

**Optimierung der Drogenhilfe: Schnittstellen erkennen Übergänge schaffen Synergieeffekte nutzen Effektive und effiziente Zusammenarbeit von Drogenhilfe und anderen (Hilfe-)Systemen Zukunftsweisende Modelle**

## 8. Internationaler **akzept** Kongress Berlin

**Do 23. - Sa 25. März 2006 im Rathaus Schöneberg**



**Kongressdokumentation**

**Veranstalter:**



**akzept** e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit  
und humane Drogenpolitik





# Inhalt

Grußwort akzept <i>Anabela Dias de Oliveira, akzept e.V.</i>	5
Grußwort <i>Sabine Bätzing, MdB, Drogenbeauftragte der Bundesregierung</i>	6
Einleitung <i>Prof.Dr. Heino Stöver</i>	10
Berliner Erklärung	11
JOSH VON SOER PREIS	19
 Ausschreibung	
 Preisträgerin	20
 Laudatio	21
Kongressprogramm	23
Gründung einer Organschaft <i>Gerhard Schmidt-Burda</i>	27
<b>1. SCHNITTSTELLENMANAGEMENT</b>	
Schnittstellen erkennen, Synergieeffekte nutzen – zukunftsweisende Modelle <i>Prof. Dr. Heino Stöver</i>	30
Gesundheitsförderung als Leitbild der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. <i>Dr. Raimund Geene</i>	35
Qualitätsmanagement - als Instrument zur Optimierung von Kooperation und Kommunikation? <i>Garry Kasper</i>	42
DrugsAndGender – sfinx - Sozialforschung Evaluationsberatung Supervision <i>Christine Spreyermann</i>	46
Geschlecht als zentrale Kategorie für Rausch, Missbrauch und Abhängigkeit – Plädoyer für eine geschlechtersensible Drogenhilfe <i>Prof. Dr. Heino Stöver</i>	51
„When I’m sixty four“ – Schnittstellen erkennen, Versorgungsbrüche aufzeigen und beheben <i>Anabela Dias de Oliveira</i>	68
Einführung in das Case-Management. Eine Methode zur systematischen Vernetzung von Hilfen verschiedener Segmente -Grundlagen und Werkzeuge <i>Frank Schuster</i>	74



## 2. AUSGEWÄHLTE BEISPIELE MODELLHAFTER KOOPERATION VERSCHIEDENER HILFE-SEGMENTE

Schnittstelle Jugendhilfe-Drogenhilfe

*Kristine Leicht, Birgit Kohlhofer* 82

Psychiatrische Versorgung von Drogenkonsumenten

-„Psychiatrie goes Bahnhof“ – Psychiatrisch-psychotherapeutische Sprechstunde in der Szene

*Vanessa Haag* 86

International Networking :important, improving, indispensable 93

 CORRELATION - Europäisches Netzwerk Soziale Integration und Gesundheit  
*Eberhard Schatz*

 ENDIPP - European Network on Drugs and Infections in Prison.

*Prof. Dr.Heino Stöver* 94

 ENCOD - EUROPEAN COALITION FOR JUST AND EFFECTIVE DRUG POLICIES

Repression und Hilfe

 Projekt Ossip Frankfurt/Main

*Jürgen Klee* 99

 support project Amsterdam

*Coki Janssen* 104

Schnittstelle professionelle Hilfe-Selbsthilfe/  
Kooperation zwischen Drogenhilfe und Selbsthilfe

*Jürgen Heimchen* 113

## 3. THEORIE-PRAXIS-TRANSFER

Kontrollierter Konsum illegaler Drogen - Anstöße zur Veränderung im  
niedrigschwelligen Drogenbereich

*Dieter König, Uwe Täubler* 115

## 4. CANNABISFORUM: CANNABIS – ZWISCHEN GENUSSVOLLEM KONSUM, (KINDER- UND JUGEND-) PSYCHIATRIE UND DROBsen

Cannabispolitik in Deutschland: Bemerkungen zur aktuellen Risikodebatte

*Prof. Dr. Dieter Kleiber* 121

Kritische Epidemiologie

*Dr. Jens Kalke* 135

CannabiskonsumentInnen im Schnittbereich von Jugendhilfe, Drogenhilfe und  
psychiatrischer Versorgung – interdisziplinäre, multiprofessionelle Arbeit am Beispiel



des therapieladen Berlin e.V.  
*Andreas Gantner* 151

Bekifft in der Schule  
*Andrea Rodiek* 155

## 5. HARTZ IV, ALG I+II: RENTE, ERWERBSFÄHIGKEIT, BESCHÄFTIGUNGS- POLITISCHE PROJEKTE -SPRECHSTUNDE HARTZ BÜRO

Das Beste draus machen - (wo) gibt es konstruktive Umsetzungen von Hartz IV in der Sucht- und Drogenhilfe? Eine Sprechstunde zu gelingendem Umgang mit dem SGB II und SGB XII

*Albert Kern*

 from best practices to best consequences. 161

Schlussfolgerungen aus der Erfahrung mit Beschäftigungsprojekten für Suchtkranke

 Impulsreferat 172

## 6. SCHNITTSTELLEN BEHANDLUNGSFORMEN: SUBSTITUTION/ HIV/HCV – KOOPERATIONS- U. KOMMUNIKATIONSBRÜCHE IN DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Wie kann die Substitutionsbehandlung bedarfsgerecht gestaltet und ausgebaut werden?

Gemeinsam! Ein Forderungskatalog an die Politik 176

 BERLINER ERKLÄRUNG

Welche Rolle spielt die Substitutionsbehandlung bei der Verbesserung des Zugangs und der Adhärenz bei HIV/HCV-Therapien?

Leitfrage: wie können mehr Drogengebraucher von der HCV Behandlung profitieren? Folgerungen und Forderungen 176

 Vorstellung Projekt DAILY DOSE

*Jutta Engelhard*

 Vorstellung des Handbuches Hepatitis C und Drogengebrauch-  
Grundlagen, Therapie, Prävention, Betreuung und Recht (erschien im März 2006)

*Astrid Leicht*

Kooperation zwischen AIDS-/Drogenhilfe und Justiz?  
*Bärbel Knorr* 179

ReferentInnen 181

Sponsoren 186

Impressum 187



## Grußwort akzept

Wir freuen uns, dass Drogenpolitik viele unserer - noch in den 90ern sehr umstrittenen - inhaltlichen Überzeugungen, insbesondere die Selbstverständlichkeit von Überlebenshilfeangeboten, als Grundlage für eine moderne Drogenhilfe umgesetzt hat.

Das Erreichte zu halten und weiterhin zu verbessern, erfordert in einer von Sozialabbau geprägten Zeit gemeinsam Stand zu halten. Hier hat professionelle Drogenhilfe zukünftig ein weitere existentiell wichtige Vernetzungs- und Lobby-Arbeit zu leisten.

Professionelle Drogenhilfe (und in ihr der noch junge niedrigschwellige Arbeitsansatz) ist dem Partizipationsgedanken verpflichtet: die Einbeziehung der spezifischen Kompetenz von Selbsthilfe, sowie die Vernetzung mit anderen Arbeitsfeldern sind ebenso selbstverständlich wie eine Positionierung in der daraus folgernden kritischen Auseinandersetzung.

Als Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik haben wir diesem Grundgedanken mit dem **8. Internationalen Akzept-Kongreß 2006** in Berlin Raum für Austausch und „voneinander lernen“ gegeben. Seine erfreulich breite Annahme durch Professionelle, aktuelle und ehemalige KonsumentInnen, Angehörige und Forschung bestätigt, dass dieses Bedürfnis ungebrochen hoch ist. Mit der „BERLINER ERKLÄRUNG“ sind gemeinsam entwickelte Arbeitsergebnisse als konkrete Praxis-Forderungen zum fachgerechten Ausbau der Substitutionsbehandlung an Fachöffentlichkeit und Politik gerichtet worden.

Wir freuen uns, mit der vorliegenden Kongressdokumentation einen Beitrag für weitergehende fachliche Auseinandersetzung zu leisten. Wir danken dem Bundesministerium für Gesundheit für die Fördermittel (ohne sie hätte der 8. Internationale Akzept-Kongreß nicht stattfinden können!), den mitwirkenden ReferentInnen und und all denen, die mit ihrer Unterstützung, ihren Beiträgen und ihrem Engagement zum Gelingen beigetragen haben.

Anabela Dias de Oliveira  
für den Vorstand



## Grußwort

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung  
Sabine Bätzing, MdB

### **„Die Umsetzung des Aktionsplanes Drogen und Sucht und die Auswirkungen auf die Schnittstellenprobleme in der Suchtkrankenhilfe“**

Mit diesem Kongress widmet sich akzept in einer Zeit neuer Herausforderungen und Verunsicherungen für die Suchtkrankenhilfe einem zunehmend zentralen Thema in der Drogenhilfe: Schnittstellenprobleme zu erkennen und auch Wege aufzuzeigen, wie diese Probleme gelöst werden können. Sie stellen sich dieser Zukunftsaufgabe offensiv und wollen dazu eine Reihe von Vorschlägen erarbeiten und auch deutliche Forderungen an die Politik zu stellen.

Ein entscheidender Hebel - gewissermaßen der fachliche Kompass in unruhiger bis stürmischer See - , um in unsicherer ökonomischer Situation und mitten im Prozess sozialer Reformvorhaben Übersicht und Perspektive zu bewahren, ist der vor knapp drei Jahren verabschiedete „Aktionsplan Drogen und Sucht“. Mit der Umsetzung der im „Aktionsplan“ festgelegten Zielsetzungen und den dazu vorgesehenen Maßnahmen soll im Rahmen einer übergreifenden Strategie die Zahl der Suchterkrankungen sowie das Suchtpotenzial in der Bevölkerung deutlich reduziert werden und soll zudem das Suchtkrankenhilfesystem zukunftssicher gemacht werden.

Wenn die Umsetzung der Zielsetzungen des „Aktionsplans“ gelingen soll, müssen sich auch die bestehenden professionellen Hilfestrukturen dieser Herausforderung stellen. Das Hilfesystem muss sich nicht nur strukturell verändern, es muss auch methodisch neue Wege beschreiten, weil sich die Kommunikationsformen und Konsummuster von jugendlichen Konsumenten legaler wie illegaler Drogen dramatisch verändert haben und auch für die Arbeit mit langjährig Abhängigen neue Erkenntnisse aus der Praxis und der Forschung vorliegen.

Die Reform der Sozialversicherungssysteme hat zudem erhebliche Auswirkungen auf die Suchtkrankenhilfe. Nehmen wir als Beispiel die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland. Sie ist mit ihren Grundprinzipien Solidarität, Subsidiarität und Selbstverwaltung ein Modell, das eine umfassende medizinische Versorgung gewährleisten soll und zwar unabhängig von Alter, Geschlecht oder Einkommen. Das gilt selbstverständlich auch für die Prävention und Behandlung einer Suchterkrankung, die zweifelsfrei zu den großen Volkskrankheiten gerechnet werden muss. Es soll zu einer Gewährleistung der "qualitätsgesicherten Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen" kommen. In der Suchtkrankenhilfe spielen Früherkennungsmaßnahmen für Suchterkrankungen (z.B. Screenings und Motivationsgespräche in der hausärztlichen Praxis) eine zunehmende Rolle. Der Bund hat verschiedene Verfahren hierzu in Modellen erproben lassen und die BZgA hat in Kooperation mit der Bundesärztekammer ein Beratungsmanual für Praxen und Krankenhäuser erstellt und erprobt dies in ausgewählten KV-Bezirken. Es wird neben ärztlichen Praxen auch "medizinische Versorgungszentren" geben. Es geht um "Versorgung aus einer Hand". Integrierte Versorgungsstrukturen, wie sie im Suchtbereich bereits angeboten werden (etwa in Suchtambulanzen bzw. Schwerpunktpraxen



zur Substitutionsbehandlung oder zur Behandlung von drogeninduzierten Zusatz-erkrankungen wie HIV und Hepatitis) können beispielhaft sein.

Es ist geregelt, dass die Gremien auf Bundesebene Interessenvertretungen der Betroffenen und der sie beratenden Organisationen "Mitberatungsrechte" haben und "sachkundige Personen" stellen können. Außerdem dürfen die Interessenvertretungen der Betroffenen und der sie beratenden Organisationen Anträge zu den versorgungsrelevanten Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses stellen. Das vorhandene Niveau an Qualität der Behandlung und an Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann aber nur aufrecht erhalten werden, wenn gleichzeitig die Mittel effizienter eingesetzt werden. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz soll die Eigenverantwortung der Versicherten erhöht werden.

Aber die Menschen dürfen nicht überfordert werden. So bleibt es bei einem besonderen Schutz für chronisch Kranke. Im § 2a des Gesetzes heißt es ausdrücklich: *"Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen."*

Es gilt, diese Belange im Sinne von mehr Teilhabeförderung entsprechend zu berücksichtigen. Auch Suchtkranken soll Selbstbestimmung ermöglicht bleiben und durch die Krankheit bedingte Nachteile sollen ausgeglichen werden. Das gilt gerade für die langjährig abhängigen Menschen mit sogenannten multiplen Krankheitsbildern, mit denen besonders die niedrigschwellige Drogenarbeit zu tun hat.

Eines muss noch einmal deutlich gemacht werden, bei aller bisherigen Kritik an der Gesundheitsreform: die Belange der Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt dieser Reform. Sie dürfen eine qualitativ hochwertige und humane Versorgung erwarten.

Die Stärkung des Teilhabegedankens im Sinne des Sozialgesetzbuch IX ist die Zukunftsherausforderung der sozialen Sicherung für Suchtkranke. Das SGB IX hat eine Reihe von strukturellen Veränderungen und Verbesserungen für Menschen mit (see-lischen) Behinderungen geschaffen, zu denen auch Suchtkranke zählen. Auch wenn es Jahre nach Einführung noch immer Umsetzungsprobleme gibt, sind doch die Voraussetzungen für seine Implementierung geschaffen worden, die auch für die Suchtkrankenhilfe erhebliche Auswirkungen hat.

- Der Gesetzgeber will, dass sich die Rehaträger und die Leistungsträger besser abstimmen.
- Die Reha-Träger müssen besser zusammenarbeiten, damit die Versorgung von betroffenen hilfebedürftigen Menschen zwischen den Schnittstellen ambulanter und stationärer Hilfen funktioniert.
- Der Vorrang für Prävention und Frühintervention und der Vorrang 'ambulant vor stationär' werden gestärkt.

Die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger sind dabei, dieses Prinzip umzusetzen. Neue Klienten können so erreicht werden, für die ambulante Maßnahmen sinnvoller sind und auch im Bereich der Nachsorge Behandlungserfolge stabilisiert werden können. Es fehlt aber die Verzahnung zu ambulanten Maßnahmen in ärztlichen Praxen, im Bereich der Behandlung Opiatabhängiger, aber auch Alkoholabhängiger. Diese Zusammenarbeit muss verbessert werden.

- Die Stärkung der Selbsthilferessourcen von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen ist nach wie eine wichtige Aufgabe. Im Suchtbereich gibt es bereits



eine enge Kooperation mit den Selbsthilfeverbänden, insbesondere im Bereich der Hilfen für Alkoholkranke. Auch akzept hat mit der Unterstützung des Selbsthilfenetzwerkes von Substituierten, den JES-Gruppen beispielhaft gezeigt, wie wichtig es ist, die von den Maßnahmen der Hilfe Betroffenen frühzeitig einzubeziehen und deren Ressourcen zu stärken. Aber die Selbsthilfegruppen sollten noch stärker in Planung und Durchführung von Maßnahmen der Hilfen einbezogen werden, damit die Kooperation kein Lippenbekenntnis bleibt.

- Das Wunsch und Wahlrecht der Betroffenen wird gestärkt. Das persönliche Budget wird kommen. Eine deutliche Stärkung der Ressourcen der betroffenen Menschen wird durch die Einführung der persönlichen Budgets erreicht (dies ist auch im SGB XII, das die Sozialhilfe neu geregelt, vorgesehen). Wenn Betroffene – das gilt auch für Suchtkranke – künftig selbständig über Mittel (oder Gutscheine) verfügen, sich die Hilfeleistungen selbständig „einzukaufen“, wird das den Wettbewerb unter den Trägern der Hilfe verstärken. Für den Suchtbereich gibt es aber noch viele offene Fragen und zu wenige Erfahrungen. Auch hier ist Initiative gefordert.

Die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bleibt zentrale Zielsetzung und Aufgabe der Suchtkrankenhilfe. Arbeitslosigkeit, Armut und soziale Desintegration bergen weiterhin überproportional hohe Risiken, Tabak oder Alkohol oder auch beide Substanzen, ebenso wie illegale Substanzen wie Cannabis, Ecstasy oder auch Heroin oder Kokain exzessiv zu konsumieren und davon abhängig zu werden. Das impliziert auch, dass diese Faktoren es erschweren, diese Konsummuster zu verändern oder aufzugeben. Die Zielsetzung des SGB IX geht über die bloße Herstellung der somatischen Gesundheit hinaus. Sie orientiert sich am Gesundheitsbegriff der WHO und schließt vor allem die Möglichkeit mit ein, wieder am Arbeits- und Beschäftigungsprozess teilzunehmen. Hier liegen große Herausforderungen für die Suchtkrankenhilfe. Haben die Jobcenter die nötigen Kompetenzen, besondere Probleme bei der Eingliederung rehabilitierter Suchtkranker zu berücksichtigen? Wie werden Sozialhilfeträger mit den nicht in den ersten Arbeitsmarkt vermittelbaren Menschen verfahren? Wie lassen sich entsprechende Modelle der Arbeits- und Sozialverwaltung integrieren in die Alltagspraxis der Kommunen und wo gibt es dafür finanzielle Ressourcen?

Es ist uns klar, wie wichtig die soziale Integration zur Stabilisierung einer effektiven Behandlung von Suchtkranken ist. Wir wissen, dass in der jetzigen Phase der Umsetzung der sog. „Hartz- Gesetze“ noch sehr viel Verunsicherung besteht, wie die einzelnen Bestandteile dieser Reformgesetze für den Arbeitsmarkt mit dem Rehabilitationsprozess für Suchtkranke wirkungsvoll zusammengefügt werden können.

Eine genaue Prognose über die Auswirkungen dieser gesetzlichen Maßnahmen - also insbesondere der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialverwaltung und der neuen Anreizsysteme zur Förderung einer Arbeitstätigkeit - ist für den Suchtbereich noch nicht zu erstellen. Sie haben als Fachverband aber hier eine Chance, die besonderen Belange suchtkranker Menschen in diese Umgestaltung einzubringen. Die Instrumente dafür stehen auch den Kommunen über das neue SGB XII zur Verfügung, wo die bisherigen Regelungen des Bundessozialhilfegesetzes neu zusammengefasst werden. Die wesentlichen Unterstützungsmöglichkeiten für schwer suchtkranke Menschen, die es bereits jetzt im Rahmen der Eingliederungshilfe im Bundessozialhilfegesetz gab, wird es auch im SGB XII geben. Es wird hier auf die kommunalen Strukturen ankommen, ob spezielle Maßnahmen für die schrittweise Heranführung an das Arbeitsleben möglich sein werden oder die Teilnahme an Gemeinschaftsaufgaben in der Kommune gefördert werden kann.



In den letzten Jahren sind eine Reihe von Maßnahmen erprobt worden zur besseren Eingliederung schwer zu vermittelnder Arbeitslosen in das Erwerbsleben. Ein Teil der Ergebnisse sind auch die Novellierungen der Sozialgesetzbücher II, III und XII einbezogen worden. Sie hatten als Zielsetzung:

- die Verbesserung der beruflichen Eingliederung langjährig Arbeitsloser und eine nachhaltige Integration in den ersten Arbeitsmarkt;
- die Verbesserung der Effizienz und kostensparender Zusammenarbeit zwischen Arbeits- und Sozialamt.

So wurden *gemeinsame Anlaufstellen* eingerichtet und die Abläufe der Antragsbearbeitung und Betreuung der Betroffenen gemeinsam organisiert. Es ging auch um eine Neuorientierung der Hilfephilosophie:

Umstellung von ehemals maßnahmeorientierter Beratung und Vermittlung auf *einzelfallorientiertes Fallmanagement*. Es geht nun darum, zu erreichen, dass in beiden Organisationseinheiten nicht nur kooperiert wird, wenn dies weitgehend in bisheriger getrennter Zuständigkeit geschieht. *Best-practice-Modelle* zeigen, dass vor allem die Einbeziehung von Sozial- und Gesundheitsberatung (Drogen-, Wohnungs-, Schuldner- sowie medizinische Beratung) unmittelbar vor Ort notwendig sind, um Arbeitsvermittlung und Gesundheitsförderung zu optimieren.

Die „Gesetze für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ sollen dazu führen, dass bisher schwer vermittelbare Arbeitslose bzw. Sozialhilfeempfänger wieder eine Chance erhalten, in Arbeits- und Beschäftigung integriert zu werden. Die Bundesagentur soll mit den örtlich zuständigen Trägern der Sozialhilfe Kooperationsvereinbarungen abschließen und durchführen (§ 368a SGB III), um

- alle Möglichkeiten zur Vermittlung in Arbeit auszuschöpfen,
- die Wirksamkeit der Eingliederungshilfen in eine Erwerbstätigkeit zu steigern,
- das Verwaltungsverfahren bürgernah und einfach zu gestalten.

Es wird aber von den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen verlangt, *aktiv* an allen Eingliederungsmaßnahmen in Arbeit mitzuwirken (§ 2 SGB II). Dafür werden eine Reihe von Hilfeleistungen angeboten:

- Beratung und umfassende Unterstützung durch persönlichen Ansprechpartner (*Fallmanager*)
- Kooperation mit der Kranken- und Rentenversicherung zur Sicherstellung der erforderlichen Hilfen dieser Sozialversicherungsträger
- die Erstellung einer Eingliederungsvereinbarung (§ 15 SGB II)
- Schuldnerberatung (§ 16 SGB II)
- psychosoziale Betreuung (§ 16 SGB II)
- Suchtberatung (§ 16 SGB II)
- Schaffung von Arbeitsgelegenheiten, u.a. im öffentlichen Interesse.

Hier wird es aber darauf ankommen, wie eine sinnvolle Kooperation mit bestehenden sozialen Unterstützungssystemen – einschließlich der Suchtkrankenhilfe – hergestellt werden kann.

Die neuen Regelungen im Bereich der Arbeitsförderung stehen Suchtkranken prinzipiell zu. Ob es aber gelingt, entsprechende Angebote für diese Zielgruppe in ausreichendem Maß zur Verfügung zu stellen, wird einen entscheidenden Einfluss darauf haben, ob die Suchtrehabilitation gelingt. Jeweilige Zuständigkeitsprobleme oder -streitereien dürfen nicht dazu führen, dass die guten rehabilitativen Chancen einer Suchtbehandlung gefährdet werden.

Ich bin sicher, dass Sie diesen notwendigen Reformprozess aktiv mitgestalten.



## Einleitung

### **Optimierung der Drogenhilfe: Schnittstellen erkennen, Übergänge schaffen, Synergieeffekte nutzen – Effektive und effiziente Zusammenarbeit von Drogenhilfe und anderen (Hilfe-) Systemen – Zukunftsweisenden Modelle**

Vor dem Hintergrund einer sich verändernden Sucht-Drogenproblematik (z.B. Mischgebrauch legaler/illegalen Drogen), veränderten Drogenkonsummustern (geschlechts-/alters- und kulturspezifisch), unterschiedlicher Akzeptanzgrenzen von Alltagsdrogenkonsum und verschärfter gesundheitspolitischer Kontrollbestrebungen ergibt sich die Notwendigkeit zur Überprüfung der Ausrichtung des aktuellen Drogenhilfesystems und seiner Arbeitsansätze. Eine weitere Notwendigkeit zur kritischen Hinterfragung des Drogenhilfesystems ergibt sich aus den aktuellen sozialpolitischen Diskussionen, arbeitsmarktpolitischen Herausforderungen, Gesundheitsreform, und kommunalen Haushaltsbegrenzungen.

Daraus folgt ein zunehmender Druck zur effektiveren und effizienteren Kooperation und Kommunikation der einzelnen Hilfesysteme untereinander. Während sich das Suchtkrankenhilfesystem immer weiter ausdifferenziert, werden Brüche an den Schnittstellen und Übergängen der einzelnen Hilfesegmente deutlich, die die Fortschritte einer klientenorientierten und akzeptierenden Sozial- und Gesundheitsarbeit bedrohen.

Diese Probleme müssen identifiziert, transparent gemacht und gemeinsame Schnittmengen benannt und Synergieeffekte genutzt werden. Es geht darum, den sich verändernden Bedingungen angepasste, patientenorientierte und akzeptierende Ansätze der Drogenhilfe besser zu organisieren, um Reibungsverluste zwischen den einzelnen Hilfesegmenten und Trägern zu minimieren. Die optimale Versorgung, das Wohl der PatientInnen müssen Vorrang haben vor den Sachzwängen, Eigeninteressen und ideologischen Vorbehalten der einzelnen Hilfeträger.

Der 8. Internationale **akzept** Kongress 2006 befasste sich mit den Hindernissen und Möglichkeiten einer Optimierung der Drogenhilfe. Die Themen umfassten aktuelle Fragestellungen aus der Praxis ebenso wie Ansätze aus der Forschung und Entwicklungen, die einer wissenschaftlichen Bearbeitung bedürfen.

Aus den Rückmeldungen an **akzept** seit dem Kongress in Jena 2002 ergab sich ein klarer Bedarf nach einem weiteren **akzept**-Kongress, der Kommunikation und Wissensvermittlung in den oben genannten Problembereichen anbietet. Dem vielfach geäußerten Bedürfnis nach praktischer und konzeptioneller Einbindung der Einrichtungen am Kongress - Ort wurde noch stärkerer Masse als zuvor Rechnung getragen. Die Arbeit mit Projekten innovativer Gesundheits- und Sozialarbeit stand am Beginn des Kongresses. Wie die überwältigende Beteiligung der Teilnehmer am Besuchsprogramm zeigte, sollte dieser Weg auch bei zukünftigen **akzept** Kongressen (in weiter ausdifferenzierter Organisation) verfolgt werden.

Als Gastland war 2006 die Schweiz mit 5 Referenten bzw. Workshopleitern eingeladen. Der Umgang mit der Schnittstellen-Problematik, Beispiele bereits erfolgreich erprobter oder auch verworfener Lösungsansätze in diesem Nachbarland sollten das Spektrum der Denkansätze in der hiesigen Diskussion erweitern.

Prof.Dr.Heino Stöver, Bremen



## 8. Internationaler akzept Kongress Berlin 2006

### BERLINER ERKLÄRUNG

Unter dem Titel „Wie kann die Substitutionsbehandlung bedarfsgerecht gestaltet und ausgebaut werden? Gemeinsam! - Ein Forderungskatalog an die Politik“ haben sich am 23.-25. März 2006 auf dem 8. Internationalen akzept-Kongress in Berlin VertreterInnen verschiedener Professionen und Disziplinen mit unterschiedlichen Praxisbezügen getroffen, um die allseitig als notwendig erachtete Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung zu diskutieren und Möglichkeiten der Umsetzung zu erörtern. Die nachfolgend abgedruckte „BERLINER ERKLÄRUNG“ stellt einen Forderungskatalog an die Fachpolitik dar, die Substitutionsbehandlung bedarfsgerechter zu gestalten um ihre Potential noch stärker zu nutzen.

#### 1. Take-Home Regelung

Die in § 5 Abs. 8 der BtMVV eingeschränkte Take-Home Möglichkeit bezüglich Inlands- und Auslandsreisen stabiler Patienten in Substitutionsbehandlung bedarf folgender Ausweitungen:

1. Aufhebung der Limitierung von sieben Mitgabedosen bei Inlandsreisen, stattdessen Angleichung an die im Falle von Auslandsreisen geltende Möglichkeit der Verschreibung der für bis zu 30 Tage benötigten Menge des Substitutionsmittels;
2. Möglichkeit der Überschreitung der 30-Tage-pro-Jahr-Regelung bei Inlands- und Auslandsreisen im Falle beruflich oder familiär bedingter Notwendigkeit.

#### *Begründung:*

In der Bundesrepublik Deutschland existiert im Rahmen der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger keine flächendeckende Versorgungsstruktur. Zwar gab es in ländlichen Regionen schon immer Versorgungsdefizite; diese nehmen nunmehr jedoch teils dramatische Ausmaße an, so dass in vielen Landkreisen gar keine oder keine wohnortnahe Versorgung mehr vorgehalten wird. Darüber hinaus zeichnen sich zunehmend auch Versorgungslücken in städtischen und großstädtischen Ballungsgebieten ab.

Diese Entwicklungen führen dazu, dass Substitutionspatienten, die über einen längeren Zeitraum als sieben Tage innerhalb Deutschlands verreisen, sei es urlaubsbedingt oder auf Grund beruflicher oder familiärer Verpflichtungen, keinen weiterbehandelnden Arzt (auch keinen Konsiliararzt) am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung vorfinden.

Zwar liegen keine Zahlen zu der Anzahl berufstätiger substituierter Patienten vor, die von der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten beobachtete steigende Nachfragefrequenz dieser Patientengruppe in Bezug auf Inlandsreisen lässt jedoch den Schluss zu, dass wesentlich mehr Substituierte geregelter Arbeit nachgehen als allgemein angenommen wird.

Deren erfolgreiche berufliche Rehabilitation/Integration wird durch die aktuell geltende Take-Home Regelung für Inlandsreisen stark gefährdet. Die Regelung verhindert zudem häufig sogar den Einstieg in das heutzutage Mobilitätsfähigkeit fordernde Berufs- oder Arbeitsleben.



Im Falle von Auslandsreisen ist eine Überschreitung der Obergrenze der Verschreibung von bis zu 30 Tagen pro Jahr (nicht Kalenderjahr) zu ermöglichen. Es ist der Widerspruch zwischen unbegrenzter Take-Home-Möglichkeit im Inland (regelmäßige 7-Tage-Mitgabe) und auf 30 Tagesdosierungen pro Jahr limitierter Mitgabe bei Auslandsreisen aufzuheben. Die nunmehr über achtjährigen Erfahrungen der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten zeigen, dass viele Substitutionspatienten auf Grund beruflicher Verpflichtungen für einen längeren Zeitraum als 30 Tage pro Jahr Auslandsreisen planen müssen. Hierbei gilt zu berücksichtigen: Auch im Ausland gibt es keine flächendeckenden Versorgungsstrukturen, so dass Fortführungen der Substitutionsbehandlung am Einsatzort oftmals nicht möglich sind. Zudem bieten eine Reihe der 52 Staaten mit Methadonbehandlung und der 30 Staaten mit Buprenorphinbehandlung keine Behandlungsplätze für ausländische Besucher an. Die Zahl der Staaten, in denen überhaupt keine Substitutionsbehandlungen durchgeführt werden (dürfen), ist weiterhin hoch. Doch selbst wenn Weiterbehandlungsmöglichkeiten gegeben sind, so korrelieren die Arbeitszeiten häufig nicht mit den Vergabezeiten. Somit kann auch die aktuelle Take-Home Regelung bezüglich Auslandsreisen den beruflichen Rehabilitations-/Integrationsprozess substituierter Patienten be- oder verhindern.

## **2. Psycho-soziale Betreuungsmaßnahmen (PSB)**

Unabhängig von der Psycho-sozialen Betreuung (PSB) hat die Substitutionsbehandlung einen erwiesenen günstigen Effekt auf den Verlauf der Heroinabhängigkeit, weshalb ein Behandlungsabbruch wegen nicht in Anspruch genommener PSB ärztlich nicht vertretbar und wissenschaftlich nicht begründet ist.

Das vielfach aufgestellte Junktim „Eine ärztlich kontrollierte Substitutionsbehandlung nur, wenn gleichzeitig eine psycho-soziale Betreuung stattfindet“ ist aufzuheben.

Angebote psycho-sozialer Unterstützung für Patienten in Substitutionsbehandlung müssen bedarfsgerecht ausgestaltet und entsprechend finanziell sichergestellt werden.

### **Begründung:**

Der positive Effekt der Substitutionsbehandlung auf den Verlauf der Heroinabhängigkeit ist seit Jahrzehnten mit zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen belegt.

Unter Forschern und Praktikern wird allgemein angenommen, dass psycho-soziale Angebote eine sinnvolle und notwendige Ergänzung der Substitutionsbehandlung sein und sich positiv auf individuelle Behandlungsverläufe und soziale Integrationsprozesse auswirken können.

Wissenschaftliche Belege dafür, dass psycho-soziale Unterstützungsmaßnahmen die Dauer der Heroinabhängigkeit verkürzen, liegen allerdings nicht vor.

Nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand bedingt eine – wie in Deutschland vertragsarztrechtlich und strafrechtlich (*Anmerkung: auch in der BtMVV (§5 (2) Satz 4b, Verschreibung nur zulässig, wenn erforderliche PSB in Anspruch genommen wird; in der Begründung zur 10. BtMÄndV S. 16 (Nr 3 : sollten Länder die erforderlichen Angebote für begleitende Maßnahmen nicht ausreichend zu Verfügung stellen, ... kann das dazu führen, dass eine Substitution unzulässig wird)*) verankerte - Verpflichtung von Patienten an psycho-sozialen Begleitmaßnahmen keine günstigeren Behandlungsergebnisse als freiwillige, eigenmotiviert initiierte Unterstützungsnutzung. Sie resultiert zudem in einer Verringerung der Haltekraft.



Eine Teilnahme an psycho-sozialen Unterstützungsmaßnahmen darf daher keine Voraussetzung für die Kostenübernahme durch Krankenkassen sein und die fehlende Teilnahme darf die Substitutionsbehandlung nicht unzulässig machen, unabhängig davon, dass vor allem in ländlichen Regionen keine flächendeckende Versorgungsstruktur geeigneter Drogenhilfeeinrichtungen vorhanden ist. Sinnvoll ist vielmehr, dass substituierende Ärzte in der Anfangsphase der Behandlung gegenüber ihren Patienten darauf hinwirken, dass sie an mindestens einem Beratungsgespräch in einer anerkannten Einrichtung der Drogenhilfe teilnehmen. Dieses Gespräch dient als Angebot im Sinne einer Entscheidungshilfe für oder gegen die Teilnahme an substitutionsbegleitenden Unterstützungsmaßnahmen (Häufig besteht bereits vor Substitutionsbeginn Kontakt zu Drogenhilfeeinrichtungen, wobei in zahlreichen Fällen die psycho-soziale Unterstützung der Substitutionstherapie sogar vorausgeht bzw. überhaupt erst im Wunsch nach Substitution resultiert).

Länder und Kommunen müssen für eine ausreichende, am durch die Substitutionspatienten angemeldeten psycho-sozialen Unterstützungsbedarf orientierte finanzielle und personelle Ausstattung geeigneter Drogenhilfeeinrichtungen sorgen.

### **3. Ausbildung/Weiterbildung**

Folgende Kernforderungen zur Aus- und Weiterbildung von Ärzten werden erhoben: Kenntnisse über Suchterkrankungen müssen während des Studiums gelehrt werden. Jeder Arzt, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt muss eine Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ haben. Langfristig sollte an die Einführung eines Facharztes für Suchtmedizin gedacht werden.

### **4. Qualität/Qualitätsanforderungen**

Die Qualität der Behandlung sollte auf der Grundlage der Bundesärztekammer-Richtlinien bewertet werden. Gefordert wird eine Transparenz bzw. Nachvollziehbarkeit der Prüfkriterien bzw. Bewertung.

Bei der Erstellung solcher verbindlicher Richtlinien sind neben dem Stand der medizinischen Erkenntnis gleichwertig auch die realen Verhältnisse zu berücksichtigen. (Ohne gesicherte und geregelte Finanzierung und ohne eine ausreichende Zahl von Behandlungsplätzen sind geforderte Standards u. U. nicht einzuhalten. s. aktuell Debatte zur psycho-sozialen Betreuung).

Die Substitutionsbehandlung muss von bürokratischen Auflagen befreit werden. Z. Zt. muss z.B. jede Behandlung, die zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt wird, an drei Stellen gemeldet werden (Substitutionsregister, Krankenkasse, Kassenärztliche Vereinigung).

### **5. Strafrechtlicher Umgang mit substituierenden Ärzten**

Die Entwicklung von Substitutionsbehandlungen befindet sich in einer Krise. Ärzte ziehen sich in großer Zahl zurück oder verweigern, teils trotz vorhandener suchtmmedizinischer Qualifikation, von vornherein ihre Mitarbeit. Das wird begründet mit

- Überreglementierung
- Strafrechtlicher Bedrohung
- Regressforderungen
- Mangelnden Strukturen und fehlender Unterstützung, vor allem in unterversorgten



Regionen.

Die Diskussion über Behandlungsmodalitäten muss innerärztlich, nicht in Strafverfahren geführt werden. Politik und Justiz müssen begreifen, dass die Einschränkung der ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten die Folgen der Abhängigkeit von illegalem Heroin verschlimmert. Ärztliche Behandlungen helfen, die Risiken der Abhängigkeit zu mindern, insbesondere tödliche Verläufe zu verhindern.

Wenn substituierenden Ärzten Behandlungsfehler vorgeworfen werden, darf die Klärung nicht auf anderer Rechtsgrundlage / in anderer Vorgehensweise als bei allen anderen medizinischen Behandlungsfehlern erfolgen.

#### **Forderungen:**

- Bei Verfahren gegen substituierende Ärzte muss ein in der Substitutionsbehandlung erfahrener Arzt als Sachverständiger befragt werden. Rechtsmedizinische Gutachter können sich nur zur Frage der Todesursache äußern.
- Der § 30 Abs. 1 Satz 3 BtMG darf keine Anwendung finden, da er nicht für die Beurteilung ärztlicher Behandlung vorgesehen war und da substituierende Ärzte die Erlaubnis besitzen, Substitutionsmittel im Rahmen einer Behandlung einzusetzen. Eine Einschränkung ärztlicher Behandlung war mit dem Paragraphen nicht intendiert. Er ist eigentlich gegen Drogendealer eingeführt worden.
- Streichung des §5 der BtMVV.

Er greift viel zu weit und abschreckend in ärztliche Behandlungen ein, die bei keiner anderen Erkrankung auf solche Weise reguliert werden. Das BMG hatte bereits vor Jahren vorgesehen, den §5 BtMVV mit dem Erscheinen der BÄK-Richtlinien entscheidend zurückzunehmen. Das ist bisher nicht geschehen.

Die ultima-ratio-Formulierung des §13BtMG Abs.1 ist wissenschaftlich nicht begründet und behindert die bestmögliche Behandlung von Opiatabhängigen.

#### **6. Alltagsverbesserungen der Substitutionsbehandlung (für den/die substituierende/n Arzt/Ärztin) mit entsprechenden Zuständigkeitsbereichen**



<b>Verbesserungen der Substitutionsbehandlung</b>	<b>Zuständigkeitsbereich</b>
<b>Dispensierrecht</b> für den substituierenden Arzt, auch um Take – Home Rezepte zu vermeiden.	BMG (AMG, BtMVV)
<p>Dispensierrecht bedeutet: Der Arzt darf das Medikament dem Patienten mitgeben. Normalerweise muss er ein Rezept ausstellen, mit welchem der Patient in die Apotheke geht um es dort einzulösen. Der Nachteil besteht in einem Mehr an Bürokratie: Auch für kleinste Mengen wird eine Rezeptgebühr fällig. Nicht jede Apotheke hat Methadon vorrätig.</p> <p>Ein praktisches Beispiel verdeutlicht dies: Ein Patient kommt Sonntag zur Vergabe, erfüllt eigentlich die Voraussetzung für Take-Home, und begründet glaubhaft, dass er Montag früh von x nach y muss. Eine Vertretung lässt sich nicht regeln, der Arzt gibt Methadon mit und macht sich strafbar.</p> <p>Ein weiteres Beispiel: Ein Patient ist noch nicht von der Rezeptgebühr befreit, soll stufenweise Take-Home erhalten, um den eigenverantwortlichen Umgang mit dem Substitut zu lernen. Wenn er zweimal pro Woche ein Rezept bekommt, muss er jedes Mal Rezeptgebühr bezahlen; zusätzlich ein Rezept für den „Sichtbezug“.</p> <p>Wenn der Arzt im Verlaufe der Behandlung den Eindruck gewonnen hat, dass der Patient die Voraussetzungen der BtMVV für Take-Home erfüllt, spielt es für die „Sicherheit des Betäubungsmittelverkehrs“ keine Rolle, von wem dem Patient das Substitut zur eigenverantwortlichen Handhabe erhält. Gegen das Argument, man könne so nicht überprüfen, was der Arzt mit den bei ihm gelagerten Substituten macht ist einzuwenden, dass der Arzt alle Ein- und Ausgänge seines Bestandes präzise dokumentieren muss. Die Behörden haben das Recht, diese Dokumentation jederzeit und ohne Vorankündigung einzusehen. Es kann also genauer überprüft werden, als zu schauen, bei welcher Apotheke ggf. ein ungerechtfertigtes Take – Home - Rezept eingelöst wurde. Der Arzt bzw. sein Personal hat u.U. Mehrarbeit, weil er die Fläschchen vorschriftsgemäß abfüllen muss; bei geplanter Mitgabe sollte es durch die Apotheke erfolgen. Letztere fürchten Einnahmeverluste, welche aber nicht entstehen, wenn die Dosierungen von ihnen gerichtet und dem Arzt geliefert werden.</p> <p>Die Überlassung des Substituts durch den Arzt kann auch für die therapeutische Beziehung günstig sein.</p> <p>Die BtMVV sieht bei Codein durchaus eine Ausnahme vor: Codein, welches aufgrund der Halbwertszeit mindestens zweimal am Tag genommen werden muss: Die zweite Tagesdosis darf vom Arzt ausgehändigt werden, und das muss zwangsläufig schon zeitnah zu Behandlungsbeginn erfolgen.</p> <p>Die zweite Ausnahme betrifft die „Pille danach“. Auch da wird eine Ausnahme vom AMG gemacht. Bei Tierärzten ohnehin.</p>	
<b>Bündelungsregelung</b> v.a. bei Subutex, wie bei Dosierautomaten.	Regierungspräsidien (BtMVV)
<p>Zur Bündelungsregelung: Das BMG befürwortet diese Regelung grundsätzlich (mündliche Auskunft Dr. Gleim), ist den Landesbehörden gegenüber jedoch nicht weisungsbefugt. Diese Regelung ist v.a. bei Subutex sinnvoll, jedoch auch bei Methadon. Der technische Ablauf entspricht dem bei der Dosierautomatenregelung: Das Substitut wird auf einem BtM-Rezept als „Praxisbedarf“ geordert.</p>	



Das BtM-Rezept dient nur der Lieferung, nicht wie sonst bei „Praxisbedarf“ zur Abrechnung mit einem Leistungsträger. Die Abrechnung gegenüber dem Leistungsträger („Krankenkasse“) erfolgt am Monatsende auf Formblatt 16 = normales rosa Kassenrezept, welches der Apotheker erhält. Diese Regelung bedarf der Genehmigung nicht zuletzt auch deshalb, weil „normalerweise“ ein BtM-Rezept nur 7 Tage gültig ist bzw. beliefert werden darf, und ein BtM, das gilt auch für Schmerzmittel, nicht rückwirkend rezeptiert werden darf.

Diese Regelung hat nur Vorteile, verringert den bürokratischen Aufwand und Kosten für alle Beteiligten. Wer keinen Dosierautomaten hat, dessen Software die präzisen personenbezogenen Rezepte mit der tatsächlich verbrauchten Menge ausdrückt: Diese Software steht auch für Kollegen ohne Automaten zur Verfügung und erfüllt die Voraussetzungen für die Dokumentationspflicht.

An vielen Beispielen lässt sich zeigen, dass die BtMVV den Bedürfnissen der Substitutionsbehandlung angepasst werden muss. Der Ordnungsgeber sollte seine unberechtigten Ängste aufgeben, dass die ärztliche Verschreibung von Opiaten wie vor 100 Jahren die Sucht fördert. Das Gegenteil ist der Fall: Ärztliche Verschreibungen von Opiaten an Opiatabhängige verringern den Konsum und die Gefahren des Konsums illegalen Heroins.

**Vertretungsregelung:** Rücksetzung der BtMVV auf Stand vor Februar 2002 , nach Anleitung bzw. Beratungshotline

BMG

Früher durfte auch ein Arzt ohne Fachkunde vertretungsweise vorübergehend die Substitution fortführen und auch abrechnen, um den substituierenden Arzt zu vertreten, oder auch, um einen verreisten Patienten zu versorgen.

Die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs wird sicher nicht gefährdet, wenn bei einer laufenden Substitutionsbehandlung die notwendigen Tagesdosen von einem anderen Arzt verschrieben werden. Genauso wenig wird sie gefährdet, wenn der behandelnde Arzt bei einer unkomplizierten Substitutionsbehandlung die notwendigen Rezepte vordatiert, damit das Substitutionsmedikament an den entsprechenden Tagen von der Apothekerin abgegeben wird.

Die jetzige Konsiliarregelung ist dazu nicht ausreichend, da sie auf 3 Personen begrenzt ist. Die BtMVV erlaubt aber, dass „eingewiesenes Personal“ Substitut abgeben, aber nicht: „verschreiben“ darf. Wo jedoch soll das Substitut herkommen?

Das Problem wird v.a. deutlich bei ‚Take – Home – Patienten‘, wenn sich der versorgende Arzt länger als 7 Tage im Urlaub befindet:

Die Vertretung darf das Substitut zwar abgeben, aber kein Rezept ausstellen. Also macht der substituierende Arzt sich strafbar, weil er auf Vorrat, vordatiert, rezeptiert.

**Konsiliarregelung:**

Die Konsiliarregelung führt dazu, dass es nicht genügend Behandlungsplätze gibt. Sie muss entsprechend angepasst werden können. Besonders in der Einstellungsphase mit Methadon soll der konsiliarisch tätige Arzt engen Kontakt mit dem betreuenden Arzt halten. Idealerweise sollte die Einstellung vom erfahrenen Kollegen durchgeführt werden.



<b>Zusätzliche pauschale Vergütung für Koordinationsaufgaben</b>	KBV
Die Kommunikation mit den anderen Berufsgruppen erfordert bei Suchtkranken viel Zeit, die mit einer Koordinationsziffer entsprechend der Ziffer 03001 vergütet werden muß.	
<b>Take – Home – Ziffer (z.B 01950 A)</b>	KBV
Auch ein ‚Take – Home Patient‘ erfordert einen gewissen Arbeitsaufwand; er sollte ebenso untersucht werden wie ein Patient, dessen Substitut täglich in der Praxis ver-gaben wird. Der Arzt – Patient Kontakt kann nicht obligat sein und gleichzeitig nicht vergütet werden! In Hessen und Niedersachsen existieren bereits ‚Take – Home Ziffern‘. Alternativ: Die Begrenzung auf vier außerhalb der Gesamtvergütung honorierte ausführliche Gespräche im Quartal (Ziffer 01952) ist der zeitaufwendigen Behandlung nicht angemessen. Wenn eine gute Arbeit gefordert wird, muss sie auch bezahlt werden.	
<b>Fallzahlberechnete Höchstwerte (Urinkontrollen) und nicht patientenbezogene</b>	KBV
Es ist bei den verschiedenen schweren Behandlungsverläufen nicht angemessen, die Zahl der zu Lasten der Krankenkasse abrechenbaren Urinparameter auf 20 (in den ersten beiden Quartalen auf 40) zu begrenzen. Es gibt wechselnde Verläufe, und die Mitgaberegulung bei günstigen Verläufen erfordert häufigere Urinkontrollen. Bei ‚Take-Home-Patienten‘ wird den Ärzten von Qualitätssicherungskommissionen oft vorgeworfen, nicht genügend Urinkontrollen durchgeführt zu haben. Am einfachsten ist es, wenn die Höchstzahl der Untersuchungen wie sonst auch nicht individuell, sondern auf die Fallzahl berechnet wird.	
<b>Kostenübernahme Fahrtkosten zur Vergabepaxis</b>	GBA
Die Substitutionsbehandlung erfüllt die Erfordernisse der Richtlinien zum Krankentransport usw.. Es laufen diverse Sozialgerichtsverfahren mit bisher unterschiedlichem Ausgang.	
<b>Regionale Ansprechpartner, Hotline, für substituierende KollegInnen</b>	Kammer, KV
Ärztckammern und Kassenärztliche Vereinigungen (KV) sollen Arbeitskreise einrichten und fördern und regionale Ansprechpartner benennen. Regionale AnsprechpartnerInnen haben sich besonders in ländlichen Regionen bewährt.	



Im Drogen- und Suchtbericht 2005 stellte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung u.a. fest: „In den letzten Jahren ist es gelungen, die Qualität der Substitution weiter zu verbessern und den Zugang zu erleichtern....“. In diesem Sinne verstehen wir die hier vorgestellten, fachlich gestützten Forderungen als einen weiteren wesentlichen Beitrag zur Diskussion über eine notwendige bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung. Wir fordern die Verantwortlichen auf, eine Fachdiskussion über diese Forderungen und deren Umsetzung einzuleiten.

Berlin, April 2006

**akzept** e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Ingeborg Schlusemann, Vorsitzende



## Josh-von-Soer-Preis

### Ausschreibung

akzept e.V. schreibt unter seinen Mitgliedern im Jahr 2006 erstmals den Josh-von-Soer-Preis aus.

Der Preis soll erstmals auf dem 8. Internationalen akzept Kongress Berlin 2006 vergeben werden. Die weitere Vergabe erfolgt in zweijährlichem Turnus.

Vorschlagsrecht haben alle akzept Mitglieder, auch Selbstvorschläge sind möglich.

Vorgeschlagen werden können auch Projekte von Nichtmitgliedern.

Die Entscheidung über die Preisvergabe trifft der Vorstand, erweitert um ein Mitglied des wissenschaftlichen Beirates. Die Preisvergabe wird begründet.

Vorschläge für die Preisvergabe 2006 sind bis 10.03.2006 an die Geschäftsstelle zu richten.

Die Vorschläge sollen neben Namen und Anschrift des/der vorgeschlagenen Projektes /Einzelperson/Initiative eine Begründung enthalten (1 Seite Din A4). Auch weiteres illustrierendes Anschauungsmaterial ist willkommen.

Der Preis hat ideellen Charakter und soll den Bemühungen um innovative akzeptierende Drogenarbeit zu öffentlicher Aufmerksamkeit verhelfen.

Ein Rechtsanspruch auf Preisvergabe ist ausgeschlossen.

akzept fordert die Mitgliedsvereine auf, beispielhaft innovative, theoretische und/oder praktische Ansätze akzeptierender Arbeit einzureichen.

Was ist innovative akzeptierende Drogenarbeit?

- -Beispielhafte Umsetzung der Prämissen akzeptierender Drogenarbeit (z.B. Einbezug von Betroffenenkompetenz, Praxis-Politik-Blickrichtung, Entwicklung von zielgruppenspezifischen und lebensweltnahen Hilfe-/Unterstützungsangeboten, integrative Drogenarbeit)
- Entwicklung innovativer Hilfe-/Unterstützungsangebote vor dem Hintergrund sich verändernder Rahmenbedingungen und Problemfelder
- kommunal ausgerichtete, stadtteilorientierte, nachhaltige und vernetzte Drogenarbeit
- Strategien der Entstigmatisierung, Abbau von Diskriminierung
- Entwicklung von Entkriminalisierungsstrategien
- gendersensible, geschlechtergerechte Drogenarbeit
- kulturspezifische akzeptierende Drogenarbeit
- Umsetzung von wissenschaftsgestützter oder erfahrungsgeliteter Evidenz in akzeptierende Drogenhilfepraxis

### Der Namensgeber

**Dr. Josh van Soer Clemm von Hohenberg , 1941 – 2000**

wurde wegen seines beispielhaften Engagements für eine humane Drogenpolitik als Namensgeber des akzept-Preises gewählt.

Als sich Mitte der 80er Jahre durch die Ausbreitung des HIV Virus die Lebenssituation drogenabhängiger Menschen dramatisch zuspitzte setzte er sich gegen anfänglichen Widerstand von Politik und Fachwelt für die Substitutionsbehandlung ein und baute in



Kooperation mit niedergelassenen Ärzten ein psychosoziales Betreuungsangebot auf.

Diesen Einsatz führte er als Gründer des Hamburger Projektes Palette e.V. 1989 fort. Auch der Aufbau des ersten Hilfeangebotes für drogenabhängige Eltern und ihre Kinder ging neben zahlreichen weiteren Aktionen auf seine Initiative zurück.

Es gelang ihm immer wieder, Bündnispartner und Unterstützer in den verschiedensten gesellschaftlichen Gruppen, Politik und Kultur zu finden.

Beispielhaft für Öffentlichkeitswirksamkeit akzeptierender Drogenarbeit war auch sein schlussendlicher Erfolg, eine Hamburger Straße nach der Mit-Entdeckerin der Methadon-Dauerbehandlung, Marie Nyswander zu benennen.

Seine zutiefst humane, von Sympathie, Achtung und Toleranz getragene Haltung gegenüber der Minderheit der Konsumenten illegaler Drogen ermöglichte es ihm seine Bemühungen um diese gesellschaftliche Gruppe mit immer neuen Ideen hartnäckig und zielgerichtet zu verfolgen.



## Preisverleihung 2006

# Der Josh-von-Soer-Preis 2006

wird verliehen an

**Astrid Leicht, Fixpunkt Berlin**

**akzept e.V.** verleiht den Preis für

- ▶ Beispielhafte Umsetzung der Prämissen akzeptierender Drogenarbeit (z.B. Einbezug von Betroffenenkompetenz, Praxis-Politik-Blickrichtung, Entwicklung von zielgruppenspezifischen und lebensweltnahen Hilfe-/Unterstützungsangeboten, integrative Drogenarbeit)
- ▶ Entwicklung innovativer Hilfe-/Unterstützungsangebote vor dem Hintergrund sich verändernder Rahmenbedingungen und Problemfelder
- ▶ kommunal ausgerichtete, stadtteilorientierte, nachhaltige und vernetzte Drogenarbeit
- ▶ Strategien der Entstigmatisierung, Abbau von Diskriminierung
- ▶ Entwicklung von Entkriminalisierungsstrategien
- ▶ gendersensible, geschlechtergerechte Drogenarbeit
- ▶ kulturspezifische akzeptierende Drogenarbeit
- ▶ Umsetzung von wissenschaftsgestützter oder erfahrungsgeliteter Evidenz in akzeptierende Drogenhilfepraxis

Berlin, 24. März 2006

Ingeborg Schlusemann  
Vorsitzende



## Laudatio

Astrid Leicht ist jemand, die über 20 Jahre niedrigschwellige, akzeptierende Drogenarbeit entscheidend mitgestaltet, Drogenarbeit in den übergeordneten Zusammenhang kommunaler Gesundheitspolitik gestellt hat. Dabei hat sie persönlich entscheidenden Einfluss an der Neugestaltung, Ausdehnung von schadensminimierenden gesundheitsförderlichen Angeboten nicht nur in Berlin, sondern auch in einigen Bereichen auf nationaler, ja sogar auf europäischer Ebene. Sie hat akzeptierende Drogenarbeit ernstgenommen, bis zu Ende geführt (obwohl es das eigentlich nie gibt) und an den Bedürfnissen und Interessen der Zielgruppen orientiert. Sie hat Selbsthilfeförderung nicht nur auf die Fahnen geschrieben, sondern praktisch gefördert. Sie nimmt die Menschen ernst und spricht auch ihre Ressourcen an, die im Heilungs-, Reintegrations-, Stabilisierungsprozeß bekanntlich unerläßlich sind. Beispielhaft, im wahrsten Sinne des Wortes, zu nennen sind:

- die Infektionsprophylaxe via Spritzenautomaten und Kontaktladen,
- die mobile Gesundheitsarbeit,
- Selbsthilfeförderung über den „Druckausgleich“
- die „Erfindung“ von Gesundheitspädagogik im Drogenbereich für ganz unterschiedliche Zielgruppen (zu nennen das Substitutionshandbuch auf russisch)
- die „Erfindung der Zahnprophylaxe für drogenkonsumierende Menschen
- die Vernetzung und Verquickung dieser Angebote im Gesundheitspädagogikbereich mit sozialen, psychologischen und medizinischen Angeboten,
- das frühzeitige Erkennen und Bearbeiten von existentiellen Bedrohungen für DrogenkonsumentInnen, z.B. Hepatitis C; das Entstehen des „Aktionsbündnisses Hepatitis und Drogengebrauch“ wäre ohne sie undenkbar
- die praktische Arbeit an Drogennotfallpädagogik mit dem erstmaligen Einsatz von Naloxon (Abgabe an GebraucherInnen)
- das engagierte Handeln mit neuen Kampagnen, z.B. Hepatitis-Impfkampagne
- die Aufarbeitung bestimmter Zusammenhänge,
- die drogen-/gesundheitspolitische Benennung von Missständen und die Einmischung
- die Verschränkung von gesundheitspädagogischer, sozialer und medizinischer Hilfen,
- die Vernetzung der Aufgaben und Arbeiten in verschiedenen settings, die die unterschiedlichen Lebensstadien Drogenabhängiger kennzeichnen (von der streetwork auf der Szene, bis hin zum Betreuten Wohnen für HIV-infizierte und and AIDS-erkrankte Menschen),
- Die Optimierung der Gesundheitsversorgung für HIV-infizierte, AIDS-erkrankte Drogenabhängige (z.B. das internationale Projekt „Daily Dose“)
- Ihre Arbeit als Fachbeiratsmitglied bei akzept.

Ihr Ideenreichtum (als Geschäftsführerin) im Auftun neuer Fördertöpfe für den Fixpunkt) ist phänomenal, ihre Ausdauer, Beharrlichkeit, und Zuverlässigkeit beispielhaft, ihre Innovationskraft beeindruckend und ihr Networking unübertroffen. Nicht zufällig haben sie und ihr Team Projektnamen einem kleinen aber unbeugsamen gallischen Stamm entlehnt: „Idefix“, „mobilix“, stehen für Widerstand gegen übermächtige Kürzungen und Vernachlässigungen großer Teile von ökonomischen Verlierern dieser



Gesellschaft, deren Arbeitsmarkt- und Gesundheitsreformen.

Hätten wir nicht schon vorher einen Namen für diesem Preis ausgewählt – er hieße „Leichtix“. Wir freuen uns auf Deine Innovationen, von denen wir alle profitieren, vor allem aber unsere Zielgruppen; auf ein langes Engagement und weitere unbeugsame Jahre.



Astrid Leicht



# Programm

Auftakt des 8. Internationalen **akzept Kongresses** Berlin ist am 23.03.2006 um 13.00 Uhr eine gemeinsame Veranstaltung mit StadtRand GbR Berlin:  
Unter dem Motto *Vernetzung* werden verschiedene Formen der Kooperation und Vernetzung im StadtRand-Verbund vorgestellt und diskutiert:

- ▶ Bildung einer Organschaft
- ▶ Träger-Fusion
- ▶ Modelle guter Kooperation in der Praxis des StadtRand-Verbunds
- ▶ Und: die *NEUKÖLLNER SUCHT PERSPEKTIVEN* stellen sich vor

## 1. SCHNITTSTELLENMANAGEMENT

### **Schnittstellen erkennen, Synergieeffekte nutzen – zukunftsweisende Modelle**

*Prof. Dr. Heino Stöver, Universität Bremen*

### **Gesundheitsförderung als Leitbild der gesundheitlichen und sozialen Versorgung<sup>1</sup>.**

*Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg/Stendhal, Gesundheit Berlin e.V.*

#### **1.1. Qualitätsmanagement - als Instrument zur Optimierung von Kooperation und Kommunikation?**

*Garry Kasper, freundes- und foerderkreis suchtkranken-hilfe e.V. Wuppertal*

#### **1.1.2 Frauengerecht! Die Praxis.** Umsetzung des Qualitätsentwicklungsinstrumentes ‚Frauengerecht‘. Anforderungen an die niedrigschwelligen Angebote im Suchtbereich.

*Régine Linder, Bern*

#### **1.1.3 DrugsAndGender – sfinx - Sozialforschung Evaluationsberatung Supervision**

*Christine Spreyermann, Bern*

### **Geschlecht als zentrale Kategorie für Rausch, Missbrauch und Abhängigkeit – Plädoyer für eine geschlechtersensible Drogenhilfe**

*Prof. Dr. Heino Stöver, Universität Bremen*

#### **1.2. ‚When I’m sixty four‘ – Schnittstellen erkennen, Versorgungsbrüche aufzeigen und beheben**

*Anabela Dias de Oliveira, Projekt Lüsa Unna*

#### **1.3 Einführung in das Case-Management. Eine Methode zur systematischen Vernetzung von Hilfen verschiedener Segmente**

Grundlagen und Werkzeuge

*Frank Schuster, Dipl.Päd., Case Manager Berlin*

## 2. AUSGEWÄHLTE BEISPIELE MODELLHAFTER KOOPERATION VERSCHIEDENER HILFE-SEGMENTE

### **2.1. Psychiatrische Versorgung von Drogenkonsumenten**

„Psychiatrie goes Bahnhof“ – Psychiatrisch-psychotherapeutische Sprechstunde in der Szene

*Vanessa Haag, Dipl.-Sozialarbeiterin, AIDS-Hilfe Frankfurt e.V., La Strada Drogenhilfe & Prävention.*

#### **2.1.1 Schnittstelle Jugendhilfe-Drogenhilfe**

*Kristine Leicht, ADV Berlin, Birgit Kohlhofer, Karuna e.V. Berlin*



## 2.2. Gemeinwesen-/Stadtteilarbeit/(internationale) Vernetzung

### 2.2.1. Drogenarbeit und Stadtteilarbeit

Normalisierung statt Exotisierung: Aufsuchende, stadtteilorientierte Arbeit mit drogenkonsumierenden Migranten

*Dr. Wolfgang Schneider, INDRO Münster*

### 2.2.2 Arbeit mit russischsprachigen Migranten

*Felix von Ploetz, Fixpunkt Berlin, Ludger Schmidt, vista gGmbH Berlin*

### 2.2.3 Gesundheitsförderung als integraler Bestandteil der bundesweiten Programmplattform E&C

*Andreas Hemme, e&c, Berlin*

### 2.2.4. International Networking :important, improving, indispensable

**CORRELATION** - Europäisches Netzwerk Soziale Integration und Gesundheit

*Eberhard Schatz, amoc/DHV Amsterdam/ CORRELATION*

**ENDIPP** - European Network on Drugs and Infections in Prison.

*Prof. Dr. Heino Stöver, Universität Bremen*

### User- Netzwerke in Europa

*Marco Jesse JES Bremen e.V.,*

**ENCOD** - EUROPEAN COALITION FOR JUST AND EFFECTIVE DRUG POLICIES

*Jan G. van der Tas, STICHTING DRUGSBELEID (SDB), NL*

## 2.3. Repression und Hilfe

Projekt **Ossip** Frankfurt/Main;

*Jürgen Klee, AIDS-Hilfe Frankfurt e.V., La Strada Drogenhilfe & Prävention*

**support** project Amsterdam

*Coki Janssen, Stichting De Regenboog Amsterdam*

## 2.4. Schnittstelle professionelle Hilfe – Selbsthilfe/ Kooperation zwischen Drogenhilfe und Drogenselbsthilfe

*Conny Ziehn, Annegret Beck, Drugscouts, Leipzig*

*Klientenvertretung amoc/DHV, Amsterdam*

*Dirce Blöching, Vorstand Schweizer Elternverband*

*Jürgen Heimchen, Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit*

*Frank Wiedemann, JES Netzwerk*

*Ingeborg Schlusemann, amoc/DHV Amsterdam*

## 3. THEORIE-PRAXIS-TRANSFER

### 3.2. Wie drogenpolitische Veränderungen anstoßen? Von oben nach unten und von unten nach oben?

*Dr. Jens Kalke, ISD Hamburg*

### 3.3. Kontrollierter Konsum illegaler Drogen - Anstöße zur Veränderung im niedrigschwelligem Drogenbereich

*Dieter König (Quest Akademie Heidelberg)*

*Uwe Täubler (Palette Hamburg)*



#### 4. CANNABISFORUM: CANNABIS – ZWISCHEN GENUSSVOLLEM KONSUM, (KINDER- UND JUGEND-) PSYCHIATRIE UND DROBsen

**Cannabispolitik in Deutschland: Bemerkungen zur aktuellen Risikodebatte**  
*Prof. Dr. Dieter Kleiber, Freie Universität Berli,*

**Kritische Epidemiologie**  
*Dr. Jens Kalke, ISD Hamburg*

**4.1. CannabiskonsumentInnen im Schnittbereich von Jugendhilfe, Drogenhilfe und psychiatrischer Versorgung – interdisziplinäre, multiprofessionelle Arbeit am Beispiel des therapieladen Berlin e.V.**  
*Andreas Gantner, Therapieladen Berlin*

**4.2 Bekifft in der Schule**  
*Andrea Rodiek, SuchtpräventionsZentrum LI-Hamburg/BBS*

**4.4. Elternsprechstunde**  
*Cornelia Borgmann, Psychologin Drogenberatung Bielefeld*  
*Uwe Griesmeyer, Therapeut, Leiter Drogenberatung Bielefeld*

#### 5. HARTZ IV, ALG I+II: RENTE, ERWERBSFÄHIGKEIT, BESCHÄFTIGUNGSPOLITISCHE PROJEKTE -SPRECHSTUNDE HARTZ - BÜRO

*Kabarett - Die Schrappnellen - Frankfurt*

**5.1 Das Beste draus machen - (wo) gibt es konstruktive Umsetzungen von Hartz IV in der Sucht- und Drogenhilfe? Eine Sprechstunde zu gelingendem Umgang mit dem SGB II und SGB XII**  
*Albert Kern, Paritätischer Landesverband Baden-Württemberg, Stuttgart*

**5.2 Auswirkungen von Hartz IV auf die Klienten in unseren Suchtberatungs- und behandlungsstellen**  
*Gabi Becker, Integrative Drogenhilfe, Frankfurt*

**5.3 Zwischen Fördern und Fordern : Gesundheitshilfen, Reintegration und Lobbyarbeit**  
*Ulrich Gottschalk, Geschäftsführer Drogenotruf e.V. Frankfurt/Main*

#### 6. SCHNITTSTELLEN BEHANDLUNGSFORMEN: SUBSTITUTION/ HIV/HCV – KOOPERATIONS- U. KOMMUNIKATIONSBRÜCHE IN DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

**6.1 Bedeutung, Zukunft und gute Modelle von Psychosozialer Begleitung – ein Streitgespräch!**  
*Ralf Gerlach, INDRÖ Münster*  
*Dr. Michael Janßen*  
*Vera Kalinna, vista gGmbH Berlin*  
*Prof. Dr. Heino Stöver, Bremen*

**6.1.1 Wie kann die Substitutionsbehandlung bedarfsgerecht gestaltet und ausgebaut werden? Gemeinsam!**  
**Ein Forderungskatalog an die Politik**  
*Dr. Inge Hönekopp, Mannheim*



Dr. Albrecht Ulmer, DGS Stuttgart  
Dr. Rainer Ullmann, Hamburg  
Dr. Michael Janßen, Berlin  
Ralf Gerlach, INDRÖ Münster .  
Dr. Greif Sander, DGS-Vorstand Hannover  
Jürgen Heimchen, o Alexander Dietsch, JES Wuppertal  
Dirk Schäffer, DAH Berlin  
Anabela Dias de Oliveira, Projekt Lüsä Unna,  
Moderation: Prof. Dr. Heino Stöver

#### **4** BERLINER ERKLÄRUNG

**6.1.2 Welche Rolle spielt die Substitutionsbehandlung bei der Verbesserung des Zugangs und der Adhärenz bei HIV/HCV-Therapien? Leitfrage: wie können mehr Drogengebraucher von der HCV Behandlung profitieren? Folgerungen und Forderungen**

**4** Vorstellung Projekt **DAILY DOSE**  
Jutta Engelhardt, mainline Amsterdam

**4** Vorstellung des Handbuches **Hepatitis C und Drogengebrauch- Grundlagen, Therapie, Prävention, Betreuung und Recht** (erschieden im März 2006)  
Astrid Leicht, Fixpunkt e.V. Berlin

**6.2 Kooperation zwischen AIDS-/Drogenhilfe und Justiz?**  
Bärbel Knorr, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Drogen & Menschen in Haft

## 8. Internationaler **akzept** Kongress Berlin Do 23. - Sa 25. März 2006 Rathaus Schöneberg





## Vorträge und Workshops

### Gründung einer Organschaft

Gerhard Schmidt-Burda, ADV Berlin

**Grundlagen einer Organschaft**

- Gründung 1975 durch die Mitarbeiter der Station 19
- Ziel: Weiterführung der Arbeit der Drogenstation 19 des Krankenhauses Spandau-Havelhöhe in der Stadt

Akzeptieren  
Differenzieren  
Verbinden

Anti Drogen Verein  
**ADV**

#### GRUNDLAGEN EINER ORGANSCHAFT

- VEREIN FÜR SUCHTPRÄVENTION E.V. (EHEMALS SCHNÜFFLERHILFE) GRÜNDUNG 1978
- BOA E.V. (EHEMALS DROGENBERATUNG TIERGARTEN) GRÜNDUNG 1980

#### GRÜNDUNG DER ZIK GGMBH

1989: DIE 3 TRÄGER GRÜNDEN ZUSAMMEN MIT DER BERLINER AIDS-HILFE UND DEM „VEREIN ZUR PFLEGE VON AIDS-KRANKEN“ DIE „ZIK -ZUHAUSE IM KIEZ GGMBH“

#### DERZEITIGE GESELLSCHAFTER DER ZIK GGMBH

- LANGJÄHRIGE UND STABILE GESELLSCHAFTERSTRUKTUR DER ZIK GGMBH DURCH:  
ADV E.V.  
BOA E.V.  
STIFTUNG LEBENSFARBEN  
STIFTUNG LEBEN MIT HIV UND AIDS  
VEREIN FÜR SUCHTPRÄVENTION E.V.





### STEUERLICHE ORGANSCHAFT

- DIE „ORGANMUTTER“ HAT DIE MEHRHEIT AN DEN DAZUGEHÖRIGEN GESELLSCHAFTEN (MINDESTENS 51% ANTEILE)
- DIE „ORGANMUTTER“ HAT DIE MÖGLICHKEIT, DIE LAUFENDEN GESCHÄFTE ZU STEUERN (Z.B. DURCH EINE EINHEITLICHE GESCHÄFTSFÜHRUNG)  
ADV E.V. WIRD 2003 ZUM TEIL ZUR ADV GGMBH
- ENTSCHEIDUNG DER VEREINSMITGLIEDER EINE STEUERLICHE ORGANSCHAFT MIT DER ZIK GGMBH ZU BILDEN
- BETRIEBSÜBERGANG NACH § 613A BGB IN DIE ADV GGMBH FÜR DIE VERGÜTUNGS- SATZ- FINANZIERTEN BEREICHE
- DIE „ORGANMUTTER“ HAT DIE MEHRHEIT AN DEN DAZUGEHÖRIGEN GESELLSCHAFTEN (MINDESTENS 51% ANTEILE)
- DIE „ORGANMUTTER“ HAT DIE MÖGLICHKEIT, DIE LAUFENDEN GESCHÄFTE ZU STEUERN (Z.B. DURCH EINE EINHEITLICHE GESCHÄFTSFÜHRUNG)

ADV E.V. WIRD 2003 ZUM TEIL ZUR ADV GGMBH

- ENTSCHEIDUNG DER VEREINSMITGLIEDER EINE STEUERLICHE ORGANSCHAFT MIT DER ZIK GGMBH ZU BILDEN
- BETRIEBSÜBERGANG NACH § 613A BGB IN DIE ADV GGMBH FÜR DIE VERGÜTUNGS- SATZ- FINANZIERTEN BEREICHE

### DERZEITIGE ORGANSCHAFT

- ZIK GGMBH (HIV/AIDS/HEP.C) „ORGANMUTTER“
- ADV GGMBH (SUCHT/DROGEN)
- FELIX-PFLEGETEAM GGMBH (PFLEGE AIDS/PSYCHIATRIE)
- WABE GGMBH (SUCHT)
- ZEITRAUM GGMBH (PSYCHIATRIE)
- DISO – DIENSTLEISTUNG GMBH (VERWALTUNG)



WABE gGmbH



ADV



ZIK gGmbH

## Organschaft



Pflege team



ZeitRaum gGmbH



GmbH

### VORTEILE EINER ORGANSCHAFT

- EINHEITLICHE STEUERUNG IST MÖGLICH
- BEIBEHALTUNG DER IDENTITÄT DES EINZELNEN TRÄGERS
- ZUSAMMENARBEIT IN VERSCHIEDENEN AUFGABENFELDERN – KLÄRUNG VON SCHNITTSTELLEN/SYNERGIEN BESSER MÖGLICH
- KOSTENREDUZIERUNG IM BEREICH VERWALTUNG UND SERVICE



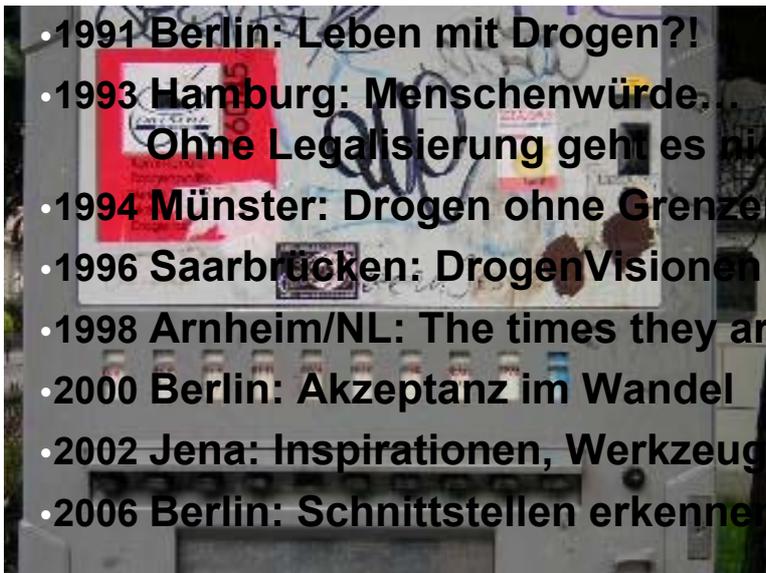
Gerhard Schmidt-Burda



## 1. SCHNITTSTELLENMANAGEMENT

### 1.1 Schnittstellen erkennen, Synergieeffekte nutzen – zukunftsweisende Modelle

Prof. Dr. Heino Stöver, Universität Bremen



#### Was erwarten wir vom Kongress?

- Identifikation von Bruchstellen und Benennung der Konsequenzen für Gesundheitsversorgung
- Grundlagen für Initiativen, Aktionen, Kampagnen zur Optimierung des Suchtkrankenhilfesystems
- Forderungen an Drogen-/ Gesundheitspolitik

**Behandlungstraditionen:** „Das machen wir nicht... das haben wir noch nie gemacht“

**Behandlungsansätze:** die liebgewonnene Dichotomie „akzeptanz- vs. Abstinenzorientiert“ ist vorbei. Eigentlich haben wir uns schon seit vielen Jahren davon verabschiedet. Damit – wie auch nach Öffnung des eisernen Vorhangs – fallen alte Feindbilder weg, neue sind ungeheuer schwer zu kriegen.... Eine positive Debatte einer Sachdiskussion ist zwar in Gang gekommen – allerdings noch mit ganz vielen Fallstricken versehen, die auf ideologisch-moralische Bindungen hindeuten – aber sie werden so selten formuliert. Es gibt Träger, die machen erfolgreiche niedrigschwellige Drogenarbeit auf der Szene und eher hochschwellige therapeutische Arbeit zugleich.

Pragmatisch ohne ideologische Blockaden. Hingegen haben wir bei manchen Trägern den Verdacht, dass die Entideologisierung der Drogenarbeit eher in eine Identitätskrise führt....

**Finanzierung/Zuständigkeiten – Kameralistik::** das wird von uns nicht bezahlt... nach uns die Sintflut

**Settings:** die verschiedenen Wohnformen, Übergänge von einem Setting zum nächsten



z.B. Krankenhaus

**Mangel an Standards:**

Psychiatrie, Maßregelvollzug, Justizvollzug, z.B. externe Drogenhilfe m Strafvollzug...

**Freiheit/Unfreiheit:** Psychiatrie, Maßregelvollzug, Justizvollzug

Ziele....

- NutzerInnenorientierung (fördert Qualität und Effizienz)
- Stärkung der Patienten-/Klientenrechte bzw. -souveränität
- Partizipation
- Geschlechts-, alters-,kulturspezifisch
- Lebensweltnähe

Vom Behandelten zum Handelnden zu machen

**Bruchstellen: Drogenhilfesystem**

- Traditionen, Dogmatismus, Misstrauen
- Behandlungsansätze
- Finanzierung/Zuständigkeiten
- Settings: ambulant/(teil-)stationär
- Standards: Mangel/Heterogenität
- Freiheit/Unfreiheit

**Bruchstellen: Drogenpolitik**

- Heterogenität bis Willkür: z.B. Cannabis, Substitution
- Kommunale/Regionale „Drogenpolitiken“
- Föderalismus
- Parteipolitik/Ideologie
- Finanzierungsvielfalt/Kameralistik
- Widersprüche nationaler Drogenpolitik
- Grenzüberschreitende Arbeit

- **Heterogenität bis Willkür:** Cannabis z.B. MPI, Substitution in Deutschland ganz unterschiedlich gehandhabt
- **Kommunale/Regionale „Drogenpolitiken“:** z.B. Polizeigewahrsam, U-Haft, Entlassung, Szene, Notfall, Ambulanz/Krankenhaus



- **Föderalismus:** Reformkommission – Gesetzentwurf beschließt neue Parzellierung und Zersplitterung: künftig werden wir wohl 16 Strafvollzugsgesetze haben, die nicht auf sachlicher Basis unterschiedlich ausgerichtet sein werden, sondern auf finanzieller Basis: arme Bundesländer machen armen Strafvollzug, reiche Länder versuchen auch am Strafvollzug zu sparen...  
- Übergeordnete Widersprüche National – regional, Tabakpolitik:
- Widerspruch zwischen der weltweit höchsten und am besten ausgebauten System der Zugänglichkeit zu Zigaretten via Automaten und Präventionsbemühungen z.B. im Jugendschutzgesetz
- **Parteilpolitik und Ideologie:** Drogenkonsumräume, Heroingabe, Infektionsprophylaxe im Strafvollzug,
- **Finanzierungsvielfalt:** Drogenkonsumräume, Heroingabe, Infektionsprophylaxe im Strafvollzug,
- **Grenzüberschreitende Arbeit:** z.B. BINAD in Münster

## Werkzeuge

### 1. Schnittstellenmanagement Drogenhilfe

- Verbundarbeit: Synergieeffekte nutzen
- Verbandsarbeit z.B. akzept...
- Vernetzung unterschiedlicher Träger, z.B. auf dem Fortbildungssektor, Themen die außerhalb von Konkurrenz gemeinsam zu organisieren sind
- Hospitationen
- Integrierte Versorgung:

Ob die Integrierte Versorgung einen wesentlichen Beitrag leisten kann, ist noch nicht klar: Seit 2000 sind im SGB ( §140) die Möglichkeiten der iv beschrieben.

Sektorenübergreifende, alle ärztlichen Disziplinen einbindende Versorgung unter Einbeziehung von Klinik, amb. Stat. Reha, Apotheken in einem Netz.

Viele Beispiele von **Verbundarbeit** haben Sie auf den Touren zu Einrichtungen des über-greifenden Verbundes „StadtRand“ bereits kennengelernt. Sie werden eigene weitere Beispiele mitbringen, oder bereits darin arbeiten. Ohne Profile oder eigene Identität auf-zugeben.

### 2. Schnittstellenmanagement Drogenhilfe

- Case Management
- Runde Tische
- Arbeitskreise
- Qualitätszirkel
- Entwicklung von Standards/Leitlinien
- Entwicklung von „Best Practice“-Modellen
- Einordnung in übergeordnete Zusammenhänge

- *Best Practice und Evidenzbasierung*

### Einordnung in größere Zusammenhänge und Diskussionen:

z.B. das „Drogen“-spezifische fällt immer mehr weg zugunsten einer integrierten Sichtweise. Beispielhaft dafür ist der Sucht- und Drogenbericht der Bundesregierung, oder die Einordnung der Drogendiskussionen in allgemeine Zusammenhänge von wie z.B. konzeptionell „Gesundheitsförderung“, oder Gesundheitsversorgung allgemein. Hier werden Süchte/Probleme von illegalen und legalen Drogen zusammen als Gesund-



heitsversorgungsaufgaben betrachtet.

### **Schnittstellenmanagement Drogenpolitik**

- Verbandsarbeit, z.B. akzept... z.B. DieCannabisKampagne – die große Unterstützung vieler Personen, Vereine, Verbände, Parteien erfahren hat (trotz aller Kritik wir wären nicht weit genug gegangen).
- Runde Tische, die mehr sind als ein Forum für Suchtverwaltung und Trägerinteressen durchsetzen und in Ruhe gelassen werden.
- Arbeitskreise, Vertrauen schaffen durch gemeinsame Erarbeitung der Standards. Öffnung statt Abschottung Konflikte und Konkurrenzen benennen.
- Qualitätszirkel
- Entwicklung von Standards/Leitlinien
- Vernetzung unterschiedlicher Träger, z.B. Aktionsbündnis Hepatitis

**Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch: PartnerInnen**

- **Deutsche AIDS-Hilfe e.V.**
- **akzept e.V.**  
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
- **JES Netzwerk der Junkies, Ehemaligen und Substituierten**
- **Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit**
- **Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin DGS**

**Kontakt:**  
**akzept e.V.**  
[akzeptbuero@yahoo.de](mailto:akzeptbuero@yahoo.de)  
[www.akzept.org](http://www.akzept.org)

### **Ausgewählte Themenbereiche**

- Schnittstellenmanagement
- Modellhafte Kooperation verschiedener Hilfesegmente
- Theorie-Praxis-Transfer
- Cannabisforum
- Arbeitsmarktreformen
- Kooperations-/Kommunikationsbrüche in Substitution

#### *1. Schnittstellenmanagement*

- Qualitätsmanagement: Instrument zur Optimierung von Kooperation u. Kommunikation?
- Vorstellung eines Qualitätsentwicklungsinstruments: „Frauengerecht“
- Geschlechtergerechte Suchtarbeit
- Versorgungsbrüche im Alter



- Case management

## 2. Modellhafte Kooperation

- Psychiatrische Versorgung von DrogenkonsumentInnen
- Jugend-/Drogenhilfe
- Stadtteilvernetzung
- Arbeit mit MigrantInnen
- EundC
- International Networking
- Repression und Hilfe
- Professionelle-/Selbsthilfe
- Kooperation zwischen AIDS-/Drogenhilfe und Justiz?

## 3. Theorie-Praxis-Transfer

- Forschung und Praxis
- Kontrollkonzepte in die Praxis umsetzen

## 4. Cannabisforum

- Aktuelle Risikodebatte
- Kritische Epidemiologie
- Cannabiskons. Zwischen Jugend-/Drogenhilfe u. psychiatr. Versorgung
- Setting: Schule
- Zielgruppe: Eltern

## 5. Arbeitsmarktreformen

- Konstruktive Umsetzungen: „Das Beste draus machen“
- Auswirkungen auf unsere KlientInnen
- , Reintegration und Lobbyarbeit Gesundheitshilfen

## 6. Schnittstelle: Substitutionsbehandlung

- Psychosoziale Begleitung
- Forderungskatalog an die Drogenpolitik: Bedarfsgerechte Substitutionsbehandlung?
- Zugang und Adhärenz zu HIV/HCV-Therapien
- Handbuch HCV und Drogengebrauch





## 1.2 Gesundheitsförderung als Leitbild der gesundheitlichen und sozialen Versorgung

Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendhal/Gesundheit Berlin e.V.

### Überblick

Teil 1:

- **Gesundheitsförderung und Prävention als Grundidee für die gesundheitliche und soziale Versorgung**

Teil 2:

- **Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“**

### Gesundheitsförderung

- Nicht Krankheit (Pathogenese) im Blick, sondern:
- Wie entsteht Gesundheit ?
  - „Salutogenese“ (nach Antonovsky)
- Gesundheit und Krankheit als Endpunkte eines Kontinuums



Gesundheit entsteht nicht im Sprechzimmer des Arztes, sondern im Alltag des Menschen

- Jede/r ist Experte seines eigenen Alltags, seiner eigenen Gesundheit
- Gesundheit ist eine gleichermaßen politische, ökonomische, soziale, kulturelle, ökologische, biologische und psychologische Frage



**Gesundheit Berlin e.V.**  
Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung

**h<sup>2</sup>**  
Hochschule  
Magdeburg • Stendal

GESUNDHEITSFÖRDERUNG  
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN  
[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

## Die Ottawa-Charta der WHO (1986)

Individuelle Kompetenzen

Neuorientierung Gesundheitsdienste

Gesunde Gesamtpolitik

Gemeinschaftsaktionen

Gesunde Lebenswelten

Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg/Stendal / Gesundheit Berlin – 24.03.2006

### Empowerment

- Enabling
- Advocacy
- Coherence
- „New Public Health“

### Parallelentwicklung in den 80ern:

Auftreten von AIDS:  
Old Public Health → ←  
New Public Health:  
individuelle Suchstrategie → ←  
gesellschaftliche Lernstrategie

### AIDS-Prävention

- Konzept des „Community building“:
- Erst wenn der Raum für Kommunikation besteht,  
-kann Gesundheit kommuniziert werden
- Gesundheit als Initial für  
-Bewegung  
-positive Selbstidentifikation

**Gesundheit Berlin e.V.**  
Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung

**h<sup>2</sup>**  
Hochschule  
Magdeburg • Stendal

GESUNDHEITSFÖRDERUNG  
BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN  
[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

## Gesundheitsförderung und Prävention

Primäre Prävention

Belastungs-senkung

Ressourcen-stärkung

Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg/Stendal / Gesundheit Berlin – 24.03.2006



### **System der Gesundheitsversorgung**

4 Säulen der gesundheitlichen Versorgung:

- Medizin
- Pflege
- Rehabilitation
- Prävention

### **System der sozialen Sicherung**

Die 5 Säulen der sozialen Sicherung:

- Krankenversicherung
- Rentenversicherung
- Arbeitslosenversicherung
- Unfallversicherung
- Pflegeversicherung

Überblick Teil 2:

### **Der Kooperationsverbund Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“**

#### **Der Kooperationsverbund (1)**

- Wiederaufnahme des SGB V, § 20 in 2000
- Impuls 2001 von der BZgA: Expertengespräch
- Zielsetzungen
  - Transparenz herstellen
  - Praxis vernetzen
  - Qualität entwickeln
- Erster Schritt: Praxis transparent machen durch Aufbau einer bundesweiten Angebots-Datenbank

#### **Der Kooperationsverbund (2)**

- Gründung Kooperationsverbund im Herbst 2003
- Kernakteure: BZgA, Bundes- und Landes-vereinigungen für Gesundheit
  - Gebündelte fachliche
    - Kompetenz
    - Regionale Netzwerke vorhanden
    - „Experten“ für regionale Strukturen und Handlungsbedarfe
- BKK Bundesverband tritt 2004 bei
- Erweiterung des Kooperationsverbundes Oktober 2005

#### **Die Kooperationspartner (1)**

AOK-Bundesverband, Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.,  
Barmer Ersatzkasse, BKK Bundesverband,  
Bundesärztekammer, Bundesknappschaft,  
Bundesverband der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst,  
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,  
Bundesverband der Unfallkassen e.V.,  
Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes,  
Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.,  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,  
Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk der EKD.,  
Gesundheit Berlin e.V., Gmünder Ersatzkasse,  
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.,  
Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V.,  
IKK-Bundesverband,  
Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V.,  
Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW,



Landesvereinigung für Gesundheit Bremen,  
Landesvereinigung für Gesundheit Nieder-sachsen e.V.,  
Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.,  
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg- Vorpommern e.V.,  
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V.,  
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V.,  
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.,  
Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.,  
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW,  
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg,  
Nationale Armutskonferenz, Regierungspräsidium Stuttgart, Landesgesundheitsamt,  
Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.,  
Stiftung SPI Sozialpädagogisches Institut Berlin "Walter May",  
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V./ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,  
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB),  
Forschungsgruppe Public Health

### Zentrale Handlungsfelder

- Praxis transparent machen
  - *Bundesweite Angebots-Datenbank*
- Information und Austausch fördern
  - *Internet-Plattform*  
[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)
- Arbeit vor Ort stärken
  - *Regionale Knoten*
- Qualität entwickeln
  - *Good Practice*

Online-Datenbank - Z.Zt. 2.695 Einträge

#### Recherche

Umfeld (Setting)	<input type="text" value="- Bitte wählen Sie ein Umfeld (Setting) aus -"/>	
Handlungsfelder	<input type="text" value="- Bitte wählen Sie ein Handlungsfeld aus -"/>	<input type="button" value="weitere Handlungsfelder"/>
Angebotsart	<input type="text" value="- Bitte wählen Sie eine Angebotsart aus -"/>	<input type="button" value="weitere Angebotsarten"/>
Zielgruppen	<input type="text" value="- Bitte wählen Sie eine Zielgruppe aus -"/>	<input type="button" value="weitere Zielgruppen"/>
Altersgruppen	<input type="text" value="- Bitte wählen Sie eine Altersgruppe aus -"/>	<input type="button" value="weitere Altersgruppen"/>
Träger- oder Projektname	<input type="text" value="Bitte Träger- oder Projektname eingeben."/>	
Bundesland	<input type="text" value="- Bitte wählen Sie ein Bundesland aus -"/>	
PLZ / Ort	<input type="text" value="Bitte PLZ oder Ort eingeben."/>	

Es wurden insgesamt **2686** Treffer gefunden

[Trefferliste anzeigen](#)

In Kürze: Good Practice-Recherche



INTERNETPLATTFORM GESUNDE ITLICHE- CHANCENGLEICHHEIT	<a href="#">Über das Projekt</a>   <a href="#">Impressum</a>   <a href="#">Kontakt</a>   <a href="#">Sitemap</a>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung <b>BZgA</b> Gesundheit Berlin e.V. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung 
Suche <input type="text" value="Suchbegriff"/> <input type="button" value="los"/>	Startseite > Datenbank Gesundheitsprojekte > Recherche	
<b>Datenbank Gesundheitsprojekte</b>	<h1 style="margin: 0;">GOOD PRACTICE</h1> <p style="margin: 0;">in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten</p>	
<b>Recherche</b>	<b>Familienprojekt Adebar</b>	
Trefferliste [13]	<b>Träger</b> GWA St.Pauli-Süd e.V. / Kölibri	
Volltextsuche	<b>Kurzbeschreibung</b>	
Listen		
Daten ändern	Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen mehr gesundheitliche Belastungen auf als andere; dazu gehören beispielsweise Defizite im Bereich der Wahrnehmung, der Motorik, der Sprachentwicklung, der Zahngesundheit und des Ernährungsverhaltens. Mangelnde Inanspruchnahme von Präventionsangeboten und fehlende Bewältigungsressourcen der Eltern wirken sich negativ auf die Entwicklung der Kinder aus. Möglichst früher Kontakt mit den (werdenden) Eltern erhöht die Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien. Das Familienprojekt ADEBAR wendet sich an (werdende) Familien (mit Kindern im Alter von bis zu zehn Jahren), die in den sozial benachteiligten Stadtteilen St. Pauli Süd und Altona-Altstadt in Hamburg leben. Es bietet den Familien niedrigschwellige Unterstützung durch Angebote der familiären Krisenhilfe, des Familiencafés, der Hebammenhilfe und der Stadtteilentwicklung an. Die Angebote des Projekts setzen an den Lebenswelten der Betroffenen an mit dem Ziel, die Familien in das bestehende Hilfesystem zu integrieren und ihnen, wenn nötig, individuelle Unterstützung zu geben. Förderung, Aktivierung und Befähigung der Familien spielen dabei ebenso eine Rolle wie die Veränderung der Strukturen des Stadtteils und der Aufbau von Unterstützungsnetzwerken.	
Projekte eintragen	<b>Detailansicht</b> << < 4 > >> <a href="#">zurück zur Suche</a> <b>zusätzliche Bilder zum Projekt</b> 	
Häufige Fragen		
Regionale Knoten		
Kongress Armut und Gesundheit		
Good Practice		
Forschung		
Termine		
Materialien und Literatur		
Kooperationspartner		

### Regionale Knoten arbeiten in...

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baden-Württemberg</li> <li>• Bayern</li> <li>• Berlin</li> <li>• Brandenburg</li> <li>• Hamburg</li> <li>• Nordrhein-Westfalen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedersachsen</li> <li>• Sachsen-Anhalt</li> <li>• Sachsen</li> <li>• Schleswig-Holstein</li> <li>• Thüringen</li> </ul>
--	---

### Regionale Knoten: Aktivitäten

- Einrichtung und Betreuung regionaler Arbeitskreise
- Durchführung von Fachveranstaltungen
- Auswahl guter Praxisbeispiele
- Sensibilisierung der (Fach-) Öffentlichkeit
- Perspektive: Beratung und Begleitung von Praxisanbietern

### Internet-Plattform

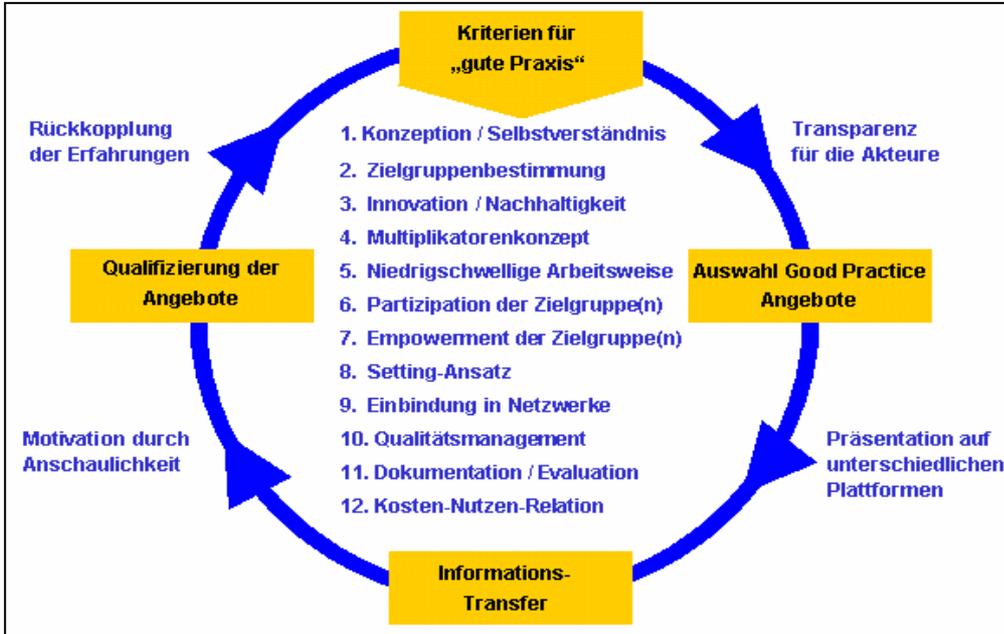
[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) z.B. Seiten der Regionalen Knoten

### ▶▶▶ Kriterien für Good Practice

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzeption / Selbstverständnis</li> <li>• Zielgruppe</li> <li>• Innovation</li> <li>• Nachhaltigkeit</li> <li>• Multiplikatorenkonzept</li> <li>• Arbeitsweise</li> <li>• Partizipation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empowerment</li> <li>• Setting-Ansatz</li> <li>• Vernetzung</li> <li>• Qualitätsmanagement</li> <li>• Dokumentation / Evaluation</li> <li>• Kosten-Nutzen-Verhältnis</li> </ul>
<i>Es müssen nicht alle Kriterien erfüllt sein!</i>	



### Good Practice



### Auswahlverfahren

1. Vorschlag von Good Practice
- 2. Angebotsprofilung mit Checkliste
- → 3. Bestätigung und Vertiefung mit Vertiefungsfragebogen
- → → 4. Validierung der Ergebnisse auf Knotenebene durch 'Peer-Review'-Verfahren
- → → → 5. Bestätigung der Ergebnisse durch den beratenden Arbeitskreis
- → → → → 6. Veröffentlichung und Eintrag in Good Practice-Datenbank



### → → → Praxisbeispiele



→ “Endlich fragt mich mal einer!”

→ “Wir lassen uns nicht manipulieren”



→ “Fitness für Kids”

Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg/Stendal / Gesundheit Berlin – 24.03.2006



►►► **Perspektiven des Kooperationsverbundes**

- Bundesweit flächendeckendes Netz Regionaler Knoten
- Stärkung der Qualitätsorientierung durch Good Practice-Label
- Bündelung von Fachkompetenz z.B. zur Systematisierung und Operationalisierung des Setting-Ansatzes (→ Präventionsgesetz)
- Beratung und Begleitung von Praxisanbietern

*Aktuelle Veröffentlichung:*

**Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten**

Ansatz- Beispiele- weiterführende Informationen

Gesundheitsförderung Konkret Band 5

Diese und weitere Informationen im Internet:

[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)



### 1.3 Qualitätsmanagement als Instrument zur Optimierung von Kooperation und Kommunikation?

Garry Kasper, freundes- und foerderkreis suchtkranken-hilfe e.V. Wuppertal

#### Ein QM-System in einem großen Träger mit verschiedenen Einrichtungen und Angeboten

„...Qualitätsentwicklung zu einer Kultur des alltäglichen Handelns aller Berufsgruppen und Institutionen zu machen“ (MAGS NRW, 6/96)

#### Planung – Struktur - Durchführung

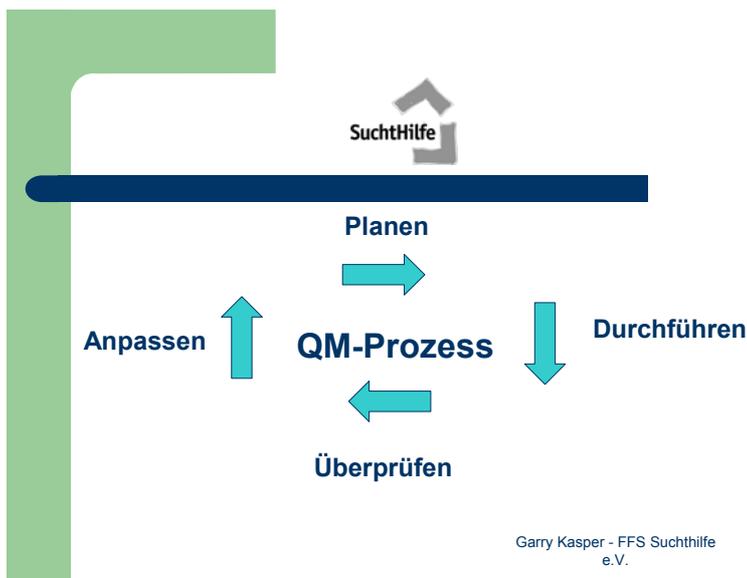
Wie gestaltet sich die Umsetzung im Arbeitsalltag

Lässt sich so ein Vorhaben auch durchführen

Fragen an die Teilnehmer:

- Welche Befürchtungen löst die Einführung eines QM-Systems aus
- Welchen Nutzen hat die Organisation?
- Welchen persönlichen Nutzen können MitarbeiterInnen aus einem QM-Prozess ziehen?

Wir verbinden mit „QM“:	Verbesserung Erneuerung Professionalisierung
Grundsätze von QM	Führung Kundenorientierung Einbeziehung aller Personen
QM-Qualitätsmanagement	Planen – Umsetzen – Steuern von Prozessen





### QMS – Qualitätsmanagementsystem

Bezogen auf die jeweiligen Einrichtung mit dem Ziel die Kundenzufriedenheit zu erhöhen

- DIN EN ISO 9001
- EFQM
- Paritätische Gesellschaft für Qualität
- Verbandseigenes QM
- „Benutzerdefiniert“

Warum Qualitätsentwicklung?  
Waren wir nicht schon immer gut?  
Brauchen wir ein QM-System?

Information der MitarbeiterInnen / MitarbeiterInnenbefragung

- Qualitätsbeauftragter
- Qualitätszirkel

### Leitbild

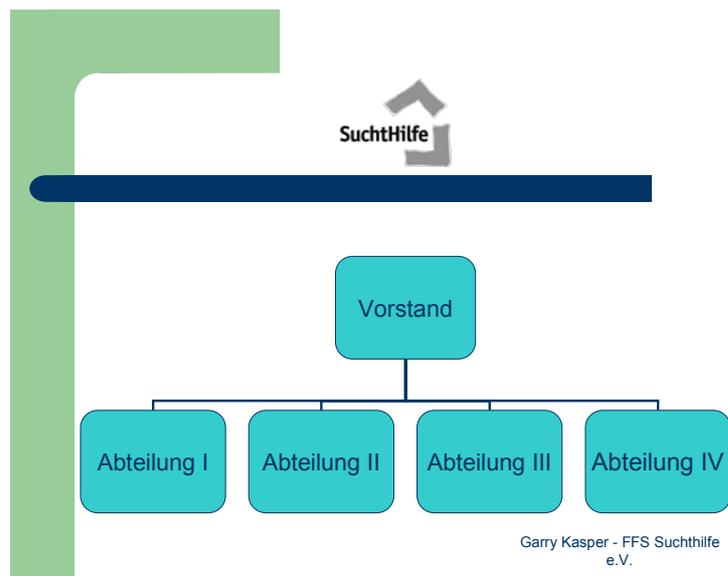
- Geschichte der Organisation
- Sinn und Zweck der Organisation
- Leistungsangebot
- Menschenbild
- Anforderungen an die MitarbeiterInnen
- Aussagen über die Qualität der Leistungen

Leitbildentwicklung ist erste Schritt zum Aufbau eines QM-Systems

### Strukturqualität

- Darstellung der Organisation
- Organigramm

Die wesentliche Aufgabe von QM ist die Beschreibung der Prozesse in der Organisation





<b>Strukturqualität</b> umfasst alle Bereiche der Organisation:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebäude und Ausstattung</li><li>• Mobiliar und Arbeitsmaterialien</li><li>• Technische Ausstattung</li><li>• Transparenz von Arbeitsablauf</li></ul>
<b>Prozessqualität:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sachmittel, Qualifikation</li><li>• Organisation und Arbeitsabläufe</li></ul> Wird in Leistungsbeschreibungen festgelegt.

#### **Ergebnisqualität**

- Kundenzufriedenheit
- Kundenbegriff
- Mitarbeiterzufriedenheit

Erhebungsinstrumente

Ergebnisse müssen messbar sein!

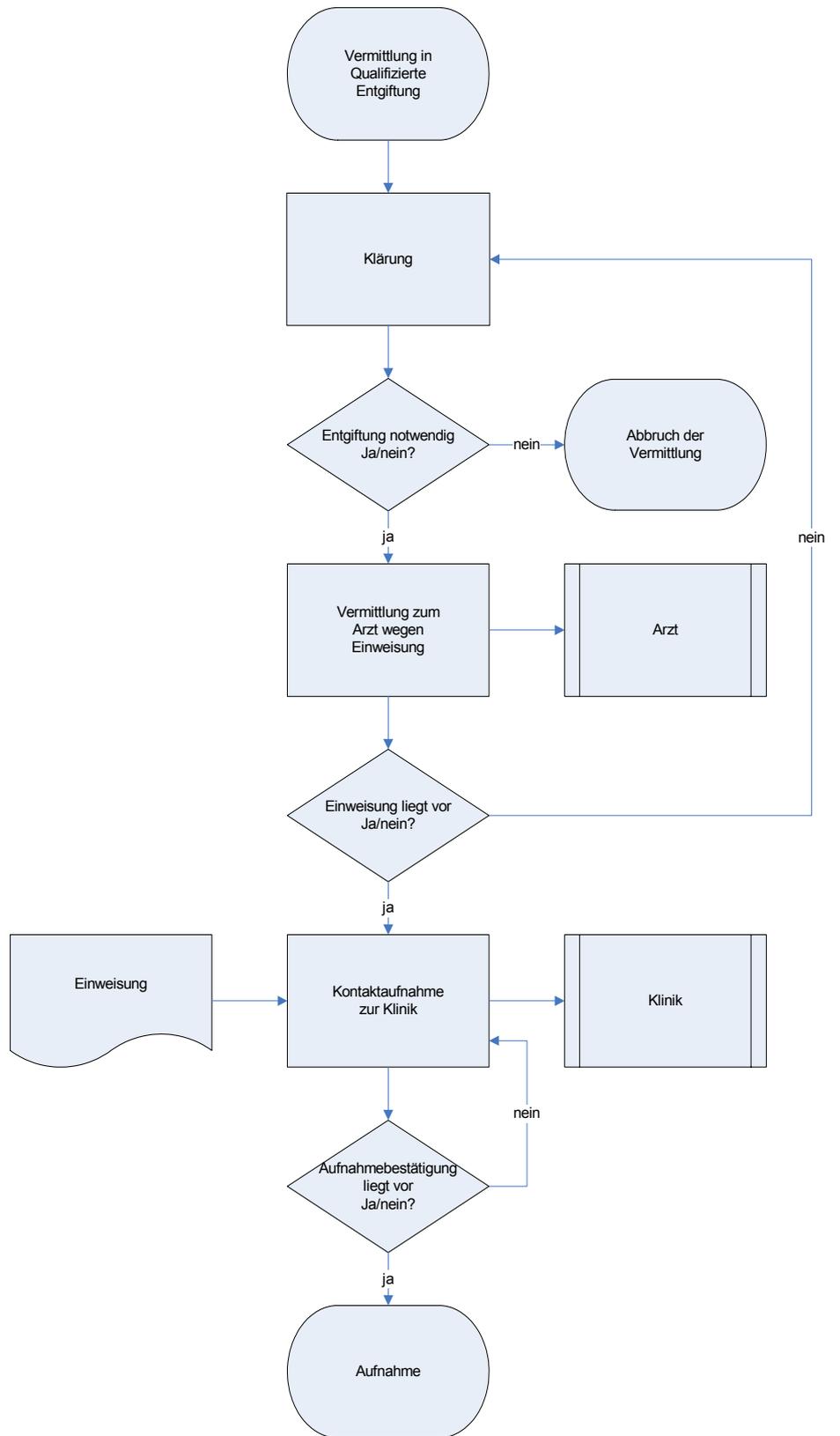
#### **Was ist das Ziel eines QM- Systems**

- Zertifizierung
- QM-Handbuch
- Erfüllung der Ansprüche von Zuwendungsgebern

**Qualifizierung/Ausbildung**

**Qualitätszirkel**

**Kollegialer Austausch**





## 1.5 DrugsAndGender

### www.Drugsandgender.ch – Die Website mit dem On-Line-Verzeichnis der geschlechterspezifischen und geschlechtergerechten Suchtarbeit in der Schweiz.

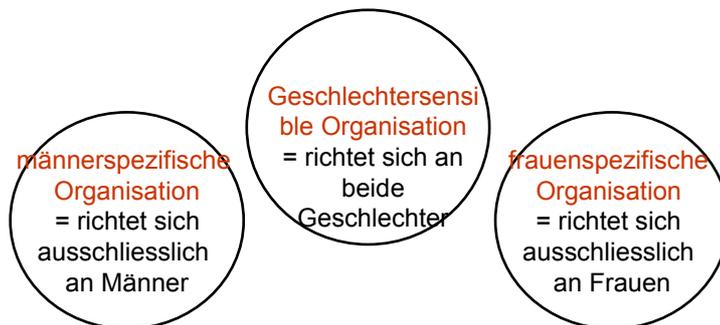
Christine Spreyermann, – *sfinx* – Sozialfor-schung Evaluationsberatung Supervision  
Bern

Die Website bietet zahlreiche Anregungen, wie Organisationen sich geschlechtergerecht ausrichten können. Ein ausführlicher Kriterienkatalog zu den Aspekten Organisationsziele, Angebote, Organisationsstruktur und Qualitätsentwicklung zeigt Charakteristika einer geschlechtergerechten Organisation auf. Sie Website enthält darüber hinaus ein komplettes Verzeichnis mit Kurzbeschreibungen aller Organisationen, die in der Schweiz geschlechtergerechte oder geschlechtersensible Suchtarbeit leisten. Ziele der vom Bundesamt finanzierten Website sind, die Leistungen der Organisationen auf dem Gebiet geschlechtergerechter Suchtarbeit zu honorieren und zum Engagement anzuregen und den Austausch unter den Organisationen zu unterstützen.

Im Workshop wird der Kriterienkatalog diskutiert. In der Diskussion wird deutlich, dass eine geschlechtergerechte Organisation zu einer fortwährenden Auseinandersetzung mit eigenen Geschlechterstereotypen unter den Mitarbeitenden herausfordern sollte, um nicht selber geschlechterspezifische Stereotypen zu produzieren. Im Zentrum sollten immer wieder die Fragen stehen: haben wir bei Frauen und Männern mit unseren Angeboten gleichermaßen Erfolg? Inwiefern könnte die Organisation mit unterschiedlichen Angeboten für Frauen und Männer – mit einer besseren Ausrichtung auf unterschiedliche Bedürfnisse und Lebenssituationen - den „Behandlungserfolg“ erhöhen, oder zu einer besseren Erreichung der Organisationsziele beitragen?

*s f i n x*      Sozialforschung  
Evaluationsberatung  
Supervision

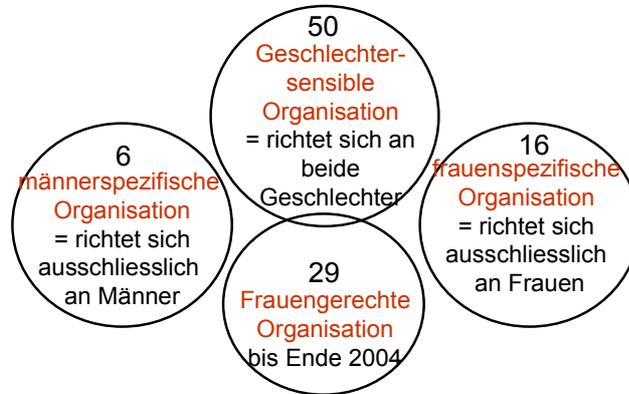
### 3 Organisationstypen





## 72 Organisationen

Stand März 2006



### Verteilung nach Bereichen:

Prävention Gesundheitsförderung (6) :	8%
Ambulante Beratung (21):	29%
Stationär/Therapie (29):	41%
Schadensminderung / Überlebenshilfe (16):	22%

### Ziele von [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch)

- Übersicht aktuelle Angebote
- Zugang, Austausch und Vernetzung
- Leistungen öffentlich machen
- Engagement honorieren und ermutigen

### Aufnahmekriterien

- **Konzeptionelle Verankerung** der Angebote
- **mindestens 2** geschlechtergerechte / geschlechterspezifische Angebote für Frauen oder Männer

### Engagement des BAG

Mandat Fachbeauftragte für die Förderung...

1997: ...frauengerechter Suchtarbeit

2001:...gengerechter Suchtarbeit

### Studien und Publikationen:

1995: Frauen Sucht Perspektiven

1998: Argumentarium: Ponits de vue - des femmes en SR

2000: Frauengerecht – Instrumentarium

2005: Frauengerecht- Die Praxis

2001/2005: [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch)

2006: Sucht und Männlichkeit



### Es gibt gar nicht so kleine *soziale* Unterschiede ...

- Unternehmensleitungspositionen zu 85% von Männern besetzt
- Alleinerziehende sind grossmehrheitlich Frauen
- 82% der Jugendstrafurteile betreffen männliche Jugendliche

### Fangen wir ganz vorne an...

- Unternehmensleitungspositionen sind zu 85% von Männern besetzt d.h. der Zugang zu hohen Entscheidungspositionen ist für Frauen und Männer unterschiedlich
- Alleinerziehende sind von Mehrfach-Problematiken überdurchschnittlich betroffen. Alleinerziehende sind grossmehrheitlich Frauen.
- 82% der Jugendstrafurteile betreffen männliche Jugendliche.

### Es gibt gar nicht so kleine *biologische* Unterschiede ...

- Fettgewebe am weiblichen Körper 40% - Männer 27%
- Anteil Wasser 50-60% - Männer 60-70%
- Frauen haben rund 3,6 L Blut-Männer 4,5L  
→ dies hat spezifische Auswirkungen
- Der Anteil des Fettgewebes am weiblichen Körper beträgt 40% (Männer 27%),
- der Anteil Wasser 50-60% (Männer 60-70%).
- Frauen haben rund 3,6 L Blut (Männer 4,5 L), ihr Blut ist dünner und der Blutdruck tiefer.

diese Faktoren haben eine Auswirkung auf die medizinische Behandlung, Verschreibung und Dosierung von Medikamenten, Substitution etc.

s f i n x  
Sozialforschung  
Evaluationsberatung  
Supervision

## Geschlecht prägt Frauen und Männer



### Definition:

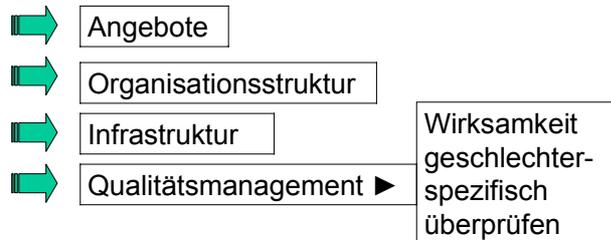
#### Geschlechtergerecht ...

... sind Massnahmen, Programme und Projekte, welche sicherstellen, dass Frauen und Männer angesichts unterschiedlicher Ausgangssituationen und Bedürfnisse gleichberechtigt behandelt werden. Sie bewirken, dass weder Frauen noch Männer direkt oder indirekt benachteiligt werden.



## Geschlechtergerechte Suchtarbeit heisst

Konsequenzen ziehen aus der Wahrnehmung unterschiedlicher Erfahrungen und Bedürfnisse auf 4 Ebenen



### Geschlechtsspezifische Organisationen

- machen Angebote entweder für Frauen oder Männer und berücksichtigen deren spezifische Ausgangslage und Bedürfnisse
  - verpflichten die Mitarbeitenden ihre Arbeit, die Infrastruktur und die Angebote konsequent daraufhin auszurichten und zu überprüfen, ob sie eine wirksame Unterstützung ihrer Zielgruppe optimal gewährleisten\*
  - reflektieren Geschlechternormen und Sucht begünstigende Konzeptionen von Weiblichkeit und Männlichkeit
  - haben chancengleichheitsfördernde Strukturen: sie erweitern den Handlungs- und Erlebnisspielraum für die Mitarbeitenden im Hinblick auf Chancengleichheit
- \* Sie tun dies, indem sie beispielsweise über arbeitsvertragliche Regelungen zur Sanktion sexueller Übergriffe verfügen oder indem sie für das Know-how und den Wissensaustausch der Mitarbeitenden Weiterbildungen zum Thema Gender sicherstellen und unterstützen

### Geschlechterspezifische Angebote entwickeln, zum Beispiel ...

- Unterstützungs-, Entlastungs- und Beratungsangebote für Frauen und Männer mit Kindern
- Arbeits-, Bildungs- oder Freizeitangebote, die über Rollenstereotypen hinausgehen und / oder die vorhandenen Ressourcen von Frauen und Männern stärken
- Gesundheitsförderung und -pflege

Auf der Ebene der Angebote können bspw.

- Gs Themen in Einzelarbeit oder Gruppen berücksichtigt werden
- z.B. bei Männern ist es oft keine Notwendigkeit sich über Kinderbetreuungsangebote zu unterhalten, vielleicht jedoch über das Sorgerecht.
- z.B. für Frauen sich die Frage stellen: was können wir anbieten, dass ein Bauprojekt auch für Frauen attraktiv ist? oder wollen wir Frauen gezielt mit anderen Angeboten ansprechen? Was könnten dann interessante Arbeitsprojekte für Frauen sein?



#### **Organisationsstruktur geschlechtergerecht gestalten, zum Beispiel ...**

- Geschlechtergerechtigkeit ist ein *Kriterium bei der Wahl* der Mitarbeitenden, Leitungspersonen und der Trägerschaft
- **Verankerung** der geschlechtergerechten Angebote im Leitbild, Konzept oder im Leistungsvertrag
- Die **Zuständigkeit** für geschlechtergerechte Arbeit ist im Pflichtenheft oder Stellenbeschreibung festgelegt
- Die **Sanktion sexueller Übergriffe** ist arbeitsvertraglich geregelt

#### **Geschlechtergerechte Infrastruktur anbieten, zum Beispiel ...**

- Unterschiedliche Öffnungszeiten für Frauen und Männer
- Für Frauen resp. Männer reservierte Räume (Sitzecken, Zimmer, Stockwerke, Häuser)

#### **Geschlechtergerechtigkeit in das Qualitäts-management integrieren, zum Beispiel ...**

- Geschlechtsspezifische *Datenerhebung und Dokumentation*\*
- Geschlechtsspezifische *Statistiken werden im Jahresbericht* ausgewiesen
- *Sicherstellung des geschlechtsspezifischen Know-hows der Mitarbeitenden* über spezifische Aus- und Weiterbildungen zu Themen wie Gender, Gewalt, Sexualität etc.

\*Alle Daten (Erstgespräche, Ein/Austritte, Abbrüche; Evaluationen, Analysen etc) werden geschlechtergetrennt erhoben und für die qualitative Weiterentwicklung der Institution und Angebote verwendet.



## 1.6 Geschlecht als zentrale Kategorie zur Erklärung von Rausch, Missbrauch und –Abhängigkeit – Plädoyer für eine geschlechtersensible Drogenhilfe<sup>1</sup>

*Prof. Dr. Heino Stöver, Universität Bremen*

### Einleitung

Der Mann, steht immer stärker im Mittelpunkt gesellschaftlicher Aufmerksamkeit – als Problemfall, in einer Identitätskrise (nicht nur zeitlich begrenzt als midlife crisis), entwurzelt, seiner quasi natürlichen Bestimmung, der lebenslangen Erwerbsarbeit und damit seiner Herr- und Hüterfunktionen, seines „Draussens“ beraubt.

#### „Männerdämmerung“.

Der Konsum psychotroper Substanzen, ob gelegentlich oder dauerhaft, moderat oder exzessiv, scheint für viele Jungen und (junge) Männer ein probates Mittel grundsätzliche Probleme wie Sprachlosigkeit, Ohnmacht, Isolation, Bedeutungsverlust, Armut oder Sinnlosigkeit für einige Zeit zu lösen. Auf Dauer genommen verschärfen sich jedoch viele Probleme durch nicht mehr zu ignorierende gesundheitliche, familiäre oder soziale Folgen. Jungen und Männer sind bei Problemen resultierend aus Alkohol- und Drogenabhängigkeit besonders stark betroffen.

Gleichzeitig sind ihre Fähigkeiten, Ressourcen und Aussichten diese Problematik zu bewältigen unterentwickelt – angefangen bei der geringeren und oft sehr späten Inanspruchnahme von Hilfeangeboten, bis hin zu der gefühlten und gefürchteten Erosion des eigenen Männlichkeitskonzeptes.

Drogen spielen in diesen Konzepten eine herausragende Rolle als Demonstrationsmittel von Stärke, als Anti-Stressmittel, als Symbol von Grenzüberschreitung und Gefährlichkeitssuche, als Kommunikations- oder Rückzugsmittel oder als soziales Schmiermittel überhaupt.

Nach allgemeiner Einschätzung ist die Suchtkranken-/gefährdetenhilfe nicht entsprechend auf die Überrepräsentanz männlicher Abhängigkeitsproblematiken vorbereitet. Diskussionen über männerspezifische Hilfeansätze werden in Therapieeinrichtungen, in Publikationen und auf Fachtagungen erst seit einigen Jahren geführt, die Erkenntnis, dass ein solcher Arbeitsansatz zur Qualitätssteigerung, zum größeren Erfolg der Hilfeleistungen beitragen kann, hat sich noch nicht ausreichend durchgesetzt – auch nicht bei den Kostenträgern oder in einer allgemeineren Debatte über die zukünftige Ausgestaltung der Suchtkrankenhilfe. Deshalb verwundert es nicht, dass männerspezifische Arbeitsansätze und Konzeptionen für die Beratung und Behandlung von Drogenabhängigen-/gefährdeten rar sind. Es fehlen damit Modelle in vielen Regionen, die Anstöße geben können, den eigenen Blick in der Einrichtung für männerspezifische Ursachen, Verläufe und Beendigungsmuster von Abhängigkeit zu schärfen.

---

<sup>1</sup> Dies ist eine gekürzte Fassung des für den Landschaftsverband Westfalen-Lippe erstellten „Leitfaden zur männerspezifischen Sucht- und Drogenarbeit – Handlungsempfehlungen für die Praxis“ (siehe [www.lwl.org](http://www.lwl.org))



## **1. Brauchen wir überhaupt eine männerspezifische Sucht- und Drogenarbeit?**

Ja! Weil sie dringend erforderlich und eigentlich längst überfällig ist! Wir könnten ebenso fragen, warum werden besondere Angebote für Jugendliche, MigrantInnen, oder Menschen aus sozial benachteiligten Schichten, oder Frauen gemacht? Wir stellen diese Fragen nicht mehr: Zu deutlich ist geworden, dass Menschen mit unterschiedlichen kulturellen, sozialen Hintergründen, individuellen Ressourcen, in verschiedenen biographischen Stadien aus ganz unterschiedlichen Motiven Drogen konsumieren. Vor allem unterscheiden sich Männer und Frauen in ihren Konsummotiven, -gründen, -anlässen, in Suchtverlauf, -bewältigung und -beendigung ganz erheblich voneinander.

Die Sucht- und Drogenhilfe hat sich einerseits in den letzten Jahren stark ausdifferenziert, um Menschen dort zu unterstützen, wo sie den Wunsch entwickeln und ihre Ressourcen mobilisieren können, um aus der Sucht oder dem problematischen Drogenkonsum heraus zu kommen. Denn: ebenso vielfältig wie die Wege in die Sucht, sind die Wege wieder heraus und ebenso vielfältig müssen die Unterstützungen auf den einzelnen Gebieten der Suchthilfe sein. Der Erfolg und die Wirksamkeit der Suchtarbeit hängt maßgeblich davon ab, wie zielgruppengenau, bedarfsorientiert und lebensweltnah sie ihre Angebote ausrichtet, um den unterschiedlichen Erfahrungen und Bedürfnissen der Hilfesuchenden besser gerecht zu werden.

Wissenschaftliche Zugänge zur Erklärung von Drogenkonsum, Projekte zur zielgenauen Prävention, lebensweltnahen Beratung, bedarfsgerechten Therapie und Nachsorge von DrogenkonsumentInnen sind dringend indiziert .

Trotz aller gelungenen Ausdifferenzierung in wichtigen Arbeitssegmenten wird eine geschlechterspezifische Suchtarbeit jedoch noch immer mit „frauengerechten Angeboten“ gleichgesetzt, in der stillschweigenden Übereinkunft: „Sucht-/Drogenarbeit minus frauenspezifischer Arbeit muss gleich männerspezifisch sein.“

Diese geschlechtsnegierende Sicht auf das Phänomen Sucht in allen Facetten wird jedoch kontrastiert durch Erkenntnisse, dass auch männlicher Drogenkonsum besondere Ursachen hat, dass die Inanspruchnahme von Vorsorge-/Hilfe- und Beratungsangeboten von Männern begrenzt ist, dass der individuelle Suchtverlauf und -ausstieg, die Kontrolle über Drogen, sowie die soziale Auffälligkeit geschlechtsspezifische Besonderheiten aufweist.

Diese Gedanken sind in der frauenspezifischen Suchtarbeit – zumeist von Frauen für Frauen - in den letzten 25 Jahren bereits umgesetzt worden - wenn auch nicht flächendeckend und immer noch nicht differenziert genug. Angebote wurden erkämpft, Standards und Leitlinien erarbeitet, wissenschaftliche Theorien entwickelt und empirisch überprüft. Für suchtkranke/-gefährdete Männer hingegen fehlen solche Angebote oder selbst Konzepte nahezu völlig. Ohne Männerbewegung, ohne Männergesundheitsbewegung hat es bislang auch keine männerspezifische Sucht- und Drogenarbeit gegeben. Scheinbar haben Männer bislang keinen Bedarf gesehen, männerspezifisch zu arbeiten. Haben Professionelle und Betroffene geglaubt, in all den Angeboten, in denen keine oder kaum Frauen waren, würde bereits ihr soziales Geschlecht und der Zusammenhang der Konstruktion ihrer Männlichkeit mit Drogenkonsum reflektiert? War Geschlechtsspezifik nur etwas für (frauenbewegte) Frauen? Glaubte man(n), die besonderen gesundheitlichen Belastungen für Männer und ihre Auswirkungen auf den Drogenkonsum wären bereits hinreichend erkannt und



therapeutisch bearbeitet?

Betrachtet man die Verbreitung und Verteilung der von psychoaktiven Substanzen abhängigen oder gefährdeten Menschen in Deutschland, fällt deutlich die vermehrte Betroffenheit bei Männern auf. Gleichzeitig bestehen jedoch auffällig wenig Versorgungsangebote mit mänderspezifischen Ansätzen.

Diese Diskrepanz wird zunehmend in der (Fach-)Öffentlichkeit deutlich und in einer Reihe von Seminaren, Fachtagungen und Publikationen ist in den letzten Jahren auf die Notwendigkeit einer Ausweitung mänderspezifischer Angebote hingewiesen worden (GRAF 2006). Immer augenfälliger wird die Notwendigkeit, mänderspezifische Ursachen und Ausprägungen von Sucht (-gefährdung) zu erforschen, therapeutische Antworten auf den spezifisch männlichen Umgang mit Krisen, Süchten, Hilfeangeboten, eigenen Ressourcen und Lebensentwürfen zu suchen. Männer machen es dabei sich und anderen nicht leicht: strukturelle Bedingungen wie sozialisations- bzw. rollentypische Erwartungen an Männer (z.B. keine Ängste zulassen), Stummheit, das mangelhafte Erkennen und Benennen eigener Bedürfnisse, die Ignoranz gegenüber Körpersignalen wahrzunehmen. Aber auch ausgeprägtes Desinteresse an Reflexion, theoretischer Aufarbeitung von sich verändernder Männeridentität und Mannsein erschweren sowohl eine Männergesundheitsbewegung, als auch eine mänderspezifische Sucht- und Drogenarbeit. Eher existieren Überlegungen, was man(n) von der Frauenbewegung übernehmen könnte, eher bequeme, fast selbstgefällige, aber auf jeden Fall holprige (erste) Gedanken zur eigenen kulturell-sozialen Geschlechtlichkeit und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Drogenkonsum/-sucht.

## **2. Geschlecht als zentrale Kategorie in der Gesundheitsförderung und der Sucht- und Drogenarbeit**

Rausch, Drogenkonsum und Sucht sind augenscheinlich Männerthemen. Zu diesem Schluss könnte man kommen, wenn man sich die epidemiologische Verbreitung dieser Phänomene ansieht und auch die damit verbundenen Häufigkeiten individueller, familiärer Schädigungen und gesellschaftlicher Belastungen: Trotz aller Trends hin zur Gleichverteilung der Drogenerfahrungen unter Schülern und Schülerinnen konsumieren männliche Jugendliche und Erwachsene Alkohol und illegale Drogen immer noch häufiger, in größeren Mengen, in risikoreicheren Gebrauchsmustern und sozial auffälliger als weibliche Personen.

Dabei ist seit langem bekannt, dass das Geschlecht eine zentrale Bedeutung in der Erklärung der Erlangung und Beibehaltung von Gesundheit, bzw. der Entstehung und Überwindung von Krankheit einnimmt. Die Geschlechtszugehörigkeit hat ebenso starke Auswirkungen wie andere Variablen (Alter, soziale Ungleichheit etc.). So ist die Lebenserwartung bei Männern in allen westlichen Ländern deutlich kürzer als die von Frauen: Männer weisen andere Symptommatiken auf und nehmen unterschiedlich häufig die Versorgungsangebote in Anspruch.

Eine geschlechtersensible Betrachtung von Gesundheit hat heute in den meisten Forschungs- und Politikbereichen ebenso wie die politische Strategie des „Gendermainstreamings“ auch Eingang in die Gesundheitsförderung gefunden hat. Sie bedeutet, „(...) bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, dass es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt (...)“. (Bundesministerium



für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, zitiert nach SCHWARTING, 2003, S. 48)“.

In den 90er Jahren hat es eine Bewegung von der Frauen- zur Geschlechtsspezifik gegeben: Es wurde eine „Gendersensibilität“ (das soziale Geschlecht) postuliert, die die Bedingungen und Anforderungen, die Verarbeitungen, Lebenskontexte, Themen usw. beider Geschlechter benannte und forderte, diese verstärkt in allen Entscheidungen und Hilfeleistungen zu berücksichtigen. Für den Suchtbereich bedeutet dies: Welches sind die suchteingebundenen bzw. suchtrelevanten Lebensaspekte von Frauen und Männern und welche Folgerungen auf allen Ebenen der Angebotsentwicklungen und der Hilfeangebote müssen entwickelt werden?

Eine spezifische Männergesundheitsbewegung und eine männerspezifische Drogenarbeit und Suchthilfe – auch die sexuellen Präferenzen berücksichtigend -hat sich allerdings noch nicht herausgebildet.

### **3. Der „geschlechtslose Mann“?**

Männer besitzen auch im Suchtbereich kein soziales Geschlecht („gender“) im Sinne einer sozialen Konstruktion von Maskulinität, bzw. es wird von den professionell Tätigen nicht berücksichtigt. „Ebenso wenig erfolgte im psychologischen Sinne eine systematische Analyse von Geschlechtsrollenerwartungen und –stereotypen, die in Beziehung zum männlichen Suchtmittelkonsum und Missbrauch stehen könnten“

(VOSSHAGEN 2002). Für den Alkoholkonsum gilt: Offenbar bilden ‚Trinken‘ und Männlichkeit eine solch enge Einheit, dass es dort wenig zu erklären gibt und dieser Aspekt zum Mannsein, zur ‚Natur‘ des Mannes einfach dazu zu gehören scheint. Dies mag ein Grund für das Ausbleiben einer männerspezifischen Blickrichtung auf den Zusammenhang von Drogenkonsum und männlichen Identitäten sein. Ein anderer Grund liegt darin, dass die Thematisierung dieses Zusammenhangs der Konstruktion einer (nach außen demonstrierten) männlichen Unabhängigkeit widerspricht. Durch den Androzentrismus, also die Dominanz des männlichen Blicks, in Forschung und Praxis ist bereits eine männerspezifische Bearbeitung der Problematik vorhanden: Eine differenzierte Betrachtung von Männergesundheit scheint deshalb nicht nötig zu sein, weil Männer immer noch als die eigentlichen Menschen betrachtet werden, von denen die Frauen abzugrenzen sind. Doch dieser Androzentrismus ist ein strukturelles Phänomen, das ebenso selbstverständlich wie unbewusst wirkt: Deshalb gab es auch im Suchtbereich keine explizite Auseinandersetzung mit männlichen Identitäten und Männlichkeitskonstruktionen, keine nennenswerte Diskussion über männerspezifisches Gesundheitsverhalten und Drogengebrauch und auch keine Thematisierung des Zusammenhangs von Homosexualität in einer heterosexuell dominierten Gesellschaft und Sucht bzw. Drogenkonsum.

Das Thema „Männergesundheit“ ist erst in den letzten Jahren ansatzweise entwickelt worden. So genannte „männerspezifische Angebote“ zeichneten sich oft dadurch aus, dass keine Frauen in der Einrichtung waren, bzw. das Angebot genutzt haben. Zum Beispiel in der Entzugsstation, wo Geschlechter-verhältnisse von 10:1 Männer zu Frauen keine Seltenheit waren, mit so massiven Nebenfolgen, dass man die eine Frau in einer anderen Einrichtung im Entzug begleitete. Also keine bewusste Entscheidung, sondern eher eine, die einen Reflex auf bestimmte Gegebenheiten darstellte.

Der männerspezifische Ansatz ist somit wenig inhaltlich ausgeprägt. Viele Männer fühlen sich von Gender-Fragen immer noch nicht gleich stark angesprochen wie



Frauen. Sie sind entweder mäßig interessiert oder fühlen sich oft persönlich angegriffen. Ohne ihre Verantwortung für männliches Tun zu übernehmen, können sie jedoch nicht an Veränderungsprozessen teilnehmen. Es sind dann noch oft die Frauen, die Männer für Genderthemen interessieren.

#### **4. Was ist *gender mainstreaming*?**

Mit „gender“ werden die sozial und kulturell bedingten Verhaltensweisen und Identitäten von Frauen und Männern gemeint, sowie das Verhältnis zwischen den Geschlechtern. „Mainstreaming“ (engl. „Hauptstrom“) bedeutet, dass die Auswirkungen jeglicher Maßnahmen in allen Bereichen gesellschaftlichen Zusammenlebens jeweils für Männer und Frauen zu einem selbstverständlichen Bestandteil aller Entscheidungen, Prozesse und Reflektionen gemacht werden müssen. Gender mainstreaming ist eine verbindliche Politikleitlinie der Europäischen Union und ihrer Mitgliedsstaaten.

Im „*Aktionsplan Drogen und Sucht*“ für den Umgang mit Suchtmitteln in unserer Gesellschaft des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) werden konkrete Zielsetzungen festgelegt, um das Gesundheitsbewusstsein zu verändern und den gesundheitsschädlichen Konsum und die damit verbundenen Folgen zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Der Gedanke des *Gender Mainstreaming* ist als wichtiges Teilziel in diesen Aktionsplan aufgenommen. Doch diese Strategie ist bislang nur für Frauen ausgearbeitet worden:

Männerspezifische wissenschaftliche und praxisorientierte Strategien und Politiken sucht man bislang vergeblich, obwohl wir aus Forschung und Praxis wissen, dass sich frauen- und männerspezifisches Suchtverhalten sehr voneinander unterscheidet.

##### **4.1 Was ist *geschlechtergerechte Sucht- und Drogenarbeit*?**

Geschlechtergerechte Suchtarbeit weiß um die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Realitäten, Erfahrungen, Ressourcen und Bedürfnisse von Frauen und Männern. Sie nutzt dieses Wissen gezielt für die Organisation, Planung und Umsetzung des Hilfeangebotes. Die Berücksichtigung der Kategorie „Geschlecht“ bedeutet, dass alle Angebote bzw. Projekte daraufhin überprüft werden, ob der *Problemhintergrund* bei Mädchen / Frauen der gleiche ist wie bei Jungen / Männern und ob beide Geschlechter mit den gleichen Mitteln erreicht werden.

Geschlechtergerechte Suchtarbeit bedeutet nicht, dass es nur noch frauen- oder männerspezifische Angebote gibt, sondern sie prüft, ob die gewählten Methoden zu den Ressourcen und Bedürfnissen von Frauen sowie zu den Ressourcen und Bedürfnissen von Männern passen. Weiterhin bedeutet geschlechtergerechte Suchtarbeit:

- Unterstützung emanzipatorischer Lern- und Entwicklungsprozesse; sie regt Frauen und Männer an, ihr Rollenrepertoire zu erkennen und zu erweitern;
- Unterstützung von Frauen und Männern in der Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse, ihre Ressourcen und Stärken zu entwickeln und zu nutzen und ihre Lebensentwürfe zu realisieren.

Die jeweiligen Besonderheiten des weiblichen und männlichen Suchtverhaltens in den möglichen Ursachen, der Wahl der Substanzen, dem Konsum-/Suchtverlauf und dessen Beendigung bzw. dessen Kontrolle erfordern eine besondere geschlechtsspezifische Beratung, Behandlung, Begleitung und Therapie, die die unterschiedlichen Lebenshintergründe von Frauen und Männern berücksichtigt. Das heißt auch, dass



diese Arbeit kultur- und altersspezifisch ausgerichtet sein muss.

Gerade die geschlechtersensible Arbeit mit suchtgefährdeten Jugendlichen besitzt eine große Bedeutung, da in der Entwicklungsstufe zwischen 12 und 17 Jahren die Auseinandersetzung mit dem eigenen, wie auch mit dem anderen Geschlecht und die Suche nach geeigneten Identifikationsmustern eine große Rolle spielt.

Dabei sollten geschlechtsspezifisch ausgerichtete Angebote nicht auf Kosten der Versorgung des anderen Geschlechts gehen, sowohl auf institutioneller, kommunaler, regionaler oder nationaler Ebene. Es geht um eine „geschlechtergerechte Suchtarbeit“, die einen Beitrag zur Chancengleichheit von Frauen und Männern leistet, weil ihre Angebote weder Frauen noch Männer benachteiligen:

„Geschlechtergerechte Suchtarbeit stellt sicher, dass Frauen und Männer in ihren Erfahrungen und Bedürfnissen gleichberechtigt behandelt werden und gleichermaßen ernst genommen und kompetent unterstützt sind. Deshalb verbessert geschlechtergerechte Suchtarbeit den Zugang zum Hilfeangebot und erhöht dessen Wirksamkeit.“(sfinx 2006<sup>2</sup>)

#### 4.2 Was ist *männerspezifische Sucht- und Drogenarbeit*?

Geschlechtsspezifik wurde gemeinhin und lange Jahre mit Frauenspezifik gleichgesetzt, weil sich die Erkenntnisse der Frauengesundheitsbewegung auch in der Sucht- und Drogenarbeit niedergeschlagen haben. Mehr und mehr wird jedoch deutlich, dass auch männerspezifische Faktoren für Abhängigkeit, Suchtverlauf und –beendigung bedeutsam sind, und dass sich Angebote darauf einzustellen haben, wollen sie erfolgreich und wirksam die Gründe der Sucht(-gefährdung) angehen. Geschlechtsspezifik geht also Frauen und Männer gleichermaßen etwas an.

### 5. Epidemiologie männlichen Drogenkonsums und Suchtverhaltens

Drogenkonsum, Rausch und Abhängigkeit sind Männerthemen! Wirft man einen Blick auf die Geschlechterverteilung bei den Abhängigkeiten in Deutschland, ergibt sich folgendes Bild:

#### Abhängigkeitsformen und Geschlechterverteilung<sup>3</sup>

Abhängigkeit/Störung/Geschlechterverteilung		
Alkohol	1/3 Frauen	2/3 Männer
Illegale Drogen	1/3 Frauen	2/3 Männer
Path.Glücksspiel	10% Frauen	90% Männer
Medikamente <sup>4</sup>	2/3 Frauen	1/3 Männer

<sup>2</sup> [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch)

<sup>3</sup> Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Nov. 2002

<sup>4</sup> Das Verhältnis von Männern zu Frauen, die Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen, liegt schätzungsweise bei 1:3; VOGT 2005



Führt man die Differenzierung innerhalb der verschiedenen Gruppen weiter, dann stellt sich heraus, dass sich die Geschlechtsunterschiede bei einzelnen Suchtformen zwar weiter verringern, dass jedoch eine nähere Betrachtung der Konsummuster eindeutig riskantere Konsumgewohnheiten bei den Männern und Jungen (vgl. KRAUS 2005) zeigt (auch bei den Indikatoren „Durchschnittskonsum“ und „Zahl der Rausche in den letzten 30 Tagen“). Betrachtet man dann bestimmte Altersgruppen, fällt auf, dass insbesondere jüngere Männer riskantere Konsumgewohnheiten pflegen. Dies zeigt sich z.B. beim Alkoholkonsum.

#### Alkoholkonsum und Geschlechterverteilung<sup>5</sup>

Konsummuster	Geschlechterverteilung	
	Männer	Frauen
Alkohol		
Tägl. Alkoholaufnahme	17,4 g	5,2 g
Riskanter Alkoholkonsum (<60g Männer, <40g Frauen)	16,6 %	6 %
Gefährlicher Alkoholkonsum (<120g Männer, <80g Frauen)	6 %	2 %
<b>Jugendliche (12-25)</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
Mind. 1x wöchentliche Alkoholaufnahme	39 %	20 %
Tägl. Alkoholaufnahme	77 g	29 g
Alkoholmissbrauch-/abhängigkeit	25,1 %	7 %

Dasselbe Grundmuster lässt sich beim Tabakkonsum finden: Obwohl die Gesamtzahl der Raucher und Raucherinnen sich annähert (9,5 Mio. Männer und 7,2 Mio. Frauen), konsumieren Männer eindeutig mehr Zigaretten pro Tag und auch in gesundheitsschädlicheren Formen als Frauen (z.B. Zigaretten ohne Filter). Allerdings zeigt die jüngst durchgeführte „Europäische Schülerbefragung zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)“ für Deutschland (N=11.043; 9. und 10. Jahrgangsstufe) bereits, dass mehr Mädchen als Jungen rauchen (KRAUS 2005, 26).

Die Zahl tabakattributaler Todesfälle beträgt in Deutschland bei Frauen 42.071, das sind 9,2% aller verstorbenen Frauen im Jahre 1997, bei den Männern waren dies 101.319, das sind 26,2% aller Todesfälle (BOMHÄUSER 2002, S. 10).

Bei den illegalen Drogen treten Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitstendenzen bei Män-

<sup>5</sup> BzGA 2002



nen sogar beinahe doppelt so häufig auf wie bei Frauen. Auch bei der o.g. ESPAD-Studie wird Cannabiskonsum von mehr Jungen als Mädchen berichtet; allerdings verringert sich die noch Anfang der 90er Jahre zu verzeichnende Divergenz zwischen den Geschlechtern relativ rasch.

Jungen und Mädchen nähern sich zwar in vielen Bereichen an, was den Konsum von psychoaktiven Substanzen betrifft, jedoch zeigen sich auch sehr unterschiedliche Trends. So hat das Institut für Therapieforschung (IFT), München, gerade die Studie „Cannabisbezogene Störungen – Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland“ (SIMON et. al 2004) vorgelegt, die eine deutliche Zunahme von Personen mit cannabisbezogenen Störungen belegt (von 2.561 Fällen im Jahr 1992 auf 14.714 Fälle im Jahr 2001). Die Auswertung zeigte: Der typische Cannabis-klient einer ambulanten Beratungsstelle ist männlich, zwischen 18 und 24 Jahre alt und befindet sich noch in der Schul- oder Berufsausbildung. Über 80 % der jungen Menschen, die wegen riskanten Cannabiskonsums eine Beratungsstelle aufsuchen, sind männlich. Umgekehrt zeigen die Daten über die Konsummuster von sog. Alcopops ein auffälliges überproportionales Trinkmuster bei jungen Mädchen und Frauen. Diese Zahlen belegen, dass es in der Drogenberatung von Mädchen und Jungen eines geschlechtsspezifischen Ansatzes bedarf.

Etwa jeder zwanzigste bis fünfte Mann setzt Dopingmittel ein. Das Verhältnis von Männern zu Frauen, die Dopingmittel einnehmen liegt laut VOGT (2005) bei 3:1.

Der Anteil der Frauen bei der Einnahme von ‚Risikomedikamenten‘ ist eindeutig höher als bei Männern (41% vs. 55%), ebenso der Konsum von Medikamenten mit psychoaktiver Wirkung (12% vs. 20%).

Schließlich muss davon ausgegangen werden, dass das (durchaus kritisch zu bewertende) Phänomen der „Co-Abhängigkeit“ eindeutig Frauen zugeordnet wird.

Fasst man die Ergebnisse dieser und auch anderer epidemiologischer Betrachtungen zusammen, lässt sich folgendes festhalten:

- Die Geschlechtsunterschiede bei der Prävalenz des Drogenkonsums verringern sich.
- Männer pflegen riskantere Konsummuster in Bezug auf Quantität und Qualität.
- Jungen weisen einen früheren Einstieg in den Drogenkonsum auf als Mädchen.
- Der Konsum der von Männern bevorzugten Drogen (Alkohol, illegale Drogen) ist öffentlich sichtbarer, unangepasster.

Mit der sozialen Auffälligkeit werden auch fehlende und schädigende männliche Bewältigungsmuster des Konsums öffentlich deutlich sichtbar (Gewalt, Verwahrlosung).

Dadurch entstehen größere psycho-soziale Folgeproblematiken für die Männer, deren Familien, Partner und für die Gesellschaft.

## **6. Männergesundheit – ein Kapitel für sich!**

Diese Ergebnisse müssen im Kontext anderer männlicher Gesundheitsrisiken insgesamt betrachtet werden:

- Die gesundheitlichen Grunduntersuchungen von Jungen und Mädchen in den ersten Lebensjahren zeigen einen ‚Risikofaktor männlich‘.
- Die Lebenserwartung von Männern in Industrienationen ist gegenüber Frauen um gegenwärtig 6 Jahre verkürzt.
- Männliche Personen weisen im Jugendalter höhere Mortalitätsrisiken auf (Straßenverkehr 1,5: 1; Stürze 2,2:1; Ertrinken 1,9:1; Suizid 3:1).



- Die Inhaftierungsrate von Männern gegenüber Frauen beträgt in Deutschland 55:1.

Weitere Erkenntnisse zur Männergesundheit, -krankheit und -sterblichkeit zeugen in diesem Kontext von zusätzlichen Arbeitsbelastungen, riskanten Umgangsweisen mit Drogen und/oder der Schaffung und Beherrschung von Gefahren und auf entsprechende Surrogate zurückgehende Risiken. Jungensozialisation und männliches Erwachsenenleben sind unter anderem geprägt von Risiko-/Aggressionsverhalten mit Folgen:

Unfälle, Krebs, Leberzirrhose, Herz-Kreislauf-Krankheiten, sind zurückführbar auf diesen riskanten Lebensstil. Männer betrachten ihren Körper eher als eine Funktion, als eine Maschine, um sich die soziale und physische Welt zu erschließen. Sie modellieren ihren Körper, treiben ihn zu Höchstleistungen und gehen rücksichtslos mit ihm um.

Entsprechend diesem Maschinendiskurs werden auch Störungen erst dann behandelt, repariert, wenn sie auftreten und Risiken nicht vorsorglich minimiert. „Bei Frauen ist Gesundheit eher mit Wohlbefinden und einem reflexiven Verhältnis zum Körper verbunden. Das Körpermanagement von Männern und Frauen, also alle Aktivitäten der Gestaltung, Pflege und Nutzung des Körpers und des Erhaltes der Leistungsfähigkeit, ist sehr unterschiedlich. Männer praktizieren einen riskanten Lebensstil, der wenig Raum für vorsorgende Maßnahmen lässt:

Sie achten aufgrund ihrer besonderen Sozialisation meist weniger auf ihren Körper und dessen Signale. Sie setzen sich leichtfertiger höheren gesundheitlichen Risiken im Allgemeinen aus und definieren sich häufig über exzessive Konsummuster bei psychoaktiven Substanzen.

Obwohl Männer in vielen Gesundheitsbereichen höhere Erkrankungsraten aufweisen als Frauen, geben sie in fast allen Befragungen weniger Beschwerden an und beschreiben ihren Zustand generell als besser (ALTGELD, 2004, 5). Trotz ihrer höheren Morbiditätsrate wird das männliche Krankheitsverhalten eher dem männlichen Status und der männlichen sozialen Rolle gerecht, als den gesundheitlichen Notwendigkeiten (vgl. SCHMEISER-RIEDER/KUNZE 1999, 36). Männer nehmen Krankheitssymptome oft nur undeutlich wahr und berichten dann über Probleme, wenn die Symptome mit ihrem männlichen Selbstbild übereinstimmen.

Daraus resultiert die Schwierigkeit vieler Männer, sich in Behandlungs- oder Beratungssituationen zu begeben oder Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen und sie haben schließlich erhebliche Defizite im Gesundheitsbewusstsein/-wissen (CSITKOVICS /SCHMIDL 2004, 118).

Neben dem defizitären Gesundheitsverhalten ist insgesamt immer noch die Eindimensionalität des männlichen Lebensentwurfs prägend für das Leben vieler Männer:

- Emotionale Kontrolle
- Homophobie
- Kontroll-, Macht- und Wettbewerbszwänge
- Hemmung sexuellen, affektiven Verhaltens
- Sucht nach Leistung und Erfolg
- (Erwerbs-)Arbeitssucht

Bei allem sind Männer nach wie vor davon überzeugt, dass es ihnen die männliche Rolle verbietet, überhaupt in eine Krisensituation zu geraten (z.B. Abhängigkeit, d.h. der Verlust der Kontrolle vor dem Hintergrund der Forderung nach einem ‚trinkfesten Mann‘). Insofern sind sie schlecht vorbereitet auf persönliche Krisen, aufkommende



Risiken resultierend aus gesellschaftlich-kulturellen Veränderungen. Und wenn Männer aufgrund ihrer Sozialisation und ihrer Geschichte schlecht auf Krisen vorbereitet sind, die flexible Antworten erfordern, dann ist es nur folgerichtig, den ersten Anzeichen keine Bedeutung beizumessen, Symptome zu bagatellisieren. Eine Ursachensuche, Inanspruchnahme psycho-sozialer oder medizinischer Versorgungsangebote erfolgt daher auch sehr viel später als bei Frauen.

## 7. Bedeutung des Drogenkonsums für die Konstruktion von Männlichkeiten

Im Rahmen einer theoretischen und praxisorientierten Annäherung an den Zusammenhang von Männlichkeiten, Drogenkonsum und Suchtentwicklung werden Gründe für geschlechtsspezifische Unterschiede in den Ausprägungen des Drogenkonsumverhaltens deutlich: Es ist nicht zufällig, welche Droge von welchem Geschlecht konsumiert und welches nicht-stoffgebundene Suchtverhalten von welchem Geschlecht praktiziert wird. Die Gründe dafür lassen sich nur in den jeweiligen (sozialen) Konstruktionen der Geschlechter finden. Welche Bedeutung besitzen also Drogen für die Konstruktion von Männlichkeiten?

**Rausch** ist eine Herauslösung aus dem Wachbewusstsein – technisch gesprochen.

Aber indem wir wissen, was uns erwartet, wenn wir die Grenzen dieses Wachbewusstseins über-treten – was kommt, kommen kann und kommen darf – erfüllt der Rausch subjektiv und kollektiv bestimmte Funktionen: Wir setzen ihn zielbewusst als Medium der Handlungserweiterung ein. Der Ausspruch eines Jugendlichen: ‚Ich bin hier, um die Kontrolle zu verlieren‘ drückt den zielbewussten Einsatz von ‚Rauschmitteln‘ aus. Der ansonsten gesellschaftlich negativ konnotierte Kontrollverlust wird durch die Umwertung in einen ‚gezielten Kontrollverlust‘ kompensiert:

drogeninduzierter Kontrollverlust als legitime und in hohem Maße bei Männern akzeptierte Verhaltensweise (vgl. BELIOS/WILKENS 1996). ‚Kampf- und Komatrinken‘, ‚Binge Drinking‘ (Wirkungstrinken), vorwiegend unter männlichen Jugendlichen, ist nur die aktuellste Form eines kollektiv erlebten Kontrollverlustes und der bewussten Überschreitung des Wachbewusstseins und nüchtern einzuhaltender sozialer Regeln.

Was auch immer an Handlungsgewinn erzielt wird, es kann nicht geschlechtsneutral diskutiert werden. Männliches ‚Rauschleben‘ ist dann auch vor allem auf dem Koordinatensystem von Macht und Gruppenerleben einzuordnen. Die Macht ist von Bedeutung, weil sich viele Funktionalitäten des Rausches darauf konzentrieren, Macht auszuüben – über das weibliche Geschlecht und auch über andere Geschlechts-genossen. Darüber hinaus wird im exzessiven Rauscherleben auch Männlichkeit demonstriert (VOGT 2004, S. 67). Rausch hat bei Männern auch eine wichtigere Funktion als Initiationsritus, als Kommunikationsenklave bei Männerbünden und als Form der Reduktion von Komplexität. Das Besondere dabei ist, dass der männliche Rausch im öffentlichen Raum und meist in einem kollektiven männlichen Zusammenhang stattfindet. In diesem Kontext beinhaltet der Rausch in der Regel:

- Überwiegend positive Kollektiverfahrungen,
- Rechtfertigung von Regelverletzungen: Demonstration von Stärke und Macht,
- Tabubrüche: Grenzüberschreitungen,
- Kampf- und Komatrinken (Quantifizierung und Trophäen sammeln),
- Abbau von Blockaden, Überwindung von Hemmschwellen,
- Unverletzlichkeitsphantasien, Größenwahn,



- Selbstverleugnung,
- Erhöhung der Risikobereitschaft.

Diese Übertretungen werden vor allem bei der Verstärkung männlicher, zum Teil verborgener oder im Alltag nicht lebbarer Verhaltensweisen relevant, wie (Fremd-/Auto-) Aggression oder Gewaltanwendungen.

Diese Äußerungen und Funktionalisierungen des Rausches führen im öffentlichen Raum und im Männerkollektiv für die Männer selbst und ihr soziales Umfeld zu erheblichen Problemen. Insofern ist der männliche Rausch eher substanz- und substanzwirkungsfixiert als beziehungsorientiert.

**Rausch:der;-(e)s, - männlich?**

- Übertreten des Wachbewußtseins
- Abbau von Blockaden
- Aufhebung von Begrenztheit
- Verlust von Kontrolle
- Über sich Hinauswachsen
- Antriebssteigerung
- Reduktion des Schmerzempfindens
- Öffentlicher Raum
- Regelverletzung/Tabubruch
- Risikobereitschaft
- Initiationsritus
- Kommunikationsenklave in Männerbünden
- Kompensation
- Reduktion von Komplexität
- Substanz/wirkungs- statt beziehungsfixiert

Einerseits gleicht sich das substanzmittelspezifische Risikoverhalten, ausgedrückt in der Konsumhäufigkeit, bei Jungen und Mädchen mehr und mehr an. Andererseits sind männliche Jugendliche bei explizit risikobezogenen Verhaltensweisen, bezogen auf Drogen ausgedrückt in Konsummustern und drogeninduzierten Verhaltensweisen, sehr viel stärker vertreten. RAITHEL (2004) erklärt diese Dominanz damit, dass risikobezogene Verhaltensweisen für Jungen in mehrfacher Hinsicht entwicklungsfunktional sind.

Bei der Geschlechtsidentitätsreproduktion sind Kategorien von Wettkampf, Konkurrenz, Rivalität und Sieg von zentraler Bedeutung. Bezogen auf (riskanten) Drogenkonsum kann gesagt werden, dass ‚Kampf- /Komatrinken‘, Konsum großer (größter) Alkoholmengen, Mischdrogengebrauch (Cannabis und Alkohol), mittelbar mit Drogenkonsum einhergehendes Risikoverhalten (betrunken Autofahren, auf dem Brückengeländer balancieren...) sich geradezu anbieten, „(...) um männliche Integrität und Invulnerabilität zu demonstrieren. Gleichfalls kann über diese Risikoverhaltensweisen der Leistungsimperativ „ich bin der Beste“ habitualisiert und demonstriert werden. Die Demonstrationsfunktion des risikobezogenen Verhaltens dient hierbei idealtypisch einer männlichen Geschlechtsrollenidentitätsreproduktion“ (S. 149).

Die **Gründe** für den fortgesetzten Drogengebrauch unter Männern sind zudem beruflicher und persönlicher Erfolgsdruck, Überforderung durch familiäre Verpflichtungen (z.B. Vaterschaft), rituelle Einbindung in den Alltag, einengende und überfordernde



Rollenerwartungen, Unterdrückung von Ohnmachtsgefühlen und Abhängigkeitsbedürfnissen.

Als männerspezifische Suchtursachen müssen nach Jakob MÜLLER gesehen werden:

- Abwesende männliche Bezugspersonen verursachen Geschlechtsunsicherheit
- Vorgelebte Identifikationsangebote fehlen
- Männliche Rollenzwänge prädestinieren zum Alkoholkonsum
- Alkohol dient als Ersatz für blockierte Gefühlswahrnehmungen
- Alkohol dient als Konfliktregulierungsmittel
- Alkohol ist ideales Medium einer Scheinwelt mit positivem Selbstbild und emotionalem Erleben.

Während bei Frauen die Suchtentwicklung sehr häufig mit Gewalterfahrungen in Zusammenhang steht, ist exzessiver Alkoholkonsum nahezu untrennbar verbunden mit männlichem Gewaltverhalten.

Die **Verarbeitung des Drogenkonsums/der Drogensucht** ist ebenfalls geschlechtsspezifisch zu betrachten: Frauen gehen meist unauffälliger mit ihrem Suchtmittelmissbrauch bzw. ihrer Abhängigkeit um als Männer. Sie fallen in der Gesellschaft weniger auf.

Exzessives Suchtverhalten hat jedenfalls bislang der traditionellen Rolle der Frau widersprochen. Aus diesem Grunde wird weiblicher Drogenkonsum gesellschaftlich stärker stigmatisiert als männlicher. Entsprechend verstärkt treten bei Frauen Schuldgefühle und Versagensängste auf.

Süchtige Frauen suchen die Schuld in erster Linie bei sich, süchtige Männer machen eher andere oder widrige Lebensumstände für ihr Leid und ihre Lebenslage verantwortlich.

## **8. ‚Der berauschte Mann‘ – Konstruktion von Männlichkeit: „Doing gender with drugs“?**

Männerspezifische Arbeitsansätze erfordern eine Auseinandersetzung mit ‚Männlichkeit‘ und ‚männlicher Identität‘, um über theoretische Grundlagen zu einer männerspezifischen Suchthilfe zu gelangen.

Der Ansatz der Konstruktion sozialer Geschlechtlichkeit (doing gender) kann den Blick für einen Verstehens-Ansatz männlichen Drogenkonsums öffnen, nämlich Drogenkonsum weniger als Reaktion auf Problemlagen, sondern als bewusstes, gezielt eingesetztes und damit funktionales Instrument zur Herstellung von Geschlechtsidentitäten zu verstehen. Hier wird nicht das passive Moment, sondern die Aktivität der Person betont. Der Drogenkonsum ist ein traditionelles und hoch besetztes Medium, um Männlichkeiten herzustellen. Drogen – insbesondere der intensive Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Substanzen – bieten Abgrenzungsmöglichkeiten zum weiblichen Drogenkonsum und Differenzierungsmöglichkeiten (Ausschluss, Abwertungen, Abgrenzungen) unter den Männern selbst. Vor allem aber kann der (bestimmte) Konsum psychotroper Substanzen etwas freisetzen, das zur Herstellung und öffentlichen Äußerung von Männlichkeiten genutzt werden kann:

Demonstration und Ausleben von Stärke und Macht, Abgrenzung von und Erniedrigung Anderer (vor allem von Frauen und ‚soften Männern‘).

Neben der Beeinflussung des bewussten Erlebens kommt dem exzessiven Alkoholkon-



sum also immer auch eine Symbolisierungsfunktion zu, die zu einer bestimmten Form von Kommunikation in der ‚Sprache des Alkohols‘ führt. Dabei sind das Erleben von Antriebssteigerungen, ‚Grandiosität‘ und das ‚Über-sich-Hinauswachsen‘ Rauschgefühle, die als männlich konnotierten Dynamiken entsprechen.

Eine weiteres Konstruktionselement von Männlichkeit via Drogenkonsum bildet der Umgang mit verbotenen, potentiell gefährlichen, im Extremfall letalen Substanzen, wie Heroin etc., die nicht zuletzt aufgrund ihrer vermeintlichen Unbeherrschbarkeit und Gefährlichkeit gewählt und konsumiert werden (anstelle des ‚Langweilers‘ Alkohol). Dadurch wird die Grenzsuche für alle sichtbar demonstriert.

Aber nicht nur der durch Substanzen bewirkte Rausch, sondern auch die Berausung über Gefühle und Erlebnisse dient als Herstellungsmedium von Männlichkeiten. Michael APTER (1992) beschreibt das in seinem Buch ‚Im Rausch der Gefahr‘:

Gefahren werden konstruiert, um sie beherrschen zu können. Da es keine basalen Herausforderungen in der Natur mehr zu bestehen gibt, werden sie künstlich im Sport- und Freizeitbereich hergestellt, um einerseits veränderte Zustände der Erregung (‚thrill‘, ‚Kick‘, ‚Kitzel‘, eben: Adrenalinstöße) erleben zu können, aber auch um diese Gefahrensituationen zu ‚meistern‘:

Surrogate (Ersatzgefahrenszenarien) wie Sky-diving, River-rafting, U-Bahn-Surfen, Auto-Rennen, Free-climbing. „Live fast – die young“ ist die passende und hauptsächlich männlich-zugeschnittene Maxime.

## 9. Das Konzept ‚Hegemoniale<sup>6</sup> Männlichkeiten‘ und Drogenkonsum

**Männlichkeit** umfasst kulturell dem Mann zugeschriebene Eigenschaften, die jedoch dem sozialen Wandel unterliegen und mit den männlichen Merkmalen (Zeugungsfähigkeit) als verbunden angesehen werden. Die im westlichen Kulturkreis dem ‚Männlichen‘ unausgesprochen oder ausgesprochen zugewiesenen Charakteristika sind: Gewaltbereitschaft – lange Zeit galt der ‚Krieger‘ als Mann par excellence, also Kampflust, Plumpheit, Grobheit gegenüber ‚weiblich‘: Friedfertigkeit, Zartsinn; Dominanz, Selbstbeherrschung (auch Kälte); Unbelehrbarkeit, Starrsinn.

Aber gibt es diese Formen von Männlichkeiten noch? Werden sie noch gebraucht angesichts von Abrüstung, Arbeitslosigkeit und (gegenseitiger) Abhängigkeit?

CONNEL, ein führender australischer Männerforscher, antwortet auf diese Frage mit dem Konzept der *hegemonialen Männlichkeit* (2000, S. 98), also jene Form der Männlichkeit innerhalb einer Gesellschaft, die für sich das größte Maß an Einfluss und Macht in Anspruch nehmen kann: „Jene Konfiguration geschlechtsbezogener Praxis, welche die momentan akzeptierte Antwort auf das Legitimationsproblem des Patriarchats verkörpert und die Dominanz der Männer sowie die Unterordnung der Frauen gewährleistet (oder gewährleisten soll)“. Männlichkeiten lassen sich als etwas verstehen, das permanent in sozialen Prozessen zwischen Menschen verhandelt und produziert wird. Hegemoniale Männlichkeit ist nach CONNEL die kollektive Praxis von Männern zur Herstellung und Sicherung ihrer gesellschaftlichen Dominanz. In den jeweiligen Konstruktionen von Männlichkeiten flexibel, antworten Männer also auf ihre große Legitimationskrise, in der deutlich wird, dass ursprüngliche und essentielle Elemente des Mannseins nicht mehr gefragt sind und differenzierte(re) Antworten erfor-

---

<sup>6</sup> hegemonial = die Vormachtstellung, Vorherrschaft erstrebend



derlich werden.

Wenn auch die Unterordnung der Frauen eine Grundkonstante der hegemonialen Männlichkeit bildet, so gibt es auch Ab- und Ausgrenzungen von Männlichkeiten, die der hegemonialen nicht entsprechen und ebenso untergeordnet werden, wie Frauen:

- Homosexuelle Männer
- Heterosexuell orientierte Männer, die in ihrer Jugend und Kindheit Verhaltensweisen zeigen, die eher Mädchen zugeschrieben werden – z.B. Unsportlichkeit, Interesse für Puppen, Nähen etc. – und daher bei ihren Altersgenossen als schwul gelten und möglicherweise verspottet werden.
- Heterosexuelle Männer und Jungen, die sich für die sozialen Belange von Lesben, Schwulen, Bi- und Transsexuellen einsetzen; Männer, die Mode, Stil, Kleidung etc. wählen, die traditionell als nicht zu Männern passend angesehen wird; Männer, die sich zwischen Anpassung und Nicht-Anpassung an klassische männliche Rollenbilder befinden, ohne eine bewusste Entscheidung treffen zu können.
- Ethnische Minderheiten
- Männliche Angehörige von Rand- oder ‚Problem‘gruppen, wie z.B. solche Männer, die ihren Drogenkonsum nicht im traditionellen Muster kontrollieren können.

Drogenabhängige Männer (noch mehr arbeitslose Abhängige) haben es also auch schwer gegenüber anderen Männern, in Konkurrenz um Autorität, Anerkennung und Hegemonie zu treten. Dies ist ein zentraler Aspekt, denn das Bestehen innerhalb der Gruppe der Männer und die Anerkennung durch die anderen Männer sind eine der wesentlichsten Quellen für das männliche Selbstwertgefühl (vgl. auch HÖHNE /GEILER1999).

Nimmt man CONNELLS Aussagen, dann finden wir diese traditionellen Muster zur Herstellung und Aufrechterhaltung von Männlichkeiten (wie ‚Versorgen/Ernähren‘, ‚Beschützen‘ und ‚Unterordnung von Frauen‘) auch und vor allem in drogenbezogenen Verhaltensweisen, Kollektiven und Subkulturen wieder:

## **10. Unsicherheiten und Belastungen in der Konstruktion von Männlichkeiten**

Insbesondere der Alkoholgebrauch dient als Stimulations- und Kompensationsmittel gegenüber Leistungsanspruch und Kampf- und Konkurrenzbereitschaft – bei Männern stärker als bei Frauen. Alkoholgebrauch dient als Coping-Strategie traditioneller Männlichkeit: Verdrängen, Abspalten und Abschotten. Dieser Konsum muss im Kontext der Verunsicherung männlicher Geschlechtsrollen diskutiert werden.

Martin SIEBER (1996) beschreibt mit seiner MOA-These (Macht-Ohnmacht-Alkoholkonsum) den Zusammenhang und Kreislauf von Bedürfnis nach Macht, erlebter Ohnmacht und Alkoholkonsum. Einerseits sei das Dominanzstreben bei der Alkoholkonsumgruppe junger Männer am höchsten, und andererseits korreliere der Wunsch nach vergrößerter persönlicher Macht mit starkem Trinken. Da der historische Prozess der Verunsicherung der männlichen Geschlechtsrolle ein fundamentales Bedrohungsszenario des Mannseins darstellt, ist vor diesem Hintergrund zu fragen, warum nicht (noch) mehr Männer Alkohol als Bewältigungsmittel einsetzen? Diese Frage korreliert mit der saluto-genetischen Perspektive der Gesundheitsförderung:

Wir fragen zunehmend danach, warum und wie Menschen gesund bleiben. In den Kontext von ‚Mann, Sucht und Männlichkeit‘ gebracht, heißt das: Wie schaffen es



Männer, trotz der Versuchung Alkohol und andere Drogen als Konstruktionszement für Männlichkeit zu nutzen, ‚gesund‘ zu bleiben und in Bezug auf Alkohol- und übrigen Drogengebrauch risikoarme Konsummuster zu entwickeln und aufrecht zu erhalten?<sup>7</sup>

Wenn es stimmt, wie CONNELL behauptet, dass männliche Jugendliche ihre soziale Männlichkeit und ihr männliches Selbstbild vor allem auch in Abhängigkeit von Frauenverachtung entwickeln, nicht jedoch aus der Wertschätzung der eigenen Männlichkeit, dann geht es während der Adoleszenzphase vor allem darum, eine ‚Geschlechtsrollen-Ambiguitätstoleranz‘ aufzubauen. Diese Toleranz entspricht dann der Fähigkeit, widersprüchliche Rollenanforderungen aushalten und konstruktiv in das eigene Selbstbild und das eigene Lebenskonzept umsetzen zu können.

Aber wie soll welches ‚Mann-Sein‘ gestärkt und entwickelt werden? Worauf sollen sich die Empowerment-Strategien, vor allem auch in der Suchtberatung und -therapie beziehen? Wann ist der Mann ein Mann? WINTER/NEUBAUER (2001) geben mit ihrem Modell ‚Balanciertes Junge- und Mannsein‘ Antworten auf diese Fragen. Unter anderem streben sie mit ihrem Modell an, Jungen und Männer bei der Entwicklung einer Sensibilität für die Geschlechtsrollen-Ambiguität zu unterstützen, indem sie beide (zusammengehörigen) Seiten des ‚Mann-Seins‘ bewusst machen:

Leistung	Entspannung
Aktivität	Reflexivität
Konzentration	Integration
Präsentation (z.B. Stummheit vs. zur Sprache kommen <sup>8</sup> )	Selbstbezug
Konflikt	Schutz
Stärke	Begrenztheit (z.B. Gewalt vs. Zärtlichkeit)
Kulturelle Lösung	Kulturelle Bindung
Heterosozialer Bezug	Homosozialer Bezug
Alleinsein / Einzelkämpfer	Beziehungsfähigkeit

Wie ist es in der heutigen Zeit möglich, auf gelingende Art und Weise ein Junge oder Mann zu sein?

<sup>7</sup> Wenn zwei Drittel der rd. 9 Mio. 18-69-jährigen Menschen in Deutschland mit riskantem Alkoholkonsum Männer sind, dann muss gefragt werden, wie es außerhalb dieser 6 Mio. Männern den anderen Männern gelingt, einen nicht-riskanten Konsum zu pflegen. (Quelle: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland, Schriftenreihe des BMG. Band 128, Nomos-Verlag, 2000 und eine Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997, Sucht, 44 J., Sonderheft 1; siehe [www.dhs.de](http://www.dhs.de))

<sup>8</sup> vgl. WULF 2005; vgl. auch BÖHNISCH (1996)



## Literatur

- APTER, M., 1992: Im Rausch der Gefahr. Warum immer mehr Menschen den Nervenkitzel suchen. München: Kösel
- Arbeitsgruppe Transkulturelle Psychiatrie  
<http://www.charite.de/psychiatrie/forschung/transkulturelle.html>
- ALTGELD, T. (Hrsg.; 2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa
- BELIOS, K.; WILKENS, W. (1996): No risk, no fun – Suchtprävention und Risikoverhalten junger Männer. In: „Das Gleiche ist nicht dasselbe“. Geschlechtsspezifische Suchtprävention mit Mädchen! Und mit Jungen?. Norddeutsche Fachtagung am 29.30.8.1996 in Hamburg. Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren. Hamburg, S. 128-134
- BÖHNISCH, L. (1996): Wie wird man ein Mann? Aspekte der Entwicklungspsychologie. In: Fachklinik Fredeburg (Hrsg.): Männliche Geschlechtsidentität und Abhängigkeit. Vorträge zur Tagung am 25. und 26. September 1996 in der Fachklinik. Tagungsbericht Fredeburg, Bad Fredeburg. Fredeburger Hefte Nr. 7, S. 25-31
- BORNHÄUSER, A. (2002): Gesundheit fördern – Tabakkonsum verringern: Handlungsempfehlungen für eine wirksame Tabakkontrollpolitik in Deutschland. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle. Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, S. 10
- GRAF, M. (2006): Sucht und Männlichkeit: Grundlagen und Empfehlungen, SFA, Lausanne/Schweiz
- JACOB, J.; STÖVER, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Verlag für Sozialwissenschaften
- CONNEL, R.W., 2000: Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten, 2. Aufl., Opladen: Leske + Budrich
- CSITKOVIĆ, M.; SCHMIDL, H. (2004): Der erste Männergesundheitsbericht kommt aus Wien. Hintergründe und Ergebnisse. In: ALTGELD, T. (Hrsg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa, S. 105-120
- FESTER-WALTZING, H.: Individualpsychologie und Alkoholismus; in: Zeitschrift für Individualpsychologie 5/1980, (163-170)
- FRIEDRICH, J. (2002): Drogen und soziale Arbeit. Opladen: Leske Budrich
- HÖHNE, Th.; GEILER, H. (1999): Grundlagen kritischer Männerforschung – Bedingungen männer-spezifischer Arbeitsansätze. In: Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (Hrsg.): Sucht – der Kleine Unterschied. Fachtagung zum geschlechtsspezifischen Ansatz in der Suchtarbeit. Dokumentation der Fachtagung vom 23. Februar 1999, S. 34-44
- KRAUS, L. (2005): Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum bei Schülerinnen und Schülern in Deutschland. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Deutsch-französische Fachtagung zur Suchtprävention bei Jugendlichen. Dokumentation der Fachtagung vom 7. Juni 2004 in Freiburg/Breisgau, S. 25-32
- LEHNER, E. (2004): „Männer stellen Arbeit über die Gesundheit“ – Männliche Lebensinszenierungen und Wunschrollenbilder. In: ALTGELD, T. (Hrsg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa, S. 49-63
- MÜLLER, JAKOB.: Männerspezifische Suchtaspekte. In: Abhängigkeiten 2/96: Beiträge zum VSFA-Symposium „Männer und Sucht“-Männlichkeit und Alkohol, S. 38ff
- MÜLLER, H. (2006): Männerspezifische Suchtarbeit am Beispiel der casa fidelio in Niederbuchsiten Schweiz. In: JACOB, J.; STÖVER, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Verlag für Sozialwissenschaften, S. 165-188
- RAITHEL, J. (2004): Riskante Verhaltensweisen bei Jungen. Zum Erklärungshorizont risikoqualitativ differenter Verhaltensformen. In: ALTGELD, T. (Hrsg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa, S. 137-154
- REINERT, T.: Theorie und Praxis der Individualpsychologischen Lebensstil-Fokal-Analyse; in: HENNING, H., FIKENTSCHER, E., BAHRKE, U.,



- ROSENDAHL, W. (Hrsg.): Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis; Lengerich, 1996, Papst-Verlag, (391-399)
- RÖBEN, B. (2006): „Kerle wie wir!?“ - Mannsbilder in der Suchttherapie. Erste Gedanken und Erfahrungen zu geschlechtsspezifischen Aspekten in der Arbeit in einer stationären Rehabilitationseinrichtung für suchtmittelabhängige Männer. In: JACOB, J.; STÖVER, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Verlag für Sozialwissenschaften, S. 153-164
- RUDOLF, M. (2006): Männlichkeit – Macht – Beziehung: Gendersensibilität und Professionalisierung in der Sozialen Arbeit. In: JACOB, J.; STÖVER, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Verlag für Sozialwissenschaften, S. 101-118
- sfinx/Sozialforschung Evaluationsberatung Supervision; siehe [www.drugsandgender.ch](http://www.drugsandgender.ch) (21.4.2006)
- SCHMEISER RIEDER, A.; KUNZE, M. (1999) Wiener Männergesundheitsbericht 1999 (<http://www.wien.gv.at/who/manngb/99/>)
- SCHWARTING, F. (2003): Geschlechtsdifferenzierung in der Drogen- und Suchthilfe- eine bleibende Herausforderung. In: BINAD Info 24, I/2003, S. 46-49, Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, Bella Donna
- SIEBER, Martin, Trinkverhalten in der Männerbevölkerung – Indizien zur „MOA-These“ (Macht-Ohnmacht-Alkohol-These) In: Abhängigkeiten 2/96: Beiträge zum VSFA-Symposium „Männer und Sucht“-Männlichkeit und Alkohol, S. 27ff
- SIEBER, M. (2006): Alkoholabhängige Väter und Kinder als Thema in der Behandlung – Ergebnisse einer explorativen Studie. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 38. Jg. (1), S. 55-62
- SIMON, R., SONNTAG, D., BÜHRINGER, G. & KRAUS, L. (2004): Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland (Forschungsbericht 318). Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- STÖVER, H. (2006): Mann, Rausch, sucht: Konstruktionen und Krisen von Männlichkeiten. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. 38 Jg (1), S. 63-76
- TRINKLER, J.; SPREYERMANN, Chr. (2002): Es braucht frauenspezifische und frauengerechte Drogenarbeit, weil... In: BÖLLINGER, L.; STÖVER, H. (Hrsg.): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Frankfurt, S. 87-93
- VOGT, I. (2005): Frauen und Männer. Empirische Ergebnisse zum Konsum und zur subjektiven Bedeutung von Alkohol, Tabak und ausgewählten Medikamenten. Vortrag auf dem 2. Appenzeller Suchtsymposium, „Geschlechtsspezifische Aspekte der Sucht“, am 8.9.05 im Psychiatrischen Zentrum Herisau/Schweiz ([www.suchtsymposium.ch](http://www.suchtsymposium.ch))
- VOSSHAGEN, A. (2002): Alkoholkonsum und Männlichkeit. In: abhängigkeiten 2/02, S. 21ff Winter, Reinhard; Neubauer, Gunter, 2001: Dies und Das. Das Variablenmodell “balanciertes Junge- und Mannsein” als Grundlage für die pädagogische Arbeit mit Jungen und Männern. Tübingen
- VOSSHAGEN, A. (2006): Anmerkungen zur Psychologie männlichen Suchtverhaltens. In: JACOB, J.; STÖVER, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Verlag für Sozialwissenschaften, S. 129-142
- WINTER, Reinhard; NEUBAUER, Gunter, 2001: Dies und Das. Das Variablenmodell “balanciertes Junge- und Mannsein” als Grundlage für die pädagogische Arbeit mit Jungen und Männern. Tübingen
- WULF, H.: Von der Suchtkarriere zur Suchtbiographie; in: LEHMKUHL, U. (Hrsg.): Beiträge zur Individualpsychologie, Bd. 23, Biographie und seelische Entwicklung, München 1997, E. Reinhardt
- WULF, H. (2005): Integrationsversuche männerspezifischer Themen in der ambulanten Rehabilitation suchtkranker Männer. Impulsreferat im Rahmen des Arbeitskreises Männerspezifische Suchtarbeit. LWL, Münster, 26.4.2005
- WULF, H. (2006): Die Entdeckung der Männlichkeit in der Suchtkrankenhilfe – Männerspezifische Themen in der ambulanten Rehabilitation: Beobachtungen und Beispiele methodischer Umsetzung aus der Fachstellenarbeit. In: JACOB, J.; STÖVER, H. (Hrsg.): Sucht und Männlichkeiten. Verlag für Sozialwissenschaften, S. 119-128

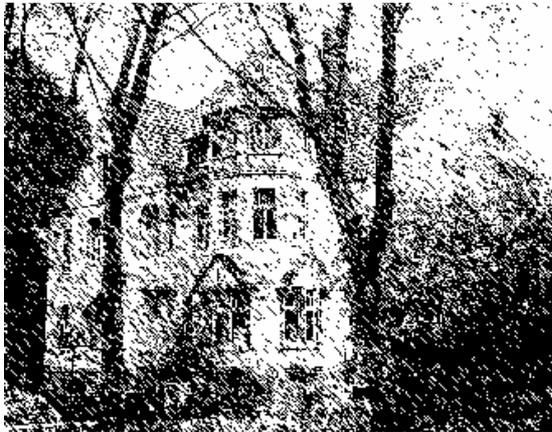
## 1.7 ‚When I’m sixty four‘ – Schnittstellen erkennen, Versorgungsbrüche auf-zeigen und beheben

Anabela Dias de Oliveira, Projekt LÜsa Unna

### Dauerwohneinrichtung für alternde und schwer erkrankte chronifizierte drogenabhängige Menschen" am Beispiel des Landesmodellprojektes LÜSA

Das Landesmodellprojekt LÜSA ist eine niedrigschwellige *stationäre* Wohneinrichtung der Wiedereingliederungshilfe (SGB XII) für mehrfach schwerstgeschädigte chronisch drogenabhängige Menschen und bietet 27 Menschen beiderlei Geschlechts verschieden konzipierte substitions-gestützte stationäre Wohnangebote.

Seit der Eröffnung in 1997 ist das Konzept kontinuierlich fortgeschrieben und weiterentwickelt worden - vielfältige weiterführende Unterstützungsangebote wie „Ambulant Betreutes Wohnen“ und diverse Arbeitsprojekte sind entstanden.



#### Arbeitssäulen / Hilfeangebote

- *Ein Zuhause*
- Ein Menschenrecht: sicher, warm, angenehm mit wohlwollenden Menschen, Verantwortung,
- Sozialverhalten
- *Behandlung*
- Substitution, harm reduction, Beigebrauchsminimierung, konstante fachärztliche Behandlung, peergroup-Ansatz
- *Tagesstruktur*
- Selbstversorgungsansatz, Beschäftigungsangebote: Druckerei, Garten, Renovierung, Hauswirtschaft, Holz-, Fahrrad- und Kreativwerkstatt, second-hand-Laden „LÜ-La“, Wochenmarktstand, Antikmarkt, strukturierte Freizeitangebote
- *Betreuung*
- Gegenwartsbezug, lösungsorientierter Ansatz statt Problem- und Vergangenheitsfokussierung. Konstante & kontinuierliche Einzelbetreuung, 24h-Präsenz, themenbezogene Gruppen, Klein-, und Großgruppen, medizinische, juristische und soziale Hilfen, in Einzelfällen Begleitung beim Sterben.



### **LÜSA - Regeln im Haus**

- Keine Gewalt; keine Waffen; keine Dealerei; keine Hehlerei; keine Drogen (legal/illegal); kein Diebstahl

### **LÜSA - Grundüberzeugungen**

- Drogenabhängige haben Rechte & Pflichten wie andere Erwachsene auch,
- JedeR ist für sein Tun verantwortlich, Drogenkonsum befreit niemanden davon,
- Substanzkonsum stellt bei Eigen- oder Fremdgefährdung das größte Problem dar,
- Sozialverhalten ist für ein selbstbestimmtes Leben des Einzelnen wie für die Gemeinschaft wichtiger als die Reduzierung der Betroffenen auf die Konsumfrage.

### **Zielgruppe chronisch mehrfachgeschädigte Abhängige**

Viele, die in den 60ern begonnen haben Opiate zu konsumieren sind ausgestiegen – sind "clean", viele sind in Folge einer falschen Drogenpolitik verstorben, der Großteil ist durch das von Illegalität geprägte Leben verelendet.

Das Projekt LÜSA ist ein Hilfeangebot für Menschen, die trotz heute vorhandener niedrigschwelliger Hilfen (noch) nicht (mehr) in der Lage sind ihre Situation selbständig zu stabilisieren/verändern

- Menschen mit chronifizierten und polytoxischen Suchtverläufen
- Hohem Durchschnittsalter
- Stark ausgeprägte soziale Entwurzelung
- Schweren körperlichen und / oder seelischen Haupt-, Neben-, Folgediagnosen

Eine Teilzielgruppe wird auch von dem niedrigschwelligen, substitutionsgestützten Langzeitangebot des Projektes *nicht dauerhaft* erreicht. Diese Menschen können in Folge der Komplexität ihrer Erkrankung /Störung nicht in „selbständiges Wohnen“ entlassen werden - eine Aufnahme in anderen Institutionen des Hilfesystems ist oft per Merkmalsdefinitionen ausgeschlossen:

- Chronisch Drogenabhängige mit Psychosen oder andere schwerer Persönlichkeitsstörungen.
- Drogenabhängige mit hoher Entwurzelung und weitgehendem Verlust der Steuerungsfähigkeit, die als chronisch behindert gesehen werden müssen und nicht mehr in der Lage sind / sein werden, selbständig zu leben.
- Drogenabhängige mit chronifizierten Suchtverläufen, die aufgrund ihrer langen Suchtkarriere und ihres Alters auch langfristig nicht in der Lage sein werden selbständig zu leben.
- schwer somatisch erkrankte (z.T. auch körperlich behinderte) Drogenabhängige mit deutlich eingeschränkter Lebenserwartung, die jedoch auch mittelfristig nicht in der "Sterbephase" sein werden.

Damit auch für diese Zielgruppe möglich ist „in Würde alt zu werden“, bedarf es eines *Dauerwohnangebotes (unbefristetes Zuhause)* – auch mit der Möglichkeit von Sterbegleitung.

**Zahlen LÜSA**

<b>Alter</b>	<b>Drogenkarriere</b>
05,08 % >20 Jahre	08,70 % < 10 Jahre
21,41 % >30 Jahre	37,50 % <20 Jahre
61,73 % >40 Jahre	20,10 % <25 Jahre
12,74 % >50 Jahre	33,70 % <40 Jahre

<b>Von schweren Erkrankungen betroffen</b>	<b>Aufenthaltsdauer bei LÜSA</b>
HCV >85 %	12,10% unter 1 Jahr
HIV >25 %	37,27% unter 3 Jahre
HOPS >30 %	35,51 % deutlich über 3 Jahre
Krebs >15 %	15,12 % über 5 Jahre
Amputationen >15 % (hohe Zunahme 2005)	
Depressionen > 70 %	
Psychosen > 30 %	

(196 BewohnerInnen – Zeitraum 10/1997-03/2006)

**Anforderungen Dauerwohnen**

Die Arbeit auf der Basis des "lösungsorientierten Ansatzes" hat sich im Projekt LÜSA bereits bewährt. Dieser Ansatz geht davon aus, dass eine problemzentrierte Sicht kontraproduktiv ist, da es Ohnmacht und Hilflosigkeit verstärkt. Die Sichtweise auf "Lösungen" macht den *Blick frei* auf das, was im Leben *gelingen* ist – überlässt Tempo, Zielrichtung und Intensität des Veränderungsprozesses der *Selbstbestimmung* durch den Betroffenen.

Ein multidisziplinäres Team, ergotherapeutisch begründete individuell nutzbare Tagesstruktur sowie die flexible Umsetzung verschiedener "Wohnkonzepte" (Einzelwohnen, kleine Wohngemeinschaft, Paarwohnen) in einer Einrichtung (ca. 16 Plätze) sind wichtige inhaltliche Bausteine.

**Generationen:**

- In den 60ern startete die Heroinszene in Deutschland,
- Viele, die damals mit dem Drogenkonsum begannen sind ausgestiegen – sind



"clean,,,

- Viele sind leider in Folge einer falschen Drogenpolitik verelendet – verstorben,
- Heute, geht es um die, die "noch immer dabei sind,, und die, die neu hinzukamen, aber "irgendwie" den Ausstieg nicht schafften / wollten,

#### **Unsere Zielgruppe: Chronisch Abhängige Menschen**

- mit chronifizierten Suchtverläufen
- Unterschiedlichen Suchtformen
- körperlichen und seelischen Haupt-, Neben -, Folgediagnosen
- hohem Durchschnittsalter

#### **Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängige**

Leben unter den Bedingungen der Illegalität des bevorzugten Stoffes

- Drehtürpatienten/-innen des Hilfesystems
- häufig nicht hilfreiche Behandlung (Königsweg- Prinzip) – Verlust von Zutrauen in die eigene Kompetenz und in den Sinn von Behandlung - „teure“ Karrieren
- Soziale Isolation, Armut, prekäre Wohnsituation, Entwurzelung
- Schwere Beeinträchtigungen der Fähigkeiten, sozial eingegliedert für sich selber sorgen zu können

#### **Umfang**

- Unklare, widersprüchliche Daten (Mehrfachzählungen, reine Schätzungen) – bis heute
- Regionale Schätzungen im Großraum Dortmund (mind. 35% der Junkies sind i.d.S. chronifiziert abhängig und haben Mehrfachschädigungen)
- dies begründete 1997 den Entschluß den Trägerverein VFWD e.V. zu gründen und das Landes-Modellprojekt LÜSA zu beantragen

#### **Hintergründe**

- Politische Gründe (jur./med. Vorgaben)
- Unvorbereitetheit des Hilfesystems
- Individuelle, biografische Gründe (Traumatisierungen)
- Un"behandelbarkeit" der Störungen
- Mangelnde Praxiserfahrung
- Die Suchtkarriere als Spirale abwärts
- Ideologische Grenzen:

"Es interessiert nur, wer's am Ende auch schafft..."

#### **In Würde alt werden: auch für Drogenabhängige? (1)**

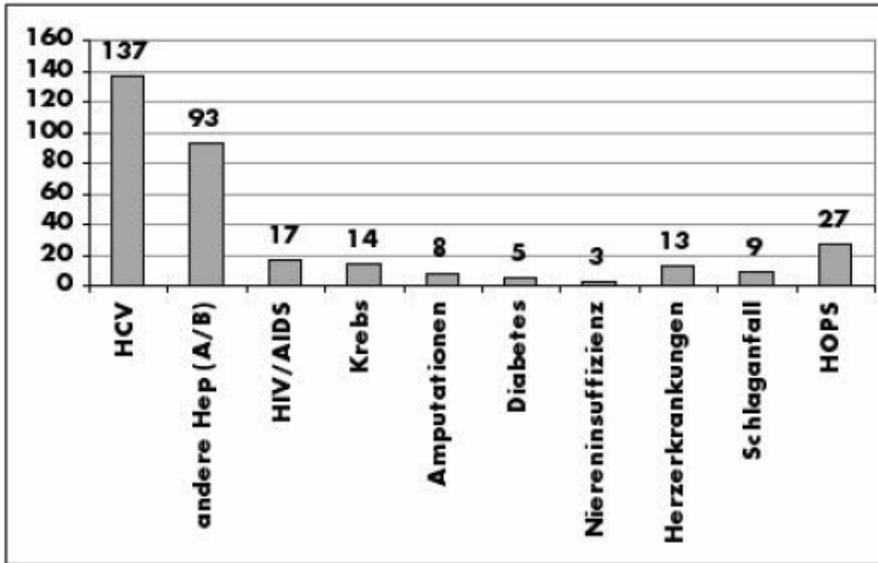
Illegalität, Kriminalisierung, Stigmatisierung

- Mangelnde *Lebensräume* / *Sterbensräume*
- Würdevolle *Wohnräume* an unerfüllbare Voraussetzungen geknüpft?

Aber auch:

- Mangelndes Verstehen, mangelndes Verständnis?
- Unmöglichkeit von "Frei-Räumen"
- (Grenzen von MitarbeiterInnen !)

#### **In Würde alt werden: auch für Drogenabhängige? (2)**



HCV und andere Erkrankungen 178 GesamtbewohnerInnen (Mehrfachnennung)  
HCV andere Hep HIV/AIDS Krebs Amputationen Diabetes div.KRAMPFERKRANK. Herzerkrankungen Schlaganfall HOPS  
156 103 19 16 8 5 . 29 13 9 27  
Erhebungszeitraum 10/1997 - 08/2004

### 1. Ein Zuhause

Ein Menschenrecht:

sicher, warm, angenehm mit wohlwollenden Menschen – Verantwortung, Sozialverhalten

### 2. Behandlung

Substitution, harm reduction, Beigebrauchsminimierung  
konstante fachärztliche Behandlung, peer-group-Ansatz

### 3. Beschäftigung

Tagesstruktur, Selbstversorgung,  
Beschäftigungsbereiche: Druckerei, Garten, Renovierung, Hauswirtschaft,  
Holz-, Fahrrad-, Kreativwerkstatt, second-hand-Laden „LÜ-La“,  
Wochenmarktstand, Freizeitangebote

### 4. Betreuung

Gegenwartsbezug! Lösungen-, statt Problemfokussiert.  
Konstante & kontinuierliche Einzelbetreuung, 24h-Präsenz,  
themenbezogene Gruppen, Klein-, und Großgruppen,  
med.-, jur.-, soz.- Beratung, ggf. Begleitung beim Sterben..

### Regeln im Haus:

- Keine Gewalt
- Keine Waffen
- Keine Dealerei
- Keine Hehlerei
- Keine Drogen (legal/illegal)
- Kein Stehlen

Drogenabhängige haben Rechte & Pflichten wie andere Erwachsene auch - jedeR ist für sein Tun verantwortlich, Drogenkonsum befreit niemanden davon;



Substanzkonsum stellt bei Eigen- oder Fremdgefährdung das größte Problem dar, Sozialverhalten ist für den Einzelnen und die Gemeinschaft wichtiger als die Konsumfrage.

#### Zahlen • LÜSA

196	BewohnerInnen
05,08 %	> 20 Jahre
21,41 %	> 30 Jahre
45,41 %	> 40 Jahre
16,32 %	> 45 Jahre
12,74 %	> 50 Jahre



#### Aufenthaltsdauer bei LÜSA

35,71 %	deutlich über 3 Jahre
06,12%	über 5 Jahre

#### Chancen und Hemmnisse eines Alterns in Würde (bei Drogenabhängigen!)

- Rechtliche Chancen und Hemmnisse
- (Schubladen-Finanzierung = Schnittstellenprobleme)
- Veränderungsbedarf des Hilfesystems:
- in den Köpfen (*das kommt zuerst...*)
- in den Angeboten

#### Finanzierungschancen und -hemmnisse

- örtl., regionale Bündnisse:
- Integration, Kooperation = Teilhabe

Wir müssen dies alles zunächst

denken können,  
denken dürfen – auch quer,  
*um es wirklich in Angriff zu nehmen!*



Blick in einen Workshop



## **1.8 Einführung in das Case-Management. Eine Methode zur systematischen Vernetzung von Hilfen verschiedener Segmente** Grundlagen und Werkzeuge

*Frank Schuster, Dipl.Päd., Case Manager Berlin*

Die Methode Case Management wird nunmehr seit mehreren Jahren in unterschiedlichen Beschäftigungsfeldern der sozialen Arbeit erprobt, implementiert und eingesetzt. Auch im Bereich der Suchthilfe gab und gibt es verschiedene Ansätze hierzu.

Aufbauend zum diesjährigen Thema des Akzept Kongresses „Schnittstellen erkennen, Übergänge schaffen, Synergieeffekte nutzen - Effektive und effiziente Zusammenarbeit von Drogenhilfe und anderen (Hilfe-)Systemen“, wird dieser „Schnupperkurs“ Case Management zuerst einen Einblick zur Anwendbarkeit der Methode in der Suchthilfe geben, in einem Praxisteil das Verfahren und ein Case Management Instrument vorstellen und zuletzt weiterführende Tipps, Literaturhinweise und Ausbildungsmöglichkeiten aufzeigt.

### **Ausgangslage**

- Ausdifferenzierung des Hilfesystems
- gegliedertes Sozialleistungssystem
- Versäulung der Sektoren
- Desintegration und Fragmentierung
- Abgrenzungen und Spezialisierungen
- Diskontinuität
- Einrichtungsorientierung

### **Ökonomisierung**

#### **Wieso Case Management**

Einige Gründe für die Einführung von Case Management:

- eine zunehmende Differenzierung und Spezialisierung der sozialen Dienstleistungen, die auf Seiten der Klienten/Kunden zu erheblichen Orientierungsproblemen führen und auf Seiten der Anbieter zu wenig effektiven Überschneidungen und Koordinierungen der Angebote
- Effektivität (Zielwirksamkeit) und Effizienz (Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen) sozialer Dienstleistungen

#### **Die Stärken von Case Management**

....beruhen auf:

- den allgemeinen Prinzipien der Zielausrichtung
- der Ablauforganisation
- der gesteuerten Zusammenarbeit
- der Beteiligung der Nutzer
- der Transparenz des Verfahrens
- seiner Überprüfbarkeit in jedem Schritt

(nach Wendt 2003)

#### **Zielgruppe Case Management**

Personen mit multiplen Vermittlungshemmnissen

- Geringe oder veraltete, berufliche Kenntnisse
- Abnehmende individuelle Arbeitsorientierung



- Möglicherweise seit Generationen Sozialleistungsbezug
- Kaum in der Lage Selbstverantwortung zu übernehmen
- Geringe Selbsterwartungskompetenz
- Geringe Mobilitätsbereitschaft
- Im Regelfall wenig familiäre Ressourcen
- Entmutigte Menschen

#### **Case Management Dimensionen**

- Überbrückung räumlicher Dimensionen des Versorgungsgeschehens:
  - als Reaktion auf Desintegration, Fragmentierung und Zersplitterung
  - Überwindung von Organisations- und Professionsgrenzen, Erstellung eines „package of care“
- Überbrückung zeitlicher Dimensionen des Versorgungsgeschehens:
  - als Reaktion auf Diskontinuität und episodenhaftes Handeln Entwicklung langfristiger Lösungsstrategien und Formen anhaltender Unterstützung („continuum of care“)

#### **Was ist Case Management**

Definition der „Case Management Society of Amerika“ (Übersetzung Deutscher Verein 2004)

„Case Management ist ein kooperativer Pro-zess, in dem Versorgungsangebote und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Klienten mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen abzudecken.“

*Wichtige Stichwörter für unseren Zusammenhang*

- > ...kooperativer Prozess...
  - = „Kundenorientierung“
- > ...erhoben geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert...
  - Leitprinzipien
  - Abläufe

#### **Was will Case Management**

ausgerichtet auf einen individuellen Fall:

- Überwindung von Zugangsbarrieren
- Koordination des Versorgungsgeschehens über eine (längere) Zeitspanne oder den gesamten Betreuungsverlauf
- Überwindung von Grenzen von Organisationen und Professionen durch Steuerung, Kooperation und Abstimmung
- Herstellung von Klientenorientierung und –partizipation
- Ausrichtung aller arbeitsteilig handelnden Akteure auf ein gemeinsames Ziel
- Qualitätssicherung

#### **Leitprinzipien des Case Management**

- ▶ Effizienz & Effektivität
  - Organisation funktionierender Netzwerke
  - Koordination von unterschiedlichen Sach- und Dienstleistungen
  - Passgenauigkeit der Maßnahme
  - Konsequente Realisierung der Phasen des CM
  - Zielorientierung
- ▶ Kundenorientierung



- Einzelfallorientierung
- Bedarfsgerechtigkeit
- Ressourcenorientierung /Potenziale des Sozialraums
- ▶ Qualität der Leistung
  - Kontinuität der Fallintervention und Fallverantwortung
  - Kooperativer Prozess aller Akteure zu einem integrierten Hilfesystem
  - Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Versorgung
- ▶ Empowerment
  - die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Gestaltungsvermögen
  - die Bereitschaft und die Fähigkeit, sich belastenden Lebenssituationen aktiv zu stellen
  - wünschenswerte Veränderungen zu buchstabieren und hilfreiche Ressourcen der Veränderung zu mobilisieren

### **Die Wirkungen von Case Management**

Fallmanagement antwortet auf die Frage:

Wie Case Manager am besten einen hilfebedürftigen Menschen begleiten und unterstützen können u. wie diese Prozesse zu steuern sind.

Individuelles System - In diesem System geht es, um die Förderung des Selbstmanagements des Klienten .

Systemmanagement beantwortet die Frage:

Wie Case Manager am besten die Versorgung im Gebiet ihrer Zuständigkeit managen um das System der Versorgung optimieren zu können.

Institutionelles System - In diesem System geht es, um den Aufbau von Kooperationsbeziehungen.

Case Management agiert in beiden Systemen!

### **Fallmanagement – Fallsteuerung**

√ Einzelfallbezogen

Fallbezogene Prozesssteuerung

Phasen von Case Management: (1)assessment (Einschätzung)

(2) planing (Planung)

(3) intervention (Durchführung)

(4) monitoring (Kontrolle)

(5) evaluation (Auswertung)

### **Systemmanagement – Systemsteuerung**

Umfasst:

- Aufbau und Pflege von Kooperationsnetzen
- Abstimmung von Maßnahmen
- Maßnahmeplanung + Maßnahmesteuerung
- Bedarfsanalyse u. Arbeitsmarktanalyse
- Koordination der Dienstleistungen

### **Funktionen von Case Management I**

Direkte Dienstleistungsfunktionen / Fallsteuerung:

- CM als „Implementer“ (nimmt die Sache in die Hand)
- CM als „Lehrmeister oder Instrukteur“
- CM als „Guide“ (beratender Begleiter)
- CM als „Processor“ (als eine Art technischer Begleiter des Klienten)



- CM als „Spezialist“ (für Informationen über das Dienstleistungssystem)
- CM als „Supporter“ (motiviert den Klienten zu Eigenbefähigung)  
(nach Moxley)

#### **Funktionen von Case Management II.**

Indirekte Dienstleistungsfunktionen / Systemsteuerung

- Vermittlung von Diensten u. anderen Funktionen
- Überweisung von Klienten an Dienste
- Koordinieren von Dienstleistungen
- Anwaltliches Handeln für Klienten beim Korrigieren mangelhafter oder unpassender Dienstleistungen
- Knüpfen sozialer Netze (nach Moxley)

#### **Funktionen von Case Management III.**

> die Funktion der Advocacy ist die anwaltliche Vertretung als „parteiliche Intervention im Interesse eines individuellen Klienten, um notwendige Dienstleistungen, Ressourcen oder Ansprüche zu sichern oder zu erweitern.

> in der Funktion als Broker oder auch als Makler tritt der Case Manager als „neutraler Vermittler zwischen den Nutzern und den Anbietern sozialer und gesundheitsrelevanter Dienstleistungen auf.

> Die Gate-Keeper- Funktion „ist von der Idee der sozialverträglichen Kontrolle oder administrativer Einschränkung eines ungehinderten Zugangs zu gemeinschaftlich finanzierten Versorgungsleistungen geprägt“

(McGowan nach Ewers 2000a,S.63)

#### **Case Management-Aufgaben**

Grundsatz:

„so wenig eigene Hilfeleistung/Betreuung wie möglich,  
aber so viel wie nötig“

deshalb:

- Erschließen von Ressourcen, Hilfen
- Heranführen an benötigte Dienste
- Verknüpfen
- Koordinieren
- Monitoring /Controlling

Case Management die Verknüpfungsaufgabe

#### **Case Management im System**

fallbezogene Kooperation und Koordination - Case Management im System

Politik, Öffentlichkeit  
Kostenträger  
KlientIn  
Case Manager  
andere Drogenhilfeeinrichtung  
Krankenhäuser  
Ärzte  
Jugendamt/ASD  
Arbeitsamt/ Beschäftigungsprojekt  
Psychotherapeuten  
Wohnungsamt/-gesellschaft  
Polizei/ Justiz



Rechtsberatung  
Schuldnerberatung  
Wissenschaft  
Fachverbände  
soziales Umfeld  
Sozialamt KK/RV

### **Arbeit im Netz - Anforderungen**

- bürokratisches und systembezogenes Know-how
- Vorleistungen, Service (win-win-Prinzip)
- Aufklärung und Kunst des Überredens
- wirksames Einsetzen persönlicher Beziehungen
- nicht konfrontative Verhandlungsführung
- konstruktive Kommunikation
- Moderation, Netzwerkarbeit
- Hilfeforenzen
- Bündnisse schmieden, Tauschgeschäfte
- Kooperationsystem vorantreiben

### **Fallsteuerung im Netz**

- Transparenz
- Information
- Verbindlichkeit
- Hilfeforenzen

### **Dokumentation**

hervorgehobene Rolle von Dokumentation

Wer braucht welche Informationen?

Was muß dokumentiert werden?

Wann?

Wie?

Welche Instrumente setzt man sinnvoller Weise ein (Vergleichbarkeit, Transparenz, Kompatibilität etc.)?

### **These I**

Fallbezogene Steuerung ist abhängig von den Bedürfnissen der Akteure (Klient, Berater Case Manager, Mitarbeitern anderer Einrichtungen)

Diese Bedürfnisse sind nicht evident.

Solange diese nicht klar und transparent formuliert werden, wird keine sinnvolle und verbindliche- über den zufälligen Einzelfall hinausgehende- Kooperation und Steuerung in Gang kommen.

### **These II**

Fallbezogene Steuerung funktioniert nur mit klaren Absprachen zur Fallverantwortung.

Diese kann - je nach Situation der Klienten - wechseln (bspw. von Suchtberater zu Bezugstherapeut).

Je nach Komplexität der Notlage ist jedoch eine institutionenübergreifende Fallverantwortung und damit Steuerung aller Hilfen sinnvoll.

### **These III**

Fallbezogene Steuerung funktioniert nur im Dreiklang von Planung, Dokumentation und Kontrolle. Dazu müssen adäquate, praxistaugliche und allgemein akzeptierte Instrumente entwickelt bzw. genutzt werden



#### **These IV**

Erster Schritt auf dem Weg zur verbindlichen Kooperation und fallbezogenen Steuerung ist die Information anderer Beteiligter.

Beziehungen vom Typ „Kooperationen“ sind a priori nicht wahrscheinlich und entstehen am ehesten in win-win Situationen.

Transparenz und Information „ohne Gegen-leistung“ können erste Anreize zu verbindlichen Kooperationen darstellen.

#### **These V**

Fallbezogene Steuerung kann von Fall zu Fall gelingen - eine solide und tragfähige Basis erhält sie jedoch erst durch die Unterstützung der Kosten- und Leistungsträger, der Träger und Einrichtungen und nicht zuletzt durch die Mitarbeiter selbst.

Gehegte und gepflegte Vorurteile gegenüber anderen Einrichtungen und Diensten helfen, Schutzwälle vor z.T. dringend notwendigen Veränderungen aufzutürmen.

#### **Kompetenzprofil | Case Manager**

##### Berufliches Selbstverständnis

- Positive Grundeinstellung gegenüber den verschiedenen Kunden (Klienten, Kooperationspartnern)
- Klarheit über Funktion als CM Ressourcenorientierung Patient- /Klientorientierung als ethische Grundlage
- Sach- und Systemkompetenz
- Erklärungs- und Handlungswissen
- Organisationswissen
- Kenntnis der medizinischen und sozialen Infra- und Versorgungsstruktur
- Kulturelles Wissen
- Arbeitsfeldspezifisches Wissen

##### *Stichworte:*

Case Management Konzepte und Strategien, Rechts- und Verwaltungs- Kenntnisse, Wissen über Organisationsentwicklung, Wissen über Zielgruppen, Lebenslage und Lebensumstände, soziale Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit

- Methoden- und Verfahrenskompetenz
- Networking
- Verfahrenskompetenz in Assessment, Serviceplanung, Linking, Monitoring
- Coaching
- Wissensmanagement
- Evaluationskompetenz

##### *Stichworte:*

- Analytische, informatorische, planerische, verfahrenssichere Fähigkeiten, Ressourcenallokation und -sicherung, Präsentation, Medienkompetenz, EDV-Kompetenz.
- Soziale Kompetenz
- Kommunikationskompetenz
- Kooperative Handlungskompetenz
- Koordinationskompetenz
- Kritik- und Konfliktfähigkeit
- Fähigkeit zur multidisziplinären Zusammenarbeit



**Stichworte:**

Initiierung und Moderierung multidisziplinärer und interinstitutioneller Zusammenarbeit, Zuverlässigkeit und

- Verbindlichkeit, Einfühlungs-, Wahrnehmungs- und Differenzierungsvermögen, Stringentes Verhalten und Konsequenz, Verhandlungsrührung, Systemsteuerung, Rollenperformanz, Selbstkompetenz
- Selbstsicherheit und Selbst-Bewusstsein
- Reflexionskompetenz

**Stichworte:**

Kontaktfähigkeit, Offenheit, Authentizität, Belastbarkeit, Initiative, Selbstreflexion, Urteilsbildung und Selbstorganisation.

aus Löcherbach, P. (2002): Case Management - Bedarf und Angebote, S. 218

**hilfreiche Rahmenbedingungen für CM**

▶ konzeptionelle Voraussetzungen:

Niedrigschwelligkeit, Respekt, kontraktge-leitetes Arbeiten, Übernahme der Kontaktverantwortung, Lebensraumnähe, Flexibilität

▶ Umorientierung von Hilfetraditionen:

hin zu Personenzentrierung, Ziel- und Res-sourcenorientierung, Planung und Steuerung von Gesamthilfeprozessen, Dokumentation

▶ organisatorische Rahmenbedingungen:

flexible Arbeitsorganisation, technische Ausstattung, prozessunterstützende Instrumente, entsprechende Stellenschlüssel

▶ engagierte und unterstützende Träger, Ein-richtungen, Teams:

Qualifizierung, Anleitung, Controlling ... ,

▶ Kooperationskultur in der Region:

Offenheit, Kooperationsvereinbarungen, Transparenz, regionenbezogene Steuerung



Checkliste Hilfesystem

Hilfeplanung und Vereinbarung Nr.:							Checkliste Hilfesystem		Datum:
Angaben zum Angebot – bezogen auf den Klienten	suchtbez stat. Behandlungen (Entzug, Entwöhnung)	suchtbez ambulante Betreuung/Beratung	Hilfen zum Wohnen	Hilfen zu Arbeit/Beschäftigung/Ausbildung	Hilfen zu Freizeit/Tagesgestaltung	allg. medizinische Hilfen (amb. + stat.)	allg. soziale Dienste, Hilfen, Beratung		
entfällt, Angebot ist nicht erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bedarf vorhanden und Angebot angemessen und zugänglich	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bedarf vorhanden, aber Angebot nicht zugänglich wegen:									
zu langer Wartezeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
zu großer Entfernung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
fehlender sozialrechtlicher Ansprüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bedarf vorhanden, aber Angebot nicht adäquat/passend wegen:									
Kompetenz im Umgang mit Zielgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Konzeption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kooperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bedarf vorhanden, aber Angebot in der Region nicht vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bedarf vorhanden, aber Angebot nicht bekannt bzw. beurteilbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterungen, Anmerkungen:



## 2. AUSGEWÄHLTE BEISPIELE MODELLHAFTER KOOPERATION VERSCHIEDENER HILFE-SEGMENTE

### 2.1. Schnittstelle Jugendhilfe-Drogenhilfe

„Schnittstelle Jugendhilfe – Suchthilfe: zwei unterschiedliche Ansätze“

*Kristine Leicht, ADV Berlin, Birgit Kohlhofer, Karuna e.V. Berlin*



### Zwei Träger an der Schnittstelle Jugendhilfe - Suchthilfe:

#### Unterschiede und Gemeinsamkeiten

- Verortung der Träger (Jugendhilfe, Suchthilfe)
- Beschreibung der jeweiligen Zielgruppen und Zielsetzungen
- Angebotssetting („ambulant-stationär“, offene Jugendarbeit, Streetwork etc.)
- Methoden (auch berufsgruppenspezifisch)
- Finanzierung
- Kooperationsbeziehungen, Netzwerke

ADV gGmbH (gegründet 1975 als ADV e. V.)

#### Fachklinik Briese

(32 Plätze)

#### Adaptionshaus

Birkenwerder (16 Plätze)

#### Fachklinik F 42

(32 Plätze)

#### Wohnen und Betreuen (WuB)

*Anzahl der Plätze/KlientInnen*

15	KlientInnen nach SGB VIII (Jugendhilfe)
50	“ in WG's für ehemals Drogenabhängige
20	“ im Betreuten Gruppenwohnen
65	“ im Betreuten Einzelwohnen
40	“ im Betreuten Wohnen für Substituierte
190	KlientInnen insgesamt



**Karuna e. V.** (gegründet 1990)

**ZWISCHENLAND-  
CLEANPEACE**

Modul – gestützte integrierte  
Hilfen

**DRUGSTOP-MOBIL**

Aufsuchende Strassen- Sucht-  
Sozialarbeit und Integration durch  
Arbeit und Bildung

**„Punks and Dogs“**

Gemeinschaftsprojekt des Job -  
Centers, des Tierheims Berlin

**„Punks and Dogs-Kreativ“**

Beschäftigung plus pädagogische  
Betreuung für Jugendliche

**„BOXI-Bär“**

Hilfen für Familien in besonders  
schwierigen Lebenslagen

**VILLA  
STÖRTEBEKER**

Jugendwohnprojekt mit  
höhererschwelligem  
abstinenzorientierten  
Arbeitsansatz

**KOMMAzuZEITDRUCK**

Beratung und Tagesstruktur

**RAUCHEN NERVT!“ Rauchst Du  
noch oder lebst Du schon?“**

Interaktiver Mitmachparcour zur  
Tabakprävention

**Zwischenland-Cleanpeace**

- Modul-gestützte Integrierte Hilfen
- Beratung und Motivation im Vorfeld der Entgiftung für Eltern und Kinder
- Kontaktpflege in der medizinischen Entgiftungsphase
- Motivation und Vermittlung in passgenaue Hilfen nach der Entgiftung
- Klärung bei unklarem Suchtstatus (Sucht- und Psychodiagnostik)
- Perspektiventwicklung und Vermittlung in geeignete Hilfen nach der Klärungsphase
- Systemisch-Lösungsorientierte Kurzzeittherapie
- Ambulante Hilfen zur Verselbständigung nach der Klärungsphase oder Kurzzeittherapie

**Kooperation an der Schnittstelle Jugendhilfe – Suchthilfe**

- Welche Anforderungen an Kooperation ergeben sich in der alltäglichen Arbeit an der Schnittstelle Jugendhilfe-Suchthilfe?
- Welche strukturellen Voraussetzungen sind für die Kooperation notwendig?
- Welche Hürden gibt es bei der Kooperation zwischen den beiden Hilfesystemen?

**Gegensätze Jugendhilfe-Suchthilfe**

Jugendhilfe:

- Generalisten für Erziehungsfragen
- pädagogische Tradition
- Finanzierungsschwerpunkt: Kommunen



Suchthilfe:

- Spezialisten für Suchtfragen
- therapeutisch-medizinische Tradition
- Finanzierungsschwerpunkt: Sozialversicherungsträger  
(in Anlehnung an Wieland, 2001)

**Gremien / Vernetzung**



[www.sputnik-berlin.info](http://www.sputnik-berlin.info)

**Zusammenfassung:**

Im Workshop wurden zunächst die beiden Träger ADV gGmbH und Karuna e. V. mit ihren Angeboten, Zielgruppen und Zielstellungen vorgestellt. Es wurde dann kurz auf die unterschiedlichen Versorgungsnetze für Jugendliche mit Drogenproblemen (am Beispiel einer Darstellung aus Mecklenburg-Vorpommern) eingegangen.

Am Beispiel der vorgestellten Träger wurde herausgearbeitet, dass systemimmanente Unterschiede bzw. Gegensätze zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe in der praktischen Arbeit erfolgreich aufgelöst werden können:

während ADV als Suchthilfeträger lebensweltorientierte, pädagogische Angebote für Jugendliche vorhält, bietet Karuna als Jugendhilfeträger suchtspezifische, therapeutische Leistungen für Jugendliche an.

In der anschließenden Diskussion wurden folgende Themen diskutiert und durch die TeilnehmerInnen des Workshops anhand eigener Erfahrungen aus verschiedenen Orten und Regionen veranschaulicht:

- Institutionelle Vernetzung zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe (Gremien)



- Sozialraumorientierung in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Jugendlichen
- Good-practice-Modelle für gelungene Kooperation zwischen Personen, Institutionen und Hilfesystemen
- Wie kann die Überleitung von Jugendlichen zwischen Straße und Wohn- bzw. Therapiemöglichkeiten verbessert werden (Kooperation Streetwork – Betreutes Wohnen bzw. Therapieeinrichtungen)?
- Hilfen für junge Volljährige: Wie können Rechtsansprüche nach SGB VIII durchgesetzt werden?

Es wurde deutlich, dass die Praxis regional erhebliche Unterschiede aufweist.

Fazit: Ein überregionaler Austausch ist wichtig, um aus anderen Regionen Informationen und Anregungen für die Gewinnung neuer Ideen zur Praxisverbesserung zu erhalten.



Blick in einen Workshop

## 2.1. Psychiatrische Versorgung von Drogenkonsumenten -„Psychiatrie goes Bahnhof“ – Psychiatrisch- psychotherapeutische Sprechstunde in der Szene

*Vanessa Haag, Dipl.-Sozialarbeiterin, AIDS-Hilfe Frankfurt e.V., La Strada Drogenhilfe & Prävention*

Der Titel spricht bereits für sich.

Störungsbilder die früher nur in psychiatrischen Kliniken oder therapeutischen Praxen bekannt und verbreitet waren haben die Drogenszene erreicht und sich durch veränderte Konsummuster verbreitet.

Drogenhilfe kommt hier nur begrenzt zum Erfolg ist aber täglich mit den Auswirkungen psychiatrischer Symptomatiken konfrontiert.

Also war es nur eine Frage der Zeit bis „die Psychiatrie“ nachzog und sich in unserem Fall in Form einer engagierten Ärztin und eines neuen Konzeptes ebenfalls aufmachte in Richtung Bahnhof.

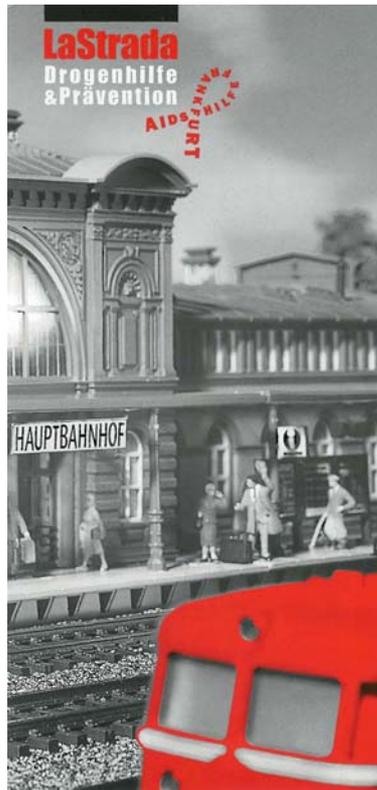
Mittlerweile ist sie nach 5 Jahren gut angekommen und es existiert ein gut verknüpftes Netz verschiedenster Berufsgruppen die sich ergänzend um die Frankfurter Drogenszene kümmern.

Als Sozialarbeiterin des La Strada in Frankfurt werde ich ihnen nun kurz unsere Einrichtung und ihre Angebote, im speziellen die psychiatrisch-psychotherapeutische Sprechstunde vorstellen.

### La Strada

Das La Strada ist ein Drogenhilfezentrum der AIDS-Hilfe Frankfurt e.V. und bietet mit seinem Vorgängerprojekt Cafe Rudolf bereits seit 1990 DrogengebraucherInnen im Frankfurter Bahnhofsviertel Angebote der Grundversorgung und praktische Überlebenshilfe mit dem Ziel der Schadensminimierung. Das Angebot umfasst die ganze Palette der niedrigschwelligen Hilfe, dazu gehören sowohl ein eigener Drogenkonsumraum als auch Beratung und Ausstiegshilfen unter dem Konzept akzeptierender Drogenhilfe und unter einem Dach im La Strada.

Das La Strada wird überwiegend von obdachlosen DrogengebraucherInnen besucht, die vor allem Heroin, Kokain, Tabletten und Crack konsumieren, wobei der Konsum von Crack in den letzten Jahren wesentlich zugenommen hat. Auffallend ist die starke körperliche und psychische Verelendung der Klientinnen bis hin zu akuten Erschöpfungszuständen. Die Zahl der psychischen Auffälligkeiten, teilweise verbunden mit Aggression und Gewalt ist deutlich angestiegen. Viele sind mit Hepatitis C und HIV infiziert bzw. an Aids erkrankt. Der Anteil der Klienten ohne deutschen Pass ist überdurchschnittlich hoch. Die Arbeit des La Strada wird überwiegend von der Stadt Frankfurt und dem Land Hessen finanziert.





**Kontaktladen:**

Mo, Mi, Do, Fr 8.30 bis 19.30 Uhr geöffnet

Angebote der Grundversorgung, wie Essen, Trinken, Körperhygiene, Spritzentausch, Kondomvergabe, Kleiderkammer.

**Drogenkonsumraum:**

Mo, Mi, Do, Fr 8.30 bis 19.30 Uhr geöffnet, 7 Plätze

Bietet die Möglichkeit des legalen Konsums mitgebrachter Drogen unter hygienischen Bedingungen mit Interventionsmöglichkeiten bei Drogennotfällen.

**Niedrigschwellige Drogenberatung :**

Täglich 8.30 bis 19.30 Uhr

Krisenintervention, Sozialberatung, Vermittlung zum Entzug, in Substitution, in ambulante und stationäre Therapieangebote, in betreute Wohngemeinschaften, Beratung von ausländischen DrogengebraucherInnen, Vermittlung von Rechtsberatung, Schuldnerberatung, HIV/Aidsberatung, Telefonberatung, Hilfen für Erkrankte, Vermittlung von Unterkünften, Hilfe im Umgang mit Behörden

**Notschlafstelle:**

23 Plätze (14 Männer, 9 Frauen Betten), geöffnet täglich von 20.00 Uhr bis 8.30 Uhr

**Tagesruhebetten:**

10 Plätze für kranke und geschwächte KlientInnen

**Crack-Street-Projekt:**

Aufsuchende Sozialarbeit bei Crack-Raucherinnen und Vermittlung in weiterführende sozialarbeiterische und medizinische Hilfen (in Kooperation mit Jugendamt und Malteser Hilfsdienst)

**Projekt Ossip**

Offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention, Prävention

Trägerübergreifendes Streetworkprojekt

**Angeleitete Selbsthilfegruppe für DrogengebraucherInnen**

Di 16-17.00 Uhr in Kooperation mit der Anteilung für Abhängigkeitserkrankungen des Bürgerhospitals Frankfurt)

**Psychiatrisch-psychotherapeutische Sprechstunde und Akupunktur**

Mo und Do 13 -17.00 Uhr

Ein Schwerpunkt unserer Arbeit als Sozialarbeiter im La Strada ist die Krisenintervention.

Besonders durch die Art der konsumierten Drogen (vor allem Crack , aber auch starker Mischkonsum) werden täglich psychiatrische Symptomatiken sichtbar und heftige Szenestreitigkeiten untereinander ausgelöst. Der hohe Verfolgungsdruck auf der Straße, ständiger Beschaffungsstreß, und der extrem rohe Szenehabitus sind weitere Stressfaktoren, die krisenhafte Situationen begünstigen. Psychische Ausnahmesituationen wie Suizidgefahr, drogeninduzierte Psychosen, sexueller Missbrauch, Misshandlung, Rückfälle, drohende Haft, bevorstehende Abschiebung, schwere Lebenskrisen, Beziehungsprobleme, starke Angstzustände, Depressionen, schwere Erkrankungen und seelische Zusammenbrüche nach traumatischen Erlebnissen.

Angesichts psychotischer oder paranoider Verhaltensweisen und Vorstellungen oder akuten Angstzuständen kommen sozialarbeiterische Hilfen oft an ihre Grenzen.

Manchen Verhaltensweisen sind im Kontaktladensetting kaum bis gar nicht mehr zu handhaben.

Oft wird in diesen Kriseninterventionen auch sehr deutlich, dass Klienten psychische Auffälligkeiten zeigen, die nicht oder nur unzureichend behandelt werden.



Ein Zusammenhang zwischen diesen Krankheiten und einer Drogenabhängigkeit lässt sich oft nur im Rahmen einer fachärztlichen psychiatrischen Diagnostik klären, da manche Symptomaten durch die Einnahme bestimmter Substanzen ausgelöst oder durch sie verstärkt werden, andere teilweise auch abgeschwächt werden. Durch die Zunahme des Konsums von Crack kommt es zu einer Verhaltens- und Erlebensveränderung der Klienten, aggressive Gespanntheit nimmt zu, sowie auto- und fremd-aggressives Verhalten und Wahrnehmungsstörungen (taktile und coenästhetische Halluzinationen) sowie wahnhaft-paranoide Zustände.

Um die Praxis der veränderten Situation anzupassen wurde 2000 das Projekt medizinisch-psychiatrische Sprechstunde im La Strada angesiedelt.

Und hier sind wir bei der psychiatrischen Präsenz an der Schnittstelle von Drogen-szene und Drogenhilfe angekommen.

### **Psychiatrie goes Bahnhof.**

Das La Strada besitzt 6 Stockwerke, im Erdgeschoss befindet sich der Drogenkonsumraum, das Kontaktcafé sowie ein Beratungszimmer.

Die Räume für die psychiatrisch-psycho-therapeutische Sprechstunde und die Ohrakupunktur befinden sich im 5. Stock.

Absichtlich wurden sie etwas abgehoben platziert, da die Arbeit als ergänzender ruhiger Gegenpol zur hektischen und lauten Atmosphäre des Erdgeschosses gedacht ist.

Symbolisch repräsentiert das abgehobene das andere das dort stattfinden kann. Die andere Atmosphäre die dort herrscht, kann für viele Klienten, die nur noch mit Verwahrlosung und Überleben befasst sind, einen ersten Schritt bedeuten. Ein Erkennen des anderen, ein Anknüpfen an alte und gute Erfahrungen, eine Begegnung mit neuen Wünschen und Bedürfnissen und Kontakt mit verschütteten Seiten des Selbst und eigenen Ressourcen.

Daher hat die Gepflegtheit und Ästhetik der Räume für die Arbeit eine nicht zu vergessende Bedeutung. Ruhe, Farben und entspannende Klänge bei der Ohrakupunktur können als alternative Sinneseindrücke wirken. Sie weisen auf das schöne hin, auf Genuß ohne Drogenkonsum und Möglichkeiten die es zu erkunden gilt.

Die Nähe zum Druckraum, senkt die Schwelle die innerlich noch immer hoch genug ist, die Lage im 5. Stock betont jedoch das andere.

Arbeit an einer Schnittstelle bedeutet nicht nur das Aufeinandertreffen zweier „Schichten“ sondern wie in unserem Fall eine Veränderung von Sichtweisen, inneren Haltungen und Verhaltensweisen um neue professionelle Beziehungen und Orientierung.

Es geht nicht nur um die neue Arbeit an der Schnittstelle von Drogenhilfe und Drogen-szene einer Psychiaterin, sondern aus der Sicht der Klienten und der SozialarbeiterInnen auch um eine neue Zusammenarbeit mit einer Ärztin die Psychiaterin ist.

Es geht also auch um die Schnittstelle zwischen zwei Systemen, dem Drogenhilfesystem und dem medizinischen System, und beide mussten sich aneinander gewöhnen, voneinander lernen und sich gegenseitig öffnen.

Angeboten werden heute daher nicht nur beratende, stützende und therapeutische Gespräche für Klienten/Patienten, sondern auf Nachfrage auch Beratung und psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik für andere Profis, wie z.B. Sozialarbeiter, aber auch substituierende Ärzte anderer Fachrichtungen. Es werden im Einzelfall Therapie-vorschläge für eine Psychopharmakotherapie gemacht, die durch Hausärzte oder Substitutionsambulanzen durchgeführt wird.



Die wichtigste Zielgruppe sind allerdings Drogen konsumierende Menschen die an innerseelischen oder zwischenmenschlichen Konflikten leiden und von sich aus um Hilfe bitten oder den Sozialarbeitern aufgefallen sind, z.B. wegen Ängsten und depressiven Verstimmungszuständen oder anderer Verhaltensauffälligkeiten.

Fast alle hatten entweder noch keinen oder misslungenen Kontakt zu Psychiatern oder Therapeuten und würden sich weder in eine Praxis noch in stationäre Behandlung begeben.

Hier zeigt sich sehr gut das Problem auf beiden Seiten des Systems. Das klassische psychiatrische /therapeutische System schließt oft Drogenabhängige aus, teils ganz offen, teils durch immanente Strukturen.

Die Einrichtungen der Drogenhilfe sind trotz der mittlerweile durch zahlreiche Untersuchungen belegten hohen psychiatrischen Komorbidität von Sucht, bisher kaum auf psychisch Kranke eingestellt.

Die Veränderungen entstehen allerdings durch kooperative Ansätze und jedes Projekt wie unseres bildet einen wichtigen neuen Baustein der Vernetzung.

Durch eine Verschränkung der Perspektiven kann durch die Vernetzung von verschiedenen Angeboten unterschiedlicher Professionen an einem Ort und mit den selben Klienten immer mehr von der Nutzung synergetischer Effekte gesprochen werden.

#### **Klientenzentrierte Arbeit**

Viele Klienten kommen von sich aus oder auf Empfehlung von SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen aus anderen Einrichtungen oder des Streetwork.

Manche werden von ihren SozialarbeiterInnen begleitet, da zu diesen oft ein tragfähiges persönliches Vertrauensverhältnis besteht.

Primäres Ziel ist die Herstellung eines persönlichen Kontaktes um eine professionelle therapeutische Beziehung aufbauen zu können.

Eine Exploration findet nicht so strukturiert wie in einer Klinik statt, sondern indirekt im Gespräch, da die Aufnahme von Beziehung im Vordergrund steht.

Ebenfalls im Vordergrund stehen das konkrete Anliegen des Klienten und die Frage nach Unterstützung in der aktuellen Situation, so kommt es manchmal, aber nicht immer zu einer Verdachtsdiagnose und einem regelmäßigen Kontakt. Manche Klienten kommen nur einmalig oder sporadisch. Es werden Krisenintervention angeboten, stützende, beratende und explorierende psychiatrische Gespräche sowie längere Gespräche mit psychotherapeutischem Charakter.

Begonnen wurde die Sprechstunde mit einem klassischen medizinischen und damit krankheitszentrierten Ansatz. Ziel war ein besseres Verständnis für die individuelle Entwicklung einer psychischen Störung, also der Drogenabhängigkeit und der vorhandenen psychiatrischen Komorbidität einer bestimmten Person. Dieser Ansatz zielte auf ein möglichst gutes Verstehen einer Krankengeschichte um eine angemessene und individuelle Therapieplanung zu ermöglichen.

Zwar bildet die Sprechstunde auch heute noch ein kuratives und sekundärpräventives Angebot, aber die Begrenztheit einer ausschließlich an der Pathogenese orientierten medizinische Herangehensweise wurde besonders durch ständiges vernetztes arbeiten mit Sozialarbeitern und deren Ansätzen auf der psychosozialen Ebene immer deutlicher.

Die die Arbeit des La Strada den akzeptierenden Ansatz verfolgt verschob sich auch der



Focus der Psychiaterin mit der Zeit von der Sichtweise des Kranken und seiner Erkrankung im Zentrum hin zur Ressourcenorientiertheit – der Salutogenese.

### **Salutogenese**

Das Konzept orientiert sich an dem von Antonovsky entwickelten Salutogenesekonzept und zielt auf die systematische Förderung der seelisch gesunden Anteile von Drogenabhängigen. Als besonders starke gesundheitsfördernde Faktoren werden in dem Konzept der Salutogenese die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Sinnhaftigkeit des eigenen Seins und Handelns und der eigenen Lebenswelt genannt.

Je stärker die eigenen Fähigkeiten entwickelt werden können, desto weiter bewegt sich der Klient in Richtung Gesundheit, trotz aller Belastungen. Dazu braucht es oft Begleitung durch ineinandergreifende Sozialarbeit und psychotherapeutische Hilfe.

Die Sprechstunde wurde so erweitert durch Klienten die sich bereits aus der Drogenszene langsam entfernten aber trotz Drogenfreiheit oder eines sehr reduzierten Konsums nicht zufrieden wurden, sondern sich häufig orientierungslos fühlten.

Entwicklungsbedarf besteht oft hinsichtlich psychosozialer Kompetenzen wie z.B. Kontaktaufnahme., Beziehungsaufbau und Beziehungspflege. Das wird vielen jedoch oft erst klar, wenn die existentiellen Probleme wie Wohnung und relative Abstinenz gelöst sind oder scheinen. Zu leicht kommt es dann zu einem Kollaps, alles Erreichte wird in Frage gestellt und der Absturz in das alte Leben mit Drogen beginnt.

Grundlegende Fähigkeiten für den guten Umgang mit sich selbst und mit anderen Menschen wurden häufig nicht ausreichend gelernt. Genau hier soll ebenfalls angesetzt werden, denn auch für diese Menschen ist die Schwelle zu einem niedergelassenen Therapeuten viel zu hoch, die Scham zu groß. Selbstzweifel und Enttäuschung führen nicht selten zu Rückfällen und selbstschädigendem Verhalten.

Kontaktverhalten und Beziehungsaufbau sind meist verbesserungswürdig, die Wahrnehmung von eigenen Bedürfnissen und das Steuern von Gefühlen sind eingeschränkt und daher fehlen die Grundlagen um sich im klassischen therapeutischen Setting Hilfe zu holen und diese annehmen zu können.

Die Anlaufstelle La Strada ist vielen jedoch bekannt, wenn sie keinen Ausweg mehr sehen und Hilfe brauchen. Kontakt zu Sozialarbeitern besteht im Regelfall und wird genutzt. Über uns Sozialarbeiter kann dann im Rahmen einer Beratung, meist im längerfristigen Kontakt, der Kontakt zur Psychiaterin hergestellt werden und so die Berührungängste verringert werden. Durch die enge Zusammenarbeit sind Synergieeffekte möglich, z.B. ein Klient wird durch Sozialarbeiter vom Kontaktcafe und dem Drogenkonsumraum über einen langen Zeitraum begleitet und in Substitution vermittelt, der Klient hält den Kontakt zur Sozialarbeit und wird dort psychosozial weiter betreut, ergänzend besucht er die Sprechstunde und nutzt anschließend die Akupunktur.

### **Akupunktur**

Akupunktur ist eine Behandlungsmethode deren Ausgangspunkt das Prinzip ist, dass es im menschlichen Körper verschiedene Formen von Energie gibt, die sich miteinander im Gleichgewicht befinden. Wird dieses Gleichgewicht gestört, treten Beschwerden auf.

Die Ohrakupunktur, angelehnt an die Traditionelle Chinesische Medizin, wird ebenfalls seit 2000 im La Strada angeboten. In Zusammenarbeit mit der Psychiaterin bieten 2 mal die Woche 3 in dieser Methode nach dem NADA Protokoll ( National Acupuncture

Detoxification Association) ausgebildeten Sozialarbeiter die Akupunktur an. Die Methode wird in den USA seit 20 Jahren beim Drogenentzug eingesetzt. Verschiedene Reflexzonen des Körpers spiegeln sich im Ohr wieder, daher können Störungen und Beschwerden in den Körperorganen und Funktionen durch die Ohrakupunktur wieder ins Gleichgewicht gebracht werden.



Durch das Setzen der Nadeln an 5 festgelegten Punkten am Ohr werden die körpereigene Endorphinbildung angeregt und die Selbstheilungskräfte des Körpers stimuliert. Schlafstörungen und Schmerzen werden verringert, Der Suchtdruck - Craving“) wird gemildert. Die Suchtakupunktur ist stoffunspezifisch und wirkt bei allen Süchten.

Bei regelmäßiger Anwendung kann die Herunterdosierung des Suchtmittelgebrauchs während der Substitution unterstützt werden.

Auch ein vollständiger (körperlicher und psychischer) Entzug von Heroin, Kokain, Methadon, Alkohol oder Nikotin ist möglich. Trotz positiver Erfahrungen ist die Akupunktur kein Wundermittel.

Allerdings berichten viele Klienten in unserem Haus, dass über ein wohliges Körpergefühl, Erholung und Entspannung sowie eine bessere Selbstwahrnehmung. Sie fühlen sich strukturierter, und stärker und verspüren weniger Suchtdruck.

*Beispiel:* Ein Klient (vorwiegend Kokainabhängigkeit mit psychotischen Schüben) ließ sich über fast 6 Monate regelmäßig akupunktieren. Im Laufe der Behandlung bemerkte er eine deutliche Verbesserung seiner körperlichen Befindlichkeit. Er konnte nachts wieder durchschlafen, Verspannungen lösten sich und die Immunwerte seiner HIV Erkrankungen zeigten eine deutliche Verbesserung. Des weiteren nahmen seine psychischen Beschwerden ab. Angstgefühle reduzierten sich, Stimmen im Kopf wurden weniger, er fühlte sich entspannt und ruhiger. Die Zeitabstände zwischen seinen Rückfällen mit Kokain wurden größer.

#### **Fazit nach 5 Jahren psychiatrischer-psychotherapeutischer Sprechstunde:**

Alle Zweifel ob Psychiatrie in einem solchen Rahmen angenommen würde sind mittlerweile zerstreut. Die Sprechstunde hat bei den Drogenabhängigen längst Akzeptanz gefunden. Die Besonderheit liegt nach wie vor in der Präsenz von fachärztlicher, psychiatrischer und psychotherapeutischer Kompetenz vor Ort im La Strada, einer niedrigschwelligen Einrichtung der Drogenhilfe im Frankfurter Bahnhofsviertel.

Die unbürokratischen Kooperationsmöglichkeiten der verschiedenen Berufsgruppen im Haus haben sich bewährt, egal ob es um spontane Krisensituationen oder längerfristige Planung von Entwöhnungstherapien geht, auch der Verbund mit der Akupunktur läuft gut. Das Verständnis für die Sichtweisen, Kompetenzen und Konzepte der anderen Berufsgruppen ist gewachsen. Ein kooperativer, wertschätzender Stil der Zusammenarbeit hat sich etabliert.

Leider gibt es aufgrund des bisher begrenzten Rahmens keine statistische Aufarbeitung oder aufwendige Dokumentation, trotzdem hier ein paar aktuelle Zahlen:

#### **2005 fanden**

- 85 Sprechstunden statt.
- es wurden mit 343 PatientInnen Gespräche geführt, (144 Frauen und 199 Männer)
- außer den häufig stattfindenden informellen nicht gezählten, Gesprächen mit Mitarbeitern des Hauses fanden 26 Gespräche mit SozialarbeiterInnen anderer Einrichtungen statt



- es wurden 8 konsiliarische Gespräche mit anderen Ärzten geführt
- es wurden 20 Briefe und Bescheinigungen für Patientinnen geschrieben.
- mit 7 Einrichtungen des Drogenhilfesystems wird intensiv und regelmäßig auf allen fachlichen Ebenen zusammen gearbeitet
- diagnostisch wurden vor allem Menschen mit folgenden Störungen gesehen :  
Affektiven Störungen, vor allem Depression und Angst, Psychosen unterschiedlicher Genese, Persönlichkeitsstörungen (Borderline Persönlichkeitsstörung, narzistische Störungen) und posttraumatische Belastungsstörungen.



## 2.2.4. International Networking: important, improving, indispensable

### **CORRELATION** - Europäisches Netzwerk Soziale Integration und Gesundheit

*Eberhard Schatz, amoc/DHV Amsterdam/ CORRELATION*

Nachfolgend eine Übersicht der in *CORRELATION* vernetzten Organisationen. Details dazu finden sich auf den jeweiligen websites

#### **ITACA – Europe, Italy**

To foster open-minded collaboration and debate between people from different national and professional backgrounds in order to develop common strategies, techniques and good practice which are evidence based and protect human rights.  
<http://www.itacaeurope.org/>

#### **T3E, France**

Since 1991, the European network for exchange, exposition and action research has identified and created a space for peer training and exchange of knowledge for professionals working in the field of drug prevention and harm minimisation  
[http://www.t3e-eu.org/pages/presentation\\_fr.htm](http://www.t3e-eu.org/pages/presentation_fr.htm)

#### **ERIT**

Federation of European Professional Associations Working in the Field of Drug abuse  
<http://fwww.freeweb.supereva.com/eritalia.freeweb/>

#### **ELISAD**

European association of libraries and information services on alcohol and other drugs  
<http://www.elisad.uni-bremen.de/>

#### **IREFREA, Spain**

Irefrea is a professional European network founded in 1.988 interested in the promotion and research of prevention of drug and other child and adolescent problems  
<http://www.irefrea.org/seminars.htm>

#### **PrevNet, Belgium**

Improving prevention by using the internet  
<http://www.prevnet.net/>

#### **Basics network, France**

For more than 10 years, in many European cities, peer projects have been created from different party scenes to promote individual choice, drug awareness and take an active role in the cultural development within various electronic & dance music communities  
<http://www.basics-network.org/>

#### **Sastipen Network**

EUROPEAN NETWORK FOR DRUG ABUSE AND HIV/AIDS PREVENTION IN THE ROM COMMUNITY  
<http://www.gitanos.org/sastipen/health01/sastipen/default.htm>



**ALIA , Spain**

Latin harm reduction network

**Aids Action Europe,France**

AIDS Action Europe is a pan-European partnership of non-governmental organisations (NGOs). We aim to create a more effective response to the HIV and AIDS epidemics in Europe and its neighbours

<http://www.aidsactioneurope.org/>

**AIDS & MOBILITY, The Netherlands**

AIDS & Mobility Europe (A&M) is a network for the support of European organisations that provide HIV/AIDS prevention and care to mobile and migrant populations. A&M pays special attention to young migrant people

<http://www.aidsmobility.org/index.cfm?fuseaction=diverse.showNFPCountry&id=NL&code=296>

**CEEHRN**

Support, develop and advocate for harm reduction approaches in the field of drugs, HIV, public health and social exclusion by following the principles of humanism, tolerance, partnership and respect for human rights and freedoms

<http://www.ceehrn.org/>

**TAMPEP, The Netherlands**

Transnational Aids/STI prevention among migrant prostitutes in Europe

<http://www.europap.net/links/tampep.htm>

**seea.net**

SOUTH EASTERN EUROPEAN – ADRIATIC ADDICTION TREATMENT NETWORK

<http://www.ceehrn.org/>

**ENDIPP**

Eberhard Schatz

Coordinator **Correlation Network**

<p><b>DC&amp;D</b> Eberhard Schatz Coordinator Correlation Network</p>	<p>* Research</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Policy debate</li> <li>● Hard to reach groups</li> <li>● Methodology</li> </ul> <p>* seminars</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Political debate</li> <li>● Conference</li> </ul> <p><a href="http://www.correlation-net.org">www.correlation-net.org</a></p>
<p>Keywords:</p>	<p>Empowerment</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● linking research and practice</li> <li>● Correlation between different target groups and methodologies</li> </ul> <p>study on access to health</p>



## European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP<sup>9</sup>)

*Prof Dr.Heino Stöver, Universität Bremen*

The European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP) was founded in 2004 from the merge of three existing networks, namely the European Network for Drug Services in Prison and the Central and Eastern European Network for Drug Services in Prison, which had been coordinated by Cranstoun Drugs Services , and the European Network on HIV and Hepatitis Prevention in Prison, previously under the coordination of WIAD , the Scientific Institute of the German Medical Association. Today, the Network is jointly coordinated by WIAD and Cranstoun Drug Services.

ENDIPP is a Europe-wide, multi-disciplinary Network working on the Prevention of Drugs and Infections in Prison and it is active in all 25 EU Member States and accession countries. The Network is co-funded by the European Commission's Public Health Program .

Since the beginning of its activities in 1995, ENDIPP's partnerships have continuously expanded and the Network now counts 65 partners across the EU MSs, as well as observers in the CIS and in South Eastern Europe. Moreover, ENDIPP has developed a constituency of approximately 7,500 professionals across the EU, including colleagues from national, regional and international bodies. Ongoing cooperation takes place with the WHO Regional Office for Europe. WHO Health in Prison Project and, the EMCDDA, where ENDIPP seats regularly in advisory and experts groups and the Pompidou Group. *Prison administrations* as the majority of the EU prison services are partner of the Network, together with statutory health agencies, probation and social services, non-governmental organisations and universities.

ENDIPP has nominated country network coordinators in each of the 25 EU Member States and accession countries. The Network partners are engaged in ENDIPP's work through the "Network Steering Group (NSG)" and the "Network Scientific Steering Committee (NSSC)".

The NSG, whose secretariat is ensured by Cranstoun, is charged with ensuring overall strategic direction of the Network and comprises representatives from country network coordinators, International Organisations and senior staff members of the Network.

The NSSC is charged with giving consistency to the overall research architecture and to the training programs. The NSSC has a maximum of 10 members, including "Country Research Coordinators", and its secretariat is provided by WIAD.

The Network has four offices (London, Bonn, Brussels and Warsaw), each with primary areas of responsibility in managing and imple-menting the work-plan.

ENDIPP aims to protect and improve public health policies, programs and strategies at national and European level by:

- promoting the adoption of integrated, inter-sectoral drug-demand reduction and infections prevention strategies in European prisons;

---

<sup>9</sup> See [www.endipp.net](http://www.endipp.net)



- advocating and promoting the implementation of the "principle of equivalence" between health care in prison and in the community and;
- encouraging cooperation between countries to reduce drug related health damage and related negative social consequences.

*The objectives of the Network are to:*

- collect, compare and widely distribute data and information on infectious diseases, drug use and its consequences and related prevention activities in prisons in the EU Member States;
- develop with all involved partners common and effective epidemiological and sociological research tools, in order to monitor the epidemiology of drug related health threats and evaluate prevention approaches
- promote exchange of experience and information in the above area in the Member States
- promote and sustain the implementation of effective harm reduction and abstinence oriented programmes (in the context of current national legislation)
- formulate recommendations for primary and secondary prevention of infectious diseases and other drug related health and social problems.



Heino Stöver





## ENCOD - European Coalition for Just and Effective Drug Policies



The European Coalition for Just and Effective Drug Policies, is a pan-European network of currently 140 NGO's and individual experts involved in the drug issue on a daily base. We are the European section of an International Coalition, which consists of more than 200 NGOs from around the world that have adhered to a [Manifesto for Just and Effective Drug Policies: http://www.encod.org/mane.htm](http://www.encod.org/mane.htm) (established in 1998). Among our members are organisations of cannabis and other drug users, of health workers, researchers, grassroots activists as well as companies. For a complete list of members, see: <http://www.encod.org/listofmembers.htm>.

### What we want

Our common concern is that citizens are particularly disadvantaged in confronting the effects of the drug trade and the negative side-effects of drug control policies, and at the same time, they are excluded from the (inter)national fora where decisions on these and other related policies influencing drug control, are made. Therefore, our goal is to obtain more transparency and democracy in the drug policy-making process.

### What we believe

We believe that drug control policies should be subordinated to guiding principles of sound governance, such as those laid out in the the Universal Declaration of Human Rights and the Convention on Biodiversity. In particular to those principles which guarantee respect for social, economic and political rights, and the cultural diversity of all human beings, and those which take into account the sustainability of the planet.

### What we do

ENCOD facilitates an effective information exchange, shared analysis and co-ordination of actions between a network of organisations that defend the interests of millions of people, many of whom do not dare to express themselves.

### Where we come from

ENCOD was set up in 1993 thanks to the support of the European Commission, as an NGO counterpart to the European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction. However, the Management Board of the EMCDDA later decided to ignore any NGO involvement in the work of the EMCDDA. We are a self-financed and completely independent network. The association is legally based in Belgium, and is steered by a Committee of 6 people from different EU countries.

- In 2006, ENCOD members produced various expressions calling for the need to regulate drugs. For an overview of these activities see <http://www.encod.org/campaign2006.htm>
- In 2005, ENCOD members put the seeds of a new legislation on drugs. For a report on these activities see <http://www.encod.org/campaign2005.htm>
- In 2004, we focussed our efforts on the new EU drug strategy for 2005-2012. For a report on these activities see: <http://www.encod.org/contest.htm>

ENCOD members are invited to participate in an Annual Assembly and participate in electronic mailing lists. One mailing list provides a forum for exchange of information about each member's activities, another for joint planning of activities.

We publish a monthly [bulletin](http://www.encod.org/BULLETIN27.pdf) (<http://www.encod.org/BULLETIN27.pdf>) containing an actual comment on the European Union's drug policy and news on ENCOD's activities.

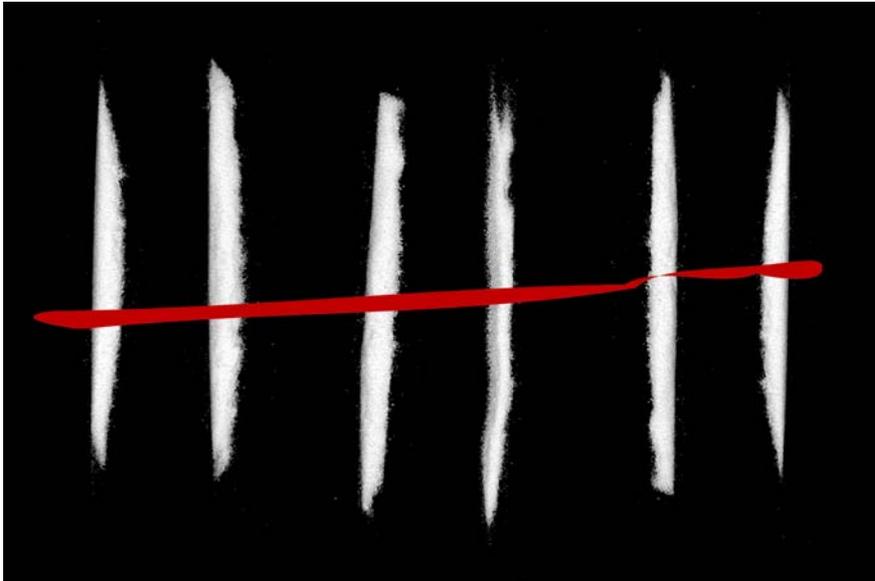


Suscribers and members of ENCOD receive this bulletin directly, others can read it on this site one month after it has been published.

You can **support** us by becoming a subscriber, member or donor of our organisation: <http://www.encoded.org/support.htm>

The overall goal of ENCOD remains to obtain a revision of UN Conventions before 2008. We believe that in order to do this, we need to insist on the frictions there are between legislation & political practice, practice & theory, effectiveness & moralism, propaganda & science, Europe & US, local & national authorities, so that it becomes clear to more people that there is only one way to come out of this dilemma. The strategy remains to continue the lobby for a different drug policy on both EU and UN level, organise events (for instance in the framework of the CND meetings in Vienna), make publications on the issue of drug policies for which we bring together experiences and opinions from different countries and backgrounds and 'merchandise' different products in which we will spread our message (for instance a DVD containing a video on our work).

Joep Oomen, Antwerpen





## 2.3. Repression und Hilfe

### 2.3.1 Projekt Ossip Frankfurt/Main;

Jürgen Klee, AIDS-Hilfe Frankfurt e.V., La Strada Drogenhilfe & Prävention

#### **Mit vereinten Kräften**

#### **In Frankfurt am Main arbeiten Sozialarbeit und Polizei in der Drogenhilfe Hand in Hand**

Im Juli 2004 startete in Frankfurt am Main ein Streetwork-Modell besonderer Art. Das Projekt OSSIP betrat durch die Zusammenarbeit zwischen Drogenhilfe und Ordnungsbehörden Neuland. OSSIP steht für „Offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention, Prävention“ und setzt die Tradition des so genannten „Frankfurter Weges“ in der kommunalen Drogenpolitik fort. Dieser ist getragen von einer weitestgehenden Konsensbildung zwischen den oft widersprüchlich erscheinenden Zielsetzungen von Drogenhilfe und ordnungspolitischen Maßnahmen.

Die in den vergangenen 15 Jahren in Frankfurt am Main entwickelte und sukzessiv erweiterte Infrastruktur der niedrigschwelligen und begleitenden Drogenhilfe mit Kontaktläden, Notschlafstellen, Drogenkonsumräumen, Methadonvergabe erreicht heute einen großen Teil der im Bahnhofsviertel verkehrenden Abhängigen. Sie umfasst elementare Gesundheitsvorsorge, Krisenhilfe und Überlebenshilfe für eine Zielgruppe, deren Lebensführung von langjährigen Drogenkarrieren geprägt ist. Die ohne Zugangsschwellen vorgehaltene Versorgung wird ergänzt durch spezifische Beratungs- und Arbeitsangebote sowie die Vermittlung weiterführender therapeutischer und sozial-integrativer Hilfen.

Wesentliche Elemente dieser Infrastruktur wurden seit Beginn der 90er Jahre in einer konzertierten Strategie zur Auflösung der Drogenszene implementiert, die sich insbesondere in der Taunusanlage etabliert hatte und über die öffentlichen Toleranzgrenzen hinaus expandierte.

Während Polizei und Ordnungsbehörden mit repressiven Maßnahmen eine Rückbildung der Drogenszene erzielten, boten die neuen niedrigschwelligen Hilfen eine Auffangstruktur für die aus dem öffentlichen Raum verdrängten Drogenkonsumenten. Gleichzeitig haben diese Maßnahmen wesentlich dazu beigetragen, die Zahl der Neuinfektionen mit HIV bei den intravenösen Drogenkonsumenten einzudämmen (von über 20 auf etwa 5%) und die Ende der 80er Jahre und Anfang der 90er Jahre dramatisch angestiegene Zahl von Drogentoten (1991: 147, 2005: 24) durch eine wirksame Drogennotfallprophylaxe und „offizielle“ Drogenkonsumräume seit 1994 stark zu reduzieren. Die lebenspraktischen, medizinischen und psycho-sozialen Interventionen haben die Verelendung der in der offenen Drogenszene lebenden Abhängigen spürbar mindern können.

In der Folge wurde dem „Frankfurter Weg“ in der Drogenpolitik von Bürgern, lokalen und überregionalen Medien wie auch der Fachöffentlichkeit eine hohe Wirksamkeit bescheinigt: Die Lebenssituation der Abhängigen hat sich spürbar verbessert.

Öffentlicher Drogenhandel und -konsum sind deutlich zurückgegangen.

Gleichwohl ist, trotz bedarfsorientierter Anpassung von Versorgungskapazitäten, Öffnungszeiten und Arbeitskonzepten der Hilfeeinrichtungen, insbesondere das Bahnhofsviertel mit Ansammlungen von Drogenkonsumenten und öffentlichem Drogen-



konsum konfrontiert. Die aktuelle Problemlage wird von verschiedenen Faktoren, wie Entwicklungen im Drogenmarkt, Veränderungen in den Konsummustern der Abhängigen, der Dynamik des Crack-Konsums und den Auswirkungen langjähriger Verelendungs- und Verwahrlosungskarrieren beeinflusst.

Drogenkonsum findet trotz guter Hilfsangebote in der Gruppe der langjährig Drogenabhängigen auch weiterhin in der Öffentlichkeit statt und wird zunehmend als „Störung“ empfunden.

In der so genannten „Montagsrunde“, dem kommunalen Beratungs- und Steuerungsgremium, wurden abgestimmte Maßnahmen zur Intervention beraten. Dabei sollten nachhaltige Strategien von Polizei und Ordnungsbehörden zur Bekämpfung des Drogenkonsums im öffentlichen Raum verbunden werden mit spezifischen Maßnahmen des Hilfesystems. In einer aus Mitgliedern der Montagsrunde und den Trägern der Drogenhilfe im Bahnhofsviertel zusammengesetzten Arbeitsgruppe wurden verschiedene Optionen beraten, um die szenenahen Hilfeangebote im Bahnhofsviertel zu steuern. Erfahrungen in der Schweiz (C [www.sip-zueri.ch](http://www.sip-zueri.ch)) flossen dabei ebenso ein wie eine kritische Rezeption der bisherigen Maßnahmen in Frankfurt selbst. Das jahrelange Nebeneinander oder Gegeneinander von Polizei und Sozialarbeitern wurde mit dem Aufkommen von Crack in Frankfurt abgelöst von gegenseitigen Unterstützungs- und Hilfemaßnahmen.

Dadurch war eine lösungsorientierte und weniger ideologisierende Kooperation möglich und es entstand ein konstruktiveres Miteinander auf der Arbeits- und Führungsebene beider Systeme.

Dabei wurde keineswegs versucht, die notwendige Trennung von Kräften der Polizei und Ordnungsbehörden einerseits und Fachkräften der Drogenhilfe andererseits wegen ihrer unterschiedlichen Funktionen, Aufträge und rechtlichen Vorgaben aufzulösen. Die strukturellen Unterschiede sind nun jedoch kommunizierbar und beidseitig anerkannt.

Die in den vergangenen Jahren in Arbeitsgruppen und Arbeitskontakten entwickelte und gepflegte Zusammenarbeit zwischen Drogenhilfe und Polizei darf als beispielgebend betrachtet werden. Unter Wahrung der gesetzlichen Bestimmungen und unter Achtung der unterschiedlichen Rollen und Aufträge besteht eine gute gegenseitige Unterstützung ohne dass die Aufgaben der Polizei und der Drogenhilfe vermischt werden. Nur so wird Misstrauen und verminderter Kooperationsbereitschaft in der Zielgruppe entgegengewirkt. Sowohl von Ordnungskräften als auch von der Drogenhilfe werden so Konflikte mit gesetzlichen Rahmenbedingungen und Probleme hinsichtlich des Datenschutzes und der Schweigepflicht verhindert.

### **Aufsuchende Betreuung und Fallmanagement für Drogenkonsumenten im Bahnhofsviertel**

Getragen wird das Projekt von fünf neu geschaffenen Streetworker-Stellen der kooperierenden Einrichtungen: AIDS-Hilfe Frankfurt e.V./La Strada – Drogenhilfe & Prävention; Frankfurter Verein für Soziale Heimstätten, Frauenberatungsstelle; Integrative Drogenhilfe an der Fachhochschule Frankfurt, Drogenkonsumraum Niddastrasse; Jugendberatung und Jugendhilfe e.V./Drogennotdienst Elbestraße und Verein für Arbeits- und Erziehungshilfe e.V./Cafe Fix. Die Projektpartner stellen jeweils erfahrenen Fachkräfte, die aufsuchende Beratung und Betreuung sowie einrichtungsübergreifendes Fallmanagement zum Auftrag haben.



Die Tätigkeit des Projektteams erfolgt eingebettet in ein konzertiertes Vorgehen von städtischen Behörden, Drogenhilfe und Polizei, um den öffentlichen Drogenkonsum, den Handel und die Szenebildung nachhaltig zu mindern. Eine Lenkungsgruppe steuert das gemeinsame Vorgehen.

Die Sozialarbeiter nehmen aktiv und gezielt Kontakt zu Drogenkonsumenten auf, die im öffentlichen Raum konsumieren und sich im Stadtviertel und an Treffpunkten der Drogenszene dauerhaft aufhalten. Sie fungieren als Clearing-Stelle für eine einrichtungsübergreifende personenzentrierte Hilfeplanung und beziehen die Ressourcen des Hilfesystems und der für die Zielgruppe zuständigen Ämter und Einrichtungen des Gesundheitswesens ein. Sie prüfen, initiieren und begleiten Strategien zur aktiven Rückkehrhilfe für auswärtige Drogenkonsumenten. Sie setzen sich mit den psychosozialen Dynamiken und Konstellationen, den Lebensbedingungen, der in der Drogenszene lebenden Abhängigen sowie mit Entwicklungen im Drogenmarkt und Drogenkonsum auseinander. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse bringen sie in Interventionskonzepte ein, die darauf abzielen, die Risiken und Belastungen sowohl in der Zielgruppe als auch in der Öffentlichkeit zu reduzieren. Sie arbeiten unter Beachtung des Vertrauensschutzes für die Klienten und der Verhaltensstandards für Drogenberatung und Drogenhilfe mit der Polizei und den für die öffentliche Ordnung und das Gesundheitswesen zuständigen Behörden zusammen. Sie arbeiten mit der Justiz zusammen mit dem Ziel, fallorientierte Lösungen zu entwickeln.

**Vorrangige Ziele sind:**

- die Wirksamkeit und die Reichweite der Krisen- und Überlebenshilfe bei Drogenkonsumenten zu erhöhen
- Ansprache mit dem Ziel den öffentlichen Drogenkonsum zu beenden
- Ansprache mit dem Ziel, öffentliche Ansammlungen aufzulösen
- Motivierung der Zielgruppe Beratung, Behandlung, Betreuung und lebenspraktische Hilfen in Krisenzentren, Konsumräumen, Notschlafstellen und medizinischen Ambulanzen des Drogenhilfesystems in Anspruch zu nehmen
- die Versorgung verelendeter Drogenkonsumenten zu verbessern
- einer Verfestigung des Aufenthalts von auswärtigen Drogenkonsumenten im Stadtgebiet zu entgegenzuwirken
- auswärtigen Drogenabhängigen in ihre Herkunftsorte zurück zu führen oder sie in stationäre Behandlung zu vermitteln oder ihre Betreuung durch geeignete Hilfen zu unterstützen

*Leistungsangebote und Methoden sind:*

- Streetwork und Kontaktaufnahme zur Zielgruppe im Bahnhofsviertel
- Casemanagement: Initiierung, Planung, Vermittlung und Koordination personenbezogener Hilfen in den zuständigen Hilfesystemen
- Abstimmung von Maßnahmen im Projekt OSSIP und im Verbund der Krisenzentren
- Einzelfallhilfe mit individueller Zielvereinbarung und Hilfeplanung
- Vermittlung spezifischer Hilfen, wie Versorgung mit Obdach, Vermittlung in medizinische und psychiatrische Behandlung, Entgiftung, Übergangseinrichtungen und Rehabilitation
- Begleitung der Klientel bei der Vermittlung und Durchführung von Hilfen und Maßnahmen
- Initiierung, Vorbereitung und Durchführung von Rückkehrhilfen inklusive persönlicher Begleitung



### *Umsetzung*

Das Projekt startete im Juli 2004 mit dem Ziel, die offene Drogenszene im Bahnhofsviertel aufzulösen und Drogenkonsumenten Hilfen anzubieten. Den ordnungspolitischen Teil übernahm die Polizei, indem sie den öffentlichen Drogenkonsum und die Szenebildungen auf den Straßen unterband. Den sozialarbeiterischen Teil des Projektes übernahmen die fünf Drogenhilfevereine. Ziel der Streetworker ist es, neben direkter Einzelfallhilfe Drogenkonsumenten an die bestehenden Einrichtungen heranzuführen und ihre persönlichen Lebensverhältnisse durch gezielte Maßnahmen zu verändern. Das Projekt wurde in drei Phasen umgesetzt.

### *Start und Kommunikation*

Die erste Phase beinhaltet die Kommunikation der „Regeln“, die von den Initiatoren des Projektes OSSIP festgelegt wurden: kein öffentlicher Konsum und Handel mit Drogen, sowie das Vermeiden von Szenebildung. Zu diesem Zweck wurden entsprechende Faltblätter erstellt, auf denen die Regeln kommuniziert wurden und auf die Angebote der Drogenhilfe hingewiesen wurde. Weiterhin warben die Mitarbeiter für ein friedliches Miteinander zwischen Drogenkonsumenten und Anwohnern im Bahnhofsviertel. Den Mitarbeitern wurde nur selten Misstrauen entgegen gebracht. Einige der Klienten stellten allerdings Fragen zur weiteren Entwicklung. Eine besondere Aufgabe bestand in der Suche nach geeigneten Kooperations- und Ansprechpartnern. So wurde beispielsweise ein Mitarbeiter des städtischen Sozialamtes eigens für die Betreuung der „OSSIP-Klienten“ eingesetzt.

Das vereinfachte die Zusammenarbeit erheblich.

### **Intensivierung der Hilfe**

In dieser Phase wurde der Polizeieinsatz merklich verstärkt und deutlich aufgezeigt, dass der öffentliche Konsum und Szenebildungen nicht mehr toleriert werden. Dabei zeigte sich die Polizei erfreut über den Informationsstand der Konsumenten, da diese ausnahmslos über die Veränderungen der „offenen Drogenszene“ in Kenntnis gesetzt waren. Auch vorherige Bedenken seitens der Polizei, durch die Räumung eine Gewaltspirale auszulösen bestätigten sich bis auf wenige Einzelfälle nicht. Im Gegenteil, die Drogengebraucher verhielten sich zum größten Teil sehr kooperativ und reduzierten den öffentlichen Konsum. Dadurch zeichnete sich in dieser Phase des Projektes ein deutlicher Anstieg der Besucherzahlen in den Konsumräumen ab (plus 12% im Vergleich zu den Vormonaten). Durch die ständige Präsenz auf der Straße waren die Sozialarbeiter kontinuierliche Ansprechpersonen für die Drogenabhängigen und Polizei gleichermaßen. Oft konnte bei sich zuspitzenden Konflikten zwischen beiden Parteien vermittelnd eingegriffen werden. Allerdings war auch ein großer Aufklärungsbedarf auf operativer Ebene der im Bahnhofsviertel neu eingesetzten Beamten erforderlich.

Insbesondere bestand Informationsbedarf über die sozialarbeiterischen wie medizinischen Hilfen der einzelnen Drogenhilfeeinrichtungen. Latent wurden auch immer wieder Ängste der einzelnen Beamten deutlich, sich mit Hepatitis und HIV zu infizieren. Durch kontinuierliche Informations- und Aufklärungsarbeit wurde dem entgegen gewirkt.

Die Zusammenarbeit mit der polizeilichen Führungsebene war ausnahmslos gut, so dass durch Absprachen immer Konflikte gelöst werden konnten. Das Hilfeangebot war zu diesem Zeitpunkt soweit vernetzt, dass über aktuelle kurze Kriseninterventionen hinaus, Vermittlungen in Substitution, ärztliche Behandlung, Notübernachtung, Rechts-



beratung und Entgiftung geleistet wurde. Dadurch konnten Drogenabhängigen schnelle, langfristige und lösungsorientierte Hilfen angeboten werden.

Klienten begannen, sich gegenseitig an die Sozialarbeiter zu verweisen. Damit wurde offensichtlich, dass Bedarf an dieser Form der offensiven Sozialarbeit besteht. Das zeigte sich unter anderem durch die hohe Präsenz auf der Strasse (mindestens 50 % des Stellenumfanges), wo es insbesondere bei rückfälligen Konsumenten besser möglich war, diese zu beobachten, frühzeitig zu intervenieren und einen Rückfall gegebenenfalls abzufangen. Dies gelang auch durch einen regelmäßigen Informationsaustausch mit den Kollegen aus den Drogenhilfeeinrichtungen und der Teilnahme an einer einrichtungsübergreifenden Arbeitsgemeinschaft.

### **Einzelfallhilfe und Fallmanagement**

Das Team absolvierte eine mehrtägige Fortbildung in motivationalem CaseManagement. Das Konzept von personenzentrierten Fallmanagement umfasst motivationale Intervention, personenzentrierte Hilfeplanung und die Koordination in den Hilfesystemen. Das Projektteam fungiert immer mehr als Clearing-Stelle für eine einrichtungsübergreifende Hilfeplanung unter Einbeziehung aller Ressourcen.

### **Perspektiven und Grenzen**

Neben der Ressource „Zeit für Klienten“ zeichnet sich das Projekt durch hohe Flexibilität aus, wodurch intensive Einzelfallarbeit möglich wird. Eine noch stärkere Vernetzung aller Bereiche der Drogenhilfe wird umgesetzt, um Ressourcen sowie Kapazitäten zu bündeln. Das Feedback der Drogenabhängigen ist überwiegend positiv, was täglich in der Arbeit auf der Strasse deutlich wird. Durch die hohe Präsenz entstand eine Art neues soziales Gefüge auf der Straße, das den Mitarbeitern zum einen den Überblick über die Szene verschafft und zum anderen einen Informationstransfer erleichtert.

Ein Problem, das im Voraus schon absehbar war, betraf die erschwerte Erreichbarkeit einiger Klienten mit Einsetzen der Polizeimaßnahmen. Sie hielten sich nicht mehr an den üblichen Plätzen auf, waren mehr in Bewegung und häufig durch die erschwerten Bedingungen der Drogenbeschaffung auch für die Streetworker schwerer erreichbar. Ein erheblicher Teil der „schwierigen Fälle“, die als OSSIP-Klienten definiert waren, stellten sich als ausländische Drogenkonsumenten heraus, für die aufgrund ihres Aufenthaltsstatus keine effektiven und dauerhaften Maßnahmen eingeleitet werden konnten.

### **Situation der Frauen**

Die besondere Situation der Frauen bedarf der Klärung. Die Frauen im Bahnhofsviertel, die aktuell Drogen konsumieren, verdienen das hierfür notwendige Geld durch Prostitution. Aufgrund der vorliegenden Sperrgebietsverordnung können die Frauen nur in einer entlegenen Toleranzzone als Prostituierte arbeiten. Sich dort zu verorten gelingt aber nur den wenigsten, die meisten sind dazu körperlich nicht in der Lage. Die Frauen versuchen deshalb im Sperrgebiet ständig in Bewegung zu bleiben und sind dadurch für gesundheitspräventives Verhalten bezogen auf die sexuell übertragbaren Erkrankungen wie HIV und Hepatitis C nicht mehr oder nur noch sehr schwer erreichbar.

Auch psychisch stark auffällige Klienten brachten OSSIP schnell an die Grenzen, da das Angebot diese Personen nicht erreichte. Es stellte sich heraus, dass an bestimmten Tagen und zu bestimmten Zeiten die Kapazität der Konsumräume nicht ausreicht. Die geöffneten Konsumräume sind dadurch teilweise überlastet.



## **support project Amsterdam**

*Cokki Janssen, Stichting De Regenboog*

### **Zielgruppe**

Das Modul für Mentoren bezieht sich auf chronisch abhängige Klienten.

Es betrifft eine heterogene Gruppe:

Die Klienten unterscheiden sich in Form und Schwere ihrer Problematik, in ihrem psycho-sozialen Funktionieren und vor allem auch in den Möglichkeiten für eine Verbesserung ihrer Lage.

Für alle Klienten gilt jedoch, daß ihre Problematik einen langwierigen Verlauf erkennen läßt, daß ein phasenweiser oder ständiger Bedarf an Hilfeleistung/Begleitung besteht, und daß ein Behandlungsplan in erster Linie nicht auf Abstinenz zielt.

### **Netzwerkpartner Support**

Ein Teil dieser Gruppe gehört zu Support, dem Amsterdamer Sozialarbeitsnetzwerk für Menschen mit einer komplizierten Behandlungsproblematik.

Die einzelnen Netzwerkpartner von Support sind:

- Die Hilfsdienste, das heißt die Drogenhilfe, das öffentliche Gesundheitswesen (Gesundheitsamt, Abteilung allgemeines Gesundheitswesen, Sozialamt, und das reguläre GGZ
- Die Polizei und das Innenministerium
- Weitere Partner: das städtische Sozialamt, das Bezirksamt Innenstadt und Klientenorganisationen.

Um städtische Hilfsdienstleistungen wirkungsvoller nutzen zu können, ist eine umfassendes Hilfsleistungssystem für Klienten entwickelt worden. Dieses System umfaßt ein koordinierendes Organ und für jeden Support Klient die individuellen Zuweisung von Mentoren. Durch die Zusammenarbeit diverser Einrichtungen und Instanzen der Stadt erhält der Klient ein Hilfsleistungsangebot, das sowohl parallel als auch nacheinander folgend angeboten wird.

In diesem Protokoll wird die Arbeitsweise der Mentoren beschrieben.

Hierbei sind vier Phasen zu unterscheiden:

Phase 1 Kontakt und Aufnahme

Phase 2 Erstellung des Behandlungsplanes

Phase 3 Ausführung des Behandlungsplanes

Phase 4 Auswertung

### *Anmeldung bei Support*

Die Anmeldung bei der Koordinationsstelle des städtischen Gesundheitsamtes erfolgt durch die Polizei und durch ambulante Sozialarbeiter (z.B. in Feldarbeit).

Die Hilfsleistungskoordination sammelt Informationen über den Klienten, erstellt ein Bild der Problematik und beschließt, ob der Klient in die Supportgruppe aufgenommen wird.

Während der Anmeldephase wird durch die anmeldenden Einrichtungen, wenn nötig in Zusammenarbeit mit dem allgemeinen medizinischen Dienst des Gesundheitsamtes, Krisenhilfe geleistet



## OPERATIONALISIERTE BEREICHE

### Bereich 1: Konsum

Niveau des Konsumverhaltens	Indikationen für das Screening
Kein Konsum	Dauerhaft von Drogen entzogen / gegenwärtig keine Abhängigkeit  Keine Behandlung / Intervention
Kein Konsum durch Untersützung im Konsumverhalten	Dauerhaft von Drogen entzogen <i>plus</i> Behandlung, orientiert an Rückfallprävention  Medikation (mit Ersatzmitteln oder unterdrückenden Mitteln)
Labiler Konsum im eigenen Umfeld <sup>10</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Labiler Konsum bildet ein Risiko</li><li>• Medikation mit Ersatzmitteln</li><li>• Tagesauffang</li></ul>
Konsum in Räumen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient besucht Konsumräume (Fixerstuben).</li><li>• Er ist primär ausgerichtet auf Konsum.</li><li>• Keine Exzesse in Konsum.</li><li>• Er nimmt am Heroinexperiment teil.</li><li>• "Straßen und Parkbank" –Alkoholiker (nachts Unterkunft)</li></ul>
Unkontrollierter Konsum draußen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Regelmäßige Notaufnahmen / Ambulanz des städtischen Gesundheitsamtes wird benötigt.</li><li>• Polizeiliche Indikation "Rauschbetten" / Festnahme zur Ausnüchterung.</li><li>• Die Polizei wünscht Konsumräume (Fixerstuben).</li><li>• Der Klient erhält Bußgelder wegen Übertretung des Rauschmittelgesetzes.</li><li>• Klienten arbeiten in der Straßenprostitution / Sie arbeiten, um zu konsumieren (registriert bei der Poliklinik Nieuwe Prinsengracht des Gesundheitsamtes).</li></ul>

<sup>10</sup> Ein niedriges oder höheres Niveau des Konsumverhaltens ist stark vom Niveau in anderen Bereichen abhängig.



## Bereich 2: Psycho-soziales Verhalten

Niveau des psycho-sozialen Verhaltens	Indikationen für das Screening
1. Selbständige Lebensführung mit sozialem Netz	<ul style="list-style-type: none"><li>- der Klient hat diverse soziale Rollen</li><li>-Seine Lebensprobleme geraten nicht ausser Kontrolle</li><li>- Er besitzt adäquate Fähigkeiten, Probleme zu lösen</li></ul>
2. Eingeschränkte Abhängigkeitsbeziehung/labiles soziales Netz	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient hat ein regelmäßiges Muster von Beziehungen.</li><li>• Seine Beziehungen sind nicht aus Not geboren.</li><li>• Soziale Rollen sind wegen der Abhängigkeit eingeschränkt.</li></ul> <p>Einzelne soziale Rollen werden erfüllt (Besuchsregelung für Kinder, schriftliche Kommunikation mit (Pflege)eltern).</p>
3.Labile Abhängigkeitsbeziehung / labiles soziales Netz <b>Für das Modul:</b> starker Einsatz ist hier erwünscht / erforderlich	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient hat grauhaarige Helfer<sup>11</sup> und Partner. Er unterhält zu etlichen Menschen außerhalb der Szene Beziehungen. Diese wollen die Behandlungsbedürftigkeit nicht wahrhaben.</li><li>• Sowohl die Konsumentenwelt als auch die andere Welt spielen eine Rolle.</li></ul>
4. Instrumentalisierte Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient hat sich bei Hilfsdiensten registriert und ist motiviert, Hilfe in Anspruch zu nehmen.</li><li>• Der Klient hat eine führende Rolle in der Szene / in illegalen Kreisen (Drogenhandel).</li><li>• Er gehört zur Alkoholstraßenszene.</li><li>• Er ist in der Lage, an Projekten teilzunehmen (Stadtteilprojekt, Treffpunkt).</li></ul> <p>Er kennt Verhaltensmuster, um für sich selber zu sorgen (halbwegs mit Haltung), kommt jedoch nicht weiter.</p>
5. Vereinzelung / Paria	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient nimmt keine soziale Position mehr ein.</li><li>• Er ist nicht oder nur selten bei Einrichtungen der Drogen-hilfe registriert (auf der Liste des Rehabilitationsteam) / er ist nicht imstande zur Teilnahme an Projekten.</li><li>• Er ist bei der Polizei als Einzelgänger / Behandlungsunwilliger registriert.</li><li>• Er hängt immer auf der Straße / verschmutzt öffentliche Bereiche, (belästigt Menschen, stinkt) und ihm selbst ist das gleichgültig.</li></ul>

<sup>11</sup> Gemeint sind Nicht-Abhängige, oft ältere, meist männliche Personen. Sie suchen Kontakt zu Abhängigen, nicht etwa weil sie helfen wollen, (vielmehr sind ihre Motive oft Sex oder Gesellschaft). Es sind Menschen, die für die Klienten eine erste Stufe bilden können, um die Szene zu verlassen. In ihrem Schlepptau kommen die Klienten in Kontakt mit etwas Anderem.



### Bereich 3: Psychiatrische Behandlung

<b>Niveau für eine medizinisch psychiatrische Behandlung</b>	<b>Indikationen für das screening</b>  <b>Allgemeine Indikationen:</b> Es geht um eine Kombination von Indikationen: 1.die medizinisch psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit 2.der Zugang zu medizinisch psychiatrischer Behandlung 3. das Krankheitsbewußtsein / der Wille  <b>Allgemeine Indikationen:</b> Äusserlicher Eindruck,Bewußtsein, Kontaktfähigkeit, Psycho-Motorik, Verhalten,Orientierung, Emotionen, Willenskraft, Frustrationstoleranz, Behandelbarkeit, Medikation
1. Reguläre und freiwillige psychiatrische Behandlung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psychiatrische Behandlung ist nicht notwendig</li><li>• Kontakt mit dem Hausarzt</li><li>• Freiwillige ambulante Behandlung</li><li>• Medikamente werden regelmäßig eingenommen</li><li>• Symptomfrei (oder minimales Niveau)</li><li>• Positive allgemeine Indikation</li></ul>
2. Reguläre und häufige psychiatrische Behandlung	Regulär ambulant und klinisch
3. Intermittierende psychiatrische Behandlung	Keine stabilen Kontakte / wechselnde krisenhafte Kontakte <ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient ist sich seiner Krankheit nicht bewusst.</li></ul>
4. Zwangsweise psychiatrische Behandlung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ernsthafte psychiatrische Beschwerden</li><li>• Der Klient ist sich seiner Krankheit nicht bewusst.</li><li>• Er wird periodisch immer wieder zwangseingewiesen<sup>12 13</sup>.</li><li>• Er reagiert aktiv auf das Rehabilitations-Team.</li></ul>
5. Schlechte psychiatrische Behandlung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ernsthafte psychiatrische Beschwerden</li><li>• Der Klient ist sich seiner Krankheit nicht bewusst.</li><li>• Er sucht keine Hilfe / ist behandlungsunwillig.</li><li>• Er zeigt keine aktive Reaktion bei Einsatz von Notfallhilfen (Rehabilitations-Team)</li></ul>

12 durch Inhaftierung

13 durch richterliche Verfügung



#### Bereich 4: Medizinische Behandlung

<b>Niveau für medizinische somatische Behandlung</b>	<b>Indikationen für das Screening</b>  <b>Allgemeine Indikationen:</b> Es handelt sich um eine Kombination von Indikationen: 1.medizinisch somatische Behandlungsbedürftigkeit 2.Zugang zu medizinisch somatischer Behandlung 3.das Krankheitsbewußtsein / der Wille
1.Reguläre medizinische Behandlung <sup>14</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medizinische Behandlung beim Hausarzt</li><li>• Medikation bzgl. Abhängigkeit über den Hausarzt</li></ul>
2.Reguläre plus spezielle <sup>15</sup> medizinische Behandlung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medizinische Behandlung beim Hausarzt <b>plus</b> Medikation mit Ersatzmitteln über die Hilfsdienste</li></ul>
3. Spezielle medizinische Behandlung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Drogenabteilung des städtischen Gesundheitsamtes (Zuteilung von Ersatzmitteln / Vitaminen)</li><li>• Der Klient ist noch versichert. Er befindet sich in einem labilen Gleichgewicht</li></ul>
4. Eingeschränkte medizinische Behandlung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ernsthafte körperliche Beschwerden</li><li>• Der Klient sucht Hilfe / er ist im Stande, Hilfe zu suchen</li><li>• Der Klient ist bei den Hilfsdiensten bekannt<sup>16</sup> (Erste Hilfe Dienst, Gesundheitsamt, Notarzt).</li><li>• Der Klient ist meist nicht versichert. Dies behindert die medizinische Behandlung.</li></ul>
5. Schlechte medizinische Behandlung	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ernsthafte körperliche Beschwerden (wunde und entzündete Füße, TBC, aufgedunsenes Äußeres, schwerer Vitaminmangel)</li><li>• Der Klient behindert die Behandlung<ul style="list-style-type: none"><li>- Er hat keinerlei Bewußtsein seiner Krankheit</li><li>- Er hat keinerlei Bewußtsein, daß ihm durch öffentliche Dienste geholfen werden kann</li><li>- er ist nicht versichert.</li></ul></li></ul>

<sup>14</sup> Hiermit ist das gesamte Paket medizinischer Hilfe in den Niederlanden gemeint: Hausärzte, aber auch Spezialisten wie der HNO Arzt.

<sup>15</sup> Hiermit ist die abhängigkeitspezifische Hilfe gemeint.

<sup>16</sup> Hilfsdienste sind auch in der Feldarbeit aktiv (Kondome, Spritzen, Eingliederung von Prostituierten in das medizinische Netz)



## Bereich 5: Einkommen

<b>Niveau der finanziellen Situation</b>	<b>Indikationen für das screening</b>
1. Finanzielle Selbstständigkeit	<b>Allgemeine Indikationen:</b> Es handelt sich um eine Kombination von Indikationen: 1. Höhe der Schulden 2. Höhe des Einkommens 3. Finanzielle Selbstständigkeit
2. Bedürfnis nach Rat / Unterstützung bei Finanzsachen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient regelt die wichtigsten finanziellen Dinge selbst (Gas, Elektrizität, Wohnung).</li><li>• Er führt sein Konto eigenverantwortlich.</li><li>• Er hat keine Schulden.</li></ul>
3. Notwendigkeit einer professionellen Unterstützung bei Finanzsachen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient regelt die wichtigsten finanziellen Dinge selbst (Gas, Elektrizität, Wohnung). / Eine Schuldenregulierung ist nicht erforderlich.</li><li>• Er hat kleinere Schulden.</li><li>• Er verfügt über ein festes Einkommen.</li></ul>
4. Unmöglichkeit einer eigenverantwortlichen Regelung der Finanzen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient hat Probleme mit seinen finanziellen Angelegenheiten / Unterstützung ist hierbei erforderlich.</li><li>• Er hat komplexe Schulden.</li><li>• Er verfügt über ein festes Einkommen - meist Sozialhilfe - keine illegalen Einkünfte.</li><li>• Der Konsum wird von der Sozialhilfe bestritten.</li><li>• Der Klient hat keine Möglichkeit, ein Konto zu eröffnen.</li></ul>
5. Unfähigkeit zur Regelung der Finanzen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient hat keinen festen Wohnsitz, kein Konto, keinen Ausweis.</li><li>• Er hat Probleme mit der Budgetierung / Er wird gezwungen, die Regelung seiner finanziellen Angelegenheiten anderen zu überlassen.</li><li>• Er hat komplexe Schulden und ist registriert bei NBR (Schufa)<sup>17</sup>.</li><li>• Er hat keine Einkünfte (außer durch Verkauf von Obdachlosenzeitungen).</li><li>• Er hat keine Möglichkeit, ein Konto zu eröffnen.</li></ul>

<sup>17</sup> Das Niederländische Bureau Krediet Registratie ist vergleichbar mit der deutschen Schufa.



## Bereich 6: Wohnung

Niveau Wohnsituation	Indikationen für das screening
1. Selbstständig wohnend	<b>Allgemeine Indikationen:</b> Es geht sowohl um das Obdach als auch um das Ausmaß der Selbstständigkeit. Das Obdach ist im screening kein Problem, wohl aber das Ausmaß der Selbstständigkeit. Wichtig ist daher das Maß, in dem der Bewohner / Klient sich selbst sieht als jemand, der <ol style="list-style-type: none"><li>1. gut in der Lage ist, einen Haushalt zu führen</li><li>2. mittelmäßig in der Lage ist, einen Haushalt zu führen</li><li>3. schlecht in der Lage ist, einen Haushalt zu führen</li><li>4. nicht in der Lage ist, einen Haushalt zu führen.</li></ol>
2. (Zur Untermiete) Wohnend mit großer Selbstständigkeit in	<ul style="list-style-type: none"><li>• in eigener Wohnung.</li><li>• einer kommerziellen Pension</li><li>• in einer Übergangswohnung</li><li>• in einer Gruppenwohnung / Zimmer bei anderen Klienten</li><li>• in begleitendem Wohnen (Vertrag als Untervermieter).</li></ul>
3. (Zur Untermiete) Wohnend mit geringer Selbstständigkeit in	<ul style="list-style-type: none"><li>• sozialen Pensionen<sup>18</sup></li><li>• einer Zwischenwohnung (Rückkehrhaus, Flieder)</li><li>• eigenen Formen von Obdach, in dem durch das Suchtverhalten Probleme entstehen.</li><li>• beschützender Wohnform<sup>19</sup>.</li></ul>
4. Von Obdach zu Obdach ziehend wie	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nachtauffang</li><li>• Übergangswohnung</li><li>• Gästeunterkunft</li><li>• Stühleprojekt</li></ul>
5. Ohne geregeltes Obdach umherziehend	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient schläft draußen.</li><li>• Er nimmt den Bus des Obdachlosenheims und den Suppenbus der Heilsarmee in Anspruch.</li></ul>

<sup>18</sup> Fällt nicht in die Zuständigkeit der Sozialarbeiter.

<sup>19</sup> Fällt in die Zuständigkeit der Sozialarbeiter.



### Bereich 7: Justiz

<b>Niveau im Kontakt mit der Justiz</b>	<b>Indikationen für das screening</b>
1. Kein Kontakt mit der Justiz	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient hat seit längerer Zeit nicht (oder nie) mit der Justiz zu tun gehabt.</li><li>• Alle offenen Strafen sind abgesessen.</li><li>• Ein Gnadengesuch ist angenommen (Begnadigung ist erteilt)</li></ul>
2. Keine kriminellen Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient ist nicht mehr kriminell aktiv.</li><li>• Strafen sind abgesessen.</li><li>• Rückzahlung alter Bußgelder ist im Gang.</li><li>• Der Klient wartet auf Gnadengesuch.</li><li>• Er steht in Kontakt mit Bewährungshelfer oder Rechtsanwalt.</li></ul>
3. Keine kriminellen Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"><li>• Keine gegenwärtig aktiven Kontakte mit der Justiz,</li><li>• wohl aber viele offene Strafen und Bußgelder, bei denen noch wenig bis nichts in Gang gesetzt ist.</li></ul>
4. Gelegentliche Kontakte mit der Justiz	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gelegentliche Kontakte mit Polizei und Justiz.</li><li>• Gelegentlich noch Aufenthaltsverbot für bestimmte Orte.</li><li>• Offene Bußgelder und Strafen sind überhaupt noch nicht in Gang gesetzt ( die Regelung wird erschwert, da der Klient noch ab und zu mit der Polizei zu tun hat).</li></ul>
5. Geregelt Kontakte mit der Justiz	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient hat sehr häufig mit Polizei und Justiz zu tun.</li><li>• Sozialarbeiter besuchen Klienten regelmäßig schon auf der Polizeidienststelle.</li><li>• Er hat ein Aufenthaltsverbot für viele Orte.</li></ul> Er ist nur schwer in seinem Verhalten zu beeinflussen.



## Bereich 8: Tagesablauf

Niveau des Tagesablaufs	Indikationen für das screening
1. Geregelter Tagesablauf	<ul style="list-style-type: none"><li>• Praktikum mit Jobgarantie</li><li>• Stelle in einem Arbeitsprojekt<sup>20</sup> / Arbeiten lernen (Lagerhausprojekt)</li><li>• (ehrenamtliche) Arbeit</li></ul> Hobbys nehmen recht viel Zeit in Anspruch
2. Teilweise geregelter Tagesablauf	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient hat bereits einen einigermaßen geregelten Tagesablauf neben dem primär auf Drogen ausgerichteten.</li><li>• Weiterbildung spielt eine Rolle.</li><li>• Stelle in einem Projekt zur Gewöhnung an Arbeit<sup>21</sup> (Toko, Gärtnereiprojekt).</li><li>• Hobbys in geringem Umfang (Musikprojekt, Computerkurse, Heimwerkerkurs für Frauen, Verkauf der Obdachlosenzeitung)</li><li>• Der Klient hat das Bedürfnis und Lust, mehr zu tun</li></ul>
3. Mit Unterbrechungen geregelter Tagesablauf	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient ist nicht an eine Einteilung des Tages gewöhnt.</li><li>• Weiterbildung spielt keine Rolle.</li><li>• Der Klient läßt Interessen erkennen.</li></ul> Er nimmt ab und zu an Tagesaktivitäten teil (Straßenreinigungsprojekte, Zentrum für Tagesaktivitäten; Westerparkprojekt)
4. Kein geregelter Tagesablauf	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Einteilung des Tages richtet sich auf das Überleben, auf Erwerb und Konsum</li><li>• Der Klient besucht offene Einrichtungen wie Teestuben (Gästeburg, offenes psychiatrisches Zentrum).</li></ul> Elementare Bestandteile von Sozialisation sind zu erkennen.
5. Lethargischer Tagesablauf	<ul style="list-style-type: none"><li>• Der Klient zeigt keinerlei Bereitschaft, sich einzusetzen.</li><li>• Er läßt erkennen, daß er nichts tun will.</li><li>• Er verbringt sein Leben vegetierend auf der Straße</li></ul>

<sup>20</sup> Von den Klienten wird Einsatz erwartet: Neben Pünktlichkeit werden Anforderungen an die Tätigkeiten gestellt.

<sup>21</sup> Von den Klienten wird nicht erwartet, daß sie sich anstrengen: es gibt keinen Zeitdruck und keine Erwartungshaltung. Allerdings wird von ihnen erwartet, daß sie pünktlich erscheinen.



### 2.3.2 Schnittstelle professionelle Hilfe – Selbsthilfe / Kooperation zwischen Drogenhilfe und Selbsthilfe

*Jürgen Heimchen, Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit*

#### **Impulsreferat**

Am Beispiel der Elterninitiative für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Wuppertal möchte ich Ihnen und euch ein, so wie ich glaube, erfolgreiches Schnittstellen-Modell vorstellen.

Allerdings möchte ich die Schnittstellen um die Fachkompetenz der Politik (hier die Fachreferate in der Kommune) erweitern. Sie/ihr werden/werdet gleich verstehen, warum ich diese Einbeziehung für zwingend erforderlich halte.

Grundvoraussetzung für die Schaffung des Wuppertaler Modells war und ist die kontinuierliche Durchführung der 14-tägig stattfindenden Gruppenabende der Elternselbsthilfe. (Jetzt schon im 14. Jahr – noch *kein einziges* Treffen ist ausgefallen! (Ausnahme: die Weihnachtsfeiertage).

Neben den abendlichen Zusammenkünften, bei denen jeder über seine Sorgen und Nöte reden oder auch Fragen stellen kann, ist eine weitere wichtige Grundlage unserer Arbeit die Bereitschaft, Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Diese war vom Gründungstag der Gruppe an gegeben.

Eine große Bedeutung kommt m. E. auch als wesentliches Merkmal unserer Arbeit zu, dass wir nicht nur fordern, sondern auch die Bereitschaft haben, in den verschiedenen Gremien mitzuarbeiten.

Die beiden letztgenannten Punkte finden auf freiwilliger Basis statt und betreffen nur einen Teil Gruppenmitglieder.

*Wie sieht nun dieses Schnittstellenmodell aus:*

Es fängt ganz banal an:

Die Gruppe trifft sich seit 14 Jahren in den Räumen der Drobs Wuppertal. Dies ist sicherlich nicht zwingend und vielleicht in anderen Städten auch nicht sinnvoll.

Für uns jedoch ist diese Nähe zu den Profis noch niemals in irgendeiner Weise in Frage gestellt worden. Die Zusammenarbeit findet auf gleicher Augenhöhe statt. Keine der beiden Seiten mischt sich in der Arbeit der anderen ein.

Bei Differenzen wird der Leiter der Drobs zu einem Gruppenabend eingeladen. Aber nicht nur dann; auch zu Fachvorträgen sind die Mitarbeiter der Drobs gern gesehene Gäste.

Das gleiche gilt für andere Fachkräfte und hier kommt nun die von mir am Anfang erwähnte „politische“ Schnittstelle hinzu.

Referenten sind u. a. auch der Leiter der Arge, der Leiter des Ressorts Gesundheit oder auch die Suchtkoordinatorin der Stadt Wuppertal.

Seit 13 Jahren findet ein Wochenendseminar unter der Leitung zweier Fachkräfte der Drobs statt.

Des Weiteren finden noch zusätzliche Wochenendseminare statt, zu denen wechselweise Profis der Drogenhilfe oder der Politik als Referenten eingeladen werden.

Weiterer Verknüpfungspunkt:

Vertreter der Selbsthilfe arbeiten in folgenden Gremien mit:

- **AK Aids**, (Politik, Aidshilfe, Drobs, Fachreferate der Stadt, Ärzte)
- **Fachgruppe Sucht**, (Suchthilfeeinrichtungen, Selbsthilfegruppen, Bewährungshilfe, Fachreferat)



- **UG Substitution**, ( Drobs, Gleis 1, PSB-Kräfte, Fallmanager, Bewährungshilfe, Ärzte), die Leitung habe ich als Vertreter der Selbsthilfe.
- **HPK-Hilfeplankonferenz**:- hier geht es um betreutes Wohnen für psychisch Kranke.

Wichtig zu erwähnen wären noch der vor 10 Jahren von uns mitgegründete Verein für psychosoziale Selbsthilfe- und Angehörigengruppen: In diesem Verein sind alle Suchtselbsthilfegruppen vertreten. (die AA ebenso wie das Blaue Kreuz, die Guttempler, Kreuzbund und auch die Wuppertaler JES Gruppen.

Wir haben auch hier eine wichtige Schnittstelle erkannt – die zu den abstinenzorientierten Gruppen. Was das soll ? werden sich einige fragen – ihr als die akzeptanzorientierte Gruppe in Wuppertal – nun gut – ich nenne euch auch hier ein Beispiel:

Gemeinsam mit der absoluten Mehrheit der Abstinenzgruppen haben wir vor Jahren für die Einrichtung eines Konsumraumes gekämpft!

Die Frage der fachpolitischen Zusammenarbeit erkennen Sie schon an der Zusammensetzung der Gremien. Wobei auch die politische Zusammenarbeit oft zum Tragen kommt.

Beispiel: zurzeit bearbeiten wir in der FG Sucht gemeinsam das Thema: ‚Brechmittelvergabe in Wuppertal‘

Lassen sie mich zum Schluss noch ein Beispiel politischer Zusammenarbeit auf-führen:

Gleis 1 (mit Kontaktcafe und Konsumraum) und die Elternselbsthilfe:

Vor jeder öffentlichen Aktion führen wir Gespräche mit dem Leiter von Gleis 1;

Wir klären z. B. die Frage: macht diese Aktion im Moment Sinn? Oder: macht ihr mit usw.

Es kommt aber genauso gut vor, dass uns die Einrichtung bittet, nun politisch aktiv zu werden.

Wir als Selbsthilfe haben in dieser Beziehung einen nicht zu unterschätzenden Vorteil:

wir brauchen weder auf einen Träger noch auf die Politik Rücksicht nehmen!.

Wir dürfen im Gegensatz zu einer Einrichtung **fast** alles!!



Jürgen Heimchen und Mitstreiterinnen



### 3. THEORIE-PRAXIS-TRANSFER

#### 3.1. Kontrollierter Konsum illegaler Drogen - Anstöße zur Veränderung im niedrigschwelligem Drogenbereich

*Dieter König (Quest Akademie Heidelberg)*  
*Uwe Täubler (Palette Hamburg)*

##### 1. Einführung

1.1 In Deutschland haben sich in den letzten Jahrzehnten in Abgrenzung zur abstinenzorientierten Drogenhilfe schadensminimierende Angebote, wie Kontaktläden, Konsumräume u.a. etabliert (vgl. Stöver, 1999).

1.2 Im Rahmen dieser „akzeptierenden Drogenarbeit“ wird der Konsum von Drogen als Teil des „Lebensentwurfs“ der KonsumentInnen angesehen und „akzeptiert“. Motivierungsbemühungen durch MitarbeiterInnen der Drogenhilfe werden assoziiert mit ungefragter und unerwünschter Einflussnahme auf das Leben der KonsumentInnen - in der Regel mit dem Ziel, diese zu totaler Abstinenz von Drogen zu bewegen (vgl. Schneider, 2005).

1.3 Der Gesprächsansatz des „Motivational Interviewing“ (MI; Miller & Rollnick, 2002) geht demgegenüber davon aus, dass Drogen-gebraucherInnen bereits in sich selbst gute Gründe für eine Veränderung ihres Drogengebrauchs besitzen - ihre intrinsische Motivation zur Veränderung also nur freigesetzt werden muss.

1.4 Daher erscheint es folgerichtig, KlientInnen der niedrigschwelligen Drogenhilfe

- zu einer Veränderung ihres Drogenkonsums zu motivieren
- und ihnen systematisch Angebote zur Reduktion ihres Drogenkonsums zu unterbreiten, sofern sie nicht abstinent leben wollen oder dazu (noch) nicht in der Lage sind.

1.5 Die Notwendigkeit, KlientInnen kunstfertig zur Änderung zu motivieren und neben Abstinenz- auch Reduktionsprogramme vorzuhalten, ergibt sich genauso für Heroinabhängige, die sich in Substitutionsbehandlung befinden und „Beikonsum“ legaler und illegaler Drogen aufweisen - was der Regelfall und nicht die Ausnahme ist (vgl. Westermann, 2005).

Aus der aufgezeigten Bedarfslage heraus wurden MitarbeiterInnen aus dem niedrigschwelligen Drogenhilfebereich in Motivierender Gesprächsführung und „KISS“, einem verhaltenstherapeutischen Selbstkontrollprogramm für KonsumentInnen illegaler Drogen, geschult.

##### 2. Methode

###### 2.1 Ausbildung der MitarbeiterInnen

Im Herbst 2005 und März 2006 nahmen 90 MitarbeiterInnen (überwiegend SozialarbeiterInnen) aus niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen in Hamburg (Abrigado, Die Brücke, Palette, Ragazza, Subway) und Frankfurt (integrative drogenhilfe, idh) teil an 4- bis 6-tägigen Fortbildungen zu

- motivationsfördernder Gesprächsführung („Motivational Interviewing“) und
- selbstkontrollierter Konsumreduktion mit-tels des Programms „KISS“ (= „Kontrolle im

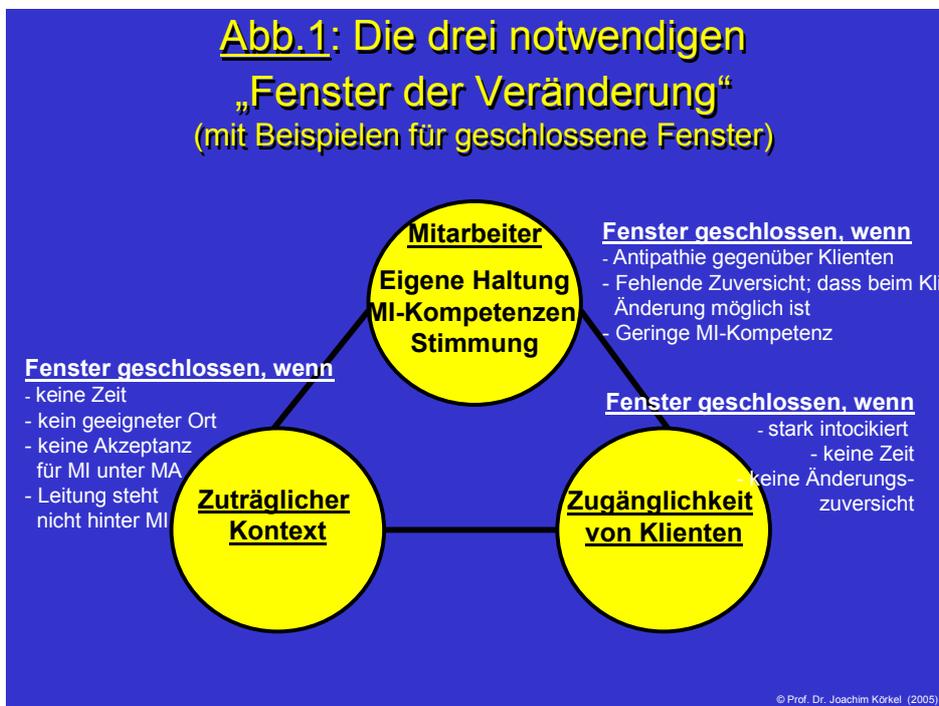


selbstbestimmten Substanzkonsum“).

KISS ist ein neu entwickeltes verhaltenstherapeutisches Selbstmanagementprogramm („Behavioral Self-Control Training“) zur gezielten Reduktion ihres Konsums legaler und illegaler Drogen (Körkel & GK Quest, 2005). Es besteht aus 12 strukturierten Sitzungen, in denen das Führen eines Konsumtagebuches, Festlegen von wöchentlichen Konsumzielen, Erkennen und Bewältigen von Risikosituation, Umgang mit „Ausrutschern“ u.a.m. vermittelt werden. KISS kann sowohl mit Einzelpersonen als auch in Gruppen durchgeführt werden. Die Arbeitsunterlagen bestehen aus einem Durchführungsmanual für die KursleiterInnen (einschl. CD-ROM mit Blanko-Konsumtagebüchern, Evaluationsbögen usw.) sowie einem Handbuch für die KlientInnen.

### 2.2 Intervention (MI + KISS)

Die ausgebildeten MitarbeiterInnen bringen MI-Methoden immer dann zum Einsatz, wenn die drei notwendigen „Fenster der Veränderung“ geöffnet sind (vgl. Abb. 1).



Das ist der Fall, wenn der Mitarbeiter, der Klient und die Rahmenbedingungen für eine MI-Intervention geeignet sind. KlientInnen, die Interesse an einer Konsumreduktion bekunden, nehmen in Einzel- oder Gruppensitzungen (8-12 TeilnehmerInnen) an den 12 KISS-Sitzungen teil.

### 2.3 Studiendesign

Die KursteilnehmerInnen nehmen vor Beginn, direkt nach Ende und 6 Monate nach der Behandlung an ein bis zwei Diagnostiksitzungen teil. Erhoben werden soziodemographische Merkmale, das Konsumverhalten, das Vorliegen psychischer, sozialer und somatischer Beeinträchtigungen u.a.m. (Erhebungsinstrumente: Teile des European



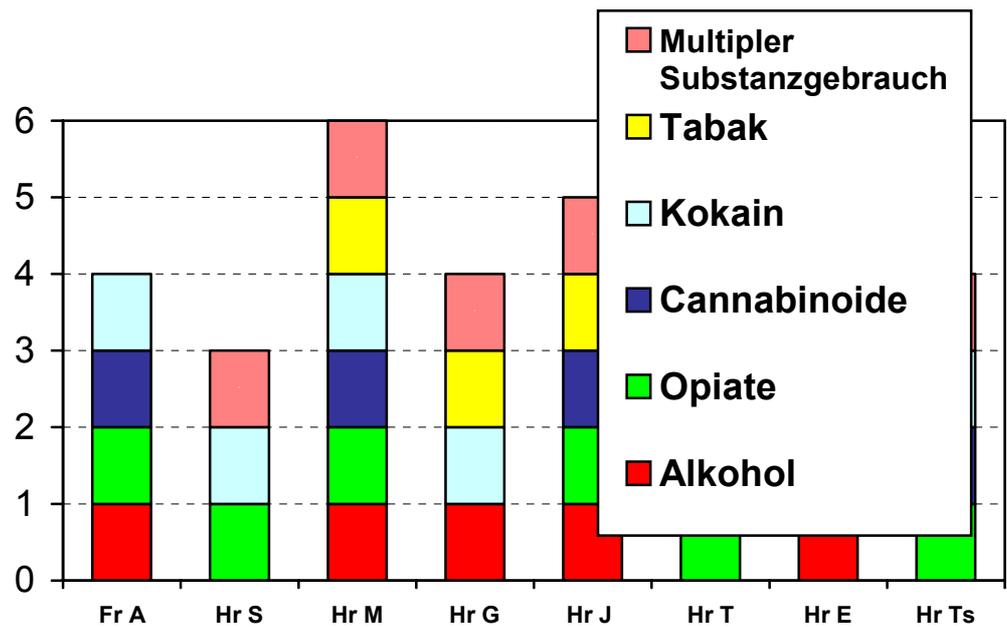
Addiction Severity Index, DSM-IV, Konsumtagebücher u.a.m.). In Planung ist eine randomisierte kontrollierte Studie in der integrativen drogenhilfe (idh) Frankfurt.

### 2.4 TeilnehmerInnen

Von November 2005 bis März 2006 fand die erste KISS-Gruppe mit 8 KlientInnen in der Palette in Hamburg statt. Auf diese beziehen sich die folgenden Ergebnisse. Alle TeilnehmerInnen waren polytoxikoman (s. Abb. 2).

Abb.2: ICD-10

Abhängigkeitsdiagnosen pro Klient ( N=8; Palette Hamburg)



1- Multipler Substanzgebrauch, 2- Tabak, 3- Kokain, 4- Cannabinoide, 5- Opiate  
6- Alkohol

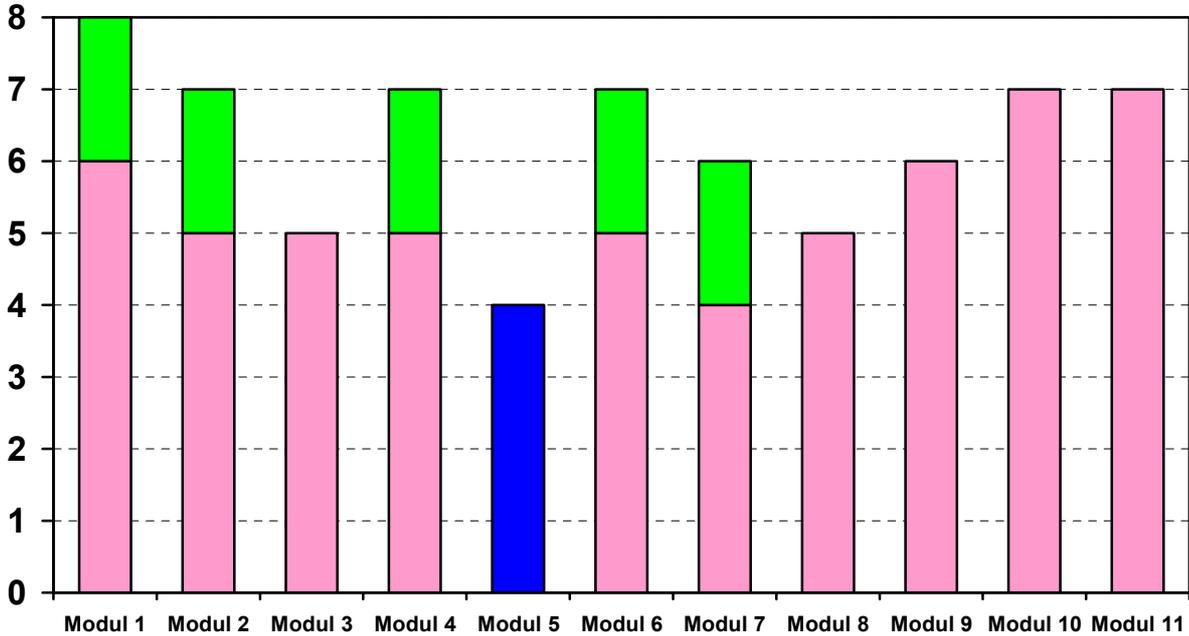
Vier der KlientInnen nahmen an einer Methadonbehandlung teil (KlientInnen M, J, T, Ts). Mittlerweile läuft die zweite KISS-Gruppe in der Palette Hamburg. Weitere KISS-Gruppen sind in Hamburg und Frankfurt in Vorbereitung.

### 3. Ergebnisse

- Die in MI und KISS fortgebildeten MitarbeiterInnen äußern sich mit dem Ergebnis der Schulung sehr zufrieden und betrachten das Gelernte als Bereicherung ihrer Arbeit.
- Lediglich ein Klient (Hr E) der ersten KISS-Gruppe hat das Programm vorzeitig abgebrochen (nach Sitzung 1). Während der (in Hamburg nur) 11 Gruppensitzungen waren durchschnittlich 76% der KlientInnen (bezogen auf die 7 verbliebenen TN) anwesend. Auf Wunsch der KlientInnen, die nicht an allen Gruppensitzungen teilgenommen hatten, wurden die versäumten Stunden in Einzelsitzungen nachgeholt (s. Abb. 3).



Abb. 3: Teilnahmehäufigkeit an den KISS-Gruppen- und Einzelsitzungen (Palette Hamburg)



links: Anzahl der TeilnehmerInnen (Max. = 8)

Auf dieser Basis ergibt sich eine Teilnahme von 89,6% (bezogen auf 7 TN). Die meisten Teilnehmenden konnten den Konsum ihrer Hauptsubstanz zum Teil erheblich reduzieren. (s. Abb. 4-5)

Abb. 4: Konsumeinheiten pro Woche vor und nach KISS (für jeden der 7 Klienten; jeweils Hauptsubstanz; )

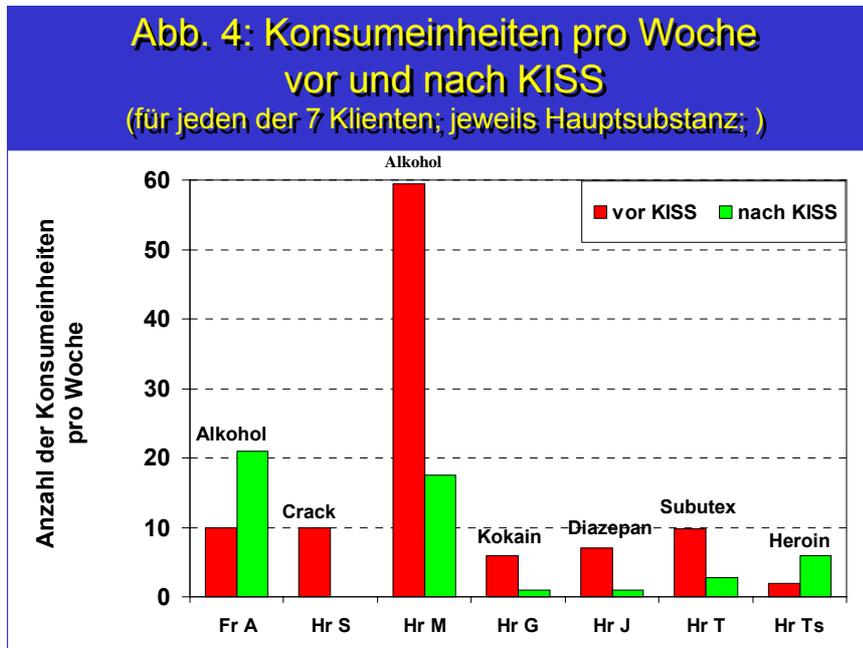
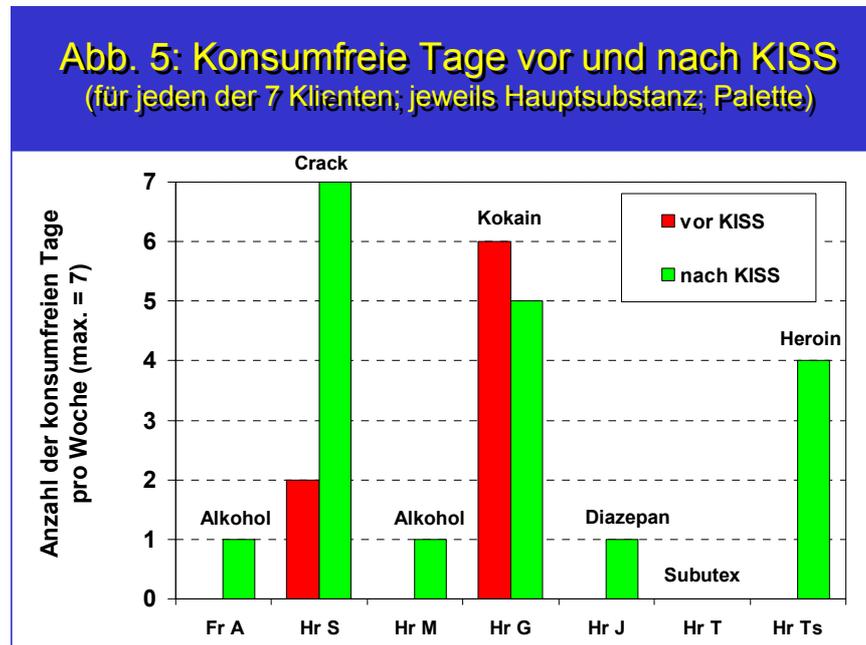


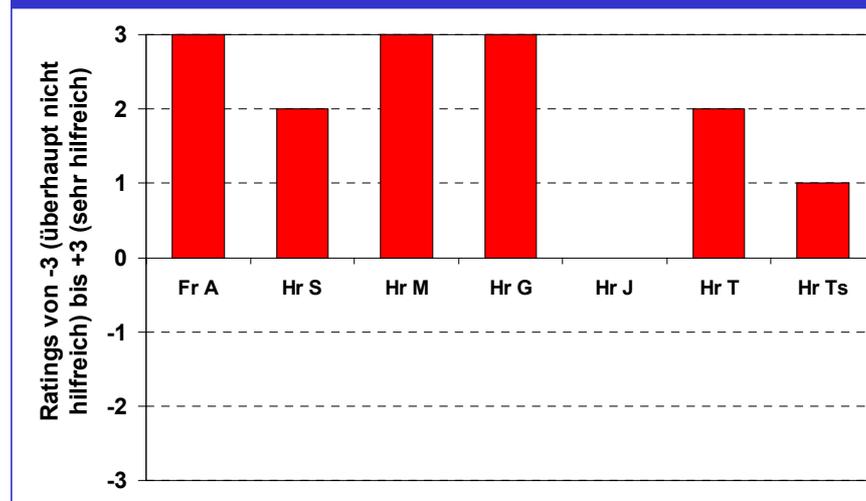


Abb.5: Konsumfreie Tage vor und nach KISS  
(für jeden der 7 Klienten; jeweils Hauptsubstanz; Palette)



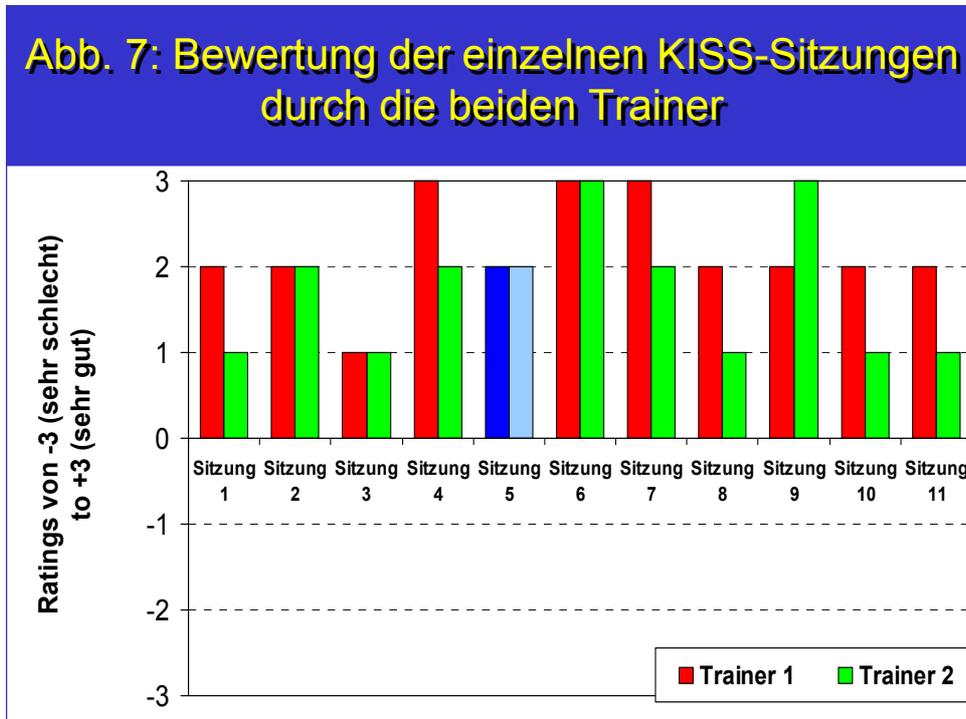
Die Teilnehmenden haben gezielte Konsumreduktionen auch bei anderen von ihnen konsumierten Substanzen angestrebt und erreicht. Veränderungen sind zum Teil auch in anderen Lebensbereichen in Gang gesetzt worden (z.B. Partnerschaft). Hinsichtlich der Reduktion ihres Drogenkonsums sind die KlientInnen mit der Unterstützung durch KISS zufrieden (s. Abb. 6).

**Abb. 6: „Wie hilfreich war KISS für die Reduktion  
Deines Drogenkonsums?“**  
(Ratings nach Sitzung 10; N = 7)





Die Bewertung der KISS-Sitzungen durch die beiden TrainerInnen fällt positiv aus (s. Abb. 7).



#### 4. Schlussfolgerungen

4.1 MitarbeiterInnen niedrighschwelliger Drogenhilfeeinrichtungen können motiviert werden, MI zu erlernen und „Fenster der Veränderung“ zum MI-Einsatz zu erkennen.

4.2 Es ist möglich, in niedrighschwelligten Einrichtungen verhaltenstherapeutische Selbstkontrollprogramme (wie „KISS“) anzuwenden, auch wenn Kontext und KlientInnen auf den ersten Blick ungeeignet für ein solches Angebot erscheinen.

4.3 Auch KonsumentInnen, die der „offenen Drogenszene“ zuzurechnen sind, können zur Konsumreduktion motiviert werden.

4.4 Die Ergebnisse dieser Studie ermutigen dazu, eine Neuausrichtung des Angebotsprofils niedrighschwelliger Drogenhilfe vorzunehmen. Dieser angestrebte „Paradigmenwechsel“ besagt:

Zum Profil niedrighschwelliger Drogenarbeit sollte neben den gängigen Überlebenshilfemaßnahmen (wie Sprizentausch, Notschlafmöglichkeiten, Versorgung mit Lebensmitteln etc.) auch gehören, den **Konsum als solchen** zu problematisieren, zur Konsumveränderung zu motivieren und neben Abstinenz- auch Reduktionsprogramme vorzuhalten.



## 4. CANNABISFORUM: CANNABIS – ZWISCHEN GENUSSVOLLEM KONSUM, (KINDER- UND JUGEND-) PSYCHIATRIE UND DROBSen

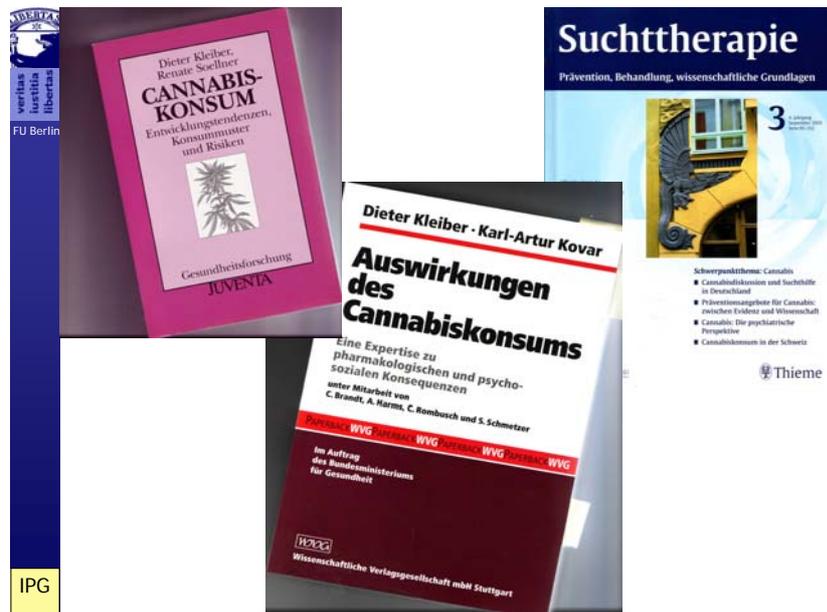
### 1 Cannabispolitik in Deutschland: Bemerkungen zur aktuellen Risikodebatte

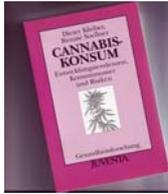
*Prof. Dr. Dieter Kleiber, Freie Universität Berlin,*

#### Risiken des Cannabiskonsums persönliche Datengrundlagen

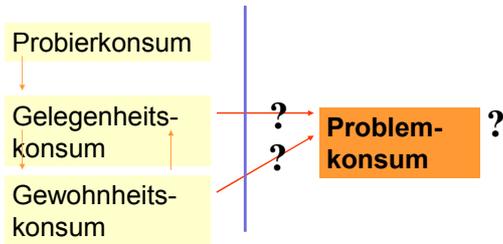
Cannabisprojekt

- Expertise zu psychosozialen und pharmakologischen Folgen des Cannabiskonsums
- Recherchen im Zusammenhang mit einem Gutachterauftrag des Bundesverfassungsgerichts zu Fragen der Fahrtauglichkeit und Cannabiskonsum
- Expertise der 'Scientific Task Force' (F, NL, CH, B, D) zu Cannabis





## Konsummuster von Cannabis



### Das Cannabisprojekt

#### Fragestellung ►

1. Welche unterschiedlichen Konsummuster von Cannabis lassen sich empirisch differenzieren?
2. Welche psychosozialen Korrelate kennzeichnen diese Konsummuster?

#### Zugangskriterium

- Cannabiskonsumerfahrung (mindestens einmaliger Cannabiskonsum)

#### Stichprobenrekrutierung

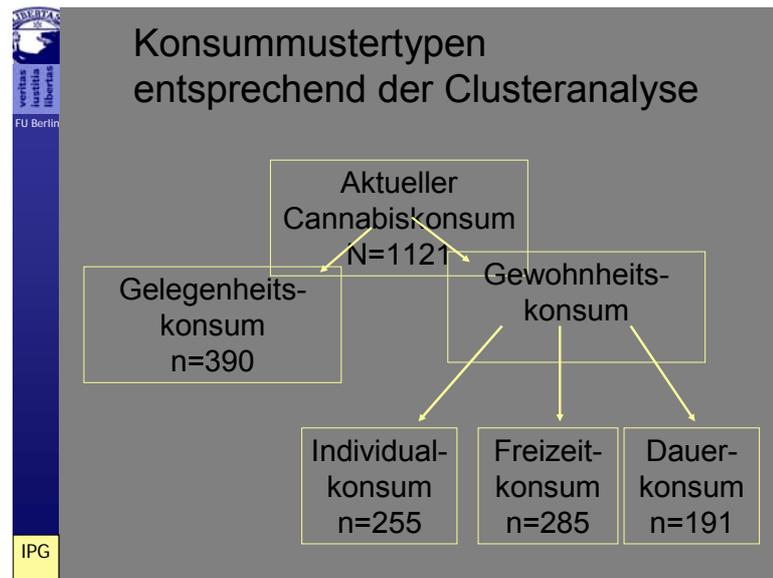
- Medien
- Interviewer
- Schneeballverfahren
- Kooperation mit Jugend- und Drogeneinrichtungen

#### Erhebungsmethoden

- Teilstandardisierter Fragebogen

### Alter beim Erstkonsum, Konsumdauer und –frequenz

	Gesamtgruppe (N= 1458)
Alter beim Erstkonsum	16,8 Jahre
Konsumdauer	9,3 Jahre
Konsumfrequenz im letzten Jahr	448 Joints
Konsumfrequenz im letzten Monat	13,5 Joints
Konsumfrequenz an typ. Tag	2,6 Joints



#### Zwischenfazit

- Differenzierung von Konsummustern ist dringend notwendig
- Die Gruppe mit den größten Problemen und Gesundheitsrisiken (Dauerkonsumenten) ist die vergleichsweise jüngste Gruppe.
- Sie zeichnet sich durch eine *hohe Prävulnerabilität* aus. D.h. psychische Probleme im Vorfeld machen späteren Cannabiskonsum wahrscheinlicher (funktionale Qualität des Cannabiskonsums für Bewältigung von familiären und persönlichen Problemen)

#### Zugeschriebene (negative) Folgen des Cannabiskonsums

- Cannabis, eine Einstiegsdroge?
- Auslöser für psychische Krankheiten?
- Gesundheitsschädigungen (Bronchialkrebs, Schädigungen des Fötenwachstum und des Neugeborenen u.a.)?
- Persönlichkeitsveränderung, amotivationales Syndrom (Antriebsarmut);
- Abhängigkeitsrisiken?
- Vergleich von Cannabis und Alkohol

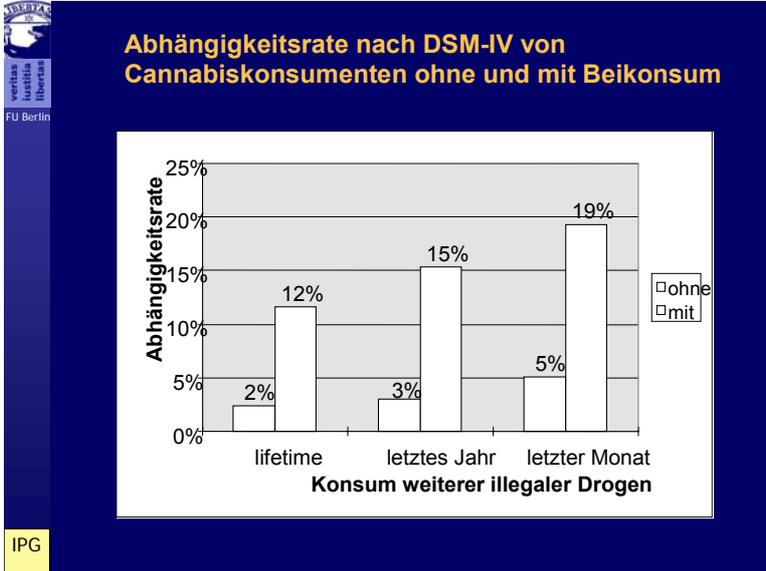
#### DSM-IV Kriterien für psychische Abhängigkeit

- Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
- Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
- Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
- Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
- Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht wurde.



Abhängigkeit wird diagnostiziert, wenn mindestens 3 Kriterien in demselben 12-Monatszeitraum vorliegen.

**Abhängigkeitsrate nach DSM-IV von Cannabiskonsumenten ohne und mit Beikonsum**



1.Säule ohne, 2.Säule mit

**EPIDEMIOLOGIE DER ABHÄNGIGKEIT VON ILLEGALEN SUBSTANZEN**

BUNDESSTUDIE (KRAUS & BAUERNEFEIND , 1998)

12 MONATS-PRÄVALENZ FÜR ABHÄNGIGKEIT UND MISSBRAUCH VON ILLEGALEN DROGEN

		Altersgruppen						
DSM-IV	Gesamt	n	18-20	21-24	25-29	30-39	40-49	50 -59
Missbrauch	0,7	45	2,4	3,6	0,6	0,5	/	0,1
Abhängigkeit	0,7	42	3,6	1,7	0,9	0,4	0,1	/

**Epidemiologie der Abhängigkeit von Cannabis**

EDSP - Studie (Perkonig et al., 1997)

Lebenszeitprävalenz für Abhängigkeit und Missbrauch von Cannabis



		Altersgruppen				
DSM-IV	Gesamt	n	14-15	16-17	18-21	22-24
Missbrauch	<b>2,7</b>	82	1,1	2,5	3,3	3,0
Abhängigkeit	<b>1,4</b>	42	0,6	0,9	<b>2,2</b>	<b>1,5</b>

### Vergleich von Cannabis und Alkohol

	Alkohol	Cannabis
Entzugserscheinungen	Xxx	?
Toleranz (wieviel mehr geraucht wird, um denselben Effekt zu erzielen)	Xxx	?
Abhängigkeit (Schwierigkeit aufzuhören und Rückfälle zu vermeiden)	xxx	x
Verstärkung (Potenz, Menschen und Tiere dazu zu bringen, eine Substanz wieder zu nehmen, trotz Alternativen)	Xx	x

### Vergleich der Toxizität zwischen Alkohol und Tabak I

	Alkohol	Cannabis
Überdosierung	Xxx	-
Verkehrs- und andere Unfälle	Xxx	X (?)
Suizidalität	Xx	-
Physische Abhängigkeit	Xxx	-
Psychische Abhängigkeit	xxx	x

xxx=stark, xx=mittel; x= schwach; -=kaum oder keine Effekte

### Vergleich der Toxizität zwischen Alkohol und Tabak II

	Alkohol	Cannabis
Hirn, Nervensystem	Xxx	X
Psychose	Xx	- (evtl. Auslöser oder Verschlimmerung)



Atmungssystem	-	X
Herz-Kreislauf- System	X (bei geringem Konsum)	x
Magen-Darm-Trakt	Xx	-
Reproduktives und endokrines System	xxx	x

xxx=stark, xx=mittel; x= schwach; -=kaum oder keine Effekte

### Weitere Vergleichsdimensionen

	Alkohol	Cannabis
Mutagenität	X	x
Karzinogenität bzw. Co-Karzinogenität	Xx	x
Fetus, Entwicklung des Kindes	Xxx	x
Ausüben sozialer Rollen	Xxx	x
Gewaltbereitschaft	Xxx	-

xxx=stark, xx=mittel; x= schwach; -=kaum oder keine Effekte

### Konsequenzen?

Kurz vor Übernahme der Regierungsgeschäfte beantragte die SPD-Bundestagsfraktion, „den Eigenverbrauch [von Cannabis], soweit damit keine Fremdgefährdung verbunden ist, straflos zu stellen“.

(Der Abgeordnete Schily damals deutlich: "Es geht also darum, den Eigenverbrauch nicht mehr zu bestrafen.") Das damalige Resümee der Sozialdemokraten zu ihrem Entwurf: „Die bisherige Drogenpolitik der Bundesregierung, die auf einer unausgewogenen Gesetzgebung zum Betäubungsmittelrecht beruht, ist gescheitert.“

(Gesetzesinitiative der SPD-Bundestagsfraktion, 1996)

### Die Bundesdrogenbeauftragte

(aus dem Online-Forum der SPD-Fraktion im Jahr 2001):

„Ich denke [...] nicht, dass die Strafverfolgung das geeignete Mittel ist, um mit dem Problem umzugehen. [...] Wir vertreten also eine Entwicklung hin zu einer Entkriminalisierung des Cannabiskonsums in kleinen Mengen.“ (Marion Caspers-Merck)

Dennoch nennt das Bundeskriminalamt letztmalig auch für 2003 die enorme Zahl von 148.973 erfassten Cannabisdelikten, davon 74 Prozent waren reine Konsumenten-delikte.

### Aber:

**Bekommen haben wir eine verschärft ausgetragene neue Risikodebatte**

#### Indikatoren:

- Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland (Simon u. Sonntag, 2004)



- Fachtagung Jugendkult und Cannabis 2004 (BMGS, 2005)
- EBBD-Bericht 2004
- Ztschr. Psychiatrische Praxis, 2005
- Deutsches Ärzteblatt: Das Verbot von Cannabis ist ein „kollektiver Irrweg“ (Nedelmann)
- Spiegel, Focus

**Die neue Bundesdrogenbeauftragte, Frau Sabine Bätzing nannte als Schwerpunkte ihrer Arbeit den Kampf gegen Alkohol-, Nikotin- und Cannabis-Konsum**

Der Konsum von Cannabis (Haschisch, Marihuana) nehme wieder zu, der THC-Gehalt von Cannabis sei enorm gestiegen und das Einstiegsalter der Jugendlichen sinke kontinuierlich, so Frau Bätzing.

Angebote für Cannabis-Abhängige seien in Deutschland noch sehr dünn gesät, die Droge werde unterschätzt.

(Quelle: "Hasch durchlöchert Gehirn,, 06.03.2006 - "Marburger Neue Zeitung,,)

**1. Epidemiologische Argumentation**

**These:**

Dramatische Zunahme von Inzidenz und Prävalenz des Cannabiskonsums, Verringerung des Einstiegsalters sowie Anstiege des Behandlungsbedarfs erzwingen stärkere – auch repressive – Massnahmen.

**Titelblatt DER SPIEGEL  
(Nr. 27 vom 28.06.2004)**

„Erst ist es Spaß, dann muss es regelmäßig ein Joint vor der ersten Schulstunde sein. Schließlich ziehen die jungen Abhängigen nach jedem Pausenklingeln an der Haschpfeife, um die nächste Unterrichtseinheit zu überstehen“ (DER SPIEGEL, Nr.27, S.70)

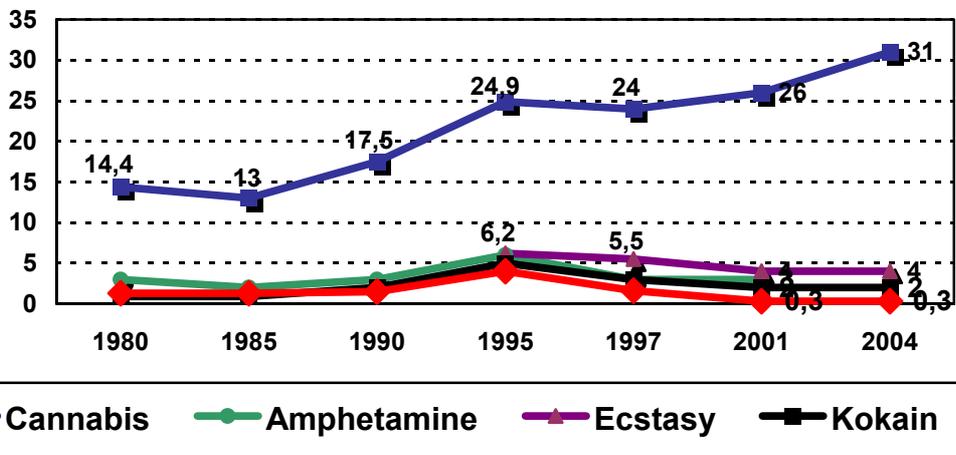
„Gehascht wird nicht nur in Privaticliquen, bei Partys oder in Discos. Tatort ist immer häufiger der Schulhof“ (DER SPIEGEL, Nr. 27, S. 71)



„In manchen Großstadtschulen,..., beträgt der Anteil Jugendlicher Cannabisraucher 70 Prozent“ (FOCUS, Nr.41, S.57)



**Illegaler Substanzmittelkonsum 12-25jähriger in Westdeutschland (Lifetime-Prävalenzraten); (BZgA, 2001, 2004).**



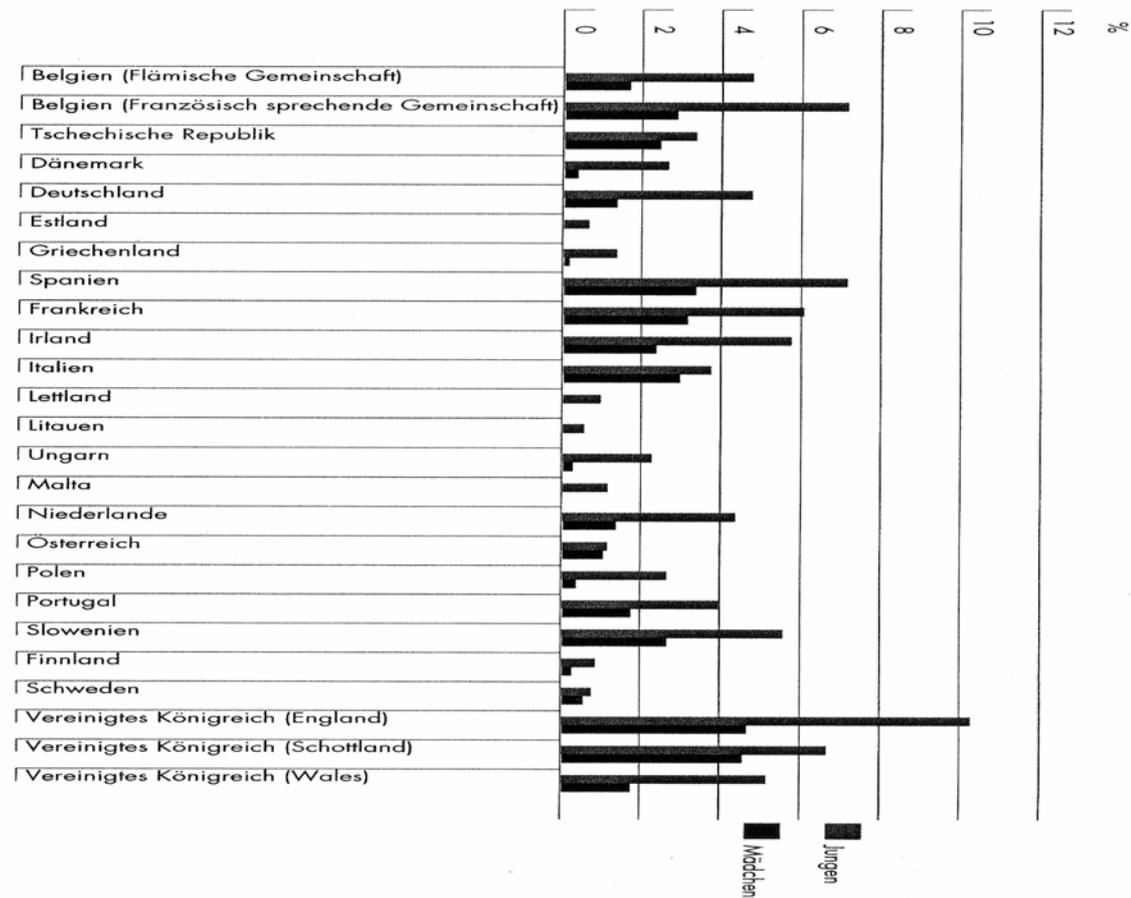
Tabak					
	Gesamt	w	m	Hauptschule	Gymnasium
Lifetime	78%	79%	76%	84%	71%
30 Tage	47%	48%	45%	57%	37%
Tägl.	35%	35%	36%	46%	35%

Alkohol				
	Gesamt			
Lifetime	97%		Trunkenheit	
12 Monate	94%		In letzten 30 Tagen	38%
30 Tage	84%		Mehr als 5 Drinks	59%

Illegale Drogen			
	Alle Subst.	Cannabis	Cannabis lifetime
Lifetime	33%	31%	
12 Mon.	26%	24%	Realschule 34%
30 Tage	15%	14%	Hauptschule 32%
>1x Woche	05%	05%	Gymnasium 31%



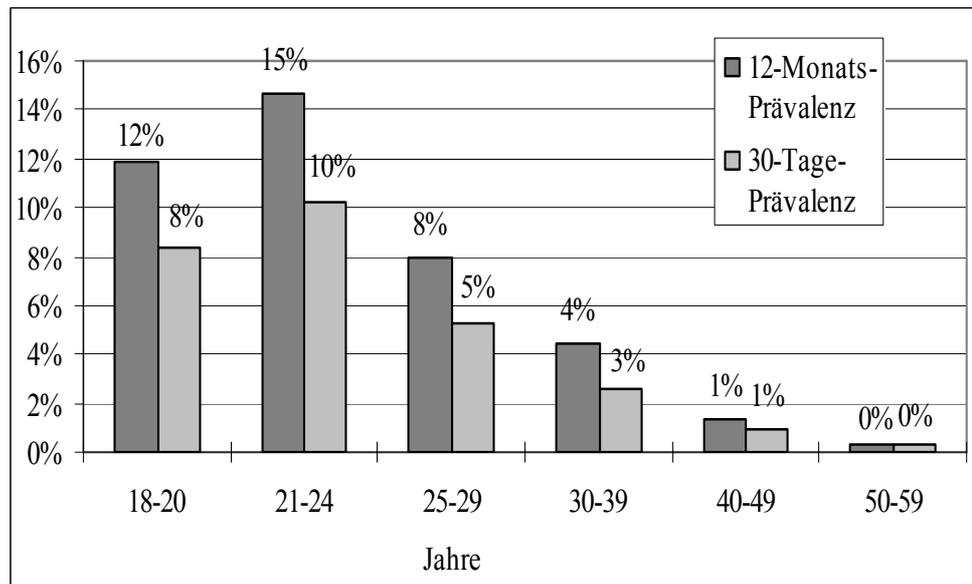
**Prävalenz starken (>40 x im letzten Jahr) Cannabiskonsums unter 15jährigen**



**differenziert nach Geschlecht (EBDD-Bericht, 2004)**

kurzer Pfeil: Jungen; langer Pfeil: Mädchen

**Aktuelle Cannabiskonsumprävalenz; Westdeutschland 1997 nach Altersgruppen (Kraus & Bauernfeind, 1998)**





### Fragen an die Epidemiologie

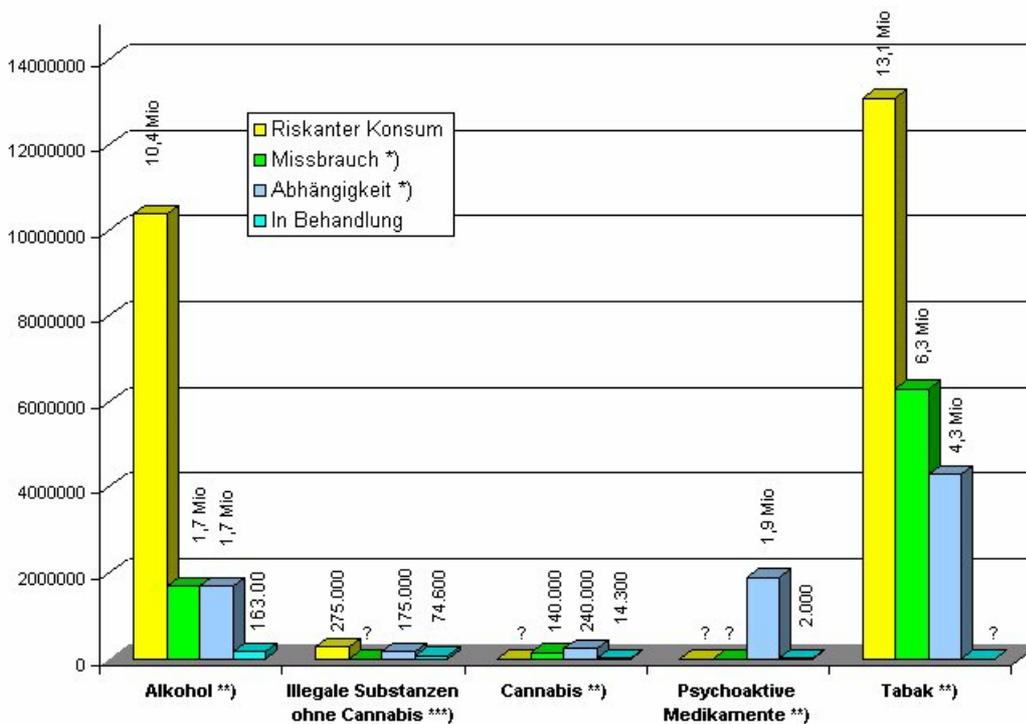
- Epidemiologischer Anstieg? Strukturverschiebungen
- Rückgang des Einstiegsalters?  
(kein dramatischer shift; 40 Jahre-Analyse)
- sehr frühe Einstiege? 0,1-0,3 Jahre (kleine Verschiebungen)
- Konsummuster: Weiterhin ein Jugendphänomen
- Konsumhäufigkeit fast täglich: 2 %
- Störungen:  
Abhängigkeit 0,5% (0-59) klinisch relevant?  
Severity of dependence 1-2 %  
Früheinstieg problematisch?  
Abweichendes Verhalten Folge oder Ursache?
- Dramatische Zunahme des Konsums?

### These:

Dramatisch Gestiegener Behandlungsbedarf

Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und Zahl der jährlichen Behandlungsfälle in Deutschland

Gerhard Bühringer, Ludwig Kraus, Rita Augustin (2002a; zuletzt aktualisiert am 14. 11.2002)



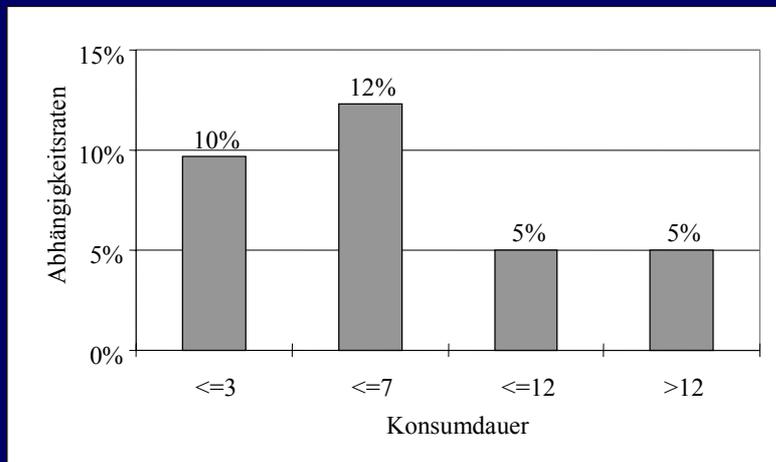
\*) Voneinander unabhängige Klassifikationskategorien; beide sind Teilgruppen des riskanten Konsums

\*\*\*) Bezugsgruppe: 18-69-Jährige (57,2 Mio.),

\*\*\*\*) Bezugsgruppe: Gesamtbevölkerung (82,2 Mio.)



## These: Cannabisabhängigkeit steigt mit Konsumhäufigkeit, -intensität und -dauer?



IPG

### These:

Die Veränderung der Gefährlichkeit der Substanz erzwingt Verstärkung der Repression  
Dazu: Veröffentlichung einer Studie der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) am 26. Juni 2004.

### Fazit:

„Die Studie verdeutlicht, dass keine Hinweise auf eine signifikante Erhöhung der Wirksamkeit existieren, wenn man die Gesamtwirksamkeit aller in Europa erhältlichen Cannabisprodukte berechnet.“

Dort, wo solche Anstiege berichtet werden (Niederlande), sind diese wohl auf den gestiegenen Konsum selbst angebautes Cannabiskrautes zurückzuführen.

- Welche Konsequenzen hätte eine höhere Wirksamkeit?
  - a. Kompensation durch geringere Einzelkonsummenge
  - b. ggf. Anstieg von akuten Problemen durch Dosierungsprobleme (akute Panikanfälle, leichtere psychische Störungen)

### 2. Neurobiologische Argumentation für „Gefährlichkeit der Substanz“

- die von Forschern gefundene Aktivierung des mesolimbischen Belohnungssystems durch Cannabis wird als Beleg für ein substanzspezifisches Abhängigkeitspotential von THC, als Risikofaktor einer späteren Opiatabhängigkeit und als Beleg für ein erhöhtes Psychoseerisiko angesehen.
- Erhöhte Dopaminausschüttung in vermuteten Rewardarealen ist aber bei genauer Betrachtung nicht als Beleg zu interpretieren, weil diese *unspezifisch* ist und ebenso beim Geldverdienen, bei sexueller Aktivität oder beim Konsum von Schokolade statt-



findet – ohne dass dadurch das Risiko erhöht würde, heroinabhängig oder verrückt zu werden.

- Problematisch zudem: Tierbefunde (Ratten) werden auf Menschen übertragen.

#### **Wirksamkeit der Repression? (vgl. Gassmann, 2005)**

- keine Hinweise auf evtl. gesundheitsfördernde Wirkungen der Repression des Konsums.
- Cannabiserfahrung Minderjähriger in den USA (36,5 % der 15jährigen Jungen)
- in den Niederlanden (24 %), (Candace/WHO 2004)
- Gleiches gilt lt. EU-Bericht auch für den Anteil der Cannabispatienten an der Gesamtzahl aller wegen Abhängigkeitsproblemen behandelter Personen: Das zu Cannabis restriktive Deutschland weist hier ebenso ca. 7 Prozent auf wie etwa das deutlich liberalere Spanien.
- So behauptet denn bislang auch kein einziger Politiker und kein einziger Suchtexperte, dass die Cannabisprohibition die Verbreitung oder die Konsequenzen des Konsums bislang positiv beeinflusst hätte.
- Dennoch nennt das Bundeskriminalamt letztmalig auch für 2003 die enorme Zahl von 148.973 erfassten Cannabisdelikten, davon 74 Prozent reine Konsumenten delikte.

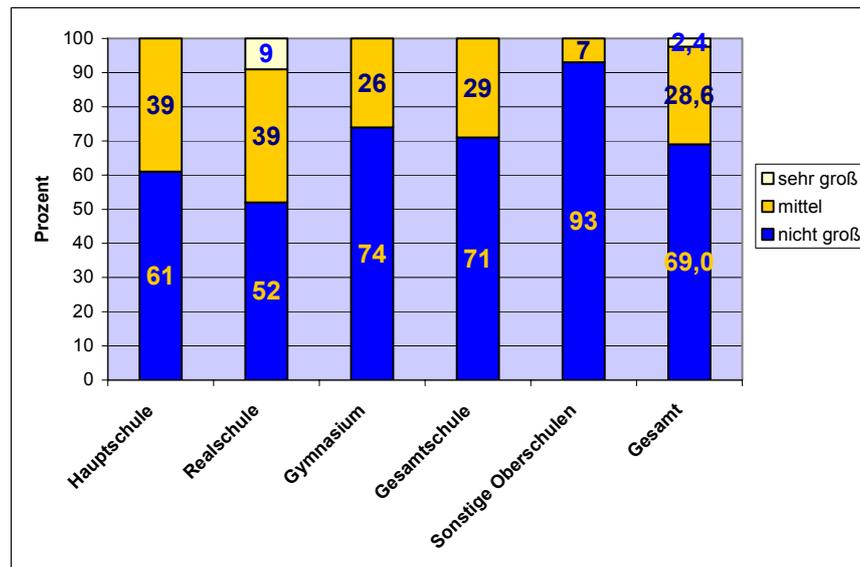
Als Ersatz- und Ergänzungsstrafrecht kommt eine große Zahl der lt. Bundesverfassungsgericht widerrechtlichen Fahrerlaubnisentzüge hinzu. Als Folgen sind definitiv: Die soziale Ausgrenzung eines steigenden Anteils junger Menschen insbesondere über den Verlust von Arbeitsplatz und Führerschein und selbstverständlich: Kosten für Polizei und Justiz, die sämtliche Investitionen in Prävention und Therapie bei weitem übersteigen. Die KonsumentInnenzahl stieg hiervon unbeeindruckt.

#### **Die Perspektive der (Berliner) Schulen**

- Totalerhebung an allen Berliner Oberschulen (alle Schulen nachfolgend der Grundschule)
- Befragung der SchulleiterInnen mit einem Fragebogen
- Einbeziehung von KontaktlehrerInnen für Suchtprophylaxe und ggf. KlassenlehrerInnen bei der Beantwortung des Fragebogens

Altersgruppe: 10- bis 21-Jährige (5. bis 13. Klasse plus Berufsschulalter)

.



**Geschätzte Häufigkeiten von Sanktionierungsmaßnahmen für verschiedene Betäubungsmittel im letzten Jahr an Berliner Haupt-, Real-, Gesamtschulen und Gymnasien**

Sanktion	Cannabis	Stichprobe	Erwartet Berlin	Alkohol	Stichprobe	Erwartet Berlin	XTC	Stichprobe	Erwartet Berlin
	N=	%	N=	N=	%	N=	N=	%	N=
Erzieherisches Gespräch	297	,78	2375	178	,46	1401	4	,01	31
Eintrag Klassenbuch	10	,03	91	4	,01	31	3	,008	24
Elterngespräch	148	,39	1188	104	,27	822	2	,005	15
Mündl. Tadel	33	,09	274	17	,04	122	3	,008	24
Schriftl. Verweis	33	,09	274	23	,06	183	0	0	0
Ausschluß v.Unterricht	11	,03	91	4	,01	31	1	,003	9
Umsetzung i.d. Parallelklasse	1	,003	9	0	0	0	0	0	0
Überweisung in andere Schule	26	,07	213	0	0	0	0	0	0
Entlassung Aus der Schule	3	,008	24	0	0	0	0	0	0
Strafanzeige	26	,07	213	0	0	0	0	0	0



### Fazit

- Cannabis wird in Berliner Schulen nur vereinzelt als bedeutsames Problem gesehen
- Tabak- und alkoholbezogene Probleme erscheinen aus der Perspektive der Berliner Schulen als weit bedeutsamere Probleme.
- Dennoch wird Cannabiskonsum an Berliner Schulen häufiger und vor allem schwerer sanktioniert.

### Gesamtfazit

Wir brauchen einen Cannabisdiskurs, der auf Strategien der „selektiven Akzentuierung“ verzichtet.

Wir benötigen wissenschaftliche Instrumente, die uns helfen, die Befundlage wissenschaftlich zusammenzufassen (Metaanalysen)

Wir benötigen Spielräume für die modellhafte Erprobung von Alternativen zur bisherigen Politikstrategie, die nur wenig evidenzbasiert ist.



Informationsstand Eclipse



## 4.2 Kritische Epidemiologie

### Cannabiskonsum bei Jugendlichen – Kritische Anmerkungen zu neueren epidemiologischen Untersuchungen

*Dr. Jens Kalke & Dr.Uwe Verthein, Institut für Interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD, Hamburg)*

#### Anlass für kritische Auseinandersetzung

- SPIEGEL-Story
- Drogenaffinitätsstudie 2004
- Betreuungszahlen aus Schleswig-Holstein

#### Vor 10 Jahren ...

... forderte die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) mit breiter Mehrheit die Durchführung eines *Modellversuchs*, bei dem unter *kontrollierten Bedingungen* Cannabisprodukte abgegeben werden sollten, um praktische Erfahrungen zur *Trennung der Drogenmärkte* zu sammeln und gegebenenfalls zu einer *rechtlichen Neubewertung* des Cannabiskonsums zu gelangen.

- ▶ geplanter Modellversuch „**Cannabis in Apotheken**“ in Schleswig-Holstein

#### Cannabis-Reforminitiativen im Bundestag und Bundesrat

- 1990: Antrag Hamburg – bessere Einstellungsmöglichkeiten bei Konsumentenverfahren
- 1992: Antrag SPD – Eigenverbrauch in einer Menge bis zum gewöhnlichen Wochenverbrauch straflos
- 1992: Antrag GRÜNE – kontrollierte Abgabe von Cannabisprodukten
- 1993: Antrag Rheinland-Pfalz – kleinere Mengen Cannabis als Ordnungswidrigkeit ahnden
- 1994: Antrag PDS – Legalisierung von Cannabis
- 1996: Antrag GRÜNE – Cannabis aus BtMG nehmen und unter Jugendschutz- und Lebensmittelgesetz stellen

### In Verantwortung für Schleswig-Holstein: Arbeit, Bildung, Zukunft

#### Koalitionsvertrag zwischen

der Christlich Demokratischen Union (CDU) und der  
Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD)  
in Schleswig-Holstein

für die 16. Legislaturperiode des Schleswig-Holsteinischen Landtags  
von 2005 - 2010

Endfassung vom 16. April 2005



„Wir werden CANNABIS wieder verstärkt in den Fokus unserer Präventionsbemühungen rücken, da sich besorgniserregende Verläufe gerade bei Dauerkonsumenten mehren. Dabei streben wir einen umfangreichen und aufeinander abgestimmten Maßnahmenmix zu Tabak-, Alkohol- und Cannabisprävention an. Wir werden eine öffentliche Risikodebatte zu Cannabis führen, die nicht auf eine Legalisierung abzielt.“

#### **Relevante Studien/Berichte:**

- Untersuchung zur Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland (BZgA)
- Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland (IFT)
- Deutsche Suchthilfestatistik (IFT)
- EBDD-Jahresberichte (EU)

#### **I. Teil:**

#### **Bevölkerungsumfragen**



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

# **Pressemitteilung**

---

30. November 2004

## **Cannabis bei Jugendlichen hoch im Kurs**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit 1973 in regelmäßigen Abständen die Repräsentativbefragung „Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“ durch. Für diese Befragungen werden bundesweit etwa 3.000 Jugendliche im Alter von 12 bis 25 Jahren dem Zufall nach ausgewählt und befragt. Die Ergebnisse der im Jahr 2004 durchgeführten Erhebung zum Konsum illegaler Drogen von Jugendlichen liegen nun vor:

Illegale Drogen gehören heute zu den Alltagserfahrungen junger Menschen. Ein Drittel (32 Prozent) der 12- bis 25-Jährigen hat schon einmal Drogen probiert, 1979 waren das 16



Bundeszentrale  
für gesundheitliche  
Aufklärung

Federal Centre  
for Health  
Education

Centre Fédéral  
d'Éducation  
pour la Santé

**BZgA**

## Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2004

Eine Wiederholungsbefragung der  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

Teilband Illegale Drogen

- Repräsentative Befragung in 3- bis 4-jährigen Abständen
- ca. 3.000 12- bis 25-Jährige
- Ziele:
  - →Langfristige Trends des Konsumverhaltens
  - →Einstellungen, Motive, Konsumbereitschaft Jugendlicher

### Probierbereitschaft von Cannabis, 12- bis 25-Jährige

„könnte man vielleicht einmal versuchen“

1997: 27%

2001: 44%

2004: 47%

Drogenaffinitätsstudie, BZgA 2004

### Lifetime-Prävalenz von Cannabis, 12- bis 25-Jährige

1997: 23 %

2001: 27 %

2004: 32 %

(davon probierten 44% nur 1-2mal)

Drogenaffinitätsstudie, BZgA 2004



**Tab. 1 12-Monats-Prävalenz 1997 bis 2004** in Prozent

Es haben in den letzten 12 Monaten Drogen genommen:

	Insgesamt	Männer	Frauen	12 bis 15 Jahre	16 bis 19 Jahre	20 bis 25 Jahre
1997	12	14	11	4	17	15
2001	13	15	11	4	19	14
2004	13	17	10	5	20	15

Drogenaffinitätsstudie, BZgA 2004

**Tab. 2 Alter beim Erstkonsum illegaler Drogen 1973 bis 2004** in Jahren

	1993	1997	2001	2004
Cannabis	17,5	16,7	16,5	16,4
Ecstasy	1)	17,1	17,4	17,3
Amphetamine	17,2	17,0	17,6	17,1
LSD	17,5	17,3	17,3	17,6
Kokain	17,3	18,2	18,4	18,0
Schnüffelstoffe	15,3	14,8	15,0	16,4
Heroin	2)	2)	2)	2)
Crack	1)	1)	2)	2)
psychoaktive Pflanzen und Pilze	1)	1)	1)	17,3
andere Rauschmittel	18,3	15,5	17,4	1)

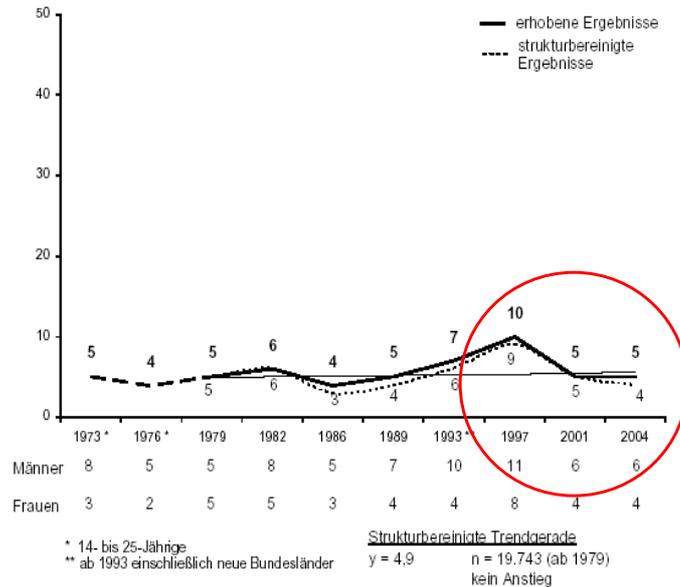
1) nicht erfragt  
2) Fallzahl zu niedrig

„Generell lässt sich sagen, dass das Alter beim Erstkonsum von illegalen Drogen in den letzten Jahren ... stabil geblieben ist und sich nicht grundlegend geändert hat.“

Drogenaffinitätsstudie, BZgA 2004



Abb. 9 Gegenwärtiger Drogengebrauch 1973 bis 2004 in Prozent



Drogenaffinitätsstudie, BZgA 2004

### Häufiger („regelmäßiger“) Cannabiskonsum

Mehr als 10mal im letzten Jahr

1997: 3 %\*

2001: 3 %

2004: 3 %

\* Mehr als 20 mal

### Ergebnis Drogenaffinitätsstudie

- Insgesamt besteht eine mehr oder weniger unveränderte Situation des Cannabisgebrauchs unter Jugendlichen in Deutschland innerhalb der letzten Jahre
- Drogenaffinitätsstudie bietet keine Grundlage für die Dramatisierung eines Cannabis-Problems
- Die überwiegende Mehrheit betreibt einen sporadischen (Probier-)Konsum
- Aber: Studie verweist auf Problemgruppe der 16- bis 19-jährigen männlichen Jugendlichen (soziale Hintergründe, Konsummotive, Unterstützungsbedarf, adäquate Hilfsangebote?)

### Repräsentativerhebung 2003 (IFT)

- 12-Monats-Prävalenz, 18- bis 39-Jährige  
1997: 7%                      2000: 10%                      2003: 12%
- 12-Monats-Prävalenz, 18- bis 24-Jährige (nur Westdeutschland):  
1997: 13%                      2000: 22%                      2003: 23%



**Widersprüchliche Ergebnisse zwischen zwei Bundesstudien  
(12-Monats-Prävalenz)**

Drogen-Affinitätsstudie (BZgA):

20- bis 25-Jährige: 15 % (1997)  
15 % (2004) → stabil

Repräsentativ-Erhebung (IFT):

18- bis 24-Jährige: 13 % (1997)  
23 % (2003) → ansteigend

**Repräsentativ-Erhebung Hamburg**



IFT · Institut  
für Therapieforschung  
Parzivalstraße 25  
80804 München

Leiter des Instituts  
Prof. Dr. Gerhard Bühringer

[www.ift.de](http://www.ift.de)

Ludwig Kraus  
Rita Augustin  
Boris Orth

Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch  
psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg.  
Epidemiologischer Suchtsurvey 2003

2003 Epidemiological Survey on Substance Abuse

**Tabelle 3-1: 12-Monats- und 30-Tage-Frequenz des Cannabiskonsums**

Gesamt		Frequenz							
	N	1x	2-5x	6-9x	10-19x	20-59x	60-99x	100-199x	>200x
12-Monats-Frequenz	124	24,9	22,4	8,1	8,8	14,0	3,5	1,5	16,7
30-Tage-Frequenz	70	17,9	44,9	9,9	6,7	20,6			

**Alter des Erstkonsums von Cannabis**

Die empirischen Verteilungsfunktionen des Erstkonsums zeigen, dass in jedem Lebensalter der Anteil der Cannabiserfahrenen umso grösser ist, je jünger die Befragten sind. Während z.B. bis zum Alter von 20 Jahren 11% der 50-59-Jährigen Erfahrung mit Cannabis gemacht haben, waren es bei den 40-49-Jährigen 30,2%, bei den 30-39-Jährigen 37,5%, bei den 25-29-Jährigen 46,8%, sowie bei den 18-24-Jährigen 52,5% (Abb.3-1).

**Cannabisabhängigkeit**

Etwa jeder Achte gab an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben.



Von den Cannabiskonsumenten erreichten 37,5% mindestens einen Punkt und 24,5% mindestens drei Punkte in der SDS-Skala (Severity of Dependence Skala). Nimmt man einen Score von drei Punkten als Cut-off-Wert lassen sich ein Viertel der Konsumenten der letzten 12 Monate bzw.3,0% der Befragten (WB:31.200) nach der Definition des SDS als cannabisabhängig diagnostizieren. Der höchste Anteil cannabisbezogener Störungen findet sich mit 9% der Befragten bzw.31% der Konsumenten bei den 18-24-Jährigen.

**Severity of Dependence Skala (SDS)**

B. Severity of Dependence Skala (SDS):

Cannabis- bzw. Kokainkonsum in den letzten 12 Monaten (Gossop et al. 1995)

1. Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass Ihr Gebrauch von Cannabis (Kokain) außerhalb Ihrer Kontrolle geraten ist?
2. Wie häufig hat Sie die Aussicht, auf den Konsum von Cannabis (Kokain) verzichten zu müsse, beängstigt oder beunruhigt?
- 3.Wie häufig waren Sie über Ihren Gebrauch von Cannabis (Kokain) besorgt?
4. Wie häufig haben Sie sich gewünscht, mit dem Konsum von Cannabis (Kokain) aufzuhören oder ganz auf Cannabis (Kokain) zu verzichten?
5. Wie schwierig fanden Sie es, mit dem Konsum von Cannabis (Kokain) aufzuhören oder ganz auf Cannabis (Kokain) zu verzichten?

Antwortkategorien:

item1-4: (0) nein, niemals; (1) manchmal; (2) häufig; (3) immer

item 5:

(0) nicht schwierig; (1) etwas Schwierig; (2) sehr schwierig; (3) unmöglich

**Cannabisabhängig?**

**Beispiel für abhängige Person** (nach SDS)

In den letzten 12 Monaten	nie	Seltener als 1mal im Monat	1-3 pro Monat	1mal pro Woche und öfter
Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass Ihr Gebrauch von Cannabis außerhalb Ihrer Kontrolle geraten ist?	..... ..... .....			
Wie häufig hat Sie die Aussicht, auf den Konsum von Cannabis verzichten zu müssen, beängstigt oder beunruhigt?  Wie häufig waren Sie über Ihren Gebrauch von Cannabis besorgt?		..... ..... ..... ..... .....		
Wie häufig haben Sie sich gewünscht, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören?	..... ..... .....			
Wie häufig haben Sie es für schwierig gehalten, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören oder ganz auf Cannabis zu verzichten?		..... ..... ..... .....		



### Re-Analyse Hamburg (1)

- 35% der als „cannabisabhängig“ klassifizierten Personen haben solch ein „weicheres“ SDS-Muster (3 oder 4 Punkte) (gewichtet: 39%)
- Hamburger WB (gew.): -12.000 „Abhängige“ (!?)

### Re-Analyse Hamburg (2)

- Darüber hinaus haben 16% der Personen mit einem SDS von 5 und mehr Punkten weniger als 60mal im letzten Jahr Cannabis konsumiert (gewichtet: 10%)
- Hamburger WB (gew.): -3.000 „Abhängige“ (!?)
- Insgesamt Hamburger WB: -15.000 „Abhängige“ von 31.000 (!?)

### Kritik an Anwendung der SDS

- SDS wurde als dimensionales Screeninginstrument konstruiert und nicht als Instrument kategorialer Diagnostik.
- Der „Abhängigkeits-Cut-off“ für Kokain- und Amphetamine kann nicht einfach auf die anders wirkende („weiche“) Droge Cannabis übertragen werden. Im Ergebnis ist dadurch die Schwelle sehr niedrig, um eine Cannabisabhängigkeit zugeschrieben zu bekommen.
- Für Cannabiskonsumenten wurde die Übereinstimmung der SDS mit anderen diagnostischen Instrumenten bisher nicht überprüft.

### Angemessene Hilfen?

#### *These:*

Die vereinfachte (oder fehlerhafte) Übertragung von Abhängigkeitskonzepten auf Cannabiskonsumenten führt nicht zu einer Entwicklung von angemessenen Präventions- und Hilfefkonzepten für Personen mit einem problematischen Cannabisgebrauch.

### Monitoring-System Drogentrends in Frankfurt am Main (15- bis 18-jährige Schüler/innen)

12-Monats-Prävalenz: ↓

- 2002: 35 %
- 2003: 32 %
- 2004: 24 %

30-Tages-Prävalenz: ↓

- 2002: 21 %
- 2003: 19 %
- 2004: 12 %

### Hamburger SchülerInnenbefragung SCHULBUS 2004 (15- bis 18-jährige Schüler/innen)

12-Monats-Prävalenz: ↓

- 2004: 31 %
- 2005: ?? %



(voraussichtlich: Abnahme)\* \* *persönliche Mitteilung des Autors, 2006*

30-Tages-Prävalenz: ↓

- 2004: 19 %
- 2005: ?? %

(voraussichtlich: Abnahme)\* \* *persönliche Mitteilung des Autors, 2006*

### **Hamburg und Schleswig-Holstein im Vergleich**

18- bis 59-Jährige - Cannabis, 12 Monats-Prävalenz:

- Repräsentativ-Erhebung HH 2003 (IFT): 12,5 %
- Repräsentativ-Erhebung SH 2004 (infratest, ISD): 4 %
- Repräsentativ-Erhebung BRD 2003 (IFT): 7 %

### **BRD und Schleswig-Holstein im Vergleich**

12- bis 25-Jährige - Cannabis, 12 Monats-Prävalenz:

- Repräsentativ-Erhebung SH 2004 (infratest, ISD): 8 %
- Drogenaffinitätsstudie BRD 2004 (BZgA): 13 %

### **Niedrige Prävalenzen in Schleswig-Holstein**

#### **These:**

Offensichtlich führt eine vergleichsweise liberale Cannabispolitik –  
„30 Gramm-Regelung“, *milderes politisches Klima,*  
*5 von 6 Parteien für Entkriminalisierung*  
– nicht zu einem erhöhten Cannabiskonsum in der Bevölkerung.

Ein Zusammenhang zwischen Drogenpolitik (bzgl. rechtlicher Rahmenbedingungen sowie Praxis der Strafverfolgung) und Verbreitung des Cannabisgebrauchs lässt sich nicht feststellen.

(Reuband, 2005)

Aus der

Pressemitteilung des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale  
Sicherheit Nr.314 vom 30.November 2004:

„Jugendkult Cannabis- Risiken werden oft verharmlost, Hilfen für riskante  
Konsumenten erforderlich

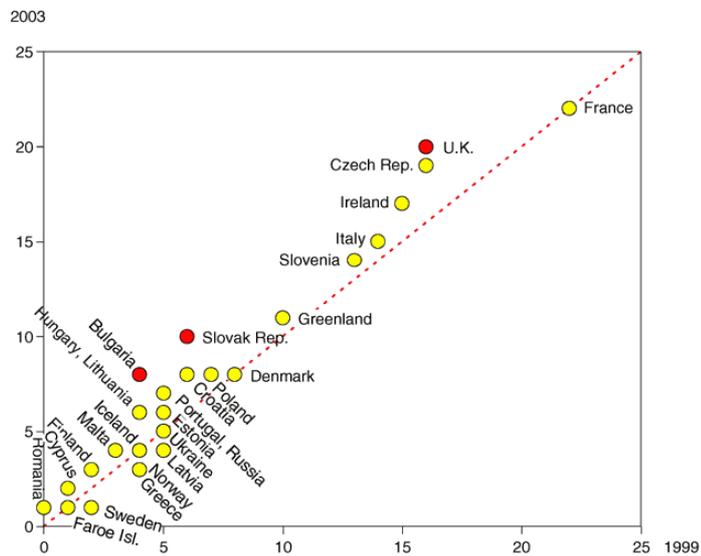
Unter dem Titel ‚Jugendkult Cannabis: Risiken und Hilfen‘ ist heute die zweitägige Fachkonferenz zu Ende gegangen, zu der die Parlamentarische Staatssekretärin und Drogenbeauftragte der Bundesregierung Marion Caspers-Merk, Expertinnen und Experten aus Politik, Wissenschaft und Praxis eingeladen hat. Ziel der Tagung war zum einen zu klären, wie sich die Konsummuster bei Cannabis in den letzten Jahren verändert haben. Zum anderen wurde diskutiert, welche Strategien der Prävention und Behandlung am geeignetsten sind, um dem problematischen Konsum vor allem unter Jugendlichen zu begegnen.

Dazu erklärte Caspers-Merk: „Der Cannabiskonsum hat heute eine andere Dimension als noch zu Flower-Power-Zeiten, als am Wochenende vielleicht mal ein Joint die Runde machte. **Überall in Europa nimmt der Cannabiskonsum zu.** Die bloße Mehrheit der Konsumenten belässt es bislang bei einem bloßen Probieren.....



## ESPAD-STUDIE

(15/16-jährige Schüler, 12-Monatsprävalenz)



[www.espad.org](http://www.espad.org)

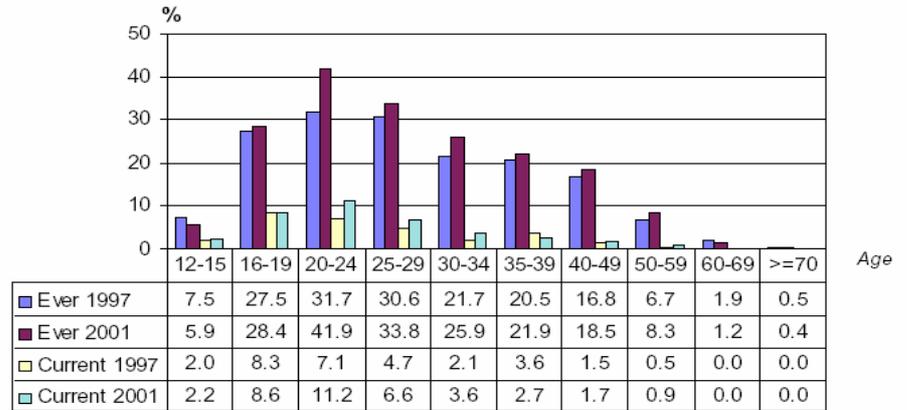
### EBDD-Jahresbericht 2005

- Cannabiskonsum im letzten Monat (15/18 bis 34 Jahre, jeweils letzte beiden Erhebungszeiträume zwischen 1998 bis 2004):
  - Konsum ↑ : Estland, Finnland, Italien, Niederlande, Schweden, Spanien
  - Konsum = : Ungarn, Großbritannien
  - Konsum ↓ : Griechenland, Irland



### Cannabisprävalenzen Niederlande I

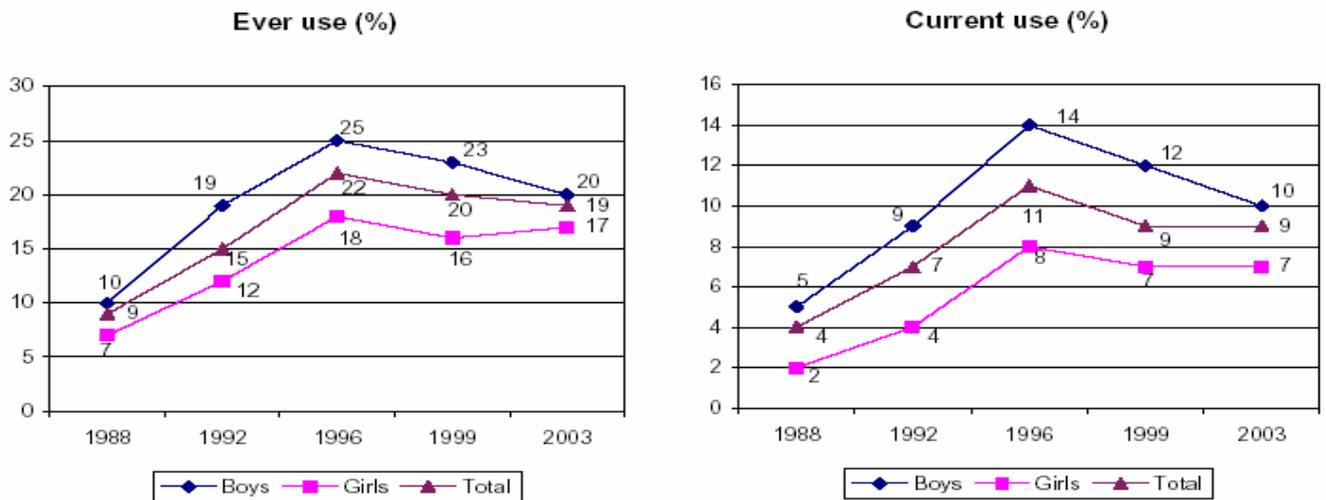
Figure 2.1 Cannabis users in the Netherlands by age group. Survey years 1997 and 2001



Percentage of ever and current (last month) users per age group. Source: National Prevalence Research (NPO), Centre for Drug Research (CEDRO).

### Cannabisprävalenzen Niederlande II

Figure 2.3 Use of cannabis among school-aged youths aged 12 and over, from 1988



Percentage of ever users (on the left) and current users (on the right). Source: Dutch National School Survey, Trimbos Institute.<sup>16</sup>

**Prävalenzen SchülerInnen in Amsterdam****Table 2.3: Trends in drug use among third-form pupils in Amsterdam (1995-2002)\***

	LTP (%)				LMP (%)			
	1995	1997	1999	2002	1995	1997	1999	2002
Cannabis		25	28	28	20	15	15	15
Cocaine	6	2	2	1	3	1	1	<0.5
Ecstasy	9	5	4	3	3	2	1	<0.5
Amphetamine	6	3	1	2	2	1	1	1
Heroin	2	1	1	1	1	<0.5	1	<0.5
GHB			<0.5	<0.5			<0.5	0

\* Pupils in their third year of secondary academic or prevocational school (VMBO, HAVO, VWO). Average age = 15 years. N= 780. Source: Antenne monitor (Korf et al. 2003b)

**Table 2.4: Trends in drug use among older pupils in Amsterdam (1993-2002)\***

	LTP (%)					LMP (%)				
	1993	1995	1997	1999	2002	1993	1995	1997	1999	2002
Cannabis	39	43	41	39	37	19	20	22	19	19
Cocaine	4	5	6	3	3	2	1	2	1	1
Ecstasy	5	8	10	6	7	3	4	3	2	2
Amphetamine	3	6	7	3	4	2	2	2	1	1
Heroin		0	1	1	2		0	<0.5	1	<0.5
GHB				<0.5	1				0	<0.5

\* Pupils in their next-to-last year of secondary academic or prevocational school or first year of intermediate vocational school (VMBO, HAVO, VWO). Average age = 17 years. N = 1027. Source: Antenne monitor (Korf et al. 2003b)

**II. Teil:Behandlungsstatistiken****Cannabisklienten/innen in der ambulanten Suchthilfe****Anteil bei Zugängen zu ambulanter Betreuung**

Deutsche Suchthilfestatistik	Suchthilfestatistik Schleswig-Holstein
• 2000: 6,3 %	• 2001: 9 %
• 2001: 7,1 %	• 2002: 8 %
• 2002: 8,6 %	• 2003: 7 %
• 2003: 9,5 %	• 2004: 11 %
• 2004: 11,3 %	

EBIS Berichte 1997-2003 (Simon et al.), Deutsche Suchthilfestatistik (Welsch & Sonntag)  
Dokumentation der amb. Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein (Raschke et al. 2005)

**Klienten/innen mit der Hauptdiagnose Cannabis in stationären Einrichtungen (nationale Suchthilfestatistik)**

- 2001: 0,9 %
- 2002: 0,7 %
- 2003: 1,2 %
- 2004: 1,7 %



### Jugendliche Klienten/innen

(Nationale Suchthilfestatistik 2004)

15- bis 17-Jährige insgesamt:

Hauptdiagnose:

- Alkohol 12 %
- Cannabis 64 %

15- bis 17-Jährige Cannabis-Klienten:

Diagnosen nach ICD-10:

- „Schädlicher Gebrauch“ 53 %
- „Abhängigkeit“ 47 %

### Minderjährige Cannabisabhängige?

Kriterien „Abhängigkeitssyndrom“ ICD-10 (3 oder mehr im letzten Jahr):

- Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren,
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums,
- Vorhandensein eines körperlichen Entzugssyndroms,
- Nachweis einer Toleranz,
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums,
- Anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

### Kritik an der Anwendung des ICD-10

- Nur zwei Diagnoseoptionen möglich: „Abhängigkeit“ und „schädlicher Gebrauch“
- Nach ICD-10-Manual restriktiver Umgang mit der Diagnosestellung, aber viele Mitarbeiter nicht geschult
- Bis zu einem Viertel falsch vergebener Diagnosen (Nachuntersuchung des IFT)

### Angemessene Hilfen?

**These:**

Die vereinfachte (oder fehlerhafte) Übertragung von Abhängigkeitskonzepten auf Cannabiskonsumenten führt nicht zu einer Entwicklung von angemessenen Präventions- und Hilfenkonzepten für Personen mit einem problematischen Cannabisgebrauch.

### Jüngere Cannabisklientel nach Belastungsprofil und Betreuungsende

(bis 26J.) Aus: COMBASS-Bericht, Hessen (im Druck)

	<i>Belastung Stark</i>	<i>Belastung mittel</i>	<i>Belastung wenig</i>	Anzahl (N)
Betreuungsende negativ	8%	14%	6%	490 (28%)
Betreuungsende Ambivalent	8%	12%	7%	484 (28%)
Betreuungsende positiv	11%	17%	16%	785 (45%)
Anzahl (N)	468 (27%)	768 (44%)	523 (30%)	1.759



### Jugendliche Klienten/innen (Ambulante Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holstein 2002)

- 15- bis 17-Jährige insgesamt

Hauptdiagnose:

- Alkohol 16 %
- Cannabis 57 %

#### **These:**

Besorgte Eltern, Lehrer oder Ausbilder schicken Cannabis-Konsumenten in die Beratungsstellen, nicht weil diese abhängig sind oder einen schädlichen Gebrauch ausüben, sondern weil es Ängste gibt, die im Zusammenhang mit dem Verbot von Cannabis stehen.

### Kontaktempfehlung Cannabis-Klienten/innen (nationale Suchthilfestatistik 2003)

- **25 %** Angehörige/Freunde/Bekannte

(Alkohol: 12 %, Opiate: 10%)

- **6 %** Arbeitgeber/Betrieb/Schule

(Alkohol: 5 %, Opiate: 1 %)

- **26 %** Justizbehörde/Soziale Verwaltung

(Alkohol: 11 %, Opiate: 15 %)

### Zusammenhang?

#### Rauschgiftdelikte und ambulante Betreuungen

	2001	2002	2003	2004
Anteil Hauptdiagnose Cannabis (Suchthilfestatistik)	7,1%	8,6%	9,5%	11,3%
Cannabisbezogene Rauschgiftdelikte (PKS)	54,4%	56,4%	59,4%	63,3%
Anzahl Rauschgiftdelikte Insgesamt (PKS)	242.527	246.667	250.869	275.725
Gesetzliche Grundlage Der Betreuung (Suchthilfestatistik)				
Freiwillig	76%	74%	72%	73%
Rechtliche Grundlagen	<b>19%</b>	<b>23%</b>	<b>24%</b>	<b>24%</b>
Anderes	5%	3%	4%	3%

**Zahlen EBDD Behandlungsnachfrage:**

Table TDI-18 part (iv), Frequency of use of primary drug among new outpatient clients in 2003. Percentage among clients with cannabis as primary drug

Country	Not used in the past month /occasional	Once a week or less	2-6 times a week	Daily	Base (known status)	Status unknown
Czech Republic	17,8	44,2	25,8	12,2	353	25
Denmark	0,0	6,1	18,2	75,8	462	132
Germany	37,7	14,6	20,2	27,5	8272	0
Greece	29,0	20,4	21,0	29,6	162	6
Cyprus	13,9	22,2	16,7	47,2	36	0
Latvia	0,0	100,0	0,0	0,0	2	1
Malta	23,3	20,0	6,7	50,0	30	23
Netherlands	8,8	2,3	0,4	80,4	1503	132
Slovenia	12,0	26,1	40,2	21,7	92	0
Slovakia	9,8	31,4	37,3	21,6	102	19
Finland	20,3	29,2	33,5	17,0	212	0
Sweden	20,8	19,0	33,0	27,1	221	10
Bulgaria	26,7	40,0	13,3	20,0	15	0
Total	30,4	14,3	19,5	35,7	11462	348

**Fazit und Diskussion I**

- Die Datenlage zur Prävalenz des Cannabiskonsums unter Jugendlichen in Deutschland ist uneinheitlich. Es gibt Indizien, dass es in der öffentlichen Berichterstattung zu einer Dramatisierung des Cannabis-konsums gekommen ist.
- Ein solches Diskussionsklima erschwert die Entwicklung von angemessenen Konzepten für wirklich behandlungsbedürftige Cannabis-Klienten/innen und für die Beratung von Risikokonsumenten/innen.

**Fazit und Diskussion II**

- Aus sich den sich teilweise wider-sprechenden Befunden ergeben sich viele methodische Fragen (Erhebungsmethode, Instrumente etc.).
- Deshalb: regelmäßige + methoden-kritische Diskussionen über neue Studien und Erhebungen ► Expertentreff „epidemiologische Trends“

**Fazit und Diskussion III**

- Und: Durchführung von vertiefenden und vergleichenden Studien, in denen nicht nur Prävalenzen, Einstellungen und Konsummotive, sondern auch externe Bedingungen (Cannabismarkt, Präventionsangebote etc.) soziale Ursachen sowie die Folgen und Wirkungen der Verbotspolitik analysiert werden.



- Sowie: Überprüfen, ob und inwieweit die diagnostischen Instrumente zur Bestimmung von Abhängigkeit für Cannabiskonsumenten angemessen sind.

#### **Fazit und Diskussion IV**

Die Datenlage rechtfertigt nicht, die Forderung nach Entkriminalisierung von Cannabis aufzugeben.



### **4.3. CannabiskonsumentInnen im Schnittbereich von Jugendhilfe, Drogenhilfe und psychiatrischer Versorgung – interdisziplinäre, multi-professionelle Arbeit am Beispiel des Therapieladen Berlin e.V.**

*Andreas Gantner, Therapieladen Berlin*

#### **Was tun mit CannabiskonsumentInnen?**

**Erfahrungen aus der ambulanten Praxis in den Schnittstellen JU-SU-PSY**

#### **Trends in Forschung und Praxis bei Cannabis**

- Neue Erkenntnisse durch neurobiologische Cannabisforschung
- Entwicklung von „Leitlinien für cannabisbezogene Störungen“ (Udo Bonnet et.al.)
- Neue Präventions- und Frühinterventionsprojekte
- („Quit the shit“, „realize it“, „Bekiff in der Schule“)
- Neue Cannabis-Behandlungsstudien
- („INCANT“, „CANDIS“)

#### **Praxishintergrund Therapieladen**

Seit 1985 Prävention und ambulante Therapie für Cannabismissbraucher/abhängige (Drogenreferat Berlin)

Seit 1994 ambulante Reha-Therapie (SGB IX)

Seit 2000 ambulante Psychotherapie-Familientherapie für Jugendliche (SGB VIII, KJHG)

Präventionsprojekte (Cannabis denn Sünde sein?, Ecstasy hotline,

[www.drogen-und-du.de](http://www.drogen-und-du.de)

#### **Rahmenbedingungen der Therapie**

##### **• Ambulante Reha-Suchttherapie**

- KÜ durch BfA, LVA, Kassen, Sozialamt
- Aktuell ca. 130 Klienten pro Jahr in Behandlung,
- Ca.70 Neuaufnahmen, ca. 60% erfolgreiche Therapieabschlüsse.
- Dauer 12-18 Monate, 40-120 Sitzungen
- 75% Männer 25% Frauen, Alter 18-45, Ø 25 Jahre
- Suchtdiagnosen: 85% Cannabis, 15 % Polytox)

#### **Rahmenbedingungen der Therapie**

- Kinder-und Jugendpsychotherapie nach SGB VIII, KJHG
- Kooperation mit 12 Jugendämtern und KJPD in Berlin
- Aktuell ca. 15 jugendliche Klienten in Therapie
- Alter zwischen 13- 18 Jahren (Ø 16,5 Jahre)
- Kombination von Einzel- und Familientherapie
- Dauer: flexibel, 3 Monate bis zu 2 Jahre (Ø 50 Sitzungen)
- Zunehmend Probleme der Kostenübernahme durch Jugendämter wegen Spardruck

#### **Unser Behandlungskonzept**

- Interdisziplinärsozialpädagogisch/psychologisch/medizinisch mit Schwerpunkt Psychotherapie
- Methodenintegrativ, Störungsspezifisch
- Flexible Therapiessettings (Einzel-, Gruppen-, Familientherapie)
- Individuelle Therapieziele und -gestaltung
- Vernetzung mit komplementären Angeboten



### Ambulante Therapie im Therapieladen Vernetzung und Kooperation

Kooperation mit:

- bezirklichen Sucht-und Drogenberatungsstellen
- Kinder-und Jugendpsychiatrische Dienste (KJPD)
- Jugendämter, Krankenhäuser (Psychiatrie)

Ziel:

Clearing, Diagnostik, Antragstellung/KÜ,Nachbetreuung

Bei Bedarf kurzfristige Entgiftungsmöglichkeit

Kontinuierliche medizinische Begleitung durch unseren Arzt (eigene nervenärztliche Praxis)

### Spezifische Projekte und Angebote

- **“Double trouble”**: Spezielles edukatives Gruppentherapieangebot für Personen mit Psychoseerkrankung und Cannabismissbrauch. (in Kooperation mit Psychiatrischer Universitätsklinik Charite)
- **“INCANT”**: Europäisches Pilotprojekt zu familientherapeutischen Behandlung cannabisabhängiger Jugendlicher (Schweiz, Niederlande, Belgien, Frankreich, Deutschland) Erprobung der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) in USA erfolgreich evaluiert.
- **„Quit the shit“** Internetbasiertes Ausstiegsprogramm für jugendliche Cannabismissbraucher (50 Tage Tagebuchbegleitung) BzGA

### Spezifische Aspekte bei Cannabisklienten

- Hohe und heterogene Komorbidität (depressive Störungen, Angststörungen, ADHS, Psychosen)
- Sehr heterogene Konsummuster, auch bei Abhängigkeitsentwicklungen
- Sozialintegrative Probleme und starke Entwicklungsdefizite bei Früheinsteigern und „heavy user“
- Lange Phasen der sozialen Unauffälligkeit sowie Anpassungsfähigkeit bei „moderaten user“

### Spezifische Aspekte in der Behandlung Cannabisabhängiger

- Zugang zur Zielgruppe verbessern
- Erarbeitung eines suchtübergreifenden Problemverständnis mit differenzierter Diagnostik
- Behandlungsziele an Klientenbedarfe anpassen

Diagnostischer Blickwinkel	Funktionen und Motive des Cannabiskonsums
<b>Substanzspezifisch/ Biochemisch</b>	<i>Komplexes Wirkungsspektrum! euphorisierend entspannend, beruhigend halluzinogen</i>
<b>Jugendtypisch, entwicklungs- und psychosoziale Perspektive</b>	<i>Entwicklungsaufgaben Neugier und Risikoverhalten, Gemeinschaftsgefühl Selbsterfahrung, Cool sein, Anders sein Protestverhalten, Ablösung vom Elternhaus Autonomieentwicklung, Identitätsfindung</i>



<b>Copingstrategien „Selbstmedikation“ Suchtdynamik</b>	<i>Regulierung innerer Spannung und Impulse Anregung von Gedanken und Phantasien Milderung von Ängsten Reduktion von depressiven Stimmungen Abwehr von Leere und Verlassenheitsgefühlen</i>
<b>„Heilmittel“, medizinisch-</b>	<i>Appetitsteigerung Schmerzlinderung etc.</i>

### **Behandlungsziele bei Cannabisabhängigen**

#### **Ziele der Therapie orientieren sich an:**

- Alter und Entwicklungsstand
  - (zb. jugendspezifisches Therapieangebot)
- Dauer der Cannabisabhängigkeit
  - (z.B. Entgiftungsphase, Umgang mit Rückfällen)
- Art und Ausprägung der Komorbidität
  - (z.B. störungsspezifische psychotherapeutische Strategie)
- Psychosozialen Ressourcen
  - (z.B. Behandlungsdauer, ambulant/stationär)

### **INCANT: Multidimensionale Familientherapie für jugendliche Cannabisklienten**

- 5 Länder Forschungsprojekt Cannabis: Zielgruppe Cannabisabhängige Jugendliche mit Multiproblemlverhalten
- Auswahl eines in den USA evaluiertes ambulanten Therapieprogramms (MDFT) für Jugendliche mit derzeit bestem Outcome
- Einführung und Schulung von MDFT in den ausgewählten Behandlungseinrichtungen in einer Pilotstudie
- 2006-2009 Durchführung der Studie mit je 60 Familien in MDFT und Kontrollbehandlungsgruppe.

### **MDFT- Behandlungsmodell - Therapeutische Grundlage**

#### **Systemischer Therapieansatz**

- Strukturell- strategische Familientherapie (Minuchin/Haley)
- „GT Haltung“ und „CBT Elemente“
- Case management im sozialen Feld

#### *MDFT- Behandlungsmodell*

- Gleichzeitiges therapeutisches Arbeiten auf vier Ebenen
  - dem Jugendlichen:** Verbesserung des Suchtverhaltens, der psychischen- bzw. Verhaltensstörungen, der Schulleistung, Entwicklungsaufgaben...
  - den Eltern:** Verbesserung des Erziehungsverhalten, Hilfe bei eigenen Problemen und Partnerschaftskonflikten
  - der Familie:** Verbesserung der Kommunikation und des emotionalen Klimas, Bearbeitung zentraler familiärer Konflikte.
  - dem sozialen Umfeld (Peers, Betreuer, Lehrer, Ärzte):** Einbeziehung und Nutzung sozialer Ressourcen, Verminderung von sozialen Risikofaktoren

#### *MDFT- Behandlungsmodell*

- Verbindung von Einzelsitzungen, Familiensitzungen und sozialer Unterstützung (Case management)



- Jugendliche und Eltern in Einzelsitzungen motivieren und zu gemeinsamen Familiensitzungen vorbereiten
- Soziales Umfeld als Ressource einbinden, oder als Risikofaktor eindämmen

#### **Durchführung von MDFT**

- Direktives, strukturiertes Vorgehen auf Basis einer erarbeiteten Fallkonzeption
- Phasenorientierung (3 Therapiephasen)
- Zielorientierung und Sitzungsplanung für jede Sitzung. Dichte Supervision
- Hohe Sitzungsfrequenz (2-3wö) in flexiblen Settings, aber Begrenzung in der Laufzeit (4-6 Monate)
- Pragmatisch und kreativ im Einsatz von Methoden (in der Einrichtung, telefonisch, aufsuchend)

#### **„Double Trouble“**

- **Schnittstelle Psychiatrie/Suchthilfe**
- Was tun mit (weiter-)kiffenden Psychotikern?
- Übergang von Stationär/Tagesklinik/ambulant
- Entwicklung eines integrativen psychoedukativen Gruppentherapiekonzeptes
- 10 strukturierte Sitzungen (interaktiv-prozessorientiert)
- Tandem Team
- Evaluation

#### **Persönliches Fazit aus langjähriger Praxis mit Cannabiskonsumenten**

„Cannabis ist immer anders“ - und „Kiffer“ sind verschieden! Die Arbeit mit Cannabiskonsumenten erlaubt wenig Routine

Die Arbeit mit jugendlichen Cannabisabhängigen erfordert eine systemisch-familienorientierte Perspektive und eine systemübergreifende Kooperation

Polarisierung und Ideologiesierung bleiben mit dem Thema Cannabis verbunden! - Empfehlung: Eigene Haltung gelegentlich überprüfen lassen, gemäß unseres Präventionsmottos: Check Dich selbst!

[www.therapieladen.de](http://www.therapieladen.de), [www.drogen-und-du.de](http://www.drogen-und-du.de)



## 4.4 Bekifft in der Schule

Andrea Rodiek, SuchtpräventionsZentrum LI-Hamburg/BBS



### „ Cannabiskonsum von Schülerinnen und Schülern besser wahrnehmen und angemessen intervenieren “

„Bekifft in der Schule, Hilfen zur Vorbeugung und Problemlösung und für die Realisierung der Rauchfreien Schule“ – ein Hamburger Kooperationsprojekt zwischen dem SuchtPräventionsZentrum (SPZ) der Behörde für Bildung und Sport und 6 Suchtberatungsstellen und 1 weiteren Präventionseinrichtung<sup>22</sup> qualifiziert weiterführende Schulen seit dem Schuljahr 2001/02 mit diesem systemischen Angebot zu drei zentralen Zielsetzungen:

- Vorbeugung des Cannabiskonsums im Kontext Schule;
- Entwicklung von schulischen Interventionen( Regeln/Sanktionen und Hilfestellungen), um Probleme im Zusammenhang mit dem Cannabiskonsum von Schüler/innen frühzeitig zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren.
- Anregung von Schülerinnen und Schülern, ihren Cannabiskonsum kritisch wahrzunehmen und zu verändern.

Da Cannabiskonsum unter Jugendlichen weit verbreitet ist und dieses Thema auch nicht vor den Schultoren endet, ist ein wichtiges Anliegen dieses Projektes, dazu beizutragen, dass Schulen davor nicht die Augen verschließen bzw. in Einzelfällen überreagieren, sondern dass alle Beteiligten dieses „Systems“ sachlich qualifiziert werden, um im positiven Sinne handlungsfähig zu werden.

Im folgenden werden zunächst die wichtigsten Eckpunkte des Projektes skizziert. Im Mittelpunkt der Tagungsveranstaltung stand jedoch die praktische Umsetzung der Lehrertrainings. Inhalte und Praxiserfahrungen werden dargestellt und erläutert.

### 1. Projektskizze

#### Startphase

Das Projekt wird jeweils im Frühjahr ausgeschrieben und startet zum Schuljahrsbeginn. Beteiligte Schulen werden für 1 Schuljahr von einem Team bestehend aus einer Präventionsfachkraft und einer Mitarbeiterin/einem Mitarbeiter einer regionalen Suchtberatungsstelle betreut.

Teilnehmende Schulen müssen einige Voraussetzungen erfüllen: Nach der Bewerbung werden im Rahmen einer Konferenz zunächst Informationen zum Projekt gegeben.

Diese Entscheidungshilfe wurde eingebaut, um mit dem Lehrerkollegium und Vertretern von Eltern- und Schülerschaft zu klären und zu entscheiden, ob dieses Angebot für die Schule realisierbar ist.

Die Teilnahme am Projekt bindet Kräfte und ist deshalb nur zu bewerkstelligen, wenn dafür auch entsprechende Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden.

<sup>22</sup> Beteiligte Hamburger Einrichtungen.: SPZ, Suchtberatung Drei, Suchtberatungen Kodrobs Bergedorf und Süderelbe- Wilhelmsburg , Beratungszentrum KÖ 16a, Beratungszentrum Seehaus, Viva Wandsbek, Büro für Suchtprävention



Im nächsten Schritt bildet die Schule eine Projektsteuerungsgruppe mit Vertretern der genannten Gruppen plus Schulleitung. Diese Gruppe schließt dann mit dem Betreuungsteam einen Kontrakt, in dem alle Bestandteile des Projektes, Bedingungen und auch bereits alle Termine des Unterstützungsangebots miteinander vereinbart werden. Die schulorganisatorische Absicherung der Arbeit der Projektgruppe und die Realisierbarkeit aller vereinbarten Angebote vor allem durch die Schulleitung müssen dabei gewährleistet werden. Wie sich die Termine auf das Schuljahr verteilen, kann von der Projektsteuerungsgruppe je nach den schulinternen Möglichkeiten festgelegt werden, ob z.B. eher kompakt über ein Halbjahr verteilt oder über das gesamte Schuljahr. Aufgrund enger schulischer Zeitfenster wurden die verbindlichen Kernangebote bis zum jetzigen dritten Durchgang immer weiter komprimiert.

#### *Kernangebote*

- Überprüfung, Verbesserung und Verankerung schulinterner Regeln /Interventionsmaßnahmen für den Umgang mit Nikotin, Alkohol, Cannabis und anderen Suchtmitteln. Umfang:(ca.3-5 Sitzungen)
  - Basisveranstaltung für das gesamte Lehrerkollegium, Eltern- und Schülervertreter/innen, Hausmeister und Schulsekretärinnen zur Information über die Droge Cannabis, ihre Verbreitung, Konsumwirkungen und -risiken sowie über rechtliche Fragestellungen
  - Umfang: Ca. 2 Stunden z.B. im Rahmen einer Lehrerkonferenz
  - 4 - stündiges Grundlagentraining verbindlich für alle Klassenlehrer/innen ab Klassenstufe 7, Beratungslehrer/innen und interessierte Lehrer/innen: Wahrnehmungsschulung und Anleitung zur Frühintervention, Einführung in das Transtheoretische Modell und die Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung nach Miller/Rollnick
  - 4- stündiges Aufbaustraining, Vertiefung in motivierender Gesprächsführung, Hilfestellungen zur Einschätzung ;des Konsums Anleitung zur „Minimalen Intervention“
    - (2 Beratungssequenzen), Informationen über weitergehende Hilfen
  - Abschlussgespräch zum Ende des Projektes
- + Nachbesprechung ca. ½ Jahr nach Beendigung des Projektes

#### *Zusatzangebote*

Darüber hinaus können weitere Angebote gebucht werden, wie z.B. Elterntrainings; Unterstützung gefährdeter Schülerinnen und Schüler; Beratungs- und Ausstiegsangebote für rauchende Schülerinnen und Schüler; Vorbereitung und Durchführung suchtpreventiver Unterrichtsprojekte und Maßnahmen auch zur Nichtraucherförderung; Schülerveranstaltungen: z.B. Klassenbesuche in den beteiligten Beratungsstellen  
Für die Schulen sind diese Angebote kostenlos.

### **1. Lehrertrainings**

Ein Herzstück des Projektes sind die Trainings zur Frühintervention. Diese finden in der Regel am Nachmittag in Gruppen von 20-25 Teilnehmern in der Schule statt und sind langfristig geplant.

Nach 3 Projektdurchgängen und verschiedenen Varianten dieser Fortbildung (in der Schule, im SPZ, an Wochenenden etc.) sind wir aufgrund schwieriger räumlicher und zeitlicher Bedingungen der Kollegien, dabei geblieben, diese Veranstaltungen in der



Schule in der laufenden Woche nach Unterrichtschluss durchzuführen.

### *Grundlagentraining für Lehrer/innen ab Klasse 7*

Lehrer/innen werden in der Wahrnehmung von cannabiskonsumierenden Schülern /innen und der konkreten Ansprache dieser Schüler/innen geschult.

Zentrales Anliegen dieses Trainings ist es, ein „Handwerkszeug“ für die Schulpraxis zu vermitteln, das es den Kolleg/innen ermöglicht mit einer Haltung von Interesse auffällige Schüler/innen z.B. in der Pause oder nach dem Unterricht motivierend anzusprechen, ihre Wahrnehmungen zu spiegeln, ihre Sorgen auszudrücken, gegebenenfalls Vermutungen hinsichtlich Cannabiskonsum anzusprechen, Vereinbarungen bzgl. Regeleinhaltung miteinander zu treffen und bei Bedarf Hilfen zu vermitteln.

Dabei spiegeln die eigene Haltung zum Thema und die Einschätzung zu den Wahrnehmungsfeldern und Handlungsmöglichkeiten im Kollegium eine große Rolle.

In einer Mischung von einführenden Informationen und praktischen Übungen versetzen sich die Beteiligten in die jeweiligen Rolle-Schüler/in und Lehrkraft, um einerseits eine größere Sensibilität für das Thema „vermuteter Drogenkonsum“ zu erreichen, andererseits aber auch eine deutlichere Rollenklarheit für sich (Bewertende Lehrkraft -unterstützender Pädagoge) heraus zu arbeiten.

### **Zur Struktur:**

Das Grundlagentraining lässt in 3 große Blöcke gliedern:

1. „Wahrnehmung verbessern“
2. Das kurze Gespräch in der Pause
3. Hilfreiche Prinzipien des Transtheoretischen Modells und der Motivierenden Gesprächsführung

### **„Wahrnehmung verbessern“**

In diesem einführenden Teil des Seminars wird anhand kleiner Wahrnehmungsübungen mit den Teilnehmer/innen dazu gearbeitet, sich der Subjektivität der eigenen Wahrnehmung bewusster zu werden.

Ein Beispiel einer Partnerübung zur Wahrnehmungsverbesserung und Interpretationsvermeidung:

- Setzen Sie sich bitte paarweise gegenüber!
- Beschreiben Sie bitte nacheinander ca. 2 Minuten Ihr Gegenüber (Kleidung, Augen, Haare, Haltung...)
- Tauschen Sie bitte nach beiden Durchgängen Ihre Eindrücke aus.

Um die Ebene „ich kann als Lehrer/in nur etwas tun, wenn ich den Drogenkonsum beweisen kann“ zu verlassen, ist es wichtig Signale eines möglichen Konsums im Kontext Schule bewusster wahrzunehmen und auf daraus folgende Verhaltensweisen frühzeitig zu reagieren:

Dazu gehören: das Verhalten im Unterricht (z.B. häufiges Zu spät kommen, Fehlzeiten, den Unterricht vorzeitig verlassen); das Leistungsverhalten (z.B. Konzentrationsprobleme, Verschlechterung in Klassenarbeiten und Hausaufgaben); das Sozialver-



halten (z.B. Umgangston, Aufmerksamkeit, Zurückgezogenheit, übertriebene Heiterkeit und Lächerlichkeiten); Informationen aus persönlichen Gesprächen (z.B. Idealisierung von Drogenkonsum); Situationen auf dem Schulgelände (z.B. Veränderung des Freundeskreises); Informationen zu einzelnen Schüler/innen (z.B. über Austausch im Kollegium, durch Äußerungen anderer Schüler/innen, über den Beratungsdienst oder aber auch von außen über Eltern).

Um es deutlich zu machen, Lehrer/innen sollen nicht als „Detektive“ handeln, sondern in ihrer Eigenschaft als Pädagogen/innen. Die oben genannten Veränderungen müssen nicht immer im Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen, sie können aber Hinweise dafür geben und/oder für andere Problemlagen von Jugendlichen stehen. Hilfreich für die eigene Absicherung des Wahrgenommenen ist der Austausch mit den Kolleg/innen der Klasse und die Dokumentation<sup>23</sup> als Grundlage für ein Gespräch zwischen Lehrkraft und Schüler/in.

### **Das kurze Gespräch in der Pause**

Inhalt dieses Seminarteils ist das Üben von kurzen Gesprächssequenzen zwischen Lehrkraft und Schüler/in, in denen Beobachtungen, Sorgen und Erwartungen ausgedrückt; möglicherweise auch Gerüchte benannt und auf der Basis schulischer Regeln klare Vereinbarungen getroffen werden.

In Dreiergruppen werden in kleinen Sequenzen diese Gesprächssituationen mit vorgegebenen Beispielen mit Rollenwechseln Schüler/in- Lehrkraft- Beobachter/in ausprobiert.

Dabei können z.B. Gesprächsfallen, in die man selber läuft, sichtbar werden und Alternativen aufgezeigt werden. Deutlich wird auch aber auch, dass ein Gespräch keine Wunder bewirken, aber dazu führen kann, dass Schüler/innen sich wahrgenommen fühlen. Viele Lehrer/innen berichten aus ihren bisherigen Gesprächserfahrungen oft resigniert, das bringe doch alles nichts. In vielen Gesprächen mit Jugendlichen haben wir nachgefragt und dabei wurde häufig geschildert, dass es in der Regel nicht spurlos an ihnen vorbeiging, wenn ihr Gegenüber rückmeldete, was wahrgenommen wurde und Sorge bereite. Entscheidend sei dabei die Art der Ansprache gewesen .

Wichtig, um entsprechend nach Interventionsschritten vorgehen zu können, sind abgestimmte und vereinbarte Regelungen und Konsequenzen bei Nichteinhaltung. Diese werden im Rahmen der Projektssteuerungsgruppe erarbeitet und gestalten den Handlungsspielraum der einzelnen Lehrkräfte.<sup>24</sup>

### **Hilfreiche Prinzipien des Transtheoretischen Modells (TTM) und der Motivierenden Gesprächsführung**

Im dritten Teil dieses Trainings werden die Grundlagen des TTM und die Prinzipien /Strategien der Motivierenden Gesprächsführung nach Miller/ Rollnick erläutert.

Die Einführung in das Modell hat sich aus meiner Sicht für den schulischen Rahmen als hilfreich erwiesen, da das TTM mit seiner Grundhaltung - Verhaltensänderung als Prozess, der sich in folgenden Phasen unterscheiden lässt: Absichtslosigkeit; Absichtsbildung; Vorbereitung, Handlung; Aufrechterhaltung - Lehrkräften Möglichkeiten und auch Grenzen von Hilfestellungen aufzeigen kann.

---

<sup>23</sup> Hilfreich sind Arbeitsblätter aus Step by Step/ BZgA

<sup>24</sup> siehe auch BzGA, Leitfaden Cannabis und Schule



Hilfreich ist dabei, auch einmal einen Blick auf die „eigenen“ Gewohnheiten zu werfen, die eigene Veränderungsbereitschaft einzuschätzen und zu überlegen, was eine hilfreiche Unterstützung sein könnte, um eine Motivation in Richtung Verhaltensänderung aufzubauen.

Im Nachvollziehen dieser Haltung erleben Lehrer/innen in den Trainings häufig eine große Entlastung.

Im Ausprobieren der Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung: Empathie zeigen (Herstellen einer förderlichen Atmosphäre, Verständnis zeigen); Diskrepanzen entwickeln (Würdigung mitteilen), mit dem Widerstand arbeiten und den Glauben an die eigenen Fähigkeiten fördern (Anerkennung geben, Raum schaffen für andere Inhalte) haben die Teilnehmer/innen des Seminars Gelegenheit damit zu experimentieren und Gesprächssituationen zu gestalten.

Sie erfahren, dass kleine Veränderungen in der Gesprächsführung, Gespräche voranbringen können, die vorher als sehr unangenehm und als Sackgasse erlebt wurden.

Durch das praktische Üben solcher Gesprächssituationen erlangen Lehrkräfte nicht nur mehr Sicherheit für Gespräche mit Schüler/innen sondern z.B. auch mit Eltern.

Im Aufbautraining werden diese Techniken verfeinert, die Teilnehmer/innen lernen Instrumente für weiterführende Gespräche z.B. das Arbeiten mit Skalen, mit Pro und Contra kennen. Zentrales Thema ist jedoch der Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen insbesondere das Umgehen mit Widerstand in Gesprächen.

Für beide Trainings stehen maximal 8 Stunden zur Verfügung. Dies ist ein knapper Rahmen für das, was in dieser Zeit vermittelt und trainiert wird.

Es bestehen jedoch weitere Fortbildungsmöglichkeiten des SPZ über das Projekt hinaus.

Die Rückmeldungen aus den Veranstaltungen<sup>25</sup> zeigen, dass mit den Trainings ein Schritt gemacht ist, bei Lehrkräften sowohl die Sensibilisierung und Sicherheit im Erkennen der Cannabis- und sonstigen Drogenproblematik zu erhöhen als auch mehr Sicherheit im Umgang mit betroffenen Schülern zu erlangen. Was uns aber daneben genauso wichtig erscheint, ist die Tatsache, der Initiierung und Institutionalisierung des fachlichen Austausches im Kollegium und der Schaffung von mehr Transparenz und Klarheit bei zukünftig zu treffenden Entscheidungen.

Für den nächsten Projektdurchgang ist geplant, die Angebote weiter zu modularisieren.

Darüber hinaus hat sich die enge Kooperation zwischen Suchtprävention - regionalen Suchtberatungsstellen und den Schulen bewährt. Dadurch können jugendliche Konsumentinnen / Konsumenten und auch ihre Eltern besser und frühzeitiger für Informations- und Beratungsangebote erreicht werden.

---

<sup>25</sup> siehe auch Baumgärtner, Theo: Bekifft in der Schule; Ausgewählte Evaluationsergebnisse des 1. Projektjahres.



### Literaturhinweise:

Baumgärtner, Theo: Bekifft in der Schule; Ausgewählte Evaluationsergebnisse des 1. Projektjahres. Hamburg 2004 veröffentlicht unter [www.li-hamburg.de/spz](http://www.li-hamburg.de/spz) siehe Projekte

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Step bei Step. Suchtvorbeugung in der Schule. Köln 1999

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Keller, Stefan: Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg 1999

Miller, William R. & Rollnick Stephen: Motivierende Gesprächsführung. Freiburg i.B. 1999



Blick in einen Workshop



## **5. HARTZ IV, ALG I+II: RENTE, ERWERBSFÄHIGKEIT, BESCHÄFTIGUNGSPOLITISCHE PROJEKTE - SPRECHSTUNDE HARTZ BÜRO**

### **5.1 Das Beste draus machen - (wo) gibt es konstruktive Umsetzungen von Hartz IV in der Sucht- und Drogenhilfe? Eine Sprechstunde zu gelingendem Umgang mit dem SGB II und SGB XII**

*Albert Kern, Paritätischer Landesverband Baden-Württemberg, Stuttgart*

#### **a) from best practices to best consequences.**

#### **Schlussfolgerungen aus der Erfahrung mit Beschäftigungsprojekten für Suchtkranke**

Textfassung der Präsentation für die BMGS-Fachtagung „Teilhabe am Arbeitsleben. Perspektiven für suchtkranke Menschen“ am 20./21. Oktober 2005 in Berlin

#### **Vorbemerkungen**

Die „best practices“ der Beschäftigungsprojekte für Suchtkranke zeigen, dass mit dem entsprechenden Know-how eine erfolgreiche Integration in Arbeit gelingen kann. Doch statt aus diesen guten Erfahrungen die Konsequenz zu ziehen, entsprechende Projekte vermehrt einzurichten und bestehende weiter zu fördern, werden seit dem Inkrafttreten des SGB II und des SGB XII Anfang 2005 die Fördermittel für Beschäftigungsprojekte für Suchtkranke kontinuierlich gesenkt oder sogar gestrichen.

„best consequences“ sehen anders aus – mit diesen anderen Schlussfolgerungen beschäftigt sich dieser Beitrag. Da die ethischen und rehabilitativen Beweggründe für eine Beschäftigungsförderung von Suchtkranken offensichtlich nicht ausreichen, um eine bessere oder wenigstens kontinuierliche Förderung zu erhalten, geht dieser Beitrag in erster Linie der Frage nach, inwieweit sich die Integrationsarbeit für den Personenkreis der Suchtkranken „rechnet“. Die entsprechenden volkswirtschaftlichen Überlegungen beruhen auf den Erfahrungen der „best-practice“-Modelle, die während dieser Tagung vorgestellt werden. Die Modellrechnungen sollen dazu beitragen, dass Beschäftigungsprojekte für Suchtkranke als mittelfristig lohnend für die Gesellschaft anerkannt und deshalb gefördert werden.

#### **Generelle Kosten-Nutzen-Überlegungen**

Volkswirtschaftliche Überlegungen können auf vielfältige Arten angestellt werden: Als Krankheitskosten-Analysen, die berechnen sollen, was eine Krankheit finanziell für die Volkswirtschaft bedeutet; als Kosten-Nutzen-Analysen, die den Nutzen von Maßnahmen in Geldwert umrechnen oder als Kosten-Effektivitätsanalysen, bei denen die Kosten für eine bestimmte Menge an Nutzen ausgerechnet werden. Alfred Uhl (2004) hat in seinen kritischen Betrachtungen zur Ökonomie der Sucht die verschiedenen Berechnungen mit ihren Möglichkeiten und Grenzen gut ausgeleuchtet.<sup>26</sup> Was es für jeden Einzelnen bedeutet, arbeitslos zu sein, und inwieweit diese Demütigung dazu führt, dass psychoaktive Substanzen als „Problemlöser“ eingesetzt werden, die wiederum dazu führen, dass eine Arbeitsaufnahme erschwert wird - und welche andau-

---

<sup>26</sup> Eine konzise Zusammenfassung der drei Typen vergleichender Kosten-Nutzen-Überlegungen findet sich bei Kufner/Rösner (2005: 48)



ernden gesundheitlichen und andere Schäden diese Wechselwirkung haben kann: Das kann nicht vollständig in finanzielle Mittel umgerechnet werden. Dem Volksmund sind die Einschränkungen volkswirtschaftlicher Betrachtungsweisen durchaus bekannt: „Ein Mensch vergesse eines nicht: Auch Unwägbares hat Gewicht!“ mahnt beispielsweise Eugen Roth. Und mit Oscar Wildes Bonmot „Heutzutage kennen die Leute vor allem den Preis und nicht den Wert“ wird zurecht davor gewarnt, bei den Berechnungen die sogenannten intangiblen Kosten außer Acht zu lassen.

### **Konkrete Kosten-Nutzen-Analysen zu Beschäftigungsprojekten für Suchtkranke**

Die diesem und dem folgenden Abschnitt zugrunde liegenden Fragen lauten: Welche Auswirkungen hat es für die Wirtschaft einer Gesellschaft, wenn suchtkranken Menschen eine Beschäftigung oder eine geregelte Arbeit verweigert wird? Genauer gefragt: Welche Kosten entstehen durch Arbeitslosigkeit von suchtkranken Menschen, die zudem - ohne Therapie bzw. Beschäftigung - möglicherweise in die Beschaffungskriminalität geraten? Welche finanziellen Mittel benötigt ein Beschäftigungsprojekt im ambulanten Bereich? Welchen Erfolg weisen solche Projekte bei der Integration in Arbeit auf? Was ist bei suchtkranken Menschen volkswirtschaftlich „unterm Strich“ rentabler: Qualifizierung, Beschäftigungsförderung oder „zero works“?

Dieser Abschnitt gliedert sich dazu in zwei Teile:

- 3.1 Die Berechnung der jährlichen Kosten von Arbeitslosigkeit einer Person durch die anfallenden Ausgaben und Mindereinnahmen,
- 3.2 Die jährlichen Kosten von Beschaffungskriminalität pro abhängiger Person.

### **Jährliche Kosten der Arbeitslosigkeit pro Person**

Für die Berechnung der Kosten der Arbeitslosigkeit wurde von einer ALG II berechtigten Person und damit den niedrigsten Arbeitslosenkosten für die Volkswirtschaft ausgegangen. Neben den Kosten für den ALG II-Regelsatz (derzeit 345 Euro pro Person) fallen die Personalkosten der Job-Center an, die für die Vermittlung und Betreuung der ALG II Berechtigten zuständig sind. Dafür sind in den Haushalten bundesweit 3,3 Mrd. Euro eingesetzt; bei derzeit 3,2 Mio. ALG II Berechtigten ergibt sich ein pro-Kopf-Betrag von 1.031 Euro jährlich. Für diese Finanzierung ist der Bund zuständig. Die Bundesagentur zahlt für jeden ALG II Berechtigten zudem einen monatlichen Beitrag an die Rentenversicherung in Höhe von 78 Euro sowie an die Krankenversicherung einen Beitrag von insgesamt 140 Euro pro Monat für die Pflege- und Krankenversicherung. Die Kosten für Unterkunft und Heizung (kommunale Zuständigkeit) wurden mit 223 Euro pro Monat anhand des niedrigsten Wertes angesetzt. Addiert man diese Ausgaben, so ergibt sich eine Summe von knapp 10.500 Euro jährlich pro arbeitsloser Person (siehe Tabelle 1).



<b>Tabelle 1 - Ausgaben</b>		
ALG II Regelsatz	345 € x 12 Monate	4.140 €
Personalkosten Job-Center nach SGB II	3,3 Mrd. € / 3,2 Mio. Erwerbsfähige	1.031 €
Unterkunft / Heizung	223 € x 12 Mon.	2.676 €
KV- und PV-Beitrag der Bundesagentur	125 € + 15 € = 140 € x 12 Monate	1.680 €
RV-Beitrag der Bundesagentur	78 € x 12 Monate	936 €
<b>Zwischensumme Ausgaben</b>		<b>10.463 €</b>

Neben diesen Ausgaben ergeben sich volkswirtschaftlich betrachtet Mindereinnahmen durch entgangene Steuern und Sozialversicherungsbeiträge (vgl. Tabelle 2). Diese Berechnungen fußen auf den Annahmen der gesamtfiskalischen Modellrechnungen, die das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit im Juli 2003 vorgelegt hat (vgl. Bach/Spitznagel 2003). Demnach entgehen einer Volkswirtschaft 19% Steuern von einem angenommenen geringen Einkommen von 13.800 Euro jährlich sowie insgesamt 25,6% Sozialbeiträge dieses Einkommens (ebd., S. 9 Tabelle 2b). Die Mindereinnahmen und die Kosten der Arbeitslosigkeit wurden so niedrig wie vertretbar angesetzt; höhere Kosten würden sich für den Vergleich zugunsten der Beschäftigungsprojekte auswirken.

<b>Tabelle 2 - Mindereinnahmen</b>		
Steuern	19% von 13.800 €	2.622 €
Sozialbeiträge (RV, KV, PV, AV)	25,6% von 13.800 €	3.533 €
<b>Zwischensumme Mindereinnahmen</b>		<b>6.155 €</b>

Die Kosten der Arbeitslosigkeit pro Person und Jahr betragen demnach 16.618 Euro (vgl. Tabelle 3).



Zwischensumme Mindereinnahmen	6.155 €
Zwischensumme Ausgaben	10.463 €
<b>Kosten Arbeitslosigkeit pro Person und Jahr</b>	<b>16.618 €</b>

#### Jährliche Kosten von Beschaffungskriminalität pro abhängiger Person

Für den Personenkreis der Drogenabhängigen müssen bei einer volkswirtschaftlichen Betrachtungsweise zusätzlich die Kosten der mit der Drogenabhängigkeit verbundenen Beschaffungskriminalität berücksichtigt werden (vgl. Tabelle 4). Karl-Hans Hartwig und Ingo Pies (1995), Andrea Kaiser (1996) und der Stuttgarter Polizeipräsident Volker Haas (1992; vgl. auch FDR-Berichte 33/1993) haben entsprechende Berechnungen angestellt. Erbas et al (2004) beziehen sich in ihren Berechnungen zur Beschaffungskriminalität auf die Studie von Hartwig/Pies. Für die hier vorliegende Kosten-Nutzen-Analyse wurden lediglich die direkten Kosten der Beschaffungskriminalität nach Hartwig/Pies berücksichtigt. Weder die von Hartwig/Pies zusätzlich veranschlagten Kosten für die Drogenkriminalität (vgl. Hartwig/Pies 1995: 21ff.) noch die wesentlich höher veranschlagten Kosten von Haas wurden herangezogen. Damit wird dem Faktum Rechnung getragen, dass die Beschaffungskriminalität durch die inzwischen enorm gewachsene Substitutionsbehandlungen geringer geworden sein dürfte als Anfang und Mitte der neunziger Jahre.

Bei etwa 435.000 Abhängigen und Missbrauchern von illegalen Drogen ergeben sich demnach pro Person und Jahr volkswirtschaftlich relevante Kosten in Höhe von etwa 6.000 Euro. Ein Hinweis bereits an dieser Stelle: Bei 439 Job-Center für ALG II Berechtigte in den Händen der ARGE n bzw. der optierenden Kommunen bedeutet die Zahl von bundesweit 435.000 Abhängigen und Missbrauchern von illegalen Drogen ziemlich genau 1.000 Personen pro Job-Center, für die ein spezifisches Beschäftigungsprojekt sinnvoll wäre. Davon ist man allerdings nicht erst seit dem SGB II und SGB XII weit entfernt.

Jährliche Kosten durch Beschaffungskriminalität	2.611.480.000 €
Abhängige und Missbraucher von illegalen Drogen (nach den Angaben der DHS) (pro ARGE/opt. Kommune ca. 1.000 Personen)	435.000
<b>Kosten der Beschaffungskriminalität pro Person und Jahr</b>	<b>6.003 €</b>
Kosten der Beschaffungskriminalität II (nach Haas, Stuttgart, 1992)	
50 € täglich (x 365)	18.250 €



Zusammengenommen ergeben sich jährliche Kosten durch die Arbeitslosigkeit und durch die Beschaffungskriminalität in Höhe von 22.621 Euro pro Person (vgl. Tabelle 5).

<b>Tabelle 5 - Jährliche Kosten der Arbeitslosigkeit und der Beschaffungskriminalität</b>	
Kosten der Beschaffungskriminalität pro Person und Jahr	6.003 €
Kosten Arbeitslosigkeit pro Person und Jahr	16.618 €
<b>Jährliche volkswirtschaftliche Gesamtkosten pro ALG II berechtigter Person</b>	<b>22.621 €</b>

Diese Kosten dienen als Vergleichswert für die Effektivität von Beschäftigungsprojekten. Die Vergleiche fallen je nach Integrationsquote und je nach dem Zeitraum der Betrachtung (siehe folgender Abschnitt) unterschiedlich aus.

#### **Effektivität von Beschäftigungsprojekten**

Um einen Vergleich der Kosten eines Beschäftigungsprojektes mit der Finanzierung ausschließlich der Arbeitslosigkeit nachvollziehbarer zu gestalten, wurden vergleichende Modellberechnungen anhand einer Gruppe von 10 drogenabhängigen und arbeitslosen Personen vorgenommen. Ergänzend zu dieser Grundlegung (vgl. Tabelle 6) wurden drei Berechnungen aufgrund weiterer Annahmen vorgenommen.

<b>Tabelle 6 - Grundlage für Kosten-Nutzen-Analyse</b>	
Jährliche Kosten bei einer Gruppe von 10 suchtabhängigen und arbeitslosen Personen (pro Person 22.621 Euro jährlich)	226.210 €
<b>Volkswirtschaftliche Gesamtkosten bei einem Betrachtungszeitraum von 5 Jahren</b>	<b>1.131.050 €</b>

Modell 1 geht von einem Betrachtungszeitraum von fünf Jahren aus und einer Integrationsquote von 20%. Hintergrund dieses Beispiel sind die best practice-Beispiele aus Pforzheim, Nürnberg und Hamburg (siehe Beiträge in der Tagungsdokumentation) sowie die Arbeit der Wiener Berufsbörse (vgl. Gruber et al, 2002), die alle eine Integrationsquote von mehr als 20% erreicht haben. Das zweite Beispiel mit einer Integrationsquote von 10% senkt damit gewissermaßen die Anforderungen an die Projekte und betrachtet die Effekte innerhalb eines Betrachtungszeitraums von zehn Jahren. Ebenfalls auf die Auswirkungen in einem 10-Jahres-Zeitraum und einer Integrationsquote von 10% bezieht sich das dritte Berechnungsbeispiel eines qualifizierenden Ein-Euro-Beschäftigungsprojektes.



<b>Tabelle 7 - Kosten Beschäftigungsprojekt pro Person</b>	
Qualifizierungsprojekt mit Kosten von 1.600 € x 6 Monate	9.600 €
zusätzlich 12 Monate EGZ à 500 €	6.000 €
zusätzlich 12 Monate à 250 € Kosten für Arbeitgeber-Assistenz	3.000 €
<b>Gesamtkosten</b>	<b>18.600 €</b>

Die Modellberechnung geht davon aus, dass mit diesen Maßnahmen eine dauerhafte Integrationsquote von 20% in den ersten Arbeitsmarkt erreicht werden kann. Der vom Institut für Suchtforschung Zürich erstellte Schlussbericht des zugrunde liegenden Projekts Q-Train belegt nach zweijähriger Projektdauer sogar eine Integrationsquote von 48% bzw. 24% (vgl. Dombrowski/Steffen/Uchtenhagen 2000: 33); Axel Graßmann vom Verein Jugend hilft Jugend in Hamburg belegt eine Integrationsquote von 26%.

Eine Kosten-Nutzen-Analyse muss den Nachhaltigkeitsfaktor mit einbeziehen, d.h. es muss eine Annahme getroffen werden, wie lange die integrierten Personen im Arbeitsmarkt bleiben. Der IAB Forschungsbericht Nr. 19/2005 zum arbeitsmarktpolitischen Programm FAIR hat erste Annahmen dazu für den Kreis der Langzeitarbeitslosen getroffen (vgl. ebd. S. 43ff.). Aufgrund der bisherigen Erfahrungen in den herangezogenen best-practice-Modellen gehen wir davon aus, dass die integrierten Personen über den jeweiligen Betrachtungszeitraum auch im Arbeitsmarkt bleiben. Selbst wenn einzelne wieder arbeitslos würden, trifft es nach den Erfahrungen zu, dass dafür andere zunächst nicht integrierte Personen aufgrund der Qualifizierungen und Vermittlungsbemühungen in Arbeit kommen.

Wie bereits erwähnt, geht die erste Modellberechnung von der Annahme aus, dass eine Integrationsquote von 20% erreicht werden kann und stellt die Vergleichsberechnungen über einen Zeitraum von fünf Jahren dar. Dabei ergeben sich im ersten Jahr sowohl Kosten für das Beschäftigungsprojekt als auch für die Arbeitslosigkeit (der ALG II-Bezug bleibt erhalten). Dagegen wird angenommen, dass aufgrund der Tagesstrukturierung und der Motivation im Projekt keine Beschaffungskriminalität erfolgt. *Tabelle 8* stellt die Kosten für das erste Jahr des fünfjährigen Betrachtungszeitraums dar.

### **Modell 1 – Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekt**

*Tabelle 7* schlüsselt die Kosten eines best-practice-Projektes auf. Die auf sechs Monate angelegten Qualifizierungsmaßnahmen betragen 1.600 Euro pro Monat pro Person. Zusätzlich werden den Arbeitgeber Eingliederungszuschüsse nach § 217 bzw. § 421 SGB III gewährt, die mit insgesamt 6.000 Euro pro Beschäftigter veranschlagt werden. Als besonders wirksam hat sich die Arbeitgeber-Assistenz erwiesen. Dabei werden die Arbeitgeber und der Beschäftigte am Arbeitsplatz für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten begleitet. Dafür entstehen jährliche Kosten in Höhe von 3.000 Euro pro Person.

In den folgenden vier Jahren sind bei einer Integrationsquote von 20% zwei der insgesamt zehn Personen in Arbeit. Kosten für das Beschäftigungsprojekt fallen für alle zehn Personen nicht mehr an. Für die acht Personen, die nicht integriert werden



konnten, fallen die berechneten Kosten der Arbeitslosigkeit und der Beschaffungskriminalität an. Demgegenüber zahlen die beschäftigten Personen Steuern und entrichteten Sozialbeiträge. Damit fallen jährliche Kosten von 168.658 Euro an (vgl. Tabelle 9)

<b>Tabelle 8 - Modell 1: Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekt mit 20% Integrationsquote. Kosten-Nutzen-Analyse erstes Jahr</b>	
Kosten für 10 Personen im Qualifizierungs- und Trainingsprojekt	186.000 €
Kosten für Arbeitslosigkeit (ohne Beschaffungskriminalität)	166.180 €
<b>Gesamtsumme 1. Jahr</b>	<b>352.180 €</b>

<b>Tabelle 9 - Modell 1: Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekt mit 20% Integrationsquote. Kosten-Nutzen-Analyse zweites bis fünftes Jahr</b>	
Kosten für 10 Personen im Qualifizierungs- und Trainingsprojekt	0 €
Kosten für 8 Personen Arbeitslosigkeit (mit Beschaffungskriminalität)	180.986 €
Mehreinnahmen 2 Personen Steuern und Sozialbeiträge	12.310 €
<b>Jährliche Kosten 2. – 5. Jahr</b>	<b>168.658 €</b>

Vergleicht man nun über einen Zeitraum von fünf Jahren die Kosten der „reinen“ Arbeitslosigkeit mit den Kosten eines Beschäftigungsprojektes, das die gesetzte Integrationsquote von 20% erreicht hat, dann ergibt sich ein volkswirtschaftliches Plus von etwa mehr als 100.000 Euro (vgl. Tabelle 10).

<b>Tabelle 10 - Modell 1: Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekt mit 20% Integrationsquote. Kosten-Nutzen-Analyse über 5 Jahre</b>	
Kosten für 10 Personen im 1. Jahr	352.180 €
Kosten 2. bis 5. Jahr (jährlich 168.658 € x 4 Jahre)	674.632 €
Gesamtkosten über 5 Jahre	1.026.812 €
Volkswirtschaftliche Kosten ohne Beschäftigungsprojekt 22.621 € * 10 Personen * 5 Jahre	1.131.050 €
<b>Differenz / Plus</b>	<b>104.238 €</b>

Für einen mittelfristig denkenden Geschäftsführer einer ARGE oder einer entsprechend



zuständigen Person in einer optierenden Kommune lohnt sich also die Förderung eines Beschäftigungsprojekts für Suchtkranke. Wenn alle Verantwortlichen in ihren Bereichen für 2% der 1.000 Abhängigen in ihrem Zuständigkeitsgebiet (vgl. Tabelle 4) einen Beschäftigungsprojektsplatz finanzieren, steigt der Nutzen - über 90 Mio. Euro - volkswirtschaftlich betrachtet auf beeindruckende Höhen (vgl. Tabelle 11).

<b>Tabelle 11 - Modell 1: Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekt mit 20% Integrationsquote. Kosten-Nutzen-Analyse über 5 Jahre bundesweit</b>	
Erzieltes Plus durch die Förderung eines Beschäftigungsprojekts für 10 Personen pro ARGE/optierender Kommune über 5 Jahre	104.238 €
<b>Volkswirtschaftlicher Gewinn bei 439 Job-Center: 439 x 104.238 € x 2 Projekte</b>	<b>91.520.964 €</b>

#### **Modell 2 – Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekt mit 10% Integrationsquote**

Analog zur Berechnung im Abschnitt 4.1 ergibt sich für die ein einzelnes Beschäftigungsprojekt mit einer Integrationsquote von 10% ein Plus von etwa 133.000 Euro, wenn man von einem 10-Jahres-Zeitraum ausgeht.

<b>Tabelle 12 - Modell 2: Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekt mit 10% Integrationsquote. Kosten-Nutzen-Analyse über 10 Jahre</b>	
Kosten für 10 Personen im 1. Jahr	352.180 €
Kosten 2. bis 5. Jahr (jährlich 197.434 € x 9 Jahre)	1.776.906 €
Gesamtkosten über 10 Jahre	2.129.086 €
Volkswirtschaftliche Kosten ohne Beschäftigungsprojekt 22.621 € * 10 Personen * 10 Jahre	2.262.100 €
<b>Differenz / Plus</b>	<b>133.014 €</b>

Übertragen auf die Volkswirtschaft in Deutschland ergibt sich ein Gewinn von annähernd 117 Mio. Euro (vgl. Tabelle 13).

<b>Tabelle 13 - Modell 2: Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekt mit 10% Integrationsquote. Kosten-Nutzen-Analyse über 10 Jahre bundesweit</b>	
Erzieltes Plus durch die Förderung eines Beschäftigungsprojekts für 10 Personen pro ARGE/optierender Kommune über 10 Jahre	133.014 €
<b>Volkswirtschaftlicher Gewinn bei 439 Job-Center: 439 x 133.014 € x 2 Projekte</b>	<b>116.786.292 €</b>

#### **Modell 3 – Qualifizierende Arbeitsgelegenheiten mit 10% Integrationsquote**

Mit einfachen Beschäftigungen gemäß § 16 Abs. 3 SGB II, den sogenannten Beschäftigungen mit Mehraufwandsentschädigung (MAE) oder „Ein-Euro-Jobs“ wird sich kaum



ein Integrationserfolg einstellen (ein positives Gegenbeispiel ist das Projekt des VAE in Frankfurt wie der Beitrag von Birgit Wichelmann-Werth belegt). Das liegt zum einen daran, dass diese Jobs nur für sechs Monate gewährt werden sollen, und zum anderen, dass selbst mit der Höchstpauschale von 500 Euro pro Monat und Person kein qualifizierendes Beschäftigungsangebot gemacht werden kann. Würde die Dauer dagegen auf 24 Monate verlängert und eine monatliche Pauschale von 1.000 Euro pro Person finanziert werden, dann scheinen positive Integrationseffekte möglich zu sein.

Von solchen Annahmen geht die dritte Modellrechnung aus, die wieder einen 10-Jahres-Zeitraum zur Grundlage hat (vgl. Tabelle 14). Zu den Kosten für die Arbeitslosigkeit werden für alle zehn Personen die genannte Qualifizierungspauschale von 1.000 Euro monatlich für die Dauer von 24 Monaten zu den Kosten der Arbeitslosigkeit dazu gerechnet; dadurch ergeben sich Kosten in Höhe von etwa 570.000 Euro. Sofern eine der zehn Personen in den ersten Arbeitsmarkt integriert wird, ergeben sich für die nächsten acht Jahre jährliche Kosten in Höhe von etwa 197.500 Euro. Den sich daraus ergebenden Gesamtkosten über zehn Jahre in Höhe von etwa 2,15 Mio. Euro stehen die Kosten der „reinen“ Arbeitslosigkeit in Höhe von etwa 2,26 Mio. Euro gegenüber. Es ergibt sich auch bei der dritten Modellrechnung ein volkswirtschaftliches Plus in Höhe von etwa 110.000 Euro.

<b>Tabelle 14 - Modell 3: Qualifizierende Arbeitsgelegenheiten mit 10% Integrationsquote. Kosten-Nutzen-Analyse über 10 Jahre</b>	
Kosten für 10 Personen in den ersten 24 Monaten	572.360 €
Kosten 3. bis 10. Jahr jährlich 197.434 € x 8 Jahre	1.579.472 €
Gesamtkosten über 10 Jahre	2.151.832 €
Volkswirtschaftliche Kosten ohne Beschäftigungsprojekt 22.621 € * 10 Personen * 10 Jahre	2.262.100 €
<b>Differenz / Plus</b>	<b>110.268 €</b>

Würde man solche qualifizierenden Ein-Euro-Jobs für 20 suchtkranke Personen in jedem Job-Center bundesweit fördern, dann ergäbe sich nach 10 Jahren ein volkswirtschaftlicher Gewinn von annähernd 99 Mio. Euro (vgl. Tabelle 15).

<b>Tabelle 15 - Modell 3: Qualifizierende Arbeitsgelegenheiten mit 10% Integrationsquote. Kosten-Nutzen-Analyse über 10 Jahre bundesweit</b>	
Erzieltes Plus durch qualifizierende Ein-Euro-Jobs für 10 Personen pro ARGE/optierender Kommune über 10 Jahre	110.268 €
<b>Volkswirtschaftlicher Gewinn bei 439 Job-Center:</b> 439 x 110.268 € x 2 Projekte	<b>98.815.304 €</b>



### Wem nutzen die Einsparungen?

Die Berechnungen machen deutlich, dass viele unterschiedliche Akteure an den Kosten der Arbeitslosigkeit, der Beschäftigungskriminalität und der Beschäftigungsprojekte beteiligt sind: Bundesagentur für Arbeit, Bund, Länder, Gemeinden, Rentenversicherung, Kranken- und Pflegeversicherung und die Leistungserbringer.<sup>27</sup> Fast folgerichtig profitieren diese Akteure auch an den Einsparungen dieser Kosten. Diese Vielfalt der Zuständigkeit führt in der Praxis dazu, dass nicht gemeinsam gehandelt wird: Notwendige Aktivitäten sollen zunächst einmal die anderen angehen.<sup>28</sup> Dabei legt die prozentuale Aufschlüsselung des Gesamtnutzens auf die einzelnen Akteure nahe, dass sich vor allem die Bundesagentur für Arbeit engagieren müsste. Gemäß dem IAB-Kurzbericht 10/2003 (Bach/Spitznagel 2003: 9, Tabelle 2b) profitieren die Kostenträger von den vermiedenen Kosten wie folgt:

<b>Kostenträger</b>	<b>Anteil der ersparten Kosten</b>
Bundesagentur für Arbeit:	39,0 %
Bund:	26,7 %
Rentenversicherung:	10,6 %
Länder:	8,4 %
Gemeinden:	7,2 %
Krankenversicherung:	7,0 %
Pflegeversicherung:	1,0 %

Nicht außer acht bleiben soll, dass die such- und drogenabhängigen Menschen die Nutznießer von Beschäftigungsmaßnahmen wären, die sich an der dargestellten, mittelfristig entstehenden Effektivität und Effizienz orientieren.

### Schlussfolgerung

Der Hauptgeschäftsführer der DHS, Rolf Hüllinghorst, hat in seinem Bericht von der Tagung darauf hingewiesen, dass das Handeln in den Jobcentern bundesweit sehr unterschiedlich ist. Für ihn wurde deutlich, dass gerade die vorgestellten Praxisprojekte die Handlungsmöglichkeiten der gesetzlichen Grundlagen zeigen. Aber Hüllinghorst warnt zurecht: „Allerdings darf niemand darauf warten, dass es Regelungen bundesweit geben wird, sondern diese Regelungen sind vor Ort zu treffen.“ (DHS-Newsletter Nr. 21 2005)

<sup>27</sup> Beim Vortrag wurde an dieser Stelle zur Illustration der Vielfalt der Kostenträger das Bild „Der Kampf zwischen Karneval und Fasten“ von Pieter Brueghel dem Älteren verwendet.

<sup>28</sup> Um die fehlenden Ansprechpartner bei den Forderungen nach einer nachhaltigen Förderung der Beschäftigungsprojekte zu illustrieren, wurde der leergeräumte Platz aus dem Band „Kunst aufräumen“ von Ursus Wehrli (2002) gezeigt.



Wenn die vorgestellten Modellberechnungen dazu beitragen, dass zunächst vor Ort eine Beschäftigungsförderung für Suchtkranke fundierter ausgehandelt und bewilligt wird, dann hat der Beitrag sein Ziel erreicht.

Damit für die betroffenen Personen durch die Förderung entsprechender Projekte Brücken (zurück) in die Beschäftigung gebaut werden können<sup>29</sup>, sind zunächst einmal Ausgaben unumgänglich. Den betroffenen suchtkranken Menschen ist zu wünschen, dass die Verantwortlichen den Mut dafür aufbringen.

### Literatur

- Bach, Hans-Uwe / Spitznagel, Eugen (2003): Was kostet uns die Arbeitslosigkeit? Gesamtfiskalische Modellrechnungen. IAB Kurzbericht 10/2003. Bundesanstalt für Arbeit. Nürnberg
- Binder, Ulrich (1993: 8): Drogenhilfe lohnt sich! Kosten-Nutzen-Rechnung für den ambulanten Drogenbereich, in: FDR-Berichte 33/1993. Hannover
- Dombrowski, Daniela / Steffen, Thomas / Uchtenhagen, Ambros (2000): Qualifizierungs- und Beschäftigungsprojekt Q-Train, Pforzheim. Schlussbericht der Prozessevaluation. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Zürich
- Erbas, B./Tretter, F./Sonntag, G. (2004: 207-232): Ökonomie der psychoaktiven Substanzen, der Sucht und der Suchttherapie, in: Tretter / Erbas / Sonntag (Hrsg.): Ökonomie der Sucht und Suchttherapie. Lengerich
- Gruber, Christine et al (2002): Evaluation der Wiener Berufsbörse. Eine Beratungs- und Betreuungseinrichtung im Spannungsfeld zwischen Arbeitsvermittlung und Suchtkrankenhilfe. Forschungsbericht des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung. Wien
- Hartwig, Karl-Hans / Pies, Ingo (1995): Rationale Drogenpolitik in der Demokratie: wirtschaftliche und wirtschaftsethische Perspektiven einer Heroinvergabe. Tübingen
- Kaiser, Andrea (1996): Was erreicht die deutsche Drogenpolitik? Eine ökonomische Analyse des illegalen Drogenmarktes. Marburg
- Küfner, Heinrich/Rösner, Susanne (2005: 29-63): Forschungsstand 2005 zur Substitutionsbehandlung: Ergebnisse zur Evaluation und Indikation, in: Gerlach, Ralf/Stöver, Heino (Hrsg): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Freiburg
- Schiel, Stefan et al (2005): Das arbeitsmarktpolitische Programm FAIR. Zwischenergebnisse der Begleitforschung 2004. IAB Forschungsbericht Nr. 19/2005. Bundesagentur für Arbeit 2005.
- Tretter, F. / Erbas, B. / Sonntag, G. (Hrsg.) (2004): Ökonomie der Sucht und Suchttherapie. Lengerich
- Uhl, Alfred (2004: 174-206): Kritische Betrachtungen zur Ökonomie der Sucht, in: Tretter / Erbas / Sonntag (Hrsg.): Ökonomie der Sucht und Suchttherapie. Lengerich



Arbeitspause

<sup>29</sup> Im Vortrag wurde an dieser Stelle die Rückseiten der Euro-Scheine gezeigt, mit dem Hinweis, dass solche, im Wortsinn tragende Brücken für die Beschäftigungsprojekte unerlässlich sind.

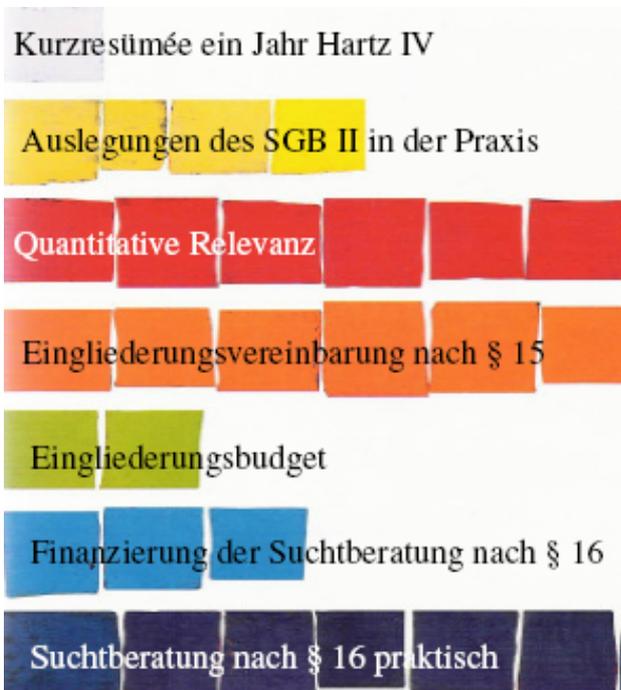


b) Impulsreferat



Die Neuordnung des Sozialgesetzbuchs durch das neu geschaffene SGB II und SGB XII hat für die Sucht- und Drogenhilfe seit Beginn 2005 zu einschneidenden Veränderungen geführt. Neben zahlreichen Verschlechterungen bietet die neue Gesetzgebung aber auch einige Chancen, durch eine akzentuierte Berücksichtigung der Integration in Arbeit die Sucht- und Drogenhilfe konstruktiv weiter zu entwickeln.

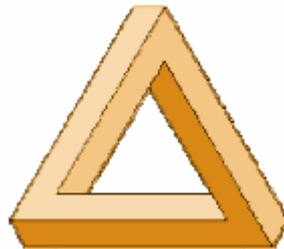
Der Impuls skizziert kurz die Entwicklung und die aktuellen Umsetzungen des SGB II und XII für die Sucht- und Drogenhilfe in Deutschland. Mögliche Module einer Suchtberatung nach § 16 Abs. 2 SGB II werden ebenso thematisiert wie der Konflikt um den § 7 Abs. 4 SGB II, die Frage der Erwerbsfähigkeit von Drogenabhängigen und die Chancen und Risiken einer Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II. Ein Blick in mögliche Weiterentwicklungen des SGB II und SGB XII und deren Bedeutung für die Sucht- und Drogenhilfe schließt den Beitrag ab.





**Ein Jahr SGB II – Bilanz im Hinblick auf die  
Sucht- und Drogenhilfe**

**Suchthilfe**

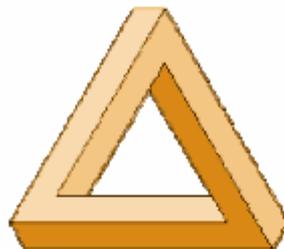


**ARGE -  
Agentur für  
Arbeit**

**ARGE –  
kommunale  
Seite**

**Ein Jahr SGB II – Bilanz im Hinblick auf die  
Sucht- und Drogenhilfe**

**Suchthilfe**

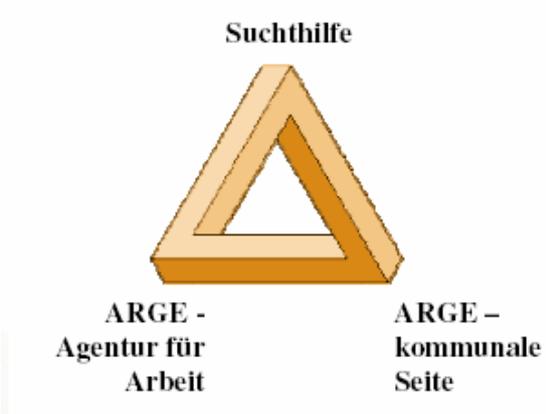


**ARGE -  
Agentur für  
Arbeit**

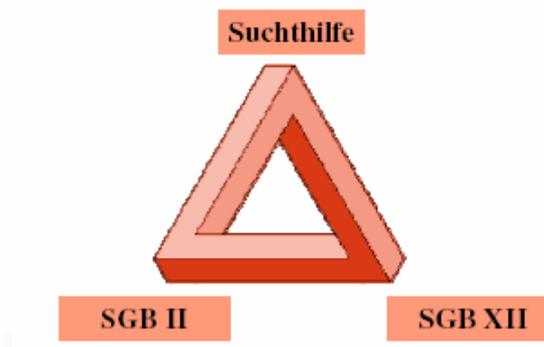
**ARGE –  
kommunale  
Seite**



### Ein Jahr SGB II – Bilanz im Hinblick auf die Sucht- und Drogenhilfe



### Ein Jahr SGB II – Bilanz im Hinblick auf die Sucht- und Drogenhilfe



### Ein Jahr SGB II – Bilanz im Hinblick auf die Sucht- und Drogenhilfe





### **Unterschiedliche Auslegungen des SGB II in der Praxis**

- Zentrale Frage: Wie löst man das „Ich-bin-nicht-zuständig!“-Problem?
- Wie will man mit dem Herkunftsprinzip (gewöhnlicher Aufenthalt) umgehen?
- Welche Lösungen gibt es für den § 7 Absatz 4 SGB II (6-Monatsregelung)?
- Wer informiert über die laufenden juristischen Entwicklungen, insbesondere höchstrichterliche Entscheidungen bei noch strittigen Fragen?



## 6. SCHNITTSTELLEN BEHANDLUNGSFORMEN: SUBSTITUTION/ HIV/HCV – KOOPERATIONS- U. KOMMUNIKATIONS- BRÜCHE IN DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

### 6.1.

Wie kann die Substitutionsbehandlung bedarfsgerecht gestaltet und ausgebaut werden? Gemeinsam! Ein Forderungskatalog an die Politik



BERLINER EKRLÄRUNG Seite 11

### 6.2

Welche Rolle spielt die Substitutionsbehandlung bei der Verbesserung des Zugangs und der Adhärenz bei HIV/HCV-Therapien? Leitfrage: wie können mehr Drogengebraucher von der HCV Behandlung profitieren? Folgerungen und Forderungen

#### a) Vorstellung Projekt DAILY DOSE

*Jutta Engelhardt, Stichting Mainline Amsterdam*

Die durch Stiftung Mainline in Amsterdam/Niederlande initiierte, finanzierte und koordinierte europäische Untersuchung „Living with the Daily Dose: comparing national policies and practices to improve access and adherence of HIV-infected drug users to anti-retroviral treatment“ hat in 11 europäischen Ländern nationale Untersuchungen in Auftrag gegeben. Die Studie hat zum Ziel, Antworten auf Fragen nach Zugang zu und Adhärenz in der ARV-Therapie für die Gruppe der i.v. DrogenkonsumentInnen zu finden. An dieser explorativen Studie nehmen Einrichtungen aus 11 EU-Ländern teil, die in ihren Ländern qualitative Interviews mit jeweils ca. 40 ‚Behandelten‘ (25 HIV-positive DrogengebraucherInnen und 15 ‚Behandlern‘ in der HIV-Behandlung (Ärzte, Krankenpflegepersonal) durchgeführt haben. Das Ziel der Studie ist es, „Best Practice“ – Modelle zu identifizieren und Empfehlungen für einen verbesserten Zugang und Förderung der Adhärenz von DrogengebraucherInnen in der antiretroviralen Therapie zu formulieren (vgl. Engelhardt 2005). Der im Workshop vorgestellte Abschlussbericht repräsentiert den deutschen Teil dieser Studie.

#### b) Vorstellung des Handbuchs „Hepatitis C und Drogengebrauch- Grundlagen, Therapie, Prävention, Betreuung und Recht“ (erschien im März 2006)

*Astrid Leicht, Fixpunkt e.V. Berlin*

## AKTIONSBÜNDNIS HEPATITIS UND DROGENGEBRAUCH

### Hintergrund:

- 60 - 84% iv Drogengebraucher chronisch HCV infiziert (BRD)
- iv Drogengebrauch bedeutsamste Risikofaktor für neu erworbene HCV-Infektion
- Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen reagieren unzureichend auf diese Tatsachen

### Ziele:

- Expertise zu einem Netzwerk bündeln
- Nationaler Hepatitis-Aktionsplan



- Wissenstransfer an Multiplikatoren (Drogenhilfe, AIDS-Hilfe, Selbsthilfe)
- Verbesserung des Therapiezugangs
- Vermeidung von Diskriminierung und Stigmatisierung HCV – Infizierter

#### **Strategien:**

- Gezielte fachpolitische Lobbyarbeit
- Aktivierung und Einbindung von Fachverbänden, Betroffenenorganisationen, Wissenschaftlern/Experten

#### **Vorhaben und Veranstaltungen**

- Handbuch ‚Hepatitis C und Drogengebrauch‘ in Kooperation mit der Schweiz (BAG)
- Fortbildungsreihe für Mitarbeiter Drogenhilfe/ Aidshilfe
- Entwicklung von Eckpunkten einer ‚Nationalen Hepatitis C-Strategie‘
- Kooperation 2.Internationaler Fachtag Hepatitis C in Wien 2005 (21.+ 22.10.2005)
- Veranstalter 3.Internationaler Fachtag Hepatitis C in Bonn 2006 (21. + 22.09.2006)

#### **PARTNER**

- Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik
- JES Netzwerk der Junkies, Ehemaligen und Substituierten
- Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin DGS



#### **Hep-Handbuch-Inhalt**

##### **I Medizin**

1. Hepatitis allgemein
2. Testberatung und Labordiagnostik
3. Therapie
4. Schwangerschaft

##### **II Prävention**

1. Strategien der Hepatitis-Prävention: Von der Theorie zur Praxis
2. Konsumregeln
3. Tätowieren und Piercen
4. Sexuelle Übertragung und Safer Sex
5. Hygiene

##### **III Leben mit einer chronischen Erkrankung – Implikationen für die psychosoziale Beratung und Betreuung von Menschen mit chronischer Hep C**

##### **IV Arbeitsplatzrecht, Sozialrecht**

1. Arbeitsschutz
2. Arbeitsunfall und Berufskrankheit
3. Arbeitsrecht
4. Sozialrechtliche Informationen für von Hepatitis bedrohte und betroffene DrogengebraucherInnen

##### **Voraussetzung für eine Therapie**

Absicherung der existenziellen Bedürfnisse  
Aufbau einer stabilen und belastbaren Betreuungsbeziehung

**Überblick: Lebensbereiche, die für ps Betreuung relevant sind**  
Selbstversorgung (Wohnen, Haushalt, Körperpflege, Ernährung)  
Tagesgestaltung, soziales Umfeld



Arbeit, Beschäftigung  
Krankheitsbewältigung

**Vier zentrale Ziele der ps Beratung**

- 1.Testen lassen (Hep A, B, C)
- 2.Impfen lassen (Hep A, B)
- 3.Behandeln lassen
- 4.Infektionen Dritter und Reinfektionen vermeiden

**Aufgaben der ps Beratung**

Aufklären  
Zugang zur Behandlung eröffnen  
Compliance/Adhärenz in Behandlung stärken  
Schadensbegrenzung, wenn Behandlung scheitert oder nicht geht  
Förderung d. Patientenmündigkeit  
realistische Lebensperspektive entwickeln

**Therapiezugang**

Arztwahl  
Kooperation Patient, Arzt, Betreuung  
Therapie-Entscheidung (Diagnostik, Zeitpunkt, Unterstützungs-Bedarfe)

**Thesen**

Substitution allein hilft nicht  
Strukturierte koordinierte Unterstützung hilft („integrierter Ansatz“)  
Es gibt Probleme an der Schnittstelle Medizin – Drogenhilfe (Haltung,  
Profession, Struktur)



## 6.2 Kooperation zwischen AIDS-/Drogenhilfe und Justiz ?

*Bärbel Knorr, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Drogen & Menschen in Haft*

Die politischen Entwicklungen und anstehenden Veränderungen im Justizbereich überlagerten eigentlich das Thema Kooperation. Im Sommer 2006 soll die Föderalismusreform verabschiedet werden, in dem Gesamtpaket ist die Streichung des Strafvollzugsgesetzes vorgesehen. Konkret bedeutet dies, dass jedes Bundesland voraussichtlich ab 01.01.2007 ein eigenes Strafvollzugsgesetz erstellen würde. Das Strafvollzugsgesetz bildet z.Zt. den Rahmen für den Vollzug, darin geregelt sind z.B. Ziel („Resozialisierung“), medizinische Versorgung, Bezug von Informationsmaterialien und Zugang und Kooperation externer Dienste. Sollte die Gesetzgebungskompetenz vom Bund auf die Länder übergehen, hätte dies direkte Auswirkungen auf den Alltag, die Unterbringung und die Versorgung von Gefangenen. Vermutlich würden wir mittelfristig auf eine größere Privatisierung der Haftanstalten zusteuern. Fraglich wäre aber auch, welche externen Beratungsdienste zukünftig noch im Justizvollzug tätig werden können und wie deren Angebote dann auszusehen haben.

Diskussionsgrundlage in diesem Workshop war allerdings der jetzige Stand, unabhängig von den sich anbahnenden Veränderungen.

### **Fragen und Erwartungen der Teilnehmer/innen**

- Wie sehen die bestehenden Kooperationsmodelle aus?
- Haftvermeidung: Erfahrungen von Tilgung verhängter Geldstrafen
- Wie kann die Stabilisierung und „Gesundung“, die während der Haftzeit erzielt wurde, nach der Haft erhalten bleiben?
- Inhaftierung = Überlebenshilfe?

Die finanziellen Kürzungen, die seit mehreren Jahren im Drogenbereich stattfinden, haben einen Einfluss auf die Angebote und Präsenzzeiten im Justizvollzug. Dem gegenüber ist der Anteil der Drogengebraucher/innen in Haft kontinuierlich gestiegen, weder intern noch extern gab es Stundenaufstockungen, so dass dies zu Lasten von Therapievermittlung und Psychosozialer Begleitung ging. Ein weiteres Problem stellt die Therapievermittlung nach §§ 35ff. BtmG dar. In diesen Bereich fließen relativ viele personelle Ressourcen, eine adäquate Vermittlung, die sich an den Bedarf und der persönlichen Situation des jeweiligen Gefangenen orientiert, kann nicht immer entsprochen werden. Häufig wäre eine Vermittlung in die Substitution kombiniert mit einer Psychosozialen Begleitung sinnvoller als eine abstinenzorientierte Therapieeinrichtung, dies scheitert jedoch in einigen Bundesländern an den rechtlichen Vorgaben. Hier bedarf es einer Klärung und Veränderung auf Landesebene, es müssten Gespräche auf politischer Ebene geführt werden.

### **Wie wird die Arbeit im Justizvollzug koordiniert? Erfolgt eine Bedarfsanalyse?**

Einmal im Jahr erfolgt eine Stichtagserhebung, die ans Justizministerium und je nach Bundesland z.B. auch ans Sozialministerium geht. Eine Analyse, die die Zahl der Drogengebraucher/innen, konsumierte Substanzen, Bedarf Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug etc. berücksichtigt, findet scheinbar nicht statt. Zudem scheint es auch nicht Standard zu sein, für die jeweilige Justizvollzugsanstalt ein Drogenkonzept zu erstellen. Auch ist es eher selten, dass die Justizvollzugsanstalten einen



„Drogenkoordinator“ einsetzen.

Unter diesen Voraussetzungen kann es keine gute Kooperation zwischen den Bereichen „Drogen-, Aidshilfe und Justiz“ geben. „Gute Kooperation“ ist eher ein Zufallsprodukt und momentan von persönlichen Einstellungen und Beziehungen abhängig.

Mindestvoraussetzung für eine tragfähige Kooperation:

- Bedarfsanalyse für die jeweilige JVA
- Drogenkonzept der JVA
- Regelmäßige Treffen der externen und internen Dienste
- Einen oder eine Mitarbeiter/in, die mit der Koordination beauftragt ist

Die im Workshop genannten Probleme (z.B. Kontinuität in der Beratung/Betreuung, Trainingsangebote im Justizvollzug, Beratungsgespräche zur Vermeidung von Überdosierung nach Haftentlassung) müssten über den o.g. Weg bearbeitet werden.



Im Foyer



## Referentinnen/Referenten

Annegret **Beck**  10  
DRUG SCOUTS, Eutritzscher Strasse 09,D - 04109 Leipzig,Tel.Fax 0341-2112022  
[www.drugscouts.de](http://www.drugscouts.de),[drugscouts@drugscouts.de](mailto:drugscouts@drugscouts.de)

Gabi **Becker**  16  
Integrative Drogenhilfe e.V. GF,Schielestraße 22, D - 60314 Frankfurt,  
Tel 069 - 94 19 70-0, Fax 069 - 94 19 70-25,  
[www.idh-frankfurt.de](http://www.idh-frankfurt.de), [g.becker@idh-frankfurt.de](mailto:g.becker@idh-frankfurt.de)

Dirce **Blöchliger**  10  
VEVD AJ, Postfach 8558, CH - 3001 Bern, Tel.031-302 39 30, Fax /29,  
[www.vevdaj.ch](http://www.vevdaj.ch), [dirce.bloechlinger@vevdaj.ch](mailto:dirce.bloechlinger@vevdaj.ch)

Cornelia **Borgmann** Elternsprechstunde  
Drogenberatungsstelle , August-Schröder-Straße 3a, D - 33602 Bielefeld I,  
Tel 0521. 9 67 80-0,Fax 0521. 9 67 80-10, [www.drogenberatung-bielefeld.de](http://www.drogenberatung-bielefeld.de)  
[beratungsstelle@drops-bielefeld.de](mailto:beratungsstelle@drops-bielefeld.de), [borgmann@drops-bielefeld.de](mailto:borgmann@drops-bielefeld.de)

Anabela **Dias de Oliveira**  4, 18  
Projekt LÜSA , Platanenallee 3,D - 59425 Unna,Tel 01729550586,Fax  
023032536122, [Projekt-Luesa@t-online.de](mailto:Projekt-Luesa@t-online.de), [Anabela.Dias@t-online.de](mailto:Anabela.Dias@t-online.de)

Alexander **Dietsch**  18  
JES Wuppertal, Nettelbeckweg 5, D - 42109 Wuppertal,[WLeprechaun@aol.com](mailto:WLeprechaun@aol.com)

Jutta **Engelhardt**  19  
Stichting Mainline, AmsterdamPostbox 58303, NL-1040 HH Amsterdam,  
Tel +31 20 68 22 660, Fax +31 20 68 13 003, [www.mainline.org](http://www.mainline.org),  
[j.engelhardt@mainline.nl](mailto:j.engelhardt@mainline.nl)

Andreas **Gantner**  14  
Therapieladen- Verein zur sozialen und psychotherapeutischen Betreuung Suchtmittel-  
gefährdeter e.V., D -10783 Berlin, Tel +49 - 30 - 217 517 41, Fax +49 - 30 - 217  
517 42, [www.therapieladen.de](http://www.therapieladen.de), [info@therapieladen.de](mailto:info@therapieladen.de)

Dr. Raimund **Geene**  2  
Hochschule Magdeburg-Stendhal,Gesundheit Berlin e.v., Friedrichstr. 231,  
D - 10969 Berlin, Tel 030 - 44 31 90 60,Fax 030 - 44 31 90 63,  
[www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de), [geene@gesundheitberlin.de](mailto:geene@gesundheitberlin.de)

Ralf **Gerlach** Fishbowl,  18  
Diplom Pädagoge, Koordinationsstelle für niedrigschwellige Drogenarbeit des Landes  
Nordrhein-Westfalen, c/o INDRO e.V.,Bremer Platz 18 – 20, D - 48155 Münster  
Tel 0251-60123,Fax 0251-666580, [www.indro-online.de](http://www.indro-online.de),[INDROeV@t-online.de](mailto:INDROeV@t-online.de)



Ulrich **Gottschalk**  17  
Drogennotruf 6 2345 1 e.V., GF, Musikantenweg 22 HH, D - 60316 Frankfurt  
Tel 069 - 48 00 46 13 , Fax 069 - 94 41 99 8 , [www.drogennotruf.de](http://www.drogennotruf.de),  
[u.gottschalk@drogennotruf.de](mailto:u.gottschalk@drogennotruf.de)

Uwe **Griesmeyer** Elternsprechstunde  
Drogenberatungsstelle Leitung, August-Schröder-Straße 3a ,D - 33602 Bielefeld I, Tel  
0521- 9 67 80-0 , Fax 0521- 9 67 80-10 , [www.drogenberatung-bielefeld.de](http://www.drogenberatung-bielefeld.de)

Vanessa **Haag**  5  
Dipl.-Sozialarbeiterin, La Strada Drogenhilfe & Prävention, Mainzer Landstraße 93,  
D - 60329 Frankfurt am Main, Tel 069 - 23 10 20, Fax 069 - 23 1004,  
[www.frankfurt.aidshilfe.de](http://www.frankfurt.aidshilfe.de), [lastrada@frankfurt.aidshilfe.de](mailto:lastrada@frankfurt.aidshilfe.de)

Barbara **Hattmansdorfer**  9  
STICHTING DE REGENBOOG INLOOPHUIZEN, coördinator buddyzorg en roostermaker,  
Tel 020-5317600, Postbus 10887 , NL-1001 EW Amsterdam  
[www.deregenboog.org](http://www.deregenboog.org), [barbara@deregenboog.org](mailto:barbara@deregenboog.org)

Jürgen **Heimchen**  10  
Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.  
Ravensberger Str. 44, D - 42117 Wuppertal, Tel 0202-423519  
Fax 0202-428577, [www.akzeptierende-eltern.de](http://www.akzeptierende-eltern.de), [info@akzeptierende-eltern.de](mailto:info@akzeptierende-eltern.de)

Inge **Hönekopp**  18  
Methadonschwerpunktpraxis Mannheim, Suchtbeauftragte KV Nordbaden,  
L 1 , 1, D - 68161 Mannheim, [lhoenekopp@aol.com](mailto:lhoenekopp@aol.com)

Coki **Janssen**  9  
STICHTING DE REGENBOOG INLOOPHUIZEN, Veldwerker / Supportmentor  
Oudezijds Achterburgwal 91, 1012 DC AMSTERDAM, Tel 06-52482866 ,  
Fax 020-6389799, [www.deregenboog.org](http://www.deregenboog.org), [cjanssen@deregenboog.org](mailto:cjanssen@deregenboog.org)

Dr. Michael **Janßen** Fishbowl,  18  
Berliner Verein substituierender Ärzte, Karl-Marx-Strasse 132, D -12043 Berlin,  
Tel 030 682 12 12, Fax 030 68 08 68 13, [mi.janssen@arcor.de](mailto:mi.janssen@arcor.de)

Marco **Jesse**  3 / round table  
Jes Bremen e.V., Findorffstrasse 94, D-28215 Bremen, Tel 0421 -35 48 95  
Fax 0421- 376 23 38, [www.jesbremen.de](http://www.jesbremen.de), [jesbremen@jes-netzwerk.de](mailto:jesbremen@jes-netzwerk.de)

Vera **Kalinna** Fishbowl  
VISTA gGmbH, Alte Jacobsstrasse 85/86, Aufg. VII 3.OG, D - 10179 Berlin,  
Tel 030-20 08 99-0, Fax 030- 27 90 98 80, [www.vistaberlin.de](http://www.vistaberlin.de), [kalinna@vistaberlin.de](mailto:kalinna@vistaberlin.de)

Dr. Jens **Kalke**  V 5,  12  
Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung c/o Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie, Martinistr.52, D - 20246 Hamburg , Tel/Fax 040/42803 5121  
[www.isd-hamburg.de](http://www.isd-hamburg.de), [kalkej@aol.com](mailto:kalkej@aol.com)



Garry **Kasper**



1

Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e.V., Besenbruchstr. 9, D - 42285  
Wuppertal, Tel 0202 - 976 85 11, Fax 0202 - 976 85 30,  
[garry.kasper@sucht-hilfe.org](mailto:garry.kasper@sucht-hilfe.org)

Albert **Kern**



Hartz IV Sprechstunde

Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Baden-Württemberg e.V.,  
Fachreferat Krankenhäuser, Sucht- und Drogenhilfe sowie Straffälligen- und  
Wohnungslosenhilfe, Haußmannstraße 6, D- 70188 Stuttgart, Tel 0711-2155126,  
[www.paritaet-bw.de](http://www.paritaet-bw.de), [kern@paritaet-bw.de](mailto:kern@paritaet-bw.de), [3582-245@online.de](tel:3582-245),

Jürgen **Klee**



9

La Strada Drogenhilfe & Prävention, Projektleiter, Mainzer Landstraße 93,  
D - 60329 Frankfurt am Main, Tel 069 - 23 10 20, Fax 069 - 23 10 04  
[www.frankfurt.aidshilfe.de](http://www.frankfurt.aidshilfe.de), [lastrada@frankfurt.aidshilfe.de](mailto:lastrada@frankfurt.aidshilfe.de)

Prof. Dr. Dieter **Kleiber**



4

Arbeitsbereich Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung,  
Freie Universität Berlin, Habelschwerdter Allee 45, D-14195 Berlin  
+49 30 83 85 57 29 Tel FU,+49 30 83 85 57 57 Tel FU Sekr. Frau Plonska  
+49 30 83 85 66 25 Fax FU  
[www.fu-berlin.de/ipg](http://www.fu-berlin.de/ipg), [kleiber@zedat.fu-berlin.de](mailto:kleiber@zedat.fu-berlin.de)

Bärbel **Knorr**



20

Dipl. Soz.päd. und Gesundheits- und Sozialökonomin, Deutsche AIDS-Hilfe e.V.  
Drogen & Menschen in Haft, Dieffenbachstr. 33, D-10967 Berlin  
Tel 030- 690087-45, Fax 030- 690087-42, [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de),  
[baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de](mailto:baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de)

Birgit **Kohlhofer**



5A

Zwischenland/ KARUNA e.V.,Torgauer Str.27-29, D -12627 Berlin  
[kohlhofer.zl@gmx.de](mailto:kohlhofer.zl@gmx.de)

Dieter **König**



13

GK Quest Akademie GmbH, Maaßstr. 28, D - 69123 Heidelberg,  
Tel ++49 (0)6221 - 739 20 31, Fax ++49 (0)6221 - 739 20 40  
[www.gk-quest.de](http://www.gk-quest.de), [www.kontrolliertes-trinken.de](http://www.kontrolliertes-trinken.de),[www.rueckfall-programme.de](http://www.rueckfall-programme.de),  
[koenig@gk-quest.de](mailto:koenig@gk-quest.de)

Astrid **Leicht**



19

Fixpunkt e. V., Fixpunkt gGmbH, Boppstr. 7, D-10967 Berlin, Tel 030 - 693 22 60,  
Fax 030 - 694 41 11, [www.fixpunkt.org](http://www.fixpunkt.org), [a.leicht@fixpunkt.org](mailto:a.leicht@fixpunkt.org)

Kristine **Leicht**



5A

ADV gGmbH, Perleberger Str. 27, D - 10559 Berlin, Tel +49 (0)30 398960 -60,  
Fax +49 (0)30 398960 -66 ,[www.adv-suchthilfe.de](http://www.adv-suchthilfe.de), [k.leicht@berlin.de](mailto:k.leicht@berlin.de)

Régine **Linder**



3

Jurastr. 1 / Pf 7117, CH - 3001 Bern, Tel 031 333 42 40, Fax 079 317 02 75,  
[rlinder@lorraine.ch](mailto:rlinder@lorraine.ch)



Andrea **Rodiek**  15  
SuchtpräventionsZentrum, LI-Hamburg/ BBS, D - Winterhuder Weg 11, D- 22085  
Hamburg, Tel 040-42863-2647 , [www.li-hamburg.de](http://www.li-hamburg.de), [andrea.rodiek@li-hamburg.de](mailto:andrea.rodiek@li-hamburg.de)  
[Andrea.Rodiek@bbs.hamburg.de](mailto:Andrea.Rodiek@bbs.hamburg.de)

Dr. med. Greif **Sander**  18, 5  
DGS-Vorstand, Leitender Arzt Klinikum Wahrendorff,  
Rud.-Wahrendorff-Str. 22, D-31319 Sehnde, Tel ++49-5132-902465,  
Fax ++49-5132-902459, [www.wahrendorff.de](http://www.wahrendorff.de)

Dirk **Schäffer**  18  
Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Drogen & Menschen in Haft, Dieffenbachstr. 33,  
D - 10967 Berlin, Tel 030- 690087-56, [www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de),  
[dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de](mailto:dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de)

Eberhard **Schatz**  3 /round table  
AMOC/DHV / *CORRELATION*, Stadhouderskade 159, NL- 1074 BC Amsterdam,  
Tel +31 20 6721192, Fax +31 20 6719694, [www.amoc-dhv.org](http://www.amoc-dhv.org),  
[www.correlation-net.org](http://www.correlation-net.org), [eschatz@amoc.demon.nl](mailto:eschatz@amoc.demon.nl)

Ingeborg **Schlusemann**  10  
AMOC/DHV, Director, Stadhouderskade 159, NL -1074 BC Amsterdam,  
Tel +31 20 6721192 Fax +31 20 6719694, [www.amoc-dhv.org](http://www.amoc-dhv.org),  
[ischlusemann@amoc.demon.nl](mailto:ischlusemann@amoc.demon.nl)

Ludger **Schmidt**  7  
Vista gGmbH Berlin, Jugend- und Drogenberatung Marzahn, Helene-Weigel-Platz 10  
,(Raum 2,11), D - 12681 Berlin-Marzahn, [www.vistaberlin.de](http://www.vistaberlin.de), [marzahn@vistaberlin.de](mailto:marzahn@vistaberlin.de),  
[ludger-schmidt@gmx.de](mailto:ludger-schmidt@gmx.de)

Gerhard **Schmidt-Burda**  
Anti-Drogen-Verein e.V., Perleberger Str. 27, D- 10559 Berlin, Tel.: 030/398 96 0 – 60,  
Fax: 030/398 96 0 - 66..www.anti-drogen-verein.de/

Dr. Wolfgang **Schneider**  6  
INDRO e.V ,Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender  
Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik e.V.,Bremer Platz 18 – 20, D - 48155  
Münster, Tel. 0251-60123, Fax 0251-666580, [www.indro-online.de](http://www.indro-online.de),  
[Schneiderindro@aol.com](mailto:Schneiderindro@aol.com)

Frank **Schuster**  Case Management  
Dipl.Soz.Pädagoge, Case Manager, Tel 030- 610 744 13, Fax 030- 610 744 25,  
[casemanagement@freenet.de](mailto:casemanagement@freenet.de)

Rainer **Schwarz**  8  
Stiftung SPI, Regiestelle E&C, Nazarethkirchstr. 51,D -13347 Berlin, Tel 030.457 986  
29, Fax 030.457 986 50, [www.eundc.de](http://www.eundc.de), [regiestelle@eundc.de](mailto:regiestelle@eundc.de)



Christine **Spreyermann**  3.1  
sfinx - Sozialforschung Evaluationsberatung Supervision, Maulbeerstr. 14,  
CH- 3011 Bern, Tél 031 398 34 35, Fax 031 398 34 36,  
[www.sfinx.ch](http://www.sfinx.ch), [www.DrugsandGender.ch](http://www.DrugsandGender.ch), [info@sfinx.ch](mailto:info@sfinx.ch)

Prof. Dr. Heino **Stöver**  1, 6,  3,18  
Universität Bremen Fachbereich 11 Public Health, Postf. 330 440, D-28334 Bremen,  
Tel +49 (0)421 218 3173, Fax +49 (0)421 218 3684, [www.archido.de](http://www.archido.de)  
[heino.stoever@uni-bremen.de](mailto:heino.stoever@uni-bremen.de)

Uwe **Täubler**  13  
Palette e.V. ,Lippmannstrasse 22, D - 22769 Hamburg, [www.palette-hamburg.de](http://www.palette-hamburg.de)  
[uwe.taeubler@palette-hamburg.de](mailto:uwe.taeubler@palette-hamburg.de), [uwe.taeubler@t-online.de](mailto:uwe.taeubler@t-online.de)

Dr. Rainer **Ullmann**  18  
Curschmannstrasse 10, D - 20251 Hamburg, [r.ullmann@gmx.de](mailto:r.ullmann@gmx.de)

Dr. Albrecht **Ulmer**  18  
Schwabstr. 26, D-70197 Stuttgart, Tel +49 711 62 63 08, Fax +49 711 61 00 74,  
[albrecht.ulmer@gmx.de](mailto:albrecht.ulmer@gmx.de)

Jan G. **van der Tas**  3 / round table  
STICHTING DRUGSBELEID (SDB), Groot Heiligland 67, NL - 2011 EP Haarlem,  
Tel (+31) (0)343-512491, [www.drugsbeleid.nl](http://www.drugsbeleid.nl), [jantasvd@xs4all.nl](mailto:jantasvd@xs4all.nl)

Frank **Wiedemann**  10  
JES, Lindenstr. 14, D - 74 248 Ellhofen, Tel 0174 / 543 07 50,  
[JESHNwiedemann@web.de](mailto:JESHNwiedemann@web.de)

Conny **Ziehn**  10  
DRUG SCOUTS, Ehrenamtl.Mitarbeiterin, Eutritzscher Strasse 09, D - 04109 Leipzig,  
Tel/Fax 0341-2112022, [www.drugscouts.de](http://www.drugscouts.de), [drugscouts@drugscouts.de](mailto:drugscouts@drugscouts.de)



## Sponsoren

Für Unterstützung zur Durchführung des Kongresses und zur Herstellung der Dokumentation danken wir dem Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

### Weitere Unterstützer:



Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, Bad Soden/Taunus



*essex pharma*, München



von minden GmbH, Moers



Hoffmann-La Roche AG, Grenzach-Wyhlen



ARCHIDO e.V., Universität Bremen



# Impressum

## Herausgeber

**akzept** e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik  
[www.akzept.org](http://www.akzept.org) ◦ [buero@akzept.org](mailto:buero@akzept.org) ◦ [akzeptbuero@yahoo.de](mailto:akzeptbuero@yahoo.de)

Alle Rechte bei den Autoren

### Redaktion:

Heino Stöver, Christine Kluge Haberkorn

### Fotos:

Frank Prinz-Schubert, Potsdam, Annegret Lamprecht, Berlin, Heino Stöver, Bremen

### Umschlag:

Bellu4 Katrin Gloggeniesser, Berlin

### Gestaltung und Satz

Christine Kluge Haberkorn, Berlin

### Druck:

Kleinoffsetdruck Dieter Dressler, Berlin

### Bestellungen:

[akzeptbuero@yahoo.de](mailto:akzeptbuero@yahoo.de), [buero@akzept.org](mailto:buero@akzept.org)

Berlin, September 2006 / März 2007



Begrüßung: Ingeborg Schlusemann, Vorsitzende akzept



Schlußrunde

# Kongressdokumentation

## Die **akzept**-Kongresse 1991-2006

1. **akzept**-Kongress Berlin 1991  
**Leben mit Drogen**  
Akzeptierende Drogenarbeit als Schadensbegrenzung gegen repressive Drogenpolitik
2. **akzept**-Bundeskongress Hamburg 1993  
**Menschenwürde in der Drogenpolitik**  
Ohne Legalisierung geht es nicht
3. **akzept**-Bundeskongress Münster 1994  
**Drogen ohne Grenzen**



4. **akzept**-Bundeskongress Saarbrücken 1996  
**DrogenVisionen**  
Zukunftswerkstatt für eine innovative Drogenpolitik und Drogenhilfe
5. Internationaler **akzept**-Kongress Arnheim 1998  
**The Times They Are A Changin**  
Aktuelle Ansätze akzeptierender Drogenarbeit und Drogenpolitik
6. Internationaler **akzept**-Kongress Berlin 2000  
**Gesellschaft mit Drogen – Akzeptanz im Wandel**
7. Internationaler **akzept**-Kongress Jena 2002  
**Come Together!**  
Inspirationen, Werkzeuge, Visionen
8. Internationaler **akzept**-Kongress Berlin 2006  
**Optimierung der Drogenhilfe**  
Schnittstellen erkennen, Übergänge schaffen, Synergieeffekte nutzen, Effektive und effiziente Zusammenarbeit von Drogenhilfe und anderen (Hilfe-)Systemen, Zukunftsweisende Modelle