



Bericht

der Landesregierung

Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik

Drucksache 15/2737

Federführend ist die Ministerin für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz

Inhaltsverzeichnis:

I. Bericht	Seite
1. Berichtsvorgeschichte und Antrag	4
2. Einleitung	7
2.1 Historie und Grundverständnis	7
2.2 Vier-Säulen-Modell der Suchtpolitik	8
2.3 Differenzierung in legale und illegale Drogen	8
3. Prävention	10
3.1 Primärprävention	10
3.2 Schulische Suchtprävention	11
3.3 Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein	12
3.4 NICHTRAUCHEN ? TIEF DURCHATMEN	14
3.5 Cannabis	17
3.6 Sekundärprävention	19
3.7 Drogenfrühhilfeangebot in Schleswig-Holstein	20
3.8 § 31 a Betäubungsmittelgesetz	21
3.9 § 3 Betäubungsmittelgesetz	22
3.10 Migrantinnen und Migranten in der Suchtprävention	23
3.11 Pathologisches Spielen	24
4. Substitution	25
4.1 Situation und Philosophie der Substitution in Schleswig-Holstein	25
4.2 Psychosoziale Begleitung	26
4.3 Exkurs: Drogentodesfälle	27

5. Situation im Justizvollzug	27
5.1 Spritzenaustausch	27
5.2 Andere sekundärpräventive Maßnahmen in den Justizvollzugsanstalten	28
6. Betreuung und Versorgung drogengefährdeter und –abhängiger Kinder und Jugendlicher	30
6.1 Verbesserung der Zusammenarbeit von Drogenhilfe und Jugendhilfe	30
6.2 Anforderungen an die Drogenhilfe	31
6.3 Anforderungen an die Jugendhilfe	32
6.4 Qualifizierung von Jugend- und Drogenhilfe	33
6.5 Angebote für Mütter und Väter mit Kindern	34
7. Geschlechtsspezifische Ansätze in der Suchthilfe	35
8. Suchthilfeverzeichnis	40
9. Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e.V. (LSSH)	40
9.1 Allgemeine Aufgaben der LSSH	41
9.2 Projekte der LSSH	42
9.3 Fachausschuss Selbsthilfe	45
9.4 Künftige Zusammenarbeit mit der LSSH	46
10. Schlussbemerkungen	46

II. Anlagen

I. Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik

1. Berichtsvorgeschichte und Antrag

Der Schleswig-Holsteinische Landtag hatte am 22.02.2001 einen gemeinsamen Antrag der Fraktionen von SPD, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Abgeordneten des SSW „Neue Wege in der Drogenpolitik“ beschlossen (Drs. 15/762). Neben anderen Punkten enthielt der Beschluss auch die Absichtserklärung zur Durchführung einer öffentlichen Anhörung.

Die Anhörung fand vor dem Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtages statt und zwar sowohl in schriftlicher als auch am 28.01. und 04.02.2002 in mündlicher Form.

Schließlich wurde am 20.06.2003 der Antrag der Fraktionen von SPD, FDP, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Abgeordneten des SSW „Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik“ mit folgendem Wortlaut angenommen (Drs. 15/2737):

„Die Sucht- und Drogenpolitik in der Bundesrepublik basiert auf pragmatischen, vorbeugenden und repressionsarmen Maßnahmen.

Auf der Basis von Qualitätssicherung und -überwachung in der Suchtkrankenhilfe, wie sie mit dem Dokumentationssystem „Horizont“ verfolgt wird, sind die Grundlagen für eine Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik abzuleiten. Darüber hinaus hat die Anhörung, die der Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtags 2002 durchführte, wesentliche Aufschlüsse über neue Ziele und Wege in der Drogen- und Suchtpolitik erbracht. Die neuen Erkenntnisse sollen in die Schleswig-Holsteinische Politik eingehen.

Die Landesregierung wird gebeten, die Drogen- und Suchtpolitik des Landes Schleswig-Holstein an den in Ziffer 1 bis 10 genannten Schwerpunkten auszurichten und dem Landtag in seiner 37. Tagung über die konzeptionelle Weiter-

entwicklung zu berichten:

1. Die im Rahmen der Anhörung am 28. Januar und 4. Februar 2002 vom Schleswig-Holsteinischen Landeskriminalamt vorgeschlagenen Maßnahmen, die zur Entkriminalisierung von Konsumentinnen und Konsumenten führen können, sollen auf ihre Umsetzbarkeit in Schleswig-Holstein hin überprüft werden. In diese Prüfung einzubeziehen ist die Frage der rechtlichen Ausgestaltung für eine bundesweite bzw. landesspezifische Regelung.
2. Die Landesregierung wird gebeten, darzulegen, wie sie im Lichte der Ergebnisse der Anhörung „Neue Wege in der Drogenpolitik“ die Frage einer Bundesratsinitiative zur Änderung des § 3 BtMG bewertet, wie sie es in Ihrem Bericht über „Modellversuche in der Drogenpolitik“ (Drs. 14/1441, Seite 4) angekündigt hat.
3. Das Präventionskonzept der Landesregierung soll daraufhin überprüft werden, zu welchen Anteilen die vorhandenen Ressourcen auf die einzelnen Süchte entfallen.
Weiterhin soll eine geschlechtsspezifische Differenzierung sowie die Differenzierung in spezifische Zielgruppen erfolgen, insbesondere Migrantinnen / Migranten, Kinder /Jugendliche, Mehrfachabhängige. Die Schwerpunktsetzung der Landesregierung sollte ggf. zu einer Anpassung des Präventionskonzeptes führen.
4. Die bisherige Differenzierung in legale und illegale Drogen steht in keinem sachgerechten Zusammenhang mit ihrem gesundheitsgefährdenden Potenzial. Sie ist aus gesundheitsfachlicher Sicht überholt und muss im Interesse einer wirkungsvollen, glaubwürdigen Primär- und Sekundärprävention überarbeitet werden. Die Landesregierung wird gebeten, diese Erkenntnis bei der Weiterentwicklung ihrer Drogen- und Suchtpolitik zu berücksichtigen und ggf. Initiativen auf Bundesebene zu unterstützen.

5. Die Landesregierung wird gebeten, auf Bundesebene Initiativen zur Kostenübernahme für Leistungen psychosozialer Betreuung im Rahmen von Substitutionsprogrammen zu ergreifen.
6. Die Landesregierung wird gebeten, sich für eine Evaluation bestehender Angebote des Spritzentausches und anderer sekundärpräventiver Maßnahmen in den Justizvollzugsanstalten des Landes einzusetzen.
7. Die Landesregierung wird gebeten in ihrem Bericht, konzeptionelle Überlegungen für eine verstärkte Betreuung und Versorgung drogengefährdeter und drogenabhängiger Kinder und Jugendlicher – z.. B. durch eine bessere Vernetzung von Hilfestrukturen (Zusammenarbeit von Drogenhilfe und Jugendhilfe), durch Qualifizierung der Drogenhilfe und der Jugendhilfe oder durch veränderte Finanzierungsstrukturen – vorzulegen. Außerdem soll über den Bedarf und die Angebote an Therapie für Mütter / Väter mit ihren Kindern berichtet werden.
8. Die von der Landesregierung veröffentlichte Übersicht der Suchtkrankenhilfereinrichtungen hat sich als sinnvoll erwiesen und soll fortgeschrieben werden.
9. Sowohl die Anhörung des Landtags als auch der Jahresbericht 2000 der Landesregierung „Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe“ haben ergeben, dass bei der Inanspruchnahme von Angeboten der Suchtkrankenhilfe teils erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen. Um diesen Unterschieden Rechnung zu tragen, wird die Landesregierung gebeten, ein Konzept für die Etablierung geschlechtsspezifischer Angebote in der Suchthilfe – für Frauen ebenso wie für Männer – zu erarbeiten.
Darin soll insbesondere dargelegt werden, in wie weit die Geschlechterperspektive Berücksichtigung in den Beratungs- und Therapieangeboten findet, welche Qualitätsmaßstäbe für die Durchführung und Überprüfung angelegt

werden und wie durch eine geschlechtsspezifische Fachstelle als Koordinierungsstelle die Entwicklung der Angebote in den einzelnen Einrichtungen begleitet und koordiniert werden können.

Dabei sollen die im Land vorhandenen und etablierten Strukturen besonders berücksichtigt werden.

10. Die Landesregierung wird gebeten, dem Landtag über die Entwicklung der Landesstelle gegen die Suchtgefahren zu berichten und diese zu werten. Im Rahmen des Berichts soll auch Auskunft über die aktuellen Projekte der Landesstelle, ihre Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sowie über sinnvolle künftige Schwerpunkte aus Sicht der Landesregierung gegeben werden.“

Der Bericht geht gezielt auf die 10 Einzelaspekte ein. Diese werden im Interesse einer besseren Lesbarkeit zu Themenfeldern zusammengefasst. Andere komplementäre Bereiche wie zum Beispiel die Repression werden deshalb nicht darüber hinausgehend erörtert.

2. Einleitung

2.1 Historie und Grundverständnis

Die Sucht- und Drogenproblematik ist in den letzten 15 Jahren zu einem Schwerpunkt in erster Linie der Gesundheitspolitik in Schleswig-Holstein geworden. Sie ist eine gesellschaftspolitische Aufgabe von hohem Rang und keineswegs ein randständiger Bereich, von dem nur eine Minderheit betroffen wäre. Dieses Grundverständnis entspricht nicht nur der allgemeinen Erkenntnis, dass es drogenfreie Gesellschaften nirgendwo gibt, sondern gilt vor allem wegen der wachsenden Konsumbereitschaft in unserer Gesellschaft, insbesondere unter Jugendlichen.

Ging es zunächst um den Aufbau eines leistungsfähigen Beratungs- und Hilfesystems und stand erst einmal die Herausforderung durch die illegalen Drogen an oberster Stelle der Agenda, so hat die Sucht- und Drogenpolitik in Schleswig-Holstein in den letzten Jahren ihr Selbstverständnis geweitet, indem sie Sucht in allen ihren Erscheinungsformen und völlig unabhängig von der Art der psychoaktiven Substanz vermehrt und gezielt ins Blickfeld genommen hat. Alkohol und Tabak als gängigste Substanzen eines schädlichen oder abhängigen Konsums in Deutschland und vor allem ihre verheerenden und im Ausmaß alle anderen Drogen „erschlagenden“ gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozialen Konsumfolgen haben mehr und mehr an Bedeutung in der schleswig-holsteinischen Suchtpolitik gewonnen.

2.2 Vier-Säulen-Modell der Suchtpolitik

Sucht ist eine behandlungsbedürftige chronische Krankheit. Suchtpolitik in Schleswig-Holstein setzt auf einen offenen gesellschaftlichen Diskurs sowie auf Suchtvorbeugung und Stärkung der Lebenskompetenzen als Bestandteil eines umfassenden Konzeptes der Gesundheitsförderung (Primärprävention). Suchtpolitik fokussiert heute über das Vorhalten eines differenzierten und abgestuften Hilfesystems die gesundheitliche und soziale Problemlage suchtgefährdeter oder -kranker Menschen (Sekundärprävention) unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen der Allgemeinheit. Ergänzend greift gegenüber der Anbieterseite illegaler Drogen das strafrechtliche Instrumentarium, während politische und gegebenenfalls auch rechtliche Interventionen die Anbieter legaler Suchtmittel in gesamtgesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Mitverantwortung einbinden sollen. Somit basiert die Sucht- und Drogenpolitik in Schleswig-Holstein auf den Säulen Prävention, Beratung und Therapie, Überlebenshilfen sowie Repression und Angebotsreduzierung.

2.3 Differenzierung in legale und illegale Drogen

Die Differenzierung in legale und illegale Drogen ist eine juristische Setzung, die hinsichtlich des individuellen gesundheitlichen und sozialen Risikopotentials beider Sub-

stanzgruppen wenig aussagekräftig ist und dadurch sogar suchtpreventiv kontraproduktiv wirken kann.

Aufgrund dieser Tatsache bleibt es unter suchtpolitischen Aspekten weiterhin richtig, über eine zutreffende Einordnung von und den angemessenen justitiellen Umgang mit Cannabis nachzudenken sowie alle ideologiefreien Ansätze zu unterstützen, die einen wissenschaftlich begründeten Erkenntnisgewinn verheißen. Allerdings sind aktuell bundesweit die politischen Bedingungen für einen neuerlichen Abgaberversuch nicht gegeben, zumal sich die Hinweise auf problematische Verläufe gerade bei Dauerkonsumenten mehren und somit alle denkbaren Modellversuche einer besonderen Sorgfalt bei der Risikoabwägung bedürften. Durch die damalige von Schleswig-Holstein ausgehende Diskussion über Cannabis ist jedoch ein Aufbrechen und Hinterfragen der ehemals einseitigen Fixierung auf die illegalen Substanzen in der Suchtpolitik überhaupt erst möglich und auch das Gefährlichkeitspotenzial der legalen Drogen vermehrt ins Blickfeld genommen worden.

So haben sowohl die exzessive Verbreitung der legalen Drogen Alkohol und Tabak als auch neuere Forschungserkenntnisse über geschlechts- und altersspezifische Konsumtrends in Verbindung mit den gravierenden medizinischen und sozialen Konsumfolgen die Landesregierung bewogen, die Betonung der illegalen Drogen in der Suchtpolitik zu relativieren.

Sowohl der im Jahre 2000 aufgelegte - und auf mehrere Jahre ausgerichtete - **Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein** wie auch die neue Präventionsinitiative **NICHTRAUCHEN ? TIEF DURCHATMEN** belegen die stärkere Berücksichtigung legaler Drogen in den suchtpolitischen Handlungsfeldern der Landesregierung, insbesondere im Bereich der Prävention.

Damit wird auch der wissenschaftlich belegbaren Tatsache Rechnung getragen, dass auch Suchtkarrieren im illegalen Bereich in der Regel ihren Anfang mit dem Konsum von Tabak und Alkohol nehmen. Positiv bewertete Erfahrungen mit Zigaretten und Alkohol erhöhen die Wahrscheinlichkeit signifikant, dass Kinder und Jugendliche auf Drogen

wie Cannabis oder Ecstasy „umsteigen“.

Ein weiterer Trend in diesem Zusammenhang zeigt sich im Hilfesystem für abhängige Menschen. Angesichts veränderter Konsummuster im illegalen Bereich (im Sinne eines Trends zum polytoxikomanen Konsum) und der tendenziellen Angleichung der motivationalen, soziokulturellen und persönlichkeitspezifischen Konsumhintergründe alkoholabhängiger und drogenabhängiger Menschen, wird die strikte Trennung der Behandlungsformen nach substanzspezifischer Hauptdiagnose (Alkohol versus illegale Drogen) immer weniger aufrechtzuerhalten sein.

3. Prävention

Suchtprävention dient der Konsumvermeidung, -begrenzung und -reduzierung. Sie zielt auf Stärkung der Eigenverantwortung und Konfliktfähigkeit sowie auf soziale Kompetenz und die Entfaltung individueller Potentiale. Sie muss sich auf Zielgruppen ausrichten und bereits im Elementarbereich beginnen. Suchtvorbeugung ist eine Gemeinschaftsaufgabe möglichst vieler gesellschaftlicher Instanzen und stellt ein gesundheitspolitisches Daueranliegen dar. Legale wie illegale Suchtmittel bedürfen gleichermaßen der präventiven Aufmerksamkeit, die auch zu zeitnahen Reaktionen auf aktuelle Konsumtrends und neue wissenschaftliche Erkenntnisse führen muss. Suchtprävention ist konzeptionell und strukturell zu verankern und sollte möglichst vernetzt durchgeführt werden.

3.1 Primärprävention

Für die Umsetzung dieser Aufgabe hat die Landesregierung einerseits über eine Rahmenvereinbarung und jährlich fortzuschreibende Zielvereinbarung mit der „Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein“ (LSSH) die Präventionsaufgaben und -schwerpunkte konkretisiert und andererseits für den Bildungs- und Schulbereich die „Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung“ (KOSS) eingerichtet. Beide Institutionen arbeiten eng vernetzt im Bereich der schulischen und außerschulischen Suchtvorbeugung.

Die Sicherung der primärpräventiven Grundversorgung wird in Schleswig-Holstein insbesondere durch die regionalen Präventionsfachkräfte in Zusammenarbeit mit sogenannten Multiplikatoren umgesetzt. Multiplikatoren sind engagierte Erwachsene, die über die LSSH, von der KOSS und regionalen Anbietern intensiv in suchtpreventiver Methodik geschult werden, um anschließend Veranstaltungen im Bereich der Schule und der außerschulischen Jugendarbeit durchzuführen.

Regelmäßige Qualifizierungsangebote sowie die Vernetzung mit den örtlichen Suchtberatungsstellen und/oder den lokalen Institutionen des Jugendschutzes sichern das fachliche Niveau der Arbeit der Multiplikatoren, die wesentlich zur flächendeckenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Bereich primärpräventiver Maßnahmen beitragen. Im Jahr 2001 wurden nach Erhebungen des „Arbeitskreis Koordination“ der LSSH allein durch ausgebildete Multiplikatoren 1326 Veranstaltungen durchgeführt (Anlagen 2 bis 4). Veranstaltungen der betrieblichen Suchthelferinnen und -helfer und der Beratungsstellen selbst wurden 2001 mit ca. 700 angegeben. In diesen Zahlen sind Unterrichtseinheiten nicht enthalten, die Lehrkräfte selbstständig in Schulen durchführten. Für das Jahr 2002 - genaue Zahlen liegen noch nicht vor - geht die LSSH von rund 2200 Sucht-Präventionsveranstaltungen aus.

Die starke Gewichtung primärpräventiver Anstrengungen erfolgt insbesondere im Lichte der empirischen Erkenntnisse über die Vorverlagerung des Einstiegsalters in den Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum. Konsumvermeidung bis hin zur Abstinenz bei Kindern und Jugendlichen bleibt damit ein wesentliches Ziel innerhalb des Präventionskonzeptes der Landesregierung.

3.2 Schulische Suchtprävention

Seit 1992 arbeitet die KOSS auf der Grundlage des Erlasses „Suchtvorbeugung in Schulen“ des Landes Schleswig-Holstein im Auftrag des Bildungs- und des Gesundheitsministeriums. Damit hat die Landesregierung einen differenzierten Umgang mit der Suchtproblematik frühzeitig aufgenommen.

Die KOSS ist ein Anbieter für Dienstleistungen für alle Schulen und Schularten im Lande in Fragen der Suchtprävention und der Früherkennung.

Zurzeit wird der o.g. Erlass, der die Grundlage dieser Arbeit bietet, aktualisiert und fortgeschrieben. Die KOSS wird im schulischen Bereich als die Stelle gesehen, die bildungspolitisch diesen Themenkomplex gestaltet. Sie ist Anlaufstelle für Lehrkräfte und Elternbeiräte bei Fragen zu Abhängigkeitserkrankungen, Drogenkonsum sowie stoffungebundenen Suchterkrankungen. Ihre Angebote und Interventionen beziehen sich auf alle an Schule beteiligten Gruppen: Schulleitung, Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler sowie Eltern. Zum Dienstleistungspaket der KOSS gehören insbesondere informelle Einzelveranstaltungen, Fortbildung und Beratung für Lehrkräfte (SCHILF), sucht- und suchtmittelspezifische Projektbausteine für die Schülerschaft mit alters- und geschlechtsspezifischer Ausrichtung sowie Schulleiterfortbildungen zu Suchtvorbeugung als Führungsaufgabe.

Mit dem langjährigen Projekt „Gläserne Schule“ steht ein empirisches Instrument zur Verfügung, um die spezifischen Konsumtrends in den Schulen vor Ort zu eruieren. Hieraus ergeben sich die Schwerpunktsetzungen für die präventive Arbeit, die gegenwärtig besonders bei den Themen Rauchen und Alkohol liegen. Differenzierte Unterrichtsbau- steine und Materialien zu unterschiedlichen substanzspezifischen Themen erlauben eine zielgruppenspezifische Bearbeitung aktueller Problemlagen.

Im Rahmen eines umfangreichen EU-Evaluationsprojektes ist die „Gläserne Schule“ als wirkungsvolle und effiziente Maßnahme zur Sicherung der suchtpreventiven Qualität bewertet worden.

Außerdem wird das Präventionsmodell PIT mit dem Modul „Drogen und Sucht“ an immer mehr Schulen in Schleswig-Holstein eingesetzt (per 31. Dezember 2002 an 247 Schulen mit 321 Lehrkräften). Das Modell wird zunehmend bundesweit kopiert.

3.3 Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein

Seit dem Jahr 2000 ist mit dem **Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein** der schädliche, vor allem der unkritische Alkoholkonsum zu einem gesundheitspolitischen Schwerpunkt gemacht worden. In einem aktiven Miteinander hat sich ein breites Spektrum gesellschaftlicher Institutionen und Verantwortungsträger zusammengeschlossen, um über eine öffentliche Thematisierung des Alkoholkonsums eine Schärfung des Problembewusstseins in der Bevölkerung im Umgang mit dem Alkohol und damit eine generelle Konsumverringerung zu erreichen. Zusätzlich soll über eine Verinnerlichung des Konzeptes der „Punktnüchternheit“ eine gesellschaftlich verbindliche Festlegung absolut alkoholfreier Situationen und Personengruppen erreicht werden.

Wechselnde Themenschwerpunkte sollen sich möglichst in die Breite verselbstständigen und somit die Alkoholthematik „am Köcheln“ halten. Nach dem gelungenen Auftakt-schwerpunkt „Alkohol und Kinder und Jugendliche“ wurde die Kampagne mit vielfältigen Aktivitäten unter dem Thema „Alkohol und Arbeitswelt“ fortgesetzt.

Wenn

- 10 % aller Patientinnen und Patienten in der hausärztlichen Praxis
- 20 % aller Patientinnen und Patienten in Allgemeinkrankenhäusern

Alkoholprobleme aufweisen und

- 80 % aller Patientinnen und Patienten mit problematischem Alkoholkonsum

zumindest einmal im Jahr eine Arztpraxis oder ein Krankenhaus aufsuchen, so wird das Gesundheitswesen als entscheidende Zugangspforte zur Erkennung und Thematisierung eines problematischen Alkoholkonsums augenfällig. Deshalb wird der **Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein** ab 2003 mit dem neuen Schwerpunktthema „Früherkennung und -intervention in der medizinischen Versorgung“ zusammen mit den dazugehörigen Kooperationspartnern fortgesetzt.

Erklärte Ziele dieses Schwerpunktes sind:

- Menschen zu ermutigen, Fragen zu Alkohol und Gesundheit in Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken anzusprechen.
- Ärztinnen und Ärzte, andere Angehörige von Gesundheitsberufen sowie Apothekerinnen und Apotheker als kompetente Ansprechpartner bei alkoholbezogenen Problemen bekannt zu machen.
- Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote zur Alkoholthematik für Angehörige der Gesundheitsberufe zu etablieren.
- Die Vernetzung zwischen der Suchthilfe, einschließlich der Selbsthilfe, und der medizinischen Versorgung nachhaltig auszubauen.

3.4 NICHTRAUCHEN ? TIEF DURCHATMEN

Rauchen wird in weiten Teilen unserer Gesellschaft nach wie vor nicht problematisiert, ist weit verbreitet und nicht nur in der Werbung meist mit positiven Attributen verknüpft. Es ist daher höchste Zeit, den gesellschaftlichen Stellenwert des Rauchens sowie die Selbstverständlichkeit zu hinterfragen, mit der viele Menschen sich selbst und andere durch das Rauchen schädigen.

Die gesundheitlichen Schäden des Rauchens sind umfänglich untersucht und wissenschaftlich belegt. Einen risikofreien Konsum von Tabak gibt es nicht, Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko. Kein anderes legal zugängliches und bestimmungsgemäß verwendetes Produkt beeinträchtigt die Gesundheit so schwerwiegend wie das Tabakrauchen. Daher kann die gesundheitspolitische Konsequenz nur lauten, alle Anstrengungen darauf zu richten, den Tabakkonsum in der Bevölkerung deutlich und dauerhaft zu verringern, zumal auch niedriges Einstiegsalter - schulartabhängig durchschnittlich zwischen 11 und 13 Jahren - sowie eine beunruhigende Zunahme des Raucheranteils gerade unter jungen Mädchen einen Handlungsbedarf nahe legen.

Die Landesregierung hat zum Weltnichtrauchertag am 31. Mai 2003 die auf Dauer angelegte Präventionskampagne **NICHTRAUCHEN ? TIEF DURCHATMEN** initiiert und sich folgende Ziele gesetzt:

- Den Tabakkonsum in der Bevölkerung zu senken,
- Nichtraucherinnen und Nichtraucher - insbesondere Jugendliche - darin zu bestärken, auch weiterhin nicht zu rauchen,
- Probierer und Gelegenheitsraucherinnen und -raucher, aber auch Gewohnheits- und abhängige Raucherinnen und Raucher bei der - auch schrittweisen - Aufgabe des Rauchens zu unterstützen,
- die Bevölkerung vor den Gefahren des Passivrauchens zu schützen,
- den öffentlichen Diskurs zum Thema Rauchen anzustoßen und das gesellschaftliche Problembewusstsein zu schärfen,
- die Vorbildfunktion der Erwachsenen für die Jugend zu verdeutlichen,
- das positive Image und die „Normalität“ des Nichtrauchens zu stärken und
- politisches Handeln auf allen Ebenen zu initiieren.

Nur durch ein Bündel an Maßnahmen, die konzentrierten Einfluss auf Angebot und Nachfrage nehmen, kann der Imagewandel gelingen und die Verbreitung des Rauchens nachhaltig verringert werden.

Anlässlich des Weltnichtrauchertages 2003 hat die Gesundheitsministerin alle Bürgerinnen und Bürger des Landes Schleswig-Holstein aufgerufen, sich an dieser Initiative zu beteiligen, so dass eine breite und schlagkräftige Bürgerbewegung entsteht.

Um die aktive Teilnahme der Bürgerinnen und Bürger weiter zu fördern, wird noch im Jahre 2003 ein Ideenwettbewerb ausgeschrieben, der dazu motivieren soll, innovative und phantasievolle Projekte zur Prävention des Rauchens zu konzipieren, umzusetzen und in die Gesellschaft zu tragen.

Daneben können sich Betriebe zertifizieren lassen, die vorbildliche Modelle zum Nicht-raucherschutz in die Praxis umsetzen. Das MSGV selbst hat eine Dienstvereinbarung abgeschlossen, die anderen Betrieben und Behörden als Muster dienen kann.

Ein Schwerpunkt der Nichtraucherförderung am Arbeitsplatz wird die Aus- und Fortbildung der betrieblichen Suchthelferinnen und -helfer in Fragen der Tabakprävention sein. Diese können dann gezielt die Kolleginnen und Kollegen vor Ort ansprechen, sie motivieren über ihr Rauchverhalten nachzudenken und erste Schritte der Entwöhnung einleiten.

In enger Kooperation mit dem „Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen“ und der LSSH und ihren Mitgliedseinrichtungen soll ein niedrigschwelliges, möglichst flächendeckendes, gleichzeitig aber auch qualitativ hochwertiges Angebot an Raucherentwöhnungskursen in Schleswig-Holstein aufgebaut werden.

Die Zahnärzteschaft Schleswig-Holsteins ist aktiver Kooperationspartner dieser gesundheitspolitischen Initiative. Sie wird ihre (rauchenden) Patientinnen und Patienten bezüglich deren Rauchverhaltens sensibilisieren und über weitergehende Hilfsangebote informieren. Dieser erstmals in Deutschland eingeführte innovative Ansatz zur Motivation von Raucherinnen und Rauchern, das eigene Rauchverhalten zu reflektieren, hat den großen Vorteil, dass die meisten Menschen unabhängig von Alter und Geschlecht in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen eine Zahnarztpraxis aufzusuchen und somit ein Großteil der Bevölkerung erreicht werden kann.

Eine verstärkte Propagierung der unterschiedlichen schulischen Präventionsprogramme stellt einen weiteren Schwerpunkt der Kampagne dar. Jede schleswig-holsteinische Schülerin und jeder Schüler soll ab dem Schuljahr 2003/2004 Angebote zur Festigung

des eigenen Nichtrauchens oder, sofern sie rauchen, Hilfen zur Raucherentwöhnung erhalten können.

Als Baustein der Landeskampagne werden darüber hinaus die LSSH und die KOSS die Kampagne „~~rauch~~-frei! - Auf dem Weg zur rauchfreien Schule“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) verstärkt in die Schulen in Schleswig-Holstein bringen und damit den Nichtraucherschutz an Schulen noch mehr in den Blickpunkt rücken.

In den folgenden Jahren werden spezielle Angebote mit dem Ziel der Schadensbegrenzung entwickelt werden. Dadurch sollen auch diejenigen Raucherinnen und Raucher erreicht werden, die größte Probleme haben, das Rauchen einzustellen. Derartige Interventionen sind bislang in Deutschland noch nicht erprobt worden.

3.5 Cannabis

Über ein Viertel aller 12- bis 25-jährigen hat zumindest einmal bereits Erfahrungen mit Cannabis gemacht - in der Regel ohne Unrechtsbewusstsein. In Schleswig-Holstein hat jeder dritte Mann zwischen 18 und 59 Jahren wenigstens einmal im Leben Cannabis probiert, bei den Frauen sind dies 19 %.

Cannabis stellt somit für einen beträchtlichen Teil aller Jugendlichen eine - wenn auch illegale - Freizeit- und Alltagsdroge dar, allerdings bleibt der Cannabis-Konsum in aller Regel auch ein transitorisches Phänomen in der Jugendphase und im jungen Erwachsenenalter mit offenbar geringeren körperlichen und psychischen Konsequenzen (so auch Prof. Kleiber in der Anhörung vor dem Sozialausschuss) als oftmals noch angenommen wird.

Andererseits darf Cannabis-Konsum keinesfalls verharmlost werden, da jeglicher Konsum psychoaktiver Substanzen mit einem Risiko verbunden ist, wobei bei Cannabis durch das tiefere Inhalieren noch ein zusätzliches Karzinomrisiko besteht. Hinzu kommt, dass die Risiken mit der Dauer und der Häufigkeit des Konsums ansteigen. So mehren

sich bundesweit Hinweise auf eine Zunahme problematischer (d.h. mit gesundheitlichen und/oder sozialen Konsequenzen verbundener) Verläufe gerade bei Dauerkonsumenten. Auch belegen die Zahlen aus dem Dokumentationssystem HORIZONT, dass bei 6 % aller Klientinnen und Klienten in den Suchtberatungsstellen in Schleswig-Holstein im Jahre 2002 Cannabis die Hauptdroge darstellte.

Das Bundesverfassungsgericht hat sich zuletzt am 20. Juni 2002 zur Frage der Fahrtauglichkeit im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis geäußert.

Der Genuss von Haschisch kann in diesem Zusammenhang folgende Auswirkungen haben:

- Verlängerung der Reaktionszeit
- Störung von Raum- und Zeiteinschätzung
- Verminderung der motorischen Reaktion
- Verminderung der gedanklichen Assoziationsfähigkeit
- Sehstörungen (Hell-Dunkel-Adaptionsvermögen des Auges)
- Ausfallerscheinungen beim Einhalten einer Fahrtrichtung
- Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses

Hinzu kommt, dass eine zum Rausch führende Konzentration von Cannabis erst nach zwei bis fünf Tagen zur Hälfte abgebaut ist und sich selbst noch nach vier Wochen Restmengen von THC im Körper befinden.

Gerade beim Thema Cannabis stehen nach wie vor eine gesamtgesellschaftliche Meinungsbildung und abgewogene Verständigung auf den angemessenen Umgang mit dieser Substanz immer noch aus.

Es ist wünschenswert, durch einen Maßnahmenmix aus primär- und sekundärpräventiven Angeboten den öffentlichen Diskurs als Risikodebatte anzustoßen, um über fundierte Informationen eine Kompetenzstützung bei der erwachsenen Bevölkerung gerade in ihrer Rolle als Eltern, Lehrerinnen und Lehrer oder Erzieherinnen und Erzieher, auf jeden Fall aber als Vorbilder zu erreichen. Vor allem aber soll bei Kindern und Jugendli-

chen ein adäquates Problembewusstsein entwickelt werden, das eine eigene selbstverantwortliche und begründete Entscheidung möglichst gegen den Cannabis-Konsum zur Folge hat.

Die KOSS hat einen Unterrichtsbaustein entwickelt („Macht Hasch lasch?“), ihn evaluiert und veröffentlicht. In den Risikopopulationen, z.B. Berufsschülerinnen und -schüler, werden verstärkt Projekte durchgeführt. Auch finden kontinuierlich Qualifizierungsmaßnahmen für Präventionsfachkräfte sowie landesweite Tagungen und Seminare zu diesem Themenkomplex statt - im Herbst 2003 „Kiffen oder Saufen - Risikokonsum Jugendlicher“. Als Zielgruppen wird neben der Suchthilfe das pädagogische Fachpersonal in der Schule und der Jugendhilfe ebenso angesprochen wie Medizinerinnen und Mediziner oder Elternvertreterinnen und -vertreter. Auch in Zukunft sind weitere Anstrengungen notwendig, um die Konsummuster innerhalb bestimmter Risikogruppen zu analysieren und sekundärpräventiv umfassend und angemessen darauf zu reagieren.

3.6 Sekundärprävention

Hinsichtlich der Zielgruppe Kinder und Jugendliche bilden gegenwärtig Strategien im Umgang mit Risikokonsumtinnen und -konsumenten einen Schwerpunkt. Ein Beispiel hierfür ist der von der KOSS entwickelte Unterrichtsbaustein „Saufen will gelernt sein“, der über eine Selbstreflexion zu Konsummustern und -ritualen zu alternativen Handlungsspielräumen der Konsumreduzierung und -kontrolle führen will.

Ein weiterer Aspekt der Sekundärprävention ist die Notwendigkeit, Konzepte der Jugendhilfe, der Drogenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie effizienter aufeinander abzustimmen. Angesichts der mitunter schwierigen Versorgungssituation für suchtkranke Jugendliche beabsichtigt die Landesregierung über eine forcierte Vernetzung bereits bestehender Hilfesysteme abhängigen Jungen und Mädchen angemessene Unterstützungsangebote bereitzustellen (siehe auch Kapitel 7. „Betreuung und Versorgung drogengefährdeter und -abhängiger Kinder und Jugendlicher“).

Diagnosebilder einer Mehrfachabhängigkeit scheinen im Suchthilfesystem auffällig häufig bei suchtkranken jungen Erwachsenen aufzutreten. Die unreflektierte Einnahme von Stoffen mit unterschiedlichen Wirkungsprofilen und Qualitätsmerkmalen sollte im Rahmen sekundärpräventiver Maßnahmen der Schadensbegrenzung als Beratungs- und Case-Management-Angebote problematisiert und begleitet werden. Hier kommen neue Aufgaben auf das Schleswig-Holsteinische Suchthilfesystem zu, denen es sich perspektivisch stellen muss.

3.7 Drogenfrühhilfeangebot in Schleswig-Holstein

Aus der Überlegung, dass das klassische Hilfesystem Drogenkarrieren sozusagen vom Ende her aufrollt und sehr viel menschliches Leid, aber auch Kosten bei einer Intervention im Frühstadium vermieden werden könnten, wurde auf Anregung des Generalstaatsanwaltes das Drogenfrühhilfekonzert für Schleswig-Holstein entwickelt.

Das Verfahren sieht vor, dass die Polizei im Rahmen von Einsätzen (z.B. auch Razzien) Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die mit harten illegalen Drogen angetroffen werden, die Philosophie des Konzeptes in den Grundzügen erläutert und das Einverständnis zur Weitergabe von Namen und Anschrift an eine Drogenberatungsstelle einholt. Von dort wird den Betroffenen ein freiwilliges Beratungsangebot unterbreitet. Dadurch soll verhindert werden, dass sich der sporadische Drogenkonsum dieser Zielgruppe möglicherweise zu einer manifesten Sucht ausweitet. Die Wahrnehmung eines Beratungsgespräches wie auch dessen Nichtinanspruchnahme haben keinerlei Auswirkungen auf das justizielle Verfahren, das bei einem reinen Konsumdelikt in der Regel nach § 31 a BtMG eingestellt wird.

Das Drogenfrühhilfeangebot wird in einer Modellphase bis Ende 2003 an ausgewählten Standorten in Schleswig-Holstein erprobt und von der LSSH auch evaluiert.

Mittlerweile liegen die Erfahrungen zum ersten Halbjahr der Umsetzung des Konzeptes vor. Die Zahl der zu Stande gekommenen Beratungen ist noch nicht befriedigend. In der zuständigen „Interministeriellen Arbeitsgruppe Sucht“ sollen die Gründe zeitnah analy-

siert und eine Ausweitung des Konzeptes auch auf Cannabis-Konsumenten geprüft werden, zumal sich vermehrt Hinweise auf problematische Verläufe (siehe Kapitel 4.5 „Cannabis“) ergeben haben.

3.8 § 31 a Betäubungsmittelgesetz

Grundsätzlich bleibt es nach Auffassung der Landesregierung bei der klaren polizeilichen Schwerpunktsetzung zur Verfolgung der mittleren, schweren und organisierten Rauschgiftkriminalität. Die Konsumentenebene ist nicht Zielrichtung der polizeilichen Ermittlungen. Darüber hinaus sieht die Landesregierung zum jetzigen Zeitpunkt auch deshalb vom Vorschlag einer Grenzmengenreduzierung ab, weil aktuell das Max-Planck-Institut in Freiburg im Auftrag der Bundesregierung eine Untersuchung zur Einstellungspraxis in den Ländern durchführt und es sinnvoll erscheint, dieses Ergebnis abzuwarten. Auch die Konferenz der Justizministerinnen und -minister hatte am 14.11.2002 in ihrem Beschluss die Institutsbeauftragung begrüßt und deshalb eine Befassung mit der Verfolgung von Drogendelikten bei geringer Menge zurückgestellt.

Die im Rahmen der Anhörung vor dem Sozialausschuss vom Landeskriminalamt (LKA) Schleswig-Holstein vorgeschlagenen Maßnahmen enthalten keine Ansätze, die zu einer weiteren Entkriminalisierung von Konsumentinnen und Konsumenten führen könnten.

Das LKA hat im Gegenteil problematisiert, dass die in der „Gemeinsamen Richtlinie zur Umsetzung des § 31 a BtMG“ angeführten Grenzmengen teilweise erheblich höher als in anderen Bundesländern liegen, zum Teil nahe an den sogenannten „nicht geringen Mengen“ gem. § 29 a BtMG, also einem Verbrechenstatbestand. Eine Modifikation des § 31 a BtMG im Sinne des LKA hätte zur Folge, dass die Zahl der unter diese Regelung fallenden Personen geringer werden und der justitiell registrierte Konsumentenkreis zunehmen würde.

Einen anderen Aspekt beinhaltet die vom LKA Schleswig-Holstein erhobene Forderung nach der Festlegung einer Grenzmenge für Ecstasy („bis zu 5 Tabletten“).

Wegen der besonderen Gefährlichkeit dieser Droge, insbesondere für Jugendliche, ist Ecstasy bewusst nicht in die Mengenregelung der „Gemeinsamen Richtlinie zur Umsetzung des § 31 a BtMG“ einbezogen worden. Die Staatsanwaltschaften sollen erst nach intensiver Prüfung über eine Einstellung entscheiden. Diese Verfahrensweise ermöglicht es, dass insbesondere bei gefährdeten Jugendlichen auch bei kleinen Mengen Ecstasy angemessene Reaktionen erfolgen können, wenn diese erforderlich erscheinen.

3.9 § 3 Betäubungsmittelgesetz

Auch ohne Benennung eines konkreten Modellprojektes wäre eine klarstellende Änderung im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) wünschenswert, die den Ländern Spielräume für eigene Modellversuche eröffnen sollte. Eine solche Veränderung der tendenziell zentralistischen Regelungen des BtMG könnte den föderalen Gestaltungsspielraum der Länder in der Drogenpolitik deutlich stärken. So liegen z.B. bundesweit keinerlei Erkenntnisse darüber vor, welche möglicherweise unerwünschten oder negativen Auswirkungen die gegenwärtige Gesetzeslage hat.

Gegenüber der im Bericht der Landesregierung „Modellversuche in der Drogenpolitik“ (Drs. 15/1238) dargestellten Situation sind die Rahmenbedingungen für eine Bundesratsinitiative mittlerweile noch schwieriger geworden. Veränderungen in den politischen Mehrheitsverhältnissen in einer zunehmenden Anzahl an Bundesländern haben die Aussichten auf das Gelingen einer Bundesratsinitiative zum Betäubungsmittelgesetz in weite Ferne rücken lassen.

Die Landesregierung wird jedoch weiterhin Initiativen unterstützen, die auf der Ebene der Gesundheitsministerkonferenz die Modifizierung des § 3 BtMG anstreben, um die Implementierung drogenpolitischer Modellprojekte zu erleichtern.

Gleichwohl sei einschränkend hinzugefügt, dass bei der gegenwärtig angespannten finanziellen Lage der öffentlichen Hand Mittel für ein Modellprojekt kaum zur Verfügung stehen dürften.

3.10 Migrantinnen und Migranten in der Suchtprävention

Der Umgang mit Migrantinnen und Migranten in der Suchtprävention und -hilfe gewinnt in Schleswig-Holstein zunehmend an Bedeutung. Nach Einschätzung aus der Praxis (Fachkrankenhaus Bredstedt/Drogenambulanz Schleswig-Holstein) sind mittlerweile rd. 15 % der Patientinnen und Patienten in den Drogenhilfeeinrichtungen Migrantinnen und Migranten. Insbesondere der Umgang mit Spätaussiedlern bzw. mit russland-deutschen Zuwanderern stellt für die Suchthilfe vor dem Hintergrund kulturbedingter besonderer Konsummuster und sprachlicher Probleme eine besondere Herausforderung dar. Für Migrantinnen und Migranten sind sowohl die Zugänge ins Hilfesystem erschwert, als auch die Behandlungsprognosen deutlich schlechter als bei deutschen Patientinnen und Patienten.

Im Auftrag der Landesregierung wird die LSSH mit ihren Mitgliedseinrichtungen im Winter 2003/2004 dieses Thema verstärkt im Rahmen von Qualifizierungsangeboten aufgreifen. Im Februar wird ein Workshop angeboten, der die Kernfragen der soziokulturellen Rahmenbedingungen des Suchtverhaltens behandeln soll. Auch ist eine Pilotstudie bei der LSSH in Vorbereitung, die die Erkenntnisse aus der Praxis bündeln und Vorschläge für eine Fortschreibung der Hilfeangebote für Migrantinnen und Migranten entwickeln soll.

Ein Modellprojekt der „Ambulanten und Teilstationären Suchthilfe“ (ATS) in Bad Segeberg wird von der Landesregierung mit der Zielsetzung gefördert, suchtmittelabhängige Spätaussiedler während ihrer Entgiftung im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling im Rahmen aufsuchender Arbeit zu betreuen, um durch eine möglichst frühzeitige Ansprache eine Überleitung in ein ambulantes Setting zu erreichen. Die Maßnahme kann als ausgesprochen erfolgreich angesehen werden, da gut 20 % der in der Klinik angesprochenen Personen nachgehend eine längerfristige ambulante Beratungsphase durchlaufen.

3.11 Pathologisches Spielen

Auch bei den nicht substanzbezogenen Suchtrisiken ist das Präventions- und Hilfefkonzept nachhaltig differenziert und verbessert worden.

Nach Schätzungen der LSSH sind in Schleswig-Holstein zurzeit ca. 5.000 Menschen von der „Glücksspielsucht“ betroffen. Auffällig ist, dass nach den Erfahrungen im ambulanten Hilfesystem in den Biographien ein hoher Anteil an Straftaten zur Geldbeschaffung vorherrscht. Statt Gewalttaten wie Raub, die sich öfters bei abhängigen Konsumenten von harten illegalen Drogen darstellen, handelt es sich hier häufiger um Betrugsdelikte.

In Schleswig-Holstein stehen flächendeckend ambulante Anlaufstellen für Glücksspielsuchtgefährdete zur Verfügung. In der Landeshauptstadt Kiel zum Beispiel gibt es eine Fachberatungsstelle für Glücksspielsüchtige, die im Jahr zurzeit von ca. 70 bis 80 Klientinnen und Klienten genutzt wird. Zusätzlich werden dort 2 Selbsthilfegruppen für Glücksspielsüchtige betreut.

Eine ambulante Behandlung ist aufgrund einer Vereinbarung mit den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen seit 2002 in landesweit drei Einrichtungen möglich.

Im stationären Bereich steht in zehn Einrichtungen ein Behandlungs- bzw. Betreuungsangebot bereit. Als Hauptdiagnose wird „Pathologisches Spielen“ jedoch nur in einer stationären Einrichtung behandelt. In 9 Übergangseinrichtungen wird das Pathologische Spielen als Nebendiagnose anerkannt und in das Hilfefkonzept integriert.

Im Jahr 1999 haben der „Arbeitskreis Glücksspielsucht“ und der „Fachausschuss Sucht“ der LSSH mit Unterstützung des MSGV ein Glücksspielsucht-Hilfefkonzept erstellt. Der Landesregierung lag bei der Erarbeitung dieses Konzeptes viel an der Bündelung und Professionalisierung der bis dahin nur punktuellen und nebeneinander herlaufenden Hilfeangebote und -maßnahmen. Wichtig war in diesem Zusammenhang, dass nicht spezielle, sondern integrierte Hilfeansätze den Bedarf decken sollten.

Obwohl das Fachkonzept keine bindende Wirkung entfaltet, ist es seit 1999 gelungen, die Planungsziele weitgehend zu erreichen. Dazu haben als Förderer auch die Spielbank Schleswig-Holstein, viele Kommunen und Träger sowie die Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein beigetragen. Allerdings sind auch zukünftig weitere Anstrengungen vonnöten, um den Angebotsausbau abzusichern.

4. Substitution

4.1 Situation und Philosophie der Substitution in Schleswig-Holstein

Das MSGV hat seine Anstrengungen bereits frühzeitig darauf gerichtet, als Maßnahme der Überlebenshilfe ein geregeltes Substitutionsangebot vorzuhalten. Mit der Auflage eines landeseigenen „Medikamentengestützten Therapiekonzeptes“ (MTK) im Jahre 1990 wurde ein bundesweit bis heute vorbildliches Methadonprogramm auf den Weg gebracht, das mittlerweile - auch durch die Einrichtung einer Drogenambulanz im Jahre 1992 - zu einem flächendeckenden Substitutionsangebot ausgebaut werden konnte.

Von Anbeginn an setzte Schleswig-Holstein weit über die reine Substitutvergabe hinaus auf ein abgestimmtes Gesamttherapiekonzept, das eine psychosoziale Begleitung als integralen Bestandteil enthält, für die sich das Land in Ermangelung anderer Kostenträger freiwillig für finanziell zuständig erklärte.

Der von der Landesregierung eingeschlagene Weg wurde in der Anhörung vor dem Sozialausschuss - auch im internationalen Vergleich - eindrucksvoll bestätigt, indem Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von Substitutionsbehandlungen, die Vergabe von oralem Methadon möglichst ohne zeitliche Beschränkung als Mittel der Wahl sowie - im Regelfall - die Erforderlichkeit psychosozialer Begleitung betont wurden.

Mitte des Jahres 2003 substituierten in Schleswig-Holstein nach Angaben der „Qualitätssicherungskommission Drogensubstitution“ bei der Kassenärztlichen Vereinigung in

Bad Segeberg 145 Ärztinnen und Ärzte eine Gesamtzahl von 2.013 Patientinnen und Patienten, 565 Frauen und 1.448 Männer.

4.2 Psychosoziale Begleitung

Am 01. Januar 2003 sind die „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V“; hier: Anlage A Nr. 2 „Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger“ (BUB-Richtlinien) in Kraft getreten. Mit diesen neuen Richtlinien ist die Zugänglichkeit zur Substitutionsbehandlung auch bei reiner Opiatabhängigkeit erleichtert worden. Infolgedessen sind die Substitutionszahlen auch in Schleswig-Holstein erheblich angestiegen und scheinen mittlerweile ein Plateau bei ca. 2.000 Personen erreicht zu haben. In den BUB-Richtlinien wird die psychosoziale Begleitung im erforderlichen Falle zwar ausdrücklich verlangt, gleichzeitig aber auch dezidiert von der Leistungspflicht der GKV ausgenommen.

Diese Situation ist zwar in hohem Maße unbefriedigend, wenn nicht gar paradox, gleichwohl scheinen die Krankenkassen momentan zu keinen Zugeständnissen bereit, die über die Abrechnung der ärztlichen Leistungen hinausgehen. Auch die Rentenversicherungsträger sehen selbst in klaren Konzeptionen der beruflichen Rehabilitation für die Förderung der psychosozialen Begleitung zurzeit wenig Spielraum. Eine Umfrage bei allen Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins im letzten Jahr erbrachte das eindeutige Ergebnis, dass dort das Land als Kostenträger der psychosozialen Begleitung „in der Pflicht“ gesehen wird. Eine generell mögliche Finanzierung über Eingliederungshilfe nach dem BSHG wird landesweit nur in wenigen speziellen Ausnahmefällen geleistet.

Um an dieser Situation grundsätzlich konstruktiv und bundesweit etwas zu verändern, beteiligt sich die Landesregierung an der Länderarbeitsgruppe „Ausgestaltung und Finanzierung der psychosozialen Beratung“ im Rahmen des Suchthilfeausschusses der „Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landes-Gesundheitsbehörden“, die noch in diesem Herbst ihre Arbeit aufnehmen wird. Basis wird der Beschluss der Konferenz der Gesundheitsministerinnen und -minister sein, die sich in der 76. Sitzung am 02. und 03. Juli

2003 ebenfalls mit der Thematik befasst hat und einstimmig die Auffassung vertritt, dass das BMGS auf eine Änderung der BUB-Richtlinien im Hinblick auf Zielsetzung, fachliche Ausgestaltung sowie Kostenträgerschaft der psychosozialen Begleitung hinwirken möge.

4.3 Exkurs: Drogentodesfälle

Bei aller Zurückhaltung in der Interpretation und ohne Inanspruchnahme einer linearen Kausalität könnten auch die im Jahre 2002 abermals rückläufigen Drogentodesfälle in Schleswig-Holstein (1999: 80 Personen; 2000: 75 Personen; 2001: 63 Personen; 2002: 52 Personen) einen Hinweis auf das Greifen der Substitutionsbehandlung als Maßnahme der Überlebenshilfe abgeben, da seither die früher häufige „graue“ Substitution durch eine geregelte und an suchttherapeutisch qualifizierten Behandlungsstandards orientierte Substitutionsbehandlung weitestgehend verdrängt worden ist.

5. Situation im Justizvollzug

5.1 Spritzenaustausch

Im schleswig-holsteinischen Justizvollzug ist ein Spritzenaustauschprogramm bisher nicht eingerichtet worden und nicht vorgesehen.

Einem Konzept zur Einführung von Spritzenaustausch im geschlossenen Frauenvollzug der JVA Lübeck, das auf Grundlage des damaligen Koalitionsvertrags (unter Beteiligung der Praxis einschließlich der externen Drogen- und Aidshilfe) entwickelt worden war, hatte das Kabinett im Juni 1998 zugestimmt, die Umsetzung allerdings unter Finanzierungsvorbehalt gestellt. Bei einer erneuten Prüfung im Jahr 2001 wurden die Ausgangslage in Schleswig-Holstein sowie die Erfahrungen anderer Länder mit Spritzenaustauschprogrammen unter Vollzugsbedingungen (s. u.) berücksichtigt. Im Ergebnis erscheint eine Erprobung nicht angeraten – und zwar insbes. auch in Anbetracht von

schwerwiegenden Bedenken aus der Praxis, die sich vor unauflösbare Widersprüche zu ihren Kontroll- und Behandlungsaufträgen gestellt sehen würde.

Eine von Berlin Ende des Jahres 2002 initiierte Länderumfrage hat ergeben, dass eine Einführung von Spritzenaustausch oder die Ausweitung vorhandener Projekte in keinem Land geplant ist. Hamburg und Niedersachsen haben ihre Programme eingestellt. In Berlin hat die Senatsverwaltung für Justiz dem Abgeordnetenhaus vorgeschlagen, den Modellstandort für den Spritzenaustausch im Männervollzug ersatzlos aufzugeben und lediglich das Programm im Frauenvollzug noch aufrecht zu erhalten.

Unter den jeweils spezifischen Voraussetzungen hat sich die Vergabe steriler Spritzbestecke im Justizvollzug als prinzipiell machbar erwiesen. Die Befürchtungen, Spritzen könnten als Waffe eingesetzt werden, und größere Mengen verfügbarer Spritzen zögen eine Zunahme des Drogenkonsums nach sich, haben sich nicht bestätigt. Andererseits konnte eine Abnahme von Neuinfektionen während der Haft nicht wissenschaftlich nachgewiesen werden. Eine allgemeine Stabilisierung des Gesundheitszustands von drogenabhängigen Gefangenen ist unter Haftbedingungen regelmäßig festzustellen und nicht speziell auf die Bedingungen des Spritzenaustauschs zurückzuführen. Bei aller Verschiedenheit der Modellkonzepte konnten unerwünschte Nebeneffekte nirgends zuverlässig unterbunden werden. Kontraproduktiv sind insbesondere Versuchungssituationen für drogengefährdete und drogenabhängige Gefangene, die den intravenösen Gebrauch vermeiden wollen, sowie Missbrauch einschließlich der Weitergabe gebrauchter Spritzen auch an nicht zum Austauschprogramm zugelassene Mitgefangene, die sich dann dem Infektionsrisiko durch needle sharing aussetzen.

5.2 Andere sekundärpräventive Maßnahmen in den Justizvollzugsanstalten

Sämtliche Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe (Verhüten, Erkennen, Behandeln von übertragbaren Krankheiten) sind im Hygieneplan festgelegt, den jede Justizvollzugseinrichtung gemäß § 36 Abs. 1 IfSG (Infektionsschutzgesetz) aufgestellt und dem zuständigen Gesundheitsamt vorgelegt hat. Ausweislich dieser Hygienepläne werden intravenös Drogenabhängige, da sie zu den Risikogruppen bezüglich Hepatitis- und HIV-

Infektionen zählen, bei der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung zum Labortest gedrängt (erforderlichenfalls über ihre Duldungspflicht gemäß § 36 Abs. 4 Satz 7 IfSG aufgeklärt). Im Fall eines Befundes werden sie dem Gesundheitsamt aus epidemiologischen Gründen gemeldet und vom Anstaltsarzt (ggf. in Zusammenarbeit mit der Hepatitis- oder HIV-Ambulanz) entsprechend behandelt. Dabei werden Opiatabhängige i. d. R. auch einer Substitutionstherapie zugeführt.

Substitutionsbehandlungen von intravenös Opiatabhängigen werden von allen hauptamtlichen Anstaltsärzten durchgeführt. Maßgeblich sind hier die Vorschriften der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (Artikel 2 der Fünfzehnten Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung – 15. BtMÄndV - vom 19.06.2001, BGBl I S. 1180), die u. a. auch Standards für die Qualitätssicherung sowie Meldepflichten enthalten. Um die Substitution im Justizvollzug darüber hinaus den Standards der gesetzlichen Krankenversicherung anzugleichen und dadurch reibungslose Übergänge zum allgemeine Versorgungssystem zu gewährleisten, wird analog den BUB-Richtlinien verfahren.

Derzeit werden rund 130 Gefangene substituiert. Die psychosoziale Begleitung erfolgt – soweit laut Behandlungsplan im Einzelfall über die Betreuung durch Fachkräfte des Justizvollzugs hinaus erforderlich – durch Fachkräfte der externen Drogenberatungsstellen. Diese haben im Jahr 2002 eine Fallzahl von 239 psychosozialen Begleitungen im Justizvollzug verzeichnet.

Zu weiteren Maßnahmen der Sekundärprävention, die im hiesigen Justizvollzug angeboten werden, zählen im engeren Sinne medikamentengestützte Entzugsbehandlungen (erforderlichenfalls im Wege der Überweisung an eine Fachklinik), Einzelgespräche (Aufklärung, Beratung, Krisenintervention), Gruppenarbeit (einschließlich soziales Training und Selbsthilfegruppen) sowie Vermittlungen in Therapien (insbesondere zur Langzeitentwöhnung) im Rahmen der Entlassungsvorbereitung - wobei in geeigneten Fällen eine Haftverkürzung durch Vermeidung weiterer Untersuchungshaft, Zurückstellung der Strafvollstreckung oder Strafrestausssetzung zur Bewährung angestrebt wird. Im weiteren Sinne dienen der Stabilisierung auch sämtliche Sicherungs- und Kontrollmaßnahmen

gegen die Verfügbarkeit von Suchtstoffen sowie die Strukturierung des Vollzugsalltags durch regelmäßige Versorgung und durch Arbeits-, Freizeit- und Sportangebote.

Das Suchthilfekonzept für den Justizvollzug des Landes Schleswig-Holstein ist auf eine Vernetzung mit den Angeboten der allgemeinen Versorgung hin angelegt und als ein Bestandteil des Suchthilfeplans der Landesregierung zu verstehen. Sekundärpräventive Maßnahmen werden daher nicht nur durch Vollzugsbedienstete sondern auch durch externe Fachkräfte der örtlichen Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen im Vollzug angeboten. Die beteiligten freien Träger werden aus Mitteln des MSGV eigens zu diesem Zweck gefördert.

Da in den Justizvollzugsanstalten kein Spritzenaustausch erfolgt, ist eine Evaluation nicht möglich. Die übrigen sekundärpräventiven Maßnahmen entsprechen denen unter freiheitlichen Bedingungen, so dass sich eine gesonderte Evaluation erübrigt.

6. Betreuung und Versorgung drogengefährdeter und -abhängiger Kinder und Jugendlicher

Zuständig für die Umsetzung der Leistungen für Kinder, Jugendliche und ihre Familien gem. §§ 27 ff., 35 a, 41 SGB VIII sind die kommunalen Jugendämter. Der überörtliche Träger, das Jugendministerium in seiner Funktion als Landesjugendamt, hat nach § 85 Abs.2 SGB VIII u.a. die Aufgabe, die Jugendämter als örtliche Träger der Jugendhilfe zu beraten und Empfehlungen zur Aufgabenerfüllung zu entwickeln. In diesem Rahmen bewegen sich folgende Überlegungen:

6.1 Verbesserung der Zusammenarbeit von Drogenhilfe und Jugendhilfe

Ziel der Zusammenarbeit von Jugend- und Drogenhilfe ist es, langfristige Betreuungsverläufe auch konsumierender Jugendlicher in der Jugendhilfe zu ermöglichen, d.h. die Jugendlichen verbleiben in der Betreuung der Jugendhilfeeinrichtung, während sie parallel in ambulante oder tagesklinische Rehabilitation gehen. Diese Form der Koopera-

tion kann der individuellen Bedarfslage optimal angepasst werden, da die spezifische Betreuung erhalten bleibt bzw. in der Jugendhilfe reorganisiert werden kann. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen beide Hilfebereiche aufeinander zugehen, indem sie nachfolgende Anforderungen erfüllen.

6.2 Anforderungen an die Drogenhilfe

Die Drogenhilfe sollte

- die Jugendhilfe und ihre gesetzlichen Rahmenbedingungen kennen,
- sich auf die Bedürfnisse der Jugendlichen und Heranwachsenden wie auch der betreuenden Einrichtungen einstellen,
- die Einrichtungen beraten und
- die Jugendhilfe partnerschaftlich bei schwierigen Fällen beraten, diese diagnostisch abklären und Behandlungsvorschläge erarbeiten.

Die Behandlungsangebote der Drogenhilfe müssen flexible, völlig individuelle Behandlungsgestaltungen zulassen, was die Behandlungsbausteine und die Zeiten anbelangt.

Konkrete Unterstützung für die Jugendhilfe könnte die Drogenhilfe durch folgende Angebote leisten:

- Fallberatung und Mitarbeiterschulung,
- Entwicklung bestimmter Programme und Trainings für den Umgang mit drogenkonsumierenden Jugendlichen (Kommunikationstraining, Erlebnispädagogische Projekte u.a.),
- Therapieangebote (z.B. Nachsorge nach stationärem Aufenthalt).

6.3 Anforderungen an die Jugendhilfe

Die Jugendhilfe betreut gerade jene Gruppe von Jugendlichen, die eine Hochrisikogruppe für Abhängigkeit darstellt und alle belastenden Faktoren für Suchtentwicklung vorweist. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gilt es, die Jugendlichen in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen zu stellen und den Umgang mit Suchtmitteln, das Verhindern von süchtigem Verhalten als integrativen Bestandteil von Erziehung zu betrachten und auch wahrzunehmen. Zu berücksichtigen ist bei allen Bemühungen der wissenschaftliche Stand, dass schädlicher Konsum im Kindes- und Jugendalter das Risiko, später an Sucht zu erkranken, vervielfacht.

Die Jugendhilfe hat die Aufgabe, die Sozialisation von Kindern und Jugendlichen zu fördern und zu sichern. In diesem Rahmen ist Drogenkonsum ein wichtiges Thema und Abhängigkeit als besonders massives Sozialisationsrisiko zu beachten. Wenn die Jugendhilfe den Anspruch hat, die Jugendlichen „ganzheitlich“ zu verstehen, muss sie daher

- sich auf ihrem Terrain mit Suchtmittelgebrauch und -missbrauch kritisch auseinandersetzen, Auffälligkeiten registrieren und ansprechen sowie frühzeitig den Kontakt zu Drogenhilfe-Einrichtungen suchen,
- die Vielfalt pädagogischer und sozialpädagogischer Vorgehensweisen zielgerichtet einsetzen zur Entwicklung von Methoden im Umgang mit Problemfällen, die
 - Überzeugung, Aufklärung und Erkennen von problematischem Konsum beinhalten,
 - legale wie illegale Drogen umfassen, also Tabakkonsum einbeziehen,
 - die Jugendlichen erreichen können (durch Internetinformationen und Beratung, Zusammenarbeit mit Schulen, Jugendhäusern, Vereinen, durch Multi-

plikatorenmodelle, die die Meinungsmacher unter den Jugendlichen aktiv einbinden) und

- Konflikte suchen und thematisieren,
- planvoll und gezielt mit der Drogenhilfe zusammenarbeiten und
- über Einzelfälle hinaus den Zugang zu Fachwissen, Umgang und Perspektiven, Entwicklungschancen und Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten der Drogenhilfe suchen.

6.4 Qualifizierung von Jugend- und Drogenhilfe

Drogenkonsum gilt in einzelnen Einrichtungen der Jugendhilfe noch immer als Ausschlussgrund. Ein differenzierter Umgang mit dieser Problematik und eine verbindliche Kooperation mit den Einrichtungen der Drogenhilfe sind nur vereinzelt anzutreffen. Damit wird die Kinder- und Jugendpsychiatrie immer wieder auch zu einem Reparaturbetrieb als Zwischenlösung mit der Folge, dass Drehtüreffekte unvermeidlich werden können.

Umgekehrt sind einige Drogenhilfeeinrichtungen nicht ausreichend auf einen eventuellen pädagogischen Handlungsbedarf vorbereitet oder reagieren sogar mit Abgrenzungstendenzen. Immerhin handelt es sich bei 5 % aller Klientinnen und Klienten, die eine ambulante Suchthilfeeinrichtung in Schleswig-Holstein aufsuchen, nach der HORIZONT-Datenanalyse um Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren, 70 % männlichen und 30 % weiblichen Geschlechts. Der Anteil der jungen Erwachsenen zwischen 18 und 26 Jahren liegt mit 19 % weit höher, davon 75 % Männer und 25 % Frauen, während Kinder unter 14 Jahren mit 0,3 % praktisch keine Rolle spielen.

Die Anforderungen zeigen, dass sowohl aufseiten der Drogenhilfe als auch bei der Jugendhilfe Informations- und Schulungsbedarf besteht. Pädagogisches und suchtprophylaktisches Arbeiten mit Jugendlichen bedeutet für die Jugendhilfe nicht nur, sich mit

Suchtmitteln zu beschäftigen. Gleichzeitig verlangt ihr ganzheitlicher Ansatz, vertiefte Kenntnisse darüber zu haben, um eine Gefährdung rechtzeitig erfassen und in Kooperation mit den Einrichtungen der Drogenhilfe einen schädlichen Konsum verhindern zu können.

Der in Einrichtungen der erzieherischen Hilfe zum Teil noch bestehende Informations- und Schulungsbedarf soll durch Qualifizierungsmaßnahmen und gezielte Informationsvermittlung in Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Mitgliedseinrichtungen der LSSH gedeckt werden.

Erste gemeinsame Fachtagungen und Seminarangebote zu Fragen des Drogengebrauchs und Risikoverhaltens im Umgang mit psychoaktiven Substanzen hat u. a. die LSSH auf regionaler Ebene bereits mit Erfolg durchgeführt. Ein vertiefendes Fortbildungskonzept für Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe wird von der LSSH zurzeit in Zusammenarbeit mit Jugendämtern und der Einrichtung „Teen Challenge“, Fehmarn, entwickelt. Konkret geht es dabei um die Grundlagen und tagesstrukturierenden und zielführenden Elemente von Suchttherapie.

Zur Qualifizierung beigetragen haben auch zahlreiche Projekte der Primärprävention, die in den vergangenen Jahren in Schleswig-Holstein im Bereich des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes durch das Jugendministerium gefördert wurden.

Auch wenn die Schwerpunkte der Jugendhilfe in der Umsetzung und finanziellen Förderung vorrangig auf kommunaler Ebene gesetzt werden, wird sich die Landesregierung für eine verstärkte Kooperation zwischen Jugend- und Drogenhilfe einsetzen und entsprechende Anregungen für die Arbeitsgemeinschaften nach § 78 SGB VIII geben. Die „Interministerielle Arbeitsgruppe Sucht“ wird diese Thematik aufgreifen.

6.5 Angebote für Mütter und Väter mit Kindern

In 21 Einrichtungen der Suchthilfe gibt es Angebote für Kinder suchtkranker Eltern im Rahmen der Elternbehandlung, allerdings ist die Nachfrage schwankend und eher ver-

halten. Die Angst, das eigene Suchtverhalten insbesondere im Zusammenhang mit Sorgerechtsverpflichtungen zu offenbaren, ist besonders gegenüber öffentlichen Stellen ausgeprägt. Das Modellprojekt „Kinderhaus“, ein stationäres Begleitangebot an der Fachklinik Sillerup, musste schon nach kurzer Zeit wieder eingestellt werden, da die Nachfrage sehr gering war.

Ambulant können begleitende Angebote in 6 Kreisen wahrgenommen werden. Oft arbeiten die Einrichtungsträger dann mit Einrichtungen der erzieherischen Hilfe zusammen.

Während einer stationären Behandlung ihrer Mütter/Väter erhalten Kinder zusätzlich individuelle Betreuung in drei Fachkliniken. In vollstationären Nachsorgeeinrichtungen oder sozialtherapeutischen Übergangseinrichtungen werden Kinder an drei Standorten gemeinsam mit den Elternteilen betreut.

Auch in ambulanten und teilstationären Wohnangeboten in sieben Kreisen sind Kinder ebenfalls zusätzlich zu den betroffenen Eltern willkommen.

Zusammenfassend bewertet die Landesregierung das Angebot für Mütter und Väter mit Kindern generell zwar als ausreichend, jedoch ist wegen der sehr zurückhaltenden Nachfrage ein qualifiziert integriertes Angebot in keiner der benannten Einrichtungen dauerhaft umgesetzt worden.

7. Geschlechtsspezifische Ansätze in der Suchthilfe

Geschlechtsspezifische Ansätze in der Suchthilfe haben sich in den letzten zehn Jahren auf vielfältige Weise entwickelt. Mit den „Leitlinien für frauengerechte Angebote - Psychiatrie und Suchthilfe“ (Anlage 1) hat die Landesregierung im Jahre 2002 eine erste konzeptionelle Grundlage für die regelhafte Etablierung geschlechtsspezifischer Suchthilfeangebote für Frauen und für die zukünftige Versorgungsplanung vorgelegt.

In den Leitlinien, die zusammen mit dem „Landesarbeitskreis Frau und Sucht“ und weiteren Fachfrauen erarbeitet wurden, hat der Gedanke des „Gender Mainstreaming“ seinen angemessenen Niederschlag gefunden.

Ziel in der Arbeit mit suchtgefährdeten und -kranken Frauen ist es, dem Übermaß an Anpassungsbereitschaft das Erlernen von Abgrenzungsfähigkeiten gegenüberzustellen, die Konfliktbereitschaft zu erhöhen, direkte Formen der Auseinandersetzung einzuüben und die Ausbildung eines autonomen Selbstwertgefühles zu unterstützen.

Das MSGV hat den Umsetzungsstand der Leitlinien und eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation geschlechtsspezifischer Angebote in sämtlichen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe erhoben; dies erfolgte auf der Grundlage eines Fragebogens zu den grundlegenden Arbeits- und Qualitätskriterien für frauenspezifische Suchtarbeit:

- Rahmenbedingungen der Einrichtungen bezüglich der zur Verfügung stehenden Räume und Zeiten für die Arbeit mit Frauen,
- Wahlmöglichkeit bezüglich des Geschlechtes der professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- Implementierung der Angebote in das Konzept der Einrichtungen,
- Kooperationen mit Frauenberatungsstellen, Frauenselbsthilfegruppen oder Mitwirkung in Facharbeitskreisen etc.,
- Regelung der Kinderbetreuung während der Maßnahmen.

Insgesamt gab es - geringfügig variierend für einzelne Einrichtungstypen - einen Rücklauf von 60 %.

Die für den Bericht relevanten Inhalte werden im folgenden dargestellt:

- In den ambulanten Suchtberatungsstellen werden jeweils in etwa der Hälfte der Einrichtungen zumindest zeitweise Räumlichkeiten ausschließlich für Frauen zur Verfügung gestellt, feste Zeiten allein für die Arbeit mit Frauen vorgehalten und frauenspezifische Angebote bereits im Konzept verankert. Die Wahlmöglichkeit des Geschlechts der Beratungskraft sowie Kooperationen zu anderen frauenspezifisch arbeitenden Einrichtungen oder Facharbeitskreiskontakte waren jeweils in etwa 90 % gegeben. Kinderbetreuung war nur in etwas mehr als einem Viertel aller ambulanten Einrichtungen möglich, muss aber stets mitbedacht werden, da sie eine Voraussetzung für eine ressourcenorientierte Hilfeplanung mit der Zielgruppe ratsuchender Mütter darstellt.
- Während sich im Vergleich zu den anderen Einrichtungstypen im teilstationären Wohnbereich ein relativ umfassendes Angebot für Frauen erkennen lässt, deuten die Ergebnisse im vollstationären Wohnbereich darauf hin, dass der explizit frauenspezifische Blickwinkel noch nicht die gebührende Berücksichtigung findet und Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung besteht.

Die vorstehenden Ergebnisse der Auswertung zeigen, dass für die Umsetzung der frauenspezifischen Aspekte in der Suchthilfe zwar noch weitergehende, aber bereits beschriebene Aktivitäten notwendig sind. Dabei wird sich auch zeigen, ob die auf geringem Datenumfang und einem groben Raster basierenden Ergebnisse der „Modernen Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe“, dass es kaum geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Suchthilfeangeboten gibt, verifizierbar sind. Nach Vorlage der „Leitlinien für frauengerechte Angebote“ geht die Landesregierung von einem angemessenen Erfahrungs- und Differenzierungszeitraum von zwei bis drei Jahren aus, in denen die Umsetzung der beschriebenen Qualitätsmerkmale auf den Weg zu bringen ist, um schließlich zum „Normalfall“ zu werden.

Eine wichtige Gestaltungsfunktion kommt dabei der LSSH als verbandsübergreifend akzeptierter Fachstelle für fachpolitische Informations-, Fortbildungs- und Koordinierungsaufgaben im Bereich der geschlechterdifferenzierten Suchthilfe zu. Im Rahmen der Zielvereinbarung mit dem MSGV sollen systematisch Themenbausteine der Qualifizie-

rung, Vernetzung und Implementierung weiter bearbeitet werden. Die Landesregierung beabsichtigt daher nicht, eine gesonderte geschlechtsspezifische Fachstelle als Koordinierungsstelle einzurichten.

Die LSSH, die auf der horizontalen operativen Ebene tätig wird, arbeitet eng und abgestimmt mit der FrauenSuchtBeratungs- und Behandlungsstelle in Kiel zusammen, die ihr Informations-, Koordinierungs- und Fortbildungsangebot auf der vertikalen Ebene entfaltet. Zudem hat sich der „Landesarbeitskreis Frau und Sucht“ als konstruktiv arbeitendes Gremium erwiesen, das auch in Zukunft von großer Bedeutung sein wird.

Von vereinzelt Angeboten, insbesondere auch in der Prävention, abgesehen gibt es bisher keine etablierten mÄnnerspezifischen AnsÄtze in der Suchthilfe. Auch wenn der generelle „Vorwurf“ einer MÄnnerrDominanz im Suchtbereich in einer ohnehin androzentrisch geprÄgten Gesellschaft nicht gÄnzlich von der Hand zu weisen ist, so entspricht die nach Geschlechtern unterschiedliche Inanspruchnahme der Hilfemöglichkeiten doch auch der gesellschaftlichen Verteilung der Suchtproblematik mit geschlechtsspezifisch variierender AffinitÄt zu Suchtmitteln. Der mÄnnliche Teil unserer Gesellschaft trÄgt ein ungleich hohes Risiko, suchtkrank zu werden und ist von den destruktiven gesundheitlichen und sozialen Folgen schÄdlichen Suchtmittelkonsums besonders betroffen.

WÄhrend fÄr Frauen bereits einige AnsÄtze entwickelt und etabliert sind, fehlt eine den „Gender-Mainstreaming-Ansatz“ einbeziehende Diskussion der geschlechtsspezifischen Bedingungen der Entwicklung von Suchterkrankungen bei Jungen und MÄnnern fast noch völlig.

Vor diesem Hintergrund muss die Entwicklung von geschlechtsspezifischen Perspektiven in PrÄvention, aber auch Beratung und Therapie bei SuchtmittelabhÄngigkeit in die konzeptionelle Weiterentwicklung mit dem Ziel aufgenommen werden, die SensibilitÄt gegenüber der Bedeutung des Geschlechts zu stÄrken, weil der Substanzkonsum in Verbindung mit kulturellen Mustern von MÄnnlichkeit und Weiblichkeit sowie mÄnnlicher und weiblicher Entwicklung auch zu unterschiedlichen Konsummustern und geschlechtsabhÄngigen PrÄferenzen fÄr psychoaktive Substanzen fÄhrt.

Erkrankungen wie Magersucht und Bulimie, von denen mehr Frauen als Männer betroffen sind, werden als „Psychosomatische Erkrankung mit Suchtcharakter“ definiert. Unabhängig von dieser Zuordnung finden diese weitverbreiteten Krankheitsbilder auch in der Arbeit der Suchtkrankenhilfe Berücksichtigung.

Untersuchungen zu Konsummotiven und Konsumbedingungen (z.B. im Bereich Alkohol) verweisen auf die differenzierten Problemlagen von Jungen und Mädchen. Vor diesem Hintergrund gilt die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Belange in der praktischen Präventionsarbeit als ein zentrales Qualitätsmerkmal der landesweiten Prävention.

Die Thematisierung geschlechtsspezifischer Perspektiven in der Suchtprävention ist durch Qualifizierungsangebote und bewusstseinsbildende Maßnahmen der „Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung“ und der „Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein“ in Zusammenarbeit mit der FrauenSuchtBeratungs- und Behandlungsstelle Kiel in der Praxis fest verankert. Gleichzeitig ist aber festzuhalten, dass die geschlechtsspezifischen Konzeptionen ausgebaut und auch männer-orientierte Schwerpunkte aufweisen sollten.

Auf mittlere Sicht müssen auch Standards der Qualitätssicherung geschlechtsspezifischer Suchtarbeit festgelegt werden, da es nicht ausreichend ist, eine neue Methode einfach nur einzuführen, sondern die Implementierung in den Arbeitsalltag notwendig ist. Schwierig ist dabei, dass ein gemeinsames Qualitätsverständnis in der Suchtarbeit zum Teil erst noch entwickelt werden muss. Die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten könnte einen möglichen Indikator darstellen, der aber selbstverständlich nicht isoliert betrachtet werden darf. Die Leitlinien sind ein erster Schritt bei der Erarbeitung von Qualitätsmaßstäben. Neben dem „Landesrahmenvertrag für Schleswig-Holstein nach § 93 d Abs. 2 BSHG“ bieten die zu verhandelnden Rahmenleistungsvereinbarungen sowie die Möglichkeiten der elektronischen Dokumentation Hilfestellungen bei der Verständigung auf qualitätssichernde Maßnahmen.

8. Suchthilfeverzeichnis

Nach wie vor ist ein aktuelles Suchthilfeverzeichnis für die Transparenz und zielgerichtete Hilfe ein geeignetes Instrument. Mehr als 500 Anfragen monatlich bei der Internetversion des Suchthilfeverzeichnisses belegen, dass ein ständig aktualisiertes Verzeichnis für die Nutzerinnen und Nutzer von großer Bedeutung ist. Neben der kontinuierlichen Präsenz im Internet gibt es weiterhin mindestens eine Ausgabe des Suchthilfeverzeichnisses jährlich in vereinfachter Papierform. Die Pflege des Verzeichnisses obliegt der LSSH. Die jeweils aktuelle Ausgabe des Suchthilfeverzeichnisses ist unter www.lssh.de (unter „Kontakte“) zu erhalten.

9. Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein

In der Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein e.V. (LSSH) sind Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfeverbände, Fachverbände, Trägergesellschaften, Hochschulen, Institute und Einrichtungen zusammengeschlossen, die ein differenziertes Präventions- und Hilfeangebot sowie wissenschaftliche Kompetenz umfassen.

Laut Satzung hat sich die LSSH als Ziele die Abwehr der Suchtgefahren und die Zusammenfassung aller mit dieser Aufgabe befassten Verbände und Einrichtungen gesetzt.

Die Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeit der Landesregierung wird durch die in der Satzung der LSSH für sie verankerten zwei Vorstandspositionen sichergestellt.

Grundlagen der Zusammenarbeit mit der Landesregierung, die durch einstimmigen Beschluss der Mitglieder der LSSH mitgetragen werden, sind:

1. eine Rahmenvereinbarung sowie jährlich fortzuschreibende Zielvereinbarungen mit dem MSGV

2. eine Geschäftsvereinbarung zwischen der LSSH und der „Koordinationsstelle Schulische Suchtvorbeugung“ (KOSS) des Bildungsministeriums.

9.1 Allgemeine Aufgaben der LSSH

Einen breiten Raum nehmen die fachliche Beratung, Unterstützung und Betreuung von Mitgliedseinrichtungen, besonders im Bereich der Konzeptentwicklung, Finanzierung, Qualifizierung und Logistik ein.

Die LSSH, die durch ihre Mitgliedsorganisationen und unmittelbare Kontakte mit der Praxis basisnah über aktuelle Entwicklungen und Bedürfnisse der Prävention und Suchthilfe informiert ist, unterbreitet der Landesregierung Anregungen und Vorschläge für allgemeine und zielgruppenspezifische Maßnahmen.

Das wissenschaftlich qualifizierte „Büro für Statistik“ unterstützt die Landesregierung umfassend und kompetent bei

- der Realisierung einer einheitlichen Dokumentation in den vom Land mitfinanzierten Einrichtungen der Suchthilfe,
- der IT-Qualifizierung in der Suchthilfe und
- der Auswertung und Evaluation von Projekten der Suchtprävention.

Zu den Aufgaben der LSSH gehört auch die Vergabe von Fördermitteln Dritter, zurzeit sind dies die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger und das MSGV sowie Sponsoren wie die Spielbank Schleswig-Holstein und andere. Im Jahr 2002 hat die LSSH erstmals ein Förderkonzept herausgegeben, das diese Leistungen und das Vergabeverfahren transparent darstellt.

Als bedeutsam erweist sich die Medienstelle der LSSH, die weit über Schleswig-Holstein hinaus für qualifizierte Medienerstellung und -vermittlung bekannt ist und sich dadurch weitgehend selbst trägt.

9.2 Projekte der LSSH

Ein Hauptaugenmerk der präventiven Bemühungen der LSSH galt auch in den Jahren 2001/2002 dem **Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein** unter dem Motto „Kein Alkohol am Arbeitsplatz“. Dabei bildeten die Suchtweeks in Schleswig und eine mehrtägige Großveranstaltung auf der Werft HDW in Kiel besondere Schwerpunkte.

Im Jahr 2000 war durch den **Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein** die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen angesprochen worden. Die LSSH unterstützte dabei die Landesregierung bei der Umsetzung ihres vielfältigen Programmes bestehend aus öffentlicher Plakatkampagne, Info-Materialien, Elternbriefen, der Entwicklung eines Debattierspiels und einer themenzentrierten Inliner-Tour durch Schleswig-Holstein. Weiterhin wurden aus der Erkenntnis, dass gerade auch Kinder durch Alkoholkonsum bei Großveranstaltungen, auf Festen oder sogenannten Events in Erscheinung treten, Ansätze zur Durchführung von Kampagnen im regionalen Raum von der LSSH zusammen mit ihren Mitgliedseinrichtungen erprobt.

Einen großen Raum bei den Projekten, besonders auf regionaler Ebene, nimmt das Thema „Rauchen“ ein. Von Fachseminaren, Fachtagungen bis hin zu regionalen Projekten an Allgemeinbildenden Schulen mit der Entwicklung von neuen Unterrichtsbausteinen zum Thema Tabak reichten die aktuellen Aktivitäten auf diesem Feld. Ferner wurden ein Theaterprojekt begleitet und Anstöße zum betrieblichen Nichtraucherchutz gegeben.

Bei der aktuellen Nichtraucherkampagne des MSGV beteiligt sich die LSSH durch Qualifizierungsmaßnahmen an der Sicherstellung eines flächendeckenden Entwöhnungsangebotes für Raucherinnen und Raucher. Dazu hat das MSGV gemeinsam mit

dem VdAK/AEV sowie der LSSH eine entsprechende Rahmenvereinbarung unterzeichnet.

Die LSSH führt die Geschäftsstelle für den „Fachverbund Betriebliche Suchthilfe“. Der „Handwerkerfonds Suchtkrankheit e.V.“, die „Leitstelle Suchtgefahren am Arbeitsplatz“ (LSA) des MSGV und die LSSH bilden ein Bündnis für die qualifizierte Suchthilfe in öffentlicher Verwaltung und privatwirtschaftlichen Betrieben in Schleswig-Holstein. Gemeinsam werden betriebliche Fortbildungsangebote, Konzeptionsentwicklungen und betriebsbezogene Beratungen realisiert, die von der Vermittlung von Kontakten bis zur Durchführung von Informationsveranstaltungen und Maßnahmen auf regionaler und überregionaler Ebene reichen. Die gemeinsamen Projekte werden in der Geschäftsstelle des Fachverbundes in der LSSH koordiniert.

Die Landesregierung hat sich für die baltischen Länder beim Aufbau einer sozialen, leistungsfähigen und gerechten Infrastruktur engagiert. Die LSSH war unter der Projektleitung des Innenministeriums im Rahmen eines EU-Projektes, in dem es auch um die Entwicklung repressiver Strategien ging, an der Installation eines Suchthilfesystems - insbesondere auch zur Begrenzung der Verbreitung illegaler Drogen - sowie repressiver Strategien in Estland für 14 Monate fachlich beteiligt.

Bei der Durchführung von geschlechtsspezifischen Projekten arbeitet die LSSH mit Anbietern geschlechtsspezifischer Hilfen unterschiedlicher Träger zusammen. Durchgeführt werden regelmäßig Qualifikationen zum Themenkomplex Mädchen bzw. Frauen und Sucht als Fachseminare und/oder Tagungen. So wurde im September und November 2001 zusammen mit Mitveranstaltern mit zwei großen Fachtagungen eine Qualitäts-offensive in der frauenspezifischen Suchtarbeit in Schleswig-Holstein gestartet.

Auch durch die Mitwirkung bei der Erarbeitung der „Leitlinien für frauengerechte Angebote“ der Landesregierung war die LSSH gestaltend beteiligt. Der größte Teil der kooperierenden Arbeit wird in enger Abstimmung mit dem „Landesarbeitskreis Frau und Sucht“ durch die LSSH geleistet. Insbesondere logistische, koordinierende und fachliche Hilfen werden von der LSSH beigetragen.

Einen zusätzlichen Schwerpunkt bildet die Koordination der Frauenselbsthilfe im Suchtbereich, die insbesondere in einem regelmäßig tagenden Arbeitskreis mit Workshop-Charakter wahrgenommen wird.

Zunehmende Bedeutung kommt im Feld frauenspezifischer Fachprojekte auf das Gebiet der Essstörungen zu. Hier stellt das MSGV über die LSSH Fördermittel für die Initiierung von Selbsthilfegruppen zur Verfügung.

Von Interesse sowohl bei den Kostenträgern als auch bei den Einrichtungen ist die generelle Weiterentwicklung der Qualität und Qualifizierung der Suchthilfearbeit. Bedarf besteht besonders im Bereich der Fortbildung therapeutischen Fachpersonals. Die Ausweitung der ambulanten Rehabilitationsstellen und die vielfältigen Interventionen der Rehabilitationsträger in die Konzepte und Einrichtungen erfordern einen erheblichen Qualifizierungsbedarf.

Die Fachseminarreihe „Komorbidität“, ein Qualifizierungsangebot für Suchttherapeutinnen und -therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte wird als bedarfsgerechte Seminarreihe von der Praxis gut angenommen. Viele Seminare und Vertiefungsseminare im Bereich der komorbiden Krankheitsbilder, insbesondere zu Angststörungen, Depressionen und Psychosen sowie zum Borderline-Syndrom, wurden zum Teil mehrfach angeboten.

Neben verschiedenen Projekten zur Qualitätsentwicklung steht die Verabschiedung eines einheitlichen Dokumentationskataloges in Schleswig-Holstein vor dem Abschluss. Die LSSH bedient die generell gestiegene Nachfrage nach EDV-Unterstützung in den Einrichtungen und unterstützt diese bei der Erstellung und Implementierung von Auswertungsmodulen, Dokumentationsverfahren und Jahresstatistiken mit Schulungen, technischem Support sowie logistischer Beratung.

Von besonderem Interesse ist weiterhin die statistische Auswertung des Projektes „Gläserne Schule“. In den 9 Jahren seines Bestehens hat das System inzwischen eine weitreichende und professionelle Struktur entwickelt. Auch die Auswertungssystematik

wurde den aktuellen Bedingungen regelmäßig angepasst. Bei diesem Projekt hat sich die enge Kooperation zwischen der LSSH und der KOSS in besonderem Maße bewährt.

Die Arbeitsteilung sieht wie folgt aus: Während die KOSS die Gesamtorganisation, die Umsetzung von Maßnahmen in Schulen und die Prozessbegleitung in Schulen (ca. ein Jahr) übernimmt, ist die LSSH unter anderem für die Auswertung der Fragebögen und die Erstellung der Konsumprofile verantwortlich. Die KOSS entwickelt aus den Daten im Dialog mit den jeweiligen Schulen gezielte Projekte und Angebote bis hin zu einem schulischen Präventionskonzept, während die LSSH aus diesem Datenpool wissenschaftliche Berichte erstellt, die in die Sucht- und Bildungspolitik mit einfließen.

Eine Mitgliederinformation, der „Info-Dienst Sucht“ als Quartalsschrift wird als Plattform für aktuelle Themenschwerpunkte genutzt.

Die LSSH gibt jährlich einen umfassenden Jahresbericht heraus, der über die aktuellen Projekte Auskunft gibt.

9.3 Fachausschuss Selbsthilfe

Der „Fachausschuss Selbsthilfe“ ist das zentrale Koordinierungs- und Fördergremium der Selbsthilfeinteressen im Land. Seit Einführung des Fachausschusses sind viele Konfliktfelder im Selbsthilfebereich beseitigt und die Koordinierung ist so optimiert, dass große Verbände sogar gemeinsame Geschäftsstellen betreiben und gemeinsame Qualifizierungsprogramme auflegen.

Neben den Hilfeangeboten der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände im regionalen Bereich werden auch landesweite Projekte durch den „Fachausschuss Selbsthilfe“ in Zusammenarbeit mit der LSSH angeboten. Dazu zählt auch der jährliche Selbsthilfetag an unterschiedlichen Orten mit wechselnden Inhalten, in deren Mittelpunkt das persönliche Kennenlernen und der Erfahrungsaustausch stehen.

9.4 Künftige Zusammenarbeit mit der LSSH

Die Landesregierung wird auch zukünftig zusammen mit der LSSH die konzeptionellen Grundlagen fortentwickeln und Projekte zeit- und situationsgemäß anschieben, die von der LSSH und ihren Partnern umgesetzt werden. Mit der LSSH hat die Landesregierung die Möglichkeit, auf eine mit fachlicher Verankerung und Kompetenz ausgestattete Koordinationseinrichtung in enger Verknüpfung mit der schulischen Suchtvorbeugung des Bildungsministeriums zurückzugreifen.

Künftige Schwerpunkte werden weiterhin in der zielgruppendifferenzierten präventiven Thematisierung der legalen Drogen Alkohol und Tabak, der Implementierung und Begleitung der geschlechtsspezifischen Ansätze in der Suchthilfe sowie in der Unterstützung bei den Erfordernissen einer EDV-gestützten Landesdokumentation liegen. Diese werden auch in Zukunft in Zielvereinbarungen jährlich fortgeschrieben werden und gewährleisten somit die Umsetzung der gesundheitspolitischen Ziele der Landesregierung in der Suchthilfe mit dem Schwerpunkt Prävention.

Die Landesregierung wird die bewährten Dienstleistungen der LSSH zur Koordination der Sucht- und Drogenpolitik auch zukünftig intensiv nutzen.

10. Schlussbemerkungen

Von Anbeginn an haben ideologische Grabenkämpfe und hochemotional aufgeladene Debatten um die „richtige“ Drogenpolitik“ eine nüchterne Analyse und sachlich-wissenschaftlich fundierte Strategie im Umgang mit der Suchtproblematik belastet. Gleichwohl hat die Gesundheitspolitik in Schleswig-Holstein stets versucht, einen pragmatischen und am tatsächlichen Risikopotential der unterschiedlichen Substanzen orientierten Maßstab zur Grundlage ihres Handelns zu machen. Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Glaubwürdigkeit und Ehrlichkeit kennzeichnen die Grundüberzeugung dieses Ansatzes.

Davon wird auch die Weiterentwicklung der Gesamtkonzeption der Schleswig-Holsteinischen Sucht- und Drogenpolitik geprägt sein, die neben einem Festhalten an einer qualitativ hochwertigen Grundversorgung der Bevölkerung auch Veränderungen in den Konsumgewohnheiten und bei den Zielgruppen aufgreifen wird.

Anlagen zum Bericht zur Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik:

1. Leitlinien für frauengerechte Angebote
2. Tabelle „Sucht-Präventions-Veranstaltungen an Schulen“
3. Tabelle „Sucht-Präventions-Veranstaltungen für Jugendliche außerhalb der Schule“
4. Tabelle „Sucht-Präventions-Veranstaltungen für Erwachsene“

Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Verbraucherschutz
des Landes Schleswig-Holstein



Psychiatrie und Suchthilfe

Leitlinien für frauengerechte Angebote



Herausgeber:

Ministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit und
Verbraucherschutz des
Landes Schleswig-Holstein

Text, Redaktion:

AG Frauen und Psychiatrie
beim MASGV S-H, erweitert um
Fachfrauen aus Praxis, Gremien
und Organisationen von
Psychiatrie und Suchthilfe,
Ilka Dettbarn,
Petra Gollnick.

Gestaltung:

al-design-a. lichtenberg, Kiel

Herstellung:

G+D Grafik+Druck
GmbH+Co KG, Kiel

Februar 2002

ISSN 0935-4379

Diese Broschüre wurde
aus Recyclingpapier
hergestellt.

Diese Druckschrift wird im
Rahmen der Öffentlich-
keitsarbeit der schleswig-
holsteinischen Landes-
regierung herausgegeben.
Sie darf weder von Parteien
noch von Personen, die Wahl-
werbung oder Wahlhilfe
betreiben, im Wahlkampf
zum Zwecke der Wahlwer-
bung verwendet werden.
Auch ohne zeitlichen Bezug
zu einer bevorstehenden
Wahl darf diese Druckschrift
nicht in einer Weise verwen-
det werden, die als Partei-
nahme der Landesregierung
zugunsten einzelner Gruppen
verstanden werden könnte.
Den Parteien ist es gestattet,
die Druckschrift zur Unterrich-
tung ihrer eigenen Mitglieder
zu verwenden.

Die Landesregierung im Internet:

<http://www.schleswig-holstein.de/landsh>

Leit | linien

für frauengerechte Angebote

– Psychiatrie und Suchthilfe

Inhalt

<u>Vorwort</u>	4
<u>1. Allgemeine Leitlinien</u>	6
<u>2. Bausteinspezifische Leitlinien</u>	8
<u>2.1 Ambulante Hilfen</u>	8
<u>2.2 Wohnen</u>	9
<u>2.3 Klinische Versorgung</u>	10
<u>2.4 Arbeit</u>	11
<u>3. Frauenspezifische Suchthilfe</u>	12
<u>3.1 Allgemeines</u>	12
<u>3.2 Zielgruppen</u>	13
<u>3.3 Arbeit</u>	14
<u>3.4 Selbsthilfe</u>	14
<u>3.5 Zentrale landesweite Koordinierung</u>	14
<u>Literatur</u>	15

Vorwort

Die vor Ihnen liegenden Leitlinien sollen zu zielgenauen, an den Interessen und Bedürfnissen der Nutzerinnen orientierten Hilfen bei psychischen Erkrankungen, Behinderungen oder Suchterkrankungen führen. Sie sind nach dem Prinzip des Gender Mainstreaming entwickelt.

Gender Mainstreaming ist eine Handlungsstrategie in der Gleichstellungspolitik, die darauf abzielt, Systeme und Voraussetzungen, die eine gesellschaftliche Ungleichbehandlung von Frauen und Männern bewirken, zu analysieren und grundlegend zu verändern.

Viele Programme haben bis heute die nachstehend dargestellten Unterschiede ignoriert mit der Folge, dass herkömmliche Einrichtungen und Arbeitsformen selten an den Bedürfnissen von Frauen ausgerichtet sind. Eine Prüfung nach dem Prinzip des Gender Mainstreaming bietet die Möglichkeit, bestehende Angebote im Interesse beider Geschlechter zu verbessern. Die Wahrnehmung von Geschlechterdifferenzen wird damit zu einem selbstverständlichen Qualitätsmerkmal.

Gender Mainstreaming geht davon aus, dass sich die Lebenswirklichkeiten, Interessen und Ressourcen von Frauen und Männern hinsichtlich der Sozialisationsbedingungen, der beruflichen, sozialen und finanziellen Situation sowie der Erfahrungen im Lebensalltag unterscheiden:

Sozialisationsbedingungen
Lebensplanung und –entwürfe sind in unserer Gesellschaft auch heute noch stark ausgerichtet an der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, sie bestimmen Selbstverständnis, Lebenswelten und Alltagspraxis von Frauen.

Hinzu kommt, dass die potentiellen späteren Partner von Mädchen häufig einen höheren Ausbildungs- oder Berufsstatus haben.

Trotz der Tatsache, dass die Zahl der erwerbstätigen Frauen in den letzten 30 Jahren in Schleswig-Holstein ständig angestiegen ist, hat sich an der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung nicht viel geändert. In der Regel kommt

dabei – spätestens nach der Geburt des ersten Kindes – dem Mann die Verantwortung für die Erwerbsarbeit und der Frau die für den häuslichen Bereich und die Kinderbetreuung zu. Aus der Doppelbelastung „Haushalt und Kinder“ ist in vielen Fällen durch Erwerbsarbeit eine Dreifachbelastung geworden.

Berufliche, soziale und finanzielle Situation von Frauen

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass die Teilzeitarbeit eine Domäne der Frauen ist. 1998 betrug der Frauenanteil bei den sozialversicherungspflichtig Teilzeitbeschäftigten in Schleswig-Holstein 90 Prozent.

Die Verteilung erwerbstätiger Frauen auf einzelne Berufsgruppen zeigt, dass sich fast 70 Prozent in nur 12 Berufsgruppen wiederfinden. Zum größten Teil handelt es sich um Dienstleistungsberufe mit niedrigen Qualifikationsanforderungen – und damit niedrigem Gehalt – und geringen Aufstiegsmöglichkeiten.

Erschwerend kommt hinzu, dass Frauen für die gleiche Arbeit trotz eindeutiger Rechtslage eine geringere Bezahlung erhalten als Männer. Im Durchschnitt erzielen Frauen nur etwa drei Viertel des Einkommens von Männern. Auffällig ist zudem, dass sogenannte typische Frauenberufe grundsätzlich schlechter bezahlt sind als sogenannte typische Männerberufe.

Obwohl der Frauenanteil an den Sozialhilfeempfängerinnen und -empfängern in den letzten zwei Jahrzehnten gesunken ist, sind mit 55 Prozent immer noch mehr Frauen als Männer von der Sozialhilfe abhängig. Signifikant ist dabei die Tatsache, dass knapp jede vierte Person, die 1998 Hilfe zum Lebensunterhalt erhielt, allein erziehend – und damit vorwiegend weiblich – war, denn der Frauenanteil an den Alleinerziehenden liegt in Schleswig-Holstein derzeit bei 80,8 Prozent.

Diese Zahl macht deutlich, dass sich bei Frauen die Gründe für den Sozialhilfebezug in der Regel unmittelbar aus der Familiensituation ergeben, während bei

Männern die Gründe primär im Ursachenfeld des Arbeitsmarktes liegen. Nach wie vor ist auch die Altersarmut weiblich. In der Altersgruppe der über 65-jährigen Empfängerinnen und Empfänger laufender Hilfe zum Lebensunterhalt sind 75 Prozent Frauen.

Erfahrungen im Lebensalltag
Gewalt gehört für viele Frauen zum Alltag. Dies gilt weltweit und so auch in Schleswig-Holstein. Dabei zeigt sich die Gewalt gegen Frauen in den verschiedensten Erscheinungsformen: Neben der direkten körperlichen Gewalt wie Misshandlung, sexueller Nötigung, Vergewaltigung und Mord geht es auch um psychische Gewalt beispielsweise in der Form verbaler Herabsetzung, Bedrohung und Beleidigung.

Wie der im Mai 2001 vom Bundesfrauenministerium präsentierte Frauengesundheitsbericht darlegt, werden Gewalterfahrungen und Misshandlungen als Ursache für Gesundheitsbeschwerden im Gesundheitswesen häufig nicht erkannt und nicht angemessen behandelt. Dabei erleben Umfragen zufolge 18 Prozent aller 16- bis 60-jährigen Frauen Übergriffe in der Familie; dreimal mehr Mädchen als Jungen sind von (sexualisierter) Gewalt betroffen.

Die daraus folgenden Leitlinien gliedern sich in „Allgemeine Leitlinien“, die für das gesamte Aufgabenspektrum der gemeindepsychiatrischen Versorgung und Suchthilfe geltende Aussagen enthalten. Daran schließen sich spezifische Leitlinien der Bausteine Ambulante Hilfen, Wohnen, Klinische Versorgung und Arbeit an, die sowohl im Versorgungsbereich Psychiatrie als auch Sucht vorgehalten werden. Die Aussagen zur „Frauenspezifischen Suchthilfe“ beschreiben darüber hinaus Besonderheiten in Abgrenzung zum Bereich Psychiatrie.



1. Allgemeine Leitlinien

1.1 Grundlage für unterstützende Angebote für Frauen sind folgende Arbeitsprinzipien:

- ▶ Parteilichkeit, das heißt Parteinahme für die Nutzerinnen
- ▶ Kompetenzen/Eigenschaften von Frauen wahrnehmen, stärken und fördern
- ▶ Freiräume schaffen (unter anderem Schutz vor patriarchalen Strukturen)
- ▶ Ganzheitlichkeit (Berücksichtigung verschiedener Ebenen und Orientierungen)
- ▶ Selbstbestimmung und Mitbestimmung
- ▶ Wahlmöglichkeiten der Nutzerinnen bezüglich der Professionellen (zum Beispiel Ärztinnen/Ärzte, Pflegepersonen) und der Angebote (geschlechtsgetrennte und –gemischte)

1.2 Die Analyse der gesellschaftlichen Voraussetzungen und die Arbeitsprinzipien erfordern umgesetzt in die Praxis

- ▶ eine individuelle Hilfestellung, die den angemessenen Wünschen der Nutzerin entsprechen soll. Dabei ist dem Wunsch der Frau nach ambulanter Betreuung, im Einzelfall auch der Ablehnung von Hilfe, Rechnung zu tragen, sofern geltende Regelungen, zum Beispiel Strafgesetzbuch, Maßregelvollzugsgesetz, dem nicht entgegen stehen
- ▶ frauenspezifische Präventions-/Behandlungs-/Therapie-/Betreuungsansätze in allen Bausteinen der gemeindepsychiatrischen Versorgung und Suchthilfe unter Einbeziehung der allgemeinen Leitlinien des Psychatrieplanes 2000 und des Drogenhilfeplanes. Ergänzend sollen bestehende regionale Psychiatrie- und Suchthilfepläne einbezogen und gegebenenfalls eingefordert werden; bestehende Beschlüsse wie der Landtagsbeschluss „Geschlechtsspezifische Suchthilfe und Prävention“ vom 2. Juni 1999 sollen weiter verfolgt werden
- ▶ eine verständliche, sachkundige und angemessene Information, Beratung und

Aufklärung der Nutzerinnen über mögliche Leistungen, die vorhandenen Einrichtungen/ Angebote und die geplanten (Behandlungs-) Maßnahmen

- ▶ Nutzerinnen-/Nutzerbeteiligung, zum Beispiel Heimbeirat, Patientinnen- und Patientenbeauftragte, Bewohnerinnen- und Bewohnerrat, Beschwerderat, politische Gremien. Nutzerinnen sind in diesem Sinne zu stärken
- ▶ bereits im frühen Planungsstadium von Hilfen betroffene Frauen, Vertreterinnen/ Vertreter von Angehörigen, Betreuerinnen/Betreuer und Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter einzubeziehen
- ▶ eine Differenzierung der Zielgruppe „Frauen“ nach vielfältigen Lebenssituationen und Bedürfnissen (zum Beispiel Frauen mit Kindern, Frauen in gleichgeschlechtlichen Beziehungen, ältere Frauen, Migrantinnen,...) um damit stereotype Zuschreibungen zu vermeiden
- ▶ bei frauengerechten Angeboten, die sich an Migrantinnen wenden, langfristig das Anstreben einer interkulturellen Personalentwicklung (trägerübergreifender Einsatz von Dolmetscherinnen/Dolmetschern und Kulturmittlerinnen/Kulturmittlern)
- ▶ einen sensiblen Umgang mit Sprache, damit sich auch in der verwendeten Sprache weibliche Lebensrealitäten widerspiegeln

- ▶ Informationen über Beschwerdemöglichkeiten.

1.3 Dies bedeutet für Träger und Institutionen im Weiteren

- ▶ die Planung und Verwirklichung frauengerechter Angebote in geschlechtsgetrennten oder -gemischten Einrichtungen, in denen fachlich und frauenspezifisch qualifizierte Frauen als Mitarbeiterinnen mit deutlich formuliertem Auftrag und abgesichertem Stundenkontingent beschäftigt sind

Leitlinien

für frauengerechte Angebote
– Psychiatrie und Suchthilfe

- ▶ die Beachtung der Geschlechterparität auf allen Hierarchie- und Fachebenen
- ▶ die gesellschaftlichen Strukturen und Arbeitsprinzipien in Teamsitzungen und externer Supervision zu thematisieren
- ▶ die Verpflichtung der Träger, entsprechende Fortbildungen anzubieten oder die Teilnahme an entsprechenden externen Angeboten zu ermöglichen.
Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist die Wichtigkeit von Fortbildungen zu vermitteln, sie sind verpflichtet diese zu nutzen
- ▶ Vernetzung
Mitwirkung in regionalen und überregionalen frauenspezifischen Facharbeitskreisen; Kooperation mit frauengerechten Angeboten sowohl im psychiatrischen und Suchthilfebereich als auch mit Frauenselbsthilfegruppen, Frauenberatungsstellen, Gleichstellungsbeauftragten; zielgruppenspezifisch die Zusammenarbeit unter anderem mit dem Jugendamt, der Ausländerberatung, mit Migrantinnen- und Migranten-Communities/Verbänden.

1.4 Eine finanzielle Absicherung durch die Kostenträger ist die Grundvoraussetzung für das Bestehen, die Planung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung frauengerechter Hilfeangebote im Bereich Psychiatrie und Suchthilfe. Bei der vertraglichen Ausgestaltung zwischen Kostenträger und Leistungserbringern sind diese Leitlinien zu berücksichtigen.

1.5 Zur (Weiter-)Entwicklung einer frauengerechten Gesundheitsversorgung/frauengerechter Angebote bedarf es der Finanzierung entsprechender Forschungen im Bereich „Frauen und Psychiatrie/Frauen und Sucht.“ Dazu gehören geschlechtsdifferenzierende Ansätze zum Beispiel in der epidemiologischen und medizinischen Forschung, in der Arzneimittelforschung, in der Präventionsforschung oder in der Forschung zum bestehenden Gesundheitssystem.



2. Bausteinspezifische Leitlinien

2.1 Ambulante Hilfen

Der Wunsch nach Eigenständigkeit und Achtung, Vertrauen, Zugehörigkeit und Halt ist Lebensthema in den Biografien von Frauen. Dies gilt um so mehr für psychiatrieerfahrene und suchtkranke Frauen, die zu einem hohen Prozentsatz multiplen Gewalterfahrungen, insbesondere sexualisierter Gewalt, ausgesetzt waren. Sowohl bei der Anamnese als auch bei der Ausgestaltung ambulanter Hilfen gilt es, dies zu berücksichtigen und die Hilfen entsprechend zu gestalten.

- ▶ In der ambulanten Behandlung soll beim Einsatz von pharmakologischen und psychologischen Therapien das vorhandene Wissen über die unterschiedliche Wirkung nach Geschlecht und Alter explizite Berücksichtigung finden.
- ▶ Krisendienste müssen auch mit Frauen, die im geschlechtssensiblen Umgang mit Frauen erfahren sind, besetzt sein. Frauen in akuten Krisen müssen gefragt werden, ob sie eine weibliche Ansprechpartnerin wünschen. Hier ist ein besonders hohes Maß an Achtsamkeit in Bezug auf Gewalt und Grenzüberschreitung gefragt, da sonst die Gefahr einer erneuten Traumatisierung besteht.
- ▶ Bei offenen frauenspezifischen Angeboten in geschlechtsgemischten Einrichtungen (zum Beispiel Patientenclubs, Begegnungsstätten, Teestuben, Treffpunkte, ambulante Zentren, Beratungsstellen, Kontaktstellen) muss Gewaltfreiheit oberstes Prinzip auf allen Ebenen des Verhaltens sein und bei Nichteinhaltung entsprechend thematisiert werden.
Es müssen Frauenräume für Entwicklungs- und Schutzbedürfnisse sowie für „Eigensinn“ entwickelt werden. Die Angebote und Themen sollen prinzipiell von Fachfrauen und betroffenen Frauen gemeinsam entwickelt werden. Räume für Selbstgestaltungsmöglichkeiten, zum Beispiel eigene Themen, eigene Projekte, und frauenspezifische Gruppenangebote als Räume für Identitätsentwicklung müssen vorgehalten werden.
- ▶ Bei den aufsuchenden Hilfen (zum Beispiel ambulante Betreuung, amtliche Betreuung, psychiatrische Krankenpflege,

Betreuung am Übergang, Krisenintervention) ist es sehr wichtig, dass der Anstellungsträger seiner besonderen Sorgfaltspflicht in Bezug auf die besondere fachliche frauenspezifische Kompetenz und persönliche Eignung der Mitarbeiterinnen nachkommt. Übergriffe und Grenzüberschreitungen wären hier eine besondere Gefahr.

Der Zweierkontakt in diesem Bereich der Hilfen hat ein hohes Maß an Ausschließlichkeit – mit der ihn kennzeichnenden besonderen Abhängigkeit der Hilfesuchenden Frau. Darum ist von den Mitarbeiterinnen ein besonders hohes Maß an beruflichem Wissen über das Thema Macht und Machtmissbrauch, eine hohe Selbstreflexion und die Achtung persönlicher Grenzen sowie die Fähigkeit zum maßvollen Setzen von Grenzen und zum Dialog erforderlich.

- ▶ Für Frauen mit Kindern muss in allen Formen ambulanter Hilfen die Kinderbetreuung mitgedacht und sichergestellt werden. Dazu gehört unter anderem das Einrichten von Spielzimmern in den Einrichtungen, ein Hol- und Bringendienst, Freizeit- und Urlaubsangebote für Frauen mit Kindern sowie ressourcenorientiertes Arbeiten mit den Kindern der betroffenen Frauen einzeln und in Gruppen.
Bei der ambulanten Betreuung von Müttern mit Kindern müssen spezielle frauenspezifische Themen mitreflektiert werden. Dazu gehört unter anderem das Recht, als psychisch kranke oder suchtkranke Frau Mutter zu sein und das Recht auf Unterstützung für Mutter und Kind während Phasen der Instabilität der Mutter. Dazu gehört auch die Reflektion über das Mutter-Sein in unserer Gesellschaft, die Mutter-Tochter-Beziehung und ähnliches.
Die Einrichtung von Mutter-Kind-Gruppen ist notwendig, um die Vereinzelung der Frauen und ihrer Kinder zu vermeiden. Bei gerichtlich angeordnetem Umgangsrecht sind das Sicherheits- und Schutzbedürfnis der Frauen und Kinder sicherzustellen. Dafür ist eine enge Kooperation mit dem jeweiligen Jugendamt erforderlich.

Leitlinien

für frauengerechte Angebote
– Psychiatrie und Suchthilfe

2.2 Wohnen

Dem Wohnraum kommt als Lebensraum eine ganz besondere Bedeutung zu. Er bietet sowohl Schutz und Sicherheit als auch Regeneration, Rückzug und Geborgenheit. Er schafft die Möglichkeit der Kontaktfindung, der Ausgestaltung individueller Lebensräume und die Voraussetzung für Identifikation und deren Ausdruck. Dies gilt in besonderer Weise für die Hilfe suchende, von Gewalterfahrung betroffene Frau.

Ziel der Betreuung im Bereich Wohnen insgesamt ist sowohl die Stärkung des Selbstwertgefühles und der Persönlichkeit als auch die Unterstützung bei der Entwicklung eines selbstbestimmten Lebens.

- ▶ Die Träger sollen ein vielfältiges frauengerechtes Wohnangebot innerhalb sämtlicher Betreuungsformen vorhalten. Diese orientieren sich an den Bedürfnissen der Frauen. Es sind Wohnangebote für Frauen mit Kindern, Einzelwohnen, reine Frauengruppen, körperbehinderte Frauen und gemischte Gruppen zu schaffen. Auf Wunsch sollte Frauen, die in gleichgeschlechtlichen oder gemischtgeschlechtlichen Partnerschaften leben wollen, die räumlichen Möglichkeiten dazu geboten werden.
- ▶ In geschlechtsgemischten Wohneinrichtungen ist unbedingt zu beachten, dass Frauen nicht von sexueller Belästigung und Grenzverletzung bedroht werden. Den Frauen muss innerhalb dieser Wohnangebote ein eigener Wohnraum sowie ein ausschließlich von Frauen genutzter sanitärer Bereich zur Verfügung stehen. Zur Vermeidung tradierter patriarchaler Strukturen müssen sämtliche häuslichen Aufgaben gemeinschaftlich verteilt und erledigt werden. Frauen müssen in den unterschiedlichsten Wohnformen die Möglichkeit erhalten, für ihre Wünsche und Bedürfnisse Gruppenräume zur Verfügung gestellt zu bekommen.
- ▶ Frauen sollten bei der Auswahl der Wohnformen beteiligt werden und ein Mitspracherecht erhalten.

▶ Den Frauen muss die Möglichkeit der Wahl ihrer Bezugsperson (ob weiblich oder männlich) gegeben werden. Dies setzt voraus, dass es ausreichendes – am Bedarf orientiertes – weibliches Personal in den Einrichtungen gibt.

▶ Im Bereich der Betreuung, Therapie, Freizeit und Beschäftigung müssen spezielle frauengerechte Angebote vorgehalten oder geschaffen werden. Im Vordergrund sollte eine ressourcenorientierte, die eigene Kreativität und Sinnlichkeit unterstützende Förderung stehen. Hier sind nach Möglichkeit die Angebote außerhalb der Einrichtungen mit einzubeziehen.

Um Frauen mit erschwerten Ausgangsbedingungen (zum Beispiel körperliche Handicaps) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, sollten sie besondere Unterstützung erhalten.



2.3 Klinische Versorgung

- ▶ Bei den stationären frauenspezifischen Angeboten wird differenziert zwischen Akutbereich und Langzeittherapien mit speziellem Angebot an Frauen. Akutangebote müssen wohnortnah vorhanden sein und einen Schwerpunkt auf Akutversorgung und Schutz haben. Spezifische beziehungsweise langfristige Therapieangebote sollen sich durch störungsspezifische, rehabilitative und reintegrierende Angebote auszeichnen.
- ▶ Im Akutbereich muss die Möglichkeit eines geschützten Wartebereichs gegeben sein. Bei der Aufnahmeuntersuchung muss eine weibliche Mitarbeiterin des Behandlungsteams anwesend sein. Die räumliche Unterbringung sollte die Möglichkeit bieten individuellem Schutzbedürfnis Rechnung zu tragen (zum Beispiel eigene Sanitäreinrichtung, abgetrennte Flurbereiche).
- ▶ Landesweit sind geeignete störungsspezifische, rehabilitative und reintegrierende Therapieangebote für Frauen bereitzustellen. Hierbei ist zum einen darauf zu achten, dass für psychische Störungen, die überwiegend Frauen betreffen ein qualifiziertes Angebot vorhanden ist. Zum anderen sollen alle Angebote so gestaltet sein, dass frauenspezifischen Therapiebedürfnissen Rechnung getragen wird und auch die räumliche Gestaltung frauenspezifische Bedürfnisse berücksichtigt. Wenn möglich sollte vor Behandlungsbeginn eine ambulante Vorbesprechung stattfinden, um die Wünsche beziehungsweise Vorstellungen der Frauen mit dem Klinikangebot abzusprechen. In diesen Sitzungen sollten die Frauen ihren Bedarf nach therapeutischer/ärztlicher Behandlung durch eine Frau anmelden können.
- ▶ Wenn die Einrichtung einer Frauenstation nicht möglich ist, dann wird als Mindestangebot die räumliche Trennung innerhalb der Station mit einem abgeteilten Bereich ausschließlich für die Nutzung durch Frauen erwartet. Sollte aus architektonischen Gründen nur ein Aufenthaltsraum zur Verfügung stehen, ist eine zeitweilig ausschließliche Nutzung für die Frauen als Alternative vorzusehen.
- ▶ Im ärztlichen/therapeutischen und pflegerischen Bereich ist eine paritätische Besetzung von Frauen und Männern anzustreben, um Patientinnen die Wahlmöglichkeit von einer Frau behandelt zu werden, zu gewährleisten.
- ▶ Mit dem Einverständnis der Patientin ist die Einbeziehung der Angehörigen in den Therapieprozess ein notwendiges Angebot im Rahmen der stationären Behandlung. Es sollten Möglichkeiten zu Familienbeziehungsweise Paargesprächen angeboten werden.
- ▶ Um auch Müttern eine stationäre Behandlung zu ermöglichen, sollte eine Kinderbetreuung in den Kliniken ermöglicht werden.
- ▶ Aufgaben der Patientinnen und Patienten innerhalb des Klinikalltags sollten so gestaltet werden, dass traditionelle Rollenverteilungen vermieden werden.
- ▶ Den Patientinnen ist eine Mitsprachemöglichkeit über Besuchskontakte einzuräumen. Da solche Bereiche oft in der Hausordnung geregelt sind, ist eine Mitwirkung der Patientinnen an der Gestaltung der Hausordnung zu begrüßen.
- ▶ In Mehrbettzimmern ist die Gestaltung so vorzunehmen, dass dem Bedürfnis nach einem geschützten Intimbereich der Patientinnen entsprochen wird.
- ▶ Beim Einsatz von pharmakologischen und psychologischen Therapien soll das vorhandene Wissen über die unterschiedliche Wirkung nach Geschlecht und Alter explizite Berücksichtigung finden.

Leitlinien

für frauengerechte Angebote
– Psychiatrie und Suchthilfe

2.4 Arbeit

- ▶ Ausbildung, Erwerbstätigkeit und Beschäftigung ist Lebensthema in der Biographie von Frauen, das sowohl bei der Anamnese als auch bei der Ausgestaltung aller Hilfen ständig zu berücksichtigen ist.
- ▶ Alle an der Behandlung und Betreuung von Frauen Beteiligten sollen über Informationen zu den spezifischen Fähigkeiten und Problemen von Frauen bezüglich Arbeit verfügen. Der Informationsbedarf über Unterstützungsmöglichkeiten im Bereich Arbeit ist – insbesondere bei Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten – zu beantworten.
- ▶ Im Rahmen der Aufnahme in eine ambulante oder stationäre psychiatrische medizinische Behandlung sollen Frauen dabei unterstützt werden, ihre derzeitige berufliche Tätigkeit abzusichern. Zu diesem Zweck ist es sinnvoll, frühzeitig den Fachdienst Arbeit einzubeziehen.
- ▶ Frauen sind bei der Vermittlung in sonstige Beschäftigungsstätten und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen zu fördern.
- ▶ Die spezifischen Lebenserfahrungen und Lebenssituationen der Frauen (zum Beispiel Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen) müssen bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen der Hilfen im Bereich Arbeit (zum Beispiel langsamer Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit, Altersgrenzen bei Umschulungsmaßnahmen ändern) berücksichtigt werden.
- ▶ In der beruflichen Rehabilitation ist die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gängige Variationsbreite der Arbeitszeit zu übertragen. Neben der Ermöglichung von Teil- und Vollzeitangeboten in den Hilfen zur Arbeit sind verschiedene Unterstützungsmodelle für die Betreuung von Kindern zu erschließen, um auch Müttern eine berufliche Rehabilitation zu ermöglichen.
- ▶ In geschlechtsgemischten Einrichtungen sind spezielle frauenspezifische Angebote (zum Beispiel Frauengesprächsgruppen) zu integrieren, um den Zugang für Frauen zu erleichtern.
- ▶ Frauen sind dabei zu fördern, wenn sie Interesse an nicht typisch weiblichen Tätigkeiten zeigen.
- ▶ Die Anstellung von Frauen als Anleiterin in typisch männlichen Arbeitsfeldern wird begrüßt.
- ▶ Bei geschlechtsgemischten Angeboten muss sichergestellt sein, dass Frauen nicht von sexualisierten Übergriffen, Belästigungen und verletzender Sprache bedroht sind.
- ▶ Bei geschlechtsgemischten Angeboten soll sichergestellt sein, dass zumindest eine weibliche Bezugsbetreuerin vorhanden ist.



3. Frauenspezifische Suchtkrankenhilfe

In diesem Kapitel werden ergänzend zu den „Allgemeinen und Bausteinspezifischen Leitlinien“ (siehe Ziffer 1. und 2.) Besonderheiten der frauenspezifischen Suchthilfe beschrieben.

Der Wissensstand über frauenspezifische Aspekte in der Entwicklung einer Sucht und über den Lebensalltag von Frauen muss sich in allen Angeboten der Suchthilfe niederschlagen.

Mit der Beschreibung verschiedener Zielgruppen von Frauen im Kontext von Sucht wird eine Perspektive gewählt, die eine Bestimmung der Bedarfe an angemessener Hilfe und Unterstützung aus den spezifischen Besonderheiten der Lebenssituationen ermöglicht.

Die Darstellung der Selbsthilfe und der zentralen landesweiten Koordinierung geht auf strukturelle Besonderheiten ein, die für eine Weiterentwicklung der frauenspezifischen Suchthilfe bedeutend sind.

3.1 Allgemeines

Frauen sind heute lebenslang einem Grundkonflikt ausgesetzt:

Zwischen alten und neuen Weiblichkeitsnormen sowie gesellschaftlichen Gegebenheiten einerseits und eigenen Wünschen nach einem selbstbestimmten Leben andererseits kann ein Gefühl von Zerrissenheit und Verlorenheit entstehen. Das Ergebnis dieser Ambivalenz zwischen Autonomiestreben und gesellschaftlicher Anpassung kann Abhängigkeit in vielen Facetten sein. Die Entstehung einer Suchterkrankung kann als Bewältigungsstrategie für diese Ambivalenzspannung gesehen werden. Im Doppelcharakter der Droge – zwischen Genuss und Selbsterstörung – spiegelt sich die Zerrissenheit weiblicher Lebensrealität wieder.

Weitere Suchtursachen, von denen mehrheitlich oder ausschließlich Frauen betroffen sind:

- Gesellschaftspolitische Diskriminierung von Frauen
- Mehrfachbelastung durch Erwerbs-, Haus- und Betreuungsarbeit
- Geringe gesellschaftliche Anerkennung der geleisteten Arbeit

- Normative Anforderungen an Schönheit und Körperbild
- Persönliche Belastungen resultierend aus einem mangelnden Selbstbewusstsein und/oder Selbstvertrauen
- Sexuelle und emotionale Ausbeutung in der Familie, einseitige Zuständigkeit für Gefühls- und Beziehungsarbeit in Beruf und Familie, problematische Beziehungen zu nahen Bezugspersonen
- Ständig erfahrene Bedrohung durch körperliche und psychische Gewalt
- Über- oder Unterforderung durch Haus- und Betreuungsarbeit oder Hausfrauenrolle
- Auf Frauen ausgerichtete Suchtmittelwerbung und geschlechtsspezifische ärztliche Behandlungsweisen.

Hingegen sind als ausstiegsunterstützende Faktoren bei Frauen bekannt:

- Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, gute körperliche Befindlichkeit
- Das Fehlen von übermäßigen Minderwertigkeits- und Wertlosigkeitsgefühlen
- Das Wissen, Probleme selber angehen zu können (Überzeugung von der eigenen Wirksamkeit)
- Die Kompetenz, Alltagsprobleme anzugehen (Stress, Belästigung, Doppelbelastung, Überforderung)
- Familiäre Unterstützung, differenziertes soziales Unterstützungsnetz
- Handlungsleitende Zukunftsperspektiven.

Ziel in der Arbeit mit den Frauen – und in Absprache mit ihnen – ist es, dem Übermaß an Anpassungsbereitschaft das Lernen von Abgrenzungsfähigkeiten gegenüber zu stellen, die Konfliktbereitschaft zu erhöhen, direkte Formen der Auseinandersetzung einzuüben, die Ich-Identität und die Grundlage eines autonomen Selbstwertgefühls zu stärken. Dazu hat Frau die Zeit, die sie braucht. Sie wird in ihrem Prozess unterstützt und ihre Entscheidungen werden akzeptiert.

Es ist somit zwingend notwendig, dass es frauenspezifische Angebote gibt und diese auch in den Konzeptionen der Hilfeeinrichtungen verankert sind.

Leitlinien

für frauengerechte Angebote
– Psychiatrie und Suchthilfe

Ein frauenspezifisches Angebot bedarf einer bestimmten Grundhaltung der Beraterin/Therapeutin:

- Das Bewusstsein für die beschriebenen Gesellschaftsstrukturen muss vorhanden sein
- Es gilt das Prinzip der Parteilichkeit und Betroffenheit
- Die gemeinschaftliche Arbeit orientiert sich an den Ressourcen der betroffenen Frau.

Über dieses individuelle Hilfsangebot hinaus, muss für ein konzeptionell vorgeesehenes frauenspezifisches Angebot stets die Kinderbetreuung mitgedacht und sichergestellt werden.

3.2 Zielgruppen

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

Frauen, die von illegalen Drogen abhängig sind

Bei ihnen liegt die sichtbarste Form der Abhängigkeit vor bedingt durch Strafverfolgung, hohe Beschaffungskosten und damit verbundene Kriminalität und

Prostitution. Mittlerweile wird davon ausgegangen, dass die Hälfte der Drogenabhängigen Frauen sind. Darüber hinaus haben sie häufig in ihrer Kindheit – meist sexuelle – Gewalt erfahren und erleben diese wieder in der Drogenszene.

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

Bei ihnen sind häufig mehrere Formen von Abhängigkeiten zu finden sowie eine gleichzeitige psychiatrische Erkrankung mit unterschiedlichen Diagnosen oder Symptomen (Doppeldiagnosen).

Beiden Gruppen gemeinsam sind die (sexualisierten) Gewalterfahrungen. Ihre Abhängigkeiten und Störungen können als Überlebensstrategie aufgefasst werden. Hier muss das Hilfsangebot eine spezielle Frauentherapie sein, in der die Faktoren „Beziehung“, „Zeit“ und „Sicherheit“ von besonderer Bedeutung sind und ein Schutzraum unerlässlich ist.

Schwangere Frauen mit Suchtproblemen

Hier ist in besonderem Maße die Kooperation der Einrichtungen des Hilfesystems gefragt, damit Frau tatsächlich Unterstützung und nicht ausschließliche Kontrolle erfährt.

Frauen, die von Medikamenten abhängig sind

Bei Frauen und Mädchen ist eine Zunahme der Abhängigkeit in ihren verschiedensten Formen festzustellen, wobei die Dunkelziffern sehr hoch sind.

Frauen und Männer machen im Rahmen ihrer jeweils spezifischen Entwicklungs- und Lebensbedingungen und ihrer verinnerlichten Rollenzuweisungen in unterschiedlicher Art und Weise ihre Erfahrungen mit unterschiedlichen Mitteln beziehungsweise Verhaltensweisen. Sichtbar wird es bei der Medikamentenabhängigkeit; der Anteil der Frauen in dieser Betroffenenengruppe beträgt zwei Drittel. Frauen konsumieren vor allem viele Schmerz- und Beruhigungsmittel, die von sich aus schon dämpfen und sie stiller und unauffälliger als Männer machen. Dazu kommt, dass Frauen und Mädchen mehr in das medizinische System als Männer integriert sind.

Für abhängige Frauen und Mädchen bedeutet das, dass sie sich immer unfähiger und unwerter fühlen. Darüber hinaus haben diese Frauen und Mädchen meist mit Tabuthemen wie sexuellem Missbrauch und Gewalt in der Kindheit und Jugend zu tun.

Ziel ist es, dass die Frauen und Mädchen Unterstützung erhalten, ihr inneres ungenutztes und unterdrücktes Potenzial wieder wahrnehmen, damit leben lernen und ihre Einengungen und ihre Resignation überwinden. Es geht um die Loslösung vom „Opferdasein“ und schwächerem Fremd- und Selbstmitleid, um die wissende Einfühlung und Unterstützung für die Übernahme von Eigenverantwortung und darum, dass sie mehr Autonomie und Lebendigkeit gewinnen. Das ist eine Alternative zu einem süchtigen Leben.

Angehörige Frauen Gemeint sind Frauen, deren Partner oder Kind/er süchtig sind oder die in einer Familie mit Suchtproblemen leben oder gelebt haben. So fallen Frauen erst auf, wenn der Partner oder die Kind/er süchtig sind.

Jeder Träger sollte im ambulanten und stationären Bereich die Belange der Angehörigen Frauen berücksichtigen. Selbsthilfeverbände sollten Angehörigen-Gruppen nur für Frauen bei Bedarf anbieten können.

In diesem Zusammenhang fällt immer wieder der Begriff „Co-Abhängigkeit“. Dieser bedeutet dann, dass die Angehörigen und das nähere soziale Umfeld in den Suchtverlauf miteinbezogen sind und durch ihre Reaktionen diesen beeinflussen. In der Regel sehen die gesellschaftlichen Maßstäbe bei Angehörigen Frauen anders aus als bei Angehörigen Männern.

Co-Abhängigkeit bei Frauen
Vorläufer dieses Begriffes war die Bezeichnung „Co-Alkoholismus“ beziehungsweise „Co-Alkoholiker(in)“. Geprägt wurde dieser Begriff durch die Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker. Es fällt bei der Beschreibung der Verhaltensweisen der co-abhängigen Frauen immer wieder auf, dass dies gängige Lebensmuster sind, die in der Regel als normal gelten und gesellschaftlich erwartet werden. Erst wenn der Mann suchtmittelabhängig wird, werden diese als dysfunktional und co-abhängig beschrieben. Damit enthält das Konzept der „Co-Abhängigkeit“ nicht selten Schuldzuweisungen an die Frauen als Partnerin, Ehefrau und Mutter. Daher hat es sich als therapeutisch sinnvoll ergeben, vom Erleben der Frau auszugehen, die Situation aus ihrer Sicht sowie Lösungsmöglichkeiten selbst formulieren zu lassen. Der Forderung nach Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit wird somit auch eindeutig entsprochen.

Co-Abhängigkeit kann sich überall dort widerspiegeln, wo Abhängige eingebunden sind, das heißt nicht nur im System Familie (Partnerin, Eltern-Kind-Verhältnis) sondern auch in Institutionen wie Kindergarten, Schule und Betrieb sowie ambulante und stationäre Behandlungseinrichtungen.

3.3 Arbeit

Als zukunftsweisendes Thema für den Bereich „Frau und Sucht“ gilt der Bereich „Frau und Arbeit“. Zum einem muss einer abhängigen, arbeitenden Frau die Möglichkeit des Zuganges zum Hilfesystem geschaffen werden. Zum anderen müssen auch süchtige Frauen die Möglichkeit erhalten, zu arbeiten.

3.4 Selbsthilfe

In Schleswig-Holstein werden im Rahmen der Suchtkrankenhilfe die Selbsthilfeaktivitäten von vier Verbänden getragen:

- Anonyme Alkoholiker
- Blaues Kreuz in der evangelischen Kirche, LV Schleswig-Holstein
- Deutscher Guttempler-Orden - Distrikt Schleswig-Holstein e.V.
- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe LV Schleswig-Holstein e.V.

Die Abstinenz- und Selbsthilfeverbände sind eine wesentliche Säule im Bereich der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe sowie im Bereich der Prävention bringen sie ihre Kompetenz ein.

Mit der Entwicklung des Systems der Suchtkrankenhilfe haben sich auch die Abstinenz- und Selbsthilfeverbände gewandelt. In diesem Zusammenhang sollte die Frauenarbeit in den Abstinenz- und Selbsthilfeverbänden mit der Unterstützung der hauptamtlichen Fachfrauen weiterentwickelt und vernetzt werden.

3.5 Zentrale landesweite Koordinierung

Um die wegweisende Struktur der frauenspezifischen Suchthilfe in Schleswig-Holstein zu stabilisieren, auszubauen und abzusichern ist die landesweite Informations-, Koordinierungs- und Fortbildungsarbeit weiterhin als ein wichtiger Aufgabenkomplex für die Gleichstellung von Frauen in Bezug auf inhaltliche und fachpolitische Maßnahmen von der „FrauenSuchtBeratungs- und Behandlungsstelle donna clara e. V.“ als zentraler Stelle fortzusetzen.

Leitlinien

für frauengerechte Angebote
– Psychiatrie und Suchthilfe

Literatur

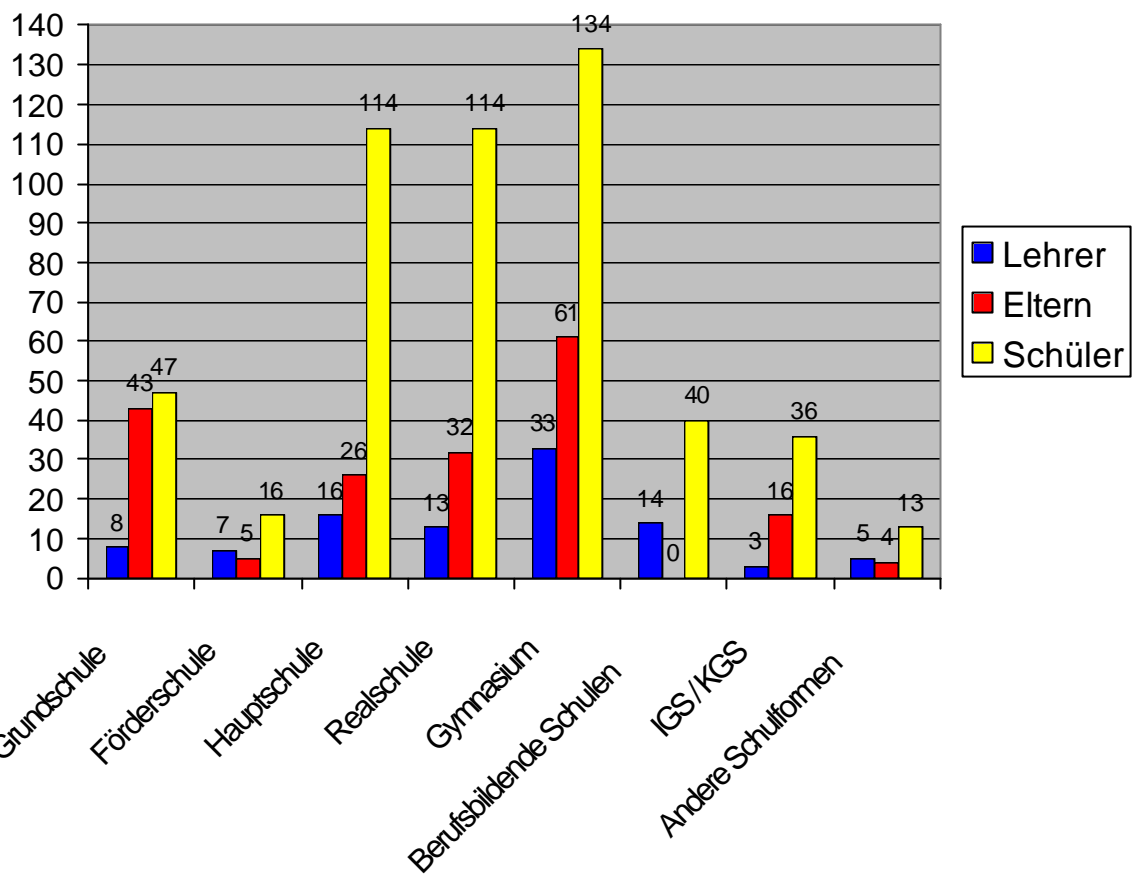
- ARBEITSKREIS Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health (Hg.) (1998): Frauen und Gesundheit(en) in Wissenschaft, Praxis und Politik. Bern: Huber
- BILDEN, Helga (Hg.) (1992): Das Frauentherapiehandbuch. München
- BRÄKHOFF, Jutta (Hg.) (1989): Sucht und Prostitution. Freiburg i. Br.: Lambertus
- BUNDESMINISTERIUM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2001): Untersuchung zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Berlin: Kohlhammer
- BRÜGGE, C.; Wildwasser Bielefeld e. V. (Hg.) (1999): Frauen in ver-rückten Lebenswelten
- DIE BEAUFTRAGTE der Bundesregierung für Ausländerfragen; Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis (Hg.) (1999): Gesundheit und Migration. Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen: Dokumentation des Expertenworkshop im Juli 1999 in Bonn
- FETT, Anna (Hg.) (1996): Männer – Frauen – Süchte. Freiburg i. Br.: Lambertus
- FRANKE, Alexa u.a. (2001): Alkohol und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen. Weinheim: Juventa
- HEINRICHS, Christine (1993): Drogengebrauchende Frauen und AIDS. In: Herkommer, Horst (Hg.): Drogenabhängigkeit, HIV-Infektion und AIDS-Erkrankung: Teil 1: Beratungshandbuch. Frankfurt a.M.: Bremm
- HILSENBECK, Polina (1998): Ein frauenspezifischer Blick auf die Psychiatrie. In: Bock, Thomas; Weigand, Hildegard (Hg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- HOFFMANN, Dagmar (Hg.) (1991): Frauen in der Psychiatrie oder wie männlich ist die Psychiatrie?. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- KNUF, Andreas; Gartelmann, Anke (Hg.): Bevor die Stimmen wiederkommen. Psychiatrie-Verlag
- KRÜGER, Antje (1994): Frauenspezifische Suchtarbeit. In: Neubeck-Fischer, Helga (Hg.): Sucht – ein Versuch zu (über)leben. München: Fachhochschulschriften Sandmann
- MERFERT-DIETE, Christa; Soltau, R.: Frauen und Sucht: Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit.
- MINISTERIUM für Kultur, Jugend; Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hg.) (1999): Frauen – Sucht – Gesellschaft: Dokumentation der Fachtagung am 28. Januar 1999 in der Katholischen Akademie in Trier. Mainz
- NIEDERSÄCHSISCHE Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.) (1999): Die Süchte der Frauen: Angebote zur Hilfe auf dem Prüfstand. Hannover
- REDDEMANN; Luise (2001): Imagination als heilsame Kraft.
- SCHNEIDER, Doris; Tergeist, Gabriele (Hg.) (1993): Spinnt die Frau? Zur Geschlechterfrage in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- SCHNELL, Brigitte: Die Angst der suchtkranken Frauen, nicht mehr zu funktionieren
- SINGER, Manfred V; Teyssen, Stephan (Hg.) (1999): Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Berlin (u.a.): Springer
- SUBMANN, Claudia (Hg.) (1995): Schlucken und Schweigen?: Frauen und Medikamente; Dokumentation der Tagung vom 18./19. Oktober 1994. München
- VOGT, Irmgard; Klaudia Winkler (Hg.) (1996): Beratung süchtiger Frauen: Konzepte und Methoden. Freiburg i. Br.: Lambertus

Leitlinien

für frauengerechte Angebote

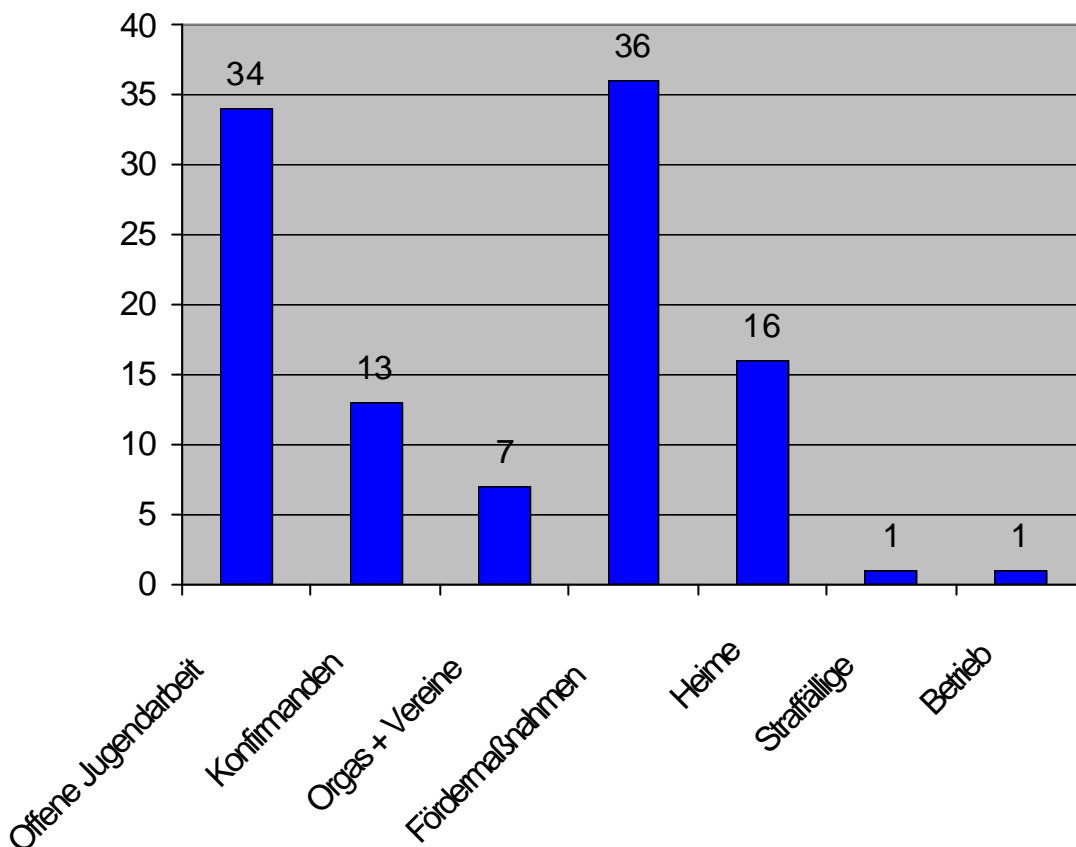
– Psychiatrie und Suchthilfe

Sucht-Präventions-Veranstaltungen an Schulen



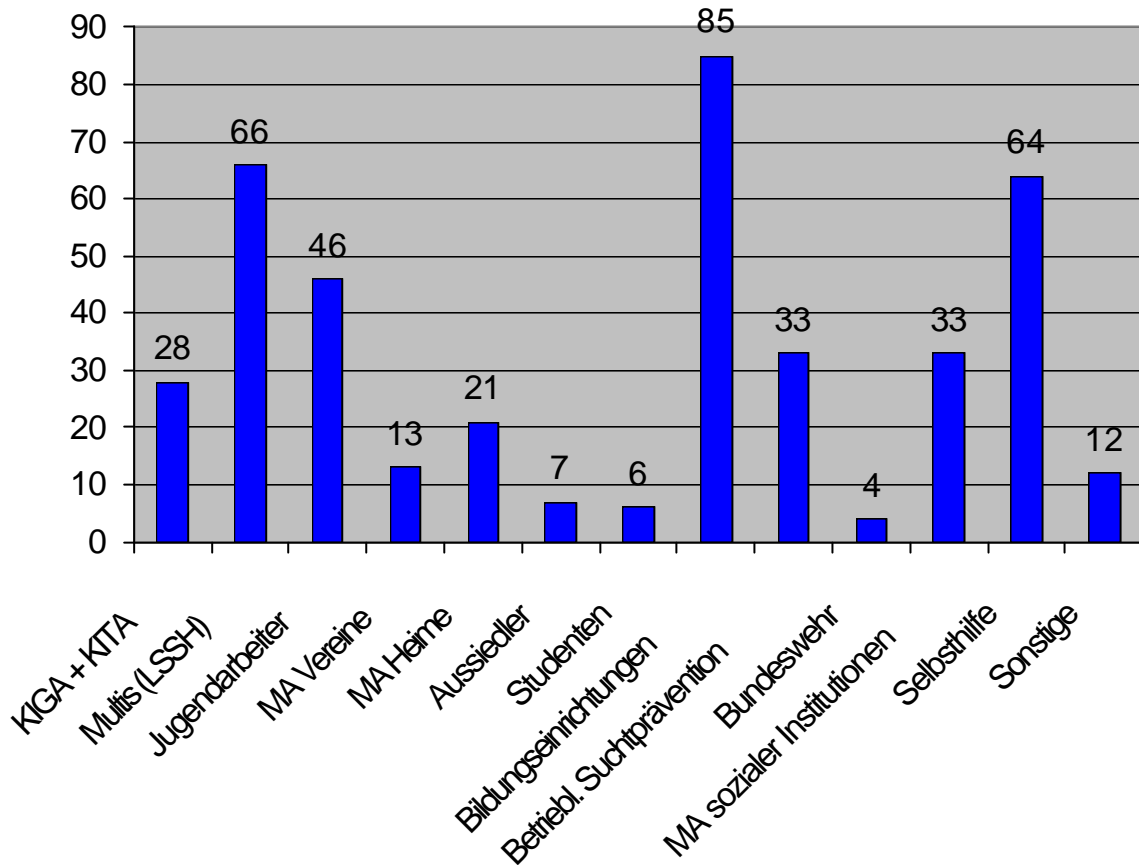
	Lehrer	Eltern	Schüler	
Grundschule	8	43	47	98
Förderschule	7	5	16	28
Hauptschule	16	26	114	156
Realschule	13	32	114	159
Gymnasium	33	61	134	228
Berufsbildende Schulen	14	0	40	54
IGS / KGS	3	16	36	55
Andere Schulformen	5	4	13	22
	99	187	514	800

Sucht-Präventions-Veranstaltungen für Jugendliche außerhalb der Schule



	Anzahl der Veranstaltungen
Offene Jugendarbeit	34
Konfirmanden	13
Orgas + Vereine	7
Fördermaßnahmen	36
Heime	16
Straffällige	1
Betrieb	1
	108

Sucht-Präventions-Veranstaltungen für Erwachsene



Anzahl der Veranstaltungen	
KIGA + KITA	28
Multis (LSSH)	66
Jugendarbeiter	46
MA Vereine	13
MA Heime	21
Aussiedler	7
Studenten	6
Bildungseinrichtungen	85
Betriebliche. Suchtprävention	33

Bundeswehr	4
MA sozialer Institutionen	33
Selbsthilfe	64
Sonstige	12
	418