



Pittrich W., Rometsch W., Sarrazin D. (Hrsg.)

*Suchtpolitik auf dem
Weg ins nächste
Jahrtausend*

– 19. Jahrestagung –

14. Dezember 1999
Münster

Forum Sucht
Band 26

ISSN 0942-2382

GESUNDHEITSABTEILUNG



**Landschaftsverband
Westfalen-Lippe**

Herausgeber:

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

Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung
Leiter: Wolfgang Rometsch
Hörsterplatz 4
48133 Münster
E-Mail: ksdf@lwl.org
Internet: www.lwl.org/ksdf

Redaktion: Doris Sarrazin
Bearbeitung: Elisabeth Rocklage

1. Auflage
3.000

Münster, Oktober 2000

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe

*Suchtpolitik auf dem Weg
ins nächste Jahrtausend*

- 19. Fachtagung -

**14. Dezember 1999
Münster**

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Grundlagen und Rechtfertigung von Suchtpolitik Prof. Dr. Paul-Ludwig Weinacht, Würzburg	7
Suchtpolitische Entwicklungen aus Bundessicht Dr. Ingo Ilja Michels, Berlin	22
Der bevölkerungsbezogene Ansatz zur Minimierung von Suchtgefahren Rolf Hüllinghorst, Hamm	43
Auswirkungen des Landesprogramms gegen Sucht NRW aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege Georg Seegers, Köln	54
Perspektiven der Arbeit der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung Wolfgang Rometsch, Münster	63

Vorwort

Die 19. Jahrestagung der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung fand am 14. Dezember 1999 kurz vor der zu dem Zeitpunkt noch mit Spannung erwarteten „Milleniumwende“ statt. Nicht nur die Züge der Deutschen Bahn hielten einige Minuten inne, auch wir wollten zu dieser besonderen Zeitenwende innehalten, uns rückbesinnen, aber auch den Blick nach vorne richten.

Wohin fährt der Zug? Sind die Weichen richtig gestellt? Gibt es Probleme mit dem Fahrplan? Stimmen die Ziele noch? Ist es ein Bummelzug oder ein Hochgeschwindigkeitszug? Welche Haltestellen fordern zum Einstieg auf? Und nicht zuletzt: Wie teuer wird die Fahrt werden? Diese Fragen stellten wir in der Einladung zur Tagung.

Politische Entscheidungen stellen viele Weichen für die Praxis der Suchtkrankenbetreuung, -beratung und -behandlung. Diese schaut auf eine über 25jährige Entwicklung und Ausdifferenzierung zurück. Gerade im Jahr 1999 wurde verstärkt vom 'Wandel in der Suchtpolitik' oder auch vom 'Paradigmenwechsel' gesprochen. Der lange

alleingültige sog. Königsweg der Abstinenz wurde von Forderungen zur Originalstoffabgabe und Errichtung von Konsumräumen zwar nicht abgelöst, aber doch ergänzt und in Frage gestellt. Das Koalitionspapier der jetzigen Bundesregierung bezieht hierzu klar Stellung.

Besondere Akzente setzte auch das Land NRW mit dem 1999 verabschiedeten „Landesprogramm gegen Sucht“. Eine große Sitzungs- und Vernetzungswelle scheint dabei in Gang gekommen zu sein, wobei der fachliche output noch nicht definiert werden kann.

Wir hatten zu unserer Jahrestagung 1999 Referenten eingeladen, die aus verschiedenen Perspektiven zum Thema Stellung bezogen haben. Die Beiträge können Sie in dieser Dokumentation nachlesen. Auch wenn die Jahrestagung keine konkrete Anregung für die praktische Arbeit der Suchthilfe geben wollte und konnte, ist damit doch der Globe, das Umfeld dargestellt, in dem die Arbeit stattfindet und in dem es vielfältige Beteiligungsmöglichkeiten gibt.

Dr. Wolfgang Pittrich
Landesrat

Wolfgang Rometsch
Referatsleiter

Doris Sarrazin
Fort- und Weiterbildung

Grundlagen und Rechtfertigung von Suchtpolitik

Prof. Dr. Paul-Ludwig Weinacht

Universität Würzburg

Wittelsbacherplatz 1

97074 Würzburg

Inhalt

I. Zusammenfassung

II. Grundelemente von Drogenpolitik

III. Das internationale Drogenregime

- 1. Der Auf- und Ausbau des Regimes**
- 2. Charakter des Regimes**

IV. Drogen-Innenpolitik

- 1. Politikwechsel in Deutschland?**
- 2. Das schweizerische Paradigma**
 - 2.1 Eidgenössische Volksinitiativen**
 - 2.2 Abwägung zwischen den Initiativen**
 - 2.3 Die schweizerische Vier-Säulen-Politik**

V. Ergebnisse

Literatur

I. Zusammenfassung

Drogenpolitik wird international definiert als prohibitives Kontrollregime, dem Lenkungsfunktionen aus der Selbstverpflichtung der Staaten zuwachsen. Innerhalb der Mitgliedstaaten des internationalen Drogenregimes entstanden Konflikte über eine mögliche Erweiterung der Lenkungsmittel, wobei zwei Linien gegeneinander stehen:

1. Prohibitive, die am Verbot von Rauschdrogen festhalten, das Mittel des Strafrechts nicht nur gegen Dealer, sondern auch gegen Konsumenten anwenden und Hilfen für Süchtige am Ziel des Ausstiegs, nicht an der geregelten Fortsetzung des Stoff-Gebrauchs organisieren;
2. Permissive, die eine geregelte Freigabe von Drogenkonsum anstreben, die Mittel des Strafrechts allenfalls gegen den organisierten Handel verwenden und den Drogenkonsum grundsätzlich "entkriminalisieren" wollen, die schließlich Rauschdrogen als Hilfe für Süchtige von Staats wegen einzusetzen bereit sind. Die Auseinandersetzung um eine Neudefinition nationaler Drogenpolitiken erfolgt unter breiter Beteiligung der Öffentlichkeit in der Schweiz und ist insofern dort am auffälligsten. Die bundesrätliche Drogenpolitik versucht, einen mittleren Weg zwischen den Linien zu gehen, macht aber kräftige Anleihen bei den Permissiven. Seit dem Regierungswechsel zu Rot/Grün in Deutschland wird das schweizerische Paradigma stark beachtet; Unionsregierte Bundesländer wehren sich noch dagegen.

Suchtpolitik ist - gesundheitspolitisch - der Oberbegriff von Drogenpolitik, die traditionell auf illegale Drogen fokussiert ist. Die Prävention gegen diese Rauschdrogen ist jedoch überzeugender, wenn man auch legale Drogen, insbesondere Nikotin und Alkohol, einbezieht. Gleichwohl sind illegale Rauschdrogen nicht ein Unterfall beliebiger Suchtstoffe. Die Geschichte und die Kulturbedeutung ihrer Nutzung, besonders in Europa und den USA, lassen es nämlich als sachgerecht erscheinen, dass man ihnen ein politisches und rechtliches Sonderinteresse zuwendet.

II. Grundelemente von Drogenpolitik

Drogenpolitik meint - ihrem Gegenstandsbereich nach - die strikte Regulierung bzw. das Verbot abhängigkeits-erzeugender Stoffe und Präparate, die in internationalen Verträgen aufgeführt sind. Von Anfang an sind damit mindestens zwei elementare Normtatbestände gesetzt:

- dass der Staat den Konsum bestimmter Stoffe und Präparate in einen hinzunehmenden (z. B. medizinisch indizierten) und einen nicht akzeptablen (z. B. sozial unerwünschten) zu unterscheiden befugt sei;
- dass der Staat diesen Unterschied mit Zwangsmaßnahmen verdeutlichen dürfe, also zum Schutz der Volksgesundheit Polizei und Strafjustiz einsetzen und insofern grundrechtliche Freiheiten einschränken dürfe (z. B. Freiheit des Gewerbes,

des Handels, individuelle Selbstbestimmung).

Beide Normtatbestände sind vor dem Hintergrund freiheitlicher Lebensordnung und einer rationalen Politikgestaltung legitimierungsbedürftig. Diese Aufgabe kommt den Akteuren der Drogenpolitik zu. Sie müssen um einen dreifachen Konsens ringen:

1. In Bezug auf die Gefahren für die Volksgesundheit oder für die öffentliche Sicherheit. Bei welchen Stoffen und Präparaten sind Marktzugangsschranken gerechtfertigt? Wo dürfen Verbote eingesetzt werden, wo reichen Erlaubnisvorbehalte (Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz, Jugendschutzgesetz, Straßenverkehrsordnung).
2. In Bezug auf die Einigung von Strategien, die genannten Verbote oder Beschränkungen zu implementieren oder auf andere Weise das gesetzlich geschützte Gut zu fördern. Zwei Grund-Strategien stehen dafür zur Verfügung: die prohibitive, die Generalprävention und Strafverfolgung einsetzt und die permissive, die auf die Wirksamkeit des liberalen Markt-Mechanismus oder des wohlfahrtsstaatlichen Versorgungs-Mechanismus setzt. Beide Grundstrategien haben ihren Ort im Rechts-/Links-Schema politischer Orientierungen und sind mit Gesellschaftskonzepten ("drogenfrei" bzw. "vernünftig mit Drogen leben") und mit weltanschaulichen Positionen verbunden.
3. In Bezug auf die Konsistenz der Umsetzung der Grundstrategie muss klar sein, ob Konsequenz angesagt ist oder Kompromiss, in welchem

Ausmaß also Nebenstrategien zugelassen werden, die im Widerspruch zur prohibitiven Grundstrategie stehen. Angesichts der prohibitiven Grundstrategie gilt es zu prüfen, wie viel an permissiven Alternativen mit ihr zu vereinbaren sind; das betrifft derzeit bestimmte niederschwellige Therapieformen, die Einrichtung von Fixerstuben, die eine Therapie begleitende Verschreibung von Methadon- und von Heroinvergaben. Die Verfechter der permissiven Grundstrategie stehen vor dem Problem, ob sie ihre Strategie überhaupt als Grundstrategie eines einzelnen Landes, in dem sie siegreich wären, anlegen und durchhalten könnten. Welche Personengruppen im Inland dürfen bzw. dürfen nicht von ihr profitieren? Endet Permissivität nicht spätestens an den Staatsgrenzen, um dort Prohibition und Repression Platz zu machen, teils um die innerstaatliche Strategie gegen unerwünschte Auslandsnachfrage zu schützen, teils um die Kooperationsregeln der internationalen Staatengemeinschaft zu respektieren?

Man wird das Ergebnis solcher Konsensbemühungen nicht überschätzen. In einer pluralistischen Gesellschaft, in Parteien-, zumal in Parteienbundesstaaten, sind politische Strategien für gesellschaftlich weit gespannte Politikfelder Kompromisse und insoweit nur beschränkt konsistent noch miteinander kompatibel. Gegenüber dem illegalen Handel hält man auf Repression, aber schon gegenüber den Konsumenten gibt man sich permissiv (vgl. F. DÜNKEL 1983) und gegenüber Süchtigen soll gar der Staat als Beschaffer tätig werden. Drogenpolitik ist nicht nur

in so weit multifunktional: Sie bedient nämlich auch lebenspraktische und weltanschauliche Bedürfnisse, übernimmt Parteiprofil-Funktion, beschäftigt Recht, Polizei, Fiskus, Medizin, Sozialarbeit, Schule, Werbung und bietet unendlichen Stoff für wissenschaftliche Begleitforschung.

Unterdessen ist Drogenpolitik zum *mixtum compositum* verschiedener drogenpolitischer Linien oder Säulen geworden. Deren Vorzug liegt in der Empirie: Es lassen sich verschiedene politische Ziele vorgeben und operationalisieren, d. h. in Strategien übersetzen; die Resultate lassen sich quantitativ auflisten: als die Menge des eingebrachten illegalen Stoffs, die Höhe eingefrorener verdächtiger Bankkonten, der Zugang neuer Konsumenten, die stationären Therapieplätze, an Überdosis verstorbene Konsumenten, der Ausstieg Abhängiger, die gemessene Minderung gesundheitlicher Schäden von Abhängigen usw.. Wenn Forschung heute die Diskussion über das Ganze in Einzelmaßnahmen umformuliert, wenn sie Prinzipienfragen zu graduellen Fragen bricht, dann arbeitet sie politisch der Kompromissbildung vor. Indes ist sie weder zu politischer Kompromissbildung fähig noch dazu, eine multifunktionale Gesamtpolitik zu entwerfen. Für beides braucht man Politiker, die vom Volk legitimiert sind und dem Volk Rechenschaft schulden.

Mit der Ablösung einer Grundstrategie durch ein Bündel von Linien verliert Drogenpolitik nicht nur an Rigidität, sondern auch an Konsistenz und Kompatibilität. Die Akzeptanz der Bevölkerung gegenüber der Grundstrategie wird im Zeitverlauf schwächer (vgl. zur Erklärung dieses Phänomens L. FES-

TINGER's Theorie der "kognitiven Dissonanz"). Derzeit wird die prohibitive Grundstrategie noch von der Mehrheit der deutschen Bevölkerung bejaht ("Man darf das Drogenproblem nicht verharmlosen. Auch der Besitz ganz kleiner Mengen muss bestraft werden" 1993 in Deutschland noch von drei Vierteln der repräsentativ Befragten positiv beantwortet (IffD ALLENSBACH, Januar 1993, Politik gegen Drogen 1998, S. 30)). Von den Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren, die über ihren persönlichen Drogenkonsum Auskunft geben, nennen ihn 3 % "regelmäßig", 10 % "aktuell", 22 % beiläufig ("schon einmal"); diese Angaben liegen um das Dreifache höher als die entsprechenden Angaben schwedischer Jugendlicher, wobei man weiß, dass Schweden seit 30 Jahren seine damals wieder hergestellte prohibitive Strategie konsequent durchhält (vgl. Die Zeit v. 09.12.1999).

In keinem europäischen Staat können sich die Politiker dem Anspruch der prohibitiven Grundstrategie entziehen, denn diese wird durch das internationale Drogenregime gestützt. Die bayerische Gesundheitsministerin hat darauf aufmerksam gemacht, als sie gegen die Gesetzesinitiative der Rot/Grünen Bundesregierung zur Legalisierung von Drogenkonsumräumen einwandte, es verstoße "gegen internationale Suchtstoffübereinkommen", in denen sich Deutschland verpflichtet habe, den Umgang mit illegalen Betäubungsmitteln strafrechtlich zu verfolgen - was von Seiten der Bundesregierung umgehend bestritten wurde (FAZ v. 29.07.1999 S. 1 f.). Es empfiehlt sich daher, erst einmal die internationalen Rahmen abzustecken.

III. Das internationale Drogenregime

Der illegale Anteil am Drogen-Geschäft wird heute auf 400 Milliarden Dollar pro Jahr geschätzt; das sind acht Prozent vom Welthandel. Die damit einhergehenden Transaktionen in Finanzwelt, Wirtschaft, Verkehr und Verwaltung sind so erheblich, dass kein Staat, dessen Gebiet nicht auf bloße Passage reduziert ist, seine Drogenpolitik allein nach internen Gesichtspunkten formulieren kann. Drogenpolitik ist das Thema internationaler Konferenzen und seit Maastricht auch der EU (vgl. EP 1995). Nationales Strafrecht und Betäubungsmittelrecht bauen auf internationales und - in EU-Mitgliedsstaaten - auf Gemeinschaftsrecht. Das internationale Suchtstoff-Kontrollamt der Vereinten Nationen (INCB) achtet darauf, dass nationale und regionale Differenzierungen im völkerrechtlich akzeptierten Rahmen bleiben. Ein solcher Rahmen wurde seit hundert Jahren angestrebt.

Auslöser eines zwischenstaatlichen Abkommens über den Umgang mit einer Medizin, die auch als Rauschdroge im Verkehr war, nämlich Opium, waren ausgangs des 19. Jahrhunderts unkontrollierbare Importe aus Indien nach China und in die USA. Auch in Europa fand das Opium in betuchten Kreisen Eingang. Der junge Karl MARX hat, als er einmal die Suchtfunktion religiöser Vorstellungen charakterisieren wollte, von Religion als dem "Opium des Volkes", d. h. als Droge des kleinen Mannes gesprochen. (Der Sinn der Aussage wird verfälscht, wenn man zitiert: "Opium für das Volk"; denn MARX sagt an dieser Stelle (vgl. MARX, K. 1994, S. 208) nichts gegen irgend-

welche Obrigkeiten, die die Leute vermittels Religion in die Irre führten). Auf Drängen Washingtons kam es 1909 in Shanghai zu einer ersten Konferenz Opiumexportierender und -importierender Staaten. Hier wurden die ersten Versuche zur Verabredung eines internationalen Kontrollregimes gemacht. Gemeinsames Ziel der 13 Staaten war die Eindämmung des Drogenmissbrauchs zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, die nach wie vor auf Opium-Lieferungen angewiesen blieb.

1. Der Auf- und Ausbau des Regimes

Angesichts der verschiedenen Interessen, die durch Reduktion des Drogenanbaus und -handels betroffen wurden, konnte ein effektives internationales Drogenregime nur langsam aufgebaut werden. In der Haager Konvention von 1912 verpflichteten sich Signatarstaaten erstmals zum Erlass innerstaatlicher Regelungen zur Kontrolle der Produktion und der Verarbeitung des reinen Opiums zu medizinischen Zwecken und zur schrittweisen Zurückdrängung des Opiumrauchens. Morphinum und Kokain sollten nur noch für nicht inkriminierte Zwecke hergestellt werden dürfen. Der Grund, zwischen Heil- und Suchtmittelgebrauch zu unterscheiden, war - der Präambel von 1912 zufolge - das "Wohl der Menschheit".

Allerdings konkurrierte mit der Volksgesundheit in den Abnehmerländern das wirtschaftliche Wohl der Erzeugerländer. Die Briten waren solange nicht zur Beschränkung indischen Opiumhandels bereit, als Opium-Konkurrenten nicht ebenfalls die Konvention unter-

schrieben. Und die drängten auch darauf, Substitute in die Beschränkung mit aufzunehmen, etwa die in Deutschland industriell produzierten Produkte Morphinum und Kokain. Deutschland, das viel in diese Produktion investiert hatte, verlangte, dass weitere potentielle Erzeugerstaaten unterschrieben. So zog sich das Ratifikationsverfahren der Haager Konvention über die Zeit des I. Weltkriegs hin und konnte erst 1920 in Kraft treten.

Den Drogenhandel wegen seiner Gefahr für die Volksgesundheit unter Kontrolle zu bekommen, war die innere Angelegenheit jedes Unterzeichnerstaates. Völkerrechtliche Verfahren zur Sicherung der Vertragsdurchsetzung waren noch nicht akzeptiert; erst der Völkerbund richtete mit dem Advisory Committee on the Traffic in Opium and Other Dangerous Drugs (OAC) einen entsprechenden Kontrollmechanismus ein. Da das OAC aufgrund seiner Informationssammlungs- und Verarbeitungsmöglichkeiten nicht nur Aufsichtsfunktionen effektiv ausübte, sondern auch spätere Drogenkonventionen vorbereitete, galt es als "policy-making"-Organ des Völkerbundes.

Wenn die genannten Funktionen seine Leistungsfähigkeit erklären, so erklärt seine Zusammensetzung deren Grenzen: nämlich Regierungs- und Interessenvertreter: "Zum Schutz der eigenen Wirtschaft und Kultur wurde dem kollektiven Ziel nicht immer Priorität eingeräumt". (KLINGER S. 46). Das formelle Ende des Völkerbundes legte es nahe, durch Kompetenzübertragung die Expertise und die Organe des internationalen Drogenregimes für die UNO zu sichern - was in Protokollen von 1946 und 1948 geschah (KLINGER S. 65).

Die jüngste Entwicklung ergab eine systematisierende, vereinheitlichende und vereinfachende Konvention (1961) mit der entsprechenden Organisation: dem Internationalen Suchtstoff-Kontrollamt (INCB). 1964 trat die sog. Einheitskonvention in Kraft, die bislang von 160 Staaten ratifiziert wurde; sie enthält Regelungen zu Anbau, Verarbeitung, Handel, Konsum, zur Bekämpfung des Schwarzhandels durch strafrechtliche Maßnahmen und zur internationalen Zusammenarbeit der Strafverfolgungsbehörden. Neu sind Aussagen zur medizinischen Betreuung und Resozialisierung Abhängiger als Instrument der Missbrauchsbekämpfung. Die Zuständigkeiten des Kontrollamtes wurden 1988 von der präventiven Kontrolle der legalen Produktion und Herstellung der Betäubungsmittel auf die Bekämpfung des illegalen Handels mit Suchtstoffen und psychotropen Substanzen ausgeweitet, so dass die Drogenkartelle und mit ihnen Korruption, Geldwäsche, illegaler Waffenhandel ins Fadenkreuz der internationalen Drogenfahndung gelangt sind. Da Drogen- und Terrorismusbekämpfung längst verbundene Problemkreise sind, erweitert sich der Kreis der Staaten ständig, die an der - übrigens klar repressiven - Drogenkonvention von 1988 interessiert sind (UN Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances). Die Konvention fasst den illegalen Handel mit Betäubungsmitteln als internationale Straftat und verlangt, dass dies im jeweiligen nationalen Betäubungsmittelstrafrecht zum Ausdruck kommt. Sie gilt insofern als ein "law enforcement treaty".

2. Charakter des Regimes

Als das Ziel des UN-Drogenregimes gilt der Schutz der öffentlichen Gesundheit

und das Wohlergehen der Menschheit. Es wird durch einzelne Konventionen zeitlich und sachlich spezifiziert und operationalisiert. Die multinational organisierten Rauschgiftbekämpfungsgremien können ihre Effektivität erhöhen, wenn sie - unter Beachtung der UN-Konventionen - den Kreis der beteiligten Staaten homogen halten (G 7-Staaten (FAFT und CAFT), Dublin-Gruppe oder EU und Schengener Abkommen (vgl. Politik gegen Drogen 1998, Internationale Zusammenarbeit S. 41 ff.).

Die funktionale Entwicklung des internationalen Drogenregimes der UN lässt sich entlang der folgenden Linie darstellen:

- Vervollständigung des Katalogs illegaler Substanzen, beginnend bei den Ausgangs-Pflanzen und Vorläufer-Substanzen sog. synthetischer Stoffe, deren Zahl inzwischen weit über 100 angewachsen ist;
- strengere Überwachung des internationalen Handels (Ausdehnung der Kontrollinstrumente, z. B. Zertifikate für legale Exporte) und
- Verbesserung zwischenstaatlicher Zusammenarbeit z. B. für die Zwecke von Information und Statistik und zur strafrechtlichen Drogenbekämpfung und grenzüberschreitenden Fahndung (seit der Konvention von 1936 bis hin zur UN-Konvention von 1988). Die hier maßgebliche Institution ist das United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (ODCCP), dessen jüngster Bericht dem "balanced approach" dadurch Rechnung zu tragen versucht, dass er Nachfrage nach und Belieferung mit illegalen Drogen gleichermaßen dokumentiert (vgl. UN 1999)
- Kombination repressiver Maßnahmen

men (Strafverfolgung) und resozialisierende bzw. medizinischer Maßnahmen im Verhältnis zu den involvierten Personengruppen.

Was nun die Effektivität des beschriebenen Drogenregimes angeht, so hat man zu beachten, dass Drogen hinsichtlich ihrer Erzeugung, ihrer Verbreitung und ihres Konsums für Staaten selten die gleiche Bedeutung haben. Als Heil- und Suchtstoffe sind Drogen im jeweiligen Raum tradiert oder fremd, von unterschiedlicher Präsenz, von verschiedener wirtschaftlicher Bedeutung; in der einen oder anderen Weise gesetzlich und ein unterschiedlich ernstes Risiko für die Bewahrung innerstaatlicher Souveränität.

Dass mangelnde Homogenität der Teilnehmerstaaten es schwierig macht, ein gemeinsames Vertragsziel zu erreichen, erfuhren bereits die 13 Teilnehmer der Shanghai-Commission. Anfang der 50er Jahre scheiterte die Gründung eines Opium-Monopolsystems daran, dass die Staaten sich weder auf Erzeuger-Quoten, noch auf Zwischenhandels-Preise, noch darauf einigen konnten, welches Maß an Inspektion sie in ihrem Hoheitsbereich sollten dulden müssen. Und die Einheitskonvention in der Fassung von 1961 wurde wegen solcher Interessenverschiedenheiten so zahnlos, dass sie die während des Vietnam-Krieges anschwellende Drogenproblematik in keiner Weise mehr zu beherrschen vermochte.

Wenn Drogenkonventionen, die Verpflichtungen enthalten, freiwillig unterzeichnet werden, was kann einen Staat dazu bewegen, sich selbst die konventionsspezifischen Einschränkungen und Lasten aufzuerlegen? Auch wenn er ei-

nem nationalen oder internationalen Meinungsdruck nachgibt, wird er dies doch in der Erwartung eines Gegenwerts tun (Reziprozitäts- oder do-ut-des-oder Vergeltungs-Prinzip). Lasten und Vergünstigungen müssen in etwa gleich verteilt sein, und dies zunächst im Verhältnis zwischen den Staaten. Für die Hanf-, Mohn- und Coca-erzeugenden Staaten des Südens, die - wie Columbien - amerikanische Inspektionsflüge akzeptieren mussten, war es eine Genugtuung, als im Jahr 1988 mit der Kontrolle der Konsumenten die Nordstaaten belastet werden konnten und 1991 im Zusammenhang mit zunächst 32, später über 100 psychotropen Substanzen deren chemische Industrie auf den Prüfstand geriet. Verständlich, dass sie auf möglichst strenge Kontrollen drängten, während die Industriestaaten allerlei Ausflüchte suchten.

Der bisher vor allem auf die Anbau- und Erzeugerländer konzentrierte Drogenkampf hatte auf der Ebene der Staaten Rollen eingespielt, die jetzt getauscht wurden.

IV. Drogen-Innenpolitik

1. Politikwechsel in Deutschland?

Prohibition ist als drogenpolitische Grundstrategie in Deutschland noch immer mehrheitsfähig. Dennoch wird - ausgehend von Parteitagebeschlüssen der Bündnis-Grünen (Bündnis 90/Die Grünen, Wahlprogramm 1998) - über eine Teil-Legalisierung bzw. Minderung des Verbots-Drucks der Betäubungsmittel diskutiert. Nicht erst seit dem Oktober 1998 sitzt Permissivität in den

Startlöchern. Schon das Verfassungsgerichtsurteil von 1994, das den Besitz kleiner Mengen von Haschisch zum persönlichen Konsum aus Gründen der Verhältnismäßigkeit aus dem Strafverfolgungsgebot herausnahm, wurde in vielen Medien als halber Sieg gefeiert und als Aufforderung zur Legalisierung missdeutet. Die Legalisierungs-Interessenten haben das Karlsruher Urteil aber nicht nur schlecht gelesen. Einige scheinen auch zu übersehen, dass die Bundesrepublik als Signatarstaat der UN-Konvention (1988) Vertragspflichten eingegangen ist, die sie nach Lage ihrer Verfassung erfüllen muss. So ist es nicht ins Belieben eines Unterzeichnerstaates gestellt, welche Substanzen er für "erlaubt" bzw. "illegal" erklärt.

Auch setzt Art. 3 der Konvention von 1988 Straftatbestände fest, die in nationales Recht umzusetzen sind: Art. 3.1 enthält die Tatbestände, die Pflichten zur Zusammenarbeit in Form der Rechtshilfe begründen, z. B. die in Art. 6.1 (1988) näher geregelte Auslieferung (Art. 6.1), oder die Beschlagnahme von Drogengeldern, die insoweit den Schutz des Bankgeheimnisses einschränkt. Nationale Gestaltungsräume bleiben bei Prävention und Therapie. Wenn seit 1988 auch akzeptiert wird, dass an die Stelle strafrechtlicher Sanktionen Therapien treten ("Hilfe vor Strafe"), so bleibt jedoch umstritten, ob überhaupt und ggf. unter welchen Umständen dafür auf Rauschgift zurückgegriffen werden darf. (vgl. zum Zürcher Heroin-Versuch unter IV.2).

Die christlich-liberale Bundesregierung beschrieb die deutsche Drogenpolitik als Summe dreier Teilpolitiken unter dem dominierenden Prinzip der Prohibition:

1. Prävention, Behandlung, Rehabilitation,
2. Maßnahmen zur Verringerung des Rauschgiftangebots mit dem Ziel, Produktion, Handel und Umgang mit Drogen und Suchtstoffen zu unterbinden ("Ordnungspolitik") und
3. internationale Zusammenarbeit.

Im therapeutischen Bereich galt folglich das Prinzip Ausstieg aus der Sucht, im ordnungspolitischen Bereich Politik gegen Drogen, in der internationalen Zusammenarbeit Kampf gegen den Drogenhandel und die Geldwäsche.

Die rot-grüne Regierungsmehrheit hat den Kampf gegen Drogen um weitere krankmachende bzw. Suchtstoffe (Alkohol, Nikotin) erweitert, und sie hat die auf Ausstieg aus den illegalen Drogen fokussierte Therapie ergänzt um medizinisch-soziale Betreuung und Fürsorge, die - unabhängig von erkennbarer Ausstiegsbereitschaft - Süchtigen zugewandt werden soll. Vor diesem Hintergrund versteht sie die Legalisierungsbemühungen von Fixerstuben, die Etablierung der Methadon-Substitution und die "versuchsweise" Abgabe von Heroin. Schutz von Gesundheit und Überleben müssten Priorität erhalten (Pressemitteilung des BmfGesundheit Nr. 90 v. 18.11.1998). Die neue Drogenbeauftragte, Frau NICKELS, ressortiert daher beim Bundesgesundheitsministerium, während ihr Vorgänger, Eduard LINTNER (CSU), der prohibitiven Grundstrategie der Drogenpolitik entsprechend, beim Innenministerium angesiedelt war.

Insoweit nimmt man also den Repressionsdruck von den Drogennutzern, treibt man nicht mehr Drogen-, son-

dern Suchtpolitik und gibt sich schon zufrieden, wenn Nebenerscheinungen von Sucht unter Kontrolle gebracht werden, die Sucht selbst aber fortbesteht. Die gesundheitspolitische Wendung der Bonner Drogenpolitik holt sich ihr Vorbild aus der Schweiz, wo man es inzwischen für vertretbar hält, den Süchtigen auch mit Suchtmitteln beizustehen.

2. Das schweizerische Paradigma

Die Schweiz reagierte in den 80er und frühen 90er Jahren heftiger als Deutschland auf die gewachsene Drogengefahr. Das entsprach dem höheren Infektionsgrad: Bei 7 Millionen Einwohnern zählte man 30.000 Abhängige, über eine halbe Million Cannabis-Konsumenten und - 1992 - 419 Drogentote. Die deutschen Zahlen liegen bislang prozentual - nämlich auf eine 80-Millionen-Bevölkerung bezogen - deutlich darunter. Entsprechend dramatisch entwickelten sich die Probleme öffentlicher Sicherheit in einigen schweizerischen Großstädten. Groß war die Aufmerksamkeit, die man im Mikrokosmos der Eidgenossenschaft dem Zürcher Platzspitz zuwandte. Die öffentliche Erörterung der Probleme und der Wege zu ihrer Lösung verband sich mit weitreichenden gesellschaftlichen Zielen und weltanschaulichen Positionen. Man würde die aktuelle Drogenpolitik der Schweiz falsch verstehen, wenn man sie nicht als Politik der Mitte und Versuch der gesamtschweizerischen Konsensfindung interpretierte.

Die Drogenpolitik der Schweiz steht - im Vergleich zu Deutschland - unter der gleichen Bedingung der Staatsform,

jedoch unter einer eigenen und besonderen Bedingung der Regierungsform:

- die Kantone besitzen Selbstständigkeit hinsichtlich der Definition von Maßnahmen, so dass Verschiedenheiten der Drogenpolitik besonders krass augenfällig werden; der Bund hat gewiss die Zuständigkeit für das BtMG, muss im übrigen jedoch die föderalen bzw. kommunalen und Bürger-Rechte respektieren (26 Kantone, dazu Städte und Gemeinden, sowie private Organisationen);
- die Schweiz kennt den parlamentarischen Gegensatz von Regierung und Opposition nicht, sondern ein Pro und Contra gesellschaftlicher Initiativen, zwischen denen die Repräsentativ-Organen zu vermitteln suchen. Darum ist das politische Feld nicht - wie in Deutschland - dualistisch, sondern typischerweise dreistellig strukturiert.

Auf dem Höhepunkt des Meinungskampfes formulierte der Bundesrat ein drogenpolitisches Programm, das sich als Vermittlung zwischen den Volksinitiativen verstand (vgl. zur sog. Vier-Säulen-Politik unter IV.2.3).

2.1 Eidgenössische Volksinitiativen

Die offene Drogenszene in Zürich und die unorthodoxe Politik der Kantonsregierung hatten in der Schweiz eine akute drogenpolitische Polarisierung ausgelöst. Sie wurde verschärft durch Organisationen, die auf dem Weg über die Eidgenossenschaft den Innovationseifer der Kantone sowohl dämpfen, wie anstacheln wollten.

Dämpfend verhielt sich der "Verein Jugend ohne Drogen", der vom Psychiatrischen Verein VPM unterstützt wurde und seinen Sitz in Zürich nahm. Er stellte seine Werbung für ein strikt prohibitives Drogengesetz unter das Motto des Vereinsnamens. Drogen zu verschreiben, sollte den Ärzten verboten sein. Er war beim Unterschriften-Sammeln sehr erfolgreich und hatte im Juli 1993 nach nur halbjähriger Sammelzeit 145.000 Unterschriften beisammen und reichte sie ein.

Die Gegengruppe, die die drogenpolitische Linie der Zürcher Stadtväter ins Grundsätzliche weitertrieb, erklärte die bisherige Drogenpolitik für gescheitert und forderte das Gegenteil dessen, was "Jugend ohne Drogen" verlangte: Demnach müssten Konsum, Besitz, Anbau, Beschaffung zum Eigengebrauch straffrei gestellt werden, der Staat sollte den Handel von Betäubungsmitteln in einem bestimmten gesetzlichen Rahmen sichern (Schutz Jugendlicher, Werbeverbot). Das meint, dass Betäubungsmittel zu festen Zeiten auf altersdifferenzierten Bezugsscheinen durch staatliche Stellen auszugeben seien, und dies zu Preisen, bei denen die Mafia nicht mithalten werde. Ihrem Gesetz-Entwurf ("Droleg") gaben die Initianten das freundliche Motto "Für eine vernünftige Drogenpolitik". Im November 1994 hatte sie - nach anderthalbjähriger Sammelzeit - 100.000 Unterschriften beisammen, die für eine eidgenössische Volksinitiative ausreichten.

2.2. Abwägung zwischen den Initiativen

Sind Prohibition und Permissivität nur gegensätzliche Strategien zur Erreichung eines und desselben Zieles oder

haben sie verschiedene Ziele bzw. Zielbündel im Auge? Beide sprechen vom Gesundheitsschutz und beide verbinden sich - zwar nicht notwendiger Weise, aber doch bei vielen Anhängern - mit politischen und mit Weltanschauungs-Positionen:

- Für Prohibitionisten geht es darum, aus dem Kreis der gesundheitlichen Risikofaktoren von Mensch und Gesellschaft Rauschdrogen rechtlich und moralisch auszugrenzen; wie weit diese Bemühung greift, scheint eine Frage der Konsequenz, mit der sie verfolgt wird. Politisch stehen Prohibitionisten eher rechts; philosophisch neigen sie einer Auffassung vom Menschen zu, der sich dank seiner Tugenden in der sittlichen Welt bewährt und zu rationalem Urteil befähigt ist - in Anknüpfung an die klassische europäische Tradition;
- für die Permissiven ist Gesundheitsschutz ein Nebenziel: Es geht vorrangig um ein selbstbestimmtes Leben, zu dem auch die legale Nachfrage nach Drogen gehört, wozu dann medizinische Begleitung erforderlich sein könnte - so wie die Wasserwacht den Betrieb eines Freibads begleitet. Nichts erscheint Permissiven unwillkommener als eine drogenfreie Gesellschaft. Politisch stehen sie eher links. Hintergrund der Selbstbestimmung ist für sie der seinen Daseins-Sinn selbst produzierende autonome Einzelne - in Anknüpfung an weltanschauliche Positionen der Aufklärungsepoche.

Beide Optionen haben, gemessen an ihren eigenen Wertvorstellungen, Schwachstellen. Während die Prohibi-

tionisten mit einem Rest an Nicht-Entzugsbereiten, mit fortbestehendem Schwarzmarkt und mit Beschaffungskriminalität leben müssen, entstehen den Permissiven Probleme aus internationalen Konventionen bzw. aus den Folgen einer Kündigung der Konvention, nämlich einer möglichen internationalen Isolierung der Schweiz. Offen ist die Frage, wie verhindert werden soll, dass sich an ein vereinzelt Drogenregime à la "Droleg" ein grenzüberschreitender schwarzer Markt anlagert, dessen Lieferanten legale Konsumenten sind, die zur Gewinnerzielung ihre Rationen mit den üblichen Szenestoffen strecken.

Die "Droleg"-Initianten lassen Widersprüchlichkeiten (rechtsethische Probleme) und Schwachstellen nicht gelten. Ihr Hauptargument ist der Misserfolg der derzeitigen Drogenpolitik. Warum also unerprobte Alternativen mit Zweifeln beschweren? Wo drogenpolitische Linien wie Glaubensfragen diskutiert werden, kann auch Begleitforschung nichts Erhebliches beitragen.

Beide Betrachtungsweisen spalteten die schweizerische Öffentlichkeit. Bundesrat und Parlament konnten sich in dieser Situation noch nicht auf eine Neufassung des BtMG von 1974 einigen. Indes verabschiedete der Bundesrat am 19. Juni 1994 eine Botschaft zu den Volksinitiativen, in der er empfahl, beide zu verwerfen. Die am 28.09.1997 zur Abstimmung gebrachte Abstinenz-Initiative "Jugend ohne Drogen" wurde mit 71 % abgelehnt, die im Jahr darauf am 29.11.1998 zur Abstimmung gebrachte permissive Gegeninitiative (Droleg) wurde gar mit 74 % der abgegebenen Stimmen abgelehnt.

Die Abstimmungsbeteiligung überstieg das Drittel der Stimmbürger, wie üblich, nur geringfügig. Es lag am Bund, eine Lösung zu finden, die mehrheitsfähig war.

2.3 Die schweizerische Vier-Säulen-Politik

Die Fortschreibung des BtMG in der Fassung von 1975 war 1990 ein weiteres Mal vergebens versucht worden, und also startete der Bundesrat auf dem Feld seiner Zuständigkeit, nämlich im Gesundheitswesen, eine eigene drogenpolitische Initiative, die trotz heftig geäußerter Kritik schließlich akzeptiert wurde. Dabei hat man die Ablehnung beider Volksinitiativen als Bekräftigung des eidgenössischen Drogenregimes interpretiert. Jedenfalls war die für die Schweiz typische dreistellige Struktur der Politik wieder gewonnen.

Ruth DREIFUSS, die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesrätin, nannte ihre Politik der vier Säulen im Blick auf die abgewiesenen Volksinitiativen "differenziert und pragmatisch". Zu solcher Politik gehörte, dass die Ziele nicht länger absolut gefasst waren, sondern als wachsende bzw. fallende Größen formuliert wurden:

- Reduktion der Zahl neuer Konsumenten/Abhängiger,
- Steigerung der Zahl von Abhängigen, die den Ausstieg schaffen,
- Minderung der gesundheitlichen Schäden und der sozialen Ausgrenzung von Konsumenten/Abhängigen.

Die Verwirklichung dieser Politik wurde sektoral, und zwar in 4-Säulen mit ge-

bietsangemessenen Strategien verfolgt:

- als *Repression*, d. h. strikte Kontrolle des Umgangs mit Betäubungsmitteln und strafrechtliche Verfolgung des unerlaubten Umgangs, Bekämpfung der Geldwäsche (seit 01. April 1998)
- als *Prävention*, unterschieden in Primär- und Sekundärprävention und Qualifizierung kommunaler Behörden und Berufsgruppen für präventives Handeln
- als *Therapie*, d. h. Ermutigung zum Beginn einer solchen (es gibt in der Schweiz 1.750 stationäre Therapieplätze) und Ermöglichung des Ausstiegs aus der Sucht einschließlich Reintegration bzw. Rehabilitation. Zu diesen bekannten drei Säulen kam als vierte die
- "Schadensminderung" oder "Überlebenshilfe", durch die die Gesundheit der Abhängigen während der Suchtphase so gut wie möglich erhalten werden soll. (Der Bund finanziert z. B. Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustands und der Lebensbedingungen der Drogenabhängigen. Heute rechnet man dazu auch die ärztliche Verschreibung von Heroin, die man in einem Bundesbeschluss festgeschrieben hat, wodurch im *mixtum compositum* schweizerischer Drogenpolitik die permissive Richtung wieder einen Stich machte.)

Das Heroin-Projekt wurde legalisiert, bevor der WHO ein eigener Untersuchungsbericht vorlag. Dafür sah sich die Schweiz heftiger internationaler Kri-

tik ausgesetzt. Erst in diesen Tagen berichtete die FAZ über die WHO-Studie zu diesem Versuch. Der Bericht war überschrieben: "Wissenschaftler bezweifeln Ergebnisse des Heroin-Versuchs". Die Zweifel dürften harte Drogen-Initianten nicht anfechten.

Ähnlich wie in Deutschland lehnte und lehnt das liberal-konservative Parteienspektrum der Schweiz Heroin-Verschreibung an Süchtige ab. Sozialisten und Grünen sowie die Christlich-Sozialen sind dafür.

Ein Referendum gegen die ärztliche Heroinverschreibung, das am 13. Juni 1999 zur Abstimmung kam, hat das schweizer Volk negativ votiert und gleichzeitig den dringlichen Bundesbeschluss bestätigt, dass das Heroin-Projekt weiterhin möglich sein solle. Allerdings war die Annahme knapper als alles, was bislang drogenpolitisch zur Abstimmung kam: 54,3 % ja und 45,7 % nein. Ruth DREIFUSS jedenfalls sah sich bestätigt. Andere Elemente des Drogen-Konsenses werden in die Revision des BtMG eingehen, z. B.

- die 4-Säulen Politik,
- die Verstärkung der Präventionsbemühungen und des Jugendschutzes,
- die Förderung der Forschung und der Ausbildung auf dem Gebiet der Drogenarbeit.

Auf Mehrheitsfähigkeit werden außerdem zu prüfen sein

- die Beibehaltung bzw. Abschaffung von Sanktionen gegen Drogenkonsumenten und
- die unterschiedlichen Optionen einer Sonderregelung für Cannabis.

Zur Erfolgsstatistik der Vier-Säulen-Politik wird derweil mitgeteilt:

- die Zahl neuer Drogenkonsumenten unter Jugendlichen ist rückläufig,
- die Zahl der neuen HIV- und Hepatitis-Infektionen gehe zurück,
- Todesfälle infolge Überdosis gingen zurück,
- die offenen Drogenszenen seien geschlossen worden,
- die Beschaffungskriminalität sei deutlich zurückgegangen,
- die Zahl der in Behandlung befindlichen Drogenabhängigen habe sich nahezu verdoppelt.

Die volkswirtschaftlichen Kosten des Drogenproblems lägen weit unter den Kosten des sehr viel weiter verbreiteten Tabak- und Alkoholmissbrauchs (Durchschnitt 1991 - 1994):

<i>Drogen</i>	886 bis 1.011 Millionen Franken
<i>Alkohol</i>	3.000 Millionen Franken
<i>Tabak</i>	5.000 Millionen Franken

(Die Schweizerische Drogenpolitik, 1998, S. 9, 11).

V. Ergebnisse

1. Geschichtlich

Die ältere Drogenpolitik, die auf internationaler Ebene etabliert werden konnte, definiert die Grundstrategie: diese ist streng prohibitiv, in ihren Mittel repressiv. Präventive und therapeutische Zwecke wurden erst relativ spät in die völkerrechtlichen Texte eingearbeitet;

unterhalb des internationalen Drogenregimes entwickeln sich höchst verschiedenartige innerstaatliche Drogenpolitiken, die nicht durchweg vertragskonform bleiben.

2. Institutionell

Die Drogensituation in den reichen Ländern des Nordens ist ein Ausweis kaufkräftiger Nachfrage nach illegalen Rauschmitteln; die darauf antwortende Politik ist ein Produkt des gesellschaftlichen Pluralismus. Gruppen, politische Parteien und verschiedene Behörden auf kommunaler, Landes- und Bundesebene nehmen sich ihrer an, versuchen ihre jeweiligen Präferenzen durchzusetzen und jeweilige Strategien zu implementieren.

Angesichts knapper Mittel und angesichts der Wünschbarkeit eines möglichst breiten Konsenses bedarf es großer Anstrengungen zu fachlicher und politischer Koordination, die innerstaatliche und internationale Abstimmungsarbeit zu leisten hat.

3. Inhaltlich

Um nicht nur über Drogenpolitik, sondern auf ihrem Boden zu diskutieren, hat man das Politikfeld in Einzelteile zerlegt ("Säulen"), die sich gleichzeitig zu fortschreitender Erforschung eignen. Damit wird zugleich Raum für rationale Alternativen gewonnen und die Chance verbessert, gesellschaftlichen Konsens zu organisieren. In Deutschland ist der von der christlich-liberalen Bundesregierung bewahrte Konsens durch unvermittelte Orientierung an Schweizer Errungenschaften in Frage gestellt. Die Schweiz hat diese Errun-

genschaften unter ihren besonderen Bedingungen gefunden, nämlich als eine mittlere Linie zwischen polarisierenden Volksinitiativen. Offen bleibt, in wie weit das künftige schweizerische Drogenregime Abstinenz als Ziel der Prävention und Ausstieg als Ziel der neuen Heroin-Therapie glaubwürdig erhält.

Literatur

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 1998:
Wahlprogramm, Magdeburg
(im Internet: www.gruene-berlin.de/drogen)

DROLEG, 1995:
Stellungnahme zur Botschaft des Bundesrates vom 19.06.1995 (Deutsche E-Documentation im Internet: www.droleg.ch/d)

DÜNKEL, F., 1981:
Strafrechtliche Drogengesetzgebung im internationalen Vergleich, in VÖLGER, G., Hg., S. 674 ff.

EP 1995 (= Europäisches Parlament):
Entschließung zur Mitteilung der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament über einen Aktionsplan der EU zur Drogenbekämpfung (1995 - 1999)
(im Internet: www.europa.eu.int/dg7/drugs/de/drug)

Jugend ohne Drogen, 1996:
Krasse Fehlinterpretation in bundesrätlicher Stellungnahme, initiativ-Info Nr. 1, (im Internet: www.aids-info.ch/info9601)

KLINGER, S., 1999:
Die Implementierungssicherungsmechanismen der UN Drogenkonventionen von 1961, 1971 und 1988

MARX, K. 1964:
Zur Kritik der Hegelschen Rechtsphilosophie, Einleitung, in: Ders., Die Frühschriften, Hg. v. S. Landshut (Kröners Taschenausgabe Bd. 209), Stuttgart

Politik gegen Drogen 1998:
Aktuelle Bilanz 1998, 6. Aufl., Presse-

und Informationsamt der Bundesregierung (= PolitikInformationen), Bönen

Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit, Nr. 90 v. 18.11.1998

Pressemitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit 13/99 v. 15.01.1999

dass., 50/99 v. 12.02.1999

Die schweizerische Drogenpolitik, 1999:
Strategie der vier Säulen mit spezieller Berücksichtigung der ärztlichen Verschreibung von Heroin, Hg. Bundesamt für Gesundheit, Bern

UN 1999/ODCCP:
Global Illicit Drug Trends
(im Internet: www.undcp.org/report)

VÖLGER, G. 1981, Hg.:
Rausch und Realität - Drogen im Kulturvergleich, Köln

WEINACHT, Paul-Ludwig:
Drogenpolitik in Deutschland. Differenzpunkte zwischen den Parteien und Einigungserfordernisse, in: Rechtsmedizin 11/1995, S. 24 ff.

Die Zeit v. 09.12.1999:
Dossier S. 17 ff.: Aus Kiffen werden Eltern (v. R. LUYKEN)

"Prävention vor Repression": Neue Wege in der Drogen- und Suchtpolitik - Schwerpunkte und Ansätze der neuen Bundesregierung

Dr. Ingo-Ilja Michels

Bundesministerium für Gesundheit
Mohrenstraße 62
10117 Berlin

Inhalt

I. Zum Bedeutungswandel von öffentlichen Präventionsstrategien

II. Die bisherige Drogenpolitik: Kriegsmetaphorik anstelle von Realitätsbezug

III. Präventionspolitik im Repressionsmantel: Ausblendung wissenschaftlicher Erfahrungen

IV. Markt contra Prävention?

V. Alkoholpolitik

VI. Tabakpolitik

VII. Entideologisierter Umgang mit illegalen Substanzen

VIII. Strafrecht wirkt eher problemverschärfend

IX. Zum Umgang mit "Partydrogen"

X. Aktuelle Vorhaben

1. Rechtliche Absicherung von Drogenkonsumräumen
2. Modellversuch "heroingestützte Behandlung"
3. Medizinische Anwendung von Cannabis

XI. Ein neuer Forschungsimpetus tut not

Literatur

I. Zum Bedeutungswandel von öffentlichen Präventionsstrategien

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Strategien, die sich um einen *vernunftbezogenen* Umgang von Menschen mit psychoaktiven Substanzen bemühen, Schritt für Schritt mehr durchsetzen können, weil die bis dahin jedenfalls propagandistisch vorherrschende Strategie der *Tabuisierung* des Konsums bestimmter Mittel durch Abschreckung sich als immer "stumpferes Schwert" erwies. Auffällig hat sich diese dabei auf den scheinbar international definierten Konsens bezogen, der einmal eine relativ willkürliche Einteilung von Substanzen als unter bestimmten Vorbehalten "konsumierbar" oder "verboten" deklarierte und zum anderen durch internationale Kontrollmechanismen¹ glaubt, den Umgang von psychoaktiven Substanzen² innerhalb unterschiedlicher Gesellschaften und innerhalb unterschiedlicher Kulturen durch Normierungen und Verbote regulieren zu können.

II. Die bisherige Drogenpolitik: Kriegsmetaphorik anstelle von Realitätsbezug

Vor nahezu 10 Jahren wurde unter Federführung des damaligen Bundeskanzlers Helmut Kohl symbolträchtig im "NATO-Saal" des Kanzleramtes der sogenannte "Rauschgiftbekämpfungplan"³ beschlossen, der - kurz zusammengefasst - die politischen Strategien der alten Bundesregierung wie folgt definierte:

Der Umgang mit Alkohol und Tabak - weitgehend als "Genussmittel" tituliert, die allerdings auch Abhängigkeiten und gesundheitliche und soziale Schädigungen zu erzeugen vermögen - sollte so gestaltet werden, dass Menschen einen "verantwortungsbewussten Umgang" mit diesen Mitteln erlernen können; der Umgang mit Medikamenten jeder Art (außer sog. Betäubungsmitteln) sollte "bestimmungsgemäß" erfolgen (auf Grund ärztlicher Verschreibung); der Umgang mit sog. "illegalen" Substanzen wiederum, die in der Anlage 1 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) als "nicht verschreibungsfähig und nicht verkehrsfähig" eingestuft sind, sollte grundsätzlich *unerlaubt* bleiben und sie sollten auch weiterhin - insbesondere Heroin und Cocain, aber auch Cannabis - "gesellschaftlich geächtet"⁴ bleiben. Eine "Ächtung" ist dabei eine verhältnismäßig *starke gesellschaftliche* Sanktionierung, die den Konsumenten solcher Substanzen mit weitreichenden Stigmatisierungen überziehen (können), noch ehe eine *strafrechtliche Sanktionierung* erfolgt. Die *Lebenslüge* dieser konservativen (Drogen)politik besteht darin, die gesundheitlichen, sozialen und psychischen Probleme von Konsumenten solcher Substanzen ausschließlich deren "dämonischen" Wirksamkeit zuzuschreiben und dabei auszublenden, dass sie in erheblichem Maße Folgen dieser repressiven Politik selbst sein können.

III. Präventionspolitik im Repressionsmantel: Ausblendung wissenschaftlicher Erfahrungen

Ein zentrales Phänomen ist bei diesem Prozess die erstaunliche Resistenz von Politik gegenüber Erfahrungen der Praxis der Drogen- und Suchtkrankenhilfe und gegenüber relevanten Forschungsergebnissen.

Ich beziehe mich hier weitgehend auf Aussagen von Präventionsfachleuten Mitte der 80er bis Anfang der 90er Jahre, um zu zeigen, dass die schon damals aufgezeigten Wege eines nicht-repressiven Präventionsverständnisses systematisch ausgeblendet wurden von der herrschenden Drogenpolitik. So wiesen die Freiburger Gesundheitswissenschaftler *Klaus Riemann* und *Jürgen von Troschke* 1990 - dem Jahr der Verabschiedung des "Rauschgiftbekämpfungsplan" - auf die Problematik hin, dass eine Gesundheitspolitik, die einseitig die *Gefährdungsdynamik* von gesundheitsriskanten Lebensweisen proklamiert und den Aspekt von Genuss weitgehend ignoriert, als Folge eines medizinischen "Risikofaktorenmodell" zur "*negativen Etikettierung*" führe:

*"Es scheint eine logische Konsequenz zu sein, um der Gesundheit willen gegen alles zu kämpfen, was im Verdacht der Gesundheitsgefährdung steht. (...) Auch die Kirchen haben schon immer gegen den Gebrauch von Rauschmitteln gekämpft. Allerdings weniger mit dem Argument der Gesundheitsrisiken als vielmehr mit dem Vorwurf der Sündhaftigkeit."*⁵

Die Autoren kritisieren, dass diese gesellschaftliche Negativbewertung des Konsums derart gekennzeichnete Substanzen ausschließlich "*Abhängigkeit und Hilflosigkeit*" sowie "*Strafe und Therapiebedürftigkeit*" assoziiere und zur Kontrolle dieses *normabweichenden* Verhaltens auffordere. Eine solche Gesundheitspolitik führe letztlich zu einem Mechanismus, der der Gesundheitspolitik eine "*definitorische Souveränität*" verleihe, die die Welt in "*Süchtige*", "*Nicht-Süchtige*" und "*Gefährdete*" aufteile und eine Nutzen-Kosten-Abwägung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen nicht mehr zulasse und damit auch kein Konzept des "kontrollierten Genusses". Eine solche "*Sucht-etikettierung*" - die Autoren beziehen sie nicht nur auf die sozial ausgegrenzten Konsumenten illegaler Drogen, die durch diese Dynamik doppelt leiden, weil "*soziale Ungleichheiten in besonderer Weise potenziert (werden)*"⁶, sondern auch auf einen "*einschneidenden normativen Wandel, der Rauchen von einem sozial akzeptierten (...) zu (einem) abweichenden (...) Verhalten werden ließ*"⁷ - führe aber keineswegs zu den intendierten Erfolgen. Die Zahl von "Süchtigen" - sowohl bezogen auf Raucher, als auch auf Konsumenten anderer psychoaktiver Substanzen - habe sich nicht signifikant erhöht, wie sie auch durch derartige Stigmatisierung nicht zurückgehe. Was erreicht worden sei, ist die Bestärkung der "Nie-Raucher" bzw. eine Zunahme von "Nicht-mehr-Rauchern" aus der Gruppe der "Gelegenheitsraucher". Die Autoren mahnen die *Glaubwürdigkeit* von Präventionsbotschaften an, die *Risikotikettierung* übersehe auch die Widersprüchlichkeit unserer Gesellschaft und "*tut (so), als ob es in die Entscheidung jedes einzelnen gestellt wäre,*

sich gesund zu verhalten und den Verlockungen der Konsum- und Leistungsgesellschaft zu widerstehen."⁸ Vielmehr komme es darauf an, die Lebensweisen und Einstellungen, die Wertesysteme und Perspektiven, sowie die Ängste der Jugendlichen zu berücksichtigen. Man könnte meinen, dies sei eine "Binsenweisheit", aber die politische Realität eines immer noch wenig vernunftbezogenen Umgangs der Gesellschaft mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen, die mit dem Etikett "illegal" versehen sind, deutet nachhaltig auf die Notwendigkeit der Einlösung eines neuen Anspruchs der Drogenpolitik hin, die *wirklichen Probleme* zu verstehen. Es komme, so *Riemann* und *von Troschke*, darauf an, dass "*die Verhältnisse sich ändern, die Menschen zu kleinen und großen Fluchten motivieren*" und dazu sei es auch notwendig, "*die Frage nach dem Sinn des Lebens zu stellen*"⁹. Ein gewiss hoher ethisch-moralischer Impetus, aber doch viel aufrichtiger als falsches Pathos in einem vergeblichen "*Kampf gegen die Drogen*". Da ist es nur konsequent, dass die Autoren meinen, dass die Prävention illegaler Drogen "*nur dann wirklich werden (kann), wenn den Händlern und Produzenten der Markt durch eine weitgehende Legalisierung des Drogenkonsums entzogen wird*"¹⁰.

IV. Markt contra Prävention?

Drogenfachleute, die die Dynamik des illegalen Drogenmarktes erforschen und beobachten, kommen zu einer eher skeptischen Bewertung der Chancen, die eine Präventionspolitik zur Eindämmung von drogenassoziierten Problemen zu haben scheint. *Bernd Georg*

Thamm weist schon Mitte der 80er Jahre darauf hin, dass "*das weltweite Geschäft mit Drogen (...) heute eine Dimension erreicht (hat), die weder durch nationalstaatliche Drogenpolitik, noch durch historisch bedingte internationale Suchtstoffabkommen minimiert oder gar gelöst werden kann.*"¹¹ Zu Recht verweist *Thamm* auf die enormen Gewinnspannen von über 1000% im internationalen illegalen Drogenhandel als Triebfeder auch des "organized crime". Auch das *International Narcotic Control Board (INCB)* - als internationales Kontrollorgan der UNO etabliert, um die Einhaltung der Internationalen Suchtstoffabkommen zu überwachen - kommt in seinem letzten Jahresbericht von 1998 zu der ernüchternden Erkenntnis, dass gegenwärtig der weltweiten *medizinischen Nutzung* von Opiaten von rund 230 Tonnen (Morphinäquivalent) ein *illegaler Markt* von rund 380 Tonnen gegenüber stehe¹². Die Produktion von Opium und Cocain, aber auch Cannabis, sichert zudem hunderttausenden von Bauern und ihren Familien in Südostasien und im vorderen Asien, sowie in Lateinamerika, den Lebensunterhalt. Und neben den weit über eine Million Konsument/innen dieser Substanzen in Europa, kommen noch mehrere Millionen in den USA und Canada und mittlerweile in den Anbauregionen selbst hinzu. Umsätze in Höhe von mehreren Hundert Milliarden Dollar jährlich machen die Dimension dieses Geschäfts deutlich und die bisherige auf Repression setzende Drogenpolitik erweist sich diesem Mechanismus gegenüber als ziemlich hilflos. Trotz enormer Aufrüstung der nationalen und internationalen Polizeiparadigmen, die sich speziell dem "Drogenkampf" widmen und trotz oft drakonischer Strafmaße¹³ sind die Erfolge

spärlich. Experten schätzen die Quote der jährlich durch Polizei- und Zollaktionen - oder gar paramilitärischer Einsätze gegen Anbauregionen mit der Vernichtung von illegalen Anpflanzungen mit Hilfe von Pestiziden, die neben ganzen Landstrichen auch die Bewohner selbst erheblich gefährden - beschlagnahmten Mengen auf maximal rund 5% der Produktion, so dass es nie ernsthaft zu Absatzkrisen kommt. Und auch die Zahl der Konsument/innen illegaler Drogen ist in den letzten Jahrzehnten nicht gesunken, eher das Gegenteil ist der Fall.

Bernd Gorg Thamm warnt angesichts dieser quasi übermächtigen Konstellation dennoch vor Resignation und spricht von der Hoffnung, dass eine Präventionspolitik dazu beiträgt, *"Probleme dadurch zu lösen, indem 'man' sie erst gar nicht entstehen lässt"*.¹⁴ Allerdings bleibt er skeptisch-realistisch. Er spricht von einem Marktgeschehen, das Prävention zulässt, da sie diesen Markt nicht störe.

Vielleicht muss sich eine *nüchterne Drogenpolitik* zunächst einmal eingestehen, dass ihre Möglichkeiten in der Prävention wirklich begrenzt sind. Ein *trotziges Dennoch* sollte jedenfalls Suchtprävention als *Lebenshilfe* verstehen, um einerseits eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Leben zu ermöglichen und gleichzeitig auch Lebensbedingungen von Menschen wirklich zu verbessern.

Ökologische und soziale Politik hilft auch, Sucht zu vermeiden oder Suchtprobleme zu bewältigen

Angesichts der geschilderten Probleme wächst leicht die Gefahr, auf Grund des politischen Legitimations-

drucks, der Effekte oder gar Erfolge präsentieren muss, mit untauglichen Mitteln die Entstehung von Suchtprozessen beeinflussen zu wollen. Der Schweizer Prophylaxefachmann Benno Gassmann¹⁵ hat dagegen schon früh darauf hingewiesen, dass Suchtprobleme nicht mit einfachen "Rezepten" lösbar sind und dass krankmachende gesellschaftliche Faktoren im Lebens- und Wohnumfeld und im Arbeitsbereich, wozu er auch die Zerstörung der Umwelt und den Zerfall familiärer Bindungen, sowie den Verlust an Lebenssinn zählt, ebenso problemverschärfend wirken können, wie der Mangel an individueller Fähigkeit zur Bewältigung von Lebenskrisen. Der Umgang unserer Gesellschaft mit sich selbst - *"wie in unserer Zivilisation gelebt wird"*¹⁶ - legt schon das Grundmuster süchtigen Verhaltens. Wir sind es zunehmend gewöhnt, auf *Gefühle des Unbehagens* mit Konsummustern zu reagieren, wobei das materielle Substrat sowohl ein Konsumartikel, als auch eine psychoaktive Substanz sein kann oder das Ringen um Anerkennung durch gesellschaftlichen Status. Auch *Politikmuster* binden sich vorbehaltlos in diese Strukturen ein. Wann ein *Zu-Viel-des-Guten* davon erreicht wird, wann Konflikte und Unzufriedenheit *verdeckende* Verhaltensmuster von Lebensbewältigungsstrategien umschlagen in *suchtbildende Verhaltensstrukturen*, ist nicht leicht auszumachen und Kategorisierungen von *Suchtverhalten* durch (medizinische) Experten¹⁷ verkürzen das Problem oft genug. Denn das Grundmuster unserer Wirtschaftsgesellschaft basiert geradezu auf dem Phänomen des Wachstums: *"Wirtschaftliche Krisen werden mit mehr Wachstum und mehr Technologie zu lösen versucht"*.¹⁸ Eine *bewusste* Auseinandersetzung

mit diesen Strukturen und ihren individuellen Abbildungen in der eigenen Sozialgeschichte wäre gewissermaßen ebenso die Voraussetzung *zum angemessenen Umgang mit Krisensituationen*, wie das Begreifen der Zusammenhänge zwischen individueller Lebensform und kollektiven Zivilisationsmustern. *"Zu bewusstem Leben gehört auch das Akzeptieren eigener Schwächen"*.¹⁹ Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen als positive Grundlage eines lebens- und zukunftsfreundlichen Sinnverständnisses umfasst dabei nach Gassmann verschiedene Aspekte von *strukturellen* Voraussetzungen, um solch ein Gleichgewicht von Umweltbeziehung und persönlicher Integrität zu erreichen:

- *"ein Einsatz für menschengerechtes Wohnen;*
- *ein Engagement für Umweltschutz;*
- *ein Kampf gegen verselbstständigtes, quantitatives Wirtschaftswachstum;*
- *ein Unterstützen von Forderungen für Jugendtreffpunkte;*
- *ein Einsatz für eine Schule, die nahe bei den Bedürfnissen der Lernenden und Lehrenden steht;*
- *ein Engagement für die Errichtung von Hilfs- und Beratungsstellen"*

Diese *Anstöße* mögen als idealtypische Abstrakta erscheinen, sie sind andererseits offenbar von der alten Bundesregierung und ihrer Sucht- und Drogenpolitik - obwohl schon vor über 10 Jahren formuliert - systematisch vernachlässigt worden oder als Lippenbe-

kenntnisse für die "Präventionsmottenkiste" verstaubt.

Die neue Bundesregierung hat sich vorgenommen, diesen *Reformstau* nach und nach zu beheben. Dieser Anspruch und dessen Einlösung ist um so dringlicher, wie sich in diesem letzten Jahrzehnt alle Problemfelder von Suchtgeschehnissen verschärft haben.

Die konkreten Felder eines offenen Präventionskonzeptes: neue Bewertung von Alkoholpolitik - Tabakpolitik mit Augenmaß - Entideologisierter Umgang mit illegalen Substanzen

V. Alkoholpolitik

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat in ihrer 70. Sitzung am 20./21. November 1997 einen Beschluss gefasst, in dem sie sich besorgt zeigt über das anhaltend hohe Ausmaß des Alkoholproblems in Deutschland und Vorschläge zur Reduzierung von alkoholbedingten Gesundheitsrisiken gemacht, die sich beziehen auf den von den zuständigen Landesressorts verabschiedeten "Aktionsplan Alkohol". Um was geht es bei diesem "Plan"?

1992 hat das Regionalbüro Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen "Europäischen Aktionsplan Alkohol" beschlossen, der die gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozialen Probleme durch Konsum und Missbrauch von Alkohol verdeutlicht.²¹ Weltweit ist Europa der Kontinent mit dem höchsten Alkoholkonsum. Zentrales

Anliegen des "Europäischen Aktionsplanes Alkohol" ist ein europaweites Aktionsbündnis zur Verminderung von alkoholbedingten Folgeschäden.

Diese Überlegungen der WHO aufgreifend sollen in Deutschland Maßnahmen zur generellen Reduzierung des Alkoholkonsums als auch zur Entwicklung eines spezifischen Risikoverhaltens entwickelt werden. Im Einvernehmen mit unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen (wie u.a. auch der Ärzteschaft), Parteien, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbänden, Medien, Vertretern der Alkohol- und der Werbeindustrie, Kirchen, Jugendverbänden, Verbänden der Suchtkrankenhilfe usw. - sollen Wege der praktischen Umsetzung gefunden werden. Der Handlungsbedarf ist dabei durchgängig von der Fachwelt, aber auch von Seiten der Gesundheitspolitik in Bund und Ländern anerkannt.

Zu den mit Alkohol zusammenhängenden Gesundheitsproblemen gehören vor allem alkoholbedingte Erkrankungen wie Herz- und Kreislauferkrankungen, Leber-, Pankreas- und Nierenerkrankungen, Bluthochdruck, Cerebravaskuläre Krankheiten, Krebserkrankungen, insbesondere der Atemwege und des Verdauungstrakts sowie psychische Erkrankungen, einschließlich der Suchterkrankungen.

Die durch Alkoholmissbrauch bedingte Gesamtmorbidität und -mortalität (allein 18.000 Todesfälle im Jahr in Deutschland aufgrund einer Leberzirrhose) belastet stark die Systeme der gesundheitlichen Versorgung. Man schätzt, dass etwa 6 % aller Todesfälle in der Altersgruppe der unter 75-jährigen im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol stehen.

Alkoholmissbrauch verursacht sowohl im Gesundheitswesen als auch im So-

zial-, Rechts- und Verkehrswesen erhebliche Kosten, die nach WHO auf etwa 5 bis 6 % des Bruttosozialprodukts geschätzt werden.

Deshalb soll ein Problembewusstsein entwickelt bzw. verstärkt werden, das einen bewussten, verantwortlichen und selbstkontrollierten Umgang mit Alkohol fördert. Selbstkontrollierter und verantwortungsbewusster Umgang mit Alkohol wird im Alltag gelernt und praktiziert.

Das Umdenken in der Drogenpolitik in Richtung schadensminimierender Initiativen anstelle von Strafverfolgungsdruck hat auch den Diskurs im Umgang mit Alkohol nicht unerheblich beeinflusst.

Ideologische Festlegungen in der Frage, wie eine Gesellschaft mit dem Konsum psychotroper Substanzen - einschließlich Alkohol - umgehen sollte, verhindern oft eine rationale Politik. Ein wenig geprägt davon ist auch der "Aktionsplan Alkohol", wenn er im wesentlichen die gesundheitlich schädlichen Konsumfolgen zum Ausgangspunkt seiner Maßnahmenvorschläge macht und die kulturelle Einbettung von Konsumverhalten weitgehend ausblendet.

Die Alkoholindustrie selbst greift diesen Kontext auf. So weist die sogenannte "Amsterdam Gruppe" - ein Ende 1990 gegründeter Zusammenschluss von 14 großen europäischen Alkoholproduktenherstellern²² - in ihrem Report an das Generaldirektorat V der Europäischen Kommission (das für soziale und gesundheitliche Aspekte in der Europäischen Gemeinschaft zuständig gewesen ist) mit dem Titel "*Alcoholic Beverages and European Society*" darauf hin:

*"Alcoholic beverages in their many and varied forms have been one of the glories of European culture since the very earliest times and have been an integral part of social, cultural and economic life throughout the ages. (...) Alcohol's role in the social and cultural life of the peoples of Europe developed as part of the civilisations (...). While man has always enjoyed the pleasant and relaxing effects of alcohol, the ill-effects of alcohol abuse have been long recognised in the form of dependence, illness and premature death. (...) The duality between its beneficial effects and its capacity for harm was recognised very early and underlined with cautionary advice."*²³

In dem Artikel über die historische, kulturelle und soziale Rolle des Alkoholkonsums in der europäischen Gesellschaft wird auf die positiven Effekte des moderaten Alkoholkonsums in der Gemeinschaftskultur der Menschen verwiesen, die durch Trink-Rituale exzessiven Konsum vermeiden helfe. Dabei komme es eher auf jene Trinkstrukturen an, als auf die Trinkmenge:

"Cross-cultural analysis of alcohol use focuses more on attitudes, values and other normative aspects of alcohol use than on the sheer quantity of alcohol ingested. The same tends to hold true when we compare various groups and categories of people within a given population (e.g. by age, sex, occupation, socio-economic class, religious affiliation etc.). (...) The terms 'misuse' and 'abuse' are used to describe the conditions of overstepping the bounds of accepted conduct. (...)

*Normal drinking, therefore, is primarily a cultural concept and only partly determined by medical or legal requirements."*²⁴

Es geht in diesem Zusammenhang nicht nur um ein bestimmtes Konzept vom Begriff des "missbräuchlichen" bzw. "'normalen" Alkoholkonsums, der gewiss sozial und historisch konstituiert ist, sondern letztlich auch um die Definition des gesellschaftlich tolerierten Konsums und des krankheitsbedingten oder normabweichenden, nicht-akzeptablen Missbrauchs von Alkohol und auch um die Konstitution der eigenen "Verantwortung" für individuelle und gesellschaftliche Schäden durch nicht normgerechten Konsum.

VI. Tabakpolitik

Die vorliegenden epidemiologischen Untersuchungen²⁵ der letzten Jahre weisen alle darauf hin, dass der Tabakkonsum zwar insgesamt sinkt, in bestimmten Teilgruppen - gerade unter Jugendlichen und dort besonders unter Mädchen - hingegen steigt.

Die Quote der starken Raucher innerhalb der erwachsenen Bevölkerung dürfte bei rund 4-5 Millionen liegen. Auch hier sind sich Gesundheitspolitiker über gesundheitliche Folgeschäden im Klaren:

- 30 % aller Krebstodesfälle, davon über 90 % der Lungenkrebstodesfälle, sowie 25 % der ischämischen Herzkrankheiten sind auf jahrzehntelangen, häufig exzessiven Tabakkonsum zurückzuführen. Über 100.000 Todesfälle insgesamt sind wohl "nikotininduziert".²⁶

"Nicht-Raucher-Kampagnen" hingegen hat es schon Anfang der 90er Jahre gegeben. Sie zielen eher darauf, die Nicht-Raucher zu motivieren, nicht mit dem Rauchen zu beginnen, als die Raucher, damit aufzuhören. Die damalige Bundesregierung verwies bei den Kampagnen Anfang der 90er Jahre zudem darauf, dass Verbote insbesondere bei Jugendlichen "kontraproduktiv" wirken und "nicht Warnung vor Gesundheitsgefahren, schon gar nicht Abschreckung mit Hinweisen auf Krankheit und Tod (...) im Vordergrund stehen (sollen), sondern die positive Botschaft eines gesunden Lebensstils ohne Rauchen".²⁷ Aber auch schon damals wurden flankierende Maßnahmen neben dem "Raucher-Entwöhnungsprogramm" und der "Nicht-Raucher-Motivationen" der BZgA²⁸ für notwendig erachtet, wie Einschränkungen von Tabakwerbung, Warnhinweise auf Tabakerzeugnissen u.ä., dennoch sind bis heute diese strukturellen Maßnahmen noch immer nicht flächendeckend umgesetzt, genauso wenig wie die Reduzierung der Zigarettens-Automaten. Andererseits zeigte eine Schweizer Kampagne zur Werbung für das Nicht-Rauchen ("Be cool - don't smoke!") bei der Zielgruppe von Jugendlichen kaum Wirkung. Der Wunsch, protektive Faktoren zu stärken und ein positives Selbstbild von nichtrauchenden Jugendlichen zu unterstützen, schlug eher fehl. Dieser Versuch wurde von den Jugendlichen als paternalistisch begriffen, als Versuch, sich ein bestimmtes Bild von Jugendlichen zu machen, was ihnen nicht entspreche.²⁹ Schließlich ist es so, dass das Cool-Sein geradezu verbunden ist mit dem jugendlichen Rauchen.

"Raucher entwickeln kognitive Strategien, um ihr Verhalten wider bes-

*seres Wissen um die Gefahren aufrechtzuerhalten, indem sie den aktuellen ,psychosozialen Nutzen' gegenüber den langfristig gesundheitsschädlichen Folgen subjektiv höher gewichten. (...) Je plausibler der ,Sinn' des Rauchens vor dem Hintergrund jugendlicher Verselbstständigungsprobleme dechiffriert wurde, desto unklarer wurde der ,Sinn' des Nichtrauchens."*³⁰

Es reichen nicht bloß kognitive Strategien, es müssen auch soziale Bezüge hinzukommen, die eine peer-group-identity gestatten, in der Nicht-Rauchen zum Status-Symbol gehört. Aber zweifellos trägt ein solcher Ansatz keine kurzlebigen "Kampagnen", sondern ist mit einer gesamtgesellschaftlichen Entwicklung verbunden, die das Rauchen nicht missionarisch ausgrenzt und das Nicht-Rauchen nicht ideologisch überhöht. Dennoch bedarf es der klaren Botschaft, dass der Nicht-Raucher-Schutz gesundheitspolitische Priorität besitzt und es darauf ankommt, starken Rauchern zur Reduzierung ihres Konsums zu verhelfen.

VII. Entideologisierte Umgang mit illegalen Substanzen

Der Cannabis-Diskurs ist immer noch stark ideologisiert. Wenn wir uns beziehen auf den wissenschaftlichen Diskurs, so hilft uns die noch von der alten Bundesregierung im Auftrag gegebene Cannabis-Studie des Berliner Forschungsteams um Dieter Kleiber, die einen realitätsbezogenen Umgang nahe legt, wenn sie konstatiert:

*"Festzuhalten bleibt, dass verschiedene Formen des Konsums von Cannabis, genauso wie die Cannabisabstinenz, mit psychischer Gesundheit durchaus vereinbar zu sein scheinen. Ein generalpräventiver Ansatz, der die Modulierung verschiedener Aspekte psychischer Gesundheit zur Erreichung der jeweiligen Präventionsziele favorisiert (beispielsweise Abstinenz, gelegentlicher oder sozial unauffälliger Konsum), ist aus diesen Ergebnissen nicht abzuleiten. Die präventive oder besser gesundheitsförderliche handlungsleitende Frage sollte demnach nicht sein, ob oder wie (oft) jemand Cannabis konsumiert. Vielmehr sollten die Ressourcen einer Person zur Bewältigung ihres Alltags und Regulierung ihres psychischen Wohlbefindens unabhängig von dem Konsum bzw. den Konsummustern von Cannabis im Zentrum des Interesses stehen."*⁴¹

Die Analyse von rationalen und effektiven Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsstrategien muss dem wissenschaftliche Diskurs verpflichtet bleiben, der seine Methodologien möglichst transparent macht und sich der Ergebnisoffenheit verpflichtet fühlt, auch wenn eigene ideologische Konstrukte in den Forschungsansätzen existieren (die sollten allerdings deutlich benannt sein).

Eine rationale Cannabis-Politik müsste wohl einen verantwortungsvollen Umgang mit dieser Substanz in den Vordergrund rücken, eine Vermeidung von Abhängigkeit und eine Stärkung von Kompetenzen, um den Nicht-Konsum zu unterstützen, statt mit strafrechtlichen Mitteln den Konsum zu verfolgen.

"Prävention vor Repression"

VIII. Strafrecht wirkt eher problemverschärfend

Nach Angaben der Strafverfolgungsbehörden stieg in den letzten Jahren die Zahl der Ermittlungen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz und der daraus folgenden Gerichtsverfahren und Urteilsprüche stark an.

So führten die Staatsanwaltschaften im Jahr 1985 rund 60.000 Ermittlungsverfahren durch, etwa 60 % davon wegen Konsumdelikten, 40 % wegen Handels und Einfuhr. Im Jahre 1998 hatten diese Verfahren - und zwar jedes Jahr kontinuierlich - schon auf rund 217.000 gegen insgesamt 178.000 Tatverdächtige zugenommen, davon betrafen wieder etwa 65% Konsumentendelikte. Die Anzahl der sog. "Beschaffungsdelikte", wie Raub, Einbrüche, Autoaufbrüche und Ladendiebstahl durch Konsumenten harter Drogen, wird auf insgesamt über 200.000 geschätzt, eine nicht zu vernachlässigende Gefahr für die öffentliche Sicherheit.

Auch die Zahl der polizeilich erstauflagen Konsument/innen harter Drogen ist kontinuierlich angestiegen, von rund 3.000 im Jahr 1985 auf über 20.000 im letzten Jahr, mit einer Verlagerung der konsumierten Substanzen von Heroin auf Kokain und Amphetaminderivate, so z.B. Ecstasy.

Besorgniserregend ist für mich vor allem die Feststellung der Polizei, dass das Durchschnittsalter der erstauflagen Konsumenten harter Drogen weiter ansteigt, insgesamt aber die Verdächtigen im Btm-Bereich immer jünger werden: innerhalb eines Jahres

stieg die Zahl der unter 18 jährigen Tatverdächtigen um fast ein Drittel. In über 50 % aller Cannabisdelikte sind sie Beschuldigte.

Andererseits wissen wir aus Untersuchungen etwa der BZgA, dass circa $\frac{3}{4}$ der 12 bis 25-jährigen jungen Menschen gegen Drogenkonsum eingestellt sind, eine Quote, die seit über 10 Jahren relativ konstant ist.

Welche Rolle spielt bei dieser ablehnenden Haltung die Strafandrohung? Nur 11 % lassen sich durch die Befürchtung, ein eventuelles Probieren könne den Strafverfolgungsbehörden bekannt werden, bei ihrer Entscheidung beeinflussen.

Wie reagiert nun die Strafjustiz auf die Drogenproblematik? Herausgreifen möchte ich die seit dem 16.9.1992 geltende Einstellungsvorschrift des § 31a Betäubungsmittelgesetz, der speziell auf Konsumentenvergehen zugeschnitten ist. Nach dieser Vorschrift werden ein nicht unerheblicher Teil der Verfahren, bei denen es um Eigenkonsum geringer Drogenmengen geht, eingestellt - allerdings mit noch immer großen regionalen Unterschieden und einem Nord-Südgefälle.

In rund 17.100 Fällen wurden Betäubungsmittelabhängige im Jahr 1998 zu Freiheits- oder Jugendstrafen verurteilt. In 26 % der Fälle erfolgte eine Strafaussetzung zur Bewährung und in 46 % der Fälle eine Zurückstellung der Vollstreckung. Hier zeigt sich also, dass die Gerichte in der Praxis in den letzten Jahren von der milderen "Strafaussetzung zur Bewährung" zur "Zurückstellung der Vollstreckung" übergegangen sind.

Ziel war und ist es, den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, in einer freien Rehabilitationseinrichtung eine Therapie durchzuführen. In der Hälfte der Fälle werden diese Zurückstellungen allerdings widerrufen, etwa weil die Therapien frühzeitig abgebrochen werden.

Es besteht die Erfahrung, dass die Gerichte und vielleicht auch manche Polizeibeamte sich häufig als "pädagogische" Instanz verstehen, denen es um die "Erziehung" von Betäubungsmittelabhängigen zur Abstinenz geht und häufig erfahren die Betroffenen eine Beurteilung, deren Tenor in etwa lautet: "Du hast jetzt soundso viele Chancen gehabt, jetzt musst Du Konsequenzen spüren". Jedoch funktioniert diese Logik bei Suchtkranken in der Regel nicht, da ihre Entscheidungsfreiheit sehr stark eingeschränkt ist.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht dann von einer Abhängigkeit, wenn der starke, geradezu übermächtige Wunsch besteht, eine psychotrope Substanz oder ein Medikament zu konsumieren und dieser Wunsch auch so dominant ist, dass gesundheitliche und soziale Schäden in Kauf genommen werden. Die Strafandrohung spielt daher eine eher untergeordnete Rolle bei der Entscheidung, weiterhin Drogen zu konsumieren.

Das Gefängnis selbst ist sicherlich - und ich gehe davon aus, dass Sie darin mit mir einig sind - nicht ein Ort, in dem eine Suchterkrankung angemessen behandelt werden kann, auch wenn es in vielen Justizvollzugsanstalten bemühte und engagierte Mitarbeiter/innen in allen Bereichen gibt, die versuchen, auch innerhalb von Gefängnismauern

eine Suchtbehandlung durchzuführen oder dafür zu motivieren. Nicht zuletzt die steigende Anzahl von Haftanstalten, in denen auch eine Substitution mit Methadon angeboten wird, oder Modelle einer gelungenen Zusammenarbeit mit externen Fachdiensten von Drogenberatungen und Drogentherapieeinrichtungen sind dafür Beleg. Sie können aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass unter Gefängnisbedingungen ein gesellschaftlich bedingtes Suchtproblem kaum zu bewältigen ist. Experten befürchten vielmehr z.T. gravierende haftbedingte Schädigungen. Wer in wiederholtem Maß Haft erfahren hat, dessen Rehabilitationsmöglichkeiten reduzieren sich im gleichen Maße.

Nach Angaben der Drogentherapie- und Drogenberatungseinrichtungen sind das knapp die Hälfte aller Klienten. Gleichzeitig sind Drogenprobleme ein immer gravierenderes Problem auch in den Haftanstalten geworden.

IX. Zum Umgang mit "Partydrogen"

Die Notwendigkeit, einen Paradigmenwechsel einzuleiten gilt auch im Umgang mit der neuen *Jugendkultur*, der Techno-Party-Szene und ihren Drogenkonsummustern. *Symbolische* Abschreckungs- und Verbotspolitik ist wenig tauglich, um jugendliche Partygänger/innen in ihrem Konsumverhalten wirksam zu beeinflussen.

Aber wirkt Prävention und wie?

Das 'Zauberwort' in den Ecstasy-Debatten in den bundesdeutschen

Parlamenten heißt Prävention. Vertreter aller Parteien nehmen diesen Begriff gerne und häufig in den Mund. Er ist leicht vermittelbar, weil inhaltlich sofort einleuchtend. Denn kein vernünftiger Mensch kann gegen Sucht-Vorbeugung sein. Die Parlamentsdokumente zeigen aber, dass in der bundesdeutschen Politik ein rationaler Diskurs über Sucht- und Drogenprävention fehlt. Während die einen Prävention automatisch mit Primärprävention gleichsetzen, schließen andere auch häufig eine sekundärpräventive Komponente in ihre Argumentationen mit ein. Deshalb geht es oft 'kreuz und quer' in diesen Präventions-Debatten: Sucht- und Drogenprävention werden genauso wenig auseinandergehalten wie Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention; drogenunspezifische nicht sorgfältig von drogenspezifischen Ansätzen getrennt. Eine inhaltliche Auseinandersetzung über verschiedene Präventionskonzepte kann so nicht stattfinden. Versucht man dieses 'Präventions-Knäuel' zu entwirren, kann über die unterschiedlichen Präventionsansätze Folgendes gesagt werden:

Nach wie vor spielt die klassische 'Abschreckungsprävention' eine relativ große Rolle, zumindest in der Medienwahrnehmung des Phänomens. Realitätsbezogene Strategien - und die setzen sich langsam parteiübergreifend in ganz Europa durch - favorisieren zielgruppengerechte Aufklärungskampagnen über die Gefahren des Ecstasy-Konsums. Eine sachliche, drogenspezifische Aufklärung über Ecstasy inkl. Safer-Use-Tipps ist dabei ein Schritt, der zumindest die Widersprüchlichkeit zwischen nach wie vor bestehendem, normativem strafbewährtem Verbot des Umgangs mit die-

sen Substanzen einerseits und der gesundheitspolitisch definierten Notwendigkeit, risikominimierende Konzepte an der Anerkennung der real existierenden Konsummuster zu orientieren, produktiv zu vermitteln versucht. "Szenenorientierte" Gruppierungen fordern darüber hinaus als sekundärpräventive Maßnahme Drug-Checking in Diskotheken und Clubs. Diese Maßnahme, die sich eher konzeptionell einbetten will in eine Strategie der Entwicklung von *Drogenmündigkeit* als Vermittlung von strukturellen Wertemustern zum eigenverantwortlicheren, risikobewussten Erlernen des Umgangs mit psychotropen Substanzen, bedarf hingegen einer rechtlichen Neubewertung dieses bislang nur Apothekern zugestandenen Prüfrechts auf mögliche gesundheitsschädliche Substanzanteile.

Die von Präventionsforderungen dominierten Ecstasy-Debatten machen aber auch deutlich, dass eine Akzentverschiebung gegenüber der Cannabis-Politik der 60er und 70er Jahre stattgefunden hat, bei der strafrechtliche Lösungsversuche im Vordergrund standen und erst in zweiter Linie von Prävention die Rede war. Diese Rangfolge hat sich bei den Designerdrogen umgekehrt, was als partieller Wandel in der bundesdeutschen Drogenpolitik gedeutet werden kann. Der Ruf nach *neuen, strengeren* Gesetzen ertönt im Zusammenhang mit Ecstasy so gut wie gar nicht. Es scheint, dass die Politik - über alle Parteien hinweg - zumindest diese Lektion gelernt hat: dass die *Verschärfung* von Strafrechtsbestimmungen kaum einen potentiellen Konsumenten davon abhält, ein Rauschmittel zu probieren; und dass immer mehr Strafrecht nicht in der Lage ist, unsere Drogenprobleme zu lösen.

Wir sollten bei Ecstasy und anderen Designerdrogen nicht die Fehler der Vergangenheit wiederholen:

- Generalprävention durch Strafandrohung, an die sich die wenigsten halten, die konsumentenschlossen sind, und für einzelne Konsumenten dann aber Kriminalisierung mit all ihren Negativfolgen bedeutet;
- Drogen-Märkte, die durch Verbote erst strukturell zusammengeführt werden;
- unrealistische und einseitige Abstinenzforderungen, die die Bedürfnisse Jugendlicher nicht erreichen;
- Repression, die zu einer Atmosphäre des Misstrauens, der Doppelmoral und des Verheimlichens führt und damit Präventionsbemühungen schadet.

Zudem hat sich als besonders erfolgreicher Ansatz 'harm reduction', also der Minimierung der mit dem Konsum verbundenen Risiken, erwiesen. Außerdem brauchen wir realistische Präventionskonzepte, die von folgender Erkenntnis ausgehen:

"(...) Jugendkulturen und Szenen dienen ihren Mitgliedern als Ort der Selbsterfahrung, des sozialen Lernens, des Erfahrens und Überschreitens eigener Grenzen, der Erprobung von Autonomie und dem Erarbeiten eines eigenen, unverwechselbaren Lebensstils/Lebensentwurfes. Zum Erreichen einiger dieser Ziele können auch Drogen funktional (wenn auch nicht notwendig) sein. Die Einstellung gegenüber Drogen, die Risikoabwä-

*gung sowie die Einordnung möglicher Drogenerfahrungen erfolgt durch Kommunikation innerhalb der Peergruppe. Die sozialen Systeme solcher Szenen und ihre Werthaltungen lassen sich dabei kaum 'von außen' erschließen oder direkt beeinflussen. Besser haben sich Peer-to-Peer-Ansätze bewährt, bei denen die innerhalb solcher Gruppen bestehenden Kommunikationswege und -gewohnheiten, sowie die subkulturellen Verhaltenskodizes und Werthaltungen genutzt bzw. indirekt beeinflusst werden können."*³²

Auch in den Ländern setzt sich eine rationale Einschätzung zum Umgang mit neuen Drogenkonsument/innen durch, wenn es im Beschlussvorschlag der Länder als Vorlage zur Gesundheitsministerkonferenz im November 1997 heißt:

*(...) Da es sich bei Ecstasy nicht vorrangig um ein Drogenproblem, sondern um ein in der Jugendkultur begründetes spezifisches Jugendproblem handelt, bedarf es entsprechender Forschungsansätze und spezifischer Präventionskonzepte, die die Erfahrungen und Motive Jugendlicher beim Ecstasy-Konsum ernst nehmen und nicht auf die gesundheitlichen Risiken beschränkt sind."*³³

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die moderne Jugendrisikoforschung die "funktionale" Bedeutung von jugendlichem Risikoverhalten anerkennt und neben den US-amerikanisch stark verhaltenstherapeutisch geprägten "Immunisierungsansätzen" - wie sie der Präventionsforscher Peter

Franzkowiak³⁴ - die Sicherung "protektiver" kultureller und sozialstruktureller Rahmenbedingungen einfordert. Wenn "jugendliches Risikoverhalten" nicht nur als Betäubungs- und Fluchtversuch, sondern auch als Bewältigungsversuch gesehen wird und der Umgang mit Risiken - und dazu zählen gerade auch "Rauscherfahrungen" - als "kollektive Entwicklungsaufgabe" begriffen wird, dann entwickelt sich eine neue - wie es bei Franzkowiak heißt - Dachstrategie, nämlich das sog. Risikomanagement als Leitidee der Suchtprävention:

*"Täglich finden millionenfach drogenbezogene Experimentierhandlungen Heranwachsender statt, bei denen diese quasi 'naturwüchsig', dabei überwiegend in kultureller und subkultureller Abfederung, eigene Maße des Umgangs mit Drogen und anderen Risiken suchen und mit der Zeit in aller Regel auch finden."*³⁵

X. Aktuelle Vorhaben

1. Rechtliche Absicherung von Drogenkonsumräumen

Die Bundesregierung hat die Schadensminimierung und Überlebenshilfe als eine wichtige Aufgabe einer neuen Drogen- und Suchtpolitik festgeschrieben. Die rechtliche Absicherung der Drogenkonsumräume ist für die Bundesregierung eine unerlässliche Aufgabe, um Gesundheitsgefahren bis hin zu Todesrisiken für intravenös Drogenabhängige zu verringern. Diese Gefahr erhöht sich durch den gestiegenen Mischkonsum noch.

Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel, in Ausführung der Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und Bündnis 90/Die Grünen, Rechtsklarheit über die Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen (auch "Fixerstuben" oder "Gesundheitsräume" genannt) herzustellen.

Zur rechtlichen Absicherung des Betriebs von Drogenkonsumräumen soll eine bundeseinheitliche Rahmenvorschrift, nach der Landesregierungen den Betrieb von Drogenkonsumräumen näher regeln und genehmigen können, geschaffen werden. Die Eröffnung und der Betrieb von Drogenkonsumräumen soll künftig nach einem näher geregelten Erlaubnisverfahren erfolgen, das die bestmögliche Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln in Drogenkonsumräumen dadurch gewährleistet, dass qualifizierte Beratung und Hilfe geleistet wird.

In einem Katalog setzt der Gesetzentwurf die Mindestanforderungen, die von den Ländern ausgefüllt werden müssen, fest: Diese betreffen vor allen Dingen gesundheitliche Fragen und die Sicherheit und die Kontrolle bei dem geduldeten Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln. Der Entwurf befindet sich derzeit in den parlamentarischen Beratungen.

2. Modellversuch "heroingestützte Behandlung"

Entsprechend der Koalitionsvereinbarung vom Oktober 1998 soll ein Modellversuch zur heroingestützten Behandlung durchgeführt werden. Zur Zeit haben folgende Städte ihre Beteiligung zugesagt: Hamburg, Frankfurt am Main, Hannover, Düsseldorf, Es-

sen, Köln, Karlsruhe und München. Die Infrastruktur vor Ort wird nicht aus Bundesmitteln gefördert, sondern der Bund wird die wissenschaftliche Begleitung des Versuchs durchführen bzw. finanzieren. Das Modell soll 2000 beginnen und mindestens bis 2002 laufen. Daneben wird der Bund 50 % der Kosten für das case - management aufbringen.

Das Ziel des Modellversuches soll darin liegen, exemplarisch in einigen Städten neue Erkenntnisse zu erbringen, wie die Gesamtbehandlung von chronisch Abhängigen durch eine heroingestützte Behandlung gefördert und technisch/organisatorisch durchgeführt werden kann. Dadurch sind entscheidende Verbesserungen der gesundheitlichen und sozialen Situation von Heroinabhängigen zu erwarten.

Auf der Grundlage eines zwischen den Beteiligten abgestimmten Forschungsdesigns sind die Länder/Städte für die Durchführung der klinischen Prüfung zuständig, die nach den geltenden Vorschriften des Arzneimittelgesetzes und der Arzneimittelprüfrichtlinien vorzunehmen ist.

3. Medizinische Anwendung von Cannabis

Synthetisch hergestellte Cannabispräparate werden in der medizinischen Praxis zur Linderung von Krankheitsfolgen erfolgreich eingesetzt. Das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt die Erforschung und Anwendung von natürlichen Cannabisprodukten in der Behandlung von chronisch Kranken (z.B. in der Schmerz- und AIDS-Therapie). Eine entsprechende Studie wird z.Zt. an einem Berliner Krankenhaus durchgeführt.

XI. Ein neuer Forschungs-impetus tut Not

Dieser Diskurs der Praxis wiederum hat auch die theoretische Reflexion angekurbelt und verändert. Neue Forschungs"lücken" taten sich auf und mehr und mehr werden neue Forschungsfragen enttabuisiert: z.B. die Frage nach dem Theorem der Sucht überhaupt, die Frage nach den kulturellen Möglichkeiten kontrollierten Gebrauchs von psychotropen Substanzen, die Frage nach den Effekten von psychotherapeutisch wie substitutionsgestützter Behandlungen, die Frage nach differenzierten Konsummustern, die Frage nach den gesellschaftlichen Kosten der repressiv ausgerichteten Drogenpolitiken, die Frage nach der epidemiologischen Größenordnung des Problems.

All diese neuen Fragen bedürfen neuer Antworten und vorurteilsfreie Forschung sollte zu einem engeren Dialog von Forschung und Politik beitragen, so dass Forschung nicht "Legitimationsforschung" von Politik ist oder bleibt, sondern Einsichtnehmen in unbekannte Wesenswelten der menschlichen Sehnsuchtskultur.

Allerdings fehlt so etwas, wie ein konsensueller Rahmen, in dem die verschiedenen Forschergruppen sich verständigen könnten.

Ich will einige Forschungsvorhaben der Bundesregierung und des Bundesministeriums für Gesundheit vorstellen. Dies ist noch sehr kursiv und hängt auch von dem Haushaltsvolumen ab, das letztlich zur Verfügung stehen wird.

Generell kann durchaus der Expertise zugestimmt werden, die zu Beginn dieses Jahres vom *Institut für Sozialarbeit & Sozialpädagogik (ISS)* für die *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)* erstellt wurde zur *"Weiterentwicklung der Hilfen für Suchtkranke"*. Dort wird darauf hingewiesen, dass die Suchtforschung in Deutschland nach wie vor defizitär ist. Der 1994 vom Forschungsministerium entwickelte Forschungsschwerpunkt "Biologische und psychosoziale Faktoren von Drogenmissbrauch und -abhängigkeit" mit einem Volumen von 37 Mio. DM über 5 Jahre ist ein positiver Schritt zur Verbesserung dieser Situation gewesen und Ihnen ist bekannt, dass dieser Schwerpunkt in den nächsten 5 Jahren fortgesetzt wird mit einem Volumen von rund 5 Mio. DM jährlich, diesmal mit der Unterstützung von fünf interdisziplinären Forschungsverbünden mit regionalen Schwerpunkten im Hinblick auf den Forschungstransfer und die Kooperation mit Versorgungseinrichtungen. Hier geht es um Ergebnisorientierung und um die Fragen, die sich auch den Fachverbänden aufdrängen:

- Entwicklung einer Evaluationskultur
- Einsatz abgestimmter Forschungsmethoden und -instrumente
- Verbesserung der Diagnostikinstrumente
- Verbesserung der Katamnesen
- Entwicklung von "Frühwarnsystemen" aufgrund besseren monitorings von Veränderungen bei Konsummustern.

Natürlich ist dies im Verhältnis zu den geplanten Gesamtausgaben in der Gesundheitsforschung, die bei rund 20 Mio. DM liegen, oder der technologischen Projektförderung im Umfang von 120 Mio. DM (etwa bei der Schmerzforschung, der Biotechnologie, der Informationstechnik u.ä.) noch nicht das Gewünschte. Das gilt auch für die begrenzten Möglichkeiten des BMG.

Im Mittelpunkt werden in den nächsten Jahren u.a. folgende Projekte stehen:

- die wissenschaftliche Begleitung der geplanten heroingestützten Behandlung in z.Zt. 7 Städten
- die Weiterentwicklung von Modellen zur beruflichen bzw. beschäftigungsbezogenen Integration von Suchtkranken
- die Erforschung der Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich Migration und Sucht
- die geschlechterspezifische Erforschung von Konsummustern psychotroper Substanzen
- die Untersuchung von Konsummustern und psychosozialen Effekten von Kokainkonsum.

M.E. käme es darauf an, bei diesen Vorhaben auch folgende Fragestellungen zu berücksichtigen:

- Wie werden die Nutzer von zu untersuchenden Hilfen in die Studien miteinbezogen?
- Wie werden die Maßstäbe für die Bewertung der Effektivität von zu untersuchenden Maßnahmen defi-

niert? (Haltequote? Veränderungsbereitschaft? Weitervermittlung in andere Hilfen, z.B. Substitution, Entgiftung, drogenfreie Behandlung)?

- Welche Erfahrungen bestehen im Rahmen von Bestandsaufnahmen und Qualitätsvergleichen von lokalen Drogenhilfesystemen?
- Wie kann die Akzeptanz von Forschung im Hilfesystem und bei deren Nutzern verbessert werden?
- Der begonnene Dialog zwischen Forschung, Praxis und Politik machen mich zuversichtlich, dass in diesem Bereich nicht nur sinnvolle Projekte gefördert werden, sondern auch der Diskurs.

Letztlich bleibt es bei einer spannenden Dialektik von "Ordnungs-"und "Freiheitspolitik" - sie sollte der Humanität verpflichtet sein.

Westliche Gesellschaften handeln kulturhistorisch widersprüchlich, weil sie in den letzten Jahrhunderten zwischen staatlicher Ordnungsliebe und Liberalismus hin und her pendelten. Im 12. Jahrhundert begannen die (italienischen) Städte - Stadtstaaten - in einigen Bereichen die Rolle der kirchlichen Hierarchien zu übernehmen, um soziale Unordnung zu verhindern. Städtische Verfassungen (*statuti*) regelten Glücksspiel, Alkoholkonsum, öffentliche Feste oder Kleidung. Gastwirte durften z.B. nur eine bestimmte Menge Wein an die Bürger verkaufen. Gewisses *antisoziales Verhalten* wurde mit Verbannung bestraft, eine äußerst harte Strafe, die den Verurteilten des

Schutzes der Gemeinschaft (innerhalb der Stadtmauern) beraubte (allerdings vor Haft bewahrte). Bestimmtes deviantes oder gefährliches Verhalten wurde aus der Sphäre der religiösen Moral ins Strafrecht überführt. Die *Gesundheitsdisziplin* erweiterte das politische Feld. Der *Souverän* erhielt zunehmend die Aufgaben, die bislang die Kirche besorgte: die Institutionen der *Erziehung* und der *Heilkunst* entstanden und (in den deutschsprachigen Ländern zuerst) die *Polizei(ordnungen)*. Die modern deutschen Fürsten machten zu allem und jedem gesetzliche Verordnungen und schafften somit einen neuen *Typus der sozialen Ordnung*, der Ausdruck einer sich neu formierenden Gesellschaftsformation war, die ökonomisch auf dem freien Handel beruhte und somit die *Individualisierung* der Gesellschaft forcierte. Gleichwohl schuf sie auch - wie es der angesehene italienische Sozialforscher *Pierangelo Schiera* beobachtete - "*il tipo d'uomo occidentale 'melancolico'*"³⁶, die Pathologie der menschlichen Entfremdung und Vereinsamung. Im liberalen Staat des 18. Jahrhunderts fand auch die Polizei eine Neudefinition ihrer Aufgabe: weniger Verbots- und Kontrollregime, als vielmehr "*Gesundheitspolizeidienst*", der fern von moralischen Besorgnissen mit dem aseptischen Auge der Medizin die Gesundheitsrisiken beschreibt und eine neue soziale *Disziplinierung* schafft. Neben hygienischen Vorschriften erschien auch die Disziplinierung der *Laster* der *Völlerei (im Essen und Trinken)* und der *ungezügelter Sexualität* erneut auf dem Tapet, aber nicht mehr zum *Wohle der Seele*, sondern dem des *Körpers*. Mit dieser Paternalisierung von Gesundheitsverhalten entstand auch das staatliche Krankenhauswesen. Die libe-

ralen und bürgerlichen Freiheitsrechte und sozialen und gesundheitlichen Präventions- und Kontrollmechanismen mussten sich aber zunehmend mit den innergesellschaftlichen Widersprüchen der Industrialisierung und ihrer Folgen konfrontieren, der Verelendung, der Marginalisierung und der Ausbeutung. War das soziale und juristische System des Bürgertums quasi "Kontrapunkt" zur "guten alten Zeit" (*buon tempo antico*), entwickelte sich das *Genossenschaftswesen (compagni solidali)* gegen die Grausamkeiten des industriellen Zeitalters, in dem man zwar *frei*, jedoch arm und wehrlos war. Dieser Solidaritätsgedanke entwickelte sich in Deutschland jedoch auch in eine Richtung des *völkischen Gemeinschaftssinns*, der sich an der Sehnsucht nach dem Mittelalter orientierte und damit auch wieder am *Volksganzen*. Dieser *organicismo*, wie ihn der italienische Sozialforscher *Emmanuele Conti* nennt, verbreitete sich nicht nur in Deutschland, sondern in ganz Europa und konstituierte die Voraussetzungen zur Schaffung des *Totalitarismus* Ende des 19. Jahrhunderts und fand sich im 20. Jahrhundert in den Ideentopoi des Faschismus wieder. Im Nachkriegseuropa fand der *Mythos des Gemeinwohls* (wo das Individuelle ausgegrenzt und das Unerwünschte eliminiert wurde) seinen Gegenpol in der Schaffung der demokratischen Gesellschaften als *welfare state*, in dem gemeinschaftliche Unterstützung und Hilfeleistung für jeden einzelnen garantiert ist. Die Grenzen dieser Unterstützungsleistungen sind nicht so sehr ideologisch oder institutionell begründet, sondern liegen in den begrenzten ökonomischen Strukturen, wo die Lasten der Sozialausgaben das *soziale Netz* zu zerbrechen drohen. Prävention

und Hilfeleistungen werden zunehmend vom Staat an die Gemeinschaft (zurück)delegiert, damit aber auch die Aktivität und Verantwortung des Einzelnen gefordert, der nicht mehr *passives Subjekt* staatlicher Hilfe bleibt. Diese *mentale Neuorientierung* an der Schwelle des neuen Jahrtausends wird von *Conti* als Ergebnis eines mühsamen Prozesses zur Entwicklung der *Würde des Individuums* begriffen, nach der Erfahrung einer furchterregenden sozialen und kulturellen Krise in Europa, auch wenn der *Respekt vor der Integrität des Individuums* die Gefahr in sich birgt, in die *melancholia* ³⁷ als soziale Vereinsamung zu gleiten. Der Umgang der modernen europäischen Gesellschaft mit dem Konsum psychotroper Substanzen (einschließlich Alkohol und Tabak) spielt sich innerhalb dieser kulturhistorischen Dialektik ab, auch wenn die öffentlichen Debatten über Alkohol- und Drogenpolitik noch immer mit moralisierendem Impetus geführt werden. Es bleibt bei der spannenden Frage, ob der (demokratische) Staat verhaltensändernde und/oder -einschränkende Maßnahmen ergreifen soll und darf, und wenn, in welchem Umfang, um gesundheitsbewusstes und risikoreduzierendes Sozialverhalten zu steuern.

Anmerkungen

¹ Gemeint sind insbesondere die sog. Single Convention on Narcotic Drugs von 1961, die „Convention on Psychotropic Substances“ von 1971 und die „United Nation Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances von 1988 (die sog. „Wiener Konvention“)

² Darunter sollen alle Substanzen verstanden werden, die eine Veränderung der psychischen Befindlichkeit von Menschen hervorgerufen oder verstärken können und aufgrund dieses Effektes auch konsumiert werden.

³ Dies kennzeichnet einerseits die kriegsmetaphorische Sprache, wie zum anderen die Definition von psychoaktiven Substanzen als „Gifte zur Erzeugung von nicht-legitimen Rauschzuständen“. Interessanterweise entstand dieser Plan im gleichen Jahr, in dem auch die erste Internationale Konferenz über schadensminimierende Maßnahmen im Umgang mit Drogen in Liverpool stattfand, da in Liverpool exemplarisch zum damaligen Zeitpunkt diese Strategie der harm reduction praktiziert wurde.

Vgl. auch: BMJFFG (1989): Bericht über die Rauschgiftsituation und die Grundzüge eines Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan; Bonn, den 24.10.1989

Bundesregierung (1990): Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan. Maßnahmen zur Rauschgiftbekämpfung und der Hilfe für Gefährdete und Abhängige; Bonn

⁴ So bedauerte der ehemalige Bundesgesundheitsminister Seehofer (Presseerklärung des BMG v. 18.5.1995) - als für den Umgang mit Betäubungsmitteln zuständig - noch 1995 im Zusammenhang mit der damaligen Diskussion um eine neue Drogenpolitik, wie sie von der Mehrheit der Bundesländer gefordert wurde, die Aufkündigung des „drogenpolitischen Konsens“, weil er die einseitige Klassifizierung bestimmter psychoaktiven Substanzen als gefährlich und zerstörerisch nicht mehr länger akzeptieren wollte, sondern eher auf eine drogenpolitische Strategie der Minimierung oder Verhinderung von Schädigungen durch falschen oder exzessiven Konsum von psychoaktiven Substanzen jeglicher Art (einschließlich Alkohol) setzte (Strategie der „harm reduction“)

⁵ RIEMANN, K./von TROSCHKE, J. (1990): Genuss und Sucht. Zur gesellschaftlichen Bewertung von legalen und illegalen Rauschmitteln; In: Prävention 4/1990, 13. Jhrg.; S.123 ff.

⁶ „Die soziale Ächtung des Drogenmissbrauchs trifft vor allem die sozial Schwachen.“ Ebenda; S. 124

⁷ Ebenda; S. 125

⁸ Ebenda; S. 126

⁹ Ebenda; S.126 f.

¹⁰ Ebenda; S.126

¹¹ THAMM, B.G. (1984): Markt contra Prävention. Wirtschaftliche Aspekte des Drogenmissbrauchs; In: Prävention 4/1984; 7. Jhrg.; S. 108; zuerst wies Günter Amendt bereits 1972 auf diesen politisch-ökonomischen Zusammenhang hin: AMENDT, G. (1972): Sucht - Profit - Sucht; Frankfurt am Main

¹² INCB (1999): Report 1998. United Nations publications No. E.99.XI.1.; Wien

¹³ In den USA erfolgen seit Anfang der 90er Jahre schon auf bloße Denunziation wegen vermeintlichen Drogenhandels und Besitzes hin drastische Bestrafungen von bis zu 25 Jahren Haft für relativ kleine Mengen, mitunter nicht einmal nachgewiesener Mengen und nahezu 1 Million US-Bürger befinden sich mittlerweile in den US-Gefängnissen wegen Drogendelikten. In der Volksrepublik China werden in den letzten Jahren zunehmend lebenslängliche Haftstrafen für derartige Delikte ausgesprochen und schon hunderte von Todesstrafen sind vollstreckt worden.

¹⁴ THAMM; ebenda; S.111

¹⁵ GASSMANN, B. (1984): Suchtprophylaxe als Lebenshilfe; In: Prävention 4/1984; 7. Jhrg.; S.99 ff.

¹⁶ Ebenda; S.100

¹⁷ Dabei ist das Expertenwissen um das Suchtgeschehen durchaus widersprüchlich und keineswegs medizinisch „sauber“ definiert. Vgl. dazu u.a.: SCHEERER S. (1995): special: Sucht; Reinbek bei Hamburg: Eine Gesellschaft diagnostiziert sich selbst und kommt zu dem Ergebnis: Wir sind eine Gesellschaft von Süchtigen. (...) Der Kategorie der Sucht kommt aus diesem Grunde eine zunehmende Bedeutung zu: Wie wir sie definieren und wie wir mit ihr umgehen, so definieren wir uns und so gehen wir mit uns und miteinander um. (...) Im Gegensatz zum Rausch, der den Menschen von Anfang an bekannt war, ist die Sucht eine Erscheinung der Moderne.“

¹⁸ GASSMANN; ebenda; S.101

¹⁹ Ebenda; S. 102

²⁰ Ebenda; S.102 f.

²¹ Europäischer Aktionsplan; Zusammenstellung und Herausgabe der überarbeiteten und autorisierten deutschen Fassung des vom WHO-Regionalkomitee für Europa auf seiner 42. Tagung im September 1992 in Kopenhagen beschlossenen europäischen Aktionsplans Alkohol; Verlag für Gesundheitsförderung, Hamburg 1993
Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in ihrer 70. Sitzung am 20./21. November 1997 zum „Aktionsplan Alkohol“; Saarbrücken 1997; der Beschluss bezieht sich u.a. auf den „Europäischen Aktionsplan Alkohol“ der WHO und auf das Aktionsprogramm zur Eindämmung und Verhütung des Alkoholmissbrauchs - Gemeinsame Erklärung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder sowie des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit“; Köln 1975

²² Amsterdam Gruppe: Brass Brewers Ud., Burton-on-Trent, England; Brasserie-Kronenbourg, Strasbourg, Frankreich; Beck & Co., Bremen, Deutschland; Carlsberg A/S, Copenhagen, Dänemark; Guinness, Dublin, Irland; Heineken NV, Amsterdam, Niederlande; The Hiram Walker Group Ltd., Somerset, England; Interbrew, Leuven, Belgien; International Distillers & Vintners, London, England; Martini & Rossi, Turin, Italien; Moët-Hennessy, Paris, Frankreich; Pernod Ricard, Paris, Frankreich; Seagram Spirits & Wine Group, London, England; The Whitbread Beer Company, London, England - Ende 1990 als informelle Gruppe gegründet, um die öffentliche Akzeptanz der Alkoholindustrie zu erhöhen als Teil einer traditionellen Kultur, die eine Reihe von Vorteilen bei verantwortungsvollem Konsum von Alkohol mit sich bringe; im übrigen setzt sich die Gruppe von ihrem Selbstverständnis ein für „angemessene Maßnahmen zur Prävention von Alkoholmissbrauch; die Gruppe ist einerseits interessengesteuert, gleichwohl bemüht um Anerkennung von gesellschaftlicher Verantwortung für alkoholbedingte Folgeschäden.

²³ Amsterdam Group: Alcoholic Beverages and European Society; Amsterdam 1990, S.21

²⁴ ebenda; S.24

²⁵ Bundesministerium für Gesundheit (Hrg): Repräsentativerhebung 1998 zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland; Bonn 1999, sowie: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland; Köln 1999

²⁶ NEIDERT, R. (1991): Förderung des Nicht-rauchens in der Bundesrepublik Deutschland. Strategien des Bundesministeriums für Gesundheit; In: Prävention 3/1991; 14. Jhrg.; S.83 ff.

²⁷ Ebenda; S. 85

²⁸ Bis Ende 1990 wurden im Rahmen von 9.000 rund 10-wöchigen Kursen mit 150.000 Teilnehmer/innen durchgeführt und die Evaluationsstudie der BzgA geht davon aus, dass rund 25.000 habituelle Raucher zu Nichtraucher geworden seien (rund 20% Erfolgsquote) (TÖPPICH, J./WELSCH, G. (1991): Evaluation des Raucherentwöhnungsprogramms der BzgA; In: Prävention 3/1991; 14. Jhrg.; S. 97 ff.

²⁹ AMSTAD, H. (1993): Rauch-Prävention bei Jugendlichen; In: Prävention 4/1993; 16. Jhrg.; S. 137 ff. Die Werbung fürs Nichtrauchen steht in gewisser Weise der politischen Werbung näher als der kommerziellen; es geht darum, ein bestimmtes - das richtige - Verhalten zu bewirken. Viele Leute reagieren darauf - wie es in einem Buch über Werbung heißt -, mit dem Aufleuchten kleiner Lämpchen im Gehirn und sie fragen sich, ob jemand sie wieder manipulieren will“.

³⁰ HELFFERICH, C. (1990): ‚Nichtrauchermotivation‘ von Jugendlichen; In: Prävention 2/1990; 13. Jhrg.; S. 52

³¹ KLEIBER, D.; SOELLNER, R.: Cannabis-Konsum. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken; Einheim und München 1998; S. 232

³ DOMES, R./RABES, M.: Europäisches Modellprojekt erarbeitet Ecstasy-Materialien; Hamburg 1997

³³ Beschluss der 163. Sitzung der AGLMB vom 17./18.4.1997 zu „Gefahren des Ecstasy-Konsums“

³⁴ FRANZKOWIAK, P. (1998): Risikokompetenz und Regeln für Rausche’: was kann die Suchtprävention von der akzeptierenden Drogenarbeit lernen? In: Akzeptanz 2/1998; 6. Jhrg.; S. 3 ff.

³⁵ FRANZKOWIAK; ebenda; S.10

³⁶ nach: CONTI, E.: Evoluzione delle culture e dei sistemi di intervento sociale in Europa, In: Dalla Prevenzione locale agli orientamenti comunitari. L’alcool fra cultura medica e cultura sociale; a.a.O.; S.19-30

³⁷ Bei CONTI heißt es: n/a melancolia, che Dürer rappresento nella sua famosa incisione, rappresenta la patologia moderna per eccellenza, la caratterizzazione estrema e patologica dell’uomo rinascimentale, orgoglioso e solo di fronte di mondo’ a.a.O.; S.26

Der bevölkerungsbezogene Ansatz zur Minimierung von Suchtgefahren

Rolf Hüllinghorst

Deutsche Hauptstelle gegen
die Suchtgefahren
Westring 2
59065 Hamm

Inhalt

I. Einführung

II. Epidemiologie

III. Beispiel Alkohol

IV. Konsum und Schäden

V. Der bevölkerungsbezogene Ansatz

VI. Schluss

Literatur

Abbildungen

1: Cartoon

2: Alkoholkonsum im Zeitverlauf

3: Alkoholprobleme bei bekannten Personen

4: Zusammenhang zwischen Gesamtkonsum und Leberzirrhose

5: Selbsteinschätzung aufgrund des CAGE-Testes

6: Preisentwicklung alkoholischer Getränke und Entwicklung der Lebenshaltungskosten

1. Einführung

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat für seine 19. Jahrestagung das Thema "Suchtpolitik auf dem Weg ins nächste Jahrtausend" gewählt. Für mich ist 'Suchtpolitik' ein Obertitel, der sich aus zumindest drei Unterthemen zusammensetzt, die jeweils ihre eigene Bedeutung und Wichtigkeit haben.

Bei jeder Diskussion über Sucht- oder Drogenpolitik sollte man genau hinschauen, worum es denn eigentlich geht.

Erstens geht es um den Stellenwert von Suchtmitteln in unserer Gesellschaft und deren Gefährdungspotenziale,

zweitens muss es darum gehen, frühzeitig zu intervenieren, um substanzbezogene Störungen zu vermeiden und

drittens bedarf es einer qualitativ hochwertigen (Sofort-)Hilfe, ohne Substanz- bzw. Verhaltensbezogenheit.

Dabei habe ich den Eindruck, dass Diskussionen in Deutschland immer relativ hektisch geführt werden. Auf dem Cartoon (Abbildung 1) heisst es: "Auf welchen Balkon hast Du Herrn Rutz zum Rauchen geschickt?" Antwort: "Wir haben keinen Balkon!" Das erinnert mich an den Ausspruch eines holländischen Freundes (Jaap van der Haar), der die Unterschiede in der deutschen und holländischen Suchtpolitik an einem Beispiel deutlich machte: "Ihr in Deutschland seid wie Eure Eichen. Die Meinung steht fest und unumstößlich. Wir sind wie unsere Nordseewellen: Wir versuchen erst das eine. Wenn es geht - gut. Wenn nicht, machen wir einen neuen, anderen Versuch."

Ich möchte versuchen, in meinem Referat die Diskussion der letzten Jahre, die sich vorrangig um die Hilfe für Suchtkranke drehte (dokumentiert unter anderem auch durch die Arbeit am DHS-Konzept der Suchtkrankenhilfe), weiterzuführen zu einem bevölkerungsbezogenen Ansatz, der bereits im Vorfeld des Missbrauchs und der Erkrankung Wirkung zeigen soll.

II. Epidemiologie

Durch Drogenaffinitätsstudien der BZgA, durch die Repräsentativerhebungen des IFT im Auftrage des BMG, durch Behandlungsstatistiken (EBIS, SEDOS) und eine Reihe weiterer Quellen wissen wir inzwischen einiges über den Umfang der substanzbezogenen Schäden und Störungen.



Abb. 1

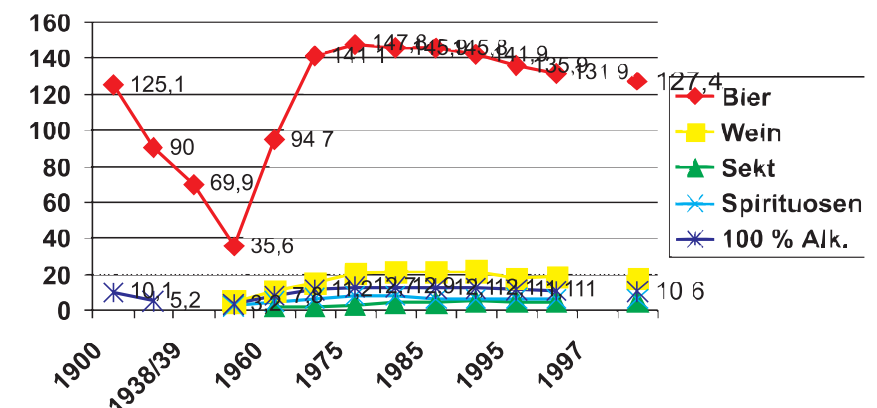
Aktuell gehen wir davon aus, dass wir in Deutschland rechnen müssen mit

- 1,7 Millionen Menschen mit abhängigem Alkoholkonsum,
- 2,7 Millionen Menschen mit missbräuchlichem Alkoholkonsum,
- 4,9 Millionen Menschen mit riskantem Alkoholkonsum,
- 600.000 bis 1,4 Millionen Menschen, die abhängig von Medikamenten sind,
- 250.000 bis 300.000 Konsumenten harter Drogen, davon 100.000 bis 150.000 mit hoher Konsumfrequenz oder hochriskanten Einnahmeformen,
- 17,8 Millionen Raucherinnen und Raucher, davon 6,8 Millionen mit einem Konsum von mehr als 20 Zigaretten pro Tag und
- 2,1 Millionen Haschischkonsumenten, davon 270.000 mit fast täglichem Konsum.

III. Beispiel Alkohol

Nun sagen die Zahlen global relativ wenig aus, sie sind fast schon zu groß, als dass sie noch beunruhigend wirken können. Ich möchte am Beispiel des Alkohols etwas tiefer in die Thematik einsteigen. Abbildung 2 zeigt den Verlauf des Alkoholkonsums in Deutschland. Nach einem Höhepunkt des Konsums im Jahre 1985 sinkt seitdem die Kurve des Gesamtkonsums alkoholischer Getränke in Deutschland kontinuierlich. Der Pro-Kopf-Konsum 100 %igen Alkohols ist die Kennzahl, die für bevölkerungsbezogene Vergleiche herangezogen wird. Sie berechnet sich nach einer zwischen allen Beteiligten vereinbarten Formel des Alkoholgehalts alkoholischer Getränke und lag 1998 in Deutschland bei 10,6 Litern. Obwohl der Konsum in den letzten Jahren - vor allen Dingen beim Bier - zurückging, ist das zu hohe Niveau das Problem. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet 2 Liter pro Kopf als Grenze, bei der keine bevölke-

Abbildung 2: Alkoholkonsum im Zeitverlauf



rungsbezogenen Schäden mehr zu erwarten sind.

Im zweiten europäischen "Aktionsplan Alkohol", der im Dezember 2000 in Stockholm von den Vertretern der europäischen Staaten verabschiedet werden soll, wird als neue Zielsetzung ein Konsum von 6 Litern pro Kopf der Bevölkerung angestrebt. Das würde bedeuten, dass der Konsum in Deutschland in den nächsten Jahren um 43 % sinken müsste - kaum vorstellbar. Allerdings wird bei einem Vergleich mit anderen europäischen Staaten sichtbar, dass ein Konsum auf wesentlich niedrigerem Niveau möglich ist. In Norwegen betrug der Pro-Kopf-Konsum 1998 4,3 Liter, in Schweden 4,9 Liter und auch die USA liegen mit 6,5 Litern nur knapp über der WHO-Zielsetzung. Auch wenn es in der Öffentlichkeit häufig anders diskutiert wird, so sind die alkoholbedingten Folgen und Schäden in diesen Ländern wesentlich niedriger, als es bei uns der Fall ist.

Das EMNID Institut erfragte im April 1998 im Auftrage unseres Fördervereins 1.030 Bundesbürger, ob sie bei ihnen bekannten Personen Alkoholprobleme festgestellt hätten (Abbildung 3). Dabei wurde deutlich, dass 43,8 % der befragten Personen angaben, keine Alkoholprobleme bei bekannten Personen zu sehen. Wie heißt es so schön? "Nur der Patient, der mehr trinkt als sein Arzt, hat ein Problem." So wird auch die Sichtweise sein. Umgekehrt erscheint es erschreckend, dass mehr als die Hälfte der Befragten Menschen mit ausgeprägten Alkoholproblemen kennen. Bereits hier der Hinweis auf die "substanzbezogenen Störungen". Es muss ja nicht offensichtlich sein, dass bereits Schädigungen aufgrund des Konsums von psychotropen Substanzen eingetreten sind.

An einem kleinen Beispiel möchte ich noch einmal den Zusammenhang zwischen Konsumhöhe und Schäden darstellen. Die Zahlen sind leider schon

Abbildung 3: Alkoholprobleme bei bekannten Personen

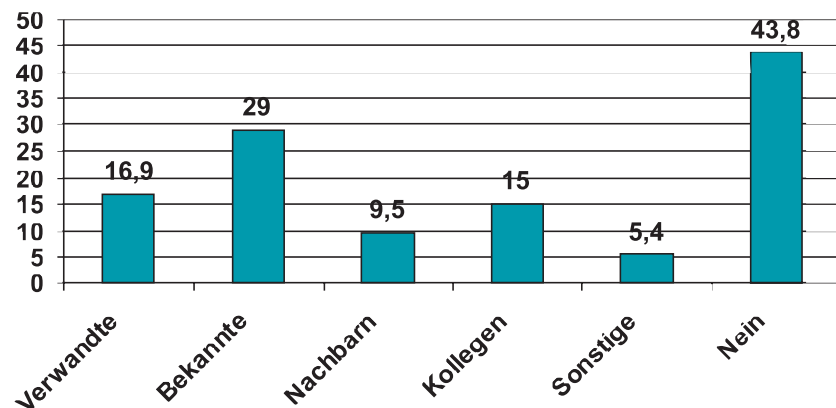
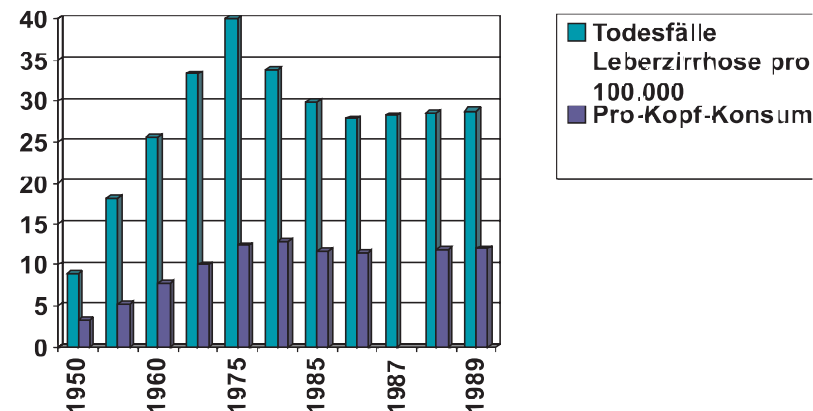


Abbildung 4: Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Leberzirrhose



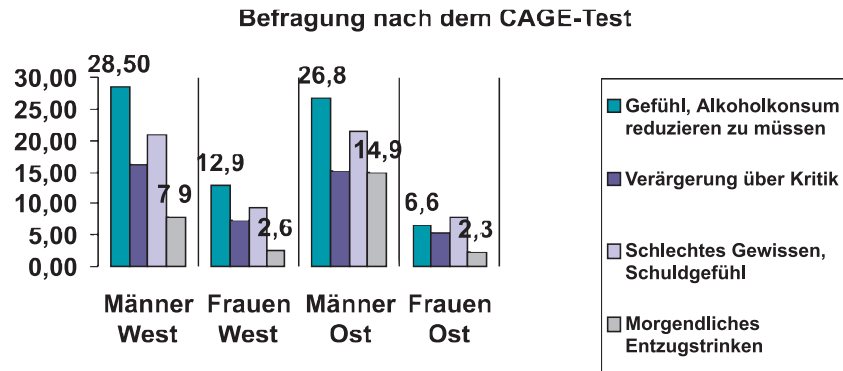
etwas älter, aber es geht um das Prinzip. In Abbildung 4 wird der Zusammenhang zwischen den Todesfällen an Leberzirrhose pro 100.000 Einwohnern und dem Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke dargestellt. Selbstverständlich gibt es hier Zeitverzögerungen, aber es ist eindeutig: Je mehr Alkoholkonsum in der Gesellschaft, desto höher die Rate der Todesfälle aufgrund von Leberzirrhose.

Auch der Zusammenhang zwischen der Höhe des Alkoholkonsums und der Zahl der Abhängigkeitskranken belegt die These, dass der Umfang der Schäden abhängig ist vom Pro-Kopf-Konsum. Das außerordentlich große Problem in Deutschland - nur dargestellt am Thema Alkohol -, kommt beim Betrachten der Abbildung 5 deutlich zum Tragen. Die dargestellten Zahlen beziehen sich auf Befragungen der Repräsentativerhebung 1995 mit dem "CAGE-Test". Hier wurde nach 4 Items gefragt:

- Haben Sie das Gefühl, Ihren Alkoholkonsum reduzieren zu müssen? *Mehr als ein Viertel der deutschen Männer zwischen 18 und 59 Jahren haben den Eindruck, dass sie zuviel trinken.*
- Waren Sie schon einmal verärgert über Kritik an Ihrem Trinkverhalten? *Auch hier noch Werte um 14 %.*
- Haben Sie ein schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle aufgrund Ihres Alkoholkonsums?
- Müssen Sie bereits morgens Alkohol trinken, um einem Entzug vorzubeugen?

Bei den Ergebnissen gab es 1995 noch Unterschiede zwischen Ost und West, allerdings nähern sich die Trinkgewohnheiten (das belegt auch die Repräsentativerhebung 1997) in beiden Teilen unseres Landes rasant an.

Abbildung 5: Selbsteinschätzung aufgrund des CAGE-Testes



IV. Konsum und Schäden

Die Summe der Schäden ist abhängig von der Konsumhöhe. Was in Kapitel 3 über den Alkohol gesagt wurde, gilt selbstverständlich auch für jedes andere Suchtmittel, für "gefährliche" Stoffe. Dabei sind die Schäden nicht allein an der Abhängigkeit zu messen. Zum Beispiel geht es beim Alkohol um körperliche Schädigungen der unterschiedlichsten Organe, die erhebliche Krankheitskosten nach sich ziehen. Beim Tabak ist dieser Zusammenhang noch viel deutlicher, wenn allein an die Erkrankungen des Mund-/Rachenraumes und der Lunge gedacht wird. Medikamente schädigen bzw. gefährden ungeborenes Leben und haben erhebliche Nebenwirkungen. Cannabis führt zur Interesselosigkeit - diese Liste könnte beliebig weitergeführt werden. Immer eingedenk des alten Paracelsus-Ausspruches: "Die Menge macht das Gift."

Es hat nicht genügend Effekte, nur Missbraucher oder Abhängige zum Konsumverzicht zu veranlassen. Der breite Konsum, der die Zahlen des Gesamtkonsums beeinflusst, geschieht durch Normal- bzw. Viel-Konsumenten, nicht allein durch Missbraucher und Abhängige. *Deshalb ist die Beeinflussung des Konsums der Normalkonsumenten ein Ziel des bevölkerungsbezogenen Ansatzes.*

Aus Public-Health-Gesichtspunkten ist Verhältnisprävention angesagt. Das bedeutet Senkung des Konsums, nicht nur durch Beeinflussung der Nachfrage, sondern auch durch die Reduzierung des Angebotes. Eine Senkung der Konsumhöhe bringt Umsatzrückgänge. Am Beispiel Alkohol habe ich deutlich gemacht, dass ein Konsumrückgang um mehr als 40 % erforderlich ist. Das bedeutet, dass es massive Konflikte zwischen der Wirtschafts- und der Gesundheitspolitik geben wird. Die Politik hat diesen Abwägungsprozess sorgfältig durchzuführen und öffentlich transparent zu gestalten.

Wenn wir über Süchte sprechen, dann geht es primär um substanzbezogene Süchte. Es ist Professor HURRELMANN zu danken, dass er anlässlich einer Fachtagung zum Thema pathologisches Glücksspiel eine Gegenüberstellung von substanz- zu verhaltensbezogenen Süchten vorgestellt hat. Er hat am Beispiel "Spielsucht" 10 Punkte herausgearbeitet, die sowohl für die Abhängigkeit von Suchtmitteln als auch für das Spielen am Automaten oder im Casino zutreffen:

- Denken an Suchtmittel, Spielautomaten, Chat-Room
- Dosissteigerung (immer mehr, um Wirkung zu erzielen)
- Wiederholte erfolglose Versuche des Aufhörens
- Gereiztheit, Unruhe bei Nicht-Konsum
- Verdrängung von realen Situationen
- Vernachlässigung sozialer Beziehungen
- Keine Krankheitseinsicht
- Illegale Handlungen
- Gefährdung von Arbeitschancen
- Leihen von Geld.

V. Der bevölkerungsbezogene Ansatz

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), sowie die meisten Verbände der Suchtkrankenhilfe haben inzwischen ein Konzept der Suchtkrankenhilfe entwickelt. Zielführend ist dabei - und darauf hat auch die Parl. Staatssekretärin und Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Christa Nickels, in ihrem Drogen- und Suchtbericht hingewiesen -, dass mehr Menschen mit substanzbezogenen Störungen

gen früher erreicht werden sollen und dass dabei ihre tatsächliche Lebenssituation stärker zu berücksichtigen ist. Hier handelt es sich um eine klassische Aufgabe der Gesundheitspolitik, bereits eingetretene Störungen zu lindern, zu bessern und zu heilen.

In diesem Vortrag möchte ich heute einen Schritt weitergehen und dabei auf die Erfahrungen, die vor allen Dingen im europäischen Ausland gemacht worden sind, zurückgreifen. Ich beziehe mich vor allen Dingen auf Publikationen der Arbeitsgruppe um Professor JOHN in Lübeck (jetzt in Greifswald).

Ziel des bevölkerungsbezogenen Ansatzes zur Gesundheitsförderung ist es, Interventionen so zu steuern, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung durch den Konsum von Suchtmitteln so wenig wie möglich beeinträchtigt wird. Wenn dieser bevölkerungsbezogene Ansatz greift, hätten wir in einem überschaubaren Zeitraum eine Gesundheitsreform, die ihren Namen verdient.

Merkmale

Auf der Basis eines Beitrages von JOHN, HAPKE und RUMPF in der Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1998 möchte ich mit Ihnen die Merkmale des bevölkerungsbezogenen Ansatzes einmal durchgehen.

- *Probleme des Konsums psychotroper Substanzen werden primär nicht als Probleme des Einzelnen, sondern des Gemeinwesens betrachtet.* Das bedeutet, dass es nicht allein entscheidend ist, was der oder die Einzelne konsumiert,

der Gesamtkonsum ist entscheidend.

- *Bezüglich der Folgen des Konsums ist der Fokus auf Schädigungen gerichtet, die zukünftig auftreten können.* Frühintervention ist in aller Munde - der bevölkerungsbezogene Ansatz beginnt noch früher.
- *Bezüglich des aktuellen Verhaltens ist der Fokus auf den Konsum mit Risiko für die Gesundheit generell gerichtet, nicht spezifisch auf Abhängigkeit.* Stichworte sind hier die substanzbezogenen Schäden, die z. B. durch einmaligen Missbrauch oder durch langdauernden Konsum relativ geringer Mengen ausgelöst werden können.
- *Die Interventionen sind primär-, sekundär- und tertiärpräventiver Art. In dieser Reihenfolge sind auch die Ressourcen einzusetzen.* Primärprävention wird hier verstanden als Gesellschaftspolitik, als Einwirkung auf Einstellungen, als Präventionsbemühungen, z. B. unter dem Aspekt "Kinder stark machen". Dabei müssen wir uns von zwei Aspekten leiten lassen:
 - den Konsumbeginn hinauszuschieben
 - die Konsumfrequenz zu reduzieren bzw. gering zu halten
- *Missbrauch und Abhängigkeit bilden lediglich Spezialfälle unter einer größeren Zahl von Schäden im körperlichen, sozialen und psychischen Bereich.*

1990 wurde in der Tagung "Die vergessene Mehrheit" erstmals darauf hingewiesen, dass die Zahl der erreichten Alkoholabhängigen zu gering sei, dass alle Anstrengungen unternommen werden müssten, um Menschen früher und effektiver zu erreichen. Wir haben

jetzt das Jahr 2000, die These der Tagung von 1990 ist angekommen. Aber sie ist noch nicht in allen Köpfen und vor allen Dingen nicht in die Praxis umgesetzt.

Nun gilt es, mit dem bevölkerungsbezogenen Ansatz einen weiteren wichtigen Schritt zu machen.

Umsetzung

Was bedeutet nun der bevölkerungsbezogene Ansatz in der Umsetzung? Es gibt drei Argumente.

- Konsumenten mit kritischem, aber nicht pathologischem Konsum haben individuelle, geringere Gesundheitsschäden, belasten durch die große Zahl des Gesundheitswesens jedoch erheblich.
- Gemäßigten Konsum schafft die Umgebung, in der Missbrauch entsteht.
- Menschen mit starkem Konsum bzw. mit Abhängigkeit reagieren am stärksten auf substanzbezogene Maßnahmen.

In der Fachliteratur sind die Ergebnisse eindeutig. Es gibt zwei Bereiche der Intervention, in denen der Einfluss auf die Konsumhöhe zweifelsfrei nachgewiesen ist.

1. Verfügbarkeit

Die Verfügbarkeit wird beeinflusst durch

- die Verkaufszeiten,
- die Zahl der Verkaufsstellen,
- die Limitierung der Abgabemengen,
- die Art der Abgabe (Selbstbedienung oder Tresen),
- das Mindestabgabealter.

2. Preis

Preiserhöhung wirkt umsatzreduzierend. Das kann in Deutschland z. B. beim Alkohol nicht greifen, da alkoholische Getränke im Verhältnis zu den Lebenshaltungskosten in Deutschland immer billiger werden (Abbildung 6).

3. Image-Veränderung

In der Wirkung nicht im gleichen Maße nachweisbar sind weitere Einflüsse, wie z. B. durch die Werbung. Wenn hier auch kein direkter Zusammenhang zwischen der Botschaft der Werbung und dem Konsum hergestellt werden kann, so ist die Beeinflussung doch wahrnehmbar. In der Werbung, z. B. für alkoholische Getränke, wird mit jeder Botschaft nicht nur für eine Marke, sondern auch für die Wirkung der Substanz geworben. Da bekommen die "Premium-Marken" ein Image,

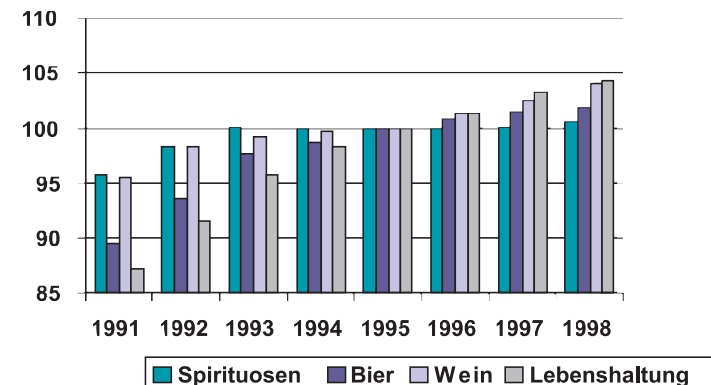
das als erstrebenswerter Lebensstil empfunden wird. Der Umsatz wird aber mit Dosenbier gemacht, das in Supermärkten an ein Publikum verkauft werden, welches diesen Lebensstil nie erreichen wird.

Zur Image-Veränderung im positiven Sinne gehören alle Bemühungen um eine "Punkt-Nüchternheit". Hier gilt es, einen gesellschaftlichen Konsens zu finden, dass in bestimmten Situationen (z. B. Straßenverkehr), zu bestimmten Tageszeiten (vormittags) oder durch bestimmte Personengruppen (Kinder, Jugendliche, Schwangere) kein Alkohol, um bei diesem Beispiel zu bleiben, konsumiert wird.

4. Pädagogische Programme

Neben den bevölkerungs- und substanzbezogenen Maßnahmen sind es pädagogische Programme, die Einfluss

Abbildung 6 Preisentwicklung alkoholischer Getränke und Entwicklung der Lebenshaltungskosten



auf das Konsumverhalten nehmen. Dabei wurde nachgewiesen, dass die Kombination von Massenmedien-Informationen und Schulinterventionen die höchste Wirksamkeit in Bezug auf die postulierten Präventionsziele bietet.

5. Kommunale Präventionsprogramme

Weitere Ansätze sind kommunale Präventionsprogramme. In der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass präventive Ansätze vor Ort leichter in die allgemeine Gesundheitspolitik einer Region eingebunden werden können.

Auch die Sekundärprävention ist wirksam im Sinne von Konsumreduzierung. Hier geht es um die Pole der Rehabilitation auf der einen und der Motivation zur eigenen Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit auf der anderen Seite. Entscheidung zur Trinkmengenreduzierung oder Abstinenz im persönlichen Bereich führt zu gesellschaftlich spürbarer Konsumreduzierung.

Zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten können neue Interventionsformen hilfreich sein, die vor allen Dingen in der ärztlichen Praxis anzusiedeln sind, wie: Ratschlag, Beratungs-, Kurzinterventionen, Motivationale Interventionen.

VI. Schluss

Wenn der bevölkerungsbezogene Ansatz konkret umgesetzt werden soll - und langfristig gibt es dazu keine Alternative, weil die Schäden und Kosten des Konsums psychotroper Substanzen unbezahlbar werden -, gibt es ein Hindernis. Es wird beschrieben als die 'Medikalisierungsfalle'.

In dieser 'Falle' befindet sich aktuell das gesamte Hilfesystem, weil es eben auf 'Hilfe' fokussiert ist. Alkoholbezogene Probleme (oder Probleme mit anderen Substanzen) werden in erster Linie als medizinische Probleme definiert. Wenn das passiert, gerät die Person mit abweichendem Verhalten in den Mittelpunkt. Dann werden die Rahmenbedingungen, auf deren Grundlage sich Missbrauch und Abhängigkeit entwickeln, ausgeblendet.

Der Interessenschwerpunkt unserer Bemühungen muss das Konsumniveau in der Bevölkerung sein. Hier gilt es anzusetzen.

Literatur

AASLAND, O.G.: Prävention alkoholbezogener Probleme: der Public-Health-Ansatz. In: SUCHT 42, 236 - 245

BREITENACHER, M.: Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS): Jahrbuch SUCHT 2000, Geesthacht 1999

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 1997, Eigenverlag, Köln 1998

Emnid-Institut: Werbeverbote und Produktabgabe für Alkohol, Bielefeld 1998 (unveröffentlicht)

JOHN, U., HAPKE, U., RUMPF, H.-J.: Der bevölkerungsbezogene Gesundheitsansatz und Konsum psychotroper Substanzen. In: Zeitung für Gesundheitswissenschaften, 6. Jahrgang 1998, Heft 1, 58 - 64

KRAUS, L., BAUERNFEIND, R.: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997 in: SUCHT, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 44. Jahrgang, Sonderheft 1, Sept. 98

Productschap voor gedistilleerde Dranken: World Drink Trends 1999, Henley on Thames 1999

SIMON, R., PALAZZETTI, M.: Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland in: SUCHT, Zeitschrift für

Wissenschaft und Praxis, 45. Jahrgang, Sonderheft 1, Aug. 99

Auswirkungen des Landesprogramms gegen Sucht NRW aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege

Georg Seegers

Diözesan Caritasverband
im Auftrag des Arbeitsausschusses
'Drogen und Sucht'
(AG Freie Wohlfahrtspflege NRW)
Georgstraße 7
50676 Köln

Inhalt

- I. Vorbemerkungen zum Thema**
 - 1. Wie finden Problem und Lösung zueinander?**
 - 2. Bewertungskriterien**
- II. Einige historische Meilensteine auf dem Weg zum heutigen Landesprogramm gegen Sucht (LSP) NRW im Überblick**
- III. Theoretische Grundlage des LSP**
- IV. Handlungsfeld "Hilfen für Suchtkranke/-gefährdete"**
- V. Exemplarische Handlungsempfehlungen lt. Aufgabenverteilungsplan**
- VI. Resümierende Bewertung der inhaltlichen Arbeit innerhalb der AG's zum LSP**
- VII. Fazit**

I. Vorbemerkungen zum Thema

1. Wie finden Problem und Lösung zueinander?

"Eine japanische Küstenortschaft wurde einst von einer Flutwelle bedroht.

Die Welle wurde jedoch vorher durch einen Bauern, der alleine auf den am Hang über dem Dorf liegenden Reisfeld arbeitete, weit draußen am Horizont gesichtet. Sofort setzte er die Felder in Brand und die Dorfbewohner, die herausgeschwärmt kamen, um ihre Ernte zu retten, wurden vor der Flut gerettet." ¹

2. Bewertungskriterien

Angesichts der Tatsache, dass sich das Landesprogramm gegen Sucht NRW (LSP) erst seit wenigen Monaten in der Umsetzung befindet, kann ich bei der Bewertung von "Auswirkungen" lediglich von ersten subjektiven Reflektionen berichten. Dies geschieht anhand folgender Vorgehensweise:

- der Würdigung von Schwerpunkten und Inhalten des LSP im Unterschied zu den früheren Landesdrogenprogrammen.
- der Überprüfung, ob die angegebenen "Zielvereinbarungen und Planungen", sowie die "Handlungsempfehlungen" des Landes geeignet sind, den Zielen einer effizienten Suchtpolitik gerecht zu werden.

Meine Bewertungen sind subjektiver Natur und repräsentieren die Meinung eines Verbandsvertreters, der sich auf

Erfahrungen im ehemaligen Landesfachbeirat bezieht und der sich

- aufgrund der Beteiligung im Programmbegleitenden Ausschuss (PBAG) sowie
- zuletzt auf der Basis einzelner AG's zur Umsetzung des Landessuchtprogramms mit dem System der der Suchtkrankenhilfe in NRW befasst hat.

II. Einige historische Meilensteine auf dem Weg zum heutigen Landesprogramm gegen Sucht NRW im Überblick

- Drogenkonferenzen 1981/ 1989 / Etablierung des Landesfachbeirates
- Europäischer Aktionsplan Alkohol (1992):
"Vom Ansatz her zielt der Aktionsplan Alkohol primär auf Konsumreduzierung zur Verminderung aller alkoholbedingten Schäden" (LSP, S. 74)
- **"Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW" als Grundlage der nordrhein-westfälischen Gesundheitspolitik (1995):**
"Bis zum Jahre 2005 sollen die Chancen in NRW, ein suchtfreies Leben führen zu können, deutlich erhöht werden. Dazu gehören u.a. Anstrengungen, den risikoreichen Konsum psychoaktiver Substanzen - wie z.B. Alkohol, Tabak und illegale Drogen - zu verringern." (LSP, S. 108)

● **Landesgesundheitskonferenz 1995:**

Bis zum Jahre 2005 sollten alle Lebens- und Tätigkeitsbereiche wie Stadt, Schule, Arbeitsplatz Nachbarschaften und eigenes Zuhause bessere Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit bieten." (LSP, S. 32)

● **Erstellung eines Materialienbandes des Kölner Forschungsinstitutes FOGS**

● **Veröffentlichung des Landesprogramm gegen Sucht im Frühjahr 1999:**

Die Ziele des Landesprogramms gegen Sucht NRW werden wie folgt benannt:

1. Sicherung, Qualifizierung und Ausbau der auf den drei Säulen der Suchtpolitik (Prävention, Hilfen und Repression) basierenden Initiativen und Maßnahmen.
2. Förderung eines gemeinsamen Suchtverständnisses bei den unterschiedlichen Beteiligten in Politik, Verwaltung, Praxis und in der Bevölkerung.
3. Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der Ist-Situation, Planungen und Zuständigkeiten.
4. Herstellung von Verbindlichkeit hinsichtlich der Zielevereinbarung, Planungen und Kooperationen (LSP, S.9).

Die Struktur der Verantwortung für die Umsetzung des Programmes ist geprägt von folgenden Merkmalen:

- a) die Federführung der AG's liegt zahlen- und schwerpunktmäßig in der Hand des MFJFG

- b) die Mitwirkung der 18 Kooperationspartner und beteiligten Institutionen wird gesondert festgeschrieben.

III. Theoretische Grundlagen des LSP

Das "Suchtverständnis"

Das sog. multifaktorielle Bedingungsgefüge von Suchterkrankung umfasst

- die Person
- die Umwelt
- die Substanz / das Suchtmittel

und führt zu einer "Mehrdimensionalität der Entstehungsgeschichte" (LSP, S. 12). Dieser weit verbreitete Lehrsatz bedeutet, dass sich der problematische Konsum, der Missbrauch und die Abhängigkeit prozesshaft entwickelt auf der Basis einer Wechselwirkung von Individuum, sozialer Umwelt und Substanz mit spezifischer Wirkung.

"Um suchtfrei leben zu können, müssen letztlich alle Menschen einen Weg finden, um für sich ein lebbares Gleichgewicht zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit im Leben herzustellen." (LSP, S. 13)

Diese Erkenntnis unterstützt die wissenschaftlichen Erklärungsversuche des Suchtphänomens. Da es keine kausalen und linearen Erklärungsmodelle für das Entstehen von Sucht und Abhängigkeit gibt, greift das LSP die Theorie der multifaktoriellen Ansätze auf.

Bernhard SCHMIDTOBREIK stellt hierzu fest:

"Nicht jeder, der Alkohol trinkt, wird heroinabhängig, genauso wenig wie jeder heroinabhängig wird, der Zigaretten raucht oder Cannabis konsumiert. Damit wird deutlich, dass wir uns davor hüten müssen, ungeprüft Kausalitäten herzustellen, und dass wir Suchtstoffe und den Umgang damit sehr differenziert sehen müssen. Dieses differenzierte Denken und das Erkennen der vielfältigen Funktionen von Suchtmitteln in unserer Gesellschaft könnte dazu beitragen, dass wir lernen, mit Suchtstoffen in unserer Gesellschaft zu leben." (Vier Thesen zur Neuorientierung der Drogenpolitik und Drogenhilfe in Deutschland, 1995).

Analog zu der Komplementarität der Erklärungsmuster lassen sich Ziele und Aufgaben der Suchtkrankenhilfe nur mit einem entsprechenden breiten Verständnis von Behandlung und Beratung formulieren: Sie reichen von der Sicherung des Überlebens, über die Reduzierung des Substanzkonsums bis hin zur Abstinenz.

Die Zielhierarchie reicht von den dringlichsten, kurzfristigen Zielen, wie beispielsweise die "Sicherung des Überlebens", bis hin zu idealtypischen Zielen, wie die "dauerhafte Freiheit von Suchtmittelkonsum" (DHS, 1998, Drogenpolitik und Drogenhilfe. Sucht, 44, S. 287).

Die Loslösung vom Suchtmittel verläuft prozesshaft langwierig und in der Regel mit Rückfallintervallen. Diesem Verständnis trägt das LSP Rechnung, wenn es die Substitutionsbehandlung mit Methadon und die Vergabe von Originalsubstanzen als Elemente eines umfassenden Behandlungskonzeptes darstellt (LSP, S. 55/57).

Ein elementarer Baustein des LSP ist

das Verständnis von **"Gesundheitsförderung"**, wie es im **4. Gesundheitsziel für NRW** (S. 108) benannt wird:

Im Bereich der Suchtprävention wird u.a. gefordert:

"Praxisumsetzung von ursachenorientierten statt stoffbezogenen Konzepten zur Reduzierung der Nachfrage, basierend auf dem persönlichkeitsstärkenden Ansatz". (S. 108)

"Beiträge zur Förderung gesunder Lebensbedingungen, Stärkung der Persönlichkeit, Aufzeigen genussvoller Alternativen zum Konsum". (S.109)

Zu den Grundprinzipien des LSP gehört die **"Geschlechtsspezifische Differenzierung"**. Die Begründung ist genauso einleuchtend wie banal:

"Da Übereinstimmung bei allen darin besteht, dass es nicht um den Aufbau paralleler Strukturen für suchtkranke Frauen gehen kann, sieht das Konzept vor, frauenspezifische Aspekte weitgehend in das bestehende Suchtkrankenhilfesystem zu integrieren." (LSP, S.19)

Trotz der Forderung nach Vernetzung der verschiedenen Hilfeangeboten und einer damit einhergehenden fallbezogenen Kooperation wird die stoffbezogene Betrachtungsweise durch die **Trennung nach Problemfeldern** aufrechterhalten.

Wird im Vorwort noch die "umfassende und ganzheitliche Sicht von Sucht in den Vordergrund gestellt, so gliedert das LSP die Problemfelder der Suchtphänomene im klassischen Dreiklang:

- a) Illegale Drogen
- b) Alkohol
- c) Medikamente

Es sollte überprüft werden, inwieweit sich die derzeitige Trennung zwischen Alkohol- und Drogenhilfe tatsächlich unter fachlichen Gesichtspunkten bewährt hat.

Auch Menschen mit Substanzproblemen, die im sozialrechtlichen oder medizinischen Sinne nicht als Kranke gelten, gehören vom Selbstverständnis abgeleitet zu den Zielgruppen einer differenzierten Suchtkrankenhilfe.

IV. Handlungsfeld "Hilfen für Suchtkranke/-gefährdete"

Die Diskussion um das LSP ist in NRW an zahlreichen Stellen im Gange: Das LSP versucht, die Förderung und Anschubfinanzierung neuer Projekte an inhaltliche Vorgaben zu koppeln und zielt ab auf die **Verbesserung von defizitären Versorgungsleistungen** durch Anreizfinanzierungen (sog. Erweiterte Grundförderung).

Hierzu zählen insbesondere **Maßnahmen für besondere Zielgruppen:**

Frauenspezifische Behandlungsangebote und Angebote für Migranten sollen die strukturellen Erweiterungen der Suchthilfe symbolisieren.

Zum erweiterten Kreis der besonderen Zielgruppen gehören ebenso:

- Junge Suchtkranke und -gefährdete
- Chronisch mehrfachgeschädigte und obdachlose Suchtkranke
- Kinder in besonderen Problemlagen

Konkrete Handlungsempfehlungen:

Geplant sind:

- ein bedarfsgerechtes, transparentes Hilfenetz (S.15)
- niedrigschwellige Kontaktstellenarbeit (S.53)
- Soforthilfe (S.53/54)
- Substitutionsbehandlung und substitutionsgestützte Rehabilitation (S.55/72)
- Therapie unter Originalstoffverschreibung (S.57/ 73)
- Konsumräume (S. 58)
- Förderung der Selbsthilfe (S. 79)
- Betriebliche Suchtkrankenhilfe (S. 80)

Bei der Analyse des LSP fällt auf, dass das Landesprogramm gegen Sucht in Form einer suchtförmübergreifenden Gesamtkonzeption vorgelegt wird.

Es zeichnet sich durch ein ganzheitliches Suchtverständnis aus und orientiert sich am Bedarf der Betroffenen.

Das zum Ausdruck gebrachte Präventionsverständnis orientiert sich an Merkmalen der allgemeinen Gesundheitsförderung wie

- auf den Einzelfall abgestimmte, flexible Hilfen
- Hilfen zum frühestmöglichen Zeitpunkt
- Maßnahmen zur Reduzierung des Suchtmittelangebotes.

Es liegt ein positives Grundverständnis zum Veränderungsmangement vor, da es prozesshaft angelegt ist. Es wurde auf größtmögliche Beteiligung vieler Institutionen Wert gelegt, um den Charakter eines gemeinschaftlichen Programms zu fördern. Die sog. funktiona-

le Sichtweise wird favorisiert: d.h. weniger Berücksichtigung von institutionellen Interessen, stattdessen mehr Aufmerksamkeit auf die notwendige klientenzentrierte Bedarfsermittlung.

Hervorzuheben ist ebenfalls die verstärkte Tendenz zum Selbstmanagement im sozialen Kontext: Selbsthilfe hat Vorrang vor Fremdhilfe.

Für diejenigen, die interdisziplinär mit der Sucht- und Drogenhilfe zusammenarbeiten sollten, bietet das Programm zahlreiche Vernetzungsimpulse, ohne jedoch Verbindlichkeiten strukturell festzulegen.

V. Exemplarische Handlungsempfehlungen lt. Aufgabenverteilungsplan

a) Zielgruppe Migranten/ Vernetzung von Migranten und Aussiedlern

"Im Rahmen der erweiterten Grundförderung werden in Absprache mit den Kommunen und Wohlfahrtsverbänden entsprechende Schwerpunkteinrichtungen gefördert werden."

Träger Kommunen und das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit wirken auf migrantenspezifische Angebote der Institutionen hin." (PBAG-Manuskript, S. 38)

Kommentar:

Das Programm leistet einen wichtigen Impuls für ein bisher vernachlässigtes Problemfeld.

Die Entwicklung von zielgruppenspezifischen Hilfeangeboten ist unbestritten. Im Bereich der Suchtberatung/Suchtbehandlung für Aussiedler/Migranten stoßen die Mitarbeiter der "Regeldienste" auf kulturbedingte Blockaden und Widerstände. Dies hat nur selten mit der fehlenden muttersprachlichen Kompetenz zu tun. Vielmehr müssen Menschen aus verschiedenen sozialen Milieus und Kulturkreisen angemessen und differenziert beraten und behandelt werden.

Im Bereich der Suchtprävention und Suchtbehandlung von Migranten und Aussiedlern liegen noch keine angemessenen Konzepte und Kompetenzen vor.

b) Kooperation mit Ärzten/ Fortbildung

"Für die Umsetzung integrierter Konzepte wird eine Fortbildungsreihe aller beteiligten Berufsgruppen von den Zuständigen (Landschaftsverbänden, Ärztekammern, Apothekerkammern, Wohlfahrtsverbänden u.a.) in Kooperation mit den Akademien für ärztliche Fortbildung und dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit entwickelt." (PBAG, S. 38)

Kommentar:

Fortbildung wird in erster Linie als lerntheoretischer Input mit Wissens"blöcken" verstanden. Das so notwendige Praxis- und Erfahrungswissen im Umgang mit Suchtkranken gerät angesichts reglementierter Verfahren durch das Psychotherapeutengesetz in den Hintergrund und führt zu einer einseitigen Methodik in der Suchttherapie. Systemisches Gedankengut, selbsterfahrungsbezogenes Lernen und non-ver-

bale, kreative, erlebnisorientierte Methoden genügen immer noch nicht wissenschaftlichen Standards und werden gegenüber den kognitiven Verfahren unterbewertet.

c) Stärkung der Selbsthilfe

"In 1999 wird beim Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit eine ad-hoc Arbeitsgruppe von Mitgliedern der Suchtselbsthilfe aus den unterschiedlichen Suchtbereichen und der professionellen Suchtkrankenhilfe gebildet. Diese soll in Eigenregie konkrete Vorschläge und Verfahren zur Weiterentwicklung der Selbsthilfe entwickeln." (PBAG, S. 41)

Kommentar:

Selbsthilfe ist eine eigenständige Hilfeart und ist als eigenständige und vorrangige Hilfe anzuerkennen. Aus der Sicht des Landes repräsentieren sich die Suchtselbsthilfeverbände nicht über die bestehenden Wohlfahrtsverbände, sondern werden als eigenständige autonome Organisationen behandelt (vgl. PBBAG-Besetzung). Ohne zu berücksichtigen, dass tradierte Kooperationen und Unterstützungspotentiale zwischen professioneller Hilfe und den Suchtselbsthilfeverbänden bereits seit Jahrzehnten existieren, droht eine separierende Förderpolitik des Landes derzeit die Spaltung bestehender Zusammenschlüsse zu begünstigen. Festzuhalten bleibt, dass es der Selbsthilfe gelingt, die Selbstheilungskräfte der Hilfesuchenden zu aktivieren. In den zahlreichen Selbsthilfegruppen werden soziale Ressourcen gefördert und das soziale Umfeld miteinbezogen. Daher ergibt sich allein aus dem Subsidiaritätsprinzip die Nachrangigkeit professioneller Hilfen gegenüber allen Formen der Selbsthilfe.

VI. Resümierende Bewertung der inhaltlichen Arbeit innerhalb der AG's zum LSP

Derzeit werden 121 Themenfelder in zahlreichen Arbeitsgruppen abgearbeitet.

Neben dem LSP existiert ein "Aufgabenverteilungsplan", der den beteiligten 18 Institutionen konkrete Leitlinien an die Hand gibt, um Inhalte und Ziele der AG's zu focussieren.

In zwei von 121 Arbeitsbereichen wurde den Wohlfahrtsverbänden die Federführung eingeräumt, in 24 von 121 Arbeitsbereichen sind Vertreter unserer Verbände im Status "beteiligt".

Der Ausbau von Projekten und Modellen auf der Basis eines erzwungenen **Abstimmungsprozesses** schafft eine Fülle von Begegnungen und Konferenzen, ohne letztlich die zahlreichen Einzelaktivitäten in einen Zusammenhang zu bündeln. Dadurch entsteht äußerlich ein vielfältiger Verständigungsprozess, ohne Verbindlichkeiten in Fragen der Modell- und Projektförderung vorab geklärt zu haben.

Parallelangebote von konkurrierenden Anbietern sollen vermieden werden.

Es besteht in der Beteiligung auf AG-Ebene zumindest die theoretische Chance auf die Schaffung von Verbundsysteme durch verstärkte Abstimmungen auf der Anbieterseite.

Die **Mobilität** der AG-Mitglieder wächst. Die Fahrtkosten auch!

Das Kennenlernen der Gesprächspartner und der Austausch von grundlegenden Standpunkten nimmt mehr Raum ein als geplant - z.B.: Wie definieren wir Hilfeleistungen für Migranten?

Am Anfang steht das vorsichtige Abtasten von grundsätzlichen Standpunkten im Vordergrund - z.B.: Wie versteht der einzelne Vertreter den AG - Auftrag?

Grundsätzlich haben die sog. **Federführenden Institutionen** das Interpretationsspektrum des AG-Auftrages mit sich und der Gruppe zu klären. Kontroverse Sichtweisen liegen auf der Hand! Als Vertreter der Wohlfahrtsverbände üben wir uns in der Rolle des (gleichberechtigten) **Beteiligten**.

Modelle der **Kooperation** müssen beispielsweise zwischen Vertretern der Ärzte-/Apothekerkammern, den Landschafts- und Wohlfahrtsverbänden erst eingeübt werden.

Die Kommunikation zwischen Krankenkassen- und Selbsthilfevertretern ist nicht zuletzt wegen der unterschiedlichen **Berufsgruppen** nicht selbstverständlich eindeutig.

Das Gesprächsklima in den AG's ist gekennzeichnet vom vorsichtigen Abtasten der Grundeinstellungen diverser Berufsgruppen (Mediziner, Juristen, Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter).

Trotz der erklärtermaßen angestrebten Multiprofessionalität der Berater und Behandler und trotz der Einsicht in die Kooperation gibt es die Konkurrenz der einzelnen Professionen, die einen je unterschiedlich akzentuierten Behandlungsweg favorisieren.

VII. Fazit

Erste konkrete Auswirkungen des LSP für die Anbieterseite kann es zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht geben, da die Bewilligungsbescheide bei den neu geförderten Projekten (z.B.

Anschubfinanzierung zur ambulanten Reha/ Förderung migranten- bzw. frauenspezifischer Schwerpunkte) erst vor kurzem erteilt wurden.

Institutionen erhalten quantitativ mehr Anforderungen aus dem LSP mit gleichem Personalschlüssel. Eine entsprechende Ausweitung der Zielgruppen setzt eine verbesserte Einbettung in Strukturen voraus. Die knapper werdenden Ressourcen verhindern eine Ausweitung des Angebotspektrums. Derzeitig wird die bestehende Personalförderung für die Verbände in 2000 eher erschwert durch den Wegfall der Flexibilisierungsbestimmungen! Trotz des klaren Bekenntnisses zu repressiven Bestimmungen fehlen konkrete Maßnahmen zur Angebotsreduzierung. Forderungen nach gesetzlich verankertem Werbeverbot für Tabak und Alkohol, sowie Hinweise auf fällige Produktabgaben müssten dringend konkretisiert werden.

Festzustellen ist in erster Linie die Überforderung, den vorgegebenen Zeitplan einzuhalten.

Ungeklärt ist gleichfalls die Koordinierungsfunktion der PBAG. Weisungskompetenzen sind nicht erkennbar.

Die Beteiligung der Wohlfahrtsverbände an den AG's ist quantitativ eher gering (20 %).

Wohlfahrtsverbände genießen trotz ihrer inhaltlichen Beteiligung kein besonderes Ansehen, wenn es um die Steuerung, Durchsetzung und Begleitung des Programmes geht. Bei der Realisierung und Durchsetzung des Programms müssen die Spitzenverbände der Wohlfahrtsverbände sich immer wieder bei der Gestaltung der neuen Gesundheitsökonomie einmischen. Hin und wieder entsteht der Eindruck, dass die Verbände in ihrer Rolle als kritische Beteiligte und

Leistungserbringer mehr geduldet als erwünscht sind.

Trotz aller Kritik am geschriebenen Wort bleibt es unbestritten, dass das Programm vom Geist des Erneuerns und Verbesserns beseelt ist. Die Botschaft ist deutlich:
sich einmischen und beherzt zupacken, wo Menschen Hilfe brauchen!

Anmerkung:

¹ Japanische Volksmärchen zit. nach Steve de SHAZER, Das Spiel mit den Unterschieden, C. Auer, 1994, S. 121

Perspektiven der Arbeit der Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung (KsDF)

Wolfgang Rometsch

(Leiter der KsDF)

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Abt. Gesundheitswesen

Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung

Hörsterplatz 4

48147 Münster

Inhalt

I. Ein kurzer Blick zurück

II. Die aktuelle Struktur

III. Leistungsangebote und Schwerpunkte

- 1. Beratung, Information und Koordination (BIK)**
- 2. Fort- und Weiterbildung**

IV. (Modell-)Projekte, Fachstellen und Landeskoordination

- 1. Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW**
- 2. Binationale Fachstelle grenzüberschreitende Drogenhilfe (BINAD)**
- 3. Soforthilfe Landeskoordination Westfalen-Lippe**
- 4. Verwaltungs- und Dokumentationssoftware in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in NRW (VDS)**
- 5. euro net - Europäisches Netzwerk für praxisorientierte Suchtprävention**

V. Ausgewählte Daten und Fakten

VI. Themenschwerpunkte an der Schwelle zum neuen Jahrtausend

- 1. Beratung, Information und Koordination (BIK)**
- 2. Fort- und Weiterbildung**
- 3. (Modell-)Projekte**

VII. Perspektiven

I. Ein kurzer Blick zurück

Als am 08. Januar 1980 der damalige Landesdirektor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe, Herr Herbert Neseke, dem amtierenden Ministerpräsidenten Johannes Rau im Rahmen der Landesdrogenkonferenz NRW die Zusage gab, eine Koordinierungsstelle für Drogenfragen einzurichten, und der Landschaftsausschuss des LWL dies in seiner 10. Sitzung am 19.12.1980 bestätigte, konnte er die Tragweite dieser Entscheidung sicherlich nicht absehen. Damals erklärte eine Vielzahl von Trägern, Hilfeangebote auf den Gebieten Prävention, Behandlung und Wiedereingliederung zu entwickeln und vorzuhalten. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) wollte durch die Einrichtung einer Koordinationsstelle dazu beitragen, dass "das Fahrrad nicht immer wieder neu erfunden werden muss ...". Beratung von Trägern und Mitarbeiter/innen in allen Fragen der Konzeptionierung, Finanzierung und Durchführung von Hilfeangeboten sollten Hauptgegenstand der Tätigkeit werden.

Darüber hinaus versprach der LWL, ein arbeitsfeldspezifisches und berufsgruppenübergreifendes Fort- und Weiterbildungskonzept zu entwickeln, damit die im Arbeitsfeld tätigen Mitarbeiter/innen entsprechend qualifiziert werden konnten.

Als am 01. Juni 1982 die "Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung (KsDF)" offiziell ihre Tätigkeit aufnahm, standen 1,5 Fachkräfte zur Bewältigung der o.g. Aufgaben zur Verfügung. In der Folgezeit wurden in Zusammenarbeit mit Vertreterinnen

und Vertretern der Praxis Beratungs- und Fortbildungskonzepte entwickelt, Träger, politische Gremien und Mitarbeiter verbandsübergreifend beraten und Fachtagungen durchgeführt.

Diese Aufgabenstellung hat sich in ihren Grundzügen bis heute erhalten, wenngleich eine weitere "Säule" hinzugekommen ist: die Beteiligung an der Weiterentwicklung und Differenzierung der Sucht- und Drogenhilfe in Westfalen-Lippe und darüber hinaus durch (Modell-) Projekte.

II. Die aktuelle Struktur

Während schon zu Beginn der 80er Jahre die Bereiche "Beratung, Information und Koordination", sowie "Fort- und Weiterbildung" differenziert entwickelt wurden, entschied sich der LWL in der zweiten Hälfte der 80er Jahre, durch eigene Projekte an der Weiterentwicklung und Differenzierung des noch jungen Arbeitsfeldes "Drogenhilfe" mitzuwirken.

Als erstes Projekt wurde die "Rückkehrhilfe für deutsche Drogenabhängige aus den Niederlanden (Amsterdam)" konzipiert und in die Praxis umgesetzt. Heute, zum Ende der 90er Jahre, ergibt sich nachfolgende Struktur der KsDF.

19 Mitarbeiter/innen, vom Referatsleiter bis zur Sekretärin und Berufspraktikanten/in, sind aktuell in den unterschiedlichen Bereichen tätig. Die Finanzierung des gesamten Aufgabenspektrums erfolgt sowohl aus LWL-Mitteln, als auch durch Projektfinan-



zierungen seitens des Landes NRW, des Bundes und der Kommission der Europäischen Gemeinschaft (EU).

Mitarbeiter/innen. Der Tätigkeitsschwerpunkt liegt in Westfalen-Lippe, in fachlich begründeten Situationen auch darüber hinaus.

III. Leistungsangebote und Schwerpunkte

1. Beratung, Information und Koordination (BIK)

Die Angebote und Leistungen der KsDF richten sich an Bürgerinnen und Bürger, Betroffene und Angehörige, Kommunen, Träger und Institutionen der Suchtkrankenhilfe, sowie deren

Themenschwerpunkte des Segmentes BIK der letzten Jahre waren u.a. die

- Entwicklung von (Modell-)Projekten ("Therapie sofort", Drogentouristenprojekt Arnheim, Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe, euro peers, VDS, u.a.m.)
- Weiterentwicklung der Angebote und Hilfen (z. B. qualifizierter Entzug Drogenabhängiger; Therapieplatz-

planung; stationäre, niedrigschwellige Hilfen)

- Entwicklung von Arbeitshilfen (Verzeichnisse der Hilfeangebote in Westfalen-Lippe, Selbsthilfebroschüren, Hepatitis-Info ...)
- Beteiligung an der Entwicklung des "Landesprogramms gegen die Sucht NRW" (u. a. durch Übernahme von 16 Federführungen)
- Kommunale Suchthilfeplanung (Beratung der Kommunen)
- Mitarbeit an Grundsatzpapieren der Suchtkrankenhilfe auf Bundesebene (DHS-Leistungsbeschreibung ambulante Suchtkrankenhilfe, Neubewertung von Cannabis, Sozialethische Prinzipien in der Suchtkrankenhilfe u.a.m.)

2. Fort- und Weiterbildung

Seit Beginn der Tätigkeit der KsDF gehört die Fort- und Weiterbildung zu den wichtigsten Arbeitsschwerpunkten. So wurden in den letzten 10 Jahren Themen wie *Rückfall, Sozialsponsoring, Sucht und Suizid, Koka-Kokain-Koks, Designer-Drogen, Drogenarbeit im ländlichen Raum, Lebenswege - Wege ins Leben, Netzwerke der Drogenhilfe, Theater und Sucht, Psychohygiene des burn-out, Turbo-Entzug - Clean in 24 Stunden, Biogene Drogen - eine neue Gefahr*, etc. intensiv in Workshops, Fortbildungen oder Fachtagungen behandelt. Die Ergebnisse der Veranstaltungen werden dokumentiert und in der Schriftenreihe FORUM SUCHT veröffentlicht (Hinweis: ein aktuelles Schriftenverzeichnis ist bei der KsDF zu beziehen).

Der Bereich der langfristigen Weiterbildung hat sich in den 90er Jahren sehr differenziert entwickelt. Auf der einen Seite wird die "klassische" *Sozialtherapeutische Weiterbildung für Mitarbeiter/innen in der Suchtkrankenhilfe* seit fast 20 Jahren angeboten, andererseits bildet der LWL (als einer von zehn Anbietern in der BRD) in sog. VDR-erkannten Weiterbildungen zum Sucht-/Sozialtherapeuten (analytisch bzw. verhaltenstherapeutisch orientiert) aus.

In enger Kooperation mit dem Justizministerium NRW werden zudem seit Mitte der 90er Jahre sog. *"Sozialtherapeutische Weiterbildungen für Mitarbeiter/innen der Bewährungshilfe und des Strafvollzuges"* angeboten.

IV. (Modell-)Projekte, Fachstellen und Landeskoordination

1. Qualitätsmanagement in der ambulanten Suchtkrankenhilfe NRW

Das aktuelle Projekt baut auf den Erfahrungen des vorausgegangenen gleichnamigen Modellprojektes (1995 - 1998) auf. Hier wurden - in enger Zusammenarbeit mit sieben Modelleinrichtungen in NRW - verschiedene Instrumente des Qualitätsmanagements entwickelt und erprobt. Grundlage dieses Prozesses der Qualitätsentwicklung ist das Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM), das an die speziellen Voraussetzungen im Bereich der ambulanten Suchtkrankenhilfe angepasst wurde.

Inhaltliche Schwerpunkte des aktuellen Projektes bilden

- die Beratung der ambulanten Einrichtungen zu Fragen der Implementation
- Schulungsangebote (u. a. mit Ausbildung zum QM-Koordinator nach den Richtlinien der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsvorsorge-GQMg) sowie
- die Moderation der Selbstbewertungsprozesse nach EFQM-Diagnose SB in den ambulanten Einrichtungen selbst.

2. Binationale Fachstelle grenzüberschreitende Drogenhilfe (BINAD)

Nachdem das Ministerium für Familie, Jugend, Frauen und Gesundheit (MFJFG) die KsDF gebeten hat, die im Rahmen der Rückkehrhilfe für deutsche Drogenabhängige aus den Niederlanden gewonnenen Erfahrungen zu strukturieren und als Serviceangebot auszubauen, unterhält die KsDF eine *Fachstelle grenzübergreifende Zusammenarbeit* mit Büros in Münster und Enschede. Die Schwerpunkte dieses grenzüberschreitenden Angebotes liegen in den Bereichen

- Information (zweisprachiges BINAD-Info, aktuelle Sonderdrucke, Arbeitshilfen und Adressverzeichnisse)
- Unterstützung (bei der Vorbereitung, Organisation und Durchführung von Veranstaltungen, Work-

shops, Fachtagungen, Konferenzen, Arbeitskreisen)

- der Projektentwicklung (Beratung der Partner in Fragen der Finanzierung, Vorbereitung, Organisation und Durchführung von Projekten)
- der Vernetzung der verschiedenen Organisationen, Arbeitsweisen und Facheinrichtungen.

BINAD verfügt über einen umfangreichen Adressenbestand sowie über eine Vielzahl von Kontakten zu Partnern dies- und jenseits der deutsch-niederländischen Grenze sowie Nordbelgiens.

3. Soforthilfe Landeskoordination Westfalen-Lippe

Nachdem das beim LWL entwickelte Drogenhilfeangebot "Therapie sofort" durch eine hohe Effektivität und Effizienz die Sinnhaftigkeit dieses Arbeitsansatzes nachweisen konnte, wurde seitens des MFJFG die Entscheidung getroffen, flächendeckend Soforthilfeangebote in NRW anzubieten. Die Landschaftsverbände wurden gebeten, in ihren Landesteilen die Landeskoordination zu übernehmen. Zu den Aufgaben einer solchen Koordination gehören insbesondere:

- Information
 - * Durch regionale und überregionale Vernetzung der örtlichen Angebote, Erstellung und Versand von Veröffentlichungen, Durchführung themenspezifischer Tagungen und Konferenzen, Dokumentation des Ausbaus und der Entwicklung

- *Beratungsangebote und -leistungen*
 - * Für das MFJFG, die örtlich tätigen Koordinationskräfte, Kreise und kreisfreie Städte, freie Träger der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe u.a.m.
- *Unterstützung und Beratung bei Projektentwicklungen*
 - * Hier berät die Fachkraft bei der Planung innovativer Arbeitsansätze, sie koordiniert und bündelt die Ressourcen und Aktivitäten, trägt zur Organisation und zum Aufbau von Kooperationsnetzwerken bei u.a.m..

An 15 Standorten in Westfalen-Lippe konnten zwischenzeitlich die Angebote fest implementiert werden.

4. Verwaltungs- und Dokumentationssoftware in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in NRW (VDS)

Um in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe NRW eine Unterstützung und Arbeitserleichterung in den Bereichen der Leistungsabrechnung, des Qualitätsmanagements, der Beratung der Öffentlichkeit etc. zu ermöglichen, wurde seitens der KsDF die Einführung des Softwareprogramms "HORIZONT 2.x" in der ambulanten Suchtkrankenhilfe initiiert.

Das Projekt VDS verfolgt das Ziel, eine qualifizierte, regionale und allgemein anerkannte Dokumentation und Berichterstattung in den ambulanten Suchthilfeeinrichtungen NRW's zu etablieren.

In 1999 konnten 120 Einrichtungen in ganz NRW schon mit der ausgewählten Software ausgestattet werden, die Mitarbeiter/innen wurden zudem in mehrtägigen Schulungen auf die Verwendung des Programms vorbereitet. Einzelgespräche zur Arbeitsplatzergonomie, Arbeitsablaufplanung, Mitarbeiter/innenbeteiligung, Datenschutz und Kostenfragen gehören ebenso zum Leistungsspektrum des VDS-Projektes wie die Initiierung und Begleitung von Anwenderkreisen, die Auskunftserteilung per telefonischer Hotline oder die Unterstützung und Beratung der Träger und Einrichtungen bei der Hardwareausstattung und der erforderlichen Infrastruktur.

5. euro net - Europäisches Netzwerk für praxisorientierte Suchtprävention

In den Jahren 1992 und 1994 hat die Kommission der Europäischen Gemeinschaft jeweils eine "Europäische Woche der Suchtprävention" in ihren Mitgliedsstaaten durchgeführt. Der LWL hat sich durch zwei sogenannte "Europäische Werkstätten Prävention" an dieser europaweiten Initiative beteiligt. Eingeladen waren Expertinnen und Experten aus 10 bzw. 12 europäischen Ländern. Den Erkenntnissen aus diesen Werkstätten folgend wurde unter Federführung des LWL ein Konzept zur grenzüberschreitenden europäischen Zusammenarbeit auf der Basis des Praxisprojektes euro peers entwickelt. Parallel dazu wurde ein Netzwerk aufgebaut, das nachstehende Zielsetzungen verfolgt:

- Aufbau und Stabilisierung eines europäischen Netzwerkes für Sucht-

prävention auf der Basis konkreter Zusammenarbeit in Projekten

- Förderung des Austausches von Ideen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Prävention
- Förderung der fachlichen Verständigung über zentrale Aspekte der Suchtprävention in Europa
- gemeinsame Entwicklung und Implementierung von innovativen Präventionskonzepten und -strategien
- Förderung und Weiterentwicklung fachlich fundierter Suchtprävention sowie ihrer Methoden, z. B. der "peer-Arbeit"
- Verbindung von Kommunikation und Praxis
- gemeinsame Evaluation der Projekte und Produkte
- harmonisches Wachstum des Netzwerkes, d. h. sukzessive Ausweitung auf andere Regionen aus Staaten der EU sowie auf weitere interessierte Länder.

Empfänger der Dienstleistungen sollen Organisationen sein, die in der Suchtprävention tätig sind, sowie deren Mitarbeiter/innen, die Präventionsfachkräfte.

V. Ausgewählte Daten und Fakten

Die Leistungen der KsDF werden in vielfältiger Weise abgefragt. So wurden z. B. allein von der Arbeitshilfe 1 "Ver-

zeichnis der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Westfalen-Lippe" 25.000 Exemplare bestellt und verteilt; die Broschüre "Drogenkonsum und Hepatitis" wurde fast 6.000 mal nachgefragt. Das Verzeichnis der Selbsthilfeeinrichtungen - illegale Drogen in NRW - wurde 4.500 mal gedruckt.

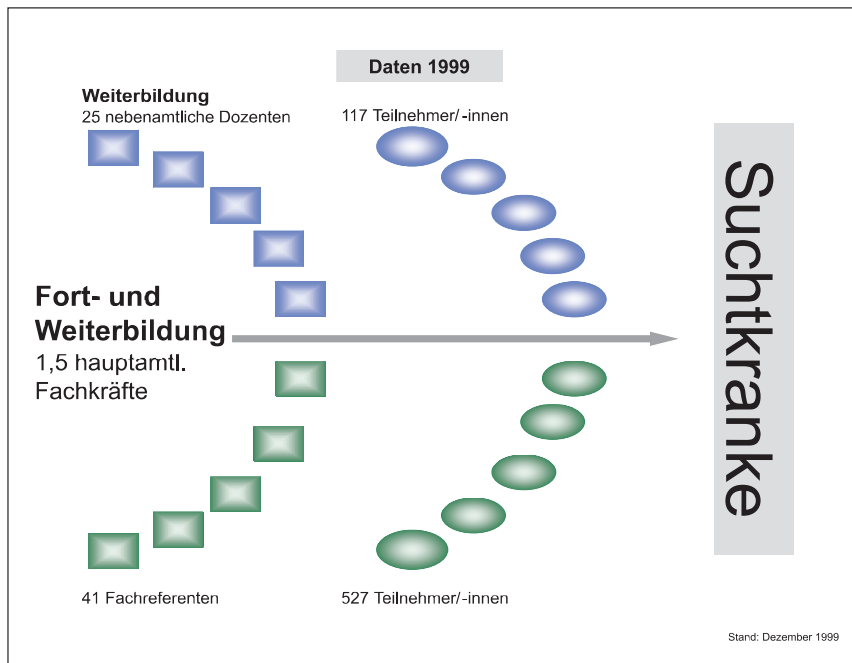
Im Bereich der Fort- und Weiterbildung bedienen wir uns seit fast 2 Jahrzehnten ausgewählter und qualifizierter Fachreferenten und Dozenten. So haben seit 1990 mehr als 300 Fachreferenten vor fast 5.000 Teilnehmern referiert. Im Bereich der längerfristigen Weiterbildung sind knapp 30 Dozenten langjährig für die KsDF tätig. Die Zahl der Fachkolleginnen und der Fachkollegen, die sich in regelmäßiger Weiterbildung befinden, ist der beiliegenden Grafik zu entnehmen.

Seit Mitte der 80er Jahre bilden befristete (Modell-)Projekte einen weiteren Arbeitsschwerpunkt der KsDF. Der beiliegende Überblick zeigt sehr anschaulich, dass zwischenzeitlich 16 Projekte entwickelt und in die Praxis umgesetzt wurden.

VI. Themenschwerpunkte an der Schwelle zum neuen Jahrtausend

1. Beratung, Information und Koordination (BIK)

Neben der Umsetzung des Landesprogramms gegen die Sucht NRW (dieses Programm ist bekanntlich auf acht



Jahre angelegt, der LWL hat allein 16 Federführungen übernommen) und der Fortführung unserer allgemeinen Fachberatung und Informationstätigkeit, wird die **kommunale Suchthilfeplanung** und ein **umfassender Internetservice** (ksdf-online) Schwerpunkte in den nächsten Jahren bilden.

Die Entwicklung einer Kampagne zur **Reduzierung des Alkoholgebrauchs** wird ebenfalls Gegenstand der Aktivitäten sein wie die Intensivierung der **Zusammenarbeit von Forschung und Praxis**.

2. Fort- und Weiterbildung

Themenschwerpunkte in diesem Bereich sind mit den Begriffen **Kurzintervention, Konfliktmanagement im beruflichen Alltag, Ressourcenaktivierung, Projektmanagement, Conceptmapping** sowie **Suchtkrankenhilfe als Dienstleistung** kurz zu beschreiben.

Insbesondere wird aber die seit mehr als 15 Jahren angebotene "Sozialtherapeutische Weiterbildung" neu gefasst und kürzer sowie preiswerter, in Form eines Modulsystems entwickelt.

Für den Justizbereich werden neue Angebote im Bereich Sozialmanagement, sowie im Umgang mit Sexualstraftätern im Vollzug zu den bestehenden Aufgabenschwerpunkten gehören.

Fachexkursionen sollen die Palette der Angebote erweitern.

3. (Modell-)Projekte

Neben der Fortführung der laufenden Projekte - und hier sei insbesondere auch das VDS-Projekt genannt - wird sich die KsDF weiter um die Intensivierung der Thematik der Kinder aus "suchtbelasteten Familien" bemühen.

Vor dem Hintergrund der Intensivierung der Zusammenarbeit Forschung und Praxis beabsichtigt die KsDF in 2000 ein EU-finanziertes Projekt zum Thema "Suchtbelastung bei Flüchtlingen und Asylbewerbern" mit sechs europäischen Ländern (Italien, Spanien, Belgien, Österreich, Niederlande, Deutschland) durchzuführen, wobei eine spezifische Erhebungsmethode (RSA) erprobt werden soll.

Der Tatsache folgend, dass es für den Bereich der Drogenmissbraucher in Deutschland fast keine Handlungskonzepte gibt, wurde in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Projekt zur "Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten" entwickelt. Beteiligt werden sollen fünf bis acht Bundesländer.

Gemeinsam mit dem niederländischen Partner TACTUS, Enschede, soll das schon erwähnte EU-Projekt "euro net" in eine weitere Praxisphase gehen. Die KsDF soll als Kooperationspartner ausgewählte Aufgabenbereiche übernehmen.

Projektname	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Rückkehrhilfe NW				07.87-06.95												
Rückkehrhilfe BUND				12.87-06.95												
COUDEX				1990 - 1993												
Modellprojekt TS DO				09.91-09.94												
Projekt Arnheim				08.91-08.94												
Projekt TS DO									09.94-12.98							
Projekt TS MS									11.95-12.98							
BINAD 1									10.95-03.97							
Qualitätsmanagement 1									10.95-12.98							
euro peers									11.98-12.97							
BINAD Fachstelle													seit 03.1997			
euro net												11.98-10.99				
VDS 1 + 2												11.98-11.00				
Soforthilfe LK														01.99-12.01		
BINAD NL														seit 04.1999		
Qualitätsmanagement 2														07.99-07.02		

Landesverband Westfalen-Lippe

VII. Perspektiven

Die KsDF hat sich in den zurückliegenden fast zwei Jahrzehnten immer bemüht, praxisorientierte und handlungsrelevante Themen aufzugreifen. Dieser Arbeitsansatz wird auch zukünftig die Grundlage allen Handelns sein.

In einem Flächenland wie Nordrhein-Westfalen bzw. Westfalen-Lippe erscheint es uns nach wie vor wichtig, eine Plattform bzw. ein Forum für die in der Sucht- und Drogenarbeit tätigen Mitarbeiter/innen zu bilden. Dies ist nicht einfach, die KsDF wird sich aber weiter darum bemühen.

Darüber hinaus ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass eine wirksame Entlastung im Bereich der Alkoholproblematik nur dann zu erreichen ist, wenn die Gesamtkonsummenge in der bundesdeutschen Bevölkerung erkennbar reduziert wird. Hierauf weist auch der europäische sowie der DHS-Alkoholplan hin. Initiativen zur Umsetzung in Westfalen-Lippe sollen in den nächsten Jahren von der KsDF entwickelt werden.

Die Nikotinabhängigkeit stellt ein unterschätztes Problem dar; mehr als 110.000 Tote p.a. als Folgewirkung des Nikotin-Konsums müssen zu zukünftigen Aktivitäten der Suchtkrankenhilfe führen. Auch hieran wird sich der LWL in geeigneter Form beteiligen.

Nach fast drei Jahrzehnten Drogenhilfe in Deutschland befindet sich dieses (immer noch junge) Arbeitsfeld auf vielen Gebieten im Experimentierstadium. Wenngleich es schon einige wirksame Ansätze zur Prävention und Therapie gibt, ist der Zugang zu den sog. Miss-

brauchern fast nicht ausgebildet. Hier einsetzende - auf Kurzintervention abgestellte - Zugewandten zu entwickeln und diese wissenschaftlich begleiten zu lassen, ist festes Ziel der KsDF.

Die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Forschung scheint zudem ein wichtiges Thema der Zukunft zu sein; es ist nicht mehr begründbar, warum in der Praxis gesammelte Erfahrungen wenig Eingang in die Hochschulen finden, andererseits aber auch gewonnene Grundlagenerkenntnisse der Suchtforschung von Praktikern nicht zur Kenntnis genommen bzw. akzeptiert werden. Die KsDF will dazu beitragen, eine Suchtforschungsinstitution (evtl. im Sinne einer "Akademie") zu konstituieren.

Die "Ideenschmiede KsDF" ist nach wie vor aktiv; einzig personelle und gelegentlich finanzielle Ressourcen hemmen zeitweilig die Aktivitäten. Nichts desto trotz hoffen wir, auch im Jahre 2000 auf der Basis unserer praxisorientierten Ausrichtung effektive und effiziente Angebote entwickeln zu können und diese in die Praxis umzusetzen.