

Schleswig-Holsteinischer Landtag

Stenographischer Dienst

N i e d e r s c h r i f t

Sozialausschuss

38. Sitzung

am Montag, dem 4. Februar 2002, 10:00 Uhr,
im Sitzungszimmer des Landtages

Anwesende Abgeordnete

Andreas Beran (SPD)

Vorsitzender

Wolfgang Baasch (SPD)

Konrad Nabel (SPD)

in Vertretung von Birgit Herdejürgen

Arno Jahner (SPD)

Siegrid Tenor-Alschausky (SPD)

Torsten Geerds (CDU)

Werner Kalinka (CDU)

Helga Kleiner (CDU)

Thomas Stritzl (CDU)

Dr. Heiner Garg (FDP)

Angelika Birk (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Weitere Abgeordnete

Frauke Tengler (CDU)

Silke Hinrichsen (SSW)

Die Liste der **weiteren Anwesenden** befindet sich in der Sitzungsakte.

Einzigster Punkt der Tagesordnung:**Anhörung****Neue Wege in der Drogenpolitik**

Drucksache 15/975

hierzu Umdrucke: Umdruck 15/1754, 15/1756, 15/1765, 15/1768, 15/1772, 15/1775, 15/1776 (neu), 15/1779, 15/1781, 15/1782, 15/1784, 15/1788, 15/1790, 15/1793, 15/1794, 15/1797-15/1799, 15/1801, 15/1804, 15/1807, 15/1813, 15/1819-15/1821, 15/1823, 15/1828, 15/1836-15/1838, 15/1841, 15/1852, 15/1854, 15/1856-15/1859

Name	Sachverständige/Zeugen Institutionen	Umdruck
Dr. Wolfgang Schneider	INDRO e. V., Münster	15/1790
Rolf Hüllinghorst	Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hamm	15/1857
Dr. Gerhard Bühringer	Institut für Therapieforchung, München	
Dr. Ralph Raben	Gynäkologie, Suchtakupunktur, Hamburg	15/1852
Prof. Dr. Klaudia Winkler	Evangelische Fachhochschule Reutlingen-Ludwigsburg	15/1854
Heidi Gräble	donna klara e.V.	15/1836
Angela Sachs	Arbeitskreis Frau und Sucht	15/1837
Bernd Heinemann	LSSH, Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein	15/1823
Gisbert Stein	Suchthilfekordinator im Gesundheitsamt Lübeck	15/1859
Prof. Dr. Hartmut Göbel	Schmerzklinik Kiel	15/1858

Der Vorsitzende, Abg. Beran, eröffnet die Sitzung um 10:02 Uhr und stellt die Beschlussfähigkeit des Ausschusses fest. Die Tagesordnung wird in der vorstehenden Fassung gebilligt.

Einzigster Punkt der Tagesordnung:

Neue Wege in der Drogenpolitik

Drucksache 15/975

hierzu Umdrucke: Umdruck 15/1754, 15/1756, 15/1765, 15/1768, 15/1772, 15/1775, 15/1776 (neu), 15/1779, 15/1781, 15/1782, 15/1784, 15/1788, 15/1790, 15/1793, 15/1794, 15/1797-15/1799, 15/1801, 15/1804, 15/1807, 15/1813, 15/1819-15/1821, 15/1823, 15/1828, 15/1836-15/1838, 15/1841, 15/1852, 15/1854, 15/1856-15/1859

INDRO e. V., Münster

Herr Dr. Schneider trägt im Wesentlichen die folgende schriftliche Stellungnahme vor:

1. Herauswachsen aus der Sucht als Selbstausstiegsprozess

Internationale Forschungsarbeiten zum Phänomen eines selbst organisierten Ausstiegs aus zwanghaften und exzessiven Gebrauchsmustern ohne überwiegende professionelle Betreuung und Behandlung sind in der Bundesrepublik lange Zeit nach dem Motto, was nicht sein darf, kann auch nicht sein, weder zur Kenntnis, noch ausführlich rezipiert worden. Die schon ältere „Maturing-Out“-These wurde erstmals von WINICK (1962) formuliert. Zusammengefasst besagt die Maturing-Out-These, dass kompulsiv (zwanghaft und exzessiv) Drogengebrauchende mit zunehmendem Alter die Tendenz entwickeln, durch sog. „Reifungsprozesse“, quasi naturwüchsig aus der zwanghaften und exzessiven Drogengebrauchsphase herauszuwachsen. Da jedoch diese These nur anhand des Kriteriums der Legalbewährung begründet wurde und sie sich ausschließlich auf kriminalstatistische Erhebungsdaten stützte, war es bislang nicht möglich, die Prozesse des Herauswachsens im lebensweltlichen und biographischen Kontext zu verfolgen und damit auch die Ausstiegs motive und die diese unterstützenden personalen und sozialen Ressourcen subjektbezogen zu erfassen. Die dabei weit verbreitete Definition von sog. „Selbstheilern“ oder Spontanaussteigern (Autoremission) ist dabei jedoch sehr

skeptisch zu beurteilen. Diese eher medizinisch orientierte Annahme verkennt, dass ein selbsteingeleiteter Ausstieg aus dem compulsiven Drogengebrauch ohne überwiegende professionelle Betreuung durch vielfältige Bedingungen vorbereitet und mitgestaltet wird, also kaum spontan oder gar natürlich geschieht (sozusagen als ein Münchhausenakt im Sinne des sich selbst an den Haaren aus dem Sumpf ziehen).

Beim Selbstausstiegsprozess haben einzelne biographische und umfeldbezogene Wendepunkte ereignisse eine entscheidende Bedeutung für deren Beginn beziehungsweise Initiierung. Dies zeigt beispielsweise die berühmte Vietnamstudie von ROBINS (1975) eindrucksvoll auf: Vietnamrückkehrer, die vor Ort opiatabhängig waren, gaben ihren Konsum nach ihrer Rückkehr in die Vereinigten Staaten mehrheitlich wieder auf. Die Ausstiegsverlaufsentwicklung lässt sich insofern als „Stop and Go“, als eine Kombination von „pushes“ aus dem drogalen Lebenskontext und „pulls“ in konventionelle Lebensbereiche beschreiben (vgl. insbesondere: BIERNACKI 1986). Mit dem Begriff „Selbstheilung“ nun ist ein medizinisch-psychologisches Erklärungsmodell involviert, das die Ursache der „Krankheit“ Drogenabhängigkeit allein an den Persönlichkeitsstrukturen der Betroffenen festmacht (Individualisierung). Der Heilungsbegriff impliziert darüber hinaus etwas Endgültiges, schließt autonom kontrollierte Gebrauchsformen als Entwicklungsmöglichkeit von vornherein aus. Selbsteingeleitete Ausstiegsversuche können nach den vorliegenden Forschungsergebnissen als Prozessverläufe definiert werden, die als selbstinitiiert, privat organisiert und umweltgestützt zu umschreiben.

Ausstiegsprozesse als zeitintensive Übergangsverläufe (Transitionen) sind keine linearen, klar abgrenzbaren Abläufe, sondern Bewegungssequenzen innerhalb eines Entwicklungsprozesses, und sie stehen in einem Verhältnis der wechselseitigen Beeinflussung von Person, Droge und Umwelt (vgl. auch das Konzept „drug addiction trajectory“ von PRINS 1995). Beim Ausstiegsprozess selbst sind unterschiedliche Entwicklungsverläufe möglich:

- *ein relativ undramatisches, langsames und schleichendes Herauswachsen aus dominant drogenspezifischen Lebenskontexten;*

- eine „Entproblematisierung“ des zwanghaften und exzessiven Drogengebrauchs durch Etablierung kontrollierter Gebrauchsvarianten als Vorstufe oder auch Produkt eines selbsteingeleiteten Ausstiegsprozesses;
- ein komplexer Entwicklungs-Veränderungs-Effekt („Development-change“) unterschiedlicher und zeitintensiver Ausstiegssequenzen bis zur möglichen Stabilisierungsphase.

Selbst organisierte Ausstiegsszenarien sind höchst heterogen und variabel und verbieten demzufolge unzulässige Verallgemeinerungen. Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass sich eine explizite Ausstiegsmotivation aus zwanghaften und exzessiven Gebrauchsmustern zum einen aus der Angst vor weiterer oder auch nur vorweggenommener Verelendung entwickelt, zum anderen aus dem Bedürfnis nach bewusster Umweltkontrolle ohne überwiegenden Drogengebrauch und zum dritten aus zufälligen Ereignissen wie Tod einer nahe stehenden Person, Schwangerschaft oder Momente „totaler Selbstbewusstheit“ (Naked-Lunch-Motiv) unter dem Motto „So kann es nicht weitergehen“. Eine Bereitschaft zum Ausstieg entsteht also nicht erst, wenn Drogengebrauchende aufgrund von Intensität und Ausweglosigkeit ihrer Drogenentwicklungsgeschichte „reif“ werden, sich einer abstinenzenorientierten Therapie zu unterziehen. Die Entwicklung hin zu einem selbstinitiierten und privatorganisierten Ausstieg als Übergangsprozess setzt die Nutzung und Wirksamkeit von vorhandenen Stützsystemen (Ressourcen) und die Vorwegnahme positiver Folgen der relativen Abstinenz voraus. Behandlungsauflagen (§ 35 ff. BtMG), als „helfender Zwang“ gedacht, verhindern mitunter geradezu den Prozess selbstinitiierten und privatorganisierter Ausstiegsversuche und damit eine mögliche soziale und berufliche Reintegration. Illegalität und Kriminalisierung erweisen sich auch hier als nicht geeignet, den Konsumenten Eigenverantwortung zuzugestehen. Sie führen oft zu einer Verfestigung drogener Identität, die Ausstiegsprozesse oder die Entwicklung kontrollierter Gebrauchsformen eher verhindert.

Die Fähigkeit zum „Neuaufbau“ einer nicht ausschließlich drogenbezogenen Identität ist keine rein persönlichkeitspezifische Leistung, sie entsteht vielmehr aus dem gelungenen interaktiven Zusammenspiel mit verschiedenen Aspekten konventioneller Lebenspraxis. Ausstiegsprozesse sind mit der Veränderung von Deutungsmustern, insofern auch mit Umdefinitionen von Selbstzuschreibungen verbunden.

Selbstausstiegsprozesse als Selbstsozialisierung und Erweiterung von Handlungsspielräumen ohne lebensbestimmenden Drogengebrauch können als dynamische und zeitintensive Geschehensabläufe verstanden werden. Sie werden durch die wechselseitige Einflussnahme von Person (Ausstiegsmotive, Selbstverantwortungsübernahme), Drogengebrauch (kontrollierter Gebrauch oder Substitution), Umwelt (Stützsysteme: personale, sozialgesellschaftliche, materielle Ressourcen) und antizipatorischer Zielbewertung (Arbeit, Beruf, Ausbildung, soziale Anerkennung, Statushebung, Selbstwertgefühl, Selbstachtung) gesteuert. Diese Ausstiegsszenarien als zeitintensive Übergangsverläufe haben spezifische personenbezogene Entscheidungs- und Motivationsprozesse zur Voraussetzung. Diese lauten: Selbstveränderungswunsch (Ich muss was verändern), Selbstaufforderung (Ich kann das), Ressourcen- und Unterstützungswahrnehmung (Ressourcen und Unterstützungen sind vorhanden), Fähigkeitswahrnehmung (Ich kann das schaffen), Selbstverantwortlichkeit (Ich selbst muss das leisten).

Eins bleibt jedoch zu bedenken: selbstgestaltete und umweltgestützte Ausstiegsprozesse aus dem kompulsiven und dysfunktional wirkenden Drogengebrauch sind nicht kausalanalytisch im Sinne eines festlegbaren Ablaufprogramms bestimmbar und umsetzbar. Es erfolgt kein sich quasi automatisch vollziehender Prozess der Abwendung vom dysfunktional erlebten Drogengebrauch. Daraus folgt, dass Ausstiegsprozesse nicht planbar (im Sinne eines (immer beliebten) Stufenmodells!) sind. Insofern verbietet sich eine wie auch immer geartete prognostische Ausstiegsmodellkonstruktion. Zu vielfältig, individuell, mehrdeutig, zeitintensiv und multiperspektivisch stellen sich Ausstiegsprozesse und Ausstiegsbedingungen dar. Ohne das „Wollen“ des Subjekts, seine Selbstverantwortungsübernahme läuft so oder so nichts.

Neben der bereits erwähnten Initialphase durch spezifische Ausstiegsmotive und Schlüsselereignisse als Bildung einer expliziten Ausstiegsmotivation ist die eigentliche Überwindungsphase das zentrale „Problem“ des Selbstausstiegsprozesses. Unter den Bedingungen der kriminalisierten Alltagspraxis von Drogengebrauchenden stellt der selbsteingeleitete Ausstiegsprozess besonders hohe und zum Teil außergewöhnliche Anforderungen an das Bewältigungsvermögen. Die Aktivierung persönlicher Ressourcen, die Nutzung des vorhandenen (dichten) Netzes sozialer Unterstützung, evasiv-konzentrierte Strategien des Umgangs mit „Drug-Cravings“ (Drogensehnsüchte), bewusste Distanzierung von drogenspezifischen Le-

benskontexten und die Bewältigung von weiterhin gültigen Kriminalisierungs- und Stigmatisierungseffekten kennzeichnen die Schwierigkeiten und Belastungen dieser eigentlichen Überwindungsphase. Die „Beziehungslockerung“ zur Drogenszene als bisher dominanter Lebensraum und die Aktivierung subjektiv adäquater Handlungs- und Bewältigungsstrategien im Verbund mit der effektiven Nutzung verfügbarer Unterstützungspotentiale können als wesentliche Anforderungen der eigentlichen Überwindungsphase angesehen werden. Soziale Unterstützungen stärken die Umsetzungsmotivation und das Selbstwertgefühl: Sie wirken als Puffer und psychosoziales „Immunsystem“ in möglichen Krisensituationen. Die oben erwähnten Forschungsergebnisse verdeutlichen, dass die Verfügbarkeit über soziale Unterstützungsressourcen und deren Nutzung als bedeutsames „soziales Kapital“ für die Bewältigung des selbst organisierten Ausstiegsprozesses zu verstehen sind. In der sich nun anschließenden Phase der vorläufigen Integration als Stabilisierungsphase geht es um die fortschreitende, lebenspraktische „Testung“ relativ drogenfreier (oder auch substitutiver) Lebensführungen: Perspektivenentwürfe und erste Realisierungsversuche. Die sich entwickelnden, nicht drogenbezogenen Lebenskontexte (Partnerschaft, Ausbildung, Berufstätigkeit, Freizeitverhalten) beginnen sich zu konsolidieren. Die fortschreitende soziale Integration wird durch eine „neue“ biographische Gesamtbilanzierung begleitet. Insofern können wir die Verlaufsentwicklung im Herauswachsen als Lernprozess begreifen, als eine konstruierende Tätigkeit, ein individuelles, autonomes Sich-Aneignen subjektiv-bedeutsamer Wirklichkeit. Alternativen zum ausschließlich drogenbezogenem Leben besitzen nun einen höheren Stellenwert, wobei der gelegentliche Gebrauch von Cannabisprodukten und/oder der kontrollierte Gebrauch auch von Heroin/Kokain als zukünftige Konsummotivation nicht als destabilisierend vorweggenommen wird.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es nicht ausreicht, Selbstausstiegsprozesse quasi als automatische, sich mit zunehmenden Alter zwangsläufig entwickelnde Reifungsprozesse zu deuten. Auch kann eine Überprüfung der Maturing-Out-These durch die monokausale Betrachtung isolierter Kriterien - etwa Abstinenz oder Legalbewährung - weder differente Ausstiegsverläufe noch die dem Ausstiegsprozess immanente Dynamik aufzeigen. Die dargestellte Ausstiegsskizzierung ist durch die Konstruktion einer Prozesstypologie gekennzeichnet, die vielschichtige, sich wechselseitig beeinflussende Bedingungskonstellationen bei der Überwin-

dung eines zwanghaften und exzessiven Drogengebrauchs erfasst und beschreibt. Die beschriebene Entwicklungsdynamik stellt sich aber als sehr zeitintensiv dar. Nur über weitergehende, qualitative Prospektivstudien wären zudem Validität und Stabilität der entwickelten Ausstiegstypologien letztlich abzuschätzen. Aber hier herrscht inzwischen leider Forschungsstillstand.

2. Praxiskonsequenzen

Die Forschungsarbeiten zum selbsteingeleiteten Ausstiegsprozess und zur Möglichkeit der Entwicklung auch kontrollierter Gebrauchsmuster ohne dominanter Szeneintegration zeigen einmal mehr: Eine Schwarz-Weiß-Betrachtung von Gebrauchern illegalisierter Substanzen, die Wirklichkeit nur in der Alternative – entweder zwangsläufige Verelendung, Überdosis und Tod oder Knast/Langzeittherapie – wahrnimmt, entspringt, gelinde formuliert, einem Interesse an negativer Sensation. Noch immer werden Gebraucher illegalisierter Drogen als kranke, defizitäre und störungsgeschüttelte Schreckensgestalten aus einer anderen Welt angesehen. Wie falsch diese Vorstellung ist, geht daraus hervor, dass die Zahl derer, die sich selbstständig aus dem zwanghaften und exzessiven Drogengebrauch lösen oder kontrollierte, nicht auffällige Gebrauchsformen entwickelt haben, weit größer sein muss als die Summe der jährlichen, rituellen und öffentlichkeitswirksamen Zählung von sog. Drogentoten und derer, die Langzeittherapien erfolgreich durchlaufen. Auch hier wiederum wird deutlich, dass die immer noch vorherrschende deterministische Blickrichtung von „Sucht- und Abhängigkeitskarrieren“ als automatisch verlaufende Krankheits- und Verelendungsprozesse (sozusagen als einmal gelöste Fahrkarte ins Jenseits) nicht der Realität entspricht. Drogengebraucher verfügen über ein großes Repertoire an Verhaltensalternativen, und das heißt auch: Sie sind nicht generell „behandlungsbedürftig“ und schon gar nicht handlungsunfähig. Unter Drogengebranchern gibt es - wie in der Normalbevölkerung - Menschen, die - wie auch immer bedingte - psychische Störungen aufweisen. Hierfür sollten selbstverständlich freiwillig aufzunehmende, professionelle Hilfen zur Verfügung stehen. Es gibt natürlich auch die, die extrem somatisch, psychisch und sozial verelendet, häufig polytoxikoman und - wie es so schön heißt - nicht „wartezimmer- und verabredungsfähig“ sind. Sie sind ja auch seit Jahren nicht mehr zu übersehen, trotz zunehmender ordnungspolitisch motivierter Vertreibungsstrategien. Auch sie be-

dürfen selbstverständlich Hilfe und Unterstützung im Rahmen professioneller Versorgungssysteme. Jedoch geht auch aus der Darstellung der Forschungsergebnisse zum kontrollierten Gebrauch und zum Selbstausstieg hervor, dass die Kriminalisierung und generelle Pathologisierung von Verbrauchern illegalisierter Substanzen, verbunden mit Strafe und Sanktionsandrohung zur Durchsetzung der immer noch gültigen Abstinenznorm (wobei Zwischenschritte inzwischen als tolerabel gelten), kontraproduktiv auf die mögliche Entwicklung einer selbst organisierten Gebrauchskultur illegalisierter Drogen und auf Selbstausstiegsprozesse wirkt.

Jedenfalls sind die Chancen zum selbst organisierten Ausstieg oder zur Etablierung kontrollierter Verbrauchsformen durch Einhaltung bestimmter Verbrauchsregeln zur selbstständigen Schadensminimierung und Selbstprävention (siehe: Schneider 2000) groß und werden von nicht wenigen – selbst unter den gegebenen kriminalisierten Lebensbedingungen – genutzt.

Dies macht eine Neuorientierung insbesondere sekundärpräventiver Maßnahmen im Kontext der gesamten Drogenhilfe als mögliche Verhinderung von Gebrauchsstabilisierungseffekten notwendig. Unter dem Stichwort „akzeptanzorientierte Drogenarbeit“ werden derartige Maßnahmen zur Schadensbegrenzung und Überlebenshilfe bereits erfreulicherweise umgesetzt (z.B. niedrigschwellige Drogenarbeit, Drogenkonsumräume, Originalstoffvergabe – leider nur für diejenigen, die den indikativen Status eines „CMA-Klienten“ haben, die anderen „bleiben draußen vor der Tür“ und müssen weiter den gepanschten Stoff konsumieren). Akzeptanzorientierte Drogenarbeit zielt – ohne ein gesetztes Abstinenzgebot – auf die Verringerung der gesundheitlichen, sozialen und psychischen Risiken des Drogengebrauchs unter den gegebenen Prohibitionsbedingungen und berücksichtigt dabei das Selbstbestimmungsrecht der Konsumenten und deren Selbstverantwortlichkeit. Einbeziehung vorhandener Handlungskompetenz (nicht Defizitorientierung) und Selbstgestaltung als empowermentbezogene Stärkung/Unterstützung der/zur Selbstbemächtigung mit und ohne Drogen statt Zwangskorrektur und Entmündigung lässt sich als Grundverständnis einer akzeptanzorientierten Drogenhilfe begreifen (vgl. Schneider 2001).

Praktisch umgesetzt, bedeutet dies ein Paradigmenwechsel von abstinenzbezogenen Immunisierungsstrategien hin zu sachgerechten, auf Vor- und Nachteile zielenden, ausgewogenen, kontextnahen und risikominimierenden Substanzaufklärungen im Sinne der moderierenden

Stützung „regelorientierter und genussfähiger Gebrauchskompetenz“ (Schneider 2002). Es geht um eine szenen- und konsumentennahe Verbraucherberatung als pragmatische „Suchtprävention“ jenseits einer moralbezogenen, sklerotischen Anti-Drogenaufklärung und einer pädagogisch-induktiven Interaktion („Du sollst das wollen“). Jedoch muss das Risiko des Misslingens stets einkalkuliert werden: Drogengebrauchs-Hasardeure und die süchtige Verwendung von allen psychoaktiv wirksamen Substanzen zur Veränderung des „normalen“ Wachzustandes wird es immer geben. Alles was lebensnotwendig und genussorientiert ist, birgt auch Risiken. Unvernunft, Unvorsichtigkeit und Fahrlässigkeit, das Dionysische wie das Apollinische gehört zum Menschsein und ist integraler Bestandteil gesellschaftlichen Lebens.

3. Kurzfazit

Zusammengefasst kann festgehalten werden: Moderierende Unterstützung als Verbraucherberatung und Risikominimierung im Sinne eines Safer-Use zielt auf Überlebenshilfe, auf die selbsttätige Reduzierung von zwanghaften und exzessiven Drogengebrauchsmustern und auf die Stützung selbstbezogener Ausstiegsprozesse (relative Abstinenz, kontrollierter, regelorientierter Gebrauch mit und ohne Substitutionsmittel).

Eine weitergehende Praxisumsetzung ist leider zurzeit noch mit Vorurteilen wie Konsumanreizschaffung und Verharmlosung belastet. Es herrschen nach wie vor irrationale Drogenängste und Bedrohlichkeitsempfindungen in der Öffentlichkeit und auch in Teilen der Drogenhilfe. Ferner besteht das Missverständnis, dass eine Akzeptanz gleichzeitig eine moralische Sanktionierung beinhaltet. Dabei ist es Realität:

Drogengebrauch ist weder moralisch noch strafrechtlich „abschaffbar“, es gibt keinen Königsweg zum Umgang mit Drogengebrauch und Sucht. Eine notwendige „Normalisierung“ der drogalen Lebensbedingungen und hilfepraktischen Umgangsformen wird aber erst dann gelingen, wenn sich Drogenpolitik notwendigen Konsequenzen (personen- und handlungsbezogene Entkriminalisierung, substanzbezogene Legalisierung) nicht länger verschließt.

Herr Dr. Schneider führt ergänzend aus, dass es drei wesentliche Arbeitsschwerpunkte gebe: alternative Drogenforschung, akzeptanzorientierte Drogenarbeit und Drogenpolitik. Im Zu-

sammenhang mit der akzeptanzorientierten Drogenarbeit weist er darauf hin, dass es seit dem 10. April 2001 die Einrichtung eines Drogenkonsumraumes in Münster gebe. Bei Beachtung der folgenden Regeln könne ein kontrollierter Gebrauch von Drogen praktiziert werden: bewusste Einhaltung von Gebrauchsgemeinschaften, Distanzhaltung zur Drogenszene, Kalkulation des Finanzbudgets, Prioritätensetzung im Arbeits- und Freizeitbereich, kein Gebrauch von Drogen in Krisensituationen und die Beachtung von risikobewussten Gebrauchsformen.

Herr Dr. Schneider weist ferner darauf hin, dass man mit der Verabreichung einer Kombination aus dem synthetischen Hormon Kortisol und opiathaltigem Wasser in der Lage sei, das Suchtgedächtnis bei Ratten aufzulösen. Forscher würden es für möglich halten, ein ähnliches Verfahren auch bei Drogenabhängigen erfolgreich anzuwenden.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hamm

Herr Hüllinghorst trägt im Wesentlichen die folgende schriftliche Stellungnahme vor:

Nach dem Erhalt Ihrer Einladung, für die ich mich herzlich bedanke, stellten sich mir zunächst einmal eine Reihe von Fragen:

- „Worum geht es?“,
- „Worüber reden wir?“,
- „Was möchte man in Kiel wissen?“.

In Deutschland trinken - ermittelt auf der Basis einer Repräsentativerhebung von 1997 beziehungsweise 2001 -

- 4,9 Millionen Menschen Alkohol in riskanter Art und Weise, d.h. Frauen täglich mehr als 20 g und Männer täglich mehr als 30-40 g.
- Weitere 2,7 Millionen Menschen trinken so viel Alkohol, dass sie sich durch diesen Konsum selbst schädigen - körperlich oder sozial.
- Weitere 1,6 Millionen Menschen sind abhängig vom Alkohol.
- In Behandlung / Betreuung befinden sich lediglich 12,5 % der Abhängigen.

Vergleichen wir dazu den Konsum von Suchtmitteln, die nur illegal erhältlich sind, dann können wir - wieder auf der Basis der Repräsentativerhebung - schätzen, dass 2,1 Millionen Menschen regelmäßig z.B. Cannabis konsumieren. Wir wissen jedoch nicht, wie hoch der

Prozentsatz der riskant, schädlich oder abhängig konsumierenden Cannabis-Konsumenten ist.

Wir wissen jedoch, dass wir mit ungefähr 250.000 bis 300.000 Konsumenten harter Drogen rechnen müssen, davon 100.000 bis 150.000 mit hoher Konsumfrequenz oder hochriskanten Einnahmeformen. Wenn wir von der Basis 150.000 behandlungsbedürftig Abhängiger von „harten Drogen“ ausgehen, dann wissen wir, dass ungefähr 60 % von ihnen jährlich in irgendeiner Weise um Hilfe und Unterstützung nachsuchen. (siehe Anlage 1)

Was ist der Grund, um Menschen zu helfen, um zu intervenieren? Sicherlich und auf keinen Fall ein sozial und gesundheitlich unauffälliger Konsum. Grundlage für Interventionen können also sein:

- 1. Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) - Das ist sicherlich nicht das Thema des Sozialausschusses*
- 2. Hilfebedürftigkeit entsprechend dem SGB V (Krankenversicherung) oder dem SGB VI (Rentenversicherung)*
- 3. Ein- beziehungsweise Aufgriffe bei selbstschädigendem Verhalten*

Wenn es heute um „Neue Wege in der Drogenpolitik“ geht, stellen sich mir noch einmal eine Reihe von Fragen:

- Was ist Ziel dieser Anhörung?*
- Geht es um eine höhere Erreichungsquote der Menschen, die abhängig sind und sich oder andere dadurch schädigen?*
- Geht es darum, die Erfolgsquote bei der Behandlung Abhängigkeitskranker zu erhöhen?*
- Oder geht es darum, die Straßen frei von auffälligen Personen zu halten?*

Sehr häufig hören Sie und ich den Ausspruch: „Die Drogenpolitik ist gescheitert“. Aus dieser Aussage klingt immer ein sehr pauschaler Vorwurf. Worum geht es bei der Drogenpolitik eigentlich? Was sind die Indikatoren? Geht es bei der Drogenpolitik um die Zahl der Drogentoten? Geht es um die sichergestellten Mengen? Geht es um die illegal konsumierenden Menschen?

Hier gibt es meines Erachtens eine schon fast babylonisch zu nennende Sprachverwirrung.

Deshalb möchte ich Ihnen eine Folie auflegen, in der wir versuchen, über die Begriffsdefinitionen „Suchtmittelpolitik“ und „Gesundheitspolitik“ zu mehr Klarheit zu kommen.

Bei der Suchtmittelpolitik geht es um die Einflussnahme auf das Angebot und auf die Nachfrage. Das Angebot kann ich beeinflussen — können Politiker beeinflussen — durch Preisgestaltung und durch die Verfügbarkeit von Suchtmitteln. Verfügbarkeit wird beeinflusst durch Abgabealter, Zahl der Verkaufsstellen, Abgabezeiten, Abgabemengen usw. Die Nachfrage kann ich beeinflussen durch Öffentlichkeitsarbeit, Prävention, Information, Einflussnahme auf gesellschaftliche Einstellungen. Meine ich mit Drogenpolitik also Suchtmittelpolitik? Dann geht es um die Stoffe, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen. Im Betäubungsmittelgesetz gibt es 3 Kategorien, beziehungsweise werden Stoffe in drei Anlagen erfasst:

- 1. nicht verkehrsfähig,*
- 2. nicht verkehrsfähig, aber verschreibungsfähig,*
- 3. verschreibungsfähig.*

Beim Bundesmodellprogramm „Heroinverordnung“ geht es — einfach ausgedrückt — um die Beantwortung der Frage, ob Heroin von Anlage 1 in Anlage 3 umgruppiert werden soll, um es für jeden Arzt in Deutschland als Mittel der Wahl bei bestehender Abhängigkeit vom Heroin verschreiben zu können. (Es wird etwas komplizierter werden: Heroin wird in Anlage 1 bleiben, dafür wird möglicherweise ein heroinhaltiges Medikament in Anlage 3 aufgenommen.)

Unter Suchtmittelpolitik fällt auch - und das sei nur am Rande erwähnt - der Umgang mit Cannabis oder der Umgang mit legalen Suchtmitteln wie Alkohol, Tabak und Medikamenten, die heute in der Anhörung keine Rolle spielen.

Unter Gesundheitspolitik fassen wir alle die Interventionen zusammen, die bei riskantem, schädlichem und abhängigem Konsum erforderlich sind. Ich spreche absichtlich nicht von „Missbrauch“. Missbrauch ist auch der Konsum zur falschen Zeit (zum Beispiel durch Jugendliche) oder am falschen Ort (z. B. Alkohol im Straßenverkehr), aber auch bei Verstoß gegen geltendes Recht (illegale Suchtmittel) — all das erfordert keine gesundheitsbezogenen Interventionen. Aber wenn ein Mensch abhängig ist, krank ist, greifen alle Vorschriften des Sozialgesetzbuches V. Und zwar in der Reihenfolge: Lindern, bessern und heilen.

Einschub: Sie kennen das alle. Im Kommunalparlament wird über „Drogen“ debattiert, jeder ist Fachmann und alle wollen mitreden. In der Gesundheitspolitik im eben beschriebenen Sinn geht es jedoch nicht um eine allgemeine Diskussion über Drogen, sondern es geht um eine fachgerechte, evidenzbasierte und leitlinien-gestützte Versorgung von Menschen, die entweder krank sind oder in der Gefahr stehen, krank zu werden. Deshalb sind „Missbraucher“ in diesem Zusammenhang nicht von Interesse. Die Politik kann und muss die Rahmenbedingungen für die Behandlung schaffen — sie kann aber weder die Behandlung regeln noch vorschreiben.

Natürlich gibt es in der Hilfe für Abhängige von Drogen Ungereimtheiten und Unzufriedenheiten, auf die selbst politisch kaum Einfluss genommen werden kann. Beispiel: Der bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angesiedelte Ausschuss Ärzte und Krankenkassen entscheidet darüber, ob eine Behandlungsmethode durch die gesetzliche Krankenkasse zu finanzieren ist. Die Substitutionsbehandlung befindet sich aktuell noch in der Modellphase und im Moment wird bewertet, wie es weitergehen soll. Für uns spielt dabei insbesondere die mangelnde Finanzierung der psychotherapeutisch/sozialen Betreuung eine große Rolle. Meines Erachtens ist diese Betreuung eindeutig eine Leistung, die durch die GKV übernommen werden muss, weil es sich um eine Gesamtleistung zur Überwindung einer Krankheit handelt. Eine Reihe von orthopädischen Erkrankungen zum Beispiel benötigen Ergotherapie in Ergänzung der ärztlichen Behandlung. Fakt ist jedoch, dass Kommunen und Länder hier subsidiär einspringen.

Auch die Sicherstellung der Versorgung drogenabhängiger Menschen ist kein durch die Politik zu erledigender beziehungsweise zu regelndes Politikfeld. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Sicherstellungsauftrag zur ambulanten Behandlung kranker Menschen. Das gilt auch für Drogenabhängige. Man muss also darauf achten — seien die Probleme auf den ersten Eindruck auch noch so brisant — die Verantwortung dort zu lassen, wo sie hingehört. Ein weiteres Problemfeld ist die stationäre Akutbehandlung. Hier wird durch die Krankenversicherung in vielen Bundesländern die notwendige Zeitdauer so reduziert, dass subsidiär sich wiederum Kommunen und Land zu Unterstützungsleistungen gezwungen sehen.

Zusammenfassung: Wenn erwachsene Konsumenten von Suchtmitteln, gleich ob legal oder illegal, sich oder andere nicht schädigen, sind sie weder eine Zielgruppe für Politiker noch für Ärzte. Wenn der Konsum zu körperlichen und/oder psychischen Störungen oder Schäden - bis hin zu Abhängigkeit - führt, handelt es sich um Krankheit. Abhängige haben wie alle Ver-

sicherten ein Recht auf Behandlung, auf Linderung, Besserung und Heilung. Die gesetzliche Grundlage dafür ist vorhanden.

In der Umsetzung gibt es Probleme, die politisch nur schwer beeinflussbar sind:

- *Die Selbstverwaltungsorgane der Ärzteschaft und der Krankenkassen pochen auf ihre Autonomie;*
- *der Ausschuss Ärzte und Krankenkassen entscheidet über die Anerkennung von Krankheiten und Behandlungsmethoden, und damit über die Finanzierung.*

Dennoch sind Landespolitiker nicht ohne Macht:

- *Sie stellen sicher, dass alle Bürger ihres Landes Chance auf die gleichen Hilfen haben;*
- *sie finanzieren ergänzend notwendige Angebote in der Versorgung (nicht Behandlung!) Suchtkranker;*
- *sie können die standespolitischen Diskussionen beeinflussen;*
- *sie können Gesundheitsziele entwickeln und deren Umsetzung verfolgen,*
- *sie können Änderung von Bundesgesetzen (BtMG, SGB V, SGB VI) politisch anregen, unterstützen oder über den Bundesrat einbringen.*
- *Sie können aber auch ihre eigenen Arbeitsmöglichkeiten verbessern, indem sie die ihnen zur Verfügung stehenden Instrumente nutzen oder aber*
- *arbeitsfeldübergreifende Präventions- oder Hilfeansätze aufgreifen und umsetzen.*

Dazu ein kurzes Beispiel:

In einigen Bundesländern ist ein Modellprogramm zur Früherkennung und Frühintervention von erstmals im Zusammenhang mit Drogenkonsum (in der Regel Cannabis) auffällig gewordenen Kindern und Jugendlichen entwickelt worden. Dabei handelt es sich um jährlich ca. 58.000 Fälle, in denen ein Verfahren gem. § 31 a BtMG eingestellt wird. Pädagogisch ist es jedoch nützlich, die Auffälligkeit zum Anlass für — zumindest — ein Gespräch zu nehmen. Dazu verteilt die Polizei, evtl. die Staatsanwaltschaft, einen Handzettel, der auf ein entsprechendes Kursangebot der Beratungsstelle hinweist.

Die dazu erforderliche Zusammenarbeit zwischen Polizei, Staatsanwaltschaft und Drogen-

hilfeeinrichtung scheint so etwa das Schwerste zu sein, was man sich vorstellen kann. Aufgrund dessen werden im Programm wohl noch einige Städte aufgenommen werden, weil die Zusammenarbeit — bei einem von allen als wichtig erkanntem Ansatz — in anderen Städten einfach nicht möglich zu sein scheint.

Landespolitiker/-innen sind zuständig für das Innenministerium (Polizei), für das Justizministerium (Staatsanwaltschaft) und für des Gesundheitsministerium (Hilfesystem). Wenn sie etwas wollen, dürfte es nicht scheitern!

Herr Hüllinghorst führt ergänzend aus, dass das Herauswachsen aus der Sucht zwar schwierig, aber die Normalität sei. Dabei würden natürlich das Suchtpotenzial eines Stoffes und die sozialen Hilfestellungen eine Rolle spielen. Er spricht weiterhin den kontrollierten Konsum an. In diesem Fall bestehe kein Grund für die Gesellschaft, zu intervenieren. Staatliches Handeln sei erst dann erforderlich, wenn eine Schädigung eingetreten sei.

Als Erwiderung auf die Ausführungen von Herrn Dr. Schneider weist Herr Hüllinghorst ferner darauf hin, dass es nicht allein um die Pathologisierung von Konsumenten gehe und dass man kein Schwarz-Weiß-Bild zeichnen dürfe. Es gebe klare Kriterien dafür, wann ein schädlicher Konsum zu einer Krankheit führe. In diesem Fall gebe es einen Anspruch auf Hilfe durch die gesetzliche Krankenversicherung. Dazu gehöre beispielsweise die Aufstellung eines Hilfe- und Therapieplanes. Abschließend stellt Herr Hüllinghorst fest, dass es darum gehen müsse, Menschen von der Szene fern zu halten. Es sei ein wichtiger Ansatz, die Zusammenarbeit im Bereich „Hilfe für Drogenabhängige“ und im Bereich „Jugendhilfe“ zu verbessern.

Abg. Tengler möchte wissen, ob es stimme, dass ein vom Alkohol Abhängiger nicht kontrolliert trinken könne, und ob bei Heroin und Kokain bereits nach einem zweimaligen Konsum eine Abhängigkeit bestehe. Darüber hinaus gibt sie zu bedenken, ob es nicht ein falsches Signal sei, wenn man davon spreche, dass ein kontrollierter Gebrauch leicht möglich sei.

Herr Dr. Schneider erklärt, dass er auf dem Gebiet des Alkoholmissbrauchs noch nicht gearbeitet habe und dass er deswegen keine Aussage darüber machen könne. In Bezug auf andere Drogen stellt er fest, dass man nicht verallgemeinern dürfe. Es gebe Menschen, die beispielsweise über lange Zeit zwar gesniff, aber nie gespritzt hätten. Um verlässliche Aussagen über Gebrauchsmuster machen zu können, müsse aber eine Längsschnittstudie von mindestens 10

Jahren durchgeführt werden. Es sei noch Forschung nötig, um festzustellen, welche Regeln angewendet werden müssten, um den Gebrauch zu stabilisieren. Es gebe Menschen, die zu einem kontrollierten Gebrauch fähig seien. Durch die Unterstützung im Rahmen der niedrigschwelligen Drogenarbeit könne es zu einem von der betroffenen Person selbst initiierten Ausstieg kommen.

Abg. Nabel fragt, ob das von Herrn Dr. Schneider vorgestellte Vorgehen bei einem größeren Personenkreis noch besser funktioniere, wenn die gesellschaftliche Akzeptanz dafür größer wäre.

Herr Dr. Schneider betont, dass es unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten und Gebrauchsmuster, aber nicht *den* Drogenabhängigen gebe. Deswegen müsse es unterschiedliche Angebote von sehr niedrigschwellig bis sehr hochschwellig geben. Diese Angebote könnten Therapie, Substitution, Entzug und Überlebenshilfe sein.

Abg. Nabel stellt die Nachfrage, ob weniger Suchtberatungsstellen und Therapieplätze benötigt würden, wenn die Gesellschaft nicht hysterisch und panikartig auf Drogengebrauch reagieren würde und wenn es ein insgesamt gutes soziales Setting gebe.

Herr Dr. Schneider erwidert, dass es diese gesellschaftlichen Bedingungen nicht gebe. Es sei aber wichtig, dass ein normaler Umgang mit Drogenabhängigen gepflegt werde und dass die betroffenen Menschen nicht stigmatisiert würden. Das Suchtphänomen würde dadurch allerdings nicht verschwinden.

Herr Hüllinghorst vertritt die Ansicht, dass Menschen nicht auffällig würden, wenn sie kein Problem mit ihrem Konsum hätten. Erst wenn sie auffällig würden, würden sie stigmatisiert und ausgegrenzt. In diesem Fall müsse das soziale Umfeld beziehungsweise der Staat eingreifen. Das öffentliche Handeln müsse aber begründbar sein. Herr Hüllinghorst führt weiterhin aus, dass die bestehenden Strukturen optimiert werden sollten. Dazu gehöre die Frage, wie man das ärztliche Handeln sozial begleiten könne. Die jeweiligen Verantwortlichkeiten sollten aber bestehen bleiben.

Abg. Dr. Garg bezweifelt die Ansicht von Herrn Dr. Schneider, dass der Drogenabhängige per se stigmatisiert werde. Er stellt die Frage, wo in der Öffentlichkeit und in der Politik ein eindimensionales Bild von Drogenabhängigen bestünde.

Herr Dr. Schneider antwortet, dass das Bild vom kaputten, kriminellen Junkie vor allen Dingen in den Massenmedien gezeichnet werde und damit in der Öffentlichkeit vorherrsche. Dabei hätten sich die Verhältnisse aufgrund der niederschweligen Angebote, der Akzeptanzorientierung und der Substitution verbessert. Wenn beispielsweise ein oder zwei Spritzen in der Öffentlichkeit gefunden würden, fange sofort die öffentliche Diskussion darüber an, dass die Drogenszene verschwinden müsse. Die Aufgabe der Politik sei es, die Grundlagen für einen anderen Umgang mit diesen Menschen zu schaffen. Bis jetzt sei es beispielsweise so, dass einem Cannabiskonsumenten im Gegensatz zu einem Alkoholkonsumenten der Führerschein entzogen werden könne, auch wenn er nicht am Straßenverkehr teilnehme.

Institut für Therapieforschung München

In sechs Punkten nimmt Herr Dr. Bühringer zu neuen Entwicklungen bei der Behandlung drogenbezogener Störungen Stellung. Mit der gegenüber dem eigentlichen Diskussionspunkt „Neue Entwicklungen des Drogenentzugs und der Drogentherapie“ veränderten Themenstellung sollten zum einen Entzug und Therapie begrifflich zusammengefasst und zum anderen das sehr weite Spektrum des Drogengebrauchs hervorgehoben werden.

Erstens: Ätiologie und Störungsbild. Zunächst müsse man sich vom Uniformitätsmythos lossagen und individuelle Unterschiede, die lange Zeit nicht beachtet worden seien, stärker gewichten. Dafür benötige man ein sehr viel breiteres Behandlungsangebot, bei dem auch Risikofaktoren wie genetische Prädisposition, Missbrauchsverhalten in der Familie, Erziehungsstile, frühe psychische Störungen (Komorbidität), frühes deviantes und delinquentes Verhalten, Einfluss der Peer-Gruppe und Verfügbarkeit von psychoaktiven Substanzen sowie protektive Faktoren wie Verhaltenskompetenzen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen, Kommunikationsfertigkeiten, Selbstvertrauen und Stressbewältigung berücksichtigt werden müssten. Diesbezügliche Studien seien vor allem im Ausland durchgeführt worden, aber auch die ANEPSA-Studien hätten komplexe Verläufe festgestellt.

Risikofaktoren im Verlauf des Konsums seien Drogennotfall und Drogentodesfall. Risikokonstellationen für das Auftreten von Drogennotfällen seien somatische und psychische Komorbidität, Schwere der Abhängigkeit, kritische Lebensereignisse (z.B. Rückfall, Beziehungskonflikte, Konflikte im Umgang mit Behörden et cetera, finanzielle Probleme), Mischkonsum (v.a. Kombination verschiedener atemdepressiver Substanzen wie Morphine, Alkohol u. Benzodiazepine) und Überdosierung nach Abstinenzphase. Risikokonstellationen für den tödlichen Ausgang von Drogennotfällen seien Verkennung der durch Atemdepression und Sauerstoffmangel

hervorgerufenen Symptome durch Anwesende, indem zum Beispiel so genannte Schnappatmung als Schnarchen fehlinterpretiert werde, sodass notwendige Hilfsmaßnahmen nicht eingeleitet würden, sowie zu späte Information des Notarztes, da Angst vor Strafverfolgung bestehe.

Schließlich sei eine neue Studie zur Analyse der Problematik cannabisbezogener Störungen nötig, da es hierüber noch zu wenig Wissen gebe, obwohl die Zahl der Betroffenen ständig zunehme.

Zweitens müsse der Diagnostik ein höherer Stellenwert als bisher eingeräumt werden. Aus der Analyse individueller Unterschiede könne dann ein individueller Therapieplan aufgestellt werden, der Art und Ausprägung der Störungen, Ressourcen und Veränderungsbereitschaft berücksichtige. Hiervon hänge die Zuordnung von therapeutischen Interventionen maßgeblich ab. Systematisch werde das erst jetzt in einer neuen Untersuchungen der bayerischen ASAT-Forschungsgruppe erforscht.

Drittens: Die Förderung der Veränderungsbereitschaft müsse auf einer Analyse der Stadien der Veränderungsbereitschaft - eine Erkenntnis, die sich erst in den letzten Jahren in Deutschland durchgesetzt habe -, basieren. Schließlich sei auch die Frage des Einsatzes von äußeren Zwängen bei therapeutischen Verfahren zu klären; es habe sich gezeigt, dass man mit dem Druckmittel „Therapie statt Strafe“ Erfolge erzielen könne.

Viertens: Beim therapeutischen Setting tendiere man mittlerweile zu früheren Interventionen; weitere Tendenzen gingen in Richtung Verkürzung der Therapiezeit, mehr ambulante Behandlung, stärkere Strukturierung der ambulanten Behandlung, Verbesserung der Therapieorganisation durch bessere Abstimmung von Substitution und psychosozialer Behandlung, sowie ambulante Weiterbehandlung.

Fünftens: Therapeutische Interventionen. Zu den Entwicklungen im Therapiebereich gehörten eine Individualisierung der Behandlung, eine stärkere Einbeziehung des Patienten in die Auswahl von Zielen und Massnahmen, ein je nach Störungsbild höherer Anteil psychotherapeutischer Interventionen, mehr manualgesteuerte Therapien im Sinne von Qualitätsmanagement, ein Kontingenz-Management, bei dem durch ein Belohnungssystem minimalste therapeutische Kontakte zu Personen mit Persönlichkeitsstörungen aufgebaut würden, und schließlich der Einsatz von neuen Medikamenten beziehungsweise von Originalsubstanzen; das zentrale Problem sei jedoch die regelmäßige Anwendung.

Sechstens. Beim Entzug seien verschiedene Modelle denkbar, so ein „qualifizierter“ Entzug, der den Stress des Entzugs mit psychotherapeutischen und sozialen Hilfen mindere, ein Turbo-Entzug durch Verbindung von Narkose und Medikation, der aber sehr viel Mitarbeit der Drogenabhängigen voraussetze, Akupunktur oder eine forcierte Rückprägungstherapie, bei der versucht wird, Konditionierungsprozesse im Gehirn, das Suchtgedächtnis, durch systematische Gabe von Opiaten in Stressversuchen aufzuheben.

In einer Schlussbemerkung weist Dr. Bühringer darauf hin, dass der bisherige Schwerpunkt, der das Interesse des Staates auf die Bekämpfung illegaler Substanzen lege, nicht der objektiven Problemlage in Deutschland entspreche. Dieses zeigt er anhand von Tabellen mit Darstellung der Folgekosten sowie der Todesfälle aufgrund des Konsums von Alkohol, Tabak und illegalen Substanzen sowie der entsprechenden Prävalenz.

Gynäkologie, Suchtakupunktur, Hamburg

Herr Dr. Raben stellt kurz die Zielsetzung von NADA, der National Acupuncture Detoxification Association, vor, Ausbildungsmöglichkeiten zu schaffen, Akupunktur in der Suchtbehandlung seriös einzusetzen und die wissenschaftliche Evaluation zu fördern, und referiert daraufhin im Wesentlichen folgende schriftlich vorliegende Stellungnahme zur Rolle der Akupunktur in der Suchtbehandlung:

Über 1500 etablierte Suchthilfeprogramme arbeiten weltweit systematisch mit Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll, um alkohol- und drogenabhängige Patienten zu behandeln.

Die Methode der akupunkturgestützten Suchtbehandlung wurde in den 70er-Jahren am staatlichen New Yorker Lincoln-Hospital entwickelt. Sie wurde an vielen Tausend Patienten dort erfolgreich erprobt und wissenschaftlich evaluiert. Die Drogenambulanz dieser Klinik wurde in den 70er- und 80er-Jahren für die USA zu einem Modell für den ambulanten Alkohol- und Drogenentzug. Über 800 Behandlungsprogramme arbeiten in Nordamerika mit der Methode alternativ oder ergänzend zur methadon- und medikamentengestützten Behandlung. Der amerikanische Drogenbeauftragte Trachtenberg bezeichnete im letzten Jahr Akupunktur als eine effektive und nunmehr normale Ergänzung der Suchtbehandlung.

Seit 1991 wird die Methode in der Schleswig-Holsteinischen Fachklinik Bokholt (früher Reha-Klinik Agethorst) bei Itzehoe angewandt. Dort wurden bislang über 4500 Patienten von Heroin, Methadon, Kokain, Crack, Alkohol und Medikamenten ohne Substitutionsmittel erfolg-

reich entzogen und zu einem großen Teil rehabilitiert. Von dieser Klinik ausgehend wurde 1992 die deutsche NADA gegründet, um standardisierte, seriöse Ausbildung in der Methode zu gewährleisten und wissenschaftliche Evaluation zu fördern.

Derzeit wird in etwa 200 Suchthilfeeinrichtungen der Bundesrepublik diese besondere Form der Akupunktur angewandt und in das bestehende Behandlungsprogramm integriert. In Schleswig-Holstein z.B. auch im Heinrich-Sengelmann-Krankenhaus (Bargfeld-Stegen), u.a.

Insbesondere in den USA, in England, Schweden, Italien, Dänemark und Ungarn hat die Behandlung nach dem NADA Protokoll eine große Bedeutung erlangt: neuerdings auch aus dem Grunde, da es zur Behandlung der zunehmenden Kokain- und Crackabhängigkeit keine wirksame Pharmakotherapie gibt.

Es folgt eine zusammenfassende Darstellung über diese Behandlung in 20 Punkten:

- 1. Akupunktur lindert Symptome des Entzugs von Alkohol, Opiaten wie Heroin, von Methadon, Kokain, Benzodiazepinen und anderen Substanzen wie z.B. Amphetaminen.*
- 2. Akupunktur zur Behandlung der Kokain-(Crack-)abhängigkeit gilt als wichtige Innovation, da es keine etablierte pharmakologische Therapie gibt.*
- 3. Akupunktur wird in einem Behandlungsprogramm nicht nur zur Entgiftung, sondern auch als Grundlage und zur Begleitung für psychosoziale Rehabilitation eingesetzt.*
- 4. Akupunktur ist darin eine nicht-konfrontative Komponente, eine nicht-ängstigende „first-step“-Intervention und hat einen anfangs unmittelbar beruhigenden Effekt auf Patienten.*
- 5. Teilnahme an Akupunktur verbessert den Therapieerfolg von Patienten in einer Suchtbehandlung.*
- 6. In den meisten Behandlungsprogrammen nach dem NADA-Protokoll bekommen die Patienten drei bis fünf feine Einmalnadeln in jedes Ohr, sitzen in der Gruppe in einem größeren Behandlungsraum, sodass bequem eine größere Zahl von Patienten behandelt werden kann.*

7. *Diese Art einer medikamentenfreien Behandlung wird erfahrungsgemäß von sehr vielen Patienten mit Alkohol-, Heroin-, Methadon- und vor allem Kokain-, Exstasy- und Crackproblemen akzeptiert.*
8. *Die sichere und kosteneffektive Behandlung wird zunehmend von ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen eingesetzt.*
9. *Dr. Michael Smith, Psychiater und Direktor der Drogenambulanz des Lincoln-Hospital (Bronx/NYC), und seine Kollegen entwickelten nach zahlreichen Tests Anfang der 70er-Jahre eine 5-Punkte-Formel der Ohrakupunktur, die während der letzten 15 Jahre international zum Standard auf diesem Gebiet wurde. Sie wurde bereits an mehreren Hunderttausend Patienten für effektiv befunden.*
10. *Diese Akupunkturpunkte sind anatomisch definiert, liegen in der Haut des äußeren Ohres und heißen in der Nomenklatur: Vegetativum (Punkt 51), Shen Men (Punkt 55), Niere (Punkt 95), Leber (Punkt 97) und Lunge (Punkt 101).*
11. *Diese Formel scheint effektiv zu sein bei den verschiedensten Menschen, bei verschiedenen Substanzen und in verschiedenen Stadien der Suchtbehandlung.*
12. *Patienten beschreiben die Wirkung der Akupunktur als eine besondere Art von innerem Ausgleich: „Ich war entspannt, aber wach“, oder: „Ich konnte entspannen, ohne die Kontrolle zu verlieren.“ Patienten, die niedergeschlagen oder erschöpft sind, sagen, dass sie sich stärker fühlen.*
13. *Akupunktur reduziert bei den meisten Patienten Entzugssymptome, vermindert das Suchtverlangen (craving), stabilisiert ihn, mindert seine Ängstlichkeit und hilft dem Patienten, seine innere Kontrolle wiederzuerlangen.*
14. *Insbesondere bei schwierigen, ambivalenten Patienten (junge Leute, Kombination von Crack und Alkohol, Kombination mit Angststörungen und weiteren psychiatrischen Störungen), die sonst für kein Behandlungsprogramm gewonnen werden können, ist es wichtig, einen nicht-konfrontativen, aber dennoch strukturierten Zugang zu schaffen. Das Prinzip der NADA-Behandlung setzt auf eine stetig wiederholte (anfangs möglichst tägliche) Behandlung und fügt weitere wichtige Behandlungselemente der Akupunktur hinzu. Die Akupunktur wird in einem besonderen Setting angeboten, das den Patienten sofort Hilfe gibt, aber auch Struktur vermittelt:*

- *Leichter Zugang zur Behandlung*
- *Ohrakupunktur in einer offenen Gruppe*
- *Dauer 35 bis 45 Minuten*
- *Patienten sitzen in Sesseln*
- *Behandlung ohne Konfrontation, fast non-verbal*
- *Akupunktur zu Anfang möglichst täglich*
- *In der zweiten Phase geschickte Integration in psychosoziale Rehabilitation und Therapie*

15. *Es gibt eine Reihe von kontrollierten wissenschaftlichen Studien zur Effektivität der Behandlung: für Alkoholpatienten z.B. Bullock et al. 1989 oder eine deutsche Untersuchung der Universität Hamburg: Buhk et al. 2001, für Kokainpatienten in Methadonprogrammen eine sehr sorgfältige randomisierte Studie von der Yale Universität: Avants et al. 2000 und Margolin et al. 1993, für Crack-Kokain Patienten: Lipton et al. 1994, und z.B. für drogenabhängige Gefängnisinsassen vom Karolinska Hospital Stockholm: Bermann (2000).*

16. *Akupunktur wird in der Bundesrepublik in unterschiedlichen Einrichtungen angewandt (s.a. www.nada-akupunktur.de):*

- *im stationären Entzug*
- *im ambulanten medikamentengestützten Entzug*
- *als begleitende Behandlung von Methadonpatienten*
- *zur ambulanten Entzugsbehandlung von Alkoholkranken*
- *zur begleitenden Behandlung entzogener Alkohol- oder Drogenkranke*
- *zur Unterstützung der Rehabilitation*
- *zur Rückfallprophylaxe nach Methadon/Heroin- Alkohol- oder Kokainentzug*
- *im Gefängnis (ca. 50 % der Gefangenen sind drogenabhängig)*
- *zur Behandlung von alkohol- oder drogenabhängigen Schwangeren*

17. *Was fehlt? In der Bundesrepublik gibt es derzeit – nach Auffassung sämtlicher Experten – deutlich zu wenig Einrichtungen, die ambulant qualifiziert Alkohol- und Drogenentzug leisten können. Akupunktur nach dem NADA-Protokoll ist unter den Bedingungen des ambulanten Entzugs entwickelt worden. Sie eignet sich ganz besonders für die ambulante Behandlung (Entzug, Reha, Rückfallprophylaxe). Sie bietet auch den schwierigsten Klienten eine akzeptable Chance. Hier ist ein großes Potential, effektiv, menschenfreundlich und kostengünstig arbeiten zu können.*
18. *Akupunktur könnte sich als einfache therapeutische Methode wie ein roter Behandlungsfaden durch die verschiedenen Stadien und oft jahrelange „Karriere“ von Suchtpatienten ziehen und ein verbindendes Element darstellen: in der Drogenberatungsstelle, beim Arzt in der Praxis, in der psychiatrischen Klinik, im stationären Entzug, in der Entbindungsklinik, im ambulanten Entzug, in der Rehabilitation, im Gefängnis.*
19. *Ein Beispiel: Seit 21 Monaten wird Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll auch in der Justizvollzugsanstalt I, Hamburg-Fuhlsbüttel („Santa Fu“) den Gefangenen angeboten. Ziele: Besserer Schlaf, Reduktion des illegalen Drogenkonsums und des Alkoholkonsums im Gefängnis. Die Nachfrage nach Behandlungen ist viel größer als das derzeit mögliche Angebot. Die Akupunkteure vor Ort (Krankenpfleger und ÄrztInnen) machen wie ihre Patienten die gleichen positiven Erfahrungen mit dem einfachen Behandlungsprogramm wie ihre schwedischen, englischen und amerikanischen Kollegen. Der Drogenkonsum lässt nach, die Bereitschaft für Therapie und psychosoziale Rehabilitation ist deutlich größer. Entlassene Gefangene werden oft in ambulanten Drogenberatungsstellen, die akupunktieren, weiterbetreut.*
20. *Da die Methode einfach und ungefährlich durchzuführen ist, bedarf es keines besonderen Kontrollapparates seitens der Ärztekammern oder der Gesundheitsbehörden. Die Ausbildung in Akupunktur nach dem NADA-Protokoll dauert vier Tage. Vorkenntnisse in Akupunktur sind dazu nicht erforderlich. NADA ist ein gemeinnütziger Verein und bildet alle aus, die professionell in der Suchthilfe arbeiten, auch Nicht-Ärzte.*

Ergänzend führt Herr Raben aus, dass die Methode aufgrund deren Motivation sehr gut für Schwangere geeignet sei. Beim Einsatz der beschriebenen Methode in der Hamburger Einrichtung finde außerdem eine Durchmischung der verschiedenen Klienten/Patienten statt, so dass unter therapeutischen Gesichtspunkten die Trennung von Alkohol- und Drogenabhängigen keinen Sinn mache.

Abg. Birk fragt, ob es Vorbehalte bei Krankenkassen oder anderen Entscheidungsträgern im Rahmen der Einführung dieser Methode in Arztpraxen und konkret in der Justizvollzugsanstalt gegeben habe und, falls ja, wie diese überwunden worden seien. Daraufhin legt Herr Dr. Raben dar, dass die Krankenkassen zwar nicht eine einzelne Akupunktursitzung bei einem niedergelassenen Arzt, aber Akupunktur im Rahmen der Krankenpflege im Krankenhaus oder in Betreuungseinrichtungen über die entsprechenden Sätze bezahlen würden. Mittlerweile sei auch geklärt, dass in Akupunktur ausgebildete Nichtärzte akupunktieren dürften, sofern eine allgemeine ärztliche Versorgung gesichert sei. Der Einsatz in der JVA in Hamburg - diese nehme darin eine Vorbildfunktion in Deutschland ein - sei auf Anregung der ehemaligen Hamburger Senatorinnen Frau Roth und Frau Peschel-Gutzeit geschehen; auch hier werde diese Leistung von freiwillig ausgebildeten Betreuern erbracht.

Auf die Frage der Abg. Hinrichsen zum Stand der Cannabis-Studie berichtet Herr Dr. Bühringer, dass die Studie mit der ersten Phase der Datenerhebung angelaufen sei und in circa 2 Jahren beendet sein werde. Auch die Studie zu psychosozialer Betreuung und Substitution, nach der Abg. Tengler gefragt hatte, sei gerade begonnen worden; sie gehöre zu einem von 20 Projekten, die im Rahmen von vier Forschungsverbänden durch das BMF in Deutschland gefördert würden, und untersuche die unterschiedlichen organisatorischen und wissenschaftlichen Verfahrensweisen bei psychosozialer Betreuung und Substitution. Es sollten standardisierte diagnostische Therapiebausteine entwickelt und nach theoretischen Konzepten Interventionen bestimmten Störungsbildern systematisch zugeordnet werden; einher damit gehe auch eine finanzielle Regelung für Maßnahmen, die bisher nicht bezahlt würden.

Evangelische Fachhochschule Reutlingen-Ludwigsburg

Frau Prof. Dr. Winkler trägt im Wesentlichen die folgende schriftliche Stellungnahme zur Bedeutung geschlechtsspezifischer Ansätze bei der Gestaltung von Behandlungsangeboten für Suchtmittelabhängige vor:

Auch wenn Frauen seltener suchtmittelabhängig werden¹, seltener in stationären Behandlungseinrichtungen anzutreffen sind² und auch ambulante Beratungsstellen³ seltener als

¹ der Frauenanteil beträgt je nach Stichprobe 20-30%, bei Medikamentenabhängigkeit ca. 56% (Kraus & Augustin, 2001)

² knapp 20% Patientinnen (Türk, D. & Welsch, K., 2000)

männliche Abhängige aufsuchen, kann man doch nicht behaupten Suchtmittelabhängigkeit bei Frauen sei ein unbedeutendes Phänomen.

Dennoch, die Suchtkrankenhilfe ist nicht nur historisch gesehen für Männer geschaffen worden - denn diese waren es zuerst, die als Alkoholiker oder Drogenabhängige auffällig wurden - von dieser Ausrichtung hat sie sich bis heute nicht ganz freimachen können. Immer noch ist es nicht selbstverständlich, Behandlungsangebote geschlechtssensibel zu konzipieren, d. h. sie auf die Bedürfnisse der suchtmittelabhängigen Frauen auszurichten.

Will man die aktuelle Situation suchtmittelabhängiger Frauen verstehen, ist es hilfreich kurz einige historische Betrachtungen anzustellen. Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts herrschte die Überzeugung, Frauen blieben schon alleine durch ihre behüteteren sozialen Lebensbedingungen von Alkoholismus bewahrt. Suchtmittelabhängigkeit – insbesondere Alkoholismus - bei Frauen galt lange Zeit als Tabu: (Starker) Alkoholkonsum stand im Widerspruch zu Rollenerwartungen an Frauen in Familie und Gesellschaft und wurde nicht nur als abnorm und pathologisch betrachtet, sondern galt zugleich auch als Indiz für die Bereitschaft zu anderen Abweichungen (z.B. Promiskuität). Die Tabuverletzung Trinken wird daher von massiven sozialen Sanktionen begleitet, die alkoholabhängigen Frauen bezahlen mit erheblichen Schuld- und Schamgefühlen. (Aaltonen & Makela 1994; Gomberg 1987). Das Bild der Alkoholikerin insbesondere der alkoholabhängigen Mutter war und ist immer noch extrem schlecht. (Hankin, McCaul & Heussner, 2000.)

Darüber hinaus führte der Vergleich trinkender Frauen und Männer lange Zeit über dazu, dass männliches Trinkverhalten und die damit verbundenen Probleme als „Norm“ angesehen wurden, an der alkoholabhängige Frauen gemessen wurden. Dies hatte zur Folge, dass sie lediglich als eine „problematischere“ Variante männlicher Alkoholabhängiger betrachtet wurden. Erst seit Mittel/Ende der 80er-Jahre des 20. Jahrhunderts wurde den speziellen Lebensbedingungen der suchtmittelabhängigen Frauen vermehrt Aufmerksamkeit zu Teil.

Ihre aktuelle Situation ist durch folgende Faktoren gekennzeichnet:

³ gut 20% Klientinnen (Türk, D. & Welsch, K., 2000)

1. *die deutlich negativere Sichtweise suchtmittelabhängiger Frauen in unserer Gesellschaft,*
2. *die Tatsache, dass Fachwissen zum Thema Suchtmittelabhängigkeit lange Zeit ausschließlich an Männern gewonnen wurde und die vorhandenen Informationsdefizite erst allmählich ausgeglichen werden,*
3. *die Tatsache, dass Frauen in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe eine zahlenmäßige Minderheit darstellen⁴.*

Für die Beratung und Behandlung suchtmittelabhängiger Frauen ergeben sich folgende Probleme:

- *Es ist zu vermuten, dass nicht alle Frauen, die Behandlung benötigen, von den vorhandenen Angeboten auch erreicht werden. Die geschätzte Zahl suchtmittelabhängiger Frauen ist möglicherweise größer als die Anzahl der Frauen, die dann auch tatsächlich in Behandlungseinrichtungen anzutreffen sind. Bekannt sind Barrieren, die Frauen die Entscheidung für eine Behandlung in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe erschweren. (Häufig genannt werden hier: der Widerstand des Partners und der Familie gegen den Behandlungswunsch, die vorrangige Zuständigkeit für die Versorgung der Kinder, Angst vor sozialer Abwertung und Stigmatisierung, Aspekte bei der Gestaltung der Behandlungsangebote).*
- *Wenn sich Krankheitsverständnis, Problemsicht und Therapieziele an der männlichen Mehrheit orientieren, d.h. Therapieinhalte sich stark auf die Lebenssituation von Männern beziehen, spezielle Probleme der Frauen übersehen oder als unwichtig angesehen werden, bedeutet das für die behandelten Frauen ein besonderes Risiko: Bereiten den Klientinnen und Patientinnen andere Bereiche Probleme als ihren männlichen Mitpatienten, kann diese Empfindung von „Anderssein“ auf dem Hintergrund eines beschädigten*

⁴ Der Anteil von Frauen an der Gesamtzahl der Suchtmittelabhängigen beträgt je nach Substanz zwischen 20-60%. In stationären Behandlungseinrichtungen sind aber nur 16% (Drogenkliniken) bis 20% Alkoholfachkliniken Frauen. (Türk & Welsch, 2000, S.37; S.59).

Selbstwertgefühls leicht als „schlechter sein“, „gestörter sein“, „nicht richtig sein“, interpretiert werden.

- *Patientinnen sind in Behandlungseinrichtungen, in denen sie gemeinsam mit Männern behandelt werden, zahlenmäßig in der Minderheit⁵. Diese numerische Minderheitssituation stellt ein Therapierisiko für suchtmittelabhängige Frauen dar. Sind Frauen eine extreme zahlenmäßige Minderheit treten bestimmte Wahrnehmungsphänomene und kognitive Verzerrungen seitens der Vertreter der Mehrheit auf, denen sich einzelne Frauen nicht entziehen können und die massive Anpassungsleistungen der Frauen erfordern. (Kanter, 1977; Maass, 1978 ;Winkler, 1997) Gerade das ist in einem therapeutischen Setting nicht zu akzeptieren.*

Mittlerweile gibt es – basierend auf Forschung und Praxiserfahrungen – zunehmend differenziertes Fachwissen zum Thema Suchtmittelabhängigkeit bei Frauen. Viele der Forschungsergebnisse stammen aus Untersuchungen aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Sprachraum, da Frauensuchtforschung in der Bundesrepublik noch immer eine eher randständige Position einnimmt.

Hier einige Beispiele, die für die Gestaltung der Behandlungsangebote von besonderer Bedeutung sind:

<i>Fakten</i>	<i>Konsequenzen für die Gestaltung der Behandlungsangebote</i>
<i>Frauen fühlen sich durch die Diagnose Suchtmittelabhängigkeit stärker betroffen/ausgegrenzt</i>	<i>⇒ Beratungs- und Behandlungsangebote müssen entsprechend konzipiert werden, ⇒ Angebote müssen auch für Frauen, die die Suchtdiagnose für sich noch ablehnen bereitgestellt werden (z.B. Medikamentenforum)</i>
<i>Suchtmittelabhängige Frauen leben häufig alleine oder alleine mit ihren</i>	<i>⇒ Berücksichtigung der Themen Mutterschaft, Schuld- Schamgefühle wegen Versäumnissen den</i>

⁵ Der Frauenanteil liegt in den meisten gemischten Kliniken zwischen 5 und 20%, nur in Ausnahmefällen höher. Sind diese wenigen Frauen auf verschiedene Behandlungsgruppen verteilt ergeben sich äußerst ungünstige Zahlenverhältnisse

<i>Kindern</i>	<i>Kindern gegenüber, ⇒ Kinderbetreuung während der Behandlung der Mütter ⇒ Aufnahme der Kinder gemeinsam mit ihren Müttern muss möglich sein (stationäre Behandlung) ⇒ Bereithalten ambulanter Therapieangebote für Frauen mit Kindern</i>
<i>Suchtmittelabhängige Frauen fühlen sich häufig depressiv, wertlos</i>	<i>⇒ Abklärung von depressiven Symptomen und deren Ätiologie muss erfolgen</i>
<i>Zusätzliche Probleme wie Angststörungen, Essstörungen treten häufig auf</i>	<i>⇒ sie müssen erkannt werden, entsprechende Unterstützungsangebote müssen bereitgehalten werden</i>
<i>Suchtmittelabhängige Frauen haben häufig Erfahrungen mit Gewalttätigkeit in engen sozialen Beziehungen (durch Eltern, Geschwister, Partner, Kinder), besonders als Folge der Suchtmittelabhängigkeit</i>	<i>⇒ ist zu berücksichtigen wenn Angehörige in die Behandlung einbezogen werden</i>
<i>Frauen sind häufiger durch negative Gefühle rückfallgefährdet, (Männer werden eher in Gesellschaft anderer rückfällig)</i>	<i>⇒ bei Rückfallprophylaxe zu berücksichtigen</i>
<i>(stark) trinkende Frauen sind stark vom Trinken ihres Partners beeinflusst</i>	<i>⇒ trinkender Partner ist als besonderes Rückfallrisiko zu betrachten</i>
<i>Suchtmittelabhängige Frauen verfügen über ein deutlich schlechter ausgebildetes soziales Netz als andere Frauen</i>	<i>⇒ im Rahmen der Behandlung müssen Angebote so gestaltet werden, dass Frauen beginnen können sich ein Netz aufzubauen</i>

Die genannten Probleme bei der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Frauen sowie das (hier exemplarisch aufgezeigte) Fachwissen bilden den Hintergrund für Forderungen zur Gestaltung entsprechender Beratungs- und Behandlungsangebote.

Beratungs- und Behandlungsangebote für suchtmittelabhängige Frauen müssen sich inhaltlich auf die Themen, die für die Frauen von Bedeutung sind spezialisieren (Qualifizierung der Mitarbeiter/innen), sie müssen Barrieren, die Frauen die Entscheidung für eine Behandlung erschweren können abbauen (Rahmenbedingung der Beratungs- und Behandlungsangebote) und sie müssen so konzipiert sein, dass sie Risiken im Behandlungsverlauf mindern (Inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Beratungs- und Behandlungsangebote).

Unter Behandlungsbarrieren wird alles verstanden, was Frauen die Entscheidung sich in Behandlung zu begeben erschwert oder verhindert, dass sie versuchen, auf andere Weise Hilfe zu bekommen (z.B. bei ihrem Hausarzt, in psychosomatischen Kliniken) oder sich gegen eine Entwöhnungsbehandlung entscheiden.

Therapierisiken stehen dem Erreichen der Therapieziele entgegen. Es handelt sich hier um alle Einflüsse, die die Erreichung der angestrebten Behandlungsziele gefährden, schädliche Einflüsse nicht verhindern oder für zusätzliche Schäden verantwortlich sind. Frauen sind im Rahmen einer Suchtbehandlung immer dann besonders gefährdet, wenn die Maßnahme dazu beiträgt, bestehende, einschränkende Erfahrungen zu wiederholen, selbstwertschädigende Erfahrungen zu vermitteln und neue Erfahrungen zu erschweren oder gar zu verhindern.

Als mögliche Therapierisiken gelten wie bereits erwähnt die zahlenmäßige Minderheitssituation in gemischten Kliniken, geschlechtsneutrale beziehungsweise männerzentrierte Therapieeinhalte, aber auch Vorurteile gegenüber alkoholabhängigen Frauen seitens der Behandler/innen und Beziehungswünsche der Patientinnen sowie Übergriffe durch Mitpatienten sind hierzu nennen.

Im Rahmen einer eigenen Untersuchung führte ich eine Analyse der Rahmenbedingungen unter denen in Deutschland die stationäre Behandlung stattfindet durch (Winkler, 1997). Dabei war von besonderem Interesse, inwieweit die Forderungen nach einer frauenorientierten Gestaltung der Behandlungsangebote in den Fachkliniken umgesetzt wurden.

Dazu wurden aus der Gesamtzahl der 116 in der Bundesrepublik vorhandenen Fachkliniken⁶ für Alkohol- und Medikamentenabhängige 27 Kliniken zufällig ausgewählt (20 gemischte Kliniken, 7 Frauenkliniken). Mittels Fragebogen wurden die Behandlungsbedingungen erfragt und analysiert. Um die Aussagen quantifizierbar zu machen, wurde ein Maß für die Einschätzung der Frauenorientierung der Behandlungsangebote in den Kliniken entwickelt, so konnten die verschiedenen Kliniken verglichen werden.

Einige wichtige Ergebnisse:

- *Die Kliniken unterscheiden sich sehr stark in ihren Bemühungen, die Behandlungsangebote an den Bedürfnissen der Frauen zu orientieren. Auf einer Skala von 0-18 Punkten erreichten die untersuchten Kliniken zwischen 3 und 14 Punkten.*
- *Drei der Kliniken, die Frauen und Männer gemeinsam behandelten, boten stärker frauenorientierte Rahmenbedingungen an als Kliniken, die nur Frauen behandelten. Dies macht deutlich, wie sehr durch die geeignete Gestaltung der Behandlungsbedingungen Einfluss genommen werden kann.*
- *In einigen Kliniken beschränkte sich die Frauenorientierung allerdings darauf, dass lediglich eine Zusatzgruppe für Frauen einmal pro Woche angeboten wurde.*
- *In den Kliniken, die Frauen und Männer gemeinsam behandelten, wurde deutlich, dass viele Maßnahmen ergriffen wurden, um die schädlichen Effekt der zahlenmäßigen Minderheit in der sich Frauen befanden, auszugleichen.*
- *Die Befragung der Patientinnen in den untersuchten Kliniken ergab folgendes: Frauen, die in deutlich frauenorientiert arbeitenden Kliniken behandelt wurden, sind nicht nur zufriedener mit der Behandlung, sie entwickeln auch ein positiveres Selbstbild: sie beschreiben ein besseres Selbstwertgefühl, sie äußern weniger Kontaktangst, können besser*

⁶ Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige: 11 Frauenkliniken, 33 Männerkliniken, 72 Kliniken in denen Frauen und Männer gemeinsam behandelt werden (Winkler, 1997, 105)

Forderungen aufstellen, haben weniger Schuldgefühle und es fällt ihnen leichter, sich gegenüber unangemessenen Forderungen anderer abzugrenzen.

Die Bedeutsamkeit von frauenspezifischen Angeboten lässt sich durch weitere Studien belegen:

In zwei Untersuchungen (Copeland & Hall, 1992; Reed & Leibson, 1981) konnte gezeigt werden, dass es Behandlungseinrichtungen, die sich auf die Arbeit mit suchtmittelabhängigen Frauen spezialisieren, gelang, mehr Frauen zu erreichen, die alleine oder alleine mit ihren Kindern lebten und über weniger Familieneinkommen verfügten als traditionellen Behandlungseinrichtungen. Darüber hinaus war der Anteil lesbischer Frauen, der Anteil der Frauen, denen das Sorgerecht entzogen wurde, sowie der Anteil der Frauen, die Missbrauchserfahrungen hatten, in den frauenorientiert arbeitenden Einrichtungen höher.

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass es Fraueneinrichtungen eher gelingt, Frauen aus ungünstigeren sozialen Situationen anzusprechen, die stärker von den sozialen Unterstützungssystemen abgeschnitten waren. Sie stützen auch die Annahme, dass es diesen Einrichtungen gelingt, eine Zielgruppe zu erreichen, die in traditionellen Einrichtungen nicht anzutreffen ist.

Auch Studien, die Behandlungsergebnisse untersuchten, kamen zu dem Schluss, dass frauenorientierte Angebote zu besseren Ergebnissen und größerer Zufriedenheit bei den behandelten Frauen führten. So war beispielsweise der Anteil der Frauen, die nach der Behandlung die Arbeitsstelle verloren haben, geringer, die Beziehungen zu den Kindern haben sich bei mehr Frauen verbessert, Rückfälle während der Behandlung waren seltener und auch die durchschnittliche Anzahl der Trinktage im Untersuchungszeitraum war geringer.

Aus dem Gesagten möchte ich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- 1. Frauenorientierte Beratungs- und Behandlungsangebote müssen für alle suchtmittelabhängigen Frauen als selbstverständliches Angebot der Suchtkrankenhilfe zur Verfügung stehen.
⇒ Frauensuchtarbeit darf nicht länger als Spezialangebot für eine Randgruppe verstanden werden, das nach Belieben bereitgehalten oder auch wieder abgeschafft werden kann.
⇒ ein Splitting der suchtmittelabhängigen Frauen in eher „unproblematische“, die mit dem herkömmlichen Hilfesystem schon irgendwie zu recht kommen, und „problematischere“ die Spezialangebote benötigen, darf nicht erfolgen.*

2. *Um die Unterstützungs- und Behandlungsangebote nachhaltig zu verbessern, müssen Qualitätsstandards für die geschlechtssensible Suchtarbeit entwickelt und für deren Umsetzung gesorgt werden
⇒ es soll nicht länger möglich sein, dass alleine ein Frauengruppe, die sich 1x /Woche trifft, schon aus einem traditionellen Angebot bereits ein geschlechtssensibles macht oder die Tatsache, dass eine Frau Beratungsarbeit macht, schon als ausreichendes Qualitätsmerkmals gilt*
3. *Es ist – im Sinne des Gender Mainstreaming Konzepts - dafür zu sorgen, dass bei allen Fragen der Suchtprävention, der Suchtberatung/-behandlung und der Suchtforschung die Frage danach ob die Adressaten Männer oder Frauen sind, zum unverzichtbaren und selbstverständlichen Standard wird.*

donna klara e. V.

Frau Gräßle trägt im Wesentlichen die folgende schriftliche Stellungnahme zur Entwicklung, zur Qualität und zu Perspektiven von frauenspezifischer Suchtarbeit in Schleswig-Holstein vor:

Welchen Ursprung hat die frauenspezifische Suchtarbeit in Schleswig-Holstein? In Schleswig-Holstein wird frauenspezifische Suchtarbeit durch die Existenz der im Land einzigartigen FrauenSuchtBeratungs- und Behandlungsstelle verkörpert und weiterentwickelt.

Die Wurzeln der heutigen FrauenSuchtBeratungs- und Behandlungsstelle/ FSBB reichen zurück in das Jahr 1989. Damals haben 7 Frauen „donna klara – Verein für feministisch psychosoziale Arbeit und Selbsthilfe“ gegründet und als einen Schwerpunkt ihrer Arbeit Suchtmittelabhängigkeit von Frauen festgelegt. Erklärtes Ziel war – als autonomes Frauenprojekt – inmitten der von Männern geprägten Strukturen im psychosozialen Versorgungssektor – frauengerechte Angebote zu entwickeln, Ergebnisse der Frauenforschung in die Praxis umzusetzen und in einem permanenten Rückkopplungsprozess zwischen Theorie und Praxis die Arbeit weiterzuentwickeln.

Die „FrauenSuchtBeratungs- und Behandlungsstelle“ (FSBB) existiert in ihrer heutigen Form seit 1996. Seitdem können wir eine permanente Zunahme von alkoholabhängigen Frauen verzeichnen, die mit vielschichtigen Problemen und Anliegen zu uns kommen. Auffällig ist, dass sich im Laufe der Jahre die Altersstruktur als auch die Thematik der Ratsuchenden veränderte.

Von Anfang an spielten Ess-Störungen, Angsterkrankungen und Depressionen zusätzlich zur Sucht eine große Rolle sowie die Auseinandersetzung mit Benachteiligung und Diskriminierungen, Gewalt und Missbrauch, lesbisch-sein und Sexualität.

Aus der Erfahrung heraus, dass es den Lebenssituationen und Lebenslagen von Frauen entgegenkommt, ambulante Therapieangebote in Anspruch zu nehmen, wurde damit begonnen, das Angebot weiter zu differenzieren. So wird seit 1998 – damals als bundesweit 1. Frauensuchteinrichtung mit BfA-Anerkennung – ambulante Rehabilitation speziell für Frauen angeboten.

Was genau sind die Erfahrungen aus der Arbeit mit Frauen?

Bei der Vielzahl aller Problemlagen verbindet die Frauen vor allem ihr hoher emotionaler Leidensdruck und ihre Ausrichtung auf persönliche Schuldvorwürfe und Versagensängste, ihre Unzufriedenheit mit ihrem Körper und ihrem Aussehen, ihrer Sexualität kurz gesagt: mit ihrem Leben als Frau.

Die sozialen Beziehungen zu Kindern, Partnern, Eltern, nehmen breiten Raum ein, ebenso das Gefühl der permanenten Überforderung und des Ungenügens. Die Verzweiflung darüber richten die Frauen gegen sich selbst.

Emotionale Vernachlässigung, körperliche, seelische und sexuelle Misshandlung kommen dann allmählich zur Sprache, wenn die Frauen sich intensiv davon überzeugt haben, dass sie sich nicht rechtfertigen müssen, für das, was ihnen passiert ist, wie sie es erlebt haben, welche Auswirkungen diese Erfahrungen auf ihr Leben hatten.

Aus empirischen Untersuchungen - die sich mit den Erfahrungen der Praxis decken – ist bekannt, dass suchtmittelabhängige Mädchen und Frauen in emotional sehr belasteten Familienverhältnissen aufwachsen. In einer Untersuchung von Irmgard Vogt beispielsweise gibt mindestens jede 2. drogenabhängige Frau an, mit einem süchtigen Familienmitglied aufgewachsen zu sein. Diese Angaben decken sich weitgehend mit dem, was alkoholabhängige Frauen in der FrauenSuchtBeratungs- und Behandlungsstelle berichten.

Die Frauen machen in ihren Familien Erfahrungen, die sich v.a. negativ auf die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls und die Fähigkeit zum Aufbau sozialer Bindungen auswirken. Darüber hinaus lassen sich vielfach psychische Störungen beobachten, v.a. Angststörungen und Depressionen, die häufig in direktem Zusammenhang mit Gewalterfahrungen stehen

– ca. 30 - 50 % der Frauen haben in Kindheit und Jugend sexuelle Gewalt erlebt, die im Erwachsenenalter häufig durch Partnerschaften und Prostitutionserfahrungen wiederholt werden. Traumatische Erfahrungen, die in selbstverletzendem Verhalten, psychosomatischen Krankheiten, dem Ausagieren der erlebten Verletzungen und in Suchtmittelmissbrauch Ausdruck finden.

In diesem Kontext kommt dem Suchtmittelmissbrauch eine doppelte Funktion zu, als Selbstmedikation zum Verdrängen des Erlebten und zum Er-Leben lustvoller Gefühlszustände, Zugehörigkeit und Schutz durch Unerreichbarkeit. Sucht wird zur Überlebenshilfe, das Suchtmittel ähnlich einem Arzneimittel benutzt.

Interessant ist, dass im Vergleich mit anderen nicht-süchtigen aber ebenfalls sexuell missbrauchten und traumatisierten Frauen der Unterschied, ob sie süchtig wurden oder nicht, darin besteht, welche Verarbeitungsmöglichkeiten ihnen zum Tatzeitpunkt zur Verfügung standen- ob sie über ihre Verletzungen sprechen konnten und ob sie bei deren Bewältigung positiv unterstützt wurden.

Darüber hinaus ist bekannt, dass sich drogenabhängige Frauen nur in einem Punkt wesentlich von der deutschen Durchschnittsfrau unterscheiden: Im Alter von 20 – 30 Jahren sind 70% der Konsumentinnen illegaler Drogen allein stehend, während in der Gesamtbevölkerung 55 % der Frauen verheiratet sind und noch ca. 15% in festen Partnerschaften leben. Außerdem unterhalten sie sehr selten freundschaftliche Kontakte zu anderen Frauen, lehnen diese oft sogar vehement ab.

Es sind demnach v.a. die fehlenden familiären, emotionalen Bindungen und die atmosphärischen Belastungen, die sich störend auf die Entwicklung von Mädchen auswirken und den Aufbau von Selbstvertrauen und Wertschätzung der eigenen Person verhindern. Auf ihrem biografischen Hintergrund entwickeln sie gebrochene Selbstkonzepte und erleben ihre geschlechtliche Selbstfindung widersprüchlich.

Als Mädchen und Frauen erleben sie sich defizitär und demzufolge verwundert es nicht, dass Verlorenheitsgefühle, Angst, Einsamkeit, Traurigkeit, Selbstekel, Scham und Schuldgefühle bei der Mehrzahl aller suchtmittelabhängigen Frauen im Vordergrund stehen.

Im Gegensatz dazu scheinen Männer eher gegen Gefühle der Machtlosigkeit und Unsicherheit, gegen aktuelle Frustrationen und strukturelle Einschränkungen anzukämpfen.

Insofern gibt es große Unterschiede zwischen den Bedingungen und den Auswirkungen des Suchtmittelmissbrauchs bei Frauen und bei Männern.

Die Erfahrungen aus der frauenspezifischen Suchtarbeit legen den Eindruck nahe, dass in frauenspezifische Einrichtungen keine anderen – keine besondereren – Frauen kommen als in gemischtgeschlechtliche Einrichtungen- ganz im Gegenteil:

Von den Frauen, die vorher schon andere Stationen des Suchtkrankenhilfesystems kennen gelernt haben, wird immer wieder berichtet, dass sie über ihre Probleme bisher noch nirgendwo so offen sprechen konnten und wie froh sie seien, dass es nun endlich „raus“ sei.

Die Frauen, die in frauenspezifische Einrichtungen kommen, sind nicht grundsätzlich anders, als in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen. Und sie sind grundsätzlich auch nicht schwerer therapierbar als andere Frauen, auch wenn dies in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen so zu sein scheint, weil sie dort nicht zurechtkommen. Es ist das Angebot, das falsch ist, welches die Frauen in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen vorfinden.

Die Probleme süchtiger Frauen sind gleich, egal welche Hilfeeinrichtung sie aufsuchen, sie sind nicht anders gelagert. Die Frauen sind nicht stärker gestört und nicht schwerer therapierbar – aber sie sind anders als Männer – und brauchen andere Hilfen.

Suchtkrankenhilfe muss diese Unterschiede in Lebensgeschichten, Belastungs- und Reaktionsweisen suchtmittelabhängiger Frauen und Männer zur Kenntnis nehmen.

Es gibt keine geschlechtsneutralen Hilfsangebote, da das Klientel nicht geschlechtslos ist. Die Realität sieht so aus, dass überwiegend Männer die gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen aufsuchen (stationär 81 % und ambulant 88 % d Männer!!) und allein dadurch das Klima und die informellen Strukturen der Einrichtungen dominieren und zweifelsohne auch den therapeutischen Prozess mit ihren Themen überlagern.

Rollenstereotype und traditionelle Geschlechterordnungen können so nicht wirklich aufgebrochen werden, ein Schutzraum nicht gewährt werden

Daraus ergibt sich die Frage: Was genau sind die Inhalte frauenspezifischer Suchtarbeit?

In frauenspezifischen Einrichtungen erfahren die Frauen, dass sie nicht als „Kategorie Frau“ wahrgenommen werden. Frauenspezifische Suchtarbeit begreift Frauen nicht als eine Rand-

gruppe mit spezifischen Problemen und die einzelnen Frauen stellen keine Besonderheit dar. Ihren Problemlagen entsprechend wird ein differenziertes Angebot vorgehalten, das die verschiedenen Lebensrealitäten der Frauen widerspiegelt und ihnen hilft, ihren eigenen Weg aus der Sucht heraus zu finden.

In Frauengruppen erfahren sie ganz nebenbei eine Rollenerweiterung, durchleben Wertschätzung und Konkurrenz unter Frauen und erlernen weibliche Strategien und Kompetenzen im Umgang mit Lebenskrisen durch das Mitteilen und Miterleben mit anderen Frauen.

In Frauengruppen können sie ihre Verschiedenheit leben und daran lernen. Denn Frauen sind natürlich keine homogene Gruppe – sie sind unterschiedlich einfühlsam, unterschiedlich im Ausleben von Aggressivität, unterschiedlich in der Art mit Emotionen umzugehen, unterschiedlich durchsetzungsfähig (Gudrun Axel Knapp) und doch teilen Sie ein gemeinsames Schicksal, machen vergleichbare Erfahrungen.

Ihre strukturellen Bedingungen sind ähnlich: Beispielsweise die Vereinbarungsproblematik von Beruf und Familie ist ein Thema das v.a. Frauen beschäftigt und Erfahrungen von Abwertung, sexistischer Gewalt und Diskriminierung ebenfalls.

Gleichwohl machen Frauen unterschiedliche Erfahrungen von Anerkennung und Abwertung, haben unterschiedliche soziale und materielle Voraussetzungen, die sich in ihrem Selbstkonzept niederschlagen, ihr Bild von der gesellschaftlichen Realität formen und die in die Ausprägung ihrer Weiblichkeit einfließen.

Alte Frauen und Mütter mit kleinen Kindern, berufstätige und arbeitslose Frauen und Migrantinnen verbindet zwar das Frausein an sich, aber sie unterscheiden sich in ihren aktuellen Lebensrealitäten und brauchen differenzierte Konzepte und Angebote. Auf diese Unterschiedlichkeit muss sich Suchthilfe für Frauen zukünftig beziehen.

Die Erfahrungen, das Erleben und die Probleme von Frauen und Männern unterscheiden sich. Hilfsangebote für Frauen und Männer müssen nach Geschlechtern und Problemlagen differenziert werden.

Wie sehen die Perspektiven frauenspezifischer Suchtarbeit aus und welche Richtung muss die Fachpolitik einschlagen? Wohin geht der Weg?

Perspektivisch müssen wir also weg von der „Suchtarbeit“ hin zu einer geschlechtsdifferenzierten Suchtarbeit, mit qualifizierten, frauenspezifischen Angeboten für Frauen kommen, d.h. zu einer qualitativen Suchtarbeit für Frauen und differenzierte Angebote für differenzierte Lebensrealitäten von Frauen schaffen.

In Anbetracht der Tatsache, dass die überwiegende Mehrheit des Personals wie des Klientels in der Suchthilfe Männer sind, - in den Leitungspositionen sowieso – scheint es noch ein weiterer Weg zu sein, um ein echtes, ein frauengerechtes Hilfsangebot in den Suchthilfeeinrichtungen zu etablieren.

Gerade aus diesem Grund ist es von besonderer Bedeutung, dass in allen politischen und fachlichen Gremien unablässig auf diesen Missstand hingewiesen wird und sich in Zukunft viele daran beteiligen.

Solange in der Suchtkrankenhilfe die Frauenproblematik als Randgruppenproblematik behandelt wird, werden Frauen an sich zur Randgruppe gemacht. Aber dies entspricht, wie alle wissen, keinesfalls der Realität. Dabei ist die Forderung nach einem flächendeckenden Ausbau frauenspezifischer Angebote an allen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe nicht unproblematisch.

Es besteht die Gefahr, dass unter steigendem Finanzdruck der Versuch unternommen wird, kostenneutrale Angebote für Frauen zu machen, d.h. ohne inhaltliche und fachliche Qualifikationen vorzuhalten und ohne Einbindung des Personals in geschlechtsspezifische Fortbildungsangebote und Supervision.

Suchtkrankenhilfe muss berücksichtigen, dass es häufig länger dauert, bis sich Frauenangebote in einer Einrichtung etabliert haben. Dabei muss eine längere Anlaufzeit eingeplant werden. Es darf nicht sein, wie es z.Zt. noch häufig praktiziert wird, dass Frauengruppen wegen mangelnder Wirtschaftlichkeit wieder stillgelegt und in gemischte Gruppen umgewandelt werden. Frauensuchtarbeit muss konzeptionell verankert werden und damit eine gewisse „Schutzwürdigkeit“ zugesprochen bekommen. Denn Frauen und Männer sind anders und befinden sich in unterschiedlichen Lebenssituationen - und Frauen sind verschieden.

Es reicht deshalb nicht aus, pauschal zu sagen, dass gemischtgeschlechtliche Einrichtungen zukünftig auch ein frauenspezifisches Angebot machen sollen, sondern unter Qualitätsaspekten ist es notwendig, auch zu differenzieren und die Qualitätskriterien frauenspezifischer

Suchtarbeit anzuwenden. Hier liegt die Aufgabe und hierin liegt auch die Chance zu einem entscheidenden Entwicklungsschritt.

Hierfür ist es von entscheidender Bedeutung, dass die bereits vorhandenen Ressourcen im Land gebündelt und weiterentwickelt werden. Dies muss durch eine zentrale und qualitativ in der Frauensuchtarbeit verankerte Koordinierungsstelle geschehen, von der aus Fortbildungsangebote und fachpolitische Maßnahmen angeregt und durchgeführt werden und die eine Integration der Ergebnisse aus der Frauen-Sucht-Forschung in die Praxis vorantreibt und umgekehrt - mit dem Ziel eines flächendeckenden Ausbaus geschlechterrelevanter Hilfen im Suchtbereich.

Für die FrauenSuchtBeratungs- und Behandlungsstelle / FSBB ist die Symbiose von theoretischer Reflektion und praktischer Anwendung ein wichtiges Element der Arbeit. Dieses findet ihren Ausdruck darin, dass der fachpolitischen Arbeit ein großer Stellenwert zukommt. Die landesweite frauenspezifische Informations-, Kooperations- und Fortbildungsarbeit der FSBB ist seit Jahren die zentrale Stelle sowohl für inhaltliche wie fachpolitische Maßnahmen.

Zur Einrichtung einer Koordinierungsstelle für frauenspezifische Suchtarbeit in Schleswig-Holstein vor, angesiedelt bei und in enger Kooperation mit der FrauenSuchtBeratungs- und Behandlungsstelle donna klara e.V. liegt Ihnen ein Antrag vor.

In Ergänzung zu ihrer schriftlichen Stellungnahme weist Frau Gräßle darauf hin, dass Frauen, die schon mehrere Suchthilfeeinrichtungen kennen gelernt hätten, die Erfahrung gemacht hätten, dass in einer gemischt-geschlechtlichen Gruppe die Probleme nicht so tief greifend angesprochen werden könnten, wie das in einer reinen Frauengruppe der Fall sei.

Arbeitskreis Frau und Sucht

Frau Sachs trägt im Wesentlichen folgende schriftliche Stellungnahme zur Situation und Perspektiven frauenspezifischer Suchtarbeit vor:

Im Landesarbeitskreis Frau und Sucht sind ca. 60 Einrichtungen und Institutionen beziehungsweise Fachfrauen der Sucht in Schleswig-Holstein vertreten. Diese Fachfrauen mit frauenspezifischen Arbeitsansätzen in der ambulanten und stationären Suchthilfe sowie in der Prävention und Selbsthilfe unterstützen den von der Landesregierung 1999 getroffenen Landtagsbeschluss „Geschlechtsspezifische Suchthilfe und Prävention“.

Bei der Umsetzung in die Praxis muss es das primäre Ziel sein, die bisher erreichte wegweisende Struktur bedarfsgerecht zu stabilisieren, auszubauen und finanziell abzusichern. Die Bereitstellung von finanziellen Fördermitteln hierfür ist erforderlich.

Im Weiteren wird der Bedarf wie folgt formuliert:

1. Unterversorgung von abhängigen Frauen: Es liegt eine deutliche Unterversorgung von süchtigen Frauen vor und damit besteht ein deutlicher frauenspezifischer Aufholbedarf, um Frauen durch adäquate Hilfen zu erreichen.

Neueste Expertenschätzungen gehen davon aus, dass es in S-H etwa 35.000 alkoholabhängige Frauen gibt (gesamt: 80.000) und rund 35.000 medikamentenabhängige Frauen (gesamt 50.000), also mehr als 50 % der Betroffenen Frauen sind. Dazu kommen noch ca. 100.000 essgestörte Frauen.

Es handelt sich hier also nicht um ein Randgruppenproblem, sondern es wird eine Problematik in einem gleich großen Ausmaß deutlich wie Frauen Anteil an der Bevölkerung haben, nämlich in unserem Bundesland 51,1 %.

Das System der Suchthilfe ist jedoch zum größten Teil von Männern und klassischen Hilfeangeboten für Männer geprägt ist. Somit wird bundesweit ein überproportional großer Anteil der Finanzen für Männer ausgegeben. „In Stationären Einrichtungen sind 81 % der Patienten männlich, in ambulanten Einrichtungen liegt der entsprechende Anteil mit 88 % bei den Klienten mit einer eigenen Suchtproblematik noch deutlich höher.“ (Jahrbuch Sucht '99, S. 182).

Daraus resultiert, dass nur 12 % der Ratsuchenden in den Beratungsstellen Frauen sind, wovon 25 % die Beratungsstellen als Angehörige und 75 % als Betroffene aufsuchen.

Es ist jedoch zu beobachten, dass dort wo ambulante Therapieangebote existieren der Frauenanteil deutlich höher ist. Wie die o.a. Verhältnisse in der konkreten Praxis in Schleswig-Holstein aussehen, wäre zum Beispiel mit Horizont zu überprüfen.

Notwendig es ist, Hilfeangebote an den spezifischen Lebenszusammenhängen und –situationen von Frauen auszurichten, da diese im heutigen System der Suchtkrankenhilfe nur ungenügend berücksichtigt werden. Hier besteht dringend Veränderungsbedarf.

Die Unterversorgung muss aufgehoben werden und das Zweiklassensystem der Suchtkrankenhilfe, dass sich bisher in der Praxis bis auf wenige Fraueneinrichtungen und frauenspezifische Angebote als ein Hilfesystem vorwiegend für Männer darstellt, muss ein für Frauen offenes Hilfesystem werden.

2. Hier ist auch ein Ansatz für die Frauensuchtforschung zu sehen, in der ein großes Defizit herrscht. Es müssen gezielt Gelder zur Verfügung gestellt werden, um dezidiert Ergebnisse zu erzielen.

3. Konsequenterweise ist frauenspezifische Arbeit sicherzustellen, indem fachlich und frauenspezifisch qualifizierte Frauen als Mitarbeiterinnen mit deutlich formuliertem Auftrag und abgesichertem Stundenkontingent in den Einrichtungen beschäftigt sind.

4. Bei finanziellen Engpässen ist es besonders wichtig, die bestehenden frauenspezifischen Angebote zu sichern.

5. Frauentherapiegruppen als Räume für Identitätsbildung sind in der Frauensuchtarbeit unverzichtbar und müssen auch mit geringerer Teilnehmerinnenzahl gefördert werden, um ein Minimum an Strukturqualität für Frauen als Zielgruppe von ambulanter Suchtarbeit zu gewährleisten.

6. In der Prävention besteht ein Bedarf für den Ausbau von mehr Mädchenspezifischer Sucht- und Essstörungsprävention.

7. Um die Grundlage zu bilden die Unterversorgung von süchtigen Frauen aufzuheben und ihre Versorgung in S.-H. sicher zu stellen, ist das vorrangige Ziel die Einsetzung einer Einrichtung als „Frauen-Sucht –Beauftragte mit den Aufgaben:

- Fortentwicklung von Qualitätsmerkmalen frauenspezifischer Arbeit*
- Fachberatung und Kooperation mit allen in der Thematik der Qualitätsentwicklung befassten maßgeblichen Einrichtungen.*
- Fachberatung und Kooperation bei der Verankerung von frauenspezifischen Inhalten und Bedarfen sowohl auf Landes- als auch auf kommunaler u. regionaler Ebene (Suchthilfeberichte, Leistungs- u. Zuwendungsverträge et cetera).*
- Fachberatung für Einrichtungen:*

-Hilfen für die Einrichtungsleitung und KollegInnen, um den Sinn frauenspezifischer Arbeit zu realisieren, z.B. durch Fortbildung, Fachberatung.

-Hilfen zur Entwicklung von mehr frauenspezifischen Angeboten, z.B. durch Kooperation zwischen Einrichtungen, wenn durch die Situation als Flächenland bestimmte Angebote, z.B. ambulante Reha-Frauengruppen für Frauen mit illegalem Suchtmittelkonsum, für jede einzelne Einrichtung auch aus Gründen der Wirtschaftlichkeit nicht machbar sind.

*- Fachberatung für Einrichtungen Fortbildung und Supervision
frauenspezifische Qualifizierung durch Seminare und Supervision, eventuell auch einrichtungsübergreifend organisiert, z.B. regionale und / oder landesweite Angebote in regelmäßigen Abständen.*

Fachtagungen der Suchthilfe und -prävention.

Die landesweite frauenspezifische Informations-, Koordinierungs- und Fortbildungsarbeit ist seit Jahren bei der FrauenSuchtBeratungs- und Behandlungsstelle donna klara e.V. (FSBB) als zentraler Stelle für inhaltliche und fachpolitische Maßnahmen angesiedelt.

Wesentlich ist hier die deutliche Verknüpfung der Fachdiskussion und des inhaltlichen Netzwerks für das gesamte Spektrum der Fachfrauen (AK Frau und Sucht) mit den fachpolitischen Aktivitäten durch Stellvertreterinnen in den wesentlichen Fachgremien der landesweiten Suchtöffentlichkeit. Somit werden die Ergebnisse wie auch die Belange und Bedarfe aus der frauenspezifischen Suchtpraxis effizient in die Suchtlandschaft des Landes integriert.

Ein gelungenes Beispiel sind hier die im März erscheinenden Leitlinien für frauengerechte Angebote – Psychiatrie und Sucht herausgegeben durch das Sozialministerium und unter Mitarbeit des Landesarbeitskreis Frau und Sucht erstellt.

Diese im Vorangegangenen aufgeführten Arbeitsbereiche finden auch im Landtagsbeschluss ihre Berücksichtigung und werden in der Bedeutung für die Frauensuchtarbeit in Schleswig-Holstein als Erfordernis betrachtet.

Unter allen stoffgebundenen und nicht stoffgebunden Süchten und Abhängigkeiten sollen folgende Zielgruppen besonders hervorgehoben werden:

Frauen, die von illegalen Drogen abhängig sind

*Frauen mit gravierenden (sexualisierten) Gewalterfahrungen
und/oder anderen Traumata*

Schwangere Frauen mit Suchtproblemen

Medikamentenabhängigkeit bei Frauen

Angehörige Frauen

Migrantinnen

Co-Abhängigkeit bei Frauen

Selbsthilfe

Frau und Arbeit

Hier wird noch einmal die Vielschichtigkeit der Lebenssituationen in denen Frauen sich befinden deutlich. Daraus ergibt sich zwingender Weise die Notwendigkeit ein differenziertes frauenspezifisches Angebot vorzuhalten, um den betroffenen Frauen eine reale Chance auf ein suchtmittelfreies Leben nicht zu verwehren und ihnen damit die gleichen Chancen auf Heilung zu zugestehen wie den betroffenen Männern.

Nach einer grundsätzlichen Bemerkung zum Dokumentationssystem HORIZONT stellt Abg. Dr. Garg die Frage, ob es neben „donna clara“ noch anderen Einrichtungen gelingen sei, älteren Frauen den Zugang zu ihren Angeboten zu ermöglichen, und welche Fortschritte seit September hinsichtlich der geforderten Koordinierungsstelle gemacht worden seien.

Frau Gräßle bestätigt, dass der Altersdurchschnitt der Frauen, die die ambulante Entwöhnung wahrnehmen würden, gestiegen sei. Aus einer Untersuchung in Rheinland-Pfalz gehe klar hervor, dass sich mit der Etablierung rein frauenspezifischer Arbeit der Zulauf von suchtmittelabhängigen Frauen stark erhöht habe und dass im Altersspektrum die Gruppe der älteren Frauen verstärkt auftrete. Diese Gruppe, die einen starken Medikamentenkonsum aufweise, werde eher durch frauenspezifische Angebote angesprochen. Frau Gräßle weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass in Kiel der Suchthilfeplan der Landesregierung fortgeschrieben werde. In Bezug auf das Thema Koordinierungsstelle erklärt Frau Gräßle, dass ein entsprechender Antrag gestellt worden sei. Man hoffe, in den Beratungen einen Schritt weiterzukommen.

Abg. Birk möchte wissen, ob es angesichts der großen Zahl von medikamentenabhängigen und essgestörten Frauen schon gelungen sei, zwischen Einrichtungen, die frauenspezifische Therapien anbieten, und der Ärzteschaft einen Dialog zu etablieren, der eine Frühprävention schon in

der Arztpraxis ermögliche. Abg. Birk fragt weiterhin, ob es Beispiele aus anderen Bundesländern gebe, an denen man sich bei der Beratung des vorliegenden Antrages orientieren könne.

Frau Prof. Dr. Winkler antwortet, dass es in den letzten Jahren beispielsweise einen deutlichen Rückgang bei der Verschreibung von Benzodiazepin gegeben habe, weil die Ärzteschaft in diesem Bereich sensibler geworden sei. Man dürfe den Ärzten auch nicht einseitig die Schuld für vorhandene Defizite zuweisen. Trotzdem müsse die nicht zufrieden stellende Tatsache angesprochen werden, dass es große Unterschiede in der Behandlung von Frauen und Männern gebe.

Frau Gräßle ergänzt, dass viele Frauen, die bei „donna klara“ Hilfe suchen würden, sowohl medikamenten- als auch alkoholabhängig seien. Diese Frauen würden Angebote zur Behandlung psychosomatischer Beschwerden stärker in Anspruch nehmen als Angebote, die die Sucht selber betreffen würden. Man müsse daher erst auf die psychosomatischen Beschwerden eingehen und könne dann mit den betroffenen Frauen an die Suchtproblematik herangehen.

Frau Sachs weist hinsichtlich der Koordinierungsstelle darauf hin, dass es in Nordrhein-Westfalen seit einigen Jahren die Koordinierungsstelle „Bella Donna“ gebe. Zu dem Punkt Essstörungen führt sie aus, dass Betroffene große Scham- und Schuldgefühle hätten und deshalb in der Arztpraxis ihre Essstörung nicht offen legen würden.

Frau Gräßle ergänzt zu dem Punkt Essstörungen, dass der Anteil der Frauen, die nur an Essstörungen leiden würden, sehr hoch sei. Diese Frauen würden ebenfalls „donna klara“ als Informationsstelle aufsuchen. Daran könne man erkennen, dass von frauenspezifischen Angeboten auch Antworten auf die Essprobleme erwartet würden.

(Unterbrechung: 13:27 bis 14:31 Uhr)

LSSH, Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e.V.

Herr Heinemann geht in Anlehnung an das Feuerlein-Modell, das die Problematik der Sucht anhand der Trias von Individuum, Droge und Umwelt beschreibe, auf die Möglichkeiten der externen Vernetzung des an sich schon vernetzten Suchthilfesystems ein. Beispielsweise würden zwar 70 % aller Suchtkranken regelmäßig einen Arzt aufsuchen, diese Kontakte mündeten allerdings selten in das Suchthilfesystem, da dieses ja nur 10 % der Suchtkranken erreiche. Im Weiteren stützt er sich im Wesentlichen auf folgende schriftlich vorliegende Stellungnahme zu

Fortschritten und Möglichkeiten der Vernetzung von Hilfeangeboten für spezielle Zielgruppen der Drogenhilfe in Schleswig-Holstein:

Die aktuelle Suchthilfefachstruktur ist bisher zu einem großen Teil geprägt durch den Aspekt der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung. In der Umsetzung entstanden zunehmend Suchtberatungsstellen als Delegationsaufgabe aus den sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter. Dieses Prinzip wird zunehmend durch die Public-Health-Perspektive überstrahlt, nur die Instrumente sind dafür noch nicht tragfähig umgestaltet.

Vernetzung lässt sich bisher besonders in den Schnittmengen der persönlichen, stofflich-somatischen und gesellschaftlich-psychiatrischen Ordnungssysteme realisieren (Wienberg-Modell). Wienberg geht davon aus, dass es nur wenige Beziehungen vom Typ Kooperation zwischen den Sektoren der Suchthilfe gibt. Zitat: „Weit verbreitet sind dagegen Beziehungen vom Typ Delegation, vom Typ Konkurrenz oder schlicht vom Typ Ignoranz. Es besteht also eine Tendenz zur >Versäulung< der Teilsysteme“ und sie ist bisher im System so angelegt, wenn auch nicht mehr gewollt. Bei Konsumenten illegaler Drogen liegen Anhaltzahlen zwar nicht vor, jedoch wird ein großer Teil (zum Beispiel die meisten Ecstasy-Konsumenten) im traditionellen Fachsektor Suchthilfe kaum erreicht.

Die Probleme könnten im Rahmen der Versorgungsaufgaben über Verknüpfungen, der Jugendhilfe, Drogenhilfe, der medizinischen und der psychiatrischen Versorgung erfasst werden, jedoch bieten die Vorgaben der Leistungsträger zum Beispiel nach SGB V, Gesundheitsdienst-Gesetz, KJHG, BSHG oder das viel gepriesene SGB IX dafür kaum eine klare Orientierung. Beim Letztgenannten sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt sogar Missverständnisse nicht ausgeschlossen. Auch sind bisher in Schleswig-Holstein nur wenige Facheinrichtungen mit einem konkretisierten Versorgungsauftrag, wie zum Beispiel im Kreis Herzogtum Lauenburg, ausgestattet. Die weitere Ausgestaltung der Landes-Förderrichtlinien könnte möglicherweise zu einer Konkretisierung und Verbreitung ermutigen. Und selbst dann kann sich eine institutionalisierte Vernetzungsneigung Erfolg versprechend entwickeln, wenn die Leistungsbereiche geregelt sind und von den Kostenträgern unterstützt oder wenigstens nicht behindert werden.

Von vagen Aussagen in regionalen Suchthilfeplänen abgesehen hat einzig der Kreis Nordfriesland mit einem sozialraumorientierten Versorgungskonzept, das erstmals an die Lebenswelt Hilfebedürftiger, zunächst vor allem junger Menschen, anknüpft, einen umfassenden Auftrag für die Jugendhilfe ausgeschrieben, der ein Vernetzungskonzept geradezu fordert. Ohne verbindliche Aussagen der Kosten- und Leistungsträger auf allen Ebenen sind Ver-

knüpfungen nur schwer umzusetzen. Ein positives Beispiel sind die Rahmenempfehlungen der Kosten- und Leistungsträger in Schleswig-Holstein zu bestimmten Schnittmengen, wie die Regelungen der „Warteschleife“, der „Adaptionsphase“ u. a.

Außerhalb vereinbarter Rahmenvorgaben funktioniert Vernetzung überwiegend meist fallbezogen auf Grund vorhandener persönlicher Kontakte. Klare Regelungen sind noch die Ausnahme in konkurrierenden Hilfesystemen, wenn nicht zwingend, so doch mindestens hilfreich. Eine Chance für Ansätze zur systematischen Vernetzung bieten die regional zum Teil vorhandenen Suchthilfe- und Psychiatriekoordinatoren. Jedoch herrscht auch hier die fachsektorale Vereinzelung und Diversifizierung vor. Aber auch ein systematischer Vernetzungsansatz kann zu unverbindlichen Ritualen erstarren.

Die Optimierung vorhandener Leistungsregelungen, Zuwendungsverträge wie Dienste und Ressourcen sollte Vorrang vor der Begünstigung oder Schaffung neuer Dienste und Einrichtungen haben. Nicht nur die Zusammenarbeit zwischen Polizei und Drogenhilfe, auch zwischen Arztpraxis und Drogenberatung, ist oft unorgarnisiert und mangelhaft. Verknüpfte Qualitätszirkel wie in Rendsburg, Neumünster, Kiel oder Lübeck bilden die Ausnahme und sind eher in grundsätzlichen Ansätzen, jedoch so gut wie nicht in Routinen vorhanden, wenngleich die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer für Kooperationen prinzipiell aufgeschlossen sind.

Die Schwierigkeiten in der Kooperation hängen sicher manchmal mit fehlenden suchtspezifischen Kenntnissen oder Ignorieren der Suchterkrankungen oder persönlicher Ablehnung Suchtkranker zum Beispiel in der Jugendhilfe zusammen, aber auch Kosten- und Leistungsrecht sowie fehlende Zielvorgaben und Verträge bei der Umsetzung kommunaler Daseinsvorsorge stellen ein weiteres Hemmnis dar.

Jugendhilfekonferenzen, Gesundheitskonferenzen, Sozialhilfekonferenzen oder besser noch Sozialraumkonferenzen können ermutigen, über den Tellerrand der Profession hinaus zu schauen, aber selbst dort, wo es funktionierende Kooperationen gibt, beruhen diese selten auf einer vertraglichen Grundlage oder sind geregelt. Die Realität der oft beschworenen Kooperation ist in Schleswig-Holstein in den zurzeit noch gegebenen abgegrenzten Rahmenbedingungen eher grau, wenngleich punktuell Erfolg versprechend.

Das Konzept der Drogenfrühintervention, welches sich auf Initiative des Generalstaatsanwaltes in der Modellrealisierungsphase befindet, sieht eine verbindliche und konkrete Zusammenarbeit von Polizei und Drogenhilfe vor. Es wird voraussichtlich vor allem deshalb

Erfolg versprechend sein, weil der gute Wille aller Beteiligten, trotz in weiten Teilen, noch vorherrschender struktureller Unverbindlichkeit und fehlender Rahmenvorgaben, einen beachtlichen Impuls erwarten lässt. In diesem Konzept sollen polizeiliche Kontrollmaßnahmen besonders bei erstauffälligen Konsumenten systematisch mit einem Drogen-Hilfeangebot und mit verbindlicher Rückmeldung verknüpft werden. Ein bereits vorliegender Umsetzungsansatz aus Schleswig sieht dafür eine weitergehende Vernetzung auch mit der Jugendpflege und Jugendhilfe vor, womit ein umfassend durchgeknüpftes sekundärpräventives Gesamtkonzept eine Realisierungschance hätte.

Vernetzungschancen werden besonders auf kommunaler Ebene über die Kriminalpräventiven Räte in unterschiedlichen Projekten der Drogenprävention genutzt. Im Strafvollzug gibt es durch die Benennung von Drogenbeauftragten zwar eine gern genutzte Delegationslösung, die durch Beratungsverträge mit ortsansässigen Drogenberatungsstellen ergänzt wird. Doch schon das persönliche Fachverständnis des zuständigen Arztes oder die fachliche Einstellung der Anstaltsleitung sowie anderer Beteiligter lässt das Hilfeangebot sehr unterschiedlich ausfallen.

Verbindliche und systematische Arbeitsverknüpfungen und ggf. Arbeitsgremien, die in Ansätzen vorhanden sind sowie erarbeitete Grundsätze und Richtlinien könnten weiter zu einer Optimierung beitragen. Vernetzungsprojekte sind über die medizinische Substitution auch mit der medizinischen Primärversorgung schon heute möglich und hilfreich, wenngleich in der Fläche immer noch selten und von der persönlichen Einstellung der Beteiligten abhängig. Nach wie vor ist das Delegationsprinzip oft das Mittel der Wahl. Die neuen BUB-Richtlinien haben allerdings eher zu mehr Unverbindlichkeit und Entflechtung geführt, als die alten NUB-Richtlinien es vorsahen. Der gute Wille kann die politische Rahmendaten zur Vernetzung eben nicht ersetzen. Der wichtigste Unterschied zwischen der Vernetzung und der traditionellen Delegationslogik der Leistungs- und Kostenträger ist die systematische Verzahnung und Mitverantwortung aller beteiligten Systeme.

Die psychosoziale und psychiatrische Basisversorgung einschließlich der Gefängnisse bilden das letzte Auffangbecken eines menschlichen Drogenproblems. Die delegierten Zuständigkeiten gehen vorher oft an der Lebenswirklichkeit vorbei. Hier können sozialraumbezogene Hilfesysteme und Versorgungsverträge einen durchgreifenden Gestaltungs- und Synergieeffekt bieten. Die Schaffung lernender Systeme ist auf eine „Entschachtelung“ der Zuständigkeiten angewiesen. Allerdings setzt eine erfolgreiche Vernetzung und Optimierung der psychosozialen Arbeitsfelder auch die Überprüfung der sektoralen Verknüpfungsansätze der Fachverwaltungen auf Kommunal- und Landesebene und auf Bundesebene auch der Leistungsträger

voraus. Auch sie müssten systematisiert und gesichert verknüpft werden. Ob der Clearingansatz im SGB IX hier weiterhilft, bleibt abzuwarten, ein weiterer Schritt zur Verzahnung sollte folgen.

Jugendämter, Sozialämter, Gesundheitsämter, aber auch Schule, Justiz und Polizei haben im Sozialraum ihre Verknüpfungsfunktion. Der Kommune kommt dabei zunehmend die Koordinierung- und Steuerungsfunktion zu. Bereits vorhandener Hilfeaufwand sollte im Sinne optimierter Effekte neu bewertet und in regionalen Suchthilfeplänen verknüpfend beschrieben werden.

Eine besondere Bedeutung erhält überregional, also auf Landesebene, in diesem Zusammenhang auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte und Berufsgruppen der psychosozialen Arbeitsfelder im 3. Sektor der Versorgung Suchtgefährdeter und -kranker. Insbesondere Trainingseinheiten für Kurzinterventionen würden bei der großen Zahl der erreichbaren Suchtmittel-Konsumenten als pragmatischer Ansatz für die damit verbundenen Aufgabenfelder einen deutlichen Effekt erwarten lassen.

Die Fortbildungspunkte der Ärztekammern für suchtspezifische Qualifikationen sind ein Teilerfolg. Weiterer Regelbedarf besteht in der unmittelbaren Leistungsbewertung. Einfache Abrechnungsmöglichkeiten praktizierender Ärzte würden die mögliche Kostenlawine späterer Heilbehandlungen eher relativieren und sich damit wohl rechnen. Der Focus auf die Suchterkrankung wäre mit großen Effekten für die Gesundheit der Bevölkerung geschärft.

Es geht so verstanden zunehmend um ein anderes Verständnis von Sucht und Drogenhilfe als Public-Health-Ansatz. Nicht einseitig und ausschließlich spezialisierte kurative und rehabilitative Einrichtungen und Dienste sollten das Hilfesystem repräsentieren. Eine vernetzte Systematik benötigt alle vorhandenen und geeigneten Instrumente und Hilfesysteme, um frühzeitig Menschen mit schädlichen Konsummustern zu erreichen und qualifiziert dabei zu unterstützen, ihren Drogenkonsum zu verändern. Dies müssen Aufträge, Förder- und Leistungsbedingungen deutlich unterstützen. Das Prinzip könnte dann lauten: sozialraumbezogene Regelversorgung vor sozialraumferner Spezialversorgung.

Besonders für die chronisch mehrfach beeinträchtigten Substanz-Abhängigen werden vernetzte ambulante psychiatrische Behandlungszentren benötigt. Hier gilt schon heute das Prinzip „ambulant vor stationär“, wenn auch die Kostensätze und Rahmenbedingungen zwischen den Kostenträgern zu Missverständnissen und Einbrüchen führen können. In jedem Fall sollte das Prinzip „früher vor später“ in der Drogenhilfe gelten.

Integrative, vernetzte Konzepte sollten zukünftig Priorität bei der Weiterentwicklung der Drogenhilfe erfahren. Für die Rahmenbedingungen hat die Politik erste Ansätze geschaffen. Optimierung sollte vor Addition stehen. Der Förderrahmen sollte dazu passen. Dies kann nur funktionieren, wenn Kosten- und Leistungsträger klare Empfehlungsvereinbarungen, Zielvorgaben und verlässliche Rahmendaten setzen. Treffen konkurrierende Anbieter zum Beispiel der Jugendhilfe, der Sozialhilfe und der medizinischen Versorgung mit einem Drogenproblem aufeinander, so funktioniert vielleicht noch begrenzt der gute Wille, besser wäre jedoch eine klare Regelung innerhalb des Sozialraumes.

Integration und systematische Vernetzung mit verbindlichen Strukturen, Verträgen und transparenten Zielen können eine sehr viel höheres Maß an Differenzierung der Hilfe und Sicherstellung von Grundprinzipien (zum Beispiel der Geschlechtergerechtigkeit) erreichen als immer neue Spezialdienste. Vorhandene Spezialdienste sind dabei zu optimieren und ihre Kompetenz zugänglich zu machen. Hier kommt dem Land eine steuernde und koordinierende Aufgabe zu. Als neues Instrument könnte ergänzend zu den soziopsychiatrischen Arbeitskreisen und Unterarbeitskreisen Sucht auf Kreisebene, eine Arbeitsgemeinschaft Sucht unter der Federführung des Landes dienen. Kosten- und Leistungsträger, Anbieter und Politik hätten die Chance, im Blick von oben die Systeme zu optimieren. Es könnten Gestaltungsimpulse in Richtung Kommune auf die Landesebene und an Bundesadressen gerichtet werden. Auch wäre an dieser Stelle die Koordinierung möglicher Vernetzungsstrategien anzusiedeln. Dafür müssten die beteiligten Professionen in die formelle Lage versetzt werden hier einen Investitionsbeitrag zu leisten. Diese Systematik wäre besonders auch dann sinnvoll, wenn ein sozialraum- und lebensweltorientierter Hilfeansatz zukünftig eines angemessenen Controllingsystems bedarf.

Der Weg der lebensweltorientierten, sozialraumbezogenen Vernetzung in der Drogen- und Suchthilfe ist ein langwieriger und steiniger Weg, ermöglicht aber Verbesserungen, ohne eine Kostenexplosion zu provozieren. Möglicherweise beginnt er mit der Überwindung der noch vorhandenen Trennung zwischen legalen und illegalen Substanzen. Kommunen und Land sollten sich schließlich aus den Fachdiensten immer weiter zurückziehen und auf hoheitliche Aufgaben wie auf die Planung, Steuerung, Koordination und Berichterstattung konzentrieren.

Zusammenfassung der Bewertung:

Ansätze wie die lebensweltorientierte Sozialraumversorgung der Jugendhilfe in Nordfriesland, der Versorgungsvertrag von Städten Gemeinden und Kreis mit einem Suchthilfeträger im Kreis Herzogtum Lauenburg, Zielvereinbarungen und Zuwendungsverträge mit mehrjähriger

Budgetierung wie in Kiel, das noch in der Entwicklungsphase steckende Jugendhilfe- und Drogenhilfeprojekt „Spur“ in Kiel und Schleswig, die Psychiatriekoordinierung in Kiel, das Koordinierungsprojekt der Suchthilfe in der Hansestadt Lübeck und eine mit der Jugendpflege vernetzte Drogenfrühintervention wie in Schleswig geplant führen - ausgestattet mit den richtigen sozialpolitischen Weichenstellungen - in Schleswig-Holstein weiter. Die Rahmenbedingungen und Steuerungsinstrumente sollten Schritt für Schritt weiter den Erkenntnissen angepasst werden, dann wird Vernetzung ein Ergebnis des Systems und nicht allein des guten Willens sein.

Gesundheitsamt Lübeck

Hieran schließt sich direkt folgendes schriftlich vorliegende Referat von Herrn Stein, Suchthilfekordinator im Gesundheitsamt Lübeck, an:

Nach dem ausführlichen Überblick, den Herr Heinemann zum Thema „Fortschritte und Möglichkeiten der Vernetzung von Hilfeangeboten“ gegeben hat, möchte ich mich darauf beschränken, Ihnen zu dieser Thematik 3 Beispiele aus meiner praktischen Arbeit als Suchthilfekordinator der Hansestadt Lübeck darzustellen. In einem Fall verstehe ich allerdings, wie Sie sehen werden, den Begriff der „Zielgruppe“ in einem besonderen Sinne. 1. Gruppe der Konsumenten von illegalen Drogen, 2. Gruppe der jugendlichen Konsumenten, Missbraucher und Abhängigen, 3. Gruppe der Helfenden (Beratungsstellen, Kliniken, niedergel. Ärzte, Selbsthilfe ...)

1. Beispiel aus dem Bereich der Arbeit mit Konsumenten illegaler Drogen

Im Zusammenhang mit der Diskussion über die Notwendigkeit eines Drogenkonsumraumes für Lübeck wurden wir auf einen wesentlichen Versorgungsmangel im Bereich der Arbeit mit Drogenabhängigen aufmerksam, und zwar der nicht vorhandenen medizinischen Frühversorgung und Frühberatung von Drogenabhängigen in der Drogenszene. Ein charakteristisches Merkmal vieler Drogenabhängiger ist es eben, dass sie kaum oder nur sehr spät Zugang zum medizinischen Versorgungssystem haben. Zwar war inzwischen in Lübeck die Tätigkeit von sozialarbeiterischen Streetworkern – incl. Spritzentausch – fest etabliert und ab dem Jahr 2001 auch ausgestattet mit einem Drogenhilfemobil. Eine Einbettung ärztlicher Beratung, ggf. sogar ambulanter Akutbehandlung vor Ort, fehlte jedoch gänzlich. In Ermangelung eines solchen Angebotes haben wir mit Hilfe einer Kooperation zweier Träger der Suchtkrankenhilfe – der AWO-Drogenhilfe als Anbieter ambulanter sozialarbeiterischer Hilfe für Drogen-

abhängig auf der einen und der Fachklinik Holstein als Anbieter ambulanter und stationärer medizinischer Leistungen auf der anderen Seite –, eine stundenweise, ärztliche Sprechstunde im Arbeitsfeld „Streetwork“ und niedrigschwelliger „Kontaktladen“ eingerichtet.

Dies bedeutet in der Praxis, dass ein ärztlicher Mitarbeiter/eine ärztliche Mitarbeiterin von der Drogenentgiftungsabteilung der Fachklinik Holstein auf Honorarbasis an fest vereinbarten Terminen an ca. 4 Stunden pro Woche gemeinsam mit MitarbeiterInnen der AWO-Drogenhilfe eine aufsuchende Beratungsarbeit bei den Drogenabhängigen in der Drogenszene und im niedrigschwelligen Kontaktladen ausübt. Das Projekt wird seit ca. einem halben Jahr in Lübeck erprobt. Es war zunächst für alle Beteiligte eine ungeübte Form der Zusammenarbeit, sowohl auf Trägerebene, auf Mitarbeitererebene wie auch auf Klientenebene.

Eine genaue Auswertung liegt noch nicht vor, es zeichnet sich jedoch nach meiner Kenntnis folgender Trend ab: Die anfängliche Skepsis eines Teils der Drogenabhängigen, insbesondere derer, die bis dahin einen weiten Bogen um das Suchthilfesystem und insbesondere den medizinischen Teil des Hilfesystems gemacht hatten, ist inzwischen einer weitgehenden Akzeptanz gewichen. Die medizinische Hilfeleistung wird mittlerweile gerne in Anspruch genommen und führt dazu, dass die KlientInnen sich auch zunehmend in der Ambulanz der Klinik weiterbehandeln lassen und sich im Einzelfall zu einer stationären Entgiftung entschließen können. Es zeichnet sich weiterhin ab, dass diese, durch das selbstzerstörerischen Potential der KlientInnen, das entgegengebrachte Misstrauen sowie durch von Hektik geprägte, komplizierte Beratungssituation, einen hohen Stressfaktor für die vor Ort tätigen SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen bedeutet. Dies bleibt in der Praxis nicht ohne Wirkung für die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen und bedarf daher einer besonders sorgsam Aufmerksamkeit und Unterstützung seitens der Leitungsebene der jeweiligen Institutionen.

Bisheriges Fazit aus meiner Sicht: Eine aufsuchende, med. Sprechstunde in enger Kooperation mit sozialarbeiterischer Tätigkeit ist kein Ersatz für einen Drogenkonsumraum, jedoch eine äußerst sinnvolle und sehr effektive Ergänzung zum bestehenden Hilfesystem, sicherlich auch unter dem Aspekt einer Kosten-Nutzen-Analyse.

2. Beispiel aus dem Bereich der jugendlichen Konsumenten, Missbraucher und Abhängigen

Das allseits auch in Schleswig-Holstein seit langem bekannte Phänomen, dass die Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe in der Praxis nicht in der Weise funktioniert, wie es für die betroffenen Kinder und Jugendliche und deren Eltern zwingend notwendig wäre, ver-

suchen wir in Lübeck seit geraumer Zeit besonders zu beachten und möglichst langfristig zu beheben.

Ein erster Schritt wurde durch die Gründung eines Arbeitskreises „Jugend und Sucht“ getan. In meiner Funktion als Suchthilfe Koordinator habe ich im letzten Jahr erstmals VertreterInnen aus den Bereichen Jugendhilfe, Jugendgerichtshilfe, Lehrerschaft, Elternvertretung, Elternselbsthilfe, ambulante Suchtkrankenhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Polizei und niedergelassene Kinderärzte zusammengeführt, um gemeinsam mit ihnen darauf hinzuwirken, die fallbezogene Zusammenarbeit in der Arbeit mit auffälligen Kindern und Jugendlichen in der Kommune zu verbessern.

In dem Wissen, dass die große Mehrheit derjenigen, die während der Jugendphase zum Beispiel mit dem Alkoholkonsum beginnt, nicht zu Problemtrinkern wird (vgl. Leppin, 2000) – somit also seltenst in einer Katastrophe endet –, bedeutet Suchtmittelkonsum von Jugendlichen weniger für die Konsumierenden selbst, als vielmehr für Eltern oder LehrerInnen eine meist zu tiefst verunsichernde Situation, welche oft den Ruf nach der schnellen Hilfe oder starken Hand mit sich bringt. Dieses Phänomen – Verunsicherung, Suche nach einer schnellen Lösung – beeinflusst nicht unerheblich die Dynamik der Akteure.

Ich habe bei der Moderation dieser sehr heterogenen Arbeitsgruppe zumindest in den ersten Sitzungen immer wieder erleben können, wie die Kommunikation der ArbeitskreisteilnehmerInnen untereinander von latenten oder offenen Vorhaltungen geprägt war und dem starken Wunsch, nun müsse doch endlich rasch etwas geschehen. Dabei richtete sich oft der Blick der einzelnen auf die mögliche Zuständigkeit der anderen. Die eigene Verantwortung, Zuständigkeit und Kompetenz wurde nur von einem kleinen Teil der Gruppe von sich aus artikuliert. Meist wurde versucht, die Zuständigkeit zu verlagern, so spiegelte sich zum Beispiel die eigene Hilflosigkeit oder die Ahnung, als Elternteil evtl. versagt zu haben, in heftigen Vorhaltungen gegenüber den Bereichen der Jugend- und Suchthilfe wieder. Die Beschreibung dieses Musters soll an dieser Stelle ausreichen, ich könnte aber sicherlich noch einige entsprechende Beispiele von Vertretern der anderen Bereiche geben, denn Kinder und Jugendliche schaffen es m. E. wie keine andere Gruppe, die besondere Verantwortung und Unfähigkeit oder besser gesagt Hilflosigkeit der professionellen HelferInnen oder der Eltern jeweils spürbar werden zu lassen.

Durch die systematische Erarbeitung der jeweiligen Aufgabenbereiche, der Angebote, der Möglichkeiten und klaren Grenzen der einzelnen Bereiche sind wir jetzt an einer Stelle angekommen, an der es darum gehen kann, konkretere fallbezogene Absprachen zu vereinbaren.

Wir befinden uns also hier noch an einem (mühsamen) Anfang, haben gemeinsam eine Analyse der bestehenden Angebote durchgeführt und die Abgrenzungen und Überschneidungspunkte der jeweiligen Tätigkeitsbereiche erörtert und damit einen grundlegenden Schritt für das weitere Vorgehen geleistet.

Exkurs: Die Grenze einer vernetzten Versorgungsstruktur, und dies wird in Lübeck in besonderer Weise deutlich, ist die personelle Ausstattung einer Region. Mit 13,07 Stellen im ambulanten Suchthilfebereich (vgl. Suchthilfeplan der Hansestadt Lübeck) können wir sicherlich nicht von einer fortschrittlichen Situation sprechen. Die Umsetzung der sich in der Arbeitsgruppe abzeichnenden Ergebnisse und Konsequenzen (Intensivierung von Information, Prävention, Fallbesprechungen, Fortbildung), ist mit einem solch unterdurchschnittlichen Personalschlüssel beim besten Willen nicht zu verwirklichen. Übrigens geht aus dem Suchthilfeplan der Landeshauptstadt Kiel hervor, dass hier weit über 20 Stellen (vgl. Suchthilfeplan der Landeshauptstadt Kiel) im ambulanten Suchthilfebereich vorhanden sind. Ich möchte an dieser Stelle jedoch nicht weiter auf die sehr unterschiedliche Versorgungssituation im Lande Schleswig-Holstein eingehen und keinesfalls über die möglichen Ursachen dafür spekulieren, das unterlasse ich, ein Kommentar sei jedoch erlaubt: Es kann m. E. nicht sein, wenn wir uns hier heute die möglichen „Fortschritte in der Drogenpolitik“ anschauen, dass eine derartige Ungleichverteilung in der Versorgungsstruktur auf Dauer Bestand haben kann. Damit möchte ich eine mögliche Missinterpretation gleich aus dem Weg räumen, ich sage damit keinesfalls, dass in Kiel im Bereich der Suchtkrankenhilfe und den spezifischen Schnittstellen zu viel getan wird und ein Überhang an Angeboten vorhanden ist – ich erinnere nur am vergangenen Montag skizzierte Situation im Bereich einer orts- und zeitnahen Drogenentgiftung –, ich beschreibe lediglich eine Mangelsituation.

Zurück zum Thema: Trotz dieser und/oder gerade wegen dieser prekären personellen Situation in Lübeck ist es für Kinder, Jugendliche und deren Eltern von besonderer Wichtigkeit und die einzige Chance, dass Zusammenarbeit/ Kooperation und Vernetzung auf professioneller Helferebene reibungsfrei funktioniert.

Fazit: Es ist sicherlich möglich, die Bereiche „Jugendhilfe- und Suchthilfe“ miteinander zu verknüpfen. Die Schnittstellen zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe – und vergegenwärtigen wir uns noch einmal, wie viele Institutionen und damit auch Menschen mit ihren jeweiligen Betroffenheiten, Befindlichkeiten und Empfindlichkeiten in diesem Tätigkeitsfeld vorhanden sind – kann allerdings nur funktionieren, wenn die Zusammenarbeit eine klare Struktur und Steuerung erfährt und das Wissen um die Möglichkeiten und Grenzen der einzelnen Bereiche immer wieder untereinander ausgetauscht und thematisiert wird.

3. Beispiel aus der Gruppe der Helfenden (Beratungsstellen, Kliniken, niedergelassenen Ärzte,...)

Das ich hier an dieser Stelle die Gruppe der Helfenden oder anders formuliert die Gruppe der Leistungsanbieter zu einer speziellen Zielgruppe innerhalb der Drogenhilfe zähle, mag sie im ersten Augenblick etwas verwundern, vielleicht sogar zu der Äußerung verleiten lassen „Thema verfehlt“, ich hoffe jedoch, dass sich ihr mögliches kritisches Urteil im Verlauf meiner folgenden Ausführungen in ein Verständnis für mein Ansinnen wandeln wird. Ich möchte Ihnen - Bernd Heinemann hat es schon erwähnt - von einem in Lübeck erprobten Kooperationsmodell berichten, welches zumindest für unsere kommunale Situation einen bislang bemerkenswerten Effekt hat.

Es wurde im Verlauf dieser Anhörung schon mehrmals das Modell von Wienberg angesprochen und die darin konstatierte Versäulung der einzelnen Sektoren. Die Erkenntnis und das Wissen, dass mangelnde Kooperation eine Unmenge an Geld kostet, hat Mitte der 90er-Jahre der damalige Bundesgesundheitsminister Seehofer zum Anlass genommen, ein bundesweites Modellprojekt zu finanzieren, in dessen Mittelpunkt die Verbesserung der Hilfen für von legalen und oder illegalen Suchtmitteln chronisch Abhängiger (CMA) stand (vgl. FOGS. 2001). Dabei sollte u. a. versucht werden, die Effektivität der Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung Beteiligten zu erhöhen.

Als an der Versorgung von suchtmittelabhängigen Menschen beteiligten Instanzen zählen hauptsächlich Beratungsstellen, Fachkliniken, niedergelassene Ärzte und sicherlich auch die Selbsthilfegruppen. Diese Gruppen in einem Atemzug zu nennen und damit den Eindruck zu vermitteln, sie hätten aufgrund des gemeinsamen Klientels auch noch weitere wesentliche Gemeinsamkeiten, ergibt aber ein unrealistisches Bild der tatsächlichen Situation. Diese genannten Leistungsanbieter haben von ihrem beruflichen und persönlichen Selbstverständnis her sowie ihren jeweiligen Finanzierungsgrundlagen kaum wirkliche Gemeinsamkeiten. Schenkt man den Untersuchungen Glauben, so tauchen in den Praxen der niedergelassenen Ärzte innerhalb eines Jahres ca. 85 % der behandlungsbedürftigen Alkoholabhängigen auf, sie werden dort jedoch aus den unterschiedlichsten Gründen - zum Beispiel um Patienten nicht verlieren zu wollen - nicht adäquat hinsichtlich ihrer Suchtmittelproblematik beraten, geschweige denn behandelt. In den Suchtberatungsstellen tauchen allerdings jährlich nur ein äußerst geringer Prozentsatz ca. 6-10% der Alkoholabhängigen auf, in den Suchtfachkliniken ca. 1,5-2,0% (vgl. Kremer. 2001). Eine ähnliche Situation wäre es, wenn 85% der Autos mit einem Getriebeschaden in einer Lackierei zwar einen neuen Anstrich bekommen, der Getriebeschaden aber unbehandelt bleibt, während nur max. 12% der reparaturbedürftigen Fahr-

zeuge in einer dafür vorgesehenen und ausgestatteten Werkstatt adäquat in Stand gesetzt wird. Dies verdeutlicht vielleicht, wie wichtig und notwendig eine verbesserte Zusammenarbeit und Durchlässigkeit der einzelnen Bereiche ist.

Wie sah und sieht Zusammenarbeit und Kooperation zwischen den Versorgungsbeteiligten nun in der Praxis aus? Wir hatten schon gehört, dass u. a. Konkurrenz eine Triebfeder des Geschehens ist. Wienberg schreibt in dem Buch „Auf dem Weg zur Vergessenen Mehrheit“ zum Thema Konkurrenz: „Jeder, der sich über längeren Zeitraum an dem Versuch beteiligt hat, Brücken zwischen Institutionen und Sektoren der Suchtkrankenversorgung zu bauen, weiß,... die Realität der verbal nur zu häufig beschworenen Kooperation und Vernetzung ist grau, oft öde - zu Lasten der Menschen, um die es geht“ (Wienberg. 2001). Welche Auswirkungen dies für eine effektive Versorgungsstruktur hat, kann man und frau sich eigentlich leicht ausmalen. Der vermeintliche Partner kann gleichzeitige derjenige sein, der insgeheim das Ansinnen hat, mich meiner Existenz zu berauben.

Sind die Akteure, die Leistungsanbieter in der Lage, eine auf Dauer angelegte Vernetzung und Kooperation ohne äußere Hilfe zu gewährleisten? Dies ist eine sehr komplizierte Fragestellung, die schließlich wohl eher mit einem „Nein“ zu beantworten ist, was sowohl durch die wissenschaftliche Auswertung des erwähnten Modellprojektes der Jahre 1995 - 1999 durch das Kölner Institut FOGS (vgl. FOGS 2001) als auch durch die wissenschaftlichen Auswertung der Befragung zur Bedeutung der Suchthilfeoordination in Lübeck durch die MUL bestätigt wird.

Fazit: Fasst man die Ergebnisse der beiden wissenschaftlichen Untersuchungen zusammen und vergleicht dies mit den im kürzlich veröffentlichten Suchthilfeplan der Hansestadt Lübeck formulierten Konsequenzen, so lässt sich eindeutig sagen, dass Vernetzung der speziellen „Zielgruppe der Leistungsanbieter“ Unterstützung benötigt und am besten funktioniert, wenn sie von einer dafür vorgesehenen Träger unabhängigen Koordinationsinstanz initiiert und/oder aktiv begleitet wird. Lübeck hat übrigens die Vorteile und Effizienz eines solchen Vorgehens verstanden und in der Bürgerschaftssitzung vom November 2001 beschlossen, dass die Suchthilfekoordinationsstelle auf Dauer eingerichtet werden soll.

Ein letztes Wort zum Schluss: Auf eine andere spezielle Zielgruppe - Leistungsträger - des Drogenhilfesystems konnte ich heute aus Zeitgründen nicht eingehen. Eins sei jedoch gesagt, bei aller Darstellung der Mangelzustände und Finanzierungsschwächen unseres Suchthilfesystems und den zwingend notwendigen Verbesserungen sind meine Erfahrungen in Lübeck - und ich denke mal, dass dies landesweit nicht sehr unterschiedlich ist -, dass vonseiten der

Sozial- und GesundheitspolitikerInnen der Parteien sehr stark für die Erhaltung und Verbesserung der Suchthilfe gekämpft wird. Aber leider befinden sich in meinen Augen die Sozial- und GesundheitspolitikerInnen der Parteien, wie auch die VertreterInnen beziehungsweise Protagonisten des schleswig-holsteinischen Suchthilfesystems, inzwischen in einer denkbar ungünstigen Situation. Ist doch mit Gesundheitspolitik und offensichtlich insbesondere mit Suchthilfepolitik in einer Zeit knapper Kassen und in einer Zeit, in der der Blick vorwiegend auf kurzfristige Einsparungsmaßnahmen gerichtet ist, keine Politik mehr zu machen. Oder sehe ich dies völlig falsch? Falls ich aber mit meiner Sicht Recht habe, wäre es m. E. angesagt, dass eine enge Vernetzung und Kooperation zwischen den VertreterInnen der Gesundheits- und Sozialpolitik und den Praktikern aus dem Bereich der Suchtkrankenhilfe stattfindet, um schließlich, wenn wir schon nicht mehr mit humanitären Argumenten die Wirtschafts- und FinanzpolitikerInnen überzeugen können, es uns zumindest gemeinsam gelingt, ihnen zu verdeutlichen, dass Suchtkrankenhilfe zum einen viel Geld kostet und zum anderen viel, viel mehr Geld spart.

Ein allerletztes Wort: Denn wenn ich schon jetzt beim Geld angekommen bin, lassen Sie mich zum Schluss noch einmal einen Aspekt aufgreifen, der auch am vergangenen Montag hier angesprochen wurde und Ihnen von verschiedener Seite schon als äußerst unbefriedigende Situation beschrieben worden ist. Ich meine die kurze Laufzeit der Zuwendungsbescheide, die von einem Jahr zum anderen ausgesprochen werden. Die meisten suchtkranken Menschen benötigen für ihren Heilungsverlauf Konstanz und Verlässlichkeit. Dies können MitarbeiterInnen von Beratungsstellen wohl am ehesten vermitteln, wenn sie ebenfalls Verlässlichkeit erfahren.

Die Situation, die zurzeit durch jährliche Zuwendungsbescheide besteht, die dann möglicherweise auch noch während des laufenden Jahres gekürzt werden, ist mit folgender Szenerie vergleichbar: Stellen Sie sich vor, sind haben sich aus guten Gründen als KosmonautIn einer Weltraummission beworben, haben den Platz auch bekommen, sind mit der Raumkapsel zu der 6-wöchigen Mission gestartet und hören von der Bodenstation folgendes: „Aufgrund der knappen Haushaltslage haben wir Ihnen leider zunächst lediglich den Treibstoff für die ersten 8 Tage mitgeben können, wir sind uns jedoch sicher, dass sie eine gute Arbeit leisten werden und wünschen Ihnen daher eine erfolgreiche Mission.“

Abg. Tengler stimmt Herrn Heinemann darin zu, die Koordinatorenstelle für die Landessuchtproblematik bei der Landesstelle einzurichten, da erst einmal die vorhandenen Ressourcen ge-

nutzt werden sollten, und fragt, ob die Aussage von Herrn Hüllinghorst stimme, dass das Kooperationsmodell zwischen Staatsanwalt, Polizei, Drogen- und evtl. auch Jugendhilfe in Baden-Württemberg nur mäßigen Erfolg und welche Formen es bisher in Schleswig-Holstein angenommen habe.

Herr Heinemann verdeutlicht, dass es sich bei dem Modellversuch um ein Bundesprojekt handle, an dem erst einige Bundesländer teilnehmen würden, aber dennoch schon erste Erfolge zu verzeichnen seien. In Schleswig-Holstein in ersten Gesprächen vonseiten der Suchthilfe mit dem Generalstaatsanwalt und der Polizei eine grundsätzliche Bereitschaft festgestellt worden sei, dass Polizisten zunächst in einer Modellregion eine dreigliedrige Karte bei Razzien an auffällige Jugendliche weiterreichen sollen. Das Maß der Verbindlichkeit beschränke sich zunächst nur auf die Frage, ob ein Hilfsangebot wahrgenommen worden sei. In der zweiten Jahreshälfte könnten schon erste konkrete Ergebnisse vorliegen.

Auf die Frage von Abg. Baasch nach der Bemessungsgrundlage von Beratungsstellen weist Herr Stein darauf hin, dass nach entsprechenden Publikationen der DHS, die auch im Lübecker Suchthilfeplan aufgeführt seien, etwa zehn Mitarbeiter der ambulanten psychosozialen Beratung auf 100.000 Bewohner kommen sollten, wobei spezifische regionale Gegebenheiten noch nicht berücksichtigt seien.

Abg. Dr. Garg merkt an, dass die von Herrn Heinemann geforderte Koordinierungsstelle nicht zwingend bei der Landesstelle angesiedelt werden müsse, sondern auch bei anderen Organisationen entsprechend ausgebildete Potenzial vorhanden sei. Herr Heinemann stimmt dem Anliegen der optimalen Ausnutzung vorhandener Ressourcen und Kompetenzen grundsätzlich zu; so führten die fünf Referenten für Qualifizierung auf Landesebene auch geschlechtsspezifische Fachtagungen durch. Das Verfahren der Optimierung müsse Vorrang vor der Schaffung neuer Planstellen mit Spezialaufgaben haben. Herr Stein sieht in diesem Zusammenhang die Gefahr, dass bei Einrichtung zielgruppenspezifischer Koordinatoren schließlich ein Koordinator der Koordinatoren gefordert werde und damit wieder woanders nötige Ressourcen gebunden würden. Demgegenüber weist Abg. Dr. Garg darauf hin, dass ein grundsätzlicher Unterschied zwischen zielgruppenspezifischer und geschlechtsspezifischer Beratung bestehe.

Abg. Birk fragt vor dem Hintergrund, dass die Koordinatoren zum Beispiel in Frauenhäusern auch auf suchtgefährdete männliche und weibliche Jugendliche und Kinder stießen und geschlechtsspezifische Ansätze bei der Psycho- und Schmerztherapie bei der Betreuung älterer Menschen unumgänglich sei, wo die finanzielle Versäulung am ehesten aufzubrechen sei, um ein besseres Ineinandergreifen der Systeme zu ermöglichen. Dieses könne man, so Herr Stein,

insbesondere durch Zusammenarbeit der Suchthilfe mit den Arztpraxen, wo 80 % der Suchtkranken auftauchen, erreichen. Wenn man diese durch strategische Maßnahmen ins Suchthilfesystem einbinde, entstehe zugleich aber ein enormer Bedarf an Stellen im psychosozialen Bereich.

Abg. Tenor-Alschausky merkt an, dass durch Koordinierung und Vernetzung zwar die Probleme immer genauer beschrieben würden, zu deren Lösung aber in vielen Fällen noch nicht der richtige Ansatz gefunden werde. So habe man, wie gehört, zwar festgestellt, dass Suchtkranke recht häufig Ärzte schon in einem frühen Stadium der Krankheit, in dem ein Eingriff noch recht kostengünstig sei, konsultierten, sage aber zugleich, dass bei einer umfassenden Behandlung unser System zusammenbreche. Müsse man nicht vielmehr fragen, ob in diesem Bereich tätige Einrichtungen interveniert und Vorschläge unterbreitet hätten, wie Ärzte mit diesem Problem umgehen könnten beziehungsweise wie sie schon während der Ausbildung darauf vorbereitet werden könnten? Herr Stein führt dazu aus, dass dieses Problem seit einigen Jahren im Bereich der Ärztefortbildung in Form von Frühinterventionsstrategien und in Arbeitszirkeln zwischen Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen intensiv behandelt werde. Herr Heinemann ergänzt, dass seit einiger Zeit in der Ärztekammer arbeitsfeldübergreifenden Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, Sozialarbeiter und Mitarbeiter von Jugendhilfediensten stattfänden, bei der Gesprächstechniken eingeübt würden, wie man kurzfristig mit dem Konfliktfall Drogen umgehen könne. Auf diese Weise wolle man mehr Ressourcen für das Suchthilfesystem erschließen. Voraussetzung für Fortbildungs- und Kooperationsbereitschaft der Ärzte sei aber, dass sie diese Leistungen abrechnen dürften. Darüber hinaus vermeide ein sozialraumorientiertes Konzept, dass sich verschiedenste soziale Dienste um eine einzige Familie kümmern. Die hierfür erforderliche Querschnittsfortbildung, da ja die Kompetenzen anders verteilt und andere Kostenfaktoren berücksichtigt werden müssten, laufe jetzt langsam an. Fortschritte erhoffe er sich auch vom Landesarbeitskreis, der die verschiedenen Kosten- und Leistungsträger an einen Tisch bringt; vielleicht könnte hiervon auch der Impulse zu einer Bundesratsinitiative ausgehen, die bestehende Sozialgesetzgebung zu erweitern.

Auf Nachfrage der Abg. Hinrichsen erläutert Herr Heinemann, dass das Modellkonzept des Generalstaatsanwalts zur Drogenfrühintervention zwar zunächst von Razzien im Zusammenhang mit illegalen Drogen ausgehe, aber die Suchthilfe schon erwarte, dass Einsätze im Zusammenhang mit Suchtmitteln in ähnlicher Weise für das Hilfesystem genutzt würden.

Hinter dem Satz „Möglicherweise beginnt er mit der Überwindung der immer noch vorhandenen Trennung zwischen legalen und illegalen Substanzen“, nach dessen Bedeutung Abg. Tengler gefragt hatte, verberge sich, so Herr Heinemann, die Intention, zunächst einmal die

von einer Unterscheidung von abendländischen und orientalischen Drogen ausgehende Gesetzeslage zu hinterfragen. Wenn man nämlich den Blick auf die vielen gesellschaftlichen Facetten des Drogenproblems richte, würde man – unabhängig von den gesetzlichen Rahmenbedingungen, dem konsumierten Stoff und dem Gesundheitsrisiko – gute Gründe dafür finden, dass sich Polizei und Staatsanwaltschaft mit dem Phänomen Sucht und damit auch mit legalen Drogen auf einer ganz anderen Ebene auseinander setzten. Die Unterscheidung in legale und illegale Drogen dürfe nicht als Vorwand genommen werden, Dinge über- oder unterzubewerten oder Ressourcen gegeneinander auszuspielen; vielmehr müsse sich jede neue Idee daran messen lassen, wie sie das Gesamtphänomen der Sucht erfasse.

Abg. Baasch kritisiert, dass in der Diskussion um die Rolle des Koordinators die eigentlich viel wichtigeren Hilfemaßnahmen zu kurz kämen; auch deren Effizienz sei von Bedeutung.

Auf die Frage der Abg. Birk, ob die Klagen von Mitarbeitern in der Jugendhilfe, dass ihnen ihm SGB IX nun auch noch die Zuständigkeit für die Drogenhilfe zugewiesen worden sei, stimme und, wenn ja, welche Konsequenzen für die dargestellte Problematik zu ziehen seien, antwortet Herr Heinemann, dass im SGB IX der Bereich, der Behinderte betreffe – dazu zählten sozusagen auch die Suchtkranken –, zwar das Bestehende neu sortiert, aber das System unverändert gelassen werde. Neu sei die Clearingstelle, von der man sich erhoffe, zukünftig schneller zu Ergebnissen zu kommen. Die Jugendhilfe dagegen sei immer verpflichtet gewesen, gesundheitsspezifische Aspekte in ihre Arbeit einfließen zu lassen; da diese Verpflichtung bisher nicht konkret definiert worden sei, habe die Jugendhilfe im Rahmen der bestehenden Versäulung eine Trennung zwischen Jugend- und Suchthilfe postuliert. In der jetzigen Vernetzungsdiskussion werde nur die eigentlich schon immer bestehende Aufgabe der Jugendhilfe, allumfassend bezogen auf den Sozialraum der Jugendlichen zu handeln, in den Vordergrund gestellt.

Schmerzlinik Kiel

Herr Prof. Dr. Göbel trägt anhand von Overheadfolien (Umdruck 15/1858) zum Thema „Die medizinische Verwendung von Betäubungsmitteln der Anlage I BtMG zu therapeutischen und palliativen Zwecken“ vor (siehe Anlage).

Auf die Frage der Abg. Birk, was dagegen spreche, Cannabis genauso wie andere Kräuter anzupflanzen und als Naturprodukt zu vertreiben, antwortet Herr Prof. Dr. Göbel, dass es sich um einen hochpotenten Wirkstoff handle. Eine ausreichende Wirkstoffkonzentration sei aber

nicht gewährleistet, wenn Cannabis von den Patienten selber angepflanzt werde. Die Firma THC-Pharm habe mittlerweile die Erlaubnis erhalten, aus Rohhanf ein entsprechendes Arzneimittel herzustellen, welches zum einen deutlich kostengünstiger sei und welches möglicherweise eine ausgewogenere Wirkung haben könne.

Auf die Bitte der Abg. Tengler, auszuführen, warum die medizinische Anwendung und die Legalisierung von Cannabis nicht in einem Zusammenhang diskutiert werden sollten, antwortet Herr Prof. Dr. Göbel, dass Cannabis zur Abhängigkeit führen könne, wenn es als Droge missbraucht werde. Man müsse daher die beiden Aspekte getrennt behandeln.

Auf eine Frage des Abg. Dr. Garg führt Herr Prof. Dr. Göbel aus, dass die Bioäquivalenz zwischen dem Naturprodukt und den sich auf dem amerikanischen und englischen Markt befindlichen Arzneimitteln nicht gewährleistet sei, weil die Wirkstoffkonzentration des Naturproduktes zwischen 1 und 30 % schwanke.

Abg. Nabel gibt zu bedenken, dass sehr viele Erfahrungen aufgrund von Selbstmedikation gemacht worden seien und dass es aus der so genannten Volksmedizin Impulse für die Pharmaindustrie gegeben habe.

Herr Prof. Dr. Göbel vertritt die Ansicht, dass es heute nicht mehr der Erfahrung aus Einzelfallexperimenten bedürfe. Die pharmazeutische Industrie habe die Anwendung von pflanzlichen Arzneimitteln aus wissenschaftlichen, aber vor allen Dingen aus wirtschaftlichen Gründen nie favorisiert, weil solche Substanzen nicht patentierbar seien. Eine Patentierbarkeit sei nur gegeben, wenn es sich um synthetische Substanzen handele.

Auf die Bemerkung des Abg. Nabel, dass der Profit aus einem Patent höher bewertet werde als die Wirksamkeit eines Medikaments, räumt Herr Prof. Dr. Göbel ein, dass viele pharmazeutische Firmen so denken würden.

Der Vorsitzende, Abg. Beran, schließt die Sitzung um 16:24 Uhr.

gez. Andreas Beran

Vorsitzender

gez. Petra Tschanter

stellv. Geschäfts- und Protokollführerin

Anhörung
Neue Wege
in der
Drogenpolitik
Schleswig-Holsteinischer Landtag

Die medizinische Verwendung von Betäubungsmitteln der Anlage I BtMG zu therapeutischen und palliativen Zwecken

Prof. Dr. med. Hartmut Göbel
Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzlinik Kiel
in Kooperation mit der Universität Kiel

4. Februar 2002 | Kiel

Agenda

- Gesetzliche Grundlagen
- Verschreibungsfähige BtM
- Cannabis in der Medizin: Historie
- Verfügbarkeit
- Wirksamkeit
- Nebenwirkungen
- Zugang
- Dosierungen, Darreichungsformen
- Kosten
- Schlußfolgerungen

Gesetzliche Grundlagen

Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln
(Artikel 1 des Gesetzes zur Neuordnung
des Betäubungsmittelrechts)

Betäubungsmittelgesetz - BtMG

BtMG 1981 § 1 Betäubungsmittel

Betäubungsmittel im Sinne dieses Gesetzes
sind die in den Anlagen I bis III
aufgeführten Stoffe und Zubereitungen.

BtMG 1981 Anlage I und II (zu § 1 Abs. 1)

Die in Anlagen I und II bezeichneten Betäubungsmittel
dürfen nicht

- verschrieben,
- verabreicht
- oder einem anderen zum unmittelbaren
Verbrauch überlassen werden

BtMG 1981 Anlage I (zu § 1 Abs. 1)

BtMG 1981 Anlage I (zu § 1 Abs. 1)
(nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel)
Fassung: 24. September 1999
Gültig ab 10. Oktober 1999 bis 9. Oktober 2000

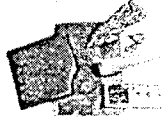
BtMG 1981 Anlage I (zu § 1 Abs. 1)



Cannabis (Marihuana)
Pflanzen und Pflanzenteile der zur
Gattung Cannabis
gehörenden Pflanzen



Cannabisharz (Haschisch)
das abgesonderte Harz der zur
Gattung Cannabis
gehörenden Pflanzen



BtMG 1981 Anlage I (zu § 1 Abs. 1)



Eine Erlaubnis für die in Anlage I
bezeichneten Betäubungsmittel
kann das Bundesinstitut für
Arzneimittel und Medizinprodukte
nur ausnahmsweise zu wissenschaftlichen
oder anderen im öffentlichen Interesse
liegenden Zwecken erteilen.

BtMG 1981 Anlage II (zu § 1 Abs. 1)



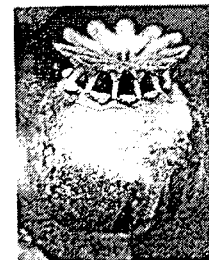
BtMG 1981 Anlage II (zu § 1 Abs. 1)
(verkehrs-fähige, aber nicht
verschreibungsfähige Betäubungsmittel)
Fassung: 20. Januar 1998
Gültig ab 1. Februar 1998

BtMG 1981 Anlage III (zu § 1 Abs. 1)



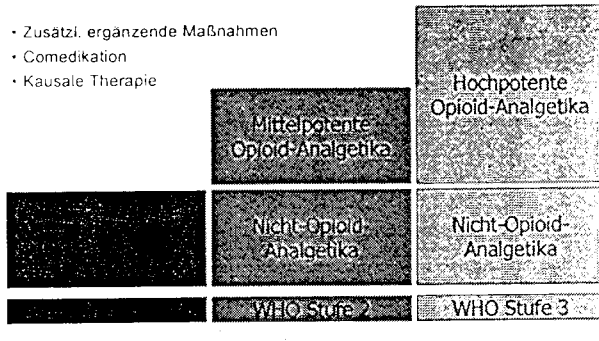
Verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel
Fassung: 20. Januar 1998
Gültig ab 1. Februar 1998

Verschreibungsfähige
BTM



Stufenschema bei chronischen Schmerzen

- Zusätzl. ergänzende Maßnahmen
- Comedikation
- Kausale Therapie



Non-Opioid-Analgetika

Substanz	Halbwertszeit h	Einzel-/Taddosis mg
Paracetamol	2-3	1000/3000
Metamizol	2-3	1000/6000
Acetylsalicylsäure	3-5	1000/3000
Ibuprofen	2-3	400/2400
Diclofenac	2-6	50/150
Diflunisal	9-14	250/1000
Naproxen	12-16	250/1000

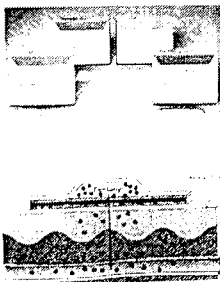
Orale mittelpotente Opioid-Analgetika

Substanz	T _{1/2}	Dosierung mg	Stärke
Dihydrocodein DHC-Mundipharma®	8-12	2x60	5
Tramadol retard Tramundol retard®	8-12	2x100; max 2x300	10
Ulidin-ret-Naloxon Valoron retard®	8-12	2x50; max 2x200	5

Orale hochpotente Opioid-Analgetika

Substanz	T _{1/2}	Dosierung mg	Stärke
Morphin retard MST-Mundipharma®	8-12	2x20	1
Oxycodon Oxygesic®	8-12	2x10	0,5
Buprenorphin Temgesic®	4	4x0,2-0,4	0,01
Levomethadon L-Polamidon®	8-12	2x10	0,5

Fentanylpflaster



- Resorptionsbeginn nach 6-8 h
- Stabile Konzentration nach 12-24 h
- Wirkdauer 48-72 h
- Nachwirkung nach Entfernung 17-20 h
- Cave: Systemische Anwendung

Verordnung auf BtM-Rezept

Das BtM-Rezept ist ein Rezept für Betäubungsmittel (BtM) und wird von einem Arzt ausgestellt, wenn ein Patient eine Behandlung mit BtM benötigt. Das Rezept ist in Form eines Besonderen Rezepts (BR) und muss in einem besonderen Rezeptbuch geführt werden. Die Verordnung erfolgt auf Basis der ärztlichen Diagnose und der Notwendigkeit der Behandlung. Die Dosis und die Art des BtM werden individuell festgelegt. Die Verordnung ist an den Namen des Patienten und den Namen des Arztes gebunden. Die Verordnung ist für eine bestimmte Zeitdauer gültig. Die Verordnung ist an den Namen des Patienten und den Namen des Arztes gebunden. Die Verordnung ist für eine bestimmte Zeitdauer gültig.

Hochpotente Opioid-Analgetika

Indikationen

- Schwere Akutschmerz
- Schwere Tumorschmerz
- schwere chronische nicht-tumorbedingte Schmerzen

Orales Morphin retard

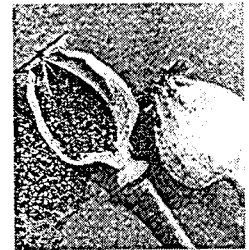
- 1. Wahl WHO III
- Retardiertes orales Morphin ersetzt invasive Schmerztherapie weitgehend
- Dosierung wird durch Effekt und Verträglichkeit bestimmt
- Opioidnaiv: 2 x 10 - 30 mg
- Dosierung um 2 x 10-20 mg / 2 d erhöhen bis Effekt ausreichend

Orales Morphin: Mißbrauch?

- Kein Mißbrauchspotential bei oralem retardierten Morphin
- bei Ineffektivität bzw. NW zunächst wechseln, ggf. absetzen
- Bei Absetzen langsam Ausschleichen, tägl. 5 - 10 % Dosisreduktion
- Polymedikation (Benzodiazepine, Tilidin, zusätzlich kurzwirksame Opioide oral oder intravenös für Abhängigkeit verantwortlich)

Morphin oral: Nebenwirkung

- Keine Organtoxizität !
- Keine Laborkontrollen erforderlich
- Atemfunktion wird durch orales Morphin nicht beeinträchtigt
- Hauptproblem ZNS: Sedierung, Schlafstörung, Übelkeit, Erbrechen
- Obstipation



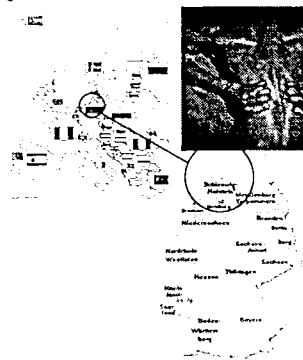
Aber:

- Kausale Therapie geht vor, z.B. PNP
- Non-Opioidanalgetika und Koanalgetika müssen ausgereizt sein
- Chronischer Schmerz nur zu ca. 60 % opioidsensibel
- 50% Schmerzreduktion nur bei der Hälfte der Patienten
- 50% der Patienten brechen Behandlung meist wegen Nebenwirkungen ab

Orale Opioide: Nebenwirkungen

Symptom	Auftreten	Behandlung
Übelkeit/Erbrechen	ersten 2 Wochen	Antiemetika
Obstipation	Konstant, zunehmend	Prophylaxe
Miktionsstörung	initial	Reduktion/Wechsel
Sedierung	initial	Reduktion/Wechsel
Schlafstörung/Altekt	Konstant, zunehmend	Reduktion/Wechsel
Übelkeit	initial	Reduktion/Wechsel
Häufiger Harnabsatz	Antoxikation	Reduktion/Wechsel
Sexualfunktion	Konstant, zunehmend	Reduktion/Wechsel

Häufigkeit schwerer Schmerzen in Schleswig-Holstein



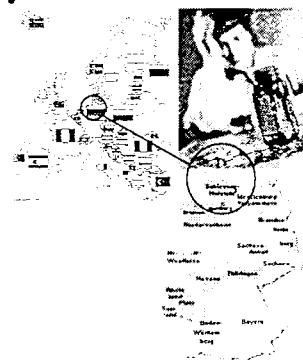
- AOK Schleswig-Holstein
- 574 000 Versicherte
- 16 614 mußten wegen Schmerzen stationär behandelt werden (2,8 %)
- Mittlere Aufenthaltsdauer 14,3 Tage
- Gesamtkosten 56 Millionen €
- Mittlere Fallkosten 3618 €

Häufigkeit schwerer Kopfschmerzen in Schleswig-Holstein



- AOK Schleswig-Holstein
- 574 000 Versicherte
- 5788 mussten wegen Kopfschmerzen stationär behandelt werden (1,0 %)
- Mittlere Aufenthaltsdauer 12,0 Tage
- Gesamtkosten 12 Millionen €
- Mittlere Fallkosten 3061 €

Häufigkeit von Schmerzmittelintoxikation in Schleswig-Holstein



- AOK Schleswig-Holstein
- 574 000 Versicherte
- 818 benötigten stationäre Schmerzmittelenzugs-therapie (0,14 %)
- Mittlere Aufenthaltsdauer 16,0 Tage
- Gesamtkosten 2,50 Millionen €
- Mittlere Fallkosten 3079 €

Bundesgesundheitsurvey 1998: Bundesgesundheitsblatt 2000

Gebrauch von Schmerzmitteln in Deutschland:

Mehrfach pro Woche

8,7 % der Frauen

5,1 % der Männer

1 bis 4 mal im Monat

51,4 % der Frauen

43,8 % der Männer

nie

39,5 % der Frauen

50,9 % der Männer

Gesundheitsproblem Tumorschmerzen

- 50 % der Tumorpatienten leiden vor Aufnahme auf einer Palliativstation bereits seit mehr als 6 Monaten unter Schmerzen (Quelle: Klasing 1994)

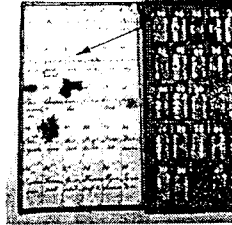
Historie

Cannabis als Medizin: Historie I

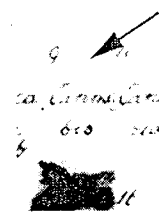


- Bereits im Mittelalter war Hanf fester Bestandteil in der Volksmedizin
- Hildegard von Bingen (1098-1179), die "erste deutsche Naturforscherin und Ärztin" sagte über Hanf
... sein Same enthält Heilkraft, und er ist für gesunde Menschen heilsam zu essen, und in ihrem Magen ist er leicht und nützlich, so daß er den Schleim einigermaßen aus dem Magen wegschafft, und er kann leicht verdaut werden, und er vermindert die üblen Säfte und macht die guten Säfte stark. Aber wer im Kopfe krank ist und ein leeres Gehirn hat und Hanf isst, dem bereitet dies leicht etwas Schmerz im Kopf...

Cannabis als Medizin: Historie II



- Reiseapotheke 19. Jahrhundert

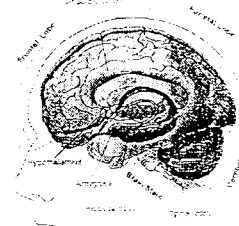
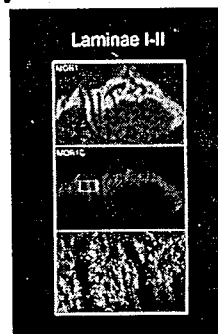


Cannabis als Medizin: Historie III



- Anwendung war in gesamten Europa verbreitet (Aufbewahrungsgefäß franz. Apotheke)
- Georg Martius: "Pharmakologisch-medizinische Studien über den Hanf" von 1855"

Wirkmechanismen



Verfügbarkeit

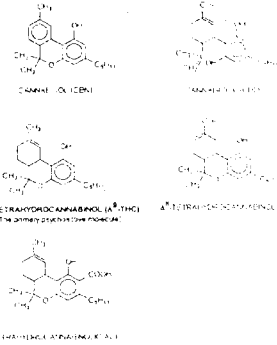
Möglicher Zugang gemäß AMG



- Prüfartzneimittel im Rahmen einer klinischen Prüfung
 - Erlaubnis durch BfArM im Mai 1999 für Multicenterstudie
- Zulassung als Fertigarzneimittel eines pharmazeutischen Unternehmers
 - in D bisher nicht, in USA, UK sind Nabilion (Gesamet) und Dronabinol (Marinol) von Behörden zugelassen
- In einer Apotheke hergestelltes Rezepturazneimittel
 - Dronabinol in definierter Qualität in D seit 2/1998 beziehbar (Apothekenzubereitung THC Pharm Frankfurt)

Wirksamkeit

Wirkstoffe



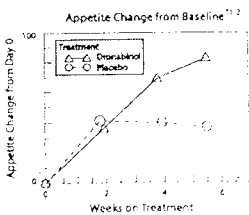
Untersuchungen zur Wirksamkeit

- Informationen beruhen meist auf anekdotischen Berichten
- Anforderungen an klinische Prüfungen gemäß AMG nicht erfüllt

Evidenz-Hierarchie therapeutischer Effekte

- Etabliert:
 - Übelkeit, Erbrechen, Anorexie, Gewichtsverlust bei Chemotherapie/Krebserkrankungen und AIDS
- Relativ gut gesicherte Effekte
 - MS, Spastik, Schmerz, Migräne, Bewegungsstörungen, Asthma, Glaukom
- Wenig gesicherte Effekte
 - Allergien, Jucken, Infektionen, Epilepsie, Depressionen, Ängste, Sucht, Entzug (Ausstiegsdroge)
- Grundlagenforschung
 - Autoimmunerkrankungen, Krebs, Neuroprotektion, Fieber, Blutdruckerhöhung

Treatment of Anorexia Associated With Weight Loss due to AIDS



- Beal JE, et al: Dronabinol as a treatment for anorexia associated with weight loss in patients with AIDS. *J Pain Symptom Manage.* 1995,10(2): 89-97
- Study Objective: To evaluate the effects of MARINOL® (2 x 2.5 mg dronabinol) on appetite, weight, mood, and nausea
- Study Conclusion: MARINOL® (dronabinol) is a safe and effective treatment for anorexia in patients with weight loss due to AIDS
- Based primarily on this study, the FDA approved dronabinol for the treatment of anorexia associated with weight loss in AIDS patients
- Dronabinol is the first drug to receive this indication

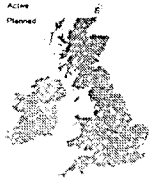
MARINOL® PATIENT ASSISTANCE PROGRAM

MARINOL® (dronabinol) is a prescription medicine used to treat anorexia associated with weight loss in AIDS patients.

The Patient Assistance Program (PAP) is available to eligible patients who are unable to pay for their MARINOL®.

To learn more about the PAP, please call 1-800-445-2222 or visit our website at www.marinol.com/pap.

UK: Cannabinoids in Multiple Sclerosis Trial Patient Information



Centre Name (alphabetical by town)	No. Patients
Aintree Central Hospital	15
Belfast Royal Victoria Hospital	12
Birmingham Queen Elizabeth Hospital	10
Bristol, Frenchay Hospital	10
Cambridge, Addenbrooke Hospital	12
Cardiff, University Hospital of Wales	10
Donker, Newcastle Hospital	10
Hertford County Hospital	8
Spinal Hospital	14
Leeds, St James University Hospital	20
Leicester Royal Infirmary	11
Leeds, Community Rehabilitation Centre	10
Leeds, Walton Centre	11
Leeds, Maudsley Hospital	8
Leeds, Charing Cross Hospital	8
Leeds, City Hospital	8
Leeds, Institute of Neurology, Queen Square	8
Leeds, Queen Elizabeth Hospital, Woodhouse	9
Manchester, Hope Hospital	10
Newcastle, Royal Victoria Infirmary	12
Nottingham, University Hospital	8
Oxford, Finklea Infirmary	15
Thames, Derriford Hospital	12
Royal Preston Hospital	12
Rokeby Trust, South Staffordshire	11
Swansea, Morriston Hospital	8
Sheffield, Royal Hallamshire Hospital	8
London and Severn, St. Hospital	11
Queen, Royal Cornwall Hospital	11
Total	413/66

Individuelle Heilversuche

- Wissenschaftlicher Kenntnisstand noch unbefriedigend
- Im Einzelfall individuelle Heilversuche möglich
- Durchführung nur in speziellen Zentren unter Berücksichtigung gut evaluierter anderer Optionen
- Selbstmedikation mit ungeprüften Cannabisprodukten ist abzulehnen

Nebenwirkungen

Nebenwirkungen

- Allgemein ist Verträglichkeit gut
- Körperliche Abhängigkeitspotential gering
- Herzrasen
- Blutdruckabfall
- Mundtrockenheit
- Bindehautreizung
- Ängste
- Panik
- Psychosen

Warnhinweise Marinol[®] (USA)

- Vorsicht bei
 - Herzerkrankungen, niedriger Blutdruck, Synkopen, Tachykardie
 - Substanzmissbrauch in Vorgeschichte (Alkohol, Marihuana, multiple Substanzen)
 - Sorgfältige psychiatrische Verlaufskontrollen bei Patienten mit Manie, Depression, Schizophrenie
 - Zusätzlicher psychoaktiver Medikation

Risiken ungeprüfter Verwendung

- Reproduzierbare Qualität des Arzneimittels nicht gegeben
- Nachweis Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nicht geführt
- Probleme illegaler Hanfzubereitungen
 - Wirkstoffgehalt unklar
 - Lösungsmittel
 - Insektizide
 - Schwermetalle



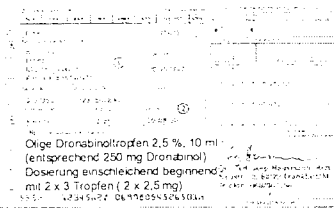
Sex differences in antinociceptive and motoric effects of cannabinoids



- Tseng AH, Craft RM.
- Eur J Pharmacol 2001 Oct 26;430(1):41-7
- At the doses tested, all three cannabinoid agonists produced greater effects in females than males in two or more behavioral tests
- This study demonstrates that there are sex differences in the behavioral effects of cannabinoids in the rat.

Zugang

Verschreibung

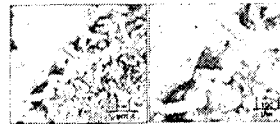


- Marinol über Apotheke mit Importerlaubnis

Aufnahme



- Öl
- Tee
- In Plätzchen
- Inhalation in Verdampfern
- Rauchen



Forderungen von Patienteninitiativen



- AG Cannabis als Medizin (ACM)
 - Bezug über einfaches Rezept über Apotheke
 - Drogenhanf kann durch Patient mit ärztlicher Bescheinigung angebaut werden
 - Verschreibende dürfen keine Nachteile erhalten
 - Förderung weiterer Forschung

Journal of
**Cannabis
Therapeutics**

**cannabis
medicines**
International
Association for Cannabis as Medicine

Dosierung

Dosierung



- Einzeldosis 5 - 15 mg
- Wirkdauer 4 - 12 Stunden
- Einnahmefrequenz 2 - 4 mal täglich
- Spastik 5 - 30 mg/die
- Bewegungsstörungen 5 - 30 mg/die
- Schmerzen 5 - 20 mg/die
- Parästhesien 5 - 50 mg/die
- Abmagerung 5 - 20 mg/die
- Übelkeit/Erbrechen 10 - 50 mg/die
- Asthma 5 - 15 mg/die

Dosierung bei natürlichen Präparaten



- THC-Gehalt von Marihuana oder Haschisch liegt zwischen 1 und 30 %
- Initiale Dosierungsempfehlungen liegen bei 0,1 g entsprechend 3 mg THC
- Verwendung natürlicher Cannabisprodukte bisher nur in Kanada erlaubt
- In der Schweiz wird medizinische Verwendung pragmatisch toleriert, Gesetzesänderung ist geplant

Darreichungsformen



Legal

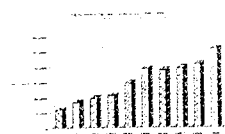


- Ölige Dronabinoltropfen 2,5 % über BTM-Rezept
- Marinol über BTM-Rezept und Importapotheke

Illegale Cannabisprodukte



- Selbstanbau
- Holland: Coffee-Shops
- Holland: ab Mitte 2002 auch in Apotheken



Natürliches Gemisch vs isolierte Wirkstoffe



- Ob natürliches Gemisch besser wirkt als isolierte Wirkstoffe ist bisher nicht belegt
- Kontrollierte Multicenter-Studie wird zu dieser Fragestellung derzeit durchgeführt
 - Europ. Institut für onkologische und immunologische Forschung
 - Cannabisextrakt vs Dronabinol
 - Appetitanregung bei Tumorpatienten



Weitere Entwicklungen

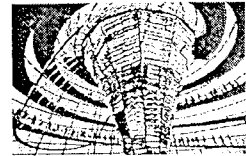


- Zur Zeit noch keine natürlichen Gemische für Arzneimittelherstellung in D verfügbar
- Bereitstellung wird zur Zeit jedoch von verschiedenen Firmen in Zusammenarbeit mit Deutschen Arzneimittelkodex vorbereitet
- Die Aufnahme von Cannabisextrakt in die Anlage III des BtMG wird in diesem Zusammenhang von BMG vorbereitet

Petitionsausschuss Deutscher Bundestag



- Spricht sich für Legalisierung des medizinischen Einsatzes von Cannabis aus
 - Linderungen von Leiden
 - Besserung der Lebensqualität



Med. Cannabisextrakt aus ungeklonten Pflanzen



- THC-Pharm GmbH (Frankfurt) erhielt Herstellungserlaubnis für Cannabisextrakt aus natürlichen Rauschhanf von der Bundesopiumstelle (Pressemitteilung 2.10.2001)
- Pflanzen stammen aus Zentralasien
- BMG unterstützt Verfügbarmachung als unlizenzieretes Rezepturarzneimittel
- Legaler Zugang zu natürlichen Extrakt nach Änderung des BtMG im Jahre 2002
- Bisher Dronabinol als ölige Tropfen, Kapseln und Inhalat erhältlich
- Durch Inhalation schnellere Wirkung und Dosisreduktion
- Kosten werden um Faktor 10 gesenkt

PHARM

Kosten



Kosten



- Marinol 25 Kapsel zu 2,5 mg 350 €
 - 1 mg 5,6 €
 - Monatskosten bei 2 x 5 mg 1680 €
- Marinol ist ca 50 x teurer als THC in natürlichen Cannabisprodukten
- Dronabinol von THC Pharm kostet ca 25% des Preises von Marinol
- GKV nicht zur Kostenübernahme verpflichtet

Schlussfolgerungen



Probleme der aktuellen Diskussion



- Cannabis ist nach derzeitiger Kenntnis kein Wundermittel zur Therapie Vielzahl schwerster Erkrankungen
- Im Einzelfall ist THC jedoch einzige wirksame Therapieoption
- Eine Vermischung der Argumente für die medizinische Anwendung mit prinzipieller Legalisierung der Anwendung auch für Rauschzwecke sollte vermieden werden
- Ein Vertriebsentgegen den Grundsätzen des Arzneimittelgesetzes (AMG) sollte obsolet bleiben

Deshalb: Erfüllen des AMG



- Wirkstoffe können bei wissenschaftlicher Evidenz von Anlage I in Anlage III (verkehrsfähige und verschreibungsfähige Btm) überführt werden
- Bereits erfolgt für isolierte Cannabis-Wirkstoffe
 - Nabilon
 - Dronabinol
- Prinzipiell auch für natürlichen Cannabisextrakt möglich
- Bei Haschisch, Marihuana und illegalen Hanfzubereitungen ist dies nicht der Fall

Legalisierung von Hanf?



- Medizinische Anwendung kann und muss unabhängig von allgemeiner Legalisierung diskutiert werden
- BtMG erlaubt grundsätzliche Anwendung von Betäubungsmitteln als Arzneimittel
- Voraussetzungen dafür können nach internationalen Suchtstoffübereinkommen und BtMG geschaffen werden

Zusammenfassung



- Cannabis-Arzneimittel Dronabinol als Hauptwirkstoff von Hanf kann bereits jetzt auf BtM-Rezept ärztlich verschrieben werden
- Das Arzneimittel kann bereits jetzt legal durch Apotheken bereitgestellt werden
- Zukünftig sind auch Fertigarzneimittel auf der Basis von Cannabis zur besseren Versorgung verfügbar