



akzept e.V.
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

Akzeptanz

Zeitschrift für **akzeptierende** Drogenarbeit
und **humane** Drogenpolitik

Innovative Praxisprojekte
akzeptierender Drogenarbeit

1990 bis 2010 - 20 Jahre akzept e.V



akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

Akzeptanz

Zeitschrift für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

Innovative Praxisprojekte
akzeptierender Drogenarbeit

1990 bis 2010 - 20 Jahre akzept e.V

Inhalt

03	Grußwort Substitutionsbehandlung: ein halbvolltes, <i>aber auch halbleeres Glas!</i> Robert G. Newman
10	Neudefinition der Psychosozialen Betreuung (PSB) in der Opioid-Substitutionsbehandlung Ralf Gerlach/Heino Stöver
13	Elternselbsthilfe im Rahmen akzeptanzorientierter Drogenhilfe Hannelore Kneider
16	Substitutionsbehandlung und ‚Psychosoziale Betreuung (PSB)‘ in Deutschland – eine unendliche Geschichte Heidrun Behle/Jürgen Heimchen
19	Erste Hilfe im Drogennotfall – und notfalls Naloxon Kerstin Dettmer
21	Drogenkonsumräume in Deutschland – Ein Überblick Urs Köthner
25	Transit – ein Projekt zur Verbesserung des Zugangs zum Suchthilfesystem für Jugendliche mit Migrationshintergrund Jürgen Schaffranek
29	Kinder von Drogenabhängigen - Rollenkonflikt der Eltern zwischen Suchtmittelabhängigkeit und Elternschaft – Hella-Talina Tatomir
32	‚TEST IT‘ Szenenahe HIV-Beratung und –Test für Drogengebraucher in niedrigschwelligen Einrichtungen. Ein Kooperationsprojekt der Deutschen AIDS-Hilfe und der AIDS-Hilfe Dortmund Dirk Schäffer
35	FiP-C‘ – Prävention der HCV-Infektion bei Drogenkonsumenten – neue Ansätze in der niedrigschwelligen Arbeit Kerstin Dettmer
37	Drugchecking: Von der Drogenkontrolle zum individuellen Risikomanagement Tibor Harrach/Rüdiger Schmolke
40	Alkohol in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe Urs Köthner
44	Autoren
45	Impressum



AK konsumraum

Grusswort

Substitutionsbehandlung: ein halbvolleres, *aber auch halbleeres Glas!*

Robert G. Newman

Einleitung: ein Vierteljahrhundert Methadon in Deutschland

Es ist mir eine besondere Ehre, heute Abend zu Beginn des Festaktes zur 20-Jahrfeier von akzept e.V. zu Ihnen sprechen zu dürfen. Denn ich weiß sehr wohl, welche bedeutende Rolle akzept bei der Umsetzung und Weiterentwicklung einer menschenwürdigen und wirksamen Behandlung der Opiatabhängigkeit von Beginn an gespielt hat, insbesondere im Hinblick auf die Substitutionsbehandlung. Sie und all jene, die Sie dabei unterstützt haben, können stolz sein auf das bisher Erreichte. Für Kollegen und Mitstreiter in anderen Ländern sind die Errungenschaften in Deutschland ein wahrhaft inspirierendes Beispiel!

Innerhalb Europas ist Deutschland heute in Bezug auf die geschätzte Anzahl an Opiatabhängigen eines der Länder mit dem höchsten Anteil an Substitutionspatienten – es sind annähernd 76.000 (EMCDDA, zitiert nach Jörg Gözl in seiner Präsentation bei der 28. Internationalen AIDS Konferenz, Wien, 18. Juli 2010).

Es ist noch gar nicht allzu lang her, als der damalige Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Hermann Heinemann, im November 1986 eine große Konferenz in Düsseldorf mit den Worten eröffnete: "In der Bundesrepublik gehört die Überlegung, Medikamente an bestimmte Heroinabhängige zu verabreichen, sozusagen zum Tabu-Katalog unserer Drogenpolitik." Und im gleichen Jahr veröffentlichte der ehemalige Drogenbeauftragte des Landes Berlin einen Aufsatz mit dem Titel "Abstinence or Maintenance? Warum es in Deutschland kein Methadon-Programm geben wird." (Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1986; 9(1-2):3-7). Ich möchte Ihnen anhand von zwei besonderen Ereignissen verdeutlichen, wie dramatisch und rasend schnell sich die Situation in der Zwischenzeit verändert hat:

Keine 10 Jahre, nachdem prophezeit worden war, dass es in Deutschland niemals

Methadonbehandlungen geben würde, fand in Hamburg die Einweihungsfeier des Marie-Nyswander-Weges zu Ehren der Mitbegründerin der Methadonbehandlung statt!

Wenn ich hier und im Folgenden von der Methadonbehandlung spreche, meine ich „methadone maintenance treatment“, das heißt, die lang- beziehungsweise längerfristige Behandlung mit Methadon (Methadon-Erhaltungsbehandlung).

Den Marie-Nyswander-Weg findet man leicht auf jedem Hamburger Stadtplan. Nirgendwo sonst auf der Welt wird die Leistung dieser engagierten, brillanten und beherzten Ärztin durch eine Straße mit ihrem Namen gewürdigt. Und ich muss hinzufügen, dass die Anerkennung dafür, die offizielle Genehmigung für diesen Straßennamen beantragt und durchgesetzt zu haben – und das in Eigenregie-, meinem lieben Freund und hochgeschätzten Kollegen Josh von Soer Clemm von Hohenberg (1941-2000) gebührt, der wie ich ein gebürtiger Holländer war.

Auf weiteres Lob für diesen wundervollen Menschen kann ich Ihnen gegenüber verzichten, weil akzept sein Andenken seit 2005 durch die jährliche Verleihung eines ihm zu Ehren gestifteten Preises wahr, dem Josh-von-Soer-Preis.

In 1988 beging Max Klieber, einziges Kind der verwitweten Dorothea Klieber aus Markt Schwaben und 14 Jahre lang heroinabhängig, Selbstmord, als seine (äußerst erfolgreiche!) Methadonbehandlung abrupt beendet wurde, weil sein Arzt in Untersuchungshaft kam. Jahre später findet sich in einem Rundschreiben des Vereins für Drogenpolitik e.V. (13. April, 2002) hierzu folgende Anmerkung: "Was andere in verzweifelte Starre gestürzt hätte, war für Dorothea Klieber Ansporn, den Kampf aufzunehmen." Im April 2002 erhielt Dorothea Klieber in Anerkennung ihres außergewöhnlichen Engagements für die Methadonbehandlung das Bundesverdienstkreuz (Vor gerade einmal vier Tagen, am 5. Dezember, feierte Frau Klieber ihren 90. Geburtstag! Als

ich sie vor einigen Wochen besuchte, bat sie mich, Ihnen allen herzliche Grüße auszurichten).

Den hochdramatischen Wandel der deutschen Drogenpolitik habe ich persönlich miterlebt. In 1989 war ich als Redner zu einer Drogenfachtagung der Gewerkschaft der Polizei in München eingeladen. Ich begann mein Referat mit den Worten:

“In Deutschland, und noch dazu in München, der Hochburg der Methadon-Gegner, über (und gar für) Methadon zu sprechen, da komme ich mir vor wie Daniel in der Löwengrube. Und dazu wird man gleich am Flughafen München von den Löwen im bayerischen Wappen begrüßt.” Nun, die Zeiten haben sich tatsächlich geändert, und ich freue mich sagen zu können, dass ich mich nunmehr seit vielen Jahren auf Deutschland als eines derjenigen Länder berufen kann, die beispielhaft dafür stehen, wie rasch der Auf- und Ausbau der Substitutionsbehandlung vollzogen werden kann – wenn nur der nötige Wille dazu vorhanden ist!

Sie, meine Kollegen und Freunde in Deutschland, wissen allerdings viel besser als ich, dass ein halbvolles Glas gleichzeitig auch halbleer ist. Und so habe ich mit Sorge im vergangenen Jahr einen Artikel meines Kollegen Rainer Ullmann aus Hamburg lesen müssen, der die alarmierende Überschrift trug: “Behandlung wird wieder kriminalisiert” (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 18, 2009). Darin verweist er darauf, dass “... nach der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung ... die Behandlung der Opiat-abhängigkeit nur mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz erlaubt [ist]. Wenn die Abstinenz ... nicht angestrebt wird, ist die Behandlung eine Straftat.” Offenkundig hat sich seit den frühen 1990iger Jahren wohl nichts geändert, als ich in einem Artikel in der Frankfurter Allgemeinen (23. Sept. 1992) die Forderung formulierte: “... wir müssen energisch die Ansicht ablehnen, Abstinenz sei das einzige erstrebenswerte therapeutische Ziel.”

Dr. Ullmann berief sich zudem auf eine Urteilsbegründung des Landgerichts Bayreuth aus dem Jahr 2007, in der es hieß: “Der Angeklagte [Arzt] habe ... bei Beikonsum die Behandlung nicht abgebrochen ...” -Versetzen Sie sich einmal in die Denk-

weise, die dieser Entscheidung zugrunde liegt: Der behandelnde Arzt wird dazu aufgefordert, auf einen fortgesetzten Drogenmissbrauch seines Patienten mit dem Abbruch der Behandlung des Drogenmissbrauchs zu reagieren! Das wäre ja so, als wenn Richter verlangten die Insulinbehandlung von Diabetikern abubrechen, wenn deren Blutzucker einen bestimmten Spiegel übersteigt - vor allem dann, wenn es Grund zu der Annahme gibt, dass der Patient eine verordnete Diät nicht befolgt!

Zur unmissverständlichen Klarstellung, dass die klinische Beurteilung des Arztes im Einzelfall als völlig belanglos zu werten ist, heißt es in der von Dr. Ullmann zitierten Gerichtsentscheidung weiter: “Allein die Inkaufnahme langer Anfahrtswege, das Interesse des Patienten an der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes oder die Gefahr eines Wiederabgleitens in das Drogenmilieu rechtfertigen es nicht, von den genannten Regeln abzuweichen.” Vor diesem Hintergrund scheint es keine Übertreibung zu sein, wenn man folgert, dass das deutsche Justizsystem von Ärzten eine Verletzung des hippokratischen Eides einfordert, in dem diese sich dem Diktat des Staates zu beugen haben, selbst wenn sie der Überzeugung sind, dass dies dem Patienteninteresse zuwider läuft und potenziell tödliche Folgen zeitigt.

Der Widerstand: heftig, universell und zeitlos

Ohne von den erstaunlichen Leistungen der vergangenen zwei Jahrzehnte ablenken zu wollen, muss doch deutlich gesagt werden, dass das Werk von akzept und allen anderen Ihre Visionen und Ihr Engagement teilenden Organisationen und Mitstreitern noch lange nicht vollendet ist! Aber Sie haben mich sicherlich nicht aus Amerika eingeladen, um Ihnen einerseits die in Ihrem eigenen Land bereits erzielten Fortschritte und andererseits die fortdauernden drogenpolitischen Widerstände und Herausforderungen vor Augen zu führen. Erlauben Sie mir daher, Ihnen einen Einblick in einige der in anderen Regionen der Welt gesammelten Erfahrungen zu geben. Ich fürchte allerdings, dass ich hierbei aus alter Gewohnheit wieder einmal in die Rolle eines Schwarzsehers schlüpfen werde, der sich eher auf das Negative als auf

das Positive konzentriert. Dies geschieht aber keineswegs in der Absicht, Ihnen ein Gefühl der Schadenfreude zu vermitteln, sondern vielmehr deshalb, um die Ihnen entgegengebrachten, teils heftigen Widerstände, in ein rechtes Licht zu rücken. Will man die oppositionelle Haltung gegenüber der Substitutionsbehandlung in Deutschland verstehen und sie überwinden, muss man nämlich ihre Universalität und Zeitlosigkeit erkennen. Lassen Sie mich zur Veranschaulichung dessen mit einigen Beispielen beginnen, die sich mit dem Behandlungsziel Abstinenz beschäftigen.

Das sich hartnäckig haltende Abstinenzparadigma

1974: Nachdem ich auf der 1. National Conference on Drug Abuse vor mehr als 35 Jahren eine Zusammenfassung der schlagenden und einhelligen Beweise für die Effektivität der Methadonbehandlung gegeben hatte, zog ich folgenden Schluss: "Nach nunmehr fast 10 Jahren haben sich die Bemühungen der Programmbefürworter, die Öffentlichkeit aufzuklären und einen Meinungswandel herbeizuführen, als völliger Fehlschlag erwiesen. Es ist unfassbar, aber in unserer heutigen Zeit liegt das Hauptinteresse darin, wie man eine effektive Behandlung *einstellt*." (Newman, Brit J Addict. 1976, 71:183-186, Hervorhebung im Original). Und im gleichen Jahr wurde ich in der New York Times (2. April 1974) folgendermaßen zitiert: "Der die Methadonbehandlung umgebende fundamentale Mythos – nämlich dass wir nichts anderes tun, als eine Droge durch eine andere zu ersetzen – hält sich hartnäckig weiter."

1974: Dass das Hauptaugenmerk Mitte der 70iger Jahre auf Entgiftung gerichtet war, wird an der folgenden Stellungnahme eines ehemaligen Leiters der höchsten US-Antidrogenbehörde deutlich: "Es ist äußerst wichtig Methadon als die Krücke zu begreifen, die es ist, nämlich als ein *vorläufiges* Hilfsangebot, das zurückgezogen werden muss, sobald der Klient seine kranken Gesinnungen, Werte und Rationalisierungen verändert hat". (Hervorhebung im Original).

1987: In einem Vortrag an der Psychia-trischen Universitätsklinik Zürich

merkte ich an: "Es ist die allgemeine und fast überall verbreitete Ansicht in Fachkreisen wie beim Laienpublikum: Das allein erstrebenswerte Ziel jeder Suchtbehandlung sei vollkommene Abstinenz; sie sei die Vorbedingung und das Kriterium für den 'Erfolg' einer Behandlung."

2007: Erst vor wenigen Jahren, in 2007, äußerten sich zwei australische Autoren wie folgt in der Lancet: "...aus politischer Perspektive gelten diejenigen Behandlungen als populär, in deren Zielfokus das Erreichen von Abstinenz innerhalb von Wochen oder Monaten steht." (18. Aug., 2007)

2008: Ein britischer Zeitungsartikel brachte die Meldung: "Die Methadon-Lobby hat einen pharmakologischen Knast errichtet, in dem Abhängige abhängig gehalten werden ... und jedes Jahr werden nur 3% geheilt."

2010: Und vor wenigen Monaten verkündete ein Bericht der Narcotic Treatment Agency in Großbritannien: "Niemand sollte auf unbestimmte Zeit auf Methadon oder ähnlichen Opiaten 'geparkt' werden ... Neue klinische Therapierichtlinien werden Ärzte und Klienten auf das anzustrebende Behandlungsergebnis Abstinenz fixieren, und eine zeitliche Verschreibungsbefristung wird ein ungeplantes Abdriften in eine Dauerbehandlung verhindern" (The Guardian, 18. Juli).

Substitutionsbehandlung: strikte Ablehnung und restriktive Maßnahmen

Während sich einige Kritiker mit ihrer kompromisslos ablehnenden Haltung auf das bisherige Misslingen konzentrieren, eine Einigung auf eine gemeinsame Forderung nach einem universellen Abstinenzziel herbeizuführen, lehnen andere das der "maintenance"-Behandlung zugrunde liegende Konzept strikt ab – unabhängig von der Behandlungsdauer oder der therapeutischen Zielausrichtung. Dementsprechende Beispiele sind:

1921: Die American Medical Association konstatiert, "... die Ärzteschaft missbilligt die Abgabe von Narkotika an Drogensüchtige auf das Schärfste."

1974: Mehr als ein halbes Jahrhundert später und im Anschluss an unzählige positive Berichte zur Behandlungseffizienz aus aller Welt, wurde das publiziert, was noch immer den Rekord als die widerlichste und abartigste Kritik aller Zeiten hält. Es stammt von Thomas Szasz, einem amerikanischen Psychiatrieprofessor und hoch geachteten (wenn auch umstrittenen) Autor und Empfänger einer besonderen Auszeichnung für vorzügliche Leistungen durch die führende Organisation zur Politikreform in Amerika:

„Methadonbehandlung ist die Gaskammer, in die die Schwarzen so bereitwillig gehen wie einst die Juden in Deutschland.“ (Szasz T. In: Levin PA, ed. Contemporary Problems of Drug Abuse. Acton (Mass.): Publishing Sciences Group, 1974, S. 115)

Um Sie nicht allzu sehr zu überfrachten (und zu langweilen) überspringe ich ein Vierteljahrhundert der Anfeindungen und komme zum Jahr 1999.

1999: In einer Rede vor dem US-Kongress behauptete der Senator John McCain: „Die Methadonbehandlung ... füttert die Abhängigkeit mit den Dollars der Steuerzahler...Dies ist widerlich und zutiefst unmoralisch.“

2007: Ein Senator aus Alabama: „Methadon sollte verboten werden; Kliniken sind für Abhängige doch nur ein legaler Weg ihren Schuss zu bekommen.“

2008: Ein ranghoher Politiker in Schottland äußerte sich folgendermaßen: „Ein hoher Anteil unserer drogenmissbrauchenden Bevölkerung ruht sich dick, dumm und glücklich auf Methadon aus.“

2010: Eine Zeitungsüberschrift in Großbritannien aus den letzten Monaten: „Premierminister Cameron treibt Drogenpolitik des kalten Entzuges voran“ (Telegraph, 23. Aug.).

Des Weiteren ist es doch auch so, dass in all jenen Ländern, in denen Methadon akzeptiert wird, die Behandlung damit in eine Unmenge von Gesetzesvorschriften und Durchführungsbestimmungen eingezwängt worden ist, die in anderen Zweigen der Medizin nicht vorstellbar wären.

Hierzu folgende Beispiele:
Es gibt staatlich festgelegte „Eignungs“-kriterien (z.B. Alter, Dauer – meist mehrere

Jahre- des Drogengebrauchs, eine präzisierte Anzahl an vorherigen Misserfolgen in drogenfreien Behandlungseinrichtungen, usw.). Stellen Sie sich doch nur für einen Moment einmal vor, der Staat würde per Gesetz das Verschreiben von Antidepressiva an suizidgefährdete Patienten verbieten, die noch „zu jung“ sind, für einen viel zu kurzen Zeitraum an schweren Depressionen leiden, oder die noch nicht zwei oder mehr fehlgeschlagene Selbstmordversuche hinter sich haben!

Ärzten wird die Befugnis entzogen, über die aus ihrer Sicht angezeigte medizinische Behandlung zu entscheiden und damit zu beginnen. Zum Beispiel darf ein Arzt in Norwegen lediglich eine schriftliche Empfehlung für die Einleitung einer Substitutionsbehandlung aussprechen, die einer aus Sozialarbeitern zusammengesetzten Kommission zugestellt werden muss. Diese entscheidet dann darüber, ob der Empfehlung gefolgt werden soll oder nicht.

In vielen Ländern ist es Ärzten nicht gestattet Methadon zu verschreiben, wenn nicht gleichzeitig eine Begleittherapie stattfindet (in Deutschland übrigens in Form der sogenannten „Psychosozialen Betreuung“)
- eine Therapie, die nicht nur jedem Patienten angeboten, sondern auch von jedem Patienten akzeptiert werden muss, unabhängig davon, ob der behandelnde Arzt oder der Patient selbst die Teilnahme daran für notwendig oder wünschenswert erachten. Bedenken Sie die logische Konsequenz: Der Mangel an ausreichenden finanziellen oder personellen Ressourcen, um das von den Überwachungsbehörden als optimal erachtete vollständige und „umfassende“ Therapiepaket anbieten zu können, hat zur Folge, dass der Abhängige auf eine „Warteliste“ gesetzt wird und sich der Behandlungsbeginn teils jahrelang hinauszögern kann! Noch unlängst betrug die Wartezeit in Seattle,

USA, 18 Monate, und in Irland sind es gewöhnlich zwei Jahre oder sogar mehr. Es kann doch wohl niemand behaupten, eine „Warteliste“ sei besser für die Abhängigen oder die Gesellschaft als die Bereitstellung

von Methadon, selbst wenn es an einer umfassenden Begleittherapie mangelt?! Dies ist sicher das ultimative Beispiel dafür, wie "das Beste" zum Feind "des Guten" gemacht wird.

Wie bereits erörtert werden spezifische therapeutische Ziele, die ja nicht nur angestrebt, sondern auch erreicht werden müssen, gleichermaßen Behandlungsanbietern wie Patienten staatlich auferlegt.

Die Anzahl und Häufigkeit durchzuführender Labortests wird per *Behördenwillkür* festgesetzt, ebenso wie die weitere Verfahrensweise (einschließlich der Beendigung der Behandlung), wenn diese Tests die Diagnose bestätigen, auf Grund derer sich der Patient in Behandlung befindet.

Diese und viele weitere spezifische Auflagen und Restriktionen regieren die Substitutionsbehandlung in den meisten Ländern der Welt, und sie werden in der Regel von Bürokraten aufgestellt, die nie einen Patienten gesehen, geschweige denn jemals behandelt haben. Es gibt andere Staaten, die Substitutionsbehandlungen gänzlich ablehnen (z.B. Russland, wo es geschätzte 2-3 Millionen opiatabhängige Bürger gibt). Und wie lautet die Begründung dafür? Ganz einfach: „Wir glauben nicht an die Substitution“ – genauso wie einige Kinder nicht an den Weihnachtsmann glauben.

Selbst dort, wo Fortschritte gemacht wurden und sich ein Land schließlich zur Einführung von Substitutionsbehandlungen entscheidet, geschieht dies in der Regel auf der Grundlage eines "Pilotprogramms", unter Bedingungen, die meist unabhängig von den Ergebnissen niemals in größerem Umfang in die Praxis umgesetzt werden könnten.

Ein aktuelles Beispiel ist Kambodscha, wo kürzlich der nützliche Besuch des UN Generalsekretärs Ban Ki-moon und seiner Ehefrau bei der Eröffnungsfeier des ersten „Pilot-Methadonbehandlungszentrums“ stattfand. Die Betriebskosten für ein Jahr: 350.000 US-Dollar; die Größe des Mitarbeiterstabes: mehr als 20; *und die maximale Patientenobergrenze: 100.*

Die schädlichste Ablehnung überhaupt: die von Behandlungsanbietern

Traurig aber wahr, in vielen Ländern der Welt stellen die Behandlungsanbieter selbst das größte Hindernis dar, um eine Akzeptanz der Methadonbehandlung erlangen zu können. Viele sind mit großen Vorurteilen gegenüber ihren Patienten, der Suchterkrankung und deren Behandlung mit Methadon behaftet und weigern sich (ohne Erklärung oder Rechtfertigung), evidenzbasierte Medizin zu akzeptieren und zu praktizieren. Einige Beispiele hierfür mögen genügen:

Im Jahr 1989 berichtete der offizielle Newsletter des US National Institute on Drug Abuse, dass eine angemessene Methadondosis – in der Regel über 60 mg – für die Eindämmung der Verbreitung von AIDS von entscheidender Bedeutung ist. Drei Jahre später ergab eine Umfrage, dass die durchschnittlich verordnete Tagesdosis in 97% (!) der US-Kliniken unterhalb von 60 mg lag. (In einer erneuten Umfrage in 2000 wurde eine deutliche Erhöhung der Tagesdosis festgestellt).

Ein Jahrzehnt später, in 1999, wurden in Großbritannien landesweit geltende Behandlungsrichtlinien erlassen, die besagen, dass die tägliche Methadondosis bei den meisten Patienten zwischen 60-120 mg betragen sollte; sechs Jahre später, in 2005, stellte man fest, dass in Großbritannien die durchschnittliche Tagesdosis von 59 mg auf 45 mg gesunken war.

In einer 2007 durchgeführten Umfrage unter Methadonbehandlungsanbietern in Großbritannien wurde festgestellt, dass ein Drittel eine Erhöhung der Methadondosis als „Belohnung“ für „saubere“ Urinproben anboten.

Viele Methadonprogramme (in den USA, aber auch in Spanien, Kanada und bestimmt auch in vielen weiteren Ländern) bestehen darauf, dass die Urinabgabe *unter direkter Beobachtung* stattfindet, egal wie lange sich die Patienten bereits in Behandlung befinden und wie gut sie darauf angesprochen haben.

Üblicher Weise wird die Methadondosis reduziert, wenn Patienten es versäumen an "Beratungs"-gesprächen teilzunehmen oder –

Gott bewahre – wenn Verdacht auf Beikonsum besteht; hält die Nichtbefolgung der Therapieregeln an, werden die Patienten einfach aus der Behandlung geworfen und im Stich gelassen

Und ein an den renommierten Johns Hopkins Medical Center angegliedertes Methadonprogramm veröffentlichte die Ergebnisse bezüglich einer konzeptuellen Verfahrensweise, wonach Patienten, denen es nicht gelang in einer bestimmten Zeit eine geregelte Arbeit aufzunehmen, die Weiterbehandlung verweigert wurde.

Wenn selbst die Anbieter von Methadonbehandlungen solche Praktiken übernommen haben beziehungsweise einführen, wen wundert es da, dass sowohl Kollegen aus anderen medizinischen Disziplinen als auch die Öffentlichkeit insgesamt eine vorurteilsbehaftete Meinung gegenüber der Behandlung, den Behandlern und den Patienten haben.

Ein Wort zur heroingestützten Behandlung

Mein doch sehr deutlicher Enthusiasmus für Methadon beruht darauf, dass dies die Behandlungsform ist, mit der ich seit über vier Jahrzehnten tief verwurzelt bin. Dies sollte aber absolut *nicht* so ausgelegt werden, als würde ich Negativismus gegenüber jedem anderen Behandlungsangebot verbreiten wollen, das hilfesuchenden Abhängigen Unterstützung ermöglicht und Hoffnung bietet. Und folglich bin ich auch ein entschiedener Befürworter der heroingestützten Behandlung. Allerdings muss ich gestehen, dass ich einige Probleme mit den "Pilotstudien" habe, die in Deutschland, Großbritannien und Kanada durchgeführt wurden (mit den frühen Modellprojekten in der Schweiz und den Niederlanden bin ich nicht vertraut).

Zunächst einmal war die Teilnahme auf Personen begrenzt, die auf Methadon nicht gut angesprochen haben – und dies normaler Weise mehrmals. Dann wurde in den Modellprojekten Heroin- mit Methadonbehandlung verglichen - wobei in Bezug auf die Testpersonen bekannt war, dass sich Methadon als ineffektiv erwiesen hatte. Ferner war das

Motiv für die freiwillige Teilnahme eindeutig der Wunsch nach Heroin – und nicht wieder die Behandlung zu bekommen, auf die sie bereits in der Vergangenheit schlecht angesprochen haben. Gewiss konnte man erwarten, dass es diejenigen, die das bekamen, was sie wollten, besser machten als diejenigen, die über das Ergebnis der Randomisierung enttäuscht waren. Was vielleicht am meisten an den Studienergebnissen überrascht, ist nicht, dass die Heroinpatienten besser liefen als diejenigen, denen (wiederum!) Methadon gegeben wurde, sondern vielmehr, dass so viele Methadonpatienten gut auf die Behandlung ansprachen!

Die Versuchsergebnisse erlangten zwar eine große Publizität, jedoch wurde fast immer verschwiegen, dass gezielt Abhängige rekrutiert wurden, die von der Methadonbehandlung nicht profitiert hatten. So brachte zum Beispiel ein Artikel im Wall Street Journal über die Erfahrungen aus Kanada die Schlagzeile: "Neue Studie zeigt, Alternative zu Methadon ist effektiver", und der Artikel selbst wurde mit der Behauptung eingeleitet: "Die Studie ... ergab, dass Injektionen mit ärztlich verordnetem Heroin effektiver waren bei der Behandlung von Langzeitabhängigen als Methadon...".

Berichte in den deutschen Massenmedien klangen ähnlich.

Wenn überhaupt, wurde bei der Berichterstattung sowohl in der Fachliteratur als auch der Laienpresse kaum auf die Schwierigkeiten eingegangen, die bei der Teilnehmer-Rekrutierung bei den Modellversuchen in Deutschland, Großbritannien und Kanada auftraten (um es noch einmal zu sagen, ich bin mit den Erfahrungen in der Schweiz und den Niederlanden nicht vertraut). Die Schwierigkeit der Rekrutierung – was auch immer die Gründe dafür waren – lässt die Bedeutung der Ergebnisse der Begleitforschung für die breite Mehrheit der Heroinabhängigen in Zweifel ziehen.

Außerdem, selbst wenn es eine größere Nachfrage nach Heroinbehandlung gäbe, würden die Kosten – zumindest die mit den Modellprojekten verbundenen Kosten – Aufnahmeanträge in großem Umfang ausschließen, und zwar unabhängig davon, wie günstig die Studienergebnisse auch ausfallen mögen. Auch das hat kaum Beachtung gefunden.

Ich fürchte, für die meisten Leser lautete die Schlussfolgerung, Methadon sei *so* ineffektiv in der Behandlung von Opiatabhängigen, dass sogar die Vergabe von Heroin bessere Resultate hervorruft. Falls meine Interpretation stimmt, tragen die Heroin-Erprobungsprojekte nicht unerheblich dazu bei, Methadon noch größer in Verruf zu bringen, obwohl sie, wenn überhaupt, für die überwiegende Mehrzahl der hilfeschuchenden opiatabhängigen Menschen nur geringe Bedeutung hat.

Fazit

Es dürfte deutlich geworden sein, dass ich mich selbst nach so vielen Jahren auch weiterhin in unvermindertem Maße im Bereich der Substitutionsbehandlung engagieren werde. Sicherlich ist dies manchmal frustrierend, aber ich bemerke immer wieder, dass ich bei weitem nicht der einzige bin, der sich frustriert fühlt. Im Juli dieses Jahres moderierte Dr. Christian Kroll, Weltweiter Koordinator für HIV/AIDS von UNODC, eine Satellitenkonferenz mit internationalen Experten mit dem Titel "Die Opioidsubstitution rettet Leben – das ist amtlich!" Der Sarkasmus im Titel war unüberhörbar, und er war beabsichtigt, wie Dr. Kroll in seiner Einleitung deutlich machte. Er brachte seine Überraschung – und Frustration! – darüber zum Ausdruck, dass es in 2010 immer noch notwendig ist, eine solche Konferenz einzu-berufen, um immer wieder zu bekräftigen, was seit Jahrzehnten einhelliger Forschungsberichte aus aller Welt unzweifelhaft belegt ist: Ja, Substitutionsbehandlungen sind effektiv, und ja, sie retten tatsächlich Leben!

Opiatabhängigkeit ist eine chronisch-rezidivierende Erkrankung, was per definitionem bedeutet, dass sie (noch) nicht geheilt werden kann. An diesem Konzept ist überhaupt nichts neu: 1920 schrieb ein New Yorker Arzt: "Aktuell gibt es für die große Anzahl an Rauschgiftabhängigen keine 'Heilung'. ... Wir haben unsere Abhängigen angefleht, ihnen gut zugeredet, sie ermahnt, sie eingesperrt, sie wie Geisteskranke behandelt und zu sozialen Außenseitern gemacht – und wir haben stets versagt!" Zum Glück ist Opiatabhängigkeit eine Krankheit, die zwar nicht heilbar, aber behandelbar ist -

wir kennen eine Behandlung, die schnell bereitgestellt werden kann, mit relativ niedrigem finanziellem Aufwand, in großem Umfang; eine Behandlung, die erwiesenermaßen in der Lage ist, in den unterschiedlichsten geographischen, politischen oder sozio-ökonomischen Settings eine bedeutende Anzahl an Abhängigen zu erreichen, wenn sie auf der Basis freiwilliger Teilnahme angeboten wird; eine Behandlung, die einen hohen Grad an therapeutischem Erfolg aufweist. Und keine Behandlungsart besitzt das Potenzial mehr opiatabhängige Menschen zu erreichen und ihnen zu helfen als die Methadonbehandlung.

Es ist unsere gemeinsame Aufgabe, den potentiellen Einfluss dieser Behandlung auf die Verbesserung des Lebensalltages und der (Über-)Lebenssicherung zu optimieren und gleichzeitig die Interessen der Gesellschaft zu berücksichtigen. In Anbetracht dieser Herausforderung glaube ich, dass der vor kurzem in den Ruhestand getretene Exekutiv-Direktor des UN Office of Drug Control, Antonio Maria Costa, den Schlüssel zum Erfolg auf den Punkt gebracht hat: "Wenn wir Drogenabhängige genauso als kranke Menschen betrachten, wie es bei Krebs oder Diabetes oder Tuberkulose der Fall ist, wenn es uns gelingt, die Behandlung der Drogenabhängigkeit in die medizinischen Versorgungssysteme größerer Länder zu integrieren und sie so zu normalisieren, dann würden wir einen wirklichen Fortschritt bei der Eindämmung des Drogenkonsums erzielen." (zitiert in der NY Times, 26. Juni 2007)

Ich bedanke mich nochmals für Ihre freundliche Einladung, gemeinsam mit Ihnen das 20-jährige Bestehen von akzept zu feiern. Sie können sich gar nicht vorstellen wie stolz ich bin, ein Kollege und Mitstreiter in Ihrem Bemühen um die Durchsetzung und Fortführung einer akzeptierenden und humanen Drogenpolitik sein zu dürfen!

Anmerkung: Alle in diesem Vortrag zitierten Literaturquellen sind auf Anfrage beim Autor erhältlich: newman@icaat.org

Mein besonderer Dank gilt meinem Kollegen Ralf Gerlach, stellvertretender Leiter von INDRO e.V., Münster, für die Übersetzung dieses Vortrages.

Neudefinition der Psychosozialen Betreuung (PSB) in der Opioid-Substitutionsbehandlung

Ralf Gerlach/Heino Stöver

Die Opioid-Substitutionstherapie (OST) ist heute - mit nur noch wenigen Ausnahmen – weltweit die Methode der Wahl in der Behandlung opioidabhängiger Menschen. Ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ist auch in Deutschland wissenschaftlich belegt. Die Kombination von medizinischer und pharmakologischer Behandlung mit psychosozialer Unterstützung erhöht nach aktuellem Wissensstand ihren Wirkungsgrad. Ein im internationalen Vergleich vorwiegend deutsches Spezifikum stellt jedoch die rechtsverbindliche Verknüpfung des medizinischen Teils der Behandlung mit psychosozialen Interventionsformen dar, die gemeinhin unter dem Titel „Psychosoziale Betreuung“ (PSB) geführt werden. In der Praxis erweist sich dieses rechtsverankerte Koppelungsmodell allerdings nicht selten als Hemmnis zur Behandlungsaufnahme oder –fortführung einer lebensrettenden Therapie.

Unklare Definition von „PSB“

PSB ist ein Sammelbegriff für eine breite Palette möglicher psychologischer und sozialpädagogischer Maßnahmen, die idealiter am individuellen Patientenbedürfnis ressourcenorientiert ausgerichtet werden. Obwohl rechtlich und fachlich eingefordert, fehlt eine klare Definition dessen, wie dieses für den nicht-medizinischen Teil der Behandlung verwendete Standardkürzel arbeitsinhaltlich und methodisch ausgestaltet werden soll: Bundeseinheitlich akzeptierte fachliche Leitlinien seitens der Leistungserbringer fehlen. Allgemein gilt, dass im Zielfokus psychosozialer Unterstützungsangebote die Förderung eines menschenwürdigen, selbständigen Lebens unter psychosozialer und gesundheitlicher Stabilisierung steht (Normalisierung, Wiedereingliederung und Teilhabe).

Heterogene Versorgungslage

Die konkrete Praxisumsetzung von PSB gestaltet sich folglich äußerst heterogen und ist durch eine Vielzahl an konzeptionellen Ansätzen gekennzeichnet, die sich bezüglich Inhalt, Zielfokus, Bedeutung, Stellenwert, Organisation, aber auch Finanzierung teils sehr deutlich voneinander unterscheiden. Sie wurden jedoch nie umfassend auf ihre Effizienz und Nachhaltigkeit hin überprüft. Die Versorgungslage reicht von niedrigschwelligen, an Harm Reduction bis zu hochschwelligen an Abstinenz orientierten Betreuungsangeboten. Auch die Handhabung des Nachweises einer PSB zu Beginn und im Verlauf einer OST variiert regional, aber auch oft innerhalb einer Stadt erheblich und hängt maßgeblich von der Einstellung des substituierenden Arztes und der örtlichen Drogenhilfeträger ab, was in einer großen Variationsbreite der Versorgungsqualität resultiert.

Stand der Forschung

Der überwiegende Teil der Studien zur Evidenz-Basierung von PSB stammt aus dem US-amerikanischen Raum. Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse für die Bedingungen in Deutschland unterliegt daher erheblichen Einschränkungen. Unter diesem Vorbehalt lässt sich zusammenfassen, dass eine Kombination von pharmakologischer Behandlung mit psychosozialen Interventionen, vor allem Beratungsangeboten, Verhaltenstherapie und Contingency Management, bessere Ergebnisse in Bezug auf Haltequote, Compliance, Reduktion des primären Substanzgebrauches, psychiatrischer Symptomatik und der Schwere der Abhängigkeit aufweist, als eine pharmakologische Behandlung allein. In Deutschland liegt bisher allerdings keine differenzierte Forschungsarbeit vor, die für Ausgestaltung, Zeitpunkt, Zeitdauer und Intensität der PSB realistische Planungsgrößen liefern könnte.

GBA-Richtlinie

Gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger (GBA-Richtlinie) hat der Arzt ein Therapie-konzept zu erstellen, das die Ermittlung des Hilfebedarfs an PSB durch eine psychosoziale Drogenberatungsstelle beinhalten muss. Der Dokumentation des Arztes muss darüber hinaus eine aktuelle schriftliche Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle über die Aufnahme, die Fortführung oder die Nichterforderlichkeit einer PSB beigefügt werden. In vielen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen ist es mittlerweile aber Routine-vorgehen, einer OST zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur dann durch die zuständige KV-Kommission zu-stimmen zu lassen, wenn der Nachweis einer *stattfindenden* PSB erfolgt.

Praxisproblem Therapiezugang

Der Zugang zu einer OST wird oftmals allein schon deshalb erschwert, weil in vielen Regionen Deutschlands (z. B. in den neuen Bundesländern und in ländlichen Bereichen) PSB gar nicht in Anspruch genommen werden kann, da entweder keine Unterstützungsstellen existieren oder weil diese z.T. lange Wartelisten führen. Darüber hinaus geschieht es nicht selten – im krassen Gegensatz zu Patienten mit anderen Krankheitsbildern –, dass Patienten von der OST ausgeschlossen werden, wenn sie keine PSB in Anspruch nehmen wollen. Mit dem Junktim ("Nur-wenn-dann...") bzw. der Kopplung oder in vielen Regionen mit der Vorschaltung eines psychosozialen Filters in Form von Clearing-verfahren vor Behandlungseintritt wird opioidabhängigen Menschen der ohnehin schwierige Zugang zu einer international anerkannten medizinischen Behandlung ihrer Krankheit oftmals verwehrt bzw. er verzögert sich krankheitsunangemessen lang. Die OST ist z.T. (über-)lebenswichtig; sie sollte deshalb begonnen werden, wenn die ärztliche Indikation gestellt und die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind, und nicht verschoben werden auf einen Zeitpunkt der Klärung des psychosozialen Betreuungsbedarfs. Diese Klärung kann später erfolgen, sie ist nicht lebensnotwendig wichtig.

Praxisproblem Kooperation

Die gezielte Koordinierung unterschiedlicher fachlicher Kompetenzen ist die zentrale Aufgabe von PSB-Fachkraft und Arzt in der OST. Beide müssen die sozialen und die medizinischen Krankheitsfaktoren in ihr Behandlungskonzept integrieren, sie müssen die zersplitterte Zuständigkeit verschiedener Institutionen, Organisationen und Ämter für den Klienten/Patienten überbrücken und jeweils die Aspekte der anderen Profession im Auge behalten. Zwar existieren mancherorts gut funktionierende interdisziplinäre multiprofessionelle Kooperationsformen zwischen Drogenhilfe und substituierenden Ärzten unter gegenseitiger Respektierung der jeweiligen Profession und fachlichen Kompetenz, doch sind diese positiven Erfahrungen keineswegs generalisierbar, denn nach wie vor gibt es vielerorts noch gravierende Kooperationsmängel. Mögliche Gründe sind u.a. fehlende zeitliche Ressourcen, mangelndes Interesse, Überforderung und fachliche Konflikte. Tatsächlich treten nicht selten schwerwiegende Kompetenz-Konflikte auf, die sich sogar gelegentlich quasi zu einer "Zero-Kooperation" ausprägen, wobei entweder Drogenberatungsstellen von bestimmten Ärzten prinzipiell keine Klienten mehr übernehmen oder Ärzte zu bestimmten Beratungseinrichtungen strikt keine Patienten mehr vermitteln. Omnipotenzgehebe auf beiden Seiten ist jedoch wenig hilfreich.

WHO-Guidelines

Die neueste internationale Richtlinie der Weltgesundheits-Organisation aus 2009 für Substitutionsbehandlungen legt zwar ein besonderes Gewicht auf die Kombination pharmakologischer Behandlungen mit psychosozialen Unterstützungsangeboten, da sich dies als den Behandlungserfolg fördernd erwiesen hat, allerdings wird mit Nachdruck hervorgehoben, dass die Hilfsangebote auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten und die Teilnahme daran *freiwillig* sein sollen. Die Nicht-Teilnahme an PSB darf demnach keinen Behandlungsabbruch bedingen oder die Therapieaufnahme verhindern.

Aktuelle Richtlinien der Bundesärztekammer

Auch die neuen Bundesärztekammer-Richtlinien aus 2010 gehen auf den Stellenwert der PSB in der OST ein: *„Eine Opiatabhängigkeit wird in der Regel von psychischen und somatischen Erkrankungen sowie psychosozialen Problemlagen begleitet. Sie erfordert daher für ihre Behandlung die Vorhaltung sowie Einbeziehung entsprechender Maßnahmen.“*

Und folgerichtig: *„Psychosoziale Betreuung und ärztliche Behandlung sollen laufend koordiniert werden. Der substituierende Arzt wirkt darauf hin, dass die aktuell erforderlichen begleitenden Maßnahmen in Anspruch genommen werden.“* Und schließlich: *„Zur Abwehr akuter gesundheitlicher Gefahren kann die Substitution ausnahmsweise auch dann erfolgen, wenn und solange eine psychosoziale Betreuung nicht möglich ist.“* Wenn diese Richtlinien zwar nur bedingt den WHO-Guidelines folgen, so ist mit dieser Neubewertung dennoch ein erster wichtiger Schritt zum Verlassen der deutschen Sonderposition unternommen worden, wird doch zumindest der Druck aus der nach wie vor als notwendig erachteten Verquickung von PSB und OST entschärft.

Empfehlungen

Auf der Grundlage bisher vorliegender Studienergebnisse und Praxiserfahrungen sind folgende Maßnahmen für eine psychosozial-unterstützte OST zu empfehlen:

- ▶ Rechtliche Entkoppelung von pharmakologischer Behandlung und psychosozialer Betreuung;
- ▶ Rechtsanspruch für die Patienten auf Wiedereingliederung und Teilhabe i.S.d. SGB II und XII, d.h. die Abgabe des Substituts ist mit dem Angebot psychosozialer Unterstützung zu kombinieren, wobei allerdings die Nicht-Teilnahme an PSB weder die Behandlungsaufnahme verzögern noch zum Behandlungsabbruch führen darf. Dieses Angebot (bei Nicht-Inanspruchnahme) ist periodisch zu überprüfen und gegebenenfalls zu erneuern;
- ▶ Die angemessene Form der psychosozialen Intervention/Unterstützung beruht auf umfassender Abklärung und individueller Behandlungsplanung in Absprache mit den Patienten;
- ▶ Forschung zur Effizienz und Effektivität psychosozialer Betreuung;
- ▶ Qualifizierung ("Fachkundenachweis") für Professionelle, die psycho-soziale Betreuung anbieten
- ▶ Regelmäßige gemeinsame Qualitätszirkel aller beteiligten Fachrichtungen/Professionen
- ▶ Erarbeitung verbandsübergreifender, bundeseinheitlicher Leitlinien.

Elternselbsthilfe im Rahmen akzeptanzorientierter Drogenhilfe

Hannelore Kneider

Wenn Eltern mit dem Drogenkonsum ihrer meist jugendlichen oder heranwachsenden Kinder konfrontiert werden, dann bricht für sie eine Welt zusammen. Sie geraten häufig in eine individuelle und familiäre Krisensituation, aus der sie sich selbst nur schwer befreien können. Das bisherige, normale Leben in der Familie fällt in sich zusammen. Angst, Scham, Hoffnungslosigkeit – aber auch Empörung, Zorn, Wut spiegeln sich im verzweifelten Verhalten der Eltern wider. Konfrontation und Auseinandersetzungen zwischen Eltern und dem Drogen gebrauchenden Sohn oder der Tochter nehmen zu und bestimmen weitgehend das Alltagsleben der Familie.

Alle Bemühungen, konkreten Maßnahmen oder Forderungen der Eltern, mit dem Ziel, dass Sohn oder Tochter den Drogenkonsum sofort einstellen, laufen meist ins Leere. Das Beziehungsverhältnis der Eltern untereinander, zum Drogen gebrauchenden Kind und nicht selten auch unter den Geschwistern, gerät in Gefahr - das Gleichgewicht der Familie droht zu zerbrechen oder gerät ins Schwanken und die Ausweglosigkeit nimmt zu. Unter dem Druck dieser familiären Situation entwickeln sich auch individuelle Gefühle der Selbstvorwürfe, Ohnmacht, Resignation oder Gleichgültigkeit und Widerstandslosigkeit. Eltern wissen nicht mehr, wie sie den Zustand positiv verändern können, sie sind am Ende ihrer Kraft, während der Drogen gebrauchende Sohn oder die Tochter scheinbar unberührt und egoistisch ihren eigenen Weg mit Drogen fortsetzen, sich an keine Abmachungen oder Versprechen gegenüber den Eltern haltend. Das geschilderte Familienbild ist leider symptomatisch für viele Familienschicksale, in denen Töchter oder Söhne Drogen konsumieren, egal, ob es sich dabei um legale Drogen wie Alkohol, Nikotin, Medikamente oder illegale Drogen wie Cannabis, Heroin, Kokain, Exstasy usw. handelt und deren Wirkungen und Auswirkungen sowohl individuell und als auch gesellschaftlich differenziert bewertet werden müssen.

Die traditionelle Suchtkrankenhilfe stand von Anfang an unter dem Paradigma: „Lebenslange Abstinenz des Konsumenten“. Der

Konsument stand somit unter dem absoluten Leidensdruck der Motivation und Bereitschaft zur Abstinenz. Hilfeeinrichtungen und Eltern folgten gemeinsam unkritisch dieser eindimensionalen Zielrichtung. Hilfe und Beistand für Eltern und Angehörige waren in den Konzeptionen traditioneller Suchtkrankenhilfe nicht vorgesehen. Im Gegenteil, aufgrund pädagogischer und psychotherapeutischer Annahmen ging man davon aus, dass Eltern in der Erziehung ihrer Kinder versagt hätten und damit die eigentlichen Verursacher des eingetretenen Übels seien. Einige der sich selbst überlassenen, allein gelassenen Eltern, deren Töchter oder Söhne illegale Drogen konsumierten, entschlossen sich zur Selbsthilfe – sie gründeten 1969 in Bonn den ersten Elternkreis. Auch die Elternselbsthilfe fühlte sich dem Abstinenzparadigma verpflichtet und glaubte daran, dass nur lebenslange Abstinenz des Konsumenten das familiäre Gleichgewicht wieder herstellen könne.

Das Abstinenzparadigma, die Stigmatisierung der betroffenen Eltern, Versager in der Erziehung ihrer Kinder zu sein und fachgestützte pädagogische, psychiatrische und therapeutische Annahmen und die Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes vergrößerten nicht nur die Not und das Elend der Eltern und meist jugendlichen Drogenkonsumenten und zerstörten ihre Zukunftschancen, vielmehr verhinderten diese Positionen für Jahrzehnte eine realitätsbezogene Drogenpolitik und Drogenhilfe, die sich besonders ungünstig bei illegalem Drogenkonsum auswirkte.

Die Realität war, dass Drogenkonsumenten mit illegalem Hintergrund nach Entzug, Therapie und/oder juristischer Maßnahmen wieder rückfällig wurden. Der Erfolgsquotient lag bei therapeutischen Maßnahmen bei max. 25 % und erreichte bei juristischen Maßnahmen nach dem BtmG höchstens 5%. Diese Misserfolge, die Verelendung vieler illegaler Drogenkonsumenten und die Zunahme von Drogentoten führten dazu, dass sowohl Politiker, Forscher, Drogenberater aber auch betroffene Eltern ab Mitte 1980 nach neuen Wegen in der Drogenhilfe

suchten.

Die professionelle Seite entwickelte zunächst niedrigschwellige Hilfen und Beratungsangebote auch für Eltern mit dem Ziel, Drogenkonsumenten gemeinsam zur Abstinenztherapie zu bewegen und zu begleiten. Dem neueren Erkenntnisstand folgend wurden neben der Abstinenztherapie alternative Hilfen angeboten wie z.B. Substitutionsbehandlungen einschließlich psycho-sozialer Begleitung (PSB), die Bereitstellung von Konsumräumen zur Vermeidung der Verelendung abhängiger Drogenkonsumenten und ihrer ärztlichen Versorgung und ab 2009 folgte per Gesetz auch die Originalstoffvergabe (Heroinvergabe) ebenfalls verbunden mit PSB, um Schwerstabhängigen ein Leben in Menschenwürde zu ermöglichen.

Diese positive Entwicklung in der Drogenpolitik und Drogenhilfe brauchte einen fast 25jährigen Zeitraum, der nicht ohne Kontroversen und Auseinandersetzungen auf politischer, professioneller, gesellschaftlicher u. betroffenen Ebene verlief. In vielen öffentlichen Aktionen zur Durchsetzung dieser Forderungen, dem Grundgesetz Artikel 1 folgend:

„... dass die Menschenwürde unantastbar sei“, haben sich Politiker, Fachleute, Wissenschaftler und Betroffene, einschließlich vieler Eltern, beteiligt. Sie alle forderten die Akzeptanz, Toleranz und den Respekt auch für diejenigen in unserer Gesellschaft, die es nicht schaffen dauerhaft abstinent zu leben, die aber ein Recht darauf haben in Menschenwürde unter uns zu leben. Eine akzeptanzorientierte Drogenpolitik und Drogenhilfe ist ausgerichtet auf den Menschen, seine Bedürfnisse, seine reale Wirklichkeit, seine Lage und Situation, seine Chancen und Möglichkeiten auf eine Zukunft in Menschenwürde.

Eltern oder Elternselbsthilfegruppen, die bis Ende der 90er Jahre stark angestiegen waren, konnten sich zunächst nur sehr schwer mit dem Gedanken der akzeptanzorientierten Drogenhilfe abfinden – sie gerieten einander in starke Konfrontation, die sich nicht selten bis in die Ehe- oder Lebenspartnerschaften auswirkten. Die einen unterstützten das Abstinenzparadigma, die anderen die akzeptanzorientierte Drogenhilfe. Erst mit dem Anstieg der vielen Drogentoten und angesichts der vielen verelendeten Drogenkonsumenten und Drogenkonsumentinnen wurde vielen Eltern bewusst, dass Abstinenz

nicht allein der Königsweg ist, das familiäre Drogenproblem zu lösen, dass auch alternative Hilfsangebote möglich sind, um das familiäre Gleichgewicht wieder herzustellen oder erträglicher zu gestalten und dem Drogenkonsumenten selbst ein menschenwürdiges Dasein ermöglichen.

Sicherlich ist es für Eltern schwer, sich damit abfinden zu müssen, dass gerade ihre Tochter oder ihr Sohn zu denjenigen gehören, die es nicht schaffen, dauerhaft abstinent zu leben. Akzeptanzorientierte Drogenhilfe bietet aber auch die Chance, zu einem späteren selbstgewählten Zeitpunkt ein abstinentes Leben zu führen. Und auf diesem Weg können Eltern ihre Tochter oder ihren Sohn begleiten. Die Art und Weise der Begleitung durch die Eltern ist von großer Bedeutung für eine tragfähige Beziehung zwischen Eltern und Drogen konsumierenden Töchtern oder Söhnen.

Betroffene Eltern sind heute nicht mehr allein, es gibt genug Hilfsangebote auch für sie, die sie in Anspruch nehmen können: sei es in den Drogenberatungsstellen, bei Fachleuten und vor allem auch in den Elternselbsthilfegruppen, die es heutzutage vielerorts gibt. Hier können Eltern über ihre Sorgen und Nöte ohne Angst oder Scham sprechen, ihre Erfahrungen im Umgang mit Drogenkonsumenten oder Drogenabhängigen austauschen. Sie können durch die Gruppe wieder Kraft schöpfen und lernen, sich selbst zu stabilisieren. Mit Hilfe der Gruppenmitglieder können Eltern ihre Ängste und oft unbegründeten Selbstvorwürfe überwinden lernen. Im Rahmen des Erfahrungsaustausches können Eltern neuen Mut gewinnen, um vor allem besonnen und sinnvoll die Begleitung der eigenen Tochter, des eigenen Sohnes zu wagen. Die Gruppe, das gemeinsame Schicksal verbindet miteinander und hilft in kleinen und neuen Schritten, das eigene Selbstvertrauen wieder zu stärken. Eltern erfahren aber auch, dass sie „nicht den Anderen ändern können, sondern nur sich selbst“. Diese Erkenntnis ist wohl der schwerste Schritt.

Sich selbst verändern heißt: Die eigenen Verhaltensweisen, eingeschlifene Verhaltensmuster und den eigenen Standpunkt in der Familie kritisch zu überprüfen, zu bedenken, was mein Verhalten beim Anderen auslöst. Die Art und Weise des eigenen Verhaltens zeigt sich nicht nur im Tun und Handeln,

vielmehr spielen Sprache, Tonart der Stimme, Gestik und Mimik eine ebenso große Rolle im Umgang mit dem Anderem.

Drogenkonsumenten und erst recht Abhängige reagieren oft nicht so, wie es Eltern gerne hätten oder sich wünschen. Gerade junge Menschen, insbesondere während der Pubertätsphase, beginnen sich von der Familie abzulösen, sie suchen ihre eigene Selbstverwirklichung, ihren eigenen Weg in die Zukunft. Dieser Weg entspricht oft nicht den Wünschen und Vorstellungen der Eltern und erst recht nicht, wenn junge Menschen zu Drogen greifen – wir Eltern können sie trotzdem auf ihrem Weg nur begleiten, ihnen in Krisensituation mit Ruhe, Besonnenheit und sinnvoller Hilfe zur Seite stehen, mit ihnen reden und gemeinsam nach Wegen aus der Krise suchen, die unser Kind auch gehen kann. Im Rahmen dieser Erkenntnisse und Verhaltensweisen wird es betroffenen Eltern auch wieder gelingen, im Verbund mit einer akzeptanzorientierten Drogenhilfe für ihre Drogen gebrauchenden oder abhängigen Töchter oder Söhne, ein gemeinsames familiäres und den individuellen Ansprüchen angepasstes Gleichgewicht in der Familie wieder herzustellen.

Substitutionsbehandlung und "PSB" in Deutschland – eine unendliche Geschichte

Heidrun Behle/Jürgen Heimchen

Einführende Bemerkungen

Im Gegensatz zu allen anderen europäischen Staaten mit Ausnahme von Norwegen und Schweden wurde in Deutschland die ärztliche Substitutionsbehandlung von Beginn an mit einer psychosozialen Komponente in Form der so genannten „Psychosozialen Betreuung“ (PSB) gekoppelt. Die inhaltliche Ausgestaltung und Finanzierung entsprechender Hilfsangebote ist jedoch bis heute nicht bundeseinheitlich geregelt. Gesetzlich verankert wurde eine PSB bereits im Jahre 1998 in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV § 5), jedoch lag es im Ermessen des behandelnden Arztes, ob und in welchem Umfang eine PSB für ihre jeweiligen Patienten erforderlich war.

Unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) darf der Arzt dann für einen Patienten ein Substitutionsmittel verschreiben, wenn und solange

a) der Substitution keine medizinisch allgemein anerkannten Ausschlussgründe entgegenstehen

b) die Behandlung erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einbezieht.

Am 1. Januar 2003 wurden schließlich überarbeitete und aktualisierte BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (GAB), die die Regularien für krankenkassenfinanzierte Substitutionsbehandlungen festlegen, in Kraft gesetzt. Die grundsätzlich positive Änderung gegenüber Vorgängerversionen war, dass die substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger von nun an auch ohne Begleiterkrankung (HIV-Infektion/AIDS-Erkrankung) als kassenärztliche Leistung anzuerkennen ist. Im Gegenzug jedoch wurde verfügt, dass nur diejenigen Opiatabhängigen ein Recht auf Finanzierung der Substitution durch die Krankenkassen haben, die gemäß §5 Abs. 2 BtMVV i.d.F.v. 1. Juli 2001 eine PSB – psychosoziale Betreuung – nachweisen können.

Zuständig für die PSB im Rahmen von Substitutionsbehandlungen waren von Beginn an in der Regel die Drogenberatungsstellen mit Ihren Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern; bis dahin eben ohne die gesetzliche Teilnahmeverpflichtung ihrer Klienten. Besonders die Einrichtungen mit einer niedrigen Zugangsschwelle wurden schon in Zeiten vor dem Stichtag 1. Januar 2003 von Betroffenen aufgesucht: Dann, wenn die Beschaffungskriminalität für den illegalisierten Drogenkonsum in Strafprozesse und Inhaftierungen zu münden drohte; die Schulden über den Kopf wuchsen; der Fall aus dem Krankenversicherungsnetz „perfekt“ war; einer geregelten Arbeit nicht (mehr) nachgegangen werden konnte, oder wenn die Tage strukturlos verliefen - zum Beispiel.

Denjenigen, die aus dem Teufelskreis der Beschaffungskriminalität/Abhängigkeit nicht mehr allein herausfanden, wurde auch in der Vergangenheit durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Drogenhilfesystems geholfen.

Diese meisterten damals schon mit Idealismus die schwierigen Aufgaben, vor die ihre Klienten sie stellten. Dafür gebührt ihnen unser aufrichtiger Dank!

Bis zum heutigen Tag gilt: Die Finanzierung der Substitution erfolgt nur dann, wenn die geforderte psycho-soziale Betreuung und eventuell außerdem auch eine erforderliche psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in die Therapieplanung mit einbezogen werden. Und dies, obwohl es seit dem 19.02.2010 neue Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) gibt, die nun eine wichtige Ausnahme zulassen:

„Zur Abwehr akuter gesundheitlicher Gefahren kann die Substitution ausnahmsweise auch dann erfolgen, wenn und solange eine psychosoziale Betreuung nicht möglich ist“.

Eine zeitnahe Angleichung der GAB-Richtlinien erscheint daher dringend geboten!

Welche Bedeutung hat die PSB für Eltern Drogenabhängiger?

Für Eltern Drogenabhängiger bedeutet die PSB vorrangig: Unterstützung, Entlastung, Hilfe in Krisensituationen, Informationsquelle. Am Anfang geht es um Klärung der zukünftigen Vorgangsweise bezüglich des Drogenkonsums: Entgiftung? Anschließend Langzeittherapie? Oder Substitution und dann weiter-sehen? Dann werden aber auch Fragen der Alltagsbewältigung besprochen: Eigene Wohnung? Oder doch noch bei den Eltern wohnen? Welchen Standpunkt vertreten die Eltern hierzu? Besteht noch die Möglichkeit zu arbeiten? Oder die Lehre zu beenden? Oder ist alles bereits abgebrochen? Ist die Krankenversicherung gewährleistet? Liegen bereits Strafanzeigen vor? Und so weiter.

Welche Bedeutung haben die Worte ‚Psycho-Soziale Betreuung‘ für uns?

Sehen wir uns zunächst einmal an, welche Worte da überhaupt in die Wortschöpfung eingeflossen sind:

psycho...= seelisch, seelen...; sozial.... = die Gemeinschaft, Gesellschaft betreffend, zu ihr gehörend, ihr dienend; betreuen = jmdn. unterstützen, sich kümmern um, sorgen für.

Wenn nun eine PSB-Kraft erste Gespräche mit einem Drogenabhängigen führt, ein guter Zuhörer ist, Vertrauen aufbauen kann, hat das selbstverständlich positive Auswirkungen auf die seelische Verfassung des/der Betroffenen. Insofern wird in jedem Fall auch die Psyche unserer Kinder angesprochen. Das ist wichtig und kann auch nicht ausgeklammert werden. So ist die Aufgabe der PSB, dem Hilfesuchenden Strategien zur Alltagsbewältigung an die Hand zu geben und größtmögliche Eigenständigkeit zu erzielen durch Motivation zu Veränderungsschritten, Hilfe im Umgang mit Krisensituationen, persönliche Ressourcen (wieder-) zu entdecken u. a.; auf der anderen Seite aber auch Anleitung bzw. Hilfe in ganz praktisch orientierten Angelegenheiten wie Wohnungssuche, Suche nach Beschäftigung, Klärung juristischer Situationen wie anstehende Strafverfahren, drohende Inhaftierung oder Vermittlung zur Schuldnerberatung u. v. m.; d. h. letztere aufgeführte Aufgaben fallen in den sozialen

Bereich der Betreuung. Es liegt hier eine Verquickung der beiden Begriffe ‚psycho‘ und ‚sozial‘ vor. Und, wie oben aufgeführt, auch berechtigt und sinnvoll – allerdings stoßen wir an Grenzen.

Denn:

Gleichwohl verbinden wir alle mit der Vorsilbe ‚psych‘ sofort den Psychiater, Psychotherapeuten, psychische Erkrankung. Und wir wissen, dass zweifelsohne viele unserer substituierten Kinder neben ihrer Abhängigkeitserkrankung psychische Probleme haben (Psychosen, Depressionen, Border-line). In diesen Fällen spricht man von Doppel-diagnose oder psychiatrischer Komorbidität. Daneben gibt es noch weitere durch den illegalisierten Drogenkonsum entstandene Begleiterkrankungen wie Hepatitis C, HIV /AIDS. Alle diese Erkrankungen müssen zum einen von zuständigen Fachleuten diagnostiziert werden und gehören zum andern dann auch in die Behandlung dieser Fachärzte oder Therapeuten.

Welcher „Übersetzung“ von PSB stimmen wir zu?

Damit die Arbeits- und Kompetenzbereiche nicht verwischen und PSB für einen klaren, abgegrenzten Bereich steht, plädieren wir für die „Übersetzung“ von PSB in: **Praxisnahe Soziale Begleitung!**

Begleitung soll die vielleicht anfänglich bestehende Betreuung ablösen. Der Klient soll mit der Zeit für *sich selbst* sorgen, sich um *sich selbst* kümmern können. Und dieser mitunter langwierige Prozess wird unterstützend von einer PSB-Kraft begleitet.

Unabdingbar ist für uns Eltern das Hinterfragen der vielen Entgiftungen und häufigen Überweisungen in eine Langzeittherapie, die von PSB-Kräften eingeleitet werden. Hier zeigt sich uns ein immer noch massives und realitätsfernes Abstinenzdenken, denn unsere Erfahrungen zeigen deutlich, dass diese Therapien leider überwiegend negative Ergebnisse zeitigen. In vielen Fällen plätschern die Jahre dahin, ohne sichtbare Veränderungen und Tagesstrukturierungen.

Die Substitutionsdosis wird mehrheitlich von allen Beteiligten bewusst niedrig gehalten - selbst auch von den Betroffenen - aus Angst vor den Entzügen vom jeweiligen Substitutionsmittel; denn irgendwann soll ja die Clean-Zeit beginnen...

So verstreicht aus unserer Sicht unnötig wertvolle Zeit. Gewinnbringend und Selbstbewusstsein stärkend könnte diese genutzt werden – auch unter Substitution:

Vermittlung bzw. Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten. Zitat eines Betroffenen „*Wie oft habe ich gesagt, dass ich was tun möchte! Jetzt, nach 12 Jahren bewegt sich was; jetzt, wo ich ein Wrack bin!*“ Substitution ist die eine wichtige Seite. Die ernst gemeinte und gewollte (Re-) Integration die andere wichtige.

So fordern wir mehr Langzeittherapiemöglichkeiten mit Substitution! Für Opiatabhängigkeit hat die substituionsgestützte Behandlung in Kombination mit passenden sozialen, medizinischen und psychologischen Angeboten aller Wahrscheinlichkeit nach die besten Erfolgsaussichten! Wir zitieren an dieser Stelle Dr. Ingo Ilja Michels aus 2008, der diese Ansicht auf den Punkt brachte: „...*Bearbeitung praktischer Probleme der Lebensführung und -bewältigung (Wohnung, Kleidung, Einkommen usw.)...und nicht, „wöchentliche Psychogespräche“!* (Michels 2008, Folie 14)

Grundsätzlich muss unserer Meinung nach die ärztliche - substituierende, medikamentöse - Behandlung im Vordergrund stehen und begonnen werden, wie bei allen anderen Kranken auch! Danach ist eine praxisnahe soziale Begleitung hilfreich und eine sinnvolle Ergänzung. Denn Drogenabhängige, die sich in eine Substitutionsbehandlung begeben, signalisieren bereits mit diesem Schritt ihren Wunsch, aus der Beschaffungskriminalität und der illegalen Drogenszene auszusteigen

Dieses Angebot muss allerdings auf *freiwilliger Basis* von den Substituierten in Anspruch genommen werden können und nicht erzwungener Maßen! Hier bedarf es dringend eines Wandels in Deutschland, und zwar in Anlehnung an die neuesten Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation für psychosozial unterstützte pharmakologische Behandlungen. Diese betonen, dass die psychosozialen Unterstützungsangebote auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten

ausgerichtet und freiwillig sein sollen (WHO 2009).

Unerlässlich erscheint uns auch die Kooperation **a l l e r** Beteiligten (Dialogkultur):

- ▶ Betroffene
- ▶ Substituierende/r Ärztin/Arzt, PSB-Kraft, Psychiater/Psychotherapeut (Profis)
- ▶ Eltern, Angehörige, Vertrauensperson(en)

Resümee

Für uns ist die gelingende PSB eine, die auf freiwilliger Basis aufgesucht wird; die nötige Schritte in einen strukturierten Alltag begleitet; die sich nach den individuellen Erfordernissen ihrer Klientinnen und Klienten mit diesen abstimmt. Die Weiterentwicklung einer **Praxisnahen Sozialen Begleitung** verfolgen wir gespannt. Für uns hat nach wie vor die Überlebenssicherung unserer Kinder absolute Priorität – entgegen des in vielen Richtlinien verankerten Ziels der Abstinenz. Den Sozialarbeitern in der Drogenhilfe rufen wir zu:

machen Sie weiter, was Sie können - Sozialarbeit!

© INDRO e.V.

Verwendete Literatur

- Gerlach, R. & Stöver, H. (Hrsg.) (2005) *Vom Tabu zur Normalität*. Lambertus-Verlag, Freiburg
- Gerlach, R. & Stöver, H. (Hrsg.) (2009) *Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung*. Lambertus-Verlag, Freiburg
- Gellert, R. & Schneider, G. (2002) *Substitution und Heroin*. Lambertus-Verlag, Freiburg
- Heimchen, J. & Behle, H. (2005) *Eltern- und Angehörigensicht und Forderungen*. In: Gerlach, R. & Stöver, H. (Hrsg.) (2005) *Vom Tabu zur Normalität*. Lambertus-Verlag, Freiburg, 287-291
- Michels, I.I. (2008) „*Brauchen wir Leitlinien in der PSB?*“ Präsentation beim Fachtag „Die Zukunft der psychosozialen Arbeit mit Substituierten“ am 10. Oktober 2008 in Hannover. Internetquelle http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/br_wir_leitlinien_PSB.pdf (Letzter Aufruf: 9.8.2010)
- Verster, A. & Buning, E. (2003) *Zur Effektivität der Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit*. Euro-Methwork, Amsterdam
- WHO (2009) *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva

Erste Hilfe im Drogennotfall – und notfalls Naloxon

Kerstin Dettmer

Naloxon

Der schnellste spezifische Weg, eine opiatbedingte Atemdepression zu beseitigen, ist die Injektion des Opiatantagonisten Naloxon (Handelsname Narcanti®). Dieser wird bereits seit mehr als 40 Jahren zur Behandlung von Opiatüberdosierungen eingesetzt.

Naloxon kann innerhalb weniger Minuten lebensbedrohliche Effekte wie Atemlähmung, Hypoxie, Bewusstlosigkeit und Blutdruckabfall aufheben. In höheren Dosierungen kann Naloxon einen Entzug auslösen. Eine Überdosierung ist nicht möglich.

Nebenwirkungen wie Herzrhythmusstörungen und Lungenödem sind sehr, sehr selten. Naloxon muss in der in Deutschland verfügbaren Darreichungsform injiziert werden (intravenös, intramuskulär oder subkutan). Die Halbwertszeit des Naloxon liegt zwischen 30 und 80 Minuten, sie ist damit deutlich kürzer als die der gebräuchlichen Opiate. So kann eine vorübergehende Bewusstseinsaufklärung nach erfolgter Naloxoninjektion täuschen. Ein erneuter Atem- bzw. Kreislaufstillstand droht. Dieser Zustand kann dann mit einer weiteren Naloxon-Gabe erneut behoben werden.

Naloxon ist verschreibungspflichtig, kann also von einem Arzt auf (Privat-) Rezept (Kosten für eine Ampulle: ca. 7€) verordnet werden.

Rechtliche Aspekte der Naloxonvergabe

Immer wieder werden Skepsis oder Befürchtungen von Fachleuten, die sich für die Naloxon-Abgabe interessieren, hinsichtlich der rechtlichen Problematik der Naloxon-Vergabe an Drogengebraucher im Rahmen der Laienhilfe geäußert. National und international betrachtet scheint dies eines der Haupthinderungsgründe zu sein, Naloxon in die Hände von Opiatkonsumenten zu geben. Naloxon ist gemäß bundesdeutschem Arzneimittelgesetz verschreibungspflichtig. Das Arzneimittelgesetz regelt nur den Verkehr (Verschreibungspflicht, Abgabe durch Apo-

theken etc.). Es gibt keinerlei Regelungen (und dementsprechend Einschränkungen) hinsichtlich der Anwendung. Die Bundesärztekammer hat in einer Stellungnahme Anfang 2002 bestätigt, dass in standesrechtlicher Hinsicht keine Bedenken gegenüber einer Naloxonabgabe zum Zwecke der Laienhilfe im Drogennotfall bestehen, da aufgrund der Substanzeigenschaften und des Einsatzzweckes nicht zu befürchten ist, dass ein Arzt der missbräuchlichen Anwendung seiner Verschreibung (§ 34 Abs. 4, Muster-Berufsordnung) Vorschub leistet. Die Verwendung des Arzneimittels ist zusätzlich beim Einsatz im Notfall durch § 34 StGB ("Rechtfertigender Notstand") gedeckt. Der Arzt muss allerdings seiner besonderen Aufklärungspflicht Genüge tun, durch die er nicht dadurch entbunden wird, dass andere Institutionen Schulungs- und Informationsmaßnahmen durchführen. Die Bundesärztekammer legt großen Wert auf die Aufforderung an den Naloxon-Empfänger, zusätzlich den Rettungsdienst zu alarmieren. Hat der Arzt im Einzelfall den Eindruck, dass der Naloxon-Interessent keine Schulung bzw. Informationen anzunehmen bereit ist und / oder den Rettungsdienst nicht informieren würde, sollte kein Naloxon verordnet werden.

Das Fazit der Stellungnahme der Bundesärztekammer ist, dass die Naloxon-Verschreibung im Rahmen von Laienhilfe gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt ist. Es gibt jedoch keinerlei Hinweise, dass Naloxon-Abgabe durch Ärzte an Laien rechtlich problematisch sei, solange die allgemeingültigen Regelungen des Arzneimittelrechts und der ärztlichen Berufsordnung (Verschreibungs-, Apotheken-, Aufklärungs- und Schulungspflicht) erfolgt.

In einer Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit vom August 2008 wird der Einsatz von Naloxon durch Laien wie folgt bewertet:

Im Hinblick auf die Anforderungen in § 2 Abs. 1 Nr. 3 der AMVV, geht die AMVV grundsätzlich davon aus, dass die Person, für die ein Arzneimittel verschrieben wird, mit der Person identisch ist, bei der das Arzneimittel

zur Anwendung kommt. Aber auch das Bundesgesundheitsministerium berücksichtigt allgemeine Rechtfertigungsgründe, die eine Ausnahmemöglichkeit rechtlich nicht ausschließen. Naloxon kann somit im Rahmen eines Notfalles ausnahmsweise bei einer anderen Person, als der, für die es verschrieben wurde, zur Anwendung gebracht werden, wenn gesundheitliche Folgen bzw. Gefahren nicht anders als durch unverzügliche Verabreichung von Naloxon abgewendet werden können. Hingewiesen wird außerdem auf die bestehenden medizinischen und rechtlichen Risiken, die mit einer von medizinischen Laien im Notfall vorgenommenen parenteralen Applikation von Naloxon verbunden sind.

Fazit der Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit:

Die Naloxon-Verschreibung im Rahmen von Laienhilfe ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Die bestehende Rechtslage schließt jedoch die Verabreichung von Naloxon durch qualifizierte Laienhelfer nicht aus

Naloxonverschreibung in der Praxis

Für die Verschreibung müssen folgende Bedingungen erfüllt werden:

- ▶ Der Naloxon-Empfänger wird zum situationsangemessenen Verhalten im Drogennotfall und in der Anwendung von Naloxon qualifiziert.
- ▶ Die Aufklärung und Naloxon-Abgabe werden dokumentiert.
- ▶ Der Naloxon-Empfänger muss selbst Opiatkonsument sein.

Eine Verschreibung von Naloxon an Personen, für die keine Indikation vorliegt (beispielsweise nichtkonsumierende Lebenspartner oder Sozialarbeiter) ist gemäß AMVV nicht möglich. Es empfiehlt sich jedoch durchaus Lebenspartner, Familienangehörige oder Sozialarbeiter in Drogenhilfe-Einrichtungen zum angemessenen Verhalten im Notfall zu schulen. Sollten diese Laienhelfer im Notfall Naloxon beim überdosierten Konsumenten finden und dieses injizieren, sind sie als Ersthelfer vor rechtlichen Konsequenzen geschützt. Alltagsnah ist es zudem, „Konsumgemeinschaften“ in der Anwendung von Naloxon zu schulen und jedem Teilnehmer

Naloxon zu verschreiben. Im Idealfall hätte somit jeder Opiatkonsument sein eigenes Naloxon in der Tasche und jeder Konsumpartner wüsste den Antagonisten adäquat einzusetzen

In Australien gibt es Naloxon in nasaler Applikationsform. Studien haben ergeben, dass die Wirkung durchaus mit der intravenösen oder intramuskulären Anwendung vergleichbar ist. Mittlerweile sind auch in Deutschland Nasalapplikatoren verfügbar, die auf eine Standard-Spritze aufgesetzt werden. Das hiermit verabreichte Medikament wird beim Spritzen durch die feinen Düsen an der Spitze zerstäubt und legt sich wie ein feiner Nebel auf die Schleimhaut, so dass eine optimale Resorption erfolgen kann.



Drogenkonsumräume in Deutschland – Ein kurzer Überblick Rahmengesetzgebung

Urs Köthner

Am 1. April 2000 trat das 3. Betäubungsmitteländerungsgesetz (3. BtMG-ÄndG) in Kraft, das den Betrieb von Drogenkonsumräumen legitimierte und gesetzlich regelt. Es wurde ein bundeseinheitliches Rahmengesetz geschaffen, das die Länder ermächtigt, „durch Rechtsverordnung die Voraussetzungen für die Erteilung einer Erlaubnis ... zu regeln“. Bereits bestehende Einrichtungen sollten damit legalisiert werden, andere hinzukommen.

Zentrale Norm ist der neu eingefügte §10a, der die Legaldefinition für Drogenkonsumräume beschreibt und gesetzgeberische Festlegungen macht, die in den zu erlassenen Länderverordnungen nicht unterschritten werden dürfen (10 Mindeststandards).

Ziel ist, die „Sicherheit und Kontrolle beim Verbrauch von Betäubungsmitteln“ in Drogenkonsumräumen zu gewährleisten. Eine Erlaubnis zum Betrieb darf nur dann erteilt werden, wenn das Bundesland als Voraussetzung eine Rechtsverordnung erlassen hat, in der eingrenzende Regelungen getroffen werden. Somit bleibt eine Einrichtung von Drogenkonsumräumen zunächst vom politischen Willen der jeweiligen Landesregierung abhängig. Kommunale Interessen können ohne Hilfe des Landes nicht realisiert werden.

In den jeweiligen Rechtsverordnungen der Bundesländer werden die erlaubten Substanzen aufgezählt, z.B. Opiate, Kokain, Amphetamine und deren Derivate. Nicht benannte, aber im Konsumspektrum von kompulsiv und politoxikoman konsumierenden Drogenabhängigen benutzte Substanzen wie z.B. Benzodiazepine oder andere Arzneimittel /Medikamente sind im Drogenkonsumraum nicht erlaubt.

Wer den Drogenkonsumraum nutzen darf, geben das BtMG, die jeweilige Rechtsverordnung des Landes sowie die zu treffenden Vereinbarungen mit den kommunalen Kooperationspartnern (Politik, Polizei, Staatsanwaltschaft, Ordnungsamt) vor. Auf der übergeordneten Bundesebene wird z.B. in §10a BtMG, Abs. 2, Pkt.7 als Mindeststandard vorgegeben, dass „offenkundige Erst- und

Gelegenheitskonsumenten“ von der Nutzung auszuschließen sind. In den auf Länderebene formulierten Rechtsverordnungen, hier exemplarisch die „Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 26. September 2000, (Rechtsverordnung NRW)“ werden weitere Personengruppen definiert, die von der Benutzung des Drogenkonsumraums auszuschließen sind:

- ▶ erkennbar durch Alkohol oder andere Suchtmittel intoxikierte Personen
- ▶ Opiatabhängige, die sich erkennbar in einer substitions-gestützten Behandlung befinden und
- ▶ Personen, denen erkennbar, insbesondere wegen der mangelnden Reife, die Einsichtsfähigkeit in die durch die Applikation erfolgende Gesundheitsschädigung fehlt.

Zu einer weiteren Eingrenzung des Nutzerkreises führt die in einigen Städten in den Kooperationsvereinbarungen festgeschriebene Regelung, dass nur die in der jeweiligen Stadt gemeldeten Personen den Drogenkonsumraum nutzen dürfen. Durch Kontrolle des Personalausweises wird die Einhaltung dieser Regelung gewährleistet. Einrichtungsintern und im fachlichen Austausch führen diese Ausschlusskriterien immer wieder zu heftigen Diskussionen, da sie zu massiven Bedenken bei den Nutzern führen, einen vertrauensvollen Umgang konterkarieren und das Konsumgeschehen im Umfeld fördern.

Von einer ursprünglichen Praxis und Forderungen („Gebt uns Räume und Wasser – spritzen können wir selbst“ – JES, 1990) eines kostenlosen, anonymen Zugangs gewährenden Angebotes hat sich unter den gegebenen Bedingungen eine völlig andere Praxis als Dienstleistungsangebot mit vielen Anforderungen und Einschränkungen entwickelt: Stärkung der Selbsthilfe, Autonomie des Konsumenten, Legalisierung - all das wird in den Einrichtungen kaum noch thematisiert.

Ziele der Drogenkonsumraumarbeit

Grundlegend gilt das Ziel der Überlebenshilfe, Gesundheitsförderung/-prophylaxe und Schadensminimierung bei Drogenkonsumenten. Negative körperliche, psychische und soziale Begleiterscheinungen des Konsums illegaler Drogen sollen abgemildert und weitere Schäden verhindert werden.

Drogenkonsumräume sind integrierte Bestandteile von Kontakt- oder Beratungsangeboten. Essentieller Bestandteil der Arbeit ist die Motivierung, Hilfen bei drogenbezogenen, gesundheitlichen und sozialen Problemen in Anspruch zu nehmen.

Die Integration der DKR in die regionalen Drogenhilfestrukturen gewährleistet, dass weiterführende Hilfen „just in time“ bereit stehen oder eingeleitet werden können. Der Drogenkonsumraum erfüllt mit seinen niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Kontaktmöglichkeiten somit bei Bedarf eine Brückenfunktion in weiterführende Angebote gesundheitlicher und psychosozialer Unterstützung.

Eine Zielhierarchie kann für die Zielgruppe der Konsumenten folgendermaßen beschrieben werden:

- ▶ Überleben sichern
- ▶ gesundes Überleben sichern
- ▶ Verhinderung/ Bearbeitung sozialer Desintegration
- ▶ gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung
- ▶ Unterstützung eines selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauchs
- ▶ Unterstützung individueller Herauslösung aus der Drogenszene und aus individuellen Abhängigkeitsstrukturen

Daneben zielt die Einrichtung von Drogenkonsumräumen auch auf ordnungspolitische Aspekte. Belastungen der Öffentlichkeit durch sichtbaren Drogenkonsum und Szenensammlungen sollen reduziert werden. In diesem Sinne gelten die Stadt und die Bürger als Zielgruppe bzw. Auftraggeber.

Somit bewegen sich die Einrichtungen der Drogenkonsumräume immer auch im Spannungsfeld zwischen Ordnungspolitik und Hilfe. Dadurch entsteht eine schwierige Gratwanderung zwischen unterschiedlichen Bedürfnissen der verschiedenen Akteure.

Was ist entstanden – Blitzlicht

Inzwischen (Stand: November 2010) sind 25 Drogenkonsumräume in 16 Städten in 6 Bundesländern (Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland) im Betrieb. In Hamburg (5) und Frankfurt a.M. (4) gibt es mehrere, in Berlin nur noch und in Köln neuerdings zwei. Ansonsten beschränken sich die Städte (11 davon allein in NRW) auf je einen.

Sowohl die Öffnungszeiten (3 ½ - 12 Std.), als auch die Anzahl der vorgehaltenen Konsumplätze (3-16 Plätze) orientieren sich am lokalen Bedarf. Durch eingeschränkte finanzielle Mittel können einige Einrichtungen nur wenige Stunden am Tag öffnen, am Wochenende sind sie z.T. geschlossen. Die Möglichkeiten der Steuerung werden hierdurch vielerorts beschränkt. Von den Nutzern werden möglichst ausgedehnte Öffnungszeiten gefordert.

Zugelassen sind verschiedene Applikationsformen – intravenös, inhalativ, nasal. Das Rauchen von Drogen kann nur zugelassen werden, wenn entsprechende Vorkehrungen (separate Rauchräume mit Abluftanlagen) getroffen wurden.

In Frankfurt wird der einzige Crack Rauchraum (Drogennotdienst Frankfurt) betrieben, in Hamburg gibt es den einzigen Konsumraum nur für Frauen (ragazza e.V.), in Berlin fährt ein Druckmobil (Fixpunkt e.V.) Szenetreffpunkte an und in Troisdorf wird der einzige Drogenkonsumraum im ländlichen Bereich betrieben (Diakonisches Werk Siegburg).

Neben der Einbettung in die Angebotsstruktur von niedrigschwelligen Kontaktläden haben sich über die Jahre Schwerpunkte bei den ergänzenden Angeboten entwickelt z.B. in der Gesundheitsberatung, medizinischen Grundversorgung, Vermittlung in weiterführende Hilfen (Substitution, PSB, Entgiftung, Therapie, Arbeitsgelegenheiten...), HIV-Testung & Beratung und Hepatitisimpfung.

Diese Angebote haben sich bewährt und werden sukzessive bei den meisten Drogenkonsumräumen umgesetzt.

Darüber hinaus haben sich noch vereinzelt interessante Nebenprojekte entwickelt wie z.B. ein Naloxonprojekt und Erste Hilfet training im Drogennotfall für Drogengebraucher, Zahnprophylaxe, Ruheräume &

Akupunktur, Fußpflege und ein selbstverwaltetes Haarschneideprojekt.

Seit dem Jahr 2000 bietet die Deutsche AIDS-Hilfe einen bundesweiten Arbeitskreis Drogenkonsumräume (AK Konsumraum) an, der sich seitdem jährlich trifft und an dem sukzessive alle DKR -Betreiber teilgenommen haben. Es entstand eine Plattform für den fachlichen Austausch, inhaltliche Fortbildungen (z.B. zu Infektionskrankheiten, Maßnahmen im Drogennotfall, Hygiene, Deeskalation, Umfeldmanagement, Ordnungspolitik, Vernetzung mit weiterführenden Hilfen) und Weiterentwicklung der Angebote. Insgesamt hat die Praxis eine Vielfalt konzeptioneller Ansätze und Begleitangebote hervorgebracht, die in unterschiedlichen kommunalen, drogenpolitischen, rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen gewachsen sind und jeweils davon geprägt sind.

Fazit & Ausblick

Nach 10 Jahren Praxis muss resümiert werden, dass durch die erlassenen Rechtsverordnungen und die Vorgaben der Überwachungsbehörden (städtische Ämter, Polizei und Staatsanwaltschaften) konzeptionelle Überlegungen und Spielräume eher eingeschränkt wurden. Diese Demarkationen sind meist weniger rational und sachlich begründet, verweisen eher auf das Kräfteverhältnis der Akteure und verdeutlichen eine Dominanz ordnungspolitischer- und Regulatorinteressen.

Die rechtliche Situation erscheint nach wie vor paradox: Abgabe, Erwerb und Besitz „harter“ Drogen sind unmissverständlich strafverfolgungswürdig im Sinne des Legalitätsprinzips, der Betrieb von Drogenkonsumräumen und der dort stattfindende Konsum der illegalen Substanzen jedoch nicht. Diese widersprüchliche Konstruktion muss in der Rechtswirklichkeit, d.h. in der täglichen Praxis immer wieder mühsam und mit mäßigem Erfolg ausgehandelt werden und führt nicht zu einem Gefühl von Sicherheit für Konsumenten, Mitarbeiter und Strafverfolgungs- und Ordnungsbehörden. In dem rechtlich äußerst sensiblen Bereich *Drogenkonsumraum* wird von den Akteuren (in kaum einem anderen Feld der Sozialen Arbeit

kommen sich Sozialarbeiter und Polizisten so nahe) so verantwortungsbewusst gearbeitet, dass trotz täglicher ‚Beaufsichtigung‘ keine Verfahren angestrengt wurden.

Der Betrieb von niedrigschwelligen Einrichtungen bleibt im Rahmen der Prohibitions politik ein juristischer Drahtseilakt, in dem alle Beteiligten (Drogenkonsument, Betreiber der Einrichtung und Polizei) potentiell gefährdet sind sich straffällig zu machen und mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten.

Die Erfahrungsberichte und Evaluationen der einzelnen DKR belegen eindrucksvoll, dass diese Angebote inzwischen an allen Standorten ein durchweg erfolgreicher Bestandteil des differenzierten Suchthilfesystems sind, mit dem akute gesundheitliche Beeinträchtigungen reduziert und zahlreiche Drogentodesfälle verhindert werden. Die Integration der DKR in die bestehenden niedrigschwelligen Drogenhilfeangebote stellt sicher, dass weiterführende Hilfen „just in time“ bereit stehen, eingeleitet oder bei neu sichtbarem Bedarf entwickelt werden können.

DKR sind sozialverträglich und kommunalpolitisch verankert und die Rahmenbedingungen des Betriebs werden in regelmäßig tagenden kommunalen Arbeitskreisen besprochen und abgestimmt.

Aufgrund dieser Ordnungspartnerschaften funktionieren solche Einrichtungen nahezu reibungslos und leisten einen beachtlichen Beitrag zur Schadensminimierung und Überlebenshilfe für Drogenkonsumenten und tragen bei angemessenen Öffnungszeiten wesentlich zur Entlastung der Innenstädte von Problemen mit offenen Szenen und offenem Drogenkonsum bei.

Weder auf bundes-, länder- oder kommunaler Ebene hat es bisher grundsätzliche Bedenken oder kritische Äußerungen im Hinblick auf die Notwendigkeit einer Fortführung der Angebote gegeben.

Vereinzelt gibt es, in der Regel temporäre, Standortprobleme, die häufig durch entsprechende Umfeldpflege (Beseitigung von Verunreinigungen, Ansprache an die Nutzer ob ihrer eigenen Verantwortung, Gespräche mit den Nachbarn und in den Arbeitskreisen der Ordnungspartnerschaften) entschärft und beseitigt werden können. Insgesamt zeigt sich, dass ein Standort mit Bedacht gewählt und ausgestattet werden muss. Er sollte

szenenah, in die lokale Drogenhilfe eingebunden und umfeldverträglich sein. Die Umfeldverträglichkeit und die Entlastung der Innenstädte von Problemen durch offene Drogenszenen und Drogenkonsum sind entscheidend davon abhängig, dass es dem Bedarf nach angemessenen Öffnungszeiten und Räumlichkeiten nachgibt und aufkeimende Probleme in den Ordnungspartnerschaften zeitnah besprochen und arbeitsteilig gelöst werden.

So positiv und erfolgreich die Bilanz der Legallösung von Drogenkonsumräumen auch ist so hat sie doch eine Kehrseite. Es wurde ja nicht nur bestimmt was jetzt wie erlaubt ist, sondern ebenso dass jedes Abweichen davon jetzt strafbewehrt ist. Durch die hohen Mindeststandards werden sozialräumliche Initiativen mit integrierter Konsummöglichkeit (z.B. Notschlafstellen, Jugendzentren in Problemvierteln, mobile Angebote, kleine Angebote an Beratungsstellen, Angebote im ländlichen Bereich) unmöglich gemacht und die Versuche unterhalb der Mindeststandards ausdrücklich kriminalisiert.

Aus der Sicht des AK Konsumraum ergeben sich für die Zukunft folgende Entwicklungsaufgaben:

- ▶ eine Revision der Länderverordnungen, damit best practice, Ideen und Erfordernisse, die aus der Praxis der Drogenkonsumräume entwickelt wurden nicht verhindert werden (z.B. Erweiterung der zugelassenen Nutzerkreise, der erlaubten Drogen und Applikationsformen.).
- ▶ Möglichkeiten der Substanzkontrolle und deren Dosierung, um unerwünschte Effekte zu vermeiden.
- ▶ Rechtssicherheit für Konsumenten, Betreiber der DKR und die Strafverfolgungsbehörden z.B. durch Anwendung des Opportunitätsprinzips.

Wegen der signifikanten Erfolge und der großen Bandbreite an konzeptionellen und räumlichen Ansätzen und der Vielzahl an entstandenen Begleitangeboten verdient die Einrichtung von DRK in Deutschland sowohl national wie auch international mehr Beachtung.

Der AK Konsumraum als offene Arbeitsgemeinschaft aller Drogenkonsumräume in Deutschland hat sich der Aufgabe angenommen, die konzeptionelle Vielfalt, die erreichten Erfolge, die bestehenden Probleme und die Herausforderungen für die Zukunft aufzuzeigen und in einer Broschüre für die DAH und akzept e.V. zusammenzufassen. Die Broschüre wird im Frühjahr 2011 veröffentlicht.

Der in diesem Bericht nur holzschnittartig wiedergegebene Stand der Drogenkonsumraumarbeit kann dort im Detail vertieft werden.

Transit – ein Projekt zur Verbesserung des Zugangs zum Suchthilfesystem für Jugendliche mit Migrationshintergrund

Jürgen Schaffranek

Das Bundesministerium für Gesundheit richtete 2009 ein Bundesmodellprojekt ein, das den Zugang für Menschen mit Migrationshintergrund zum Suchthilfesystem in Deutschland verbessern sollte. Hintergrund für die Einrichtung des Modellprojektes ist die Erkenntnis, dass der Zugang für diese Menschen zum Suchthilfesystem mit besonderen Barrieren verbunden ist. Das Bundesmodell trägt den Namen „TransVer“ und ist unter folgender Webadresse zu erreichen:

<http://www.transver-sucht.de>

Obwohl es inzwischen in einigen Bundesländern interkulturelle Leitlinien für die Suchthilfe gibt, kommen doch vergleichsweise wenige Menschen mit Migrationshintergrund im Suchthilfesystem an. Dafür scheint es einige relevante Faktoren zu geben, die allerdings im Einzelnen für jede Region zu evaluieren wären. Es scheinen sich jedoch folgende Barrieren unabhängig von regionalen Spezifika herauszustellen:

► Es gibt auf Seiten der AdressatInnen des Suchthilfeangebotes nur wenig Kenntnisse über das Suchthilfesystem in den jeweiligen Regionen

► Für einen Großteil der Menschen mit Migrationshintergrund scheinen Probleme, die mit Drogenkonsum, Sucht und Abhängigkeit zu tun haben, im besonderen Maße mit Scham und Versagen zu tun zu haben. Dabei scheinen kulturspezifische Hintergründe im Zusammenhang mit Konsum und Abhängigkeit eine besondere Rolle zu spielen

► Auf Seiten der Suchthilfe fehlen immer noch wesentliche transkulturelle Kompetenzen der MitarbeiterInnen. Dabei ist das eher rudimentäre Angebot in den Muttersprachen der migrantischen AdressatInnen des Hilfesystems nur ein Aspekt

► Kultursensible Angebote, die auf die spezifischen kulturellen Hintergründe der Menschen mit Migrationshintergrund eingehen, sind oft im Zuge der knappen Ressourcen der Suchthilfe nicht vorhanden.

Vor diesem Hintergrund hat sich Gangway e.V. Straßensozialarbeit in Berlin in Kooperation mit Fixpunkt e.V. und V.I.A. – Verband für Sozialkulturelle Arbeit in Berlin/Brandenburg an der Ausschreibung zum Bundesmodell beworben und den Zuschlag für die Region Berlin erhalten.

Gangway ist ein Verein, der Straßensozialarbeit in Berlin seit 1990 anbietet, und sich an Jugendliche richtet, die sich überwiegend im öffentlichen Raum aufhalten, und von den bestehenden Angeboten der Jugendhilfe nicht erreicht werden (wollen).

Gangway e.V. ist der größte Träger von Straßensozialarbeit in Berlin. Mit insgesamt 14 Teams ist Gangway in nahezu allen Teilen der Stadt präsent und erreicht jährlich fast 3.000 Jugendliche in der Altersspanne von 12 – 25 Jahren im öffentlichen Raum. Der Anteil von Jugendlichen mit Migrationserfahrung¹ liegt mit 65% (ca.1.700) bei fast der Hälfte der erreichten jungen Menschen.². Annähernd 1.300 dieser Gruppe konsumiert regelmäßig Suchtmittel, davon haben 780 ein problematisches Konsumverhalten, gut 150 sind suchtmittelabhängig³. Den Hauptteil der Jugendlichen mit Migrationshintergrund machen die Jugendlichen mit muslimisch geprägter Migrationserfahrung aus.

Entsprechend sind diejenigen Teams, die in den Stadtteilen arbeiten, in denen der Anteil von Jugendlichen mit Migrationserfahrung hoch ist, in der Regel multiethnisch besetzt.

Epidemiologische und gesundheitspolitische Relevanz der Problemstellung

Die meisten Suchtmittelabhängigen nehmen erst nach vielen Jahren des Konsums bzw.

¹ Jugendliche sind selbst immigriert bzw. haben Eltern, die immigriert sind

² Folgende Migrationshintergründe sind in den von Gangway erreichten Gruppen enthalten: Türken, Araber, Albaner, Kosovaren, Kroaten, Serben, Russlanddeutsche, Polen, Russen, Kubaner

³ Aktuelle Statistische Erhebung durch die Mitarbeiter/innen in den Regionen für die Antragstellung.

einer manifesten Abhängigkeit – und zwar unabhängig von der Substanz oder einer Migrationserfahrung - Kontakt zur Suchthilfe auf. Abhängige illegaler Substanzen kommen nach ca. 5 Jahren Konsumerfahrung zum ersten Mal in eine Drogenberatungsstelle und nach 10 – 12 Jahren in eine Drogen-therapie-Einrichtung⁴. Keine Daten gibt es in Bezug auf niedrighschwellige Hilfen. Zu beobachten ist aber, dass niedrighschwellige Einrichtungen, die sich auf Überlebenshilfen konzentrieren, DrogenkonsumentInnen überwiegend erst sehr spät und in einer sehr problembelasteten Lebenssituation erreichen. Niedrighschwellige Einrichtungen mit einem sucht-sekundärpräventiven Ansatz wie die Fixpunkt-Einrichtungen erreichen zu einem größeren Teil DrogenkonsumentInnen schon, bevor sie Kontakt zu Beratungsstellen haben.

Erfahrungen mit Gruppen junger Menschen mit Migrationshintergrund im öffentlichen Raum zeigen, dass der Umgang mit Suchtmitteln noch verdeckter stattfindet als in vergleichbaren deutschen Gruppen. Durch den nicht vorhandenen Austausch über das Konsumverhalten und Erfahrungen im Umgang mit Suchtmitteln, finden folgerichtig risikomindernde Informationen zum Umgang mit Suchtmitteln kaum Zugang zur Zielgruppe.

Am Beispiel des Schmerzmittels „Tilidin“ wird deutlich, wie fatal der fehlende Informationsfluss sich auf die Ausbreitung und das Konsumverhalten in einer migrantisch geprägten Zielgruppe auswirken kann.

Um das Jahr 2001 erhielten MitarbeiterInnen von Gangway e.V. aus einer Region in Berlin die ersten Hinweise über den Konsum des Schmerzmittels Tilidin unter Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Insbesondere unter den jungen Menschen, die in Gruppenstrukturen organisiert waren, die sich über deutlich von der sog. „Majoritätsgesellschaft“ abgrenzenden Wertemustern definierten, war der Konsum signifikant verbreitet. Es wurden

⁴ Auch wenn es keine validen wissenschaftlichen Daten hierzu gibt, so weist doch z. B. die Suchthilfestatistik für das Jahr 2006 (siehe www.suchthilfestatistik.de) zumindest einen Hinweis auf die zeitliche Diskrepanz zwischen Konsumbeginn und einer Betreuung durch die Drogenhilfe aus: 56,8 Prozent der statistisch erfassten Klienten mit Heroin-Konsumerfahrung waren jünger als 20 Jahre beim Erstkonsum. Lediglich 3,1 Prozent der Klienten, bei denen als Hauptdiagnose eine Opioid-Problematik dokumentiert wurde, war bei Betreuungsbeginn jünger als 20 Jahre.

innerhalb dieser Gruppen Informationen zum Suchtmittel kolportiert, die den Stoff binnen zwei Jahren so populär werden ließen, dass es sich zu einem öffentlich wahrgenommenen Problem über verschiedene Regionen Berlins verbreitete. Heute gibt es eine stabile Tilidin-Szene mit entsprechenden Distributionsstrukturen in nahezu allen Regionen Berlins, in denen der Anteil von Menschen mit muslimisch geprägtem Migrationshintergrund hoch ist.

Auffällig an dem Phänomen ist, dass sich insbesondere fatale Fehlinformationen zu der Substanz rasend schnell in der Szene ausbreiteten. Es wurde kolportiert, dass es lediglich ein Medikament ist, das nicht abhängig machen kann (was im Übrigen auch von einigen Drogenberatungsstellen gestützt wurde, in der Annahme, durch die Beigabe des Opiatantagonisten Naloxon wäre eine Abhängigkeitsentwicklung wie bei „Fixern“ nicht möglich), und vor allem, dass es leicht zu beschaffen sei. Die Beschaffung erfolgte anfänglich überwiegend über Rezeptfälschungen, jedoch hat sich inzwischen ein Handel entwickelt, der analog zum illegalen Drogenmarkt funktioniert.

Zielgruppe des Modellprojekts Transit

Zielgruppen des Modellprojektes sind junge Menschen mit Migrationserfahrung, die Suchtmittel konsumieren. Sie zeichnen sich durch folgende Merkmale aus:

- ▶ Es sind Jugendliche mit Migrationshintergrund, die von den Hilfesystemen der herkömmlichen Jugend- und Suchthilfe nicht erreicht werden, und sich überwiegend im öffentlichen Raum aufhalten.
- ▶ Die Jugendlichen konsumieren regelmäßig Suchtmittel.
- ▶ Ein Teil der Jugendlichen weist erhebliche Konsumproblematiken hinsichtlich des Umgangs mit Suchtmitteln auf.
- ▶ Teilweise sind Abhängigkeitssymptomen erkennbar, bei einigen ist bereits eine manifestierte Abhängigkeit zu konstatieren.
- ▶ Es bestehen eklatante Defizite bezüglich der Risikokompetenzen im Umgang mit Suchtmitteln.

- ▶ Es bestehen erhebliche Informationsdefizite bezüglich Zugang und Leistungen des Suchthilfesystems.
- ▶ Es bestehen enorme Schwellenängste beim Kontakt zum Hilfesystem.
- ▶ Es fehlt weitgehend an Informationen bezüglich risikomindernder Maßnahmen.
- ▶ Es gibt kaum migrantensensible Settings für diese jungen Menschen, um Konsumierungen zu thematisieren.

Zielsetzung

Mit dem Modellprojekt Transit sollen folgende Ziele erreicht werden:

- ▶ Erhöhung des fachöffentlichen Wissensstands über Verbreitung des Suchtverhaltens bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund
- ▶ Herstellung einer Risikokompetenz beim Gebrauch von Suchtmitteln bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund
- ▶ missbräuchlich und abhängig Konsumierende, die von den bestehenden Einrichtungen der Jugend- und Suchthilfe nicht erreicht werden, soll der Zugang zum Suchthilfesystem durch Abbau von Zugangsbarrieren, ermöglicht werden.

Aufgabenstellungen

Um das Ziel des niedrighwelligen Zugangs junger Menschen mit Migrationserfahrung zum Suchthilfesystem erreichen zu können, bedarf es eines komplexen Bündels verschiedener Maßnahmen.

Aus den eingangs skizzierten Ausgangs- und Problemlagen lassen sich folgende mögliche Maßnahmen formulieren:

- ▶ systematische Evaluation der Prävalenz des Suchtmittelkonsums in der von Gangway erreichten Zielgruppe
- ▶ Aufsuchen von Jugendlichen mit Migrationshintergrund im öffentlichen Raum, die von den bestehenden Angeboten der Jugend- und Suchthilfe nicht erreicht werden.
- ▶ Ermittlung von Bedarfen an spezifischen Suchthilfeangeboten, die den jeweiligen Migrationshintergrund berücksichtigen.

- ▶ Herstellen von kulturspezifischer Risikokompetenz bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Umgang mit den verschiedenen Suchtmitteln.

- ▶ Migrantensensible Aufklärung über Suchtmittelkonsum und mögliche Risiken, unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen kulturellen Hintergründe und Besonderheiten.

- ▶ Information und Aufklärung über das bestehende Suchthilfesystem, insbesondere über Zugangsmöglichkeiten zu den Suchthilfeeinrichtungen.

Maßnahmen und Strukturen des Modellprojektes Transit

Die vorhandenen Zugänge der Gangway-Streetwork-Teams sollen genutzt werden, um sie durch wesentliche Kernbereiche des geplanten Projektes (Transfer von Know-how, Information und das bedarfsgerechte Fallmanagement durch erfahrene MitarbeiterInnen der Suchthilfe) ergänzen zu können. Des Weiteren wird die Vernetzung der Arbeit mit dem bestehenden Suchthilfesystem im Vordergrund stehen. Dabei geht es insbesondere um den Transfer der zu ermittelnden Bedarfe in die Einrichtungen der Suchthilfe und die Unterstützung bei der migrantensensiblen Anpassung von Suchthilfeangeboten. Dazu sind folgende Maßnahmen eingeleitet:

- ▶ Erstellung von mehrsprachigem kultursensiblen Informationsmaterial zum risikomindernden Umgang mit Suchtmitteln, zur Gesundheitsförderung und bestehenden Hilfesystems

- ▶ Qualifizierung und Schulung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Gangway-Teams und kooperierender Projekte aufsuchender Jugendarbeit im Bereich der sekundärpräventiven (konsumbegleitenden) Arbeit mit suchtmittelkonsumierenden jungen Menschen mit Migrationshintergrund, sowie Vermittlung von Know-how zum Suchthilfesystem

- ▶ Aufsuchen der Jugendlichen mit Migrationshintergrund an den öffentlichen Orten durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vor Ort

- ▶ Erweiterung des bestehenden Online-Drogenberatungs-Forums und der Drogen-

website von Gangway um kulturspezifische Informationsangebote

- ▶ Aufbau eines Peer-Helper-Systems innerhalb der verschiedenen Gruppen, um themenspezifische Informationen adressatInnengerecht in die verschiedenen ethnischen Gruppen zu lancieren.
- ▶ Ermittlung der Bedarfe durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen so wie der Peers vor Ort
- ▶ Vermittlung themenzentrierter (in Bezug auf Suchtmittelkonsum und das Hilfesystem) interkultureller Kompetenzen durch ein lebensweltorientiertes, zielgruppenspezifisches Training der Jugendgruppen mit Migrationshintergrund
- ▶ Fallmanagement bei der Begleitung suchtmittelabhängiger junger Menschen mit Migrationshintergrund durch die MitarbeiterInnen des Modellprojektes
- ▶ Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe zwecks Anpassung der Hilfeangebote an die Bedarfe der Jugendlichen mit Migrationshintergrund
- ▶ Kooperation mit Migrantenverbänden zwecks Stärkung der Multiplikatorenfunktion innerhalb der verschiedenen Communities
- ▶ Kooperation mit Trägern aufsuchender Jugendarbeit zwecks Sensibilisierung und Qualifizierung der Mitarbeiter/innen hinsichtlich angemessener Unterstützung drogengebrauchender Jugendlicher und ggf. ihre Vermittlung in Einrichtungen der Suchthilfe.

Kinder von Drogenabhängigen - Rollenkonflikt der Eltern zwischen Suchtmittelabhängigkeit und Elternschaft

Hella-Talina Tatomir-

Deutschlandweit leben schätzungsweise zwischen 100.000 und 150.000 heroinabhängige Menschen und ungefähr 40.000 bis 65.000 Kinder drogenabhängiger Eltern, davon ein großer Teil im Vorschul- und Grundschulalter. Man kann davon ausgehen, dass zum jetzigen Zeitpunkt mehr als ein Drittel aller drogenabhängigen Eltern sind.⁵

Hilfen für Kinder von Drogenabhängigen und substituierten Drogenabhängigen waren bisher im Angebotsprofil der Drogenhilfeeinrichtungen unterrepräsentiert. Der Focus lag auf der Behandlung und Betreuung der Drogenabhängigen selbst, und dementsprechend waren die originären Aufgaben und Behandlungsansätze ausgerichtet.

Zunächst waren es stationäre und ambulante Therapieangebote, die das Ziel hatten, Drogenabhängige nach einer erfolgreichen Behandlung wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Später war es die Substitutionsbehandlung und die damit verbundene psychosoziale Substitutionsbegleitung, die für die Mehrzahl der (Opiat-)Abhängigen zur Behandlung ihrer Krankheit geworden ist.

Eine qualifizierte Substitutionsbehandlung bedeutete auch einen engeren Kontakt zwischen Drogenabhängigen und dem Hilfesystem.

Dadurch wurden erstmals bewusst die Kinder der Klientel wahrgenommen. Hinzu kommt, dass sich die Substitution günstig auf die Empfängnisfähigkeit der Frauen auswirkt und seit der stärkeren Ausbreitung der Substitution die Geburtenrate stetig gestiegen ist. Gleichzeitig sind immer weniger Kinder opiatabhängiger Eltern fremdplatziert in Heimen oder Pflegefamilien untergebracht. Genauer reduzierte sich die Fremdplatzierungsquote in Folge der Etablierung von Substitution als Behandlungsform von ursprünglich ca. 50 auf 30%, so dass gegenwärtig mehr Drogenab-

hängige mit ihren Kindern zusammenleben als in den Jahren zuvor.⁶

Dadurch nehmen das Thema der Elternschaft und die Kinder Drogenabhängiger und Substituierter eine immer wichtigere Rolle in der Drogenhilfe ein.

Eine große, negative Pressekampagne, die Kindstötungen durch drogenabhängige Eltern als Aufmacher hatte, tat ihr Übriges, um in der Drogenhilfe einen Paradigmenwechsel einzuleiten.

Verstand sich die Drogenhilfe ausschließlich als Anwalt ihrer Klientel, so musste sie jetzt deren Kinder in ihre Hilfeangebote mit einbeziehen, um nicht länger zu tabuisieren, dass drogenabhängige Menschen Angehörige haben und die Kinder darunter die Schwächsten und am meisten Betroffenen sind. Der einzelfallorientierte Ansatz muss zu Gunsten eines systemischen Blickes weichen.

Drogenabhängige in ihrer Rolle als Eltern

Die Lebenssituation drogenkonsumierender Eltern zeichnet sich durch vielfältige Belastungsfaktoren aus. Neben Beikonsum, Verschuldung, instabilen Partnerschaften, Arbeitslosigkeit, Prostitution und Kriminalisierung, sind sie selbst unter ungünstigen Sozialisationsbedingungen aufgewachsen.

Die Mehrzahl der drogenabhängigen Frauen hat entweder in der Herkunftsfamilie oder innerhalb der Drogenszene wiederholt Erfahrungen von Trauma, Gewalt oder Verlust erlebt. Auf Grund der eigenen Mangelenerfahrungen und instabilen Persönlichkeitskonstitution verfügen sie häufig nicht über die erforderlichen Erziehungskompetenzen, so dass eine besondere Entwicklungsgefährdung der Kinder besteht.

Vor dem Hintergrund der häufigeren traumatischen oder psychosozial desolaten

⁵ vgl. Klein, M. (2006): Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen (Roderer Verlag, Regensburg)

⁶ vgl. Klein, M. (2006): Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen (Roderer Verlag, Regensburg)

Kindheitserfahrungen der drogenabhängigen Eltern kommt es in der Erziehung ihrer Kinder vermehrt zu dysfunktionalen Situationen und Verhaltensweisen. Es wurde beobachtet, dass substituierte Mütter in einem viel geringeren Maß auf die Interaktionswünsche ihrer Kinder eingehen und die Kommunikation in der Mutter-Kind-Beziehung eher bescheiden ist. Das Einfühlungsvermögen der Mütter ist eingeschränkt und aversives Verhalten gegenüber dem Kind äußert sich in Form von Provokationen, Drohungen, Kommandieren und Befehlen.⁷ Ebenso spielt die Thematik Kindesmissbrauch und -vernachlässigung bei den Kindern heroinabhängiger Eltern häufiger eine Rolle. Dabei muss jedoch erwähnt werden, dass weniger der Drogenkonsum an sich, sondern vielmehr die Schichtzugehörigkeit und die Lebenswelt der Zielgruppe Ursache für die Vernachlässigung darstellt.⁸ Hinzu kommt, dass opiatabhängige Frauen ihrer Mutterschaft meist eher ambivalent gegenüberstehen und unsicher sind, ob sie der Erziehungsverantwortung gerecht werden können. Nicht selten wird das Kind instrumentalisiert und als Hoffnungsträger für ein besseres Leben gesehen, gleichzeitig ist den Müttern aber ihre eigene Unfähigkeit bewusst, den Drogenkonsum dauerhaft zu beenden. Die daraus resultierenden Schuld- und Versagensgefühle führen dazu, dass die Kinder zeitweise überversorgt werden, keine Grenzen und instabiles, inkonsequentes Verhalten erfahren. Oder die Frauen greifen in den genannten Krisensituationen auf die bisher gelebte Bewältigungsstrategie, den Drogenkonsum zurück.⁹ Erschwerend kommt zu dieser Situation hinzu, dass abhängigen Eltern oft ein stützendes soziales Netz fehlt und aus Angst, das Kind weggenommen zu bekommen, scheuen sie sich davor, professionelle Hilfe in Anspruch zunehmen. In Folge dessen steigert sich der Teufelskreis der dauerhaften Überforderung, Isolation und des problematisch zu betrachtenden Erziehungsstils.

⁷ vgl. Englert, E./ Ziegler, M. (2001): Kinder opiatabhängiger Mütter – Ein Überblick, in: Suchttherapie 2/2001, S. 143-151 (Thiemen Verlag, Stuttgart)

⁸ vgl. Klein, M. (2006): Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen (Roderer Verlag, Regensburg)

⁹ vgl. Englert, E./ Ziegler, M. (2001): Kinder opiatabhängiger Mütter – Ein Überblick, in: Suchttherapie 2/2001, S. 143-151 (Thiemen Verlag, Stuttgart und vgl. Klein, M. (2006): Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen (Roderer Verlag, Regensburg)

Zudem nehmen die drogenkonsumierenden Eltern und somit auch ihre Kinder kaum am öffentlichen Leben teil und nutzen wenig Freizeit- und Sportangebote.¹⁰

Viel zu häufig bleibt aber unerwähnt, dass drogenabhängige Eltern selbst von der Suchterkrankung zumindest eines Elternteiles betroffen waren.

Diese generationsübergreifende Suchtentwicklung in belasteten Familien muss enttabuisiert und als Warnsignal ernst genommen werden, so dass eine frühzeitige und transparente Intervention für die nachwachsende Generation greifen kann. Dabei hat es sich bewährt, direkt bei den Frauen in der Schwangerschaft anzusetzen, sie frühzeitig ins Hilfesystem einzubinden, die großen Informationsdefizite auszugleichen und im Folgenden die Erziehungskompetenz zu schulen. Hierbei sollten die Frauen in ihrem Wunsch, eine gute Mutter zu sein, ernst genommen und unterstützt werden.¹¹

Hilf.Kids - Hilfen für Kinder von Drogenabhängigen

Seit 2007 begegnet der Drogenverein Mannheim e.V. dem Themenkomplex Drogenabhängigkeit in Verbindung mit Schwangerschaft und Elternschaft mit seinem Angebot „Hilf.Kids - Hilfen für Kinder von Drogenabhängigen“.

Hilf.Kids ist ein ambulantes Hilfs-, Beratungs- und Betreuungsangebot für Drogenabhängige, Substituierte und deren Kinder. Es unterstützt die Klientel bei der Anbindung an das bereits vorhandene Hilfe- und Gesundheitssystem in Mannheim und sorgt für die Herstellung eines professionellen, jeweils individuellen Begleitnetzes für die hochrisikobelasteten Familien.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Förderung der Erziehungskompetenzen der Eltern. Durch die Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit für die Situation der Kinder aus suchtbelasteten Familien soll die Entwicklung eines professionenübergreifenden,

¹⁰ Vgl. Klein, M. (2003): Kinder drogenabhängiger Eltern. Fakten, Hintergründe, Perspektiven, in: Report Psychologie 6/2003, S. 358-371

¹¹ vgl. Klein, M. (2003): Kinder drogenabhängiger Eltern. Fakten, Hintergründe, Perspektiven, in: Report Psychologie 6/2003, S. 358-371

transparenten Kooperationsnetzes mit verbindlichen, nachhaltig wirksamen Strukturen erreicht werden. Nur durch die interdisziplinäre Arbeitsweise besteht die Möglichkeit, die Hilfebedürftigkeit von Kindern drogenabhängiger Eltern rechtzeitig zu erkennen, die Hilfebedürftigkeit exakt zu bestimmen und angemessene Hilfsangebote umgehend einzuleiten.

Hilf.Kids hat demnach als oberstes Ziel die frühzeitige Absicherung des Kindeswohls, um die Entwicklungschancen der Kinder durch ein gezieltes Zusammenwirken der vorhandenen Angebote zu verbessern.

Zielgruppe

- ▶ Suchtmittelkonsumierende schwangere Frauen
- ▶ Eltern, die illegale Drogen konsumieren, substituiert werden möchten oder sich in einem Substitutionsprogramm befinden
- ▶ Kinder aus Suchtfamilien
- ▶ Fachleute und Multiplikatoren

Einzelbegleitung

▶ Frühintervention während der Schwangerschaft – Beratung, Betreuung und Begleitung drogenabhängiger, schwangerer Frauen. Innerhalb der letzten drei Jahre hat sich herauskristallisiert, dass sich die frühzeitige Absicherung des Kindeswohls durch eine vorgeburtliche Kontaktaufnahme zu den Frauen als sehr effektiv erweist und die Entwicklungschancen der Kinder verbessert werden können. In Mannheim gab es bisher trotz seiner Größe keine gezielte Hilfe für drogenabhängige schwangere Frauen. Da diese Frauen wesentlich mehr Verbindungen zum Suchthilfesystem als zur Jugendhilfe haben, sind wir im Normalfall die ersten, die von der Schwangerschaft erfahren.

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Schwangerschaft ein günstiges Zeitfenster ist, einen Zugang zu den Frauen zu finden. Sie sind häufig in dieser Statuspassage hoch motiviert, ihre Lebenssituation grundlegend zu überdenken und zu verändern.

Wir haben dies erkannt und unser Angebot darauf abgestimmt.

Suchtmittelkonsumierende schwangere Frauen werden von uns intensiv beraten, betreut und begleitet. Vor allem eine lückenlose Betreuung wirkt stabilisierend und vermindert Krisen. Die verbindliche psychosoziale Begleitung ist in dieser Zeit eine Mischung aus Fürsorge, Hilfe zur Selbsthilfe und beinhaltet aber auch Kontrolle.

Unser Ziel ist die interdisziplinäre Betreuung in der Schwangerschaft durch den Aufbau eines optimalen Hilfe- und Unterstützungsnetzwerks.

Folgende Bausteine erfolgen innerhalb der Betreuungseinheit einer suchtmittelkonsumierenden schwangeren Frau:

- ▶ Bei Heroinabhängigkeit sofortige Vermittlung in Substitution
- ▶ Aufklärung über gesundheitliche Risiken für das ungeborene Leben durch den Suchtmittelgebrauch
- ▶ Motivation zur Verhaltensänderung
- ▶ Hinwirken auf die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung
- ▶ Vermittlung an Schwangerschaftskonflikt- und Schwangerschaftsberatung zur Beratung und Information über gesetzliche und soziale Hilfen
- ▶ Vermittlung einer Hebamme/Familienhebamme
- ▶ Ab 20. SSW Kontaktaufnahme zum ASD des Jugendamtes
- ▶ Ab 25. SSW Kontaktaufnahme zur Entbindungsklinik und zur Kinderklinik
- ▶ Kontakt zu Kinderärzten vermitteln
- ▶ Frühzeitiges Erarbeiten von Perspektiven für Eltern und Kinder
- ▶ Thematisierung der neuen Rolle als Eltern
- ▶ Thematisierung der weiteren Verhütungsmöglichkeiten und Familienplanung
- ▶ Teilnahme an interdisziplinären Fallgesprächen
- ▶ Klärung von Erziehungsfragen
- ▶ Information über weitere Hilfen und Anbindung an das Hilfesystem
- ▶ Vermittlung der Kinder in medizinische Versorgung/ familienergänzende Hilfen und Integration in Regeleinrichtungen.

„TEST IT“ Szenenahe HIV-Beratung und -Test für Drogengebraucher in niedrigschwelligen Einrichtungen

Ein Kooperationsprojekt der Deutschen AIDS-Hilfe und der AIDS Hilfe Dortmund
Dirk Schäffer

Einführung

Trotz einer Stabilisierung von neudiagnostizierten HIV-Infektionen auf relativ niedrigem Niveau sind Drogengebraucher mit intravenöser Konsumform (IVDU) eine der Risikogruppen einer HIV-Infektion. In 2008 etwa waren 13% der HIV-Neuinfektionen in NRW auf intravenösen Drogenkonsum zurückzuführen¹².

Eine bundesweite Untersuchung offener Drogenszenen durch das „Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung Hamburg“¹³, belegt, dass sich ein großer Teil der Drogenabhängigen trotz vielfältiger Bemühungen um Aufklärung permanent großen Infektionsrisiken aussetzt: 14% der Befragten teilen ihre Konsumutensilien mit anderen Drogenkonsumenten, 10% sogar die Spritze.

Weitere massive und zusätzliche Infektionsrisiken existieren für Drogen konsumierende Männer und Frauen die der Beschaffungsprostitution nachgehen, da sie den Bedürfnissen von Freiern nach Sex ohne Kondom aufgrund ihres Konsumdrucks mehr oder weniger schutzlos ausgeliefert sind.

Nicht zuletzt sind bei Drogengebrauchern Safer-Sex Strategien nur unzureichend ausgeprägt.

So hat etwa die COBRA-Studie der TU Dresden mit insgesamt 2800 Substituierten gezeigt, dass beim Sex auch außerhalb einer festen Partnerschaft die Nutzung von Kondomen weitgehend keine Rolle spielt.

Außerdem sind aktuell Drogen gebrauchende Menschen kaum in die medizinische Regelversorgung eingebunden. So haben drei Viertel (¾) der von der AIDS-Hilfe Dortmund in der Drogenhilfeeinrichtung KICK befragten Drogenkonsumenten keinen Kontakt zu einem ärztlichen Behandlungsangebot, weitere 10% haben nur sporadische Kontakte.

Aus diesen Fakten kann angenommen werden, dass die Dunkelziffer der HIV-Infektionen bei Drogenabhängigen hoch ist.

¹² Vgl. Epidemiologische Kurzinformationen des Robert Koch-Instituts. Stand: Ende 2008.

¹³ Abschlussbericht. ISD Hamburg. 2008.

TEST IT - Ziele und Durchführung

Grundsätzlich sollte das Projekt dem Thema „HIV und Aids“ in der Drogenhilfe wieder vermehrt Geltung verschaffen.

Mit dem modellhaften Projekt „test it“ soll Drogenkonsumenten, einer bislang von HIV-Tests kaum erreichten Risikogruppe, ein szenenaher und niedrigschwelliger Zugang zu einem HIV-Testangebot verschafft werden. Im Rahmen dieses Modellprojektes sollten erstmals „HIV Schnelltests“ für intravenös Drogen konsumierende Männer und Frauen angewendet werden.

Mit dem Einsatz von HIV Schnelltest galt es zu überprüfen, ob die geringe Wartezeit zwischen der Blutentnahme und dem Vorliegen des Ergebnisses (15-20 Minuten) sowie die Durchführung des Tests mit Blut aus der Fingerbeere (anstelle von Venenblut) die Inanspruchnahme eines HIV Testangebots deutlich erhöht.

Das Angebot eines HIV-Schnelltests ist in eine HIV-Beratung einschließlich eines Risikochecks eingebunden. Mittels Beratung und Risikocheck auf Grundlage eines standardisierten Gesprächsleitfaden galt es das Bewusstsein aktuell Drogen konsumierender Menschen in Bezug auf HIV zu erhöhen und die Entwicklung persönlicher HIV-Schutzstrategien zu unterstützen.

Im Laufe des Beratungsgesprächs wird die Entscheidung getroffen ob zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein Test durchgeführt werden kann. Nicht zuletzt galt es den Umgang mit dem HIV-Test zu besprechen. Dies betraf z.B. die wichtige Einschränkung, dass der Test keine Aussage zu einer Risikosituation in den zurückliegenden drei Monaten machen kann.

Ausgehend von der konkreten Lebenssituation wurde gemeinsam erörtert, welche safer-use- und safer-sex-Maßnahmen zur Verhinderung einer Infektion mit HIV oder einer anderen STD zur Verfügung stehen. Hiermit bietet sich die Möglichkeit Risikoverhalten zu reflektieren und Ansätze zur

Weiterentwicklung individueller Schutzstrategien zu erarbeiten.

Erste ausgewählte Ergebnisse

- ▶ Der HIV-Risikocheck und -Schnelltest wird seit dem 05.01.2010 an zwei Wochentagen für jeweils 5 bzw. 3 Stunden angeboten.
 - ▶ Im Zeitraum des Testangebots 05.01 - 31.08.2010 haben 185 Drogengebraucher das Angebot wahrgenommen. In 179 Fällen wurde ein Schnelltest durchgeführt.
 - ▶ Insgesamt waren sechs (6) Tests reaktiv (auch im Bestätigungstest). Das entspricht einem Anteil von 3,4 %.
 - ▶ Drei Teilnehmer bei denen eine HIV Infektion festgestellt wurde, konnte unmittelbar in eine antiretrovirale Behandlung überführt werden
 - ▶ Die Projektteilnehmer waren zu 81% männlich und durchschnittlich 35 Jahre alt
 - ▶ 77% waren deutscher Herkunft (7% türkisch, 4% russisch)
 - ▶ Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer (55%) ließen sich testen, weil sie sich nach eigener Einschätzung einer Risikosituation ausgesetzt hatten :
- Abb.1

Resümee

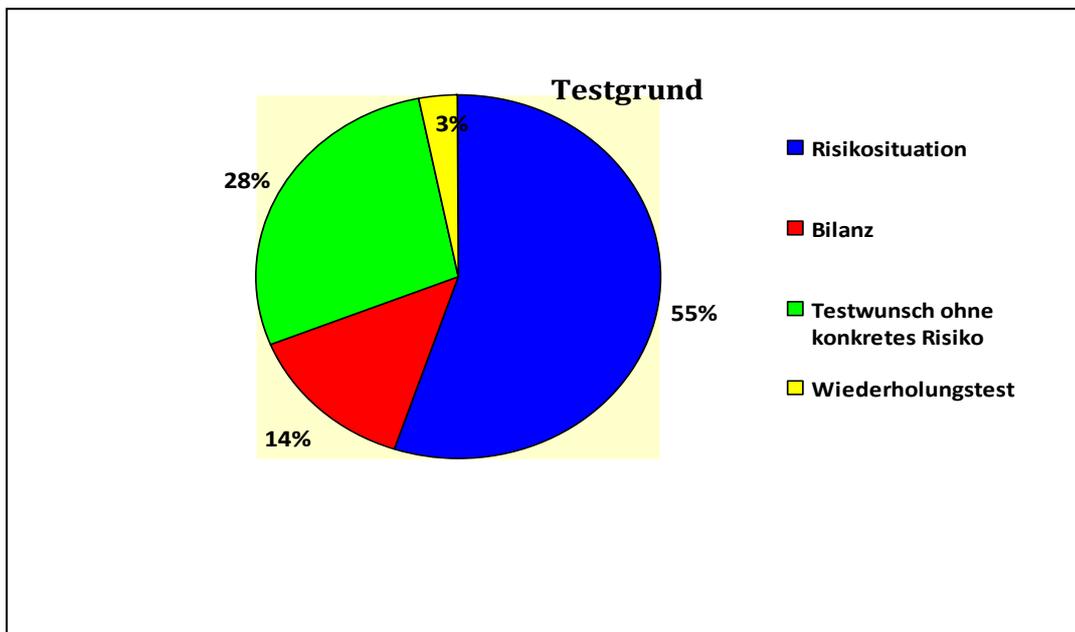
Die ersten Ergebnisse des Modellprojektes „test it“ unterstützen die Annahme, dass mittels eines HIV Schnelltests einer bislang von HIV-Tests kaum erreichten Risikogruppe, ein szenenaher und niedrigschwelliger Zugang zu einem HIV-Testangebot verschafft werden kann.

Insgesamt übertrifft die rein quantitative Inanspruchnahme (185 TeilnehmerInnen) des Angebotes die Erwartungen in hohem Maße. Dies wird insbesondere im Vergleich mit den nur 21 Tests deutlich, die im gesamten Jahr 2009 in der Drogenhilfeeinrichtung KICK durchgeführt wurden.

Zurückzuführen ist dies zum einen auf die Tatsache, dass das Thema HIV vor allem an den Projekttagen sehr viel mehr im Vordergrund stand und Klienten visuell (über Poster und Flyer) und kommunikativ (von Mitarbeitern) auf das Angebot hingewiesen wurden.

Obwohl diese Ansprache sehr zurückhaltend erfolgte, entschieden sich viele Klienten zu einem Test. Vor allem aber zeigte sich aber, dass der Schnelltest für viele Klienten durch die geringe Wartezeit sowie die Durchführung ohne Venenblut eine sehr hohe Attraktivität hat.

Gleichwohl wird am großen Bedarf der Projektteilnehmer nach intensiver Beratung vor dem eigentlichen Schnelltest deutlich,



dass der HIV-Test, wenn denn die Entscheidung dazu erst einmal gefallen ist, nicht „einfach so nebenbei“ gemacht wird, sondern auch eine wirkliche Auseinandersetzung mit eigenen Risiken im Kontext von Drogenkonsum und Sexualität stattfindet.

Vertrauen- ein entscheidender Faktor

Wesentlich für die hohe Inanspruchnahme scheint zudem zu sein, dass sich die Drogengebraucher in der durchführenden Einrichtung gut aufgehoben fühlen und Hemmschwellen zur Auseinandersetzung mit dem Thema HIV und Sexualität so deutlich gesenkt werden.

Die Beratungsgespräche zeigten, dass – entgegen sonstiger Erfahrungen – fast alle Projektteilnehmer ein sehr hohes Bedürfnis nach einem intensiven Austausch zum Thema HIV und zu ihren individuellen Risiken und Schutzstrategien haben. Häufig sprachen Projektteilnehmer von sich aus weitere Themen (wie z.B. Hepatitis).

Anzumerken ist allerdings, dass sich die Projektteilnehmer bislang fast ausschließlich aus den Besuchern des KICK rekrutierten.

Hingegen ist es kaum gelungen, Drogengebraucher anderer Einrichtungen für das Angebot zu motivieren – was aber angesichts der Wichtigkeit der „Vertrauens-Beziehung“ zwischen Klient und Mitarbeiter nachvollziehbar ist.

Aus den Beratungsgesprächen wird deutlich, ein negatives Testergebnis über die (vielfach erstmalige) Auseinandersetzung mit einer möglichen HIV-Infektion eine hohe Motivation generieren kann, das bisherige Risikoverhalten zu verändern.

Bei HIV-positiven Drogengerauchern kann durch das frühzeitige Erkennen einer Infektion rechtzeitig die entsprechende HIV-Therapie initiiert werden und so ein langfristiger Erhalt der Lebensqualität bis hin zu einem „normalen“ Leben ermöglicht werden

Voraussetzung für die Durchführung von HIV Schnelltest ist eine enge Vernetzung in das kommunale Hilfesystem um bei Bedarf sofort weitere Maßnahmen initiieren zu können.

Abschließend wird deutlich, dass sich HIV Schnelltestangebote mit obligatorischer Beratung in den Alltag niedrighwelliger Drogenhilfeeinrichtung einbinden lassen Um

fachliche Standards wie z.B. die Durchführung des Schnelltest durch medizinisches Personal bzw. durch einen Arzt/eine Ärztin gewährleisten zu können erscheinen vorrangig Drogentherapeutische Ambulanzen bzw. Drogenkonsumräume sowie Drogenhilfeeinrichtungen mit Angeboten der medizinischen Versorgung hierzu prädestiniert.

Die mit TEST IT gewonnen Erkenntnisse stellen eine gute Grundlage dar damit sich mittelfristig ähnliche Angebote etablieren können.

FiP-C - Prävention der HCV-Infektion bei Drogenkonsumierenden - neue Ansätze in der niedrigschwelligen Arbeit

Kerstin Dettmer

Die Hepatitis C ist eine unter injizierenden DrogengebraucherInnen immer noch weit verbreitete Infektionskrankheit, die oft bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt der „Konsumkarriere“ erworben wird – einem Zeitpunkt, zu dem oftmals (noch) kein oder nur punktuell Kontakt zu Einrichtungen der Sucht-/Aidshilfe besteht. Hierbei handelt es sich zumeist um niedrigschwellige Einrichtungen, die somit eine wichtige Funktion in der Prävention von HCV-Infektion erfüllen können.

Aber nicht nur das frühzeitige Erreichen der injizierenden DrogengebraucherInnen erweist sich im Alltag als problematisch, sondern auch die Motivation zu gesundheitsförderndem Verhalten ist zu diesem Zeitpunkt eine echte Herausforderung für die MitarbeiterInnen: mögliche gesundheitliche Gefahren des Drogenkonsums werden oftmals noch erfolgreich verdrängt. Um unter diesen erschwerten Bedingungen erfolgreich Präventionsmaßnahmen bei DrogengebraucherInnen durchführen zu können und damit einen Beitrag zur Verringerung der Hepatitis-C-Verbreitung zu leisten, müssen die derzeit praktizierten Präventionsmaßnahmen sowohl hinsichtlich des Umfangs als auch der Methodik erweitert werden.

Fixpunkt e. V. führt im Zeitraum Oktober 2008 – September 2011 das Pilotprojekt „FiP-C“ (Fixpunkt - Frühintervention – Prävention – Hepatitis C) zur Entwicklung und Evaluierung von Interventionen zur Hepatitis-C-Prävention durch. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert, von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit unterstützt und vom Forschungsinstitut ZIS (Hamburg) wissenschaftlich begleitet

Das Pilotprojekt FiP-C ist im niedrigschwelligen Setting der Berliner Drogenkonsumräume bzw. –mobile angesiedelt. Das Setting der Drogenkonsumräume eignet sich in besonderer Weise für HCV-spezifische Interventionen, da Drogenabhängige dort injizierenden Drogenkonsum praktizieren und Pflegefachkräfte das Verhalten beobachten

und mit den KonsumentInnen reflektieren können. Auf diese Weise kann unmittelbar und detailliert Einfluss genommen werden hinsichtlich einer Verbesserung des Gesundheits-/Infektionsschutzes.

Gemeinsam mit Pflegefachkräften der Berliner Drogenkonsumräume und im Dialog mit den Drogenkonsumraum-Nutzenden werden Interventionen entwickelt, erprobt und weiterentwickelt, zum Beispiel:

- ▶ Strukturierte Erstkontakt-Gespräche im Drogenkonsumraum zur Vermittlung zentraler Botschaften der HCV-Prävention mit Händewasch-Beobachtung
- ▶ Ausführliche Zielgruppen-Gespräche zur Reflexion des individuellen Infektionsrisiko und individuell adäquater Schutzstrategien
- ▶ Händewasch-Training zur Förderung des Hygienebewusstseins als essentielle Basis des Infektionsschutzes
- ▶ Prophylaktische Impulse zur Haushalts-hygiene, zu Alternativen zum injizierenden Konsum (Rauchen und Sniefen) und zu bedeutsamen Detailspekten wie der korrekten Verwendung von Alkohol- und Trockentupfern
- ▶ Beratung zum Hepatitis-Test und Angebot zur Blutentnahme
- ▶ Einzel- und Gruppenberatung und praktische Übungen zur Verbesserung der Injektions-Fertigkeiten („Injektionsfachkunde“)
- ▶ Gruppendiskussion nach Vorführung des Fixpunkt-Lehrfilms „Einwandfrei“ zur Reflexion der Bedeutung der sozialen Interaktion bei der Umsetzung präventiven Verhaltens
- ▶ Impulse zur individuellen Stärkung der Verhaltenssicherheit, wenn andere Menschen danach verlangen, dass jemand ihnen die erste Injektion verabreicht („Break the cycle“)

Alle Interventionen sind als Kurzinterventionen (Dauer zwischen 5 und 60 Minuten) konzipiert.

Die Interventionen werden allen Drogenkonsumraum-Nutzenden angeboten.

Im Rahmen des Pilotprojekts evaluiert und vom ZIS wissenschaftlich ausgewertet werden allerdings nur die Interventionen, die mit Konsumierenden durchgeführt wurden, die nach eigener Aussage nicht HCV-infiziert sind bzw. ihren HCV-Status nicht kennen. Während der Projektlaufzeit wurde der Zugang zur Teilnahme an Interventionen erleichtert: Es können nun auch Konsumierende an den Interventionen teilnehmen, die keine Drogenkonsumraum-Nutzende sind und/oder eine Teilnahme am Projekt ablehnen, da diese eine Erhebung persönlicher Daten voraussetzt.

Die Durchführung dieser Interventionen, die parallel zum Projekt stattfinden, wird anonym und vereinfacht dokumentiert und von Fixpunkt selbst ausgewertet.

Zur Überprüfung der Umsetzbarkeit werden die Interventionen Experten aus dem In- und Ausland im Rahmen des Fachaustauschs vorgestellt und zusätzlich auch in einigen kooperierenden Einrichtungen der Suchthilfe, derzeit in Frankfurt, Dortmund und Berlin, erprobt.

Im Februar 2009 startete die erste Intervention („Erstkontakt-Gespräch“). Sukzessive wurden und werden weitere Interventionen vorbereitet und implementiert.

Die Auswertung der ersten Ergebnisse hat ergeben, dass alle bislang entwickelten Interventionen grundsätzlich umsetzbar sind. Kurzinterventionen, wie z. B. die prophylaktischen Impulse zum Folierauchen und Sniefen, die wenig Zeit in Anspruch nehmen, können sehr gut in den Arbeitsalltag integriert werden. Die Umsetzung zeitaufwendiger und komplexer Interventionen gestaltet sich erwartungsgemäß schwieriger und ist mitunter nur durch zusätzliches Personal realisierbar. Hürden bei der Umsetzung der Interventionen sind allgemein eine Überlastung der geschulten Fachkräfte bei hohem Andrang oder fehlende AnsprechpartnerInnen bei „Flauten“ und insbesondere die Einschränkungen des Settings in der mobilen Vor-Ort-Arbeit (= Platzmangel, Hitze/Kälte). Auch die recht umfangreiche Dokumentation im Rahmen des Pilotprojekts wird als Hindernis wahrgenommen, besonders von den MitarbeiterInnen, die nur gelegentlich Interventionen durchführen. Mit fortlaufender Projektdauer und im Zuge der Ausdifferenzierung der Interventionskonzepte

wird sich in nächster Zeit weiter herauskristallisieren, welche Interventionen sowohl von den Fachkräften als auch den Drogenkonsumierenden bevorzugt und unter welchen Rahmenbedingungen welche Interventionen besonders erfolgversprechend umgesetzt werden können.

Drugchecking: Von der Drogenkontrolle zum individuellen Risikomanagement

Tibor Harrach/Rüdiger Schmolke

Der schwankende Opiatgehalt im Straßen-Heroin gilt als eine der häufigsten Todesursachen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Substanzen. Aber auch Verunreinigungen bergen erhebliche Risiken: 2010 kam es durch mit Milzbrandsporen belastetes Heroin zu sieben Todesfällen in Schottland und einem Todesfall in Deutschland durch Infektionen mit dem Milzbranderreger; in Schweizer Kokainproben findet sich häufig das wegen seiner nierenschädigenden und euphorisierenden Wirkung inzwischen vom Arzneimittelmarkt genommene Schmerzmittel Phenacetin; außerdem enthielt dort 2009 etwa die Hälfte der untersuchten Kokainproben das als Mittel gegen Fadenwürmer entwickelte Levamisol, das in weniger dramatischen Fällen zu Erbrechen, Durchfall und vermehrtem Speichelfluss führen kann, aber auch zu Lungenödemen und Atemnot; Kokainpulver wird oft mit den synthetischen Lokalanästhetika Lidocain und Tetracain gestreckt, was zu vielen Todesfällen unter i.v.-Drogengebrauchern führt.¹⁴

Daneben warnen Projekte in der Schweiz, Österreich und Spanien regelmäßig vor als Ecstasy verkauften Pillen, die tatsächlich die zum Teil hochproblematischen Stoffe wie m-CPP, PMA, Buflomedil, Amphetamin und 4-Fluoroamphetamin enthalten. Es kann nur vermutet werden, dass entsprechende Tabletten auch in Deutschland kursieren.¹⁵

2007 fielen im Raum Leipzig vermehrt Personen mit akuten Bleivergiftungen auf. Es brauchte geraume Zeit, bis der Verdacht auf verseuchtes Cannabis fiel. Am Ende wiesen

mehr als Hundert Personen teilweise schwerste Vergiftungssymptome auf. Erst nachdem dies von verschiedenen Seiten massiv eingefordert wurde, wurde die Möglichkeit eröffnet, Hanfproben anonym in öffentlichen Apotheken zum Testen abzugeben.¹⁶ Die Bundesregierung unterließ hingegen Warnungen auf die zusätzliche Gefährlichkeit von verunreinigtem Cannabis und begründete dies damit, dass ein gesonderter Hinweis als Verharmlosung des Konsums von Cannabis an sich missverstanden werde.¹⁷

Die ausgewählten Beispiele zeigen, dass ein Angebot, auf dem Schwarzmarkt erworbene Substanzen vor dem Konsum auf gefährliche Inhalte hin untersuchen zu lassen, vor schwerwiegenden und akuten Gesundheitsgefahren schützen kann. Die Möglichkeit einer Vorab-Drogenanalyse der auf dem Schwarzmarkt erworbenen Stoffe bestand jedoch für die Konsumenten jeweils nicht.

So genanntes „Drugchecking“ geht aber auch über die Warnung vor besonders gefährlichen, in der Substanzprobe nicht erwarteten Stoffen hinaus und bezeichnet allgemein die Möglichkeit, auf dem Schwarzmarkt gehandelte und zum Konsum bestimmte psychoaktive Substanzen auf ihre Zusammensetzung hin untersuchen zu lassen, und die Untersuchungsergebnisse den Konsumenten zur Verfügung zu stellen.

Drugchecking-Angebote verfolgen eine Reihe möglicher Ziele auf verschiedenen Ebenen:

► Ungewöhnlich hohe Wirkstoffdosierungen, Verunreinigungen durch gesundheitsgefährdende Stoffe und Erwerb unter falschen Annahmen über die Art der Inhaltsstoffe bringen bei auf dem Schwarzmarkt gehandelten Stoffen höhere Gesundheitsrisiken mit sich, als dies bei einem kontrollierten Markt der

¹⁴ Für den Zeitraum von 1994 bis 1998 wurden in Berlin 59 Todesfälle durch mit Lidocain und Tetracain verunreinigtem Kokain in einer Studie dreier Berliner Gerichtsmedizinischer Institute beschrieben.

¹⁵ In diesem Zusammenhang bemerkenswert ist, dass der REITOX-Bericht 2009 für Deutschland, der sich auf die Untersuchung durch Polizei und Zoll beschlagnahmtes Ecstasy aus dem Jahr 2008 stützt, eine deutlich kleinere Anzahl von verschiedenen Substanzen ausweist, als die um mehrere Zehnerpotenzen kleinere Stichprobe von Drugchecking-Projekten in anderen europäischen Ländern.

¹⁶ Die Analytik erfolgte in der Krankenhaus-Apotheke der Rheinischen Landeslinik in Viersen. Öffentliche- und Krankenhaus-Apotheken sind gemäß § 4 BtMG von der Erlaubnispflicht des § 3 BtMG ausgenommen, Betäubungsmittel entgegenzunehmen und zu analysieren.

¹⁷ Und dies, obwohl der Deutsche Hanfverband auf seiner Homepage eine große Anzahl zum Teil hochproblematischer Substanzen aufführt, mit der insbesondere Marihuana gestreckt wird.

Fall wäre, auf dem analog z.B. den Märkten für Lebensmittel und Arzneimittel vorge-schriebene Qualitätskontrollen durchsetzbar wären. Drugchecking ermöglicht, vor-entsprechend kursierenden Produkten zu warnen und dadurch besondere Gesundheitsgefahren zu vermeiden.

► Mit Drugchecking-Angeboten verbundene Drogeninformations- und -beratungsprojekte genießen unter Drogengebranchern eine erhöhte Attraktivität und Glaubwürdigkeit. Drugchecking verbessert daher den Zugang zu Drogengebranchern (insbesondere zu jenen, die bislang nicht oder kaum erreicht werden) und damit auch die Reichweite der über psychoaktive Substanzen, ihren Gebrauch sowie die Angebote des Drogenhilfesystems verbreiteten, gesundheitsfördernden Informationen.

► Die genaue Kenntnis von Inhaltsstoffen und Dosis ermöglicht Drogengebranchern eine bessere Selbstreflexion ihres Drogengebrauchs und Entwicklung eines individuellen Risikomanagements im Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Drugchecking fördert somit einen selbstkontrollierten, risikobewussten (respektvollen und vorsichtigen) Konsum von illegal gehandelten psychoaktiven Substanzen.

► Werden Drugchecking-Angebote mit Befragungen von erreichten Drogengebranchern kombiniert, so ermöglicht dies die Gewinnung zusätzlicher fundierter Informationen über Gebraucher illegaler Substanzen, ihre Motivation zum Konsum, spezifische Risiken sowie protektive Faktoren und Strategien beim Gebrauch. Dadurch wird die Effektivität des Drogenhilfesystems erhöht.

► Bei einer flächendeckenden Etablierung ist mittel- bis langfristig auch eine Beeinflussung des Drogen-Schwarzmarkts denkbar, so dass letztlich die gehandelten Produkte auch tatsächlich der erwarteten Substanzqualität und -quantität entsprechen.

Die Berliner Techno-Selbstorganisation Eve & Rave führte 1995/96 in Kooperation mit der Charité das einzige deutsche Drugchecking-Programm durch, dass sowohl eine genaue Bestimmung der in den Proben enthaltenen Stoffe (qualitative Analyse), als auch eine

Bestimmung der jeweiligen Menge der Stoffe (quantitative Analyse) erlaubte.¹⁸ Während sich derartige Drugchecking-Projekte als Strategie der Gesundheitsförderung für drogengebrauchende Menschen in mehreren europäischen Staaten in den vergangenen Jahren etablierten (darunter die Niederlande, Schweiz und Österreich), beendeten die Strafverfolgungsbehörden das Berliner Programm. Nachdem Gerichte keine Verletzung strafrechtlicher Normen durch Eve & Rave festgestellt hatten verhinderte insbesondere die Gesundheitsverwaltung des Bundes die Wiederaufnahme von Drugchecking auf dem Verwaltungsweg. Auch die Politik versperrte sich bislang weitgehend einer Unterstützung.

Hierfür ist zum einen das hohe Risiko verantwortlich, auf Grund einer liberalen, auf Akzeptanz von Drogengebranchern und Anerkennung deren Rechts auf weit gehender Selbstbestimmung fußenden Einstellung von Medien und Skandalisierern als Förderer von Drogenkonsum diffamiert zu werden. Dabei wird auch oft argumentiert, im Falle eines „erwarteten“ Testergebnisses (z. B. die Angabe, dass sich in einer als Ecstasy gekauften Tablette auch tatsächlich MDMA in einer bestimmten Menge befindet) vermittele Drugchecking Konsumenten eine „Scheinsicherheit“, die zu einem letztlich risikohafteren, als unbedenklich eingestuften Konsum führe. Die Ergebnisse der einzigen umfassenden empirischen Studie zum Drugchecking (Benschop, Korf & Rabes: Pill-Testing – Ecstasy & Prävention, Amsterdam 2002) konnte allerdings nachweisen, dass Drugchecking-Angebote die Risikokommunikation verbessern und bei den Nutzern der Angebote zu vorsichtigeren, risikobewussteren Konsummustern führt.

Zum anderen wird immer wieder darauf verwiesen, dass Drugchecking aus rechtlichen Gründen nicht durchführbar sei. Diese Behauptung steht im Kontrast zu zwei Berliner Gerichtsentscheidungen, in denen explizit festgestellt wurde, dass das Drugchecking-Programm von Eve & Rave nicht gegen die strafrechtlichen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes verstoßen hatte. Eine verwaltungsrechtliche Absicherung von Drugchecking, z. B. durch ein im Betäubungsmittelgesetz verankertes Geneh-

¹⁸ Für die kurze Dauer von zehn Tagen konnten Heroin-konsumenten in Bremen 1997 ebenfalls ihren Stoff auf Reinheit analysieren lassen.

migungsverfahren, bleibt trotzdem wünschenswert, um künftig sowohl politisch motivierte Einflussnahme als auch behördliche Willkürakte auszuschließen.¹⁹

Grundsätzlich sind mehrere Wege denkbar, Drugchecking im Rahmen von Drogenhilfleistungen rechtssicher umzusetzen (vgl. hierzu auch das Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages vom Februar 2009). Als praktikabel zeichnen sich unter anderem derzeit zwei Wege ab:

Zum einen besteht die Möglichkeit, beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Ausnahmegenehmigung nach § 3 BtMG zu erwirken. Ein wissenschaftlich begleiteter Modellversuch, der die Effektivität von Drugchecking hinsichtlich der oben skizzierten Ziele untersucht, begründete dabei den laut Gesetz notwendigen „wissenschaftlichen oder anderen im öffentlichen Interesse liegenden“ Zweck.

Zum anderen ist auf Basis entsprechender Rechtsgutachten eine Vereinbarung mit den Strafverfolgungsbehörden auf Länderebene denkbar, die Polizei und Staatsanwaltschaft zu einem Nichteingreifen verpflichtet.

Letztere Strategie wurde bezüglich der Drogenkonsumräume in Frankfurt/Main jahrelang erfolgreich praktiziert²⁰.

Im Raum Berlin verständigte sich 2007 eine Arbeitsgruppe von Vertretern aus der Drogenarbeit, Verwaltung und Politik auf ein Eckpunktepapier zum Drugchecking, das folgende Hypothesen ausweist:

► Auf Grund der bekannten Praxiserfahrungen in Deutschland und im Ausland sowie vorliegender Evaluationsergebnisse stellt Drugchecking, sofern es in eine suchtpreventive Strategie eingebunden ist, eine effektive Harm-Reduction-Strategie dar.

► Dies gilt grundsätzlich für alle Gruppen von Gebrauchern illegaler Substanzen (neben so genannten Partydrogen-Konsumenten auch Cannabiskonsumenten und i.v.-Drogenkonsumenten).

► Drugchecking hat das Potenzial, bislang nicht oder kaum erreichte Konsumenten für die Drogenarbeit erreichbar zu machen.

► Drugchecking ist nur dann glaubwürdig und wirksam, wenn die Ergebnisse des so genannten Monitorings ausschließlich zur Verbesserung und Erweiterung der Hilfsangebote und nicht zum Ausbau repressiver Maßnahmen genutzt werden.

Aus der Arbeitsgruppe ging 2008 die *Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg* hervor, die im selben Jahr eine Fachtagung zum Thema veranstaltete und seitdem mit der Verwaltung über die Realisierung von Drugchecking in Berlin verhandelt. Ziel ist die Realisierung eines durch ein unabhängiges Forschungsinstitut wissenschaftlich begleiteten Modellprojekts, das die bestehende Forschungslage zum Drugchecking ergänzt und einzelne Evaluationsaspekte weiter differenziert. Dabei ist unter anderem abermals nachzuweisen, dass die Durchführung von Drugchecking-Maßnahmen keine wesentlichen nicht-intendierten Wirkungen nach sich zieht (keine Animation zum Substanzkonsum durch vermeintliche Sicherheit der getesteten Proben).

Vielfältige Informationen zur Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg und zum Drugchecking, zur rechtlichen Situation, zu unterschiedlichen Konzepten, Methoden und Verfahren sowie eine ausführliche Dokumentation der Drugchecking-Fachtagung finden sich im Internet unter www.drugchecking.de.

¹⁹ Eine Gesetzesinitiative wird derzeit durch die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen angestoßen, hat aber angesichts der bestehenden Mehrheitsverhältnisse und Koalitionsverpflichtungen der Regierungspartner keine Aussicht auf Erfolg.

²⁰ Eine weitere Möglichkeit Drugchecking ohne Genehmigung des BfArM umzusetzen besteht darin, die Analytik in einer (Krankenhaus)Apotheke durchführen zu lassen.

Alkohol in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe...

Urs Köthner

Habe ich richtig gehört? Was soll das denn sein...wenn da mal nicht nur gesoffen wird... Ja, ein neuer Ansatz in der Suchtkrankenhilfe integriert den Alkoholkonsum in den Einrichtungen. Obwohl offiziell seit 2003 (Kiel) Ansätze dieser Art versucht werden, sind sie immer noch zarte Pflänzchen neuer Umgangsformen mit problematischen Alkoholkonsum, aber zunehmend in der Diskussion und heiß umstritten. Für alle, die vertraut sind mit den Widerständen mit denen die Entwicklung akzeptierender Drogenarbeit verbunden war und ist, zeigt sich ein Déjà-vu der Grabenkämpfe zwischen Abstinenz- und Akzeptanzparadigma. Die klassische, im Wesentlichen abstinentorientierte Alkoholhilfe entdeckt die Erfolge niedrigschwelliger, akzeptierender Drogenarbeit für sich und adaptiert diese Ansätze, mit Erfolg, um es vorweg zu nehmen. Aber die Demarkationslinien sind die gleichen, wie wir sie aus der Arbeit mit illegalisierten Drogen seit Jahren kennen. Viele Fachleute der ambulanten Alkoholberatung erkennen zunehmend den integrativen Nutzen an Angeboten akzeptierender Art, die Stadtverwaltung und auch Politik sieht vor allem den ordnungspolitischen Nutzen dieser Angebote während die stationäre Therapieszene sich überwiegend gegen solche Ansätze wehrt.²¹

Vielfach wird die Diskussion primär unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten geführt. Exemplarisch hierzu eine Stellungnahme der Köln Stadtverwaltung: „Bei den sog. Trinkräumen handelt es sich ursächlich um einen eher ordnungspolitischen Ansatz. In wie weit solche Räume auf Dauer dazu beitragen, die Probleme mit öffentlichem Trinken bzw. öffentlichen Trinkgelagen zu entschärfen, lässt sich nicht prognostizieren. Als gewissermaßen „niedrigschwellige Hilfsangebote“ für alkoholgefährdete bzw. alkoholranke Bürger erscheinen sie fachlich nicht geeignet. Die Verwaltung hat hierzu umfassende Gespräche mit den Trägern der

Versorgung für Alkohol-/Medikamentenabhängige geführt. Als übereinstimmende Fachmeinung ergab sich dabei, dass Trinkräume nicht geeignet sind als Möglichkeit zur Tagesstrukturierung etwa in Analogie zu den Tagesstätten für psychisch Behinderte oder den Kontaktcafes für Drogenabhängige, da in Trinkräumen eine Alltagssituation fortgeführt wird, aus denen der einzelne Klient gerade herausgelöst werden sollte. Sie sind auch kein zugehendes Hilfeangebot, bei dem sich der Alkoholgefährdete bzw. – erkrankte in einem quasi „geschützten Raum“ befindet, wie es bei Drogenabhängigen in einem Kontaktcafe der Fall ist (schließlich ist Alkoholkonsum nicht illegal).“²²

Die Praxiserfahrungen des ersten deutschen Trinkerräumens aus Kiel (Hempels e.V., www.hempels-sh.de und Stadt Kiel) weisen in eine andere Richtung. Sie zeigen im Fazit aller beteiligten Akteure (Politik, Stadtverwaltung, Ordnungsbehörden, Einrichtungsträger, Bürger und Betroffene) positive Ergebnisse und Entwicklungen bei allen intendierten Zielen. Deshalb hat die Stadt Kiel auch die Einrichtung eines zweiten Trinkerräumens in 2011 beschlossen. Darüber hinaus dient das „Kieler Modell“ als Grundlage für die Diskussion und Anträge zur Einrichtung von Trinkerräumen in weiteren Städten. Inzwischen (Stand November 2010) sind in einigen bundesdeutschen Städten die Einrichtung von Trinkräumen geprüft worden bzw. befindet sich in Vorprüfungen (z.B. Köln, Augsburg, Stuttgart, Berlin, Freiburg, Hamburg). Die Stadt Dortmund hat sich jetzt im November 2010 für die Einrichtung entschieden, und sucht jetzt einen Träger.

In Wuppertal wird seit 2007 das „Cafe Döppts“ betrieben. In Erweiterung des Kieler Konzeptes wird dieses Cafe als Beschäftigungsprojekt gefördert und hebt in seinem Konzept die Trennung zwischen Alkohol- und

²¹ Vgl. hierzu auch: Klingemann, Harald; Rosenberg, Harold; Schweizer, Barbara und Schatzmann, Sina: Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Gesamtschweizerische Umfrage zur Akzeptanz und Praxisumsetzung, Bern 2005.

²² Auszug aus: Stadt Köln, Dezernat V/502/7, Vorlage Nr. 3244/2010, Beantwortung einer Anfrage nach § 4 der Geschäftsordnung „Trinkräume für Köln“, 31.08.2010

Drogenberatung auf. Hier ein paar Auszüge aus ihrem „Hand-out“ Cafe DÖPPs:²³

Seit 1997 beschäftigte sich die „Steuerungsgruppe zur Verbesserung der Situation auf öffentlichen Straßen und Plätzen“ auch mit der Situation auf der „Platte“. Die „Platte“ ist seit mehr als 2 Jahrzehnten Treffpunkt von Obdachlosen, Suchtkranken und Personen mit viel Tagesfreizeit in der Elberfelder Innenstadt am Scheitelpunkt von Bahnhofsausgang, Schwebebahn und dem Beginn der Fußgängerzone.

Die Steuerungsgruppe hat sich u.a. zur Aufgabe gemacht die unterschiedlichen Bürgerinteressen miteinander in Einklang zu bringen, um die Situation für alle Beteiligten zu verbessern. Einerseits galt und gilt es dem Sicherheits-, Ordnungs-, und Sauberkeitsbedürfnis der Bürger Rechnung zu tragen und andererseits die sozial Schwachen dieser Gesellschaft nicht auszugrenzen und zu verdrängen.

Konzipiert wurde das Projekt Cafe DÖPPs im Jahr 2007 als Kooperationsprojekt der Arge Wuppertal und des Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e. V., der mit seinen Einrichtungen seit seiner Gründung 1979 maßgeblich die Versorgung in Wuppertal und in der nördlichen Region des Kreises Mettmann prägt.

Es sollte gezielt für die Klientel der „Platte“ eine Anlaufstelle geschaffen werden, bei der gleichzeitig eine Beschäftigungsorientierung stattfinden kann. Als Aufenthaltsort bietet das Café DÖPPs Raum für KonsumentInnen illegaler Drogen, die sich in der offenen Straßenszene, auf der sog. Platte, aufhalten. Und es ist ebenso niedrighschwellige Anlaufstelle für Wohnungslose, Personen mit einer Alkoholproblematik und psychisch kranke Menschen. Sie finden hier Akzeptanz und eine anforderungsarme Atmosphäre, Gelegenheit zum Ausruhen und Aufwärmen, preiswerte, nichtalkoholische Getränke, Spieleangebote, Informationen über Ausstiegshilfen und bei Bedarf Vermittlung in weitere Hilfsangebote. Wesentliches Kriterium der Einrichtung ist der erlaubte Konsum selbst mitgebrachter Alkoholika. Ferner gibt es die Möglichkeit zum Sprizentausch und –kauf

sowie Informationen und Beratung zu Safer-Use, Safer-Sex, Hepatitis und HIV.

Die Einrichtung bietet 15 Teilnehmerplätze aus dem Bereich § 16f 2 SGB II, so genannte Freie Förderungstellen. Inhalte dieser Maßnahme sind insbesondere die Beschäftigungsorientierung zur Entwicklung von Perspektiven und die Hinführung auf den Arbeitsmarkt durch Feststellung und Selbsterprobung der Erwerbsfähigkeit, soziale Stabilisierung, Erlangung grundlegender Schlüsselqualifikationen - unter besonderer Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation - und Stabilisierung, um auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einem Sektor des zweiten Arbeitsmarktes eine Verbesserung der Perspektiven zu ermöglichen.

Zusätzlich wurden 3 Anleiterstellen im Rahmen sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung (Entgeltvariante) eingerichtet.

Das Cafe dient auch als Aufenthaltsmöglichkeit für Personen mit multiplen Vermittlungshemmnissen, die über persönliche Ansprache verstärkt an die Bereiche Arbeit, Beschäftigung und Qualifizierung herangeführt werden sollen. Die Angebote sind auf die Bedürfnisse obdachloser und suchtkrank Menschen ausgerichtet. Somit dient die Anlaufstelle nicht nur als Aufenthaltsmöglichkeit, sondern bietet über die individuelle Kontaktaufnahme, die Einbindung in bestehende Versorgungsstrukturen sowie eine Orientierung auf Beschäftigungsangebote.

Da für einen Teil der Beschäftigten im Rahmen von FF-Stellen die BesucherInnen der Anlaufstelle zu ihrem vertrauten Umfeld gehören, gehört auch eine umfangreiche Kenntnis der Probleme, Sorgen und Nöte der Betroffenen zu ihren Fertigkeiten. Die Einbeziehung von Betroffenenkompetenz bei der Festlegung von Angeboten und Arbeitsweisen erhöht somit die Identifikation der Beschäftigten mit dem Projekt. Die Nachfrage nach freien FF- Stellen aus der Besucherschaft führt dazu, das bereits eine Warteliste besteht.

²³ „Hand out Cafe DÖPPs“, Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e. V., Klaudia Herring-Prestin, 2008

Projektfakten

Projektstart 22.10.2007, jeweils befristet für 1 Jahr

- ▶ Der Beschäftigungsbereich bietet Platz für 15 FF- Mitarbeiter und 3 Anleiter. 2 Sozialarbeiterstellen.
- ▶ Soziale und gesundheitliche Unterstützungsleistungen im Rahmen einer Anlaufstelle mit Cafebetrieb.
- ▶ Motivierung zur Teilnahme an Arbeits- und Beschäftigungsprojekten der ARGE für das Klientel der „Platte“.
- ▶ Öffnungszeiten: Montag bis Freitag 11.00 h - 20.00 h, Samstag 11.00 h —18.00 h
- ▶ Tägliche Besucherfrequenz: bis zu 50 Personen gleichzeitig; Personen, die sich ansonsten auf der „Platte“ aufhalten würden
- ▶ Projektpartner: ARGE Wuppertal, Stadt Wuppertal, Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e. V.

Nach einem 3-jährigen Erfahrungszeitraum findet das Projekt bei den Kooperationspartnern im Rahmen der Sozialen Ordnungspartnerschaft (Polizei, WSW, Stadt Wuppertal, ARGE Wuppertal, Bahn usw.) große Unterstützung und bei Klienten sowie Bevölkerung großen Anklang.

Probleme macht vor allem die jährliche Finanzierungsstruktur, die für den Träger, Anleiter und weiteren Teilnehmer immer wiederkehrende Verunsicherung bezüglich der Zukunft mit sich bringt.

Die Beispiele Kiel und Wuppertal zeigen sehr deutlich das hier mehr getan wird als nur Alkohol geduldet und die Städte von „Problempersonen in der Öffentlichkeit“ zu entlasten sondern das die Vernetzung mit Suchthilfe- und Beschäftigungsangeboten genauso gute Erfolge zeigt wie wir sie aus der akzeptierenden, niedrigschwelligen Drogenhilfe schon länger kennen.

Alkohol in Kontaktläden der Drogenhilfe – Warum eigentlich?

Parallel zu der beschriebenen Entwicklung im Bereich Alkohol, gibt es auch Ansätze eines neuen Umgangs mit Alkohol in den „klassischen“ niedrigschwelligen Kontaktläden der Drogenhilfe. Beispielhaft hierfür, die Beweggründe und Erfahrung der

Krisenhilfe Bochum, die seit 2 Jahren den Alkoholkonsum im Kontaktladen erlaubt.

Rückblickend betrachtet würden wir sagen, dass seit ca. 1995 immer mehr Drogengebraucher auch Alkohol konsumieren. Zuvor kannten wir kaum Klienten die überhaupt Alkohol konsumierten. Die Konsumentenszenen schienen strikt getrennt. Zwei wesentliche Aspekte markieren die Entwicklung:

▶ Mit dem Ausbau der akzeptierenden Drogenhilfeangebote (z.B. niedrigschwellige Kontaktläden, Substitution...) ging gleichzeitig eine verstärkte Repression gegen die damals noch üblichen offenen Szenetreffpunkte einher.

▶ Insbesondere in den Anfängen der Substitutionsbehandlung waren die rechtlichen und medizinischen Rahmenbedingungen sehr einschränkend und es gab noch wenig differenzierte und bedarfsangemessene Begleitangebote der Drogenhilfe. Viele Drogenabhängige wurden noch nicht, nicht adäquat oder gar nicht erreicht.

In dem Spannungsfeld einer noch mangelhaften Versorgung und der Erhöhung des repressiven Drucks auf offene Szenen, haben wir in der Kontaktladenarbeit erlebt, dass viele Drogenkonsumenten sukzessive zum Alkoholkonsum gekommen sind. Einige allein schon deshalb, um nicht jeden Tag Beschaffungsstress und Konflikte mit der Polizei zu haben.

Seit wir 2002 den Drogenkonsumraum eröffneten, wurde dieser Druck nochmals erhöht und über Jahre auf hohem Level weitergeführt. Dadurch hatten wir zunehmend den Prozess einer „Szene unterm Dach“, mit all seinen Begleiterscheinungen in und vor unserem Kontaktladen bei 150 - 200 Besuchern täglich und bis zu 20 Personen vor der Einrichtung.

Der rechtlich brisante Raum um Drogenkonsumräume führte insbesondere zu vielen Verunsicherungen bei allen Beteiligten. Die Polizei erhöhte den Druck von „außen“ und die Mitarbeiter der niedrigschwelligen Angebote waren beständig sensibilisiert für die Frage: Wie muss ich mich als Mitarbeiter verhalten, um nicht potentiell straffällig zu werden? Diese Verunsicherung führte dazu, dass die bestehenden Hausregeln rigider ausgelegt und angewendet wurden. Es gab viele Hausverbote auch wegen Alkoholkonsums. Am Anfang waren es noch Einzelfälle und wir haben sie standardmäßig aus dem Kontaktladen herausgedrängt und

Verstöße gegen das Alkoholverbot mit Hausverboten belegt. Wir haben dieses Verhalten auch lange nicht in Frage gestellt, da wir schon genug mit dem Drogenkonsum unserer BesucherInnen zu tun hatten und eine Verbreitung in der Szene verhindern wollten.

Inzwischen reicht das Spektrum von gelegentlichen Alkoholkonsum über gemäßigt regelmäßigen bis hin zur Suchtverlagerung Richtung Alkoholabhängigkeit als Hauptdiagnose. Durch die Zunahme des Alkoholkonsums unserer BesucherInnen war der Aufwand für Ordnungsdienste zur Durchsetzung des Alkoholverbots immens. Der Druck auf unsere BesucherInnen wuchs, was sich auch auf die allgemeine Atmosphäre auswirkte.

Wir konnten zwar den Alkoholkonsum aus der Einrichtung weitestgehend fernhalten, verlagerten ihn aber nur vor die Einrichtung, wo es wieder Probleme mit den Anwohnern und der Polizei gab.

Die Arbeit der SozialarbeiterInnen im Kontaktladen beschränkte sich zunehmend auf Ordnungsfunktionen, wodurch die wesentlichen Inhalte und Wirkmechanismen von niedrigschwelligen Hilfeangeboten stark beeinträchtigt werden und in den Hintergrund treten. Kontakt- und Beziehungsarbeit, welche auf Vertrauen, Akzeptanz und Anteilnahme gegenüber der Klientel basiert, darf eben nicht durch Kontrolle dominiert werden. Durch die Übermacht ordnungsdienstlicher Tätigkeiten wurde immer mehr unsere akzeptierende Grundhaltung konterkariert und der notwendige Spielraum für Beziehungsarbeit, sozialarbeiterische, therapeutische und medizinische Hilfen, Kriseninterventionen und deeskalierende Maßnahmen wurde dadurch stark eingeschränkt.

Vor diesem Hintergrund gab es schon lange und immer wieder Diskussionen im Team um einen akzeptierenderen Umgang mit dem Alkoholkonsum unserer Besucher. Erst als sich der Alkoholkonsum und die damit verbundenen Probleme um die Einrichtung herum manifestierte, immer mehr BesucherInnen „betroffen“ waren und uns die Unzulänglichkeiten einer reinen Verbotsstrategie täglich deutlich vor Augen geführt wurden, waren wir bereit einen Versuch zu wagen und den Konsum von mitgebrachten Alkohol (bis zu 15 % Alkoholgehalt) zu dulden.

Schon lange betreuen wir kaum noch reine opiatabhängige Menschen. Unsere Besucher sind in der Regel politoxikoman und

konsumieren mehrere Drogen. Alkohol ist als Alltagsdroge für viele dazugekommen. So war es an der Zeit und vollkommen richtig diesen Schritt zu gehen und das Konzept des niedrigschwelligen Cafes an die Lebensrealität und die Gewohnheiten unsere Besucher anzupassen. Jetzt erreichen wir auch wieder die, die zwar eigentlich „räumlich“ bei uns waren, aber sich bisher im Wesentlichen vor der Einrichtung aufhielten. Das entlastet uns von Ordnungsaufgaben und erhöht die Spielräume für sozialarbeiterische Hilfen und bringt eine Entlastung für die Nachbarschaft. Die Besucher sind weder betrunken, noch gewaltbereiter als vorher. Im Gegenteil, die Situation ist mittlerweile sogar entspannter. Es stehen weniger Klienten vor der Einrichtung, sondern halten sich ruhig im Cafebereich auf. An die von uns aufgestellten Regeln wird sich größtenteils gehalten. Die Besucher müssen nicht mehr heimlich trinken, sind offener im Kontakt und wir können uns auf wichtigere Aufgaben konzentrieren.

Bisher kommen wir ohne Sanktionen aus und konnten alle Regelverstöße im Gespräch auflösen, ohne nennenswerte Probleme.

Angesichts der durchweg positiven Erfahrung die wir seit 2 Jahren mit der Duldung von Alkohol in der Einrichtung machen, erstaunt uns im Nachklang selber wie lange wir für diesen Schritt gebraucht haben und das letztlich auch wir erst ordnungspolitisch scheitern mussten um es mit mehr Akzeptanz auszuprobieren. Inzwischen stellt kein Mitarbeiter mehr diesen Schritt in Frage.

Quellen

<http://www.arte.tv/de/3297126.html>

Der Spiegel 16/2010, Kleinhubbert, Guido: „Fixerstube light“

„Der Trinkraum in Kiel“ – Präsentation der Stadt Kiel auf einer Tagung in Dortmund am 19.3.2010

„Hand out Cafe DÖPPs“, Freundes- und Förderkreis Suchtkrankenhilfe e. V., Klaudia Herring-Prestin, 2008

[http://www.der-](http://www.der-albrecht.de/2010/07/04/interview-mit-reinhard-bottner-geschäftsführer-hempels-e-v/)

[albrecht.de/2010/07/04/interview-mit-reinhard-bottner-geschäftsführer-hempels-e-v/](http://www.der-albrecht.de/2010/07/04/interview-mit-reinhard-bottner-geschäftsführer-hempels-e-v/)

Soziales-Stadt-Büro Rot, Stuttgart: LOS-Projekt - „Trinken im öffentlichen Raum“, Kontakt und Datenbasis, 2005

Klingemann, Harald; Rosenberg, Harold; Schweizer, Barbara und Schatzmann, Sina: Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Gesamtschweizerische Umfrage zur Akzeptanz und Praxisumsetzung, Bern 2005.

Autoren

Heidrun Behle

Bundesverband der Eltern und Angehörigen
für akzeptierende Drogenarbeit e.V.

hansundheidrun.behle@t-online.de

Kerstin Dettmer

Ärztin, Fixpunkt e.V.

Boppstrasse 7; D - 10967 Berlin

k.dettmer@fixpunkt.org

www.fixpunkt.org

Ralf Gerlach

Dipl.-Päd., stellvertretender Leiter

INDRO e.V., Münster

Bremer Platz 18-20; D - 48155 Münster

indroev@t-online.de

www.indor-online.de

Tibor Harrach

Landesarbeitsgemeinschaft Drogen (LAG-

Drogen) von Bündnis 90/Die Grünen;

Vorstandsmitglied von Eve und Rave e.V.

Berlin.

Lettestr. 3; D - 10437 Berlin

tibor.harrach@snafu.de

www.eve-rave.net/

Jürgen Heimchen

Bundesverband der Eltern und Angehörigen
für akzeptierende Drogenarbeit e.V.

Ravensberger Str. 44; D - 42117 Wuppertal

info@akzeptierende-eltern.de

www.akzeptierende-eltern.de

Hannelore Kneider

Landesverband der Eltern und Angehörigen
für akzeptierende Drogenarbeit und humane

Drogenpolitik NRW e.V.

c/o Jugendhilfe Bottrop e.V.

Osterfelderstr. 88; D - 46236 Bottrop

lv.akzepteltern@t-online.de

Urs Koethner

Leiter für niedrigschwellige Angebote Verein

Krisenhilfe Bochum e.V.

Viktoriastrasse 67; D - 44787 Bochum

u.koethner@krisenhilfe-bochum.de

www.krisenhilfe-bochum.de

Robert G. Newman, MD

Director of the Baron Edmond de Rothschild
Chemical Dependency Institute at Beth Israel
Medical Center.

NYC, USA

rnewman@icaat.org

Dirk Schäffer

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Referent für Drogen und Haft

Wilhelmstrasse 138; D - 10963 Berlin

dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

www.aidshilfe.de

Jürgen Schaffranek

Leiter des Modellprojektes Transit - Projekt
für transkulturelle Suchtarbeit

Hobrechtstr. 28; D - 12047 Berlin

transit@gangway.de

www.gangway.de

Rüdiger Schmolke

Chill out e.V. Beratungs- und

Suchtpräventionsfachstelle, Fachstelle für

Konsumkompetenz

Schulstr. 9; D- 14482 Potsdam-Babelsberg

spf@chillout-pdm.de

www.chillout-pdm.de

Prof. Dr. Heino Stöver

Fachhochschule Frankfurt

Fachbereich 4: Soziale Arbeit und

Gesundheit

Nibelungenplatz 1; D - 60318 Frankfurt

hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

www.isff.de

www.fh-frankfurt.de/stoever

[http://de.wikipedia.org/wiki/Heino_St%C3%](http://de.wikipedia.org/wiki/Heino_St%C3%B6ver)

[Böver](http://de.wikipedia.org/wiki/Heino_St%C3%B6ver)

Hella-Talina Tatomir

Diplom- Sozialpädagogin (FH)

Drogenverein Mannheim e.V.

K3, 11-14; D - 68159 Mannheim

tatomir@drogenverein.de

www.drogenverein.de

Impressum

AKZEPTANZ Nr.1/2010

18.Jahrgang – ISBN 978-3-9813890-1-2

Herausgeber:

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende
Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Vorstand:

Prof.Dr. Heino Stöver, Frankfurt/M
Dirk Schäffer, Berlin
Urs Köthner, Bochum
Kerstin Dettmer, Berlin
Inge Hönekopp, Mannheim

Geschäftsstelle

u.Redaktionsanschrift:

akzept e.V.
Christine Kluge Haberkorn
Südwestkorso 14; D – 12161 Berlin
Tel + 49 (0) 30 827 06 946
akzeptbuero@yahoo.de
www.akzept.org

Redaktion dieser Ausgabe:

Heino Stöver und Vorstand akzept e.V.

© Alle Rechte bei den Autoren.
Die Beitragsinhalte spiegeln nicht
notwendigerweise die Meinung der
AKZEPTANZ-Redaktion oder von akzept e.V.
wider.

Titelgestaltung

Katja Fuchs Kommunikationsdesign Mainz

Fotos

AK Druckraum/Urs Köthner

Layout und Satz

Christine Kluge Haberkorn

Druck

Druckerei Dressler Berlin, Inh. Rene Dressler

Auflage

400

Kontakt und Bestellungen:

akzeptbuero@yahoo.de
www.akzept.org



Fixpunkt Berlin Drogenkonsummobil

