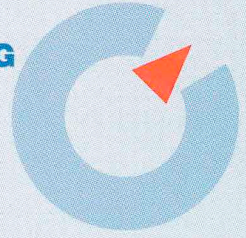


**KOORDINATIONSSTELLE FÜR
DROGENFRAGEN
UND FORTBILDUNG**



Pittrich W., Rometsch W. (Hrsg.)

Was wirkt (nicht) ?

– 17. Jahrestagung –

11. Dezember 1997
Münster

Forum Sucht
Band 20

ISSN 0942-2382

GESUNDHEITSABTEILUNG



**Landschaftsverband
Westfalen-Lippe**

B19

22 - 20

Herausgeber:

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

Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung
Leiter: Wolfgang Rometsch
Hörsterplatz 4
48133 Münster

1. Auflage
1.-2.500

Münster 1998

© 1998 Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Was wirkt (nicht) ?

- 17. Jahrestagung -

11. Dezember 1997
Münster

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Alkohol- und Drogenprävention: zwischen Allmacht und Ohnmacht	7
Dr. Richard Müller, Lausanne	
Repression - Ein wirksames Mittel der Drogenpolitik?	15
Horst Kruse, Bielefeld	
Behandlungsergebnisse und deren Einflußfaktoren bei Drogenabhängigen	23
Dr. Heinrich Küfner, München	
Karrierebegleitung als protektiver Wirkfaktor in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe	39
Wolfgang Scheiblich, Köln	

Vorwort

Umbrüche und Kürzungen in fast allen sozialen und wirtschaftlichen Bereichen zeigen auch in der Suchtkrankenhilfe deutliche Auswirkungen. Angesichts knapperer Mittel und eines verschärften Wettbewerbs muß zunehmend Wünschenswertes hinter Machbarem zurücktreten. Aber auch unter veränderten Rahmenbedingungen - oder gerade dann - sind wir aufgefordert, unsere Hilfen für Suchtkranke effektiv zu gestalten.

Damit stellt sich zwangsläufig die Frage nach der Wirksamkeit von bisher praktizierten Vorgehensweisen und Methoden.

*Auf der Jahrestagung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe im Dezember 1997 wurden drei große Aufgabenfelder der Suchtkrankenhilfe unter diesem Aspekt in Augenschein genommen und kritisch beleuchtet. **Was wirkt (nicht)?** Die hier gestellte Frage beinhaltete das Ziel einer Optimierung des Erfolges in der umfassenden Bekämpfung von Sucht. Ausgehend von den drei Säulen der Suchthilfe - Prävention, Repression, Therapie- wurden Thesen und Untersuchungsergebnisse zu Wirkungszusammenhängen beispielhaft vorgestellt:*

Herr Dr. Müller aus der Schweiz positionierte zwischen Allmacht und Ohnmacht eine realistische Handlungsebene der Alkohol- und Drogenprävention. Herr Kruse problematisierte die Repression als Mittel der Drogenpolitik. Herr Küfner

stellte die Ergebnisse empirischer Untersuchungen sich positiv und weniger positiv auswirkender Einflußfaktoren in der Behandlung Drogenabhängiger vor. Die Bedeutung der Erarbeitung von Zukunftsperspektiven als protektiver Wirkfaktor in der ambulanten und stationären Drogenhilfe wurde von Herrn Scheiblich herausgehoben.

An dieser Stelle möchten wir noch einmal allen beteiligten Referenten danken. Die positive Aufnahme auf Seiten der Teilnehmer/innen dürfte - als Auswirkung - potentiell den Beginn von konstruktiv-innovativen Veränderungsprozessen im Denken und Handeln markiert haben.

Dr. Wolfgang Pittrich
Landesrat

Wolfgang Rometsch
Referatsleiter

Alkohol- und Drogenprävention: zwischen Allmacht und Ohnmacht

Dr. Richard Müller

Schweizer Fachstelle für Alkohol
und andere Drogenprobleme
Postfach 8 70
CH-1001 Lausanne

Inhalt

- I. Die Allmachtsphantasien der
Präventionisten
- II. Leben mit Risiken
- III. Risiken messen
- IV. Erfolge und Mißerfolge der Drogen-
prävention
- V. Prävention über den Geldbeutel
- VI. Prävention als "Sozialtechnologie"
- VII. An Stelle eines Resümees: die Mo-
ral der Geschichte

Literatur

I. Die Allmachtsphantasien der Präventionisten

Präventionsfachleute sind zutiefst überzeugt, daß Menschen dazu gebracht werden können, sich rational zu verhalten, d.h. ihr Leben als höchstes Gut einzuschätzen und alles zu tun, um ihr Leben zu sichern. Dazu müsse man ihnen - so der landläufige Glaube - nur die nötigen Voraussetzungen vermitteln, nämlich Einsicht und Selbstbestimmung durch die Vermittlung von Lebensbewältigungstechniken. Die aktuellen Trends des Rauschmittelkonsums bei Jugendlichen in Europa und Nordamerika verweisen diese so beliebte Vorstellung der Präventionisten jedoch ins Land der Träume. Ihre vermeintliche Allmacht erweist sich vielmehr als Ohnmacht.

Aktuelle Drogenkonsumtrends bei Jugendlichen:

- Zunehmende Rate täglich Rauchender
- Verstärkte Flucht in den Alkoholrausch
- Banalisierung des Cannabisgebrauchs
- Steiler Anstieg des Amphetaminkonsums
- Synthetische Drogen als ständige Partybegleiter
- Erneute Attraktivität magischer Pilze und anderer Halluzinogene
- Lediglich Heroin gewinnt das Image als "Verliererdroge"

Die Freiheit zum Genuß wiegt offenbar nach wie vor schwerer als alle Gesundheitsmoral der Präventionisten, und die Chance, die ein gesundheitsbewußtes

Leben bietet, wirkt als "Zwang zur Gesundheit". Die Risiken, die der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen beinhaltet, werden negiert, frei nach dem Motto: "Wer raucht, der stirbt, wer nicht raucht, stirbt auch". Der Prävention ist es nicht gelungen, gängige Risikophilosophien abzuschwächen, und die Gleichsetzung von Prävention mit Einschränkungen der eigenen Bewegungsfreiheit zu vermeiden. Offenbar wird Gesundheitserziehung von den jugendlichen Adressaten als lustfeindlich und disziplinierend wahrgenommen (FRANZKOWIAK 1997).

II. Leben mit Risiken

Risiko kann als Wahrscheinlichkeit aufgefaßt werden, mit der etwas geschieht, was uns schadet oder anderweitig Unbill bringt. Der Tod gilt gemeinhin als das größtmögliche Risiko, das wir eingehen können. Dabei ist eines klar: der Tod läßt sich nicht verhüten. Es geht deshalb wohl darum, den vorzeitigen Tod zu verhindern. Risiko impliziert Gefahr - wo keine Gefahr ist, gibt es auch kein Risiko - oder wie Hölderlin so schön sagte: "Da, wo Gefahr ist, wächst das Rettende auch". Wir alle sind einer Vielzahl von Risiken ausgesetzt. Wir lernen sie zu erkennen und damit umzugehen. Je mehr und je besser wir Risikosituationen meistern, desto stärker wird unser Ego; zugleich wächst auch die Gefahr, daß wir uns überschätzen. Je nachdem, welches Risiko zu akzeptieren wir bereit sind, wird die Antwort auf die Frage, welchen Nutzen es bringt, an einem Gummiseil den Abgrund hinunterzuspringen, anders ausfallen. Je nach Antwort lassen sich "Risikomeider" von "Risikosuchern" unterscheiden. Risikosucher leben gerne gefährlich. Sie nehmen

Schaden in Kauf, um damit Lust, Thrill und Existenzgefühl zu erfahren. Viele Menschen üben gesundheits-, ja lebensbedrohliche Tätigkeiten aus, obgleich sie um die Risiken wissen. Dabei entwickeln sie Abwehrstrategien im Sinne von "mir wird schon nichts passieren".

III. Risiken messen

Risiko läßt sich messen. Dabei läßt sich zwischen individuellem und gesellschaftlichem Risiko unterscheiden. Geht man davon aus, daß der Tod das größtmögliche Risiko darstellt, läßt sich individuelles Risiko als Quotient der Anzahl jährlicher Todesfälle durch die Anzahl der Bewohner einer Gesellschaft ausdrücken. Übertragen auf den Gebrauch legaler und illegaler Rauschmittel und die damit herbeigeführten Todesfälle, ergeben sich in der Schweiz folgende Risiken:

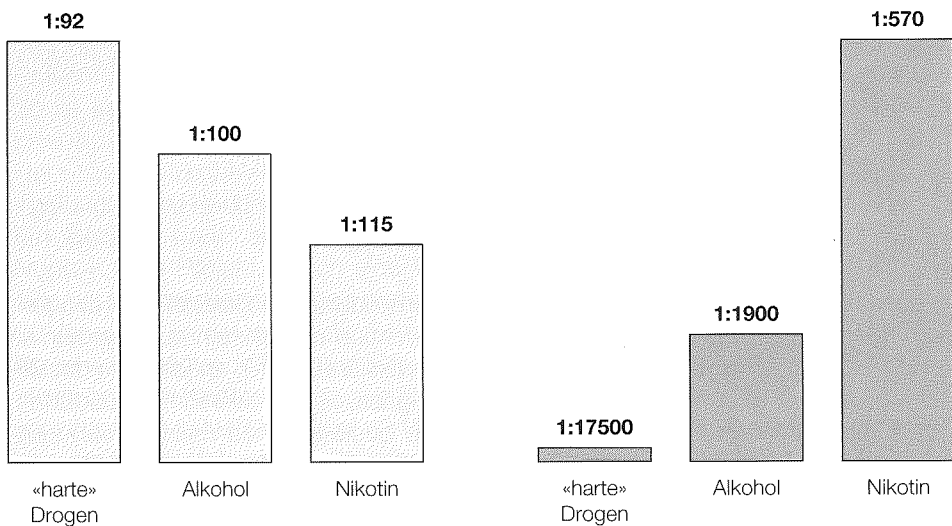
Aus volksgesundheitlicher Sicht zählt

vor allem das gesellschaftliche und nicht das individuelle Risiko. Die deutschen Daten dürften sich von jenen der Schweiz nicht allzusehr unterscheiden. Es gilt deshalb auch für Deutschland vordringlich, Probleme zu verhüten, die im Umgang mit Alkohol und Tabak entstehen. Doch wie gezeigt, ist bislang ein Erfolg edukativen präventiven Bemühens weitgehend ausgeblieben.

IV. Erfolge und Mißerfolge der Drogenprävention

Es ist bereits alter Brauch, zwei Arten von präventiven Maßnahmen zu unterscheiden. Zum einen geht es darum, die Nachfrage des einzelnen durch die Beeinflussung von Motiven oder Präferenzen und die Vermittlung von Bewältigungskompetenzen zu beeinflussen und / oder salutogene Faktoren zu fördern. Zum anderen soll das Angebot von Drogen aller Art so gesteuert wer-

Individuelles und gesellschaftliches Risiko



den, daß deren physische und ökonomische Erhältlichkeit begrenzt bleibt.

Die wohl wichtigste Zielgruppe für die Drogenprävention sind Schülerinnen und Schüler; nicht von ungefähr, denn westliche Gesellschaften tendieren dazu, Probleme, welche die Erwachsenen kreieren, in der Schule lösen zu wollen. Dies ist um so praktischer, als Schulzöglinge als "gefangenes Publikum" die Wohltaten der Prävention nolens volens über sich ergehen lassen müssen. Entsprechend werden Lehrpersonen, die primär dafür ausgebildet worden sind, kognitives Wissen zu vermitteln, zu Alkohol-, Tabak-, Sex-, Aids- und Umwelterzieher/innen ernannt. Kein Wunder, daß sich Lehrerinnen und Lehrer von diesem gesellschaftlichen Anspruch überfordert fühlen und gesundheitserzieherisches Bemühen in der Schule nur punktuell erfolgt. Dies widerspricht einer wichtigen Erfahrung, nämlich daß erfolgreiche Gesundheitserziehung Kontinuität und Perseveranz erfordert.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht erstaunlich, daß die Bilanz des drogenerzieherischen Bemühens in der Schule eher ernüchternd ausfällt. Übersichtsarbeiten von Evaluationen schulischer Drogenerziehungsprogrammen kommen allesamt zum Schluß, daß die Effektivität dieser Programme bislang äußerst fragwürdig ist. So folgern etwa FOXCROFT und Mitarbeiter in einer neueren Übersichtsarbeit: "Der Mangel an zuverlässiger Evidenz bedeutet, daß kein (Alkohol-) Programmtypus empfohlen werden kann" (FOXCROFT et al. 1997. Und HURRY/MCGURK fassen ihre Übersichtsarbeit wie folgt zusammen: "Nicht alle Drogenerziehungsprogramme sind wirkungslos ... einige Programme haben insbesondere den Ta-

bak- und Marihuana- Gebrauch zu verhüten vermocht" (HURRY, MCGURK 1997).

Gesundheitserziehung im allgemeinen und Drogenerziehung im besonderen richtet sich nicht nur an Personen, sondern auch an Institutionen. Die wichtigsten institutionellen "Tummelfelder" der Prävention sind:

- Familie bzw. Eltern
- Schule bzw. Lehrpersonen
- Betriebe
- Kommunen
- Freizeitorganisationen
- Kirchen
- Bundeswehr

Im folgenden sei nur kurz auf die Erfahrungen mit Eltern und Lehrpersonen als Partner/innen der Prävention, sowie auf die gemeindenahere Prävention eingegangen.

Gemeinhin lassen sich sechs Typen von Eltern als Partner/innen der Prävention unterscheiden:

- Interessierte
- Verängstigte und Eingeschüchterte
- Resignierte
- Erschöpfte
- Gleichgültige
- Betroffene

Elternbildung im Bereich der Drogenprävention richtet sich zumeist nur an Interessierte, mithin an jene, die der Bildungsarbeit am wenigsten bedürfen. Dies bestätigen die meisten von Lehrerinnen und Lehrern organisierten Elternabende. Doch für jeden Elterntypus brauchte es eine spezifische Strategie,

die Widerstände überwinden und die Eltern gezielt ansprechen helfen. Doch solche spezifischen Strategien fehlen bislang weitgehend. Elternbildung scheitert somit an der mangelnden Zielgruppenadäquanz präventiven Bemühens.

Analog zur Typologie von Eltern lassen sich auch sechs Typen von Lehrpersonen unterscheiden:

- Empathische
- Isolierte, einsame Kämpfernaturen
- Resignierte
- Ausgebrannte
- Überforderte
- Ungenügend Ausgebildete

Auch in diesem Falle erfassen wir zu meist nur die einfühlsamen, kooperativen Lehrkräfte. Wo sind die Strategien für die einsamen Kämpfernaturen, die Resignierten und Ausgebrannten? Die Arbeit in Schule und Elternhaus vernachlässigt das eherne Gesetz des sozialen Marketings: "Define and know your target public"!

Im Gegensatz zur Prävention in Schule und Elternhaus hat die gemeindenahe Prävention einige Erfolge aufzuweisen. So ist es in verschiedenen Projekten - besonders im Zusammenhang mit Herz-Kreislaufprophylaxe-Programmen - gelungen, die Raucherrate zu senken. Ein Beispiel dafür ist das Finnische North Karelia-Projekt. Durch eine Vielfalt von Maßnahmen während mehr als 20 Jahren ist es gelungen, die Rate der Raucherinnen und Raucher im Vergleich zu einer Kontrollregion signifikant zu reduzieren (VARTIAINEN et al. 1998) Vor allem die folgenden Gründe erklären, warum gemeindenahe Prävention erfolgreich sein kann:

Gemeindenahe Prävention

- ist umfassend, umschließt die verschiedenen Sektoren der Gesellschaft
- ist vernetzend, führt die Partner der verschiedenen Sektoren zu sammen
- ist überschaubar, hat eine eng definierte Zielpopulation
- ist partizipativ
- ist publikumsnah und kommt nicht von oben herab
- arbeitet mit einem Marketingmix
- verknüpft die edukative mit der politischen Maßnahmeebene.

Die Bilanz der Wirksamkeit nachfrage-reduzierender Maßnahmen im Drogenpräventionsbereich ist eher ernüchternd. Um so wichtiger ist deshalb die Frage nach der Wirksamkeit angebotssteuernder Maßnahmen; dies, obwohl solche Maßnahmen bei vielen Präventionsfachleuten ein Nasenrumpfen erweckt.

V. Prävention über den Geldbeutel

Alkohol und Zigaretten sind in Deutschland - wie auch anderswo in Europa - die am leichtesten erhältlichen Konsumgüter. Dies mag um so befremdlicher scheinen, als es sich dabei immerhin um Güter handelt, die potentiell abhängig machen.

Alkoholische Getränke und Zigaretten verhalten sich indessen wie andere Güter im Markt: ihre Nachfrage ist preis elastisch. Besonders junge Leute reagieren auf Preisveränderungen. Der relative Preis (zum Einkommen) von alkoholischen Getränken und Zigaretten ist

in Deutschland zudem kaum gestiegen. Was liegt also näher, als Prävention über den Geldbeutel zu betreiben. Dies um so mehr, als eine breite empirische Evidenz zeigt, daß diese Form der Prävention eine wirksame Maßnahme darstellt, die Grundlage jeder Alkohol- und Tabakpolitik sein sollte.

Der Einwand, preispolitische Maßnahmen seien ungerecht, weil sie die einkommensschwachen Mitbürgerinnen und Mitbürger am stärksten trafen, ist kaum sehr stichhaltig, läßt sich doch soziale Gerechtigkeit nicht über die Preis-, sondern vielmehr über eine Einkommenspolitik erzielen. Auch die Vorstellung, preispolitische Maßnahmen seien nur Symptombekämpfung, läßt sich kaum aufrecht erhalten. "Die Summe aller Laster ist keine Konstante". Der primäre Alkoholismus etwa ist in Deutschland in epidemiologischer Sicht bedeutsamer als der sekundäre Alkoholismus. Das erzliberale Argument schließlich, daß alle das Recht haben, nach eigener Fassung selig zu werden, ist schierer Zynismus. Um so mehr als die sozialen Kosten, die der Gebrauch von Tabak und Alkohol mit sich bringen, gewaltig sind und nie und nimmer durch die Erträge der Abgaben auf die beiden Genußmitteln gedeckt werden.

VI. Prävention als "Sozialtechnologie"

Der Begriff der "Sozialtechnologie" entstammt den Frühzeiten der Betriebssoziologie. Die Vorstellung, daß durch die Veränderung sozialer Bedingungen beim Produktionsprozeß von Gütern die Produktivität erhöht werden kann, hat sich denn auch längst durchgesetzt, obwohl kritische Soziologinnen

und Soziologen den Begriff gerne als naive Illusion über die Manipulierbarkeit sozialer Bedingungen abtun.

Die einschlägige Literatur zeigt deutlich, daß die Dichte der Verkaufs- und Ausschankstellen alkoholischer Getränke in Regionen mit den alkoholbedingten Unfällen in den entsprechenden Gebieten kovariert. Die Kneipendichte in Deutschland ist sehr hoch. Dazu kommt, daß die bestehenden Trinkaltersvorschriften nicht eingehalten werden und Trunkenheitsfahrten nach wie vor als "Gentleman-Vergehen" toleriert werden. Zwar streiten sich die Gelehrten über die Dunkelziffer der Trunkenheitsfahrten auf den Straßen Deutschlands, doch ist diese zweifelsohne sehr hoch. Was liegt näher, als zu versuchen, die angeführten Parameter in unfallpräventiver Absicht zu manipulieren? Daß eine solche sozialtechnische Manipulation erfolgreich sein kann, zeigt in paradigmatischer Weise die "Preventing Alcohol Trauma-Study" (HOLDER et al. 1997). Dieses Modell beinhaltet 5 Elemente:

1. Mobilisierung der Gemeinde
2. Ausbildung von Bar- und Kneipenpersonal
3. Erhöhung der lokalen Kontrolle zur Verhütung von Unfällen in Angetrunkenheit
4. Erhöhung der Akzeptanz von Altersvorschriften für die Abgabe von alkoholischen Getränken
5. Reduktion der lokalen Kneipendichte.

Die Evaluation dieses Projektes zeigte eine Reduktion der alkoholbedingten Verkehrsunfälle im Vergleich zur Kontrollgemeinde um 10 Prozent. Angesichts der Kosten, welche Unfälle verur-

sachen, ist dieses Projekt auch ein Beispiel für die Kostenwirksamkeit der sozialtechnologischen Prävention.

VII. An Stelle eines Resümees: die Moral der Geschichte

Menschen lassen sich nur schwer zur Gesundheit überreden, mit sanfterm Zwang muß ihnen wohl zum Glück etwas verholfen werden. Dies ist zwar etwas paternalistisch - aber wohl auch realistisch. Wer darob untröstlich ist, erinnere sich: die meiste - und vielleicht beste - Prävention erfolgt ungeplant, und zwar in einer lebenswert gestalteten Umwelt, in einfühlsamer Arbeit mit Kindern und in humanen Arbeitsbedingungen. Dafür müssen wir vor allem eintreten!

Literatur

FRANZKOWIAK, P. (1997). Risikokompetenz und Risikomanagement. Skizze neuer Leitorientierungen für die primäre Suchtprävention. In: MENÉTREY, A.-C., FAHRENKRUG, H., Die Lust am Risiko, Lausanne 1997 (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme)

VARTIAINEN, E., KORHONEN, K., KOSKELA, K., PUSKA, P. (1998). Twenty year smoking trends in a communitybased cardiovascular prevention programme: results from the North Karelia Project. *European Journal of Public Health*, Vol. 8. No. 2 (154-159).

HURRY, J., MCGURK, H. (1997). An evaluation of primary prevention programmes for schools, *Addiction Research*, Vol. 5, No. 1 (23-38).

FOXCROFT, D. R., LISTER-SHARP, D., LOWE, G. (1997). Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns an lack of reliable evidence of effectiveness, *Addiction* 92 (5) (531-537).

HOLDER, H. D., SALTZ, R. F., GRUBE J. W., et al. (1997). A community prevention trial to reduce alcoholinvolved accidental injury and death: an overview, *Addiction* 92 (Supplement 2) (155-171).

Repression - Ein wirksames Mittel der Drogenpolitik?

Horst Kruse

Polizeipräsident

Kurt-Schumacher-Str. 46

33615 Bielefeld

Meine Damen und Herren,

vor 4 Jahren hatte der Drogenbeauftragte der Bundesregierung, der Parlamentarische Staatssekretär LINTNER auf einer Sitzung des Ausschusses für Jugend, Soziales und Gesundheit des deutschen Städte- und Gemeindebundes zum Thema "Drogenpolitik" referiert. Im Protokoll dieser Veranstaltung ist zu lesen:

"Er weist in seinem Statement zunächst darauf hin, daß ein leichter Rückgang der Drogentoten und ein leichtes Minus bei den Erstkonsumenten festzustellen sei. Wenn sich diese Tendenz bewahrheitet, dann sei die umfassende Drogenpolitik nicht gescheitert".

In der am 17. Februar d. J. publizierten "Rauschgiftbilanz 1996" registriert Herr LINTNER sowohl einen erheblichen Anstieg der Erstkonsumenten harter Drogen (12,9 %), als auch einen Anstieg der Drogentoten von 1565 im Jahre 1995 auf 1.712 im letzten Jahr.

Nehmen wir den Drogenbeauftragten der Bundesregierung beim Wort: Nach seinen eigenen Maßstäben müßte er das Scheitern der bisherigen Drogenpolitik feststellen. Ich sage das ohne jede Häme, denn ich hätte mich gefreut, wenn überhaupt eine Strategie Erfolg gehabt hätte, auch wenn es nicht die von mir favorisierte gewesen wäre.

Die Zahl der Drogentoten ist übrigens für die Bewertung der Drogenproblematik ein mit Vorsicht zu genießener Indikator.

Als Drogentoter fällt in der amtlichen Statistik nur der auf, bei dem der Drogenkonsum als Todesursache festgestellt wird. In einer Vielzahl von Todesfällen wird jedoch eine unmittelbare Ursache wie Herzversagen, Leberzirrhose oder Selbstmord diagnostiziert, ohne

daß die Ursächlichkeit des Rauschgiftkonsums auffällt.

Vergessen wird auch oft, daß ein Drogentoter meist eine 7 - 10 Jahre dauernde Drogenkarriere hinter sich hat. Von daher mag die heutige Zahl der Drogentoten weniger für die heutige Situation aussagekräftig sein als für die Zahl der Drogeneinsteiger vor 7 - 10 Jahren.

Als aktueller Einflußfaktor auf die Zahl der Drogentoten können, wie die Erfahrungen in Frankfurt zeigen, die hygienischen Bedingungen des Rauschgiftkonsums (Stichwort: Gesundheitsräume) eine Rolle spielen. Aber das nimmt Herr LINTNER sicher nur ungern zur Kenntnis.

Wesentlich ergiebiger für eine realistische Einschätzung des Drogenproblems ist die Beschaffungskriminalität. Die Beschaffungskriminalität prägt das in der Öffentlichkeit entstandene Bild vom Zustand der "Inneren Sicherheit" - steigende Kriminalität - ganz entscheidend.

Warum?

Ein Hartdrogenabhängiger muß seine Sucht finanzieren. Die Preise dafür schwanken; dabei gibt es regionale und temporäre Unterschiede.

Wenn ein Hartdrogenabhängiger zur Finanzierung seiner Abhängigkeit 100 DM täglich braucht, und er diese 100 DM über das Begehen von Diebstählen beschaffen will, genügt es nicht, daß er Gegenstände im Wert von 100 DM stiehlt, sondern angesichts der Wertrelation auf dem Hehlermarkt von 1 : 10 ist es schon vonnöten, Gegenstände im Wert von 1.000 DM zu stehlen; das ist ein Schaden von 365.000 DM pro Jahr - bei einem einzigen Abhängigen!

Dabei sind die Begleitschäden, die etwa bei Auto- oder Wohnungsaufbruch entstehen, noch nicht einmal eingerechnet.

Wenn man dann den von Drogenabhängigen pro Jahr verursachten Schaden an Hand der Gesamtzahl der Drogenabhängigen in einer Stadt hochrechnet - in Bielefeld sind ca. 1.800 Menschen abhängig - gewinnt man eine Vorstellung von der Gesamtdimension der Schäden.

Nun wird die Drogensucht nicht allein durch Diebstahl finanziert; es wird praktisch alles getan, was finanziellen Erfolg verspricht.

Diebstahl in seinen verschiedenen Erscheinungsformen hat jedoch einen erheblichen Anteil an der Beschaffungskriminalität.

Das Bundeskriminalamt hat eine Studie über die Finanzquellen Drogenabhängiger veröffentlicht. Auf der Basis dieser Studie habe ich einmal für Bielefeld ausrechnen lassen, wie sich ein Wegfall der Diebstähle Drogenabhängiger auswirken würde. Das Ergebnis: Eine um 20 % geringere Gesamtkriminalität!

Mein Kölner Kollege ging unlängst in einer WDR-Fernsehsendung sogar von 30 % aus; und das sind Größenordnungen, über die es sich wirklich lohnt, intensiv nachzudenken. Leider tun das nicht alle. Ein Thesenpapier des "Bundesfachausschusses Innenpolitik", das unter Vorsitz des innenpolitischen Sprechers der CDU-Landtagsfraktion erarbeitet und am "Internationalen Tag gegen Drogenmißbrauch und unerlaubten Suchtstoffverkehr", dem 26. Juni 1997, der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, habe ich zweimal gelesen; nicht, weil ich es beim ersten Durchlesen nicht verstanden hätte, sondern

weil ich auf der Sucht nach dem Begriff "Beschaffungskriminalität" war. Die Suche war leider vergebens.

Die Bekämpfung von Beschaffungskriminalität darf jedoch nicht erst einsetzen, wenn Menschen kriminell geworden sind, sondern vorher. Deshalb ist auch hier der sinnvollste Ansatz - wie bei jeder Kriminalitätsbekämpfung - die Prävention. Man darf nicht warten, bis das Kind in den Brunnen gefallen ist, man muß vorher etwas tun.

Prävention ist hier nicht vordergründig im Sinne von Aufklärung über Gefahren des Konsums illegaler Drogen zu verstehen. Jugendliche sind über die Risiken dieser Drogen besser aufgeklärt als die meisten Erwachsenen glauben. Diese Kenntnisse allein bewirken wenig. Wirkungsvoll ist Prävention dann, wenn sie das Verhalten beeinflusst. Dazu muß man sich mit der Frage auseinandersetzen, warum Drogen genommen werden.

Die Hauptantwort wird lauten:

Mit Hilfe von Drogen wird ein Glück gesucht, das der Wirklichkeit fehlt. Die Diskrepanz zwischen der Realität und den Wünschen derjenigen, die Zuflucht zur Drogen nehmen, wird durch eine Vielzahl gesellschaftlicher Rahmenbedingungen bestimmt. Als beispielhafte Stichworte sind zu nennen:

Konfliktlösungsmechanismen in Elternhaus (sofern dieses überhaupt vollständig vorhanden ist) und Schule, Fehlen von Gemeinschaftserlebnissen, Wertvorstellungen in der Gesellschaft (Helmut SCHMIDT: "Raffgesellschaft"), Verödung sozialer Strukturen.

Wenn etwa im Elternhaus die Reaktion auf Konflikte so aussieht, daß der Vater sich vollaufen läßt und die Mutter ihr Heil in der Einnahme von Antidepressi-

va und anderen "Glücksbringern" sucht - schon die Rolling Stones besangen einfühlsam und szenenkundig "Mothers Little Helpers" -; dann darf man nicht überrascht sein, wenn auch die Kinder gerade in der problematischen Zeit des Erwachsenwerdens das Heil oder zumindest einen Ausweg in der Einnahme von Drogen suchen; und zwar illegalen wie legalen Drogen. Denn es ist nur allzu bequem, Medikamenten - und insbesondere Alkoholmißbrauch mit dem Mantel "gnädigen Verschweigens" zu bedecken.

Wir dürfen nicht vergessen, daß an den Folgen des Alkohols - der Leitdroge unserer Gesellschaft - viel mehr Menschen sterben als an den Folgen illegaler Drogen.

Meine Damen und Herren, wenn wir Drogenabhängigkeit und die damit verbundene Kriminalität, die soziale und gesundheitliche Verelendung wirksam bekämpfen wollen, bewegen wir uns - wie es in Sonntagsreden zwar zutreffend, aber auch folgenlos heißt - im Bereich der "gesamtgesellschaftlichen Verantwortung".

Dieser Begriff erfreut sich wahrscheinlich deswegen so großer Beliebtheit, weil man damit prächtig von der eigenen Verantwortung ablenken und sich hinter anderen verstecken kann. Diese Feststellung ist keine Aufforderung zur Resignation.

Die "Sparkommissare", die Jugendzentren schließen wollen, müssen sich auch mit der Frage auseinandersetzen, ob sie jede dort eingesparte Mark später doppelt und dreifach auf dem Sektor "Innere Sicherheit" wieder ausgeben müssen. Auch ich zähle nicht zu den Leuten, die Geldausgaben mit der Gießkanne schon für gelungene Sozialpolitik halten.

Aber man kann sich auch kaputtsparen.

Zur eigenen Verantwortung, zur Verantwortung der P o l i z e i ! Was kann eine örtliche Polizeibehörde, was kann deren Chef tun?

Ich bin seit 1988 Polizeipräsident in Bielefeld. Zu Beginn meiner Amtszeit war ich der Meinung, durch verstärkte polizeiliche Repression ließe sich etwas erreichen. Und dann stiegen die Fallzahlen der polizeidienstlichen Kriminalstatistik von 250 im Jahre 1988 auf über 1.000 in den folgenden Jahren.

Wir haben große Mengen Heroin sichergestellt; die größte Einzelsicherstellung betrug immerhin 37 kg. Solche Sicherstellungen werden in der Öffentlichkeit immer als großer Erfolg gefeiert. Aber auch hier lohnt sich kritisches Nachdenken: Worin bestehen eigentlich die Auswirkungen solcher Sicherstellungen? In dem örtlichen Bereich, für den der Stoff bestimmt war, tritt eine Verknappung des Angebots ein. Die Preise für Heroin steigen zeitweise und die Junkies müssen strafrechtlich aktiv werden, um den Stoff zu finanzieren. So sind eben die Gesetze des Marktes. Es ist pervers, aber es ist so!

Im letzten Jahr gelang es meinen Beamten nach aufwendigster Ermittlungsarbeit und trotz unzureichender rechtlicher Rahmenbedingungen bei der Bekämpfung der organisierten Kriminalität erstmals, auch auf höheren Dealerrängen zuzufassen; dort, wo es bei Einzelgeschäften schon um mehrere 100.000 DM ging.

In einem aktuellen Sachstandsbericht einer Sonderkommission meiner Behörde, die sich auf Dealer konzentriert hat, kann ich lesen, daß allein auf Grund der Tätigkeit dieser S o k o 125 Verfahren eingeleitet wurden, 70 Per-

sonen festgenommen wurden, von denen 28 in Untersuchungshaft gingen. Dem Bericht kann ich aber auch konkrete Hinweise darauf entnehmen, daß in der türkischen Ortschaft B i n g ö l, die es nicht nur in Bielefeld, sondern auch in anderen deutschen Städten zu trauriger Berühmtheit gebracht hat, es genügend Leute kaum abwarten können, die verhafteten Dealer zu ersetzen. Das ist angesichts der exorbitanten Verdienstmöglichkeiten in dieser Branche auch nicht verwunderlich! Dem eben erwähnten Bericht konnte ich auch entnehmen, daß einer der Dealer im letzten Jahr ca. 7 Mio. DM eingenommen hat.

Effenberg bekommt für's Fußballspielen nur 5 Mio. DM, und die muß er noch versteuern.

Durch Kooperation zwischen Stadt und Polizei läßt sich auf dem Rauschgiftsektor in gewissem Maße Schadensbegrenzung betreiben. So habe ich 1993 mit dem Sozialdezernenten und dem Ordnungsdezernenten der Stadt Bielefeld folgendes Konzept abgesprochen, das bis heute praktiziert wird.

Die Polizei verhindert das Entstehen offener unkontrollierter Drogenszenen.

Eine sich damals vor dem Bielefelder Hauptbahnhof etablierende offene Drogenszene wurde durch massiven Polizeieinsatz (z. T. mehrere Razzien an einem Tag) zerschlagen.

In einem räumlich abgegrenzten Bereich reagierten Polizei und Städtische Ordnungsbehörde auf die Anwesenheit von Dealern und Junkies mit Platzverweisen und Aufenthaltsverboten, die auch durchgesetzt wurden.

Das Städtische Jugendamt errichtete an einem zentralen, aber gleichwohl nachbarschaftsverträglichen Standort

eine Betreuungseinrichtung für Drogenabhängige.

Und die Polizei geht verstärkt gegen nicht in Bielefeld ansässige Angehörige der Rauschgiftszene vor.

Ähnliche Strategien verfolgen auch andere Großstädte; die NRW-Landeshauptstadt Düsseldorf macht mittlerweile Entsprechendes. Erreicht wird dadurch im wesentlichen eine Verdrängung; auch fühlt sich die Öffentlichkeit bei einem solchen Konzept weniger beeinträchtigt als bei einer offenen Drogenszene.

Meine Damen und Herren, ich kenne kein deutsches Gefängnis, in dem man nicht an den Stoff herankommt. Und Gefängnisse sind nun wirklich Örtlichkeiten, die sich durch ein "hohes Maß an Geschlossenheit" auszeichnen.

Wie will man da ein ganzes Land abschotten, noch dazu ein Land mit offenen Grenzen?

Und auch die Forderung nach einer drogenfreien Gesellschaft halte ich für blanke Utopie: Es gibt und gab meines Wissens keine drogenfreie Gesellschaft, weder in der Gegenwart noch in der Vergangenheit.

Beim Versuch, in der Drogenpolitik neue Wege zu gehen, kann man sich auch auf den Holzweg begeben. Dazu zähle ich auch Überlegungen, Haschisch über Apotheken zu vertreiben. Es käme doch wohl niemand auf die Idee, Spirituosen in Apotheken kaufen zu wollen.

Stichwort Haschisch (und andere "weiche" Drogen): Ich würde Haschisch in dem Katalog des BtmG einfach streichen.

Warum? Bei jeder Strafandrohung ist nach dem geschützten Rechtsgut zu fragen. Gräbt man in den Gesetzesmaterialien, so wird man beim Begriff

“Volksgesundheit” fündig. Ich lasse diesen Begriff an dieser Stelle einmal unkommentiert im Raum stehen, nur so viel: Nicht alles, was ungesund ist, muß gleich mit dem Knüppel des Strafrechts verfolgt werden!

Man denke etwa an den übermäßigen Genuß an Kalorien, Tabak und Alkohol!

Und auch auf die Frage, ob eine Substanz als Genußmittel, als Arznei oder als verbotene Droge anzusehen ist, wird es sehr unterschiedliche Antworten geben. In einer Anzeige aus dem Jahr 1900 (abgedruckt im “Spiegel” 34/1992, S. 109) wirbt die Firma BAYER für pharmazeutische Produkte: Aspirin ist dort in trauter Nachbarschaft zu Heroin abgebildet und die Firma MERCK teilt in einer (englischsprachigen) Anzeige “some facts about Cocaine” mit.

Die Chance zu einer Trendwende in der Drogenproblematik besteht m. E. in einer möglichst flächendeckenden Substitution. In einer solchen staatlich kontrollierten Substitution sehe ich sowohl ein wirksames Instrument gegen die Beschaffungskriminalität, als auch gegen bestimmte gesundheitliche Gefahren (Aids, Hepatitis) eines illegalen Rauschgiftkonsums.

Zwar wäre eine generelle Drogenfreigabe auf den ersten Blick nicht ohne Reiz; wenn man Rauschgift ebenso ungehindert und preiswert wie Alkohol kaufen könnte, würde die Beschaffungskriminalität weitestgehend entfallen.

Und es gibt durchaus konservative Wirtschaftswissenschaftler, die diese Position vertreten. Milton FRIEDMANN - politisch linker Anwendungen sicher unverdächtig - will die Heroinverteilung dem freien Markt überlassen.

Aber: Die Bandbreite der Dosierung ist bei Alkohol vergleichsweise unproble-

matisch, während bei vielen Rauschgiften minimale Abweichungen über Leben und Tod entscheiden. Außerdem gibt es synthetisch hergestellte Drogen, die schon nach einmaligem Gebrauch süchtig machen.

Ein völlig freier Zugang zu Drogen würde also einige Probleme beseitigen, dafür aber neue Probleme schaffen.

Um Mißverständnissen vorzubeugen: Es geht bei der staatlich kontrollierten Verabreichung bestimmter Drogen nicht etwa um “freie Fahrt für Drogen mit amtlichem Segen”. Vielmehr ist sorgfältig zu prüfen, welche Drogen an welchen Personenkreis unter welchen Voraussetzungen verabreicht werden dürfen.

Als erster Schritt in diese Richtung müßte eine flächendeckende Ausweitung eines niedrigschwelligen Methadon-Programms erfolgen. Zwar ist auch Methadon nicht der Königsweg zur Bewältigung der Drogenproblematik; aber wer Methadon bekommt, hat die Chance zur Reintegration in die Gesellschaft; er kann arbeiten oder eine Ausbildung absolvieren: er braucht seinen Tag nicht damit zu verbringen, durch Kriminalität den nächsten Schuß zu finanzieren.

Da längst nicht alle Drogenabhängigen ein Methadon-Programm in Anspruch nehmen, ist auch eine staatlich kontrollierte Verabreichung (nicht: Abgabe) von Heroin an bereits Abhängige zu fordern.

Für meine These, daß Substitution geeignet ist, den Zwang zur Beschaffungskriminalität zu beseitigen, sprechen auch erste Erkenntnisse aus der polizeilichen Praxis: Dem Leiter meines Rauschgiftkommissariats fiel auf, daß Harddrogenabhängige, die in einem Jahr noch als Intensivtäter im Bereich

der Beschaffungskriminalität aufgefallen waren, im folgenden Jahr gar nicht mehr auffielen. Grund? Sie wurden mit Methadon substituiert.

Wenn den Süchtigen eine flächendeckende, staatlich kontrollierte Substitution angeboten würde, müßte aber auch hinsichtlich der Drogen, mit denen substituiert wird, der § 31a BtmG abgeschafft werden. Diese nach derzeit geltendem Recht sinnvolle Vorschrift zum Schutz der Süchtigen verlore dann ihren Sinn: Wer trotz der staatlichen Substitutionsangebote sich auf dem illegalen Markt mit Rauschgift versorgt, fördert nur den organisierten Rauschgifthandel und verdient deswegen konsequente strafrechtliche Verfolgung.

Es sollte nicht vergessen werden, daß der selbst rauschgiftabhängige Kleindealer wichtiger Bestandteil des Verteilungssystems ist.

Den Gegnern eines liberalisierten Drogenstrafrechts ist in Erinnerung zu rufen, daß eine extrem prohibitive Politik schon einmal - nämlich in den USA der Zwanziger Jahre - den Entwicklungsschub für organisierte Kriminalität ausgelöst hat. ("Al Capone läßt grüßen!")

Ich vertrete diese Position seit fast 6 Jahren öffentlich.

Wie Sie dem "Spiegel" entnehmen konnten, bekennt sich mittlerweile eine deutliche Mehrheit der deutschen Polizeipräsidenten zu dieser Auffassung. Darunter sind auch Polizeipräsidenten (Bonn und Essen) mit dem gleichen Parteibuch wie der Drogenbeauftragte der Bundesregierung.

Das sollte doch ein Indiz dafür sein, daß es hier nicht um parteipolitisch motivierte Ideologie geht, sondern um Erkenntnisse aus leidvoller polizeilicher Praxis!

Im Frühjahr war eine Bielefelder Besuchergruppe, bestehend aus Kommunalpolitikern und -beamten, dem Leiter der Drogenberatungsstelle und einem leitenden Beamten der Polizei, in Zürich in der Schweiz.

Was man dort hört, ist beeindruckend. Ausgerechnet die als besonders konservativ geltende Schweiz redet nicht nur, sie handelt - und zwar unkonventionell.

Martin KILLIAS, Professor für Kriminologie und Strafrecht an der Universität Lausanne, sieht den Grund für den Versuch, 800 Süchtige mit Heroin zu substituieren, im Schweizer Pragmatismus. Der Schweizer, so schreibt KILLIAS in der "Zeit", sucht nicht so sehr nach einem überzeugenden theoretischen Konzept, sondern schlicht danach, was in der Praxis funktioniert.

KILLIAS schreibt: "In den ersten sechs Monaten sind die typischen Beschaffungsdelikte wie Handtaschenraub, Einbruch in Wohnungen und Diebstähle aus Autos um über 80 % zurückgegangen. Dieses Ergebnis wird auch durch weitere Untersuchungen bestätigt, die das Heroin-Projekt begleiten.

Es geht nicht um hehre Prinzipien, um konservativ oder liberal, sondern um die einfache Frage: Welche Politik nutzt und welche schadet? Das Heroin-Projekt sucht nüchtern nach einer hilfreichen Lösung. Dieses Konzept müßte eigentlich auch außerhalb der Schweiz funktionieren."

Ich teile diese Auffassung des Schweizer Professors, wünsche mir aber noch mehr.

Um die knappen polizeilichen Kräfte nach einer Liberalisierung des materiellen Drogenstrafrechts wirkungsvoll

gegen die Drogenmafia einsetzen zu könne, wären folgende gesetzliche Verbesserungen sinnvoll:

1. Ein überführter Rauschgiftdealer müßte nachweisen, daß sein Vermögen aus legalen Quellen stammt. Gelänge dieser Nachweis nicht, müßte das Vermögen eingezogen werden. Eine solche Umkehr der Beweislast könnte den exorbitanten Gewinnchancen - dem wesentlichen Motor für den Rauschgift-handel auf der Anbieterseite - entgegenwirken. Verfassungsrechtliche Bedenken (Art. 1 II GG i.V.m. Art. 6 II MRK) werden gegen ähnliche Regelungen im Steuerrecht nicht für durchschlagend gehalten.

2. Es sind endlich wirksame Mechanismen gegen Geldwäsche zu schaffen: Die organisierte Drogenkriminalität zeichnet sich für die Strafverfolgungsbehörden durch besondere Beweisschwierigkeiten aus: Zeugen und Opfer sagen nicht aus, weil sie durch Geld, Bedrohung und Schlimmeres mundtot gemacht werden. Die Drogenbosse nutzen eiskalt die Vorteile des Rechtsstaates aus, um mit immensen Profiten eine Macht aufzubauen, die sich jeder rechtlichen und politischen Kontrolle entzieht. Daher darf auch die Forderung nach der Verbesserung einer akustischen und optischen Überwachung hochkarätiger Drogengangster kein Tabu sein.

3. Dem sogenannten "Lauschangriff" kommt sicher nicht die Bedeutung einer "Wunderwaffe" im Kampf gegen die organisierte Kriminalität zu. Gewinnabschöpfung und Umkehr der Beweislast haben einen höheren Stellenwert. Den Kritikerinnen und Kritikern des "Lauschangriffs" ist allerdings entgegenzuhalten, daß der Rechtsstaat gezwungen ist, einen gewissen Preis dafür zu zah-

len, um Rechtsstaat bleiben zu können und nicht zu einem Tummelplatz von Verbrecherorganisationen zu degenerieren.

Es bleibt abzuwarten, welche Ergebnisse das aktuelle Gesetzgebungsverfahren bezüglich der Bekämpfung der organisierten Kriminalität bringen wird. Es gibt bei der Bekämpfung der Drogenproblematik weder Patentrezepte, noch Königswege. Keine Strategie ist ohne Risiken. Das gilt auch für die von mir vertretenen Thesen. Ich halte es aber für besonders riskant, so weiter zu machen, wie bisher.

Meine Damen und Herren, ich habe am 07. Mai d. J. einen inhaltlich ähnlichen Vortrag vor dem Ausschuß für Jugend, Soziales und Gesundheit des Deutschen Städte- und Gemeindebundes gehalten. In diesem Ausschuß sind Kommunalpolitiker/innen und -beamt/-innen aus allen Parteien vertreten.

In dem Protokoll dieser Ausschußsitzung ist zu lesen:

Der Ausschuß bittet die Hauptgeschäftsstelle, die Abstimmung mit den anderen kommunalen Spitzenverbänden auf Bundesebene zu suchen, um die rechtlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, daß die von Herrn KRUSE beschriebenen Wege der Drogenpolitik beschritten werden können.

Der Deutsche Städtetag vertritt unter dem Vorsitz der Frankfurter Oberbürgermeisterin ROTH (CDU) eine ähnliche Position.

Das gibt zu der Hoffnung Anlaß, daß die Auseinandersetzung mit der Drogenproblematik von parteipolitisch und ideologisch motivierten Verklemmungen befreit und einer rationalen Betrachtungsweise zugeführt werden können.

Behandlungsergebnisse und deren Einflußfaktoren bei Drogenabhängigen

Dr. Heinrich Kufner

IFT München
Parzivalstraße 25
80804 München

Inhalt

- I. Einleitung
- II. Aussagen zum Behandlungserfolg bei abstinenzorientierten Therapien
- III. Methadonbehandlung: Ergebnisse und Bedingungsfaktoren
- IV. Heroingestützte Behandlung
- V. Zusammenfassende Folgerungen

Literatur

I. Einleitung

Die Drogenabhängigkeit stellt für die Behandlung und für die Evaluation der Behandlungsergebnisse eine erhebliche Herausforderung dar, die bis heute nicht annäherungsweise gelöst ist. Zum Teil auch dadurch bedingt, daß Drogenmißbrauch und Drogenabhängigkeit mit endemischer Ausbreitung im westlichen Kulturkreis ein relativ junges Problem darstellen, gibt es zur Behandlung von Drogenabhängigen noch keine vergleichbare Anzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen wie im Alkoholbereich.

Die Beurteilung des Behandlungserfolges bei Drogenabhängigen erscheint insgesamt deutlich schwieriger und komplexer als bei der Behandlung von Alkoholabhängigen. Bei Drogenabhängigen können sehr unterschiedliche Substanzen im Mittelpunkt stehen. Häufig liegt auch ein multipler Mißbrauch verschiedener psychotroper Substanzen vor, so daß in jedem Fall eine breite Palette von Drogen und Medikamenten in eine Evaluationsstudie einbezogen werden muß.

II. Aussagen zum Behandlungserfolg bei abstinenten Therapien

Aussage 1:

Die Ergebnisse der Behandlung von Drogenabhängigen sind deutlich schlechter als die der Alkoholismusbehandlung.

Begründung:

Aus verschiedenen Literaturübersichten geht deutlich hervor, daß die Quote vorzeitiger Therapiebeendigungen mit ca. 70% (ROCH et al., 1992) bedeutend höher liegt als bei der Behandlung

von Alkoholabhängigen mit ca. 15 - 20%, auch dann, wenn die unterschiedlich langen Therapiezeiten mit berücksichtigt werden (vgl. KÜFNER, 1997).

Auch der katamnestische Therapieerfolg bei stationärer drogenfreier Behandlung ist insgesamt niedriger. In einer deutschen Studie über den Therapieerfolg stationärer drogenfreier Behandlung nach vier Jahren (HERBST, 1992) ergab sich folgendes: Nach mindestens 8 Monaten Therapie waren 33% der Klient/innen frei von harten Drogen. Bei kürzerer Therapie bzw. vorzeitiger Therapiebeendigung betrug diese Quote nur 16%. Insgesamt zeigte sich eine Abstinenz von harten Drogen bei 22%. Dieses Ergebnis entspricht auch in etwa einer älteren Überblicksarbeit von KLETT et al. (1984), bei der sich unter Einbeziehung der Abbrecher eine Abstinenzquote von ca. 25% ergab. Dagegen betrug bei regulärer Therapiebeendigung die Abstinenzquote zwischen 60 und 80%.

Zum Vergleich einige Ergebnisse aus der Alkoholismustherapie: In der MEAT Studie (Münchner Evaluation der Alkoholismustherapie, KÜFNER et al., 1989) betrug nach vier Jahren die Abstinenzquote 46%, wobei auch vorzeitige Therapiebeender mit einbezogen waren und die Therapiezeiten zwischen 8 Wochen und 6 Monaten variierten. Auch in der Meta-Analyse von SÜSS (1995) ergaben sich höhere Abstinenzquoten als bei der Behandlung von Drogenabhängigen.

Aussage 2:

Der Behandlungserfolg stationärer abstinentorientierter Behandlung läßt sich durch eine Verbesserung der Haltequote deutlich erhöhen.

Begründung:

In der meta-analytischen Überblicksarbeit von ROCH et al. (1992) betrug die Korrelation zwischen vorzeitiger Therapiebeendigung und Behandlungserfolg $r = -0.36$. Überraschend einstimmig gehen Forscher/innen von einem klaren Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und dem Behandlungserfolg aus. Zumindest für das erste Jahr der Behandlung gilt: Je länger die Behandlungsdauer, desto größer der Behandlungserfolg. Auch in der Alkoholismustherapie, bei der der Effekt der Behandlungsdauer umstritten ist, konnte meta-analytisch ein Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und dem Behandlungserfolg nachgewiesen werden (SÜSS, 1995).

Als Beispiel von Untersuchungsergebnissen über den Zusammenhang von Behandlungsmerkmalen mit der vorzeitigen Therapiebeendigung seien einige Ergebnisse aus dem sog. "Krisenberaterprojekt" (KÜFNER et al., 1994) dargestellt. Dieses Modellprojekt läßt sich in folgender Weise charakterisieren:

- Die Studie bezog sich auf 34 stationäre Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige mit 41 relativ selbständigen Therapiehäusern.
- Die Patientienstichprobe insgesamt betrug $N = 8.801$ Patient/innen, in die spezielle Auswertung sind 5.678 Drogenabhängige eingegangen. Zur Erfassung der Behandlungsmerkmale wurden folgende Erhebungsinstrumente eingesetzt:

Ein semi-standardisiertes Interview mit 120 Merkmalen (Rahmenbedingungen, Aufnahme und Selektionskriterien, Therapieangebot, Regeln und Kontrollmaßnahmen, Entlassungsbedingungen).

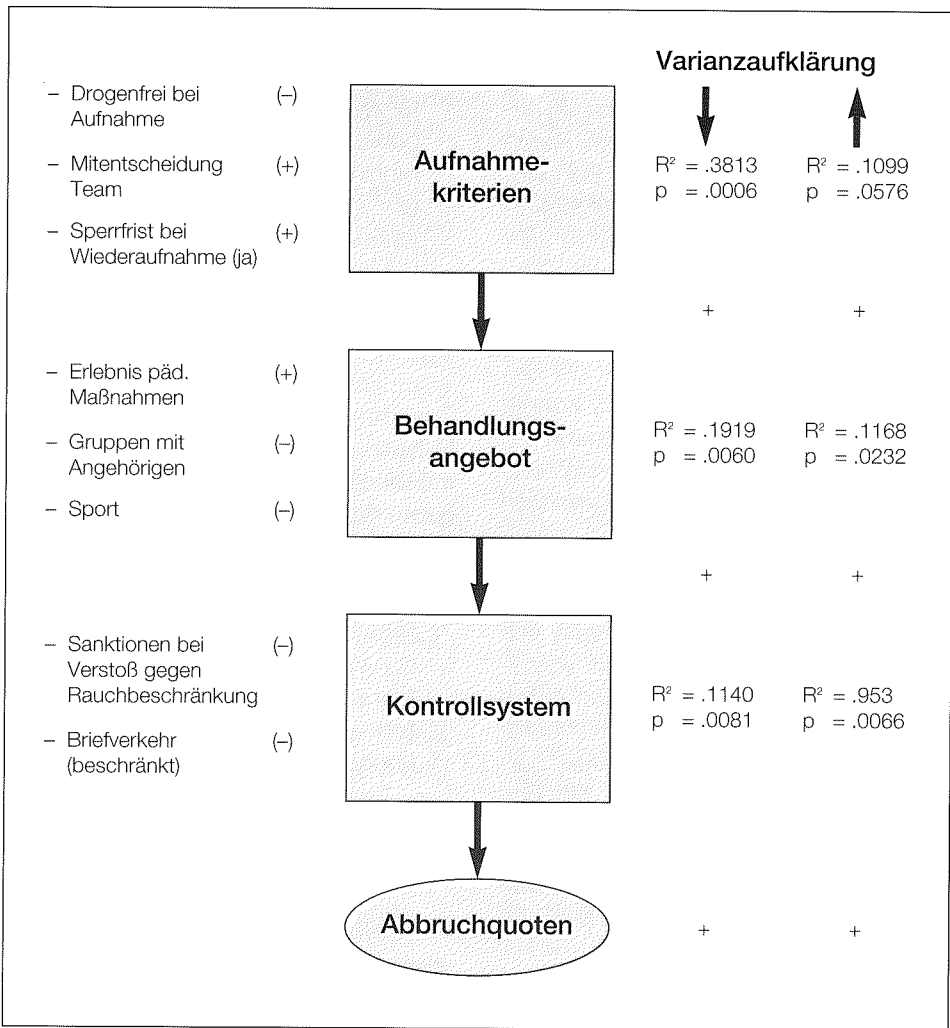
- Der Auswertungsansatz bestand in einem Vergleich von Therapieeinrichtungen mit hoher und mit niedriger Haltequote. Die Abbruchquote der beteiligten Einrichtungen variierte zwischen 43% und 91%, bezogen auf den gesamten Therapiezeitraum der Klient/innen. Für die spezielle Auswertung wurden die Halbjahresabbruchquoten (in den ersten 6 Monaten der Therapie) herangezogen, die zwischen 17% und 52% variierten.

Zusammenfassend zeigten folgende Behandlungsmerkmale einen Zusammenhang mit der Halte- bzw. Abbruchquote der Einrichtungen:

1. Einrichtungen mit hoher Haltequote gehörten häufiger einer so genannten "Therapiekette" an, die verschiedene Einrichtungen von der Beratungsstelle bis zur teilstationären Nachsorge umfassen konnte.
2. Erfolgreiche Einrichtungen (mit hoher Haltequote) betrieben eine spezifische Klient/innenselektion. Günstige Selektionsfaktoren waren: Probezeit bei Aufnahme, Mitentscheidung durch das Team, die Aufnahme von Behinderten, eine Sperrfrist bei Wiederaufnahme.

Ungünstige Selektionsfaktoren waren: Drogenfreiheit bei Aufnahme als Kriterium, Letztentscheidung der Aufnahme durch die psychologische Leitung, Mitentscheidung durch zuständige Therapeut/innen.
3. Sie führten häufiger sogenannte erlebnispädagogische Maßnahmen durch, wie z.B. Hüttenaufenthalte, Segelturns, Bergtouren und ähnliches mehr.

Abb. 1: Regressionsanalytisches Modell (n = 400)



Rahmenbedingungen

- Teil einer Therapiekette	(+)	$R^2 = .1140$	$R^2 = .1140$
- Therapeut/innen / Klient/innen Schlüssel	(-)	p = .0272	p = .0002
- Behandlungskette mit mindestens zwei Einrichtungen für Entwöhnung			
- Mit Nachsorge teilstationär	(+)	$R^2 = .79$	$R^2 = .7885$
Gesamtvarianzaufklärung			

4. Erfolgreiche Einrichtungen hatten in ihrem Therapieangebot ein geringeres zeitliches Ausmaß an Gruppentherapien, weniger Arbeitstherapie, weniger Realitätstherapie, seltener Gruppen mit Angehörigen und weniger Sport.
5. Sie hatten insgesamt weniger Kontrolle und Einschränkungen in den Bereichen Post, Briefverkehr, Besuche innerhalb und Treffen außerhalb, sowie bezüglich telefonischer Kontakte.
6. Sie führten keine Sanktionen bei Verstößen gegen Rauchbeschränkungen durch.
7. Erfolgreiche Einrichtungen hatten weniger therapeutische Mitarbeiter/innen. Das bedeutet wahrscheinlich, daß dadurch die Kontrollmöglichkeiten gegenüber den Klient/innen und das therapeutische Angebot weniger ausgeprägt waren.
8. In erfolgreichen Einrichtungen hatten bei Entlassungen häufiger Mitklient/innen ein Mitspracherecht.

Einige Effekte der insgesamt heterogenen Behandlungsmerkmale sind auf den ersten Blick schwer verständlich. Es ergibt sich jedoch zumindest ein zusammenfassender Grundaspekt erfolgreicher Therapieeinrichtungen, nämlich der einer größeren liberalen Haltung und eines größeren Freiraums für die Drogenabhängigen.

Zur weiteren Analyse der Behandlungsmerkmale wurde ein regressionsanalytisches Modell entwickelt. Es werden hier vier Gruppen von Einflußfaktoren unterschieden: 1.) Die Aufnahmekriterien, die zu einer Selektion der Klient/innen führen, 2.) das Behandlungsangebot im engeren Sinn, in das drei Items

eingegangen sind, 3.) das Kontrollsystem der Einrichtung mit zwei Items und schließlich 4.) die Rahmenbedingungen einer Therapieeinrichtung mit drei Items. Mit den Therapiehäusern als Stichprobe wurde mit 79% erklärter Varianz ein beträchtlicher Anteil der Unterschiede in den Abbruchquoten zwischen den Therapiehäusern durch die in das regressionsanalytische Modell einbezogenen Variablen erklärt. Alle vier Blöcke von Einflußfaktoren wiesen einen signifikanten Zusammenhang mit der Abbruchquote auf. Je nachdem in welcher Reihenfolge die Blöcke von Einzelfaktoren in die Regressionsanalyse aufgenommen wurden, schwankte der erklärte Varianzanteil dieser Variablenbereiche zwischen 10 und 38% (s. KÜFNER et al., 1994).

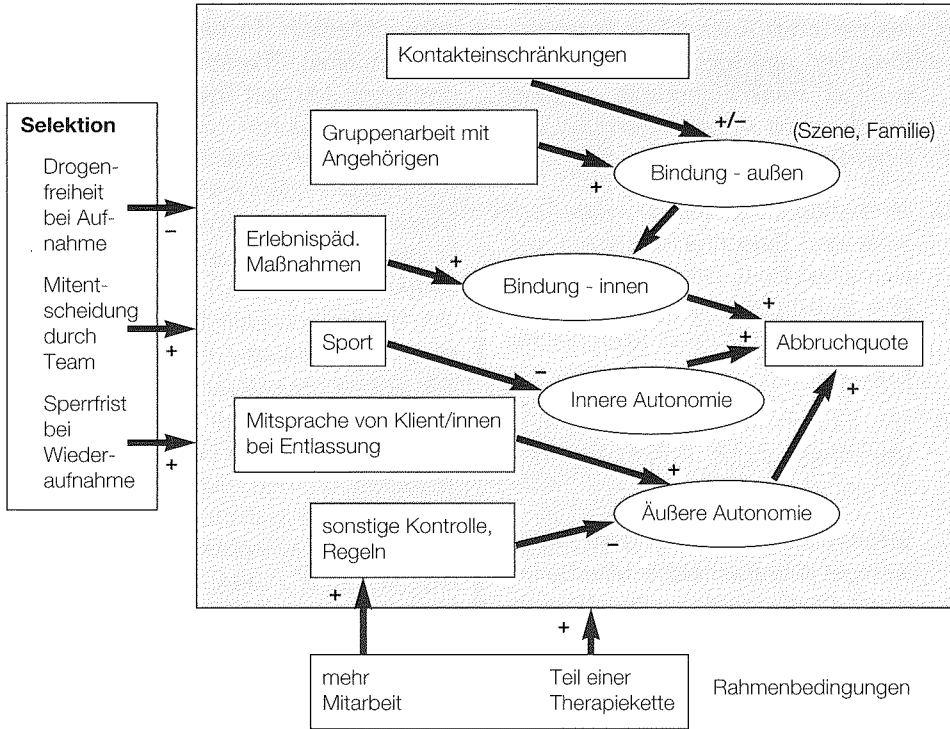
In Form einer Modellskizze (s. Abb. 2) werden die wichtigsten Behandlungsmerkmale in ihrem Einfluß auf die Abbruchquote zusammengefaßt. Bindeglied zwischen den Behandlungsmerkmalen und der Abbruchquote sind die globalen Konstrukte "Bindung" (soziale Beziehungen außerhalb und innerhalb der Therapieeinrichtung) und "Autonomie" (innere Autonomie: Coping im Sinne von Steuerung und Regelung von Bedürfnissen, Impulsen und Wertvorstellungen; äußere Autonomie: soziale Durchsetzungsfähigkeit und Gestaltungsfähigkeiten; s. auch KÜFNER, 1995, 1989).

Aussage 3:

Evaluationsstudien weisen auf die Wichtigkeit edukativer Maßnahmen und wertorientierter Angebote hin.

Zur Begründung sei auf eine schwedische Studie von BERGLUND et al. (1991) hingewiesen. In dieser SWEDATE-Studie wurden drei Gruppen von

Abb. 2: Modellskizze zum „Krisenberater-Projekt“



Einrichtungen unterschieden: 1.) psychotherapeutische Einrichtungen, 2.) inkonsistente bzw. therapeutisch relativ unstrukturierte Einrichtungen und 3.) Einrichtungen, die durch Psychotherapie und einem edukativen Therapieansatz charakterisiert waren. Die Einrichtungen mit dieser edukativen Therapie wiesen 44% drogenabstinente Klient/innen auf, im Vergleich zu den beiden anderen Einrichtungstypen mit 29 bzw. 28% drogenabstinenten Klient/innen. Speziell bei Jugendlichen (n = 80) wurde darüber hinaus neben einer edukativen Therapie eine ideologisch ausgerichtete Therapie unterschieden. Hier zeigte sich, daß die ideologisch ausgerichteten Therapieeinrichtungen mit 59% eine höhere Abstinenzquote erreichten als die edukative Therapie mit 33%.

III. Methadonbehandlung: Ergebnisse und Bedingungsfaktoren

Aussage 4:

Für die Methadonbehandlung lassen sich gegenwärtig hinsichtlich der Effekte folgende Aussagen zusammenfassen:

- *Mit der Methadonbehandlung wird ein anderes Klientel als bei der drogenfreien Behandlung erreicht. Zur Substitutionsbehandlung gehen weniger stark gestörte Klient/innen als zu einer drogenfreien stationären Behandlung.*
- *Es kommt durch die Substitutionsbehandlung zu einer deutlichen Besserung hinsichtlich Drogen-*

konsum und Delinquenz (BÜHRINGER et al., 1997), aber auch bezüglich der sozialen Situation ergeben sich eine Reihe von Verbesserungen.

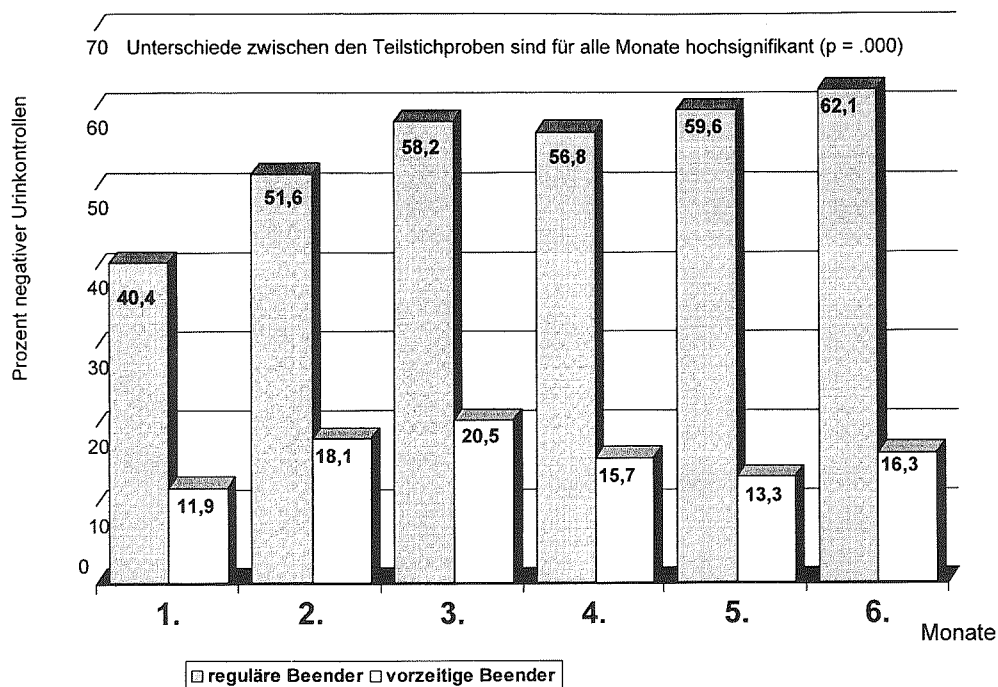
- *Nach Beendigung der Substitution besteht jedoch eine starke Rückfallgefahr.*
- *Außerdem ist bei der Substitutionsbehandlung mit einem starken Beikonsumgebrauch zu rechnen.*

Zur Begründung werden einige Ergebnisse aus dem neuen Methadonprojekt Nordrhein Westfalen herangezogen (vgl. KÜFNER et al., 1997). In diesem Projekt wird eine Klient/innen-Stichprobe in drogenfreier stationärer Behandlung (N = 150) und eine Untersuchungsgruppe mit Methadon-Substitution von N = 341 erfaßt. Einige ausgewählte Items weisen auf einen deutlichen Unterschied zu Beginn der Behandlung zwischen diesen beiden Klient/innengruppen hin.

Tabelle 1: Vergleich Methadon-Behandlung und stationäre drogenfreie Behandlung - Rechtliche Situation

	Methadon-Behandlung		stationäre drogenfreie Behandlung		p
	n	%	n	%	
Rechtsgrundlage					
Zurückstellung des Strafvollzugs	7	2,5	48	36,4	,000
Absehen von Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft	3	1,1	-	-	
vorläufige Einstellung des Verfahrens	-	-	1	0,8	
Strafaussetzung mit Weisung	6	2,1	6	4,5	
sonstiges	10	3,6	5	3,8	
freiwillige Behandlung	222	79,3	63	47,7	
Therapieauflage	17	6,8	62	44,6	.000
Führerscheinentzug	52	20,6	54	38,8	.000
grav. Verkehrsdelikte	42	16,7	46	33,1	.013

Abb. 3: Negative Urinkontrollen (max. 5 Substanzen pro Monat (Klärungsphase):
Vergleich zwischen vorzeitigen und regulären Beendern der Klärungsphase



In der stationären Behandlung befinden sich etwa 36% der Klient/innen mit einer Zurückstellung des Strafvollzugs (meist §35 BtmG). Die Freiwilligkeit der Behandlung ist mit 79% in der Gruppe der Substitutionsbehandlung mit Methadon deutlich höher als bei der stationären drogenfreien Therapie. Entsprechend höher ist auch die Therapieaufgabe mit 44,6% bei den Klient/innen in stationärer Behandlung im Vergleich zu 6,8% bei den Klient/innen in Methadonbehandlung. Einen Führerschein zeigen 38,8% der Klient/innen in stationärer drogenfreier Behandlung auf, im Vergleich zu 20,6% in der Methadongruppe. Entsprechend unterschiedlich ist auch der Anteil von Klient/innen mit Verkehrsdelikten (33% vs. 16,7%).

In der Gruppe der Klient/innen mit Substitutionsbehandlung besteht ein erheblicher Unterschied zwischen vorzeitigen und regulären Beendern hinsichtlich der negativen Urinkontrollen pro Monat.

Über die ersten sechs Monate hinweg (Klärungsphase) zeigten alle vorzeitigen Beender wesentlich höhere Raten mit negativer Urinkontrolle. Diese schwankte zwischen 40% und 62%, während bei den regulären Beendern sich eine geringere Schwankungsbreite zwischen 11,9 und 20,5% zeigte. Wenn man noch weitere Informationen der Selbstaussagen der Klient/innen miteinbezieht, so zeigten sich für die Beender der Klärungsphase Quoten von 14,1 bis 33,0%, die ohne Beikon-

sum in dem jeweiligen Monat geblieben sind. Bei den sogenannten Durchläufern war die Rate ohne Beikonsum deutlich niedriger. Sie schwankte zwischen 2,8% (im 4. Monat) und 13% (im 5. Monat). Auch hinsichtlich anderer Erfolgskriterien, z.B. der Erwerbstätigkeit und der sozialen Beziehungen, ergaben sich deutliche Verbesserungen in den ersten sechs Monaten der Substitutionstherapie mit Methadon.

Die Wirkungen der Methadonbehandlung können nach PLATT (1995) in folgender Weise zusammengefaßt werden:

1. Die Methadonvergabe führt zu einer größeren Haltequote bei der ambulanten Therapie.
2. Es kommt zu einer drastischen Reduzierung des Heroin-Konsums und anderer illegaler Drogen während (um 66% im Behandlungsverlauf nach HARLOW & ENGLIN, 1984, zit. in PLATT, 1995) und nach der Methadonbehandlung: 7 von 10 Abhängigen reduzierten oder waren abstinent bezüglich Heroin nach der Methadonbehandlung (HUBBARD et al., 1989).
3. Die Aussagen über langfristige Erfolgsquoten bei der Substitutionsbehandlung beziehen sich auf fünf Studien (MADDUX & DESMOND, 1992, zit. in PLATT, 1995). Zur freiwilligen Abstinenz bei der Methadonbehandlung kam es bei 9 - 21% der dort erfaßten Klient/innen. Als Vergleichszahl bei drogenfreier Behandlung wurde eine Abstinenzquote von 10 bis 19% genannt.
4. Während und auch nach der Methadonbehandlung kommt es zu einer deutlichen Reduzierung der Delinquenzquoten. Dabei zeigte sich

auch hier ein Zusammenhang mit der Behandlungsdauer: Je länger die Substitutionsbehandlung war, desto stärker war auch die Reduktion der Delinquenz.

5. Die Auswirkungen auf die Arbeits- und Beschäftigungssituation bleibt bislang nach diesen Daten unklar.
6. Umstritten erscheint die erforderliche Behandlungsdauer mit Methadon.

Aussage 5:

Die Bedeutung der psychosozialen Therapie für eine Substitutionsbehandlung ist noch nicht ausreichend geklärt.

Begründung (vgl. BÜHRINGER et al., 1997):

- Nach einer Studie von BALL & ROSS (1991) über 6 Methadonprogramme in den USA hatten erfolgreiche Programme eine intensivere Beratung und mehr medizinische Dienste angeboten.
- Die Untersuchungen von RASCHKE (1994) in Hamburg lassen in methodischer Hinsicht bislang keine ausreichend gesicherten Aussagen zur Frage der psychosozialen Therapie zu.
- Die Evaluation von Substitutionsprogrammen in den einzelnen Bundesländern macht dazu ebenfalls keine methodisch gesicherten Aussagen. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen im Sinne einer meta-analytischen Aussage läßt sich wegen der Heterogenität der verwendeten Kriterien bislang nicht durchführen.

IV. Heroingestützte Behandlung

Aussage 6:

Bei Drogenabhängigen mit erfolgreichen abstinenzorientierten Therapien und erfolgloser Substitutionsbehandlung ist an eine heroingestützte Behandlung zu denken.

Begründung:

In der Schweiz wurde von UCHTENHAGEN und Mitarbeitern (1997) ein Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln bei Drogenabhängigen durchgeführt (PROVE-Projekt). Hauptziele dieser Studie waren:

1. Die Wirkungsweise der verschiedenen eingesetzten Betäubungsmittel.
2. Die Auswirkungen auf die Gesundheit.
3. Die Auswirkungen des Therapieansatzes auf die soziale Integration.
4. Die Auswirkungen des Therapieansatzes auf das Suchtverhalten
5. Das Erreichen der Zielgruppe, nämlich die bislang erfolglos behandelten Drogenabhängigen.
6. Ein Wirksamkeitsvergleich mit anderen Therapieformen.

Das Gesamtprojekt besteht aus einer Hauptstudie und verschiedenen Nebenstudien: Die Hauptstudie bezieht sich auf die Beschreibung der teilnehmenden Patient/innen, auf den Verlauf der Behandlung und auf die Beendigung der Indexbehandlung. Daneben werden vier weitere Studien bzw. Studiengruppen unterschieden: 1.) medizinische Spezialstudien, z.B. über Nebenwirkungen bei Schwangerschaften und der Vergleich verschiedener Opiate als Ersatzstoffe, 2.) sozialwissenschaftliche Spezialstudien: Dazu gehört eine

Analyse des delinquenten Verhaltens sowie die Heroinverschreibung an In-sassen einer Justizvollzugsanstalt, 3.) sogenannte Kosten-/Nutzenanalysen und 4.) ein Vergleich der Heroinbeschreibung mit anderen Behandlungsformen. Die weitere Darstellung von Ergebnissen dieses Gesamtprojekts beziehen sich hauptsächlich auf die Hauptstudie und auf den Vergleich mit anderen Behandlungsformen.

Bezüglich der Gesamtstichprobe von Klient/innen (N = 1.146) wird zwischen einer Teilstichprobe A von n = 385 vor Projektausweitung und einer Teilstichprobe B von 650 Klient/innen nach der Ausweitung des Projekts unterschieden.

Ergebnisse:

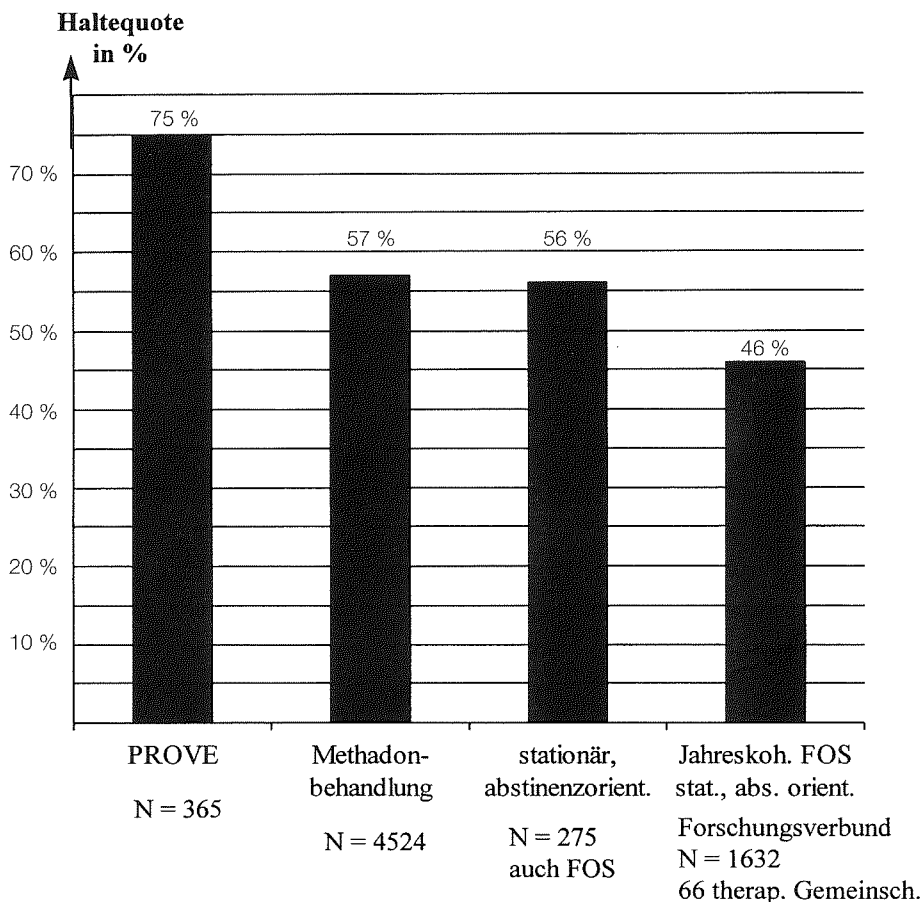
Für die Stichprobe A vor Ausweitung des Projekts betrug die Haltequote nach 6 Monaten 89%, nach 12 Monaten 76% und nach 18 Monaten 69%.

Im Vergleich der Haltequote verschiedener Behandlungsformen in der Schweiz zeigte sich, daß die heroingestützte Behandlung mit 75% die deutlich höchste Haltequote nach 12 Monaten aufwies. Die Methadonbehandlung wies dagegen eine Haltequote von 57% auf (bei der stationären abstinenzorientierten Therapie ergab sich eine Haltequote von 56% (bei den Klient/innen mit Katamnese) und bei einer ebenfalls stationären abstinenzorientierten Therapie, vorwiegend in therapeutischen Gemeinschaften, zeigte sich eine Haltequote von 46%.

Zielgruppe:

Im Vergleich zu einer stationären abstinenzorientierten Therapie und einer Methadonbehandlung waren die Patient/innen der Heroinvergabe

Abb. 4: Haltequoten in der PROVE-Studie (nach 12 Monaten, gewichtet)
(Uchtenhagen, 1997)



- häufiger bzw. länger ohne Arbeit
- hinsichtlich der Wohnsituation häufiger integriert und autonom
- weniger regulär beschäftigt
- wiesen eine längere Dauer des Heroingebrauchs auf (10 Jahre vs. 5 - 6,1 Jahre)
- älter (Mittelwert: 30 Jahre vs. 23,5 - 27,0 Jahre)
- wiesen häufiger eine abstinenzorientierte Behandlung in ihrer Vorgesichte auf

Drogenkonsum:

75% der Klient/innen mit Heroingabe wiesen keinen zusätzlichen illegalen Heroingebrauch auf. Bei der Methadonbehandlung war dies lediglich bei 37% der Patient/innen der Fall und in stationärer drogenfreier Behandlung (Forschungsverbund) wiesen 64% keinen illegalen Heroingebrauch auf. Hinsichtlich des illegalen Kokaingebrauchs zeigte sich folgendes: Bei den Klient/innen mit Heroingabe wiesen 49% keinen illegalen Kokainkonsum auf, in der Methadonbehandlung waren 54% frei

von illegalem Kokainkonsum und in stationärer drogenfreier Behandlung 70%. Bezüglich der Arbeitssituation zeigte sich, daß bei den Klient/innen in stationärer drogenfreier Behandlung 72% einer regulären Beschäftigung nachgingen, bei der Methadonbehandlung waren dies 31% und bei der Heroinverschreibung 32%.

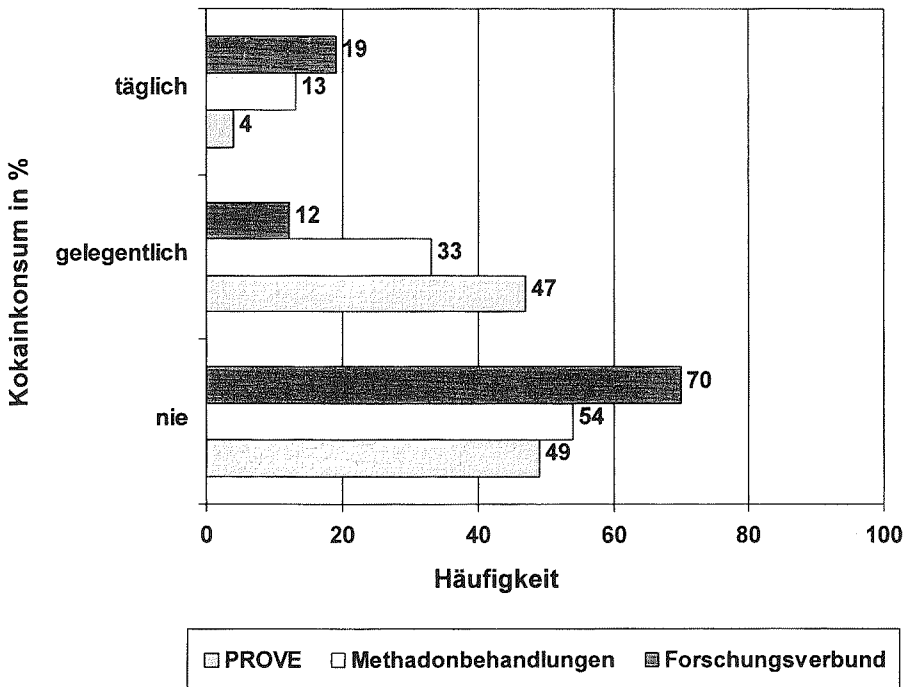
Die Patient/innen mit Heroinvergabe wiesen folgende psychosoziale Begleitbetreuung auf: Es wurden mit ihnen wöchentlich Einzel- oder Gruppengespräche durchgeführt. Es gab auch ein Angebot für Bezugspersonen. Mindestens einmal im Monat erfolgte ein ärztliches Gespräch. Außerdem wurde Hilfestellung bei Suche nach Unterkunft und Tagesstrukturierungen gegeben.

Daneben bestanden informelle Kontakte bei der Abgabe der Betäubungsmittel. Der Anteil der psychosozial betreuten Klient/innen schwankte zwischen 50 und 75%. In den mittelgroßen Einrichtungen betrug die Betreuungsquote 75%, während in den kleinen und großen Einrichtungen die Betreuung lediglich bei 50% der Klient/innen erfolgte.

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse in dem Schweizer Projekt PROVE zur Heroinvergabe:

- Die Zielgruppe der deutlich geschädigten, bislang erfolglos behandelten Heroinabhängigen, wird besser erreicht als in anderen Behandlungsformen.

Abb. 5: Illegaler Kokaingebrauch bei Nachuntersuchung in verschiedenen Therapiegruppen (Uchtenhagen, 1997)



- In der Heroingruppe erscheint die Haltequote höher als in anderen vergleichbaren Behandlungsformen der Schweiz.
- Die Patient/innen mit Heroinvergabe können plausiblerweise besser auf einen illegalen Heroinkonsum verzichten.
- In der stationären Therapie gelingt es dagegen besser, die Patient/innen wieder zur Erwerbstätigkeit zu führen (sofern diese 12 Monate Therapie durchstehen).
- Patient/innen mit Heroinvergabe nehmen dagegen häufiger Kokain als Klient/innen in stationärer Therapie.

Nach UCHTENHAGEN (1997) lassen sich aus dem Projekt zur Heroinvergabe folgende Folgerungen und Indikationsstellungen ableiten:

- Die Heroinvergabe gilt nicht generell als Behandlung 1. Wahl
- Sie ist geeignet für Erwachsene mit langjähriger chronifizierter Heroinabhängigkeit, gescheiterten Therapieversuchen sowie gesundheitlichen und sozialen Schäden.
- Wenn eine Substitution mit Methadon in Frage kommt, hat diese einige Vorteile aufzuweisen: orale Vergabe, längere Wirkungsdauer, geringere euphorisierende Wirkung. Die Heroinvergabe erscheint dann indiziert, wenn eine Substitutionsbehandlung gescheitert ist.
- Die Verwendung nicht injizierbarer Heroinpräparate ist noch nicht beurteilbar.
- Es sollte keine zeitliche Begrenzung der Heroinvergabe erfolgen.

- Nicht injizierende Heroinabhängige sollten nicht in dieser Therapie aufgenommen werden.
- Bei ausgeprägter Polytoxikomanie ist eine Teilentzugsbehandlung zu empfehlen.
- Die Heroinvergabe kann auch bei Schwangeren durchgeführt werden.
- Ein ausreichendes Angebot an psychosozialer Betreuung erscheint unumgänglich.

V. Zusammenfassende Folgerungen

1. Die Unterschiede in den Behandlungsergebnissen zwischen verschiedenen Therapieeinrichtungen (und verschiedenen Therapeut/innen) sind beträchtlich. Abgesehen von unterschiedlichen Klient/innen-selektionen weisen sie auf den Einfluß von Behandlungsfaktoren hin.
2. Die Haltequote in einem Behandlungsprogramm für Drogenabhängige ist ein zentrales Erfolgskriterium. Damit hängt zusammen eine längere Behandlungsdauer, die wiederum positiv mit dem Behandlungserfolg korreliert.
Ein Nachteil dabei ist, daß damit eine höhere Rückfallquote verbunden ist. Die dadurch bedingten Probleme stellen erhöhte Anforderungen an Therapeut/innen, zum Teil auch an Mitklient/innen.
3. Eine liberale Haltung in einem Therapieprogramm ist mit einer höheren Haltequote, aber auch mit einer höheren Rückfallquote verbunden.
4. Für die Behandlung von Drogenabhängigen ist ein breites Spektrum alternativer Therapieformen erforderlich.

Zum Beispiel:

- Für verschiedene Motivationsphasen (Nachdenken über risikoärmeren Drogenkonsum, Nachdenken über Drogen-Reduktion, Bereitschaft zur Abstinenz, Rückfall) sollten unterschiedliche Therapieangebote mit unterschiedlichen Strategien der Therapeut/innen bereitgestellt werden (z.B. niedrigschwellige Angebote).
- Innerhalb abstinenzorientierter Therapie:
Als weiteres Angebot z.B. Therapie von Klient/innen auf einem Bauernhof.
- Zur substituionsgestützten Behandlung:
Kombination von Substitution mit Methadon und stationärer Entwöhnungstherapie.
- Bei erfolgloser stationärer abstinenzorientierter Behandlung und erfolgloser Substitutionsbehandlung ist an eine heroingestützte Behandlung zu denken.

Literatur

BALL, J. C. & ROSS, A. (1991). The effectiveness of methadone maintenance treatment. New York: Springer.

BERGLUND, G. W., BERGMARK, A., BJÖRLING, B., GRÖNBLADH, L., LINDBERG, S., OSCARSSON, L., OLSSON, B., SEGRAEUS, V. & STENSMO, C. (1991). The SWEDATE project: Interaction between treatment, client background, and outcome in a one-year follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 161-169.

BÜHRINGER, G. KÜNZE, J. & SPIES, G. (1997). Methadonsubstitution bei Opiatabhängigen. In H. WATZL & B.

ROCKSTROH (Hrsg.), *Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen* (S. 249-264). Göttingen: Hogrefe.

HERBST, K. (1992). Verlaufsanalyse bei Drogenabhängigen nach stationärer Behandlung. *Sucht*, 38, 147-154.

HUBBARD, R. L., MARDSEN, M. W., RACHAL, J. V., HARWOOD, H. J., CAVANAUGH, E. R. & GINZBURG, H. M. (Hrsg.) (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.

KLETT, F., HANEL, E. & BÜHRINGER, G. (1984). Sekundäranalyse deutschsprachiger Katamnesen bei Drogenabhängigen. *Suchtgefahren*, 30(4), 245-265.

KÜFNER, H. (1989). Bindung und Autonomie als Grundmotivationen des Erlebens und Verhaltens. *Forum für Psychoanalyse*, 5, 99-123.

KÜFNER, H. (1995). Behandlungsmerkmale und Therapieabbruch bei der stationären Behandlung von Drogenabhängigen: Zwischen Pädagogik und Psychotherapie. Fachverband SUCHT e.V.

KÜFNER, H. (1997). Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen. In WAZZL, H. & ROCKSTROH, B. (Hrsg.), *Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen* (S. 201-228). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.

KÜFNER, H., DENIS, A., ROCH, I., ARZT, J. & RUG, U. (1994). Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms (Schriftenreihe des Bundesministeri-

ums für Gesundheit, Bd. 37). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

KÜFNER, H. & FEUERLEIN, W. (1989). In-patient-treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study. Berlin: Springer.

KÜFNER, H., VOGT, M. & WEILER, D. (1997). Modellprojekt für die Substitution mit Methadon zur Vorbereitung und Einleitung einer medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen: Ergebnisse zur Klärungsphase. In Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Tagungsdokumentation 10 Jahre Methadon-Substitution in NRW (S. 183-208). Düsseldorf: satz + druck GmbH.

PLATT, J. (1995). Heroine Addiction. Malabar: Krieger.

RASCHKE, P. (1994). Substitutionstherapie - Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg: Lambertus.

ROCH, I., KÜFNER, H., ARZT, J., BÖHMER, M. & DENIS, A. (1992). Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Ein Literaturüberblick. Sucht, 38, 304-322.

SÜSS, H.-M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau, 46, 248-266.

UCHTENHAGEN, A. (1997). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. In: UCHTENHAGEN, A., GUTZWILLER, F. u. DOBLER-MIKOLA, A. (Hrsg.), Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten (S. 1-161). Zürich: 1997.

Karrierebegleitung als protektiver Wirkfaktor in der ambulanten und stationären Drogenhilfe

Wolfgang Scheiblich

Sozialdienst Katholischer Männer e. V.

Köln

Fachbereich Drogen- und Aids-Hilfe

Mauritiussteinweg 66-68

50676 Köln

Karrierebegleitung als protektiver Wirkfaktor in der ambulanten und stationären Drogenhilfe

Ich danke zunächst sehr für die Einladung nach Münster.

Ich darf mich Ihnen kurz vorstellen: Beim Sozialdienst Katholischer Männer in Köln bin ich Fachbereichsleiter für die Drogen- und Aids-Hilfe unseres Vereins. Unser Fachbereich umfaßt 7 ambulante und stationäre Einrichtungen für Drogenabhängige und ihre Angehörigen und versteht sich als ein Therapieverbund oder umfassender gesagt: als ein Hilfeverbund, der natürlich auch therapeutische Hilfen umfaßt. Mein Interesse an dem gestellten Thema ergibt sich daraus, daß es zu meinen Aufgaben gehört, ganz unterschiedliche Dienste und Einrichtungen zu einem Therapieverbund zu verknüpfen, in der Hoffnung und der festen Erwartung, daß ein solcher Hilfeverbund seine positiven Wirkungen hat.

Voraussetzung meiner Überlegungen ist die Lebenssituation Drogenabhängiger, ihre Geschichte, ihre Schädigungen, aber auch ihre vielleicht noch vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen. Ich spreche bewußt von Drogenabhängigen, nicht von Drogengebrauchern, die es auch geben mag, die aber nicht im Mittelpunkt meiner Überlegungen stehen. Bei Drogengebrauchern sind wohl eher sekundärpräventive Konzepte gefragt, die ihre Wirkung haben, z.B. die neuen Konzepte, die sich an die Ecstasykonsument/innen wenden oder die erste virtuelle Beratungsstelle für User mit Internetanschluß in Frankfurt.

Drogenabhängige sind häufig Menschen, die in ihrer frühen Kindheit schwere Schäden erlitten haben, die sich in der Zeit der Pubertät ganz besonders deutlich zeigen. Insbesondere ist ihre hohe seelische Verwundbarkeit auffällig, die häufig zu einer sehr schnellen Abhängigkeitsentwicklung führt. Besonders deutlich sind vielfältige Suizidversuche und der völlig wahllose und risikoreiche Konsum aller verfügbaren Drogen, einschließlich Alkohol und Ecstasy. Die Substanz scheint keine besondere Rolle zu spielen. Die Sucht bei jungen Abhängigen hat einen eindeutig polytoxikomanen Charakter.

Schon Jugendliche, die eine normale Entwicklung durchlaufen, neigen insbesondere in ihrer Pubertät zu Selbstüberschätzung, zur Leugnung von Realität, gleichzeitig aber auch zu einer hohen Empfindlichkeit und Verwundbarkeit. Der Konsum von Suchtmitteln steigert diese Gegensätze noch und führt zu einem erhöhten Verlust der Realitätsüberprüfung.

Persönlichkeitstheoretisch stellen wir eine starke Tendenz zu pathologischer Konfluenz fest, also zu der Unfähigkeit, sich angemessen gegenüber der Innenwelt der Gefühle, Empfindungen und Impulse und gegenüber der Außenwelt abgrenzen zu können. Drogenabhängige werden von ihrer Innenwelt wie von ihrer Außenwelt überflutet, vor allem von negativen Identifikationen und Identifizierungen, die eine gestörte oder gar zerstörte Identität zur Folge haben.

Ich-Grenzen sind kaum ausgebildet oder so schwach, daß nicht von einem stabilen "Ich" gesprochen werden kann. In der Entwicklungsgeschichte unserer Klient/innen wird oft deutlich,

daß sich Ich-Grenzen kaum ausbilden konnten, weil sie den Prozeß der Individuation nicht vollziehen und verkräften konnten, weil er mit Trennung und Lösung verbunden ist, weil Übergriffe erwachsener Personen, nicht unbedingt der Eltern, die Entwicklung von Ich-Grenzen behindert oder zerstört haben.

Halt und Orientierung haben Drogenabhängige dann oft schon sehr früh außerhalb der Familie gesucht oder suchen müssen. Die Identifizierung mit erwachsenen Personen ist dabei häufig nicht gelungen. Identität und Zugehörigkeit haben viele Drogenabhängige statt dessen in Gruppierungen gesucht, die ihnen letztlich in ihrer Entwicklung geschadet haben, also bei Hooligans, bei Punkern, bei Grufftis, bei Faschos, bei Skins und anderen Gruppen. "Eh ich gar nichts bin, bin ich Skin", sangen die Prinzen vor wenigen Jahren.

Den Anforderungen der Außenwelt entgehen Drogenabhängige aufgrund ihrer Tendenz zu pathologischer Konfluenz oftmals durch Ausweichen, Verleugnen und Betäubung.

Beziehungsstörungen, Vereinsamung, Abbrüche von Schul- und Berufsausbildungen, aber auch Verschuldung, Mietrückstände u.a. sind direkte Folgen dieses Krankheitsbildes.

Dennoch gibt es vielfach bei Drogenabhängigen zumindest vage Vorstellungen oder gar konkrete Wünsche nach einem geregelten Leben, nach festen, verlässlichen Beziehungen. Die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit aber ist nicht zu überbrücken, sondern oft nur durch Betäubung zu ertragen.

Drogenabhängige leiden unter einer sehr unvollkommen gelungenen oder gar mißlungenen Identitätsentwicklung und Identitätsbildung:

In der Entwicklung ihrer Leiblichkeit sind Drogenabhängige häufig schwer geschädigt. Sie sind Menschen, die in ihren Fähigkeiten des Erlebens, des Wahrnehmens entweder nicht bekräftigt oder unterdrückt wurden, denen der expressive Leib amputiert wurde, so daß irgendwann der Zeitpunkt einer Extremreaktion kommt: um zu überleben, müssen sie sich einer ganz starken Stimulation bedienen, nämlich der Drogen.

Aus ihrem sozialen Kontext sind Drogenabhängige oft frühzeitig herausgefallen, haben ihre Familien verlassen oder verlassen müssen; das Herausfallen aus den Familien ist aber Folge einer gestörten Familiendynamik; Ausbildungsgänge und schulische Laufbahnen haben sie abgebrochen oder sind entlassen worden. Der neue soziale Kontext ist die Szene mit ihren malignen Einflüssen.

Arbeit und Leistung haben Drogenabhängige nicht konstruktiv als identitätsstiftende Faktoren erfahren können. Diejenigen, die noch einen Beruf erlernt haben, mögen diesen Beruf oft nicht, weil er nicht frei gewählt war, weil er aufgedrängt wurde, weil es nichts Besseres gab, oder weil die Voraussetzungen zum Erlernen des Wunschberufes nicht vorhanden waren. Entsprechend gering waren die erbrachten Leistungen.

Über materielle Sicherheiten verfügen Drogenabhängige fast überhaupt nicht, jedenfalls nicht die fest in die Szene Eingebundenen. Materielle Sicherheiten

ten aber sind direkte Folge des Identität-stiftenden Faktors "Arbeit und Leistung". Wo dieser bereits unterentwickelt ist, kann sich auch der Bereich der materiellen Sicherheit nicht entwickeln. Vielmehr leben viele Drogenabhängige in der Szene auf dem Niveau der Sozialhilfe oder noch darunter, da das lt. BSHG einem Hilfeempfänger zustehende Geld in Höhe von etwa 540,00 DM monatlich gerade für einen Suchtkranken nicht ausreichen kann, der schon in wenigen Tagen soviel Geld für Drogen ausgibt, wie er im Monat an Sozialhilfe bekommt.

Auch die Welt der Werte und Normen ist stark geschädigt. Je länger nämlich Drogenabhängige in ihrer Szene leben, desto stärker sind Werte wie Solidarität, gegenseitige Hilfe, Achtung vor dem anderen, Mitgefühl mit anderen, Wert des menschlichen Lebens, aber auch Selbstachtung und Selbstwert gefährdet. Dies insbesondere angesichts der Erlebnisse in der Szene, die in späterer Ausprägung oft genug einhergehen mit Obdachlosigkeit, mit Prostitution, mit Nötigung und Gewalt.

Defizite, Traumata, Störungen und Konflikte sind die zentralen, krankheitsauslösenden Faktoren in den Lebensgeschichten unserer Klient/innen, die vor allem dann wirksam werden können, wenn langfristig keine Kompensationsmöglichkeiten gegeben sind.

Die Defizite zeigen sich bei Drogenabhängigen darin, daß sie übermäßig häufig aus unvollständigen Familien stammen, was allerdings für sich alleine gesehen noch nicht unbedingt eine Suchtentwicklung begünstigen muß. Der erziehende Elternteil ist nicht in der Lage, den fehlenden Elternteil zu kompensieren. Es bleibt ein unauffüllbares

Defizit, das allerdings durch die positive Übertragung auf andere erwachsene Personen abgeschwächt werden kann. Oft konnten sich aber Drogenabhängige als Kinder nicht mit den Eltern oder einem Elternteil oder einem wichtigen Erwachsenen identifizieren, weil diese emotional nicht präsent waren oder weil eigene Persönlichkeitsdefizite der Erwachsenen weitergegeben wurden.

Drogenabhängige hatten in ihrer Kindheit oft nicht die Stimulierungen, die Kinder für eine gesunde Entwicklung brauchen, nämlich Schutz und Anforderung zugleich. Vielen fehlt es an Zuspruch, an guten Worten, an Wertschätzung und Anerkennung.

Traumatische Erfahrungen entstehen bei Drogenabhängigen oft aus nicht verkrafteten Erlebnissen von Trennung, Tod und Scheidung, aber auch von Gewalt und Mißbrauch.

Störungen sind eine direkte Folge nicht eindeutiger und unberechenbarer Beziehungskonstellationen zwischen dem Kind und den Erwachsenen, in der Regel den Eltern. Kinder leiden unter widersprüchlichen Beziehungen. Sie sind sich ihrer Eltern und anderer Erwachsener nicht sicher.

Konflikte stellen sich als innere oder äußere Konflikte dar. Innere Konflikte sind die Selbstzweifel, die sich aus konflikthafter Beziehungskonstellationen ergeben, während die äußeren Konflikte sich dadurch zeigen, daß Kinder zwischen den Eltern oder anderen Erwachsenen stehen und deren Konflikte nicht nur erleben, sondern in den Konflikt direkt einbezogen sind.

In der Regel genügt zur Entstehung der Krankheit "Sucht" nicht einer der ge-

nannten Faktoren oder gar ein einzelnes Ereignis. Vielmehr muß man Ereignisketten für die Entstehung der Krankheit annehmen. Bei der Entwicklung dieser Krankheit sind zudem oft mehrere Faktoren gleichzeitig beteiligt, die sich gegenseitig negativ beeinflussen und verstärken.

Viele Drogenabhängige kommen aus schwachen sozialen Netzen, gehen aus problematischen Konstellationen und Kommunikationsstilen in ihren Herkunftsfamilien hervor und leben mit negativen Zukunftserwartungen.

Es wird deutlich, daß Hilfe und Therapie für Drogenabhängige multiperspektivisch angelegt sein muß, wenn sie erfolgreich sein will. Sie muß sowohl den frühen Schädigungen als auch den Problemen in der kindlichen Sozialisation, sowohl den gescheiterten Versuchen der Bewältigung der Lebens- und Entwicklungsaufgaben in der Pubertät als auch der Suche nach Identität gerecht werden. Sie muß auch bei der Orientierung im schulischen und beruflichen Feld helfen.

In der allgemeinen Therapieforschung haben sich klar definierbare Arten von Interventionen und Handlungsweisen als therapeutisch wirksam erwiesen. Man kann sie entweder im bekannten Gutachten von GRAWE oder in erweiterter Form bei Hilarion PETZOLD finden, den ich hier zitieren möchte: Es handelt sich um

- einführendes Verstehen,
- emotionale Annahme und Stütze,
- Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung / Lebenshilfe,
- Förderung emotionalen Ausdrucks,

- Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung,
- Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit,
- Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung,
- Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen,
- Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
- Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven,
- Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs,
- Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens,
- Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke und die
- Ermöglichung von Solidaritätserfahrung,

wobei gerade die beiden letzten Wirkfaktoren spezifisch sozialarbeiterische sind.

Ich möchte diesen nachweisbaren Wirkfaktoren noch weitere hinzufügen, die ich besonders für die ambulante und stationäre Drogenarbeit für wichtig halte.

Wir stehen ja in der ambulanten und stationären Drogenhilfe vor der sehr schweren Aufgabe, angesichts der extremen Erkrankung unserer Klient/innen dennoch Heilungsprozesse einzuleiten, die wirksam sind.

In der Entwicklung der Therapietheorie geht man dazu heute neue Wege. Im Unterschied z.B. zum Verständnis der Pathogenese der Psychoanalyse, wo-

nach die Ursache einer psychischen Erkrankung, so auch der Sucht, in frühen Lebensphasen zu finden sei, gehen neuere Therapiemodelle wie z.B. die von Hilarion PETZOLD entwickelte "Integrative Therapie", aber auch andere Verfahren, von einer "Psychologie der Lebensspanne" aus, einem "life span developmental approach". Dabei ist immer die Gesamtheit aller negativen, aber auch kompensierender positiver Erfahrungen zu berücksichtigen, und zwar nicht nur in früher Zeit, sondern über die gesamte Lebensspanne hinweg.

Diese Sichtweise wird vor allem durch die Longitudinalforschungen von RUTTER und ROBINS gestützt: Nicht nur frühe Entbehnungen, Traumata und Defizite, sondern auch die Traumata, Defizite, Störungen und Konflikte in der Adoleszenz sind ausschlaggebend für die Entstehung der Drogenabhängigkeit. Sie schädigen die ohnehin bereits geschädigte Persönlichkeit des jungen Menschen zusätzlich.

Gerade auch die Erlebnisse und Erfahrungen in der Drogenszene bewirken "schwerste psychische Traumatisierungen [...], und das in der Zeit der Adoleszenz, die als Reorganisations- und Übergangsphase nicht unbedingt die stabilste ist [...] Vergewaltigungen zwischen 13 und 17 Jahren sind Traumata mit eigenem Gewicht, die schwerer wiegen können als frühe Entbehnungen" schrieb PETZOLD 1991.

Als äußerst praktikabel und einsichtig hat sich in den letzten Jahren das Konzept der protektiven Faktoren, sowohl in der Prävention als auch in der Rehabilitation, herausgestellt. Vor allem für die Beantwortung der Frage, warum der eine junge Mensch drogenabhän-

gig wird, der andere trotz augenscheinlich vergleichbarer Situation aber nicht, warum der eine seelisch erkrankt, der andere aber trotz vielfältiger Entbehnungen und Verluste psychisch gesund bleibt, kann das Konzept der protektiven Faktoren besonders hilfreich sein.

Es geht nämlich davon aus, daß Kinder, Jugendliche und Erwachsene in jedem Lebensalter belastenden Situationen und Erfahrungen ausgesetzt sind, daß sie sich aber in der Art der Bewältigung sehr unterscheiden.

Longitudinalforschungen gerade der letzten Jahre haben hier einige aufschlußreiche Ergebnisse gebracht.

Ganz entscheidend scheinen demnach zu sein:

- die individuellen Persönlichkeitsmerkmale,
- positive Erfahrungen und Erlebnisse,
- das soziale Umfeld,
- die Identität und
- die persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten.

PETZOLD hat das Konzept der protektiven Faktoren so definiert:

"Protektive Faktoren sind einerseits - internal - Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, andererseits - external - spezifische und unspezifische Einflußgrößen des sozioökonomischen Mikrokontextes (Familie, Freunde, wichtige andere Erwachsene, Wohnung), des Mesokontextes (Subkultur, Schicht, Quartier, Region) und des Makrokontextes (übergreifende politische und sozioökonomische Situation, Zeitgeist, Armuts- und Krisenregion), die im Prozeß ihrer

Interaktion miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. Sie verringern Gefühle der Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluß adversiver Ereignisse und Ereignisketten aus bzw. kompensieren ihn. Sie fördern und verstärken aber auch als salutogene Einflußgrößen die Selbstwert- und Kompetenzgefühle und -kognitionen sowie die Ressourcenlage und "supportive Valenz" sozioökologischer Kontexte (Familie, Schule, Nachbarschaft, Arbeitssituation), so daß persönliche Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklungschancen über ein bloßes Überleben hinaus gewährleistet werden" (PETZOLD 1993)

Bei allen ganz offensichtlich vorhandenen und bereits geschilderten Risikofaktoren gilt es also, herauszufinden, welche protektiven Faktoren vorhanden sind, die den Betroffenen zumindest haben überleben lassen trotz aller bestehender Gefahren für Leben und Gesundheit in der Drogenszene. Positive Erlebnisse und Erfahrungen in früherer Zeit, Persönlichkeitsstärken, tragende oder zumindest nicht ganz abgebrochene gesunde Beziehungen (z.B. wichtige Bezugsperson, verständnisvolle/r Lehrer/in, innerer Beistand) können hier als protektive Faktoren von großer Bedeutung sein. Diese protektiven Faktoren sind persönliche Ressourcen, auf denen therapeutische Hilfe und Behandlung aufbauen kann.

Wo aber Schutzfaktoren und persönliche Ressourcen kaum auszumachen sind, wo sie so schwach ausgebildet sind, daß sie in ihrer Wirksamkeit kaum spürbar sind, wo Krisenbewältigung und Lebensplanung nicht gelingen,

dort müssen schützende Faktoren von außen entwickelt und bereitgestellt werden.

Die Bildung und Entwicklung von persönlichen Stärken, die zunehmende Festigkeit, Krisen zu bewältigen, sind Beispiele für protektive Prozesse, die nicht nur jetzt, sondern wahrscheinlich auch später vor Verzweiflung, Selbstaufgabe und Resignation schützen.

Besonders relevant an diesem Konzept und an der Petzold'schen Definition ist für die Arbeit mit Drogenabhängigen die Absage an eine Konzentration und gleichzeitige Beschränkung auf reine Überlebensstrategien. Vielmehr dienen protektive Faktoren und Prozesse der Genesung, der Gesundung, der Entwicklung, nicht in erster Linie der Beschreibung des status quo oder nur der Abfederung der schlimmsten Auswirkungen der Drogenabhängigkeit.

Der ambulanten und stationären Drogenhilfe muß es zwar einerseits darum gehen, lebenssichernde Stützsysteme bereitzustellen; dies kann aber nicht genügen, wenn Zukunftsperspektiven, Hoffnung, Zuversicht und Lebensplanung erreicht werden sollen. Konzeptionell heißt das aber, daß nicht nur gerade so viele protektive Faktoren bereitgestellt werden, daß sie dem Überleben dienen oder die Anpassung an die widrigen Lebensumstände erleichtern, ohne die Lebensumstände selbst zu ändern, sondern daß so viele bereitgestellt werden, daß über das reine Überleben hinaus wirkliche Gesundung möglich wird.

Die Planungen der Hilfen haben sich zu orientieren an den Möglichkeiten der Klient/innen. Die Angst vor Veränderung, vor Betreuung und Therapie, die

Angst vor Nachsozialisation machen es in zahlreichen Einzelbeispielen erforderlich, niedrigschwellige Angebote zur Stützung bereitzustellen. Letztlich soll dabei aber dabei nicht das Ziel der Überwindung der Abhängigkeit verloren gehen.

Um das Konzept der protektiven Faktoren verwirklichen zu können, bedarf es eines Verbundes ambulanter, niedrigschwelliger, stationärer und poststationärer Hilfen, also der Verbindung und Verbundenheit lebenssichernder Stützsyste mit den therapeutischen Zielsetzungen. Nur in ihrer Gesamtheit nämlich können ambulante und stationäre Hilfen eine Vielzahl protektiver Faktoren bereitstellen und die protektiven Prozesse der Klient/innen unterstützen. Wir können heute Drogenhilfe nicht mehr anders als im Verbund denken, wenn wir wirklich die Gesundung der Betroffenen fördern und erreichen wollen.

Um der umfassenden und vielschichtigen Erkrankung "Drogenabhängigkeit" in Beratung, Hilfe und Therapie begegnen zu können, ist eine differenzierte, multimodale und ganzheitliche Therapie notwendig. Sie ist sowohl Somatotherapie, also Therapie des Körpers und des Leibes, als auch Psychotherapie, also Therapie der Seele. Sie ist aber auch Nootherapie, also Erarbeitung von Sinn, von Werten und Normen, und Soziotherapie, also Therapie des sozialen Netzwerks, denn der Mensch ist immer auch ein soziales Wesen und kann ohne die soziale Perspektive keine gesunde Identität erlangen.

Heilungsprozesse, so auch die von drogenabhängigen Menschen, verlaufen nicht linear. Hilfesysteme für Drogenabhängige wurden in der Vergangenheit überwiegend nach linearen

Verlaufsvorstellungen von Heilungsprozessen konzipiert. Vielen drogenabhängigen Klient/innen wird dieses Konzept aber nicht gerecht. Die Zusammenarbeit zwischen ambulanten, stationären und niedrigschwelligen Einrichtungen hat hier schon in den letzten Jahren eine erhebliche Verbesserung gebracht: rückfällig gewordene, aus Therapieprozessen herausgefallene Klient/innen konnten von anderen Einrichtungen wenigstens aufgefangen werden.

Das aber reicht auf Dauer konzeptionell nicht aus. Ein regionaler Verbund von Drogenhilfe kann neue Antworten finden:

Heilungsprozesse verlaufen zirkulär - oder exakter: spiralförmig: Phasen der Drogenbindung und Versuche, drogenfrei zu leben, wechseln. Schulische und berufliche Eingliederungsversuche werden unterbrochen von Phasen der Verzweiflung und Resignation. Das heißt aber nicht, daß alle bisherigen Integrationsversuche mit einem Rückfall wertlos geworden sind, daß alle therapeutischen Schritte fragwürdig geworden sind angesichts schwankender Motivation. "Man kann das Leben nicht ständig stehend überstehen" schrieb vor etwa 20 Jahren Konstantin WECKER in seinem 11. Brief. Er sollte Recht behalten.

Entsprechend den zirkulären oder spiralförmigen Heilungsprozessen müssen auch die Hilfesysteme konzipiert sein. Während die Vorstellung einer Therapiekette bedeuten kann, daß die einzelnen Elemente wie Kettenglieder aneinander hängen und die Klientin bzw. der Klient diese einzelnen Glieder in einer fest vorgeschriebenen Reihenfolge durchläuft, ist der Verbund offener, flexibler, dem Heilungsverlauf angemessener. Rückschläge, Rückfälle, Regressionen werden aufgefangen, wenn

nicht durch die gleiche Einrichtung oder Person, so doch durch eine andere Einrichtung oder Person des regionalen Verbundes, und zwar nicht zufällig, sondern geplant, konzeptionell abgestimmt. Es kann aber die gleiche gemeinsame Zielsetzung erhalten bleiben, nämlich letztlich die Drogenbindung zu überwinden, Abstinenz anzustreben und ein integriertes, d.h. in gesunde Zusammenhänge eingebundenes, Leben zu führen.

Die Bildung regionaler Verbundsysteme scheint für mich das Gebot der Stunde zu sein, um die Drogenkarrieren zu begleiten und die Ausstiegsversuche der Klient/innen zu unterstützen. Die Verkürzungen der Behandlungszeiten machen solche Verbundsysteme erst recht erforderlich. Bei guter inhaltlicher und konzeptioneller Abstimmung und bei guter kollegialer Beziehung kann ein solcher Verbund ein protektiver Megafaktor sein, der für alle erdenklichen Lebenssituationen Drogenabhängiger bei Bedarf Hilfen geben kann, und zwar nicht nur über eine eng begrenzte Zeit der Therapie, sondern über Jahre.

Ich möchte Ihnen zum Abschluß meiner Ausführungen Ergebnisse einer Klientelbefragung vorstellen, die wir vor etwas mehr als zwei Jahren in unserem Verbund des SKM Köln durchgeführt haben, die zwar wegen der relativ geringen Zahl der befragten Klient/innen nicht den Anspruch erhebt, repräsentativ zu sein, aber doch Trends benennen kann. Vier Fragen nehme ich heraus. Mehrfachnennungen waren möglich:

- Auf die Frage, was ihnen in der Gesamtsicht der Betreuung geholfen habe, meinten fast 40%, es seien die Auseinandersetzungen in der Therapie gewesen, und das Vertrauen in die Mitarbeiter/innen zu

33%. Ein deutlicher Hinweis auf die Wirksamkeit von Nachsozialisation. Über 20 % der Befragten meinten, der Erfolg, die Auseinandersetzung mit anderen und ganz bestimmte einzelne Menschen seien wichtig gewesen, dicht gefolgt von denen, die das Erleben von Gemeinschaft als wesentlich bezeichneten. Eine geringere Bedeutung hatten die Abstinenz, die Lösung juristischer Probleme, die Erfahrung, den eigenen Weg gefunden zu haben, die Mitarbeiter/innen in der Rolle als "Ersatzeltern", eigene Schwangerschaft und die Kontakte nach der Entlassung (s. Abb. 1).

- Auf die Frage, warum ihnen der Abschied aus einer Einrichtung schwer gefallen sei, konnten positive wie negative Antworten erwartet werden. Entsprechend antworteten über 60% der Klient/innen, sie seien akzeptiert worden, das habe ihnen gut getan und sie hätten gerne mehr davon erlebt. Akzeptierende Arbeit ist ohnehin ein typisches Merkmal für die Drogenhilfe, nicht nur des Teils der Drogenhilfe, der sich so nennt. 56% der Klient/innen meinten, daß die Einrichtung ihnen sehr geholfen habe, jeweils 39% sagten, daß sie die Mitarbeiter/innen gut fanden und daß es in der Einrichtung ein gutes Klima gab. Über Zukunftsängste berichteten über 30% der Klient/innen. Fast 20 % der Klient/innen ist der Abschied schwer gefallen, weil sie die anderen Klient/innen nett fanden. Etwas über 10% der Klient/innen hatte Angst vor der Rückkehr in die Heimatstadt (s. Abb. 2).
- Auf die Frage, ob es auf Grund ihrer Erfahrung Vorteile gebe, daß sich Einrichtungen zu einem Verbund

zusammenschließen, sagten 67% der Klient/innen, daß die Einrichtungen ein gemeinsames erkennbares Konzept hätten, 61% meinten, daß sich die Einrichtungen untereinander helfen (s. Abb. 3).

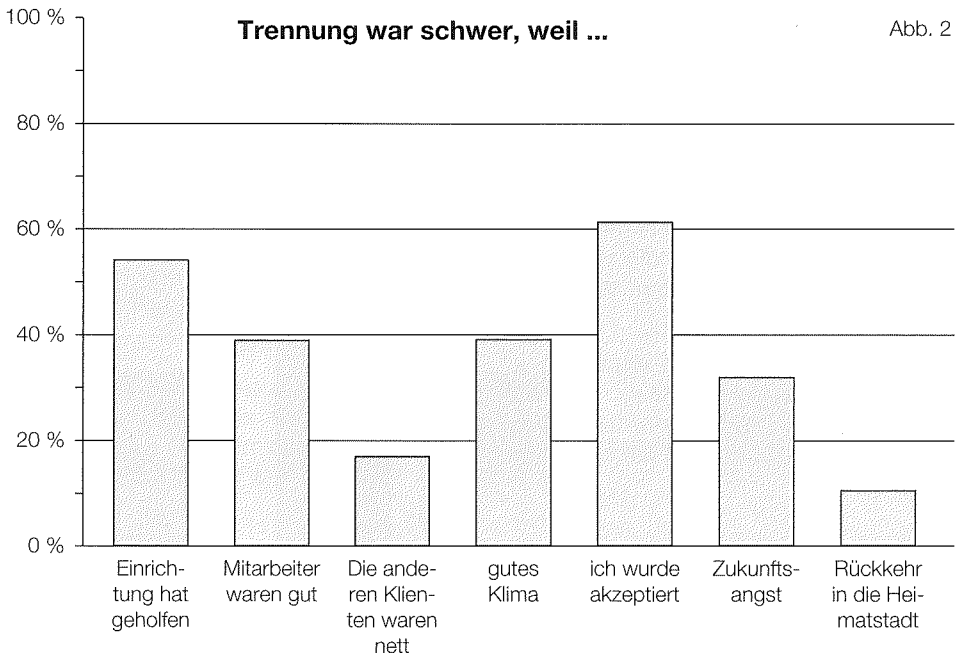
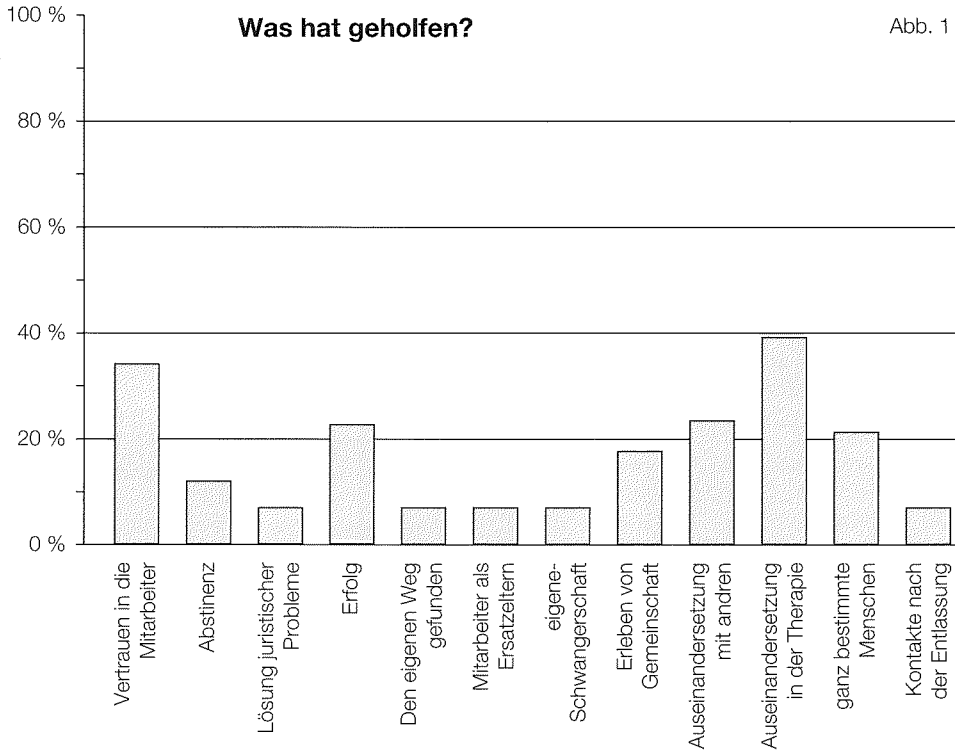
- Auf die Frage, woran man denn erkennen könne, daß Einrichtungen als Verbund zusammenarbeiten, sagten 56%, daß man dies am Umgang miteinander erkennen könne, jeweils 33% meinten, dies könne man an der gemeinsamen Sprache und am Umgang mit den Klient/innen erkennen (s. Abb. 4).

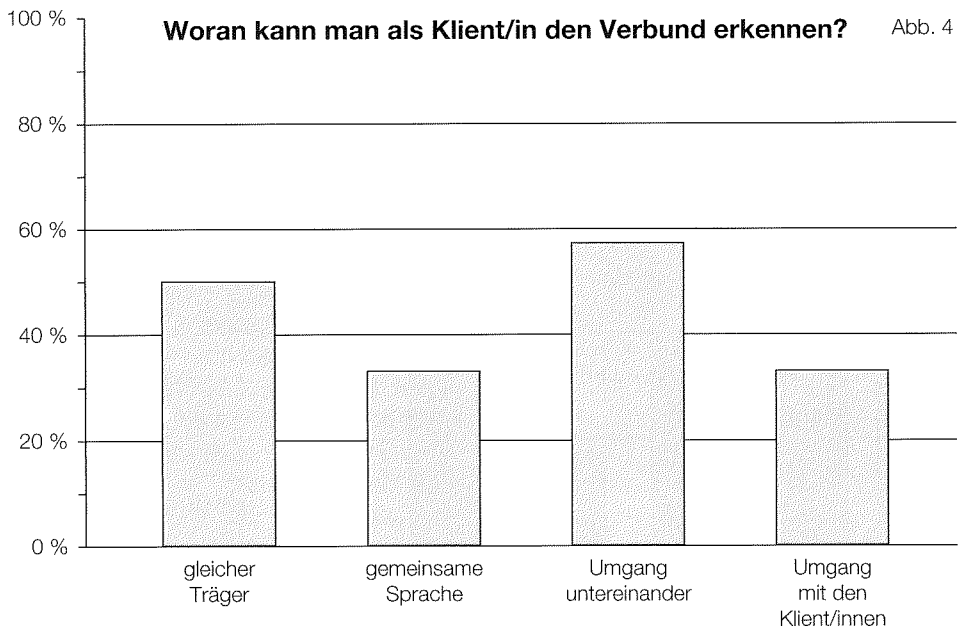
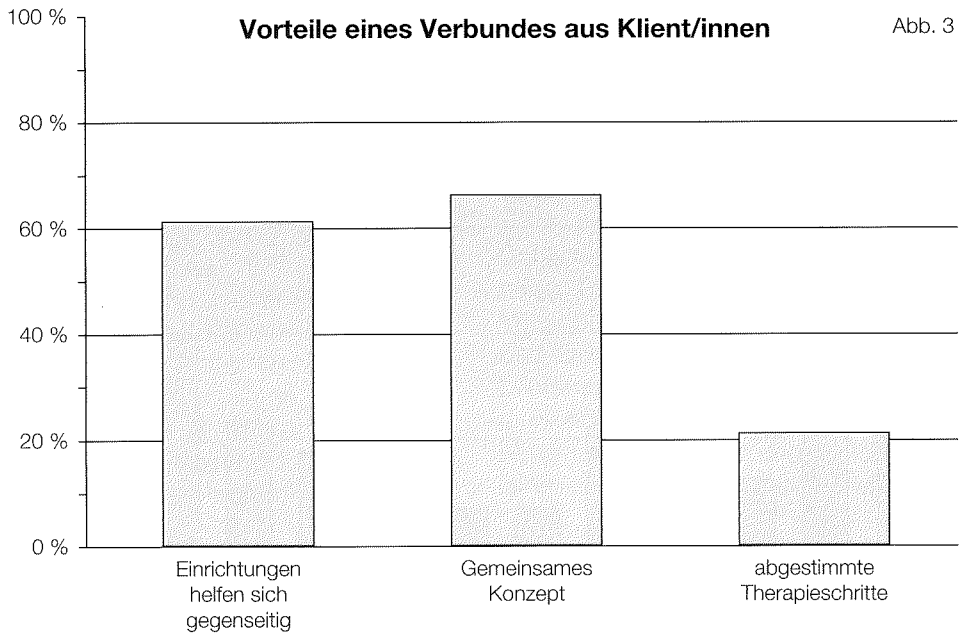
Aus der Befragung wird deutlich, daß die betroffenen Klient/innen sehr wohl die Verbindung und Verbundenheit unterschiedlicher Dienste und Einrichtungen sehen, wahrnehmen und für sich nutzen. Es wird entscheidend darauf ankommen, diese Verbundsysteme mit Leben zu füllen, daß sie zu positiven Ereignisketten für Drogenabhängige werden, sozusagen als Gegengewicht gegenüber den negativen Ereignisketten in der Lebensgeschichte, von denen ich eingangs sprach.

Wir müssen wohl all unsere Phantasie und unsere vorhandenen Ressourcen zusammenwerfen, um trägerintern oder trägerübergreifend die Behandlungen zu sichern, die für die langwierigen Heilungsprozesse unserer Klient/innen notwendig sind, und das sind ja nicht 12 Monate oder 10 Monate oder gar 6 Monate, sondern 3 Jahre oder 5 Jahre oder 7 Jahre, natürlich nicht stationär, sondern möglicherweise im Intervall und nach Bedarf als Begleitung ihrer Geschichte. Unsere Klient/innen müssen sich in unseren Verbundsystemen aufgehoben fühlen und nicht weggedrängt und abgeschoben, wenn die durch die Rentenversiche-

rungsträger zugestandene Therapiezeit beendet ist. Das wäre nur eine fatale Wiederholung der alten Situation des viel zu frühen Herausfallens der jungen Suchtkranken aus ihren Familien, weil es keinen Platz für sie gab.

Daher verstehe ich unter einem regionalen Therapieverbund nicht nur eine Verbindung unterschiedlicher Dienste und Einrichtungen, sondern eine Verbundenheit von Herzen und Händen, die weiteren Schaden von Drogenabhängigen abwenden und gleichzeitig Hilfen zur Heilung bereitstellen will.





Literatur

- BERGER, P., LUCKMANN, T. (1980). Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt.
- BUCHHOLTZ, F., (Hrsg.) (1991). Die Utopie des Ikaros. Stationäre Gestalt-Therapie mit Abhängigen. Dortmund.
- BUCHHOLTZ, F., (Hrsg.) (1993). Klinik und Gestalt. Beiträge zur stationären Psychotherapie. Nürnberg.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (Hrsg.) (1991). Drogenpolitik und Drogenhilfe. Freiburg.
- KINDERMANN, W. (1992). Drogenabhängig: Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie. Freiburg.
- BURMEISTER, K., CANZLER, W., KREIBICH, R. (Hrsg.) (1991). Netzwerke, Vernetzung und Zukunftsgestaltung. Weinheim und Basel.
- FESSELMAYER, S., BEIGLBÖCK, W., BURIAN, W., LENTNER-JEDLICKA, S. (1988). Bezugssysteme Abhängiger - Familiensysteme und soziales Netzwerk jugendlicher Abhängiger und deren Einfluß auf den Therapieverlauf. In: LADEWIG, D. (Hrsg.): Drogen und Alkohol - AIDS bei Drogenabhängigkeit. Lausanne.
- FUNK, K., PAPENBROCK, F. (1992). Konzeption der Therapeutischen Gemeinschaft "Tauwetter" für junge Drogenabhängige in Bornheim-Roisdorf und des "Reha-Zentrum" in Köln-Lindenthal.
- HECHT, A. (1993). Konzeption des Orientierungshauses für Drogenabhängige in Kürten-Bechen des Sozialdienst katholischer Männer e. V.. Köln.
- HENTSCHEL, U. (1991). Niedrigschwellige Drogenarbeit zwischen Sozialarbeit, Pädagogik und Psychotherapie - Evaluation neuer Arbeitsansätze. Hückeswagen.
- HOMBACH, K. (1991). Konzeption der Kontakt- und Notschlafstelle für Drogenabhängige des Sozialdienst katholischer Männer e. V.. Köln.
- JACQUENOUD, R., RAUBER, A. (1981). Intersubjektivität und Beziehungserfahrung als Grundlage der therapeutischen Arbeit in der Gestalttherapie. Beiheft 4 zur "Integrativen Therapie". Paderborn.
- KINDERMANN, W. (1982). Materialien zur Entwicklung des Berliner Verbundsystemanider Drogenarbeit. Berlin.
- KINDERMANN, W. (1989). Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg.
- LUDEMANN, P. (1994). Er - Sachbezogen - Kirchlich. Köln.
- MÜLLER, Th. (1994). Beziehungsspekt zwischen Hilfeeinrichtungen für Drogenabhängige innerhalb eines Verbundsystems. Diplomarbeit an der Katholischen Fachhochschule NW. Köln.
- NELL-BREUNIG, O. (1973). Herders Theologisches Taschenlexikon. Freiburg.
- PETZOLD, H., VOMANN, G. (1980). Therapeutische Wohngemeinschaften. Erfahrungen, Modelle, Supervision. München.
- PETHOLD, H. (1988). Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher leibbezogener Psychotherapie. Paderborn.
- PETZOLD, H., HESCHEL, U. (1995). Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1.
- PETZOLD, H., SUCH, W. (1992). Grundzüge des Krankheitsbegriffs im Entwurf der integrativen Therapie in PRITZ, A., PETZOLD, H.. Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn.

PETZOLD, H. (1991, 1992, 1993). Integrative Therapie, Ausgewählte Werke Band II. 1. Klinische Philosophie, 2. Klinische Theorie, 3. Klinische Praxislogie. Paderborn.

PETZOLD, H., SPER, J. (1993). Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien Paderborn.

RAHM, D. (1979). Gestaltberatung, Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit. Paderborn.

RAHM, D., OTTE, H., BOSSE, S., RÜHE-HOLLENBACH, H. (1993). Einführung in die integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn.

RASCHKE, P., SCHLIEHE, F. (1985). Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten. Langzeitstudie am Beispiel des "Hammer Modells". In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.).

RÖHRLE, B. (1994). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim.

RUTTER, M. und M. (1992). Developing mindes. Challenge and continuity across the life-span. London.

SCHALTENBRAND, J. (1992). Familienorientierte Drogenarbeit. Berichte aus der Praxis. Heidelberg.

SCHEIBLICH, W. (1986). Zwischen Verleugnung und Verzweiflung: Die Angst vor AIDS. In: GEIER, R. (Hrsg.): Suchtkrankenhilfe - Perspektiven und Tendenzen. Freiburg.

SCHEIBLICH, W. (Hrsg.) (1987). Rausch, Ekstase, Kreativität - Dimensionen der Sucht. Freiburg.

SCHEIBLICH, W. (Hrsg.) (1991). Abschied, Tod und Trauer in der sozialtherapeutischen Arbeit. Freiburg.

SCHEIBLICH, W. (1991). Konzeption der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle für Drogenabhängige des Sozialdienst Katholischer Männer e. V.. Köln.

SCHEIBLICH, W. (Hrsg.) (1993). Ohne Wohnung, ohne Arbeit, ohne Hoffnung? - Suchtkrankenhilfe zwischen Therapie und Basishilfen. Freiburg.

SCHEIBLICH, W. (Hrsg.) (1994). Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Freiburg.

SCHENK, M. (1984). Soziale Netzwerke und Kommunikation. Tübingen.

SCHMIDTOBREICK, B. (1993). Drogenpolitik - Positionen und Vorschläge des Deutschen Caritasverbandes. Freiburg.

SCHNEEWIND, U.-J. (1993). Das dialogische Prinzip in der Klinik. In: BUCHHÖLTZ, F. (Hrsg.): Klinik und Gestalt. Beiträge zur stationären Psychotherapie. Nürnberg.

SCHREYÖGG, A. (1991). Supervision. Ein Integratives Modell. Paderborn.

SCHULLER, K., STÖVER, H. (1991). Akzeptierende Drogenarbeit: ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Freiburg.

SICKINGER, R. u.a. (1992). Wege aus der Drogenabhängigkeit. Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche. Freiburg.

SICKINGER, R. (1994). Ausstieg aus der Heroinabhängigkeit. Freiburg.

STAAK, M. (Hrsg.) (1988). Betäubungsmittelmißbrauch. Berlin, Heidelberg.

YABLONSKI, L. (1990). Die Therapeutische Gemeinschaft: ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit. Weinheim, Basel.