbetriebe"

17 - 32

"Grenzen setzen"

- *Sandra Hex, Hasselt* -

## Deutschland

"Drogenpolitik und Drogenhilfesystem in Deutschland"

33 - 45

- *Antonius Holz, Bochum* -

"Handlungskonzepte und Aufgaben der Fachstellen  
für Suchtvorbeugung des Landes  
Nordrhein-Westfalen"

46 - 49

- *Christiane Kahre, Bochum* -

## Frankreich

"Die Grundlagen der Vorbeugung und der Pflege  
von Drogenabhängigen in Frankreich"

50 - 63

- *Michel Wagner, Strasbourg* -

**"Der Ausschuß 'Soziales Umfeld' (SUA)"**

64 - 76

- *Christian Tondon, Nancy* -

## **Italien**

**"Drogenprävention in Italien - am Beispiel Schule"**

77 - 96

- *Prof. Dr. Umberto Nizzoli, Reggio Emilia* -

**Projekt: "Minderjährige - Übergang vom  
Hilfesystem zur Prävention der Betreuung  
Minderjähriger"**

97 - 103

- *Walter Zampedri, Bozen* -

## **Lettland**

**"Das System der Kontrolle der Drogen und die  
primäre und sekundäre Prävention der  
Rauschgiftsucht in Lettland"**

104 - 111

- *MD Janis Strazdins, Riga Latvia* -

## **Niederlande**

**"Die niederländische Drogenpolitik in  
den 90er Jahren"**

112 - 121

- *Drs. Wim R. Buismann, Hilversum* -

**Projekt: "Aufklärung über Alkohol und Tabak  
in der Grundschule (NIAD)"**

122 - 128

- *Pieter Wetser, Utrecht* -

**Projekt: "Die gesunde Schule und Genußmittel"** 129 - 130

- *Marjolein Bron, Utrecht* -

## **Österreich**

**"Leitlinien zur Suchtprävention in Österreich"** 131 - 135

- *Gerald Koller, Egg* -

**"Konzeption: Projekt 'Bonus'**

**- Erweiterung des Mutter-Kind-Pass-Angebotes  
auf den psychosozialen Bereich"** 136 - 150

- *Dr. Angela Schiemer, Bregenz* -

## **Polen**

**"Organisation der Politik zur Vorbeugung  
der Rauschgiftsucht in Polen"** 151 - 159

- *Grazyna Miros, Warszawa* -

**"Programm zur Vorbeugung der Rauschgiftsucht"** 160 - 171

- *Janusz Sieroslowski, Warszawa* -

## **Schweiz**

**"Ländervorstellung Schweiz" - Referatsskizze -** 172 - 184

- *Ueli Minder, Bern* -

**"Suchtprävention an der Kantonschule  
Alpenquai, Luzern"** 185 - 194

- *Herbert Willmann, Luzern* -

## **Ungarn**

**"Drogensituation, Drogenpolitik,  
Drogenbehandlung und Drogenprävention  
in Ungarn"**

195 - 199

*- Dr. med. Béla Buda, Budapest -*

**"Familienlager für drogengefährdete Jugend-  
liche und ihre Familienmitglieder zum Zweck  
der Motivierung für ein vernünftiges Leben"**

200 - 203

*- Dr. Gáspár Takách, Budapest -*

**Resümee**

204

**Anhang**

205- 207

Adressen der Teilnehmer/innen

## Vorwort

Der Rat der Europäischen Union (EU) hat sich 1994 erneut dafür ausgesprochen, eine "Europäische Woche der Suchtprävention" in allen Mitgliedsstaaten durchzuführen. Den Schwerpunkt bildeten diesmal langfristige Maßnahmen zur Primärprävention, insbesondere für die Zielgruppe der Jugendlichen, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Wirksamkeit und die Evaluierung der Maßnahmen gerichtet werden sollte.

Die nunmehr vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abteilung Gesundheitswesen, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, durchgeführte "Europäische Werkstatt Prävention" berücksichtigte diesen Schwerpunkt, wobei insbesondere der länderübergreifende Austausch von Informationen, Initiativen und Projekte im Vordergrund stand.

Die anlässlich der "Zweiten Europäischen Werkstatt Prävention" vorgestellten Projekte hatten als gemeinsame Tendenz die Betonung des "positiven Ansatzes" der Prävention und der Aktionen auf lokaler Ebene sowie die Bedeutung der interdisziplinären Vorgehensweise zum Inhalt, d.h. der Zusammenarbeit auf allen Ebenen unter Einbeziehung der Medien.

Wir danken der Europäischen Gemeinschaft, daß sie uns durch eine Förderung erneut in die Lage versetzt hat, mit präventiv-tätigen Fachkräften und Koordinatoren/innen aus zehn europäischen Ländern weiterführende Diskussionen zu führen und gemeinsam interessierende Fragestellungen zu erörtern. Bei der Diskussion der Inhalte wurde deutlich, daß in fast allen europäischen Ländern suchtmittelspezifische Präventionsmaßnahmen eher in den Hintergrund treten zugunsten einer Gesundheitserziehung bzw. -förderung.

Die "Zweite Europäische Werkstatt" in Bochum hat aber insbesondere dazu beigetragen, bestehende Kontakte zwischen den Fachkräften einzelner Länder zu vertiefen und die Entscheidung herbeizuführen, an einem gemeinsamen primär-präventiv-orientierten Projekt zu arbeiten. So wurde folgerichtig eine Arbeitsgruppe eingerichtet und ein Projektstart schon für 1995 terminiert.

Als gemeinsames Ergebnis wurde ein Resümee verfaßt, daß Sie der Dokumentation entnehmen können.

Allen Teilnehmern/innen möchte ich für den Ideenreichtum, die Diskussionsbereitschaft und das Interesse an einer weiteren Zusammenarbeit auf europäischer Ebene in einem Europa der Regionen sehr herzlich danken.

Dr. med. W. Pittrich  
Landesrat



## ***Belgien***

### **Aktuelle Problematik in Bezug auf Alkohol, Medikamente, Drogen und Spielsucht in Belgien**

**Carlo Baeten, Hasselt**

Seit 1986 arbeite ich jetzt beim CAD, dem Zentrum für Alkohol- und sonstige Drogenprobleme in Belgien.

Das CAD wurde 1958 errichtet als Privatinitiative des Prof. Paesmans und hieß am Anfang "Zentrum für Alkoholiker". Dieses Engagement für Alkoholiker mit der AA-Wirkung als Methode ruhte auf den Schultern dieses einzigen Mannes. Die finanziellen Mittel waren Privatkapital des Gründers und der Kirche.

Später, um 1970, wurde die Arbeit ausgeweitet auf die Unterstützung von Eltern von Süchtigen und Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Hilferufe wurden beantwortet mit Hausbesuchen bei den Hilfesuchenden. Es war in dieser Periode, daß die ersten Experimente mit illegalen Drogen sichtbar wurden.

Die Finanzierung des Dienstes lag größtenteils beim Staat, ergänzt durch Beiträge von der Gemeindeverwaltung und einigen privaten Spenden. Die präventive Arbeit blieb beschränkt auf Information durch Referate.

Heute arbeiten wir immer noch mit Klienten mit Alkoholproblemen, aber auch mit illegalen Drogengebrauchern, Medikamentenmißbrauchern und Spielsüchtigen. Neben der Hilfeleistung bilden Präventionsarbeit und Streetwork-Arbeit die wichtigsten Pfeiler unseres Engagements.

Hilfeleistung wird für Einzelne oder in Gruppen angeboten und besteht aus Psychotherapie oder medizinischer Entziehungsbegleitung.

In der Präventionsarbeit probieren wir über verschiedene Medien mit Projekten, das Verhalten so stark wie möglich zu beeinflussen.

Heute arbeiten beim CAD 32 Mitarbeiter; die finanziellen Mittel

kommen vom Staat, aber vor allem von der örtlichen Gemeindeverwaltung, die für 1,50 DM pro Einwohner Prävention und Hilfeleistung vor der Tür angeboten bekommt.

Jährlich nehmen ca. 850 Menschen unsere Dienste in der Hilfeleistung in Anspruch. Die Zahl von Allochtonen beträgt 27 % und nimmt jährlich zu. 75 % sind Männer, 25 % Frauen.

1993 sahen wir zum ersten Mal die Gruppe illegaler Drogengebraucher (50 %) größer werden als die der Alkoholsüchtigen (45 %). Der übrige Teil der Klientel sind Medikamenten- und Spielsüchtige.

Selbstverständlich sind das nur Zahlen von dem "sichtbaren Teil" der Probleme. Nach Schätzung gibt es in unserer Provinz ca. 1.500 Drogengebraucher und 30.000 Menschen, die mit Alkohol Probleme haben.

Daneben sehen wir einen immer stärker anwachsenden, sich erneuernden Konsum von Cannabisprodukten und Chemikalien (wie XTC). Auffällig ist der polytoxikomane Gebrauch von vielem, was die Wirksamkeit von Substitutionstherapien, wie Methadon, stark relativiert.

Die Probleme von Gebrauchern und Mißbrauchern zeigen sich auf verschiedenen Ebenen.

Neben dem Aspekt "Sucht" und den medizinischen Folgen sehen wir, daß in vielen Fällen eine Zahl von artverwandten juristischen Problemen am meisten zunehmen.

In Belgien befinden sich heute ca. 7.000 Menschen im Gefängnis, von denen 50 % wegen Delikten, die mit Drogen zu tun haben, einsitzen. In einem örtlichen Gefängnis erhöht sich die Zahl bis auf mehr als 70 %. Zwischen diesen Mauern bleibt die Hilfeleistung beschränkt auf das Unterdrücken der Entzugssymptome. Die Chance auf Rückfall ist dann auch sehr groß. Genauso groß wie die Frage nach angemessenen Rehabilitationsprogrammen, womit wir dann auch gestartet sind.

Die Suchtproblematik ist und bleibt auch in unserer Provinz eine der wichtigsten Problematiken im Rahmen der psychischen Gesund-

heitssorge.

Dies ergibt sich aus den Aufnahmen in der Psychiatrie und den Anmeldungen in den Ambulanzen.

Bei 25 - 40 % der Aufnahmen in der Psychiatrie wird "Sucht" als Diagnose gestellt (evt. zusammen mit anderen Krankheitserscheinungen); damit ist dies eine der wichtigsten Gruppen in den psychiatrischen Krankenhäusern.

Alkoholsucht ist eines der größten Probleme. Zwischen 60 und 80 % aller wegen Sucht behandelte Patienten in Limburg waren Personen mit Alkoholproblemen. (Obwohl die Gruppe der illegalen Drogengebraucher in diesem letzten Jahr genau so groß geworden ist).

Bei den Patienten mit Alkoholproblemen stellen wir folgende Tendenzen fest:

- eine Verjüngung: Das Durchschnittsalter beträgt ca. 35 Jahre;
- Zunahme der Frauen: Zwischen 1/5 und 1/3 der Klientel;
- die Verbreitung über alle sozialen Schichten;
- das Entstehen einer wachsenden Gruppe von sozialen Außenseitern.

Der Medikamentengebrauch in Belgien ist der höchste in der Welt. Im Vergleich zu anderen Ländern (z.B. Holland) gibt es in Belgien viel mehr Medikamentensüchtige. Abhängig von den Zentren werden 20 bis 30 % der Klientel wegen Medikamentenproblemen behandelt (vorwiegend schmerzstillende, sowie Beruhigungs- und Schlafmittel).

Eine besondere Risikogruppe sind Frauen, ältere Leute und Personen mit einer niedrigen Ausbildung und geringem Familieneinkommen.

Der illegalen Drogenproblematik wird die meiste Aufmerksamkeit gewidmet.

1982 und 1985 wurde eine breite Registrieruntersuchung angelegt und seitdem wird die Entwicklung genau verfolgt über direkte Kontakte in der Szene (Street-work) und einen ständigen Austausch von Informationen zwischen den verschiedenen Hilfeleistungseinrichtungen.

Während wir in der ersten Hälfte der 80er Jahre die Problematik mit harten Drogen ungewöhnlich stark zunehmen sahen (vielleicht

durch den Registriereffekt?), wird sie auch in den letzten Jahren größer, aber glücklicherweise nicht in dem Maße, wie sie vor einigen beschrieben wird.

In Bezug auf die Drogenkonsumenten stellen wir fest, daß Heranwachsende aus "aussichtsarmen Milieus", sowohl flämische wie einsiedlerische, besonders stark vertreten sind, vor allem in der Heroin-Szene. Die große Anzahl von Einsiedlern, die in der Gruppe von "Aussichtsarmen" überstark vertreten sind, hängt hiermit sicher zusammen.

Heute sind in Limburg ca. 1.000 Konsumenten von harten Drogen bekannt. Neulich wurden wir konfrontiert mit einer beunruhigenden und spektakulären Steigerung des "rekreativen Drogengebrauchs". XTC und verwandte Substanzen verursachen einen großen Schaden unter den Jugendlichen.

Eine andere sich stark entwickelnde Problematik ist die der Spielsucht.

Es gibt deutliche Parallelen zwischen "Stoffgebundener Abhängigkeit", d.h. einer Sucht nach psychotropen Stoffen und der Abhängigkeit vom Glücksspiel.

Der Zustand von Erregung, die eine Bewußtseinserweiterung, oft -verringern verursacht, ist ein gemeinschaftliches Merkmal von Alkohol-, Drogen- und Spielsucht.

Spieler erfahren im Glücksspiel eine lustvolle Erregung: der Gewinn kann bei ihnen einen Zustand von Euphorie verursachen, analog zu diesem wird dieser Zustand durch psychotrope Stoffe verursacht. Das Spielen kann dann auch als eine Verhaltens-Äquivalenz gesehen werden.

Die Streetworker registrierten bereits 1986 eine erhebliche Zunahme von Spielern. 1987 findet man die Spielsucht in der o.g. Registrierung und im vorigen Jahr wurden die haupt- und nebenamtlichen Mitarbeiter konfrontiert mit den ersten Anfragen von Süchtigen und/oder deren Familien.

Über die Zahl von Spielsüchtigen haben wir keine genauen Angaben für Limburg. Doch wissen wir aus unseren Kontakten, daß es sich hier um eine große Gruppe handelt.

Diese neue Problematik ist eine Herausforderung für die Helfer und

die Präventionsmitarbeiter, wobei die Behörde nicht abseits bleiben kann.

Die Behörde wird eine Entscheidung treffen müssen, wobei die Freiheit der Amusementspieler gewährleistet wird und der Spielsüchtige (und seine Familie) geschützt wird.

### Präventionsarbeit

Wichtigste Projekte:

- Rehabilitationsprogramme für Häftlinge
- Alkohol in der Arbeitssituation
- Gitter in Wunderland
- Einsiedlerprojekt (darüber später mehr)

### Hilfeleistung in Limburg

Schon seit einigen Jahren sprechen wir über ein integriertes und koordiniertes Verfahren in der Drogenproblematik.

Damit meinen wir, daß gesucht wird nach kollegialer Zusammenarbeit zwischen einerseits

- der Null-Linie (Selbsthilfe, Streetwork)
- der ersten Linie (Ärzte, O.C.M.W.'s, Medizinischen Zentren)
- der zweiten Linie (CAD, Zentrum für psychische Gesundheits-sorge)
- und der dritten Linie (Katarsis, PAAZ, Psychiatrische Kliniken)

und andererseits mit den sozialen Instituten, die direkt mit der Suchtproblematik konfrontiert werden (wie der Justiz). Jenes geschieht mit Rücksicht auf die deontologische Grundregel der Hilfeleistung.

Um jenes integrierte Verfahren realisieren zu können, wird angenommen, daß es auf den verschiedenen Niveaus ein angepaßtes und adäquates Hilfeleistungs- und Präventionsangebot gibt. Jenes kann durch die Schaffung eines spezifischen Angebotes oder durch Ausbildung der Gemeinwohlarbeiter (Sozialarbeiter) zustande kommen.

Selbstverständlich kann dieses globale, integrierte Verfahren nur realisiert werden, wenn Rücksprache (LPV) und Koordination (CAD) nicht vergessen werden.

Eine erste Bedingung ist also das Vorhandensein eines stark strukturierten Hilfeleistungsangebotes.

Wie sieht das heutige Angebot in unserer Provinz aus?

### Die Selbsthilfe

- für Alkoholprobleme
- für Medikationsprobleme
- für illegale Drogenprobleme

### Streetwork

Das DAC-Projekt Streetwork startete 1985 mit dem Ziel:

- ständigen Kontakt zu bekommen mit der Welt der Drogengebraucher
- eine "Brückenfunktion" zu erfüllen zwischen der Scene und den Hilfeleistungsinstanzen und der Amtsführung.

Die Informationen vom Streetworker werden genau registriert und jährlich publiziert.

Sie werden sehen, daß die gesetzten Ziele in entscheidendem Maße realisiert wurden.

Die Zukunft des Projektes macht uns aber Sorgen. Das DAC-Statut des Streetworkers garantiert ja die Zukunft des Projektes.

### Ambulante Drogenhilfeleistung in Zusammenarbeit mit Gemeindebehörden:

#### Zusammenarbeit zwischen Hausärzten

Hausärzte machen gemeinsam klare Absprachen bezüglich der Behandlung von Drogensüchtigen und der Zusammenarbeit mit anderen Hilfsorganisationen.

Für Limburg, und wahrscheinlich auch für Flandern, gibt es einzigartige Absprachen.

#### Das Zentrum für Alkohol- und sonstige Probleme (CAD)

1990 suchten mehr als 1.000 Süchtige und/oder ihre Eltern den CAD für ambulante Behandlung auf.

Um auf diese Anfragen zu reagieren, hat das CAD ein Hilfeleistungsteam zur Verfügung und kann sich an ein breit strukturiertes

Netz von Verbänden (sowie u.a. die Selbsthilfegruppe) wenden. Das CAD führt die Gespräche zu Hause oder im Büro. Für die Gruppe der illegalen Drogensüchtigen entwickelte das CAD ein ambulantes Entziehungsprogramm.

### **Katarsis**

Katarsis ist eine drogenfreie therapeutische Gemeinschaft. Das Zentrum wendet sich an junge Drogensüchtige von 17 - 35 Jahren. In der Gemeinschaft arbeitet ein multi-disziplinäres Team von Professionellen; neben einem administrativen Stab arbeitet auch ein therapeutischer Stab mit einem Arzt, einem Psychologen und einem Sozialtherapeuten.

Die therapeutische Gemeinschaft arbeitet mit einer integrierten "Total-Therapie" in einer wirklichkeitsgerechten Lebens- und Arbeitssituation.

Eines der wichtigsten Ziele des therapeutischen Programmes ist die Resozialisierung; es geht nämlich um die Entwicklung von realen Möglichkeiten zur befriedigenden Reintegration in die Gesellschaft.

Bereits bei der Aufnahme können die Partner oder die Eltern des Bewohners in das therapeutische Programm miteinbezogen werden.

Die Eltern-/Partnertherapie ist ein paralleles Geschehen beim therapeutischen Programm und wesentlich für den gesamten Erfolg. Nach Beendigung des stationären Behandlungsprogramms (mindestens 6 Monate) kann ambulante Nachsorge angeboten werden.

### **Aufnahme in die Psychiatrie**

#### **Psychiatrische Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern**

In Krisensituationen werden regelmäßig Süchtige aufgenommen. Für sie ist ein spezifisches Programm vorgesehen. Weil diese Behandlung öfters einen "Aushilfecharakter" hat, wird der Nachsorge (ambulanter Dienst oder Selbsthilfe) viel Aufmerksamkeit geschenkt oder wird der Betreffende für eine Aufnahme in die allgemeine Psychiatrie oder therapeutische Gemeinschaft motiviert.

#### **Psychiatrische Kliniken**

Bei 25 - 40 % der Aufnahmen wird die Diagnose "Sucht" gestellt. In den bestehenden Limburger Instanzen werden besondere An-

strengungen gemacht für die Aufnahme und Behandlung von Toxikomanen. Das zeigt sich bei dem Ausbau von speziellen Abteilungen für Toxikomane, denen ein eigenes Behandlungsprogramm angeboten wird.

Man schafft heterogene Gruppen, in denen die Zahl der illegalen Drogensüchtigen in jeder Gruppe beschränkt wird. Erfahrungen in der Psychiatrie lehrten uns, daß - wenn die Gruppe zu groß wird - die Schwierigkeiten übermäßig stark zunehmen.

### Andere Initiativen

Bethesda:

Therapeutische Gemeinschaft auf religiöser Basis in Gruitrode

De Schuilplaats:

Nachsorgehaus für die Aufnahme von ehemaligen Süchtigen in Hasselt

**Projekt:  
"Hotel - und Gaststättenbetriebe"**

**Sandra Hex, Hasselt**

**Motivation und vorbereitende Phase des Projekts**

Anfang 1992 spürten wir eine allgemeine Besorgnis über den XTC-Verbrauch in Bierstuben und Diskotheken. Zur gleichen Zeit wurde in Meneen eine XTC-Kampagne durchgeführt vom J.A.C., dem Jugendberatungszentrum.

Hieraus entstand der Vorschlag von dem nationalen Jugendberatungszentrum, mit einer gewissen Zahl von Mitarbeitern Rücksprache zu halten in Bezug auf die XTC-Problematik.

In Limburg wurde dann eine erste Besprechung organisiert mit einigen Interessenten, nämlich dem Zentrum für Alkohol- und sonstigen Drogenproblemen, dem Jugendberatungszentrum selber, dem Komitee "Besondere Jugendsorge", der Polizei, der Gendarmerie und noch einigen Hotel- und Gaststättenchefs. Diese Versammlung hatte die Ansicht, die Kampagne von Meneen zu evaluieren und eine Analyse der XTC-Situation zu erstellen.

Man beschloß, daß:

- das Projekt eine gewisse Kontinuität gewährleisten müsse. (Die Kampagne in Meneen war nur einmalig);
- das Projekt in einem größeren Rahmen gesehen werden muß, d. h., daß es sich nicht nur auf XTC-Konsum beziehen darf.
- Aktionen unternommen werden müssen in Richtung auf Hotel- und Gaststättenchefs und Personal.

Im März 1992 wurde entschieden, mit einer gewissen Zahl von Diensten die Plattform "Jugendliche im Ausgangsleben" zu errichten.

Partner in dieser Plattform sind: das Zentrum für Alkohol- und sonstige Drogenprobleme, das Jugendberatungszentrum selber, das Komitee "Besondere Jugendsorge" und der Verein für Alkohol- und sonstige Drogenprobleme.

## Hotel- und Gaststättenbetriebe: das Ergebnis

Das Resultat dieser Zusammenarbeit zwischen den vorher genannten Gruppen ist das Errichten einer Ausbildungsinitiative für die Gaststätten und Hotels und der Entwurf einer begleitenden Mappe. Der Inhalt dieses Basispakets ist sehr verschieden. Neben Produktinformation über die am häufigsten gebrauchten Produkte, - spezielle Aufmerksamkeit für Drogen wie XTC, Speed usw., Signale von Drogenkonsum, Hilfeleistungsmöglichkeiten, - ....werden auch einige Hilfen angeboten zur Errichtung einer eigenen Drogenpolitik. Um dieses Basispaket wurde eine Ausbildung, bestehend aus zwei Sitzungen, organisiert. Die Teilnehmer bekamen diese Mappe als Kursmaterial. Die Ausbildung umfaßte einerseits einen theoretischen Teil, andererseits einen praktischen Teil.

### ***A. Theoretischer Teil***

#### Umfang von Alkohol- und sonstigen Drogenproblemen

Anhand der verfügbaren Zahlen wird hier Auskunft gegeben über den Umfang des Konsums von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen. Es wird auch ein Unterschied gemacht zwischen den Tendenzen bei der allgemeinen Bevölkerung und bei Jugendlichen. Zuletzt wird auch noch spezifisch eingegangen auf die Zahlen von Limburg.

#### Drogenkonsum in den Hotels und Gaststätten

Die Frage, die hier im Mittelpunkt steht, ist: "Wie passiert es, daß Menschen anfangen, Drogen und Alkohol zu gebrauchen und zu mißbrauchen?" Die Antwort ist nicht in einem Satz zu formulieren. Deshalb wird in diesem Abschnitt weiter eingegangen auf den Einfluß von der Person selber, von dem Milieu, und dem Mittel für eine mögliche Sucht. Eigentlich ist es eine Zusammenwirkung von Mensch, Mittel und Milieu, ob man anfängt, Drogen zu gebrauchen, oder nicht.

#### Produktinformation

Anhand von Dias werden den Teilnehmern alle möglichen Drogen vorgestellt. "Wie sehen Drogen aus? Welchen Effekt haben sie?" sind einige von den Fragen über die Produkte. In der Welt von Hotels und Gaststätten wird der Nachdruck auf rekreative Drogen

wie XTC und Speed gelegt.

### Drogen und das Gesetz

In diesem Teil wird die Aufmerksamkeit dem Gesetzbuch über legale und illegale Drogen gewidmet. Während der Ausbildung wird ein Rechtsanwalt diese Materie erläutern. Bei den illegalen Drogen wird besprochen, was in Belgien strafbar ist, welche Untersuchungen zugelassen sind, (z. B. Leibesdurchsuchungen und Hausdurchsuchungen), welche Verurteilungen ausgesprochen werden können. Für die legalen Drogen werden einige strafbare Fakten erwähnt, sowie der gesetzliche Alkoholgehalt.

### ***B. Praktischer Teil***

In dem praktischen Teil legt man besondere Aufmerksamkeit auf den Austausch von Meinungen, das Diskutieren, das Arbeiten in kleinen Gruppen über bestimmte Themen in dem Hotel- und Gaststättengewerbe, das Arbeiten mit Thesen, das Besprechen von verschiedenen Studien etc.

Langsam aber sicher kommt man zum wichtigsten Teil dieses Basiskurses.

### Die Ausarbeitung einer Drogenpolitik in dem Hotel- und Gaststättengewerbe

Wir spürten immer öfter, daß der Freizeitsektor (Disco, Jugendhaus, die Jugendbewegung, die Gaststätte) neben dem Alkoholgebrauch und -mißbrauch, auch öfter konfrontiert wird mit Drogengebrauch und -mißbrauch. Bei den Hotel- und Gaststättenchefs passiert dieses auf zwei Ebenen.

Zuerst in seiner Position als Geschäftsführer zu seinem Personal und andererseits in seiner Rolle als Gastherr für seine Kunden. Daneben gibt es auch noch eine wichtige Verbindung zwischen seinem Personal und den Kunden:

- Wie reagiert das Personal auf dem Geschäftsführer, wenn sie mit Drogengebrauch konfrontiert werden?
- Wo liegt die Grenze der Verantwortlichkeit? Wann greift man ein? Was ist durchführbar?
- Ist es Aufgabe des Hotel- und Gaststättengewerbes, den Auf- fang zu realisieren?
- Was tut man mit Kunden, die ernsthaft Drogen gebrauchen?
- Wie ist die Haltung zu den Dealern? Was muß passieren?

Was ist möglich?

Durch Mangel an Antworten auf all diese Fragen wird oft in Panik reagiert. Dieses ist aber keine gute Lösung, weder für die eine, noch für die andere Partei.

Die Entwicklung einer Handlungsstrategie im Hotel- und Gaststättengewerbe soll den Geschäftsführer in den Stand setzen, auf Alkohol- und Drogenprobleme zu reagieren und auf eine wohl überlegte Weise damit umzugehen. Solche Überlegungen bieten keine fertigen Antworten, aber können einen Rahmen bilden, in dem man handeln kann und in dem eine Zahl von Strategien ausgearbeitet wird für den Fall, daß sich Probleme ergeben.

Die Entwicklung solcher Handlungsstrategien ist ein komplexes Verfahren. Deshalb werden die wichtigsten Faktoren, die hier eine Rolle spielen, in drei Komponenten zusammengefaßt.

1. Das Entwerfen eines Planes
2. Die Intervention
3. Die Aufklärung und die Ausbildung

#### 1. Der Entwurf eines Planes

Für jeden (Personal, Jugendlichen, Polizei) muß deutlich sein, was er zu tun hat.

Man muß also zum Entwurf eines Planes kommen, in dem man Grenzen angibt, (was durchführbar ist und was nicht), und Strategien ausarbeitet, die angewendet werden können, falls vom Plan abgewichen werden muß.

Die folgenden Fragen können gestellt werden:

- Was ist die Politik des Geschäfts, wenn man auf das Gesetz Rücksicht nimmt?
- Was ist erlaubt bzgl. Alkohol und Drogen?
- Was wird unternommen und von wem, wenn man mit Gebrauch von Drogen konfrontiert wird?
- Muß sanktioniert werden? Wie verläuft die Sanktionierung? Was können oder dürfen wir selber? Wen müssen wir informieren?
- Wie muß man reagieren bei Gebrauch/Mißbrauch oder Dealen? Was sind die Folgen der jeweiligen Reaktionen?

- Was soll man machen mit bekannten Gebräuchern oder Süchtigen, die aber nicht im Geschäft Drogen konsumieren?

Ziel ist es, daß solche Fragen in einem Hotel oder einer Gaststätte mit allen Beteiligten besprochen werden und daß hieraus bestimmte Abmachungen entstehen. Diese Abmachungen geben keine Antwort auf alle möglichen Situationen, sie geben nur die "allgemeine Politik" des Geschäfts wieder.

Neben den Abmachungen über das, was man kann und was nicht, und über das Verfahren bei Regelwidrigkeiten, gehören unter dem ersten Gesichtspunkt auch die Abmachungen über Einrichtung und die Atmosphäre in dem Geschäft.

## 2. Die Intervention

Was muß passieren, falls doch Drogen konsumiert werden? Intervention ist möglich auf verschiedene Arten. Im Gegensatz zu dem Plan, der auf die ganze Gruppe zielt, ist die Intervention auf das Individuum gerichtet.

Es kann auf verschiedenem Niveau reagiert werden: sowohl sanktionierend wie begleitend.

Was tut der Chef und sein Personal, falls wirklich Gebrauch festgestellt wird?

Wie wird die betreffende Person sanktioniert?

Wie wird diese Person weiter begleitet? Was kann man selber tun?

Was macht ein Chef, wenn es eine Vermutung gibt, daß gebraucht, mißbraucht oder gedealt wird?

Wie soll man die Dealer anpacken?

Welche Abmachungen können wir mit der Polizei treffen?

Mit diesen und vielen anderen Fragen kann gearbeitet werden, um sich über die "Intervention" klar zu werden. Es ist besonders wichtig, daß man Abmachungen trifft, sowohl beim sanktionierenden als auch beim begleitenden Aspekt.

Weiter werden eine Anzahl von Tips und Faustregeln zur Verfügung gestellt als Hilfsmittel für die Ausfüllung dieser Komponente.

## 3. Aufklärung und Ausbildung

In diesem Teil wird betrachtet, was man präventiv tun kann in Bezug auf den Jugendlichen und das Personal. Auf welche Weise können die Jugendlichen angesprochen werden? Wie kann das Personal und der Geschäftsführer am besten vorbereitet werden, um mit diesem Problem umzugehen? Man hat bereits bemerkt, daß

diese dritte Komponente nur einen Teil der Politik bildet und nicht, wie so oft falsch angenommen wird, mit Drogenprävention allgemein gleichgestellt werden kann.

Als konkrete Anwendung und Ergänzung dieser Komponente können auch Aktionen oder Kampagnen für Jugendliche eingesetzt werden. Einige Beispiele von jenen Kampagnen oder Projekten werden demnächst vorgestellt.

### **DAS STIL - PROJEKT**

Dieses ist eine Initiative einer Gruppe Jugendlicher, die beunruhigt sind einerseits durch die Wochenendunfälle und andererseits durch die politischen Initiativen, die gestartet werden auf der Ebene von Verkehrssicherheit und Ausgehen. Der VZW-Stil legt den Nachdruck auf das Verantwortungsgefühl der Jugendlichen, die ausgehen. Da der Stil zusammen mit Jugendlichen arbeiten will, legt er Wert auf ein verantwortetes Ausgangsbenehmen.

Die Jugendlichen, die an dieser Initiative mitarbeiten wollen, werden gebeten, eine Engagementserklärung zu unterzeichnen, um so an dieser neuen Bewegung teilzunehmen.

Stil steht für:

S - Ich starte mit verantwortlichem Ausgehen

T - Ich bändige Drogen, Trunkenheit und "wilde Fahrer", und

I - eifere für Rücksicht

L - Ich lebe.

Jugendlichen zwischen fünfzehn und fünunddreißig Jahren, die einen moralischen Stil-Kode unterzeichnen, erhalten dadurch eine Art "Kreditkarte", die ein Recht gibt auf zahlreiche Vorteile in Sachen, womit sie direkt Kontakt haben; u. a. bei Diskos, Kinos, bei Einladungen für Erstaufführungen etc.

### **Drogenprävention für das Leuener Hotel- und Gaststättengewerbe**

Der Präventionsdienst der Stadt Leuven organisierte 1993 ein Ausbildungsangebot für die Leuener Wirte. Diese Ausbildung (verteilt über drei Abende) hatte zum Ziel, die Chefs in die Lage zu versetzen, adäquat auf die Probleme, die mit Alkoholmißbrauch und Drogengebrauch zusammenhängen, umzugehen und auf sie entsprechend zu reagieren. Der Nachdruck lag vor allem auf der Information:

Erläuterungen zu dem Auftreten der Polizei bei Drogendelikten, Produktinformation, Drogenpolitik der Staatsanwaltschaft. Daneben war ein großer Teil der Ausbildung dem bewußten Umgehen mit alkohol- und drogenbezogenen Problemsituationen innerhalb des Geschäfts gewidmet. Die Sache wurde erläutert durch zwei Bierstubenwirte, die bereits Erfahrungen im Ausbildungswerk hatten.

Anschließend gab es die Möglichkeit, ganz freiwillig einen Ehrenkodex für das Hotel- und Gaststättengewerbe zu unterzeichnen. Hiermit ist die Verbreitung von Bieruntersetzern, Plakaten und Aufklebern verbunden. Der Inhalt des Ehrenkodex bezieht sich auf bestimmte Prinzipien bzgl. Lärm, Hygiene und Sicherheit, Drogengebrauch und übermäßigem Alkoholgebrauch.

### Plakatkampagne in Lummen

1994 startete das Lummer Hotel- und Gaststättengewerbe auf Anregung der gemeindlichen Sucht-Arbeitsgruppe eine Plakatkampagne.

Der wesentliche Inhalt dieser Kampagne kann wie folgt erläutert werden:

1. Durch eine amüsante, aber deutliche Plakatkampagne muß das Drogenthema zur Sprache gebracht werden beim "Ausgehpublikum".
2. Die Verantwortlichen der Bierstuben, Diskos und Jugendhäuser müssen zu verstehen geben, daß sie den Gebrauch oder das Dealen in ihrem Geschäft nicht tolerieren.
3. Jeden Monat gibt es ein neues Plakat.
4. Polizei und Gendarmerie arbeiten mit dem Hotel- und Gaststättengewerbe zusammen, damit Informationen schneller ausgetauscht werden können.
5. Es wird in den teilnehmenden Geschäften Information zur Verfügung gestellt für Leute mit Drogenproblemen.
6. Die Hotel- und Gaststättenwirte machen einen Kurs "Umgehen mit Drogenkonsum im Hotel- und Gaststättengewerbe".
7. Sonstige Vereine und Organisationen werden gebeten, auch auf ihrer Ebene etwas an der Prävention zu tun.

### Pilotprojekte

Die Ausbildung für die Hotel- und Gaststättenchefs dauert jeweils drei Stunden. Es wird in kleinen Gruppen gearbeitet, um die Diskus-

sionen und die Auswechslung zu vereinfachen.

Es wurden in Limburg drei Pilotsessionen organisiert: Neerpelt, Genk und Lummen. Der Inhalt war in den drei Sessionen fast identisch, aber jede Session hatte ihren eigenen Hintergrund.

- In Neerpelt wurde die Ausbildung organisiert als Teil eines Kurses im Ausbildungsinstitut für Kleinunternehmer. Dies lieferte einige typische Aspekte. Zuerst haben die Teilnehmer bereits eine bestimmte Bildungstradition erworben. Sie kommen wöchentlich an einem Abend zum Kurs. Daneben haben die meisten Teilnehmer (noch) kein eigenes Geschäft und demzufolge auch keine Arbeitserfahrung. Hier waren neun Teilnehmer.
- In Genk wurde ein geschlossenes Angebot gemacht an die Mitglieder von HORELI (Hotel- und Gaststättengewerbe in Genk). Hier waren sieben Teilnehmer.
- In Lummen wurde die Ausbildung vorgestellt und organisiert im Rahmen von bereits bestehenden Beratungen von Hotel- und Gaststättenchefs. Es nahmen acht Chefs an der Ausbildung teil.

### Evaluierung und Schlußfolgerungen

Insgesamt nahmen vierundzwanzig Personen aus verschiedenen Bereichen (Gaststätten, Jugendhäusern, Diskos, Restaurants) an der Ausbildung teil. Die Pilotausbildung wurde sowohl von den Teilnehmern als auch von den Initiatoren positiv beurteilt.

Wenn aber ein Ausbildungsleiter ein eigenes Geschäft hat, hat diese Begleitung einen wichtigen Mehrwert. Er kann dann auch aus eigener Erfahrung sprechen. Ziel ist es, nach den Pilotprojekten Informanten auszubilden. Diese Informanten sind Personen, die mit dem Hotel- und Gaststättengewerbe eng vertraut sind. Entweder sie arbeiten oder arbeiteten im Geschäft. Nachher können sie selber mit der nötigen Unterstützung die Ausbildung durchführen.

Es gibt selbstverständlich wichtige Unterschiede in Ausbildungen in Bezug auf Drogen und in anderen Bereichen. So fällt bei Hotel- und Gaststättenchefs die viel größere Toleranz auf in Hinsicht auf den Alkoholgebrauch. Hinsichtlich illegalen Drogen denkt man oft an repressiven Aktionen (z. B. Rausschmeißen).

Der größte Unterschied z. B. zwischen einer Schule oder einer

Institution "Besondere Jugendsorge" liegt beim kommerziellen Ausgangspunkt des Geschäftsführers. Viele Initiativen werden aus diesem Blickwinkel betrachtet. Es ist für sie weniger selbstverständlich, erziehend und begleitend zu handeln (ausgenommen in ihrer eigenen Elternposition). Dies gehört in den Unterricht in der Schule und deshalb ist es auch einfacher, dort über Drogen zu sprechen. Für den Geschäftsführer ist es nicht selbstverständlich. Es sieht so aus, daß die Freizeit ein wichtiger Ansatz zu präventiven Möglichkeiten ist.

Aber es gibt auch viele auffällige Ähnlichkeiten. Wir spüren u. a. die gleiche Reserviertheit und Unsicherheit in Bezug auf illegale Drogen wie in anderen Bereichen. Aber das wichtigste ist vielleicht, daß auch in diesem Bereich die Idee wächst, mit einer bestimmten Strategie oder einer strukturellen Arbeitsweise zu arbeiten. Aber auch hier ist die Nachfolge und Kontinuität eine wichtige Bedingung. Aber um dieses zu evaluieren, ist das Projekt noch in einem zu frühen Stadium.

**Projekt:**  
**"Grenzen setzen"**

Bei dem Umgang mit dem Alkohol- und Drogenproblem innerhalb eines Gastronomiebetriebs legt man auf drei Elemente den Nachdruck: das Aufstellen eines Planes, das Eingreifen und die Aufklärung.

Bei dem Planen muß man Grenzen angeben, was man kann und was man nicht kann. In dem Teil "eingreifen" wird gezeigt, wie man reagiert, wenn die Grenzen überschritten werden. Bei all dem wird das Trainingspaket "Grenzen ziehen" ein Hilfsmittel sein.

Der Kursus "Grenzen ziehen" hat das Ziel, anhand des Videomaterials, Techniken zu lernen und Diskussionen in Gang zu bringen zur Beurteilung von Situationen.

Das Material besteht aus fünf Videofragmenten, wo jedesmal eine andere Situation gezeigt wird. Dazu gehört eine Arbeitsmappe mit Material zum Nachspielen von Situationen, zum Ausarbeiten und Besprechen von neuen Situationsspielen.

Ich werde Ihnen die Videos zeigen und bei jedem ein wenig darstellen, was sich abspielt. Erst bekommt man immer ein Fragment zu sehen, wie es nicht sein soll. Danach sollen Sie eine Erklärung der gebrauchten Techniken bekommen. Zuletzt bekommen Sie das ganze Fragment noch einmal zu sehen mit der von uns gebrauchten Methode.

**Video 1:**                    ***Verweigern von Bitten und lernen, 'nein' zu sagen***

In diesem Fragment wird einem der Zugang zum Jugendhaus wegen seines aggressiven Verhaltens verweigert. Er hat einen Monat Hausverbot von dem verantwortlichen Leiter bekommen.

Dieser Jugendliche will trotzdem Einlaß, weil er eine Absprache mit jemanden aus dem Jugendhaus hat.

Wie packt der Verantwortliche dieses Problem an?

## **Grenzen ziehen: Das Verweigern von Anfragen/Bitten**

Phase 1 Information sammeln

Phase 2 Probleme hinterfragen

---

- begreifen
- Entschuldigungen nennen

Phase 3 Raumreaktion

---

kooperativ

nicht-kooperativ

- A schwerwiegende Entschuldigungen
- B Kritik an Regeln und Begleitung
- C Kritik an Personen

A - B Umbiegen

C

---

- Begriff zeigen
  - Argumente nennen
  - Mitarbeit erfragen
  - übersehen
  - zur Ordnung rufen
  - Folgen zeigen
  - in Ruhe lassen
- 

## **Video 2:**

### **Zusammenarbeit mit der Polizei**

In dem vorigen Fragment konnten wir sehen, wie der Junge, koste es, was es wolle, in das Jugendhaus hinein wollte. Er ist auch hineingekommen, obwohl er keine Erlaubnis bekam. Der Verantwortliche konnte ihn nicht abhalten und ruft die Polizei zu Hilfe. Was passiert dann?

## **Grenzen ziehen: Zusammenarbeit mit der Polizei**

Phase 1

Die Meldung

- Name und Adresse
- Name und Beruf
- Information
- Ziel
- Absprachen

Phase 2                      Der Empfang  
- weitere Informationen  
- Ziel und Arbeitsweise

Phase 3                      Die Ausführung  
- Leiden  
- Begleiten

Phase 4                      Abrunden  
- Folgen zeigen

**Video 3                      Verborgene Regelüberschreitung**

In dieser Situation ist da ein Junge, der sich verdächtig lange in der Toilette aufhält. Andere Jugendliche machen den Verantwortlichen aufmerksam, weil sie vermuten, daß der Junge auf der Toilette Drogen konsumiert. Wie geht der Verantwortliche damit um?

**Grenzen ziehen: Verborgene Regelüberschreitung**

Phase 1                      Vorbereiten zum Eingreifen

Phase 2                      Gespräch eröffnen  
- Verhalten beschreiben  
- Vermutungen angeben  
- Mitarbeit erfragen

Phase 3                      Raumreaktion

kooperativ                      nicht kooperativ  
- A schwerwiegende Entschuldigungen  
- B Kritik an Regeln und Begleitung

Phase 4                      A - B Umbiegen  
- Begriff zeigen  
- Argumente angeben  
- Mitarbeit erfragen  
- Folgen zeigen

#### **Video 4**

#### **Offene Regelüberschreitungen**

In diesem Video macht ein Junge Ärger, weil er noch mehr Bier will. Der Verantwortliche macht den Jungen darauf aufmerksam, daß er genug hat. Der Junge reagiert sehr aggressiv und kritisiert den Verantwortlichen. Wie geht dieser damit um?

#### **Grenzen ziehen: Offene Regelüberschreitungen**

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| Phase 1               | Lage einschätzen  |
| Phase 2               | Gespräch eröffnen<br>- Verhalten beschreiben<br>- Größe der Überschreitung angeben<br>- Ansprüche stellen |
| Phase 3<br>kooperativ | Raumreaktion<br>nicht kooperativ<br>- Kritik an Personen  |
| Phase 4               | C Umbiegen<br>- übersehen<br>- zur Ordnung rufen<br>- Ansprüche wiederholen<br>- Folgen zeigen            |

#### **Video 5**

#### **Zusammenarbeit: Trennen von Parteien**

In dieser Situation geraten zwei Jugendliche in Streit. Es gerät außer Kontrolle und die Jugendlichen beginnen, zu schreien und zu schlagen. Wie kann der Verantwortliche damit umgehen?

#### **Grenzen ziehen: Zusammenarbeit (Trennen von Parteien)**

Lage taxieren  
Arbeitsteilung  
Visuell scheiden

- 
- |                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| - aufmerksam machen   | - eingreifen               |
| - Augenkontakt suchen | - fragen                   |
| - hinlaufen           | - emotionale Unterstützung |
| - wegrehen            |                            |
| - Abstand vergrößern  |                            |

**Ali' Nin Oglu Mehmet (Mehmet, der Sohn von Ali)  
und  
Said, Ben Youssef (Said, der Sohn von Youssef)**

Ein Film für die erste Generation türkischer und marokkanischer Eltern zur Vorbeugung von Drogenmißbrauch

### 1. Situierung des Projektes

In Limburg (eine Provinz, im Nord-Osten von Belgien) nimmt die Drogenproblematik ernsthafte Formen bei türkischen und marokkanischen Jugendlichen an.

Das ergab eine 1992 in Limburg durchgeführte Untersuchung.

40 % der registrierten Drogenabhängigen haben eine fremde Staatsangehörigkeit, größtenteils türkisch und marokkanisch.

Da die Immigranten 10 % der Limburgischen Bevölkerung ausmachen, mußten wir feststellen, daß sie proportional überbeteiligt sind.

Es handelt sich hier hauptsächlich um unterprivilegierte heroinsüchtige Jugendliche der zweiten Generation, wohnhaft in Sozialvierteln des Kohlereviere.

Die meisten von ihnen haben Probleme in unterschiedlichen Bereichen: Arbeit, Einkommen, Wohnung, Justiz, Integration. Hieraus können wir ableiten, daß "Aussichtslosigkeit" ein ausgezeichneter Nährboden für das Entstehen einer illegalen Drogenproblematik mit harten Drogen ist.

Innerhalb der türkischen und marokkanischen Gemeinschaft ist dann auch eine steigende Besorgnis bezüglich dieser Entwicklung. Eltern haben Angst um die Zukunft ihrer Kinder oder sind ratlos und beschämt, wenn sie tatsächlich mit einem Drogenproblem in der Familie konfrontiert werden. Ihre Kenntnis bezüglich "Sucht" ist minimal. Durch die Sprach- und Kulturbarriere sind sie schwer zu erreichen von den traditionellen Fürsorge- und Präventivkanälen.

Das Projekt zur Vorbeugung des Drogenmißbrauchs möchte hier eine mögliche Antwort geben für die erste Generation.

Bei der Vorbereitung des Projektes ist man von einer ausgiebigen Umfrage bei türkischen und marokkanischen Eltern, Jugendlichen und Berufstätigen ausgegangen.

Weiter wurde das Projekt sachlich begleitet durch führende Sachverständige. Für die finanzielle Unterstützung dieses Projektes

konnte das Z.A.D. sich verlassen auf das Ministerium der flämischen Gemeinschaft, einige örtliche Fürsorgeorganisationen und Stadtverwaltungen.

## 2. Videofilm

"Ali'nin ogli Mehmet" und "Said, ben Youssef" erzählen uns die Geschichte einer türkischen und marokkanischen Familie.

Der älteste Sohn ist drogenabhängig. Wir folgen eine Zeit lang den Erlebnissen der Familienangehörigen. Wie erleben sie das Drogenproblem ihres Bruders/ihrer Sohnes? Vor allem die Gefühlswelt der Eltern steht im Mittelpunkt. Was machen sie durch? Was sollen sie tun? Ist Hilfe möglich?

Wir versuchen, die Ursachen des Drogenmißbrauchs zu erforschen, ohne Schuldzuweisungen.

Auch der Abhängige kommt zu Wort. Welche Erklärung legt er vor? Wo liegt für ihn die Ursache des Mißbrauchs?

## 3. Zielgruppe

Die Zielgruppe ist die erste Generation türkischer und marokkanischer Eltern. Darum ist die Aufnahme in Türkisch und Marokkanisch mit niederländischen und französischen Untertiteln. Selbstverständlich richten wir uns auch an Personen und Dienste, die die Funktion als Vermittler erfüllen und uns so helfen können, unsere Zielsetzung zu realisieren.

## 4. Ziel

Die Videoaufnahme muß den Eltern das Gefühl geben, daß man sie versteht. Ebenso muß der Film sie ermutigen, Hilfe zu suchen.

Durch die Videoaufnahme und deren Verarbeitung möchten wir die Eltern so informieren über Drogen und Drogenmißbrauch, daß sie vertrauensvoll ihren Kindern helfen und sie korrigieren können.

## 5. Didaktisches Material

Eine Videoaufnahme eignet sich hervorragend als eine "Bildungsaktivität", um über Drogen zu informieren.

Man hat eine Gebrauchsanleitung entworfen für alle, die die Eltern begleiten möchten bei der Besprechung dieser Problematik.

Die Eltern können über eine Broschüre in beiden Sprachen verfügen. In dieser Broschüre finden Eltern u.a. brauchbare Hinweise, wenn sie mit einem Drogenproblem konfrontiert werden.

## 6. Verteilung des Materials

Wegen der konkreten Verteilung des Films und des didaktischen Materials wenden wir uns an die federalen, provinziellen und regionalen Integrationszentren, Nachbarschaftshilfe, Immigranteneinigungen, -hilfsorganisationen, Komitees für Jugendliche, Fürsorge und Moscheen in Flandern und Wallonien.

## 7. Technische Information

**Titel:** Türkische Version: Ali'nin oğlu Mehmet  
marokkanische Version: Said, ben Youssef

**Dauer:** 20 Minuten

**Sprache:** türkisch/marokkanisch mit niederländischen oder französischen Untertiteln

**Produktion:** Zentrum für Alkohol- u.a. Drogenprobleme Limburg v.z.w.

**Technische Entwicklung:** EVS Lokeren

**Preis:** 800 Bfr, incl. das didaktische Material

# ***Deutschland***

## **Drogenpolitik und Drogenhilfesystem in Deutschland**

**Antonius Holz, Bochum**

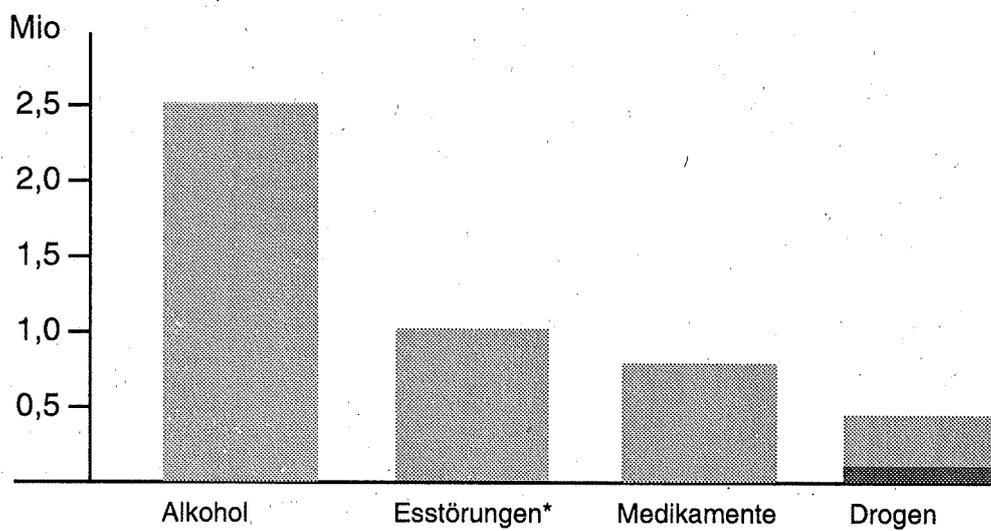
### **1. Problemlage**

Menschen greifen aus verschiedenen Gründen zu Suchtstoffen oder entwickeln pathologische Spiel- oder Eßgewohnheiten. Entsprechend unserer Erfahrungen in der Sucht- und Drogenarbeit gehen wir davon aus, daß jeder Form von Sucht eine psychische Störung zugrunde liegt. Jede individuelle Suchtgeschichte findet ihre Begründung in krankmachenden Erfahrungen in Familie und Gesellschaft. Es ist leicht nachvollziehbar, daß solche Erfahrungen besonders große Bedeutung gewinnen, wenn sie auf einen jungen Menschen treffen.

Von welchem Stoff ein Mensch abhängig wird, hängt nicht entscheidend davon ab, ob dieser Stoff legal oder illegal ist. Er wird vielmehr den Suchtstoff bzw. die Verhaltensweise "wählen", der bzw. die ihm Hilfe für seine psychische Störung verspricht. Für Menschen mit einem hohen pathologischen Angstpotential kann dies der "Angstblocker" mit euphorisierendem Potential Heroin oder auch eine andere beruhigende Substanz (z.B. Benzodiazepine, Schmerzmittel etc.) sein. Welche Beruhigungsmittel er unbewußt "wählt", hängt sicherlich auch von seinen sozialen Bindungen und Gruppenzugehörigkeiten ab.

## 2. Umfang der Suchtproblematik

### Suchtkranke in Deutschland



\* 60.000 Anorektikerinnen (Sterberate 5–8%)

400.000 eßsüchtige Frauen

500.000 bulimische Frauen

An diesem Schaubild wird deutlich, daß in der öffentlichen Diskussion - sicherlich nicht nur in Deutschland - die Bedeutung und der Umfang der "legalen Süchte" im Vergleich zur Abhängigkeit von illegalen Drogen unterbewertet wird. Die Bedeutung legaler Stoffe mit hohem Suchtpotential soll hier noch einmal mit einigen Daten zum Gebrauch/Mißbrauch von Medikamenten durch Jugendliche belegt werden. Dies ist eine Stoffgruppe, der in der politischen und öffentlichen Diskussion kaum Bedeutung zugemessen wird.

**Einnahme von Medikamenten bei 13 - 17jährigen:**

	wöchentlich	seltener	nie
Beruhigungs- und Schlafmittel	2 %	8 %	91 %
Kopfschmerzmittel	7 %	37 %	55 %
Anregungsmittel	1 %	5 %	94 %
Appetitzügler	1 %	4 %	96 %

(DHS, 1994)

Hierzu noch eine Ergänzung: von 100 verschriebenen Rezepten mit Psychopharmaka sind 15 Rezepte für Kinder bis 11 Jahre bestimmt.

Schon diese wenigen Zahlen machen deutlich, daß präventives Handeln Suchtvorbeugung sein muß und nicht Drogenprävention sein kann.

Denn man kann keinem Stoff vorbeugen. Wir können nur durch die Förderung von körperlicher und psychischer Gesundheit in einem möglichst stabilen sozialen Umfeld Krankheit verhindern bzw. Krankheitssymptome bekämpfen, die zur dauerhaften Einnahme von Suchtstoffen als Selbstheilungsversuch führen.

### 3. Leitlinien der Drogenpolitik

Der "nationale Rauschgiftbekämpfungsplan" benennt 3 Bereiche für das politische Handeln:

- Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität durch Repression
- Verringerung der Nachfrage durch Prävention
- Differenzierung der Drogenhilfe als Ausstiegshilfe und zur Schadensminimierung.

Kritisch ist zu diesen Eckpunkten der Drogenpolitik anzumerken, daß mit Hilfe von repressiven Maßnahmen keine entscheidenden Erfolge erzielt werden konnten. Sie haben aufgrund der sehr unzureichenden Differenzierung zwischen betroffenen Abhängigen und sog. Großdealern zu einer weiteren Kriminalisierung und Ausgrenzung von Opiatabhängigen geführt. Dies bedeutet eine Verschärfung von Leid und Krankheit und ist eindeutig kontra-produktiv.

In der Prävention wird von offizieller Seite häufig noch zu sehr auf die "illegalen Drogen" geschielt. Suchtvorbeugung muß sich nicht nur auf dem Papier, sondern auch in der Realität als Bestandteil einer allgemeinen Gesundheitserziehung begreifen.

Die Drogenhilfe muß noch stärker die Fixierung auf die Abstinenz als einzigem Ziel aufgeben. Das Abstinenz-Paradigma muß ersetzt werden durch ein "flexibles System der Lebensbewältigung" (SCHMIDTOBREICK: "Drogenpolitik und Jugendhilfe", 15.3.1994, aus "Sucht 4/94", S. 268). Die Verhinderung jeder Verschärfung der Lebenssituation der Abhängigen (Risikominderung, gesundheitliche Stabilisierung und Vermeidung von Kriminalität) hat Vorrang.

Das Land Nordrhein-Westfalen hat als eines der ersten Länder begonnen, dieser Umorientierung in der Drogenhilfe Rechnung zu tragen. "Bei einer immer größer werdenden Zahl von Drogenabhängigen ist ein hohes Maß von sozialer Isolation, gesundheitlicher Verelendung und gesellschaftlicher Ausgrenzung feststellbar ... Drogenhilfeangebote, die von Einzelnen zunächst eine Veränderung seiner derzeitigen sozialen und psychischen Lage, d.h. die sofortige Abstinenzbereitschaft als Voraussetzung für die Gewährung sozialer und gesundheitlicher Hilfe fordern, laufen Gefahr, dieser bereits eingetretenen Isolation nicht Rechnung zu tragen. Die nicht befriedigende Akzeptanz vieler vorhandener Angebote macht diese Grundproblematik der Drogenpolitik sehr deutlich. Anspruch und

Wirklichkeit einer Drogenpolitik, die den Abhängigen als Kranken und Hilfebedürftigen zunächst einmal akzeptiert, geht weit auseinander" (Landesprogramm NW, 1989, S. 6).

#### 4. Das Verbundsystem der Drogenhilfe

Träger der Drogenhilfe in Deutschland sind:

- freie Träger
- private Träger
- öffentliche Institutionen.

Das Angebot der Drogenhilfe läßt sich grob in 4 Bereiche gliedern:

1. Prävention
2. Beratung und ambulante Therapie
3. niedrigschwellige und ergänzende Angebote
4. stationäre und teilstationäre Angebote.

In Deutschland gibt es:

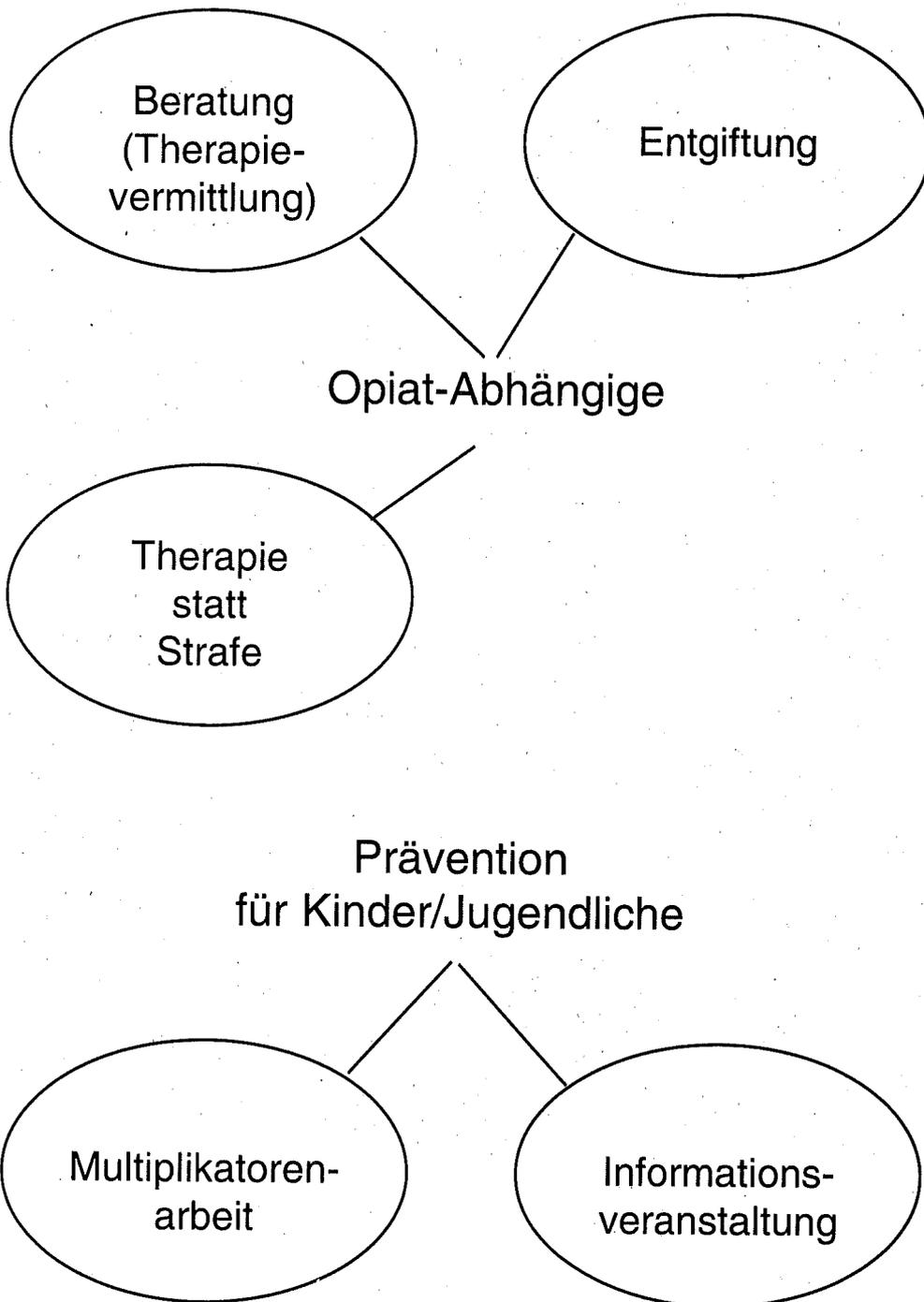
1.200 Suchtberatungsstellen (pro 70.000 Einwohner ca. 1 Beratungsstelle; 1 hauptamtlicher Mitarbeiter pro 10.000 Einwohner).  
11.656 Betten für stationäre Entwöhnungsbehandlungen; 4.200 Betten für den Drogenbereich.

In diesem traditionellen Bereich ist die Finanzierung in aller Regel häufig langfristig gesichert.

Niedrigschwellige Arbeit wird im Moment häufig als Modell bzw. Projekt zeitlich begrenzt gefördert (durch Land und Bund). Eine Regelfinanzierung ist aufgrund der angespannten Haushaltslage trotz enorm hoher Akzeptanz häufig nicht in Sicht. Dies gilt für Notschlafstellen, Kontaktläden, aufsuchende Arbeit und ähnliches.

Die Entwicklung des Drogenhilfesystems in einer deutschen Großstadt soll hier am Beispiel der Stadt Bochum verdeutlicht werden.

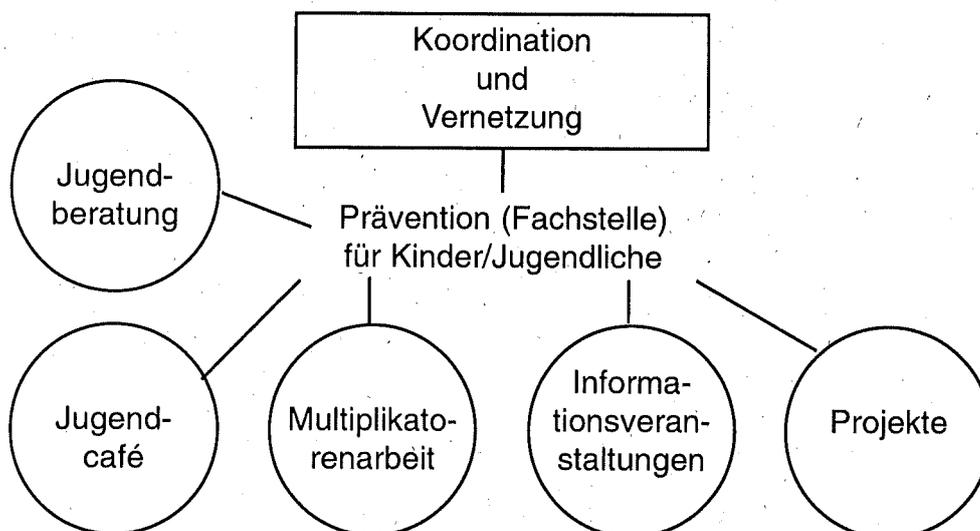
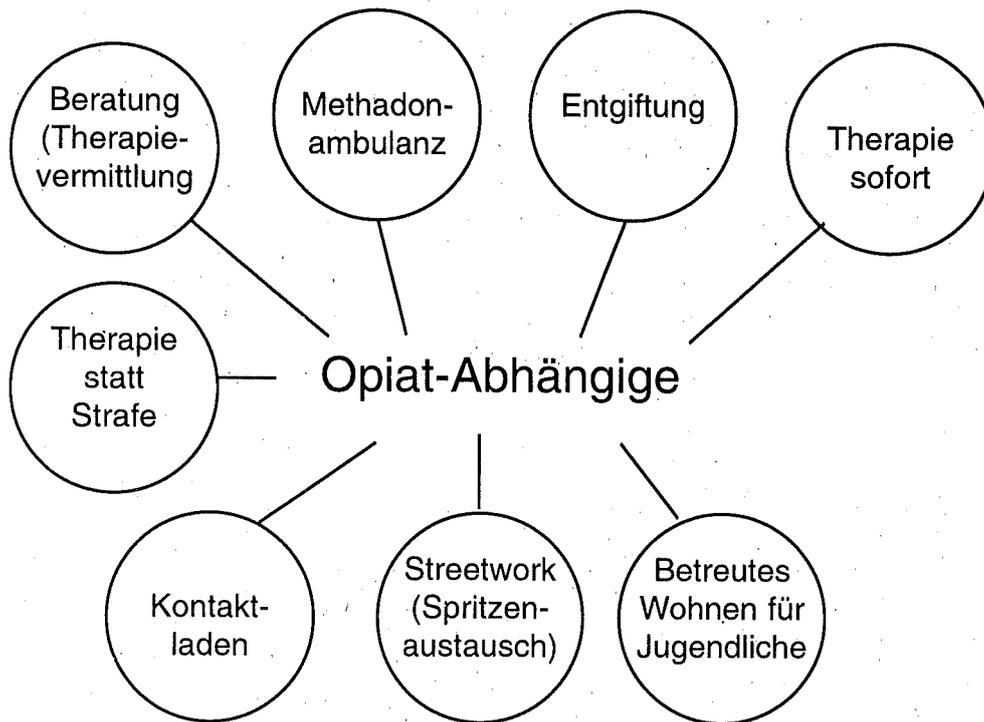
# Drogenhilfe und Suchtvorbeugung in Bochum



Diese Folie zeigt das "Angebot" der Drogenhilfe vor ca. 8 Jahren. Dieses Angebot war deutlich abstinenzorientiert. Es wurde von den Opiatabhängigen unserer Stadt auch nur begrenzt angenommen. Die Beratung beschränkte sich im wesentlichen auf Therapiemotivation, Vermittlung in stationäre Therapie und auf Vermittlung von Entgiftungsplätzen (als Voraussetzung für stationäre Therapie). Auch die Arbeit in der örtlichen Justizvollzugsanstalt beschränkte sich nach dem im deutschen Betäubungsmittelgesetz verankerten Prinzip "Therapie statt Strafe" auf die Vermittlung von stationären Entwöhnungsbehandlungen".

Unsere Präventionsarbeit für Kinder/Jugendliche wurde - wie wir heute selbstkritisch einschätzen - zu sehr vom Thema "Drogen u.a. Suchtstoffe" beherrscht.

# Drogenhilfe und Suchtvorbeugung in Bochum

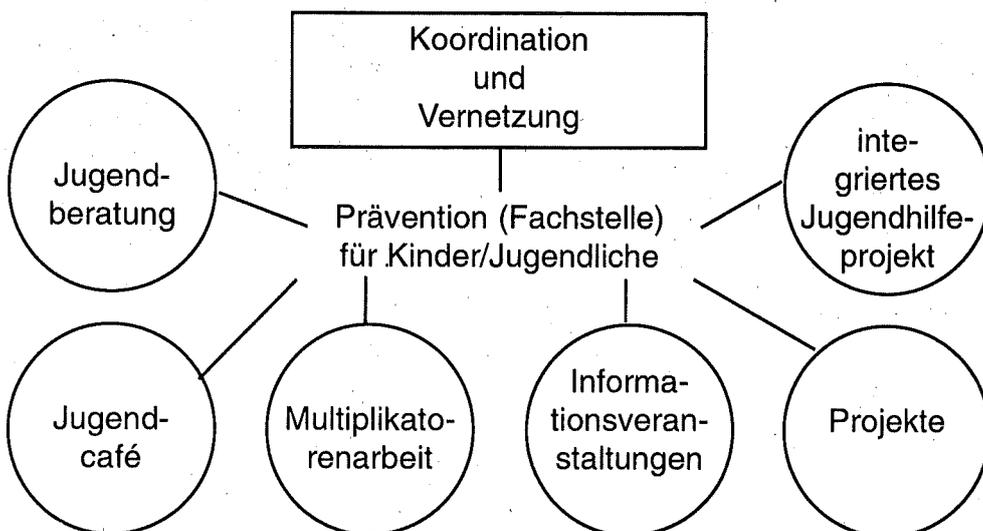
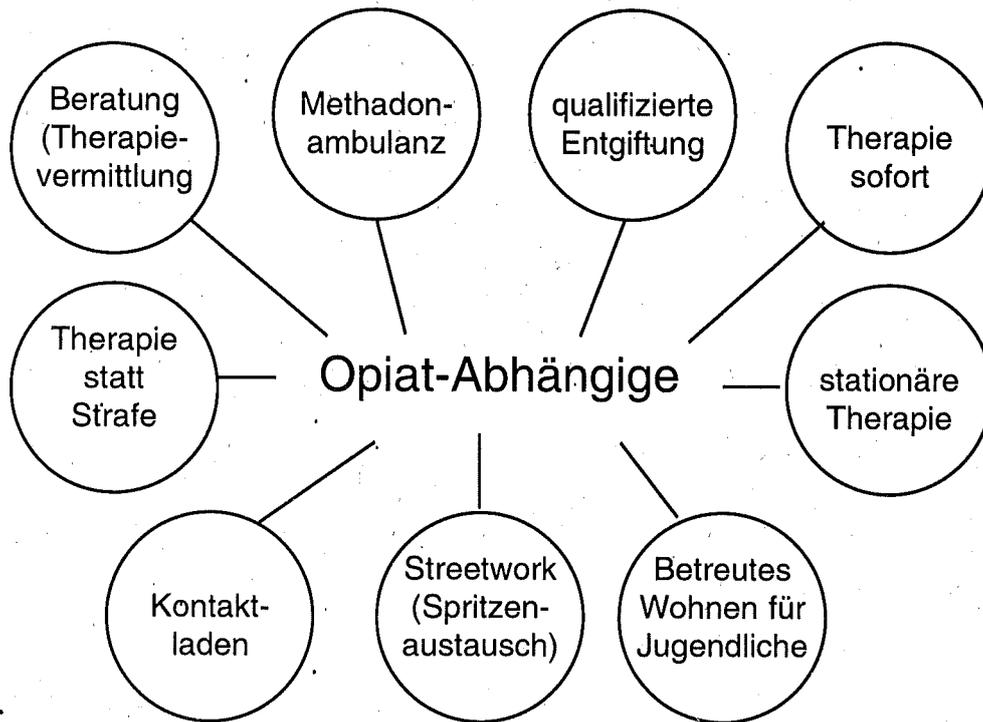


Vor ca. 8 bis 9 Jahren setzte eine Umorientierung in der Drogenhilfe in Bochum und auch darüber hinaus in Richtung niedrigschwelliger und akzeptierender Drogenarbeit ein. Die Beteiligung der Drogenhilfe Bochum an einem Erprobungsvorhaben zur Methadonsubstitution in Nordrhein-Westfalen war eine der Folgen. Diese Beteiligung hatte auch einschneidende Folgen für die Orientierung in den sog. traditionellen Bereichen der Drogenhilfe in Bochum. Im Rahmen einer bedürfnisorientierten und niedrigschwelligen Drogenarbeit wurde die Hilfe bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, die Minimierung der Folgen des Drogenproblems, die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Abhängigen, die Sicherung von Grundbedürfnissen, beim Überleben etc. die wesentlichen Aufgaben; das Erreichen von Abstinenz war nicht mehr das wichtigste Ziel.

Die hier genannten Ziele machten eine Erweiterung des Angebotes der Drogenhilfe zwingend notwendig; Die Installation eines Kontaktladens (mit Eß-, Dusch- und Waschmöglichkeiten), Spritzen-tausch, Rechtsberatung etc. Gerade in letzter Zeit beschäftigen wir uns mit der Entwicklung von neuen Angeboten für jugendliche Drogenkonsumenten. Die Beteiligung am in Dortmund installierten Projekt "Therapie sofort" soll ein Beitrag zur Entbürokratisierung und damit Vereinfachung von Vermittlung in stationäre Entwöhnungsbehandlungen leisten.

Die suchtpreventive Arbeit wurde systematisiert und stärker als Bestandteil einer allgemeinen Gesundheitserziehung begriffen. Sie wurde durch die Installation eines Jugendcafes und durch das Angebot von Jugendberatung ergänzt.

# Drogenhilfe und Suchtvorbeugung in Bochum



Diese Folie zeigt das Drogenhilfesystem ergänzt durch einige Projekte, die im Moment realisiert werden. Stationäre Entgiftungen wurden in der Vergangenheit in den verschiedenen Allgemeinkrankenhäusern der Stadt durchgeführt. Dies soll in Zukunft zentralisiert in einem Bochumer Krankenhaus mit einer psychiatrischen Abteilung erfolgen. Hierdurch ist die Integration therapeutischer Elemente in einer z. T. auch länger angelegten Entgiftung möglich. In dieser spezialisierten Einrichtung ist eine deutliche Steigerung der Qualität zu erwarten. Der Bau einer stationären Einrichtung zur Entwöhnung und Langzeittherapie (mit 40 Plätzen) macht eine regionale und ortsnahe Versorgung der Abhängigen möglich. Mit Hilfe eines lebensweltorientierten, integrierten und vernetzten Jugendhilfeprojektes soll ein zusätzliches Angebot für unter 21jährige geschaffen werden. In diesem Projekt sollen Jugendliche mit Suchtproblemen (Alkohol, Drogen, Spielautomaten u.ä.), mit massiven sozialen Problemen (Aggressionen, mangelnde soziale Bindung, Gewalt, Kriminalität, Trebegänger) oder Probleme im Bereich der Sexualität angesprochen werden. Kern des Projektes ist ein Cafe. Durch die Beteiligung mehrerer Institutionen wird ein breites Betreuungs- und Beratungsangebot sichergestellt. Die Realisierung dieses Projektes ist allerdings noch nicht endgültig gesichert.

An der Entwicklung des Drogenhilfesystems in Bochum kann exemplarisch die Entwicklung von einer abstinenzorientierten Arbeit zu einer niedrighschwelligen und bedürfnisorientierten Drogenarbeit abgelesen werden. Mit der Umorientierung der Arbeit hat sich die Akzeptanz des gesamten Hilfesystems - auch der eher abstinenzorientierten Angebote - enorm erhöht. Niedrighschwelligkeit bedeutet für uns nicht der Verzicht auf therapeutische Interventionen, soweit diese von den Abhängigen akzeptiert und angenommen werden können.

##### **5. Bemerkung zum Präventionsbegriff**

Zur Prävention möchte ich an dieser Stelle noch eine zum nächsten Referat überleitende Bemerkung machen. Vorbeugung bewegt sich im Spannungsfeld von Primärprävention als Bestandteil der Gesundheitserziehung und Sekundärprävention - verstanden als Arbeit mit massiv Gefährdeten. Dies möchte ich mit Hilfe der folgenden Skala etwas verdeutlichen:

# Prävention im Spannungsfeld zwischen Gesundheitserziehung und Therapie

Primärprävention  
und  
Gesundheitserziehung

Sekundärprävention  
als  
Gefährdetenarbeit



für alle Kinder und  
Jugendlichen  
(primär über Multiplikatoren)

Kleingruppen  
(Einzelfallhilfe)  
(direkt oder über  
Multiplikatoren)

Die Suchtvorbeugung bewegt sich auf einem Spannungsbogen, der sich vom Vermeiden von "Fehlentwicklung" bis zur Früherfassung von massiv Gefährdeten und Abhängigen zieht. Diese Betrachtung von Primär- und Sekundärprävention als notwendigen Spannungsbogen unserer Arbeit führt dazu, daß wir beide Bereiche als unabdingbare Bestandteile unserer Tätigkeit betrachten. Da wir sicherlich durch Primärprävention nicht alle "Fehlentwicklungen" verhindern können, bleibt die Notwendigkeit bestehen, durch die Früherfassung von Abhängigen und Gefährdeten einen Beitrag zur Wiederherstellung ihrer psycho-sozialen Gesundheit zu leisten. Da die Grenzen zwischen tolerierbarem Konsum und Sucht und zwischen Gesundheit und Krankheit fließend sind, müssen auch die Grenzen zwischen Primär- und Sekundärprävention fließend sein.

Das im weiteren vorgestellte Projekt bewegt sich sicherlich eher im Bereich des "Poles" Primärprävention.

## **Handlungskonzepte und Aufgaben der Fachstellen für Suchtvorbeugung des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW)**

**Christiane Kahre, Bochum**

Seit den 80er Jahren wird in NRW der Aufbau von Suchtpräventionsstellen gefördert. Nach Angaben des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) soll das Suchtprophylaxenetz soweit ausgebaut werden, daß jede Stadt bzw. jede kreisfreie Stadt mit einer Prophylaxestelle oder einer eigenständigen Fachstelle ausgestattet ist.

Die Prophylaxestellen sind jeweils einer Sucht- oder Drogenberatungsstelle angegliedert und verfügen über jeweils eine Fachkraft. Die Fachstellen für Suchtvorbeugung bilden eine eigenständige Abteilung innerhalb der Sucht- und Drogenberatung und sind mit jeweils 2 oder mehreren Fachkräften besetzt. Diese Stellen werden durch das Land NRW gefördert und durch Kommunen oder Kreise finanziert.

### **Das Handlungskonzept der Fachstellen**

Wer an Sucht denkt, assoziiert häufig Bilder von Menschen, wie sie insbesondere durch die Medien geläufig sind: sogenannte Penner, die auf der Straße leben oder Fixer, die in Parks oder an Bahnhöfen zu finden sind. Jedenfalls werden in der Regel Einzelschicksale damit verbunden.

Wir gehen davon aus, daß jede Sucht immer eine Geschichte hat, ein multifaktorielles Phänomen ist, für das es aber immer noch keinen geschlossenen theoretischen Ansatz gibt. Einig ist man sich nur über die Komplexität der Zusammenhänge.

Die Arbeit der Fachstelle beruht nicht darauf, Drogen zu verteufeln oder "abschreckend" zu arbeiten, sondern umfaßt folgende Aspekte (Grundannahmen):

- **Suchtvorbeugung muß ursachenorientiert arbeiten**
- Suchtvorbeugung sieht den Menschen als Ganzes. Dies erfordert, die Persönlichkeit des Einzelnen zu sehen und zu fördern (individuelle Faktoren) und nicht die Droge in den Mittelpunkt stellen.

- Suchtvorbeugung berücksichtigt den gesellschaftlichen Kontext mit seinen suchtfördernden gesellschaftlichen und historischen Komponenten (gesellschaftliche Bedingungen). Nur wenn offen mit allen Rauscherlebnissen umgegangen wird, ist der Balanceakt zwischen Genuß, Gebrauch und Sucht begreifbar zu machen.
- Suchtvorbeugung verstehen wir als langfristigen Prozeß und kontinuierliche Begleitung. Es geht im wesentlichen um den Aufbau verlässlicher Beziehungen, nicht um einmalige "Aufklärungsaktionen".
- Es geht um die Förderung und Stärkung der Persönlichkeitsentwicklung; dazu gehören das Erlernen adäquater Konfliktlösungen und die Fähigkeit mit Enttäuschungen umzugehen.
- Suchtvorbeugung muß geschlechtsspezifisch ansetzen, um Jungen und Mädchen in ihrer emotionalen und psychischen Entwicklung zu fördern, adäquate (und nicht nur geschlechtsspezifische) Ausdrucks- bzw. Umgangsmöglichkeiten für z. B. Wut, Trauer oder Freude zu finden.

Jede individuelle Suchtgeschichte findet ihre Begründung in krankmachenden Erfahrungen in der Familie und der Gesellschaft. Es ist leicht nachvollziehbar, daß solche Erfahrungen eine um so größere Bedeutung gewinnen, wenn sie auf einen jungen Menschen treffen. Deshalb beginnt Suchtvorbeugung möglichst früh. Wenn Suchtprävention schon im Primärbereich beginnt, kann sie einen Beitrag zur gesunden psychosozialen Entwicklung eines Kindes leisten. (Gesundheitsprävention)

Im Mittelpunkt unserer Arbeit in Kindergärten und Schulen, die als wichtige Sozialisationsinstanz gelten, steht daher nicht die Auseinandersetzung mit verschiedenen Suchtstoffen, sondern die Kompetenzförderung von Kindern und Jugendlichen und ein möglichst frühes Erkennen von Fehlentwicklungen bei Kindern, um diesen entgegenwirken zu können.

Das kann z. B. heißen:

- bei erkennbarer "Beziehungsarmut" Maßnahmen zur Beziehungsförderung zu ergreifen,
- bei Konfliktunfähigkeit neu Formen der Konfliktregulierung zu fördern,
- bei Distanzlosigkeit auf Grenzsetzung zu achten,
- bei ausgeprägten Streben nach unmittelbarer Bedürfnisbefriedi-

gung neue Formen des Lustgewinns zu suchen etc.

Der Schule und dem Kindergarten kommen als Instanzen der Sekundärsozialisation aus Sicht der Suchtvorbeugung eine besondere Bedeutung bei der Erhaltung bzw. Wiederherstellung von psychosozialer Fehlentwicklung zu. Die Unterstützung und Orientierung der jeweiligen Lehrer/innen und Erzieher/Innen und ein entsprechendes "Gegenlenken" ist ein entscheidendes Element der Suchtvorbeugung." (1)

#### **Suchtvorbeugung erfordert von daher**

"

- Zielgruppenorientierung bei der Methodenwahl,
- Kontinuität und Prozeßorientierung in der Vorgehensweise,
- Systematik in der Durchführung der Maßnahmen,
- und Kooperation bei der Planung und Umsetzung suchtvorbeugender Ansätze in den konkreten Arbeitsfeldern." (2)

#### **Aufgaben der Fachstelle für Suchtvorbeugung:**

Die Aufgabenfelder bzw. die Arbeitsschwerpunkte der Suchtvorbeugung sollen im Folgenden am Beispiel der Fachstelle in Bochum aufgezeigt werden. Dieser Ansatz ist z. T. auch in der Rahmenkonzeption der Fachstelle für Suchtvorbeugung NRW verankert.

#### **Spezifische Felder der suchtvorbeugenden Arbeit sind**

- Kindergarten und Kindertagesstätten
- Schulen
- Jugendarbeit
- Jugend- und Elternberatung
- Familien
- Betriebe
- Hochschulen und Fachhochschulen
- Gesundheitswesen
- allgemeine Öffentlichkeitsarbeit
- Gremienarbeit
- Gesamtkoordination präventiver Aktivitäten vor Ort

In der Primärprävention geht es vorrangig um die Vermittlung, Förderung und Erweiterung von pädagogischen Fähigkeiten und um Inhalte, die auf den ersten Blick nichts mit Drogen zu tun haben. (Gesundheitsprävention)

In der Sekundärprävention ist nicht nur die Erhaltung der psychosozialen Gesundheit die Aufgabe, sondern hier geht es auch um Erfahrungen im Umgang mit Stoffen.

#### **Arbeitsschwerpunkte der Fachstelle**

- Multiplikatorenfortbildung in den Bereichen Schule, Kindergärten, außerschulische Jugendarbeit, Betrieben.
- Öffentlichkeitsarbeit z. B. durch die Zusammenarbeit mit der regionalen Presse oder den Rundfunksendern zum Zwecke der Aufklärung und/oder um Aktionen bzw. Möglichkeiten der Suchtvorbeugung vorzustellen.
- Erarbeitung von Informationsmaterialien, die als Informations- und Unterrichtsmaterial in den verschiedensten Formen zur Verfügung gestellt werden.
- Planung und Durchführung suchtpreventiver Maßnahmen vor Ort.
- Koordination und Förderung von suchtpreventiven Maßnahmen auf regionaler Ebene.
- Dokumentation über durchgeführte Projekte. (3)

Die hier beschriebenen Aufgaben werden von jeder Fachstelle NRW's unterschiedlich, je nach ihren Schwerpunkten und Möglichkeiten ausgefüllt. Allen gemeinsam ist aber der hier dargestellte Ansatz der Suchtvorbeugung.

#### **Quellenangaben:**

- (1) *Jahresbericht, Krisenhilfe e.V. 'Drogenarbeit in Bochum und Wattenscheid, 1993, S. 8*
- (2) *vgl. Rahmenkonzeption der Fachstelle für Suchtvorbeugung Hrsg. Koordinationsstelle der Suchtprophylaxe NRW, 1994*
- (3) *vgl. ebenda, S. 6-7*

## **Frankreich**

### **Die Grundlagen der Vorbeugung und der Pflege von Drogenabhängigen in Frankreich**

**Michel Wagner, Strasbourg**

Seit Anfang der siebziger Jahre beschäftigen sich öffentliche Behörden und Drogenberatungsstellen in Frankreich mit Drogenkonsumenten, Drogenabhängigen und betroffenen Familien. Das dazu verfaßte Dossier beinhaltet Vorschläge zur Drogenhilfe, sowie die ethische und technische Vorgehensweise der Beratung.

Es wäre falsch, zu denken, daß es im Bereich der umfangreichen Drogenproblematik nur eine Art von Lösung oder gar ein Wundermittel gäbe. Die Vorbeugung und die Hilfe für Abhängige werden deshalb durch eine Vielfalt von Lösungen charakterisiert.

Aus diesem Grund wurden Drogenberatungsstellen, medizinische Anlaufstellen, Nachbehandlungseinrichtungen etc. gegründet - ein Netz, das fast ganz Frankreich abdeckt, wo Zehntausende von Drogenabhängigen, sowie deren Familien, freiwillig und vertraulich Beratung und Hilfe von speziell ausgebildeten Personen finden.

Die Drogenproblematik ist ein gesellschaftliches Problem, und es ist nicht jedermanns Sache, Hilfestellung zu leisten. Die Aufgaben der Drogenberater gehen deshalb über das Gespräch hinaus. Sie erstellen zusätzliche Netze für Hilfeleistungen, durch die der Drogenabhängigkeit vorgebeugt, der Zugang von Abhängigen zu Hilfen gesichert und der Ausgrenzung von Drogenabhängigen durch Integrationsmaßnahmen entgegengewirkt wird. Damit kann die Isolation der Betroffenen und deren Familien gestoppt werden und die "Droge" bleibt kein Tabu-Thema mehr, von dem niemand zu sprechen wagt.

#### **I. Ethische Grundlagen**

Die Probleme, die durch Drogenmißbrauch entstehen, lasten schwer auf unserer modernen Gesellschaft und führen zu Unsicherheit und Ängsten. Diese wiederum führen zu vereinfachenden und gefährlichen Antworten.

Ethische Maßstäbe sind deshalb notwendig, um Exzesse und Ausschlässe zu vermeiden.

### Die freie Wahl

Drogenabhängige sind und bleiben "ganze" Menschen. Dieses Grundprinzip bedeutet, daß die Drogenberater in ihrer Arbeit die Freiheit ihrer Patienten respektieren, so daß diese zu jeder Zeit der Behandlung frei entscheiden und handeln können - und dies im vollen Wissen der Gründe und Konsequenzen.

Die ethischen Bezugspunkte bedingen bei den Beratern eine Aufmerksamkeit; dies ist notwendig, damit die Abhängigkeit von einer Droge nicht durch die Abhängigkeit von einem "Gourou", einem "Wundermittel" oder etwas anderem ersetzt wird.

Ein weiterer Aspekt ist die Berücksichtigung der Freiwilligkeit und die Gewährleistung der Anonymität der Betroffenen.

### Absicht der Hilfe

Drogenabhängigkeit ist und verkörpert vor allem einen Schmerz- oder Leidenszustand. Infolgedessen basiert die Drogenarbeit auf dem Prinzip der Pflegeintensivierung, d.h., auf der Benützung und der Entwicklung von Hilfsmitteln, die die Gesundung der Abhängigen fördern.

Die Arbeit sämtlicher Pflegeinstitutionen unseres Landes zielt auf die Betreuung im weitesten Sinne ab, also von der psychotherapeutischen, medizinischen, familiären, sozialen bis hin zur beruflichen Betreuung.

Damit sollen die negativen gesundheitlichen Auswirkungen der Abhängigkeit reduziert und die soziale Integration gewährleistet werden, damit die Abhängigen ihre Unabhängigkeit und Autonomie wiederfinden können.

## **I.2 Praktische Vorgehensweise**

### Die Vielfältigkeit

Diese Art der Betreuung bedeutet nicht die Anwendung von Standardprogrammen, sondern versucht, sich möglichst gut an die Geschichte, Persönlichkeit, Möglichkeiten und Eigenartigkeit eines jeden Individuums anzupassen.

Die Betreuung verläuft auch nicht geradlinig. So können verschiedene Strukturen mit unterschiedlichen Zielen oder Aufgaben zu

verschiedenen Momenten der Betreuung eingreifen, die der Betroffene aufsucht und wieder verläßt. Deshalb besteht der Mechanismus der Vorbeugung und der Betreuung aus einer Vielzahl von sich ergänzenden Strukturen, die jedem ermöglichen, eine Antwort auf sein eigenes Leiden und seinen persönlichen Lebensweg zu finden.

### Der Zugang zur Pflege

Dank der geographischen Nähe und kostenlosen Betreuung in den existierenden Strukturen kann jeder die Hilfe durch spezialisierte Teams finden, die er braucht. Für die Arbeit im Vorfeld der Betreuung und die Nachbetreuung haben diese Teams ein Netz entwickelt, das es ermöglicht, mit den Abhängigen in Kontakt zu treten, die aus verschiedenen Gründen keinen direkten oder leichten Zugang zur Pflege haben.

Durch diese Partnerarbeit wird die Öffentlichkeit für das Drogenproblem sensibilisiert und darüber aufgeklärt, daß man diesen leidenden Personen helfen muß.

### **Der gesetzliche Rahmen in Frankreich**

Seit dem Gesetz vom 31.12.1970 ist das illegale Benutzen von Drogen in Frankreich ein Delikt, über das die Gerichte urteilen. Diese können eine Geldstrafe und Freiheitsstrafen von bis zu einem Jahr verhängen. Im Fall einer Teilnahme an Drogengeschäften, (was oft der Fall ist), werden sehr viel strengere Strafen verhängt.

Aber parallel zu diesem strafrechtlichen Aspekt, (der nicht ganz problemlos ist), ermöglicht dieses Gesetz den Staatsanwälten, im Fall von einfachem Drogenkonsum eine Therapie zu verordnen. Das bedeutet, daß der Staatsanwalt verlangt, daß die Person den Kontakt mit einer Drogenberatung aufnimmt. In gewissen Fällen kann der Richter einen wegen Drogenkonsums Angeklagten sogar zu einer Kur zwingen.

Jemanden dazu zu zwingen, sich in Behandlung zu begeben, war in der Drogenarbeit noch nie erfolgreich. Den Zugang zur Pflege durch spezialisierte Abteilungen unter allen Umständen zu fördern, ist jedoch eine Notwendigkeit. In diesem Sinne, und nur in diesem Sinne, kann sich ein Zwang als nützlich erweisen.

Außerdem wurden mit dem Gesetz von 1970 gesetzliche Grundla-

gen geschaffen, die die Aufgaben und Funktionsregeln der Fachzentren für die Betreuung Drogenabhängiger definieren.

Freiwilligkeit und kostenlose Betreuung werden durch diese Gesetze garantiert und der Benutzer kann während der Behandlung sogar anonym bleiben, wenn er dies wünscht.

Da der Kampf gegen die Drogenabhängigkeit Staatssache ist, ist es Aufgabe der Regierung, die allgemeinen Richtlinien festzulegen und den Betriebshaushalt der Fachzentren zu bestimmen.

## **Die Fachzentren für Vorbeugung und die Pflege von Drogenabhängigen**

### **III.1 Die verschiedenen Arten der Hilfe**

Die hauptsächliche Funktion der Vorbeuge- und Pflegezentren ist, Anlaufstelle für Drogenabhängige und/oder Personen aus ihrem Umfeld zu sein, um ihnen eine medizinische, psychologische, soziale und erzieherische Betreuung anzubieten. Diese Betreuung ist vielseitig und verschieden.

- Empfang , Orientierung und Information der Drogenabhängigen und ihres Umfeldes
- Unterstützung der Familien
- Entziehungskuren (ambulant oder stationär in spezialisierten, allgemeinen oder psychiatrischen Krankenhäusern) und Betreuung während dieser Kuren
- psycho-edukative Betreuung nach der Kur, entweder ambulant oder in Beherbergungszentren oder Gastfamilien

In begrenzter Anzahl gibt es auch Methadon-Programme, in denen dieses Synthese-Arzneimittel im Rahmen einer globalen (psychologischen, medizinischen und sozialen) Betreuung bei Abhängigen zur Anwendung kommt, die bei früheren Versuchen gescheitert sind.

### **III.2 Die verschiedenen Arten von Institutionen**

Jede Institution hat ein spezielles Therapie-Projekt, das seine sozio-educativen und therapeutischen Ziele sowie die Art der Umsetzung definiert. Aufgaben dieser Institutionen ist außerdem die Vorbeugung und Information.

Die Mehrheit unter ihnen werden von gemeinnützigen Vereinen verwaltet, andere sind Teil von Krankenhäusern. Die Teams dieser Zentren sind multidisziplinär, sie bestehen aus Ärzten, Pflegepersonal, Psychologen, Erziehern, Sozialarbeitern usw.

### **III.2.1 Die Drogenberatungsstellen**

In Frankreich gibt es über 150 solcher Anlaufstellen, die den Drogenabhängigen, ihren Familien und allen anderen Personen aus dem medizinischen oder sozialen Bereich (Ärzte, Pharmakologen, Sozialarbeiter, Erzieher) Informationen geben können und ihnen bei der Orientierung helfen können. Sie sind auch ganz speziell für die Betreuung während der Entziehungskuren, die soziale Betreuung danach und die Überweisung an andere Institutionen (Pflegezentren mit Beherbergung, Gastfamilien etc.) zuständig.

### **III.2.2 Die medizinischen Zentren und Fachabteilungen von Krankenhäusern**

Diese Institutionen nehmen die gleichen Aufgaben wahr wie die Drogenberatungsstellen. Manche von ihnen verfügen außerdem über Betten für Entziehungskuren und medizinisch-psychologische Hilfe von kurzer Dauer.

### **III.2.3 Die Familienberatungsstellen**

Die Familienberatungsstellen empfangen die Drogenabhängigen mit ihrem nahen, persönlichen Umfeld (Partner, Eltern, Geschwister, Kinder). Die Arbeit während der Gespräche mit den Familien ist auf die Beziehungen innerhalb der Familien gerichtet und versucht, eine therapeutische Situation zu schaffen, die alle Gruppenmitglieder miteinbezieht. Die Familienberatungsstellen sind manchmal in die Drogenberatungsstellen eingegliedert.

### **III.2.4 Pflegestellen mit Unterkunft**

- \* Die Notbeherbergungszentren und die Übergangszentren:

Orte für kurze Aufenthalte, die es erlauben, Krisensituationen zu meistern und ein Langzeitprojekt zu entwickeln

- \* Die Nachbehandlungszentren

Diese Institutionen nehmen die Drogenabhängigen nach der

Entziehungskur auf deren Wunsch hin auf, um ihnen die psychologische Loslösung von der Droge zu ermöglichen. Sie verbinden die psychotherapeutische Vorgehensweise mit der sozialen, um den betreuten Personen zu ermöglichen, sich in eine "Dynamik der Wiedereingliederung" zu versetzen. Die Zentren befinden sich in der Stadt oder auf dem Land. Jedes hat seine eigenen Orientierungen, sie bieten einen mehrmonatigen Aufenthalt, ein Leben in einer kleinen Gruppe (meistens etwa 10 Personen) und eine sehr persönliche Unterstützung an.

\* Die therapeutischen Wohnungen

Als eine weitere Etappe zur wirklichen Autonomie ermöglichen diese Wohnungen den Abhängigen, ihre Wiedereingliederung zu festigen - und das unter verschiedenen Aspekten (Fähigkeit, wieder zu arbeiten, wieder soziale Beziehungen zu knüpfen, ein Budget zu verwalten etc.). Parallel dazu wird die psychologische und medizinische Betreuung auf unterschiedliche Arten weitergeführt.

### **III.2.5 Die Netze von Gastfamilien**

Die Aufnahme eines Drogenabhängigen in eine Familie ist eine individuelle Möglichkeit, die alternativ oder ergänzend zu einer institutionalisierten Betreuung erfolgt. Diese Netze von Gastfamilien sind zum größten Teil an Beratungsteams aus Drogenberatungsstellen oder Nachbehandlungszentren angegliedert und werden von diesen unterstützt.

### **III.2.6 Die Werkstätten**

Diese Werkstätten werden von Vereinen getragen, die meistens auch andere Institutionen (Anlaufstellen, Nachbehandlungszentren etc.) verwalten. Ihre Ziele sind die Wiedereingliederung in die Arbeitswelt, die berufliche Ausbildung, die Wiedereingliederung in einen Rahmen, der dem eines wirklichen Unternehmens ähnlich ist. Manchmal finanzieren sich die Werkstätten teilweise selbst und entlohnen ihre "Angestellten".

### **III.2.7 Zweigstellen in Gefängnissen**

Die Drogenberatung in den Gefängnissen geschieht durch sogenannte "Drogen-Zweigstellen", die an die psychiatrischen Abteilungen der Gefängnisse oder die medizinisch-psychologischen regiona-

len Beratungsstellen angegliedert sind. Ihre Berater begegnen den gefangenen Drogenabhängigen, begleiten sie im Gefängnis auf psycho-erzieherischer Ebene und geben ihnen Hilfe zur Orientierung nach ihrer Entlassung (Wohnungssuche, Nachbetreuung etc.).

### **III.2.8 Der Telefondienst**

Er wird normalerweise von den Pflegestellen durchgeführt, die zum Drogenprogramm gehören. In manchen Regionen hat sich der Drogen-Telefondienst im Rahmen von speziellen "Rund-um-die-Uhr"-Beratungsstellen gebildet, die Unterstützung, Informationen und Orientierung auf lokaler Ebene geben.

Auf nationaler Ebene gibt es eine einheitliche Telefonnummer, die rund um die Uhr "funktioniert" und an die mehrere regionale Zentren angeschlossen sind.

### **III.2.9 Dokumentationszentren, Forschungs- und Bildungszentren**

Die Dokumentationszentren sind den Drogenberatungszentren angegliedert und in ein nationales Netz integriert (Toxibase).

Die Mehrzahl dieser Aufnahme-, Vorbeugungs- und Pflegeinstitutionen haben sich in Gruppen zusammengesetzt, um Forschungseinrichtungen und Bildungszentren zu gründen. Diese Einheiten arbeiten auf verschiedenen Gebieten (Epidemiologie, Sozialforschung, klinische Forschung) und in Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (Nationales Amt für Statistik und medizinische Forschung, Nationales Zentrum für wissenschaftliche Forschung, regionale Gesundheitsämter, Universitäten etc.).

## **Die anderen Mitwirkenden im Betreuungsnetz**

### **IV.1 Clubs und spezielle Vorbeugungsgruppen**

Sie bestehen aus Erziehern, die mit durch soziale Ausgrenzung gefährdeten Jugendlichen in Kontakt stehen. Die Erzieher selbst sind keine Drogenberater, arbeiten aber oft mit Drogenberatungszentren zusammen. Da sie oft ganz am Anfang einer Betreuung stehen, haben sie eine wichtige Rolle beim Zugang von Jugendlichen zu den Hilfsangeboten.

## **IV.2 Stadtteilnetze**

Dabei handelt es sich um lokale Initiativen innerhalb der Gemeinden, die gebildet wurden, um den vielseitigen Problemen zu begegnen, die durch den Drogenkonsum entstehen. Drogenberater arbeiten hier Hand in Hand mit "Personen aus der Nachbarschaft" (Hausmeister, Apotheker, Ärzte, Lehrer, Einwohner).

## **IV.3 Hausärzte**

Durch ihre besondere Situation haben die Hausärzte eine sehr wichtige Aufgabe bei den ersten Schritten in Richtung Pflege zu erfüllen. Oft ermöglicht das Vertrauen, das manche Jugendlichen ihrem Hausarzt entgegenbringen, einen ersten Schritt in Richtung Betreuung, die entweder vom Hausarzt selbst (im Rahmen eines Netzes) oder, auf lange Sicht, von einer spezialisierten Institution übernommen wird. Der Arzt, der insbesondere bei der Verordnung von Medikamenten die Heilung anstrebt, ist oft der erste Gesprächspartner aus dem medizinischen Bereich, der dem Abhängigen verständlich machen kann, daß sein Leiden nicht durch das Verschreiben eines Medikamentes gelöst werden kann.

## **IV.4 Apotheker**

Der freie Zugang zu manchen Produkten (Codein, Coethylin) bringt den Apotheker mit Drogenabhängigen in Kontakt. Dieser Kontakt kann eine wichtige Rolle für den Zugang von Drogenabhängigen zu den Hilfeangeboten sein. Außerdem wird der Apotheker durch die Entwicklung des Verkaufs von Spritzen zu einem privilegierten Faktor bei der Verringerung des Infektionsrisikos und der Pflege der Volksgesundheit.

## **IV.5 Krankenhäuser**

Krankenhäuser sind direkte Partner, insbesondere für die Entziehungskuren, die nur ambulant vollzogen werden können. Die Beziehungen zwischen dem spezialisierten Pflegebereich und den Abteilungen der Krankenhäuser wurden entwickelt, um die medizinische Behandlung (Seropositivität, AIDS, Hepatitis, etc.) in eine globale Betreuung einzubeziehen.

Einige Abteilungen von Krankenhäusern greifen auf spezialisierte Strukturen zurück, um mit den spezifischen Problemen, die durch die Aufnahme von Drogenabhängigen auftreten, besser umzugehen.

#### **IV.6 Elternvereinigungen**

Elternselbsthilfegruppen gehen normalerweise auf persönliche Initiativen zurück und versuchen gemeinsam, Antworten auf ihre Schwierigkeiten zu finden. Manche der Elternvereinigungen wurden organisiert, um Drogenabhängige aufzunehmen.

#### **IV.7 Stiftungen / Vereine**

Diese Organisationen wurden durch private Initiative gegründet und ergänzen die öffentliche Drogenberatung durch besondere Angebote, die von der Prävention bis hin zur Einrichtung von Netzen zur beruflichen Wiedereingliederung gehen.

#### **IV.8 Andere Partner**

Alle Institutionen, egal ob sie sozialer, medizinischer oder erzieherischer Natur sind, werden mehr oder weniger mit dem Problem des Drogenkonsums oder der Drogenabhängigkeit konfrontiert. Sie werden also punktuell oder regelmäßig die Rolle eines Bindegliedes, eines Partners oder einer Zwischenstation bei der Betreuung von Drogenabhängigen spielen. Dabei kann es sich um Beherbergungszentren, Sozialarbeiter des Gerichtswesens, soziale Zentren, Institutionen der Wiedereingliederung und vieles mehr handeln.

#### **Die Vorbeugung**

Die Prävention der Drogenabhängigkeit ist ein sehr weiter Bereich, der verschiedenartige Gebiete, vom Erziehungswesen über das öffentliche Gesundheitswesen bis hin zum Kampf gegen die Ausgrenzung, einschließt.

Die vorbeugenden Maßnahmen können deshalb nicht in ein paar Zeilen zusammengefaßt werden. Die Wirksamkeit solcher Maßnahmen wird unabhängig von ihren Formen und Inhalten davon abhängen, inwieweit ihnen eine soziale Mobilisierung auf allen Ebenen gelingt (von der Familie bis zur Gemeinde, von der Schule bis zum Stadtteil). Dies setzt eine starke Anpassung an die wirklichen Gegebenheiten vor Ort und an ihre Eigenmittel voraus.

Die Information, Sensibilisierung und Ausbildung der verschiedenen Gruppen, insbesondere den Multiplikatoren aus dem Erziehungswesen, der Sozialarbeit, dem Gesundheitswesen, aber auch aus den

Medien, der Politik und darüber hinaus von allen Bürgern sind das wichtigste Ziel, an dem die Teams des Drogenberatungssystems arbeiten.

Auch hier ist die Vielseitigkeit der verschiedenen Vorgehensweisen und Methoden unabdingbar, unter der Bedingung, daß sie an die Gegebenheiten vor Ort und an die gemeinsamen ethischen Werte angepaßt sind.

In Sachen primäre Drogenprävention, muß die Vorbeugung von Drogenmißbrauch in eine globale Präventionspolitik integriert werden, die die Verantwortlichkeit, die Autonomie und Gesundheit des Individuums anstrebt. Soziale Experimente, die in Form von gemeinschaftlichen Gesundheitsmaßnahmen oder von Maßnahmen, die Jugendliche und sogar Drogenabhängige einbeziehen, durchgeführt werden, schaffen neue Perspektiven.

Die Integration der spezialisierten Pflegeeinrichtungen in diese Einrichtungen der Prävention, (wie die lokalen Räte zur Vorbeugung von Straftaten, die sozialen Einrichtungen in Schulen oder verschiedenen Informationskampagnen der Öffentlichkeit) ist Voraussetzung dafür, daß die Betreuungsnetze zugänglich gemacht und gefestigt werden.

### **Vorbeugung und öffentliches Gesundheitswesen**

Die Infektionen durch den Hepatitis-Virus und - seit Anfang der 80er Jahre - das HIV-Virus, sind zusammen mit den Überdosierungen und Selbstmordversuchen die wichtigsten Komplikationen, die das Leben von Drogenabhängigen bedrohen. In Frankreich führen sich diese ihren Stoff überwiegend intravenös zu.

Seit Einführung des freien Spritzenverkaufs in Apotheken (1987) und der Einrichtung von kostenlosen und anonymen Aids-Test-Zentren (1986) konnte man eindeutige Veränderungen des Risikoverhaltens bei Drogenabhängigen feststellen. 70 % teilen nie mehr ihre Spritzen mit anderen Abhängigen und 80 % wissen, ob sie seropositiv sind oder nicht.

Die Drogenberatungseinrichtungen und die Einrichtungen zur Vorbeugung bieten immer häufiger vielfache, partnerschaftliche Maßnahmen der Vorbeugung, Information und Hilfe für die ausgegrenzte oder obdachlose Bevölkerung an, ohne dabei jedoch zum Drogenkonsum anzuregen und ohne die Pflegeintensität zu vergessen.

## Einleitung

Um das französische System der Drogenbekämpfung und -behandlung vorzustellen, werde ich Ihnen einen Text von der ANIT, die Nationale Vereinigung der Drogenberater, vorstellen, der zu diesem Zweck 1993 geschrieben wurde. Danach werde ich Ihnen einen Informationstext über die von der französischen Regierung im Jahre 1994 getroffenen Maßnahmen vorstellen. Damit können wir - hoffe ich - besser verstehen, wie wichtig die aktuelle Debatte in Frankreich ist und welche Herausforderungen sie darstellt.

### **Informationen über die von der französischen Regierung getroffenen Maßnahmen im Jahr 1994**

Der Premierminister, Edouard Balladur, hat einen Anti-Drogenplan vorgestellt, der zum einen die Verdoppelung der Aufnahmekapazität in den Nachbehandlungszentren innerhalb von 3 Jahren, zum anderen die Einrichtung von 1000 Methadonplätzen in diesem Jahr vorsieht.

Die Gesundheitsministerin, Simone Weil, hat kürzlich diesen Vorschlag um weitere 645 Plätze erhöht. So werden wir Ende des Jahres über 1645 Methadon-Plätze verfügen.

Die Ministerin hat ebenfalls entschieden, die drei derzeitigen Spritzen-Tausch-Programme durch weitere 25 zu ergänzen. Diese Programme werden von Vereinen in die Tat umgesetzt. Damit wird das Monopol der Apotheken auf den Spritzenverkauf beendet.

Seit dem 15. September 1994 können die Apotheker eine "Sterilbox" verkaufen, die auch "Vorbeugetäschchen" genannt wird. Sie enthält 10 oder 13 Spritzen.

Um den freischaffenden Medizinern bei der Betreuung von Drogenkonsumenten zu helfen, werden 12 Netze (Stadtärzte, Krankenhäuser, Fachzentren) gebildet werden müssen.

In den großen Städten werden "Boutiquen" gegründet. Dabei handelt es sich um Orte, die den am schlimmsten ausgegrenzten Drogenbenutzern zur Verfügung stehen, wo sie sich duschen, ihre Wäsche waschen können und die sogar über einige Notbeherbergungsplätze verfügen.

Diese Maßnahmen gehören größtenteils zur sog. "Politik der Risikoreduktion". In der Reihenfolge der Prioritäten scheint diese Politik die Maßnahmen für die Einschränkung der HIV-Infektionen an erste Stelle zu setzen. Diese plötzliche Politik kann man durch den Druck, den die Aids-Epidemie auslöst, aber auch durch den Skandal des infizierten Blutes, das die Gewissen bedrängt, erklären. Diese Politik der Dringlichkeit wird von der Angst geleitet, nicht alles und nicht zu jedem Preis zu machen.

Wir müssen gleichzeitig diese Maßnahmen begrüßen, die zum ersten Mal seit 20 Jahren die Mittel des gesundheitlichen Systems erhöhen, und wachsam bleiben, damit uns die Dringlichkeit nicht blind macht.

Die Dringlichkeit darf nicht zur Verwirrung oder Praktiken führen, die nur auf dem guten Willen beruhen. Für uns Drogenberater ist das Nachdenken eine Handlung, das Handeln selbst ist die Konsequenz aus diesem Nachdenken. Unsere klinische Arbeit macht uns dies immer wieder bewußt. Wir dürfen das Nachdenken weder von der Ursache eines Problems, mit dem wir konfrontiert werden, trennen, noch von den ethischen Prinzipien, die uns in unserer Praxis leiten.

Die Verringerung der Risiken darf weder eine Verringerung der Pflegemöglichkeiten mit sich bringen, noch eine Reduktion der Probleme oder die Verbreitung von falschen und sogar gefährlichen Ideen.

Wir müssen das Gesundheitssystem als ganzes und in seinem gesetzlichen Rahmen ansehen, um es kohärenter zu machen und die Zugänglichkeit für alle zu gewähren.

Denn von dieser Zugänglichkeit hängt ein besseres Problemverständnis, eine mögliche Einbeziehung von jedem in die Vorbeugung und schließlich eine Erleichterung des Zugangs zu den Pflegemöglichkeiten von Abhängigen ab.

Angesichts der von der Regierung beschlossenen Maßnahmen ist die Frage, wie gut oder schlecht sie sind, weniger wichtig, als zu überwachen, wie sie angewandt und wie sie durchgeführt werden.

Zur Zeit ist der Besitz einer Spritze in den Augen der Polizei mit einem Verdacht auf Drogenkonsum gleichzusetzen, der zur Untersuchungshaft führen kann.

Trotz des Erlasses über den Verkauf von Spritzen weigern sich noch 20 % der Apotheker, Spritzen zu verkaufen.

Das französische Strafsystem hat insbesondere bei Jugendlichen keine Glaubwürdigkeit mehr.

Die Zwangstherapie, die sowieso unwirksam ist, wird unvernünftig, wenn sie Cannabis-Raucher betrifft. Cannabis muß von anderen Drogen unterschieden werden. Das Cannabis-Verbot wird heute häufig umgangen und der Konsum von Cannabis ist weit verbreitet. Dabei wirft der Cannabis-Konsum längst keine so schwerwiegenden gesundheitlichen Probleme auf wie andere Drogen.

Allgemein vergrößert die Strafbarkeit des Drogenkonsums die Ausgrenzung der Drogenabhängigen, drängt sie an den gesellschaftlichen Rand und vergrößert ihre Schwierigkeiten, als sicherlich kranke Menschen, aber als ganze Persönlichkeiten angesehen zu werden.

Die Bestrafung von Drogenbenutzern hat nicht den kleinsten Beweis erbracht, daß dadurch der Drogenkonsum eingeschränkt wird. Das Gleiche gilt für die Inhaftierung als Mittel der Heilung von Drogenabhängigen.

Die ANIT, Nationale Vereinigung der Drogenberater, hat während ihres letzten Kongresses im Mai 1994 die Überarbeitung der französischen Gesetzgebung verlangt.

Die ANIT schlägt die Straffreiheit des Konsums aller Drogen vor. Sie schlägt außerdem vor, die Freigabe hinsichtlich des Cannabis-Konsums zu überarbeiten. Die ANIT verlangt eine tiefgreifende parlamentarische Debatte zu diesem Thema.

Die Gesundheitsministerin, Simone Weil, hat auf diese Vorschläge mit der Gründung der Kommission "Henrion" reagiert, die die Frage bearbeiten und Vorschläge machen soll, die noch in diesem Herbst fertig werden sollen.

Weder die Drogenfreigabe, noch die Drogenprohibition sind zufriedenstellende Antworten auf die Lebensschwierigkeiten, die zur Drogenabhängigkeit führen.

Die Prävention, ob sie nun primär, sekundär oder tertiär ist, ist kein Rezept, um das Leiden zu verringern, zu vermeiden oder auszulöschen. Es ist eine kulturelle Arbeit, die langfristig gesehen werden

muß, damit jeder die Komplexität dieser Welt angehen kann, dort seine Anhaltspunkte, seine Werte finden kann, die ihn in seiner eigenen Existenz und insbesondere innerhalb der Gesellschaft, in der er lebt, leiten.

Auch alles, was die soziale Eingliederung von Drogenabhängigen, ihre Verantwortung und den Respekt ihrer Würde fördert, erlaubt Fortschritte in Richtung ihrer Gesundheit und ihrer Eingliederung zu machen, aber auch Fortschritte für die Vorbeugung. Fortschritte, von denen die gesamte Gesellschaft profitiert und die die demokratischen Werte glaubhaft machen.

Schließlich möchte ich unterstreichen, wie wichtig die Suche nach einem Gleichgewicht der eingesetzten Mittel ist, um die Medikamentisierung der sozialen und psychologischen Probleme zu vermeiden. Die Demokratie wird nicht per Gesetz erlassen, genau so wenig wie sich die Freiheit auf Rezept kaufen läßt.

Auch der Begriff "Drogensubstitution" ist wahrscheinlich nicht der passendste. Vielleicht ist die Nutzung von Methadon als ein Mittel der temporären Betreuung anzusehen. Aber wenn dies der Fall ist, muß man den Heilungsprozeß parallel zur Methadonbehandlung weiterführen.

Man sollte verstehen, daß jede Maßnahme oder Aktion Anlaß zu einer Begegnung mit einer schwer zu durchdringenden Bevölkerungsgruppe sein kann, daß es aber einen hohen Grad an Kompetenz seitens der Berater braucht, damit diese Begegnung nicht auf die einfache, sofortige Bedürfnisbefriedigung begrenzt wird.

Wenn also alles getan werden muß, um auch nur ein einziges Leben vor Aids zu retten, muß dies jedoch mit dem Gedanken geschehen, daß nicht das Leben, wie wir es in einer Demokratie verstehen, getötet wird.

## **Der Ausschuss "Soziales Umfeld" (SUA)**

**Christian Tondon, Nancy**

### **I. Rückblick**

Seit 1971 entwickelte das Kultusministerium eine Politik der Vorbeugung gegen Drogensucht und Risikoverhalten:

**1971 - 1977:**

Die Lehranstalten stellen fest, daß Drogensucht jeden betreffen kann: Die Regelbestimmungen zielen darauf ab, die mit Drogenkonsum verbundenen Symptome zu erkennen und eventuelle Konsumentende in Fachzentren zu therapieren (Runderlasse Nr. 71-1096 vom 03.10.1971 und Nr. 73-181 vom 27.03.1973).

**1977-1982:**

Das Kultusministerium regt die Lehranstalten dazu an, "Gesundheitsclubs" zu schaffen, um die Schüler über die Gefahren der Drogen zu informieren. Außerdem lädt es die Lehrkräfte dazu ein, die Notsignale der Jugendlichen wahrzunehmen (Runderlaß Nr. 77-107 vom 17.3.1977).

**1983:**

Das Kultusministerium legt eine Vorbeugungspolitik fest auf dem Gebiet der Bekämpfung der Drogensucht (Runderlaß Nr. 83-287 vom 27.07.1983). Die Akademie-Leiter wählen fachgebildete Vermittler, die die Politik des Ministeriums in Gang bringen sollen. Diese Vermittler werden aus den Generalinspektoren, pädagogischen Landesinspektoren, Verantwortlichen des Schulwesens, Ärzten, Krankenpflegern, Sozialhelfern, Sachverständigen gewählt. Innerhalb jeder Lehranstalt bieten ausgebildete und freiwillige "Relais-Erwachsene" den Schülern und dem Personal Hilfe an. Später wird der Begriff "Relais-Erwachsene" durch den Begriff "Relais-Mannschaften" ersetzt (Runderlaß Nr. 85-118 vom 26.03.1985).

### **II. Die Vorbeugung gegen Risikoverhalten beim Kultusministerium**

Für das Kultusministerium soll die Vorbeugung allumfassend sein. Die Vorbeugung gegen Drogensucht kann nicht von der gegen anderes Risikoverhalten getrennt werden (Gewalttätigkeit, Neigung zum Selbstmord, Mißbrauch von Alkohol, Tabak und Medikamen-

ten, "Verlust des Appetits" oder Heißhunger usw.).

Die Vorbeugung tragen alle Beteiligten an der Lehranstalt mit: Lehrkräfte, Verwaltungspersonal, Führungskräfte, Erziehungs- und Aufsichtspersonal, Gesundheits- und Sozialpersonal, Arbeiter und Dienstpersonal.

Die Lehranstalt soll in Partnerschaft tätig sein. Sie wendet sich an Fachleute, mit denen sie ihre Aktion koordinieren soll.

Die Vorbeugungspolitik ist eine Politik der Erziehung. Sie fällt völlig in den Zuständigkeitsbereich des Kultusministeriums. Sie integriert sich in das Schulprojekt. Die Schüler sind voll beteiligt an diesem Projekt. Diese Politik soll im wesentlichen aus der Überlegung der jeweiligen Partner der Lehranstalt gestaltet werden.

### **III. Die Runderlasse von 1990 und 1993 bezüglich des SUA**

1990 ruft das Kultusministerium die SUA ins Leben.

Die Entscheidung wird in enger Zusammenarbeit mit der "Allgemeinen Vertretung zur Bekämpfung der Droge und Drogensucht" gefällt. Zum SUA gehören: der Schulleiter, die Erziehungsgemeinschaft, alle Teilhaber an dem Sozialumfeld und dem Leben in den Stadtvierteln (Verbände, Clubs usw.). Er entwickelt eine Vorbeugungspolitik, verknüpft Schule und Umfeld, koordiniert die Initiativen im Fach Vorbeugung (Rundschreiben vom 22.10.90).

Der Runderlaß Nr. 93-137 vom 25.02.93 erweitert den Kompetenzbereich der SUA, die den Abhängigkeitszuständen sowie dem Risikoverhalten und der Gewalttätigkeit vorbeugen. Die SUA ermöglichen es aber auch, den Jugendlichen inner- und außerhalb der Schule zu folgen und sie schließen die Suche nach Lösungen für Gesundheitsprobleme ein. Mit diesem Runderlaß dehnt sich der Tätigkeitsbereich der SUA auf die Grundschule aus und auf die Gebiete, wo Erziehung vorrangig ist. Zum Schluß setzt sie Lotsengruppen auf akademischer Ebene in Gang, deren Aufgabe es ist, anzukurbeln, zu koordinieren, die Aktionen zu bewerten.

Diese Lotsengruppen bestehen aus pädagogischen Regionalinspektoren, zuständig für Lehranstalten und Schulleben, Direktoren der Abteilung "Schulleben", technischen Beratern der Akademieleiter, Ärzten, Krankenpflegern, Sozialhelfern, Verantwortlichen für Ausbildung, Leitern der Schulbezirke, Schulleitern.

Das Regierungsprogramm für Bekämpfung der Drogen und Drogensucht, das der Premier am 21.09.1993 ankündigte, sieht eine

größere Zahl von SUA vor.

### **III.1 Das Konzept des SUA: Ortsbefund**

Der SUA, der im Runderlaß vom 22.10.1990 vom Kultusministerium festgesetzt wurde, ist zum größten Teil das Ergebnis der in den Schulen durchgeführten Experimente.

Ziel dieses Erlasses ist es, einen Schritt zu tun, der es den Lehranstalten ermöglicht, ihre Aufgaben zu erfüllen und pflichtgemäß zu funktionieren, wobei sie über den engen Rahmen der Schule hinausgehen. Einer der wichtigsten Schwerpunkte der SUA ist die Berücksichtigung des Umfeldes, was für die pädagogische Mannschaft nur von Vorteil sein kann.

Es handelt sich darum, eine bessere Zusammenarbeit zwischen der Lehranstalt und ihren (auch potentiellen) Partnern zu erreichen, damit die Arbeit für jeden Teilhaber effizient wird, ohne daß irgendeiner von ihnen die Grenzen seiner Zuständigkeit überschreitet. All diese zusammenwirkenden Kompetenzen ermöglichen eine sinnvollere Arbeit auf allen Gebieten.

Der SUA ist vor allem die Belegung eines Sozialnetzes (mit dem Schulleiter als Initiator) im offenen Milieu, wo Austausch, Kommunikation, Zuhören, Raten und Aktivitäten ihren Platz haben.

Der SUA setzt sich zum Ziel, die Initiativen inner- und außerhalb der Schule zu verknüpfen, indem er die Erziehungsgemeinschaft (Lehrkräfte, Schüler, Fachleute des Ministeriums, Elternsprecher, Familien) und das gesamte Sozialumfeld (von den außerschulischen Verwaltungen bis zu den örtlichen Behörden, Verbänden, Unternehmen, Kaufleuten, freien Berufen, Hauswächtern) zusammenbringt.

Der SUA ist auch eine Einrichtung, die sich in das schon bestehende Vorbeugungssystem einfügen muß: Gebiete, wo Erziehung zum Problem Nummer 1 erklärt wurde (ZEP: zone d'éducation prioritaire), soziale Stadtplanung, Ausschüsse zur Vorbeugung gegen Kriminalität plus "Relais-Gruppen".

Ganz offensichtlich trägt der SUA innerhalb der Schule zur Förderung der Gemeindepolitik bei.

Er ist außerdem ein geeigneter Gesprächspartner für die Außen-

partner. Deshalb hat der SUA, (anfänglich nur ein Mittel gegen Drogensucht, Risikoverhalten und Gewalttätigkeit), eine Erweiterung seiner Kompetenzen erfahren. Dementsprechend haben ein Runderlaß vom 25.02.93 und ein Rundschreiben des Ministers an alle Akademieleiter und Präfekte seine Rolle genauer dargelegt.

#### Ziele des SUA:

- Schaffung eines Mittels, Gesundheitsprobleme zu lösen:  
Ein Mittel der Beaufsichtigung der Jugendlichen inner- und außerhalb der Schule
- Suche nach Lösungen der Gesundheitsprobleme der Jugendlichen im Rahmen einer umfassenden Übernahme dieser Probleme
- Verankerung des SUA in die Initiativen des Ministeriums; in dem Zusammenhang mit dem akademischen Projekt und dem Projekt der Schule. Da nimmt wiederum der Schulleiter eine führende Rolle ein.
- Förderung der Bemühungen zugunsten der ZEP (s. oben)
- Aktivierung der Zusammenarbeit der verschiedenen Lehranstalten
- Ausdehnung der Initiativen auf die Grundschule
- Motivierung der Arbeitsgruppe der Akademie zum Anstifter dieser Politik
- Unterstützung bei der Ausbildung der verschiedenen Teilhaber
- Verdoppelung der Zahl der SUA bis Ende 1993

Die Zentralverwaltung hat es für wünschenswert gehalten, einen Vertrag mit den Akademien zu schließen. Dazu soll ein Dokument vorhanden sein, das Ziele, Mittel und Bewertung beschreibt.

#### IV. Vorbedingungen zur Aufstellung eines SUA:

- Verhandlungen über die Aufstellung des SUA

- Verwirklichung in verschiedenen Etappen
- Praktische Aufstellung des SUA

### **Die Verhandlungen**

Das ist die erste Etappe des Projekts. Dabei soll die Zusage der Teilnehmer (Erziehungsgemeinschaft und andere Partner) eingeholt werden.

Zuverlässige Informationen über Schule und Umfeld müssen gesammelt werden.

### **Die Zustimmung**

Wenn Schulleiter beschließen, einen SUA aufzustellen, findet die Verhandlung mit den anderen Teilhabern der Erziehungsgemeinschaft, den örtlichen Partnern und jeder anderen positiv eingestellten Person statt. Dabei ist wichtig, den Anlaß des Projekts, den Verlauf der Etappen und deren Ziele zu erörtern. Das soll durch die Initiatoren bei Versammlungen, sowie durch Plakate oder Erklärungsschreiben, stattfinden.

Daran sind beteiligt: Lehrpersonal, Aufsichtspersonal, Verwaltungen, Schüler aller Klassen (evtl. durch die Klassensprecher), Eltern, Schulgesundheitsamt, Stadtbehörden, Vorbeugungsmannschaften, Kriminalbeamte.

### **Sammlung der Informationen**

Man muß mit allen Partnern (auch zukünftigen) Bekanntschaft machen. Diese Personen werden den Verantwortlichen dazu verhelfen, einen Ortsbefund und eine Diagnose aufzustellen, nach denen die Richtlinien der Vorbeugungsaktion festgelegt werden können. Dieser Ortsbefund kommt zustande mit den Angaben, die die örtlichen Behörden und Sozialarbeiter zur Verfügung stellen. Man forscht hauptsächlich nach folgenden Informationen:

- Merkmale, Bedürfnisse und Erwartungen der Schüler
- Besorgnisse und Erwartungen der anderen Mitglieder der Erziehungsgemeinschaft
- Darstellung von Mißverhalten und Fehlfunktionen innerhalb der Schule

- soziales und ökonomisches Umfeld der Schule
- Erwartungen an den SUA

### **Auswertung der Informationen**

Durch Informationen über die Bedürfnisse der Jugendlichen wird zweierlei erreicht:

erstens ist es möglich, bei den Schulleitern die wichtigsten Einzelheiten über Schüler und Familien zu erfahren. Man weiß Bescheid über:

- das Schulleben,
- das Umfeld,
- die Situation der Schüler und ihre Vorstellungen von Gesellschaft, Kriminalität, Mißverhalten, Gesundheit, Familie, sozial-ökonomischen Bedingungen der Region, Schule, Stellenangeboten, Arbeitslosigkeit, Armut, Ausgeschlossen-Sein, Schlecht- und Wohlbefinden des Individuums.

Zweitens ist man sich besser im klaren über die Situation der Schüler, ihre Lebensbedingungen, ihre eventuellen Leiden, sowie über Mißverhalten, das ihnen bekannt ist. Das alles unter der Perspektive der Vorbeugung.

Man kommt den Besorgnissen und Erwartungen der anderen Mitglieder der Erziehungsgemeinschaft durch Arbeitstreffen näher. Dabei soll vor allem herauskommen, was die Erziehungsgemeinschaft vom SUA erwartet.

Die erlangten Informationen sollen in Bezug auf das soziale und ökonomische Umfeld der Lehranstalt bewertet werden. Die Arbeitsgruppe, die mit dem Ortsbefund beauftragt ist, wird sich auf quantitative und qualitative Daten stützen, die von verschiedenen Ämtern übermittelt werden (unter anderem durch das Landesinstitut für Statistik und Wirtschaftsforschung, die Arbeitsvermittlungstellen, die Sozialämter, die Vorbeugungsämter). Somit werden die Verantwortlichen eine bessere Kenntnis von dem Milieu haben, in dem sie den SUA aufbauen wollen.

### **Die progressive Wiedergabe der Resultate**

Nach der Verhandlungs- und Gesprächsphase kommt die progressive Wiedergabe der Ergebnisse. Dabei sind drei Etappen zu unterscheiden:

1. Festlegung der Erwartungen der Schüler
2. Übersicht über die Informationen und Festlegung der Vorstellungen und Erwartungen der anderen Partner
3. Analyse der Elemente, die für die Initiierung des SUA entscheidend sind

Jedesmal soll die Wiedergabe der Resultate gegensätzlich ausgeführt werden.

Ziel der letzten Wiedergabe ist es, die Analyse zu bestätigen und dann die Richtlinien festzulegen, die der ganzen Initiative zugrunde liegen werden.

Diese Richtlinien werden die vorrangigen Ziele hervorheben, die sich die Arbeitsgruppe gesetzt hat.

### **Organisation und Betrieb des SUA**

Damit der SUA die Rolle spielt, die ihm zufällt, muß er über eine effiziente Organisation verfügen. Deshalb sollte man gleich nach der Diagnose die praktischen Richtlinien festlegen und zwar auf zwei Ebenen:

Einerseits ein "beschränkter Ausschuß" mit Schulverantwortlichen und Vertretern der Hauptteilhaber. Dieser Ausschuß plant die Entwicklung des SUA, setzt Ziele und Termine fest, bewertet die Ergebnisse.

Dieser Ausschuß fungiert nach dem Vorbild eines Aufsichtsrats. Sein Vorsitzender wird ein Schulleiter sein.

Andererseits eine Lotsengruppe, zu der sich andere Partner gesellen können. Da hat man es also mit Leuten zu tun, die in der Praxis arbeiten. Sie sind die Haupttriebfeder des Projekts. An diese Personen könnten sich auswärtige Leute anschließen, um beispielsweise eine Veranstaltung zu organisieren oder eine Initiative großen Ausmaßes in Gang zu bringen. Es könnte in kleineren Gruppen gearbeitet werden, die dem "beschränkten Ausschuß" Vorschläge machen könnten.

### **Bewertung der Initiativen des SUA**

Die leitende Gruppe eines SUA ist darauf bedacht, entsprechende Bewertungskriterien zu haben. Damit wäre es möglich, die Vorgänge einzuschätzen, sowie deren Auswirkungen und das Engage-

ment der Beteiligten.

## **V. Die Realisierung dieser Politik**

### **Die Akademische Einrichtung**

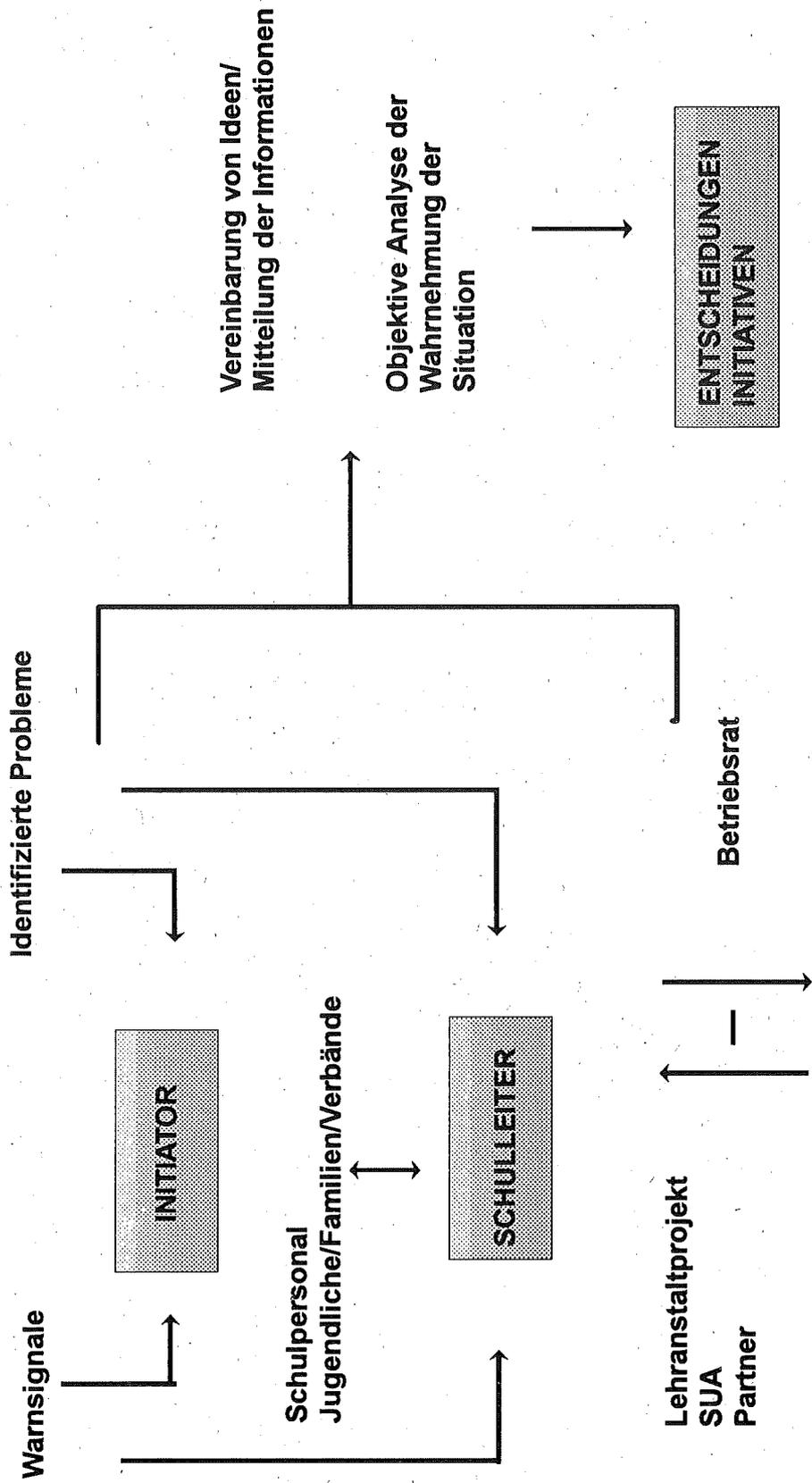
Die Mitglieder sind weiterhin die Vertreter des Schullebens (Schulleiter, pädagogische Inspektoren, die Abteilung "Schulleben" der Akademie), ärztliches Personal, Krankenpfleger, Sozialarbeiter und technische Berater des Akademieleiters. Hinzu kommen meistens Leiter des Ausbildungswesens, sowie Lehrkräfte. Zu beachten ist die Beteiligung von auswärtigen Partnern in den Akademien von CLERMONT-FERRAND und DIJON.

Wenige Koordinierungsmitglieder wurden amtlich ernannt. Es sieht aber so aus, als orientiere man sich nach einer Mitsteuerung durch die akademischen Abteilungen: Schulleben, Gesundheit und Sozialumfeld.

### **Rolle der Lotsengruppen**

- Ankurbelung der akademischen Politik in Sache SUA
- Festlegung der Kriterien für Kreditanteile
- Aktivierung der Relais in den Départements
- Hilfe für die Lehranstalten
- Forschung nach Bedürfnissen
- Zugang zu Anspruchsmöglichkeiten und Hilfe für die in Schwierigkeiten geratenen Lehranstalten
- Vorschläge für die schon entstandenen SUA
- Begleitung der Projekte
- Erneuerung von Bewertungskriterien

# Schaubild Der Betrieb in einer Lehranstalt



## Erfolge und Hemmungen

### I. Erfolge

Durch die Initiativen, die er voraussetzt, trägt der SUA zur Strukturierung der Lehranstalt bei:

Notwendigkeit einer Diagnose, einer Untersuchung über Bedürfnisse. Mit dem SUA kann eine Bilanz von der örtlichen Situation gezogen werden. Mehrere Akademien halten es für wünschenswert, eine Untersuchung durchzuführen, bevor sie die Aktion wirklich starten (z. B. in CAEN).

In der Akademie Straßburg haben sich Lehranstalten des Stadtzentrums zusammengetan und haben die Straßburger Uni darum gebeten, eine Befragung der Jugendlichen durchzuführen, damit man eine Strategie entwickeln könne:

- Festlegung von präzisen und vernünftigen Zielen
- Bestimmung der Rolle und Kompetenzen der Teilhaber
- Bewertung der Initiativen

Der SUA nimmt an der Erziehungspflicht der Schule teil:

Die Schüler sind völlig beteiligt. Sie sollen sich den SUA zu eigen machen (zahlreiche Beispiele davon haben wir mit dem Gymnasium von dem CHEVREUSETAL, mit dem Lycée Air in ARCACHON, mit den Vorschlägen der Berufsschule von SAINT-CALAIS, mit der Akademie von NANTES) - Relaisklassen scheinen angebrachter als Relaischüler -!

Das gesamte Personal, vor allem die Lehrkräfte, werden mobilisiert. Der SUA schafft die Grundlagen für ein dynamisches Schulleben. Mehrere Akademien haben auf die Wichtigkeit der SUA hingewiesen, besonders in ländlichen Gebieten und in Kleinstädten. Diese Ansicht wurde mehrmals unterstrichen. Der SUA bietet Austauschmöglichkeiten mit den Familien und den auswärtigen Partnern. Mit dem SUA integriert sich die Lehranstalt in ihr Umfeld. Die Erziehungsgemeinschaften wenden sich immer mehr dem Sozialumfeld zu.

Die Berücksichtigung des SUA in dem Schulprojekt bringt klarere Beziehungen zwischen den verschiedenen Partnern in Übereinstimmung mit den allgemeinen Zielen der Lehranstalt.

Partnerschaft heißt nicht "an Stelle von arbeiten", sondern heißt "Mitarbeit".

Durch den SUA kommt die Verbindung "Schule-Gemeinde" zur Geltung.

## II. Hemmungen

- Der Zusammenhang zwischen der Initiierung eines SUA und den Problemen der Drogensucht scheint ganz besonders starke Hemmungen zu verursachen. Der Schulleiter befürchtet, daß seine Anstalt gebrandmarkt wird.
- Zusammentreffen verschiedener Organisationen (C.D.P.D. - Z.E.P. - D.S.Q. - ...); aber gut funktionierende SUA verstehen es durch angemessene Organisation, die verschiedenen Einrichtungen gut zu nutzen.
- Schwierigkeiten bei der Realisierung der SUA: 17 % der Schulleiter engagieren sich tatsächlich, während 64 % in dem SUA keine Priorität sehen. 18 % weigern sich.
- Notwendigkeit, die Pflichten des Kultusministeriums genau festzulegen: Bildung oder Erziehung.
- Schwierigkeiten bei Bewußtmachung und -werdung der Problematik.
- Der SUA kommt manchmal mehr "heilend" als "vorbeugend" vor.
- Mangelnde Mittel (Bezüge des Personals) und Probleme bei der Teilnahme von Freiwilligen.
- Störungen der Innen-Kommunikation; diese müssen vor der Phase der Außen-Partnerschaft gelöst werden.
- Aus dem SUA eine öffentliche Einrichtung zu machen, scheint nicht unbedingt nötig, auch nicht bei gutem Verlauf der Dinge.

Als Betroffener wird der Schüler schwer integriert. Es gibt auch ein Problem mit der nicht allgemein geklärten Rolle der Klassensprecher.

## **VII. Faktoren der Realisierung**

### **a) Die aktiven Partner:**

- \* die Lehrkräfte
- \* die Schüler
- \* die Führungskräfte, das Erziehungspersonal, das Aufsichtspersonal, das Verwaltungspersonal, das Gesundheitspersonal, die Sozialarbeiter, die Arbeiter und das Dienstpersonal, die Delegierten der Eltern
- \* die Familien

### **b) Die Außen-Partner:**

- \* die verschiedenen staatlichen Verwaltungen (Jugend und Sport - Polizei - Justiz)
- \* die örtlichen Behörden
- \* die Verbände, Unternehmen, Kaufleute, freie Berufe ...

### **c) Die Ausbildung**

Um Ausbildung kann gebeten werden bei:

- \* dem Kultusministerium,
- \* einer oder mehreren Lehranstalten,
- \* dem Departement,
- \* der Akademie (akademischer Ausbildungsplan),
- \* auswärtigen Organen.

### **d) Die Mittel**

- Räume werden innerhalb der Schule zur Verfügung gestellt, wo Jugendliche sich treffen können (Haus der Gymnasiasten, Versammlungssaal). Das geschieht auch außerhalb der Lehranstalt, je nach den gewählten Projekten und Möglichkeiten der Partner.
- DGLDT-Kredite (Kredite der allgemeinen Delegation für Raumplanung, die den Akademieleitern überwiesen sind, und genehmigten Projekten zugeteilt werden).
- Fonds des Schullebens
- Kredite für die Einrichtung der Bildungsprogramme

- Finanzielle Beteiligung der Lehranstalt
- Überstunden für die Lehrkräfte

Vieles entsteht, weil es einen Notplan für die Gymnasien gibt.

### **VIII. Schlußfolgerungen: Gründung eines SUA**

Einem SUA gründen bedeutet, eine "flexible Struktur" um den Schulleiter aufbauen. Das ermöglicht, die Probleme anzuschneiden, sobald sie klar identifiziert sind. Mit dem SUA wird die Kommunikation in der Schule gefördert. Ein Verbindungsnetz zwischen Partnern wird geschaffen, das den Jugendlichen eine große Bedeutung einräumt. Bande werden zwischen der Schule und dem naheliegenden Viertel geknüpft. Aufgrund der Analyse des Umfeldes werden genaue Ziele gesetzt. So kommt man zu angebrachten, konkreten Initiativen zugunsten der Jugend.

Wenn man die Schule ihrem Umfeld und ihren Nutzern näher bringen will (und das begrüßen wir alle), ist es keine leichte Aufgabe. Man muß den zentralen Platz der Lehranstalt in Krisenzeiten wahrnehmen; v. a. in Zeiten der Arbeitslosigkeit, die zu Haßgefühlen ihr gegenüber führen können. Man muß ein neues Bündnis mit den Nutzern der Schule schließen, "Laufstege" erfinden, Orte, wo man "dem anderen" zuhört.

Das ist das Risiko, das der SUA eingehen will. Der SUA will eine Art Flick- oder Reparatereinrichtung sein und dazu gehört wahrscheinlich noch viel Überlegung und Phantasie.

## ***Italien***

### **Drogenprävention in Italien - am Beispiel Schule**

**Prof. Dr. Umberto Nizzoli ( Psychologe ), Reggio Emilia**  
**Dr. Roberto Bertolli (Psychiater), Reggio Emilia**

Wir haben die wichtigsten Informationen über die Realitäten zum Thema Drogenabhängigkeit zusammengetragen, soweit sie mit Einrichtungen in Italien, die Dienste auf dem Gebiet der Drogenberatung anbieten, oder mit der Drogenproblematik an Schulen zu tun haben. Unser Ziel ist es dabei, über das Thema der Drogenprävention zu referieren und gleichzeitig zum Nachdenken darüber anzuregen, wie eine Prävention an den Schulen aussehen könnte.

Die ersten Kontakte zwischen den Gesundheitsdiensten/-einrichtungen, die sich mit der Drogenproblematik befassen, und der Institution Schule setzen ein, nachdem die Schule selbst schon zwei Phasen durchlaufen hat, was die Präventivmaßnahmen im Bereich der Drogenabhängigkeit unter Jugendlichen anbelangt: Eine erste Phase war dadurch charakterisiert, daß man die Prävention/Vorbeugemaßnahmen zwar als eine notwendige Aufgabe ansah, sie aber gleichzeitig als etwas betrachtete, das nicht dem Aufgabenbereich der Schule unterliegt (das Problem wurde entweder rein medizinisch abgehandelt oder kriminalisiert); in einer zweiten, darauffolgenden Phase tendierte man dazu, Anregungen zu entwickeln, die dahin gingen, mittels einer größeren Strenge/Härte

\* Unter Mitarbeit von:

G.P. Montanari, Soziologe/R. Bosi, Arzt, Mitarbeiter des SER.T von Reggio Emilia, Stefania Lacquaniti, Schulbehörde von Verona, Marilena Buzzi, Vittorio Foschini, Psychologen des SER.T von Ravenna, Roberto Taroccó, et al. SER.T. von Bussolengo, G. Maurelli, Zentrum für wissenschaftliche Untersuchungen Rom, F. Ravera, Psychiater Von Crest, Mailand

in der Erziehung auf abweichendes Verhalten zu reagieren. (In dieser Phase schenkt man v.a. denjenigen Meinungsäußerungen übermäßig Beachtung, die den Leser in Bezug auf das Drogenproblem aufschrecken/alarmieren und/oder ganz davon abraten, daß sich die Schule in irgendeiner Weise an Präventionsmaßnahmen beteiligt).

Auch wenn in diesen beiden ersten Phasen noch keine konkrete Zusammenarbeit auftrat, so läßt sich dennoch bereits ein gewisser Einfluß erkennen, den das Gesundheitssystem auf das Schulsystem ausübt. Dieser Einfluß äußert sich wie folgt: Das Schulsystem erweist sich als stark beeinflusst von den Darstellungen in den Beiträgen, die dazu dienen sollten, sich mit dem Problem direkt auseinanderzusetzen; in diesen Beiträgen wurde das Problem jedoch bis an die Grenzen des Erträglichen "medizinisiert".

Die Zusammenarbeit zwischen Schule und Gesundheitswesen in Hinblick auf die Prävention setzt zu dem Zeitpunkt ein, als die Schule das eigene Engagement auf die "so weit wie möglich objektive" Verbreitung von Informationen ausrichtet, und zwar zunächst mittels Veranstaltungen, für die sie in den meisten Fällen nur die Bereitschaft garantiert, gelegentlich Experten und Beschäftigte der Gesundheitsdienste einzuladen.

"Die Grenzen, die sich bei der rein informativen Annäherung an das Thema offenbarten, wurden dadurch überwunden, daß man Überlegungen anstellte, wie auf der Ebene der Gesundheitserziehung Einfluß genommen werden könne.

Die Entwicklung der Reflexion über die Rolle der Schule bei den Präventivpraktiken hat in der Gegenwart folgende Ergebnisse gebracht: Man ist zu dem Schluß gekommen, daß die Persönlichkeitsbildung bei der Drogenprävention eine wesentliche Bedeutung hat. Der Übergang (zu dieser Denkweise) knüpft an ein Gesundheitskonzept an, das zum einen an die Anleitungen/Ratschläge der O.M.S. (Weltgesundheitsorganisation) angelehnt ist und sich desweiteren auf eine Sichtweise der Erziehung zur Gesundheit stützt, die in der Resolution des Europarats und der Minister für Öffentliche Bildung/des Öffentlichen Unterrichtswesens (1988) zusammenfassend als ein Prozeß bezeichnet wird, der es erlaubt, "den Individuen, allein oder in der Gruppe, zu gestatten, in Kenntnis der Tatsachen Entscheidungen zu treffen über Probleme, die die Gesundheit betreffen und entsprechend zu reagieren"; dabei wird insbesondere empfohlen, daß man während der Schulzeit dahin gelangt, " ... allgemein zu Unterrichts- und Lernmethoden, sowie

Formen zwischenmenschlicher Beziehungen und einer Art der Ernährung usw. zu ermutigen, die für die Gesundheit förderlich sind". Im Entwicklungsverlauf der Position der Schule in Bezug auf die Präventionsarbeit rückt, die Bemühung in den Vordergrund, mögliche Eingriffe in den zwei folgenden Richtungen vorzunehmen:

- 1) Beseitigung von Elementen, die in manchen Fällen eben diese Institution 'Schule' zu einem Risikofaktor machen (einem Risiko, das häufig von medizinischen Beobachtern hervorgehoben wird, v.a. im Rahmen konflikthaltiger Beziehungen zur Institution 'Schule'); wir denken dabei v.a. an das Phänomen, daß die schulische Laufbahn aufgegeben bzw. abgebrochen wird; ein Phänomen, welches seine Ursache nicht zuletzt in den Tendenzen der Ausgrenzung von Einzelpersonen ('Außenseiter') hat, die im Schulbetrieb allgegenwärtig ist. Um dem vorzubeugen/zuvorzukommen muß sich die Schule als ein Ort der freundlichen Aufnahme und als ein potentieller Ort für positive und befriedigende Beziehungen zu den anderen (Gleichaltrigen und Erwachsenen) anbieten, an dem Beziehungen erprobbar sind, die jenseits der familiären und sozialen Verhältnisse liegen, aus denen die Schüler stammen.
- 2) Stärkung der persönlichen Abwehrmechanismen des Schülers mittels eines Einflusses, der mehr im eigentlichen Sinne erzieherisch sein sollte und gleichzeitig auf die neuesten Erfahrungen zum Thema 'Integration der Gesundheitserziehung' zurückgreift, die sich auf interdisziplinärer Ebene aus den Studien ergeben.

Auf besagte Integration ist kürzlich vom selben Europäischen Parlament (Resolution vom 13. Mai 1992) verwiesen worden als eine(r) "Form der Prävention, in Anbetracht der Tatsache, daß sich das Angebot (von Drogen) niemals effektiv beseitigen lassen wird". In nationalen und übernationalen Rechtsvorschriften drängt man also auf die Zusammenarbeit zwischen dem Schulsystem und dem System der Gesundheitsleistungen/-dienste. Es ist jedoch unmöglich, die Schwierigkeiten und Zwänge, die aufgrund von Abhängigkeiten von bestimmten Richtlinien existieren, zu verhehlen; gerade diese (Starrheit der Systeme; Mangel an Geldern; Widerstände gegenüber den Veränderungen; Fehlen einer wahrhaftigen/echten und gefestigten Präventionskultur; etc.): wirken als Hemmfaktoren bei der Durchsetzung integrierter Praktiken zwischen den zwei genannten Institutionen.

De facto repräsentieren die Institutionen 'Gesundheitswesen' und 'Schule' die Welt der Erwachsenen, deren Kenntnisse und deren Einstellungen gegenüber den jüngeren Mitgliedern der Gesellschaft. Dies bedeutet, daß sich die beiden Systeme an dieselbe Personen-Gruppe wenden, wenngleich sie unterschiedliche Zielsetzungen und Zwecke verfolgen: Die Schule hat ihren Erziehungsplan, und das Gesundheitswesen orientiert sich an seinem Gesundheitsplan. Die neuesten Kenntnisse auf dem Gebiet der Gesundheit zeigen klar die Möglichkeit und die Zweckmäßigkeit eines gemeinschaftlichen Arbeitens auf, in welches die Leistung(sfähigkeit) sowie die Wertigkeiten beider Systeme miteinfließen: Die Bemühung muß darin bestehen, Bedingungen bzw. Verhältnisse zu verwirklichen, die das innere Heranwachsen begünstigen, und Garantien zum Schutz der Rechte des Kindes und des Heranwachsenden zu schaffen."

Hier wird also die Aufgabe offenbar, die der italienischen Schule zukommen soll, welche "es sich selbst gewählt hat, nicht eine einzige Schulstunde eingerichtet zu haben, der man die Bezeichnung "Gesundheits-Erziehung" oder "Erziehung zur Gesundheit" geben könnte: Jeder einzelne Lehrer, ganz gleich welches Schulfach er unterrichtet, sollte sich stattdessen bemühen, in jedem Schüler die Fähigkeit zu entwickeln, bewußte Entscheidungen zu treffen in Hinblick auf sein eigenes körperliches, seelisches, geistiges und soziales Wohl befinden. Jeder Schüler baut sich "seine eigene" Gesundheit auf und sollte dazu gebracht werden, in der Lage zu sein, sich wertvoll zu fühlen und sich für die anderen Mitmenschen in seinem persönlichen Umfeld wertvoll zu machen.

Der Bildungsprozeß in der Schule ist auf drei grundlegende Ziele ausgerichtet:

- \* die Bewahrung vor Schaden
- \* die Begrenzung von Leidenszuständen
- \* die Förderung von positiven Handlungen, die zum Wohlbefinden des Einzelnen beitragen

Die Bemühungen, zu denen die italienischen Schule aufgerufen sind, und zwar in ihrer erzieherischen Tätigkeit, die sich an alle Altersgruppen richtet, bestehen darin, die eng kulturell-weiterbildende Seite nicht von der Seite abzutrennen, die das Gewicht auf die zwischenmenschlichen Beziehungen legt; eine Verknüpfung dieser zwei Teilaspekte der Erziehung und Bildung könnten die Schulen

dadurch erreichen, daß sie die anzustrebenden Ziele auf der Basis der pädagogischen Erfahrung der Erwachsenen auswählen und parallel dazu die Ansprüche erfassen, die von den Jugendlichen selbst ausgedrückt werden.

Die Erziehung zum Gesundheitsdenken wird also als ein wesentliches Element bei der Persönlichkeitsbildung eingestuft und ist in allen Schulfächern als wesentlicher Bestandteil vorgesehen. Dieser Aspekt der Erziehung muß international in didaktische Wege eingehen, auf denen sich präzise Betätigungsfelder herausbilden sollten, mit Inhalten und Zeiträumen, die den Schülern der unterschiedlichen Altersgruppen zugeordnet sind. In der Schule ist parallel dazu auch eine Weiterbildung für die Eltern vorgesehen, mit dem Hauptziel, ein gutes Einvernehmen zwischen ihnen und der Lehrerschaft zu entwickeln, in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Gesundheitsbehörden, der Verbände und den örtlichen Einrichtungen, die mit Erziehungsaufgaben zu tun haben.

In jeder Schule hat ein oder haben mehrere Lehrer an Fortbildungskursen teilgenommen, in denen sie zu Referenten für die Gesundheitserziehung und für die Drogenprävention ausgebildet wurden. Ihre Aufgabe ist es, gegenüber dem Schuldirektor, den Kollegen, den Schülern und den Eltern als "Motoren" tätig zu werden, die die Aktivitäten, die im Rahmen der Jahresplanung an ihrer Schule zu realisieren sind, vorantreiben und unterstützen, im Verbund mit allen existierenden Institutionen, die sich vor Ort mit der Erziehung der Jugendlichen befassen oder auf sonstige Art auf die Jugendlichen direkten Einfluß haben.

Auf der Basis dessen, was das Gesetz zur Bekämpfung der Drogenabhängigkeit festgesetzt hat, müssen alle Schulen in ihr Erziehungsprogramm genau umrissene Maßnahmen zur Prävention einfügen. Das Ministerium für öffentliche Erziehung schlägt das Projekt '*Progetto Giovani*' (Jugendprojekt) für die höheren Schulen, das Projekt '*Progetto Ragazzi 2.000*' (Kinderprojekt 2.000) für die Grundschulen und die Mittelschulen (Pflichtschule bis zur achten Klasse) und das Projekt '*Progetto Arcobaleno*' (Regenbogenprojekt) für den Kindergarten vor, um unter aktiver Beteiligung der Schüler, einen Weg zu realisieren, der diesen programmatischen Richtlinien entspricht.

Darüberhinaus sollen sich in den höheren Schulen die '*Centri di informazione e consulenza*' (Zentren für Information und Beratung) institutionalisieren, mit zweierlei Aufgabenbereichen:

Den Jugendlichen sollen zum einen Informationen und desweiteren

Beratungsgespräche angeboten werden, um ihnen zu helfen, die Probleme zu lösen,

- \* die in ihren Interessensgebieten auftreten
- \* die mit ihren Bedürfnissen und Ansprüchen zusammenhängen
- \* die mit ihren persönlichen und sozialen Schwierigkeiten verbunden sind

und zwar sowohl in der Schule als auch in Bezug auf die zukünftige Eingliederung ins Berufsleben. In diesen Zentren innerhalb der Schule bieten Lehrer, Schüler, Eltern und auswärtige Mitarbeiter (diese kommen in der Regel von der Gesundheitsstelle für Drogensucht-Probleme) Aktivitäten an, die sich sowohl an den Einzelnen als auch an die Gruppe richten. Eines der Hauptziele dieser Initiativen ist es, dem Schüler die Möglichkeit zu geben, selber zwischen den Personen, die in irgendeiner Weise kontinuierlich erzieherisch auf ihn einwirken (Lehrer oder Elternteil) oder ihm ganz im Gegenteil eine völlig vertrauliche und unvoreingenommene Behandlung seiner Probleme garantieren (Mitarbeiter von auswärts), seinen Gesprächspartner auszuwählen, wenn er Hilfe benötigt beim Erfassen und bei der Lösung seiner persönlichen Schwierigkeiten."

Die Institutionen, die im Dienst der Prävention von Drogenabhängigkeiten stehen (SER.T.), vertreten die folgende Auffassung:

"Die weiterführende Ausbildung der Lehrer ist besonders wichtig,

- \* weil der Lehrer beim Lernprozeß das Zwischenglied darstellt bzw. eine Vermittlerrolle einnimmt und
- \* weil der Erzieher außerdem ein Vorbild darstellt und gleichzeitig eine Bezugsperson ist.

Man braucht nicht notwendigerweise an psychologisch ausgebildete Lehrer zu denken; dennoch ist es sicherlich grundsätzlich von Nutzen, die Sachkenntnis aus der Didaktik durch eine Sachkenntnis auf anderen Gebieten zu vervollständigen, und zwar v.a. hinsichtlich der Fähigkeit, das soziale Gefüge innerhalb eines Klassenverbandes erkennen und interpretieren zu können und die Verbesserung der Kommunikation zu fördern; dies setzt auch das Wissen über die psychologischen und sozialen Dynamiken der Schüler bzw. der gesamten Schülergruppe voraus.

Es ist notwendig, bei kleinen Gruppen mit der Intervention anzusetzen, wie z. B. in einer Klassenkonferenz; denn die Prägnanz und die mögliche Veränderung geht aus der effektiven Einbeziehung des Lehrers und des Schülers hervor sowie vor allem aus der allgemeinen Zustimmung zum Präventionsprojekt vonseiten des Gesamtsystems aus Lehrern und Schülern.

Einzelinitiativen, die sich von klaren Positionen (Pro- bzw. Kontra-Positionen) vonseiten der Lehrerschaft abgrenzen, sind jedoch, wenngleich sie sicherlich wertvoll sind, dazu verurteilt, nur einen schwachen Eindruck zu hinterlassen.

Es existiert weiterhin eine feste Gruppe von Mitarbeitern, in der man quer durch verschiedene staatliche Institutionen zusammenarbeitet, und die innerhalb der örtlichen Gesundheitsvereinigung die Aufgabe hat, im Bereich der Prävention tätig zu sein: Hierunter fallen der *Servizio Tossicodipendenza* SER.T. (dt. Drogenberatungsstelle), der *Servizio Psichiatrico* (dt. Psychiatrischer Dienst) und der *Servizio Maternità Infanzia Età Evolutiva* (dt. Dienst für Mutterschaft, Kleinkinder und Kinder im Entwicklungsalter).

Diese Organisation hat sich der Aufgabe verschrieben, die o.g. Grundideen zu verwirklichen und mit positiven Ergebnissen auf den verschiedenen Ebenen des Schulsystems Einfluß zu nehmen.

Außerdem hat sie dazu beigetragen, die Sensibilität zu erhöhen und ein Bewußtsein zu schaffen, was die Förderung der Präventiv-Initiativen innerhalb des Schulsystems aber auch des Sozialgefüges angeht; dies wird in der Formulierung von Forderungen sichtbar, in denen alle an der Drogenfrage beteiligten Parteien aktiv werden für die Anerkennung und Billigung der Gesundheit als Wert."

"Die Arbeitsstrategie, die sich bei den Präventiv-Initiativen als erfolgreich erweist, ist die Strategie, eine Vielfalt von Anschauungsmodellen anzubieten, mittels derer der Heranwachsende in der Folge eine wirkungsvolle Verbindung zwischen der Außenwelt und seinen eigenen Ansprüchen finden kann, die auf seine eigene Individualität abgestimmt ist. Die erzieherische Einflußnahme und die Präventivmaßnahmen müssen auf positive Selbstaufwertung ausgerichtet sein. Auf diese Weise wird der Heranwachsende zum Protagonisten der eigenen Handlungen, und eben dadurch umgeht er die Gefahr, in die Haltung zu verfallen, er könne die Entscheidungen, die er selbst treffen sollte, auf andere Personen oder Strukturen abwälzen oder aber sie durch Drogen aus seinem Bewußtsein verdrängen; stattdessen stellt er sich selbst als Gesprächspartner mit der Außenwelt in die vorderste Reihe. Der Präventiveingriff ist ein in ständiger Entwicklung befindlicher Prozeß der, ausgehend von den Bedürfnissen der Jugendlichen, noch seinen festen Platz finden muß.

Das Programm, das wir innerhalb von drei Jahren umzusetzen gedenken, sieht folgendermaßen aus:

### Erstes Jahr:

- \* Formlose Kontaktaufnahme des professionellen Erziehers (und zwar eines Vertreters des SER.T.) mit den verschiedenen Schulformen, in der Absicht, die Situation vor Ort zu analysieren und Einzelbeobachtungen zu sammeln, die für die Verwirklichung des Projekts nützlich sein könnten; weiterhin eine formlose, progressive Eingliederung des Erziehers in die außerschulischen Aktivitäten.
- \* Aufbau einer 'Gruppo Emotivo Analitico' ( Gruppe zur Analyse der Gefühlswelt der Jugendlichen) mit 15 Lehrern, um mit ihnen über die Probleme der Schüler ins Gespräch zu kommen und einzelne Kontaktpersonen ausfindig zu machen.
- \* Aufbau einer dauerhaften Einrichtung im Eingangsbereich des Schulgebäudes, die man als eine Art Büro bezeichnen könnte und bei der es sich um einen Ort für zwanglose Treffen mit den Schülern handeln soll; dort sollen nicht nur Ratschläge und Informationen gegeben werden, sondern es sollte sich auch um einen Anlaufpunkt für Animations-Veranstaltungen handeln, die von den Jugendlichen selbst organisiert werden.

### Zweites Jahr:

- \* Wöchentliche Anwesenheit eines Erziehers in dem Büro, dessen besondere Aufgabe darin besteht, sich als Erwachsener ohne autoritäres Auftreten für die Jugendlichen anzubieten; seine Funktion besteht weiterhin darin, den Jugendlichen einzeln oder in der Gruppe mit Informationen und Ratschlägen zur Seite zu stehen, ihnen zuzuhören und die Bedürfnisse zu entschlüsseln, die die Jugendlichen ihm gegenüber äußern. Eine weitere Aufgabe besteht für ihn darin, die ihm anvertrauten Probleme zu analysieren und ein Bindeglied zu den anderen Beratungsstellen der Jugendhilfe zu sein.
- \* Zusammenarbeit mit den Jugendlichen bei der Durchführung von außerschulischen Aktivitäten, die von ihnen selbst vorgeschlagen werden.
- \* Beratungsstelle, die sich an die Eltern der Schüler wendet und Hilfestellungen anbietet.

### Drittes Jahr:

- \* Die Aufgaben und Arbeiten des Erziehers werden allmählich an das Schulpersonal (Lehrer; Hilfspersonal) übergeben; der Erzieher arbeitet die entsprechenden Personen allmählich ein, damit das Beratungszentrum weitergenutzt werden kann, auch nachdem die Mitarbeiter des SER.T. die Schule wieder verlassen haben.
- \* Nach und nach wird gewährleistet, daß die Mitarbeiter des

SER.T. immer seltener in der Schule in Erscheinung treten.

- \* Außerdem wird der Schule zugesichert, daß weiterhin eine Überwachung der Aktivitäten durch den Erzieher erfolgt, daß man die Erfahrungen zu Initiativen, die man bereits initiiert hat, mit einem Mitarbeiter des SER.T. besprechen kann, daß das SER.T. für Rücksprachen zu neu geplanten Initiativen zur Verfügung steht."

Weiterhin "ist ein Projekt zur primären Prävention entwickelt worden mit dem Namen '*Progetto Sonda*' (Projekt 'Sonde'); dieses Projekt wurde in Italien an 50 verschiedenen Stellen in die Wege geleitet. Auf schulischer Ebene hat man dem Projekt den Namen '*Agenzia delle Idee nella Scuola*' (Büro für Ideen in der Schule) gegeben. Das Projekt hat zum Ziel, die Schüler durch bestimmte Übungen dahin zu bringen, daß sie ein Empfinden für ihre eigene Gesundheit entwickeln; diese Übungen zielen insbesondere darauf ab, die inneren Bedürfnisse der Schüler zu stimulieren.

Die *Agenzia delle Idee* wird sowohl den Lehrern der höheren Aufbau-Schulen vorgeschlagen als auch den Lehrern der obligatorischen Schulen, und sie stellt sich in Hinblick auf die Themen "Erziehung zur Gesundheit" und "Drogenprävention" als ein kulturell komplexes Projekt dar. Es handelt sich hierbei um ein Projekt, das verschiedene präventive Strategien vorsieht; diese sollen an der jeweiligen Schule im Laufe der Zeit ausprobiert werden, und nach und nach soll die Praxis zeigen, ob sich die eine oder andere Strategie als effizient erweist. Das Projekt soll sowohl in den höheren als auch an den Mittel- und Grundschulen ins Leben gerufen werden, und zwar indem es, ausgehend von einer Grundmethode, die für alle drei Schulformen gleich ist, zusätzlich spezielle Mittel für jede einzelne der drei Schulformen einplant und bereitstellt.

Die *Agenzia delle Idee* geht von der Grundannahme aus, daß die Schule ein Übungsfeld für die kognitive Erprobung der Veränderung werden sollte. Ein Ort, in dem sich die Einzelpersonen darin üben, zu lernen, wie man lernt. Sie sollen sich dort also Fähigkeiten aneignen, die es ihnen ermöglichen, ihre kognitiven und sozialen Fertigkeiten im Innern eines sozialen Gefüges auszuüben, das immer stärker von Konkurrenzdenken beherrscht wird und in welchem es notwendig ist, zu lernen, wie man damit umzugehen hat, um nicht der Entfremdung zu unterliegen.

Die *Agenzia delle Idee* nimmt sich in Bezug auf die Schule vor, diesen Übungsort der kognitiven Experimente zur Veränderung

einzuführen bzw. aufzubauen.

Aus einer Reihe von Gründen, die an zahlreichen Beispielen belegbar sind, hat sich die Geschichte und die Methodik der Analyse, die mit ihr verknüpft ist, als das konkrete, begünstigte, aber nicht exklusive Objekt herausgestellt, anhand dessen sich die Erfahrung der kognitiven Manipulation praktizieren läßt.

Schauen wir uns kurz einige der wichtigsten Aspekte für diese Wahl an:

- \* jede Erfahrung, Theorie, Mathematikformel, jedes Ereignis usw. läßt sich in einer Erzählung wiedergeben
- \* Die Erzählung ist keine reduzierende oder vereinfachende Überlieferung des Erlebten, sondern ist vielmehr eine Wiedergabe gleicher Komplexität
- \* Eine Erzählung zu manipulieren, bedeutet zu erfahren, wie man Lebensgeschichten manipuliert
- \* Die Methode der Erzählungsanalyse gestattet es, eine Geschichte zu "sehen und zu verstehen", und zwar nicht unter dem inhaltlichen Aspekt, sondern unter dem syntaktischen und plastischen Aspekt, oder besser noch aus einer Perspektive, an die man normalerweise nicht gewöhnt ist
- \* Indem man eine Geschichte erzählt, gelangt man von der Erfahrung größtmöglicher "kreativer" Freiheit zur Erfahrung, daß man durch das, was man sagt, und durch die Art, wie man etwas sagt, gewisse Grenzen feststeckt, und daß sich aus dem, was man produziert hat, gewisse Folgen ergeben
- \* Normalerweise erzählen die Jugendlichen in Gegenwart einiger weniger Lehrer von ihren Problemen und Erfahrungen
- \* In vielen Fällen wenden die Lehrer die Mittel der Erzählungsanalyse an, ohne sich dabei im Detail über die potenziellen Möglichkeiten bewußt zu sein, die in der Analyse-Technik enthalten sind.

Die *Agenzia delle Idee* sieht ihre Hauptaktivität an der Schule darin, Erzählungen zu "manipulieren", was sich wie folgt darstellt: Man läßt dort die Jugendlichen üben, mit den ihnen gegebenen Möglichkeiten der Veränderung zu experimentieren. Dies läßt sich jedoch nur dann praktisch umsetzen, wenn parallel dazu die Rolle des Lehrers neu definiert wird, und der Lehrer selbst diese neue Rolle auch annimmt. Auf diese Weise sind im schulischen Bereich diejenigen die wahren Akteure der Prävention, die dort jeden Tag leben, von den Lehrern über die Schüler bis hin zum nicht-lehrenden Hilfspersonal."

Aber die Realität ist, unabhängig von den besten Absichten, immer komplexer und vielschichtiger. In der Tat: "Das Schulsystem stellt sich heute als ein Verbund dar, der durch eine große Gestaltungsvielfalt charakterisiert ist: Es gibt unterschiedliche Schulen, eine regional unterschiedliche Bevölkerung (mit einer jeweils spezifischen Mentalität), unterschiedliche architektonische und örtliche Gegebenheiten, unterschiedliche soziokulturelle Konstellationen, unterschiedliche pädagogische Orientierungen, unterschiedliche Zusammensetzungen der Lehrerkollegien (einen unterschiedlichen Homogenitätsgrad innerhalb derselben). Die Liste ließe sich noch weiter fortsetzen, ohne indes den Sinn dessen zu verändern, was ich hier darzulegen beabsichtige; nämlich das Konzept der präventiven Maßnahmen selbst angesichts einer derartig polymorphen Realität.

In der Tat möchte man annehmen, daß derjenige, der in der Theorie ein Präventionsprojekt entwickelt, die impliziten Charakteristika der "Vielschichtigkeit" und der Komplexität des Systems in seiner Vorstellung mitberücksichtigt; erst dadurch nämlich würde er erreichen, daß das Projekt bei seiner konkreten Anwendung immer angemessen wäre, unabhängig davon, in welcher realen Situation es zum Einsatz käme.

Wenn wir diese Anmerkung in Erinnerung behalten, können wir vermuten, daß sich hinter diesem "immer angemessen" leicht auch ein "niemals angemessen" verbergen kann. Eine auf diese Weise entwickelte allgemeine Methode würde an den Schwierigkeiten des Polymorphismus letztendlich unweigerlich zerbrechen.

Aufgrund dieser Schlußfolgerung vertreten wir die Ansicht, daß zunächst einmal ein Modell entwickelt werden muß, das von der Tatsache der Vielgestaltigkeit der Schule ausgeht, das sich mit der Anwendung eines gegebenen Präventionsmodells vereinbaren läßt, und daß diesem Modell ein zweites gegenübergestellt werden muß, in welchem man die Existenz von unvereinbaren Gegebenheiten berücksichtigt.

Die zu vereinbarenden Gegebenheiten werden aus den besonderen, materiellen, strukturellen Gegebenheiten einer Realität aufgebaut; die sich überlagernden Vielgestaltigkeiten stellen das strukturell übergeordnete Modell dar, das in einer bestimmten schulischen Realität existiert.

Eben hier tritt die höchste und gefährlichste Vielgestaltigkeit auf: die Initiativen, die, an sich gut, gegenüber dem System, in das sie eingebunden sind, im Ungleichgewicht stehen.

Zur Vereinfachung werde ich mich nur auf einige Aspekte beziehen, die das Potential hätten, das schulische Konzept zu verändern.

Diese lassen sich allesamt in einem einzigen Ausdruck zusammenfassen: das Verhalten.

Unter den Begriff 'Verhalten' fallen

- \* das Konzept der sozialen Übereinkünfte (unter den Schülern selbst, zwischen Schülern und Lehrern, zwischen Lehrern und Eltern
- \* das Konzept der Disziplin
- \* der Gedanke der Entwicklung und Inwertsetzung bzw. Bewertung der (eigenen) Fähigkeiten
- \* die Idee der Selbsterfahrung und der Erfahrung der eigenen Möglichkeiten

Die irrtümliche oder demagogische Interpretation eines dieser Konzepte bringt vielgestaltige/nicht eindeutige Aspekte hervor, die schwierig zu interpretieren sind; häufig basieren diese auf einem mißverstandenen, enthusiastischen Freiheitsgefühl, welches, anstatt die Jugendlichen die Freiheit bzw. den Weg in die Freiheit zu lehren, sie ganz im Gegenteil in einen lähmenden Zustand dumpfen und angepaßten Unvermögens drängt. Oft verbergen sich hinter derartigen Begeisterungen nur unbewußte Gefühle einer Genugtuung für den Lehrer, die in dessen eigener Schülervergangenheit begründet sind.

Prävention zu betreiben heißt in erster Linie beobachten.

Aber vor allem muß man bewußt, unter Einsatz des eigenen Verstands, beobachten.

Einer der Teilaspekte, die sich am einfachsten zur Planung eines Präventionsprojektes heranziehen lassen, ist die Analyse des Verhaltens. In diesem Zusammenhang muß jedoch erwähnt werden, daß die longitudinalen epidemiologischen/Einzel-Studien (MARY MAIN, LUBORSKY, TORONTO STUDY etc.), die bisher abgeschlossen werden konnten, ungeachtet des großen Engagements, mit dem sie durchgeführt wurden, letztendlich noch keine Schlüsse in Bezug auf die Fragestellung liefern können, ob sich eine zukünftige Drogensucht bei Vorhandensein bestimmter psychologischer Charakteristika bei einem Individuum vorhersagen läßt.

Im übrigen, auch wenn es so wäre (sprich: auch wenn sich die zukünftige Einnahme von Drogen aus psychologischen Teilaspekten eines Individuums vorhersehen ließe), so würden wir uns immer noch an dem Punkt befinden, an dem man von Vorhersehbarkeit, nicht aber von Prävention sprechen kann.

Diesbezüglich muß man noch einen Zielpunkt festmachen, welcher die Richtung vorgibt, nach der wir unsere weiteren Anstrengungen ausrichten wollen.

Wir möchten an dieser Stelle noch einmal auf das Thema 'Verhalten' zu sprechen kommen: Es sollte noch angemerkt werden, daß sich ein bestimmtes Verhaltensmuster am besten dann charakterisieren läßt, wenn man der Beobachtung eine bestimmte Norm, ein Gefüge von Regeln, einen Codex zugrundelegt.

Aber das, was zu unterstreichen viel wichtiger ist, ist die Tatsache, daß der Codex dem Subjekt wieder die ganze Verantwortung für sein Verhalten überträgt:

"Wenn wir uns auf die Einhaltung eines bestimmten Verhaltens-Modells einigen und du dich nicht an dieses Modell hältst, gibt es einen offenkundigen Tadel für deinen Mangel an Verantwortungsgefühl, für deine (freiwillige oder unfreiwillige) Unfähigkeit, eine Regel zu befolgen."

Jedes Subjekt trägt die Verantwortung für sein Verhalten selber. Der Begriff 'Verantwortung' soll hier also gleichbedeutend sein mit Selbstbestimmung und Selbstbeherrschung.

Die Disziplin bedeutet keinen Verlust der Freiheit; sie ist vielmehr in erster Linie der Zustand, Herr seiner selbst zu sein, oder noch deutlicher gesagt: sie ist die wesentliche Grundvoraussetzung für jede Form von Freiheit.

In der heutigen Zeit steht die Schule in Bezug auf all diese Konzepte verloren und verwirrt da und ausgehend von eben diesem Phänomen lassen sich die widersprüchlichsten Realitäten beobachten.

Gerade deswegen schlagen wir die Beobachtung der Schule in ihrer Gesamtheit vor, als einem in der Krise begriffenen Organismus, dessen enorme Möglichkeiten wir weiterhin anerkennen und unterstreichen.

Disziplin, Normen, Abkommen, Freiheit, Erziehung sind Konzepte, die in der Schule äußerst unklar sind.

Die erste Bemühung auf dem Weg zur Prävention müßte die sein, die Bedeutung dieser oben genannten Konzepte zu klären, indem man sie von den Ambivalenzen befreit und die Vielgestaltigkeit auflöst, die aus diesen (Ambivalenzen) entsteht.

An dieser Stelle erscheint es uns wichtig, von einer fundierten wissenschaftlichen Untersuchung zu berichten.

Diese hatte zum Ziel, "Daten und Informationen zu sammeln über das Verhältnis der Heranwachsenden zu den Substanzen, die unter

dem potentiellen Risiko des Mißbrauchs stehen ( Tabak, Alkohol, Rauschmittel ), um die tatsächliche Verbreitung dieser Substanzen (= potentiellen Drogen) in der ansässigen Bevölkerung innerhalb des Einzugsbereiches einer Unità Sanitaria Locale U.S.L. (Örtliche Gesundheitsfürsorge) von Ferrara zu bewerten; anhand der Daten sollen Charakteristika ermittelt werden, die - soweit sie sich als Gemeinsamkeit in der repräsentativen Umfrage darstellen - für das Selbstbild der Jugendlichen spezifisch sind und Verhaltensweisen aufdecken, von denen man annimmt, daß sie das potentielle Risiko eines Drogenmißbrauchs erhöhen.

An die 14-20jährigen Jugendlichen , die die dritte Klasse der Mittelschule (scuola media inferiore) bzw. die daran anschließenden Klassen der höheren Schule (scuola superiore) besuchten, wurden zwei Typen von Fragebögen ausgeteilt.

Der *Offer Self Image Questionnaire* (O.S.I.Q.) ist ein speziell für Jugendliche konzipierter Fragebogen zum Selbstauffüllen, der dazu verwendet wird, die Gefühle und die Einstellung, die die Jugendlichen sich selbst gegenüber haben, zu untersuchen.

Es wurden 724 Fragebögen eingesammelt und von jedem Fragebogen je 691 brauchbare Exemplare ausgewertet. Aus den Bögen ergibt sich ein mittleres Alter der Teilnehmer von ca. 15,6 Jahren; die Bögen stammen von 391 Jungen und 300 Mädchen.

Um zu gewährleisten, daß die Repräsentativität der einzelnen Altersgruppen/-stufen erhalten bleibt, wurde in der Umfrage eine Unterteilung vorgenommen: Über die bereits im O.S.I.Q. vorgesehene Differenzierung in die Stufen Young (13-15 Jahre) und Old (16-19 Jahre) hinaus, wurden die Jugendlichen noch etwas weiter, nämlich in drei Gruppen unterteilt: frühes Jugendalter (14 Jahre), mittleres Alter (15-16 Jahre) und fortgeschrittenes Jugendalter (17 Jahre und älter).

25,18 % der Befragten haben erklärt, daß sie Tabak rauchen; der Verlauf während des Wachstums wird von einem progressiven Anstieg bestimmt (von 10,74 % der ersten Gruppe (s.o.) bis 38,07 % in der letzten), mit minimalen Unterschieden zwischen Jungen und Mädchen. Nach der Anzahl der Zigaretten die pro Tag geraucht werden, ergibt sich aus den Fragebögen der Jugendlichen, die rauchen, desweiteren folgende Unterteilung: 51 % rauchen am Tag weniger als fünf Zigaretten, 43,8 % rauchen täglich zwischen sechs und 19 Zigaretten und ca. 5 % der rauchenden Jugendlichen verbrauchen am Tag mehr als 20 Zigaretten.

Aus den erhobenen Daten ist eine statistische Korrelation zum

Vorbild der Eltern zu entnehmen: der prozentuale Anteil der Eltern, die rauchen, ist unter den Familienangehörigen von Jugendlichen, die rauchen, höher. Dieser Unterschied fällt noch größer aus, wenn man das Verhalten der Elternteile (Mutter und Vater) getrennt betrachtet: für die Mütter (Raucherinnen) steigt er. Ein weiterer, offensichtlicher Unterschied wird deutlich, wenn man die Kenntnisse über die schädlichen Wirkungen des Tabaks analysiert: die Raucher berichten zu einem geringeren Prozentsatz als die Nichtraucher in ihren Fragebögen von der schädlichen Wirkung in allen ihren Formen, wohingegen sie mit einem bedeutend höheren Prozentsatz dem Rauchen von Tabak auch und oftmals sogar ausschließlich positive Effekte zuschreiben.

Nach der Umfrage trinken 25,47 % der befragten Jugendlichen regelmäßig Alkohol. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind dabei auffälliger als beim Zigarettenkonsum: Bei den Mädchen beträgt der Anteil derjenigen, die regelmäßig trinken, 18 %, bei den Jungen liegt der Anteil bei 31,2 %. Bezüglich der drei Altersklassen (vgl. oben) ist festzuhalten, daß mit zunehmendem Alter die Zahl der Jungen, die regelmäßig Alkohol konsumieren, von 19,4 % bei den Vierzehnjährigen auf 50,47 % bei den Jugendlichen über 17 Jahren ansteigt; bei den Mädchen steigt der prozentuale Anteil in den entsprechenden Altersgruppen von 7,9 auf 27,5 %.

Was die konsumierte Alkoholmenge anbetrifft, so stellt sich heraus, daß es große Unterschiede gibt zwischen dem allgemeinen Verhalten in der Woche (an Arbeitstagen) und dem Alkoholkonsum an den Wochenenden: Hier ist quantitativ ein Anstieg der Pro-Kopf-Menge an konsumiertem Alkohol um mehr als das Doppelte am Wochenende gegenüber den übrigen Wochentagen zu verzeichnen: Die absolute Menge an getrunkenem Alkohol liegt am Wochenende bei mehr als 50 ml gegenüber weniger als 20 ml an den übrigen Wochentagen. Die gleiche Tendenz zeigt sich bei Betrachtung des prozentualen Anteils der Jugendlichen, die angeben, eine Absolute Menge von mehr als 90 ml Alkohol zu sich zu nehmen; ein Alkoholkonsum um 90 ml absolutem Alkohol wird von mehreren Autoren als die Grenze zu der Menge angesehen, ab welcher man jemanden als "starken Trinker" bezeichnen würde: der Anteil derjenigen, die diese Menge in der Befragung angeben, steigt bei der Frage nach dem Wochenendverhalten auf 5,6 % gegenüber 2 % an allen anderen Tagen. Auch der Prozentsatz der gefährdeten Trinker (das sind diejenigen, die mehr als 50 ml Alkohol mit einem einzigen Getränk aufnehmen) steigt von 10 % auf 25 % unter den jugendlichen Alkoholkonsumenten.

Auch bei den Trinkgewohnheiten der Jugendlichen zeigt sich, daß

das Vorbild und die diesbezüglichen Gewohnheiten der Eltern durchaus einen Einfluß auf das Verhalten haben: der Anteil der Eltern, die regelmäßig trinken ist unter den Jugendlichen, die ebenfalls regelmäßig trinken, bedeutend höher. Hierbei scheint es bei isolierter Betrachtung der Elternteile (Vater und Mutter) bezüglich des Verhaltens keine Unterschiede zu geben, mit Ausnahme des Trinkverhaltens außerhalb der festen Mahlzeiten: In diesem Fall treten die Väter, die regelmäßig neben den Essenszeiten Alkohol trinken, vermehrt in den Familien der Jugendlichen auf, die ihrerseits ebenfalls einen regelmäßigen Alkoholkonsum angegeben haben. Bezüglich der Befragung zum Konsum von Rauschmitteln ist vorab Folgendes festzuhalten: Die Daten sind mit einiger Wahrscheinlichkeit nur bedingt aussagekräftig, da man aus Erfahrung davon ausgehen muß, daß die Offenheit zu diesem Thema bzw. die Bereitschaft der Befragten, Aussagen über einen derartigen Konsum zu machen, eher gering ist.

11,5% der Jungen und 9,7% der Mädchen geben an, rauchmittelartige Substanzen aus der Gruppe der Rauschmittel zu sich zu nehmen. Drogen wie Cannabis u.ä. sind der Umfrage nach am weitesten verbreitet (77,7%); 4,7% der Jugendlichen, die bereits mit Rauschmitteln in Berührung gekommen sind, nehmen opiumhaltige bzw. opiumähnliche Substanzen ein; 4,6% konsumieren Aufputschmittel wie Kokain und Extasy.

Für Jungen und Mädchen ergeben sich Unterschiede bezüglich der Orte, an denen diese Rauschmittel eingenommen werden: Die Jungen nehmen die Mittel v.a. an Orten des Alltagslebens ein (italienische Bars, öffentliche Orte, Schule), die Mädchen dagegen benutzen sie hauptsächlich an Freizeit- oder Vergnügungs-Zentren (z.B. Diskothek, Ferienorte).

Das Selbstbild entspricht nach den Angaben in den Fragebögen des O.S.I.Q. grundsätzlich demjenigen, das durch Fragebögen für den Durchschnitt der italienischen Jugendlichen ermittelt wurde.

Es sind Vergleiche gemacht worden zwischen den Profilen der Jugendlichen, die Drogen konsumieren und dem Profil des Jugendlichen, der nach allgemeinen Erhebungen den Durchschnitt repräsentiert. Die größten Unterschiede offenbarten sich dabei für die Untergruppe der Mädchen, die Drogen, Tabak und Alkohol (außerhalb der geregelten Mahlzeiten) konsumieren: Bei ihnen tritt im Verhalten eine übergroße Rollenanpassung besonders stark hervor, insbesondere wenn man die Tatsache berücksichtigt, daß die normativen weiblichen Werte der 'jugendlichen Durchschnitts-Italienerin' grundsätzlich eine geringe rollenspezifische Anpassung belegen. Weiterhin in Gegenteil zum allgemeinen Durchschnitts-

verhalten, das sich aus den Ergebnissen der Befragung der weiblichen Teilnehmer ergibt, erweist es sich, daß die Raucherinnen sowie die Mädchen, die Drogen nehmen, relativ gesehen ein positiveres Bild von ihrem eigenem Körper haben. Diese beiden Untergruppen geben weiterhin an, daß sie in ihren Beziehungen innerhalb des familiären Umfelds größere Probleme haben.

Ein weiterer Unterschied wird bezüglich der Abstufung des moralischen Bewußtseins deutlich: Jungen, die rauchen, trinken oder andere Drogen konsumieren, zeigen eine geringere Verinnerlichung der Über-Ich-Instanzen und eine schwächere Verteidigungsstruktur im Hinblick auf die Fähigkeit, impulsive Äußerungen zu kontrollieren. Schließlich zeigt sich in den Antworten der Jugendlichen, die Drogen konsumieren, daß diese größere Schwierigkeiten haben, klare Aussagen über ihre persönlichen Zukunftspläne zu formulieren.“

## **Italien:**

150.000 - 200.000 Drogenabhängige (2,6 bis 4,6 o/oo der Bevölkerung)

1993: 21.348 AIDS-Erkrankte, davon drogenabhängig 14.608 (68,4 %)

### Gestorben an Überdosis (lt. Ministerium)

1990	1152
1991	1383
1992	1217
1993	888
1994	813 (Schätzung)

Insgesamt wurden 1993 72.119 Drogenabhängige von den Beratungsstellen an die Polizei gemeldet.

In Italien sind alle Rauschmittel illegal. Es besteht vom Gesetz her eine Meldepflicht für die Beratungsstellen an die Polizei. Jeder Drogenabhängige, der einer Behörde bekannt wird, muß bei der Beratungsstelle vorstellig werden. Versäumt er den Termin, drohen Führerscheinentzug oder die Auflage, den Heimatort nicht mehr zu verlassen.

### Beratungsstellen:

1993 gab es in Italien 561 öffentliche Beratungsstellen (1990 = 517) und 681 private Beratungsstellen (1990 = 433).

### Klienten:

1993 waren schätzungsweise 65.313 betroffene Klienten in den öffentlichen Beratungsstellen (1990 = 37.804) und 25.267 in privaten Einrichtungen (1990 = 10.677). Davon befanden sich 1993 16.116 in einer privaten, therapeutischen Einrichtung.

Insgesamt sind in Italien 20.000 Fachkräfte in diesem Bereich beschäftigt.

### Provinz Reggio Emilia:

450.000 Einwohner  
1.250 Drogenabhängige

Der Beratungsstelle bekannt und im kommunalen Drogenhilfesystem integriert: ca. 85 %.

Insgesamt hat die öffentliche kommunale Gesundheitsfürsorge für Drogenabhängige und Kinder/Jugendliche im Entwicklungsalter 63 Mitarbeiter und einen Etat von 6 Milliarden Lire. Mit 5 Therapieeinrichtungen hat die Beratungsstelle Belegungsverträge. Insgesamt gibt es 16 unterschiedliche Hilfsstrukturen (z.B. Tagesklinik, Nachsorge etc.) in der Provinz Reggio Emilia. Jede Einrichtung darf nicht mehr als 28 Betten haben. Von den 655 Klienten, die 1993 in der Beratungsstelle betreut wurden, sind 120 in eine Therapie vermittelt worden.

Im Bereich der Prävention arbeitet die Beratungsstelle mit folgenden Institutionen zusammen:

- Schulamtsleitern
- Mitarbeitern von Beratungsstellen zur Fortbildung
- Direkte Beratung/Weiterbildung für die Schulen/Lehrer  
Ausbildung von 40 Stunden. Keine "Drogenstunde" etablieren!
- Kleine Gruppen bilden bestehend aus Eltern/Lehrern/  
Fachkräften. Einzelgespräche ermöglichen.
- Eltern  
Die Aus- und Fortbildung der Eltern ist in Italien gesetzlich verankert, wird allerdings nicht überall durchgeführt.
- Kinderärzte/Gynäkologen
- Stadtteilbezogene Vereine
- Sport- und Kulturvereine.

Es geht vor allem um Erarbeitung und das Kennenlernen von Methoden: "Wie spreche ich mit Kindern über Sucht?" Und um das Kennenlernen/Aushalten der eigenen Ängste bezüglich dieses Themas. Die Beratungsstelle versteht sich hier als fachkundige Stelle, die Informationen verteilt, mit den Betroffenen spricht, sie berät und zusammenbringt.

Die Präventionsfachstelle der Provinz Reggio Emilia verfolgt zwei Strategien:

- a.) Direktes Experimentieren der Schüler ermöglichen und
- b.) Aus- und Fortbildung der Lehrer/Eltern u.a. für Kinder wichtiger Erwachsener.

## **Projekt: "Minderjährige - Übergang vom Hilfesystem zur Prävention in der Betreuung Minderjähriger"**

**Walter Zampedri, Bozen**

### Entwicklung des Projektes:

Die erste Wohngemeinschaft wurde mit der Zuweisung von 4 Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 16 Jahren 1979 eröffnet. Die Jugendlichen wurden vom Minderjährigengericht zugewiesen und hatten bereits Haftstrafen hinter sich. Das soziale Mandat bestand im Schutz der Jugendlichen und beinhaltete eine Einschränkung der Freiheit über die Grenzen der üblichen erzieherischen Verantwortung gegenüber Minderjährigen hinaus.

Die Jugendlichen lehnten deshalb diese Art von Intervention ab, die das Zuweisungsdekret beinhaltete. Die Erzieher (Sozialpädagogen) erlebten sich als der längere Arm der Justiz, als ein Ausdruck der Ausgrenzung durch die Institutionalisierung, auch wenn diese sehr stark reformiert war.

Für die Erzieher ergaben sich verschiedene Probleme; besonders gravierend war der Konflikt zwischen Bezugsperson und Aufsichtsperson. Zudem verstärkte der Aufenthalt im Wohnheim das soziale Ausgegrenztsein, die Etikettierung und das Mißtrauen. Die Wohngemeinschaft wurde zu einer Art Getto.

Später wurde die Gruppe der Jugendlichen durch die Aufnahme von anderen Heranwachsenden, welche noch keine Straftaten begangen hatten, jedoch aus Problemfamilien stammten, erweitert. Dadurch gelang es, ein wichtiges Problem zu erkennen: Wie kann man diese Art von sozialer Delegation verändern?

Man begann die Arbeitsmethode zu ändern: die Sozialdienste und die soziale Umgebung des Jugendlichen wurden in die Arbeit integriert und gleichzeitig nahm man Abstand von der intensiven therapeutischen Einzelbeziehung des Erziehers zum Jugendlichen.

Die Aufgabe des Erziehers bestand nun darin, die soziale Umgebung in den erzieherischen Pozeß miteinzubeziehen, um dadurch eine Veränderung und eine bessere Integration zu erreichen. Innerhalb von zwei bis drei Jahren veränderten sich die Anfragen von Seiten

von zwei bis drei Jahren veränderten sich die Anfragen von Seiten des Sozialdienstes. Man begann im Bereich der Prävention zu arbeiten, indem man Kinder und Jugendliche beiderlei Geschlechts im schulpflichtigen Alter mit Sozialisierungsschwierigkeiten und Beziehungsproblemen in die Wohngemeinschaft aufnahm. In dieser Zeit wurden zwei weitere Wohngemeinschaften eröffnet, wobei eine keine nächtliche Unterbringung vorsah.

Die aufgenommenen Jugendlichen wiesen verschiedene Probleme auf:

- a.) Jugendliche ohne Eltern, weil diese inexistent oder "unbedeutend" für die Jugendlichen waren,
- b.) Jugendliche mit Familie, auch wenn diese aus zerrütteten Familienverhältnissen stammten.

Für die erste Gruppe von Zugewiesenen spürte man die Erwartung, die Kinder auf unbestimmte Zeit vollständig zu betreuen. Diese Jugendlichen verlangten nach starken Gefühlsbeziehungen und entwickelten eine starke Abhängigkeit von den Erziehern mit den dazugehörigen Problemen (z.B. Verlassensängste, wenn ein Erzieher den Arbeitsplatz wechselte).

Die Heranwachsenden aus Problemfamilien hingegen erlebten die Wohngemeinschaft des öfteren auf zwiespältige Weise. Auf der einen Seite erlebten sie das Heim als Ort der Zugehörigkeit, andererseits als Ort der Bestrafung (die Familie schiebt die Verantwortung für die Jugendlichen auf die Wohngemeinschaft ab und benutzt diese als Bestrafung für schwieriges Verhalten.)

Die Erzieher wurden sich der Notwendigkeit bewußt, die Familie in die Arbeit zu integrieren; denn nur so können Beziehungsprobleme und Verlassensängste aufgearbeitet werden. Folgende Probleme kristallisierten sich heraus:

1. Die Wohngemeinschaft darf nicht die alleinige Antwort auf die Probleme der Jugendlichen sein.
2. Man muß die Delegation vermeiden.
3. Der Abhängigkeit des Jugendlichen von der Wohngemeinschaft ist entgegenzuwirken.
4. Die Ressourcen der sozialen Umgebung, der Familie, der Schule usw. müssen erkannt und in die Arbeit miteinbezogen werden.

Die genannten Überlegungen führten zu einer Veränderung der Arbeitsmethode:

1. Die vollständige Betreuung des Jugendlichen auf unbestimmte Zeit wurde abgelehnt und die Familie in die Verantwortung miteinbezogen.
2. Mit der Familie wurde ein "Vertrag" geschlossen, welcher die jeweiligen Verantwortungsbereiche genau definierte.
3. Die erzieherischen Projekte unterlagen periodischen Gesprächen mit den Familien.

Der Landessozialplan der autonomen Provinz Bozen-Südtirol unterstreicht bei den vorbeugenden Maßnahmen im Zusammenhang mit der Jugendgefährdung: "Primärprävention": sie ist auf die Risikogruppen von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet und arbeitet darauf hin, sie eine bewußte, selbständige und verantwortungsvolle persönliche und soziale Identität entwickeln zu lassen. Die Maßnahmen betreffen vor allem die Familie, die Umgebung, in der die Heranwachsenden leben, die Schule sowie den Freundeskreis und zielen darauf ab, ein Netz von sinnvollen und richtig orientierten Beziehungen zu bilden, das den Kindern und den Jugendlichen brauchbare Werte und Verhaltensmuster vermittelt."

In dieser dritten Phase sieht sich die Wohngemeinschaft als Ressource des Territoriums für soziale, schulische und familiäre Probleme von Jugendlichen. Die Wohngemeinschaft ist eine Verbindung zwischen Kindern (ab 6 Jahren) und/oder Jugendlichen (bis 18 Jahren), Familien und sozialem Umfeld. Der Erzieher ist nun nicht mehr Ersatzperson für die Eltern, sondern muß ein sozialer und kultureller Vermittler sein, um Dynamiken, welche Ausgrenzung erzeugen, zu erkennen und zu verhindern.

Zusammenfassend kann man sagen:

Der Erzieher hat nun einen erweiterten Arbeitsbereich. Losgelöst von der alleinigen Verantwortung für den Minderjährigen besteht nun seine Aufgabe im Erkennen von Problemen, welche Minderjährige betreffen, im Aufdecken von Ressourcen, in der Betreuung von Gruppen der Wohngemeinschaft und der Familien, und in der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (Sozialdienst, Schule, psychologischer Dienst usw.). Die Bedürfnisse der gesamten jugendlichen Bevölkerung sollen erkannt und erfaßt werden. Man muß beginnen, auf die Frage "Wie kann man die Rechte der Jugendlichen schützen?" eine Antwort zu geben. Es hilft nichts, daß man nur das Unbehagen bekämpft, sondern man muß auch Wohl-

behagen schaffen.

Unter diesem Leitfaden ist das Animationszentrum "Charlie Brown" entstanden.

### **Zentrum "Charlie Brown"**

#### **Beispiel eines erzieherischen Projektes in einem Stadtviertel**

Mit diesem Projekt konnte das für Wohngemeinschaften charakteristische Hilfesystem erstmals überwunden werden.

Man versucht, die Ressourcen der sozialen Umgebung zu aktivieren und zu fördern. Die Erzieher helfen den Jugendlichen, eine positive Identität aufzubauen, welche später die Basis für eine selbständige soziale Integration in ihre Umgebung darstellt.

#### 1. Die Kriterien der Intervention

- Die Arbeit mit den Jugendlichen ist folgendermaßen charakterisiert: es wird versucht, über die Gruppenarbeit ein Zugehörigkeits- und Freundschaftsgefühl zu schaffen, und den Jugendlichen die Möglichkeit zu geben, ihre Autonomie, Entscheidungsfähigkeit und Ausgeglichenheit in den Beziehungen besser entwickeln zu können.
- Die Leadership liegt bei den Jugendlichen; somit müssen diese auf kultureller und emotionaler Ebene interagieren lernen. Die Beziehungen zu den Jugendlichen sind kontinuierlich, um eine Vertrauensbasis zu schaffen.
- Die Angebote richten sich nach den Jugendlichen und deren Werte.
- Durch die Arbeitsmethode versucht man, wichtige Aspekte der jugendlichen Persönlichkeitsentwicklung zu integrieren, auszuweiten oder hervorzuheben. Diese Leitfäden sind untereinander verbunden und charakterisieren die Arbeitsmethode.

Wichtig sind hierbei:

- Die bewußte erzieherische Intervention, d.h. die Ausarbeitung eines täglichen Arbeitsprogrammes.
- Die Nähe: Der Erzieher leitet das Projekt und unterstützt den Jugendlichen im täglichen Leben.

- Die Häufigkeit der Kontakte zu den Jugendlichen, welche eine genaue Beobachtung der Dynamiken und der Probleme ermöglichen.
- Der Ort: man arbeitet in einem bestimmten Stadtviertel, in welchem die Probleme auftreten und somit kann man die Ziele der Intervention besser festlegen.
- Die "Personalisierung" des erzieherischen Projektes: der Erzieher erlangt durch die Arbeit Kenntnis der individuellen Problemsituation und versucht, konkret Hilfe zu leisten.

## 2. Der Inhalt der Intervention

Die Arbeit des Erziehers in einem Animationszentrum erfolgt in 4 Gebieten:

- offene Jugendarbeit
- erzieherische Unterstützung in der Integration zwischen Familie - Schule - soziales Umfeld
- Information: man versucht, den Jugendlichen Raum für ihre Kritik, Neugierde, Sozialisierung und Austausch zu geben, und wird dadurch Sprachrohr für ihre Anliegen in der Öffentlichkeit
- Prävention und Hilfeleistung in Problemsituationen

Durch das Arbeitsprogramm wird

- das Zugehörigkeitsgefühl der Jugendlichen und das Zusammenleben im Stadtviertel gefördert
- die Sozialisierungsmöglichkeit stimuliert
- ein effektives und moralisches Wachstum gefördert
- versucht, die Kinder zum Abschluß der Pflichtschule zu motivieren.

Der Erzieher arbeitet sein jährliches und tägliches Arbeitsprogramm aufgrund der verschiedenen Bedürfnisse aus und pflegt kontinuierliche Beziehungen zu:

- den Jugendlichen
- den Familien
- den Schulen
- den anderen Ressourcen des Stadtviertels.

### 3. Die Angebote

Zugunsten der Jugendlichen werden folgende Angebote gemacht.

- kreative Aktivitäten:
  - x Keramikkurs (es werden die Räumlichkeiten und Geräte der Mittelschule des Stadtviertels benutzt)
  - x Marionettenbau und Konstruktion anderer Objekte, welche die Geschicklichkeit fördern
  - x "Gió Madonnari" (Kreidezeichnungen auf Asphalt)
- expressive Aktivitäten:
  - x Erarbeitung kleiner Theaterstücke und Kabarettis
- sportlich-spielerische Aktivitäten:
  - x Organisation von Turnieren in den verschiedenen sportlichen Disziplinen
  - x Zeltlager mit Mountain-Bike
  - x andere Aktivitäten, welche auf das Spiel- und Abenteuerbedürfnis eingehen
- didaktisch-kulturelle Aktivitäten, welche verschiedene Interessen und Neugierden anzuregen versuchen:
  - x Organisation von Ausflügen und Besuchen von Orten, die von kulturellem und naturwissenschaftlichem Interesse sind
  - x Erarbeitung einer internen Zeitschrift, welche die wichtigsten Ereignisse innerhalb der Gruppe festhält und über verschiedene Anliegen und Angebote berichtet
  - x Vorführen von Filmen zu spezifischen Themen

All diese Aktivitäten wenden sich direkt an Kinder und Jugendliche. Es wird aber auch mit anderen wichtigen Personen und Diensten zusammengearbeitet:

- Familie
- Schule
- soziale Einrichtungen
- soziale Umgebung.

Durch die Arbeit mit verschiedenen Personen versucht man, die Erwachsenen an den wichtigen Prozessen, welche in den Jugendlichen stattfinden, teilhaben zu lassen und somit ein besseres Verständnis für die anfallenden Probleme zu erreichen.

#### 4. Verifizierung

Bei unseren periodischen Überprüfungen schien es, daß häufig unsere Absichten nicht erreicht worden sind. Tatsächlich sind jedoch die dauernde Anwesenheit der Kinder, die Begeisterung für verschiedene Tätigkeiten und die Nachfragen für neue Formen der Freizeitgestaltung deutliche Zeichen dafür, daß das "Charlie Brown" für einige Kinder des Stadtviertels wichtig geworden ist.

Auch wenn das Ziel, die Kinder miteinzubeziehen, erreicht wurde, steht in vielen Bereichen noch viel Arbeit an.

Die Miteinbeziehung anderer Vereinigungen, die im Bereich der Minderjährigen tätig sind, hat einen Stillstand erfahren. Es stimmt, daß noch eine Zusammenarbeit besteht, jedoch wird nicht so miteinander gearbeitet, wie man sich das erwartet hätte. Wahrscheinlich hat jemand, in der Meinung, die Ziele seien nicht zweckmäßig oder ideal, das Feld geräumt. Ein begrenzter und teilweise gelungener Versuch war jener der Koordinierung der Freizeitgestalter von Aufnahmezentren. Langsam, aber kontinuierlich rührt sich etwas im Stadtviertel; mit noch größerem Kraftaufwand könnten noch bessere Resultate erreicht werden.

## ***Lettland***

### **Das System der Kontrolle der Drogen und die primäre und sekundäre Prävention der Rauschgiftsucht in Lettland**

**MD Janis Strazdins, Riga Latvia**

#### **1. Charakteristik der Situation und Tendenzen**

Lettland erlebt jetzt eine Zeit, in der das totalitäre System der Okkupation und deren Folgen zusammenbricht und ein neues gesellschaft-politisches System gebildet wird, begleitet durch eine allgemeine wirtschaftliche Krise, unregelte Gesetzgebung, Konkurrenz verschiedener politischer Richtungen und mangelhafte Arbeit der Regierung. Die politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse begünstigen die Zunahme von Verbrechen und den Gebrauch bzw. Mißbrauch von Drogen und Alkohol. Die Verbreitung von Drogen wird außerdem durch mangelhafte Arbeit des Grenzschutzes, Zolls und der Kriminalpolizei begünstigt. Die wirtschaftlichen Probleme beeinträchtigen die Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage nach Drogen und die Gewährleistung der notwendigen medizinischen und sozialen Hilfe für Süchtige.

Bis zum Wiedererlangen der Unabhängigkeit Lettlands gab es in der Republik kein eigenes System der Kontrolle der Drogen. Die Zoll- und Grenzkontrolle wurde vom entsprechenden Dienst der UdSSR ausgeübt. Nur die Polizei der Republik kämpfte gegen die Verbreitung von Drogen, während das Ministerium für Gesundheitswesen die Kontrolle über die legalen medizinischen Narkotika in Apotheken und anderen medizinischen Einrichtungen sicherte.

Im August 1991, nachdem die Republik Lettland formell unabhängig geworden war, entstanden viele Probleme im System der Kontrolle der Drogen, weil man praktisch alle Zoll- und Grenzschutzdienste organisieren neu mußte. Das betraf auch das Personal der Kriminalpolizei.

Das Ministerium für Gesundheitswesen wurde in das Sozialministerium integriert, die Apothekenhauptverwaltung wurde überhaupt abgeschafft, was große Probleme für die Kontrolle der legalen

Drogen und psychotropen Mittel brachte.

Die Wiederherstellung des Systems für die Kontrolle von Drogen begann praktisch im Januar 1993, als die Nationale Kommission für die Kontrolle von Drogen und für die Koordinierung der Rauschgiftbekämpfung geschaffen wurde, in die führende Experten von allen interessierten Ministerien einbezogen wurden, die dieses System zu schaffen begannen.

Am 1. April 1993 wurde beim Sozialministerium das "Komitee für die Kontrolle von Drogen" gegründet, welches die Kontrolle über die Verbreitung legaler Drogen und psychotroper Mittel erneuerte. Jetzt liegt ein Verzeichnis der zu kontrollierenden narkotischen und psychotropen Mittel bereit.

Das Innenministerium der Republik Lettland hat im Mai dieses Jahres das "Büro zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht" gegründet; es soll gegen den illegalen Drogen-Handel und dessen Angebote, gegen die Herstellung von Drogen, gegen das Stehlen, gegen das Verführen von Menschen zum Gebrauch von Drogen vorgehen. Das Büro macht seine Arbeit zusammen mit speziellen Zollabteilungen und Grenzschutzkräften. Es sei angemerkt, daß noch immer ernste Probleme im Zoll- und Grenzwesen bestehen.

Es wird ein Hunde-Dressur-Zentrum eingerichtet.

Zur Zeit bestehen in der Zollstruktur der Republik keine spezialisierten Einheiten, die für den Kampf gegen die Beförderung von Drogen und psychotroper Mittel ausgebildet wären. Diese Angelegenheit wird auch von der "Abteilung gegen das organisierte Verbrechen" kontrolliert, in der 5 Personen tätig sind. In den übrigen Gebieten der Republik wird die Bekämpfung der illegalen Drogenförderung neben anderen Aufgaben von operativen Regionalgruppen des Zolldienstes ausgeübt. Leider bleibt die technische und professionelle Versorgung der Zollbeamten ungenügend.

Ähnliche Probleme hat auch der staatliche Grenzschutzdienst, der auch keine genügende technische Versorgung hat. Besondere Probleme sind mit dem Schutz der Grenze verbunden, deren Länge 1370 km auf dem Festland und 490 km auf See beträgt.

Besondere Probleme für Lettland bilden bei der Zollkontrolle und bei dem Grenzschutz die Städte Riga als größter Flughafen und Liepaja, sowie mehrere ehemalige russische Flughäfen. Außerdem gibt es

auch 4 große Seehäfen in Riga, Ventspils und Liepaja. Die ganze Seeküste entlang gibt es zahlreiche Fischereihäfen.

Zur Zeit ist die Grenzsicherheit genau in demselben Zustand, wie vor 50 Jahren, d. h., nach dem 2. Weltkrieg.

Es gibt nur 62 % des benötigten Grenzpersonals, von dem der größte Teil Neueinberufene sind. Schwach ist auch die Fernmeldeversorgung, insbesondere an den Festlandsgrenzen und an den Seegrenzen. Benutzt wird das Staatliche Telefonnetz, das schon längst veraltet und technisch rückständig ist. Es mangelt an Grenzsicherheitsvorschriften. Überwacht werden hauptsächlich nur internationale Autobahnen, Eisenbahnen, Häfen und Flughäfen.

Die meistverbreitete Droge ist in Lettland das Heroin; es wird vor allem in primitiven häuslichen Laboratorien mit Hilfe von Azetanhydrid und Azeton aus Mohn gewonnen, der oft aus südlichen Ländern eingeführt wird. Dadurch ist das Heroin weit und breit zugänglich und der Kampf dagegen erschwert. Der Schlafmohn wird häufig in Bauernschaften und kooperativen Gärten von Stadteinwohnern gezüchtet. Mohnblüten werden entweder gestohlen oder eingekauft und dann verarbeitet.

In Lettland sind noch immer die MDA-Tabletten zu finden, die in der Fabrik "Latbiopharm" illegal hergestellt wurden. Aus Sankt Petersburg und Kaliningrad gelangen zu uns Ephedrin-Kristalle, die unter primitiven häuslichen Umständen mit Hilfe von Kaliumpermanganat und Essigsäure zu Ephedron verarbeitet werden.

Aus dem Kaukasus und anderen ehemaligen sowjetischen Republiken des Südens wird in Lettland Cannabis (Haschisch oder Marihuana) eingeführt.

Nach Angaben des Lettischen Staatlichen Zentrums für die Behandlung und Gesundheit von Suchtkranken und den Daten der Kriminalpolizei des Innenministeriums wurden in medizinischen Einrichtungen 794 Suchtkranke und 358 Drogenkonsumenten registriert. Im Jahre 1993 wurden 125 Suchtkranke und 50 Drogenkonsumenten entdeckt.

Im Jahre 1993 wurden 333 Suchtkranke in medizinischen Einrichtungen behandelt, das sind 63,6 % mehr als im Jahre 1991.

Die Sterblichkeit von Süchtigen ist in Lettland 1993 um 174 % im

Vergleich zu 1992 gestiegen; die Ursache dafür ist vorwiegend die Überdosierung von Drogen.

Die Polizei Lettlands hat schon fast 5000 Personen registriert, die mit dem Konsum oder der Verbreitung von Suchtmitteln verbunden sind. Ihre Zahl wächst.

Am häufigsten wird selbsthergestelltes Heroin konsumiert (39,5 %); weniger populär ist der Gebrauch von Ephedron (24,4 %). Noch seltener werden gleichzeitig verschiedene Drogen genommen. (10,3 %), Cannabis (0,9 %), Barbiturate (3,6 %) und Lösungsmittel, sowie psychotrope Beruhigungsmittel. Drogen werden vorwiegend intravenös eingeführt; in der letzten Zeit nimmt das Rauchen zu, Kinder und Halbwüchsige gebrauchen am meisten Inhalate, seltener Beruhigungstabletten und Haschisch.

Die größte Zahl von Süchtigen bilden Jugendliche im Alter von 18 bis 25 Jahren. 80 % aller Süchtigen sind unter 30 Jahren.

Die Rauschgiftsucht ist unter den Einwohnern von großen Städten und bei dem überwiegenden Teil der Einwohner verbreitet, die nicht zur Bevölkerung Lettlands gehören. Sehr verbreitet ist die Rauschgiftsucht unter Einwanderern aus südlichen Ländern, insbesondere aus dem Kaukasus, und unter Zigeunern, sowie unter Straftätlern und den neuen Business-Leuten und ihren Kindern. Die Mehrheit der Süchtigen ist arbeitslos oder beschäftigt sich mit dem Handel oder Rauben und Stehlen.

Vorläufig wurde unter den Süchtigen nur ein Träger des HIV-Virus entdeckt. Süchtige können sich Spritzen und Injektionsnadeln frei anschaffen und gebrauchen, diese nur individuell. Die Kenntnisse in dieser Frage sind ziemlich umfangreich. Alle Süchtigen, die sich an medizinische Einrichtungen mit der Bitte um Hilfe wenden, werden auf HIV-Virus untersucht.

## **2. Primäre und sekundäre Prävention und Rehabilitation**

Seit dem 1. Januar 1993 besteht das Staatliche Drogenbetreuungs- und Gesundheitszentrum, das sich mit der Datensammlung über den Drogengebrauch beschäftigt. Das Zentrum begann bereits an prophylaktischen Drogenbekämpfungsprogrammen zu arbeiten. Das Zentrum koordiniert und finanziert außerdem die Programme zur

## Behandlung von Drogenabhängigen.

Unter begrenzten finanziellen Möglichkeiten entwickelt man zur Zeit Strategien, um Erkrankte zu therapieren und das Verlangen nach Drogen allgemein zu senken. Deshalb

- \* werden Informationen über die durch Drogen verursachte Kriminalität in der Gesellschaft, sowie über moralische und psychische Schäden für Individuen weitergegeben;
- \* werden Journalisten, Lehrer und Mediziner in diesen Bereichen ausgebildet.

In großen Städten wurden kostenlose Beratungsstellen eröffnet; es wurden auch Damen- und Herrenabteilungen für die Entgiftung gegen Bezahlung eingerichtet. Gegen Bezahlung wird eine anonyme intensive Entgiftung für Abhängige entwickelt mit der weiteren Möglichkeit einer ambulanten Behandlung. Es ist auch möglich, sich einem kurzfristigen Behandlungskurs in der narkologischen Abteilung zu unterziehen, wo hauptsächlich traditionelle biologische und psychotherapeutische Methoden verwendet werden.

Dank der Unterstützung der westlichen Staaten (Norwegen, Deutschland und Schweden) bestehen in Lettland und funktionieren erfolgreich die therapeutische Gesellschaft "DAYTOP" für Erwachsene und das Pädagogische Kollektiv für Halbwüchsige.

Auf Grund der Rehabilitationseinrichtungen bilden sich auch die ersten Selbsthilfegruppen von Abhängigen heraus.

Es wurde ein staatliches Programm für die Behandlung von Suchtkrankheiten, darunter für die Behandlung, Rehabilitation und Vorbeugung der Rauschgiftsucht, geschaffen.

Unser Zentrum beteiligt sich an der Ausarbeitung der neuen Gesetzgebung und hat mit der Vorbereitung von Behandlungsprogrammen für Suchtkrankheiten begonnen. Es werden Lehrmittel und Informationsmaterialien für Schulen ausgearbeitet.

Dank finanzieller Unterstützung der Welt-Organisation für Gesundheit konnte die Arbeit mit der Vorbereitung des nationalen Programms für die "Nachfragesenkung" von Drogen begonnen werden.

Das Sozialministerium hat die "Gesundheitsschule der Gesellschaft"

geschaffen, in der Lehrer der Gesundheitslehre (vorbereitet), ausgebildet, sowie entsprechende Programme ausgearbeitet werden.

Gemeinsam mit der internationalen Kommission für Prävention von Alkoholismus und Narkomanie wurde 1993 eine Aktion durchgeführt zur Vorbereitung von jugendlichen Leitern der Antidrogen-Bewegung "Jugend für Jugend".

Im Jahre 1993 hat die Internationale Guttempler-Organisation/-Bewegung (IOGT) ihre Tätigkeit in Lettland aktiviert. Nach dem Sommerlager der Jugendleiter der Baltischen Länder wurde von der internationalen Kommission für Prävention von Alkoholismus und Narkomanie (ICPA) die Jugendorganisation "Jugend für Jugend" in Lettland gegründet.

1993 entstand auch die Organisation "Anonyme Süchtige", die jetzt eine regelmäßige Tätigkeit ausübt.

Es wurden auch Maßnahmen getroffen zur Bildung der Organisation "Eltern gegen Drogen" im Frühjahr 1994.

Das Jahr 1993 war ein Wendepunkt in Lettland, weil die Unterstützung von internationalen Institutionen bei den Maßnahmen zur Bekämpfung und Vorbeugung von Narkomanie besonders umfangreich war. Die größte Hilfe hat Lettland von dem UNO-Programm der Drogen-Kontrolle (UNDCP), von der Welt-Organisation für Gesundheit, der Pompidou-Gruppe des europäischen Rates, sowie von der internationalen Kommission für Prävention von Alkoholismus und Narkomanie (ICPA) erhalten.

Unsere Zusammenarbeit mit dem Suchtmittel-Komitee der Skandinavischen Länder, der schwedischen RFHL, dem deutschen "DAY-TOP", der schwedischen IOGT-Abteilung und "Con-drop"-Organisation hat sich gefestigt, ebenso unsere Beziehungen zur schwedischen Alna-Organisation zum Arbeitsschutze.

Enge Beziehungen entstehen auch zwischen verwandten Institutionen der Baltischen Länder; besonders viel haben dazu Konferenzen der drei Baltischen Länder, Seminare in Tallin, Wilnius und Riga 1993 und 1994 beigetragen.

### 3. Vervollkommnung der Gesetzgebung

Zur Zeit wird in Zusammenarbeit mit den UNO-Experten, dem Wiener Drogenkontrollprogramm und den UNO-Konventionen entsprechend, ein Gesetzentwurf für die Kontrolle des Umlaufs der legalen und illegalen Drogen vorbereitet. Das Parlament Lettlands hat sich am 11. Mai 1993 an die UNO-Konventionen von 1961, 1971 und 1988 über Drogen und psychotrope Mittel angeschlossen.

Am 3. Juni 1993 ist das Verzeichnis der unter Aufsicht der Drogenkontroll-Kommission des Sozialministeriums Lettischer Republik stehenden Drogen, psychotropen Mittel und "Vorläufer" in Kraft getreten. Die Quoten von Drogen und psychotropen Mittel sind ausgearbeitet und bei der Organisation UNDCP eingebracht worden.

Für den lettischen Zoll, die Firmen, die Mehrheit von Handelseinrichtungen und Apotheken wurden die Anweisungen und die nötigen Dokumente über die Kontrolle, Registrierung, Herstellung, Export, Import und Handel von Drogen, Arzneimitteln, psychotropen Mitteln ausgearbeitet.

Mit dem Beitritt Lettlands zu den UNO-Konventionen hat sich die Notwendigkeit zur Umarbeitung der vorhandenen Gesetzgebung in bezug auf die Drogenkontrolle auf die legale und illegale Verbreitung von Drogen ergeben. Die Sachverständigen der UNO haben bei der Umarbeitung dieser Gesetzgebung entsprechend den Kontrolle-Muster-Gesetzen der UNO geholfen. Die Gesetze sind entsprechend der vorhandenen staatlichen Gesetzgebung adaptiert und werden, bevor sie ins Parlament eingereicht werden in den betreffenden Ministerien abgestimmt. Der wichtigste Grundsatz dieser Gesetze ist die Forderung, den Zugriff auf Drogen möglichst zu begrenzen, ihren legalen Konsum zu kontrollieren, primäre und sekundäre Prävention von Suchtkrankheiten zu gewährleisten und die Behandlung und Rehabilitation von Süchtigen zu ermöglichen. Laut Gesetz sind strenge Strafen für Personen vorgesehen, die Drogen widerrechtlich herstellen, anbieten, aufbewahren, verkaufen und andere Personen zum Mißbrauch verführen. Eine Liberalisierung der Gesetzgebung ist für solche Personen vorgesehen, die wegen ihrer Abhängigkeit Drogen selbst konsumieren.

Die Gesetzgebung wurde wesentlich durch die Kapitel erweitert, in denen man sich gegen den widerrechtlichen Gebrauch von "Einstiegsmitteln" richtet, auch gegen die Rechtfertigung der ungesetz-

lich erworbenen Geldmittel. Kontrollen von Drogen sendungen werden zugelassen; mit der Zustimmung von Justizbehörden wird das Abhören von Telefongesprächen möglich.

Die vorhandene Gesetzgebung, die noch nicht umgearbeitet worden ist, entspricht nur teilweise den UNO-Konventionen von 1961 und 1971.

Im August dieses Jahres trat das neue Ärztegesetz in Kraft, das die Behandlung von Süchtigen, ihre soziale und psychologische Rehabilitation regelt, sowie die Motivation zu Einzeltherapien von sechs Monaten; darüber hinaus die Therapie in der Haft für Personen, welche ein Verbrechen aufgrund ihrer Abhängigkeit begangen haben.

## **Niederlande**

### **Die niederländische Drogenpolitik in den 90er Jahren**

**Drs. Wim R. Buisman, Hilversum**

Warum erregen die Drogen in dieser Welt eigentlich ein so großes Aufsehen?

Ein hoher niederländischer Drogenfunktionär erzählte bei einer Fortbildungsveranstaltung folgende Geschichte:

*"Stellen Sie sich bitte einmal vor, daß auf der Erde ein Raumschiff mit Marsmenschen landen würde. Diese roboterartigen Wesen, die sehr gefühllos sind, handeln auf der anderen Seite sehr rational. Sie stellen fest, daß die Erdwesen, Menschen genannt, häufig sehr abweisend und emotional reagieren, vor allem auf ihre Artgenossen, die einen Stoff konsumieren, den sie Drogen nennen.*

*Nach langem Suchen begegnen den Marsmenschen nur einige dieser Konsumenten, noch nicht einmal ein halbes Prozent der Bevölkerung in den Niederlanden (Bevölkerung der Niederlande: 14 Millionen), die diese Drogen benutzen, und wovon jährlich etwa 100 sterben. Die Marsmenschen entdecken aber auch, daß andere Drogen genommen werden. Sie stellen dabei fest, daß die Menschen von diesem Stoff, Alkohol genannt, sehr viel mehr konsumieren, als sie vertragen können: die Zahl dieser Menschen liegt bei ca. 300.000, wovon jährlich 2.000 sterben. Zu ihrer Überraschung werden diese aber in Ruhe gelassen. Die Marsmenschen reagieren noch erstaunter, als sie hören, daß durch den Konsum einer weiteren Droge, Zigaretten genannt, jährlich 18.000 Menschen in den Niederlanden sterben und daß für diese Drogen sogar noch Reklame gemacht werden darf.*

*Je mehr Menschen an Drogen sterben, desto weniger scheint die Droge ein Tabu zu sein, das ist die Logik dieser Menschheit. Aber diese Form der Logik ist zu viel für die eher rational denkenden Marsmenschen."*

Diese kleine Anekdote soll die enorme Fixiertheit der (internationalen) Gemeinschaft auf das Drogenproblem veranschaulichen. Die "Beschränktheit" soll hier besonders angeführt werden, um bei dem Problem der Sucht und Abhängigkeit einige Relativierungen anbringen zu können.

Jetzt einige kurze Bemerkungen über die Mißbrauchsituation in den Niederlanden.

Wie sieht nun der Drogengebrauch in den Niederlanden insgesamt aus?

Bei Heroin liegt der Prozentsatz ungefähr bei 0,1 %, bei Kokain 0,2 %. Der Gebrauch von Amphetaminen und LSD liegt noch darunter.

Für Jugendliche über 18 betragen diese Prozentsätze etwa 1 % (Heroin) und 2 % (Kokain).

In einigen gesellschaftlichen Gruppen ist der Konsum höher, insbesondere bei ethnischen Minderheiten (MarokkanerInnen, TürkInnen, SurinamerInnen) und auch bei ökonomisch schwachen Gruppierungen. In den großen Städten Amsterdam und Rotterdam gibt es sehr viele ausländische KonsumentInnen. In Amsterdam etwa 2.000, wovon 1.000 die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.

#### **Cannabiskonsum:**

National gesehen nimmt der Konsum von Cannabisprodukten (Haschisch, Marihuana) in den Niederlanden nicht zu. Das Alter, in dem das Experimentieren am meisten zunimmt, liegt etwa bei 15 Jahren. Mit 17 bis 18 Jahren haben rund 21 % der schulpflichtigen Jungen und 13 % der Mädchen schon einmal Cannabis konsumiert. Ungefähr 1 % der Jugendlichen benutzt einmal in der Woche ein Cannabisprodukt; dieser Prozentsatz ist seit 1984 konstant geblieben. In den größeren Städten der Niederlande ist der tägliche und wöchentliche Konsum beträchtlich höher, aber auch in den letzten zehn Jahren nicht angestiegen.

Seit einigen Jahren ist ein Trend festzustellen, daß abhängige CannabiskonsumentInnen sich einer Therapie unterziehen. Der Eindruck entsteht, daß diese Gruppe schon länger Probleme hatte, aber erst jetzt die Hilfsangebote in Anspruch nimmt.

### **Alkoholkonsum:**

Niederländische Untersuchungen zeigen, daß Jugendliche je älter sie werden, mehr Alkohol konsumieren. So trinken 55 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 14 Jahren schon mal Alkohol, während der Prozentsatz der 15- bis 16 jährigen auf 73 % ansteigt. Bei allen befragten Jugendlichen zeigt sich, daß 13 % (20 % Jungen, 5 % Mädchen) bei ihrem letzten Trinkanlaß sieben und mehr Gläser getrunken hatten. Alkoholmißbrauch in der Gruppe der Jugendlichen ist deshalb ein großes Problem, während der Cannabiskonsum in diesem Sinn günstiger abschneidet.

### **Die Schlußfolgerung:**

Das Drogenproblem in den Niederlanden ist stabilisiert; im allgemeinen nehmen weder der Konsum noch die Abhängigkeitsprobleme zu. Besondere Präventions- und Hilfsmaßnahmen sind eher nötig für Minderheiten und ausländische Abhängige. Dagegen muß die Alkoholprävention, vor allen Dingen für die Gruppe der Jugendlichen, intensiviert werden.

### **Niederländische Drogenpolitik**

Die Niederlande verfolgen seit Jahren eine Entkriminalisierungspolitik auf dem Gebiet der Drogen. Diese wird auch schon mal "Normalisierung" genannt. Normalisierung des Drogenproblems bedeutet, daß DrogenkonsumentInnen nicht anders behandelt werden als BürgerInnen mit anderen Problemen (Alkoholabhängigkeit, psychische Probleme u. ä.). Ihnen wird in erster Linie geholfen, weil sie abhängig sind, und nicht kriminell. Der Drogenkonsum wird in erster Linie als ein Problem der Volksgesundheit angesehen. Es herrscht die Ansicht vor, daß der Drogenkonsument/die Drogenkonsumentin ohnehin schon leiden und dieses durch gerichtliche Prozeduren nicht noch vergrößert werden sollte. Der gesellschaftliche Zugriff legt deshalb in erster Linie Wert auf Hilfe und Resozialisierung.

Dies bedeutet im übrigen nicht, daß HändlerInnen und DrogendealerInnen nicht mit schwerer Verfolgung und Strafe rechnen müssen. Deshalb sind die Strafen für die Einfuhr, Produktion und den großen Handel für harte Drogen seit 1976 beträchtlich erhöht worden.

Die niederländische Drogenpolitik besteht aus drei Schienen:

- \* die gerichtliche Schiene;
- \* die Schiene der Hilfsangebote;
- \* die Präventionsschiene.

### **Die gerichtliche Schiene: Drogen und das niederländische Gesetz**

Den Ausgangspunkt des niederländischen Drogengesetzes bildet das Zuvorkommen bzw. das Auffangen von persönlichen und gesellschaftlichen Risiken, die durch den Drogenkonsum verursacht werden. Weil nicht alle Drogen ein gleiches Risiko für die KonsumentInnen zur Folge haben, hat der Gesetzgeber seit 1976 einen Unterschied gemacht zwischen jenen Drogen, die ein "unannehmbares Risiko" zur Folge haben, und Drogen mit einem "weniger schweren Risiko".

Zu den Drogen mit den nicht akzeptierbaren Risiken gehören die Opiate (Heroin), die stimulierenden Mittel (Kokain, Amphetamine) und die "Tripstoffe" (LSD).

Seit 1976, als das "Opiumgesetz" reformiert wurde, sind die Strafen für diese Drogen beträchtlich erhöht worden. Der Gedanke dabei war, daß die Niederlande im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ein "Billigland" geworden waren.

Von den alten Strafen ging keine abschreckende Wirkung mehr aus. Außerdem betrachtete man den internationalen Handel mit harten Drogen als so verwerflich, daß eine Höchststrafe von vier Jahren den Ernst dieses Vergehens nur ungenügend zum Ausdruck brachte. Deshalb sind die Strafen 1976 verschärft worden.

So wird zur Zeit die Ein- und Ausfuhr von harten Drogen mit maximal zwölf Jahren Gefängnisstrafe, der Handel innerhalb der Niederlande und das Herstellen von harten Drogen mit einer Strafe von maximal acht Jahren belegt.

Für Drogen mit einem minder schweren Risiko gilt seit der Gesetzesänderung eine andere Politik. Die Strafen sind hier herabgesetzt worden. Der inländische Handel und das Herstellen dieser Droge (fast immer Cannabis) kennt nun eine Strafe von maximal zwei Jahren (früher vier). Hier gilt noch eine Ausnahme; bei Besitz, Handel oder Produktion von Cannabisprodukten bis 30 g ist die Höchststrafe ein Monat Gefängnis oder fünftausend Gulden Geldstrafe. Doch in der täglichen Praxis werden diese Übertretungen kaum verfolgt. Jugendliche, die also in den sog. "Coffee-Shops" Haschisch kaufen, machen sich also im Prinzip strafbar, werden

aber in der Praxis nicht verfolgt. Auch die EigentümerInnen der Coffee-Shops, die nach den Buchstaben des Gesetzes eigentlich eine Höchststrafe von zwei Jahren Gefängnis bekommen sollten, werden nicht verfolgt. In den Niederlanden müssen sie auch, genauso wie die benachbarte CafésbesitzerIn oder die auf der Ecke angesiedelte ApothekerIn, Steuern bezahlen und über ihren Umsatz und Gewinn Buch führen. Diese "Nichtverfolgungspolitik" (also nicht "Legalisierung"!) hat große Vorteile.

Bis heute hat diese Politik dazu geführt, daß praktisch eine Trennung zwischen dem weichen und dem harten Drogenmarkt vorgenommen wurde. Bei Jugendlichen, deren Einkauf "eher offiziell" und "öffentlich" stattfindet, ist Kontrolle durch die zuständigen Behörden eher möglich. Außerdem können Aufklärung und Prävention zielgerichteter vorgenommen werden.

Ein ganz wichtiger Vorteil ist, daß der weiche Drogenhandel von der schweren Kriminalität abgetrennt werden kann. In den meisten Fällen ist dies in der Praxis auch gelungen.

Zum Schluß ist ein wichtiges Ergebnis auch, daß der Cannabiskonsum in den Niederlanden nicht dramatisch zugenommen hat, während im Ausland häufig das Gegenteil behauptet wird, vor allem als Folge der zu weichen niederländischen Drogenpolitik. So kann die niederländische Drogenpolitik gesehen werden als ein Kompromiß zwischen BefürworterInnen und GegnerInnen der Freigabe von Cannabisprodukten.

Gegner dieser Politik weisen immer wieder auf die Möglichkeit hin, daß CannabiskonsumentInnen mit der Zeit doch zu härteren Drogen umsteigen. Dies ist vor allem durch die oben skizzierte Politik nicht der Fall. Der weiche Drogenmarkt bleibt von dem harten getrennt. Natürlich begann die Karriere der harten DrogenkonsumentInnen in der Regel mit Cannabisprodukten; aber diese Gruppe ist sehr klein, außerdem gibt es keinen ursächlichen Zusammenhang (genausowenig wie ein Zusammenhang besteht zwischen einem Alkoholiker, der früher als Kind viel Milch getrunken hat und seinen jetzigen Trinkgewohnheiten).

## **Die 2. Schiene: Drogenprävention und Drogenerziehung**

Neben dem niederländischen Drogengesetz, das die Verfügbarkeit von Drogen begrenzen will, aber auch Hilfsangebote zur Verfügung stellt, die sowohl die individuellen und gesellschaftlichen Folgen der

Abhängigkeit auffangen will, als auch eine Suchtbegleitung vornimmt, gibt es eine 2. Schiene in der Drogenpolitik, nämlich Prävention, Aufklärung und Erziehung zum richtigen Umgang mit Drogen.

In den Niederlanden liegt der Schwerpunkt der Prävention nicht ausschließlich auf dem Prinzip der Abstinenz; dieses Ziel scheint oft auch unrealistisch zu sein. Es ist deshalb vernünftiger, darauf zu achten, daß aus dem Experimentieren mit Drogen nicht ein übermäßiger Drogenkonsum, Kriminalität und möglicherweise gesellschaftliche Isolierung entstehen. Dieses Ziel ist auch schon deshalb notwendig, weil Untersuchungen zeigen, daß Prävention, die die Abstinenz zum Ziel hat, niemals 100 % Wirkung zeigt. Darüber hinaus zeigen wieder Untersuchungen, daß der überwiegende Teil der experimentierenden Jugendlichen, nachdem sie ein paar mal Drogen konsumiert haben (in der Regel Haschisch), alleine damit aufhören; die Spannung ist weg, die Neugierde ist befriedigt.

In den Niederlanden wurde jahrelang über die Frage diskutiert, welche Aufklärungsstrategie die beste sei. Auf der einen Seite plädierten Politikerinnen und Politiker, Polizei, Presse und Medien für eine abschreckende Art der Information mit Hilfe von Fernsehspots, großen Plakaten, Anzeigenserien in Jugendzeitschriften, in denen vor allem die Gefahren und Folgen des Drogenkonsums dargestellt werden sollten. Auf der anderen Seite standen die Drogenberaterinnen und -berater, Hilfskräfte und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die darauf aufmerksam machten, daß ein solcher Zugriff kontraproduktiv sei, weil für diese Drogen eher Neugierde geweckt würde.

Zu einem "Krieg gegen Drogen" ist es in den Niederlanden aber nie gekommen; und zwar deshalb nicht, weil seit einigen Jahren eine breite Übereinstimmung über die Art und Weise von Prävention und Aufklärung getroffen werden konnte. Diese Übereinstimmung besteht in folgenden Punkten:

- \* keine Betonung des moralischen Aspektes des Drogenkonsums, sondern das Nennen von Risiken ("Drogenkonsum ist nicht schlecht, aber unvernünftig");
- \* in der Aufklärung den Schwerpunkt auf die Gründe für den Drogenkonsum legen, (z. B. in der Gruppe mitmachen wollen, dazugehören, Neugierde befriedigen) und nicht auf pure Information über diverse Drogensorten und "Horrorgeschichten" über Drogenabhängige und Überdosen;
- \* Schwerpunkt auf die sog. Alltagsdrogen wie Alkohol, Tabak und Medikamente legen, die viel häufiger gebraucht und mißbraucht

- werden als die sog. illegalen Drogen;
- \* Drogen- und Alkoholerziehung gehören als integrale Bestandteile in die Richtlinien der Primär- und Sekundarschulen, z. B. in den Unterricht des Faches "Gesundheitserziehung";
  - \* Drogen- und Alkoholerziehung ist eine wichtige Aufgabe auch für Eltern und andere Erzieherinnen und Erzieher;
  - \* Drogenerziehung ist mehr als nur schlichte Drogeninformation und -erziehung, nämlich: ökonomisch schwachen Gruppen und anderen Minderheiten, Jugendlichen mit Erziehungsproblemen und anderen Randgruppen mehr Unterstützung geben.

Auf der Basis dieser Essentials sind in den Niederlanden in den zurückliegenden Jahren viele Drogenpräventionsprogramme realisiert worden. Sie wurden vor allem im Unterricht umgesetzt, in der Jugendarbeit und in den Institutionen der Jugendhilfe. In diesen Programmen liegt der Schwerpunkt auf der Aufklärung, aber es wird auch erläutert, wie Drogenabhängige und Personen, die Probleme mit sich selbst haben, begleitet werden können. So werden zunehmend in den Schulen, aber auch Jugendzentren und Internaten, Hausregeln aufgestellt, in denen bestimmt wird, welcher Konsum erlaubt und welcher nicht. Aus Untersuchungen ist darüber hinaus deutlich geworden, daß vor allen Dingen die Jugendlichen aus den Minderheitsgruppierungen (Migrantinnen und Migranten) ein erhöhtes Risiko aufweisen, mit Drogen in Berührung zu kommen. In den Niederlanden sind dies vor allen Dingen die Gruppen aus Surinam und den Antillen, aber auch aus Marokko und der Türkei. Die Gruppen haben insgesamt vor allem große Anpassungsprobleme. So stellt die niederländische Gesellschaft andere Anforderungen an sie, als sie in ihrem eigenen Land gewöhnt sind.

Die zweite Generation der Migranten haben außerdem zu tun mit Werten und Normen ihrer Familie, die stark verschieden sind von denen der Holländischen Gesellschaft (Schule, Nachbarn, Altergenossen). Sie kommen in eine soziale Identitätskrise, wodurch eine Flucht in den Drogengebrauch schnell möglich ist.

#### **Neben der schulischen Drogenerziehung, gibt es auch die Drogenprävention in den Massenmedien**

Zur Zeit sind viele Mißverständnisse, Mythen, aber auch Indianergeschichten über Drogen und Drogenkonsum in den Niederlanden im Umlauf. Die Medien tragen dazu leider in einem nicht zu unterschätzenden Ausmaß bei. Drogen, Abhängigkeit, aber auch AIDS,

bieten schon jahrelang populäre Themen für Fernsehen, für Tages-, Wochen- und Sensationsblätter. Diese aufgebauschte Berichterstattung hat einen großen Einfluß auf die öffentliche Meinung. Das ist zwar sehr zu bedauern, weil eigentlich niemand ein Interesse daran hat: Politikerinnen und Politiker, Bürgerinnen und Bürger und schon gar nicht den Abhängigen dürfte hiermit geholfen sein, weil auf diese Weise ihre Isolierung und auch ihr Abhängigkeitsverhalten eher vergrößert werden.

Wichtig für die niederländische Drogenpolitik ist eine nüchterne und wirklichkeitsnahe Haltung gegenüber Drogen und Drogenkonsumentinnen und -konsumenten. Das bedeutet z. B. eben nicht, die Abhängigen auszugrenzen, aber auch nicht, sich an der Mythenbildung zu beteiligen. Viel eher sind nüchterne verantwortungsvolle Vorgehensweisen von Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrkräften usw. hier gefragt.

Diese Überlegungen sind auch Ursache dafür, daß die Niederlande eine massenwirksame Drogeninformation nicht kennen und hier eher eine zurückhaltende Tradition einnehmen.

Deshalb gibt es nur wenige solcher Programme; eines der bekanntesten hieß: "Was jeder über Drogen wissen muß".

Ein anderes Beispiel, eine kleine Kampagne, wurde 1988 in Amsterdam unter dem Namen "Coke (Kokain), der weiße Abwracker", durchgeführt. Die Gründe für diese Aktion waren Hinweise darauf, daß die Besucherinnen und Besucher der Coffee-Shops dazu übergingen, verstärkt Kokain zu konsumieren. Um Haschkonsumentinnen und -konsumenten über die Risiken dieser Drogen zu informieren, wurde darüber hinaus eine Plakataktion gestartet und Informationsmaterial verteilt. Auch die Eigentümerinnen und Eigentümer der Coffee-Shops bekamen Informationen und wurden gebeten, sich an der Kampagne konstruktiv zu beteiligen.

Zum Schluß gibt es, wie in allen anderen Ländern eine Vielzahl von Broschüren, die massenwirksam verteilt werden. Im Laufe der Jahre sind viele Arten von Broschüren, Aufklebern, Faltblättern, Büchern, Plakaten usw. in verschiedenen Auflagen unter die Zielgruppen verteilt worden. Über ihre Wirkung ist kaum etwas bekannt.

## **Zusammenfassung und Schlußfolgerung**

Nach Jahren großer Anstrengungen sind der Drogenkonsum und das Problem der Drogenabhängigkeit stabilisiert. Rein quantitativ nimmt das Problem nicht zu, immer weniger Menschen werden abhängig. In dieser Hinsicht ist die Drogenprävention als erfolgreich anzusehen. Gekennzeichnet ist diese Politik von folgenden Ausgangspunkten:

- \* die Verfügbarkeit von Drogen über das Drogengesetz muß nach wie vor begrenzt werden;
- \* das Ziel (den Schaden an der Gesundheit, der durch den Drogenkonsum entstanden ist, zu vermindern) heiligt nicht die Mittel (Verfolgung und Bestrafung der Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten);
- \* Aufklärung und Prävention ist das beste Mittel, aber nicht das einzige; Drogenprävention muß mehr umfassen: bessere gesellschaftliche Bedingungen schaffen, die Ungleichheit bekämpfen usw.

Es gibt keine Gründe, diese Politik einschneidend zu verändern. Das früher hart bekämpfte Cannabis-Programm war insoweit erfolgreich, weil es einen Keil getrieben hat zwischen den Handel und Verkauf von weichen Drogen einerseits und den harten Drogen andererseits. Nichtsdestoweniger ist eine aktive Cannabis-Information aus der Sicht der Gesundheitsoptimierung, und um übermäßigem Konsum zuvorzukommen, notwendig. Auf dem Gebiet der allgemeinen Prävention und der Aufklärung kann noch sehr viel verbessert werden; so gibt es zur Zeit in dem niederländischen Schulwesen günstige Bedingungen, Drogeninformationen im größeren Umfang zu verbreiten.

Der harte Kern des Drogenproblems liegt bei einer kleinen Gruppe, die harte Drogen konsumieren, aber kaum für eine Therapie motiviert sind und deshalb unsere besondere Aufmerksamkeit erfordern (vor allem in Zusammenhang mit AIDIS-Infektionen). Sie muß auch gesellschaftlichen Minderheiten, wie sozialökonomisch schwachen Gruppen, aber auch ethnischen Gruppen, entgegengebracht werden; auch gilt dies für Kinder von drogenabhängigen Eltern, die bereits abhängig geboren werden und dadurch neue medizinische und soziale Probleme verursachen.

Im Zuge der europäischen Integration ist es nun wichtig, daß die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch zwischen den Niederlanden und seinen Nachbarn stärker vorangetrieben wird. Beispiele einer solchen Zusammenarbeit, insbesondere mit der Bundesrepublik Deutschland, gibt es schon. Auch die verschiedenen Politiken und die wissenschaftlichen Erkenntnisse werden zunehmend ausgetauscht. Dies ist insgesamt gesehen eine günstige Entwicklung, weil das Drogenproblem wirksam nur im internationalen Maßstab gelöst werden kann.

## **Projekt: "Aufklärung über Alkohol und Tabak in der Grundschule (NIAD)**

**Pieter Wetser, Utrecht**

### **Einleitung**

Forschungsergebnisse weisen aus, daß mehr als die Hälfte aller Zwölfjährigen Alkohol und Tabak bereits mindestens einmal probiert hat.

Alkohol und Tabak sind damit Teil der Erlebniswelt vieler Zwölfjähriger. Die Wirkung dieser Mittel weckt ihre Neugierde. Die Jugendlichen probieren sie aus, haben aber in der Regel noch kein festes Konsummuster entwickelt. Die Entscheidung für oder gegen (regelmäßigen) Alkohol- und/oder Tabakkonsum haben sie noch nicht getroffen.

Von dem Gesichtspunkt der Prävention aus besehen ist dies ein geeigneter Zeitpunkt für Aufklärung. Die Grundschule bietet dafür den idealen Rahmen, in dem praktisch alle Zwölfjährigen durch Aufklärung erreicht werden können.

### **Das Projekt**

Das Niederländische Institut für Alkohol und Drogen (NIAD) in Utrecht hat 1985 das Projekt "Aufklärung über Alkohol und Tabak in der Grundschule" gestartet.

Dieses Projekt hat eine strukturelle Integration von Aufklärung über Alkohol und Tabak in der Grundschule zum Ziel.

Zu diesem Zweck sind ein Informationsprogramm und eine Strategie zur Einführung dieses Programms entwickelt worden.

### **Das Informationsprogramm**

Das Informationsprogramm wurde auf der Grundlage der Lerntheorie entwickelt und umfaßt vier Unterrichtsstunden und einen Elternabend.

Ziele des Informationsprogrammes sind, daß die Zwölfjährigen

- eine eigene (vorläufige) Haltung gegenüber Alkohol- und Tabakkonsum entwickeln;
- einseitigen Reklamebotschaften widerstehen können;
- mit Anpassungsdruck in Gruppen umgehen lernen;

- mit ihren Eltern und Lehrkräften über dieses Thema ins Gespräch kommen.

Wenn die aktuelle Situation in der Schule das sinnvoll erscheinen läßt, kann das Informationsprogramm mit einer Unterrichtsstunde über Arten und Wirkungen von Drogen ergänzt werden.

In dieser Stunde wird nicht, wie bei den Unterrichtsstunden über Alkohol und Tabak, der eigene (beginnende) Konsum zum Ausgangspunkt genommen, sondern der bei (anderen) Jugendlichen vorkommende Konsum.

### **Effekte des Informationsprogramms**

Eine longitudinale Untersuchung der Effekte dieses Informationsprogramms durch die Universität Utrecht hat ausgewiesen, daß Schüler, die an dem Programm teilgenommen haben,

- stabiler sind in ihrer Absicht, keinen Alkohol zu trinken,
- deutlich weniger Zigaretten und Zigaretten tabak kaufen.

### **Einführungsstrategie**

Das Projekt ist regional strukturiert. Das NIAD bildet die Erzieher aus, die die Einführung des Informationsprogramms in einer Region zur Aufgabe haben. Diese Erzieher, die eine pädagogische Ausbildung auf Fachhochschul- oder Universitätsniveau absolviert haben, arbeiten unbezahlt als Praktikanten in dem Projekt.

Zu ihren Aufgaben gehört einerseits die praktische Ausführung des Informationsprogramms an Grundschulen und andererseits das "Trainen", Begleiten und Stimulieren von Lehrkräften in der Ausführung dieses Programms im Rahmen des eigenen Lehrplanes. Die Erzieher fungieren zudem in den verschiedenen Schulen als Berater. Endziel ihrer Bemühungen ist, daß das vom NIAD entwickelte Programm fester Bestandteil des Schulcurriculums wird.

### **Regionale Einführung**

Bei der Einführung des Informationsprogramms in Grundschulen wird mit regionalen Einrichtungen, die auf dem Gebiet der Jugendgesundheits-erziehung tätig sind, zusammengearbeitet.

Das NIAD hat sich für diese Zusammenarbeit entschieden, da das Informationsprogramm am besten systematisch, im Rahmen eines national flächendeckenden Netzwerkes, den Grundschulen angeboten werden kann.

Für die regionalen Einrichtungen hat diese Zusammenarbeit den

Vorteil, daß das NIAD mit einem erwiesenermaßen effektiven Informationsprogramm und einer erprobten Arbeitsweise mit Schulen einen Teil ihrer Arbeit übernehmen kann.

In der Regel gibt eine regionale Einrichtung, zum Beispiel ein Gesundheitsamt, ein CAD (wörtlich übersetzt: "Konsulationsbüro Alkohol Drogen", eine Hilfe-Einrichtung für Abhängigkeitsprobleme, die es flächendeckend in allen niederländischen Regionen gibt), oder eine Stadt- oder Gemeindebehörde dem NIAD den Auftrag, das Informationsprogramm in ihrem Arbeitsgebiet einzuführen.

Zu diesem Zweck wird ein Vertrag zwischen Auftraggeber und NIAD abgeschlossen, in dem u. a. Vereinbarungen über Rekrutierung, Ausbildung und Begleitung der regionalen Erzieher, über eine mögliche kostenlose Vergabe von Programmmaterial an Schulen und die Finanzierung festgelegt werden.

Das NIAD-Projekt trägt sich selbst: Das heißt, die Projektkosten werden aus den Einnahmen finanziert, die die erwähnten Verträge mit Auftraggebern erbringen.

### **Resultate und Zukunft**

Seit dem Start des Projekts 1985 ist in Amsterdam, Rotterdam, der Provinz Overijssel, der mittleren Region der Provinz Brabant und dem nördlichen Teil der Provinz Limburg an der Einführung des Informationsprogramms gearbeitet worden.

Im Durchschnitt führen ungefähr 80 % der Schulen in diesen Gebieten das Projekt in den Jahren nach der Einführung selbständig weiter.

Es hat sich allerdings herausgestellt, daß die erwähnten Effekte des Informationsprogramms nicht von längerer Dauer sind.

Nach einer Periode von 3 Jahren ist der Unterschied in Wissen, Haltung und Verhalten in bezug auf Alkohol und Tabak zwischen jugendlichen Projektteilnehmern und Nichtprojektteilnehmern kleiner geworden.

Auf Grund dieser Tatsache hat das NIAD ein neues Projekt für weiterführende Schulen entwickelt. Dabei geht man von der Annahme aus, daß der bereits in einem früheren Stadium erreichte Effekt aufrechterhalten oder verstärkt werden kann, wenn die Aufklärung sich über mehrere Jahre erstreckt.

## **Projekt: "Schulgesundheitspolitik in weiterführenden Schulen"**

### **Ziel**

Das Projekt "Schulgesundheitspolitik auf dem Gebiet von Alkohol, Tabak, Medikamenten und anderen Drogen in weiterführenden Schulen" ist ein vierjähriges Projekt, das seit dem 1. September 1990 vom Niederländischen Institut für Alkohol und Drogen (NIAD) durchgeführt wird. Ziel des Projekts ist die Entwicklung und Einführung einer Schulgesundheitspolitik auf dem Gebiet von Alkohol, Tabak, Medikamenten und anderen Drogen an weiterführende Schulen. Konkret will man mit diesem Projekt erreichen, daß riskantes "Experimentier"-Verhalten bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 18 Jahren zurückgedrängt wird.

### **Problemsituation**

Da Jugendliche in zunehmendem Maße mit Genußmitteln experimentieren, und auf Grund der Tatsache, daß Alkohol, Tabak, Medikamente und andere Drogen mehr oder weniger frei erhältlich sind, müssen Jugendliche lernen, mit der Freiheit, sich ein Mittel auszuwählen zu können, umzugehen. Aus Gründen der Prävention ist es sinnvoll, das "Experimentier"-Verhalten in dieser Lebensphase mit einem zusammenhängenden Programm von präventiven Maßnahmen und Aktivitäten zu kanalisieren und zu begleiten. Im Bereich der weiterführenden Schulen ist allerdings auf dem vorliegenden Gebiet zur Zeit noch keine zusammenhängende Präventionspolitik realisiert.

Mit einer strukturellen Integration von Präventionsmaßnahmen auf dem Gebiet von Genußmittel- und Medikamentenkonsum im Bereich der weiterführenden Schulen kann in Zukunft die Altersgruppe als ganze erreicht werden. Das Instrumentarium für diese Politik umfaßt Aufklärung, Reglementierung des Konsums in der Schule und frühzeitige Erkennung von Problemen, erste Betreuung und Überweisung in Beratungsstellen bei problematischem Konsum.

### **Rahmenbedingungen**

In Teilbereichen sind bereits von Behörden, anderen Einrichtungen und vom NIAD selbst Programmpunkte entwickelt worden. Beabsichtigt ist, daß das ganze Programm, das im Rahmen dieses Projekts entwickelt werden soll, auf die anderen Einrichtungen zuge-

schnitten und gemeinsam mit ihnen ausgeführt wird. Auf diese Art können die Erfahrungen verschiedener Einrichtungen in einer größeren Initiative miteinfließen.

### **Einführungsstrategie**

Die Schulgesundheitspolitik in weiterführenden Schulen wird an Hand einer zu diesem Zweck entworfenen Strategie eingeführt. Die Eingriffe verlaufen schrittweise über drei Niveaus intermediärer Einrichtungen und Behörden im Bildungsbereich: von der Landesebene über die Region zum Schulniveau.

Das NIAD fungiert auf Landesebene als Katalysator und Koordinator. Bei der Einführung des Programms wird probiert, das Informationsangebot und die Dienstleistung in die Arbeit der intermediären Organisationen zu integrieren. Auf dem niedrigsten Niveau wird die letztendliche Zielgruppe des Projekts, die Schüler, erreicht.

Die Einführungsstrategie umfaßt sieben Aktivitätencluster:

- Materialentwicklung,
- Training und Fortbildung,
- Information über das Projekt und Werben von Mitwirkenden,
- Lehrplanentwicklung,
- Netzwerkentwicklung,
- Forschung,
- Dokumentation.

Pro Cluster sind - nach dem dreistufigen Modell - Aktivitäten für jede intermediäre und die letztendliche Zielgruppe spezifiziert. Im folgenden werden diese Aktivitäten kurz beschrieben.

### **Materialentwicklung**

In den ersten zweieinhalb Jahren wird der Schwerpunkt der Arbeit auf dem Gebiet der Materialentwicklung liegen. Dieses Material bildet die Grundlage, auf der Gesundheitspolitik an Schulen in Gang gesetzt werden kann. Dabei geht es sowohl um Material, mit dem das Projekt der Öffentlichkeit präsentiert werden kann, als auch um eine Art Drehbuch für die Aktivitäten der regionalen intermediären Organisation und der Schulen. Lehrmaterial wird entwickelt, mit dem Lücken im existierenden Angebot - zum Beispiel Informationsmaterial für Eltern - geschlossen werden können.

## **Training und Fortbildung**

Training und Fortbildung von Lehrkräften, Mentoren und Schulleitung spielen in dem Projekt eine wichtige Rolle, wobei Aufklärung, frühzeitige Erkennung von Problemen und Reglementierung die zentralen Themen sind. Auf diesem Gebiet unterstützt das NIAD einerseits die regionalen Einrichtungen (CAD's, Gesundheitsämter und Gemeinden), und andererseits fördert es Initiativen, das Thema "Genußmittel- und Medikamentenkonsum bei Jugendlichen" in regulären Ausbildungen und Fortbildungsprogrammen für Lehrkräfte zu integrieren.

## **Information über das Projekt und Werben von Mitwirkenden**

Von wesentlicher Bedeutung ist, daß Behörden und Einrichtungen, die an der Einführung des Projekts beteiligt sind, gut über die Hintergründe und Ziele des Projekts informiert werden. Für eine effektive Werbung von Schulen, die an dem Projekt mitwirken wollen, wird ein Drehbuch entwickelt, das von den regionalen Einrichtungen verwendet werden kann.

## **Lehrplanentwicklung**

Ein Lehrplan ist eine methodisch-didaktische Übersetzung von pädagogischen Zielen, die in einem bestimmten Zeitraum erreicht werden sollen. Lehrpläne und Prüfungsanforderungen werden von diesen Zielen wesentlich bestimmt, und bestimmen ihrerseits wiederum den Rahmen, in dem Lehrmaterial von Schulbuchverlagen für die pädagogische Praxis entwickelt werden. Damit bildet die Lehrplanentwicklung ein wichtiges Instrument für die Einführung der Projektinhalte in den Fächern Biologie, Sozialkunde und Gesundheitslehre. Das NIAD trägt hierzu bei.

## **Netzwerkentwicklung**

Beabsichtigt ist, daß das Projekt strukturell mit einer großen Anzahl regulärer Einrichtungen auf dem Gebiet von Schul- und Gesundheitsämtern, von Alkohol- und Drogenhilfe in einer übersichtlichen Struktur zusammenarbeitet. Zudem kommt dem Projekt eine stimulierende und beratende Funktion in bezug auf eine regionale Netzwerkentwicklung zu.

## **Forschung**

Für die Entwicklung und problemlose Einführung der Schulgesundheitspolitik ist Begleitforschung unerlässlich. Das gilt auch für die Feststellung der Effektivität des Projekts.

Darum sind drei Forschungsvorhaben mit dem Projekt verbunden:

1. Marktforschung, zur Unterstützung der regionalen Netzwerkentwicklung;
2. Begleitforschung bei der Einführung des Projekts; einerseits um den Entwicklungsprozeß verfolgen zu können und andererseits, um feststellen zu können, ob und inwieweit das Projekt in den regulären Lehrplan integriert ist;
3. Evaluation, in der die Resultate des Programms bei den Schülern festgestellt werden können. Dieser Teil der Forschung wird - um der Objektivität willen - von einem unabhängigen Institut ausgeführt.

## **Dokumentation**

Da eine gute Dokumentation Voraussetzung für eine adäquate Durchführung des Projekts ist, wird das NIAD sich für eine öffentliche Zugänglichkeit des gesammelten Materials einsetzen.

Dieses Projekt wird von dem niederländischen Präventionsfond finanziert.

## **Projekt: "Die gesunde Schule und Genußmittel"**

**Marjolein Bron, Utrecht**

### **Einleitung**

Es freut mich sehr, daß ich Ihnen etwas erzählen darf über ein sehr erfolgreiches Projekt. Es handelt sich um ein Primär-Präventionsprojekt für weiterführende Schulen. Der Name des Projektes ist "Die gesunde Schule und Genußmittel" und wird durchgeführt seit dem 01. September 1990 vom Niederländischen Institut für Alkohol und Drogen. Es handelt sich um die Einführung einer Schulgesundheitspolitik auf dem Gebiet von Tabak, Alkohol, Cannabis und Werten/Spielen.

Konkret will man mit diesem Projekt erreichen, daß riskantes "Experimentier-Verhalten" bei Jugendlichen im Alter von 12 - 18 Jahren zurückgedrängt wird.

### **Schulgesundheitspolitik**

Schulgesundheitspolitik ist im Bereich Prävention eine ziemlich neue, aber jetzt auch ganz populäre Idee. Hauptsächlich bedeutet es, daß man in den Schulen mehr tun soll als nur Aufklärung über Gesundheit zu leisten.

Das Instrumentarium für diese Schulgesundheitspolitik umfaßt:

- Aufklärung
- Reglementierung
- Begleitung von Schülern und frühzeitiges Erkennen von Problemen
- Partizipation von Eltern
- Zusammengehörigkeit namentlicher Arbeitsgruppen innerhalb der Schulen.

Die allgemeine Idee "Schulgesundheitspolitik" kann mehrere Themen behandeln, z.B. Ernährung, Sexualität, aber natürlich auch Genußmittel. Und nur um das letzte geht es hier.

### **Einführungsstrategie**

Für uns als Nationalinstitut ist es unmöglich, uns persönlich an alle Schulen in den Niederlanden zu wenden. Deshalb finden wir es ganz wichtig, daß wir auf Landesebene fungieren als Katalysator

und Koordinationspunkt. Die Kontakte mit den Schulen finden aber statt durch regionale Institute, wie CAD' s und GGD' s. Die Präventionsmitarbeiter dieser Institute begleiten die Schulen durch Training und Fortbildung, sie stellen Material zur Verfügung und beraten die Schulen, wenn nötig.

### **Aktivitäten**

Regionale Institute:

- Bedingungen der Teilnahme regeln: - Zeit
  - Geld
  - Zusammenarbeit
- Training beim NIAD folgen
- Schulen werben
- Schulen begleiten durch:
  - Training und Fortbildung
  - Helfen durch Gestaltung von Elternabenden etc.
- Teilnehmen an Versammlungen mit anderen Regionen

NIAD:

- Hilfe bei Finanzierung
- Hilfe bei Werbung in den Schulen
- Anfangstraining geben
- Materialentwicklung
- Erfahrungsaustausch in Gang bringen

### **Aktuelle Situation**

- 50 % aller regionaler Institute nehmen teil ;
- innerhalb einer Region beteiligen sich immer mehr als 90 % der Schulen;
- Finanzierung stand am Anfang des Projektes nur für 4 Jahre fest; schon nach 2 Jahren ist der Zuschuß erneuert worden bis zum 01. September 1998.

# **Österreich**

## **Leitlinien zur Suchtprävention in Österreich**

**Gerald Koller, Egg**

### **1) Definition: Was ist Suchtprävention?**

Suchtprävention hat in den letzten 20 Jahren ihre Identität insoweit ausgeformt, als Abgrenzungen gegenüber Beratung und Therapie einerseits, gegenüber Drogenprävention andererseits vorgenommen wurden und werden. Im letzten Jahrzehnt wurde insbesondere die kontraproduktive Wirkung von Abschreckung durch Erhöhung des Reizpotentials einer Information durch mangelnde Tiefenwirkung, Drogenorientiertheit durch Reizerhöhung, Ausgrenzung und mangelnder Ursachen- und Systembezogenheit erkannt.

Auch die immer wieder vorgenommene Zielgruppenorientierung auf Jugendliche als Publikum für präventive Bemühungen wurde aufgeweicht, da sie zu spät eingesetzt und das gesellschaftliche Gesamtfeld als gesundheits- bzw. suchtbedingenden Faktor außer acht läßt - zumal lange Zeit punktuellen Aktionen anstatt kontinuierlichen Angeboten der Vorzug gegeben wurde.

Dies erfordert die Aktivierung einer Bewußtseinshaltung, die sich vom reflektierenden und reagierenden Nachdenken zum zukunftsorientierten Erfassen dynamischer Entwicklungen, zum Vordenken weiterentwickelt - was auch einer ressourcenorientiert-fördernden Haltung gegenüber einer problemorientiert-vermeidenden den Vorzug gibt.

Identitätsarbeit wurde auch hinsichtlich der Frage geleistet, wie weit Prävention Ordnungsfunktionen (als neue Strategie nach den relativ erfolglosen therapeutischen Bemühungen) übernehmen kann, oder vielmehr begleitende pädagogische Funktion im gesellschaftlichen wie individuellen Prozeß hat.

Schließlich löst sich die Haltung auf, daß Prävention bloß das Individuum zu gesundheitsbewußtem Verhalten motiviert, ohne die

Strukturen, in denen dieses lebt, zu hinterfragen und gegebenenfalls zu einer Veränderung derselben beizutragen.

**Somit kann gesagt werden:**

Primäre Suchtprävention (von nun an kurz: Prävention) hat sich in den letzten Jahren von der Bewahrungs- zur Bewährungspädagogik hingewandt, die

- auf Angebote und Begleitung setzt,
- sowohl stoffgebundene (Alkohol, Medikamente, Drogen) als auch stoffgebundene (Spiel) Suchtentwicklungen vor Augen hat,
- struktur- und personenzentriert vorgeht,
- dabei ressourcenorientiert positive Lebenshaltungen fördern will,
- zukunftsorientiert Entwicklungen wahrnehmen möchte,
- kontinuierliche Arbeitsstrukturen schafft und sich folgendermaßen definiert:

"Suchtprävention will Menschen ermöglichen, ihre Lebensführung in Selbstverantwortung zu entscheiden und stellt gesellschaftliche Strukturen dort in Frage, wo diese Entscheidung nicht möglich ist."

**2) Zielgruppen**

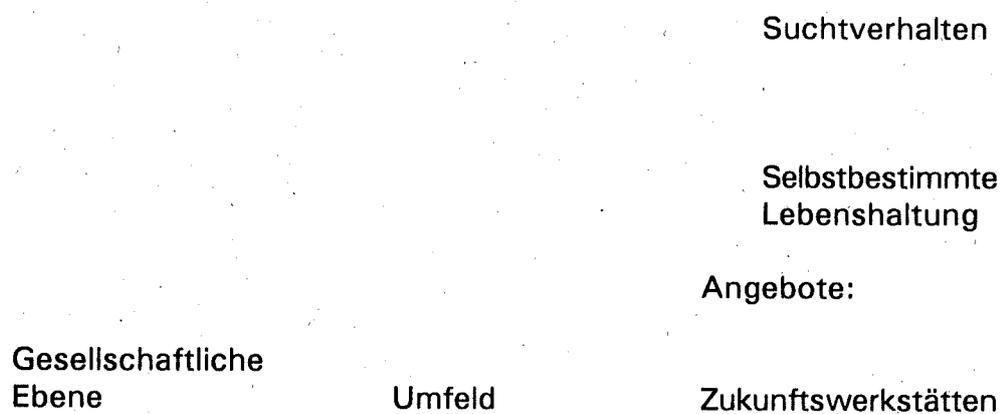
Primärprävention	Sekundäre Prävention	Tertiäre Prävention	Behandlung
Nichtgebrauch	experimenteller Gebrauch	regelmäßiger Gebrauch	übermäßiger Gebrauch

### 3) Ansatzpunkte

Ansatz	personenorientiert	strukturorientiert
Gesundheitsförderung	Verbessern der allgemeinen Denk-, Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit (z. B. Stützung des Selbstwertgefühls, Autonomie, Ich-Stärke, Solidarität)	Veränderung der allgemeinen Lebensbedingungen (z. B. verbesserte Lebensqualität) Arbeit im Gemeinwesen
Prävention	Erhöhung des Wissens über Sucht und deren Ursachen, Erhöhung der spez. Handlungskompetenz (z. B. Gruppendruck widerstehen können, Konfliktfähigkeit)	Veränderung/Versicherung suchtbegünstigender Strukturen (z. B. in Familie, Schule, Betrieb, Gemeinde)

### 4) Ursachenorientierung:

Als Modell für die Ansatzpunkte für präventives Handeln eignet sich der Eisberg:



	(Zukunftserwartungen, Medien)	Jugendpolitik Medienpädagogik
Beziehungsebene	Konfliktfähigkeit	Familienförderung Kommunikations- training
persönliche Ebene	Identität (Selbstvertrauen, Krisenverständnis Initiation, Leistungsnormen und Schuldge- fühle	Familienförderung (EKZ), Erlebnis- pädagogik, Krisenhelfer aus- bilden

## 5) Umsetzung und Strategiewahl

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Zu ihrer Realisierung braucht es aber Fachkräfte, die als Katalysatoren den gewünschten Prozeß in Gang setzen können und dazu die nötige Fertig- und Fähigkeit haben. Neben persönlicher und beruflicher Qualifikation sind auch strukturelle Gegebenheiten nötig.

Praktische Strategien finden sich im nieder- wie auch hochschwelligen Bereich. Der erstere - meist in Form von Wissensvermittlungen erreicht - eine große Anzahl von Personen, dort aber eine geringe Verhaltensstabilisierung bzw. -modifikation. Sein Einsatz ist in einer ersten Phase präventiver Bemühungen hinsichtlich der Sensibilisierung der Öffentlichkeit bzw. bestimmter Zielgruppen sinnvoll.

An dieser Stelle müssen mittelschwellige Angebote zur Aktivierung der für das Thema sensibilisierten Personen ansetzen. Diese Angebote münden schließlich in eine Vertiefung suchtpreventiver Inhalte, Formen und Prozesse durch hochschwellige Angebote wie Multiplikatorenseminare, -ausbildungen, Kompetenztraining oder aber sekundärpräventiver Arbeit mit gefährdeten Zielgruppen. Diese meist nur einer geringen Anzahl von Personen zugänglichen Angebote erreichen bei jenen ein hohes Maß an Einstellungs- und Handlungsstabilisierung bzw. -modifikation. Im Sinne sozialer Beeinflussung kann jedoch ein Weitertragen eines präventiven Klimas durch diese nunmehr als Mittler fungierenden Personengruppen erreicht werden, was letztlich auch auf struktureller Ebene zu kontinuierli-

chen Wahrnehmungs- und Handlungspositionen im Gesundheitsmanagement führt.

**Handlungsbereich:**

	<u>Strategien:</u>	<u>Auswirkungen:</u>
Information	* <u>Wissensvermittlung</u> (Vorträge, Medien)	Sensibilisierung
Erkenntnis	* <u>Affektive Auseinander- setzung</u> (Seminare, Ideenwerk- stätten)	Aktivierung
Erfahrung	* <u>Alternativen</u> (Erlebnispädagogik)	Vertiefung
	* <u>Kompetenzerwerb</u> (Trainings- u. Multi- plikatorenausbildung)	
	* <u>Soziale Beeinflussung</u> (Auswirkung in Form sich selbst gestaltender Strukturen)	Kontinuität
Begleitung	* <u>Gesundheitsmarketing</u> (Dauereinrichtungen)	

**Konzeption: Projekt "BONUS"**  
**Erweiterung des Mutter-Kind-Pass-Angebotes auf den psychosozialen Bereich**

**Dr. Angela Schiemer, Bregenz**

Träger: 10 Vorarlberger Modellgemeinden und das Jugend- und Familienreferat der Vbgl. Landesregierung

### **1. Grundlagen**

Familien sind Weichensteller dafür, ob die darin lebenden Menschen - je nach Atmosphäre - ein selbständiges oder abhängiges Leben führen können bzw. werden. Gerade das breite Feld der Süchte (von der Sexualität über Arbeitssucht bis zur Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit und der Sucht nach illegalen Drogen) hat einen wichtigen Ursprung darin, ob ein Mensch in sich ruht - oder rastlos auf der Suche nach Verlorenem oder auch nach Befreiung aus zu engen Banden ist. Abhängigkeit oder Ablösung - das wird also in der Familie geübt. Und auch das Umgehen mit Konflikten und Krisensituationen, mit Erotik und Sexualität, mit Konsum und Verzicht hat hier sein bestes Trainingsfeld.

Andererseits sind Familien heute stark überfordert. Die Kleinfamilie unserer Tage soll alle Aufgaben der früheren Großfamilie bewältigen und leidet noch dazu an erhöhtem Leistungsdruck auf ihre Mitglieder und einer noch nie dagewesenen Reizüberflutung.

Gesundheitsfördernde Pädagogik und primär präventive Familienbegleitung haben ihr Bemühen bislang zumeist auf die Entwicklung von Informationsmedien oder das Angebot von Bildungsveranstaltungen wie Vorträgen, Elternschulen etc. konzentriert. All diese Angebote werden aber erfahrungsgemäß von Familien mit sozialen Problemen nicht angenommen. Gerade jene also, die einen wichtigen Ansprechpartner im Gefährdetenbereich darstellen, können nicht befriedigend erreicht werden.

Die Einführung des Mutter-Kind-Passes, der mit der damit gekoppelten Auszahlung der staatlichen Geburtenhilfe von ca. 80 % der

Adressaten/innen in Anspruch genommen wird, hat eine Möglichkeit eines niedrighschwelligen Brückenschlags zur o.g. Zielgruppe aufgezeigt. Durch die Auseinandersetzung mit relevanten Fragen in der Schwangerschaft und den ersten 3 Lebensjahren eines neuen Familienmitgliedes konnte der Gesundheitszustand in diesem Bereich erheblich verbessert werden.

Da der Mutter-Kind-Paß noch keine spezifischen Anregungen und Hilfestellungen im psychosozialen Bereich vermittelt, bietet sich der modellhafte Ausbau dieses Bereiches, der den Kern der psychosozialen Prävention im Familienbereich trifft, im Rahmen des bewährten und bekannten Konzeptes an.

## 2. Zielsetzung

### a) Inhaltliche Ziele

- Erhöhung des psychosozialen Bewußtseins, insbesondere in den Jungfamilien
- Erhöhte Konfliktfähigkeit
- Reflexion von Konsumverhalten

### b) Pädagogische Ziele

- Durch Absolvierung von Bildungsveranstaltungen im Zeitrahmen Schwangerschaft bis 3. Lebensjahr, die durch einen Förderbetrag zusätzlich zur Geburtenbeihilfe honoriert wird (niedrighschwelliges Angebot), sollen insbesondere Familien, die Bildungsangebote im Familien-, Erziehungs-, Partnerschafts- und Gesundheitsbereich bislang nicht in Anspruch genommen haben, motiviert werden, dies in Zukunft auch unhonoriert zu tun.
- Durch die Begegnung und den Austausch mit Menschen, die in der selben Lebenssituation stehen, werden erfahrungsgemäß Problemdruck, Überforderung und Einsamkeit ("Nur mir geht es so") gemildert (Selbsthilfegedanke).
- Die Durchführung des Projekts erhöht die Reflexion über die Bereiche Familie, Partnerschaft und Gesundheit über die konkreten Teilnehmer hinaus in der gesamten Gemeinde.

### c) Umsetzung

Durch die Zusammenarbeit Land - Modellgemeinden

#### Land:

Hilfestellung bei  
Projektinstallierung

Druck Familienhaus - Paß

Übernahme der  
Referentenhonorare

#### Modellgemeinde:

Bewerbung des Projektes im  
Gemeindebereich

Organisation d. Veranstaltungen

Auszahlung d. Förderbeträge

### 3. Klientel

Alle österreichischen Gemeindebürger/-innen der 10 Modellgemeinden, die ab Laufzeitbeginn ein Kind erwarten und berechtigt zum Empfang der Geburtenbeihilfe sind.

### 4. Ablauf / Laufzeit

#### a) Grundsätzliches Zeitmanagement

⇒ Im Jahr 1994 bietet das Familienreferat die Kooperation mit Modellgemeinden zur Durchführung des Projektes BONUS an. Die im Herbst feststehenden max. 10 Gemeinden planen die Bewerbung um das Projekt und dessen Durchführung.

⇒ Ab dem Jahr 1995 wird das Projekt BONUS wie folgt durchgeführt:

\* Die Gemeinden bieten einmal jährlich eine Veranstaltung für die jeweilige Zielgruppe zu folgenden Themen an:

Veranstaltungen: Abendveranstaltungen a' 2 Stunden

(A)

"Geburt heißt Neubeginn für alle"

während der

Dr. Angela Schiemer, Bregenz

Schwangerschaft	Barbara Knittel, Feldkirch
2 x	Ziel: Ein umfassendes Verständnis von Geburt für die ganze Familie erreichen
(B)	<b>"Ein Kind verändert mehr, als man denkt"</b>
im 1. Jahr nach der Geburt	Manuela Steger, Barbara Knittel, Feldkirch
	Ziel: Auswirkungen der Anwesenheit eines neuen Familienmitgliedes auf die Gesamtfamilie verdeutlichen
(C)	<b>"Wie umgehen mit Trotz und Konflikten?"</b>
im 2. Jahr nach der Geburt	Bernhard Rüdisser, Bregenz Arno Dalpra, Feldkirch
	Ziel: Verbesserung des Konfliktverhaltens in den Familien
(D)	<b>"Mit Kindern leben heißt: Sie gehen lassen - wann und wieviel?"</b>
im 2. Jahr nach der Geburt	Manuela Steger, Bregenz Angela Schiemer, Bregenz
	Ziel: Ablösesituation klären

\* Die Abende dienen der Information (Referate) und dem Austausch (Gruppengespräche)

\* die Veranstaltungen können von einem oder von zwei Elternteilen besucht werden.

\* Der Besuch wird mit einem Stempel in das "Familienbonus"-Heft bestätigt.

- Die Referenten für diese Veranstaltungen werden vom Familienreferat der VlbG. Landesregierung gestellt und deren Honorarkosten wie auch die der Fachberater zur Hilfestellung bei der Installierung des Projektes in den Gemeinden übernommen.
- Im ersten Jahr findet für die z. Zt. Schwangeren zweimal der Vortrag A statt. Dieser Gruppe wird im folgenden Jahr der Vortrag B angeboten (gemeinsam mit der nunmehrigen Gruppe A, also 3 Abende/Jahr), im folgenden Jahr der Vortrag C oder - wahlweise D (insgesamt 5 Vorträge/Jahr). Im 2. Teil der Gesamtprojektzeit verringern sich die Veranstaltungsangebote wiederum auf 2.

\* Förderungsbeitrag durch die Gemeinde

ÖS 500 nach Vorlage von 3 Besuchsbestätigungen aus 4 angebotenen Veranstaltungen im Familienbonus-Heft.

⇒ In den Jahren 1997 bis 1999 kommt es zur Auszahlung der Gemeindeförderung von ÖS 500 pro teilnehmender Familie, d.h. bei 100 Geburten/Jahr in der Gemeinde und angenommenen 80 Teilnehmern

= ÖS 40.000 Budgetbelastung im Jahr

= ÖS 120.000 Gesamtkosten auf 3 Jahre

⇒ Die Projektdauer in den Gemeinden bringt also die Familien mit Geburtenjahrgängen 1995, 1996, 1997 (1998) in den Genuß der Förderung (im o.g. Modell: 240 Familien). Die Gesamtprojektdauer im Gemeindebereich beträgt somit 5 Jahre (letzte Veranstaltungen: 1999).

⇒ Das Gesamtprojekt wird ab 1997 durch Fragebogen (gekoppelt an Auszahlung) ausgewertet und Anfang 2000 präsentiert.

Fachliche Begleitung des Gesamtprojekts (G. Koller)

Koordination: Projektgruppe

**B** Mai 1995

**A** April - Juni **A** Okt. - Nov. **A** April **A** Okt.

<b>März 1994</b>	<b>Dez. 1994</b>	<b>März 1995</b>	<b>1996</b>
Vorbereitungsphase	Planungsphase	L A U F Z E I T	

1. Land →  
 Familienansprechpart-  
 ner Bürgermeister

2. Information des Ge-  
 meinderats durch Fach-  
 berater aus der Projekt-  
 gruppe (E. Scheidbach,  
 G. Koller, B. Rüdisser)

Gemeinderatsbeschluss

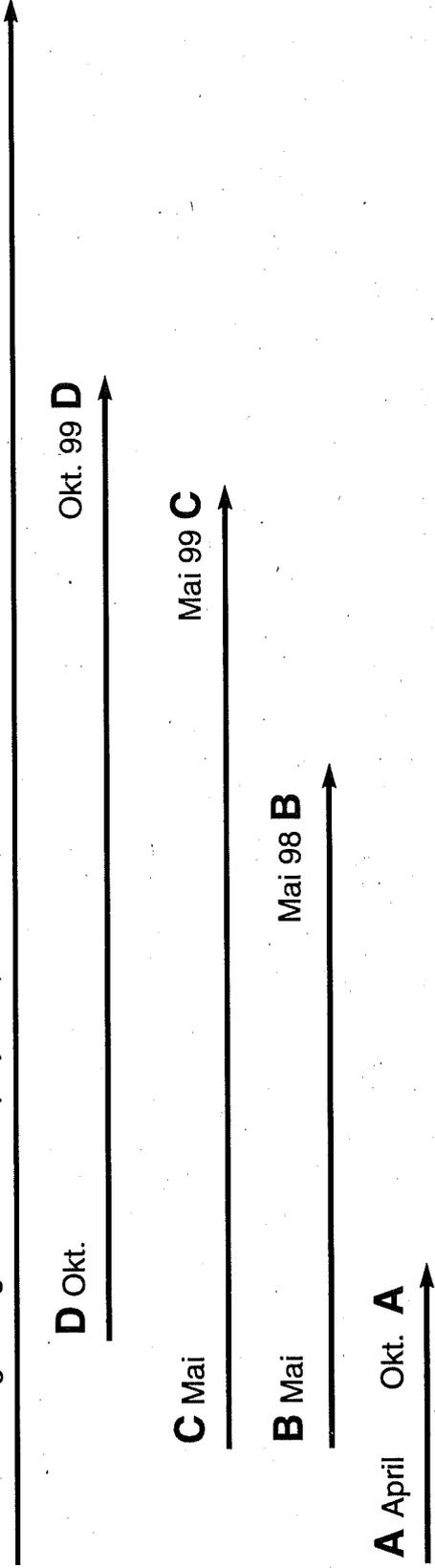
1. Land:

Druck Bonushefte

2. Projektgruppen in der  
 Gemeinde (+ Fachbera-  
 ter Land: E. Scheid-  
 bach, B. Rüdisser, A.  
 Schiemer, I. Tschernern-  
 jak, M. Steger)

- Öffentlichkeitsarbeit
- Informationsabend  
 für Multiplikatoren
- Information für  
 Schwangere

Fachliche Begleitung des Gesamtprojekts (G. Koller)



1996	1997	1998	1999	2000
Entwicklung Fragebogen	1. Auszahlung Förderbetrag (Finanzierung Gemeinden) + Fragebogen	L A U F Z E I T Auswertung Fragebogen Gemeinden: Finanzierung 98 + Fragebogen	Gemeinden: Finanzierung + Fragebogen	Endauswertung März: Präsentation des Projektes

## Finanzierungsplan für das Land

### 1995

Fachbegleiter	46.000 ÖS
Projektgruppensitzungen	24.000 ÖS
Vorträge	60.000 ÖS
Fachbegleitung	20.000 ÖS
+ AG-Sitzungskosten	30.000 ÖS
<b>GESAMT</b>	<b>180.000 ÖS</b>

---

### 1996

Projektgruppe	24.000 ÖS
Vorträge	90.000 ÖS
Fachbegleitung	20.000 ÖS
+ AG-Sitzungen	30.000 ÖS
<b>GESAMT</b>	<b>164.000 ÖS</b>

---

### 1997

Projektgruppe	30.000 ÖS
Vorträge	120.000 ÖS
Fachbegleitung	20.000 ÖS
+ AG-Sitzungskosten	30.000 ÖS
<b>GESAMT</b>	<b>200.000 ÖS</b>

---

### 1998

Projektgruppe	30.000 ÖS
Vorträge	120.000 ÖS
Fachbegleitung	20.000 ÖS
Evaluation	20.000 ÖS
+ AG-Sitzungskosten	45.000 ÖS
<b>GESAMT</b>	<b>235.000 ÖS</b>

---

1999

Projektgruppe	30.000 ÖS
Vorträge	60.000 ÖS
Fachbegleitung	20.000 ÖS
Evaluation	20.000 ÖS
+ AG-Sitzungskosten	45.000 ÖS
<b>GESAMT</b>	<b>175.000 ÖS</b>

---

2000

Fachbegleitung	20.000 ÖS
Evaluation	20.000 ÖS
Projektband	20.000 ÖS
<b>GESAMT</b>	<b>60.000 ÖS</b>

Angenommene Finanzenteilung Land - Modellgemeinden

Gesamtbudget "BONUS"  
Land 1994 - 2000

ÖS 114.000  
ÖS 150.000  
ÖS 134.000  
ÖS 170.000  
ÖS 190.000  
ÖS 130.000  
ÖS 60.000

Gesamtbudget "BONUS"  
10 Modellgemeinden 1994 - 2000

(bei angenommenem Geburten-  
schnitt/Jahr: 70 / Gemeinde =  
50 Besucher

Förderungen 75.000 x 10  
= 750.000  
Aufwand 4.000/Jahr x 10  
= 240.000

---

ÖS 958.000  
=====

---

ÖS 990.000  
=====

Geförderte Personenzahl: 50 / Jahr / Gemeinde x 3 x 10 =  
1.500 Familien

Landesförderung/Familie

ca. 639 ÖS

-----

= 213 ÖS/Jahr

Gemeindeförderung/Familie

ca. 660 ÖS

-----

= 220 ÖS/Jahr

## Anhang

### Primärprävention

- körperliche, psychische, spirituelle und soziale Gesundheit fördern und achtsam begleiten
- Aufmerksamkeit und Respekt gegenüber dem/der anderen
- eine Lebensführung ermöglichen, die Menschen selbstverantwortlich Entscheidungen treffen läßt
- Strukturen in Frage stellen bzw. ändern, die solche Entscheidungen nicht ermöglichen
- Begleitung zu "Sinnvoller Körperse(e)ligkeit"

**Jeder Mensch hat alle  
Ressourcen in sich**

---

**Ressourcen ansprechen,  
mündig machen,  
nicht Expertenwissen vermitteln**

## Ziel des Projektes

- . Erhöhung des psychosozialen Bewußtseins
- . erhöhte Konfliktfähigkeit
- . Reflexion von Konsumverhalten
- . "Nicht nur mir geht es so" - Selbsthilfegedanke
- . Reflexion über Familie - Partnerschaft - Gesundheit in den Gemeinden

## Erweiterung des Mutter - Kind - Passes

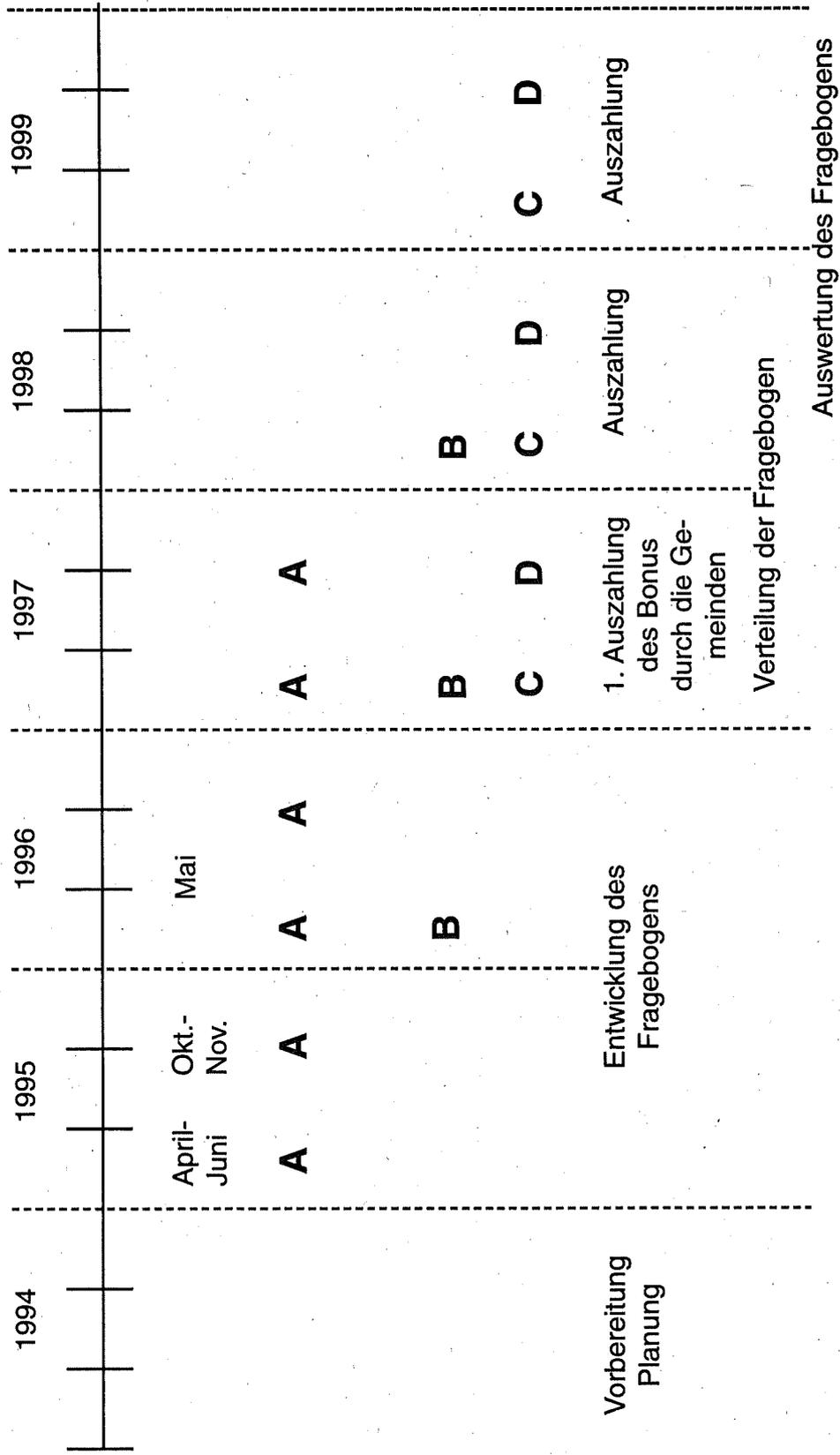
	Datum	Thema	Bestätigung
A		Geburt heißt Neubeginn für alle	
B		Ein Kind ver- ändert mehr als "man" denkt	
C		"Was sich so gehört ..."	
D		Gelassenheit macht vieles leichter	

Abendveranstaltungen à 2 Stunden dienen der Information (Referat) und dem Austausch (Gruppengespräche)

Besuch wird mit einem Stempel bestätigt

Bei Vorlage von 3 Bestätigungen erhält Elternteil ÖS 500,--

# Zeitplan



## **Polen**

### **Organisation der Politik zur Vorbeugung der Rauschgiftsucht in Polen**

**Grazyna Miros, Warszawa**

#### **I. Eigenart der Rauschgiftsucht in Polen**

##### *1. Kurzer historischer Überblick*

Rauschgiftsucht als eine gesellschaftliche Erscheinung kam in Polen um die Wende der 60er und 70er Jahre zum Vorschein. Sie betraf die Jugendbewegung, sog. "Subkultur der Hippies".

Man nimmt an, daß sich ca. 50 000 Menschen in der ersten Hälfte der 70er Jahre berauscht haben. Zu den Mitteln, die man eingenommen hat, gehörten hauptsächlich verschiedene Medikamente und pharmazeutische Mischungen, die oft aus der Hausapotheke stammten, oder durch Diebstahl in den Apotheken und Krankenhäusern erworben wurden. Von Zeit zu Zeit waren auch gefälschte Rezepte im Umlauf. Gesundheitsministerium und die soziale Fürsorge verordneten dann verschiedene Maßnahmen, die den Vertrieb von Rauschmitteln einschränken sollten:

- \* Einführung von speziellen (Rosa)Rezepten mit Durchschlag
- \* Reduzierung der Anzahl der Apotheken, die zur Ausgabe von Rauschgiftmitteln berechtigt waren,
- \* Sicherung der Apotheken vor Einbrüchen

Es waren typische Maßnahmen, die an der Einschränkung und Kontrolle des "Angebots" von Rauschmitteln orientiert waren.

Infolge der verschärften Maßnahmen sind in der zweiten Hälfte der 70er Jahre die epidemiologischen Faktoren der notierten Rauschgiftsucht gesunken; leider nicht langfristig.

Am Anfang der 80er Jahre erschienen auf dem Markt Rauschgift-

mittel aus der heimischen Herstellung, sog. polnisches Heroin, hausgemacht aus Mohnstroh.

Merkmale dieser Periode:

- \* leichter Zugang zu den Mitteln, die abhängig machen,
- \* illegaler und billiger Vertrieb von polnischem Heroin unter den Jugendlichen,
- \* erheblicher Anstieg der Anzahl der Rauschgiftsüchtigen,
- \* die Hersteller gleichzeitig Händler und Verbraucher von Rauschmitteln.

## 2. *Epidemiologische Daten*

Nach der Beständigkeit der Rauschgiftsucht in Polen in der Zeit von 1985 - 1989 notiert man seit 1990 einen starken Anstieg der Zahlen von behandelten Personen auf 100 000 Einwohner.

Der Faktor von	1990 : 7,99	ist angestiegen und betrug
		in den folgenden Jahren:
im Jahre	1991 : 10,10,	
	1992 : 10,74,	
	1993 : 11,0.	

Unter den stationär behandelten Personen überwiegen Patienten, die von hausgemachten Heroin abhängig sind. Diese Patienten bildeten im Jahre 1992 ca. 80 % der Behandelten. Unter den anderen Abhängigen war die größte Gruppe die Abhängigen von Schnüffelstoffen (sog. Riecher), dann Abhängige von Mischmitteln (ohne Betäubungsmittel) und von Beruhigungs- und Schlafmitteln.

Anhand der Statistik vom Gesundheitsdienst bezüglich der stationär behandelten Patienten **schätzt man die Anzahl der Abhängigen auf 20.000 bis 40.000**, mit der Annahme, daß im Jahr 10-20 % der Abhängigen stationär behandelt werden.

Man muß jedoch beachten, daß die Zahlen eher das Ausmaß der bekannten Fälle darstellen und weniger für eine präzise Statistik gelten können.

Aufgrund der gelegentlich entnommenen Daten der durchgeführten

Umfragen nimmt man an, daß 80.000 bis 110.000 Schüler und 60.000 bis 80.000 Studenten mindestens einmal berauschende Mittel versucht haben.

Aus der Öffentlichen Meinungsforschung geht hervor, daß im Jahre 1994 jeder zehnte Schüler der Oberschule zugegeben hat, daß er einen direkten Kontakt mit Rauschgiftmitteln hatte. Vor zwei Jahren (im Jahre 1992) waren es halb so viele Schüler. Aufgrund der veröffentlichten Daten kann man annehmen, daß die Anzahl der Personen, die von der Sucht bedroht sind, d. h. die unregelmäßig verschiedene psychoaktive Mittel einnehmen, ca. 200.000 beträgt; das Durchschnittsalter der Personen, die psychoaktive Mittel einnehmen, sinkt. In den letzten Jahren verändert sich das Spektrum der Medikamente; der Verbrauch von Marihuana steigt; in höherem Ausmaß kommen Amphetamine und Halluzinogene (LSD und Pilze) vor, auch die Anzahl von Kokaingebrauchern steigt.

## **II. Organisation der Politik zur Vorbeugung der Rauschgiftsucht in Polen**

### *1. Geltendes Gesetz zur Vorbeugung der Rauschgiftsucht*

Das Problem der Rauschgiftsucht, das in der ersten Hälfte der 80er Jahre an Stärke zugenommen hat und der Anstieg dessen negativen Folgen in der Gesellschaft haben dazu geführt, daß das polnische Parlament - auf Antrag der Regierung - das Gesetz zur Rauschgiftsuchtvorbeugung vom 31. Januar 1985 verabschiedet hat. In diesem Gesetz hat man ein Präventionsmodell in den Vordergrund gestellt, im Gegensatz zu repressiven Rechtsgesetzen in der Welt.

Ohne auf die Einzelheiten der Gesetzgebung einzugehen, möchte ich Ihnen die Prinzipien darstellen, die den organisatorischen Rahmen der Politik zur Vorbeugung der Rauschgiftsucht in Polen bilden:

- a) der Besitz und Verbrauch von psychoaktiven Mitteln ohne die Genehmigung des Arztes ist nicht strafbar;
- b) das Ministerium für Schulwesen sichert die erzieherische und vorbeugende Fürsorge für Kinder und Jugendliche, die von Rauschgiftsucht bedroht sind und für Schüler, die probeweise psychoaktive Mittel einnehmen; es sind vom Ministerium entsprechende Stellen eingerichtet;
- c) medizinische Hilfe für Abhängige sichert der Gesundheitsminister, indem er spezialistische Stellen organisiert: Beratungsstellen, Stationen für Entgiftung, Stationen der frühen Rehabilitation, Zentren für Rehabilitation und Readaptation für langfristige

- Aufenthalte, Tages- und Nachtstationen, Herbergen. Die Behandlung und Rehabilitation der Rauschgiftsüchtigen sind kostenlos;
- d) die Behandlung und Rehabilitation sind freiwillig mit zwei Ausnahmen:
- \* das Jugendgericht darf einen Minderjährigen (unter 18 Jahre) zur Zwangsbehandlung und Rehabilitation für die Dauer von 2 Jahren in die Zentren des Gesundheitswesens einweisen,
  - \* das Gericht hat das Recht, dem Abhängigen, der ein mit Rauschgiftsucht verbundenes Verbrechen begangen hat, eine Bewährungsfrist zu gewähren und den Abhängigen zur Zwangsbehandlung und Rehabilitation für 2 Jahre einzuweisen;
- e) der Minister richtet entsprechende Stellen für Abhängige ein, die eine Behandlung benötigen, aber in Straf- oder Erziehungsanstalten verweilen.

Als Folge dieses Gesetzes hat man angefangen, das Programm zur Vorbeugung der Rauschgiftsucht in folgenden Bereichen zu realisieren:

- \* Einschränkung der Nachfrage (vorbeugend-behandelnde Maßnahmen), Vorbeugung der Ansteckung von HIV/AIDS
- \* Einschränkung des Angebotes (Verbot von Mohnanbau in den Gebieten, die am meisten mit Rauschgiftsucht bedroht sind, und in den sonstigen Gebieten Verkaufspflicht an den Staat, Einschränkung der Flächen für den Anbau von Hanf, Einschränkung des Zugangs zu einigen psychotropen Medikamenten),
- \* Vermittlung ausreichender Informationen an die Gesellschaft; Einführung umfassender Bildung, von Schulungen und wissenschaftlichen Forschungen.

## **2. Landesweites Programm zur Drogenvorbeugung im Gesundheitsministerium**

1993 hat das Gesundheitsministerium ein Büro für Drogenfragen gebildet, in dem das Programm zur Vorbeugung der Rauschgiftsucht entstanden ist.

Das Programm besteht aus 4 grundlegenden Richtlinien:

- a) *Unterstützung gesunder Lebensart der Jugendlichen; dazu gehört:*
- \* Bildung von jugendlichen Leadergruppen in den Klubs für Gesundes Leben,

- \* fachkundige Unterstützung der Jugendlichen, die konstruktive Muster der Freizeitgestaltung für Kinder und Jugendliche aufbauen,
- \* intensive Schulungen für jugendliche Leader, Lehrer und Eltern,
- \* Lobbybildung für Programme zur gesunden Lebensart.

*b) Prophylaktische Programme für Kinder, die von Rauschgiftsucht bedroht sind:*

- \* Bildung von Wirkungskreisen innerhalb der Gemeindeprogramme; Vereinigung der Stellen, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben: Schulen, Vorbeugungsklubs, und auch die Zusammenarbeit mit der Polizei und direkter Kontakt zu den Eltern,
- \* Schulungen für Vortragende, die vorbeugende Maßnahmen einführen; auch in den Schulen,
- \* Erziehung bestimmter Berufs- und Gesellschaftsgruppen, die die Maßnahmen zur Vorbeugung der Abhängigkeit unterstützen sollen.

*c) Rehabilitation und Maßnahmen nach der Rehabilitation:*

- \* Bildung eines Systems von Straßenarbeitern (street workers),
- \* AIDS-Vorbeugungsmaßnahmen unter Rauschgiftsüchtigen,
- \* Bildung von Zentren für kurzfristige, aber intensive Therapie,
- \* Bildung von Unterstützungsgruppen, Herbergen, Wohnungen für Leute, die aus Rehabilitationszentren entlassen werden,
- \* Einführung des Methadonprogramms für Abhängige von Betäubungsmitteln (versuchsweise in Warschau).

*d) Forschungen und Veröffentlichungen über Probleme der Rauschgiftsucht:*

- \* epidemiologische Forschungen, Evaluationsforschungen,
- \* Verlegen von Büchern über Rauschgiftsucht für:
  - \* Therapeuten und Pfleger, Schulen und einen breiten Leserkreis,
  - \* Verlegen von Flugblättern und Plakaten, die für verschiedene Gruppen bestimmt sind.

Das Büro für Drogenfragen leitet die Politik zur Vorbeugung der Rauschgiftsucht in Polen und gibt Aufträge an verschiedene, nicht staatliche Institutionen aus.

1993 hat man ca. 40 Vorbeugungsprogramme und 12 Rehabilitationsprogramme von den zentralen Mitteln finanziert.

Wenn es um die Basis für die vorbeugenden Maßnahmen geht, ist es wichtig, daß man mehr Stellen und Klubs bildet, die von Rauschgiftsucht bedrohte Kinder und Jugendliche aus zerstörten Familien zusammenführen. Deswegen ist es auch wichtig, daß das Schulministerium Programme zur Vorbeugung in die Schule einführt, die die Programme vom Büro für Drogenfragen unterstützen.

Die Basis für die Rehabilitation ist ausreichend.

In Polen gibt es 44 Rehabilitationszentren, darunter:

- 12 Zentren des staatlichen Gesundheitswesens,
- 21 Zentren des MONAR-Verbands,
- 4 Zentren von der Kirche geführt,
- 7 Zentren von anderen Verbänden geführt.

1993 hat man auch Maßnahmen nach der Rehabilitation eingeführt. In ganz Polen sind über 100 Stellen in Adaptationswohnungen (einschließlich Ergänzungsprogramm für Unterstützung im Fall der Krise) entstanden, gedacht für Personen nach der Behandlung. Diese Maßnahmen werden vom Verband "Soziale Hilfe" und Verband für Familien und Freunde der abhängigen Kinder "Rückkehr von A" durchgeführt.

#### **Prinzipien der Rehabilitation und der Behandlung nach der Rehabilitation der Abhängigen in Polen:**

- \* die Anmeldung zur Behandlung ist freiwillig (mit einigen Ausnahmen),
- \* Behandlung und Therapie in staatlichen Anstalten, vom staatlichen Haushalt finanziert, sind kostenlos,
- \* medizinische Fürsorge für Abhängige sichern sowohl Stellen der sog. allgemeinen oder psychiatrischen Medizin, als auch spezialisierte Zentren (Beratungsstellen, Entgiftungsstationen, Zentren für Rehabilitation und Readaptation, Tages- und Nachtstationen, Herbergen).

Spezialisierte Stellen, außer den Entgiftungsstationen, können nicht nur vom Gesundheitsdienst geführt werden, sondern auch von sozialen Organisationen, Glaubensgemeinschaften und Leuten, die eine Genehmigung vom Gesundheitsministerium bekommen haben. Langfristige Therapie (bis 2 Jahre) ist das wichtigste Modell in dem System der Rehabilitation, das nach der Entgiftung des Patienten in stationären Zentren durchgeführt wird. Ziel des Aufenthaltes des Abhängigen in einem solchen Zentrum ist: dauerhafte Enthaltung, Festigung konstruktiver psychischer und sozialer Fähigkeiten,

Rückkehr zur Gesellschaft und Wiederaufnahme von sozialen Fähigkeiten.

In Polen wurde das Modell der langwierigen pharmazeutischen Therapie (z.B. Methadonprogramm) bis heute amtlich nicht eingeführt. Das Methadonprogramm wird experimentell in Warschau in drei Stellen durchgeführt:

- 1.) im Institut für Psychiatrie und Neurologie,
- 2.) im Psychiatrischen Krankenhaus in der Nowowiejska Straße,
- 3.) im Zentrum der Therapie und Diagnostik von AIDS in der Klinik für Ansteckungskrankheiten.

Außer dem zentralen Programm zur Vorbeugung gibt es auch Bezirksstellen, die die örtlichen Programme finanzieren. Der Bürgermeister stellt das Geld für die Programme zur Verfügung und die ehrenamtliche Aufsicht übernimmt das Büro für Drogenfragen.

### **3. Die Rauschgiftsucht und AIDS in Polen**

Aus den Ergebnissen der epidemiologischen Untersuchungen in Polen, die in der Staatlichen Hygieneanstalt durchgeführt wurden, geht es hervor, daß Rauschgiftsüchtige über 70 % aller in Polen notierten HIV-Virusträger sind. Man schätzt, daß unter den notierten Rauschgiftsüchtigen 10 - 15 % angesteckt sind, in Warschau noch mehr, und zwar ca. 20 - 30 %. Diese Daten beziehen sich nur auf angemeldete und registrierte Fälle.

Das reale Ausmaß der HIV-Ansteckung kann um vieles höher sein. Deswegen, um die HIV-Ansteckung unter den Rauschgiftsüchtigen einzuschränken und die Gesellschaft davor zu schützen, hat das Gesundheitsministerium in Absprache mit der Sanitätsinspektion, mit dem Institut für Psychiatrie und Neurologie, und dem Institut für Geschlechtskrankheiten ein spezielles Programm zur Vorbeugung im März 1989 eingeführt:

1. Schulung der Mitarbeiter im Gesundheitsdienst
2. Vorbeugende Maßnahmen unter den Rauschgiftsüchtigen:
  - \* Information und Erziehung
  - \* weitverbreitete serologische Untersuchungen auf HIV-Virus
  - \* kostenloser Austausch von gebrauchten Nadeln und Spritzen, Verteilung von Kondomen
  - \* medizinische und soziale Hilfe

- \* Ausgabe von Übernachtungen für obdachlose Drogensüchtige
- \* Bildung von Siedlungen und Gemeinschaften für diejenigen, die unfähig sind, sich an die Gesellschaft anzupassen.

Unter Berücksichtigung aller Probleme, die mit der AIDS-Ansteckungsgefahr für diese Population verbunden sind, wird in den letzten Jahren aufs neue die Frage diskutiert, ob die Verabreichung von Methadon an opiatabhängige Patienten zweckmäßig ist. Legale Vergabe dieses Medikamentes hätte vielleicht die HIV-Ansteckungsquote unter den "Veneninjektions-Rauschgiftsüchtigen" eingeschränkt. Andererseits hätte wahrscheinlich ein leichter, offizieller Zugang zu Methadon die Abhängigen negativ motiviert, sich einer Behandlung zu unterziehen und ein Leben ohne Sucht anzufangen. Bis Ende des Jahres wird das Gesundheitsministerium die endgültige Entscheidung treffen.

#### **4. Aktuelle Richtlinien in der Politik zur Drogenvorbeugung in Polen**

Obwohl man in dem letzten Jahrzehnt prophylaktische Programme in hohem Maße eingeführt und durchgeführt hat, Geldmittel vom Staat und anderen Institutionen für Ausführung der Aufgaben zur Verfügung gestellt wurden, wird leider die polnische Gesellschaft von der Erscheinung immer mehr beunruhigt. Dies hängt mit folgenden Faktoren zusammen:

- \* Öffnung der Grenze, was eine größere Freiheit im Personenverkehr und Warenaustausch mit dem Ausland zur Folge hat,
- \* Anstieg der illegalen Herstellung von neuen Betäubungsmitteln und Psychotropen (u.a. Amphetamin),
- \* Anstieg der Kriminalität, die mit Rauschgiftsucht verbunden ist - dabei wird Polen zum Transitland für kriminelle Organisationen, die mit Rauschgift handeln,
- \* große Verbreitung der HIV-Virusbedrohung unter den Rauschgiftsüchtigen.

Am 30. April 1994 hat Polen die Konvention der Vereinten Nationen - UNO - von 1988 über Bekämpfung des illegalen Handelns mit Betäubungsmitteln und psychotropen Substanzen ratifiziert. Aufgrund der ungünstigen Veränderungen auf dem Rauschgiftmarkt, und der Unterzeichnung es verpflichtenden internationalen Abkommens, besteht die Notwendigkeit, das liberale polnische Gesetz den Anforderungen dieses Abkommens anzupassen. Das Gesundheitsministerium hat schon die Arbeiten über die neue Fassung des

Gesetzes bzgl. der Prävention und der Bekämpfung des illegalen Handelns mit Betäubungsmitteln und psychotropen Substanzen beendet. Bis Ende 1994 wird der Entwurf des Gesetzes bei Parlamentsausschuß fertig. In diesem Entwurf ist die Bestrafung für den Besitz vorgesehen, die Kontrolle der Wegbereiter und die Festlegung der Institutionen für die Koordination zwischen den Ressorten. Im Februar dieses Jahres hat die polnische Regierung die Initiative ergriffen und einen Ausschuß für die Koordination der Kontrolle von Psychotropen und Betäubungsmitteln berufen; den Vorsitz führt der Vizepräsident des Ministerrates. Der Ausschuß besteht aus Vertretern der einzelnen Ministerien und Experten aus nicht staatlichen Organisationen.

Ziel des Ausschusses ist das Koordinieren der Maßnahmen auf dem Gebiet der Vorbeugung und Bekämpfung der Rauschgiftsucht. Im Endeffekt sollte es zur Entstehung des Nationalprogrammes für die Bekämpfung und Vorbeugung der Rauschgiftsucht führen.

## **Programm zur Vorbeugung der Rauschgiftsucht**

**Janusz Sieroslowski, Warszawa**

### Einführung

Das Problem der Rauschgiftsucht kam in Polen in großem Ausmaß Ende der 60er Jahre zum Vorschein. In den 70er Jahren und in der ersten Hälfte der 80er Jahre hat man eine rasche Entwicklung der epidemiologischen Tendenzen beobachtet. Mitte der 80er Jahre hat sich eine bestimmte Stabilisierung bemerkbar gemacht. Am Ende des Jahrzehntes ist diese Erscheinung wieder quantitativ angestiegen und hat sich auch anfangs der 90er Jahre auf diesem Niveau gehalten. Die Anzahl der Drogenabhängigen schätzt man zur Zeit auf 20.000 bis 40.000. Abgesehen vom Alkoholismus ist die Abhängigkeit von den Opiaten zu einem gesellschaftlichen Problem in Polen geworden. In unserem Land haben die Rauschgiftsüchtigen eine "hausgemachte" Technologie zur Herstellung von Opiaten aus Mohnstroh entwickelt, die außer den zahlreichen Verunreinigungen auch die Mischung von einzelnen Opiumalkaloiden, darunter Heroin, enthalten. Diese Substanz heißt in der Umgangssprache "Kompott". Meist wird sie mittels intravenöser Injektion eingenommen. Ca. 80 % aller von Arzneimitteln abhängigen Patienten, die stationär behandelt werden, sind eben von dieser Substanz abhängig.

Einen festen Platz in der Drogenszene haben die Beruhigungs- und Schlafmittel. Darunter sind Benzozweiazepine, vor allem Relanium, am beliebtesten.

Nicht so oft trifft man Barbiturate, die einer strengen Kontrolle unterliegen. Die Beruhigungs- und Schlafmittel werden oft von den Opiatabhängigen eingenommen, um die Wirkung der Opiate zu verstärken oder wenn sie vorübergehend keine Opiate besitzen. Die Beruhigungs- und Schlafmittel spielen auch eine erhebliche Rolle bei den ersten Versuchen mit Drogen. Die Cannabisabhängigkeit, ziemlich häufig im Westen, ist in Polen nicht so sehr verbreitet, obwohl die neuesten Untersuchungen aufweisen, daß die epidemiologische Gefährdung in den letzten Jahren schnell zunimmt. In unserem Land trifft man Marihuana, das vor allem aus dem einheimischen, illegalen Anbau in Blumentöpfen oder aus illegalen Pflanzungen in Treibhäusern stammt. Cannabis wird auch geschmuggelt. Neulich meldete die Polizei und die Ärzte, daß der Gebrauch von Drogen aus der Amphetamingruppe unter den Jugendlichen gestie-

gen ist. Die illegale Herstellung dieses Mittels verstärkt sich in Polen seit Ende der 80er Jahre. Das Amphetamin wird aus dem vom Westen geschmuggelten Rohstoff gewonnen. Am Anfang hat man Amphetamin nur für ausländische Abnehmer hergestellt. Zur Zeit sieht man immer mehr von diesen Mitteln auf dem illegalen Markt. Amphetamin wird von Opiatabhängigen eingenommen, immer öfter wird es auch den Jugendlichen angeboten, die bisher keine Rauschgifte eingenommen haben.

Ein wichtiges Problem, vor allem unter den Teenagern, aber auch unter den kleineren Kindern, stellt das Betäuben mit Schnüffelstoffen dar. Zu diesem Zweck dienen verschiedene Reinigungsmittel: Klebstoffe, Benzin, Verdünnungsmittel u.a..

Die gegenwärtigen Veränderungen in der polnischen Drogenszene kann man mit dem Prozeß der Änderung der Gesellschaftsordnung in Verbindung bringen. Dieser Prozeß hat eine große Nachfrage nach Betäubungsmitteln zur Folge. Die Krise im Wertesystem, schwächere Kontrolle seitens der Gesellschaft, die Arbeitslosigkeit, der Streß wegen der mangelnden Stabilität und unklare Perspektiven ergeben einen "guten Grund" zur Flucht in das pharmakologische Vergessen. Seitdem man einfacher reisen kann, ist auch der Einfluß der westlichen Kulturmuster von großer Bedeutung. Andererseits die ökonomischen Faktoren, reale Devisenkurse, tragen dazu bei, daß das Angebot der psychoaktiven Mittel immer größer und abwechslungsreicher wird.

Angesichts der Gefahr, die die Veränderungen in unserem Angebot der Medikamente verursacht haben, ist es sehr wichtig, die vorbeugenden Maßnahmen zu verstärken. Dabei sind die Maßnahmen zur Einschränkung des Angebotes von psychoaktiven Substanzen sehr vielversprechend. Sie führen einerseits zu dauerhaften Resultaten, andererseits scheinen sie keine negativen Nebenwirkungen zu haben. Es ist auch bemerkenswert, daß diese Maßnahmen andere negative Erscheinungen unter den Jugendlichen unterbinden.

Diesen Bedürfnissen entgegenkommend hat das Institut für Psychiatrie und Neurologie in Warschau im Auftrag des Europäischen Ausschusses und unter Mitwirkung des Europäischen Büros der Weltgesundheitsorganisation die Aufgabe übernommen, das lokale Programm zur Vorbeugung der Rauschgiftsucht vorzubereiten.

Die Bearbeitung des Programmes wurde Anfang 1994 aufgenommen und wird im Herbst 1995 beendet. Die Arbeiten erstrecken sich auf die Durchführung und Evaluation des Programms in zwei lokalen Gesellschaftsgruppen. Gegenstand dieses Referates ist die Darstellung der Grundlagen des Programmes und die ersten Erfah-

rungen über die primäre Prävention, die bei der Durchführung des Programms gesammelt wurden.

### **Die Voraussetzungen:**

Das Programm setzt drei Wirkungsbereiche voraus: allgemein: die Verbreitung der drogenfreien Lebensart unter den Kindern und Jugendlichen; dann: die Vorbeugung der Einnahme von psychoaktiven Substanzen; außerdem: eine ökonomisch wirksame Behandlung der Drogenabhängigen. Diese Behandlung ist die Grundlage zur Vorbeugung von HIV.

Die Idee, ein Programm für die lokale Gesellschaft aufzubauen, entspricht den tatsächlichen Bedürfnissen.

Das Programm wurde als ein Bausatz entwickelt, bestehend aus Strategien, Werkzeugen, Richtlinien und Materialien, die es möglich machen, das Ausmaß der Gefahr einzuschätzen. Es besteht weiterhin aus Schulungen für Personen, die sich mit der Vorbeugung beschäftigen, aus der Durchführung der vorbeugenden Maßnahmen und ihrer Koordination. Das Programm wird auf dem Prinzip eines Computermenüs aufgebaut, aus dem man die nötigen Elemente wählen kann. Das Programm enthält folgende Maßnahmen:

- Forschungen und Analysen,
- Wecken des gesellschaftlichen Bewußtseins,
- die primäre Prävention,
- Hilfe für Drogenabhängige.

Die vorgelegte Aufteilung hat nur Ordnungscharakter. In der Tat überschreiten viele im Programm vorgeschlagene Maßnahmen die Kategorien, denen sie zugerechnet wurden.

### **Die Forschungen und Analysen**

Ziel eines Teiles des Entwurfs ist die Diagnose der Situation in der lokalen Drogenszene, die Bestimmung der Höhe der Gefahr, die Sammlung der Informationen über die Bedingungen und den gesellschaftlichen Kontext, in dem die prophylaktischen Maßnahmen aufgenommen werden. Außer der diagnostischen Funktion sollen die Forschungen auch eine Evaluationsrolle spielen. Das Programm setzt die zweimalige Durchführung der Untersuchungen voraus - vor dem Beginn der Aktion und nach ihrer Beendigung (prä-test/post-test).

Das Programm setzt die Anwendung von vielen, unterschiedlichen Untersuchungsmethoden voraus, sowohl quantitativen als auch qualitativen Charakters. In der diagnostischen Phase und nach der Beendigung des Programms werden durchgeführt:

1. Umfragen unter den Erwachsenen zu folgenden Themen:
  - die gesellschaftliche Einschätzung der Verbreitung der Drogenabhängigkeit und anderer Probleme der Jugendlichen,
  - der Rang der Drogenabhängigkeit unter den anderen gesellschaftlichen Problemen,
  - Einstellung zu den Drogenabhängigen und HIV-Trägern,
  - der Grad der Akzeptanz für verschiedene Vorbeugungsmaßnahmen,
  - Auffinden der gesellschaftlichen Gruppen und Kräfte, die bereit sind, sich mit den Vorbeugungsmaßnahmen zu befassen.
  
2. Umfragen unter der Schuljugend, die sich auf folgende Probleme konzentrieren:
  - die Verbreitung der Einnahme von verschiedenen psychoaktiven Substanzen,
  - der Zugang zu diesen Substanzen,
  - die Bereitschaft, nach den Drogen zu greifen,
  - die Aufklärung über Drogenabhängigkeit und die Gefahr von HIV,
  - die Verbreitung der positiven und negativen Verhaltensweisen aus der Perspektive der gesunden Lebensart.
  
3. Analysen der routinemäßig gesammelten statistischen Daten, die sowohl gesellschaftlich-demographische und ökonomische Faktoren, als auch Probleme der Jugendlichen, darunter die Epidemiologie der Rauschgiftsucht, enthalten.
  
4. Interviews mit den Vertretern der führenden Institutionen bezüglich der Vorbeugung. Dazu gehören: Kultusministerium, Gesundheitsministerium, die soziale Fürsorge, die Polizei, nicht staatlich finanzierte Organisationen und Verbände, lokale Behörden. Während der Interviews werden Informationen gesammelt, die folgende Probleme betreffen:

- Verbreitung der Drogenabhängigkeit und anderer Probleme unter Jugendlichen,
  - bisherige Aktivität auf dem Gebiet der Vorbeugung,
  - Bereitschaft zur Teilnahme am Programm oder dessen Unterstützung,
  - der gesellschaftliche Kontext.
5. Interviews mit Drogenabhängigen über ihre Drogenkarriere, Lebensbedingungen, die Gefahr der Abhängigkeit, Lebensart, die Bedürfnisse und Probleme, Erfahrungen mit der Behandlung und der Rehabilitation. Bei der Entwicklung der Forschungsinstrumente nutzt man Muster aus, die von der WHO-Europe, Pompidu-Gruppe u.a. empfohlen werden.

#### **Wecken des gesellschaftlichen Bewußtseins**

Der Programmteil setzt sich zum Ziel, das Problem der Drogenabhängigkeit und der daraus folgenden Gefährdungen der Gesellschaft sichtbar zu machen. Dazu kommt noch die Überzeugung, daß der Einsatz der prophylaktischen Maßnahmen notwendig ist. Die Grundvoraussetzung für den Erfolg dieser Aktivitäten ist die Überzeugung der einflußreichen Personen von der Notwendigkeit, dem Problem der Vorbeugung der Rauschgiftsucht den Vorrang einzuräumen. Wichtig ist auch die Akzeptanz der Gesellschaft für die vorgeschlagenen Maßnahmen. Diese Richtung des Programms enthält auch die Aufklärung der Gesellschaft über die Vorbeugung der Rauschgiftsucht und über die Unterstützung der drogenfreien Lebensart. Im Rahmen des Entwurfs sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

1. Treffen mit den Bürgermeistern und Vertretern der Institutionen, die für die Vorbeugung zuständig sind; Darstellung der Situation, Bildung eines Ausschusses, der die Einzelheiten des Programms abstimmt und seine Durchführung koordiniert. Der Ausschuß bildet eine Basis für die Zusammenarbeit der Institutionen, die die Vorbeugung durchführen.
2. Aufklärungskampagne mit Plakaten, Broschüren, Flugblättern, Aufklebern und der lokalen Presse, Rundfunk und Fernsehen.
3. Ein Plakatwettbewerb für Schulkinder mit Preisen; Vervielfältigung und Verbreitung der besten Arbeiten im Rahmen der Aufklärungskampagne.

4. Workshops für Journalisten, die sich mit dem Problem der Drogenabhängigkeit befassen.

### **Primäre Prävention**

Die primäre Prävention ist eine Maßnahme, auf die im Programm ein besonderer Wert gelegt wird. Die Maßnahmen in diesem Bereich richten sich an alle potentiell gefährdeten Personen, also vor allem an Kinder und Jugendliche. Außer den Maßnahmen, die direkt an die junge Generation gerichtet sind, wird eine Schulungsaktion für diejenigen geplant, die eine wichtige Rolle im Erziehungsprozeß spielen und in ihrer Arbeit ständigen Kontakt mit den Jugendlichen haben. Das Ziel der Maßnahmen im Rahmen der primären Prävention ist, die Neigung zum Griff nach psychoaktiven Substanzen bei den jungen Leuten zu reduzieren. Dieses Ziel soll durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Vertiefung und Festigung der Kenntnisse der Drogen,
- Verbreitung der drogenfreien Lebensart,
- Hilfe bei der Entwicklung der gesellschaftlichen und psychischen Fähigkeiten, die es ermöglichen, in schwierigen Situationen ohne Einnahme von psychoaktiven Substanzen zurechtzukommen,
- Erweiterung des Angebotes der Freizeitgestaltung.

Die Aufklärung der Jugendlichen wird von Lehrern und Jugendleitern durchgeführt, die in Workshops über Drogenabhängigkeit darauf vorbereitet werden.

Es ist auch eine Beratung für Eltern geplant, die Probleme mit der Erziehung der Kinder haben. Für die Berater hat man auch Kurse vorgesehen.

Separate Kurse werden für andere Berufsgruppen organisiert, die mit dem Problem zu tun haben, wie z. B. Ärzte, Krankenschwestern, Sozialpfleger, Polizisten, Priester, Mitarbeiter in den Sport- und Jugendklubs, anderen Organisationen und Vereinen u.a. Diese Kurse werden die Grundkenntnisse über Drogenabhängigkeit und die Methoden zur Vorbeugung liefern.

Außerdem hat man Schulungen für Fortgeschrittene vorgesehen, die aus den erwähnten Gruppen ausgesucht werden. Das Ziel dieser Kurse ist die Integration der Maßnahmen, die von verschiedenen Institutionen übernommen werden. Die Schulungsmaterialien werden an die Teilnehmer verteilt; sie sollen als Ergänzung der Schulung dienen. Ein sehr wichtiges Element des Programms ist die

Erweiterung der Möglichkeiten für die Freizeitgestaltung. Auf der bereits bestehenden Basis sind Sport-, Kultur-, Erholungs- und Touristikveranstaltungen geplant. Große Aufmerksamkeit wird auf die möglichst zahlreiche Teilnahme an diesen Veranstaltungen gelegt. Man nimmt an, daß derartige Beschäftigung der jungen Leute die Langeweile ersetzen wird und einen guten Anlaß zur Aneignung der positiven, gesellschaftlichen Fähigkeiten geben wird.

### **Hilfe für Drogenabhängige**

In diesem Teil des Programms wird der Schwerpunkt auf die Sicherstellung der Rehabilitation für Drogenabhängige in der direkten Umgebung gelegt. Im Rahmen des Ambulanz-Programms werden Arbeitsplätze, psychologische Beratung, Familienberatung und soziale Unterstützung angeboten. Ein wichtiges Glied der Maßnahmen ist die Selbsthilfegruppe. Zur Zeit wird die Möglichkeit in Betracht gezogen, den Programmteilnehmern in der Übergangsphase Methadon zu verabreichen. Beim Entwurf dieses Teils des Programms hat man sich dänische Erfahrungen zunutze gemacht.

### **Die Durchführung des Programms**

Das Programm wird zur Zeit in zwei Ortschaften durchgeführt; in Starachowice und Malczyce. Starachowice ist eine Kleinstadt im zentralen Teil Polens mit 60.000 Einwohnern. Malczyce ist dagegen eine Dorfgemeinde mit 6.000 Einwohnern im Süd-Westen. In beiden Ortschaften gibt es eine hohe Arbeitslosigkeit, eine große Anhäufung von gesellschaftlichen Problemen, große Armut und starken Alkoholkonsum. Infolge der sozial-ökonomischen Veränderungen in unserem Land ist der Lebensstandard in beiden Gemeinden stark gesunken. Der entscheidende Unterschied zwischen den beiden Gemeinden - vom Standpunkt des Programms - bezieht sich auf die Verbreitung der Rauschgiftsucht. Während der Untersuchungen in Starachowice hat man 15 Drogenabhängige festgestellt und in der Gemeinde Malczyce, die fast zehnmal kleiner ist, gibt es jedoch 22 Drogenabhängige. Das Ausmaß der Rauschgiftsucht war eben das Kriterium bei der Wahl der Ortschaften für die Durchführung des Programms. Das Programm sollte in einer Gemeinschaft durchgeführt werden, in der die Drogenabhängigkeit stark verbreitet ist. Als Gegensatz sollte eine Gemeinde mit einer zwar geringen Anzahl von Drogenabhängigen ausgesucht werden, wo aber die Umstände für die Gefährdung sehr günstig sind. Es bestand also die Möglichkeit, eine intensive Vorbeugung zu entwickeln, bevor das Suchtverhalten an Stärke zunehmen würde.

Die erste Phase des Forschungsprogrammes wurde planmäßig im April dieses Jahres beendet. Die Forschungsergebnisse und die Diagnosen wurden den Gemeinden vorgestellt. Man hat Koordinationsausschüsse gebildet. Im Mai wurde die richtige Aktion angefangen. Zur Zeit werden in beiden Gemeinden prophylaktische Maßnahmen durchgeführt.

### **Die Forschungsergebnisse**

Jetzt stelle ich die Forschungsergebnisse dar, die in Bezug auf die primäre Prävention und die bisher durchgeführten Vorbeugungsmaßnahmen für die Aktion von großem Nutzen sind.

Die Forschungsergebnisse haben hauptsächlich die Richtigkeit der Programmthesen bestätigt. In manchen Fällen haben sie Schwachpunkte gezeigt, denen man größere Aufmerksamkeit schenken soll. Sie haben auch Informationen über die Umstände gebracht, unter denen die Maßnahmen eingesetzt wurden.

Die Ergebnisse der Umfragen unter der Schuljugend haben die Meinung bestätigt, daß Rauchen und Alkoholgenuß häufiger sind als die Einnahme von Betäubungsmitteln. Die Betäubungsmittel werden eher sporadisch eingenommen. Dies bezieht sich auf beide Gemeinden. In Malczyce haben mehr junge Leute zugegeben, daß sie einen leichten Zugang zu Marihuana haben. Die relativ geringe Verbreitung der Betäubungsmittel bei den Jugendlichen in beiden Gemeinden stimmt mit den Ergebnissen der durchgeführten Interviews mit einflußreichen Personen überein. Der Meinung der Erwachsenen nach nimmt das Problem der Drogenabhängigkeit einen niedrigen Platz auf der Liste der Probleme ein, die in der Gemeinde auftreten, wobei in Malczyce das Problem größer ist als in Starchowice. Häufiger wird ein asoziales Verhalten beobachtet, wobei in dem Kontext Drogenabhängigkeit in Malczyce öfter als in Starchowice vorkommt. In beiden Gemeinden herrscht eine günstige Atmosphäre für die Lösung der Jugendproblematik. Bei der Planung der Maßnahmen muß man sich jedoch darüber im klaren sein, daß sie in Gemeinden durchgeführt werden, die sich in einer schlechten ökonomischen Lage befinden und die von vielen Problemen geplagt sind. Diese Maßnahmen dürfen also nicht kostspielig sein, auch wenn sie von außen finanziert werden. Eine zu große Großzügigkeit könnte bei der Bevölkerung das Gefühl wecken, daß die Ausgaben in keinem Verhältnis zu dem Problem stehen, während viele andere Bedürfnisse nicht befriedigt werden können.

Ein wichtiges Resultat der unter der Schuljugend durchgeführten

Untersuchungen ist die Tatsache, daß viele Jugendliche Beruhigungs- und Schlafmittel einnehmen. Es werden auch Schmerzmittel, vor allem von Mädchen, mißbraucht. Die Forschungsergebnisse haben einen Anstoß für Schulungen der Ärzte in der Schule, der Lehrer, sogar der Eltern und Jugendführern gegeben.

Eine direkte Anwendung für die Aktion haben die Untersuchungsergebnisse gebracht, die sich auf die Freizeitgestaltung und ihre Präferenzen beziehen. Diesbezüglich haben die Untersuchungen eine große Vernachlässigung deutlich gemacht. Die meisten Jugendlichen in beiden Gemeinden betreiben keinen Sport, ein großer Teil liest keine Bücher, fast die Hälfte verbringt 3 bis 4 Stunden täglich vor dem Fernseher; ein Teil der Jugendlichen tut in der Freizeit gar nichts. Gleichzeitig würde die Mehrheit der jungen Leute (70 - 90 %) gerne die Möglichkeit der Freizeitgestaltung nutzen, sobald solche geschaffen würden. Sie haben großes Interesse an Sport, Touristik, Klubs, Theater, Zusammenkommen mit interessanten Leuten signalisiert. Jeder dritte Schüler wünscht sich eine Beratung beim Psychologen, mit dem er seine Probleme besprechen könnte. Die Offenbarung der Präferenzen in Bezug auf die Freizeitgestaltung hat es erlaubt, das Angebot den Erwartungen besser anzupassen. Ein großer Bedarf an psychologischer Beratung hat uns dazu veranlaßt, diese Art von Maßnahmen ins Programm einzugliedern.

Man muß an der Stelle hinzufügen, daß die Analyse der Biographien der Drogenabhängigen gezeigt hat, daß eben die Langeweile, unkontrollierter Zeitvertreib und psychische Probleme den Grund für den Griff nach Betäubungsmitteln geschaffen haben. In verschiedenen Institutionen durchgeführte Interviews haben einen Überblick über die Vorbeugung, die Anzahl des dazu geschulten Personals und die Infrastruktur geboten. Es wurden auch Informationen über die Qualifikation des Personals und eventuelle Mängel gesammelt. Die Untersuchung hat erwiesen, daß man prophylaktische Maßnahmen in beiden Gemeinden schon durchgeführt hat, wobei diese Aktion in Starachowice ein größeres Ausmaß angenommen hat. Mit der Prophylaxe haben sich hauptsächlich Lehrer und Sozialarbeiter beschäftigt. Es wurde auch ein Beitrag vom Gesundheitsamt zur Aufklärung über HIV-Ansteckung und Drogengefährdung geleistet. Die Untersuchung hat auch gezeigt, daß sich die für Prophylaxe zuständigen Institutionen - zumal in Starachowice - nicht gegenseitig abgestimmt haben.

### **Die ersten Erfahrungen mit der Aktion**

Der erste Schritt der Aktion war, wie schon erwähnt, die Präsentati-

tion der Forschungsergebnisse an die Behörde und Institutionen, deren Engagement sehr erwünscht wäre. Während dieses Treffens sind die Forschungsergebnisse und Voraussetzungen für das Programm dargestellt worden und man hat eine Bestätigung der Gemeinde am Programm erhalten. Örtliche Koordinationsausschüsse sind gebildet worden. Diese haben ausführliche Programme der Freizeitgestaltung für Kinder und Jugendliche, sowie Schulungsprogramme, ausgearbeitet. In das Programm wurden die bereits begonnenen Gemeinschaftsaktionen integriert. Die Unterstützung des Programms erlaubte eine Erweiterung der bisherigen Maßnahmen, wie z. B. freier Zutritt zu den schuleigenen Turnhallen oder Nachhilfeunterricht für Kinder mit Schulproblemen.

Die Forschungsergebnisse und Informationen über das Programm sind auch in der örtlichen Presse, Rundfunk und Fernsehen verbreitet worden und damit begann eine Aufklärungskampagne. In diesem Rahmen wird zur Zeit eine Plakataktion durchgeführt, die dieses Problem der Gesellschaft näher bringt und gleichzeitig eine Werbeaktion darstellt. Die Aufklärungskampagne startet auch in den Medien, die das Wissen über die Rauschgiftsucht und HIV-Gefährdung verbreiten und auch die aus der Sicht der Prophylaxe richtigen Lebenseinstellungen fördern. Es geht vor allem um den Abbau der Ängste vor HIV-Infektionen und die Verstärkung des Bildes von Drogenabhängigen als hilfebedürftigen, kranken Personen. Darüber hinaus wird die drogenfreie Lebensweise gefördert. Es wird auch auf die psychologischen Probleme des Jugendalters eingegangen.

Die erste Großveranstaltung im Programm fand im Frühjahr (April/Mai) statt. Es war ein Plakatwettbewerb für Schulkinder und Jugendliche. Die Plakate sollten die vorbeugende Funktion des Programms unterstützen. Die Arbeiten sollten nicht nur auf Drogenabhängigkeit beschränkt werden. Zugelassen waren auch andere Themen aus dem Leben der Jugendlichen, darunter die Lebensweise, Interessen, Erholung, Zeitvertreib, die durch ihren prosozialen oder integrierenden Wert auch eine vorbeugende Funktion ausüben könnten. Der Wettbewerb war auch ein Anlaß für Diskussionen über Drogenabhängigkeit im Zusammenhang mit anderen Fragen, die die jungen Leute bewegen, sowie die Lebensweise allgemein. Vor dem Wettbewerb wurde ein Treffen mit Zeichenlehrern veranstaltet, die auf derartige Fragestellungen vorbereitet wurden. In jeder Altersgruppe wurden Preise für die besten Arbeiten verliehen. Der Wettbewerb hatte einen sehr guten Erfolg. In beiden Ortschaften wurden insgesamt ca. 250 Plakate gemacht. Viele von ihnen hatten ein sehr hohes künstlerisches Niveau, manche waren sehr originell. Alle Arbeiten wurden ausgestellt, die Preisverleihung

verlief sehr feierlich. Außerdem wurden 12 Arbeiten, je 6 von jeder Ortschaft, vervielfältigt und werden während der Programmdauer an wichtigen Stellen im Ort ausgehängt. Jedes Plakat ist mit einer kurzen Information über den Autor versehen. Man ging davon aus, daß professionell gedruckte Plakate von einheimischen jungen Leuten einen guten Anklang finden. Die ersten Plakate hat man im September ausgehängt.

Nun fangen wir mit den Evaluationsforschungen an. Wir planen die Durchführung einer Beobachtung, um die Anzahl der möglichen Zuschauer festzustellen. Es werden auch kurze Umfragen unter den Passanten über die Eindrücke von den Plakaten gemacht.

Der Schulungsteil des Programms ist praktisch beendet. Auf den Kursen in Werkstattform, zum Teil von ausländischen Fachleuten geführt, wurden Vertreter aller Berufsgruppen, die am Programm teilnehmen, geschult. Die Daten aus den kurzen Evaluationsfragebögen, die nach dem Kursabschluß verteilt wurden, sind jetzt in der Bearbeitung. Momentan kann man nur sagen, daß die Rückinformationen von den Kursteilnehmern uns mit einer positiven Auswertung der Kursproblematik und -durchführung rechnen lassen.

Das Angebot der Freizeitgestaltung in beiden Ortschaften gilt seit Mai dieses Jahres. Es umfaßt in Starachowice:

- erzieherischen und vorbeugenden Unterricht (Nachhilfeunterricht für lernbehinderte Kinder; Beschäftigung in Gruppen: Spielgruppen, Schachzirkel, Tanzgruppen, Fotozirkel, Malunterricht, Musikunterricht, Theaterwerkstätte) realisiert in Klubs, Kulturhäusern und Schulen;
- sportliche Beschäftigung (Fußball, Volleyball, Basketball, Streetball, Tennis, Schwimmen, Bewegungsspiele) in den schuleigenen Turnhallen, auf den Sportplätzen, in der Schwimmhalle und in den städtischen Schwimmbädern;
- touristische Beschäftigungen in den Schulen und Kultur- und Bildungsstätten;
- Großveranstaltungen (Konzerte, künstlerische Aktionen, Freilichtkino);
- Informationsagentur für Jugendliche, in der Informationen über Bildungs- und Ausbildungsmöglichkeiten, soziale Hilfe, psychologische Beratung und Angebote zur Freizeitgestaltung erhältlich sind.

### **Das Angebot der Freizeitgestaltung in Malczyce:**

- sportliche Beschäftigung (Basketball, Volleyball, Aerobic, Tennis, Schwimmen, Bewegungsspiele);
- Nachhilfeunterricht für Kinder mit Schulproblemen;
- jugendliche Musikgruppe;
- Skat-Club.

In beiden Ortschaften ist das Angebot vielfältig, bedarf keines großen Geldaufwandes und ist für einen großen Teilnehmerkreis zugänglich. Aus unseren bisherigen Erfahrungen geht hervor, daß es den Bedürfnissen der jungen Leute entgegenkommt. Alle Veranstaltungen werden gut besucht.

### **Zusammenfassung**

Das Programm zur Vorbeugung der Rauschgiftsucht in Starachowice und Malczyce hat einen komplexen Charakter. Neben den Maßnahmen auf dem Gebiet der primären Vorbeugung enthält es auch ein breites Forschungsprogramm, Maßnahmen zur öffentlichen Aufklärung sowie Hilfe für Drogenabhängige. Ein wesentliches Element ist die erweiterte Schulung, die der Gesellschaft erhebliches Wissen im Bereich der Vorbeugung und im Umgang mit Jugendproblemen verleiht. Großer Wert wird auf unspezifische Maßnahmen gelegt, mit der Begründung, daß diese Maßnahmen bessere Resultate ergeben. Diese Maßnahmen tragen nämlich auch zur Vorbeugung der Probleme auf anderen Gebieten bei.

# **Schweiz**

## **Ländervorstellung Schweiz - Referatsskizze -**

**Ueli Minder, Bern**

### **1. Einleitung**

Gemäß der Einladung zur 2. Europäischen Werkstatt Prävention soll in diesem Referat ein Landesüberblick über die Gesundheitspolitik, die Präventionsstrategien und die aktuelle Drogensituation gegeben werden. In habe, um der Aufgabe wenigstens einigermaßen gerecht zu werden, meine Ausführungen folgendermaßen gegliedert:

1. Einleitung
2. Aktuelle Situation bzgl. Suchtmittelkonsum und -mißbrauch sowie Gesundheitsverhalten der Jugendlichen in der Schweiz
3. Aktueller Stand Sucht- resp. Drogenpolitik
4. Mögliche Veränderungen
5. Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention
  - 5.1. Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention gesamtschweizerisch
  - 5.2. Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention auf Kantonebene
  - 5.3. Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention in Städten und Gemeinden

Selbstverständlich kann ich innerhalb der mir zur Verfügung stehenden Zeit nur eine Auswahl der momentan vorhandenen Informationen zu den obenerwähnten Themen vermitteln. Ich gehe jedoch davon aus und erachte es auch als sinnvoll, daß die Hauptzeit der Ländervorstellung zur Beantwortung von Fragen sowie zur Diskussion zur Verfügung stehen soll.

### **1. Einleitung**

Das Thema Sucht, vor allem das Thema illegale Drogen, beschäftigt weite Bevölkerungskreise und ruft oft sehr emotionale

Reaktionen hervor. Dies ist sicher nicht nur in der Schweiz der Fall. Meiner Meinung nach hängt dies unter anderem damit zusammen, daß Sucht und Abhängigkeit sehr stark mit dem Erleben eines jeden einzelnen Menschen verbunden sind, die Bereitschaft, sich mit dieser Tatsache vertieft auseinanderzusetzen, jedoch noch kaum vorhanden ist. Dieses Verhalten - ich behaupte, daß es Teil einer Verdrängungsstrategie ist - bewirkt, daß noch kaum durch Ursachenforschung erarbeitete Lösungsansätze vorhanden sind. An deren Stelle gibt es immer mehr Patentrezepte, die oft mit missionarischem Eifer verbreitet werden. Die von den verschiedenen Gruppierungen angepriesenen Patentlösungen widersprechen sich oft gegenseitig. Leidtragende dieses unklaren Verhaltens sind nicht nur die Abhängigen - die Suchtkranken -, sondern auch die ganze Gesellschaft. "Suchtkranke verdeutlichen das Verhalten der Gesellschaft". Eine Aussage, die meines Erachtens zumindest teilweise zutrifft.

Um dieser ungesunden Situation wenigstens ansatzweise entgegenzuwirken, entschloß ich mich, als ich mich für diese Tagung vorbereitete, mein Referat mit einer persönlichen Einleitung zu beginnen: *Vor zwanzig Jahren leitete ich eine kleine drogentherapeutische Wohngemeinschaft. Die tägliche Auseinandersetzung mit den suchtkranken Menschen ließ in mir das folgende Bild entstehen: Ich verglich die suchtkranken Menschen mit Ertrinkenden in einem Fluß. Rettungsschwimmer müssen, um sich nicht selber zu gefährden, die Gefahren des Flusses gut kennen und ausgezeichnet schwimmen können. Da die vielen Ertrinkenden oft zu spät entdeckt wurden, sie manchmal - wegen der Tücken des Flusses - gar nicht erreicht werden konnten oder sich vielfach auch nicht helfen lassen wollten, erschien mir diese Arbeit als unzureichendes Flickwerk. Neben der Soforthilfe an den Ertrinkenden erachtete ich es als dringend notwendig, die gefährlichen Wegabschnitte, dort, wo Menschen in den Fluß fallen, sicherer zu gestalten: Geländer und auch Rettungsringe anzubringen, Brücken zu bauen, Wege auszubessern und zu verbreitern sowie den Ausstieg aus dem Wasser zu erleichtern.*

*Gleichzeitig empfand ich es als äußerst fahrlässig, die Menschen in einem Land, wo das Baden in Gewässern wegen der oft zu großen Hitze sehr weit verbreitet ist, in dem es aber auch viele gefährliche Flüsse gibt, nicht das Schwimmen zu lehren. Und ich hatte das Gefühl, daß verschiedene Flüsse vor allem deshalb gefährlich waren, weil die Menschen den Flußlauf durch Eingriffe verändert hatten. Ich dachte vor allem an eine Primärprävention (auf den Ebenen der Persönlichkeit und des gesellschaftlichen Umfeldes),*

*eine sinnvolle Angebotslenkung und an eine Früherfassung. Alles Maßnahmen, die aufgrund einer tiefgreifenden Auseinandersetzung mit den verschiedenen Suchtmitteln, den Faktoren, die zu Suchtverhalten führen können, und dem gesellschaftlichen Umfeld, in dem Sucht auftritt, durchgeführt werden sollten.*

*Auch heute, zwanzig Jahre später, haben diese Überlegungen noch ihre Gültigkeit. Vielleicht habe ich nichts dazugelernt, vielleicht praktiziert der Großteil der Gesellschaft Abstinenz, vor allem bei der Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik.*

Suchtkrankheiten haben die vielfältigsten Ursachen. Lösungsansätze, sollen sie zum Erfolg führen, müssen alle diese Ursachen berücksichtigen. Für eine so komplexe Problematik gibt es die einfachen Lösungen, wie sie leider von einem Teil der Bevölkerung gefordert und von verschiedenen Politikern oft sehr volksnah angepriesen werden, nicht.

Bevor ich zu den weiteren Punkten meiner Ausführungen komme, hier noch eine Bildergeschichte. Eine die Mut machen soll: Mut zur Neugier, Mut zur Suche nach farbigen Momenten in einer oft grauen Umgebung, Mut zum Heraustrreten aus einengenden Verhaltensweisen, oder auch nur zu ein bißchen mehr Lebensmut.

## **2. Aktuelle Situation bzgl. Suchtmittelkonsum und -mißbrauch sowie Gesundheitsverhalten der Jugendlichen in der Schweiz**

Nur zu oft erscheint bei Menschen zum Stichwort "Suchtmittelmißbrauch in der Schweiz" ein Bild von der offenen Szene am Letten in Zürich. Allzugerne wird vergessen, daß das nur ein Aspekt - wenn auch ein sehr trauriger und furchterregender - der ganzen Situation ist.

Allgemein muß leider festgehalten werden, daß für das Gebiet Suchtmittel, Suchtmittelkonsum und -mißbrauch sowie Suchterkrankungen sehr wenig brauchbares Zahlenmaterial vorliegt. Es scheint fast so zu sein - ich spreche jetzt von der Schweiz - daß mehr Interesse dafür vorhanden ist, wieviele rote Tulpen in einem bestimmten Monat aus Holland eingeführt wurden, als z. B. dafür, wieviele Kinder bei Eltern mit täglichem risikoreichen Suchtmittelgebrauch (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) aufwachsen.

Die vom Bundesamt für Gesundheitswesen gelieferten Zahlen, die sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert haben, geben das folgende Bild:

- 375.000 Menschen konsumieren Alkohol in gesundheitsgefährdender Menge
- 320.000 Menschen konsumieren täglich (Schmerz-, Beruhigungs-, Schlaf-) Medikamente
- 30.000 Menschen sind abhängig von Heroin und/oder Kokain

Das ergibt folgende Mortalitätsstatistik:

- 10.000 frühzeitige Todesfälle infolge Tabakkonsum
- 3.000 frühzeitige Todesfälle infolge Alkoholkonsum (incl. "Alkoholverkehrstote")
- (1.500) Selbstmorde
- 450 Drogentodesfälle

Am 12. Oktober wurden im Rahmen einer Pressekonferenz die gesamtschweizerische Studie über "Gesundheit und Lebensstil 15- bis 20-jähriger" vorgestellt. Ich werde mich darauf beschränken, einige ausgewählte Resultate vorzustellen (Anhang S. 1 - 3).

Als Ergebnis dieser und anderer Untersuchungen kann über die aktuelle Suchtmittel-konsumsituation von Jugendlichen in der Schweiz Folgendes gesagt werden: (Anhang S. 4 - 5)

Zu der Drogensituation in den einzelnen Städten nur soviel: Daß die nachgerade weltbekannte Situation der sogenannten offenen Szene im und um das Areal des stillgelegten Bahnhofs "Letten" in Zürich unhaltbar ist, scheint allen klar. Leider fehlen noch die Antworten auf die Fragen, warum es überhaupt soweit gekommen ist und wie eine dauerhafte Verbesserung erreicht werden kann.

Sicher ist nur, daß u. a. unterschiedliche Faktoren die Situation in einer Stadt bestimmen:

Die geographische Lage, die Besonderheit einer Zentrumsstadt, die getroffenen oder eben nicht getroffenen Maßnahmen der Sicherheitskräfte sowie der Gesundheits- und Sozialdienste, das Verhalten der Umgebung (d. h. der Region, der Nachbarstädte und -länder), die geltenden Gesetze und auch die viel zu wenig bekannten Mechanismen der Drogenszene und des Schwarzmarktes.

Die Aussage eines Polizeikommandanten einer Schweizer Stadt, daß die Einsatzdoktrin seiner Leute so gestaltet werde, daß der Stoffpreis stets höher sein müsse als der in Zürich, damit eine allzugroße offene Szene gar nicht erst entstehen könne, verdeutlicht, wie die Situation einer Stadt oder eines Landes nie isoliert betrachtet werden kann.

### **3. Aktueller Stand der Sucht- resp. Drogenpolitik**

Das "Bundesgesetz über die Betäubungsmittel" von 1951 (Revision 1975) bestimmt die Schweizerische Drogenpolitik. Ein paar mir wichtig scheinende Artikel seien hier vorgestellt (Anhang S. 6 - 7).

Der Schweizerische Bundesrat legte für das von ihm 1994 beschlossene Maßnahmenpaket folgende allgemeine und konkrete Ziele fest (Anhang S. 8).

Bezüglich der Maßnahmen zur Verminderung der Drogenprobleme (da gemäß Artikel 15 c des Betäubungsmittelgesetzes die Aufgaben des Bundes festgelegt sind) ergeben sich daraus die Schwerpunkte in den Aktionsbereichen:

- a) Prävention
- b) Betreuung und Therapie
- c) Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals
- d) Nationale Sensibilisierungskampagne

und in den infrastrukturellen Bereichen:

- a) Epidemiologie
- b) Forschung
- c) Evaluation
- d) Koordination, Information und Dokumentation

Was vor allem interessierte, war die im Oktober 1992 vom Bundesrat erlassene Verordnung, die die weltweit diskutierten Versuche der diversifizierten Verschreibung und Abgabe von Betäubungsmitteln ermöglichte. Vor allem die Verschreibung von Heroin stieß dabei auf großes Interesse. Erst vor kurzer Zeit beschloß der Bundesrat - wegen der unhaltbaren Situation in Zürich und wegen der guten Erfahrungen mit den laufenden Versuchen der Heroinverschreibung und -abgabe - die Anzahl der Plätze für Heroinbezieher von 250 auf 1 000 zu erhöhen.

Für die Umsetzung der im Betäubungsmittelgesetz und durch den Bundesrat festgelegten Maßnahmen sind die Kantone verantwortlich. Somit bestehen auch die verschiedensten Konzepte zur Drogenpolitik. Erwähnenswert ist der Kanton Solothurn, der als erster ein "Suchthilfegesetz" erlassen hat. Im Kanton Bern wurden die grundsätzlichen Überlegungen in der Broschüre "Drogenpolitik

zwischen Hilfe und Strafe" der Gesundheits- und Försorgedirektion festgelegt.

In den verschiedenen Kantonen bestehen u. a. auch wegen der uneinheitlichen drogenpolitischen Ausrichtung, unterschiedliche Angebote in der Suchtprävention und der Hilfen für Suchtmittelabhängige.

**Prävention:**

Auf den ganzen Bereich der Prävention werde ich später eingehen.

**Beratung:**

Daß spezialisierte Beratungsstellen für Suchtmittelabhängige notwendig sind, ist den Fachleuten schon lange bekannt. Trotzdem verfügen die meisten Kantone noch nicht über ein genügendes Angebot.

**Überlebenshilfe:**

In verschiedenen Kantonen werden niederschwellige Anlaufstellen, teils mit Tagesaufenthaltsräumen, teils mit Räumen zum risikofreien Drogenkonsum, sogenannte Injektionsräume, angeboten. Zum Teil existieren erschwingliche Verpflegungsmöglichkeiten für Drogenabhängige. Das Gleiche gilt für Arbeits- und Wohnprojekte. Die Angebote der medizinischen Hilfe, die von Drogenabhängigen auch in Anspruch genommen werden, sind unterschiedlich ausreichend ausgebaut.

Ähnlich unterschiedlich steht es mit der Erhältlichkeit von sauberem Injektionsmaterial (Aids-Prävention). Einzelne Städte verfügen über ein relativ gut ausgebautes Spritzenumtauschprogramm, in verschiedenen Kantonen ist in Apotheken die "FLASH"-Box mit 2 Spritzen, 2 Ersatznadeln, Alkohol und Trockentupfern, Ascorbinsäure, einem Präservativ und 2 ml NaCl-Lösung erhältlich. In einzelnen Kantonen kommen Drogenabhängige immer noch schwer zu sauberem Injektionsmaterial. Dies kann sich fatal auf den Gesundheitszustand und die HIV-Infektionsgefahr auswirken.

**Entzug und Therapie:**

Eine erst kürzlich durchgeführte Studie über das Entzugs- und Therapieangebot, "REHA 2000" zeigt folgendes Bild (Anhang S. 9).

Um der oben ausgeführten Verschiedenheit entgegenzuwirken, haben die bereits eingesetzten kantonalen "Beauftragten für Suchtprobleme" eine "Konferenz" ins Leben gerufen, die in regelmäßigen Treffen eine minimale Koordination sicherstellt.

Der Bund ist seit einiger Zeit vermehrt auf dieser Ebene aktiv geworden. So wurde z. B. im September dieses Jahres beschlossen, Starthilfebeiträge für neue Angebote in der stationären Drogentherapie bereit zu stellen, den Aufbau eines nationalen dialogfähigen EDV-Informationssystems sowie die Schaffung einer nationalen Koordinationsstelle zu unterstützen.

Ich bin gerne bereit, in der Diskussion zu einzelnen Punkten weitergehende Informationen zu geben.

#### **4. Mögliche Veränderungen**

Ernsthafte Diskussionen über mögliche Veränderungen in der Drogenpolitik werden z. Z. auf allen Ebenen (incl. Wirtschaftsverbände) geführt. Die drei großen Bundesratsparteien FDP, SP und CVP haben in dieser Beziehung sechs Postulate formuliert:

1. Prävention einschließlich Früherkennung von Gefährdeten und Neueinsteiger/-innen
2. Erzieherische Möglichkeiten zur individuellen Standortbestimmung und zur Herstellung einer Therapiemotivation
3. Therapie bei schwer Abhängigen, einschließlich der ärztlich kontrollierten Abgabe, insbesondere von Heroin, soweit dies medizinisch indiziert ist, und eine entsprechende Überlebenshilfe
4. Strafflosigkeit des Drogenkonsums bzw. des Erwerbes und Besitzes von Kleinstmengen zum Eigengebrauch
5. Wirksamere Maßnahmen zur Bekämpfung der Großkriminalität
6. Kohärente Drogenpolitik in der ganzen Schweiz

Auch die folgenden 14 Punkte, die zu einer Veränderung der Drogenpolitik beitragen würden, stehen zur Diskussion:

1. Suche nach neuer Strategie und Definition eines "dritten Weges" zwischen restriktiver Politik und Liberalisierung
2. Objektivere Information durch Verbesserung der Kenntnisse sowie Evaluation der Maßnahmen
3. Eine permissive Haltung gegenüber ("harten") Drogen ist zurückzuweisen
4. Erwerb und Besitz von Drogen zum Eigengebrauch, sowie Konsum jeglicher Drogen wird straffrei
5. Verfolgung und Bestrafung des Drogenhandels sowie des organisierten Verbrechens

6. Das Opportunitätsprinzip ist auf die Strafverfolgung des Kleinhandels anzuwenden
7. Haschisch-Gebrauch und -Handel sind frei - unter Gewährleistung des Jugendschutzgesetzes
8. Die Prävention hat hohe Priorität
9. Angebot einer breiten Palette von Möglichkeiten für Behandlung sowie sozialer Wiedereingliederung
10. Betreuung und Risikoreduktion während der Konsumphase
11. Kontrollierte Abgabe von Drogen im Rahmen einer sozialmedizinischen Betreuung
12. Interdisziplinäre und intersektorielle Zusammenarbeit
13. Die Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen, Gemeinden und privaten Institutionen muß effizient gestaltet werden; die dazu notwendigen Mittel sind sicherzustellen
14. Förderung einer objektiven Information

Mit der notwendigen Unterschriftenzahl wurde die Volksinitiative "Jugend ohne Drogen" und wird im November die Volksinitiative "für eine vernünftige Drogenpolitik" eingereicht. Die beiden Initiativen widersprechen sich gegenseitig:

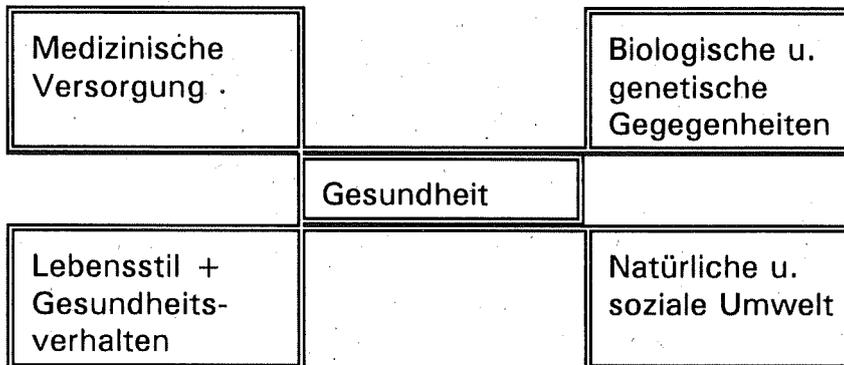
Die von rechtsbürgerlichen Kreisen unterstützte Volksinitiative "Jugend ohne Drogen" versteht sich als Opposition zur gegenwärtigen Drogenpolitik des Bundesrates. Demgegenüber setzt die Volksinitiative "für eine vernünftige Drogenpolitik" der Arbeitsgemeinschaft für Drogenlegalisierung mit ihrer Kritik bei der Repression und Prohibition an.

Der Bundesrat bewertet die Initiativen als extrem und wird sich für eine "mittlere Haltung" einsetzen. Diese soll in einem Verfassungsartikel (direkter Gegenvorschlag) dargelegt werden.

## **5. Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention**

Einleitend eine kurze Begriffsdefinition. Auch wenn Ihnen allen wahrscheinlich die nachfolgenden Überlegungen schon vertraut sind, bin ich überzeugt, daß es sich lohnt, diese nachfolgenden Begriffe noch einmal klar zu definieren.

Mit diesen Faktoren kann die Gesundheit beeinflusst werden:



Als Ansatzpunkte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bieten sich demnach an:

### **DAS VERHALTEN und DIE VERHÄLTNISSE**

Die Unterscheidung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention kann mit der nachfolgenden Tabelle verdeutlicht werden:

<b>ANSATZ</b>	<b>Individuell, Persönlichkeit</b>	<b>Strukturell, Umweltbezogen</b>
Allgemeine Gesundheitsförderung	Erhöhung der allgemeinen Handlungskompetenz	Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen
Spezielle Prävention	Information, Motivation, spezielle Handlungsangebote	Anreize, Lenkung Gesetzgebung

## **5.1. Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention gesamtschweizerisch**

### **5.1.1. Organisationen/Vernetzung**

Folgende Organisationen sind für die Zusammenarbeit wesentlich:

- a) Konferenz der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung
- b) Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung
- c) Schweizerische Gesundheitsstiftung Radix
- d) Bundesamt für Gesundheitswesen
- e) Santé Jeunesse
- f) GCI (interkantonale Zusammenarbeit der Gesundheitsdepartemente)

Insbesondere erwähnt seien hier die Ziele des GCI:

- Die 38 WHO-Ziele von "Gesundheit für alle im Jahr 2000" bilden auch eine Referenz für die Kantone. Interkantonale Zusammenarbeit soll sie beim Anstreben der Ziele unterstützen.
- Schaffung von Synergien.
- Wissen und Know-how der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kantonalen Gesundheitsdirektionen sollen gefördert werden.
- Realisation von Projekten im Bereich der Gesundheit, welche die Möglichkeiten der einzelnen Kantone übersteigen.
- Zusammenarbeit innerhalb des festgelegten Bezugsrahmens.
- Erstellung von kantonalen Gesundheitsberichten.
- Realisierung einer kantonalen Kostenabrechnung über alle Aufwendungen für die Gesundheit.
- Teilnahme an gemeinsamen Projekten (Projektliste und Projektbeschreibung).
- Aufforderung an andere Kantone oder Institutionen, diese Empfehlungen zu unterstützen.

Wie schon im Zusammenhang mit der Hilfe für Suchtmittelabhängige erwähnt, ist auch für die Gesundheitserziehung und Prävention das Engagement - auch das finanzielle - sehr unterschiedlich.

Geschätzte Aufwendungen \* für Gesundheitsförderung und Prävention

Kanton Jahr	Aufwand für Gesundheitsförderung und Prävention	Anzahl Einwohner	Geschätzter Aufwand pro Einwohner
Tessin 1993	2.00 Mio	294.100	6.80 Fr.
Basel-Land 1993	1.02 Mio	233.200	4.37 Fr.
Bern 1993	4.09 Mio	953.500	4.29 Fr.
Waadt 1989	1.88 Mio	593.000	3.17 Fr.
St. Gallen 1994	1.30 Mio	432.800	3.00 Fr.
Luzern 1993	0.64 Mio	331.800	1.91 Fr.
Basel-Stadt 1993	0.34 Mio	196.600	1.73 Fr.
Aargau 1993	0.45 Mio	512.000	0.88 Fr.
Zürich 1993	0.80 Mio	1.158.100	0.69 Fr.

\*nur Mittel der Gesundheitsdepartemente

**5.1.2. Prävention BAG (Bundesamt für Gesundheitswesen)**

Anhand der nachfolgenden Klarsichtfolien (Anhang S. 10 - 19) soll die Aktivität des Bundesamtes für Gesundheitswesen dargestellt werden. Festzuhalten ist, daß neben der eigentlichen Suchtprävention auch die AIDS-Prävention einen großen Stellenwert einnimmt. Zur Veranschaulichung ein paar Beispiele der neuesten Informationskampagne (Anhang S. 20).

## **5.2. Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention auf Kantonsebene**

Es würde zu weit führen, hier die Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzepte - falls überhaupt vorhanden - der einzelnen Kantone darzustellen. Ich beschränke mich deshalb auf den Kanton Bern.

Gesundheitsförderung- und Prävention ist im Kanton Bern sowohl in der Verfassung wie in zwei Gesetzen verankert:

In Artikel 41, Absatz 1 + 3 der Verfassung des Kantons Bern vom 06.06.1993 steht:

"Kanton und Gemeinden schützen und fördern die Gesundheit" und

"sie unterstützen wirksame Maßnahmen im Bereich der Suchtprävention".

Das Gesetz über das Fürsorgewesen, vom 03.12.1961 incl. Dekrete und Verordnungen sowie das Gesundheitsgesetz vom 02.12.1984 enthalten die für den Vollzug notwendigen Artikel.

Seitens der Behörden und der Bevölkerung besteht folgender Bedarf:

Es ist sowohl ein Bedarf an Suchtprävention wie auch an Gesundheitsförderung vorhanden, wobei der Ruf nach Suchtprävention sehr deutlich, der nach Gesundheitsförderung eher vage formuliert wird (wie sich das auch in der Verfassung niedergeschlagen hat). Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion hat in der Folge Rahmenbedingungen für die Arbeit der von ihr finanzierten "Fachstellen für Suchtprävention und Gesundheitsförderung PLUS" in den Städten Bern, Biel/Bienne, Thun und Langenthal festgelegt:

Suchtprävention ist zur Zeit die wichtigste Aufgabe der PLUS-Fachstellen. Eine Suchtprävention, die ursachenorientiert ist, jedoch gegebenenfalls auch eine stoffspezifische Prävention einschließt. Ausgangspunkt der Arbeit muß die Verhinderung von Suchterkrankungen sein. Gesundheitsförderung ist als wichtigstes Ziel immer noch Teil der Arbeit der PLUS-Fachstellen. Sie hat sich jedoch, da Prioritäten gesetzt werden müssen, klar der Suchtprävention unterzuordnen. In Zeiten der Finanzknappheit und der deutlichen politischen Forderung sowie einer großen Nachfrage nach Suchtprävention müssen die Prioritäten klar gesetzt und durch Aktivitäten nach außen sichtbar gemacht werden.

Eigentliche Suchtprävention muß mindestens 2/3 der Aktivitäten umfassen.

Selbstverständlich sollen im Rahmen von suchtpreventiven Maßnahmen auch andere Aspekte der Gesundheitsförderung in die Aktivitäten miteinbezogen werden. Themen wie Gewalt, sexuelle Ausbeutung usw. sollen aber nicht schwerpunktmäßig behandelt werden, (auch wenn die Notwendigkeit dazu erkannt ist), sondern den zuständigen Behörden oder den spezifischen Fachstellen überlassen werden.

Von den Aktivitäten der PLUS-Fachstellen seien hier die Angebote an die Schüler- und Lehrerschaft sowie an Eltern und Erwachsene erwähnt (Anhang S. 21). Sie haben kürzlich eine Broschüre "Suchtprävention mit Eltern" herausgegeben und werden im Dezember das Baukastensystem "Suchtprävention für die Oberstufe" vorstellen.

### **5.3. Gesundheit in Städten und Gemeinden**

Hier möchte ich nur festhalten, daß selbstverständlich in verschiedenen Städten und Gemeinden der Schweiz Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention durchgeführt werden. Im Kanton Bern werden qualitativ gute Projekte vom Kanton nach Möglichkeit mitfinanziert, zum Teil übernimmt auch das BAG einen wesentlichen Teil der Kosten.

Ich hoffe, daß ich Sie mit diesen Informationen aus der Schweiz nicht zu sehr ermüdet habe und freue mich jetzt auf eine angeregte Diskussion.

# Suchtprävention an der Kantonschule Alpenquai, Luzern

Herbert Willmann, Luzern

## 1. Allgemeine Überlegungen

Oberstes Ziel der Suchtprävention an der Kantonschule ist eine möglichst weitgehende Verhinderung der seelischen, körperlichen und sozialen Schäden, die durch süchtiges Verhalten entstehen können. Es geht darum, einer Suchtentwicklung möglichst frühzeitig entgegenzuwirken. Damit soll einer Hauptgefahr der Sucht vorgebeut werden: dem unkontrollierten und zwanghaften Verlangen, unerträgliche Gefühle wie Schmerz, Wut, Ohnmacht oder Langeweile durch irgendein Mittel, z. B. eine Droge, zu betäuben, zu überspielen und zunehmend zu verdrängen.

Wenn wir verhindern wollen, daß (junge) Menschen in eine Abhängigkeit von Suchtmitteln oder von süchtigem Verhalten geraten, müssen wir bei den verschiedenartigen Gründen ansetzen, welche (junge) Menschen veranlassen, sich und andere zu schädigen. Dabei müssen die individuellen Ressourcen und die strukturellen Bedingungen berücksichtigt werden.

## 2. Themen der Suchtprävention an der Kantonschule

**Ebene: Jugendliche**

- Information über Betäubungsmittel und süchtiges Verhalten. Die Information soll sachlich, ehrlich und umfassend sein. Sie beinhaltet die Wirkungen, das Abhängigkeitspotential, die Schädigungen auf physischer, psychischer und sozialer Ebene.
- Sensibilisierung für die Entstehungsbedingungen und die Entwicklung von Sucht;
- Stärkung der Persönlichkeit und des Selbstwertgefühls durch Förderung der Konfliktfähigkeit und der "Gesprächskultur";
- Erhöhung der Frustrationstoleranz bei belastenden Situationen durch Erweiterung der persönlichen und institutionellen Ressourcen.

## **Ebene: Lehrpersonen**

Grundsätzlich muß Suchtprävention von allen Verantwortlichen an der Schule mitverantwortet und mitgetragen werden. Das Projekt der KS Alpenquai wurde durch die "AG Suchtprävention" initiiert. Die Arbeitsgruppe unterstützt und begleitet die verantwortlichen Klassenlehrerinnen und -lehrer. AG und Lehrpersonen können sich jederzeit durch die FACHSTELLE FÜR SUCHTPRÄVENTION DFI beraten lassen. In einem 1. Schritt führt die Fachstelle am 27.05.1994 einen Ausbildungstag für Klassenlehrer und -lehrerinnen, die Arbeitsgruppenmitglieder und einzelne Fachlehrer und Fachlehrerinnen durch.

### **3. Themenbereiche des Klassenlehrertages**

Obwohl Suchtprävention hauptsächlich im (normalen) Schulalltag stattfindet, können die einzelnen Klassenlehrer eine bestimmte Anzahl Lektionen für die spezifische Suchtprävention einsetzen. Die Grundlagen dazu werden am Ausbildungstag erarbeitet bzw. vorgestellt. Die Lektionen werden anschließend innerhalb des Lehrerteams und in Zusammenarbeit mit einzelnen Schülerinnen und Schülern vorbereitet. Ende September, so sieht es die AG vor, wird die Lektionsreihe in den betreffenden Klassen durchgeführt werden.

Am Ausbildungstag werden neben "Gesprächskultur" und Referaten, die neueren Erkenntnisse im Bereich Sucht und Drogen betreffen, Anregungen gegeben und Materialien vorgestellt. Grundsätzlich sollen die Themenbereiche weitgehend den oben erwähnten allgemeinen Zielvorstellungen der Suchtprävention entsprechen. Es geht dabei um folgende Schwerpunkte:

- Enttabuisierung und Standortbestimmung in der Thematik "Sucht und Drogen";
- Förderung der Dialogbereitschaft und der Teamarbeit;
- Sensibilisierung für das Klassengeschehen, z. B. im Hinblick auf das Schulklima oder das frühzeitige Erkennen von Schwierigkeiten einzelner Schülerinnen und Schüler;
- Austausch von Möglichkeiten und Grenzen der primären Suchtprävention und der Früherfassung in der Kantonschule.

Die Klassenlehrerinnen und -lehrer sollen exemplarisch einzelne Methoden kennenlernen und selber "erfahren". Suchtprävention soll weit über die Wissensvermittlung hinaus die (jungen) Menschen ganzheitlich ansprechen. Deshalb werden z. B. Wahrnehmungs-

übungen, Rollenspiele, stumme Dialoge etc. in Kleingruppen oder ins Plenum eingebaut. Dabei geht es weniger um "richtig" oder "falsch", sondern vielmehr um den Prozeß des Erlebens oder das Formulieren von Beobachtungen. Jede Sequenz wird sorgfältig angeleitet und ausgewertet.

Im weiteren wird eine Palette empfehlenswerter Broschüren, Arbeits- und Informationsblätter vorgestellt. Einzelne Videosequenzen können angesehen werden.

### **Fachstelle für Suchtprävention Luzern/Schweiz: Entstehung und Auftrag von Suchtprävention und Schule: Konzept und Durchführung eines Projektes am Untergymnasium Luzern**

#### **Der Sucht zuvorkommen**

Die Notwendigkeit einer umfassenden Suchtprävention wird in Luzern von Behördemitgliedern nicht (mehr) bestritten. Zu groß sind die menschlichen Leiden, aber auch die volkswirtschaftlichen Kosten, die aufgrund von Suchtkrankheiten entstehen.

Prävention (lat. prävenire = zuvorkommen) hat zur Aufgabe, eine unerwünschte Entwicklung zu verhindern. Suchtprävention soll also frühzeitig einer möglichen Sucht vorbeugen. Sie soll nicht (nur) Symptome behandeln, sondern den Ursachen von Sucht nachgehen und auf diese einwirken. Dieser ursachenbezogene Ansatz bestimmt die Arbeit unserer Fachstelle.

#### **Suchtprävention gestern und heute**

Bis vor wenigen Jahren erschöpfte sich Suchtprävention auch bei uns vor allem in Drogenkunde und "Aufklärung" über Suchtmittel. Sie bestand häufig aus Drohungen und Verboten. Durch Abschreckung vor körperlichen Schädigungen und weiteren negativen Konsequenzen des Suchtmittelkonsums wurden Ängste geschürt und gefährdete Jugendliche ausgegrenzt. Oft zeigten "Experten" Filme oder Tonbildschauen, die fast durchwegs mit offensichtlichen oder versteckten Angst- und Drohmechanismen operierten. Durch ihren spektakulären, reißerischen Inhalt stellten sie für gefährdete Jugendliche geradezu eine Einladung dar, in eine solche Action-Drogen-Szene einzutauchen. Denn offenbar gibt es da keine Langeweile, sondern Abenteuer und Spannung. Man wird sogar bekannt,

erscheint in Film und Fernsehen und kann dadurch noch Geld verdienen.

Suchtprävention darf aber nicht über Angst- und Drohmechanismen arbeiten, da Angst (vor oder nach dem Konsum) niemals mit neuer Angst bekämpft werden kann. Aktuelle Untersuchungen zeigen auf, daß die sogenannte "Angst-Lust" eine wichtige Triebfeder für jugendliche Einsteiger ist. Der Kitzel des (verbotenen) Risikos, die von vielen Massenmedien immer wieder geschürte Erwartung "höllischer" Erlebnisse durch Drogenkonsum, wirkt für viele verunsicherte junge Menschen sehr anziehend.

Die aktuelle Suchtprävention will weniger den Kampf gegen Suchtmittel führen, sondern den Schwerpunkt auf die Stärkung der Persönlichkeit legen. Denn wer gelernt hat, mit Spannungen und Konflikten umzugehen, wer sich angenommen und geschätzt fühlt und immer wieder einen Sinn erkennt in seinem Leben, sucht weniger Zuflucht bei künstlichen Problemlösern, wie Drogen es sein können. Suchtprävention ist im weitesten Sinn Lebenshilfe im Alltag für alle, Jugendliche und Erwachsene, gefährdete "gesunde" Menschen.

#### **Das Drogen-Forum Innerschweiz: Trägerverein der Fachstelle**

Das Drogen-Forum Innerschweiz (DFI) besteht seit 1977 und ist ein privater, sehr aktiver Verein in der Sucht- und Drogenarbeit. Neben der Therapeutischen Gemeinschaft für Drogenabhängige in Schachen (LU), einer Nachsorgestelle sowie Projekten in der Überlebenshilfe haben einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schon seit längerer Zeit auch in der primären Suchtprävention gearbeitet. Anfang 1993 wurden diese Anstrengungen honoriert: Beiträge des Kantons und der Stadt Luzern ermöglichten die Eröffnung einer Fachstelle für Suchtprävention. Die meisten Gemeinden im Kanton Luzern engagieren sich ebenfalls finanziell und ideell.

#### **Die Fachstelle für Suchtprävention Luzern: Struktur und Auftrag**

Zur Zeit arbeiten drei Frauen und zwei Männer teilzeitlich (1 X 80 und 4 X 60 Stellenprozente) in der Fachstelle. Unser Fachteam bringt eine Vielfalt an Ausbildungen, beruflichen und persönlichen Erfahrungen mit. Wir kommen aus den Bereichen Schule, Sozialwissenschaften, Erwachsenenbildung, Jugendarbeit, sowie aus dem Gesundheitswesen. Wir führen die Fachstelle in Teamleitung und sind verantwortlich für einzelne Ressorts.

## **Aufgaben unserer Fachstelle**

Die Palette unserer Angebote ist umfangreich und wird kontinuierlich ausgebaut. Besondere Beachtung findet der geschlechtsspezifische Aspekt von Sucht und Prävention. Die Hauptaufgabe unseres Fachteams ist die **Bildungsarbeit** in der Schule; sei es in der Ausbildung und Fortbildung von Lehrpersonen aller Stufen, in Mittelschulen oder Berufsschulen, sei es durch Seminare in Betrieben mit Kaderleuten, Ausbilderinnen und Ausbildern oder Personalverantwortlichen. Projekte in Freizeiteinrichtungen, in Gemeinden und Quartieren und in der Elternbildung sind weitere Schwerpunkte unseres Berufsalltages.

Der zweite Bereich ist unsere **Dokumentation**. Sie umfaßt eine Sammlung von aktuellen Videos, Broschüren, Flugblättern, Unterrichtsmaterialien und Fachbüchern, die größtenteils ausgeliehen werden können. Zudem treten wir auch an die **Öffentlichkeit** zur Sensibilisierung breiter Bevölkerungskreise durch Veranstaltungen und Aktionen, sei es in Zusammenhang mit einer Ausstellung, einem Theaterstück, einer Plakataktion oder einer eigentlichen Kampagne.

Suchtprävention kann indessen nicht von einigen Fachleuten stellvertretend für die gesamte Bevölkerung betrieben werden, sondern muß im Lebensalltag der Menschen Fuß fassen: Unsere Rolle ist, zu beraten, Impulse zu geben, etwas in Gang zu setzen, das dann von Arbeitsgruppen, Vereinen oder Einzelpersonen in der Gemeinde weitergetragen wird. Eine einmalige Großveranstaltung macht wenig Sinn und hat kaum Langzeitwirkung. Nur wenn unsere Veranstaltungen von den Leuten vor Ort mitgeplant und mitgetragen werden, können sie längerfristig und tiefgreifend wirken.

## **Grundlagen der Suchtpräventionsarbeit in der Schule**

Gute Resultate in der Verkehrserziehung und in der AIDS-Prävention verleiten dazu, in der Suchtprävention ebenfalls einseitig auf Information zu setzen. Sucht ist aber ein sehr komplexes Phänomen, hat eine längere Geschichte und vielfältige Ursachen. Suchtprävention muß deshalb ebenfalls sehr komplex sein und ganzheitlich wirken. Sie soll zwar ehrlich und sachlich informieren, Begriffe klären, eine gemeinsame Sprache schaffen. Neben dieser Sensibilisierung auf der rationalen Ebene ist die Gefühlsebene aber ebenso stark anzusprechen. Denn Information allein ist nicht verhaltenswirksam. Es ist ein offenes Geheimnis, daß beispielsweise kettenrauchende

Personen sehr gut über die Schädigungen und Folgen des Rauchens informiert sind. Menschliche Entscheidungen werden somit nicht nur aufgrund von Wissen getroffen, sondern hängen vielmehr von inneren Vorgängen, Bedürfnissen, Erwartungen, Ängsten und anderen Gefühlen ab. Erst wenn Betroffenheit auf emotionaler Ebene ausgelöst werden kann, ist eine Verhaltensänderung möglich; zum Beispiel eine kritische und bewußte Haltung im Umgang mit "Drogen" oder die Fähigkeit, in schwierigen Situationen ein Gespräch und Hilfe zu suchen.

Suchtprävention ist weder ein neues Schulfach, noch ein Wundermittel; sie ist keine schnelle Lösung des Drogenproblems. Es braucht vielmehr engagierte, offene Menschen, die keine Patentrezepte erwarten. Suchtprävention ist ein dauernder Prozeß, eine Haltung, ein Ringen um Fragen, Antworten und Reaktionen im Alltag.

### **Die Rolle der Lehrpersonen**

Suchtprävention in der Schule setzt zuerst bei den Lehrpersonen an. Das Klima im Lehrerzimmer, die Zusammenarbeit und die auftretenden Konflikte im Lehrkörper sind wichtige Aspekte. Die Frage nach den Ursachen und Hintergründen von Sucht stellt einen viel breiteren Anspruch an die Schulen als Aufklärung oder Drogenkunde. Suchtprävention ist ein pädagogisches Handlungsprinzip. Es unterstützt die Erweiterung des sozialen Verhaltensrepertoires in Konfliktsituationen. Ziel ist eine Stärkung des Selbstwertes und der Selbstbestimmung. Es geht beispielsweise darum, schwierige Situationen, Frust und Enttäuschungen auszuhalten und nicht daran zu zerbrechen.

### **Konfliktfähigkeit und Auseinandersetzung**

Es geht um das Wahrnehmen offener und unterschwelliger Konflikte und um das Ringen um "Lösungsmöglichkeiten". Es ist der offene Dialog, welcher die (jungen) Menschen in ihrem Selbstwert stärken kann. So unterschiedlich Jugendliche auch sein mögen, eines haben sie in dieser Zeit gemeinsam: Sie haben ein geringes Selbstwertgefühl und wenig Selbstvertrauen. In der "Weltwoche" (Schweizer Wochenzeitung) vom 7. Oktober 1993 bezeichnet der Psychologe Leo Gehrig diese Tatsache als Ausdruck massiver Defizite. Viele dieser Jugendlichen seien deshalb anerkennungssüchtig und würden auf alle möglichen Arten um Anerkennung buhlen.

Oft kämen zu diesen Selbstdefiziten sogenannte Gefühlsdefizite: die zwischenmenschlich notwendige Gefühlsmöglichkeit sei schlecht ausgebildet. Die Fähigkeit zu staunen, zu hoffen, zu vertrauen, zu sehnen, sich einzufühlen und mitzufühlen sei stark eingeschränkt. Häufig seien diese Jugendlichen anfällig für totalitäre Gruppierungen, und die Rituale in Jugendbanden würden ihnen einen gewissen Halt geben.

Sie fühlen sich angezogen von klaren Strukturen und eindeutigen Anweisungen. Nochmals Dr. Gehrig: "Als Lieblingslehrer bezeichnen sie diejenigen, die konsequent Disziplin, Ruhe und Ordnung verlangen und klare Lebensprinzipien vertreten." Mit neuen Unterrichtsformen - individualisierendem Unterricht oder Gruppenunterricht - seien diese Jugendlichen häufig überfordert. Sie würden mindestens einige klare Regeln für das Zusammenarbeiten brauchen, oder eine Lehrperson, die den provokativen Blick aushält und nicht mit Erklärungen und Appellen auf schwierige Situationen reagiert.

Allgemein scheint für viele Jugendliche im Kontakt mit Erwachsenen ein Mangel an wirklicher Auseinandersetzung vorzuherrschen; oft vermissen sie (konstruktiven) Widerstand. Dort, wo ihnen klare Grenzen gesetzt werden, erleben sie das Gefühl, dazuzugehören, akzeptiert zu sein, begleitet und unterstützt zu werden. Denn wo immer ein Mensch redet und Antwort bekommt, da wächst seine Selbstsicherheit.

Wichtig sind alle Situationen im (Schul-) Alltag, in denen Jugendliche ihre eigene Meinung bilden und vertreten können. Wer gelernt hat, "nein" zu sagen, wird - auch dies ist belegt - in Gruppensituationen und zu Drogen eher "nein" sagen können. Konflikte sollten darum so ausgetragen werden, daß die Schüler und Schülerinnen auch in ihrer abweichenden Meinung ernst genommen werden und nicht schon von vornherein den Erwachsenen gegenüber als Verliererinnen oder Verlierer dastehen.

### **Mitverantwortung und Grenzen**

Gemeinsam sollten Vereinbarungen getroffen werden, die beide Teile mittragen und mitverantworten können. Dies bedeutet nicht, daß keinerlei Grenzen bestehen, sondern vielmehr, daß die Regeln und auch die Konsequenzen einer Übertretung für alle Beteiligten klar sein müssen.

Ziel soll sein, daß die Jugendlichen immer wieder erfahren, was für sie gut ist und was nicht. Damit können sie Situationen, von denen

sie ahnen, daß sie sie nicht verkraften können, eher aus Einsicht und nicht aus Angst vor Strafe oder anderen negativen Folgen meiden.

Um diese Fähigkeiten zu entwickeln, brauchen Jugendliche Erwachsene, die auch gelassen sein können. Erwachsene, die akzeptieren, daß Jugendliche ab und zu "Dampf ablassen" und "ausflippen", möchten. Erwachsene, die immer noch GesprächspartnerInnen sind, auch wenn einmal klar "über die Stränge gehauen" wurde. Es braucht Zuwendung, Auseinandersetzung und konstruktiven Widerstand der Erwachsenen. Auch dann, wenn etwas schief gelaufen ist.

Es braucht Eltern und Lehrpersonen, die wissen, daß sie nicht jede "Verführung" von ihren Kindern abhalten können. Zur Jugend gehört es, sich gegen Grenzen aufzulehnen und sie gegebenenfalls auch einmal zu überschreiten. Zum Erwachsensein gehört es, sich dieser Auseinandersetzung zu stellen.

### **Achtsamkeit und Ehrlichkeit**

Wir Erwachsenen können ab und zu auch unsere eigenen eingeschliffenen Lebensgewohnheiten in Frage stellen. Vielleicht ist es gut, gerade in schwierigen Phasen von Zeit zu Zeit zu sich selber "Stop" zu sagen und sich zu fragen, was hinter dem eigenen Verhalten steht, und was es für unser Gegenüber bedeuten kann. Oft tut es uns Erwachsenen auch gut, auszudrücken, wie es uns **wirklich** geht.

Männern tut es gut, wenn sie den Mut haben, ihre Ängste und Unsicherheiten mitzuteilen. Frauen sollen ihren Ärger und ihre Wut ausdrücken können. Auch Erwachsene müssen nicht immer "aufgestellt" sein. Wut, Trauer, Hoffnungslosigkeit gehören genauso zum Leben wie Spaß, Glück und Hoffnung. Wir sollten uns in unseren und die Jugendlichen in ihren Stimmungen ernst nehmen, denn wenn wir die "negativen" Gefühle an uns annehmen können, müssen wir sie auch den Jugendlichen nicht ausreden.

Mitentscheidend in der Verbeugung sind das soziale Klima in der Schule, die Freiräume im Schulhaus, die gemeinsamen Aktionen. Wer in Gruppen beheimatet ist, wird ein soziales Wesen. Die Chance, in einer Krisensituation nicht durch die Maschen des Beziehungsnetzes zu fallen, werden damit erhöht. Ganzheitliches Erleben, kreatives Tun und die Förderung von echter Genußfähigkeit anstelle von blindem Konsumverhalten sind weitere wichtige Bereiche, um Süchten vorzubeugen.

**Praktische Vorschläge im Hinblick auf eine suchtpreventive Schulkultur (Quelle: SLZ 23/92)**

- ⊙ **TEAMENTWICKLUNG**  
Das Kollegium arbeitet regelmäßig an der Verbesserung der Zusammenarbeit.
- ⊙ **VORBILDVERHALTEN**  
Die Lehrpersonen leben ein bewußtes, formuliertes Vorbildverhalten, beispielsweise im Umgang mit Konflikten im Kollegium und in den Klassen.
- ⊙ **MITVERANTWORTUNG**  
Mitplanung, Mitbestimmung, Mitverantwortung der SchülerInnen für Schulbetrieb und Unterricht.
- ⊙ **LERNKONTROLLEN**  
Positive Bestätigung und individuelle Förderpläne.
- ⊙ **ZIELSCHWERPUNKTE**  
Gemeinsame, von den SchülerInnen unterstützte Werte und Ziele.
- ⊙ **VERTRÄGE**  
Lernzielvereinbarungen und Sozialverträge wie z. B. Regeln bei Störungen, Konflikten und für Sanktionen bei Regelverletzungen.
- ⊙ **KERNGEBOTE**  
Einige wenige Grundsätze für das Verhalten von SchülerInnen und LehrerInnen im Schulbetrieb entschieden durchsetzen, aber auch wieder neu "erfinden" und begründen.
- ⊙ **STAUNEN UND AUSFLIPPEN**  
Gelegenheiten und "Räume" für das sorgfältige Erleben von Werten und Situationen und den Ausdruck von (überschäumender) Lebensfreude, Wut oder Trauer.
- ⊙ **ÖFFNUNG**  
Die eigene Schule nach innen und außen für die SchülerInnen und ihre Bezugspersonen öffnen.

## **Projekt am Untergymnasium der Kantonsschule Luzern**

Zu Beginn des Schuljahres 93/94 entschloß sich die Leitung des UG, die Suchtprävention neu zu konzipieren. Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Lehrpersonen verschiedenster Facheinrichtungen, wurde gebildet. Die Schulärztin, sowie die Fachstelle für Suchtprävention, wurden ebenfalls miteinbezogen. Diese AG war äußerst aktiv und setzte sich intensiv mit der aktuellen Suchtprävention auseinander. Im Frühjahr 1994 wurden folgende Beschlüsse gefaßt:

- ⊙ Suchtprävention ist ein Hauptthema der 2. Klassen des Untergymnasiums;
- ⊙ die betreffenden Klassenlehrerinnen und -lehrer werden in einem eintägigen Fortbildungsseminar auf ihre neue Aufgabe vorbereitet;
- ⊙ sie werden von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe bei der Durchführung in der Klasse unterstützt;
- ⊙ die Fachstelle für Suchtprävention entwirft ein Grobkonzept aufgrund der Bedürfnisse der Schule und leitet den Fortbildungstag für die Lehrpersonen;
- ⊙ die interne Mediothek wird mit Fachliteratur, Unterrichtsmaterialien und geeigneten Videobändern ergänzt.

## ***Ungarn***

### **Drogensituation, Drogenpolitik, Drogenbehandlung und Drogenprävention in Ungarn**

**Dr. med. Béla Buda, Budapest**

Bis zum Ende der 70er Jahre gab es kein nennenswertes Drogenproblem in Ungarn. Illegale Drogen waren verboten, die Grenzen streng kontrolliert, die Polizei war stark und konnte praktisch ohne Beschränkungen ermitteln.

So war schon der Gebrauch oder Mißbrauch von Drogen ziemlich selten. Die wenigen Drogensüchtigen benutzten vorwiegend medizinische Drogen, z. B. Arzneimittel gegen Parkinsonismus, Kodeinderivate usw. In den 70er Jahren vermehrten sich die Fälle von "glue sniffing", das Einatmen der Gase von Klebstoffen und von verschiedenen organischen Solventen unter Kindern und Jugendlichen. Bis in die 80er Jahre gab es mehr als 100 Todesfälle wegen Überdosen dieser chemischen Substanzen. Die Sache wurde totgeschwiegen; es gab ein Presseverbot für derartige Nachrichten; die Regierung wollte einen Nachahmeffekt vermeiden. Die entstandene Empörung von seiten der Fachleute und der öffentlichen Meinung hat viel dazu beigetragen, daß man in den 80er Jahren die Drogenfrage im Lande ernster nahm, und die ersten Einrichtungen und Maßnahmen bezüglich der Drogenpolitik, Drogenbehandlung und Drogenprävention zustande kamen.

Es entfalteten sich folgende Entwicklungen:

Zuerst beschäftigten sich nur wenige Psychiater, klinische Psychologen und einige Theologen mit Drogensüchtigen; dann gründete man Drogenambulanzen in der Hauptstadt und in einigen regionalen Zentren, meist in den Universitätsstädten. Bald eröffneten sich Geldquellen für Forschungsarbeit auf dem Gebiet von Drogenmißbrauch und Drogenabhängigkeit und für Präventionsprogramme. Für eine lange Zeit arbeiteten die Drogenambulanzen meist mit verwahrlosten Jugendlichen, die mit Drogen, vorwiegend mit Medikamenten, experimentierten. Aber auch illegale Drogen hatten das Land zunehmend erreicht, besonders nach der weiteren Liberalisierung von Auslandsreisen

und nach der nachlassenden polizeilichen Überwachung von ausländischen Touristen. Die finanzierten Programme bezogen sich auf Rehabilitation und Resozialisierung von drogensüchtigen Jugendlichen. Einige Forschungsprojekte befaßten sich mit Persönlichkeit, Psychopathologie, Familiendynamik, Kriminalität usw. von Drogenkranken, mit Merkmalen und Eigenschaften von Risikogruppen und von jugendlichen Subkulturen usw. Am Ende der 70er Jahre erhielt ein interdisziplinäres Team eine größere Summe für Drogenprävention in Schulen. Man übernahm die Methoden der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, BRD, übersetzte die Lehrbücher und Kursbeschreibungen und versuchte, eine größere Anzahl von Schülern - mehr als 1000 Kinder - danach zu erziehen, und dann die erzielte Einstellung- und Verhaltensveränderungen im Vergleich mit einer Kontrollgruppe - Schüler, die keine Drogenerziehung bekommen hatten - zu messen. Das Team fand die Ergebnisse gut. Bisher wurde aber kein zusammenfassender Bericht über das Projekt veröffentlicht; es erschienen nur einige Teilresultate. Das Team hat seit ca. 1990 Finanzierungsprobleme. Inzwischen hat die politische Wende die alten Strukturen umgestaltet und die neue Finanzierungssysteme haben mit der Unterstützung dieser Arbeit aufgehört.

Nach 1989 wurde Ungarn eine liberale Demokratie, die Grenzen wurden ganz geöffnet, Menschenrechte gewährleistet, und die polizeiliche Kontrolle des Alltagslebens aufgehoben. Zur gleichen Zeit entstanden wirtschaftliche Schwierigkeiten; die Arbeitslosigkeit stieg auf 10-15 % und davon waren auch jugendliche Altersgruppen stark betroffen. Flüchtlingsströme hatten das Land erreicht, und wegen des Krieges im ehemaligen Jugoslawien hat der Transitverkehr stark zugenommen, und Ungarn wurde ein Transitland für Drogenschmuggel. Man begegnete jetzt immer mehr jungen Leuten, die harte Drogen gebrauchten; Haschisch, Marihuana, LSD, Kokain verbreiteten sich und es wurde klar, daß das Drogenproblem in größerem Ausmaß vor der Tür stand. Im letzten Jahr entstand eine Welle von Gebrauch von Opiaten, die man selbst aus Mohn, der in Ungarn leicht erhältlich ist, da Mohn als ein sehr populäres Lebensmittel gilt, herstellte. Es gibt bisher nur eine begrenzte Drogenszene; der Drogenhandel ist noch nicht organisiert, man trifft sich in der Szene nicht an festen Plätzen. Experten vermuten, daß der Drogenhandel wegen relativer Armut der Bevölkerung und der Unkonvertibilität der nationalen Währung nicht genügend profitbringend ist, und rechnen damit, daß der Bedarf an Drogen nach einem wirtschaftlichen Aufschwung schnell wachsen wird.

Bis zu der Zeit des politischen Wandels war schon der Besitz und der Gebrauch von illegalen Drogen strafbar. Fachleute haben für die Entkriminalisierung von Mißbrauch und Abhängigkeit gekämpft. Zwar gibt es jetzt neue Gesetzesentwürfe, aber die Frage ist noch nicht endgültig gesetzlich geregelt. Jedenfalls werden Drogensüchtige nicht sofort gerichtlich verfolgt. Die Polizei weist die Süchtigen meist in eine Therapie ein und fahndet eher nach Dealern. Zur Zeit ist aber der Verkauf oder die Übergabe von kleineren Drogenmengen strafbar. So besteht noch immer für Drogensüchtige die Gefahr der Festnahme, der Ermittlung oder Verurteilung. Die Öffentlichkeit ist aber jetzt viel mehr aufgeklärt; es herrscht eine größere Toleranz gegenüber Drogenkranken. Bis zu den letzten Jahren war intravenöser Drogengebrauch selten, jetzt wird er allmählich häufiger, z. B. auch die Brühe von Mohnköpfen wird zunehmend injiziert.

Bisher sind keine Fälle von AIDS-Kranken unter Drogensüchtigen im Lande bekannt geworden. So hält man jetzt Austauschprogramme von Injektionsnadeln und - spritzen nicht für aktuell. Methadonprogramme werden viel diskutiert; die Drogenambulanzen sind dafür, die Behörden und einige leitende Psychiater dagegen.

Die Drogenpolitik beruht hauptsächlich auf Verboten. Die Presse freut sich, wenn geschmuggelte Drogen beschlagnahmt worden sind. Man möchte die Polizeiarbeit gegen Drogen verstärken; die Polizei hat damit begonnen, daß Polizeibeamte in den Schulen gesundheitserzieherische Tätigkeit bezüglich Drogen leisten. Es gibt ein interministerielles Komitee gegen die Drogengefahr, wo die verschiedenen Ministerien ihre Maßnahmen gegen Drogen miteinander abstimmen. Dieses Komitee versucht, Selbsthilfegruppen, freiwillige Hilfe, religiöse und humanitäre Bewegungen usw. für Drogenkranke zu fördern.

So ist die Lage in Ungarn ziemlich 'bunt'; es entstehen schnell neue Initiativen; z. B. eben jetzt organisiert die Caritas in Ungarn neue Drogenambulanzen, während italienische und niederländische Stiftungen Rehabilitationszentren betreiben. Allerdings werden einige Aktivitäten schwächer und einige Bewegungen und Gruppierungen verlieren an Schwung. Deutliche Entwicklungen sind zu beobachten, aber die Meinung der Fachleute ist ziemlich kritisch. Man betrachtet die Situation im Lande als sehr problematisch. Die stationäre Drogenbehandlung ist unterentwickelt, nur einige psychiatrische Abteilungen nehmen Drogenkranke auf, die Abhängigen brechen die Behandlung oft ab und haben viele Rückfälle. Außer einigen kirchlichen und humanitären Heimen und

Wohngemeinschaften gibt es keine organisierte Rehabilitation. Obwohl man in Ungarn die Prinzipien der akzeptierenden Drogenarbeit kennt, und alle diejenigen, die sich mit Drogensüchtigen beschäftigen, sehr tolerant und aufgeschlossen sind, unterstützen weder das Gesundheitsministerium, noch die Kommunen, oder die Krankenversicherung "harm reduction"-Programme, z. B. "outreach"-Programme, "Streetwork", "Drop-in" Dienste, Rechtshilfe usw. Die verschiedenen Einrichtungen innerhalb des Gesundheitswesens, - und fast alle staatlich begründeten und finanzierten Einrichtungen befinden sich hier, - arbeiten in der medizinischen Tradition, und sind darum unter den Drogensüchtigen nicht beliebt. Man schätzt, daß die Mehrzahl der Drogenpatienten nicht in das heutige Netzwerk der Versorgung gerät und so die Dunkelziffer der Drogensüchtigen groß ist. Nach den statistischen Berichten von Drogenambulanzen und psychiatrischen Dienststellen kennt man einige hundert Personen, die schwerst abhängig und süchtig sind, und hat Angaben über 2.000 - 3.000 Leute, die wegen Drogengebrauch und Komplikationen in Zusammenhang mit Drogenmißbrauch registriert oder in diesen Einrichtungen behandelt worden sind. Man vermutet, daß die Drogenabhängigkeit zur Zeit mehr die Medikamente, besonders Barbiturate, andere Schlafmittel, Diazepine, Kodein usw. als illegale Drogen betrifft. Nach einigen Erhebungen kann es insgesamt 20 - 30.000 Leute mit Drogenproblemen im Land geben. Viele Fachleute bezweifeln diese Anzahl und halten sie für übertrieben. Es mangelt an Forschung und besonders an epidemiologischen Erhebungen in Ungarn und dieser Mangel ist jetzt ein Hindernis für die weitere Entwicklung.

Diejenigen, die in der Drogenarbeit tätig sind, fordern mehr Unterstützung und Investitionen auf diesem Gebiet und berufen sich auf Zahlen von Kranken und Problemfällen, die aber nicht nachweisbar sind, da es sich um Schätzungen und Vermutungen handelt, während die Behörden auf die Zahlen der Statistik der bekannt gewordenen Fälle zeigen und sagen, daß das Land noch nicht soweit ist, daß es ein so großes Behandlungssystem wie z. B. die Schweiz oder die Niederlande brauche. Selbst einige Fachleute weisen darauf hin, daß das Drogenproblem par excellence im Lande der Alkoholismus sei, der an der hohen Sterblichkeitsrate deutlich beteiligt sei, und der noch schlechter und unzureichender versorgt und behandelt würde. Man müßte das Geld eher für die Entwicklung der Alkoholtherapie einsetzen.

Jedenfalls ist die Drogenfrage jetzt mehr in den Vordergrund des

öffentlichen Bewußtseins getreten und jetzt nicht mehr zu verdrängen; und auch die Vision einer Explosion dieses Problems ist da. In der nahen Zukunft sind drei Szenarios wahrscheinlich. Eines ist die kritische oder dramatische Verschlechterung der Lage; ein Anderes die Verstärkung der helfenden Aktivitäten in den Kommunen und im Zivilbereich und dadurch eine Entwicklung der Angebote von Unterstützung, Hilfe und Versorgung, und das dritte besteht darin, daß neue wirtschaftliche Sorgen, eine restriktive Finanzpolitik oder politische Spannungen das Problem in den Schatten stellen und weitere Entwicklungen bremsen.

## **Familienlager für drogengefährdete Jugendliche und ihre Familienmitglieder zum Zweck der Motivierung für ein vernünftiges Leben**

**Dr. Gáspár Takách, Budapest**

Motto: *Das wahrhaftige Geheimnis der Drogensucht und die Möglichkeit der Ausmerzung ist in der Familie zu suchen!*

Während sich die Menschheit gegen die natürlichen Gefahrenquellen immer wirksamer verteidigen kann, muß sie immer wieder Gefahren ins Auge schauen, deren auslösender Grund der Mensch selbst ist. Nach unseren Erfahrungen zeigt der soziale Hintergrund der in der Familie lebenden drogenabhängigen Jugendlichen in einigen Punkten Übereinstimmung:

- a) Ein Elternteil ist Alkoholiker, meistens ist das Kind des gleichen Geschlechts von Rauschgiften abhängig;
- b) Es handelt sich um "einzelne", auch wenn Geschwister da sind, nimmt dieses Kind in der Familie die Position des Einzelkindes ein;
- c) nach dem II. Weltkrieg betraf die gesellschaftliche Mobilisation beide Eltern oder einen von ihnen.

Das Gefühl der daraus entstehenden Identitätskrise, Wurzellosigkeit und Wertunsicherheit wurde in allen mit Eltern geführten Gesprächen deutlich. Das homeostatische Gleichgewicht der pathologischen Charaktere dieser triadischen Familie ist folgendermaßen zu halten: Die Eltern - einer von ihnen Alkoholiker - spielen eine komplementäre Rolle im "Alkoholikerspiel" (z.B. Pfleger - Kranke, Quäler - Opfer). Das Kind ist als "Verbündeter" bzw. als "Feind" in den Interaktionsprozeß hineingezogen; damit halten die Eltern es in gefühlsmäßiger Abhängigkeit (gleichzeitig bieten sie dem Kind keinen oder wenig gefühlsmäßigen Rückhalt). Die zum Spiel verödete Liebe des einen Elternteils wendet sich an das andere Elternteil. Sie kümmern sich um den emotionalen Anspruch des Kindes nicht. Das Kind - umsonst ein Verbündeter - bleibt im Streit seiner Eltern allein. Der Gleichgewichtszustand der Familie besteht nur so, wenn sich den Kraftlinien entlang ein Elternteil und das Kind dem

anderen Elternteil unterordnet.

Die Autonomie des Kindes hört auf, sowohl die gefühlsmäßige Verbindung, die Sicherheit gibt, als auch die Möglichkeit der Abtrennung wird für es hoffnungslos.

Der Anfang des Rauschgiftkonsums gibt dem pathologischen Familiengleichgewicht eine andere Form: jetzt verbündern sich die Eltern gegen das kranke Kind oder seine Interessen. Das Abhängigkeitsverhältnis ändert sich nicht; sogar das Kind ist jetzt nicht nur von der Familie abhängig, sondern von den Drogen. Das Kind wird in einer Illusion von Schein-erwachsen-Sein, Schein-Selbständigkeit betäubt. Der Vorteil ist: die Aufmerksamkeit und das Kümmern verändern sich in die gewünschte Richtung. Der rauschgiftsüchtige Jugendliche benutzt und bestraft seine Eltern, er erpreßt somit Gefühle ihm gegenüber mit Selbstdestruktion, Regression.

Es ist allgemein bekannt, daß die Behandlung der Beziehung in der Familie sehr mühsam ist; oft ist es ein hoffnungsloses Unternehmen. Es gibt solche festgefahrenen Gewohnheiten, daß nur eine Intervention eine Chance hat, die wichtige menschliche und überwiegend die Familienverhältnisse betreffende Probleme unbeachtet läßt und nichts abändert.

### Zielsetzung

#### 1. Motivierung für ein vernünftiges Leben

Wir organisieren unsere Familienlager für die oben erwähnten sog. triadischen Familien zum Zweck der Motivierung für ein vernünftiges Leben der drogengefährdeten Jugendlichen und deren Familienmitglieder, um die Klärung des gegenseitigen Verhältnisses, die Offenlegung der Natur ihres Spieles (Game-Beziehungen), weiterhin die Kommunikationsentwicklung und die Steigerung der Streßtoleranz anzubieten.

#### 2. Prävention statt Behandlung der drogensüchtigen Jugendlichen

Der offen übernommene, sogar hervorgehobene Zweck ist die Organisation des Familienlagers, die ambulante oder stationäre Behandlung des drogensüchtigen Jugendlichen gegen den elterlichen Druck auszutarieren und zu verhüten. Wir betonen, daß der Zweck der Motivierung für das vernünftige Leben nicht die Erreichung der endgültigen Abstinenz, oder die Zielsetzung des alkohol- und rauschgiftfreien Lebens, sondern die Schaffung der

Wahlfreiheit ist. Nach Arbeiten derer, die sich mit dem bei psychisch Kranken erfahrenen Anzeichen der spontanen Reife beschäftigen, ist die Heilungsaussicht der unbehandelten Drogenabhängigen auf lange Sicht größer als bei denen, die in den verschiedenen therapeutischen Gemeinschaften oder an Methadon-Programmen teilnehmen.

### Durchführung

In der Ambulanz unserer addiktologischen Abteilung erscheinen regelmäßig drogengefährdete Jugendliche, die gern Hilfe annehmen. Aber ihr Problem halten sie für nicht so schwer, daß sie sich wegen der Behandlung von ihrer gewohnten Umgebung trennen und ins Spital begeben. Wir konnten uns in unserer Ambulanz auch mit jenen Eltern inhaltlich beschäftigen, denen die Lebensführung, Alkohol-, Arzneimittel- bzw. Rauschmittel ihrer Kinder Sorgen machten.

In der Ambulanz unserer Abteilung arbeiten Psychiater, Psychologen, Priester, Pädagogen, Musiktherapeuten, Volksbildner in den folgenden Bereichen:

- Beratungsstelle
- Einzel-, Paar- und Familienberatung
- Psychodramatische Gruppe
- Wiedergeburtsguppe ("Rebirthing")
- Encountersgruppe
- Musiktherapie
- kreative Beschäftigungen.

Wir boten unsere Familienlager für drogengefährdete Jugendliche an, die in der Ambulanz regelmäßig erschienen und konnten uns mit ihren Familienmitgliedern - vor allem mit den Eltern - effektiv beschäftigen. In dem Familienlager boten wir auch in der Ambulanz gewohnte Tätigkeiten an; aber die psychodramatische Wiedergeburtsguppe und Encountersgruppe waren von sehr langer Dauer. Natürlich konnte man daneben unter vielen Freizeitprogrammen wählen: Schwimmen, Ausflug, gemeinsames Singen, Grillen usw. Das erste Familienlager organisierten wir vor 10 Jahren (1984), 50 km von Budapest entfernt in einem Erholungsheim neben einem See in Gárdony. Das Lager dauerte 6 Wochen lang. In diesem Lager waren 50 Menschen. Die Krankenversicherung finanzierte die Kosten des drogengefährdeten Jugendlichen vollständig, als ob sie eine Krankenhausbehandlung erfahren hätten. Die Familienmitglieder mußten nur die Kosten für Mahlzeiten und die Gebühr für das Waschen der

Betten ersetzen.

In den Jahren 1985 und 1986 konnten wir in der Ferienzeit in Gárdony unter ähnlichen Bedingungen noch zwei 6wöchige Lager organisieren. Seit 1987 hörte unser Benutzungsrecht in dem Erholungsheim auf. Wir konnten diese Lager u.a. aus finanziellen Gründen nicht mehr organisieren.

Im Jahre 1988 gründete unsere Abteilung einen sog. "Vernünftiges Leben Familienschutzverein". Seitdem ist es möglich, die Familienlager fortzusetzen. Wir organisieren 1 - 2mal pro Jahr sog. "Wochenendfamilienlager" - im allgemeinen von Freitagmittag bis Sonntagmittag - in einem Schlüsselschutzhaus (Haus ohne Verwalter), 8 km entfernt von Budapest. Die Kosten bestreiten wir aus freiwilligen Spenden, wir verlangen keinen Beitrag.

#### Auswertung (Evaluation)

Als die wichtigsten Erfahrungen der Familienlager wurden für uns, die in Behandlung der Sucht bewanderten Fachleute, deutlich, daß die einmalige Beratung, Einzel-, Paar- und Familienkonsultation, vielleicht noch eine psychotherapeutische oder familientherapeutische Intervention mehr Erfolg haben kann, als eine Entwöhnungskur über mehrere Wochen oder Monate.

Das eigentliche Geheimnis der Drogensucht und die Möglichkeit der Heilung ist in der Familie zu suchen.

Wir wußten, daß der Arzt meistens mehr auf dem Gebiet der Heilung über die Entgiftung und über die Erreichung der Abstinenz hinaus nichts tun kann. Der Erfolg der Familienlager verfestigte unseren Glauben, daß die Teilnahme an Prävention eine herausgehobene Verantwortlichkeit uns, den Ärzten, Psychologen, Priestern und anderen Intellektuellen auferlegt. Unsere Arbeit in dem Familienlager diente als Kraftquelle, schuf emotionale Akzeptanz und förderte unsere tägliche Arbeit.

## Resümee

Fachkräfte und Koordinator/-innen aus 10 Ländern arbeiteten in der Zeit vom 16. - 20.10.94 in Bochum gemeinsam zum Thema der Suchtprävention im europäischen Vergleich.

Die Teilnehmer/-innen einigten sich zum Abschluß auf folgendes Resümee:

- \* Die Europäische Union ist nicht nur Wirtschafts-, sondern auch Sozialgemeinschaft. Drogenmißbrauch ist zudem als grenzüberschreitendes Problem zu betrachten, das gemeinsamer Handlungsansätze bedarf.
- \* Die persönliche Begegnung, der Austausch über unterschiedliche Drogenpolitiken sowie Handlungs- und Präventionsstrategien zwischen verantwortlichen Koordinatoren und Fachkräften aus 10 Ländern wurde einmütig als positiv und weiterhin notwendig bewertet. Die Begegnung mit Vertretern osteuropäischer Länder war zudem wichtig für die weitere Entwicklung in diesen Regionen Europas.
- \* Als ein wichtiges Arbeitsergebnis wurde festgehalten, daß ein gemeinsames Präventionsprojekt entwickelt wird. Dieses soll in verschiedenen Ländern erprobt und ausgewertet werden, so daß gegenseitiges Lernen möglich wird und gemeinsame Wirkfaktoren herausgearbeitet werden können.
- \* Weiterhin bestand großes Interesse an der Fortsetzung der Fachgespräche auf der Basis der Werkstattgespräche I und II des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe.

Die "2. Europäische Werkstatt" wurde durchweg als erfolgreich beurteilt, der Einsatz einer Projektgruppe zur Erarbeitung von konkreten Plänen zur Weiterarbeit belegt dies eindrücklich.

## Anhang

### Adressen der Teilnehmer/innen:

#### Belgien

Carlo Baeten  
CAD Hasselt  
Luikersteenweg 134  
B-3500 Hasselt

Sandra Hex  
CAD Hasselt  
Luikersteenweg 134  
B-3500 Hasselt

#### Deutschland

Christiane Kahre  
Fachstelle für Suchtprävention  
der Krisenhilfe Bochum e.V.  
Viktoriastr. 64  
44787 Bochum

Antonius Holz  
Fachstelle für Suchtprävention  
der Krisenhilfe Bochum e.V.  
Viktoriastr. 64  
44787 Bochum

#### Frankreich

Michel Wagner  
La Rorertsau  
  
1, Chemin de l'Anquille  
F-67000 Strasbourg/France

Christian Tondon  
Rectorat de l'academie de  
Nancy-  
Metz, 13 Place Carnot  
F-54000 Nancy

#### Italien

Prof. Umberto Nizzoli  
Padiglione "Tanzi"  
Via Amendola 2  
I-42100 Reggio Emilia

Walter Zampedri  
"La Strada"  
Via visitazione 42  
I-39100 Bozen/Bolzano

Lettland

Janis Strazdins, MD  
Director on Drug and Alcohol  
Dependency  
7/9 Aptiekas Street  
LV-1005 Riga Latvia

Niederlande

Drs. Wim R. Buismann  
Jellinek Consulting  
Godelindeweg 4  
NL-1217 -HR Hilversum

Pieter Wetser  
Nederlands Instituut voor  
Alcohol en Drugs  
Postbus 725  
NL-3500 AS-Utrecht

Marjolein Bron  
Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs  
Postbus 725  
NL-3500 AS-Utrecht

Österreich

Gerald Koller  
Kammern  
A-6863 Egg

Dr. Angela Schiemer  
Holzgasse 3  
A-6900 Bregenz

Polen

Grazyna Miros  
Gesundheitsministerium  
Pełnomocnik Ministra Zdrowia  
i Opieki Społecznej  
ul. Miodowa 15  
PL-00923 Warszawa

Janusz Sieroslawski  
Gesundheitsministerium  
Pełnomocnik Ministra Zdrowia  
i Opieki Społecznej  
ul. Miodowa 15  
PL-00923 Warszawa

Schweiz

Ueli Minder  
Kantonale Fürsorge- und

Gesundheitsdirektion  
Rathausgasse 1  
3011 Bern

Herbert Willmann  
Fachstelle f. Suchtprävention  
DFI  
Rankhofstr. 3  
6000 Luzern 6

Ungarn

Dr. Béla Buda  
Nationalinstitut f. Gesundheits-  
förderung Budapest  
H-BOB 8 H 1378 Budapest

Dr. Cáspar Takách  
Institut  
H-1021 Budapest  
Hüvösyölgyi u. 116  
Ungarn

Veranstalter:

Herr Wolfgang Rometsch  
Frau Jutta Coenen  
Frau Christine Anders

- Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, 48133 Münster -