

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

7./8. Jahrgang

Heft 4·2018/1·2019



Themenschwerpunkt:

Integrative Sucht- und Drogenhilfe Entwicklungen, Herausforderungen und Perspektiven

Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Wissenschaftliche Herausgeber

Univ. Doz. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com
Dr. Alfred Uhl
alfred.uhl@goeg.at

Wissenschaftlicher Consultant

Dr. Martin Tauss
mtauss@kabelplus.at

Herausgebende Institution

Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien,
Department für Psychotherapiewissenschaft

Chefredakteur

Univ. Doz. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com

Redakteure

Dr. Thomas Ballhausen
t.ballhausen@gmail.com
Mag. Irene Schmutterer
irene.schmutterer@goeg.at

Bildredaktion

Sonja Bachmayer
ikarus711@hotmail.com

Verlag

Pabst Science Publishers
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550
www.pabst-publishers.de
www.psychologie-aktuell.com

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst
wp@pabst-publishers.com

Administration

Silke Haarlammer
haarlammer@pabst-publishers.com

Herstellung

Bernhard Mündel
bmueudel_pabst@gmx.de

Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit dem im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,
Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.
Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07
BIC: DRESDEFF265

Bestellservice:

haarlammer@pabst-publishers.com
Tel. +49 (0)5484 97234 · Fax +49 (0)5484 550

Bezugsbedingungen: Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Umschlagbild: © Ingo Folie

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

7./8. Jahrgang · Heft 4-2018/1-2019

Themenschwerpunkt:

Integrative Sucht- und Drogenhilfe – Entwicklungen, Herausforderungen und Perspektiven

Gastherausgeber: Artur Schroers

Redaktionsteam der Abteilung Suchthilfen der Landeshauptstadt Mainz:
Artur Schroers, Gaby Schwalb-Enders und Philipp Sperb

Inhalt

243 Editorial. Integrative Suchthilfe –
Entwicklungen, Herausforderungen und Perspektiven
Artur Schroers

250 Vorwort. Suchthilfe als integraler Bestandteil kommunaler
Gesundheits- und Sozialpolitik
Eckart Lensch

I. Entwicklungen der Sucht- und Drogenhilfe

253 Suchthilfe im Überblick – Geschichte und Entwicklungsaufgaben
der Suchthilfe in Deutschland
Michael Klein

264 Ein Rückblick auf 30 Jahre Erfahrungen in der Gestaltung
bundesdeutscher Sucht- und Drogenpolitik
Ingo Ilja Michels

271 Trendforschung zum Drogenkonsum unter Jugendlichen
und jungen Erwachsenen
Bernd Wense

II. Handlungsfelder der Sucht- und Drogenhilfe

280 Von gendersensibler und diversityorientierter Suchtprävention
bis Resilienzförderung und Kompetenzorientierung
Regina Kostrzewa

286 Qualität in der Suchtarbeit – zwischen Anspruch und Machbarkeit.
Ein Praxisbericht
Martin Weber

295 Bildstrecke „Tansania“
Fotos von Ingo Folie

299 Suchttherapie zwischen Sozialarbeit und Psychotherapie –
Zu Strukturproblemen suchttherapeutischer Arbeit und Ausbildung
Hermann J. Müller

303 Harm Reduction – Ergebnisse akzeptanzorientierter und
niedrigschwelliger Drogenarbeit
Heino Stöver

- 313 (Re-)Integration von suchtkranken Menschen in die Gesellschaft durch Integration in Arbeit – eine Herausforderung für Netzwerkarbeit
Jutta Henke, Dieter Henkel, Barbara Nägele & Alexandra Wagner

III. Sucht- und Drogenhilfe 2030: Herausforderungen und Perspektiven

- 323 Drogenkonsum und Hilfebedarfe von minderjährigen und erwachsenen Geflüchteten
Heike Zurhold & Silke Kuhn
- 330 Im Depot der Geschichte(n). Über Reflexion und Neustiftung von Gesellschaft in „Die Welt der Söhne“
Thomas Ballhausen
- 334 Bildstrecke: *Gipi*, „Die Welt der Söhne“
- 340 Glücksspiele und Glücksspielsucht: Ausgewählte Forschungsbefunde und Herausforderungen für das Suchthilfesystem
Tobias Hayer, Johanna Meyer & Lydia Girndt
- 349 Konsum und Abhängigkeit von Alkohol und Straßendrogen nach der Lebensmitte: Modelle der Versorgung in Deutschland
Martin Schmid & Irmgard Vogt
- 360 *Alkoholismus: Wenn der Igel sich nicht mehr einigeln kann*

Ankündigung

- 249 30. Fachtagung des Fachverbandes Glücksspielsucht e.V.



112 Seiten
mit CD-ROM
ISBN 978-3-95853-199-4
Preis: 15,- €

Gundula Barsch, Julia Walta

Baukasten für eine anonyme Drogensprechstunde

Das Beispiel CheckPoint-C

Methamphetamin, das sich als Crystal im Freizeitbereich verbreitet, führt vor Augen, dass das professionelle Drogenhilfesystem unter einem enormen Modernisierungsdruck steht. Besonders tragisch: Obwohl mit hohen Risiken für die physische, psychische und soziale Gesundheit konfrontiert, meiden Crystal-Meth-Konsumierende den Kontakt zu Hilfesystemen sehr lange und melden sich erst, wenn sich bereits dramatische Bündelungen von Problemen entwickelt haben.

In interdisziplinärer Zusammenarbeit entwickelten Professorin Dr. Gundula Barsch (Hochschule Merseburg), Dipl. med. Peter Jeschke (Ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin e.V.) und Prof. Dr. Andreas Klement (Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle) ein niederschwelliges Angebot, das neue Ansätze einer Versorgung aktuell drogenkonsumierender Menschen auslotete: In einer anonymen Drogensprechstunde, als Peer-to-Peer-Projekt angelegt, konnten sich KlientInnen medizinisch untersuchen und umfangreich beraten lassen. Als Peers arbeiteten Studierende der Medizin und der Sozialarbeit – supervidiert von erfahrenen ÄrztInnen.

Der vorliegende Band beschreibt das gesamte Pilotprojekt so en detail, dass zur Nachahmung geradezu eingeladen wird. Das Buch kann als konkrete, aber modifizierbare Anleitung für vergleichbare Angebote, nicht nur für Crystal-KonsumentInnen, dienen. Die beigefügte CD enthält die Arbeitsmaterialien zum Ausdrucken.

Die kritische Evaluation belegt, dass die anonyme Drogensprechstunde eine Lücke füllen kann und auch in der institutionalisierten Drogenhilfe überwiegend aufmerksame Zustimmung findet.

Die Erfahrungen mit der Sprechstunde münden in der Entwicklung einer App, mit der KlientInnen interaktiv und individuell beraten werden: quasi ein Coaching, um Risiken zu erkennen und zu managen – und in Notfällen rechtzeitig professionelle Hilfe zu suchen.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550
pabst@pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com | www.pabst-publishers.de

Editorial.

Integrative Suchthilfe – Entwicklungen, Herausforderungen und Perspektiven

Artur Schroers

Die vorliegende Gastherausgabe der Zeitschrift **rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie** befasst sich mit dem Thema *Integrative Sucht- und Drogenhilfe – Entwicklungen, Herausforderungen und Perspektiven*. Die Gastherausgabe ist im Kontext der Fachtagung zum Jubiläum des Nachsorge-Wohnprojekts BASIS und dem Drogenhilfzentrum Café BALANCE der Abteilung Suchthilfen der Landeshauptstadt Mainz entstanden, die in diesem Jahr ihr 30- bzw. 25-jähriges Bestehen feiern. Sie dokumentiert die Vorträge, die auf Basis der AutorInnenbeiträge der vorliegenden Ausgabe bei der Fachtagung in Mainz am 14. November 2017 gehalten wurden. Darüber hinaus wurden weitere Beiträge in das Fachmagazin einbezogen, die unterschiedliche Aspekte einer *integrativen Suchthilfe* beleuchten. Mit insgesamt elf Fachbeiträgen konnten Entwicklungen hin zur Ausgestaltung heutiger Sucht- und Drogenhilfe, die Herausforderungen an verschiedene Handlungsfelder bzw. Säulen des Suchthilfesystems und Perspektiven für die nächste Dekade der Sucht- und Drogenhilfe aufgezeichnet werden. Zehn Jahre sind dabei ein überschaubarer Zeitraum, wobei Prognosen immer anhand möglicher historischer Alternativentwicklungen bei Ereignissen, Entwicklungen und Rückentwicklungen in ihrer Aussagekraft limitiert sind. Dennoch lässt sich in den Beiträgen ein gemeinsames Narrativ der Suchthilfeentwicklung erkennen. Verkürzt: Es gab gewisse Fortschritte, Diversifizierungen und erweiterte Möglichkeitsräume für eine Sucht- und Drogenhilfe, die mit voranschreitender Entwicklung stärker auf die Bedarfe und Bedürfnisse ihrer Adressaten (-gruppen), seien es PatientInnen, KlientInnen, AngebotsnutzerInnen, Menschen mit besonderen Risiken hinsichtlich einer Suchtentstehung und -entwicklung sowie ihrer Lebensumstände etc., eingeht. Bei diesen positiven Entwicklungen ist jedoch weder ein kontinuierlicher Prozess der Zivilisierung der Suchthilfe zu einem demokratisch-emanzipatorisch noch zu einer generell partizipativen Ausrichtung an den Bedürfnissen der Suchthilfe-Adressaten zu be-

obachten. Immer wieder gab es Entwicklungen, die im Zeichen der Dominanz verschiedener Ansätze und Disziplinen (z.B. Strafrecht, Medizin, Public Health) in Forschung und Praxis stattfanden und -finden. Beispielhaft seien hier genannt: „Medizinalisierung der Sucht“, die per se „Psychopathologisierung von Drogenkonsumierenden“, Suchtverhalten aus dem verstärkten Blickwinkel von Kriminalisierung sowie Stigmatisierung und Ausgrenzung aus dem Gesundheits- und Pflegesystem. Auch „Roll-Backs“ des bereits Erreichten sind zu verzeichnen. So wurden u.a. unter dem Einfluss der verstärkten neurobiologischen Ansätze zur Erklärung von Sucht wieder deterministische Sichtweisen in der Suchttheorie en vogue. Zu nennen sind hier: die „Einstiegsdrogen“-Hypothese (engl. „Stepping-Stone-Hypothese“), Prädisposition einer Abhängigkeitserkrankung, „Sucht als Einbahnstraße“-Vorstellungen bzw. Hypothesen zur Irreversibilität von Gehirnveränderungen infolge von Substanzkonsum.

Aufgrund der bereits historisch seit langer Zeit hervorgetretenen Verquickung von Drogenpolitik als Gesundheits- und Strafpolitik und der konkreten Hilfepraxis sind immer wieder Paradoxien etwa von Hilfe und Strafanträgen, Abstinenz und kontrolliertem Konsum sowie Inkongruenzen in der Sucht- und Drogenhilfepolitik einzelne Stoffe und Stoffgruppen betreffend entstanden, die in Beiträgen dieses Heftes des Öfteren anklingen.

Ziel bei der Konzipierung der vorliegenden Gastherausgabe war es, einerseits Entwicklungen und Befunde bundesdeutscher Sucht- und Drogenhilfe zusammenzutragen und andererseits dabei auch Fragen an die Autorinnen und Autoren dieses Heftes zu stellen, die für die Weiterentwicklung der kommunalen Sucht- und Drogenhilfe am Beispiel der Landeshauptstadt Mainz relevant sind. Es versteht sich von selbst, dass o.g. Entwicklungen und Problematiken, die sich bundesweit zeigen, sich auch in Mainz widerspiegeln. Das betrifft sowohl die Innovationsschübe in der bundesdeutschen Drogen- und Suchthilfe(-politik) als auch die

rechtlichen Rahmenbedingungen etwa für die Sucht- und Drogenhilfe. Laut der aktuellen *Konzeption der Abteilung Suchthilfen* (2015) folgt die Suchthilfe in Mainz dem Ansatz einer „integrativen Suchthilfe“. Dieser Ansatz verhilft Menschen mit einer Suchtproblematik dazu, dass sie mit ausreichend und qualitativ hochwertigen Angeboten am „best Point of Sale“ erreicht werden. Die Konzeption orientiert sich an den einzelnen Säulen der Suchthilfe(-politik):

- Prävention,
- Beratung und Therapie,
- Schadensminimierung und
- Repression.

Die Abteilung Suchthilfen praktiziert mit ihrer Säulenorientierung ein fortschrittliches und integrales Suchtkonzept: Beratung und Prävention in der *BRÜCKE*, Schadensminimierung durch Angebote des Drogenhilfezentrums *Café BALANCE* und hochschwellige Nachsorge im Wohnprojekt *BASIS*. Ein integrales Suchtkonzept ist für die gesellschaftliche Akzeptanz von Bedeutung. Die Suchtarbeit kann demnach nur erfolgreich sein, wenn die drei genannten Säulen im Wissen um unterschiedliche Suchtgrade/-stadien (risikoarm, problembehaftet, abhängig) individuell, prozesshaft und damit durchlässig für die unterschiedlichen Angebote sind.

Die vierte Säule – Repression – umfasst die Konfrontation mit Verhaltensweisen in Zusammenhang mit illegalen psychoaktiven Substanzen, wie z.B. deren Besitz, Weitergabe, Handel, Anbau, und, falls erforderlich, Sanktionen durch Justiz, Polizei und verschiedene Ämter. Sie ergänzt die ersten drei Säulen und erfüllt laut o.g. *Drogenkonzept der Abteilung Suchthilfen* einen sinnvollen Zweck, wenn in gegenseitigem Respekt die unterschiedlichen Aufgabenstellungen als notwendig für ein sinnhaftes Ganzes akzeptiert werden.

Integrative Suchthilfe bedeutet im Weiteren, ein Angebotsspektrum bereitzustellen, das unterschiedliche Ziele (z.B. Abstinenz wie Akzeptanz) für vielfältige Zielgruppen (junge, alte und z.B. flüchtende Menschen) integriert. Es geht aber auch um die Entstigmatisierung von Konsumierenden psychoaktiver Substanzen (legal wie illegal) und Menschen mit problematischem Konsumverhalten und die (Re-)Integration von suchtkranken Menschen in die Gesellschaft – z.B. hinsichtlich der Bereiche Gesundheit, Arbeitsmarkt, Wohnen, Pflege.

Aus dem Blickwinkel der Landeshauptstadt Mainz, die ein Vorwort zu dieser Gastherausgabe beiträgt, sind überdies die strategische Planung der Suchthilfe (im kommunalen Setting) und ein funktionierendes Schnittstellenmanagement sowie ein Nahtloskeitsprinzip zu

weiteren Hilfe- und Versorgungsbereichen und Sektoren wichtige Aspekte.

Im Folgenden werden nun die einzelnen Beiträge zusammenfassend vom Gastherausgeber der Zeitschrift vorgestellt. Die vorliegende Gastherausgabe gliedert sich im Folgenden inhaltlich in die drei Bereiche:

- I. Entwicklungen der Sucht- und Drogenhilfe,
- II. Handlungsfelder der Sucht- und Drogenhilfe,
- III. Sucht- und Drogenhilfe 2030: Herausforderungen und Perspektiven.

In dem sucht- und drogenpolitischen Vorwort zu dieser Ausgabe mit dem Titel *Suchthilfe als integraler Bestandteil kommunaler Gesundheits- und Sozialpolitik* hebt Eckart Lensch, *Dezernent für Soziales, Kinder, Jugend, Schule und Gesundheit*, die Bedeutung der Sucht- und Drogenhilfe hinsichtlich der frühzeitigen Erreichbarkeit von Menschen für Angebote der Sucht- und Drogenhilfe in Mainz hervor. Dazu sind diversifizierte Suchthilfeangebote erforderlich, die aktuelle gesellschaftliche Veränderungen berücksichtigen, die Menschen in ihrer Lebenssituation erreichen und auch digitale Kommunikationsräume von Menschen erschließen.

Zum Anfang des ersten Kapitels *Entwicklungen der Sucht- und Drogenhilfe* zeichnet Michael Klein in seinem Beitrag *Suchthilfe im Überblick – Geschichte und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in Deutschland* einige Entwicklungslinien der Vorgeschichte der Deutschen Suchthilfe und Etappen in der neueren Geschichte zum Ende des letzten Jahrhunderts bis heute nach. Auch die politischen, rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen sowie Zuständigkeiten und Innovationen werden, durchaus aus einer kritischen Perspektive – z.B. bzgl. „Reformstaus“ und „Modernisierungsverweigerung“ – beschrieben. Klein führt auch Wegbereiter für innovative Schübe in der bundesdeutschen Suchthilfe an. Darunter zählen Landesvertreter, die bei der Innovation der Sucht- und Drogenhilfe in der Bundesrepublik wichtige Impulsgeber waren, wie zum Beispiel der ehemalige und mittlerweile verstorbene Drogenbeauftragte aus Nordrhein-Westfalen, Hans-Adolf Hüsgen. Dies macht in dem Beitrag auch strukturelle Veränderungen schnell fassbar und leicht nachvollziehbar. Wenn Klein das aktuelle Suchthilfesystem „nach wie vor in weiten Teilen wenig innovativ und sehr beharrlich“ bewertet, plädiert er stattdessen für ein „evidenzbasiertes, forschungsfreundliches, selbstreflexives System von Handlungsstrategien [...], in dem auf der Basis humanistischer, verhaltenspsychologischer und tiefenpsychologischer Konzepte Menschen umfassend hinsichtlich Substanzkonsum, Selbstkontrollstrategien, Konsumreduktionen und Abstinenz-

erwerb beraten und behandelt werden. Dabei sollten Prävention und Therapie generationenübergreifend eng miteinander verzahnt sein.“ Er benennt und beschreibt einige Handlungsfelder der heutigen Sucht- und Drogenhilfe mit Problemen und Handlungsbedarf. So zum Beispiel Schnittstellenmanagement, Digitalisierung, Geschlechtsspezifität, Sucht und Familie sowie Professionalisierung. Zum Schluss seines Beitrags stellt er die wichtigsten Entwicklungsaufgaben einer zukünftigen Suchthilfe in synoptischer Sicht – und in Ermangelung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu diesen Themen – mit „einem gehörigen Schuss Subjektivität, da es entsprechender Forschungen in der Suchthilfe ermangelt“, dar.

In einem Interview mit *Ingo-Ilja Michels* steht ein Rückblick auf 30 Jahre Erfahrungen in der Gestaltung bundesdeutscher Sucht- und Drogenpolitik im Zentrum. Michels ist heute an der Hochschule in Frankfurt tätig und war bis Mitte der 1990er Jahre Drogenbeauftragter der Hansestadt Bremen und noch bis vor kurzer Zeit für viele Jahre in der Geschäftsführung verschiedener Drogenbeauftragten der Bundesregierung tätig. Michels sieht als „ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel, riskanten Konsum, schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln zu verhindern oder zumindest zu reduzieren“. Bei einer Suchterkrankung und deren Prävention wirken viele komplexe gesellschaftliche und soziale Aspekte zusammen (gesellschaftliche Teilhabe, Verfügbarkeit von Suchtmitteln etc.). Wenn es darum geht, die fachliche Qualität der Angebote zu gewährleisten, sind neben fachlichen Standards auch die komplexen finanziellen (etwa Sozialhilfeträger) und gesetzlichen Vorgaben hierfür zu schaffen. Michels macht deutlich, dass Suchtkranke in Deutschland einen Rechtsanspruch auf Hilfe haben. Der Autor kann dabei auf vielfältige Erfahrung im Rahmen seiner Tätigkeit zurückblicken. Etwa wenn es um die Aufgabe der Bundesdrogenbeauftragten geht, die Koordinierung der Drogen- und Suchtpolitik auf Bundesebene, in enger Verzahnung mit den Ländern und Kommunen, den Verbänden der Suchtkrankenhilfe, der Wissenschaft und den Selbsthilfegruppen jeweils mit unterschiedlichen Schwerpunkten zu gewährleisten. Das schriftliche Interview mit Ingo-Ilja Michels führte Artur Schroers.

Bernd Werse, der an der Goethe-Universität Frankfurt einen Schwerpunkt in der epidemiologischen Drogenforschung hat, möchte in seinem Beitrag *Trendforschung zum Drogenkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen* darüber Aufschluss geben, „wie weit ein bestimmter Drogenkonsum verbreitet ist – insbesondere

wie hoch die Anteile junger Menschen liegen, die gefährdet sind, einen problematischen Konsum zu entwickeln oder einen solchen schon entwickelt haben“. Die vorgelegten Daten epidemiologischer (repräsentativer) Drogentrendforschung können dazu aufgrund verschiedener vom Autor angeführter (methodologischer und methodischer) Probleme „nur eine mehr oder weniger gute Annäherung“ an die soziale Realität bringen. Am Beispiel verschiedener aktueller Trendforschungen wie dem Frankfurter *Monitoring-System Drogentrends (MoSyD)*, der bundesweiten Daten der „Drogenaffinitätsstudie“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Erkenntnisse aus europaweiten Daten des *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)* werden vom Autor aktuelle Daten zu o.g. Fragestellungen vorgestellt und zum Teil auch bewertet. Gerade bei der Interpretation der Daten und der Beschreibung von Ursache-Wirkungszusammenhängen werden auch Limitierungen epidemiologischer Trendforschung deutlich. Werse resümiert hierzu, dass als Ergänzung zu epidemiologischen Erhebungen für „die Beobachtung von (teils sehr kurzzeitigen) Veränderungen in spezifischen, besonders drogenaffinen Umfeldern [...] Key-Person-Erhebungen aber sehr gut geeignet [sind], ebenso wie für die Ermittlung möglicher Gründe für derartige Änderungen.“

Das zweite Kapitel der Zeitschrift befasst sich mit wesentlichen Handlungsfeldern der Sucht- und Drogenhilfe sowie den Säulen der Sucht- und Drogenpolitik. Die Verfasserin des Beitrags zur Suchtprävention ist *Regina Kostrzewa*, *Von gendersensibler und diversityorientierter Suchtprävention bis Resilienzförderung und Kompetenzorientierung. Die Vielfalt zeitgemäßer Ansätze von Suchtprävention im Kontext historischer Entwicklungen im Rahmen einer integrativen Suchthilfe und -politik*. Die Autorin ist Professorin für Soziale Arbeit an der *Internationalen Hochschule (IUBH)* und kann auf eine lange Berufspraxis in der Prävention und Suchtarbeit zurückblicken. In der Einleitung des Beitrags gibt sie einen Rückblick auf die neue Historie der Suchtprävention in Deutschland. War die Suchtprävention in den 1960er Jahren durch strenge strafrechtliche Sanktionierung der Konsumierenden und Abschreckungskampagnen gekennzeichnet, orientierten sich die Präventionsmodelle hiernach stärker am medizinischen Präventionsparadigma bzw. sahen Drogenkonsumierende aufgrund eindimensionaler Erklärungsmodelle von Sucht als unmündige Menschen und Opfer von Drogen. In weiteren Phasen hatte die Gesundheitsförderung starken Einfluss und stand dann stark unter der Forderung von Evidenz und Evaluation. *Kostrzewa*

zieht bei diesem Aspekt auch AutorInnen mit kritischen Positionen zu dieser Entwicklung heran. Die Autorin fragt mit Blick auf die heutige Ausgestaltung der Suchtprävention, ob diese sich wieder in einer Sackgasse befinde oder ob emanzipatorische Bestrebungen und lebensweltnahe Ansätze sich durchsetzen. Im Folgenden geht die Autorin auf die Entwicklungen von gendersensibler und diversityorientierter Suchtprävention auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse ein, die Vorbilder zum Beispiel in der Schweiz hat. Der Lebenskompetenzansatz wird im Kontext einer lebensweltorientierten Suchtprävention verortet und von Konsumkompetenz bzw. Risikokompetenz, die nicht nur beim Individuum verortet wird, sondern auch gesellschaftliche Verantwortung einbezieht. Kostrzewa geht auch auf die Problematik von Stigmatisierung durch Suchtprävention ein und gibt Beispiele für eine stigmafremde Suchtprävention. Ein partizipatorisches Verständnis entspräche auch dem Ansatz einer integrativen Suchthilfe und -politik, wobei eine auf Konsumkompetenz ausgerichtete Suchtprävention selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben bei den Menschen unterstützen kann.

Martin Weber, der beim großen Wiener Suchthilfeträger *Dialog* bis Juni 2018 als stellvertretender Geschäftsführer tätig war und bis heute Qualitätsbeauftragter dort ist, gibt uns in einem *Praxisbericht* konkrete Einblicke in die *Qualität in der Suchtarbeit – zwischen Anspruch und Machbarkeit*. Er führt die Leserin und den Leser zunächst in den aus dem Wirtschaftsbereich kommenden Qualitätsbegriff ein. Begriffe wie „Objekt“, das ist ein „Produkt“, eine „Dienstleistung“ ein „Prozess“, sind noch heute in der Welt der Sozialen Arbeit häufig fremd, beschreiben aber „Qualität“ oder die „gesamte Organisation“. Es sind mithin Normen, Standards und Merkmale zum Beispiel eines Produkts, die erfüllt sein müssen, wenn „VerbraucherInnen“ ein „qualitätsvolle[s] Produkt“ haben wollen. Damit sind wir auch schon bei den Fragestellungen des Autors angekommen. Weber fragt, wie sich Qualität in dem komplexen Bereich der Suchthilfe messen lässt. Er geht am Beispiel des Vereins *Dialog* diesen und ähnlichen Fragestellungen nach und macht Qualitätsmanagement dadurch für die Leserin und den Leser konkret nachvollziehbar.

Das Interview *Suchttherapie zwischen Sozialarbeit und Psychotherapie – Zu Strukturproblemen suchttherapeutischer Arbeit und Ausbildung* mit dem Soziologen *Hermann J. Müller* fokussiert Strukturprobleme suchttherapeutischer Arbeit und Ausbildung von im Suchtbereich Tätigen, die eine wissenschaftliche Ausbildung in Pädagogik oder Psychologie haben sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Müller, der sich bereits 1995 mit „Suchttherapie und Supervision“ und in seinem aktuellen Buch „*Professionalisierung von Praxisfeldern der Sozialarbeit*“ mit dieser Thematik befasst hat, beschreibt Deprofessionalisierungstendenzen, die u.a. durch Ausbildungs- und Professionalisierungsdefizite und Arbeitsüberlastung sowie Kostengründe entstehen und zu einer Abwertung der Suchttherapie führen können. Er plädiert für einen Ausbau der Ausbildung und dafür, dass Suchttherapie eine eigenständige Therapie werden solle. Der Autor setzt sich kritisch mit Selbsterfahrung als „Eigentherapie-Ersatz“ auseinander. Er betont die Notwendigkeit von Weiterbildungen in diesem Feld. Als besondere Kompetenzen und Schwerpunktsetzungen bei der Sozialen Arbeit als Profession gegenüber anderen Berufsgruppen in der Suchtarbeit sieht er – und damit knüpft er an den aktuellen Professionalisierungsdiskurs innerhalb der Suchthilfe an – in der kurzfristigen Lösung „sozialer Probleme“ in Zusammenhang mit einer Suchtentstehung und -entwicklung. Bereits im Studium müsse stärker auf die Analyse multipler Problemlagen geachtet werden. Als Alternativen zur jetzigen Ausbildungssituation sieht er die Einrichtung von Studiengängen für Suchttherapie. Das schriftliche Interview führte Philipp Sperb vom Redaktionsteam dieser Gastherausgabe.

Heino Stöver, der sich als Pionier akzeptierender Drogenarbeit in Deutschland mit schadensbegrenzenden Ansätzen in der Sucht- und Drogenarbeit befasst, ist Hochschulprofessor an der *Frankfurt University of Applied Sciences* mit dem Schwerpunkt „Sozialwissenschaftliche Suchtforschung“. Er ist zudem ebendort Geschäftsführender Direktor des *Instituts für Suchtforschung (ISFF)*. Der Autor bilanziert in seinem Beitrag *Harm Reduction – Ergebnisse akzeptanzorientierter und niedrigschwelliger Drogenarbeit* zu den Erfolgen und Herausforderungen von Schadensminderung. Als Gegenentwurf zu einer bevormundenden, abstinentenfixierten Sucht- und Drogenarbeit entwickelte sich in den 1980er Jahren ein an Akzeptanz und Pragmatik orientierter Hilfeansatz, der mittlerweile zentraler Bestandteil übergeordneter Public-Health-Strategien, etwa der WHO der *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*, und *United Nations Office on Drug and Crimes (UNODC)* geworden ist. Laut Definition umfasst „Schadensminderung [...] Methoden, Programme und Praktiken, die darauf abzielen, die individuellen und gesellschaftlichen Schäden des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen der Menschen zu reduzieren,

die nicht in der Lage oder nicht willens sind, den Gebrauch einzustellen“, so Stöver. Der Verfasser legt dar, dass mittlerweile die Erfolge von Harm-Reduction-Maßnahmen vielfach beforscht sind, dieser Suchthilfe-Ansatz sowohl im Bereich illegaler wie legaler Drogen (Alkohol) verbreitet ist und hohe Wirksamkeit hat. Stöver grenzt dabei den Harm-Reduction-Ansatz von Ansätzen reiner Konsumreduktion und -häufigkeit ab und legt den Schwerpunkt auf die Beeinflussung von Umweltfaktoren wie z.B. beim Alkoholkonsum auf eine sichere Konsumumgebung. In weiteren Schwerpunkten des Beitrags geht der Autor auf Prohibition und Soziale Arbeit in der Suchthilfe, Drogennotfallprophylaxe, Harm Reduction im Justizvollzug u.a.m. ein. Auch Stöver leistet einen Beitrag zur Professionsdebatte in der Suchtarbeit, in dem er an das Verständnis von Thiersch von lebensweltorientierter Sozialer Arbeit anknüpft und hier verschiedene Kompetenzen von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern verortet. Entsprechend dem Themenschwerpunkt dieser Gastherausgabe fragt er nach dem Funktionieren einer *integrativen Suchthilfe*. Er beleuchtet – trotz Annäherung von akzeptanz- und abstinenzverbliebener Suchthilfe – einige Schwierigkeiten, sieht aber in einem Ausbau der kommunalen Vernetzung der Sucht- und Drogenhilfe einige Potentiale für die integrative Suchthilfe.

(Re)Integration von suchtkranken Menschen in die Gesellschaft durch Integration in Arbeit – eine Herausforderung für Netzwerkarbeit lautet der Titel des Beitrags von Jutta Henke, Dieter Henkel, Barbara Nägele und Alexandra Wagner. Gleich zu Beginn des Beitrags konstatieren die AutorInnen, dass für erwerbslose Suchtkranke die Integration in Erwerbsarbeit ein wesentlicher unterstützender Faktor bei der Überwindung der Sucht sein kann. Der Beitrag nimmt Bezug auf Ergebnisse zu einer bundesweiten wissenschaftlichen Studie mit dem Titel „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II“. In der Studie gingen die Forscherinnen und Forscher der Frage nach, wie gut es den Jobcentern gelingt, suchtkranke Leistungsberechtigte beim (Wieder-)Einstieg in Arbeit zu unterstützen. Repräsentativ sollte mit der Studie ein Überblick über die Beratung und Vermittlung von suchtkranken Menschen im SGB II gegeben werden. Auch die Übertragbarkeit von Ansätzen guter Praxis bildet einen Schwerpunkt der Studie. Der Beitrag in dieser Zeitschrift stellt ausgewählte Ergebnisse der Erhebung und eines anschließenden ExpertInnen-Workshops dar und greift diese vor dem Hintergrund derzeitiger Diskussionen zu dem

Thema auf. In den fünf Themenblöcken Arbeit und Sucht – Rehabilitation als Gesamtprozess; das Hilfesystem: Jobcenter und ihre Netzwerkpartne; Erfahrungen der Kooperation zwischen Jobcentern und Suchtkrankenhilfe; Verzahnung mit der Sucht-Rehabilitation; Erfahrungen bei Integration und Beschäftigungsförderung werden Aspekte o.g. Ergebnisse vertieft. In einem Fazit kommen die Autorinnen und Autoren zu dem Schluss, dass es gute Praxisbeispiele für die Kooperation von Jobcentern und Suchtkrankenhilfe gibt. Netzwerkarbeit und eine gemeinsame Grundlage für die Zusammenarbeit sind hier zentrale Erfordernisse guter Zusammenarbeit. Allerdings gibt es noch Defizite bei der Umsetzung, zu deren Lösung weitere Modellprogramme umgesetzt werden.

Als letztes, drittes Kapitel dieser Gastherausgabe wird aufgrund unterschiedlicher thematischer Beiträge ein Szenario für eine *Sucht- und Drogenhilfe 2030* entwickelt. Dabei werden exemplarisch sowohl Herausforderungen als auch Perspektiven einer zukünftigen Sucht- und Drogenhilfe in verschiedenen Handlungsfeldern aufgezeigt.

Heike Zurhold und Silke Kuhn – beide Verfasserinnen sind Forscherinnen am *Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) am Eppendorfer Universitätsklinikum in Hamburg* – befassen sich in ihrem Beitrag mit *Drogenkonsum und Hilfebedarfe von minderjährigen und erwachsenen Geflüchteten*. Sie zeigen auf, dass bei einer nachlassenden Zahl von Asylanträgen in 2018 nicht allein die Flüchtlingszahlen und Herkunftsländer eine Rolle spielen, sondern auch sozioökonomische Merkmale der Geflüchteten von Relevanz für Suchthilfen sind. Auch der Status minderjähriger Flüchtlinge erfordert einen differenzierten Blick. Nicht zuletzt spielen sozioökonomische Merkmale der Geflüchteten wie Bildungsstand und Sprachkenntnisse eine Rolle, inwiefern Informationsangebote der Suchthilfe von geflüchteten Menschen genutzt werden. Eine häufig nicht vorgenommene begriffliche Unterscheidung zwischen „Flüchtlingen“ und „Migranten“ erschwert zudem differenzierte Suchthilfen. Verschiedene aktuelle wissenschaftliche Daten, die von Zurhold und Kuhn herangezogen werden, lassen auf umfassende gesundheitliche Problematiken wie posttraumatische Belastungsstörungen, Infektionskrankheiten u.a.m. bei der Gruppe der geflüchteten Menschen schließen. Risikoreicher Alkohol- und Drogenkonsum sind dabei häufig eine Form der Selbstmedikation. Die in einer wissenschaftlichen Untersuchung der Autorinnen befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen der Jugendsuchthilfe

gehen von hohen Konsumraten bei Geflüchteten in ihren Einrichtungen aus. In dem Artikel wird die Komplexität des Konsumverhaltens verschiedener (ursprungsländerspezifischer) Sub-Gruppen nachgezeichnet. Schwierigkeiten beim Zugang für Geflüchtete mit einem problematischen Drogenkonsum zur ambulanten und insbesondere zur stationären Suchthilfe werden deutlich. Die VerfasserInnen schlussfolgern, dass es für Geflüchtete aus Ländern wie Afghanistan, dem Iran, Somalia oder Eritrea keine spezifischen Angebote der Suchthilfe gibt. Eigene Konzepte für diese Zielgruppe der Suchthilfe müssten entwickelt werden, die auf wenige Praxisbeispiele Bezug nehmen können. Herausforderungen für die Zukunft sind etwa, die kulturelle Sensibilisierung für und die Kommunikation mit Geflüchteten zu verbessern und Sprachmittler stärker verfügbar zu machen.

Die AutorInnen *Tobias Hayer, Johanna Meyer* und *Lydia Girndt* befassen sich in ihrem Beitrag mit dem Thema *Glücksspiele und Glücksspielsucht: Ausgewählte Forschungsbefunde und Herausforderungen für das Suchthilfesystem*. Die Wissenschaftler am *Institut für Psychologie und Kognitionsforschung der Universität Bremen* mit dem Schwerpunkt Glücksspielsuchtforschung beschäftigen sich in ihrem Beitrag mit den besonderen Erscheinungsformen der Glücksspielsucht, benennen Risikofaktoren und -gruppen und kommen zu Schlussfolgerungen für ein integriertes Hilfesystem. Zunächst stellen die VerfasserInnen Glücksspielformen und der Glücksspielproblematik (u.a. Prävalenzen) vor und greifen dabei auf Ergebnisse aktueller Forschungen in dem Bereich zurück. Anhand internationaler Diagnoseklassifikationen werden die pathologischen Glücksspielformen und -ausprägungen charakterisiert und eingeordnet. Ein Unterschied etwa zu stoffgebundenen Suchterkrankungen ist die große Rolle, die Geldgewinne bzw. -verluste und der Umgang damit spielen. Die VerfasserInnen ziehen bei der Darstellung von spezifischen Risikofaktoren für eine Glücksspielsucht die häufig zugrunde gelegte Suchttrias von Suchtmittel, Umgebung und Person heran. Mit Rückgriff auf epidemiologische Forschungsstudien konnten Personen- und Subgruppen mit hoher Vulnerabilität bestimmt werden. Auch die Komorbidität weiterer psychischer Störungen spielt bei der Entwicklung der Suchtproblematik eine gewichtige Rolle. Dennoch stellen Personen mit pathologischem Glücksspielverhalten keine homogene Gruppe, sondern verschiedene Subtypen dar, was Implikationen für die Ausgestaltung von Hilfsangeboten hat. Ein integratives Hilfesystem müsse laut den VerfasserInnen

sowohl passgenaue Ausstiegshilfen als auch indikative Spezialisierung der Behandlung im stationären Bereich vorhalten. Auch ist eine strukturelle Vernetzung verschiedener PartnerInnen im Hilfesystem notwendig, um etwa passgenaue Interventionen effektiver zu gestalten. Zuletzt verweisen die AutorInnen des Beitrags auf eine Verquickung von politischen Entscheidungsprozessen, restriktiv regulierten SpielerInnenschutz und intergrativer Suchthilfe.

Die Gastherausgabe *Integrative Sucht- und Drogenhilfe – Entwicklungen, Herausforderungen und Perspektiven* der Zeitschrift **rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie** schließt mit einem Artikel der SuchtforscherInnen *Irmgard Vogt*, ehemals Professorin an der *FH Frankfurt am Main*, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, und *Martin Schmid* von der Hochschule Koblenz, Fachbereich Sozialwissenschaften. Thema ist der *Konsum und Abhängigkeit von Alkohol und Straßendrogen nach der Lebensmitte: Modelle der Versorgung in Deutschland*. Zu Beginn des Artikels beschreiben die AutorInnen Substanzkonsum ab der Mitte des Lebens und die hiermit zusammenhängenden gesundheitlichen und sozialen Folgewirkungen. Auch Medikamente fallen hier ins Gewicht. Prävalenzen zu Alkohol und illegalen psychoaktiven Substanzen werden für Menschen nach der mittleren Lebensphase dargestellt. Häufig bleiben Suchterkrankungen aber im Verborgenen und werden daher erst spät erkannt und behandelt. Auf der Hilfsangebotsseite fehlt häufig eine adäquate Versorgung für Menschen über 50 Jahre wie zum Beispiel durch Angebote wie „junge Pflege“. Ein Problem ist hier, dass nach wie vor Stereotypen und Ressentiments bis hin zur Stigmatisierung und Ausgrenzung gegenüber suchtkranken Menschen bestehen. Je älter etwa Menschen mit Alkohol- bzw. Drogenproblemen werden, umso mehr mischen sich Vorurteile und Stigmatisierungen im Zusammenhang mit Sucht mit denen, die sich auf das Alter schlechthin beziehen – so die AutorInnen. Nicht allein das spezialisierte Sucht- und Drogenhilfesystem, sondern auch das allgemeine Gesundheitssystem steht bei der Versorgung suchtkranker Menschen, die ihre Lebensmitte überschritten haben, vor vielfältigen Herausforderungen auf unterschiedlichen Ebenen. Angefangen von Leistungserbringern und weiter über die Unterstützungsleistungen bedarf es auch bei diesem Thema einer Vernetzung und Koordination der beteiligten Systeme und Organisationen sowie eines verbesserten Schnittstellenmanagements. Auf Pflegemodellen sowie Angeboten der Sucht- und Drogenhilfe gehen die AutorInnen ausführlich ein. Nicht

zuletzt fallbezogener und fallübergreifender Kooperation muss bei unterschiedlichen Hilfe- und Versorgungssystemen große Beachtung geschenkt werden. Besonders die regionale Vernetzung und der Wissenstransfer zwischen einerseits Sucht- und Drogenhilfe und andererseits Pflegehilfe sind zu verstärken.

Zum Schluss dieses Editorials möchte ich mich herzlich bei meiner Kollegin *Gaby Schwalb-Enders* vom *Nachsorge-Wohnprojekt BASIS* und meinem Kollegen *Philipp Sperb* vom *Drogenhilfezentrum Café BALANCE* der *Abteilung Suchthilfen* bedanken, die mit mir das Redaktionsteam dieser Ausgabe gebildet haben. Mein ausdrücklicher Dank gilt auch der *Landeshauptstadt Mainz*, die mir die Gestaltung und Arbeit an dieser Gastherausgabe ermöglicht hat.



Foto: Carsten Costard

Dr. Artur Schroers
Diplom-Pädagoge
Suchtbeauftragter der Landeshauptstadt Mainz, Leiter der Abteilung Suchthilfen
dr.artur.schroers@stadt.mainz.de

ANKÜNDIGUNG

30. Fachtagung des Fachverbandes Glücksspielsucht e.V. 22. und 23. November 2018

Die Jubiläumstagung des Fachverbandes findet in Berlin in der Kalkscheune (Nähe Friedrichstraße) statt. Als Grußredner werden die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, *Marlene Mortler MdB*, und der Berliner Abgeordnete *Daniel Buchholz* erwartet.

Donnerstag, 22. 11. | 12 bis 19 Uhr

In drei Plenarvorträgen berichtet zunächst der bekannte Bremer Glücksspielsuchtforscher *Dr. Tobias Hayer* über den Nutzen der Spielsperre als Präventionsinstrument. Die ärztliche Geschäftsführerin von MEZIS und Mitglied des Deutschen Ethikbeirates, *Dr. Christiane Fischer*, stellt die Initiative „Mein Essen zahle ich selbst!“ vor. Der Journalist *Dietmar Jazbinsek* nimmt in seiner bekannten sachlich-kritischen Art das Sponsoring der Suchtberatung durch die Automatenwirtschaft unter die Lupe.

In acht parallelen Workshops werden therapeutische Verfahren, Präventionsansätze, die Selbsthilfe für Glücksspielsüchtige, Informationen zu aktuellen Entwicklungen auf dem Glücksspielmarkt sowie geschlechtsspezifische Ansätze praktisch erfahrbar gemacht. Der Selbsthilfeworkshop ist ausschließlich für Glücksspielerinnen und Glücksspieler sowie deren Angehörige reserviert.

Freitag, 23. 11. | 9 bis 13 Uhr

In der bewährten Rubrik „Aus der Praxis für die Praxis“ werden in sechs Kurzvorträgen innovative

Ansätze der Beratung, Behandlung und Prävention aus dem Themenspektrum pathologischer PC-/Internetgebrauch und Glücksspielsucht von Kolleginnen und Kollegen der Suchthilfe vorgestellt und anschließend im Plenum diskutiert.

Der renommierte Hamburger Glücksspielforscher *Dr. Ingo Fiedler* referiert über Möglichkeiten der Regulierung von Onlineglücksspielen und stellt dazu einen europäischen Vergleich an.

Abschließend erfolgt die Vorstellung des vom BKK-Bundesverband geförderten Kurzfilms „Gesicht zeigen – Glücksspielsucht und Selbsthilfe“.

Veranstaltungsort

Kalkscheune
Johannisstraße 2
D-10117 Berlin

Kontakt

Sabine Fürst
Fachverband Glücksspielsucht e.V.
Meindersstraße 1a
D-33615 Bielefeld
Telefon: +49 (0)521 557721-24
Mail: verwaltung@gluecksspielsucht.de

Bitte online anmelden:
www.gluecksspielsucht.de

Vorwort.

Suchthilfe als integraler Bestandteil kommunaler Gesundheits- und Sozialpolitik

Eckart Lensch

Mainz, die Landeshauptstadt von Rheinland-Pfalz, ist eine wachsende Stadt mit derzeit 218.819 Einwohnerinnen und Einwohnern (Stand: 30.06.2018). Die Mainzer Sucht- und Drogenhilfe als wichtiger Bestandteil der kommunalen Gesundheits- und Sozialpolitik ist in einer besonderen Situation: Zum einen weist sie eine räumliche Nähe zu Frankfurt am Main im Bundesland Hessen auf und zum anderen ist Mainz auch ein Anziehungspunkt für viele Menschen im dicht besiedelten Rhein-Main-Gebiet. Die kommunalen Bedingungen werden von unterschiedlichen ordnungs- und drogenpolitischen Ansätzen in den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Hessen beeinflusst. Diese haben wiederum Auswirkungen auf die konkreten Angebote der Mainzer Sucht- und Drogenhilfe und deren Umsetzung.

Bereits im Jahr 1979 wurde eine Rahmenkonzeption zur Jugend- und Drogenberatung verabschiedet. In diesem Zuge entstand die Beratungsstelle BRÜCKE. In den folgenden Jahren entwickelte sich der damalige Fachbereich Suchthilfe (heute Abteilung Suchthilfen) mit seinen Teilbereichen in städtischer Trägerschaft in die drei Einrichtungen Jugend- und Drogenberatung BRÜCKE, teilstationäres Nachsorge-Wohnprojekt BASIS (1988) sowie niedrigschwelliges Drogenhilfezentrum Café BALANCE (1993). Hinzu kommen die wichtigen Bereiche Prävention, Schuldnerberatung und Nachsorge. Die Einrichtungen BASIS und Café BALANCE feiern in diesem Jahr ihr 30- bzw. 25-jähriges Jubiläum. Dies ist auch der Anlass, eine Gastherausgabe der Zeitschrift **rausch – Zeitschrift für Suchttherapie** zu unterstützen. Sie dokumentiert die Vorträge zur Fachtagung anlässlich der beiden Einrichtungsjubiläen und beinhaltet weitere thematische Beiträge von renommierten Autorinnen und Autoren in Suchthilfe und -forschung. Diese können auch Hinweise für die Weiterentwicklung der aktuellen Suchtkonzeption geben, die im Jahr 2015 von den relevanten Gremien in Mainz verabschiedet wurde. Ein wichtiger Impulsgeber und Förderer der Mainzer Suchthilfen war und ist das

Land Rheinland-Pfalz. Bei einer integrativen kommunalen Suchthilfe kann die Landesebene darüber hinaus auch die Sicherstellung eines weiterführenden Behandlungsangebots und Nahtlosigkeit der Hilfsangebote in der Region unterstützen.

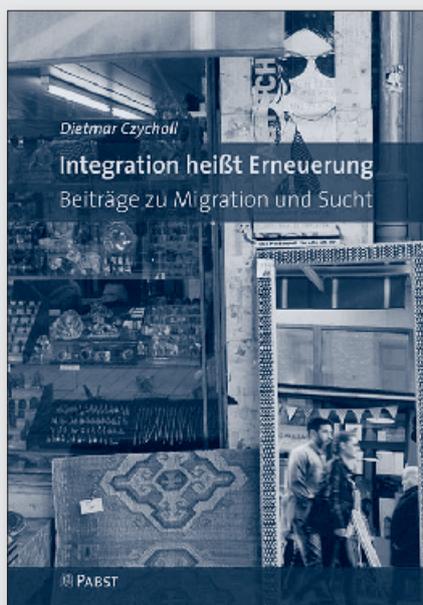
Ziel der Mainzer Sucht- und Drogenpolitik ist es, Menschen mit einer Suchtproblematik mit diversifizierten, ausreichenden und qualitativ hochwertigen Sucht- und Drogenhilfeangeboten zu erreichen. Die Abteilung Suchthilfen im Amt für Jugend und Familie ist ein wichtiger Bestandteil der Jugend-, Sozial- und Gesundheitspolitik in der Landeshauptstadt Mainz. Sie steht für einen integrativen Suchthilfeansatz in Mainz. So möchte die Landeshauptstadt Mainz ihren Bürgerinnen und Bürgern vielseitige Förderung, Unterstützung und Hilfe anbieten. Die Maßnahmen setzen frühzeitig an und sollen Menschen mit einer Suchtproblematik rechtzeitig erreichen. Sie sind lebensweltnah, verbindlich und sichern den Angebotsnutzerinnen und -nutzern Anonymität und Schweigepflicht zu. Die niedrigschwellige Arbeit verfolgt einen akzeptanzorientierten Hilfeansatz, der keine Vorbedingungen, wie Drogenfreiheit, einfordert. Die Beratungsarbeit findet einzelfallbezogen und in Gruppenangeboten statt. Eine intensive Betreuung unterstützt Menschen, die abstinent leben wollen, bei deren (Re-)Integration in die Gesellschaft: In Ausbildung, bei der Berufstätigkeit, beim Wohnen und beim Aufbau tragfähiger sozialer Beziehungen.

Die Abteilung Suchthilfen trägt eine Gesamtverantwortung für die Gestaltung eines Suchthilfesystems der Stadt Mainz und über die institutionellen Grenzen der eigenen Angebote hinaus. Dies beinhaltet, tragfähige und klar definierte Kooperationen zu schaffen. Infolge der aktuellen „Konzeption der Abteilung Suchthilfen“ aus dem Jahre 2015 wurden vermehrt koordinative Aufgaben übernommen. Hierdurch werden die verschiedenen Angebote im Rahmen der Säulen der Suchtpolitik, aber auch säulenübergreifend und durchlässig miteinander verknüpft. Nahtstellen zwischen den einzelnen

Angeboten können so besser geschlossen werden. Damit entstehen für suchtkranke Menschen möglichst keine Versorgungslücken an den Schnittstellen einzelner Handlungsfelder und weiterer Sektoren der Gesundheits- und Sozialpolitik (z.B. Arbeit, Wohnen, Psychiatrie). Das Management von Schnittstellen und das Herstellen von Nahtstellen wird auch in Zukunft eine der zentralen Aufgaben der Mainzer Suchthilfe sein.

Bevor Menschen mit einer Suchterkrankung eine angemessene Behandlung bekommen, vergehen oft viele Jahre. Nur ein geringer Teil (10%) der behandlungsbedürftigen Menschen bekommt, trotz eines differenzierten und hochqualifizierten Suchthilfesystems in Deutschland, eine angemessene Hilfe. Im Zugang zur

Beratung und Behandlung spielen Sucht- und Drogenberatungsstellen eine große Rolle. Allerdings können auch die niedergelassenen Ärzte, Arbeitgeber und Schulen sowie die soziale Verwaltung wie Amt für soziale Leistungen, Jobcenter und Gesundheitseinrichtungen wichtige Zugangswege schaffen. Für die Zukunft muss auch geprüft werden, welchen Gewinn hier der Einsatz von digitalen Medien etwa bei der Diagnostik, beim Screening und bei der Frühintervention bringen kann. Im Sinne von „Digital Health“ können Informations- und Kommunikationstechnologien die Weiterentwicklung von Suchthilfen unterstützen. Infolge eines gut aufgestellten Suchthilfesystems haben suchtkranke Menschen heute höhere Überlebenschancen. Damit einher geht eine veränderte



172 Seiten
ISBN 978-3-95853-350-9
Preis: 15,- €

Dietmar Czycholl

Integration heißt Erneuerung

Beiträge zu Migration und Sucht

Zuwanderung hat in der Geschichte der BRD nicht nur in den vergangenen zwei Jahren, sondern fortwährend in großem Maße stattgefunden und wird auch weiter stattfinden. Sämtliche Arbeitsbereiche, die für die sozialarbeiterische, psychologisch-psychotherapeutische und medizinische Versorgung von Menschen zuständig sind, stehen damit gleichermaßen fortwährend vor der Herausforderung sicherzustellen, dass ihre Angebote und Leistungen Neubürgern gleichermaßen zugänglich sind wie Einheimischen. Sind die fachlichen Konzepte der Suchthilfe geeignet, eine adäquate Versorgung von Zuwanderern zu leisten? Was bedeutet Kultursensibilität? Welche Grundlagen sind zu schaffen für die Entwicklung transkultureller Kompetenzen, für Prozesse interkultureller Öffnung, für kooperative Vernetzung mit Migrantenorganisationen?

Dieses Buch zeigt Linien der Auseinandersetzung mit dem Thema 'Migration und Sucht' über einen längeren Zeitraum hin auf. Es macht deutlich, dass immer wieder neu die immer wieder gleichen Fragen zu stellen sind. Zwar sind bedeutende Fortschritte gemacht worden, es sind aber auch immer wieder die gleichen Versäumnisse und Fehler zu beklagen.

Das Buch richtet sich an Fachleute der Suchthilfe und der Migrationsdienste, an Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Psychologen und Psychologinnen, Ärztinnen und Ärzte, Funktionstragende in Verbänden und Sozialpolitik und an alle anderen, für die die Frage der adäquaten Versorgung zugewanderter Menschen von Bedeutung ist.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550
 pabst@pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com | www.pabst-publishers.de

Altersstruktur der Suchthilfe, in der es zunehmend mehr „ältere Suchtkranke“ gibt. Verbreiteter bei suchtkranken Menschen ist heute auch eine frühzeitige Diagnosestellung der Komorbidität. Mit Blick auf diese Entwicklungen reicht es nicht aus, dass allein die spezialisierte Sucht- und Drogenhilfe quantitativ und qualitativ alle Suchthilfen übernehmen kann. Um eine bestmögliche Versorgung suchtmittelkranker Menschen zu gewährleisten, müssen auch sektorenübergreifend ausreichend Angebote z.B. in der ambulanten suchtmittelmedizinischen und psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung stehen. Auch älteren Suchtkranken muss in Pflegeeinrichtungen eine Perspektive gegeben werden, in der ihren besonderen Bedarfen und Bedürfnissen Rechnung getragen wird.

Die Repression, als eine der Säulen der Sucht- und Drogenpolitik, steht oft in einem Spannungsverhältnis zur Suchthilfe, Prävention und insbesondere zu „Harm Reduction“. In einer verbesserten Abstimmung zwischen einerseits Justiz und Polizei und andererseits kommunaler Sucht- und Drogenhilfe ist eine wichtige Aufgabe, eine Basis dafür zu schaffen, dass akzeptanzorientiert und niedrigschwellig arbeitende Drogenhilfeeinrichtungen ihren Betrieb möglichst störungsfrei umsetzen können. In einigen Punkten bewegen sich niedrigschwellige Angebote immer noch in einem juristischen Graubereich. Vor diesem Hintergrund ist es also wichtig, dass sich Polizei, Justiz und Suchthilfe regelmäßig zu einem „Runden Tisch“ versammeln, um Störungen des Einrichtungsbetriebs zu vermeiden. Es geht hier auch um ein besseres Verständnis der jeweiligen Perspektive auf das Drogengeschehen. Basis eines jeden Verständnisses ist hierbei eine gute Kommunikation der verschiedenen Bereiche.

In einer Gesellschaft, in der Marginalisierung von Menschen und Menschengruppen aufgrund von Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlichen Minderheit oder abweichender Verhaltensweisen stärker geworden ist, hat die Politik die Aufgabe, suchtkranke Menschen vor weiterer Diskriminierung und Ausgrenzung zu schützen. Auch die Klientel der Sucht- und Drogenhilfe hat einen Anspruch auf Integrati-

on und gesellschaftliche Teilhabe. Eine integrative Suchthilfe ist insofern auch eine wichtige Institution, suchtkranken Menschen Unterstützung zur Integration in die Gesellschaft, in Arbeit und in das Gesundheits- und Sozialsystem zu geben. Sie ist auch in einer „Anwaltschafts“-Rolle, um andere gesellschaftliche Systeme auf die Bedarfe und Bedürfnisse von Suchtkranken aufmerksam zu machen und diesen Geltung zu verschaffen. Eine integrative Sucht- und Drogenhilfe kann insbesondere in der Öffentlichkeitsarbeit dazu beitragen, den Konsum von illegalen psychoaktiven Stoffen („Drogen“) nicht allein unter Problemgesichtspunkten (Kriminalität, Schädigungen) zu betrachten, oder etwa Drogenkonsumierende zu dämonisieren, sondern kompetenz- und ressourcenorientiert Menschen zu einer kritischen Haltung wie auch zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln zu unterstützen. Bei der Allgegenwart von Alkohol und Glücksspiel ist es erforderlich, neben Abstinenz auch Konsumkompetenz und kontrollierten Umgang zu fördern.

Sucht- und Drogenarbeit wird auch in Zukunft eine wichtige Rolle im Sozial- und Gesundheitssystem spielen. Diese Aufgaben brauchen ein drogenpolitisches Umfeld, in dem „Sucht“ als Krankheit wie andere Krankheiten begriffen wird, und suchtkranke Menschen eine vorurteilsfreie Unterstützung bekommen.



Dr. med. Eckart Lensch

Beigeordneter der Landeshauptstadt Mainz,
Dezernat IV – Soziales, Kinder, Jugend, Schule
und Gesundheit
sozialdezernat@stadt.mainz.de

I. Entwicklungen der Sucht- und Drogenhilfe

Suchthilfe im Überblick – Geschichte und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in Deutschland

Michael Klein

Hinführung aus regionaler Sicht

Das im Jahre 1948 gegründete Bundesland Rheinland-Pfalz (RLP) galt lange als das Land der Rüben und Reben, zumindest wurde das kleine Bundesland in der Nachkriegszeit – nicht immer in freundlicher Absicht – oft so bezeichnet. Und Reben sind in dieser Gegend an Rhein, Mosel, Saar, Ahr und Nahe seit der Römerzeit verbreitet und gelten als traditionelles Kulturgut. Sie sind aber auch der Grundstoff für Wein, Sekt und manche Schnapsorte. Alle epidemiologischen Studien zeigen jedoch keine erhöhten Quoten alkoholabhängiger Menschen in RLP. Dass sich in diesem Bundesland eine vorzeigbare Suchthilfe etabliert hat, ist also eher nicht der hohen Weinproduktion als den grundsätzlichen *Gefahren und Risiken der Suchtentstehung in modernen Gesellschaften* geschuldet und nicht der Nähe zur „Substanzproduktion“. Rheinland-Pfalz ist für die Zukunft der Suchthilfe insofern interessant, als dass sich vor dem Hintergrund einer vor nicht allzu langer Zeit überwiegend agrarisch geprägten Gesellschaft die Folgen einer schnellen Modernisierung beobachten und ablesen lassen. Viele Gegenden des Bundeslandes sind infrastrukturell schlecht erschlossen, was besondere Anforderungen an die Digitalisierung der Suchtprävention und Suchthilfe in Zukunft stellt – aber auch innovative Chancen bietet. Die entsprechenden Anforderungen und Möglichkeiten werden von den meist habituell innovationsgehemmten Suchthilfeinstitutionen leider immer noch nicht erkannt und umgesetzt. Die heutigen Probleme und Anforderungen an eine moderne Suchthilfe sind *sozialräumlich und gemeindenah* anzugehen, aber nur überregional, eng vernetzt und im Verbund zu lösen, wie im Folgenden deutlich gemacht wird.

Einleitung

Das Jahr 1990 markiert eine starke historische Zäsur in der deutschen Geschichte, vordergründig durch die deutsche Wiedervereinigung. Aber auch für viele globale, gesellschaftliche und soziale Fragen wird immer deutlicher, dass die Jahre des ausgehenden 20. Jahrhunderts eine *Wendezeit* waren, die noch andauert. Entsprechende Stichworte sind Digitalisierung, Künstliche Intelligenz, Soziale Onlinenetzwerke, die Krise der Demokratie, neue Migrations- und „Flüchtlingswellen“ und vieles mehr. Auch für den in diesen Kontexten beschaulich erscheinenden Bereich der Suchthilfe bringt der Zeitraum der letzten 30 Jahre einen weitgehenden Paradigmenwechsel, der jedoch in vielen Köpfen bisher noch nicht nachhaltig genug angekommen ist. Insofern dauert die Zeit der starken Veränderungen noch an oder bricht in manchen Institutionen gerade erst an. Ich will die entsprechenden Themen, Konzepte und Anforderungen im Folgenden darlegen, jedoch nicht ohne zuvor die Vorgeschichte der Suchthilfe aus den Jahren vor 1990 zu skizzieren.

Vorgeschichte der Suchthilfe bis 1990

Die Entwicklung der Suchthilfe von ihren Anfängen im 19. Jahrhundert wurde in mehreren Publikationen ausführlich beleuchtet. Insbesondere Spode (2012) hat wiederholt deutlich gemacht, dass die Suchthilfe zunächst vorrangig ein Disziplinierungs- und Erziehungsinstrument der preußisch-protestantischen Oberschicht im Deutschen Reich darstellte, die mit den Zwecken und Interessen der jungen deutschen Industrie koalierte. Primäres, aber implizites Ziel war ein arbeitsfähiges Millionenheer von Proletariern vorzuhalten, das sich trotz seiner extremen Armut und Ausbeutung nicht dem Schnaps hingeben sollte, sondern

arbeits- und wehrfähig zu bleiben hatte. Letzteres auch, weil das junge Deutsche Reich von 1871 ganz wesentlich militärisch-feudalistisch geprägt und dominiert wurde. Den Bürgern wurde das Ideal des gehorsamen Soldaten als gutem Deutschen von der herrschenden Clique aus Adeligen, Großgrundbesitzern und Industriellen in Schule und Gesellschaft durchgängig vermittelt. Kritik und abweichende Meinungen wurden systematisch ausgegrenzt und unterdrückt.

Die Geschichte der institutionellen Suchthilfe in Deutschland beginnt um das Jahr 1850 mit den ersten Forderungen nach eigenen Trinkerheilstätten für die vom Alkohol („Schnaps“) abhängigen Männer. Die ersten Einrichtungen – wie z.B. die spätere Trinkerheilstätte Siloah in Lintorf bei Düsseldorf – entstanden in der Tradition der evangelischen Armenfürsorge. Viele umherziehende Männer waren Tagelöhner, die durch den Schnapskonsum gesundheitlich und sozial verwahrlosten und verarmten und in entsprechenden Einrichtungen Unterkunft und Verpflegung gegen Mitarbeit fanden.

Betroffen von der „Branntweinpest“ waren Personen aller Schichten, aber zunehmend solche des industriellen Proletariats, vor allem ab 1890. Sie benutzten das Schnapstrinken in *eskapistischer* Absicht zur Bewältigung des unerträglichen Alltags. Die herrschende feudalbürgerliche Oberschicht erkannte die Gefahr einer um sich greifenden „Branntweinpest“ als soziales und gesundheitliches Problem (Spode, 2012) alsbald und begann, den Betrieb von Trinkerheilstätten als Orte der Disziplinierung zu fördern. Die 1891 im Zuge der Bismarckschen Sozialreformen gegründete Invalidenversicherung sollte späterhin – offiziell ab 1915 – die Kosten dieser Maßnahmen, die wir heute als *Medizinische Rehabilitation* im Rahmen des SGB VI kennen, übernehmen. Die wesentlichen Ansätze der stationär organisierten Trinkerhilfe waren religiöse und arbeitserzieherische Maßnahmen, die als der Ansatz des „ora et labora“ („Bete und arbeite!“) bekannt wurden. In der Frühphase der professionellen Suchthilfe im späten 19. Jahrhundert waren die Not und das Elend der proletarischen Trinker so groß, dass Hilfe dringend nötig war. Der herrschenden Schicht ging es jedoch nicht um sozialreformistische Verbesserungen des Proletariats, sondern um die Erhaltung der Arbeitskraft für die aufstrebende Industrie, allem voran Stahlindustrie, Bergbau und Maschinenbau. Es war aus der Sicht der feudalen und bürgerlichen Oberschicht naheliegend, die verarmten Trinker – in vielen Fällen Väter großer Familien – durch Disziplin und Bekehrung zu behandeln und vorgeblich zu retten. Die Trinkerheilstät-

ten boten unter der Idee und dem Regime des „ora et labora“ eine strenge, moralisierende und sinnorientierte Behandlung an. Der süchtige Trinker sollte arbeitend und betend vom Trinkzwang befreit und sich unterordnen, um vom Schnaps gerettet zu werden.

Die frühe Suchthilfe folgte der Maxime der drei As: Abgeschiedenheit, Arbeit, Andacht. Dies bedeutete, dass die Trinkerbehandlung in stationärer Form, fern der Heimat, mit vielen religiösen und disziplinierenden Inhalten durchgeführt wurde. Strenge, Abgeschiedenheit und Andacht im engen Gruppenverband waren die Kernideen dieser Behandlung. Für den Suchtkranken bedeutete es – im Unterschied zu der vorher üblichen Unterbringung in einer „Irrenanstalt“ – jedoch einen gewissen Fortschritt. Der Zeitgeist lässt – wie in jeder historischen Epoche – grüßen. Dies gilt mit Sicherheit auch für heutige Behandlungsformen.

Was die Entwicklung der Suchthilfe nach dem Ersten Weltkrieg bis zum Jahr 1945 angeht, hat die Koblenzerin Elke Hauschildt (1995) dies unter Verwendung zahlreicher Originalquellen sehr genau nachskizziert. Nachdem in der wirtschaftlich armen Zeit der Weimarer Republik die Qualität der Suchthilfe mehr und mehr verschlechtert wurde, folgte mit der Nazi-Diktatur eine Zeit zunehmender Stigmatisierung, Repression und schließlich des blanken Terrors. Die Ausgrenzung und Diskriminierung der Suchtkranken wurde in der Nazi-Diktatur mehr und mehr ausgebaut. Eine bis heute nicht genau bekannte Zahl von Alkoholikern wurde zwangssterilisiert und in KZs eingewiesen. Auch nicht bekannt ist die Anzahl derer – oft politisch Unliebsame –, die unter dem Deckmantel des „volkschädigenden Alkoholismus“ getötet wurden. In der historischen Rückschau bedeutet die Nazi-Diktatur für die deutsche Suchthilfe eine tiefe Zäsur, von der sie sich jahrzehntelang nicht erholt hat. Erst mit dem Urteil des Bundessozialgerichts zur Rehabilitationsfähigkeit der Suchterkrankung von 1968 und der Psychiatrie-Enquete von 1975 begann der Wiederschluss.

Stationär vor ambulant – Ein deutscher Sonderweg

In den frühen Prinzipien der Suchthilfe des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts sind unschwer die bis heute fortwährenden Wurzeln der Dominanz des stationären Bereiches in der deutschen Suchthilfe und die Fokussierung auf Arbeits- und Erwerbsleben, u.a. mit arbeitstherapeutischen Maßnahmen, zu erkennen. Obwohl die Leistungsträger schon

seit den 1990er Jahren das Handlungsprinzip „ambulant vor stationär“ deklarieren, sieht die Praxis der Suchtrehabilitation mit immer noch ca. zwei Dritteln stationärer Behandlungen von allen Rehabilitationsbehandlungen nach wie vor anders aus.

Im 20. Jahrhundert hatte die Suchthilfe in Deutschland eine sehr wechselhafte, volatile Geschichte genommen (vgl. Hauschildt, 1995). Die verschiedenartigsten Strömungen von Verfolgung, Bestrafung und Ausmerzung bis hin zu Hilfe, Therapie und Akzeptanz tauchten im Laufe des Jahrhunderts auf. Einen absoluten Tiefpunkt erreichte die Suchthilfe in den Jahren der Nazi-Diktatur, wo unliebsame Regimegegner, aber auch wahllos hilfebedürftige Suchtkranke, verfolgt, zwangskastriert oder wegen ihrer „Neigung“ in Strafhaft und bisweilen auch in KZs festgehalten wurden. Erstaunlich ist, dass die Suchthilfe der Bundesrepublik Deutschland erst mit dem Grundsatzurteil des BSG vom Mai 1968 wieder die Anknüpfung an die vor dem Ersten Weltkrieg schon entwickelten Strukturen der zwar paternalistischen, aber umfassend auf Wiederherstellung der Arbeitskraft ausgerichteten Suchtkrankenhilfe gefunden hat. Im internationalen Vergleich ist die starke, teilweise übermäßig dominante Betonung des Stationären und der Erwerbstätigkeit ein deutscher Sonderweg, dessen Akzeptanz in den Nachbarländern kaum gegeben ist.

Gleichzeitig kamen nach 1968 schnell weitere Herausforderungen hinzu: Die Drogenwelle der 1970er Jahre, insbesondere in Bezug auf Heroin, die HIV- und Aids-Bedrohung in der Drogenszene ab den frühen 1980er Jahren, der zunehmende Kostendruck ab den späten 1980er Jahren, der zur Forderung nach Stärkung der ambulanten Hilfen führte. Damit beginnt die Geschichte der Suchthilfe in den 1990er Jahren.

Geschichte der Suchthilfe in Deutschland ab 1990

Die 1990er Jahre hatten für den Bereich der Suchthilfe mit einem Paukenschlag begonnen. Die *Heroinsubstitution* wurde gegen zunächst harten und intensiven Widerstand durchgesetzt. Gerade die moralisierenden Fachkräfte, besonders von Seiten der „Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren“ (DHS, heute: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) und der abstinenzorientierten Entwöhnungskliniken, lehnten diesen Ansatz anfangs mehr oder weniger vehement ab. „Der Staat als Dealer“ war eines der Schlagworte jener Zeit.

Anfangs waren es Experten außerhalb der Suchthilfe, die den Substitutions-Ansatz

forderten, um eine weitere Verelendung der Heroinabhängigen und ein Fortschreiten von HIV- und anderen Infektionen zu verhindern bzw. einzudämmen (vgl. Schmid, 2003). Der seinerzeitige Drogenbeauftragte des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW), Hans-Adolf Hüsgen, und andere politische und juristische Amtspersonen, insbesondere aus den deutschen „Drogenmetropolen“ Frankfurt und Hamburg setzten sich nachhaltig und schließlich erfolgreich für die Verankerung der Substitution in Deutschland ein und brachten die entsprechenden Änderungen im Medizinrecht und im Betäubungsmittel-Gesetz (BtMmG) mit auf den Weg. Seitdem hat es zahlreiche Novellierungen der Substitutsvergabeverordnung gegeben. In den frühen 2000er Jahren wurde mit der deutschen Heroinstudie die Grundlage für eine Ausweitung der Substitution auf Diamorphin gelegt (Haasen & Vertheim, 2008), die heute in vielen deutschen Großstädten Normalität geworden ist. Die Vergabe von Diamorphin als Ersatz für „Straßenheroin“ für Schwerstabhängige geschah, wenn die Betroffenen durch andere Maßnahmen zuvor nicht erfolgreich behandelt werden konnten. Die Studie zeigte u.a., dass bislang von Methadon-Substitution nicht erreichte Suchtkranke durch die Diamorphinvergabe stabilisiert und oft auch entkriminalisiert werden konnten. Ein Nachteil ist nach wie vor, dass diese Vergabeprojekte auf Großstädte und Ballungszentren beschränkt sind und Abhängige in ländlichen Räumen – so auch in Rheinland-Pfalz – benachteiligt sind.

Neben den Reformen im Bereich des Drogenstrafrechts (z.B. §§ 35, 36 BtMG; Substitutsvergabeverordnung) und der Drogenbehandlung, die immer noch nicht weit genug reichen, da sie *die Paradoxie, krankes Verhalten mit den Mitteln des Strafrechts zu verfolgen*, nicht aufgelöst haben, brachten die 1990er Jahre durch eine längere wirtschaftliche Rezession und einen erhöhten Kostendruck bei den Sozialkassen, insbesondere der Kranken- und Rentenversicherung. Eine kurzfristig wirksame, wenig kreative Antwort darauf war das „Wachstumsförderungsgesetz“¹ (1996) unter dem damaligen Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer. Die Dauer der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen wurde pauschal von neun auf sechs Monate bei Drogenabhängigkeit und von sechs auf 3,5 Monate bei Alkoholabhängigkeit gekürzt. In der mittelfristigen Folge stieg der Anteil der *Wiederholungsbehandlungen* bei medizinischen Rehabi-

¹ https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr_id=%27bgbl196s1476.pdf%27%5D#_bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl196s1476.pdf%27%5D__1532185943634 (zuletzt abgerufen am 21.07.2018).

litionsmaßnahmen im Bereich Sucht deutlich an. Die zuvor von den Leistungsträgern abgelehnte Intervalltherapie, der lernpsychologisch durchaus sinnvolle Wechsel zwischen stationären und ambulanten Behandlungsphasen war – offenbar absichtslos – durch die Hintertür möglich geworden, weil Suchtkranke nunmehr kürzere, aber häufigere Rehabilitationen durchliefen. In späteren Jahren wurde dieser Trend durch Konzepte der *Kombinationstherapie*, insbesondere in Niedersachsen, aufgegriffen und vertieft. Bei dieser Therapie werden ambulante und stationäre Behandlungsphasen durchgeführt und eng aufeinander abgestimmt.

Durch die Zentralisierung vieler bislang föderaler Aufgaben der Landesversicherungsanstalten im Zuständigkeitsbereich der dann in Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) umbenannten Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) entwickelte sich ein Dauerkonflikt zwischen den Akteuren in den Bundesländern, die eher Innovationen und Reformen zugeneigt waren (z.B. in Baden-Württemberg) und der zentralistisch agierenden DRV-Bund, der bei starker formaler Macht oft die Sachkenntnis für die Suchthilfepraxis vor Ort in Bezug auf die Angebote der Suchthilfe fehlte. Viele, im Prinzip sinnvolle Ansätze, wie z.B. die ambulante Rehabilitation Sucht oder die rentenversicherungsfinanzierte Nachsorge, kranken an der nicht auf Augenhöhe stattfindenden Kommunikation zwischen der DRV-Bund und den Akteuren in den Ländern. Auch die Tatsache, dass die Beantragung der Medizinischen Rehabilitation bei Suchterkrankungen im psychosozialen Teil im Wesentlichen immer noch auf der Basis des Formulars des Sozialberichts aus dem Jahr 1978 stattfindet, und Alternativen, wie z.B. der PREDI (Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik), niemals flächendeckend eingeführt wurden, zeugt von dem *Reformstau* und der *Modernisierungsverweigerung*, die hier im Verantwortungsbereich der Deutschen Rentenversicherung vorherrschen. Zwischenzeitlich beginnt eine langsame Rückverlagerung von Teilkompetenzen zu den Landes-DRVen.

Ein besonders wichtiger, aber noch nicht umfassend umgesetzter Trend ist die Konzentration der Suchthilfe auf primär *ambulante Hilfen*. Suchthilfen sollen so wenig wie möglich stationär durchgeführt und so oft wie möglich ambulant und im lebens- und alltagsnahen Kontext angeboten werden. Ambulante Hilfen bieten neben Kostenvorteilen die Chance, alltagsnahe Therapien und Hilfen mit Transfer- und Trainingsbezügen anzubieten, die sich für Suchtkranke günstig auswirken, Rückfälle vermeiden und Stabilisierungen fördern kön-

nen. Die Qualität und Effizienz der Arbeit der Suchtberatungsstellen sollte weiter kontinuierlich durch Evaluation, Begleitforschung, Qualifikation und Weiterbildung gesteigert werden. Bislang sind insbesondere die externe Evaluation und die Begleitforschung in diesem Tätigkeitsfeld so gut wie unbekannt. Die Forderung nach *Evidenzbasierung* der geleisteten Arbeit scheidet vielerorts an finanziellen Problemen, mangelndem Interesse, fehlenden Kenntnissen, ideologischen Barrieren und unreflektierten Glaubenssätzen, wie suchtspezifische Arbeit zu sein habe. Ganz im Sinne des verstorbenen Psychotherapieforschers Klaus Grawe ist der Weg von der Konfession zur Profession hier noch ein sehr langer.

Ein weiterer Trend, der in den 1990er Jahren einsetzte, war die Verschmelzung alkohol- und drogenspezifischer Dienste, vor allem im *ambulanten Bereich*. In den neuen Bundesländern wurde unter Zeit- und Kostendruck ab 1990 ein neues Suchthilfesystem eingeführt. Dabei vermied man von Anfang an den im Westen weit verbreiteten Fehler, streng getrennte alkohol- und drogenspezifische Suchtberatungsstellen aufzubauen und zu betreiben. Diese hatten sich im Westen unter den historischen Bedingungen der „Drogenwelle“ der 1970er Jahre entwickelt. Meist führte dies zu Unter- und Fehlversorgung vor allem in ländlichen Räumen. Die Erfahrungen in den Neuen Bundesländern zeigten nun aber von Anfang an, dass ein *integriertes ambulantes Hilfesystem* problemlos möglich war. Ab den frühen 2000er Jahren entwickelten sich zusätzlich Angebote für *Glücksspielsüchtige*, zum Teil als spezialisierte Angebote, vor allem in NRW, überwiegend aber als integrales Angebot bereits bestehender Suchtberatungsstellen oder Fachambulanzen. Diese Angebote sollten kontinuierlich zu integrierten Präventions- und Hilfeangebote für Verhaltenssüchtige und Gefährdete im Rahmen der Suchthilfe weiterentwickelt werden.

Die weitere Entwicklung der Suchthilfe braucht eine Öffnung für *Suchtgefährdete, Suchtkranke und chronisch Kranke*. Suchthilfe muss das gesamte Spektrum von der Suchtgefährdung bis zur chronischen Suchterkrankung abdecken. Dazu folgen in den nächsten Kapiteln nähere Ausführungen.

Probleme des aktuellen Suchthilfesystems

Das Suchthilfesystem erscheint nach wie vor in weiten Teilen wenig innovativ und sehr beharrlich. Dies zeigt sich an den Schwierigkeiten, notwendige und wichtige Innovationen, wie

ehedem Substitution, niedragschwellige Hilfen und Akzeptanz von Rückfälligkeit in der Behandlung oder *aktuell* differenzierte Therapieziele, zieloffene Suchttherapie, Komorbiditätsbehandlung und Digitalisierung innovativ und frühzeitig – auch gegen Widerstände – durchzusetzen. Ein Grundproblem der Suchthilfe in Deutschland ist das Fehlen systematischer Suchthilfeforschung, vor allem im Hinblick auf Prozesse und Resultate. Allein der stationäre Rehabilitationsbereich hat unter den Vorgaben der Reha-Träger schon frühzeitig eine evidenzgenerierende Forschung durch Begleit- und Prozessforschung sowie Katamnesen etabliert. In diesem Bereich war der Fachverband Sucht e.V., dem inzwischen mehr als 100 stationäre Suchthilfeeinrichtungen – überwiegend in privater Trägerschaft – angehören, innovativ und ist bis heute führend.

Eine sehr beharrliche, nach wie vor existierende Hürde ist die fast vollständige Individuum-Fixierung im Hilfesystem, welche generationsübergreifende Hilfen weitgehend unmöglich macht. Dabei ist schon seit langem bekannt, dass Suchtkrankheiten meist über Generationen hinweg verlaufen. Wenn Eltern suchtkrank sind, erhöht sich das Risiko bei den betroffenen Kindern für eigene Suchtstörungen und andere psychische Störungen deutlich, bis zum sechsfachen (Klein, 2018a).

Eine weitere, bislang nicht bewältigte Entwicklungsaufgabe der Suchthilfe sind verbesserte personenzentrierte und gleichzeitig suchtspezifische Hilfen für Angehörige Suchtkranker. Sie stellen eine wichtige Entwicklungsaufgabe der künftigen Suchthilfe dar. Dies betrifft insbesondere *Partnerinnen und Kinder von Suchtkranken*, egal ob es sich um Alkohol-, Drogen- oder Verhaltenssuchtprobleme handelt (vgl. Klein, 2018b). Die Suchthilfe funktioniert fast vollständig Individuum-fixiert, behandelt den einzelnen Suchtkranken ohne das familiäre Umfeld – horizontal oder vertikal im Sinne transgenerationaler Orientierung – kontinuierlich einzubeziehen.

Im Idealfall sollte die Suchthilfe ein evidenzbasiertes, forschungsfreundliches, selbstreflexives System von Handlungsstrategien sein, in dem auf der Basis humanistischer, verhaltenspsychologischer und tiefenpsychologischer Konzepte Menschen umfassend hinsichtlich Substanzkonsum, Selbstkontrollstrategien, Konsumreduktionen und Abstinenzwerb beraten und behandelt werden. Dabei sollten Prävention und Therapie generationenübergreifend eng miteinander verzahnt sein.

Gesundheitsförderung, Risikoreduktion und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit sollten genauso wichtige Anliegen der Suchthilfe sein, wie die Vermeidung bzw.

Loslösung aus Wohnungslosigkeit, Armut und Langzeitarbeitslosigkeit. Insofern erfordert die Suchthilfe – mehr als andere Themenfelder – bio-psycho-soziales Handeln, das die verschiedenen Sets und Settings der Konsumenten und Abhängigen stets im Blick hat. Substanzkonsum sollte – auch nicht hintergründig – dämonisiert oder stigmatisiert, sondern immer als mögliche Verhaltensoption von Menschen in einem zu verstehenden Kontext gesehen werden. Suchtspezifische Empathie ist eine wichtige Grundvoraussetzung für das Handeln von Fachkräften. Es bedeutet, nicht nur die Person in ihrem Handeln verstehen zu wollen, sondern auch die Funktionalität des Substanzkonsums zu erkennen und miteinzubeziehen.

Suchthilfepolitik verändert sich

Suchthilfe wird ganz wesentlich von Suchthilfepolitik verantwortet und gestaltet. Ein unverkennbarer Trend der letzten Jahre in der Suchthilfepolitik in Deutschland ist die stärkere Hinwendung zu den durch *legale Substanzen* (Alkohol, Tabak, meist auch Medikamente) verursachten Problemen. Während die einschlägigen Berichte der Bundesdrogenbeauftragten bis zum Ende der 1990er Jahre noch den Titel „Rauschgiftbekämpfungsplan“ trugen, wandelte sich dies ab 1999 zum jährlich erscheinenden „Sucht- und Drogenbericht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Diese längst überfällige Entwicklung entspricht den epidemiologischen Fakten, dass die Mehrzahl der Suchtkranken von Alkohol und Tabak abhängig ist und dass die dementsprechenden immensen Probleme in Gesellschaft, Arbeitswelt und Familie hinsichtlich Stress, Komorbidität, Morbidität und Mortalität hauptsächlich durch ebendiese Substanzen entstehen. Während die Suchtpolitik in den Jahrzehnten zuvor einseitig auf Drogen fokussierte („Nationaler Drogenbekämpfungsplan“), wurde nunmehr erkannt, dass die durch legale psychoaktive Substanzen erzeugten Schäden die durch illegalisierte psychoaktive Substanzen bei weitem übersteigen. Die Drogenpolitik seit den 1970er Jahren hatte das klar erkennbare Manko, die Suchtprobleme der Mehrheitsgesellschaft in Form eines Abwehrprozesses auf die marginalisierte Minderheit der Drogenkonsumierenden und -abhängigen zu projizieren. Solange in einer Gesellschaft die vorherrschenden Suchtprobleme kollektiv verdrängt werden, wie dies in der Ära der Nationalen Rauschgiftbekämpfungspläne der Fall war, ist ein realistischer Umgang mit dem Gesamtphänomen „Sucht in der Gesell-

schaft“ nicht möglich, weil dieser letztlich nicht gewünscht ist. Das kollektive Unbewusste in Deutschland hat sich im 20. Jahrhundert übermäßig mit anderen verdrängten, ungelösten Problemen belastet, so dass das Suchtproblem lange Zeit nur eine untergeordnete Stellung einnahm. Die *Funktion*, die Suchthilfe zu erfüllen hat, unterliegt somit einem permanenten Wandel. Nachdem es in früheren Zeiten um Disziplinierung, Reparatur und Wehrfähigkeit ging, sind die postmodernen Funktionen in der Erwerbs- und Leistungsfähigkeit, Förderung der Gesundheit und inzwischen immer stärker gesellschaftlicher Teilhabe zu sehen.

Schnittstellen sind dazu da, dass sie verschwinden oder wenigstens gut gemanagt werden

Die deutsche Suchthilfe ist für Betroffene und Fachkräfte aus dem Ausland kaum nachvollziehbar oder gar hinsichtlich der inneren Logik erklärbar. Das macht deren Nutzung und Akzeptanz schwierig. Grund hierfür ist vor allem das gegliederte Sozialleistungssystem mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, Zugangswegen und institutionellen Realitäten der Versorgung. Hilfen „aus einer Hand“ sind weitgehend unbekannt, obwohl solche Konzepte aus der Versorgungsforschung inzwischen bekannt und erprobt sind. Das sogenannte „Nahtlos“-Verfahren an der Schnittstelle zwischen Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung ist ein neueres Beispiel für ein solches Schnittstellenmanagement. Grundsätzlich sollten Gesetzgeber und Sozialrechtsexperten an einem Abbau der Schnittstellenprobleme arbeiten, anstatt die Verhältnisse noch komplizierter werden zu lassen. Die Zahl der potentiellen Schnittstellenprobleme ist immens (z.B. zwischen Arbeitsvermittlung und Suchthilfe, Jugendhilfe und Suchthilfe, Behindertenhilfe und Suchthilfe, Bewährungshilfe und Suchthilfe, pränatalen Hilfen und Suchthilfe usw.), so dass es möglichst integraler, bundesweit gültiger und praktikabler Lösungen bedarf. Die in manchen Bundesländern sehr weitgehend vorangetriebene Kommunalisierung der Suchthilfe sorgt zwar für Bürgernähe und gemeindenahen Bezug, kann aber auch zu einer verstärkten Unübersichtlichkeit der Gesamtszene führen, wenn es an übergeordneter Koordination mangelt. Auch werden bisweilen reiche Kommunen begünstigt und ärmere benachteiligt, wenn sie sich an Landeszuschüssen proportional beteiligen müssen. Versorgungssysteme mit Schnittstellenproblemen, wie dies das Suchthilfesystem darstellt, weisen üblicherweise Probleme in der

Passgenauigkeit, Frühzeitigkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen auf. Diese gilt es durch geeignete Regelungen zu überwinden.

Digitalisierung in der Suchthilfe – Terra incognita 2020

Die Entwicklung der Suchthilfe seit 1990 brachte viele neue Herausforderungen, von denen die *Digitalisierung* wahrscheinlich die größte und die derzeit noch am stärksten abgewehrte ist. Gründe hierfür sind sowohl weitgehend fehlende digitale Kompetenzen in der Praxis, die in den Studiengängen der Sozialen Arbeit kaum vermittelt werden, so dass der berufliche Nachwuchs bei weitem nicht ausreichend qualifiziert sein wird, als auch eine weit verbreitete Abwehr und Starrheit im Suchthilfesystem gegenüber Innovationen. Die bisher verwirklichten Ansätze zur Förderung digitaler Ansätze in der Suchthilfe sind sehr fragmentarisch und rudimentär. Die Chancen und Anforderungen sind größtenteils noch nicht erkannt und daher auch noch nicht umgesetzt. Wie bei Innovationen üblich, teilt sich die Gruppe der Betroffenen in frühe, mittlere und späte Innovatoren sowie Innovationsverweigerer.

Das Dilemma der Online-Suchthilfen beginnt schon damit, dass – wie so oft – Sucht und Substanzkonsum verwechselt werden. Ein Blick auf einschlägige Online-Dienste zeigt dies nachdrücklich. Bei einem Blick auf die Online-Angebote der beiden größten Wohlfahrtsverbände² zeigen sich schnell noch andere Probleme.

Neben den mehr als umständlichen Online-Adressen und Zugangswegen sind beide Angebote, immerhin der zwei größten Anbieter ambulanter Suchthilfe in Deutschland, wenig übersichtlich, nicht einladend, sondern umständlich und weitgehend undurchschaubar. Teilweise sind sie nur in umfangreichen Online-Adresslisten der gesamten Wohlfahrtsverbandsangebote enthalten und deshalb schwer auffindbar, so dass sie insgesamt als wenig attraktiv hinsichtlich Zugang und Aufbereitung bewertet werden müssen. Evaluationen und Nutzerzahlen waren online nicht zu eruieren. Kurz: Sie sind nicht auf der Höhe der Zeit, wie dies bei E-Mental-Health-Diensten heutzutage unabdingbar ist. Dienste wie Online-Beratung,

² Online-Beratung der Caritas: https://www.caritas.de/onlineberatung/sucht?gclid=EAlalQobChMI7My6i5m42wIVE54bCh3TbQUzEAAYASAAEgJ5P_D_BwE (zuletzt abgerufen am 24.08.2018).

Online-Beratung der Diakonie: <https://hilfe.diakonie.de/hilfefor-ort/angebote-fuer-suchtkranke/bundesweit/?text=&erster=&ansicht=karte> (zuletzt abgerufen am 24.08.2018).

Blended Counselling³, Google-Brille usw. kommen nicht überraschend. Ihre Vorteile, wie z.B. permanente Verfügbarkeit, niedrige Zugangsschwellen, Kostenverringerung, sollten zur Weiterentwicklung und Optimierung des bestehenden Systems wahrgenommen und genutzt werden. Mögliche Risiken, wie z.B. mangelnde Passgenauigkeit, Vorbehalte bei den Zielgruppen, Einführung kostenpflichtiger Online-Beratungsdienste, sollten erwogen und nach Möglichkeit gelöst oder deutlich minimiert werden.

Die bisherigen Forschungen zur Nutzung digitaler Formen in Beratung und Psychotherapie scheinen weitgehend oder völlig unbekannt zu sein. Der Innovationsschub, der durch diese Ansätze zu erwarten ist, wird die Suchthilfe daher wohl erst in den kommenden Jahren – dafür aber mit umso größerer Wucht – erreichen. Bekanntlich sind frühe Innovatoren die Nutznießer und Motoren solcher Entwicklungen. Davon kann im ambulanten Suchtbereich derzeit noch nicht die Rede sein. Neben vielen sicherlich vorzeigbaren Innovationen auf lokaler Ebene fehlt insbesondere den großen Wohlfahrtsverbänden bisher der notwendige Innovationsschub. Einzelne Suchtberatungsstellen und -kliniken versuchen sich intensiv in digitalen Innovationen, haben teilweise hochinnovative Ansätze entwickelt, leiden jedoch oft unter zu wenig Ressourcen und Rückendeckung ihrer Verbände.

Neben den jetzt schon erkennbaren Tendenzen in Richtung Digitalisierung wird der nächste Entwicklungsschub die Nutzung Künstlicher Intelligenz (KI) betreffen. Viele Dienste in den Bereichen Information, Beratung, Therapie und Nachsorge lassen sich mit KI kostengünstig, alltagsnah und mit permanenter Verfügbarkeit anbieten. Noch glauben viele Fachkräfte und Funktionäre der Suchthilfe, dass sie von den Entwicklungstrends in Richtung Digitalisierung und vor allem KI verschont bleiben werden, weil das sogenannte Menschliche auf der Strecke bleibe. Das Gegenteil wird passieren, insbesondere wenn die immensen Kosten, die derzeit in das deutsche Sozial- und Gesundheitssystem fließen, in wirtschaftlich schlechteren Zeiten nicht mehr aufzubringen sein werden. Die bisherige Forschung zur Nutzung von KI in der Psychotherapie zeigt, dass für die Wirksamkeit therapeutischer Strategien nicht so entscheidend ist, dass eine therapeutische Fachkraft empathisch *ist*, sondern dass sie vom Patienten als empathisch *wahrgenommen* wird. Auch wenn sich am Ende die Grenzen von KI und Digitalisierung erweisen werden, z.B. in

Bezug auf Kriseninterventionen, Flexibilität und den Humanfaktor als solchen, ist es derzeit wichtig, dass sich die Suchthilfe als traditionell wenig innovativer Bereich proaktiv auf die Herausforderungen einstellt und die innovativen Vorteile nutzt.

Geschlechtsspezifität in der Suchthilfe

Mit der zunehmenden *Genderorientierung* in Folge des Feminismus und des Gender-Mainstreaming hat sich auch die Suchthilfe in den letzten Jahren deutlich mehr den Bedürfnissen der Geschlechter angenommen. Dabei überwog zunächst – sicher im Wesentlichen aus der Gleichstellungsbewegung der Frauen – die Beschäftigung mit Substanzmissbrauch und Suchterkrankungen bei Mädchen und Frauen. Dies ist wichtig und relevant. Erstaunlich ist jedoch, dass die Beschäftigung mit *männerspezifischen Fragen* – mit einem Männeranteil von ca. 75 Prozent bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie ca. 85 Prozent bei Glücksspielsucht – in der Suchthilfe lange Zeit unterblieb. Erst unlängst ist ein langsames Umdenken festzustellen. *Jungen, Männer und Väter* müssen endlich als die primäre Zielgruppe für Suchtprävention und -therapie wahrgenommen werden und entsprechende passgenaue Hilfen erhalten. Die Tatsache, dass inzwischen die Mehrzahl der Fachkräfte in der Suchthilfe Frauen sind, muss im Hinblick auf den hohen Männeranteil zumindest wahrgenommen und auf Effekte und mögliche Probleme untersucht werden. Auch dieses Vorgehen ist unter Genderorientierung zu verstehen. Beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) zum Beispiel besteht seit fast 20 Jahren bereits ein einschlägiger Arbeitskreis zum Thema „Männer und Sucht“. Ebenso wurde von dort ein männerspezifisches Curriculum zum Einsatz in Suchttherapie und -beratung erstellt.

Sucht und Familie

Schon lange ist bekannt, dass Suchterkrankungen ein hohes Risiko transgenerationaler Verläufe aufweisen. Das Suchthilfesystem arbeitet nach wie vor fast ausschließlich mit einzelnen Suchtkranken, als ob die Erkrankung nicht vor allem systemische und transgenerationale Bezüge und Auswirkungen hätte (Klein, 2018b). Da Suchterkrankungen zu den häufigen psychischen Störungen – für Männer mit 18,4 Prozent Jahresprävalenz für Alkoholstörungen

³ Blended Counselling bezeichnet den Ansatz, reale interpersonale Beratung mit Online-Beratung zu kombinieren.

laut DEGS-1⁴ die häufigste überhaupt – zählen, sind regelhaft viele Partnerinnen, Kinder und Jugendliche betroffen. In Deutschland leben heute mehr als 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche in suchtblasteten Familien (Klein, 2018b). Ihre Lebenssituation ist von hohem Alltagsstress, unberechenbarem und instabilem Elternverhalten und vielfältigen Entwicklungsrisiken geprägt (Klein, 2018a). Sie weisen höhere Risiken für die Entwicklung aller psychischen Störungen, insbesondere aber Suchterkrankungen, auf. Noch immer wird Sucht jedoch überwiegend wie eine Individualstörung behandelt, von der einzelne Menschen isoliert betroffen sind. Daher erhalten die betroffenen Kinder im Regelfall keine frühen, adäquaten Hilfen oder werden hinsichtlich ihrer vordergründigen Symptome (z.B. Hyperaktivität, Depression) behandelt, ohne dass der gesamte familiäre Kontext wahrgenommen wird. Dies führt dann wegen der verkürzten Perspektive zu Unter- oder Fehlversorgung. Auch die immer noch mangelhafte Kooperation der Hilfesysteme (Gesundheit, Sucht, Kinder/Jugend/Familie) mit den entsprechenden Bezügen zu den jeweils relevanten Sozialgesetzbüchern (vor allem SGB V, SGB VI und SGB VIII) im gegliederten Sozialleistungssystem erschwert die Herstellung adäquater Versorgung, welche natürlich generationenübergreifend orientiert sein müsste. Kinder alkoholkranker Eltern entwickeln in mehr als einem Drittel aller Fälle selbst eine Suchterkrankung (Klein et al., 2013), in fast einem weiteren Drittel aller Fälle finden sich andere psychische Störungen, vor allem in den Bereichen Angst, Depression und Persönlichkeit. Bei Kindern drogenabhängiger Eltern ist es mehr als die Hälfte, die später eine Suchtstörung entwickelt (Klein, 2018b). Suchterkrankungen in Familien stellen also eine Erkrankung mit erheblichen transgenerationalen Risiken dar. Sucht ist im wahrsten Sinne des Wortes eine Familienkrankheit, weil die bio-psycho-sozialen Risiken die Generationengrenzen leicht überspringen. Dies ist an den Entwicklungs- und Umweltbedingungen der Kinder suchtkranker Eltern abzulesen, bezieht sich aber mit noch klarerer Konsequenz auf die Ungeborenen substanzkonsumierender schwangerer Frauen. Es herrscht in der Gesellschaft wie auch in Fachkreisen die Tendenz, das gesamte Problem „Sucht und Familie“ verkürzt und inadäquat wahrzunehmen. Für die Suchthilfe gilt es, in Zukunft mehr und frühzeitig auf betroffene Kinder einzugehen, Frühinterventionen – beginnend in der Schwangerschaft konsumie-

render Frauen – anzubieten und die starre Trennung zwischen Therapie (für suchtkranke Eltern) und Prävention (für betroffene Kinder) aufzulösen. Es geht darum, die versorgungspolitisch und populationsbezogen nachteilige scharfe Trennung von Therapie und Prävention zu überwinden, und dies fallbezogen genauso wie generationenübergreifend.

Profession statt Konfession sein – Suchtwissenschaft fördern

Noch immer werden in der Suchthilfe Glaubenssätze hochgehalten und als letzter Stand der Wissenschaft oder Notwendigkeit des Handelns formuliert. Beispielsbereiche waren lange Zeit der Umgang mit Rückfälligkeit, vor allem in der stationären Behandlung, wo es als Notwendigkeit dargestellt wurde, rückfällige Patienten aus „disziplinarischen Gründen“ zu entlassen. Um wessen Disziplin soll es dabei gehen? Was hat derartige Disziplin mit Therapie, der Hilfe am Menschen und der Menschenwürde zu tun? Moderne Suchttherapie, ambulant wie stationär, sollte sich an gesichertem Wissen orientieren (Evidenzorientierung) oder – wo immer notwendig – in enger Kooperation zwischen Forschung und Praxis solches erzeugen (Evidenzgenerierung). Die entsprechenden Vorgaben in Form evidenzbasierter Leitlinien liegen inzwischen in großer Zahl vor, insbesondere für die Bereiche der Behandlung alkohol- und tabakbezogener Störungen und solcher durch Methamphetamin⁵. Ansonsten gilt es, das Verhältnis zwischen Wissenschaft und Praxis in der Suchthilfe nachhaltig und produktiv zu klären. Da es in Deutschland nach wie vor keine *nationale Suchtforschungsagentur* gibt, sind die Entwicklungen in diesem Bereich eher zufälliger oder lokaler Natur. Die Impulse für die Suchtforschung, insbesondere die Suchthilfeforschung, die im vorgestellten Themenbereich besonders gefragt ist, kommen in Deutschland weder von den Universitäten, wo eine solche – außer im Bereich der Neurobiologie – kaum stattfindet, noch von der DHS. In Zukunft wäre eine enge Verzahnung zwischen Suchthilfepaxis und Suchthilfeforschung zu wünschen, die durch eine nationale Forschungsagentur zu begleiten wäre. Diese wiederum könnte auch die Schnittstelle zur grundlagenorientierten Suchtforschung bilden.

Alle Bereiche der modernen Suchthilfe, die im Übrigen auch eng miteinander zusammenarbeiten sollten, müssen ein Interesse an ihrer Wirksamkeit und damit auch an der Wirksam-

⁴ Deutsche Erwachsenengesundheitsstudie (DEGS) in Federführung des Robert-Koch-Instituts (www.rki.de) (zuletzt abgerufen am 24.08.2018).

⁵ Die entsprechenden S3-Leitlinien sind unter www.awmf.de herunterzuladen (zuletzt abgerufen am 21.07.2018).

keitsüberprüfung auf der Basis definierter Kriterien und Ziele aufweisen. Andernfalls bleibt der Bereich in Glaubenssätzen und Ideologien verhaftet oder, wie es der wichtige Psychotherapieforscher Klaus Grawe ausdrückte, es herrscht Konfession, wo Profession sein sollte (Grawe et al., 2001).

Herausforderungen an die deutsche Suchthilfe 2030 – Synopse der Ausgangsbedingungen mit Ausblick auf die Zukunft

Die Suchthilfe in unserem Land wird sich in den nächsten Jahren umfassend erneuern und modernisieren müssen, will sie den Anforderungen der Zukunft gewachsen sein. Dieser Satz könnte auch im Jahre 1970 oder 1990 geschrieben worden sein, denn wandelnde gesellschaftliche Realitäten und Herausforderungen haben schon immer Innovationen und Anpassungen gefordert. Das jeweils Zeitspezifische sind die Konkretheiten der Anforderungen, die im Folgenden zusammengefasst werden. Durch den hoch beschleunigten gesellschaftlichen und technischen Wandel der Gegenwart sind die Anforderungen an Flexibilität, Kreativität und Innovation jedoch enorm angestiegen. Modernisierungsverweigerung, die bislang noch oft als nonkonformistische, gesellschaftskritische Attitüde bewundert wurde, wird in der Suchthilfe mehr und mehr zum Existenzrisiko. Die wichtigsten Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in synoptischer Sicht – mit einem gehörigen Schuss Subjektivität, da es entsprechender Forschungen in der Suchthilfe ermangelt, sind:

1. Suchthilfe muss wissenschaftlicher, evidenzorientiert und neugieriger auf sich selbst, die eigenen Wirkungen und Effekte werden.
2. Suchthilfe muss ihre *Reichweite* zur betroffenen Klientel erweitern und verbessern. Nicht nur abhängigkeitskranke Menschen sind Zielgruppe, sondern auch Gefährdete, Substanzmissbraucher, riskant Konsumierende und Personen, die vor einem Konsumeinstieg stehen. Deshalb muss Suchtprävention überall zu einem integralen Bestandteil der Suchthilfe werden. An vielen Orten ist sie das noch nicht. Suchthilfe sollte sich außerdem nicht darauf verlassen, dass ihr dauerhaft durch das Strafverfolgungssystem Klienten zugeführt werden (z.B. über die §-35-BtMG-Regelung), sondern ihre Angebote für Betroffene attraktiv und motivierend gestalten. Auch durch das vielerorts noch sehr strikte und rigide aufrechterhaltene *Abstinenzdogma* werden viele potentiell veränderungsbereite Personen nicht erreicht und abgeschreckt.
3. Suchthilfe muss sich *neuen Entwicklungen aus der internationalen Suchtforschung grundsätzlich früher öffnen*, diese als hilfreiche Innovationen verstehen und integrieren. Die Tatsache, dass im Jahr 2020 immer noch an Abstinenz als allein möglichem Therapieziel festgehalten wird, ist unter wissenschaftlichen und ethischen Aspekten unerträglich.
4. Suchthilfe muss sich von *fragwürdigen moralisierenden und stigmatisierenden Haltungen gegenüber Substanzkonsumierenden freimachen* und zu einem Ort des offenen Austauschs und der Beratung werden. In diesem Zuge muss sich Suchtberatung zur umfassenden *Konsum- und Gesundheitsberatung* weiterentwickeln.
5. Suchthilfe muss sich von allen – latenten wie manifesten – Stigmatisierungen und problematischen Gegenübertragungen ihrer Klientel gegenüber befreien und diese zu umfassender *Selbststeuerungsfähigkeit, Selbstverantwortung, Selbsthilfefähigkeit, Teilhabe* und *Konsummündigkeit* führen.
6. Suchthilfe muss sich frühzeitiger und intensiver in drogen- und suchtpolitische Debatten auf allen gesellschaftlichen Ebenen einmischen, ohne sich parteipolitisch zu binden, und die Meinungsführerschaft einnehmen, um so die Debatten zu kanalisieren. Legitimiert wird sie durch ihre Expertise und Praxiskompetenz. Dabei muss deutlich werden, welche hohe Bedeutung Sucht- und Drogenpolitik für Gesundheits- und Sozialpolitik hat. Die Suchthilfe ist der *Kernkompetenzbereich für Suchtfragen*. Dafür muss sie sich moralisierender, stigmatisierender und evidenzferner Haltungen und Äußerungen entledigen. Vor ihrem geschichtlichen Hintergrund und der gegenwärtig noch vorherrschenden Dominanz Ideologie-lastiger „Influencer“, z.B. auf Seiten der Kostenträger, die immer noch am Abstinenzparadigma festhalten, oder der Leistungserbringer, insoweit sie sich zu wenig um Evidenzen kümmern, ist dies eine schwierige Entwicklungsaufgabe.
7. Suchthilfe muss ihre *Passgenauigkeit* gegenüber Klientinnen und Klienten kontinuierlich verbessern. Das bedeutet, an den Bedürfnissen und Zielen der Menschen anzusetzen und mit ihnen gemeinsam Zielkontrakte und Veränderungsprozesse herbeizuführen, die ihnen maximalen Nutzen, Gesundheitsverbesserung und Risikoreduktion bringen.

8. Suchthilfe sollte zur *Entstigmatisierung* Suchtkranker und Suchtgefährdeter beitragen und diese langfristig fördern. Das bedeutet jedoch nicht, die relevanten Probleme auszublenden, zu verklären oder umzudeuten, wie dies teilweise praktiziert wird (Beispiel: Frühere Kampagne des Deutschen Caritas-Verbandes „Aus ganz normalen Familien kommen ganz normale Suchtkranke“). Es muss klar sein, dass „Political Correctness“ keine Handlungsoption für evidenzbasierte Versorgung und Hilfen sein kann. Zu den Stigmatisierungsprozessen Suchtkranker trägt auch die Illegalisierung und Kriminalisierung des süchtigen Verhaltens Drogenabhängiger bei. Das Positionspapier „Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden“⁶, das

⁶ https://www.wissensuchtwegen.de/download/Koop-tag_2017/2017_04_Memorandum_Stigma_Suchterkrankungen_verstehen_und_ueberwinden.pdf (zuletzt abgerufen am 02.07.2018).

von einer Arbeitsgruppe um Prof. Schomeus und Prof. Rumpf erarbeitet wurde, kann hierfür eine sehr hilfreiche Arbeitshilfe sein.

9. Suchthilfe muss die Qualität der Arbeit fördern und sichern. Besonders entscheidend ist die dabei die Ergebnisqualität. Struktur- und Prozessqualität sollen natürlich ebenfalls berücksichtigt werden. Die grundsätzliche Orientierung in der Suchthilfe muss sich stärker in Richtung auf die Erreichung vorab definierter Ziele richten. Dies gilt auch für den niedrigschwelligen Hilfebereich, die psychosoziale und psychotherapeutische Betreuung Substituierter und die Suchtprävention.
10. Weitere Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe sind auszumachen. Der berufliche Nachwuchs sollte umfassend qualifiziert werden, was suchtwissenschaftliche Grundlagen, Beratungs- und Motivierungskompetenzen, Therapieplanung, Indikati-



160 Seiten
ISBN 978-3-95853-235-9
Preis: 15,- €

Kay Uwe Petersen, Sara Hanke, Linny Bieber,
 Axel Mühleck, Anil Batra

Angebote bei internetbasiertem Suchtverhalten (AbiS)

Ein junger Mann, der Umstehenden erklärt, wie man „Ulti auf den Leveln 6, 11 und 16 skillen“ kann; eine große Gruppe von Jugendlichen und Erwachsenen mit Smartphones, die unbeeindruckt vor einem eindrucksvollen historischen Gebäude sitzen, auf einen Blütenregen auf dem kleinen Bildschirm schauen und warten; eine junge Frau, die anscheinend vollkommen selbstverliebt von sich ein Foto nach dem anderen mit dem Smartphone produziert, um es anschließend online zu stellen: Die einen scheinen sich kaum mehr darüber bewusst und/oder daran nicht interessiert zu sein, wie befremdlich sie auf Unbeteiligte wirken mögen, andere sehen Alarmzeichen einer Internetsucht-epidemie. Von außen ist nicht zu entscheiden, ob jemand lediglich eine virtuelle Zusatzwelt zum Vergnügen nutzt, oder ob jemand permanent in eine Gegenrealität flüchtet, weil das eigene Leben zu anstrengend und deprimierend oder zu langweilig geworden ist. Die vorliegende Studie untersucht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit internetbasiertes Suchtverhalten in Deutschland und die bestehenden Hilfsangebote.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550
 pabst@pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com | www.pabst-publishers.de

onsstellung und Veränderungsmanagement angeht. Der Tätigkeitsbereich sollte für den beruflichen Nachwuchs attraktiver und offener werden, damit ein Fachkräftemangel nicht zu einem Servicemangel in der Suchthilfe wird.

Mangels umfassender und systematischer Evaluationen ist es bis heute unmöglich, die Leistungen der Suchthilfe zu bewerten und daraus Bedarfe nach Optimierung und Weiterentwicklung abzuleiten. Die Zukunft sollte da anfangen, wo die Gegenwartsprobleme deutlich werden. Das Suchthilfesystem, das in vielen Bereichen vermutlich wirksame und wichtige Arbeit leistet, sollte sich einer umfassenden unabhängigen Evaluation und Evidenzbasierung unterziehen, um zukunftsfest, innovationsfähig und krisensicher zu werden. Die Suchthilfepolitik sollte dabei als Teil der Suchtpolitik und diese wiederum als Teil der Gesundheits- und Sozialpolitik eine führende Rolle spielen. Die Schweiz hat mit ihrer „Nationalen Strategie Sucht 2017-2024“ (Bundesamt für Gesundheit, 2015) klar gemacht, wie eine solche Suchtpolitik der Zukunft aussehen kann. Deutschland sollte diesbezüglich nicht hintenan stehen. Insgesamt werden dort acht relevante Handlungsfelder genannt. Neben den als klassisch – weil schon länger definierten – vier Säulen „Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung“, „Therapie und Beratung“, „Schadensminderung und Risikominimierung“ sowie „Regulierung und Vollzug“ werden zusätzlich die Säulen „Koordination und Kooperation“, „Wissen“, „Sensibilisierung und Information“ sowie „Internationale Politik“ benannt. Hier beginnt die Umsetzung der oben skizzierten Entwicklungsaufgaben der deutschen Suchthilfepolitik für die nächsten Jahre.

Literatur

- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017-2024*. Bern: Bundesrat der Schweizerischen Eidgenossenschaft.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Haasen, C. & Verthein, U. (2008). *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger, Bd. 1-3*. Berlin: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Hauschildt, E. (1995). *„Auf den richtigen Weg zwingen...“ Trinkerfürsorge 1922-1945*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Klein, M. (2018a). Kinder im Kontext elterlicher Alkoholsucht. *Suchtmedizin*, 20, 52-62.
- Klein, M. (2018b). Kinder aus suchtblasteten Familien. Im Dunkelfeld von Versorgung, Bildung und Qualifizierung? *Sozial Extra*, 42 (1), 31-35.
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S. & Thomasius, R. (2013). *Kinder aus suchtblasteten Familien stärken. Das „Trampolin“-Programm*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, M. (2003). *Drogenhilfe in Deutschland: Entstehung und Entwicklung 1970-2000*. Frankfurt am Main: Campus.
- Spode, H. (2012). Die Anfänge der Suchthilfe im 19. Jahrhundert: Vom Kreuzzug zur Behandlungskette. *Suchttherapie*, 13, 155-161.



Prof. Dr. rer. nat. Michael Klein

Psychologischer Psychotherapeut
 Professur für Klinische Psychologie und
 Suchtforschung an der Katholischen Hoch-
 schule NRW, Köln. Leiter des Master-Studi-
 engangs Suchthilfe/Suchttherapie (Köln,
 München, Berlin)
suchtforschung@katho-nrw.de
www.addiction.de

Ein Rückblick auf 30 Jahre Erfahrungen in der Gestaltung bundesdeutscher Sucht- und Drogenpolitik

Ingo Ilja Michels

Ein schriftliches Interview mit dem ehemaligen Geschäftsführer verschiedener bundesdeutscher Drogenbeauftragter. Interviewer ist Artur Schroers.

Schroers: Ingo Ilja, Du warst zunächst Mitte der 1980er Jahre bei der Deutschen AIDS-Hilfe tätig und bist in der Mitte der 1990er Jahre Drogenbeauftragter der Hansestadt Bremen und noch bis vor kurzer Zeit viele Jahre in der Geschäftsführung unterschiedlicher Drogenbeauftragten der Bundesregierung tätig gewesen. So konntest Du unter Drogenbeauftragten unterschiedlicher Parteien Erfahrung sammeln. Was sind die entscheidenden Aufgaben der Sucht- und Drogenpolitik?

In unserer modernen Konsumgesellschaft besteht ein großer Markt für Genuss- und Rauschmittel mit psychoaktiven Eigenschaften, die zu gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen bis hin zur Abhängigkeit führen können. Eine Reihe von Substanzen unterliegen wegen besonderer gesundheitlicher Risiken mehr oder weniger strengen Werbe-, Handels- und Erwerbsbeschränkungen bzw. -verboten. Dies betrifft beispielsweise Beschränkungen des Alkohol- und Tabakkonsums von Minderjährigen (Jugendschutzgesetz), Beschränkungen des Arzneimittelverkaufs (Arzneimittelgesetz) sowie die besonders strikten Beschränkungen des Handels, Erwerbs und Besitzes von Betäubungsmitteln bis hin zu deren teilweise völligem Verkehrsverbot (Betäubungsmittelgesetz). Trotz der zum Schutz der Bevölkerung vom Staat erlassenen Restriktionen ist nicht zu übersehen, dass viele dieser Substanzen dennoch konsumiert werden und teilweise beträchtliche gesundheitliche und soziale Schäden bis hin zu Todesfällen verursachen (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2003).

Es ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel, riskanten Konsum, schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln zu verhindern oder zumindest zu reduzieren. Darüber hinaus kommt es darauf an, Suchtentwicklungen frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig Hilfen anzubieten, damit eine Sucht verhindert

bzw. Wege aus der Sucht gefunden werden können. Sucht beeinträchtigt einerseits die Lebensqualität des Einzelnen und seiner Angehörigen gravierend, andererseits verursacht sie erhebliche Kosten. Sucht ist eine behandlungsbedürftige Krankheit. Ziel ist es, Suchtkranken die vorhandenen Behandlungsmaßnahmen so frühzeitig und umfassend wie möglich zur Verfügung zu stellen.

Der Entstehung von Abhängigkeit liegt ein multifaktorielles Geschehen zugrunde. Mögliche Einflüsse sind: Genetische Faktoren, entwicklungs-, lebens- und umweltbedingte Einflüsse sowie das Suchtpotential der jeweiligen Substanz. Ebenso spielen gesellschaftliche und soziale Aspekte (z.B. Chancen zur Teilhabe an Bildung, Arbeit und Gesellschaft, Konsummuster einer Gesellschaft, Grifffnähe der Suchtmittel) eine wichtige Rolle.

Suchtkranke haben in Deutschland einen Rechtsanspruch auf Hilfe. Verpflichtet zur Finanzierung der Hilfen sind die Sozialleistungsträger. Sie haben zusammen mit den Leistungserbringern und Selbsthilfegruppen in den zurückliegenden Jahrzehnten ein sehr differenziertes Sucht- und Drogenhilfeangebot aufgebaut, das hilfebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern ein breites Spektrum unterschiedlicher Angebote zur Verfügung stellt.

Suchtprobleme sind nicht mit einfachen „Rezepten“ lösbar, denn krankmachende gesellschaftliche Faktoren im Lebens- und Wohnumfeld und im Arbeitsbereich, wozu auch die Zerstörung der Umwelt und der Zerfall familiärer Bindungen sowie der Verlust an Lebenssinn zählen, können ebenso problemverschärfend wirken wie der Mangel an individueller Fähigkeit zur Bewältigung von Lebenskrisen.

So ist immer von einem Ursachenbündel auszugehen, wenn Verhaltensmuster, die Konflikte und Unzufriedenheit verdecken, von Strategien zur Lebensbewältigung in suchtbildendes Verhalten umschlagen. Die gesell-

schaftlichen Ursachen für die Entstehung und die Verfestigung von Suchtverhalten sind vielfältig. Suchtpolitik, die dies beeinflussen will, muss sich dessen bewusst sein.

Relevante Forschungsergebnisse (Perkonig, Lieb & Wittchen, 1998), Erfahrungen in der Praxis der Drogen- und Suchtkrankenhilfe vor Ort und schließlich Beobachtungen im Alltag sind wichtig, um für die Prävention Konzepte entwickeln zu können, in denen die Lebensweise und Einstellungen, die Wertesysteme und die Perspektiven, aber ebenso die Ängste von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden. Wenn man sich die Ergebnisse der entwicklungspsychologischen Forschung vor Augen führt (Silbereisen, 1995; Franzkowiak, 1998), so stellt sich die Phase des Erwachsenwerdens und die damit für Jugendliche verbundenen Anforderungen für einen Teil dieser Jugendlichen als Überforderung dar. Gleichzeitig ist Risikoverhalten – zu dem auch Drogenkonsum zählt – ein entwicklungstypisches Verhalten bis dahingehend, dass der Umgang mit dieser Anforderung eine Entwicklungsaufgabe darstellt. Deshalb sind Programme zur Erlernung der „Kompetenz“ im Umgang mit psychoaktiven Substanzen so wichtig und nicht bloße Warnungen vor dem Konsum.

Schroers: Welche Bedeutung hat das Ressort der Bundesdrogenbeauftragten in der Deutschen Sucht- und Drogenpolitik?

Es geht um die Koordinierung der Drogen- und Suchtpolitik auf Bundesebene, in enger Verzahnung mit den Ländern und Kommunen, den Verbänden der Suchtkrankenhilfe, der Wissenschaft und den Selbsthilfegruppen. Es ist vor allem Überzeugungsarbeit nötig, und dazu braucht die Drogen- und Suchtpolitik die Unterstützung durch Ergebnisse der Forschung. Drogen- und Suchtpolitik, darin sind sich alle Beteiligten zumindest theoretisch einig, soll „evidenzbasiert“ sein, d.h. es sollte zumindest eine wissenschaftliche Basis für politisches Handeln vorhanden sein und nicht weithin ideologisches Beharren auf vermeintlichen „Wahrheiten“.

Schroers: Was waren die bedeutsamsten drogenpolitischen Änderungen in der Zeit?

Bei Antritt der rot-grünen Regierung 1998 war ein erheblicher Reformeifer in der Gesundheits- und Drogenpolitik spürbar. Der sog. „Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan“ des Drogenbeauftragten der Vorgängerregierung war noch in Kraft. Erst 1987 war das Verbot der Methadonvergabe in Deutschland aufgehoben

worden (Stöver & Michels, 2007; Michels, Stöver & Gerlach, 2007; Michels & Stöver, 2012). Auf den Weg gebracht hatte dies das entsprechende Modellprogramm in Nordrhein-Westfalen. Trotzdem waren Spritzenaustauschprogramme noch sehr umstritten. Die Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) und die Selbsthilfebewegung von „Junkies, Ex-Usern und Substituierten“ (JES), die mittlerweile ein stabiles bundesweites Netzwerk unterhält, unterstützten diese neuen Programme. Vorurteile wie „Eine Sucht ersetzt die andere“ oder „Selbsthilfe kann nur Cleansein fördern und darf nicht politisch sein“ waren verbreitet. Es war viel Überzeugungsarbeit notwendig, damit das damalige Bundesministerium für Gesundheit (BMG) neue Ansätze als notwendig und sinnvoll erachtete und die rechtlichen Grundlagen dafür schuf. Es galt aber auch, die Suchthilfeeinrichtungen und -verbände zu überzeugen. Die sich enorm verschärfende AIDS-Krise unter injizierenden Opiatkonsumenten war damals ausschlaggebend, um Harm-Reduction-Maßnahmen in Deutschland einzuführen. Erste Drogenkonsumräume wurden, zuerst inoffiziell, etabliert, z.B. kurzzeitig in Bremen und 1994 dann in Frankfurt am Main, später in Hamburg. Es entstand ein Städtetzwerk und es erfolgte ein Aufruf von Polizeipräsidenten, die sich für eine ‚heroin-gestützte‘ Behandlung einsetzten. In der deutschen Ärzteschaft waren jedoch medikamenten-gestützte Behandlungsformen einer Drogenabhängigkeit noch heftig umstritten und nur eine kleine Gruppe unerschrockener Pioniere bot erste Substitutionsprogramme (etwa mit Codein) an gegen heftige Kritik aus den eigenen Reihen und mit strafrechtlicher Verfolgung durch Staatsanwaltschaften und Gerichte. Drogenkonsumräume wurden juristisch erst mit einer Änderung des Betäubungsmittelrechts in 2000 „rechtmäßig“.

Wichtige Reformvorhaben wurden gegen manchen Widerstand der Ministerialbürokratie auf den Weg gebracht:

- das Gesetz zur Absicherung von Drogenkonsumräumen, das Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung; der Aktionsplan Drogen- und Sucht (2003) in Abstimmung mit Ländern und Verbänden; Erleichterungen der Substitutionsbehandlung u.a. deren Finanzierung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und der Wegfall von hindernden Indikationen (wie HIV/AIDS oder Schwangerschaft).
- das SGB IX (betrifft: Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen), als Grundlage des erst letztes Jahr verabschiedeten Teilhabegesetzes (im damals mit dem Bundesministerium für Arbeit (BMAS)

zusammengelegten Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Zudem: Das BMG hatte 1995 das „Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit“ aufgelegt, in dessen Mittelpunkt die Verbesserung der Hilfen für von legalen und/oder illegalen Suchtmitteln chronisch Abhängige stand. Das Modellprogramm zielte vor allem darauf ab, die Effektivität der Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung chronisch Abhängiger Beteiligten zu erhöhen. Hierzu wurden Stellen für Koordination geschaffen, die auf institutioneller Ebene – bezogen auf eine definierte Modellregion – von 1995 bis Ende 1999 Hilfeangebote erfassen, eine kontinuierliche, verbindliche lokale und regionale Vernetzung von Versorgungssektoren, der Träger und Einrichtungen aufbauen bzw. weiterentwickeln sollten.

Außerdem wurde im Zeitraum von 1995 bis Ende 2000 Case Management/nachgehende Sozialarbeit für die Zielgruppe der sogenannten chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen (CMA) erprobt (Oliva, Görge, Schlanstedt et al., 2001a). Die Arbeit der Case Manager war neben der besseren Erreichbarkeit dieses Personenkreises insbesondere auf die Optimierung der Hilfebringung durch Vermittlung sowie einzelfallbezogene Hilfeplanung und -koordination ausgerichtet.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms (Oliva, Görge, Schlanstedt et al., 2001b) zeigten, dass

- Suchtkoordination einen erheblichen Beitrag dazu geleistet hat, dass in den Modellregionen die sektorenübergreifende Vernetzung weiterentwickelt und eine systematische Planung der Hilfen für Suchtkranke eingeleitet wurden;
- Case Management ein effektiver Hilfeansatz insbesondere für „chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängige“ – darstellt;
- die Versorgung von „chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen“ verbessert werden konnte.

Allerdings gelang es letztlich nicht – und das ist die Krux bei fast allen Modellprojekten –, die modellgeförderten Ansätze als Regelangebot zu etablieren.

Schroers: Kann man in der beschriebenen Zeit von drogenpolitischen Phasen sprechen und wenn ja, wodurch waren diese gekennzeichnet?

Es ging zunächst darum, neue drogenpolitische Ansätze gegen die auf bloße Abstinenz orientierte Politik zu etablieren. Das hing auch mit der „AIDS-Krise“ Mitte der 1980er Jahre zusammen, mit rasant steigenden HIV-Infektionsraten und Drogentodesfällen.

Später ging es darum, die zunächst nur auf illegale Substanzen gezielte Politik zu erweitern auf die weitaus gravierenden Probleme mit Tabak- und Alkoholkonsum.

Und dann ging es darum, medikamentengestützte Behandlungsoptionen einer Opioidabhängigkeit fest zu etablieren.

Derzeit erfolgt ein Überdenken der prohibitiven Politikansätze im Umgang mit illegalen Substanzen und die Öffnung für akzeptanzorientierte Ansätze im Umgang mit „Cannabisfreizeitkonsum“, zumindest bei der FDP, der LINKEN und Bündnis90/Grüne und in der Medienöffentlichkeit sowie bei den Gesundheitspolitikern der SPD in der „Großen Koalition“.

Schroers: Was, würdest Du sagen, sind die markantesten Unterschiede in der Politik der jeweiligen Bundesdrogenbeauftragten?

Schwer zu sagen: Sicherlich gab es zunächst die Phase der Etablierung neuer, an Harm-Reduction orientierter Ansätze des Hilfesystems zu entwickeln und auch drogenpolitisch zu verankern. Das gelang mit dem „Aktionsplan Drogen und Sucht 2003“, der danach die Basis aller drogenpolitischen, weitgehend konsensualen Ansätze war.

Nicht geöffnet werden konnte eine vorurteilsfreier Diskurs zum „Freizeit“-Cannabis-konsum.

Schroers: Gab es Deiner Ansicht nach unterschiedliche Haltungen und Schwerpunkte der jeweils amtierenden Drogenbeauftragten der Arbeit der Geschäftsstelle der Bundesdrogenbeauftragten?

Als erste Drogenbeauftragte der rot-grünen Regierung – damals wurde diese Position vom Innen- zum Gesundheitsministerium transferiert, weil die neue Regierung Drogen- und Suchtprobleme als gesundheitliche und soziale ansah und nicht als „Sicherheitsprobleme“ – hat *Christa Nickels* insbesondere die Absicherung der Drogenkonsumräume und die Modellprojekte der „heroingestützten Behandlung“ forciert und bat mich, sie dabei in ihrer Geschäftsstelle zu unterstützen. Ich bin dann der Leiter der Geschäftsstelle unter allen folgenden Beauftragten geblieben. Die Drogenbeauftragte *Marion Caspers-Merk* (SPD) hat versucht, sich zu fokussieren auf den Abbau tabakbedingter Risiken und sich auch stark gemacht für die Umsetzung der „WHO-Tabakrahenkonvention“, ist mit dem Thema „Tabakwerbeverbot“ aber letztlich am Wirtschaftsressort und Kanzleramt (beide sozialdemokratisch besetzt) gescheitert. Dagegen blieben Maßnahmen der Alkoholpolitik weit-

gehend auf Modellprojekte der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beschränkt, um Jugendliche vom Binge-Drinking („Komasaufen“) abzuhalten, während wirksame Verkaufs- oder Werbebeschränkungen am Einfluss der Alkohollobby scheiterten. Die Drogenbeauftragte *Sabine Bätzing* (SPD) hat zaghaft versucht, sich mit der Alkohollobbyindustrie anzulegen, ein „Aktionsplan Alkohol“ war geplant, mit Maßnahmen wie einer weiteren Steuer für Alkoholika, konnte nicht umgesetzt werden, ebenfalls auf Granit beißend! Die Einführung des Alkoposgesetz gelang schon 2004, unter der Drogenbeauftragten *Casperr-Merk*¹

Als die schwarz-gelbe Koalition an die Regierung kam, war ich bereits als Projektleiter des „EU Central Asia Drug Action Programme“ (CADAP)² in Bishkek tätig, wo ich die Drogenbeauftragte *Mechtild Dyckmans* zu einem Studienbesuch empfangen konnte. Unter ihrer Leitung wurde 2012 die „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ entwickelt, die den Aktionsplan von 2003 ablöste, aber von den gleichen Grundprinzipien geleitet wurde³.

In den letzten Jahren sind neue Suchtpolitikfelder wichtiger geworden, etwa das „pathologische Glücksspiel“ und die „Online-Sucht“.

Mit dem Aufkommen „Neuer Psychoaktiver Substanzen“ (NPS), also vornehmlich synthetischer Cannabinoide und Opioide, stellten sich neue Herausforderungen für das Suchthilfesystem und die Suchtpolitik, ebenso wie mit dem zunehmendem Konsum von „Amphetamine-Type Substances“, wie auch regional oder szenespezifisch zunehmendem Konsum von Methamphetamin („Chrystal Meth“).

Auch das Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ war insbesondere der letzten und noch aktuellen Drogenbeauftragten *Marlene Mortler* (CSU) ein zentrales Anliegen, auch die Unterstützung von Cannabis als Medizin bei gleichzeitiger Abwehr gegen Cannabisregulierungsmodelle für Freizeitkonsum.

Schroers: Welche Visionen und Ziele sind Deiner Meinung nach in der Sucht- und Drogenpolitik erreicht und welche nicht erreicht worden?

¹ Das Alkopopsteuergesetz war Teil einer Gesetzesinitiative des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung des Schutzes junger Menschen vor den Gefahren des Alkoholkonsums. Das Gesetz ist zum 1. Juli 2004 in Kraft getreten. Im Zuge der Gesetzes Einführung wurde das Jugendschutzgesetz dahingehend erweitert, dass Alkopops mit einem Hinweis versehen werden müssen, dass die Abgabe an Jugendliche verboten ist. Es ist zu einem Rückgang des Konsums von Alkopops gekommen, aber es ist schwierig zu sagen, ob das Gesetz langfristige Effekte gezeigt hat. Es gibt noch immer Versuche der Industrie, Biere mit Limonaden gemischt an die Konsumenten zu bringen.

² <http://cadap-eu.org/> (zuletzt aufgerufen am 19.07.2018).

³ Nationale Strategie zur Drogen und Suchtpolitik. Berlin, 2012.

Die Behandlung Suchtkranker ist ein Kerngebiet psychiatrischer Versorgung. Dennoch wurden Suchtkranke in der ersten Phase der Psychiatriereform im Jahr 1975⁴ kaum berücksichtigt. Erst mit dem Bericht der Expertenkommission von 1988 wurden diesbezügliche Mängel offen angesprochen und dringende Reformen konzeptionell thematisiert und eingefordert, damit auch Suchtkranke qualifiziert behandelt und vor Ausgrenzung selbst in der Psychiatrie (!) bewahrt werden können.

Schon in meiner Ausbildung, u.a. in einer großen Maßregelvollzugseinrichtung in Nordrhein-Westfalen, konnte ich erleben, wie Ausgrenzungsprozesse auch unter den Patienten funktionieren und wie schwierig es ist, damit umzugehen. So wurden z.B. die psychisch Kranken, die nach § 63 Strafgesetzbuch (StGB; Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus)⁵ untergebracht waren, von den Patienten mit einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit (§ 64 StGB; Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, sog. „Maßregelvollzug“)⁶ als „verrückt“ und „pervers“ abgestempelt. Nur ein Teil der Patienten zeigte sich offen für die psychotherapeutischen Angebote. Damals (1985/86) herrschte noch ein starker und ausschließlicher Abstinenzdruck und die „Alternative“ hierzu war der Strafvollzug. Zudem gab es damals die ersten Auswirkungen der „AIDS-Krise“. Bis zu 30 Prozent der Patienten waren HIV-infiziert, und das bedeutete zum damaligen Zeitpunkt quasi ein „Todesurteil“ mit einer halbjährlichen Überlebenschance. Insofern blieben die Diskurse zur Psychiatriereform schon im Ansatz stecken und erst Jahre später hat die Psychiatrie sich geöffnet für die moderne qualifizierte Entzugsbehandlung, war sogar deren Vorreiter. Dort gab es dann wiederum Abgrenzungen der „normalen Psychiatrie“ gegen die „Suchtmedizin“. Ähnliches erlebte ich 1994 bei meiner Tätigkeit

⁴ Als Ausgangspunkt für die Psychiatriereform in Deutschland wird heute die 1975 veröffentlichte Psychiatrie-Enquete („Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“) gesehen (Bühning, 2001).

⁵ § 63 StGB: Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

⁶ § 64 StGB: Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird.

als Drogenbeauftragter der Freien Hansestadt Bremen. Das „Sucht“- und das „Psychiatriereferat“ waren voneinander getrennt und es herrschte ein kleinlicher „Krieg“ um „Kompetenz-Vorherrschaft“. Es gibt nach wie vor noch einigen Verbesserungsbedarf in der Kooperation. Ein wichtiger Schritt war die gemeinsame Konferenz von Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) und Deutscher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), die vom BMG im Mai 2016 finanziell und fachlich unterstützt wurde. Die Weiterentwicklung der Hilfsangebote hat die Überlebenschancen Suchtkranker, v.a. Drogenabhängiger deutlich verbessert und ist zugleich eine Herausforderung für das Hilfesystem.

Das Diamorphinmodellprojekt (Haasen & Verthein, 2008; Schäffler & Foot, 2014) und die PREMOS-Studie (Wittchen, Bühringer & Rehm, 2011) haben das eindrucksvoll bestätigt. Die aktuelle Reform der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) schafft für Reformprozesse die Voraussetzung. Mit dem reformierten Substitutionsrecht wird nicht nur die Versorgung von Substitutionspatienten erleichtert und verbessert. Daneben erhalten die behandelnden Ärzte auch mehr Rechtssicherheit. Wesentliche Rahmenbedingungen der ärztlichen Substitutionstherapie sind in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer überführt worden. Zugleich sollen mehr Ärzte für die Substitutionstherapie gewonnen werden⁷. Die grundlegend notwendigen Änderungen hatte die Drogenbeauftragte *Marlene Mortler* bereits auf dem „Parlamentarischen Abend“⁸ im September 2015 angekündigt: In die Entwürfe sind Anregungen und Vorschläge aus Fachkreisen eingeflossen, die BtmVV mit der Zielrichtung zu reformieren, die Versorgung für Opiatabhängige zu verbessern. Insbesondere werden medizinische Aspekte und Vorschriften soweit wie möglich nicht mehr im Gesetz geregelt, sondern in den „Richtlinien zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ der Bundesärztekammer⁹. Es kommt nun darauf an, wie die Richtlinien der Bundesärztekammer umge-

setzt werden und inwieweit der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkasse (GB-A) dies auch in den finanziellen Regelungen der Krankenkasse berücksichtigt oder möglicherweise behindert. Nicht gelungen sind in der bundesdeutschen Sucht- und Drogenpolitik hingegen deutliche Einschränkungen der Tabak- und Alkoholwerbung, wohl aber zahlreiche Initiativen und Modellprojekte zur Prävention und Behandlung (u.a. sog. Alkopop-Gesetz).

Schroers: Was waren die persönlichen „Ups“ and „Downs“ in der Drogenpolitik?

Das sog. „Cannabis-als-Medizin-Gesetz“¹⁰, das im März 2017 in Kraft trat, ist zweifellos ein Meilenstein, weil nach Jahrzehnten ideologisch begründeter Ablehnungen der therapeutische Nutzen von Cannabis endlich politisch akzeptiert wurde und die Finanzierung der Behandlung durch die GKV sichergestellt wurde, auch wenn es in der Umsetzung noch immer Probleme gibt und ein großer Teil der Ärzteschaft der Anwendung von Cannabis zu medizinischen Zwecken noch immer skeptisch gegenübertritt.

Es gibt aber auch noch „Baustellen“, bei denen es letztlich keinen Durchbruch gab: Ich habe immer versucht, die Zuständigkeit für die Überwachung der medizinischen Versorgung im Strafvollzug vom Bundesministerium für Justiz zum Bundesministerium für Gesundheit zu transferieren, wie das z.B. in Spanien der Fall ist. Prävention und Behandlung von Hepatitis C unter injizierenden Drogenkonsumenten muss verbessert werden. Hier gibt es zumindest weitere Fachtagungen und die Hepatitis-Prävention ist klarer Bestandteil der Strategie zu HIV/Hepatitis B und C sowie anderen sexuell übertragbaren Infektionen von 2016.

Es gibt zudem noch immer keinen Durchbruch bei der Reduzierung von Drogentodesfällen durch Opioide durch eine konsequente Anwendung von Naloxon, auch durch „Laien“, d.h. erfahrenen Drogenkonsumenten.

Auch das „Drug Checking“ als Maßnahme zur Verhinderung der gesundheitlichen Gefährdungen durch Überdosierung und gesundheitsschädliche Beimengungen in psychoaktiven Substanzen, wird noch immer – aus rein ideologischen Gründen – verhindert.

Es war in der Tat von Anfang an mein Bemühen, Suchtmedizin und Suchtkrankenhilfe besser zusammenzuführen, zumindest besser zu koordinieren. Das ist leider nicht wirklich gelungen. Dazu ist weiterhin Überzeugungsar-

⁷ <https://www.forum-substitutionspraxis.de/recht-gesetz/gesetz-verordnungen> (zuletzt aufgerufen am 19.07.2018).

⁸ Dieser Abend speziell für Parlamentarier wird schon seit Jahren von der Fa. Aventis-Sanofi, die das Substitutionsmittel Polamidon herstellt, durchgeführt, wobei die Veranstalter sich bemühen, keine inhaltlichen Vorgaben zu machen und diese Veranstaltungen zu aktuellen Fragen des Substitutionsrechts und der Substitutionspraxis durchzuführen, in enger Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS).

⁹ Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger – vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 27./28. April 2017 verabschiedet.

¹⁰ Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 6. März 2017, veröffentlicht im BGBl. am 11. März 2017.

beit notwendig. Auf dem Papier ist bereits alles Notwendige festgehalten, zuletzt im SGB IX und im Bundesteilhabegesetz.

Die Gesellschaft verändert sich: national und international. Es gibt neue Aufgaben bezüglich veränderter Konsummuster und veränderter Zugangswege zu psychoaktiven Substanzen. Weltweit gibt es ein riesiges Angebot psychoaktiver Substanzen auf illegalen Märkten und eine nach wie vor große Nachfrage danach. Internationale Suchtstoffabkommen oder Resolutionen der United Nations (UN) dazu haben daran kaum etwas verändert.¹¹ Die bisherige Fokussierung auf Strafverfolgung der Herstellung und des Vertriebs dieser Substanzen funktioniert nicht. Deshalb ist es schon ein großer Fortschritt, dass die Sonderversammlung der Vereinten Nationen zur Welt-drogenproblematik im April 2016 in New York eine Resolution verabschiedet hat, die deutlich die öffentliche Gesundheitspolitik in den Vordergrund stellt, niedrigschwelligen Zugang zur Behandlung und die Einhaltung der Menschenrechte fordert (Michels, 2016). Es liegen internationale Standards der Behandlung einer Drogenabhängigkeit der WHO und von United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) vor, die wir in Deutschland bereits seit langem anwenden, deren Umsetzung aber nun zu einer globalen Aufgabe erklärt wurde (Michels, Keizer, Trautmann F. et al., 2017). In Europa hat etwa jeder zweite oder dritte suchtabhängige Mensch Zugang zur Behandlung, in Asien/Zentralasien nur jeder sechste und in Afrika nur jeder 18. (!). Ob nicht Maßnahmen zur Regulierung dieses Marktes erfolgreicher wären und weniger Menschenleben kosten würden, ist eine zentrale Frage und Herausforderung in den nächsten Jahren. Die Überlegungen zur Regulierung des Cannabismarktes in Uruguay und Kanada sind dabei wichtige Zwischenschritte und es bleibt zu hoffen, dass auch die (neue) Bundesregierung sich dazu durchringt, zumindest Modellversuche einer kontrollierten Abgabe von Cannabis zum „Freizeitkonsum“, zu ermöglichen, was von immer mehr bundesdeutschen Städten vehement gefordert wird (Hoch, Schneider et al., 2017; hierzu auch: akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe & JES e.V., 2018).

¹¹ Das Einheitsabkommen über die Betäubungsmittel (engl. Single Convention on Narcotic Drugs; franz. Convention unique sur les stupéfiants) von 1961 ist ein internationales Vertragswerk mit dem Ziel, die Verfügbarkeit von Substanzen wie Heroin, Kokain u.a., durch Herstellungs- und Verkehrsverbote einzuschränken; Die Konvention über psychotrope Substanzen ist ein Abkommen der Vereinten Nationen (VN) zur Kontrolle psychotroper Substanzen (wie Amphetamin, Barbiturate oder LSD); das Übereinkommen der VN gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen vom 20. Dezember 1988.

Literatur

- akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe & JES e.V. (Hrsg.) (2018). 5. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht*. Lengerich: Pabst Science Publishers. <http://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2018/06/akzeptADSB2018web.pdf> (zuletzt aufgerufen am 19.07.2018); Manthey, J., Stöver, H. & Meyer-Thompson, H. G.: *Das Wechselspiel der Cannabinoide: Plädoyer für ein Cannabis-Substanzmonitoring in Deutschland* (S. 46); Boyd, N.: *Cannabis-Legalisierung in Kanada: „Bill C-45“ – Chancen und Probleme* (S. 59); Barsch, G.: *Effekte und Nebeneffekte der Umsetzung der Regulierung von Marijuana in den USA: Stand Herbst 2016* (S. 67); Wurth, G.: *Die Zeit ist reif für kommunale Modellprojekte zur Cannabisabgabe* (S. 76); Büge, M. & Pritszens, N.: *Cannabisregulierung und Jugendschutz* (S. 82).
- Bühning, P. (2001). Psychiatrie-Reform: Auf halbem Weg stecken geblieben. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (6), A-301/B-240/C-227.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003). *Aktionsplan Drogen und Sucht*. Berlin.
- Franzkowiak, P. (1998). Risikokompetenz und „Regeln für Rausche“: Was kann Suchtprävention von der akzeptierenden Drogenarbeit lernen? *Akzeptanz*, (2), 4-17.
- Haasen, C. & Verthein, U. (2008). *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – Bd. 1-3*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bd. 156158.
- Hoch, E., Schneider, M. et al. (2017). *Cannabis: Potenzial und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse (CaPRis)*. Kurzbericht für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Bonn, Berlin.
- Michels, I. I. (2016). Der Weg zu einer menschenrechtsbezogenen Drogenpolitik. *Suchttherapie*, (17).
- Michels, I. I., Keizer, B., Trautmann, F. et al. (2017). Improvement of treatment of drug use disorders in Central Asia the contribution of the EU Central Asia Drug Action Programme (CADAP). *J Addict Med Ther*, 5 (1), 1025.
- Michels, I. I. & Stöver, H. (2012). Harm reduction – from a conceptual framework to practical experience: the example of Germany. *Substance Use & Misuse*, 47, 910-922.
- Michels, I. I., Stöver, H. & Gerlach, R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany. *Harm Reduction Journal*, 4, 5.
- Oliva, H., Görden, W., Schlanstedt, G. et al. (2001a). *Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke – Zur Arbeit regionaler Suchthilfekoordinatoren. Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit*. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellbestandteil Koordination. Bd. 135 der

- Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden.
- Oliva, H., Görge, W., Schlanstedt, G. et al. (2001b). *Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe*. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Kooperationsmodell nachgehende Sozialarbeit – Modellbestandteil Case Management. Bd. 139 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden.
- Perkonig, A., Lieb, R. & Wittchen, H. (1998). Prevalence of use, abuse and dependence of illicit drugs among adolescents and young adults in a community sample. *EurAddictRes*, 4, 58-66.
- Schäffler, F. & Foot, E. (2014). *Vier Jahre Diamorphinvergabe in der Regelversorgung – Bestandsaufnahme aus Konsumenten- und Expertenperspektive: Eine qualitativ-heuristische Studie* [Four years of standard diamorphine treatment in Germany – The subjective views of patients and staff: A qualitative study]. Münster: indro.
- Silbereisen, R. K. (1995). Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol und Drogengebrauch. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 1056-1068). Weinheim: Beltz-PVU.
- Stöver, H. & Michels, I. I. (2007). Erfolgsgeschichte mit Hindernissen. Die Substitutionsbehandlung in Deutschland. *Dr. med. Mabuse*, (168), Juli/August.
- Wittchen, H. U., Bühringer, B. & Rehm, J. T. (2011). Zusammenfassung der Ergebnisse der PRE-MOS-Studie. *Suchtmed*, 13 (5).



Dr. Ingo Ilja Michels

Soziologe und Fachberater
für Suchtkrankenhilfe

Seit 1999 bis 2016 Leiter der Geschäftsstelle
der Drogenbeauftragten der Bundesregierung
im Bundesministerium für Gesundheit
in Berlin. Längere Berateranstellungen u.a.
in der Volksrepublik China und Kirgistan.
Seit April 2016 im Ruhestand, aber weiter
tätig für CADAP bei der Frankfurt University
of Applied Sciences
ingoiljamichels@gmail.com

Trendforschung zum Drogenkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Bernd Werse

Für professionell mit dem Thema Drogen und Abhängigkeit Befasste ist es wichtig, eine Idee davon zu haben, wie weit ein bestimmter Drogenkonsum verbreitet ist – insbesondere wie hoch die Anteile junger Menschen liegen, die gefährdet sind, einen problematischen Konsum zu entwickeln oder einen solchen schon entwickelt haben. Um auf dem aktuellen Stand zu bleiben, ist es zudem hilfreich, eine ungefähre Vorstellung von möglichen Trendentwicklungen zu haben. Tatsächlich bieten vorliegende Daten aber stets nur eine mehr oder weniger gute Annäherung an die soziale Realität, vor allem aufgrund von folgenden Problemen:

- Polizeidaten, z.B. die Anzahl der „erstaufälligen Konsumenten harter Drogen“ oder die Anzahlen „konsumnaher Delikte“, werden nicht selten als Abbild der tatsächlichen Verbreitung betrachtet. Allerdings bilden diese in erster Linie die Kontrollschwerpunkte der Polizei ab. Dieses Thema hat in jüngster Zeit an Relevanz gewonnen, da insbesondere die „konsumnahen Delikte“ in Deutschland in jedem der letzten Jahre um jeweils rund zehn Prozent gestiegen sind (vgl. BKA, 2018), was oftmals mit einem Konsumanstieg (anstatt einem Anstieg der Kriminalisierung von Konsumierenden) gleichgesetzt wurde (vgl. auch Werse, 2018).
- Repräsentativbefragungen können erhebliche Unterschiede in ihren Ergebnissen aufweisen, je nachdem welche Erhebungsmethode eingesetzt wird – so werden bei telefonischen Befragungen gerade für illegale Drogen weitaus geringere Konsumraten ermittelt als bei schriftlichen, insbesondere klassengestützten Schülerbefragungen. Das hängt einerseits mit den weitaus geringeren Ausschöpfungsquoten zusammen, andererseits auch mit einer geringeren Bereitschaft der tatsächlich Befragten, eigenen Drogenkonsum zuzugeben (vgl. Werse, 2016).
- (Potenziell) problematischen oder gar behandlungsbedürftigen Konsum zu quantifizieren, ist mittels Repräsentativerhebungen schwierig, da zumeist für die „Problem-

gruppen“ nur geringe Fallzahlen erreicht werden, deren Schwankungen oft auf Zufällen beruhen. Zudem fallen Intensivkonsumierende nicht selten aus dem Schulsystem und sind generell weniger bereit, an Befragungen teilzunehmen.

- Zudem muss bei sozialwissenschaftlichen Befragungen generell die Frage der sozialen Erwünschtheit mit einkalkuliert werden: Befragte geben – je nach Erhebungsmethode in unterschiedlichem Ausmaß – in der Tendenz Antworten, von denen sie glauben, dass sie eher auf soziale Zustimmung stoßen (vgl. u.a. Paulhus, 2002). Dieser Effekt kann je nach persönlichem Umfeld, aber auch dem öffentlichen Diskurs sehr unterschiedlich ausfallen, so dass beobachtete Trends im Drogenkonsum nicht zwangsläufig eine reale Grundlage haben müssen.
- Auf der anderen Seite ist es problematisch, sich zur Abschätzung von „Drogenproblemen“ auf die Nachfrage nach Beratung und Therapie (etwa Thaller et al., 2017) zu beziehen, da sich die konkreten Angebote und auch die Bereitschaft, solche zu konsultieren, je nach Ort und Zeitpunkt stark unterscheiden können (z.B. wurden Therapieangebote für Cannabis Konsumierende seit längerer Zeit deutlich ausgebaut, was mit steigender Nachfrage einherging¹).

Insofern ist wichtig zu betonen, dass sozialwissenschaftliche Erhebungen niemals 1:1 die Realität darzustellen vermögen, insbesondere im Hinblick auf das sensible Thema Konsum psychoaktiver Substanzen und vor allem im Hinblick auf die besonders im Fokus stehenden Gruppen potenziell problematisch Konsumierender. Wenn im Folgenden also von (zeitweiligen) Anstiegen bestimmter Prävalenzraten die Rede ist, heißt dies nicht zwangsläufig, dass

¹ „Der Anstieg von Klientinnen und Klienten mit einer primären Cannabisproblematik in den Einrichtungen der Suchthilfe seit Mitte der 2000er Jahre fällt mit der Konzeption passgenauer und bedarfsgerechter Angebote für junge Konsumierende zusammen“ (DHS, 2017, S. 21).

sich auch gesundheitliche oder psychosoziale Probleme mit diesen Stoffen vergrößert hätten.

Im Folgenden werden einige Ergebnisse aus Repräsentativbefragungen zum Drogenkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener wiedergegeben – ausgehend von lokalen Resultaten aus Frankfurt bis hin zu Vergleichsresultaten aus Europa. Zusätzlich sind einige Anmerkungen zur Erforschung von Drogentrends sowie zur Entwicklung des Drogenangebots enthalten.

Frankfurt: Monitoring-System Drogentrends (MoSyD)

Diese Studie wird seit 2002 (Kemmesies & Werse, 2003), gefördert von der Stadt Frankfurt, durchgeführt (aktuell: Werse, Egger, Sarvari et al., 2017)². Neben der hier in erster Linie dargestellten repräsentativen Schülerbefragung werden im Rahmen von MoSyD regelmäßig auch Expertinnen und Experten, „Trendscouts“ aus Ausgehenszenen sowie Angehörige der „offenen Szene“ marginalisierter Konsument_innen „harter Drogen“ befragt, um ein Gesamtbild des Drogenumgangs in Frankfurt zeichnen zu können.

Zu beachten ist, dass sich diese einzige in Deutschland jährlich durchgeführte Repräsentativerhebung zum Thema unter jungen Menschen³ auf eine Großstadt-Stichprobe bezieht. Angesichts bisheriger Erkenntnisse dürften sich einige der Prävalenzraten erheblich von ländlichen Regionen oder kleineren Städten unterscheiden. Daher sind zum Abschluss einige

Anmerkungen zur Einordnung der Resultate angeführt. Die dokumentierten Trends dürften sich indes, ggf. mit geringer Verzögerung, in ähnlicher Weise auch in kleineren Städten und Dörfern abgespielt haben.

Aus der bislang letzten ausgewerteten Schülerbefragung werden im Folgenden Resultate von 1.074 15- bis 18-jährigen Schülerinnen und Schülern der zehnten bis zwölften Klasse an allgemeinbildenden Schulen sowie des ersten bis dritten Ausbildungsjahres an Berufsschulen in Frankfurt wiedergegeben. Die Erhebung wurde Ende 2016 sowie Anfang 2017 mittels eines standardisierten Fragebogens auf Tablet-Computern in Schulklassen durchgeführt.

Tabak

63 Prozent der 15- bis 18-Jährigen gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben Zigaretten, Shisha oder andere Tabakprodukte geraucht zu haben. 39 Prozent haben in den letzten 30 Tagen Tabak konsumiert; 15 Prozent rauchen täglich. 54 Prozent der Schülerinnen und Schüler haben schon einmal im Leben Shisha (orientalische Wasserpfeife) geraucht; dieser Wert liegt höher als der für die Konsumerfahrung mit Zigaretten, Zigarren o.ä. (45%). 26 Prozent haben im letzten Monat eine Shisha verwendet.

Die Lebenszeit-Prävalenz von Tabak hat sich weiter verringert, womit ein neuer Tiefststand seit 2002 erreicht wird; selbiges gilt für die 30-Tages-Prävalenz. Während diese Rückgänge relativ moderat ausfallen, ist vor allem täglicher Zigarettenkonsum stark zurückgegangen und erreicht mit 15 Prozent ebenfalls den niedrigsten Wert aller Erhebungen (siehe Abbildung 1). Das durchschnittliche Alter beim Erstkonsum⁴ von Tabak ist aktuell auf 14,3 Jahre gestiegen,

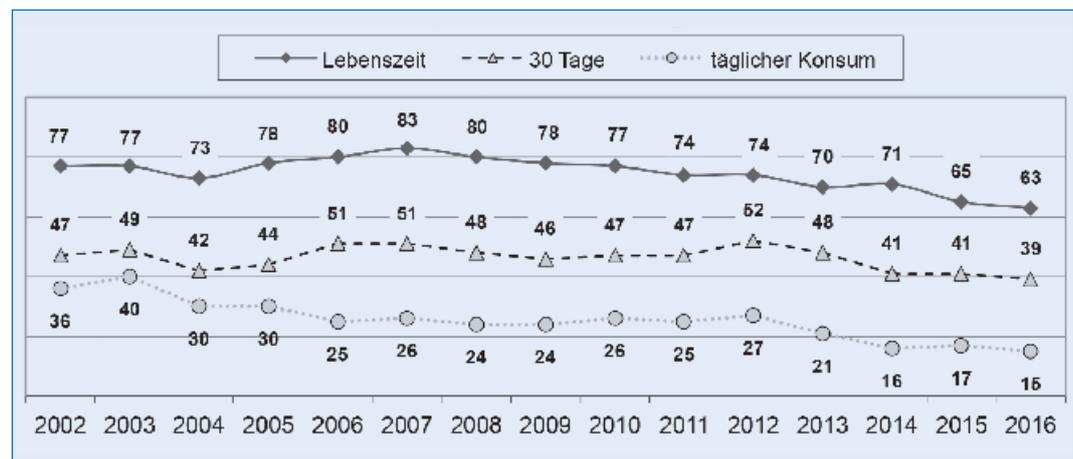
² Die Resultate der letzten, Ende 2017/Anfang 2018 durchgeführten Erhebung werden im Herbst 2018 präsentiert.

³ Andere Studien, etwa „SCHULBUS“ in Hamburg (Baumgärtner & Hiller, 2016) oder auch die BZgA-Befragungen (s.u.), finden nur in mehrjährigen, teils unregelmäßigen Abständen statt.

⁴ „Wie alt waren Sie, als Sie folgende Dinge getan haben? (...) Das erste Mal Zigaretten/Tabak geraucht.“

Abbildung 1

Entwicklung des
Tabakkonsums
bei 15- bis 18-Jährigen
in Frankfurt am Main



womit sich ein langfristiger Anstieg nochmals deutlich fortgesetzt hat (2002: 12,8).

E-Zigaretten und E-Shishas

51 Prozent der 15- bis 18-Jährigen haben mindestens einmal in ihrem Leben E-Zigaretten oder E-Shishas konsumiert. Die 30-Tages-Prävalenz liegt bei 18%. Aktueller Konsum (30 Tage) findet in etwa gleichem Maße mit nikotinfreien (12%) wie mit nikotinhaltigen E-Zigaretten/-Shishas (13%) statt; zudem haben sieben Prozent in den letzten 30 Tagen E-Zigaretten mit Tabak-Stick „gedampft“. Schülerinnen und Schüler, die E-Produkte konsumieren, konsumieren auch häufiger Tabak als andere Befragte. Während die Lebenszeit-Prävalenz für E-Zigaretten bzw. E-Shishas nahezu unverändert ist, hat sich der aktuelle Konsum (30 Tage), seit dies 2014 erstmals erfragt wurde, von 14 Prozent auf 18 Prozent erhöht.

Alkohol

77 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler gaben an, über Erfahrungen mit der legalen Droge zu verfügen. 59 Prozent haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. 45 Prozent waren im Vormonat mindestens einmal betrunken. Fünf Prozent haben in den zurückliegenden 30 Tagen mindestens zehnmal Alkohol konsumiert.

Seit einigen Jahren zeigt sich ein Abwärtstrend beim Konsum von Alkohol, der sich aktuell aber nur teilweise fortgesetzt hat. Langfristig deutlich rückläufig ist dabei zunächst die Lebenszeit-Erfahrung, vor allem aber häufiger Konsum (mind. zehnmal im Monat), der

zehn Jahre zuvor noch von nahezu jedem/jeder fünften, zuletzt aber nur noch von jedem/jeder zwanzigsten Jugendlichen betrieben wurde (siehe Abbildung 2). Nur wenige Änderungen gibt es hingegen bei den Nennungen für Trunkenheit im letzten Monat; diese schwanken seit 2002 zwischen 41 Prozent und 48 Prozent. Deutlich angestiegen ist auch beim Alkohol das Alter des Erstkonsums (2002: 12,9 Jahre; 2016: 14 Jahre).

Neue psychoaktive Substanzen (NPS)

Sechs Prozent der 15- bis 18-Jährigen haben mindestens einmal in ihrem Leben eine sogenannte Räuchermischung mit synthetischen Cannabinoiden konsumiert, zwei Prozent auch in den letzten 30 Tagen. Andere Produkte, die neue psychoaktive Substanzen enthalten, spielen quantitativ keine Rolle. Seit die Verbreitung des Konsums von NPS 2008 erstmals erfragt wurde, stieg lediglich die Lebenszeit-Prävalenz zwischenzeitlich (2010) auf neun Prozent an; seit einigen Jahren hat sie sich aber kaum geändert, ähnlich wie der aktuelle Konsum.

Cannabis

40 Prozent der 15- bis 18-Jährigen haben in ihrem Leben mindestens einmal Cannabis konsumiert. 19 Prozent haben in den letzten 30 Tagen Marihuana und/oder Haschisch genommen. Einen mindestens zehnmaligen Konsum im Vormonat geben sieben Prozent der Schülerinnen und Schüler an; drei Prozent sind intensiv (täglich) Konsumierende.

Nachdem die meisten Cannabis-Prävalenzraten, nach einem klaren Rückgang 2004, seit

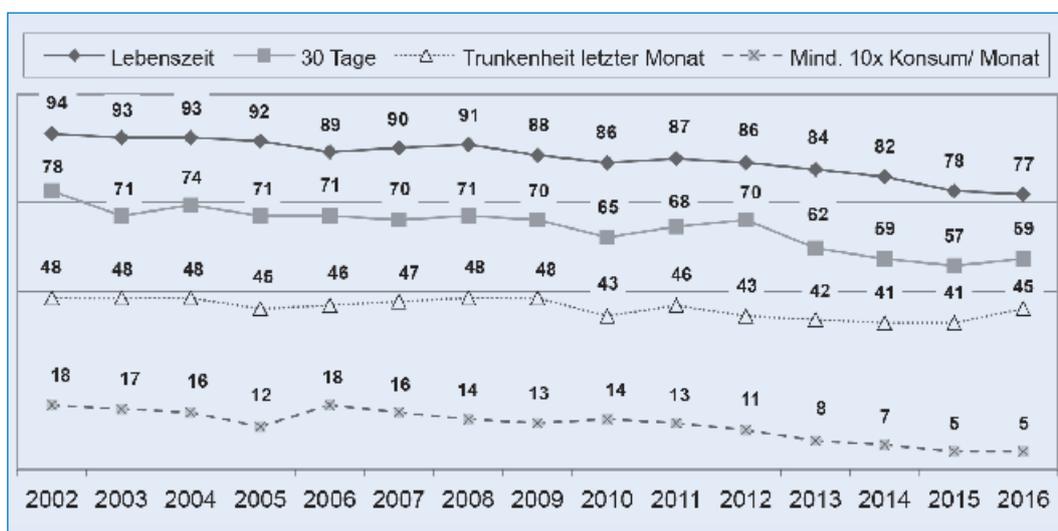
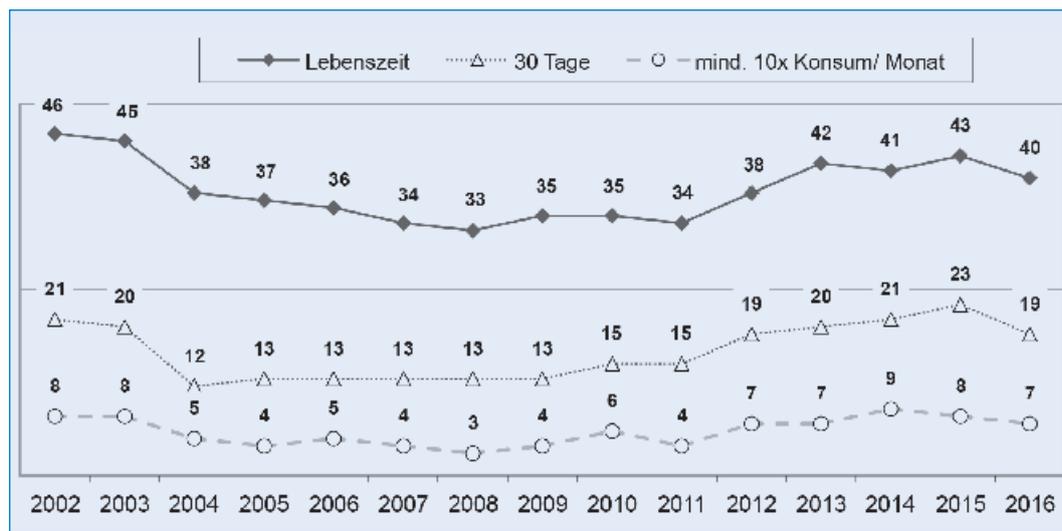


Abbildung 2

Entwicklung des Alkoholkonsums bei 15- bis 18-Jährigen in Frankfurt am Main

Abbildung 3

Entwicklung des Cannabiskonsums bei 15- bis 18-Jährigen in Frankfurt am Main



2011 deutlich angestiegen waren, zeigte sich 2016 erstmals wieder ein Rückgang: sowohl die Lebenszeit-Prävalenz als auch der Konsum in den letzten 30 Tagen sind relativ deutlich gesunken, und auch häufiger Konsum im Vormonat ist in den zurückliegenden zwei Jahren zurückgegangen (siehe Abbildung 3).

Andere (illegale) Drogen und Abstinenz

Zehn Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler haben Konsumerfahrungen mit Lachgas; dieser Wert ist 2016 auf einen neuen Höchststand gestiegen. Über Erfahrungen mit anderen illegalen Drogen als Cannabis verfügen insgesamt zehn Prozent der Befragten; ein Prozent haben derartige Substanzen in den letzten 30 Tagen konsumiert. Unter diesen Substanzen wurden am häufigsten Ecstasy/MDMA (5%), Speed (4%), psychoaktive Pilze, LSD (je 3%) und Kokain (2%) mindestens einmal probiert. Bei allen anderen Drogen liegt die Lebenszeit-Prävalenz bei ein Prozent oder niedriger. Abgesehen von gewissen Schwankungen gab es in jüngerer Zeit lediglich einen zeitweiligen Anstieg des Ecstasy-Konsums auf sieben Prozent (2015) zu vermelden; in früheren Erhebungen lag diese Zahl zumeist deutlich niedriger. Nur wenige Änderungen zeigen sich beim Anteil derer, die mindestens eine illegale Droge außer Cannabis probiert oder aktuell konsumiert haben.

Fünf Prozent der Befragten gab an, schon einmal psychoaktiv wirkende Medikamente eingenommen zu haben, um sich zu berauschen oder ihre Leistungen zu beeinflussen, zwei Prozent auch in den letzten 30 Tagen. Am häufigsten wurde von den psychoaktiven Medikamenten Methylphenidat (Ritalin®; 2%) ausprobiert. Daneben wurden von jeweils nur

wenigen Befragten das Dissoziativum Dextromethorphan (DXM), Opioide und Benzodiazepine genannt.

13 Prozent der 15- bis 18-Jährigen haben noch nie eine legale oder illegale Droge genommen und 34 Prozent waren in den letzten 30 Tagen abstinent. Beide Werte haben sich seit 2002 (Lebenszeit: 4%; 30 Tage: 16%) sehr deutlich erhöht. Es gibt also so viele Jugendliche wie nie zuvor, die komplett auf psychoaktive Substanzen verzichten.

Trendscout-Panel als Instrument der Drogentrendforschung

Das Trendscout-Panel im Rahmen des MoSyD-Projektes stellt eine spezielle Form der sozialwissenschaftlichen Drogenforschung dar: Konzipiert als „Key-Person“-Erhebung, werden dabei jährlich bis zu 20 Personen, die stellvertretend für bestimmte Szenen bzw. Umfeldler aus dem Bereich Jugendkultur und Nachtleben stehen, mittels qualitativen Interviews befragt. Hauptkriterien für die Auswahl der „Trendscouts“, die so lange wie möglich die gleichen bleiben sollten, sind eine möglichst regelmäßige Beteiligung am Szeneleben und möglichst gute Einblicke in das Drogengebrauchsgeschehen. Da nicht das ganze Spektrum an jugendkulturellen Stilen bzw. Ausgehummfeldern abgedeckt werden kann und das Hauptziel die Ermittlung neuer Drogentrends ist, wurde ein Schwerpunkt auf Personen bzw. Umfeldler gelegt, für die am ehesten eine Verbreitung von illegalen Drogen vermutet werden konnte. Daher repräsentiert rund ein Drittel der Trendscouts jeweils einen Teilbereich der Partyszene mit elektronischer Tanzmusik; daneben sind diverse weitere jugendkulturelle Stile sowie andere Umfeldler

wie etwa die schwule Ausgehszene, Bodybuilder oder „Stadtteiljugendliche“ vertreten. Diese Vorgehensweise sollte es ermöglichen, neue Trends, die zukünftig auch weitere Teile junger Menschen betreffen könnten, inklusive möglicher Gründe frühzeitig zu erkennen und zudem spezifischere, nur kleine Gruppen betreffende Entwicklungen im Drogenkonsum zu registrieren.

Tatsächlich haben sich in den vergangenen Jahren teilweise Trends in Partyszenen gezeigt, die sich nicht in der jugendlichen Allgemeinbevölkerung widerspiegeln; z.B. die herausragende Bedeutung von Speed/Amphetamin als „Partydroge“ in den Jahren um 2010 oder die zunehmende Verbreitung von Ketamin in der „elektronischen“ Partyszene in den letzten Jahren. Dies hat in erster Linie damit zu tun, dass insgesamt der Gebrauch illegaler Drogen außer Cannabis nur bei einem sehr kleinen Teil der Jugendlichen eine Rolle spielt (s.o.). Eine Ausnahme in Bezug auf die Früherkennung von Trends ist Ecstasy bzw. MDMA: hier wurde seit 2012, u.a. im Zusammenhang mit qualitativ hochwertigeren „Pillen“ auf dem Markt, eine steigende Verbreitung in der Partyszene beobachtet, auf die im Jahr 2015 ein relativ deutlicher Anstieg der Lebenszeitprävalenz und des aktuellen Konsums bei 15- bis 18-Jährigen folgte. Im Folgejahr gingen diese Kennzahlen aber wieder merklich zurück. Der deutliche Anstieg der Verbreitung von Cannabis zwischen 2011 und 2015 hingegen hatte sich nicht zuvor in der Trendscout-Erhebung abgezeichnet; in den Ausgehszenen war in den Jahren zuvor von einer gleichbleibend hohen Verbreitung die Rede gewesen, die offenbar nur noch bedingt steigerungsfähig war.

Einordnung der Resultate aus Frankfurt

In der Vergangenheit gab es in unregelmäßigen Abständen Schülerbefragungen in diversen deutschen Städten, Bundesländern und Regionen, die methodisch weitgehend vergleichbar mit der MoSyD-Erhebung waren. Bei Befragungen in anderen Großstädten (Hamburg, Berlin, Köln) wurde dabei deutlich, dass sich die entsprechenden Konsumkennzahlen nur in geringem Maße von denen aus Frankfurt unterscheiden (Baumgärtner & Hiller, 2016; Elvers et al., 2016; Schaunig & Klein, 2008). Frankfurter Jugendliche repräsentieren also in Bezug auf ihren Substanzgebrauch eine typische deutsche Großstadt-Population. Bei Erhebungen in Flächenländern (zuletzt Bayern; Kraus et al., 2016) bzw. bestimmten Regionen in einigen Flächen-

ländern (NRW, Sachsen, Bayern; Baumgärtner & Hiller, 2016) hingegen zeigten sich deutliche Unterschiede, die ein weitgehend konsistentes Bild ergeben: Außerhalb von Großstädten wird wesentlich mehr Alkohol getrunken; Kennzahlen für häufiges Trinken liegen z.T. um ein Vielfaches höher als bei Großstadtjugendlichen. Demgegenüber wird in den untersuchten Großstädten deutlich mehr Cannabis konsumiert – die 30-Tages-Prävalenz ist in der Großstadt etwa doppelt so hoch wie „auf dem Land“. Bei den zusammengefassten anderen illegalen Drogen („harte Drogen“) hingegen zeigen sich zumeist ähnliche Konsumerfahrungen in der Stadt und in Flächenländern. Auch in ländlichen Regionen spielen dabei am ehesten Ecstasy/MDMA, Amphetamin/Speed, Kokain und psychoaktive Pilze eine Rolle.

Bundesweite Daten: „Drogenaffinitätsstudie“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Die einzigen relativ aktuellen bundesweiten Daten zum Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener entstammen der „Drogenaffinitätsstudie“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA; aktuell: Orth, 2016). Bei dieser Erhebung werden seit 1973 regelmäßig 12- bis 25-Jährige mittels telefonischen Interviews befragt; die Ergebnisse werden im Folgenden getrennt für die Gruppe der Jugendlichen (12-17 Jahre) und jungen Erwachsenen (18-25 Jahre) wiedergegeben.

Tabak

Bei der jüngsten Erhebung im Jahr 2015 wurde ermittelt, dass zehn Prozent der 12- bis 17-Jährigen und 30 Prozent der 18- bis 25-Jährigen „gegenwärtig“ rauchen. Die Werte für täglichen Konsum belaufen sich auf vier Prozent (Jugendliche) und 17 Prozent (junge Erwachsene). Für Jugendliche lässt sich seit dem Jahr 2000 ein klarer Rückgang erkennen; zuvor lag der Anteil „gegenwärtig“ rauchender Jugendlicher jeweils zwischen 20 Prozent und 30 Prozent. Bei den jungen Erwachsenen ist der Rückgang seit Beginn der 1970er Jahre feststellbar; seinerzeit rauchten über 60 Prozent aktuell.

Alkohol

67 Prozent der Jugendlichen und 96 Prozent der jungen Erwachsenen haben mindestens einmal

im Leben Alkohol getrunken; 37 Prozent (12-17 J.) bzw. 74 Prozent (18-25 J.) auch in den letzten 30 Tagen. „Rauschtrinken“ wird in der BZgA-Studie durch den Konsum von mindestens vier (Mädchen/Frauen) bzw. fünf (Jungen/Männer) Getränken bei einer Konsumgelegenheit definiert. 13 Prozent der zwölf- bis 17-Jährigen und 35 Prozent der 18- bis 25-Jährigen haben nach dieser Definition in den letzten 30 Tagen „Rauschtrinken“ betrieben.

Was die Trendentwicklung angeht, so ist die Lebenszeiterfahrung bei den Jugendlichen seit 2001 (87%) klar zurückgegangen, während sich diese Zahl bei jungen Erwachsenen kaum geändert hat. Für das „Rauschtrinken“ in den letzten 30 Tagen ist seit 2004 in beiden Altersgruppen eine rückläufige Tendenz zu beobachten (2004; 12-17: 23%, 18-25: 44%). Langfristig ist in beiden Altersgruppen vor allem der regelmäßige (mindestens wöchentliche) Gebrauch klar zurückgegangen: bei jungen Erwachsenen von 70 Prozent (1976) auf 34 Prozent (2015), bei Jugendlichen von 29 Prozent (1986) auf zehn Prozent (2015).

Cannabis und andere illegale Drogen

Laut der „Drogenaffinitätsstudie“ haben 2015 zehn Prozent der Jugendlichen und 35 Prozent der jungen Erwachsenen Cannabis-Konsumerfahrungen, zwei Prozent (12-17 J.) bzw. sechs Prozent (18-25 J.) haben auch in den letzten 30 Tagen konsumiert. 1,4 Prozent der Jugendlichen und 8% der jungen Erwachsenen haben mindestens einmal eine illegale Droge außer Cannabis konsumiert; die 30-Tages-Prävalenz liegt bei 0,5 Prozent (12-17 J.) bzw. 1,2 Prozent (18-25 J.).

Bei jungen Erwachsenen ist die Cannabis-Lebenszeitprävalenz zwischen 1973 (24%) und 2004 (43%) deutlich angestiegen und bewegt sich seit 2010 etwa auf dem aktuellen Niveau. Bei den Jugendlichen ist seit 1979 (5%) eine ähnliche Entwicklung festzustellen (Höchstwert 2004: 15%). Bei der 30-Tages-Prävalenz ist die Entwicklung uneinheitlicher; hier zeigt sich bei den 18- bis 25-Jährigen ein Höchstwert von zehn Prozent in den Jahren 1982, 1993 und 1997, während diese Zahl bei den Jugendlichen nur 1997 auf den Maximalwert fünf Prozent anstieg. Konsumerfahrungen mit anderen illegalen Drogen schließlich erreichten bei jungen Erwachsenen bereits 1973 einen Höchststand (14%), bei Jugendlichen erst 1997 (6%); auch hier sind uneinheitliche Schwankungen zu beobachten, mit zuletzt rückläufigen Werten.

Bewertung der BZgA-„Drogenaffinitätsstudie“

Aufgrund des Umstandes, dass in dieser Erhebung junge Menschen per Telefon zu ihren Drogenerfahrungen befragt werden, ist von einer deutlichen Unterschätzung der tatsächlichen Konsumraten auszugehen. Dies gilt einerseits umso stärker, je jünger die Befragten sind, andererseits als wie abweichend das jeweilige Verhalten empfunden wird. Daher ist davon auszugehen, dass die Zahlen zum legalen Drogenkonsum relativ nah an der Realität sein dürften, die für illegalen Drogenkonsum eher nicht. Zudem dürften die Angaben junger Erwachsener deutlich ehrlicher sein als die der stärker unter elterlicher Beobachtung stehenden Jugendlichen. So zeigt sich in einem Vergleich der Daten aus der Erhebung 2011 für 14- bis 17-Jährige (BZgA, 2012) mit den altersmäßig gut vergleichbaren Resultaten der ESPAD-Schülerbefragung (Kraus et al., 2012) aus fünf Bundesländern (15- bis 16-Jährige), dass die Cannabis-Lebenszeitprävalenz bei ESPAD mehr als doppelt so hoch wie bei der Drogenaffinitätsstudie ausfällt (22% vs. 10%), die 30-Tages-Prävalenz sogar rund dreimal so hoch (8,1% vs. 2,7%). Daher gilt es dringend zu beachten, dass gerade die BZgA-Zahlen zum illegalen Drogenkonsum als deutliche Unterschätzung zu betrachten sind. Auch die gemessenen Trends für den Cannabiskonsum – die ohnehin eher uneinheitlich ausfallen – sind vermutlich deutlich stärker von der gegenwärtigen sozialen Erwünschtheit abhängig als bei anderen Erhebungen (vgl. auch Werse, 2016).

Europa: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)

Seit 1995 gibt es mit ESPAD eine Schülerbefragung, die mit gleicher Methodik in den meisten Ländern Europas im Vier-Jahres-Abstand unter 15- bis 16-Jährigen durchgeführt wird (aktuell: EMCDDA & ESPAD, 2016). Deutschland hatte sich lediglich an drei Erhebungen mit einigen Bundesländern beteiligt (2003-2011), zuletzt (2015) nur noch mit Bayern als einzigem Bundesland (Kraus et al., 2016). Daher existieren keine gut vergleichbaren aktuellen Daten zum Substanzkonsum Jugendlicher in Deutschland und Europa. Aus diesem Grund werden zum Vergleich die Ergebnisse aus der letzten ESPAD-Erhebung mit deutscher Beteiligung (2011) herangezogen (Hibell et al., 2012 bzw. Kraus et al. 2012). Der Übersichtlichkeit halber beschränkt sich die Darstellung auf die 30-Tages-Prävalenz

für die einzelnen Substanzen; ausgenommen andere illegale Drogen, für die Lebenszeitprävalenzraten angegeben sind.

Tabak

Die höchsten Anteile aktuell rauchender 15- bis 16-Jähriger (letzte 30 Tage) finden sich in Italien (37%), gefolgt von Bulgarien und Kroatien (je 33%); auch in anderen osteuropäischen Ländern zeigen sich hier eher hohe Werte. Am niedrigsten ist der Anteil rauchender Jugendlicher in Island (6%), gefolgt von Moldawien (9%). Der Durchschnitt liegt bei 21 Prozent. 2011 lag Deutschland mit 33 Prozent im oberen Mittelfeld; seither ist die 30-Tages-Prävalenz in fast allen Ländern (inklusive Deutschland, s.o.) zurückgegangen.

Alkohol

Auch bei der 30-Tages-Prävalenz von Alkohol zeigt sich aktuell das (mit deutlichem Abstand) niedrigste Resultat in Island (9%), während der Höchstwert mit 73 Prozent in Dänemark erreicht wird (Durchschnitt: 48%). Hohe Werte sind hier tendenziell am ehesten in Mitteleuropa zu finden. 2011 lag Deutschland – bei deutlich höherem europäischem Durchschnittswert – hinter Tschechien und Dänemark mit 73 Prozent auf Rang 3.

Cannabis und andere illegale Drogen

Im Schnitt haben sieben Prozent der 15- bis 16-Jährigen in Europa in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert, am häufigsten in Frankreich (17%), gefolgt von Italien (15%) und Spanien (14%). Besonders niedrige 30-Tages-Prävalenzraten zeigen sich in Moldawien, Norwegen, Finnland, Mazedonien, Schweden, der Ukraine und Island (je 2%). Deutschland lag 2011 mit sieben Prozent genau im Durchschnitt.

Was andere illegale Drogen betrifft, so existieren aus der aktuellen Erhebung keine Angaben zur zusammengefassten Lebenszeitprävalenz. Ähnlich wie in der MoSyD-Erhebung erreichen Ecstasy, Amphetamin (Speed), Kokain und LSD mit jeweils zwei Prozent Konsumerfahrung die höchsten Durchschnittswerte. Vergleichsweise hohe Werte werden u.a. in Bulgarien für Ecstasy, Kokain (jeweils 5%) und Amphetamin (6%) erreicht; auch einige andere osteuropäische Länder wie z.B. Polen und Georgien erreichen bei bestimmten Substanzen eher hohe Werte. Niedrige Lebenszeiterfahrungs-

raten (max. 1%) sind v.a. in den skandinavischen Ländern zu beobachten. In der Erhebung 2011 lag Deutschland bei der Konsumerfahrung mit mindestens einer illegalen Droge außer Cannabis mit acht Prozent im oberen Drittel (Durchschnitt seinerzeit: 6%).

Was Trends betrifft, so fallen diese je nach Substanz und Land teils sehr unterschiedlich aus. Den eindeutigsten länderübergreifenden Trend gibt es beim Tabakkonsum, insbesondere dem täglichen Rauchen, das seit 2003 deutlich zurückgegangen ist. Auch aktueller Alkoholkonsum ist – seit 2007 – tendenziell rückläufig. Beide Entwicklungen bilden sich auch in der MoSyD-Erhebung, teilweise auch in der BZgA-Befragung ab. Cannabiskonsum hat hingegen zwischen 1995 und 2003 deutlich zugenommen; seither schwanken die entsprechenden Kennzahlen ohne klare Richtung. Bei anderen illegalen Drogen ist insgesamt eine uneinheitliche Entwicklung festzustellen.

Diskussion

Insgesamt ist sowohl bundesweit als auch in einzelnen Städten oder Regionen Alkohol nach wie vor klar die Droge Nr. 1, mit abnehmender Tendenz. Beim Tabakrauchen, der zweithäufigsten psychoaktiven Substanz, ist ein noch stärkerer rückläufiger Trend festzustellen; nur zu einem kleinen Teil wurde dies durch eine gewisse Verbreitung von E-Produkten aufgewogen (vgl. auch Werse, Müller, Stöver et al., 2017). Cannabis ist die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Droge; was regelmäßigen Konsum betrifft, liegt die Substanz im großstädtischen Umfeld auf einem ähnlichen Niveau wie Alkohol. Anders stellt sich die Situation in ländlicheren Regionen dar, wo Jugendliche deutlich häufiger trinken und weniger „kiffen“. Keine Unterschiede zwischen regionalen Bezugsräumen zeigen sich bei der – insgesamt geringen und etwa konstanten – Verbreitung anderer illegaler Drogen, allen voran Ecstasy, Speed, Kokain und Halluzinogene. Vor allem durch die Rückgänge beim Trinken und Rauchen hat sich in den letzten 15 Jahren der Anteil der Jugendlichen vergrößert, der komplett auf psychoaktive Substanzen verzichtet. Dabei spielen sicherlich die in diesem Zeitraum auf den Weg gebrachten unterschiedlichen Bemühungen zur Tabak-Verhältnisprävention eine Rolle, mit denen auch ein negativeres Image des Rauchens unter jungen Menschen einherging. Auch im Hinblick auf Alkohol hat sich seit geraumer Zeit ein gesamtgesellschaftlicher Risikodiskurs etabliert. Der Umstand, dass vor diesem Hintergrund das Trinken zu unter-

schiedlichen Gelegenheiten immer weniger als „normal“ erachtet wird, dürfte auch einen mäßigen Einfluss auf Jugendliche haben.

Im europäischen Vergleich ist insbesondere der Alkoholkonsum unter deutschen Jugendlichen – wie auch in anderen Ländern Mitteleuropas – vergleichsweise stark verbreitet. Beim Rauchen liegt Deutschland tendenziell im oberen Bereich (insbesondere osteuropäische Länder sind hier auf den vorderen Rängen); die Verbreitung hat sich gerade in jüngerer Zeit deutlich reduziert. Im Hinblick auf Cannabis nehmen deutsche Jugendliche (vermutlich – da es keine hinreichenden aktuellen Vergleichsdaten gibt) einen mittleren Rang ein; am häufigsten „gekiff“ wird in der Tendenz in Südwesteuropa. Andere illegale Drogen wie z.B. Ecstasy, Amphetamin und Kokain schließlich sind in Deutschland tendenziell überdurchschnittlich verbreitet. Bei der Verbreitung dieser Substanzen nehmen osteuropäische Staaten die oberen Ränge ein.

Generell sollte man bei der Interpretation von Befragungsdaten und erst recht bei Strafverfolgungsdaten zur Verbreitung bestimmter Drogen vorsichtig sein: sie spiegeln immer nur bedingt die soziale Realität wider und sind anfällig für zum Teil massive Verzerrungen aufgrund von Erhebungsmethoden, Fragestellungen u.a. Unklar ist auch, inwiefern die öffentliche Debatte über bestimmte Drogen im Sinne sozialer Erwünschtheit einen Einfluss auf das Antwortverhalten nehmen könnte: so ist z.B. denkbar, dass der Diskurs über die Gefahren des Rauchens, inklusive den diversen Maßnahmen zur Verhältnisprävention, einen Teil der jungen Menschen dazu bewegt haben könnte, eigenen Tabakkonsum nicht mehr zuzugeben. Umgekehrt könnte die Diskussion über Entkriminalisierung von Cannabis und anderen Drogen einige motiviert haben, eigenen Gebrauch eher zuzugeben.

Was die Erforschung von Drogentrends betrifft, so hat sich, seit in Frankfurt und Hamburg lokale Monitoringstudien durchgeführt werden, gezeigt, dass sich Änderungen im Konsumverhalten in diesen Städten oft früher abzeichnen als in eher ländlichen Regionen. Insofern sind Großstädte gut zur Früherkennung von Drogentrends geeignet. Qualitative Key-Person-Befragungen als weiteres Mittel der Trendforschung sind nur bedingt geeignet, „große“ Trends für die Gesamtheit der Jugendlichen vorauszusagen. So war z.B. der quantitativ größte Drogentrend, der sich in der Frankfurter MoSyD-Studie seit 2002 abgezeichnet hatte, die Verbreitung des Shisha-Rauchens ab etwa 2007 – eine Praktik, von der aus dem Nachtleben praktisch nicht berichtet wurde.

Für die Beobachtung von (teils sehr kurzzeitigen) Veränderungen in spezifischen, besonders drogenaffinen Umfeldern sind Key-Person-Erhebungen aber sehr gut geeignet, ebenso wie für die Ermittlung möglicher Gründe für derartige Änderungen.

Literatur

- Baumgärtner, T. & Hiller, P. (2016). *Suchtmittelgebrauch, Computerspiel- und Internetnutzung, Glücksspielerfahrungen und Essverhalten von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen 2015. Deskriptive Ergebnisse der SCHULBUS-Untersuchung in Hamburg sowie in drei Grenzregionen Bayerns, Sachsens und Nordrhein-Westfalens*. Hamburg: Sucht Hamburg.
- BKA (2018). *Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2017*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- BZgA (2012). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- DHS (2017). *Cannabispolitik. Maßnahmen zur Befähigung, zum Schutz und Hilfen für junge Menschen*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Online verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2018_PositionspapierCannabis.pdf (Stand: 21.08.2018).
- Elvers, H. D., Prieb, O., Güldenpfennig, G. et al. (2016). *Berliner Jugendliche und Drogen. Alkohol, Tabak und Cannabis im Fokus. Ergebnisse einer Befragung an Schulen in Friedrichshain-Kreuzberg, Pankow und Steglitz-Zehlendorf*. Berlin: Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg.
- EMCDDA & ESPAD (2016). *ESPAD report 2015 – Results from the European School Survey Project on alcohol and other drugs*. EMCDDA-ESPAD joint publications. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S. et al. (2012). *The ESPAD report 2011. Substance use among students in 36 European countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs/Lissabon: EMCDDA/Strasbourg: The Pompidou Group.
- Kemmesies, U. E. & Werse, B. (2003). *Jahresbericht MoSyD 2002. Drogentrends in Frankfurt am Main*. Unter Mitarbeit von Oliver Müller. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research – Johann-Wolfgang-Goethe-Universität.
- Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2012). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD) – Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und*

- Thüringen. München: Institut für Therapiefor-
schung (IFT).
- Kraus, L., Piontek, D., Seitz, N. N. & Schoeppe, M. (2016). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern* (IFT-Berichte, Bd. 188). München: IFT.
- Orth, B. (2016). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Paulhus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In: H. I. Braun, D. H. Jackson & D. E. Wiley (Eds.), *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 49-69). Mahwah, NY: Erlbaum.
- Schaunig, I. & Klein, M. (2008). *Wissen, was los ist! Eine Local Monitoring-Studie zu Substanzkonsum und Suchtgefährdung bei Kindern und Jugendlichen*. Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung, Bd 3. Regensburg: Roderer.
- Thaller, R., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2017). *Suchthilfe in Deutschland 2016. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik*. Online verfügbar unter https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_2016.pdf (Stand: 16.07.2018).
- Werse, B. (2016). Zum Sinn und Unsinn von Repräsentativbefragungen als Grundlage für Drogenpolitik. In: Akzept e.V./Deutsche AIDS-Hilfe/JES Bundesverband (Hrsg.), *3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016* (S. 29-36). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Werse, B. (2018). „Die Kokainschwemme“: Warum Polizeidaten keine Prävalenzdaten sind und Angebot sich nicht automatisch Nachfrage schafft. In: Akzept e.V. (Hrsg.), *5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018* (S. 130-134). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Werse, B., Egger, D., Sarvari, L. et al. (2017). *MoSyD-Jahresbericht 2016. Drogentrends in Frankfurt am Main*. Frankfurt a. M.: Centre for Drug Research, Goethe-Universität. Online verfügbar unter: <http://www.uni-frankfurt.de/69560890/MoSyD-Jahresbericht-2016-final.pdf> (Stand: 22.08.2018).
- Werse, B., Müller, D., Stöver, H. et al. (2017). Der Konsum von elektronischen Dampferzeugnissen unter Jugendlichen – Konsummuster in einer repräsentativen Stichprobe aus Frankfurt/Main. *Suchttherapie*, 18 (3), 134-139.



Foto: Uwe Dettmar

Dr. Bernd Werse

Leitender wissenschaftlicher Mitarbeiter
am Centre for Drug Research an der
Goethe-Universität Frankfurt am Main
werse@em.uni-frankfurt.de