



Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Abteilung Gesundheitswesen



# Suchtprävention

in einem Europa der Regionen

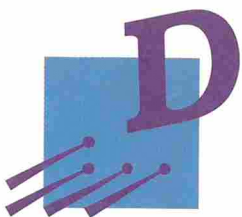
**Dokumentation**  
**Europäische Werkstatt Prävention**

15.-18. November 1992, Schöppingen

Koordinationsstelle für  
Drogenfragen und Fortbildung  
48133 Münster

**FORUM SUCHT**  
Beiträge aus Praxis  
und Wissenschaft

ISSN 0942-2382



Herausgeber

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

Verantwortlich:  
Bernhard Hülsken, Projektkoordinator  
Wolfgang Rometsch, Leiter der Koordinationsstelle

Schreibarbeiten:  
Alexandra Vogelsang

Münster, im Juli 1993

1. Auflage  
1 - 1.500

ISSN 0942-2382

# **"Europäische Werkstatt Prävention"**

## **- Dokumentation -**

**Die "Europäische Werkstatt Prävention" wurde im Rahmen der "Europäischen Woche der Suchtprävention" (14. - 21.11.92) aus Mitteln der Europäischen Gemeinschaft finanziell gefördert.**

**Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Abt. Gesundheitswesen  
Koordinationsstelle für  
Drogenfragen und Fortbildung**

**48133 Münster  
Tel.: 0251-591-38 38  
Tel.: 0251-591-32 71  
Tel.: 0251-591-32 67**



# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>Vorwort</b>	1
<b>Projektbericht</b>	2
<b>Belgien</b>	
<b>"Drogenpolitik in Limburg"</b>	9
Carlo Baeten und Marjet Vanderstraten, Hasselt	
<b>"Türkisch-Marokkanischer Drogenpräventionsfilm"</b>	14
Marjet Vanderstraeten, Hasselt	
<b>"Gitterstäbe im Wunderland"</b>	19
Carlo Baeten, Hasselt	
<b>Schweiz</b>	
<b>"Ziele und Strategien der schweizerischen Drogenpolitik"</b>	22
Bernhard Meili, Bern	
<b>Projekte aus dem Bereich Sport und Sucht</b>	26
Anton Lehmann, Magglingen	

## **Dänemark**

**"Drogenmißbrauchssituation in Dänemark" 37**

Quelle: Gesundheitsministerium Dänemark, April 91

**"Vorstellung eines Präventionsprojektes:  
Das Speedpaket (1988) 58**

Jan Jörgensen, Esbjerg

**"Das Jugendcenter im Amt Ribe" 62**

Jan Jörgensen, Esbjerg

## **Niederlande**

**"Die Drogenpolitik und ihre Entwicklungen" 68**

Hans Roerink, Ministerium WVC

**"Aufbau und Organisation der Suchtprophylaxe" 73**

Hans Keizer, Hengelo

**"Projekt Internationale und euregionale  
Zusammenarbeit" 80**

Hans van Ommen, Hengelo

**"Das AIDS-Präventionsprojekt in Haarlem" 84**

Peter Iedema, Alkmaar

**"Bericht zur Beurteilung des AIDS-Präventions-  
projektes "Boule de Neige" - EUREGIO, Projektjahr  
1991 - 1992" 94**

Gerda op het Veld, Maastricht

## **Frankreich**

**"Allgemeine Prinzipien unserer Interventionen"** 111

Denis Lieby und Armand Reinhard, Mühlhausen

## **Polen**

**"Probleme der Drogensucht und Prävention"** 117

Grazyna Miros, Gesundheitsministerium  
Warschau

Dr. Marek Pankowski,  
Warschau

**"Polnische Erfahrungen in Drogensuchtprävention"** 124

Grazyna Miros, Warschau

Dr. Marek Pankowski, Warschau

## **Tschechische Republik**

**"Möglichkeiten der sekundären Prävention -  
derzeitige Situation"** 128

Dr. Jiri Presl, Prag

## **Italien**

**"Drogenpolitik"** 131

Elisabeth Hofer u. Josef Gruber, Bozen

**"Prävention aus unserer Sicht"** 135

Elisabeth Hofer u. Josef Gruber, Bozen

## **Österreich**

### **"Konzepte der Suchtprävention"**

141

Gerold Koller, Egg

## **Luxemburg**

### **"Suchtprävention und Drogenpolitik"**

150

Henry Grün, Luxemburg

## **Deutschland**

### **"Suchtprävention in europäischen Grenzregionen auf erlebnispädagogischer Grundlage"**

156

Gabriele Wirbel-Lorenz, Freiburg

### **"Wilde Bühne"**

161

Anita-Lea und Rolf Butsch, Stuttgart

### **Philosophisches Orientierungswissen Zur Deutung des modernen Menschen als Subjekt**

168

Prof. Dr. W. Oelmüller,  
Münster



## Vorwort

Angesichts der unbewältigten Drogenprobleme, einer immer deutlicher erkennbaren allgemeinen Suchtgefährdung unserer Gesellschaft ist es naheliegend, alle erreichbaren Erfahrungen wirksamer Gegenwehr zu sammeln und daraus ein Präventionskonzept zu entwickeln. Offensichtlich konnte dies aber bislang noch nicht realisiert werden, denn ein wissenschaftlich begründetes, alle wichtigen Bereiche umfassendes Konzept präventiver Maßnahmen ist über Ansätze nicht hinausgekommen.

Wir sind deshalb der Europäischen Gemeinschaft für die Möglichkeit sehr dankbar, mit unseren Nachbarn Erfahrungen auszutauschen.

Dieser Erfahrungsaustausch erhebt nicht den Anspruch eines repräsentativen Vergleichs der Präventionsarbeit in 12 europäischen Ländern. Die vorgelegte Dokumentation kann auch nur einen sehr unvollständigen Eindruck von der lebhaften Diskussion und der intensiven gemeinsamen Arbeit vermitteln. Festzuhalten bleibt aber, daß Präventionsarbeit in allen Ländern in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung um Suchtprobleme zwar als wichtigste Maßnahme der Gefahrenabwehr gilt, daß aber die zur Verfügung gestellten Ressourcen ungenügend sind und die Präventionsfachkräfte oft "Einzelkämpfer" bleiben.

Angesichts der kriminellen Energie und der bemerkenswerten operativen Durchsetzungskraft, mit der der Europäische Wirtschaftsraum für den Drogenmarkt erschlossen wird und die Gewinne daraus zu einem immer mächtigeren Wirtschaftsfaktor werden, mag Resignation bei manchen Verantwortlichen verständlich erscheinen. Um so wichtiger ist die Ermutigung derjenigen, die sich aktiv mit den Suchtgefährdungen und den Suchtfolgen auseinandersetzen. Die Tage in Schöppingen habe ich als eine solche Ermutigung erlebt. Am Ende der Tagung wurden neue Projekte diskutiert, Verabredungen getroffen und die Hoffnung zum Ausdruck gebracht, daß der Erfahrungsaustausch in Form einer solchen Präventionswerkstatt weitergeführt werden kann.

Nach unseren Erfahrungen sind Präventionsmaßnahmen dann wirksam, wenn sie ursachenorientiert, zielgruppenspezifisch, gemeinwesenbezogen und (zuerst) nicht stoffbezogen sind. Wenn diese Maßnahmen dann auch miteinander vernetzt und die gesamte Aktion wissenschaftlich evaluiert werden kann, kommen wir jenem immer wieder geforderten umfassenden und schlüssigen Präventionskonzept einen Schritt näher. Die Elemente eines solchen Konzeptes können aus dem Ideenreichtum präventiver Arbeit und aus den Erfahrungen erfolgreicher Drogentherapien entwickelt werden. Auch in dieser Auffassung bin ich durch die **Europäische Werkstatt Prävention** bestärkt worden. Ich verbinde deshalb den Dank an alle Teilnehmer mit der Hoffnung, daß wir mit Unterstützung der Europäischen Gemeinschaft weiterarbeiten können.

Dr. med. Wolfgang Pittrich  
Landesrat

# *Europäische Werkstatt Prävention*

*15. - 18. Nov. 1992*

*in Schöppingen*

## *Projektbericht*

Entstehung des Projektes

Zielsetzung und Rahmen des Projektes

Ablauf des Projektes

- Einstieg in die Werkstatt
- Arbeitsgruppen
- Ausstieg aus der Werkstatt
- Materialmesse
- sprachliche Verständigung
- Resonanz/Auswertung

Fazit

Ausblick

## Entstehung des Projektes

Vor dem Hintergrund eines zusammenwachsenden Europas wird in Zukunft der Austausch **länderübergreifender Informationen, Initiativen und Projekte** immer notwendiger. Dies gilt - angesichts der immensen Problematik - besonders auch für den Bereich der Sucht- und Drogenhilfe.

In den letzten Jahren ging es in den einzelnen europäischen Städten darum, verstärkt die wachsende Rauschgiftkriminalität bzw. den Handel mit illegalen Drogen im Sinne einer europäischen Zusammenarbeit zu bekämpfen. Weitgehend unbekannt sind hingegen Konzepte der einzelnen europäischen Länder sowie konkrete Ansätze einer **länderübergreifenden Prävention / Suchtvorbeugung / Gesundheitserziehung**.

Die Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung in der Abt. Gesundheitswesen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe hat im November 1991 erstmalig eine deutsch-niederländische Fachtagung zum Thema **"Suchtvorbeugung im Vergleich"** durchgeführt. Auf dieser Tagung wurden - neben der Darstellung der Drogenpolitiken und Präventionskonzepte (Deutschland / Nordrhein-Westfalen / Niederlande) - jeweils vier Projekte aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Prävention vorgestellt. Ausgehend von dieser Fachtagung entwickelten sich Kontakte zwischen den Präventions-Fachkräften, die zu einem länderübergreifenden Austausch, zur Diskussion und Weiterentwicklung bisheriger Präventionskonzepte geführt haben.

Im Zuge dieser grenzüberschreitenden Zusammenarbeit wurde überlegt, die in 1991 stattgefundene Tagung auf andere Länder auszuweiten und den begonnenen Dialog mit einer ganzen Reihe von weiteren europäischen Ländern fortzusetzen.

## Zielsetzung und Rahmen des Projektes

In Anlehnung und Fortführung an die erste deutsch-niederländische Präventionstagung sollte im Rahmen der "Europäischen Woche der Suchtprävention" eine **"Europäische Werkstatt Prävention"** durchgeführt werden, zu der alle an Deutschland angrenzenden Länder (Stichwort: "einmal rund um die Grenzen") eingeladen werden sollten.

**Ziel** dieser "Europäischen Werkstatt Prävention" sollte sein, Planer und Praktiker aus den verschiedenen europäischen Ländern zusammenzubringen und eine Diskussion über sowie einen Austausch von Präventionskonzepten zu ermöglichen.

Bereits in den Vorplanungen zum Projekt und durch die ersten Kontaktaufnahmen zu KollegInnen in den angrenzenden europäischen Ländern wurde deutlich, daß gerade der Begriff der "Suchtprävention" in den Ländern und Regionen eine sehr unterschiedliche inhaltliche Deutung und Ausformung beinhaltet, die theoretischen Ansätze und praktischen Umsetzungen zum Themenbereich "Suchtprävention" auch zwischen angrenzenden Ländern noch erhebliche Unterschiede in sich bargen. Diese Unterschiede wurden ganz besonders deutlich im Ost-West-Vergleich (siehe hierzu vor allem die Beiträge aus Polen und der Tschechischen Republik).

## Ablauf des Projektes

Eine wesentliche Grundidee der **"Europäischen Werkstatt Prävention"** war es, Praktiker aus den unterschiedlichen Ländern zusammenzuführen und eine Begegnung zwischen ihnen zu ermöglichen. Es war daher von vorne herein geplant, **keine Großveranstaltung** zu initiieren.

Die "**Europäische Werkstatt Prävention**" wurde daher bewußt so geplant, daß ein "Werkstattcharakter" möglich sein sollte, bei dem in kleinen Gruppen eine intensive Arbeit und Auseinandersetzung mit den Themen und Problemen gewährleistet war.

Im Verlaufe der Vorbereitung ist es nicht nur gelungen, die angrenzenden westeuropäischen Länder für eine Mitarbeit zu gewinnen, sondern auch KollegInnen aus den angrenzenden osteuropäischen Ländern zu einer Mitarbeit in der Werkstatt einzuladen.

Die inhaltliche Grobstruktur der "**Europäischen Werkstatt Prävention**" sah vor, daß die TeilnehmerInnen aus den angrenzenden Ländern (Dänemark, Niederlande, Belgien, Luxemburg, Frankreich, Schweiz, Österreich, Tschechoslowakei, Polen) zu Beginn einen Überblick über die jeweilige Drogenpolitik ihres Landes - und die daraus resultierende regionale bzw. landesweite Prävention / Gesundheitserziehung - geben. In einem zweiten Schritt hatten die jeweiligen Landesvertreter die Möglichkeit, ein bzw. mehrere Projekte aus dem Suchtpräventionsbereich exemplarisch darzustellen.

Dieser Dreier-Schritt (Drogenpolitik / Präventionskonzepte / Projekte) wurde nicht immer durchgehalten, da die Vertreter einzelner Länder eher z. B. die Präventionskonzepte der eigenen Einrichtung oder der jeweiligen Region vorstellten. Darüberhinaus gibt es in einzelnen Ländern (z. B. Österreich/Frankreich) nach Aussage der ausländischen KollegInnen anscheinend keine landesweit abgestimmten Präventionskonzepte.

### **Einstieg in die Werkstatt**

Im Mittelpunkt der Fachveranstaltung standen Konzepte und Projekte aus den unterschiedlichen Bereichen der Prävention. Fachkräfte, die auf diesem Feld arbeiten, sind daher ständig als Ansprechpartner, Ideengeber, Motor, Vorbild und "Motivationskünstler" gefordert. Die Reflektion über die eigene (helfende) Rolle tritt hingegen allzuoft in den Hintergrund.

Der Einstieg in diese Werkstatt versuchte diese Problematik zu berücksichtigen:

In dem Mysterienspiel "**Der Blinde und der Lahme**" in der Fassung von Dario Fo ging es um Hilfe und Heilung, um die Begegnung von Menschen und um die Würde des behinderten, kranken Menschen. Die Person und die Rolle des Helfers standen in diesem Spiel im Mittelpunkt.

Die Theatergruppe "**Wilde Bühne**" die ausschließlich aus ehemaligen Drogenabhängigen besteht, versteht sich selbst und ihre Arbeit als Präventionsangebot. Sie versucht dabei die zu überbringenden Botschaften nicht mit dem erhobenen Zeigefinger, sondern in (schau-) spielerischer Form vor allem Jugendlichen zu vermitteln.

Im Anschluß an die Aufführung der "Wilden Bühne" entstand eine lebhafte Diskussion unter den Werkstatteilnehmern zum Inhalt und zur Aussage des Stückes, da jeder Teilnehmer mit der eigenen Rolle als Helfer konfrontiert und in Frage gestellt wurde.

### **Arbeitsgruppen**

Auf dieser Tagung trafen ca. 40 Praktiker und Fachleute aus 11 europäischen Ländern zusammen. Es gab eine ungeheuer große Vielfalt an Informationen / Konzepten /

Ideen / Projekten etc., die es unserer Meinung nach nicht erlaubten, daß jeder Teilnehmer jede Information, jedes Projekt aufnehmen und "verarbeiten" konnte.

Es war daher vorgesehen, die Vorstellung der einzelnen Länder (Drogen-/ Gesundheitspolitik; Präventionskonzepte; Präventionsprojekte) in drei großen Blöcken / Arbeitseinheiten vorzunehmen.

Pro Block sollten sich zwei bis drei Länder in verschiedenen Blöcken / Arbeitsgruppen vorstellen. Jede(r) TeilnehmerIn hatte die Möglichkeit, pro Block ein Land seiner/ihrer Wahl, an dem er/sie ein besonderes Interesse besitzt, zu wählen.

Die Zuordnung der Länder in die verschiedenen Blöcke wurde erst zu Beginn der Werkstatt, in Abstimmung mit den ausländischen Referenten, festgelegt.

### **Ausstieg aus der Werkstatt**

Um der "**Europäischen Werkstatt Prävention**" auch einen inneren Rahmen zu geben, war beabsichtigt, das beim Einstieg in die Werkstatt zugrundeliegende Thema, bei dem es um die eigene "helfende Rolle" in der Arbeit, um Hilfe und Heilung, um die Begegnung von vermeintlich kranken und gesunden Menschen ging, wiederaufzunehmen.

Den TeilnehmerInnen wurde zugemutet, den Ausführungen eines Philosophen zu folgen, der das Thema des Mysterienspiels wiederaufgriff und ein "**Plädoyer für ein philosophisches Orientierungswissen**" auch im Bereich der Suchtkrankenhilfe hielt.

### **Materialmesse**

Die ausländischen KollegInnen /ReferentenInnen wurden während der Vorbereitung der "**Europäischen Werkstatt Prävention**" gebeten, Informationsbroschüren / Projektmaterial / Medienpakete, die im Verlaufe von bestimmten Kampagnen oder Projekten entwickelt worden waren, mitzubringen, um diese Materialien den anderen KollegInnen zu präsentieren.

Zu dieser "Materialmesse" wurden von deutscher Seite eine ganze Reihe von Präventionsmaterialien (u. a. der BZgA, der Krankenkassen, der DHS, des LWL etc.) den ausländischen KollegInnen präsentiert und in ausreichender Anzahl zur Verfügung gestellt.

Im Laufe dieser Materialmesse entwickelten sich eine ganze Reihe von fachlich interessanten Gesprächen, die u. a. dazu führten, daß Informationsmaterial / Kampagnenmaterial ausgetauscht wurde mit dem Hintergrund, dieses als Vorlage für die eigene Arbeit zu überdenken und möglicherweise modifiziert zu übernehmen.

### **Sprachliche Verständigung**

Das Problem der sprachlichen Verständigung bei Teilnehmern aus insgesamt 11 europäischen Ländern an der Veranstaltung mußte von Beginn an mitbedacht werden. Grundsätzlich boten sich zwei Möglichkeiten der Verständigung an:

- Vor allem für die osteuropäischen Länder und teilweise auch für einige westeuropäische Länder mußten Übersetzungsmöglichkeiten mindestens in Englisch vorhanden sein. Die Zurhilfenahme von Dolmetschern wäre zum einen eine sehr

starke finanzielle Belastung gewesen, zum andern wäre der Ablauf der Veranstaltung durch simultane oder nachträgliche Übersetzungen von Tagungsbeiträgen verzögert, evtl. gestört worden.

Es sollte mindestens ein Vertreter aus dem jeweils teilnehmenden Land deutschsprachig sein bzw. deutsch als Fremdsprache beherrschen. Dies hätte den Vorteil gehabt, daß eine direkte Verständigung zwischen den TeilnehmerInnen gewährleistet ist und auch keine Verzögerungen im Tagungsablauf zu befürchten gewesen wären.

Die Projektkoordination hat sich von Beginn an nach reiflicher Überlegung für die zweite Möglichkeit entschieden. Es wurden daher von Anfang an KollegInnen aus den angrenzenden Ländern gesucht, die möglichst im grenznahen Bereich zu Deutschland arbeiten und von daher Arbeitskontakte zu deutschen KollegInnen unterhielten. Innerhalb der Vorbereitung der **"Europäischen Werkstatt Prävention"** hat diese Suche nach deutschsprachigen KollegInnen einen erheblichen Zeitaufwand erfordert.

Die Suche nach mindestens einem deutschsprachigen Partner aus dem jeweiligen Gastland hatte jedoch Erfolg. Auch die osteuropäischen KollegInnen konnten daher zum einen den Verlauf der Veranstaltung inhaltlich begleiten und zum andern ohne Sprachprobleme persönliche Kontakte zu KollegInnen aus anderen europäischen Staaten knüpfen.

Im Nachhinein hat sich diese sehr intensive Suche nach deutschsprachigen KollegInnen aus dem Ausland für die gesamte Tagung und vor allem für den atmosphärischen Bereich als äußerst positiv dargestellt.

### **Resonanz/Auswertung**

Die Projektauswertungen der TeilnehmerInnen liegen dem Veranstalter vor.

Die Presse ist durch eine weitgestreute Pressemitteilung auf die Veranstaltung hingewiesen worden; zahlreiche Printmedien haben über den Verlauf der Werkstatt berichtet, die regionalen Rundfunksender strahlten Interviews der Projektmitarbeiter zum Fortgang der Tagung aus.

Das niederländische Fernsehen zeigte sich aufgrund der grenzüberschreitenden Thematik an einer Live-Bericht-Erstattung aus Schöppingen sehr interessiert, der Kontakt kam dann kurzfristig aufgrund von Terminschwierigkeiten nicht mehr zustande.

Durch eine ganze Reihe von telefonischen und schriftlichen Anfragen während und nach der **"Europäischen Werkstatt Prävention"** wurde deutlich, wie groß der Bedarf am Austausch länderübergreifender Konzepte und Projekte gerade im Bereich der Suchtprävention ist.

Diese große Nachfrage auch aus der Fachöffentlichkeit hat die Projektkoordination darin bestärkt, eine umfassende Dokumentation der Tagung in Angriff zu nehmen. Diese Dokumentation wird im Sommer 1993 vorliegen.

### **Fazit**

In der abschließenden Auswertung und Bewertung der Tagung durch die anwesenden europäischen KollegInnen konnte eine wesentliche Übereinstimmung in fünf Punkten hergestellt werden, die im folgenden als Fazit der in 1992 stattgefundenen **"Europä-**

**ischen Werkstatt Prävention"** gezogen werden und im Hinblick auf die Fortführung dieses Projektes Berücksichtigung finden sollen:

- Der **Prävention** sollte im Bereich der Suchtproblematik eine absolute **Priorität** eingeräumt werden, da vorbeugen besser als heilen ist.
- **Suchtpräventionsmaßnahmen** - und nicht Drogenprävention - können gelingen und Wirkung zeigen, wenn sie **ursachenorientiert, zielgruppenspezifisch, gemeinwesenbezogen** und **vernetzend** angelegt und durch Vorbereitung / Planung / Aktion und Nachbereitung gekennzeichnet sein.
- In fast allen europäischen Ländern sind die politischen Konzepte drogenspezifisch ausgerichtet, es gilt insbesondere vielfach auch für die Prävention. Die TeilnehmerInnen betonten, daß eine **ganzheitliche Sicht** (Gesundheitserziehung) erforderlich ist, da eine Vorbeugungsstrategie gegen ein spezifisches Suchtmittel eine problematische und unzulässige Einengung darstellt.
- Der **länderübergreifende Fachaustausch** muß intensiviert, gemeinsame Projekte müssen im Vorfeld intensiv geplant werden, denn "**Sucht kennt keine Grenzen**".
- Die **Länder des Ostens** sind bei ihren Bemühungen um erfolgversprechende Präventionskonzepte bestmöglichst und schnell zu **unterstützen**, denn dort "tickt eine Zeitbombe" (die tschechischen Vertreter berichten z. B., daß gerade im Bereich der i. V. abhängigen Drogengebruern das Aids-Risiko besorgniserregend ist, ... es muß nur noch "Feuer an die Lunte gelegt werden").

#### **Ausblick**

Die "**Europäische Werkstatt Prävention**" endete mit der Absprache vieler TeilnehmerInnen, den persönlichen und kollegialen Kontakt aufrecht zu erhalten. Das diese Absicht für den deutschen Bereich keine leeren Versprechungen waren, mögen folgende drei Beispiele zeigen, bei denen es ausgehend von Schöppingen zu konkreten gemeinsamen Projekten bzw. Arbeitskontakten in 1993 kommen wird:

- Der schweizerische Kollege stellte in sehr interessanter und anschaulicher Art vor, wie der Sport im gesamten Bereich Sucht (von der Prävention über die Therapie bis hin zu Begleitung von Substituierten) als eine interessante und vor allem erlebnisreiche Möglichkeit einer persönlichen Aktivität eingesetzt werden kann. Hieran anknüpfend ist für September 1993 ein mehrtägiges Seminar mit Sport-/BewegungstherapeutInnen aus Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe bzw. MitarbeiterInnen aus dem erlebnispädagogischen Bereich geplant, das von den schweizer KollegInnen durchgeführt wird.

Die schweizer KollegInnen scheinen auf diesem Gebiet "**Einsatz des Sports im Gesundheitsbereich**", speziell mit Blick auf die Suchtproblematik, bezüglich der Konzepterstellung als auch bei der Umsetzung in die Praxis in Europa "die Nase vorn zu haben".

- Die belgischen Kollegen stellten in Schöppingen ein sog. "Migranten-Projekt" vor. Es handelt sich dabei um ein Projekt, das versucht, mit Gastarbeitern der zweiten und dritten Generation über die Suchtproblematik ins Gespräch zu kommen. Hierbei wurden auch unkonventionelle Wege der Kontaktaufnahme mit den ausländischen Mitbürgern aufgezeigt.

Die belgischen Kollegen sind eingeladen, ihr Projekt im Rahmen der großen Jahrestagung 1993 der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung unter dem Titel "**Sucht kennt keine Ausländer**" vorzustellen.

Im Rahmen einer **grenzüberschreitenden euregionalen Zusammenarbeit** soll ein binationales Projekt (Niederlanden/Deutschland) entwickelt und umgesetzt werden. Ein erster Konzeptentwurf liegt bereits vor und wird in der Dokumentation der "**Europäischen Werkstatt Prävention**" abgedruckt sein.

**"Europäische Werkstatt Prävention" in 1994 (?)**

Wenn es dazu kommen sollte JA! Dies war der gemeinsame und gleichlautende Tenor der Beteiligten der letztjährigen Werkstatt in Schöppingen 1992.

Die bei der "**Europäischen Werkstatt Prävention**" vorgestellten Beiträge der ReferentInnen sollen aufgrund des hohen fachlichen Informationsgehaltes allen in der Suchtvorbeugung Tätigen zugänglich sein. Wir legen daher die Beiträge dieser "**Europäischen Werkstatt Prävention**" einer breiten (Fach-) Öffentlichkeit in der Hoffnung vor, daß viele dieser vorgestellten Ideen und Projekte diskutiert werden und evtl. Nachahmer finden.

Bernhard Hülsken  
Projektkoordinator



# **BELGIEN**

## ***Drogenpolitik in Limburg***

Die Limburger Gesellschaft ist besonders sensibel für die zunehmende Alkohol- und Drogenproblematik. Dies zeigt sich an der Vielzahl der Präventionsinitiativen, die im vergangenen Jahr ins Leben gerufen worden sind, und zwar sowohl durch Vereine, Schulen und Betriebe, sowie durch örtliche Behörden. Auch auf der Ebene der Fürsorge sind wichtige Aktionen gestartet worden.

Die kommunale Politik besteht darin, diese Vielzahl von Initiativen zu koordinieren, um auf diese Weise zu einer integrierten Vorgehensweise gegen die Suchtproblematik in Limburg zu kommen. Darin sind alle Stellen, die in Limburg in der Suchtkrankenhilfe tätig sind, vertreten. Die L.P.B. hat regelmäßig Kontakt mit den Abgeordneten für Volksgesundheit. In diesen Beratungen mit den Politikern werden die wichtigsten Optionen bzgl. der Suchtkrankensorge vorgetragen. Über diese Beratung und die konkrete Bezuschussung des Z.A.D. - als ausführendes Organ der L.P.B. - wird die Drogenpolitik durch die Provinzbehörde konkret gestaltet.

### **Dabei wurden für 1992 die folgenden Akzente gesetzt:**

- Initiierung und Unterstützung von Aktivitäten bzgl. Alkohol- und Drogenproblematik durch die kommunale Politik
- Organisation von Präventionskampagnen im Unterricht
- Gezielte Prävention für Risikogruppen
- Weiterer Ausbau des "Streetworks"
- Ausbau eines Netzes von ambulanter Drogenfürsorge
- Untersuchung und Präventionsaktionen bzgl. der Glückspielproblematik
- Neue Untersuchungen über den Konsum "harter Drogen" in Limburg
- Beginn einer grenzüberschreitenden Drogenpolitik in der "EUREGIO"
- Fortsetzung der bestehenden Aktivitäten

### **Initiierung und Unterstützung von Aktivitäten bzgl. Alkohol- und Drogenproblematik durch eine aktive Politik**

In verschiedenen Gemeinden bildeten sich in den vergangenen Jahren Beratungsgruppen mit dem Ziel, Prävention und Fürsorge zu organisieren. Die Arbeit dieser

Gruppen wurde aktiv von einem Präventionsmitarbeiter des Z.A.D. unterstützt. Solche Gruppen sind in Houthalen, Lommel, Lanaken, Heusden-Zolder, Sint-Truiden, Hasselt, Genk und Bilzen aktiv. In anderen Gemeinden ist die Präventionsaktion bzgl. Alkohol und Drogen in einer weiteren Beratung integriert. Wir denken dabei u. a. an Maaseik. In diesen Gemeinden fanden in den vergangenen Jahren wichtige Präventionsinitiativen statt, sowohl in den Schulen, als auch in der Bevölkerung ganz allgemein. Dabei holte man sich Anregungen von der Aktion "Trinke gescheit", von dem "Verein für Alkohol- und andere Drogenproblematik" der flämischen Gesellschaft

### **Partner in der Suchtkrankenfürsorge**

Die Selbsthilfe ist in unserer Provinz sehr gut ausgebaut. Fast in jeder Gemeinde gibt es eine A.A.-Gruppe, und die ALANON-Gruppen (Familie der A.A.) sind in der ganzen Provinz verbreitet. Traditionell ist die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und öffentlicher Fürsorge sehr gut. Hieraus konnten neue Initiativen wie "TOXAN" (Medikamentensüchtige), "KARAKTER" (ehem. Junkies) und ELTERN DER DROGENSÜCHTIGEN" entstehen.

Mit Hilfe der staatlichen Behörden und in Zusammenarbeit mit den örtlichen Sozialarbeitern begann vor einigen Jahren das Z.A.D. das Projekt "STREETWORK"; ein für Flandern einzigartiges Projekt. Dadurch kamen wir direkt in Kontakt mit der unterprivilegierten Gruppe der Drogensüchtigen.

Die HAUSÄRZTE schalten sich in die durch das Z.A.D. koordinierte ambulante Fürsorge ein. In Genk und Maasmechelen bilden sie eigene Beratungsgruppen in denen gegenseitige Verabredungen getroffen werden. Auch Hausärzte aus anderen Gemeinden arbeiten an der koordinierten Arbeit mit. Dies zeigt sich u. a. an ihrer Mitarbeit an der Limburger Untersuchung über den Gebrauch harter Drogen (96 % der Hausärzte waren beteiligt).

Die therapeutische Gemeinschaft "KATARSIS" entstand 1985 in Zusammenarbeit mit anderen Gründungen aus der Suchtkrankenhilfe. Dies führte zu einer schnellen Integration, guten Überweisung und reibungslosen Zusammenarbeit. Die PSYCHIATRISCHEN KLINIKEN kümmern sich um die Suchtproblematik und einige unter ihnen arbeiten mit besonderen spezialisierten Abteilung. Auf der präventiven Ebene erfüllt Limburg in Flandern eine Pilotfunktion. Das Z.A.D. unterstützt und organisiert verschiedene Projekte im Schulunterricht, in Betrieben, im Gefängnis, in Jugend- und Erwachsenenorganisationen etc.

### **Projekte**

Wir stellen hier zwei Projekte vor:

- "Gitterstäbe im Wunderland": ein Präventionsprojekt für den Umgang mit Genußmitteln; bestimmt für Schüler der Grundschule und ihre Erzieher
- Türkisch-marokkanisches Drogenpräventionsprojekt: ein Präventionsprojekt für die erste Generation türkischer und marokkanischer Eltern.

In Limburg ist zwischen allen Beteiligten eine einzigartige Bereitschaft zur Zusammenarbeit entstanden. Hieraus ergab sich ein integrierte und koordinierte Vorgehensweise in der Drogenproblematik.

Das "Zentrum für Alkohol und andere Drogenschwierigkeiten" (Z.A.D) hat hier eine zentrale Rolle. Es ist ein Zentrum für psychische Gesundheitsfürsorge, das sich ausschließlich mit der Suchtproblematik und mit der Koordination der Suchtkrankenfürsorge beschäftigt.

Das Z.A.D. kann zu diesem Zweck die LIMBURGER PLATTFORMBERATUNG: SUCHT (L.P.B.) in Anspruch nehmen. In diesem Beratungsorgan sind alle Beteiligten bei der Suchtkrankenfürsorge vertreten.

Das L.P.B. steht in direkter Verbindung mit dem Li.S.O. und mit der "ständigen Deputation". Dies macht es möglich, die Fürsorge für Suchtkranke in die gesamte Gesundheitspolitik zu integrieren.

Auch auf kommunaler Ebene sind Beratungsorgane für Suchtkranke aktiv. Z. B. in Genk, Maasmechelen, Houthalen, Heusden, Sint-Truiden, Lommel, Maaseik en Bilzen. Die örtlichen Politiker, das O.C.M.W., die P.M.S.-Zentren, Jugend- und Sozialarbeiter, Polizei, Hausärzte, C.G.G. etc. nehmen hier teil. Gegenwärtig gibt es Kontakte zwischen dem L.P.B. und den Dieststellen der Justiz. Man sucht hier nach Beratungsstellen, in denen die jeweiligen Aufgaben berücksichtigt werden. Hier erfüllen Bewährungshilfe und Jugendgerichtshilfe eine wichtige Rolle.

Die Politik ist ebenfalls für die Problematik sensibel, sowohl auf örtlicher als auch auf überörtlicher Ebene. Die überörtlichen und Gemeindeverwaltungen machen große Anstrengungen auf finanzieller Ebene. Dies zeigt sich u. a. in der Vereinbarung zwischen dem Z.A.D. und den O. C. M. W.s von Genk und Maasmechelen. - Nur die Flämischen Behörden stehen zurück! In der Suchtkrankenfürsorge bleiben wir weitgehend auf die sog. "Neppverordnungen" angewiesen. So sind die "Streetworker" als Dienststelle des D.C.A. beschäftigt und das Dokumentationszentrum steht auch auf einem D.C.A.-Projekt. Dies belastet die Zukunft der Suchtkrankenfürsorge in unserer Provinz. Wir brauchen dringend eine bessere Verordnung für diese Leute. Das Z.A.D. hat die flämischen Behörden um eine Erweiterung der Subventionierung der Angestellten gebeten. Dies ist nicht möglich aus Geldmangel.

### **Untersuchung der Konsumenten harter Drogen in Limburg**

Der überörtliche Dienst für Volksgesundheit organisiert alle 5 Jahre eine großangelegte Untersuchung über den Konsum harter Drogen in Limburg. Die letzte Untersuchung fand 1985 statt; es wurden damals 317 Konsumenten harter Drogen gezählt.

Im Frühjahr dieses Jahres fand eine neue Untersuchung statt: man fragte 1.448 Personen und Instanzen, ob sie Kontakte zu Drogenkonsumenten hätten. 435 davon gaben an, Kontakte zu haben mit insgesamt 1.534 Konsumenten harter Drogen. Wir müssen jedoch darauf hinweisen, daß derselbe Konsument durch verschiedene Institutionen benannt wurde. Die Informationen werden momentan durch das Z.A.D. in Zusammenarbeit mit dem Li.S. O. ausgewertet. Diese Untersuchung wird es uns ermöglichen, die gegenwärtige Limburger Vorgehensweise zu hinterfragen und neue Perspektiven zu entwickeln.

### **Grenzüberschreitende Drogenpolitik in der "EUREGIO"**

Das Problem des "Drogentourismus" ist aktuell und bringt nicht nur Schwierigkeiten für Maastricht und Heerlen, sondern auch für einige inländische Grenzgemeinden.

Dieser Drogentourismus ist hauptsächlich eine Folge der unterschiedlichen Drogenpolitik in den Niederlanden und Belgien.

### **Prävention im Unterricht**

In vielen Limburger Schulen fanden in den vergangenen Monaten Präventionsaktivitäten statt; meist in Zusammenarbeit zwischen dem Z.A.D.-PMS und den örtlichen Beratungsgruppen. Besondere Erwähnung verdient das Präventionspaket "Gitterstäbe im Wunderland". Dieses Paket, bestimmt für den Grundschulunterricht, wurde mit finanzieller Unterstützung von Rotary durch das Z.A.D. entwickelt und über das ganze Land verbreitet. 75 Limburger Grundschulen haben das Projekt durchgeführt. In Flandern wurde 35000 Exemplare verbreitet.

### **Gezielte Prävention für Risikogruppen**

Bei allgemeinen Präventionskampagnen werden sehr häufig die Risikogruppen nicht erreicht. Zusätzliche spezifische Aktionen sind dann notwendig. Für die folgenden Gruppen fanden in den vergangenen Jahren spezifische Aktivitäten statt:

- für Jugendliche innerhalb der besonderen Jugendfürsorge
- für Häftlinge in den Gefängnissen von Tongeren und Hoogstraten
- für Jugendliche innerhalb unterprivilegierter Jugendhäuser

Besonderes Augenmerk hatte man auf die Ausbildung der jeweiligen Begleiter gelegt.

### **Weiterer Ausbau des "Streetwork"**

In Flandern wurde diese Arbeitsform zum ersten Mal in Limburg entwickelt. Mit aktiver Hilfe der Provinz startete das Z.A.D. 1985 das Projekt "Streetwork" mit dem Ziel, Hilfersuchen und Hilfsangebote einander näher zu bringen. Diese Arbeitsform hat inzwischen große Anerkennung gefunden, auch über die Grenzen hinweg.

### **Ambulante Drogenfürsorge**

Die Gemeindeverwaltung von Heusden-Zolder, Hasselt, Beringen, Sint-Truiden und O.C.M.W.-Verwaltungen von Genk und Maasmechelen schlossen mit dem Z.A.D. Vereinbarungen betr. der ambulanten Drogenfürsorge ab. Darin wurde vereinbart, daß das Z.A.D. einen Drogen-Sozialarbeiter ausschließlich für diese Gemeinden freistellt.

## **Die Glückspielproblematik**

In Zusammenarbeit mit den Komitees für besondere Jugendfürsorge, der Provinz und dem Z.A.D. startete Anfang dieses Jahres das Glückspielpräventionsprojekt. Eine sachverständige Präventionsmitarbeiterin wurde dem Präventionsteam des Z.A.D. beigeordnet. Es wurden die verschiedenen Aspekte der Glückspielproblematik zusammengestellt, das bereits vorhandene Präventionsmaterial gesichtet, katalogisiert und verbreitet. Örtliche Verwaltungen wurden bezüglich Zulassung von "Unterhaltungshäusern" beraten.

Dieses Projekt hat dazu beigetragen, daß die Gesetze über die Aufstellung und Führung des Bingos verschärft wurden.

### **Korrespondenzanschriften:**

Carlo Baeten und Marjet Vanderstraeten  
CAD Hasselt  
Luikersteenweg 134  
B-3500 Hasselt

# **BELGIEN**

## ***Türkisch - Marokkanischer Drogenpräventions- Film***

### **Einleitung - Problemskizze**

Die Rauschgiftproblematik nimmt bei türkischen und marokkanischen Jugendlichen ernsthafte Formen an. Das zeigt eine allgemeine Untersuchung in Maasmechelen und Genk, die Untersuchung des "Streetcornerwork" und die steigende Besorgtheit der Eltern.

Diese Eltern gehören oft zur ersten Generation; ihre Kenntnisse in Sachen "Sucht" sind minimal. Durch die traditionellen Präventions- und Hilfeleistungskanäle werden sie nicht erreicht; dies kommt v. a. durch die Sprach- und Kulturbarrieren. Deshalb drängt sich ein spezielles und gezieltes Angebot in diesem Bereich der Prävention auf. Dies will nun dieser Präventionsfilm leisten; wir wollen damit in erster Linie möglichst viele Eltern erreichen. Der Videofilm ist darum so ausgestattet, daß er im Wohnzimmer vor dem Fernseher angesehen wird; was aber nicht bedeutet, daß er nicht auch für Vereine brauchbar ist.

Speziell für diesen Film wird eine Broschüre erstellt, damit die Mitarbeiter während einer oder mehrerer Sitzungen im Dialog mit den Teilnehmern alles Weitere vertiefen können.

Dieses Projekt haben wir türkischen und marokkanischen Jugendlichen und deren Eltern vorgelegt.

### **Befragung**

Die Befragung wurde von Mittelspersonen anhand von 2 Fragen durchgeführt:

1. Welche Botschaft würdest Du (als Jugendlicher, als Elternteil, als Berufstätiger, als ...) an Eltern mit heranwachsenden Kindern geben, um Rauschgiftproblemen zuvorzukommen?
2. Was müssen Eltern tun, wenn ein Rauschgiftproblem auftaucht? Was dürfen sie nicht tun?

### **Teilnehmer**

Folgende Gruppen nahmen an der Befragung teil:

- eine Gruppe türkischer Mütter von Rauschgiftabhängigen in Heusden - Zolder
- das Streetcornerwork von Heusden - Zolder
- eine Arbeitsgruppe marokkanischer Berufstätiger in Genk
- der Jugendverein Jokido in Meulenberg-Houthalen
- türkische Väter aus Beringen
- der türkische Imam von Genz
- türkische Religionslehrer
- marokkanische Jugendliche in Masseik
- marokkanische Väter in Masseik

Ihre Sorgen und Ängste bezüglich der Rauschgiftproblematik werden aus den nächsten Zitaten deutlich, die den Berichten aus den verschiedenen Gruppen entnommen sind; Grundlage waren die beiden o. g. Fragen.

### **Türkische Frauen**

Eltern finden es fürchterlich, wenn ihr Kind süchtig ist; sie schämen sich und reden mit niemandem darüber. Die Außenwelt weiß dann auch nicht, wie sehr sie leiden.

Die Erziehung müßte positive Anregungen geben. Die Jugendlichen haben das Gefühl, daß sie in der Schule, zu Hause, bei der Arbeit ... gescheitert sind. Der Vater sollte seine Autorität deutlich machen; doch ist er meistens einfach nicht da ...

Jugendliche mit Rauschgiftproblemen müssen aus dem Milieu herausgeholt werden: man muß sie entweder zurückschicken in die Türkei, oder ins Gefängnis stecken; nur ein hartes Durchgreifen hilft; z. B. körperliche Strafen (Stockschläge), Hausarrest, "auf Wasser und Brot setzen".

Das Verhalten des Vaters (z. B. sein Spielen) hat negativen Einfluß auf die Jugendlichen! Diese Problematik müssen wir deutlich machen, damit andere Familien nicht denselben Fehler machen.

### **Türkische und marokkanische Jugendliche**

Unsere Eltern müssen besser über Rauschgift aufgeklärt werden. Für sie sind es unbekannte Dinge, sie begreifen nichts davon.

Eltern müssen lernen, mit ihren Kindern ruhig und ernsthaft über Rauschgift zu reden; dazu ist Information nötig.

Viele Belgier denken, daß die Fremden das Rauschgift mitgebracht haben, doch wissen sie selbst nicht, was das ist.

Manche Eltern sind in den 60er Jahren steckengeblieben, mit dem damaligen Bild von Marokko, aber auch dort hat sich inzwischen viel geändert.

Wir haben ein sehr schwieriges Verhältnis zu unseren Vätern. Sie nehmen uns nicht, wie wir sind, wir können mit ihnen nicht über unsere Gefühle reden, schon gar nicht, wenn es ums Heiraten geht. Wir können da nicht selbst entscheiden und das verursacht enorm viele Spannungen.

Väter müssen ihre Söhne als Freunde behandeln, ihnen viel Aufmerksamkeit schenken, z. B. mit ihnen zur Schule gehen, um das Zeugnis abzuholen. Mit den Vätern reden wir über unsere Mutter; sie erfüllt eine wichtige Mittlerrolle in den Familien.

Weniger Rassismus wäre ein anderes effektives Mittel gegen Rauschgift. Wir dürfen nicht in Discos; die Langeweile nimmt deshalb immer mehr zu, mit der Folge, daß wir immer mehr auf der Straße rumhängen und so viele Möglichkeiten haben, mit Rauschgift in Berührung zu kommen.

### **Türkische und marokkanische Berufstätige**

Die Texte im Film müssen türkisch und arabisch gesprochen sein. Sie müssen zeigen, wie die Eltern in ihrer Kultur, die sich inzwischen geändert hat, steckengeblieben sind. Ehre und Pflicht stehen bei ihnen hoch im Kurs; darum nehmen sie meist eine eher drohende Haltung ein. Daher muß besonderer Nachdruck gelegt werden auf die Folgen der Strategien, welche die Eltern oft verhängen: ausheiraten, zum Militär schicken ...

Die Ursachen von Rauschgiftmißbrauch müssen benannt werden ...

Die Jugendlichen erfahren zu wenig Aufmerksamkeit zu Hause und fühlen sich deshalb nutzlos ...

An die Eltern müssen mehr Informationen weitergegeben werden ...

Dieses Projekt bedeutet einen wichtigen Durchbruch für die Ausländergemeinschaft. Die Rauschgiftproblematik wird nicht länger vertuscht, es wird offen darüber geredet und man traut sich, Hilfen zu erbitten.

Das Zentrum für Alkohol und Drogen muß zusehen, daß es sich mit dieser Einsicht auf das Gebiet der Integration begibt und hier viel leisten kann; wenn es hier Mithilfe bei der Integration leisten kann, kann es stolz darauf sein.

### **Türkische und marokkanische Väter**

Das Verhalten der ersten Generation ist zurückzuführen auf das Verhalten der Belgier gegenüber den Ausländern. Diese sitzen in einem fremden Land mit einer total anderen Kultur fest. Dieses Gefühl beeinflußt in großem Maße das Verhalten der Väter. Sie fühlen sich schuldig, unsicher und wissen nicht, welches Verhalten angemessen ist. Das wird von den anderen als "Fahrlässigkeit" und "Vernachlässigung" angesehen.

Türkische und marokkanische Väter betrachten ihre Söhne von Beginn der Pubertät an als erwachsene Männer; dies gibt den Jugendlichen eine große Selbständigkeit, u. a. auf der Straße.



Die Jugendlichen dürfen nicht zur Disco gehen; wenn sie mehr zur Moschee kämen, mehr glaubten, mehr nach dem Koran lebten, wäre alles in Ordnung.

## **Didaktisches Material**

### Zusammenfassung des Videofilms

Anhand der Beschreibung einer Situation in einer Familie, deren ältester Sohn Drogen konsumiert, sollen die Gefühle und Empfindungen der Eltern deutlich gemacht werden. Das alles gesehen unter dem Aspekt und vor dem Hintergrund der persönlichen Einstellung, des Glaubens, der Sprache etc. der ersten Generation von Türken und Marokkanern in Belgien.

Weiterhin werden verschiedene Situationen und Verhaltensweisen gezeigt und bewußt gemacht, welche das Risiko des Drogenmißbrauchs in sich tragen. Wir fragen nach den Ursachen des Mißbrauchs ohne voreilige Schuldzuweisungen. Das Drogenproblem wächst ja aus einer Menge von Faktoren, die auf 3 Kategorien zurückzuführen sind.

- Mittel:  
die Eigenschaft des Produktes spielt eine Rolle, dessen Verfügbarkeit und die Gesetzgebung bzgl. dieses Produktes
- Mensch:  
die Abwehrkräfte des Individuums bzgl. des Produktes und bzgl. des Milieus werden bestimmt durch Faktoren wie Intelligenz, Ichstärke etc...
- Umwelt:  
die Lebens- Arbeits- Wohnsituation ist wichtig; sie kann Nährboden für Drogenmißbrauch sein.

Diese Faktoren haben wir größtenteils nicht in der Hand. Wir wachsen in einer Gesellschaft auf, in der Alkohol, Medikamente und andere Drogen vorhanden sind. Dennoch können wir unsere eigene Verantwortung nicht abgeben. In diesem Zusammenhang wird auf eine Anzahl von Fragen über Prävention und Hilfsmöglichkeiten eingegangen, z. B. Wo gibt es Hilfe? Wohin kann man gehen? Hier wird eine Übersicht über die einzelnen Einrichtungen in der Umgebung zusammengestellt, die Hilfe anbieten: Hausarzt, psycho-medizinisches soziales Zentrum, Zentrum für psychische Gesundheitspflege, Ambulanzen und Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen etc.

Von größter Wichtigkeit ist es, bei der ersten Generation anzusetzen und über das Drogenproblem wirklich zu reden und es nicht länger totzuschweigen.

### Begleitende Broschüre

Angeboten wird ein Bildungsprogramm, bestehend aus einer Anleitung zu den ausgearbeiteten Methoden, mit einigen Hintergrundinformationen für die Begleiter des Projektes und aus einem Nachschlagewerk für die Teilnehmer des Programms.

- Information zu den Fragen:  
Was sind Drogen? Wie ist die belgische Gesetzgebung bzgl. Drogen?  
Welche Hilfen gibt es im Problemfall? Was kann Prävention leisten?
- Analyse der Einstellung und des Verhaltens der Eltern

## Verdeutlichung der Werte und Normen

- Bedeutung des Alkohol- und Drogenmißbrauchs bei Jugendlichen
  - Relationelle Gewandtheit
  - Umgang mit Alkohol- und Drogenproblemen
  - Planung
- Dead-line: Sommer 1993

## Mitwirkende Personen/Stellen

- Zentrum für Alcohol- und andere Drogenprobleme:  
Frau Marjet Vanderstraeten und Herr Carlo Baeten
- Streetcornerwork Heusden - Zolder: Frau Mieke Godderie
- Der Ausländerdienst der Gemeinde Heusden-Zolder und der Türkische Frauenverein cagri: Frau Hatice Murat
- Die Integrationsstelle der Gemeinde Genk: Herr Paul Salmon , Frau Melouda Ait Aadi
- Jugendclub Meulenberg: Herr Geert Daenen
- Stadtviertel Winterslag: Herr Hassan Amaghlaou
- Proviziale Aufnahmestelle der Gastarbeiter: Frau Ilse Meermans
- Komitee für besondere Jugendfürsorge Limburg: Herr Paul Salmon und Frau Els Croonenberghs
- Medizinisches Psychologisches Ambulatorium: Frau Roos Grosjean
- Begleitungsstelle des Zechesbezirks Limburg:  
Herr Selahattin Kocak
- Stadtviertelaktivierung Beringen: Herr Aydinli Huseyin

## Korrespondenzanschrift:

Marjet Vanderstraeten  
CAD Hasselt  
Luikersteenweg 134  
B-3500 Hasselt

## ***BELGIEN***

### ***"Gitterstäbe im Wunderland"***

Das Projekt "Gitterstäbe im Wunderland" ist ein Präventionsprojekt für den Umgang mit Genußmitteln, bestimmt für die Schüler der Grundschule und ihre Erzieher

Das Projekt besteht aus:

- dem Film "Gitterstäbe im Wunderland"
- Arbeitsbüchern für die Schüler
- begleitendem Material für Eltern und Lehrer.

#### **Situation**

Die Sucht, und wir denken dabei an Alkohol, Medikamente und illegale Drogen ist eines der wichtigsten Probleme innerhalb der psychischen Gesundheitsfürsorge. Jeder kennt wohl irgendjemanden, der/die durch seinen/ihren Alkohol-Medikamenten- oder Drogenkonsum in psychische, soziale Nöte oder in Schwierigkeiten mit der Polizei geraten ist.

Wenn wir eine Anamnese bei den Patienten mit Suchtschwierigkeiten machen, dann zeigt sich häufig, daß sie bereits im jugendlichen Alter Probleme hatten im Umgang mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen. Die Sucht ist **eine** der Folgen von unkontrolliertem Alkohol- und Drogenkonsum; Verringerung der schulischen und beruflichen Leistungen, soziale Konflikte, Arbeitsunfälle, Verkehrsunfälle ... sind **andere** Folgen.

Fast jeder ist davon überzeugt, daß Aufklärung über Drogen notwendig ist. Schon aus Tradition denken wir dann zuerst an den Unterricht, und zwar besonders im Sekundarbereich. Aber dabei vergessen wir den Grundschulunterricht. Wird aber unser

Verhalten nicht hauptsächlich v o r dem 12. Lebensjahr geprägt? Und ist das tatsächliche Verhalten im weiteren Leben nicht in der Hauptsache durch die Lebenseinstellung bestimmt, die wir während der Grundschulzeit uns angeeignet haben?

Das Zentrum für Alkohol- und andere Drogenprobleme in Hasselt, ein spezialisiertes Zentrum auf der Ebene der ambulanten Suchtkrankenfürsorge, begann 1986 mit der Entwicklung eines speziellen Präventionsprogrammes für Kinder aus der Grundschule und deren Erzieher.

Die Finanzierung durch Rotary Belgien und Luxemburg und der Einsatz zahlreicher Personen und Dienststellen machten die Realisierung des Projektes "Gitterstäbe im Wunderland" möglich.

Das Projekt enthält einen Film, Arbeitsbücher für die Schüler der 3. Klasse und begleitendes Material für Eltern und Lehrer.

## Ziel

Über die Grundschule werden Kinder auf ihre spätere Rolle als Erwachsene, als selbständige Teilnehmer an der Gesellschaft, vorbereitet. In diesem Lern- und Erziehungsprozeß, der u. a. ein Zusammenspiel zwischen Elternhaus und Schule ist, ist "Gesundheit" ein unverzichtbarer Gegenstand.

Über die Gesundheitsaufklärung und -erziehung für Kinder wollen wir einen derartigen Einfluß auf ihre Ideen und Verhaltensweisen ausüben, daß dies zu einem gesünderen Verhalten ihrerseits führen wird.

Über die Grundschule können Kinder frühzeitig motiviert werden, gut mit Freizeit und Arbeit umzugehen. "Gesundes Naschen", richtige Eßgewohnheiten, kritisches Fernsehen, kritische Haltung gegenüber der Werbung, Wissen um den Einfluß des Freundeskreises ... sind Teilaspekte dieses "Gesundseins".

In diesem Zusammenhang können wir eher durch Vorstellung positiver Möglichkeiten für ein gesundes Leben Einfluß nehmen auf das spätere Verhalten der Kinder als durch Abschreckung. Ohne Abstinenz zu propagieren, oder Verbote auszusprechen, können wir sie dahin führen, richtig, d. h. sinnvoll mit Genußmitteln wie Nascherei, Fernsehen, Videospiele ... umzugehen. Dies wird später den Umgang mit den "Genußmitteln der Erwachsenen" beeinflussen können.

Wissenschaftliche Untersuchungen (ISAACS, MÜLLER, JAHODA & CRAMOND) zeigen, daß Ansichten über Alkohol und alkoholabhängiges Verhalten sich eher früh entwickeln. Im Alter von etwa 8 Jahren ist bereits von regelmäßiger Konfrontation mit pharmakologischen Wirkungen auf den Körper die Rede. 12-jährige haben bereits ganz bestimmte Ansichten über Alkohol. Diese Ansichten, die ihr Verhalten beeinflussen, sind resistent; und Attitüden, die man einmal angenommen hat, sind schwierig zu ändern.

Aus Untersuchungen von PROF. CASSELMANN ergibt sich außerdem, daß 50 % der 12-jährigen bereits Alkohol konsumieren.

Drogen gehören zur Lebenswelt junger Leute, auch wenn sie noch nicht aktiv damit umgehen. Aber sie kennen auch Genußmittel, mit denen sie sehr wohl umgehen. Denken wir nur an Nascherei, Videospiele, Fernsehen ...

In welchem Maße läßt man sich durch Freunde verführen? (Einfluß der peer group)? Können Kinder maßhalten? Finden sie ihr Konsumverhalten nicht zu selbstverständlich?

Mit "Gitterstäben im Wunderland" wollen wir eine Richtung zu effektiver Konsum-  
erziehung und Charakterprägung bei kleinen Kindern angeben, um auf diese Weise  
eine Grundlage zu legen für weitere altersentsprechende Drogen-Prävention.

Dieses Material, sowie zusätzliche Informationen, kann man bekommen beim:

Korrespondenzanschrift:

Carlo Baeten  
Luikersteenweg 134  
3500 Hasselt  
Belgien  
Tel.: 0031 (0)11 274298  
Fax: 0031 (0)11 275368

# **SCHWEIZ**

## ***Ziele und Strategien der schweizerischen Drogenpolitik***

Um die doch recht beschränkte Rolle des Bundes in der Drogenfrage verstehen zu können, ist der Hinweis auf die ausgeprägte föderalistische Struktur des schweizerischen politischen Systems wesentlich.

Die Schweiz hat drei Sprachregionen und 26 Kantone, die im Gesundheitsbereich weitgehende Kompetenzen haben. Betrachtet man die Drogenfrage aus gesundheitlicher Sicht, was ja sicher viel Sinn macht, so sind in der Schweiz grundsätzlich die **Kantone** für die Lösung der Probleme zuständig.

Angesichts der in den letzten Jahren festgestellten zunehmenden Verelendung bei Abhängigen von harten Drogen in offenen Szenen verschiedener Großstädte führte der wachsende politische Druck dazu, daß der Bund die Initiative ergriff und mit Beschluß vom 20. Februar 1991 ein sog. Maßnahmepaket zur Verminderung der Drogenprobleme verabschiedete.

### **Folie 2**

Das Maßnahmepaket verfolgt quantitative und qualitative Ziele:

Bis Ende 1996 soll die Zahl der Abhängigen von harten Drogen, d.h. in erster Linie Heroin- und Kokainabhängige sowie Politoxikomane, um 20 % reduziert werden. Heute wird die Zahl der Abhängigen von harten Drogen auf 20.000 - 30.000 geschätzt. In den letzten Jahren wurde keine Zunahme beobachtet. Die angestrebte Abnahme der Zahl Drogenabhängiger kann grundsätzlich erreicht werden durch eine Abnahme von Neueinsteigern in die Sucht und durch eine Zunahme von erfolgreichen Aussteigern aus der Sucht.

Ebenso wichtig ist das qualitative Ziel einer Verbesserung der Gesundheit und der sozialen Lebensbedingungen für Menschen in der aktiven Suchtphase.

Diese Zielen sollen folgendermaßen erreicht werden:

### **Folie 3**

Mit einer landesweiten mehrstufigen, massenmedialen Kampagne sollen Öffentlichkeit, Politiker und Behörden für die Drogenfrage sensibilisiert und eine breite Akzeptanz für soziale und gesundheitliche Maßnahmen in den Kantonen und Gemeinden geschaffen werden.

Ein zentraler Teil des Maßnahmenpaketes ist die Prävention. Weil dies ja auch das eigentliche Thema dieser Werkstatt ist, möchte ich etwas ausführlicher und kritisch darauf eingehen.

In die Prävention von Drogenabhängigkeit werden von Politikern und zum Teil auch von Fachleuten hohe, oft auch übertriebene Erwartungen gesetzt. Dabei wird allzu schnell übersehen, daß Suchtprävention und allgemeine gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht einfach sozial- und gesundheitspolitische Fehlentwicklungen und Lücken kompensieren können. Erst wenn elementare Grundbedürfnisse wie Wohnung, Arbeit und Ernährung einigermaßen erfüllt sind, können gezielte Präventionsmaßnahmen möglicherweise Früchte tragen. Es kann nicht genügend betont werden, daß auch Millionen-Investitionen in die Suchtprävention das Drogenproblem in unseren Gesellschaften nicht verschwinden lassen können, solange Produktion und Handel mit legalen und illegalen Drogen für viele Kreise ein äußerst lukratives Geschäft darstellen, und solange kein gesellschaftlicher Konsens in der Beurteilung der verschiedenen Drogen besteht. Da sehen Sie einen Hauptunterschied zur starken und überzeugenden AIDS-Prävention, wo zumindest in unserem Lande schnell ein breiter, tragfähiger Konsens für die Präventionsbotschaften gefunden werden konnte.

### **Folie 4 / 5 / 6**

Nun aber zurück zur Präventionsstrategie, die den Einstieg in die Drogenabhängigkeit zu verhindern versucht.

### **Folie 7**

Während die polizeiliche Strategie die Reduktion des Angebotes an Drogen beinhaltet, konzentriert sich die gesundheitspolitische Strategie auf die Reduktion der Nachfrage nach Drogen. Dabei werden einerseits Maßnahmen entwickelt und angewendet, die sich direkt an die möglichen späteren Drogenabhängigen richten, also an Kinder und Jugendliche, wie auch Maßnahmen, die gezielt die sozialen Bezugswelten der Kinder und Jugendlichen stärken und stützen sollen. Wir stellen bei uns eine Verlagerung der Prävention zu diesem strukturorientierten Ansatz fest.

### **Folie 8**

Der Definition der Zielgruppen sollte bei allen Präventivmaßnahmen Beachtung geschenkt werden. Grob unterscheiden wir drei Ebenen der Suchtprävention. Auf der **a l l g e m e i n e n** Ebene sprechen wir die Gesamtbevölkerung an, meist in Form von Massenmedien.

Wie bereits gesagt, führen wir in der Schweiz eine solche Kampagne durch, die nicht direkt Präventionsbotschaften vermittelt, sondern eher ein Klima fördern soll, in dem gezielte Aktionen in Gemeinden und Kantonen erleichtert werden.

Vertiefende Aktionen sind dagegen auf der zweiten Ebene möglich, wo z. B. Schüler und deren Lehrer oder Lehrlinge und deren Lehrmeister im Betrieb gezielt angesprochen werden.

Besonders intensive Ansätze sind auf der dritten Ebene möglich, wo im Sinne der Sekundärprävention mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen (z. B. solchen in Erziehungsheimen, Lehre-Abbrechern, Kindern von drogenabhängigen Eltern, Jugendlichen mit einer Erstanzeige wegen Drogenkonsums, u. a.) sowie deren Bezugspersonen gearbeitet wird. Der Bereich Sekundärprävention ist bei uns leider noch kaum entwickelt, obwohl recht gut bekannt ist, aus welchen Gruppen sich Drogenabhängige, besonders solche mit schwerwiegenden Verläufen, rekrutieren. Zudem haben wir Kenntnis von erfolgversprechenden Programmen in den Niederlanden, England und den USA. Wir planen deshalb ab 1993 einige Schwerpunktsprogramme in den Bereichen "Streetwork", Lehrlingswesen und Jugendheime zu entwickeln. Wichtig wird dabei der systemische Ansatz sein, der jede Stigmatisierung der Gefährdeten vermeidet und in erster Linie ihr natürliches und professionelles Bezugsnetz stützt. So kann eine weitere soziale Ausgliederung von Gefährdeten aufgefangen werden.

### Folie 9

Die Schwerpunktsbereiche, in denen der Bund gemeinsam mit Partnern Projekte durchführt oder Projekte von Dritten finanziell unterstützt, sind: Schule/Berufslehre - Eltern/Familien - Freizeit - Ausländer - Gemeinde.

### Folie 3

Neben der Prävention ist die Betreuung der Drogenabhängigen das zweite zentrale Element im Maßnahmenpaket. Wir gehen davon aus, daß Drogenabhängige grundsätzlich Menschen sind, die dasselbe Recht auf Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung haben wie alle anderen auch. Das heißt konkret, daß wir nicht Abstinenz per se fordern oder als Bedingung für weitere Leistungen ansehen. Tatsache ist, daß heute viel zu viele Drogenabhängige krank werden und den verschiedensten Gesundheitsrisiken, insbesondere Infektionskrankheiten, ausgesetzt sind.

Mit diesem Verständnis fördert der Bund nicht nur abstinenzorientierte Einrichtungen, wie Entzugsstationen und therapeutische Gemeinschaften, sondern auch innovative Programme für den Gesundheitsschutz und die Gesundheitsförderung von Drogenabhängigen in der aktiven Suchtphase. Dazu gehören seit Jahren bereits die Methadonprogramme, von denen es heute etwa 10.000 individuelle Verschreibungen gibt, Spritzenaustauschprogramme und Fixerräume.

### Folie 10

Weltweit mit Spannung beobachtet werden die vorgesehenen sog. wissenschaftlichen Versuche mit der diversifizierten Drogenverschreibung, mit denen bis 1996 Erkenntnisse darüber gewonnen werden sollen, wie die Gesundheit und die soziale Wiedereingliederung von Schwerstabhängigen durch eine ärztlich kontrollierte Abgabe von Heroin, Morphin und Methadon mit begleitender psycho-sozialer Betreuung gefördert werden kann.



Für die Aufnahme in eines der insgesamt 10 Projekte mit rund 500 Drogenabhängigen gelten strenge Aufnahmekriterien: Langjähriger täglicher Drogenkonsum, soziale Verwahrlosung, Mindestalter: 20 Jahre, Therapieversager.

Ich möchte hier nicht länger auf diese Versuche eingehen; für Interessierte stehen einige Pressemitteilungen zur Verfügung.

### **Folie 3**

Das Maßnahmenpaket wird abgerundet mit Bundesleistungen in den Bereichen Fortbildung für Fachleute in der Drogenhilfe sowie mit dem Aufbau einer effizienten Information und Dokumentation. Besondere Anstrengungen sind in der Evaluation der Gesamtstrategie, wie auch einzelner Programme nötig; geht es doch darum, wirksame Interventionen zu verstärken und unwirksame zu eliminieren.

Für den Bereich Forschung ist schließlich ein nationales "Schwerpunktprogramm Suchtforschung" für die Jahre 1996 - 1999 in Vorbereitung.

Soweit also in geraffter Form die allgemeinen Grundsätze und Leitideen der schweizerischen Drogenpolitik. Als konkretes und lebendiges Beispiel eines Präventionsprogrammes wird Ihnen anschließend Anton Lehmann die Initiative "OHNE DROGEN - MIT SPORT!" präsentieren.

12.11.92 /BM

Korrespondenzanschrift:

Bernhard Meili  
Bundeamt für Gesundheitswesen  
Postfach  
CH-3097 Bern-Liebefeld



# ZIELE DROGENPOLITIK



**weniger Neueinsteiger**



**mehr Aussteiger**



**bessere Lebensbedingungen  
(harm reduction)**

# **Massnahmenpaket Drogen**

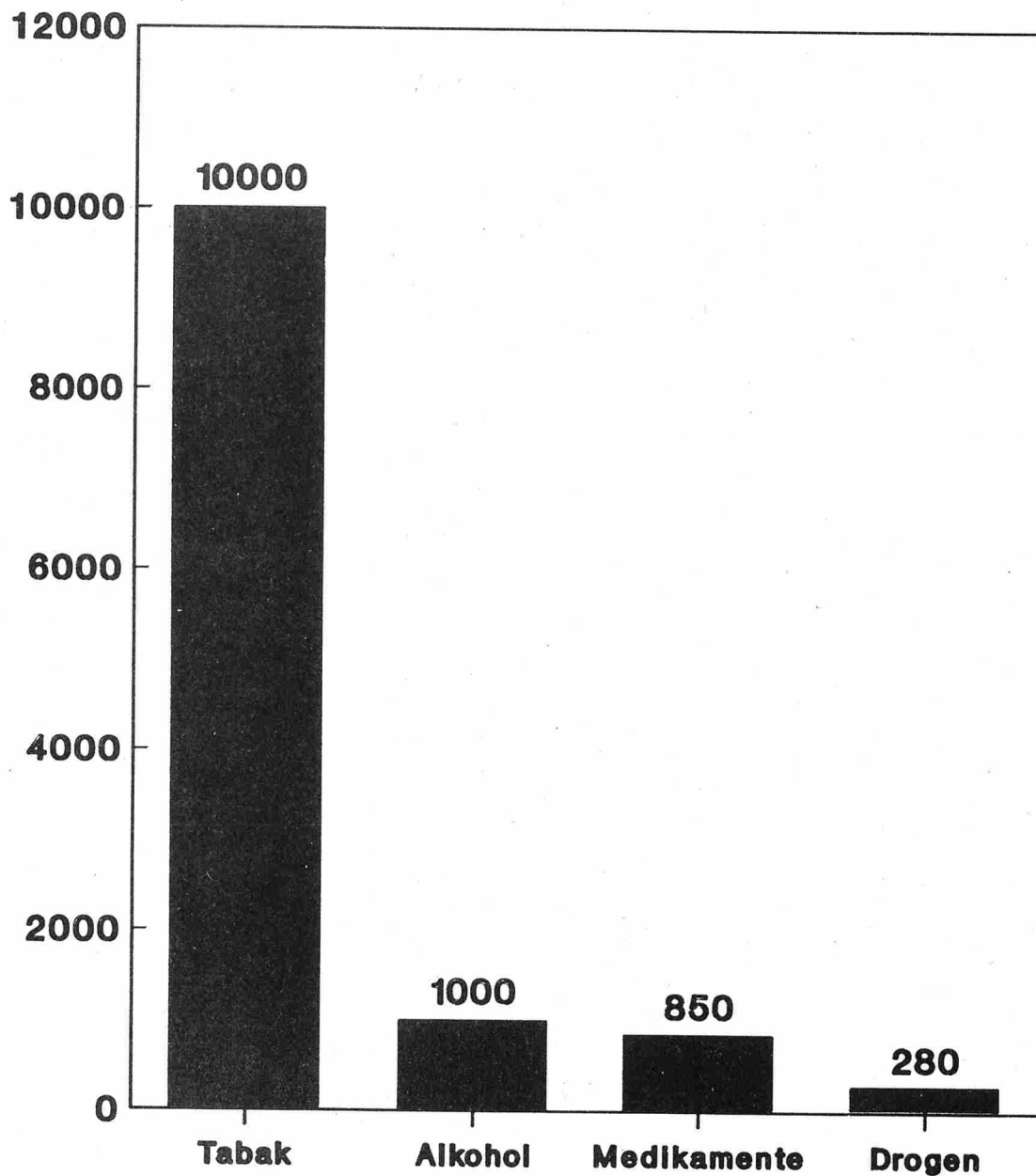
**GELD (12 Mio Fr./Jahr) und  
GEIST (10 BAG Stellen)  
für**

**INFORMATIONSKAMPAGNE (2 Mio)**

- ✓ **PRÄVENTION**
- ✓ **BERATUNG - BETREUUNG - THERAPIE**
- ✓ **FORT- UND WEITERBILDUNG**
- ✓ **EVALUATION - FORSCHUNG**
- ✓ **DOKUMENTATION**

10/92/BM

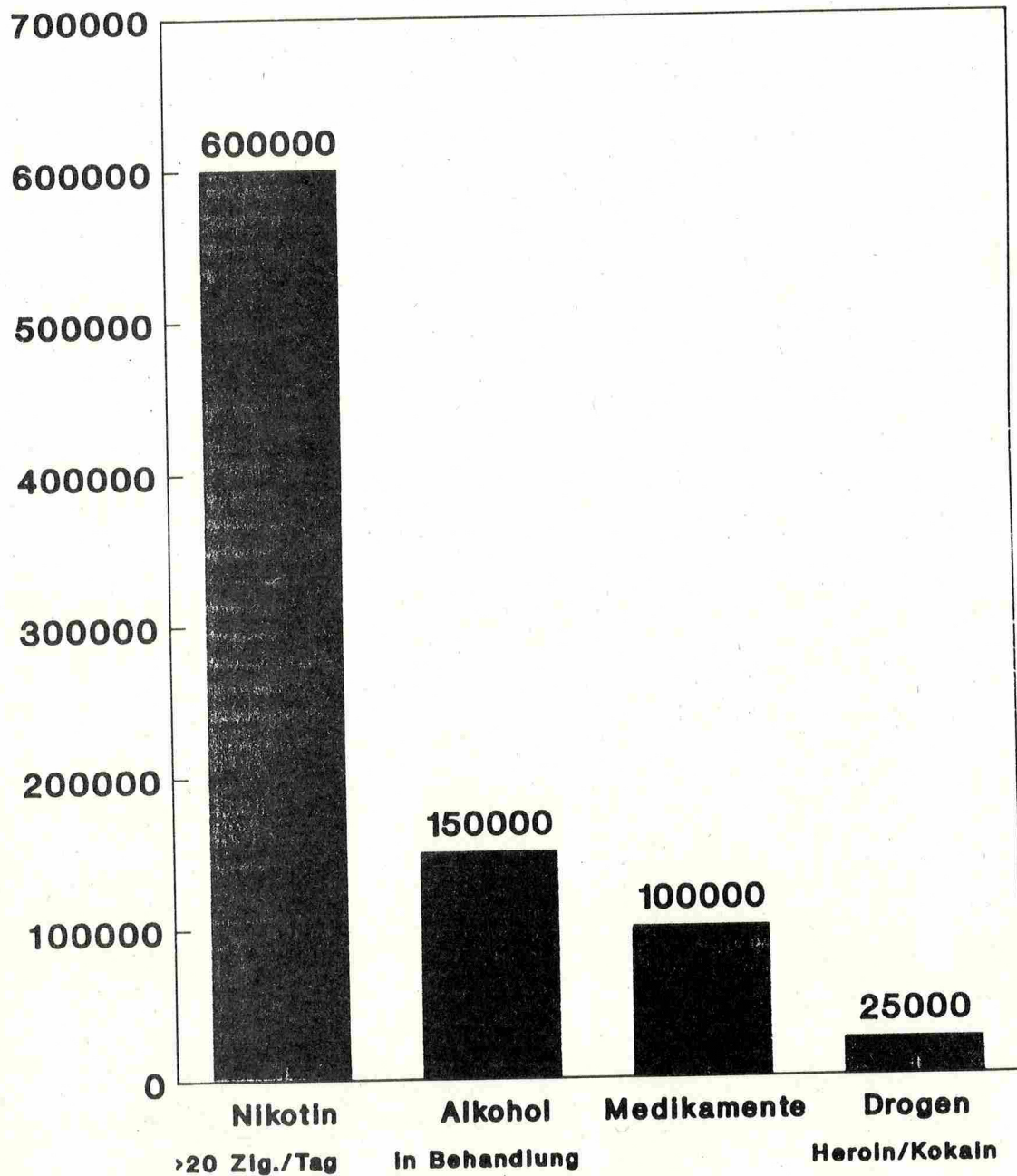
# Todesfälle infolge Drogenkonsum Schätzungen für die Schweiz 1990



Quelle: BAG

# DROGEN IN DER SCHWEIZ 1990

## Schätzungen der Anzahl Abhängigen



Quelle: SFA

# SUCHTPRÄVENTION

## 2 STRATEGIEN

1. Lenkung des ANGEBOTES
2. Lenkung der NACHFRAGE

# SUCHTPRÄVENTION

## Lenkung der Nachfrage

### 1. Personenorientiert

(Stärkung persönlicher Ressourcen)

- \* Information
- \* ICH-Stärkung
- \* Soziale Kompetenzen

### 2. Umweltorientiert

(Förderung suchthemmender Umwelten)

- \* Erwachsene Bezugspersonen  
(Eltern, Lehrer, Lehrmeister...)
- \* Freizeit/Ferien/Sport
- \* Gemeinde/Quartier
- \* Beratungsstellen/Früherfassung



# SUCHTPRÄVENTION

## Schwerpunkte des BAG 1992-94

### SCHULE

3 Stellen EDK

SMAT/SMID

Du seisch wo düre

Café Saigon

Médiateurs

### ELTERN

Auch mein Kind....?

Elternschulung/-beratung

### FREIZEIT

Drogen & Sport

Ganzheitlichkeit

### AUSLÄNDER

### GEMEINDE

Vernetzung

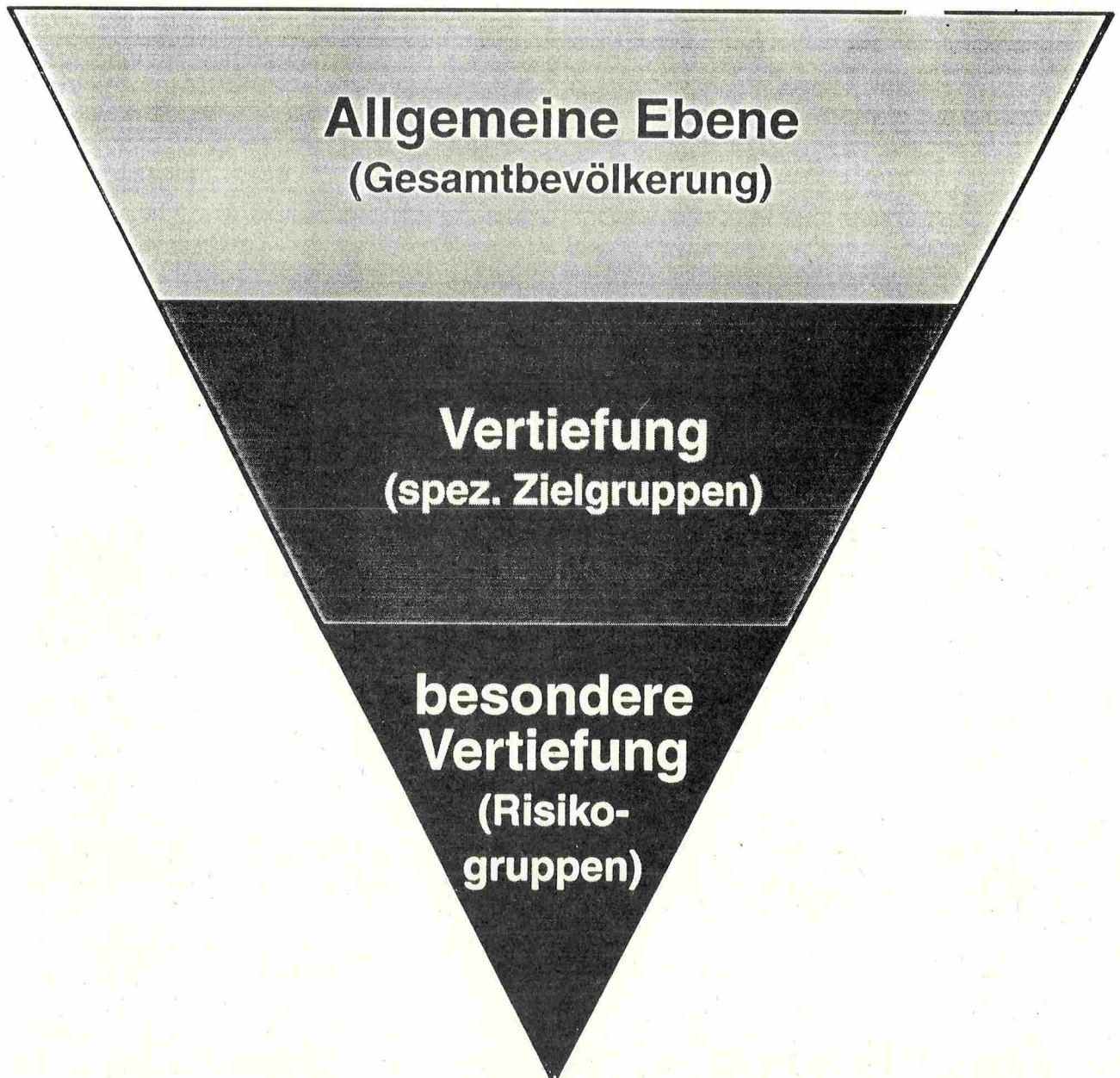
Veranstaltungen /RADIX

**Zielgruppen:**

1. Alle Kinder/Jugendliche
2. Risikogruppen/Gefährdete

8/92/BM/präv.cht

# Suchtprävention auf 3 Ebenen



# Diversifizierte Verschreibung von Suchtmitteln

## Zielgruppen:

- **Schwerstabhängige, d.h.**
  - **mehrfähriger tägl. Drogenkonsum**
  - **soziale Verwahrlosung**
  - **Mindestalter 20 Jahre**
  - **Therapieversager**

## Ziele:

- **Risikoverminderung**
- **Verbesserung des körperlichen und psychischen Befindens**
- **Verbesserung der sozialen Integration (Wohnen, Arbeit, Delinquenz, Distanz zur Szene)**

11/92/BM

# **SCHWEIZ**

## ***Projekte aus dem Bereich Sport und Sucht***

### **START**

#### **Sport in therapeutischen Institutionen**

##### **Projektträger**

Eidg. Sportschule (ESSM), 2532 Magglingen  
Tel. 031/276 111

##### **Kontaktpersonen**

Anton Lehmann (Projektleiter)  
c/o ESSM, Tel. 032/276 209  
Rosmarie Giusterini (Kordinatorin)  
Tel. 031/839 40 65

##### **Zielgruppen und Ziele**

Therapeutische Institutionen (TI): Möglichst viele TI haben ein Sportkonzept und setzen dieses in der Therapie mit Drogenabhängigen professionell ein.

Therapeutisches Personal: In möglichst vielen TI steht speziell ausgebildetes Personal für den Bereich Bewegung, Spiel und Sport zur Verfügung.

Sportfachleute mit Erfahrung in der Drogenarbeit: Verbesserung des Informationsflusses und des Erfahrungsaustausches zwischen den in TI tätigen Sportfachleuten. Versuch deren Einsatz regional besser zu koordinieren.

Klientinnen und Klienten von TI: Der Sport als Teil der Therapie soll dazu beitragen, Fehlewicklungen und Defizite in den Bereichen körperlicher Fitness, Selbstwert und Gruppenfähigkeit auszugleichen.

## **Angebote**

Aus- und Weiterbildung für therapeutisches Personal: MAGGLINGER FORTBILDUNGSTAGE (zweimal jährlich eine Woche für Deutsch- und Westschweizer); Angebote für Selbsterfahrung betreffend Abenteuer- und Erlebnispädagogik.

Erfahrungsaustauschgruppen für Sportfachleute in den Regionen Bern, Zürich, Basel, Westschweiz/Tessin.

Sportkonzeptberatung: Erhebungen und Bedarfsanalysen in TI. Die Beratung erfolgt durch die Projektleitung START und durch die Leiterinnen und Leiter der regionalen Gruppen.

Sport, Spiel und Bewegung für Klientinnen und Klienten von TI: Nationale Sportveranstaltungen a la Aebihus-Olympiade, Spielturniere; Organisation von Sport- und Abenteuerferien (MALUCO, SAG usw.); geeignete Sportvereine als Reintegrationsmöglichkeit gewinnen.

---

## **Magglinger Fortbildungstage**

für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von therapeutischen Gemeinschaften.

Die Erkenntnis, daß Sport, körperliche Aktivität und Spiel bei Sondergruppen wie Drogenabhängigen, psychisch Kranken oder Strafgefangenen wichtige Tätigkeiten sind, die auch therapeutische Wirkung zeigen können, setzt sich immer mehr durch. Die alljährlich zweimal an der Eidgenössischen Sportschule Magglingen (ESSM) als MAGGLINGER FORTBILDUNGSTAGE durchgeführten Kurse stoßen auf großes Interesse bei den aktiven Therapeutinnen und Therapeuten und den entsprechenden Institutionen wie Kliniken, Erziehungsanstalten, Drogenentzugsstationen und Therapiezentren. Sie sind Teil der Kampagne OHNE DROGEN - MIT SPORT des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG) und ESSM. Die Veranstaltungen stehen unter der Leitung von Anton Lehmann, Beauftragter für Fragen von "Sport mit Sondergruppen" und Dr. med. Ursula Weiss, ehem. Chefin des Forschungsinstitutes der ESSM.

Im Programm der Tagungen figurieren nicht etwa nur besondere Themen, sondern auch solche, die in anderen Ausbildungslehrgängen zu finden sind, wie koordinative Fähigkeiten, allgemeines Konditions- und Fitnessstraining und Spiele. Besondere Bedeutung kommt den Themen Körpererfahrung und Umgang mit Aggressionen zu und natürlich den Fragen des Umsetzens in die Praxis. Dabei spielt der Erfahrungsaustausch unter den TeilnehmerInnen und Teilnehmern eine wichtige Rolle.

Die ESSM leistet mit diesen Kursen wertvolle Arbeit im Dienste jener Mitmenschen, die psychisch, physisch oder sozial angeschlagen sind und spezielle Hilfe benötigen. Sie will die therapeutischen Institutionen auch konzeptionell in Sachen Sport beraten und damit einen weiteren Beitrag leisten zur Professionalisierung der sporttherapeutischen Arbeit. Sportliche Aktivität in der Therapie klug eingesetzt, kann einen wichtigen Beitrag darstellen zur Linderung in diesen gravierenden Situationen, oder mit-helfen, den Weg zurück in das normale Leben zu finden.

## **START**

### **Sport in Methadonprogrammen**

#### **Projektträger**

Eidg. Sportschule (ESSM), 2532 Magglingen  
Tel. 032/276 111

#### **Kontaktpersonen**

Anton Lehmann (Projektleiter)  
c/o ESSM, Tel. 032/276 209  
Rosmarie Giustarini (Koordination)  
Tel. 031/839 40 65

#### **Ziele**

Regelmäßige Sportprogramme für Methadonbezieherinnen und -bezieher sind ein Beitrag zur Gesundheitsförderung. Schwerpunkte:

- Selbstverpflichtung und regelmäßige Teilnahme
- Fitness und Motorik
- gemeinsame Aktivität
- soziale Isolation durchbrechen.

#### **Zielgruppen**

In Zusammenarbeit mit Beratungs-, Anlauf- und Abgabestellen (zum Beispiel DROB-IN, CONTACT, ZOKL, Die Kette, CPTT) werden mit diesen Programmen

vor allem MethadonbezieherInnen (zur Zeit rund 10.000 in der Schweiz) angesprochen.

Es beginnt sich eine Teilnahme von weiteren Gruppen Abhängiger abzuzeichnen:

- Fixerinnen und Fixer, die noch täglich Heroin/Kokain konsumieren
- Ex-Methadonbezieherinnen und -bezieher, welche den Entzug gemacht haben und "sauber" leben
- junge Alkoholiker mit desintegriertem Lebensstil

### **Angebote**

- \* Wöchentlich mindestens zweimal Training unter fachkundiger Leitung
  - polysportive Kurse mit starker Ausrichtung auf Wünsche der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
  - Kurse in einzelnen Sportarten sind in Vorbereitung (zum Beispiel Eishockey, Tischtennis)
  - Entspannungskurse kombiniert mit physiotherapeutischen Maßnahmen (z. B. Massage)
- \* Teilnahme an Spielturnieren
- \* Sportwochenendlager nach regelmäßiger Teilnahme an den wöchentlichen Trainings
- \* Extra für die Wintersaison: "Eis-Engagement", Eislauf/Hockey-Training mit Bill Gilligan, Trainer der Schweizer Eishockey-Nationalmannschaft. Jeden Freitag 13 bis 14 Uhr im Eisstadion Allmend, Bern. Für Fixerinnen und Fixer in Methadonprogrammen

### **Bisherige Erfahrungen**

Informationsaktionen (-tage) und persönliche Kontakte wirken für eine Teilnahme an den angebotenen Programmen motivierender als nur Rundschreiben zu verschicken. Die Bemühungen um regelmäßige Teilnahme tragen zur Zeit noch zu wenig Früchte. Trotz vieler Anmeldungen (Selbstverpflichtung) und hoher verbaler Motivation konnten sich bisher nur wenige TeilnehmerInnen regelmäßig zum Training aufraffen. Die Beziehung des Sportleiters zu den TeilnehmerInnen spielt eine außerordentlich große Rolle.

### **MACH MIT**

#### **Sucht- und Drogenprävention durch Vereinssport**

#### **Projektträger**

Health Econ AG Basel  
Postfach 1510, 4001 Basel  
Tel.: 061/281 80 50, Fax 061/281 80 47  
Im Auftrag des Stadtturnvereins Bern STB



## **Kontaktpersonen**

Roland Maurer, Projektleiter  
Tel.: 033/54 88 28  
Denise Citino, Projektleiterin  
Tel.: 065/45 33 79 (nachmittags)

## **Idee**

Es ist unsere Überzeugung, daß für Jugendliche im sucht- und drogenkritischen Alter der Anschluß an einen gleichaltrigen Freundeskreis mit tragfähigen Beziehungen, positiven Zielen und motivierenden Aktivitäten wichtig ist. Sportvereine haben das Potential, die bereits trainierenden Jugendlichen vor einem möglichen Abgleiten in Suchtprobleme zu bewahren und noch nicht Sport treibende Jugendliche für ein regelmäßiges Mitmachen in geleiteten Trainings zu gewinnen.

## **Ziel**

Bei Sportvereinen und deren Funktionären soll ein neues Verständnis und Engagement für das Drogenproblem gefördert werden. TrainingsleiterInnen sollen zusätzlich neue Kompetenzen und Sicherheit im Umgang mit gefährdeten Jugendlichen und in kritischen Situationen erhalten.

Damit soll das Projekt zur Verminderung der Anzahl Neueinsteigender in die Drogenabhängigkeit beitragen (Primärprävention).

## **Zielgruppen**

in der Pilotprojektphase:

- Sportvereine in den Städten Bern, Biel und Thun
- im Jugendsport engagierte LeiterInnen in diesen Sportarten
- Trainingsgruppen Jugendlicher in unterschiedlichen Sportarten
- Jugendliche Risikogruppen (Drogengefährdete) in den Städten Bern, Biel und Thun

nach der Pilotprojektphase:

- Sportvereine, Jugend + Sport-LeiterInnen, Jugendliche in der ganzen Schweiz, Risikogruppen

## **Angebote**

Weiterbildung von JugendsportleiterInnen und Vereinsfunktionären in Fragen der Sucht- und Drogenprophylaxe.

Beratende Trainingsbegleitung zur Optimierung der Trainingsangebote, um die Motivation der mitmachenden Jugendlichen zu erhöhen.

Aufbau der Zusammenarbeit zwischen Sportvereinen und Drogenberatungsstellen.

Schaffung neuer regionaler Sportangebote für nicht vereinsgebundene Jugendliche; (die Angebote sind vorläufig auf die drei Testgemeinden Bern, Biel und Thun beschränkt).

### **Bisherige Erfahrungen**

(Projektstart 01. März 1992)

Die Motivierung von Funktionären in Sportvereinen ist schwierig, da vorhandene Abneigung gegenüber "Drögelern" in Sportkreisen offensichtlich noch groß ist.

Einmal für die Projektidee gewonnene LeiterInnen zeigen aber Interesse an der Problematik und engagieren sich mit viel Einsatz (erster Leitergrundkurs in Magglingen mit 26 LeiterInnen).

Um in den Projektstädten Unterstützung durch Behörden zu erhalten, die über ein Lippenbekenntnis hinausgeht und eine effektive Förderung der Projektdurchführung darstellt, bedarf es weiterer Aufklärungs- und Aufbauarbeit.

Der Abbau von Vorurteilen zwischen "Sportlern" und "Psycho-Leuten" und der Aufbau einer konstruktiven Zusammenarbeit ist teilweise bereits erfolgreich.

## **MOVE**

### **Training im Sportverein als präventive Alternative für drogengefährdete Jugendliche**

#### **Projektträger**

Health Econ AG Basel  
Postfach 1510, 4001 Basel  
Tel. 061/281 80 50, Fax 061/281 80 47  
im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen

#### **Kontaktperson**

Roland Maurer, Projektleiter  
Tel. 033/54 88 28

#### **Involvierte Sportorganisationen**

Sportvereine verschiedener Sportarten mit großen Nachwuchsabteilungen und vielseitigen Trainingsangeboten (in Bern primär die in der Interessengemeinschaft Berner Sportvereine (IGBS) zusammengeschlossenen Vereine) sowie die städtischen Sportämter.

#### **Involvierte behördliche Institutionen und Beratungsstellen**

Erziehungsberatungen, Jugendämter, CONTACT-Beratungsstelle, Schularztämter, DROBS-IN'S, sozialmedizinischer Dienst, kirchliche Beratungsstellen.

#### **Idee**

Im Projekt MACH MIT wird über die Leiterausstellung angestrebt, Jugendliche dank attraktiveren Trainingsangeboten und besserer Betreuung an ein regelmäßiges geleitetes Training zu binden. Jugendsport-LeiterInnen sind bereit, ihre Kompetenz diesbezüglich zu verbessern. Schwieriger ist es, LeiterInnen für eine direkte Arbeit mit Drogengefährdeten oder bereits teilweise Abhängigen zu finden. Dabei könnte das Mitmachen in einer gut geführten Trainingsgruppe, mitten unter gleichaltrigen Jugendlichen mit ähnlichen Interessen, gerade Jugendlichen mit Schwierigkeiten und in problematischen Verhältnissen eine besonders wertvolle Hilfe bedeuten.

#### **Ziel**

Mit dem Ergänzungsprojekt MOVE soll sportseitig "etwas in Bewegung gebracht werden". Funktionäre und vor allem LeiterInnen sollen dazu motiviert und befähigt

werden, in ihren Trainingsgruppen von behördlichen Institutionen und Beratungsstellen zugewiesene Jugendliche aufzunehmen und in den Vereinssport zu integrieren.

Damit soll ein weiteres Abgleiten in die Drogenproblematik aufgefangen werden (Sekundärpräventionen).

### **Zielgruppen**

Jugendliche, die wegen auffälligen Sozialverhaltens (Verwahrlosung, sporadischer Drogenkonsums, Alkoholabusus, Delinquenz usw.) bereits Kontakt mit Polizei, Jugendanwaltschaft und/oder Beratungsstellen haben.

### **Angebote**

(vorerst in den Städten Bern, Biel und Thun)

Erarbeitung einer Basisdokumentation für Sportfunktionäre und SportleiterInnen.

Aufbau einer Gruppe engagierter Sportfunktionäre und SportleiterInnen, die sich in Fragen der Sucht- und Drogenproblematik weiterbilden lassen und sich dann bereit erklären, drogengefährdete Jugendliche in ihren Vereinen/Trainings aufzunehmen.

Aufklärung der Beratungsbehörden über die Präventionsfähigkeit vereinsportlicher Angebote und Schaffung von Kontakten zu Sportorganisationen.

Einspielen der Zusammenarbeit zwischen "zuweisenden Stellen" und "aufnehmenden Sportorganisationen".

## **OHNE DROGEN - MIT SPORT!**

### **EINE INITIATIVE ZUR SUCHTPRÄVENTION UND SUCHTTHERAPIE**

#### **Eine ganzheitliche Initiative**

OHNE DROGEN - MIT SPORT! will einen neuen Weg in der Suchtprävention und Suchthilfe aufzeigen. Sport wird gezielt und wirksam für die Prävention, Gesundheitsförderung bei Süchtigen, Therapie und Nachsorge eingesetzt. Mit diesem ganzheitlichen Ansatz möchten das BAG und die ESSM gemeinsam mit Partnern aus dem Schweizer Sport und der Suchthilfe einen Beitrag zur Verminderung der Drogenprobleme in unserem Land leisten.

Die positive Wirkung sportlicher Aktivitäten für die Gesundheit ist unbestritten und hat auch für Drogengefährdete und bereits Drogenabhängige ihre Gültigkeit. Unterschiedliche, aber von derselben Grundidee getragene Aktionen werden in allen Landesteilen lanciert. Dabei sollten die für Prävention und Therapie zentralen vier Werte des Sports vermittelt werden:

- Eigenwert des Sportes; sinnstiftende, überdauernde und herausfordernde Tätigkeit
- Gesundheitswert: körperliches und seelisches Wohlbefinden
- Therapeutischer Wert: motorische, psychische und soziale Kompetenzen (Förderung von Selbstwertgefühl, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit)
- Freizeitwert: soziale Integration, Geselligkeit, Spaß

Sport ist kein Wundermittel und soll nicht isoliert, sondern als integraler Teil einer gesunden Lebensführung mit den Grundelementen Bewegung, Entspannung, Ernährung und Körperpflege verstanden werden.

#### **Prävention**

Gefährdete Kinder und Jugendliche werden durch ein regelmäßiges sportliches Engagement vor dem Abgleiten in die Drogenabhängigkeit und vor anderem abweichendem Verhalten geschützt.

Dazu sollen einerseits in möglichst vielen Gemeinden offene, auch für Nichtmitglieder zugängliche, attraktive Sportangebote geschaffen werden. Diese Angebote werden in enger Zusammenarbeit zwischen den Behörden, Jugend- und Suchthilfestellen sowie den Sportvereinen entwickelt. Die Sportvereine werden dafür entschädigt.

Andererseits sind die Jugendleiter in den Sportvereinen systematisch für den Umgang mit gefährdeten Jugendlichen auszubilden und längerfristig zu betreuen.

#### **Gesundheitsförderung bei Süchtigen**

Gesundheit, körperliche Fitness und Selbstwertgefühl von bereits Drogenabhängigen, insbesondere im Rahmen von Verschreibungsprogrammen (Methadon, Versuche mit kontrollierter Heroinabgabe und anderem) werden durch regelmäßige Teilnahme an sorgfältig zusammengestellten Sportprogrammen gefördert.

Dazu werden spezielle Sportaufbauprogramme in Zusammenarbeit mit Methadon- und anderen Verschreibungsprogrammen entwickelt und lokal in der Praxis erprobt.

## **Therapie**

Drogenabhängige in Entzugsbehandlungen und stationärer Therapie (therapeutische Gemeinschaften, Kliniken) entwickeln durch eine regelmäßige, aufbauende sportliche Tätigkeit körperliche Fitness, Selbstwertgefühl und Gruppengefühl.

Dazu werden in Entzugsprogrammen und stationären Therapiestellen systematische Sportangebote aufgebaut und professionell betreut.

Es sollen spezielle Programme für Frauen entwickelt werden.

## **Nachsorge und Selbsthilfe**

Ehemalige Drogenabhängige fördern ihr Wohlbefinden durch regelmäßige sportliche Aktivität im Rahmen eines Sportvereins oder in offenen Sportprogrammen.

Dazu werden Sportvereine zur Aufnahme von Ex-Abhängigen motiviert. Ehemals Drogenabhängige gründen im Sinne der Selbsthilfe eigene Sportgruppen, nehmen daran aktiv teil oder leiten solche.

## **Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Sport**

Ein wichtiges Merkmal der Initiative OHNE DROGEN - MIT SPORT! ist die enge Zusammenarbeit von Institutionen und Personen aus den zwei Bereichen Gesundheitswesen/Suchthilfe und Sport auf allen Stufen, von den nationalen Organen bis zu den Sportvereinen und Suchthilfestellen in den Gemeinden. OHNE DROGEN - MIT SPORT! ist deshalb auch eine gemeinsame Initiative des Bundesamtes für Gesundheitswesen und der Eidg. Sportschule Magglingen.

## **Evaluation**

Die Auswirkungen der Initiative und einzelner Projekte werden unter Beiteiligung von Universitätsinstituten wissenschaftlich evaluiert. Die Ergebnisse werden publiziert und sind Grundlage für laufende Anpassungen der Projekte.

## **Finanzierung**

Der Bund beteiligt sich für die 3 Jahre 1992 bis 1994 mit rd. 2 Millionen Franken an der landesweiten Initiative. Durch Vermittlung der Schweizer Sporthilfe ist zusätzlich ein namhafter Beitrag aus der Privatwirtschaft in Aussicht gestellt.

Korrespondenzanschrift:

Anton Lehmann  
Eidg. Sportschule (ESSM)  
CH-2532 Magglingen

# DÄNEMARK

## *Drogenmißbrauchssituation in Dänemark*

### Zustandsbeschreibung gegenwärtiger Trends und statistisches Material

1. Über das Drogenangebot weiß man aufgrund der Beschlagnahmung durch die Polizei und die Zollbehörden sehr gut Bescheid; außerdem gibt es Aufschluß über die Verfügbarkeit der Drogen. Dieser Drogenzufluß läßt sich aus der folgenden Statistik entnehmen.

Statistik Nr. 1: Beschlagnahmte Drogen in kg im Zeitraum 1986 - 1989

	1986	1987	1988	1989
Heroin	17.3	13.4	29.2	37.7
Kokain	7.1.	25.6	9.7	54.9
Amphetamine	10.2	56.2	29.8	25.0
Cannabis	472.0	1.234,0	1.369.3	729.0
in Dänemark angeb. Hanf	1.664,7	1.007.2	8.636.0	2.372.0

Aus diesen Daten lassen sich die folgenden Trends sehr deutlich ablesen.

- a) Generelle Zunahme der Verfügbarkeit aller Drogen
- b) Verfügbarkeit von Cannabis ist eindeutig am größten
- c) Seit Mitte der 80er Jahre ist eine Weiterverbreitung von Amphetaminen festzustellen
- d) Verfügbarkeit von Heroin muß man im Zusammenhang sehen mit der starken Zunahme in der Verschreibung von Methadon als Ersatzdroge.

Insgesamt deuten alle Fakten daraufhin, daß ein erhöhter Konsum von Morphinen festzustellen ist.

Es ist davon auszugehen, daß bislang Kokain keine übergeordnete Rolle spielt, sondern die Kokainmengen, die beschlagnahmt worden sind, waren für den Verkauf in anderen Ländern bestimmt. Dieses Bild wird bestätigt durch die Beschlagnahmung durch die Polizei in Dänemark. Es hat den Anschein, als ob Metoxikomanie in der zweiten Hälfte der 80er Jahre deutlich zugenommen hat. Amphetamine spielen eine ganz erhebliche Rolle beim Drogenmißbrauch unter Altfixern aber auch bei den neuen Fixern. Hinzu kommt der illegale Verkauf von verschiedenen Medikamenten insbesondere von Opiaten und Dezodiazepinen im Gesamtangebot des Drogenmißbrauchs. Man kann annehmen, daß die Gesamtzahl der Drogenabhängigen in Dänemark etwa 10.000 beträgt. Diese Schätzung beruht auf der Anzahl der Drogenabhängigen, die in Kontakt stehen mit einer Beratungsstelle; das sind etwa 3.000 pro Jahr. Diese Zahl beruht auf den Schätzungen, die die Bezirke vorgenommen haben auf der Grundlage der Abhängigen und in Relation zu den eben genannten Zahlen. Die Zahl der Drogenabhängigen, die sich in Behandlung befinden, beläuft sich auf 3.000; in den letzten Jahren konnte man eine steigende Tendenz feststellen. 1989 waren 2.326 Drogenabhängige in Behandlung.

Das Durchschnittsalter der Drogenabhängigen, die in Behandlung sind, ist etwa 28 Jahre. Nachdem sich insgesamt über einen Zeitraum von mehreren Jahren ein immer höheres Durchschnittsalter ergeben hat, kann man davon ausgehen, daß seit 1986 das Durchschnittsalter im wesentlichen stabil geblieben ist. Das zeigt, daß immer wieder neue Abhängige hinzukommen; die Zahl der Drogenabhängigen in einer Methadontherapie hat sich in den letzten Jahren substantiell erhöht. Dies ist vor allen Dingen das Resultat einer veränderten Methadonpolitik, die sich aus der Aidsprävention ergibt. Ein Teil der oben erwähnten 2.000 Personen/Klienten erhalten Methadon in einer Beratungsstelle, darüber hinaus erhalten viele Drogenabhängige Methadonrezepte von ihrem Hausarzt.

Ende 1989 waren 1.934 Drogenabhängige in einer Methadonbehandlung registriert. Und zwar für einen Zeitraum von insgesamt 5 Monaten. Auch Drogencafés und Sleep In's berichten insgesamt von einer wachsenden Zahl von Drogenabhängigen unter ihren Klienten. Die Todesrate der Drogenabhängigen ist etwa 20 mal höher als die normale Sterblichkeitsrate für diese Altersgruppe. Innerhalb der Gruppe der Drogenabhängigen scheint die Sterblichkeitsrate stabil zu sein. 1989 worden insgesamt 135 Drogentote registriert, wobei die vorherrschende Todesursache Vergiftung gewesen ist. In den letzten Jahren hat sich auch insgesamt ein Anwachsen der Drogenkriminalität feststellen lassen.

Tabelle 2: Anklagen im Zusammenhang mit der Drogenkriminalität

	1986	1987	1988	1989
	Anklage- erhebungen	Anklage- erhebungen	Anklage- erhebungen	Anklage- erhebungen
§ 191, Abs. 1 des dänischen Strafge- setzbuches (bezogen hier auf den Verkauf) von illegalen Drogen	1.062	892	1.415	1.155



§ 191, Abs. 2 des dänischen Strafge- setzbuches (Delikt hier: Schmuggel)	552	552	645	574
§ 191a des dänischen Strafgesetzbuches (Hehlerei)	21	37	80	42
BTM-Anklage- erhebungen	8.016	9.696	11.886	13.039
Gesamtzahl der Anklageerhebungen	9.651	11.177	14.026	14.810

Insgesamt läßt sich feststellen, daß die weniger schwerwiegenden Verstöße gegen das BTM-Gesetz zugenommen haben und zwar überproportional. Die Steigerungsrate betrug hier 62 % für den Zeitraum 1986 - 1989. Zu diesen weniger schwer wiegenden Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz zählen etwa der Kauf oder der Besitz kleinerer Drogenmengen für den eigenen Gebrauch oder der Verkauf kleiner Drogenmengen, um die eigene Abhängigkeit zu finanzieren. Die Zahl der inhaftierten Drogenabhängigen hat sich in den 80er Jahren ständig erhöht. 1988 betrug ihre Zahl an einem willkürlich ausgewählten Tag 153. Bezogen auf die Gesamtmenge aller Strafgefangenen sind dies 27 %. Die Vergleichszahl für 1985 beträgt 234. Das bedeutet, daß in diesem Zeitraum ein Anstieg von 23 % festzustellen ist.

### **Typologie von Drogenabhängigen und Drogenkonsumgewohnheiten**

Es ist davon auszugehen, daß Drogenkonsum in Dänemark seit mehreren Jahren eine Form von Politoxikomanie ist. Diese Politoxikomanie beinhaltet zum einen den Konsum von Heroin. Heroin ist unter den IV-Abhängigen die am meisten bevorzugte Droge, aber selten nur die einzige Droge. Dies hängt mit dem hohen Preis für Heroin zusammen. Andere Opiate, die häufig konsumiert werden, sind Methadon, Kaptagon, Perutin, aber auch andere Opiate wie Sedativa, insbesondere Benzodiazepine, Amphetamine, aber keine anderen Stimulantien des zentralen Nervensystems. Auch Amphetamine sind höchst selten die einzigen Drogen, die konsumiert werden. Außerdem Cannabis als die gebräuchlichste Droge und Alkohol, der zusammen mit allen anderen Drogen konsumiert wird.

Über den gelegentlichen Drogenkonsum bzw. den Drogenkonsum als Teil des Freizeitverhaltens sind wir vor allen Dingen informiert aufgrund einer Meinungsumfrage in Schulen und aufgrund einer allgemeinen Umfrage bei einer ausgewählten repräsentativen Bevölkerungsgruppe, wobei die Altergrenze 16 Jahre war. Diese Umfrage wurde durchgeführt im Jahre 1990. Es lassen sich folgende allgemeine Trends feststellen:

Sowohl bei Erwachsenen als auch bei jungen dänischen Schülern ist die vorherrschende psychoaktive Substanz Alkohol.

Es läßt sich weiterhin feststellen, daß der punktuelle Genuß von Cannabis sehr beliebt ist. In den Untersuchungen, die in Schulen durchgeführt worden sind, zeigt sich, daß von Bezirk zu Bezirk bei der Gruppe der 15-16.Jahre alten Be-

fragten ein Wert von jeweils 6 - 15 % erreicht wurde. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung hat die Befragung ergeben, daß etwa 22 % aller Erwachsenen mindestens einmal Cannabis probiert haben, davon 5 % innerhalb des letzten Jahres.

Abgesehen von den o. e. Drogen, Alkohol und Cannabis, sind die am meisten konsumierten harten Drogen Amphetamine. Auch hier zeigen sich wechselnde Anteile von weniger als 1 % bis zu 3 % in der Gruppe der 12-20-jährigen, je nach der Altersstruktur und dem Wohnort der befragten Gruppe. Innerhalb der Gesamtbevölkerung ergab die Befragung, daß 3 % mindestens ein Mal Amphetamine probiert haben, davon 1 % im letzten Jahr.

Es ergibt sich weiterhin, daß der regelmäßige Gebrauch von Cannabis und von Amphetaminen vergleichsweise geringfügige Phänomene sind, so daß man sie durch Umfragen kaum erfassen kann.

Es ergibt sich schließlich, daß der Gebrauch aller anderen Drogen ebenfalls so geringfügig ist, daß er für statistische Zwecke kaum zu verwerten ist.

Wir wissen am besten über den Drogenmißbrauch Bescheid durch die Klienten, die in Kontakt stehen zu einer Beratungsstelle. Der gegenwärtige Drogenmißbrauch läßt sich charakterisieren als eine "chaotische Form von Toxikomanie". Weil dies der Fall ist, hat sich als beste Form der Unterscheidung eine Unterscheidung zwischen den IV-Abhängigen und den nicht IV-Abhängigen herausgestellt. In der Mehrzahl aller Fälle ist eine IV-Abhängigkeit gleichzusetzten mit einer Abhängigkeit von Heroin.

Als sozialer Hintergrund des typischen Drogenkonsumenten läßt sich finden: eine sehr labile Kindheit, familiäre Probleme, eine sehr frühzeitig erfahrene Außenseiterrolle, Schwierigkeiten in der Schule, mangelnde Schulausbildung, kaum vorhandene oder minderwertige Berufsausbildung, frühe Straffälligkeit. Man kann daher sagen, daß der Drogenmißbrauch begünstigt worden ist durch negative soziale Einflüsse, durch gesundheitliche und psychosoziale Probleme. Natürlich gibt es individuelle Ausnahmen. Es gibt aber keine wissenschaftlichen Untersuchungen aus der jüngsten Zeit, zu diesem psychosozialen Hintergrund der Drogenabhängigen. Aber es läßt sich auf der anderen Seite auch nicht feststellen, daß es in der Zusammensetzung dieser Gruppen von Drogenabhängigen neue Tendenzen oder Neuentwicklungen gibt.

Es läßt sich feststellen, daß der gegenwärtige Drogenmißbrauch nicht nur ein Phänomen ist, das Drogenabhängige in Außenseiterrollen drängt, sondern es ist vor allen Dingen auch ein Problem, das insbesondere die Gruppen betrifft und schädigt, die sich bereits in einer Außenseiterrolle in der Gesellschaft befunden haben.

1989 betrug der Anteil der neu hinzugekommenen Drogenabhängigen in Behandlung 29 %. 68 % der Drogenabhängigen, die sich in Behandlung befanden, waren IV-abhängig. Wenn wir nur alleine die Zahl der neu Hinzugekommenen betrachten, dann sind nur 52 % von ihnen IV-abhängig.

Es ergibt sich weiterhin, daß die Verteilung der Geschlechter von Drogenabhängigen in Behandlung seit Jahren stabil geblieben ist. Das bedeutet, 2/3 aller in Behandlung befindlichen Drogenabhängigen sind männlich, 1/3 weiblich.

Klienten im Methadonprogramm sind im Durchschnitt etwas älter als Drogenabhängige, die sich in der Behandlung von Beratungsstellen befinden. 1988 waren 78 % der Klienten im Methadonprogramm älter als 29 Jahre. Die Geschlechterverteilung korrespondiert mit der der Beratungsstellen.

Die Zahl der Drogenabhängigen mit Kindern hat sich in den 80er Jahren ständig erhöht. Dies bedeutet, daß besondere Anstrengungen unternommen werden müssen, weil diese Kinder eine besondere Risikogruppe darstellen. Die Anzahl der Kinder ist etwa 1.000; dabei handelt es sich sowohl um Kinder, die mit ihren Eltern zusammenleben, und um Kinder von Drogenabhängigen, die aus der elterlichen Gewalt genommen worden sind. Man nimmt an, daß jedes Jahr etwa 50 Kinder von Drogenabhängigen geboren werden.

### **Drogenabhängigkeit und HIV-Prävalenz**

Der erste Fall von HIV-Infektion in der Gruppe der IV-Abhängigen trat 1984 auf. Es ist davon auszugehen, daß die HIV-Infektion dann rasch zugenommen hat innerhalb dieser Gruppe in den Jahren 1984 - 1986. Von 1986 ab kann man davon ausgehen, daß die Ausbreitung von AIDS sehr deutlich zurückgegangen ist. Dies ist darauf zurückzuführen, daß die Drogenabhängigen ein größeres Maß an Bewußtsein entwickelt haben, vor allen Dingen hinsichtlich der Notwendigkeit, ein sauberes, steriles Spritzbesteck zu verwenden. Die Ausbreitung der HIV-Infektion bei IV-Abhängigen läßt sich vor allen Dingen in der Gegend von Kopenhagen feststellen, aber einige Fälle werden aus allen Landesteilen gemeldet. Daten über eine HIV-Infektion kann man nur abschätzen, da AIDS-Tests nur auf freiwilliger Basis durchgeführt werden. Es gibt nur Daten für einige wenige ausgesuchte Gruppen von IV-Abhängigen. Man schätzt, daß AIDS innerhalb der Gruppe der IV-Abhängigen in Behandlung in der Gegend um Kopenhagen etwa bei 10 - 20 % liegt, im Gegensatz zu HIV-Abhängigkeit in ausgewählten Gruppen von IV-Abhängigen in Gefängnissen oder bei nicht seßhaften Drogenabhängigen. Dort betragen die Spitzenwerte etwa 25 %.

Ende 1990 wurden 32 IV-Abhängige, 9 Personen mit homosexuellen Kontakten und IV-Abhängigkeit und 9 Kinder (die Hälfte davon wurde von drogenabhängigen Mütter geboren), AIDS-Positiv diagnostiziert. Die Gesamtzahl aller Aidsfälle betrug 718 (etwa 5,7 %).

Die Diskussion um sozial präventive Maßnahmen und Behandlungen bezogen auf den Drogenmißbrauch sind durch das Problem der HIV-Infektion und AIDS nachhaltigst beeinflusst worden.

## **2. Staatliche Zuständigkeiten und Instanzen in der Drogenarbeit**

In Dänemark leben 5,1 Millionen Menschen. Demokratische Wahlen finden auf 3 verschiedenen Ebenen statt. Auf der nationalen, der regionalen und der kommunalen Ebene.

Die regionale Ebene umfaßt insgesamt 16 verschiedene Bezirke. Die lokale Ebene setzt sich zusammen aus insgesamt 275 Kommunen. In einem Bezirk wohnen im Durchschnitt 320.000 Menschen. In einer Kommune ungefähr 18.000.

Die Zuständigkeiten der Bezirksinstanzen und der kommunalen Einrichtungen wird von Parlament auf nationaler Ebene durch Gesetzgebung vorgeschrieben und festgelegt. D. h., durch den Amtsrat und den Kreisdirektor.

Grundsätzlich kann die Staatsregierung den Kommunalbehörden keine Vorschriften machen, es sei denn, dies wird ausdrücklich durch ein Gesetz vorgehen.

Auf allen 3 verschiedenen Ebenen können Steuern erhoben werden, um die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben zu erfüllen. Die Kommunalbehörden erfüllen ihre Aufgaben innerhalb der ihnen von der Verfassung vorgeschriebenen Grenzen und unter Berücksichtigung dieser Verfassung. Die Staatsregierung stellt Garantiesummen zur Verfügung, um die örtlich erhobenen Steuern zu ergänzen und aufzustocken.

Grundsätzlich sind die Kommunalbehörden verantwortlich für die Höhe der Steuersätze und für die Festlegung von Prioritäten in der Erfüllung ihrer Aufgaben und Pflichten. D. h. sie entscheiden auch, mit welchem Nachdruck bestimmte drogentherapeutische Maßnahmen durchgeführt werden.

Die Polizeibehörden, Gefängnisse, Gericht und die Zollbehörden werden verwaltet und finanziert durch die Staatsregierung.

Auf dem Gebiete der Drogenbekämpfung sind die Verantwortlichkeiten der Staatsregierung folgende:

- Entwicklung einer Konzeption und Verabschiedung der gesetzlichen Grundlagen
- Kontrolle des Drogenzuflusses durch die Polizei und die Zollbehörden
- Internationale Zusammenarbeit
- Koordination aller verschiedenen Maßnahmen
- Überwachung der Tendenzen im Hinblick auf Drogenmißbrauch
- Zusammenfassung, Auswertung und Verbreitung entsprechender Informationen
- Unterstützung von Forschungsprojekten, Unterstützung und Finanzierung verschiedener Pilotprojekte, Unterstützung und Anleitung der regionalen und kommunalen Stellen

Auf nationaler Ebene ist der Gesundheitsminister verantwortlich für die Koordination der Drogenpolitik. Dabei arbeitet er im Hinblick auf den Drogenhandel zusammen mit dem Justizministerium und im Hinblick auf drogentherapeutische Maßnahmen zusammen mit dem Gesundheits- und Sozialministerium.

### **3. Staatliche Gesetzgebung**

#### **Grundsätze staatlicher Gesetzgebungspolitik**

Das Ziel aller Maßnahmen ist es, den Zufluß von Drogen zu kontrollieren, Strafordrohungen und Strafmaßnahmen beziehen sich im wesentlichen auf die

illegale Einfuhr und den Verkauf solcher Drogen. Großes Gewicht wird aber auch der Konfiskation der Gewinne aus Drogengeschäften beigemessen.

Die wirkliche Grundlage für die Kontrolle und Verteilung illegaler Drogen befindet sich in dem Betäubungsmittelgesetz von euphorisierenden Substanzen aus dem Jahre 1955 mit den entsprechenden Erweiterungen und Ergänzungen, wobei die letzten Ergänzungen aus dem Jahre 1982 stammen. Im Abschnitt 1 und im Abschnitt 2 des Gesetzes wird festgelegt, daß es ein strafbares Vergehen ist, euphorisierende Substanzen einzuführen, auszuführen, zu kaufen, zu verkaufen, bereitzustellen, zu konsumieren, herzustellen, weiter zu verarbeiten oder zu besitzen, es sei denn, solche Substanzen werden für medizinische oder wissenschaftliche Zwecke benötigt. In solchen Fällen ist eine besondere Erlaubnis nötig. Alle Substanzen, die im Sinne dieses Gesetzes als euphorisierend angesehen werden, werden getrennt aufgeführt und diese Liste wird ständig überarbeitet und zwar in dem Maße, in dem neue Substanzen auf dem illegalen Markt auftauchen.

Abschnitt 3 des Gesetzes legt die Strafen fest, die bei einem Verstoß gegen dieses Gesetzes fällig werden. Das kann sein: eine Geldstrafe, eine Haftstrafe oder Gefängnis bis zu 2 Jahren. Dieses Gesetz legt aber nicht besondere erschwerende Umstände fest, die das Strafmaß erhöhen könnten; es unterscheidet auch nicht zwischen sog. harten Drogen, etwa Kokain, Heroin, Amphetaminen oder sog. weichen Drogen wie Hasch oder Marihuana. In der Praxis der Gerichte wird aber zwischen solchen verschiedenen Drogenformen sehr wohl eine Differenzierung vorgenommen und immer dann, wenn das Gericht über das Strafmaß berät. In der Regel werden Verstöße bezogen auf Cannabisprodukte, Hasch und Marihuana mit wesentlich mildereren Urteilen bedacht als solche Verstöße, die sich auf die sog. harten euphorisierenden Substanzen beziehen. In einem Rundschreiben hat der Generalstaatsanwalt darauf hingewiesen und empfohlen, daß der Besitz von kleinen Mengen Hasch zum Eigenverbrauch so geregelt werden soll, daß die Polizei in solchen Fällen den Abhängigen und Gesetzesbrecher mit einer Ermahnung entläßt. Der Besitz harter Drogen zum Eigenverbrauch wird grundsätzlich in der Form geahndet, daß eine Geldstrafe verhängt wird.

Aufgrund der Praxis der verschiedenen Gerichte haben sich die folgenden Faktoren herauskristallisiert, die für die Strafzumessung insgesamt entscheidend sind:

- Die Menge der beschlagnahmten Drogen
- Die Frage, ob es sich um einen Wiederholungstäter handelt oder nicht
- Die Frage, ob es sich um einen professionellen Drogenring handelt
- Die Frage nach dem Alter der Gesetzesbrecher. Wenn die Person noch nicht volljährig ist, dann kann u. U. die Anklage zurückgezogen werden

Die strafrechtliche Verfolgung und Behandlung von harten Drogen und Verstößen gegen das BtM werden im dänischen Strafgesetzbuch behandelt. § 191 beschäftigt sich insbesondere mit professionellen Drogenhändlern. Als besonders erschwerend wird angesehen der Verkauf besonders harter Drogen an eine große Anzahl von Personen. Als besonders erschwerend wird angesehen, daß Profitinteressen hierbei eine entscheidende Rolle spielen. All dies wird zu härteren Strafen führen. Die Strafe, die dann zu verhängen ist, ist in der Regel eine

Gefängnisstrafe bis zu 6 Jahren, sie kann auf 10 Jahre ausgedehnt werden, wenn der Drogenhandel sich auf besonders große Mengen von besonders gefährlichen Substanzen bezieht. Unter äußerst erschwerenden Bedingungen kann das Strafmaß noch 50 % über der Höchststrafe liegen.

Bei der strafrechtlichen Verfolgung und Würdigung von Drogenvergehen kann im Rahmen der dänischen Verwaltungsgerichtsbarkeit eine Reihe von Maßnahmen zum Tragen kommen. Das könnten etwa sein die Vorschriften im Hinblick auf die Verhaftung, das ist Abschnitt 69, die Untersuchungshaft, Abschnitt 70, Überwachung von Telefon und Abhörmaßnahmen, Abschnitt 71, die Beschlagnahme und Durchsuchung, Abschnitt 73, Abschnitt 75 b

### **Gesetzgebung, Strafandrohung im Hinblick auf Herstellung, Vertrieb und Handel mit Drogen**

Der gesetzliche Rahmen für die Herstellung und den Vertrieb von Drogen ist bereits im vorherigen Abschnitt behandelt worden.

Grundsätzlich wird Drogenhandel mit Gefängnisstrafen bedroht, auch in solchen Fällen, wo es sich um keine besonders großen Mengen handelt. Dies trifft jedoch nicht zu bei gelegentlichem Drogenhandel und bei der Verteilung von geringen Mengen von Hasch, die kostenlos abgegeben werden an Freunde oder Bekannte oder der Verkauf von Hasch in Einzelfällen gegen eine geringe Summe. Solche Fälle werden in aller Regel mit einer Geldstrafe geahndet.

### **Gesetzgebung, Rechtsprechung bei Drogenkonsum, Drogenbesitz und Drogenverkauf**

#### **Praktische Regelungen**

Wenn jemand zum ersten Mal straffällig wird, dann wird in den Fällen, wo es sich um Drogenkonsum handelt zunächst einmal nur eine Verwarnung ausgesprochen. Diese Verwarnung wird im Strafregister festgehalten. In all den Fällen, wo es sich um Eigenkonsum handelt, wird in der Regel eine Geldstrafe in Höhe von etwa 2.000 Dänischen Kronen verhängt. Öffentlicher Verkauf von illegalen Drogen wird in der Regel mit Gefängnisstrafe geahndet.

### **Rechtsprechung und Praxis in Bezug auf den Handel mit illegalen chemischen Substanzen**

Wer gegen den Handel mit chemischen Substanzen verstößt, die sich auf der Liste des Gesundheitsministerium befinden, mit Substanzen, die nur hergestellt werden dürfen mit besonderer Erlaubnis, wird gem. der gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich der euphorisierenden Substanzen mit einer Geldstrafe bestraft, bzw. mit einer Haftstrafe bis zu 2 Jahren. Bei besonders schwerwiegenden Verstößen kann die Strafe nach dem dänischen Strafgesetzbuch hinsichtlich der versuchten oder tatsächlich durchgeführten Herstellung von chemischen Substanzen festgelegt werden.

Am 13. Dezember 1990 wurde eine Regelung der Europäischen Gemeinschaft auf Dänemark übertragen. Diese Regelung bezieht sich auf den illegalen Gebrauch gewisser Substanzen, auf die Herstellung von Drogen und psychotropischen Substanzen. Diese Regelung, die alle Mitgliedstaaten der EG bindet, bezieht sich auf den Handel solcher Substanzen zwischen den EG-Ländern und

Drittländern. Eine vergleichbare Anweisung bezüglich des Handels mit solchen Substanzen zwischen den EG-Staaten wird im Augenblick vorbereitet. Um all diese Aufgaben zu erfüllen, um all diesen Regeln Geltung zu verschaffen, plant die dänische Polizei ein Kontrollsystem einzurichten, um die nationale Herstellung und den nationalen Handel mit solchen Substanzen zu unterbinden.

### **Gesetzliche Grundlagen / Strafrechtspraxis bei der Geldwäsche von Profitten, die sich aus Drogenverstößen ergeben haben**

Grundsätzlich ist die sog. Geldwäsche nicht strafbar nach dänischem Gesetz; trotzdem sind eine Reihe von Vorkehrungen getroffen worden, so daß Personen, die der Mittäterschaft an speziell ausgewiesenen Gesetzesverstößen mitschuldig sind - auch wenn sie sich zu einem früheren Zeitpunkt ereignet haben - und deren Aktivitäten unter gewissen Umständen als illegal erklärt werden können.

An dieser Stelle soll besonderer Bezug genommen werden auf das Strafgesetzbuch, auf den § 191. Der bezieht sich auf den Empfang und den Genuß gestohlenen Gutes im Zusammenhang mit Drogenverstößen. Das wird wahrscheinlich als gesetzliche Grundlage ausreichen, um die Geldwäsche im internationalen Maßstab und zusammen mit schwerwiegenden Drogenverstößen zu unterstützen und abzudecken. Darüberhinaus soll hier Bezug genommen werden auf den § 284 des Strafgesetzbuches, der sich ebenfalls auf illegalen Handel mit verlorener Gut, auf Betrug, Bestechung, Erpressung, Kreditbetrug oder Diebstahl bezieht, und auch hier wird angenommen, daß dieser Paragraph alle nur denkbaren Formen möglicher Hilfen bei der Geldwäsche aus Drogenprofitten und ähnlichen vergleichbaren kriminellen Aktivitäten abdecken wird. Schließlich soll hier noch der Abschnitt 303 des Strafgesetzbuches erwähnt werden, der gewisse Arten von grober Fahrlässigkeit im Umgang mit gestohlenem Gut, grobe Fahrlässigkeit im Zusammenhang mit Diebstählen und ähnlichen Verstößen unter Strafandrohung stellt. Auch hier werden all diese Handlungen zu einem kriminellen Tun. Das Gleiche regelt der Abschnitt 300 c des Strafgesetzbuches.

Auch die Gesetzgebung zu den euphorisierenden Substanzen regelt im § 3 Abschnitt 2 die Unterstützung und die Verwendung gestohlener Güter im Zusammenhang mit Geldwäsche. Dies entspricht den Regelungen des § 191 a des Strafgesetzbuches.

Das Strafmaß, das für all diese genannten Vergehen vorgesehen ist, sieht folgendermaßen aus:

- der § 191 des Dänischen Strafgesetzbuches legt eine Haftstrafe bis zu 6 Jahren fest
- der § 284 des Strafgesetzbuches entweder eine Geldstrafe, eine Haftstrafe oder Zuchthaus bis zu 6 Monaten
- der § 303 des Strafgesetzbuches eine Geldstrafe oder eine Haftstrafe
- der § 300 c des Strafgesetzbuches Geldstrafe, Haftstrafe oder Zuchthaus bis zu einem 1/2 Jahr
- der § 3, Abs. 2 des Gesetzes über die euphorisierenden Substanzen eine Geldstrafe, eine Haftstrafe oder Zuchthaus bis zu 2 Jahren

Im Zusammenhang mit der Strafverfolgungspraxis muß an dieser Stelle angemerkt werden, daß Profite, die aus der Geldwäsche entstehen, gem. § 824 des Dänischen Strafgesetzbuches beschlagnahmt werden können. Entweder weil sie als Beweismittel verwandt werden können oder sie werden konfisziert in einem kausalen Zusammenhang mit dem Strafvergehen. Sie werden konfisziert durch eine dazu autorisierte Person. Gem. § 825 der Strafgerichtsbarkeit kann eine solche Handlung vorgenommen werden durch ein Gericht, jedoch kann auch die Polizei zeitweilig und wenn erforderlich, eine solche Beschlagnahmung vornehmen. Wenn dies geschieht, muß der Fall innerhalb von 24 Stunden durch ein ordentliches Gericht entschieden werden.

Was die Konfisizierung anbelangt, finden sich die wichtigsten Aussagen in § 75, Abs. 1 des Strafgesetzbuches. Der regelt, daß die Gewinne aus Drogengeschäften oder ein geschätzter Betrag vollständig oder teilweise konfisziert werden.

Jeder der 54 Polizeibezirke hat entweder eine besondere Drogeneinheit oder besonders benannte Kontaktpersonen, die auch die Verbindung zu anderen Polizeibezirken herstellen und insbesondere Koordination und Unterstützung aller Gremien auf gesamter nationaler Ebene herstellen. Dieser Aufgabenbereich ergänzt ihre Aufgabe auf der lokalen Ebene.

Um alle diese Aktivitäten weiter auszubauen und um sie effizienter zu machen, wurde darüberhinaus eine weitere Einheit aufgestellt durch die Abteilung A beim nationalen Polizeikommissariat, die sog. NDIU, die Nationale Drogenaufklärungseinheit.

Die Aufgabe der NDIU besteht darin, sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene alle Informationen zu sammeln, zu registrieren, zu koordinieren, zu analysieren und entsprechend zu verteilen und zwar alle Informationen, die sich auf Drogenvergehen beziehen.

Jeder Polizist ist gehalten, sich über alle Arten von Fortbildung in Bezug auf Drogenkriminalität zu informieren und alle Vorfälle zu melden, vor und nach Verabschiedung dieses Gesetzes.

Die NDIU hat darüberhinaus die Aufgabe, die Verbindung zu allen Gremien und Instanzen herzustellen, die sich mit der Prävention, der Behandlung und der Kontrolle von Drogen beschäftigen.

Es werden nationale Statistiken und Analysen hergestellt bezüglich der Fälle von Drogenmißbrauch, der Beschlagnahmungen und der Todesfälle.

Die NDIU wird tätig gem. einem Abkommen, das geschlossen worden ist zwischen der Polizei und den Zollbehörden. Aufgrund dieses Abkommens werden den Zollbehörden entsprechende Informationen durch die elektronische Datenverarbeitung zur Verfügung gestellt. Die NDIU ist zu diesem Zwecke ausgerüstet mit einer besonderen Datenverarbeitungsanlage und hat daher ein besonderes Untersuchungsregister erstellen können.

Wo immer möglich werden die Gewinne aus Drogengeschäften oder ein entsprechender Betrag beschlagnahmt und während der Verhandlung wird gem. der Weisungen des Gerichtes entschieden, ob eine Konfisizierung durchgeführt werden soll oder nicht. Es sollte an dieser Stelle angemerkt werden, daß die Konfisizierung immer dann durchgeführt werden kann von einer Person, die di-



rekt Gewinne erhalten hat aus Drogengeschäften gem. § 76, Abs. 1 des Strafgesetzbuches. Darüberhinaus kann auch konfisziert werden in der tatsächlichen oder geschätzten Höhe von einem Folgeempfänger, wenn er Kenntnis hatte über die Herkunft der Gelder oder wenn jemand sich einer sträflichen Nachlässigkeit oder Fahrlässigkeit schuldig gemacht hat. Oder wenn der Transfer erfolgt ist in Form einer Schenkung gem. § 76, Abs. 4 des Strafgesetzbuches.

#### **Einschätzung der gegenseitigen juristischen Situation / mögliche Vorschläge für weitere Änderungen**

Keine Angaben

#### **4. Praktische Gesetzanwendung**

##### **Organisationsstruktur der Polizei**

Für die operative Arbeit auf diesem Gebiet liegt die Verantwortung bei den einzelnen Polizeibezirken; gem. einer nationalen Anweisung können Polizeiaktionen auf 2 Ebenen erfolgen. Kleinhandel und Drogenmißbrauch ist die Aufgabe der Schutzpolizei, während die Kriminalpolizei sich im wesentlichen mit der Herstellung, dem Schmuggel und mit dem Drogenhandel im großen Stil beschäftigt.

Um die Verbindung und die Zusammenarbeit zwischen den Zollbehörden und der Polizei an dieser Stelle zu verstärken, sind Verbindungsbeamte benannt worden, die in die praktische Arbeit der NDIU integriert worden sind.

##### **Organisation und Organisationsstruktur der Zollbehörden**

In der Stadt Padborg an der Grenze zwischen Dänemark und der Bundesrepublik Deutschland befindet sich die Zentrale der Steuer- und Zollbehörden. 31 regionale Steuer- und Zollbehörden zusammen mit einer Grenzstation.

Die Aufgabe der zentralen Zoll- und Steuerbehörde ist die allgemeine Verwaltung der Zoll- und Steuerstellen. Die Kontrollaufgaben werden durchgeführt von einer entsprechenden Abteilung. Diese Abteilung ist darüberhinaus ebenfalls verantwortlich für den Informationsfluß zwischen den ausländischen Behörden und den zentralen Polizeieinheiten in Dänemark. Die Zoll- und Steuerbehörden und die Behörden in Padborg sind ebenfalls zuständig für die Durchführung all dieser Kontrollmaßnahmen.

In allen 13 Regionen, die jeweils auch eine besondere Zollkontrolle durchführen und entsprechende Abteilungen haben, werden die Grenzkontrollen unter Einschluß der Drogenkontrollen durchgeführt. Die Kontrolle von Fabrikgebäuden und Geschäften obliegt ebenfalls diesen regionalen Kontrollstellen, die verantwortlich sind für die Kontrolle von Einfuhr und Ausfuhr, für die Kontrolle der Mehrwertsteuer und besonderer Geschäftssteuern auch im Zusammenhang mit der sog. Quellensteuer und Einkommenssteuer. Auf diese Art und Weise ist sichergestellt, daß die Kontrollbehörden Informationen haben über Geldbewegungen.

## **Einschätzung der Effektivität der gegenwärtigen Strafpraxis / Problemlösungsvorschläge für neue Konzepte, die sich gerade in der Diskussion befinden**

Keine Angaben

### **5. Information, Erziehung, Prävention**

#### **Allgemeine Grundlagen, Organisation, Konzepte hinsichtlich der Information zum Drogenmißbrauch**

Die grundlegende dänische Philosophie besteht darin, daß die wichtigsten Präventivmaßnahmen einen allgemeinen Charakter aufweisen sollen. Diese präventiven Maßnahmen sollen sicherstellen, daß Kinder und junge Menschen in guten Verhältnissen aufwachsen, daß sie einen Freiraum erhalten um ihre Fähigkeiten zu entwickeln. Eine angemessene Sozialpolitik ist daher auch im weitesten Sinne präventiv, auch und ausdrücklich in Bezug auf Drogenmißbrauch. Von daher ist die Prävention von Drogenmißbrauch auch Teil verschiedener anderer präventiver Projekte, die darauf abstellen, soziale Probleme zu vermeiden oder zu lösen, die darauf abzielen, etwa die Kriminalitätsrate zu senken. Solche Formen von präventiver Sozialpolitik sind etwa ein sehr weit reichendes Angebot von Jugendclubs, Sportstätten, Freizeiteinrichtungen, die unter der Verwaltung von Kindern und Jugendlichen stehen. Darüberhinaus gibt es in der Mehrzahl der Kommunen die sog. SSP-Komitees, d. h., Koordinierungsgruppen, die sich zusammensetzen aus Vertretern der Schulen, der Sozialarbeit und der Polizei. Ihre Aufgabe besteht darin, strafbare Handlungen von Jugendlichen zu verhindern, besonders in der jeweiligen Gegend. Das Jugendamt und die Sozialbehörden sind darüberhinaus eingebunden in eine große Zahl präventiver Projekte unter dem Titel "Jugend in Gefahr". Das könnte sein, praktische Arbeit in der Umwelt und kulturelle Projekte o. ä. Auch sie sind präventiv hinsichtlich des Drogenmißbrauchs.

Alle präventiven Maßnahmen gegen den Drogenmißbrauch bestehen in erster Linie und ganz besonders daher aus einer Informationsmaßnahme. In Dänemark wird Information traditioneller Weise als sehr wichtig angesehen, weil man davon ausgeht, daß eine gut informierte Bevölkerung sich freiwillig in einer vernünftigen und verantwortlichen Weise verhalten wird. Man geht davon aus und kann vermuten, daß die sozial präventiven Maßnahmen und die Information sich gegenseitig ergänzen und zwar in der Art und Weise, daß die Information eine langfristige Wirkung haben wird, so daß bestimmte Abneigung gegenüber Drogenkonsum bei jungen Menschen unterstützt wird. Von daher ist davon auszugehen, daß es nur gelegentlich zu einigen wenigen Experimenten kommen wird, so wie sie in den Befragungen in den Schulen sich ergeben haben. Alle weiteren sozial präventiven Maßnahmen und Projekte beziehen sich insbesondere auf Risikogruppen in der Gruppe der Jugendlichen.

## **Organisation und Handlungskonzepte der Instanzen, die für die Arbeit in den Schulen verantwortlich sind**

### **Organisation und Handlungskonzepte der Gremien, die für andere Präventionsmaßnahmen zuständig sind (einmal für die Öffentlichkeit im allgemeinen, für besondere Risikogruppen, für die Medienpolitik)**

Die größten Anstrengungen, entsprechende Informationen bereitzustellen, werden in den Schulen unternommen, vor allem in den Klassen 7 - 9, wo Informationen zur Verfügung gestellt werden über Alkohol und über Drogen und zwar im Zusammenhang mit einer allgemeinen Gesundheitserziehung. Innerhalb und außerhalb der Schulen werden solche Informationen unterstützt und initiiert durch lokale Drogenberatungsstellen und Drogenberater. In jedem der dänischen Bezirke befindet sich mindestens ein solcher Drogenberater. Darüberhinaus sind auch die Drogenberatungsstellen und die Polizei an verschiedenen Formen dieser Aktivitäten beteiligt.

Die kommunalen Informationen werden auf nationaler Ebene unterstützt durch die Entwicklung von allgemeinen Prinzipien und durch die Unterstützung in Form von Publikationen mit Hintergrund- und Informationsmaterial. In besonders gelagerten Fällen arbeitet die Regierung auch zusammen mit privaten Vereinen und Gruppen auf diesem Gebiet, obwohl diese Gruppen nicht sehr zahlreich oder sehr groß sind. Die Regierung stellt ihnen Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung und unterstützt diese Gruppen. Die Regierung hat die Bedeutung der Präventiv- und Informationsmaßnahmen als besonders hoch eingeschätzt. Dies dokumentiert sich in der Gründung des Gesundheitsministeriums im Jahre 1987 und der Entwicklung eines Regierungsprogrammes zur Prävention von Drogenmißbrauch im Jahre 1989.

Die grundlegenden Informationsprinzipien über Drogen und Alkohol sind die folgenden:

- Sie sollen objektives Wissen bereitstellen, keinesfalls aber Angst erzeugen
- Sie sollen die Menschen fähig machen, daß sie sich verantwortlich entscheiden können. Die Information soll auf keinen Fall moralisierend wirken, sie soll so angelegt sein, daß sie eine Diskussion in Gruppen hervorrufen kann, wo junge Menschen zusammentreffen, aber auch in der Gesellschaft insgesamt. D. h., das Schwergewicht muß auf einer gegenseitigen Kommunikation und nicht auf einer einseitigen Kommunikationskampagne in den Massenmedien liegen
- Ein weiterer Grundsatz besagt, daß die psychosozialen Faktoren hervorgehoben werden müssen. Es soll vermieden werden, sich nur auf die Drogen zu konzentrieren. Der Drogengebrauch muß in einem sozialen Zusammenhang gesehen werden
- Es soll die Schadensbegrenzung hervorgehoben werden, weniger die vollständige Abstinenz
- Und schließlich sollen negative Begleiterscheinungen der Informationen vermieden werden, z. B. unnötige Aufmerksamkeit gegenüber Drogen, d. h., Drogen sollen nicht glorifiziert werden, es sollen nicht unnötig

Sündenböcke geschaffen werden oder Drogenkonsumenten stigmatisiert werden.

All diese Prinzipien werden im weitesten Sinne angewendet in der Unterrichtsarbeit, in der sog. situationsorientierten Unterrichtsmethode. Diese Methode ist vom Erziehungsministerium entwickelt worden. In den letzten Jahren hat sich eine Entwicklung gezeigt, die besonderen Schwerpunkt legt auf den gewachsenen Informationsbedarf und Informationsfluß über Amphetamine, als eine neue Modedroge. Ein weiterer Trend hat sich hier ergeben aus der Zusammenführung von Information über verschiedene euphorisierende Stimulanzen im Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheitserziehung. Ein weiterer Schwerpunkt der Informationspolitik waren die Eltern als Zielgruppe für Information über euphorisierende Stimulanzen. Die konkrete Informationsarbeit und Informationsaktivitäten sind durch die Teilnahme in den jeweiligen Kommunen beeinflußt worden. Das steht im Zusammenhang mit dem situationsorientierten Ansatz und dem Prinzip, daß Information vor allen Dingen zu verstehen ist als eine wechselseitige Kommunikation.

### **Prävention von HIV-Infektion in der Gruppe der Drogenabhängigen**

Die Prävention von HIV-Infektionen bei Drogenabhängigen hat in den letzten Jahren eine große Rolle gespielt. Abgesehen von den sich wandelnden Behandlungsmethoden sind die wichtigsten Prinzipien bei all diesen präventiven Maßnahmen: Information bereit zu stellen an Drogenabhängige, Schriften, persönliche Beratung, persönliche Betreuung. Darüberhinaus: erleichterter Zugang zum Spritzen und zu Spritzbestecken; sie werden teilweise an Apotheken und an besonderen Stellen frei ausgegeben. Schließlich: freie Verteilung von Kondomen.

### **Einschätzung der gegenwärtigen Programme, mögliche Verbesserungsvorschläge**

Keine Angaben

## **6. Behandlung und Rehabilitation**

### **Allgemeine Behandlungsprinzipien und allgemeine Rehabilitationskonzepte**

Die allgemeinen Behandlungsprinzipien für Drogenabhängige in Dänemark wurden um 1970 entwickelt. Sie beruhen auf der Annahme, daß Drogenmißbrauch ein kompliziertes psychosoziales Problem sei. Das grundsätzliche Ziel bestand darin, die Klienten drogenfrei zu machen und sie zu resozialisieren. Die Behandlung hat immer auf dem Prinzip der Freiwilligkeit beruht und von daher ist es ein Teil der Aufgabe des Behandlungskonzeptes gewesen, ein Programm zu entwickeln, das hinreichend attraktiv gewesen ist für die Drogenabhängigen. Ursprünglich wurde diese Attraktivität erreicht, in dem man verschiedene Handlungsmöglichkeiten anbot, die so attraktiv gewesen sind für den jungen Drogenabhängigen, daß sie in Konkurrenz treten konnten zu den Drogen und der dazugehörigen Subkultur.

Seit 1970 haben sich jedoch viele Dinge verändert. Eine Veränderung bezieht sich darauf, daß Drogenmißbrauch mittlerweile sehr viel mehr als Teil eines devianten Sozialverhaltens angesehen wird; daß das Durchschnittsalter der

Drogenkonsumenten gestiegen ist, daß es sehr viel schwieriger geworden ist, Drogenabhängige in das Erziehungssystem oder in den Arbeitsmarkt wieder einzugliedern. Gleichzeitig ist aber auch immer die Frage nach der Rechtfertigung für die Verschreibung von Methadon und Methadonprogrammen als Behandlungsmöglichkeit ein Diskussionspunkt gewesen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist es nicht mehr das einzige Ziel die Klienten drogenfrei zu machen, sondern nun besteht eine Priorität darin, die jeweiligen Ressourcen des oder der Drogenabhängigen zu erhöhen. In diesem Zusammenhang kann Methadon ein wesentliches Element sein, entweder um den Klienten in der Behandlung zu halten, oder aber um den Streß für den Klienten abzubauen.

Angesichts der fortwährenden Unklarheit in diesen Fragen spielte die Verschreibung von Methadon durch Hausärzte eine immer größere Rolle im Laufe der Jahre. Die Hausärzte sind nicht in der Lage, die von der Gesellschaft geforderte Unterstützung der sozialen Einbindung zu geben, und so einen positiven Effekt aus der Verschreibung von Methadon insgesamt zu erreichen. Denn darüber besteht Konsens, daß Methadon nur wirken kann im Zusammenhang mit einer positiven sozialen Einbindung.

In dem Maße, in dem AIDS als Problem unter Drogenabhängigen seit 1985 auftauchte, sind Überlegungen notwendig geworden, wie Drogenabhängige zu behandeln sind, da die Behandlung der Drogenabhängigen als die effektivste Präventionsmaßnahme angesehen worden ist, um das weitere Ausbreiten von HIV zu verhindern. Von daher ist es wichtig und wesentlich, mehr als je zuvor, möglichst viele Drogenabhängige in Behandlung zu bekommen. Von daher hat sich in den letzten 5 Jahren die Diskussion immer wieder darum gedreht, wie die Attraktivität der Behandlungszentren gesteigert werden könnte, vor allen Dingen die Frage, wie man sie als ein niedrigschwelliges Angebot darstellen könnte.

Auch im Augenblick beruht die Grundlage für die Behandlung von Drogenabhängigen auf einer freiwilligen Teilnahme. In den ersten 5 Jahren sind die Ziele und Methoden doch deutlich verändert worden. Die geänderten Konzepte wurden niedergelegt in 2 Publikationen der ehemaligen Beratungsstelle für Alkohol und Narkotika. Diese Publikationen enthalten die folgenden allgemeinen Empfehlungen:

- Das wesentliche Prinzip und die wesentliche Behandlungsphilosophie sollte sich ausrichten an den Bedürfnissen des einzelnen Drogenabhängigen. Jede Maßnahme, die die Ressourcen einer Person erhöht, die die psychosoziale Belastung vermindert, ist von daher wesentlich und zentral für das Behandlungskonzept.
- Bedeutung sollte der ambulanten Behandlung zugemessen werden, im Unterschied zur traditionellen Hospitalisierung und Behandlung der Drogenabhängigen in Krankenhäusern.
- Jede Behandlung von Drogenabhängigen sollte auf einem Konzept beruhen, das das Zusammenspiel verschiedener Faktoren, verschiedener Sektoren vorsieht.
- Die Verschreibung von Methadon sollte eine Möglichkeit sein, die im Zusammenhang gesehen wird mit einer drogenfreien Behandlung; Methadon sollte ausgegeben und angeboten werden in den Beratungsstellen

- Die Verschreibung von Methadon kann aber trotzdem nur ein Teil der Behandlung sein, weil Methadon selbst nur dem Zwecke dient, den Klienten zu stabilisieren und seinen Drogenkonsum zu stabilisieren, weil Methadon nur dem Zweck dient, illegalen Drogenmißbrauch auszuschalten und die Klienten in der Behandlung und in der Drogenberatungsstelle zu halten. Das wesentliche Anliegen ist es, den Klienten in der Behandlung stabil zu halten; ihr oder ihm verschiedene angemessene soziale, pädagogische, psychologische oder psychiatrische Hilfe anzubieten, um die jeweilige Lebenssituation des oder der Abhängigen zu verbessern. Die Verschreibung von Methadon sollte daher auch nur gesehen werden vor dem Hintergrund einer ständigen Kontrolle des Konsums, der Dosierung und der Begleiterscheinungen von Methadon.

### **Allgemeine Organisationsstruktur der verschiedenen Beratungsstellen**

Es gehört zu den Aufgaben eines jeden Bezirkes und einer jeden Kommune, Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung zu stellen für jede Person, die dieser Hilfe bedarf.

Die Behandlung von Drogenmißbrauch und Drogenabhängigen beruht auf der Annahme, daß Drogenmißbrauch ein kompliziertes psychosoziales Problem sei. Diese Behandlung wird nur durchgeführt auf der Grundlage von Freiwilligkeit; das gilt sowohl für die kommunale wie auch für die Bezirksebene. In einigen Fällen wird die Behandlung auch in Krankenhäusern durchgeführt.

Drogenabhängige haben verschiedene Grade von Hilfsbedürftigkeit. Einige bedürfen der Zuwendung überhaupt, andere würden profitieren von Rehabilitationsmaßnahmen, die es ihnen ermöglichen, ein drogenfreies Leben zu führen.

Die Bezirksbehörden können Drogenabhängige entweder an Rehabilitationseinrichtungen verweisen oder aber an sog. beschützte Werkstätten, oder sie können versuchen, besondere Beschäftigungsmöglichkeiten für diesen Personenkreis zu schaffen. Im letzten Jahr hat eine Kommission, die sich um die Situation der Drogenabhängigen im Methadonprogramm kümmerte, eine Empfehlung ausgesprochen an die Bezirksbehörden, die Rehabilitationsanstrengungen in Bezug auf diese Gruppe zu vergrößern. Das bezog sich auf eine Gruppe, von der man annahm, daß sie von Rehabilitationsmaßnahmen in besonderer Weise profitieren würde.

Behandlungsmaßnahmen für Drogenabhängige werden in Dänemark gesetzlich abgesichert und autorisiert durch das soziale Hilfefgesetz. Die bestehenden Möglichkeiten und Optionen für Behandlungen von Drogenabhängigen bestehen in folgenden Maßnahmen:

- Auf der kommunalen Ebene ist eine solche Hilfe und Beratung und Behandlung in einer allgemeinen Form möglich durch die Sozialämter und Hausärzte. Der Rat und die Unterstützung von Experten kann eingeholt werden auf der Bezirksebene unmittelbar von den betreffenden Klienten oder als eine Form der Beratung der kommunalen Stellen

- Die regionalen Hilfsprogramme und Behandlungsprogramme auf Bezirksebene sehen folgende Möglichkeiten vor, wobei es im einzelnen immer wieder regionale Unterschiede gibt: Beratung, Entgiftung, Methadonprogramme, Freizeiteinrichtungen, Berufsausbildung, allgemeine Erziehungsmaßnahmen, Unterstützung innerhalb der regulären Ausbildung,

Informationen über und Prävention von HIV, koordinierte Maßnahmen bei Familientherapien und schwangeren Drogenabhängigen. Die meisten dieser Behandlungsformen sind und werden ambulant durchgeführt und sie integrieren Experten aus verschiedenen Bereichen.

### **Das Angebot an Verhandlungsfragen**

Hier kann im wesentlichen Unterstützung angeboten werden gem. dem Sozialhilfegesetz entweder durch Beratung und Konsultationen, durch finanzielle Unterstützung und durch Rehabilitationsmaßnahmen.

Wie bereits vorher erwähnt, sind die kommunalen und regionalen Behörden verantwortlich für die Behandlung von Drogenabhängigen, aber auch für präventive Maßnahmen. In der Vergangenheit haben die Jugendzentren auf Bezirksebene Schwerpunkte gesetzt für jede Behandlung von Abhängigen. Diese Zentren boten sowohl Wohnmöglichkeiten, wie auch Betreuung tagsüber. Als erforderlich wurden speziell abgestimmte erzieherische Maßnahmen angeboten, aber auch medizinische und psychiatrische Unterstützung. In den letzten Jahren sind viele dieser Zentren geschlossen worden oder aber sie wurden in andere Beratungsstellen umgewandelt. Mittlerweile besteht eine Beratungsstelle eher in der Form einer ambulanten Konsultationseinrichtung, Konsultationsklinik, die auch in der Lage ist, verschiedene Aufgaben und Funktionen zu koordinieren unter Anschluß der Rehabilitation. Solche offenen ambulanten Konsultationskliniken, -stellen bieten eine bessere Möglichkeit, einen unmittelbaren Kontakt zu den Abhängigen herzustellen, vor allen Dingen den Kontakt auf einer breiteren Ebene herzustellen.

Es ist von größter Bedeutung und Wichtigkeit, daß diese Behandlungskonzepte flexibel sind und bleiben und daß sie sich den jeweiligen Bedürfnissen, den jeweiligen Situationen der Drogenabhängigen anpassen.

Es werden die folgenden Behandlungsformen angeboten:

- Regionale Behandlungsprogramme: die meisten bieten drogenfreie oder aber auf Methadonbasis beruhende Behandlungsmöglichkeiten für ambulante Patienten an. Diese Maßnahmen werden durchgeführt von Experten verschiedener Bereiche. In einigen Gegenden werden diese Möglichkeiten im wesentlichen wahrgenommen von älteren IV-Abhängigen, d. h., von Menschen, die in der Regel durchschnittlich 30 Jahre alt sind. In anderen Gegenden werden sie im wesentlichen genutzt von jungen, nicht IV-abhängigen Drogenkonsumenten und jungen Menschen mit anderen psychosozialen Problemen. Das bedeutet, daß nicht in allen Bezirken angemessene Möglichkeiten bestehen, um sowohl älteren als auch jüngeren Drogenabhängigen, die gerade ihre Drogenkarriere begonnen haben, zu helfen.
- In allen Bezirken sind Arbeitsgruppen aufgestellt worden, die interdisziplinär vorgehen, um sich besonders um die Gruppe der schwangeren Drogenabhängigen und die Gruppe der Drogenabhängigen mit Kindern zu kümmern.
- In den größten Städten, d. h. in Kopenhagen und in Aarhus gibt es besondere Teams, die mit diesen Gruppen arbeiten.

- In den Behandlungsstellen nimmt man sich auch der HIV/AIDS-Problematik an. Wie bereits ausgeführt, sind auch hier präventive Maßnahmen Teil des Behandlungskonzeptes. In Kopenhagen ist eine Klinik eröffnet worden, die sich besonders um HIV-positive Drogenabhängige kümmert.

Die Zusammenarbeit zwischen den Behandlungsstellen und den Krankenhausbehörden wird verstärkt, um bessere Erfolge zu erreichen bei Drogenabhängigen und mit AIDS-Kranken.

- Hausärzte verschreiben Methadon in großem Umfang, auf der anderen Seite aber fehlt es ihnen an geeigneten Kontrollmöglichkeiten und unterstützenden begleitenden Maßnahmen. Diese Situation kann aber verbessert werden durch eine stärkere Zusammenarbeit zwischen den Hausärzten auf der einen Seite und den Sozial- und Gesundheitsbehörden auf der anderen Seite. Hier ist eine breite Diskussion in Gang gekommen und verschiedene Pilotprojekte sind gestartet worden.
- Darüberhinaus werden Drogenkaffees bis zu einem gewissen Grade von Drogenabhängigen genutzt.
- Und schließlich spielen die psychiatrischen Kliniken eine immer geringere Rolle in der Behandlung von Drogenabhängigen. Sie werden in erster Linie nur noch benutzt zur Behandlung von Drogenabhängigen mit psychischen Problemen.

Die Mehrzahl der Beschäftigten in den Behandlungsstellen und in Behandlungsprogrammen besteht aus Sozialpädagogen und Sozialarbeitern. Ihre Bemühungen werden unterstützt und ergänzt durch Psychologen, Psychiater und Angehörige der medizinischen Berufe, soweit es im Einzelfall erforderlich wird.

#### **Einschätzung der gegenwärtigen Programme und mögliche Vorschläge für eine Verbesserung.**

**Wie groß ist der Anteil der Abhängigen, die durch die bestehenden Behandlungsprogramme erreicht werden?**

Aufgrund der Statistiken, die auf Bezirksebene zusammengetragen worden sind, nimmt man an, daß 1989 etwa ungefähr 3.000 Abhängige Kontakt hatten mit Beratungsstellen und in Behandlung gewesen sind. Die Bezirksbehörden schätzen, daß es aber ungefähr 4 - 5.000 weitere Drogenabhängige gibt, zu denen kein Kontakt besteht.

Insgesamt gibt es etwa 1.050 Behandlungsplätze in Dänemark im Rahmen des Sozialsystems. Deswegen ist eines der größten Probleme und Defizite im Behandlungssystem, neue und geeignete Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen, seien es Wohnmöglichkeiten, seien es Sleep In's. Dieser Mangel beruht auf fehlender finanzieller Unterstützung und der mangelnden finanziellen Ausstattung des Sozialbereiches.

Trotzdem wird der Drogenmißbrauch immer noch als ein wesentliches Problem angesehen und alle Ministerien, die verantwortlich sind für die Behebung von Drogenmißbrauch befinden sich in einer Diskussion darüber, wie die entsprechenden Maßnahmen eingeleitet werden können, wie Abhängige dazu gebracht werden können, sich in Behandlung zu begeben, wie Abhängige dazu gebracht werden können, die Behandlung fortzuführen. Immer mit dem Ziel, sie



zu motivieren, es ihnen zu ermöglichen, einen Versuch zu unternehmen, ein Leben ohne Drogen zu beginnen.

Auch politische Überlegungen werden im Augenblick angestellt, die sich auf die Behandlung von Drogenabhängigen beziehen. Gegenwärtig ist die Behandlung von Drogenabhängigen nur auf freiwilliger Basis möglich; es gibt keine gesetzliche Grundlage für eine Zwangsbehandlung von Drogenabhängigen, abgesehen von der Behandlung in Gefängnissen.

Will man die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung in sämtlichen Institutionen einführen, setzt das eine neue Gesetzgebung in Dänemark voraus. Eine Möglichkeit bestünde darin, daß der Drogenabhängige zu Beginn einer freiwilligen Behandlung in einer Beratungsstelle akzeptiert, daß ggf. die Behörden Zwang anwenden können, wenn der Abhängige die Behandlung abbrechen möchte, bevor sie zu einem sinnvollen Ergebnis gekommen ist. Das ist die sog. Behandlung auf Vertragsgrundlage. In diesem Falle hätte der Drogenabhängige möglicherweise das Recht, eine Untersuchung der Entscheidung der Behandlungsstellen vor einem Gericht zu verlangen.

Dieses Thema wird im Augenblick untersucht durch die Regierungsbehörden. Den Antrag haben die Minister für Justiz, Soziales und Gesundheitswesen gestellt. U. a. wird es darum gehen, welche möglichen Auswirkungen sich aus dem Gebrauch von Zwang ergeben können, aus der erforderlichen Bereitstellung von Wohnraum und Arbeitsmöglichkeiten nach der Behandlung, aus den gesetzlichen Garantien zugunsten des Abhängigen und u. U. den Folgeerscheinungen.

## **7. Die Rolle der freiwilligen Organisation**

Freiwillige Initiativen, d. h. Gruppen von Bürgern, Zusammenschlüsse und Vereine sind im Kampf gegen den Drogenmißbrauch sehr wichtig. Einige dieser Freiwilligen sind sehr aktiv vor Ort und sie haben Einrichtungsmöglichkeiten, Beratungsmöglichkeiten und Sleep In's für Abhängige geschaffen. Insbesondere mit Bezug auf die Risikogruppe der jungen Drogenabhängigen haben diese freiwilligen Organisationen eine besonders aktive Rolle gespielt. Sie haben Möglichkeiten angeboten, das Potential dieser jungen Menschen zu nutzen und sie einzubinden in Alternativen, um sie so aus ihrem Drogenmilieu herauszureißen. Durch die Zusammenarbeit zwischen dem Nationalen Komitee, freiwilligen Einrichtungen und den staatlichen Behörden werden Versuche unternommen, ein besseres soziales Netz für diese Risikogruppen zu schaffen und ihnen insbesondere solche Aufgaben in ihrem jeweiligen Wohnort zuzuweisen, die eine besondere gesellschaftliche Bedeutung haben und von daher eine weitere Humanisierung dieses Systems bedeuten.

Alle diese Behandlungsprogramme werden aus öffentlichen Mitteln gefördert, mit Ausnahme einiger privater Projekte, den sog. Walk-In-Stellen. 4 Behandlungsprogramme in Kopenhagen sind sog. freie und unabhängige Programme, aber auch diese werden aus dem Sozialetat der Stadt finanziert. Für den einzelnen Drogenabhängigen ist die Behandlung in jedem Fall immer kostenfrei.

## 8. Internationale Kooperation

### a) Kooperation innerhalb der Vereinten Nationen

Ein Vertreter des dänischen Gesundheitsministeriums ist im Augenblick ein Mitglied der UN-Kommission über narkotisierende Substanzen.

Das dänische Gesundheitsministerium hat die Zuständigkeit für die Verwaltung und Durchsetzung der Konventionen über narkotisierende Substanzen und der Konvention über psychotropische Substanzen und berichtet regelmäßig in Zusammenarbeit mit dem nationalen Gesundheitskomitee den entsprechenden UN-Instanzen, d. h. der UN Drug Division, der internationalen UN Narkotika Kommission etc.

Die dänische Polizei liefert an diese Gremien regelmäßig Berichte und nimmt an den jährlichen Treffen der Komitees und Arbeitsgruppen teil.

### b) Regionale Zusammenarbeit innerhalb Europas incl. der sog. Geldwäsche

Was die Kontrolle des Drogenhandels innerhalb Europas betrifft, nimmt Dänemark teil an der

- europäischen Zusammenarbeit, einmal im europäischen Ministerrat der sog. Pompidou-Gruppe. Hier ist ein Vertreter des Gesundheitsministeriums ständiges Mitglied dieses Gremiums.
- Darüberhinaus im Rahmen der europäischen Gemeinschaft in der ad hoc Arbeitsgruppe zum Thema Drogenmißbrauch und den verschiedenen Arbeitsgruppen der Experten
- Schließlich nimmt Dänemark teil an dem sog. skandinavischen Komitee für narkotisierende Substanzen. Auch hier ist ein Koordinator als Vertreter des Gesundheitsministeriums ernannt worden.

Hinsichtlich der strafrechtlichen Verfolgung und Würdigung ist Dänemark an der europäischen Arbeit beteiligt und zwar im Rahmen des Europarates, in Rahmen der EG-Mitgliedstaaten und der skandinavischen Länder. Durch diese Mitarbeit ist Dänemark den Ländern beigetreten, die die internationalen Forderungen für strafrechtliche Verfolgung erfüllen; diese strafrechtlichen Bestimmungen sind von größter Bedeutung für den Kampf gegen Drogendelikte.

Im Hinblick auf die Kooperation der skandinavischen Länder sind eine Reihe von Aufklärungsprojekten eingerichtet worden innerhalb des sog. PTN-Kontextes.

Diese Projekte werden alle durchgeführt auf der Grundlage gemeinsamer Richtlinien. Diese Projekte dienen dazu, gemeinsame strategische und taktisch operative Maßnahmen vorzubereiten und auszuführen.

Die Verantwortung und Arbeitsbereiche sind zwischen den Mitgliedsländern verteilt. So hat die NDIU Dänemarks vor allen Dingen die Aufgaben, den Verkehr und den Zufluß von Schmuggel, von Cannabis und Kokain zu überwachen. Schweden hat die Hauptverantwortung übernommen für Amphetamine und Heroin aus Südostasien. Norwegen die Aufgabe, den

Heroinzufluß aus Südwestasien zu überwachen. Finnland und Island sind ebenfalls integrieret, haben aber keine besondere Aufgabenfelder oder Verantwortlichkeiten.

Die Maßnahmen und die Entwicklung dieser Projekte werden zwei Mal im Jahr durch die PTN-Mitglieder überwacht und begutachtet.

**c) Bilaterale Zusammenarbeit im europäischen Rahmen**

Da Dänemark Teil multinationaler Abkommen und Übereinkünfte ist, besteht kein großer Bedarf von Seiten Dänemarks an bilateralen Abkommen.

Trotzdem hat Dänemark eine Reihe von bilateralen Abkommen innerhalb Europas geschlossen im Hinblick auf die Strafverfolgung. Auch und speziell Abkommen, die sich beziehen auf den Kampf gegen Drogen.

Was die Polizeiaktivitäten betrifft, sind direkte kooperative Zusammenarbeiten beschlossen und entwickelt worden mit Ungarn, der ehemaligen Tschechoslowakei und Polen, und zwar seit dem Jahre 1989.

**d) Drogenverbindungsoffiziere**

Die dänische Polizei nimmt auch teil im Kontext der Zusammenarbeit der PTN an einem Programm, das die Zusammenarbeit fördert zwischen der Polizei und Verbindungsoffizieren der Zollbehörden und den entsprechenden Behörden in den drogenproduzierenden und Transitländern.

Alle dänischen Verbindungsoffiziere, die derzeit in Deutschland arbeiten, in Österreich oder in der Türkei, arbeiten gem. den Anweisungen der nordischen Kommission.

**e) Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb Europas bezogen auf den Kampf gegen Drogen**

Im Jahre 1990 ist der dänische Beitrag zur UNFDAC erhöht worden auf insgesamt 1 Million dänische Kronen.

Darüberhinaus hat der DANIDA die folgenden Projekte besonders unterstützt als Teil der dänischen Entwicklungshilfe in den folgenden Ländern der Dritten Welt:

1987 - 1991 wurden insgesamt 6,5 Mio. dän. Kronen an 2 Projekte in Thailand gezahlt

1989 5,5 Mio dän. Kronen Zuschuß an ein UNFDAC-Projekt in Kolumbien

1990 5,5 Mio. dän. Kronen an ein UNFDAC-Projekt in Peru.

## **DÄNEMARK**

### ***Vorstellung eines Präventionsprojektes:***

#### ***Das Speedpaket (1988)***

Durch Meldungen aus der Szene sind wir im RAUC (Jugendcenter im Amt Ribe) auf ein eventuell zunehmendes Problem aufmerksam geworden. Drogenabhängige der "alten Schule" waren über die Gefahr der Zunahme der Zahl von Drogensüchtigen besorgt. Man sagte uns: "Jetzt müßt ihr aber etwas tun; es kommen immer mehr ganz junge Leute und fragen nach Speed."

Daraufhin nahmen wir Kontakt mit der lokalen Drogenpolizei auf, der das Problem bekannt war, die die Situation jedoch nicht als kritisch bewertete. Hier war man der Auffassung, daß es sich hauptsächlich um ein Problem handele, das bereits Drogenabhängige betrifft, d. h., daß es sich nicht um einen größeren Zuwachs handele und daß diese sehr jungen Menschen im Hinblick auf den Weiterverkauf von Speed angesprochen wurden.

Auf einem Konsulententreffen in der obersten dänischen Gesundheitsbehörde (Sundhedsstyrelsen) wurden die o. g. Meldungen erwähnt, worauf die Konsulenten mehrerer Amtskreise von ähnlichen Erlebnissen berichteten. Die Konsulenten sprachen sich ab, in ihren Amtskreisen in Verbindung mit dem Unterricht an Schulen und durch den breiten alltäglichen Kontakt, den wir mit den Jugendlichen haben, die Sache zu erforschen.

Die später eingehenden Rückmeldungen bestätigten einstimmig, daß es sich um ein wachsendes Problem handelte und daß Speed hart gedealt und zu einem "smarten" Stoff hochstilisiert wurde. Die Wirkung des Stoffes paßte perfekt zu dem Lebensstil, der "in" war. Auch außerhalb der Szene selbst wurde Speed hart gedealt und man kannte Unmengen von Geschichten, die Cafes, Diskotheken und u. a. sog. "Limona-diskotheken" und andere Treffpunkte, die "in" waren, betrafen. So wurde z. B. vor dem Kino in Bramming nach der Nachtvorstellung gedealt. Die Gerüchte verbreiteten sich auch in den jüngeren Altersgruppen schnell.

TV-Syd, das Fernsehen für den Landesteil, interessierte sich für das Thema und drehte eine Sendung, in der sich Schüler der achten Klasse in Hjerting, einem Vorort Esbjergs, zum Thema äußerten und von eigenen, mit der Problematik in Verbindung stehenden Erlebnissen berichteten. Daraufhin begann die Lokalzeitung "Vestkysten" mit

ihren Recherchen und fand ihrerseits viele Beispiele dafür, daß es sich um ein wachsendes Problem handelte.

Die oberste Drogenpolizei Dänemarks bestätigte daraufhin das Problem und führte mehrere Observationen und Überwachungen durch an den Treffpunkten, die "in" waren und wo mit dem Stoff gedealt wurde. Kurz darauf rief man auch von Seiten dieser Behörde zu erhöhter Wachsamkeit auf.

Sehr bald war ein Zuwachs der Einweisungen in die Psychiatrie aufgrund von Psychosen festzustellen, und durch genauere Untersuchungen stellte man fest, daß es sich um Amphetaminpsychosen handelte. Etwa gleichzeitig stiegen die Beschlagnahmungen von Speed an der Reichsgrenze gleichmäßig und konstant an bei Versuchen, den Stoff ins Land zu schmuggeln.

Alle diese Erfahrungen und die Bestätigung, daß es sich um ein zu erwartendes Problem unter der Jugend allgemein handelte, bewirkte, daß wir zu handeln versuchten. Wir setzten uns mit der Landesvereinigung Jugendring (Landesforeningen Ungdomsring) in Verbindung und schlugen eine Zusammenarbeit vor, bei der RAUC die Planung und Ausführung einer konkreten Initiative übernahm, während die Landesvereinigung Jugendring sowohl für die ökonomischen Verpflichtungen als auch für die Versendung des Resultates an alle 1.200 Jugendklubs des Landes verantwortlich war.

Die Idee, etwas zu produzieren, das sowohl mit dem abendlichen Ausgehen der Jugendlichen, als auch mit dem Kluballtag in Verbindung gebracht werden konnte, mündete in der Produktion einer Schallplatte. Die Platte sollte ein "Hit" sein, der auf typisch dänische Art das Problem mit einem doppelsinnigen Text ansprach. OCTAVIA war zu dem Zeitpunkt die lokale Band mit der größten Popularität und sie fand die Idee sofort gut, u. a. weil sie dadurch in Dänemark bekannter werden würde. Man einigte sich dahingehend, daß OCTAVIA einen "Ohrwurm" mit einer leicht erkennbaren Melodie produzieren sollte. Unter Zusammenarbeit mit Leif Fabricius, einem der bekanntesten Songschreiber Dänemarks, wurde ein Text verfaßt, der davon handelt, stark zu leben, aber darauf aufzupassen, daß die "Bahn" (Szene, in der Übersetzung des Songtextes: Strecke) gefährlich ist, daß man nicht übertreiben, sondern man selbst sein und leben soll.

Abgesehen von dieser Single enthält das Speed-Paket:

- ein Faktenbuch über Amphetamin
- ein billiges Plakat
- einen reproduktionsklaren Artikel für die Zielgruppe Eltern
- einen reproduktionsklaren Artikel für die Zielgruppe Jugendliche
- Verschiedene Faltblätter u.a.

### **Die Single**

ist zum Gebrauch auf Festen und als Arbeitsmaterial des Diskjockeys gedacht. Auf der Rückseite sind Jingles, die zwischen den übrigen Nummern, die gespielt werden, eingeblendet werden können.

## **Das neu geschriebene und aktuelle Faktenbuch**

ist gedacht für die Mitarbeiter der Jugendklubs, die damit das notwendige Wissen zur Hand haben.

## **Die Faltblätter**

sind sowohl für die Klubmitarbeiter, als auch für die Jugendlichen gedacht.

## **Die Artikel**

sind fertig und können in die Klubzeitungen, die jeder Klub etwa ein Mal monatlich herausgibt, aufgenommen werden.

## **Ein Video**

wurde an etwa 50 Klubs verkauft.

Die Fernsehsendung im TV-Syd weckte großes Interesse auf seiten der Presse, sowohl auf lokaler- als auch auf Landesebene. "Elevatoren", eine Samstagabendsendung des zweiten dänischen Fernsehens wollte das Thema behandeln, indem man das Nachtleben Esbjergs und die Orte, an denen Speed gedealt wurde, filmte. Da wir dieser Art, das Thema anzugehen, nicht zustimmten, wurde nichts aus der Idee.

Die Speed-Pakete und alle Singles gingen jedoch weg wie "warme Brötchen". Der Effekt der ganzen "Aktion" ist nicht allein darin zu sehen, daß die Speed-"Welle" sich nicht festsetzen konnte, sondern auch darin, daß eine lokale Untersuchung im Januar 1991 zeigte, daß nur sehr wenige Jugendliche mit Amphetamin zu tun hatten. Nationale Untersuchungen bestätigten dies und auf Speed trifft man seitdem hauptsächlich nur noch in der eigentlichen Drogenszene. Dort ist man offiziell immer noch gegen Speed eingestellt und danach befragt, äußert man, daß Speed "Scheiße" ist, daß es in Notsituationen, in Ermangelung anderer Stoffe, dennoch ziemlich billig ist.

## **Die Projektkosten**

Ohne Berechnung von Arbeitszeit, Fahrgeld etc. hat das Projekt den lächerlichen Preis von ca. 55.000,00 dkr gekostet. Hierbei ist jedoch zu beachten, daß niemand für die Mitarbeit am Projekt entlohnt wurde. Alle meinten, daß etwas getan werden müßte und arbeiteten deshalb ohne Entgelt.

Das Projekt ist ein gutes Beispiel dafür, daß es möglich ist, vorbeugend zu arbeiten. Vielleicht haben wir einfach das Glück gehabt, genau zum richtigen Zeitpunkt das Richtige zu tun.

## Die Zukunft

Vielleicht taucht einmal ein Problem auf, an dem wir arbeiten können/müssen, damit eine Verbreitung in die sogenannte "Normalgruppe" verhindert wird. Es wird viel von "The dragons tail", dem "Schwanz des Drachen" gesprochen. Die Haltung, das Rauchen von Heroin betreffend, verändert sich. Dies ist besonders bei den Einwanderern in der zweiten und dritten Generation zu bemerken, von denen viele mit dänischen Jugendlichen zusammenkommen. Die meinen, daß man, wenn man den Stoff raucht, nicht abhängig wird. Zur Zeit loten wir die Situation aus und fragen uns durch. Vielleicht fällt uns auch diesmal etwas ein, vielleicht handelt es sich aber auch nur um blinden Alarm.

Korrespondenzanschrift:

Jan Jörgensen  
"UNGDOMSCENTER"  
Strandbygade 66 - 68  
DK-6700 Esbjerg

# **DÄNEMARK**

## ***Das Jugendcenter im Amt Ribe***

### **Zielgruppe**

Das Jugendcenter im Amt Ribe ist ein Hilfsangebot für Jugendliche/Erwachsene mit sozialen und psychischen Problemen, sowie Verhaltensstörungen, darunter sowohl Symptome wie Rauschgift- und Alkoholabhängigkeit als auch Kriminalität.

Das Jugendcenter im Amt Ribe umfaßt Heimbehandlungsangebote, Aufklärungs- und Vorbeugungstätigkeit, ambulante Beratung, Kursus- und Beratertätigkeit, Methadonbehandlung mit Klinikaufenthalt, sowie die soziale Beratung für Jugendliche mit Rauschgiftproblemen aus dem Kommunalgebiet Esbjergs.

### **Anzahl der Plätze**

Das Jugendcenter im Amt Ribe hat - abgesehen von den speziellen ambulanten Angeboten, deren Beschreibung unten erfolgt - 15 Heimplätzen normiert.

### **Belegung**

Sie erfolgt über Sozial- und Gesundheitsämter, Ärzte für Allgemeinmedizin, Krankenhäuser, Kriminalfürsorge, sowie durch Betroffene, die sich von selbst melden.

### **Gebühr**

Es wird auf ein differenziertes Gebührensystem, das von Art und Umfang der Aufgabe abhängt, hingewiesen. U. a. ist die Aufklärungs- und Vorbeugungstätigkeit für Institutionen und Schulen etc. im Amt Ribe gratis. Das Gleiche gilt für die ambulanten Behandlungs- und Beratungsangebote des Alkoholambulatoriums.



## **Öffnungszeiten:**

Das Sekretariat hat montags, mittwochs und donnerstags von 08.00 Uhr - 16.00 Uhr, dienstags von 08.00 Uhr - 15.00 Uhr und freitags von 08.00 Uhr - 14.00 Uhr geöffnet.

## **Behandlungsangebote:**

Die übergeordnete Zielsetzung des Jugendcenters im Amt Ribe ist: Lösung der anliegenden Aufgaben, Anpassung der Arbeitsmethoden an die Aufgaben und Anpassung der Organisation an die Arbeitsmethoden.

Die Grundzüge der Behandlungsform:

Ausgehend von den Wünschen und Bedürfnissen des Einzelnen versucht man, gegenseitige Forderungen und Zielsetzungen zu formulieren. Bei einigen Rauschgift-süchtigen kann der Behandlungsverlauf mit einer Entgiftungsphase beginnen, die entweder in einem Krankenhaus oder ambulant durchgeführt werden kann und die danach durch eine Unterbringung in einem der Heimplätze des Jugendcenters abgelöst wird. Der Aufenthalt im Heim kann unterschiedlich gestaltet werden, da man mit den persönlichen Ressourcen des Klienten im Verhältnis zu der getroffenen Absprache/ gerichtlich festgelegten Zielsetzung arbeitet. Für diejenigen Rauschgiftabhängigen, die der Methadonklinik des Centers angeschlossen sind, wo u. a. tägliches Erscheinen zum Zweck der kontrollierten Methadoneinnahme nötig ist, wird mit sehr verschiedenen und abgestuften Zielsetzungen in Bezug auf die Methadonrichtlinien des Alkohol- und Rauschgiftrates gearbeitet.

## **Personal**

Das Jugendcenter im Amt Ribe ist mit Personal besetzt, das die volle Breite aller Fach- und Ausbildungsgruppen umfaßt und den verschiedenen Angeboten, über die das Center verfügt, angepaßt ist. Darunter sind: u. a. Sozialpädagogen, Sozialberater, Fachlehrer, Verwaltungspersonal, eine Krankenschwester, ein Arzt, ein Psychologe und ein Lehrer.

## **Die Heimbehandlungsabteilung Munkesogard**

Die Abteilung hält ein intensives Behandlungsangebot rund um die Uhr aufrecht. Der äußere Rahmen geht als ein Teil des Alltags mit in die Behandlung ein.

Zur Abteilung gehört ein großes Areal, weshalb man hier weitestgehend den rein praktischen Tätigkeiten wie Land- und Forstwirtschaft, kombiniert mit einer kleineren Viehhaltung als Ausgangspunkt für die praktische Arbeit, nachgeht. Jedoch werden auch externe Arbeitsplätze, Praktikumsplätze, Lehranstalten u. v. m. angeboten. Man arbeitet therapeutisch/pädagogisch und zielgerichtet daraufhin, dem Einzelnen Einsicht in sein eigenes Leben und seinen lebensgeschichtlichen Hintergrund zu geben, sowie ihn/sie dabei zu unterstützen, notwendige Veränderungen herbeizuführen. Darüber hinaus gilt es, die Zukunftsmöglichkeiten des Einzelnen abzuklären und zu fördern.

Die Abteilung bietet Platz für 8 Bewohner.

## **Heimeinweisungen - externe**

### Familienwohnungen

Das Jugendcenter im Amt Ribe arbeitet mit einer Reihe von Aufenthaltsmöglichkeiten in Familien etc., mit Heimeinweisungen, da die Supervision, Entlohnung und Nachbearbeitung dieser Angebote von den angestellten Familienpflegekonsulenten wahrgenommen wird. In diesem Zusammenhang arbeitet man nach denselben pädagogischen Prinzipien, wie in der internen Heimabteilung des Centers, Munkesogard. Die Zahl dieser externen Unterbringungsplätze hängt von den pädagogischen und ökonomischen Bedingungen ab.

Bei geplanten Entlassungen aus der Regie des Centers, erwartet man, daß die jeweiligen Personen in der existierenden Gesellschaft funktionieren können - d.h., annehmen und mitbestimmen, sowie die Verantwortung für selbständiges Handeln übernehmen können.

### **Olufvad gl. Skole (Die alte Schule von Oulfvad)**

Heimbehandlungs- und Beschäftigungsangebot für Jugendliche/Erwachsene.  
Die Abteilung ist z. Zt. geschlossen

### **Die Methadonklinik**

Die Klinik stellt ein ambulantes Behandlungsangebot hauptsächlich für ältere Rauschgiftsüchtige mit einem langjährigen intravenösen Mißbrauch dar. Das Angebot gilt Personen, bei denen nicht damit gerechnet werden kann, daß eine Grundlage oder Möglichkeit dafür besteht, ein Behandlungsangebot ohne medizinische Betreuung zu machen.

Die Kapazität der Klinik liegt bei 30 bis 50 Klienten.

Abgesehen von der ambulanten Behandlung mit Methadon, bietet man hier ambulante Gespräche und Beratung, sowie diverse "ad hoc-Lösungen" bezüglich der Teilnahme am Unterricht und Beschäftigung etc. Man arbeitet mit abgestuften Zielsetzungen, deren Ausgangspunkt die persönlichen Voraussetzungen des jeweiligen Klienten zu Beginn der ambulanten Behandlung in der Klinik sind.

Die Einweisung in die Klinik geschieht durch ein eigens erarbeitetes Aufnahme-ritual. Der Antrag auf Aufnahme in die Klinik geschieht durch persönliches Ersuchen des Bewerbers, nach Rücksprache mit den Sozialbehörden und dem Hausarzt.

Das Behandlungsteam bietet außer sozialem auch ärztlichen Beistand; außerdem die Hilfe durch eine Krankenschwester und das Sekretariat.

### **Das Aufklärungs- und Vorbeugungsteam**

Die primäre Aufgabe des Teams ist es, Schulen und anderen Lehranstalten, sowie privaten Vereinen etc. Aufklärung und Unterricht über Alkohol- und Rauschgiftmiß-

brauch anzubieten. Dies geschieht mit dem Ziel der Unterrichtung und Vorbeugung bei Kindern und Jugendlichen im Amt Ribe. Das Angebot ist gratis.  
Das Team selbst erstellt oder beschafft das der Situation angepaßtes Unterrichts- und Informationsmaterial.

Zu dem Aufklärungs- und Vorbeugungsteam gehören ein Sozialpädagoge, ein Sozialberater, ein Lehrer sowie eine Sekretärin.

### **Das Alkoholambulatorium in Esbjerg**

Das Ambulatorium ist ein kommunales Angebot, das allen Personen mit persönlichen Alkoholproblemen oder Alkoholproblemen im sozialen Bezugsfeld offen steht. Die Behandlung ist ambulant und hat das Ziel, die physische, psychische und soziale Situation des Betreffenden - in Zusammenarbeit mit der Person selbst und ihrer eventuellen Familie - wieder herzustellen und zu stabilisieren. Die Behandlung umfaßt soziale, pädagogische, therapeutische sowie ärztliche Gesichtspunkte.

Von seiten des Ambulatoriums ist es nicht möglich, finanzielle Hilfe zu leisten, doch die Mitarbeiter des Ambulatoriums wirken bei der Vermittlung von Kontakten zu den Sozialämtern und anderen relevanten Hilfsmöglichkeiten mit.

Der Kontakt mit dem Ambulatorium kann durch direkte, persönliche Hinwendung, durch Hinweise von anderen Institutionen, durch den Hausarzt oder die Sozialverwaltung geknüpft werden.

### **Das Jugendteam**

Hier handelt es sich um ein ambulantes Beratungsangebot für Jugendliche mit psychosozialen Problemen - darunter Rauschgiftsucht oder suchtähnliche Probleme - aus dem Kommunalgebiet Esbjergs.

Die Einschreibung geschieht über die Zusammenarbeit zwischen Esbjergs Sozialverwaltung und dem Jugendcenter im Amt Ribe.

Die Zielgruppe sind Jugendliche, von denen die Sachbearbeiter der Sozialverwaltung in Esbjerg annehmen, daß sie von der Einsicht des Jugendteams in Jugend- und Mißbrauchsprobleme profitieren können.

Die Aufgaben des Jugendteams umfassen, abgesehen von allgemeiner Sozialberatung, die Beratung und Anleitung in Bezug auf die Wünsche, Fähigkeiten und Bedürfnisse des einzelnen Jugendlichen im Hinblick auf dessen persönliche Zukunftsmöglichkeiten.

Das Jugendteam ist für 60 - 80 eingeschriebene Klienten eingerichtet; ihm sind Sozialberater sowie eine Sekretärin zugeordnet.

Ribe Amts Ungdomscenter (das Jugendzentrum im Amt Ribe) ist formell hierarchisch gegliedert:

1. der Leiter des Centers
2. der stellvertretende Leiter
3. die übrigen Angestellten.

In der Praxis überträgt der Leiter des Centers die tägliche Leitungsverantwortung und Beschlußkompetenz für bestimmte Aufgaben und Arbeitsbereiche an Einzelpersonen

oder an besondere zusammenarbeitende oder beschließende Organe (Personalversammlung, Sicherheitsgruppe, u.a.).

Die erwähnte Übertragung von Verantwortung und Beschlußkompetenz ändert nichts daran, daß es der Leiter des Centers ist, der gegenüber dem Amtsrat und der Leitung von Sozial- und Gesundheitsverwaltung die übergeordnete administrative und behandlungsbezogene Verantwortung für sämtliche Aktivitäten des Jugendcenters im Amt Ribe hat.

In Bezug auf folgende Arbeiten und Funktionen findet keinerlei Übertragung von Verantwortung und Beschlußkompetenz statt:

- die übergeordnete Verantwortung für Ribe Amts Ungdomscenters Budgetplanung und -einhaltung
- die generelle Zusammenarbeit mit politischen und administrativen Organen im Amt Ribe
- das Vorschlagsrecht in Einstellungs- und Entlassungsfragen
- Kontakt zur Presse u. ä.

Ausnahmen sind nur möglich nach vorherigem Erhalt einer Vollmacht für jeden Einzelfall; während der Abwesenheit des Centerleiters, werden die oben erwähnten Aufgaben vom Stellvertreter des Centerleiters übernommen.

Aufzeichnungen über die Zusammenarbeit mit dem Gefängnis in Esbjerg, sie betreffen Klienten, die im Hinblick auf Behandlung durch die Methadonklinik untersucht worden sind/untersucht werden oder bereits in der Methadonklinik behandelt werden.

Mit dem Gefängnis in Esbjerg ist abgesprochen, daß der Start einer Methadonbehandlung im Gefängnis selbst frühestens 14 Tage vor der Entlassung aus dem Gefängnis (auf Bewährung oder nach Verbüßen der vollen Strafe) beginnen kann. Eine Voraussetzung hierfür ist, daß das Behandlungsinterview, die ärztliche Untersuchung, sowie die Visitationskonferenz den jeweiligen Klienten betreffend, bereits erfolgt sind und daß auf der Visitationskonferenz beschlossen wurde, dem Klienten die Behandlung in der Methadonklinik zu ermöglichen.

Um im Verhältnis zu den übrigen Insassen des Gefängnisses und deren eventuellen Medizinbedarf/Wunsch nach Medizin klare Verhältnisse zu bewahren, ist beschlossen worden, daß der Arzt der Methadonklinik, der behandelnde Arzt ist, und daß die Methadonmischung von der Methadonklinik an die Gefängniskrankenschwester / den Gefängniswärter oder deren Stellvertreter ausgehändigt wird.

Ribe Amts Ungdomscenter (Das Jugendcenter im Amt Ribe) fragt während der Behandlungsinterviews immer, ob der betreffende Klient eventuell "unbeglichene Rechnungen" mit dem Strafvollzugssystem offen stehen hat, d. h., ob der jeweilige Klient dem Strafvollzugssystem Tage oder Monate "schuldet", die zu einem späteren Zeitpunkt "abgesessen" werden müssen. In diesem Zusammenhang wird der Visitationsausschluß dem Klienten normalerweise nahe legen, die Strafe abzuwickeln, ehe

eine Behandlungsinitiative ergriffen wird. Wenn der Klient, der Sachbearbeiter u. a. einverstanden sind mit einem Strafantritt zur schnellstmöglichen Strafverbüßung, wird die direkte Anfrage beim Gefängniswärter Finn Nygard normalerweise zu einem schnellen Strafantritt und damit zur Verbüßung der ausstehenden (Rest-) Strafe führen.

Falls der Klient bereits in der Methadonklinik behandelt wird, und mehr als 3 x 24 Stunden in Gewahrsam genommen wird, wird die Entwöhnung im Arrest mit Phene-  
mal durchgeführt !! Die Klienten müssen hierüber informiert werden, bevor sie den -  
die Zusammenarbeit betreffenden - Vertrag unterschreiben. Bei einer eventuellen Entlassung nach erwähnter Untersuchungshaft, nimmt der Visitationsausschuß Stellung zu einer eventuellen Fortsetzung/einem vorläufigen Abschluß der Methadonbehandlung.

Korrespondenzanschrift:

Jan Jörgensen  
"UNGDOMSCENTER"  
Strandbygade 66-68  
DK-6700 Esbjerg

# **NIEDERLANDE**

## ***Die Drogenpolitik und ihre Entwicklungen***

Die niederländische Drogenpolitik wurde unter dem allgemeinen Aspekt des Gesundheitsschutzes entwickelt.

Die Verantwortung für die Koordinierung der Drogenpolitik der Regierung wurde daher auch dem Minister für Gemeinwohl, Gesundheit und Kultur übertragen.

Hauptanliegen der Drogenpolitik ist es, die mit dem Drogenkonsum verbundenen Risiken für den Drogenkonsumenten selbst, für die unmittelbare Umgebung und für die Gesellschaft auf ein Mindestmaß zu beschränken.

Wir befürworten daher eine nüchterne, realistische Einschätzung des Problems, statt einer emotionalen, ideologischen Haltung. Es geht dabei jedoch keineswegs um ein Laissez-faire, um falsch verstandene Liberalität. Jedenfalls versuchen wir, so pragmatisch wie möglich zu sein. Es geht darum auch um eine flexible, suchende, realistische Politik. Obwohl die Maßnahmen zur Bekämpfung der Beschaffungskriminalität und des illegalen Drogenhandels in der Öffentlichkeit mehr Beachtung finden, bleibt der Schutz der Volksgesundheit unser Hauptziel.

Ausgangspunkt sind immer das Ausmaß und die Risiken des Drogenkonsums.

Um diese Risiken und Probleme zu bewältigen, ist eine spezifische Drogenpolitik zu eng. Warum?

Die Risiken hängen nicht nur von der pharmakologischen Wirkung und anderen Eigenschaften der Drogen ab, sondern auch von den Beweggründen für Konsum, der Gruppenzugehörigkeit, den einzelnen Konsumenten und vor allem von den Bedingungen, unter denen Drogen konsumiert werden. Es sind also teilweise "subjektive" Drogen.

Natürlich ist Drogenkonsum verbunden mit Kriminalität, Verelendung, ernsten Krankheiten, Störungen der öffentlichen Ordnung und mit einer erheblichen Belästigung in bestimmten Stadtteilen. Aber das hat viel zu tun mit den Bedingungen, von denen ich gerade sprach. Es zeigt sich, daß zum Beispiel Heroin- und Kokainkonsumenten sich grundsätzlich in einer beschützenden Umgebung bis zu einem bestimmten Grade am gesellschaftlichen Leben beteiligen können. Hierfür sind gute Wohnverhältnisse, Kleidung, Ernährung, ein regelmäßiges Leben in einer Arbeitsumgebung, soziale Beziehungen und auch gute körperliche Pflege wichtige Voraussetzungen. Das Problem ist, daß der Heroinkonsum für die Personen, die unter gesellschaftlich schwierigen Bedingungen leben, aufgrund des Fehlens der genannten beschützenden Faktoren doch häufig zu Problemen führen muß, und zwar aufgrund der Risiken, die mit diesem Konsum verbunden sind. Der Drogenkonsum vermehrt die bereits

vorhandenen Probleme um ein weiteres. Dadurch sind sie noch verletzbarer und geraten ziemlich einfach in eine Spirale von Kriminalität, Verelendung, Ansteckung durch verunreinigte Drogen und Nadeln, Prostitution usw. (Das hat natürlich auch viel zu tun mit der Illegalität). Ich komme noch darauf zurück.

**Grundprinzip** ist, daß alles getan wird, damit die Strafverfolgung bei den Drogenabhängigen nicht mehr Schaden anrichtet als die Droge selbst.

**Das Konzept** hat darum im Opiumgesetz und in der Strafverfolgungspolitik seinen Niederschlag gefunden.

Das Opiumgesetz unterscheidet 'Drogen mit einem unannehmbar hohen Risiko' (wie Heroin, Kokain, Crack usw.) und die "traditionellen Hanfprodukte" (Haschisch und Marihuana). Konsequenterweise wird zwischen Drogenhändlern und Drogenkonsumenten unterschieden. Man will vermeiden, daß die Drogenkonsumenten in die Illegalität abgedrängt werden, weil dann Prävention und Drogenhilfe praktisch unmöglich würden. Der Besitz von Hanfprodukten für den Eigenbedarf wird verhältnismäßig milde beurteilt. Das kann man Entkriminalisierung nennen; es ist eher Liberalisierung. Der Konsum an sich - (ich rede also nicht vom Besitz) - von harten und sanften Drogen ist nicht verboten. Eine wichtige Neuerung war 1976 auch die erhebliche Verschärfung der Strafen für den nationalen und internationalen Handel. Für den Handel mit Heroin und Kokain zum Beispiel wurde die Höchststrafe von vier auf zwölf Jahre angehoben. Sechzehn Jahre, wenn die strafbare Handlung mehrfach begangen worden ist. Das ist das Gesetz.

Was ist die Praxis? Eines der Grundprinzipien im niederländischen Strafrecht ist das Opportunitätsprinzip. Die Staatsanwaltschaft kann ein Verfahren einstellen, wenn ein grundlegendes öffentliches Interesse dies erfordert. In diesem Sinne wurden nationale Richtlinien für die Aufdeckung und Verfolgung von Drogendelikten ausgearbeitet. Damit wurden auch Prioritäten gesetzt. Man hielt sich an die im Opiumgesetz vorgenommene Unterteilung. Demnach erhalten die Aufdeckung des Imports und Exports von 'Drogen mit unannehmbaren Risiken' die höchste und der Besitz von 'Hanfprodukten' für den Eigengebrauch die niedrigste Priorität; (gegen den Besitz von Hanfprodukten in einer Menge von weniger als 30 Gramm wird nicht gezielt vorgegangen). Die Anwendung des Opportunitätsprinzips in den Niederlanden ist Ausdruck einer pragmatischen Strafverfolgungspolitik. In Fällen mit niedriger Priorität kann die Staatsanwaltschaft auf eine Verfolgung verzichten. Das Recht tritt dann in den Hintergrund, wenn eine Verfolgung nicht zur Reduzierung der Risiken des Drogenkonsums beiträgt. Obwohl der Besitz von Cannabis nach wie vor gesetzeswidrig ist, wird der Cannabiskonsum in der Praxis auf diese Weise normalisiert, oder de facto entkriminalisiert.

Auf diese Weise erreichen wir eine Trennung der beiden Gruppen junger Menschen, die härtere Drogen bzw. Cannabisprodukte konsumieren. So konnten wir die Kriminalisierung junger Cannabiskonsumenten vermeiden. Wenn dies nicht gelänge, könnte sich die Trittbrett-Theorie oder die Theorie von der Einstiegsdroge als richtig erweisen.

Es handelt sich hier um wohlüberlegte Maßnahmen. Die Gesundheitsgefährdung wird keineswegs vernachlässigt. Der bloße Gedanke an Lungenkrebs - Cannabis wird schließlich in der Regel mit Tabak geraucht - ist Grund genug zur Besorgnis. Wir schenken dem Cannabis viel Aufmerksamkeit, wenn auch nur im Rahmen der allgemeinen Gesundheitserziehung, wo es auch um Alkohol und Tabak (und natürlich um harte Drogen) geht. Der Konsum von Hanfprodukten ist, trotz einer ziemlich großen Verfügbarkeit, sehr niedrig in den Niederlanden. Der heutige Konsum, ausgedrückt

im Vormonat-Konsum (nur einmal oder häufiger) war 2,7 % unter Schülern zwischen zehn und achtzehn Jahren (vergl. nationale Umfrage, 1988).

Meine Damen und Herren, Tatsache ist und bleibt, daß trotz unserer heutigen Bemühungen Tausende junger Leute sich offenbar weder von Problemen noch von Strafandrohungen abschrecken lassen. Das ist eine Realität!

Hier stehen wir einem großen Problem, einem Dilemma, gegenüber. Wenn man versucht, durch Gesetzgebung die Risiken zu verringern, muß man auf dem Gebiet der Drogenpolitik unbeabsichtigte Nebenwirkungen in Kauf nehmen. Daher unterscheiden wir zwischen den primären Drogenproblemen und den sekundären Problemen. Ein primäres Problem beim Konsum von Opiaten kann z. B. die Abhängigkeit sein; das hat also zu tun mit direkten pharmakologischen Auswirkungen.

Die zusätzlichen, also die sekundären gesundheitlichen und sozialen Probleme werden teilweise verursacht durch unsere eigene gesellschaftliche Antwort auf Drogenkonsum. Das heißt: Prohibition! Also, das soziale Umfeld, die Illegalität, in der die Stoffe konsumiert werden, verursacht auch unbeabsichtigte, zusätzliche Probleme. Ich habe sie schon vorhin genannt: verunreinigte Drogen und Nadeln (mit großen AIDS-Risiken), Unterernährung, aber auch Kriminalität und Prostitution.

Sekundäre Probleme für die Gesellschaft ergeben sich im Zusammenhang mit der öffentlichen Ordnung, den Behandlungskosten, den Kosten für Polizei, Justiz und Strafvollzug und dem international organisierten Verbrechen.

Alle diese zusätzlichen Probleme für den Einzelnen und die Gesellschaft finden ihre Ursache weitgehend darin, daß der Drogenhandel weltweit illegal ist. Dadurch ist ein internationaler Schwarzmarkt entstanden mit hohen Verbraucherpreisen und mit allen damit zusammenhängenden Gefahren.

Man verwische diese primären und sekundären Probleme nicht! Manchmal bekommt man den Eindruck, daß die Bekämpfung der sekundären Probleme z. B. das international organisierte Verbrechen das Ziel der internationalen Drogenpolitik geworden ist.

Gibt es Alternativen? Ja, zwei Extreme! Das erste ist: noch mehr Krieg gegen die Drogen. Folge dieser verschärften Maßnahmen wird sein, daß der Prozeß der Kriminalisierung rascher fortschreitet und die Eskalation zunimmt. Immer mehr und immer weiterreichende gesetzliche Maßnahmen, immer wirksamere Instrumente werden erforderlich sein. Darüber hinaus gerät die Unbestechlichkeit der Polizei in Gefahr. Korruption bei der Polizei, bei der Justiz und bei den Regierungsbehörden ist in manchen Städten und Staaten bereits Wirklichkeit. Es stellt sich die Frage, ob der Preis, den wir für die Bekämpfung des primären Drogenproblems, ein potentiell Gesundheitsproblem, bezahlen müssen, nicht zu hoch ist. Sachlichkeit statt Moralisierung!

Eine Entkriminalisierung oder Legalisierung der Drogen wäre das andere Extrem. Das hört man immer mehr. Eine ziemlich radikale Alternative. Man denke z. B. an die Abschaffung des Alkoholverbots in den Vereinigten Staaten. Zur Verdeutlichung: Bei einer Legalisierung geht es nicht unbedingt um Mitleid mit Drogenabhängigen oder um die Beherzigung ihrer Interessen! Es löst natürlich auch nicht die Drogenprobleme! Die bloße Angst, daß unser Rechtsstaat in Gefahr gerät, unser Rechtssystem erodiert, oder daß es zu einer Eskalation der Gewalt zwischen Polizei, Justiz und Händlern kommt, kann Argumente für eine solche Option liefern.

Sich für die Legalisierung einsetzen, heißt nicht, daß man die schädlichen physischen Auswirkungen des Drogenkonsums verneint oder nicht zur Kenntnis nimmt. Im Gegenteil! Man geht vielmehr davon aus, daß der Ernst des gesundheitlichen Drogenproblems eine repressive Drogenpolitik, die eine Kriminalisierung der Drogenabhängigen nach sich zieht, nicht rechtfertigt. Es handelt sich in der Tat um ein sehr ernstes



Problem, aber die z. Z. verfolgte Drogenpolitik ist in ihren Auswirkungen möglicherweise schlimmer!

Die niederländische Regierung lehnt beide Optionen ab. Aber die Diskussion muß weiter gehen und geht auch weiter.

In unserem Lande haben wir einen Zwischenweg akzeptiert. Vielleicht müssen wir akzeptieren, daß das Phänomen Drogen in unsere Gesellschaft integriert ist und die Gebraucher in unsere Gesellschaft integriert werden müssen. Integration heißt nicht: Akzeptanz des Drogenkonsums. Aber Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogenproblems sind nicht dasselbe wie eine Kriminalisierung der Konsumenten.

Hier bietet sich ein Vergleich an mit unseren Maßnahmen im Bereich des Alkohol- und Tabakkonsums und vor allem mit unseren Maßnahmen im Bereich des Cannabiskonsums. Tabak und Alkohol verursachen ungeheuerere Gesundheitskosten und Alkoholkriminalität. Aber die Gesellschaft kann diese Probleme integrieren in das normale tägliche Leben, oder sie absorbieren, damit leben. (WHO: Todesursache Nr. 1). Hier stimmen wir einer Volksgesundheitsgesetzgebung - vor allem Aufklärung - statt strafrechtlicher Gesetzgebung zu.

### **Auf dem Weg zur Normalisierung**

Damit wird das Drogenproblem natürlich nicht aus der Welt geschafft, wohl aber in einen anderen Kontext gestellt, was uns eine realistische Betrachtungsweise ermöglicht. Ein realistisches Konzept setzt auch voraus, daß das Drogenproblem nicht so sehr als spezifisch soziales Problem betrachtet wird (- also Sachlichkeit).

Eine solche Politik beinhaltet auch ein konsequentes rechtliches Vorgehen gegen Drogenstraftäter und vor allem die Hilfe für Drogenabhängige - und das ohne erhobenen Zeigefinger (- Moralisierung).

Zum Schluß noch ein pragmatisches Beispiel: **Hilfeleistung!**

Das erste Ziel unserer Hilfeleistung ist es, das körperliche und soziale Funktionieren zu verbessern. Risikoverringerung, oder auf englisch: "harm reduction" und "risk minimation" (Schadensminimierung). Das gelingt ziemlich gut. Eine Indikation dafür sind die Drogentoten. 1989 waren es 52. 1990 starben in Amsterdam 13 holländische Abhängige.

Die Gesundheit muß verbessert werden, um bleibende Schäden zu vermeiden, zur Realisierung eines möglichst drogenfreien Lebens. Verbesserung der Gesundheit ist auch das erste Ziel unserer Methadonverschreibung und -verabreichung; nicht Verringerung der Kriminalität!

In der Praxis bedeutet dies, daß man versucht, möglichst vielen Drogenabhängigen zu helfen. Das kostet viel Geld! 70 bis 80 % der Abhängigen werden erreicht und machen von dem Hilfsangebot Gebrauch. Zweck der Hilfeleistung ist nicht nur die Überwindung der Sucht.

Drogenabhängige, die nicht in der Lage sind, sich von der Droge zu lösen, würden dann nämlich nicht von der Hilfeleistung erreicht, was zu einer größeren sozialen Isolierung und zu weitgehender Verwahrlosung führen kann. Die Drogenhilfe bezweckt daher weniger die Überwindung der Abhängigkeit, als vielmehr die Verbesserung der körperlichen Verfassung und der Lebensumstände der Drogenabhängigen. Ein Verzicht auf Hilfeleistung wäre keine Alternative; er würde die Risiken des Drogenkonsums für den Einzelnen und für die Gesellschaft nur erhöhen. Daß mit der Drogenhilfe möglichst viele Drogenabhängige erreicht werden, ist auch eine Voraussetzung für eine wirksame AIDS-Bekämpfung. Es geht dabei gleichermaßen um die Propagierung von 'Safer Sex' (auch Kondombeschaffung), wie um die Verhinderung der Ansteckung durch die Mehrfachbenutzung von Injektionsnadeln: 'safe use'. In den

meisten Städten laufen Programme, in deren Rahmen benutzte Spritzen gegen sterile eingetauscht werden können. Auch Verabreichung von Methadon ist ein wichtiges Instrument für AIDS-Prävention. Nicht nur weil es eine orale Alternative ist für Spritzen, sondern auch weil Methadon als "Kontaktmittel" wertvoll ist für Informationsweitergabe.

In einigen Städten wurden auch Projekte für drogenabhängige Prostituierte organisiert, bei denen in kleinen Gruppen gearbeitet wird, um die Schwellenangst herabzusetzen. Die Arbeit von Selbsthilfegruppen, u. a. die der sogenannten Junkie-Gruppen, wird gefördert. Bei den Gesundheitsämtern der Gemeinden kann man sich einem freiwilligen AIDS-Test unterziehen.

Zu unserer Politik gehört auch, daß die gesellschaftliche Position der Junkies und die Reaktion der Gesellschaft auf sie entmythologisiert werden. Abhängige sollen wie "normale" Menschen behandelt werden, an die wir "normale" Anforderungen stellen und denen wir "normale" Möglichkeiten bieten. Drogenkonsumenten tragen auch Verantwortung.

Meine Damen und Herren, ich habe versucht, die Philosophie der niederländischen Drogenpolitik und die Praxis zu erläutern:

- Hauptziel ist die Reduzierung der Risiken.
- Die Mittel, um das Ziel zu erreichen, sind nicht hauptsächlich strafrechtlich orientiert. Die Entkriminalisierung des Drogenkonsums hat auch Nachteile: sekundäre Probleme.
- Risiken reduzieren heißt **auch** die unbeabsichtigten und unerwünschten Nebeneffekte der Kriminalisierung reduzieren.
- Dazu brauchen wir ein Hilfesystem, das nicht nur die Beendigung des Drogengebrauchs zu erreichen versucht. Dazu brauchen wir auch **andere Hilfe-Arten**, sogenannte niedrigschwellige Hilfen.
- Dazu brauchen wir auch eine Polizei, die sich **nicht** auf die Junkies konzentriert, sondern auf den Handel mit Drogen.

Auf internationaler Ebene sehen wir ein wachsendes Interesse für Nachfragereduzierung, neben der Reduzierung des Angebots. Auch sehen wir, daß die AIDS-Probleme bei Drogengebern zu neuen, niedrigschwelligen Hilfeversuchen geführt haben. Das und die Zahlen von Drogentoten in manchen Ländern, erfordert eine Politik, in der die Niederlande und Deutschland weiter arbeiten können.

Korrespondenzanschrift:

Hans Roerink  
Ministerium van Welzijn  
Volksgezondheid en Cultuur  
Postbus 5406  
NL-2280 HK Rukswijk

# **NIEDERLANDE**

## ***Aufbau und Organisation der Suchtprophylaxe***

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zusammenhang mit Suchtproblemen besteht eine lange Tradition der **Suchthilfe**. Bis 1970 wurde fast nur Zeit und Geld investiert in die Weiterentwicklung dieser Hilfe. Bis dahin wurden die Helfer manchmal auch gebeten, etwas über ihre Arbeit zu erzählen. Meistens machte einer der Kollegen sich dann auf den Weg und erzählte von einigen lustigen oder - je nach dem - tragischen Vorfällen, die sich in der Praxis eines Suchthelfers ereignen. Am Ende gab es immer Beifall und meistens Blumen, obwohl auch manchmal zur Belohnung einer Flasche Wein hervorgezaubert wurde. Seitdem hat sich im Bereich der Suchtprävention einiges geändert. Ich möchte Sie gerne kurz informieren über die Entwicklungen in den Niederlanden und insbesondere in Twente. Im Anschluß daran werde ich etwas ausführlicher die heutige Organisation und Arbeitsweise der Abteilung Prävention in Twente erörtern.

### **Die Hintergründe**

Die Problemfälle häuften sich ab 1960. Der Alkoholkonsum stieg und damit die Anzahl der Leute, die Alkoholprobleme hatten. Illegale Drogen wurden in die holländische Kultur eingeführt. Zunächst dachte man, die Probleme seien lösbar, wenn mehr Hilfe geboten würde. Das CAD (Consultatiebüro voor Alcohol en Drugs) wuchs. Neue Suchthelfer wurden eingestellt. Langsam wurde klar, daß die Lösung nicht nur in der Erweiterung der Hilfe gesucht werden sollte. Sogar der Zahnarzt im Werbefernsehen sagte, daß Vorbeugen besser sei als Bohren. CAD's boten einigen interessierten Mitarbeitern die Gelegenheit, sich mit den Möglichkeiten zu befassen, Suchtproblemen zuvorzukommen. Der derzeitige Dachverband der CAD's, das FZA befaßte sich auch zunehmend mit der Frage der Prävention. 1976 stand eine Notiz der Abteilung Prävention des FZA zur Debatte. In dieser Notiz, Bilanz des ersten Jahres, wurde über die ersten Versuche, die Prävention zu gestalten, berichtet. Es entstand die Bereitschaft bei den CAD's, Prävention in die Dienstleistungen mitaufzunehmen.

Ab 01.01.1979 wurde in den Subventionsregelungen die Prävention festgelegt. Die CAD's stellten Präventionsangestellte ein. Man hatte zu der Zeit eine Fülle von Ideen, vielleicht Phantasien, über die präventiven Möglichkeiten: Diese Ideen galt es mit Inhalt zu füllen

## **Entwicklungen in der Organisation des CAD Twente**

In den siebziger Jahren wurden in Twente von Suchthelfern hin und wieder Vorträge gehalten über die Gefahren und Risiken von übermäßigem Alkoholkonsum und Drogengebrauch. Meistens wurden sie von Schülern oder Frauengruppen eingeladen. Zu dieser Zeit war auch eine Arbeitsgruppe "Intermediären" aktiv. Diese Gruppe hatte sich zum Ziel gesetzt, Zwischenpersonen einzuschalten bei der Verbreitung von präventiven Nachrichten. Man verfügte aber kaum über die notwendigen Hilfsmittel.

1981 wurde beim CAD ein Funktionär ernannt, der sich ausschließlich mit der Entwicklung von präventiven Initiativen beschäftigte. 1982 wurde zusätzlich ein Mitarbeiter eingestellt, der sich hauptsächlich um die Ausführung kümmerte. Die intermediäre Arbeitsgruppe ging ein. Innerhalb der CAD's wurden der Präventionsfunktionär und der Mitarbeiter in der Ausführung unterstützt von einer Gruppe von interessierten Suchthelfern aus den verschiedenen ambulanten Behandlungsstellen.

Der Präventionsfunktionär und der Präventionsmitarbeiter bildeten die Abteilung Prävention. Der Funktionär war vertreten im Management und hatte die Verantwortung für die Entwicklung, den Inhalt und die Qualität der Prävention. In den Jahren bis 1988 wurden viele Erfahrungen gesammelt in Bezug auf die Entwicklung und Ausführung von Seminaren, Vorlesungen, Kursen usw. Auf nationaler Ebene wurden zunehmend Erfahrungen und Programme ausgetauscht.

Seit 1988 hat das CAD-Twente beschlossen, die gesamte präventive Arbeit in einer Abteilung zu konzentrieren. Zur Zeit ist die Abteilung Prävention zuständig für alle vorbereitenden und ausführenden Initiativen in ganz Twente. Damit ist der präventiven Arbeit der Suchthelfer ein Ende gesetzt. Selbstverständlich muß aufgrund dieser Tatsache besonders auf die Abstimmung zwischen den Behandlungsstellen und der Abteilung Prävention geachtet werden.

## **Die Kommunikationsstruktur**

### Abteilungsbesprechungen

#### **- Stabsbesprechung:**

Wöchentlich werden die laufenden Aktionen und Neuanfragen besprochen. Neue Entwicklungen in Zusammenhang mit aktuellen Themen, laufenden Projekten und relevanten Kontakten werden gemeldet. Außerdem werden die Entschlüsse oder Entwürfe vom Management gemeldet oder erläutert. Diese Besprechungen werden in Protokollen festgehalten.

#### **- Sekretariatsbesprechung:**

Periodisch werden die Organisation und der Fortgang der Arbeit besprochen.

- Projektbesprechungen:

Ein wesentlicher Teil der präventiven Arbeit ist in Projekten organisiert. Alle Projekte haben einen Projektleiter und Projektangestellte. In den Besprechungen wird über den Inhalt und den Fortgang des Projektes gesprochen.

### **Abstimmung des Prävention mit den Behandlungsstellen**

- Präventionsnachrichten:

In jedem Quartal wird in einem schriftlichen Bericht an das Management und an die Behandlungsstellen gemeldet, womit die Abteilung Prävention sich befaßt hat. Außerdem werden die Protokolle der Stabsbesprechungen den Abteilungschefs und dem Direktor zur Verfügung gestellt.

- Managementbesprechungen:

Der Präventionsfunktionär gehört zum Management des CAD Twente. In dieser Besprechung werden Pläne oder Projekte genehmigt. Außerdem können hier die Wünsche in Sache Ausstattung und Einrichtung besprochen werden. Auch findet hier ein Informationsaustausch statt. Im Management werden die Prioritäten in der Dienstleistung des CAD's und das Vorgehen über mehrere Jahre in Plänen festgelegt.

- Quartalsbesprechungen:

In jedem Quartal findet eine Besprechung mit den Bürovorstehern der Behandlungsstellen in Hengelo, Almelo und Enschede statt. In diesen Besprechungen werden Fragen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit besprochen.

- Direktionsbesprechung:

Regelmäßig wird der Fortgang der Arbeit der Abteilung mit dem Präventionsfunktionär und auf Direktionsebene durchgesprochen. Hier können auch die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter besprochen werden.

### **Die Arbeitsweise:**

- Vorgehensplan:

Das Vorgehen der Abteilung Prävention wird in einem Mehrjahresplan festgelegt. In diesem Plan wird eine allgemeine Übersicht über die Absichten der Abteilung gegeben.

- Jahresarbeitsplan:

In Jahresarbeitsplänen wird umschrieben, welche Prioritäten festgesetzt sind in bezug auf den Vorgehensplan. Aktivitäten werden geordnet in Interessensgebiete und Projekte. Die Arbeit wird verteilt über die zur Verfügung stehende Kapazität und es wird eine Planung für das kommende Jahr vorgenommen. Für die Mitarbeiter ist dieser Plan ein wichtiges Hilfsmittel. Für Aussenstehende beschafft dieser Plan schnell Einsicht in die präventive Arbeit des CAD Twente.

- **Projektpläne:**

In den letzten Jahren wird innerhalb der Interessensgebiete zunehmend in Projekten gearbeitet. In Projektplänen wird für das Projekt angegeben, welche Ziele angestrebt werden und wie man diese Ziele erreichen möchte. Im Plan ist auch ein Terminplan enthalten. Letztendlich müssen die aus den Plänen hervorgehenden Aktionen anschaulich gemacht werden in konkreten Produkten oder Initiativen.

# Projekte innerhalb der Interessensgebiete

Interessensgebiet	Projekt
Hilfeleistung	* Integrierte "Näherungs- methode" für Ärzte und Sozialarbeiter  * Motivierungsgespräche  * Sozialämter
Justiz	* Kursus Alkohol- und Verkehr" * Kursus Alkohol und Gewalt"
Behörde	* Beeinflussung der Ge- meindeverwaltung
Schulen	* Fortbildungsunterricht  * Spezialunterricht  * Hochschule für Sozial- arbeit
Öffentlichkeit	
Jugendliche	
Einwanderer	* Einwanderer
Frauen	* Frauen und Suchtprobleme
Senioren	
AIDS & Drogen	* AIDS & Drogen
Spielsucht	* Spielsucht-Prävention
Alkohol-Aufklärung	
Publik Relation	
Konsultation	* Entwicklung der Kon- sultation

Um die Qualität zu fördern, wird also planmäßig gearbeitet. Dazu werden die nachfolgenden Pläne benützt:

- der Vorgehensplan
- der Jahresarbeitsplan
- der Projektplan

Aktivitäten werden entweder:

- routinemäßig
- experimentell oder
- projektmäßig angegangen

Aktivitäten, die häufig wiederkehren, werden standardisiert. Dadurch können die gesammelten Erfahrungen besser ausgenutzt und eine routinemäßige Arbeitsweise ermöglicht werden.

Manchmal muß man sich für eine experimentelle "Näherungsmethode" entscheiden. Nicht immer kann man über Programme verfügen, die ihren Nutzen in der Praxis erwiesen haben. Es betrifft hier Aktivitäten mit einem beschränkten Ausmaß.

Die Arbeit wird in Projekten organisiert, wenn sie den folgenden Anforderungen entspricht:

- Es handelt sich um einen bestimmten Zeitraum
- Die Wahl des Projektes ist wohlwogen
- Es werden bestimmte Ziele bei bestimmten Zielgruppen angestrebt
- Es wird ein Arbeitsplan entwickelt
- Das Projekt hat eine separate Organisationsstruktur

Das Projekt muß nach Ablauf entweder ganz beendet sein oder aber in die reguläre Arbeit miteingeflochten werden.

In den Projekten der Abteilung Prävention werden die folgenden Entwicklungsstufen unterschieden:

- die Erkundigungsphase
- die Zerlegungsphase
- die Planungsphase
- die Tätigkeitsphase
- die Beurteilungsphase

Dieser Grundriß eines Projektes ist vom CAD Twente in Zusammenarbeit mit dem CAD Süd und Ost Gelderland entwickelt worden und wird inzwischen von vielen CAD's übernommen. Die Entwicklungsgruppe besteht zur Zeit aus den CAD's Ost Brabant, Süd und Ost Gelderland, Zwolle, Groningen und Twente. Vor kurzem hat ein Workshop stattgefunden mit dem Thema "Projektmäßige Arbeit". Bis auf zwei



waren alle CAD's vertreten. Sinn der Sache ist es, in der Zukunft mehr und mehr von den Erfahrungen anderer Gebrauch machen zu können.

Obwohl unsere Arbeitsweisen wahrscheinlich in einigen Bereichen verschieden sind, hoffe ich, daß wir auch in diesen zwei Tagen neue Erfahrungen sammeln und das eine oder andere aus der Fülle von Ideen in der Arbeit verwerten können.

Zum Schluß möchte ich noch darauf hinweisen, daß die Struktur, die von mir erklärt wurde, vielleicht den Eindruck erweckt, als ob es sich um eine Zwangsjacke in der Präventionsarbeit handelt. Wir erreichen aber mit dieser Handlungsweise, die Professionalität weiter zu fördern. Wir haben die Erfahrung gemacht, daß in der Praxis auch weiterhin genügend Spielraum vorhanden ist, um die präventiven Ziele mit der notwendigen schöpferischen Phantasie anzustreben.

Die Entwicklungen haben den Fortgang angeregt, die Blumen oder die Flasche Wein, die wir vor einigen Jahren am Ende der Vorlesungen bekommen haben, fehlen uns aber trotzdem.

Korrespondenzanschrift:

CAD Twente afd. Preventie  
Schalkburgerstraat 22  
NL-7551 GT Hengelo

## ***NIEDERLANDE***

### ***Projekt Internationale und euregionale Zusammenarbeit***

#### **Hintergründe**

Seit einigen Jahren bestehen Kontakte zwischen dem CAD-Twente und der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe und einigen Suchtberatungsstellen im Grenzgebiet.

Diese Kontakte waren bisher meist unverbindlich und von wechselnder Intensität und sie kamen vor allem durch persönliches Interesse zustande. Es bestand kein direkter oder notwendiger Anlaß, um zu mehr struktureller Zusammenarbeit zu kommen.

Man geht aber davon aus, daß auch für die Suchtberatung und Prävention internationale Kontakte immer wichtiger werden. Im Rahmen der Europäischen Einheit, aufgrund offener Grenzen und des Schengen-Vertrages wird sich bestimmt die Notwendigkeit ergeben, enger zusammenzuarbeiten.

Im Bereich der Regel- und Gesetzgebung, aber auch auf dem Gebiete der Hilfeleistung und Prävention bei Süchtigen wird diese Zusammenarbeit immer wichtiger werden. In der sogenannten "Frankfurter Resolution" vom 22. November 1991, die von immer mehr Städten unterschrieben wurde, wird unter anderem gesagt: "Wir sprechen uns dafür aus, daß im Rahmen des europäischen Einigungsprozesses die notwendige Harmonisierung nationaler Rechtssysteme auf der Grundlage einer Politik der Entkriminalisierung bzw. Entpönalisierung der Drogenabhängigen sowie der Schadensbegrenzung erfolgt."

Die genannten Erwägungen waren Anlaß für den CAD Twente, einen Mitarbeiter der Abteilung Prävention einzusetzen, damit die derzeitigen Entwicklungen verfolgt werden konnten, und um bestehende Kontakte zu festigen und weiter auszubauen. Daraus ergab sich u. a. als erste konkrete Form der Zusammenarbeit die Organisation einer zweitägigen Werkstatt "Prävention" im November 1991. Ziel war: gegenseitiges Kennenlernen, Austausch von Erfahrungen und Wissen und, wenn möglich, Entwickeln von Initiativen zu konkreter Zusammenarbeit.

Als Folge dieser Werkstatt sind von Mitarbeitern des CAD's Beiträge geleistet worden, bei Workshops und Schüleraustauschprogrammen oder es wurden Referate gehalten.

Zum jetzigen Zeitpunkt wird die Zusammenarbeit mit einer Suchtberatungsstelle organisiert. Weiterhin gibt es regelmäßige Kontakte zu unterschiedlichen Gemeinden und Institutionen im Grenzbereich. Die Bedeutung dieser Zusammenarbeit wird im Prinzip von allen Beteiligten gesehen und unterstützt.

Die in der Vergangenheit verfolgte Arbeitsweise, die, wie gesagt, abhängig war von persönlichen Interessen und Initiativen oder Folge eines Notfalles, hat aber keine strukturelle Zusammenarbeit zustandegebracht. Dazu braucht es Zeit, aber auch entsprechende Mittel.

Aus den bisher gesammelten Erfahrungen erscheint es sehr wünschenswert, daß für eine effektive Zusammenarbeit Kontinuität eingebaut wird durch einen festen Stab von Mitarbeitern in beiden Ländern.

Zugleich zeigt es sich, daß in beiden Ländern der Bedarf entstanden ist, Kontakte zu knüpfen und auszubreiten, was zum Vorteil beider sein wird.

Dabei stellt sich einerseits die Frage nach Verdeutlichung der Grundbedingungen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit und andererseits gibt es ein Bedürfnis an Initiativen.

### **Beschreibung des Aufgabenbereiches**

Aus den genannten Erwägungen erscheint es sinnvoll, einen kleinen Koordinationsstab einzurichten, der sich den folgenden Aufgaben stellen sollte:

- Untersuchung der **Grundbedingungen** für die Zusammenarbeit im Bereich der Suchtberatung und Prävention,
- Zusammenstellung der **Möglichkeiten** zur Zusammenarbeit im Bereich der Suchthilfe und Prävention im deutsch-niederländischem Grenzgebiet,
- Dokumentation der in beiden Ländern angewandten **Methoden**,
- Förderung von **Initiativen** für eine gemeinsame Politik zugunsten der Institute für Suchthilfe im Grenzgebiet und darüber hinaus,
- Festlegung einer **gemeinsamen Arbeitsweise** der Suchthilfe und Prävention,
- Realisierung der konkreten **Zusammenarbeit** im Grenzgebiet,
- Knüpfung und Ausbau von bestehenden **Kontakten**,
- Formulierung von **Empfehlungen** bezüglich der Suchtpolitik für die verschiedenen Behörden.

### **Zielgruppen**

Mitarbeiter der verschiedenen Institutionen auf dem Gebiet der Suchtberatung und Prävention, sowohl klinisch als auch ambulant.

Personen im Raum Twente und Nordrhein-Westfalen (Niedersachsen), die in den verschiedenen Bereichen Kontakte haben mit Süchtigen und/oder Institutionen der Suchtberatung und Prävention (z. B. Kommunen, Polizei, Justiz).

## **Zeitaufwand**

Um die genannten Vorhaben ausführen zu können, gehen wir davon aus, daß der Interessenvertreter im ersten Jahr 24 Stunden pro Woche benötigt und dazu 5 Stunden Sekretariatsunterstützung.

## **Organisation**

Es erscheint wünschenswert, daß die Koordinationssgruppe vorerst aus einem Interessenvertreter aus Deutschland und einem aus den Niederlanden besteht. Von beiden Seiten wurde mittlerweile Interesse bekundet; hoffentlich werden dann auch die Mittel zur Verfügung gestellt.

### **Zeitlicher Rahmen**

	<b>Anfang</b>	<b>Ende</b>
Untersuchen der Grundbedingungen	12-92	03-93
Übersicht über die Möglichkeiten der Zusammenarbeit	12-92	03-93
Dokumentieren der Methoden	12-92	---
Herantragen von Initiativen	01-93	---
Planentwurf für gemeinsame Arbeitsweise	03-93	08-93
Ausbauen, Formalisieren der Kontakte	12-92	---

#### **Korrespondenzanschrift:**

Hans van Ommen  
CAD Twente-Enschede  
Schalkburgerstraat 22  
NL-7551 GT Hengelo

## **NIEDERLANDE**

### ***Das AIDS-Präventionsprojekt in Haarlem***

#### **Innovative Aids-Präventionsstrategie im Rahmen der Methadonvergabe**

In Haarlem, einer Stadt mit 150.000 Einwohnern 20 km westlich von Amsterdam gelegen, werden seit 1989 systematisch AIDS-Präventionsaktivitäten von der Drogenhilfe durchgeführt.

Zu Anfang gab es ein Sprizentauschprogramm, bei dem Drogenkonsumenten eine gebrauchte Spritze gegen eine neue tauschen konnten.

Alle Mitarbeiter haben an einem zweitägigen Kurs teilgenommen, um sich Tatsachenwissen über HIV und AIDS anzueignen und um Fertigkeiten in der Aufklärungsarbeit zu erwerben. Es wurde festgestellt, daß die Vergabe von Spritzen und Kondomen ausgezeichnet verläuft, aber die Aufklärungsarbeit verbesserungsfähig ist. Aufgrund dieser Feststellung haben wir uns gefragt, ob es möglich ist, eine Arbeitsweise zu finden, mit der man bei einer Methadonvergabestelle, wo man hauptsächlich mit kurzen, flüchtigen Klientenkontakten zu tun hat, das Risikoverhalten von Klienten mit Abhängigkeitsproblemen beeinflussen kann.

Vor diesem Hintergrund haben wir ein Aufklärungsprojekt gestartet mit dem Ziel: **Marketing- und Gesprächstechniken so zu verwenden, daß Klienten letztendlich zu einer wohlüberlegten Entscheidung über Safe Sex und Safe Use gelangen.**

Das NIAD (Niederländisches Institut Alkohol Drogen), die Brijder-Stichting und das städtische Gesundheitsamt - letzteres soweit es die Arbeit für Frauen angeht - haben das Projekt auf der Grundlage von Erfahrungen mit experimentellen Projekten in Nimwegen und Utrecht entwickelt.

Andree van Emst, eine Mitarbeiterin des NIAD, ein Arzt, zwei bei der Methadonvergabestelle angestellte KrankenpflegerInnen und ich haben das Vorbereitungsteam gebildet. Die zwei KrankenpflegerInnen übernahmen die Koordination vor Ort.

Das Projekt wurde im Frühjahr 1992 durchgeführt bei zwei Methadonvergabestellen in Haarlem, die kurze Zeit vorher mit der Brijder-Stichting fusioniert wurden.

Die Brijder-Stichting ist eine Suchthilfe-Einrichtung auf dem Gebiet von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit und Spielsucht mit verschiedenen ambulanten und stationären Behandlungsangeboten und einer Abteilung Prävention. Im ganzen sind in der Einrichtung 180 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen beschäftigt. In Haarlem gibt es zudem aus Kooperation mit der MHD, einer auf dem Gebiet der Re-

sozialisierung von Drogenabhängigen tätigen Einrichtung, mit einem Angebot im Bereich von Freizeitbeschäftigung, Arbeit und Wohnen.

Die Klientel der Methadonvergabestellen in Haarlem - mit 15 Mitarbeitern - setzt sich hauptsächlich aus Drogenabhängigen zusammen, die praktisch täglich ihre Dauerdosierung Methadon verabreicht bekommen. Es gibt eine Vergabestelle für die 60 - sowohl für sich selbst als auch für ihre Umgebung - problematischen Abhängigen und eine Vergabestelle für die beinahe 200 Klienten, die als weniger problematisch eingestuft werden können. Ungefähr 15 Personen nehmen im Durchschnitt an dem entzugsorientierten Abbauprogramm teil.

Vor fünf Jahren nahmen an dem Methadonprogramm keine 200, sondern nur 25 Klienten teil. Das Angebot war damals in erster Linie entzugsorientiert; ein Angebot, an dem kaum Bedarf bestand. Eine Vergabe von Spritzen paßte absolut nicht in die hinter diesem Angebot stehende Sicht der Drogenabhängigkeit und -hilfe. Inzwischen hat sich einiges geändert; die Drogenhilfe in Haarlem orientiert sich am Modell der Schadensbegrenzung.

Auch vom früheren Personal ist niemand mehr übrig: d. h., eine neue Arbeitsweise mit neuen Gesichtern.

Die Programme haben den Charakter einer offenen Anlaufstelle, wo man nicht nur Methadon bekommen kann, sondern wo auch ein Krankenpfleger und ein Arzt für weiterführende Betreuung verfügbar sind, meist in Form kurzer Interventionen. Zu dem Angebot gehört auch kostenloser Kaffee und ein paar Mal pro Woche ein Lunch. Für die ansehnliche Gruppe Obdachloser ist diese Anlaufstelle auch der Ort, wo man, wenn es nachts kalt gewesen ist, sich wieder wärmen kann.

Für die Klienten mit einer festen Arbeit gibt es auch an zwei Abenden pro Woche ein Methadonprogramm.

Durch den großen Zuspruch von Klienten müssen die zwei oder drei Mitarbeiter manchmal an bis zu 100 Personen Methadon verabreichen. In einer solchen Situation ist einfach zu wenig Zeit für Gespräche, ein Umstand, den wir bei unserem Plan berücksichtigen mußten.

### **Theoretischer Hintergrund: die Technik des motivierenden Gesprächs**

Bereits seit einigen Jahren bekommen die Klienten von uns gut gemeinte Ratschläge im Hinblick auf die AIDS-Prävention; zum Beispiel, daß man Drogen besser nicht spritzen sollte und daß man, wenn man es nicht lassen kann, auf jeden Fall eine saubere Spritze verwenden sollten.

Und, selbstverständlich, ... immer ein Kondom benutzen.

Zu Anfang, wenn diese Mitteilungen noch neu sind, wird noch hingehört, aber im Lauf der Zeit bekommt man es satt. Auch den Mitarbeitern fällt es schwer, ohne irgendeinen konkreten Anlaß ein Gespräch über AIDS anzufangen. Das heißt eine andere Vorgehensweise war nötig.

Wir haben uns dabei die **Rolle** eines Drogenhelfers genauer angesehen

Im Grunde genommen kann man sagen, daß sie oder er etwas an den Mann oder die Frau zu bringen versucht, nämlich die Botschaft, kein oder weniger Risiko einzuge-

hen. Wir haben uns dabei gefragt, welche Marketing-Strategien könnten wir verwenden; wie verkauft man im kommerziellen Geschäft ein Produkt?

Zudem haben wir uns auf die **Gesprächstechnik** der Drogenhelfer konzentriert. Menschen einfach vorhalten, daß sie ihr Verhalten ändern müssen, wirkt nicht. Was wir nötig hatten, war eine Gesprächsführung, bei welcher der Lebensstil der Drogenkonsumenten als Ausgangspunkt genommen wird. Voraussetzung dafür war auch, einzusehen, daß die Konsumenten selber die Entscheidung treffen müssen, ob sie ihr Verhalten verändern wollen.

### Wie verändern Menschen ihr Verhalten

Das Modell von PROCHASKA und DICLEMENTE ist ein wichtiges Hilfsmittel, wenn man verstehen will, wie eine Verhaltensänderung vor sich geht. In dem Modell werden verschiedene Phasen eines Veränderungsprozesses von einander unterschieden.

Das Modell macht deutlich, daß Menschen ihr Verhalten erst dann tatsächlich verändern (die Phase der aktiven Veränderung), wenn sie zuerst die Phasen der **Vorüberlegung** und des **Überdenkens** durchgemacht haben.

Ein Beispiel: Ein Drogenkonsument, der täglich zur Drogenhilfe kommt, um sein Methadon zu holen. Der Mann raucht meistens seine Drogen. Nur ganz selten spritzt er. Darum ist er auch nicht motiviert, Spritzen mitzunehmen. Denn eigentlich spritzt er lieber nicht. Seine Freunde sind, wie er sagt, keine Junkies, die AIDS haben. Sich selbst sieht er nicht als Fixer. Er denkt, daß er kein Risiko eingeht.

Dieser Mann befindet sich in der Phase der Vorüberlegung, einer Phase, die sich dadurch kennzeichnet, daß Menschen nicht davon überzeugt sind, ein Problem zu haben, obwohl ihre Umgebung darüber ganz anders denken kann.

Dieser Mann wird nicht so schnell geneigt sein, sein Verhalten zu verändern. Der Drogenhelfer wird sich denn auch in erster Linie darauf konzentrieren müssen, den Drogenkonsumenten in die Phase des **Überdenkens** zu kriegen. Das ist die Phase, in der Menschen Bilanz ziehen. In dieser Phase werden die Vor- und Nachteile des neuen Verhaltens gegeneinander abgewogen.



In der Phase der **Vorüberlegung** ist es von großer Wichtigkeit, Interesse für die Botschaft: "Kein Risiko eingehen!", zu wecken. Aber wie verkauft man ein Produkt? Wir alle werden damit täglich konfrontiert. Jeder bekommt einmal eine Reklamesendung ins Haus, um ein Produkt auszuprobieren. Was können wir mit diesen Beispielen für die AIDS-Prävention anfangen?

Ein Aspekt ist, daß es wichtig ist, die Aufmerksamkeit von Drogenkonsumenten durch Marketingtechnik zu steuern; aber es gibt noch einen anderen Grund, warum diese Techniken so wichtig sind.

Für Drogenhelfer, die jahrelang täglich an Klienten Methadon vergeben, ist es schwierig, ohne irgendeinen konkreten Anlaß ein Gespräch über Safe Sex oder Safe Use anzufangen.

Eine Zusammenkunft, auf der Menschen sichere Injizieretechniken besprechen und üben können, erleichtert und intensiviert die Gespräche mit Klienten enorm. Das Austeilen von Material wie Spritzen und Kondome, oder eine Instruktion über die Verwendung von Kondomen macht es dem Drogenhelfer möglich, mit dem Klienten ein Gespräch über das Vermeiden von Risiken zu beginnen. Wesentlich in diesen Gesprächen ist, die Information neutral, d. h. nicht-moralisierend, zu geben. Ein extra starkes Kondom für analen sexuellen Kontakt auszuteilen und gleichzeitig eine deutlich Abneigung gegen diese sexuellen Kontakte auszustrahlen, dürfte nicht besonders effektiv sein.

Außerdem ist es wichtig, in Gesprächen über AIDS zu realisieren, daß es sinnlos ist, Menschen ein Verhalten nahelegen, das sie nicht wollen. Menschen entscheiden selber, ob sie sich verändern wollen oder nicht.

Im Zusammenhang mit diesem Marketing-Modell werden motivierende Gesprächsmethoden verwendet, die ich aus Zeitgründen nach diesem Vortrag in schriftlicher Form verteilen werde.

Ich werde jetzt näher auf das Projekt in Haarlem eingehen, in dessen Rahmen wir in den ersten acht Wochen eine direkte Vorgehensweise gewählt haben. In den letzten vier Wochen haben wir in einer Aktion, die vom Haarlemer Gesundheitsamt koordiniert wurde, spezielle Aufmerksamkeit auf Frauen gerichtet. Für diese Aktion für Frauen haben wir eine indirekte Vorgehensweise gewählt.

### **Die Arbeitsweise in Haarlem**

Im Rahmen des Projektes war es unsere Absicht, mit dem Austeilen von Geschenkpäckchen den Drogenhelfern die Gelegenheit zu bieten, Gespräche über Safe Sex und Safe Use zu führen. Auf der Grundlage einer Kombination von Marketing- und Gesprächsmethoden verfügten die Mitarbeiter über eine attraktive und persönliche Möglichkeit, um Aufmerksamkeit für ihre Botschaft zu erhalten.

Das Programm dauerte insgesamt zwölf Wochen und wurde wissenschaftlich begleitet. Das Programm sah folgendermaßen aus:

- Marketing- und Gesprächsmethodenkurs für die Mitarbeiter
- Verteilen der Informationsflugblätter, Start der Begleitforschung
- Aufhängen der Plakate und Austeilen der Geschenkpäckchen
- Gespräche und Instruktionen über die Verwendung von Kondomen
- Austeilen der Feuerzeuge

- Austeilen eines Spritzpäckchens mit destilliertem Wasser, Ascorbinsäure, Alkoholtupfer und einem Löffel an intravenöse Drogenkonsumenten begleitet von einer Spritzinstruktion, sowohl individuell als auch in der Gruppe
- Austeilen der Schlüsselanhängerbehälter mit einem Kondom als Inhalt

### **Start der Aktion speziell für Frauen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Haarlem**

9. Woche

Austeilen der Gesundheitstäschchen (uitleg vereist)

10. Woche

Kosmetikerin

11. Woche

Diätassistentin

12. Woche

Info über Geschlechtskrankheiten von kompetenter Krankenpflegerin und einem Arzt

### **Ausführung des Projektes**

Der Start mit einem Kurs war für das ganze Team nicht nur wichtig im Hinblick auf die notwendige Sachkenntnis und Gesprächstechnik der Mitarbeiter, sondern hatte auch positiven Einfluß auf die Motivation und den Enthusiasmus der Leute. Im Zusammenhang mit dem Kurs wurde die Methadonvergabestelle einen Tag geschlossen; eine Ausnahmesituation, die zeigt, daß auch vom Management Unterstützung der Aktion erwartet wurde. Schließlich mußte die Methadonvergabe an die Klienten an dieses Programm angepaßt werden.

Die Aktion spielte sich bei den zwei Methadonvergabestellen ab. Diese Eingriffe hatten keinen negativen Einfluß auf den Verlauf des Projekts.

Im Lauf der Aktion zeigte sich, daß das Projekt den Teamgeist sogar verstärkte. Die ansehnliche Menge Extra-Arbeit wurde ohne Murren gemacht. Das Projekt harmonierte gut mit dem Wunsch der Mitarbeiter, sich nicht nur auf die Methadonvergabe beschränken zu müssen. Ein Risiko war allerdings, daß die zwei Krankenpflegerinnen - aufgrund ihrer Rolle in der Vorbereitungsphase - nur allzu leicht als die für die Ausführung Verantwortlichen ausgewiesen werden konnten.

### **Safe-Sex**

In der dritten Woche des Projekts wurden die Aktivitäten zum Thema Sexualität gestartet. Nachdenken über Safe Sex und einen Entschluß fassen, ob man Kondome verwendet oder nicht, sollte schließlich jeder. Die Entscheidung, mit dem Thema

"Sexualität" anzufangen, bot die Gelegenheit, alle Besucher ansprechen zu können. Im Lauf der Aktion haben wir die Vorgehensweise im Hinblick auf bestimmte Gruppen differenziert.

Aus den Räumen der Methadonvergabestelle wurden die alten Poster entfernt und alle verfügbaren Poster zum Thema Safe Sex wurden aufgehängt.

"Gehüllt" in ein T-Shirt mit einem aufgedruckten Text über Safe Sex verteilten die Mitarbeiter Geschenkpäckchen mit Kondomen und sogenannten "Leckläppchen". Das sind dünne Gummiläppchen, die normalerweise in der Zahnarztpraxis verwendet werden, die aber auch - hauptsächlich im Bereich der Prostitution - bei oral-vaginalem Geschlechtsverkehr als Schutz gegen das HIV-Infektionsrisiko verwendet werden (können). Im ganzen wurden 230 dieser Päckchen ausgeteilt. Gerade das "Leckläppchen" sorgte dafür, daß das Päckchen das nötige Aufsehen erregte. Es gab amüsierte, schockierte, überraschte und humorvolle Reaktionen; jeder hatte irgendetwas dazu zu bemerken. Außerdem hatten wir im Zusammenhang mit dem "Leckläppchen" eine Preisfrage organisiert. Besucher konnten 25 Gulden gewinnen für den originellsten neuen Namen.

Neben dem "Leckläppchen" waren in dem Päckchen noch verschiedene Kondomsorten, Kondome mit Geschmack für genital-oralen Verkehr, ein extra starkes Kondom mit Gleitmittel für genital-analen Verkehr und ein normales Kondom.

Die T-Shirts führten zu vielen positiven Reaktionen.

Beabsichtigt war, eine Woche später nachzufragen, wie man das Päckchen gefunden habe. Mitarbeiter meldeten allerdings, daß sie bereits beim Verteilen mit vielen Besuchern darüber gesprochen hätten und nicht erst eine Woche später.

In der vierten Woche fanden, wie geplant, vier Instruktionen über die Verwendung von Kondomen für Gruppen von Drogenkonsumenten statt. Daran haben - im ganzen - ungefähr 50 Personen teilgenommen. Wir kennen den Lebensstil von Drogenkonsumenten und wußten aufgrund unserer früheren Erfahrungen, daß Klienten nicht eigens für ein Aufklärungsprogramm bei der Drogenhilfe erscheinen würden. Darum haben wir dafür gesorgt, daß wir unser Programm immer direkt im Anschluß an die Methadonvergabe angefangen haben. Bereits einige Zeit vor Anfang des Programms haben wir sichtbar mit den Vorbereitungen angefangen, z. B. mit dem Installieren der Video-Apparatur. Die Mitarbeiter der Methadonvergabe haben zudem beim Aushändigen von Methadon alle Klienten nochmals persönlich auf die bevorstehende Instruktion hingewiesen. In der Woche davor war die Instruktion auch bereits mit einem Poster angekündigt worden.

Außerdem haben wir die Instruktion selbst dadurch schmackhaft gemacht, daß wir Video-Fragmente zweier populärer Kabarettisten gezeigt haben. Danach wurde über den Inhalt der Geschenkpäckchens gesprochen und nähere Informationen dazu gegeben. So wurde z. B. darauf hingewiesen, daß es sehr wichtig ist, auf das extra starke Kondom für analen Geschlechtsverkehr Gleitmittel anzubringen.

Zu guter Letzt wurde mit Hilfe einer Dildo demonstriert, wie man ein Kondom am besten anbringen kann. Auf meine Frage, ob jemand dies mit der Dildo vorzumachen bereit wäre, wurde enthusiastisch reagiert. Einmal wurde sogar - sehr spontan und humorvoll - eine richtige Show daraus gemacht.

Nach dieser Demonstration entstanden oft lange Gespräche über Sexualität. In einem Fall dauerte so ein Gespräch sogar eine Stunde lang. In einer Zusammenkunft erzählte ein Drogenkonsument, der als Zuhälter sein Brot verdiente, daß er selbst die Frauen, die für ihn anschafften, dazu drängte, Kondome zu verwenden. Er sehe es auch als

seine Aufgabe, den Frauen die nötigen Kondome zu beschaffen. Der Mann hatte davor noch nie von seiner Zuhälterarbeit erzählt.

Um die Leute nicht mit Informationen zu "überfüttern", wurde in der fünften Wochen pausiert.

### Safe use

In der zweiten Hälfte der Aktion stand die Frage im Vordergrund, wie man gefahrlos injizieren kann. In der Anfangsphase wollten wir auch die 60 % der Drogenkonsumenten erreichen, die nicht injizieren. Deshalb haben wir mit dem Austeilen von Feuerzeugen mit der Aufschrift "Laß Dich nicht anstecken" begonnen. Im Niederländischen hat das Wort "aansteken" eine doppelsinnige Bedeutung. Es bedeutet sowohl anstecken als auch anzünden.

Ein Feuerzeug ist bekanntlich bei verschiedenen Arten des Drogenkonsums von Nutzen. Daß wir mit diesen Feuerzeugen im Grunde genommen auch der lebensbedrohenden Gewohnheit des Zigarettenrauchens indirekt Vorschub leisteten, haben wir in diesem Zusammenhang ausgeklammert.

In der siebten Woche haben wir an injizierende Drogenkonsumenten ein Päckchen verteilt mit einem Löffel, Ascorbinsäure, Alkoholtupfer und destilliertem Wasser. Spritzen waren in dem Päckchen nicht enthalten, da sie täglich bei der Spritzenvergabe erhältlich sind. Das Verteilen der Päckchen wurde begleitet von einer Spritzinstruktion. Im ganzen wurde diese Instruktion viermal gegeben.

Wie bereits erwähnt, wird zweimal pro Woche auch abends Methadon vergeben, für Klienten, die eine feste Arbeit haben. Im Rahmen dieser Methadonprogramme sind Menschen nicht so schnell geneigt, noch eine Tasse Kaffee zusammen zu trinken. Ein paar Klienten waren denn auch nicht bereit, auf den Anfang der Instruktion zu warten. Wir haben mit diesen Klienten einzeln in einem kurzen Gespräch ein Faltblatt mit zehn Safe-Use-Tips in einer Art Kurzinstruktion durchgesprochen.

Schließlich hatten wir alle fünfzig Personen, die nach ihren eigenen Angaben injizieren, instruiert.

In der Gruppeninstruktion wurden die zehn Tips ausführlich der Reihe nach besprochen. Zudem wurde erklärt, wie man die anderen ausgeteilten Sachen am besten verwenden kann. Im Anschluß wurde ein Videofilm über Safe Use gezeigt, der von Drogenkonsumenten im allgemeinen als informativ und - aufgrund des Einbaus einer Zeichentrickfigur in reale Filmbilder - als sehr unterhaltsam gewertet wurde. In diesem Zusammenhang fiel auf, daß die Anwesenden sich nachdrücklich von Drogenkonsumenten distanzieren, die sich riskant verhalten. Jede Szene mit Risikoverhalten rief mißbilligende Reaktionen hervor, nach dem Muster "das ist ja ein fieser Junkie, das tut man doch nicht". Der gezeigte Film verblümt nichts und wirkt darum ziemlich provozierend. Ein paar Personen gaben auch an, wieder Lust auf Heroin zu bekommen. Ein paar begannen sichtbar zu schwitzen.

Gerade auch weil Spritzen mit einem Tabu belegt ist, ist die Beherrschung adäquater Gesprächstechniken bei diesem Thema von großer Wichtigkeit. Zu Beginn der Instruktion fing ich mit einer Frage an, die absolut nicht mit den erlernten Gesprächstechniken übereinstimmt. Ich hätte wissen müssen, daß eine geschlossene Frage nie zu einer befriedigenden Antwort führt. Das zeigte sich auch. Ich fing mit der Frage

an: "Wer von Euch spritzt?" Niemand antwortete bejahend. Im Lauf der Instruktion zeigte sich allerdings, daß beinahe alle Teilnehmer Drogen spritzen oder gespritzt haben. Anscheinend ist die Scheu groß, offen über das Spritzen zu reden, auch wenn Spritzutensilien von uns an alle ausgeteilt werden.

Am Ende des allgemeinen, das heißt für Frauen und Männer bestimmten, Teils der Aktion haben alle Teilnehmer - quasi als Abschluß des Programms - noch einen Schlüsselanhänger mit einem Kondom geschenkt bekommen.

## Aktion für Frauen

Frauen werden vielfältig mit Themen konfrontiert, die mit körperlicher oder seelischer Gesundheit **und** mit AIDS-Prävention zu tun haben. Zum Beispiel die Frage: "schwanger werden: ja oder nein?" die Wahl des Antikonceptivums, und so weiter.

Frauen sind viel häufiger in der Prostitution tätig als Männer, entweder als Einnahmequelle allgemein oder als Geldquelle für den eigenen Drogenkonsum. Im Falle einer Schwangerschaft drängt sich die Frage des HIV-Tests denn auch nachdrücklich auf.

Es gibt also Gründe genug, Frauen besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Auch in der allgemeinen Safe-Use-Phase des Projektes wurde die Zielgruppe Drogenkonsumenten näher differenziert, z. B. im Hinblick auf injizierende Konsumenten, die sehr direkt auf Safe Use angesprochen wurden.

In der Aktion für Frauen haben wir uns auf gesundes Verhalten im allgemeinen konzentriert. Auf indirekte Weise wollten wir über "gesundes Verhalten" Interesse für AIDS-Prävention wecken.

Die Aktion für Frauen war auf vier Wochen angelegt.

In der ersten Woche bekamen alle Frauen ein sog. Gesundheitstäschchen: Lippenstifte mit Informationen über die Ansteckungsgefahr von Herpes, Vollkornkekse mit Rosinen, eine kleine, gut aussehende Dose mit Spiegel im Deckel, ein Anti-Allergiekondom, eine kleine Flasche Body-Lotion und ein Faltblatt mit dem weiteren Programm der Aktion. Auf die Täschchen wurde enthusiastisch reagiert, mit Bemerkungen wie: "Das ist originell, davon hab ich zumindest etwas, das ist echt was für mich."

Dieses kleine Geschenk war Anlaß für einige Frauen, spontan ein Gespräch über den eigenen HIV-Serostatus oder - aufgrund des Anti-Allergiekondoms - über Beschwerden wie Juckreiz und Ausschlag zu beginnen.

In den nächsten drei Wochen hatten wir - gekoppelt an die Öffnungszeiten der Methadonvergabe - für die Frauen eine Kosmetikerin, eine Diätistin und - zum Thema Geschlechtskrankheiten - eine sachverständige Krankenpflegerin und einen Arzt eingeladen. Bei der Methadonvergabe wurden die Frauen angesprochen, die Veranstaltungen zu besuchen.

Die eingeladenen Fachkräfte hatten immer interessantes Material bei sich. So präsentierte z. B. die Krankenpflegerin das Frauenkondom, das in Kürze auf den Markt gebracht wird. Der Arzt machte mit Hilfe eines Mikroskops anschaulich, was man an einem Abstrich alles sehen kann. Der Schauer über das Gewusel der Mikroben führte dazu, daß das Gespräch über die Bedeutung von Kondomen wesentlich konkreter wurde.

Die Kosmetikerin hat die Frauen geschminkt und ihnen Schminktipp gegeben. Die Diätistin hat auf einem Tisch gesunde Nahrungsmittel ausgelegt, die nicht schwer zuzubereiten sind, sondern einfach beschafft werden können.

Die Zusammenkünfte hatten einen informellen und unterhaltsamen Charakter; es wurde etwas zu essen und zu trinken angeboten und viel geredet. Die Krankenpflege-

rin hat z. B. vorgeschlagen, daß eine der Frauen sie schminken sollte. Zwischen den beiden entwickelte sich dabei ein intensives Gespräch darüber, wie eine Prostituierte mit ihren Kunden verhandelt. Die Frauen reagierten sehr neugierig auf die angebotenen Sachen. Die Gespräche waren teilweise sehr persönlich.

Es fiel auf, daß Frauen vielfach sehr unsicher über ihre eigene Gesundheit sind.

Im ganzen haben 18 von den insgesamt 50 Frauen die Veranstaltungen besucht, darunter alle fünf Teilnehmerinnen des Methadonprogrammes für problematische Drogenkonsumenten. Eine Frau, die wir monatelang im Zusammenhang mit ihren körperlichen Beschwerden nicht überzeugen konnten, hat nach der Aktion doch ihr Blut untersuchen lassen.

Aufgrund des offenen Charakters der Zusammenkünfte und der guten Atmosphäre kamen allerlei Gespräche zustande, die sonst nie stattfinden. Selbstverständlich ist eine Fortsetzung dieser Aktivitäten von größter Wichtigkeit. Es dürfte deutlich geworden sein, daß wir über diese Zusammenkünfte sehr zufrieden waren und sind.

Für uns hat sich bestätigt, daß es gut möglich ist, über Gesundheit aufzuklären ohne explizit über Drogen zu reden. Eine optimistische, respektvolle und kreative Vorgehensweise, im Rahmen derer positive Ansätze verstärkt werden, wirkt gut.

## **Schlußfolgerungen**

Im großen und ganzen kann die Aktion als Erfolg bewertet werden.

Der Versuch, mit einer auf Marketingprinzipien fußenden Vorgehensweise, Drogenhelfern die Gelegenheit zu bieten, ein Gespräch über AIDS anzufangen, ist in Haarlem gut gelungen. Von Klienten haben wir im allgemeinen positive Reaktionen auf die Aktion bekommen. Die beteiligten Drogenhelfer haben es als sehr stimulierend empfunden, auf diese Art zu arbeiten. Man fand es nützlich, neben der Methadonvergabe auch Aufklärungsarbeit zu leisten. Dafür hatte man davor nie Zeit gehabt. Selbstverständlich darf es nicht bei dieser einmaligen Aktion bleiben.

Wir sind mit dem Verlauf des Projektes sehr zufrieden. Das heißt aber nicht, daß alles nach Plan verlaufen ist. Das Ziel, alle Mitarbeiter individuelle Gespräche führen zu lassen, war in der Praxis nur schwer zu realisieren. Eine Kombination dieser Gespräche mit individuellen und Gruppeninstruktionen ist sehr zu empfehlen. In einigen Fällen war gerade eine Instruktion - mit allem was danach geschah - Anlaß für den Drogenhelfer, ein individuelles Gespräch zu beginnen.

Eine derartige Vorgehensweise mit der Methadonvergabe zu kombinieren, ist gut möglich. Vor ein paar Jahren würde dies noch auf Widerstand gestoßen sein, aber inzwischen paßt so eine Aktion gut in den Rahmen der von der Drogenhilfe gesetzten Ziele. Hauptziel ist schließlich, zu verhüten, daß Probleme sich verschlimmern. Man kann sagen, daß das Ziel der Schadensbegrenzung eine gute Voraussetzung für den Erfolg ist.

In Haarlem hat sich zudem gezeigt, daß das existierende Netzwerk von Kontakten im AIDS- und Drogenhilfebereich eine gute Sache ist. In den Niederlanden hat man ein landesweites Netzwerk von Ausbildern und Koordinatoren im Bereich von AIDS und Drogen entwickelt. Das NIAD, die koordinierende Instanz dieses Netzwerkes, hat über dieses Netzwerk Zugang zu den verschiedenen Einrichtungen in der Region. Das

ist wichtig für den Informationsaustausch, die Fortbildung, u.s. w. Inzwischen haben alle Drogenhelfer in meiner Region an einem Fortbildungskurs über Aufklärungsarbeit im AIDS-Bereich teilgenommen. Dadurch sind diese Leute mit der Materie vertraut. Zudem war auch ich ihnen durch den Fortbildungskurs gut bekannt. Die bei der Methadonvergabe beschäftigten Mitarbeiter sahen mich als Kollegen und nicht als Außenstehenden, obwohl ich in einem anderen Ort arbeite. Dies ist auch ein deutlicher Vorteil der Arbeit in einer größeren Drogenhilfeeinrichtung wie der Brijder-Stichting, in deren organisatorischem Rahmen verschiedene Einrichtungen zusammenarbeiten.

Zum Schluß möchte ich noch erwähnen, daß die Resultate der von der Universität Nimwegen für diese Projekt durchgeführten Begleitforschung auf der Vierten Internationalen Konferenz zu dem Thema "Schadensbegrenzung" im März nächsten Jahres in Rotterdam präsentiert werden.

Die nachstehenden Einrichtungen haben an dem Projekt teilgenommen.

MHD Haarlem

NIAD Utrecht

GGD Haarlem

Brijder Stichting

Quellen:

Drs. A va Emst, Talking about risk Marketing and interviewing strategies Vortrag gehalten auf der VIII. Internationalen AIDS-Konferenz, Amsterdam, 19. - 24. Juli 1992.

Der Vortrag ist in englisch und holländisch zu erhalten bei: NIAD Postbus 725 3500 AS Utrecht tel. 030-341300

Carmen M. Kleinegris, Is aidsprevention a Trojan Horse. A health project for women part of aidsprevention (Vortrag gehalten auf der VIII. Internationalen AIDS-Konferenz, Amsterdam, 19. - 24. Juli 1992. Der Vortrag ist in englisch und holländisch zu erhalten bei GGD Haarlem, C.M. Kleinegris Zijlweg 2 2013 DH Haarlem tel. 023-319026.

Korrespondenzanschrift:

Peter Iedema  
Brijder Stiftung  
Postbus 414  
NL-1823 BM Alkmaar

# **NIEDERLANDE**

## ***Bericht zur Beurteilung des AIDS-Präventionsprojektes "Boule de Neige"-EUREGIO***

***Projektjahr 1991 - 1992***

### Einleitung

Neben homosexuellen und bisexuellen Männern bilden intravenöse Drogenkonsumenten in den westeuropäischen Ländern die zweite Kategorie von Personen, die auf Grund ihres Risikoverhaltens AIDS-Ansteckungen ausgesetzt sind.

Das wichtigste Merkmal dieses Risikoverhaltens ist der gemeinsame Gebrauch von Spritzen bzw. der für das Spritzen erforderlichen Artikel. Außerdem sind ungeschützte anale oder vaginale sexuelle Kontakte eine häufige Ursache für Ansteckungen in dieser Gruppe.

Auf Grund dieser Erkenntnisse haben verschiedene Länder zielgerichtete Präventionsaktivitäten entwickelt, um einer weiteren Verbreitung des AIDS-Virus vorzubeugen. Es gilt dabei vor allem, in der Gruppe der intravenösen Drogenkonsumenten dem gemeinsamen Gebrauch von Spritzen bzw. des Spritzenbestecks vorzubeugen, oder diesen zumindest zu reduzieren.

Eine Präventionsmaßnahme beinhaltet das Spritzenumtauschprojekt, mit dem in den Niederlanden bereits viele Erfahrungen gesammelt werden konnten. Diese Erfahrungen haben gezeigt, daß die Entwicklung eines "Spritzenumtauschsystems" die Durchführung anderer Präventionsaktivitäten wie z. B. Aufklärung/Unterricht und Werbung für die Benutzung von Kondomen begünstigen kann.

Die ursprüngliche Idee, ein gemeinsames Umtauschprojekt für Spritzen in der EUREGIO durchzuführen, mußte wegen zu großer Unterschiede in der Gesetzgebung der jeweiligen Länder, deren unterschiedlichen Vorstellungen darüber, wie Kontakte zu Drogenkonsumenten auszusehen haben, und der Unterschiede in der Gesundheitspolitik wie in der Infrastruktur, aufgegeben werden.



Über die Methode und Zielsetzungen der AIDS-Prävention "Boule de Neige" konnten die vier teilnehmenden Instanzen dann aber auf Grund folgender Aspekte einen Kompromiß finden.

- Die gesammelten Erfahrungen und Ergebnisse haben sich in Belgien als positiv erwiesen.
- Der Einsatz von ehemaligen Drogenkonsumenten, welche die Präventionsbotschaft in ihrer Gruppe verbreiten können, schien eine interessante Ergänzung für die vornehmlich von Fachkräften gestützten Aktivitäten zu sein. Durch eine Rekrutierung von Personen aus der "Peergroup" bestand durchaus die Möglichkeit zur Verbreitung der Präventionsbotschaft in der unbekannteren Szene.
- In den verschiedenen Ländern der Euregion war "Boule de Neige" politisch kein heikles Thema. Es war also möglich, kurzfristig mit dem Projekt anzufangen.

Gem. Artikel 5 des Abkommens zwischen der Europäischen Gemeinschaft und dem C.A.D.-Limburg lassen wir Ihnen hiermit den Abschlußbericht des ersten Projektjahres "Boule de Neige"-Euregion zugehen. Ergänzend sei auf den Zwischenbericht "Boule de Neige", Euregion vom 15. Mai 1992, hingewiesen.

Der Bericht ist folgendermaßen gegliedert:

1. Die ursprüngliche Idee
2. Struktur und Verlauf des Projekts
3. Beurteilung der verschiedenen Projektphasen
4. Schlußfolgerungen - Neue Vorschläge
5. Veröffentlichungen
6. Finanzieller Aspekt
7. Beilagen (s. Anmerkung letzte Seite)
  - I. Benutzter Fragebogen
  - II. Vertrag mit Jobisten
  - III. Analyse der Fragebögen
    - a. Regional
    - b. Euregional
  - IV. Regionale Abschlußberichte
  - V. Zeitungsausschnitte der Pressekonferenz

### 1. Die ursprüngliche Idee

"Boule de Neige"-EUREGIO ist ein AIDS-Präventionsprojekt für Drogenkonsumenten in der EUREGIO, in dem die professionellen Mitarbeiter der Drogenberatungsstellen und Schlüsselpersonen aus der Drogenszene zusammenarbeiten.

Die fachkundige Unterstützung beschränkt sich auf Aspekte, die günstigere Bedingungen schaffen wie: tägliche Unterstützung, Schulung, Organisation und die Überwachung der Vereinbarungen.

Die Schlüsselpersonen haben zur Aufgabe:

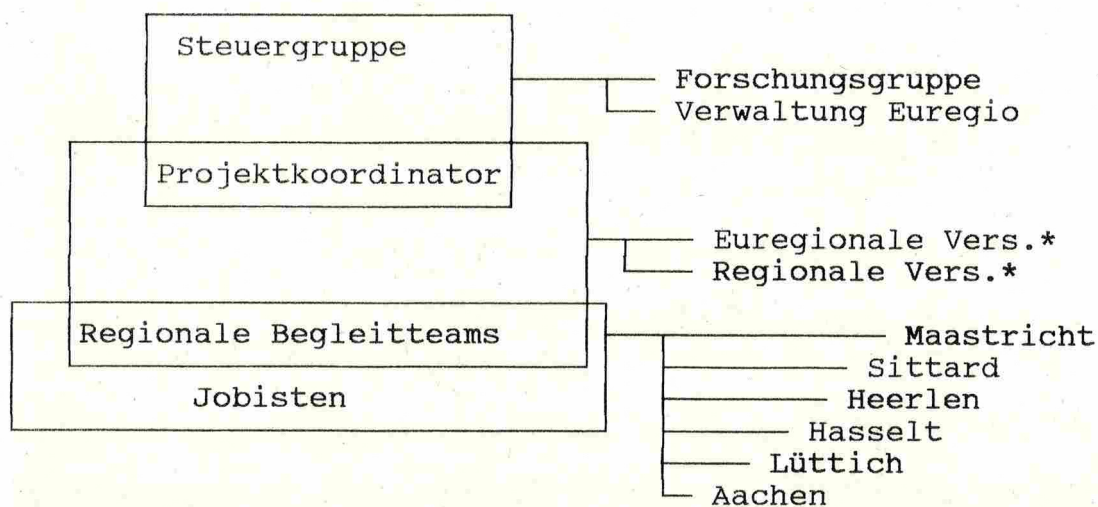
- die Präventionsbotschaft hinsichtlich safe use/safe sex in den Zielgruppen zu verbreiten;
- mit einem Fragebogen an die Zielgruppen heranzutreten, der das Wissen, die Haltung und das Verhalten der Drogenkonsumenten bezüglich AIDS ermitteln soll;
- den ausgewählten Personen ein Präventionspaket anzubieten, das Informationen, Kondome und eine saubere Spritze enthält;
- sich durch diese intensiven Kontakte mit der Zielgruppe über die örtliche Drogenszene und die unbekannte Szene ins Bild zu setzen.

Die Wirkung der von (Ex)Drogenkonsumenten ausgetragenen Präventionsbotschaft ist erst längerfristig mittels separater Fragen im Fragebogen meßbar. Aus diesem Grund sind bei der Kommission der Europäischen Gemeinschaft ergänzende Subventionen beantragt worden.

"Boule de Neige" ist das erste gemeinsame Projekt von Drogenberatungsstellen in der EUREGIO. Von dem intensiven Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Aufgabenkreisen, Zielgruppen, Arbeitsmethoden und Entwicklungen in der Hilfeleistung, ist ein wesentlicher Schneeball-Effekt zu erwarten.

## 2. Struktur und Verlauf des Projekts

Die Organisations- und Beratungsstruktur des Projekts läßt sich wie folgt schematisch darstellen:



\* Versammlung

## Erläuterung der Organisations- und Beratungsstruktur:

### A. Steuergruppe

Zusammenstellung: Leitung der 4 teilnehmenden Instanzen  
Projektkoordinator.  
Leitender Untersuchungsmitarbeiter des  
C.A.D.-Limburg.

Vorsitzender: Direktor C.A.D.-Limburg.

Sekretär: Projektkoordinator. Versammlungsfrequenz: 7 x

#### Aufgabenbereich:

- \* die Überwachung der Zielsetzung des Projekts;
- \* die Festlegung eines allgemeinen politischen Rahmens;
- \* die Förderung gegenseitiger Abstimmung;
- \* die Überwachung des Projektverlaufs;
- \* die Berichterstattung an den Projektkoordinator.

### B. Forschungsgruppe

Zusammenstellung: Projektkoordinator.  
Leitender Untersuchungsmitarbeiter des  
C.A.D.-Limburg.  
Mitarbeiter des C.C.A.D.-Brussel.

#### Aufgabenbereich:

- \* die Entwicklung des Fragebogens für die EUREGIO;
- \* Herstellung von Kontakten mit relevanten Instanzen, um eine wissenschaftliche Auswertung der Fragebögen zu ermöglichen.

Versammlungsfrequenz: 7 x

### C. Projektkoordinator

#### Aufgabenbereich:

- \* die Programmentwicklung für die Steuergruppe;
- \* die Protokollführung in den Versammlungen der Steuergruppe;
- \* die Entwicklung eines P.R.-Programms;
- \* Verbindungsglied zwischen den regionalen Begleitteams;
- \* die Überwachung des regionalen und euregionalen Projektverlaufs;
- \* die Einberufung von Versammlungen für alle Mitarbeiter, die am Projekt in der EUREGIO teilnehmen;
- \* die Beteiligung an der Forschungsgruppe;
- \* die Berichterstattung an die Europäische Gemeinschaft.

Beschäftigungsumfang: 50 %

#### D. Verwaltung EUREGIO

Aufgabenbereich:

- \* Auskunft über die teilnehmenden Institutionen;
- \* Protokollführung in den Versammlungen;
- \* Übersetzungsarbeit.

Beschäftigungsumfang: 25 %

#### E. Treffen auf der Ebene der Region

Zusammenstellung: Regionales Begleiteteam zusammen mit dem Projektkoordinator.

Aufgabenbereich:

- \* die Überwachung des Projektverlaufs;
- \* die Abstimmung auf EUREGIO;
- \* die Unterstützung regionaler Begleiteams.

#### F. Treffen auf der Ebene der EUREGIO

Zusammenstellung: Regionale Begleiteams unter der Führung des Projektkoordinators.

Aufgabenbereich:

- \* die Förderung des gegenseitigen Kennenlernens und der Zusammenarbeit zwischen den teilnehmenden Institutionen in der EUREGIO durch die Beschäftigung mit der Ausführung des Projekts und den Arbeitserfahrungen in den unterschiedlichen Regionen;
- \* die Diskussion neuer Ideen;
- \* das Kennenlernen der Drogenszene in der EUREGIO;
- \* der Austausch relevanter Präventionsmaterialien;
- \* die Überwachung des Zusammenhalts des Projekts.

Versammlungsfrequenz: 4 x

#### G. Regionale Begleiteams

Zusammensetzung: - Leitung;  
- AIDS-Fachmann;  
- Streetworker;  
- Sekretariat.

Versammlungsfrequenz: abhängig von der örtlichen Situation.

Aufgabenbereich:

- \* die Analyse der örtlichen Drogenszene: Welche Gruppen eignen sich für das AIDS-Präventionsprojekt;
- \* die Festsetzung lokaler Arbeitspläne einschließlich des zeitlichen Rahmens;
- \* die Abstimmung auf den euregionalen Arbeitsplan;
- \* die Werbung und Schulung künftiger Jobisten und der Abschluß eines Vertrags zwischen den Jobisten und der Institution;
- \* die Anpassung des Arbeitsplans und des Präventionsmaterials in Zusammenarbeit mit den Jobisten;
- \* die Unterstützung der Jobisten während der aktiven Phase der Befragung;
- \* die individuelle und gemeinsame Nachbesprechung mit den Jobisten, nachdem sie die Erhebungsbögen eingereicht haben. Die Beurteilung kann sich beziehen auf unterlaufene Fehler oder Verbesserungsvorschläge (Schulung, Fragebogen). Ferner wird auf die Reaktionen der Zielgruppen hinsichtlich der Präventionsbotschaft und der Befragung eingegangen;
- \* die Festsetzung neuer gezielter Präventionsaktivitäten;
- \* die lokale Beurteilung des Projekts.

#### H. Plandurchführung: Sozialarbeiter und Jobisten

Aufgabenbereich:

- \* Die konkrete Ausführung des Projektes in der Drogenszene.

#### Projektverlauf

Mitte Juli wurde gem. des von der Steuergruppe festgesetzten Zeitraumes die erste Phase abgeschlossen.

In einigen Regionen hat man etwas später mit der Befragung angefangen, weil das bestellte Präventionsmaterial auf sich warten ließ.

Die Sommerperiode wurde, abgesehen von den Sommerferien, für die Auswertung der eingelieferten Fragebögen mit dem Jobisten, die Erarbeitung neuer Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten für die nächste Phase des Projekts und die Herstellung zielgerichteten Präventionsmaterials benutzt.

### 3. Beurteilung der verschiedenen Projektphasen

#### 3.1 Jobisten

Anzahl: 33                      männlich: 27                      weiblich: 6

Anzahl pro regionalem Bereich

- Aachen:	6	Männer
- Hasselt:	3	Männer
- Lüttich:	11	8 Männer, 3 Frauen

6 Jobisten hatten sich schon eher an "Boule de Neige" Aktivitäten beteiligt. Es gab 5 Neulinge.

- Süd-Limburg:	13	
Heerlen:	5	4 Männer, 1 Frau.
Sittard:	4	3 Männer, 1 Frau.
Maastricht:	4	3 Männer, 1 Frau.

### Typ:

- Ein älterer, ausreichend integrierter Konsument, der gute Kontakte mit den Drogenberatungsstellen pflegt und in der Drogenszene Vertrauen genießt. Als Voraussetzung gilt, daß er ausreichend verantwortungsvoll mit seinem Drogenkonsum oder mit Methadon umgeht.
- Ein Ex-Konsument, der über die Drogenszene Bescheid weiß und sowohl in der Drogenszene als auch mit den Drogenberatungsstellen gute Kontakte pflegt.
- Ein Nicht-Konsument, der sich durch seinen Umgang mit Drogenkonsumenten in der Drogenszene zurechtfindet.

Im nachhinein hat sich gezeigt, daß der Typ des ausreichend integrierten Konsumenten, der gute Kontakte mit den Drogenberatungsstellen pflegt und in der Drogenszene Vertrauen genießt, der engagiert ist und seine Aufgabe als eine Herausforderung betrachtet, am besten für das Projekt geeignet ist.

### Werbung:

- Durch Plakate (Lüttich)
- Durch Methadonverabreichung
- Durch eine vom Streetworker getroffene Vorauswahl
- Durch frühere Jobisten (Lüttich)
- Durch das Spritzenumtauschprojekt

Es hat sich gezeigt, daß die vereinbarte Bezahlung für die Mehrheit der Jobisten nicht das wichtigste Motiv war, sich am Projekt zu beteiligen. Die Möglichkeit, sich nützlich zu machen und ihre gesammelten Erfahrungen in den Zielgruppen weiterzugeben, fiel bei ihnen erheblich schwerer ins Gewicht. Bereits die Tatsache, daß die Drogenberatungsstellen sie eingeladen hatten, am Projekt mitzuarbeiten, wurde als sehr positiv beurteilt.

In fast allen Fällen wurden die Jobisten direkt gebeten, am Projekt teilzunehmen. Nach Abschluß einer ersten Phase wurden die Jobisten, die weiter am Projekt teilnehmen wollten, aktiv in der Werbung neuer Jobisten für spezifische Zielgruppen einbezogen. Nach einer Informationsrunde erfolgte die "Auswahl" durch das Begleiteteam, und anschließend wurden Verabredungen für die Schulung getroffen.

### Schulung:

\* Treffen: 3 bis 4.

Innerhalb dieser Treffen kamen folgende Themen zur Sprache:

- \* gegenseitiges Kennenlernen.
- \* Inhalt, Zielsetzungen und Arbeitsmethode von "Boule de Neige".
- \* Festlegung der Zielgruppe, an die herangetreten werden soll.
- \* Die Erarbeitung des derzeitigen Präventionsmaterials.
- \* Das Vermeiden des Gebrauchs benutzter Spritzen.
- \* AIDS und Drogenabhängigkeit.
- \* Sexualität:  
 Persönliche Stellungnahme.  
 Wie unterhält man sich mit anderen über dieses Thema?  
 Was bedeutet Risikoverhalten für einen selbst und für andere?
- \* Der Fragebogen: Inhalt, Abfassung und Befragungsmethode.
- \* Aspekte hinsichtlich Stellungnahme und Kenntnisse.
- \* Der Kontrakt mit der Institution: Verantwortlichkeiten und Bezahlung.

Das für die Schulung angewandte Material bestand u. a. aus:

- einer audiovisuellen Lehrmethode (Niederlande): Rock de Rat, Rick de Prikker, Leven na de Test, Durex (Kondome);
- einem Quiz, einem Rollenspiel und Gruppendiskussionen, in denen ältere Jobisten von Jugendlichen befragt wurden;
- einem AIDS-Spiel (Lüttich);
- einer Diskussion mit Trägern des HIV-Virus.

#### **Rückblick:**

"Boule de Neige" stützt sich auf die These, daß durch den Einsatz von Betroffenen aus der Drogenszene, die durch professionelle Drogenberatungsstellen unterstützt werden, die AIDS-Präventionsaktivitäten eine größere Wirkung in den Zielgruppen haben.

Ein erfolgreicher Einsatz von Jobisten ist stark abhängig von der persönlichen Motivation, Stellungnahme und Erwartung des Jobisten hinsichtlich seiner Teilnahme am Projekt. Es gibt Jobisten, die sich nur des Geldes wegen am Projekt beteiligt haben, während andere ein wirkliches Interesse für die Zielgruppen, den Gegenstand oder die Arbeitsmethoden entwickelt haben. Besonders für das Erlangen verbindlicher Informationen aus der Zielgruppe spielt eine solche Einstellung eine wichtige Rolle. Da gute Anweisungen und Schulungen nicht ausreichen, um in der Zielgruppe die beabsichtigte Verhaltensänderung herbeizuführen, bestand das größte Problem darin, entsprechendes Engagement zu finden.

Im allgemeinen haben die Jobisten sich pünktlich für die Instruktionen gemeldet. Auf allen Gebieten stellten wir fest, daß sie dem Projekt seriös entgegentraten. Wenn sie das Gefühl hatten, daß sie noch nicht imstande waren, offen über ein Thema, wie beispielsweise Sexualität, zu reden, haben sie selber um ein ergänzendes Treffen gebeten. Während der Schulung haben sie an der ersten Fassung der Frageliste wertvolle Verbesserungen angebracht. Weiterhin haben sie sich sehr aktiv an der Anpassung des ursprünglichen Arbeitsplanes beteiligt.

Es ist uns aufgefallen, daß die Jobisten im allgemeinen gut bis ausreichend über safe use/safe sex im Bilde sind. Während der Schulung wurde vor allem die Kommunikation und die eigene Einstellung betont: Einige Jobisten waren auf Grund ihrer jetzigen

Rolle geneigt, die starre Haltung der Gesellschaft hinsichtlich AIDS zu übernehmen und über ihre eigenen Gefühle und Erfahrungen auf diesem Gebiet hinwegzusehen. Durch die Schulung entstand unter den Jobisten ein gewisses Gemeinschaftsgefühl. Aus der Nachbesprechung der Fragebögen ging hervor, daß die Schulung die Jobisten genügend auf ihre Aufgabe vorbereitet hatte.

### 3.2 Begleitung der Jobisten

Mit den Jobisten sind bindende Verabredungen für das Projekt getroffen. Der Streetworker hat die Aufgabe, außer seiner normalen Arbeit regelmäßig Kontakt mit den Jobisten zu pflegen.

Die Schulungsperiode war eine besonders intensive Phase, die die Grundlage des gegenseitigen Vertrauensverhältnisses bildete. Drogenkonsumenten sind zwar extrem empfindlich, wenn sie spüren, daß sie nicht gleichwertig behandelt werden; in ihrer Vergangenheit als Drogenkonsumenten aber haben sie wenig Möglichkeiten gehabt, mit ihrer Eigenverantwortung umzugehen. Die Begleiter mußten einen Mittelweg finden zwischen ihrer eigenen Einstellung gegenüber dem Drogenkonsumenten, ihrer Bedeutung als Begleiter und der Kompetenz des Jobisten/Konsumenten. Weiterhin mußten die Begleiter umsichtig umgehen mit:

- der beachtenswerten Motivation der Jobisten, ihre gesammelten Erfahrungen der Zielgruppe zugute kommen zu lassen;
- der niedrigen Frustrationsschwelle der Jobisten und ihrer Mühe, die Ziele innerhalb des festgesetzten Zeitraums zu erreichen;
- ihrem allgemein menschlichen Bedürfnissen nach Aufmerksamkeit, Anerkennung und Bestätigung innerhalb der Gesellschaft.

Vor allem in Deutschland stieß man auf die Frage, wie die Stellung des Jobisten im Projekt abgegrenzt werden sollte. Es war schwierig, den Jobisten deutlich zu machen, daß sie das Bindeglied zwischen der Drogenszene und der Institution bilden sollten. Die Jobisten waren geneigt, sich als vollwertige mit Streetwork beauftragte Mitarbeiter der Drogenberatungsstelle zu betrachten. Dies hatte innerhalb der Drogenszene zunächst Mißtrauen erregt, wo Äußerungen wie "Was machen die 'Heilsbringer' hier?" und "Was wird mit dem Fragebogen gemacht?" die Runde machten.

Die Begleitung der Jobisten in ihren Erwartungen und die Abgrenzung der Funktion des Jobisten innerhalb des Projekts erforderte viel Mühe und Takt seitens der Begleiteams.

In Lüttich haben sich die Jobisten eher als Vertreter der Drogenszene betrachtet, die bei den fachkundigen Drogenberatungsstellen die Interessen der Drogenkonsumenten verteidigen.

Bevor von einer gemeinsamen Verantwortung für das Projekt die Rede sein konnte, hielten einige Jobisten es für wichtig, alte Streitigkeiten mit den Drogenberatungsstellen beizulegen.

Während der Präventionsaktivitäten und insbesondere während der Schulung wurde den Jobisten auf emotionalem Gebiet viel zusätzliche Aufmerksamkeit geschenkt. Auf indirekte (und strukturierte) Weise wurden die Jobisten sehr intensiv auf ihre Aufgabe vorbereitet.



Bei einigen Jobisten hatte dies zur Folge, daß sie ihre gesammelten Erfahrungen aus dem Projekt hinsichtlich Eigenverantwortung und aktiver Stellung in ihr Privatleben einzuführen versuchten. Durch ihre Teilnahme am Projekt haben einige Jobisten mehr Verständnis für die schwierige Aufgabe der professionellen Drogenberatungsstellen bekommen.

### 3.3 Das Präventionspaket

Das von den Jobisten nach der Umfrage verteilte Paket war wie folgt zusammengestellt:

- \* Prospekt über safe use/safe sex.
- \* Kondome.
- \* Spritze (nicht überall).

#### **Bemerkungen:**

- Prospekte, die humoristisch, deutlich und einfach im Sprachgebrauch gestaltet waren, wurden am besten akzeptiert.
- Eine weitere Ergänzung des Präventionspaketes ist erwünscht.
- In manchen Ländern war es wegen der Illegalität des Drogengebrauchs für die Jobisten schwer, mit Spritzen im Paket über die Straße zu gehen.
- Manche der Befragten hatten den Eindruck, das Präventionspaket sei eine Belohnung.  
Anderswo wurde die Verteilung der Informationspakete als Aufwertung des Projektes empfunden.
- Die Verteilung der Kondome wurde positiv bewertet, vor allem unter den weiblichen Drogenkonsumenten und den Prostituierten.  
Die Männer sind weniger bereit, die Kondome zu verwenden, vor allem wenn sie einen festen Partner haben.
- Die Möglichkeit, Kondome zu erhalten, hat erwartungsgemäß kaum Auswirkung auf eine Zunahme von safe sex, während die Möglichkeit, Injektionsgeräte, die die Hygiene erhöhen, zu erhalten, eine nachweisbare Auswirkung auf die Zunahme von safe use haben werden.
- Die Bestellung von Präventionsmaterial in ausreichenden Mengen hat mehr Zeit in Anspruch genommen als erwartet. Dadurch mußte in manchen Städten die Durchführung der Umfrage zurückgestellt werden.  
Für manche Jobisten, die gleich anfangen wollten, war dies ein bremsender Faktor.

Vorschläge der Jobisten:

- größere Verfügbarkeit des Duo-Kondoms
- mehr Spritzen-Automaten
- mehr Umtauschmöglichkeiten für Spritzen und Spritzbesteck

### 3.4 Umfrage

#### 3.4.1 Fragebogen (s. Anlage)

Bei der Erstellung des endgültigen Fragebogens wurde zunächst vom Fragebogen ausgegangen, der von der C.C.A.D. in Brüssel entwickelt wurde. Dieser Fragebogen ist in die drei Sprachen übersetzt und den örtlichen Begleiteams vorgelegt worden. Deren Bemerkungen und die der Jobisten sind von der Forschungsgruppe zu einem euregionalen Fragebogen verarbeitet worden.

Raum für lokale Unterschiede gibt es in beschränktem Maße. Im Hinblick auf wissenschaftliche Forschung in der EUREGIO, was die Fragebögen betrifft, schien es uns wichtig, denselben Fragebogen in der ganzen EUREGIO zu benutzen.

#### **Wie wurde der Fragebogen durch den Jobisten gehandhabt?**

Nach einer kurzen Darstellung des Ziels der Umfrage wurden alle Fragen nacheinander besprochen. Der Jobist schrieb die Antworten auf.

In einigen Fällen schrieb der Befragte die Antworten selber auf, weil er nicht wollte, daß der Jobist die Antworten las. Nachdem der Fragebogen ausgefüllt war, hat der Jobist das Thema weiter besprochen.

Nach der Abgabe der Fragebögen (10 pro Jobist) wurden Erfahrungen und Bemerkungen mit dem Jobisten besprochen: War der Fragebogen anwendbar? Waren die Fragen wichtig? War die Vorbereitung auf das Gespräch ausreichend? An welchen Stellen könnte der Fragebogen berichtigt werden? Wie wurde der Fragebogen von der Zielgruppe aufgenommen?

Als alle Fragebögen einer Region abgegeben waren, wurden alle Jobisten eingeladen, um ihre Meinung und Verbesserungsvorschläge zu äußern und Vorschläge für andere Aktivitäten zu formulieren.

Auf Grund dessen sind Vorschläge zur Verbesserung der Fragebögen formuliert worden wie: Sprachgebrauch, Länge, andere Einteilung (z. B. Spritzverhalten, Raucher, Kondomeinsatz, AIDS-Aufklärung, Sexualität).

In allen Regionen möchte man mehr Betonung auf safe sex und weniger auf intravenöses Spritzverhalten legen.

Safe use scheint einigermaßen akzeptiert, während man zu safe sex in der Praxis keinen Zugang findet.

Was viele Jobisten irritierte, war die Laschheit der Drogenkonsumenten, die dazu führte, daß viele Termine abgesagt wurden. Viele Konsumenten waren zu stoned oder zu krank, um den Termin einzuhalten, oder waren einfach zu beschäftigt.

Die Jobisten mußten daher weitaus mehr Zeit investieren als erwartet, vor allem dort, wo es kaum eine Szene gibt und wo die Konsumenten keine festen Treffpunkte haben. Direktes Verweigern der Mitarbeit beim Ausfüllen der Fragebögen war selten.

Die Abnahme der Fragebögen war mit einem Gespräch mit dem Befragten verbunden.

### **Verlauf des Gesprächs und dessen Auswirkung**

Auf das Gespräch ist sehr unterschiedlich reagiert worden.

Mancherorts ist es in der Szene üblich, daß ältere Drogenkonsumenten den jüngeren zeigen, wie sie sicher spritzen können. "Boule de Neige" schließt hier gut an das Prinzip der "Peer Education" an.

Manche Konsumenten empfanden es als angenehm, so mit jemandem aus der Zielgruppe über diese Themen reden zu können.

Andere, am Anfang mißtrauisch, reagierten mit Bewunderung auf diese Aktivität.

Wieder andere glaubten, sie würden im nachhinein eine Geldentschädigung erhalten für das Ausfüllen der Formulare.

Eine andere Gruppe sah den Erhalt des Präventionspakets als eine Art Entschädigung an.

Während des Gesprächs wurden auch andere Themen erwähnt wie: Was tun die Drogenberatungsstellen eigentlich? Wie sind die Bestimmungen in Sachen Methadon und Spritzenumtausch?

Auf Grund dessen gewannen die Jobisten neue Ideen über mögliche Lobby-Aktivitäten für die Zielgruppe, z. B. eine Informationskampagne unter den ortsansässigen Apothekern.

Die Präventionsaktivitäten der Jobisten stimmten weitestgehend miteinander überein. Die Unterschiede sind auf die jeweilige Situation, in der die Aktivität ausgeführt wurde, zurückzuführen.

Die Erreichbarkeit der Drogenkonsumenten in den Niederlanden wird in hohem Maße durch die zurückhaltende Strafrechtspolitik, verbunden mit einem großen Netz der Drogenberatungsstellen, bestimmt. Die Konsumenten fühlen sich weniger bedrängt.

Für die zukünftige wissenschaftliche Untersuchung der Fragebögen auf EUREGIO-Ebene ist diese erste Umfrage als die Nulllinie anzusehen.

Tiefgreifende Änderungen der Fragebögen können einen Vergleich der zukünftigen Daten verhindern, andererseits müssen die Fragebögen in der Praxis die Erwartungen bestätigen. Die Forschungsgruppe wird für dieses potentielle Problem eine adäquate Lösung finden müssen.

Um die spezifische Auswirkung des präventiven Inhalts der durch die Jobisten geführten Gespräche einschätzen zu können, werden im Frühjahr 1993 dem Bogen neue Fragen zugefügt.

Auf Grund der Information von den Jobisten kann man schlußfolgern, daß sie ihren Beitrag als angenehm und sinnvoll erfahren, und daß sie von den Konsumenten viel Anerkennung bekommen haben.

Die Drogenberatungsstellen konstatieren, daß die Jobisten mit dieser Art der AIDS-Prävention eine größere Gruppe erreicht haben, die Antworten auf den Fragebögen ehrlicher sind und die Zielgruppe sich in hohem Maße angesprochen fühlt.

Die Anlage (III) enthält einen Auszug der Fragebögen pro Region und auf euregionaler Ebene.

Für eine wissenschaftliche Analyse dieses wichtigen Informationsmaterials haben die Forschungsbüros "Intraval" und "Ipser" nach Rücksprache mit der Steuergruppe des Projektes "Boule de Neige" bei der Europäischen Gemeinschaft um zusätzliche Mittel gebeten.

In den nächsten Abschnitten werden, pro Region, einige Themen aus den Fragebogen pauschal besprochen.

Für weitere Informationen verweisen wir auf die regionalen Berichte in den Anlagen (IV).

### 3.4.2 Erreichte Gruppen:

318 Fragebögen sind insgesamt ausgefüllt worden.

Unterteilung pro Region:

Aachen: 40 Personen.

Die Befragten sind im Grunde Personen aus der direkten Umgebung der Jobisten. Der harte Kern der Szene ist weitaus schwerer zu erreichen. Die Jobisten stellten in dieser Gruppe gute Kenntnisse über safe use und safe sex fest, aber auch eine geringe Bereitschaft, ihr risikoreiches Verhalten zu ändern: Auch wenn das präventive Gespräch und das Präventionspaket optimal wären, würden sie doch ihr Leben, das viele Risiken mit sich bringt, nicht so einfach aufgeben wollen.

Bedürfnisbedriedigung ist im Moment wichtiger als Prävention. Das Begleitteam und die Jobisten schreiben diese harte abweisende Einstellung größtenteils der Illegalität und der Kriminalisierung des Drogengebrauchs in Deutschland zu.

Auf Grund dieser Erfahrungen ist es nicht verwunderlich, daß man in Aachen zukünftig in Bezug auf "Boule de Neige" an Aktivitäten denkt, die günstigere Voraussetzungen schaffen.

### Lüttich:

Die Umfrage ist in der Region Lüttich in drei Regionen durchgeführt worden:

- a) Waremme: 23 Personen  
Der Kontakt der Jobisten (2) mit der Zielgruppe war im allgemeinen gut. Ein Jobist hat sich vornehmlich auf die Zielgruppe zwischen 25 - 35 Jahren konzentriert, während der andere sich an die Gruppe zwischen 20 - 25 Jahren wandte.  
Mittels der Umfrage hat die Drogenberatungsstelle auch mehr Überblick über den Umfang der gesamten Gruppe der Drogenkonsumenten in dieser Region, ihre Art des Drogengebrauchs (70 % sind Raucher) und die Prävalenz der Drogenart bekommen.
- b) Angleur: 40 Personen  
Die örtliche Szene hatte schon Erfahrungen mit früheren Kampagnen von "Boule de Neige" gemacht.  
Auf die Jobisten (4) ist positiv reagiert worden.  
Die Zielgruppe besteht sowohl aus jüngeren als auch aus älteren Drogenkonsumenten. Hier wird ebenfalls überwiegend geraucht.
- c) Outremeuse: 56 Personen  
Die Zielgruppe liegt zwischen 23 bis 30 Jahren und älter. Die eine Hälfte nimmt regelmäßig Drogen, die andere nur gelegentlich.  
Anzahl der Jobisten: 5  
Überwiegend intravenöse Fixer

### Hasselt: 24 Personen

Die Umfrage wurde vor allem in der Gemeinde Genk durchgeführt.

Durchschnittliches Lebensalter: 24,7 Jahre.

Art des Gebrauchs: meistens das Schnüffeln von erhitztem Heroin, ab und zu Spritzen. Bis auf eine Person war keiner im Augenblick der Umfrage über AIDS informiert worden.

Drei Personen haben den AIDS-Test gemacht, alle negativ.

Bis auf 2 Personen hatte keiner der erreichten Gruppe zu jenem Zeitpunkt Kontakt mit der Beratungsstelle.

Dadurch, daß eine unbürokratische Hilfeleistung fehlt und die Drogenberatungsstellen in der Szene sich noch in der Entwicklungsphase befinden, war es sehr schwer, die Zielgruppe zu erreichen und zu beeinflussen.

Kennzeichnend für die Szene ist u. a. die Außenseiterstellung der Drogenkonsumenten (Randgruppierung) in der Gesellschaft und das große Mißtrauen gegen die etablierte Ordnung (Drogenberatungsstellen, Polizei)

Die Anzahl derjenigen, die bereits Kontakt mit der Justiz hatten, ist sehr hoch. Dies deutet auf eine Kriminalisierung der Szene hin.

Es war in dieser Anfangsphase unmöglich, Jobisten aus der Zielgruppe selbst heranzuziehen. Die Anstrengungen haben jedoch dazu geführt, daß drei Drogenkonsumenten sich bereit erklärt haben, als Jobist im Rahmen des "Boule de Neige" an weiteren Projekten teilzunehmen.

### Süd-Limburg: 135 Personen

a) Maastricht: 40 Personen

Alter: zwischen 22 und 40 Jahre

Geschlecht: hauptsächlich Männer

Nationalität: niederländisch, flämisch, walonisch

Die Konsumenten, die der Zielgruppe angehören, sind bei der Beratungsstelle als intravenöse Fixer bekannt, was auch für die Ausländer gilt.

b) Heerlen: 55 Personen

In der östlichen Bergbauregion ist die Umfrage in drei Szenen gehalten worden: in Brunssum, Kerkrade und beim Bahnhof von Heerlen.

Brunssum: 10 Personen, hauptsächlich intravenöse Fixer

Kerkrade: 10 Personen, 7 Männer - 3 Frauen

6 Fixer, 3 Raucher, 1 Schnüffler von erhitztem Heroin

1 AIDS-Risiko

6 getestet

Heerlen: 35 Personen, 30 Männer - 5 Frauen

26 intravenöse Fixer

25 Raucher

4 Schnüffler

12 Koks

Die befragten Personen, 30-jährige, sind Teilnehmer eines Methadonprogrammes bei der Beratungsstelle. Die Kenntnisse über AIDS/HIV bei den Befragten ist gut.

Die Mehrheit hat schon mal einen HIV-Test gemacht.

Auffallend ist der starke Konsum von Medikamenten und Alkohol.

- c) Sittard: 40 Personen  
Durchschnittsalter: 30 Jahre  
Frauen: 15, Männer: 25  
Zusammensetzung: 31 Niederländer; 9 Personen mit einer anderen Nationalität.  
15 Personen hatten schon mal einen AIDS-Test machen lassen: 6 Frauen und 9 Männer.

Für die pauschale Analyse der jeweiligen Abschnitte der Fragebögen sowohl auf regionaler als auf euregionaler Ebene verweise ich auf die Anlagen (III). Nach der wissenschaftlichen Analyse der Fragebögen werden die Parallelen und Unterschiede der verschiedenen Regionen deutlich hervortreten.  
Auf Grund der Analyse kann auch die weitere Strategie der Region evtl. verändert werden.

#### 4. Schlußfolgerung - Neue Vorschläge

Das Projekt umfaßte einen Zeitraum von nicht ganz 10 Monaten (15.12.1991 - 30.09.1992).

Dieser kurze Zeitraum ist in erster Linie für die Vorbereitung verwendet worden: Strukturierung des Projektes, Vorbereitung des Begleiteams, Werbung, Schulung der Jobisten, und Information für die Jobisten, Zusammenstellung der Fragebögen und Präventionspakete, Formulierung des Arbeitsplans für die jeweilige Region usw..

In den Monaten Mai, Juni und Juli sind die Jobisten in die Szene gegangen; die Ergebnisse der Kampagne in den Regionen wurden besprochen.

Nach den Ferien mußte ein neuer Anfang gefunden werden: Alte Vorschläge für weiterführende Aktivitäten wurden neu betrachtet und bearbeitet in der Hoffnung, daß die Genehmigung für die Weiterführung des Projektes bald eintreffen würde.

"Boule de Neige" ist ein gemeinsames Projekt der fachkundigen Sozialarbeiter und der Schlüsselpersonen der Szene. In allen Regionen ist es gelungen, ein gemeinsames Projekt zu realisieren.

Diese Tatsache an sich ist schon eine große Leistung; Projekte mit Drogenabhängigen durchzuführen, ist keine leichte Aufgabe.

Das Gelingen des Projektes ist auf dessen spezifische Methodik zurückzuführen: Die Jobisten wurden durch eine straffe Struktur festgelegt und auf ihre eigenen Einsichten in der Szene angesprochen, um zusammen mit der Beratungsstelle dieses Projekt zu verwirklichen.

Der Erfolg des Projektes ist von dem richtigen Jobisten und der Begleitung durch die Beratungsstelle abhängig. Es war schwer, die Schlüsselpersonen zu finden, die das präventive Gespräch mit der notwendigen Motivation verbreiten konnten.

An manchen Stellen waren die idealen Jobisten noch nicht gefunden und man hatte das Projekt mit den verfügbaren Personen angefangen in der Hoffnung, daß durch die Aktivitäten andere Personen Interesse für das Projekt zeigen würden.

Die von "Boule de Neige" erreichte Zielgruppe besteht hauptsächlich aus dem Bekanntenkreis der Jobisten. Es geht hier meistens um Drogenabhängige mit einer langen Abhängigkeit. In den Niederlanden handelt es sich um Personen, die bei der Drogenberatungsstelle bekannt sind.

Die Jobisten schlußfolgern aufgrund der Fragebögen und der Gespräche, daß safe use ziemlich gut in der Szene verbreitet ist. Ältere Drogenabhängige unterrichten die

jüngeren in safe use. Im Hinblick auf safe sex sind alarmierende Signale wahrzunehmen.

Unbekannt ist das Verhalten im Hinblick auf safe use/safe sex bei Jüngeren, Frauen und "Zuwanderern".

In der Literatur wird deutlich, daß in den verschiedenen Koks-Szenen (bei Jugendlichen, im Hotel- und Gaststättengewerbe, in der Geschäftswelt, bei Polykonsumenten) der Umgang mit Sexualität sehr risikobelastet ist.

Reden über Sexualität ist nicht immer leicht. Mit Drogenabhängigen über safe sex zu reden, ist besonders schwer, vor allem wenn die Droge die Potenz erhöht und Hemmungen wegnimmt.

Um drogenabhängige Gruppen mit der safe sex/safe use-Information erreichen zu können, ist der Einsatz von Mitbetroffenen sehr nützlich und schließt gut an die Methoden der professionellen Drogenberatungsstellen an.

Jobisten können eine wichtige Aufgabe erfüllen bei der Aufzeichnung der unbekannt Szene, dem Finden wichtiger Schlüsselpersonen, die diese Gruppe erreichen können, bei der Gestaltung des Präventionsmaterials und bei der Weiterleitung der präventiven Botschaft an die Mitbetroffenen.

Das Ergebnis der kurzen Erfahrung der letzten Monate ist für alle eine gute Motivation, mit der AIDS-Prävention auf diese Weise weiterzumachen.

AIDS-Prävention ist ein Hauptziel; aber um gute Ansätze für das Erreichen der Zielgruppe zu finden, wurde die ganze Drogenproblematik in der Region bzw. EUREGIO besprochen.

Als "Schneeball-Effekt" des Projektes stellen wir in den verschiedenen Begleiteams eine wachsende gemeinschaftliche Verantwortung für die Drogenkonsumenten in der EUREGIO fest. Auf der Plenartagung informiert man sich über verschiedene Themen, die die Szene, die Arbeitsweise der Beratungsstelle, die Projekte, die Entwicklung unbürokratischer Hilfeleistung (Methadonprogramme, Feldarbeit usw.) betreffen.

Trotz der Unterschiede in Sprache, Struktur, Gesetzgebung und Gesundheitspolitik hat sich gezeigt, daß auf eine angenehme Art und Weise zusammengearbeitet werden kann.

#### Arbeitsziele für das 2. Projektjahr:

- \* Wiederholung der jetzigen Kampagne in einer größeren Gruppe von Drogenabhängigen (spezifisch für Aachen und Hasselt)
- \* Safe-sex unter den bekannten Abhängigen mittels Peer-Education
- \* Größerer Einsatz von Jobisten bei der Werbung und Schulung neuer Jobisten
- \* Zusammen mit den Jobisten die unbekannt Szene aufzeichnen (Jüngeren, Frauen, MigrantInnen): Größe der Szene, Alter der Konsumenten, Art und Weise der Abhängigkeit, Risiken). Mit Hilfe dieser Informationen die AIDS-Prävention an diese Zielgruppen anpassen.
- \* Evt. grenzüberschreitende Aktivitäten im Rahmen der AIDS-Prävention aufstellen: Jobisten aus Lüttich unter französisch-sprachigen/WallonInnen in Maastricht.

Diese pauschalen Zielsetzungen werden in den verschiedenen Regionen durch individuelle Akzente nach Rücksprache mit den Jobisten ergänzt.

Die Forschungsbüros Intraval und Ipser werden, bei ausreichenden Subventionen, die Fragebögen wissenschaftlich analysieren und in einem Zeitraum von maximal drei Jahren das Projekt "Boule de Neige" begleiten.

Zentrale Fragen der Forschung: Wo liegt der spezifische Effekt der Kampagne auf Grund des Einsatzes von Jobisten? Wo liegt das Charakteristikum der Ausführung eines Projektes in der EUREGIO (Management, Verfahren).

## 5. Veröffentlichungen

Um dem Charakter des Projekts Ausdruck zu verleihen, ist ein Logo entwickelt worden, das die Dynamik und den Wunsch auf Zusammenarbeit zwischen den vier Städten in der ERREGIO widerspiegelt, und das die zentrale Rolle der Europäischen Gemeinschaft zeigt.

"Boule de Neige" ist aus einer AIDS-Plattform der EUREGIO entstanden, was zur Folge hatte, daß die ehemaligen Mitglieder dieser Arbeitsgruppe im Februar eingeladen wurden, um sie über die Zielsetzungen des Projektes zu informieren.

Am 26.06.1992 ist nach dem Erscheinen des Zwischenberichtes in Maastricht eine euroregionale Pressekonferenz organisiert worden. Die Pressemappe, dreisprachig, ist unter verschiedenen Institutionen, auch Politikern, verbreitet worden.

Dies führte zu einer Wiederbelebung der Diskussion über die AIDS-Problematik und den AIDS-Tourismus in der EUREGIO. Das deutsche und wallonische Fernsehen haben dem Projekt Aufmerksamkeit gewidmet; auch die folgenden Rundfunkprogramme: BRT, RTBF-Matin, ROZ, Kabelkrant.

In der europäischen Woche der Drogenprävention (16.-20.11.1992) wird dieser Auswertungsbericht der Presse vorgelegt.

Die wichtigsten Zeitungsartikel über die letzte Pressekonferenz und den Pressebericht finden Sie in Anlage V.

A. Penners  
Projektkoordinator

Maastricht, 06.10.1992

### Anmerkung:

Bei Interesse sind die Anlagen bei der Korrespondenzanschrift anzufordern.

Korrespondenzanschrift:

Gerda op het Veld  
CAD Limburg  
Stationsstraat 33  
NL-6221 BN Maastricht



# ***FRANKREICH***

## ***Allgemeine Prinzipien unserer Interventionen***

### **Grundsatz**

Wir glauben nicht, daß es Präventionsspezialisten gibt, sondern daß das Präventionsprinzip den Sozialkörper insgesamt betrifft. Wir vertreten die Ansicht, daß man keine Präventionsprojekte um eine vorher als "straffällig geworden" definierte Gruppe herum aufbauen und begründen kann, weil es zur sozialen Existenz dieser Bevölkerungsgruppe beitragen würde. Deshalb hat sich unser spezialisierter Präventionsverein für die Arbeit im Hinblick auf die Sozialverbindung entschlossen und nicht ausschließlich auf diejenigen, die daraus ausgestoßen wurden.

Die beste Arbeitsweise mit Personen, die vom Sozialsystem ausgeschlossen wurden und die soziale und persönliche Schwierigkeiten haben, ist, sie nicht wie "besondere" Menschen zu behandeln.

### **Interventionsrahmen**

Wir verstehen unsere Aktion als ein Ganzes, das aus kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Elementen besteht. Das "ilot" und das Stadtviertel stellen meistens einen mikrosozialen Lebensraum dar, Basis des Soziallebens, in dem sich verschiedene Partnerschaften, Strukturen und Gruppen bewegen.

Deswegen organisieren wir unsere Arbeit nicht nach dem sozialen Schichtsystem oder nach Problemkategorien zur Deckung eines bestimmten Bedarfs, sondern nach dem Prinzip der Interaktion, der Verschachtelung der verschiedenen Elemente in diesem Lebensraum.

### **Interventionssinn**

Es bedeutet auch, daß sich die Aktion, die soziale Anpassungsprobleme betrifft, für eine Globalsicht einsetzt, so daß die Intervention für die Jugendlichen, die sich in Schwierigkeiten befinden, ein Glied in der Kette einer vorbereiteten Aktion ist, mit **anderen** Interventionsformen in kulturellen und künstlerischen Bereichen eng verbunden ...

Diese Intervention kann nur wirksam sein, wenn ihre Einführung in das "Sozialgewebe" eines Sektors als eine wichtige Voraussetzung betrachtet wird.

Die nach diesen Konzepten erfaßte spezialisierte Präventionsaktion hängt vor allem von einer Einstellung ab, die die Anwendung einer Intervention auf die sozialen Anpassungsprobleme von einer neuen Stellung der verschiedenen beteiligten Partner aus betrachtet.

### **Interventionsziel**

Wir arbeiten in Richtung auf eine neue Zusammensetzung der sozialen Organisation, ausgehend von einer gemeinsamen Analyse der sozialen Anpassungsprobleme, ausgehend von der Frage, was sie in dieser Organisation mit sich bringen, was sie bedeuten.

In diesem Sinn bedeutet solch ein Ziel nicht mehr eine einfache Abschaffung der Symptome oder eine Aufnahme der Personen, die sich in Schwierigkeiten befinden, oder ein guter Zusammenschluß der beteiligten Partner, sondern eine deutliche Aufteilung der Aufgaben eines jeden in einem gewissen Bereich.

### **Interventionsmethoden**

Solch ein Vorgang bedeutet:

- das Sozialwesen zu bearbeiten,
- zur Entwicklung des inter-relationellen Gewebes beizutragen,
- Kontakte zu knüpfen oder wieder anzuknüpfen,
- Verbindungen zu schaffen oder wiederherzustellen
- Unterschiedliche, getrennte oder einsame, Beteiligte in Kontakt zu bringen.

Diese Verbindungsfunktion will ein neues Sozialleben aufbauen und versucht, eine neue Sozialproduktion in Beziehung zum gestellten Problem zu ermöglichen.

Durch diesen Schritt hilft unsere allgemeine Politik den Einzelpersonen sowie den Gruppen und den Wirkungskreisen, neue Formen sozialen Lebens und neue Verhältnisse sich selbst oder anderen gegenüber zu organisieren, und stellt sich wie ein Werkzeug dar, das die Transaktion zwischen den Beteiligten in ihren alltäglichen Verhältnissen und im Zusammenhang mit Einsätzen, die sie gemeinsam betreffen, erleichtert.

Solche auf ein, zwei oder drei Jahre, je nach Bereich, festgelegten Verträge können, wenn auch damit keine Wunder geschehen, wie wir alle wissen, dennoch die notwendigen Änderungen zu einer Minderung der Phänomene mangelnder sozialer Anpassungsfähigkeit verursachen.

**Unsere Methode wird schematisch durch drei Phasen charakterisiert:**

#### Phase 1

Eine getrennte Vorarbeit mit den verschiedenen Beteiligten ist oft notwendig, um ihre Verknüpfung vorzubereiten.

Während dieser ersten Phase geht es um die Wiedererarbeitung des Sinnes der bewußten Sozialkrise, indem man den Einsatz in der Dynamik zu verstehen versucht.

Dieser Schritt erlaubt die Klärung der Anfangsfrage und die gemeinsame Klärung der eingesetzten Problematik.

### Phase 2:

Es geht hier um die Verknüpfungsperiode zwischen den von der eingesetzten Problematik betroffenen Beteiligten.

Betroffene und Öffentlichkeit arbeiten zusammen.

Diese Arbeit besteht aus:

- der gemeinsamen Festlegung der Schwierigkeiten,
- der Ausarbeitung gemeinsamer Arbeitswege, um die Situation zu verbessern,
- eigener Entscheidung und Miteinbeziehung der helfenden Partner
- der Aktionsgestaltung

### Phase 3

Dieser dritte Schritt muß zu einer Wiederbestimmung der einzelnen Rollen und zu einer gegenseitigen Anerkennung führen.

Er sollte mit der Zeit zu einer Bestätigung der Fähigkeiten aus dem "Sozialgrund" führen, so daß die Lebensgemeinschaft ihre eigenen Probleme verwalten und dabei die Erweiterung der Krise vermeiden kann.

## ***Einrichtungen zur Behandlung von Rauschgiftsüchtigen in Frankreich***

Die Einrichtungen zur Behandlung von Rauschgiftsüchtigen in Frankreich werden vom Gesetz n 70 - 1320 vom 31.12.1970 bezüglich der Suchtbekämpfungsmaßnahmen bestimmt.

Dieses Gesetz besteht aus zwei Teilen:

### **1. Die Zwangsmaßnahmen, nach Strafregister, betrifft:**

**Handel** von Produkten, die zu den Rauschgiften zählen: alles, was Herstellung, Export, Import, Ankauf, Transport, Anbau, Verkauf und Werbung betrifft, wird strengstens bestraft (von 2 bis 20 Jahre Gefängnis, 5.000 bis 50 Mio F)

**Unerlaubter Verbrauch** dieser giftigen Substanzen ist ein Delikt, das bei Rückfall mit 2 Monaten bis zu 1 Jahr Gefängnisstrafe und/oder mit einer Geldstrafe von 500 bis 5.000 F bestraft werden kann.

## 2. Die Gesundheitsmaßnahmen, betreffs Rauschgiftgebrauch:

Zu einer derartigen Maßnahme sind nach dem derzeitigen System drei Zugänge möglich:

- der freiwillige Zugang, anonym und kostenlos, in ein vom Gesundheitsministerium genehmigtes Zentrum.
- der empfohlene Zugang, nach einem Hinweis an das Gesundheits- und Sozialamt (von einer Sozialfürsorgerin, von einem Jugendrichter unter Ausschluß des Rechtsweges).
- der Zwangszugang mit Behandlungspflicht nach strikter Anordnung des Oberstaatsanwaltes. Wenn die Kur bis zum Ende durchgeführt worden ist, kann die Anklage zurückgezogen werden.

Das französische Behandlungssystem umfaßt:

- Empfangs- und Behandlungszentren:  
Sie übernehmen das Einführungsgespräch, die Motivationsklärung und die gesundheitliche, psychologische, soziale und erzieherische Aufnahme der Personen, die sich von ihnen beraten lassen.
- Entziehungsanstalten:  
Es handelt sich um Abteilungen in psychiatrischen und manchmal auch allg. Krankenhäuser, die Entwöhnungskuren übernehmen (8 bis 10 Tage)
- Unterkunftscentren (oder Nachkurcentren):  
Sie übernehmen die Aufnahme einer kleinen Gruppe von entwöhnten Rauschgiftsüchtigen für eine beschränkte Periode (2 bis 8 Monate) mit dem Ziel der sozialen Wiedereingliederung.

Diese drei Anstaltsmodelle werden vom französischen Staat finanziell unterstützt und werden von einer Konvention von Privatvereinen verwaltet. Die Teams, die dort arbeiten, sind meist mehrfach ausgebildet und unterstützen verschiedene, sich ergänzende Heilverfahrensprojekte. (In Frankreich gibt es nicht nur ein Behandlungsmodell).

Dieses System wird durch ein Netz von Empfangsfamilien, die dafür entschädigt werden, und durch Präventionsämter ergänzt. Der Auftrag dieser Ämter umfaßt, was die Weltgesundheitsorganisation, wie folgt, beschreibt:

Die primäre Prävention, welche die Suchterscheinung in der französischen Bevölkerung durch gesetzliche und soziale Maßnahmen verhindern soll, indem sie durch das öffentliche Gesundheitswesen und die staatliche Solidarität gefördert wird.

Beispiele:

- Kontrolle der Herstellung und des Handels von gefährlichen Produkten,
- Werbespots in den Medien und öffentliche Informationen,
- Ausbildung der Fachleute im Erziehungs- und Gesundheitswesen

- Einbeziehung der Vermittler im Bereich der Rauschgiftsucht an das Leben des Stadtviertels.

Die sekundäre Prävention, die frühzeitig erkennt und Maßnahmen ergreift, sobald Drogenmißbrauch sich zeigt, um die Symptomverschlimmerung zu verhindern.

Beispiele:

- Intervention in Gruppen, die dieser Gefahr ausgesetzt sind (Jugendliche, die Schwierigkeiten haben; Familien, die eine Krise durchmachen, "heiße" Stadtviertel etc.)
- Vereinfachung des Behandlungszuganges,
- Bildung der sog. Partner "Relais".

Die tertiäre Prävention, welche die Gefahren, die mit rauschgiftsüchtigem Verhalten verbunden sind, erkennt und benennt und die Rückfallgefahr verhindern soll.

Beispiele:

- Gesundheitliche und soziale Aufnahme der Rauschgiftsüchtigen,
- Behandlungszwang,
- Substitutionsprogramme (Methadon, Temgesic),
- Verkauf von sterilen Spritzen.

Anstatt dieser drei Konzepte, die von der Medizin herkommen, bevorzugen die Vermittler im Bereich der Rauschgiftsucht drei andere. Sie sprechen lieber von:

- spezifischer Prävention, d. h. bezogen auf die Schwierigkeiten, die mit Rauschgift zusammenhängen, mit folgender theoretischer Voraussetzung: je besser man Rauschgifte kennt (ihren Einfluß auf das Verhalten, die gesetzlichen und gesundheitlichen Maßnahmen), desto weniger wird man zum Opfer.

Beispiele:

- Information an jede interessierte Einzelperson oder Gruppe
- Unterricht über Drogen- und Rauschgiftsucht,
- Verhinderung von Überdosis und Vermittlung von Substitutionsprogrammen
- unspezifischer Prävention, d. h., die sich um die Bedeutung der menschlichen Schwierigkeiten kümmert, mit folgender theoretischer Voraussetzung: je besser man sich selbst kennt, desto besser kann man Schwierigkeiten bekämpfen, wenn sie auftauchen.

Beispiele:

- Ausbildung im Bereich der Aufnahmefähigkeiten von individuellen, sozialen oder familiären Problemen,
- Analyse der Angstzustände verbunden mit Interventionsanfragen

- Bildung von sog. "Erwachsenen-Relais" oder "Erwachsenen-Ressources" Gruppen.
- Globale Prävention, die sich auf die Rolle jedes einzelnen in der Gesellschaft bezieht, mit folgender theoretischer Voraussetzung: je besser man seine eigene Rolle in den soziokulturellen Verhältnissen der Rauschgiftszene kennt, desto weniger wird es aus dem System ausgeschlossene Einzelpersonen geben.

Beispiele:

- kollektive Reflexionsarbeit zum Thema "die Bedeutung des Rauschgiftproblems",
- Verknüpfung der Sozialverbindungen,
- Demokratische Definition einer lokalen Politik, die auf die Verbesserung der Lebensqualität abzielt.

Korrespondenzanschrift:

Denis Lieby und Armand Reinhard  
APSIS  
23, rue de la Sinne  
F-68100 Mulhouse

# ***POLEN***

## ***Probleme der Drogensucht und Prävention***

### **Besonderheiten der Drogensucht in Polen**

#### Epidemiologische Daten

Die wirkliche Zahl der Personen, die aktuell Drogen und Medikamente einnehmen, ist nicht bekannt. Laut Angaben des Gesundheitsdienstes, der Polizei und der Schulämter aus dem Jahre 1991 kann man sie nur schätzen. Es stellt sich jedoch heraus, daß die Angaben nur teilweise übereinstimmen, v. a. deshalb, weil verschiedene Kriterien bei den Befragungen angewandt werden und verschiedene Bevölkerungsgruppen untersucht werden. Z. B. der Gesundheitsdienst verzeichnet alle, die medizinische Hilfe bekommen haben, die Polizei alle, die straffällig geworden sind; wieder andere werden in den Schulen registriert.

Man kommt dabei zu folgenden Schätzungen:

- ca. 200.000 Personen haben Kontakt zu Drogen; in der Statistik sind die sog. "Schnüffler" nicht enthalten.
- ca. 30.000 Personen sind drogensüchtig und brauchen medizinische Hilfe.
- ca. 5.000 bis 6.000 Personen werden jährlich in spezialisierten Einrichtungen behandelt.
- ca. 15.000 Drogensüchtige werden von der Polizei registriert.
- über 100 Todesfälle von Drogensüchtigen sind bekannt geworden.
- unter den Drogenkonsumenten stammen 60 - 70 % aus dem Arbeitermilieu; auf dem Land wird verstärkt Alkohol getrunken
- von den in stationären Einrichtungen Behandelten sind ca. 75 % Männer (=ca. 4.500); 80 % dieser Leute sind jünger als 30 Jahre; die Hälfte davon ist 24 Jahre und jünger (auch hier sind die Schnüffler nicht mitgerechnet).

Die Drogensucht tritt v.a. in den Großstädten auf; an der Spitze stehen Warschau und Danzig. Immer häufiger jedoch hat man es auch mit "Versuchern" in Kleinstädten und auf dem Lande zu tun.

Es gibt in Polen keine genauen Daten über Schülern, die Drogen nehmen. Aus Angaben des Ministeriums für Schulwesen ergibt sich, daß die Zahl der Schüler, die Drogen konsumieren, ungefähr 405.000 betrug. Die Mehrheit (ca. 86 %) nehmen gelegentlich Drogen, der Rest (ca. 14 %) regelmäßig. Anonyme Umfragen, die in den letzten 10 Jahren durchgeführt wurden, zeigen, daß die Anzahl der Schüler, die Kontakt mit Drogen haben, durchschnittlich um 6 - 7 % gestiegen ist.

### Arten der konsumierten Drogen

In Polen dominieren Opiate, die aus Mohnstroh hergestellt werden. Zur Herstellung wird eine "Hausmethode" benutzt, die von einem abhängigen Chemie-Studenten erarbeitet wurde. Dies war im Jahr 1980. Dieses Mittel, umgangssprachlich "Kompott" (polnisches Heroin) genannt, ist ein Halbprodukt, nicht raffiniert und enthält 40 - 70 % Heroin, Morphin und andere Opiate. Es ist eine dunkle Flüssigkeit, die in die Venen gespritzt wird. Spezifisches Merkmal der polnischen Drogensucht, das uns von den westlichen Ländern unterscheidet, ist die "Selbstgenügsamkeit", d. h. das "Kompott", das am häufigsten eingenommene Rauschmittel, wird in den Hauslaboratorien aus dem leicht zugänglichen Mohnstroh, das offiziell in Polen angebaut wird, hergestellt. Die Hersteller sind meist auch die häufigsten Konsumenten, oft sind sie auch Verkäufer.

In den letzten Jahren hat sich das Modell des Suchtbegins geändert; die Zahl der Opiatabhängigen, die sich "Kompott" spritzen, ist geringer geworden. Jetzt sind die Schnüffelstoffe unter den Jugendlichen in Grund- und Berufsschulen sehr modern. Unter den Schülern der Oberschulen herrschen jetzt Halluzigene und Aufputzmittel vor. Die Zahl der Konsumenten von Amphetamin und der Marihuana - Raucher steigt. Dazu kommen noch die Kokain-Konsumenten; auch Halluzinationspilze haben ihre Anhänger. Oft werden auch sog. "Cocktails" genommen, d.h. gleichzeitige Einnahme von Rauschmitteln und Alkohol.

Schließlich steht auf dem polnischen Markt Crak, das neueste Erzeugnis polnischer Hersteller, zur Verfügung bzw. eine alkalische Variation dieses Mittels.

Nach Meinung der Mitarbeiter in Rehabilitationszentren wird das Alter der Abhängigen immer niedriger; immer häufiger sind es die 10 - 13-jährigen Schüler der Grundschulen.

Am häufigsten werden die sog. **Erzatzmittel**, also flüchtige Substanzen, wie Kleister, Lösungsmittel, "geschnüffelt". Man sagt, daß "Schnüffeln" noch nicht gefährlich sei, eher ein Spiel; es könnte aber gefährlich werden, weil das Kind später evtl. zu Heroin greift; in der Praxis ist es eher umgekehrt. Das Schnüffeln solcher Stoffe ist sehr toxisch; es kann verschiedene Störungen und Schädigungen hervorrufen, die irreparabel sind. Ein "Abflug" (ein Rauschzustand nach dem Schnüffeln) kann zum Absterben von 350 000 Gehirnzellen führen. Diese Stoffe schädigen nicht nur die Hirnrinde, sondern auch Lunge, Leber, Magen und Herz. Ein solcher Abflug kann auch zum Tode führen. Schnüffeln ist also kein Spiel, sondern eine klassische Drogensucht, die aber v. a. Kinder betrifft. Deswegen ist hier Prävention besonders angebracht.

Wie schon erwähnt sind die intravenösen Fixer und die steigende Zahl der Schnüffler charakteristisch für die polnische Drogenszene.

Jedoch gibt es in Polen seit einiger Zeit auch die Möglichkeit der Herstellung von Amphetamin, das auch intravenös gespritzt wird. Die Untersuchungen der schwedischen Polizei zeigen, daß 14 % der Versorgung des Schwarzmarktes aus polnischen



Laboratorien stammen. Unser Land nimmt den 2. Platz nach den Niederlanden ein bei der Herstellung von Amphetamin, wobei die Qualität des polnischen Produktes konkurrenzlos ist. Die ganze Produktion wird von einer "Maffia" illegal nach Deutschland und Skandinavien transportiert.

### **Die rechtlichen Aspekte des Drogenkonsums**

Der Kampf gegen die "Drogenmaffia" ist sehr schwierig. Das größte Hindernis ist das Gesetz über die Prävention der Drogensucht, das 1985 zum ersten Mal in Polen beschlossen wurde. Es wurde ein prophylaktisch-therapeutisches Modell angenommen, kein Strafmodell. Es gelten folgende Regelungen:

- Die Einnahme von Rauschmitteln ohne ärztliche Verordnung wird nicht bestraft.
- Die Behandlung und Rehabilitation in staatlichen Einrichtungen sind gratis.
- Die Behandlung und Rehabilitation sind freiwillig, mit 2 Ausnahmen:
  1. Eine minderjährige Person kann durch das Familiengericht oder die Schuldienststelle zu einer Entziehungskur gezwungen werden; Kur und Rehabilitation können bis zu 2 Jahren dauern;
  2. Wenn eine minderjährige Person ein Verbrechen begeht, das in Verbindung mit Drogensucht steht, kann das Gericht die Vollstreckung des Urteils bedingt aussetzen und eine 2-jährige Entziehungskur anordnen.

Im Gesetz wurden auch die Aufgaben und Pflichten der Verwaltung, der gesellschaftlichen Organisationen, der Glaubensverbände bestimmt. Es wurden auch Begrenzungen beim Anbau von Mohn und Hanf eingeführt, was heftige Proteste der Bauern hervorrief. Um Mohn anzubauen, braucht man nur eine Erlaubnis der Gemeindeverwaltung. Seit 1992 ist der Anbau von Mohn mit kleinem Heroingehalt zulässig. Im Sejm wird eine Novellierung des Gesetzes vorbereitet. Die zur Mitarbeit eingeladenen Wissenschaftler bemühen sich, das Gesetz den westlichen Standards und dem westl. Bedrohungsgrad anzupassen.

Man schlägt u. a. folgendes vor:

- Einführung der Strafbarkeit von Drogenbesitz, mit besonderer Verschärfung für Dealer;
- Möglichkeit der Umwandlung von Strafe in eine Therapie ("Therapie statt Strafe")
- Absolutes Verbot des Mohnanbaues, mit Ausnahme des Anbaus von Mohn, der viel Heroin enthält, für die Pharmaindustrie.
- Der Geist des Gesetzes bleibt unverändert: die Drogensüchtigen sind kranke Menschen, die behandelt werden sollten; die Hersteller und Dealer sind Verbrecher, die bestraft werden müssen.

### **AIDS und Drogensucht**

Laut Angaben des staatlichen Hygieneinstitutes aus dem Jahre 1992 beträgt die Zahl der Virus-Träger (HIV-Infizierten) ca. 30 000 bis 40 000; davon sind 70 % drogen-

abhängig. Bis Ende 1991 wurden 103 AIDS-Fälle registriert; von diesen sind 48 Menschen gestorben.

Die drogensüchtigen Personen, besonders die Fixer, bilden eine Hoch-Risikogruppe, wenn es um AIDS-Infizierung geht. Deshalb wurde zunächst unter den Drogensüchtigen ein Prophylaxe-Programm eingeführt, bei dem u. a. unentgeltlich Spritzen und Nadeln umgetauscht wurden. Die bisherigen Versuche, die Drogenabhängigen mit "safer-sex" bekannt zu machen, sind schwierig und wenig wirksam. Die Drogenabhängigen haben in der Regel hetero-sexuelle Kontakte und können auf diesem Wege - außer durch Infektionen - ihre Partner und auch andere Drogenabhängige anstecken. Die Abhängigen prostituieren sich oft, gewöhnlich ohne Verhütungsmittel. Man geht davon aus, daß jeder Drogensüchtige als HIV-infiziert betrachtet werden muß.

### **Institutionen und Gesellschaften, die sich mit Drogensucht beschäftigen**

#### **1. Behandlungs-, Beratungs- und Therapiezentren in Polen:**

- 28 spezialisierte Gesundheitsstellen
- 16 MONAR - Beratungsstellen
- 12 Stellen der "Mohn-Nothilfe" (besondere Telefonnummern und Informationsstellen), die von der Gesellschaft "Powtot z. U." geführt werden
- 7 Beratungsstellen und eine Stelle für Jugendliche "Kuznia" (Pflegestelle)
- 10 Entziehungsstellen und Abteilungen (ca. 110 Betten + ca. 40 reservierte Betten in Krankenhäusern und psychiatrischen Kliniken)
- 36 Rehabilitationseinrichtungen; ca. 800 Plätze von MONAR; 18 von der staatlichen Gesundheitsbehörde, 14 von der kath. Kirche, von der Pfingstkirche, von der Gesellschaft für Vorbeugung der Drogensucht und der Warschauer Wohltätigkeitsgesellschaft, dazu eine Einrichtung und eine Beratungsstelle in Warschau.

Die Plätze werden zu 80 - 90 % genutzt; die meisten sind für Erwachsene, 6 Stellen stehen Jugendlichen zur Verfügung.

Das ganze System wird in 10 von 49 Wojewodschaften organisiert. Spezialisierte Einrichtungen wurden auch in Strafanstalten organisiert, wo es 12 Abteilungen für Entgiftung (ca. 50 Betten), 4 Rehabilitationszentren - nämlich in Lublineic, Lowicz, Lielce, Warschau - mit ca. 200 Plätzen gibt, in denen jährlich 400 bis 500 Personen behandelt werden.

In der Entziehungsanstalt in Krakau, Witkowice (mit 40 Plätzen) werden jährlich rund 100 Klienten, meist Schnüffler, behandelt.

#### **2. Gesellschaftliche Organisationen, die Drogenprophylaxe durchführen:**

Stowarzyszenie MONAR, ul Hoza 57, Warszawa; Tel. 628-41-46, 21-13-59, 21-22-33

Towarzystwo Zabobiegania Narkomanii (Gesellschaft für Drogensuchtprophylaxe) Warszawa, zl Rutkowskiego 10 a W. 21; Tel. 27-22-43

Towarzystwo Rodzin i PrzyjacioDzieci Uzaleznionych "Powrot z U" Warszawa, zl Domaniewska 7; Tel. 43-41-61-23  
Gesellschaft "KUZNIA" (Pflegestätte), Warszawa, ul Stoleczna 176 W 16 Tel. 33-94-00

## **Programm der Drogenprophylaxe**

Die Tätigkeiten im Bereich der Prävention und Bekämpfung der Drogensucht wurden bisher, bis 1990, festgelegt im "Regierungsprogramm für Drogensuchtprophylaxe", das jedes Jahr vom Ministerrat bestimmt und vom Ausschuß für Drogenprophylaxe bearbeitet wurde. Bei geplanten strukturellen und rechtlichen Änderungen hat der Minister für Gesundheitswesen und Sozialhilfe einen Bevollmächtigten für "Drogensuchtangelegenheiten" ernannt.

Das Prophylaxeprogramm für 1992 wurde im Büro des Bevollmächtigten bearbeitet. Dieses Büro führt über 60 große Prophylaxeprogramme in ganz Polen durch.

Die konsequent durchgeführten Aufgaben sind:

- Information, Schulungen aller Bevölkerungsschichten;
- Prophylaxe v. a. bei Jugendlichen;
- Behandlung, Rehabilitation/Resozialisierung von Abhängigen;
- Schulung der Fachkräfte;
- wissenschaftliche Untersuchungen.

## **Kurze Charakteristik der Aufgaben, die 1991 begonnen und 1992 fortgesetzt wurden**

Im Jahre 1991 wurde effektiven Programmen der Vorbeugung und Schulung größere Bedeutung beigemessen unabhängig von den zur gleichen Zeit durchgeführten Behandlungs- und Therapietätigkeiten.

Man hat zum ersten Mal einen Wettbewerb ausgeschrieben, durch den verschiedene Programme finanziert werden, die von Gruppen von spezialisierten Mitarbeitern ausgearbeitet wurden. Diese Programme für Prophylaxe und Schulung gehen von dem medizinischen Modell aus, das v. a. in den medizinischen Einrichtungen angewandt wird und berufen sich weiterhin auf die psychologischen Methoden, die eine entsprechende individuelle und gesellschaftliche Position vermitteln; schließlich geben sie "zwischenmenschliche Kenntnisse" weiter, die einen gesunden, konstruktiven Lebensstil ermöglichen.

Diese positiven Folgen der entwickelten Programme werden möglich durch detaillierte Kenntnisse der psychologischen Hintergründe der Drogensucht, die ihre Quellen in den gestörten Beziehungen unter den Jugendlichen/Kindern und ihrer Umgebung (Familie, Schule, Milieu) haben.

Aufgrund der "Wettbewerbs-Regeln" wurden die besten Programme bevorzugt, die dem Ministerium für Gesundheitswesen und Sozialhilfe vorgelegt wurden. Sie wurden dann als "Programm-Angebote" von verschiedenen Spezialistengruppen in psychologischen Gruppentrainings bearbeitet. Angesprochen wurden auch Vertreter von

Arbeitsgemeinschaften, die mit Jugendlichen Kontakt haben, wie Lehrer, Pädagogen, Ärzte, Krankenschwestern, Polizisten, Eltern und wurden zur Mitarbeit eingeladen. Entscheidend war, daß moderne psychologische Erkenntnisse miteingebracht wurden und daß hochqualifizierte Kräfte gewonnen werden konnten, die in entsprechenden Organisationen mitarbeiten (z. B. Polnische Psychologengesellschaft, Poln. Gesellschaft der Psychologen-Praktiker, Poln. Gesellschaft der Psychiater) und daß nicht mit Organisationen gearbeitet wurde, die satzungsgemäß mit Drogenabhängigen zu tun hatten. Diese Tendenz zur Zusammenarbeit mit Fachleuten ist zweifellos wichtig, wenn man bedenkt, daß für diese modernen Ansprüchen genügenden Tätigkeiten entsprechende psychologische Qualifikationen erforderlich sind.

## **Finanzen**

1991 wurden für Informationen und Prophylaxeprogramme 29.775 Mld Zl ausgegeben. Mit diesem Geld finanzierte man 32 wojewodschaftlichen Vorbeugungsprogramme und ca. 15 Veranstaltungen, die von verschiedenen gesellschaftlichen und beruflichen Institutionen und Organisationen durchgeführt wurden. Das Gros dieser Veranstaltungen (für 8.5 Mld Zl) wurde in Einrichtungen durchgeführt, die vom Ministerium für Schulwesen beaufsichtigt werden: Schulen, Beratungsstellen, Erziehungsberatungsstellen.

Man muß darauf hinweisen, daß diese Programme nicht in Entgiftungs- und Therapieeinrichtungen durchgeführt wurden.

Die Kosten für Verpflegung in allen staatlichen Stellen beliefen sich auf 50 Mld Zl pro Jahr.

## **Entwicklungstendenzen und Ziele für die nächste Zukunft**

Die aktuelle Anzahl der Behandlungs-, Rehabilitierungs- und Resozialisierungszentren reicht derzeit für alle, die eine Therapie beginnen wollen. Man sieht im Moment keine radikalen Veränderungen voraus, die zu einer großen Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage in dieser Region führen könnten.

Daß man aber der Prävention größere Bedeutung beimißt, zeigt sich in der Tatsache, daß die Ausgaben in 1992 auf 80 Mld Zl gestiegen sind. Dabei liegen die Schwerpunkte dieser Arbeit im Folgenden:

- Prophylaxe- und Schulungsprogramme für Jugendliche,
- Schulungsprogramme für Personen, die mit Jugendlichen arbeiten,
- Modernisierung und Modifizierung der heutigen Prophylaxe und Therapie,
- Bildung und Stützgruppen für Personen, die sich mit Drogensucht beschäftigen.

Das Ministerium für Gesundheitswesen und Sozialhilfe wird einen großen Einfluß auf die Realisierung der o. g. Aufgaben haben, da es alle Programme, welche die vorgegebenen Kriterien erfüllen, finanzieren und unterstützen wird.

Unabhängig davon wird man eine Datenbank einrichten müssen, in der alle Kräfte und Mittel (Personen, Örtlichkeiten, Ausstattung), die mit Prophylaxe zu tun haben, bekannt gemacht werden. Diese Aufgabe wird in diesem Jahr von dem Büro des Bevollmächtigten des Ministeriums für Drogensucht realisiert.

Außerdem wollen wir noch in diesem Jahr eine Reihe von Veröffentlichungen herausgeben, welche die bescheidene Literatur auf diesem Gebiet ergänzen soll; darunter auch die Darstellung der neuesten Tendenzen, die im Bereich der Drogensucht herrschen: Herkunft, Mechanismen, Konsequenzen, Prophylaxemethoden etc.

Korrespondenzanschriften:

Grazyna Miros  
Gesundheitsministerium  
ul. Miopowa 15  
PL-Warszawa

Dr. Marek Pankowski  
Towarzystwo Zapobiegania  
Narkomanii (Society of Prevention of Drug Abuse)  
ul. Chmielna 10a/21  
PL-00-020 Warschau

## ***POLEN***

### ***Polnische Erfahrungen in Drogensuchtprävention***

Die Größe und Besonderheiten der Drogensucht in Polen bieten Erfolgchancen für die richtig programmierten prophylaktischen Maßnahmen.

Ca. 200.000 Kinder und Jugendliche mit sporadischen oder unregelmäßigen Drogen-erfahrungen und ca. 40.000, die eine Suchtbehandlung brauchen, stellen - als Rand-erscheinung des gesellschaftlichen Lebens betrachtet, - an sich kein großes Problem dar. Sie sind aber eine potentielle Gefahr für die Ausbreitung des Phänomens. Die schwache Entwicklung des Drogenmarktes wird verursacht durch die Bevorzugung von selbstproduzierten, auf Opiumbasis beruhenden Drogen, sowie durch den häufigen Gebrauch von organischen Lösungsmitteln durch die polnischen Süchtigen. Die Suchtmittelherstellung ist hauptsächlich auf den eigenen Bedarf ausgerichtet. Der spezifische Bedarf unserer Süchtigen begrenzt die Nachfrage für harte Drogen, deren Produktion und Verteilung von organisierten kriminellen, oft internationalen Verbindungen und Gruppen beherrscht sind. Amphetaminherstellung, die es in Polen gibt - schwer zu beurteilen, wie groß und wie organisiert sie ist - ist dem skandinavischen und westeuropäischen Markt gewidmet.

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern scheint die Situation in Polen nicht kritisch oder gar alarmierend zu sein. Als Ziel präventiver, medizinischer und represiver Maßnahmen sehen wir vor allem die Begrenzung dieses Phänomens im bisherigen Rahmen, als Randerscheinung des gesellschaftlichen Lebens. In Polen haben wir leider kein Landesprogramm zur Drogensuchtprophylaxe, was die Effektivität spontaner Vorhaben verschiedener Institutionen und Organisationen entscheidend begrenzt. Die durch Propagandaaktionen beunruhigte, schlecht informierte und unwisende Gesellschaft verlangt von der Regierung solche Vorhaben, die sofort und radikal dieses Problem lösen sollen. Die unter einem solchen Druck unternommenen Aktionen nehmen oft spektakuläre Formen an, sind aber meistens keine Prävention, sondern eher repressive Maßnahmen oder demonstrative Unterstützung der Therapieeinrichtungen.

In der schwierigen ökonomischen Lage unseres Staates sind die finanziellen Mittel aus dem Staatshaushalt für die Drogensuchtprävention sehr bescheiden und erfordern rationelles Wirtschaften.

Das Fehlen eines Programmes zur Suchtprävention erschwert die Effektivität. Aus unseren Erfahrungen ergibt sich, daß aus finanziellen Mitteln, die der Prophylaxe gewidmet waren, im wesentlichen solche Einrichtungen, Therapieprogramme und Vor-

haben finanziert wurden, die für die Prävention zweitrangige Bedeutung haben. Wir beobachten ein beunruhigendes Phänomen: Die Erfahrungen der Länder und Organisationen, die seit vielen Jahren die gesellschaftliche Ausbreitung der Drogensucht zu begrenzen versuchen, werden nur ungern genutzt. Viele in diesem Bereich Tätige und viele Therapeuten versuchen, ein experimentelles Programm zu schaffen, ohne auf Ergebnisse und Mißerfolge anderer Präventionszentren zu achten. So ist das, was unternommen wird, von vornherein zum Scheitern verurteilt. Kosten belasten überflüssigerweise die Sozialausgaben des Staates. Viele Institutionen und Vereine (gesellschaftliche Organisationen) in Polen führen spontane prophylaktische Maßnahmen durch, die meistens nur Improvisationscharakter haben und nicht koordiniert sind.

Die große Zahl von Agierenden, die sich mit Drogensucht beschäftigen, begünstigt zwar eine Vielfalt von Programmen; sowohl was die Milieuausrichtung angeht, als auch die ideellen Konzepte. Ein Nationalprogramm böte die Möglichkeit, besser über Kräfte und Mittel zu verfügen, damit kein Gebiet außer acht gelassen wird. Derzeit aber bestimmen unsere milieubestimmten Tätigkeiten eher der Zufall als wirkliche Kenntnis des Bedarfs.

Die Hauptfrage für OrganisatorInnen prophylaktischer Maßnahmen ist die Frage nach dem Ziel der Tätigkeit. Es herrscht hier eine Vielfalt von Meinungen. Die Zielvorstellungen gehen von Aktionen für Drogensüchtige über Risikogruppen bis hin zur ganzen Gesellschaft, die nicht mit dem Problem Drogensucht in Kontakt gekommen ist. Die große Mehrheit der Mitglieder der Organisation, die ich vertrete, ist der Meinung, daß unsere Tätigkeiten möglichst breit wirken und bei Risikogruppen ihren Schwerpunkt haben sollten.

Die zweite Frage ist die nach Präventionkonzepten. Hier finden wir eine Vielfalt der Gestaltung: angefangen von der Propaganda mit visueller Technik (Poster, Sticker, Aufkleber, Flugblätter), über Informationstreffen zum Thema "Die Gefahren des Drogenmißbrauchs", über Erziehungsarbeit im Milieu der drogengefährdeten Jugendlichen, bis hin zur Einführung von Programmen einer Gesundheitsförderung. Wir sind der Ansicht, daß erfolgreiche prophylaktische Maßnahmen in einem Gesundheitsförderungsprogramm festgelegt sein sollten, bereichert durch sprechende psycho- und soziokorrektive Tätigkeiten in Risikogruppen.

Unsere Meinungen äußern sich in der alltäglichen Arbeit mit Jugendlichen. Ich bin Vorsitzender einer Gruppe der Gesellschaft für Drogenprävention, die beim Hauptamt der Polizei tätig ist. Den Kern unserer Mitarbeiter bilden berufsaktive und pensionierte Polizeibeamte, außerdem Ärzte, Juristen, Pädagogen, Psychologen und Vertreter anderer Berufe - insgesamt ca. 40 Leute. Wir betreuen eine Gruppe von über 120 Jugendlichen aus den Nordteilen von Warschau und der Umgebung. Diese Gruppe ist doppelt ausgewählt. Die Kinder werden uns von Schulpädagogen zugewiesen; es sind dies Kinder mit z. T. sehr großen Erziehungsproblemen, die mit traditionellen pädagogischen Methoden nicht korrigiert werden können. Aus diesen Kindern suchen wir jene aus, deren Verhaltensstörungen hauptsächlich in ihrer Persönlichkeit begründet sind. Jedes Kind ist durch psychologische Untersuchungen und Beobachtungen diagnostiziert worden. Solche Diagnose ist notwendig zur Organisierung von Erziehungsgruppen. Unsere Tätigkeit beruht auf aktiver Betreuung der Jugendlichen, die spezielle Erziehungsmethoden brauchen. Es geht dabei um Organisierung von Nachmittagsunterricht für die Jugend aus gefährdeten Milieus und um die Beratung von Eltern, Erziehern und Polizisten, die sich mit sozial unangepaßten Jugendlichen beschäftigen. Bis September d. J. haben wir sechs Sportgruppen für Jugendliche, zwei Treffgruppen für Mädchen und eine Musikgruppe ins Leben gerufen. Es gab auch eine Beratungsstelle, wo u. a. Seminare für Lehrer organisiert wurden. Jetzt aber wurden

wir, aufgrund finanzieller Schwierigkeiten, gezwungen, die Häufigkeit der Treffen zu begrenzen und die Beratungsstelle zu schließen.

Außer der regelmäßigen Arbeit in Treffgruppen während des Schuljahres organisieren wir während der Ferien Camps für 30 - 50 Kinder und Jugendliche. Während des Ferienlagers setzen wir ein breites Erziehungs-, psycho- und soziokorrekatives-, Kultur- und Ausbildungsprogramm um. Zwei bis dreiwöchige, gemeinsame Aufenthalte mit Jugendlichen (24-Stunden Kontakt) und das gemeinsame Lösen schwieriger Probleme bilden ein ungewöhnlich wichtiges Integriationselement.

Die Kinder aus Familien mit sehr niedrigem sozialem und materiellem Status brauchen Bekleidung und Körperpflegemittel. Sie brauchen auch zusätzliche Ernährung.

Wir lehren die Jugendlichen unter Bedingungen der strengen Disziplin zu "funktionieren", ohne die freiwillige Teilnahme einzuschränken.

Eine Hauptidee aller pädagogischen Vorhaben ist die Lehre eines festgelegten Verhaltens. Aus unseren Erfahrungen ergibt sich, daß erst auf dieser Basis zweckorientierte Programme aufgebaut werden können.

Außer ständigen finanziellen Engpässen ist das größte Problem die Auswahl und die Ausbildung der Erzieher. Aus der großen, vielköpfigen Gruppe von Leuten, die mit Jugendlichen arbeiten wollen, gelingt es uns, nur 7 - 10 Personen, die unseren Voraussetzungen entsprechen, als Team zu behalten.

Das Team wird von uns im eigenen Rahmen ausgebildet. Die Ausbildung dauert 2,5 bis 3 Jahre und enthält Elemente von Theorie und Praxis. Unsere Arbeit verlangt von dem Erzieher außer der Bereitschaft, den Jugendlichen zu helfen, auch die wichtige Fähigkeit, seine eigenen aggressiven Reaktionen zu dämpfen, in wichtigen Fragen feste Haltung zu wahren, dennoch flexibel zu reagieren und deutlich ethische Standpunkte zu vertreten. Das schwierigste ist es, die Kandidaten von der Notwendigkeit der Selbsterfahrungsarbeit zu überzeugen. Sehr oft geben sie schon in dieser Etappe auf. Ist das vielleicht das Ergebnis ihrer Überraschung, sich selbst als "unbekannt" zu entdecken oder die Resignation vor der Mühe, den eigenen Standpunkt zu ändern?

Wir sind der Meinung, daß erfolgreiche Prävention nicht auf zufälligen Gruppen beruhen darf, die irgendwelche Tätigkeiten improvisieren. In einem Programm zur Drogensuchtprävention sollen die Aufgaben für Institutionen und für unterstützende Organisationen deutlich geteilt werden. Bei der Planung der Drogenprophylaxe sollte man beachten, daß die erfolgreichsten Einwirkungen im Familien-, Schul- und Altersgenossenmilieu möglich sind. Mit Besorgnis beobachten wir ständig größere Gruppen von Jugendlichen, die nach dem Hauptschulabschluß (8. Klasse) keine weitere Ausbildung annehmen und auch keine Arbeitsplätze finden. Man sollte diese jungen Menschen auf jede mögliche Art und Weise auf der Schule halten oder, auf Schulen basierend, ein System von Erziehungseinrichtungen für diese Jugendlichen schaffen.



Um die Basis für unsere Wirkungsmöglichkeiten zu erweitern, versuchten wir, in die Schulen ein Ausbildungsprojekt nach dem Konzept des Drogenzentrums in Eupen (Belgien) einzuführen. Leider hat es kein Interesse bei Lehrern und Pädagogen gefunden. Als Ursachen dafür sehen wir in erster Linie starre Standpunkte der Lehrer, Berufsfrustration und die Priorität von Ausbildungs- vor Erziehungszielen. Das ist ein Signal für alle, die prophylaktische Maßnahmen in Schulen einführen wollen. Sie werden, wie auch wir in unserem Verein, in der ersten Etappe vor allem ein Team dafür vorbereiten und ausbilden müssen.

Korrespondenzanschriften:

Grazyna Miros  
Gesundheitsministerium  
ul. Miopowa 15  
PL-Warszawa

Dr. Marek Pankowski  
Towarzystwo Zapobiegania  
Narkomanii (Society of Prevention of Drug Abuse)  
ul. Chmielna 10a/21  
PL-00-020 Warschau

# ***TSCHECHISCHE REPUBLIK***

## ***Möglichkeiten der sekundären Prävention - derzeitige Situation***

Eine der Grundtätigkeiten der Stiftung DROB IN, deren Repräsentant zu sein ich die Ehre habe, sind Aktivitäten auf dem Gebiet der sekundären Prävention der Drogenabhängigkeiten, oft bezeichnet als "harm reduction activities". Es handelt sich im Prinzip um alle Maßnahmen, die negative Wirkungen des Drogenmißbrauchs auf Einzelmenschen und auch auf die Gesellschaft herabsetzen und beschränken; wobei wir das Individuum als natürlichen Bestandteil der Gesellschaft sehen. Das Prinzip "harm reduction" geht aus den pragmatischen Konzepten hervor, die die Drogen der verschiedensten Kategorien als Bestandteil der Existenz der menschlichen Gemeinschaft akzeptiert, sie als notwendiges Übel sieht, mit welchem wir zwar nicht einverstanden sein müssen oder vielleicht gar nicht einverstanden sein dürfen, aber welches um uns herum war, ist und sein wird: auf jedem Schritt im Bereich des Alltagslebens, ganz gleich, ob wir damit einverstanden sind oder nicht. Meiner Meinung nach wäre es bestimmt schön, in einer utopischen, -in drug free society-, also in einer drogenfreien Gesellschaft zu leben, um welche die Vereinigten Staaten schon lange Jahre den totalen Krieg führen. Leider hat dieser Krieg Ergebnisse gebracht, die mich an die Möglichkeit des Aufbaus einer solchen Gesellschaft nicht glauben lassen.

Falls wir also die Droge nicht als "Dämon der Gesellschaft" oder als "moralischen Tiefpunkt" betrachten, von welcher wir uns abkehren und unser eigenes Gesicht bewahren sollten, sondern sie als eine von vielen konkreten Negativseiten unseres Alltags sehen, wird es auch hier möglich sein, wirksam positiv einzugreifen.

Die sekundäre Prävention ist also ein realistischer Vorgang, der aus der einfachen Tatsache kommt, daß die Drogen immer in irgendeiner Form da waren, da sind und da bleiben, und daß es Menschen unter uns gibt, die die Drogen nehmen und bei welchen alle Versuche zur Abstinenz mißlungen sind; und zwar sowohl freiwillige, als auch erzwungene Versuche. Diese Menschen betrachten ihren Lebensstil als Dauerzustand, betrachten sich selbst nicht als Kranke und wollen deshalb nichts Grundsätzliches ändern. Es gibt aber auch solche Menschen, die bestrebt sind, grundsätzliche Änderungen im Sinne einer Abstinenz zu erreichen, die sie aber leider nicht

durchhalten können. Solche Leute leben überall um uns herum, sind unter uns und, soweit es sich um sog. legale Drogen handelt, also Alkohol und Tabak, wird diese Tatsache durch die Gesellschaft oft toleriert. Drogen, die durch unsere Gesellschaft verboten sind, wirken im Prinzip sehr ähnlich und die Menschen, die Drogen nehmen, sind nicht nur wenige von uns, ja oft sogar sind es unsere Kinder.

Die Sekundärprävention hilft dort, wo die Primärprävention mißlungen ist und dieses Versagen ist leider zu häufig. Es ist immer möglich, den Weg des kleineren Risikos zu gehen und die tatsächlichen, vom Drogengebrauch ausgehenden Nachteile auf ein Minimum zu beschränken. Es ist aber notwendig, dieses zu begreifen und diese Methoden zu lernen. Gerade hier sprechen wir von den Grundprinzipien der sekundären Prävention. In der CSFR kam es nach den politischen Änderungen im Jahre 1989 auch zu tiefen Änderungen im Bereich der Drogenabhängigkeiten. Mehr als 20 Jahre hat man behauptet, daß es bei uns keine sog. "harten" Drogen gebe, daß ein Drogenmißbrauch nur eine Frage von einigen am Rande der Gesellschaft stehenden Einzelmenschen sei, und daß die sozialistische Gesellschaft in sich selbst eine wirksame Präventionsmethode und Therapie darstelle. Im Laufe der letzten Jahre hat sich jedoch herausgestellt, daß unsere Gesellschaft wenigstens im Bereich der Drogenabhängigkeit nicht anders ist als westeuropäische Gesellschaften, und daß die Nachfrage nach legalen und illegalen Drogen hier immer sehr groß war. Der eiserne Vorgang, der unseren Staat von Westeuropa trennte, führte allerdings zu einer spezifischen Situation auf dem Drogenmarkt, der sich nicht zu dem Niveau dieses Marktes in Westeuropa entwickelt hat; aber er hat dem Markt in anderen Lebensbereichen entsprochen. Dank der stabilen Nachfrage sind wir jedoch zu einer hohen Vollkommenheit in der sog. "Hausproduktion" von Drogen gelangt, d. h. zu den aus verschiedenen leicht zugänglichen Medikamenten produzierten Drogen, die in der "Härte" anderen Drogen nicht nachstehen, die jedoch zugleich aufgrund mangelnder Reinheit viel schädlicher sind. Typisches Beispiel ist hier die tschechische Droge Nr. 1.: das sog. Pervitin (Methamphetamin), das in letzter Zeit zu einer der populärsten Drogen an der Westküste von den USA geworden ist. Bei uns ist es praktisch schon 20 Jahren so populär; in seinen Wirkungen ist es eine Droge, die sehr ähnlich ist dem größten derzeitigen Welthit "Ecstasy" (MDMA). Zu diesen einheimischen Drogen kommen in der letzten Zeit auch die in Westeuropa schon längst gängigen Drogen wie Heroin, Kokain und LSD. Das Rauchen von Marihuana, das in Böhmen sehr gut gedeiht, ist vor allem in Prag sehr verbreitet.

Das Charakteristikum unserer Drogenszene ist ein hoher Prozentsatz an Leuten, die sich die Drogen in die Venen spritzen und zwar auch bei jungen Anfängern. Dazu kommt ein fast absolutes Desinteresse an gründlichen hygienischen Gewohnheiten, so daß die Benutzung von schmutzigen Injektionsspritzen genau so üblich ist wie deren gegenseitiges Ausleihen. Aus der Kombination aller dieser Merkmale ist es offensichtlich, daß die Methoden der sekundären Prävention bei uns hohe Priorität erfordern und verdienen, weil (wenigstens meiner Meinung nach) die Gefahr einer Explosion der HIV-Infektion unter den Toxikomanen besteht; und das ist ein Risiko, welches das Risiko der Drogenabhängigkeit bei weitem übersteigt. Möglicherweise hat diese Explosion bereits begonnen, aber wir wissen es nicht, weil die Verbreitung von HIV unter den Toxikomanen keinesfalls erfaßt ist und für diese Tatsache in der jetzigen Zeit in unserer Gesellschaft zu wenig Interesse besteht.

Gerade hier erscheinen die Methoden der sekundären Prävention als sehr wirkungsvoll, aber auch - und das ist bei uns derzeit sehr wichtig - ökonomisch nicht zu anspruchsvoll. Das Zentrum der Stiftung DROP IN, die als "nicht staatlich" und als eine "Nonprofieinrichtung" für Prag arbeitet, ist eine von wenigen Institutionen, die die sekundäre Prävention als ihre Hauptaufgabe sehen. Dieses Zentrum entwickelte seine

Tätigkeit aus zehnjährigen Erfahrungen des staatlichen Drogenabhängigkeitszentrums, das ich 10 Jahre lang geleitet habe, und das schließlich aufgrund mangelnden Interesses des staatlichen Fakultätskrankenhauses aufgegeben wurde.

Wir arbeiten mit relativ reichen ausländischen Erfahrungen unseres Teams. Ich selbst habe die Möglichkeit eines ganzjährigen Studiums des Drogenprogramms an der John Hopkins Universität in Baltimore, USA, genutzt; außerdem in verschiedenen europäischen Ländern.

Die Tätigkeit unseres Zentrums besteht aus:

1. der therapeutischen Tätigkeit: Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Krisenhilfe, Beratung;
2. der Präventionstätigkeit - Primärprävention: Vorträge, Seminare, Diskussion, Arbeit mit Massenmedien/Presse, TV, Rundfunk
3. Aktivitäten der sekundären Prävention, die in der CSFR bisher ziemlich ungewöhnlich ist.

Ein Austauschprogramm für sterile Spritzen haben wir schon vor 2 Jahren eingeführt; es läuft weiter, leider aber mit relativ niedrigem Interesse der Zielpopulation. Hier besteht ein Bedarf an weiterer Verbreitung von Informationen für die Öffentlichkeit, vor allem durch die Massenmedien. Das Zentrum DROP IN hat erste tschechoslowakische Erfahrungen mit der Methode der Methadon-Substitution bei den Opiatabhängigen. Dieses Programm haben wir im Jahre 1991 begonnen und so wie es für diesen Bereich typisch ist, sind wir auf das Unverständnis des Innenministeriums gestoßen.

Dieses Programm ist angezweifelt und sogar eingestellt worden, obwohl die ersten Ergebnisse gut waren. Jetzt sind wir in der Situation, daß wir um eine Neueinführung des Methadonprogrammes bemüht sind, das bereits theoretisch als positiv bezeichnet wird und für die vorgesehene Gruppe von Opiatkonsumenten tatsächlich wichtig ist. Leider weicht in der Praxis das Gesundheitsministerium den zu der Neueinführung notwendigen Schritten aus. In der jetzigen Zeit der politischen Spannung hat diese Angelegenheit neue Dimensionen bekommen und es ist eine Tendenz sichtbar, die Sache auf dem Eis zu halten. Das Beispiel der Methadonsubstitution zeigt sehr gut unsere heutige Situation. Auf der einen Seite existiert ein Anstieg der Zugänglichkeit von Drogen und des Drogenhandels, aber außer den akzeptierten Repressionen, wie z. B. Polizeieingriffe gegen Hanfanbau, geschieht im Bereich der präventiven Einwirkung seitens der offiziellen Stellen nichts.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Zeit für Methoden der sekundären Prävention bei uns schon längst da ist und je früher wir uns mit diesem Thema breiter befassen werden, desto besser. Die Perspektive sehe ich in zwei Bereichen.

**Erstens** ist es die Aktivität des nichtstaatlichen Sektors, der auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Gesellschaft weit elastischer reagiert und dessen Entfaltung in der letzten Zeit - auch trotz der ungünstigen ökonomischen Situation - augenscheinlich ist.

**Zweitens** halte ich gerade die aktive internationale Zusammenarbeit für sehr bedeutend und zwar vor allem unter den Nachbarstaaten. Es handelt sich nicht nur um Informations-, Erfahrungs- und Arbeitsmethodenaustausch, sondern auch um gemeinsame Hilfe beim Gewinnen von Vertrauen und Kredit für die offenbar wirksamen Methoden, die aber in verschiedenen Gesellschaften bisher nicht akzeptiert sind.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Jiri Presl

"Drop In"  
Apolinarska 4  
CS-12800 Prag 2

# ***ITALIEN***

## ***Drogenpolitik***

Zur Zeit stellt sich das Drogenproblem in Italien folgendermaßen dar:

- ca. 350.000 Drogenkonsumenten
- 1.282 Todesfälle durch Überdosis im Jahre 1991
- ca. 40.000 drogenabhängige Häftlinge
- 60 % der HIV-positiven Patienten sind drogenabhängig
- der typische "italienische Drogenkonsument" ist männlich, über 21 Jahre alt und meist sozial integriert
- 1143 öffentliche und private Betreuungsstellen und Therapiegemeinschaften stehen zur Verfügung

### **Das Gesetz 309/90 und seine Vorgeschichte**

Der gesamte Problembereich um die illegalen Drogen wird seit Oktober 1990 durch das Gesetz 309 - Einheitstext geregelt. Es handelt sich dabei um Teile des "alten" Drogengesetzes aus dem Jahre 1975, sowie dem Gesetz 162 aus dem Jahre 1990, das im wesentlichen aus Paragraphenänderungen, Ergänzungen und Neufassungen einiger Artikel des ursprünglichen Textes besteht. Da es im Zusammenhang mit dem Gesetz 162 eine der heftigsten Debatten um eine Gesetzesnovelle gegeben hat, soll in der Folge kurz auf Merkmale und Prinzipien des "alten" Drogengesetzes eingegangen werden.

### **Das Gesetz 685/75: "Der persönliche Gebrauch von Drogen ist nicht strafbar"**

Die ersten 70 Artikel des Gesetzes beziehen sich auf Produktion, Handel, Besitz, Import und Abgabe von Rauschmitteln, welche in Art. 12 in 4 Tabellen genau spezifiziert werden. Der nicht autorisierte Besitz und Verkauf dieser Substanzen wird zur Straftat

erklärt. Die Unterscheidung in "harte" und "weiche" Drogen erfolgt durch unterschiedliches Strafmaß, je nach Tabelle.

Für den Alltag des Drogenkonsumenten sind jedoch folgende Punkte relevant:

- Der Besitz oder Handel mit einer "**geringen Menge**" (modica quantita) gilt als **geringes Vergehen**
- Der Besitz oder Kauf einer "**geringen Menge zum persönlichen Gebrauch ist nicht strafbar**"
- Polizei und Richter sowie Ärzte sind verpflichtet, den Drogenkonsumenten den medizinisch-sozialen Betreuungsstelle zu melden
- Der Richter kann im Bedarfsfalle eine **Zwangstherapie** (Entzug im Krankenhaus) verfügen
- Die Regionen sind verpflichtet, flächendeckend **medizinisch-soziale Betreuungsstellen** einzurichten. Diese haben dem Drogenkonsumenten - auf Wunsch anonym - medizinische, psychologische und soziale Hilfe in Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsdiensten (außer psychiatrischen Anstalten) anzubieten
- In den Strafanstalten hat der drogenabhängige Häftling Anrecht auf angemessene medizinische Betreuung
- Die Anwendung von psychoaktiven Substanzen zu therapeutischen Zwecken ist möglich (Methadonprogramme zum Entzug und sozialer Stabilisierung)

Mit dem Gesetz 685/75 ist erstmals eine umfassende und dem Kenntnisstand der damaligen Zeit angemessene Regelung dieses komplexen Problemfeldes erfolgt. In der Absicht des Gesetzgebers lag es:

1. den illegalen Drogenhandel einzudämmen
2. dem Drogenkonsumenten Hilfe anzubieten
3. ihn nicht auszugrenzen und nicht zuletzt
4. das Phänomen überhaupt einmal zu erfassen.

In der Folge sind in vielen (nicht in allen) Regionen die medizinisch-sozialen Betreuungsstellen eingerichtet worden und Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter stellten sich der Aufgabe zur Vorbeugung, sowie der Heilbehandlung und Wiedereingliederung von Drogenabhängigen. Gleichzeitig entstanden durch private Träger, meist aus dem kirchlichen Raum, allenthalben Therapiegemeinschaften, welche eine stationäre Langzeittherapie anboten.

1980 wurde die Methadonabgabe durch ein Ministerialdekret geregelt.

1984 wurde per Gesetz die Umwandlung einer Haftstrafe in Hausarrest in einer autorisierten Therapiegemeinschaft für drogenabhängige Häftlinge ermöglicht.

1988 wurde festgelegt, daß ein drogen- oder alkoholabhängiger Straftäter nicht eingesperrt wird, falls dadurch ein bestehendes Therapieprogramm unterbrochen wird. Diese Erleichterung gilt aber nur, wenn das Strafmaß 3 Jahre nicht überschreitet.

## Das Gesetz 162/90 Therapie statt Strafe"

Wie überall in der westlichen Welt nahm auch in Italien das Drogenproblem und die damit verbundene Kriminalität immer beunruhigendere Formen an und nichts deutete auf eine Änderung zum Besseren in nächster Zukunft hin. Bis 1988 sind 29 Vorschläge zur Änderung des Gesetzes 685 eingebracht worden; die meisten zielten auf eine größere Liberalisierung des Drogenmarktes. Doch unter dem Druck der Öffentlichkeit und als Ausdruck einer politischen Erneuerungsbewegung stand 1990 erstmals das Grundrecht auf Straffreiheit des Drogenkonsums zur Disposition. Das vorliegende Gesetz aus dem Jahr 1975 wurde einer gründlichen Revision unterzogen und von 108 Paragraphen fast die Hälfte "ausgetauscht" bzw. ergänzt und "potenziert". Als Gesetz 162/90 floß es dann zusammen mit dem Rest des "alten" Drogengesetzes zum Einheitstext des Gesetzes 309/90 zusammen und regelt seit zwei Jahren die Belange um die illegalen Drogen. Hauptaugenmerk galt

- dem Kampf des illegalen Drogenhandels im großen Stil
- dem Drogenkonsumenten, der um (fast) jeden Preis einer Therapie zugeführt werden muß
- einer gezielteren Programmierung von Präventionsinitiativen und Erfassung epidemiologischer Daten

zu a)

Auch der Besitz oder Erwerb von Drogen zum persönlichen Gebrauch, definiert durch die **durchschnittliche Tagesdosis psychoaktiver Substanzen** (festgelegt durch Ministerialdekret), ist **strafbar**. Da jedoch der Gesetzgeber nicht so sehr die Bestrafung, sondern die Hinführung zu einem Therapieprogramm erwirken will, setzt an dieser Stelle ein komplizierter Mechanismus ein: Meldungen, Verwaltungsstrafen, Aussetzung derselben bei einer Entscheidung des Drogenabhängigen für ein Therapieprogramm bei einer Betreuungsstelle (jetzt **Dienst für Drogenabhängigkeit - SERT**), Wiederaufnahme des Verfahrens bei Rückfall oder Abbruch des Programms, Vorladung durch den Richter, Aussetzung des Verfahrens ..... Wird das Therapieprogramm erfolgreich abgeschlossen, wird der Fall archiviert und taucht nicht im Strafregister auf. Eine Archivierung kann nur 1 Mal erfolgen. Andersfalls ist, bei mehrmaliger Unterbrechung des Programms bzw. bei Rückfall, letztendlich doch eine Gefängnisstrafe von 3 Monaten bzw. eine Geldstrafe von 5 Mio Lire (ca. 6.000,00 DM) vorgesehen.

zu c)

An Initiativen zur Prävention sind vorgesehen:

- Aufklärung und Sensibilisierung durch Öffentlichkeitsarbeit
- Information und Aufklärung in den Schulen im Rahmen der Gesundheitserziehung
- Information und andere geeignete Maßnahmen in den Kasernen

Außerdem soll das Gesetz selbst wegen seiner **Abschreckung durch Strafandrohung** Teil der Präventionsmaßnahmen sein.

Zum heutigen Zeitpunkt ist es noch nicht möglich, festzustellen, ob und was im einzelnen dieses Gesetz bewirkt hat. Dazu ist es wohl noch zu neu. Fest steht, daß über

71.000 Personen zwischen Juli 91 und Oktober 92 in Kontakt standen mit öffentlichen und privaten Betreuungsstellen und Therapiegemeinschaften. Dies sind 47 % mehr als im Jahr davor. Auch die Zahl der Betreuungsstellen ist deutlich gestiegen, ist aber im Süden und auf den Inseln immer noch unzureichend.

Fest steht allerdings auch, daß die Betreuungsstellen nun zum Teil widersprüchliche Aufgaben übernehmen müssen. Denn einerseits setzt Therapie eine Beziehung voraus, die sich auf Vertrauen und Verständnis gründet. Andererseits ist der Therapeut verpflichtet, Rückfall oder Unterbrechung der Therapie zu melden, falls der Klient sich für Therapie statt Strafe entschieden hat.

Die Betreuungsstelle wird somit zur Kontrollinstanz und die Therapie als Teil einer Strafe angesehen. Für den Klienten erhöht sich die Konfusion und für den Betreuer die Bürokratie. Ob dies einem Therapieprogramm zuträglich ist, sei dahingestellt.

Auch ist angesichts einer sich dramatisch entwickelnden AIDS-Problematik unter den Drogenkonsumenten jede Maßnahme gefährlich und gar kontraproduktiv, die ein Abtauchen in die Drogensubkultur fördert. Jedenfalls wird schon zwei Jahre nach Inkraft-Treten des Gesetzes 309 wieder laut über die Straffreiheit des Drogenkonsums nachgedacht.

Korrespondenzanschrift:

Elisabeth Hofer  
"La Strada"  
Via Visitazione 42  
I-39100 Bozen



# ITALIEN

## *Prävention aus unserer Sicht*

### **Aufklärung über die Entstehungsursachen**

Monokausale Erklärungsversuche haben sich genauso als unzureichend erwiesen wie symptombezogene Maßnahmen. Es sind stets mehrere Ursachenbündel zu berücksichtigen, die meist miteinander zusammenhängen und -wirken und die betroffenen Personen einem psychosozialen Unbehagen, bis hin zu einem unerträglichen Leidensdruck, aussetzen, der sie natürlich dazu bewegt, eine möglichst rasche Erleichterung zu suchen.

### **Die soziokulturelle Entwicklung in Südtirol mitbestimmen**

Das Prophylaxeteam des Vereins "La Strada - Der Weg" setzt es sich es zum Ziel, einerseits die soziokulturelle Entwicklung in Südtirol mitzugestalten, um ein menschengerechteres Sozialgefüge zu fördern, und andererseits Kinder und Jugendliche bei ihrer Entwicklung und Entfaltung zu unterstützen, um Suchthaltungen, Drogenmißbrauch, Delinquenz und anderen Formen problematischer Konfliktlösungen vorzubeugen.

### **Ein ursachen- und behandlungsorientiertes Projekt**

Das Präventionsprojekt ist demnach weder suchstoff- noch symptombezogen, sondern in erster Linie ursachen- und handlungsorientiert. Dies gilt sowohl für die individuelle als auch für die gesellschaftliche Ebene der Tätigkeiten.

Kognitive Aspekte im Sinne einer reinen Wissensvermittlung über Drogen, psychische Not, soziale Armut, u.s.w. spielen dabei nicht die Hauptrolle. Vielmehr geht es uns darum, junge Menschen direkt oder indirekt über sog. Multiplikatoren zu befähigen, im Umgang mit Suchtstoffen, in der Krisen- und Konfliktbewältigung, in der Erlebnis- und Genußfähigkeit, und in der Leidensfähigkeit selbst zu fördern.

### **Erlernung psychisch-sozialer Kompetenzen**

Kurzfristige und einmalige Initiativen - beispielsweise Info-Vorträge - bewirken meist wenig. Wir geben mittel- und langfristigen Projekten den Vorrang, bei denen die jeweilige Zielgruppe die Möglichkeit hat, positive, persönliche und soziale Fähigkeiten zu erproben, und nicht bloß davon zu wissen.

Es geht uns also in erster Linie um die Vorbeugung menschlicher Not im Hinblick auf Werterfahrungen, Sinnfindung und angemessene Bedürfnisbefriedigung. Junge Menschen, die sich darin schwer tun, sind unsere eigentliche Zielgruppe.

### **Primärprävention als ganzheitliche Gesundheitsförderung**

Primärprävention sehen wir als "früh ansetzende und langfristig angelegte" Gesundheitsförderung, die sich von Jugendarbeit insofern unterscheidet, als sie nicht das allgemeine Wohlbefinden Jugendlicher bezweckt, sondern deren Lebensqualität gezielt in jenen Bereichen verbessern soll, die ein besonderes sucht- und devianzförderndes Potential beinhalten.

In diesem Sinne beschränkt sich der Gesundheitsbegriff keineswegs auf die rein körperliche Dimension, sondern schließt auch die seelische, geistige und soziale mit ein.

### **Zielsetzungen**

Ausgehend von einem ursachenbezogenen und möglichst ganzheitlichen konzipierten Präventionsverständnis könnte man unsere Zielsetzungen folgendermaßen umschreiben:

## **PRIMÄRPRÄVENTION**

### **1. Verminderung von Vorurteilen und Unwissenheit**

Informationen über verschiedene Verhaltensauffälligkeiten sowie über deren Ursachen, Auslöser und Vorbeugung sind ein wichtiges Moment der Aufklärung. Sie soll jedoch einerseits möglichst sachlich sein und andererseits die emotionale und geistige Dimension des Menschenseins berücksichtigen. Nur so vermag sie wirkungsvoll zu sein.

Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit soll die Reflexion über unsere Sozialkultur fördern.

Dabei nützen weder Abschreckungskonzepte, noch rein suchstoffbezogene Ansätze, sondern vielmehr eine umfassende Vorbeugung psychosozialen Leids. Aufklärungstätigkeiten dienen vor allem der Förderung von Gesundheits- und Sozialbewußtsein, der Wahrnehmung positiver Möglichkeiten, sowie der Verminderung von Vorurteilen und Unwissenheit.

### **2. Beratungs- und Fortbildungstätigkeit für "Multiplikatoren"**

Ein weiterer Aspekt betrifft die inhaltliche, sowie die methodische Beratung und Hilfeleistung seitens des Prophylaxeteams für sog. "Multiplikatoren", also Erwachsene und Jugendliche, die mit pädagogischen Aufgaben betraut sind (Eltern, LehrerInnen, GruppenleiterInnen, SozialarbeiterInnen usw.) Konsequente Prävention beinhaltet einerseits das Zusammenwirken aller, beziehungsweise die Wahrnehmung der Einzelpersonen in ihrer Ganzheit und nicht nur jeweils aus der Sicht einzelner Lebensbereiche. Hauptziel dieser Tätigkeiten ist es,

vorerst die psychiatrische, soziale und moralische Kompetenz unserer Partner selbst zu fördern, und sie dann in ihren Bemühungen zu begleiten, ein Gesundheitsverhalten bei den jungen Menschen aufzubauen, das auf Verantwortungsbewußtsein gegenüber sich selbst, dem sozialen Nahraum und der Gesellschaft basiert.

### **3. Projekte im örtlichen Bereich**

Mittel- und langfristige Präventionsvorhaben auf lokaler Ebene in Zusammenarbeit mit Gemeinden, Pfarrgemeinden, Stadtvierteln, Bürgerinitiativen, Schulen u.s.w..

Bei dieser Art von sozialer Gemeinwesenarbeit übernimmt das Prophylaxeteam eine Berater- und Begleiterfunktion. Dabei sollen keine neuen Einrichtungen oder "Zuständigkeiten" entstehen, sondern die potentiellen Fähigkeiten der schon bestehenden ausgeschöpft werden. Ihre soziale Sensibilität und Kompetenz gilt es zu fördern. Außerdem ist es unumgänglich, ein verbessertes Zusammenwirken verschiedener formeller und informeller Vereinigungen in den jeweiligen örtlichen Sozialgefügen Südtirols zu unterstützen. Dies wäre der wohl meistversprechende Weg einer gesellschaftlichen Veränderung, hin zu einer besseren Lebensqualität.

### **4. Konsolidierung der Jugendsozialarbeit**

Wir müssen Alternativen zur Passivität, Aggressivität, sowie zum Suchtverhalten und anderen Entwicklungsstörungen finden, aufzeigen, und die Jugendlichen zur Mitarbeit heranziehen, um den Anforderungen eines zeitgemäßen, wirksamen Präventionskonzeptes gerecht zu werden. Wertvolle Ideen und Ansätze ergeben sich außerdem durch eine gezielte Auswertung unserer eigenen Praxiserfahrungen in der Sozialarbeit.

## **SEKUNDÄRPRÄVENTION**

Während Primärprävention auf die Definition einer spezifisch gefährdeten Person oder Gruppe verzichten kann, ist gerade dies Ausgangspunkt für die Sekundärprävention.

### **1. Früherkennung von Problementwicklungen**

Die Früherkennung von Problemsituationen ist besonders für "Erziehungsbeauftragte" wichtig, damit sie in die Lage kommen, direkte oder indirekte Hilfestellungen zu gewährleisten, um eine Ausweitung und Verschärfung psychischer, sozialer oder anderer Fehlentwicklungen zu verhindern. Es handelt sich meist um personenbezogene, mitunter auch gruppenbezogene Maßnahmen, die einerseits die Möglichkeiten der allgemeinen Primärvorbeugung überschreiten, andererseits aber nicht in den Bereich der Therapie und Rehabilitation fallen.

Eltern und andere pädagogisch wirkende Personen sind die wichtigsten Schlüsselpersonen für eine Sekundärprävention, bei der individuelle und systembezogene Aspekte aufeinander abzustimmen sind.

## 2. Individuelle bzw. systembezogene Ansätze

Die Gefahr der Stigmatisierung oder der Hyperreflexion ist bei Verhaltensauffälligkeiten besonders groß. Die Identifikation gefährdeter Personen, Gruppen oder Umgebungen kann sich negativ auf die frühzeitige Krisenintervention auswirken. Aus diesem Grunde ist eine Institutionalisierung von Sekundärprävention entschieden abzulehnen. Außerdem führen Maßnahmen mit Zwangs- oder Verbotscharakter meist nicht zum erwünschten Resultat, ja manchmal sogar zum Gegenteil. In besonderem Maße erfolgsversprechend sind Selbsthilfegruppen, sowie spontane und freiwillige Initiativen betroffener Einzelpersonen, Familien oder Gruppen.

## INHALTLICHE SCHWERPUNKTE

Grundsätzlich behandeln wir drogenunspezifische Inhalte, wobei der Arbeitseinstieg eventuell auch stoffbezogen oder symptombezogen sein kann. Im allgemeinen dienen drei Hauptbereiche zur inhaltlichen Orientierung: Wertehorizont, Bedürfnisse und Krisenbewältigung.

### 1. Genußfähigkeit und Erlebnisfähigkeit fördern

Erlebniswerte: In diesem Bereich geht es vor allem darum, junge Leute zu befähigen, diese Werte wahrzunehmen, und ihre Genußfähigkeit und Erlebnisfähigkeit zu verbessern. Eine klare Unterscheidung zwischen Genuß und Mißbrauch, sowie zwischen Erlebnis und Konsum ist heute besonders wichtig.

### 2. Aktive Haltung und Selbsttranszendenz

Schöpferische Werte spielen im Gegensatz zur passiven Konsumhaltung eine grundlegende Rolle in der persönlichen Sinnfindung und -erfüllung. Prävention in dieser Hinsicht bedeutet aktives Lernen, Kreativität und Selbstbewußtsein bis hin zur selbsttranszendenten Haltung: Es braucht nicht nur Ich-bezogene Lebensziele, sondern auch Verantwortung dem sozialen Nahraum und den Mitmenschen allgemein gegenüber.

### 3. Leidensfähigkeit und Belastbarkeit

Bei Einstellungswerten geht es um die richtige Haltung gegenüber Leid, Frustration und Schmerz. Problemlosigkeit ist kein Ziel von Prävention, wohl aber Leidensfähigkeit und Frustrationstoleranz.

### 4. Bedürfnisse erkennen, ausdrücken und befriedigen

Mit "Bedürfnissen" meint man üblicherweise in erster Linie jene materieller Art. Die Prophylaxearbeit setzt ihre Schwerpunkte jedoch auf spezifisch menschliche Bedürfnisse: Liebe, Zugehörigkeit, Sicherheit, Entfaltung, Selbstwertschätzung und Sinnfindung. Es geht also vor allem darum, "Schlüsselpersonen", Kinder und Jugendliche zu befähigen:

- a) die eigenen Bedürfnisse (und jene der Mitmenschen) bewußt wahrzunehmen.
- b) Bedürfnisse und Gefühle zum Ausdruck zu bringen (Dialogfähigkeit).
- c) Gesunde, geeignete Antworten darauf zu finden (soziale Kompetenz).

Vorbeugung soll und kann Probleme nicht generell verhindern, wohl aber helfen, damit umzugehen.

Um der "inneren Griffnähe", um ungesunden Problemlösungen vorzubeugen, müssen die altersspezifischen Schwierigkeiten von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden; in körperlicher, psychischer und geistiger Hinsicht. Krisenbewältigung beinhaltet einerseits eine bestimmte Leidenfähigkeit (Belastbarkeit) und andererseits die nötigen Kenntnisse, Konflikte aktiv und mit geeigneten Mitteln zu lösen, damit Leid nicht zur Verzweiflung, und Krisen nicht zu selbstschädigenden Handlungen führen.

## 5. Fähigkeiten zur Problembewältigung fördern

Je nach Zielgruppe und Dauer eines Präventionsvorhabens kann man o. g. Inhalte aus einem bestimmten, beziehungsweise mehreren verschiedenen Blickwinkeln behandeln: medizinisch- pharmakologisch, gesellschaftlich, psychologisch, philosophisch- moralisch, juristisch-politisch, wirtschaftlich, pädagogisch usw.

## METHODISCHE RICHTLINIEN

Die Frage nach den Arbeitsweisen hat insofern einen nennenswerten Stellenwert in der Vorbeugearbeit, als diese mit den Zielsetzungen selbst in Einklang stehen sollten.

### 1. Option zugunsten direkter, personeller Beziehungen

Wir geben generell der personalen Beziehung zwischen dem Team und der Zielgruppe den Vorrang vor der medialen oder Einwegkommunikation (Artikel, Plakate, TV, Spots, Vorträge usw.). Die Benutzung audiovisueller und anderer Medien soll demzufolge stets mit persönlichem Dialog verbunden werden. Demokratische und kreative Lernformen setzen natürlich eine besondere Flexibilität und Fachkompetenz des Prophylaxeteams voraus, versprechen aber längerfristig mehr Erfolg als die "anonyme Einwegkommunikation".

### 2. Zielgruppengemäße Inhalte und Methoden

Inhaltlich sowie methodisch muß genug Anpassungsfähigkeit vorhanden sein, um den Interessen und Erwartungen der jeweiligen Zielgruppe zu entsprechen; ausgehend von deren spezifischer Lebenslage und sozialer Rolle. Daß sich dabei jede/r Beteiligte gemäß ihrer/seiner Muttersprache und Herkunft ausdrücken kann, gehört natürlich zu den Grundbedingungen sinnvoller Sozialarbeit.

## **Auswertung, Supervision, Erfahrungsaustausch**

Zur Gewährleistung einer fachgemäßen Arbeit bedarf es unter anderem folgender regelmäßiger Tätigkeiten:

1. Supervision durch externe Experten
2. Erfahrung- und Informationsaustausch mit ähnlichen Diensten im In- und Ausland
3. Planung und Auswertung der eigenen Projekte

Korrespondenzanschrift:

Elisabeth Hofer u. Josef Gruber  
"La Strada"  
Via Visitazione 42  
I-39100 Bozen

# ÖSTERREICH

## *Konzepte der Suchtprävention*

### Präventive Strategien

#### Statement für eine klare Trennung von Sucht- und Drogenprävention

Das Problem kindlichen Daseins in unserer heutigen Welt besteht vorwiegend in der Spannung, mit Überforderung und Entmündigung leben zu müssen: Einerseits sind unsere Kinder von neuen Aufgabenstellungen und medialen Reizpaketen überfordert, zum anderen wird ihnen eigenständige Entfaltung und Erlebnisfähigkeit zunehmend unmöglich gemacht.

Auch Suchtprävention, ein Kleinkind unserer Gesundheitskultur, steht in dieser Spannung. Kaum schon der eigenen Identität bewußt, steht sie zwischen zwei mächtigen Elternteilen: der medizinisch geprägten Prävention, deren Aufgabe es ist, Probleme zu verhüten, und der eher strukturell orientierten Gesundheitsförderung. Kommt dann die Pädagogik, die große Schwester, oder manch therapeutisch und sozialarbeiterisch angehauchter Verwandter, ist's um das "arme Ding" vollends geschehen.

In der Tat: Auch wenn sich viele präventiv Tätige von der Bewahrungs- zur Bewährungspädagogik hinwenden, wird dieser ihrer Tendenz zur allgemeinen Gesundheitsförderung (und somit einem liberaleren Suchtbegriff) alsbald von Öffentlichkeit, Medien und Trägern die Zügel der Problemvermeidung angelegt, (wobei man in vielen europäischen Regionen froh sein muß, wenn das Kind nicht gleich als Totgeburt eines Katastrophenmanagements verendet, das Prävention mit Behandlung verwechselt). Jedenfalls: Überall dort, wo Suchtprävention (neuerdings als noch unverbrauchtes Allheilmittel) dazu eingesetzt wird, im (Sucht-, Helfer-, Kommentatoren-) System Ordnung zu schaffen, verliert sie ihre Möglichkeit, zu eigenständigem Handeln. In diesem Sinne erscheint es nötiger denn je, vor dem präventiven T u n präventiv zu d e n k e n.

Drei Stolpersteine liegen auf dem Weg zu einer selbstbewußten Prävention:

1. die andauernde, auch hier praktizierte, scheinbar beliebige Austauschbarkeit der Begriffe Sucht- und Drogenprävention;

2. die fast ausnahmslose Problemorientiertheit, wenn es um Sucht und ihre Vorbeugung geht (was mitunter zu einer "Sucht zur Sucht" ausartet);
3. der fatale Irrtum, daß Suchtprävention Ordnung schafft und zu dieser erziehen sollte - anstatt eine integrative Entwicklung hin zur Negentropie zu ermöglichen.

Eine Vermischung von Sucht- und Drogenprävention bzw. die vermeintliche Austauschbarkeit der Begriffe, ist unzulässig und gefährlich. Wer sie betreibt,

- negiert, daß Drogen Sucht b e g l e i t e r , aber nicht Sucht u r s a c h e n sind und somit einer ursachenorientierten Prävention nicht als Ansatzpunkt dienen können
- negiert weiter, daß stoffungebundene Suchtentwicklungen den selben Stellenwert besitzen wie stoffgebundene; kurz: daß es sich bei "Sucht" und "Drogen" um zwei voneinander getrennte Phänomene handelt;
- lenkt, wenn der Begriff "Droge" unausgesprochen illegale Rauschstoffe bezeichnet, von tatsächlichen, statistisch erwiesenen Suchtquantitäten ab (Alkohol, Medikamente);
- und stabilisiert somit ein gesellschaftliches Wertesystem, das suchtfördernd wirkt, indem es Süchte verschieden bewertet und durch Lob (Arbeits-) bzw. Ausgrenzung (Heroin sucht) dynamisiert.

Um dieser z. T. kontraproduktiven Verengung unseres Definitionsvermögens zu begegnen, schlage ich eine Trennung in beide Richtungen vor. Die hierbei zuzuordnende ideologische Haltung ist legitim - ihre frühzeitige Deklaration würde viele Gefechte zwischen Experten, Praktikern, Politik und Öffentlichkeit vermeiden helfen: Die Zuordnung soll also nicht erstarrend ausgrenzen, sondern aus der Reflexion heraus einen Prozeß der Begegnung und Bewegung auslösen.

### Suchtprävention

Vorbeugung süchtigen Verhaltens

Selbstbestimmung

vor der Abhängigkeit

integrativ

jegliches Suchtverhalten

individualorientiert  
strukturorientiert

Ziel:

Zugrundeliegende Werthaltung

Ansatzpunkt:

politische Haltung:

Arbeitsfeld:

Methode:

### Drogenprävention

Vorbeugung des Drogenkonsums

Drogenfreiheit

vor dem Drogenkonsum

ausgrenzend

Drogenkonsum

individualorientiert und stofforientiert



Wenn ich mich zur Suchtprävention bekenne, einem inhaltlich weiten Begriffsfeld, das aber auch Experimentier- und Konsumsituationen akzeptiert, dann definiere ich primäre Suchtprävention als jenes Tun und Lassen, das Menschen mittels verschiedener Strategien ermöglicht, ihre Lebensführung in Selbstverantwortung zu entscheiden, und das gesellschaftliche Strukturen dort in Fragen stellt, wo diese Entscheidung nicht möglich ist.

Je mehr in der Motivation und im Inhalt unser präventiven Tätigkeiten "Sucht" das Thema ist, desto mehr wollen wir sie bekämpfen, desto mehr wird sie nun zum Thema, worauf wir sie umso mehr verhindern müssen ...

Für Deutschland wird für das Jahr 2017 prognostiziert, daß es, geht die Entwicklung so weiter wie bisher, mehr Suchthelfer als Süchtige geben wird; für Westösterreich ist ähnliches zu erwarten. Hier müssen die mit dem Thema Befassten sich die Frage stellen: "Was fasziniert uns an diesem Phänomen Sucht?"

Wenn Prävention Vor- statt Nachdenken heißt, dann bedeutet Vordenken auch: Freiräume schaffen; Raum lassen für lebendige Entwicklungen, Ungereimtheiten, un erhoffte Begegnungen. Denn Probleme lassen sich nicht durch Problematisieren lösen, Gesundheit nicht unter dem Damoklesschwert entwickeln.

Vielleicht gibt schon die kollektive Angst vor dem Chaos, die, gerade in der Pädagogik, es den sich selbst organisierenden Strukturen so schwer macht, ihre Selbstorganisation zu leben, die Antwort auf die vorhin erwähnte Frage nach der Faszination von Suchtprozessen.

Suchtprävention gerät immer wieder in Gefahr, gemäß dem (suchtfördernden) Mythos der Machbarkeit, Ordnung zu schaffen und diese zu erhalten. Damit wird sie aber lebensfeindlich und stellt sich gegen den Veränderungsdrang des Lebens.

Wenn auch die Entropie, die Entwicklung des Lebendigen hin zum Tode, uns so zu schaffen macht, können nicht krampfhaft pädagogische Atemübungen die stimmige Antwort sein, sondern nur die Begleitung des Menschen in seinem Suchen, Irren, Finden und wiederum Verlieren - hin zu Negentropie: zur Liebe also, die gesunde und kranke Anteile integriert und an und mit ihnen lächelnd weise wird. Das meint RÖSSLER mit seinem Gesundheitsbegriff, der nicht ordnungs=harmonieselig/-süchtig wie jener der WHO ist, sondern noch das überindividuelle Verständnis von Leben aus der vorindustriellen Kulturzeit erahnen läßt: "Gesundheit ist nicht die Abwesenheit von Problemen, sondern der Mut, mit ihnen umzugehen". Das meinte auch SOKRATES, dessen für die Prävention so wichtige pädagogische Verständnis des gemeinsamen Suchens, (in dem sich Wahrheit ereignet), sich nicht gegen die platonische Verantwortungshierarchie durchsetzen konnte, die unser medizinisches, religiöses, politisches und pädagogisches System abstützt.

Eine solche Suchtprävention, die ihr Tun reflektiert und konstruktivistisches Wissen einbezieht, wird in ihrer individualen Initiationsarbeit und strukturellen Gesundheitsförderung sich auch anderer evaluativer Parameter bedienen: nicht mehr der Grad der Problemvermeidung wird dann etwa gemessen, sondern jener der Selbstbestimmung.

Auch wenn sich das "Kind" Suchtprävention in den nächsten Jahren zum selbständigen Wesen emanzipiert haben sollte, wird es ihm nicht anders ergehen wie allen, die im Kreislauf des Lebens stehen: Es wird sich gefunden haben, um sich letztlich wieder zu verlieren; - wir müssen also Suchtprävention definieren, um sie besser loslassen zu können.

## **Konzept für die Arbeitsgruppe Präventive Jugend- und Familienarbeit**

beim Jugend- und Familienreferat am  
Amt der Vorarlberger Landesregierung

### **Voraussetzung**

Die sich verdichtende pluralistische Lebensgestaltung unserer Zeit verlangt koordiniertes Vorgehen, wenn individuelle und soziale Gesundheit aus präventiver Sicht gefördert und erhalten werden soll. Primäre Suchtprävention, (kurz Prävention genannt), soll Menschen mittels verschiedener Strategien ermöglichen, ihre Lebensführung in Selbstverantwortung zu entscheiden und gesellschaftliche Strukturen dort in Frage zu stellen, wo diese Entscheidung nicht möglich ist.

Prävention fühlt sich der begleitenden Pädagogik verpflichtet und versteht sich als Provokation zur Begegnung.

Zielgruppe der primären Suchtprävention sind Nicht-Gebraucher und experimentelle Gebraucher bzw. solche, die frei sind von nicht-stofflichen Abhängigkeiten.

Ein solches präventives Strategiebündel

- setzt einerseits beim Einzelnen an und versucht, seine/ihre Ressourcen zu stärken (Individualpsychologie, Bewährungspädagogik),
- unterstützt zum anderen gesellschaftliche Systeme und Subsysteme, die gesundheitsfördernde Arbeit leisten,
- arbeitet flächendeckend mittels medialer Bewußtmachungsprozesse (Öffentlichkeitsarbeit).

Zugrundeliegende Werthaltung ist hierbei die Achtung vor der Selbstgestaltungsfähigkeit von Individuen und Gruppen

### **Zielsetzung**

Die Arbeitsgruppe für präventive Jugend- und Familienarbeit entwickelt entsprechende Programme und koordiniert deren Umsetzung.

Sie berät den beamteten Jugend- und Familienreferenten bezüglich relevanter Förderungen.

### **Struktur**

Die Arbeitsgruppe tagt neun mal jährlich. Aufgaben, die über diese Koordinations-treffen hinausgehen und wahrzunehmen sind, werden dort an Mitglieder vergeben.

Der Leiter stellt die Verbindung zum Jugend- und Familienreferat der Vorarlberger Landesregierung mittels Jours fixes her und betreibt die Vernetzung mit anderen Ar-

beitsgruppen am selben Referat durch Arbeitsgespräche. Auch sorgt er für die Sitzungsprotokolle.

### **Handlungsrahmen**

In jedem Jahr soll die Arbeitsgruppe ein Thema /eine Aktion in den Mittelpunkt ihrer Tätigkeit stellen. Als Finanzrahmen hierfür sind \$ 150.000,00/Jahr vorgesehen (incl. der jährlich anfallenden Arbeitsgruppen-Spesen)

### **Vorausschau 1992**

#### **Inhaltliche Schwerpunkte/Möglichkeiten**

- Grundlagen für die Zusammenarbeit
- Erarbeitung eines flächendeckenden Bedürfnisrasters, langzeitige Entwürfe
- laufende Aktualisierung der Materialienmappe "Bevor es zuviel wird"
- Konzeption eines Nachfolgeseminar für die Teilnehmer der diesjährigen Präventionsveranstaltung am 18./19.10.
- Ausbildung von regionalen Multiplikatoren (an Wochenenden).
- Öffentlichkeitsarbeit
- Vernetzungsmöglichkeiten mit bestehenden/entstehenden Ausbildungen im pädagogischen-psychozialen Bereich erkunden.

#### **Mitglieder der Arbeitsgruppe**

- Dr. Angela SCHIEMER, Medizinerin/Soz. AK, Bregenz
- Manuela STEGER, SOMA, Alberschwende
- Isabella TSCHERNJAK, Club Antenn, Dornbirn
- Arno DALPRA, Dipl-Soz.Arb., Beratungsstelle Mühletor, Feldkirch
- Bernhard RÜSISSE, HS-Lehrer, Bregenz
- Ernst SCHEIDBACH, Sozialreferat Stadt Feldkirch
- Dr. Herbert NÄGELE, Jugendreferat Stadt Bregenz
- Gerad KOLLER, Institut für Soziales Lernen, Egg

Den ordentlichen Mitgliedern wird pro Sitzung ein Spesenersatz von S 1.000,00 vergütet.

## Projektbeschreibung

### "Multiplikatoren-orientierte Suchtprävention im Gemeinwesen"

#### 1. Begriffsklärungen

##### a) Multiplikatoren

Unter dem Sammelbegriff "Multiplikatoren" werden alle Personen, Körperschaften oder Institutionen verstanden, welche ihrerseits in mehr oder weniger engem Kontakt mit anderen Personen stehen und die Möglichkeit haben, auf diese einen gewissen Einfluß auszuüben.

Ausgehend von der Annahme, daß Prävention eine möglichst große Breitenwirkung entfalten sollte, um wirksam werden zu können, kommt den Multiplikatoren die Aufgabe zu, präventives Denken und Handeln zu vervielfältigen. D. h., die in ihrem Einflußbereich stehenden Personen und/oder Personengruppen sollen von den Multiplikatoren dahingehend beeinflusst werden, daß sie ihre Handlungen und nach Möglichkeit auch ihre Denkweise in Richtung auf ein vorher festzulegendes Ziel verändern.

Multiplikatoren werden idealerweise dort gesucht und angesprochen, wo ihnen bereits eine sozio-kulturelle Funktion zukommt. Multiplikatoren müssen also nicht geschaffen, sondern gefunden werden. (Beispiele: Eltern, LehrerInnen, Vorgesetzte, Kommunal- und Regionalpolitiker, Verwaltungen, Behörden, Vereine, Jugendorganisationen usw.).

##### b) Gemeinwesen

Unter dem Begriff "Gemeinwesen" sollen alle Institutionen, Organisationen und Körperschaften verstanden werden, welche ihre primäre Aufgabe in der (Selbst-)Organisation mehrerer Personen sehen. Allen in diesem Zusammenhang gemeinten Gemeinwesen ist eigen, daß sie vertikal hierarchisch gegliedert sind. (Beispiele: Vereine, Kirchen, Parteien, Städte, Kommunen, Land usw.)

#### 2. Grundsätzliche Überlegungen

Suchtprävention muß auf einen breit abgestützten Konsens bauen können. Dies zum einen, damit sie ihre Tätigkeit überhaupt erst aufnehmen kann, zum anderen, um nicht von vornherein auf Ablehnung zu stoßen. Sie muß sich daher geeigneter Gefäße und Medien bedienen können, welche ihrerseits eine gewisse (informelle oder formelle) Macht zur Einflußnahme einerseits, und die nötigen Kanäle zur Aktivierung dieser Einflußnahme andererseits, aufweisen.

Prävention wird innerhalb gewachsener Strukturen als parasoziale Einrichtung wesentlich erfolgreicher arbeiten können, als wenn sie sich selber neue Strukturen aufbauen muß.

Insbesondere beim struktur-orientierten Ansatz innerhalb der ursachen-orientierten Arbeitsweise ist es unerläßlich, diese Strukturen zu kennen und sich ihrer zu bedienen.

### 3. Die Strategie des multiplikatorenorientierten Ansatzes

Multiplikatorenorientierte Arbeit wird nur dann gelingen, wenn sie sich in ihrer Funktionsweise auf in sich abgeschlossene und dennoch vernetzte Projekte beschränkt. Diese ihrerseits bekommen eine Signalwirkung und motivieren potentielle Multiplikatoren, eigene Projekte anzugehen.

### 4. Grundlagen zur Realisierung

Der hier besprochene Ansatz basiert auf der Möglichkeit, zumindest einer qualifizierten Fachkraft für Suchtprävention die nötige Zeit und die nötigen Mittel zur Verfügung zu stellen, sich vertieft eines resp. mehrerer Projekte anzunehmen.

Dies wirft die Frage auf, wer denn nun koordinierend im Bereich der Suchtprävention tätig werden kann und soll. Aufgrund der Komplexität der Materie ist von einer hauptsächlich ehrenamtlichen Tätigkeit abzusehen, da diese weder die nötigen fachlichen noch zeitlichen Ressourcen zu garantieren vermag.

Die Pflichtenerweiterung oder ggf. Stellenerweiterung bestehender sozialer Institutionen, wie z. B. Drogenberatungen, Jugendberatungen u. ä., ist nicht vorbehaltlos zu bejahen. Dies kann einerseits mit der Eindimensionalität der betroffenen Stellen (z. B. nur eine Zielgruppe, Stellenauftrag nur im Bereich illegaler Drogen) und andererseits mit der in der Regel zu knapp bemessenen zur Verfügung stehenden Zeit begründet werden. Erfahrungen im gesamten deutschsprachigen Raum belegen, daß bei mangelnder Abgrenzung von Prävention gegenüber Beratung erstere zugunsten der zweiten vernachlässigt wird und häufig gar nicht mehr betrieben werden kann, da die beraterische Tagesaktualität zuviel oder alle Zeit beansprucht. Außerdem wird mit einer personellen und räumlichen Integration von Prävention um ein eigenständiges Fachgebiet gehandelt, welches zumindest eine vertiefte Auseinandersetzung mit der gesamten Thematik vor der eigentlichen Tätigkeitsaufnahme voraussetzt.

### 5. Projektarbeit mit Multiplikatoren

Die Tätigkeit einer oder mehrerer Fachpersonen, welchen der Aufgabenbereich der Suchtprävention zugeordnet wird, sollte in einer mehrphasigen Strategie bestehen, welche nachstehend dargestellt wird:

1. Evaluation von möglichen Multiplikatoren im Einzugsgebiet; nach Möglichkeit verbunden mit persönlicher Kontaktaufnahme und Vorstellung des spezifischen Dienstleistungsangebotes.
2. Sensibilisierung: Multiplikatoren müssen rund um das Thema "Sucht" sensibilisiert werden. Dies geschieht idealerweise mittels gezielter Rundschreiben, in welcher auch konkrete Projekte angeboten werden.

3. **Zusammenarbeit:** Ist auch diese Sensibilisierung erfolgreich, entsteht auf Multiplikatorenseite der Wunsch nach einer entsprechenden Initiative des Anbieters. In der Regel handelt es sich dabei um konkrete Projekte, welche aufgrund einer speziellen Problemstellung oder Ausgangslage entwickelt werden müssen. Die Praxis zeigt, daß von Multiplikatoren häufig erst dann der Wunsch nach präventiven Aktivitäten entsteht, wenn sich ein Problem bereits symptomatisch manifestiert (z. B. alkoholbedingte Betriebsunfälle, Spritzen im Schulhof). Wichtig ist in diesem Fall eine große Flexibilität des Anbieters von Präventiv-Programmen. D. h., daß der Einstieg in Primärprävention auch über den Umweg der Sekundärprävention (Früherfassung, Problemverminderung) erfolgen kann. Es sollte aber von Anfang an daran gedacht werden, sekundärpräventive Programme zur Primärprävention weiterzuentwickeln.
4. **Planung:** Die anbietende Stelle plant und entwickelt ein geeignetes Vorgehen, um dem Anliegen des Multiplikators möglichst entsprechen zu können. In dieser Phase werden Kontakte zu evtl. mit betroffenen Fachinstanzen hergestellt (Vernetzung) und bereits bestehende Projekte mit ähnlicher Fragestellung überprüft, angepaßt und, wenn möglich, übernommen. Prävention ist darauf angewiesen, bestehende Erfahrungen und Ergebnisse zu kennen und aus an anderer Stelle gemachten Fehlern zu lernen.
5. **Projektphase:** Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse wird ein konkretes Projekt entwickelt und dem Multiplikator vorgestellt resp. angeboten.
6. **Feinplanung:** Gemeinsam mit dem Multiplikator resp. Auftragsgeber wird das Projekt ggf. überarbeitet und möglichst exakt den konkreten Erwartungen beider Seiten angepaßt.
7. **Umsetzung:** Dem Multiplikator wird die nötige Fertigkeit vermittelt, das Projekt zu realisieren. In der Anfangsphase wird von der Präventionsstelle aktiv bei der Durchführung mitgearbeitet.
8. **Begleitung:** Laufende Projekte werden aus der Distanz begleitet und, falls nötig, wird periodisch unterstützend mitgearbeitet. Im Falle eigentlicher Sekundärprävention muß in dieser Projektphase dahingehend auf den Multiplikator eingewirkt werden, daß die Entwicklung in Richtung Primärprävention (z. B. mittels Umgestaltung des Projektes) nicht unmöglich gemacht wird.
9. **Evaluation:** Teil des Dienstleistungsangebotes der Präventionsstelle muß sein, laufende oder abgeschlossene Projekte verbindlich und aussagekräftig auswerten zu können. Seriös ausgewertete Projekte bilden eine wesentliche Grundlage für die Sensibilisierung weiterer möglicher Multiplikatoren.
10. **Öffentlichkeitsarbeit:** Geeignete Projekte sollen unter Benutzung geeigneter Medien einer breiten Bevölkerung bekannt gemacht werden.

## 6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

BeratungspraktikerInnen im Sozial-, Gesundheits- und Erziehungswesen sind in ihrer täglichen Praxis laufend mit Phänomenen und Problemen konfrontiert, welche Hinweise darauf geben, in welchen Bereichen eine verstärkte präventive Tätigkeit nötig wird. In der Regel sind diese Praktiker aufgrund zeitlicher Belastung nicht in der Lage, entsprechend zu reagieren. Von einer Präventionsdienstleistungsstelle sollen nun Maßnahmen getroffen werden, die mithelfen, diese Praktiker dahingehend zu sensibilisieren, daß sie diese georteten "Signale" an die Präventionsstelle weiterleiten.

Die Präventionsfachstelle entwickelt dann in eigener Regie (d. h. ohne expliziten Auftrag) geeignete Projekte. Diese werden der meldenden Stelle zur Realisierung angeboten (analog oben geschilderter Vorgehensweise). Falls eine Realisierung nicht möglich ist, sucht die Präventionsfachstelle selbst geeignete Multiplikatoren oder realisiert diese Projekte selbst.

Korrespondenzanschrift:

Gerald Koller  
AK für präventive Arbeit Kayros  
Loko 910  
A-6863 Egg

# **LUXEMBURG**

## ***Suchtprävention und Drogenpolitik***

Es soll im folgenden ein Überblick zu folgenden Themen gegeben werden:

1. Einige Besonderheiten Luxemburgs
2. Suchtprävention in Luxemburg
3. "Schadensbegrenzung" bei Drogenkonsumenten
4. Drogenpolitik in Luxemburg

### 1. Einige Besonderheiten Luxemburgs

Luxemburg ist das kleinste EG-Land (knapp 400.000 Einwohner), dafür aber dasjenige mit dem höchsten Pro-Kopf-Einkommen. Der hohe Lebensstandard ist begleitet von einer - im internationalen Vergleich - niedrigen Arbeitslosenquote und einem eng geknüpften Netz der sozialen Absicherung. Luxemburg hat in den letzten Jahrzehnten Arbeitskräfte importieren müssen - vor allem Arbeiter aus Portugal-; außerdem gibt es eine hohe Zahl von Grenzgängern aus den angrenzenden EG-Ländern (Frankreich, Belgien, Deutschland). Hinzu kommt die Ansiedlung von Einrichtungen der Europäischen Gemeinschaft in Luxemburg. Der Ausländeranteil an der Einwohnerzahl beträgt mittlerweile fast 30 %.

Trotz vieler internationaler Einflüsse gibt es doch wohl so etwas wie einen luxemburgischen Sozialcharakter. Wegen der geographischen Enge ist vieles überschaubar, außerdem "kennt jeder jeden". Diese Situation hat verschiedene Auswirkungen. So führt sie unter anderem dazu, daß einerseits ein relativ hoher sozialer Konformitätsdruck entsteht. Soziale Nischen sind selten. Subkulturen bestehen kaum, am ehesten wohl noch unter Ausländergruppen. Andererseits ist aber auch eine relativ hohe Bereitschaft vorhanden, soziale Randexistenzen über den Weg verschiedener Projekte zu integrieren. Diese Bereitschaft hängt wohl auch mit der angesprochenen Enge zusammen, da durch letztere oft eine direkte Betroffenheit entsteht, der man sich schlecht entziehen kann. Hierin sehen wir einen Grund, daß es in Luxemburg möglich war, ohne größere ideologische Debatten auf eine eher pragmatische Weise neue, auf Schadensbegrenzung ausgerichtete Ansätze in der Drogenarbeit zu realisieren (z. B. Methadonbehandlung, Spritzenprogramm).



Die Zahl der Suchtkranken ist in Luxemburg keineswegs geringer als in Nachbarländern: geschätzt werden ca. 9.000 Alkoholiker (über 2 % der Bevölkerung), jährlich ca. 500 Tote, die an den Folgen des Tabakkonsums sterben, ca. 1.500 Abhängige von harten, illegalen Drogen, mehrere Tausend Cannabis-Konsumenten. Die "stille Sucht" des Medikamentenmißbrauchs wurde bisher wenig thematisiert, einiges deutet jedoch auf ein ernstes Problem hin. Wie man sieht, Wohlstand schützt nicht vor Sucht.

Gerade bei den Konsumenten illegaler Drogen ist festzustellen, wie die spezifische Situation Luxemburgs sich auswirkt: trotz einer hohen Zahl an Abhängigen hält sich deren Verelendung im Vergleich zu Nachbarländern in Grenzen. Es kann kein Abwandern in die Szene der Großstädte stattfinden. Die Folge ist, daß der Großteil der Drogenabhängigen in ihrer gewohnten Umgebung bleibt oder zumindest immer wieder und häufig dorthin zurückkehrt. Die Anbindung an die Herkunftsfamilie bleibt lange bestehen, häufig wohnen auch ältere Abhängige noch zuhause und erhalten von hier finanzielle Unterstützung (1). So gibt es auch keine, für den Unbeteiligten erkennbare offene Drogenszene in Luxemburg.

## 2. Suchtprävention in Luxemburg

Ein Problem der Suchtprävention in Luxemburg besteht bislang darin, daß keine eindeutigen Zuständigkeiten und Kompetenzen definiert wurden. Dies ist eine Folge der mit der Prohibition zusammenhängenden doppeldeutigen Drogenpolitik, wie wir im letzten Kapitel näher erläutern werden. Verschiedene staatliche und private Dienststellen und Organisationen sind in diesem Bereich aktiv. So gibt es zwar eine Vielzahl von Aktionen und Initiativen, die jedoch folgende Kritikpunkte offen lassen:

1. **Konzeptionell und inhaltlich** gibt es keine klaren Richtlinien. Es fehlt an Koordinierung; zum Teil werden unterschiedliche Botschaften in der Prävention vermittelt (z. B. stoffzentrierte Aufklärung der Polizei in den Schulklassen versus pädagogische Arbeit mit den Betroffenen über Multiplikatoren).
2. Es handelt sich vor allem um **sporadische** Aktionen; es fehlt an Kontinuität auf dem Terrain.
3. Die Präventivarbeit wird **nebenberuflich** geleistet. Bisher gibt es keine hauptamtlichen Präventionsfachkräfte im Suchtbereich.

**Diese Kritikpunkte sind umso bedeutsamer, da sich gerade in einem kleinen Land mit überschaubaren Zusammenhängen die Chance bieten würde, langfristig angelegte und gut koordinierte Projekte durchzuführen.**

Aus dieser unbefriedigenden, für die Beteiligten oft frustrierenden Situation entstand die Motivation, eine grundlegende Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse zu erstellen. Zu diesem Zweck wurde die "**Arbeitsgruppe Prävention**" gegründet, der Vertreter der wichtigsten, auf dem Gebiet der Suchtprävention tätigen Stellen angehören. Die Arbeitsgruppe hat einen entsprechenden Bericht vorgelegt, ("Suchtprävention als positive Lebensbewältigung", Arbeitsgruppe Prävention, Luxemburg, Oktober 1992)(2), der neben einer Analyse auch **Vorschläge für eine Neuorientierung** der

Suchtprävention in Luxemburg beinhaltet. Als erster Erfolg ist zu werten, daß die luxemburgische Regierung eine Reihe von Empfehlungen aufgegriffen hat und so unter anderem kürzlich der Einrichtung der im Bericht geforderten "**Zentralstelle für Suchtprävention**" zugestimmt hat. Diese Zentralstelle, besetzt mit hauptamtlichen Präventionsfachkräften, soll zukünftig grundlegende Aufgaben der epidemiologischen Analyse, der konzeptuellen Planung sowie der Koordinierung und Evaluation von Präventionsprojekten in Luxemburg übernehmen.

Die in dem Bericht vorgeschlagene Neuorientierung gründet auf folgenden grundlegenden Prinzipien (wir zitieren aus dem Bericht:)

- a) "Statt suchtmittelspezifischer Prävention, wie sie bisher häufig im Vordergrund stand, muß eine Neuorientierung heute stärker dem Phänomen der Polytoxikomanie Rechnung tragen. Wir wissen heute, daß Sucht nur selten als Abhängigkeit von einer Droge vorliegt, sondern meist mehrere Suchtstoffe umfaßt, die parallel und auch nacheinander (Suchtverlagerung) konsumiert werden. Präventionskonzepte sollten daher weniger auf den einzelnen Suchtstoff ausgerichtet sein, sondern die Verhaltensmuster ins Zentrum rücken, die die Sucht ausmachen. Nicht der Stoff soll im Mittelpunkt der Vorbeugung stehen, sondern das Erkennen, Verstehen und Verändern süchtiger Verhaltensweisen und suchtauslösender "Umwelt"- und "Innenwelt"-Bedingungen.
- b) Die Trennungslinie zwischen legalen und illegalen Drogen, sowie zwischen gesellschaftlich geächteten und gesellschaftlich akzeptierten Suchtformen, darf für die Präventionsarbeit keine zentrale Rolle spielen. Präventionsarbeit muß sich auch und ganz besonders auf den Umgang mit legalen Drogen konzentrieren: zum einen weil der Konsum und auch der Mißbrauch legaler Drogen einen weit größeren Umfang hat als der Mißbrauch illegaler Drogen. Zum anderen weil der Konsum legaler Drogen fast immer dem Konsum illegaler Drogen vorausgeht oder diesen doch begleitet. Zum dritten weil die gesellschaftlichen Konsummuster Bedeutung als Modell für das Erlernen suchterzeugender Verhaltensweisen haben.
- c) Durch die Vielzahl der angebotenen Drogen und die unterschiedliche Ausformung von Drogenkonsummustern über alle sozialen Schichten und Altersstufen hinweg, bedarf es eines Präventionskonzeptes, das sich nicht auf einzelne Problemgruppen beschränkt, sondern prinzipiell alle Bevölkerungsgruppen erreicht und anspricht. Dabei muß insbesondere die ausschließliche Konzentration auf Kinder und Jugendliche aufgelöst werden (...).

Prävention muß ein breit angelegtes Konzept der Aufklärung, Beratung, Betreuung, Hilfeleistung sein, das die gesellschaftlichen Konsum- und Suchtverhaltensweisen insgesamt ebenso beleuchtet wie die spezifischen sozialen und biographischen Situationen und psychischen Dispositionen, die als besonders "günstige" Bedingungen für die Ausbildung von Sucht erkannt sind. Kernpunkt der Prävention ist nicht der Suchtstoff, sondern der Mensch und seine soziale Umwelt". (3)

Als **Grundgedanke** gilt also, daß Suchtprävention im Grunde eine Hilfe zur positiven Lebensbewältigung darstellen sollte, eine Förderung der Ressourcen des Einzelnen und von Gemeinschaften im Umgang mit Belastungen und Krisen.

Die nächsten Jahre werden zeigen, ob der im Bericht vorgeschlagene Weg zu substantiellen Verbesserungen geführt hat.

### 3. "Schadensbegrenzung" bei Drogenkonsumenten

Als spezifischer Bereich der Prävention gilt die "Begrenzung der Schäden", die durch Drogenkonsum entstehen können ("harm reduction"). Gerade bei den illegalen Drogen zeigt sich ja deutlich, daß die möglichen Folgeschäden in hohem Maße durch die sozialen Umstände, unter denen Drogen konsumiert werden, mitbedingt sind.

Unter anderem die AIDS-Epidemie hat dazu geführt, daß in Luxemburg verstärkt Maßnahmen im Bereich der Risikominderung möglich wurden. Diese stützen sich zur Zeit auf verschiedene Arbeitsansätze im Bereich der Drogenhilfe:

1. **Niedrigschwellige Arbeit** in der Drogenszene, u. a. Straßenarbeit mit Spritzen- und Kondomvergabe.
2. Seit 1989 besteht in Luxemburg ein **Methadonprogramm**, das mittlerweile 25 Plätze anbietet und 1994 auf 50 Plätze ausgedehnt werden soll. Die AIDS-Prävention ist ein wichtiger Bestandteil der Betreuung im Rahmen des Programms.

Die Methadonbehandlung stellt in Luxemburg immer noch eine Methode der zweiten Wahl dar. Allerdings sind die ursprünglich strikten Indikationskriterien einer individuelleren Indikationsstellung gewichen.

3. Das Ziel des **Spritzenprogramms** besteht darin, eine flächendeckende und rund-um-die-Uhr funktionierende Versorgung mit sterilen Spritzen in Luxemburg zu gewährleisten. Dieses Ziel soll durch folgende drei Mittel realisiert werden:
  - a) Verkauf in Apotheken
  - b) Austauschprogramm in Beratungsstellen und Kliniken
  - c) Spritzenautomaten

Der Verkauf in Apotheken und das Austauschprogramm sind Teile des nationalen Programms, das seit einigen Jahren funktioniert. Die Ausgabe über Automaten wird ab 1993 als Modellversuch gestartet.

Als **möglicher Erfolg** der AIDS-Prävention ist zu werten, daß die Infektionsrate bei den (institutionell erfaßten) Drogenabhängigen nach vorliegenden Erkenntnissen im Bereich von nur knapp 5 % liegen dürfte (4). Als problematisch muß unter Drogenkonsumenten aber weiterhin der Bereich des Sexualverhaltens gewertet werden, ein Bereich, in dem sich Verhaltensänderungen nur schwer erzielen lassen (5).

#### 4. Drogenpolitik in Luxemburg

Die luxemburgische Drogenpolitik kennt die gleiche Trennung in legale und illegale Suchtstoffe wie die anderen europäischen Länder, auch die damit verbundene Doppelmoral. Auf der einen Seite stehen die legalen Alltagsdrogen, die sozial weitgehend toleriert sind bzw. deren Konsum kulturell eingebunden ist, mit einer hohen Zahl an Abhängigen und den entsprechenden Folgeschäden. Drogenpolitische Einwirkung hat sich hier im wesentlichen auf gesetzliche Regelungen zum Verkauf der Substanzen beschränkt, beim Tabak auf eine Einschränkung der Werbemöglichkeiten. Die Schwelle des Zugangs zu diesen Stoffen ist generell sehr niedrig, die soziale Akzeptanz des Konsums bis hin zum Mißbrauch hoch. Lediglich beim Tabak scheint sich ein gewisser Einstellungswandel zu vollziehen. Unterliegen die legalen Drogen dem Diktat des Marktes und somit einer gewissen Konsumaufforderung, so unterliegen auf der anderen Seite die illegalen Drogen dem Diktat der Prohibition und des Schwarzmarktes. Hier besteht die Drogenpolitik zu einem großen Teil darin, die Ausführung der Prohibition mit ihrem Wust an juristischen und polizeilichen Problemen zu ermöglichen. Insgesamt gesehen übertreffen die Ressourcen, die in die Politik der Prohibition investiert werden, um ein vielfaches jene, die etwa für die Prävention der legalen Süchte bereitgestellt werden.

Die **Drogengesetzgebung** in Luxemburg ist eher konservativ. Jede Handlung im Zusammenhang mit illegalen Drogen, selbst der alleinige Konsum, steht unter Strafe. Das Gesetz ist wenig differenziert; allerdings ermöglicht das in Luxemburg geltende Opportunitätsprinzip den Strafverfolgungsbehörden eine differenzierte Praxis. Die Staatsanwaltschaft definiert ihre Praxis folgendermaßen:

1. kein Interesse an der Strafverfolgung von Cannabis-Konsumenten.
2. die Strafverfolgung von Konsumenten von harten Drogen ist kein erklärtes Ziel; Ziel ist die Unterbringung des Handels.

Wenngleich reine Konsumenten wohl kaum mit festen Gefängnisstrafen rechnen müssen, so ergeben sich die Probleme doch daraus, daß die meisten Drogenabhängigen unter dem Beschaffungsdruck in verschiedener Weise gegen das Drogengesetz verstoßen: "Ameisenhandel", Verkauf etc. Weiter besteht das Problem, daß der Abhängige, einmal in die Mühlen der Justiz mit Verurteilungen und Haftstrafen geraten, immer schwieriger hier herauskommt, da Rückfälle oft zu neuen Sanktionen führen.

Allerdings werden in letzter Zeit auch zunehmend **die Möglichkeiten einer antiprohibitiven Politik** diskutiert, wie dies noch eine Debatte im luxemburgischen Parlament beweist. Eine solche Debatte, in deren Verlauf offen über Möglichkeiten einer Entkriminalisierung der Konsumenten bis hin zu einer kontrollierten Freigabe von bisher illegalen Drogen geredet wird, wäre vor einigen Jahren noch nicht denkbar gewesen. Wenngleich die gesetzlichen und rechtsstaatlichen Möglichkeiten in der **Bekämpfung der organisierten Drogenkriminalität** noch nicht voll ausgeschöpft zu sein scheinen - beispielsweise

im Bereich der Beschlagnahmung der Gewinne aus dem Drogenhandel - so setzt sich doch zunehmend die Einsicht durch, daß **Fortschritte in der Bekämpfung des Drogenkonsums** bzw. der Folgeschäden kaum noch durch prohibitive Ansätze möglich sind. Es wird immer deutlicher, daß anstelle einer Kriminalisierung der Aufbau effektiver und menschenwürdiger Hilfen für die Gefährdeten und Abhängigen notwendig ist. Dieser langsam sich vollziehende Gesinnungswandel hat allerdings noch nicht zu konkreten Gesetzesinitiativen geführt. So befinden wir uns immer noch in der Situation, daß, insgesamt gesehen, der Staat weder eine **eindeutige Zielsetzung**, noch eine **eindeutige Priorität** in seiner Reaktion auf den Konsum illegaler Drogen definiert hat. Auch ist nicht geklärt, **wer** für das Problem des Drogenkonsums zuständig ist: Gesundheitsbehörden oder Justiz und Polizei? Zur Zeit sind es, laut Gesetz, noch beide, und dies führt in vielerlei Hinsicht zu paradoxen Situationen, in denen sich die Aktionen verschiedener Ministerien widersprechen. Dies zeigt sich auch im Bereich der "Schadensbegrenzung", wo der legale Rahmen der Drogengesetzgebung mit gesundheitspolitischen Anforderungen an manchen Stellen kollidiert.

Allerdings ist im Bereich sowohl der Prävention wie auch der Drogenpolitik in Luxemburg in letzter Zeit einiges in Bewegung geraten, so daß berechtigte Hoffnungen auf positive Veränderungen bestehen.

---

**Anmerkungen:**

- (1) GRÜN, RECKTENWALD, Rose, Willems, Zwischenbericht zur Evaluation des Methadonprogramms der Jugend-an Drogenhelf, Jugend-an Drogenhelf, Luxemburg 1991
- (2) Der Bericht kann bezogen werden über: Sevice National de la Jeunesse, 1, rue de la Poste, L-2346 Luxemburg
- (3) id, S.16-17
- (4) Es handelt sich um eine Schätzung des Autors auf der Grundlage der Verfügbaren Informationen. "Institutionell erfaßt" heißt hier: stationäre Therapie, Methadonprogramm, Haftanstalt
- (5) Zwischenbericht zur Evaluation des Methadonprogramms, a.a.O.

**Korrespondenzanschrift:**

Henry Grün  
Jugend- an drogenhelf  
25, Rue du Fort Wedell  
L-2718 Luxemburg

## **DEUTSCHLAND**

### ***"Suchtprävention in europäischen Grenzregionen auf erlebnispädagogischer Grundlage"***

1990 trafen sich FachexpertInnen aus Frankreich, Holland, Luxemburg, Belgien und Deutschland mit Herrn Dr. Petit von der Kommission der Europäischen Gemeinschaften aus Luxemburg in Paris auf dem Binnenschiff "Drogue Peniche Cinna".

Dieses Schiff, ein Lastkahn, wurde von ehemals Drogenabhängigen renoviert und soweit instandgesetzt, daß es für Tagungszwecke genutzt werden konnte. Bei dieser Veranstaltung sollte geklärt werden, inwieweit dieses Schiff der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden kann, und ob die genannten Länder an einem gemeinsamen Projekt interessiert sind. Es wurde über die verschiedenen Vorstellungen der einzelnen Länder diskutiert und Rahmenbedingungen für das Projekt geschaffen.

Im Jahre 1991 ankerte die "Drogue Peniche Cinna" in Luxemburg, Belgien und Frankreich bevor sie 1992 den Hafen in Breisach anlief.

#### **SPIEGEG '92**

Vom 13.-30. Juni 1992 wurde das Schiff als "symbolisches Hilfsmittel" zu präventiven Veranstaltungen im Themenbereich Sucht genutzt. Ziel dabei war, suchtfördernde Strukturen in der Umwelt und bei bestimmten Zielgruppen aufzudecken und Strategien ihrer Veränderung zu finden, so daß Menschen ihren Alltag ohne Mißbrauch von Suchtmitteln sinnvoll erleben können.

Die Veranstaltung hatte den Namen SPIEGEG '92:  
Suchtprävention in Europäischen Grenzregionen auf Erlebnispädagogischer Grundlage.

Die Resonanz war über Erwartung gut. Mehr als 3.000 BesucherInnen waren auf dem Schiff.

Weniger gut besucht waren die Veranstaltungen im Umkreis. Die Konkurrenz der Europameisterschaft und zahlreicher Hocks und Feste zeigte dabei doch Folgen. Eine Ausnahme war die Anti-Drogen-Disco z. B. mit 1.500 meist jugendlichen BesucherInnen.

Das Programm der zweiten Woche mußte kurzfristig geändert werden, um den Nachfragen von Schulklassen und LehrerInnen gerecht werden zu können. Auch "Hausbesuche" in Schulen konnten die erstaunlichen Nachfragen nicht völlig befriedigen.

Unter den FachexpertInnen war die Resonanz bei den KollegInnen aus den ausländischen Nachbarregionen deutlich höher als bei den deutschen. Möglicherweise kommt hier ein bedauerliches Konkurrenzdenken, der von gleichen Etats abhängigen Stellen zum Tragen.

Die Nutzung der grenzüberschreitenden Telefonberatung während des Projektes war gering (unter 100 Personen). Sie litt unter einer in der Presse falsch genannten Telefonnummer, im weiteren Verlauf von allem unter den hohen Gebühren für ein Gespräch mit einem Funktelefon. Die meisten der AnruferInnen wünschten Auskunft und Beratung über Beratungsstellen.

Die Akzeptanz einer solchen, vom alltäglichen Angebot sich abhebenden, Veranstaltung spricht für sich. Und sie zeigt die Notwendigkeit einer Fortsetzung der Prävention mit ungewöhnlichen Mitteln.

## **Theoretische Grundlagen**

### Primärprävention

bedeutet eine frühzeitige, langfristige und kontinuierliche Vorbeugung. Konzepte der Primärprävention beziehen sich nicht nur auf Drogen im engeren Sinne, sondern zielen auf eine Veränderung von allen abweichenden Verhaltensweisen.

### Sekundärprävention

richtet ihre Aufmerksamkeit auf Gefährdete und Risikogruppen.

### Tertiäre Prävention

setzt dort an, wo Abhängigkeit bereits manifest geworden ist.

## **Ziel**

Die wichtigsten suchtpreventiven Ansätze sind im wesentlichen auf Intentionen psychosozialer Erziehung gerichtet.

### Förderung von sozialer Kompetenz:

Diese Ansätze verfolgen die Ziele, Kontaktfähigkeit zu verbessern, eigene Meinungen und Interessen auch gegenüber Mehrheiten zu behaupten und gegebenenfalls durchsetzen zu können, Probleme und Konflikte adäquat lösen und dem Gruppendruck widerstehen zu können.

### Entwicklung von Selbstwertgefühl und Selbstkonzept:

Persönlichkeitszentrierte Ansätze sind in erster Linie daraufhin konzipiert, daß Menschen Gelegenheit erhalten, wichtige "Ich-Erfahrungen" zu machen. Sie sollen sich über eigene Gefühle, Wünsche und Eigenschaften bewußt werden und sich dadurch als Person besser kennenlernen können.

### Förderung von sinnerfüllten und erlebnisintensiven Aktivitäten:

Suchtpräventive Ansätze, die auf die Förderung sinnerfüllter, erlebnisintensiver Aktivitäten gerichtet sind, versuchen, dem "verführerischen Leichtmacher" Droge etwas entgegenzusetzen, was zu aktivem Handeln und kreativer Gestaltung herausfordert.

## **Erlebnispädagogik in der Suchtprävention**

Schulische Beobachtungen als auch die Arbeit mit Jugendlichen in sozialen Brennpunkten zeigen, daß ein zunehmend größer werdendes Defizit an "täglichem Lebensbewußtsein" in allen Altersschichten feststellbar ist. Die Hinwendung zur künstlichen, Spannung versprechenden Sensation oder das Aufsuchen extremer Grenzsituationen, welche die eigene Sicherheit und Unversehrtheit in Frage stellen, sind Indiz für diese Fehlanpassungen. Zu beobachten ist außerdem die Entstehung von immer mehr "Kind-Erwachsenen", denen nichts mehr unbekannt oder verborgen erscheint.

In dem Maße wie Unsicherheitsfaktoren, Wagnisse, Risiken und Not aus unserem Leben ausgeschlossen werden, nehmen Langeweile und Routine zu.

Bei den TeilnehmerInnen von erlebnispädagogischen Aktionen bildet sich die Erkenntnis, daß sie für ihre Handlungsfähigkeit selbst verantwortlich sind. Um dies zu erreichen, verläßt die Erlebnispädagogik in der Regel unsere gewohnte, alltägliche Lebenswelt und wagt sich in neue **Lernfelder und Freiräume mit hohem Aufforderungscharakter**.

In den Aktionen bieten wir die Möglichkeit, persönliche Grenzsituationen zu erleben, ohne sich in die Nähe von gesellschaftlich sanktionierten, delinquenten und häufig lebensbedrohenden, nicht kalkulierbaren Erfahrungen zu bringen.

## **Aktionen**

### Suchtprävention in europäischen Grenzregionen:

Die Referenten Herr Topper (Utrecht, Niederlande), Herr Grandjean (Foville, Frankreich), Herr Richard (Lille, Frankreich), Frau Polese (Nancy, Frankreich), Frau Albes (Pforzheim, Deutschland) und Herr Mast (Freiburg, Deutschland) stellten die derzeitige Politik und Aktivitäten in ihren Ländern vor. Anschließend wurden mit den Anwesenden andere Ansätze der Prävention erarbeitet, die der Weiterentwicklung im europäischen Kontext dienen können.

### Deutsch - französisches Schulprojekt:

Am 22.06.1992 trafen sich zwei Schulklassen (Realschule Neustadt u. College St. Amarin, Elsaß) auf dem Lastkahn, um miteinander ein Lied über Drogen zu komponieren und ins Gespräch zu kommen. Es war für uns alle erstaunlich, wie schnell die Schüler in Kontakt kamen, und so ein Lied getextet und komponiert wurde.

### Suchtprophylaxe mit Schulklassen:

In der Zeit vom 13.06. - 30.06.1992 fragten sehr viele KlassenlehrerInnen an, mit ihren SchülerInnen über Sucht und deren Folgen zu sprechen. Die Schulklassen kamen zu themenzentrierten Gesprächskreisen auf das Schiff. In den Gesprächsrunden zeigte



sich, wie erstaunt die Schüler waren, daß es "legale" Suchtformen gibt, die sie als solche bislang nicht begriffen hatten. Bei allen Schulklassen lag das größte Interesse jedoch bei den "illegalen Drogen".

#### Erlebnispädagogische Aktion mit Schulklassen:

Vom 23.06.92 bis 26.06.92 nahmen zwei Schulklassen aus Breisach und Oberkirch mit 25 bzw. 26 SchülerInnen an den Erlebnispädagogischen Tagen innerhalb des Projektes SPiEGEG teil. Die Abschlußrunde hat gezeigt, daß die Aktion sehr gut angenommen wurde und sowohl Kinder als auch BetreuerInnen mit neuen Erfahrungen und zufrieden nach Hause fahren konnten.

#### **Auswertung der Fragebögen**

Es lagen 368 ausgefüllte Fragebögen zur Auswertung vor.

#### Region:

5,9 % der Befragten kamen aus Breisach, 71,8 % aus der Region.

#### Alter:

65,5 % der Befragten waren 15 Jahre und jünger. Das ist erklärbar, weil einige Schulklassen geschlossen den Kahn besuchten. Insgesamt 85 % der Besucher waren unter 20 Jahre. Die Gruppe der über 25-jährigen ist insgesamt sehr schwach besetzt, sie treten vor allem als Begleitpersonen der Gruppen auf. Der älteste Besucher war 67 Jahre alt.

#### Informationspolitik:

19,2 % gaben an, aufgrund der Informationen in der Zeitung zum Kahnbesuch motiviert worden zu sein, 18,8 % haben Plakatwerbung bemerkt, 5 % sind durch einen Radiobericht aufmerksam geworden. "Gute Freunde haben mich hierher mitgenommen" gaben 47,6 % an.

#### Besuchte Veranstaltungen:

Genannt wurden Diskussion, Film bzw. Video, Erlebnispädagogik, Jazzkonzert, Disco, Forum Prävention, Ausstellung und Stressbewältigung. Film bzw. Video mit Diskussion gehörte zu den offenen Angeboten für Schulklassen und wurde mit 35,6 % am häufigsten genannt. 28,2 % hatten die Ausstellung besucht.

#### Akzeptanz:

72,8 % der Befragten stimmten der Aussage, neue Sachinformationen erhalten zu haben, zu.

53,4 % fanden einiges, was sie nachdenklich stimmte. Beim Unterhaltungswert der Veranstaltungen waren die Meinungen ziemlich gleich verteilt. 49,8 % fanden die Veranstaltungen "richtig unterhaltsam". 41,3 % trafen "nette Leute". 27 % gaben an, auf dem Kahn Leute kennengelernt zu haben, die "mir für meine nächste Zukunft bei Drogenproblemen hilfreich sein könnten".

#### Vorinformation:

Ein großer Teil der Befragten schätzte sich auch als gut informiert über Drogenfragen ein. 89,9 % über Berichte, die sie gesehen oder gelesen haben, 66,1 % über Schule oder Arbeitsplatz. Ein auf den ersten Blick erstaunlich hoher Prozentsatz gibt an,

"Freunde haben mit Drogen zu tun" (31,3 %), bei 12,5 % gibt es Drogenprobleme in der Familie und 22,6 % geben an, selbst Erfahrungen mit Drogen zu haben.

#### Einschätzung "Drogen":

Als gefährliche Droge sehen 37,4 % Heroin, nur 15 % Alkohol, 16,6 % Crack. Hier ist in der Präventions- und Aufklärungsarbeit nicht zuletzt die Schule gefordert, denn es zeigt sich bei dieser Verteilung, daß Alkohol noch immer als vergleichsweise ungefährlich eingeschätzt wird.

#### Bedeutung des Kahnbesuchs:

Der größte Teil der Befragten hat den Kahnbesuch positiv erlebt und auch das Gefühl, einen persönlichen Nutzen daraus gezogen zu haben. 18,8 % geben an, der Kahnbesuch habe überhaupt nicht gebracht. 61,1 % haben neue Informationen als Grundlage für weitere Diskussionen erhalten, 70 % meinten, sie verstünden jetzt einiges besser, 37,1 % haben Anregungen für die Freizeit erhalten, 40 % haben sich in einigen Bereichen wiederentdeckt, 27 % meinen, sie haben auf dem Kahn Leute kennengelernt, die ihnen in Zukunft bei Drogenproblemen hilfreich sein könnten.

Deutlich wird, daß es bei der Planung ähnlicher Aktionen wichtig ist, Inseln der Begegnung zu schaffen, die zur Kommunikation anregen und Barrieren abbauen, so daß Netzwerke entstehen können.

#### Perspektiven:

Die letzte Frage zielt auf eine Selbsteinschätzung im Hinblick auf den künftigen Umgang mit Drogen hin. Dabei meinten 69 %, sie würden in Zukunft keine Probleme mit Drogen bekommen, 16,3 % werden wohl ab und zu Drogen konsumieren. Schließlich haben 2,8 % die Vorstellung, sie werden wohl letztendlich durch Drogen umkommen. In absoluten Zahlen sind das 9 Befragte.

### **Ausblick**

Aus unserem Datenmaterial kann belegt werden, daß vor allem Jugendliche und SchülerInnen an einer durchgängigen Information und vor allem Auseinandersetzung mit den Themen "Drogen" und "Abhängigkeit" interessiert sind.

Ebenso läßt sich belegen, daß auch Angebote wie erlebnispädagogische Aktivitäten für eine Sinnorientierung angenommen werden.

Aus systematischer Sicht müßte ein Netzwerk von Zusammenarbeit zwischen Schülern, Eltern, Lehrern und Spezialisten erstellt werden, um die hochkomplexe und vielfältige Bewußtseinsbildung und vor allem auch Bewußtseinsveränderung zu erreichen.

SPiEGEG kann als Anfangs-Anreizstruktur angesehen, muß aber in weiteren Aktivitäten und Strukturen weitergeführt werden, um einen länger andauernden Effekt erreichen zu können.

#### Korrespondenzanschrift:

Gabriele Wirbel-Lorenz  
EUROAFIS

Bifänge  
7800 Freiburg

# **DEUTSCHLAND**

## ***Wilde Bühne***

e.V. Soziokulturelles Forum  
für ehemalige Drogenabhängige

### KONZEPTION

1. Kulturpädagogik
  - 1.1. Kulturpädagogik und Suchtprävention
2. Who is who
  - 2.1. Vereinsstruktur
3. Zielsetzung/Satzung
4. Beschreibung der Arbeitsfelder der Wilden Bühne
  - 4.1. Theaterarbeit mit ehemaligen Drogenabhängigen als Beitrag zur tertiären Prävention
    - 4.1.1. Persönlichkeitsentwicklung und soziale Rehabilitation
    - 4.1.2. Kulturarbeit und Rehabilitation
    - 4.1.3. Theatrale Projekte der Wilden Bühne
  - 4.2. Suchtprophylaxe am Beispiel des Stückes "es geht ab"  
Spielworkshops für Schüler und Jugendliche im Rahmen von Suchtpräventionsveranstaltungen
  - 4.4. Multiplikatorenarbeit
    - 4.4.1. am Beispiel: Lehrerfortbildung
5. Kooperation

## 1. Kulturpädagogik

Kultur wird im Zusammenhang mit kultureller Jugendarbeit in einem allgemeinen Sinn als Prozeß der Interpretation, Aneignung, Produktion und Veränderung der vorgefundenen Realität für die eigenen Interessen und Bedürfnisse verstanden. Der Schwerpunkt dieser Definition richtet sich auf die Beziehung zwischen den Menschen sowie ihrer inneren und äußeren Natur. Obwohl im Ergebnis kulturellen Handelns oft ein Produkt steht, bildet dieses nicht allein den Mittelpunkt unseres Kulturverständnisses. Von wesentlicher Bedeutung ist vielmehr die Qualität der Beziehung zu der betreffenden Tätigkeit. Kultur als Lebensweise, als Lebensweg, als Prozeß von Entwicklung, der den Zusammenhang zwischen den einzelnen Aspekten des Lebens herstellt (vgl. Williams 1977). Es geht um das subjektive Streben nach Glück, um den Selbsterweiterungstrieb nach Vorwärts (vgl. Bloch 1978) im Persönlichen wie im Sozialen, also letztlich auch um eine Gesellschaft, die allen Menschen Entfaltung und Partizipation ermöglicht.

### 1.1. Kulturpädagogik und Suchtprävention

Soziokulturelle Konzepte wie das unsere, streben an, Beziehungen unter Menschen mit ähnlichen Interessen zu stärken und zu anderen Gruppen in Beziehung zu treten. Am Beispiel der Wilden Bühne bedeutet dies: Ehemalige Drogenabhängige, verbunden durch gemeinsame Geschichte und Interesse an kreativer Arbeit, treten in Verbindung zu Heranwachsenden. Durch die Verbindung von Kreativen, künstlerisch-kulturellen Angeboten und solchen der Jugend- und Sozialarbeit können soziale Strukturen gefördert werden.

Die **Wilde Bühne** entwickelt Projekte zur Gesundheitsförderung (vgl. Huttmann/Piram), auf der Basis einer spielerischen Erziehung zu "Ansteckender Gesundheit". Suchtprävention ist Erziehung, damit ein lebenslanger Prozeß, bei dem es darum geht immer wieder protektive Faktoren zu entwickeln. Die protektiven Faktoren der Wilden Bühne können als Bereitstellung von Spielräumen bezeichnet werden.

## 2. Who ist who

Die Initiatoren der Wilden Bühne sind: Anita-Lea Butsch, Dipl.-Soz.arb. (FH), Psychodramaleiterin i.A. und Rolf Butsch, Dipl.-Päd., Theaterpädagoge. In der stationären Drogentherapie haben wir mit dem Medium Spiel sowohl therapeutisch, als auch im Bereich Freizeitgestaltung gearbeitet. Aus der Erfahrung heraus, daß Spiel zum Menschen gehört, gleichzeitig heilsam ist, dem Wissen um das hohe kreative Potential ehemaliger Drogenabhängiger und unserem Kulturverständnis entstand die Idee der Wilden Bühne: Über das Medium Theater - Spiel, ehemalige Drogenabhängige in der Prävention zu integrieren.

1990 wurde der Verein **Wilde Bühne** - sozialkulturelles Forum für ehemalige Drogenabhängige - gegründet.

Namensgeber war ein freies Theater der zwanziger Jahre in Berlin, dem Tucholsky, Brecht, Ringelnatz u. a. Texte lieferten und das schon damals den Dialog suchte.

## 2.1. Vereinsstruktur

Als Mitglieder im Verein **Wilde Bühne** gelang es, neben den Betroffenen, Institutionen der Suchtkrankenhilfe in Baden-Württemberg (wie z. B. Drogenhilfe Tübingen e.V., Verein Jugendhilfe Sindelfingen, Aktionsgemeinschaft Drogen e.V. Pforzheim, Release Stuttgart) sowie namhafte Vertreter aus Politik und Kultur zu gewinnen.

## 3. Zielsetzung/Satzung

"Der Verein Wilde Bühne verfolgt im Rahmen der Suchtprophylaxe der Ziel (1) die kreativen Interessen ehemaliger drogenabhängiger und gefährdeter junger Menschen sozialpädagogisch und künstlerisch zu fördern und (2) in Kooperation mit staatlichen, kommunalen und nichtöffentlichen Einrichtungen und Institutionen der Suchtkrankenhilfe Projekte zur Gesundheitsförderung zu realisieren.

Damit übernimmt der Verein Aufgaben in der Suchtkrankenhilfe, die präventiv, psychosozial stabilisieren und rehabilitativ wirken.

Im Einzelnen werden die Ziele des Vereins durch Kursangebote im kreativen Bereich, z. B. Theater und kreatives Gestalten, das Gestalten kultureller Veranstaltungen und medialer Suchtprophylaxe realisiert." (Satzung)

## 4. Beschreibung der Arbeitsfelder der Wilden Bühne

### 4.1 Theaterarbeit mit ehemaligen Drogenabhängigen als Beitrag zur tertiären Prävention

Wir bieten in stationären Einrichtungen der Drogentherapie Theaterkurse an, mit dem Ziel, "Ehemalige" für die Theaterarbeit zu gewinnen, die dann über die Verweildauer in der Fachklinik hinausgehen. Im Augenblick sind 25 ehemalige Drogenabhängige in theatrale Projekte eingebunden. Arbeitsform und -struktur der Wilden Bühne sind nahe am freien Theater angesiedelt: Gestaltung und Ablauf der Anwärmphasen und einzelner Übungsreihen wurden hier entlehnt (Körperarbeit, Wahrnehmung, Ausdruck, Spannung, Stimme etc.). Gleichzeitig wird ein eigener Stil kultiviert, indem die Erfahrungen der Teilnehmenden aufgegriffen, spielerisch erweitert und zu einer Kunstfigur gestaltet werden. Durch Themenvorgabe bei Improvisationen seitens der LeiterInnen entstehen neue Zusammenhänge, die "Typen" erspielen sich eine "Legende", die dem Prozeß der ausdifferenzierten Rollenarbeit dient. Paralell dazu wird das Improvisationsmaterial zu einem Ganzen gefügt, dramaturgisch bearbeitet, - das Stück entsteht.

#### 4.1.1. Persönlichkeitsentwicklung und soziale Rehabilitation

Wenn sich ein(e) SpielerIn entscheidet bei der Wilden Bühne mitzuarbeiten, bedeutet dies in eine neue, nunmehr spielerische Form der Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtvergangenheit zu treten. Gleichzeitig setzt die Mitarbeit die Bereitschaft voraus, sich zu "veröffentlichen", d.h. sich dem Dialog mit den ZuschauerInnen zu stellen. Neben dem Eigen - Sinn des Theaterspiels, des Kultur - Schaffens sind für die Teilnehmenden die Regelmäßigkeit der Treffen, die Verlässlichkeit und das soziale Netz der Gruppe wichtige Stabilisatoren bei der Gestaltung ihres Alltags. Auftritte und

Diskussionen mit dem Publikum sind "Grenzerfahrungen" und machen einen guten Teil der Attraktivität des Theaterspiels, gerade für Ehemalige, aus.

Die vielfältigen Möglichkeiten der Rollenarbeit wirken indirekt therapeutisch, durch Erweiterung des eigenen Rollenspektrums. Nach einer Zeit der Theaterarbeit läßt sich eine deutliche Erhöhung der Frustrationstoleranz feststellen, die Kritikfähigkeit wird geschult, die SpielerInnen werden belastbarer: unabhängig von der psychischen Befindlichkeit und der Tagesform werden Auftritte absolviert, was auf einen Zuwachs von Strategien zur Alltagsbewältigung hindeutet.

Insgesamt haben alle SpielerInnen durch die Theaterarbeit ihre eigene Individualität deutlicher herausgearbeitet.

Bei aller Betonung des Theaterspiels wird jedoch nie vergessen, daß es sich bei den Teilnehmenden um Menschen mit einer problematischen Geschichte handelt. Daher bieten wir auch Raum um gruppensdynamische Entwicklungen zu reflektieren oder persönliche Krisen zu veröffentlichen. Diese Möglichkeit ist Konzept und wird von den Teilnehmenden nicht nur akzeptiert, sondern als Chance geschätzt.

#### 4.1.2. Kulturarbeit und Rehabilitation

Die Beschäftigung mit dem Medium Theater führt zwangsläufig zur Auseinandersetzung mit Kultur.

Interesse an Themen der Weltliteratur, des Films oder anderer Formen des Kulturschaffens werden durch die "eigenen Erfahrungen" geweckt. Der Einzelne erfährt sich als Teil der Kultur, als Handelnder, der sein Tun veröffentlicht und sich der Kritik stellt. Symbolisch vollzieht sich bei der Theaterarbeit in der Suche nach einer eigenen "Figur", eines Themas, einer Geschichte, der mühevollen Probearbeit bis hin zu einem Stück, der Premiere und weiteren Auftritten mit all den damit verbundenen Pflichten und emotionalen Erfahrungen - ein Prozeß, der dem der Rehabilitation eines Süchtigen gleicht.

#### 4.1.3. Theatrale Projekte der Wilden Bühne

Im Augenblick sind folgende Stücke spielbereit:

- "es geht ab" zum Thema Rausch und Sehnsucht
- "Der Blinde und der Lahme", Moritat zum Thema Hilfe und Heilung
- "Bitte nicht hinauslehnen", Szenencollage zum Thema Aids

In Arbeit und ab Sommer 92 spielbereit sind:

ein Stück zum Thema Schuld und Erfolg: "Go Freddy Go"

ein Präventionsstück zum Thema: was hilft?

ein Mitspielprojekt für Schüler zur Entwicklung sozialer Kompetenzen.

#### 4.2. Suchtprophylaxe am Beispiel des Stückes "es geht ab"

Das Theaterstück "es geht ab", zum Thema Rausch und Sehnsucht, versucht keine eindeutige Botschaft mit pädagogisch erhobenem Zeigefinger oder gar missionarischem Eifer, zu vermitteln. Es bietet Bilder zum unmittelbaren, sinnlichen Miterleben, gleichzeitig vielfältige Denkanstöße und Anknüpfungspunkte, um mit den ZuschauerInnen ins Gespräch zu kommen. "es geht ab" leistet einen Beitrag zur Suchtpro-

phylaxe, daß es versucht, Anstöße zu geben, was notwendig ist, daß Jugendliche nicht in Suchtverhalten ausweichen.

- die Selbstwahrnehmung wird angeregt: Jugendliche können eigene Wünsche, Träume und Phantasien als einen Teil ihrer Persönlichkeit begreifen und ernst nehmen.
- die Beziehungslosigkeit der Akteure auf der Bühne bietet Möglichkeiten über Beziehungsformen und Kommunikation nachzudenken.
- Jugendliche können sich mit den gezeigten Strategien zur Problemlösung auseinandersetzen und eigene Handlungskonzepte für angstbesetzte, frustrierende oder belastende Lebenssituationen entwickeln und beschreiben.
- sie können erkennen, inwieweit Träume und Phantasie als Hilfe zur Alltagsbewältigung sinnvoll und notwendig sind, ohne daß darüber der Bezug zur Realität verlorengeht.
- in Gesprächen mit den Jugendlichen ist es möglich, "funktionelle Äquivalente" zur Grenzerfahrung und zum Risiko zu eruieren, mit deren Hilfe Entwicklungsschritte vollzogen werden, die gerade in der Adoleszenz nötig sind, jedoch nicht zwangsläufig mit dem Risiko des Drogenkonsums verbunden sein müssen (vgl. Silbereisen und Kastner).

#### 4.3. Spielworkshops für Schüler und Jugendliche im Rahmen von Suchtpräventionsveranstaltungen

Dieses Angebot, auf freiwilliger Basis, kann in mehrfacher Hinsicht suchtpreventiv wirken. Es fördert die emotionale Entwicklung, die Erlebensfähigkeit und setzt darüber hinaus Gruppenprozesse in Gang. Im pädagogisch reflektierten Einsatz wird das Medium Spiel zum "Spielraum", ermöglicht Begegnung mit Kultur und sinnliche Erfahrung zugleich. Jugendliche erleben sich aktiv gestaltend. Das Spiel kann Entlastungs- oder Kompensationsfunktion haben oder einfach "nur" Spaß machen. Fast automatisch bringen Jugendliche ihre eigenen Themen ins Spiel, wir, als Spielleiter, greifen diese Themen auf und entwickeln daraus Szenen. Was gleichzeitig den Erwerb zusätzlicher Wahrnehmungs- und Handlungsmuster bedeutet und letztendlich das Rollenspektrum differenziert und erweitert (vgl. Bartsch, Knigge, Illner).

Wir arbeiten hier prozeßorientiert und produktorientiert. Am Ende jeder Arbeit steht eine Präsentation der Ereignisse. Und das ist ein zusätzlicher Motor: das Abenteuer, sich einem Publikum zu stellen.

Die jeweilige Präsentation bietet ebenfalls vielerlei Möglichkeiten, z. B. Ankommen, Gefallen oder sich von ästhetischen Kriterien Erwachsener abgrenzen und "Eigenes" dokumentieren.

#### 4.4. Multiplikatorenarbeit

Der Bereich unserer Tätigkeiten hat hier ein weiteres Spektrum und reicht von der Teilnahme an pädagogischen Tagen an Schulen, der Leitung von Arbeitsgruppen, über Beratung bei Suchtpräventionsveranstaltungen und Referententätigkeit bis zur Fortbildung im Bereich Spiel und Theater.

##### 4.4.1. am Beispiel Lehrerfortbildung

Ziele dieser Arbeit sind sowohl die Sensibilisierung von LehrerInnen für die Möglichkeiten des Lebensraums Schule, als auch Sensibilisierung für die Gestaltung eines pädagogischen Klimas, das sowohl LehrerInnen als auch SchülerInnen Chancen zur Weiterentwicklung bietet.

Auch hier ist unser Konzept das "learning by doing". Wir arbeiten erlebnisorientiert, bieten auch hier Spiel - Räume, in denen LehrerInnen lustvoll Erfahrungen im Bereich Kommunikation, Wahrnehmung und Differenzierung eigener Kompetenzen machen können und somit ihre eigenen Ressourcen stärken.

Gesprächsrunden im Anschluß dienen der persönlichen Reflektion und der Möglichkeit, den Transfer in den pädagogischen Alltag zu vollziehen.

#### 5. Kooperation

Laut Satzung der Wilden Bühne ist Kooperation ein Vereinsziel. Und wir sind auf Kooperation angewiesen, denn wir veranstalten keine eigenen Präventionsprojekte, sondern lassen uns engagieren als Referenten, als Workshopleiter oder zu Auftritten mit unseren Stücken.

Kooperationspartner sind: (Drogeninformations-) Lehrer, Elternbeiräte, Präventionsarbeitskreise, Psychosoziale Beratungsstellen, Jugendhäuser, konfessionelle oder nichtkonfessionelle Jugendverbände, mobile Jugendarbeit, Polizei, Präventionsfachkräfte und im Bereich der Multiplikatoren: Aktion Jugendschutz.

Ziel der Wilden Bühne ist, möglichst in Präventionsveranstaltungen eingebunden zu werden, die im Zusammenhang mit weiteren präventiven Aktivitäten "vor Ort" stehen. D.h. wenn Gruppen angesprochen werden, die sich schon mit dem Thema Sucht in verschiedenen Facetten auseinandergesetzt haben oder dies im Anschluß tun werden. Die Wilde Bühne kann hier dazu beitragen, dem Thema Suchtprävention neue Öffentlichkeit zu schaffen.

#### Literaturliste

Bartsch, N. / Knigge-Illner, H. (Hrsg.): Sucht und Jugendarbeit - ein Handbuch für Lehrer und Sozialpädagogen  
Weinheim/Basel 1988



Bloch, E.: Das Prinzip Hoffnung Band I  
5. Auflage Frankfurt/M. 1978

Hurrelmann, K.: Zukunft der Suchtprophylaxe in Baden-Württemberg, Referat der 12. Landestagung 1991 in Asperg, Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg der Liga der freien Wohlfahrtspflege

Huttmann J./Piram J.: Wer hat Angst vor Suchtprophylaxe  
in: Schäfer B. (Hrsg.): Sucht geht uns alle an, Stuttgart, 91

Kastner, P. / Silbereisen, R.: Die Funktion von Drogen in der Entwicklung Jugendlicher  
in: Bartsch, N. / Knigge-Illner, H. (Hrsg.) a.a.O.

Williams, R.: Über den Prozeßcharakter von Kultur  
Frankfurt/M. 1977

Korrespondenzanschrift:

Anita-Zea und Rolf Butsch  
Neckarstr. 233  
70190 Stuttgart

## ***Philosophisches Orientierungswissen Zur Deutung des modernen Menschen als Subjekt***

Bei dieser Tagung über die Arbeit mit Suchtkranken bzw. über die Prävention von Suchtkrankheiten soll ich Ihnen von einer bestimmten philosophischen Perspektive aus etwas zu dem Thema "Philosophisches Orientierungswissen - Zur Deutung des modernen Menschen als Subjekt" sagen. Denen, die mich eingeladen haben, und mir selbst ist dabei klar, was mein Vortrag nicht leisten soll und kann. Ich kann Ihnen nicht sagen, welche modernen medizinischen, psychologischen und rechtlichen Vorgaben, Erfahrungen und Verfahren Sie berücksichtigen müssen. Ich kann Ihnen aber auch keine Predigt halten. Ich bin kein Priester, der im Auftrag einer alten Religion und Kirche spricht. Ich bin auch kein Guru, der Ihnen als Anhänger der neuen Religionen und Sekten (z. B. New Age, Scientology) durch eine Synthese von modernen Wissenschaften und Religionselementen eine neue Weltanschauung oder eine neue Technik zur Selbsterlösung anbietet. Aus der Perspektive des philosophischen Orientierungswissens plädiere ich im folgenden für einen gegenüber den modernen Wissenschaften erweiterten, nicht halbierten (z. B. instrumentellen, funktionalen) Vernunft- und Rationalitätsbegriff auf der einen Seite und gegenüber den gegenwärtigen neuen Mythen, Religionen und Sekten für eine Verteidigung der kritischen Vernunft und Rationalität auf der anderen Seite. Auch bei der Behandlung und Auseinandersetzung mit dem erschreckenden Problem der Suchterkrankungen sehe ich, wenn man ernsthafte Problemlösungen will für die Kranken und diejenigen, die helfen wollen, keine Alternative zu dem Wahlspruch der Aufklärung: Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen, habe Mut, dich im Denken zu orientieren durch eigene selbst- und fremdverantwortliche Überlegungen und Entscheidungen!

Der Umgang mit Suchtkranken erfordert heute nicht nur medizinisches, psychologisches und juristisches Wissen. Das, was sich bisher alltäglich bewährt hat und üblich ist, ist in unserer gegenwärtigen Lebenswelt und Gesellschaft oft nicht mehr selbstverständlich. Etwa: Wie soll ich mich selbst bei meiner Arbeit verstehen, wie mein Verhalten zum Anderen, wenn ich diesen Anderen nicht als gleichgültigen Nebenmenschen oder als bloßes Exemplar der biologischen Gattung Mensch verstehen will, sondern als Anderen, als Mitmenschen, der mich in seiner Krankheit, Beschädigung, Verletztheit herausfordert, der meine Hilfe braucht? Ich möchte hierzu einige Thesen und Überlegungen zur Diskussion stellen. Meine Überlegungen beschäftigen sich nach diesen Vorbemerkungen mit fünf Punkten:

1. Gegenwärtige Lebensbedingungen;
2. Schwierigkeiten mit der Deutung des modernen Menschen als Subjekt;
3. philosophisches Orientierungswissen;
4. philosophisches Orientierungswissen in den Erfahrungshorizonten Gott, Natur, Kultur;

## 5. Schlußbemerkungen

### Gegenwärtige Lebensbedingungen

Menschen sind endliche Wesen, geschichtlich situiert, aber nicht geschichtlich fixiert. Ihre Versuche, sich im Denken zu orientieren, sind daher, wenn es um inhaltlich folgenreiches letztes Orientierungswissen für ihr Denken, Handeln, Erleben, Leiden und Hoffen geht, auch von der Diagnose der geschichtlich vorgegebenen Lebensbedingungen abhängig. Ich nenne kurz einige gegenwärtig nicht bewältigte Lebensbedingungen und Herausforderungen, für die jeder auf Grund seiner täglichen Erfahrungen und Informationen viele Beispiele nennen könnte.

Das Ende der Überzeugungskraft der Ideologien sowie der wirtschaftlichen, sozialen, politischen und militärischen Systeme, die West- und Osteuropa trennten, wird immer deutlicher, obwohl damit deren Folgeprobleme in keiner Weise beseitigt sind. Es gibt sicher neue große Chancen des Zusammenwachsens in Europa. Nachdem jedoch die ersten überzogenen Hoffnungen (Deutschland einig Vaterland innerhalb der europäischen Staaten, Europäisches Haus, Ende der Geschichte durch den weltgeschichtlichen Sieg der freien Marktwirtschaft und der Demokratie) geschwunden sind, werden die neuen, nicht bewältigten großen Herausforderungen des neuen Europa immer bewußter. Die meisten Herausforderungen sind sicher weltweit und außerhalb Europas bedrohlicher. Das macht bei den wachsenden Interdependenzen unsere Situation jedoch nicht leichter, sondern eher schwieriger.

Ich nenne einige Stichworte zu diesen Herausforderungen:

- Die Zerstörungen der natürlichen Lebensbedingungen durch den offenbar irreversibel mächtiger werdenden Komplex Wissenschaft, Technik, Wirtschaft. Selbst zur Verminderung und Entschärfung der unerwünschten Nebenfolgen von Wissenschaft und Technik brauchen wir mehr Wissenschaft und Technik. Einfache moralisierende Appelle und Utopien (z. B. Frieden mit der Natur), Spekulationen über das heute angeblich herrschende Prinzip Angst oder das Beschwören apokalyptischer Szenarios sind Problemanzeigen, keine Lösungen von gegenwärtigen Problemen.
- Die großen Flüchtlingsbewegungen, Asylprobleme und ihre Folgen, letztlich vor allem verursacht durch das rapide Wachstum der Weltbevölkerung und ihrer Überlebensprobleme. Selbst die europäische Wirtschaft und die hier bisher entwickelten nationalen und europäischen Institutionen und Gesetze bieten keine Lösungen, die uns beruhigen können.
- Die Grenzen der in Europa entwickelten nationalen und zwischenstaatlichen rechtlichen und politischen Institutionen und Verfahren zur Sicherung des Friedens und des humanen Zusammenlebens. Wir erfahren täglich enttäuscht und entsetzt auch die Ohnmacht der europäischen Staaten angesichts der neuen aggressiven Nationalismen und ethnischen und religiösen Mehrheiten und Minderheiten, angesichts der wachsenden Fundamentalismen alter und neuer Religionen sowie der Mafia. Die ethnischen, nationalen und religiösen Gruppen leben in Europa auf allen Ebenen durch die Modernisierungs- und Antimodernisierungsprozesse in ungelösten Konflikten, ja im Bruch mit ihren Herkunftswelten. Sie müssen sich, wie man heute sagt, an moderne Mentalitäten anpassen und neue psychische und soziale, politische und religiöse Identitäten suchen. Faktisch orientieren sie sich dabei nicht an dem, was man einst "Ethos des christlichen Abendlandes" nannte, sowie an dem im 17. und 18. Jahrhundert entwickelten Natur-, Staats- und Völkerrecht.

- Immer mehr Menschen müssen heute ihr Überleben und Leben sichern außerhalb der bisher entwickelten wirtschaftlichen, sozialen, rechtlichen, politischen und religiösen Institutionen und Systeme im Kampf gegen Hunger, Krankheit, Gewalt, Selbst- und Fremdenhaß.

Ein Ausstieg aus der Moderne mit prämodernen Ordnungsvorstellungen hilft im Ernst ebenso wenig wie Plädoyers für einen Abschied von allen letzten Lebensorientierungen, für postmoderne Beliebigkeit und für eine prinzipielle Offenheit für viele neue Lebensformen: Ich stehe hier, aber ich kann auch anders. Auch eine einfache Wiederholung von bisherigen Projekten der angeblich posttraditionellen Moderne sowie verkürzte Vorstellungen von Liberalismus, Subjekt und Freiheit überzeugen nicht mehr. BÖCKENFÖRDES bekannte These aus dem Jahre 1967 lautet: "Der freiheitliche, säkularisierte Staat lebt von Voraussetzungen, die er selbst nicht garantieren kann. Das ist das große Wagnis, das er, um der Freiheit willen, eingegangen ist. Als freiheitlicher Staat kann er einerseits nur bestehen, wenn sich die Freiheit, die er seinen Bürgern gewährt, von innen her, aus der moralischen Substanz des einzelnen und der Homogenität der Gesellschaft, reguliert. Andererseits kann er diese inneren Regulierungskräfte nicht von sich aus, d. h. mit den Mitteln des Rechtszwanges und autoritativen Gebots, zu garantieren suchen, ohne seine Freiheitlichkeit aufzugeben und - auf säkularisierter Ebene - in jenen Totalitätsanspruch zurückzufallen, aus dem er in den konfessionellen Bürgerkriegen herausgeführt hat. Die verordnete Staatsideologie ebenso wie die Wiederbelebung aristotelischer Polis-Tradition oder die Proklamation eines "objektiven Wertsystems" heben gerade jene Entzweiung auf, aus der sich die staatliche Freiheit konstituiert. Es führt kein Weg über die Schwelle von 1789 zurück, ohne den Staat als die Ordnung der Freiheit zu zerstören."<sup>1</sup> Offenbar sind inzwischen mehr die Moderne tragende Voraussetzungen "fragwürdig" geworden, als man vor Jahrzehnten befürchtete, nicht nur religiös-geistige Voraussetzungen des sogenannten Überbaus, sondern auch solche der sogenannten Basis.

### **Schwierigkeiten mit der Deutung des modernen Menschen als Subjekt**

Mit dem Begriff des Subjekts bzw. der Subjektivität bezeichnen seit dem Ende des 18. Jahrhunderts idealistische und materialistische, bürgerliche und sozialistische Aufklärer die Einheit des modernen Menschen. Diese Einheit soll vor allem die neu entwickelten wirtschaftlichen, sozialen, politischen, rechtlichen, sittlichen, ästhetischen, geistigen und religiösen Freiheitsmöglichkeiten des modernen Menschen umfassen und auf den Begriff bringen. Bei dem Begriff "Subjekt" geht es nicht in erster Linie um theoretische und wissenschaftsinterne Fragen. Erstes Ziel der Proklamation des Subjekts ist die Forderung nach öffentlicher Anerkennung des Subjekts, die Neubegründung moderner Institutionen, die Suche nach neuen Lebensformen, die diese neuen Freiheitsmöglichkeiten sichern. Aufklärung fordert nach der bekannten Formel: den Ausgang des Menschen aus seiner selbst- bzw. fremdverschuldeten Unmündigkeit und Unfreiheit. Einige Beispiele für solche modernen Freiheitsforderungen der Subjekte: Nach der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung hat jeder Mensch das unveräußerliche Recht auf Leben, Freiheit und Streben nach Glück. Moderne Subjekte besitzen nach Aufklärungsprogrammen das Recht auf Eigentum, das Recht auf Befreiung von traditionellen sozialen Ständeordnungen, das Recht auf Entkoppelung ihrer Bürgerrechtsfähigkeit von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Religion, das

---

<sup>1</sup> E.-W. Böckenförde, Die Entstehung des Staates als Vorgang der Säkularisation, in: ders., Staat, Gesellschaft, Freiheit. Studien zur Staatslehre und zum Verfassungsrecht, stw 163, Frankfurt 1976, 42-64, hier 60.

Recht auf Ausbildung einer nicht von Kirche und Hof reglementierten bürgerlichen Kunst und Literatur, das Recht auf Gewissensfreiheit, auf Selbstbestimmung.

Von Voraussetzungen nach der Aufklärung bzw. der Gegenklärung aus wird seit 150 Jahren, vor allem jedoch seit der Spät- bzw. Postmoderne sowohl über das Verschwinden des Subjekts als auch über die Suche nach neuen Formen des Subjekts diskutiert. Auch diese Diskussionen beziehen sich auf Phänomene und Tendenzen der Gegenwart auf sehr verschiedenen Ebenen, nicht nur auf solche der Wissenschaften und des "Überbaus". Ich beschränke mich auf einige sehr verschiedene Beispiele für sehr entgegengesetzte Gegenwartsdiagnosen. Zum Verschwinden des Subjekts: Für NIETZSCHE folgt aus dem von unaufgeklärten Aufklärern proklamierten Tod Gottes nicht die Vergöttlichung des Menschen, sondern der "Tod" des Menschen in dem Sinne, daß dann auch alle in der europäischen Geschichte entwickelten Aussagen über die besondere Würde des Menschen innerhalb der Naturgeschichte zur erledigten Vergangenheit gehören. Anders als FEUERBACH und andere verkündeten, war das Ergebnis der Rückübertragung aller bisher auf Gott projizierten "göttlichen" Eigenschaften auf den Menschen nicht "Vergöttlichung" des Menschen. Das in der Evolution "nicht festgestellte Tier" müsse sich nun zur Selbsterhaltung selbst neue Werte und Mythen schaffen. Verhaltenstechnologen erwarten "jenseits von Freiheit und Würde" (SKINNER) und traditionellen Subjektvorstellungen bessere Steuerungen und Kontrollen menschlicher Verhaltensformen. Systemtheoretiker (z. B. LUHMANN) erwarten zumindest in den 60er und 70er Jahren nach dem Ende wenig differenzierter Gesellschaften und dem Abschied von sogenannten alteuropäischen Subjekt-, Vernunft- und Freiheitsvorstellungen Selbsterhaltung komplexer psychischer und sozialer Systeme, die in der nun erreichten soziokulturellen Evolution durch die Wissenschaft besser gesteuert werden. HUXLEY und ORWELL haben in den viel diskutierten Antiutopien "Schöne neue Welt" und "1984" ausgemalt, welche Lebensmöglichkeiten Menschen in freien bzw. totalitären Gesellschaften nach dem Verschwinden des Subjekts erwarten müssen. Zur Suche nach neuen Formen des Subjekts zwei Beispiele:

1. BAUMGARTEN forderte mit der in der Mitte des 18. Jahrhunderts neu geschaffenen Ästhetik ein doppeltes: eine bessere wissenschaftliche Theorie der Künste und der Literatur sowie eine Rehabilitierung der sinnlichen Erkenntnis und Wahrnehmungsmöglichkeiten des Menschen, der bis dahin sogenannten Gnoseologia inferior. Vor allem die zweite Bedeutung von Ästhetik, bei der es um neue Formen des Subjekts geht, erlebt seitdem eine fast grenzenlose Ausweitung. "Die ästhetische Erziehung des Menschen" (SCHILLER) soll die Menschen im Privaten geselliger und moralischer und die entfremdete Gesellschaft versöhnter machen. Von neuen ästhetischen Möglichkeiten der Wahrnehmung, der Künste und der Literatur sowie von neuen veränderten Selbst- und Weltverhältnissen erwarten Menschen auch heute neue Lebensformen des Subjekts: "Erlösung" der Handelnden und Leidenden, "ästhetische Rechtfertigung" des Daseins und der Welt (NIETZSCHE), "Kompensation der verlorenen Gnade" (MARQUARD) oder, wie bei der Zuwendung zur schönen Landschaft und zur nicht zerstörten Natur zu Haus und vor allem im Urlaub, Kompensation für die wissenschaftlich-technische Lebenswelt (RITTER). Schöner Wohnen, Ästhetisierung der Lebenswelt, das sind heute weit wirksame Versprechungen und Wünsche von Subjekten, angesichts der Bedrohungen unserer Lebenswelt am Rande der Wirklichkeit oder durch Ausstieg wenigstens für kurze Zeit einmal besser, angenehmer, lustvoller leben zu können.
2. Mit dem neuen Begriff "Erlebnisgesellschaft" (G. SCHULZE) beschreiben heute Soziologen die Kehrseite der sogenannten "Risikogesellschaft" (U. BECK). In ihr suchen Menschen, je nach Alter und Bildungsstand verschieden,

außerhalb der traditionellen Institutionen (Familie, Nachbarschaft, Beruf, Kirche) ihre je spezifischen Gruppen, religiösen und politischen Vereinigungen (z. B. in Wirtschaften, Fußballstadien), um dort ihre subjektiven Erlebnisse auszutauschen und zu genießen.

Jeder könnte auf Grund seiner täglichen Erfahrungen und Informationen Beispiele nennen, wie frustrierte Menschen, jugendliche und ältere, rechte und linke, in harmloser, aber auch in gefährlicher Weise ihre jeweiligen Erlebnisgesellschaften suchen.

### **Philosophisches Orientierungswissen**

Jedes Wissen ist Orientierungswissen in einem bestimmten Bereich. Wer seine Nachbarschaft kennt, ein Auto oder einen Computer bedienen kann, eine Sprache oder eine Wissenschaft beherrscht, der besitzt ein Wissen, mit dem er sich auf einem bestimmten Gebiet orientieren kann. Worüber orientiert philosophisches Orientierungswissen? Die Philosophie gibt es weder in der Geschichte noch in der Gegenwart. Es gab und gibt nur verschiedene, sehr voraussetzungsreiche philosophische Perspektiven, Arbeitsweisen, Methoden philosophischer Fragen und Antwortversuche. Entsprechend orientiert auch philosophisches Orientierungswissen über Verschiedenes. Die in Akademien und Hochschulen institutionalisierte Philosophie als Wissenschaft vermittelt z. B. historisches Wissen über die Weltbilder vergangener Philosophie, ediert deren Texte und erforscht, wie beide in der Geschichte gewirkt haben. Unter philosophischem Orientierungswissen verstehe ich nicht solches Forscherwissen, sondern in einem weiteren Sinne Fragen und Antwortversuche von "philosophischen Köpfen" (SCHILLER), d. h. von Menschen, die letzte Fragen stellen und Antworten auf solche Fragen suchen. Letzte Fragen lauten nach KANT z. B.: Was kann ich wissen? Was soll ich tun? Was darf ich hoffen? Was ist der Mensch? Bei philosophischem Orientierungswissen über solche Fragen geht es nicht nur um formales und mathematisierbares, sondern um inhaltlich folgenreiches Wissen. Letzte philosophische Fragen stellen Menschen natürlich nicht immer und in allen Lebenslagen. Nach ARISTOTELES z. B. stellen Menschen solche Fragen dann, wenn sie Muße haben, d. h. wenn sie entlastet sind von ihrer alltäglichen Sorge und Arbeit ums Überleben und gute Leben, wenn sie staunen über das, was das alltägliche Leben sprengt und übersteigt. Staunen erregt z. B. die Ordnung der göttlichen und vernünftig geordneten Welt, das Göttliche. Ich möchte den Ursprung des Philosophierens allgemeiner beschreiben: Menschen stellen dann und nur dann letzte Fragen und suchen nach Antworten auf sie, wenn sie z. B. durch plötzliche beglückende und bedrückende Widerfahrnisse und Erfahrungen "sprachlos" geworden sind, wenn ihre bisherigen Selbst- und Weltorientierungen zerbrochen sind, die sie entweder von Eltern, Lehrern oder anderen Traditionsvermittlern übernommen haben oder die sie sich selbst erarbeitet haben. Menschen suchen dann neues Orientierungswissen auf zweifache Weise: Sie lehnen nach Prüfung und mit Gründen bestimmte bisherige Traditionen und Orientierungen ab, weil diese nicht mehr glaubwürdig sind; oder sie entwickeln und diskutieren neue letzte Antworten.

### **Philosophisches Orientierungswissen in den Erfahrungshorizonten Gott, Natur, Kultur**

Im zweiten und dritten Punkt habe ich einige nicht bewältigte Lebensbedingungen sowie einige Schwierigkeiten bei der Deutung des modernen Menschen als Subjekt angedeutet. Diese müssen wir bewältigen, wenn wir heute unser Überleben und menschliches Zusammenleben sichern wollen. Von diesen Bedingungen und

Schwierigkeiten müssen wir ausgehen, wenn wir uns im Denken und Handeln orientieren wollen. Reicht im Blick auf diese realen Überlebens- und Lebensprobleme das, was ich im letzten Punkt über philosophisches Orientierungswissen gesagt habe? Sind meine bisherigen Ausführungen dazu nicht zu weit entfernt von der Realität, in der wir (Junge und Alte, Gesunde und Kranke, Arbeitende und Arbeitslose, in soziale Beziehungen Integrierte und Nichtintegrierte) leben und leben müssen? Wie können wir uns über uns und unser Leben in der gegenwärtigen Realität orientieren?

Auf diese Fragen werde ich in zwei Schritten antworten. Zunächst werde ich kurz erläutern, was es heißt, daß sich Menschen in ihrem Denken, Handeln, Erleben, Leiden und Hoffen an letzten Erfahrungshorizonten orientieren. Dann werde ich zeigen, daß sich in unserer pluralen Gesellschaft, in unserer multikulturellen Welt religiöse und nichtreligiöse Menschen, Theisten und Atheisten, Agnostiker und Skeptiker nicht mehr an einer allen Menschen gemeinsamen Weltanschauung und Ideologie orientieren. Einst propagierte bürgerliche und sozialistische, theistische und atheistische Weltbilder und Ideologien, die vorgaben, das Ganze der Welt von Gott, Natur und Geschichte klären zu können, überzeugen nicht mehr. Die Menschen orientieren sich faktisch in verschiedenen letzten Erfahrungshorizonten, z. B. entweder in dem Erfahrungshorizont Gott oder in dem Erfahrungshorizont Natur oder in dem Erfahrungshorizont Kultur. Dies heißt, wie ich zeigen werde, jedoch nicht, die Menschen besitzen keine letzten Überzeugen mehr, die für sie verbindlich sind und die sie, postmodern gesprochen, je nach Stimmung und Situation zur Disposition stellen, etwa in dem Sinn: Ich stehe hier, aber ich kann auch ganz anders.

Wenn Menschen von sich sagen, für sie sei in ihrem Denken, Handeln, Erleben, Leiden und Hoffen im letzten nicht alles beliebig, gleich oder gleichgültig, für sie gebe es bei aller Vielheit von Lebenserfahrungen und Lebensrollen ein letztes Zentrum, das für sie verbindlich ist, das sie nicht beliebig zur Disposition stellen, so haben sie etwas, was ich einen letzten Erfahrungshorizont nenne. Menschen bezeichnen solche Erfahrungshorizonte etwa mit den Worten oder Metaphern Gott<sup>2</sup> oder Natur oder Kultur. Diese Erfahrungshorizonte kann man, wie die Metapher Horizont besagt, nicht klar und eindeutig auf den Begriff bringen, nicht mit der Vernunft oder Wissenschaft beweisen, festschreiben, objektivieren, vergegenständlichen. Horizonte geben die Richtung des Denkens an, sie sind jedoch keine von Menschen erreichbaren Endpunkte, die der Wanderer erreichen kann. Horizonte entziehen sich der rationalen Kontrolle, der wissenschaftlichen Beherrschung. Menschen bezeichnen etwa mit den Worten oder Metaphern Gott und Natur die für sie letzten Instanzen, die sie selbst und alles, was ist, umgreifen, die ihnen vorgegeben sind und die größer sind als der endliche und sterbliche Mensch. Die Philosophie und die Theologie haben in der Geschichte oft behauptet, Beweise über das objektive Wesen Gottes oder der Natur und ihrer Eigenschaften zu besitzen. Die moderne Philosophie und Theologie sowie die modernen Wissenschaften, die über die Grenzen der endlichen menschlichen Vernunft aufgeklärt sind, wissen, daß sie in einem strengen Sinn nichts direkt über das objektive Wesen und die Eigenschaften Gottes und der Natur wissen können. Sie können nur etwas darüber wissen, wie Menschen Gott und die Natur erfahren, deuten und denken. Ein moderner Naturwissenschaftler spricht über methodisch faßbare<sup>3</sup> und beschreibbare Phänomene, z. B. über Atome, Enzyme, er spricht nicht über die Natur als Ganzes. Er spricht höchstens im Alter darüber, wenn er durch eine Synthese von Wissenschaft und Religionselementen eine neue quasireligiöse Gesamtschau der Welt

---

<sup>2</sup> S. hierzu: Y. Cattin, Die Metapher Gott, in: Concilium, Internationale Zeitschrift für Theologie, 28 Jg., H.4 (1992) 319-329.

schaftt.<sup>3</sup> Mit "Kultur" bezeichne ich nicht einen Teilbereich (z. B. die "höhere Kultur" bestimmter Goethe- und Rilkeverehrerinnen und -verehrer), nicht das, was zur Verwaltung der Kultusminister im Unterschied zu anderen Ministern gehört, was in den letzten 150 Jahren der wissenschaftlich-technischen Zivilisation bzw. dem Leben entgegengesetzt wird. Mit dem Wort "Kultur" umfasse ich im Zusammenhang von Erfahrungshorizont Kultur den Gesamtbereich, den Menschen selbst geschaffen haben zu ihrem Überleben und guten Leben, und zwar nicht im Blick auf Gott oder Natur, sondern als Kompensation der im Vergleich mit der Kondition der Tiere spezifischen Mängelkondition des Menschen. Wenn Menschen im letzten im Erfahrungshorizont Kultur Orientierungswissen suchen, stehen sie nach dem Schwund aller Hoffnungen und Illusionen von einer universalen Weltkultur vor dem Dauerproblem des Kulturrelativismus.

An zwei Beispielen aus der europäischen Geschichte will ich - sehr vereinfacht - zeigen, wie bis heute Menschen im Erfahrungshorizont Natur bzw. Gott letzte Orientierungsfragen für ihr Leben und Handeln stellen und letztes Orientierungswissen suchen. Gemeinsam ist allem Denken im Erfahrungshorizont Natur dies: Abschied von allen Vorstellungen, die Götter oder der eine Gott könne in den Gesamtzusammenhang der Natur und das menschliche Leben in dieser Natur eingreifen, Distanz zu allen politischen Institutionen (Polis, mittelalterlicher Ordo, neuzeitlichen Staaten und Staatenverbindungen), Rückzug von der begrenzten Geschichtszeit (der eigenen Lebenszeit und der der Staaten, Völker, Kulturen) zur unendlichen Naturzeit, der ewigen Wiederkehr des Gleichen bzw. der ziellosen unendlichen Evolutionszeit. Der Wahlspruch der Stoiker lautete schon in der Antike: in Übereinstimmung mit der vernünftigen Ordnung der Natur leben. Das Ziel aller Epikureer (bis BLUMENBERG) ist: ohne Götterfurcht (Götter können in unser Leben nicht eingreifen), ohne Todesfurcht (solange wir leben, ist der Tod nicht da, wenn wir tot sind, sind wir nicht mehr da), fern von aller Politik mit Freunden in Gartenpartys möglichst glücklich und lustvoll leben.

Seitdem die modernen Naturwissenschaften, vor allem die biologischen Evolutionstheorien, alle vormodernen Vorstellungen über die geordnete oder ungeordnete äußere und innere Natur radikal verändert haben, gibt es für Menschen im Erfahrungshorizont Natur im Grund nur zwei alternative letzte Antwortversuche:

- a) Die modernen Wissenschaften haben uns die hoffnungslose Situation des modernen Menschen gezeigt. NIETZSCHE: Nach dem Tod Gottes ist auch der Mensch tot in dem Sinne, daß er eine von den Tieren unterschiedene besondere Würde hat. Im Gegenteil, der Mensch ist in der Evolution das "nicht festgestellte Tier", das sich im sinnleeren Universum zum Überleben durch neu geschaffene Mythen und Werte eine eigene Perspektiven- und Scheinwelt schaffen muß. CAMUS: Das Dasein des Menschen ist "absurd"; der Mensch stellt Fragen und sucht Antworten, und die Welt als Natur schweigt darauf. MONOD: Der Mensch ist "Zigeuner am Rande des Universums, das für seine Musik taub ist und gleichgültig gegen seine Hoffnungen, Leiden oder Verbrechen". SINGER: "Wenn wir den Glauben an Gott ablehnen, müssen wir die Vorstellung aufgeben, das Leben auf diesem Planeten habe irgendeinen vorherbestimmten Sinn. Das Leben als ganzes hat keinen Sinn. Das Leben begann, wie uns die besten verfügbaren Theorien erzählen, mit einer zu-

---

<sup>3</sup> S. hierzu: H.-D. Mutschler, Mythos 'Selbstorganisation', in: Theologie und Philosophie, 67.Jg., H.1 (1992) 86-108; ders. Physik - Religion - New Age, Würzburg 1992.



fälligen Kombination von Gasen; es entwickelte sich durch willkürliche Mutationen und natürliche Selektion. All dies trug sich einfach zu; ohne irgendein übergeordnetes Ziel. Da es nun zur Existenz von Wesen führte, die bestimmte Zustände anderen vorziehen, so mögen einzelne Leben tatsächlich sinnvoll sein. In diesem Sinne könnten Atheisten dem Leben eine Bedeutung abgewinnen.<sup>4</sup> Die durch die nur noch mit Hypothesen arbeitenden modernen Wissenschaften und durch die halbierte (z. B. instrumentelle und funktionale) menschliche Vernunft entzauberte Wirklichkeit der außermenschlichen und menschlichen Natur sieht nach SINGER vereinfacht so aus: Die Natur kann den Menschen weder im guten Sinne (z. B. STOA, ROUSSEAU) noch im bösen Sinne (z. B. Rassismus, Sozialdarwinismus) Maßstäbe geben. Im Blick auf die "wertfreie" biologische Evolution gibt es im Vergleich mit den Tieren keine "Heiligkeit des menschlichen Lebens", keine unantastbare Würde des Menschen, die man respektieren und schützen muß. Person ist der Mensch nicht von Anfang bis zum Ende seines Lebens, sondern dann und nur dann, wenn er bewußt seine eigene Zukunft planen kann. Person in diesem Sinne ist also z. B. nicht ein neugeborenes Kind, ein verwirrter alter Mensch. Gewissen ist eine vorwissenschaftliche Annahme über eine "innere Stimme", die verschieden ist von verantwortlichem rationalem Handeln (252). Die halbierte menschliche Kontrollvernunft und Kontrollrationalität hat von sich aus, auch bei der Entscheidung über Tod und Leben der Mitmenschen, keine inhaltlichen Kriterien. Sie hat auch bei solchen Entscheidungen über "wertvolles" menschliches Leben nur empirisch und statistisch berechnete Angaben darüber, wie Menschen in ihrem zukünftigen Leben das Verhältnis von Lust- und Schmerzempfindung einschätzen (118).

Das philosophische Orientierungswissen, das heute Menschen im Erfahrungshorizont der verwissenschaftlichten entzauberten Natur formulieren, lautet: Skepsis oder Zynismus oder (wie CAMUS "Sisyphos") Akzeptieren der hoffnungslosen menschlichen Situation in der im ganzen sinnlosen, ziellosen Evolution des Lebens.

- b) Hiergegen gibt es, auch bei Ökologen, seit einigen Jahren im Erfahrungshorizont der durch neue Mythen und neue Arbeit an Mythen wieder verzauberten Natur neue Botschaften: MEYER-ABISCH: "Frieden mit der Natur"; CAPRA: neue Religion: transpersonale Erfahrungen der Harmonie des Universums; Suche nach angeblich heilen asiatischen (z. B. buddhistischen und konfuzianistischen) Naturvorstellungen - etwas, mit dem viele Asiaten in ihrer Welt nichts mehr anfangen können.

Wenn man von dem bewußten Leben, dem Selbstbewußtsein der Menschen ausgeht, die ihrer Herkunft nach als Juden, Christen und Muslime im Erfahrungshorizont des einen sog. monotheistischen Gottes letzte Antworten suchen, so kann man bei ihnen heute - typisierend vereinfacht - vier Einstellungen unterscheiden:

1. Gott, die Bibel oder der Koran, die Religionen und Kirchen sind für die einen erledigte Vergangenheit. Sie suchen ihre Identität durch Anpassung an moderne Mentalitäten.
2. Die anderen leben noch von "Restbeständen" ihrer Herkunft, z. B. in der Zivilreligion zu Weihnachten.

---

<sup>4</sup> P. Singer, Praktische Ethik, Stuttgart 1984, 294

3. Wieder andere suchen mehr oder weniger fundamentalistisch nach einer neuen Einheit von Religion und Staat, lehnen völlig die westliche Aufklärung, das moderne Subjekt, die Menschenrechte, den modernen Rechts- und Verfassungsstaat ab.
4. Eine vierte Gruppe sucht bei aller Distanz und Kritik an diesen drei Einstellungen und an der Geschichte des bisherigen Judentums, Christentums und Islams ein neues Orientierungswissen im Erfahrungshorizont Gott für das Denken, Handeln, Erleben, Leiden und Hoffen der Menschen, das - wie sie hoffen - ohne Ausstieg in die Prä- oder Postmoderne Lösungen der angedeuteten Gegenwartsprobleme verspricht.

Ich nenne kurz zwei sehr verschiedene Beispiele für gegenwärtige Versuche zu einer neuen Begründung des modernen Menschen als Subjekt, die für mich überzeugender sind als alle Bewegungen vom Verschwinden des Subjekts bzw. von neuen Sinn-suchbewegungen des Subjekts. HABERMAS schreibt: "So glaube ich nicht, daß wir als Europäer Begriffe wie Moralität und Sittlichkeit, Person und Individualität, Freiheit und Emanzipation - die uns vielleicht noch näher am Herzen liegen als der um die kathartische Anschauung von Ideen kreisende Begriffsschatz des platonischen Ordnungsdenkens - ernstlich verstehen können, ohne uns die Substanz des heilsgeschichtlichen Denkens jüdisch-christlicher Herkunft anzueignen. Andere finden von anderen Traditionen aus den Weg zur Plethora der vollen Bedeutung solcher, unser Selbstverständnis strukturierenden Begriffe. Aber ohne eine sozialisatorische Vermittlung und ohne eine philosophische Transformation irgendeiner der großen Weltreligionen könnte eines Tages dieses semantische Potential unzugänglich werden; dieses muß sich jede Generation von neuem erschließen, wenn nicht noch der Rest des intersubjektiv geteilten Selbstverständnisses, welches einen humanen Umgang miteinander ermöglicht, zerfallen soll."<sup>5</sup> Der Schluß seines Aufsatzes "Kommunikative Freiheit und negative Theologie" lautet: Wenn die Moderne "eine mit sich zerfallende Moderne" ist, "wenn ... die Anomalien selber zur Norm geworden sind, beginnen die Phänomene zu schwimmen. Um die relevanten Phänomene überhaupt noch zu Gesicht zu bekommen, mag es dann angebracht sein, Philosophie in der Art, aber doch nur in der Art einer negativen Theologie zu betreiben."<sup>6</sup> LEVINAS denkt in der Tradition des jüdischen Gottes mit seinen Überlegungen zum "Humanismus des anderen Menschen" bei einer Begründung des Menschen als Subjekt vom Anderen aus, vom anderen Mitmenschen bzw. über diesen von der Spur des Anderen, Gottes. Seine These lautet: Der moderne Mensch ist verletzt, zerstört, ja "ohne Identität"<sup>7</sup>, wenn man darunter die Identitätsvorstellungen der griechischen und neuzeitlichen Deutungen des Menschen versteht. Diese gegenwärtige Situation des Menschen "ohne Identität" ist für ihn die Konsequenz vieler Traditionen des griechischen und neuzeitlichen Denkens. Dies habe den anderen Menschen stets nur als bloßen Nebenmenschen, als gleichgültiges Glied der biologischen Gattung, als Fremden, als "Man" (HEIDEGGER), als mich bedrohenden Feind (SARTRE) denken können. Allein von der Nähe und Distanz des anderen Mitmenschen, der mich in seiner Zerstörung, Verletztheit

---

<sup>5</sup> J. Habermas, Nachmetaphysisches Denken. Philosophische Aufsätze, Frankfurt 1988, 23.

<sup>6</sup> J. Habermas, Kommunikative Freiheit und negative Theologie, in: E. Angehörn u. s. (Hrsg.) Dialektischer Negativismus. Michael Theunissen zum 60. Geburtstag, stw 1034, Frankfurt 1992, 15 - 34 hier: 19, 34

<sup>7</sup> E. Levinas, Humanismus des anderen Menschen, Hamburg 1989, 85 - 104; ders., Eigennamen, München 1988; ders., Außer sich, München 1991.

herausfordert, gebe es eine überzeugende Begründung des Menschen als Subjekt. Und - wenn überhaupt - nur über ihn gibt es für LEVINAS und andere jüdisch-christliche Denker einen Weg zu der Spur des anwesend/abwesenden Gottes. LEVINAS zitiert bei seiner Begründung des Subjekts und der Ethik aus dem Babylonischen Talmud: "Wenn ich nicht für mich einstehe, wer wird dann für mich einstehen? Aber wenn ich nur für mich einstehe - bin ich dann noch ich?"<sup>8</sup> Sein zentraler Satz lautet: "Ich denke, das eigentlich neue Moment an der ganz modernen Philosophie ist, daß das Menschliche nicht das Wissen über Gott ist, sondern der Ort, wo das Göttliche wirkt, wo "Gott lebt". Also eine immanente Transzendenz."<sup>9</sup> Obwohl ich wahrscheinlich bei der Deutung der Menschenrechte, des modernen Rechts- und Verfassungsstaates und der modernen Demokratie nicht mit LEVINAS übereinstimme: Im Blick auf die gegenwärtigen Lebensbedingungen und die Zerstörungen und Verletzungen des Menschen überzeugen mich die radikalen Deutungsversuche des Menschen vom Anderen aus im Erfahrungshorizont der jüdisch-christlichen Gottesrede mehr als andere Deutungen des Menschen, der Intersubjektivität, der Kommunikation, der Solidarität.<sup>10</sup>

Was ich hier durch einige grundsätzliche Thesen und Überlegungen sowie durch Beispiele über die philosophische Position des philosophischen Orientierungswissens<sup>11</sup> in den Erfahrungshorizonten Gott bzw. Natur bzw. Kultur<sup>12</sup> angedeutet habe, müßte und könnte ich durch Unterscheidungen zu anderen philosophischen Positionen präzisieren (z. B. zu den Themen: Verwissenschaftlichung und

<sup>8</sup> In: Humanismus des anderen Menschen, a.a.O., 85.

<sup>9</sup> Humanismus des anderen Menschen, a.a.O. 139 - 140.

<sup>10</sup> An anderen Stellen habe ich aus der Perspektive einer Philosophie der unbefriedigenden Aufklärung die Themen Kunst und Literatur, Sprache, Widerfahnisse von Leiden behandelt: Philosophisches Sprechen über Kunst in Traditionen des Bilderverbots und der negativen Theologie, in: Philosophisches Jahrbuch (1993) H.2; Sprache zwischen Wissenschaft und Mythos, in: W. Oelmüller - R. Dölle-Oelmüller - V. Steenblock, Diskurs: Sprache, UTB 1615, Paderborn u. a. 1991, 5-61; Philosophische Fragen und Antwortversuche angesichts der Widerfahnisse von Leiden (zusammen mit den Diskussionen über diese Ausführungen) in: W. Oelmüller (Hrsg.), Worüber man nicht schweigen kann. Neue Diskussionen zur Theodizeefrage, München 1992, 70 - 105.

<sup>11</sup> S. hierzu die Ergebnisse von zwei Kolloquien: W. Oelmüller (Hrsg.), Philosophie und Wissenschaft. Kolloquien zur Gegenwartsphilosophie 11, Paderborn u. a. 1988; darin meinen Beitrag: Philosophisches Orientierungswissen für unser Erkennen, Handeln und Leiden, 79-92; W. Oelmüller (Hrsg.), Philosophie und Weisheit, Kolloquien zur Gegenwartsphilosophie 12, Paderborn u. a. 1989; darin meinen Beitrag und die Diskussion über diesen: "Der kritische Weg ist allein noch offen". Sechs Thesen zu älteren und neueren Weisheitsvorstellungen, 167-213.

<sup>12</sup> Zum Begriff "Erfahrungshorizont" s. meine Arbeiten: Zugänge zu einem philosophischen Diskurs: Mensch in den Erfahrungshorizonten Gott, Natur, in: W. Oelmüller - R. Dölle-Oelmüller - C.-F. Geyer, Diskurs: Mensch, Philosophische Arbeitsbücher 7, UTB 1379, Paderborn u. a. 1990, 9-45; Metaphysik in den Erfahrungshorizonten Gott, Natur, Kultur?, in: W. Oelmüller (Hrsg.), Metaphysik heute? Kolloquien zur Gegenwartsphilosophie 10, Paderborn u. a. 1987, 24-36; Zum Selbstverständnis leidender Menschen in den Erfahrungshorizonten Gott, Natur, Kultur, in: W. Oelmüller (Hrsg.), Leiden, Kolloquien zur Gegenwartsphilosophie 9, Paderborn u. a. 1986, 176-191.

neue Mythenfreundlichkeit<sup>13</sup>, zu Letztbegründung und Relativismus, Europazentrismus und die vielen Kulturen der Erde). Ich müßte und könnte auch zeigen, daß und wie man von dieser philosophischen Position aus mit anderen Menschen und Positionen einen wirklich hilfreichen Diskurs ohne Letztbegründung führen kann.

### Schlußbemerkungen

Meine Thesen und Überlegungen gehen davon aus, daß Menschen auch heute letzte Fragen stellen und letzte Antworten suchen. Stimmt das noch? Ist eine Philosophie, die davon ausgeht, nicht erledigte Vergangenheit? Auch ohne Kulturpessimismus und ohne apokalyptische Gegenwartsdiagnosen: Nicht nur der wachsende Fundamentalismus, auch das wachsende Vergessen und Verdrängen von letzten Dimensionen und der Verlust von kritischer Erinnerung sprechen leider für Gegenwartsdiagnosen vom Ende philosophischer Fragen und Antwortversuche, weil wir uns zu Tode amüsieren oder, wie uns POSTMAN jetzt sagt, zu Tode informieren.

Philosophie in dem hier zur Diskussion gestellten Sinne unterscheidet sich von der der Philosophenkönige von PLATON bis LENIN, die beansprucht, die Wahrheit zu besitzen, die sie in der geschichtlichen Welt durchsetzen will. KANT hatte bereits gesagt, solche Philosophenkönige seien unter den Bedingungen der Moderne weder zu wünschen noch wahrscheinlich. Philosophische Fragen und Antwortversuche der endlichen menschlichen Vernunft können nach dem hier zur Diskussion gestellten Verständnis im günstigsten Fall einige Menschen nachdenklich machen - nicht mehr, aber auch nicht weniger.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. W. Oelmüller  
Dechaneistraße 4  
4400 Münster

---

<sup>13</sup> S. hierzu meine Arbeiten: Herausforderungen durch neue Mythologien, in: H. Schrödter (Hrsg.), Die neomythische Kehre. Aktuelle Zugänge zum Mythischen in Wissenschaft und Kunst, Würzburg 1991, 33-35; Sprache zwischen Wissenschaft und Mythos, in: W. Oelmüller - R. Dölle-Oelmüller - V. Steenblock, Diskurs: Sprache, Philosophische Arbeitsbücher 8, UTB 1615, Paderborn u. a. 1991, 9-61.

