

Forum Sucht

Fachtagungen

1. "Der niedergelassene Arzt im Spannungsfeld zwischen suchtmittelabhängigen Patienten und professioneller Drogenhilfe"

Veranstaltungsort:
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Dortmund

27.04.1994

2. Netzwerk der Drogenhilfe -
"Eine Modellregion im Aufbruch"

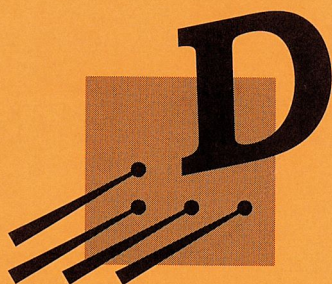
Veranstaltungsort:
Rathaus der Stadt Hagen

02.05.1994

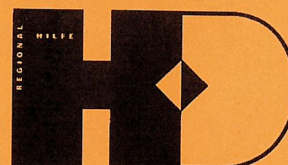
Tagungsberichte

ISSN 0942-2382

Band 10



Koordinationsstelle für
Drogenfragen und Fortbildung
Hörsterplatz 4, 48133 Münster



Hagen-Dortmunder-
Verbund e.V.
Iserlohner Straße 43
58819 Hagen
Tel.: 02334 - 984325

Herausgeber:
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Abteilung Gesundheitswesen
**Koordinationsstelle für
Drogenfragen und Fortbildung**

2. Auflage
1 - 2.000

Mai 1995

**DER NIEDERGELASSENE ARZT IM
SPANNUNGSFELD ZWISCHEN
SUCHTMITTELABHÄNGIGEN PATIENTEN UND
PROFESSIONELLER DROGENHILFE**

- TAGUNGSBERICHT -

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Koordinationsstelle für Drogenfragen
und Fortbildung
Hörsterplatz 4
48133 Münster
Tel.: 0251/591-3838

Hagen-Dortmunder-Verbund
Iserlohner Str. 43
58819 Hagen

Tel.: 02334-984325

Inhaltsverzeichnis:

Begrüßung und Einführung

Landesrat Dr. med. Wolfgang Pittrich,
Landschaftsverband Westfalen-Lippe,
Abteilung Gesundheitswesen. 5 - 11

Referat

Der Drogenpatient in der ärztlichen Praxis: Einstieg in eine qualifizierte Behandlung

- aus Sicht des niedergelassenen Arztes

Dr. med. Hans-Joachim Schlüter, Dortmund 12 - 21

- aus Sicht des stationär tätigen Arztes

Oberarzt Michael Kröll,
Suchtbehandlungszentrum Hohenlimburg 22 - 25

Podiumsdiskussion

Die Vernetzung von ärztlicher und psychosozialer Hilfe in der Modellregion Hagen-Dortmund

Thesen zur

- Drogenabhängigkeit

G. Jonasson, Suchtbehandlungszentrum Hohenlimburg 26

- Langzeittherapie

Dr. med. Gerhard Wülker, Therapeutische
Facheinrichtung "Im Deerth" 27

- Substitution

Hans Adam, Drogenberatung Dortmund 28

Dr. med. Hans-Joachim Schlüter,
niedergelassener Arzt in Dortmund 29 - 31

Begrüßung und Einführung

Landesrat Dr. med. Wolfgang Pittrich
Landschaftsverband Westfalen-Lippe,
Abteilung Gesundheitswesen



Sehr verehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,
meine sehr verehrten Damen und Herren,

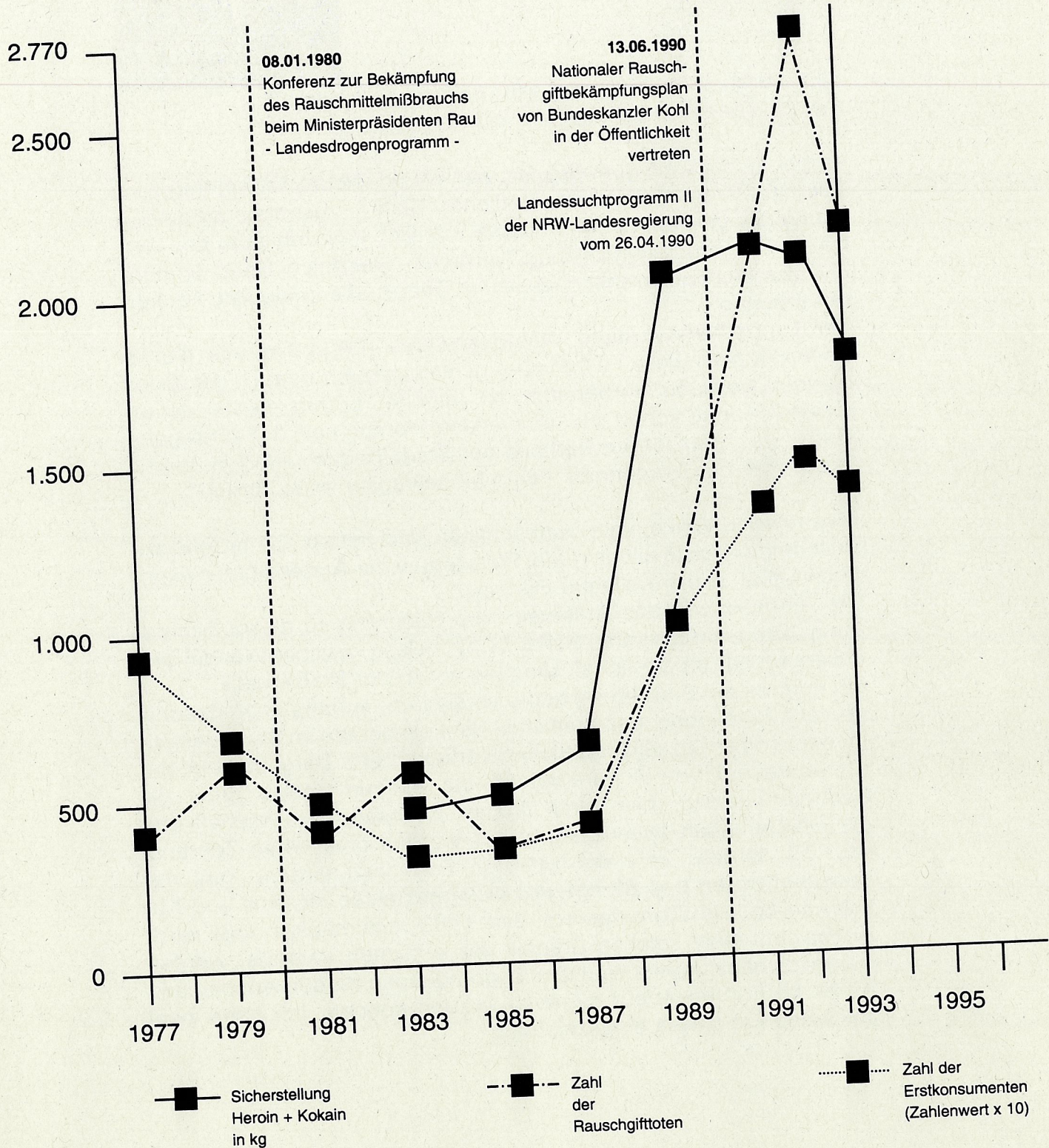
es gibt sicher viele gute Gründe, daß wir uns heute nachmittag zum Thema "Drogenhilfe aus ärztlicher Sicht" zusammengefunden haben. Es gibt aber auch Anlässe, nämlich das Jubiläum der zentralen Entgiftungseinrichtung Nordrhein-Westfalen Hohenlimburg und das des Fachkrankenhauses im Deerth, die beide seit 10 Jahren arbeiten.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) hat aus diesen Anlässen gern diese Fachtagung gemeinsam mit dem Hagen-Dortmunder Verbund vorbereitet. Ich möchte bereits heute darauf hinweisen, daß schon am kommenden Montag eine 2. Fachtagung stattfindet, nämlich im Rathaus der Stadt Hagen mit dem Thema "Netzwerk der Drogenhilfe - Eine Modellregion im Aufbruch".

Also herzlich Willkommen zum heutigen Nachmittag. Ein besonderer Willkommensgruß gilt unserem Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Herrn Kollegen Flenker. Die Anwesenheit des Ärztekammerpräsidenten zu dieser Fachtagung "Drogenhilfe aus ärztlicher Sicht" belegt, welcher Wandel sich vollzogen hat im ärztlichen Umgang mit dieser Problematik. Ich möchte zur Einführung gerne versuchen, anhand einer Graphik deutlich zu machen, daß ärztliches Handeln gerade im Suchtbereich immer in einem gesellschaftlichen Kontext steht. Dargestellt ist der Kurvenverlauf von 3 Parametern, die Auskunft geben über die Suchtgefährdung - hier durch Drogen - in unserer Gesellschaft und die einigermaßen zuverlässig erfaßt werden über einen Zeitraum von 15 Jahren: Zahl der erfaßten Erstkonsumenten, Zahl der Rauschgifttoten und Menge des sichergestellten Heroins und Kokains in kg, die allerdings erst seit 1983 regelmäßig erfaßt wird. Angesichts einer solchen Graphik des zeitlichen Verlaufs, werden sicherlich ganz unterschiedliche Begründungen für den Anstieg und Abfall im Kurvenverlauf gegeben werden können. Ich habe zwei politische Ereignisse eingezeichnet:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Abt. Gesundheitswesen Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung



1980 gab es die Konferenz zur Bekämpfung des Rauschmittelmißbrauchs in Nordrhein-Westfalen, nachdem es schon in den vorangegangenen Jahren zu einer intensiven Diskussion der Drogenproblematik gekommen war und Hilfen für Drogenabhängige mobilisiert wurden. Ministerpräsident Rau machte die Drogenhilfe zu seiner persönlichen Angelegenheit und rief alle mit der Drogenproblematik Befassten an einen Tisch. Der LWL erklärte bei dieser Gelegenheit seine Absicht, zusätzliche Entzugs- und Entwöhnungsplätze zu schaffen und schlug die Einrichtung einer Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung vor, die ja dann auch für Westfalen-Lippe realisiert werden konnte. Kurzum, mit dem damals beschlossenen Landesdrogenprogramm wurde zum Ausdruck gebracht, daß Drogenabhängigkeit keine gesellschaftliche Randerscheinung ist und die Hilfen so strukturiert werden müssen, daß sie für die Betroffenen verlässlich erreichbar sind.

Wenn man die im Jahre 1977 beginnenden Kurvenverläufe gedanklich bis zum Beginn der 70er Jahre verlängert, dann ist hier ein Anstieg zu verzeichnen. Von Herrn Kollegen Schlüter weiß ich, daß er einer der wenigen ist, die sich schon Anfang der 70er Jahre als Arzt dem Drogenproblem zugewandt haben. Im Bereich des LWL war es Herr Dr. Hünnekens, der Ltd. Arzt unseres Institutes für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamm, der die erste Abteilung zur Behandlung von drogenabhängigen Jugendlichen aufbaute. Ich war damals als Hochschullehrer klinisch am Zentrum der Psychiatrie der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt tätig, das die erste Ambulanz für Drogenabhängige eingerichtet hatte. Wir sind uns sicher darin einig, daß in den 70er Jahren ganz wenige Ärzte bereit waren, sich mit der Drogenproblematik auseinanderzusetzen und wirksame Hilfen zu entwickeln. Nach meiner persönlichen Wahrnehmung verweigerte sich die Ärzteschaft weitgehend und dort, wo sich Ärzte engagieren wollten, wurden sie nur allzuoft zurückgewiesen. Kurzum, wir befanden uns damals m. E. in einer Phase des Laienengagements und vielfältiger Improvisationen; gesundheitspolitisch dominierten autoritäre und repressive Einstellungen und Haltungen gegenüber den Drogenabhängigen.

Nach einer Entspannungsphase Anfang der 80er Jahre schien es Mitte der 80er Jahre zu einer Stabilisierung der Drogenproblematik zu kommen bei weiterer Qualifizierung und Differenzierung der Hilfsangebote. In diese Zeit fällt ja auch die Inbetriebnahme der Fachklinik und der zentralen Entgiftungseinrichtung in Hohenlimburg. In unseren Klausuren jeweils zum Jahresende mit Vertretern der Elternkreise in Westfalen-Lippe konnte erstmals festgestellt

werden, daß Therapiewillige immer auch einen Behandlungsplatz fanden und sich die Einrichtungen und Dienste der Drogenhilfe differenziert auf die jeweiligen Anforderungen, die Drogenabhängige stellten, einstellen konnten. Gesundheitspolitisch wurden Entwarnungssignale gegeben, es wurde von Einsparungsnotwendigkeiten gesprochen, z. B. auch davon, daß man die Zahl der Prophylaxekräfte in Nordrhein-Westfalen reduzieren müßte. Es kam die Diskussion über die Methadonsubstitution auf, und die Phase der Stabilisierung ging in eine Phase heftiger Diskussion um das Für und Wider der Methadonsubstitution über, die viele der Betroffenen und ihres Umfeldes, z. B. die Familie, verunsicherten. Ende der 80er Jahre kam es dann zu einem dramatischen Anstieg mit einer Ver vierfachung der Zahl der registrierten Drogentoten und dem traurigen Höhepunkt 1991. Die Politik stellte sich erneut öffentlich dieser Problematik. Ich habe hier das Datum 13.06.1990 eingezeichnet, an dem Bundeskanzler Kohl in der Öffentlichkeit den nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan vertrat. Zwei Monate vorher war bereits das Landessuchtprogramm II. der Landesregierung Nordrhein-Westfalen veröffentlicht worden.

Sicherlich ist mit dieser Darstellung nicht zu belegen, daß die Verkündung von Drogenbekämpfungsplänen auf Landes- und Bundesebene Abwärtstrends erfaßter Parameter der Drogenproblematik verstärken oder dramatische Anstiege brechen können. Aber ich bin schon der Meinung, daß es wichtig ist, daß die verantwortlichen Repräsentanten unseres Staates sich zur Suchtgefährdung unserer Gesellschaft äußern, das Ausmaß des Problems und Gegenmaßnahmen darstellen und begründen. Für die betroffenen Suchtkranken kann dies Gewißheit vermitteln, daß ihnen diese Gesellschaft auch tatsächlich helfen will und kann.

Für alle, die im Bereich der Drogenhilfe Verantwortung tragen, verdeutlicht dieser Kurvenverlauf, daß ihm positive und negative Einflußfaktoren zugrunde liegen, die es aufzuspüren gilt. Aufgrund meiner Erfahrung kommt es auf eine klare Botschaft an die betroffenen Suchtkranken an, auf ein möglichst breites Spektrum der Hilfsmöglichkeiten und einen Gleichklang von Prävention, Behandlung und Rehabilitation sowie polizeilicher Maßnahmen und anderer staatlicher Interventionen. Wir sind uns sicher einig, daß unter den Bedingungen eines solchen idealen Gleichklangs das Drogenproblem nicht gelöst oder gar die Suchtgefährdung unserer Gesellschaft abgewendet werden kann, wohl aber erscheint mir eine Begrenzung möglich, jedenfalls sind wir alle verpflichtet, unsere Hilfsangebote so wirksam als möglich zu gestalten.

Ich bin optimistisch und gehe deshalb davon aus, daß wir uns nach

der Phase einer dramatischen Zunahme der Drogenprobleme, in der aber auch viele Kräfte mobilisiert wurden, uns jetzt in einer Phase befinden, in der die neu geschaffenen Hilfsangebote Wirkung zeigen. Wir sollten uns nicht durch immer noch ausgetragene gesundheitspolitische Kontroversen und offen bekundete Ratlosigkeit politischer Verantwortlicher irritieren lassen, sondern auf Qualifizierung unserer Arbeit und weitere Innovation setzen. Zwar dreht sich die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion vor allem um Fragen der Kostendämpfung aber anders als in der Vergangenheit werden sie zunehmend mit Qualitätssicherungsmaßnahmen verbunden. Gerade im Bereich der Drogenhilfe sind Fortschritte zu verzeichnen. Mit der Einrichtung des zentralen Drogenentzugs in Hohenlimburg wurde ein wichtiger Ansatz realisiert, und wir sind froh, daß es auch im Bereich des LWL gelungen ist, Standards eines qualifizierten Drogenentzuges durchzusetzen. Wir verstehen unter einem qualifizierten Entzug, daß er niedrigschwellig angelegt ist, gemeindebezogen arbeitet, d. h. in das jeweilige Hilfesystem vor Ort integriert wird. Zwar war bei der hohen Inanspruchnahme für die ersten Einrichtungen die Begrenzung auf eine bestimmte Region nicht immer einzuhalten, aber mittlerweile arbeiten 5 Einrichtungen, die ich nennen möchte, nach diesem Konzept, das zunehmend auch durchzuhalten ist:

- Westf. Klinik für Psychiatrie und Neurologie Lengerich, "CLEANOK";
- Westf. Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie Gütersloh, "Selavie";
- Westf. Klinik für Psychiatrie Paderborn, "Nadelöhr";
- Westf. Klinik für Psychiatrie Münster, "Leuchtturm" und
- Westf. Klinik für Psychiatrie Dortmund, Drogenstation.

Mit unserem Modellprogramm "Therapie sofort" haben wir in Dortmund belegen können, daß die Bereitschaft zur Therapie bei Drogenabhängigen sehr hoch ist. Dabei kommt es aber darauf an, die therapeutische Hilfe entsprechend den spezifischen Anforderungen, die Drogenabhängige stellen, zu differenzieren. Aufgrund dieser Erfahrungen wird es in der Zukunft darum gehen, daß Neueinsteiger in der Drogenszene relativ früh mit einem wirksamen Ausstiegsangebot konfrontiert werden. Nach unseren Erfahrungen gilt es auch, ambulante Entzugsmodelle als Ausstiegshilfe zu installieren. Unser ambulantes "Coudex"-Konzept hat jedenfalls bestätigt, daß dadurch gerade Drogenabhängige erreicht werden, die keinen Bezug mehr zu den klassischen Drogenhilfesystemen haben und daß die Haltequote überraschenderweise höher war als in stationären Entzugseinrichtungen. Kurzum, zur Qualitätssicherung der Drogenhilfe gehört u. E. auch, daß eine hohe Flexibilität der Hilfsangebote

gewährleistet ist.

Wir sind froh darüber, daß sich eine Arbeitsgemeinschaft qualifizierter Drogenentzug in Nordrhein-Westfalen zusammengefunden hat, um Standards zu definieren, um sie dann mit den Kostenträgern zu vereinbaren. Besonders wertvoll ist hier die gesundheitspolitische Unterstützung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales unseres Landes.

Für den ambulanten Bereich ist das Bundesministerium für Gesundheit bestrebt, im Rahmen einer Novelle der Betäubungsmittelverschreibungsordnung auch entsprechende Standards für jene Ärzte festzulegen, die an der Substitutionsbehandlung mitwirken. Ich begrüße es sehr, daß auch die Bundesärztekammer als Selbstverwaltungsorgan eigene Vorstellungen entwickelt hat, denn dadurch können staatliche Regelungen sich auf das unbedingt Notwendige beschränken. Nur all zu leicht führen staatliche Regelungen zu einem starren, schließlich realitätsfernen Regelungssystem. In der Diskussion im Bereich der Bundesärztekammer ist, ob eine Zusatzbezeichnung Suchtkrankenbehandlung eingeführt wird oder entsprechende Qualifizierungen etwas niedrighschwelliger im Rahmen einer Fachkunde erworben werden können. (Die Nicht-Ärzte wissen vielleicht nicht, daß eine solche Zusatzbezeichnung dazu berechtigt, diese im Titel zu führen und auch mit einer Prüfung verbunden ist. Im Falle der Fachkunde ist dies nicht möglich.) Kurzum, auch im ambulanten Bereich zeichnet sich Entwicklung ab, Qualitätsstandards einzuführen.

Im Bereich der Prävention ist es in schwierigen Verhandlungen mit den Bundesländern gelungen, im Rahmen des Bund-Länder-Koordinationskreises Suchtprävention die Leitlinien zur Prävention von Mißbrauchsverhalten und Sucht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu verabschieden. Wir sind also ein ganzes Stück weiter gekommen, was Qualitätssicherung im stationären, ambulanten und präventiven Bereich anlangt, und sich sehe die Chance, daß wir diese Phase zu einer Phase der Professionalisierung und Qualifizierung der Drogenhilfe entwickeln können.

In einem regionalen Verbund wird vieles leichter erreichbar sein als in größeren Zusammenhängen. Die Akteure kennen sich persönlich und ihre Zusammenarbeit realisiert sich in der Hilfe für den einzelnen Drogenabhängigen. Und manche Kontroverse über das "Richtige", was entschieden oder getan werden muß, wandelt sich dann sehr rasch in sich ergänzende Handlungsweisen. Die Erfahrung

zeigt, daß der ärztliche Beitrag unverzichtbar ist und daß er sich in der Regel auch gut in das komplexe Hilfesystem für Drogenabhängige einfügt. Die Stadt Dortmund, die durch die Drogenproblematik in besonderer Weise belastet ist, belegt diese Erfahrung.

Der Drogenpatient in der ärztlichen Praxis: Einstieg in eine qualifizierte Behandlung

- aus Sicht des niedergelassenen Arztes
Dr. med. Hans-Joachim Schlüter, Dortmund



Als sich Anfang der 70er Jahre die Zahl der Drogenabhängigen explosionsartig vermehrte - damals waren es fast ausschließlich Patienten, die heroinabhängig waren, - habe ich 1972 noch im Krankenhaus mit der Behandlung Drogenabhängiger begonnen. Die Hilfe, die wir damals anbieten konnten, war lediglich ein "warmer stationärer Entzug". Auch nachdem ich dann 1972 hier in Dortmund die Drogenberatung gegründet hatte, blieben die therapeutischen Möglichkeiten noch sehr eingeschränkt. Das Angebot verbreitete sich zwar um ambulante Therapiemöglichkeiten; mit Langzeittherapie wurde experimentiert; aber Substitutionsbehandlungen wurden hier in Deutschland noch streng vom Staatsanwalt verfolgt, trotz der guten Erfahrungen, die zum Beispiel in den Niederlanden und in den USA bereits gemacht worden waren. Umzudenken begann man hier, als sich die Zahl der HIV-Infizierten unter den Drogenabhängigen häufte. Aber es hat 13 Jahre gedauert, bis der Erlaß des damaligen Sozialministers Heinemann auch hier eine Substitutionsbehandlung möglich machte - anfänglich allerdings nur bei Aidskranken. Noch 1987 schrieb mir der Leitende Staatsanwalt aus Dortmund, daß ich mich strafbar machen würde, wenn ich Drogenabhängigen als Aidsprophylaxe sterile Spritzen und Nadeln aushändigen würde.

Im Vergleich zu damals gibt es heute vielfältige Behandlungsmöglichkeiten.

Es wurden alle denkbaren stationären und teilstationären Langzeittherapieeinrichtungen gegründet, sogar für Sonderfälle, zum Beispiel für Mütter, die ihre Kinder mitnehmen oder Ehepaare, die sich gemeinsam einer Abstinenzbehandlung unterziehen wollen. Kran-

kenhäuser haben sich auf die Entgiftung und die Behandlung in den ersten Wochen danach spezialisiert. Es werden auch Entzugsbetten in nicht spezialisierten Krankenhäusern angeboten. Es gibt Einrichtungen vom Typ "Therapie sofort", die eine direkte Aufnahme zur Entgiftung mit nahtlosem Übergang in eine Langzeittherapieeinrichtung anbieten. Hier in Dortmund sind in 27 Monaten bis Ende 93 allein 481 Patienten vermittelt worden. Das Land NRW hat ein Methadonsubstitutionsprogramm für Patienten entwickelt, die trotz mehrerer Versuche nicht abstinenzfähig sind, und viele niedergelassene Ärzte, in Dortmund z. B. über dreißig, substituieren Drogenkranke in der Praxis. Sogar die Krankenkassen übernehmen seit Bestehen der NUB-Richtlinien in bestimmten Fällen die Kosten für Begleitung der Substituierten mit Levomethadon. Die Drogenberatungen und Aidshilfen haben die psychosoziale Begleitung der Substituierten übernommen, und ein Teil der Gesellschaft ist bereit, die Drogensucht als Krankheit anzuerkennen. An einigen Ärztekammern haben sich Sucht- und Droгенаusschüsse konstituiert, die ihre Ärztekollegen beraten und sich bemühen, neue Modelle und Denkmuster in der Drogentherapie zu entwickeln. Sogar Spritzenautomaten werden in den Innenstädten aufgestellt. Wegen Drogendelikten inhaftierte Patienten können nach dem Prinzip "Therapie statt Strafe" eine Langzeittherapie statt Gefängnis wählen. Die Zahl der Drogentoten ist im Jahre 93 um 20 % geringer als im Jahre 92: hier in Dortmund 44 Tote, statt 54 im Jahr zuvor. Die Rate der Drogenkriminalität sinkt, und die Prozentzahl der HIV-Infizierten unter den Drogenabhängigen stagniert.

Es ist viel passiert in den letzten 20 Jahren und man könnte meinen, es seien rosarote Zeiten für Drogenabhängige angebrochen. Warum bin ich nur so unzufrieden mit dem jetzigen Zustand?

Um diese Frage zu beantworten, lade ich jeden ein, einen Spaziergang durch die Viertel der Innenstädte zu machen, in denen sich die Drogenszene trifft. Körperlich und seelisch verelendete junge Menschen, viele am Rande des Todes, die sich prostituieren und stehen, um das Geld für den nächsten Druck zu beschaffen, beherrschen nach wie vor das Bild. Es sterben hier bei uns immer noch prozentual zehnmal soviel Drogenpatienten wie in vergleichbaren niederländischen Städten.

"Selber schuld", könnte man sagen, "bei den vielen Hilfen, die zur Verfügung stehen".

Offensichtlich erreichen unsere Hilfen aber nur einen Teil der Süchtigen und ich darf gleich hinzufügen, das wird auch so bleiben, egal was wir unternehmen.

Aber auch wenn wir Drogensüchtige, die therapiewillig sind, behandeln wollen, stoßen wir immer wieder auf Unverständnis und Widerstand bei Krankenhäusern, Behörden und beteiligten Institutionen. Das liegt vorwiegend daran, daß die Behandlung Drogenabhängiger von vorgegebenen gesetzlichen und versicherungstechnischen Vorschriften abhängig ist, die den heutigen Erfordernissen einer qualifizierten Suchttherapie in keiner Weise gerecht werden. Ich bin sicher, daß wir viel mehr erreichen könnten, wenn wir anfangen, unsere Hilfsangebote kritisch zu überdenken und bereit wären, auch bisher aus Strafrechts- und anderen Gründen nicht zu Ende gedachte Möglichkeiten zu prüfen.

Ich möchte in diesem Beitrag den Versuch machen, Ihnen die heutige Realität in der Behandlung Drogenkranker zu schildern und daraus einige der für eine qualifizierte Therapie in der Praxis notwendigen Konsequenzen zu formulieren.

Der erste Komplex, der dabei zu betrachten ist, ist die Hilfe, die wir den Menschen zukommen lassen, die zur Zeit therapieunwillig sind und in der Drogenszene - mir fällt es hier schwer, 'leben' zu sagen; 'vor sich hinvegetieren' wäre besser formuliert. Diese Patienten sehen wir in unseren Praxen nur, wenn sie versuchen, unter allen möglichen Vorwänden an Ersatzmittel zu kommen.

Diese Menschen stehlen und prostituieren sich, um sich das notwendige Geld für ihre Suchtmittel zu besorgen. Sie haben jedes Selbstwertgefühl verloren, sowie das Gefühl für Freundschaft, Liebe, Ehrlichkeit und Ehrgeiz. Sie sind psychisch und körperlich krank. Wir sehen tatenlos zu, wie sie sterben, verfolgen sie mit unseren Strafrechtsparagrafen und verwahren sie in unseren Gefängnissen. Für diese Menschen ist die Verelendung eine direkte Folge der Notwendigkeit, in der Illegalität zu leben. Stellen Sie sich einmal kurz vor, Alkohol wäre eine illegale Droge. Millionen Alkoholiker würden unter den gleichen Bedingungen sich prostituierend und stehend in den Bahnhofsvierteln der Städte leben.

1. Feststellung:

Einer der Hauptgründe für die psychische und physische Verelendung der Drogensüchtigen ist nicht eine pharmakologische Folge des Heroins, sondern die Tatsache, daß die Drogen illegal beschafft werden müssen.

Bitte verstehen Sie mich nicht falsch, ich plädiere nicht für eine unkontrollierte Freigabe von Heroin für Jedermann. Es gibt viele Gründe, die dagegen sprechen. Aber warum wird man von vielen

Kollegen und erst recht von Politikern aller Parteien fast gesteinigt, wenn man laut darüber nachdenkt, ob man zur Zeit therapieunfähigen Drogenkranken nicht das Heroin unter kontrollierten Bedingungen geben sollte? Im gleichen Augenblick hat der Patient es nicht mehr nötig, zu stehlen und sich zu prostituieren. Das Risiko, sich selbst und andere mit Aids zu infizieren, sinkt fast auf Null. Warum nicht - wie in Hamburg und Frankfurt diskutiert - ein Modellversuch?

Die Gegenargumente sind immer die gleichen und stammen meist aus dem Erfahrungsbereich der Alkoholsucht:

Der Leidensdruck fällt weg und dadurch sind weniger Patienten zur Abstinenzbehandlung bereit. So richtig das vielleicht ist, kostet die Beibehaltung des hohen Leidensdrucks bei der Alkoholtherapie nicht das Leben vieler junger Menschen.

Weil Heroin teuer und deshalb nicht beliebig verfügbar ist, steigen die Süchtigen auf Ersatzdrogen, wie zum Beispiel Codeinpräparate und Rohypnol, um. Seit der Codeinsaft in übergroßen Mengen auf der Scene zu kaufen ist, gibt es mehr und mehr Codeintote. Das liegt zum Teil daran, daß die verschreibenden Ärzte den Saft verschieden konzentriert rezeptieren und der Suchtkranke, der es auf der Scene kauft, bei hoher Konzentration leicht eine Überdosis einnehmen kann. Codeinsaft ist in so großen Mengen auf der Scene, weil die Abhängigen ihren behandelnden Ärzten gekonnt Unterdosierungssymptome vortragen und diese ihnen bis zum Zehnfachen der benötigten Tagesdosis aufschreiben. 90 % des Codeins landen auf der Scene. Ich kenne Patienten, denen Dosen verschrieben wurden, die Elefanten töten könnten. Die Praxen der Kollegen, die solche Rezepte schreiben, werden von Süchtigen frequentiert, die teilweise hunderte von Kilometern anreisen. Es lohnt sich, denn der Reisepreis kommt beim Verkauf um ein Vielfaches wieder heraus.

2. Feststellung:

Es ist notwendig, vernünftige Rahmenbedingungen für die Codein-substitution zu schaffen; wenn es nicht anders möglich ist, dadurch, daß es unter das BtMG fällt.

Das würde bedeuten: Verschreibung nur an Patienten aus dem Einzugsbereich der Praxis. Überprüfung der Serumspiegel, um zu hohe Dosen zu vermeiden. Abgabe anfänglich nur für zwei bis drei Tage, bis der Beigebrauch eingestellt ist und der Patient sich aus der Scene löst. Standartisierung der Konzentrationen.

Bei einem großen Prozentsatz der Drogentoten ist Rohypnol zumindest mitursächlich für den Tod. Das Medikament verändert die Psyche der Süchtigen und ist maßgeblich an der Verelendung Tausender von Menschen mitbeteiligt. Die Firma Hoffmann La Roche weiß das seit Jahren und hat bisher keine ausreichenden Gegenmaßnahmen getroffen, geschweige denn mit dafür gesorgt, daß das Präparat in allen seinen Darreichungsformen unter das BtMG fällt. 20 Millionen Umsatz im Jahr sind der Firma wichtiger als Hunderte von Toten. Das sonst bei Medikamentennebenwirkungen so rührige BGA tut nichts. Herr Seehofer und andere Politiker schweigen. Leider gibt es immer noch Kollegen, die das Medikament rezeptieren.

3. Feststellung:

Rohypnol gehört in all seinen Darreichungsformen unter das BtMG.

Ich selbst habe für mich aus Protest die Konsequenz gezogen, daß ich außer einem Aidspräparat, für das es keine Alternative gibt, Medikamente der Firma Hoffmann La Roche nicht mehr rezeptiere, weil ich mich sonst mitschuldig fühlen würde am Tod hunderter Menschen jedes Jahr.

Die Drogenberatungen sind zur Zeit so überlastet durch die von allen Gruppen geforderte, aber von keiner Gruppe bezahlte, psychosozialen Begleitung der Substitutionsbehandlung, daß für die Arbeit in der Scene kaum noch Zeit bleibt. Notschlafplätze für Süchtige stehen kaum zur Verfügung. Diese Probleme sind nur mit personeller Aufstockung zu lösen.

4. Feststellung:

Wenn jemand, wie z. B. die Krankenkassen, über NUB eine psychosoziale Betreuung verlangt, muß er sie bezahlen.

Dadurch würden Mittel frei für die Arbeit in der Scene und für Notschlafplätze. An viele Süchtige kommen wir Ärzte und die Mitarbeiter der Drogenberatungen gar nicht heran, weil sie in ihren niedrigschwelligen Einrichtungen, wie z. B. Teestuben, nicht tolerieren können, daß Süchtige in dieser Einrichtung Drogen zu sich nehmen, ohne sich selbst strafbar zu machen.

5. Feststellung:

Es müssen Freiräume bei den niedrigschwelligen Einrichtungen geschaffen werden, die es möglich machen, Drogenkonsum dort zwar nicht zu billigen, aber zu tolerieren.

Zu der "klassischen Abstinenzbehandlung":

Ein Drogenabhängiger, der wegen eines stationären Entzuges in meiner Praxis vorspricht und diese mit einer Krankenhauseinweisung verläßt, muß oft Wochen bis Monate warten, bis ein Bett zur Verfügung steht. Bis dahin ist er oft schon wieder in der Scene abgetaucht und nicht mehr interessiert - ein Verhalten, das ein Teil seiner Krankheit ist. Die Zeit, die meine Damen und ich durch Telefonate vertrödeln, um einen Entgiftungsplatz zu vermitteln, könnten wir gut mit nützlicheren Dingen ausfüllen.

6. Feststellung:

Wir brauchen erheblich mehr Entgiftungsbetten, und diese müssen ohne großen Aufwand innerhalb weniger Tage für den entzugswilligen Patienten zur Verfügung stehen.

Auch Einrichtungen wie "Therapie sofort" müssen mangels Betten über die Hälfte der Entzugswilligen abweisen.

Im Krankenhaus wird der Patient "ins Bett gelegt" und das war es dann auch meist schon. Keine Gespräche, keine Psychotherapie, keine Beschäftigung. Spezialeinrichtungen, wie z. B. Hohenlimburg und Lengerich, bilden da eine rühmliche Ausnahme. Viele Patienten langweilen sich und greifen schon aus diesem Grunde wieder zur Droge und werden dann aus disziplinarischen Gründen wieder entlassen. Der für die Stadt Amsterdam zuständige Drogenbeauftragte hat mich einmal erstaunt gefragt: "Wie, es gibt keine Psychiater am Krankenbett bei den Entgiftungstherapien? Was macht Ihr denn dann mit den Patienten?" Einige Ärzte in diesen Kliniken sind darüber hinaus noch der Meinung, daß Entziehen wehtun muß und bestrafen die Patienten mit einem sogenannten kalten Entzug ohne medikamentöses Abfangen der schlimmsten Entzugssymptome; aus meiner Sicht ein sadistisches und unärztliches Verhalten. Viele Drogenkranke wollen schon aus Angst vor einem solchen Entzug nicht ins Krankenhaus.

7. Feststellung:

Wir brauchen mehr qualifiziertes Personal für die stationäre Entgiftung. Psychiater, Psychologen und Sozialarbeiter müssen hinzugezogen werden, damit die Therapie bereits in der Entgiftungsphase beginnen kann.

Erreichbar wäre das durch eine Zusammenarbeit der Entgiftungsklinik mit der Therapieeinrichtung. Durch eine solche Zusammenarbeit könnte auch gewährleistet werden, daß der Übergang von der einen zur anderen Einrichtung zeitlich nahtlos vor sich geht.

Zur **Langzeittherapie** möchte ich mich hier nicht äußern, da andere der hier Anwesenden davon sicher deutlich mehr verstehen als ich.

Neben der klassischen Abstinenzbehandlung gewinnt in unseren Praxen in den letzten Jahren mehr und mehr die Substitution mit Levo-Methadon - und jetzt nach der neuesten Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung auch mit dem deutlich preiswerteren Methadon-Gewicht in der Therapie Drogenabhängiger. Ein jahrelanger Überzeugungskampf hat damit sein vorläufiges, wenn auch nicht befriedigendes, Ende gefunden. Viele tausend Menschen hätten nicht sterben müssen, wenn sich die Tatsache in den Köpfen von Politikern und uns Ärzten eher breit gemacht hätte, daß es besser ist, ein Suchtmittel zu substituieren und damit chronifizierten und abstinenzunfähigen Abhängigen eine Rückkehr in ein normales Leben und eine körperliche und weitgehend auch psychische Gesundung zu ermöglichen, als sie einfach ihrem Schicksal und damit dem fast sicheren Tod zu überlassen. In den USA, den Niederlanden und vielen anderen Ländern ist diese Therapie schon zehn bis fünfzehn Jahre länger anerkannt. Aber auch heute beschreiten wir den Weg nur halbherzig und legen den Suchtkranken und ihren Ärzten so viele Stolpersteine wie möglich in den Weg.

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten der Substitution nur bei einigen wenigen Krankheiten, entsprechend den NUB-Richtlinien. Letztere sind von einer Laienspielschar zusammengestellt worden, die sicher von der Substitutionstherapie nicht die geringste Ahnung hat. Ich könnte Ihnen einen mehrstündigen Vortrag über die Fehler in den unsäglichen NUB-Bestimmungen und die daraus resultierenden Konsequenzen halten. In der hier erforderlichen Kürze nur einige besonders eklatante Punkte:

Schwangere bekommen Methadon. Sechs Wochen nach Beendigung der Schwangerschaft muß nach NUB das Medikament abgesetzt werden, was im Resultat heißt:

Kind ins Heim, Mutter wieder auf den Drogenstrich.

Aidspatienten bekommen Methadon erst ab Stadium 3 der alten CDC-Einteilung, was in der Konsequenz heißt: Alle im Stadium 1 und 2 befindlichen Patienten sind weiterhin zur Beschaffungsprostitution gezwungen und verteilen den Aidsvirus munter weiter unter dem Rest der Bevölkerung. Man könnte sagen: der Freier ist selber schuld, aber was ist mit seiner Frau und seinen Kindern? Hier wird täglich ein Vielfaches der Zahl an HIV-Infektionen gesetzt, als die UB Plasma in 8 Jahren zusammen verschuldet hat. Diese neuen, völlig unnötigen Aidsfälle sind nicht zu verantworten. Ein Umdenken des Bundesgesundheitsministeriums und des Gremiums, das die

NUB-Richtlinien erarbeitet, ist überfällig. Es kann sich keiner darauf hinausreden, daß er die Fakten nicht kenne. Die AKWL und andere sind gegen diesen Passus Sturm gelaufen.

Die Abschnitte über den Beigebrauch sind lebensfremd gehalten. Bei zwei Drittel der Patienten ist ein Beigebrauch in den ersten Monaten der Therapie die Regel; die substituierenden Ärzte riskieren wegen der unausweichlichen Verstöße gegen die Vorschriften Regresse.

Hier in Westfalen-Lippe verlangen die Kassenvertreter in der paritätisch besetzten NUB-Kommission bei psychiatrischen Erkrankungen eine Psychotherapie als Voraussetzung für die Substitution, wohlwissend, daß das die vorhandenen Psychotherapiekapazitäten bei weitem übersteigt. Im übrigen weiß jeder Fachmann, daß eine Psychotherapie nur bei einem Teil der Abhängigen sinnvoll und machbar ist.

In unserem Land werden von der NUB-Kommission Patienten abgelehnt, obwohl ihnen Chefärzte von anerkannten psychiatrischen Kliniken eine vitale Gefährdung bescheinigt haben, die nur mit einer Methadon-Behandlung behoben werden kann. Der Tod dieser Patienten wird aus reinen Kostenerwägungen billigend in Kauf genommen.

Die psychosoziale Begleitung wird verlangt, aber von den Kassen nicht bezahlt. Weil das so ist, sind die Drogenberatungen absolut unterbesetzt und die psychosoziale Betreuung findet in vielen Fällen nur auf dem Papier statt.

Chronifizierte, therapieresistente Drogensucht wird nicht als Krankheit anerkannt und als Grund für eine L-Methadonsubstitution sogar expressis verbis ausgeschlossen.

8. Feststellung:

Eine Novellierung der NUB-Richtlinien unter Mitarbeit von in der Substitution erfahrenen Ärzten ist dringend erforderlich. Eine Anerkennung der chronifizierten therapieresistenten Drogensucht als eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild mit der Möglichkeit der Substitution ist überfällig.

Außerhalb der NUB-Richtlinien ist eine Substitutionsbehandlung, außer bei Sozialhilfeempfängern in einigen Städten, meist unmöglich. Wir haben hier in Dortmund das Glück, progressiv und menschlich denkende Gesundheitspolitiker und Gesundheitsamtsärzte zu haben, so daß hier manches möglich ist, was in anderen Städten nicht geht. Der Prozentsatz der Süchtigen hier in Dortmund, die mit Methadon behandelt werden, entspricht ziemlich exakt dem Prozentsatz, um den die Zahl der Drogentoten und der

Drogenkriminalität gesunken ist. Nur ein Zufall?

Nicht jeder langjährig Süchtige ist für eine Substitutionstherapie geeignet; aber bei ca. 50 % ist sie hilfreich. Die Substitution ermöglicht das Aussteigen aus der Scene, sowie körperliche und seelische Gesundung, Rückkehr in Ausbildung, Beruf und Familie, Abkehr von Prostitution und Kriminalität und, bei ca. 10 % der Patienten, denen vorher kein Therapieangebot geholfen hat, ein Abstinenterwerden durch die Behandlung. Wir niedergelassenen Ärzte müssen immer wieder Menschen wegschicken, denen wir helfen könnten, dem fast sicher vorprogrammierten Drogentod zu entgehen, nur weil keiner die Kosten für das Medikament übernimmt. Ein fast mittelalterlicher Zustand.

9. Feststellung:

Die positiven Folgen für unsere Sozialgemeinschaft machen die Substitution zu einer gesellschaftspolitischen Aufgabe. Der Staat sollte die Kosten übernehmen. Jeder langjährig Drogenabhängige sollte, wenn er es wünscht, Zugang zur Substitution haben.

Der Staat würde bei Kostenübernahme der Methadon-Substitution unter dem Strich ein Vielfaches von dem einsparen, was die Substitution in entsprechenden Ambulanzen kosten würde, und zwar durch Sparen von Sozialhilfe, Kosten für das Vorhalten von Personal für die Kriminalitätsbekämpfung und Kostenersparnis im Gesundheitswesen durch weniger Folgeerkrankungen der Drogensucht. Es darf nicht sein, daß nur bestimmte Gruppen von Drogensüchtigen wie Schwangere, Aids- oder Krebs- oder andere Schwerkranke Zugang zu Methadon haben.

In den Präambeln aller Konzepte steht, daß die Methadonbehandlung nur ein Weg zur vollkommenen Abstinenz sein kann und eigenständig keine Existenzberechtigung hat. Einem ähnlichen Passus habe ich mit einer selbsteingebauten Schere im Kopf auch bei der Erarbeitung der Richtlinien der ÄKWL zugestimmt, um überhaupt etwas bewegen zu können, obwohl ich wußte, daß das Unsinn ist. Abstinenz ist immer ein Therapieziel und wird ja auch in 10 % der Fälle erreicht, aber nicht das einzige. Auch einem zur Zeit abstinenzunwilligen Süchtigen kann ich medizinisch mit Methadon hervorragend helfen, ihm sogar das Leben erhalten und ihn sozial in seine Familie und unsere Gesellschaft reintegrieren.

10. Feststellung:

Die Substitutionstherapie steht als eigenständige Therapieform gleichberechtigt neben der Abstinenzbehandlung. Sie kann auch dann indiziert sein, wenn sie absehbar nicht zur Abstinenz führt.

Ziel der Substitutionsbehandlung ist unter anderem auch die berufliche Integration. Diese ist wegen des Zwangs, täglich in der Praxis das Medikament trinken zu müssen, erheblich erschwert.

11. Feststellung:

Die "Take- Home"- Regelung muß für berufstätige Patienten auf sieben Tage in der Woche ausgedehnt werden.

Meine Ausführungen mögen zeigen, daß wir niedergelassenen Ärzte, wie auch alle anderen in der Suchttherapie Tätigen täglich mit den Unzulänglichkeiten der Rahmenbedingungen konfrontiert werden und uns an ihnen aufreiben. Was aber schlimmer ist: Täglich sterben junge Menschen, die leben könnten, wenn die Rahmenbedingungen den realen Notwendigkeiten angepaßt würden. Solange das nicht passiert, ist eine qualifizierte Behandlung Drogenabhängiger in unseren Praxen für viele unserer Patienten eine Utopie. Trotz unbestrittener Fortschritte in den letzten Jahren ist es noch ein weiter Weg, bis eine qualifizierte Behandlung Drogenabhängiger Wirklichkeit wird. Wir Ärzte und besonders unsere Politiker müssen noch viele Vorurteile in den Köpfen abbauen, bis wir in der Lage sind, einem drogenkranken Menschen wirklich gerecht zu werden.

Der Drogenpatient in der ärztlichen Praxis: Einstieg in eine qualifizierte Behandlung

- aus Sicht des stationär tätigen Arztes

Michael Kröll, Oberarzt

des Suchtbehandlungszentrums Hohenlimburg



Als ein in der stationären Akutbehandlung drogenabhängiger Patienten tätiger Arzt möchte ich zunächst einige Grundpositionen voranstellen:

- Drogenabhängigkeit ist durchaus behandelbar.
- Drogenabhängigkeit ist kein statischer Zustand.
- Die Entwicklung einer Drogenabhängigkeit, wie auch der Ausstieg aus der Abhängigkeit stellen einen oft langwierigen Prozeß dar, ein linearer Verlauf ist selten.
- Hoffnungen auf eine pharmakologisch kausale Therapiemöglichkeit, z. B. der Opiatabhängigkeit haben sich bislang nicht erfüllt und dürften meines Erachtens auch nicht zu erwarten sein. Die Drogenabhängigkeit läßt sich nicht allein auf ein Transmitter- oder Rezeptorproblem reduzieren.
- Ein alle Aspekte umfassendes theoretisches Modell der Drogenabhängigkeit ist mir nicht bekannt. Die zu vermutende multifaktorielle Genese der Drogenabhängigkeit, sowie die Komplexität der Problematik finden ihren Ausdruck in den unterschiedlichen soziologischen, psychologischen und somatischen Theoriemodellen.

Drogenpolitisch begann in den 80er Jahren der Ausbau eines qualifizierten Hilfssystems mit den weiteren formulierten Zielsetzungen einer weitestgehenden Differenzierung, wie auch einer höchstmöglichen Verzahnungen, was den Ausbau eines regionalen Verbundsystems der unterschiedlichen Institutionen der

Drogenhilfe impliziert (d. h. differenzierte Therapiekonzepte im Bereich der Entwöhnungseinrichtungen, differenzierte und qualifizierte stationäre Akutbehandlungen sowie Differenzierung im ambulanten Bereich). So sollte es möglich werden, eine größere Gruppe Drogenabhängiger als bisher zu erreichen, d. h. auch die Gruppe der ambivalent Ausstiegswilligen, wie auch die Gruppe, bei der als Behandlungsziel im Sinne eines niedrigschwelligen Ansatzes der "Einstieg in den Ausstieg" definiert wird. Dies impliziert, daß zwar grundsätzlich das Ziel beibehalten wird; die völlige Drogenfreiheit gilt jedoch nicht mehr ausschließlich als Nahziel aller Maßnahmen der Drogenhilfe. Anders ausgedrückt: Wenn Abstinenz nicht als "Primärtugend", sondern als die "Basis in der Behandlung" Suchtkranker gesehen wird, dann mag auch Substitution nicht das Ziel, sondern eventuell ebenfalls eine Basis im Behandlungsprozeß eines Suchtkranken darstellen.

Hieraus ergibt sich meines Erachtens: Ärztliche Maßnahmen dürfen sich nicht auf die Befriedigung der Suchtmittelabhängigkeit eines Patienten beschränken. Das Hinführen eines drogenabhängigen Patienten von einem ungesteuerten polyvalenten Konsummuster zu einem kontrollierten monotoxikomanen Verhalten kann aber ein wichtiger Schritt auf dem Weg des Herauswachsens aus der Drogensucht sein. Dies gelingt bei der Komplexität der Lebensproblematik des hilfeschendenden Drogenabhängigen nur bei funktionierender interdisziplinärer Zusammenarbeit eines differenzierten Drogenhilfesystems, wozu auch oft die Justiz, Bewährungshilfe, Sozialämter zu rechnen sind.

Für die ärztliche Praxis kann dies bedeuten:

- Eine ausschließlich medizinische Betreuung eines drogenabhängigen Patienten ist in der Regel zum Scheitern verurteilt; auch wird dies den engagierten Arzt bald überfordern.
- Jede noch so gut gemeinte punktuelle Hilfsmaßnahme bleibt ohne funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit (des Drogenhilfesystems) meist erfolglos.
- Die Behandlung eines drogenabhängigen Patienten erfordert selbstverständlich eine vorausgehende Diagnose, eine Zieldefinition, sowie sich hieraus ableitende therapeutische Interventionen mit im Verlauf der Behandlung erfolgenden Therapiekontrollen. Bei der Diagnose sollte neben einer körperlichen und psychiatrischen Differential-Diagnostik unter

anderem festgestellt werden, welche Ressourcen der Patient mitbringt und welche Defizite dem Erreichen der angestrebten Zieldefinition im Wege stehen. Die Therapiekontrolle klärt, ob die eingeleiteten Therapiemaßnahmen greifen. Bei Mißerfolgen muß auch die Frage nach der Stimmigkeit der therapeutischen Mittel bzw. der Eingangsdiagnostik erlaubt sein.

Bei dem uns beschäftigenden Personenkreis können diese ansonsten allgemein in der Behandlung geltenden Grundsätze eher absurd wirken, da wir meist implizieren: Der Patient könnte doch, wenn er nur wollte. Wir erfahren in der ärztlichen Praxis oft, daß der Patient tatsächlich unser Abstinenzparadigma gar nicht will. Wir erleben doch häufig, daß der Patient ärztlichen Kontakt aufsucht, um eine Vergabe von psychotrop wirksamen Substanzen bzw. Substitutionsmitteln zu erzielen. Gleichzeitig sehen wir die körperliche, psychische und soziale Verelendung des Patienten, was den Arzt oft in die moralische Zwickmühle bringt, ob er durch den Versuch einer Schadensminimierung nicht die Unterstützung und eventuell Verlängerung der Abhängigkeitserkrankung in Kauf nimmt.

Aus meiner Arbeit heraus kann ich nur empfehlen, daß wir den Leidensdruck des Patienten zwar ernst nehmen, die uns vom Patienten vorgeschlagenen und erwarteten Hilfemaßnahmen jedoch nicht einfach übernehmen, sondern daß diese mit dem Patienten, in enger Zusammenarbeit mit dem Drogenhilfesystem, konzeptionell erarbeitet werden.

Hierbei tut man gut daran, sich von dem Patienten nicht unter Druck setzen zu lassen und dem Patienten mögliche Eigenleistungen abzufordern.

Vor Antritt einer stationären Behandlung sollte das Behandlungsziel sowie dessen praktische Durchführbarkeit geklärt sein, oder zumindest sollten die offenstehenden Fragen klar benannt werden.

- Die Vergabe von Benzodiazepinen an illegal drogenabhängige Patienten ist ein Kunstfehler.
- Ohne psychosoziale Begleitmaßnahmen werden meines Erachtens die Chancen einer Substitutionsbehandlung verspielt.

Zum Schluß möchte ich auch meine Patienten zu Wort kommen lassen, mit denen ich ihr Verhältnis zum Arzt in der Praxis reflektiert habe. Zugespißt auf die Frage: "Wenn du einen Arzt aufsuchst mit dem Ziel, von ihm psychotrop wirksame Medikamente zu erhalten,

wo ist dann der Unterschied zwischen dem Arzt und dem Dealer?" Die klare Antwort: Der Dealer liefert, was verlangt und bezahlt wird, vom Arzt erwartet der Drogenpatient, daß er ein Behandlungskonzept habe und sich auf einen Behandlungsprozeß einlassen möge.

Bei den Gesprächen, welche positiven Erwartungen der Drogenpatient an seinen Arzt habe, wurden in der Reihenfolge der Häufigkeit und Wertigkeit genannt:

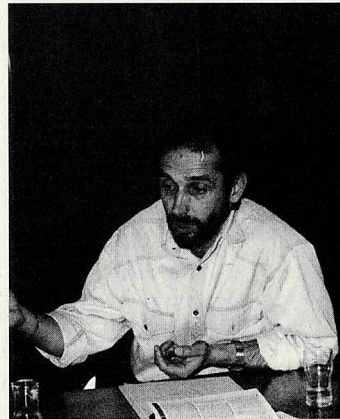
1. Der Arzt möge eine Beziehung zum Patienten aufnehmen (nicht nur handwerklich gut seinen Job machen oder z. B. nur Tabletten verschreiben).
2. Die Patienten wünschten sich durchgehend von ihren Ärzten, Erfahrungen und Fortbildung in bezug auf den Themenkreis "Drogenabhängigkeit" (auch wenn das dazu führe, daß der behandelnde Arzt nach Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen erkennbar versuche, die Verschreibung von z.B. Rohypnol zu reduzieren).
3. Der Wunsch nach Zusammenarbeit des behandelnden Arztes mit dem Drogen- und sozialen Hilffssystem.
4. Der Wunsch, seinem Arzt die Wahrheit sagen zu können, wobei vom Arzt Problematisierung, Beratung, wie auch konkrete Hilfsangebote erwartet werden.
5. Mehr Ärzte mögen sich bereit finden und qualifizieren, drogenabhängige Patienten zu behandeln.

Diese für mich überraschend einheitlichen Wunschvorstellungen kommen von sich in stationärer Behandlung befindenden Patienten; die vorher gelebte Realität und die Wunschvorstellungen weisen auf die häufig anzutreffende Ambivalenz des drogenabhängigen Patienten hin.

Nutzen wir diese Kontaktaufnahme des Drogenpatienten zum möglichen Aufbau einer therapeutischen Beziehung.

Thesen zur Drogenabhängigkeit

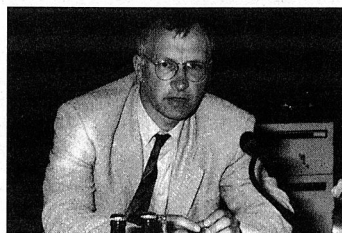
Günter Jonasson,
Suchtbehandlungszentrum Höhenlimburg



1. Die Drogenabhängigkeit läßt sich nicht allein auf ein Rezeptmodell reduzieren. Die Komplexität der Problematik bedingt die unterschiedlichen somatischen, psychologischen und soziologischen Theoriemodelle.
2. Bei der Behandlung des drogenabhängigen Patienten ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit des differenzierten Drogenhilfesystems erforderlich.
3. Voraussetzung zur Nutzung eines differenzierten therapeutischen Instrumentariums ist eine vorausgehende Diagnostik, eine Zieldefinition, sowie eine Therapiekontrolle.
Bei der Diagnostik sollte u. a. festgehalten werden, welche Ressourcen der Patient mitbringt und welche Defizite dem Erreichen der angestrebten Zieldefinition im Wege stehen. Die Therapiekontrolle klärt, ob die eingeleiteten Therapiemaßnahmen greifen.
4. Abstinenz ist nicht das Ziel, sondern die Basis der Behandlung Suchtkranker.
5. Akzeptanz in der Drogenarbeit bedeutet das Akzeptieren des suchtkranken Menschen und nicht das Akzeptieren der Sucht. Hier wäre aufzuzeigen, daß ein und dieselbe Behandlungsmaßnahme im Einzelfall einerseits Co-Abhängigkeit mit Unterstützung der Sucht, andererseits aber auch eine qualifizierte Maßnahme zur Hilfe des Herauswachsens aus der Abhängigkeit sein kann.
6. Substitutionsbehandlung ohne psychosoziale Betreuung und/oder therapeutische Intervention macht keinen Sinn und impliziert die freie Abgabe von Heroin.

Thesen zur Langzeittherapie

Dr. med. Gerhard Wülker,
Therapeutische Facheinrichtung
"Im Deerth", Hagen



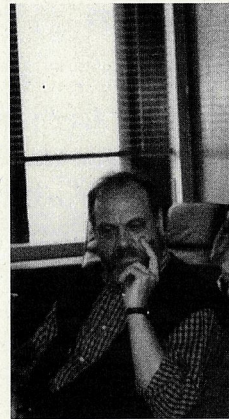
1. Langzeittherapie ist auf Grund ihres umfassenden Ansatzes ein wesentlicher Weg, längere drogenfreie Zeiten zu erreichen, evtl. Abstinenz auf Dauer.
2. Langzeittherapie benötigt qualifiziert entgiftete Klienten, d. h., es bestehen unbedingt körperlich entgiftet, aber auch weitestmöglich auf das vorbereitet, was auf sie zukommt.
3. Mein persönlicher Eindruck: auf Grund des zunehmenden Drucks und der Bürokratisierung sind Patienten, Vertragsärzte und auch alle anderen prästationären Helfer mehr mit administrativen Aufgaben und deren Fallstricken beschäftigt als mit Therapie oder Motivationsarbeit; die Klienten sind zunehmend schlechter vorbereitet.
4. Die qualifizierte Entgiftung ist noch nicht akut genug; d. h. lange Wartezeiten insb. bei den qualifizierten Entgiftungskliniken. Der Modellversuch "Therapie sofort" hat aber gezeigt, daß die Klienten dann therapiefähiger sind, wenn sie akut motiviert sind.

Eine lückenlose regionale Entgiftung ohne lange Wartezeiten ist erforderlich, bei fehlenden Nachsorgeplätzen evtl. Einrichtung von "Primärphasenhäusern" (Übergangseinrichtungen zwischen Entgiftung und Therapie) zur Motivationsfestigung.

5. Statt der freien Wahl eines Therapieplatzes oder der Entgiftungsform, die dem Patienten als die angenehmste erscheint, wäre eine Wahl entsprechend der Ausdifferenzierung der Klinik wünschenswert.

Thesen zur Substitution

Hans Adam,
Drogenberatung Dortmund



1. Der Behandlungsvertrag ist in aller Regel ein Knebelvertrag; ein Substitut gegen die Verpflichtung zur psychosozialen Betreuung. Psychosoziale Betreuung ist Standardangebot der ambulanten Drogenhilfe und sollte freiwillig in Anspruch genommen werden können.
2. Auch eine relativ unkontrollierte Substitution ist - bei allem Nebenkonsument - immer eine Verbesserung gegenüber der nicht substituierten Lebenssituation vieler Drogenabhängiger. Der Zugang zur Substitution und ihre Durchführung beim niedergelassenen Arzt muß niedrigschwelliger werden.

Thesen zur Substitution

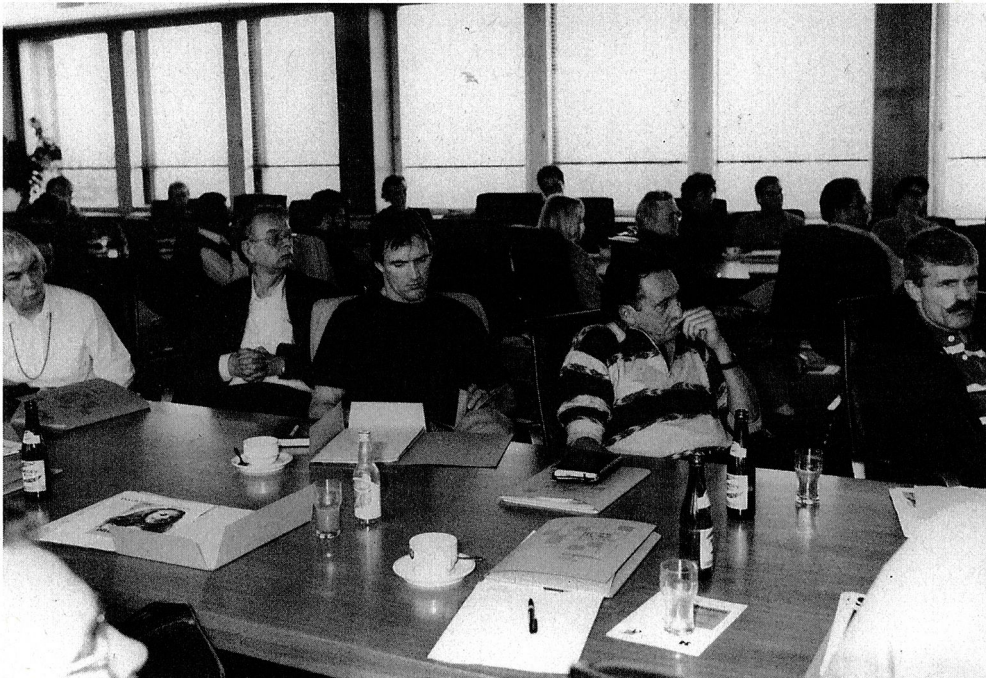
Dr. med. Hans-Joachim Schlüter,
niedergelassener Arzt, Dortmund

1. Einer der Hauptgründe für die psychische und physische Verelendung der Drogensüchtigen ist nicht eine pharmakologische Folge des Heroins, sondern die Tatsache, daß die Drogen illegal beschafft werden müssen.
2. Es ist notwendig, vernünftige Rahmenbedingungen für die Codeinsubstitution zu schaffen, wenn es nicht anders möglich ist, dadurch, daß es unter das BtMG fällt.
3. Rohypnol gehört in all seinen Darreichungsformen unter das BtMG.
4. Wenn jemand, wie z. B. die Krankenkassen, über NUB eine psychosoziale Betreuung verlangt, muß er sie bezahlen.
5. Es müssen Freiräume bei den niedrighschwelligen Einrichtungen geschaffen werden, die es möglich machen, Drogenkonsum dort zwar nicht zu billigen, aber zu tolerieren.
6. Wir brauchen erheblich mehr Entgiftungsbetten und diese müssen ohne großen Aufwand innerhalb weniger Tage für den entzugswilligen Patienten zur Verfügung stehen.
7. Wir brauchen mehr qualifiziertes Personal für die stationäre Entgiftung; Psychiater, Psychologen und Sozialarbeiter müssen hinzugezogen werden, damit die Therapie bereits in der Entgiftungsphase beginnen kann.
8. Eine Novellierung der NUB-Richtlinien unter Mitarbeit von in der Substitution erfahrenen Ärzten ist dringend erforderlich. Eine Anerkennung der chronifizierten therapieresistenten Drogensucht als eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild mit der Möglichkeit der Substitution ist überfällig.

9. Die positiven Folgen der Substitution für unsere Sozialgemeinschaft machen diese zu einer gesellschaftspolitischen Aufgabe. Der Staat sollte die Kosten übernehmen. Jeder langfristig Drogenabhängige sollte, wenn er es wünscht, Zugang zur Substitution haben.
10. Die Substitutionstherapie steht als eigenständige Therapieform gleichberechtigt neben der Abstinenzbehandlung. Sie kann auch dann indiziert sein, wenn sie absehbar nicht zur Abstinenz führt.
11. Die Take Home Regelung muß für berufstätige Patienten auf sieben Tage in der Woche ausgedehnt werden.



Eine Wiedergabe der Podiumsdiskussion im Rahmen dieses Tagungsberichtes ist sowohl aus räumlichen wie auch technischen Gründen u. a. wegen der schlechten Tonqualität des Bandmitschnittes nicht möglich.



**Fachtagung "Netzwerk der Drogenhilfe"
Eine Modellregion im Aufbruch**

- TAGUNGSBERICHT -

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Koordinationsstelle für Drogenfragen
und Fortbildung
Hörsterplatz 4
48133 Münster
Tel.: 0251/591-3838

Hagen-Dortmunder-Verbund
Iserlohner Str. 43
58819 Hagen

Tel.: 02334-984325

Inhaltsverzeichnis:

Fotoausstellung "Der Mensch hinter der Droge" - 10 Jahre zentrale Drogenentgiftung für NRW	36 - 46
Grußworte Oberbürgermeister Dietmar Thieser, Hagen Rüdiger Klebeck, Landschaftsverband Westfalen-Lippe	47 - 50
Ansprache Herr Staatssekretär Dr. Wolfgang Bodenbender, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales	51 - 57
Referat 10 Jahre Drogenentzug in der "Zentralen Drogenentgiftung für NRW" - Abschied vom kalten Entzug? Dieter Sawalies, Suchtbehandlungs- zentrum Hohenlimburg	58 - 78
Berichte der Arbeitsgruppen	
I Anforderungen an die stationäre Entzugsbehandlung - Möglichkeiten und Grenzen neuer Konzepte - Dr. med. Thomas Kuhlmann, psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach Martina Garvers, Suchtbehandlungszentrum Hagen-Hohenlimburg	79 - 83
II Teilstationäre-, Kurzzeit- und Langzeittherapie - Der Tradition verbunden oder dem Zeitgeist ergeben? - - Konkurrenz oder Ergänzung - Harry Glaeske, "Im Deerth", Hagen Horst Gzelka, Tagesklinik, Hagen	84 - 86

III Einzelfallsubstitution nach NUB

- Chancengleichheit oder Willkür? -
- Psychosoziale Betreuung, eine leere Farce? -

Dr. Ulrike Ullrich, Sozialpsychiatrischer
Dienst Stadt Dortmund

Otto Böhringer, Beratungsstelle

"Jugend und Konflikte", Stadt Hagen

87 - 90

Referat

Chancen der Drogenhilfe vor dem

Hintergrund der ökonomischen Krise,

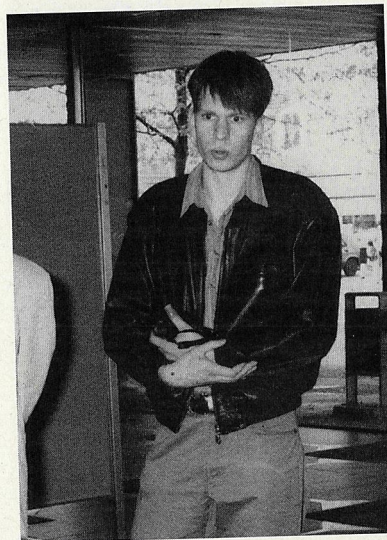
MdL Ulrich Schmidt, Vizepräsident des Landtages

von Nordrhein-Westfalen

91 - 95

Fotoausstellung "DER MENSCH HINTER DER DROGE"

Bildjournalist Thomas Kost, Dortmund



Teil I

In der Mitte meiner im Februar/März 93 fotografierten Arbeiten steht der einzelne Suchtpatient (Klient), dessen Entzugsverhalten und dessen Reaktionen auf die einsetzende Therapie. Ich habe zwei Klienten während ihres Aufenthaltes begleitet, Michael (21) und Mario (23).

Bei Beiden war mir das Aufzeigen der unterschiedlichen Verhaltensweisen in der Zeit des Aufenthaltes besonders wichtig. Michael brach nach 3 Tagen ab, während Mario über die vorgesehene Zeit blieb.

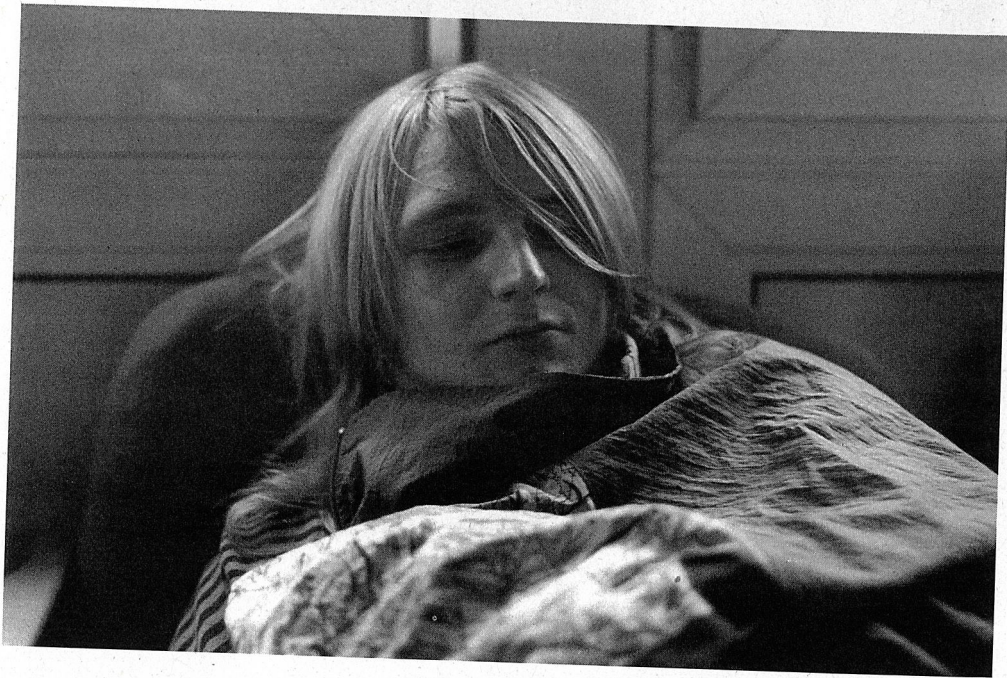
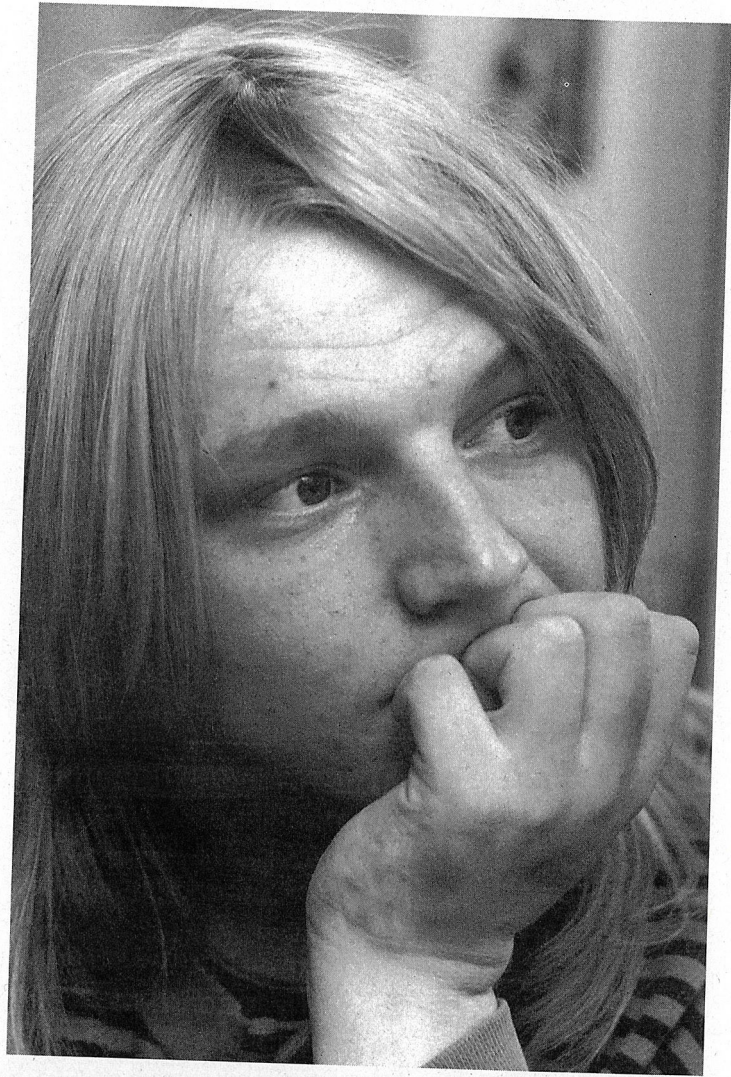
Durch den langen und intensiven Aufenthalt sind Bilder entstanden, die über das gängige Klischee des Entzugsverhaltens hinausgehen.

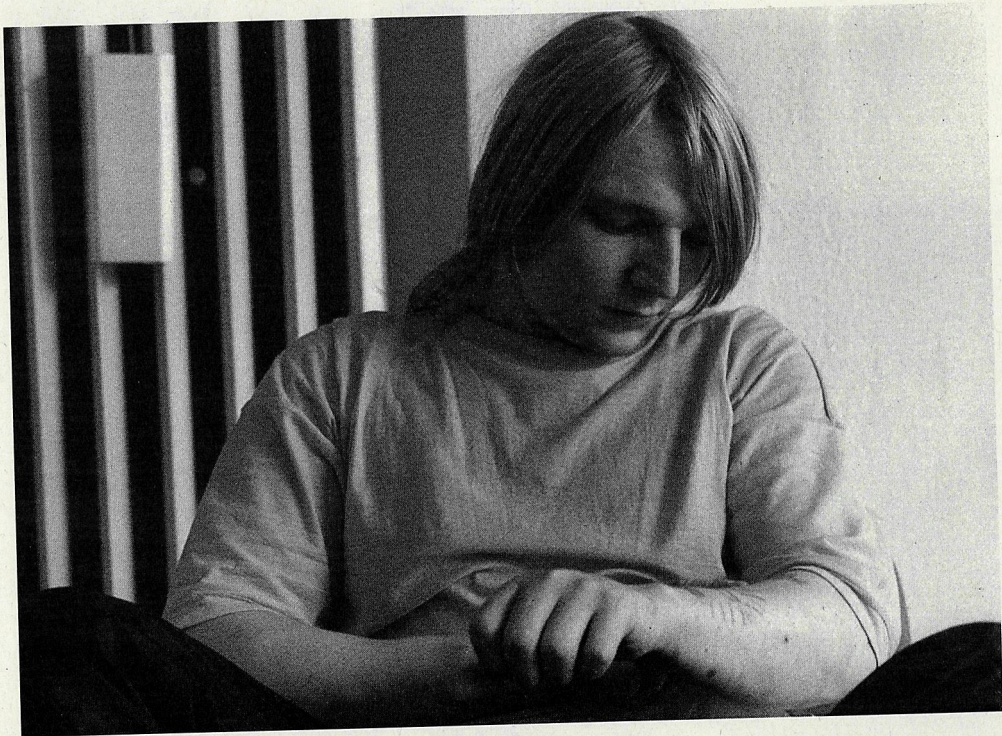
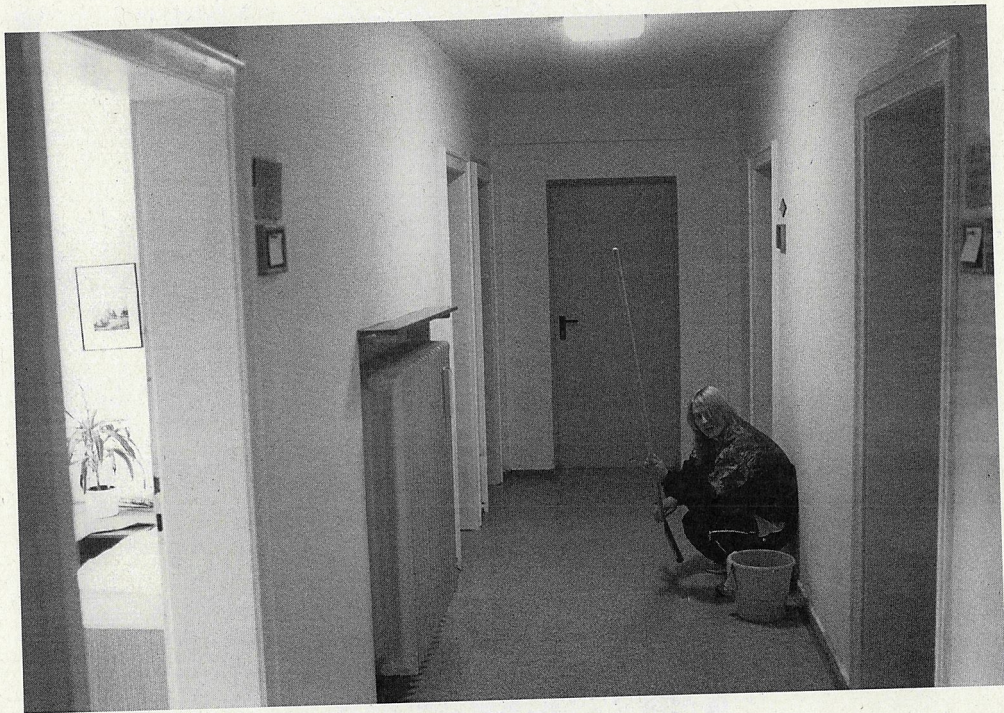
Teil II

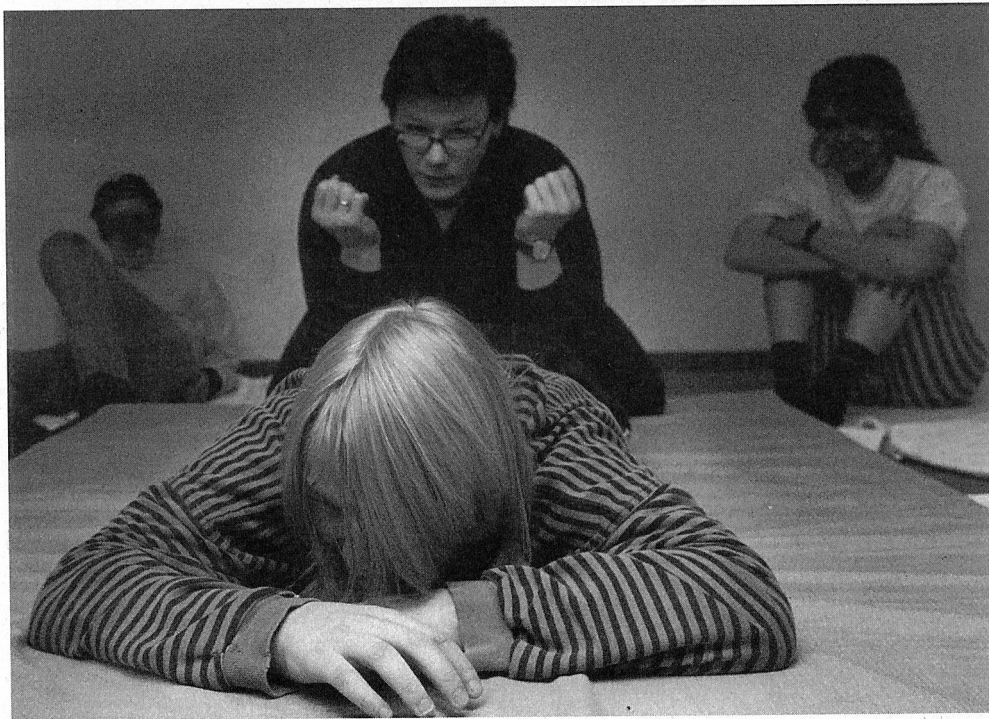
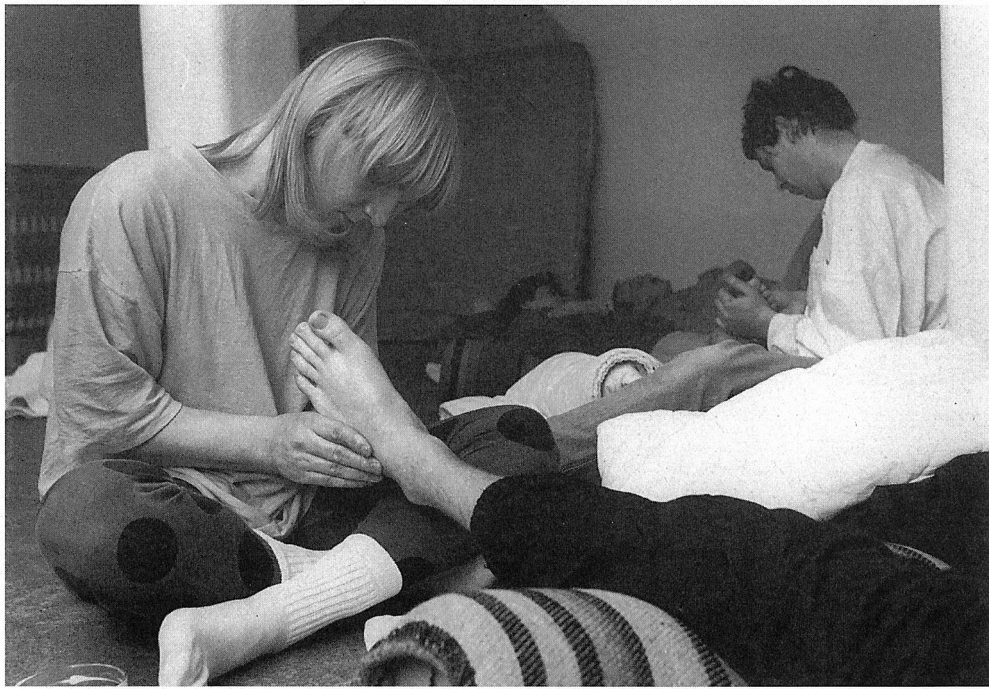
Der Reportage will ich die Bilder ehemaliger Klienten der Einrichtung gegenüberstellen.

Ausgehend vom Jahr der Eröffnung will ich nachsehen, was aus den Klienten der "ersten Stunde" geworden ist.

Die Bilder sollen Portraits werden, die den Menschen in seinem jetzigen Lebensmittelpunkt zeigen, unabhängig davon, ob sie heute clean sind oder nicht.











10 Jahre danach

Portraits ehemaliger Klienten

Nach 10 Jahren stellt sich die Frage, was aus den Klienten der "ersten Stunde" geworden ist.

So unterschiedlich wie die Persönlichkeit jedes dieser Menschen, ist auch seine Lebensgeschichte; der Aufenthalt in der Entgiftung war nur eine Station; eins verbindet aber alle:

Ihre Sucht und ihr Kampf und Umgang damit.

"Das Methadon ermöglicht mir ein normales Leben."

Bernd-Karl, 37

Aus den Aufzeichnungen von Mitarbeitern:

"Bernd will heute abbrechen...."

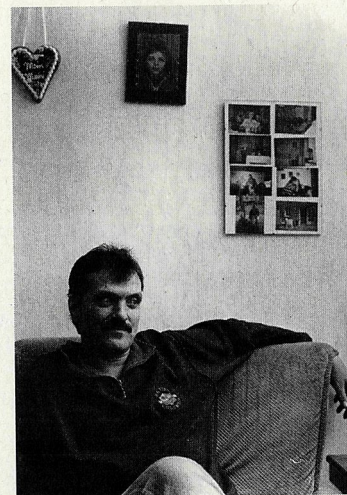
Um 10.00 ist er gegangen.

Er ist sich darüber im klaren, daß er wegen seines Krankheitsbildes absolut clean sein muß."

Bernd damals im Tagesbericht:

"Mann, ich fühl mich ohne Drogen so gut, selbstsicher, sehe viel besser aus, wie mit aufgedunsenem Gesicht, spüre meinen Körper wieder richtig."

Bin sehr froh, daß ich es geschafft habe, den Brief an die Eltern meines besten Freundes - der tot ist - geschrieben zu haben."





"Heute habe ich Spass daran, mich Herausforderungen offen zu stellen.

Erfolgserlebnisse geben mir Bestätigung.

Jetzt habe ich Freude am Leben."

Beate, 37

Nach der qual. Entgiftung Durchführung einer stationären Therapie.

Seitdem 9 Jahre clean. Arbeitet als Sozialpädagogin / Therapeutin

"Als ich mal mit meinem Mann darüber sprach, fragte er mich:

"Waren wir mal drauf?"

Britta, 33

seit ihrem 15. Lebensjahr Drogenkonsum, jetzt seit 10 Jahren clean. Ihren heutigen Mann lernte sie in der Therapie kennen.

Aus einem Gerichtsbeschuß:

"Durch die Verbüßung der Reststrafe soll der für eine erfolgreiche Durchführung einer Entziehung erforderliche Leidensdruck erzeugt werden."

Aus einem Tagesbericht:

"Ich bin froh, wenn ich mir endlich wieder eine Existenz aufbauen kann - verbunden mit Therapie. Obwohl, Angst habe ich ein wenig. 100 %ig ist meine Sicherheit nicht, daß ich es für immer schaffen würde, clean zu sein. Aber ich weiß ganz sicher - ich will es

und dafür kämpfe ich."





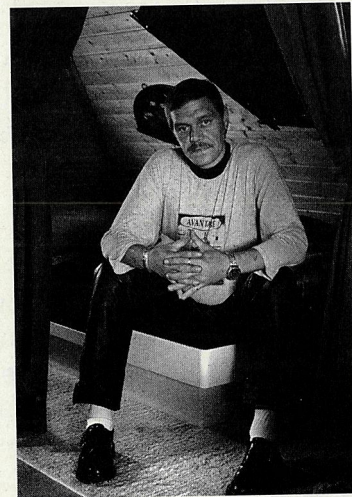
"Ich weiß zuviel.
Zuviel über mich und mein Leben.
Als Kind wußte ich schon, was ich
machen wollte, aber es wurde von
meinen Eltern nicht akzeptiert, weil
ich machen sollte, was sie wollten.
Heute weiß ich, wie damals, was
ich will, nämlich malen.
Heute wird es von den Personen
nicht akzeptiert, die die Rolle
meiner Eltern übernommen haben:
Ärzte, Ämter, Institutionen.
Als Kind war ich isoliert, deswegen
habe ich zu Drogen gegriffen, um
überhaupt irgendwo zugehörig zu
sein.
Heute bin ich wieder isoliert, weil
ich als Maler keine Anerkennung
bekomme."

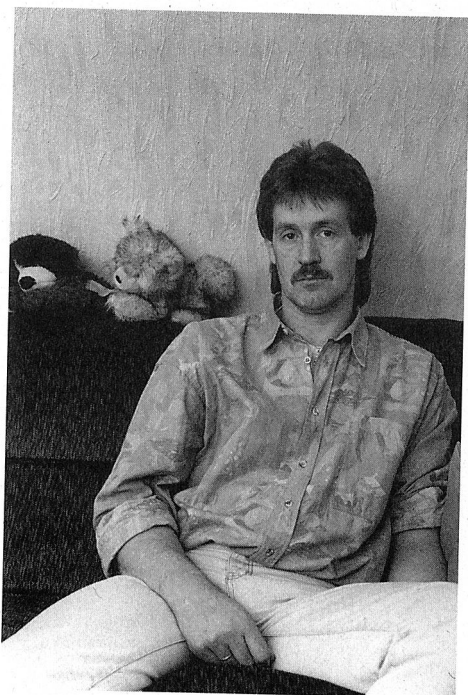
Hans-Joachim, 42
Kunstmaler
24 Jahre drogenabhängig
vor 6 Jahren aufgehört
lebt in Köln

Rainer
Mehrere Engiftungen.
Hat insgesamt 3 Therapien absolviert
und 3 1/2 Jahre als Ex-User gearbeitet.
Nach wiederholtem Scheitern heute in
ärztlicher Praxis substituiert.

Aus der Patienten-Akte:
"Rainer verfällt zusehends in eine depres-
siv gefärbte dumpfe Starre und flüchtet in
selbstmitleidige Betrachtungen seines
Scheiterns. Er hat ein sehr negatives
Selbstbild und kann nur schwer annehmen,
daß andere ihm noch viele Chancen geben."

Aus einem Tagesbericht:
"Merke grade, daß ich schon wieder dabei
bin, mir so viele Dinge vorzunehmen, also
aufzuladen, die ich so schnell gar nicht
schaffen kann, und zwangsläufig scheitern
müßte. Nun ja, noch merke ich ja, was
ich tue."



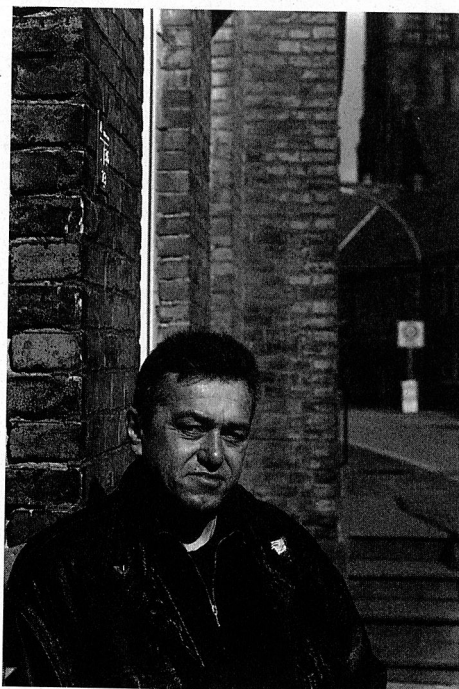


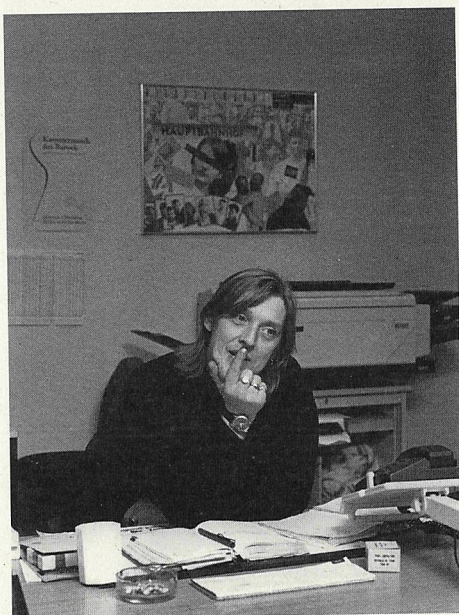
"Heute bin ich genau das, was ich früher nicht sein wollte:
Otto N.!"

Peter, 37
Seit 1972 Drogenkonsum.
Während dieser Zeit 3 Jahre Knast,
2 abgebrochene Therapien.
Als 1984 erneut Gefängnis droht,
erneut Therapie und Nachsorge.
Seitdem clean, seit 3 Jahren
verheiratet, 1 Kind.

"Irgendwann ist der Thrill weg.
Das hat ja nicht nur mit Action,
sondern auch mit unendlichem
Leid zu tun".

Willi, 45
Seit 1967 Drogenkonsum.
Seit einem Jahr clean.





"Für ein Leben auch mit Drogen, wobei der Wunsch nach Überwindung der Sucht weiterhin besteht."

Hans-Joachim, 38

Durch Substitution in den letzten 4 Jahren Stabilisierung der Lebenssituation in Beruf und Privatleben. Arbeitet als Fachkraft in der Aidshilfe im Kreis Unna.

Aus einem Tagesbericht:

"Ich bin entschlossen, wieder drogenfrei leben zu wollen, aber ich weiß nicht, ob ich die nötige Stabilität in mir haben werde."

"Ich bin ein Davongekommener. Erst als ich aufhörte, gegen meine Sucht anzukämpfen, diese annahm und akzeptierte, daß ich als Drogengebraucher und als der Mensch, der ich glaubte sein zu müssen, gescheitert war, konnte ich aufhören. Durch andere Süchtige durfte ich begreifen, daß ich das einzige Vehikel war, über das ich an diesem Leben teilhaben konnte. Und daß der Kampf vorüber war."

Jens, 39

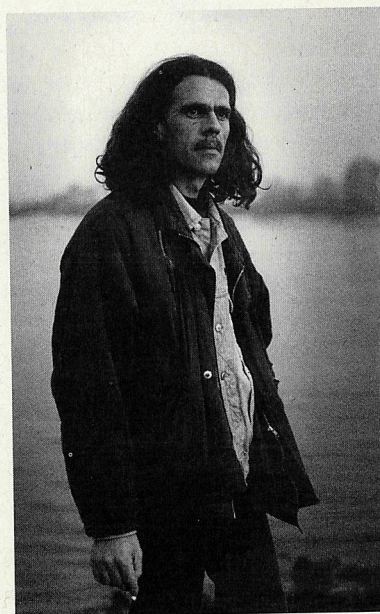
22 Jahre Drogen

4 Jahre Gefängnis

4 Jahre Psychiatrie

x-Entgiftungen

Seit 26 Monaten clean

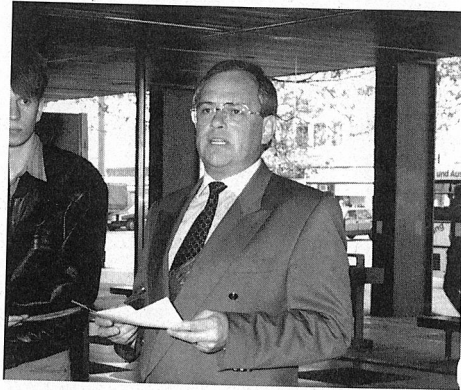


Aus den Patientenakten:

"Der Patient kam zu uns in einem verwahrlosten Zustand, hatte keinen festen Wohnsitz und keine Hilfe zum Lebensunterhalt. Psychisch befand er sich in einem bedenklichen Zustand."

Grußwort des Oberbürgermeisters

der Stadt Hagen
Dietmar Thieser



Im Frühjahr 1994 beging die "Zentrale Drogenentgiftung für Nordrhein-Westfalen" im Evangelischen Krankenhaus Elsey ihr 10-jähriges Bestehen. Aus Anlaß dieses wichtigen Datums veranstaltete der Hagen-Dortmunder Verbund e.V. in Verbindung mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe eine Veranstaltungsreihe, die unter anderem eine Ausstellung über die Arbeit der Entgiftungsstation sowie eine hochrangig besetzte Fachtagung über die Perspektiven der Drogenarbeit beinhaltete.

Der Hagen-Dortmunder Verbund hat sich gemeinsam mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe entschlossen, die Beiträge der Fachtagung sowie Eindrücke aus der Veranstaltungsreihe in dieser Dokumentation zusammenzufassen und sie damit einem noch breiteren Publikum zugänglich zu machen. Dies begrüße ich sehr.

Daß die Perspektiven von künftiger Drogenarbeit in Hagen diskutiert wurden, ist für mich nur konsequent, da die Hagener Drogenarbeit seit Jahrzehnten als Motor in der nordrhein-westfälischen Drogenarbeit gilt: Vor 20 Jahren nahm unsere Drogenberatungsstelle als eine der ersten ihre Arbeit auf; seit 10 Jahren bestehen die Entgiftungsstation in Hohenlimburg, sowie die Drogenfachklinik "Deerth" der Arbeiterwohlfahrt, und seit 5 Jahren gibt es das Projekt "Teilstationäre Tagestherapie" in Vorhalle. Ich hoffe, daß die auf der Fachtagung in Hagen formulierten Ziele und Perspektiven für eine künftige Drogenarbeit trotz aller finanzieller Probleme in den öffentlichen Haushalten in den kommenden Jahren weiterverfolgt und realisiert werden können, und wir damit einen Beitrag leisten, der Perspektivlosigkeit vor allem junger Betroffener Chancen für ihr Leben entgegenzusetzen.

Begrüßung und Eröffnung der Tagung

Rüdiger Klebeck,
Koordinationsstelle für Drogenfragen
und Fortbildung,
Landschaftsverband Westfalen-Lippe



Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ich begrüße Herrn Staatssekretär Dr. Bodenbender, der für Herrn Minister Müntefering gleich zu Ihnen sprechen wird. Ich möchte an dieser Stelle dem Ministerium Dank sagen für die Unterstützung dieser Veranstaltung.

Ich heiße Sie alle herzlich willkommen zur heutigen Fachtagung, die im Titel einiges verspricht:

Es geht um ein - "Netzwerk der Drogenhilfe" -. Was ehemals die - "Behandlungskette" - war, scheint sich nun doch vielschichtiger zu gestalten. Und es geht um eine - "Modellregion im Aufbruch" -: Aufbruch bedeutet Veränderung, und da häufig genug Mängel im System beklagt wurden, da Einseitigkeit lange Zeit bestimmend war, kann Veränderung grundsätzlich auch nur begrüßt werden, verspricht sie doch ein höheres Maß an Vielseitigkeit!

Diese Kooperationstagung zwischen dem Hagen-Dortmunder-Verbund und dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe wird sich in ihrem Verlauf mit den unterschiedlichen Behandlungsangeboten, wie sie in dieser Modellregion vorgehalten werden, befassen; ich hoffe, das Motto der soeben eröffneten Fotoausstellung "**Der Mensch hinter der Droge**" wird auch den weiteren Verlauf dieser Veranstaltung prägen; denn bei aller gebotenen Professionalität muß uns immer wieder deutlich bleiben, wer im Mittelpunkt dessen steht, was wir tun:

Menschen, die drogenabhängig sind;
Menschen, die einen anderen Weg eingeschlagen haben, als wir es für richtig halten;
Menschen, denen wir glauben, mit unseren Konzepten eine Alternative bieten zu können.

Die meisten der hier Anwesenden wissen aus der eigenen beruflichen Praxis, "was für Menschen" hinter der Droge stehen, wissen demnach auch, mit welchen Problemen, Konflikten, Ängsten und Nöten der Alltag dieser Menschen verbunden ist.

Sie wissen aber hoffentlich auch, welche konstruktiven, kreativen und positiven Kräfte in ihnen ruhen bzw. verborgen sind.

Denn, wenn es um "Aufbruch" geht, und ich meine jetzt den Aufbruch des Einzelnen in ein verändertes Leben, dann muß es dabei ganz wesentlich um neue, positive Ziele, um lebenswerte und vermittelbare Ziele gehen, sonst endet der Aufbruch zu schnell mit dem Abbruch und wird mit der Unfähigkeit des Einzelnen, sein Leben zu verändern, begründet.

Als vor nunmehr 10 Jahren - im Januar 1984 - die "Zentrale Drogenentgiftung" als "Pilotprojekt" ihre Arbeit aufnahm, war ich selbst auch Teil der Mannschaft, die dieses Abenteuer begann; die Zahl der Ideen für die Arbeit war ähnlich groß wie die Zahl der Fragezeichen. Es war jedoch eine Entwicklung in Gang gekommen, die insgesamt sehr konstruktiv war, auch wenn - nicht ganz ohne Grund - vielfach kritisch eine starke Einseitigkeit des sich entwickelnden Konzeptes festgestellt wurde.

Ich will nicht dem Kollegen Sawalies Teile seines Referates vorwegnehmen, so viel jedoch zur Beurteilung des damals eingeschlagenen Weges:

Die Konfrontation, die sich aus diesem Konzept und seiner Wirkung ergab, war von großer Bedeutung für viele der danach in Gang gekommenen Veränderungsprozesse, womit durchaus auch "gegenläufige" Veränderungen gemeint sind, die zu der inzwischen erreichten größeren Vielfalt an Angeboten geführt haben.

Auch wenn mein Weg schließlich wegführte von der "Zentralen Drogenentgiftung", gab es immer wieder Gemeinsamkeiten in der Arbeit, da sich in Hohenlimburg eben auch ein Wandel vollzog, der zu immer mehr Differenziertheit führte.

Ich freue mich persönlich daher besonders darüber, diese Veranstaltung eröffnen zu dürfen, die mit ihren Themen auf die

immer noch laufenden Prozesse des Wandels hinweist und die hoffentlich im Ausblick heute nachmittag auf konstruktive Chancen der Drogenhilfe verweisen kann, die es trotz der ökonomischen Krise, mit Hilfe entsprechender politischer Entscheidungen - geben muß.

Ein Beispiel mag das Projekt "Therapie sofort" sein, mit dem der Landschaftsverband Westfalen-Lippe am Hagen-Dortmunder-Verband beteiligt ist:

Das Projekt weist unstrittige Erfolge auf, hat seinen aktiven Teil an der Ausdifferenzierung und dem notwendigen Wandel geleistet, droht aber dennoch zu versickern, wenn nicht eine Festschreibung durch die Landesdrogenpolitik erfolgt und wenn nicht die Kostenträger ihre Verantwortung ernst nehmen.

Ich wünsche uns einen konstruktiven Verlauf der Tagung und gebe das Wort nun an Herrn Staatssekretär Bodenbender weiter.

Dr. Wolfgang Bodenbender
Staatssekretär im Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Sehr geehrter Herr Sawalies, meine sehr verehrten Damen und Herren,
es ist keine rhetorische Floskel, wenn ich sage, daß ich mich persönlich sehr freue, daß ich heute bei dieser wichtigen drogenpolitischen Fachtagung bei Ihnen sein kann. Ich überbringe Ihnen Grüße und Glückwünsche unseres Sozial- und Gesundheitsministers Franz Müntefering, der ja in sehr konsequenter, sehr mutiger und sehr kontinuierlicher Weise das drogenpolitische Engagement von Herrn Heinemann fortsetzt und ich denke, das ist gut so für die Drogenpolitik.

Wir sind heute auch zusammengekommen, um das 10-jährige Bestehen des sog. "Hohenlimburger Modells" zu feiern. Ich denke, das ist ein guter Anlaß, einerseits Bilanz zu ziehen, andererseits aber auch Perspektiven und neue Wege in der Drogenpolitik zu diskutieren.

Die zentrale Drogenentgiftung für NRW hier in Hagen-Hohenlimburg war die erste qualifizierte Entgiftungseinrichtung neuen Typs, und zwar nicht nur in Nordrhein-Westfalen, sondern in der Bundesrepublik insgesamt.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (ich nenne hier stellvertretend für viele Herrn Sawalies) möchte ich an dieser Stelle im Namen der Landesregierung für die Pionierarbeit herzlich danken. Ihre engagierte Arbeit hat viele Entwicklungen unterstützt und gefördert, vieles konnte auf der Grundlage Ihrer Erfahrungen analysiert, überdacht und auch entwickelt werden.

Im Landesdrogenprogramm NRW aus dem Jahre 1989 haben wir das Ziel formuliert, mit einem flächendeckenden, koordinierten,

ganzheitlichen Gesamtkonzept der Hilfe bzw. der Behandlung mehr Drogenabhängige "qualifiziert" bei ihren Ausstiegsbemühungen zu unterstützen.

Die qualifizierte Entzugsbehandlung bildet einen Grundpfeiler unseres Gesamtkonzeptes. Es ist bemerkenswert, daß sich das Hohenlimburger Behandlungskonzept von Beginn an in Fachkreisen größter Anerkennung und bei den Patienten hoher Akzeptanz erfreuen konnte. Das ist nicht üblich, wenn ich an drogenpolitische Initiativen der vergangenen Jahre und die Einführung neuer Ansätze in der Drogenpolitik denke, bis hinein in die letzten Wochen, auf die ich nochmal zurückkommen möchte.

Die modernen Konzepte qualifizierter Entzugsbehandlung zeigen, daß diese Behandlungsform, mit einer Behandlungsdauer von bis zu 6 Wochen, eine Schlüsselposition innerhalb der Hilfen einnehmen kann.

Hat sich ein Drogenkranker entschlossen, eine Behandlung - und damit professionelle Hilfe - in Anspruch zu nehmen, dann liegt es nahe, die Zeit des Kontaktes nicht nur und nicht ausschließlich für die reine Entgiftung zu nutzen.

Neben der körperlichen Entgiftung und allgemeiner gesundheitlicher Stabilisierung bieten sich vielfältige Chancen:

- Die individuelle Situation kann geklärt und ein Drogenproblembewußtsein geweckt werden.
- Die Fähigkeit, suchttypische Verhaltensweisen zu erkennen, läßt sich in dieser Phase ebenso ausbauen wie
- die Motivation zur Veränderung der eigenen Situation.
- Es besteht die Chance, Konfliktbearbeitungs- u. bewältigungsprozesse einzuleiten sowie
- positive Ziele gemeinsam zu formulieren.

Die Eigenständigkeit, besondere Ausgestaltung und Multiprofessionalität qualifizierter Entzugskonzepte ermöglichen Krisenintervention und Krisenbewältigung sowie die Reduzierung der Verelendung.

So kann qualifizierte Entzugsbehandlung insgesamt entscheidend zur Besserung oder wenigstens zur Schadensminimierung beitragen. Daß der Weg in ein drogenfreies Leben in der Regel eine Stolperstrecke ist, steht dabei außer Frage.

Die Tatsache, daß qualifizierte Entzugsbehandlung erst seit kurzem

stimmung zur sog. "Landeskinderregelung",

- von gemeindefernen (oft Modell-Einrichtungen) zu gemeindena-
hen Standard-Versorgungseinrichtungen.

Ein Schaubild über einen Vergleich der Einzugsgebiete zwischen Krankenhaus, Station 9 und Station 10 mag verdeutlichen, daß eine Förderung zur Regionalisierung auch für unsere Einrichtungen nicht abzusehende Konsequenzen hätte - vgl. Schaubild S. 68

Daß der Name "Zentrale Drogenentgiftung für NRW" keine Anmaßung ist, sondern das wirkliche Angebot und die Nachfrage widerspiegelt, wird hieraus sichtbar.

(Diese Angaben sind aus der 1. Stufe, also vor dem Ausbau der qualifizierte Entgiftung).

Schaubild S. 69: Vergleich der Einzugsbereiche der Stationen 9 und 10

In der 2. Stufe des Ausbaus, mit der Gründung der weiteren Schwerpunkt-Einrichtungen in Lengerich, Bergisch Gladbach, Gütersloh, Paderborn und Viersen ergibt sich folgendes Bild:

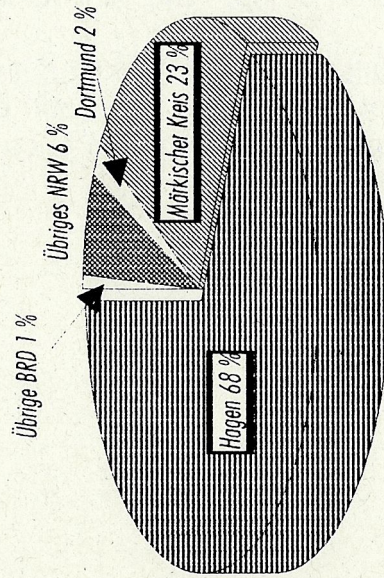
Deutlich sehen wir, daß sowohl die Station 10 mit über 16 % als auch die Station 9 mit einem Drittel, rheinländische Patienten/-innen mitversorgt (RP Düsseldorf und RP Köln).

Interessant ist der hohe Anteil der übrigen BRD mit ebenfalls 16 % für die 10, der sich durch das Rückkehrhilfe-Projekt erklärt, während die Station 9 "nur" 8,6 % BRD-Anteil hat.

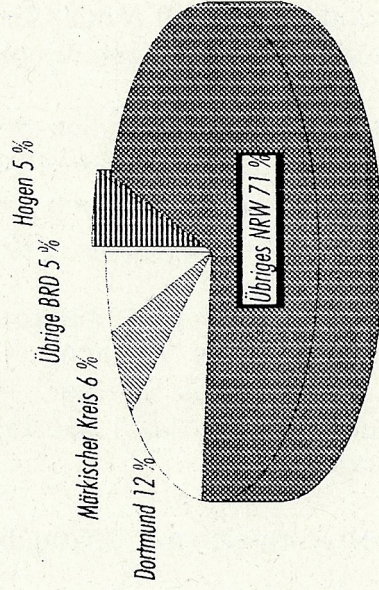
Wir sehen, daß die Station 10 klar mit regionalem und überregionalem Schwerpunkt arbeitet und auch die Station 9 sich deutlicher regional ausgerichtet hat, wenn auch nur mit einem guten Drittel der Patientenzahlen.

Suchtbehandlungszentrum Hohenlimburg

Evang. Krankenhaus Elsey



Suchtbehandlungszentrum

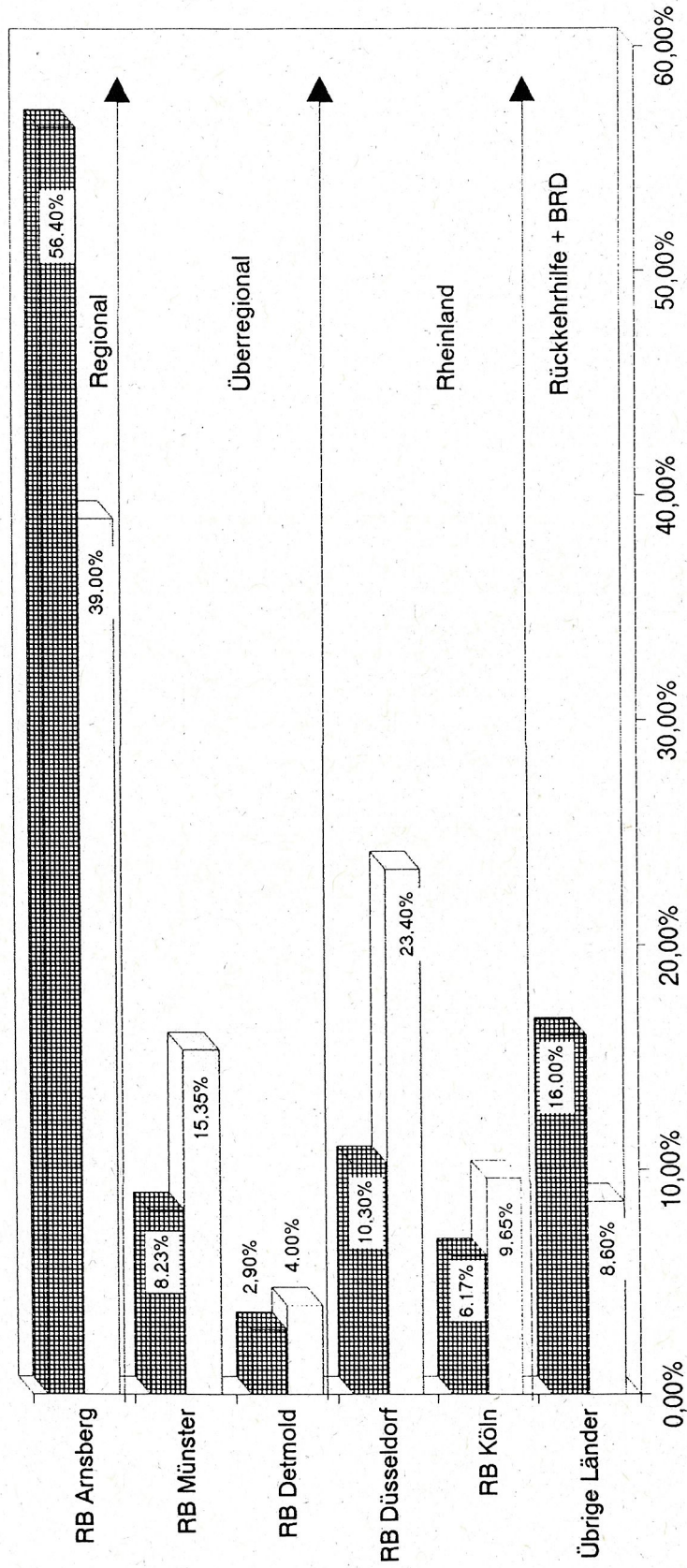


Vergleich der Einzugsgebiete

Evang. Krankenhaus Elsey	
Übrige BRD	1%
Übriges NRW	6%
Dortmund	2%
Märkischer Kreis	23%
Hagen	68%

Suchtbeh.-zentr. (Station 9)	
Übrige BRD	5%
Übriges NRW	71%
Dortmund	12%
Märkischer Kreis	6%
Hagen	5%

Vergleich der Einzugsbereiche der Stationen 9 und 10



Es mußten und müssen hier also zwangsläufig neue regionalisierte Formen der Kooperation entwickelt werden, wie wir dies mit dem Aufbau des "Hagen-Dortmunder Verbund e.V." auch betreiben. Konzeptionelle Auseinandersetzungsprozesse werden hier zunehmend erforderlich und entwickelt werden müssen.

Die Belegung der Station 9 mit dem medikamentenfreien Entzug allein aus der Region erscheint äußerst fragwürdig und m. E. absolut nicht möglich.

Die Forderung nach weiterer Regionalisierung dürfte zur notwendigen Umstellung auf den "warmen Entzug" führen, um eine 100%ige Belegung überhaupt gewährleisten zu können. Es sei denn, daß wir für die regionale Versorgung eine neue Station 11 aufbauen könnten, die den "warmen Entzug" anbietet. Damit hätten wir ein Optimum an Binnendifferenzierung und der Bestand der Station 9 mit dem bewährten Konzept des "Kalten Entzuges" wäre abgesichert.

3. Stichwort: Individualisierung und Differenzierung

Aus dem Paradigmenwechsel sog. individualisierter Behandlung und Behandlungsdauer der Rentenversicherungsträger resultierten im Bereich der Therapien für die nachgeordneten Systeme eine Vielzahl von Konsequenzen.

Für unterschiedliche Patientengruppen werden unterschiedliche Behandlungsdauer und unterschiedliche Arten von Maßnahmen, stationär, teilstationär und ambulant im jeweiligen gemeindenahen Umfeld angestrebt.

Eine solche Differenzierung der Hilfe unterscheidet im Entgiftungsbereich 4 Zielgruppen:

1. Eine Gruppe haben wir "Einstieg in den Ausstieg" benannt: Für diese Patientengruppe geht es um die Verhinderung bleibender körperlicher und sozialer Schäden oder um deren Eingrenzung. Hier benötigen wir nur ein Mindestmaß an Bereitschaft zur zunächst aktuellen Distanzierung von der Drogenszene. Die Entwicklung tragfähiger Kontakte zur Drogenberatung ist der Weg der individuellen Begleitung und Unterstützung. Diese Zielgruppe wird möglicherweise erst durch medikamentengestützte Behandlung aus der Drogenszene herauswachsen können.

2. Eine weitere Gruppe sind die "ambivalent Ausstiegswilligen". Diese Gruppe sollte im Rahmen eines entsprechenden therapeutischen Angebotes gezielt in ihrer Motivation unterstützt werden, über Einzel- und Gruppentherapie zur Entscheidungsfindung für ambulante oder stationäre Weiterbehandlung gelangen. Für diese Gruppe sollte im Vorfeld bereits - wenn möglich - sehr genau geschaut werden, welche Art des Entzuges (der oftmals der 1. Kontakt mit dem Drogenhilfesystem ist), richtig ist und weder eine Unter- noch Überforderung darstellt.
3. Eine dritte Gruppe sind "die Therapiewilligen mit Abstinenzwunsch", die in der Regel schon ambulant vorbereitet worden sind auf eine bewilligte Entwöhnungstherapie. Hier ist die Phase der qualifizierten Entgiftung die stationäre gezielte Vorbereitung auf die nachfolgende Maßnahme. Es ist sehr hilfreich, wenn die Rahmenbedingungen der Akutbehandlung und das therapeutische Milieu der Einrichtung vergleichbar sind mit denen der Langzeittherapie.
4. Die vierte Gruppe wäre die der "substituierten Drogenabhängigen".
In Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten/-innen, Drogenberatungsstellen und sozialpsychiatrischen Diensten werden diese Patienten/-innen eingewiesen mit dem Auftrag der stationären Einstellung zur Substitution, der Entgiftung von Beikonsum oder der ausschleichenden Entgiftung zur Beendigung der Substitutionsbehandlung.

Für die "Zentrale Drogenentgiftung für NRW" wären die Gruppen "ambivalent Ausstiegswillige" und "Therapiewillige mit Abstinenzwunsch" die Zielgruppen.

Nun gibt es aus dem Erfahrungswissen Meinungen über Entwicklungen und Trends auf der Drogenszene, wonach wir uns auf ein verändertes Klientel einzustellen hätten.

Der körperliche Verfall Jugendlicher schein schneller fortzuschreiten. Der gleichzeitige Konsum verschiedener Suchtsubstanzen bringe erhebliche Probleme mit sich.

Der Grad körperlicher, emotionaler und kognitiver Verwahrlosung sei bei gleichzeitigem Konsum mehrerer Suchtsubstanzen ausgeprägter. Polytoxikomanie wird als Ausdruck von Destruktivität verstanden.

Diese Entwicklungen müßten Konsequenzen in der Organisationsform, in Behandlungssettings, Konzepten, und Ausbildung von

Mitarbeiter/-innen haben, um sich diesen veränderten Situationen zu stellen (BÜHRS, Sucht 1/93).

In der Auswertung entsprechender Untersuchungen zum Suchtmittelmißbrauch läßt sich folgendes feststellen:

1. Viele Berichte unterscheiden nur sehr ungenau für die Gruppe der Drogenkonsumenten zwischen
 - polyvalent erfahrenen Drogenabhängigen (irgendwann auch...)
 - polyvalenten Gebrauchern (derzeit konsumierend)
 - und polytoxikomanen Patienten/-innen (entwickelte Abhängigkeiten)
2. Wenn solche Unterscheidungen deutlich getroffen werden, so sind, wie z. B. in der KINDERMANN-Studie (1991), primär Heroinabhängige interviewt worden. Diese berichteten Angaben über den Konsum wurden aber nicht durch Urinkontrollen objektiviert.
3. BÜHRS führt in seiner Untersuchung in der Gruppe heroinkonsumierender Jugendlicher 86,7 % als "polytoxikoman diagnostiziert" an.

Wir haben uns daher dazu veranlaßt gesehen, diese auch von uns immer wieder als objektiv gegebenen Tatbestände angenommenen Thesen für unsere Patienten/-innengruppe auf Station 9 zu untersuchen.

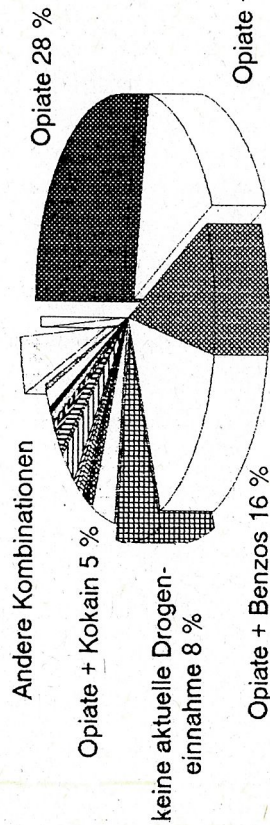
In einem Zeitraum von 3 Monaten wurden bei den neu aufgenommenen Patienten/-innen die Ergebnisse der Eingangs-Urin-Drogenscreenings (Bergisch Gladbach aber am Aufnahmetag) verglichen mit den anamnestischen Angaben bzgl. ihres Drogen-Medikamentenkonsums.

Untersucht wurden die Parameter: Cannabinoide, Barbiturate, Benzodiazepine, Opiate, Methadon, Amphetamine, Kokain. Es konnten insgesamt 155 Patienten ausgewertet werden. Die Auswertungsquote lag bei über 90 %.

Schaubild: Auswertung der anamnestischen Daten

Auswertung der anamnestischen Daten

n = 155

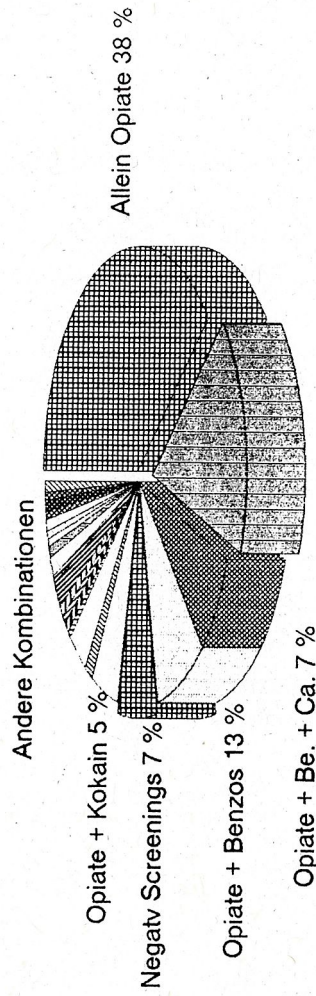


Opiate + Benzos + Cannab. 10 %

Opiate und Opiate + Haschisch 66 Pat. = 42,5 %

Eingang-urin-Screenings

n = 149



Opiate + Cannab. 17 %

Opiate und Opiate + Haschisch 83 Pat. = 55,7 %

Negativ-Screenings 10 Pat. = 6,7 %

Insgesamt

63,4%

Bei der Analyse der Eingangs-Urin-Screenings fanden sich folgender Ergebnisse:

vgl. Schaubild: Eingangs-Urin-Screenings, S. 73

Wir haben hier also deutlich abweichende Berichte der Drogenabhängigen über den Konsum von Arzneistoffklassen, die sich objektiv aber nicht nachweisen ließen.

In einem Behandlungssetting, in dem die Angaben über den normalen und aktuellen Konsum ausschlaggebend für die weitere Behandlung und die Entscheidung über "kalten" oder "warmen" Entzug und die Festlegung der Höhe der Dosierung sind, ist dies eigentlich auch nicht verwunderlich.

Was aber für uns überraschend war, war die mit 55,7 % unerwartete Größe der Gruppe, die als sog. "reine Heroinabhängige" bezeichnet werden.

Mit den Patienten/-innen, mit Negativ-Screenings haben wir damit insgesamt 63,4 % von den Zielgruppen, auf die das Konzept der "zentrale Drogenentgiftung für NRW" 1983 zugeschnitten wurde.

Eine differenzierte und individuumzentrierte Behandlung i. S. des Paradigmawechsels erfordert auch im Entgiftungsbereich eine differenzierte Diagnostik und unterschiedliche Behandlungspläne mit einer optimalen Binnendifferenzierung.

Das optimale Modell wäre m. E. also eine Einrichtung, mit den Angeboten des "kalten" und "warmen" Entzuges, mit einzel- und gruppenorientierten Programmen, in voneinander getrennten Bereichen.

Eine solche Differenzierung der Angebote wäre - als Außendifferenzierung - auch unter den verschiedenen Einrichtungen anzustreben, wo mit unterschiedlichen methodischen Schwerpunkten ein breites Spektrum alternativer Behandlungsstrategien wächst:

z. B. Lengerich mit der Snoezel-Therapie, Gütersloh mit Akupunktur, Hohenlimburg mit NET und Psychotherapie.

Medikamentengestützte Entgiftung sollte eines der Standardangebote der qualifizierten Akutbehandlung sein, nicht aber der Weisheit letzter Schluß und vor allen Dingen nicht als "neuer Königsweg" verkauft werden.

4. Stichwort: Professionalisierung

Innerhalb dieser neuen professionellen Kultur finden sich häufig 2 unterschiedliche Muster:

- a) eine stärker medizinalisierte, wie Astrid SCHREYYÖGG schreibt, "faktisch orientierte Kultur der Ärzte und Krankenpfleger,
- b) eine psycho-sozial orientierte Kultur der Psychologen und Sozialarbeiter".

Diese unterschiedlichen Kulturtraditionen, die sich zum Teil sogar gegenseitig ausschließen, würden in der Suchtkrankenarbeit aufeinanderprallen, mit den entsprechenden Auswirkungen in innerorganisatorischen Reibungsprozessen, wo es um Macht und Einfluß auf das Gesamtsystem und um Verständigung, Aushandlungsstrategien und Taktik ginge.

Die unterschiedlichen Berufs- und Interessengruppen trügen hier "die turbulentesten politischen Prozesse" aus, mit allen Nebeneffekten für die therapeutische Arbeit, mit unterschiedlichem Verständnis für "Heilung", mit unterschiedlichen allgemeinverbindlichen Standards der Professionen, mit unterschiedlicher Besoldung, als "ständiger Quelle potentieller Fehlverständigung".

Eines der Themen in der Professionalisierungsdebatte ist das für uns und unsere Teams wichtige Thema der besonderen Rolle von Ex-Usern, die in der Drogenhilfe eine lange Tradition hatten und heute leider zunehmend ihren Platz in multiprofessionellen Teams verlieren, weil sie von Seiten der Leistungsträger nicht mehr in der personellen Ausstattung professionalisierter Einrichtungen vorgesehen sind.

Die unter diesen verschiedenen Stichworten benannten Paradigmenwechsel im letzten Jahrzehnt erforderten einen geplanten gewaltigen Prozeß kollektiven Lebens, gemeinsamer selbstkritischer Reflexionen und komplexer Umgestaltung und Veränderungen.

Für ein seit Jahren erfolgreiches Konzept und gefestigtes System, wie das der "zentralen Drogenentgiftung für NRW" mit der besonderen formalen Struktur, der gewachsenen selbsterfahrungsorientierten Kultur, und ihren besonderen Außenbeziehungen, war dies anfangs nur eine mit großen Widerständen der Mitarbeiter/-innen erfolgte Anpassungsleistung, ohne Bereitschaft, die Grundzüge des Konzeptes in Frage zu stellen.

Erst das Ausmaß der durch die medizinische und therapeutische Leitung geforderten organisatorischen Umstrukturierungen erbrachten tiefe Krisen, nicht planmäßige organisationsspezifische Binnenkonflikte, die auch die grundlegenden Parameter des Systems letztlich in die Veränderungen mit einbeziehen konnten, aber leider auch schwerwiegende personelle Konsequenzen und Veränderungen nach sich zogen.

Eine wesentliche Rolle im Reflexionsprozeß sämtlicher Mitarbeiter/-Innen auf allen hierarchischen Ebenen spielte die "Abbruchquote", eines der zentralen Probleme stationärer und insbesondere abstinentenorientierter Drogenarbeit, als Zeichen der Haltekraft unserer Einrichtung.

Alle Bemühungen ab 1991 waren darauf gerichtet, niedrigschwelliger, akzeptierender und mehr begleitend zu arbeiten. Dies sollte nach unseren Vorstellungen nach dem Modell von VOLLMER erfolgen, um die Quote vorzeitiger Therapiebeendigungen nach unten zu korrigieren.

Beispiele:

- das therapeutische Engagement zu Beginn reduzieren,
- konfrontative Methoden anfangs vermeiden,
- Individualisierung der Begleitung statt Standardprogramm,
- Dokumentation jedes einzelnen vorzeitigen Therapieabbruches
- differenzierte Analyse von Patienten/-innenvariablen, Therapeuten/-innenvariablen und Einrichtungsvariablen, Teamstruktur, Hausordnung, therapeutischem Klima, Bezugstherapeuten-System und deren Zuteilung.

Erst die grundlegende Umgestaltung des Konzeptes 1993 auf ein niedrigschwelliges Angebot mit

- freiwilligen Gruppen,
- intensiverer Einzelbetreuung,
- weniger konfrontativer und aufdeckender Arbeit,
- Arbeit mit Rückfällen,
- intensiverer alternativer Begleitung des Entzuges,
- Aufhebung überlebter Hausregeln, bezgl. Tabak, Schmuck, Taschengeld u. a.,

und die Umstrukturierung der Einrichtung zum "Suchtbehandlungszentrum" mit einer neuen Philosophie (CI), neuer Zielsetzung und

neuem Grundverständnis, neuer corporate culture, (also einem neuen WIR-Gefühl von 9 und 10 mit gemeinsamen neuen Umgangsformen, Werten und Normen), neuem corporate design (gemeinsamen Namen und PR), neuer corporate communication (gemeinsamen Koordinationssitzungen) und corporate behavior (konzeptkonformen Verhalten der Mitarbeiter/-innen) erbrachte Trendwenden in der Quote vorzeitiger Therapiebeendigungen und in der Verweildauer, auch wenn dies bei weitem noch nicht befriedigend ist.

Die durchschnittliche Verweildauer steigt seit Ende letzten Jahres wieder an. Das Absinken der durchschnittlichen Verweildauer hatte mit der Zunahme von vorzeitigen Verlegungen von Station 10 auf Station 9 zu tun und mit einer Abnahme von Pflegefällen derzeit, zugunsten notwendiger "warmer Entgiftungen".

Erst der Ausbau einer Station 11, einer Station für den "warmen Entzug", würde hier ein klares Organisations- und inhaltliches Gesamtkonzept erbringen.

Wir hoffen, daß dies noch in diesem Jahr zwischen unserem Träger und den Krankenkassen realisiert werden kann.

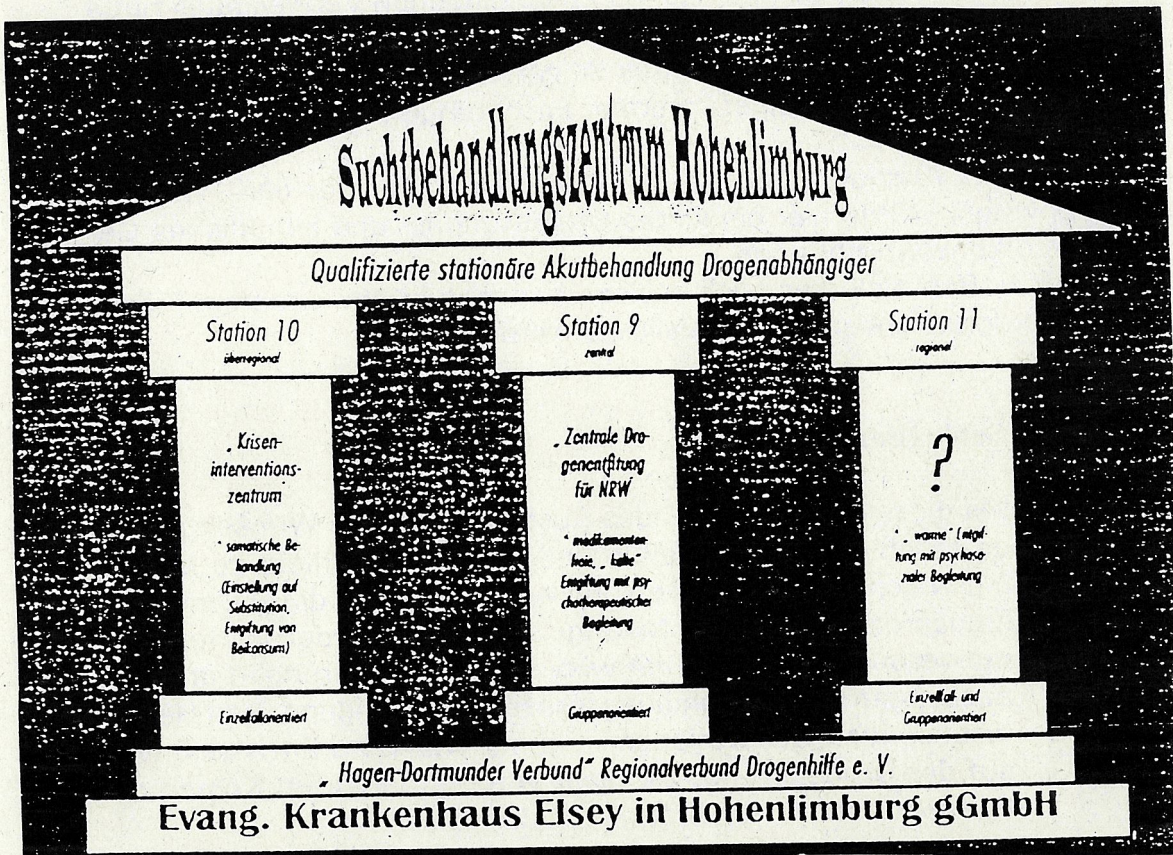
IV. **Schlußbemerkung**

Mit diesem "Traumbild" des Ausblickes auf ein Wunschgebäude möchte ich abschließen und hoffe verdeutlicht zu haben, mit welchen enormen personellen Ressourcen diese Umwandlungsprozesse zu mehr Niedrigschwelligkeit in den letzten Jahren verbunden waren, mit wievielen Verbesserungen und Anpassungen an die Wandlungsprozesse der Jugend- und Heranwachsenden-Generationen, und mit wievielen Entwicklungen auf der Drogenszene, die nicht vordergründig auf Kosten der therapeutischen Qualität gehen durften.

Wenn ich hier im Besonderen die Abbruch- und Rauswurfquote problematisiert habe, so betone ich doch aber auch gleichzeitig, daß dies nur **eine** ständig zu reflektierende Größe ist und nicht alleiniger Maßstab für die Effizienz und Qualität der Arbeit war und ist.

In diesem Wunschbild des "Suchtbehandlungszentrums" spiegelt sich auch unsere Hoffnung wider, daß das erfolgreiche Konzept eines medikamentenfreien Entzuges im Rahmen der

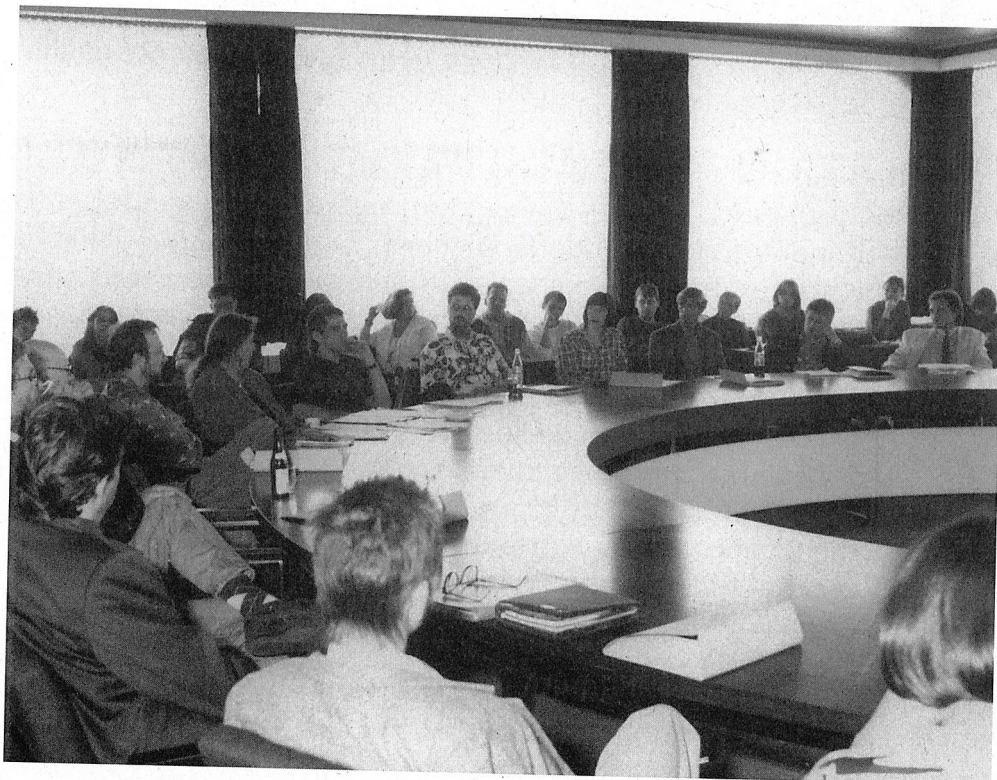
Drogenhilfe und im Spektrum der qualifizierte Entgiftung seinen Platz behalten möge, daß es dem Zeitgeist nicht erliegt und neuen Paradigmen nicht zum Opfer fällt, und daß es in der Weiterentwicklung überlebt als ein spezifisches Angebot in NRW für eine klar beschriebene Zielgruppe, eingebettet in andere Maßnahmen qualifizierter Akutbehandlung mit dem Auftrag regionaler Pflichtversorgung und Versorgung der Drogennotfälle vor Ort.



Drogenhilfe darf in unseren Augen kein Kompromiß sein, keine einheitliche Mitte, sondern muß ein differenziertes System, zum Teil gegensätzlicher Angebote sein, Angebote die nebeneinander bestehen können, so unterschiedlich, wie auch unsere PatientInnen-Gruppe der Drogenabhängigen ist und so unterschiedlich wie die Wege des Ausstiegs sind.

**Forum I.
"Anforderungen an die stationäre Entzugs-
behandlung - Möglichkeiten und Grenzen
neuer Konzepte"**

Moderatoren: **Dr. med. Thomas Kuhlmann**, Psychosomatische
Klinik Bergisch-Gladbach;
Martina Garvers, Suchtbehandlungszentrum Hagen-
Hohenlimburg



Zu Beginn des Forums, an dem über 50 Mitarbeiter/innen aus ver-
schiedenen stationären und ambulanten Einrichtungen der Drogen-
hilfe sowie Betroffene teilnahmen, stellten die beiden Moderatoren

in kurzen Referaten ihre Thesen zum Thema des Forums dar. Herr Dr. Kuhlmann, Mitglied des landesweiten Arbeitskreises "Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger NRW", erläuterte in 6 Thesen die "Anforderungen an die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger" unter dem Gesichtspunkt der Einbeziehung in die regionale Pflichtversorgung. Ausgehend von den praktischen Erfahrungen in der psychosomatischen Klinik Bergisch-Gladbach und dem Diskussionsstand im gleichnamigen landesweiten Arbeitskreis unterstrich er

- daß sich dieses Behandlungsangebot an alle Gruppen Drogenabhängiger richtet: an die der Szene verhafteten Drogenabhängigen (im Sinne des "Einstiegs in den Ausstieg"), an ambivalente Ausstiegswillige, therapiemotivierte Drogenabhängige, substituierte Drogenabhängige;
- daß dieses Behandlungsangebot als eigenständiges Behandlungsangebot integraler Bestandteil des regionalen Drogenhilfenetzwerks ist;
- daß ein spezifisches Setting erfordert, basierend auf einem fachlich begründeten Gesamtkonzept unter Einschluß von Methadon-gestützter Behandlung als Standardangebot (nicht Pflicht), und von kritischer, nicht moralisierender Auseinandersetzung mit von Drogen geprägten und auf Drogen fixierten Lebensstilen.

In partieller Abgrenzung von diesen Thesen erläuterte Frau Garvers die Erfahrungen mit dem medikamentenfreien Entzug auf der entsprechenden Akutstation im Eusey-Krankenhaus Hagen-Hohenlimburg und die diesbezüglichen Erfahrungen mit entzugsbegleitenden und entzugslindernden nicht - medikamentösen Maßnahmen, wie neuroelektronischer Stimulationstherapie, Massagen, nicht - schulmedizinischen Verfahren, psychotherapeutischen Interventionen u. a.. Sie ging kurz auch auf die grundsätzliche Möglichkeit der medikamentengestützten Entgiftungsbehandlung auf der als "Kriseninterventionszentrum" bezeichneten Station ein und erläuterte die Pläne, eine dritte Station zur medikamentengestützten Entgiftung für die Regionalversorgung zu eröffnen (Gegenwärtig ist Hagen-Hohenlimburg nicht in der Regionalpflichtversorgung eingebunden, sondern versteht sich als zentrale Drogenentgiftung).

Die rege Diskussion konzentrierte sich zunächst auf die Frage der medikamentengestützten bzw. medikamentenfreien Entgiftungs-

behandlungen. Dabei wurde deutlich, daß sich die Patientengruppen in beiden Einrichtungen erheblich unterscheiden: Während Hagen-Hohenlimburg als zentrale Drogenentgiftung nicht in die regionale Pflichtversorgung eingebunden ist und, von dem ursprünglich medikamentenfreien Angebot ausgehend, ein Schwergewicht auf das seit Beginn dieser Einrichtung entwickelte Angebot der medikamentenfreien Entgiftung legt, ist die Psychosomatische Klinik in Bergisch-Gladbach mit ihrem inzwischen übernommenen Pflichtversorgungsauftrag mit einer anderen Zielgruppe Drogenabhängiger konfrontiert. Die Patienten in Hagen-Hohenlimburg werden in der Regel vorab informiert über das Behandlungsangebot und die Rahmenbedingungen, unter denen medikamentenfreie bzw. medikamentengestützte Entgiftung möglich ist (bei Polytoxikomanie wird medikamentengestützte Entgiftung im großen Interventionszentrum angeboten, bei vorwiegender Opiatabhängigkeit mit medikamentenfreien Entgiftungen von Ausnahmen abgesehen). Patienten mit psychiatrischen Zusatzerkrankungen sind unter dem gesamten Patienten Klientel kaum anzutreffen. Im Sinne einer zunehmenden Niedrigschwelligkeit ist das Konzept in Richtung stärkerer Individuumzentrierung und Rücknahme konfrontativer Elemente verändert worden. Dieser Umbruchprozeß dauert noch an und die Erfahrungen mit der medikamentenfreien Entgiftung unter Einschluß anderer entzugsbegleitender und -lindernder Angebote werden als positiv bewertet.

Die Psychosomatische Klinik Bergisch-Gladbach weist gegenwärtig zwei Stationen zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger auf (ab 1995 drei Stationen). Der Anteil an Patienten mit psychiatrisch behandlungsbedürftigen Zusatzerkrankungen ist hoch und schwankt auf beiden Stationen zwischen einem Viertel und einem Drittel der Patienten. Die medikamentengestützte Entzugsbehandlung (L-Polamidon) wird grundsätzlich jedem opiatabhängigen Drogenabhängigen angeboten, ist jedoch keine Pflicht. Auf ein- und derselben Station werden medikamentengestützte Entzüge (bei der großen Mehrzahl der Patienten), sogenannte "kalte" Entzüge (ohne L-Polamidon), Entgiftungen von Beikonsum bei fortgesetzter Substitutionsbehandlung und in Einzelfällen stationäre Einstellungen auf Substitution mit L-Polamidon durchgeführt. Darüber hinaus befinden sich Patienten mit und ohne psychiatrischer Zusatzerkrankung auf ein- und derselben Station. Die daraus resultierende Dynamik wird unter den gegebenen Rahmenbedingungen als fruchtbar, therapeutisch nutzbar und dem Behandlungsprozeß nicht zuwiderlaufend eingeschätzt. Als außerordentlich problematisch wird jedoch die Tatsache bewertet, daß in zunehmendem Maße psychiatrisch be-

handlungsbedürftige Drogenabhängige zur Aufnahme kommen, die im Rahmen der stationären Behandlung erstmals psychiatrisch diagnostiziert und behandelt werden, sich unter dieser, auch medikamentösen, Behandlung stabilisieren und dann nicht in stationäre Langzeittherapie weiter verlegt werden können. Diese Patientengruppe ist ohne L-Polamidongestützte Entgiftungsbehandlung nicht adäquat zu erreichen. Die Mehrzahl der stationären Langzeittherapien sieht sich überfordert mit der Aufgabe, Drogenabhängige zur Entwöhnungsbehandlung aufzunehmen, sofern diese noch psychopharmakologisch behandelt werden müssen. Das bedeutet, daß Patienten, die sich unter neuroleptischer bzw. antidepressiver Medikation stabilisieren und unter dieser Fortführung dieser Behandlung therapiefähig sind, nicht in die - grundsätzlich angemessene - Langzeitbehandlung vermittelt werden können. Die Einrichtungen zur Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger sind aufgrund ihrer gegenwärtigen Konzepte und personellen Besetzungen in der Regel nicht bereit und auch objektiv nicht in der Lage, eine größere Zahl dieser Patienten aufzunehmen.

Im Rahmen der gesamten Diskussion wurden viele Konfliktfelder der Drogenhilfe deutlich. Zum einen kristallisierte sich heraus, daß in Abhängigkeit vom Konzept unterschiedliche Zielgruppen Drogenabhängiger erreicht werden. Aufgrund der Einbeziehung in die regionalen Pflichtversorgung kommen in der psychosomatischen Klinik Bergisch-Gladbach andere Patienten zur Aufnahme als in der zentralen Drogenentgiftung Hagen-Hohenlimburg, die mit ihrem Angebot der qualifizierten medikamentenfreien Richtung ein als demgegenüber hochschwellig einzustufendes Konzept bereithält. Während im Verlaufe der Diskussion ansatzweise alte Rollenkonflikte der Drogenhilfe deutlich wurden, war das Diskussionsklima insgesamt als offen, zum Teil kontrovers und weitgehend sachlich zu bezeichnen. Einigkeit konnte dahingehend erzielt werden,

- daß die Erfahrungen aus beiden Institutionen auf die Arbeit mit unterschiedlichen Patientengruppen zurückzuführen und insofern nur begrenzt aufeinander übertragbar sind,
- daß eine Differenziertheit der Angebote grundsätzlich begründenswert und dem individuumzentrierten und an den Problemen des Einzelnen orientierten Angebot angemessen ist.,
- daß die jeweiligen Konzepte sich an den Problemen der Drogenabhängigen zu orientieren haben und nicht umgekehrt und insofern auf die daraus resultierenden Forderungen

reagieren müssen mit neuen Angeboten, nicht aber mit Ausgrenzungen jener, die behandlungsbedürftig sind, vom aktuellen Konzept jedoch nicht erreicht werden.

Forum II.

"Teilstationäre Kurzzeit- und Langzeittherapie

- **Der Tradition verbunden oder dem Zeitgeist ergeben?**
- **Konkurrenz oder Ergänzung?"**

Moderatoren: **Harry Glaeske, Im Deerth, Hagen**
Horst Gzelka, Tagesklinik Hagen



Zur Einstimmung in das Thema erfolgte eine kurze Einführung durch die Moderatoren. Der Anspruch der Arbeitsgruppe bestand in erster Linie in der kontroversen Darstellung und Diskussion über die aktuelle Situation von verschiedenen Angeboten des heutigen Drogenhilfesystems. Diese AG bot trotz des zeitlich begrenzten Rahmens,

aber gerade durch die Herkunftsvielfalt der Teilnehmer, ein kompetentes Forum dazu.

Auf den ersten Blick erscheinen die o.g. Bausteine Teilstationäre Kurzzeit- und Langzeittherapie - als in sich sinnvolle Ergänzungen. Bei genauerer Betrachtungsweise kommen jedoch auch sehr klare Kontroversen zum Vorschein. Von der Historie betrachtet, sind die Langzeittherapien sehr klar der Tradition verbunden. Sie waren lange Zeit der "Königsweg", bestimmt durch das Abstinenzparadigma der Drogenhilfe. Lange Zeit galten sie als der einzig gangbare Weg für das Klientel. Unterstützt wurde dieses Paradigma von den Kostenträgern und Teilen der Politik, und massiv von der Justiz. Andere Wege wurden schwer toleriert, aber waren auch keine direkte Konkurrenz, da dem Klientel fast überwiegend der "Königsweg" zwanghaft angeboten wurde. Ambulante oder auch teilstationäre Therapien gab es kaum im Angebotsspektrum. Ambulante oder sogenannte niedrigschwellige Angebote waren lange Zeit zum größten Teil Stiefkinder im großen "Familienverbund". Es gab noch keinen politisch bereiteten Boden. Das massive Auftauchen des Faktors AIDS und das Einsehen-Müssen, daß der "Königsweg/Langzeittherapien" gescheitert war und nur in sehr begrenztem Maße das Klientel erreicht hatten, führten zum notwendigen Umdenken.

- Dem Zeitgeist ergeben -

Massive Veränderungen in der Szene, steigende Kriminalität, Selbstorganisation der Betroffenen und sicherlich nun die notwendige Bereitschaft der Politik, auch alternative Wege auszuprobieren, ermöglichten diese Entwicklung. Intervalltherapie/Kurzzeittherapie, Substitutionsprogramme, sogar medizinische Rehabilitation mit Substituierten, Senken der Schwelle von Langzeittherapien, bis hin zur Entwicklung neuer Angebote mit technischem bzw. sportivem Klang, wie Kompakttherapie oder besagte Intervalltherapie, waren möglich.

Aber sind dies wirklich echte Umdenkungsprozesse? Die Frage tauchte in der AG auf. Oder sind sie nur überlebensnotwendige Anpassungsprozesse? In der AG wurde relativ offen über die bestehende Konkurrenz der verschiedenen Einrichtungen diskutiert. Belegungszahlen sind zu halten, Standesansprüche der Therapeuten gilt es zu wahren. Therapieeinrichtungen als Dienstleistungsbetriebe, die ihr Angebot auch "verkaufen" und "vermarkten" müssen. Diskussionspunkte, die nur am Rande erwähnt werden konnten. Die Zeiten haben sich verändert! Zwar existiert noch der Justiz-

druck, "Therapie statt Strafe" ist auch heute noch das vorherrschende Prinzip, jedoch treten die Einrichtungen deutlicher in Konkurrenz. Sind Verbundsysteme die Antwort auf die Situation? Gibt es ein engeres ökonomisches Zusammenrücken zwischen den doch historisch so unterschiedlich entstandenen Ansätzen?

Die Diskussion in der AG ließ ansatzweise erkennen, daß die so oft vom Klientel in ihrem Therapieprozeß geforderten Eigenschaften, wie Offenheit, sich Einlassen auf notwendige Veränderung, Transparentmachen der Ziele und Motive, noch lange keine Selbstverständlichkeit im Umgang der Professionellen untereinander darstellt. Die sogenannte Realität und Grenzen der Ökonomie bilden nach wie vor eine Barriere. Zwar wurde im weiteren Diskussionsverlauf gefordert, daß mehr Dialog der verschiedenen Ansätze und Einrichtungen erfolgen sollte, jedoch auch die Skepsis formuliert. Die Gefahr besteht, daß gerade die der Tradition verbundenen Einrichtungen opportunistische Konzeptanpassungen vornehmen und sich dem Klientel aufdrängen; die sogenannten "neuen Wege" dem Zeitgeist ergeben, an der Oberfläche arbeiten. Die Drogenhilfe bietet sicherlich viel Kompetenz und solide Arbeit. Es tut not, die Wurzeln wiederzuerkennen, Werte und Zieldiskussionen in entsprechenden kompetenten Gremien zu führen. Inhaltlichkeit und Ökonomie sollten in einer adäquaten Form in der Balance sein. Der kritische, aber auch akzeptierende Dialog der Mitarbeiter aus den verschiedenen Einrichtungen der Drogenhilfe führt zu einer kompetenten und soliden Weiterentwicklung. Dieser Dialog muß gesucht und entwickelt werden. Die Arbeitsgruppe war ein bescheidener Ansatz hierzu.

Forum III. Einzelfallsubstitution nach NUB

Moderatoren: **Dr. Ulrike Ullrich**, Sozialpsychiatrischer Dienst,
Stadt Dortmund
O. Böhringer, Beratungsstelle "Jugend und
Konflikte", Stadt Hagen



a) Chancengleichheit oder Willkür?

Die bisherigen Erfahrungen im Rahmen der Substitutionsbehandlungen haben gezeigt, daß die Substitution ein wichtiger Baustein der Drogenhilfe ist, mit dem

- Überleben ermöglicht wird
- Kriminalität gesenkt wird

- Krankheitssymptome gelindert werden
- die soziale Integration wesentlich gefördert wird
- die berufliche Rehabilitation wesentlich verbessert bzw. wiederhergestellt wird.

Zur Durchführung der Substitutionsbehandlung sind in einer Region jetzt **unterschiedliche** Bausteine der Substitutionsbehandlung erforderlich, die inhaltlich unterschiedliche Schwerpunkte haben sollten.

1. Substitution beim Hausarzt im Rahmen der NUB-Richtlinien.
2. Substitution im Rahmen eines Reha-Projekts zur Besserung und Wiederherstellung der beruflichen Wiedereingliederung.

Ein solches Angebot wird bisher nur in den Städten Köln und Dortmund vorgehalten im Rahmen eines Modellprojekts der Sozialleistungsträger.

3. Wiedereingliederungsprogramm im Rahmen des § 39 BSHG (s. Anhang). Die Indikation zur Aufnahme in dieses Programm ist nur möglich, wenn Aussicht auf Erfolg besteht, daß durch die Substitutionsbehandlung die vorhandene Behinderung oder deren Folgen beseitigt oder gemildert werden können und dem Betroffenen durch die Substitution die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht oder erleichtert werden kann.

Aus meiner Sicht sind diese Bausteine in jeder Region sinnvoll und erforderlich.

Voraussetzung zur Schaffung eines solchen Versorgungssystems ist die enge Zusammenarbeit zwischen:
Drogenberatungsstelle, Gesundheitsamt (Sozialpsychiatrischer Dienst), Sozialamt, niedergelassenen Ärzten.

Da diese Zusammenarbeit in vielen Regionen nicht ausreichend entwickelt ist, bietet es sich an, eine Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in jeder Region aufzubauen, an der Obengenannte zu beteiligen sind.
Die Koordinationsaufgabe hierfür könnte der in der Region vorgehaltene Psychiatrie-Koordinator übernehmen.

Neben der Entwicklung obengenannter Arbeitsgruppen besteht noch Handlungsbedarf in folgenden Bereichen:

- verstärkte Aktivitäten der niedergelassenen Ärzte und ihrer Verbände zur Erweiterung der NUB-Richtlinien
- verstärkte Aktivitäten der Ärzte und Drogenberatungsstellen zur Entwicklung einer bedarfsgerechten psychosozialen Betreuung.

In diesem Zusammenhang ist festzustellen, daß die Drogenberatungsstellen nicht mehr in der Lage sind, die tatsächlichen Betreuungserfordernisse abzudecken und in vielen Fällen psychosoziale Betreuungen "auf dem Papier" durchgeführt werden.

Da die niedergelassenen Ärzte im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages auch die Durchführung einer psychosozialen Betreuung veranlassen müssen, ist hier die Initiative der Ärzte einzufordern.

b) Psychosoziale Betreuung, eine leere Farce?

Die Substitution von Heroinabhängigen in NRW wird dermaßen unterschiedlich durchgeführt, daß wir von einer Chancengleichheit oder Gleichbehandlung in keiner Weise reden können. Eventuelle Gemeinsamkeiten der Substitution werden bestimmt durch das Landesmethadonprogramm.

Die Substitution gem. den NUB-Richtlinien bedarf der besonderen Erläuterung. Bedingt durch die administrative Teilung NRW's, in Nordrhein und Westfalen-Lippe, existieren bei den Kassenärztlichen Vereinigungen auch zwei Kommissionen, die die NUB-Richtlinien für die Landesteile konkret umsetzen. Die beiden Kommissionen differieren jedoch in einem so hohen Maße, daß nur schwer an eine einheitliche Auslegung der NUB-Richtlinien zu glauben ist.

Allein die Fallzahlen nach Punkt 2.3 der NUB-Richtlinien sprechen dafür Bände. Der Anteil der Indikation nach Punkt 2.3 der NUB-Richtlinien liegt in Nordrhein bei ca. 3 %, der in Westfalen-Lippe bei ca. 51 % im April 1993. Dies wiederum macht deutlich, wie wichtig es ist, bei der Betrachtung der Substitution von Heroinabhängigen, die Regionen, sowie die Kommunen näher zu betrachten. Gleichzeitig wird deutlich, von welcher Bedeutung es ist, welche

Personen mit welchen drogenpolitischen Ideologien in den Beratungskommissionen sitzen.

Weiterhin hat sich gezeigt, daß es in den einzelnen Regionen und Kommunen von den Beratungsstellen und deren Engagement und der drogenpolitischen Einstellung zur Substitution der Berater abhängig ist, welche Möglichkeiten, Auswege oder Umgehungen versucht werden, um in die Substitution nach NUB zu gelangen. Die Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte zur Substitution läßt überdies ein starkes Stadt-Land-Gefälle erkennen. Darüber hinaus scheint auch nach Jahren der Diskussion und Aufklärung eine hohe Rechtsunsicherheit bei den niedergelassenen Ärzten zu sein.

Die Region mit einer gut kooperierenden Drogenhilfe zwischen Beratungsstelle, Sozialpsychiatrischer Dienst der Gesundheitsämter, den niedergelassenen Ärzten sowie den örtlichen Krankenhäusern, können die meisten Erfolge aufweisen.

Diese Kooperation gilt es in den Städten und Gemeinden weiter auszubauen, um erfolgreich eine Substitution für Heroinabhängige durchzuführen.

Der Beikonsum bei Substituierten mit L-Polamidon ist weiterhin eines der größten Probleme während der Substitution. Durch die polytoxikomanen Formen der Heroinabhängigkeit zeichnet sich besonders in den ersten Jahren der Substitution ein hoher Beikonsum ab. Der Beigebrauch von Alkohol, Benzodiazepin, Barbituraten und Kokain erfordert ständig flankierende Maßnahmen. Hier zeigt sich jedoch wieder einmal der Anspruch zwischen Theorie und Praxis, so daß wir feststellen müssen, daß in der ganzen Region weder die Möglichkeit der psychosozialen Betreuung gegeben ist, noch eine psychosoziale Betreuung, in Form der Zwangsberatung, gewünscht wird.

Die psychosoziale Betreuung als Muß führt sich selbst ad absurdum, denn sie verhindert jegliche vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Klient und Berater. Eine psychosoziale Betreuung ist, bei ehrlicher Betrachtung der vorhandenen Kapazitäten der Drogenhilfe sowie der Ärzteschaft, nicht leistbar.

Somit ist nach Meinung der gesamten Drogenhilfe die vertragliche Kopplung der psychosozialen Betreuung mit der Substitution zu streichen, und eine freiwillige psychosoziale Betreuung mit adäquaten Mitteln anzubieten.

"Chancen der Drogenhilfe vor dem Hintergrund der ökonomischen Krise"

Ulrich Schmidt, Vizepräsident des Landtags von Nordrhein-Westfalen

"Netzwerk der Drogenhilfe - eine Modellregion im Aufbruch": Schon das Thema und der Veranstaltungsort der heutigen Fachtagung machen deutlich, daß der Verbund Hagen-Dortmund in der Vergangenheit und in der Gegenwart eine Vorreiterrolle in der Drogenpolitik innehatte und innehat.

Lassen Sie mich nur auf die Hagener Projekte eingehen, die wichtigste Funktionen für die gesamte Region und teilweise für das gesamte Land erfüllen.

Ich erinnere an die sehr frühzeitige Entstehung einer Drogenberatungsstelle hier in Hagen vor über 20 Jahren.

Ich erinnere an die Einrichtung der Fachklinik Deerth in Wehringhausen.

Ich denke an die Entstehung der zentralen Entgiftungsstation für Nordrhein-Westfalen in Hohenlimburg-Elsey vor genau zehn Jahren.

Und ich bin überzeugt, daß mit dem Modellprojekt der gemeindenahe Therapie in Hagen-Vorhalle vor fünf Jahren ebenfalls eine Einrichtung entstanden ist, die eine Antwort auf die sich verändernden Herausforderungen in der Drogenpolitik ist.

Durchaus mit Stolz sage ich, daß die sozialdemokratische Landesregierung und die zuständigen Fachminister Friedhelm Farthmann, Hermann Heinemann und nun Franz Müntefering diese Projekte stets überzeugt und unterstützend mitbegleitet haben.

Ich selbst habe als Landtagsabgeordneter dieser Region stets mit besonderer Aufmerksamkeit und mit besonderer Sympathie verfolgt, mit welchen Ideen, mit welcher Kreativität und mit welcher Sachkompetenz sich die in der heimischen Drogenhilfe Tätigen für die Sache einbringen und für eine Weiterentwicklung der Drogenhilfe streiten.

Die Unterstützung der verschiedenen Projekte der Drogenhilfe durch die Landesregierung aber war nicht nur hier in Hagen so groß; die Drogenpolitik des Landes war stets Vorreiter für Drogenpolitik in der

gesamten Republik.

Schon seit der Beschlußfassung über das erste nordrhein-westfälische Landesdrogenprogramm gehört es zu den Zielen der Landesregierung, dazu beizutragen, daß jedem einzelnen im Lande durch differenzierte Angebote der Aufklärung, Prävention, Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Betreuung ein sucht- und drogenfreies Leben ermöglicht wird und die Strafverfolgung gegenüber Konsumenten zurückhaltend, gegenüber Händlern aber massiv eingesetzt wird.

Bei der schrittweisen Umsetzung dieser Ziele lag Nordrhein-Westfalen lange neben dem sogenannten Bundestrend.

Ich erinnere nur an unser geraume Zeit in anderen Teilen der Bundesrepublik umstrittenes Methadon-Pilotprogramm.

Ich freue mich aber, daß Nordrhein-Westfalen aus der Situation des Alleinkämpfers herausgekommen ist und heute in der Bundesrepublik eine breite Mehrheit unseren Weg mitbeschreitet.

Dies sehe ich als Bestätigung der Drogenpolitik der nordrhein-westfälischen Landesregierung.

Die Überschrift meiner heutigen Ausführungen "Chancen der Drogenhilfe vor dem Hintergrund der ökonomischen Krise" deutet aber die Risiken an, die sich angesichts eines dringenden Konsolidierungsbedarfs für alle Ebenen und in allen Bereichen unseres Staates für eine zeitgemäße, sich ständig weiterentwickelnde Drogenpolitik ergeben.

Der vermeintliche Widerspruch zwischen dem dringenden Konsolidierungsbedarf einerseits und den notwendigen zusätzlichen Anstrengungen im Bereich der Drogenhilfe andererseits läßt sich mit einer einfachen Fragestellung deutlich machen:

Warum sollten ausgerechnet im Gesundheitswesen und hier bei der Drogenhilfe Einsparungen nicht erfolgen?

Wie können die auf dieser Fachtagung vorgestellten neuen Drogenhilfekonzeptionen und die überzeugenden Notwendigkeiten einer adäquaten Hilfe für Drogenabhängige auch eine entsprechende Wertigkeit und Priorität und damit eine gesicherte Finanzierung erreichen?

Drei Argumente stehen dafür:

1. Das Drogenproblem unserer Gesellschaft ist nicht irgendein zu lösendes Problem. Es ist für den Fortbestand unserer Gesellschaft ein existentielles. Denn eine Gesellschaft, deren Jugend im Drogenrausch versinkt und in der ein Nährboden für eine "No future-Weltsicht" besteht, hat keine Zukunft.
2. Wenn das Drogenproblem nicht als ein gesamtgesellschaftlich zu lösendes Problem begriffen und gehandhabt wird, wenn heute nicht entsprechende Hilfsangebote bereitgestellt werden, werden die gesamtgesellschaftlichen Folgen, auch im finanziellen Bereich, dramatisch sein. Ich denke hier besonders an
 - die hohen Abbruchquoten im stationären Bereich,
 - an die vielen Rückfälle bei einer mißlungenen Wiedereingliederung wegen unzulänglicher Nachsorge,
 - fehlende Wohnungs- und Arbeitsplätze
 - die Zahl der Drogentoten bei nicht vorhandenen stationären Akutbehandlungen und Entgiftungsplätzen.
3. Insbesondere in bestimmten Ballungsräumen mit großen Drogenszenen sind Sofortmaßnahmen in der Drogenproblematik erforderlich. Der Großraum Dortmund/Hagen mit der größten offenen Drogenszene einerseits, der am besten vernetzten Drogenhilfe andererseits, bietet sich dabei als modellhaft auszubauende Region an.

Die Bedeutung der Drogenhilfe gerade in einem Wahljahr in die Öffentlichkeit zu bringen, mag manchem angesichts leerer Kassen ein unpopuläres Anliegen sein.

Ich denke aber ganz im Gegenteil, daß wir Politiker gerade jetzt gefordert sind, in Zeiten der allgemeinen Politik-, Politiker- und Parteienverdrossenheit die Kenntnis über gesamtgesellschaftliche Probleme zu beweisen und diese Probleme wirkungsvoll anzugehen.

Ich begrüße deshalb die Initiative des nordrhein-westfälischen Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Franz Müntefering, der gerade jetzt die kontroverse Diskussion um die Einrichtung von Gesundheitsräumen eingefordert hat.

Mit dem Hagener-Dortmunder Verbund ist der Teil der Drogenhilfe in unserem Bundesland angesprochen, der in den letzten Jahren immer wieder neue Wege für eine entschlossene Drogenhilfe aufgezeigt hat.

Ein neuer Modellversuch der Drogenhilfe im Großraum Hagen/Dortmund müßte meiner Ansicht nach drei Schwerpunkte haben:

1. Einen weiteren verstärkten Ausbau qualifizierter Entgiftungsbetten, und hier insbesondere die Sicherstellung einer adäquaten Versorgung für die gesamte Region.
2. Die Lösung der Wohnungsfrage und der Beschäftigungsmöglichkeiten für Drogenabhängige.
3. Betreuungsmöglichkeiten für Substituierte.

Ich denke, wir sollten alles daran setzen, diese Forderungen nicht nur zu unterstützen, sondern dafür Sorge zu tragen, daß diese Ideen und Chancen durchgesetzt werden können.

Es geht darum, über die allseits beschriebenen ökonomischen Zwangsjacken nicht zu vergessen, daß es gerade hier, beim Thema Rehabilitation und Resozialisierung, um Humanität und Glaubwürdigkeit unserer Gesellschaft und unserer politisch Verantwortlichen geht.

In der psychotherapeutischen und psychosozialen Begleitung haben wir ein Versprechen gegenüber den Klienten einzulösen; für eine erfolgreiche Integration müssen wir aber beweisen, daß es sich lohnt, für ein drogenfreies Leben zu kämpfen. Wir müssen aufzeigen, daß Wege da sind, die aus der Sucht herausführen.

Und bevor ich mich jetzt für ihre Aufmerksamkeit bedanke, möchte ich noch etwas sagen: Sie können viel daran tun, durch ihre Arbeit selbstverständlich, aber auch durch fortwährende Signale in Richtung auf Politik über alle Fraktionsgrenzen hinweg! Immer mal wieder sprechen, immer mal wieder Abgeordnete einladen, immer mal wieder Briefe schreiben, auf die Probleme hinweisen und ich sag das wirklich so: Wir kriegen zwar viel Papier, und manches wird auch ungelesen weggeschmissen, wie Sie wissen. Es sind manchmal Berge, da weiß man gar nicht, wie man dieses Papiers Herr werden soll. Aber fest steht auch, daß man durch Gespräche vor Ort, durch Diskussionen in den Fraktionen aller Couleur dafür sor-

gen kann, daß dieses Thema nicht verschwindet. Ich weiß, wie schwer es ist, wenn man rund um die Uhr bei diesen schwierigen Patienten unterwegs ist! Aber Sie müssen diesen Weg gehen, Sie dürfen nicht vergessen, im Gespräch mit denjenigen zu bleiben, die im großen Verteilungskampf in ihrer Fraktion, aber auch im Parlament stehen und mit denen wir zusammenarbeiten müssen, ob es uns paßt oder nicht.

In diesem Sinne möchte ich meine Ausführung an dieser Stelle abschließen. Es wäre noch viel zu dem Gesamtthema zu sagen, ich habe auf die Zeitbedrängnis hingewiesen; vielleicht haben Sie auch gespürt, daß hier jemand steht, der nicht einfach kommt und irgend etwas erzählt, sondern der in dieser Region versucht hat, auf seine Weise mitzugestalten und der möchte, daß ihm nichts wegbricht und das kann ich nicht alleine schaffen. Da können Sie alle mithelfen in dieser schwierigen wirtschaftlichen Krise, auf Ihre Position hinzuweisen - und darum bitte ich Sie!

Eine Wiedergabe der sich anschließenden Diskussion ist aus räumlichen u. technischen Gründen nicht möglich, u. a. wegen der schlechten Tonqualität des Bandmitschnittes.

