



*Fachstelle
grenzübergreifende
Zusammenarbeit*

**für die Bereiche
Sucht- und Drogenhilfe,
Prävention und Politik**



BINAD **INFO** **25**

■ ***Was wird aus der
Vielfältigkeit der
Suchthilfe?***



**Landschaftsverband
Westfalen-Lippe** www.lwl.org

Impressum

BINAD-INFO 25 **2. Halbjahr 2003**

Herausgeber: **BINAD – Fachstelle grenzübergreifende Zusammenarbeit**

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Landesjugendamt und Westfälische Schulen
Dezernent: Landesrat Hans Meyer

Koordinationsstelle Sucht
Leiter: Wolfgang Rometsch

Redaktion: Rüdiger Klebeck, Mechthild Neuer,
Hans van Ommen, Elke Knuck

Übersetzung: Martin Schmeltzle
Frederik Wanink

Für namentlich gekennzeichnete Beiträge sind die Verfasser verantwortlich.

Die Redaktion nimmt gerne Beiträge externer Autoren entgegen. Sie behält sich jedoch das Recht vor, diese Beiträge vor der Veröffentlichung in Abstimmung mit den Autoren zu kürzen bzw. redaktionell zu überarbeiten.

Layout: Lütke-Fahle-Seifert AGD, Münster

Druck: Burlage, Münster

Auflage: 1.400

Finanzierung:



Ministerium für
Gesundheit, Soziales,
Frauen und Familie,
Düsseldorf



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport, Den Haag

Kontaktadressen:

BINAD

Warendorfer Str. 25-27
Postfach
48133 Münster
Tel.: 0251-591-3268 oder -3154
Fax: 0251-591-5499
E-mail: binad@lwl.org
Intnet: www.binad.de

BINAD-NL

Korte Hengelosestraat 24
Postbus 417
7500 AK Enschede
Tel.: 0031-53-48 24 750
Fax: 0031-53-48 24 760
E-mail: h.vanommen.binad@tactus.nl
Internet: www.tactus.nl

Statt eines Intro 2

Infos 6

Kosten- / Nutzenrelationen in der Suchthilfe 12
Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR)

*Zur Finanzierung und Umstrukturierung der ambulanten
Sucht- und Drogenhilfe* 16
AG Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. (AG Dropo)

Wende im Gesundheitswesen: Marktwirkung 21
Ruud Rutten

*Einführung eines landesweiten Registrierungssystems
für Suchtkranke* 26
Rob Steinbuch

Die Drogenproblematik im Jugendstrafvollzug 29
Dr. Daniela Hossler

Lebensmittelpunkt Straße – Hilfen für Kinder und Jugendliche 36
Birgit Pannenbecker

*10 Jahre Spritzenvergabe an DrogenkonsumentInnen im
Justizvollzug – das Ende für deutsche Projekte* 42
Dr. Heino Stöver

*20 Jahre PAUKE – Von der Selbsthilfegruppe zum
anerkannten Baustein der Bonner Suchthilfe* 48
Sabrina Boscolo Lips

*Positionspapier der DHS zur Verwendung von Geldern
der Tabak- und Alkoholindustrie* 51
Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

*Das Bundesmodellprojekt FreD –
Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten:
Fachtagung zum Projektabschluss* 54
Rüdiger Klebeck

*Cannabiskonsum im Jugendalter und Straffälligkeit –
das soziale Training »Leben in der Balance« als CD-ROM-Version* 64
Manfred Gesch

*Pill-Testing, Ecstasy und Prävention – Jahrestagung 2003
der Niedersächsischen Landesstelle Suchtgefahren:
Anlass für einige grundlegende Überlegungen* 67
Rüdiger Klebeck

Schilys Privatkrieg gegen Holland 72
Verein für Drogenpolitik e.V.

Podium

■ *»Wir brauchen eine einheitliche Drogenpolitik!«* 74
Interview mit dem Kriminologen Prof. Dr. Sebastian Scheerer

Publikationen 78

Ein kleines Jubiläum? Ein »Meilenstein«? Das 25. BINAD-INFO liegt vor. Seit dem Erscheinen der Ausgabe 1 – das war im Januar 1996 – sind mehr als acht Jahre vergangen, haben sich Inhalt sowie innere und äußere Gestaltung des INFO in mehreren Schritten zum heutigen Produkt verändert. Verändert hat sich auch die Erscheinungsweise: in den ersten Jahren veröffentlichten wir vier Ausgaben im Jahr, dann wurde die Frequenz auf drei Ausgaben pro Jahr reduziert und es kamen Sonderdrucke dazu, mit denen spezielle Themen transportiert wurden. Auch der Umfang der einzelnen Ausgaben nahm zu, was zu unterschiedlichen Reaktionen führte. Manchen Adressaten in unserem Verteiler – kommerzielle Periodika sprechen von Abonnenten – war das zu viel an Text, die meisten jedoch, das ergab unsere »Kundenbefragung«, befürworteten das Produkt in Form, Inhalt und Umfang. So ließen wir das INFO im Prinzip unverändert, entwickelten gleichwohl – wie wir meinen – die Qualität weiter, reduzierten aber nochmal die Erscheinungsweise auf die jetzt gegebene Anzahl von zwei Ausgaben im Jahr. Die Gründe dafür gaben wir an: es wurden die frei werdenden Mittel in die Produktion und Herausgabe von für die Praxis relevanten Arbeitsmaterialien gelenkt, wovon bislang eindeutig die deutsche Seite profitierte: es kamen deutsche Übersetzungen von niederländischen Materialien »auf den Markt«, die es in dieser Form bislang in Deutschland nicht gab.

Auch andere Produkte aus den zurück liegenden Jahren überschritten die deutsch-niederländische Grenze in dieser Richtung: »Der Entzugsprozess – eine Spirale nach oben« oder die »Smart-Shop«-Broschüre sind hier zu nennen. Damit wird sicherlich deutlich, dass es sich nach wie vor lohnt, die Entwicklungen in den Niederlanden zu beobachten, um gegebenenfalls Praxismaterialien »nach Deutschland zu holen«. Damit wird auch deutlich, dass das »kleine Nachbarland« Deutschlands in seiner (Drogen- und Sucht-) Politik, aber auch in der alltäglichen Praxis nach wie vor eine höhere Flexibilität aufweist. Und das hat mit der besseren Überschaubarkeit des Hilfesystemes aber auch der leichteren Umsetzbarkeit von politischen Entscheidungen zu tun. Es gibt keine unterschiedliche Länder- und Bundesdrogenpolitik – und es gibt immer noch die stärker von Pragmatismus als von Ideologie oder politischer Umsetzbarkeit gelenkte Vorgehensweise der Niederländer mit dem Sucht- und Drogenproblem.

So scheint nach wie vor das Interesse größer zu sein, von deutscher Seite Richtung Niederlande über die Grenze zu schauen als umgekehrt – womit jedoch noch lange nicht gesagt ist, dass es für die Niederländer im Zusammenhang mit Sucht und Drogen auf deutscher Seite »nichts zu holen« gibt. Es ist nur alles etwas schwieriger zu finden – und die Kompatibilität deutscher Ideen und Ansätze mit dem niederländischen System ist geringer als umgekehrt. Die Entwicklung des Hilfesystemes und auch der Sucht- und Drogenpolitik in den Niederlande ist bekanntermaßen wesentlich stärker zentral gesteuert – mit möglichen individuellen Ausprägungen in den einzelnen regionalen Versorgungssystemen, die in sich ja schon den größten Unterschied zum stark aufgesplitterten Hilfesystem Deutschlands ausmachen. Es gibt unabhängig von Trägerinteressen einen bereits seit langem laufenden Prozess der Vereinheitlichung der Hilfeangebote; die regionalen Träger, die jeweils für die ambulante wie die stationäre Suchthilfe zuständig sind, erarbeiten in den unterschiedlich besetzten »Entwicklungszentren« die Leitlinien und Manuale, die dann landesweit in der Praxis zum Einsatz kommen. Dieser Prozess läuft unter dem Label des Projektes »Resultaten Scoren« zur Qualitätsentwicklung und Erneuerung in der Suchthilfe, geführt von GGZ nederland (wir berichteten in zurück liegenden INFOs bereits darüber). Auch vom Trimbos-Institut werden in verschiedenen Netzwerken und Projekten in Zusammenarbeit mit den regionalen Einrichtungen wichtige Beiträge zu Qualitätsverbesserung und neuen Strategien erarbeitet.

Und in diesen durchstrukturierten und vorgeplanten Prozess lassen sich von außen – beispielsweise aus Deutschland – eingebrachte Ideen und Ansätze nur schwer einbringen. Dagegen bietet die Situation auf deutscher Seite durchaus die Möglichkeit des »Quereinstieges« von Ideen und Ansätzen, da der Entwicklungs- und Erneuerungsprozess hier auf die Fläche und das gesamte Hilfesystem bezogen weniger durchstrukturiert abläuft.

Das durch seine Trägervielfalt gekennzeichnete vielgliedrige deutsche Suchthilfesystem – und gerade das Nordrhein-Westfälische – hat prinzipiell an vielen Stellen durchaus das große Interesse des »best-practice«-Austausches mit niederländischen Organisationen und Fachleuten. Allerdings wird dieses Interesse – und gerade aktuell besonders durch die von der Landesregierung entschiedenen Einsparungen im Bereich der ambulanten Suchtkrankenhilfe – konterkariert durch die immer bedrohlicher werdende Beschneidung personeller Kapazitäten: in Zeiten der Reduktion und Not konzentriert man sich auf das Lebensnotwendige. Und dazu gehört die grenzübergreifende Zusammenarbeit vor Ort nicht selbstverständlich – es sei denn sie ist finanziell abgesichert.

Die ausgesprochen ernst zu nehmende Finanzierungskrise des Suchthilfesystemes zeichnet sich in unterschiedlicher Gestalt derzeit sowohl auf deutscher wie auf niederländischer Seite ab. Nordrhein-Westfalen kürzt im Jahr 2004 die Haushaltsmittel für das ambulante Hilfesystem durchschnittlich um 20 %, im Jahr 2005 um durch-

Das Interesse an grenzübergreifendem Austausch wird aktuell konterkariert durch die immer bedrohlicher werdende Beschneidung personeller Kapazitäten

schnittlich weitere 40 %; auch in den Niederlanden werden die Mittel in 2004 und 2005 erheblich gekürzt bzw. umverteilt. Unter solchen Bedingungen steht die möglichst weit gehende Sicherung der Grundversorgung im Vordergrund – und es wird, vor allem in Deutschland, um Entwürfe für eine Neuordnung der Landschaft der Hilfeangebote gehen müssen. So sollen nach den Vorstellungen des zuständigen Düsseldorf Ministeriums z. B. durch die Zusammenlegung von Einrichtungen Synergieeffekte genutzt werden, insgesamt sollen die Trägerverbände zu übergreifenden Kooperationen veranlasst werden. Das zielt ab auf »eine ausgewogene und gleichmäßigere soziale Infrastruktur auch in den einzelnen Regionen«. Kann und wird die Finanzierungskrise so zu einer Reform und damit einfacheren Struktur des Hilfesystemes führen? In jedem Fall werden die gewachsenen Strukturen erschüttert und in Frage gestellt.

Kann und wird die Finanzierungskrise zu einer Reform und damit einfacheren Struktur des Hilfesystemes führen?

Vereinfacht betrachtet gibt es zwei Interpretationsmöglichkeiten:

1. die positive Sichtweise: die Effektivität, Qualität und Übersichtlichkeit der Angebote soll verbessert werden.
2. Die negative Sichtweise: Reduktion selbst des Unverzichtbaren auf ein Minimum, ein Rückbau der Hilfeangebote findet zu Lasten der Betroffenen statt.

Mit allen Vor- und Nachteilen der erreichten Regionalisierung des Hilfesystemes wird die niederländische Hilfelandschaft mit den Einschnitten besser zurecht kommen – nicht nur weil die Einschnitte geringer sind, sondern vor allem weil das System seine grundlegende Reform (hin zu einem »regionalen Mono-Trägersystem«) bereits hinter sich hat. Auf deutscher Seite wird es um Verteilungskämpfe, Interessenskollisionen, den Konflikt zwischen »Bestandswahrung« hier und »Reformbedürftigkeit« dort gehen. Die Suchthilfe hat äußerst spezialisierte Angebote hervor gebracht, die zum Teil parallel zu anderen »Diensten« stehen, was bei (selbst-) kritischer Betrachtung weder effektiv noch fachlich sinnvoll ist. Warum eigentlich wird es als fachlich vertretbar betrachtet, dass ein Drogenabhängiger die Drogenberatung aufsucht, von der Schuldnerberatung betreut wird, einen Bewährungshelfer hat, als Substituierter im Rahmen der »Psychosozialen Betreuung« einen weiteren Ansprechpartner hat und möglicherweise auch noch zur Arbeitsintegration die Dienste einer weiteren Fachkraft in Anspruch nimmt? Ein wenig mehr Klarheit des Hilfesystemes könnte es in der Tat effektiver – und auch kostengünstiger – gestalten.

Natürlich gehen diese Kürzungen auch an BINAD nicht spurlos vorbei. Das niederländische Gesundheitsministerium führt die Finanzierung des BINAD-Büros in Enschede ab Januar 2004 nicht mehr fort. Der regionale Suchthilfeträger TACTUS als Träger des BINAD-NL-Büros wird den bisherigen BINAD-Mitarbeiter Hans van Ommen mit einigen Wochenstunden zwar weiter für diese Aufgabe zur Verfügung stellen, so dass dort immer noch ein Ansprechpartner zur Verfügung steht, aber die Ba-

sis für die tatsächlich binationale Arbeit der Fachstelle wird damit doch sehr schmal und muss umorganisiert werden. Es bestehen natürlich darüber hinaus feste Kooperationsabsprachen etwa mit dem LSP, der landesweiten Koordinierungsstelle Suchtprävention in Utrecht, die weitere gemeinsame Aktivitäten beinhalten, es wird jedoch insgesamt deutlich schwieriger werden, auf dem bekannten Niveau weiter zu arbeiten. Und damit nicht genug, es wird darüber hinaus zu Konsequenzen für die Arbeit auch des Büros in Münster kommen: Die Finanzierung der Fachstelle wird zum Jahresende 2004 ganz eingestellt. Möglicherweise ist das vorliegende BINAD-INFO 25 also die letzte reguläre Ausgabe dieses in seiner Art einmaligen Periodikums. Siehe hierzu das »Begleitschreiben« zu diesem Info!

Zurück zu der ersten Zeile dieses »Intro«: Ein kleines Jubiläum? Ein Meilenstein? Bei einem Blick auf das Gesamtgeschehen bleibt wenig Anlass zur Freude oder zu optimistischen Perspektiven. Die Suchthilfe schlingert in allen Bereichen eher auf eine ungewisse Zukunft und einen Schrumpfungsprozess zu, der seine Spuren hinterlassen wird. Es bleibt abzuwarten, welchen Beitrag dieser Prozess zur Bewältigung der Suchtprobleme in unserer Gesellschaft leisten kann. Oder sind die Suchtprobleme im Vergleich zu den anderen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Herausforderungen tatsächlich zu vernachlässigen?

Andererseits wissen wir, dass derartige Umbrüche und Krisen selbstverständlich auch die kreativen Kräfte wecken können – bereits unter dem Schwerpunktthema »Herausforderungen an die Suchthilfe« im BINAD-INFO 24 floss dieser Aspekt mit ein. Um es noch einmal auf zu führen: gerade das deutsche Suchthilfesystem ist reif für eine grundlegende Reform, die sicherlich ohne Not und somit Druck nur schleppend in Gang kommt. Ist die gegenwärtige Krise also doch eine positive Entwicklung? Es wird auf die Ergebnisse ankommen ...

Die vorliegende »Jubiläumsausgabe« des BINAD-INFO befasst sich wie gewohnt mit Beiträgen aus unterschiedlichen Bereichen des Suchthilfesystemes, berichtet über Erfolge und Probleme in der praktischen Arbeit, greift aber eben auch die kritische Finanzierungslage auf. Auch wenn die Perspektiven in eine andere Richtung gehen: Die Redaktion wünscht sich natürlich weiterhin als deutsch-niederländisches »Medium« einen Beitrag zum Praxis- und Informationsaustausch im Sinne einer sich mehr und mehr qualifizierenden europäischen Suchthilfe leisten zu können, der noch der Atem für den neugierigen Blick über die Grenzen bleibt.



Rüdiger Klebeck



Mechthild Neuer



Hans van Ommen

Rüdiger Klebeck

Mechthild Neuer

Hans van Ommen



InTact – Neue Selbsthilfeorganisation für Abhängige und deren Angehörige und Freunde

Vielen Lesern ist es vielleicht schon bekannt: Die neue Selbsthilfeorganisation, die TACTUS in enger Zusammenarbeit mit dem deutschen Kreuzbund und der Caritas ins Leben ruft, trägt den Namen »INTACT – Selbsthilfe für Abhängige und deren Angehörige und Freunde«. Der Name wurde deshalb gewählt, weil er die Ziele der Selbsthilfe am besten reflektiert.

INTACT bedeutet »vollständig«. Dies drückt den Anspruch aus, nicht nur den Abhängigen, sondern auch dessen Umgebung zu betreuen. INTACT bedeutet auch »(wieder) komplett, nicht kaputt«. Und schließlich weist der Name INTACT auch darauf hin, dass die Organisation der TACTUS-Familie angehört.

Informationen über
INTACT sind erhältlich
bei:

Adri Hulshoff

☎ 00 31-5 70-50 01 32
✉ a.hulshoff@tactus.nl
oder

Harry Wildenborg

(Gruppeninitiator)
☎ 00 31-74-2 78 03 00

INTACT hat bereits im Dezember d. J. die ersten Gruppen ins Leben gerufen. Wir haben einige engagierte Mitarbeiter mit Selbsthilfeefahrung gefunden, die sich zur Mitwirkung in der neuen Organisation bereit erklärt haben. Für die ersten Gruppen in Hengelo und Enschede liegen bereits die ersten Anmeldungen vor. INTACT ist froh darüber, dass unsere Kollegen des Kreuzbunds in Nordhorn ihre Türen geöffnet haben, um Niederländern einen Vorgeschmack der Selbsthilfe »à la INTACT« zu bieten.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH)

Migrantinnen in der Prostitution

Broschüre in Tschechisch, Polnisch und Russisch

Der Anteil von Migrantinnen an den Sexarbeiterinnen ist hoch; in manchen Gegenden liegt er bei etwa 60 %. Sie über Präventionsangebote zu informieren, ist allerdings nicht leicht. Viele dieser Frauen befinden sich nämlich aufgrund ihres ungeklärten Aufenthaltsstatus in einer schwierigen Lage – unabhängig davon, ob sie in Clubs oder auf der Straße arbeiten.

Ein »Türöffner« für StreetworkerInnen kann da ein Care-Paket sein (ähnliches wird in der Stricherarbeit schon lange mit großem Erfolg eingesetzt) – eine kleine Bauchtasche mit Kondomen, Gleitmittel, Reinigungstuch und Scheidentampon. Diese wird kostenlos an die Frauen abgegeben und bietet eine gute Möglichkeit der Kontaktaufnahme. Speziell für solche Care-Packs hat die DAH gemeinsam mit Vertreterinnen der Hurenselbsthilfe eine kleine Broschüre für Migrantinnen in der Prostitution entwickelt und zunächst ins Tschechische, Polnische und Russische übersetzen lassen. Sie informiert über den richtigen Gebrauch der Hygieneartikel, über HIV/AIDS und andere (nicht nur sexuell) übertragbare Krankheiten. Im Anhang finden sich die wichtigsten Adressen, bei denen diese Frauen weitere Informationen und Unterstützung finden.

Quelle: AIDS-DIALOG NRW 2/03;
Bestellnummer bei der DAH: Tschechisch 040012; Polnisch 040011; Russisch 040010

**Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.**
Postfach 61 01 49
10921 Berlin
www.aidshilfe.de



Strafanzeige gegen niedersächsische Justizministerin

Der Mannheimer »Verein für Drogenpolitik e.V.« (VfD) hatte mit Datum vom 21.07.2003 Strafanzeige gegen die Justizministerin des Landes Niedersachsen erstattet, weil diese das Spritzenabgabeprojekt in der Haftanstalt Groß-Hesepe eingestellt hat. Der VfD wollte durch die Staatsanwaltschaft Hannover ermittelt wissen, ob die Ministerin sich durch diese »Tätigkeit« des Verstoßes gegen folgende drei Rechtsvorschriften schuldig gemacht hat:

- a) **Strafvollzugsgesetz**, § 3 Gestaltung des Vollzuges
- b) **Infektionsschutzgesetz**, § 1 Zweck des Gesetzes und § 36 Einhaltung der Infektionshygiene
- c) **Strafgesetzbuch**, § 222 Fahrlässige Tötung

Aus der Begründung der Kläger:

Das **Strafvollzugsgesetz** regelt unter anderem, dass den »schädlichen Folgen des Freiheitsentzuges entgegenzuwirken ist« – durch die Einstellung des Spritzenabgabeprojektes steige jedoch für die Strafgefangenen die Wahrscheinlichkeit einer Infektion mit HIV oder Hepatitiden. Das **Infektionsschutzgesetz** verpflichtet zu innerbetrieblicher Infektionshygiene und dabei u.a. zur Verhinderung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten – die Einstellung des Spritzenabgabeprojektes verhindere den HIV- und Hepatitis-Infektionsschutz, sie befördere stattdessen die Verbreitung von Infektionen. Den Straftatbestand der Fahrlässigen Tötung nach dem Strafgesetzbuch sehen die Kläger in der Verbindung aus der gesteigerten Wahrscheinlichkeit der HIV- und Hepatitis-Infektion mit der Unheilbarkeit der daraus hervorgehenden Erkrankungen – dadurch werde indirekt und fahrlässig der Tod einer unbekanntem Zahl von Menschen verursacht.

Verein für Drogenpolitik e.V.
 Käfertaler Str. 38
 68167 Mannheim
 ☎ / 📠 06 21-4 01 72 67
 ✉ vorstand@drogenpolitik.org
 www.drogenpolitik.org

... und die Reaktion der Staatsanwaltschaft?

Mit Datum vom 01.08.2003 teilte die Staatsanwaltschaft Hannover dem Verein für Drogenpolitik mit, dass »eine Strafbarkeit wegen fahrlässiger Tötung bzw. fahrlässiger Körperverletzung ...« nicht in Betracht komme, »... weil der intravenöse Konsum von Betäubungsmitteln als eigenverantwortliche Selbstgefährdung anzusehen ist. Aus diesem Grund ist in Fällen, in denen sich das vom einzelnen Konsumenten selbst eingegangene Infektionsrisiko verwirklicht, eine strafrechtliche Verantwortung anderer Personen grundsätzlich nicht gegeben. Auch sonst bestehen nicht die geringsten Anhaltspunkte für ein strafbares Verhalten der niedersächsischen Justizministerin.«

Es werden somit im Zusammenhang mit der Strafanzeige des VfD keine Ermittlungen gegen die Ministerin geführt.

(Staatsanwaltschaft Hannover, Geschäftszeichen MZS - 1151 JB 56547 / 03)

Ecstasia – Ein Spiel zur Suchtprävention

In Zusammenarbeit zwischen zwei Spielpädagogen, dem Centre de prévention des toxicomanies, Luxembourg und der Landeshauptstadt Saarbrücken wurde ein Spiel für 4 Gruppen (oder auch 4 Einzelspieler) entwickelt und über ein Jahr lang in Schulen und Jugendgruppen im Saarland und in Luxemburg erprobt. Es ist für den Einsatz in Schulen, in der Jugend- und Elternarbeit wie auch in der Fortbildung einsetzbar. Mit einer Pressekonferenz am 17.07.03 wurde das Spiel der Öffentlichkeit vorgestellt; an den weiterführenden Schulen in Luxemburg ist es bereits eingeführt, für Saarbrücken ist die Einführung in Vorbereitung.

Besonders geeignet für die Arbeit in Gruppen vermittelt das Spiel Informationen zu Drogen (vor allem zu Ecstasy), fragt die Kenntnisse dazu ab und fordert zu interaktiver Auseinandersetzung mit Drogen, den Gründen für und gegen den Konsum auf und bietet Möglichkeiten der Erfahrung von Extase ohne Drogenkonsum.

Für die jeweils erforderliche Spielleitung gibt es eine Handreichung mit den für das Spiel wesentlichen Informationen und Hinweisen auf Materialien und Hilfsmittel.

Nachfragen und Bestellungen an:

Förderverein Gesundheitsförderung

Angelika Kraus
 c/o Stadtverwaltung Saarbrücken, nags
 66104 Saarbrücken
 ☎ 06 81-9 05-17 23
 📠 06 81-9 05-18 93
 ✉ angelika.kraus@saarbruecken.de

Neue kontrollierte Studie in Schweden durchgeführt: Buprenorphin als Alternative zu Methadon

Der partielle Opiat-Rezeptor-Agonist Buprenorphin wurde schon länger als Alternative zu Methadon in der Substitutionstherapie Heroinabhängiger vorgeschlagen. Bislang war die Datenlage zu diesem Wirkstoff aber sehr dünn. Unter Führung des Karolinska-Institut in Schweden wurde nun eine kontrollierte Studie zur Ein-Jahres-Wirkbarkeit des Buprenorphin unternommen. 40 Süchtige im Alter über 20 Jahre nahmen daran teil. Alle erfüllten seit mindestens einem Jahr die DSM-IV-Kriterien für eine Opiatabhängigkeit, kamen aber aus verschiedenen Gründen in Schweden nicht für ein Methadonprogramm in Frage. Randomisiert erhielten sie ein Jahr lang eine tägliche Dosis von 16 Milligramm sublingual oder Placebo. Mindestens sechs Monate lang wurde die Einnahme überwacht, danach durften zuverlässige Studienteilnehmer die Dosis alleine zuhause einnehmen. Alle Süchtigen nahmen überdies an einem kognitiven Verhaltenstraining teil, um einen Rückfall zu vermeiden. Wöchentlich sprachen sie mit ihrem Therapeuten und gaben drei Mal wöchentlich Urinproben ab, was einen Rückfall schnell aufdeckte. Nach einem Jahr waren noch 75 Prozent der Süchtigen unter Buprenorphin bei der Therapie dabei. In der Placebogruppe dagegen waren alle Teilnehmer rückfällig geworden ($p = 0.0001$). Unter den Patienten, die in der Therapie blieben, waren die Urinproben zu 75 Prozent negativ in Bezug auf Opiate, zentrale Stimulantien, Cannabinoide und Benzodiazepine. Außerdem wurden Süchtige unter Buprenorphin und psychosozialer Therapie seltener straffällig.

Quelle: Lancet 2003, Vol. 361, S. 662-668

»Beratung vor Suchtkarriere« – Frühhilfeangebot für Konsumenten harter Drogen in Schleswig-Holstein

Weitere Informationen:

**Ministerium für
Arbeit, Gesundheit
und Verbraucherschutz**

Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel

☎ 04 31-98 85-3 16

☎ 04 31-98 85-3 44

✉ pressestelle.mags@landsh.de

Seit dem 01. Januar 2003 wird erstaußfälligen Konsumenten harter Drogen ein freiwillig anzunehmendes Beratungsangebot gemacht. Damit ist eine Variante des FreD-Bundesmodellprojektes (siehe Bericht über die Abschlusstagung dieses Projektes ab S. 54) entwickelt worden, die zum einen ausschließlich ausgerichtet ist auf die Konsumenten harter Drogen und die zum anderen ein individuelles Beratungsangebot und nicht, wie bei FreD, ein Gruppenangebot macht. Es wird eindeutig getrennt zwischen justizieller Erledigung und Drogenberatung – ob das Angebot angenommen wird oder nicht, hat weder Einfluss auf laufende noch auf zukünftige Verfahren. Während der einjährigen Modellphase werden die Inanspruchnahme, Probleme des Modelles, Beratungserfolge und Vermittlungen in Therapie evaluiert.

Kongressankündigung

Suchttherapietage Hamburg, 1. – 4. Juni 2004 Schwerpunktthema: Ansätze der Frühintervention zwischen Selbstmanagement und motivierender Gesprächsführung

Detailinformationen sind zu erhalten über das

**Kongressbüro »Suchttherapietage 2004«
Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung
ZIS**

Klinik für Psychiatrie (UKE)

Martinistraße 52

20246 Hamburg

Tel.: 040-42803-4203

Fax: 040-42803-5121

E-mail: kontakt@suchttherapietage.de

www.suchttherapietage.de

Fachverband Drogen und Suchtmittel e. V. (FDR)

Kosten- / Nutzenrelationen in der Suchthilfe

Das Jahr 2003 brachte bereits eine Reihe von finanziellen Problemen für das Suchthilfesystem, bevor – wie etwa massiv in Nordrhein-Westfalen – zusätzliche Kürzungen für die Jahre 2004 und 2005 angekündigt wurden. Mit seinem »Rundbrief 3/03« verbreitete der FDR am 05.09.2003 u.a. die »Stellungnahme zu Kosten- / Nutzenrelationen in der Suchthilfe«, die wir hier im Wortlaut (gekürzt um ein Beispiel) abdrucken. Die zentralen Aussagen gewinnen angesichts der noch drastischer reduzierten Mittel für den ambulanten Suchthilfesektor in 2004 und 2005 immer mehr an Bedeutung.

Das Sparjahr 2003

In den Ländern und Gemeinden wird im Jahr 2003 versucht, die Krise der öffentlichen Haushalte durch ein breites Spektrum von Sparmaßnahmen zu entschärfen. Auch die Suchthilfe ist von diesen Sparmaßnahmen in unterschiedlicher Weise betroffen.

Im **ambulanten Bereich** wird die Betreuung und Beratung überwiegend durch Länder und Gemeinden finanziert. Hier reichen die Sparankündigungen von dem Wegfall aller freiwilligen Leistungen bis zu 10–20%igen Einsparungen im Jahreshaushalt 2003.

Die **medizinische Rehabilitation** wird überwiegend durch die Leistungsträger der gesetzlichen Rentenversicherung bezahlt. Da deren Ausgaben seit vielen Jahren gedeckelt sind, erreichen die »Fallkosten« mittlerweile eine Höhe, die das Budget übersteigen.

Im Bereich der **Integration** (Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft) herrschen durch die geänderten Bedingungen des Arbeitsförderungsgesetzes (SGB III) große Verunsicherung bzw. ein echter Leistungsabbau durch den Wegfall der ABM- und SAM-Maßnahmen. Die neuen Bundesländer sind davon dramatisch betroffen, da hier nicht nur Anschubfinanzierungen, sondern auch soziale Dienstleistungen reduziert werden müssen.

Der ökonomischen Beeinträchtigung der Suchthilfe in Westdeutschland steht die existentielle Bedrohung in Ostdeutschland gegenüber.

Strukturen und Finanzierung

In der Bundesrepublik Deutschland gab es im Jahre 2001 fast 400 niedrighschwellige Angebote für Suchtkranke, über 1.000 Suchtberatungsstellen, davon 360 Drogenberatungsstellen, rund 6.800 Entzugsplätze, 11.312 Plätze für die stationäre medizinische Rehabilitation (davon 3.931 für Drogenabhängige), rund 470 komplementäre Einrichtungen und rund 1.230 Plätze in Arbeits- und Qualifizierungsprojekten für Suchtkranke. Rund 400.000 Menschen mit substanzbezogenen Problemen werden jährlich vom Hilfesystem erreicht und erhalten wertvolle Impulse für den Ausstieg aus der Suchtkrankheit.

Die Finanzierung der Suchthilfe ist ein unübersichtliches Feld. Die offiziellen Zahlen besagen, dass den ambulanten Einrichtungen in Westdeutschland pro Jahr durchschnittlich ein Budget von rund 290.000 € zur Verfügung steht, während dies in den neuen Bundesländern nur rund 115.000 € sind. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation beträgt der durchschnittliche Tagessatz in einer stationären Einrichtung 86 €. Leistungen im komplementären Bereich werden zum Teil über Einzelfallhilfe nach dem BSHG oder über Projektkosten bezahlt. Auf diese Weise scheint sich ein hoher Aufwand zu summieren.

Allerdings haben suchtkranke Menschen für diese Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Sozialversicherung zuvor Beiträge bezahlt. Bei den freiwilligen Leistungen und bei Sozialhilfezahlungen handelt es sich um – personenbezogen – befristete Zahlungen, die Impulse im Sinne der »Hilfe zur Selbsthilfe« geben sollen. Suchtkranke Menschen benötigen seltener Dauerunterstützung als etwa Menschen mit einer Behinderung oder chronisch kranke Personen. Falls dennoch eine länger andauernde Betreuung nötig sein sollte, ist ihr Aufwand erheblich geringer als bei einer Nicht-Betreuung. Die Behandlungskosten bei den sogenannten »Drehtürpatienten« sind teilweise regional erfasst worden (AOK Magdeburg, AOK Niederbayern) und stellen eine erhebliche Belastung im Gesundheitssystem dar.

Sucht kostet Geld – Suchthilfe spart

Suchtkrankheiten verursachen Kosten: Das Robert-Koch-Institut in Berlin hat die gesellschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums auf rund 20 Milliarden € beziffert. Der Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e. V. hat versucht, die Kosten der Drogenabhängigkeit zu berechnen und hat dabei eine Summe von rund 2,5 Milliarden € beziffert. Menschen, die durch die differenzierten Angebote der Suchthilfe ihre Suchtkrankheit erfolgreich überwinden konnten, verursachen kaum noch gesellschaftliche Kosten, zahlen aber nach Aufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit wieder Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Sie tragen also dazu bei, die Kosten der eigenen Behandlung einerseits durch Steuerzahlungen, andererseits durch Bei-

Nicht nur die Struktur, auch die Finanzierung der deutschen Suchthilfe ist unübersichtlich

tragszahlungen an die Solidargemeinschaft der Versicherten wieder zu erstatten. Wenn in Ländern und Gemeinden jetzt die Leistungen für die Finanzierung der Suchthilfe gestrichen oder gekürzt werden bzw. die Rentenversicherungsträger bei den Budgets der medizinischen Rehabilitation Abstriche hinnehmen müssen, so handelt es sich dabei um kurzfristigen Aktionismus, der langfristig zu höheren Kosten führen wird.

Beispiel: Externe Suchtberatung

Viele Drogenabhängigen befindet sich in Justizvollzugsanstalten. Dort kostet ein Hafttag im Durchschnitt 90 €. Ein Sozialarbeiter/-innengehalt ist mit 45.000 € zu veranschlagen und entspricht 500 Hafttagen. Wenn eine Fachkraft der externen Drogenberatung einen Inhaftierten mit 2 Jahren Reststrafe auf dem Weg der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften »Therapie statt Strafe« in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme vermittelt, hat er 65.700 € gespart und damit »sein Gehalt verdient«. Die Vermittlungszahlen sind natürlich erheblich höher.

An diesem Beispiel wird deutlich, dass das budgetorientierte Denken zwar auf der einen Seite vermeintlich kurzfristige Sparerfolge zeigt, auf der anderen Seite diese aber mit erheblich höheren Kosten erkaufte.

Beispiel: Medizinische Rehabilitation

Eine wirksame Behandlung der Suchterkrankung findet in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation statt. Nach den dem Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e. V. vorliegenden Informationen zahlen rund 70 % der Menschen, die eine Behandlung der Alkoholkrankung erfolgreich abgeschlossen haben, langfristig wieder Sozialversicherungsbeiträge und Steuern. Bei Drogenabhängigen sind dies rund 40 %. Die medizinische Rehabilitation ist erfolgreich, weil durch sie ein Mehrfaches der Aufwendungen durch Beitragszahlungen refinanziert wird. Und: Eine Kürzung bei den Beratungsstellen, in denen die Motivationsarbeit für die Behandlung stattfindet, Vermittlungsaufgaben übernommen werden und eine persönliche Begleitung organisiert wird, würde die Zahl der angetretenen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen reduzieren und vermutlich auch die Behandlungsabbrüche erhöhen. Darüber hinaus würden die Kürzungen bei den Personalstellen die Mindestkriterien der ambulanten medizinischen Rehabilitation gefährden, da sie im Kontext des Verbundsystems der Suchthilfe angeboten werden muss.

Empfehlungen für die Praxis

Die Einsparungen in den öffentlichen Haushalten folgen weder einer politischen noch einer ökonomischen oder gar einer gesellschaftlichen Logik. Sie werden ausschließlich fiskalisch begründet. Daher ist es beinahe unmöglich, Argumentationen zu entwickeln, die für die Verhandlungspartner einsichtig wären. Der Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e. V. empfiehlt jedoch, darauf hinzuweisen,

- dass die Gesundheitsministerkonferenz am 02./03. Juli 2003 in Chemnitz den Ausbau des Suchthilfenetzes beschlossen und dabei den Aktionsplan Drogen und Sucht unterstützt hat,
- dass Suchtkranken durch die öffentlichen Haushalte keine Dauerleistungen gewährt werden müssen, sondern es um überwiegend befristete Finanzierungen geht, die im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe in hohem Maße refinanziert werden und
- dass Suchthilfe ein qualitätsorientiertes, vernetztes, wirksames und zudem außerordentlich kostengünstiges Hilfesystem geschaffen hat.

Da die einzelnen Teile des Verbundsystems eng miteinander verknüpft sind, gefährden Kürzungen bereits an einer Stelle das System als Ganzes.

Der Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e. V. empfiehlt den Einrichtungen der Suchthilfe aber auch, die eigene Arbeit noch einmal in Hinblick auf Effektivität und Wirksamkeit zu überprüfen. Er fordert jedoch von den Verantwortlichen vor allem im Bereich der Kommunen, aber auch der Länder,

- Gesundheitsangebote einschließlich der Suchthilfe umfassend zu vernetzen und eine verbindliche Federführung in diesem Hilfesystem festzulegen,
- sich mit den Anbietern auf einen Leistungskatalog und Vergütungssätze zu einigen,
- die Teilhabe suchtkrank Menschen an Arbeit und dem Leben in der Gemeinschaft zu unterstützen und hierauf das besondere Augenmerk der Förderung zu legen,
- die Kosten/Nutzen-Relation der Kürzungen in den Haushalten ressortübergreifend genau zu prüfen.

Denn: Suchthilfe ist effektiv und effizient – sie trägt bei

- zur Einsparung von Kosten bei den Akutbehandlungen Suchtkranker,
- zur Senkung der Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung, auch bei psychosomatischen Erkrankungen der Angehörigen,
- zur Senkung der Fehlertage am Arbeitsplatz,
- zur Gewaltreduzierung vor allem bei jungen Leuten durch Suchtprävention,
- zur Reduzierung der Belastung durch den Rückgang städtischer Drogenszenen,
- zum Rückgang Suchtmittel bedingter Todesfälle,
- zur Erhöhung der subjektiv wahrgenommenen öffentlichen Sicherheit,
- zur Reduzierung der Haftkosten,
- zur Einsparung z. B. in den Bereichen Sozialhilfe, Jugendhilfe und Arbeitslosenhilfe,
- zur Teilhabe suchtkrank Menschen an Arbeit,
- zur Erhöhung der öffentlichen Einnahmen durch Steuer- und Beitragszahlungen,
- zur Rückzahlung von Schulden vor allem durch Drogenabhängige,
- zum Rückgang der Gewaltanwendung unter Suchtmittel einfluss,
- zum Rückgang von HIV und Hepatitis und anderen Infektionskrankheiten.

Da die einzelnen Teile des Suchthilfe-Verbundsystems eng miteinander verknüpft sind, gefährden Kürzungen bereits an einer Stelle das System als Ganzes

FDR

Odeonstr. 14
30159 Hannover
☎ 05 11-1 83 33
☎ 05 11-1 83 26
✉ mail@FDR-online.info
www.FDR-online.info

AG Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. (AG Dropo)

Zur Finanzierung und Umstrukturierung der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe

Die gegenwärtige Situation der Sucht- und Drogenhilfe – Stichworte Finanzierungsproblematik, Stellenabbau, Verschlechterung der Versorgung etc. – scheinen wenig Spielraum für den Erhalt der Qualität der Arbeit, Entwicklung und Innovation zu lassen. Die »guten Zeiten« liegen hinter uns, es scheint eine rückwärts gerichtete Entwicklung eingesetzt zu haben, die einengt und beschneidet. Müssen wir uns bei all diesen Vorzeichen resigniert abwenden und aus der Erinnerung leben? Das nachfolgend abgedruckte Papier der AG Dropo befasst sich unter konstruktiven Gesichtspunkten mit einem pragmatischen Blick auf die Realitäten der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe, leistet eine Bestandsaufnahme und benennt Aufgaben und Herausforderungen für die Akteure im Feld. Die AG Dropo ist ein Zusammenschluss von in unterschiedlichen Feldern der Drogenarbeit tätigen Menschen sowie Institutionen und Vereinen.

Vorbemerkung

Die nachfolgenden Überlegungen zur Finanzierung der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe zielen auf die Träger ambulanter Leistungsangebote. Dabei sind Fragen der zukünftigen Finanzierung der Hilfen nicht zu trennen von einer Umstrukturierung der Angebote und der Arbeit.

Die Überlegungen zielen nicht auf die grundsätzliche Kritik der Finanzierungsvoraussetzungen ambulanter Drogenhilfe oder die aktuellen Entwicklungen zum sog. »Umbau des Sozialstaates« mit dem Abbau sozialer Leistungen, einer Verschlechterung der Versorgung (-strukturen) und der Kürzung von Fördermitteln. Diese Bedingungen werden als Realität vorausgesetzt. Leitgedanke ist die Frage nach verbleibenden Handlungsspielräumen der Einrichtungen und Träger unter den skizzierten Bedingungen.

Wenn Begriffe wie »Leistung«, »Qualität«, »Entgelt«, »Vereinbarung« benutzt werden und die Verbesserung der Transparenz und die Herstellung eines stärkeren Begründungszusammenhanges von Finanzierung und Leistungserbringung gefordert wird, so ist hiermit nicht eine »neoliberale« Neuausrichtung der Hilfen gemeint.

Es wird vielmehr versucht, Strategien aufzuzeigen, um auch unter veränderten Bedingungen eine fachliche Gestaltung der Hilfen zu sichern. Grundsätzlich wird bspw. nicht übersehen, dass die bisherige Form der Finanzierung und Organisation der Drogenhilfe auch »positive Seiten« hatte, d.h. Träger und Einrichtungen weitgehend selbstverantwortlich agieren, flexibel reagieren und am »Wohl der Betroffenen« orientiert handeln konnten.

Diese Handlungsmöglichkeiten werden durch veränderte Finanzierungsbedingungen insbesondere dann zunehmend eingeengt, wenn Einrichtungen und Träger keine eigenen Antworten auf diese Bedingungen in Form kreativer Konzepte entwickeln.

Die Thesen zur Finanzierung der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe orientieren sich an den pragmatischen Erfordernissen, die sich aus der Realität des Leistungsrechts ergeben.

Die Tatsache, dass aufgrund der gegebenen Finanzierungsmodalitäten grundsätzliche Forderungen der Drogenhilfe zur inhaltlichen Ausgestaltung der Arbeit nicht umgesetzt werden können, bleibt hierbei bewusst unberücksichtigt.

These 1

Die Finanzierung der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe bzw. die finanzierungsbezogenen Aktivitäten der freien Träger basieren (noch) auf der Annahme von »Wachstum« als naturgegebener Konstante.

Der Auf- und Ausbau von z.T. nicht immer fachlich begründbaren Hilfeangeboten ist bis heute oftmals die vorherrschende Form der Trägeraktivitäten.

Mit dem Zuwachs der öffentlichen Finanzierungsquellen entstanden insbesondere in der Drogenhilfe immer mehr Angebote und Einrichtungen.

These 2

Dieses ausschließlich auf Wachstum ausgerichtete Denken stößt nunmehr aufgrund der defizitären Lage der öffentlichen Haushalte an seine Grenzen. Die hieraus resultierenden Finanzierungsproblemen der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe haben letztlich den (Teil-) Abbau von Personalkapazitäten und Angeboten zur Folge.

Auch unter den sich verändernden Finanzierungsbedingungen ist kreative Gestaltung durch die Einrichtungen und Träger unabdingbar

Sozialrechtlich abgesicherte Leistungen sind von der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe bisher zu wenig reflektiert und eingefordert worden

Der Städte- und Gemeindebund hat erklärt, dass in Anbetracht der desaströsen Situation der kommunalen Haushalte auch die Angebote der Sucht- und Drogenhilfe zur Disposition gestellt werden müssen.

Auch wenn das Ende der Sucht- und Drogenhilfe noch nicht eingeläutet werden muss, ist doch ein deutliches Umdenken der Akteure gefordert.

These 3

Anders als im stationären Bereich, der auf einer weitgehend abgesicherten sozialrechtlichen Grundlage (SGB V, VI bzw. BSHG) arbeitet – auch wenn sich hier z.T. deutliche Defizite im Leistungsspektrum zeigen – finanziert sich die ambulante Sucht- und Drogenhilfe überwiegend durch kommunale Zuschüsse und Landesmittel sowie in Teilbereichen durch Eigenleistungen der Träger.

Sozialrechtlich abgesicherte Leistungen (z.B. Leistungen zur Vorbereitung auf eine medizinische Rehabilitation, Psychosoziale Betreuungsmaßnahmen substituierter Drogenabhängiger) sind von der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe bisher zu wenig reflektiert und eingefordert worden.

These 4

Auch wenn fachlich nicht begründbare Einschnitte in die Finanzierung der Hilfen abgewehrt werden müssen, sind die bestehenden Finanzierungsprobleme nur zu bewältigen, wenn die Finanzierung der Hilfen schrittweise den veränderten Rahmenbedingungen angepasst wird.

Das Selbstverständnis der Träger und Einrichtungen muß sich an einem ausgewogenen Verhältnis von (transparenter) Leistung und Entgelt orientieren.

These 5

Die freien Träger sind gefordert als Leistungserbringer aufzutreten und selbst einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätsentwicklung des regionalen Versorgungssystems der Sucht- und Drogenhilfe zu leisten, womit sie eine wichtige Funktion im Rahmen der Planung und Steuerung der Hilfen wahrnehmen.

Dies gilt insbesondere, da die Fachlichkeit kommunaler Verwaltungen i.d.R. zu gering entwickelt ist, ein politischer Gestaltungswille oftmals fehlt und wohl kaum auf entscheidende fachliche Impulse der Leistungsträger zu hoffen ist.

These 6

Der Anteil sozialrechtlich verbindlich finanzierter Leistungen in der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe ist als Finanzierungsgrundlage (noch) unbedeutend. Zuschüsse werden i.d.R. pauschal gewährt, ohne dass die erbrachten Leistungen definiert und bspw.

in Form einer Leistungsdokumentation nachgewiesen werden müssen. Die Forderung nach einer einheitlichen Finanzierungsgrundlage muss hier zu kurz greifen.

Würden die Finanzierungsmodalitäten bisher als »Flickenteppich« kritisch-klagend beschrieben, so wird es zukünftig darum gehen müssen, den »Flickenteppich« als strategische Chance zur Sicherung und Weiterentwicklung der Hilfen zu begreifen und um weitere »Flicken« zu ergänzen.

These 7

Der »Flickenteppich«, d.h. die Finanzierung differenzierter ambulanter Leistungen der Sucht- und Drogenhilfe kann dazu beitragen, dass

- Handlungs- und Entscheidungsspielräume der freien Träger bezüglich ihrer Aktivitäten und Angebote erhalten bleiben,
- flexible Finanzierungsgrundlagen ambulanter Hilfen erhalten bleiben,
- die Nachfrageorientierung und Aushandlungsprozesse zwischen den Versorgungsbeteiligten gestärkt werden und
- die Kreativität der Träger im Hinblick auf die Schaffung neuer Angebote und die damit verbundene Suche nach Finanzgebern dieser Leistungen gefördert wird.

These 8

Eine der Voraussetzungen hierfür ist, dass die ambulante Sucht- und Drogenhilfe ihre Leistungen beschreibt und dabei unterscheidet zwischen folgenden Leistungsreichen:

- Leistungen der Grundversorgung (z.B. Beratung/Begleitung, Substitution, Sekundärprävention, niedrigschwellige Grundleistungen)
- ergänzende Leistungen (z.B. Betreutes Wohnen, Schuldnerberatung, ergänzende niedrigschwellige Leistungen, Konsumräume, Entzugsbehandlung/medizinische Rehabilitation, MPU-Kurse)

Dies bedeutet, dass nicht mehr die Sucht- und Drogenberatungsstelle mit einem allgemeinen Aufgaben- und Angebotsspektrum das vorherrschende Leitbild liefert. Das Leistungsspektrum (eines Trägers bzw. einer Einrichtung) wird sich an den regionalen Rahmenbedingungen (z. B. Bedarf, Aufgabenteilung zwischen Leistungserbringern, finanzielle Ressourcen, politischer Wille) orientieren.

These 9

Unter fachlichen Gesichtspunkten wird es an erster Stelle auf die Sicherung einer Grundversorgung ankommen. Diese Kernaufgaben der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe zu beschreiben und über fachliche Leitlinien und Standards sowie vertragliche Vereinbarungen abzusichern wird eine wichtige Aufgabe für die nahe Zukunft sein.

Einige der bislang kritisch-klagend betrachteten Entwicklungen werden sich zu strategischen Chancen der Sicherung und Weiterentwicklung der Angebote wandeln

These 10

Mit Blick auf die einzelnen Leistungsbereiche sind vertragliche Vereinbarungen mit den jeweiligen Leistungsträgern abzuschließen.

Die Zielrichtung ist dabei die schrittweise Abkehr von der Zuwendung durch Verwaltungsakt zu Verträgen mit starken leistungsrechtlichen Anteilen.

Als Möglichkeiten sind hier Entwicklungen in einzelnen Kommunen zu sehen, die die Finanzierungsgrundlage stärker am BSHG (z. B. §§ 39, 40 BSHG) ausrichten und die Prüfung zusätzlicher Finanzierungsmöglichkeiten wie bspw. die ergänzende Finanzierung von Leistungen durch die Krankenversicherungen (z. B. aufsuchende Suchthilfe im Krankenhaus) und Rentenversicherungsträger (LVA'en / BfA; z. B. Vorbereitung auf eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, hier: Motivationsarbeit, Erstellen von Sozialberichten u.a.) beinhalten.

Die Frage einer finanziellen Beteiligung der Klienten ist auf der Basis der sozialrechtlichen Zuzahlungsregelungen und ihres Leistungsvermögens zu berücksichtigen.

These 11

Hauptleistungsträger für die regionale Grundversorgung ist die Kommune (Daseinsvorsorge). Mit den Kommunen sind dementsprechend Verhandlungen über die Sicherung der Grundversorgung und die zukünftige Ausgestaltung der Hilfen überhaupt zu führen. Dabei sind Fragen der Laufzeit vertraglicher Vereinbarungen – im Hinblick auf die Sicherung des Angebots sowie die Planungssicherheit der Träger – einzubeziehen.

These 12

Die fehlende Nachhaltigkeit politischer Planungs- und Steuerungsprozesse wird zukünftig in Verbindung mit knappen finanziellen Ressourcen auch die Rahmenbedingungen der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe verschlechtern. Es sind deshalb (über-) lebensnotwendige, flexible Strategien zur Sicherung der (Grund-) Versorgung und zum Erhalt der Handlungsfähigkeit der Leistungserbringer zu entwickeln. Dies setzt eine Stärkung der Autonomie freier Träger und den Gang neuer Wege voraus. Hierzu kann u.a. auch die Stärkung freier Träger durch regionale Zusammenschlüsse und/oder die Änderung der Rechtsform von freien Trägern zählen.

Die fehlende Nachhaltigkeit politischer Planungs- und Steuerungsprozesse wird zukünftig in Verbindung mit knappen finanziellen Ressourcen auch die Rahmenbedingungen der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe verschlechtern

Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V.

Schmielenweg 42
41372 Niederkrüchten
☎ 0 21 63-84 37 46
✉ mail@ag-dropo.de
www.ag-dropo.de

Ruud Rutten

Umkehr in der Gesundheitsfürsorge: Marktwirkung

Das System der Suchthilfe weist in den Niederlanden bekanntermaßen eine grundlegend andere Struktur auf als in Deutschland. Regionale Suchthilfeträger halten für die jeweilige Versorgungsregion sämtliche ambulanten Dienste und darüber hinaus inzwischen in fast allen Regionen auch die stationären Angebote vor. Das vereinfacht Steuerungsprozesse für die Entwicklung und Ausgestaltung der Suchthilfe und sorgt für eine größere Klarheit des Systemes und zudem für eine bessere »Durchlässigkeit« an den Schnittstellen.

Andererseits hat sich unter der Regierung Balkenende eine Praxis der Kostenkontrolle und Eingrenzung der »Versorgung« entwickelt, mit der sich eine neue Form der zentralen Steuerung und Kontrolle des Sektors ergibt. In dem folgenden Beitrag beschreibt Ruud Rutten, Direktor des Suchthilfeträgers TACTUS, die Auswirkungen dieser Entwicklung, die gekennzeichnet ist durch die wachsende Funktion der Regierung »als monopolistischem Einkäufer von Versorgung« – mit einem immer stärkeren Einfluss auf die Regeln dieses »Spieles«.

Der Beitrag ist der Oktober-Nummer der TACTUS-Tribune, dem Mitarbeiter-Informationsblatt von TACTUS, entnommen.

In der Gesundheitsfürsorge verlagert sich der Schwerpunkt immer mehr von der Input- auf die Output-Seite der Bilanz. Früher lauteten die entscheidenden Fragen 'Was sollten wir dem Klienten unserer Meinung nach bieten?' und 'Wie bieten wir das nach unseren Normen an?'. Die Messung der Resultate und die Ermittlung der spezifischen Bedürfnisse und Nöte der Klienten kam in diesem Ansatz mitunter zu kurz. Gemessen wurde der Erfolg unserer Einrichtung eher anhand der Organisationsstruktur, der Einhaltung der Tarifverträge und der Qualität der Buchhaltung als an der Effektivität der von uns gebotenen Betreuung.

Dies hat sich seit Januar 2003 grundlegend geändert.

Das neue Prinzip lautet: Mehr Leistung bringt mehr Geld, weniger Leistung führt zu Einbußen. Dazu kommt, dass Klienten in der neuen Situation das Recht haben, sich an andere Einrichtungen zu wenden, die ihren Bedürfnissen besser gerecht werden. Für uns ist dies eine enorme Herausforderung: Wir müssen wirtschaftlicher und vor allem stärker bedarfsorientiert arbeiten. Das bedeutet keineswegs, dass die Qualität darunter leidet. Im Gegenteil, denn Marktwirkung bringt auf Dauer eine Steigerung von Umsatz und einen Anstieg der Preise, was der Qualität wiederum zugute kommen kann.

Und genau dort liegt das Problem! Der Staat kann und will sich zurzeit nämlich nicht zwischen Marktwirkung und zentraler Steuerung entscheiden. Die Regierung Balkenende richtet sich vornehmlich auf Kostenkontrolle. Sie entscheidet, was Aufgabe der Gesundheitsfürsorge ist, alles wird zentral geregelt und streng kontrolliert. Mit Marktwirkung und Entscheidungsfreiheit hat das wenig oder überhaupt nichts zu tun. Der Staat schlüpft mehr und mehr in die Rolle des monopolistischen Einkäufers von Fürsorgeangeboten und ändert dabei die Regeln, nach denen gespielt wird, zum eigenen Vorteil ab.

Der Staat schlüpft mehr und mehr in die Rolle des monopolistischen Einkäufers von Fürsorgeangeboten und ändert dabei die Regeln, nach denen gespielt wird, zum eigenen Vorteil ab

Ärztliche Überweisungen

Beispielhaft für diesen Prozess sind die neuen Regeln über Fürsorgekoordination und ärztliche Überweisungen. Behandlungen von Klienten werden nicht mehr aus Mitteln des AWBZ (Allgemeines Gesetz Besondere Krankenkosten) finanziert, wenn keine Überweisung des Hausarztes oder eine Indikation des RIO (Regionales Indikations-Organ) vorliegt. Wenn eines dieser Dokumente in der Klientenakte fehlt, werden die Behandlungskosten am Jahresende nicht erstattet. In diesem Beispiel werde ich mich auf die ärztliche Überweisung beschränken. 95 % unserer Klienten werden nicht vom Hausarzt an uns überwiesen. Das hängt eng mit dem Charakter der Suchtproblematik zusammen. Im letzten Jahrzehnt wurde viel investiert, um die Angebote zugänglicher zu machen. (Haus-)Ärzte als Überweiser spielten dabei eine eher untergeordnete Rolle, umso wichtiger waren aktive aufsuchende Betreuung und das Zwang-und-Drang-Konzept. Da eine ärztliche Überweisung nun aber urplötzlich sozusagen die Eintrittskarte für Behandlungen aus AWBZ-Mitteln bildet, müssen wir viel Zeit, Geld und Energie investieren, um die Patientenakten zu prüfen und zu aktualisieren. Neben dem zusätzlichen Arbeitsaufwand für uns führt dies natürlich auch zu Unverständnis und Irritationen bei Hausärzten. Vor allem aber wirft es neue Schwellen für Klienten auf, die entziehen möchten. Angesichts der vielen Milliarden, die die Gesellschaft in Lösungsansätzen für die Suchtproblematik investiert, sind diese neuen Regeln in wirtschaftlicher Hinsicht unvernünftig!

Strikte Buchhaltungskriterien

Die (nach dem niederländischen Finanzminister G. Zalm benannte) so genannte »Zalm-Norm« (die Grundlage der neuen Haushalts-Sparpolitik) entwickelt sich langsam zur Zwangsjacke mit strikten Buchhaltungskriterien und unzähligen neuen Regeln und Regelchen. Die Beamten des College Tarieven Gezondheidszorg (Kollegium Tarife Gesundheitsfürsorge, CTG) übernehmen die Rolle der »Verkehrspolizisten« im niederländischen Gesundheitswesen. Die Einrichtungen und Koordinationsstellen der Gesundheitsfürsorge bemühen sich nach Kräften, dass der niederländische Staat als monopolistischer Einkäufer möglichst viel Geld sparen kann. Das ist Marktwirkung, wie sie sich Beamte ausgedacht haben.

Betreuungskoordination und Klientenakten

Ein weiterer Engpass sind die Richtlinien für Betreuungskoordination, die sich Jahr für Jahr ändern. Das gilt vor allem für die Art und Weise, wie rückwirkend kontrolliert wird, ob wir die Betreuungsmaßnahmen genügend koordinieren. Auch hier ändern sich die Regeln manchmal schon während des Spiels. Das macht eine vollständige und detaillierte Aktenführung wichtiger denn je, weil anhand des Inhalts der Klientenakte nachvollziehbar sein muss, wie und warum wir den Klienten betreut haben. Heutzutage ist nämlich oft erst rückwirkend festzustellen, welche Preise wir für die durchgeführten Behandlungen in Rechnung stellen können. Nicht zuletzt deshalb müssen sich alle der Notwendigkeit einer guten und vollständigen Aktenführung bewusst sein. Im letzten Jahr hätten wir gerne mehr Zeit und Energie in die Entwicklung einer geeigneten elektronischen Akte gesteckt statt rückwirkend die Akten mit hohem Aufwand an neu eingeführte Anforderungen anzupassen.

Elektronische Akte

Auf dem Gebiet der Aktenführung stehen im nächsten Jahr große Veränderungen an. Seit einiger Zeit experimentieren wir bereits mit einem neuen Format für den Betreuungsplan. Außerdem wurde ein neues Format für die elektronische Akte definiert. Momentan befasst sich eine Arbeitsgruppe mit der Entwicklung eines detaillierten Konzepts für die Akte. Außerdem hat TACTUS bereits ein Kommunikationsnetzwerk angelegt, an das alle Niederlassungen angeschlossen werden und zurzeit werden diese nacheinander mit Computern ausgestattet. Im ersten Quartal des nächsten Jahres wird die elektronische Akte fertig gestellt sein, sodass wir erste Pilotprojekte auf diesem Gebiet starten können. Ab Mitte nächsten Jahres werden alle TACTUS-Mitarbeiter nach und nach im Umgang mit der elektronischen Akte geschult, anschließend wird sie so schnell wie möglich in Phasen eingeführt.

Transparenz der Leistungen durch gute und vollständige Dokumentation ist unerlässlich für die Finanzierung der Arbeit

Umstrukturierung

Die Beschreibung der administrativen Prozesse, der Telefonannahme und die Beratungen über die Entwicklung der Sekretariatsfunktionen dauern länger als erwartet, weil Produktionsplanung und -registrierung, finanzielle Kontrollen und Anpassung der Akten (oft im Zuge von Kontrollen von zurückliegenden Perioden!) viel Zeit in Anspruch nehmen. Hinter den Kulissen haben die verschiedenen Arbeitsgruppen aber auch auf diesem Gebiet Fortschritte erzielt. Der Zeitpunkt, an dem all diese Entwicklungen zusammenlaufen und wir die Implementierung und Perfektionierung der neuen Verfahren in Angriff nehmen werden, rückt immer näher. Insgesamt haben wir dafür einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren veranschlagt.

Vor- und Nachteile der neuen Ära im Gesundheitswesen

Was die konkrete Umsetzung der Resultate des Umstrukturierungsprozesses der Gesundheitsfürsorge anbelangt, wurden zwar viele Fortschritte gemacht aber auch hier wären wir gerne schon weiter. Fast alle Module sind definiert und befinden sich in der Weiterentwicklungsphase. Das neue Aufnahme-Screening ist fertig und kann eingeführt werden. Auch die an die Aufnahme anschließenden Module wurden definiert und fertig gestellt. Die Entwicklung des ambulanten Diagnostik-Moduls befindet sich im fortgeschrittenen Stadium. Mit anderen Worten: In absehbarer Zeit werden wir die Umstrukturierung der Aufnahmesystematik in der Praxis in Angriff nehmen. An anderer Stelle werden wir darüber ausführlich Bericht erstatten.

Kurzum, durch all diese externen Anforderungen verzögert sich die Einführung der internen Maßnahmen, die wiederum notwendig sind, um besser auf die externen Anforderungen zu reagieren. Nichtsdestotrotz bringen die externen Anforderungen und die damit verbundene Versachlichung auch Vorteile.

»Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser« lautet ein bekanntes Buchhaltermotto. Eingefleischte Gewohnheiten werden erneut geprüft und wir entdecken auch Dinge, von denen wir dachten, dass sie von selbst geschehen ohne eigentlich zu wissen, wer dafür verantwortlich ist. Was in der einen Organisation selbstverständlich ist, ist es in der anderen nicht. Personalfuktuation im Management und auf ausführender Ebene führt manchmal dazu, dass Gewohnheiten in Vergessenheit geraten. Die neuen Anforderungen bewirken, dass die gesamte Organisation wie bei einem Frühjahrsputz »ausgemistet« wird.

Die Latte liegt hoch

Für eine junge, in Entwicklung befindliche Organisation wie TACTUS liegt die Latte jetzt natürlich besonders hoch. Einerseits befinden wir uns mitten in einem internen Stabilisierungs- und Weiterentwicklungsprozess, andererseits werden wir mit turbulenten externen Entwicklungen konfrontiert, bei denen Kontrolle und zentrale Steuerung eine wichtige Rolle spielen. Obwohl unsere Organisation erheblich gewachsen ist, haben sich inzwischen bei TACTUS aber Formen und Infrastrukturen herausgebildet, die es uns ermöglichen, auf allen Ebenen der Organisation schnell integrale Aktionen durchzuführen und rasch auf sich wandelnde Umgebungsanforderungen zu reagieren. Die Verbesserungsmaßnahmen, die wir im letzten Jahr geplant und umgesetzt haben, wären vor einigen Jahren noch undenkbar gewesen. Offenbar ist TACTUS mehr und mehr den Anforderungen, die die Umgebung an uns stellt, gewachsen. Genau das war der Grund, aus dem wir vor einiger Zeit beschlossen haben, alle kleinen, selbständigen Einrichtungen, die diese anstehenden Anforderungen alleine nicht hätten meistern können, zu einer integralen Hilfsorganisation zusammenzufassen, die dazu imstande ist. Vor allem den Mitarbeitern hat dieser Prozess viel abverlangt und er ist noch lange nicht abgeschlossen. Es sieht aber danach aus, dass die Resultate in weiten Teilen der Organisation allmählich sichtbar werden. Darauf dürfen wir stolz sein!

Kurzum ...

Alle rückwirkenden externen Kontrollen kosten uns viel Energie. Überflüssig sind sie aber nicht, denn schließlich bilden sie die Grundlage für das Prinzip der leistungsorientierten Finanzierung. Hoffentlich nimmt der Staat nun auch seine Verantwortung wahr und belohnt die Einrichtungen, die Leistung erbringen. Manchmal scheint es, als würde der Staat selbst vor dem Prinzip der Marktwirkung zurückschrecken. Leistung bedeutet in unserem Sektor nämlich, dass wir möglichst vielen Menschen angemessene Hilfen bieten, nicht aber, dass wir möglichst viele Regeln optimal einhalten!

Leistung bedeutet in unserem Sektor, dass wir möglichst vielen Menschen angemessene Hilfen bieten, nicht aber, dass wir möglichst viele Regeln optimal einhalten

TACTUS
Secretariaat
TACTUS tribune
Raiffeisenstraat 40
7514 AM Enschede
☎ 00 31-53-4 82 24 24

Auch wenn die externen Anforderungen zu Komplikationen bei internen Entwicklungen führen, bringt die damit einhergehende Versachlichung auch Vorteile

Rob Steinbuch

Einführung eines überregionalen Registrationsystems für substituierte Abhängige

Im Sommer diesen Jahres wurde in den Niederlanden ein zentrales Registrierungssystem für die Substitutionsbehandlung eingeführt. In einer Einführungsveranstaltung am 18. 06.2003 wurde das System vorgestellt. Rob Steinbuch, Mitglied der Parlamentarischen Arbeitsgruppe Drogenpolitik der PvdA kommentiert im folgenden Beitrag dieses Registrierungssystem und die Präsentationsveranstaltung. Seinem Text voran gestellt drucken wir die Ankündigung des LCMR genannten Systemes ab, wie sie das Gesundheitsministerium Den Haag (VWS) auf seiner Homepage präsentierte

»Ärzte, die Ersatzmittel verschreiben, können dies ab dieser Woche zentral registrieren. Das EDV-gestützte überregionale Registrierungssystem verschafft einen allumfassenden Überblick über Art und Umfang der Verabreichung von Medikamenten (wie Methadon oder Naltrexon), die Ärzte im Rahmen der Behandlung von Suchtkrankheit verschreiben.

Die so genannte Landesweite Zentrale Medikamentenregistration (Landelijke Centrale Middelen Registratie, LCMR) fördert die Kontinuität, Qualität, Effektivität und Sicherheit dieser Form der Suchtbehandlung. Mithilfe biometrischer Verfahren wird die Identität von Behandler und Klient festgestellt, um die Gefahren von Entwendung und falscher Anwendung von Betäubungsmitteln zu reduzieren. Darüber hinaus liefert das LCMR-System Informationen für Behörden, Wissenschaft und Politik.

Im Auftrag des Ministeriums für Volksgesundheit, Wohlfahrt und Sport sowie des Justizministeriums wird das LCMR-System in ambulanten und klinischen Sucht-hilfeeinrichtungen, medizinischen Abteilungen des Justizwesens, Gesundheitsämtern, Apotheken, Hausarztpraxen und Krankenhäusern schrittweise eingeführt. Schwerpunkt der Implementierung sind die sechs Heroin-Behandlungsstellen. Die Einführung erfolgt vorläufig auf freiwilliger Basis. Wenn dies nicht den gewünschten Erfolg hat, ist langfristig eine gesetzliche Einführungspflicht vorgesehen.«

(www.minvws.nl)

Am Mittwoch, dem 18. Juni, fiel der Startschuss für die Einführung des neuen Automatisierungssystems für die Methadonverabreichung, der so genannten »Landesweiten Zentralen Medikamentenregistration (Landelijke Centrale Middelen Registratie, LCMR)«. Obwohl der Name anders vermuten lässt, erfasst das System vorläufig nur die Methadonverabreichung.

Entwickelt wurde das System von der Stichting Informatievoorziening Zorg (Stiftung Automatisierung Gesundheitswesen, IVZ) in Houten im Auftrag des Gesundheits- und des Justizministeriums.

Die Einführungsveranstaltung am 18. Juni in Houten umfasste vier Vorträge, die Übergabe einer CD-Rom an Vertreter der Ministerien sowie deren Schlussworte.

Unter den ausgehändigten Dokumenten befand sich auch ein Brief des Gesundheitsministeriums, der wie folgt beginnt:

»Seit Jahren fehlt eine allumfassende Übersicht über die Ausgabe und medizinische Einnahme von Betäubungsmitteln, die im Rahmen der Behandlung von drogenabhängigen Patienten verabreicht werden. Grund dafür ist das Fehlen eines lückenlosen landesweiten, standardisierten Registrierungssystems. Dieser Mangel schadet der Qualität der regionalen Suchthilfe und der Qualität und Sicherheit der Angebote (Gefahr von Überdosis und Mehrfachverabreichung). Außerdem besteht ein reelles Risiko der Entwendung und falschen Anwendung von Betäubungsmitteln. Darüber hinaus hat dieses Manko zur Folge, dass Behörden, Wissenschaftler und Politiker nicht die benötigten Informationen erhalten.«

Die Redner gingen näher auf den Hintergrund, die Struktur und die praktische Ausführung des neuen Systems ein. Neben den im Schreiben des Gesundheitsministeriums angeführten Gründen wurde auch auf im Ausland geäußerte Vorwürfe hingewiesen, die Niederlande würden eine zu liberale Drogenpolitik führen und schlampig mit der Methadonverabreichung umgehen. Die Einführung eines strengeren Systems versteht sich also auch als Antwort auf die Kritik des Auslands an der niederländischen Drogenpolitik (»Holland bashing«).

Das Registrierungssystem ist wie folgt angelegt:

Jeder Methadonpatient erhält eine Chipkarte, auf der ein Abdruck seines Daumens (oder eines anderen Fingers) gespeichert ist.

Bei jeder Verabreichung wird die Chipkarte in ein Lesegerät eingeführt. Anschließend wird von dem Patienten ein neuer digitaler Daumenabdruck entnommen. Nur wenn der neue Abdruck mit dem auf der Chipkarte gespeicherten übereinstimmt, wird die Methadondosis verabreicht.

Jede Verabreichung an alle (ca. 12.000) Methadonpatienten wird kontinuierlich erfasst. Das System wurde in Zwolle und Den Helder versuchsweise an zwei Gruppen von jeweils 100 Patienten getestet.

Die Einführung eines strengeren Systems versteht sich auch als Antwort auf die Kritik des Auslands an der niederländischen Drogenpolitik

Die Einführungsphase beginnt im Herbst, die landesweite Implementierung des Systems ist für Anfang 2005 geplant.

Ein Vertreter des Amsterdamer Gesundheitsamtes GG&GD äußerte in der Diskussion die Befürchtung, dass sich der Hightech-Charakter des Systems in der Praxis nur schwer mit dem Wesen der Zielgruppe und den praktischen Umständen, unter denen die Verabreichung erfolgt, vereinbaren lässt.

In der Pause konnten die Teilnehmer unter Anleitung von Experten die Daumenabdruck-Methode selbst ausprobieren. Dabei stellte sich heraus, dass der Daumen bei der Identitätskontrolle exakt so positioniert werden muss wie bei der Entnahme des Abdrucks für die Chipkarte. Mit anderen Worten: Der Patient muss bei jeder Verabreichung den Daumen auf identische Weise auf das Lesegerät legen.

Auf mögliche Ungenauigkeiten des Systems wurde nicht eingegangen. Was passiert, wenn der Patient seine Chipkarte verliert oder wenn sein Daumen verschmutzt, verletzt oder mit einem Pflaster versehen ist? Was passiert mit kranken Methadonpatienten?

Ich hatte den Eindruck, dass das neue System Kontrollaspekten mehr Priorität beimisst als der Kontinuität der Verabreichung.

Zudem ist fraglich, ob das »Durchsickern« von Methadon auf den Schwarzmarkt so ernste Ausmaße annimmt, dass es derart rigorose Kontrollmaßnahmen rechtfertigt. Eine Unterbrechung der Methadonverabreichung kann bei einem Großteil der heutigen Gebraucherpoptation akute Psychosen hervorrufen. Deshalb halte ich es für notwendig, dass die Politik auf Tuchfühlung bleibt und die Effekte der Einführung des LCMR-Systems aufmerksam verfolgt.

Nach der Übergabe der CD-Rom folgten kurze Schlussworte der Vertreter beider Ministerien.

Im Namen des Gesundheitsministeriums sprach Drs. Bart C. Zijlstra, der stellvertretende Direktor der Abteilung Geistige Gesundheitsfürsorge, Suchthilfe und Sozialarbeit. Er wies unter anderem darauf hin, dass die neue Regierung Einsparungen im Bereich der Suchthilfe beabsichtigt.

Als Vertreter des Justizministeriums berichtete Drs. Peter F.M. Jägers, Hauptdirektor des Dienstes Justizeinrichtungen, dass ca. 60 % der Inhaftierten wegen drogenbezogener Delikte einsitzen. Die Hälfte dieser Gruppe bleibt maximal zwei Wochen in Haft und die meisten sind Methadonpatienten. Über die Höhe der Methadondosis entscheidet der Anstaltsarzt. Bei Haftstrafen bis zu zwei Wochen wird die Dosis in der Regel nicht reduziert.

Weitere Auskünfte sind erhältlich bei:

Stichting IVZ

Postbus 504
3990 GH Houten
☎ 00 31-30-6 35 82 20
www.sivz.nl

R.T. Steinbuch

Damhertlaan 129
3972 DD Driebergen
☎ 00 31-3 43-51 24 91

Dr. Daniela Hosser

Die Drogenproblematik im Jugendstrafvollzug

Der folgende Text ist der Halbjahresschrift SUCHT AKTUELL, Ausgabe 1/2003 entnommen und wird hier gekürzt wiedergegeben. Die Autorin Dr. Daniela Hosser ist Mitarbeiterin des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen und berichtet über eine Untersuchung zur Drogenproblematik im Strafvollzug. Der Beitrag steht durchaus im Gesamtzusammenhang mit dem ab S. 42 abgedruckten Text von Dr. Heino Stöver, da es neben der Drogenprävention selbstverständlich auch um die Infektionsprophylaxe geht. Der ungekürzte Originaltext kann bei der Autorin oder bei BINAD angefordert werden.

In den letzten Jahren haben sich die Verhältnisse in deutschen Jugendvollzugseinrichtungen stark verändert: Das betrifft sowohl die (Lebens-)Situation der Inhaftierten in den Anstalten als auch die Arbeitsbedingungen des Vollzugspersonals und damit selbstverständlich auch die Arbeit der Suchthilfe in den Anstalten. Zum einen haben sich die strukturellen Bedingungen des Jugendvollzuges durch einen deutlichen Anstieg der Gefangenenzahlen und die daraus resultierende Überbelegung der Anstalten negativ entwickelt. Zum anderen befindet sich der Vollzug in Deutschland aktuell in einem Modernisierungs- und Umbruchprozess, hin zur Selbstbudgetierung und Selbstverwaltung sowie zu modernen Managementmethoden (Flügge, Maelicke & Preusker, 2001). Für das Personal in den Anstalten bringt dies zahlreiche Neuerungen, gestiegene Anforderungen und mitunter daraus resultierende Unsicherheiten über künftige Arbeitsziele und Arbeitsbedingungen mit sich. Speziell für den Bereich der Drogenarbeit und Suchthilfe ist überdies zu konstatieren, dass sich in den letzten Jahren die Drogenproblematik im Justizvollzug weiter verschärft hat (Stöver, 2002). Der Jugendstrafvollzug weist dabei neben dem Frauenvollzug die Klientel mit dem höchsten Gefährdungsrisiko für Suchterkrankungen auf. Anstatt auf dieses Phänomen jedoch mit einem Ausbau der Mittel für die Drogenhilfe im Vollzug reagieren, gefährden geplante finanzielle Kürzungen der Länderregierungen die Arbeit der externen Suchthilfe im Vollzug und erschweren damit zugleich die Arbeit der vollzugsinternen Suchthilfe (Wilske, 2002). Ein zielgerichtetes Angehen der Drogenproblematik im Vollzug und eine langfristige Planung und Konzeptionierung von Behandlungs- und Präventionsangeboten ist unter solchen Bedingungen schwierig.

Die finanziellen Kürzungen der Länder gefährden die Arbeit der externen Suchthilfe im Vollzug und erschweren damit zugleich die Arbeit der vollzugsinternen Suchthilfe

1. Aktuelle Entwicklungen im Jugendstrafvollzug

Betrachtet man die Gefangenenzahlen in Deutschland, waren am 31.03.2002 laut den Landesjustizverwaltungen insgesamt 7.568 Jugendliche, Heranwachsende und junge Erwachsene im Jugendstrafvollzug inhaftiert, was einen neuen Höchststand markiert. Die Zahl der Gefangenen im Jugendstrafvollzug, die seit Jahren stetig ansteigt, hat sich damit allein im Zeitraum von 1994 bis 1999 bei den Heranwachsenden mehr als verdoppelt, bei den Jugendlichen sogar verdreifacht (Walter, 2002). Die Gründe für diesen Anstieg der Gefangenenzahlen werden vor allem in der Zunahme der Gewaltkriminalität in der Altersgruppe der Jugendlichen unter 18 Jahren und der Heranwachsenden im Alter von 18 bis 21 Jahren ausgemacht (BMJ, 2001). Aber auch eine schärfere Sanktionspraxis der Gerichte, eine höhere Anzeigebereitschaft in der Bevölkerung und verbesserte Ermittlungsmethoden der Polizei tragen zu dem Anstieg der Gefangenenzahlen bei (Suchling & Schott, 2001). Einhergehend damit hat sich auch das Deliktpektrum der Inhaftierten im Jugendstrafvollzug gewandelt. Immer mehr Gefangene werden aufgrund von Gewaltdelikten inhaftiert und immer mehr Inhaftierte weisen deutliche Entwicklungs- und Sozialisationsdefizite auf. Erschwerend kommt hinzu, dass die Inhaftierten immer jünger werden.

Für die alltägliche Arbeit im Jugendstrafvollzug bringt die Überbelegung und die daraus resultierende Überlastung des Vollzuges erhebliche Probleme mit sich, die in erster Linie zu Lasten der Inhaftierten gehen. Dies fängt bei räumlichen Engpässen an. Viele Inhaftierte müssen sich einen Einzelhaftstraum teilen. Gleichzeitig sind aufgrund der begrenzten Kapazitäten Ausbildungs- und Arbeitsplätze so knapp, dass manche Inhaftierte gezwungen sind, ihren Tag nahezu vollständig in der Zelle zu verbringen (Walter, 2002).

2. Die Drogenproblematik im Jugendstrafvollzug

Der Umgang mit drogenabhängigen Gefangenen stellt ein besonderes Problem dar (Walter, 1999). Schätzungen verschiedener Experten gehen davon aus, dass bundesweit hochgerechnet mindestens ein Fünftel der Gefangenen ehemalige oder Noch-Gebraucher von Drogen sind (Kreuzer, 1994; Stoeber, 2002), wobei diese Raten im Jugendstraf- und im Frauenvollzug noch deutlich höher ausfallen (Maelicke, 1995). In einer aktuellen Untersuchung aus Nordrhein-Westfalen, bei der mehr als 2.700 Gefangene untersucht wurden, kommt Wirth (2002) zu dem Schluss, dass »etwa die Hälfte der Gefangenen wegen Drogenkonsums vor der Inhaftierung als drogengefährdet gelten und ein Drittel der Inhaftierten bei Haftantritt Symptome einer akuten Drogenabhängigkeit« zeigt (S. 108). Hinzu kommt ein schwer zu beziffernder

Anteil von Gefangenen, die erstmals im Gefängnis mit dem Drogengebrauch beginnen. Schätzungen aus verschiedenen europäischen Ländern variieren hier zwischen 1 % (Wirth, 2002) und 25 % (Gore, Bird & Ross, 1995).

Allerdings ist eine genaue Einschätzung der Drogenproblematik im Strafvollzug aufgrund zahlreicher damit verbundener methodischer Probleme schwierig. In Abhängigkeit von der jeweiligen Datenquelle (Akteninformationen, Angaben des Justizpersonals, Selbsteinschätzungen der Inhaftierten) variieren die Angaben zum Anteil drogenabhängiger Gefangener zwischen unterschiedlichen Studien oftmals beträchtlich. Auch mangelt es an Untersuchungen, die sich explizit auf den Jugendstrafvollzug beziehen, was bemerkenswert ist, da von allen Altersgruppen gerade die Heranwachsenden das vermutlich höchste Gefährdungsrisiko aufweisen. Nach den Befunden von Wirth (2002) ist beinahe jeder zweite Heranwachsende (47,7 %) bei Haftantritt drogenabhängig, bei den Jugendlichen sind es 28,0 %, bei den jungen Erwachsenen 46,4 %. Im allgemeinen Strafvollzug liegt der Anteil der Drogenabhängigen nach Wirth bei 32,3 %.

Im Vergleich dazu beträgt die 12-Monats-Prävalenzraten für die Abhängigkeit von illegalen Drogen (nach DSM-IV) in der Normalbevölkerung bei den 15- bis 17-Jährigen 2,6 % und bei den 18- bis 24-Jährigen 5,2 %.

3. Das Projekt »Gefängnis und die Folgen«

Aktuelle Daten zur Drogenproblematik im Jugendstrafvollzug bietet das Forschungsprojekt »Gefängnis und die Folgen« (Greve & Hosser, 1998), das von 1997 bis 2002 unterstützt mit Fördermitteln der Volkswagenstiftung vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen durchgeführt wurde. Der Forschungsschwerpunkt des Längsschnittprojektes lag auf der Untersuchung des Einflusses der Strafhaft auf die Rückfallwahrscheinlichkeit und das künftige delinquente und kriminelle Handeln erstmals inhaftierter Straftäter. Darüber hinaus sollten vor dem Hintergrund der Erziehungsintention der Jugendstrafe aber auch die längerfristigen psychischen und sozialen Konsequenzen einer Haftstrafe empirisch erfasst werden (Greve & Hosser, 2002). In diesem Zusammenhang wurden auch Angaben zum Drogenkonsum der Inhaftierten vor und während der Haftzeit erfragt.

Zielgruppe der Befragung waren ausschließlich männliche, deutsche, erstverbüßende Inhaftierte im Alter von 14 bis 24 Jahren, die in insgesamt fünf unterschiedlichen Haftanstalten in Niedersachsen, Hamburg und Sachsen-Anhalt rekrutiert wurden. In den betreffenden Anstalten wurden alle im Zeitraum vom 01.01.1998 bis zum 31.12.2001 neu inhaftierten Personen zur Teilnahme an dem Projekt gebeten. Die Teilnehmer wurden dann in festgelegten Intervallen zu Haftbeginn, ca. drei Monate nach der Inhaftierung, kurz vor der Entlassung und nach der Entlassung in

Vor dem Hintergrund der Erziehungsintention der Jugendstrafe müssen auch die längerfristigen psychischen und sozialen Konsequenzen einer Haftstrafe empirisch erfasst werden

Für die alltägliche Arbeit im Jugendstrafvollzug bringt die Überbelegung und die daraus resultierende Überlastung des Vollzuges erhebliche Probleme mit sich, die in erster Linie zu Lasten der Inhaftierten gehen

**Selbst bei
engefassten
Definitionskrite-
rien sind bei
Haftbeginn nur
32,8 % als
»Abstinente« zu
klassifizieren**

regelmäßigen Abständen befragt. Die freiwillige, anonyme und finanziell honorierte Befragung wurde mittels standardisierter, mündlich-persönlicher Interviews durchgeführt. Insgesamt wurden im Rahmen dieser so genannten »Antrittsbefragung« 1.880 Personen zum Zeitpunkt ihres Haftbeginns befragt, von etwa 460 Personen liegen derzeit vollständige Informationen über alle drei Messzeitpunkte in der Haft vor.

Eine erste Arbeit aus dem Projekt, die sich anhand eines Ausschnittes der Stichprobe mit den »Prädiktoren und Muster von Drogenabhängigen« bei den Inhaftierten beschäftigt (Raddatz, 2002), liegt bereits vor. Der Autor kommt darin zu der Einschätzung, dass selbst bei eng gefassten Definitionskriterien von 877 befragten Gefangenen bei Haftbeginn 52,1 % als »Drogenmissbrauchende« zu klassifizieren sind und nur 32,8 % als »Abstinente«.

4. Drogenkonsum vor und während der Haft: Befunde des Projektes

Zum Zeitpunkt ihres Haftantritts stimmten von 1.246 Inhaftierten, die direkt danach gefragt wurden, ob sie sich selbst als drogenabhängig bezeichnen würden, 329 Personen (26,4 %) dieser Frage zu. Bei ihnen ist mit großer Sicherheit von einer akuten Drogenabhängigkeit und damit verbundener Suchtsymptomatik auszugehen. Im Vergleich der verschiedenen Altersgruppen zeigt sich, dass der Anteil der Heranwachsenden unter den Abhängigen mit 29,2 % über dem Durchschnitt liegt, Jugendliche weisen mit 21,4 % die relativ geringste Abhängigkeitsrate auf.

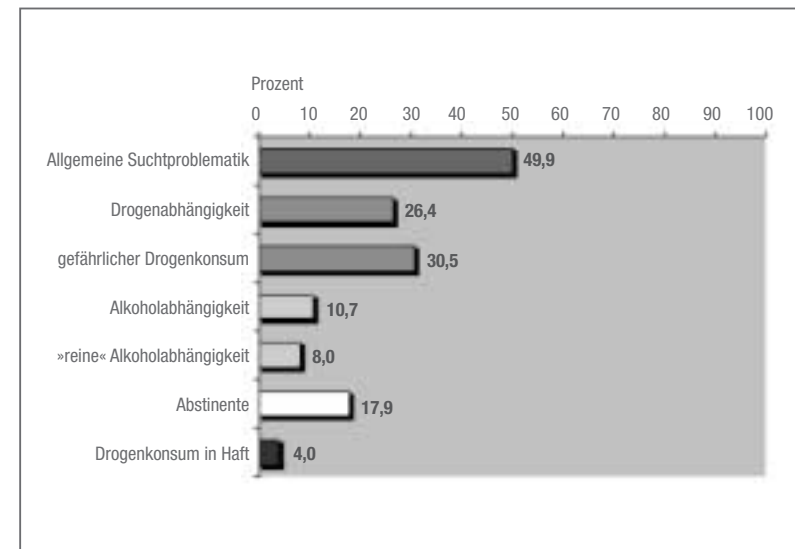
Zusätzlich lassen sich anhand der angegebenen Konsummuster 479 (25,5 %) von 1880 Inhaftierten identifizieren, bei denen zumindest von einem hohen Abhängigkeitsrisiko ausgegangen werden kann. Zusammengefasst machen die Personen, die sich selbst als abhängig bezeichnen und jene mit einem hohen Abhängigkeitsrisiko ein Drittel (30,5 %) der Inhaftierten aus. In 49,1 % der Fälle stimmen dabei die Selbsteinschätzung als »abhängig« und das oben beschriebene riskante Konsumverhalten der Befragten überein.

Anhand des selbstberichteten Konsumverhaltens der Inhaftierten in den letzten drei Monaten wird erkennbar, dass der Anteil der Gefangenen, die aufgrund ihres häufigen Konsums verschiedener psychotroper Substanzen als drogengefährdet einzuschätzen sind aber noch wesentlich höher liegt. So können aufgrund ihres »häufigen« bzw. »regelmäßigen« Konsums von LSD, Ecstasy und anderen synthetischen Drogen sowie aufgrund ihres regelmäßigen Cannabiskonsums in den letzten drei Monaten weitere 12,2 % der Stichprobe als »drogengefährdet« identifiziert werden. Charakteristisch für die untersuchten Altersgruppen ist dabei auch die Tatsache, dass insgesamt mehr als 80 % der Inhaftierten Drogenerfahrungen aufweisen, d.h. min-

destens »gelegentlich« in den letzten drei Monaten eine der erfragten Substanzen konsumiert haben. Als »Abstinente« mit keinerlei Drogenerfahrung sind nur 337 (17,9 %) von 1.880 Inhaftierten einzustufen, wobei sich die Abstinenz lediglich auf die letzten drei Monate erstreckt. Im Gegensatz zur Drogenabhängigkeit ist der Anteil der abstinenten Inhaftierten dabei gleichmäßig auf die verschiedenen Altersgruppen verteilt.

Eine genaue Einschätzung des Anteils alkoholabhängiger Inhaftierter ist aufgrund der im Projekt derzeit zur Verfügung stehenden Daten schwierig. Als alkoholabhängig bezeichnen sich selbst bei Haftantritt 10,7 % der befragten Inhaftierten. »Täglich« konsumierten 28,6 % der Befragten Alkohol und 12,8 % gaben an »mehrmals täglich« Alkohol zu trinken. Zusammengefasst stellen die Personen, die sich entweder selbst als abhängig bezeichnen oder aber angeben »mehrmals täglich« Alkohol zu sich zu nehmen, einen Anteil von 12,1 % der Stichprobe. Allerdings ist hierbei der Umstand zu berücksichtigen, dass sich unter diesen Inhaftierten auch solche Gefangene befinden, die drogenabhängig sind. Der Prozentsatz der Gefangenen, die »nur« alkoholabhängig nicht aber drogenabhängig sind, beträgt 8,0 % (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1:
Einschätzung der
Drogengefährdung im
Jugendstrafvollzug



Die bislang berichteten Befunde beziehen sich allerdings nur auf das Drogenverhalten der Inhaftierten bei Haftantritt, sie erlauben keine Aussage dahingehend, wie viele der drogenabhängigen Inhaftierten dauerhaft im Vollzug verbleiben bzw. nach § 35 BtmG in andere Einrichtungen weitervermittelt werden. Außerdem ist aufgrund der Daten keine Einschätzung dahingehend möglich, wie sich der Drogenkonsum in Haft aufgrund des eingeschränkten Angebots, des mit dem Konsum verbundenen Risikos sowie einer entsprechenden Behandlung entwickelt. Von 727 Personen, die sich zu Haftbeginn selbst als drogen- oder alkoholabhängig bezeichneten, konnten kurz vor der Entlassung jedoch 252 (34,7 %) nochmals befragt werden. Davon schätzten

sich zu Haftende noch 2,6 % als abhängig ein. Bezogen auf die Gruppe von Gefangenen mit hohem Abhängigkeitsrisiko können zu Haftende 3,7 % als weiterhin hoch gefährdet gelten. Von zu Haftbeginn 113 drogenabstinenten Gefangenen hatten 3,5 % in der Haft Drogen konsumiert. Der Anteil von immerhin 40 % der Inhaftierten, die trotz unmittelbar bevorstehenden Haftendes Cannabis konsumieren, macht deutlich, dass ein »drogenfreier« Vollzug auch bei den Jugendlichen und Heranwachsenden wohl nie erreicht werden kann, selbst wenn Kontrollen einem »häufigen« oder »regelmäßigen« Konsum psychotroper Substanzen, mit Ausnahme des Cannabis, offenbar effektiv entgegenwirken können.

6. Drogenhilfe im Jugendstrafvollzug: Probleme und Erfordernisse

Mit den vorliegenden Ergebnissen wird deutlich, dass die Drogenproblematik im Jugendstrafvollzug besonderer Aufmerksamkeit bedarf

Die vorgestellten Befunde zeigen, dass die Drogenproblematik im Jugendstrafvollzug aufgrund der hohen Anzahl drogenabhängiger und drogengefährdeter Inhaftierter besonderes Augenmerk verdient. Selbst wenn eine Generalisierung der Ergebnisse auf den Jugendstrafvollzug nur mit Einschränkungen möglich ist, da es sich bei den hier Befragten ausschließlich um erstmals inhaftierte deutsche Personen handelte und den Daten nur die Selbstangaben der Inhaftierten zugrunde liegen, ist die Übereinstimmung mit anderen empirischen Studien doch so hoch, dass nicht von einer deutlich abweichenden »tatsächlichen« Befundlage auszugehen ist. Tendenziell dürften die Daten das Drogenproblem eher unterschätzen, da hier relativ strikte Definitionskriterien angelegt wurden und mehrfach Inhaftierte, die i.d.R. eine höhere Drogenbelastung aufweisen (Wirth, 2002), von der Untersuchung ausgeschlossen waren.

Angesichts der Ergebnisse wird die Wichtigkeit von Drogenhilfe und Suchtbehandlung im Jugendstrafvollzug deutlich. Dem staatlichen Erziehungsauftrag einerseits und dem öffentlichem Druck andererseits folgend ist das in vielen Jugendanstalten angestrebte Ziel aber, die Inhaftierten zu einem »Leben ohne Drogen« zu erziehen und den Gefangenen einen weitgehend drogenfreien (Schutz-)Raum zu bieten. Bekannterweise haben jedoch verbotene Dinge gerade im Jugendalter einen hohen Reiz (Böhnisch, 1999), zumal in einer Umgebung in der Aufbegehren und Normbrüche

kaum noch möglich sind. Als Vorbereitung auf einen verantwortungsvollen Umgang mit Drogen bzw. ein drogenfreies Leben nach der Entlassung sind reine Verbots- und Repressionsstrategien deshalb nicht ausreichend. Stattdessen ist dem allgemeinen Äquivalenzprinzip des Strafvollzugsgesetzes folgend auch der Jugendstrafvollzug dazu angehalten, die Vergleichbarkeit intra- und extramuraler Versorgung drogenabhängiger und drogengefährdeter Gefangener zu gewährleisten. Hierzu gehören u.a. auch Projekte wie die Spritzenvergabe oder die Substitutionsbehandlung. Im Jugendstrafvollzug müssen aber zusätzlich auch Präventionsansätze zum Tragen kommen; der »Umgang mit Drogen« ist als integratives Element in verschiedene Therapie- und Behandlungsmaßnahmen aufzunehmen.

Das Vollzugspersonal ist aufgrund seiner wichtigen pädagogischen Funktion im Jugendstrafvollzug in die Drogenarbeit systematisch einzubeziehen, was kontinuierliche Schulung und Weiterbildung erfordert. Der Einbezug des Anstaltspersonals und der Gefangenen hat sich überdies auch in vollzugsinternen Programmen zur Risikoreduktion und Vermeldung bewährt (Nelles & Stöver, 2002). Da die Implementation risikoverringender Strategien in Gefängnissen mitunter aber noch immer als Bedrohung des traditionellen Abstinenzansatzes erlebt wird, ist solchen Befürchtungen der Mitarbeiter zunächst durch gezielte Aufklärung zu begegnen. In der direkten Arbeit mit den Gefangenen kommt vor allem der motivierenden Beratungsarbeit ein hoher Stellenwert zu, wobei sich die kurzen Haftzeiten im Jugendstrafvollzug als großes Hindernis erweisen.

Die Drogenhilfe im Vollzug steht damit auch künftig vor großen Herausforderungen. Obwohl angesichts der schwierigen Situation kein Anlass für übertriebene Hoffnungen besteht, bietet der Jugendvollzug aufgrund der besseren Ausstattung und des größeren pädagogischen Handlungsspielraumes zur Lösung dieser Probleme aber auch Möglichkeiten. Allerdings nur, wenn dies politisch gewollt ist und sowohl von Seiten der Anstaltsleitungen als auch der Ministerien gefördert und unterstützt wird. Abschließend ist die Notwendigkeit zu betonen, den Umgang und die Arbeit mit drogenabhängigen und drogengefährdeten Inhaftierten sowie das Angebot präventiver und pädagogischer Maßnahmen nicht nur als Aufgabe bestimmter Mitarbeiter und Abteilungen im Vollzug zu begreifen, sondern als eine zentrale Aufgabe im Rahmen des Resozialisierungsprozesses zu definieren, die von allen Mitarbeitern im Jugendstrafvollzug gemeinsam zu tragen ist.

Das Vollzugspersonal ist aufgrund seiner wichtigen pädagogischen Funktion im Jugendstrafvollzug in die Drogenarbeit systematisch einzubeziehen

**Kriminologisches
Forschungsinstitut
Niedersachsen (KFN)**

Lützerodestr. 9
30161 Hannover
☎ 05 11-3 48 36-27
☎ 05 11-3 48 36-10
✉ hossier@
kfn.uni-hannover

Birgit Pannenbecker

Lebensmittelpunkt Straße – Hilfen für Kinder und Jugendliche in Essen

Die »Basis mit Clearingstelle« als Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche sowie »Roadrunner«, die mobile Beratung für Kinder und Jugendliche richten ihr Angebot an Kinder und Jugendliche in Essen, deren Lebensmittelpunkt auf der Straße ist. Es handelt sich in der Regel um Kinder und Jugendliche, die durch das Netz von Familie, Schule, Jugendhilfe und Ausbildung gefallen sind. Konflikte in Elternhaus und Schule, Prostitution und Schulabbruch sind die Probleme, mit denen die meisten dieser Kids zu tun haben. Gleichfalls haben viele von ihnen Erfahrungen mit legalen und illegalen Suchtmitteln sowie eine hohe Bereitschaft, mit Drogen jeder Art zu experimentieren.

Die Essener Einrichtung gibt die Ergebnisse ihrer Arbeit mit Quartalsberichten bekannt; dem II. Quartalsbericht 2003 beigefügt wurde ein Katalog mit den am häufigsten gestellten Fragen (Neudeutsch FAQ's) und den entsprechenden Antworten. BINAD veröffentlicht diesen Teil des Quartalsberichtes, um die Arbeit der Einrichtung wie auch die Situation der Kinder und Jugendlichen transparent zu machen.

FAQ's – die am häufigsten gestellten Fragen und die dazugehörigen Antworten im II. Quartal 2003

Wo liegt der Unterschied zwischen einer Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung?

- In der Entgiftungsbehandlung geht es in erster Linie um die Entgiftung des Körpers von den konsumierten Suchtmitteln. In der Regel wird dies entsprechend des vorherigen Konsummusters medikamentös begleitet. Entgiftungsbehandlungen werden auf speziellen Entgiftungsstationen in Krankenhäusern durchgeführt. Parallel zur Entgiftung des Körpers wird eine psychosoziale Betreuung durch geschultes Personal durchgeführt. Die Entgiftungsbehandlung dauert durchschnittlich 3 Wochen.
- Entwöhnungsbehandlungen werden in Nordrhein- Westfalen ausschliesslich von Entwöhnungsstationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgeführt. Hier geht es darum, bereits entgiftete Kinder und Jugendliche auf einem therapeutischen Weg zu einem suchtfreien Leben zu befähigen. Die Dauer der Entwöhnungsbehandlung beträgt mindestens 6 Monate.

Wer finanziert die Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung?

- Die Entgiftungsbehandlung wird durch die zuständige Krankenkasse finanziert.
- Entwöhnungsbehandlungen werden bei Kindern und Jugendlichen in der Regel ebenfalls von der zuständigen Krankenkasse finanziert. Dies setzt allerdings die zunächst beantragte Finanzierung bei der Landesversicherungsanstalt (LVA) und den erhaltenen Ablehnungsbescheid voraus.

Welche formalen Schritte sind notwendig, um einen Entgiftungsplatz für einen Minderjährigen zu finden?

- Feststellung der Suchterkrankung und des Bedürfnisses zur Veränderung.
- Klärung ob eine Mitarbeiterin der Sozialen Dienste für die Person zuständig ist. Kontaktaufnahme, Vereinbarungen & Hilfeplangespräch.
- Einholung der Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten.
- Terminvereinbarung zwecks Vorgespräch auf der Entgiftungsstation.
- Grundsätzliche Entscheidung der Entgiftungsstation zur Aufnahme oder Ablehnung. Terminvereinbarung zur Aufnahme oder Mitteilung über Wartezeiten, in denen der Wunsch zur Aufnahme durch regelmäßige Anrufe bestätigt werden muss.
- Nach erfolgter Terminzusage: Ärztliche Untersuchung zwecks Krankenseinweisung und Diagnosestellung nach ICD 10 (Suchterkrankung).
- Sicherung der mitzubringenden Kleidung, Hygieneartikel, Taschengeld etc. über die Eltern, Jugendhilfe oder Sozialhilfe.
- Begleitung des Kindes oder Jugendlichen zur Aufnahme.

***Scheinbar banale
Fragen haben bei
der Behandlung
von Kindern und
Jugendlichen eine
nicht zu unter-
schätzende
Bedeutung***

Der formale Aufwand vor einer stationären Behandlung Minderjähriger ist besonders hoch

Welche formalen Schritte sind notwendig, um ein Entwöhnungsbett für einen Minderjährigen zu finden?

- Feststellung der Suchterkrankung und des Bedürfnisses zur Veränderung.
- Klärung ob eine Mitarbeiterin der Sozialen Dienste für die Person zuständig ist. Kontaktaufnahme, Vereinbarungen & Hilfeplangespräch.
- Organisation des möglichst unmittelbaren Anschlusses an die Entgiftungsbehandlung.
- Einholung der Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten.
- Terminvereinbarung zwecks Vorgespräch auf der Entwöhnungsstation.
- Vorbereitung des Antrages an die LVA (erstellen des Sozialberichtes und ausfüllen der vorgegebenen Formulare).
- Terminvereinbarung bei der zuständigen Stelle zur Erstellung von ärztlichen Gutachten für die LVA.
- Grundsätzliche Entscheidung der Entwöhnungsstation zur Aufnahme oder Ablehnung. Terminvereinbarung zur Aufnahme oder Mitteilung über Wartezeiten, in denen der Wunsch zur Aufnahme durch regelmäßige Anrufe bestätigt werden muss.
- Eingang der Kostenzusage.
- Sicherung der mitzubringenden Kleidung, Hygieneartikel, Taschengeld etc. über die Eltern, Jugendhilfe oder Sozialhilfe.
- Begleitung des Kindes oder Jugendlichen zur Aufnahme.

Gibt es in Nordrhein-Westfalen Nachsorgeeinrichtungen für Minderjährige?

- In Nordrhein- Westfalen existieren zwei stationäre Nachsorgeeinrichtungen. Diese sind der Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm und der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen angegliedert.

Wie sieht die genaue Zusammenarbeit von Roadrunner & Basis mit Clearingstelle aus?

- Es gibt ein tägliches Kurzbriefing aller Mitarbeiter, die um 13.00 Uhr im Dienst sind. Hier wird über Vorfälle des letzten Tages und Neuankömmlinge sowohl bei Roadrunner als auch in Basis mit Clearingstelle gesprochen. Vereinbarungen bezüglich anstehender Arbeitsaufgaben mit den Kindern und Jugendlichen werden getroffen.
- Jeden Dienstag findet ein 45-minütiges Briefing aller Mitarbeiter mit der Projektleitung statt.
- Jeden Donnerstag findet in der Zeit zwischen 11.30 Uhr und 13.45 Uhr die Teamsitzung statt, die genügend Raum bietet, um konkrete Absprachen für die Fallarbeit zu treffen. Hier werden u.a. auch Überleitungen von Roadrunner zu Basis

mit Clearingstelle besprochen und klare Vereinbarungen getroffen z.B. wenn Kinder und Jugendliche von einer stationären Hilfeeinrichtung, wohin sie vermittelt wurden, wieder weggelaufen sind.

- Die regelmäßige Supervision findet im Gesamtteam Hilfen für Kinder und Jugendliche statt.
- Gegenseitige Vertretungen im Krankheitsfall sowie die Mischung der Teams zwecks kollegialer Unterstützung und Nutzung aller vorhandenen Ressourcen in besonderen Krisensituationen.
- Wöchentlicher Abgleich der Personendatenerfassung und der damit verbundenen Schnittmenge.
- Das Team Roadrunner hat ein gemeinsames Büro mit zwei Mitarbeitern aus Basis mit Clearingstelle.

Sind die Kinder und Jugendlichen, die zu Ihnen kommen, sogenannte Treber, die von einer Stadt zur anderen quer durch Deutschland ziehen?

- Die meisten der Kinder und Jugendlichen kommen aus Essen. Hin und wieder kommen auch klassische Treber. Allerdings sind einige der Essener Kinder und Jugendlichen nicht in Essen geboren, sondern z. B. durch Inobhutnahme und anschließender Heimunterbringung in Essen auch nach ihrem Schritt in das Leben auf der Straße hier geblieben. In diesen Fällen ist dann bei der Einleitung von weitergehenden Hilfen nicht das Essener Jugendamt, sondern das Jugendamt der Stadt, aus der die Jugendlichen kommen, zuständig.
- Hin und wieder gibt es Pendelbewegungen auf der S1-Linie zwischen Dortmund und Köln. Um hier klare Absprachen zu treffen, hat im April diesen Jahres ein erstes Treffen der niedrigschwelligen Caféangebote für Kinder und Jugendliche in Essen stattgefunden.

Warum haben Sie in Basis mit Clearingstelle eine Öffnungszeit erst ab 14.00 Uhr?

- Wir wollen schulumüden Kindern und Jugendlichen keine Alternative zur Schule bieten.

Wie viele von den Kindern und Jugendlichen besuchen die Schule?

- Kein einziger Besucher geht mehr zur Schule. Gelingt uns eine Wiederanbindung an ein Schulleben, so ist es für die Kinder und Jugendlichen Zeit, sich wieder von uns zu verabschieden.

Natürlich ist das Phänomen der Straßenkinder vor allen Dingen ein Problem der Großstädte

Vor allem sexueller Missbrauch, andere Gewalterfahrungen sowie suchtkranke Eltern lassen die Kinder und Jugendlichen zum »Lebensbewältigungskonzept Droge« greifen

Welche Drogen konsumieren die Kinder und Jugendlichen, die sie erreichen?

- In erster Linie werden jede Art von synthetischen Drogen gemischt mit hochprozentigem Alkohol und Cannabis oder auch Heroin konsumiert. Die Bereitschaft jegliche Art von Drogen zu konsumieren, ist sehr hoch. Lediglich in einzelnen Fällen liegt ein nicht abhängiger oder riskanter Konsum vor.

Haben die Kinder und Jugendlichen ihren Drogeneinstieg über die Partyszene gefunden?

- Nein. Insbesondere der Konsum von synthetischen Drogen wie Ecstasy hat sich weit über die Partyszene hinaus ausgebreitet. In der Regel sind unsere Besucher auf Grund von unverarbeiteten traumatischen Kindheitserfahrungen z. B. durch sexuellen Missbrauch und andere Gewalterfahrungen, besonders schwierige Lebensverhältnisse wie z. B. bereits suchtkranke Eltern, verstorbene Elternteile, zerrüttete Familienverhältnisse oder durch zahlreiche Beziehungsabbrüche, nicht erkannten psychiatrischen Behandlungsbedarf etc. zu dem »Lebensbewältigungskonzept Droge« gelangt.

Erreicht Roadrunner genau die gleichen Kinder und Jugendlichen wie Basis mit Clearingstelle?

- Nein. Die Schnittmengen sind auf Grund der guten Vermittlungsarbeit von Roadrunner und des mittlerweile großen Bekanntheitsgrades von Basis mit Clearingstelle und gleichzeitig überwundener Schwellenängste innerhalb des letzten Jahres kontinuierlich kleiner geworden.
- Im Innenstadtbereich erreicht Roadrunner heute einen großen Anteil von Flüchtlingen mit unsicherem Aufenthaltsstatus, die auf Grund unterschiedlicher Ursachen an Basis mit Clearingstelle nicht anzubinden sind.
- In den Stadtteilen ist es das Ziel, die Kinder und Jugendlichen im Stadtteil zu halten und nach Möglichkeit dort wieder einzubinden. Dort gilt es, den Schritt in die Innenstadt zu vermeiden und somit wird von dort auch nicht zu Basis mit Clearingstelle weitervermittelt.

Mit Roadrunner, Basis mit Clearingstelle und Raum_58 sollte ein Tagesstrukturangebot geschaffen werden. Was war damit eigentlich gemeint und führt dies nicht dazu, dass die Kinder und Jugendlichen gar keinen Wunsch zur Veränderung mehr haben?

- Mit den Angeboten soll es der Zielgruppe ermöglicht werden, feste Anlaufpunkte auf ihrem Lebensweg zu finden, durch die ihnen die Möglichkeit geschaffen wird, zur Ruhe zu kommen und über Perspektiven nachzudenken. Zu unterschiedlichen Uhrzeiten werden ihnen feste Anlaufpunkte geboten, an denen sie Hilfe bekommen können und erwachsene, fachlich ausgebildete Ansprechpartner finden können.
- Inzwischen liegen zwischen den Öffnungszeiten von Basis mit Clearingstelle und der Schließung von Raum_58 sechs Stunden. Zwischen der Schließung von Basis mit Clearingstelle und Öffnung von Raum_58 liegt im Winter eine Stunde und im Sommer zwei Stunden. Die räumliche Nähe zu Raum_58 hat sich z. B. als völlig irrelevant für die Zielgruppe herausgestellt und die anfänglich übergangslosen Öffnungszeiten der beiden Angebote als schädlich, da häufig alle Besucher komplett zu Raum_58 wechselten, unabhängig davon ob sie dorthin gehörten oder nicht. Dies haben wir zu Beginn der Arbeit von Basis mit Clearingstelle anders eingeschätzt. Basis mit Clearingstelle kann von Kindern und Jugendlichen auch ausserhalb der Öffnungszeiten genutzt werden, aber dann ausschließlich zu Beratungs- und Weitervermittlungszwecken nach erfolgter Terminabsprache.
- Roadrunner arbeitet mehrmals wöchentlich parallel zu den Öffnungszeiten von Raum_58 und erreicht in dieser Zeit in erster Linie Kinder und Jugendliche, die u. a. wegen der eingeschränkten Aufnahmezeiten oder hochgradiger psychischer und physischer Verletzungsprozesse zur Zeit nicht an Raum_58 weiterleitbar sind.
- Basis mit Clearingstelle hat nur alle zwei Wochen am Samstag geöffnet. Roadrunner ist nur einmal monatlich samstags unterwegs. Sonntags und an Feiertagen bleiben die Hilfen für Kinder und Jugendliche immer geschlossen. Auch Raum_58 hat an einem Tag am Wochenende geschlossen.
- Die regelmäßig überprüften Schnittmengen der drei Angebote haben ergeben, dass z. B. nur 37 Kinder und Jugendliche alle drei Angebote seit Anfang 2002 genutzt haben. Alleine Basis mit Clearingstelle erreichte in diesem Zeitraum 601 verschiedene Kinder und Jugendliche.
- Das Leben von Kindern und Jugendlichen, die sich an einem Leben auf der Strasse orientieren, ist auch mit den vorhandenen Hilfeangeboten alles andere als bequem. Für alle, die sich dort aufhalten, ist das Leben geprägt von erfahrener und ausgeübter Gewalt, Beschaffungskriminalität, Prostitution, Drogen, Konflikten mit der Polizei, Verletzung und dem so fernen Traum von Familie.

Bestellung des Quartalsberichtes sowie weitere Informationen:

Birgit Pannenbecker
Hoffnungstr.24
45127 Essen
☎ 02 01-8 60 34 34 oder
02 01-8 60 30
✉ Pannenbecker@
Krisenhilfe-essen.de

Heino Stöver

10 Jahre Spritzenvergabe an DrogenkonsumentInnen im Justizvollzug – das Ende für deutsche Projekte

Justizvollzugsanstalten – das sind qua Aufgabenstellung und Funktion geschlossene Systeme, die in erster Linie die darin Untergebrachten daran hindern sollen, am »Leben draußen« direkt teil zu nehmen. Mauern, Wände, Gitter, Schleusen und andere Sicherungssysteme – eigentlich sollte man davon ausgehen, dass es keine Lücken gibt, dass keine »unerwünschten Bewegungen« von innen nach außen und umgekehrt stattfinden.

Die Realität ist eine andere, wir wissen das alle. Und so gibt es in den Haftanstalten eben auch Drogen, die von einem großen Teil der dort Einsitzenden konsumiert werden. Nichts liegt näher, als konsequenter Weise mit entsprechenden Präventionsaktivitäten,

die »draußen« umgesetzt werden, auch innerhalb der Mauern zu arbeiten – oder?

Der Eindruck drängt sich auf, dass »Weil nicht sein kann, was nicht sein darf« weit verbreitet außer Repression nichts passiert, was Gefängnisinsassen vor Drogen und Folgeerscheinungen des Drogenkonsums schützt. Da ließen angelaufene Spritzenabgabeprojekte Hoffnung aufkommen bezüglich eines effektiven Infektionsschutzes (HIV, Hepatitiden). Dieser hoffnungsvolle Entwicklung droht nun jedoch wieder das Aus (siehe auch die Meldung in der Rubrik »Infos« auf Seite 8).

Dr. Heino Stöver, Uni Bremen, der sich seit langem mit der Situation von Drogenkonsumenten im Strafvollzug auseinandersetzt, befasst sich in dem folgenden Beitrag mit der aktuellen Entwicklung um die Spritzenvergabe im Strafvollzug in Deutschland.

In der Schweiz, in Deutschland, Spanien und Moldawien wurden bis heute offiziell in insgesamt 38 Gefängnissen sterile Spritzen an drogenabhängige Gefangene abgegeben. Ausser in den drei Anstalten in Hamburg und zwei in Niedersachsen blieb die Spritzenabgabe als festes Angebot bestehen. In Berlin muss ebenfalls damit gerechnet werden, dass ein Projekt eingestellt wird (in der Männerhaftanstalt Lehrter Str.). Während in Spanien etwa die Zahl der Anstalten mit Spritzenvergabe in den letzten Jahren rapide zunimmt und dieses Angebot zum Ende des Jahres 2003 in allen Haftanstalten verfügbar sein soll, in osteuropäischen Gefängnissen mit der Spritzenvergabe begonnen wurde, wurden in Deutschland in nur 15 Monaten 6 der 7 bestehenden Projekte wieder eingestellt. Was waren die Gründe dafür, die diese Maßnahmen rechtfertigen? Im folgenden wird neben einem kurzem Rückblick eine Erklärung versucht.

Was wissen wir über Spritzenvergabeprojekte in Europa?

Wissenschaftliche Untersuchungen fanden in 11 Gefängnissen statt. Spritzenumtauschprojekte lassen sich, das haben die bisherigen Erfahrungen aufgezeigt, ohne große Störungen in den Arbeitsablauf einer Anstalt integrieren. Spritzenumtauschprojekte berühren die Beziehungen zwischen Vollzugsbediensteten, drogenabhängigen und nicht-drogenabhängigen Gefangenen, indem Drogenkonsum und Infektionsprophylaxe thematisiert werden. Viele PraktikerInnen sprechen von offenerem Umgang mit drogenkonsumbedingten Themen (Rückfall, Ängste, Krankheiten), was neue Ansätze der Hilfen für diese Gefangenen ermöglicht (Integration von safer use-Training, Infektionsprophylaxe etc.). Darüber hinaus haben die unterschiedlichen wissenschaftlichen Evaluationen gezeigt, dass das »needle sharing« stark abnimmt, Abszesse (z.B. JVA für Frauen Vechta) und Überdosierungen (Hindelbank/CH) dramatisch zurückgehen. Die außerhalb von Gefängnissen gemachten Erfahrungen ließen sich somit, nicht unerwartet, auch innerhalb von Gefängnissen bestätigen. Keppler (2001) hat festgestellt, dass diejenigen DrogengebraucherInnen, die kontinuierlich am Spritzenabgabeprojekt teilnehmen, die geringste Wahrscheinlichkeit aufweisen, sich Infektionskrankheiten wie Hepatitiden oder HIV/AIDS zuzuziehen. Diese Gefangenen verhalten sich äußerst präventionsbewusst.

Begleitende Präventions- und Informationsangebote für die Bediensteten als auch für die Inhaftierten tragen zur Verankerung und zum Erfolg der Infektionsprophylaxe in den Anstaltsalltag bei. Idealerweise sind solche Angebote auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnitten und lebensweltnah gestaltet. Angebote externer Anbieter erscheinen dabei besonders sinnvoll, da diese glaubwürdiger sind, eindeutiger Botschaften vermitteln und mehr Verständnis für die Zielgruppe aufweisen. Auf diese Weise lassen sich auch Präventions- und Vollzugsaufgaben am einfachsten voneinander trennen.

Gefangene, die an Spritzenvergabe-Projekten teilnehmen können, verhalten sich äußerst präventionsbewusst

Die Bediensteten akzeptieren den Spritzenumschuss umso mehr, je besser ihnen die Projektziele vermittelt werden, je mehr sie in Planungs- und Entscheidungsprozesse einbezogen sind

Inwieweit schadensbegrenzende Projekte unter Einbezug der Abgabe von sterilen Spritzen von den Häftlingen akzeptiert werden, hängt wesentlich davon ab, in welchem Maße der Zugang zum Spritzenangebot von ihnen als anonym wahrgenommen wird. Beim Spritzenumschuss Anonymität zu gewährleisten, ist im Gefängnis zwar schwierig, muss aber dennoch als überaus wichtiges Anliegen wahrgenommen werden. Es bedarf klarer Spielregeln im Verlaufe eines Projekts, damit nicht Bedienstete Insassen, die Spritzen beziehen, unmittelbar auf Drogen kontrollieren und Insassen nicht als Reaktion darauf z.B. Automaten beschädigen und Spritzen in der Anstalt verstreuen (so passiert im Gefängnis Vierlande in Hamburg).

Die Bediensteten akzeptieren den Spritzenumschuss umso mehr, je besser ihnen die Projektziele vermittelt werden, je mehr sie in Planungs- und Entscheidungsprozesse sowie in die Projektvorbereitung und Projektdurchführung einbezogen sind. Gelingt es, auch Gefangene in diesen Prozess einzubeziehen, z.B. Mitwirken von Insassen in einer Projektbegleitgruppe, kann die Akzeptanz potenziert werden.

Der gemeinsame Gebrauch von Spritzen hat für drogenabhängige Inhaftierte heute keine rituelle Bedeutung mehr sondern ist, dort wo Spritzenaustausch vorkommt, vielmehr die Folge des Mangels an sterilen Spritzen.

In allen Haftanstalten, in welchen diese Aspekte detailliert untersucht wurden, erwies sich der Kenntnisstand zur HIV-Infektion als erfreulich groß; über Hepatitis-Infektionen und Hepatitisprophylaxe war der Wissensstand der Inhaftierten (als auch der Bediensteten) äußerst niedrig. Es drängen sich demnach das Bewusstsein sensibilisierende Maßnahmen zur Prophylaxe von Hepatitisinfektionen im Strafvollzug auf, und zwar sowohl Insassen als auch Bedienstete betreffend.

Warum hat die Erfolgsstory »Spritzenabgabe im Justizvollzug« nicht mehr Anhänger gefunden?

Angesichts der großen Verbreitung von Spritzengebrauch und Drogenkonsum in europäischen Gefängnissen ist es aus schadensbegrenzenden Überlegungen in jeder Strafvollzugsanstalt notwendig, Infektionsrisiken und Schutzmöglichkeiten zu thematisieren, was nicht heißt, dass auch in jeder Anstalt unbedingt Spritzen ausgegeben oder Spritzenautomaten aufgestellt werden müssen. Welche infektionsprophylaktischen Maßnahmen im einzelnen zu ergreifen sind oder welche Form der Spritzenabgabe gewählt wird (Handvergabe, Austauschautomat) hängt vom Bedarf, von den Anstaltsstrukturen, den räumlichen Bedingungen der Anstalt und den personellen Kapazitäten sowie von der Drogengebrauchskultur der Gefangenen ab. So ist z.B. der intravenöse Opiatkonsum in Teilen Englands, vor allem aber in den Niederlanden traditionell weitaus weniger verbreitet als etwa das Sniefen oder das Rauchen. Demgemäß muss im Vollzug zuerst einmal Infektionsprophylaxe überhaupt diskutiert wer-

den. Welche Antwort eine Anstalt wählt, hängt von dieser Diskussion und einer Bestandsaufnahme über Drogenkonsum, Risikoverhalten etc. ab. Wird eine Spritzenabgabe umgesetzt, dann müssen hohe Anforderungen an deren reibungslose Verlauf gestellt werden.

Zehn Jahre Spritzenabgabe im Strafvollzug – und die Frage bleibt unbeantwortet, wieso trotz der vielfältigen positiven Erfahrungen aus verschiedenen Projekten die Spritzenabgabe in Strafvollzugseinrichtungen noch immer so umstritten ist und Spritzenabgabe bisher nur in vier europäischen Ländern und auch dort nur in vereinzelten Institutionen zur Infektionsprophylaxe und Schadensbegrenzung im Zusammenhang mit dem Konsum von illegalen Drogen eingeführt worden ist? Die Antwort dürfte nicht im rationalen Bereich zu finden sein. Grundsätzliche Erfahrungen und Erkenntnisse über Spritzenabgabe im Gefängnis, die eine flächendeckende Einführung dieser Maßnahmen rechtfertigen ließen, gibt es in der Zwischenzeit zur Genüge. Spritzenabgabe lässt sich nicht erzwingen, das sind Erfahrungen aus der Schweiz, wo trotz einer offiziellen Weisung sich einige Gefängnisse ablehnend gegenüber dieser Maßnahme verhalten. Die Umsetzung in die Praxis muss erst erarbeitet werden: Übergreifende politische Entscheidung und Unterstützung der Anstalten in praktischen Einzelfragen (rechtliche, kommunikative und technische Aspekte) sind erforderlich, um der wirksamen Schadensbegrenzung im Strafvollzug zum nötigen Durchbruch zu verhelfen.

Wie sehr jedoch allgemeine politische und nicht-gesundheitspolitische Argumente die fachliche Diskussion überlagern, das zeigt das jüngste Beispiel eines politischen Populismus in Hamburg: Die Mitte-Rechts-Koalition vereinbarte in ihrem Koalitionsvertrag vom 19.10.2001: »In den Strafvollzugsanstalten werden zukünftig keine Spritzen mehr ausgegeben. Den Süchtigen werden verstärkt ausstiegsorientierte Hilfen, z. B. verbesserte Therapiemöglichkeiten, angeboten. Dies schließt eine kontrollierte Substitution unter medizinischer Aufsicht ein«. Und dies nach durchaus erfolgreichen, mehr als fünfjährigen Bemühungen, wirkungsvolle Modelle der Infektionsprophylaxe zu entwickeln und das ohne zusätzliche Mittel für das neu anvisierte Kontrollkonzept bereitzustellen. Eine ähnliche Entwicklung haben die beiden Spritzenabgabeprojekte in Niedersachsen genommen. Was die Vorgänger (Weber und Pfeiffer) nicht schaffen konnten, ist der neuen CDU-Ministerin ohne weitere Diskussion oder Rücksprachen mit den Anstalten gelungen. Und dies obendrein völlig überraschend: Aus fachlicher Sicht gab es keine Not – die Projekte verliefen störungsfrei. Beide Projekte wurden von der neuen Justizministerin mit Verweisen auf nur noch zwei verbliebene Bundesländer (Berlin und Niedersachsen), rechtlichen Bedenken, needle sharing und Sicherheitsrisiken zum 1.6.2003 eingestellt. Diese Begründung muss als sehr an den Haaren herbeigezogen betrachtet werden – es war eine klassische politische Entscheidung ungetrübt von fachlichen Diskussionen.

Allgemeine politische und nicht-gesundheitspolitische Argumente überlagern die fachliche Diskussion

Mit allen Konsequenzen: die niedersächsische Entscheidung bedeutet einen Rückschritt in die Jahre vor 1996

Gerade die Begründung für die Einstellung der Projekte in Vechta und Lingen Gross-Hesepe hat all diejenigen vor den Kopf geschlagen, die bereits seit Jahren an einer verbesserten Infektionsprophylaxe in Gefängnissen gearbeitet haben: unbewiesene Behauptungen (needle sharing), unbegründete Bedenken (rechtliche Unsicherheit?), methodologisch betrachtet zweifelhafte Vergleiche (zwischen dem Auftreten von Neuinfektionen ganz verschiedener Anstalten). Es ist wie ein Ministerialbeamter sagt: »Die Projekte waren 5 Jahre lang politisch gewollt, zwei Jahre geduldet und werden nun beendet!« Zur Überraschung aller! Das heißt auch eine Lagerhaltung für Gefangene war vorher nicht mehr möglich, weil diese Entwicklung für wirklich niemanden absehbar war.

Der Personalrat einer betroffenen Anstalt hat sich zumindest dagegen verwahrt, dass die Bediensteten in der Begründung der Justizministerin missbraucht werden. Ebenso die Gefangenenmitverantwortung. Leserbriefe, Unterschriftenlisten, Proteste von Gefangenen, AIDS-Hilfen und vielen anderen Organisationen können im Moment nur den Skandal deutlich machen. Schock und Hilflosigkeit sind die Reaktionen vieler Menschen angesichts dieser fachfremden politischen Symbolentscheidung.

Bei Gesprächen mit Gefangenen wird besonders deutlich, welcher Rückschlag die Einstellung für sie persönlich bedeutet, was es heißt, von einem auf den anderen Tag keinen Zugang mehr zu den gewohnten sterilen Spritzen zu erhalten. Präventionspolitisch ist das eine Katastrophe! Zurück in die Jahre vor 1996: Einschmuggeln und Mehrfachbenutzung von (zusehends stumpfer werdenden) insterilen Spritzen. Der Schwarzmarktpreis, so erste Informationen von Gefangenen, liege bei 10 € oder einer Teilhabe an der Injektion). Ein alternatives Konzept der Infektionsprophylaxe wurde nicht beschlossen, wohl weil beschlossen wurde, dass es keine Drogen mehr im Gefängnis gibt ...

Auf der Suche nach Begründungen für die Abschaffung der Spritzenvergabe

Die einzigen bekannten Projekte (6 von 7), die wieder abgeschafft wurden, kommen aus Deutschland. Hier waren sie Spielball übergeordneter politischer Interessen. Nicht die ermutigenden Erkenntnisse der wissenschaftlicher Begleitung, nicht die positiven Erfahrungen aus der Praxis haben hier gewirkt, sondern pure politische Interessen, für die das Gefängnis und gesundheitliche Gefangenenfürsorge ein populäres Terrain der Konstruktion von Strafe, Strafverfolgung und Strafvollzug darstellt. Vor dem Hintergrund einerseits der öffentlichen Sorglosigkeit über die HIV/AIDS-Entwicklung, der Kontrollierbarkeit der Infektion als chronischer Erkrankung und dem zunehmenden Verlust der Präventionswachsamkeit und andererseits dem gewachsenen Bedürfnis nach Strafe und hartem Vollzug der Strafe gibt es immer weniger Spielraum für notwendige Reformen und Anpassungen an die überwältigenden Beweise verbreiteter Infektionen im Gefängnis.

Festzuhalten bleibt: Die Spritzenvergabe in den Haftanstalten muss von allen Beteiligten gewollt und akzeptiert werden (eben auch von der Politik). Diese Akzeptanz muss beständig erneuert werden, um eine Nachhaltigkeit solcher innovativen Präventionsmethoden zu erreichen. Erst vor dem Hintergrund dieser fachlichen und politischen Verankerung kann eine Immunisierung gegenüber populistisch motivierten kurzatmigen Strategieänderungen erreicht werden.

Vielleicht ist die Entwicklung in Spanien, wo alle Gefängnisse per Dekret oberster politischer Instanz angewiesen worden sind, drogenabhängigen Gefangenen sterile Spritzen zur Verfügung zu stellen (allerdings vor dem Problemdruck hoher HIV-Infektionen unter drogenabhängigen Gefangenen) geeignet, eine Signalwirkung auch für andere Länder auszulösen. Solche Signale sind außerordentlich wichtig, denn die betreffenden Infektionskrankheiten breiten sich schneller aus als ihnen heute mit geeigneten Maßnahmen begegnet wird.

Vielleicht ermöglicht die föderale Struktur des Justizvollzuges einerseits zwar mehr Offenheit und Beweglichkeit gegenüber innovativen Maßnahmen, andererseits aber auch größere Anfälligkeit gegenüber politischen/populistischen Übergriffen.

Literatur:

- Jacob, J.; Keppler, K.; Stöver, H (Hrsg., 2001+2002):
LebHaft. Gesundheitsförderung für DrogenkonsumentInnen im Strafvollzug – Teil 1 + 2. Deutsche AIDS-Hilfe, Schriftenreihe AIDS-Forum, Bd. 42, Berlin
- Keppler, K.: AIDS- und Hepatitis-Viren.
Infektionserfassung und Prävalenz bei Frauen im Strafvollzug. Oldenburg
- vgl. weiterführend : Canadian HIV/AIDS Legal Network:
Prison Needle Exchange: A Review of International Evidence and Experience.
Montreal (<http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm>)

PD Dr. Heino Stöver
Universität Bremen, FB6
Postfach 330 440
28334 Bremen
☎ 04 21-2 18 31 73
☎ 04 21-2 18 36 84
✉ heino.stoever@uni-bremen.de

Sabrina Boscolo Lips

20 Jahre PAUKE – Von der Selbsthilfegruppe zum anerkannten Baustein der Bonner Suchthilfe

Als Ergänzung zu dem herkömmlichen Langzeittherapie-Angebot der Drogenhilfe und in Ermangelung von ausreichenden Nachsorgeangeboten beschloss Anfang der 1980er Jahre eine Gruppe ehemals drogenabhängiger Menschen im Raum Bonn, sich gegenseitig dabei zu unterstützen, ein »cleanes« Leben zu führen.

Die Entwicklung von der Selbsthilfeinitiative hin zu einem professionellen Suchthilfeangebot beschreibt Sabrina Boscolo Lips für das BINAD-INFO

Bald erfolgte die Eröffnung eines kleinen Cafés im Bonner Zentrum, in dem kleine Gerichte und Getränke für die Gäste bereitgehalten wurden. Außerdem gab es ein Beratungs- und Informationsangebot für Menschen, die selbst von Sucht betroffen waren oder sich für die Situation von ehemals Drogenabhängigen interessierten. Arbeit gab es für alle genug und das Geld wurde aus allen Ecken »zusammengekratzt«!

Im Laufe der Jahre wurde die PAUKE größer, Menschen mit Alkoholproblemen sowie Menschen mit einer Ausbildung im sozialen Bereich kamen hinzu und unterstützten die Arbeit.

Sie machten die Erfahrung: Betroffene und Nicht-Betroffene können gut miteinander arbeiten und bereichern sich gegenseitig. So wurde von Betroffenen und Nicht-Betroffenen gemeinsam ein lebensnahes Konzept der Drogenhilfe erprobt und umgesetzt.

Eine wichtige Wende kam 1992 mit der Teilnahme am Bundesmodellprogramm »Kurzzeittherapie«. Mit der medizinischen Rehabilitation wurden zum ersten Mal therapeutische Maßnahmen implementiert. Dies führte zu einer weiteren Entwicklung, Differenzierung und Professionalisierung der Angebote.

2001 entstanden aus dem Verein zwei gemeinnützige Gesellschaften, PAUKE Bonn und PAUKE Reha, die bei einem neuen Träger, dem Bonner Verein für gemeinde-nahe Psychiatrie, angebunden sind. Diese Zusammenarbeit hat die Zukunft der PAUKE gesichert.

Das Beratungs- und Hilfsangebot der PAUKE Gesellschaften umfasst heute verschiedene stationäre und ambulante Maßnahmen:

- 3-monatige stationäre Kurzzeittherapie (auch teilstationär möglich),
- 3-monatige stationäre Adaption (auch teilstationär möglich),
- Betreutes Wohnen (in einer Wohngemeinschaft der PAUKE oder in der eigenen Wohnung),
- Arbeitserprobung in verschiedenen Bereichen (Öffentlichkeitsarbeit, Verwaltung, Service im Café, Küche, Hausmeisterei, Waschküche)
- Selbsthilfegruppen (z.Z. insgesamt drei),
- ambulante Beratung für Sucht Betroffene, Angehörige und Interessierte,
- PAUKE-life Café,
- Informationsveranstaltungen durch Betroffene (für FachkollegInnen aus dem In- und Ausland, Polizei, Personalentwicklungs-Abteilungen, Schulen u.a.m.).

Mit dieser Vielfältigkeit des Angebotes will die PAUKE ein breites Band von Möglichkeiten zum Ausstieg und für Abstinenz schaffen.

Das Gesamtkonzept der PAUKE trägt dem Grundgedanken Rechnung: Im Mittelpunkt steht der einzelne Mensch mit seiner ganz persönlichen Geschichte, mit seinen Ressourcen, Bedürfnissen und Möglichkeiten. Daher die Palette von differenzierten Hilfsangeboten, die die Betroffenen auswählen, nutzen, kombinieren und ergänzen können.

Die PAUKE hat inzwischen ein vielfältiges Angebot zum Ausstieg und für Abstinenz geschaffen

**Aus der Idee der
Selbsthilfe wuchs
die Philosophie
der Selbstverant-
wortung**

Die Angebote verteilen sich auf mehrere Häuser, die sich alle in der Bonner Innenstadt befinden. Somit sind sie mitten im Geschehen, das heißt aber auch, nah an der Drogenszene. Heute wie damals werden hier drogenabhängigen Menschen lebensnahe Maßnahmen mit dem Ziel angeboten, ihnen die Möglichkeit zu geben, in einem geschützten Rahmen erfolgreiche Strategien für ein »cleanes« Leben einzuüben. Daher ist das Angebot in der Regel für erwachsene Männer und Frauen gedacht, die bereits Therapieerfahrung haben.

In der PAUKE erfahren sie Unterstützung und Begleitung in den Lebensbereichen Arbeit, Wohnen und soziale Kontakte als Hilfestellung für den selbstständigen Weg aus der Sucht.

Das Ziel ist die langfristige Ablösung von Angeboten professioneller Betreuung und Begleitung.

Heute wie früher arbeiten in der PAUKE Betroffene und Nicht-Betroffene zusammen: Aus der Idee der Selbsthilfe wuchs die Philosophie der Selbstverantwortung. Sowohl in der PAUKE Bonn als auch in der PAUKE Reha setzt man auf den Mehrwert, der aus dieser bereichernden Zusammenarbeit entsteht.

Das erfordert ein hohes Engagement, da die Stellen im Rahmen des Programmes Arbeit statt Sozialhilfe (ASS) viel Aufwand in der Begleitung und Einarbeitung der MitarbeiterInnen erfordern, die meistens aufgrund ihrer Suchtgeschichte über keine oder wenig Berufserfahrung verfügen. Die Arbeit lohnt sich jedoch: Es hat sich erwiesen, dass diese Form der Arbeitserprobung einen sehr positiven Einfluss auf die Stabilisierung der Lebenssituation ausübt. Auf der anderen Seite geben diese MitarbeiterInnen der PAUKE neue Impulse und helfen dabei, die Angebote an den Bedürfnissen der Zielgruppe zu gestalten.

Betroffene sind jedoch nicht nur unter den ASS-Kräften vertreten, sondern auch unter den festen MitarbeiterInnen und auf allen Hierarchieebenen.

Die PAUKE hat sich verändert, ist aber sich selbst treu geblieben. Mit dem ihr eigenen Charme und einem überzeugenden Arbeitskonzept ist ihr auch immer gelungen, viele UnterstützerInnen für sich zu gewinnen. VIPS aus Sport-, Fernsehen-, Politik- und Kulturbereich waren in den Jahren immer wieder willkommene Gäste.

Spenden haben schon immer eine Rolle gespielt, werden heutzutage um so mehr benötigt. Ein interessantes Projekt in diesem Rahmen ist »Paten für Arbeit«: Unternehmen der Region unterstützen einzelne Betroffene durch die Finanzierung der Arbeitserprobung.

Weitere Infos über beide
Gesellschaften:

**PAUKE Bonn GmbH
Ambulante Beratung**

Sabrina Boscolo Lips
Postfach 1352
53003 Bonn

☎ 02 28-965 23 02

☎ 02 28-6 04 75 47

✉ pauke.ab@freenet.de

**Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.**

Positionspapier der DHS zur Verwendung von Geldern der Tabak- und Alkoholindustrie

Im Juni 2003 ging die DHS mit dem nachfolgend abgedruckten Positionspapier an die Fachöffentlichkeit. Die DHS positioniert sich darin gegenüber der Entwicklung, Gelder der Tabak- und Alkoholindustrie im Rahmen von Sponsoring direkt oder indirekt für suchtpreventive Aufgaben einzusetzen: Hintergrund sind erste Erfahrungen mit der negativen ideellen Beeinflussung einer an sich wünschenswerten finanziellen Unterstützung (und möglicherweise Absicherung) der Suchtprävention. Nutznießer dieser Entwicklung ist ganz offensichtlich die für diese Suchtmittel zuständige Industrie: sie kann ihr Image verbessern, was ihren wirtschaftlichen Interessen entspricht. Der Glaubwürdigkeit der Suchtprävention dagegen wird damit ein Bärendienst erwiesen. Die Konsequenz daraus können demnach nur Pflichtabgaben im Sinne einer Produzentenhaftung sein.

Neben Produkt- und Preisgestaltung sowie der Verfügbarkeit ist die Werbung der dritte umsatzrelevante Faktor von Waren und Dienstleistungen. Dies gilt auch für die Produkte der Suchtmittelindustrie. Extrem hohe Werbeausgaben belegen dies: Der Gesamtetat für tabak- und alkoholhaltige Produkte beträgt gegenwärtig rund 1 Milliarde Euro. Zielgruppen der damit finanzierten Kampagnen sind Altkonsumenten wie auch bislang nicht oder geringfügig erreichte Verbrauchergruppen (Frauen, Jugendliche, Kinder). Es entspricht der selbstverständlichen Ausrichtung wirtschaftlichen Handelns, mit diesen Maßnahmen den Konsum der beworbenen Produkte weitgehend zu erhöhen oder, wo dies unerreichbar scheint, auf möglichst hohem Niveau zu stabilisieren.

**Indirekte
Werbung und
Imageförderung
der Suchtmittel-
industrie sind
in jüngerer Zeit
in eine neue
Dimension
vorgestoßen**

In elementarem Widerspruch hierzu steht das Bemühen von Suchtprävention und Suchthilfe, im gesundheitlichen Interesse aller den Suchtmittelkonsum nachhaltig zu verringern sowie den Einstieg in diesen zu verhindern. Dabei wurden in den vergangenen Jahren zwar keineswegs genügende, doch Teilerfolge erzielt: Werbebeschränkungen, Altersgrenzen für den Kauf von Alkoholika und Zigaretten, Konsumbeschränkungen am Arbeitsplatz sowie in der Öffentlichkeit sind hier vor allem zu nennen. Dies geht einher mit einem teilweise sinkenden Image der genannten Produkte und ihrer Produzenten.

Als Reaktion auf diese Entwicklungen ist seit geraumer Zeit das intensive Engagement der Suchtmittelindustrie im Bereich des Sponsoring zu beobachten. Von Sportveranstaltungen bis zu Parteitagungen werden allgemein anerkannte Ereignisse des öffentlichen Lebens finanziert und unterstützt. Diese Strategie indirekter Werbung und Imageförderung ist in jüngerer Zeit in eine neue Dimension vorgestoßen: Durch finanzielles Engagement werden einerseits Maßnahmen der Suchtprävention materiell gefördert, ideell jedoch negativ beeinflusst. Als Beispiel hierfür sei die Vereinbarung zwischen deutscher Zigarettenindustrie und Bundesregierung genannt, die u.a. gewährleisten soll, dass in der Tabakprävention der Bundesregierung negative Aussagen über das Suchtmittel Zigarette unterbleiben.

Neben solch direkter Einflussnahme wird durch derartige Kooperationen einerseits die Glaubwürdigkeit von Prävention gemindert, andererseits eine Atmosphäre geschaffen, die wohlwollende Zugeständnisse geradezu provoziert. Beides entspricht den wirtschaftlichen Interessen der Suchtmittelindustrie. Den gesundheitspolitischen Zielen der Suchtkrankenhilfe widerspricht es. Dies gilt insbesondere auch für die grundsätzliche Bemühung der Suchtmittelindustrie, ihre Produkte als Genussmittel mündiger, erwachsener Bürger zu positionieren. Denn erstens ist der Konsum Erwachsener ein hervorragender Anreiz gerade für Kinder und Jugendliche und zweitens beginnt beinahe jede Abhängigkeit mit dem zunächst geringfügigen Konsum des Suchtmittels. Dies gilt insbesondere für Zigaretten und Alkoholika.

Aus den genannten Gründen betrachtet die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen jegliche Präventionsarbeit unter Beteiligung der Suchtmittelindustrie als besonders subtile Maßnahme der Konsumförderung. Vor diesem Hintergrund lehnt die DHS jede finanzielle Beteiligung der Suchtmittelindustrie an ihrer Arbeit grundsätzlich ab. Im Interesse des Gesundheitsschutzes empfiehlt sie dieses Verhalten ebenso allen in der Suchtprävention und Suchthilfe tätigen Institutionen und Verbänden, insbesondere den Mitgliedsverbänden der DHS, ihren Untergliederungen und Einrichtungen. Angesichts bereits vorhandener Kooperationen empfiehlt die DHS dringend, im Falle der Verwendung von Geldern der Suchtmittelindustrie zunächst zu gewährleisten, dass in entsprechenden Verträgen

- keinerlei Einschränkung oder Beeinflussung von Aussagen oder Zielgruppen erfolgt und
- eine Beteiligung des Mittelgebers an Konzeption, Durchführung und Evaluation der Mittelverwendung ausdrücklich verneint wird und
- jegliche Produkt-, Label-, oder Firmenwerbung ausgeschlossen ist und
- dem Mittelgeber die Werbung mit seiner finanziellen Beteiligung untersagt, der Empfänger hingegen zur Bekanntgabe der Kooperation verpflichtet wird.

Die DHS betont, dass die genannten Zielkonflikte zwischen Absatzsteigerung bzw. -stabilisierung und Präventionsarbeit jedoch grundsätzlich auch unter diesen Voraussetzungen bestehen bleiben. Im Sinne der Produzentenhaftung fordert sie daher erneut und nachdrücklich die Erhebung von Pflichtabgaben auf sämtliche legalen Suchtmittel zur Finanzierung dauerhafter und flächendeckender Präventionsarbeit.

**Beteiligung der
Suchtmittel-
industrie an der
Präventions-
arbeit als
besonders
subtile
Maßnahme zur
Konsum-
förderung**

**Deutsche
Hauptstelle für
Suchtfragen e.V.**
Postfach 1369
59003 Hamm
☎ 02381-9015-0
☎ 02381-9015-30
✉ info@dhs.de
www.dhs.de

Rüdiger Klebeck

Das Bundesmodellprojekt FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten

Fachtagung zum Projektabschluss

An 15 Standorten in acht Bundesländern beteiligten sich in der Zeit von Oktober 2000 bis Dezember 2002 örtliche Drogenhilfeträger, Polizei und Justiz an der Durchführung dieses Bundesmodellprojektes. Die Finanzierung der Modellphase übernahm das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), die Referate Drogen und Sucht der acht beteiligten Bundesländer lieferten wesentliche Unterstützung für die Standorte. Die Projektleitung hatte die Koordinationsstelle Sucht (KS) des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Münster inne, die nun ebenfalls den Transfer in die Praxis begleitet.

Im Kern geht es bei dem FreD-Konzept um die Erreichbarkeit von Drogenkonsumenten in einem möglichst frühen Stadium ihres Konsumes, um einer Suchtentwicklung vorzubeugen. Als Zugangsweg wurde die polizeiliche Erstauffälligkeit gewählt.

Auf Grund von Unterschieden an den Standorten ergaben sich deutlich voneinander abweichende Ergebnisse der Modellphase: so gelang der Aufbau der für das Gelingen notwendigen guten Kooperationsstrukturen zwischen der örtlichen Drogenhilfe und der Polizei/Staatsanwaltschaft an einigen Standorten sehr gut, an anderen weniger gut. An allen Projektstandorten gleich waren demgegenüber die inhaltlichen Strukturen, mit denen das konkrete Angebot in die Zielgruppe transportiert wurde: ausgerichtet an dem Prinzip, ein kurzes, gezieltes und möglichst freiwillig anzunehmendes Angebot an Jugendliche und junge Erwachsene (Altersgruppen von 14-21 bzw. bis 25 Jahre) zu unterbreiten, wurden Gruppenprogramme von 4 x 2 bzw. 2 x 4 Stunden durchgeführt. Hierbei wurde u.a. das Konzept der Kurzintervention in entsprechend angepasster Form zum Einsatz gebracht.

Für BINAD nahm Rüdiger Klebeck an der Fachtagung vom 23.-25. Juni 2003 in Potsdam teil und berichtet hier über seine Eindrücke. Die Abstracts der Referenten sowie die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zu FreD sind online verfügbar (www.lwl.org/ks), letztere liegen auch als Band 299 der Reihe »Forschungsbericht« des BMGS vor (Bezugsadresse siehe unten). Die Koordinationsstelle Sucht wird eine Dokumentation der Tagung mit den Textfassungen der Referate herausgeben – diese ist über die KS zu beziehen.

Den gut 100 Teilnehmern aus allen Teilen der Bundesrepublik wurde von Montag Mittag bis Mittwoch Mittag ein umfangreiches Programm geboten: insgesamt 16 Referenten füllten dies in Vorträgen und Arbeitsgruppen mit Inhalt. Die Tagung war zeitlich wie thematisch in vier »Blöcke« aufgeteilt, die sich mit

- dem Stellenwert von Prävention, Schadensminimierung und Früherkennung aus unterschiedlichen Blickwinkeln,
- dem FreD-Konzept, den juristischen Rahmenbedingungen und den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung,
- den praktischen Erfahrungen aus Sicht der Polizei, der Staatsanwaltschaft und eines Trägers (in Arbeitsgruppen diskutiert) sowie schließlich
- mit Rausch- und Risikobalance, Freiheit und Zwang in der Prävention und dem Blick auf ein neues Projekt der Sekundärprävention

befassten. Im Folgenden wird ein Überblick über die Veranstaltung gegeben – ohne dass allerdings auf jeden Vortrag eingegangen wird. Detailinformationen sind wie in der Einleitung angegeben zu erhalten.

Der hohe Stellenwert der (Sekundär-) Prävention

Am ersten Tag wurde zunächst das Feld abgesteckt, in dem ein Modell wie FreD mit seinem Angebot zu verorten ist. Dabei ging es um

- den **Aktionsplan Drogen und Sucht der Bundesregierung**, in dem Prävention einen Schwerpunkt bildet,
- den **Stellenwert von Früherkennung und Schadensminimierung** aus Sicht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD),
- die zum Teil eher verwirrenden als klärenden **Differenzierungen der Ebenen der Prävention** – dargestellt durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) – sowie

*Detailinformationen zum Modellprojekt und seinen Ergebnissen sind dokumentiert – und können online abgerufen werden:
www.lwl.org/ks*

- die Ausrichtung der **polizeilichen Drogenprävention** (Landeskriminalamt NRW) und schließlich um
- die für die Inhalte der FreD-Angebote wesentlichen Begriffe **Früherkennung und Kurzintervention**.

FreD ist zu verstehen als eine Maßnahme der Sekundärprävention (in Deutschland gebräuchliche Definition) – oder doch eher als eine der indizierten Prävention (was die internationale Definition wäre)? **Dr. Bettina Schmidt** (BzGA) ging mit ihrem Vortrag u.a. der Frage nach, ob denn überhaupt – und wenn ja, wem – die uneinheitliche Verwendung von Definitionen nützt und wie sie sich auf die Praxis auswirkt. Deutlich ist eines: im internationalen Zusammenhang gibt es keine gemeinsame Sprache und daher auch keine direkten und brauchbaren Vergleichsmöglichkeiten. Bei der Sichtung deutscher wie internationaler Datenbanken fand sie die Begriffe weit überwiegend im medizinischen Bereich (somatische Erkrankungen betreffend) und nur in verschwindend geringer Anzahl im Zusammenhang mit Sucht oder Drogen. In der Praxis der Sucht- und Drogenarbeit führt das neben dem fehlenden Konsens zu den Begriffen (womit sich noch leben ließe) aber auch zu sehr hinderlichen bis destruktiven ideologischen Grabenkämpfen über die Inhalte und zu einer geringen Ausdifferenzierung bei den eingesetzten Methoden. Es entstehen durch Unter-, Über- oder Fehlversorgung durch Konkurrenz und jeweils systemlogische Inanspruchnahmebedingungen sowie den hohen Koordinationsaufwand **Schnittstellenprobleme**, die keineswegs den der Prävention gestellten Aufgaben dienen.

Die Referentin formulierte am Ende ihres Vortrages **Konfliktlinien**, die sich aus der bei uns politisch, fachlich und gesellschaftlich gesetzten Festlegung zur Definition von und dem Umgang mit Prävention führen und zu denen jeweils ein Diskurs erforderlich ist:

- Kann Drogenkonsum gesellschaftliche Normalität sein?
- Kann eine gewisse Schadenswahrscheinlichkeit zum Leben gehören?
- Wem gebührt die Definitionsmacht über den Begriff des Schadens?
- Kann eine Differenzierung der Drogen gesundheitlichen Erwägungen folgen?
- Kann Drogenkonsum gesellschaftlich legitimes Risikoverhalten sein?

Es bleibt also noch vieles zu tun. Auch wenn wir offenbar insgesamt betrachtet nicht mehr so stark mit der Festlegung von »Königswegen« zu kämpfen haben, besteht dennoch teilweise – und zunehmend aus ökonomischen Gründen – die Tendenz, in diesem Zusammenhang erfolgversprechende Methoden und Ansätze zu präferieren, die die knappen werdenden finanziellen Ressourcen schonen.

Dass es dabei darauf ankommen muss, die inhaltliche Effektivität und/oder den fachlichen Nutzen nicht aus den Augen zu verlieren, führte in diesem ersten Block **Dr. Georg Kremer**, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Bielefeld, aus. Er referierte zum Thema **»Früherkennung und Kurzintervention – ein neues Heilmittel?«** Neben Begriffsklärungen und dem Blick auf den Forschungsstand befasste er sich mit dem Wert dieser Ansätze für die Praxis. Im **Alkoholbereich** gibt es aus den letzten gut 30 Jahren eine doch erhebliche Zahl (54) an Studien über die Wirksamkeit von Kurzinterventionen, die als Alternative zu keiner oder längerfristiger Behandlung zu sehen sind. Einige globale Ergebnisse:

- Verbesserung körperlicher Parameter
- Trinkmengenreduktion
- Verringerung der Behandlungskosten
- Verringerung negativer sozialer Konsequenzen
- Erhöhung der Inanspruchnahme weiterführender Hilfen

Unter dem Gesichtspunkt der Kostenreduktion kann natürlich vor allem das dritte dieser Ergebnisse eine große Verlockung darstellen. Tatsache ist jedoch auch, dass Kurzinterventionen allenfalls bei »Menschen mit leichten bis mittelgradigen alkoholbezogenen Problemen« ... »Effektstärken im unteren bis mittleren Bereich« haben – sie sind also keine neuen »Heilmittel«!

Im **Bereich illegaler Drogen** gibt es deutlich weniger Studien (6 seit 1990) und darin weniger signifikante wohl aber tendenzielle Hinweise auf eine Wirksamkeit, was eher auf ergänzende und weniger alternative Einsatzmöglichkeiten in der Praxis hinweist.

Generell warf Georg Kremer die Fragen nach einer differenziellen Indikation, nach der Stabilität der Effekte über längere Zeit sowie die Qualität der Interventionen auf. Er schlussfolgerte u.a.:

- Früherkennung und Kurzinterventionen sind keine neuen Heilmittel
- Es gibt eine unstrittige Evidenz im Alkoholbereich
- Es gibt moderate Hinweise im Drogenbereich
- Es gibt viele unbeantwortete Fragen
- Es werden bisher nicht erreichte Zielgruppen angesprochen
- Bewährte Behandlungsstrukturen und -konzepte werden in Frage gestellt
- Ökonomisch Nützliches wird mit fachlich Sinnvollem verbunden
- Kurzinterventionsprojekte wie FreD und MOVE (geführt bei GINKO, Mülheim) stellen notwendige und sinnvolle **Ergänzungen** bestehender Präventions- und Behandlungsansätze dar

»Verringerung von Behandlungskosten« – dieses Ergebnis kann in der gegenwärtigen Situation eine große Verlockung zur Entscheidung zum Einsatz von Kurzinterventionen sein

Diskussionsbedürftig sind die Konfliktlinien, die sich durch die unterschiedlichen Definitionen zu Prävention ergeben

Somit kann festgestellt werden, dass nach heutigem Wissensstand mit Kurzinterventionen keine Revolution ausgelöst werden kann, wohl aber eine wichtige Erweiterung der Angebotspalette stattfindet. Vor allem – auch darauf wies Kremer hin – im Alkohobereich geht es um »Überhaupt-Erkennung« von Abhängigkeitsentwicklungen. Fügen wir noch hinzu: und das so früh wie möglich!

Das FreD-Konzept in Theorie und Praxis

Der zweite Tag war mit den Vorträgen am Vormittag und den Arbeitsgruppen am Nachmittag komplett dem Bundesmodellprojekt gewidmet.

Ziele, Inhalte und Struktur wurden von **Wolfgang Rometsch**, dem Projektleiter (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster), dargestellt: Ein Teil der Jugendlichen hat einen riskanten Konsum illegaler Drogen und fällt damit der Polizei auf. In der Regel besteht zu diesem Zeitpunkt noch keinerlei Kontakt zum Drogenhilfesystem – diese Jugendlichen sind aber auf Grund ihrer riskanten Konsummuster hinsichtlich einer Suchtentwicklung gefährdet. Der Umstand ihrer polizeilichen Erstauffälligkeit soll genutzt werden, indem in Verbindung mit § 31a BtMG (Absehen von Verfolgung) und § 153, Abs. 1 STPO (geringes Verschulden) auf freiwilliger Basis oder im Zusammenhang mit § 45, Abs. 2 JGG bzw. § 153, Abs. 1 STPO (nach Weisung) Hilfen in Form eines speziellen (Gruppen-) Angebotes unterbreitet werden. Leitidee des Konzeptes ist es, so frühzeitig wie möglich ein kurzes, gezieltes und möglichst freiwillig anzunehmendes Angebot für junge Menschen (14-21-Jährige), aber auch für junge Erwachsene (bis zum 25. Lebensjahr) zu machen, die polizeilich erstmals wegen des Konsumes illegaler Drogen auffällig geworden sind.

Das Gelingen der Umsetzung des Konzeptes vor Ort ist von mehreren Faktoren abhängig – u.a. natürlich von dem Bedarf, der sich durch eine ausreichende Anzahl von polizeilichen Aufgriffen im Sinne der Erstauffälligkeit von Drogenkonsumenten ergibt. Darüber hinaus ist, und das steht im Zusammenhang mit der Bildung von Kooperationsstrukturen zwischen Drogenhilfe, Polizei und Staatsanwaltschaft klar im Vordergrund, die konstruktive und offene Begegnung zwischen diesen Akteuren notwendig. Das wurde deutlich dargestellt durch den nächsten Referenten:

Über die **Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung** des Projektes berichtete **Wilfried Görgen**, Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS), Köln. Er stellte (ausgewählte) Ergebnisse seiner Arbeit dar, deren Gegenstand die Evaluation der konzeptionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen zur Angebotsimplementierung sowie die Umsetzung und Effekte des Angebotes waren.

Zentral stand hier auch das Ergebnis, dass die sektorübergreifende Kooperation und Abstimmung zwischen Polizei, Staatsanwaltschaft sowie der Jugend- und Drogenhilfe höchste Priorität haben – als zentrale Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung.

Die Teilnehmer an den Gruppenangeboten bewerteten die Kurse positiv, die hohe Haltekraft des Angebotes belegte dies zusätzlich. Insgesamt nahmen 675 Personen mit dem FreD-Angebot Kontakt auf, mit 569 davon wurde ein In-Take-Gespräch durchgeführt und an den 67 angebotenen Kursen nahmen 446 Personen teil. Dies waren vor allem Cannabis-Konsumenten (96 %) mit einem Erstkonsumalter von durchschnittlich 14,8 Jahren. FreD hat die Zielgruppe jugendlicher Drogenkonsumenten mit der Hauptdiagnose Cannabinoide somit drei Jahre früher erreicht als die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen.

Problematische Konsummuster zeigte dabei lediglich eine Teilgruppe. In seinem Charakter ist das FreD-Angebot demnach eine suchtpreventive Frühintervention.

Für die Implementierung vergleichbarer Angebote leiten sich aus den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung wichtige Empfehlungen ab, die die Koordinationsstelle Sucht inzwischen in Informationsveranstaltungen in Hamburg, Würzburg und Jena (September/Oktober/November 2003) – neben grundlegenden Aussagen zum Konzept und seiner Umsetzung – an interessierte Einrichtungen und Träger weitergegeben hat.

Als **Partner in der Projektkooperation** haben **Polizei und Staatsanwaltschaft** in ihrer kontrollierenden, verfolgenden und sanktionierenden Funktion natürlich eine gänzlich andere Ausgangsposition als die **Drogenhilfeeinrichtungen**, die traditionsgemäß auf die Freiwilligkeit ihrer Klientel setzen. Und dennoch hat – und zwar insbesondere an den beiden bayrischen Standorten – das Modell gut funktioniert und hat die klare und konsequente Vorgehensweise von Polizei und Justiz offenbar durchaus die Teilnahmeakzeptanz der betreffenden Jugendlichen gefördert. Und wenn die Partner aus diesen beiden Sektoren von der Idee des Konzeptes überzeugt sind und die Partner aus dem Hilfesystem ihrerseits davon überzeugt sind, dass eine aktive Kooperation in diesem Rahmen sinnvoll und effektiv ist, sind wesentliche Grundlagen für das Gelingen der FreD-Umsetzung gelegt. Polizei und Justiz arbeiten unter klar strukturierten Bedingungen, was bei positiver Grundeinstellung zum Projektansatz und der Position darin zu einer ausgesprochen wichtigen Grundlage für die durchführenden FreD-Praktiker führt: so haben in München 70 % der 159 von der Polizei über das FreD-Angebot informierten Personen Kontakt zu FreD aufgenommen und 57 % an einem Kurs teilgenommen – und dort wurden 95,5 % der Teil-

FreD hat die Zielgruppe jugendlicher Drogenkonsumenten mit der Hauptdiagnose Cannabinoide drei Jahre früher erreicht als die ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen

Notwendig ist die konstruktive und offene Begegnung zwischen den Akteuren

**Schnittstellen-
probleme und
Trägerinteressen
machen
verbindliche
Absprachen zum
Gestaltungsauftrag
notwendig**

nehmer an den Kursen durch die Polizei vermittelt (bei allen anderen Standorten waren dies im Durchschnitt nur 31,8 %).

Ganz offensichtlich – und unter Umständen entgegen der »landläufigen« Auffassung im Hilfesystem – wirkt die polizeiliche Intervention bei der Zielgruppe der jungen Konsumenten deutlich positiver als erwartet, und das sollte sich die Drogenhilfe durchaus zu Nutze machen. Aber: es muss wohl auch darauf hin gewiesen werden, dass dies personenabhängig ist, und zwar sowohl bei Polizei und Justiz als auch im Hilfesystem.

Diese **Personenabhängigkeit** besteht in der Regel bei jeder Form von Kooperation, dies wurde auch aus dem Arbeitsgruppen-Impulsreferat von **Rainer Bathen**, Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V., Hamm, als Vertreter eines beteiligten Trägers deutlich. Das hat ganz eindeutig mit Schnittstellenproblemen und Trägerinteressen zu tun, denn FreD bewegt sich mit seinem Angebot zwischen Jugend- und Drogenhilfe, so dass sich auch die Frage ergibt, wer denn den Gestaltungsauftrag hat. Und die Klärung dieser Frage hängt nicht zuletzt davon ab, wie kooperations- und u.U. auch kompromissbereit die beteiligten Personen sind. Und dabei wiederum spielt die bereits bestehende Verzahnung eine wichtige Rolle sowie die in dieser Verzahnung gemachten Erfahrungen. Rainer Bathen formulierte vier wesentliche Aspekte, die den Ablauf des FreD-Projektes beeinflusst haben und die auch in Zukunft Berücksichtigung finden sollten:

- Die Frühintervention betreibende Einrichtung muss von den Partnern einen Steuerungs- und Clearingauftrag zugeschrieben bekommen und diesen auch für sich definieren – dabei muss sowohl die Eigenständigkeit und auch die unterschiedliche Bewertung des Drogenkonsums Jugendlicher akzeptiert werden
- Es muss eine formulierte Zielklarheit bestehen
- Klare Kooperationsvereinbarungen zu institutionsindividuellen Einzelverantwortungen, zur Beschreibung und dem Management von Ablaufprozessen sowie zur Regelung der Beseitigung von Störungen
- Wegen unterschiedlicher Rahmenbedingungen, Erfahrungen, Regeln, Paradigmen etc. muss ein regelmäßiger Austausch von Informationen, Wahrnehmungen, Interpretationen und Haltungen auch auf der Metaebene erfolgen

In diesem Zusammenhang erscheint es notwendig zu sein – was auch im Verlauf der Arbeitsgruppe zu »Trägerempfindlichkeiten...« deutlich wurde – über die Zugangswege oder, anders von Rainer Bathen formuliert, die Zugangsbarrieren zu diskutieren und gegebenenfalls in Abweichung zum Modellkonzept über andere Zuweisungsinteressen (außer dem § 31a BtmG) nachzudenken. Dies können Bereiche sein,

in denen der Drogenkonsum von Jugendlichen zu Sanktionsandrohungen führen kann – wie etwa der schulische Bereich und u.U. auch die stationäre Jugendhilfe. Hier ist es genauso denkbar, dass statt direkter Sanktionen konkrete Hilfsangebote nach dem FreD-Muster unterbreitet werden – und dies dann in einem Verbundsystem, wie es bei FreD erprobt wurde, wobei die Partner Polizei und Justiz durch entsprechende andere zu ersetzen wären.

Freiheit und Zwang

Im letzten Block dieser Tagung ging es um den Blick auf andere neue Konzepte der risikomindernden Prävention sowie um die Frage nach dem Maß von einerseits Freiheit und andererseits Zwang in der Prävention.

Zunächst stellte **Gerald Koller**, VITAL Büro für präventive Gesundheitsförderung, Steyr, Österreich, das Konzept »**risflecting® – Grundlagen und Modelle zur Rausch- und Risikopädagogik**« in einem sehr lebendigen und so gar nicht theoretischen Vortrag vor. Im Kern geht es bei risflecting® um die Anerkennung der Tatsache von in unserer Gesellschaft existierender Risiken im Zusammenhang mit Rauschmitteln/Drogen und die daraus abgeleitete Konsequenz, dass der Umgang damit erlernt werden muss. Nur so lassen sich die Gefahren, die mit diesen Mitteln verbunden sind trennen von darin liegenden Risiken – die allgemein anerkannte Differenzierung zwischen Risiken einerseits und Gefahren andererseits vorausgesetzt. Es ist ein Unterschied, ob ich mich einer Gefahr aussetze – dabei ist eine negative Auswirkung sehr wahrscheinlich bis sicher – oder ob ich ein Risiko eingehe, was wir im gesellschaftlichen Alltag an vielen Stellen mehr oder weniger bewusst, in jedem Fall mit einer hohen Selbstverständlichkeit häufig tun. Gerald Koller machte in seiner Darstellung auch den Unterschied zwischen »Bewahrung« (Schutz vor Gefahren) und »Bewährung« (bewusstes Erlernen des Umgangs mit Risiken) deutlich. Dabei brachte er das Beispiel einer ökumenischen Ordensgemeinschaft in der Schweiz, in der Nonnen und Mönche unter einem Dach gemeinsam leben und arbeiten. Sie beten das Vaterunser an der Stelle »Und führe uns nicht in Versuchung« anders: »Und führe uns in der Versuchung«.

Die Risikominderung setzt Kenntnisse über die Versuchungen und deren Risiken sowie einen bewussten Umgang damit voraus – und das Erlernen des bewussten Umgangs mit rauscherzeugenden Substanzen ist eine Kompetenz, die zu erwerben in unserer Zeit offensichtlich immer wichtiger wird.

Das in Österreich entwickelte und angewandte risflecting®-Konzept wurde in seinen Grundlagen im BINAD-INFO 24 vorgestellt, Informationen dazu sind unter www.risflecting.at abrufbar.

Nicht »Und führe uns nicht in Versuchung« sondern »und führe uns in der Versuchung«

Die Erfahrungen mit der primär auf Repression setzenden Drogenpolitik in den USA weisen auf die kontraproduktiven Wirkungen eines solchen Weges hin

Ebenfalls aus Österreich war **Dr. Alfred Uhl**, Ludwig-Bolzmann-Institut für Suchtforschung, Wien, angereist, um über **Freiheit und Zwang in der Prävention** vorzutragen. Prävention polarisiert sich zwischen dem *demokratisch-emanzipatorischen Ansatz* im Sinne der Gesundheitsförderung, wie ihn die Ottawa-Charta der WHO 1986 definiert und dem *autoritär-kontrollierenden Ansatz*, der von der auf Kontrolle und Repression fixierten amerikanischen und nordeuropäischen Alkohol- und Drogenpolitik beeinflusst ist. Die WHO erweist sich an dieser Stelle in ihrer Grundorientierung als widersprüchlich, da sie den zweiten Ansatz 1995 ebenfalls popularisiert hat.

Postulat des »demokratisch-emanzipatorischen Ansatzes« ist die Entwicklung von Lebenskompetenzen, die die jungen Menschen erlernen und sie so dazu bringen, mit Risiken sinnvoll umzugehen. Dagegen postuliert der »autoritär-kontrollierende Ansatz« Kontrolle, Zensur, Bevormundung und Lustverzicht in der Erziehung, um die so erzogenen Menschen später zu den richtigen Entscheidungen zu bringen. Problem dieses Ansatzes ist letztlich die Zurückweisung der Grundidee der Demokratie, so Uhl; »Man sympatisiert dann mit einer Pseudodemokratie, in der Eliten die breite Bevölkerung durch subtile Kontrolle und Zensur in die gewünschte Richtung manipulieren, ohne dass letztere es merken.« Aus seiner Sicht gibt es für Demokraten gar keine andere Option, als konsequent für ein demokratisch-emanzipatorisches Menschenbild einzutreten. Auch die Erfahrungen mit der primär auf Repression setzenden Drogenpolitik in den USA weisen auf die kontraproduktiven Wirkungen eines solchen Weges hin. Uhl sieht es als zwingend an, konsequent von der symbolisch-ideologischen Ebene auf eine sachlich-konstruktive zu gelangen. Sind angelegte Strategien überhaupt sinnvoll? Wenn die repressive Umsetzung des Zieles einer drogenfreien Gesellschaft gegen den Willen eines Teiles der Bevölkerung durchgesetzt werden soll und dabei sowohl für diejenigen, die gezwungen werden als auch die, die den Zwang ausüben, die negativen Wirkungen überwiegen, so macht es doch keinen Sinn, diesen Weg weiter zu beschreiten! In diesem Zusammenhang hält Uhl es für sinnvoll, die neuen europäischen Entwicklungen in der Drogenpolitik auch gegen den Druck der USA fortzusetzen und zu festigen.

Am Ende der Tagung stand dann noch ein Blick auf das sekundärpräventive Projekt »**Hart Am Limit – HALT**«, in dem in Lörrach mit Alkoholvergiftung in das Krankenhaus eingelieferten Jugendlichen ein konkretes Hilfeangebot gemacht wird. Heidi Kuttler, Zentrum für Suchtprävention Villa Schöpfung, Lörrach, beschrieb den Projektansatz, der mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung in Lörrach umgesetzt wird.

Rauschtrinken mit Auswirkungen bis hin zur Alkoholvergiftung – auch als »binge-drinking« in der aktuellen Diskussion – ist offenbar häufig als Ursache für die steigenden Zahlen von alkoholbedingten Krankenhauseinweisungen von Jugendlichen zu sehen,

so auch in Lörrach. Hier sind im Zeitraum 1999 bis 2002 diese Krankenhausaufnahmen von 16 auf 56 Fälle gestiegen; als Reaktion darauf wurde das Konzept HALT entwickelt. Das Projekt erprobt diesen Zugangsweg, der nach der Erfassung der Daten verschiedener Krankenhäuser vor allen Dingen **Ansätze auf individueller Ebene** (reaktive Maßnahmen für betroffene Jugendliche), **Ansätze auf kommunaler Ebene** (proaktive Maßnahmen mit Wirkung bei Festveranstaltungen, Seminare für Eltern und Multiplikatoren etc.) und eine **breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit** durch Aktionen, Presse und Plakate beinhaltet.

Für die Schaffung der Überleitungswege zwischen Jugendamt, Polizei und Schulsozialarbeit in die Villa Schöpfung wurde in Zusammenarbeit mit Jugendhilfe und Jugendarbeit ein Plan entwickelt. Die Erfahrungen sollen ausgewertet und das Konzept entsprechen weiter entwickelt, angepasst und ausgebaut werden. Inzwischen laufen die Vorbereitungen für ein Bundesmodellprojekt, in dem HALT in jedem Bundesland an einem Standort durchgeführt werden soll.

»FreD für alle?«

Die FreD-Fachtagung befasste sich auf überwiegend hohem Niveau mit der Sekundärprävention, ohne sich dabei auf die von manchen Kritikern abgelehnte »Konsumentenberatung« zu beschränken. Die an vielen Orten immer noch wirksame Polarisierung der Meinungen über Präventionsansätze – wie sie von Alfred Uhl in seinem Vortrag exemplarisch benannt wurde – kann mit FreD überwunden werden, das haben die Erfahrungen an den meisten Standorten mehr oder weniger deutlich gezeigt. Und gerade in der Zusammenarbeit mit Polizei und Justiz wird deutlich, dass alte Feindbilder als überholt gelten können und dass eine bewusste und zielgerichtete Zusammenarbeit ausgesprochen sinnvoll ist und effektiv sein kann. Deutlich wurde allerdings auch, dass nicht an jedem Projektstandort die hervorragenden bayrischen Ergebnisse erreicht werden konnten. Kooperation ist, wenn gedacht und geplant, noch lange kein Selbstläufer sondern bedarf der intensiven Arbeit am jeweils eigenen Bild über die Partner, an den Rahmenbedingungen, den zu verteilenden Rollen u.a.m., siehe weiter oben die von Rainer Bathen aufgeführten Aspekte zu den Rahmenbedingungen von Verzahnungen unterschiedlicher Bereiche.

Es bleibt abzuwarten, in welchem Ausmaß sich Träger und Organisationen für die Implementierung des Konzeptes motivieren lassen und welche Varianten am Ende in der Praxis realisiert werden – denn es ist davon auszugehen, dass nicht überall ein FreD-Konzept in »Reinkultur« umgesetzt werden wird.

HALT

Villa Schöpfung – Zentrum für Suchtprävention
79541 Lörrach-Brombach
☎ 0 76 21-9 14 90 91
✉ heidi.kuttler@blv-suchthilfe.de
blv-suchthilfe.de

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Koordinationsstelle Sucht
Warendorfer Str. 25-27
48133 Münster
☎ 02 51-5 91-38 38
✉ a.vogelsang@lwl.org

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
DS 03 – Drogen und Suchtmittelmissbrauch
Am Probsthof 78a
53121 Bonn

Manfred Gesch

Cannabiskonsum im Jugendalter und Straffälligkeit – Das soziale Training »Leben in der Balance« als CD-ROM Version

**Sucht entsteht nicht von heute auf morgen. Am Anfang steht in der Regel eine Zeitspanne mit Konsumformen, die riskant sein mögen, aber jedenfalls noch keine Abhängigkeitsdimension haben. Den meisten Konsumenten gelingt dann auch der Ausstieg aus dem Konsum oder sie finden eine moderate Form des Umgangs mit dem präferierten Mittel. Prävention und Suchthilfe haben sich dennoch mit der Thematik der »Frühintervention« auseinander zu setzen, um Zugang zu jungen Konsumenten zu finden, die möglicherweise auf einem kritischen Weg sind. Dabei sind unterschiedliche Vorgehensweisen und Zugangswege denkbar. Eine dem ebenfalls in dieser Ausgabe dargestellten Bundesmodellprojekt »FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten« entsprechende Zielgruppe erreicht die Ahleiner Fachstelle für Suchtvorbeugung mit ihrem gemeinsam mit der Bewährungshilfe Ahlen und der Jugendgerichtshilfe Ahlen entwickelten Projekt »Leben in der Balance«. Manfred Gesch, Präventionsfachkraft im Kreis Warendorf, beschreibt hier kurz den Ansatz des »Sozialen Trainings«
Leben in der Balance.**

In den Jahren 1999/2000 hat die Fachstelle für Suchtvorbeugung – in Kooperation mit der Bewährungshilfe Ahlen und der Jugendgerichtshilfe der Stadt Ahlen – ein Konzept für die Durchführung von sozialen Trainingskursen für straffällig gewordene CannabiskonsumtInnen im Alter von 14 bis ca. 21 Jahren entwickelt. Konzeption und Aufbau des sozialen Trainings umfassten 16 verschiedene Sitzungseinheiten, einschließlich der angewandten Methoden und Übungen, die praxisnah beschrieben und erläutert wurden.

Aus der Fülle des vorliegenden Materials und den gemachten positiven Erfahrungen in der praktischen Umsetzung ergab es sich fast zwangsläufig, dass wir das Material, theoretisch fundiert untermauert, in einer Broschüre veröffentlichen wollten. Mit Mitteln des Landes NRW gelang es schließlich im Jahr 2001 eine Praxisdokumentation mit einer Auflage von 300 Stück zu erstellen. Innerhalb eines Jahres war die gesamte erste Auflage vergriffen. Angefragt wurde die Broschüre nicht nur von KollegInnen aus Nordrhein-Westfalen, sondern aus dem gesamten Bundesgebiet. Viele KollegInnen und Kollegen bedankten sich für das Material, weil mit dieser Verschrift-

lichung erstmals detailliert ein praxisbewährtes Programm für den Umgang mit (straffällig gewordenen) jugendlichen CannabiskonsumtInnen vorlag.

Auch nachdem die gesamte Erstauflage vergriffen war, erhielten wir weiterhin Anfragen nach »Leben in der Balance« von Jugendämtern, Bewährungshelfern, aus der Jugendgerichtshilfe und der Suchtvorbeugung. Wir entschlossen uns daraufhin, eine überarbeitete Zweitaufgabe zu realisieren, was sich jedoch aufgrund fehlender finanzieller Mittel als außergewöhnlich schwierig darstellte. Da im Laufe des Jahres 2002 die Umsetzung einer zweiten Printversion immer schwieriger erschien, entschlossen wir uns, eine Neuauflage des sozialen Trainings »Leben in der Balance« als CD-ROM Version aufzulegen.

Farbe, Bewegung, Musik, Graphiken und Bilder führten schließlich dazu, dass sich sowohl das Land Nordrhein-Westfalen sowie der Förderverein der Bewährungshilfe Ahlen dazu bereiterklärten, die Realisierung einer erweiterten Neuauflage zu unterstützen. Und das vorliegende Ergebnis macht sicherlich noch einmal neugierig, sich sowohl mit dem Thema als auch mit dem Medium auseinander zu setzen.

Die CD-ROM ist in folgende Bereiche gegliedert:

1. Sie beginnt mit einer theoretischen Aufarbeitung des sozialen Trainings »Leben in der Balance« und beantwortet Fragen zu den Grundlagen der Konzeption, dem Aufbau des sozialen Trainings und zu Praxiserfahrungen seitens der Bewährungshilfe sowie der Jugendgerichtshilfe. Diese theoretischen Hintergründe werden nur auf dem Monitor visualisiert, können aber nicht ausgedruckt werden.
2. Hauptschwerpunkt der CD-ROM liegt in der inhaltlichen Darstellung des Programmablaufes, d.h. die Sitzungsabläufe werden minutiös aufgelistet. Darüber hinaus werden die angewandten Übungen beschrieben und sind mit entsprechenden Anleitungen versehen. Die Übersicht über die Inhalte der einzelnen Sitzungen sowie die verwendeten Übungen und Methoden sind über ein dreieckiges Symbol ausdrückbar.
3. Da »Leben in der Balance« als Baukastensystem aufgebaut ist, können die einzelnen Übungen auch in unterschiedlicher Reihenfolge genutzt werden. Ebenso können nur einzelne Teile aus dem Training angewandt werden die auch auf andere Deliktgruppen übertragbar sind. Hier müssten natürlich erst die Inhalte überarbeitet werden.
4. Darüber hinaus enthält die CD-ROM Vorlagen für Protokollbögen zu den einzelnen Gruppensitzungen und Bewertungsbögen der Teilnehmer, wobei sich diese Vorlagen ausdrucken lassen, aber nicht speicherbar sind. Zusätzlich befindet sich auf der CD-ROM ein Abschlusszertifikat für die erfolgreiche Teilnahme an dem sozialen Training, das ausgefüllt und ebenfalls ausgedruckt werden kann. Ergänzt wird das Ganze durch ein Pressearchiv zu Veröffentlichungen über das soziale Training.

**Die CD-ROM gibt
vielfältige
Möglichkeiten
des Einsatzes
der einzelnen
Bestandteile des
sozialen
Trainings**



Hauptziel dieses sozialen Trainings für straffällig gewordene Cannabiskonsumenten ist die bewusste Auseinandersetzung mit Suchtmitteln und dem eigenen Konsumverhalten. Dazu gehört:

- das Problembewusstsein im Umgang mit Suchtmitteln bei jugendlichen Konsumenten zu entwickeln;
- durch Information und Aufklärung (Wirkungsweisen, rechtlicher Status etc.) einen bewussten Umgang mit legalen und illegalen Suchtmitteln zu erreichen;
- die Auseinandersetzung mit dem eigenen Verhalten (bezogen auf Freizeit, Arbeitsorientierung, Lebensplanung etc.) zu ermöglichen;
- die Förderung bzw. Erweiterung sozialer Kompetenzen (Beziehungs- und Gruppenfähigkeit, Gruppenregeln akzeptieren und einhalten, kooperatives Handeln in und mit der Gruppe sowie Eigenverantwortung zu übernehmen);
- das Aufzeigen von Alternativen zum bisherigen Konsumverhalten;
- die Reduzierung des Konsums als langfristiges Ziel (die Konsumeinstellung wäre zwar wünschenswert, erscheint jedoch als Zielsetzung unrealistisch).

Die Zielorientierung für den Einsatz des Projektes »Leben in der Balance« bei der Jugendgerichtshilfe und der Bewährungshilfe unterscheiden sich in folgenden Punkten: **Für die Jugendgerichtshilfe** ist das Projekt »Leben in der Balance« auch als Erweiterung erzieherischer Maßnahmen nach §10 Jugendgerichtsgesetz (auch als Alternative zum Dauerarrest) zu verstehen. **Für die Bewährungshilfe** versteht sich das Projekt vorrangig als eine Alternative zur Ableistung gemeinnütziger Arbeit.

Evaluation und Ergebnisse

Die durchschnittliche Dauer dieser Kurse belief sich auf drei Monate. Die Durchhaltequote der TeilnehmerInnen lag im Schnitt bei ca. 80%. Gründe für die vorzeitige Aufgabe waren Verstöße gegen die getroffenen Vereinbarungen sowie persönliche Lebensumstände. Alle TeilnehmerInnen, die den Kurs erfolgreich beendet haben, sind seit dieser Zeit nicht mit Wiederholungstaten aufgefallen (Erhebungszeitraum zwischen 12 und 18 Monaten).

Exemplare der CD-ROM erhalten Sie zum Preis von 12 Euro (inklusive Porto und Verpackung) über die Fachstelle für Suchtvorbeugung.

Fachstelle für Suchtvorbeugung
Arbeitskreis Jugend- und Drogenberatung im Kreis Warendorf e.V.
Königstraße 9
59227 Ahlen.
✉ drobs@drobs-online.de
www.suchtvorbeugung-waf.de

Rüdiger Klebeck

Pill-Testing, Ecstasy und Prävention *Jahrestagung 2003 der Niedersächsischen Landesstelle Suchtgefahren – Anlass für einige grundlegende Überlegungen*

Am 20.05.2003 fand in Hannover die Präsentation des Abschlussberichtes der mit EU-Mitteln geförderten Evaluationsstudie »Pill-Testing, Ecstasy und Prävention« statt. Ausrichter war die Niedersächsische Landesstelle Suchtgefahren NLS, die auch die Projektleitung inne hatte.

In der öffentlichen Diskussion, der Fachdiskussion und in der Drogenpolitik werden Pill-Testing-Programme kontrovers bewertet. Auf der einen Seite wird in solchen Programmen ein zusätzlicher Anreiz für den Konsum synthetischer Drogen gesehen, auf der anderen Seite wird davon ausgegangen, dass Pill-Testing-Programme im Rahmen schadensminimierender Maßnahmen dazu beitragen, Konsumierende zu einem größeren Gesundheits- und Risikobewusstsein zu führen. Um Wege aus dieser polarisierenden Situation aufzeigen zu können wurde im Auftrag der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucherschutz der EU-Kommission in den Städten Amsterdam, Hannover und Wien in 2001/2002 die Evaluationsstudie durchgeführt.

Die Studie belegt, dass mit sachlich orientierter Beratung der Erstkonsum von synthetischen Drogen hinaus gezögert oder sogar ganz verhindert werden kann

In den drei beteiligten Städten werden seit längerer Zeit unterschiedlich konzipierte Pill-Testing-Projekte im Rahmen sekundärpräventiver Maßnahmen durchgeführt. Mit dieser Studie konnten erstmals die Auswirkungen von Pill-Testing-Programmen auf Konsumverhalten und Risikobewusstsein von Konsumenten synthetischer Drogen empirisch überprüft werden. Im Tagungsprogramm waren sowohl Vertreter der beteiligten Beratungsstellen an den Projektstandorten, die Untersucher von der Universität van Amsterdam als auch Vertreter der NLS, des Niedersächsischen Sozialministeriums, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) und nicht zuletzt auch der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zu finden. Mit dem Programm sollte der interessierten Fachwelt die Studie vorgestellt und überreicht werden – darüber hinaus lassen sich die Ergebnisse und die daraus hervorgehenden Konsequenzen prinzipiell als Auftrag an die Politik verstehen.

Denn wenn die Studie eines klar gemacht hat, ist es die Tatsache, dass die Testangebote nicht zu einer Zunahme der Zahl der Konsumenten sondern vielmehr zu einem kritischeren und weniger häufigeren Konsum führen. Und damit wurde ermittelt, was in der polarisierten Diskussion entweder erwartet oder aber für unerreichbar erklärt worden war. Letztendlich liegen demnach nun die Argumente vor, die für eine ausgeweitete Einführung von Pill-Testing-Programmen sprechen könnten – wäre da nicht die politische Dimension dieser Thematik. Es wird anhand der untersuchten Standorte Amsterdam, Hannover und Wien belegt, dass der Erstkonsum von synthetischen Drogen hinaus gezögert oder sogar ganz verhindert werden kann – und das gerade weil keine dramatisierenden Verbotsbotschaften sondern sachlich orientierte Beratung sowie möglichst weit gehende Klarheit über das verwendete Mittel geboten werden.

Erkenntnis und die Frage nach der Umsetzbarkeit

Es klafft eine Schere auseinander: Erkenntnis über die Wirksamkeit eines Verfahrens im Umgang mit Konsumenten synthetischer Drogen einerseits und Ablehnung einer auf Konsumakzeptanz und stoffbezogene Informationen ausgerichteten Vorgehensweise andererseits. Die bei der Tagung für die BzG A anwesende Referentin wurde nach ihrem Vortrag »Prävention des Drogenmissbrauchs in der Partyszene – Aufgaben und Strategien« von einem Teilnehmer gefragt, wann und wie denn nun damit

gerechnet werden könne, dass die mit der Studie gewonnenen Erkenntnisse auf breiterer Ebene in die Praxis umgesetzt würden. Die Referentin musste an dieser Stelle eingestehen, dass ihre neue Position – sie wechselte zum April 2003 von der Forschung an der Uni Bielefeld zur BzG A und damit in den politisch-strategischen Bereich – sie bezüglich einer Antwort auf diese Frage vor Probleme stelle und überließ das Feld der anwesenden Vertreterin der Geschäftsstelle der Bundesdrogenbeauftragten. Diese konnte an dieser Stelle natürlich auch nicht mehr sagen als dass sie diese Informationen und damit verknüpfte Fragen mit nach Berlin nehmen und dort in die Diskussionsprozesse einbringen werde.

Neben den Vorträgen im Plenum mit Informationen zu den Interventionsstrategien der EU, der Verortung der Studie unter den Aspekten der Sekundärprävention, den Charakteristika der einzelnen Projektstandorte und natürlich den Ergebnissen der Studie befassten sich Workshops aus verschiedenen Blickwinkeln mit der Thematik des Pill-Testings:

- Pill-Testing: ein wirksames Instrument der Frühintervention und Sekundärprävention?
- Pill-Testing: ein geeignetes Instrument im Rahmen eines Monitoring-Systems? – Erfahrungen aus den Niederlanden
- Pill-Testing: Verlässlichkeit, Kosten, Grenzen und Chancen verschiedener Analyseverfahren

Wenn die Themen der Workshops teilweise als Frage gestellt waren, wurde damit allerdings nicht die Wirksamkeit oder Eignung von Pill-Testing in Frage gestellt – vielmehr wurde dargelegt und diskutiert, warum das so ist und in welcher Weise die Studie dies belegt und untermauert. Ausgehend vom existierenden Phänomen des Konsums synthetischer Drogen in weiten Teilen der Freizeitszene Jugendlicher und junger Erwachsener in allen Ländern Europas besteht weitgehende Übereinstimmung bei Präventionsfachleuten, dass sekundärpräventive Maßnahmen mit der zunächst bestehenden Akzeptanz von Konsumbereitschaft und in der Folge dann auch stattfindendem Konsum unumgänglich sind. Schadensbegrenzung und Schaffung von Zugangswegen auch für weitergehende Botschaften und Veränderungsmöglichkeiten sind die Grundüberlegungen für diese Haltung. Funktionierende Modelle der Kombination von Frühintervention, Sekundärprävention und Monitoring gibt es – und nun liegen die deutlichen Hinweise darauf vor, dass Pill-Testing hierzu eine sinnvolle und wichtige Ergänzung sein kann, immer vorausgesetzt, dass es nicht isoliert betrieben wird.

Das größte Problem im Zusammenhang mit der Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse ist die politische Dimension des Themas

Maßnahmen des Verbraucherschutzes bei Alkohol und Tabak

Für die legalen Drogen Nikotin und Alkohol gelten wie selbstverständlich Mechanismen des Verbraucherschutzes, kombiniert mit präventiven Aktivitäten und Kampagnen, speziell auf diese Stoffe und auch auf ganz spezielle Konsumentengruppen ausgerichtet. Sicherlich könnte hier noch einiges mehr passieren, um die extrem leichte Verfügbarkeit dieser Mittel einzuschränken – ohne sie allerdings zu kriminalisieren. Aber nochmal zu Maßnahmen des Verbraucherschutzes:

- In Deutschland gibt es Schutzbestimmungen für die Reinheit von alkoholischen Getränken, sie gelten für Bier und Wein
- Es gibt das Branntweinmonopol, also eine staatlich verankerte Absicherung der Herstellung und des Vertriebes von hochprozentigem Alkohol
- Es gibt das Gesetz zum Schutz der Jugend in der Öffentlichkeit, mit dem der Zugang zu alkoholischen Getränken an bestimmte Altersgrenzen gebunden ist
- Zigaretten dürfen nur noch mit deutlichen Warnhinweisen bezüglich der gesundheitlichen Risiken und bezüglich der Menge der enthaltenen gesundheitsgefährdenden Inhaltsstoffe in den Verkehr gebracht werden (gilt in D wie NL)
- Auch in den Niederlanden gibt es Altersbegrenzungen für den Zugang zu alkoholischen Getränken und darüber hinaus auch für Cannabisprodukte im Rahmen der mit den Coffeeshops umgesetzten Duldungspolitik Cannabis gegenüber
- Spirituosen dürfen in NL nur in entsprechenden konzessionierten Fachgeschäften verkauft werden
- An niederländischen Tankstellen dürfen keine alkoholischen Getränke verkauft werden
- Zigaretten und Tabak können in NL nicht in Automaten sondern nur in entsprechenden Fachgeschäften gekauft werden

Diese Maßnahmen gelten mit einer hohen Selbstverständlichkeit, sie regeln die Verfügbarkeit und den Zugang zu diesen Stoffen. Sie dienen zum Teil der allgemeinen Gesundheitsprävention, sie dienen zum Teil dem Schutz der Jugend in der Öffentlichkeit und sie dienen sicherlich auch der Beruhigung des Gewissens. Denn es gibt unzweifelhafte Klarheit über das Risikopotenzial bzw. die gesundheitlichen Gefahren großen Ausmaßes durch Tabak und Alkohol, was sich u.a. anschaulich in den Zahlen etwa zu den jährlichen Todesfällen durch Tabak (in D ca. 110.000 pro Jahr) und durch Alkohol (in D ca. 42.000 pro Jahr) ausdrückt. Trotz der hier nur knapp umrissenen Bilanz dieser beiden Stoffe werden diese auf breiter Ebene sowohl gesellschaftlich wie auch politisch als »Genussmittel« eingestuft und gehandhabt.

... und »die andere Realität«

Auch wenn es bei synthetischen Drogen, bei Heroin und Kokain und erst recht bei Cannabis eine bei weitem nicht so extreme Bilanz zu verzeichnen gibt, herrschen bei diesen Mitteln andere Maßstäbe, will man gesellschaftlich wie politisch mit dem Verbraucherschutz nicht so weit gehen. Das ist letztendlich eine inkonsequente Haltung, die die Gesundheit von Menschen mit einer Vorliebe für andere Rauscherfahrungen gefährdet – konsumiert werden die entsprechenden Substanzen in jedem Fall. Auch wenn wir die Verantwortung für die Konsumententscheidung niemandem abnehmen können, so tragen wir sie teilweise doch für die Risiken, die mit dem Konsum verbunden sind, solange es sinnvolle und gangbare Möglichkeiten des Verbraucherschutzes gibt, wir sie aber nicht zulassen.

Und damit schließt sich zum Teil ein Gedankenkreis, der seinen Anfang genommen hat bei einem kleinen Bericht über die Tagung der NLS in Hannover und der darüber hinaus eben auch mit unserem gesellschaftlichen Bild zu Drogen und Drogenkonsum zu tun hat. Was nun die Umsetzung von Pill-Testing in einem anderen als einem Projekt- oder Modellrahmen betrifft, sind wir trotz der Ergebnisse der Studie leider noch nicht viel weiter gekommen. Darüber hinaus ist es nach wie vor so, dass bei weitem nicht alle Drogenberatungsstellen und die dort angesiedelten Präventionsfachkräfte sich einigermaßen offen und engagiert der Thematik der synthetischen Drogen und ihrer Konsumenten annehmen – zu fremd scheinen die Mittel und auch die im Vergleich zu den gewohnten »Junkies« so ganz anderen Konsumenten zu sein. Deren Lebens- und Konsumphilosophie ist den meisten der in die Jahre gekommenen Drogenberater und auch vielen der Präventionskräfte offenbar nicht gut zugänglich. Auch daran wird noch zu arbeiten sein.

Im INFO 24 hatten wir bereits auf die in deutsch und englisch veröffentlichte Studie, die die Ergebnisse des Modellprojektes präsentiert, hingewiesen. Das bei dem Amsterdamer Verlag Rozenberg Publishers erschienene Buch kann entweder im Buchhandel bestellt (ISBN 90 5170 685 5) oder über die Niedersächsische Landesstelle Suchtgefahren (NLS) gegen Erstattung der Porto- und Versandkosten angefordert werden.

Für mehr Informationen zur Studie:

Niedersächsische Landesstelle

Suchtgefahren (NLS)
Podbielskistr. 162
30177 Hannover
☎ 05 11-62 26 26 60
☎ 05 11-62 62 66 22
✉ rabes@nls-suchtgefahren.de

Verein für Drogenpolitik e.V.

Schilys Privatkrieg gegen Holland

Otto Schily, der Innenminister der rot/grünen Bundesregierung, machte Ende Oktober erneut mit Äußerungen zur niederländischen Drogenpolitik Schlagzeilen: Er forderte vom niederländischen Justizminister Donner eine repressivere Drogenpolitik. »Wir sind ganz entschieden gegen das Bestehen dieser Coffeeshops«, sagte Schily. Der Verein für Drogenpolitik e.V, Mannheim, gab zu diesen Äußerungen am 29.10.2003 seine Pressemitteilung Nr. 20 heraus, die uns der 1. Vorsitzende des Vereins für Drogenpolitik e.V., Tilmann Holzer, zur Verfügung stellte. Wir drucken sie hier im Wortlaut ab.

Zum wiederholten mal führt Otto Schily eine politische Attacke gegen die niederländische Drogenpolitik aus. Schily isoliert sich mit dieser repressiven Position in der Bundesregierung, zusätzlich verstößt er gegen Parteitagsbeschlüsse von SPD (1999) und Grünen (Wahlprogramm) zur Cannabislegalisierung. Es stellt sich die große Frage, wen Otto Schily mit »Wir« (sind gegen Coffeeshops) meint? Vielleicht meint Herr Schily sich selbst, spricht aber im Pluralis Majestatis oder er meint seinen Busenfreund, den Bayrischen Innenminister G. Beckstein?

Dritte Möglichkeit: Herr Schily meint die Regierung, deren Mitglied er ist. Auch hier ist uns keine Koalitions- oder sonstige Vereinbarung bekannt die eine Schließung niederländischer Coffeeshops thematisiert.

Der Verein für Drogenpolitik e.V. schließt sich der drogenpolitischen Sprecherin der Grünen, Birgit Bender an: *»Es wäre besser, der deutsche Innenminister würde sich Gedanken darüber machen, wie das niederländische Coffeshop-Modell auf die Bundesrepublik Deutschland übertragen werden kann, als zu versuchen, fortschrittlichere Länder zu Rückschritten zu bewegen.«*

www.gruene-fraktion.de/rsvgn/rs_dok/0,,46559,00.htm

Otto Schily sollte sich an das Jahr 1997 erinnern: Die SPD schlug damals eine Gesetzesänderung vor, Zitat: *»Straflos bleibt, wer die Betäubungsmittel ausschließlich zum Eigenverbrauch in geringer Menge ... besitzt.«* Und Otto Schily äußerte sich in einem Fernsehinterview wie folgt (1997): *»Es geht also darum den Eigenverbrauch nicht mehr zu bestrafen. Man muss ja wissen, wenn die Polizei sich damit beschäftigen muss, dann hat sie nicht genügend Kräfte.«*

www.kontraste.de/0309/manuskripte/txt_hanf.html

Der Verein für Drogenpolitik e.V. fordert Innenminister Schily deshalb auf,

1. keine Attacken mehr gegen die äußerst erfolgreiche niederländische Drogenpolitik zu äußern,
2. sein politisches Wildern in den Bereichen Äußeres und Gesundheit sofort, u.a. wegen mangelnder Befähigung, einzustellen,
3. sich daran zu erinnern, dass mit Rot-Grün 1998 der Bereich Drogenpolitik vom Innen- in das Gesundheitsministerium transferiert wurde,
4. die niederländische Drogenpolitik auf europäischer Ebene (Rat) in Zukunft gegen unqualifizierte Angriffe zu verteidigen und damit die öffentliche Meinung in Deutschland würdig zu vertreten.

Eventuell hat Herr Donner vergessen Herrn Schily über folgendes Detail zu informieren: Der Großteil des Heroins auf dem niederländischen Markt wird aus Deutschland in die Niederlande eingeführt. Man sollte sich nicht um den Splitter im niederländischen Auge kümmern, solange ein Balken im deutschen Auge steckt ...

Verein für Drogenpolitik e.V.

Käfertaler Str. 38
68167 Mannheim
☎ 0621-4017267
✉ vorstand@drogenpolitik.org
www.drogenpolitik.org



Interview mit dem Kriminologen Prof. Dr. Sebastian Scheerer

»Wir brauchen eine einheitliche Drogenpolitik!«

So genannte illegale Drogen, Alkohol, Zigaretten und bestimmte Medikamente werden nach Ansicht des in Hamburg lehrenden Kriminologen Professor Dr. Sebastian Scheerer in Deutschland völlig unterschiedlich behandelt. Er fordert daher eine einheitliche Politik, die alle Drogen im Prinzip jedem Erwachsenen legal zugänglich macht, die aber nicht daran gehindert ist, das Verhalten durch Aufklärungskampagnen, durch Steuern oder sonstige Maßnahmen zu beeinflussen. Sebastian Scheerer spricht sich hier aus für ein Überwinden oder auch Durchbrechen der unterschiedlichen Bewertung – und damit durchaus der Doppelmoral – im Umgang mit Drogenkonsum und -konsumenten.

BINAD möchte mit diesem Podium-Beitrag dazu beitragen, auf die Notwendigkeit der national wie international zu führenden Diskussion zur Normalisierung im Umgang mit Drogen und Drogenkonsumenten hin zu weisen.

Das Interview ist der Ausgabe 3/2003 der KONTUREN entnommen, mit Prof. Scheerer sprach für die KONTUREN Werner Loosen.

Prof. Dr. Sebastian Scheerer, Jg. 1950, studierte Rechtswissenschaften und Kriminologie in Köln, Genf und Münster und arbeitet seit 1988 als Professor für Kriminologie an der Universität Hamburg

Was veranlasst Sie, von verschiedenen drogenpolitischen Strategien zu sprechen?

■ Den Ausgangspunkt kann jeder finden, der sich aufmerksam umsieht: Da sind auf der einen Seite die Junkies am Bahnhof, die verfolgt und durch die Straßen gejagt werden; da sind auf der anderen Seite die Kokser der Mittel- und Oberschicht, die sich ihren Suchtstoff gleichsam am kalten Buffet reinziehen, ohne dass irgend wer sie behelligt. Das ist wie beim Alkohol: Dort die Penner, zusammengebrochen neben einer Laterne und hier die seriösen Gäste in einer Weinstube. Es gibt also ähnliche Gegensätze und verblüffende Parallelen bei völlig verschiedenen Grenzen zwischen dem Erlaubten und dem Verbotenen, dem Legalen und dem Kriminellen, der verbotenen und kriminalisierten Droge und dem millionenfach konsumierten Genussmittel. Deshalb wünsche ich mir eine Drogenpolitik statt des unterschiedlichen Herangehens an ein und dasselbe Thema.

Es gibt aber auch unterschiedliche Ansätze...

■ ... wenn Sie an den so genannten »legal approach«, also den gesetzlichen Ansatz und den »medical approach«, den medizinischen Ansatz sowie die verschiedenen Mischformen denken, dann haben Sie zwar Recht, das ist aber Augenschere. Damit wird nur versucht, das heutige System der Drogenpolitik zu charakterisieren, man vergisst dabei das Wichtigste zu erwähnen: Die Besonderheit dieser Drogenpolitik besteht darin, dass sie eine Gruppe von Substanzen dem Marktgeschehen und damit dem im üblichen Rahmen sozusagen autonomen Zugriff der normalen Bürger entzieht. Das halte ich für bemerkenswert, denn: In einer offenen Gesellschaft definiert sich die Freiheit der Bürger nicht zuletzt über ihren Anspruch, in eigener Verantwortung Gegenstände anzubauen, zu erfinden oder sonst wie zu produzieren, als Waren feilzubieten oder eben zu selbst bestimmten Zwecken erwerben zu dürfen. Es gibt Ausnahmen – niemand käme auch nur auf den Gedanken, den Erwerb von Plutonium-Brennstäben und deren Lagerung im Aquarium zu erlauben –, sie müssen aber in jedem Einzelfall gut begründet sein.

Die Besonderheit der heutigen Drogenpolitik besteht darin, dass sie eine Gruppe von Substanzen dem Marktgeschehen und damit dem autonomen Zugriff der normalen Bürger entzieht

Sie sprechen im Zusammenhang mit Drogen oft von Planwirtschaft. Was verstehen Sie darunter?

■ Das Haager Opiumabkommen von 1912 war nicht nur das erste rechtlich verbindliche Resultat einer globalisierten Bekämpfungsstrategie, es ist bis heute gleichsam die Mutter aller staatlichen Betäubungsmittelgesetze weltweit. Seit 1931 verpflichtet dieses Abkommen alle Staaten zur frühzeitigen Anmeldung ihres Drogenbedarfs beim Ständigen Opium-Zentralkomitee beim Völkerbund in Genf. Deswegen Aufgabe war, wie es wörtlich hieß, die »Weltbuchführung« über Herstellung und Handel der Drogen zum Zweck der »lückenlose(n) Regelung einer ganzen Industrie und eines Handels, der sich über die ganze Erde erstreckt«. Man hatte also für einen ganzen Wirtschaftsbereich ein System entwickelt, dessen Wert man ansonsten in der freien Welt wenig schätzte, nämlich – in den Worten des Völkerbunds von 1934 – ein System, das man »gewöhnlich ‚Planwirtschaft‘ nennt«.



Ist das nicht alles längst Geschichte?

- Von wegen! Zwar ist der Völkerbund heute die UNO, statt in Genf tagt sie in Wien, das Opium-Zentralkomitee heißt jetzt International Narcotics Control Board, das Wort Planwirtschaft ist gestrichen, das System aber ist immer noch dasselbe. Nach wie vor melden kleine Bürokratien ihren Bedarf an die große Bürokratie – beispielsweise hatte Österreich im Jahr 2001 einen Bedarf an 2.000, Deutschland einen an 10.000 Gramm Kokain für medizinische Zwecke angemeldet. Cannabis stand in beiden Ländern nicht auf der Wunschliste; die Weltgesundheitsbehörde sorgt dafür, dass pünktlich und vollständig in guter Qualität geliefert wird.

Ich bin so naiv zu glauben, dass damit alles geregelt ist!

- Nun kommt etwas ins Spiel, von dessen Existenz Sie sicher schon gehört haben, was auch die angeblich reibungslos arbeitenden Planwirtschaften vergangener Zeiten nicht ausschalten konnten: Schwarzmarkt. Wir haben festgestellt, dass Deutschland auf bürokratischem Weg keinen Bedarf an Cannabis angemeldet hat. Die gesellschaftlichen Bedürfnisse aber sehen anders aus: Heute werden in Deutschland jährlich rund sechs Tonnen Marihuana beschlagnahmt. Was Polizei und Grenzschutz nicht abfangen, reicht immer noch für den Bedarf von schätzungsweise drei Millionen Cannabiskonsumenten und -konsumentinnen.

Was folgern Sie daraus?

- Sichtbar wird der tiefe und vielschichtige Widerspruch zwischen den Grundannahmen der planwirtschaftlichen Drogenkontrolle und der Realität. Nach herrschender Meinung dürfen auch die gravierenden Nebenfolgen der Drogenprohibition nicht dazu führen, das Verbotsprinzip selbst in Frage zu stellen, weil angeblich jede Lockerung des Verbots noch verheerendere Auswirkungen auf die Bevölkerung hätte. Diese Überzeugung beruht auf dem konventionellen Wissen über die generell persönlichkeitszerstörende Wirkung des Konsums der so genannten Suchtgifte. Über Jahrzehnte sah die Wissenschaft das genau so, denn sie hat sich in Hunderten von Studien fast immer mit den Extremformen der Sucht befasst und daher von der Realität wenig mitbekommen.

Und heute?

- Heute lässt sich belegen, dass alle bekannten Drogen von der überwiegenden Mehrheit der Konsumenten beherrscht werden, das gilt für Heroin, für Kokain, für Cannabis, vielleicht sogar für Crack. Nennen Sie mir einen Alkoholkonsumenten, einen Zigarettenraucher, der nicht davon überzeugt ist, mit Sucht aber auch gar nichts am Hut zu haben!

Der Normalfall ist demnach nicht die Sucht ...

- ...richtig, im überwiegenden Normalfall sind es ganz normale Menschen, die aus ganz normalen Motiven zu Drogen greifen. Meist handelt sich um eine bewusste

Entscheidung der Freizeitgestaltung. Die Droge wird aufgesucht und bewusst und gewollt konsumiert. Nicht die Dealer, die Konsumenten verantworten diese Entscheidung. Das gilt zunächst auch für diejenigen, die eine Droge zur Selbstmedikation benutzen, auch mit dem Risiko, dass die Geschichte irgendwann aus dem Ruder läuft. Wo aber gibt es kein Risiko? Die große Mehrheit der Drogenkonsumenten hat sich also keineswegs von Lebensplänen, Karrieremustern, dem gesellschaftlichen und finanziellen Fortkommen verabschiedet, die Angehörigen dieser Mehrheit landen nicht unter Brücken, sie feiern zusammen mit anderen.

Bestimmte Substanzen können aber doch zweifelsfrei gefährlicher sein als andere.

- Das mag sein: Aber nicht die Pathologie hat uns gezwungen, über die so genannten psychoaktiven Substanzen nachzudenken, sondern die sich verändernde Normalität unserer Gesellschaft. Werte wie Autorität und Gehorsam sind verschwunden, Selbsterfahrung und Kreativität sind hinzugekommen, Spannung, Aufregung und Abenteuer nehmen großen Raum ein – Gefühlszustände, für die man Drogen einsetzen kann. Wem daran liegt, Steilhänge hinunterzurasen, wird kaum begreifen, dass beim Apres Ski die kleine Dosis Koks verboten ist. Solcher Drogengenuss ist bei weitem nicht die riskanteste Freizeitbeschäftigung. Ließen wir ab von der Verfolgung, könnte Drogengenuss weniger riskant, angenehmer, kundiger und geselliger sein.

Welche Erwartungen hätten Sie an die zukünftige Drogenpolitik?

- Wir brauchen zunächst die Formulierung einer einheitlichen Politik, die alle Drogen im Prinzip jedem Erwachsenen legal zugänglich macht, die aber nicht daran gehindert ist, das Verhalten durch Aufklärungskampagnen, durch Steuern oder sonstige Maßnahmen zu beeinflussen. Mit einer solchen Drogenpolitik müsste vor allem die Legitimität der Nachfrage nach psychoaktiven Substanzen anerkannt werden. Der Drogenhandel fände nicht länger in einem Klima der Heimlichtuerei, der Heuchelei und Gewalt statt, Großhändler würden nicht mehr von Konkurrenten erschossen. Ein kleiner Konsument unterläge nicht weiter dem Zwang: Therapie oder Knast – es wäre eine andere Gesellschaft. Es geht ja nicht nur um die Abschaffung der Planwirtschaft, es geht auch darum, die Grundrechte in einem wichtigen Bereich unserer Existenz anzuerkennen und durchzusetzen. Verträge können gekündigt werden, die Wiener Konvention beispielsweise jederzeit.

Wie sollte die künftige Drogengesetzgebung aussehen?

- Sie sollte sich am bestmöglichen Kenntnisstand über den Normalfall des Konsums orientieren. Da sich gerade dieses Wissen gründlich geändert hat, können die Regeln nicht dieselben bleiben. Drogen sind – abgesehen von Verwendungsweisen, die sie zu etwas anderem werden lassen können – vor allem Genussmittel.

Vielen Dank für dieses Gespräch, Professor Scheerer.

Sichtbar wird der tiefe und vielschichtige Widerspruch zwischen den Grundannahmen der planwirtschaftlichen Drogenkontrolle und der Realität

Eine künftige Drogenpolitik sollte sich am bestmöglichen Kenntnisstand über den Normalfall des Konsums orientieren



Trainings-Manual: Schlüsselaspekte der Substitutions- behandlung bei Opiatabhängigkeit

Unter Leitung von Annette Verster und Ernst Buning wurde bei EuroMethwork/Q4Q in Amsterdam dieses Manual, als EU-Projekt finanziert, entwickelt. Es enthält umfassende Informationen zur Substitutionsbehandlung: in den einzelnen Kapiteln wird eine Einführung in die Substitutionsbehandlung gegeben, wird die wissenschaftliche Evidenz dargestellt, die unterschiedlichen in Europa gebräuchlichen Medikamente beschrieben, es wird auf die klinischen Aspekte eingegangen, spezielle Patientengruppen werden beschrieben und auch Informationen zur Qualitätsentwicklung fehlen nicht. Das Manual wird durch Übungen, Literatur- und Webseitenangaben sowie einem Bewertungsformular ergänzt. Ebenso gehört eine CD-Rom zum Manual, die weitere ergänzende Materialien enthält.

Das Manual berücksichtigt die Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Europa in ihren unterschiedlichen Ausprägungen und soll dazu dienen, bei der Weiterentwicklung (bzw. gegebenenfalls der Einführung) der Substitution einheitliche Standards zu berücksichtigen.

Dazu gibt es auch ein

INFO für politische Entscheidungsträger

Mit diesem Heft wollen die Autoren ihren Beitrag zu der Herausforderung leisten, den die Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in Europa darstellt. Diese Herausforderungen begründen sie in

- mangelnden Qualitätskontrollen,
- der beschränkten Verfügbarkeit,
- den politischen Motivationen und
- dem mangelnden Konsens über den Wert der Substitutionsbehandlung.

Die Fakten über die Wirksamkeit dieser Behandlungsform werden in Form von Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Substitution präsentiert. Dieses Heft ist dazu gedacht, bei Debatten über Substitution bzw. deren Implementierung in den Regionen Unterstützung zu geben.

*Zu beziehen sind die
beiden Materialien auch
in Deutsch über:*

EuroMethwork / Q4Q
Vijzelstraat 77
1017 HG Amsterdam
☎ 00 31-20-3 30 34 49
☎ 00 31-20-3 30 34 50
✉ info@q4q.nl
www.euromethwork.org

Peter Bürger, Dr. Dr. Stefan Nagel

Von wegen schwaches Fleisch – Warum Safer Sex keine reine Willenssache ist

**Herausgegeben von der AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V.
Download unter <http://duesseldorf.aidshilfe.de>**

Das Buch beschäftigt sich mit der Zielgruppe der homo- und bisexuellen Männer. Innerhalb dieser Gruppe ist der Aufklärungsstand zu HIV und Aids insgesamt höher als in anderen Bevölkerungsgruppen. Auch die Bereitschaft Kondome zu benutzen ist prinzipiell höher. Und doch kommt es aus diversen Gründen immer wieder zu risikohaften sexuellen Kontakten.

Es geht im ersten Teil des Buches u.a. um die Vielfältigkeit der Gründe von ungeschütztem Geschlechtsverkehr – ohne Bewertung oder Verurteilung. Wenn früher galt, Safer Sex und Kondomgebrauch innerhalb der »betroffenen« Zielgruppen zur Selbstverständlichkeit, zur Regel werden zu lassen, geht es den Autoren nun um die Natürlichkeit bei der Sexualität: es ist »unnatürlich« ein Kondom zu benutzen. Der Mensch – und eben nicht nur Homo- und Bisexuelle sondern alle sexuell aktiven Personen – sehnt sich nach Schleimhautkontakten, möchte beim Geschlechtsverkehr keine Trennung durch ein Kondom. Safer Sex ist kontrolliert und vernunftgesteuert. Sexualität sollte aber doch eigentlich das genaue Gegenteil davon sein.

Durch die veränderte Sichtweise auf (un-) geschütztes Sexualverhalten gelangen die Autoren nicht zu der Erkenntnis, Safer Sex sei generell nicht praktikabel sondern verweisen auf die Schwierigkeiten und bieten Erklärungsmodelle an. Denn HIV-Prävention sollte einen verstehenden Ansatz haben und praxisorientiert bzgl. der Zielgruppen sein. Das Beratungskonzept von Stefan Nagel am Ende des 90-seitigen Buches bildet eine theoretische Grundlage für BeraterInnen und MitarbeiterInnen in der Aids-Arbeit und bietet diesen Hilfestellung an für die Beratung der Zielgruppe.

Quelle: AIDS-DIALOG NRW 2/03; von Marco Grober, aus info 1.2003 Magazin der AIDS-Hilfe Düsseldorf e.V.



**Landschaftsverband Rheinland
Amt für Planung und Förderung
Koordinationsstelle Sucht**

Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger zwischen Substitution und Abstinenz

Diese im April 2003 vom Landschaftsverband Rheinland herausgegebene Tagungsdokumentation fasst die Schwerpunkte der Fachtagung »Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger zwischen Substitutionsbehandlung und Abstinenz« zusammen. Diese Tagung war die erste des seit 1997 bestehenden Fachverbandes »Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger e.V.«

Es sollte eine Zwischenbilanz der Arbeit der letzten Jahre gezogen, allerdings auch Schwächen und Probleme benannt werden, um mögliche neue Lösungsansätze zu definieren.

Der Tagungsband beginnt mit dem Vortrag von Dr. Thomas Kuhlmann, der die Geschichte der Entstehung der qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger beschreibt.

Wie in dem Begrüßungswort von Wilfried Görge bereits angekündigt, wird über das Projekt »Behandlung sofort« durch Prof. Dr. Michael Klein sowie über das zum Ende des Jahres 2003 auslaufende »Soforthilfepogramm NRW« durch Michael van Bredere und Karolin Holze berichtet.

Dr. med. Thomas Kuhlmann greift das Thema der Tagung »die qualifizierte Akutbehandlung zwischen Substitution- und Entwöhnungsbehandlung« erneut auf und kommt zu dem Schluss, dass dieses Behandlungskonzept neben der Tatsache, dass es sich in der Praxis als sinnvoll und praktikabel erwiesen hat und sowohl im Hilfesystem als auch von den Betroffenen selbst akzeptiert ist, inzwischen auch bundesweiten Vorbildcharakter hat. Dennoch sieht er hier weitere Herausforderungen, z.B. das Erreichen von Zielgruppen, die von den bisherigen Angeboten wenn auch nur unzulänglich erreicht werden. Er hofft u.a. auf konstruktive Streifähigkeit an den Schnittstellen im Versorgungssystem sowie auf versorgungs- und bedarfsorientierte Wissenschaft.

Der Tagungsband schließt mit den Ergebnissen der drei Arbeitsgruppen zu den Themen:

- Ambulante Drogenberatung und qualifizierte Akutbehandlung
- Stationäre Entzugsbehandlung und qualifizierte Akutbehandlung
- Niedrigschwellige Angebote und qualifizierte Akutbehandlung

Dieser Tagungsband vermittelt dem Leser gute Informationen und macht deutlich, welchen wichtigen Beitrag der qualifizierte Entzug in der Angebotspalette der Suchtkrankenhilfe leistet. Es wird jedoch auch deutlich, dass sich in Zeiten wie diesen keiner auf seinen Lorbeeren ausruhen sollte. Stattdessen sollten die Herausforderungen der Zeit gesehen sowie Schwächen und Probleme herauskristallisiert werden, um entsprechend die Angebote auszubauen und zu modifizieren, so dass diese in der Praxis funktionieren und nicht nur auf dem Papier existieren.

Elke Knuck

Der Tagungsband ist zu beziehen unter:

Landschaftsverband Rheinland

Kennedy-Ufer 2

50679 Köln

✉ www.lvr.de

**Heinrich Elsner, Marlies Hendriks
Elke Sodenkamp**

Schnüffelstoffe

Krisenhilfe e.V Bochum (Hrsg.)

Die im Juni 2003 von der Krisenhilfe e.V. Bochum herausgegebene Broschüre richtet sich an Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen und weist bereits in der Einleitung ausdrücklich darauf hin, dass sie zur direkten Informationsvermittlung an Kinder und Jugendliche völlig ungeeignet ist.

Den Autoren ist eine sachliche, weder verharmlosende noch panikschürende Informationsvermittlung vor allem deshalb sehr wichtig, da es sich bei den Schnüffelstoffen um eine Suchtstoffgruppe handelt, die »die höchste Rate an Organschädigungen und bereits unter den Erstkonsumenten eine nicht unerhebliche Zahl von Todesfällen aufweist«.

Bezüglich der Schnüffelstoffkonsumenten hat es lt. Autoren eine Verlagerung gegeben – bei den Konsumenten handelt es sich nicht mehr nur um Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien, um Straßenkinder oder sozial unterprivilegierten Gruppen.

Die Broschüre vermittelt den Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen Informationen zu den unterschiedlichen Schnüffelstoffen.

Es werden Unterteilungen der Wirkungsweisen, angefangen beim Rausch, über das Delir bis hin zur Bewusstlosigkeit und letztendlich dem Atemstillstand erklärt. Ebenso wird auf die Problematik des plötzlichen Schnüffler-Herztodes, verursacht durch Herzrhythmusstörungen oder Sauerstoffmangel im Blut eingegangen. Aber auch Langzeitfolgen mit dem Risiko eines hirnorganischen Psychosyndroms, Demenzen, zunehmender Intelligenzverlust, neurologische Ausfälle, Nierenschäden u.v.m. werden erläutert.

Da aber trotz des Wissens um schädigende oder tödliche Nebenwirkungen konsumiert wird, werden den Bezugspersonen Hinweise zum Safer Use gegeben. Auch



Bezug und weitere
Informationen:

**Krisenhilfe e.V.
Bochum**

Jugend- und
Drogenberatung
Viktoriastraße 67
44787 Bochum
☎ 02 34-9 6 47 80
☎ 02 34-1 51 79
✉ krisenhilfe.bochum@
gmx.de
www.
krisenhilfe-bochum.de

an dieser Stelle raten die Autoren dringend davon ab, diese Hinweise großflächig an Jugendliche zu streuen.

Verschiedene Konsumentenprofile werden erklärt und deren entsprechendes Konsumverhalten beschrieben, ebenso wie die Autoren möglichen Konsumgründen nachgehen. Hier wird deutlich, dass die Verdrängung von Langeweile, Lust auf ein Abenteuer und Provokation einige der Motive sind, die Jugendliche zum Konsum führen.

Im letzten Kapitel des Heftes werden die Themen Prävention, Information und Intervention behandelt. Hierbei werden Unterschiede im Umgang mit entsprechenden Elterngruppen gemacht z.B. Arbeit mit akut betroffenen Eltern, Elternarbeit bei aktuellen Vorfällen von Schnüffeln oder auch allgemeine Elternabende und Veranstaltungen zur Suchtprävention.

Die Broschüre gibt einen guten Eindruck sowie sachliche Informationen über das Phänomen »Schnüffeln« und bietet Bezugspersonen somit die Möglichkeit, sich für dieses Thema zu sensibilisieren. Gleichzeitig wird gesichertes und zuverlässiges Material transportiert, um bei Bedarf angemessen reagieren zu können.

Elke Knuck

Robert Koch Institut (Hrsg.)

Hepatitis C

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 15

Die Broschüre informiert auf prägnante und gut verständliche Weise über eine Form der entzündlichen Lebererkrankung, der Hepatitis C. Angefangen bei der Verbreitung dieser Erkrankung bis hin zu Übertragungswegen und Risikofaktoren, dem Krankheitsbild und dem Verlauf werden die bisher vorhandenen Therapiemöglichkeiten beschrieben. Last but not least wird der Bereich der Prävention unter die Lupe genommen. Eine Schutzimpfung gegen Hepatitis C ist zum momentanen Zeitpunkt noch nicht verfügbar, aufgrund dessen werden unterschiedliche Maßnahmen zur Minimierung der Übertragungsrisiken angeführt (Untersuchung von Blutspendern, Aufklärungsmaßnahmen, Spritzenaustauschprogrammen, das Einhalten diverser Hygieneregeln besonders im medizinischen Bereich, Informationsbroschüren u.a.m.). Laut Autoren dieser Broschüre sind neben der Verbesserung der Datenlage weitere Studien bezüglich der Bedeutung verschiedener Übertragungswege in der Allgemeinbevölkerung sowie in der Risikopopulation erforderlich, um einen wesentlichen Beitrag zur Erkennung, Behandlung und Verhütung dieser Erkrankung zu leisten.

Robert Koch-Institut

Seestraße 10
13353 Berlin
☎ 018 88-7 54 34 00
☎ 018 88-7 54 35 13
✉ gbe@rki.de
www.rki.de