



Prävention und Hilfe bei Suchtmittelmissbrauch

Bericht und Konzept

Vorwort

Drogenkonsum ist in unserer Gesellschaft in den vielfältigsten Formen verbreitet. Viele Menschen neigen dazu, ihre Stimmungen, ihre Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit durch Suchtstoffe zu beeinflussen. Hierzu zählen neben den illegalen Drogen wie Haschisch, Heroin und Kokain insbesondere die legalen Drogen Nikotin, Alkohol und Medikamente mit Suchtpotenzial.

Der vorliegende Bericht behandelt umfassend die Missbrauchs- und Suchtprobleme. So wie Missbrauchsverhalten und Sucht nicht aus einer Ursache, sondern aus einem Ursachenbündel entstehen, so umfassend müssen auch Aufklärung und Prävention angelegt sein. Suchtprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die jeden Einzelnen fordert. Hierzu gehört auch die wichtige Vorbildfunktion der Erwachsenen gegenüber Kindern und Jugendlichen. Schätzungsweise zwei bis drei Millionen Kinder leben in der Bundesrepublik in einer Familie, in der mindestens ein Elternteil Suchtprobleme hat. Es liegt auf der Hand, dass diese Kinder nicht nur erhöhten Belastungen ausgesetzt sind. Sie leben auch mit einem hohen Risiko, später selbst in eine Abhängigkeit zu geraten. Daher sollten die Angebote der inzwischen flächendeckend in Niedersachsen eingerichteten Suchtberatungsstellen und anderer Einrichtungen noch intensiver in Anspruch genommen werden. Insbesondere Kinder und Jugendliche können durch gezielte Aufklärung davon abgehalten werden, zu Drogen zu greifen.

Eine besondere Bedeutung kommt dabei auch dem *Bündnis für Verantwortung* zu. Auf Initiative der vom Land geförderten Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren und der Niedersächsischen Landesstelle Jugendschutz haben sich zahlreiche Institutionen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen verpflichtet, einen verantwortlichen Umgang insbesondere mit Alkohol zu propagieren. Diese auf Breitenwirkung angelegte Strategie entspricht auch den Zielsetzungen der Gesundheits- und Jugendministerkonferenzen zur Prävention von Alkoholmissbrauch.

Zur niedersächsischen Drogenpolitik gehören neben Prävention und Therapie auch Maßnahmen der Leidensverringerung und der (Über-) Lebenshilfe, z. B. die Methadonvergabe und niedrigschwellige Angebote. Die ersten beiden Säulen niedersächsischer Drogenpolitik sind daher *Prävention und Hilfe*. Dadurch lassen sich aber nur zum Teil Vergehen und Verbrechen verhindern, die im Zusammenhang mit Suchtstoffen stehen. Auf Repression als dritte Säule der Drogenpolitik kann deshalb nicht verzichtet werden.

In diesem *Bericht und Konzept* werden ausführlich die verschiedenen Präventions- und Hilfemöglichkeiten dargestellt und konzeptionelle Ansätze erläutert. Aufgabe dieser Veröffentlichung ist es darüber hinaus, die Diskussion über eine Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenpolitik aufzugreifen. Angesprochene Strategien und Maßnahmen müssen auf ihre Umsetzungsfähigkeit hin geprüft werden. Dabei sind nicht nur gesundheitspolitische Belange, sondern auch Fragen des Arbeitsmarktes und die finanzielle Situation betroffener Körperschaften zu berücksichtigen. Das vorliegende Konzept wird deshalb in manchen Bereichen nur schrittweise umzusetzen sein.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	9
II. Konsum – Missbrauch – Sucht	13
1. Verständnis von Sucht und Missbrauch	13
1.1 Begriffsbestimmungen	13
1.2 Ursachen der Suchtentwicklung	15
2. Verbreitung und Folgen von Suchtmittelkonsum und Suchtverhalten	20
2.1 Überblick	20
2.2 Nikotinkonsum	22
2.3 Alkoholkonsum und -missbrauch	23
2.4 Konsum von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential	27
2.5 Konsum und Missbrauch illegaler Drogen	30
2.6 Stoffungebundene Verhaltenssüchte	33
3. Besondere Problemfelder des Suchtmittelmissbrauchs	35
3.1 Suchtmittel am Arbeitsplatz in Betrieben und Verwaltungen	35
3.2 Suchtmittel und Straßenverkehr	36
3.3 Suchtmittel und Kriminalität	39
3.4 Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten des Suchtmittelmissbrauchs	43
III. Bausteine der Prävention von Suchtmittelmissbrauch und süchtigem Verhalten	47
1. Strategien und Maßnahmen der Prävention	47
2. Strukturelle Maßnahmen der Prävention	49
3. Strafrechtliche Maßnahmen der Prävention	52
3.1 Therapie vor Strafe	53
3.2 Maßregelvollzug	54
3.3 Polizeiliche Rauschgiftbekämpfung	54
3.4 Konsumentendelikte	57
4. Kommunikative Maßnahmen der Prävention	57
4.1 Suchtvorbeugung im Kinders- und Jugendalter	57
4.1.1 Präventionsverständnis in der Suchtvorbeugung	57
4.1.2 Akteure und Fachkräfte in der Suchtprävention	58
4.1.3 Drogenprävention durch die Polizei	60
4.1.4 Zielgruppenspezifische Maßnahmen der Suchtprävention	62
4.1.4.1 Zielgruppen für präventive Maßnahmen	62
4.1.4.2 Modelle und Projekte der Suchtprävention	67
4.1.4.3 Suchtmittelspezifische Aufklärung zu illegalen Drogen für gefährdete Zielgruppen	69
4.1.5 Unterstützung und Fortbildung	70
4.2 Suchtprävention und -hilfe am Arbeitsplatz in Betrieben und Verwaltungen	71
4.2.1 Betriebliche Programme	71
4.2.2 Maßnahmen zur Suchtprävention und Suchthilfe in der niedersächsischen Landesverwaltung	74
4.2.3 Unterstützung und Fortbildung	74

IV. Beratungs- und Hilfeangebote bei Missbrauch und Abhängigkeit	75
1. Bezeichnungen der Hilfeeinrichtungen und -angebote	75
2. Überblick über das System der Hilfeangebote	75
3. Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und Sozialpsychiatrische Dienste	79
3.1 Aufgaben, Versorgungsstrukturen	79
3.2 Träger der Suchtberatungsstellen und Finanzierung der Leistungen	81
4. Stationäre Versorgungsstrukturen	82
4.1 Entgiftung	82
4.2 Entwöhnung	84
5. Komplementäre Einrichtungen/Angebote	88
5.1 Übergangsangebote	88
5.2 Arbeitsprojekte	90
5.3 Angebote für chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke	91
6. Selbsthilfe	92
6.1 Selbsthilfegruppen für Alkohol- und Medikamentenabhängige	92
6.2 Selbsthilfegruppen für Drogenabhängige	94
6.3 Elternkreise bei Abhängigkeit von illegalen Drogen	94
7. Besondere Hilfeangebote im Bereich illegaler Drogen	95
7.1 Methadonsubstitution	95
7.2 Niedrigschwellige Angebote	98
8. Hilfeangebote für spezielle Klientengruppen	100
8.1 Stationäre Angebote für Kinder und Jugendliche	100
8.2 Suchtprävention und -hilfe in Justizvollzugsanstalten	102
8.3 Versorgungssituation wohnungsloser Suchtkranker	103
8.4 Hilfeangebote für Migrantinnen und Migranten	104
9. Modellprojekte	106
9.1 Bundesmodelle	106
9.2 Landesmodelle	108
9.3 Sonstige niedersächsische Modelle und Studien	110
10. Forderungen und Perspektiven für die allgemeine Verbesserung bzw. Erweiterung des Hilfesystems	111
11. Forderungen und Perspektiven für die Verbesserung bzw. Erweiterung des Drogenhilfesystems	114
11.1 Konsumentenräume	114
11.2 Heroinunterstützte Behandlung	116
V. Institutionen mit Koordinierungsfunktionen in der Suchtprävention und -hilfe	119
1. Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS)	119
2. Landesstelle Jugendschutz (LJS)	120
3. Regionale Arbeitskreise „Sucht und Prävention“	121
4. Interministerieller Arbeitskreis für Sucht- und Drogenfragen	122
5. Landespräventionsrat/kommunale Präventionsräte	122

VI. Kosten- und Leistungsträger in der Suchtprävention und -hilfe	125
1. „Sucht“ als Krankheit	125
2. Maßnahmen, Einrichtungen und ihre Finanzierung	127
2.1 Primärprävention	128
2.2 Sekundär- und Tertiärprävention	128
2.3 Beratung	128
2.4 Therapie/medizinische Maßnahme zur Rehabilitation/Behandlung	129
2.5 Übergangsangebote/Nachsorge	129
VII. Forschung und Lehre zu Suchtfragen an den Universitäten und Fachhochschulen in Niedersachsen	133
VIII. Adressen von Anbietern für Fort- und Weiterbildung	133
1. Sozialtherapie/Suchttherapie	133
2. Qualifikation für die freiwillige Mitarbeit in der Suchtkrankenhilfe	133
3. Qualifikation für die betriebliche Arbeit	134
4. Weitere Schwerpunkte	134
IX. Literatur	135
X. Anmerkungen	139
XI. Anschriften von Hilfeangeboten	147
Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, Abstinenzverbände und Selbsthilfeorganisationen, Fachstelle	149
Sucht- und Drogenberatungsstellen	151
Niedrigschwellige Angebote	156
Spezialisierte Angebote	158
Fachkliniken zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen	160
Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige	162
Betreutes Wohnen	164
Adaptionseinrichtungen	165
Stationäre Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängige	166
Motivationsangebote für Suchtkranke in stationären Einrichtungen gem. § 72 BSHG	167

I. Einleitung

Zu allen Zeiten und in allen Kulturen wurden berauschende Mittel konsumiert, haben die Menschen die Möglichkeit wahrgenommen, durch die Einnahme von psychoaktiven^{1*)} Substanzen Befindlichkeit, Stimmung, Wahrnehmung, Bewußtsein und Leistungsfähigkeit zu beeinflussen, sich chemisch zu manipulieren.

Bier und Wein sind seit mindestens 4000 Jahren bekannt, ebenso die berauschenden Wirkstoffe der Hanfpflanze (Ausgangsstoff der Cannabisprodukte) und des Schlafmohns (Ausgangsstoff der Opiate). Die Menschen haben diese und andere Drogen zu vielfachen Zwecken benutzt. Sie wurden als Heilmittel verwendet, um Schmerzen zu lindern, um gesund zu werden oder zu bleiben. Manche Kulturen nutzten Drogen zu religiös motivierten Ritualen der Bewusstseinerweiterung.

Ihre belebende, euphorisierende oder auch entspannende und dämpfende Wirkung machen Drogen zu Genuss- oder Rauschmittel. Sie fanden zu bestimmten Gelegenheiten und Anlässen Eingang in verschiedenste Bereiche der Lebens- und Alltagsgestaltung, beispielsweise bei Festen. Anders als heute, waren Anlässe und Art der Verwendung – z. B. Getränkeart oder Trinkmenge – jedoch häufig durch Tradition oder Regeln vorgeschrieben und begrenzt.

Auch in unserer Gesellschaft gibt es Rausch- und Betäubungsmittel in großer Auswahl und schier unbegrenzter Menge. Der Gebrauch von Alkohol, Nikotin, aber auch Medikamenten mit Suchtpotential ist für viele Menschen alltäglich geworden.

Die eintretenden Wirkungen sind sehr unterschiedlich. Sie können anregend, geselligkeitsfördernd, aktivierend, euphorisierend sein – oder entspannend, beruhigend, schmerzdämpfend. Sie können aber auch Zustände der Aggression oder Depression hervorrufen.

Die durchaus positiven Wirkungen werden durch negative Folgen des Gebrauchs bzw. Missbrauchs überschattet. Hierzu gehören Verkehrsunfälle, allgemeine Erkrankungen, individuelle, familiäre und soziale Schwierigkeiten, Kriminalität und Suchterkrankungen, die im schlimmsten Fall tödlich verlaufen.

Bei vielen Menschen bilden sich schädliche Konsummuster heraus. Die gesundheitlichen und sozialen Folgen zeigen sich in allen Lebensbereichen und führen zu teilweise erheblichen Beeinträchtigungen für die betroffenen Menschen und deren persönliches Umfeld.

Unbestritten ist heute, daß Alkohol-, Medikamenten- wie auch Drogensucht behandlungsbedürftige Krankheiten^{2*)} sind. Das Bundessozialgericht (BSG) hat dies 1968 erstmals für die „Trunksucht“ anerkannt^{3*)}, und die Rechtsprechung hat es später auf andere Suchtkrankheiten ausgeweitet.

Durch Suchtmittelkonsum bedingte bzw. mitbedingte Krankheiten verursachen im Gesundheitswesen hohe Kosten für Behandlung und Rehabilitation.

Rauschmittel mit Tradition

*Alltäglicher Gebrauch
von Rauschmitteln und Drogen*

*Positive und negative
Wirkungen*

*Gesundheitsschädliche
Konsummuster*

Sucht ist Krankheit

*) siehe Kapitel X.

Suchtmittelkonsum hat darüber hinaus erhebliche Auswirkungen auf die Anzahl von Unfällen und die Entwicklung der Kriminalität.

Drei Prozent^{4*)} der Bevölkerung gelten als alkoholkrank. Bezogen auf die berufstätige Bevölkerung sind es sogar fünf Prozent, weitere zehn Prozent gelten als erheblich gefährdet.

Abhängigkeit und Sucht

Kommt es zu einer Abhängigkeit oder Sucht – die beiden Begriffe werden hier gleichbedeutend benutzt –, so verbirgt sich dahinter in der Regel ein längerer Prozess, der meistens mit dem sozial integrierten, unauffälligen Konsum legaler Rauschmittel begonnen hat.

Legale Drogen

Als legale Rauschmittel oder Drogen werden Stoffe bezeichnet, deren Besitz und Genuss erlaubt sind, wie z. B. Alkohol, Nikotin, aber auch „Schnüffelstoffe“ oder Arzneimittel mit Suchtpotential.

Illegale Drogen

Als illegale Rauschmittel oder illegale Drogen werden Stoffe bezeichnet, deren Herstellung, Besitz, Handel usw. dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) unterliegen und die sich ohne Erlaubnis im Verkehr befinden, also verboten sind. Dazu zählen sogenannte „weiche“ Drogen, z. B. Haschisch oder Marihuana, und sogenannte „harte“ Drogen, z. B. Heroin, Kokain oder „Designerdrogen“^{5*)} wie Ecstasy oder andere illegal produzierte Drogen.

Im Vordergrund der öffentlichen Aufmerksamkeit und Diskussion steht zumeist die Problematik des Konsums illegaler Rauschmittel. Dabei werden Fragen der künftigen – auch rechtlichen – drogenpolitischen Rahmenbedingungen auch zur Zeit wieder kontrovers diskutiert. Das verdeckt manchmal den Blick auf die realen Proportionen.

Die Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten spielt bei Suchtmittelabhängigkeit die weitaus größere Rolle. Darauf werfen beispielsweise die Todesfallzahlen in Niedersachsen ein eindeutiges Licht:

Drogentote – 142 Menschen starben hier im Jahr 2000 als Folge des Konsums illegaler Drogen.

Alkoholtote – Die Zahl der Menschen, die jährlich in Niedersachsen an alkoholbedingter Leberzirrhose oder an anderen Folgekrankheiten des Alkoholkonsums sterben, wird auf 2000 bis 3000 geschätzt.

– Für den Bereich des Medikamentenmissbrauchs liegen keine Daten über Sterbefälle vor.

Insbesondere legale, aber auch illegale Drogen sind in der heutigen Situation überall – auch für Jugendliche – verfügbar oder relativ leicht zu beschaffen. Es gibt kein Lebens- bzw. Genussmittel, das so rund um die Uhr zu kaufen ist wie Alkohol und Zigaretten, die auch nachts und an Feiertagen über Automaten, Kiosken, Gaststätten oder in Tankstellen zu erhalten sind.

*) siehe Kapitel X.

Ziel von Suchtpolitik ist es, durch jugend-, frauen-, familien-, sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen einer Suchtgefährdung und -abhängigkeit vorzubeugen. Der Prävention von gewohnheitsmäßigen und gesundheitsriskanten Konsummustern der ganz legalen „Alltagsdrogen“ kommt hierbei besondere Bedeutung zu.

Ziele der suchtpolitischen Maßnahmen zur Vorbeugung und Hilfe

Für Suchtkranke bedarf es differenzierter Beratungs- und Hilfeangebote – sowohl für die Betroffenen selbst als auch für ihr persönliches, aber auch berufliches Umfeld.

Differenzierte Hilfeangebote

Mit maßgeblicher Förderung durch das Land gibt es in Niedersachsen mittlerweile eine breite Palette qualifizierter Behandlungs- und Therapieangebote sowie vielfältige Präventionsangebote und -maßnahmen.

Die Praxis der Menschen, die suchtpreventiv tätig sind, bewegt sich dabei immer auch zwischen deutlichen Widersprüchen: Die Arbeit mit Alkoholabhängigen oder -gefährdeten steht in Konkurrenz zu gesellschaftlich akzeptierten Trinkgebräuchen und einem immensen Werbeaufwand der Alkoholindustrie.

Widersprüche im Bereich suchtpreventiver Aktivitäten

Die Arbeit mit Medikamentenabhängigen vollzieht sich häufig im Schatten medizinischer Verschreibungspraktiken.

Die Konsumenten illegaler Drogen müssen strafrechtliche Verfolgung befürchten, weshalb die Arbeit der in diesem Bereich tätigen Drogenberater und -therapeuten immer im Spannungsfeld von Hilfe und Strafe steht.

All diese Widersprüche belasten die Suchtproblematik und die Suchtarbeit in besonderer Weise und müssen in der Praxis einer umsichtigen und differenzierten Sucht- und Drogenpolitik Berücksichtigung finden.

Umsichtige Sucht- und Drogenpolitik

II. Konsum – Missbrauch – Sucht

1. Verständnis von Sucht und Missbrauch

1.1 Begriffsbestimmungen

Wenn über Abhängigkeit, Sucht und Missbrauch oder Drogen gesprochen wird, wird häufig mit denselben Begriffen Unterschiedliches gemeint.

Begriffliche Ungenauigkeiten

So sind mit dem Begriff „Drogen“ im umgangssprachlichen Gebrauch meistens nur die illegalen Drogen gemeint. In der Fachwelt – und so auch in diesem Bericht – ist er hingegen der Oberbegriff für die psychoaktiven Substanzen insgesamt. Er bezeichnet sowohl die illegalen, als auch die legalen Rauschmittel (wie beispielsweise Alkohol).

Drogen

Über die Begriffe der „Abhängigkeit“ oder der „Sucht“ herrscht ebenfalls keine Klarheit: teilweise werden sie gleichbedeutend verwendet – teilweise wird Wert gelegt auf ihre verschiedene Bedeutung. Darüber hinaus werden sie häufig nicht deutlich gegen den Begriff des „Missbrauchs“ abgegrenzt und zur Bezeichnung ganz verschiedener Formen des Suchtmittelkonsums oder -missbrauchs benutzt.

*Sucht
Abhängigkeit
Missbrauch*

Es sollen deshalb einige Erläuterungen zum Verständnis und zur Definition von Sucht und Abhängigkeit folgen.

„Sucht“ kann heute definiert werden als zwanghaftes Verlangen nach bestimmten Substanzen oder Verhaltensweisen, die tiefgreifende, belastende Missempfindungen vorübergehend lindern oder erwünschte Empfindungen auslösen, und die konsumiert bzw. beibehalten werden, obwohl negative Konsequenzen damit für die eigene Person oder andere verbunden sind.

Suchtdefinition

Die Erkenntnis, dass das Phänomen „Sucht“ nicht unbedingt und nicht alleinig eine vom Suchtstoff ausgelöste Dynamik inne hat, sondern die gesamte Persönlichkeit umfaßt, hat in der Praxis zu einer Erweiterung des Suchtbegriffs auf nichtstoffliche Süchte – die suchtmittelungebundenen „Verhaltenssüchte“ – geführt. Hierzu werden von einigen Fachleuten beispielsweise Spiel- oder Arbeitssucht gezählt oder auch bestimmte Störungen im Essverhalten (Fett- oder Magersucht).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den nach wie vor sehr geläufigen Begriff der „Sucht“ (engl.: addiction) im Jahr 1964 durch den Begriff der „Abhängigkeit“ (engl.: habituation) ersetzt.

Begriffsbestimmung der Abhängigkeit durch die WHO

„Abhängigkeit“, konkret Drogenabhängigkeit, bedeutet, daß es dem Betroffenen entweder gar nicht oder nur unter starken Unlustgefühlen möglich ist, auf den Konsum der Droge zu verzichten.

Dabei wird unterschieden nach psychischer und nach physischer, d. h. körperlicher Abhängigkeit.

<i>Psychische Abhängigkeit</i>	<p>In der Regel tritt zuerst eine psychische Abhängigkeit ein. Man versteht darunter das seelische Verlangen nach Wiederholung des Suchtmittelkonsums oder des süchtigen Verhaltens. Psychische Abhängigkeit entwickelt sich zumeist in einem längeren Prozeß, „schleicht“ sich allmählich „ein“. Selbst von Fachkräften ist sie nur schwer eindeutig festzustellen.</p> <p>Bei fortgeschrittenem Konsum kann es zu einer körperlichen Abhängigkeit kommen.</p>
<i>Physische, körperliche Abhängigkeit</i>	<p>Von körperlicher Abhängigkeit wird gesprochen, wenn sich beim abrupten Entzug des Suchtmittels bestimmte körperliche Symptome – die „Entzugserscheinungen“ – feststellen lassen. Diese sind – je nach Art der Droge und je nach Person sowie den jeweiligen Umständen – unterschiedlich. Sie können in vielen Fällen nur unangenehm, in anderen Fällen aber auch extrem schmerzhaft und sogar tödlich sein.</p>
<i>Abstinenzverlust</i>	<p>Das psychische und körperliche Verlangen nach dem Suchtmittel kann bei fortgesetztem regelmäßigem Gebrauch zu einem „Abstinenzverlust“ – der mangelnden Fähigkeit, auf das Suchtmittel zu verzichten – führen.</p>
<i>Dosissteigerung</i>	<p>Außerdem kann es – je nach Art des Suchtmittels – zu einer „Toleranzausbildung“ und in der Folge zu einer „Dosissteigerung“ kommen. Der Stoffwechsel paßt sich der Droge an, indem er den Drogenabbau beschleunigt, und das Zentralnervensystem passt sich an, indem es ihm gelingt, auch noch unter höheren Dosen relativ „normal“ zu funktionieren. Dadurch kommt es zur Gewöhnung, eben der „Toleranz“, und zu der Notwendigkeit, die Dosis zu erhöhen, um die gewünschte Drogenwirkung wieder erzielen zu können.</p>
<i>Kontrollverlust</i>	<p>Nach dem allgemein verbreiteten traditionellen Krankheitsmodell des Alkoholismus, das auf E. M. Jellinek beruht, kann der Konsum von Alkohol bei manchen Personen schließlich zum „Kontrollverlust“ führen, definiert als Zustand des „Nicht-mehr-aufhören-könnens“. Jellinek unterteilt den Alkoholmissbrauch und die Alkoholabhängigkeit nach dem Trinkverhalten in Typen ein, denen er die ersten fünf Buchstaben des griechischen Alphabets zuordnet. Zum Bild spezieller Alkoholismustypen (Gamma- und Epsilon-Alkoholismus) gehört es, daß die Kranken durch den Konsum auch nur kleiner Alkoholmengen einen unwiderstehlichen Drang nach weiterer Alkoholaufnahme verspüren. Sie verlieren die Kontrolle über die weitere Trinkmenge und damit die Fähigkeit, den Konsum willentlich und aus eigener Kraft zu beenden (Symptom des „Nicht-mehr-aufhören-könnens“). Bei einem anderen Alkoholismustyp mit Krankheitswert, dem Delta-Alkoholismus, tritt zumindest für längere Zeit kein „Kontrollverlust“, dafür aber „Abstinenzverlust“ ein, d. h. der Kranke kann – ohne fremde Hilfe (Therapie) – nicht auf den Alkoholkonsum verzichten, diesen aber – zumindestens für längere Zeit – auf einem spezifischen Niveau halten („Spiegeltrinker, Gewohnheitstrinker“).</p>

Von „Mißbrauch“ oder „schädlichem Gebrauch“ psychoaktiver Substanzen spricht man, wenn das Suchtmittel konsumiert wird, obwohl negative gesundheitliche oder soziale Folgen sichtbar oder spürbar werden – ohne daß eine Suchtkrankheit eingetreten ist. Als negative Folgen gelten beispielsweise Alkoholfolgekrankheiten, aber auch psychosoziale Schwierigkeiten, die durch den Konsum des Suchtmittels ausgelöst werden.

Missbrauch

Nicht jeder Missbrauch beruht auf Abhängigkeit – und führt auch nicht zwangsläufig in eine Abhängigkeit. Die Unterscheidung zwischen Abhängigkeit und Missbrauch darf aber nicht so interpretiert werden, dass Missbrauch als harmlos angesehen wird. Die weitaus größte Zahl der alkoholbedingten Schäden zum Beispiel sind dem Alkoholmissbrauch zuzuschreiben.^{6*)}

*Missbrauch
ist nicht harmlos*

Der häufig verwandte Begriff „Alkoholismus“ wird mitunter unscharf benutzt, indem er die zwei Phänomene Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit umschreiben soll, die jedoch voneinander getrennt werden müssen. Obwohl Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit in Beziehung zueinander stehen und Übergänge haben können, bestehen in Prognose und Behandlung deutliche Unterschiede. Der Begriff „Alkoholismus“ sollte nur im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit verwendet werden.

Alkoholismus

1.2 Ursachen der Suchtentwicklung

Die Bedingungen für die Entstehung von Sucht oder Abhängigkeit sind vielfältig und unterschiedlich. Zwar gibt es zahlreiche Theorien über mögliche Ursachen, aber nach wie vor gibt es keine allgemein anerkannte, wissenschaftlich gesicherte Erklärung darüber, weshalb es bei manchen Menschen zu einer Abhängigkeitserkrankung oder einer Sucht kommt – bei anderen mit ähnlichen Konsummustern oder Verhaltensweisen aber nicht. Hier gilt es unter Einbeziehung der verschiedenen relevanten Disziplinen wie z. B. Medizin, Pharmakologie, Psychologie, Soziologie und Biochemie die Forschung zu intensivieren.

Keine eindeutige Ursache

Für die Fachwelt ist klar, dass die Gründe für die Entstehung einer Suchtmittelabhängigkeit nicht in der Droge oder in sonst einem Umstand allein liegen. Sie sind immer Resultat des Aufeinandertreffens verschiedener Faktoren. Es sind biologische, psychologische, soziale, gesellschaftliche und schließlich drogenspezifische Aspekte, die sich in einem komplexen, prozesshaften Geschehen wechselseitig beeinflussen.

Vielzahl von Einflussfaktoren

Faktoren, die die Entwicklung eines problematischen Umgangs mit Suchtmitteln beeinflussen, sind:

- die Person mit ihren unterschiedlichen körperlichen, genetischen und psychischen Eigenschaften, die sich in ihrem Sozialisationsprozess bestimmte Fähigkeiten, Einstellungen, Erwartungshaltungen angeeignet oder erworben hat, die

Persönliche Bedingungen

*) siehe Kapitel X.

Bedingungen aus dem Umfeld

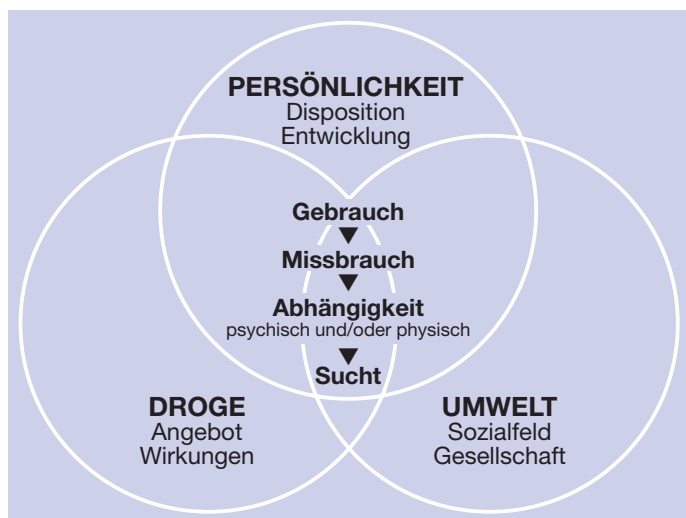
Das Suchtmittel

spezifische Rollenzuweisungen erfahren hat, bestimmte Leistungen erbringen will oder muss, Orientierungen und Zukunftsperspektiven für sich entwickelt hat,

- das soziale und gesellschaftliche Umfeld sowie die konkrete familiäre, schulische oder berufliche Situation des Menschen mitsamt den Anforderungen, die sich daraus ergeben,
- und das Suchtmittel selbst mit seinen spezifischen Eigenschaften und Wirkungen, in der jeweiligen Dosierung, Häufigkeit und Dauer seiner Einnahme, seiner Griffnähe und Verfügbarkeit sowie der Situationen und dem Kontext seines Konsums.

Diese Faktoren werden in dem sog. „Drogendreieck“ dargestellt:

Abhängigkeit und Sucht



Quelle: 7*)

Je nach Person und Umfeld kommt es zu durchaus verschiedenen Wirkungen und Folgen.

Sucht als Symptom

In der praktischen Präventionsarbeit wird Suchtmittelabhängigkeit und süchtiges Verhalten heute vor allem als Symptom oder Ausdruck von dahinter verborgenen Problemen verstanden. Das Suchtmittel hat danach eine bestimmte Funktion, indem es z. B. Störungen in der persönlichen oder psychosozialen Entwicklung eines Menschen verdecken oder ausgleichen soll oder fehlende Bewältigungskompetenzen für die wachsenden Herausforderungen des beruflichen wie privaten Alltags zu ersetzen versucht.

Was bewirken Suchtmittel im Gehirn?

Um die Entstehung einer Sucht zu verstehen – oder sollte man angesichts des noch lückenhaften Wissens über die dahinterstehenden Prozesse besser von „erahnen“ sprechen (?) – müssen auch die wissenschaftlichen Erkenntnisse über hirneurobiologische Vorgänge erwähnt werden.

*) siehe Kapitel X.

In verschiedenen Regionen des Gehirns befindet sich – insbesondere im limbischen System, dem „Sitz der Emotionen“ – ein Belohnungssystem, das auf alle wichtige Funktionen wie z. B. die Steuerung der Nahrungsaufnahme, Fortpflanzung, Sinneswahrnehmung, Gefühle und intellektuelle Bewertung einwirkt.

*Belohnungssystem
im Gehirn*

Zusammen mit chemischen Botenstoffen (Überträgersubstanzen) reguliert es Stimmungen und Verstimmungen, Euphorie und Dysphorie. Das Belohnungssystem ist lebensnotwendig. Wird es bei Tieren künstlich ausgestaltet, nehmen diese keine Nahrung mehr auf, vermehren sich nicht mehr, werden gleichgültig gegenüber der Umwelt. Diese Dinge machen keinen Spaß mehr, Empfindungen treten nicht mehr auf, Bewertungen finden nicht mehr statt.

Botenstoffe

An dem jeweiligen Geschehen, z. B. der Empfindung von Freude oder Trauer im zwischenmenschlichen Bereich, dem Interesse an einem Buch oder der Bewertung einer Farbe oder eines Tons als angenehm oder unangenehm sind verschiedene Faktoren in unterschiedlichen Hirnregionen beteiligt, die ihrerseits zueinander in komplexen Wechselbeziehungen stehen: Nervenzellen, Botenstoffe und Reize, wobei für die Botenstoffe noch eine quantitative Komponente zu erwähnen ist. Stark vereinfacht lässt sich sagen: ein Reiz wird empfangen, verarbeitet und bewertet, dies führt bei Nervenzellen zur Freisetzung von Botenstoffen, die wiederum zu anderen Nervenzellen wandern, dort „andocken“ und eine „Empfindung“ auslösen. Nicht jeder Botenstoff kann überall festmachen, diese Möglichkeit besteht nur bei den für ihn bestimmten „Empfangseinrichtungen“ (Rezeptoren).

Rezeptoren

Suchtstoffe sind in der Lage, in dieses System einzugreifen. Hierbei haben nach heutiger Kenntnis zwei Überträgersubstanzen bzw. -gruppen eine besondere Bedeutung: Dopamin und endogene (körpereigene) Opioide (Endorphine, hier insbesondere das β -Endorphin).

*Dopamin
Endorphine*

Die Endorphine binden an den gleichen Rezeptoren wie Opiate (Morphium, Heroin) an, haben daher auch ihren Namen, obgleich sie in ihrer chemischen Zusammensetzung keine Ähnlichkeit mit den Rauschmitteln haben. In erster Linie Dopamin, aber auch die endogenen Opioide gehören zu den Überträgersubstanzen zwischen den Nervenzellen im sog. Belohnungssystem.

Teils von der Wissenschaft belegt, teils von dieser mit hoher Wahrscheinlichkeit vermutet, ist davon auszugehen, dass die typischen und erwünschten Wirkungen der Opiate, nämlich Euphorisierung (gesteigertes Hochgefühl), Beruhigung, Schmerz- und Angstabbau, ausgelöst werden, weil sie Rezeptoren, die die Natur für die endogenen Opioide vorgesehen hat, besetzen und diese dabei verdrängen.

*Opiate verdrängen
Endorphine*

Bei Alkohol hingegen liegt nicht eine derart direkte, sondern eine indirekte Kausalität für das Auftreten der o. g. Wirkungen vor. Alkohol (Äthanol) dockt nicht an die Dopamin-/Opioidgebilde an; akuter Alkoholkonsum bewirkt aber eine erhöhte Freisetzung von β -Endorphinen. Andererseits führt aber chronischer Alkoholkonsum zu einer drastischen Herabsetzung des

*Alkohol pro und contra
Endorphin*

β -Endorphinspiegels im Gehirn. Hierin mag eine Erklärung liegen, warum Alkoholranke im späten Stadium der Erkrankung auch bei Alkoholkonsum nicht mehr die erwünschte Wirkung erzielt.

Gewohnheit

Massiver Alkoholkonsum scheint in der Lage zu sein, zum Teil auf Dauer das komplexe Belohnungssystem zu verändern, und möglicherweise ist dies auch bei Opiaten der Fall.

Ähnliche Prozesse wie bei den Opiaten laufen auch bei Cannabis und Kokain ab.^{8*)}

Modell des Suchtverlaufs

Auch das rein gewohnheitsmäßige Konsumieren, z. B. von alkoholischen Getränken oder Medikamenten, kann sich zu einem Alkohol- oder Medikamentenproblem oder gar zu einem Suchtproblem entwickeln. Begünstigt wird dies vor allem dadurch, daß insbesondere regelmäßiger Alkoholkonsum in Deutschland sozial akzeptiert ist.

Der Prozess zu Missbrauch oder Abhängigkeit von Suchtmitteln verläuft – von Person zu Person wiederum unterschiedlich – häufig in verschiedenen Phasen, die sowohl für Alkohol und Medikamente mit Suchtpotential als auch für illegale Drogen in einem gleichartigen Modell beschrieben werden können:

Zu Beginn machen Personen beim Konsum eines Rausch- oder Suchtmittels erste Erfahrungen mit der Wirkung des Stoffes.

Empfindet die Person die Wirkung als angenehm und wird der Konsum zur Gewohnheit oder wird der Gebrauch trotz ausbleibender positiver Wirkung fortgesetzt, um z. B. in der Status- oder Gleichaltrigengruppe Anerkennung zu finden, kann es zur Gewöhnung an die Droge kommen.

Wird das Mittel regelmäßig weiter konsumiert, kann, wie schon erwähnt, eine psychische – oder schließlich bei vielen Suchtmitteln auch eine körperliche – Abhängigkeit eintreten.

Entsprechend dem herrschenden Modell des Abstinenz- und Kontrollverlusts ist die Abhängigkeit vom Suchtmittel nicht heilbar. Nur totale und lebenslange Abstinenz, d. h. der vollständige Verzicht auf das Suchtmittel, kann ein neuerliches Abgleiten in Missbrauch und Abhängigkeit vermeiden.

Therapie der Suchtmittelabhängigkeit

Die Bereitschaft abhängiger Patientinnen und Patienten zu lebenslanger Abstinenz bildet in den Therapieeinrichtungen die Voraussetzung für die Durchführung einer Heilbehandlung.

Da diese Eingangsvoraussetzung möglicherweise aber viele suchtkranke Menschen davon abhält, den Weg in eine der zahlreichen Beratungs- und Therapieeinrichtungen zu finden und einer Behandlung zuzustimmen, sind in den letzten Jahren Beratungs- und Therapiemodelle entwickelt worden, die die „Schwelle“ senken und diese Personengruppe damit in vielen Fällen überhaupt erst erreichbar machen sollen.

Akzeptierender Therapieansatz

Nach dem Ansatz dieser Therapiekonzepte wird eine Behandlungs- und Abstinenzmotivation erst im Laufe einer Therapie entwickelt und in Zusammenarbeit von hilfesuchender Person und Therapeutinnen und Therapeuten gemeinsam erarbeitet.

*) siehe Kapitel X.

Sehen diese Personen dauerhafte Abstinenz nicht als für sich realistisches oder akzeptables Ziel, so kann im Rahmen von „akzeptierender Arbeit“ zunächst an einem möglichst risikoarmen Umgang mit dem Suchtmittel gearbeitet werden, um zumindest die negativen gesundheitlichen, sozialen und gegebenenfalls – bei illegalen Drogen – auch kriminellen/strafrechtlichen Risiken und Folgen zu verringern oder zu verhindern.

Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Personen trotz ihrer Abhängigkeitserkrankung noch über Selbstbestimmungs- und Selbststeuerungsfähigkeiten verfügen, die für die therapeutischen Prozesse nutzbar gemacht werden können. Insbesondere geht es darum, individuell passende und realistische Therapieziele – und Zwischenziele – zu erarbeiten.

Im Bereich der Arbeit mit Abhängigen von illegalen Drogen haben sich diese Modelle inzwischen als zusätzliches Angebot etabliert. Nicht zuletzt im Rahmen der AIDS-Prävention der vergangenen Jahre ging es darum, möglichst viele Konsumentinnen und Konsumenten intravenös angewandter Drogen (vor allem Heroin) zu erreichen und ihnen den Weg in eine helfende Einrichtung zu erleichtern.

Aber auch in den Fachkliniken für Alkoholranke werden durch Einbeziehung neuer Blickweisen und neuer methodischer Verfahren alternative Wege gesucht, gibt es erste Ansätze, auf dem Weg einer akzeptierenden Arbeit auch jene Abhängigen zu erreichen, die sich eine völlige Abstinenz nicht zutrauen und bisher von den bestehenden Hilfeinrichtungen nicht erreichbar waren.

Unter Fachleuten, aber auch unter Politikerinnen und Politikern – insbesondere auf kommunaler Ebene –, die mit den Problemen von Suchtmittelkonsum „vor Ort“ konfrontiert sind, setzt sich zunehmend die Ansicht durch, dass mit Abstinenzorientierung allein das Problem des Drogenkonsums nicht zu lösen ist. Bisherige Erfahrungen mit „akzeptierender Arbeit“ haben die Erwartung geweckt, dass durch die Ergänzung der bisherigen Abstinenztherapien um akzeptierende, „niedrigschwellige“ Angebote mehr Abhängigkeitsranke als bisher den Zugang zu den vorhandenen Hilfesystemen finden und zugleich die Effektivität der beraterischen und therapeutischen Arbeit erhöht werden kann.

Es wird die Aufgabe evaluierender, auswertender Studien sein, die Erfolgsaussichten der verschiedenen Beratungs- und Hilfeangebote und Therapieansätze für spezifische Klientinnen- und Klientengruppen auszuwerten, um Maßstäbe und Kriterien für die künftige Weiterentwicklung der Sucht- und Drogenhilfe zu gewinnen.

*Selbststeuerungsfähigkeit
abhängiger Personen*

*Niedrigschwellige
Hilfe- und Therapieangebote*

2. Verbreitung und Folgen von Suchtmittelkonsum und Suchtverhalten

2.1 Überblick

Unzureichende Datenlage zum Drogenkonsum und -missbrauch

Der weit überwiegende Teil der in Deutschland genannten Zahlen zum Umfang des Konsums von Suchtmitteln beruht auf Schätzverfahren – auch wenn scheinbar präzise Zahlenangaben gemacht werden.

Grundlage sind verschiedene, auch regelmäßig wiederholte Repräsentativerhebungen^{9*)}, Polizeistatistiken, Statistiken der Suchtberatungs- und Behandlungseinrichtungen und der Tabak-, Alkohol- und Spirituosenindustrie.

Die von verschiedenen Institutionen ermittelten Werte sind dabei keineswegs einheitlich.

Das liegt zum einen daran, dass unterschiedliche Bewertungs- und Schätzverfahren verwendet werden^{10*)}. Zum anderen ist es methodisch schwierig, bei häufig nur relativ kleinen Stichproben und Datenmengen zu verallgemeinerbaren Aussagen zu kommen. Dabei kommt es vor allem bei der Schätzung von Dunkelziffern leicht zu Abweichungen oder Fehlern.

Schwerpunkte und Tendenzen

Wenngleich die tatsächliche Situation somit nicht exakt darstellbar ist, erlauben die Daten zumindest grobe Rückschlüsse auf Schwerpunkte und Tendenzen des Drogenkonsums. Sowohl für die Suchtprävention wie für die Suchtkrankenhilfe ist es von Bedeutung, rechtzeitig auf sich verändernde Konsumgewohnheiten oder Einstellungsänderungen aufmerksam zu werden, um angemessene Präventionsstrategien und Hilfeangebote entwickeln zu können.

Daten der DHS

Die „Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V.“ in Hamm (DHS) ermittelt jährlich solche Schätzzahlen, sowohl zum Konsum als auch zur Abhängigkeit von Suchtmitteln. Folgt man diesen Zahlen als Ausdruck zumindest quantitativer Relationen, so ergibt sich daraus, dass der Konsum legaler Substanzen bei Suchtmittelmissbrauch oder -abhängigkeit eine weitaus größere Rolle spielt als der Konsum illegaler Drogen. In der Bundesrepublik gelten demnach etwa

Anzahl der Suchtkranken in Deutschland

- 2,5 Millionen Menschen als behandlungsbedürftig alkoholkrank
- 1,4 Millionen Menschen als behandlungsbedürftig medikamentenabhängig sowie
- 120.000 Menschen als behandlungsbedürftig harddrogenabhängig.

Andere Quellen gehen von durchaus höheren Zahlen aus, wenn beispielsweise nicht nur die Abhängigkeitskranken im Problemfeld „Alkohol“ berücksichtigt werden, sondern auch die gefährdeten Starkkonsumenten.

Umfang des Alkoholmissbrauchs

Eine repräsentative Untersuchung hat z. B. ergeben, dass ca. 15 % der Männer sowie 10 % der Frauen in Westdeutschland

*) siehe Kapitel X.

in gesundheitsschädlichem Umfang Alkohol konsumieren bzw. 20,5% der Männer und 10,5 % der Frauen in Ostdeutschland: insgesamt 6,5 Millionen Menschen.^{11*)}

Vergleichbare Zahlen können auch für Niedersachsen angenommen werden. Frühere Untersuchungen haben gezeigt, daß es keine wesentlichen Unterschiede im Konsum- und Missbrauchsverhalten der Niedersachsen im Vergleich zu den Verhältnissen für Westdeutschland insgesamt gibt.

Benutzt man die Daten mit aller Vorsicht, kann davon ausgegangen werden, dass es in Niedersachsen etwa

- 190.000 Alkoholranke,^{12*)}
- 30.000 bis 50.000 Medikamentenabhängige^{13*)} und
- 12.000 Abhängige von „harten“ illegalen Drogen^{14*)} gibt.

Auch in Niedersachsen spielen somit legale Drogen die weitaus größere Rolle bei der Suchtmittelabhängigkeit. Die für Niedersachsen errechnete Zahl der Alkoholkonsumenten mit gesundheitsschädlichen Konsum-Mengen z. B. beträgt bei den Männern 13,3 % und bei den Frauen 9,1 %.^{15*)}

Dazu kommt eine hohe Zahl Raucherinnen und Raucher, von denen viele mehr oder weniger abhängig von Nikotin sind. Je nach Quelle gelten von den insgesamt 17 bis 18 Millionen Raucherinnen und Rauchern in der Bundesrepublik 6 bis 7,5 Millionen Menschen als Starkrauchende oder als behandlungsbedürftig.^{16*)}

Bei der Art und dem Umfang einer Suchtmittelabhängigkeit gibt es prägnante geschlechterspezifische Unterschiede. Während von Alkoholabhängigkeit mit einem Anteil von 2/3 Männer zu 1/3 Frauen mehrheitlich Männer betroffen sind, ist diese Relation bei Medikamentenabhängigkeit genau umgekehrt: in 2/3 der Fälle sind Frauen, in 1/3 der Fälle Männer betroffen.

Bei Nikotinabhängigkeit und illegalen Drogen beträgt die Relation je etwa 1/3 Frauen, 2/3 Männer. Am hervorstechendsten sind die Unterschiede bei Spiel- und Essstörungen: in 90 % der Fälle sind von „Spielsucht“ Männer betroffen, 90 % der Ess-Störungen treten dagegen bei Frauen auf.

Auf eine ausgeprägte Tendenz zu Mehrfachgefährdungen weisen zwei im Auftrag des Niedersächsischen Sozialministeriums durchgeführte Jugendstudien^{17*)} hin.

Alkoholkonsum, Rauchen, die Einnahme von Medikamenten mit Suchtpotential oder der Konsum illegaler Drogen treten häufig nicht unabhängig voneinander auf. Ge- und Missbrauchsverhalten führt häufig zum Konsum mehrerer Suchtmittel: vorrangig zu Nikotin und Alkohol.

Nikotin kommt dabei die oft noch unterschätzte Rolle der sogenannten „Einstiegsdroge“ zu, falls es eine solche überhaupt gibt. Jugendliche Raucherinnen und Raucher greifen sehr viel häufiger auch zu anderen Suchtmitteln, im Unterschied zur Gruppe der Nichtraucher und Nichtraucherinnen, die dies sehr viel seltener tun.^{18*)}

Daten für Niedersachsen

Verhältnis von legalen zu illegalen Drogen

Zahl der Raucherinnen und Raucher bundesweit

Geschlechterspezifische Unterschiede

Mehrfachgefährdungen

Einstiegsdroge

*) siehe Kapitel X.

Einstiegsalter

Die in den Medien häufig spektakulär aufgeworfenen Behauptungen über ein sinkendes Einstiegsalter beim Konsum oder Missbrauch von Suchtmitteln läßt sich durch die vorliegenden Studien nicht belegen. Generell liegt das größte Einstiegsrisiko bei den 15- bis 17-jährigen.

Entwicklungstendenzen des Drogenkonsums im Jugendalter

Für den Bereich der illegalen Drogen kann aufgrund der meisten Repräsentativerhebungen des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von einer grundsätzlichen Stagnation des Konsums seit 1995 ausgegangen werden.^{19, 19a*)}

2.2 Nikotinkonsum

Nicotinkonsum als Thema der Gesundheitsförderung

Nikotin ist ein Suchtstoff und Rauchen von Tabak die weltweit verbreitetste Form der Substanzabhängigkeit – dies wird vielfach übersehen und nicht überall anerkannt, was sich mitunter auch in Zuständigkeiten ausdrückt. Dem Nikotinkonsum widmen sich nicht die Einrichtungen der Suchtprävention und -hilfe, sondern die Einrichtungen des allgemeinen Gesundheitswesens bzw. der Gesundheitsförderung.

Der vorliegende Bericht kann und soll nur begrenzt zum Thema des Nikotinkonsums Stellung nehmen.

Zahl der Raucherinnen und Raucher in Niedersachsen

In Niedersachsen rauchen 40,8 % der Bevölkerung; 47,3 % der Männer sowie 34,2 % der Frauen. Die Quote der Raucher und Raucherinnen in Niedersachsen liegt damit 5% über dem westdeutschen Durchschnitt.^{20*)}

Nikotin als Droge

Die abhängigmachende Substanz ist dabei das psychotrop (d. h. auf die Psyche) einwirkende Nikotin, während für die schwerwiegenden gesundheitlichen Schäden verschiedene andere Inhaltsstoffe des Tabaks und sogenannte Begleitstoffe des Tabakrauches verantwortlich sind.

Rauchen fördert Herz-Kreislaferkrankungen und chronische Bronchitiden, es kann zu peripheren Durchblutungsstörungen führen und erhöht deutlich das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden. Allein etwa 40 Schadstoffe aus dem Tabakrauch gelten als krebserzeugend.

Gesundheitliche Folgen des Rauchens

Es wird geschätzt, dass etwa ein Drittel der Krebstodesfälle durch Rauchen verursacht sind^{21*)} und nahezu die Hälfte der regelmäßigen Raucher und Raucherinnen an den Folgen ihrer Rauchgewohnheiten sterben, sei es an Gefäß- und Lungenerkrankungen oder an Karzinomen (Lungen-, Kehlkopf-, Speiseröhren- oder Mundhöhlenkrebs).

Schätzungen, die die erheblichen Zahlen der durch Rauchen verursachten Herz-Kreislauf-Krankheiten miteinbeziehen, gehen von jährlich 100.000 bis 140.000 vorzeitigen Sterbefällen aus, die in Deutschland den gesundheitsschädigenden Folgen des Aktivrauchens zuzuschreiben sind.

*) siehe Kapitel X.

Die damit für das Gesundheitswesen verbundenen Kosten sind erheblich. Dazu kommen durch Folgen des Rauchens verursachte volkswirtschaftliche Kosten, die beispielsweise durch Arbeitsunfähigkeit, Frühinvalidität oder Todesfälle entstehen.

Volkswirtschaftliche Kosten

Verglichen mit den siebziger und achtziger Jahren, ist die Raucherquote unter Jugendlichen gesunken. Immer mehr Jugendliche verzichten darauf, mit dem Rauchen anzufangen. Allerdings beginnt dieser Trend sich seit einigen Jahren wieder abzuschwächen.

Unter den 12 bis 24-jährigen Jugendlichen in Niedersachsen gibt es im Durchschnitt 36 % Raucher und Raucherinnen: die Raucherquote der Mädchen hat sich der der Jungen insgesamt angeglichen, wobei im Alter von 14 bis 20 Jahren sogar mehr Mädchen rauchen als Jungen.^{22*)}

Jugendliche Raucherinnen und Raucher

Vor diesem Hintergrund bietet zum Beispiel eine Sucht- und Drogenberatungsstelle in Hameln Raucherentwöhnungshilfen für Kinder und Jugendliche an.

Anders als die klischeehaften Bilder der Werbung es gerne zeigen, ist das Motiv für Tabakkonsum nicht allein der Genuss. Rauchen spielt eine große Rolle als Bewältigungsstrategie in Problem- oder Konfliktsituationen. Studien zeigen auf, daß Raucher – in stärkerem Ausmaß als Alkoholkonsumenten – unter Belastungs- und Risikofaktoren der Arbeitssituation, des psychischen Wohlbefindens und der Gesundheit leiden.^{23*)}

Rauchen als Bewältigungsstrategie bei Belastungen

Beim Beginn des Tabakkonsums spielen Einflüsse des sozialen Umfelds eine bedeutende Rolle. Rauchgewohnheiten der Eltern, ebenso die von Geschwistern, Freunden, Kollegen oder Vorgesetzten, fördern Rauchen bei Kindern oder Jugendlichen erheblich.

Umgekehrt wirkt sich die oben genannte Entwicklung zu weniger Tabakkonsum langfristig präventiv aus. In einem „raucherarmen“ sozialen Umfeld beginnen weniger Jugendliche das Rauchen.

Rauchen und soziales Umfeld

Eine langfristige Förderung des Trends zum Nichtrauchen ist für eine gewünschte Veränderung des Rauchverhaltens von größerer Bedeutung als die – therapeutische – Beeinflussung der aktiven Raucher selber.

2.3 Alkoholkonsum und -missbrauch

Alkohol ist – nach Tabak – das in Deutschland am weitesten verbreitete Suchtmittel. Bei einem großen Teil der Bevölkerung gehört Alkohol zum Alltag.

Alkohol als Alltagsdroge

Zwar ist der Alkoholkonsum in Deutschland in den letzten Jahren leicht rückläufig, bewegt sich aber immer noch auf einem sehr hohen Niveau.

*) siehe Kapitel X.

Pro-Kopf-Konsum

Mit einem von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)^{24*)} für 1999 errechneten Pro-Kopf-Verbrauch von jährlich 10,6 Litern reinem Alkohol nimmt die Bundesrepublik weltweit eine Spitzenstellung ein.

Berücksichtigt man, dass Männer etwa 2,5 mal soviel trinken wie Frauen, ergibt sich im Durchschnitt ein täglicher Konsum von rd. 50 Gramm reinen Alkohols bei Männern und von rd. 20 Gramm bei Frauen.

Gesundheitsschädlicher Alkoholkonsum

Damit sind aber die Mengen erreicht oder überschritten, die nach früheren Aussagen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gesundheitsgefährdend sind: die zugrundegelegten Grenzwerte liegen bei 20 Gramm für Frauen und 40 Gramm bei Männern.^{26*)}

Jugendliche und Alkohol

Bei Jugendlichen zeichnet sich im Bundesdurchschnitt ein Trend zu einem geringeren Alkoholkonsum ab: Jugendliche trinken weniger häufig als beispielsweise in den siebziger Jahren Alkohol, und in den jüngeren Altersgruppen ist der Alkoholkonsum deutlich zurückgegangen.^{27*)}

Geschlechterspezifische Unterschiede des Alkoholkonsums

In Niedersachsen läßt sich dieser Trend wohl für die Mädchen bestätigen, während bei den Jungen ein Wiederanstieg zu verzeichnen ist. Etwa jeder dritte (33 %) der 12- bis 25-jährigen Jungen oder jungen Männer in Niedersachsen trinkt regelmäßig Alkohol, während es bei den Mädchen oder jungen Frauen „nur“ jede vierzehnte (7 %) ist.^{28*)} Der Anteil der stark alkoholgefährdeten Jugendlichen liegt relativ konstant bei 6 bis 7 %.^{29*)}

Alkohol und soziales Umfeld

Erste Erfahrungen mit einem Alkoholrausch, aber auch generell mit dem Trinken von Alkohol, machen Jugendliche zu- meist im privaten Umfeld, beispielsweise mit den Eltern oder anderen Familienangehörigen.

Am wichtigsten für das eigene Trinkverhalten ist jedoch in der Regel die Gruppe gleichaltriger Freunde oder Freundinnen. Nur selten trinken Jugendliche allein oder zusammen mit Zufallsbekanntschaften.

Das Erlernen des Alkoholtrinkens hängt keineswegs allein von individuellen Dispositionen der Jugendlichen ab. Die Ergebnisse der Bundesstudie belegen, dass es immer auch mit bestimmten sozialen Kontexten und strukturellen Bedingungen verknüpft ist. Zu den Lebenssituationen, die ein größeres Risiko für intensivere Alkoholerfahrung bedeuten, gehören insbesondere der Beginn einer beruflichen Ausbildung, der Wehr- oder Ersatzdienst oder Arbeitslosigkeit.

Risikoreiche Lebenssituationen

Gefragt nach den Gründen, trinken Jugendliche Alkohol heute eher deshalb, weil sie sich eine geselligkeits- und stimmungsfördernde Wirkung davon versprechen – und weniger, weil sie Alkohol dazu benutzen, Spannungen abzubauen oder Konflikte zu reduzieren.

*) siehe Kapitel X.

Manches deutet aber auch darauf hin, dass Alkoholtrinken bei vielen Jugendlichen keiner weiteren Begründung (mehr) bedarf, weil es einfach selbstverständlicher Bestandteil ihres Geselligkeitsverhaltens ist. Man trinkt, weil man mit anderen zusammen ist, und nicht, um eine bestimmte Wirkung zu erzielen oder ein spezifisches Bedürfnis zu befriedigen.

Alkohol als Bestandteil von Geselligkeit

Alkohol wird vom Blut aufgenommen und gelangt mit ihm in alle Organe des Körpers, der Zellstoffwechsel stellt sich allmählich auf den Alkohol ein.

Wirkungen des Alkohols

Geringe Mengen werden relativ problemlos abgebaut. Wird dem Körper jedoch regelmäßig Alkohol zugeführt, kommt das einer chronischen Vergiftung gleich, die Körperorgane und Nervensystem angreift und bei Dauerkonsum zu irreparablen Schädigungen führen kann.

Trinkpausen führen zu quälenden Entzugserscheinungen mit Unruhe, Schweißausbrüchen, Verstimmungen, Zittern, morgentlichem Würgen und Halluzinationen bis hin zum Delirium tremens.

Entzugserscheinungen

Alkoholkonsum beeinflusst zunächst in vielfältiger Weise Körperfunktionen, die für die menschliche Reaktions- und Leistungsfähigkeit bedeutend sind:

Aufmerksamkeit und Konzentration lassen nach, Seh- und Wahrnehmungsvermögen werden gestört, die Reaktionsfähigkeit und die Koordination von Bewegungsabläufen wird beeinträchtigt, Gleichgewichtsstörungen treten auf.

Parallel treten psychische Wirkungen ein: Fehler in der Selbsteinschätzung, im Denkvermögen auf der einen Seite, Enthemmung und erhöhte Risikobereitschaft auf der anderen Seite.

Veränderte Selbsteinschätzung

Das Zusammenwirken von körperlichen Beeinträchtigungen und psychischen Veränderungen trägt in erheblichem Maß zum Unfallgeschehen bei: im Verkehr und, noch häufig übersehen, am Arbeitsplatz.

Steigendes Unfallrisiko

Anders als bei anderen toxischen Stoffen mit hohem Missbrauchspotential – beispielsweise Tabak -, treten bei Alkoholmissbrauch aber meistens nicht als erstes gesundheitliche Schädigungen auf, sondern es kommt zunächst einmal zu negativen sozialen Auswirkungen.

Diese betreffen sowohl die Konsumierenden selbst, als auch das soziale Umfeld, insbesondere in Familie und Beruf. Familiäre Spannungen belasten Partnerinnen bzw. Partner und Kinder gleichermaßen und können zu schweren bis irreparablen Schädigungen der Familienbeziehungen führen. Soziale Beziehungen zu Freunden, zu Verwandten, zu Arbeitskollegen und -kolleginnen werden belastet oder zerstört, Entfremdung und soziale Isolation, Einsamkeit können die Folge sein. Bei fortgesetztem hohen Alkoholkonsum kann es zu Gewalttätigkeiten kommen, oder auch zu Verschuldung, eventuell zum Verlust des Arbeitsplatzes, des Führerscheines oder der Wohnung.

Soziale Folgen von Alkoholmissbrauch

Ständiger Missbrauch von Alkohol kann schließlich mitverantwortlich sein für eine Vielzahl organischer Erkrankungen. Alkoholkonsum kann bei allen Körper- und Gewebesystemen Schäden anrichten, stellt Griffith Edwards in der von ihm unter

Mitarbeit diverser anderer international anerkannter Fachleute herausgegebenen wesentlichen Übersichtsarbeit „Alkoholkonsum und Gemeinwohl“^{30*)} fest und stellt eine Fülle von Krankheiten auf.

*Folgeerkrankungen
bei starkem Alkoholkonsum*

Dazu gehören Schädigungen der Leber (Fettleber, alkoholische Hepatitis, Leberzirrhose), des Magens (z. B. chronische Magenschleimhautentzündung), des Darms und der Bauchspeicheldrüse. Es kann weiterhin zur Herabsetzung zahlreicher Herzfunktionen (u. a. Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck, erhöhtes Schlaganfallrisiko) kommen sowie zu Funktionsbeeinträchtigungen des zentralen Nervensystems (z. B. mit Bewegungsstörungen).

Zu den Risiken zählen aber auch Muskelerkrankungen, Knochenkrankungen, rheumatische Erkrankungen sowie Störungen der Blutbildung, des Stoffwechselsystems oder des Hormonsystems.

Alkoholembryopathie

Da die Plazenta (Mutterkuchen) „alkoholgängig“ ist, kann der Alkoholkonsum der Mütter während der Schwangerschaft bei Neugeborenen schwere Schädigungen zur Folge haben (Alkoholembryopathien). Das Kind „trinkt“ zwangsläufig immer mit. Bundesweit ist mit über 2.200 Fällen pro Jahr zu rechnen.^{31*)}

Delirium tremens

Fortgeschrittene Alkoholabhängigkeit kann zum Delirium tremens (Alkoholdelir) führen, einem lebensbedrohlichen Zustand der Desorientierung und Unruhe mit Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen, Zittern, Schwitzen u. a. m.

*Tödliche Folgen
der Droge Alkohol*

Diese gesundheitlichen Folgeschäden können bis zum Tod führen. Noch unzureichend bekannt ist, dass Alkohol außerdem ein Hauptrisikofaktor für die Entstehung bestimmter Krebserkrankungen ist. Es gilt heute als erwiesen, dass die Entstehung von bösartigen Tumoren durch ständigen Alkoholkonsum wesentlich mitbedingt wird, insbesondere an Organen des oberen Verdauungstraktes (Mund- und Rachenhöhle, Kehlkopf, Speiseröhre) und in der Leber. Aber auch die Entstehung von Brustkrebs wird durch chronischen Alkoholkonsum begünstigt, weil das Immunsystem durch den Alkohol geschwächt wird.

Während aufgrund jahrzehntelanger öffentlicher Gesundheitskampagnen in weiten Kreisen der Bevölkerung die Bedeutung des Tabakkonsums für die Krebsentstehung bekannt ist, ist das bezüglich des Alkohols meist nicht im Bewusstsein.^{32*)} Dabei beträgt das Krebsrisiko bei Menschen, die sowohl Alkohol als auch Tabak regelmäßig konsumieren, ein vielfaches derer, die mit einer der beiden Substanzen „auskommen“.

*Todesfälle infolge von
Alkoholmissbrauch*

Eine nicht unerhebliche Zahl der Todesfälle in Niedersachsen ist auf den missbräuchlichen Konsum von Alkohol zurückzuführen. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren schätzt, daß jährlich 30.000–40.000 Personen durch die Folgen

*) siehe Kapitel X.

des Alkoholmissbrauchs in Deutschland sterben^{33*)}, für Niedersachsen wird die Zahl auf 3.000–4.000 geschätzt.

Häufig wird vernachlässigt, daß die körperlichen Alkoholfolgekrankheiten keine Folgen einer Abhängigkeitserkrankung sind, sondern Folgen des schädlichen Konsums von zu viel Alkohol. Schädliches Trinken oder Mißbrauch können zu einer Alkoholabhängigkeit führen – oder zu Alkoholfolgekrankheiten – oder aber zu beidem.

Alkoholabhängige stellen zwar die „Spitze des Eisbergs“ dar. Aber die Grenze für das Auftreten alkoholbezogener – nicht alkoholabhängigkeitsbezogener – Schäden verläuft heute nicht mehr zwischen Alkoholikern und Nichtalkoholikern, sondern zwischen Stark- und Schwachkonsumenten. Es ist davon auszugehen, dass es bundesweit – eingebettet in sozial akzeptierte Trinkgewohnheiten – dreimal so viel Starkkonsumenten wie Alkoholabhängige gibt.^{34*)}

*Starkkonsumenten
und Alkoholabhängige*

Alkoholmissbrauch ist deshalb nicht nur von Bedeutung als Vorstadium einer möglichen späteren Abhängigkeit, sondern beinhaltet selbst ein hohes Risiko für die Gesundheit – auch ohne Eintreten einer Abhängigkeitserkrankung.

Mitunter wird von gesundheitsfördernden Wirkungen des Alkohols berichtet. Als nachgewiesen kann dies nur für koronale Herzerkrankungen gelten, wo bei einem Konsumbereich von einigen Gramm bis zu 40 Gramm Alkohol pro Tag bei Männern das Risiko einer Erkrankung sinkt. Es bleibt aber festzuhalten, dass abstinent Lebende andere Möglichkeiten haben, das Risiko der koronalen Herzkrankheiten zu senken.

Ein starker Alkoholkonsum erhöht das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (Gesundheits- und Todesrisiko), wobei Trinkexzesse (z. B. an Wochenenden) besonders starke Gefahren bergen.

Weniger ist besser

2.4 Konsum von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential

Medikamente sind synthetische oder natürliche Stoffe, die als Heilmittel im allgemeinen der Wiederherstellung oder Stabilisierung der Gesundheit dienen. Sie beeinflussen die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktion des menschlichen Körpers, aber auch seelische Zustände.

Medikamente als Heilmittel

Medikamente haben ihre Berechtigung, wenn sie aus medizinischen Gründen vorschriftsmäßig eingenommen werden. Manche Mittel werden jedoch auch missbraucht.

Medikamentenmissbrauch

Dies betrifft u. a. amphetaminhaltige Anregungs- oder Aufputschmittel, benzodiazepinhaltige Beruhigungs- und Schlafmittel (Barbiturate, Tranquilizer) oder bestimmte Schmerzmittel (Analgetika), die beispielsweise Codein enthalten.

*) siehe Kapitel X.

	<p>Von Missbrauch spricht man, wenn sie ohne medizinische Notwendigkeit oder abweichend von den Dosierungsempfehlungen, zu lange oder in zu hohen Dosen eingenommen werden.</p>
<i>Medikamentenabhängigkeit</i>	<p>Die Konsumenten oder Konsumentinnen solcher Medikamente wissen häufig nicht, daß der Missbrauch dieser Medikamentengruppen zu einer – entweder psychischen, teilweise auch körperlichen – Abhängigkeit führen kann. Dies betrifft auch eine ganze Reihe häufig ärztlich verordneter (weil verschreibungspflichtiger) Mittel.</p>
<i>Fließende Grenzen beim Medikamentenkonsum</i>	<p>Die Grenzen zwischen einer medizinisch begründeten, bestimmungsgemäßen Verwendung eines solchen Medikaments und einem beginnenden Missbrauch, der in eine Abhängigkeit münden kann, sind zumeist fließend.</p> <p>Teilweise sind Schmerzmittel in der Apotheke frei käuflich. Arzneimittel mit Suchtpotential sind dagegen verschreibungspflichtig, in aller Regel ist die Einnahme also durch eine ärztliche Verordnung gedeckt.</p> <p>Von den Betroffenen wird eine Abhängigkeit gar nicht wahrgenommen oder häufig erst erkannt, wenn wegen der Nichteinnahme des Medikaments Entzugerscheinungen auftreten.</p> <p>Der Einstieg in den Medikamentenmissbrauch ist meist an „normale“, alltägliche Belastungen geknüpft, wie Überforderung durch Mehrfachbelastung, Spannungen am Arbeitsplatz und anderes mehr.</p>
<i>Bewältigung täglicher Anforderungen mit Hilfe von Medikamenten</i>	<p>Häufig sind es Frauen, die zu Medikamenten greifen – bzw. denen Medikamente verordnet werden –, so dass besonders sie gefährdet sind, in eine Medikamentenabhängigkeit zu geraten.</p> <p>Im Vordergrund steht dabei der Wunsch, die Arbeits- und Funktionsfähigkeit zu erhalten, leistungsfähig zu bleiben und durchzuhalten, auch wenn die körperlichen und seelischen Kräfte nachlassen.</p>
<i>Entzugerscheinungen</i>	<p>Bei Absetzen des Medikaments kann es zu unangenehmen Entzugerscheinungen kommen. Da diese oft dem ursprünglichen Krankheitssymptom ähneln, z. B. Kopfschmerz, wird die Einnahme des Mittels möglicherweise fortgesetzt, allzuoft in Unkenntnis der damit verbundenen erheblichen Risiken für die physische Gesundheit und das psychische Wohlbefinden.</p>
<i>Gesundheitliche Folgen des Medikamentenmissbrauchs</i>	<p>Die Schädigungen infolge missbräuchlicher Medikamenteneinnahme sind sehr zahlreich und zum Teil lebensbedrohlich. Sie umfassen – je nach konsumierter Substanz – chronische Organschäden, beispielsweise Nierenschäden, Harnwegsinfekte, Magenblutungen, aber auch Tumorbildungen. Es kann zu Nervenleiden kommen sowie zu Einschränkungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit, zu Beeinträchtigungen der Erlebnisfähigkeit (seelische Abstumpfung, Apathie oder aber erhöhte Reizbarkeit), zu Konzentrationsstörungen, zu depressiven Verstimmungen oder Suizidalität – und anderem mehr.</p> <p>Der Umfang des Medikamentenmissbrauchs und der Medikamentenabhängigkeit ist nur schwer abzuschätzen. Medikamentenabhängige bleiben im Gegensatz zur Alkoholabhängigkeit in der Regel über längere Zeit sozial unauffällig, so dass</p>

auch im Rahmen des sozialen Umfeldes der Betroffenen (Familie, Freundeskreis, Kollegen und Kolleginnen) eine Abhängigkeit häufig nicht erkannt wird – und ohne fachspezifische Kenntnisse auch nur schwer erkennbar ist.

Auch Jugendliche nehmen Medikamente ein, die ein Suchtpotential besitzen: von den 12–24-jährigen jungen Menschen in Niedersachsen nehmen 3 % regelmäßig solche Medikamente ein, weitere 46 % gelegentlich.^{35*)}

Jugendliche und Medikamente

Besonders bei Benzodiazepinen weitverbreitet ist die sogenannte „Niedrig-Dosis-Abhängigkeit“, eine Form der Abhängigkeit, bei der eine relativ geringe Wirkstoffdosis über längere Zeit hinweg genommen wird, ohne dass die Dosis gesteigert wird. Die Dauereinnahme erfolgt aber schließlich nicht mehr, um eine bestimmte psychotrope Wirkung zu erzielen, sondern um Entzugerscheinungen zu verhindern.

Niedrig-Dosis-Abhängigkeit

Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen entfielen Mitte der 90er Jahre bundesweit rund 1,5 Milliarden (8,1 %) der insgesamt 28,5 Milliarden Tagesverordnungen auf Arzneimittel, die ein Suchtpotential besitzen. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) geht davon aus, dass hiervon rund ein Drittel, also 500 Millionen Tagesdosierungen, nicht wegen akut medizinischer Probleme, sondern langfristig zur Suchterhaltung verordnet wurden.^{36*)}

*Verbreitung von
Medikamenten mit
Suchtpotential*

Die teilweise unkritische Verschreibung von Präparaten mit Abhängigkeitspotential durch Ärzte wird in jüngster Zeit öffentlich, auch von Ärztekammern, Berufsverbänden und Krankenkassen diskutiert.

Eine vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebene empirische Studie zur Ordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential ergab, dass ein erheblicher Anteil an Patienten oder Patientinnen (knapp 7%) solche Medikamente über so lange Zeiträume verschrieben bekommt, dass auf die Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung oder bereits auf eine manifeste Medikamentenabhängigkeit geschlossen werden kann.^{37*)}

*Ärztliche
Verschreibungspraxis*

Es darf nicht verkannt werden, dass es innerhalb der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte große Unterschiede bezüglich Wissensstand und Erfahrung gibt und die Defizite teilweise noch in ihrer Ausbildung begründet sind. Die Problematik der Medikamentenabhängigkeit hat hier erst in den letzten Jahren einen größeren Stellenwert bekommen.

Es ist weiter zu berücksichtigen, dass Ärztinnen und Ärzte häufig in einem Konflikt stehen, z. B. zwischen Patientenwünschen, ein spezielles Medikament verordnet zu bekommen einerseits, medizinisch Sinnvollem andererseits.

Dennoch gilt es in Zukunft, die Sensibilität bei medizinischen Fachkräften – wie bei allen anderen, die im Gesundheits- und Sozialwesen Verantwortung tragen – gegenüber dem Risiko von Medikamentenabhängigkeit zu erhöhen.

*) siehe Kapitel X.

2.5 Konsum und Missbrauch illegaler Drogen

*Konsumenten
illegaler Drogen*

Der Konsum der unter das Betäubungsmittelgesetz fallenden Drogen spielt sich weitgehend unter Ausschluss oder am Rande der Öffentlichkeit, in der sogenannten Drogenszenen und gesetzbedingte in der Illegalität ab. Die offenen Drogenszenen, vielfach an Bahnhöfen oder Parkanlagen, bilden nur die Spitze des Eisberges. Genaue Angaben über die quantitative Dimension des Problems sind daher nicht möglich. Alle veröffentlichten Daten sind – mehr oder weniger grobe – Schätzungen.

*Konsum illegaler Drogen
bei Jugendlichen*

Gemäß der bereits genannten Jugendstudie 90/91 sind in Niedersachsen 4 % der 12- bis 24-Jährigen aktuelle Drogenkonsumenten. Dies entspricht den Aussagen der bundesweit angelegten Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), wonach 4 % aller westdeutschen Jugendlichen regelmäßig, d. h. mehr als 20 mal im Jahr, illegale Drogen konsumieren, überwiegend Cannabis.^{38*)}

*Mehrheit der Jugendlichen
gegen Konsum illegaler Drogen*

Die Mehrheit der bundesdeutschen Jugendlichen lehnt dagegen den Konsum von illegalen Drogen ab: bezogen auf Haschisch sind es 75 %, auf Kokain 94 % und bezogen auf Heroin 97 %.^{39*)}

*Zunahme des Konsums
von Designer-Drogen*

Generell ist jedoch die Bereitschaft Jugendlicher zum Konsum illegaler Drogen in den vergangenen Jahren angestiegen. Allerdings beschränkt diese Bereitschaft sich in den allermeisten Fällen auf Haschisch.^{40*)}

Probierkonsum

Auffällig zugenommen hat in den letzten Jahren dagegen der Konsum der sogenannten „Designer-Drogen“. Diese auch als „Party-Drogen“ bezeichneten Mittel werden häufig im Zusammenhang mit der „Techno-Szene“, einer Jugend-Musik-Szene, beobachtet.

Einstiegsalter

Die überwiegende Mehrzahl der Konsumenten ist als „Probierer“ einzustufen: meist bleibt es bei einem kurzzeitigen Experimentier- oder Probierkonsum. Auch diejenigen, die Cannabisprodukte über einen längeren Zeitraum mehr oder weniger regelmäßig zu sich nehmen, geben den Konsum später in der Regel von selbst wieder auf.^{41*)} Die längere Zeit verbreitete Befürchtung, dass der Konsum von Cannabisprodukten gewissermaßen zwangsläufig den Weg zu härteren Drogen ebne, hat sich nicht bestätigt. Nur eine ganz geringe Zahl von Drogenkonsumenten steigt von Cannabisprodukten auf harte Drogen im Sinne einer „Suchtkarriere“ um.^{42*)}

*Geschlechterspezifische
Verteilung*

Am Einstiegsalter in den Drogenkonsum hat sich seit den achtziger Jahren nicht viel geändert, es liegt im Durchschnitt bei 17 Jahren, wobei einige allerdings auch deutlich jünger sind.^{43*)}

Zwei Prozent der männlichen bzw. ein Prozent der weiblichen Jugendlichen in Niedersachsen gelten als starke Drogennutzer („user“).^{44*)} Bei männlichen Personen befindet sich der höchste Anteil an aktuellen Drogenkonsumenten in den Altersgruppen der 18–29-jährigen (7 %), bei weiblichen in der Alters-

*) siehe Kapitel X.

gruppe der 18–20-jährigen (5 %). In den darauffolgenden Altersgruppen geht der Umgang mit illegalen Drogen rasch und deutlich zurück.

Im Jahr 2000 gab es in Niedersachsen 142 Drogentote, 26 mehr als 1999. In den vorangehenden Jahren war die Zahl von ihrem bisher höchsten Stand mit 205 im Jahr 1991 kontinuierlich gesunken.

Drogentote

Bundesweit lässt sich ein Anstieg der Drogentoten feststellen. Eine hinreichende Erklärung kann für diese Schwankungen nicht gegeben werden. Sie werden beeinflusst von den in der Szene überwiegend konsumierten Drogenarten, vom Reinheitsgehalt der Drogen, dem Ausbau des Hilfenetzes u. a. m. Isoliert betrachtet, sind plötzliche Schwankungen bei der Zahl der Drogentoten wenig geeignet, die Qualität des Präventions- und Hilfesystems zu beurteilen. Bemerkenswerterweise ist aber das Interesse der Öffentlichkeit an diesen Zahlen im Verhältnis zu jenen des Alkoholbereichs, wo die Situation absolut gesehen dramatischer ist, sehr viel höher. Es drängt sich der Eindruck auf, dass hier zur eigenen Entlastung kollektiv von den Problemen der etablierten Droge „Alkohol“ abgelenkt wird auf die der illegalen Suchtstoffe.

Wurde bisher für Niedersachsen von ca. 9.000 Abhängigen von harten illegalen Drogen ausgegangen, ist aufgrund neuerer Zuordnungskriterien und Studien die Zahl auf ca. 12.000 betroffene Personen anzuheben.

Drogenabhängige

Aufgrund der ständig neu auf den Markt gelangenden „Designer-Drogen“ ist die Zahl der mit einem Verbot belegten Drogen in den letzten zwei Jahrzehnten beständig gewachsen. Es handelt sich um vollsynthetische Verbindungen, die in ständig neuen Zusammensetzungen angeboten werden und deshalb zum Zeitpunkt der Einführung auf dem Schwarzmarkt noch nicht vom Betäubungsmittelgesetz (BtMG) erfaßt sind. Das Betäubungsmittelgesetz bzw. seine Anlagen werden daher ständig aktualisiert, zuletzt durch die 13. BtMÄndV.

Die derzeit im Bereich des illegalen Drogenkonsums in Deutschland gebräuchlichsten Substanzen sind vor allem Cannabisprodukte (Haschisch, Marihuana), Opiate (wie Heroin), Halluzinogene (wie LSD) und schließlich auch Kokain sowie synthetische Drogen.

Die gebräuchlichsten Substanzen

Die Wirkungen dieser Drogen sind je nach Substanz sehr unterschiedlich. Sie hängen zudem von der jeweiligen physischen und psychischen Verfassung der Konsumentin bzw. des Konsumenten ab sowie von der Situation, in der das Mittel konsumiert wird.

Die in den genannten Drogen wirkenden Substanzen beeinflussen Sinneseindrücke und Sinneswahrnehmungen. Die Empfindungen für Farben und Geräusche, das Gefühl von Raum und Zeit können sich ändern, unter dem Einfluss halluzinogener Rauschmittel kommt es zu Sinnestäuschungen, zu Halluzinationen, aber auch zu Wahnvorstellungen und Phobien.

Wirkungen illegaler Drogen

Einige Drogen wirken anregend und entspannend wie Haschisch und Marihuana. Andere können in der akuten Wirkung euphorische Gefühle von Zufriedenheit oder Glück auslösen, z. B. Heroin.

Drogen wie Kokain, aber auch Ecstasy, wirken euphorisierend und antriebssteigernd. Angst wird reduziert, Gefühle wie Selbstakzeptanz und Selbstwert dagegen teilweise erheblich gesteigert, ebenso Kommunikationsbedürfnisse oder -fähigkeiten. Eine weitere Wirkung ist der Eindruck eines unbegrenzten Durchhalte- und Leistungsvermögens, Empfindungen also, die derzeit „im Trend“ liegen.

Risiken des Konsums illegaler Drogen

Anstelle der euphorisierenden oder beruhigenden Wirkungen können – insbesondere bei Überdosierung – auch Depressionen, Angstzustände oder Panikattacken ausgelöst oder paranoide Zustände und Psychosen hervorgerufen werden.

Abgesehen von den Risiken der Substanzen selber, entstehen weitere Gefahren dadurch, dass die auf dem illegalen Drogenmarkt angebotenen Stoffe häufig gesundheitsgefährdende Strecksubstanzen enthalten, die Organschäden verursachen können. Auch bei Drogen wie Ecstasy besteht ein erhebliches Risiko für die Konsumenten in der Ungewißheit über die Zusammensetzung und eventuelle Beimischungen der eingenommenen Pillen. Da der Reinheitsgrad des illegal erworbenen Stoffes den „usern“, den Gebrauchern, in der Regel nicht bekannt ist, kann es zu einer ungewollten Überdosierung kommen. Atemlähmung oder Herzversagen können die Folge sein und im schlimmsten Fall zum Tod führen.

Folgekrankheiten des Drogenmissbrauchs

Eine zusätzliche Gefährdung für Heroinkonsumentinnen und -konsumenten, die Spritzen benutzen („Fixer“), stellt das Risiko von Infektionen dar, z. B. Leberentzündung oder nicht selten auch AIDS. Die Gewohnheit, Spritzen untereinander auszutauschen, sowie die Beschaffungsprostitution von Frauen und Männern haben zu einer hohen Infektionsrate unter Drogenabhängigen geführt. So sind in Niedersachsen 15 % der HIV-Neuinfizierten und gleichfalls 15 % der AIDS-Neuerkrankungen auf intravenösen (i. v.) Drogenkonsum zurückzuführen.

Abhängigkeit von illegalen Drogen

Der Konsum der illegalen Drogen kann zu psychischer Abhängigkeit führen, bei einigen auch zu körperlicher Abhängigkeit. Als quälend empfundene und von den Abhängigen gefürchtete Entzugerscheinungen insbesondere bei Heroin behindern häufig die Bereitschaft zum Ausstieg aus der Droge.

Soziale Verelendung und Kriminalität

Bei einem Teil der Drogensüchtigen ist eine im Lauf der Jahre zunehmende psychische und soziale Verelendung zu beobachten. Arbeits- und Obdachlosigkeit, Mangelernährung, nicht behandelte Sekundärkrankheiten, äußere Verwahrlosung und der Verlust sozialer Beziehungen sind Ausdruck dieser Verelendung. Von der Illegalität aufgrund des Besitzes der Drogen (Konsumentendelikte) gleiten die Drogenabhängigen vielfach in die Beschaffungskriminalität ab. Um die Suchtmittel zu finanzieren, betreiben sie Drogenhandel, begehen Diebstähle oder Einbrüche, oder sie prostituieren sich. Obwohl dies nicht die Mehrheit der Drogenkonsumentinnen und -konsumenten betrifft, bestimmen sie das öffentliche Bild und die politische Drogendiskussion.

Die meisten bundesdeutschen Jugendlichen kennen die Risiken des Drogenkonsums sehr wohl und vermeiden jeglichen Gebrauch illegaler Drogen oder beschränken ihn auf die sogenannten „weichen Drogen“. Bei 96 % derjenigen, die Drogen-erfahrung haben, bleibt der Konsum auf Haschisch und Marihuana beschränkt.^{45*)}

Konsum „weicher“ Drogen

Wenn Jugendliche diese Arten von illegalen Drogen konsumieren, geht es ihnen oftmals weniger um eine problemverdrängende Wirkung der Droge, als darum, ihre Neugier zu befriedigen oder mal etwas Neues, Aufregendes zu erleben.^{46*)} Nur eine Minderheit nimmt diese Drogen, um den Alltag zu vergessen oder „total abzuschalten“.

„Harte Drogen“ (wie Heroin) mit ihrem erhöhten Risiko eines gesundheitlichen, strafrechtlichen und sozialen Abstiegs spielen quantitativ eine weitaus geringere Rolle. Dass es sich allerdings auch bei der Einnahme von Ecstasy um – gesundheitlich wie strafrechtlich – riskanten Konsum handelt, scheint vielen Jugendlichen dagegen nicht bewusst – oder zumindest wenig handlungsbestimmend – zu sein. Im Vergleich zu der übrigen illegalen Drogenszene fallen hier sowohl veränderte Konsumenten- und Konsumentinnenkreise als auch veränderte Konsummotive und -muster auf. Die Konsumierenden sind in der Regel sozial unauffällig, ohne Aussteiger – oder Verelendungssymptome. Das Konsumverhalten ähnelt alltäglich gewordenen generellen Konsumformen. Die Applikationsart, nämlich die Einnahme in Tablettenform, ist sozial adäquat und entspricht oftmals den Handlungsmustern der Erwachsenen, körperliche wie psychische Zustände durch die Einnahme von Medikamenten zu beeinflussen.

Konsum von Ecstasy

2.6 Stoffungebundene Verhaltenssüchte

In der Suchtprävention und -hilfe geht man heute davon aus, dass auch ganz alltägliche Verhaltensweisen – Essen, Kaufen, Spielen, Fernsehen, Arbeiten u. a. – in Form eines „süchtigen Verhaltens“ entgleisen kann. Es kann eine seelische Abhängigkeit eintreten, ein „zwanghaftes Verlangen“ nach ständiger Wiederholung dieses Verhaltens, um erwünschte Empfindungen auszulösen oder Missempfindungen zu lindern.

Süchtiges Verhalten

Vor allem zwei oftmals als süchtig bezeichnete Verhaltensweisen haben in den vergangenen Jahren Aufmerksamkeit erhalten: erstens das – teilweise als „Sucht-“, teilweise als „pathologisches (neurotisches) Verhalten“ bezeichnete Glücksspielen am Automaten sowie zweitens gestörtes Essverhalten.

Spielsucht

Menschen, die davon betroffen sind, vernachlässigen häufig andere Interessen und Bedürfnisse, ihre sozialen Beziehungen leiden, es kann zu Vereinsamung, zu finanziellen Problemen (Verschuldung), eventuell auch zu Beschaffungskriminalität kommen.

Gestörtes Essverhalten

*) siehe Kapitel X.

Auffällig sind die geschlechterspezifischen Unterschiede: Spielsucht, nimmt man an, betrifft zu 90 % Männer, Essstörungen zu 90 % Frauen.

Viele Betroffene brauchen eine fachkundige Beratung oder auch therapeutische Behandlung, um das problematische Verhalten wieder ablegen zu können.

Pathologisches Glücksspiel

Wegen der einer „Spielsucht“ zugrundeliegenden psychischen Störungen kann hier eine Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinn vorliegen, die eine medizinische Heilbehandlung erfordert.

*Fettsucht
Ess-/Brechsucht
Magersucht*

Zu den Ess-Störungen zählen neben der „Fettsucht“ insbesondere die „Ess/Brechsucht“ und die „Magersucht“. Hierbei handelt es sich um psychische Krankheiten, die in einigen Verhaltensweisen, insbesondere der zwanghaften Beschäftigung mit dem Essen oder Nicht-Essen, suchtspezifische Aspekte aufweisen.

Vor allem die körperlichen Folgen sind nicht harmlos: hormonelle Störungen, Belastungen der Wirbelsäule und Gelenke, Herz-/Kreislaufschäden, Nierenschäden, Darmstörungen bis hin zu lebensbedrohlichem Untergewicht und Tod. Ziel der therapeutischen Bemühungen bei allen Gruppen von Essgestörten ist es, zu einem kontrollierten und lustvollen Umgang mit Essen zu finden und sich selbst zu akzeptieren.

Arbeitssucht

In der Öffentlichkeit und in Publikationen haben in letzter Zeit im Weiteren auch die Arbeitssüchtigen (workaholics) erhöhte Aufmerksamkeit bekommen. Dem häufig positiven Image dieser Form süchtigen Verhaltens stehen psychische Zusammenbrüche, „Burn-out“ (Überanstrengung im Beruf mit der Folge des Gefühls innerlich „ausgebrannt“ zu sein), Herz-Kreislauf- Erkrankungen, Angstattacken und soziale Vereinsamung gegenüber, die nur einige negative Auswirkungen zwanghaften Arbeitens sind, das auch ökonomisch mehr Schaden anrichtet, als gemeinhin bekannt ist.

Hilfe erhalten Betroffene stoffungebundener Verhaltenssuchte insbesondere durch niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte und Psychologinnen bzw. Psychologen (Psychiatrie/Psychotherapie) oder stationär in psychiatrischen Krankenhäusern bzw. -abteilungen und Fachkliniken. Auch Suchtberatungsstellen nehmen sich dieses Klientels an.

3. Besondere Problemfelder des Suchtmittelmissbrauchs

3.1 Suchtmittel am Arbeitsplatz in Betrieben und Verwaltungen

Der hohe Konsum von Suchtmitteln macht sich auch am Arbeitsplatz bemerkbar. 5 % der arbeitenden Bevölkerung gelten als alkoholkrank, weitere 10 % als alkoholgefährdet. Bezogen auf andere Suchtmittel liegen keine zahlenmäßigen Schätzungen vor. Aber auch der Konsum von Medikamenten mit Suchtpotential lässt sich am Arbeitsplatz beobachten und führt vermehrt zu Missbrauchs- oder Abhängigkeitsfällen.

Umfang des Problems

Eine im Auftrag des Sozialministeriums durchgeführte Recherche ergab, dass selbst bei Fachleuten in den Betrieben kaum ein Problembewusstsein vorhanden ist, in welcher Weise Medikamenteneinnahme sich auf die Arbeitssicherheit auswirken kann, geschweige denn, wie dem begegnet werden könnte.^{47*)}

Der Konsum von illegalen Drogen durch Beschäftigte und die Beeinträchtigungen hierdurch am Arbeitsplatz werden noch seltener angesprochen. Dabei zeigt eine Untersuchung aus einem größeren Betrieb, daß das Problem zahlenmäßig keineswegs unerheblich ist.^{48*)}

Es sind aber nicht nur die suchtgefährdeten und abhängigkeitskranken Beschäftigten, deren Suchtmittelkonsum mit Auffälligkeiten und Risiken verbunden ist.

Bereits beim Konsum geringer Mengen von Alkohol kommt es zu körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen, die insbesondere die Arbeitssicherheit betreffen:

Unfallrisiko Alkohol

Aufmerksamkeit, Wahrnehmungs- und Reaktionsvermögen, Handfertigkeiten, Gleichgewichtssinn, Denkvermögen, Antrieb und Stimmungslage werden beeinträchtigt, Leistungsvermögen und Arbeitseffizienz gemindert. Das Unfallrisiko steigt erheblich, ebenso das Risiko, Fehlentscheidungen zu treffen, die sich negativ auf Arbeits- oder Betriebsleistung auswirken.^{49*)}

Medikamenteneinnahme am Arbeitsplatz kann krankheitsbedingte Gründe haben und ärztlich verordnet sein, ist aber auch insbesondere in Verbindung mit Belastungen am Arbeitsplatz zu beobachten. Veränderungen in der Arbeitsorganisation, Folgen von Rationalisierung, von Personalabbau, von Leistungsverdichtung und Mehrfachbelastung sowie stark gewachsene Ängste und Risiken, den Arbeitsplatz zu verlieren, führen bei den Beschäftigten vermehrt zu psychosozialen Gesundheitsbelastungen. Es muß vermutet werden, dass Beschäftigte immer häufiger zu psychisch wirksamen Arzneimitteln greifen: sei es, um die Leistungsfähigkeit zu erhalten, sei es, um den alltäglichen Stress abzuschirmen und die Belastungs- und Funktionsfähigkeit wiederherzustellen.

Medikamenteneinnahmen und Arbeitsbelastung

*) siehe Kapitel X.

*Einschränkungen
durch Medikamente*

Auch krankheitsbedingter, ärztlich indizierter Medikamentenkonsum kann sich negativ auf die Arbeitsleistung auswirken, beispielsweise durch eine Reduzierung des Seh- und Hörvermögens, durch Gleichgewichts- oder Bewusstseinsstörungen oder durch eine beschleunigte Ermüdung.^{50*)}

Da die Betroffenen lange Zeit nicht auffallen oder einfach als „krank“ im allgemeinen Sinne gelten, muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden.

*Einschränkung
durch illegale Drogen*

Anders als das Bild in der Öffentlichkeit es suggeriert, sind viele, die illegale Drogen konsumieren, gesellschaftlich integriert und fallen am Arbeitsplatz nicht so leicht auf. Da die Substanzen unterschiedlich wirken und verschiedene Wirkungs-dauer haben, sind die Folgen für die Arbeitsfähigkeit und Unfallgefährdung schwer abzuschätzen.

Fest steht jedoch, dass Reaktions- und Wahrnehmungsfähigkeit eingeschränkt und verändert werden und dadurch die Unfallgefährdung steigt. Das als Leistungsdroge geltende Kokain z. B. führt bei häufigem Konsum zu Schlaflosigkeit und Einschränkung des Urteilsvermögens gegenüber den eigenen Fähigkeiten, so dass Übermüdungsfolgen eintreten können.

Ein besonderes Problem in Verbindung mit dem regelmäßigen Konsum illegaler Drogen stellt das sogenannte „flash-back-Phänomen“ dar, das ein willkürliches erneutes Auftreten eines Rauschzustandes beschreibt, ohne daß erneut Drogen gebraucht wurden.

In einer Reihe von Unternehmen und Institutionen sind als Folge der Verbreitung des Konsums illegaler Drogen in den letzten Jahren sogenannte „Drogenscreenings“ als Kontrollverfahren bei der Einstellung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingeführt worden.

3.2 Suchtmittel und Straßenverkehr

*Auch geringe
Alkoholmengen „wirken“*

Dass Alkohol im Straßenverkehr – trotz aller bisherigen umfangreichen Verkehrssicherheitsbemühungen – noch immer ein unterschätztes und damit zu hohes Unfallrisiko darstellt, ist hinreichend bekannt. Jeder verantwortungsbewußte Fahrzeugführer weiß um die subjektiv beeinflussende Wirkung des Alkohols bereits in kleinsten Mengen, die mit objektiven Leistungseinbußen einhergehen. So lassen sich verkehrssicherheitsrelevante Risiken bereits bei einer Blutalkoholkonzentration von 0,3 bis 0,4 Promille ausreichend abgesichert experimentell und in Fahrversuchen nachweisen.

Erhebliche Beeinträchtigungen sind schon ab 0,5 Promille feststellbar mit der Folge, daß z. B. schnell wechselnde Verkehrssituationen, unvorhersehbare Ereignisse auf der Straße, verschiedene gleichzeitige Anforderungen an den Fahrer/in oder Situationen mit aggressionsauslösenden Reizen nur noch unpräzise bewältigt werden. Die Sehleistung nimmt um ca. 15 Prozent ab, die Hell-Dunkel-Anpassung der Augen ver-

*) siehe Kapitel X.

langsam sich, Rotlichtschwäche tritt auf, das Hörvermögen wird reduziert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich Leistungseinbußen am stärksten in der Resorptionsphase (Alkoholaufnahme des Körpers durch die Körperzellen insbesondere in der „Anflutphase“) bemerkbar machen. Wesentlich beteiligt sind dabei weitere – zum Teil in der Person liegende – Faktoren, nämlich ihre physische und psychische Verfassung, Fahrpraxis, Alkoholgewöhnung, Trinkdauer und Trinkende in der spezifischen Situation u. a. m.

*Alkoholbedingte
Beeinträchtigungen*

Fahranfänger, die meist über weniger automatisierte Handlungen verfügen, sind diesbezüglich – wie noch auszuführen ist – besonders gefährdet. Dies gilt prinzipiell auch für ältere Menschen mit ihren größeren Schwierigkeiten bei Fahrten, die eine erhöhte Aufmerksamkeit erfordern.

Das Risiko, einen Verkehrsunfall mit Todesfolge zu verursachen oder selbst einen tödlichen Verkehrsunfall zu erleiden, steigt mit zunehmender Promillezahl drastisch an und beträgt bei 0,8 Promille bereits das Vierfache bzw. das Sechzehnfache bei 1,5 Promille.

*Verkehrsunfälle
mit Todesfolge*

Angesichts der Zahl der behandlungsbedürftigen Alkoholiker, die von der „Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren“ mit ca. 2,5 Millionen beziffert wird, stellt sich in zunehmendem Maße die Frage nach dem „fahrenden Trinker“. So gilt in Fachkreisen ein Blutalkoholgehalt von 1,5 Promille und mehr ohne grobe Anzeichen für Trunkenheit als sicheres Zeichen für Alkoholismus.

*„Trinkende Fahrer“
oder „fahrende Trinker“?*

Ein Blick in die Statistik stützt diese These. Von den an Straßenverkehrsunfällen mit Personenschaden beteiligten alkoholisierten Verkehrsteilnehmerinnen bzw. Verkehrsteilnehmern hatten 1999 ca. 49 % einen Blutalkoholgehalt über 1,7 Promille und bei fast jedem Dritten (ca. 32 %) wurde sogar noch ein Blutalkoholgehalt von über 2 Promille festgestellt.

Ein Problem stellen in diesem Zusammenhang die Verkehrsunfälle dar, bei denen zwar Alkoholeinfluss in Spiel ist, dies von der Polizei aber nicht erkannt wird. Ein solches Dunkelfeld, dessen Umfang in der Fachliteratur kontrovers beschrieben wird, besteht u. a. auch deshalb, weil alkoholbedingte Fehlverhaltensweisen der Kraftfahrzeugführer/innen nicht in jedem Fall offenkundig werden. Die Verhaltensweisen sind also nicht immer so auffällig, dass sogenannte Ausfallerscheinungen sofort festgestellt werden, d. h., alkoholranke Personen können mit einem hohen Blutalkoholgehalt noch relativ unauffällig umgehen, obwohl sie absolut fahruntüchtig sind und damit eine ständige akute Gefahr für die Allgemeinheit darstellen.

Dunkelfeld

Auch bei jüngeren Menschen zwischen 18 und 25 Jahren dürfte das in verstärktem Maße der Fall sein, wengleich die Wirkung des Alkohols bei dieser Altersgruppe größer ist als bei „routinierten“ Erwachsenen. Bedenkt man aber, daß etwa 24 % aller an Straßenverkehrsunfällen beteiligten alkoholisierten Verkehrsteilnehmer dieser Altersgruppe angehören wird deutlich, dass „Trinkerkarrieren“ hier beginnen. Der Anteil bei

den Getöteten insgesamt beträgt bei dieser Risikogruppe ca. 25 %.

Über diese allgemeinen und grundsätzlichen Angaben hinaus geben das Verkehrsunfall-Lagebild der Polizei und die amtliche Statistik (Quelle: Niedersächsische Landesamt für Statistik) detaillierte Auskünfte über alkoholbedingte Verkehrsunfalltote und -verletzte und Verkehrsunfälle mit Alkoholbeeinflussung.

Für die Jahre 1995–1999 sind folgende sicherheitsrelevante Fakten und Trends für Niedersachsen herauszustellen:

Blutentnahmen

Während die Anzahl der Blutentnahmen nach einer Trunkenheitsfahrt mit Verkehrsunfall von insgesamt 7.645 auf 6.097 (–20,2 %) zurückgegangen ist, ist bei den Alkoholunfällen mit Personenschaden die Häufigkeit von 3.226 auf 2.734 lediglich um 15,3 % gesunken; der Anteil an allen Verkehrsunfällen mit Personenschaden liegt durchgängig bei etwa 7 %.

Alkoholbedingte Unfallopfer

Diese in der Tendenz positive Entwicklung muss allerdings in Bezug auf die besonders schweren Unfallfolgen relativiert werden. So ist zwar die Gesamtzahl der Schwerverletzten von 1.392 auf 1.081 (–22,3 %) gesunken, die der Getöteten jedoch lediglich von 137 auf 111 (–19 %). Die Gesamtzahl der nach Straßenverkehrsunfällen mit Alkoholgenuss Verunglückten ist insgesamt von 4.397 auf 3.633 (–17,4 %) zurückgegangen.

Das besondere Gefährdungspotential des Alkohols im Straßenverkehr verdeutlicht aber auch noch eine andere – zugegeben drastische – Sichtweise.

Die alkoholbedingten Verkehrsunfalltoten haben sich innerhalb der letzten fünf Jahre auf inzwischen 636 summiert; der Anteil – bezogen auf alle bei Verkehrsunfällen getöteten Personen – liegt bei durchschnittlich 12,7 %. Eine ähnliche Bilanz gilt für die Schwerverletzten. Bei einem Anteil von 12,1 % waren im Untersuchungszeitraum 6.306 dieser Opfer zu beklagen.

Schwere Unfallfolge durch Alkohol

Als Ergebnis ist deshalb festzuhalten: Der Trend, nämlich sinkende Anzahl der alkoholbedingten Verkehrsunfälle, der im übrigen mit dem generellen Rückgang des Verkehrsunfallgeschehens der letzten Jahre korrespondiert, ist zwar positiv zu bewerten, darf aber andererseits in Bezug auf die besonders schweren Unfallfolgen nicht den Blick für die Realität verklären. Persönliches Leid, sozialer Abstieg und volkswirtschaftliche Verluste in Milliardenhöhe sind die Kehrseite der Medaille.

Bei der Bekämpfung der alkoholbedingten Verkehrsunfälle spielt deshalb die Beurteilung des Verkehrssicherheitslagebildes der Polizei eine wichtige Rolle. Ziel der polizeilichen Maßnahmen ist es danach insbesondere, den alkoholisierten Verkehrsteilnehmer konsequent und rechtzeitig zumindest bis zu seiner Ausnüchterung aus dem Straßenverkehr zu entfernen. Nach gesicherten empirischen Erkenntnissen ist die Unfallursache „Alkohol“ nämlich eine der wenigen Ursachen, der präventiv wirkungsvoll begegnet werden kann. Durchschnittlich waren davon ca. 17.800 Fahrzeugführer pro Jahr in Niedersachsen betroffen.

Auch illegale Drogen und Medikamente mit Suchtpotential können die Fahrtauglichkeit erheblich beeinträchtigen. Mit Änderung des StVB wurde dem Rechnung getragen. Ihr Konsum ist schwerer festzustellen als der von Alkohol, da diese Substanzen nicht über die Atemluft wie beim Alkohol („Fahne“) festzustellen ist. Daher werden bei der Polizei Multiplikatoren ausgebildet, die wiederum weitere Beamtinnen und Beamten des Polizeivollzugsdienstes unterweisen. Ziel dieser Ausbildung ist es, anhand äußerer Anzeichen (Pupillengröße, äußeres Verhalten usw.) den ungesetzlichen Konsum festzustellen. 1999 wurde so bei 326 Verkehrsteilnehmern Drogen- bzw. Medikamentenmissbrauch nachgewiesen.

*Beeinträchtigte
Fahrtauglichkeit*

3.3 Suchtmittel und Kriminalität

In der Öffentlichkeit werden allzuleicht nur die illegalen Drogen in Zusammenhang mit der Kriminalitätsentwicklung gebracht. Aber gerade die legale Droge „Alkohol“ ist im hohen Maße bei Verkehrsdelikten, aber auch anderen Vergehen und Verbrechen beteiligt. Die Entwicklung der in der Polizeilichen Kriminalstatistik Niedersachsen (PKS) erfaßten Straftaten stellt sich wie folgt dar: Bei den unter Alkoholeinfluss begangenen Straftaten ist seit 1992 ein kontinuierlicher Rückgang festzustellen. Lediglich in den Hauptgruppen „Straftaten gegen das Leben“, „Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung“ und „Straftaten gegen strafrechtliche Nebengesetze“ sind über die Jahre Schwankungen zu erkennen. Hier erfolgte bis zum Jahr 1994 ein Rückgang und ab 1995 wieder ein Anstieg der registrierten Fälle (Straftaten gegen das Leben: erneuter Rückgang 1996). Aufgrund der relativ geringen Fallzahlen treten derartige Schwankungen hier allerdings eher auf als in den anderen Hauptgruppen.

Alkohol und Straftaten

	1994	1995	1996	1997	1999	2000
Straftaten insgesamt	588.017	598.573	581.994	576.899	567.871	547.902
<i>Davon unter Alkoholeinfluss:</i>						
Straftaten gegen das Leben	140	174	152	145	107	124
Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung	437	457	458	503	564	577
Roheitsdelikte	8.496	8.386	8.354	8.682	9.942	10.380
Diebstahl ohne erschw. Umstände	3.091	2.837	2.818	2.949	3.052	2.834
Diebstahl unter erschw. Umständen	2.481	2.443	2.059	2.067	1.831	1.742
Vermögens- und Fälschungsdelikte	1.109	996	1.005	833	1.120	1.014
Sonstige Strafbestände (StGB)	7.658	7.131	7.139	7.137	7.923	7.789
Straftaten gegen strafrechtliche Nebengesetze	425	494	510	477	552	628
Straftaten unter Alkoholeinfluss insgesamt	23.837	22.918	22.495	22.793	25.091	25.088

*) siehe Kapitel X.

Rauschgiftkriminalität

Drogen und Straftaten

Nachfolgend wird die Entwicklung der Rauschgiftkriminalität in Niedersachsen aufgezeigt. Die Statistik befasst sich mit den Rauschgiftdelikten (Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz – BtMG –) und der direkten Beschaffungskriminalität. Die direkte Beschaffungskriminalität (Differenz von Rauschgiftkriminalität und Rauschgiftdelikten) beinhaltet den Raub zur Erlangung von Betäubungsmittel (Btm), den Diebstahl von Betäubungsmitteln und den Diebstahl von Rezeptformularen zur Erlangung von Betäubungsmitteln sowie die Fälschung zur Erlangung von Betäubungsmitteln.

In der Rauschgiftkriminalität herrscht ein großes Dunkelfeld. Straftaten im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln werden in den seltensten Fällen angezeigt. Es handelt sich hier um sog. *Kontrolldelikte*, d. h., dass entsprechende Verstöße oft erst durch anderweitige Kontrollmaßnahmen bekannt werden.

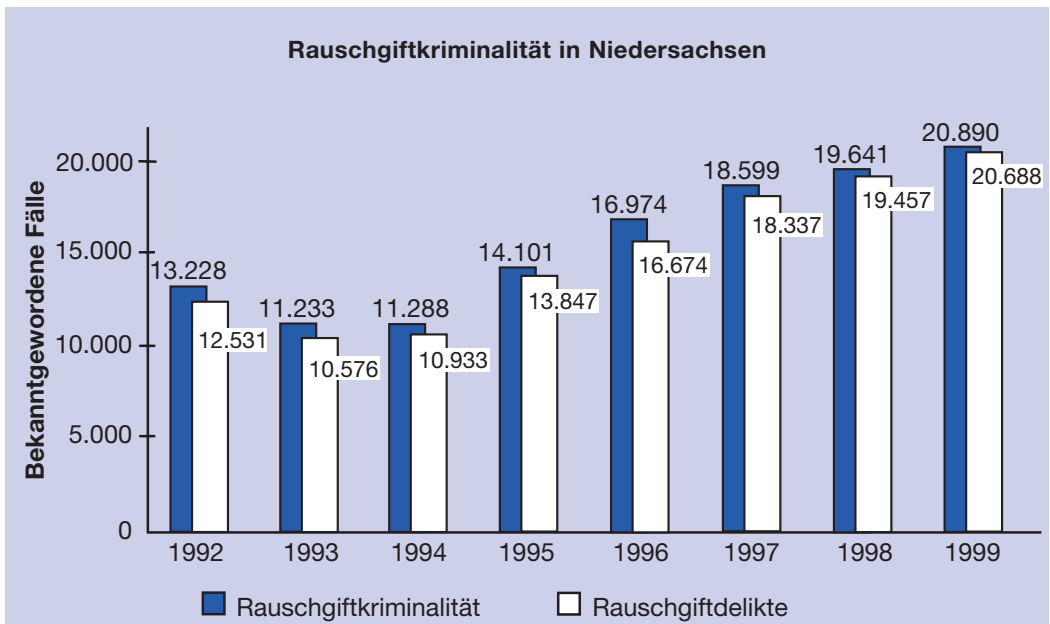
Indirekte Beschaffungskriminalität

In der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) ist die *indirekte Beschaffungskriminalität* nicht definitiv ausweisbar. Bei Konsumenten harter Drogen kann unterstellt werden, dass Straftaten, insbesondere im Raub- und Diebstahlbereich, von diesem Personenkreis in erster Linie zur Finanzierung ihrer Sucht verübt werden.

Raub und Diebstahl

Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz

1999 waren 3,8 % aller registrierten Straftaten in Niedersachsen Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (*Rauschgiftdelikte*). Wie die Grafik auf Seite 40 zeigt, wurden nach einer rückläufigen Entwicklung in den Jahren 1993 und 1994 im Zeitraum von 1995 bis 1996 ungewöhnlich hohe Steigerungsraten verzeichnet, die sich in der Entwicklung der Rausch-



giftkriminalität in Niedersachsen widerspiegeln. Nach 14.101 Fällen im Jahr 1995 (+24,9 %) wurden im Jahr 1996 16.974 Fälle (+20,4 %) von Rauschgiftkriminalität registriert. Seit den Jahren 1997 (18.599 Fälle = +9,6 %) und 1998 (19.641 Fälle = +5,6 %) ist jedoch eine deutlich absinkende Tendenz zu verzeichnen. Hier hat es auch 1999 (20.830 Fälle = +6,4%) keine wesentlichen Veränderungen gegeben.

Die langfristige Tendenz: Durchschnittlich jährliche Zunahme um mehr als ein Neuntel des vorhergehenden Jahres. Die Zunahmerate der zurückliegenden 23 Jahre liegt bei jährlich plus 11,7 %.

*Langfristige Tendenz
der Rauschgiftkriminalität*

Statistisch erfasste Rauschgiftkriminalität setzt sich zusammen aus ca. 99 % Rauschgiftdelikten (allgemeine Verstöße gegen das BTMG, Rauschgifthandel/-schmuggel, illegale Einfuhr von Rauschgift, sonstige Verstöße gegen das BtMG) und ca. 1 % *direkter Beschaffungskriminalität*. Letztere nimmt regelmäßig ab. 1992 wurden 697 Fälle (5,8 % der Rauschgiftkriminalität) angezeigt, 1995 waren es 254, 1996 noch 300 (1,8 %) 1997 dann 262 Fälle (1,4 %), 1998 nur 184 Fälle (0,94 %) und 1999 schließlich 202 Fälle (0,97 % der Rauschgiftkriminalität). Davon entfielen etwa 40 % auf Raub/Diebstahl von Betäubungsmitteln und 60 % auf Rezeptdiebstahl/Fälschung von Rezepten zur Erlangung von Betäubungsmitteln.

Langfristig gesehen gibt es Veränderungen im Verhältnis der Drogenarten untereinander. Zeitweise werden Weichdrogen (Cannabis) bevorzugt, dann stehen Hartdrogen mehr im Blickpunkt, dann tritt wieder ein Wechsel ein. 1981 bis 1987 befassten sich 28 % bis 35 % der Verfahren mit Hartdrogen-Verstößen – etwa zwei Drittel betrafen Weichdrogen. 1988 begann ein Umschwung. Hartdrogen wurden bevorzugt und 1992 – am Scheitelpunkt der Kurve – standen zwei Drittel der Verfahren in Verbindung mit Heroin (83,8 %) oder Kokain (9,9 %) oder synthetischen Drogen (5,3 %). Ab 1993/94 wurden Hartdrogen dann wieder weniger erfasst und blieben 1996/97 auf dem Stand von 1989/90 stehen. In den Jahren 1998/99 lag das Verhältnis bei ca. 56 % Weichdrogen zu 44 % Hartdrogen.

Harte Drogen – weiche Drogen

Situation bei einzelnen Drogenarten

■ Heroin

Nach wie vor ist Heroin die meist konsumierte, gehandelte/gegeschmuggelte Hartdroge, auch wenn die statistischen Zahlen seit 1997 rückläufig sind. Diese Schwankungen dürften u. a. auch auf andere Schwerpunktsetzungen der Ermittlungsbehörden zurückzuführen sein.

Heroin

1992 standen 84 % Hartdrogendelikte (6.988 Fälle) in Verbindung mit Heroin, 1995: 60 % (4.785 Fälle), 1996: 56 % (4.616 Fälle), 1997: 58,0 % (5.140 Fälle), 1998: 57,5 % (4.789 Fälle) und 1999: 52,5 % (4.632 Fälle).

Hartdrogendelikte

Bei den erstauffälligen Konsumenten harter Drogen (EKHD) sank der Heroinanteil als erstkonsumierter Hartdroge von 82 %

(1992/93) auf 67 % (1994) und 45 % (1995). 1996 stieg der Anteil erneut auf 59 %, lag 1997 bei 54 % und ging 1998 auf 48 % zurück. 1999 gab es erneut eine Steigerung auf 53 %. Es ist von einer zum Teil verborgenen, aber konstant vorhandenen und vermutlich auch weiter sich ausbreitenden Heroinszene auszugehen. Allein der Anstieg der EKHD im Bereich Heroin betrug 1999 29 %.

Bei Todesfällen in Verbindung mit Betäubungsmittelkonsum wird die Überdosis Heroin 1995 in 74 Fällen (bei 99 Toten), 1996 in 101 Fällen (bei 124 Toten), 1997 in 51 Fällen (bei 107 Toten), 1998 in 70 Fällen (bei 121 Toten) und 1999 in 61 Fällen (bei 116 Toten) als Todesursache angegeben.

Kokain

■ Kokain

Kokain wurde vor 1992 nur in geringem Maße polizeilich festgestellt. Der Anteil lag unter 10 % der Hartdrogen, stieg 1993/1994 auf 18 % und blieb 1995/1996 konstant bei etwa 22 %. Die Fallzahlen stiegen von 822 im Jahr 1992 über 1.140 im Jahr 1994 auf 1.811 Fälle im Jahr 1996, 1.908 Fälle im Jahr 1997 (= +5,4 %), 2.004 Fälle im Jahr 1998 (= +5 %) und auf 2.313 Fälle im Jahr 1999 (= + 15,4 %). Ihr Anteil an den Hartdrogendetiketen beträgt nunmehr 26,2%.

Bei erstauffälligen Konsumenten zeigt sich die Kurve ausgeprägter. 1992 war Kokain in 14,7 % der Fälle erstkonsumierte Hartdroge, 1994: 29,9 %, 1995: 36 %. Im Jahr 1996 sank der Anteil wieder auf 23 %, stieg allerdings 1997 wieder auf 25,6 % und 1998 auf 29 % an. 1999 lag der Anteil bei 27,4 %.

Nur in jeweils zwei Fällen von Drogentod in den Jahren 1995 bis 1999 wird Kokain als alleiniges verursachendes Gift genannt.

Synthetische Drogen

■ Synthetische Drogen

Amphetamin, Amphetaminderivate (z. B. Ecstasy), LSD oder sonstige Betäubungsmittel stellten bis 1992 zusammen nur ca. 5 % der Hartdrogendetiketen. 1994 gab es einen leichten Anstieg. Erst 1995 (1.327 Fälle = 16,5 % Hartdrogenanteil) und besonders 1996 (1.829 Fälle = 22,2 % Hartdrogenanteil) wurden sprunghafte Zuwächse statistisch nachweisbar.

1997 lag der Anteil bei steigenden Fallzahlen (2.006) bei 21,5 % und sank 1998 auf 18,5 % (1.542 Fälle). Mit 21,3 % (1.885 Fälle) im Jahr 1999 liegt ihr Anteil nach wie vor auf hohem Niveau. Erstauffällige Hartdrogenkonsumenten gaben bis 1994 nur in weniger als 3 % der Fälle synthetische Drogen als Erstkonsum an. 1995 lag die Rate bei 18,9 %, 1996 bei 18,4 %, 1997 bei 20 %, 1998 bei 23 % und 1999 bei 19 %. Amphetamin und -derivate stellten allein 1995 17,5 %, 1996 16,5 %, 1997 17,8 %, 1998 20,0 % und 1999 18,5 % aller EKHD.

Neue Konsumenten- und Händlerkreise

Nach Einschätzung von Experten handelt es sich bei dem Personenkreis nicht um Konsumenten, die von einer Droge auf eine andere Droge umsteigen, sondern um einen zusätzlichen, sich neu etablierenden Konsumenten- und Händlerkreis.

Die Nachfrage nach Amphetamin und Amphetaminderivaten (z. B. XTC) sprang in zwei bis drei Jahren – soweit dies aus polizeilichen Statistiken ersichtlich ist – praktisch von Null auf ein Sechstel des Hartdrogenkonsums/-handels in Niedersachsen.

Hinweise auf ein eventuelles Nachlassen, zumindest auf eine Verlangsamung des weiteren Anstiegs, fehlen. Seit 1996 liegt der Anteil der RG-Delikte mit Amphetamin an den Hartdrogen-delikten zwischen 9 % und 12 %.

■ Cannabis

Die Zunahmen an statistisch erfasster Rauschgiftkriminalität in Niedersachsen sind auch zurückzuführen auf eine Mehrererfassung von Cannabisdelikten. Weichdrogendelikte (Cannabis) stiegen von 4.200 Fällen (1992) über 8.671 Fälle (1997) auf 11.560 Fälle (1999) an, wobei die Zunahme gegenüber 1998 bei 8 % liegt.

Cannabis

3.4 Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten des Suchtmittelmissbrauchs

Die Kosten, die der Betriebs- wie der Volkswirtschaft durch die Folgen des Suchtmittelmissbrauchs entstehen, setzen sich aus einer Vielzahl von direkten und indirekten Kosten zusammen.

Verlässliche Angaben über die Gesamtkosten gibt es nicht, Schätzungen gehen von 50 bis 80 Milliarden DM pro Jahr in Deutschland aus.^{52*)}

Gesamtkosten

Kosten entstehen u. a. durch Fehlzeiten, durch Krankheits-tage, durch Minderproduktion bzw. Minderleistung, durch Pro-duktions- bzw. Leistungsausfall, durch Schäden an Betriebs-anlagen sowie durch Arbeitsunfälle – aber auch durch Verkehrsunfälle oder Haushaltsunfälle.

Betriebliche Kostenfaktoren

Einen hohen Anteil an den Gesamtkosten haben die Ge-sundheitskosten für Behandlung oder Therapie, sei es für Fol-gekrankheiten eines Suchtmittelmissbrauchs, sei es für die Be-handlung und Therapie von Suchtkrankheiten selbst.

Krankheitsfolgekosten

Noch teurer wird es in der Regel, wenn Suchtkranke nicht – oder nicht erfolgreich – therapiert werden, aus dem Arbeits-prozess ausscheiden und weder für den eigenen noch den Un-terhalt ihrer Familie aufkommen können.

Frühinvalidität mit vorzeitiger Berentung, Kriminalität, Straf-verfahren und -vollzug verursachen weitere, gesellschaftlich zu erbringende Kosten.

Einige Einzeldaten geschätzter Kosten pro Jahr allein für Fol-gen des Alkoholmissbrauchs^{53*)}:

Kosten des Alkoholmissbrauchs

- Betriebswirtschaftliche Verluste in einem Betrieb mit 10.000 Mitarbeitern 1,5 bis 1,8 Millionen DM
- Zeitweilige oder dauernde Arbeitsunfähigkeit 320 Millionen DM
- Krankenhauskosten nach Alkoholmissbrauch 140 Millionen DM
- Rehabilitationsmaßnahmen 75 Millionen DM (pro Entwöh-nungsbehandlung 30.000 DM)

*) siehe Kapitel X.

Finanzieller Aufwand für einen Suchtkranken:

- Krankengeld: 7.250 DM
- Krankenhauspflegekosten: 3.000 DM
- Betriebliche Kosten (Lohnausfallkosten, Minderleistung, zusätzliche Beanspruchung von Kollegen und Vorgesetzten) 15.000 DM

In der Untersuchung „Die Kosten ernährungsbedingter Krankheiten“^{54*)} hat das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit u. a. die Kosten der durch Alkoholmissbrauch bedingten Krankheiten und Todesfälle einschließlich der indirekten Kosten berechnen bzw. schätzen lassen.

Krankheitsbilder

28 Krankheitsbilder wurden von ihrer Entstehung her in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch gebracht. Davon stellte die bereits 1986 erschienene Studie den Alkoholismus, die Leberzirrhose und die Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse) für die Berechnung der Kosten in den Vordergrund. Sie kam zu folgenden Ergebnissen:

- direkte Kosten (Krankheitsbehandlung) 1,75 Milliarden DM
- indirekte Kosten (aufgrund vorübergehender oder dauernder Arbeitsunfähigkeit) 3,24 Milliarden DM und somit zu einer Gesamtsumme von annähernd 5 Milliarden DM.

Durch die Senkung des Alkoholkonsums könnte – so stellte die Studie fest – auf die Häufigkeit der genannten Erkrankungen Einfluss genommen werden.

Keine Daten für Medikamente und illegale Drogen

Folgekosten des Medikamenten-Missbrauchs konnten nicht beziffert werden. Auch über die Folgekosten der Abhängigkeit von illegalen Drogen lagen dem Bundesministerium zu dem Zeitpunkt keine Berechnungen vor.

Insgesamt sind die Folgekosten jedoch wesentlich höher als angegeben, da die abhängigkeits- und missbrauchsbedingten direkten und indirekten Unfallfolgen sowie die sozialen Folgen für Familien einbezogen werden müssen.

Drogentherapien senken Folgekosten

Eine für den Bereich der Therapie bei Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen 1996 erstellte Kosten-Nutzen-Analyse^{55*)}, die die gesamtwirtschaftlichen Folgekosten einerseits therapierter und erfolgreich integrierter bzw. andererseits nicht therapierter Abhängigkeitskranker am Beispiel einer einzelnen therapeutischen Gemeinschaft berechnet, zeigt sehr differenziert die Vorteilhaftigkeit der Durchführung von Drogentherapien auf. Eine erfolgreiche Rehabilitation reduziert beträchtlich die gesellschaftlichen Folgekosten, die sich aus einer Vielzahl verschiedener Variablen zusammensetzten, insbesondere:

- Folgekosten der Erwerbslosigkeit (Beitragsverluste, Rentenzahlung aufgrund von Erwerbsunfähigkeit, Sozialhilfe, Verlust an Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen)
- gesundheitliche Folgekosten
- Folgekosten von Verschuldung

*) siehe Kapitel X.

- Folgekosten von Beschaffungskriminalität (Kosten für Gerichtsverfahren, für Haftaufenthalte, für Kriminalitätsbekämpfung usw.)

Nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) sind schätzungsweise 33 % der durch Krankheit verlorenen Arbeitstage allein dem Rauchen zuzuschreiben. Rauchen verursacht nach Berechnungen der Bundesregierung insgesamt Kosten von rd. 27 Milliarden DM^{56*)}:

*Kosten durch
Rauchen und Nikotin*

- Produktionsausfall durch Raucherkrankheiten 8,3 Milliarden DM
- Ausfall am Bruttosozialprodukt durch Frühinvalidität von Rauchern 9 Milliarden DM
- Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für Raucherkrankheiten 3 bis 4 Milliarden DM
- Kosten der Rentenversicherungsträger für vorzeitige Invalidität durch Raucher 1 Milliarde DM
- Hinterbliebenenrenten und Einnahmeverlust durch vorzeitige Berentung 5,3 Milliarden DM.

*) siehe Kapitel X.

III. Bausteine der Prävention von Suchtmittelmissbrauch und süchtigem Verhalten

1. Strategien und Maßnahmen der Prävention

Prävention wirkt, denn wie von einem Helfeträger prägnant auf den Punkt gebracht: „Die meisten Kinder werden keine Drogen nehmen.“^{57*)}

Strategien und Maßnahmen der Prävention sollen entsprechend einer vielfach vorgenommen Systematisierung in strukturelle und kommunikative Ansätze unterteilt werden^{58*)}. Die Ärzteschaft spricht auch von Verhältnis- und Verhaltensprävention.

Strukturelle Maßnahmen beziehen sich auf Rahmenbedingungen, die mehr mittelbar Einfluss auf die Entwicklung von Missbrauch und Suchtverhalten haben, wie z. B. Wohn-, Arbeits- und Freizeitbedingungen.

Strukturelle Maßnahmen

Die Arbeitsplatz- und Ausbildungssituation, die Versorgung mit Wohnraum und die Gestaltung des Wohnumfelds, die Versorgung mit Kindertagesstättenplätzen, das Freizeitangebot, die Integration benachteiligter Gruppen: diese und andere Faktoren beeinflussen das Risiko, ob Menschen zu Suchtmitteln greifen, erheblich. Hier humane Bedingungen zu realisieren, ist immer auch Suchtprävention, im Sinne von „Verhältnisprävention“. Sie verbindet sich somit mit Forderungen an die allgemeine Politik.

Die Schaffung gesunder Lebensbedingungen und die Beeinflussung menschlichen Handelns sind langfristige Ziele und brauchen deshalb langfristig angelegte Maßnahmen, wobei administrative Regelungen und strukturelle wie kommunikative Initiativen miteinander verknüpft werden müssen.

Je mehr die präventiven Maßnahmen sich an den konkreten Lebenssituationen der jeweils angesprochenen Zielgruppe orientieren, je mehr sie genau die Kompetenzen stärken, die im Kontext der jeweiligen Zielgruppe von besonderer Bedeutung sind (vgl. zum Beispiel Projekte zu geschlechtsspezifischer Prävention) und je mehr die Lebenssituationen positiv beeinflusst werden können, die den Suchtmittelmissbrauch begünstigen, desto erfolversprechender ist Prävention.

Bedingung für erfolgreiche Prävention

Suchtprävention muss daher auch die besonderen Bedürfnisse von Frauen berücksichtigen und deren – von Männern abweichende – Bewältigungsstrategien. Zu bedenken sind auch die frauenspezifischen Konsummuster (siehe Kapitel II., 2.1) sowie die Tatsache, dass in der Gesellschaft auf das Suchtverhalten von Mädchen/Frauen bzw. Jungen/Männern unterschiedlich reagiert wird. Alkoholmissbrauch von Männern gehört in der Öffentlichkeit beispielsweise zum Rollenbild dazu, es passt aber nicht zu der Rolle der Frau.

Frauenspezifische Konsummuster

*) siehe Kapitel X.

Bei diesen Rahmenbedingungen Verbesserungen zu erreichen, ist nicht primär Aufgabe von „Suchtpolitik“, wenngleich diese sich, wie auch die Suchtkrankenhilfe, hier immer wieder zu Wort melden muss.

„Suchtpolitik“ muss sich vielmehr in erster Linie um jene strukturellen Bedingungen kümmern, die unmittelbar auf die Missbrauchs-, und Suchtproblematik Einfluss haben. Gemeint sind z. B. rechtliche Regelungen über Werbung für Alkohol oder den Umgang mit Betäubungsmitteln.

Bei der Darstellung der strukturellen Maßnahmen sollen die, die das Straf- und Betäubungsmittelrecht betreffen, eigens dargestellt werden.

Kommunikative Maßnahmen

Als kommunikativ werden Maßnahmen bezeichnet, die sich (noch) direkter als die strukturellen Maßnahmen speziell mit dem Ziel der Gesundheitsprävention an die einzelnen Personen richten wie Erziehung, Information und Aufklärung durch Schule, Seminare, Plakate, Fernsehspots u. a. m. Suchtprävention in diesem Sinne beinhaltet das pädagogische Handeln mit dem Ziel, auf die Motivationen, Einstellungen, Verhaltensweisen und das Wissen der Personen einzuwirken. Dies können sowohl massenkommunikative als auch personalkommunikative Initiativen sein. Weiterhin unterscheidet man folgende drei Präventionsarten:

Primärprävention

■ Die Primärprävention setzt an, bevor eine konkrete Gefährdung des Einzelnen vorliegt, ist langfristig angelegt und zielt möglichst schon auf frühe Lebensphasen (z. B. bereits in Kindertagesstätten).

Sekundärprävention

■ Die Sekundärprävention greift erst bei einer konkreten Gefährdung im Sinne einer sich anbahnenden Suchterkrankung und versucht durch frühzeitige Interventionen, die Betroffenen z. B. zu einer Beratung oder Therapie zu motivieren.

Tertiärprävention

■ Die Tertiärprävention schliesslich soll Rückfälle – z. B. nach einer Therapie – verhindern helfen.

Maßnahmenbündel

Viele Ziele lassen sich nur durch eine Bündelung verschiedener kommunikativer und struktureller Maßnahmen erreichen.

Gesamtgesellschaftliches Problem

Missbrauch und Sucht sind gesamtgesellschaftliche Probleme, hinter denen sich nicht nur eine Ursache verbirgt, sondern ein Ursachenbündel verschiedenster gesellschaftlicher, individueller und pharmakologischer Faktoren. Einer solchen Herausforderung kann auch nur gesamtgesellschaftlich begegnet werden unter Einbeziehung aller hier relevanter Institutionen, vom Staat über Kommunen zu den Kirchen, Sozialversicherungen, Kammern, Verbänden der Wohlfahrtspflege, Wirtschaft und Arbeitnehmern u. a. m. Suchtprävention erfordert aufeinander abgestimmte, vernetzte Maßnahmen, insbesondere die (kooperative) Mitarbeit aller, die an der Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen beteiligt sind.

2. Strukturelle Maßnahmen der Prävention

Zu den strukturellen Ansätzen zählen z. B. Maßnahmen des Staates, der Kommunen oder der Sozialversicherungsträger (z. B. Unfallversicherung), die das Angebot legaler Suchtmittel regulieren bzw. begrenzen sollen, um so auf den Konsum Einfluss zu nehmen. Solche Maßnahmen stoßen allerdings auf enge Grenzen aufgrund rechtlicher Möglichkeiten, gesellschaftlicher Akzeptanz und ökonomischer Interessen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in den vergangenen Jahrzehnten wiederholt von ihren Mitgliedsstaaten gefordert, mehr für die Vorbeugung von Abhängigkeitskrankheiten zu tun.

Forderungen der WHO

In ihrem Europäischen Regionalkonzept „Gesundheit für alle“ heißt es, daß bis zum Jahr 2000 der gesundheitsschädigende Konsum Abhängigkeit bewirkender Stoffe wie Alkohol, Tabak und psychotroper Substanzen in allen Mitgliedsstaaten erheblich zurückgegangen sein sollte.

*Europäisches
Regionalkonzept*

Bezüglich des Rauchens lautet die konkrete Zielvorgabe, dass 80 % der Europäer bis zum Jahr 2000 Nichtraucher sein sollen. Der „Europäische Aktionsplan Tabak“ legt dabei besonderen Wert auf den Nichtraucherschutz. Geforderte Maßnahmen sind beispielsweise die Reduzierung des Tabakkonsums durch eine höhere Tabakbesteuerung oder Gesetze und Maßnahmen zur Schaffung tabakfreier Räume, beispielsweise in öffentlichen Gebäuden oder am Arbeitsplatz.

*Zielvorgabe:
Rauchen einschränken*

Eine Fülle von Untersuchungen belegt, dass starkes Trinken das Gesundheits- und Todesrisiko erhöht. Es gilt also, die individuelle Trinkmenge zu reduzieren.

Des weiteren liegen weltweit Untersuchungen vor, die eine positive Beziehung zwischen der Höhe des durchschnittlichen Alkoholkonsums zeigen mit dem Ausmaß alkoholbezogener Sterblichkeit, Erkrankungen und Probleme wie z. B. Kriminalität. D. h., je höher der allgemeine Alkoholkonsum, desto höher die Gesamtzahl von Leberzirrhose, Verkehrsunfällen, Selbstmorden, Gewaltverbrechen usw.

Ein steigender Pro-Kopf-Konsum ergibt sich aus einem steigenden Konsum aller Gruppen, nicht nur der der schweren Trinker. Es gilt, auch den Durchschnittskonsum zu senken. Gelingt dies, konsumieren auch die schweren Trinker weniger! Dies erklärt sich daraus, dass die allgemeinen Trinkstile und Trinksitten und die allgemeine Einstellung zum Alkohol, das alkoholbezogene soziale Klima einen wesentlichen Einfluss auf den Einzelnen – auch auf den Suchtkranken – und seinen Alkoholkonsum hat. Das Ausmaß der alkoholbezogenen Probleme in der Gesamtbevölkerung hängt nicht hauptsächlich von der Anzahl der schweren Trinker ab.

Deshalb hat der „Europäische Aktionsplan Alkohol“ sich zum Ziel gesetzt, bis zum Jahr 2000 den Alkoholkonsum um 25 % zu verringern. Danach soll der Gesetzgeber beispielsweise höhere Steuern und Abgaben einführen sowie eine Einschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol. Als kurzfristig durchzusetzende Maßnahme wird z. B. vorgeschlagen, den

*Europäischer Aktionsplan
„Alkohol“*

Verkauf von Alkohol an Tankstellen und in Autobahnraststätten zu verbieten, mittelfristig sollte Alkoholverkauf nur noch in lizenzierten Geschäften ohne Selbstbedienung erfolgen.

Weiterhin wird empfohlen, die Promillegrenze für die Teilnahme am Straßenverkehr abzusenken und eine umfassende Prävention zu fördern.

In einigen europäischen Ländern ist es tatsächlich gelungen, den Gesamtkonsum von Alkohol zu reduzieren, indem neue Steuerungsmaßnahmen eingeführt wurden^{59*)}, die insbesondere die Preisgestaltung oder Werbemöglichkeiten betreffen.

*Maßnahmen und
Regelungen zur Senkung
des Alkoholkonsums*

Maßnahmen aus anderen Ländern sind auf ihre Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse zu prüfen. Diese sind u. a. im einzelnen:

- eine schärfere Bestrafung der Promille-Sünder,
- Einführung einer 0,0 Promillegrenze für das Fahren mit Führerschein auf Probe,
- eine höhere Besteuerung der alkoholischen Getränke,
- eine Förderung der alkoholfreien Getränkeindustrie bzw. Gastronomie,
- gesetzliche Regelungen für Warnhinweise auf Verpackungen für alkoholische Getränke,
- eine Beschränkung von Verkaufsstellen und Öffnungszeiten,
- Abgabebeschränkungen in Form eines höheren Mindestalters für Kauf und Konsum,
- eine Verkleinerung der Flaschen,
- eine Senkung des Alkoholgehalts.

Preisverteuerung wirkt

Alkohol ist kein Getränk, das jeder unbedingt braucht, sondern ein Konsumartikel, der den Gesetzmäßigkeiten von Angebot und Nachfrage unterliegt. Die Wirkungen von Preisveränderungen von Alkohol in bezug auf dessen Konsum sind vielfach untersucht worden.^{60*)} Dabei hat sich gezeigt: Preisanstiege führen grundsätzlich zum Rückgang des Konsums und umgekehrt. Der Rückgang wird nicht nur an den offiziellen Verkaufszahlen gemessen, die durch Schmuggel und Schwarzbrennerei das wahre Ausmaß des Konsums nicht objektiv widerspiegeln können, sondern an objektiven Kriterien wie die Fälle von Leberzirrhose oder des *Delirium tremens* (→ Kapitel III., 2.3).

Eine durch Steuererhöhung verursachte Verteuerung von Alkoholprodukten ist ein effektiver Ansatz für die Reduzierung des Konsums. Dabei muss die Preiselastizität des Produkts „Alkohol“ bzw. die der verschiedenen Alkoholarten genau im Auge behalten werden. Einmalige Steuererhöhungen werden von steigenden Privatbudgets „aufgezehrt“, ihre Wirkung verflacht. Also muss sie sich den Wachstumsraten persönlich verfügbarer Einkommen anpassen. Zu niedrige Verteuerungen werden ohne Konsumrückgang akzeptiert und zu starke Preiserhöhungen können sich als unerwünschte Quasi-Verbote (Quasi-Prohibition) mit ihren bekanntermaßen negativen Auswirkungen erweisen. Außerdem ist es stets erforderlich, dass derartige Maßnahmen von der Bevölkerung mitgetragen werden.

*) siehe Kapitel X.

Zu überlegen sind weiterhin Maßnahmen, die auf die Alkoholwerbung Einfluss nehmen. Im europäischen Vergleich hat die Bundesrepublik hier sehr liberale Verhältnisse. Anders als in anderen europäischen Ländern gibt es keine gesetzlichen Verbote oder Einschränkungen, die die Inhalte der Werbung oder die Nutzung der Medien beschränken. So wurde beispielsweise in Frankreich 1991 ein Gesetz verabschiedet, das Alkoholwerbung bei Sendungen für Minderjährige für alle Getränke mit einem Alkoholgehalt über 1,2% verbietet. Verboten ist dort auch jede Werbung mit Jugendlichen als Zielgruppe, jede Werbung im Fernsehen und in Sportstätten sowie das Sponsoring von Sportveranstaltungen durch die Alkoholwirtschaft mit entsprechender Darstellung^{61*)}. Für die Bundesrepublik sind gesetzliche Regelungen, z. B. zum Verbot von Alkoholwerbung bei öffentlichen Veranstaltungen für Kinder, zu diskutieren. Die freiwillige Werbebeschränkung reicht nicht aus.

*Einschränkung der
Alkoholwerbung*

Selbst wenn eine Werbebeschränkung isoliert nicht die gewünschte Wirkung zeigt, so ist sie doch Teil eines sinnvollen Gesamtkonzeptes. Gegen Missbrauch und Sucht mit Aufklärung und Information vorzugehen und zugleich zuzulassen, daß für Suchtstoffe mehr oder weniger ungehemmt und mit großer psychologischer Raffinesse geworben werden kann, ist letztlich nicht vertretbar. Einerseits wird durch diesen Widerspruch die Akzeptanz der Präventionsbotschaften gesenkt, andererseits geben die gewaltigen Werbeaufwendungen der Alkoholwirtschaft den Präventionsbemühungen mit ihren schmalen finanziellen Budgets wenig Chancen „mitzuhalten“.

Teil eines Gesamtkonzeptes

Auch in der Bundesrepublik werden Konzepte verlangt, die den Gedanken der sog. „Punkt-Nüchternheit“ unterstützen. Danach soll in bestimmten Situationen (z. B. im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz), und durch bestimmte Personengruppen (z. B. bei Kindern und Jugendlichen bis zu einer bestimmten Altersgrenze sowie bei Schwangeren), und in bestimmten Lebensräumen (z. B. in Krankenhäusern, Schulen, Betrieben) vollständig auf Alkohol verzichtet werden.

Punkt-Nüchternheit

Strukturelle Maßnahmen im regionalen Bereich wären Regelungen für die Verbilligung alkoholfreier Getränke sowie der Verzicht auf Werbung für Alkohol und Tabak zumindest in und auf allen kommunalen und städtischen Werbeträgern.

*Regionale und
kommunale Regelungen*

Im Hinblick auf Schmerzmittel ist wegen des hohen Missbrauchspotentials die pharmazeutische Industrie aufgerufen, auf Laienwerbung, auch für solche Produkte, die nicht verschreibungspflichtig sind und damit nicht unter das Verbot des Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens fallen, zu verzichten.

*Zielvorgabe: Prävention
des Medikamentenmissbrauchs*

Eine Regelung in der Schweiz bezüglich des Alkohols ist bedenkenswert: die Heranziehung der Produzenten von Suchtmitteln zur Finanzierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Sinne einer Produzentenhaftung.

*) siehe Kapitel X.

*Fehlende Umsetzung
des WHO-Aktionsplans in der EG*

Insgesamt muss bisher – sowohl was den Tabak, als auch was den Alkohol betrifft – festgestellt werden, dass die bisher durchgeführten Maßnahmen keinesfalls ausreichen, um die im WHO – Aktionsplan genannten Ziele auch nur annähernd zu erreichen. In Deutschland ist es bisher nicht gelungen, deutliche Akzente zu setzen. Dazu bedarf es weit energischerer, eindeutiger und finanziell gestützter Schritte, als dies gegenwärtig der Fall ist. Diese mangelnde Ernsthaftigkeit wird zum Beispiel durch folgendes illustriert: Die Kommission der EG förderte beispielsweise 1991/92 die Kampagne „Europa gegen den Krebs“, deren zentrales Thema das Rauchen ist, mit 61 Millionen DM. Die Subventionen für den Tabakanbau, gezahlt von derselben Kommission in demselben Zeitraum, betragen fast 2 Milliarden DM.

*Gesellschaftliche
Einflussgrößen*

Bei der Begrenzung des Suchtmittelkonsums und -mißbrauchs werden eine Vielfalt gesamtgesellschaftlicher Einflußgrößen wirksam. Beispielsweise bilden die Steuereinnahmen aus der Tabak- und Alkoholsteuer (Tabak: 20,6 Mrd. DM / Alkohol: ca. 7,7 Mrd. DM) eine erhebliche Steuerquelle des Bundes.^{62*)} Auch die wirtschaftlichen Interessen der Tabak-, Alkohol- und Pharmaindustrie mitsamt ihrer beschäftigungspolitischen Bedeutung spielen eine Rolle.

*Abgestimmte Programme
und Aktionen*

Für eine langfristige Präventionspolitik im Kontext der öffentlichen Gesundheit bedarf es vielfältiger, aufeinander abgestimmter Programme und Aktionen. Einseitige Maßnahmen, beispielsweise Information und Aufklärung allein, versprechen ebensowenig Erfolg wie eine Angebotsreduzierung, die keine breite Unterstützung in der Bevölkerung findet. Gleichwohl lassen sich aus verschiedenen Gründen nicht alle sinnvollen und erforderlichen Maßnahmen gleichzeitig in Angriff nehmen. Realistischer Weise muss zunächst eine Auswahl getroffen werden.

Aufgabe der Politik

Es ist Aufgabe der Politik, die Rahmenbedingungen für eine Entwicklung zu schaffen, die sich gesundheitsfördernde Lebenswelten zur Aufgabe setzt.

3. Strafrechtliche Maßnahmen der Prävention

Spezialprävention

Die Anwendung des Betäubungsmittelstrafrechts beansprucht – wie das Strafrecht überhaupt – unter anderem präventive Ziele. Bestrafung soll auf die Täterinnen bzw. Täter so einwirken, dass sie möglichst nicht erneut gegen das Gesetz verstoßen (Spezialprävention). Strafzweck ist es aber auch, die Anderen von der Begehung von Straftaten abzuhalten, indem das Rechtsbewußtsein und die Rechtstreue der Allgemeinheit erhalten bzw. gestärkt wird (Generalprävention).

Generalprävention

*) siehe Kapitel X.

Zweck und Ziel des Betäubungsmittelgesetzes ist es im besonderen:

- der menschlichen Gesundheit zu dienen,
- den Verkehr mit Betäubungsmitteln so zu regeln, daß dessen Sicherheit und Kontrolle gewährleistet, die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt und der Missbrauch von Betäubungsmitteln sowie das Entstehen und Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit verhindert wird,
- kleine bis mittlere drogenabhängige Straftäter zu einer notwendigen therapeutischen Behandlung zu motivieren, wobei Strafandrohung und Strafvollstreckung nur Hilfsmittel sein können, den erforderlichen „Initialzwang“ zur Therapiebereitschaft auszulösen.^{63*)}

Bei dieser Sonderregelung des Betäubungsmittelgesetzes, nämlich Abhängige von illegalen Drogen in eine Therapiestelle zu leiten, sind die nachstehenden Ausführungen „Therapie vor Strafe“ auch in Zusammenhang mit Kapitel IV. (Beratungs- und Hilfeangebote bei Mißbrauch und Abhängigkeit) zu sehen. Das gleiche gilt für die anschließenden Ausführungen zum „Maßregelvollzug“.

Therapie vor Strafe

Die Niedersächsische Landesregierung hat sich in der Vergangenheit stets dafür eingesetzt, das Betäubungsmittelrecht am Vorrang der Therapie zu orientieren und nur dort auf Strafe zurückzugreifen, wo sie unverzichtbar ist. So wird es auch in Zukunft sein. Dies bedeutet, auch süchtige Straftäter zu verfolgen, wenn sie therapeutischen Maßnahmen nicht zugänglich sind. Zudem wird die Landesregierung ihren entschlossenen Kampf gegen jegliche Form des Betäubungsmittelhandels fortsetzen. Zu den Säulen der niedersächsischen Drogenpolitik *Prävention und Hilfe gehört daher auch als dritte Säule die Repression.*

3.1 Therapie vor Strafe

Bei Straffälligen, die aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit gegen das Gesetz verstoßen haben, eröffnet das Betäubungsmittelgesetz unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, zugunsten einer Therapie vorläufig von Strafe abzusehen oder die Strafvollstreckung zurückzustellen (Grundsatz „Therapie vor Strafe“).

Kranke gehören grundsätzlich in eine Therapie

So kann bei einem zu erwartenden Strafmaß bis zu zwei Jahren das Strafverfahren vorläufig eingestellt und im Falle einer verhängten Strafe bis zu dieser Höhe die Strafvollstreckung zurückgestellt werden, wenn der Täter nachweislich einer seiner Rehabilitation bzw. Resozialisierung dienenden Therapie unterzieht (§§ 35, 37 BtMG). Im Falle einer Zurückstellung der Strafvollstreckung wird die Dauer der Therapie auf die verhängte

Einstellung des Strafverfahrens

Zurückstellung des Strafantritts

*) siehe Kapitel X.

*Ausweitung des
Hilfeprogramms*

Strafe angerechnet, bis zwei Drittel erreicht sind. Voraussetzung ist allerdings, daß es sich um eine staatlich anerkannte Einrichtung handelt. Um therapeutischen Maßnahmen zugunsten süchtiger Straftäter auch in der Praxis Vorrang vor einer Bestrafung einzuräumen, hat die Niedersächsische Landesregierung nicht nur dafür gesorgt, daß die Strafverfolgungsorgane diesen Rahmen ausschöpfen, sie hat zugleich auch ihr Hilfeprogramm im ambulanten wie stationären Bereich erheblich ausgeweitet.

3.2 Maßregelvollzug

*Unterbringung in
einer Entziehungsanstalt*

Suchtmittelabhängige, die rauschbedingt Straftaten begehen und deswegen verurteilt werden bzw. wegen nicht auszuschließender Schuldunfähigkeit nicht verurteilt werden dürfen, können unter bestimmten Voraussetzungen auch gegen ihren Willen in einer Entziehungsanstalt untergebracht werden (§ 64 Strafgesetzbuch). Sofern eine zudem verhängte Freiheitsstrafe ganz oder teilweise vor der Unterbringung vollstreckt wird, was das zuständige Gericht anordnen kann, wenn der Unterbringungszweck dadurch erleichtert wird, wird die Unterbringungsdauer auf die Freiheitsstrafe bis zu zwei Dritteln angerechnet.

Zusätzliche Plätze

Für die Unterbringung der Abhängigen von illegalen Drogen stehen ab dem Jahr 2002 im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Brauel 75 Plätze zur Verfügung (bisher 40 Plätze). Darüber hinaus wurden im Rahmen der Dezentralisierung bereits 16 weitere Plätze im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Lüneburg und 20 weitere Plätze im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Moringen eingerichtet. In der Fachabteilung Rehburg des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf stehen 75 Plätze für Patientinnen und Patienten zur Verfügung, die gemäß § 64 StGB (Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit) behandelt werden. Im Rahmen der Dezentralisierung sind im Jahre 2001 weitere 20 Plätze vorgesehen.

Die Hilfemaßnahmen im Einzelnen richten sich nach dem Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetz.

3.3 Polizeiliche Rauschgiftbekämpfung

*Bekämpfung der
Händlerebene*

Die polizeilichen Ermittlungen konzentrieren sich auf die Bekämpfung der Rauschgift-Händlerebene, die durch den geschäftsmäßigen Vertrieb von illegalen Drogen riesige Gewinne anhäuft, ohne selbst drogenabhängig zu sein.

Bei konsumorientierten Delikten wendet die Polizei im Einvernehmen mit der Justiz ein vereinfachtes Ermittlungsverfahren, das erleichterte, ressourcenschonende Ermittlungen gegen Ersttäter beinhaltet, an.

Auffällig dabei ist, dass der Heroinhandel – nach Erkenntnissen der Polizei im niedersächsischen Bereich – fast vollständig durch ethnisch abgeschottete Tätergruppierungen organisiert wird.

Die Gewinne aus dem Drogenhandel werden grundsätzlich in den Heimatländern der Täter angelegt, ohne dass in Deutschland ein gehobener Lebensstandard angestrebt wird. Ausnahmen begründen in diesem Zusammenhang Rauschgift-händler der „2. und 3. Generation“, die inzwischen fest in Deutschland verwurzelt sind und ihren geschäftlichen Erfolg auch offen zeigen.

Die polizeilichen Ermittlungen im Rahmen der Rauschgift-bekämpfung können in drei Bereiche untergliedert werden:

- Vorermittlungen/Strukturermittlungen
- strafprozessuale/operative Maßnahmen
- Finanzermittlungen/Vermögensabschöpfung

Die Polizei ermittelt im Vorfeld eines konkreten Straftatenverdachts durch sog. Vor-/Strukturermittlungen, um illegale Sachverhalte oder organisierte Täterstrukturen aufzudecken. Im Zuge der ggf. nachfolgenden strafrechtlichen Ermittlungen sowie strafprozessualen Maßnahmen wird dann versucht, die erkannten Täterorganisationen beweisenerheblich einer gerichtlichen Verurteilung zuzuführen.

*Vorermittlungen /
Strukturermittlungen*

Durch die hochprofessionellen Arbeitsweisen dieser Täterorganisationen, die

- sich flexibel den Marktgesetzen anpassen (Angebot – Nachfrage),
- schnell auf politische Veränderungen eingehen (Änderung von Schmuggelrouten; Ausnutzen der Asylrechts / Ausländerrechts),
- die „Lücken“ nationaler Gesetze vorbehaltlos ausnutzen (Einsatz von Minderjährigen; Straftaten als Test für „Verdeckte Ermittler“; Unterbieten von Schwellenbeträgen beim Geldtransfer, Waschen von Drogengeldern über „legale Geschäfte“; Ausnutzung der Sozialgesetzgebung),
- sich auf polizeiliche Ermittlungsmethoden schnell einstellen (Wechsel der modus operandi; Prozessbeobachtung durch Organisations-Mitglieder, Auswertung von „Gerichtsakten“ zur Verbesserung der eigenen Arbeitsweise),
- modernste Kommunikationswege uneingeschränkt nutzen (Mobiltelefone, Telefax, Internet u.a.),

Strafprozessrecht

ist der Gesetzgeber ständig gefordert, die Eingriffs- und Sanktionsmöglichkeiten für Polizei und Justiz zum Schutze des Einzelnen und der demokratischen Gesellschaft anzupassen.

Durch die Öffnung der Grenzen zu den Staaten Mittel- und Osteuropas und dem Wegfall der Grenzkontrollen zu unseren westlichen Nachbarn entstanden für diese Täterorganisationen neue Handels- und Organisationsmöglichkeiten, denen im Rahmen einer verbesserten internationalen polizeilichen Zusammenarbeit i.V.m. der Harmonisierung von nationalen Gesetzen in den einzelnen Staaten entgegengewirkt werden soll.

*Internationale polizeiliche
Zusammenarbeit*

In diesem Zusammenhang ist vor allem die (noch weiter auszubauende) Zusammenarbeit mit den Staaten Mittel- und Osteuropas notwendig, da diese für die Hauptschmuggelrouten von Rauschgift aus dem Nahen und Mittleren Osten von großer Bedeutung sind.

Finanzermittlungen

Durch die Verstärkung und Vereinheitlichung der Außen-grenzkontrollen im „Schengenverbund“ und im Rahmen der Zusammenarbeit innerhalb der Europäischen Union wurden die Bekämpfungsmaßnahmen des Drogenschmuggels verbessert.

Um die Lebensader der Rauschgifthändler-Organisationen empfindlich zu stören, werden zum Aufspüren und Abschöpfen der Gewinne von Rauschgifthändlerorganisationen seitens der Strafverfolgungsbehörden große Anstrengungen unternommen. Zur Verbesserung der Möglichkeiten der Gewinnabschöpfung, zum Zugriff auf illegal erlangtes Vermögen und zur Geldwäschebekämpfung wurden in taktischer und organisatorischer Hinsicht in Niedersachsen spezielle aufbau- und ablauforganisatorische Maßnahmen umgesetzt. Die gesetzlichen Möglichkeiten der Vermögenseinziehung werden gerade im Rauschgiftbereich intensiv genutzt, um dem Rauschgifthandel die finanzielle Grundlage zu entziehen.

Zeugenschutz / Kronzeugenregelung

Durch die in den Täterorganisationen vorhandene Gewaltbereitschaft und -ausübung gewinnt der „Schutz von gefährdeten Zeugen“ und die „Kronzeugenregelung“ für aussagebereite Täter immer mehr an Bedeutung.

Festnahmen Sicherstellungen

Obwohl in den letzten Jahren immer größere Mengen an Rauschgiften sichergestellt und eine große Anzahl von Tätern festgenommen worden sind, kann festgestellt werden, dass derartige Organisationen lediglich dann empfindlich getroffen werden konnten, wenn die gesamte Täterorganisation auf internationaler Ebene zerstört wurde und ihnen zeitgleich die finanziellen Geschäftsgrundlagen (Drogengewinne) entzogen werden konnten.

Dem Aufspüren und Abschöpfen der Gewinne von Rauschgifthändlerorganisationen wird seitens der Strafverfolgungsbehörden noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die hierzu durch das Gewinnaufspürungsgesetz eingeführten Befugnisse und Regelungen waren bisher nicht ausreichend und werden deshalb erweitert.

Eine immer größere Bedeutung nimmt auch der Schutz gefährdeter Zeugen und die „Kronzeugenregelung“ für aussagebereite Täter ein.

Es wurden in den letzten Jahren immer größere Mengen an Rauschgiften sichergestellt und Täter festgenommen. Die Organisationen der Rauschgifthändler sind dabei jedoch immer nur dann entscheidend getroffen worden, wenn auch größere Gewinne verfallen sind und die Organisatoren, die meistens nicht direkt mit dem Rauschgift in Kontakt kamen, zu langjährigen Haftstrafen verurteilt wurden.

Polizeilicher Umgang mit der offenen Rauschgiftszene

Wegen ihrer äußerst negativen Auswirkungen auf das örtliche Umfeld nutzt die Polizei alle ihr zur Verfügung stehenden rechtlichen Mittel, die Entstehung so genannter „offener Rauschgiftszenen“ zu verhindern bzw. aufzulösen. In dem Wissen, dass es sich bei den Menschen, die sich in Abhängigen-Szenen aufhalten, vorwiegend um Suchtkranke handelt, bindet

*) siehe Kapitel X.

sich die Polizei verstärkt auch in soziale Netzwerke (z. B. kommunale Präventionsräte) ein, um – soweit gewünscht – kompetente Hilfe vermitteln zu können und auf diese Weise offene Rauschgiftszenen zu minimieren.

3.4 Konsumentendelikte

Durch Anwendung des BtMG wird versucht, auf den Konsum von illegalen Drogen einzuwirken. Da eine Selbstschädigung nach dem Recht der Bundesrepublik Deutschland grundsätzlich nicht strafbar ist, sind prinzipiell Drogenkonsumenten für den Konsum allein nicht zu belangen. Sie können aber durch ihr Verhalten eine Gefahr für andere werden, sei es, daß sie zum falschen Vorbild werden, Drogen weitergeben oder durch Drogenbesitz – und zwar insbesondere von größeren Mengen – andere in die Situation versetzen, so leichter an Drogen zu kommen.

Nach dem BtMG sind daher Handlungsformen, die gewissermaßen den Drogenkonsum umgeben (z. B. Besitz, Anbau, Erwerb), strafbar. Bilden diese „Konsumentendelikte“ nur geringe Gefahren für andere, so kann durch das Gericht von einer Bestrafung abgesehen werden (§ 29 (5) BtMG – geringe Mengen zum Eigenverbrauch). Auch die Staatsanwaltschaft hat die Möglichkeit gemäß § 31 a (1) BtMG (geringe Schuld, kein öffentliches Interesse und geringe Mengen zum Eigenverbrauch), von der Strafverfolgung abzusehen. Dies gilt besonders für Cannabis und Marihuana, wo die Staatsanwaltschaft regelhaft das Verfahren einstellt, wenn es sich um nicht mehr als sechs Gramm Cannabis handelt^{64*}). Damit entspricht das Land dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 09. März 1994^{65*}). Auch bei Heroin und Kokain zum ausschließlichen Eigenverbrauch von nicht mehr als einem Gramm kann das Ermittlungsverfahren eingestellt werden.

*Konsumentendelikte
Einstellung von
Ermittlungsverfahren*

4. Kommunikative Maßnahmen der Prävention

Neben den strukturellen Zielen auch die kommunikativen Maßnahmen der Primärprävention zur Suchtvorbeugung darauf ab, gesundheitsriskantem Konsum vorzubeugen, bevor es zu einer Mißbrauchs- oder Abhängigkeitsentwicklung kommt.

*Vorbeugung
gesundheitsriskanten
Konsums*

4.1 Suchtvorbeugung im Kindes- und Jugendalter

4.1.1 Präventionsverständnis in der Suchtvorbeugung

Das Verständnis von kommunikativer Suchtprävention – und damit die Praxis der präventiven Arbeit – hat sich in den letzten Jahren verändert, ausdifferenziert und weiterentwickelt. Weder

*Entwicklung des
Präventionsverständnisses*

die früheren Methoden der Abschreckung, Mahnungen und Warnungen vor den Gefahren der Stoffe, noch die später praktizierte Methode „reiner“ Wissensvermittlung und wertfreier Informationen haben sich als geeignet erwiesen, Jugendliche vom Konsum von Suchtmitteln abzuhalten.

Primärprävention heute

Primärprävention wird heute nicht so sehr suchtmittelspezifisch, sondern vielmehr ursachen- und ressourcenorientiert angelegt. Sie stellt nicht mehr die Wirkungen und Gefahren der Drogen in den Vordergrund, sondern sie arbeitet an der Entwicklung von Einstellungen und Verhaltensweisen bestimmter Zielgruppen, die diese befähigen soll, verantwortungsvoll mit sich und anderen umzugehen und dadurch die Risiken des Suchtmittelkonsums so gering wie möglich zu halten.

Mensch im Mittelpunkt

Eine so verstandene vorbeugende Arbeit stellt den Menschen in den Mittelpunkt, sein Leben in Gemeinschaft mit anderen, sein soziales Umfeld.

Im Rahmen „kommunikativer Maßnahmen“ bietet sie Projekte an, die geeignet sind, die individuellen und sozialen Kompetenzen der Menschen zu fördern: die Fähigkeit, Beziehungen und Kommunikation zu gestalten, soziale Verhaltensweisen zu entwickeln, Probleme zu lösen und Belastungssituationen in Schule, Freizeit, Beruf, Alltag ohne Mißbrauch von Suchtmitteln zu bewältigen.

Verhaltensprävention

Menschen, die selbstsicher und beziehungsfähig sind, die über Strategien verfügen, auch mit schwierigen Lebenssituationen konstruktiv umzugehen, die sich darüber hinaus selbständig entscheiden können – auch gegen sozialen Druck –, sind gegen Suchtmittelmißbrauch besser geschützt, als wenn diese Kompetenzen nicht oder wenig entwickelt sind („Verhaltensprävention“). An diese Tatsache knüpft eine ursachenorientierte Arbeit an, die neben den individuellen auch strukturelle Aspekte berücksichtigt.

*Prävention und
Persönlichkeitsentwicklung*

Eine solche ursachenorientierte Arbeit kann nicht Ergebnis kurzfristiger Aktionen oder „highlights“ sein. Um die geforderten Entwicklungsprozesse in Gang zu bringen, um Persönlichkeitsbildung, Beziehungsarbeit, Konfliktfähigkeit u. a. zu unterstützen, muß Primärprävention im Alltag der Institutionen verankert werden, in denen die Zielgruppen der Prävention sich aufhalten: die Jugendlichen in Schulen und Freizeiteinrichtungen, die Kinder in Kindertagesstätten usw.

4.1.2 Akteure und Fachkräfte in der Suchtprävention

*Initiatoren für
Suchtprävention*

Die Initiative für Aktionen und Maßnahmen der Suchtprävention geht häufig von pädagogischen Fachkräften aus, die sich dann auch an ihrer Durchführung beteiligen: Lehrerinnen und Lehrer, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Erzieherinnen und Erzieher, aber auch Pastorinnen und Pastoren, Jugendgruppenleiterinnen und -leiter sowie andere Personen, die

*) siehe Kapitel X.

im Rahmen ihrer beruflichen oder auch ehrenamtlichen Arbeit insbesondere mit Kindern oder Jugendlichen zu tun haben.

Da Suchtprävention eine wesentliche Aufgabe des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes darstellt, sind auch die Jugendschutzbeauftragten der kommunalen Jugendämter in der Suchtprävention tätig. Ihre Arbeit wird vom Land Niedersachsen durch die Förderung innovativer Maßnahmen örtlicher Träger unterstützt; hiermit sollen junge Menschen befähigt werden, sich mit gefährdenden Einflüssen auseinanderzusetzen, die u. a. aus dem Konsum von Suchtmitteln resultieren können. Regelmäßige Fortbildungsangebote durch die Landestelle Jugendschutz und Landesjugendamt zum Thema Sucht und Drogen sichern zusätzlich die fachliche Kompetenz der Jugendschutzbeauftragten.

Nach den Konzepten der Freien Wohlfahrtspflege und nach Maßgabe der Förderrichtlinien^{66*)} gehört Präventionsarbeit zu den Aufgabenfeldern der Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen für Suchtkranke. Infolge begrenzter Personal- und Zeitkapazitäten konnten die Einrichtungen diese Arbeit in der Vergangenheit jedoch allenfalls ansatzweise leisten.

Aufgabe der Beratungsstellen

Damit Prävention in Zukunft kontinuierlich und langfristig erfolgen kann, fördert das Land Niedersachsen seit 1992 spezielle „Präventionsfachkräfte“ ca. zur Hälfte, die Gegenfinanzierung muss durch andere Institutionen sichergestellt werden; in aller Regel sind dies dankenswerter Weise die Kommunen. Ziel ist, in allen niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten zumindest eine Präventionsfachkraft anzustellen.

Präventionsfachkräfte

Mittlerweile arbeiten – zum Teil auch aus eigener Initiative von Landkreisen bzw. kreisfreien Städten und Trägern ohne Landesförderung – 30 Präventionsfachkräfte in 24 Landkreisen oder kreisfreien Städten, angestellt in Beratungs- und Behandlungsstellen der Freien Wohlfahrtspflege. Ihre Aufgabe ist es, sich ausschließlich der Suchtprävention zu widmen. Sie übernehmen in ihrer Region koordinierende Aufgaben, vernetzen bestehende Angebote und führen selbst mit verschiedenen Zielgruppen Suchtprävention durch.

In zentralen Landesprojekten werden inhaltliche Schwerpunkte festgelegt, die dann innerhalb eines Jahres überall im Land in Veranstaltungen, Projekte und Tagungen umgesetzt werden.

Zentrale Landesprojekte

Im Sinne des oben dargestellten Präventionsverständnisses arbeiten die Präventionsfachkräfte ursachenorientiert und zielgruppenspezifisch.^{67*)}

Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Fortbildung bzw. Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, damit die präventiven Aktivitäten auch nach Beendigung eines Projekts weiterwirken und selbständig fortgeführt werden können.

Multiplikatorenschulung

*) siehe Kapitel X.

Koordinierende Aufgaben

Durch ihre koordinierende Tätigkeit tragen die Präventionsfachkräfte dazu bei, dass die Kräfte in einer Region gebündelt werden und die verschiedenen Institutionen nicht mehr nebeneinander, sondern miteinander arbeiten.

Die Präventionsfachkräfte arbeiten in den regionalen Arbeitskreisen mit, denen sie zum Teil auch vorstehen.

Fachliche Begleitung

Die Tätigkeit der Präventionsfachkräfte wird koordiniert und fachlich begleitet von der *Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren* (→ Kapitel V., 1.). Sie unterstützt und begleitet die Präventionsfachkräfte bei der Planung und Durchführung von Projekten sowie deren Dokumentation und Auswertung und nimmt darüber hinaus Aufgaben in der Beratung und Fortbildung von Fachkräften wahr.

Des Weiteren arbeitet die *Landesstelle Jugendschutz* (→ Kapitel V., 2.) im Bereich der Suchtprävention. Neben beratenden und koordinierenden Aufgaben konzipiert, begleitet und evaluiert sie einzelne Projekte und wertet sie aus.

4.1.3 Drogenprävention durch die Polizei

Ziele der polizeilichen Drogenprävention

erLEBEN ohne Drogen ist das Logo der polizeilichen Drogenprävention in Niedersachsen. Hierin spiegeln sich die Ziele und Grundsätze der Arbeit der Zentralen Drogenprävention (ZDP) des Landeskriminalamtes Niedersachsen wider:

- totale Abstinenz im Hinblick auf illegale Drogen
- selbstkontrollierter Umgang mit legalen Suchtmitteln mit dem Ziel weitgehender Abstinenz
- bestimmungsgemäßer Gebrauch von Medikamenten
- rechtzeitiges Erkennen von Problemsituationen
- Ausgleich von Informationsdefiziten in der Bevölkerung.

Zum Erreichen dieser Ziele wird bei den Maßnahmen ein ursachenorientierter Ansatz zugrundegelegt, bei dem zielgruppenspezifisch Informationsarbeit geleistet wird.

Zielgruppen

So wird die Zielgruppe der Erwachsenen (Eltern, Lehrerschaft, Erzieherinnen und Erzieher u. a.) sowohl über mögliche Ursachen und Entstehungsbedingungen von süchtigem Verhalten als auch über Aussehen, Wirkungsweisen und Konsumformen speziell der illegalen Drogen informiert, um sie in die Lage zu versetzen, Gespräche mit Jugendlichen mit mehr Sachkompetenz führen und mögliche Gefährdungen eher erkennen zu können.

Bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen wird der Alltag mit den Bereichen Familie – Schule – Beruf – Freundeskreis – Freizeit in den Mittelpunkt gestellt, denn Probleme in diesen Bereichen können Ausgangspunkt für eine Suchtentwicklung sein.

Da abschreckende Darstellungen nur kurzfristig Betroffenheit erzeugen, wird darauf ebenso verzichtet wie auf „Drogenkunde“, um nicht Neugier zu wecken.

Drogenprävention ist auch und besonders pädagogische Arbeit, da Einstellungen und Verhaltensweisen im positiven Sinn beeinflusst werden sollen. Daher ist es Ziel bei allen Maßnahmen vor Ort, die Jugendämter, Suchtberatungsstellen usw. einzubeziehen.

Die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen der ZDP orientieren sich insgesamt an folgenden Grundsätzen:

Grundsätze polizeilicher Drogenprävention

- die Drogenproblematik kann nicht allein von der Polizei gelöst werden
- die Polizei betreibt Drogenprävention lediglich im Bereich der Suchtvorbeugung
- die Polizei wird im Bereich Primärprävention tätig
- Kontinuität statt einmaliger Aktionen
- die Polizei sucht und fördert die Zusammenarbeit mit allen in der Prävention Beteiligten

■ *Wanderausstellung erLEBEN ohne Drogen*

Der Titel spiegelt den Inhalt wider; es geht um Leben und das Erleben von Situationen und Gefühlen. Positive Aussagen sollen dafür werben, auf den Konsum von legalen und illegalen Drogen zu verzichten.

Wanderausstellung

Mit farbenfrohen und peppigen Zeichnungen, ausdrucksvollen Fotos und der comicartigen Sympathiefigur „Voice“ auf 20 beidseitig gestalteten Ausstellungstafeln sollen primär Jugendliche angesprochen werden.

Da die Drogenprävention ein gesamtgesellschaftliches Problem ist, bietet sich diese Ausstellung als polizeilicher Beitrag bei ressortübergreifenden Suchtpräventionsprojekten auf kommunaler Ebene an. Sie sollte in ein Konzept eingebunden werden, da sie den Besuchern, in der Regel jugendliche Schüler, auch Alternativen zum Drogenkonsum anbietet, um nicht nur einen kognitiven Zugang zu schaffen, sondern die Aussagen der Ausstellung auch erlebbar zu machen. Sie wird den Polizeidienststellen, aber auch anderen Institutionen und Gruppen kostenlos zur Verfügung gestellt.

Kommunale Ebene

■ *Messebeteiligungen*

Für die Teilnahme an Regional- und Verbrauchermessen steht ein Ausstellungsstand zur Verfügung, der Elemente der Wanderausstellung *erLEBEN ohne Drogen* und einen *Pfad der Sinne* beinhaltet. Der ‚Pfad der Sinne‘ führt den einzelnen Besucher an einem Handlauf in der Absicht, viele Sinnesreize zu bieten und zu verdeutlichen, dass nur dann die Sinne richtig „funktionieren“, wenn sie nicht durch Drogen betäubt werden.

Messestand

■ *Vortragsveranstaltungen*

Es werden viele Vorträge vor den unterschiedlichsten Zuhörergruppen gehalten. Das Spektrum umfaßt den schulischen Bereich (Eltern, Lehrer, Schüler), Kindertagesstätten, Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Bundesbahn, Krankenhäuser, Justizvollzugsanstalten, Vereine, Verbände, politische Parteien, Jugend-

Informationen

betreuer und Ausbilder größerer Firmen. Es dürfte unbestritten sein, dass die Sucht- und Drogenproblematik ein vielschichtiges und komplexes Phänomen mit vielen Ursachen ist, das in allen gesellschaftlichen Bereichen einen Nährboden findet.

Suchtvorbeugung – und darin eingeschlossen die Drogenprävention – kann nur erfolgversprechend betrieben werden, wenn auch alle gesellschaftlichen Bereiche eingebunden und beteiligt werden.

Die Zentrale zur Drogenprävention ist bestrebt, diesen eingeschlagenen Weg fortzuführen und die Kooperation mit den übrigen Präventionspartnern zu intensivieren.

4.1.4 Zielgruppenspezifische Maßnahmen der Suchtprävention

4.1.4.1 Zielgruppen für präventive Maßnahmen

■ *Kinder in Kindertagesstätten und Grundschule*

*Ganzheitliche
Gesundheitserziehung*

Nachdem sich inzwischen die Einsicht durchgesetzt hat, daß die Vermittlung von Wissen und Abschreckung alleine keine tauglichen Präventionsmaßnahmen sind, ist Suchtprävention in Niedersachsen heute Teil des Bildungsauftrages im Rahmen des Konzepts einer ganzheitlichen, altersgerechten Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. Im Mittelpunkt der primärpräventiven Maßnahmen stehen neben alters- und entwicklungspezifischer Wissensvermittlung die Bemühungen um die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder und Jugendlichen und die Unterstützung bei Bewältigung ihrer psychosozialen und emotionalen Probleme. Leistungsunabhängige Wertschätzung und die Entkoppelung des Zusammenhangs von Schulerfolg und sozialer Anerkennung haben dabei ein besonderes Gewicht. Den jungen Menschen soll vermittelt werden, dass sie selbst über Handlungskompetenzen verfügen, um wirksame Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung ihrer Gesundheit ergreifen zu können. Außerdem soll ihnen deutlich gemacht werden, dass Schadensbegrenzung ein wichtiges pädagogisches Ziel bedeutet, für das es sich lohnt, spezifische Kompetenzen aufzubauen und Anstrengungen auf sich zu nehmen.

Kinder werden beispielsweise weniger häufig in riskanten Suchtmittelkonsum ausweichen, wenn sie rechtzeitig lernen, ihre Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen und auszudrücken, Freundschaften zu schließen oder mit ungewohnten Situationen konstruktiv umzugehen. Die schon genannte Kommunikations-, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit, aber auch Frustrationstoleranz, Genuss- und Erlebnisfähigkeit, Selbstachtung und Selbstvertrauen ermöglichen, schwierige oder belastende Situationen zu bewältigen. Gebildet werden diese „Schutzfaktoren“ bereits in sehr jungen Jahren.

Bildung von „Schutzfaktoren“

*) siehe Kapitel X.

Umfassende ursachenorientierte Gesundheitsförderung soll so früh wie möglich eingesetzt werden. Suchtprävention sollte möglichst schon Bestandteil der Pädagogik in Kindertagesstätten sein.

In der Schule ist Suchtprävention von der Grundschule bis zu den Schulen des Sekundarbereichs II während der gesamten Schulzeit verbindlich. Sie ist Aufgabe aller Lehrkräfte und kann in einem Schulentwicklungskonzept „Gesunde Schule“ mit anderen Bereichen der Gesundheitsförderung, wie z. B. Ernährung, Sexualerziehung und AIDS-Prävention, verbunden werden. Rechtlicher Rahmen für die schulische Suchtprävention ist der Gemeinsame Erlass „Suchtprävention und Verhalten bei Suchtproblemen an niedersächsischen Schulen“ vom 26. Mai 1992.^{68*})

„Gesunde Schule“

Inhalte präventiven Unterrichts im Grundschulalter beziehen sich vor allem auf allgemeine Fragen der Gesundheit (z. B. Ernährung und Bewegung), des sozialen Lernens und der Freizeitgestaltung. Ohne auf Suchtmittel einzugehen, können Kinder in Kindertagesstätten und in der Grundschule in vielfältiger und zumeist spielerischer Weise angeregt werden, Alltagserfahrungen zu thematisieren und angemessene Formen des Umgangs mit ihnen zu erleben, auszuprobieren. Eine enge Zusammenarbeit beider Institutionen sowie der Erziehungsberechtigten ist unabdingbar (→ Modelle/Projekte: Kapitel III., 4.1.4.2 „Suchtprävention in Kindertagesstätten“, „Mäxchen, trau dich“, „Kinder stark machen“).

Spielerisches Heranführen

■ Jugendliche in Schulen, Jugendarbeit und Ausbildung

Ältere Kinder und Jugendliche haben auf dem Weg zum Erwachsensein eine ganze Reihe schwieriger Entwicklungsaufgaben zu lösen. Auf ihrer Suche nach Identität benötigen die jungen Menschen Unterstützung bei der Ablösung von ihren Familien und dem Aufbau neuer befriedigender Beziehungen – einschließlich der sexuellen –, bei der Entwicklung von beruflichen Perspektiven sowie der Entwicklung eines eigenen Wertesystems.

Entwicklung der Identität im Jugendalter

In diesem Stadium spielen u. a. das Konsum- und Genussverhalten eine große Rolle, in einer Umwelt, in der viele Erwachsene den jüngeren Menschen eine ihnen selbst wichtige Verknüpfung von Identität und Konsumgenuss/Suchtmittelgebrauch vorleben.

Auf schwierige Lebensbedingungen und Langeweile reagieren junge Menschen häufig mit suchtgefährdendem Verhalten. Daneben können Neugier, Kraftprobe, Ausprobieren von Grenzen, Abenteuerlust, Rituale und Gruppendruck unter Gleichaltrigen Ursache für riskantes Verhalten sein.

Geeignete Präventionsmaßnahmen für ältere Kinder und Jugendliche sind Angebote, die ihren Bedürfnissen nach intensiven Erlebnissen, Grenzerfahrungen und Geborgenheit entgegenkommen und Spaß machen.

Erlebnisorientierte Prävention

Primärpräventive Maßnahmen für ältere Kinder und Jugendliche, die noch keinen oder nur geringfügigen Umgang mit Suchtmitteln haben, arbeiten deshalb häufig mit Angeboten, die weniger riskant sind als Suchtmittel, wohl aber deren psychosoziale Funktion übernehmen, wie z. B. den Wunsch nach besonderen Erlebnissen, nach Selbstdarstellung oder – beispielsweise sportlicher – Grenzüberschreitung.

Ziel schulischer Suchtprävention sind mündige Schülerinnen und Schüler, die sich den alltäglichen Lebensanforderungen stellen können, konflikt- und kommunikationsfähig sind und zu einem auf Respekt und Achtung gegründeten Umgang mit ihren Mitmenschen bereit sind. Dabei sollten in der wichtigen Beziehung zwischen Schülerinnen, Schülern und Lehrkräften kritische Fragen nach Schwächen, Vorurteilen und missbräuchlichen Machtverhältnissen und die Generationenproblematik nicht ausgeklammert werden. Nur so können junge Menschen lernen, Bindungen einzugehen und Vertrauen zu entwickeln. Davon hängt in erheblichem Maße auch das Konsum- und Suchtverhalten ab.

Im Rahmen der schulischen Suchtprävention wird von den Lehrkräften ein großes Maß an Sachkompetenz bezogen auf die Suchtproblematik, auf Kenntnisse zu grundsätzlichen Fragen der Suchtprävention, deren Grenzen und Möglichkeiten, und die Fähigkeit verlangt, die Kenntnisse auf die Unterrichtssituation zu übertragen sowie ständig zu aktualisieren. Suchtpräventiver Unterricht ist immer ein Vorgehen mit persönlichem Einsatz und nur erfolgreich, wenn auch die Lehrkräfte bereit sind, ihr eigenes Verhalten selbstkritisch zu hinterfragen.

Persönlicher Einsatz von Selbstkritik

Allerdings kann Schule die in das Konzept der gesundheitsfördernden Schule eingebundene Präventionsarbeit allein nicht bewältigen. Es bedarf der Schaffung eines sozialen Gefüges zwischen Schule und außerschulischen Einrichtungen. Durch Öffnung von Schule nach außen sowie Einbeziehung von Freizeitangeboten und Jugendprojekten kann diese Kooperation gefördert werden. Präventionsbemühungen können nur erfolgreich sein, wenn sie Bestandteil einer solidarisierenden, familialen und gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsförderung werden. Auf den Erlass vom 25.01.1994 „Zusammenarbeit zwischen Schule, Jugendamt und freien Trägern der Jugendhilfe“ wird hingewiesen.^{69*)}

Öffnung der Schule

Im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses von Prävention wird dabei zumeist eine Auseinandersetzung angeregt über die eigene Persönlichkeit und die Beziehungen zu anderen Menschen oder zur Umwelt (→ *Modelle/Projekte: Kapitel III., 4.1.4.2 „1000 Steine“, „Mambo Mortale“, „Lust auf Leben“ u. a.*).

■ *Geschlechterspezifische Prävention bei Kindern und Jugendlichen*

Geschlechterspezifischer Präventionsansatz

Suchtpräventive Maßnahmen sind um so wirksamer, je genauer sie sich an der Lebenssituation, den Bedürfnissen und konkre-

*) siehe Kapitel X.

ten Verhaltensweisen der angesprochenen Zielgruppe ausrichten. Neuere Projekte berücksichtigen deshalb insbesondere auch geschlechterspezifische Unterschiede, sowohl in der persönlichen Entwicklung als auch im Umgang mit Suchtmitteln.

Jungen und Mädchen stehen im Prozess des Heranwachsens vor unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben, und sie haben auch unterschiedliche Strategien, diese zu bewältigen.

Unterschiedliche Strategien bei Mädchen und Jungen

Mädchen lernen zum Beispiel, Ärger eher herunterzuschlucken, Aggressionen zu unterdrücken und eigene Bedürfnisse zurückzustellen. Jungen hingegen lernen zum Beispiel, Probleme eher zu verdrängen und aggressiv zu reagieren. In bestimmten Situationen kann eine eher weibliche, in anderen eine eher männliche Reaktionsweise nützlich sein. Am besten ist es aber, wenn jedes Mädchen und jeder Junge das eigene Verhaltens- und Reaktionsrepertoire so erweitert, daß ihr bzw. ihm auch die Verhaltensweisen, die bisher unterentwickelt sind, zur Verfügung stehen. Dieses macht flexibler und kann dazu beitragen, auf Suchtmittel als Mittel der Belastungsbewältigung verzichten zu können. In diesem Zusammenhang kann auch das Ernährungsverhalten in Verbindung mit Problemen der (weiblichen) Identitätsbildung im Jugendalter betrachtet werden. Die Zunahme von Ernährungsstörungen bei jungen Menschen weist darauf hin, daß Essen als Ausgleich von Enttäuschung und Unzufriedenheit benutzt wird.

Suchtprävention sollte bei der Gestaltung von Maßnahmen diese geschlechterspezifischen Umgangsweisen mit Konfliktsituationen berücksichtigen und ihre Zielsetzungen daran orientieren (→ Modelle/ Projekte: Kapitel III., 4.1.4.2 „Mitten im Leben“).

■ Eltern

Zur sinnvollen Suchtvorbeugung sollte eine gelingende Zusammenarbeit mit den Eltern in einer möglichst angst- und vorwurfsfreien Atmosphäre angestrebt werden. Auf Hemmungen und Berührungspunkte der Erziehungsberechtigten sollte sensibel eingegangen werden. Eltern haben den ersten und wichtigsten Einfluss auf Kinder. Auch sie müssen lernen, den Bedürfnissen ihrer Kinder offen zu begegnen und sich zu interessieren, was in ihnen vorgeht. Häufig fehlen ihnen aber kompetente Ansprechpartner, wenn sie im Umgang mit ihren Kindern Rat oder Unterstützung benötigen.

Einbeziehung der Eltern

Suchtpräventive Aktivitäten – wie z. B. themenbezogene Elternabende – sollten in allen Kindertagesstätten und Schulstufen angeboten werden und nicht nur der Informationsvermittlung dienen, sondern auch der Sensibilisierung der Eltern für das eigene Konsumverhalten und das der Kinder. Im Rahmen solcher Angebote haben Eltern die Möglichkeit, sich auszutauschen und fachliche Unterstützung zu erhalten. Neben Empfehlungen für die praktische Suchtvorbeugung in der Familie können spezifische Aktivitäten dazu beitragen, die Handlungskompetenzen von Eltern im Umgang mit ihren Kindern zu erweitern. Weil den Möglichkeiten der Schule strukturell und aktuell Grenzen gesetzt sind, können und müssen gerade auf

diesem Gebiet außerschulische Fachleute hinzugezogen werden; dies gilt besonders bei akuter Suchtgefährdung oder bereits eingetretener Abhängigkeit.

■ *Pädagogische Fachkräfte aus verschiedenen Arbeitsfeldern (Kindertagesstätten, Schule und Jugendarbeit)*

Einbeziehung der pädagogischen Fachkräfte

Kindertagesstätten und Schulen sowie außerschulische Jugendgruppen und -einrichtungen sind geeignete Orte, Kinder und Jugendliche anzusprechen. Ob es gelingt, Suchtprävention über einzelne Maßnahmen hinaus in der jeweiligen Institution zu verankern und damit längerfristige Entwicklungsprozesse zu ermöglichen, hängt ganz wesentlich von der Schulung und Ausbildung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, der Verantwortlichen in Kindertagesstätten, Schulen und Berufsausbildung ab.

Schulungen für Multiplikatoren

Schulungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sollten außer einer Erweiterung des Grundwissens über Suchtmittel Gelegenheiten bieten, die eigenen Konsumgewohnheiten wie die der Kinder und Jugendlichen kritisch zu reflektieren. Anschließend sollten Möglichkeiten suchtpreventiver Aktivitäten im jeweils eigenen Arbeits- und Handlungsfeld vermittelt oder erarbeitet werden. Insbesondere sollten die pädagogischen Fachkräfte Anregungen und Unterstützung erhalten, nicht nur bei Einzelaktionen, sondern im Rahmen ihrer „normalen“ Bildungs- und Erziehungsarbeit präventiv zu wirken.

Lehrerfortbildungen

Lehrkräften stehen zur schulischen Suchtprävention im Rahmen von Gesundheitsförderung eine Vielzahl von Unterstützungssystemen zur Verfügung. Das Niedersächsische Landesinstitut für Fortbildung und Weiterbildung in Schule und Medienpädagogik (NLI) führt regelmäßig Lehrerfortbildungsveranstaltungen zum Bereich „Prävention und Gesundheitsförderung“ durch. Regionale und schulinterne Fortbildungsveranstaltungen ergänzen dieses Angebot. Diverse Materialien zum Thema „Sucht – Unterricht – Prävention“ begleiten diese Aktivitäten (→ *Unterstützung und Fortbildung: Kapitel III., 4.1.5*).

Weitere Möglichkeiten der Unterstützung und Hilfe werden in der Kontaktgruppe „Netzwerk Gesundheitsförderung bei Lehrkräften“ im Niedersächsischen Kultusministerium erarbeitet. In ihr sollen, unterstützt durch ein Forschungsprojekt an der Universität Lüneburg (Bernhard Sieland), Fragen der Gesundheit der Lehrkräfte sowie der belastenden Faktoren ihres Berufs bearbeitet und Lösungsvorschläge zur vorbeugenden Beeinflussung ihrer tatsächlichen Belastungsquellen, der Verbesserung der Bedingungen für eine Berufszufriedenheit und zur Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit älterer Lehrkräfte erarbeitet werden. Ein Schwerpunkt dieser Kontaktgruppe ist die Entwicklung von Konzepten zum Aufbau landesweiter Hilfen für suchtgefährdete und suchtkranke Lehrkräfte.

Im Regierungsbezirk Lüneburg wird seit 1993 ein derartiges Modell erprobt. In den übrigen Regierungsbezirken werden zur Zeit ebenfalls Konzepte erarbeitet.

■ Erwachsene allgemein

Suchtmittelgebrauch, Suchtmittelmissbrauch oder süchtiges Verhalten sind nicht in erster Linie Probleme von Kindern und Jugendlichen, sondern Merkmale der Erwachsenenwelt. Es sind Erwachsene, die Suchtmittel konsumieren, produzieren, verkaufen, dafür werben oder deren Werbung fördern und süchtiges Verhalten vorleben.

*Erwachsene
Normalkonsumentinnen
und -konsumenten*

Suchtpräventive Aktivitäten sollten sich deshalb an alle Erwachsenen richten.

Bisher orientierten suchtpräventive Bemühungen sich vorrangig am Missbrauch oder beginnender Abhängigkeit. Im Mittelpunkt stand – und steht – fast immer der exzessive Konsum, auch in Medien der Massenkommunikation, wie beispielweise auf Plakaten oder Broschüren. Der „Normalkonsument“ fühlt sich davon aber in der Regel nicht angesprochen.

*Normalkonsum
im Blickpunkt*

In der künftigen Präventionsarbeit wird es deshalb von Bedeutung sein, neben dem „süchtigen“ den „normalen“ Konsum in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen. Auch nicht suchtgefährdete Normalkonsumentinnen und -konsumenten sollten die Möglichkeit haben, das eigene Verhalten kritisch auf Risikofaktoren zu überprüfen.

Gut erreichbar wäre diese Zielgruppe über eine Verstärkung der primärpräventiven Angebote und Aktivitäten am Arbeitsplatz, in Betrieben und Verwaltungen.

4.1.4.2 Modelle und Projekte der Suchtprävention

„Mäxchen, trau dich“ und „Suchtprävention in Kindertagesstätten“ sind Projekte der niedersächsischen Präventionsfachkräfte/Landesstelle gegen die Suchtgefahren bzw. der Landesstelle Jugendschutz, die der Suchtvorbeugung in Kindertagesstätten dienen und seit 1994 in zahlreichen Städten und Landkreisen Niedersachsens durchgeführt wurden bzw. noch werden. Zielgruppen beider Projekte sind Kinder, Eltern und pädagogische Fachkräfte.^{70*)}

*„Suchtprävention
in Kindertagesstätten“*

Beide Projektkonzeptionen bestehen aus mehreren Bausteinen: einem Theaterstück für Kindertagesstättenkinder, Fortbildungen für Erzieher und Erzieherinnen, Arbeitsmaterialien zur Suchtvorbeugung in Kindertagesstätten mit Anregungen für Erzieherinnen und Erzieher, wie Suchtvorbeugung in der täglichen Erziehungsarbeit praktiziert werden kann, sowie Veranstaltungen für Eltern, um sie über das Projekt zu informieren, sie einzubeziehen und ihnen praktische Hilfen für eine suchtvorbeugende Erziehung zu geben.

„Kinder stark machen“ hieß ein Projekt der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS) in Zusammenarbeit mit der Evangelischen Fachhochschule für Sozialwesen in Hannover. Es richtete sich an Kinder im Grundschulalter und deren

„Kinder stark machen“

*) siehe Kapitel X.

Eltern und bestand in der Betreuung einer Kindergruppe sowie begleitender Elternarbeit.^{71*)}

„1000 Steine“
„Rockmusik statt Drogen“

„1000 Steine“ war ein niedrigschwelliges, freizeitpädagogisches Angebot der Jugendhilfe e.V. Lüneburg, das alkohol- und drogengefährdeten Jugendlichen unter dem Motto „Rockmusik statt Drogen“ die Möglichkeit zu einer drogenfreien Freizeitgestaltung bot. Jugendliche nahmen in großem Umfang die Möglichkeit wahr, selbst Rockmusik zu gestalten.^{72*)}

„Mambo Mortale“

„Mambo Mortale“ nannte sich ein Suchtpräventionsprojekt der Landesstelle gegen die Suchtgefahren, der Landesstelle Jugendschutz und des Theaters der Jugend Hannover, das 1990 in sieben Städten Niedersachsens für die Dauer von je einer Woche durchgeführt wurde.^{73*)}

Mittelpunkt des Projekts war die Aufführung des Rockmusicals „Mambo Mortale oder der Notruf ist leider besetzt“. Ergänzend wurde ein Rahmenprogramm (Filmabende, Podiumsdiskussionen u. ä.) angeboten sowie vor allem Workshops, in denen die Jugendlichen mit den Medien Tanz, Theater, Musik und Video ihre Phantasien und Fragen zum Stück verarbeiten konnten. Für Pädagoginnen und Pädagogen wurden Materialien entwickelt.

„Lust auf Leben“

„Lust auf Leben“ war das Motto einer gemeindenahen Aktionswoche zur Suchtprävention, die im Landkreis Hannover der Garbsener Stadtteilarbeitskreis „Prävention“ initiiert und in Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen und Fachkräften durchgeführt hat.^{74*)}

Im Mittelpunkt standen kultur- und erlebnispädagogische Workshops, begleitet von einem Rahmenprogramm der örtlicher Institutionen für verschiedene Zielgruppen: Eltern, Lehrerinnen und Lehrer, Fachkräfte der Kinder- und Jugendarbeit, Politikerinnen und Politiker, Presse und Öffentlichkeit.

„Mitten im Leben“

„Mitten im Leben“ – geschlechterspezifische Projekte der Suchtprävention: „Kleine Zicken – Kleine Macker“; „Männer kennen keinen Schmerz ...?“; „Starke Mädchen – Ganze Kerle“ u. a.

Geschlechterspezifische Angebote

Diese von den Präventionsfachkräften entwickelten Projekte richteten sich jeweils an Jungen oder an Mädchen, um sie in ihren jeweiligen Lebensbezügen bei der Erweiterung ihres Verhaltensrepertoires zu unterstützen.

Für Jungen wurden während des zentralen Landesprojekts vier Teilprojekte durchgeführt, die vor allem darauf abzielten, die Wahrnehmung der eigenen Gefühle zu fördern, den Umgang mit wahrgenommenen Schwächen und den Umgang mit Krisen zu reflektieren. Es ging also vorrangig um die Stärkung von Eigenschaften, die – „typisch männlich“ – häufig bei Jungen eher unterentwickelt sind.

Für Mädchen wurden ebenfalls vier Maßnahmen durchgeführt, die vor allem auf die Förderung ihres Selbstbewusstseins,

*) siehe Kapitel X.

ihrer Durchsetzungsfähigkeit sowie die Wahrnehmung ihrer eigenen Bedürfnisse abzielten. Auch hier ging es vorrangig um die Stärkung von Eigenschaften, die – „typisch weiblich“ – bei Mädchen eher unterentwickelt sind.^{75*)}

Schulungen mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die normalerweise mit den Mädchen und Jungen arbeiten, sollten gewährleisten, daß die Arbeitsansätze längerfristig fortwirken können.

In Lüneburg wurde eine Tagung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in der Suchtprävention mit dem Titel „*Kleine Zicken, kleine Macker*“ durchgeführt. Darüber hinaus fanden drei mehrtägige Fortbildungsveranstaltungen für Erzieherinnen und Erzieher statt sowie einige Fortbildungen für Eltern und Lehrkräfte.

*Angebote für
Multiplikatorinnen
und Multiplikatoren*

Fachkräfte aus Norddeutschland haben einen Arbeitskreis zur geschlechtsspezifischen Suchtprävention gebildet und eine Fachtagung „*Das gleiche ist nicht dasselbe. Geschlechtsspezifische Suchtprävention mit Mädchen! Und mit Jungen?*“ durchgeführt.^{76*)}

In Kooperation mit dem Niedersächsischen Landesjugendamt hat die Landesstelle Jugendschutz im Herbst 1997 eine weitere Fachtagung zu diesem Thema veranstaltet.

■ *Suchtpräventionsprojekte für Auszubildende*

Jeweils einwöchige Aktionswochen fanden in zwei Werken eines großen Automobilunternehmens statt, so in Hannover für ca. 650 Auszubildende unter dem Titel „*Gas geben! – Azubis machen Action gegen Sucht und Drogen*“. In über 30 kulturpädagogischen, erlebnisorientierten Workshops wurden Alternativen zum Drogenkonsum praktisch angeboten und die Ergebnisse am Ende in einer großen Präsentation vorgestellt.

*Auszubildende gegen
Sucht und Drogen*

Das Konzept wurde von der Landesstelle Jugendschutz erarbeitet, die die Aktionswoche auch fachlich begleitet hat.

■ *Ecstasy*

Ein Modellprojekt zum Thema Ecstasy „*Abfahren – aber wie?*“ plant zur Zeit die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, ein weiteres die Landesstelle Jugendschutz zum Thema „*Techno und Ecstasy*“.

Ecstasy-Prävention

4.1.4.3 Suchtmittelspezifische Aufklärung zu illegalen Drogen für gefährdete Zielgruppen

Auch mit strafrechtlichen Maßnahmen kann nicht verhindert werden, dass junge Menschen Kontakt zu illegalen Suchtmitteln bekommen und daß ein Teil der Jugendlichen bereit ist, diese auch zu konsumieren bzw. zumindestens zu probieren. Unter diesem Aspekt kann nicht nur auf die suchtmittelunspecifische

*Jugendliche und
illegale Drogen*

*) siehe Kapitel X.

Senkung des Risikos

Prävention gesetzt werden. Im Rahmen der Sekundärprävention muss daher auch suchtmittelspezifisch gearbeitet werden.

Mit diesem Ansatz kann dazu beigetragen werden, dass das Risiko minimiert bzw. das Risikoverhalten bald wieder aufgegeben wird, indem Jugendliche über die Substanzen und die Folgewirkungen ihres Konsums gezielt aufgeklärt und mit Möglichkeiten risikoärmeren Konsums („safer use“) vertraut gemacht werden. Dies geschieht seit einiger Zeit im Rahmen akzeptierender, niedrigschwelliger Angebote insbesondere von Drogenberatungsstellen.

Infomaterial zum Drogenkonsum

So ist z. B. bekannt, daß auf den von zahlreichen Jugendlichen besuchten Techno-Veranstaltungen erhebliche Mengen an illegalen Drogen, insbesondere Ecstasy, illegal vertrieben und von vielen Jugendlichen konsumiert werden. Trotz einiger Bemühungen ist es bisher nicht gelungen, dies zu unterbinden. Deshalb wird jetzt auf diesen Veranstaltungen speziell für Jugendliche entwickeltes Informationsmaterial, Faltblätter/Broschüren^{77*)} verteilt. Es macht auf die Risiken der Drogeneinnahme aufmerksam, gibt aber auch Hinweise, worauf bei der Einnahme der Drogen gegebenenfalls zu achten ist, um den potentiellen Schaden so gering wie möglich zu halten.

Kontakt zur Drogenberatung

Parallel stehen Beraterinnen und Berater von Drogenberatungsstellen als Ansprechpersonen bereit, um weiterführende Informations- und Beratungsgespräche zu führen.

Dies scheint zunächst zu Zielen und Mitteln des Strafrechts, die Verbreitung dieser Drogen einzudämmen und vom Konsum abzuschrecken, im Widerspruch zu stehen. Die bisherigen Erfahrungen sprechen aber dafür, dass die Jugendlichen durch diese Maßnahmen sowohl für die Risiken sensibilisiert werden als auch Vertrauen zu den Drogenberaterinnen und Drogenberatern fassen. Zahlreiche Jugendliche nehmen bei diesen Veranstaltungen die Möglichkeit wahr, mit den Beratungspersonen vor Ort über persönliche Anliegen und Probleme zu sprechen. Diese haben dadurch eine gute Möglichkeit, frühzeitig präventive Maßnahmen einzuleiten oder Hilfeangebote zu machen.

Beratung von Eltern

4.1.5 Unterstützung und Fortbildung

Sowohl die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS), als auch die Landesstelle Jugendschutz (LJS) bieten pädagogischen Fachkräften, aber auch interessierten Eltern oder Elternschaften Beratung und Unterstützung bei der Planung und Durchführung suchtpreventiver Aktivitäten an.

Fortbildung für Fachkräfte

Für Erzieherinnen und Erzieher oder Lehrkräfte bieten sie Fortbildungsseminare an – so zu den Themen „Kinder stärken – Suchtvorbeugung in der Familie“, „Kinder und Alltagsdrogen“ oder „Drogenkonsum im Jugendalter“.

Beide Landesstellen bilden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus.

*) siehe Kapitel X.

Die Erfahrungen, die im Rahmen des zentralen Landesprojekts „Suchtprävention in Kindertagesstätten“ gemacht wurden, hat die NLS ausgewertet und in einer Broschüre dargestellt. In Form von Bausteinen enthält diese viele inhaltliche und didaktische, aber auch organisatorische Anregungen für die Konzeption und Vorbereitung von Fortbildungen mit Erzieherinnen und Erziehern.^{78*)}

Im Rahmen des Projekts „Mäxchen, trau dich!“ hat die LJS im Rahmen einer Fortbildungsreihe Fachkräfte aus den Bereichen Jugendschutz und Fachberatung für Kindertagesstätten geschult, die in den Regionen Fortbildungen für Erzieherinnen und Erzieher durchführen und die regionalen Projekte koordinieren.

Beide Landesstellen veranstalten Tagungen und Kongresse zu Themen wie zum Beispiel Prävention, Frau und Sucht, Jugend und Sucht und Alkohol am Arbeitsplatz. Die Akademie für Sozialmedizin führt alljährlich die Niedersächsische Suchtkonferenz in Zusammenarbeit mit dem Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales durch.

Akademie für Sozialmedizin

4.2 Suchtprävention und -hilfe am Arbeitsplatz in Betrieben und Verwaltungen

4.2.1 Betriebliche Programme

Probleme mit Suchtmittelmissbrauch am Arbeitsplatz – insbesondere mit Alkohol, zunehmend aber auch mit Medikamenten – haben seit Mitte der siebziger Jahre dazu geführt, daß zahlreiche Unternehmen und Verwaltungen Initiativen oder Programme zur betrieblichen Suchtprävention und -hilfe entwickelt haben.

Betriebliche Programme zur Suchtprävention

Zu den Zielen solcher Programme gehört es, Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Beschäftigten zu ergreifen sowie die Fürsorgepflicht ihnen gegenüber zu erfüllen. Die Programme sollen des weiteren dazu beitragen, Störungen im Betriebsablauf zu vermeiden, die Arbeitssicherheit zu erhöhen, die Qualität der Arbeit zu verbessern und Kosten einzusparen.

In der Praxis gibt es ein breites Spektrum betrieblicher Modelle zur Suchtprävention, die dem Grundsatz nach folgende Elemente umfassen:

Ziele der Suchtprävention

■ Vorbeugende Aktivitäten

Hierzu gehören Information und Schulung nicht nur der Vorgesetzten, sondern möglichst auch der Beschäftigten des Betriebes, um die Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen im Umgang mit Suchtmitteln zu ermöglichen. In manchen Betrieben werden Aktionswochen durchgeführt, um auf die Folgen von Konsum und Missbrauch hinzuweisen. Immer häufiger erfolgt dies auch in Verbindung mit Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, vor allem, wenn auch das Rauchen einbezogen wird.

Information und Schulung

Weiterhin zählt dazu die Einschränkung der „Griffnähe“ und Verfügbarkeit von Suchtmitteln im Betrieb, wobei sich die kritische Frage nach dem Angebot von Alkohol beispielsweise in

Einschränkung der Griffnähe

Erweiterte Präventionskonzepte

der Kantine oder in Automaten, aber auch nach der Ausgabe von Medikamenten, insbesondere von Schmerzmitteln stellt.

Umfassende Konzepte der Prävention machen darüber hinaus Angebote zur Stärkung persönlicher Kompetenzen, zur Unterstützung gesundheitsbewussten Handelns oder zur Verbesserung des Betriebsklimas.

Kultur der sozialen Unterstützung

Noch eher selten finden sich Maßnahmen zur Schaffung einer Kultur sozialer Unterstützung, die geeignet wäre, Belastungs- oder Stresssituationen, in denen es nicht selten auch zu Mobbing – Problemen kommt, entgegenzuwirken bzw. ihnen frühzeitig begegnen zu können. Da mangelnde Bewältigungsmöglichkeiten bei Arbeitsbelastungen, bei beruflichem oder auch psychosozialen Stress häufig Auslöser sind für den Missbrauch von Suchtmitteln, sollte diesem Aspekt in Zukunft verstärkt Aufmerksamkeit entgegengebracht werden.

Mitarbeitergespräche führen

■ *Qualifizierung von Vorgesetzten und betrieblichen Multiplikatoren*

Damit Vorgesetzte, aber auch Personalvertretungen, ihre Aufgabe bei der Suchtprävention und -hilfe wahrnehmen können, werden spezielle Schulungen durchgeführt. Sie dienen insbesondere dazu, die Kompetenzen zur Führung von Mitarbeitergesprächen zu erhöhen.

Unterstützung anbieten

Vorgesetzte werden in diesen Schulungen ermutigt und sensibilisiert, bei Auffälligkeiten jedweder Art im Arbeitsverhalten mit den jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ins Gespräch zu kommen und rechtzeitig die richtige Unterstützung geben zu können. In aller Regel bedeutet dies, daß die Vorgesetzten den Weg zum inner- oder außerbetrieblichen Hilfesystem aufzeigen und gegebenenfalls zum Besuch einer Beratungs- und Behandlungseinrichtung auffordern.

Neuere Konzepte umfassen neben den suchtmittelspezifischen Aspekten auch den Umgang mit persönlichen Krisen von Beschäftigten oder auch die Bewältigung eigener Belastungssituationen des Vorgesetzten.

Spektrum innerbetrieblicher Hilfe

■ *Beratung und Hilfeangebote*

Das Spektrum innerbetrieblicher Hilfeangebote reicht von der Benennung nebenamtlich tätiger Suchtkrankenhelferinnen und -helfer bis zur Einrichtung einer hauptamtlich besetzten Einrichtung für betriebliche Sozial- oder Suchtberatung.

Die Ansprechpersonen in der betrieblichen Suchthilfe und Sucht- bzw. Sozialberatung stehen betroffenen oder auffällig gewordenen Beschäftigten, Angehörigen, aber auch Vorgesetzten und Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung. Gemeinsam mit dem oder der einzelnen Beschäftigten bemühen sich die betrieblichen Ansprechpersonen sodann darum, angemessene Wege zu sachgerechter Hilfe zu finden. Gegebenenfalls wird die Überleitung in ein außerbetriebliches Beratungs- oder Therapieangebot vorbereitet (Motivationsarbeit) oder auch begleitet.

Keht der oder die Beschäftigte nach einer stationären Therapie in den Betrieb oder die Verwaltung zurück, übernehmen die

betrieblichen Ansprechpersonen Aufgaben der Wiedereingliederung und Rückfallverhütung.

■ *Betriebs- oder Dienstvereinbarung/Handlungsanleitung*

Häufig wird das betriebliche Vorgehen bei suchtmittelbedingten Auffälligkeiten von Beschäftigten zwischen Dienst- bzw. Geschäftsführung und Personal- bzw. Arbeitnehmervertretung ausgehandelt und in einer schriftlichen Vereinbarung geregelt. Diese kann die Form einer „Handlungsanleitung“ haben oder auch die Form einer verbindlicheren „Dienst- oder Betriebsvereinbarung“.

Handlungsanleitungen

Betriebs- und Dienstvereinbarungen

Letztere enthalten neben den generellen Regeln für das Vorgehen im Einzelfall in der Regel weitergehende Übereinkünfte, die z. B. die betriebliche Umgangsweise mit Suchtmitteln betreffen sowie die Rahmenbedingungen für die betrieblichen Einrichtungen der Prävention und Hilfe.

■ *Gestufte Intervention*

Bestandteil betrieblicher Regelungen ist zumeist eine gestufte Interventionskette, auch „Stufenplan“ genannt. In einer vorab bestimmten Abfolge werden Gespräche geführt, die dem Zweck dienen, die Einsicht der Betroffenen hinsichtlich einer Verhaltensänderung zu fördern und sie zu motivieren, fachkompetente Hilfe in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig werden arbeitsrechtliche Konsequenzen angedroht und vollzogen, sofern Auffälligkeiten am Arbeitsplatz sich wiederholen und die Betroffenen keine Anstrengungen unternehmen, um ihren arbeitsvertraglichen Pflichten wieder voll nachkommen zu können.

Stufenpläne

■ *Betriebliche Arbeitskreise Sucht/Gesundheitsförderung*

Als Träger betrieblicher und dienststellenbezogener Präventions- und Hilfeprogramme fungiert häufig ein interner Arbeitskreis Sucht oder Gesundheit(sförderung), der – möglichst im Rahmen eines Gesamtkonzepts – die Einzelmaßnahmen initiiert und mit den betreffenden betrieblichen Funktionsträgern abstimmt.

Betriebliche Arbeitskreise

Um der zunehmenden Bedeutung der Betriebe und Dienststellen als Ort suchtpreventiver Maßnahmen Rechnung zu tragen, haben die „Landesstellen gegen die Suchtgefahren“ Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Berlin sich unter Beteiligung der Universität Hannover, „Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft“, zu einem Arbeitskreis zusammengeschlossen mit dem Ziel, Qualitätsstandards im Bereich „Suchtprävention im Betrieb“ zu erarbeiten.

Entwicklung von Qualitätsstandards

Alle Betriebe und Behörden in Niedersachsen sind aufgefordert, sich des Themas „Prävention und Hilfe bei Suchtmittelmissbrauch und Sucht“ anzunehmen.

*) siehe Kapitel X.

4.2.2 Maßnahmen zur Suchtprävention und Suchthilfe in der niedersächsischen Landesverwaltung

Konzept für die niedersächsische Landesverwaltung

Auch in Behörden des Landes Niedersachsen sind Strukturen der Suchthilfe und -prävention entwickelt worden.

Ein Runderlass soll helfen, die bisherigen Bemühungen in den Dienststellen zu verstärken sowie ein einheitliches Vorgehen in der Landesverwaltung zu erleichtern.^{79*)} Zur Umsetzung des Erlasses wurden Materialien erarbeitet (Rahmenempfehlung zur Suchtprävention und Suchthilfe), die beim Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales bestellt werden können.^{80*)}

Dieses soll der Orientierung aller Dienststellen dienen, die ein Suchtpräventions- und Suchthilfeprogramm für ihre Beschäftigten erstellen wollen. Die dort vorgeschlagenen Vorgehensweisen könnten z. B. in Dienstvereinbarungen der niedersächsischen Landesbehörden mit den Personalvertretungen abgeschlossen werden.

4.2.3 Unterstützung und Fortbildung

Beratung und Schulung

■ Ein Beratungs- und Schulungsangebot für Betriebe und Behörden zum Thema „Suchtprävention am Arbeitsplatz“ bietet die „Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS“) an. Informationsveranstaltungen für alle Beschäftigten werden durch ein intensiveres Fortbildungsangebot ergänzt. Die zumeist mehrtägigen Seminare gelten vornehmlich der beschriebenen Sensibilisierung von Führungskräften und ihrer Schulung im Umgang mit auffällig gewordenen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen.

Weiterbildung für Fachkräfte in der betrieblichen Suchtprävention

■ Ein bundesweit einmaliges Weiterbildungsangebot für Fachkräfte in der betrieblichen Suchtprävention bietet das „Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft“ der Universität Hannover.

Adressatinnen und Adressaten sind betriebliche Suchtbeauftragte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Suchtberatung, Sozialbetreuung, in Sozialdiensten u. ä., die vorwiegend hauptamtlich tätig sind, sowie externe Beraterinnen und Berater und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus Verbänden und Einrichtungen.

In den Kursen werden Themen und Fragestellungen bearbeitet, die sich auf die Einbindung der Suchtprävention in betriebliche Strukturen und Interessenskonstellationen sowie sich daraus ergebende Anforderungen und Konflikte beziehen.

■ Eine gute Informationsgrundlage für alle, die in der Suchtprävention und -hilfe in Betrieben und Behörden tätig werden wollen oder Aktivitäten hierzu anregen möchten, findet sich in der Broschüre „Suchtprobleme im Betrieb“.^{81*)}

*) siehe Kapitel X.

IV. Beratungs- und Hilfeangebote bei Missbrauch und Abhängigkeit

1. Bezeichnungen der Hilfeeinrichtungen und -angebote

Nachstehend sind die wesentlichen Hilfeeinrichtungen und -angebote aufgeführt:

■ *Ambulante Angebote*

- Selbsthilfegruppen/-organisationen
- Niedergelassene Ärzte und Psychologen (Psychiatrie, Psychotherapie)
- Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und -gefährdete (gem. Richtlinien),^{66*)}
- Sozialpsychiatrische Dienste (gem. PsychKG),^{98*)} einschließlich kommunaler Suchtberatungsstellen
- Betreutes Wohnen (Betreuung als Rehabilitationsleistung der Rentenversicherungsträger – SGB VI – oder als Eingliederungsmaßnahme der Sozialhilfe – BSHG –)
- Motivationsangebote in ambulanten Beratungsstellen für Nichtsesshafte (gem. § 72 BSHG i.V.m. § 3 Nieders. AGBSHG)

■ *Stationäre Angebote*

- Krankenhäuser (gem. SGB V – Krankenversicherung –)
- Rehabilitationseinrichtungen (gem. SGB V bzw. VI – Rentenversicherung –)
 - Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige
 - Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige
 - Adaptionseinrichtungen
- Stationäre Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängige (gem. BSHG)
- Pflegeheime (gem. SGB XI – Pflegeversicherung –)
- Motivationsangebote für suchtkranke Hilfeempfänger in stationären Einrichtungen gem. § 72 BSHG.

2. Überblick über das System der Hilfeangebote

Beratungs- und Hilfeeinrichtungen bemühen sich, riskanten Konsum bzw. Missbrauch von Suchtmitteln möglichst früh zu erkennen und den Betroffenen den Weg in das Hilfesystem mit seinen Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten zu ebnen.

Im System der Hilfen für suchtkranke und suchtgefährdete Menschen lassen sich drei Sektoren^{82*)} professioneller Hilfe unterscheiden, die jeweils für sich entstanden sind und unterschiedliche Aufgaben wahrnehmen.

Der Sektor I umfaßt die Suchtkrankenhilfe im engeren Sinne, also Fachkliniken und Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige, in denen Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt

System der Hilfeangebote

Professionelle Hilfe

*Sektor I
der Suchtkrankenhilfe*

*) siehe Kapitel X.

<i>Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe</i>	werden. Ferner gehören hierher die Suchtberatungsstellen sowie für den Bereich der illegalen Drogen die Jugend- und Drogenberatungsstellen, in denen folgende Leistungen erbracht werden: Prävention, Beratung, Motivation (zur Annahme weiterreichender Hilfen), Therapie, Nachsorge, niedrigschwellige Angebote zur Lebensbewältigung (Essen, Spritzentausch, Übernachtung, Wäsche waschen, Duschen usw.).
<i>Sektor II der Suchtkrankenhilfe</i>	Der Sektor II betrifft die psychosoziale-/psychiatrische Basisversorgung einschließlich der Zwangs- und Kontrollmaßnahmen im Rahmen der Pflichtversorgung. Hier sind insbesondere die Psychiatrien (Landeskrankenhäuser) mit ihren Entgiftungsstationen, Pflegeheime, Betreutes Wohnen, Sozialpsychiatrischen Dienste, Familienfürsorgestellen usw. angesiedelt.
<i>Sektor III der Suchtkrankenhilfe</i>	Den Sektor III – die medizinische Basisversorgung – bilden die niedergelassenen Ärzte und die Krankenhäuser mit ihren Hilfeangeboten einschließlich der Entgiftungsbehandlung.
<i>Ärzte und Krankenhäuser</i>	Erste Anlaufstelle für Menschen mit Suchtproblemen ist sehr oft der Sektor III. Im Vordergrund steht hier meistens die Behandlung körperlicher Begleit- und Folgesymptome des Suchtmittelkonsums. Eine angemessene Behandlung im Hinblick auf eine möglicherweise vorliegende Grunderkrankung „Sucht“ erfolgt häufig nicht, auch eine Überweisung in spezialisierte Hilfeangebote ist nicht immer gewährleistet.
<i>Psychosoziale Dienste</i>	Kontakte zu Suchtkranken, vor allem zu chronisch-mehrfachgeschädigte Suchtkranken, haben vielfach die Einrichtungen des Sektors II. Im Zentrum der Arbeit dieser Einrichtungen stehen vielfach weniger die Suchttherapien als solche, als allgemeine Hilfen, so zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none">– die Sicherung des Überlebens,– die Verhinderung von schweren körperlichen Folgeschäden,– Verhinderung sozialer Desintegration sowie– die Sicherung der sozialen Umgebung gegen Beeinträchtigungen.
<i>Freie Wohlfahrtspflege</i>	Die Einrichtungen des ersten Sektors in Niedersachsen gehören fast ausschließlich der Freien Wohlfahrtspflege an. Die ambulanten Einrichtungen arbeiten weitgehend (noch) nach dem Prinzip der „Komm-Struktur“. Dieses bedeutet, dass sie von dem oder von der Ratsuchenden die Bereitschaft und die Fähigkeit verlangen, von sich aus Hilfeeinrichtungen aufzusuchen. Eine Motivation, sich helfen zu lassen und an der Ausgestaltung von Hilfen aktiv mitzuwirken, wird zwar gefördert, gilt aber zugleich auch in vielen Fällen als eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Unter anderem aus diesem Grunde wird eine Reihe von Betroffenen von den spezifischen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe nicht oder nicht direkt erreicht.
<i>Selbsthilfegruppen</i>	Ergänzend zu diesen professionellen Hilfen entstand parallel ein flächendeckendes System von Selbsthilfegruppen und -organisationen: Gemeinschaften ehemaliger Suchtkranker und deren Angehöriger. Sowohl im Bereich der Motivationsarbeit mit Abhängigkeitskranken vor Aufnahme einer Therapie als auch im Bereich der Nachsorge und Rückfallverhütung bilden sie einen bedeutsamen Bestandteil des Hilfesystems.

Zu den Entwicklungszielen der nächsten Jahre wird es gehören, die Einrichtungen der drei genannten Sektoren auf regionaler Ebene im Rahmen eines konsenzfähigen Gesamtkonzeptes zu einer fachdienstübergreifenden Kooperation mit klaren Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten miteinander zu vernetzen.

Vernetzung der Angebote

Menschen, die mit Suchtmittelkonsum Probleme haben, brauchen ein Hilfeangebot, das auf ihre individuelle Situation abgestimmt ist. Nur ein vielfältiges, an den spezifischen Lebensbedingungen in einer Region angepasstes und leicht zugängliches Beratungs- und Behandlungsangebot ermöglicht eine bedarfsgerechte Versorgung.

Diese Vielfalt kann jedoch nur zur Wirkung kommen, wenn durch regionale Kooperation der verschiedenen Einrichtungen die Möglichkeit von flexiblen Übergängen zwischen den einzelnen Versorgungsformen gewährleistet ist.

Regionale Kooperation

In einzelnen Arbeitsfeldern und einzelnen Versorgungsregionen sind in den vergangenen Jahren bereits Fortschritte bei der Vernetzung sozialer Dienste und Einrichtungen gemacht worden. Helferkonferenzen, fachdienstübergreifende Arbeitskreise oder gemeinsame Fortbildungen von Helferinnen und Helfern aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern tragen dazu bei, die Kooperation sozialer Dienste im Arbeitsalltag auch tatsächlich umzusetzen.

Im Rahmen des Bundesmodells „Koordinator“, das Niedersachsen für die Region „Wolfenbüttel/Salzgitter“ eingeworben hat, steht die Erarbeitung eines solchen Gesamtkonzeptes für die Hilfeeinrichtungen und ihre Vernetzung im Vordergrund.

Um das Angebot insbesondere der Sektoren I und II zu verbessern, wurde das Beratungs- und ambulante Therapieangebot mit erheblich gesteigerten finanziellen Mitteln des Landes ausgeweitet; gleichfalls hat das Land den Aufbau von weiteren Entgiftungs- und Entwöhnungsbetten gefördert.

Unterstützung durch die Landesregierung

Im Rahmen einer weiteren Differenzierung der Versorgung Suchtkranker bzw. der Prävention suchtgefährdeter Menschen gilt es in Zukunft, spezifische Angebote für einzelne Zielgruppen weiter auszubauen bzw. neu zu entwickeln:

Ausbau des Angebotes

So bleibt der Bedarf an frauenspezifischer Suchtberatung noch häufig ungedeckt. Geschlechterspezifische Besonderheiten spielen im Umgang mit Suchtmitteln und bei Suchterkrankungen eine erhebliche Rolle. Die traditionell eher von männlichen Lebensbedingungen und Suchtzusammenhängen geprägte Suchtarbeit hat zwar viele für Männer passende Therapieformen entwickelt. Angebote, die die frauenspezifischen Besonderheiten und Anliegen angemessen berücksichtigen, gibt es aber bisher nur in begrenztem Umfang.

Angebote für Frauen

Dies könnte sich in der Inanspruchnahme von Hilfeangeboten deutlich machen: Während Frauen 50 % des Klientels von Suchtberatungsstellen bilden, sind sie in stationären Einrichtungen nur mit 20 % vertreten. Die besonderen Biographien suchtkranker Frauen erfordern häufig Behandlungsformen und -bedingungen, die in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen nicht ohne weiteres vorzufinden bzw. herstellbar sind. Darüber

hinaus haben Frauen in ihrer Rolle als Mutter häufig keine Möglichkeit, zu Therapiezwecken längere Zeit die Familie zu verlassen.

*Stationäre
Einrichtungen für Frauen*

Für Frauen, die von Alkohol bzw. von Medikamenten mit Suchtpotential abhängig sind, gibt es in Visbek eine frauenspezifische Einrichtung, für drogenabhängige Frauen eine in Eschershausen. Weitere Drogentherapieeinrichtungen haben sich auf Eltern und hier insbesondere Mütter mit Kindern eingestellt. Während für den stationären Bereich, deren Angebote für die meisten Klientel ortsfrem sein müssen, eine derartige frauenspezifische Schwerpunktsetzung in nur wenigen Einrichtungen angemessen sein mag, kann dies für den ambulanten Bereich nicht gelten. Hier halten zu wenige Suchtberatungsstellen frauenspezifische Angebote vor, insbesondere solche, die auch konzeptionell durchdacht und festgelegt sind.

*Mangel an ambulanten
frauenspezifischen Angeboten*

Zukünftig zu entwickeln sind ferner noch Angebote für Menschen, die im Alter unter Suchtproblemen leiden. Längst nicht alle suchtkranken oder suchtgefährdeten alten Menschen erhalten die Hilfe, die jüngeren Menschen zur Verfügung stehen. Nur selten finden sie den Weg in Beratungsstellen, die wiederum auf den Umgang mit ihnen wenig vorbereitet sind.

Angebote für ältere Menschen

Hier bedarf es differenzierter Konzepte, die sich auch mit dem Behandlungsziel bei suchtkranken alten Menschen befassen – zum Beispiel mit der Frage: risikoarmer Alkoholkonsum oder Abstinenz – und mit der Aus- und Fortbildung der Fachkräfte in der Altenhilfe, die in der Arbeit mit suchtkranken Patientinnen und Patienten Unterstützung brauchen.

*Angebote für Kinder von
Suchtgefährdeten und -kranken*

Verstärkte Aufmerksamkeit benötigen darüber hinaus Kinder, deren Eltern viel trinken oder abhängig von Medikamenten sind. Schätzungsweise zwei bis drei Millionen Kinder leben in der Bundesrepublik in einer Familie, in der mindestens ein Elternteil von einer Suchtproblematik betroffen ist. Diese Kinder sind nicht nur erhöhten Belastungen ausgesetzt, sie leben auch mit einem hohen Risiko, später selber in eine Abhängigkeit – oder in eine Beziehung mit einem abhängigkeitskranken Menschen – zu geraten. Angebote für diese Kinder gibt es bisher vor allem im Bereich der Selbsthilfegruppen für Alkoholranke, in Therapeutischen Gemeinschaften für Drogenabhängige, zum Beispiel in Wilschenbruch und Eschershausen, und durch einige Suchtberatungsstellen. Eine Fachtagung zu diesem Thema hat 1996 die Landesstelle Jugendschutz durchgeführt.

3. Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und Sozialpsychiatrische Dienste

3.1 Aufgaben, Versorgungsstrukturen

Für Menschen mit Suchtproblemen, oder auch für ihre Angehörigen sind Sozialpsychiatrische Dienste und Beratungsstellen für Suchtkranke oft die erste Anlaufstelle.

In den Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und Suchtgefährdete (im folgenden: Beratungsstellen) arbeiten vorwiegend sozialarbeiterische und sozialpädagogische sowie psychologische Fachkräfte, aber auch – in geringer Zahl – Ärztinnen und Ärzte. Aufgaben dieser Beratungsstellen sind u. a.:

- Prävention,
- niedrighschwellige Angebote,
- Beratung,
- Motivation (zur Annahme weiterführender Hilfen),
- Vorbereitung und Vermittlung für stationäre Behandlungen,
- Therapie/Behandlung,
- psychosoziale Begleitung Substituierter und
- Nachsorge

In akuten Notsituationen leisten die Beratungsstellen Krisenintervention und geben Hilfe und Unterstützung bei der Bewältigung von Notlagen.

Im Anschluß an eine stationäre Therapie übernimmt die Beratungsstelle Aufgaben der Therapienachsorge bzw. der Rückfallverhütung.

Auch Partnerinnen und Partner, Eltern oder andere Bezugspersonen kommen in die Beratungsstellen, weil sie Hilfemöglichkeiten für angehörige Personen erkunden wollen – oder weil ihre eigene Situation und der Umgang mit den Suchtmittelabhängigen für sie so schwierig geworden ist, dass sie Beratung oder Hilfe für die Erweiterung eigener Handlungsmöglichkeiten benötigen. Teilweise werden eigens Angehörigengruppen geführt.

In der Fläche arbeiten die Suchtberatungsstellen in der Regel integriert, d. h., sie decken die Problembereiche Alkohol, Medikamente mit Suchtpotential und illegale Drogen insgesamt ab, teilweise auch problematisches Ess- oder Spielverhalten.

Insbesondere in den Ballungszentren bestehen spezialisierte Beratungsangebote, beispielsweise Jugend- und Drogenberatungsstellen, die auf illegale Drogen sowie die Zielgruppe der Jugendlichen ausgerichtet sind. Sie arbeiten auch niedrigschwellig, zum Beispiel mit Teestubenarbeit, Straßensozialarbeit und Spritzenaustausch.

In Niedersachsen gibt es ein flächendeckendes Netz von Suchtberatungsstellen; insgesamt sind dies 86 Hauptstellen mit 35 Nebenstellen. Damit ist das Ziel der Landesregierung erreicht, wonach in jedem Landkreis sowie jeder kreisfreien Stadt mindestens eine Suchtberatungsstelle vorhanden sein soll. (→ Kapitel XII, Sucht- und Drogenberatungsstellen.)

*Angebote der
Beratungsstellen*

Krisenintervention

Therapienachsorge

Arbeit mit Angehörigen

*Integrierte
Suchtberatungsstellen*

*Spezielle
Drogenberatungsstellen*

Regionale Versorgung

Bezüglich der Beratungsstellendichte und des Dienstleistungsangebots der Beratungsstellen gibt es regionale Unterschiede. Insbesondere herrscht ein auffälliges Stadt-Land-Gefälle. Während in Großstädten zumeist mehrere Suchtberatungsstellen mit differenzierten Angeboten vorhanden sind, gibt es in manchen ländlichen Gegenden noch Nachholbedarf.

Frauenspezifische Angebote 30 der 86 Hauptstellen halten frauenspezifische Angebote vor. Zwei Suchtberatungsstellen in Hannover und Meppen wenden sich speziell an schwangere Frauen und Mütter mit kleinen Kindern.

Zur Verstärkung und Hervorhebung der geschlechtsspezifischen Arbeit sollen die Förderrichtlinien für Suchtberatungsstellen bei der nächsten inhaltlichen Überarbeitung ergänzt werden: „bedarfsorientiert sollen Gruppen für gleichgeschlechtliche Hilfesuchende angeboten werden. Ferner sollen, soweit möglich und therapeutisch vertretbar, die Hilfesuchenden zwischen einer weiblichen bzw. einer männlichen Fachkraft wählen können.“^{83*)}

Angebote für suchtkranke Prostituierte Für von illegalen Drogen abhängige Mädchen und Frauen, die sich prostituieren, um ihren Drogenkonsum zu finanzieren, gibt es eine Anlauf- und Beratungsstelle in Hannover („La Strada“), die vom Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales gefördert wird.

Modell „Außerstationäre Therapie“ In Braunschweig besteht als innovative Einrichtung die „Außerstationäre Therapie“ (AST) mit elf Plätzen. Hier erhalten Drogenabhängige professionelle therapeutische Hilfestellung sowie Angebote für die Strukturierung des Tages; AST hat eine Pflegesatzvereinbarung mit den Rentenversicherungsträgern.

Sozialpsychiatrische Dienste Nach dem PsychKG^{98*)} errichtet jeder Landkreis und jede kreisfreie Stadt einen Sozialpsychiatrischen Dienst. Diese Einrichtungen bieten „Hilfe für Personen, die infolge einer psychischen Störung krank ... sind oder gewesen sind ...“ (§ 1 PsychKG). Hierzu gehören auch die Suchtkranken.

Schutzmaßnahmen Zusätzlich zu den Hilfen gehören zu den Aufgaben auch Schutzmaßnahmen, bei denen unmittelbarer Zwang, wie z. B. zu einer Unterbringung in ein Landeskrankenhaus, angewendet werden kann. Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind personell ähnlich besetzt wie die Suchtberatungsstellen, müssen aber nach einer Übergangsfrist für die Leitung über eine Ärztin bzw. einen Arzt mit abgeschlossener psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Weiterbildung verfügen.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste nehmen sich besonders der schwergeschädigten Suchtkranken an, insbesondere auch dann, wenn sie eine Gefahr für sich oder andere darstellen. Die dabei häufig erforderliche aufsuchende Arbeit wird vielfach von Suchtberatungsstellen noch nicht hinreichend erbracht, wengleich hier eine erfreuliche Trendwende festzustellen ist.

Suchtkranke (25,1 %) und an einer Psychose Erkrankte (25,4 %) sind diejenigen, die in diesen Diensten am stärksten repräsentiert sind. 41,9 % der Suchtkranken befinden sich in einer Dauerbetreuung, 58,1 % in einer gelegentlichen.^{84*)}

*) siehe Kapitel X.

3.2 Träger der Suchtberatungsstellen und Finanzierung der Leistungen

Die Suchtberatungsstellen werden im Rahmen freiwilliger Zuwendungen von den Kommunen und dem Land finanziell getragen, hinzu treten zum Teil erhebliche Eigenmittel der Träger. Nach der bundes- und niedersachsenweit am meisten verbreiteten Dokumentation für die Arbeit der Suchtberatungsstellen, der EBIS-Statistik^{85*)}, verteilte sich die Finanzierung der Stellen im Jahr 1999 z. B. wie folgt: kommunale Mittel 29,1 %, Landesmittel 27,6 %, Eigenmittel 25,9 %, Sozialversicherungsmittel 12,8 %, Bundesmittel 0,3 %, Erstattung durch Klienten 0,5 % und sonstige Mittel 3,6 %.

Finanzierung der Suchtberatungsstellen

Abgesehen von wenigen Ausnahmen sind die Suchtberatungsstellen in der Trägerschaft von Mitgliedern der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege. Diese Verbände (Arbeiterwohlfahrt, Caritasverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk, Paritätischer Wohlfahrtsverband), und hier insbesondere Caritas und Diakonie, haben schon seit langem ambulante Suchtkrankenhilfe als Ausdruck ihrer religiösen und moralischen Grundhaltung erbracht. Um diese Tätigkeit, die zunehmend als im öffentlichen Interesse liegend anerkannt wurde, zu verstärken und zu qualifizieren, haben Land und Kommunen sich zunehmend finanziell beteiligt. Heute überwiegt der Teil der öffentlichen Mittel, incl. der der Sozialversicherungsträger, an den Haushalten der Suchtberatungsstellen mit über 60 %. Die Träger der Freien Wohlfahrtspflege haben sich als kompetente und verlässliche Partner im Auf- und Ausbau des Präventions- und Hilfesystems für Suchtgefährdete und Suchtkranke für das Land erwiesen. Besonders deutlich wird dies bei der Aufnahme neuer Tätigkeitsfelder, wie zum Beispiel der aufsuchenden Suchtkrankenhilfe in Justizvollzugsanstalten und der Begleitung substituierter Drogenabhängiger, in denen das Land quasi eine Vollfinanzierung übernimmt und die Träger mit ihren Kenntnissen, Erfahrungen und Strukturen für die Qualität der Arbeit einstehen.

Träger der Freien Wohlfahrtspflege

Partner für das Land

Die Hilfesuchenden – gleichgültig, ob sie sozialversichert sind oder nicht – erhalten in den Suchtberatungsstellen Leistungen, wie z. B. Beratung, Sozialtherapie oder, bei entsprechender Besetzung, Behandlung.

Erfolgt eine Zusammenarbeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen Psychologie und Sozialpädagogik mit einer internen oder externen ärztlichen Fachkraft, können auch medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation erbracht werden. 1991 ist die „Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht (EVARS)“ zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger in Kraft getreten. Sie regelt die Kostenübernahme für solche, ambulant durchgeführte Behandlungsmaßnahmen für Suchtkranke. Eine Anerkennung der Beratungsstelle als ambu-

Empfehlungsvereinbarung „EVARS“

*) siehe Kapitel X.

Ambulante Behandlung

lante Therapieeinrichtung durch die Sozialversicherungsträger ist dabei Grundvoraussetzung für eine Kostenübernahme.

Die ambulante Behandlung bietet den Betroffenen die Möglichkeit, weiterhin in ihren sozialen Bezügen zu leben und ein etwaiges Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig ist die Einbeziehung des sozialen Umfelds in therapeutische Maßnahmen erleichtert.

Problematisch ist der Standard, den die Renten- und Krankenversicherungsträger für die Suchtberatungsstellen vorschreiben. Zum Beispiel ist es in Niedersachsen als zweitgrößtem Flächenland nicht immer möglich, in den ländlichen Regionen die geforderten drei Fachkräfte und die geforderte Stundenzahl der ärztlichen Mitwirkung sicherzustellen.

Kooperationsmodelle

Da die Suchtberatungsstellen, die diesen Standard nicht halten können, gleichwohl die Hilfesuchenden aus humanitären Gründen nicht zurückweisen wollen und können, erhalten im Ergebnis die Mitglieder der Sozialversicherungsträger gleichwohl Leistungen rehabilitativer Wirkung, ohne dass sich die Versicherungsträger daran beteiligen. Gegenwärtig wird daran gearbeitet, durch Kooperationsmodelle verschiedener Einrichtungen die Standards zu gewährleisten. Die ersten Ergebnisse sind erfolversprechend. Im Jahr 2000 waren ca. 80 Prozent der Suchtberatungsstellen von den für Niedersachsen zuständigen Rentenversicherungsträgern anerkannt.

Eine Entlastung des Budgets der Suchtberatungsstellen würde durch Eigenbeteiligung von Hilfesuchenden eintreten. Diese darf nicht abschreckend wirken, ist aber zum Beispiel bei Beratungs- und Gruppengesprächen denkbar und vertretbar, die auf die Wiedererlangung des Führerscheines zielen.

4. Stationäre Versorgungsstrukturen

4.1 Entgiftung

Stationäre Angebote

Mit und ohne anschließende Entwöhnungsbehandlung sind stationäre Entgiftungsmaßnahmen (Entzugsbehandlungen) sinnvoll und erforderlich. Diese können je nach Schweregrad ambulant oder stationär durchgeführt werden. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen (→ *Kapitel XII., Liste der Krankenhäuser mit spezialisierten Entzugsangeboten*).

■ *Entgiftung*

Entgiftungsbehandlung

Die heute noch vielfach durchgeführten Entgiftungsbehandlungen beschränken sich im Wesentlichen auf die Behandlung der körperlichen Abhängigkeit und die Folge- und Begleiterkrankungen. Sie zielen damit auf eine medizinische Betreuung der somatischen Störungen der Patientinnen und Patienten. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Behandlung nicht in Psychiatrien bzw. psychiatrischen Abteilungen, sondern in internistischen Abteilungen ohne ausreichenden psychiatrischen Konsiliardienst durchgeführt wird. Die in Betten umgerechnete Kapazität

für solche Entgiftungsmaßnahmen läßt sich nicht quantifizieren.

Der Entgiftungszeitraum nimmt, je nach Suchtmittel, einige Tage bis mehrere Wochen in Anspruch.

■ *Entgiftung mit psycho- und sozialtherapeutischen Anteilen*

Es macht wenig Sinn, immer erneute Entgiftungsmaßnahmen durchzuführen und zu finanzieren (Drehtüreffekt), ohne zu versuchen, die einer Sucht vielfach zugrundeliegenden psychischen Ursachen zu erkennen und die Patientin bzw. den Patient zu motivieren, anschließend eine Entzugsbehandlung aufzunehmen. Es ist deshalb geboten, die Entgiftungsbehandlungen weiter zu qualifizieren. Im Rahmen der Akutbehandlung muss neben der somatischen Behandlung auch eine Motivationsarbeit für weiterführende Maßnahmen durchgeführt werden. Dabei ist eine Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen (Ärzte, Psychologen, Krankenschwestern, Sozialarbeiter usw.) und die Anwendung unterschiedlicher Therapien und Techniken erforderlich. Orientierungshilfen für die Zeit nach der Entgiftung sind zu erarbeiten bzw. die Motivation für eine weiterführende Entwöhnungsbehandlung zu entwickeln.

Qualifizierte Entgiftung

Eine so verstandene Entgiftungsbehandlung bildet eine entscheidende Schnittstelle zwischen den Patienten und der Gesamtheit des Behandlungssystems.

Das Ergebnis einer vom Niedersächsischen Sozialministerium finanzierten wissenschaftlichen Begleitung derartiger zusätzlich qualifizierter Entgiftungsbehandlungen in Niedersächsischen Landeskrankenhäusern hat die Effektivität dieses Ansatzes belegt.^{86*)}

Für Alkohol- und Medikamentenabhängige stehen in Niedersachsen in 26 Stationen 475 derartiger Entgiftungsplätze zur Verfügung.

Für den Ausbau solcher Stationen für Drogenabhängige hat Niedersachsen seit 1990 erhebliche Anstrengungen unternommen und verfügt über nunmehr 17 solcher Einrichtungen mit 210 Plätzen (1990: eine Station). Beim Ausbau hat das Land Niedersachsen auf seine eigenen Landeskrankenhäuser gesetzt, so dass heute hier die meisten (13) dieser Stationen angesiedelt sind.

Erweitertes Angebot

■ *Niedrigschwellige Entgiftung*

Zum Teil werden bzw. wurden Entgiftungsbehandlungen abhängig gemacht von der Bereitschaft der Hilfesuchenden, im Anschluss eine Entwöhnungsbehandlung anzutreten. Manchmal wurde sogar das Vorliegen einer diesbezüglichen Zusage des zuständigen Leistungsträgers zur Kostenübernahme verlangt.

Hilfsangebote dürfen nicht abschrecken

Eine Vielzahl von Abhängigen von illegalen Drogen schreckt bzw. schreckte diese hohe Schwelle ab. Um auch diesem Personenkreis zu helfen, sind die oben genannten niedrigschwelligen Entgiftungsbehandlungen eingeführt worden. Ziel ist es, die Hilfesuchenden somatisch und psychiatrisch zu behandeln und zu stabilisieren um so der körperlichen, psychischen und sozialen Verelendung entgegen zu wirken. Auch wird versucht, die Betroffenen zu einer weiterführenden Behandlung, namentlich zu einer Entwöhnungsbehandlung zu motivieren.

■ *Clearingstationen für Abhängige von illegalen Drogen*

Eine besonders intensive Form der niedrigschwelligen und zugleich qualifizierten Entgiftung für Abhängige von illegalen Drogen kann in sogenannten Clearingstationen stattfinden.

*Entgiften,
 Klären,
 Motivieren*

Nach Aufnahme in eine Clearingstation erfolgt zunächst eine medizinische Behandlung der Entzugssymptomatik. Diese kann – unter Berücksichtigung der individuell stark variierenden Entwicklung von Abhängigkeiten – durch Medikamente unterstützt werden.

In dem Maße, wie sich der Allgemeinzustand der Patientinnen und Patienten verbessert, soll in dem geschützten Rahmen der Clearingstation versucht werden, die Ausstiegs- und Behandlungsmotivation zu klären und hin zu einem drogenunabhängigen Leben zu entwickeln bzw. zu verstärken. Die Clearingstation leistet dazu neben der medizinischen Behandlung Orientierungs- und Klärungshilfen und bereitet die Patienten und Patientinnen auf eine ambulante, stationäre oder teilstationäre Behandlung oder auf den Anschluß an eine Selbsthilfegruppe vor.

Die Clearingstation arbeitet und wirkt auf die Hilfesuchenden weniger klinisch als ein Krankenhaus, in dem Entgiftungsbehandlungen mit psycho- und sozialtherapeutischen Anteilen durchgeführt werden. Der Übergang von der Szene in weiterführende Hilfeinrichtungen soll erleichtert werden. Nicht die Akutbehandlung steht im Vordergrund, sondern eine Art „Beinnungspause“ und erste Ansätze der Wiedereingliederung.

Über eine solche Einrichtung verfügt der Drogenhilfeträger „Neues Land“ in Hannover mit 10 Plätzen. Gegenwärtig übernehmen Krankenkassen und eine Landesversicherungsanstalt Teile der Behandlungskosten. Es werden zur Zeit Gespräche mit dem Ziel einer Vereinbarung geführt, mit der seitens der Sozialhilfe ein weiterer Beitrag zur Finanzierung dieses Angebots realisiert werden kann.

4.2 Entwöhnung

Stationäre Entwöhnung

Während sich die Entgiftung auf die Behandlung der körperlichen Abhängigkeit und günstigenfalls auch auf die Therapiemotivation konzentriert, befasst sich die Entwöhnungsbehandlung mit der psychischen Abhängigkeit.

Ziele und Methoden

Einer Suchtentwicklung gehen vielfach psychische und psychosoziale Störungen voraus bzw. mit ihr einher. So haben Psychotherapie und Sozialtherapie einen hohen Stellenwert. Zur Entwicklung der Persönlichkeit gilt es insbesondere, die psychischen und sozialen Kompetenzen zu stärken. Das Durchhaltevermögen wird trainiert, Konfliktlösungsmöglichkeiten sowie Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit und der angemessene Umgang mit Belastungen werden erarbeitet. Dabei geht es natürlich insbesondere auch darum, die Einstellung zu Suchtmitteln neu zu gestalten und Verhaltensmechanismen zu entwickeln, um in typischen Krisensituationen nicht rückfällig

zu werden, sondern andere, konstruktive Wege der Bewältigung gehen zu können. Ein wichtiges therapeutisches Element ist das Zusammenleben von Menschen in einer Gruppe, die vergleichbare Erfahrungen gemacht und eine ähnliche Vergangenheit haben.

Wegen des gesetzlichen Auftrages gemäß § 9 Sozialgesetzbuch VI (Gesetzliche Rentenversicherung) – die Rentenversicherungsträger sind grundsätzlich für die Entwöhnungsbehandlung zuständig – wird der Stärkung bzw. der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit besonderes Gewicht beigemessen. Hierzu erfolgt in den Fachkliniken und Therapeutischen Gemeinschaften Arbeitstherapie in eigenen Werkstätten, in Garten bzw. Landwirtschaft usw.

*Wiederherstellung
der Erwerbsfähigkeit*

Die stationäre Rehabilitation kann bei einer bestimmten Gruppe eine sogenannten Adaptionphase einschließen. Während dieser Phase treten die therapeutischen Behandlungsangebote zurück. In den Vordergrund rückt die Erprobung und Einübung einer eigenverantwortlichen Lebensführung unter den Anforderungen des Erwerbslebens und der realen Alltagsbedingungen. Die Adaptionphase dient sowohl der Ablösung vom stationären Therapieprozess als auch der weiteren Stabilisierung der Abstinenz unter erhöhten Belastungsbedingungen.

Für Alkohol- bzw. Medikamentenabhängige stehen als stationäre Angebote für eine Rehabilitationsmaßnahme die Fachkliniken zur Verfügung. Die Behandlungsdauer ist von den Rentenversicherungsträgern auf bis zu 17 Wochen festgelegt worden (→ Kapitel XII., Fachkliniken).

Fachkliniken

Ambulante Einrichtungen heutigen Zuschnitts können ein derart breit gefächertes Angebot nicht erbringen und bieten – im Gegensatz zu den stationären Einrichtungen – auch nicht die Möglichkeit, die Patientinnen und Patienten aus dem häuslichen Milieu herauszunehmen. Eine solche Herausnahme ist aber sowohl für die Versicherten als auch für die Familien bzw. Ehepartner vielfach sinnvoll und erforderlich. Andererseits können ambulante Einrichtungen das soziale Umfeld und die Ereignisse des häuslichen Alltags und der Arbeitswelt bzw. der Arbeitssuche kontinuierlicher und zeitnäher in die Therapie einbeziehen, als es für die meisten Patientinnen und Patienten ortsferner stationärer Einrichtungen möglich ist. Daher sollten vermehrt teilstationäre Einrichtungen aufgebaut werden.

Ambulante Angebote

Die ambulante Entwöhnungsbehandlung mit ihrem im Verhältnis zu den stationären Einrichtungen geringerem Leistungsumfang findet in den Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen statt.

Für medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation Suchtkranker (Entwöhnungsbehandlung) gibt es für Abhängige von Alkohol und Medikamenten in Niedersachsen 845 Plätze in 13 Fachkliniken. Hinzu kommt eine Tagesklinik in Hannover mit 15 Plätzen.

*Zahl der Therapieplätze
in Fachkliniken*

Die Vorteile sowohl der stationären als auch der ambulanten Behandlung werden bei der sog. *Intervalltherapie* genutzt. Dabei wechseln die Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht zwischen den beiden Behandlungsformen. Ansätze der Intervall-

Intervalltherapie

therapie sind in Niedersachsen bereits berücksichtigt. Eine Weiterentwicklung wird von den Rentenversicherungsträgern geprüft.

Eine weitere Klinik mit 80 Betten befindet sich in Niedersachsen, die aber aufgrund der Planung eines anderen norddeutschen Bundeslandes entstanden ist. Auch hier können niedersächsische Patientinnen und Patienten behandelt werden. Falls erforderlich, stehen für die Übergangsphase vor und nach der stationären Therapie Plätze in komplementären Einrichtungen zur Verfügung.

Für die Abhängigen von illegalen Drogen haben sich sogenannte Therapeutische Gemeinschaften bewährt. Die Tagesabläufe dieser Gemeinschaften sind durch gemeinsames Leben und Arbeiten bestimmt und sollen eine Alternative zum Drogenkonsum anbieten. Die Ziele, Methoden und Techniken entsprechen weitgehend den der Kliniken für Alkoholranke. Da hier insbesondere junge Suchtkranke behandelt werden, die noch nicht über eine (abgeschlossene) Schul- bzw. Berufsausbildung verfügen, erfolgen in den Therapeutischen Gemeinschaften mitunter auch Berufsausbildungen verschiedener Art. Insbesondere aber bemühen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Zusammenarbeit mit den Rentenversicherungsträgern, Arbeitsämtern und aufgrund eigener Beziehungen zu örtlichen Schulen, Ausbildungsstätten und Betrieben darum, die Klientinnen und Klienten möglichst schon vor dem Therapieende entsprechend zu vermitteln. Dies gelingt bei den meisten Patientinnen und Patienten, bei einigen Einrichtungen sogar mit ca. 90 Prozent.

*Behandlung in
Therapeutischen
Gemeinschaften*

Für Abhängige von illegalen Drogen stehen in Therapeutischen Gemeinschaften 401 Therapie- und 65 Adaptionenplätze (gegenüber 278 Therapieplätzen in 1990) zur Verfügung. Hinzu kommen drei Tageskliniken in Oldenburg und Hannover mit jeweils 15 Plätzen sowie im Landeskrankenhaus Osnabrück mit acht Plätzen. Die Verweildauer auf den Adaptionenplätzen ist erheblich kürzer als auf den Therapieplätzen. Damit ist das Konzept der Niedersächsischen Landesregierung zum Auf- und Ausbau der Therapeutischen Gemeinschaften abgeschlossen (→ Kapitel XII., Liste und Karte der Therapeutischen Gemeinschaften).

*Zahl der Plätze in
Therapeutischen
Gemeinschaften*

Ferner bestehen 206 Plätze des Betreuten Wohnens; die Betreuungskosten teilen sich die Rentenversicherungsträger und das Land.

Neben den o.g. Therapie- und Adaptionenplätzen (→ Kapitel XII.) befinden sich in verschiedenen Einrichtungen insgesamt weitere 160 Betten, die aber aufgrund der Planung anderer Bundesländer eingerichtet worden sind. Auch diese Häuser stehen grundsätzlich niedersächsischen Patientinnen und Patienten offen.

Aufgrund der Sparvorgaben des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes^{87*)} ist die Behandlungsdauer von den Sozialversicherungsträgern auf nunmehr höchstens 10 Monate vorgegeben worden, eine Entscheidung, die fachlich heftig kritisiert wird.

Für hörbehinderte Suchtkranke gibt es ein Spezialangebot in der Fachklinik „to Hus“; andere Einrichtungen haben sich zum Beispiel auf blinde Patientinnen und Patienten eingestellt. Daneben gibt es weitere Spezialisierungen.

*Hörbehinderte
(taube) Suchtkranke*

Während die meisten Einrichtungen sowohl Männer als auch Frauen – also geschlechtsunspezifisch aufnehmen besteht in Visbek eine Einrichtung für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen, in Eschershausen für drogenabhängigen Frauen und in Lähden und Neuenkirchen für alkoholabhängige Männer.

Ausrichtung auf Frauen

Bei geschlechtsunspezifischen Einrichtungen sollte die Belegung so vorgenommen werden, dass Gruppen therapeutisch sinnvoll mit Patientinnen und Patienten zusammengestellt werden können. Erwägenswert erscheint – soweit möglich –, die Häuser paritätisch zu belegen.^{88*)}

Inhaltlich und therapeutisch sind geschlechtsspezifische Angebote zu verstärken, die sich auch spezifisch mit Themen wie Sexualität, Gewalt, weiblichen und männlichen Rollenverständnis usw. befassen.

Seit Jahren lässt sich eine Gruppe Suchtkranker mit zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen feststellen, die in keiner der Einrichtungen der traditionellen Suchtkrankenhilfe (→ Kapitel IV., 2., Sektor I) ausreichend behandelt werden kann. Die Verknüpfung beider Erkrankungen ist so schwerwiegend, daß weder eine reine Sucht-, noch eine reine (sonstige) psychiatrische Behandlung ausreichend hilfreich ist. Hier haben die Landeskrankenhäuser eine wichtige Aufgabe. Für die Behandlung dieser Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Doppel Diagnosen (Sucht und Psychose, Sucht und Persönlichkeitsstörung usw.) halten die Niedersächsischen Landeskrankenhäuser sieben Stationen mit 126 Betten vor. Darüber hinaus werden durchschnittlich weitere 145 Betten ganzjährig mit diesem Klientel belegt.

*Psychisch kranke
Suchtkranke*

Schwierig gestaltet sich für einen Teil dieser Patientinnen und Patienten die Nachsorge in Form einer geschlossenen Unterbringung in einer stationären Einrichtung. Anstatt einer zentralen Unterbringung favorisiert Niedersachsen eine Ausrichtung der vorhandenen dezentralen Einrichtungen auch auf dieses Klientel.

Nachsorge

Eine zahlenmäßig nicht näher festlegbare Gruppe von Suchtkranken, die aufgrund ihrer Erkrankung kaum sozial integriert sind, gehen nicht den mehr oder weniger selbstbestimmten Weg in die Entgiftung und anschließend in die Entwöhnung, sondern werden in ein Landeskrankenhaus zwangseingewiesen oder von anderen Einrichtungen dorthin verwiesen. Während der dort erfolgenden Entzugsbehandlung entwickeln sie häufig eine tragfähige, therapeutisch nutzbare Beziehung zum dortigen Personal. Diese Beziehung und die nunmehr vertraute Umgebung gilt es grundsätzlich für eine weiterführende Entwöhnungsbehandlung zu nutzen. Der dadurch mögliche nahtlose Übergang zwischen Entgiftung und Entwöhnung im zeitlichen,

*Nahtloser Übergang zur
Entgiftung-Entwöhnung*

*) siehe Kapitel X.

räumlichen und personalem Sinne führt zu positiven Ergebnissen.

Nachdem die Rentenversicherungsträger die Niedersächsischen Landeskrankenhäuser seit 1992 aus Kostengründen nicht mehr für eine Entwöhnungsbehandlung belegen, müssen diese Patientinnen und Patienten das Landeskrankenhaus nach der Entzugsbehandlung verlassen. Ausnahmen bestehen dann, wenn auf Kosten der Krankenkassen hier eine Weiterbehandlung erforderlich ist, weil die Betroffenen z. B. wegen schwerer psychiatrischer Begleiterkrankungen, Autoaggressivität, suicidalen Tendenzen oder Beziehungsstörungen nicht für eine Rehabilitationsmaßnahme in Betracht kommen.

Zu hohe Hürden

Den nach der Entzugsbehandlung Entlassenen werden grundsätzlich Entwöhnungsbehandlungen in Fachkliniken angeboten. Den Anforderungen des Verfahrens zur Genehmigung einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger, einer eventuellen Wartezeit zwischen Entgiftung und Entwöhnung, und den Anforderungen der vielfach mehr mittelschichtorientierten Rehabilitationskliniken können sie häufig nicht entsprechen.

Es wäre fachlich geboten, wenn die Rentenversicherungsträger für dieses spezielle Klientel auch die Niedersächsischen Landeskrankenhäuser wieder belegen würden. Solange die Rentenversicherungsträger Rehabilitationsmaßnahmen durch Landeskrankenhäuser bezahlen, hielten drei Häuser entsprechende Angebote vor.

5. Komplementäre Einrichtungen/Angebote

5.1 Übergangsangebote

Nachsorge

Die Suchtmittelabhängigkeit hat sich in einem meist mehrjährigen Prozeß manifestiert. Es hat sich gezeigt, dass der „Ausstieg“, der häufig mit Rückfällen verbunden ist, ebenfalls einen langjährigen Prozeß darstellen kann.

Um diesen zu unterstützen, bedarf es nach Abschluß der ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung häufig einer längeren Nachsorgephase und Betreuung. Ziel ist es, die in der Therapie entwickelten Einstellungs- und Verhaltensänderungen, die neugewonnene Stabilität und Orientierung unter realistischen Lebensbedingungen weiterzuentwickeln. Arbeit, sei es in den Übergangseinrichtungen oder in angegliederten Arbeitsprojekten, spielt eine wesentliche Rolle. Die vorhandenen Angebote, wie sie z. B. bei „Haus Landwehr“ (Lüneburg) bestehen, reichen bei weitem nicht aus.

Arbeitsprojekte

Nachsorgeangebote

Der Begriff der Nachsorge ist nicht streng definiert, insbesondere nicht rechtlich. Im allgemeinen Sprachgebrauch ist Nachsorge die Phase nach der Entlassung aus der professionell erbrachten Maßnahme zur Rehabilitation bzw. Therapie in einer Klinik bzw. Suchtberatungsstelle, in der die Patientin bzw.

der Patient noch weiterer suchtspezifischer Hilfe bedarf. Diese Nachsorge erfordert geringere professionelle Leistungen als die eigentliche Therapie. Vielfach ist überhaupt keine weitere professionelle Hilfe erforderlich; hier wird Nachsorge durch Selbsthilfegruppen erbracht.

Diese Abgrenzung zur Therapie führte zum Aufbau von Gruppen und Einrichtungen, die sich selber bzw. ihre Arbeit unter dem Begriff „Nachsorge“ führten bzw. führen: Nachsorgegruppen, Nachsorgeeinrichtungen, Nachsorgephase.

Aufgrund von Streitigkeiten über die Finanzierung insbesondere der professionell erbrachten Nachsorgearbeit wurde der Begriff der Adaption eingeführt. Die Adaption dient der Festigung des Therapieerfolges unter möglichst realistischen Bedingungen des Alltags. Sie wird von den Rentenversicherungsträgern finanziert.

Adaption

Nachsorge bedeutet stets, einen Übergang (im weitesten Sinne) zu begleiten bzw. zu ermöglichen: Übergang von der Fachklinik/der Therapeutischen Gemeinschaft in eine andere Einrichtung oder ins eigenständige Leben. Da in einigen Einrichtungen auch Personen vor einer Therapie aufgenommen werden, der Übergang hier also zur Fachklinik und vergleichbaren Einrichtungen stattfindet, spricht man hier statt von Nachsorgeangeboten besser von Übergangsangeboten.^{89*)}

Nachsorge und Übergang

■ *Adaptionseinrichtungen*

Für Abhängige von Alkohol und Medikamenten wird die Adaption in vier spezialisierten Einrichtungen mit 44 Plätzen auf Kosten der Rentenversicherungsträger erbracht. In besonderen Fällen können auch Patientinnen und Patienten übergangsweise vor einer stationären Entwöhnungsbehandlung aufgenommen werden. Früher wurden derartige Häuser als Vorsorge-, Nachsorge- bzw. Übergangseinrichtungen bezeichnet (→ Kapitel XI., *Adaptionseinrichtungen*).

*Adaptionsplätze
für Alkoholranke*

Für Drogenabhängige findet die Adaptionsphase mit insgesamt 70 Plätzen teils unter besonderen Bedingungen direkt in den Therapeutischen Gemeinschaften, teils aber in Dependancen, zum Beispiel in sogenannten Stadthäusern, statt. Auch hier sind die Rentenversicherungen Leistungsträger.

*Adaptionsplätze
für Drogenranke*

Abgesehen von den Teilen der Nachsorge, die als Adaption bezeichnet werden, bestehen – in anderer Kostenträgerschaft – weitere Nachsorgeangebote, nämlich Betreutes Wohnen und Nachsorgegruppen.

■ *Betreutes Wohnen*

In einem bundesweit vorbildlichen Vertrag haben sich das Land Niedersachsen und die für Niedersachsen zuständigen Landesversicherungsanstalten darauf geeinigt, sich – unter besonderen Voraussetzungen – die Personalkosten der Betreuung für spezifische, aus der Drogentherapie entlassene Patientinnen

*) siehe Kapitel X.

<i>Kostenteilung zwischen Land und Rentenversicherungsträgern</i>	<p>und Patienten zu teilen. In der Landesförderung befinden sich zur Zeit 206 Plätze.</p> <p>Des Weiteren bestehen Angebote des Betreuten Wohnens für Alkoholranke, die der Hilfe gemäß §§ 39/40 Bundessozialhilfegesetz bedürfen. Hier teilt sich das Land für 45 Patientinnen und Patienten gleichfalls unter speziellen Vorgaben die Personalkosten der Betreuung.</p>
<i>Kostenteilung zwischen Land und Kommunen</i>	<p>Darüber hinaus erhalten 172 Hilfesuchende eine Betreuung aufgrund spezieller örtlicher Gegebenheiten mit unterschiedlichen Regelungen bezüglich der Finanzierung, insbesondere zwischen Kommunen und Trägern von Suchthilfeeinrichtungen. Die Betreuung erfolgt teils haupt-, teils ehrenamtlich und mitunter bei Einsatz von Eigenmitteln.</p>
<i>Unterschiedliche Kostenregelungen vor Ort</i>	<p>Beim Betreuten Wohnen werden die Kosten für Unterkunft, Verpflegung usw. insbesondere über Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe bzw. auch durch Einkünfte aus Erwerbstätigkeit bestritten.</p> <p>Angebote des Betreuten Wohnens bezeichneten bzw. bezeichnen sich vielfach als Wohngemeinschaften oder Wohngruppen mit Zusätzen wie „Therapeutische“ oder „Übergangs ...“ (→ Kapitel XII., <i>Betreutes Wohnen</i>).</p>
<i>Selbsthilfegruppen</i>	<p>■ <i>Nachsorgegruppen</i></p> <p>Nachsorge findet aber auch in Suchtberatungsstellen statt – abgesehen von der ambulanten „Anschluss therapie“ nach einer stationären Behandlung – und insbesondere durch die ca. 800 Selbsthilfegruppen, zum Teil in eigenen Nachsorge-Gesprächsgruppen.</p>

5.2 Arbeitsprojekte

<i>Arbeit als Leberselement</i>	<p>Arbeit hat wesentliche Funktionen für den Einzelnen über den finanziellen Verdienst hinaus. Hier besteht die realistische Chance, Bedürfnisse nach Kommunikation, Anerkennung, Gestaltung, Kreativität, Selbstwert, konstruktive Auseinandersetzung, positiven Stress (Eustress), Tagesstruktur, Eingebundenheit in ein Team u. a. m. zu erfüllen, die zu den Grundanliegen des Menschen gehören. Für Suchtkranke wirkt Arbeit rückfallverhütend. Die Erlangung von Arbeit ist daher ein wesentliches Ziel der Nachsorge.</p> <p>Die Fachkliniken und Therapeutischen Gemeinschaften helfen hier im Rahmen der Entlassungsvorbereitungen, ein Bemühen, das angesichts der Massenarbeitslosigkeit schwierig ist.</p> <p>Eine nicht näher bestimmbare Zahl von Suchtkranken befindet sich in den allgemeinen Angeboten zur Minderung von Arbeitslosigkeit, wie z. B. solcher gemäß § 19 Bundessozialhilfegesetz (Schaffen von Arbeitsgelegenheiten), Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen der Arbeitsverwaltung (ABM), Soziale Betriebe (Landesprogramm), Arbeit und Qualifikation für Sozialhilfeempfänger (Landesprogramm) und Hilfe zur Überwindung besonde-</p>
<i>Arbeitsprojekte</i>	

rer sozialer Schwierigkeiten gemäß § 72 Bundessozialhilfegesetz (z. B. Arbeitstherapeutische Werkstätten).

Spezialangebote für Suchtkranke, wie beispielsweise im „Haus Landwehr“ (Lüneburg) und durch die Drogen-Selbsthilfegruppe „Elrond“ (Osnabrück), bestehen zu wenig.

Das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales hat daher der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren spezielle Mittel bewilligt, mit der eine Fachkraft finanziert wird, die unter anderem stationäre und ambulante Einrichtungen sowie Selbsthilfegruppen aus dem Suchtbereich berät, unter Nutzung der bereits bestehenden rechtlichen und finanziellen Möglichkeiten Arbeitsprojekte für Suchtkranke aufzubauen.

5.3 Angebote für chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke

Bei einer Gruppe von Suchtkranken liegen neben der Sucht weitere psychiatrische Krankheitsbilder vor sowie (Hirn-)organische Begleit- und Folgekrankheiten. Hinzu treten meistens schwere soziale Probleme wie Arbeitslosigkeit, Obdach- bzw. Nichtsesshaftigkeit, Verschuldung, zerrüttete Familienverhältnisse, zum Teil auch Kriminalität u. a. Diese Patientinnen und Patienten können als chronisch Suchtkranke oder auch, da Alkoholismus grundsätzlich als „chronisch“ zu bezeichnen ist, als chronisch mehrfachgeschädigt beschrieben werden.^{90*)}

*Angebote für chronisch
Mehrfachgeschädigte*

Diese Suchtkranken sind mit den Möglichkeiten der Psychiatrien und Fachkliniken nicht mehr behandelbar bzw., bei ihnen kann die Arbeitsfähigkeit nicht mit hinreichender Erfolgsaussicht wiederhergestellt werden. Sie dürfen aber nicht aufgegeben werden, sondern haben durchaus noch Chancen auf Wiedereingliederung im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes. Das Land hat daher geholfen, 12 spezialisierte Einrichtungen mit 363 Plätzen aufzubauen. Ein Ausbau um eine weitere Einrichtung findet gegenwärtig statt, sodass dann 503 Plätze zur Verfügung stehen. Durch Binnendifferenzierung erfolgt eine Einstellung auf verschieden lange Aufenthalte. Das Engagement des Landes und eine regionale Zuordnung der einzelnen Einrichtungen beruht auf einer Planung im Rahmen von § 17 (1) Nr. 2 Sozialgesetzbuch I Allgemeiner Teil. (→ Kapitel XII., Stationäre Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke.)

*) siehe Kapitel X.

6. Selbsthilfe

Ziele von Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen sind Gemeinschaften Suchtkranker und/oder deren Angehöriger. Es handelt sich um Zusammenschlüsse von Menschen, die an einem Problem leiden, das auch der andere hat; jeder ist ein Betroffener. Der Suchtkranke ist von der Sucht betroffen, gleichfalls seine Angehörigen, die vielfach auch Mitbetroffene genannt werden. Sie schließen sich – in eigener Sache – zusammen, weil sie wissen bzw. hoffen, hier

- auf Menschen zu treffen, die gleiches erfahren haben,
- ohne Vorurteile akzeptiert zu werden,
- offen über sich und ihre Probleme reden zu können,
- eine Unterstützung und Hilfe zu erhalten, die anders ist als die professionelle, ohne diese zu ersetzen,
- selbstberechtigt ohne Unter- und Überordnungsverhältnis aufeinander zu treffen.

Diese Selbsthilfegruppen bzw. Selbsthilfebewegungen unterscheiden sich nach Historie, „Philosophie“ und – so vorhanden – Trägerschaft. Bei einigen werden Fachkräfte als vorübergehende und sporadische Begleiterinnen bzw. Begleiter tätig, bei anderen gibt es Laien-Gruppenleiterfunktionen, die in dieser Funktion ausgebildet sind. Zum Teil ist die Arbeit religiös eingebettet. Die Gewichtung, die die Gruppen einer öffentlichkeitswirksamen und politischen Einflußnahme beimessen, sind unterschiedlich gesetzt.

6.1 Selbsthilfegruppen für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Das Wesen der Selbsthilfe ist es, dass sich Selbstbetroffene – hier die Suchtkranken – gegenseitig helfen. Hierbei kommt den bereits stabilisierten Suchtkranken – also jenen, die keine bzw. kaum noch Hilfe bedürfen – eine tragende Rolle zu (Gruppenleitung, Hausbesuche usw.).

Selbsthilfe – ein alter Ansatz

Die Selbsthilfebewegung für Alkohol- und Medikamentenabhängige besteht seit über einhundert Jahren, um alkoholabhängigen Menschen zu helfen und den Abstinenzgedanken zu fördern. Die entsprechenden Gruppen haben sich zusammengeschlossen zu landes- und bundesweit organisierten Verbänden, zumeist in der Freien Wohlfahrtspflege.

Zahl der Selbsthilfegruppen

In Niedersachsen gibt es innerhalb der Freien Wohlfahrtspflege ca. 600 Selbsthilfegruppen. Hinzu kommen Selbsthilfegruppen, die nicht in der Freien Wohlfahrtspflege organisiert sind, wie zum Beispiel die Elternkreise Drogenabhängiger oder die „Anonymen Alkoholiker“ (AA) mit ca. 250 Gruppen.

Ziele der Selbsthilfe

Ziel der – vorwiegend im Alkoholbereich, aber auch im Drogenbereich und bei den verhaltensorientierten Süchten anzutreffenden – Selbsthilfegruppen ist es, Suchtkranken und ihrem sozialen Umfeld zu helfen, die Abhängigkeit und ihre Folgen zu überwinden und zu einer veränderten bzw. abstinenten Lebensweise zu finden.

Die Schwerpunkte der Tätigkeit der Selbsthilfe liegen in den Bereichen Therapiemotivation und Therapiebegleitung, Rückfallverhütung und Prävention. Sie führen aber auch selbständig eine große Zahl Hilfesuchender zur Abstinenz.^{91*)}

Die Tätigkeit der einzelnen Gruppenmitglieder ist grundsätzlich ehrenamtlich und unentgeltlich. Es besteht aber aus Gruppen und Verbänden die Forderung nach Ersatz der Aufwendungen für Telefon, Fahrten usw.

Bei einem Großteil der Hilfesuchenden genießen Mitglieder der Abstinenzverbände und Selbsthilfeorganisationen ein hohes Maß an Akzeptanz und Glaubwürdigkeit und vermitteln ihnen das Gefühl: „Ich bin nicht allein!“. Als Selbstbetroffene gelingt es ihnen vielfach besser als anderen Menschen, einen Zugang zu den Suchtkranken zu finden. Zugleich verkörpern die abstinent lebenden Mitglieder dieser Gruppen die Aussicht nicht nur auf einen möglichen Erfolg einer Therapie, sondern auch der Sinnhaftigkeit und Realisierbarkeit von Abstinenz.

Akzeptanz

Sowohl vor als auch nach der Therapie sind Selbsthilfegruppen für Suchtkranke selbst, aber auch für deren Angehörige, eine wichtige Anlaufstation. Häufig gelingt es Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, Suchtkranken den Weg zur Entgiftung und zur Therapie zu bahnen und sie zu motivieren, weitergehende und professionelle Hilfen anzunehmen.

Motivation zur Therapie

Um Gefährdeten oder Kranken den Weg zu einer professionellen Hilfe zu ebnen, führen die Mitglieder der Selbsthilfegruppen in Niedersachsen jährlich rund 16.600 Hausbesuche durch. Form und Ausmaß dieser aufsuchenden Hilfen sind durch professionelle Dienststellen derzeit weder leistbar noch bezahlbar.

Hausbesuche

Nach der Therapie sind Selbsthilfegruppen für viele Suchtkranke eine wesentliche Stabilisierungshilfe bei der Gestaltung eines suchtmittelfreien Lebens. Dazu trägt die Möglichkeit bei, das aus eigener – leidvoller – Erfahrung gewachsene Wissen um die Suchtkrankheit an andere Menschen weiterzugeben. Selbsthilfegruppen agieren somit einerseits als Partner des Systems professioneller Hilfen. Andererseits sind sie ein eigenständiger Teil des Hilfesystems. Für viele Suchtkranke und ihre Angehörigen sind sie ein nicht wegzudenkender Faktor in ihrem Leben.

Nachsorge

*Partner
professioneller Hilfe*

Die Landesverbände von sechs Abstinenzverbänden bzw. Selbsthilfeorganisationen haben sich in der „Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren“ zusammengeschlossen. Im Einzelnen handelt es sich um das Blaue Kreuz in Deutschland (BKD), das Blaue Kreuz in der Evangelischen Kirche (BKE), den Deutschen Guttempler-Orden (IOGT), den Kreuzbund (KB), die Landesarbeitsgemeinschaft der Freundeskreise (LAG der FK) und den Landesverband der Vereine für Sozialmedizin (LVSM). Abgesehen von örtlichen, insbesondere auch kommunalen Unterstützungszahlungen an einzelne Gruppen, werden die Landesverbände von den Rentenversicherungsträgern finanziell unterstützt.

*Zusammenschluss der
Abstinenzverbände und
Selbsthilfeorganisationen*

*) siehe Kapitel X.

6.2 Selbsthilfegruppen für Drogenabhängige

Schwierigkeiten bei Drogenabhängigen

Im Drogenbereich ist die Selbsthilfe bei weitem nicht so stark entwickelt wie bei den Alkoholkranken. Insbesondere wegen des großen Suchtpotentials harter Drogen geraten jugendliche Drogenkonsumenten leichter und schneller in eine Abhängigkeit als jugendliche Alkoholkonsumenten. Haben sie sodann eine Abstinenztherapie absolviert, sind sie vielfach noch in einem Alter, in dem sie entwicklungsbedingt zu leicht ihre Kraft überschätzen, „es allein zu schaffen“, und deshalb Selbsthilfeangeboten fernbleiben bzw. den Aufbau solcher nicht mitgestalten. Auch meiden sie lieber grundsätzlich die Szene bzw. Teile von ihr, auch wenn sie nunmehr clean sind, also auf harte Drogen verzichten. So wird die Erinnerung an die alten Zeiten, die sie lieber hinter sich lassen, verdrängt.

Vergleichbar starke, abstinenzenorientierte Selbsthilfverbände, wie es sie im Alkoholbereich gibt, existieren im Drogenbereich weniger. Hier ist auf die Einrichtung Synanon zu verweisen, die insbesondere in Berlin und von dort ausgehend in Brandenburg und Hessen mit verschiedenen Angeboten Suchtkranken hilft. Ferner ist Elrond in Bremen zu erwähnen. Von Bremen aus hat sich in Osnabrück eine neue Elrondgruppe gebildet. Derartige Ansätze bedürfen in Niedersachsen der Verstärkung, wobei auf viele tragfähige Gruppen verstreut im Land zu setzen ist. Selbsthilfegruppen sollten auch in die Lage versetzt werden, Arbeitsprojekte zu tragen.

6.3 Elternkreise bei Abhängigkeit von illegalen Drogen

Erfahrungsaustausch lindert Leidensdruck

Eltern sind durch die Abhängigkeit ihrer Kinder sehr stark selbst psychisch, physisch und sozial betroffen. Für sie ist zumindest für längere Zeit unklar, warum ihr Kind drogenabhängig geworden ist und welche Rolle sie dabei gespielt haben. Aus dieser Selbstbetroffenheit heraus haben sich Eltern zu Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen. Darin versuchen sie, ihre Betroffenheit aufzugreifen, zu besprechen und dadurch den Leidensdruck zu lindern. Das geschieht durch Erfahrungsaustausch, durch Informationsveranstaltungen oder durch Seminare, die eine Hilfe zur Selbsthilfe anbieten. Eltern lernen dadurch, das Suchtverhalten und die geänderten Verhaltensweisen der Kinder besser zu verstehen und angemessener darauf zu reagieren. Auch gegenseitige Hilfe in Notsituationen ergibt sich durch das in der Gruppe entstehende Zusammengehörigkeitsgefühl.

In Niedersachsen bestehen über 40 Selbsthilfegruppen in Form von *Elternkreisen*, die bei Bedarf Unterstützung durch Drogenberatungsstellen bzw. stationäre Einrichtungen erhalten. Rund 30 dieser Elternkreise sind dem *Niedersächsischen Landesverband der Elternkreise* angeschlossen

Zusätzlich hat sich der *Niedersächsische Landesverband der Elternkreise Drogen- und Rauschmittelgefährdeter und -abhängiger* gebildet. Als seine Aufgaben betrachtet er den Aufbau und die Begleitung neuer sowie die Unterstützung und Beratung bereits existierender Elternkreise. Weiterhin widmet er sich der Ausrichtung von Seminaren, dem Erfahrungsaustausch der verantwortlichen Elternkreisvertreter, der Schulung von Eltern für die Selbsthilfearbeit, der Ausstattung der niedersächsischen Elternkreise mit Faltblättern, Info-Schriften u. a. sowie der Öffentlichkeitsarbeit. Des Weiteren werden Kontakte zu Therapie-Einrichtungen und Drogenberatungsstellen unterhalten.

Das Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales unterstützt den Niedersächsischen Landesverband finanziell.

Schulung von Eltern für Selbsthilfearbeit

7. Besondere Hilfeangebote im Bereich illegaler Drogen

Langandauernde Drogenabhängigkeit, hohe Raten an Hepatitisinfektionen, HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen, familiäre Entwurzelung, Arbeitslosigkeit, Kriminalität und Prostitution sowie psychische und physische Störungen führen bei Konsumenten und Konsumentinnen illegaler Drogen häufig zu einer körperlichen, seelischen, geistigen oder sozialen Verelendung.

Folgeprobleme des Konsums illegaler Drogen

Die abstinenzorientierten Therapieangebote können sie jedoch krankheitsbedingt oft nicht annehmen. Es erscheint ihnen nicht realisierbar, vom Suchtmittel zu lassen, zumal nach Absetzen desselben mitunter sehr schmerzhaft Entzugssymptome auftreten.

Subjektive Perspektivlosigkeit

Um den Suchtkranken gleichwohl eine Stütze gegen weitere soziale und körperliche Verelendung zu bieten, brauchen sie Hilfe zum Überleben und zur Leidensverminderung. Es war notwendig, bisherige Standards von ambulanter Beratung und Behandlung zu überprüfen und um weiterreichende Arbeitsansätze – sogenannte niedrigschwellige Angebote – fortzuentwickeln.

Niedrigschwellige Angebote

7.1 Methadonsubstitution

Bei Abhängigen von illegalen Drogen hat in den vergangenen Jahren im Rahmen einer ambulanten Behandlungsbehandlung die Vergabe von Drogensubstitutionsstoffen in Verbindung mit psychosozialen Begleitmaßnahmen, die sogenannte Substitutionsbehandlung, zugenommen.

Substitutionsbehandlung

Unter bestimmten Voraussetzungen können Heroinabhängige den Drogensubstitutionsstoff Methadon erhalten. Die Voraussetzungen und Kriterien für eine solche Substitutionsbehandlung sind in den NUB-Richtlinien^{92*)} formuliert, nach denen eine Kostenerstattung der ärztlichen Vergabe von Methadon an Drogenabhängige durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt.

Ersatzstoffe und psychosoziale Begleitung

*) siehe Kapitel X.

Chancen durch Ersatzstoffe

Der Ersatzstoff – selbst ein synthetisch hergestelltes Opiat – stillt den „Heroinhunger“ der Abhängigen, ohne jedoch Euphoriegefühle auszulösen. Bei angemessener Dosierung ist es den Substituierten mit Hilfe des Mittels möglich, am sozialen und beruflichen Leben teilzunehmen: die Schule zu besuchen, eine Ausbildung durchzuführen oder einen Beruf auszuüben.

Suchtpotential von Methadon

Dabei wird in Kauf genommen, dass das Ersatzmittel selbst ein großes Suchtpotential hat. Die Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass sich vielen Substituierten erst auf der Grundlage einer gesundheitlichen Stabilisierung und Entlastung von den Beschaffungsproblemen die Möglichkeit eröffnet, die jeweilige Drogenproblematik aufzuarbeiten und drogenfreie Zukunftsperspektiven für sich zu entwickeln.

Ziele der Methadonsubstitution

Die (Levo-)Methadonsubstitution verfolgt insbesondere auch mit weiterer medizinischer Behandlung die Grobziele „Vorbeugung“, „Linderung“, „Verhütung von Verschlimmerung“ und „Heilung“ und zwar insbesondere :

- HIV- und Hepatitis-Prävention
 - Verringerung der Morbidität (Gesundheitsrisiko)
 - Verringerung der Mortalität (Todesrisiko)
 - Behandlung der Suchterkrankung einschließlich der zugrundeliegenden psychischen Störungen
 - Behandlung von Begleiterkrankungen
 - medizinische Rehabilitation,
- und unterstützen zusammen mit den im Kontext stehenden Begleitmaßnahmen weitere Ziele, nämlich insbesondere
- Entgegenwirkung gegen soziale Verelendung
 - soziale und berufliche Rehabilitation
 - Herausführung aus dem Drogenmilieu
 - Entlastung für das soziale Umfeld des Substituierten
 - Zurückdrängung von Kriminalität.

Je nach Zielsetzung und anzuwendender Methode sind unterschiedliche berufliche Disziplinen und Einrichtungen/Institutionen für die jeweiligen Leistungen zuständig, was eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten notwendig macht. Eine weitere Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen substituierenden Ärzten und Suchtberatungsstellen steht dringend an. Hier empfehlen sich spezifische regionale Arbeitskreise (Qualitätszirkel). Bei der Substitution bleibt das Ziel erhalten, die Patientinnen und Patienten zur Abstinenz zu befähigen, um ihnen damit zu einem selbstbestimmteren Leben zu verhelfen.

Welche der oben genannten Zielsetzungen mit besonderen Nachdruck zu verfolgen sind, ist eine Frage des jeweiligen Einzelfalls und kann nicht einheitlich beantwortet werden. Das gleiche gilt auch für die Frage, ob und welche therapeutischen und begleitenden Maßnahmen die einzelnen Patientinnen und Patienten bedürfen und hier wiederum mit welcher Intensität und Dauer.

Substitution und weitere Maßnahmen

Die erforderlichen medizinischen, psychotherapeutischen bzw. psychosozialen Leistungen können je nach Vorliegen der fachlichen und gesetzlichen Voraussetzungen durchgeführt werden z. B. durch Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter bzw. – was

die Institutionen anbelangt – durch Praxen, Sozialpsychiatrische Dienste, Suchtberatungsstellen oder aber – was zur Zeit nicht aufgegriffen wird – durch Krankenhäuser oder Fachkliniken.

Zu den grundsätzlichen Aufgaben von Suchtberatungsstellen gehört auch die psychosoziale Begleitung von Substituierten. Um diesen Ansatz jedoch zu verstärken, stellt das Land zusätzlich für diesen Aufgabenbereich Mittel bereit.

Die Substitution Drogenabhängiger mit Methadon sichert in vielen Fällen das Überleben schwer drogenabhängiger Menschen und trägt dazu bei, ihre Gesundheit zu verbessern, ihre soziale Integration zu fördern. Die psychosoziale Begleitung hilft den Substituierten, wieder eigene Lebensperspektiven zu entwickeln, drogenfreie Sozialbeziehungen aufzubauen und den Kreislauf von Sucht, Kriminalität und Verelendung zu durchbrechen. Außer der medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation der Substituierten ist ein Nebeneffekt der Substitution eine Eindämmung der Beschaffungskriminalität: fast 80 % der psychosozial Betreuten sind seit Substitutionsbeginn nicht mehr auffällig geworden.

Überleben sichern

Soziale Rehabilitation

Die ärztlich durchgeführte Vergabe des Ersatzstoffes sowie die psychosozialen Begleitmaßnahmen eröffnen die Möglichkeit, Kontakt zu den Abhängigen zu bekommen und sie für weitergehende therapeutische Formen des Ausstiegs aus der Suchtmittelabhängigkeit zu motivieren.

*Wissenschaftliche Begleitung
der Substitutionsbehandlung*

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Levomethadon-gestützten Psycho-/Sozialtherapie^{93*)} konnte ferner festgestellt werden, dass über zwei Drittel der im Rahmen dieses Projekts substituierten Patienten bereits nach sechs Monaten einer psychosozialen Begleitung eine spürbare Verbesserung ihres ursprünglich sehr schlechten Gesundheitszustands erreichen. Die Begleitforschung stellt darüber hinaus fest, dass selbst bei weiterem Beigebrauch (Konsum anderer Drogen als Heroin) eine Behandlung nicht sofort abgebrochen werden sollte, weil in vielen Fällen bereits die durch die Substitution erreichte Reduzierung der Konsumfrequenz einen Einstieg in eine positive Entwicklung bedeutet. Auch nach der „Göttinger Methadonstudie“ führt die Methadonsubstitution „zu einer deutlichen Verbesserung der physischen und der psychischen Befindlichkeit der Patienten“. Unter der Behandlung kam es zu keiner HIV- bzw. Hepatitisinfektion, die Zahl der Drogentoten war „deutlich niedriger als während des „Fixens“^{94*)}.

Zahl der Substituierten

Gegenwärtig werden in Niedersachsen ca. 3.700 Drogenabhängige mit Methadon substituiert. Dies geschieht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung bzw. der Leistungen der Sozialämter, soweit es um die Vergabe des Medikaments geht.

Neben den zwei Säulen der Substitution (Medikamentenvergabe und psychosoziale Begleitung) ist die „mittlere“ Säule, nämlich die Behandlung, unterentwickelt. Ferner wird eine Kostenübernahme für die psychosoziale Begleitung durch die Sozialversicherungsträger abgelehnt.

Kostenübernahme

*) siehe Kapitel X.

Leistungspflicht der Krankenkassen

Bezüglich eines Einsatzes von Methadon im Rahmen der medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation in Niedersachsen verweisen die Rentenversicherungsträger auf die noch nicht abgeschlossene Auswertung des Abschlußberichtes über das entsprechende Modell in Nordrhein-Westfalen, das 1998 beendet wurde.

Die Leistungspflicht der Krankenkassen richtet sich auf das Erkennen, Heilen oder Lindern von Krankheiten. Insoweit verweisen die Krankenkassen auf die fehlende Rechtsgrundlage für eine Kostenbeteiligung bzw. Kostenübernahme mit dem Hinweis auf den nichtheilkundlichen Charakter der psychosozialen Begleitung. Bezüglich der Behandlung betonen die Krankenkassen die grundsätzliche Zuständigkeit für Entwöhnungsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger sowie die Möglichkeit einer Psychotherapie für Suchtkranke zu ihren Lasten. Ferner heben sie ihre bereits hohen Leistungen bei der Substitution (Medikament und ärztliche Verabreichung) hervor.

Bezüglich der Psychotherapie zu Lasten der Krankenkassen muss allerdings festgestellt werden, dass Drogenabhängige und insbesondere solche in Substitutionsbehandlung mit dieser Behandlungsform allein nur in Ausnahmefällen erreicht werden. Erforderlich sind Behandlungen wie sie gegenwärtig in den Therapeutischen Gemeinschaften für Drogenabhängige oder in teilstationären Einrichtungen mit einer dichten Tages- und Therapiestruktur (Einzel- und Gruppengespräche, Psychotherapie, Sozialtherapie, Ergotherapie, Belastungserprobung usw.) angeboten werden. Die Substitution könnte dabei durchgängig oder aus-schleichend (allmählich herunterdosiert) vorgenommen werden.

Es ist zu prüfen, inwieweit Sozialpsychiatrische Dienste und psychiatrische Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V psychosoziale Begleitungen durchführen können.

7.2 Niedrigschwellige Angebote

Niedrigschwellige Angebote

Niedrigschwellige Drogenarbeit wird geleistet, z. B. in Form von Erste-Hilfe-Angeboten, Notschlafstellen, Möglichkeiten zum Essen, Wäsche waschen, duschen. Diese Angebote werden direkt von Suchtberatungsstellen oder von eigenen Einrichtungen vorgehalten. (→ Kapitel XII., *Niedrigschwellige Angebote.*)

Ziele akzeptierender Arbeit

Ziel ist es, Personen, die ihren Drogenkonsum noch nicht aufgeben wollen oder können, zu helfen, diese Lebensphase möglichst ohne irreversible Schäden zu überstehen.

Das in den Einrichtungen angestellte Fachpersonal versucht dabei zugleich, mit den Hilfesuchenden Kontakt aufzubauen und eine Behandlungsmotivation für Therapieangebote oder zumindest eine Methadonsubstitution zu entwickeln (Brückenfunktion).

Das Land Niedersachsen hat in den vergangenen Jahren mit erheblichen freiwilligen Fördermitteln die Anschubfinanzierung für Notschlafstellen, Tagestreffs usw. geleistet. Insgesamt gibt es in Niedersachsen 33 solcher Einrichtungen.

Besonders hervorzuheben sind nachstehende Angebote:

■ *Straßensozialarbeit*

Straßensozialarbeit (Streetwork) ist eine Form der aufsuchenden Sozialarbeit. Sozialarbeiter oder -pädagogen aus Suchtberatungsstellen gehen dabei auf Drogenkonsumenten im Umkreis der Drogenszene zu und versuchen, Kontakt zu ihnen herzustellen. Ziel ist es, Vertrauen aufzubauen, dem Einzelnen konkrete Hilfe aufzuzeigen und Hemmschwellen zum Hilfesystem abzubauen. Das Land beteiligt sich an der Finanzierung von Streetworkmaßnahmen durch Bezuschussung der Suchtberatungsstellen.

Streetwork

■ *Erste Hilfe-Angebote*

Abhängige von illegalen Drogen leiden mit Verlauf ihrer Abhängigkeitserkrankung unter einer zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Sie suchen vielfach keine ärztlichen Praxen und keine Krankenhäuser auf. Deshalb erbringen einige Drogenberatungsstellen durch angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Assistenzpersonal Erste-Hilfe-Angebote. Zu den Hilfeleistungen gehören z. B. Wundversorgung, kleinere Operationen, Hepatitis-Tests und Krankenhauseinweisungen. Die Finanzierung erfolgt teils im Rahmen der (Landes-)Förderung an die Drogenberatungsstellen, zum Teil auch über die Abrechnungsmöglichkeit aufgrund einer Ermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung.

Medizinische Versorgung

■ *Notschlafmöglichkeiten*

Ein Teil der Abhängigen von illegalen Drogen sind wohnungslos. Aufgrund ihres Alters, ihrer Persönlichkeit und der Suchterkrankung lassen sie sich kaum in die bestehenden Notunterkünfte für Obdachlose integrieren.

Notschlafmöglichkeiten

Die für die Beseitigung von Obdachlosigkeit zuständigen Kommunen haben zum Teil durch den Aufbau von speziellen Einrichtungen auf die Situation reagiert, zum Beispiel die Stadt Hannover mit insgesamt 80 Plätzen.

Besteht bei den obdachlosen Drogenabhängigen zusätzlich ein Betreuungsbedarf und eine Chance zur Wiedereingliederung, so erhalten sie auch Aufnahme in Hilfeformen des Betreuten Wohnens oder in stationären Einrichtungen gemäß §§ 39/40 BSHG. Eine solche Einrichtung besteht in Hannover mit 17 Plätzen (Sleep-in) in der Trägerschaft eines Suchthilfeverbandes, bei der sich die Landeshauptstadt und der Landkreis Hannover sowie das Land die Kosten teilen. Auch andere Suchthilfeeinrichtungen halten Notschlafplätze, vor zum Beispiel in Hannover das „Neue Land“ mit sieben Plätzen.

■ *Schulunterricht*

Im Rahmen eines teilstationären Angebots zur Eingliederungshilfe erhalten in Hannover 50 ehemals Abhängige von illegalen Drogen Unterricht in Vorbereitungskursen zur Erlangung des Haupt- oder Realschulabschlusses (STEP-Schule). Die Maßnahme dient dazu, der Ausgliederung der Hilfesuchenden entgegenzuwirken bzw. die Wiedereingliederung herzustellen.

*Unterricht in
Vorbereitungskursen*

8. Hilfeangebote für spezielle Klientengruppen

8.1 Stationäre Angebote für Kinder und Jugendliche

Die Missbrauchs- und Suchtproblematik macht vor Kindern und Jugendlichen nicht Halt. Sind ihre Eltern suchtkrank, so leiden sie nicht nur unter den entsprechenden Auswirkungen, sondern können selber psychisch erkranken. Vielfach wird sogar eine erste Bedingung gesetzt, aus der heraus sich später eine eigene Suchterkrankung entwickeln kann. Verschiedene stationäre Einrichtungen haben sich in der Versorgung für Kinder von Eltern mit Suchtproblemen einen Schwerpunkt gesetzt.

Aufnahme von Eltern und Kindern

So führen alle Fachkliniken für Alkoholranke und Medikamenten-Abhängige und alle Therapeutischen Gemeinschaften für Drogenabhängige Ehepaar- und Familienseminare durch. Sechs dieser Einrichtungen halten rd. 50 Plätze ausschließlich für die Betreuung bzw. Behandlung von Kindern vor, deren Eltern sich in einer Suchtbehandlung befinden.

Hilfe wird auch durch eine intensive Zusammenarbeit zwischen einer Fachklinik, in der sich suchtkranke Mütter befinden, und einer Kinder- und Jugendpsychiatrie gewährleistet, in der die zugehörigen Kinder behandelt werden.

Suchtabhängige Kinder und Jugendliche erhalten in allen 120 niedersächsischen Suchtberatungsstellen Hilfe; zum Teil werden Substitutionsbehandlungen organisiert und begleitet. Ferner führen für diese Zielgruppe auch die Fachkrankenhäuser für Alkohol- und Medikamentenabhängige sowie die Therapeutischen Wohngemeinschaften für Drogenabhängige Rehabilitationsangebote durch. Darüber hinaus gibt es vereinzelte Angebote der Kinder und Jugendpsychiatrie.

Spezialisierte Behandlungsangebote gibt es im *Dietrich-Bonhoeffer-Zentrum* in Ahlhorn mit 45 Plätzen, der *Station Teen Spirit Island* des Kinderkrankenhauses auf der Bult in Hannover mit 12 Plätzen und der Kinder- und Jugendhilfe-Einrichtung *Step-Kids* in Hannover mit ebenfalls 12 Plätzen. Im Regierungsbezirk Lüneburg ist eine weitere Einrichtung für suchtkranke Kinder und Jugendliche in enger Kooperation mit dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus Lüneburg geplant.

Ehemals suchtabhängige junge Menschen erhalten grundsätzlich in allen Nachsorgeangeboten Hilfe. Dies bezieht sich sowohl auf die 70 Adaptionenplätze der Therapeutischen Wohngemeinschaften für Drogenabhängige als auch auf die dort angesiedelten betreuten Wohnformen mit 206 Plätzen.

Die Jugendhilfe hat sich teilweise noch nicht ausreichend auf die Drogen- und Suchtproblematik eingestellt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen entsprechende Fortbildungen, damit sie dem Missbrauch von Drogen nicht hilflos gegenüberstehen. Leider gibt es noch eine Reihe von Einrichtungen der Jugendhilfe, die konzeptionell eine „Suchtausschlussklausel“ festgelegt haben.

Das Niedersächsische Landesjugendamt greift diese Problematik im Sinne einer konzeptionellen Öffnung zunehmend in der Beratung von Einrichtungen auf. Darüber hinaus bietet es seit 1996 mehrteilige Fortbildungsreihen zum Thema „Drogenkonsumierende Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der Jugendhilfe“ an.

*Niedersächsisches
Landesjugendamt*

Die Suchtkrankenhilfe einschließlich der Entgiftungsstationen in Krankenhäusern ist zu wenig auf Kinder und Jugendliche eingestellt. Sie weist diese zum Teil ab oder bringt sie ohne ausreichende Spezialangebote mit suchtkranken Älteren unter, was sich pädagogisch und therapeutisch negativ auswirkt.

Erforderlich sind daher Entgiftungsangebote für Jüngere (bis 17 Jahre). Der Bedarf ist vorhanden. Diese sollten nicht nur die Entgiftungsmaßnahmen durchführen, sondern auch eine weitere psychiatrische Krankenbehandlung, da bei den jungen Patientinnen und Patienten häufig bereits tiefgreifende Störungen vorliegen, die nur längerfristig behandelt werden können.

*Entgiftungsstation
für Jüngere*

Nach dieser Phase mit den Sub-Phasen Entgiftung und Psychotherapie ist – dies zeigen auch Erfahrungen aus anderen Bundesländern – vielfach eine anschließende pädagogisch-therapeutische Weiterbehandlung erforderlich. Dies kann ambulant oder in einer für die Rehabilitation junger Suchtkranker (Entwöhnungsbehandlung) spezialisierten Einrichtung erfolgen.

*Pädagogisch-
therapeutische
Weiterbehandlung*

Das Klientel weist im besonderen Maße Beziehungsstörungen auf. Daher ist es sinnvoll, das Vertrauensverhältnis, das sich während der Entgiftungsphase und der psychotherapeutischen Behandlung zum Personal aufgebaut hat, für eine anschließende Phase zu nutzen. Dafür sind Angebote zu schaffen, die räumlich nahe den genannten Entgiftungsangeboten angesiedelt sind und mit diesen konzeptionell und personell zusammenarbeiten (Tandem).

*Beziehung und
Beziehungsstörung*

Für die Phase I sind die Krankenkassen, für die Phase II die Jugendhilfe gem. § 35 a Kinder- und Jugendhilfegesetz zuständig.

Bei beiden Phasen sind die erforderlichen schulischen Angebote sicherzustellen.

Eine Tandemeinrichtung befindet sich im konkreten Aufbau-stadium in Hannover, für weitere wird der Bedarf geprüft.

Wenn oben gesagt wurde, die Jugendhilfe müsse sich intensiver um die Missbrauchs- und Suchtproblematik ihrer Zielgruppen kümmern, so muß sich aber auch die Suchtkrankenhilfe insbesondere in ihren ambulanten Angeboten noch stärker auf suchtgefährdete bzw. suchtkranke Kinder und Jugendliche einstellen. Insbesondere ist eine verbesserte Zusammenarbeit der Jugendhilfe und der Suchtkrankenhilfe erforderlich. Begrüßenswerterweise haben schon seit längeren Selbsthilfegruppen eigene Gesprächskreise für Kinder und Jugendliche eingerichtet.

8.2 Suchtprävention und -hilfe in Justizvollzugsanstalten

Suchtberatung in den Justizvollzugsanstalten

■ *Aufsuchende Sozialarbeit durch externe Suchtberatung*

50–75 % der in Justizvollzugsanstalten (JVA) inhaftierten Personen sind suchtgefährdet, suchtkrank oder wegen Drogenkriminalität bzw. Delikten in Zusammenhang mit Alkohol verurteilt worden. Etwa die Hälfte der Gefangenen ist abhängig von illegalen Drogen oder gefährdet. Da sie zunehmend polytoxikoman sind, also je nach Verfügbarkeit verschiedene Suchtmittel missbrauchen, ergibt sich eine Überlappung mit dem schon immer großen Anteil alkoholkranker oder -gefährdeter Gefangener, der bei etwa 70 % aller Gefangenen liegt.

Zu ihrer suchtspezifischen Beratung und Betreuung besteht ein internes – bei der JVA angesiedeltes – und ein externes Angebot. Mit in der Regel kostendeckenden Mitteln des Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales haben Suchtberatungsstellen an JVA-Standorten Suchtberaterinnen bzw. Suchtberater eingestellt, die neben der internen Suchtberatung in den JVA'n tätig sind. Langjährige Erfahrungen auch in anderen Bundesländern und nicht zuletzt aufgrund des Bundesmodells „Aufsuchende Sozialarbeit für betäubungsmittelabhängige Straftäter“ zeigen eine hohe Akzeptanz und effektive Arbeit der externen Fachkräfte. Dies beruht insbesondere auf ihrer relativen Unabhängigkeit der JVA-Verwaltung und Justiz gegenüber, die den Aufbau eines für die Suchtberatung erforderlichen Vertrauensverhältnisses erleichtert. Die sachgerechte Zusammenarbeit zwischen interner und externer Suchtberatung muss zum Wohle der Betreuten und zur Vermeidung von konträren Arbeitsansätzen und -zielen sichergestellt werden, ohne dass die Verschwiegenheitsverpflichtung leidet.

Interne und externe Suchthilfeangebote

Diese „externen“ Suchtberater und Suchtberaterinnen leisten aufsuchende Sozialarbeit in den Justizvollzugsanstalten und beraten suchtgefährdete und suchtkranke Häftlinge aller Haftformen (offener Jugendvollzug, geschlossener Jugendvollzug, Untersuchungshaft, geschlossener Strafvollzug und offener Strafvollzug). Darüber hinaus suchen sie Kontakt zu Angehörigen und Arbeitgebern, um die soziale und berufliche Wiedereingliederung ihrer Klienten und Klientinnen zu fördern.

In Niedersachsen gibt es derzeit an 19 JVA – Standorten eine externe Suchtberatung.

Koordination bei der NLS

Um die Arbeit der externen Suchtberatung zu fördern, besteht bei der *Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren* (NLS) ein Arbeitskreis für die externen Beraterinnen und Berater; ferner nimmt sie übergeordnete Koordinierungs- und Fortbildungsaufgaben gegenüber den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen wahr.

■ *Spritzenabgabe in Justizvollzugsanstalten*

Drogenkonsumentinnen und -konsumenten in Justizvollzugsanstalten benutzen oftmals eingeschmuggelte Spritzen mehrfach und reichen sie untereinander weiter. Um Infektionsrisiken mit

Hepatitis oder Aids zu senken, führt die Landesregierung die Spritzenvergabe an drogenabhängige Gefangene modellhaft durch, und zwar in einer JVA für Frauen (Vechta) und einer JVA für Männer (Lingen, Abteilung Groß Hesepe).

*Spritzenabgabe
bei Heroinkonsum*

8.3 Versorgungssituation wohnungsloser Suchtkranker

Die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS) schätzt, daß in Niedersachsen mindestens 12.400 Personen wohnungslos und zusätzlich suchtkrank sind.

Wohnungslosigkeit

Soweit diese Personen bereit und in der Lage sind, therapeutische Angebote anzunehmen und sie zudem Zugang zum System der Suchtkrankenhilfe finden, werden sie einer Erhebung der NLS zufolge häufig erfolgreich therapiert und zu einem großen Teil anschließend in gesicherte Wohnverhältnisse vermittelt.

Erfolgreiche Therapie

Grundsätzlich kann diesem (in der Regel nicht sozialversicherten) Personenkreis Hilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) gewährt werden, die auch Entwöhnungsbehandlungen umfasst. Die meisten alleinstehenden Wohnungslosen sind jedoch therapeutisch nicht erreichbar bzw. haben diesbezüglich die schlechtesten Prognosen. Hinzu kommt, dass sie den relativ hochschwelligem Zugang zum System der Suchtkrankenhilfe nicht finden, weil ihre Lebenslagen mit den Zugangsvoraussetzungen und den Zugangswegen der traditionellen Suchtkrankenhilfe und der medizinischen Versorgung nur in den seltensten Fällen in Übereinstimmung zu bringen sind. Daher bleibt dieser Personenkreis insoweit häufig unversorgt.

Niedrigschwellige Angebote

Für Obdachlose halten die Gemeinden nach dem Gefahrenabwehrrecht Unterkünfte vor. Hier findet aber – von Ausnahmen abgesehen, wie z. B. in zwei Einrichtungen für Drogenabhängige in Hannover mit 80 Plätzen – keine suchtspezifische Betreuung statt.

*Wenig Spezialisierung
auf suchtkranke Obdachlose*

Für Menschen, die ohne Wohnung und auf der Straße leben, werden von vielen örtlichen Sozialhilfeträgern gemeinsam mit dem Land Tagesaufenthalte finanziert, in denen sich die Betroffenen tagsüber einfinden, mit anderen Betroffenen oder Sozialarbeitern Kontakte knüpfen sowie sich selbst und ihre Wäsche reinigen können.

Für die stationäre und teilstationäre Hilfe nach § 72 BSHG (Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten) und die ambulante Hilfestellung nach § 72 BSHG i.V.m. § 3 Nieders. Ausführungsgesetz zum BSHG für den Personenkreis der sogenannten Nichtsesshaften ist das Land Niedersachsen als überörtlichen Träger der Sozialhilfe zuständig. Entsprechende Hilfeangebote werden vorgehalten:

Kostenträger

- 18 stationäre Einrichtungen – davon zwei für Frauen und zwei mit Paarbetreuung – zur sozialen Integration von Personen, bei denen Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, mit derzeit 1.536 Plätzen plus der erforderlichen ambulanten Nachsorge,

- 15 teilstationäre Hilfeangebote im Rahmen von Ausbildung bzw. beruflicher Qualifizierung mit insgesamt 322 Plätzen,
- 53 ambulante Beratungsstellen für Nichtsesshafte (mindestens eine pro Landkreis bzw. kreisfreie Stadt),
- 187 Übergangswohnungen zur kurzfristigen Unterbringung von Nichtseßhaften in ambulanter Betreuung oder aus stationärer Hilfe nach § 72 BSHG Entlassenen,
- 24 Tagesaufenthalte für Nichtseßhafte und Ortsobdachlose (gemeinsam finanziert mit den jeweiligen örtlichen Sozialhilfeträgern), davon 1 in Hannover speziell für Frauen,
- 5 Zentrale Beratungsstellen für Personen mit besonderen Schwierigkeiten mit den derzeitigen Aufgaben der Sozialplanung, Koordination sowie Weiterentwicklung der ambulanten Hilfe,
- soziale Wohnraumhilfe zur Akquirierung und Verwaltung von Wohnraum für diesen Personenkreis sowie Organisation der persönlichen Betreuung.

Nichtsesshafte

Suchtkranke Nichtsesshafte, bei denen die Suchtmittelabhängigkeit vorrangig ist, bedürfen jedoch der Hilfe im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte gem. §§ 39 f. BSHG, die sie aber – wie oben aufgeführt – entweder (noch) nicht annehmen können oder wegen ihrer schlechten Prognose nicht gewährt bekommen. Wenn aber infolge vorliegender besonderer sozialer Schwierigkeiten – und hierzu zählt die Nichtsesshaftigkeit – keine hinreichende Motivation zur Annahme einer Suchttherapie besteht, können in diesem Bereich Leistungen nach § 72 BSHG erbracht werden. Diese Leistungen beinhalten Aufklärung und Motivation zur Annahme von Suchthilfen. Eine entsprechende konzeptionell eingebettete Schwerpunktbildung haben 4 stationäre Einrichtungen vorgenommen; für Suchtkranke, die abstinent leben bzw. leben wollen, stehen 89 Plätze zur Verfügung. Die Aufgabe der Motivation der suchtkranken Hilfeempfänger zur Annahme von speziellen Angeboten der Suchtkrankenhilfen obliegt aber auch den sozialpädagogischen Fachkräften jeder ambulanten Beratungsstelle für Nichtseßhafte. (→ Kapitel XII., Motivationsangebote für Suchtkranke in stationären Einrichtungen gemäß § 72 BSHG.)

*Motivation zur
Annahme von Suchthilfe*

8.4 Hilfeangebote für Migrantinnen und Migranten

Migrantinnen und Migranten selber, aber auch ihre in Deutschland geborenen Kinder, sehen sich spezifischen Problemen gegenüber. Das Leben in der Migration stellt sich für die meisten als eine Situation mit hoher Belastung dar. Das bedeutet, dass in faktisch allen Lebensbereichen Schwierigkeiten auftreten können, die sich auf die Gesundheit negativ auswirken und Einfluss auf den Suchtmittelkonsum nehmen. Als immer wieder anzutreffende Begleitumstände können u. a. folgende Faktoren beschrieben werden:

- Arbeitsbedingungen und Arbeitslosigkeit
- finanzielle Krisen

*Hohe Belastungen
für Migrantinnen und
Migranten*

- problematische Wohnsituationen
- Unsicherheit über Dauerhaftigkeit des Aufenthaltes
- Identitätskrisen, Rollenverluste und –diffusionen
- Entwurzelungs-, Trennungs- und Enttäuschungsgefühle
- Generationskonflikte, innerfamiliäre Zerreißproben
- Verständigungsprobleme sprachlicher und kultureller Art
- Diskriminierung und Gewaltandrohung
- Isolierende und ethnisierende Lebensbedingungen.

Auf der Grundlage der geschilderten Mehrfachbelastungen eines Großteils der Migrantenfamilien – bei gleichzeitig geringeren Ressourcen an Konfliktbewältigungsstrategien – kann angenommen werden, dass die gesundheitliche Situation häufig schlechter ist als die der einheimischen Bevölkerung. Die Suchterkrankungen bei Migrantinnen und Migranten in Niedersachsen haben sich zu einem großen Gesundheitsproblem entwickelt. Die Zahl der von Opiaten abhängigen Drogenkonsumenten im Großraum Hannover wird auf fünf- bis sechstausend geschätzt. Offiziellen Polizeidaten zufolge liegt der Anteil von Drogenkonsumenten ausländischer Herkunft hier bei ca. zwanzig Prozent. Die größte Gruppe ist türkischer Herkunft. Die Tendenz ist steigend. Zu beobachten ist eine stark anwachsende Zahl drogenabhängiger junger Menschen aus Osteuropa, insbesondere von Aussiedlerinnen und Aussiedlern.

Mehrfachbelastungen und gesundheitliche Schäden

Die angebotenen Hilfen erreichen Migrantinnen und Migranten nicht im gewünschten Maße. Die Fachkräfte der Suchthilfe beklagen vorwiegend sprachliche Barrieren und erleben fehlendes kulturelles und soziales Hintergrundwissen als Hindernis in ihrer Arbeit. Zum Beispiel möchten sich männliche Patienten mit tradiertem Rollenverständnis nicht von einer Therapeutin behandeln lassen.

Sprachliche, kulturelle und soziale Barrieren

Von Migrantinnen und Migranten werden vor allem Kommunikationsschwierigkeiten sprachlicher und kultureller Art im Kontakt mit Suchtfachkräften bemängelt. Häufig sind vorhandene Hilfeangebote aber auch nicht bekannt. Oft fehlen Möglichkeiten muttersprachlicher, bilingualer und kulturspezifischer Beratung und Therapie. Die Nutzung vorhandener Angebote erschweren oder verhindern auch die unzureichenden Kenntnisse der Elterngeneration über die Drogenproblematik und die Schwierigkeit, hierüber offen zu sprechen bei Wahrung der eigenen kulturellen Werte. Auch Angst und Misstrauen gegenüber deutschen Behörden, insbesondere vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen, spielen eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Unkenntnis über Hilfeangebote

Um den spezifischen Belangen dieser Bevölkerungsgruppe Rechnung tragen zu können, sind folgende Maßnahmen anzustreben:

- ▶ Die Erfahrung hat gezeigt, dass Hilfen akzeptiert werden, wenn Fachkräfte der ambulanten und stationären Einrichtungen neben einer Sprach- auch über interkulturelle Kompetenz verfügen. Interkulturelle Kompetenz muss daher auch zu einem Schwerpunkt in der Aus- und Fortbildung werden.
- ▶ Die bestehenden Regeldienste – hier insbesondere die Suchtberatungsstellen, Fachkliniken und Therapeutischen Gemein-

Aus- und Fortbildung für die Helferinnen und Helfer

*Bessere Chancen
durch die Regeldienste*

schaften für Drogenabhängige – müssen sich für die Zielgruppe weiter öffnen. Zum Teil ist dies bereits durch die Beschäftigung heimatssprachlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschehen. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren listet 28 Einrichtungen mit muttersprachlichen Angeboten auf.^{94a*)} Diese Ansätze gilt es bedarfsorientiert zu verstärken. Es kann und sollte nicht ein eigenes Sucht-Hilfenetz, von einigen Spezialeinrichtungen abgesehen, wie zum Beispiel die Therapieeinrichtung bei Nürnberg „MUDRA“, aufgebaut werden.

► Die Migrationssozialarbeit (Flüchtlingssozialarbeit und Beratungsdienste für Arbeitsmigranten und Spätaussiedler) muss vom Suchthilfesystem unterstützt werden, um bei entsprechenden Problemen angemessen reagieren zu können und weiterführende Hilfen zu vermitteln. Hier sind Zusammenarbeitsformen zu erweitern und intensivieren.

*Zusammenarbeit
der Hilfeeinrichtungen*

► Hervorzuheben ist die Arbeit des vom Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales geförderten Ethno-medizinischen Zentrums in Hannover, das sich auch der Suchtproblematik von Zugewanderten annimmt, besonders der Entwicklung von Suchtpräventionskonzepten. In diesem Zusammenhang sind das Projekt „Interkulturelle Suchthilfe“ in Hannover (Drogeninformationsbroschüre für Eltern in russisch und türkisch) und die Mitarbeit an der siebenschprachigen Broschüre der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren „*Ein Angebot an alle, die einem nahestehenden Menschen helfen wollen. Alkohol, Medikamente, illegale Drogen, Nikotin, süchtiges Verhalten!*“ zu nennen.

Suchtpräventionskonzepte

9. Modellprojekte

9.1 Bundesmodelle

*Viele Modelle
in Niedersachsen*

Dem Land bzw. einzelnen niedersächsischen Einrichtungsträgern war es bereits seit den 60iger Jahren gelungen, den Bund für die Implementierung von wissenschaftlich begleiteten Modellen in Niedersachsen zu gewinnen. Es waren dies das Großmodell (für Suchtberatungsstellen), das Psychosoziale Anschlußprogramm (PSAP) sowie die Modelle Drogennotfallprophylaxe, Schutzhütten, Erste-Hilfe-Stationen, Abbruchberater, Aufsuchende Suchtkrankenarbeit in Justizvollzugsanstalten, Mobile Drogenprävention, Kompakt- und Kurzzeittherapie (Short-Step) und die Beforschung der Maßregelvollzugseinrichtung für Drogenabhängige in Brauel u. a. Die meisten Projekte konnten in eine Regelfinanzierung übergeleitet werden. Gegenwärtig laufen noch die Modelle „*Therapie/Betreuung auf dem Bauernhof*“, „*Case-Manager*“, und „*Koordinator*“. Die X. Niedersächsische Suchtkonferenz hat 1998 verschiedene dieser Modelle diskutiert.^{95*)}

*) siehe Kapitel X.

■ *Therapie/Betreuung auf dem Bauernhof*

Bei diesem Projekt – an dem sich auch das Land finanziell beteiligt – wird der Versuch gemacht, Drogenkranke durch Unterkunft und Arbeit auf Bauernhöfen zu stabilisieren. Mit Bundes- und Landesmitteln finanzierte Fachkräfte übernehmen dabei die Aufgabe, die auf den landwirtschaftlichen Höfen untergebrachten Drogenkranken wie auch die beherbergenden bäuerlichen Familien zu betreuen. Die Unterbringungskosten werden durch Sozialhilfe abgedeckt bzw. als Gegenwert für die Arbeit, die der Drogenabhängige auf dem Bauernhof leistet, gewährt.

Therapie auf dem Bauernhof

■ *„Case-Manager“*

Als „Case-Manager“ arbeiten zwei Fachkräfte in zwei niedersächsischen Einrichtungen der Sozialpsychiatrie bzw. Suchthilfe. Sie sollen hilfeschende Abhängige von illegalen Drogen nicht selber therapieren, sondern in das allgemeine Hilfesystem integrieren. Ihre Aufgabe ist es, in Form aufsuchender Arbeit auf Hilfesuchende zuzugehen und die Annahme von Hilfeangeboten (Entgiftung, Beratung, Substitution, stationäre Therapie usw.) einzuleiten, d. h. zu „managen“. Die Fachkraft verfolgt auch, ob und mit welchem Erfolg das Hilfeangebot angenommen wurde und ob weitere Schritte erforderlich sind.

„Case-Manager“

■ *Koordinator*

In diesem Projekt ist eine Fachkraft angestellt, die die Tätigkeit der regional vorhandenen Einrichtungen, die z. T. ohne Kenntnis voneinander in engerer oder weiterer Form Suchtkranke versorgen, vernetzen soll.

Vernetzung der Suchthilfeeinrichtungen

Die tangierten Kommunen unterstützen die Arbeit; sie sind Mitglied eines begleitenden Arbeitskreises. Aufgabe der Fachkraft ist es auch, vorhandene Angebote zu eruieren, eventuell bestehende Lücken im Versorgungssystem aufzudecken und Verbesserungen anzuregen.

■ *Drogen-/Suchtnotfallprophylaxe*

Viele Alkohol- und Drogenkranke, die als Notfall in Krankenhäuser eingewiesen wurden, verlassen diese vorzeitig wieder in einem lebensbedrohlichen Zustand gegen den ärztlichen Rat. Wichtig erscheint es daher, die Patientinnen und Patienten insbesondere in der Phase psycho- und sozialtherapeutisch zu begleiten, in der sie z. B. nach einer Ohnmacht erwachend allmählich zu dem Entschluss gelangen, die Behandlung abzubrechen. So kann versucht werden, die Kranke bzw. den Kranken zum Verbleiben zu veranlassen und allmählich einen tragfähigen Kontakt aufzubauen. Dieser wiederum kann genutzt werden, wie bei den niedrigschwelligen Angeboten, die Klientinnen und Klienten zu beraten und eventuell für die Annahme einer weiterführenden Hilfe zu motivieren.

Abbruch einer Entgiftung verhindern

Um diesen Ansatz zu verstärken, hatte sich der Bund bereit erklärt, bei der Durchführung seines Modells die Stützpunkte Hannover und Oldenburg zu berücksichtigen. Er finanziert Fachkräfte bei örtlichen Suchtberatungsstellen, die in speziell

Gefahren bei Rückfall in Drogenkonsum

ausgewählten Krankenhäusern, bei denen besonders viele derartiger Notfälle anfallen, für Alkohol- und Drogenkranken zur Verfügung stehen. Aufgabe war es, über die oben genannten Ziele hinaus, zu helfen, speziell die Zahl der Drogentoten zu verringern. Es hat sich gezeigt, dass gerade nach einer Entgiftung entlassene Abhängige bei dem Wiedereinstieg in den Drogenkonsum besonders gefährdet sind, da sie die Wirkung der Drogen auf ihren (teil-)entzogenen Organismus falsch einschätzen und zu hoch dosieren. Dem soll durch Beratung entgegen gewirkt werden. Das Modell wurde auf Patientinnen und Patienten ausgedehnt, bei denen sich während einer sonstigen Behandlung Suchtprobleme zeigten.

Im Rahmen des Modells sollte auch dazu beigetragen werden, besondere Kontaktpersonen von Abhängigen, für die Situation der Suchtkranken zu sensibilisieren und für das Verhalten in Notfällen zu qualifizieren.

9.2 Landesmodelle

Neben den in Niedersachsen plazierten Bundesmodellen wurden auch diverse landeseigene Modelle und Studien durchgeführt wie z. B. „Suchtberatung für Frauen mit dem Schwerpunkt: Schwangere und Mütter mit kleinen Kindern“, „Methadon-gestützte Psycho-/Sozialtherapie für Drogenabhängige“, „Jugendalkoholismus und Drogen“, „Entgiftungsbehandlung in Landeskrankenhäusern“ und „Therapie der Heroinabhängigkeit mit Naltrexon“. Gegenwärtig laufen noch die nachstehend aufgeführten Modelle bzw. wurden vor kurzem abgeschlossen. Auf der X. Niedersächsischen Suchtkonferenz wurden auch verschiedene dieser Landesmodelle vorgestellt. (→ Kapitel IV., 9.1.)

■ *Frühhilfe*

Hilfe für Erstauffällige

Die überwiegende Zahl der Konsumentinnen und Konsumenten von illegalen Drogen kommen früher in Kontakt mit Polizei und Justiz als mit der Drogenhilfe. Angesichts eines hohen Anteils junger Erwachsener und Jugendlicher gilt es, den Moment der Erstauffälligkeit bei Polizei und Justiz zu nutzen, um möglichst früh einen Kontakt zum Suchthilfesystem bzw. zum Gesundheitssystem herzustellen. So kann versucht werden, einem ständigen Kontakt zum Drogenmilieu und einer eventuellen Verfestigung des Drogenkonsums entgegenzuwirken.

Damit Polizei und Justiz die Möglichkeit haben, zügig Konsumentinnen und Konsumenten – und zwar möglichst Erstauffällige – ins Hilfesystem überzuleiten, wurden in diesem Modell vier Fachkräfte bei drei Drogenberatungsstellen eingestellt, die einen „Brückenpfeiler“ bilden sollen von der Polizei/Justiz hin zum Hilfesystem. Die Fachkräfte sind die ständigen Ansprechpartner für Polizei und Justiz und nehmen diesen Institutionen die Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten gewissermaßen ab. Sie leisten außer erster Unterstützung keine weitere Hilfe, sondern haben die Aufgabe, Beratung, Therapie,

(Entgiftungs-)Behandlung usw. für die Klientinnen und Klienten zu vermitteln, damit frühe Hilfe möglich wird.

Das Konzept wurde gemeinsam zwischen Sozialministerium, Ministerium der Justiz und für Europaangelegenheiten, Innenministerium, den Einrichtungsträgern und der wissenschaftlichen Begleitung (Universität Oldenburg, R. Meyenberg, M. Rabes u. a.) erarbeitet.^{96*)}

■ *Benchmarking*

Zur weiteren qualitativen Verbesserung der Arbeit der Suchtberatungsstellen wurde mit der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren und den Trägerverbänden vereinbart, ein „Benchmarking-System“ zu erproben. Benchmarking ist ein Konzept, nach dem durch den Vergleich von Einrichtungen miteinander „bessere Lösungen“ für die Erledigung von Aufgaben herausgefunden werden können. Hierdurch soll ein Prozess ständiger Verbesserungen eingeleitet und aufrecht erhalten werden. Das Projekt findet zunächst in fünf ausgewählten Beratungsstellen statt und dient bei Bewährung den anderen Suchtberatungsstellen und vergleichbaren Einrichtungen als Angebot zur Übernahme. Im Rahmen dieser Prozesse werden auch Elemente des Controllings einfließen. Gleichermaßen wird die Erprobung neuer Steuerungsmodelle – auch die durch finanzielle Anreizsysteme – berücksichtigt. Die Arbeit wird wissenschaftlich begleitet (B. Blanke, Universität Hannover; S. v. Bandemer, Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen). Die Idee für das Vorhaben wurde in der Arbeitsgruppe Sozialbilanz bzw. Sozialqualitätsmanagement beim Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales entwickelt.

„Lernen vom Besten“

■ *Göttinger Methadon-Studie*

In der Studie wurde geprüft, wie erfolgreich eine Psycho- und Sozialtherapie für Abhängige von illegalen Drogen ist, die durch die Vergabe von Levomethadon gestützt wird. Sie hatte folgende fünf Therapieziele: Verhinderung des Todesrisikos, Verhinderung des Gesundheitsrisikos, Verbesserung der Sozialsituation der Suchtkranken, Überführung einer Abhängigkeit von mehreren Drogen in eine Abhängigkeit alleine von Methadon und Ausstieg aus Suchtkrankheit und Drogenszene. Die Studie wurde durchgeführt von W. Poser u. a., Abteilung für Psychiatrie und Neurologie der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen.

Ziele

In die Studie eingebettet war die Erprobung des Opioidantagonisten „Naltrexon“. Dieses Medikament hat die Fähigkeit Opiate, die im Gehirn „Empfangseinrichtungen“ (Rezeptoren) besetzen, wieder zu verdrängen. Hat das Naltrexon an diesen Rezeptoren „angedockt“, läßt es kein Opiat mehr heran (→ *Kapitel II., 1.2*). Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Studie wurde eingangs die Möglichkeit angeboten, statt Methadon Naltrexon zu nehmen, was viele angenommen haben.^{97*)}

Naltrexon

*) siehe Kapitel X.

9.3 Sonstige niedersächsische Modelle und Studien

■ *Ambulante Langzeit-Intensiv-Therapie*

Ambulante Langzeit-Intensiv-Therapie (ALITA)

Trotz der bewährten Behandlungsmethoden von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit existiert eine kleine Zahl von Fällen, bei denen die bisherigen Therapieverfahren versagen. Für diese Patienten – oft „Drehtürpatienten“ - wurde die ALITA-Therapie entwickelt. ALITA steht für Ambulante-Langzeit-Intensiv-Therapie-für-Alkoholranke. Die Elemente von ALITA sind:

- häufige Therapiesitzungen
- lange Programmdauer mit Stufengliederung (4 Stufen über insgesamt 2 Jahre)
- häufige Kontrollen des Urinalkohols und anderer Laborwerte
- Vergabe des Medikamentes „Antabus“ zur Abstinenzsicherung, ein Mittel, das nach Aufnahme geringer Alkoholmengen Unverträglichkeitsreaktionen auslöst
- Eigenverantwortung des Patienten für seine Abstinenz.

Die Studie wird durchgeführt von H. Ehrenreich u. a., Abteilung für Psychiatrie und Neurologie der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen.

■ *Carbamazepin im Alkoholentzug*

Entzugsbehandlung verbessern

Distraneurin (Clomethiazol) ist ein bei der Entzugsbehandlung häufig eingesetztes Medikament, das allerdings selber ein Suchtpotential besitzt. Ein anderes Medikament zur Entzugsbehandlung ist Carbamazepin (CBZ). Die Wirksamkeit von CBZ konnte bei der Behandlung des Alkoholentzugssyndroms in früheren Studien nachgewiesen werden.

Zur weiteren Klärung wurde in der Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover durch H. M. Emrich, U. Schneider u. a. ein rückblickender Vergleich zwischen dem CBZ und dem Distraneurin durchgeführt. Dabei zeigte sich, daß die mit CBZ behandelte Patientengruppe im klinischen Verlauf ab dem zweiten Tag der Therapie signifikant bessere Ergebnisse aufwies.

■ *Forcierter Opiatentzug in Narkose*

Abbruch der Entzugsbehandlungen durch die Hilfesuchenden

Im Zusammenhang mit einer Multi-Centerstudie unter Federführung der Rheinischen Landes- und Hochschul-Klinik Essen (M. Gaspar) wird modellhaft der „forcierte Opiatentzug in Narkose“ im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Osnabrück eingeführt (U. Schwichtenberg).

Rein Opiatabhängige werden dabei über ca. 6 Stunden in Narkose versetzt und erhalten in dieser Zeit hochdosiert einen Opiat-Blocker (Naltrexon), der die im Körper vorhandenen Opiate ausschwenmt. Nach dem Aufwachen aus der Narkose sind nur wenige Entzugssymptome zu beobachten, der Patient hat so seinen körperlichen Entzug „verschlafen“.

Entzug „verschlafen“

Großer Vorteil dieses Verfahrens ist, dass kein Abbruch der Entgiftung stattfindet, außerdem wird die stationäre Behandlungsdauer deutlich verkürzt, da die Patienten in der Regel schon nach einer Woche das Krankenhaus verlassen.

Eine solche Form der Entgiftungsbehandlung ist aber nur für rein opiatabhängige, nicht mehrfachabhängige Patienten geeignet. Sie stellt keine „Patentlösung“ für die allgemeine Entgiftungsbehandlung von illegal Drogenabhängigen dar. Als Zielgruppe für diesen individuellen Heilversuch sind folgende Patientengruppen anzusehen:

Nicht für Mehrfachabhängige

- Methadonsubstituierte, die die Substitution beenden wollen, dies aber weder ambulant noch stationär geschafft haben und so auf geringen Dosen Methadon „hängengeblieben“ sind.
- Sozial integrierte Patienten, die mit Methadon oder Codein-Präparaten substituiert werden und einen langwierigen stationären Entzug nicht durchführen können, ohne ihren Beruf zu gefährden.
- Abstinenzmotivierte Patienten, die eine Entwöhnungstherapie antreten wollen, aber trotz mehrfacher Versuche die zuvor erforderliche körperliche Entgiftung nicht geschafft haben.

Der „forcierte Opiatentzug in Narkose“ darf nicht als isolierte Maßnahme dastehen, ein unverzichtbarer Teil in der Behandlung ist die sich anschließende psychotherapeutische Nachsorge. Die Patienten müssen zusätzlich auch als Rückfallprophylaxe über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten den Opiat-Blocker „Naltrexon“ einnehmen.

Psychotherapeutischer Anteil

10. Forderungen und Perspektiven für die allgemeine Verbesserung bzw. Erweiterung des Hilfesystems

Bei einzelnen Themen und Darstellungen dieses Konzeptes werden Perspektiven und Forderungen für eine Verbesserung des Präventions- und Hilfesystems aufgezeigt. Darüber hinaus soll in diesem Kapitel das Thema von spezifisch erforderlichen positiven Veränderungen einen Schwerpunkt erhalten.

Um den Erfolg der stationären therapeutischen Entwöhnungsbehandlungen zu erhöhen, sollte es in Zukunft darum gehen, die Behandlungswege weiter zu differenzieren, um angemessener und flexibler auf die individuellen Situationen einzelner Abhängiger eingehen zu können.

Differenzierung des Therapieangebotes

Hierzu gehören beispielsweise die Anpassung der Therapiezeiten auf den Einzelfall oder die Schaffung von Möglichkeiten des Quereinstiegs in die Behandlungen, beispielsweise im Sinne der Wiederholung einer bestimmten Behandlungsphase. Auch sollten vermehrt konstruktive Alternativen zur zwangsweisen Entlassung aus der Therapie bei Rückfällen gefunden werden, um den Betroffenen Möglichkeiten und Chancen für eine Weiterbehandlung zu geben.

Für die besondere Zielgruppe ältere Menschen sowie Kinder und Jugendliche müssten spezielle Angebote entwickelt und realisiert werden. Hierbei sind die gewachsenen Strukturen der Suchthilfe zu nutzen. Vorhandene Einrichtungen sollten ent-

sprechende Schwerpunkte setzen bzw. erweitern. Dies hat Vorrang vor dem Aufbau neuer Spezialeinrichtungen.

*Abstimmung zwischen
Einrichtungen*

Im Rahmen der Qualitätsverbesserung des Gesamtsystems ist eine bessere Abstimmung zwischen den stationären Entwöhnungsbehandlungen, den Sucht- und Drogenberatungsstellen bzw. den Einrichtungen für die Anschlussbehandlung anzustreben. Die verschiedenen Angebote sollten schließlich zu einem Netz vielseitiger und variabler Therapieeinrichtungen im Lande aufeinander abgestimmt werden. Die Schaffung einer Tagesklinik in Oldenburg im Herbst 1998 gehört ebenso in diese Entwicklung wie auch die Überlegungen für die Errichtung einer Nachtklinik in Hannover.

Wünschenswert wäre es, Projekte der schulischen und beruflichen Qualifizierung und Arbeitsprojekte für ehemals Abhängigkeitskranke auszubauen bzw. zu schaffen.

Drogenfreie Freizeitangebote

Eine wesentliche Bedeutung kommen Projekten des Betreuten Wohnens und drogenfreien Zentren zu, beispielsweise in Form von Tagestreffs, Cafés und ähnlichem. Dort angebundene Angebote an erlebnisorientierter Freizeitgestaltung könnten dazu beitragen, soziale Netzwerke zu schaffen und Ausstiegswilligen einen sozialen Rahmen zu schaffen, in dem sie Unterstützung für eine Übergangszeit finden.

Bedarfsgerechte Versorgung

Während es in der Entwicklung der ambulanten Suchtkrankenhilfe in den vergangenen Jahren vor allen Dingen darum ging, ein flächendeckendes Netz von Beratungsstellen aufzubauen und die Arbeit fachlich zu qualifizieren, steht heute die fachliche Differenzierung und Vernetzung im Vordergrund. Nur ein vielfältiges, an den spezifischen Lebensbedingungen einer Region angepaßtes und leicht zugängliches Beratungs- und Behandlungsangebot ermöglicht eine bedarfsgerechte Versorgung.

Regionale Kooperation

Eine solche Vielfalt kann jedoch nur zur Wirkung kommen, wenn durch regionale Kooperation der verschiedenen Einrichtungen die Möglichkeit von flexiblen Übergängen zwischen den einzelnen Versorgungsformen gewährleistet ist. Dazu sind auf regionaler Ebene gemeinsam zwischen den verschiedenen Akteuren entwickelte Konzepte der Suchtprävention und Suchthilfe erforderlich, in denen für die Hilfeeinrichtungen verbindliche Aufgaben und Kooperationsformen festgelegt werden. Kann in einer Gebietskörperschaft mit mehreren Suchtberatungsstellen aufgrund der (geringen) Anzahl von Hilfspersonen mit spezifischen Anforderungen und Bedürfnissen oder aus Gründen des Fachpersonals zum Beispiel keine Frauengruppe in jeder Beratungsstelle aufgebaut werden, so muss fachlich gesehen eine Einrichtung sich dieses Arbeitsfeldes annehmen, eine andere hingegen sich schwerpunktmäßig anders orientieren und z. B. eine Gruppe für „Spielsüchtige“ einrichten. Die Landkreise und kreisfreien Städte sollten die Federführung für die Entwicklung regionaler Suchthilfekonzepte übernehmen. Eine Grundlage bieten die §§ 8 ff. PsychKG.^{98*)} Die Einrichtung „Runder Tische“ für die Erstellung solcher Konzepte und die Koordinierung von Prävention und Hilfe haben sich bewährt.

*Verbindliche
Aufgabenzuordnung*

*Regionale
Suchthilfekonzepte*

Vertreten sein sollten nicht nur die verschiedenen Einrichtungsträger, kommunalen Ämter (Gesundheit, Frauen, Jugend usw.) und Selbsthilfegruppen, sondern auch z. B. die Ärzteschaft, Polizei und Vertreter des Einzelhandels und der Gewerbetreibenden.

Runde Tische

Wichtig ist die Schaffung von Einrichtungen mit einer personellen Ausstattung, die die erforderliche interdisziplinäre und teamgeprägte Arbeit erlaubt, ohne aufgrund der so gewonnenen Größe die erforderliche Flexibilität und Akzeptanz zu verlieren. Dem widerspricht es, wenn mehrere Suchtberatungsstellen verschiedener Träger mit jeweils fachlich nicht vertretbarer Minimalbesetzung nebeneinander arbeiten. In solchen Fällen sollte „vor Ort“ über Zusammenlegungen nachgedacht werden, einschließlich der Frage, ob die verschiedenen Träger jeweils ausschließlich spezifische Schwerpunkte abdecken.

Spezialisierung

Bei den Suchtberatungsstellen ist die Arbeit in Richtung der Streetwork bzw. der aufsuchenden Tätigkeit zu verstärken. Suchtberatungsstellen im Bereich der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sind vielfach auf Hilfesuchende orientiert, die noch (halbwegs) gesellschaftlich integriert sind, eine Bevölkerungsgruppe, die noch eher Hilfe bei niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern finden kann, als benachteiligte Gruppen, wie z. B. die Nichtsesshaften bzw. Obdachlosen. Gerade in der Hilfe für diese Benachteiligten ist aber eine vornehmliche Aufgabe von Staat, Kommunen und Freier Wohlfahrtspflege zu sehen. Auf der anderen Seite müssen sich die Sozialversicherungsträger, die Krankenhäuser und die niedergelassenen Ärzte sehr viel stärker der Suchtkranken nicht nur bezüglich der Behandlung somatischer, sondern auch psychischer und psychiatrischer Leiden annehmen. Eine zusätzlich qualifizierte Entgiftung (mit Motivationsanteilen) für Alkoholranke ist wie bei den Drogenabhängigen auf- und auszubauen.

*Suchthilfesystem
für obdachlose/
nichtsesshafte Suchtkranke*

Da niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser^{99*)} im Rahmen von somatisch ausgerichteten Behandlungen einen wesentlich höheren Anteil von Suchtkranken erreichen als die Drogen- und Suchtberatungsstellen selber, müssen diese auf die Suchterkrankung besonderes Augenmerk richten. Insbesondere gilt es, die Patientinnen und Patienten zu motivieren, Suchtbehandlungen aufzunehmen. Es gibt – wie eingangs erwähnt – eine Fülle von körperlichen Erkrankungen, die verursacht bzw. mitverursacht werden durch den Mißbrauch von Suchtstoffen. Hier sollten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte Anlaß haben, ihr Vertrauensverhältnis und auch ihre Autorität zu nutzen, um auf die Hilfesuchenden einzuwirken, weiterführende Hilfen anzustreben und anzunehmen.

*Sensibel werden
für Suchtkranke*

*) siehe Kapitel X.

11. Forderungen und Perspektiven für die Verbesserung bzw. Erweiterung des Drogenhilfesystems

Obwohl bei der Versorgung von Drogenabhängigen das Hilfesystem in den letzten Jahren erheblich erweitert und differenziert wurde, werden weiterhin zu wenig Abhängige erreicht, sind mithin weitere Verbesserungen der Hilfeformen angezeigt. Dabei soll es nachstehend insbesondere um die sog. „Konsumentenräume“ und um die Abgabe von Betäubungsmitteln (z. B. Heroin) an Betäubungsmittelabhängige durch die öffentliche Hand gehen.

11.1 Konsumentenräume

Die herkömmlichen Hilfemaßnahmen einschl. der Methadonsubstitution reichen nicht aus, um alle Betroffenen vom Konsum harter Drogen abzuhalten. Diesen Zustand wird man auch niemals erreichen, aber es gilt, den Anteil der Drogenabhängigen möglichst niedrig zu halten.

Krankheitsbedingt sind viele Abhängige von illegalen Drogen nicht oder noch nicht in der Lage, eine Methadonsubstitution bzw. eine abstinenzorientierte Therapie aufzunehmen. Eine kleine Gruppe hiervon findet sich in sogenannten offenen Szenen zusammen, innerhalb derer sie sich mit Suchtstoffen versorgen und diese auch dort applizieren. Dabei herrschen höchst unhygienische Zustände vor, mit der Gefahr von hohen Infektionsraten und Erkrankungen (Hepatitis, AIDS, Abszesse u. a. m.). Andere Drogenabhängige wiederum spritzen sich die Drogen zwar nicht in der Szene, aber unter ähnlich unhygienischen Bedingungen an anderen öffentlichen oder abgelegenen Orten. Wie die Erfahrung lehrt, ist diesem Geschehen nur unzureichend und unbefriedigend durch Verbote bzw. polizeilichen Einsatz beizukommen. Zusätzlich zu solchen Maßnahmen, die alleine schon zum Schutz der Anlieger erforderlich sind, müssen soziale Einrichtungen geschaffen werden, in denen Abhängige unter einigermaßen hygienischen Umständen die Drogen konsumieren können, um so den Grad der körperlichen, seelischen und sozialen Verelendung zurückzudrängen.

Wenn nun die öffentliche Hand den Drogenkonsumenten Bereiche zur Verfügung stellt, in denen sie unter den genannten Bedingungen und relativ ungestört sich die Drogen spritzen können, so entsteht ein Widerspruch oder besser ein Spannungsverhältnis: Einerseits verbietet der Staat z. B. den Besitz der Drogen, andererseits verzichtet er auf die lückenlose Durchsetzung dieses Verbotes bzw. stellt sogar Räumlichkeiten zur Verfügung, in denen Eigenkonsum von Drogen geduldet wird. Derartige Widersprüche oder Spannungsverhältnisse sind immer dann vorhanden, wenn verschiedene Ziele miteinander kollidieren; hier das Ziel, Heroin von den Bürgerinnen und Bürgern als gefährliche Substanz ferngehalten zu wissen (genereller

*Nicht alle können mit
Therapien erreicht werden*

Zielkollisionen

Verbraucherschutz, damit möglichst wenig Menschen suchtkrank werden), dort das Ziel, jene, die vom Konsum auch durch Hilfeangebote nicht bzw. noch nicht lassen können, wenigstens vor all zu starker körperlicher, seelischer und sozialer Verelendung zu bewahren (Fürsorge für die bereits Erkrankten). Es bestehen weitere Spannungsverhältnisse in unserer Gesellschaft, sie fallen aber vielfach nicht auf, weil sich die Gesellschaft daran gewöhnt hat.^{100*)}

Konsumentenräume, das zeigen zum Beispiel die Erfahrungen aus Frankfurt am Main, tragen zu einer Stabilisierung der Drogenkonsumenten bei und kann sie von der offenen Szene fernhalten. Insgesamt sorgen sie in den Städten für eine Beruhigung und Entlastung. Diese positiven Aspekte könnten an Gewicht verlieren, wenn durch die angebotene Erleichterung der Applikation vor allem junge Menschen in den Drogenkonsum einsteigen würden. Dieser Effekt ist aber nicht zu erwarten. Von der Existenz einer „Fixerstube“, wie diese Einrichtungen auch genannt werden, läßt sich ein Nicht-Konsument nicht zur Applikation verführen. Wer dort hingehet, hat sich zum Konsum bereits fest entschlossen und führt bereits Drogen mit sich. Außerdem sind diese Räumlichkeiten nur für bereits Lang-Abhängige zugelassen, gewissermaßen für einen harten Kern. Für Nicht-Konsumenten sind diese Abhängigen keine Vorbilder, die offene Szene nicht attraktiv. Der Einstieg in den intravenösen Drogenkonsum ist von anderen Umständen abhängig, er ist vorgeprägt von persönlichen und sozialen Bedingungen – völlig unabhängig von dem Bestehen von „Fixerstuben“. Die Alternative ist nicht: Drogenkonsum in den Konsumentenräumen oder Abstinenz, sondern: Drogenkonsum in den Räumen mit ihren positiven Auswirkungen oder Drogenkonsum insbesondere in der offenen Szene mit den dazugehörigen negativen Auswirkungen.

*Gute Erfahrungen
mit Konsumentenräumen*

Hiervon abgesehen, bliebe grundsätzlich die moralische Frage, ob es gerechtfertigt wäre, Drogenabhängige ohne „Fixerstuben“ immer weiter in die Verelendung treiben zu lassen, um dadurch vielleicht andere vom Drogenkonsum abzuhalten.

Zur Hilfe für die Süchtigen, aber auch zur Beruhigung der Bevölkerung, ist es daher sinnvoll, wenn Konsumentenräume eingerichtet werden, in denen es geduldet wird, wenn sich die Drogenabhängigen unter angemessenen Bedingungen ihre Drogen spritzen. Die Einrichtung von solchen Räumen mit der Zweckbestimmung der Erleichterung von BtM-Konsum ist nach geltendem Recht nicht zulässig und gemäß § 29 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 BtMG mit Strafe bedroht. Dies gilt unabhängig davon, ob es sich um Einrichtungen staatlich anerkannter Beratungsstellen oder sonstiger Träger bzw. Privater handelt. Vertretbar ist allein eine insgesamt auf die Beratung und Unterstützung der Süchtigen abzielende Einrichtung, die bezweckt, den Drogenkonsum zumindest auf längere Sicht zu vermeiden. In solchen Fällen ist es hinnehmbar, wenn bei Drogenkonsum innerhalb der Einrich-

*Zulässigkeit von
Konsumentenräumen*

*) siehe Kapitel X.

tung auf ein Hausverbot verzichtet wird. Eine solche Einrichtung besteht seit Dezember 1997 in Hannover („Drop Inn“).

Wie bei der Spritzenabgabe, für die auch ohne Gesetzesänderung die Abgabe als im juristische Sinne vertretbar anzusehen war und dort gleichwohl eine gesetzliche Klarstellung erfolgte, wird dies auch für die „Fixerstuben“ gefordert. Dies soll dann allerdings auch für derartige Einrichtungen mit geringeren psychosozialen Leistungen gelten, als für die bereits jetzt zulässigen, da nicht alle Drogenabhängigen einer intensiven psychosozialen Betreuung bedürfen.

Der Bundesrat hat daher einen auf die Initiative der Freien und Hansestadt Hamburg hin zustande gekommenen und in seiner konkreten Gestalt auf einen Änderungsantrag Niedersachsens zurückgehenden entsprechenden Gesetzentwurf im Deutschen Bundestag zur erleichterten Einrichtung von Hygieräumen eingebracht.

11.2 Heroinunterstützte Behandlung

Nicht alle Drogenabhängigen lassen sich durch Therapieangebote und auch nicht durch die Methadonvergabe vom Konsum illegaler Drogen abhalten (→ *Kapitel IV., 11.1*). Es erscheint daher sinnvoll und erforderlich, an einen besonders geschädigten Kreis von Drogenabhängigen im Rahmen eines wissenschaftlichen Modells unter ärztlicher Aufsicht und medizinischer, psychotherapeutischer und sozialtherapeutischer Begleitung Originalpräparate, insbesondere Heroin, abzugeben. Diesbezüglich gibt es Versuche in der Schweiz, deren Ergebnisse auf einen sinnvollen Ansatz hinweisen. Auch andere Länder wie z. B. die Niederlande erwägen solche Maßnahmen. Niedersachsen hat daher die von der Freien und Hansestadt Hamburg ergangene Bundesratsinitiative zu diesem Themenbereich unterstützt. Eine Abgabe von z. B. Heroin an Heroinabhängige unter kontrollierten Bedingungen und entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen, die zum Beispiel eine Weitergabe(-veräußerung) der Substanz an andere verhindern, wird mit großer Wahrscheinlichkeit zur Verbesserung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes, einer Distanzierung von der Drogenszene und vom illegalen Erwerb von Opiaten führen. Die Abhängigen müssten sich nicht mehr das Betäubungsmittel auf dem „Schwarzen Markt“ in unbekannter Konzentration und mit gefährlichen Beimischungen besorgen. Die Abgabestelle würde für gleichbleibende Konzentration und Reinheit Sorge tragen. Auch hier müssten entstehende Kontakte zum medizinischen und psychosozialen Betreuungspersonal für eine (weitergehende) Behandlungsmotivation bis hin zum Ausstieg benutzt werden. Als Folge einer solchen Verabreichung von Originalpräparaten wäre auch eine Absenkung der Kriminalität zu erwarten.

Ein solcher Versuch stünde nur scheinbar im Widerspruch zu dem Ziel des Schutzes der Bevölkerung vor schädlichen Stoff-

Gute Erfolge mit der Originalpräparat-Vergabe

fen. Das Verbot von Herstellung, Weitergabe, Besitz usw. von z. B. Heroin durch das Betäubungsmittelgesetz beinhaltet als politisch-fachliche und politisch-moralische Forderung in erster Linie den Schutz der Bevölkerung vor einer Heroinabhängigkeit (siehe § 5 (1) Nr. 6 BtMG). Hier jedoch, wo der Staat und das Gemeinwesen offensichtlich nicht in der Lage waren, den einzelnen Betroffenen vor seiner Sucht zu bewahren, stellt sich die Frage, wie man den Schaden minimieren kann. Versagen die anderen (traditionellen) Hilfemöglichkeiten, so erscheint es gerechtfertigt, Suchtkranken wenigstens ihr Leiden zu nehmen, wenn man ihnen schon nicht die Sucht in absehbarer Zeit nehmen kann.

Fürsorge für Suchtkranke

Es muß möglich sein, dies in einem wissenschaftlichen Modell auch in der Bundesrepublik Deutschland zu erproben.

Die Stadt Frankfurt am Main hat für einen solchen Versuch gemäß § 3 (2) BtMG einen Antrag beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte als Bewilligungsbehörde gestellt. Die Erlaubnis wurde versagt, der Vorgang ist noch rechts-hängig.

Frankfurter Initiative

Um die Durchsetzung derartiger Modelle bei der Bewilligungsbehörde zu erleichtern, hatte auf Initiative der Freien und Hansestadt Hamburg der Bundesrat in den Bundestag eine Gesetzesnovelle eingebracht. Danach soll der Ermessensspielraum des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte als Genehmigungsbehörde zugunsten des Einflusses der Länder eingeschränkt werden.

Vorstoß im Bundesrat

Die neue Bundesregierung hat sich das Ziel gesetzt, einen Modellversuch zur ärztlichen Verabreichung von Heroin durchzuführen. Die Landeshauptstadt Hannover und das Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales sind an der Durchführung des Modellversuchs interessiert.

V. Institutionen mit Koordinierungsfunktionen in der Suchtprävention und -hilfe

1. Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS)

Die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (NLS) ist ein Zusammenschluss der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und der Selbsthilfeorganisationen und Abstinenzverbände für den Suchtbereich. Sie ist ein Fachausschuss der „Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Niedersachsen“ (LAG FW).

Zu ihr gehören 120 Sucht- und Drogenberatungsstellen, Fachkrankenhäuser für Alkohol- und Medikamentenabhängige, Therapeutische Gemeinschaften für Abhängige von illegalen Drogen sowie zahlreiche Selbsthilfegruppen.

Die NLS wird wesentlich aus Mitteln des Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales finanziert.

Ihre Aufgabe ist es zunächst, die Arbeit der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe mit der Tätigkeit der Abstinenzverbände und Selbsthilfeorganisationen zu koordinieren. Die Landesstelle wirkt darüber hinaus an den Planungen auf Landesebene mit und koordiniert sie wiederum mit der Suchtkrankenhilfe ihrer Mitglieder.

Durch Konzepterstellungen, Veranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit gibt sie zudem Impulse für die Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe und -prävention. Dem dienen z. B. verschiedene Fachausschüsse und Arbeitskreise, beispielsweise der „Koordinierungskreis Rehabilitation Sucht“, der Fachausschuß *Frau und Sucht* oder der Arbeitskreis *Alter und Sucht*.

Um die Effizienz der Arbeit für Suchtkranke und andere Ratsuchende zu steigern, befaßt sich die Landesstelle zudem mit Fragen der Qualitätssicherung von Suchtberatungsstellen. So hat sie einrichtungsübergreifende Qualitätszirkel von Suchtberatungsstellen initiiert, erforderliche Informationen und Kenntnisse an die Einrichtungen vermittelt und sich intensiv an dem Benchmarking beteiligt. (→ Kapitel IV., 9.2).

Neben der bereits genannten Koordination, Fortbildung und Betreuung der Präventionsfachkräfte initiiert und unterstützt sie die Bildung regionaler Arbeitskreise *Sucht und Prävention*.

An der Organisation und Durchführung der Veranstaltungen des Regionalen Arbeitskreises Hannover „Suchtprobleme am Arbeitsplatz“ ist die Landesstelle – als Gründungsmitglied – unmittelbar beteiligt. Mitglieder von etwa 50 verschiedenen Betrieben und Behörden tagen zweimal im Jahr, rotierend in den Betrieben der Mitglieder, um sich mit aktuellen Themen der betrieblichen Suchtprävention auseinanderzusetzen.

Weitere Schwerpunkte der Landesstelle sind die Schulung von Führungskräften in Betrieben und Behörden für Maßnahmen zur Suchtprävention. Hier werden beispielsweise Gesprächssituationen mit Betroffenen sowie deren betrieblichem Umfeld trainiert.

Zusammenschluss der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und der Abstinenzverbände/Selbsthilfeorganisationen

Koordination der Verbandsaktivitäten

Mitwirkung an politischer Planung

Konzeptionelle Arbeit

Qualitätssicherung

Initiierung von Arbeitskreisen

Schulung betrieblicher Führungskräfte

Weiterhin führt die NLS Fortbildungsveranstaltungen durch für Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher oder andere Multiplikatoren bzw. Multiplikatorinnen, die mit (zumeist jungen) Menschen pädagogisch arbeiten oder ihnen gegenüber Personalverantwortung haben. Auch die Beratung von Kollegien und Elternschaften wird von der NLS angeboten.

Für Frauen aus Selbsthilfegruppen und Abstinenzverbänden bietet die Landesstelle frauenspezifische Seminare an, zum Beispiel mit dem Thema „Was Frauen alles schlucken! Suchtmittel und ihre Funktion im Frauenalltag“.

Fachtagungen

Fachtagungen, die die NLS regelmäßig durchführt, beschäftigen sich mit aktuellen Fragestellungen der Suchtkrankenhilfe und -prävention. Diese Tagungen bieten nicht zuletzt den in der Suchthilfe und -beratung Tätigen die Möglichkeit, neue Entwicklungen mitzuverfolgen, über verschiedene Strategien der Prävention zu diskutieren und nicht Erfahrungen auszutauschen. Bisherige Tagungsthemen waren unter anderem:

- Frau und Sucht,
- Sucht und Öffentlichkeit,
- Drogen auf Krankenschein,
- Sucht im Alter – Prävention u. Hilfe für alte Menschen,
- Ecstasy – Konsum, Missbrauch und Präventionsstrategien,
- Hilfen für Alkoholranke.

Die Tagungsbeiträge und Ergebnisse sind jeweils in Berichtsbänden dokumentiert worden, die über die Landesstelle zu beziehen sind.

Materialien zur Suchtprävention

Als Serviceeinrichtung nicht nur für ihre Mitglieder, sondern auch für die Fachöffentlichkeit und interessierte Bürgerinnen und Bürger, verteilt die NLS eigene pädagogische Materialien und gibt fachspezifische Materialien (Broschüren, Informationsfaltblätter, Plakate und Literaturhinweise) anderer Institutionen, Dienststellen und Einrichtungen – entweder kostenlos oder zum Selbstkostenpreis – weiter.

2. Landesstelle Jugendschutz (LJS)

Landesstelle Jugendschutz (LJS)

Die Landesstelle Jugendschutz (LJS) ist ein Fachreferat der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Neben verschiedenen Arbeitsfeldern des Kinder- und Jugendschutzes ist sie auch im Bereich der Suchtprävention tätig.

Fortbildungen

Für den niedersächsischen Raum bietet sie Beratung und Fortbildung an, beispielsweise in Kindertageseinrichtungen, und entwickelt Suchtpräventionsprojekte, für die sie Materialien und Dokumentationen erstellt. Inhaltliche Schwerpunkte der vergangenen Jahre waren u. a.:

Materialien

- Suchtprävention mit Auszubildenden im Betrieb
- Suchtvorbeugung in Kindertagesstätten
- geschlechtsspezifische Suchtprävention
- Ecstasy und Techno
- Kinder aus Familien mit Suchtproblemen.

Die Landesstelle Jugendschutz ist an Arbeitskreisen beteiligt, beispielsweise dem norddeutschen Arbeitskreis zur geschlechtsspezifischen Suchtprävention, und veranstaltet Fachtagungen, so 1996 unter dem Titel „Total geheim“, zur Problematik von Kindern aus Familien mit Suchtproblemen.

Fachtagungen

In Kooperation mit dem Landesfilmdienst für Jugend- und Erwachsenenbildung und dem Lesebus des Niedersächsischen Kultusministeriums hat die Landesstelle ein Medienpaket zu diesem Thema entwickelt, bestehend aus einem Bilderbuch, einem Videofilm, Folien bzw. Dias und einer Broschüre mit praktischen Vorschlägen für die Arbeit mit pädagogischen Fachkräften und mit Kindern.

Medienpaket

Die Landesstelle Jugendschutz wird aus Landesmitteln gefördert.

3. Regionale Arbeitskreise Sucht und Prävention

In verschiedenen Regionen Niedersachsens haben sich in den vergangenen Jahren über 40 Arbeitskreise „Sucht und Prävention“ gebildet, die sich mit Fragen der Suchtkrankenhilfe, aber zunehmend auch mit Fragen der Suchtprävention auseinandersetzen.

Regionale Arbeitskreise

Von diesen Zusammenschlüssen können wichtige Impulse für die regionale Arbeit ausgehen, beispielsweise in der Planung, Vorbereitung, Vernetzung und Auswertung suchtpreventiver Aktivitäten auf örtlicher Ebene.

Vernetzung in der Region

Zu den Tätigkeitsfeldern der Arbeitskreise zählen neben Koordinierungsaufgaben beispielsweise die Durchführung von Informations- und Fortbildungsveranstaltungen sowie Öffentlichkeitsarbeit.

Je nach regionaler Situation arbeiten unterschiedliche Institutionen, Einrichtungen und Einzelpersonen in diesen Arbeitskreisen mit, beispielsweise Beratungsstellen, Jugend- und Gesundheitsämter, Krankenkassen, Lehrer und Lehrerinnen, Ärzte bzw. Ärztinnen, Eltern und viele andere.

Über bestehende Arbeitskreise und ihre Zusammensetzung informiert eine Broschüre der NLS, die auch den vom Interministeriellen Arbeitskreis für Sucht- und Drogenfragen erstellten *Rahmenplan für den Aufbau von regionalen Arbeitskreisen Sucht und Prävention* enthält.^{101*)}

*) siehe Kapitel X.

4. Interministerieller Arbeitskreis für Sucht- und Drogenfragen

Die niedersächsische Landesregierung hat den interministeriellen Arbeitskreis für Sucht- und Drogenfragen eingerichtet.

*Koordinierung
der Aktivitäten*

Unter Federführung des Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales sind in ihm vertreten die Ministerien des Inneren, der Justiz und für Europaangelegenheiten, das Kultusministerium sowie das Landeskriminalamt, das Landesamt für zentrale soziale Aufgaben (NLZSA) und das Niedersächsische Landesinstitut für Fortbildung und Weiterbildung in Schule und Medienpädagogik (NLI). Die Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren ist Gast dieses Gremiums.

Aufgabe dieses Kreises ist die Diskussion und Koordinierung der Aktivitäten der verschiedenen Ressorts gegen den Missbrauch und die Abhängigkeit von Suchtmitteln, insbesondere auch von illegalen Drogen.

Politische Gremien

Der niedersächsische Drogenbeauftragte arbeitet darüber hinaus mit im *Ständigen Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder* sowie im *Suchtthilfeausschuß der „Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden“* (AOLG).

5. Landespräventionsrat / Kommunale Präventionsräte

*Landespräventionsrat /
kommunale Präventionsräte*

Das Niedersächsische Innenministerium hat sich dafür eingesetzt, dass sich auf kommunaler Ebene sog. kommunale Präventionsräte bilden, um den Gedanken einer Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu stärken. Dieser Anregung lag der Gedanke zugrunde, dass Polizei und Justiz zwar wichtige kriminalpräventive Arbeit leisten, andererseits aber die tatsächlichen Möglichkeiten dieser Institutionen begrenzt sind und eine umfassende, ursachenorientierte Kriminalprävention durch sie allein nicht geleistet werden kann. Kriminalität ist ein gesamtgesellschaftliches Problem. Deshalb müssen neben dem Staat auch gesellschaftliche Gruppen und Institutionen für die Entwicklung und Umsetzung effektiver Strategien gewonnen und einbezogen werden. Mittlerweile haben sich in vielen niedersächsischen Kommunen derartige Räte – unter Beteiligung der Polizei – gebildet. Hier werden u. a. Fragen der Prävention von Kriminalität – je nach örtlicher Brennpunktlage/örtlichem Erscheinungsbild – erörtert.

Die oben dargelegten Überlegungen führten bereits 1996 zur Konstituierung des *Niedersächsischen Landespräventionsrates*. Im Landespräventionsrat sind vertreten: Oberste Landesbehörden, Landeskriminalamt, Landesjugendamt, Arbeitsgemeinschaft der Kommunalen Spitzenverbände, Landesarbeitsgemein-

schaft der Freien Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften, Kirchen sowie die Bereiche „Wissenschaft“, „Wirtschaft“, „Handel“, „Gewerbe“ und sonstige relevante Institutionen.

Mitglieder

Der Landespräventionsrat hat die Aufgabe, die Einrichtung von Präventionsräten auf kommunaler/örtlicher Ebene zu unterstützen und diesen theoretische und praktische Hilfestellungen – unter Einbeziehung bereits bestehender Kooperationsmodelle – zu geben. Der Landespräventionsrat soll darüber hinaus die überörtliche Entwicklung der Kriminalität und ihre Entstehungsbedingungen analysieren, die Landesregierung in kriminalpolitischen Fragen beraten und ihr wissenschaftliche Erkenntnisse sowie praktische Erfahrung aus der Präventionsarbeit vermitteln.

Aufgaben

VI. Kosten- und Leistungsträger in der Suchtprävention und -hilfe

Fragen der Kosten- und Leistungsträgerschaft sind bei einzelnen Maßnahmen und den erbringenden Institutionen behandelt. Hier soll darüber hinaus ein Gesamtüberblick über die wesentlichen Leistungen gegeben werden.

1. „Sucht“ als Krankheit

Bei der Darstellung über die Kosten- und Leistungsträgerschaft der Suchtprävention und -hilfe wird sinnvollerweise zwischen den verschiedenen Maßnahmen und Tätigkeiten (von der Prävention bis zur Nachsorge) und zwischen den verschiedenen Institutionen (Selbsthilfe, Suchtberatungsstellen, Fachkliniken usw.) unterschieden.

Ferner ist es angebracht, bereits eingangs dieses Kapitels der Frage nachzugehen, inwieweit „Sucht“ als Krankheit anerkannt ist.

Das Reichsversicherungsamt (RVA) erkannte die Trunksucht – als damals im Vordergrund stehende Sucht von praktischer Bedeutung – zunächst nur im vorgeschrittenen Grade als Krankheit an, wenn krankhafte Veränderungen (Vergrößerungen) innerer Organe und eine Schwächung des Nervensystems u. a. m. vorlagen. Nach einer späteren erweiternden Interpretation durch das RVA, die allerdings nicht zu einer regelhaften Übernahme der Krankenpflege durch die Krankenkassen für die Behandlung der Sucht „an sich“ führte, entschied das Bundessozialgericht (BSG) am 18. Juni 1968: „Trunksucht ist an sich ... eine Krankheit ...“. Sie bildet „selber einen regelwidrigen Körper- und Geisteszustand, der sich im Verlust der Selbstkontrolle und in der krankhaften Abhängigkeit vom Suchtmittel, im Nicht-mehr-aufhören-können“ äußert. Diese Wertung gilt auch für die Abhängigkeit von illegalen Drogen und von Medikamenten mit Suchtpotential.

*Krankheit
im Rechtssinne*

Das pathologische Spielen, die (Glücks-)„Spielsucht“ hingegen wird von den Sozialversicherungsträgern (noch) nicht mit der gewissermaßen automatischen Zuordnung als Krankheit bewertet. Die genauere Prüfung der unter der Spielsucht liegenden psychischen/psychiatrischen Störungen kann aber durchaus zu dem Ergebnis führen, dass es sich im Einzelfall um eine Erkrankung handelt. Entsprechendes gilt für Essstörungen.

„Spielsucht“

Ess-Störungen

In dem Sachverhalt, der dem Urteil des BSG vom 18. Juni 1968 zugrunde liegt, hatte ein Sozialversicherungsträger eine Heilbehandlung für eine Alkoholranke übernommen und von einer Krankenkasse Rückerstattung begehrt. Mit der Entscheidung, in der die Krankenkasse zur Erstattung verurteilt wurde, war der Streit über die Zuständigkeit zur Bezahlung bzw. Erbringung derartiger Behandlungen noch nicht hinreichend aus-

*Zuständigkeit für
„Suchtbehandlungen“*

*Rentenversicherung
und Krankenversicherung*

Mittel eines Krankenhauses

*Stärkung der Abwehrkräfte
mit pflegerischen Mitteln*

geräumt. Nunmehr entstand die grundsätzliche Frage, ob die Krankenkasse oder der Rentenversicherungsträger zuständig ist, wenn die Kranke bzw. der Kranke in beiden Versicherungszweigen Mitglied ist.

In seiner Entscheidung vom 15. Februar 1978 entschied das BSG^{102*)} „Alkoholentziehungskuren gehören sowohl zum Leistungsbereich der Rentenversicherung als auch zu dem der Krankenversicherung. Welcher Versicherungsträger zur Durchführung einer Rehabilitations-(Teil-)Maßnahme zuständig ist, richtet sich nach der Art der Maßnahme.“

Das Gericht hatte zu berücksichtigen, dass beide Versicherungen für die Behandlung und für medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation bei Krankheiten zuständig sind. Es hatte andererseits die herkömmliche Zuständigkeitsverteilung zu beachten, wonach die Gewährung von Kuren vorrangig den Rentenversicherungsträgern obliegt.

Keine Hilfe bei der Zuordnung konnte das Gericht in dem Zweck der Maßnahme sehen, „denn das Ziel der Krankenversicherung liegt vor allem darin, die Krankheit zu heilen und die Krankheitsfolgen zu beseitigen, und das Ziel der Rentenversicherungsleistung besteht vorrangig in der Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbstätigkeit. Die hier im Streit entstehende Kurbehandlung der Trunksucht dient aber beiden Zwecken gleichermaßen“. Das Gericht hielt als Differenzierungsmaßstab die Frage geeignet, „ob die Maßnahme im Wesentlichen unter der aktiven und fortdauernden, in der Regel äußerlich behandelnden Einwirkung des Arztes auf den Patienten unter Zuhilfenahme der technischen Apparaturen des Krankenhauses und unter ständiger Assistenz, Betreuung und Beobachtung fachlich geschulten Pflegepersonals erfolgt und regelmäßig darauf gerichtet ist, die Krankheit zu bekämpfen und entweder ausschließlich oder doch zumindest in erheblichem Maße den körperlichen Zustand des Patienten zu verbessern. In einem solchen Fall, in dem regelmäßig die pflegerische Tätigkeit der ärztlichen Behandlung untergeordnet ist, wäre die Maßnahme als Krankenhauspflege ... anzusehen und dem Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung zuzuordnen. Ist die Maßnahme hingegen ... vorwiegend darauf gerichtet, den Zustand des Patienten durch seelische und geistige Einwirkung und durch Anwendung von Heilmitteln zu beeinflussen, ihm Hilfestellung zur Entwicklung eigener Abwehrkräfte zu geben, hat die Veränderung des körperlichen Zustandes des Patienten eine zwar nicht unwesentliche, jedoch mehr begleitende Bedeutung und ist die pflegerische Betreuung des Patienten der ärztlichen Behandlung eher nebengeordnet, so liegt es nahe, die Maßnahme ... in dem Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung“ zu sehen.

Das Gericht forderte die Renten- und Krankenversicherungsträger auf, sich zu einigen und empfahl eine prozentuale (!) Kostenverteilung.

*) siehe Kapitel X.

Ergebnis dieser Entscheidung ist die Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 20. November 1978, wonach die Entzugsbehandlung in den Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung und die Entwöhnungsbehandlung in den Bereich der Rentenversicherungsträger fällt. Ist die Patientin bzw. der Patient nur in einer der beiden Versicherungszweige Mitglied, so werden beide Behandlungsformen von dieser übernommen.^{103*)}

Suchtvereinbarung

Während diese Vereinbarung nur die stationäre Behandlung regelt, besteht für den ambulanten Bereich die ebenfalls zwischen Krankenversicherungsträgern und Rentenversicherungsträgern vereinbarte „Empfehlungsvereinbarung über die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger“ (Empfehlungsvereinbarung ambulanter Rehabilitation Sucht, EVARS).

EVARS

Für Niedersachsen bestand für die ambulanten Leistungen die „Rahmenvereinbarung über Leistungen in den Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen für Suchtkranke und Suchtgefährdete“ vom 01.01.1981, die zwischen niedersächsischen Krankenkassen und den niedersächsischen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege abgeschlossen worden war. Ferner war bundesweit die „Empfehlungsvereinbarung über die Förderung der Nachsorge für Abhängigkeitskranke nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung“ (Empfehlungsvereinbarung Nachsorge) vom 18. März 1987 zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern abgeschlossen worden. Die niedersächsische Regelung wurde aufgrund der beiden anderen Vereinbarungen obsolet, die Empfehlungsvereinbarung „Nachsorge“ wurde von der EVARS abgelöst.

*Niedersächsische
Rahmenvereinbarung*

*Empfehlungsvereinbarung
„Nachsorge“*

Die Sozialversicherungsträger verlangen für die Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen spezielle Zusatzqualifikationen auf psychotherapeutischer Grundlage von den Fachkräften. Für die Anerkennung der Curricula ist der Verband der Rentenversicherungsträger zuständig (→ Kapitel IX.).

Zusatzqualifikation

2. Maßnahmen, Einrichtungen und ihre Finanzierung

Bei der Darstellung einzelner Institutionen und ihrer Leistungen wurden vereinzelt auch Finanzierungsfragen behandelt. Hier erfolgt die Darstellung einer Übersicht über die meisten, hier interessierenden Finanzierungsarten, die die Vielschichtigkeit der jeweiligen Haushalte der Hilfeeinrichtungen verdeutlicht und die den damit im Zusammenhang stehenden Verwaltungsaufwand erahnen läßt.

*Eigenbeteiligung
von Hilfesuchenden?*

*) siehe Kapitel X.

2.1 Primärprävention

Primärprävention wird – abgesehen von Schulen – insbesondere erbracht durch Suchtberatungsstellen, die Landesstelle gegen die Suchtgefahren, die Landesstelle Jugendschutz, die Zentrale für Drogenprävention beim Niedersächsisches Landeskriminalamt und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Finanzierung der Suchtberatungsstellen

Suchtberatungsstellen finanzieren sich durch kommunale Zuwendungen, freiwillige Leistungen des Landes und erhebliche Eigenmittel der Träger, die Landesstellen durch Landesmittel und die Bundeszentrale durch Mittel des Bundes.

2.2 Sekundär- und Tertiärprävention

Therapiemotivation Rückfallverhütung

Die Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen und Sozialpsychiatrischen Dienste versuchen, die Suchtkranken zu einer Therapie zu motivieren und sind in Form von Nachsorgegruppen oder in Form von Krisenintervention rückfallverhütend tätig.

Bezüglich der Finanzierung von Selbsthilfegruppen muss zunächst festgehalten werden, dass Selbsthilfe die Einbringung eigener Leistung und eigener Mittel bedeutet.

Die Selbsthilfe erhält Zuwendungen durch die Rentenversicherungsträger und durch Institutionen „vor Ort“, insbesondere durch die betreffenden Kommunen, in denen die jeweiligen Gruppen angesiedelt sind.

Die Suchtberatungsstellen finanzieren sich wie oben unter 2.1 dargelegt. Zusätzliche Mittel aus dem Bereich der Rentenversicherung können durch Abrechnung aufgrund der EVARS erwirtschaftet werden. § 13 (2) der EVARS sieht vor, dass Nachsorgeleistungen, die aufgrund der alten Empfehlungsvereinbarung „Nachsorge“ abrechenbar waren, nunmehr über die EVARS geregelt werden.

Sozialpsychiatrische Dienste finanzieren sich durch kommunale Mittel und Abrechnungen mit Krankenkassen (Ermächtigungen).

2.3 Beratung

Die Mitglieder der Selbsthilfegruppen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Suchtberatungsstellen beraten die Hilfesuchenden u. a. über Erscheinungsbilder, Ursachen und Folgen der Sucht sowie über Hilfemöglichkeiten. Zur Beratung gehört auch die Vermittlung in Suchtberatungsstellen, Fachkliniken, andere Beratungsdienste usw.

Die beratende Tätigkeit ist kostenmäßig abgedeckt aufgrund der Finanzierung, wie sie für die Selbsthilfe (→ oben 2.2) und für die Suchtberatungsstellen (→ oben 2.1) dargestellt sind. Die Sozialpsychiatrischen Dienste finanzieren sich durch kommunale Mittel.

2.4 Therapie/Medizinische Maßnahme zur Rehabilitation/Behandlung

Ambulante Therapie wird in den Suchtberatungsstellen insbesondere in der Form der Sozialtherapie, Gesprächstherapie, systemischen Therapie und Gestalttherapie erbracht. Tätig werden hier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Grundausbildungen insbesondere in Sozialpädagogik (Sozialarbeit) und Psychologie. Medizinische Maßnahmen, insbesondere solche zur Rehabilitation, leisten die Ärztinnen und Ärzte in den Suchtberatungsstellen zusammen mit den Fachkräften aus den Bereichen Psychologie und Sozialpädagogik.

Ambulante Therapien

Die Finanzierung erfolgt einerseits entsprechend der Ausführungen unter 2.1. Hinzu treten für medizinische Maßnahmen Mittel aufgrund der Abrechnung im Rahmen der EVARS und – bei Ermächtigung – der Krankenkassen.

In Sozialpsychiatrischen Diensten erfolgen psychotherapeutische Behandlungen in Abrechnung mit Krankenkassen (Ermächtigungen) bzw. aufgrund kommunaler Mittel.

Des Weiteren behandeln niedergelassene Ärzte und Psychologen Suchtkranke auf Kosten der Krankenkassen.

Stationäre Therapien in Form von Entgiftungsbehandlungen werden als Akutbehandlung in Krankenhäusern auf Kosten der Krankenversicherung, Entwöhnungsbehandlungen in Fachkliniken auf Kosten der Rentenversicherung finanziert.

Stationäre Therapien

2.5 Übergangsangebote/Nachsorge

Die ambulante Nachsorge wird von Selbsthilfegruppen und Suchtberatungsstellen durchgeführt. Die Selbsthilfegruppen arbeiten bzw. finanzieren ihre Arbeit wie hier unter 2.2 dargestellt. Die Suchtberatungsstellen erhalten über die hier unter 2.1 dargestellte Finanzierung hinaus Mittel aus dem Bereich der Rentenversicherung aufgrund der EVARS.

Stationäre Nachsorge als Adaptionstherapie (→ *Kapitel IV., 5.1*) wird durch die Rentenversicherungsträger finanziert.

VII. Forschung und Lehre zu Suchtfragen an den Universitäten und Fachhochschulen in Niedersachsen

Die nachfolgende Darstellung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sie will lediglich – über die Darstellung von Projekten in Hochschulen unter IV 9. hinaus – einen groben Überblick über verschiedene Angebote und Aktivitäten im Bereich „Forschung und Lehre“ geben.

An den beiden niedersächsischen Hochschulkliniken in Göttingen und Hannover ist das Thema „Sucht“ in Forschung, Lehre, Prävention und Therapie vertreten.

■ An der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie der Universität Göttingen wird umfangreich zum Thema Pharmakotherapien bei Heroinabhängigkeit (Methadon und Naltrexon) geforscht. Ferner werden in einem ambulanten Langzeit-Intensivprojekt (ALITA) schwerkranke Alkoholabhängige behandelt. Im Bereich der Lehre werden Medizinstudentinnen und -studenten sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und bei Fortbildungsveranstaltungen über Prävention und Therapie unterrichtet.

*Universitätsklinikum
Göttingen*

■ In der Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover wird außer zu Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit zu Cannabinoid, Ecstasy, Psychedelika und Kokain geforscht bzw. gelehrt.

*Medizinische
Hochschule Hannover*

An den anderen Universitäten und Hochschulen befassen sich ebenfalls eine Reihe von Institutionen mit dem Thema Sucht:

■ An der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg bestehen am Institut für Politikwissenschaft II/Fachbereich 3 (Politik und Gesellschaft) sowohl Lehrangebote als auch Forschungstätigkeiten. Ein regelmäßiges Seminarangebot beschäftigt sich mit schulischer Sucht – und Drogenprävention.

*Carl von Ossietzky
Universität Oldenburg*

Derzeitige Forschungsprojekte beschäftigen sich zum einen mit der Infektionsprophylaxe im Strafvollzug und zum anderen mit der Evaluation von Alkoholentwöhnungsprogrammen (Projekt der Universität und der LVA Oldenburg/Bremen).

Des Weiteren hat hier die wissenschaftliche Begleitforschung zum Niedersächsischen Landesmodellprojekt „Frühhilfe bei Anzeichen der Verfestigung von Drogenkarrieren“ stattgefunden, einem gemeinsamen Projekt des Niedersächsischen Sozial-, Justiz- und Innenministeriums zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Justiz und Drogenhilfe.

■ An der Technischen Universität Braunschweig finden am Institut für Psychologie regelmäßig Lehrveranstaltungen zum Thema Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit statt. Ferner werden Diplomarbeiten, Dissertationen und Forschungsprojekte zu verschiedenen Themen aus dem Suchtbereich betreut, insbesondere zu den Themen Gesundheitsförderung und Suchtprävention, Situation und Versorgung

*Technische Universität
Braunschweig*

- chronisch mehrfachgeschädigter Alkoholiker sowie Qualitätssicherung und Evaluation verschiedener Behandlungsmaßnahmen.
- Universität Hannover* ■ Das Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft an der Universität Hannover bietet im Studienschwerpunkt „Arbeitsfeld betriebliche Suchtprävention“ eine Weiterbildung und Supervision für betriebliche Fachkräfte an. Daneben werden Kurse zur Gesundheitsförderung und betrieblichen Suchtprävention durchgeführt. Betrieben und Behörden wird Beratung und Unterstützung beim Aufbau eines betrieblichen Suchtprogramms angeboten. Außerdem werden Forschungsaufträge und wissenschaftliche Begleitungen durchgeführt.
- Niedersächsische Fachhochschulen* Folgende niedersächsische Fachhochschulen (jeweils Fachbereich Sozialwesen) bieten zum Thema Suchttherapie und Prävention Lehrangebote an:
- Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel in Braunschweig
 - Fachhochschule Hildesheim/Holzminde in Hildesheim
 - Fachhochschule Nordostniedersachsen in Lüneburg
 - Zum Lehrangebot der Fachhochschule Ostfriesland in Emden gehören auch Studienprojekte im Rahmen von Sucht- und Drogenberatung in Ostfriesland (einschließlich Supervision und Praxisbetreuung) und Projektveranstaltungen (Rechtsprobleme/Methoden der Sucht- und Drogenarbeit).
- Weitergehender Forschungsbedarf* In Prävention, Beratung, Therapie und Nachsorge erscheinen viele Fragen wissenschaftlich noch nicht hinreichend geklärt. Dies betrifft sowohl die Erforschung der Ursachen, als auch die Wirkungsweisen von präventiven und therapeutischen Ansätzen. So ist u. a. in folgenden Arbeitsfeldern weitere Forschung nötig bzw. wünschenswert:
- demographische Untersuchungen zum Ausmaß von Suchtmittelmissbrauch und Drogenaffinität, insbesondere unter der Fragestellung nach besonders Gefährdeten bzw. Risikogruppen;
 - zielgruppendifferenzierende Untersuchungen über Ursachen und Therapiemöglichkeiten bei Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere bei Frauen, älteren Menschen, Kindern und Jugendlichen, Migranten, Langzeitarbeitslosen;
 - Evaluation der verschiedenen Arbeitsansätze in Suchtberatung, Therapie und Selbsthilfe zum Zweck der Qualitätssicherung;
 - Evaluation suchtpreventiver Maßnahmen für die verschiedenen Zielgruppen einschließlich der betrieblichen Suchtprävention.

VIII. Adressen von Anbietern für Fort- und Weiterbildung

Für die Tätigkeit in ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtgefährdeten- und Suchtkrankenhilfe, in Selbsthilfegruppen und für die Betriebliche Suchtkrankenhilfe, aber auch für sonst am Thema Interessierte werden Bildungsangebote unter anderem von den nachstehenden Institutionen angeboten. Aufgeführt sind Einrichtungen aus Niedersachsen und angrenzenden Bereichen. Welche Qualifikationen dieser und anderer Institutionen vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger anerkannt sind, ist dort zu erfragen.^{104*)} (→ Kapitel VI., 2.)

1. Sozialtherapie/Suchttherapie

Für Fachkräfte (insbesondere Sozialpädagogen, Psychologen und Pädagogen)

- ▶ Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V., Odeonstr. 14, 30159 Hannover, ☎ 05 11/1 31 64 74
- ▶ Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V., Kurt-Schumacher-Str. 2, 34117 Kassel, ☎ 05 61/10 95 70
- ▶ Institut für Fort- und Weiterbildung an der Katholischen Fachhochschule Norddeutschland, Driverstraße 23, 49377 Vechta, ☎ 0 44 41/92 26-0
- ▶ Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abt. Köln, Wörthstraße 10, 50668 Köln
☎ 02 21/7 75 70

2. Qualifikation für die freiwillige Mitarbeit in der Suchtkrankenhilfe

Für ehrenamtliche Kräfte (insbesondere Angehörige von Abstinenzverbänden, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfegruppen)

- ▶ Evangelische Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen e.V. (ELAS), Ehardstr. 3 A, 30159 Hannover, ☎ 05 11/36 04-2 32
- ▶ Gesellschaft für Suchttherapie und Mitarbeiterfortbildung e.V., Obere Karspüle 10, 37073 Göttingen,
☎ 05 51/48 46 46
- ▶ Landesverband der Vereine für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Steile Straße 17-21, 21682 Stade,
☎ 0 41 41/99 93 13
- ▶ Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsen e.V. Bödekerstr. 16, 30161 Hannover, ☎ 05 11/3 48 41-0 in Verbindung mit dem „Paritätischen Bildungswerk/Landesverband Niedersachsen“ sowie dem „Fachbereich Suchtkrankenhilfe des Paritätischen Niedersachsen“

*) siehe Kapitel X.

- ▶ Guttempler-Bildungswerk, Landesverband Niedersachsen e.V., Kiebitzstraße 16, 27318 Hoya, ☎ 0 42 51/62 95
- ▶ Blaues Kreuz in Deutschland e.V., Landesverband Niedersachsen, Königsberger Str. 55, 29225 Celle, ☎ 0 51 41/4 30 91
- ▶ Kreuzbund e.V., Landesverband Oldenburg, Neuenkirchener Str. 7, 49451 Holdorf, ☎ 0 54 94/3 28
- ▶ Kreuzbund e.V., Diözesanverband Osnabrück, Wachsbleiche 15, 49090 Osnabrück, ☎ 05 41/6 43 39
- ▶ Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen e.V., Landesverband Niedersachsen, Mühlenstraße 6, 26844 Ditzum, ☎ 0 49 02/91 29 30

3. Qualifikation für die betriebliche Arbeit

- ▶ Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft der Universität Hannover, Lange Laube 32, 30159 Hannover, ☎ 05 11/7 62-48 46
- ▶ Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Podbielskistr. 162, 30177 Hannover, ☎ 05 11/6 26 26 60

4. Weitere Schwerpunkte

Die oben genannten Institutionen sowie die nachstehenden bieten Seminare zu weiteren suchtspezifischen Themen an:

- ▶ Heimvolkshochschulen (zu erfragen über Niedersächsischer Landesverband der Heimvolkshochschulen e.V., Warmbüchenstraße 17, 30159 Hannover, ☎ 05 11/32 69 61)
- ▶ Volkshochschulen (zu erfragen über den Landesverband der Volkshochschulen Niedersachsen e.V., Bödekerstraße 16, 30161 Hannover, ☎ 05 11/3 48 41-0)
- ▶ Landesstelle Jugendschutz, Leisewitzstr. 26, 30175 Hannover, ☎ 05 11/85 87 88
- ▶ Landesverband der Elternkreise Drogenabhängiger und –gefährdeter Niedersachsen e.V., Podbielskistr. 162, 30177 Hannover, ☎ 05 11/39 30 30

IX. Literatur

- ▶ Aktivieren – Koordinieren – Vernetzen. Erster Bericht über die Arbeit der Präventionsfachkräfte der Freien Wohlfahrtspflege Niedersachsens, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1995
- ▶ Alkohol- und Medikamenten- Abhängigkeit im Arbeitsalltag. Problematik, Prävention, Intervention, VIII. Niedersächsische Suchtkonferenz, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Niedersächsisches Sozialministerium, Hannover, 1996
- ▶ Alkohol, Schwangerschaft und frühkindliche Schädigung, Niedersächsisches Sozialministerium, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Hannover, 1990
- ▶ Arbeitskreise Sucht und Prävention in Niedersachsen, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1993
- ▶ Bühringer, G./Simon, R, Die gefährlichste psychoaktive Substanz – Epidemiologie zum Konsum und Missbrauch von Alkohol, Psycho, 1992, S. 14,
- ▶ Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hamm, Aktionsplan Alkohol 1997
- ▶ Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hamm, Drogenprävention – Eine Standortbestimmung, Hamm 1983
- ▶ Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Wiederholungsbefragung 1997/1998, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- ▶ Die Kosten ernährungsbedingter Krankheiten, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 179, 1986
- ▶ Drogenaffinitätsstudie: „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“, Wiederholungsbefragung 1993/1994, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1994
- ▶ Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Hrsg: Sebastian Scheerer, Irmgard Vogt unter Mitarbeit von Henner Hess, 1989
- ▶ Edwards, G. (Hrsg.), Alkoholkonsum und Gemeinwohl – Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung, Stuttgart 1997
- ▶ Ein Konzept zur Prävention, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1992
- ▶ Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.), Bonn 1988
- ▶ Fachkommission Psychiatrie, Empfehlungen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen, Nieders. Sozialministerium, Januar 1993
- ▶ Feuerlein, W., Alkoholismus, Stuttgart, New York, 1996
- ▶ Frau und Sucht, Berichtsband der Tagung der Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren vom 27.–29. April 1989 in Hannover, Hamburg, 1990
- ▶ Fuchs, R., Resch, M., Alkohol und Arbeitssicherheit. Arbeitsmanual zur Vorbeugung und Aufklärung, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1996

- ▶ Gerchow, J./Heberle, B., Alkohol-Alkoholismus-Lexikon, Hamburg 1980
- ▶ Göttinger Methadon-Studie. Pharmakogestützte Therapie Heroinabhängiger Abschlußbericht, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Niedersächsisches Sozialministerium, Hannover 1998
- ▶ Grigoleit/ Wenig/ Ziegler, Handbuch Sucht, Band 1 und 2, Sankt Augustin, 1996
- ▶ Handlungsansätze zur Steuerung des Alkoholkonsums, Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe Nr. 60
- ▶ Jahrbuch Sucht 95, Hrsg: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Geesthacht, 1994
- ▶ Jahrbuch Sucht 96, Hrsg: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Geesthacht, 1995
- ▶ Jahrbuch Sucht 97, Hrsg: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Geesthacht, 1996
- ▶ John, U. u. a. Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung, Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit, Band 71, Baden-Baden 1996
- ▶ Jugendalkoholismus und Drogen, Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung abhängigkeitskranker Jugendlicher und junger Erwachsener, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Niedersächsisches Sozialministerium, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Hannover, 1994
- ▶ Jugendstudie 1990/ 91: Konsum von Tabakwaren, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten. Jugendstudie 1990/91, Niedersächsisches Sozialministerium, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Hannover, 1992
- ▶ Kinder stark machen. Ein Projekt der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Zusammenarbeit mit der Evangelischen Fachhochschule für Sozialwesen, Hrsg.: Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Hannover, 1995
- ▶ Kleiber, D. u. a., Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Einflußfaktoren, (Studie über die Jahre 92 – 95), Freie Universität Berlin und Sozialpädagogische Institut Berlin, o. J.
- ▶ Kleinsorge/Zober: Drogen: Probleme bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, in: Arbeitsmedizin. Sozialmedizin. Umweltmedizin. 29, 1994
- ▶ Körkel, J., Rückfall muß keine Katastrophe sein. Ein Leitfaden für Abhängige und Angehörige, Wuppertal, Bern, 1991
- ▶ Körkel, J. Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer, Wuppertal, Bern, 1991
- ▶ Krasney, Otto Ernst, Sozialrechtliche Vorschriften bei der Betreuung Suchtkranker, Kassel, 1992
- ▶ Löser, Hermann, „Die kindliche Entwicklung bei mütterlicher Alkoholkrankheit“, in Alkohol – Konsum und Mißbrauch, Alkoholismus – Therapie und Hilfe, Deutsche Hautstelle gegen die Suchtgefahren, (Hrsg.), Freiburg im Breisgau, 1996

- ▶ Lust auf Leben. Gemeindenahe Prävention in der Schule und im Stadtteil, Materialien zur Suchtprävention 4, Hrsg.: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, Hannover
- ▶ Maier, H./Tisch, M. „Chronischer Alkoholkonsum – Ein Hauptrisiko für Krebserkrankungen des oberen Atmungs- und Verdauungstraktes“ in Alkoholmissbrauch und Folgeschäden – VII. Niedersächsische Suchtkonferenz, Nieders. Sozialministerium Hannover Jan. 1996
- ▶ Mambo Mortale. Materialien zur Suchtprävention. Projektdokumentation, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 1990
- ▶ Mäxchen, trau dich! Arbeitsmaterialien zur Suchtvorbeugung im Kindergarten, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen und Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg, Hannover, Stuttgart 1995
- ▶ Methadon-gestützte Psycho-/Sozialtherapie für Heroinabhängige, Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Niedersächsisches Sozialministerium, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Hannover 1997
- ▶ Nette, A., Medikamentenprobleme in der Arbeitswelt. Ein Handbuch für die betriebliche Praxis, Frankfurt, 1995
- ▶ Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Übergangseinrichtungen: Konzepte – Ausstattung – Finanzierung, Hannover 1990
- ▶ Pörksen, N., „Alkoholabhängige in Hilfesystemen“, in Alkohol -Konsum und Mißbrauch, Alkoholismus – Therapie und Hilfe, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Freiburg im Breisgau 1996
- ▶ Probleme mit Medikamenten im Arbeitsleben. Ergebnisse einer Recherche, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Niedersächsisches Sozialministerium, Hannover, 1992
- ▶ Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
- ▶ Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland / – Schriftliche Erhebung 1995 – Tabellen für Niedersachsen, Institut für Therapieforchung IFT, München 1996
- ▶ Repräsentativerhebung 1995: „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland – Schriftliche Erhebung 1995“, Institut für Therapieforchung IFT, München 1996
- ▶ Reinhold, W., Kosten-Nutzen-Analyse für das stationäre Drogentherapiekonzept der therapeutischen Gemeinschaft Wilschenbruch. Eine Modellstudie zur Ermittlung der einzel- und gesamtwirtschaftlichen Vorteilhaftigkeit von stationären Drogentherapiekonzepten, Diplomarbeit, Tostedt, 1996
- ▶ Saunders, J.B.; Aasland, O.G., WHO-Collaborative project on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report on Phase I.; Development of a screening instrument, WHO-Devison of Mental Health, Geneva 1987

- ▶ Scheerer, S., Sucht , Hamburg, 1995
- ▶ Simon, R. u. a., Suchtbericht Deutschland 1997, Hohengehren 1997
- ▶ Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen, Hefte 21 u. 22 (Dez. 1994), Hefte 23 u. 24 (Jan. u. März 1994), vor dem Kaiserdom 10, 38154 Königslutter
- ▶ Sucht hat viele Ursachen, AOK Medienpaket Drogenvermeidung, AOK Bundesverband, 1993
- ▶ Sucht im Alter, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Niedersächsisches Sozialministerium, Hannover, 1991
- ▶ Sucht im Alter. Prävention und Hilfe für alte Menschen, Berichtsband der Tagung der NLS vom 29. Juni 1994 in Hannover, Hrsg.: Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1994
- ▶ Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Freiburg im Breigau: Lambertus 1998
- ▶ Sucht und Betrieb. Informationen der Betriebskrankenkassen zur Suchtproblematik, Essen, März 1994
- ▶ Suchtberatung für Frauen mit dem Schwerpunkt: Schwangere und Mütter mit kleinen Kindern. Abschlußbericht eines Modellprojektes, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Niedersächsisches Sozialministerium, Hannover, 1994
- ▶ Suchtprävention – Fortbildungen für Erzieherinnen und Erzieher – Bausteine, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Hannover, 1996
- ▶ Suchtprobleme im Betrieb. Alkohol, Medikamente, illegale Drogen. Hrsg: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sankt Augustin, Deutscher Verkehrssicherheitsrat, Bonn, 1995
- ▶ Topel, H., Euphorie und Dysphorie – Zur Neurobiologie der Stimmungen und des Suchtverhaltens, (Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Nr. 5) Bonn 1991
- ▶ Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd.13, Baden-Baden, 1992
- ▶ „Vier wie ihr“ , Medienpaket für die Suchtprävention, Hrsg. Niedersächsisches Frauenministerium
- ▶ Wienemann, E., Aktuelle Entwicklungen und Ansätze im Bereich betrieblicher Suchtprävention, in: Suchtprävention als Herausforderung für die Unternehmensleitung und die Beschäftigten, Dokumentation einer Tagung des Büros für Suchtprävention im Januar 1996 in Hamburg, Hamburg, 1996
- ▶ Zum Beispiel: Suchtprävention in Niedersachsen: Geschlechtsspezifische Projekte in der Suchtprävention, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Hannover, 1996

Literatur- und Materiallisten verschicken u. a.

- ▶ Niedersächsische Stellen gegen die Suchtgefahren, Podbielskistr. 162, 30177 Hannover
- ▶ Landesstelle Jugendschutz, Leisewitzstr. 27, 30175 Hannover

X. Anmerkungen

- ¹ Stoffe, die auf das zentrale Nervensystem einwirken
- ² Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD); Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM)
- ³ BSG, Urteil vom 18.6.1968 (BSGE 28, 114)
- ⁴ Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Aktionsplan Alkohol
- ⁵ Als Designerdrogen wurden früher nur jene künstliche Suchtstoffe bezeichnet, die die erwünschte Wirkung verursachten, aber nicht unter das Verbot des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) fielen, welches die verbotenen Stoffe genau definiert. Mittlerweile wird der Begriff auch für künstliche Substanzen benutzt, die unter das BtMG fallen
- ⁶ Feuerlein, Alkoholismus, 1996, S. 16
- ⁷ Gerchow, S. 24
- ⁸ Siehe zu den Ausführungen über hirnpysiologische Vorgänge: Topel
- ⁹ Siehe den Überblick bei Simon
- ¹⁰ Beispielsweise werden bei der Berechnung des Alkoholgehalts einzelner Getränkearten unterschiedliche Werte zugrundegelegt. Die DHS verwendet für Bier 4,4 %, für Wein/Sekt 12 % und für Spirituosen 38 %, der Bundesverband der Deutschen Spirituosenindustrie verwendet dagegen die Werte 4 %/10% und 36 % (Jahrbuch Sucht '96 / S. 24f.)
- ¹¹ Repräsentativerhebung 1995
- ¹² Errechnet von Poser (Universität Göttingen)
- ¹³ Auf Niedersachsen übertragener Bundeswert
- ¹⁴ S. Simon Seite 232 (Umrechnung der Anhaltzahlen „harter Kern“)
- ¹⁵ Repräsentativerhebung 1995, Tabellen für Niedersachsen
- ¹⁶ 1.) Jahrbuch Sucht '97
2.) Repräsentativerhebung 1995
- ¹⁷ 1.) Jugendstudie 1990/91
2.) Jugendalkoholismus und Drogen, 1994
- ¹⁸ Drogenaffinitätsstudie 1993/1994 S.10, vgl. Tabellenanhang, S. 72
- ¹⁹ Repräsentationserhebung 1997
- ^{19a} Drogenaffinitätsstudie 1997/1998
- ²⁰ Repräsentativerhebung 1995/ Tabellen f. Niedersachsen: S.16
- ²¹ Niedersächsisches Ärzteblatt 1995
- ²² Jugendstudie 1990/91, vgl. auch „Vier wie ihr“, Medienpaket für die Suchtprävention, Begleitheft zum Videofilm S. 11
- ²³ Jahrbuch Sucht 96, S. 98 ff.
- ²⁴ Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Jahrbuch 2001, S. 17
- ²⁶ Saunders
- ²⁷ Drogenaffinitätsstudie 1993/1994
- ²⁸ Jugendstudie 90/91, S. 36
- ²⁹ Jugendstudie 90/91, S. 43
- ³⁰ Edwards, S. 6
- ³¹ Löser, S. 68
- ³² Maier/Tisch, S. 37

- 33 Jahrbuch Sucht 95, S. 31
- 34 G. Richter, in „Alkoholmissbrauch und Folgeschäden“, S. 21
- 35 Jugendstudie 90/91, S.79
- 36 Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Jahrbuch 1995, S. 73
- 37 „Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential“, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 13, 1992
- 38 Drogenaffinitätsstudie 1993/1994, S. 56
- 39 Drogenaffinitätsstudie 1993/1994, S. 91
- 40 Drogenaffinitätsstudie 1993/1994, S. 61
- 41 Jugendstudie 90/91, S. 71
- 42 vgl. Beschluß des BVerfG vom 09.03.94/ Jahrbuch Sucht 97/ S. 57; Kleiber, S. 10
- 43 Jugendstudie 90/91, S. 66
- 44 Jugendstudie 90/91, S. 66
- 45 vgl. Drogenaffinitätsstudie 1993/1994, S. 52
- 46 Jugendstudie 90/ 91, S. 71:
- 47 Steinbach/Wienemann, Probleme mit Medikamenten im Arbeitsleben, 1992
- 48 Kleinsorge/Zober: Drogen: Probleme bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, in: Arbeitsmedizin. Sozialmedizin. Umweltmedizin. 29 (1994), S. 486–489
- 49 Fuchs/Resch, Alkohol und Arbeitssicherheit. Arbeitsmanual zur Vorbeugung und Aufklärung, 1996
- 50 Nette, Medikamentenprobleme in der Arbeitswelt
- 51 Drogenmissbrauch und Verkehrsgefährdung, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Nieders. Sozialministerium, Hannover 1997
- 52 Bühringer (1992) S. 17
- 53 Suchtprobleme im Betrieb. Alkohol, Medikamente, illegale Drogen, S. 96
- 54 „Die Kosten ernährungsbedingter Krankheiten“, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit Bd. 179, 1986
- 55 Reinhold, Kosten-Nutzen-Analyse für das stationäre Drogen-therapiekonzept der therapeutischen Gemeinschaft Wilschenbruch. Eine Modellstudie zur Ermittlung der einzel- und gesamtwirtschaftlichen Vorteilhaftigkeit von stationären Drogen-therapiekonzepten, Diplomarbeit (Gutachter Sturm und Kowalewski) Fachhochschule Nordostniedersachsen, Fachbereich Wirtschaft, Lüneburg, 1996
- 56 Nikotin-Broschüre/Barmer Ersatzkasse/ohne Datum
- 57 Jugendberatung Oldenburg, Huntestr. 20; Festschrift zur 25-Jahres-Feier
- 58 Siehe z. B.: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren; Drogenprävention, S. 10
- 59 vgl. Handlungsansätze zur Steuerung des Alkoholkonsums, Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe Nr. 60
- 60 S. Griffith Edwards, Seite 95 ff.

- ⁶¹ Handlungsansätze zur Steuerung des Alkoholkonsums, Regionale Veröffentlichungen der WHO, Europäische Schriftenreihe Nr. 60, S. 21
- ⁶² Jahrbuch Sucht 97, S. 13 und S.20
- ⁶³ Siehe Bundestagsdrucksache 9/27 S. 25 f.
- ⁶⁴ Siehe Richtlinien zur Anwendung des § 31 a Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes und zur Bearbeitung von Ermittlungsverfahren in Strafsachen gegen Betäubungsmittelkonsumenten; gem. Rd.Erl. d. MJ und d. MI vom 24.11.1994; Nds Rpfl. S. 351
- ⁶⁵ NJW 1994 S. 1577
- ⁶⁶ Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen an Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und -gefährdete, Rd.Erl. d. MFAS v. 11.01.1999, Nds. MBl. S. 139
- ⁶⁷ Broschürenhinweis: Aktivieren – Koordinieren – Vernetzen. Erster Bericht über die Arbeit der Präventionsfachkräfte der Freien Wohlfahrtspflege Niedersachsens, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren.
- ⁶⁸ Gemeinsamer Erlaß von Kultusministerium, Sozialministerium, Ministerium des Innern und Ministerium der Justiz, Schulverwaltungsblatt 1992 S. 201, ergänzt durch den Aufsatz „Suchtprävention und Verhalten bei Suchtproblemen“, Schulverwaltungsblatt 1992 S. 215
- ⁶⁹ Runderlaß des Kultusministeriums – im Einvernehmen mit dem Frauenministerium –, Nieders. Ministerialblatt 1994 S. 335
- ⁷⁰ Broschürenhinweise: a) Mäxchen, trau dich! Arbeitsmaterialien zur Suchtvorbereitung im Kindergarten, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen und Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg, 1995; b). Suchtprävention – Fortbildungen für Erzieherinnen und Erzieher – Bausteine, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1996
- ⁷¹ Broschürenhinweis: Kinder stark machen. Ein Projekt der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Zusammenarbeit mit der Evangelischen Fachhochschule für Sozialwesen, Hannover 1995
- ⁷² Broschürenhinweis: Ein Konzept zur Prävention, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1992
- ⁷³ Broschürenhinweise: a) Mambo Mortale, Materialien zur Suchtprävention 1. Aufsätze, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen; b) Ein Konzept zur Prävention, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1992
- ⁷⁴ Broschürenhinweis: Lust auf Leben, Gemeindenahe Prävention in der Schule und im Stadtteil, Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen
- ⁷⁵ Broschürenhinweis: Zum Beispiel: Suchtprävention in Niedersachsen: Geschlechterspezifische Projekte in der Suchtprävention, Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren, 1996
- ⁷⁶ Broschürenhinweis: „Das gleiche ist nicht dasselbe. Geschlechterspezifische Suchtprävention mit Mädchen, Und mit Jungen?“. Dokumentation der norddeutschen Fachtagungen

- am 29. und 30.08.1996 in Hamburg, Hrsg.: Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren
- ⁷⁷ Beispiele: Haschisch-Broschüre und Faltblatt „Ravers Guide“ (zu den Ecstasy - Drogen) herausgegeben von der Jugend- und Drogenberatungsstelle Hannover (drobs)
- ⁷⁸ Broschürenhinweis: Suchtprävention – Fortbildungen für Erzieherinnen und Erzieher – Bausteine, Niedersächsische Landesstelle gegen Suchtgefahren, 1996
- ⁷⁹ Prävention und Hilfe bei Sucht- und Missbrauchsproblemen in der Landesverwaltung, Gemeinsamer Runderlass des Nieders. Sozialministeriums und der übrigen Ministerien vom 19.01.1998 (Az.: 406.2 – 41585-23.1), Nds. Ministerialblatt Nr. 10/1998. S. 413
- ⁸⁰ Nieders. Sozialministerium, Prävention und Hilfe bei Sucht- und Mißbrauchsproblemen in der Niedersächsischen Landesregierung: Rahmenempfehlung zur Suchtprävention und Suchthilfe in der nds. Landesverwaltung; Beispiel für eine Dienstvereinbarung; Beispiel für einen Stufenplan für den Umgang mit suchtmittelauffälligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern; Überlegungen zur Einrichtung der internen Suchtprävention und -hilfe. Hannover, März 1998
- ⁸¹ Broschürenhinweis: Suchtprobleme im Betrieb. Alkohol, Medikamente, illegale Drogen. Hrsg.: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, St. Augustin, Deutscher Verkehrssicherheitsrat, Bonn
- ⁸² Wienbergsches Modell; siehe Pörksen, S. 186
- ⁸³ Broschürenhinweis: Suchtberatung für Frauen mit dem Schwerpunkt: Schwangere und Mütter mit kleinen Kindern, Abschlussbericht des Modellprojekts, Niedersächsisches Sozialministerium, Berichte zur Suchtkrankenhilfe
- ⁸⁴ Sie Fachkommission Psychiatrie Anhang, Ergebnisse einer Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste, Seite 11
- ⁸⁵ Einrichtungsbezogenes Informationssystem, EBIS-AG bei der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hamm. Daneben besteht – auch in Niedersachsen – das Dezentrale Statistik-System (DESTAS) des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (Frankfurt am Main) in Verbindung mit dem Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hannover)
- ⁸⁶ Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen, Hefte 21–24
- ⁸⁷ Gesetz zur Umsetzung des Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung der Rentenversicherung und Arbeitsförderung
- ⁸⁸ Dies würde – wegen des absolut geringeren Frauenanteils bei allen gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen – zu vermehrt männerspezifischen Einrichtungen führen, was in Kauf zu nehmen wäre.
- ⁸⁹ Siehe auch: Nieders. Landesstelle gegen die Suchtgefahren; Übergangseinrichtungen, S. 2
- ⁹⁰ Empfehlungen der Expertenkommission, S. 494 ff.

- ⁹¹ In den Jahresberichten 1990 u. 1991 der Nieders. Landesstelle gegen die Suchtgefahren ist von ca. 1.800 bzw. 1.150 Personen die Rede. Spätere Jahresbericht treffen dazu keine Aussage
- ⁹² Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien), Anlage 1, Nr. 2 i.F.v. 16. Febr. 1994 „Richtlinien zur Methadon-Substitutionsbehandlung bei i.v. Heroinabhängigen“, Deutsches Ärzteblatt 1994, S. A985
- ⁹³ Methadon-gestützte Psycho-/Sozialtherapie für Heroinabhängige, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Nds. Sozialministerium, Hannover, Februar 1997
- ⁹⁴ Göttinger Methadonstudie, Pharmakogestützte Therapie Heroinabhängiger, Abschlussbericht, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Nieders. Sozialministerium, Hannover 1998
- ^{94a} Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft, S. 254 ff.
- ⁹⁵ Betreuungs- und Therapiemodelle für Suchtkranke in Niedersachsen, X. Nieders. Suchtkonferenz, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Nieders. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Hannover 1998
- ⁹⁶ Siehe Frühhilfe bei Anzeichen für die Verfestigung von Drogenkarrieren, Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung zum Landesmodellprojekt, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Nieders. Sozialministerium, Hannover 1997
- ⁹⁷ Göttinger Methadonstudie, Pharmakogestützte Therapie Heroinabhängiger, Abschlussbericht, Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Nieders. Sozialministerium, Hannover 1998
- ⁹⁸ Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16. Juni 1997, Nds. GVBl. S. 272
- ⁹⁹ Nach John (Seite 26 ff.) wurden ungefähr 20 % der stationären Patientinnen und Patienten einer deutschen Allgemeinklinik und ca. 11 % in den örtlichen Arztpraxen als alkoholabhängig diagnostiziert
- ¹⁰⁰ Zu erwähnen ist beispielsweise das Spannungsverhältnis zwischen Informationsrecht der Allgemeinheit und dem Persönlichkeitsrecht des Einzelnen oder zwischen der Pflicht des Strafgerichts zur Sachverhaltsaufklärung und dem Zeugnisverweigerungsrecht der Familienangehörigen der Beschuldigten.
- Solche Widersprüche können logisch aufgelöst werden, wenn die widerstreitenden Interessen abgewogen werden und eine davon den Vorrang erhält bzw. wenn nicht alle Menschen miteinander unterschiedslos verglichen werden, sondern entsprechend der Unterschiede spezielle und realistische Maßstäbe geschaffen werden. So muß man auch die Gruppe der Nicht-Süchtigen und die Gruppe der Süchtigen jeweils einzeln und ihrer Eigenart entsprechend betrachten und jeweils spezielle Regelungen für sie schaffen.

¹⁰¹ Rahmenplan für den Aufbau von regionalen Arbeitskreisen „Sucht und Prävention“ vom 12.01.1993

In Niedersachsen bestehen verschiedene regionale Arbeitskreise, die sich mit Fragestellungen aus den Bereichen von Sucht und Prävention befassen. Dabei zeigt sich, daß bei guter regionaler, institutioneller und personeller Strukturierung erfolgreich gearbeitet werden kann.

Unter Berücksichtigung bisheriger Erfahrungen wird für die Tätigkeit und den weiteren Auf- und Ausbau derartiger Kreise nachstehender Rahmenplan zur Umsetzung empfohlen.

1. Auf kommunaler Ebene werden fachlich orientierte Arbeitskreise „Sucht und Prävention“ gegründet.
2. In den Arbeitskreisen „Sucht und Prävention“ sollten Vertreterinnen und Vertreter z. B. aus folgenden Bereichen arbeiten:
 - Politik und Verwaltung (z. B. Gesundheit, Frauen, Jugend, Umwelt, Soziales)
 - Schulen, Eltern und Schülervertretungen
 - Jugend- und Sportverbände, Jugendeinrichtungen
 - Kranen- und Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften
 - Ambulante sowie stationäre Einrichtungen (z. B. Beratungsstellen, Krankenhäuser, Fachkliniken)
 - Selbsthilfegruppen
 - Frauengruppen
 - Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände
 - Parteien, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, freie Initiativen, Behindertenorganisationen
 - Bildung und Forschung
 - verschiedene Berufsgruppen (z.B. aus Medizin, Pharmazie, Justiz, Sozialarbeit, Bewährungshilfe, Gastronomie und Städteplanung)
 - Bundeswehr und Zivildienstorganisationen
 - Arbeitsamt
 - Polizei
3. Aufgaben der Arbeitskreise „Sucht und Prävention“ könnten sein (ggf. werden die Aufgaben von Unterarbeitskreisen wahrgenommen):
 - Situationsanalyse
 - Planung
 - Anregung, Begleitung und Auswertung von Maßnahmen
 - Koordination von Aktivitäten
 - Information der Arbeitskreismitglieder
 - Öffentlichkeitsarbeit
 - Organisation von Fortbildungsveranstaltungen für die verschiedenen Personengruppen
4. Für die organisatorische Abwicklung der Arbeit und die Sicherstellung von Kontinuität und Effektivität muß eine Federführung gewährleistet sein, über die der jeweilige Arbeitskreis „Sucht und Prävention“ selbst entscheidet.

Die Zusammenarbeit mit ähnlichen Arbeitskreisen ist anzustreben. Für besondere Themen und Schwerpunkte können eigene Arbeitsgruppen gebildet bzw. vorhandene Arbeitsgruppen einbezogen werden.

Sollten Entscheidungsträger thematisch und strukturell umfassendere Zusammenschlüsse für die regionale Koordinierung im Arbeitsfeld „Gesundheit“ bilden und insbesondere mit Kompetenzen ausstatten, so bieten sich die hier beschriebenen Arbeitskreise ihrerseits als Arbeitsgruppen an.

¹⁰² BSGE 46,41

¹⁰³ Siehe zu den obigen Ausführungen Krasney

¹⁰⁴ Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR),
60322 Frankfurt/Main, Eyseneckstr. 55,
☎ 0 69/15 22-0



XI. Karten, Listen und Anschriften von Hilfeangeboten

- ▶ Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, Abstinenzverbände und Selbsthilfeorganisationen, Fachstelle
- ▶ Sucht- und Drogenberatungsstellen
- ▶ Niedrigschwellige Angebote
- ▶ Spezialisierte Entzugsangebote
- ▶ Fachkliniken zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen
- ▶ Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige
- ▶ Betreutes Wohnen
- ▶ Adaptionseinrichtungen
- ▶ Stationäre Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängige
- ▶ Motivationsangebote für Suchtkranke in stationären Einrichtungen gem. § 72 BSHG

Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, Abstinenzverbände, Selbsthilfeorganisationen

Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege

(soweit Suchthilfeeinrichtungen bestehen)

Arbeiterwohlfahrt
Niedersachsen

Landesarbeitsgemeinschaft
Körtingsdorfer Weg 8
30455 Hannover
☎ 05 11/4 95 20

Arbeiterwohlfahrt
Bezirksverband
Braunschweig e.V.
Peterskamp 21
38108 Braunschweig
☎ 05 31/3 90 80

Arbeiterwohlfahrt
Bezirksverband
Hannover e.V.
Körtingsdorfer Weg 8
30455 Hannover
☎ 05 11/4 95 20

Arbeiterwohlfahrt
Bezirksverband
Weser-Ems e.V.
Klingenbergstraße 73
26133 Oldenburg
☎ 04 41/4 80 10

Caritasverband für die
Diözese Hildesheim e.V.
Mühlenstraße 24
31134 Hildesheim
☎ 0 51 21/93 80

Caritasverband für die
Diözese Osnabrück e.V.
Johannisstraße 91
49074 Osnabrück
☎ 05 41/34 10

Landescaritasverband
für Oldenburg e.V.
Oldenburger Straße 10
49377 Vechta
☎ 0 44 41/87 07-0

PARITÄTISCHER
Niedersachsen e.V.
Fachbereich Sucht
St.-Viti-Straße 22
29525 Uelzen
☎ 05 81/9 70 70

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband
Niedersachsen e.V.
Erwinstraße 7
30175 Hannover
☎ 05 11/28 00 00

Deutsches Rotes Kreuz
Landesverband Oldenburg e.V.
Kaiserstraße 13–15
26122 Oldenburg
☎ 04 41/92 17 90

Diakonisches Werk der
Ev.-luth. Landeskirche in
Braunschweig e.V.
Klostergang 66
38104 Braunschweig
☎ 05 31/37 03 00-0

Diakonisches Werk der Ev.-luth.
Landeskirche Hannovers e.V.
Ebhardtstraße 3 A
30159 Hannover
☎ 05 11/36 04-232

Diakonisches Werk der
Ev.-ref. Kirche in
Nordwestdeutschland
Saarstraße 6
26789 Leer
☎ 04 91/91 98-0

Diakonisches Werk der Ev.-
luth. Kirche in Oldenburg e.V.
Kastanienallee 9–11
26121 Oldenburg
☎ 04 41/21 00 10

Diakonisches Werk der
Ev.-luth. Landeskirche
Schaumburg-Lippe e.V.
Bahnhofstraße 16
31655 Stadthagen
☎ 0 57 21/7 60 81

Abstinenzverbände und Selbsthilfeorganisationen

Anonyme Alkoholiker e.V.
Kontaktstellen:
Große Barlinge 66
30171 Hannover
☎ 05 11/1 92 95, 9 80 55 14
(jeweils 18.30–21:30 Uhr)

Ingoldstädter Straße 68 a
80939 München
☎ 0 89/3 16 43 43 +
3 16 95 00

Blaues Kreuz in Deutschland e.V.
Landesverband Niedersachsen
Königsberger Straße 55
29225 Celle
☎ 0 51 41/4 30 91

Deutscher Guttempler-Orden
(IOGT),
Landesverband Niedersachsen e.V.
Kiebitzstraße 16
27318 Hoya
☎ 0 42 51/62 95

Freundeskreise
für Suchtkrankenhilfe
Landesverband Niedersachsen e.V.
Industriestraße 50
49191 Belm
☎ 0 54 06/27 57

Kreuzbund e.V.
Diözesanverband Osnabrück
Wachsbleiche 15
49090 Osnabrück
☎ 05 41/6 43 39

Kreuzbund e.V.
Diözesanverband Hildesheim
Altenbekener Damm 43
30173 Hannover
☎ 05 11/88 02 72

Kreuzbund e.V.
Landesverband Oldenburg
Neuenkirchener Straße 7
49451 Holdorf
☎ 0 54 94/3 28

Landesverband der Vereine
für Sozialmedizin in
Niedersachsen e.V.
Steile Straße 17-21
21682 Stade
☎ 0 41 41/99 93-0

Landesverband der Elternkreise
Drogenabhängiger und
-gefährdeter Niedersachsen e.V.
Podbielskistraße 162
30177 Hannover
☎ 05 11/39 30 30

Fachstelle

Niedersächsische Landesstelle
gegen die Suchtgefahren
Podbielskistraße 162
30177 Hannover
☎ 05 11/6 26 26 60

AWO	Arbeiterwohlfahrt
CV	Caritasverband
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DW	Diakonisches Werk
Komm.Tr.	Kommunaler Träger
PARITÄT	PARITÄTISCHER NIEDERSACHSEN e.V.

Sucht- und Drogenberatungsstellen

*Bezirksregierung
Braunschweig*

Kreisfreie Stadt Braunschweig

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Jasperallee 23
38102 Braunschweig
☎ 05 31/33 80 96/7

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Kurt-Schumacher-Straße 26
38102 Braunschweig
☎ 05 31/22 09 00

Suchtberatungsstelle des
PARITÄTISCHEN
Hinter Brüdern 1
38100 Braunschweig
☎ 05 31/24 02 40

Kreisfreie Stadt Salzgitter

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Berliner Straße 28-30
38226 Salzgitter
☎ 0 53 41/6 10 41

Drogenberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Lichtenberger Straße 5
38226 Salzgitter
☎ 0 53 41/6 71 61/2

Kreisfreie Stadt Wolfsburg

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Goethestraße 11
38440 Wolfsburg
☎ 0 53 61/1 28 08

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Lessingstraße 27
38440 Wolfsburg
☎ 0 53 61/27 90-0

Landkreis Gifhorn

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Steinweg 1
38518 Gifhorn
☎ 0 53 71/5 71 75

Nebenstelle:
Bahnhofstraße 25
29378 Wittingen
☎ 0 58 31/16 66

Landkreis Göttingen

Suchtberatungsstelle
des Caritasverbandes
Schützenring 1
37115 Duderstadt
☎ 0 55 27/98 13 17

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Obere Karspüle 10
37073 Göttingen
☎ 05 51/48 46 46

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Schillerstraße 21
37083 Göttingen
☎ 05 51/7 20 51

Nebenstelle:
Ziegelstraße 16
34346 Hann.-Münden
☎ 0 55 41/98 19 20

Drogenberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Mauerstraße 3
37073 Göttingen
☎ 05 51/4 50 33

Landkreis Goslar

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Am Lindenplan 1
38640 Goslar
☎ 0 53 21/2 60 59

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Breite Straße 76
38640 Goslar
☎ 0 53 21/2 08 62

Nebenstelle:
Am Graben 4
38723 Seesen
☎ 0 53 81/49 18 90

Landkreis Helmstedt

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Poststraße 5a
38350 Helmstedt
☎ 0 53 51/42 40 30
☎ 0 53 51/42 80 30

Landkreis Northeim

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Schlachthausweg 25
37154 Northeim
☎ 0 55 51/2 67/2

Landkreis Osterode

Suchtberatungsstelle des
Diakonischen Werkes
Juesseestraße 17
37412 Herzberg a. Harz
☎ 0 55 21/69 19

Nebenstelle:
Schloßplatz 2
37520 Osterode a. Harz
☎ 0 55 22/7 37 36

Landkreis Peine

Suchtberatungsstelle des
Diakonischen Werkes
Zehnerstraße 6
31226 Peine
☎ 0 51 71/58 49 90

Landkreis Wolfenbüttel

Suchtberatungsstelle des
Diakonischen Werkes
Dr. Heinrich-Jasper-Straße 5
38304 Wolfenbüttel
☎ 0 55 31/29 85 56

Bezirksregierung Hannover

Landeshauptstadt Hannover

Abhängigenambulanz der
Psychiatrischen Poliklinik I
der Medizinischen Hochschule
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
☎ 05 11/5 32-31 67

Suchtberatungsstelle
des Caritasverbandes
Gruppenstraße 8
30159 Hannover
☎ 05 11/27 07 39-80

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Burgstraße 10
30159 Hannover
☎ 05 11/36 87-1 48

Nebenstelle:
Suchtberatung für Frauen
Goethestraße 29
30169 Hannover
☎ 05 11/16 11 69

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Lemförderstraße 2
30169 Hannover
☎ 05 11/9 89 31 25

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Odeonstraße 14
30159 Hannover
☎ 05 11/70 14 60

Drogenberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Steintorfeldstraße 11
30161 Hannover
☎ 05 11/33 61 17 30

Drogenberatungsstelle
PRISMA
Am Südbahnhof 38
30171 Hannover
☎ 05 11/9 21 75-0

Landkreis Diepholz

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Hinterstraße 15
49356 Diepholz
☎ 0 54 41/98 79 20

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Bahnhofstraße 29
28816 Stuhr
☎ 04 21/89 32 33

Nebenstellen:
Kirchstraße 8
27211 Bassum
☎ 0 42 41/45 80

Heimatstube
27305 Bruchhausen-Vilsen
☎ 0 42 52/15 41

Lange Straße 56
49356 Diepholz
☎ 0 54 41/38 22

Amselweg 6
27232 Sulingen
☎ 0 42 71/14 00

Bremer Weg 2
28857 Syke
☎ 0 42 42/6 04 33

Leester Straße 95
28844 Weyhe
☎ 04 21/89 50 50

Suchtberatungsstelle
des Caritasverbandes
Steller Straße 22
27239 Twistringen
☎ 0 42 43/89 88
☎ 0 42 43/20 58

Landkreis Hameln-Pyrmont

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Hermannstraße 5
31785 Hameln
☎ 0 51 51/94 00 00

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Platzstraße 5 A
31785 Hameln
☎ 0 51 51/76 67

Landkreis Hannover

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Deisterplatz 2
30890 Barsinghausen
☎ 0 51 05/51 58 55

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Schillerslager Straße 9
31303 Burgdorf
☎ 0 51 36/89 73 30

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Kiefernweg 2
30880 Laatzen
☎ 05 11/82 76 02

Nebenstellen:
Corvinusplatz 2
30982 Pattensen
☎ 0 51 01/1 21 00
Pastor-Schmedes-Straße 6
31832 Springe
☎ 0 50 41/97 06 38

Suchtberatungsstelle
des Caritasverbandes
Am Osterberge 1
30823 Garbsen
☎ 0 51 37/7 88 59

Landkreis Hildesheim

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Heinzestraße 38
31061 Alfeld
☎ 0 51 81/2 48 39
☎ 0 51 81/70 72 59

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Jakobstraße 28
31134 Hildesheim
☎ 0 51 21/17 29 74
Suchtberatungsstelle
des Caritasverbandes
Pffafenstieg 12
31134 Hildesheim
☎ 0 51 21/16 77 31-32

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Theaterstraße 2
31141 Hildesheim
☎ 0 51 21/16 75 20

Nebenstellen:
Bürgermeister-Sander-Str. 10
31167 Bockenem
☎ 0 50 67/68 11

Neustadt 1
31157 Sarstedt
☎ 0 50 66/6 48 00

Landkreis Holzminden

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Haarmannplatz 6
37603 Holzminden
☎ 0 55 31/50 49

Landkreis Nienburg

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Bahnhofstraße 3
31582 Nienburg/Weser
☎ 0 50 21/9 73 50

Landkreis Schaumburg

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Bahnhofstraße 16
31655 Stadthagen
☎ 0 57 21/99 30 20

Drogenberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Bahnhofstraße 16, 1. Etage
31655 Stadthagen
☎ 0 57 21/99 30 30

Nebenstelle:
Bäckerstraße 8
31737 Rinteln
☎ 0 57 51/96 21 18

*Bezirksregierung
Lüneburg*

Landkreis Celle

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Fritzenwiese 117
29221 Celle
☎ 0 51 41/9 92 91-50

Landkreis Cuxhaven

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Reinekestraße 12
27472 Cuxhaven
☎ 0 47 21/3 70 67

Landkreis Harburg

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Am Langen Sal 1
21244 Buchholz
☎ 0 41 81/40 00

Landkreis Lüchow- Dannenberg

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Marschtorstraße 44
29451 Dannenberg
☎ 0 58 61/49 49

Landkreis Lüneburg

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Heiligengeiststraße 19
21335 Lüneburg
☎ 0 41 31/4 50 55

Landkreis Osterholz

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Kirchenstraße 5
27711 Osterholz-Scharmbeck
☎ 0 47 91/8 06 80

Landkreis Rotenburg

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Bahnhofstraße 16
27432 Bremervörde
☎ 0 47 61/7 09 19

Nebenstellen:

Soltauer Straße 25
27356 Rotenburg
☎ 0 42 61/6 39 57

Gaswerkstraße 8 (Bauamt)
27374 Visselhövede
☎ 0 42 62/33 83

Kattrepel 15
27404 Zeven
☎ 0 42 61/6 39 57

Landkreis Soltau-Fallingbostal

Suchtberatungsstelle
der Arbeiterwohlfahrt
Bornemannstraße 12
29614 Soltau
☎ 0 51 91/20 72

Suchtberatungsstelle
der Arbeiterwohlfahrt
Kirchplatz 4
29664 Walsrode
☎ 0 51 61/91 24 58

Landkreis Stade

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Sietwenderstraße 7
21706 Drochtersen
☎ 0 41 43/54 95

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Steile Straße 19–23
21682 Stade
☎ 0 41 41/9 99 30

Nebenstellen:

Kirchenstraße 1
21614 Buxtehude
☎ 0 41 61/35 35

Hans-Mügge-Straße 15
21729 Freiburg (Elbe)
☎ 0 47 79/12 00

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Neubourgstraße 6
21682 Stade
☎ 0 41 41/4 11 70

Nebenstelle:
Hansestraße 1
21614 Buxtehude
☎ 0 41 61/64 44 46

Landkreis Uelzen

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Brauerstraße 26
29525 Uelzen
☎ 05 81/1 50 88

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Veerßer Straße 23
29525 Uelzen
☎ 05 81/7 00 93

Landkreis Verden

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Lugenstein 14
27283 Verden
☎ 0 42 31/8 28 12

Nebenstelle:
Feldstraße 2
28832 Achim
☎ 0 42 02/87 98

Bezirksregierung Weser-Ems

Kreisfreie Stadt Delmenhorst

Drogenberatungsstelle
der Arbeiterwohlfahrt
Scheunebergstraße 41
27749 Delmenhorst
☎ 0 42 21/1 40 55

Kreisfreie Stadt Emden

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Friedrich-Naumann-Straße 16
26725 Emden
☎ 0 49 21/2 34 66

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Zwischen beiden Bleichen 9
26721 Emden
☎ 0 49 21/2 58 99

Kreisfreie Stadt Oldenburg

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Alexanderstraße 17
26121 Oldenburg
☎ 04 41/8 35 00

Nebenstelle:
Heiligengeiststraße 19
26126 Oldenburg
☎ 04 41/8 75 81

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Bloherfelder Straße 7
26129 Oldenburg
☎ 04 41/7 20 51

Stadt und Landkreis Osnabrück

Suchtberatungsstelle
des Caritasverbandes
Johannisstraße 91
49074 Osnabrück
☎ 05 41/3 41 50-52

Suchtberatungsstelle
des Caritasverbandes
Kohlbrink 8
49324 Melle
☎ 0 54 22/9 62 59 50

Nebenstelle:
Grüner Weg 2
49593 Bersenbrück
☎ 0 54 39/9 42 30

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Am Kasinopark 13
49124 Georgsmarienhütte
☎ 0 54 01/3 49 33

Nebenstellen:
Münsterstraße 15
49565 Bramsche
☎ 0 54 61/6 26 60

Engelgarten 31
49324 Melle
☎ 0 54 22/94 27 20

Drogenberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Lotter Straße 125
49078 Osnabrück
☎ 05 41/9 40 10-0

Kreisfreie Stadt Wilhelmshaven

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Werftstraße 71
26382 Wilhelmshaven
☎ 0 44 21/2 60 60

Landkreis Ammerland

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Fährweg 2
26160 Bad Zwischenahn
☎ 0 44 03/31 79

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Lange Straße 20
26160 Bad Zwischenahn
☎ 0 44 03/6 35 20

Landkreis Aurich

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Marktstraße 19
26603 Aurich
☎ 0 49 41/41 42

Nebenstelle:
Am alten Siel 1
26506 Norden
☎ 0 49 31/1 51 52

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Georgswall 18 a
26603 Aurich
☎ 0 49 41/6 79 67/8

Landkreis Cloppenburg

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Eschstraße 31 a
49661 Cloppenburg
☎ 0 44 71/46 86

Suchtberatungsstelle
des Caritasverbandes
Bürgermeister-Heukamp-
Straße 22
49661 Cloppenburg
☎ 0 44 71/8 16 73

Landkreis Emsland

Suchtberatungsstelle
des Caritasverbandes
Domhof 18
49716 Meppen
☎ 0 59 31/9 84 20

Nebenstellen:
Bögenstraße 12
49808 Lingen
☎ 05 91/80 06 20

Hauptkanal rechts 77
26871 Papenburg
☎ 0 49 61/9 44 10

Drogenberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Hauptkanal rechts 79
26871 Papenburg
☎ 0 49 61/9 88 80

Nebenstellen:
Georgstraße 15
49809 Lingen
☎ 05 91/9 15 02 85

Schützenstraße 16
49716 Meppen
☎ 0 59 31/98 15 50

Landkreis Friesland

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Bahnhofstraße 6
26316 Varel
☎ 0 44 51/9 64 20

Nebenstelle:
Kostverloren 2
26441 Jever
☎ 0 44 61/91 36 50

**Landkreis Grafschaft
Bentheim**

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Geisinkstraße 1
48527 Nordhorn
☎ 0 59 21/88 02-25

Nebenstelle:
Stadtring 21
48527 Nordhorn
☎ 0 59 21/54 28

Suchtberatungsstelle
des Caritasverbandes
Bentheimer Straße 33
48529 Nordhorn
☎ 0 59 21/8 58 60

Drogenberatungsstelle
des Landkreises
Grafschaft Bentheim
Kistemakerstraße 5–7
48527 Nordhorn
☎ 0 59 21/3 37 66

Landkreis Leer

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Bahnhofsring 12
26789 Leer
☎ 04 91/24 00 u. 22 12

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Friesenstraße 65
26789 Leer
☎ 04 91/60 98 20

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Bahnhofstraße 2
27793 Wildeshausen
☎ 0 44 31/29 64/5

Landkreis Vechta

Suchtberatungsstelle
des Caritasverbandes
Bremer Straße 19
49377 Vechta
☎ 0 44 41/65 33

Landkreis Wesermarsch

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Milchstraße 11
26919 Brake
☎ 0 44 01/47 17

Nebenstelle:
Mittelweg 5
26954 Nordenham
☎ 0 47 31/8 80 40

Landkreis Wittmund

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Kirchplatz 7
26427 Esens
☎ 0 49 71/91 97 15

Niedrigschwellige Angebote

*Regierungsbezirk
Braunschweig*

Kreisfreie Stadt Wolfsburg

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Lessingstraße 27
38440 Wolfsburg
☎ 0 53 61/27 90-0

Landkreis Göttingen

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Schillerstraße 21
37083 Göttingen
☎ 05 51/7 20 51

Landkreis Goslar

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Am Lindenplan 1
38640 Goslar
☎ 0 53 21/2 60 59

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Breite Straße 30/31
38640 Goslar
☎ 0 53 21/2 08 62

*Regierungsbezirk
Hannover*

Landeshauptstadt Hannover

Drogenberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
mit Clearingstation und
Notschlafstelle
Steintorfeldstraße 11
30161 Hannover
☎ 05 11/31 97 15

Clearingstation und
Notschlafstelle des
Diakonischen Werkes
Lange-Hop-Straße 44
30559 Hannover
☎ 05 11/51 46 36

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Odeonstraße 14
30159 Hannover
☎ 05 11/70 14 60

Sleep in
des PARITÄTISCHEN
Bachstraße 12
30167 Hannover
☎ 05 11/91 10 60

Café Connection
des PARITÄTISCHEN
Tivolistraße
30161 Hannover
☎ 05 11/3 36 04 12

Wohnprojekt für
Dogenabhängige
des Diakonischen Werkes
Alte-Peiner-Heerstraße 2
30660 Hannover
☎ 05 11/6 13 83 27

Privates Wohnprojekt für
Drogenabhängige
Wörthstraße 10
30161 Hannover
☎ 05 11/31 20 42

Landkreis Hameln-Pyrmont

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Hermannstraße 5
31785 Hameln
☎ 0 51 51/94 00 00

Landkreis Schaumburg

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Bahnhofstraße 6
31655 Stadthagen
☎ 0 57 21/7 60 83

*Regierungsbezirk
Lüneburg*

Landkreis Celle

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Hehlentorstraße 20
29221 Celle
☎ 0 51 41/2 80 08-9

Haus am Harburger Berg
des Diakonischen Werkes
Harburger Straße 20
29223 Celle
☎ 0 51 41/3 34 96

Landkreis Lüneburg

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Heiligengeiststraße 19
21335 Lüneburg
☎ 0 41 31/4 50 55

Café Nr. 1
des Diakonischen Werkes
Rote Hahnstraße 1
21335 Lüneburg
☎ 0 41 31/39 00 17

Landkreis Rotenburg

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Bahnhofstraße 16
27432 Bremervörde
☎ 0 47 61/7 09 19

Landkreis Stade

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Steile Straße 19–21
21682 Stade
☎ 0 41 41/35 66

*Regierungsbezirk
Weser-Ems*

Kreisfreie Stadt Delmenhorst

Drogenberatungsstelle
der Arbeiterwohlfahrt
Scheunebergstraße 41
27749 Delmenhorst
☎ 0 42 21/40 55

Kreisfreie Stadt Emden

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Friedrich-Naumann-Straße 16
26725 Emden
☎ 0 40 21/2 34 66

Kreisfreie Stadt Oldenburg

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Alexanderstraße 17
26121 Oldenburg
☎ 04 41/8 35 00

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Bloherfelder Straße 7
26129 Oldenburg
☎ 04 41/7 20 51

Kreisfreie Stadt Osnabrück

Drogenberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Lotter Straße 125
49078 Osnabrück
☎ 05 41/9 40 10-0

Cafè Connection
des Diakonischen Werkes
Hermannstraße 1
49078 Osnabrück
☎ 05 41/58 87 96

Begegnungsstätte
„Saftladen“
Lohstraße 65
49078 Osnabrück
☎ 05 41/2 34 48

Kreisfreie Stadt Wilhelmshaven

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Werftstraße 71
26382 Wilhelmshaven
☎ 0 4421/2 60 60

Cafè Regenbogen
des Diakonischen Werkes
Börsenstraße 88
26382 Wilhelmshaven
☎ 0 44 21/2 18 00

Landkreis Aurich

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Georgswall 18 a
26603 Aurich
☎ 0 49 41/6 79 67-8

Landkreis Cloppenburg

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Eschstraße 31 a
49661 Cloppenburg
☎ 0 44 71/46 86

Landkreis Emsland

Drogenberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
mit Streetwork-Kontaktcafé
Georgstraße 15
49808 Lingen
☎ 05 91/9 15 02 85

Landkreis Friesland

Suchtberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Bahnhofstraße 6
26316 Varel
☎ 0 44 51/9 64 20

Landkreis Leer

Drogenberatungsstelle
des PARITÄTISCHEN
Bahnhofsring 12
26789 Leer
☎ 04 91/24 00

Landkreis Osnabrück

Suchtberatungsstelle
des Caritasverbandes
Grüner Weg 2
49593 Bersenbrück
☎ 0 54 39/22 35

Suchtberatungsstelle
des Diakonischen Werkes
Kirchstraße 1
49124 Georgsmarienhütte
☎ 0 54 01/3 49 33

Spezialisierte Entzugsangebote

*Regierungsbezirk
Braunschweig*

Kreisfreie Stadt Braunschweig

Städtisches Klinikum
(A/M, D, DD/32 Betten)
Freisestraße 9/10
38118 Braunschweig
☎ 05 31/5 95-0

Kreisfreie Stadt Salzgitter

St. Elisabeth-Krankenhaus
(A/M/8 Betten)
Liebenhaller Straße 20
38259 Salzgitter
☎ 0 53 41/8 24-0

Landkreis Göttingen

Universitäts-Kliniken
(A/M, D, DD/54 Betten)
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen
☎ 05 51/39-0

Niedersächsisches
Landeskrankenhaus
(A/M, D, DD/68 Betten)
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen

Landkreis Goslar

Privat-Nervenklinik
Dr. Fontheim
(A/M, D, DD/24 Betten)
Lindenstraße 15–17
38704 Liebenburg
☎ 0 53 46/8 10

Landkreis Helmstedt

Niedersächsisches
Landeskrankenhaus
(A/M, D, DD/89 Betten)
Vor dem Kaiserdom 10
38154 Königslutter am Elm
☎ 0 53 53/90-0

Landkreis Northeim

Albert-Schweitzer-Krankenhaus
(A/M/4 Betten)
Sturmbäume 8–10
37154 Northeim
☎ 0 55 51/97-0

Landkreis Wolfenbüttel

Städtisches Krankenhaus
Wolfenbüttel (A/M/3 Betten)
Alter Weg 80
38302 Wolfenbüttel
☎ 0 53 31/3 06-0

*Regierungsbezirk
Hannover*

Landeshauptstadt Hannover

Medizinische Hochschule
(A/M, D, DD/28 Betten)
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
☎ 05 11/5 32-1

Henriettenstift
(A/M/4 Betten)
Marienstraße 80–90
30171 Hannover
☎ 05 11/2 89-0

Sophien-Klinik
(A/M/5 Betten)
Dieterichsstraße 33/35
30159 Hannover
☎ 05 11/36 67-0

Landkreis Diepholz

St. Annen-Stift
(A/M, D, DD/10 Betten)
St.-Annen-Straße 15
27239 Twistringen
☎ 0 42 43/41 50

Landkreis Hameln-Pyrmont

Kreiskrankenhaus Hameln
(A/M/3 Betten)
Saint-Maur-Platz 1
31785 Hameln
☎ 0 51 51/97-0

Landkreis Hannover

Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
(A/M, D, DD/48 Betten)
Rohdehof 3
30853 Langenhagen
☎ 05 11/73 00-03

Klinikum Warendorff
(A/M, D, DD/68 Betten)
Hindenburgstraße 1
31319 Sehnde
☎ 0 51 32/9 01-0

Niedersächsisches Landes-
krankenhaus Wunstorf
Fachabteilung Rehburg
(A/M, DD/114 Betten)
Friedrich-Stollberg-Allee 5
31547 Rehburg-Loccum
☎ 0 50 37/90-0

Landkreis Hildesheim

Kreiskrankenhaus Alfeld
(A/M, D/9 Betten)
Landrat-Beushausen-Str. 26
31061 Alfeld
☎ 0 51 81/7 07-0

Niedersächsisches
Landeskrankenhaus
(A/M, D, DD/73 Betten)
Goslarsche Landstraße 60
31135 Hildesheim
☎ 0 51 21/1 03-1

Niedersächsische Fachklinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
(A/M, D, DD/30 Betten)
Goslarsche Landstraße 60
31135 Hildesheim
☎ 0 51 21/1 03-1

Landkreis Holzminden

Charlottenstift
(A/M, D/4 Betten)
Krankenhausweg 2
37627 Stadtoldendorf
☎ 0 55 32/5 01-0

Landkreis Schaumburg

Kreiskrankenhaus Rinteln
(A/M, D/4 Betten)
Virchowstraße 5
31737 Rinteln
☎ 0 57 51/9 50

*Regierungsbezirk
Lüneburg*

Landkreis Celle

Krankenhaus St. Josef-Stift
(A/M, D/9 Betten)
Kanonenstraße 8
29221 Celle
☎ 0 51 41/7 51-0

Entzugsangebote für Alkohol (A), – Medikamenten (M) – und Drogenabhängige (D) sowie für die Behandlung bei Doppeldiagnosen (DD)

Landkreis Cuxhaven

Stadtkrankenhaus Cuxhaven
(A/M, D/6 Betten)
Altenwalder Chaussee 10
27474 Cuxhaven
☎ 0 47 21/78-0

DRK-Krankenhaus Seepark
(A/M, D, DD/16 Betten)
OT Debstedt
27607 Langen
☎ 04 71/1 82-0

Kreiskrankenhaus
Land Hadeln
(A/M/3 Betten)
Große Ortstraße 85
21762 Otterndorf
☎ 0 47 51/9 08-0

Landkreis Harburg

Krankenhaus Salzhausen
(A/M/10 Betten)
Bahnhofstraße 5
21376 Salzhausen
☎ 0 41 72/9 66-0

Landkreis Lüneburg

Niedersächsisches
Landeskrankenhaus
(A/M, D/60 Betten)
Wienebütteler Weg 1
21339 Lüneburg
☎ 04 13/60-0

Psychiatrische Klinik
Häcklingen
(A/M, D, DD/15 Betten)
Am Wischfeld 16
21335 Lüneburg
☎ 0 41 31/70 08-0

Landkreis Rotenburg

Martin-Luther-Krankenhaus
(A/M, D/6 Betten)
Dr.-Otto-Straße 2
27404 Zeven
☎ 0 4281/71 10

Landkreis Stade

Städt. Krankenhaus Stade
(A/M, DD/8 Betten)
Bremervörder Straße 111
21682 Stade
☎ 0 41 41/9 70

*Regierungsbezirk
Weser-Ems*

Kreisfreie Stadt Emden

Hans-Susemihl-Krankenhaus
(A/M, D/23 Betten)
Bolardusstraße 20
26721 Emden
☎ 0 49 21/8 01-0

**Kreisfreie Stadt und
Landkreis Osnabrück**

Niedersächsisches
Landeskrankenhaus
(A/M, D, DD/108 Betten)
Knollstraße 31
49008 Osnabrück
☎ 05 41/3 13-0

**Kreisfreie Stadt
Wilhelmshaven**

St. Willehad-Hospital
(A/M, D/3 Betten)
Ansgaristraße 8
26382 Wilhelmshaven
☎ 0 44 21/2 08-0

Landkreis Ammerland

Nds. Landeskrankenhaus
Wehnen
(A/M, D, DD/148 Betten)
Hermann-Ehlers-Straße 7
26160 Bad Zwischenahn
☎ 04 41/9 61 50

Landkreis Aurich

Kreiskrankenhaus Aurich
(A/M/7 Betten)
Wallinghausener Straße 8
26586 Aurich
☎ 0 49 41/94-0
Kreiskrankenhaus Norden
(A/M, D, DD/45 Betten)
Osterstraße 110
26506 Norden
☎ 0 49 31/1 81-1

Landkreis Cloppenburg

St. Josefs-Hospital
(A/M, D/5 Betten)
Krankenhausstraße 13
49661 Cloppenburg
☎ 0 44 71/16-0

Landkreis Emsland

St. Vinzenz-Hospital
(A/M, DD/28 Betten)
Hammer Straße 9
49740 Haselünne
☎ 0 59 61/5 03-0

Marienhospital
(A/M/8 Betten)
Hauptkanal rechts 75
28671 Papenburg
☎ 0 49 61/93-0

**Landkreis
Grafschaft Bentheim**

Kreiskrankenhaus Nordhorn
(A/M, D/16 Betten)
Albert-Schweitzer-Straße 10
48527 Nordhorn
☎ 0 59 21/84-1

Landkreis Leer

Borromäus-Hospital Leer
(A/M/14 Betten)
Kirchstraße 61–67
26789 Leer
☎ 04 91/86-21 00

Krankenhaus Rheiderland
(A/M, D/12 Betten)
Neue Straße 22
26826 Weener (Ems)
☎ 0 49 51/3 01-0

Landkreis Osnabrück

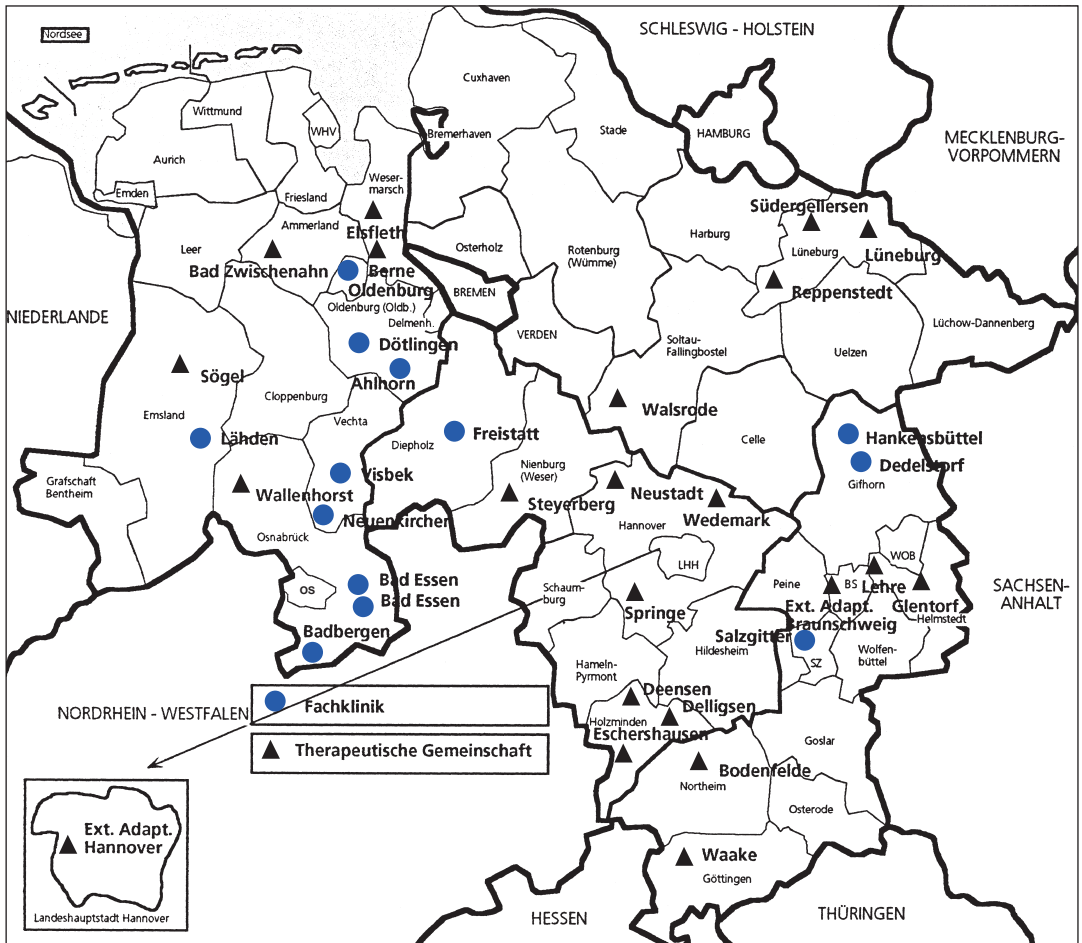
Albertinen-Krankenhaus
(A/M, D/5 Betten)
Robert-Koch-Straße 1
49201 Dissen
☎ 0 54 21/3 02-0
Diakonie-Krankenhaus
(A/M/10 Betten)
Hospitalweg 1
49124 Georgsmarienhütte
☎ 0 54 01/3 38-0
Krankenhaus St. Matthäus
(A/M/2 Betten)
Schürenkamp 6/8
49324 Melle
☎ 0 54 22/10 40

Landkreis Vechta

St. Franziskus-Hospital
(A/M, D/3 Betten)
Franziskusstraße 6
49393 Lohne (Oldb.)
☎ 0 44 42/81-0

Entzugsangebote für Alkohol (A), – Medikamenten (M) – und Drogenabhängige (D) sowie für die Behandlung bei Doppeldiagnosen (DD)

Fachkliniken zur Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen



Bezirksregierung
Braunschweig

Kreisfreie Stadt Salzgitter

Fachklinik Erlengrund
des Diakonischen Werkes
(83 Plätze)
Alte Heerstraße 63
38259 Salzgitter
☎ 0 43 41/3 00 40

Landkreis Gifhorn

Haus Niedersachsen I
des PARITÄTISCHEN
(67 Plätze)
OT Oerrel/Feldstraße 3
29386 Dedelstorf
☎ 0 58 32/8 20

Bezirksregierung
Hannover

Landkreis Diepholz

Fachkrankenhaus
„Moorpension“
des Diakonischen Werkes
(52 Betten)
Bodelschwingh-Straße 15
27259 Freistatt
☎ 0 54 48/82 80

Haus Niedersachsen II
des PARITÄTISCHEN
(30 Plätze)
OT Emmen/Im Winkel 58+60
29386 Hankensbüttel
☎ 0 58 32/8 20

Bezirksregierung
Weser-Ems

Kreisfreie Stadt Oldenburg

Fachkrankenhaus „Ofener
Straße“ des Diakonischen
Werkes (33 Betten)
Ofener Straße 20
26121 Oldenburg
☎ 04 41/7 40 31

Landkreis Emsland

Fachklinik St. Josef-Stift
des Caritasverbandes
(40 Plätze)
Lähdener Straße 8
49774 Lähden
☎ 0 59 64/7 00

Landkreis Oldenburg

Dietrich-Bonhoeffer-Zentrum
(auch Drogenabhängige)
des Diakonischen Werkes
(43 Plätze)
Dr. Eckener Straße 1–5
26189 Ahlhorn
☎ 0 44 35/10 08

Fachkrankenhaus „to Hus“
des Diakonischen Werkes
(37 Plätze)
Kirchweg 26
27801 Dötlingen-Neerstedt
☎ 0 44 32/15 11/12

Landkreis Osnabrück

Paracelsus-Berghofklinik
(120 Betten)
Empterweg 5
49152 Bad Essen
☎ 0 54 72/54 72

Paracelsus-
Wiehengebirgsklinik
(110 Betten)
Kokenrottstraße 71
49152 Bad Essen
☎ 0 54 72/40 50

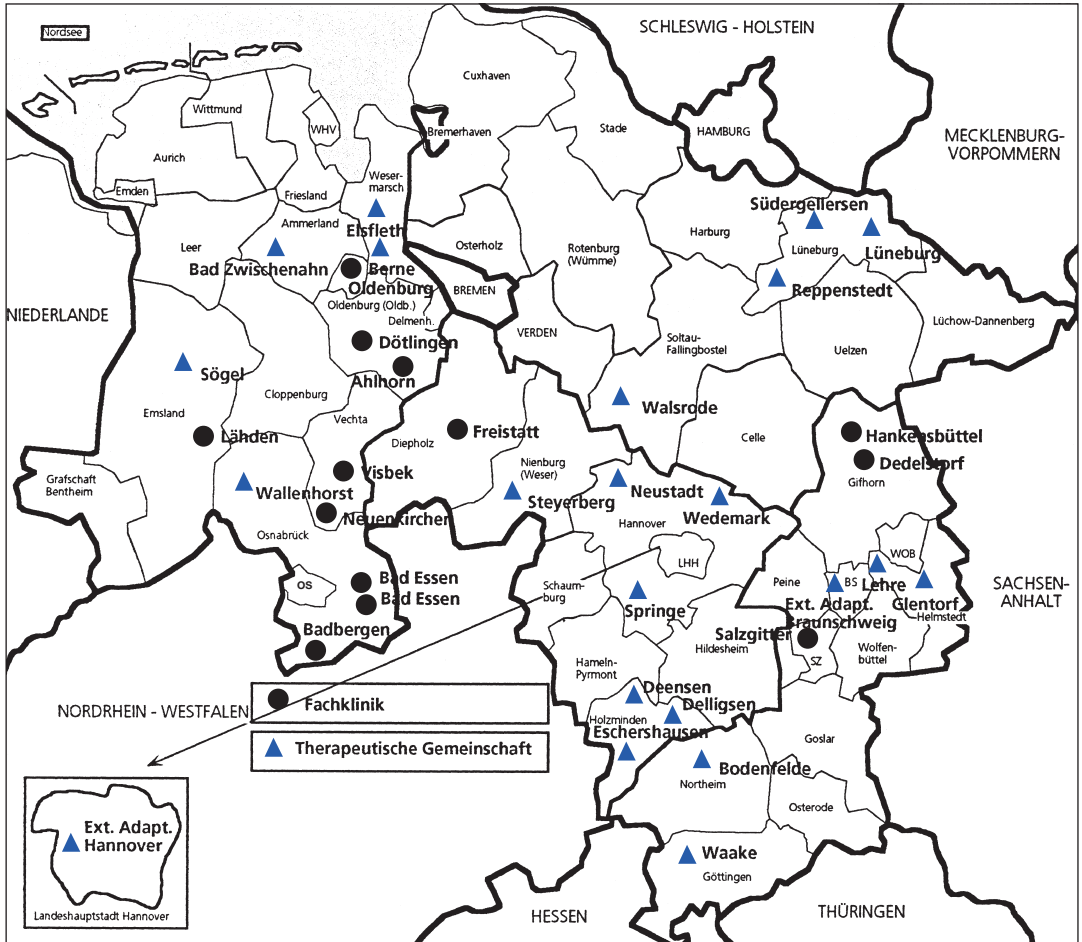
Fachkrankenhaus
„Haus Möhringsburg“
des Diakonischen Werkes
(30 Betten)
An der Möhringsburg
49635 Badbergen
☎ 0 54 21/3 02-0

Landkreis Vechta

Fachklinik St. Marienstift
Dammer Berge
des Caritasverbandes
(120 Betten)
Dammer Straße 4 a
49434 Neuenkirchen
☎ 0 54 93/50 20

St. Vitus-Stift
(auch Drogenabhängige)
des Caritasverbandes
(80 Betten)
Ahlhorner Straße
49429 Visbek
☎ 0 44 45/89 91 34

Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige



Regierungsbezirk
Braunschweig

Kreisfreie Stadt Braunschweig

Projekt Kaffeetwete 3
Förderkreises für evangelistische soziale Arbeit e. V. (DW)
Stadtwohnung Braunschweig
(5 Reha-Betten)
Am Alten Bahnhof 15
38122 Braunschweig
☎ 05 31/89 23 00

Landkreis Göttingen

DAYTOP – Gesellschaft für soziale Planung und Alternativen GmbH (DRK)
Therapiezentrum
Waldhaus Södlicher
(32 Reha-Betten)
37136 Waake
☎ 0 55 07/8 32

Landkreis Helmstedt

Projekt Kaffeetwete 3
Förderkreises für evangelistische soziale Arbeit e. V. (DW)
Therapeutische Gemeinschaften
▶ Zum Schuntertal 11
(10 Reha-Betten)
38154 Glentorf
☎ 0 53 65/23 02
▶ Eitelbrotstraße 43
(10 Reha-Betten)
38165 Lehre
☎ 0 53 08/17 10

Spitzenverband bzw. Träger: DRK (Deutsches Rotes Kreuz), DW (Diakonisches Werk),
PARITÄTISCHER (PARITÄTISCHER NIEDERSACHSEN E.V.)

Landkreis Northeim

Neues Land e. V. (DW)
Christliche Drogenarbeit
Therapeutische Gemeinschaft
Amelith (10 Reha-Betten)
Lange Straße 29
37194 Bodenfelde
☎ 0 55 72/5 40

*Regierungsbezirk
Hannover*

Landeshauptstadt Hannover

Therapeutische Gemeinschaft
für Sozialtherapie und
Pädagogik mbH – STEP
(PARITÄTISCHER)
Externe Adaption Hannover
(3 Reha-Betten)
Grazer Straße 20
30159 Hannover
☎ 05 11/83 85 78

Landkreis Hannover

Therapeutische Gemeinschaft
Völkßen der STEP
(31 Reha-Betten)
Sonnenweg 1
31382 Springe
☎ 0 50 41/9 85 10
Short-STEP Wedemark
(22 Reha-Betten)
Pappellallee 2–5
30900 Wedemark
☎ 0 51 30/5 80 30

Landkreis Holzminden

Neues Land e. V. (DW)
Christliche Drogenarbeit
Therapeutische Gemeinschaft
Schorbörn (14 Reha-Betten)
Schießhäuser Straße 9
37627 Deensen
☎ 0 55 32/99 91 00
DAYTOP-Therapiezentrum
(DRK) (34 Reha-Betten)
Am Hüschebrink 17
37632 Eschershausen
☎ 0 55 34/5 51

Therapeutische Gemeinschaft
Düsterntal der STEP
(50 Reha-Betten)
31073 Delligsen
☎ 0 51 87/9 40 90

Therapeutische Gemeinschaft
INTUS des Vereins für
Drogenhilfe e. V.
(16 Reha-Betten)
(PARITÄTISCHER)
Wiesenstraße 7
31535 Neustadt a. Rbge.
☎ 0 50 32/13 24

Landkreis Nienburg

Therapeutische Gemeinschaft
Steyerberg der
Gemeinnützigen Gesellschaft
für Sozialtherapie und
Pädagogik GmbH – STEP
(19 Reha-Betten)
Rießen 1
31595 Steyerberg
☎ 0 57 64/9 60 40

*Regierungsbezirk
Lüneburg*

Landkreis Lüneburg

Jugendhilfe e. V. Lüneburg
(PARITÄTISCHER)
Therapeutische Gemein-
schaften
▶ Wilschenbruch
(21 Reha-Betten)
Reiherstieg 15
21337 Lüneburg
☎ 0 41 31/7 49 30
▶ Dachtmissen
(22 Reha-Betten)
Dorfstraße 10
21391 Reppenstedt
☎ 0 41 35/82 20 11
▶ Südergellersen
(23 Reha-Betten)
Schwarzer Weg 2
21394 Südergellersen
☎ 0 41 35/83 50

Landkreis Soltau-Fallingb.ostel

Therapeutische Gemeinschaft
des Geistlichen Rüstzentrums
Krelingen (DW)
(15 Reha-Betten)
Glaubenshorf
29664 Walsrode
☎ 0 51 67/97 01 65

*Regierungsbezirk
Weser-Ems*

Landkreis Ammerland

Therapeutische Gemeinschaft
Kayhauserfeld des Jugend-
beratung, -therapie und -
weiterbildung e. V.
(PARITÄTISCHER)
(31 Reha-Betten)
Mittellinie 226
26160 Bad Zwischenahn
☎ 0 44 86/15 41

Landkreis Emsland

Therapeutische Gemeinschaft
Emsland des
Caritasverbandes der Diözese
Osnabrück e. V.
(30 Reha-Betten)
Bocksfelde 15
49751 Sögel
☎ 0 59 52/9 36 60

Landkreis Osnabrück

Therapeutische Gemeinschaft
Nettetal des Caritaverbandes
der Diözese Osnabrück e. V.
(33 Reha-Betten)
Hohnweg 2
49134 Wallenhorst
☎ 05 41/6 72 43

Landkreis Wesermarsch

Jugendberatung, -therapie
und -weiterbildung e. V.
(PARITÄTISCHER)
Therapeutisches Zentrum
Moorkieker
(35 Reha-Betten)
Bardenfleth 28
26931 Esfleth
☎ 0 44 85/7 51

Betreutes Wohnen

Regierungsbezirk
Braunschweig

Kreisfreie Stadt Salzgitter

Wohngruppe des
Diakonischen Werkes
(A, M, D/6 Plätze)
Lichtenberger Straße 5
38226 Salzgitter-Lebenstedt
☎ 0 53 41/6 71 61

Kreisfreie Stadt Wolfsburg

Betreute Wohngemeinschaft
des Diakonischen Werkes
(A, M, D/13 Plätze)
Goethestraße 11
38440 Wolfsburg
☎ 0 53 61/1 28 08

Landkreis Göttingen

DAYTOP – Gesellschaft für
soziale Planung und
Alternativen GmbH (D)
Kaiserstraße 1
80801 München
☎ 0 89/38 39 99-0

Landkreis Goslar

Wohngruppe des
Diakonischen Werkes
(A/6 Plätze)
Lindenplan 1
38640 Goslar
☎ 0 53 21/2 60 59

Landkreis Helmstedt

Projekt Kaffeetwete 3
Förderkreises für
evangelistische
soziale Arbeit e. V. (DW)
Therapeutische Gemein-
schaft (D/6 Plätze)
Zum Schuntertal 11
38154 Glentorf
☎ 0 53 65/23 02

Landkreis Northeim

Neues Land e. V. –
Christliche Drogenarbeit
(D/18 Plätze)
Therapeutische Gemeinschaft
Steintorfeldstraße 11
30161 Hannover
☎ 05 11/31 97 15

Regierungsbezirk Hannover

Landkreis Diepholz

Wohngemeinschaft
des PARITÄTISCHEN
(A, M/3 Plätze)
Bahnhofstraße 29
28816 Stuhr-Brinkum
☎ 04 21/89 32 33

Landeshauptstadt Hannover

Selbsthilfegruppe
Drogengefährdeter
(D/15 Plätze)
Warstraße 15
30159 Hannover
☎ 05 11/70 98 63

Gemeinnützige Gesellschaft
für Sozialtherapie und
Pädagogik – STEP
(D/60 Plätze)
Therapeutische Gemeinschaft
Lemförder Straße 2–4
30169 Hannover
☎ 05 11/98 93 10

Landkreis Hannover

Betreutes Wohnen des
Vereins für Drogenhilfe e. V.
(D/9 Plätze)
Wiesenstraße 17
31535 Neustadt a. Rbge.
☎ 0 50 32/13 24

Landkreis Holzminden

DAYTOP – Gesellschaft für
soziale Planung und
Alternativen GmbH
(D/18 Plätze)
Kaiserstraße 1
80801 München
☎ 0 89/38 39 99-0

Neues Land e. V.
Therapeutische Gemeinschaft
(D/8 Plätze)
Steintorfeldstraße 11
30161 Hannover
☎ 05 11/31 97 15

Landkreis Nienburg

Therapeutische
Wohngemeinschaft der
Freunde der Fachabteilung
für Suchtkranke
(A, M/13 Plätze)
Alte Poststraße 12
31547 Rehburg-Loccum
☎ 0 57 21/92 47 51

Landkreis Schaumburg

Therapeutische Wohn-
gemeinschaft der Freunde
der Fachabteilung für
Suchtkranke
(A, M/13 Plätze)
Wendthäger Straße 20
31688 Nienstadt/Stadthagen
☎ 0 57 21/92 47 51

Regierungsbezirk Lüneburg

Landkreis Lüneburg

Übergangswohneinrichtung
des PARITÄTISCHEN
(A/10 Plätze)
Landwehrweg 11–13 a
21335 Lüneburg
☎ 0 41 31/12 84 75
Therapeutische Gemein-
schaften der Jugendhilfe
e. V. (D, Mf/36 Plätze)
Altenbrückendamm 1
21304 Lüneburg
☎ 0 41 31/5 50 21

**Landkreis
Soltau-Fallingbostal**

Therapeutische Gemeinschaft
des Geistlichen Rüstzentrum
Krelingen
(D/6 Plätze)
29664 Walsrode
☎ 0 51 67/97 01 49

Landkreis Stade

Betreutes Wohnen
des PARITÄTISCHEN
(A, M, Mf/15 Plätze)
Hans-Mügge-Straße 15
21729 Freiburg/Elbe
☎ 0 47 79/12 00

Betreutes Wohnen
des PARITÄTISCHEN
(A, M, Mf/12 Plätze)
Steile Straße 19/21
21682 Stade
☎ 0 41 41/35 66

Regierungsbezirk Weser-Ems

Kreisfreie Stadt Oldenburg

Wohngruppe Don Bosco
des Caritasverbandes
(A, Mf/6 Plätze)
Bloherfelder Straße 177
26129 Oldenburg
☎ 04 41/52 23 68

Wohngemeinschaft für
Suchtkranke des Diako-
nischen Werkes
(A, M, Mf/10 Plätze)
Tannenstraße 4
26219 Oldenburg
☎ 04 41/7 62 52

Therapeutische Gemein-
schaften der Jugend-
beratung, -therapie und
-weiterbildung e. V. und
Oldenburger Schutzhütten
des PARITÄTISCHEN
(D/60 Plätze)
Huntestraße 20
26135 Oldenburg
☎ 04 41/2 61 43

Kreisfreie Stadt Osnabrück

Therapeutische Gemein-
schaften (D/24 Plätze) und
Wohngemeinschaften
(A, M/16 Plätze)
des Caritasverbandes der
Diözese Osnabrück e. V.
Johannisstraße 91
49074 Osnabrück
☎ 05 41/3 41-0
Nachsorgewohngemeinschaft
des Diakonischen Werkes
(A, M/6 Plätze)
Lohstraße 65
49074 Osnabrück
☎ 05 41/25 96 99

Übergangswohngemeinschaft
für Drogenabhängige
des Diakonischen Werkes
(D/8 Plätze)
Meller Straße 59
49084 Osnabrück
☎ 05 41/58 89 49

Wohngemeinschaft für
Substituierte des
Diakonischen Werkes
(D/3 Plätze)
Nobbenburger Straße 4b
49078 Osnabrück
☎ 05 41/94 01 00

Übergangswohngemeinschaft
für Männer des Diakonischen
Werkes
(A, M/6 Plätze)
Wüstenstraße 10 a
49080 Osnabrück
☎ 05 41/80 27 30

**Landkreis
Grafschaft Bentheim**

Betreutes Wohnen des DRK
für Suchtkranke
(A, M/8 Plätze)
Schulstraße 19
48527 Nordhorn
☎ 0 59 21/7 73 80

Wohngemeinschaften
des PARITÄTISCHEN
(A, M, Mf/28 Plätze)
Karlstraße 13
48527 Nordhorn
☎ 0 59 21/25 44

Adaptionseinrichtungen

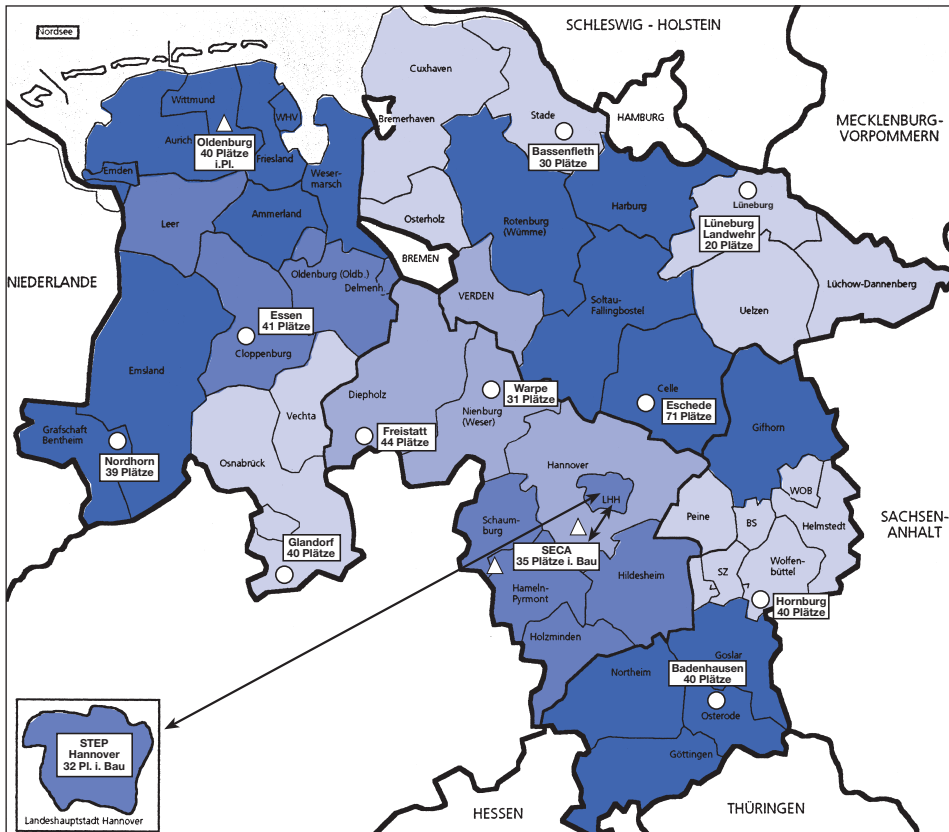
Sozialtherapeutisches
Übergangswohnheim des
PARITÄTISCHEN (15 Plätze)
Strichweg 85
27472 Cuxhaven
☎ 0 47 21/3 32 55

Sozialtherapeutisches
Übergangswohnheim des
PARITÄTISCHEN (11 Plätze)
Steile Straße 19/21
21682 Stade
☎ 0 41 41/35 66

Adaptionseinrichtung des
Diakonischen Werkes
(11 Plätze)
Dr.-Heinrich-Jasper-Straße 5
38304 Wolfenbüttel
☎ 0 53 31/29 82 65

Therapeutisches Nachsorge-
und Übergangsheim des
PARITÄTISCHEN (7 Plätze)
Nienburger Straße 39
29313 Hambühren
☎ 0 50 84/58 68

Stationäre Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke



○ Stationäre Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke
 △ Stationäre Einrichtungen für chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke in Planung/in Bau
 Schraffierung Einzugsbereiche gem. § 17 (1) Nr. 2 SGB I

Regierungsbezirk Braunschweig

Charlottenhof (40 Plätze)
 Neuhütte 17
 37534 Badenhausen
 ☎ 0 50 33/80 41

Langzeitwohnheim
 „Haus Hagenberg“
 des PARITÄTISCHEN
 (40 Plätze)
 Auf dem Hagenberg 1
 38315 Hornburg
 ☎ 05 33/49 29 30

Regierungsbezirk Hannover

Haus Neuwerk
 des Diakonischen Werkes
 (44 Plätze)

Rudolf-Hardt-Straße 15
 27259 Freistatt
 ☎ 0 54 48/83 92

Haus Am Seelberg
 Denickeweg 5
 (geplant: 40 Plätze)
 30629 Hannover
 ☎ 05 11/95 89 80

SECA GmbH des Deutschen
 Roten Kreuzes
 (35 Plätze)
 Bergstraße 25
 37647 Polle
 ☎ 0 55 35/91 12 06

STEP – Schloß Gestorf des PARITÄTISCHEN (32 Plätze)

Neustadtstraße 14
 31832 Springe
 ☎ 0 53 07/86 52

Hof Westerwarp
 (31 Plätze)
 Bornstraße 8
 27333 Warpe
 ☎ 0 50 22/4 41

*Regierungsbezirk
Lüneburg*

Haus in der Heide
(71 Plätze)
Jägerstraße 72
29221 Celle
☎ 0 58 27/50 31
▶ Breitenheeser Straße 3
29348 Eschede,
OT Weyhausen
☎ 0 58 27/15 07

Langzeiteinrichtung für
Suchtkranke des
PARITÄTISCHEN
(30 Plätze)
Bassenfleth 18
21723 Hollern-Twielenfleth
☎ 0 41 41/79 22 11

Langzeitwohn für Sucht-
kranke des PARITÄTISCHEN
(20 Plätze)
Landwehrweg 11–13 a
21335 Lüneburg
☎ 0 41 31/12 86 86

*Regierungsbezirk
Weser-Ems*

Wohnheim Friedensplatz des
Diakonischen Werkes
(40 Plätze)
Friedensplatz 1-2
26919 Brake
☎ 0 44 01/9 96 20
Wohnheim St. Leo-Stift
des Caritasverbandes
(41 Plätze)
Achterort 8
49632 Essen (Oldbg.)
☎ 0 54 34/6 66
Theresien-Haus
des Caritasverbandes
(40 Plätze)
Krankenhausstraße 8
49219 Glandorf
☎ 0 54 26/7 66

Haus Markus 2 (Landrien 1)
des Diakonischen Werkes
(7 Plätze)
Unterm Kreuz 1
49716 Meppen/OT Apeldorn
☎ 0 59 66/3 95
Gut Klausheide
der Arbeiterwohlfahrt
(39 Plätze)
Petkuser Straße 2
48531 Nordhorn
☎ 0 59 21/8 38 93

Motivationsangebote für Suchtkranke in stationären Einrichtungen gem. § 72 BSHG

*Regierungsbezirk
Braunschweig*

Diakonisches Heim Kästorf
(61 Betten)
Hauptstraße 51
38518 Gifhorn/Kästorf
☎ 0 53 71/72 14 51

*Regierungsbezirk
Hannover*

Paul-Oehlkers-Haus
des Diakonischen Werkes
(3 Betten)
Plantagenstraße 17
30455 Hannover
☎ 05 11/49 20 23

*Regierungsbezirk
Lüneburg*

Kalandhof Celle
(15 Betten)
Hohe Wende 14
29223 Celle
☎ 0 51 41/39 29
Herberge zur Heimat
(4 Betten)
Beim Benedikt 11 a
21335 Lüneburg
☎ 0 41 31/7 62 60

*Regierungsbezirk
Weser-Ems*

Haus Markus 2
des Diakonischen Werkes
(6 Betten)
Landrien 1
49716 Meppen/OT Apeldorn
☎ 0 59 66/3 95

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium
für Frauen, Arbeit und Soziales
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

2. Auflage, Dezember 2000

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen
der Landesregierung, nicht zur Wahlwerbung
in Wahlkämpfen verwendet werden.

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier