

Protokoll der Frankfurter Konferenz zu einer integrierten Drogenpolitik und Drogenarbeit am 28. und 29.02.2008

Begrüßung und Einleitung

Die Städte brauchen eine rationale und integrierte Drogenpolitik

Dr. Manuela Rottmann

Komplex 1: Drogenpolitik global

Realitäten und Paradoxien der globalen Drogenpolitik

Einführungsvortrag von Dr. Günter Amendt, Hamburg

Was bedeutet die globale Drogenpolitik für die kommunale Ebene?

Austausch und Themensammlung für den Open Space

Prohibition: Eine Bedrohung für die städtische Sicherheit und Ordnung?

Impulsreferat von Professor Dr. Cornelius Nestler:

Zahlen lügen nicht – die „Wahrheit“ über Prävalenzen zum Drogenkonsum

Impulsreferat von Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel,

Jugend heute: Können wir ihr Leben als drogenmündige Bürger ermöglichen?

Herr Prof. Dr. Benno Hafenecker konnte sein Impulsreferat nicht vorgetragen, da er kurzfristig verhindert war. Für ihn sprach Frau Dr. Manuela Rottmann

Komplex 2: Neue Forschungs-, Therapie- und präventionsansätze **Künstliche Paradiese: Zwischen Glück und Unglück**

Entstehung von Abhängigkeit: Neue Erkenntnisse aus Medizin und Pharmakologie im Überblick

Impulsreferat von Dr. med. Franz X. Vollenweider:

Maßanzug statt Stangenware: Wie kann die Prävention Jugendliche besser erreichen

Impulsreferat von Prof. Dr. Gundula Barsch

Was nutzt, was schadet: Wie kann sich niedrigschwellige Drogenhilfe weiterentwickeln?

Impulsreferat von Prof. Dr. Horst Bossong

Sekt oder Selters: Neue Ansätze in der Suchtherapie

Impulsreferat von Professor Dr. Joachim Körkel

Bedeutung neuer Ansätze für eine integrierte kommunale Drogenpolitik und Drogenarbeit

Austausch und Themensammlung für den Open Space

Diskussion und Fragen

Start Open Space

Was sich ändern muss, wofür wir plädieren ...

Wege in die integrierte Drogenpolitik und Drogenarbeit

Regie-Anweisung für Themensammlung und Workshop-Phasen

Professor Dr. Susanne Weber

Ergebnisse und Kernaussagen

Begrüßung und Einleitung

Die Städte brauchen eine rationale und integrierte Drogenpolitik

Dr. Manuela Rottmann,

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich freue mich, dass Sie den Weg hierher gefunden haben und begrüße Sie hiermit als Dezernentin für Umwelt und Gesundheit der Stadt Frankfurt ganz herzlich hier im Städtischen Schauspielhaus zu unserer „Frankfurter Konferenz für eine integrierte Drogenpolitik und Drogenarbeit“.

Sie alle sind besondere Gäste, wir sind sehr froh, dass Sie gekommen sind, aber ich kann Sie leider nicht alle namentlich begrüßen. Sind Sie mir deswegen nicht böse, erlauben Sie mir aber trotzdem, einige wenige Gäste besonders zu begrüßen.

Ich freue mich sehr, dass wir heute auch Vertreter unserer Partnerstädte hier begrüßen können: aus Krakau, aus Leipzig, aus Prag und Budapest und auch aus den beiden Schwägerstädten Brünn und Danzig und ganz besonders möchte ich meine Kollegin Lecznarowicz, Vizepräsidentin der Stadt Krakau, begrüßen.

Ich freue mich, dass zahlreiche Mitglieder der Stadtverordnetenversammlung der Stadt Frankfurt heute hier sind: Frau Weißbach, Herr Siegler, Frau Dr. Wolter-Brandecker, Frau Gauderer, Frau Becker und Herr Pürsün, alles erprobte Kollegen im Kampf für vernünftige Regelungen für kommunale Drogenpolitik.

Ich freue mich sehr, dass der Frankfurter Polizeipräsident, Herr Dr. Thiel, zu uns gekommen ist. Ich begrüße ganz herzlich Herrn Pietsch, den nationalen Suchtkoordinator der Republik Österreich. Wo ist er? Herzlich willkommen!

Ich begrüße weitere Suchtkoordinatoren von Ländern und Städten, aus der Schweiz, aus Österreich und aus Deutschland. Wir haben hier heute auch Vertreter des Bundeskriminalamtes, der Landeskriminalämter, die Mitglieder der Frankfurter Montagsrunde und viele Vertreterinnen und Vertreter von Verwaltung, Justiz, Polizei, Jugend, Schule, Gesundheit, Drogenhilfe und natürlich auch Wissenschaft, aus den Niederlanden, aus Österreich, aus der Schweiz und aus ganz Deutschland.

Und natürlich begrüße ich ganz herzlich die Referentin und Referenten des heutigen und morgigen Tages, die wir Ihnen nachher natürlich noch gebührend einzeln vorstellen werden.

Ich möchte mich an dieser Stelle besonders bei Herrn Theunert, vom Schweizer Fachverband Sucht bedanken. Wo ist er, Herr Theunert. Noch nicht da! Der Schweizer Fachverband Sucht hat unsere Konferenz unterstützt und das belegt einmal mehr, dass die Schweiz immer wieder ein wichtiger Diskussionspartner und ein wichtiger Impulsgeber für uns war und ist.

Und ich bedanke mich ganz herzlich bei der gemeinnützigen Hertie-Stiftung, namentlich bei Herrn Dr. von Ungern-Sternberg, der mit der Hertie-Stiftung zusammen die Teilnahme der Vertreterinnen und Vertreter aus den osteuropäischen Partnerstädten der Stadt Frankfurt ermöglicht hat. Vielen Dank dafür!

Zum Schluss möchte ich mich bedanken bei Frau Ernst und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Frau Ernst leitet das Frankfurter Drogenreferat und sie und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben diese Konferenz angeregt, haben sie entwickelt und konzeptioniert und haben sie letztlich unter Aufbietung all ihrer Kräfte auch möglich gemacht,. Vielen Dank dafür!

Beifall

Als wir die Idee zu dieser Konferenz diskutiert haben, waren wir erst skeptisch, mit wie viel Resonanz wir rechnen können. Da haben wir gedacht, ob wir einen auf 150 Personen ausgelegten Saal voll kriegen. Wir haben uns dann entschlossen, das hier im Schauspielhaus zu machen. Am Anfang war die Resonanz auch ein bisschen verhalten und wir dachten, na ja gut, wenn wir das Schauspielhaus voll bekommen, dann sind wir froh. Mittlerweile ist eine Bugwelle an Interesse über uns hereingebrochen und dies zeigt, dass wir doch ein Bedürfnis aufgegriffen haben, neu über Drogenpolitik zu diskutieren und ich danke Ihnen sehr für Ihr hohes Interesse. Wir mussten leider am Ende vielen Interessierten auch noch absagen, weil wir den Raum nicht mehr wechseln konnten, aber für mich ist das der erste Erfolg dieser Konferenz, dass sie auf Ihr Interesse gestoßen ist und ich kann nur sagen, die Idee des Drogenreferats, diese Drogenkonferenz zu veranstalten, war ganz offensichtlich eine gute Idee.

Viele europäische Städte standen in den neunziger Jahren vor dem Hintergrund offener Drogenszenen und auch angesichts der Aidsproblematik unter enormem Handlungsdruck. Dazu gehörte auch Frankfurt. Die Stadtöffentlichkeit und die Bevölkerung erwarteten von uns neue Konzepte, neue Ideen, um das Problem zu lösen und vor allem die Großstädte haben seither enorme Anstrengungen unternommen, nicht zuletzt auch finanzieller Art, um dieser Erwartungshaltung gerecht zu werden. Viele europäische Städte haben seither ihre Drogenhilfe systemisch stark ausgebaut und mit der schadensminimierenden Drogenhilfe wurde zusätzlich zu den bereits vorhandenen Arbeitsbereichen, Prävention, Repression und Ausstieg, ein neuer Arbeitsschwerpunkt etabliert.

Hier in Frankfurt gehörte maßgeblich die Auflösung der offenen Drogenszene mit mehreren hundert Abhängigen bei gleichzeitiger Etablierung von Krisenzentren und Aufenthaltsräumen dazu. Wenn Sie hier rausschauen, dann sehen Sie nicht zufällig die Taunusanlage. Die Taunusanlage war in den neunziger Jahren in Frankfurt der

Ort, wo sich an manchen Tagen über 1.000 Drogenabhängige getroffen haben und wo wir in den schlimmsten Jahren über 140 Drogentote zu beklagen hatten.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass die Lösung der Drogenprobleme in den Großstädten nicht allein von repressiven Maßnahmen zu erwarten ist, hat die Stadt Frankfurt ein Angebot im niedrigschwelligen Bereich installiert und dieses Angebot hat bis heute die offene Szenenbildung weitgehend verhindert. Wir entwickeln dieses Angebot und diese Mischung aus Repression, Prävention und niedrigschwelliger Drogenhilfe auch immer weiter. Ich nenne hier exemplarisch das Projekt „OSSIP“ Hier wird versucht in ganz enger Abstimmung zwischen Drogenhilfeeinrichtungen und Ordnungsbehörden eine verbindliche Regelung für das Verhalten aller Personen in der Öffentlichkeit festzulegen und ich glaube, mit diesem Projekt haben wir den alten Ansatz der Verbindung von Repression und Hilfe gut in eine richtige Richtung weiterentwickelt.

Man darf auch nicht vergessen, dass die Etablierung - viele von Ihnen werden das noch ganz persönlich in Erinnerung haben -, dieses neuen Weges in der Drogenpolitik zum Teil von sehr scharfen Grundsatzdiskussionen in den neunziger Jahren begleitet war über den richtigen Weg in den Städten. Auch wir in Frankfurt haben diese Diskussionen geführt und man muss sagen, in diesen Diskussionen haben sich zum Beispiel in Frankfurt alle Parteien bewegt. Es gibt keinen, der sich da von der anderen Seite einseitig hat überzeugen lassen, sondern jeder hat dazu gelernt und deswegen kamen wir auf den Stand, dass wir eigentlich zu einem sehr tragfähigen drogenpolitischen Konsens in Frankfurt gekommen sind. Diese Diskussion wurde immer begleitet auch mit internationalen Erfahrungen, mit Diskussionen, die über die Nationalstaaten hinaus gereicht haben und diese internationalen und nationalen Impulse und Erfahrungen haben uns weiter geholfen.

Man kann sagen, in Frankfurt trägt der drogenpolitische Konsens unter den Parteien soweit, dass eine gewisse Reisefreude im Gesundheitsausschuss ausgebrochen ist, insbesondere nach Berlin. Wenn wir mit nationalen Entscheidungen sehr unzufrieden sind, dann kann ich auf die Unterstützung aller Parteien im Frankfurter Römer zählen und das ist sehr, sehr viel wert und natürlich nicht zuletzt auch auf die Unterstützung der Oberbürgermeisterin.

Dieser Konsens und die dadurch getragene Drogenpolitik hatten sichtbare Erfolge. Ich verweise noch einmal nach da draußen. Da draußen sehen sie letztlich, kurz zusammengefasst, den sichtbaren Erfolg. Wir haben in der Taunusanlage keine offene Drogenszene mehr. Mit diesen sichtbaren Erfolgen scheint vordergründig eine Diskussion über Drogenproblematik in ihrer Gesamtheit überflüssig geworden zu sein und punktuelle öffentliche Aufmerksamkeit erzielen wir eigentlich nur noch mit besonderen, mit einzelnen Projekten, wie jetzt seit Längerem mit dem Thema „kontrollierte Heroinvergabe“, aber im Übrigen herrscht doch zum Teil der Eindruck, es ist ja mehr oder weniger alles in Ordnung, worüber wollen wir uns eigentlich noch austauschen?

Ich glaube, dass das ein Trugschluss ist. Das Drogenproblem ist weiterhin existent und es ist brisant, auch wenn es zum Teil weniger sichtbar geworden ist. Die Zahl der Suchtmittel hat sich vervielfacht, sie sind heute fast überall und sehr leicht verfügbar und der Konsum generell von allem, was Erleichterung, Betäubung, Lust-, Schmerzfreiheit oder auch zunehmend bessere Leistung verspricht, ist quasi zur gesellschaftlichen Normalität geworden.

Nach mehr als 25 Jahren aktiver Drogenpolitik stehen wir auch immer wieder vor neuen Problemen, für die wir noch gar keine Lösungen anbieten können. In Frankfurt diskutieren wir etwa die Frage, wie wir eigentlich mit der zunehmenden Zahl älter werdender Drogenabhängiger umgehen sollen oder wie wir Süchtige mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus besser erreichen können. Angesichts neuer auch globaler Herausforderungen und Risikokonstellationen ist deswegen eine drogenpolitische Diskussion, ein interkommunaler Diskurs zwischen den Städten aus meiner Sicht notwendiger denn je; auch, und gerade, um den immer wieder gefährdeten drogenpolitischen Konsens in schmerzhaften und kontroversen Debatten immer wieder neu herzustellen. Denn der drogenpolitische Konsens muss erarbeitet werden, er fällt nicht vom Himmel. Ohne diesen Dialog und auch ohne diesen Konsens ist eine Weiterentwicklung der Drogenpolitik und Drogenarbeit nicht möglich und ohne diesen Konsens können die Städte auch ihre Forderungen gegenüber übergeordneten Ebenen - Land, Bund, EU - nicht geltend machen. Wir brauchen diesen Konsens und wir brauchen die Arbeit an diesem Konsens als Unterstützung für unsere kommunale Stimme auch auf anderen Ebenen.

Das wichtigste Ziel dieser Konferenz ist für uns deshalb, die drogenpolitische Diskussion in strukturierter Form, zunächst auf kommunaler Ebene, wieder zu eröffnen und sich gemeinsam neuen Themen und Herausforderungen zu stellen. Mein Wunschbild wäre natürlich, dass Sie alle schon mit ganz vielen neuen Antworten nach Hause fahren könnten. Aber ich glaube nicht, dass uns das gelingen wird. Deswegen wäre ich schon sehr glücklich, wenn Sie mit vielen neuen Fragen, vielen neuen Problemwahrnehmungen und vielleicht auch neuen Erfahrungen, die Sie aus anderen Städten gehört haben, nach Hause fahren können.

Ich möchte noch etwas Grundsätzliches anmerken, was mir ganz wichtig ist. Was wir uns für die drogenpolitische Debatte vornehmen, nämlich tolerant und vernunftorientiert mit abweichendem Verhalten umzugehen, das ist eine sehr anspruchsvolle und auch nicht immer leicht zu vermittelnde Herangehensweise. Der aktuelle gesundheitspolitische Zeitgeist setzt wieder mehr auf Regelungen und auch wieder mehr auf zusätzliche Verbote. Ich glaube, dass zumindest eine einseitige Aufmerksamkeit für schon gescheiterte Prozesse, sozusagen für das Kind, das schon im Brunnen liegt, oft den Blick auf die Ursachen dieser gesellschaftlich unerwünschten Abweichungen verstellt. Oft nimmt uns diese Verbotsdebatte auch die Energie, das zu tun, was eigentlich notwendig ist, nämlich in Zukunftsaufgaben, wie zum Beispiel Bildung, zu investieren oder generell die Voraussetzungen dafür zu

schaffen, dass Menschen sich frei von Sucht und im Wortsinne unabhängig entwickeln können.

Nun zur Konferenz. Die Details werden Ihnen nachher die Fachleute und die Moderation vorstellen, aber was sind die drei großen Themen, mit denen wir uns befassen wollen?

Im ersten Teil wird die Konferenz die Realität und die Paradoxien der globalen Drogenpolitik und deren Bedeutung für uns auf der kommunalen Ebene ins Blickfeld nehmen. Danach wollen wir uns mit neuen Erkenntnissen aus Forschung, Therapie und Prävention beschäftigen und deren Anregungen für unsere alltägliche Praxis erörtern. Der dritte Komplex widmet sich der Frage, wie denn die Wege in eine wahrhaft integrierte kommunale Drogenpolitik und Drogenarbeit angesichts ganz neuer Probleme und Herausforderungen aussehen können.

Ich freue mich sehr, dass die Stadt Frankfurt mit dieser Konferenz den Anstoß geben kann, den drogenpolitischen Diskurs in seiner Gesamtheit erneut zu eröffnen. Dies wird ganz sicher, wenn wir es ernst meinen, kein leichtes und auch nicht unbedingt ein harmonisches Unterfangen werden; aber ich glaube, es wird auf jeden Fall ein spannendes Unterfangen sein.

Wir haben diese Konferenz auch ganz bewusst nicht als Lehrveranstaltung konzipiert, wo wir vom Katheder herunter irgendwelche Wahrheiten oder Einschätzungen verkünden, sondern als einen mit Ihnen gemeinsam zu gestaltenden Diskussions- und Suchprozess. Und bei der Frage, was muss sich ändern, wofür plädieren wir von der kommunalen Ebene aus, sind wir deswegen auf Ihrer aller Expertisen und Ihre geronnene und reflektierte Erfahrung ganz stark angewiesen.

Ich wünsche uns allen einen spannenden und anregenden Verlauf. Ich danke Ihnen jetzt schon sehr für Ihr Mitwirken an dieser Diskussion und gebe jetzt das Wort an Frau Professor Dr. Susanne Weber, die die gesamte Veranstaltung moderieren und in das Open Space Verfahren einführen wird. Frau Professor Dr. Weber lehrt an der Hochschule Fulda im Department Social Studies und ist eine der profiliertesten Expertinnen für die Open Space Methode und deswegen ruht auf ihren Schultern auch viel Verantwortung für diese Veranstaltung. Wir sind sehr froh, dass wir sie gewonnen haben.

Danke schön!

Beifall

Komplex 1: Drogenpolitik global

Realitäten und Paradoxien der globalen Drogenpolitik

Einführungsvortrag von Dr. Günter Amendt, Hamburg

Erlauben Sie mir, meine Damen und Herren, den Vortrag mit einem Witz zu beginnen.

Vor genau zehn Jahren beschloss die Generalversammlung der Vereinten Nationen einen Zehnjahresplan zur Drogenpolitik, der sich die Ausrottung des illegalen Anbaus von Kokapflanzen, Schlafmohn und Cannabis bis zum Jahre 2008 zum Ziel setzte. Auf einer Halbzeit-Konferenz, die im April 2003 in Wien stattfand, wurde das Ziel noch einmal bekräftigt, auch wenn die damalige Bundesdrogenbeauftragte „realistischerweise“ eingestehen musste, „dass das globale Ziel der Vereinten Nationen, bis zum Jahre 2008 eine drogenfreie Welt zu schaffen, nicht erreicht werden kann“.

Wenn das kein Witz ist. Als würde nicht alle Jahre wieder, wenn der Suchtstoffkontrollrat der Vereinten Nationen seinen Bericht vorlegt, die Weltöffentlichkeit mit einer Realität konfrontiert, die im krassen Widerspruch steht, zu dem von der UN-Vollversammlung gesetzten Ziel einer drogenfreien Welt. Die Realität im Jahr 2008 sieht so aus: Es kursiert mehr Kokain, mehr Heroin, mehr Opium, mehr Haschisch und mehr Marihuana am Weltmarkt als je zuvor. Von allen Schauplätzen werden Rekordernten und Rekordumsätze gemeldet. Die Absichtserklärung der UN-Vollversammlung erweist sich als billige Propagandafloskel. Kriegspropagandafloskel, um genau zu sein. Denn bei allem, was heute und morgen hier diskutiert werden wird, darf nicht in Vergessenheit geraten, dass alle drogenpolitischen Maßnahmen auf lokaler und kommunaler Ebene vor dem Hintergrund eines nunmehr länger als 30 Jahre währenden globalen Krieges gegen Drogen stattfindet.

Wohin es führt, wenn diese Realität ausgeblendet wird, war vor einigen Monaten zu besichtigen, als sich Funktionäre der „Jungen Union“ mit großem moralischen Pathos und mit Argumenten aus der Steinzeit der drogenpolitischen Debatte *gegen* die Fortsetzung der medikalisierten Opiatabgabe aussprachen und sich gleichzeitig stark

machten für den Einsatz der Bundeswehr in Afghanistan, wo unter dem Schutz von NATO-Truppen Opium in einem noch nie gekanntem Ausmaß angebaut und zu Heroin verarbeitet wird.

Im Jahre 1998, als die UN-Vollversammlung eine drogenfreie Welt für 2008 ankündigte, ging auch ein von hochrangigen Experten und namhaften Politikern verfasster und an den damaligen Generalsekretär gerichteter Brief beim UN-Hauptquartier in New York ein, in dem die Unterzeichner eine Evaluierung der UN-Drogenpolitik dringend anmahnten. Ihren Vorstoß begründeten sie mit der Erkenntnis, dass die politischen, ökonomischen und sozialen Folgen dieser Politik längst gravierender sind als der Drogenmissbrauch selbst.

Evaluierung, das soll heißen: Eine Kosten-Nutzen-Analyse der Drogenprohibition zu erstellen und eine Antwort auf die Frage zu finden, was zu tun ist, um den Angebotsdruck zu brechen. Die Erfahrungen von mehreren Jahrzehnten zeigen, dass die *Nachfrage* nicht oder nur temporär steuerbar ist. Alle Appelle an die Verbraucher, ihren Konsum einzustellen, sind verpufft. Wenn aber die Nachfrageseite trotz des Einsatzes von Repressionsmitteln nicht zu steuern ist, bleibt die Frage, ob und wie die Angebotsseite zu beeinflussen ist. Das führt automatisch zum Zentrum des Problems. Der illegale Drogenhandel verdankt seine außerordentlichen Profite ausschließlich der Prohibition. Nur deswegen werden ständig neue Anbauflächen angelegt, illegale Labors eingerichtet und neue Handelswege erschlossen. Würde die Prohibition aufgegeben, dann würden Mohn und Koka wieder zu normalen Agrarprodukten. Die Aufhebung der Prohibition wäre gleichbedeutend mit der Enteignung des Organisierten Verbrechens in dieser wichtigen Sparte seiner Geschäftstätigkeit. Dass es mit der Aufhebung der Prohibition alleine nicht getan ist, versteht sich von selbst. Ohne staatliche Regulierungen ist der Legalisierungsprozess nicht zu bewältigen und politisch nicht durchsetzbar. Es existieren Modelle, die als Diskussionsgrundlage geeignet sind. Im Rahmen dieses Vortrages kann ich auf Details nicht eingehen.

In die Kosten-Nutzen-Analyse der Drogenprohibition einbezogen, gehören nicht nur die Kosten für das Justizsystem, die Polizei, das Strafvollzugs- und das Gesundheitssystem in den Verbraucherländern, dazu gehören auch die Kosten für Militäreinsätze in den Anbauländern und die Folgekosten für die von Gifteinsätzen und Militäraktionen terrorisierte einheimische Bevölkerung. Beim Einsatz von

chemischen Sprühgiften gibt es eine Kontinuität in der US-amerikanischen Kriegsführung, die von Vietnam über Kolumbien und Bolivien bis nach Afghanistan reicht. Mit ihren Gifteinsätzen, die vor allem in Lateinamerika bevorzugt von privaten Militärfirmen, wie Blackwater, durchgeführt werden, zerstören die Einsatzkommandos die Lebensgrundlage der einheimischen Bevölkerung. Das Gift aus der Luft verseucht die Böden und das Wasser, vergiftet die Menschen und tötet das Vieh. In Lateinamerika sind Hunderttausende auf der Flucht vor solchen Einsätzen.

Richard Holbrooke, der, falls Hillary Clinton Präsidentin der USA werden sollte, als Anwärter auf das Außenamt gilt, nennt in einem in der Süddeutschen Zeitung veröffentlichten Artikel das Anti-Drogenprogramm der USA in Afghanistan, zu dem auch Gifteinsätze gehören, „das ineffizienteste in der Geschichte der amerikanischen Außenpolitik“. Es ist bemerkenswert, wie offen Holbrooke die US-amerikanische Drogenpolitik als das bezeichnet, was sie ist: Ein Instrument der Außenpolitik.

Im Lichte der US-amerikanischen Außenpolitik aber stellt sich vieles von dem, was aus europäischer Sicht paradox erscheinen mag, als kohärent und frei von inneren Widersprüchen dar. Die US-Drogenpolitik ist dem Primat der US-Außenpolitik untergeordnet. Ob, wann, gegen wen und gegen wen nicht zugeschlagen wird, ist abhängig von übergeordneten militärischen und außenpolitischen Interessen. So hält es Holbrooke in der gegenwärtigen Lage nicht für opportun, den Opiumanbau in Afghanistan weiter zu bekämpfen. Vorrangig sei die Stabilisierung der Sicherheitslage. Deshalb sollte man „einen vorübergehenden Stopp der Drogenvernichtung in den unsicheren Gebieten in Betracht ziehen“.

Die US-Militärführung in Afghanistan bedarf solcher Ratschläge jedoch nicht, denn taktische Bündnisse mit Drogenbaronen und Warlords gehören zum Alltag der amerikanischen Kriegsführung. Das ist so in Lateinamerika. Das ist so in Afghanistan. Das ist überall so, wo eine US-Regierung im Namen des „war on drugs“ Einfluss auf die innere Entwicklung von Drittstaaten zu nehmen versucht. Wir haben gerade erlebt, wie auf Betreiben der USA mitten in Europa ein, um bei der amerikanischen Terminologie zu bleiben, Narco-Staat gegründet wurde. Die Machtelite an der Spitze dieses Staates galt noch vor einem Jahrzehnt als eine Bande von gewalttätigen Drogendealern.

Weil illegale Drogen nicht nur Medikamente und Genussmittel, sondern auch Zahlungsmittel sind, mischen die Geheimdienste im illegalen Drogenhandel kräftig mit. Dafür gibt es unzählige Belege. Der „war on drugs“ ist ein Krieg der Geheimdienste, die aus ihm einen Teil ihrer operativen Mittel schöpfen und schon deshalb am Fortbestand des Krieges interessiert sind. Das wohl bekannteste Beispiel für diese Art von globaler Drogenpolitik war die Ausstattung der Contra-Banden in Nicaragua mit von der CIA beschafften und mit Kokain finanzierten Waffen.

An die Jahresberichte des UN Büros für Verbrechensbekämpfung, die eine von Jahr zu Jahr steigende Opium- und Heroinproduktion in Afghanistan registrieren, hat sich die Weltöffentlichkeit mittlerweile gewöhnt. Erstaunlich ist nur, wie gering das Interesse in Europa und in den USA am Verbleib dieser Drogen ist. Der europäische Handel mit Heroin stagniert. Auch auf dem US-amerikanischen Heroin-Markt, der zum großen Teil noch immer aus Lateinamerika beliefert wird, ist auf absehbare Zeit nicht mit nennenswerten Steigerungsraten zu rechnen. Die afghanischen Opium- und Heroinhändler sind also darauf angewiesen, ihre Rekordernten anderswo abzusetzen. Es ist ihnen gelungen, neue Märkte zu erschließen. Indien und Pakistan sowie die südlichen Republiken der früheren Sowjetunion sind wichtige Absatzgebiete. Und Afghanistan selbst. Nach Schätzungen von Hilfsorganisationen sollen fast eine Million Afghanen opium- bzw. heroinabhängig sein. Sollten die alliierten Truppen das Land eines Tages verlassen, hinterlassen sie ein Problem, welches das sowieso marode Gesundheitssystem Afghanistans restlos überfordert. Nicht anders ist die Lage in den Afghanistan benachbarten Ländern. Dort hat, wie die WHO alarmiert feststellt, das HIV/Aids-Problem als Folge des Drogengebrauchs und der dazugehörigen Prostitution Ausmaße angenommen, wie man sie nur aus Afrika kennt.

Doch nirgendwo sonst treten die inneren Widersprüche der globalen Drogenpolitik so deutlich zu Tage, wie in der Cannabis-Verbotspolitik, die bereits in den 1920er Jahren in den USA konzipiert und nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges der in den Vereinten Nationen versammelten Staatengemeinschaft oktroyiert wurde. Nachdem es in den 80er und 90er Jahren so aussah, als sei eine Rücknahme des Verbotes und ein Verzicht auf weitere Repressionsmaßnahmen möglich, muss man heute konstatieren, dass das Gegenteil der Fall ist. Die Repressionsschraube wird wieder angezogen.

Da sich alle schon in den 1960er Jahren in Umlauf gebrachten Prognosen und Horrorszenarien über die Schädlichkeit von Cannabis *nicht* bestätigt haben, wird die Fortsetzung der Prohibition mit dem Argument begründet, die Situation von heute sei nicht vergleichbar mit der von damals. Cannabis sei heute potenter als in den 60er Jahren, heißt es. Die Zahl der Konsumenten habe zugenommen und das Einstiegsalter sei gesunken. Je jünger die Konsumenten, desto exzessiver sei der Konsum. Die Folge: Die Zahl von hilfebedürftigen Cannabiskonsumenten sei drastisch angestiegen. Deshalb sei es nötig, das Beratungs- und Therapieangebot zu erweitern und entsprechende Einrichtungen zu schaffen.

Richtig ist: Die Zahl der Konsumenten ist gestiegen – europaweit. Richtig ist auch, dass statistisch Jugendliche heute früher den ersten Joint rauchen als es in den 60er Jahren der Fall war. Mit der Zunahme der Konsumentenzahl, steigt proportional die Zahl der Zwischenfälle. Das ist logisch und war zu erwarten.

Ursache für die steigende Zahl von Zwischenfällen, behaupten die Befürworter des Verbotes, sei der im Vergleich zu früher höhere Wirkstoffgehalt von Cannabis. Diese Behauptung ist falsch. Zwar haben sich einige der in der Illegalität operierenden Pflanzler darauf verlegt, den THC-Gehalt ihrer Treibhausware hochzuzüchten, um ihr unter künstlichem Licht gezogenes Produkt von dem unter denselben Bedingungen gezüchteten Produkt der Konkurrenz unterscheidbar zu machen. Doch bereits in den 60er und 70er Jahren gab es Sorten mit einem ähnlich hohen THC-Gehalt. Damals allerdings war die Auswahl größer, weil der Markt mit Freiland-Cannabis von unterschiedlicher Qualität und Wirkungsweise aus Asien, Afrika und Lateinamerika beschickt wurde. Heute ist die Wahlmöglichkeit geringer – eine direkte Folge von Prohibition und Repression. Im übrigen gibt es für den Zusammenhang von erhöhtem THC-Gehalt und psychischen und psychosozialen Zwischenfällen keine wissenschaftlich gesicherten Belege.

Selbstverständlich ist es beunruhigend, wenn bereits Kinder und Jugendliche zu psychoaktiven Substanzen greifen. Die Befürchtung, dass der Konsum solcher Substanzen mitten in den hormonellen Turbulenzen der Pubertät, dem Stress der schulischen Belastung und der Flut medialer Einflüsse sich negativ auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirken kann, ist nicht von der Hand zu weisen. Das gilt für Cannabis. Das gilt für Ritalin – und alles andere, was pharmakologisch zur

Steuerung des Sozialverhaltens und zur Steigerung der Leistungsfähigkeit von Heranwachsenden eingesetzt wird.

Wie eh und je, stützt sich auch die neuerliche Kampagne gegen Cannabis, auf die Verallgemeinerung von psychiatrischen Fallbeispielen. Der „Spiegel“ spricht in diesem Zusammenhang von „Cannabiswracks“. Und Beratungseinrichtungen vermuten eine hohe Dunkelziffer von Hilfebedürftigen. Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass solche von Therapieeinrichtungen öffentlich vorgetragene Vermutungen über die Zahl der Hilfebedürftigen nicht frei von Eigeninteresse sind. Schließlich gilt es, die Forderung nach mehr Therapieplätzen und Beratungseinrichtungen zu untermauern.

Die Frage aber ist: Sind die Hilfebedürftigen der Hilfe bedürftig, weil sie Cannabis im Übermaß konsumieren, oder konsumieren sie Cannabis im Übermaß, weil sie der Hilfe bedürfen? Auch die angesehene und einflussreiche Medizinzeitschrift „The Lancet“ wendet sich in ihrer Ausgabe vom Mai 2004 gegen monocausale Erklärungsversuche und gibt zu bedenken, dass der übermäßige Gebrauch von Cannabis die *Folge* und nicht die Ursache psychischer und psychosozialer Probleme sein kann.

Dass das Einstiegsalter im Vergleich zu den 60er Jahren gesunken ist und weiter sinken wird, sollte niemanden überraschen. Denn es ist unbestreitbar: Jugendliche werden immer früher erwachsen – als Konsumentinnen und als Konsumenten. Sie tun, was man von ihnen erwartet, und wozu man sie ständig auffordert. Sie konsumieren. Warum sollten sie bei ihren Streifzügen durch die Welt der Waren und des Konsums ausgerechnet einen Bogen um das schillernde und verlockende Angebot an Drogen machen?

Gewöhnlich wird der Status bzw. die Marktauglichkeit eines gefährlichen Gutes auf Grund einer Risikoabwägung bestimmt. So auch bei psycho-aktiven Substanzen. Als legale Medikamente sind sie entweder – wie LSD – gänzlich verboten, oder sie sind verschreibungspflichtig, oder apothekenpflichtig, oder ohne Einschränkungen frei zugänglich. Entsprechend differenziert ist die Risikoabwägung auch bei illegalen Drogen. Die Unterscheidung zwischen harten und weichen Drogen ist Ergebnis einer solchen differenzierenden Risikoabwägung. Dabei geht man davon aus, dass es beim Konsum von Haschisch und Marihuana zwar zu Zwischenfällen und

Komplikationen kommen kann, dass diese aber bezogen auf die Zahl aller Konsumenten und aller Konsumeinheiten vernachlässigbar sind. Statistisch sind sie in der Tat kaum messbar.

Ferner ist festzuhalten, dass die Zahl der jugendlichen „risk searcher“, die den Adrenalinkick suchen, gestiegen ist, und dass die Bereitschaft zu Konsumexzessen, wie Komatrinken, auch bei Bong rauchenden Kiffern vorhanden ist. Dennoch: Die überwiegende Zahl aller Verbraucher hat den Cannabiskonsum unter Kontrolle, so dass nach Abwägung aller Risiken und Nebenwirkungen der Fortbestand des Verbotes nicht zu rechtfertigen ist. Zu den Besonderheiten der aktuellen Cannabis-Diskussion gehört jedoch die Weigerung der Verbotsbefürworter, sich auf die übliche Risikoabwägung überhaupt einzulassen. Sie wollen die Legalisierung von Cannabis, wenn überhaupt, nur dann in Erwägung ziehen, wenn ein Risikofaktor von Nullkommanull garantiert ist. Würde man diesen Maßstab auf alle riskanten Güter anwenden, gäbe es keine Atom-, keine Gen- und keine Informationstechnologie. Die Produktion von Automobilen müsste eingestellt werden, ebenso wie der Flugverkehr, die chemische Industrie und mit ihr die Nahrungsmittelindustrie würde drastisch schrumpfen, die Regale von Apotheken wären halbleer, Getränkemarkte müssten schließen und Gaststätten würden in Milchbars umgewandelt.

Die Paradoxien der globalen Drogenpolitik am Beispiel von Cannabis zu illustrieren, ist deshalb so nahe liegend, weil, wie die Erfahrungen von mehreren Jahrzehnten zeigen, das Verbot nicht durchsetzbar ist. Die Konsumentinnen und Konsumenten halten die Risiken – auch im Vergleich zu anderen Risiken, die das Leben in einer Risikogesellschaft prägen – für tragbar. Das sind alleine innerhalb der Europäischen Union mehrere Millionen Verbraucher, die ohne Unrechtsbewusstsein Cannabis konsumieren. Ihnen wird staatlicherseits keinerlei Verbraucherschutz gewährt. Es gibt keine Produktkontrollen. Und es gibt keine Produkthaftung, denn die ist nur möglich unter den Bedingungen der Legalität oder Quasi-Legalität wie in den Niederlanden. Das ist ein, nach meiner Auffassung, rechtsstaatlich unhaltbarer Zustand.

Die heute in der Bundesrepublik praktizierte Drogenpolitik wurde Ende der 60er Jahre entworfen – „unter Panik“, wie Bossong schreibt. Grundlage dieser Politik war – in Europa wie in den USA – das Abstinenzgebot. Der Abstinenzgedanke hat eine weit in die Geschichte des Industriezeitalters zurückreichende Tradition. Sowohl im

aufstrebenden Bürgertum wie in der sich herausbildenden Arbeiterbewegung gab es eine zeitweise äußerst heftige Abstinenzdiskussion – wobei es vor allem um die Droge Alkohol ging. Auch bei den Nazis und deren rassehygienischen Vorstellungen von einem gesunden Volkskörper spielte der Abstinenzgedanke eine zentrale Rolle: Eine deutsche Frau raucht nicht. Unterschwellig waren diese Traditionsströme als quasi religiöse Glaubenssätze in der drogenpolitischen Auseinandersetzung der Nachkriegszeit immer präsent und wirksam.

Nach intensiven wissenschaftlichen und harten politischen Auseinandersetzungen vollzog sich Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre ein Paradigmenwechsel. Die Propagandisten der Abstinenz, die ihr Ideal gesamtgesellschaftlich verbindlich machen wollen, verloren an Einfluss, der Akzeptanzgedanke setzte sich durch. Akzeptanz bedeutet: Die Realität erst einmal so zu nehmen, wie sie ist, und Drogenkonsumenten so gegenüberzutreten, wie sie sind. Diese Haltung, die auf Vorverurteilungen verzichtet, wurde zur Maxime des drogenpolitischen Handelns. Unter diesem Vorzeichen erweiterte sich der Handlungsspielraum der Drogenarbeit spürbar. Nur so war es möglich, Fixerstuben einzurichten, saubere Spritzen zu verteilen und die medikalisierte Opiatabgabe zu organisieren.

Viele Anzeichen sprechen dafür, dass sich nun ein neuerlicher Paradigmenwechsel vollzieht – vom Akzeptanzgedanken zurück zum Abstinenzgebot. Eine neue Verbotslust breitet sich aus. Wie sich aus einer höchst wünschenswerten Kampagne zum Schutz von Nichtraucher in kürzester Zeit eine aggressive Kampagne gegen Raucher entwickelte, ist ein Lehrstück.. Das Persönlichkeitsideal des Neoliberalismus verlangt von den Marktakteuren nicht nur, mobil und flexibel zu sein, sie sollen auch fit und gesund sein und vor Lastern zurückschrecken. Notfalls muss man sie mit Hilfe von Verboten disziplinieren.

Mit dem Hinweis auf einen Jahrestag habe ich begonnen, mit dem Hinweis auf einen anderen Jahrestag will ich schließen. Im Jahr 2012 jährt sich zum hundertsten Male der Beginn der Haager-Konferenz, auf der die bis heute währende Drogenprohibition ihren Anfang nahm. Es wäre zu wünschen, wenn die an der drogenpolitischen Diskussion Beteiligten diesen Anlass nutzten, nach drogenpolitischen Strategien jenseits von Krieg und Prohibition zu suchen.

Trotz aller zu erwartenden Widerstände von Fundamentalisten der Abstinenz und von Politikern, die nur darauf aus sind, das Angstpotential des Themas abzuschöpfen und parteipolitisch zu instrumentalisieren, sollten Sie – das sage ich an die Adresse der Veranstalter dieser Tagung – schon mal mit der Planung einer „Bilanz-Konferenz 2012“ beginnen.*

Ich danke Ihnen.

Beifall

Was bedeutet die globale Drogenpolitik für die kommunale Ebene?

Austausch und Themensammlung für den Open Space

Fragen/Diskussion

Frau Dr. Susanne Weber:

Jetzt ist natürlich klar, dass man viel länger sprechen könnte. Das ist ein gutes Zeichen. Gibt es aus Ihren Reihen jetzt schon Frage, Themen, von denen Sie sagen, das sollten wir unbedingt heute Nachmittag aufgreifen?

Jetzt geht es erst einmal darum, welche Themen finden Sie wichtig, welche Themen sollten aufgegriffen werden, welche Themen möchten Sie gerne zum Gegenstand machen, und sollen hier Raum haben auf der Veranstaltung?

Georg Wurth, Deutscher Hanfverband:

Ich finde, nach den beiden Referaten drängt sich die Frage nach der Repression in der kommunalen Drogenpolitik auf. Wir haben jetzt einmal gehört, fortschrittliche kommunale Drogenpolitik ist die Verbindung von Repression mit anderen Maßnahmen. Andererseits besteht eine globale Kritik an der Prohibition. Hier stellt sich die Frage, was macht die kommunale Politik daraus und wenn sie zu dem Ergebnis kommt, sie will was machen gegen Repression oder sie sollte Repressionen vielleicht vermindern, was kann kommunale Drogenpolitik da überhaupt tun in die Richtung?

Frau Dr. Susanne Weber:

Also Repression in der kommunalen Drogenpolitik. Was kann kommunale Drogenpolitik tun?

Dann halten wir das fest. Gibt es einen weiteren Themenvorschlag, von dem Sie sagen, das wäre ganz wichtig, das möchte ich gerne besprechen?

Herr Jürgen Heimchen vom Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierte Drogenarbeit e.V.:

Die Legalisierung von Cannabis sollte auf jeden Fall aufgenommen werden. Ich habe genau zugehört, was Herr Amendt gesagt hat, und meine Schlussfolgerung ist: Eigentlich müssen wir jetzt eine Legalisierungskampagne fahren.

Frau Dr. Susanne Weber:

Zweiter Vorschlag Legalisierung von Cannabis.

Herr Manuel Faber, Mitarbeiter von Monika Knoche, Drogenpolitische Sprecherin der LINKS-Fraktion im Bundestag:

Mich würde interessieren, wie Möglichkeiten des Drug-Checkings gesehen werden von den hier Anwesenden. Ob das als Möglichkeit gesehen wird als akzeptierende Drogenpolitik, gerade auch zu einer Zeit, wo es vergiftetes Marihuana auf dem Markt und ähnliche Dinge gibt. Ob das ein Ansatz wäre, den man vielleicht weiter verfolgen sollte?

Frau Dr. Susanne Weber:

Ok! Also Stichwort „Drug-Checking“.

Herr Ullmann, Substituierender Arzt in Hamburg:

Ich suche Antworten auf die Frage, warum die europäischen Regierungen sich dieser Prohibitions politik weiter aussetzen, unterwerfen?

Frau Dr. Susanne Weber:

Stichwort europäische Regierungen, warum setzen sie sich der Prohibitionspolitik weiter aus?

Frau Prof. Dr. Barsch von der Hochschule Merseburg:

In dem Zusammenhang würde ich gerne wissen wollen, wie wird Deutschland sich in einem Prozess des Aushandelns einer europäischen Drogenpolitik positionieren und da überhaupt einbringen?

Wir haben immerhin die Niederlande und die Skandinavier, völlig verschiedene Modelle, und da muss es ja zu irgendeinem Aushandlungsprozess kommen. Im Moment sieht der so aus, dass es eher in Richtung Skandinavien geht, das heißt mehr Repression und Verregelung und da ist es eigentlich wichtig, wo wird das gemacht, wer macht es und mit welchen Intensionen? Ich sehe im Moment da überhaupt gar keinen Handlungsprozess.

Frau Dr. Susanne Weber:

Aushandlung auf der europäischen Ebene. Ist das das Stichwort für Sie? Europäische Drogenpolitik. Danke schön! Da hinten war noch ein Beitrag. Danach schließen wir die Sequenz. Sie haben heute Nachmittag immer weiter die Gelegenheit, noch Ihre Themen einzubringen. Es ist nur eine erste Sammlungsphase. Notieren Sie sich Ihre Themen, wenn sie jetzt nicht vollends aufgenommen werden. Heute Nachmittag gibt es diese Sequenz noch einmal, wo Sie sammeln können. Keine Sorge, es bleibt alles erhalten. Bitte schön!

Herr Joachim Eul, Landesarbeitsgemeinschaft Drogenpolitik der GRÜNEN Berlin und auch Vorstand von Akzept eV.??:

Ein Thema, was mich interessieren würde, wie neue Stoffe in das Bundesbetäubungsmittelgesetz aufgenommen werden, welche Richtlinien es gibt? Es gibt ja juristisch ganz eindeutig, nach § 1 BtMG, Richtlinien. Das aktuelle Beispiel ist nun, dass am 15. Februar der Bundesrat beschlossen hat, das Halluzinogen Salvia Divinorum, den mexikanischen Wahrsagersalbei, ins Betäubungsmittelgesetz aufzunehmen, auf Antrag der schwarz-roten Bundesregierung und wir haben das von Akzept und auch von anderen Verbänden ausevaluiert und es gibt keinerlei wissenschaftliche, rechtliche oder auch soziologische Begründungen für diese Aufnahme. Allgemein möchte ich das jetzt nicht am Salvia aufhängen, sondern allgemein, wie finden neue Stoffe oder Pflanzen Einzug in das deutsche Betäubungsmittelgesetz?

Frau Dr. Susanne Weber:

Neue Stoffe, wie finden Sie Einzug in das Betäubungsmittelgesetz? Gut! Wie gesagt, ich hatte einige Wortmeldungen noch gesehen, notieren Sie sich Ihre Themenanliegen. Wir werden heute Nachmittag weiter Gelegenheit haben, diese auch aufzunehmen, sie gehen nicht verloren. Ich würde nur jetzt gerne an dieser Stelle einen Punkt machen. Wir haben einige Themen schon gefunden, die von Interesse sind und es wird sicherlich viele weitere Themen geben und es wird auch Gelegenheit geben, die weiter zu verfolgen.

Ich darf jetzt zum nächsten Punkt einladen, der uns anschließend beschäftigen wird. Wir wollen nämlich jetzt die kommunale Ebene etwas eingehender in den Blick nehmen, die Herausforderung an die kommunale Drogenpolitik ausleuchten mit drei Impulsreferaten, die in zehnminütigen Sequenzen kommen. Danach haben wir noch einmal kurz die Gelegenheit, darauf einzugehen.

Dann darf ich unsere Referenten auf das Podium bitten.

Ich freue mich sehr, dass Herr Professor Nestler zu uns sprechen wird. Sie sind Professor für Strafrecht an der Universität Köln und werden uns jetzt ein Impulsbeitrag halten zum Thema „Prohibition, Bedrohung für die städtische Ordnung und Sicherheit“. Sie sind seit 1997 Professor am Institut für Strafrecht und Strafprozessrecht der Universität Köln, haben sich habilitiert zum Thema „Verfassungs- und strafrechtliche Legitimität des Betäubungsmittelrechts“, haben die Stadt Frankfurt vertreten im Verfahren gegen die Bundesrepublik wegen Genehmigung des Forschungsprojektes zur Heroinabgabe und sind seit 1990 auch als Strafverteidiger tätig. Wir beleuchten mit Ihnen und durch Sie auch die rechtliche Seite, eine ganz wichtige Perspektive, und freuen uns auf Ihren Beitrag. Bitte schön!

Prohibition: Eine Bedrohung für die städtische Sicherheit und Ordnung?
Impulsreferat von Professor Dr. Cornelius Nestler:

Sehr geehrte Damen und Herren!

Sie haben ja schon gehört, mein Forschungsgegenstand ist die Analyse der Legitimität des Betäubungsmittelstrafrechts, das heißt, des Instrumentes mit dem Prohibition durchgesetzt wird. Dieses Thema hat die Leitung dieser Konferenz runter gebrochen auf das Ihnen vorliegende Thema, nämlich Prohibition, eine Bedrohung für die städtische Sicherheit und Ordnung. Und jetzt muss ich das noch einmal runter brechen auf ein Impulsreferat von zehn Minuten. Sie werden mir daher mit Nachsicht begegnen, wenn ich Ihnen weitestgehend nur Sprachbrocken hinwerfen kann. Das, mit dem ich mich drei bis fünf Jahre meines Lebens intensiv beschäftigt habe, Ihnen in zehn Minuten vorzuführen ist sicherlich nicht möglich.

Die grundsätzliche Frage nach der Legitimität von Prohibition und dem Betäubungsmittelstrafrecht ist, kann die Prohibition eigentlich das, was sie will erreichen, indem ich Schäden verhindere? Analytisch wird man das aufteilen müssen in drei Gruppen von Schäden, die ich mal nur andeute. Das sind die Schäden, die der Konsument sich selbst zufügen kann, also etwa der Schwerstkokaingebraucher, der seine Gesundheit ruiniert. Das können Schäden sein, die Konsumenten bei Dritten hervorrufen, also Beispiel - Sie sehen schon, die Beispiele sind alle blöd, aber das ist der Kürze der Zeit geschuldet - der Crackkonsument schlägt seine Kinder. Und die dritte Gruppe der Schäden, das sind die Schäden, die bei der Gesellschaft insgesamt auftreten können, also stellen wir uns vor eine Gesellschaft, in der alle nur noch kiffen, nicht mehr arbeiten und sich nicht mehr um ihre Kinder kümmern, das wäre der dritte Bereich von Schäden, wenn man die analytisch versucht auseinander zuhalten.

In der der weiteren Diskussion wird man erst einmal fragen müssen, ist die Prohibition denn überhaupt geeignet, das zu erreichen, was sie erreichen will? Und da möchte ich nur auf einen Teil der Diskussion aufmerksam machen, den Herr Amendt auch schon angesprochen hatte, bei Cannabis wird immer darüber diskutiert, wie gefährlich ist eigentlich Cannabis? Dann kommt immer als Antwort, das ist gar nicht so gefährlich und dann kommt das Bundesverfassungsgericht und sagt, na ja irgendwie ist es doch ein bisschen gefährlich und deswegen hat der Gesetzgeber, die Exekutive, darüber zu entscheiden, ob man das nun verbieten muss oder nicht.

Ich finde diese Diskussion grundsätzlich absurd und zwar deswegen, weil nicht nur praktisch, sondern auch verfassungsrechtlich gesehen es darauf ankommt, ob die Prohibition eigentlich geeignet ist, das zu erreichen, was sie will, nämlich einen Markt, auf dem sich Konsumenten versorgen und die daraus möglicherweise entstehenden Schäden bei den Konsumenten. Und wir haben nun seit 20 Jahren einen der größten empirischen Feldversuche, die man sich überhaupt vorstellen kann, wir haben nämlich ein Land, die Niederlande, in denen mehr oder weniger jeder Konsument, der Cannabis haben will, das bekommen kann. Und gucken wir uns alle epidemiologischen Daten an, die es so gibt, und gehen davon aus, dass man Holland und Deutschland ganz gut vergleichen kann, wird man feststellen, das ist ungefähr alles dasselbe. Das Ergebnis ist natürlich für die Bundesrepublik Deutschland und ihre Cannabisstrafrechtspolitik eine Katastrophe. Das heißt nämlich, dass jeder, und zwar nicht nur der Konsument, sondern auch der der eine Tonne Cannabis nach Deutschland importiert, vollkommen zu Unrecht im Gefängnis sitzt.

Warum? Weil das, was legitimieren könnte, dass er bestraft wird, nicht eintritt. Nämlich dass es weniger Menschen, nicht so viele junge Menschen und so weiter gibt, die Cannabis konsumieren. Das nur als Stichwort und gleich als Hinweis darauf, dass man das Bundesverfassungsgericht mit geeigneten Fällen mal mit dieser Frage konfrontieren sollte. Darauf gibt es keine einfache Antwort, auch verfassungsrechtlich keine einfache Antwort.

Drei Fragen, die sich mit diesen drei Schädigungen Konsument selbst, Dritte und die Gesellschaft verbinden. Die erste Frage ist, gibt es eigentlich so etwas wie ein Recht auf Konsum, ein Recht auf Genuss? Und umgekehrt, darf man dem Konsumenten eigentlich vor sich selbst schützen, vor den Gefahren, denen er sich aussetzt, in dem man nämlich diejenigen bestraft, die dem Konsumenten das Produkt anbieten, was er haben will und dann gleich auch noch den Konsumenten selbst.

Das Bundesverfassungsgericht hat in der Cannabisentscheidung nein gesagt, ein Recht auf Rausch gibt es nicht. Ich setze dagegen, das ist Quatsch, das Bundesverfassungsgericht hat nie entschieden, ob es ein Recht auf Motorradfahren oder ein Recht den Nanga Parbat zu besteigen oder was auch immer gibt, sondern es geht um die Frage, gibt es ein Recht auf Selbstgefährdung? Da kann ich nur sagen, ein Recht auf Selbstgefährdung - schlagen Sie irgendeinen Grundsatzkommentar auf - das gibt es dem Grunde nach, ja! Wenn der Verfassungsrichter am Abend ein Glas Rotwein trinkt, dann ist das nicht nur eine Frage der Kontrollmöglichkeiten des Staates, sondern selbstverständlich auch ein Recht, was er in Anspruch nimmt. Käme nämlich der Staat und würde sagen, der Weinhändler darf dir keinen Rotwein mehr verkaufen, dann würde er sagen wieso, ist es nicht meine Freiheit Rotwein zu trinken, heißt es nicht, der Rotweinhändler müsste es mir auch anbieten können.

Zweite Gruppe, die Gefahren für Dritte. Gibt es eine Korrelation zwischen Drogenkonsum und einer Gefährlichkeit für andere Personen? Wenn wir uns mal die Kriminalstatistik angucken, so weit sie das erfasst, werden wir feststellen, die stärkste Korrelation, die es gibt, ist die zwischen Alkohol und Gewaltdelikten. Die steht ganz im Vordergrund. Bei den anderen Drogen kann man diskutieren, wie gefährlich die sind. Das ist mir auch relativ egal, solange man nicht Extreme finden wird. Warum? Weil unsere Gesellschaft einen ganz einfachen Mechanismus hat, sie sagt beispielhaft, fahr nicht Auto unter Alkohol. Sie sagt aber nicht, ihr alle dürft keinen Alkohol trinken, weil ihr ja Auto fahren könntet. Diese Beispiele lassen sich endlos verlängern. Also wird hier sozusagen ein Sonderbegründungsrecht geschaffen, was auch bei den einzelnen Drogen überhaupt nicht zu legitimieren ist.

Dann komme ich zu meinem dritten Punkt und dann zum eigentlich Thema Prohibition, Bedrohung für städtische Sicherheit und Ordnung. Nämlich wie sieht es eigentlich aus mit den gesellschaftlichen Schäden der Prohibition? Wie sieht es aus, wenn man diese Kosten-Nutzen-Analyse, die Herr Amendt vollkommen zu Recht eingefordert hat, mal versucht runter zu brechen auf das, was in den Kommunen passiert und sich dann die Frage stellt, wie sähe es eigentlich aus, gäbe es keine Prohibition? Was würde das denn praktisch bedeuten in einer Stadt wie Frankfurt am Main?

Für die städtische Sicherheit und Ordnung hätte der Wegfall der Prohibition drei ganz bedeutsame Konsequenzen. Die erste Konsequenz ist, dass die Anwendung des Betäubungsmittelstrafrechts ganz erhebliche Ressourcen des Kriminaljustizsystems bindet, und zwar auf allen Ebenen. Polizei, Staatsanwaltschaft, Gerichte,

Strafvollzug, Einrichtungen der Drogen- und Straffälligenhilfe und so weiter. Die Vermutung geht dahin, dass etwa 30 Prozent aller Verfahren vor den Landgerichten - das sind also die aufwendigen Verfahren - wegen Betäubungsmittelstrafverfahren stattfinden. Das heißt also, die erste These wäre, ohne Prohibition und Betäubungsmittelstrafrecht, was zu seiner Durchsetzung benutzt wird, dann stünden alle diese Ressourcen, die - und jetzt ganz unten angefangen - vor allen Dingen bei der Polizei gebunden sind, die stünden zur Verfügung für andere gesellschaftliche Bereiche der Verhinderung von Schäden. Also Schwarzfahren in der U-Bahn, Verhinderung von Einbruchsdiebstählen, Verhinderung von Vergewaltigung, was auch immer Sie sich vorstellen können. Das Kriminaljustizsystem ist begrenzt und der Kuchen, den das Betäubungsmittelstrafrecht raus nimmt, der steht an anderen Stellen nicht zur Verfügung.

Wenn man jetzt mal reinguckt in die polizeiliche Kriminalstatistik des Polizeipräsidiums Frankfurt am Main im Jahr 2006 - ganz einfach zu googeln - findet man interessante Zahlen. Man stellt nämlich fest, dass im Jahr 2006 als allgemeine Verstöße gegen das BTM, ungefähr 6.000 Fälle ermittelt wurden - und das ist nur Erwerb und Konsum - und dann speziell illegaler Handel und Schmuggel noch einmal 500 und dann kommen für die illegale Einfuhr, das ist der Flughafen, noch einmal 100 dazu. Das heißt, Sie haben grob geschätzt 6.500 Fälle, in denen die Polizei etwas ermittelt hat, was sie ja bei Betäubungsmitteldelikten nur dann ermitteln kann, wenn sie aktiv hingehet und sucht. Bei Betäubungsmitteldelikten ist es ja anders als sonst im Strafrecht. Da kommt der Geschädigte und macht eine Anzeige, deswegen hat die Polizei die Information und ermittelt. Hier macht niemand eine Anzeige. Keiner, der verkauft, sagt, ich habe gerade was verkauft und umgekehrt natürlich auch nicht. Also das spiegelt polizeiliche Aktivitäten in 6.500 Fällen wider.

Das kann ich jetzt nicht runter brechen, das habe ich nicht gefunden, vielleicht kann uns das einer der Vertreter der Polizei irgendwann mal schildern, was das eigentlich prozentual für das Personal der Polizei bedeutet, so ein Programm zu fahren.

Erste These war, es wird einfach für vernünftige Kriminalitätsbekämpfung etwas weggenommen und in einen Bereich getan, in dem man es gar nicht haben sollte.

Zweite These ist, Betäubungsmittelstrafrecht kann ja, das wissen wir, einen illegalen Markt nicht verhindern. Was bedeutet illegaler Markt? Das bedeutet auch Gefährdung von Sicherheit und Ordnung. Warum? Weil den Teilnehmern am Markt legale Möglichkeiten, Vertragsstörungen zu klären, genommen sind. Das staatliche Gewaltmonopol gilt nicht auf einem Drogenmarkt, sondern dort gilt das private Gewaltmonopol. Das heißt, dort herrscht das Recht der Drohung und der Gewalt.

Was das statistisch bedeutet, wird in der Kriminalstatistik nicht separat ausgewiesen, aber man kann sich das als Struktur ganz leicht vorstellen. Da fügen sich Menschen permanent Schäden zu, manchmal schwerste Schäden. Und warum? Weil dieser Markt unreguliert ist. Das drückt sich natürlich auch in einer Gefährdung von Sicherheit und Ordnung in der Stadt aus.

Dann gibt es den dritten Teil, in dem es anders aussähe, gäbe es keine Prohibition. Das hängt damit zusammen - das ist ja auch eine ganz bekannt Weisheit -, die Produkte auf einem illegalen Markt sind relativ überteuert und ihre Beschaffung ist sehr zeitaufwendig. Das bedeutet, dass die Illegalität des Marktes Begleit- und Beschaffungskriminalität hervorruft und Begleit- und Beschaffungskriminalität findet nicht nur innerhalb des Marktes statt, sondern natürlich auch nach außen.

Gucken wir noch mal in die polizeiliche Kriminalstatistik hinein. Da stellen wir also fest, dass 25 Prozent der polizeilich aufgeklärten Delikte - vielleicht sind Drogenkonsumenten auffälliger, aber die Zahlen sind sozusagen von der Richtung her interessant - 25 Prozent aller Raubdelikte in der Stadt Frankfurt werden Drogenkonsumenten zugeordnet. 30 Prozent des Einbruchsdiebstahls in Büro- und Arbeitsräume, 23 Prozent in Gaststätten und Hotels und, und, und. Zusammenfassend sagt die Polizei, es sei immer noch zutreffend, dass jeder vierte Raub, jeder vierte schwere Diebstahl - das sind vor allem Einbruchsdiebstähle, auch an Autos - und jeder fünfte einfache Diebstahl von Personen begangen wird, die Konsumenten harter Drogen sind.

Ich glaube, ich liege ganz gut in der Zeit. Gäbe es keine Prohibition, hätte die Stadt alle diese Probleme nicht. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Beifall

Zahlen lügen nicht – die „Wahrheit“ über Prävalenzen zum Drogenkonsum

Impulsreferat von Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel,

Ich möchte diesen Impulsvortrag, bei dem es sich ja mit der Diskussion über ein Thema der Biostatistik per se um schwer verständliche Kost handelt, mit einem leicht modifizierten Beitrag beginnen, der 1996 in dem Ihnen sicherlich allen bekannten internationalen medizinischen Fachblatt LANCET veröffentlicht wurde (LANCET 348, 1392).

Drei klinische Epidemiologen und drei Statistiker fahren zusammen im Zug zu einer Konferenz. Die Statistiker fragen die Epidemiologen, ob sie sich Fahrkarten gekauft hätten. „Natürlich!“ antworten die Epidemiologen. „Dummköpfe“ sagen die Statistiker, wir haben nur eine einzige Einzelfahrkarte für uns drei gekauft.

Als der Schaffner erscheint, verschwinden die Statistiker in der Toilette des Abteils und schieben – nachdem der Schaffner an die Tür geklopft hat - das Ticket unter der Tür hindurch. Der Schaffner stempelt die Fahrkarte und schiebt sie unter der Tür hindurch zurück.

Die Epidemiologen sind schwer beeindruckt und beschließen, diese Technik selbst anzuwenden. Für die Rückfahrt kaufen sie sich gemeinsam nur eine Fahrkarte und fahren erneut mit den Statistikern zusammen im Abteil. Und wieder fragen die Statistiker, ob sich die Epidemiologen auch Fahrkarten gekauft hätten. Stolz berichten die Epidemiologen, dass sie nur eine einzige Fahrkarte gekauft hätten. „Dummköpfe!“ antworten die Statistiker. „Wir haben keine einzige Fahrkarte gekauft!“. „Aber was wollt ihr denn machen, wenn der Schaffner erscheint?“ fragen die erstaunten Epidemiologen. „Ihr werdet schon sehen.“ Als der Schaffner erscheint, verschwinden die Epidemiologen auf der Toilette. Die Statistiker gehen daraufhin ebenfalls zur Toilette und klopfen an die Tür. Die Epidemiologen schieben brav ihr Ticket unter der Tür hindurch, das von den Statistikern genommen wird, die es anschließend ebenso verwenden wie auf der Hinfahrt und die Epidemiologen ihrem Schicksal überlassen. Und die Moral von der Geschichte: Verwende niemals ein Verfahren, dass du nicht vollständig verstanden hast.

Auf die Tatsache, dass Ergebnisse der Anwendung statistischer Verfahren oder Analysen abhängig von der Kenntnis des Anwenders aber auch – oder vor allem – der Perspektive des Betrachters sind, werde ich später noch zurückkommen.

Aussagen zur Verbreitung des Konsums illegaler und legaler Substanzen in der Bevölkerung beruhen in der Regel auf Ergebnissen epidemiologischer Studien. Diese Untersuchungen bedienen sich höchst unterschiedlicher Herangehensweisen (persönliche oder telefonische Interviews, postalisch versandte oder im Internet dargebotene Fragebögen) und versuchen mittels mehr oder minder standardisierter Instrumente Aussagen über das Konsumverhalten bestimmter Gruppen zu machen. Gruppen können dabei z.B. Altersgruppen oder unterschiedliche soziale Gruppen sein. So untersucht z.B. der epidemiologische Suchtsurvey ESA, dessen aktuelle Ergebnisse das IFT Institut für Therapieforchung gerade veröffentlicht hat, den Konsum psychotroper Substanzen ausschließlich in der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren. Die Ergebnisse der letzten repräsentativen Erhebungen der BZgA zum Alkohol- und Cannabiskonsum berücksichtigen hingegen nur junge Menschen zwischen 12 und 19 Jahren. Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey

KiGGS des RKI hat die Altersgruppe zwischen 11 und 17 Jahren untersucht, die internationale „Health Behaviour in School aged Children“ (HBSC)-Studie Kinder zwischen 9 und 17 Jahren und die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) befragt Jugendliche in den Jahrgangsstufen 9 und 10 und legt sich damit gar nicht auf eine exakte Altersgruppe fest.

Sie merken bereits jetzt, wie einfach es ist, Verwirrung zu stiften, ohne ein einziges Ergebnis referiert zu haben. Im Rahmen unserer jährlichen Berichterstattung an die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) haben wir im vergangenen Jahr eine Zusammenstellung epidemiologischer Befunde aus diesen genannten Studien zum Cannabiskonsum erstellt. Ich kann ihnen versichern, dass das Ergebnis auch aus Sicht von Experten nicht wirklich homogen, übersichtlich oder eindeutig war. Es gab eine Menge Fußnoten, die nur begrenzt zum Verständnis der Daten beigetragen haben.

Schließlich unterscheiden sich die Ergebnisse unterschiedlicher Studien nicht nur in der Einteilung verschiedener Altersgruppen sondern liegen auch für unterschiedliche Bezugszeiträume (30-Tage-Prävalenz, 12-Monats-Prävalenz, Lebenszeit-Prävalenz) oder Konsumfrequenzen vor. So ist neben der Tatsache, dass Angaben 9-17jähriger nicht unbedingt mit den Angaben 18/19jähriger vergleichbar sind, z.B. keineswegs selbstverständlich, dass unter dem Begriff des „regelmäßigen Konsums“, der in der einen Untersuchung Verwendung findet, das gleiche zu verstehen ist wie unter dem von den Kollegen verwendeten Kriterium des „(fast) täglichem Konsums“. Auch liefern Studien - je nach zitiertem Teilergebnis - unter Umständen scheinbar unterschiedliche Ergebnisse, denn natürlich führt die Frage nach der Lebenszeit-Prävalenz des Cannabiskonsums bei Erwachsenen zu anderen Ergebnissen als die Betrachtung des Konsums der letzten 30 Tage unter Heranwachsenden. Die Frage ist natürlich, welche Aussage sich aus der Antwort eines befragten Mittfünfzigers ableiten lässt, der angibt, im Rahmen seiner Jugendjahre vor 30 Jahren einige Joints geraucht zu haben.

Ein letztes Beispiel, bevor ich die Fäden wieder zusammenführen möchte. Sie alle kennen die jährlich berichteten Angaben zu den Drogentoten. Ich möchte keine Debatte über die sinnvolle Interpretation dieser Zahlen anstoßen. Aber dazu ein Gedankenexperiment anregen: Wenn man die Verteilung der Drogentoten nach Altersgruppen betrachtet und alle registrierten Opfer, die älter als 30 Jahre waren, in einer Kategorie zusammenfasst, ist diese Gruppe nach absoluten Zahlen größer als die der bis zu 20jährigen, 21-24jährigen oder 25-29jährigen. Demnach ist dies offensichtlich die Bevölkerungsgruppe, die die meisten Opfer zu beklagen hat und daher besonders intensiver Unterstützung bedarf. Setzt man die Zahlen in Relation zur Größe der jeweiligen Altersgruppe in der Bevölkerung, stellt man fest, dass in der Gruppe der 25-29jährigen die meisten Drogentoten pro Einwohner zu beklagen sind, gefolgt von den 21-24jährigen und erst dann mit deutlichem Abstand in der Gruppe der über 30jährigen. Sind die unter 30jährigen deshalb unsere relevante Zielgruppe? Ich möchte dieses – zugegeben sehr triviale – Beispiel nur nutzen, um jenseits jeder verkomplizierenden methodischen Diskussion noch einmal auf grobe Fallstricke hinzuweisen, die sich uns täglich heimtückisch in den Weg legen. Welche Studie von wem, mit welchem Ergebnis, zu welchem Zeitpunkt und mit welchem Grad an Detailverliebtheit zitiert wird, variiert je nach Bericht erstattendem Medium und Perspektive des Betrachters.

In der Kommunikation der Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen werden die von den Wissenschaftlern in der Regel sorgfältig beschriebenen Rahmenbedingungen der Studien jedoch häufig – wenn überhaupt – nur am Rande erwähnt. Zum Teil ist dies nachvollziehbar, stellt doch die Frage nach der Interpretation und Generalisierbarkeit der Ergebnisse bereits die Wissenschaft häufig vor erhebliche Probleme und je mehr Details über die Einschränkungen der Studie berichtet werden, desto größer wird der Zweifel der Leserschaft, was die Ergebnisse eigentlich für den interessierten Entscheidungsträger oder anderweitig in der Suchhilfe tätigen Professionellen bedeuten.

Ein weiteres, insbesondere seitens unserer Kolleginnen und Kollegen von den Medien häufig zitiertes Argument besteht darin, dass Nachrichten kurz und präzise sein müssen und daher eine umfassende Darstellung wissenschaftlicher Detailinformationen (die ohnehin niemand verstünde) nicht erlauben. Die Verkürzung der Ergebnisdarstellung trägt aber aus Sicht der Wissenschaft nicht unbedingt dazu bei, die gewonnenen Ergebnisse in der Darstellung zu präzisieren – auch wenn es vordergründig so aussehen mag. Da werden aus regelmäßig konsumierenden Jugendlichen (die entsprechend der Definition einer der o.g. Studien z.B. >10 Mal im vergangenen Jahr Cannabis geraucht haben) schnell Intensivkonsumenten, die am besten samt und sonders einer ebenso intensiven stationären Behandlung bedürfen und selbstverständlich als Stereotypen der jungen Generation dienen.

Natürlich kann man immer sagen, dass die dargestellte Heterogenität der Ergebnisse auch jenseits methodischer Überlegungen in letzter Konsequenz nichts anderes widerspiegelt als die Tatsache, dass jeder Mensch einmalig ist. Das mag aus humanistischer Sicht richtig sein und ich möchte der Angemessenheit eines idiosynkratischen Vorgehens unter bestimmten Voraussetzungen auch nicht die Existenzberechtigung absprechen. Hat man aber den Anspruch, Ergebnisse wissenschaftlichen Arbeitens als Grundlage politischer Steuerung oder der Entwicklung von Hilfeangeboten zu nutzen, bedarf es eines zumindest in Grundzügen gemeinsamen Verständnisses der Ergebnisse zwischen Wissenschaftlern, anderen Experten und Entscheidungsträgern.

Der Widerspruch zwischen angemessener Berücksichtigung der wissenschaftlichen Komplexität einer epidemiologischen Studie und dem Anspruch, auch für den Laien nachvollziehbare „objektive“ Ergebnisse berichten zu wollen, scheint aber zunächst unauflösbar. Erschwerend kommt hinzu, dass auch die Berücksichtigung noch so vieler Details bei der Kommunikation wissenschaftlicher Ergebnisse nicht über die Tatsache hinwegtäuschen kann, dass die Ergebnisse statistischer Berechnungen aus Expertensicht naturgemäß immer mit einem gewissen (statistischen) Fehlerrisiko behaftet sind. Damit ist – um die Sache auf die Spitze zu treiben – aus Sicht des Forschers nichts in letzter Konsequenz richtig „sicher“ und „objektiv“.

Ich möchte Ihnen jetzt aber ersparen, so nette Begriffe wie den „Standardfehler“ und dessen Bedeutung für die Interpretation von Ergebnissen inferenzstatistischer Analysen zu erläutern. Mancher von Ihnen wird spätestens angesichts solcher Begrifflichkeiten ohnehin anfangen, daran zu zweifeln, ob Wissenschaftler überhaupt „normal“ reden können.

Nachdem ich jetzt ausreichend auf mögliche Probleme im Umgang mit epidemiologischen Daten eingegangen bin, möchte ich in drei Thesen formulieren,

wie man sich einem – aus meiner Sicht – angemessenen Umgang mit epidemiologischen Daten nähern könnte.

1. Eine Herausforderung (nicht nur) im Umgang mit epidemiologischen Daten zum Drogengebrauch besteht häufig darin, die richtigen Fragen zu stellen. Nur das Wissen darüber, zur Beantwortung welcher Fragen eine Untersuchung durchgeführt wurde, erlaubt, auch deren Ergebnisse angemessen zu beurteilen. So erlaubt eine Studie unter Studenten der Universität München normalerweise nicht, Rückschlüsse auf das Konsumverhalten älterer Obdachloser in Berlin zu ziehen.

2. Die Verwendung epidemiologischer Daten ist häufig von bestimmten Vorannahmen oder Interessen überlagert. So stellt sich bei der isolierten Betrachtung einzelner Indikatoren immer wieder die Frage, ob sie tatsächlich geeignet sind, eine Grundlage für daraus abgeleitete Aussagen zu liefern. So ist z.B. die alleinige Darstellung der Gesamtprävalenz des Konsums illegaler Drogen unter Jugendlichen nicht geeignet, um Aussagen zum Konsum einzelner Substanzen zu erlauben. Es stellt sich auch die Frage, ob Diskussionen entlang isolierter Absolut- oder Prozentwerte überhaupt sinnvoll ist. Ob das Ergebnis einer Studie im Einzelfall 10% oder 12% einer bestimmten Größe ergeben hat, ist häufig gegenüber der Betrachtung des Verlaufes eines Indikators oder der Berücksichtigung der so genannten klinischen Relevanz sekundär. Um handeln zu können, reicht in vielen Fällen das Wissen um die Größenordnung eines Problems unabhängig von Detailunterschieden zunächst aus.

3. Sowohl Wissenschaftler als auch die Öffentlichkeit haben eine Verpflichtung des Bemühens um Perspektivenübernahme. Die Wissenschaft muss sich der Tatsache stellen, dass ihre Ergebnisse erst durch die Interpretation des jeweiligen Betrachters für die Gesellschaft nutzbar (gemacht) werden. Und manchmal hat man den Eindruck, dass das Klagen über den vermeintlichen „Missbrauch“ von Ergebnissen manchmal fast schon zum guten Ton der Wissenschaft gehört. Aber seien wir doch ehrlich: Viele Wissenschaftler wären höchst unglücklich, wenn die Ergebnisse ihrer Arbeit außerhalb hoch spezialisierter Wissenschaftlerkreise keine Berücksichtigung fänden. Auf der anderen Seite kann man mit Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen nicht so umgehen, wie mit einem Tisch voller Sonderposten, von dem man sich nach Belieben einzelne Teile nehmen kann, ohne den Kontext zu berücksichtigen. Dieser geforderte Kontakt ist häufig für beide Seiten – den Lieferanten und den Nutzer wissenschaftlicher Daten – mühsam und mit dem Gefühl von Unverständnis seitens des Gegenübers verbunden. Aber es bedarf der Bewegung aller Beteiligten, um das wechselseitige Verständnis zu fördern. Vernachlässigen wir den Kontakt und das Bemühen um den Kontext, riskieren wir Schlagzeilen, wie sie aus meiner Heimat Hamburg anekdotisch berichtet werden:

Demnach kam vor vielen Jahren der Papst zu Besuch in die Hansestadt und wurde nach seiner Ankunft noch auf dem Rollfeld von einem Journalisten gefragt, ob er denn auch vorhabe, die Reeperbahn zu besuchen. Der Papst antwortete verwirrt „Wo ist die Reeperbahn?“, woraufhin ein großes Boulevardblatt am nächsten Morgen titelte: „Erste Worte des Papstes in Hamburg: Wo ist die Reeperbahn?“

Vielen Dank.

Beifall

Jugend heute: Können wir ihr Leben als drogenmündige Bürger ermöglichen?

Herr Prof. Dr. Benno Hafeneger konnte sein Impulsreferat nicht vorgetragen, da er kurzfristig verhindert war. Für Ihn sprach Frau Dr. Manuela Rottmann

Frau Dr. Manuela Rottmann:

Sie sehen, Gesundheitsdezernentinnen sind Allzweckwaffen. Sie können Professoren jeglicher Fachdisziplin kurzfristig ersetzen. Das stimmt natürlich nicht und ich kann den Vortrag von Hafeneger nicht ersetzen. Es ist sehr, sehr bedauerlich, dass er fehlt. Ich werde die Gelegenheit stattdessen nutzen, aus Frankfurter Perspektive, ein paar Thesen, vielleicht auch Gegenthesen, zu dem, was wir bisher gehört haben, in den Raum zu stellen, um die weitere Debatte etwas anzufeuern.

Es gibt einen Zusammenhang zwischen den beiden Themen, die wir gerade angesprochen hatten, nämlich Prohibition und Zahlen und Prävalenzen. Wir haben in Frankfurt ein systematisches Drogenmonitoring, was durchgeführt wird von der Universität Frankfurt, vom Center für Drug-Research, seit 2004 und aus diesem systematischen Drogenmonitoring, das eine jährliche Schülerbreitenbefragung beinhaltet, möchte ich eine Zahl, die ich so pi mal Daumen im Kopf habe, zitieren. Die Life-Time-Prävalenz, also die Anzahl aller Schüler, die jemals in ihrem Leben Cannabis konsumiert haben, liegt, glaube ich bei ungefähr 50 Prozent, die das sagen, das haben sie gemacht. Aus dieser Zahl und aus anderen Diskussionen, die wir führen - genau diese Diskussion, die Herr Hafeneger hier angesprochen hätte, wie kann ich Jugendliche befähigen mit Drogen umzugehen, auf Drogen zu verzichten, ein Leben ohne Sucht zu leben - aus dieser Zahl ergibt sich für mich eine ganz andere These zur Prohibition, nämlich das Thema, ob Cannabis verboten ist oder nicht, interessiert mich momentan gar nicht so sehr. So würde ich es mal umdrehen.

Ich weiß, dass Jugendliche Zugang dazu haben, ob es verboten ist oder nicht. Sie haben Zugang dazu und auf der kommunalen Ebene ist es das Thema, mit dem ich mich befassen muss. Ich kann auch nicht ganz Ihrer Prognose Recht geben, Herr Professor Nestler, dass ohne Drogenprohibition ein großer Teils von kommunalen Sicherheitsproblemen entfallen würde. Natürlich gibt es Beschaffungskriminalität, das ist ganz klar, die verschärft wird durch die Verteuerung, die durch die Illegalität entsteht, aber selbst in einem Legalisierungszustand wären bestimmte Drogen sicher nicht kostenfrei zu kriegen und unsere Erfahrung ist, dass Drogenkonsum immer weniger ein singuläres Problem ist. Drogenabhängigkeit, zumindest bei den Konsumenten von harten Drogen, ist immer eine komplexe Problemkonstellation, die z. B. einhergeht mit psychischen Erkrankungen. Psychische Erkrankungen, schwere Lebensumstände, problematische Hintergründe können natürlich auch mit verursachend sein für Kriminalität. Die Problemlage ist nicht monokausal zu

verstehen. Fällt die Prohibition weg, dann fällt auch die Gewalt und Kriminalität weg, diese Ansicht würde ich nicht teilen.

Aber wenn man den kommunalen Blick einmal so ausrichtet, ich möchte das auch deswegen sagen, weil hier in dem Themenspeicher - es ist gar kein Vorwurf an Sie, wir haben ja das Thema vorgegeben - das Thema Legalisierung von Cannabis noch einmal so in den Vordergrund gerückt worden ist. Das ist das, was ich vorhin gemeint habe in meinem Einführungsvortrag, aus der Perspektive, die ich als kommunalverantwortliche Politikerin habe, ist es nicht das zentrale Thema, ob eine bestimmte Substanz verboten ist oder nicht. Es hat uns nicht daran gehindert, in den letzten Jahren die Bereiche, wo wir gesagt haben, das Verbot hilft uns dabei nicht, das Verbot verhindert keinen Markt, es verhindert keinen Konsum, darauf pragmatisch zu reagieren, natürlich am Anfang mit Risiken, das muss man auch sagen. Mit Konflikten und Risiken, die vor allem hier auch in der Debatte zwischen Staatsanwaltschaft, Polizei, Trägern der Drogenhilfe, auch Jugendeinrichtungen hier vor Ort gelöst worden sind. Aber die Debatte Prohibition ja oder nein wird uns auf unserem weiteren Weg, zum Beispiel bei dem Thema Drug-Checking nicht viel weiter helfen. Es wird sicher immer ein Argument sein, was illegal ist, dafür gibt es - Sie haben es so genannt - keinen Verbraucherschutz, aber es ist letztlich, aus meiner Sicht, eine relativ periphere Frage, weil die Realität schlicht und einfach diese Frage Prohibition an den Rand gedrückt hat.

Also ist die Frage, wenn Prohibition nicht dazu führt, dass wir eine Drogenfreiheit erreichen, ich glaube, da sind wir uns alle einige, an dem Punkt können alle zustimmen, die Bilanz, die Herr Amendt eindrücklich aufgemacht hat, wenn man einen Strich unter das ehrgeizige Ziel der UNO, der WHO für 2008 der nachhaltigen Reduktion von Drogenangebot und Drogennachfrage zieht, dann spricht das ja eine deutliche Sprache und wir wissen natürlich, dass das ein unrealistisches Ziel ist. Mit diesem Ziel sollte man sich meiner Meinung nach gar nicht mehr befassen, weil auch das uns nicht voranbringt. Also wenn man davon ausgeht, dass Menschen Zugang zu illegalen Drogen und legalen Drogen haben, in dem Umfang, in dem sie es wünschen, dann stellt sich die Frage, was können wir tun, damit sie mit dieser Situation zurechtkommen.

Das wäre der Fokus, den der dritte Vortrag hätte legen sollen, wir müssen von dieser Beobachtung ausgehen und wir müssen vor allem junge Leute befähigen. Das wäre, finde ich, auch eine spannende Debatte. Sie haben ja sehr stark betont, dass das Risiko von Cannabis unterschiedlich zu beurteilen ist, dass es aus Ihrer Sicht eher ein geringes ist, aber ich glaube, ein weiterer Konsens ist ja, dass es durchaus, unabhängig davon, ob Drogen legal oder illegal sind, Hilfebedarf gibt von Drogenkonsumenten. Auch da glaube ich, ich guck mal so in die Runde, gibt es da einen Konsens? Ja, ich sehe nicken im Raum und auch deswegen glaube ich, ist es viel spannender sich damit auseinanderzusetzen, wie ist der Hilfebedarf und wo steht die Prohibition der Hilfe im Wege? Das ist eine spannende Frage, da hat es auch Entwicklungen gegeben und in dem Zusammenhang finde ich Prohibition ein

spannendes Thema. So waren die Konsumräume ein Ausbrechen aus dem engen Rahmen, den uns das Strafrecht und das Betäubungsmittelgesetz gesetzt haben und irgendwann hat man dann sozusagen die Entscheidung getroffen, hier steht die Prohibition der Hilfe im Wege. Das ist auch sozusagen die Ebene, wo ich das Thema Prohibition ja oder nein, spannend finde. Darüber hinaus finde ich nicht so spannend, weil die Realität es einfach sozusagen entlastet hat. Das als mein kleiner Einstieg.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Herzlichen Dank!

Hier gibt es auch gleich schon eine Wortmeldung. Professor Nestler, bitte!

Herr Prof. Nestler:

Wofür ich großes Verständnis habe, ist, die Frage so zu stellen, wie könnte argumentative Unterstützung einer pragmatischen Drogenpolitik auf der kommunalen Ebene aussehen und welche Probleme gibt es mit den rechtlichen Regelungen? Vielleicht gibt es ja andere Entwicklungen, die letztlich auch auf diese pragmatische kommunale Drogenpolitik, die man im Alltag eben leisten muss, durchschlagen.

Sie haben natürlich vollkommen Recht. Meine Gesamtkritik an der Prohibition, die ist für kommunale Drogenpolitik vollkommen unwichtig und politisch irrelevant. Aber es gibt Punkte, an denen es vielleicht doch sinnvoll sein kann, mal die Debatten wieder voranzutreiben. Ich glaube, dass die Debatte um das Kriminalisierungsprogramm Cannabis eine Debatte ist, die man immer wieder vorantreiben sollte.

Jetzt noch ein letztes Argument, warum das dann vielleicht nicht kommunale Drogenpolitik, aber die Stadt und ihre Bürger betrifft. Und da sage ich noch einmal, der Aufwand, der betrieben wird zur Verfolgung von Cannabisdelikten und die Eingriffe, die stattfinden gegenüber den Bürgern, sind etwas, was auch für städtische Kultur und Politik bedeutsam ist. Also, dieses Beispiel, was Herr Wurth vom deutschen Hanfverband noch viel besser in den Details schildern kann als ich, wenn Strafverfolgung von solchen Shops, die irgendwelche Utensilien zum Cannabisanbau verkaufen, wenn die Strafverfolgung dazu führt, dass 150 Bürger ihre Wohnungen und ihre Läden durchsucht bekommen und Strafverfahren geführt werden und Polizisten mit diesem ganzen Quatsch beschäftigt sind und Staatsanwälte und Gerichte und so weiter, dann ist das etwas, was zwar nicht auf die aktuelle Drogenpolitik einer Stadt durchschlägt, was aber sehr wohl auf das durchschlägt, was vernünftige Politik in einer Stadt sein kann. Davon wird sie nämlich belastet.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber.

Herzlichen Dank, Herr Professor Nestler!

Hier vorne kommt auch gleich schon ein Wortbeitrag und damit geben wir auch den Raum frei für Kommentare aus dem Plenum. Bitte schön!

Herr Franz Pietsch:

Danke schön, mein Name ist Franz Pietsch, ich bin der österreichische Drogenkoordinator und seit vier Jahren auch Vorstandsmitglied der europäischen Drogenüberwachungsstelle in Lissabon. Insgesamt beschäftige ich mich fast zehn Jahren mit Fragen der Drogenpolitik und es ist mir einfach ein Anliegen, allein auch aufgrund der Objektivität und der Fairness - und da darf ich wirklich anknüpfen an die Frau Dezernentin, die hier zu Recht darauf hingewiesen hat, welche Problemstellung sich mit der Prohibition auf der einen Seite und Unterstützungs- und Hilfestellungsmöglichkeiten, gerade auf kommunaler und lokaler Ebene, auf der anderen Seite ergeben.

Aber gestatten Sie mir, als jemand, der auch bei den jährlichen Sitzungen des Weltrogenkontrollrats dabei ist, nicht nur als Vertreter Österreichs, sondern als Vertreter der Europäischen Union, drauf hinzuweisen, dass es einfach nicht richtig ist, was Sie, Herr Professor Amendt, hier dargestellt haben, in einer sehr verkürzten Darstellung, in der Form, dass Sie einfach darauf verweisen, dass hier 1998, das war das erste Mal, dass die Vereinten Nationen eine politische Absichtserklärung im Kampf gegen die Drogen abgaben, wo es einfach darum gegangen ist, hier zu bekunden, dass das ein gemeinsames Anliegen der Staatengemeinschaft sein muss. Es ist nicht richtig, dass festgestellt worden ist, dass 2008 die Welt drogenfrei sein soll. Das ist absolut falsch, sondern es wurde dort festgestellt, dass vor allem die Nachfragereduktion im Mittelpunkt der Bemühungen und der Anstrengungen zu stehen haben und dass eben Problembereiche, wie die Vernetzung, die Koordinierung, die Kooperation, gerade eben auf der lokalen und regionalen Ebene, die einzige richtige Antwort darauf sein kann und nicht in den Fragen der Prohibition. Das ist nur ein ganz geringer Teil, aber dahinter steckt - und das war das Bemühen der Vereinten Nationen - die Kriminalität, die auf der Metaebene, wo der Geldhandel, die Prostitution, also Geldwäscherei, Menschenhandel und all diese Dinge an der anderen Seite der Fahnenstange hängen bleiben.

Und vielleicht noch zu den Darstellungen die Niederlande betreffend. Vielleicht sollte man auch darauf hinweisen, dass die Niederlande ihre Rechtspolitik geändert haben.

Nicht nur im Bereich der Cannabispolitik, wo es im Übrigen europaweit ein Einvernehmen dafür gibt, dass hier keine Legalisierung und Liberalisierung durch die Staatengemeinschaft, auch auf europäischer Ebene, vorgesehen ist. Da gibt es ein klares Bekenntnis der Regierungen, mit den Stimmen der Niederlande. Das ist ein eindeutiges Ergebnis. Auch das gilt es, zur Kenntnis zu nehmen. Wohl aber ist die Frage, wie geht man damit um, muss in diesem Umfang Prohibition beim Cannabiskonsum bestehen und was sind die Folgen? Da bin ich wieder bei ihnen, wo Sie zu Recht, Frau Stadträtin, hier darauf hinweisen, dass hier eben die Situation im regionalen Bereich entscheidend sein kann.

Es ist Anliegen der europäischen Drogenbeobachtungsstelle, vergleichbare Daten etwa auf europäischer Ebene zu haben. Hier muss die Wissenschaft entsprechend verstärkt werden. Es war mir ein riesiges Anliegen, dass der wissenschaftliche Beirat für diese Beobachtungsstelle nicht mehr von den Regierungen entsandt wird, sondern dass nach einem Auswahlverfahren namhafte Wissenschaftler sich in einem fünfzehnköpfigen Gremium zusammengefunden haben und hier unabhängig von der Politik klare sowie verbesserte wissenschaftliche Daten einfließen lassen, um letztendlich nicht nur auf europäischer Ebene, sondern im nationalen Bereich den Mitgliedsstaaten die Möglichkeiten zu geben, hier bessere Wege zu finden, um diesen Problemen vor Ort besser und effizienter Rechnung tragen zu können. Dass in der Schweiz - damit bin ich schon am Ende - das Betäubungsmittelgesetz zum vierten Mal in der Revision gescheitert ist, und das an der Cannabisfrage, zeigt, wie schwierig das Ringen um einzelne Positionen ist. Italien und England haben in der Einstufung ihrer Cannabiszuordnungsbereiche aufgrund klarerer wissenschaftlicher Datenlagen ein Upgrading vorgenommen und überlegen hier wieder einen Umkehrschwung zurück.

Auch das ist einfach ein Faktum. Es wurden Wege aufgezeigt, zum ersten Mal auf Ebene der Vereinten Nationen, wie hier gemeinsam der Kampf gegen den Drogenmissbrauch aufgenommen werden kann.

Danke schön!

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Danke schön. Gibt es weitere Nachfragen?

Herr Dollinger:

Mein Name ist Dollinger von der Pädagogischen Hochschule Freiburg. Ich habe mich auch gerade etwas angesprochen gefühlt mit Blick auf diese großen Hoffnungen, die auf wissenschaftliche Befunde gelegt werden. Ich muss zunächst anmerken, ich bin

da höchst skeptisch mit Blick auf die Tatsache, dass wissenschaftliche Befunde und auch epidemiologische Befunde, wie ja gerade auch geschildert worden ist, nicht so exakt sein können, dass dieses Prinzip der Evidenzbasierung doch erfahrungsgemäß nach mehreren Jahren doch immer an sehr große Grenzen stößt.

Meine Anmerkung schließt an die Ausführungen von Herrn Nestler an. Er hatte ja, aus meiner Sicht völlig zu Recht, auf die empirische Basis gedrängt, gefragt nach einer Kosten/Nutzen-Analyse für die Prohibitionspolitik. Da scheint nun mein Eindruck zu sein, dass nicht nur im Bereich der Drogenpolitik, sondern im Bereich der strafrechtsrelevanten Politik insgesamt sich die Politik ja eher von wissenschaftlichen Erkenntnissen weitgehend entfernt. Es ist ja bekannt, dass Kriminalisierung sehr kontraproduktiv ist. Denken Sie an die jüngsten Auseinandersetzungen in Hessen zur Verschärfung des Jugendstrafrechts. Erst aufgrund massiven Einspruchs vieler Wissenschaftlern wurde auf die Kriminologen dann doch irgendwann gehört.

Von Ihren kriminologischen Kollegen wird sehr breit der Begriff des symbolischen Strafrechts verwendet, Medienkriminalität sind Schlagworte, da scheint es doch eher so zu sein, dass man mit empirischen, gut gesicherten Befunden sogar, wo sie dann tatsächlich vorliegen, wie im Bereich der Prohibitionspolitik - Herr Amendt hatte das ja zutreffend auch geschildert -, dass so etwas überhaupt nicht auf Gehör stößt. Drogenpolitik funktioniert nach anderen Kriterien als nach wissenschaftlichen.

Insofern würde mich jetzt interessieren, wie kann man denn nun damit umgehen, wenn man Erkenntnisse produziert, die aber doch nur sehr selektiv verwendet werden? Was heißt das denn nun? Man muss als Wissenschaftler auf empirische Erkenntnisse drängen, aber die werden ja nicht im Sinne der Wissenschaft verwendet. Insofern würde mich Ihre Meinung besonders interessieren, wie Sie dieses politische Vorgehen aus wissenschaftlicher oder rechtswissenschaftlicher Sicht wahrnehmen?

Herr Dr. Nestler:

Normalerweise ist die Situation im Strafrecht so, dass wir uns darauf verständigen, dass das Verhalten, was unter Strafe gestellt ist, nicht erlaubt sein soll. Dann überlegt man, wie gut ist die Verhinderung dieses Verhaltens oder vielleicht die gerechte Reaktion darauf? Wie gut funktioniert das?

Nehmen wir Vergewaltigung. Es ist vollkommen klar, das soll nicht stattfinden und wir sind überzeugt davon, dass das Strafrecht ein gutes Mittel ist, das zu verhindern, auch für die Zukunft.

Jetzt muss man ja, wenn man über Prohibition und Betäubungsmittelstrafrecht nachdenkt, die Frage stellen, was können denn da legitime Ziele sein, die mit dem verfolgt werden?

An dem Punkt setze ich nun ein und sage, gucken wir uns doch einmal analytisch an, was ein Betäubungsmittelstrafrecht will. Es will Schäden verhindern, die durch den Konsum direkt entstehen. Und das Mittel, was es einsetzt, ist den Markt möglichst weit zu begrenzen, den es gibt.

Dann stellt sich die Frage nach der Eignung. Und jetzt kommen meine Daten und jetzt gucke ich mir an, und da interessieren mich nicht so fünf Prozent oder zweieinhalb oder 97 im Vergleich zu 2001, das interessiert mich nicht. Sondern was mich interessiert ist, wenn ich einen Markt habe, in dem prinzipiell jeder Zugang als Konsument zu Cannabis hat, legal, egal wie das jetzt in Holland genau reguliert ist, aber praktisch ist es so. Ich kann hingehen und kann mir das kaufen, und habe eine Situation, in der das Strafrecht dafür eingesetzt wird, genau das zu verhindern, dass die Leute legal ihr Zeug bekommen können, und vergleiche das und stelle fest, es macht überhaupt keinen Unterschied. Die Einstiegsrate bei den Jugendlichen ist ungefähr gleich hoch, die Prävalenzen - wie auch immer man sie misst - sind ungefähr gleich hoch - Details interessieren nicht -, dann ist das Ergebnis, dass unser Betäubungsmittelstrafrechtsprogramm für Cannabis in Deutschland schlichtweg illegitim ist. Das ist sozusagen der Punkt, auf den es mir ankommt.

Das Wichtige dabei, auch für die politische Debatte, ist, dass diese Fragen, wie gefährlich ist denn Cannabis, natürlich sagt der Gesetzgeber immer, er findet Geldwäsche ganz besonders gefährlich oder er meint dies und jenes, Urheberrechtsverletzungen müssen jetzt auch ins Strafrecht gezählt werden, da gibt es überall kriminalpolitische Debatten, da stimme ich Ihnen vollkommen zu, und das Problem ist immer, dass man irgendwelche Prognosen aufstellen muss. Was würde denn passieren, wenn man da kein Strafrecht hätte? Schwer zu beantworten. Und da sagt uns das Bundesverfassungsgericht auch immer im Bereich von Cannabis, na ja, das soll der Gesetzgeber entscheiden. Aber hier haben wir ein empirisches Feldexperiment, es gibt überhaupt kein besseres. Und diese Diskussionen, die in der Drogenpolitikdiskussion außerhalb, wie ich zugebe, der pragmatischen städtischen Drogenpolitik immer geführt werden, was würde denn passieren, wenn man Heroin in der Apotheke kaufen könnte? Das kann niemand vernünftig beantworten. Man kann spekulieren, aber man weiß es nicht genau, was dabei rauskommt. Und da kommt immer sozusagen die rechtliche Bewertung und sagt, na ja, da darf der Gesetzgeber mal seine Einschätzungen anstellen.

Bloß bei Cannabis, das sage ich, da wissen wir es. Und das ist ein ganz starkes Argument.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Mit Blick auf die Uhr, es gibt eine weitere Wortmeldung dort hinten. Ich muss die Redner- und Rednerinnenliste danach leider schließen aus Zeitgründen. Bitte schön!

Herr Werner Heinz: Jugendberatung und Jugendhilfe:

Werner Heinz vom Verein Jugendberatung und Jugendhilfe. Ich arbeite hier in Frankfurt im Heroinprojekt, der Substitutionsambulanz.

Ich möchte gerne Frau Rottmann danken dafür, dass sie die Fragestellung der Konferenz auf unsere Verhältnisse hier noch einmal justiert hat. Wenn wir eine Prohibitionsdebatte führen wollen, dann wäre ich sehr daran interessiert, dass wir tatsächlich eine Kosten/Nutzen-Analyse diskutieren könnten. Dann sollten wir sie auch mit den Grundlagen, die da zur Verfügung stehen, führen. Dann sollten wir sie weniger polemisch führen, dann möchte ich auch nicht gerne als Fundamentalist der Abstinenz mich etwa fühlen müssen, wenn ich der Prohibition in gewisser Hinsicht bestimmte Wirkungen nach wie vor auch positive Wirkungen zuschreibe, auf die ich nicht so einfach verzichten möchte.

Das ist jetzt nicht mein Gegenstand. Mein Gegenstand ist, wie Frau Rottmann gesagt hat, auf kommunaler Ebene in Frankfurt haben wir es mit einer Politik zu tun, zwischen den Polen Prohibition und Akzeptanz. Und eine kommunale Politik hat sich, wenn sie etwa die Taunusanlage aufzulösen hat, mit der Frage der Repression und mit dem Wiederaufnehmen und dem Aufnehmen von prohibitiven Aspekten zu beschäftigen. Und wenn ich mit Therapie befasst bin und wenn ich im Heroinprojekt Heroin an Abhängige abgebe, bin ich auf der Akzeptanzseite, wo ich versuche sehr unerwünschte und sehr dramatische Nebenwirkungen und Auswirkungen der Prohibition wieder aufzufangen.

Das heißt, mir geht es nicht darum, jetzt die Prohibition aufzulösen oder sie zu verstärken. Sondern ich denke, wir müssen eine praktische Politik und eine Hilfepraxis zwischen den Polen Prohibition, deren extrem negative Wirkungen wir kennen, sowie Akzeptanz und Entkriminalisierung finden. Die Politik muss zwischen diesen beiden Polen formuliert werden.

Das wäre mein Interesse, dass sich die Debatte hier auf diese Fragestellungen fokussiert, denn in der Tat, Frau Rottmann, wie Sie gesagt haben, diejenigen, die abhängig sind und diejenigen, die Drogen konsumieren, denen ist es egal, ob es legal ist oder illegal,. Aber sie haben es mit einem Suchtproblem zu tun, sie haben es mit einem Illegalitätsproblem zu tun, sie haben es mit einem Ausgrenzungsproblem zu tun und wir sind diejenigen, die in diesen Polen Hilfestellungen geben wollen.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Danke!

So wir haben noch zwei Minuten Zeit, um kurz auch noch einmal Wortbeiträge, Themenvorschläge für den Open Space mit aufzunehmen und es werden sicherlich die vielen Fragen und Diskussionspunkte, die auch jetzt noch auf den Nägeln brennen, dann in der Pause sicherlich auch weiter verfolgt werden können im Gespräch. Jetzt die zwei Minuten noch einmal nutzen. Welche Fragen und Themenanliegen haben Sie aktuell? Was sollte hier auf den Themenspeicher drauf?

Herr Messer:

Ganz kurz. Zum Themenspeicher gehört für mich auch der Begriff Frühintervention. Wir müssen dringend auf lokaler Ebene für Jugendliche, die Schwierigkeiten, in welchen Lebensbereichen auch immer, haben, unter anderem auch Drogenkonsum, adäquate Angebote vorhalten.

Frau Dr. Susanne Weber:

Stichwort „frühe Intervention“. Gibt es weitere Themenanliegen, von denen Sie sagen, das sollte wirklich Gegenstand sein? Da hinten, bitte schön!

Herr Andreas Heimler:

Andreas Heimler aus Thüringen. Ich hätte zwei wichtige Fragen. Zum einen gibt es hier Erfahrungen mit neuen Projektideen, die auch Grenzen überschreiten? Also zum Beispiel Drogenkompetenz Jugendlicher. Hat da hier jemand Projekterfahrung und wo kamen konkrete neue Projekte an Grenzen im Bezug auf Prohibition? Ist das der Praxis auch geschuldet?

Frau Dr. Susanne Weber:

Das ist ein Thema. Dann halten wir das direkt fest, damit er mitschreiben kann. Stichwort „Grenzüberschreitung, auch rechtliche“.

Herr Andreas Heimler:

Das Zweite ganz kurz. Es wäre sicher auch zu besprechen, was verlangt eine neue Drogenpolitik, von Verantwortlichen, von Helfern, von Politikern selbst. Wir reden immer sehr viel darüber, was verlangen wir von anderen. Was verlangt es erst einmal

von uns, um mit dem Thema Drogen sachlich umzugehen, um dem wirklich gerecht zu werden?

Frau Dr. Susanne Weber:

Stichwort „Sachlicher Umgang mit Drogenpolitik, was verlangt Drogenpolitik von uns“.

So, eine Letzte!

Frau ??:

Ich würde gerne das Stichwort von Herrn Heinz aufgreifen, weil uns das ein großes Anliegen des Kongresses auch ist und zum Thema machen: „Weg vom Dialog an den Polen, hin zum Dialog zwischen den Polen“. Wie kommen wir dahin?

Frau Dr. Susanne Weber:

„Wie kommen wir zum Dialog zwischen den Polen?“

Dann war hier vorne noch eine Wortmeldung.

Herr ??

Ich beziehe mich auf den Beitrag von Professor Nestler. Sie gingen auf das Recht zum Konsum ein und erwähnten auch die Rechtsprechung. Ich habe so etwas herausgehört bei Ihnen, wie das Recht auf Selbstgefährdung. Ich hätte gerne auch im Themenspeicher das in der Rechtsprechung kodifizierte Recht auf Nichtbehandlung. Ich höre das öfter im Alltag, lasst uns doch in Ruhe. Würden Sie da auch eine Parallele sehen? Das Recht auf Nichtbehandlung. Das wäre mein Vorschlag für den Themenspeicher.

Frau Dr. Susanne Weber:

„Das Recht auf Nichtbehandlung“.

Hier vorne noch ein Beitrag und dann müssen wir schließen. Die Themen bleiben ja erhalten. Notieren Sie sich einfach die Themen, später wird es noch einmal Gegenstand sein können.

Bitte schön!

Frau Birgit Wichelmann-Werth??:

Ich bin Mitarbeiterin der Frankfurter Drogenhilfe und Vorstandsmitglied im Fachverband Drogen und Rauschmittel. Uns ist es ein großes Anliegen, das Thema Integration in Arbeit, für Menschen, die Suchtprobleme haben und ganz klar nicht für den ersten Arbeitsmarkt arbeitsfähig sind, aber arbeiten wollen und im begrenzten Rahmen auch können. Also neue Projekte hierfür, aber auch mehr Bereitschaft von Arbeitgebern, auch Menschen mit einer Suchtmittelvergangenheit einzustellen.

Frau Dr. Susanne Weber:

„Integration in Arbeit für Menschen mit Suchtproblemen“.

Hier vorne gab es jetzt noch eine letzte Meldung. Bitte!

Herr Thomas Schwarzenbrunner:

Thomas Schwarzenbrunner, Sucht und Drogenkoordinator des Landes Oberösterreich. Ich würde die Einschätzung nicht teilen, dass Prohibition im kommunalen Kontext keine Auswirkung hat, weil wir schon feststellen, wenn Sie sagen, dass 50 Prozent Life-Time-Prävalenzen im Cannabisbereich da sind, dann sind das 50 Prozent potenzielle Täter und Täterinnen. Das heißt, das macht etwas mit einer Kommune. Wenn wir über Grundrechte diskutieren und wenn wir über Ordnungspolitik diskutieren, eignen sich Drogen immer wieder dazu, Grundrechte einzuschränken und die Privatsphäre einzuschränken und das macht auch mit einer Kommune etwas. Wir erleben in Österreich eine Diskussion oder wir haben in Österreich die Situation, dass wir in sehr vielen Kommunen mittlerweile Verbote an öffentlichen Plätzen von Alkohol haben, die mit repressiven Mitteln durchgesetzt werden sollten. Sie sind zum Scheitern verurteilt. Das heißt, kurz gesagt, das Thema ist „Ordnungspolitik versus Grundrechte“.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Jetzt haben wir weitere Themen gesammelt und schließen an dieser Stelle diesen Punkt ab. Wir freuen uns auf eine kleine Kaffeepause.. Wir finden uns hier wieder ein um zwanzig nach zwei.

Komplex 2: Neue Forschungs-, Therapie- und präventionsansätze Künstliche Paradiese: Zwischen Glück und Unglück

Entstehung von Abhängigkeit: Neue Erkenntnisse aus Medizin und Pharmakologie im Überblick

Impulsreferat von Dr. med. Franz X. Vollenweider:

Meine Damen und Herren!

Ich muss heute versuchen, einen Klimmzug zu machen. Ich bin am Montag aus dem Ausland zurückgekommen und meine Sekretärin hat mir gesagt, es gibt leider keinen Beamer und das hat sich nicht geändert. Nun, es ist ein bisschen schwierig, da wir ja gerade in der Hirnforschung vom Neuro-Imaging leben und lernen. Wir lernen über das Hineinschauen ins Gehirn. Was macht das Gehirn eigentlich unter bestimmten psychoaktiven Substanzen? Oder unter einem bestimmten neuropsychologischen Test können wir heute quasi das Gehirn beobachten, wie es arbeitet und dann Rückschlüsse ziehen, was solche Substanzen machen.

Ich möchte etwas herausgreifen vom riesigen Gebiet der neurobiologischen Psychiatrie in Bezug auf psychoaktive Substanzen. Nun, die klassischen Ideen sind, dass wir oder viele Institute weltweit vorwiegend leider an vier Modellen studiert haben, wie solche Substanzen wirken, quasi die hard signs gegenüber der soft signs, wie das häufig genannt wird im Sinne der Psychotherapie und der klinischen Forschung. Dem ist aber nicht so, wir arbeiten natürlich auch mit Patienten und mit Süchtigen und schauen ganz genau, was passiert im Gehirn von solchen Menschen.

Neben der klassischen Rezeptorforschung, das wäre also die Idee, wo docken diese Substanzen an, an welche Proteine, wo gehen die hin, ist heute ein völlig neues Feld entstanden, das Feld der neurokognitiven Forschung. Das interessiert Leute wie ist die Leistung für einen. Es geht also nicht nur darum, wie manipulieren solche Substanzen das Gehirn. Das ist auch schon eine gesetzte Meinung. Was macht die Substanz mit uns? Und ich würde es heute umkehren und sagen, seit fünf Jahren fragen wir, was machen wir mit der Substanz?

Das zeigt sich in der Forschung auf zwei Ebenen. Einerseits, wenn man bestimmte psychoaktive Substanzen einnimmt, und ich gehe jetzt nur noch auf die Stimulanzien ein, Amphetamine, Kokain, dann andererseits Alkohol und Nikotin. Alkohol nicht, aber Nikotin wäre auch ein Stimulanz und dann hätten wir noch die Halluzinogene Ecstasy - ein ganz schwaches, das will ich nicht hier einordnen - LSD, Psilocybin und Mescaline, sie machen nicht körperlich abhängig und führen eigentlich nicht in somatische Schwierigkeiten. Es gibt hier kurzfristige Entgleisungen, aber das ist etwas, das uns aus klinischer Sicht und aus der Forschungssicht im Moment kaum beschäftigt.

Dann hätten wir noch auf der anderen Seite die Betäubungsmittel im Sinne von künstlichen Opiaten, Morphinen und auch gewisse neuere Anästhetika. Neuerdings wird auch häufig Ketamin missbraucht. Das wären so die Ansätze.

Also gegenüber der Tierforschung, die die Hochblüte vielleicht in 1995 erreicht hat, mit tausenden Untersuchungen, sind seit den 95er Jahren jetzt Bestrebungen da mit modernsten Bildgebungen zu schauen, was passiert beim Menschen. Und der Fokus wäre jetzt auf Lernen. Wenn Sie diese Folie bekommen haben, möchte ich betonen, Abhängigkeit ist eine somatische, vielleicht auch eine psychische, somatopsychische Erkrankung per Definition und es ist nicht irgendetwas, was vorübergeht. Die ersten Konzepte gehen auf die achtziger/neunziger Jahre zurück, die zeigen konnten, dass bestimmte Stimulanzien, Amphetamine und Opiate Konditionierungsphänomene verstärken und begünstigen.

Was heißt das? Das heißt etwa Folgendes: Wenn ich einem Tier oder einem Menschen eine Belohnung gebe, zum Beispiel, ich gebe ihm zuerst einen Reiz, einen Glockenton und darauf gebe ich ihm etwas zu essen, dann sondert er Magensaft ab. Das ist das alte „Pawlow’sche Experiment“. Wenn ich jetzt zum Essen noch irgendein Bild zeige, dann wird dieses Bild mit dem Glockenton und dem Essen verknüpft. Zuletzt muss ich ihm nur noch das Bild zeigen und schon sondert er Magensaft ab. Das ist eine uralte Geschichte. Das wurde natürlich jetzt revolutioniert, mit neueren Möglichkeiten das zu untersuchen, diese Konditionierung. Und das spielt eine enorme Rolle in der Drogengeschichte, da ja ein Drogenkonsument häufig in einem Umfeld die Substanz konsumiert und dieses Umfeld reicht dann, um die Reize, die er durch die Droge erlebt, auszulösen. Das können wir heute zeigen, indem wir zum Beispiel einen Film einem ehemaligen Kokainkonsumenten zeigen, das Gehirn vermessen und sehen, da leuchten diese Belohnungszentren geradezu auf. Bei Gesunden, nicht Kokainkonsumenten passiert überhaupt nichts. Ich kann ihnen dieses Bild oder diesen Film leider nicht zeigen, aber es ist relativ einfach und Sie können es auf unserer Homepage herunterladen.

Das Zweite ist nun, solche Belohnungsmechanismen sind das tägliche Brot von jedem Menschen. Die klassischen Belohnungen sind Hunger, Essen, Schlafen Sex und alle Angenehmlichkeiten. Also diese Konditionierungsmechanismen und diese Belohnungssysteme arbeiten auch sonst.

Warum sind jetzt die Stimulanzien und die Opiate so schwierig und „gefährlich“? Weil sie eben diese Reaktionen, diese Antworten vertiefen. Das ist auch der springende Punkt. Im klassischen Bild der Konditionierung erhöht Kokain und Amphetamin diese Kopplung von Reizen. Das ist aber auch noch nicht ganz etwas Neues, sondern was man vor allem jetzt untersucht, sind auch genetische Aspekte von Konsumenten. Da hat man sehr wenig gemacht, jetzt gibt es einige große Metaanalysen. Und es zeigt sich deutlich, dass Relaps, also der Rückfall nach Entzug, mit bestimmten Genen vergesellschaftet ist. Das heißt, hier gibt es einen zweiten biologischen Punkt, dass es nicht so einfach ist, aus der Sucht zu kommen. Und es ist ein riesen Feld entstanden im Bereich der Impulsivität, das ist ein Persönlichkeitsmerkmal.

Impulsivität ist etwa bei 60 Prozent der Konsumenten als Charakteristikum erhöht. Also Leute mit einer erhöhten Neigung impulsiv zu sein, das heißt zum Beispiel, sie können Entscheidungen nicht hinauszögern, sie müssen es relativ schnell erledigt haben, befriedigt haben, ihr Belohnungssystem muss schnell eine Antwort kriegen, dass es einen angenehmen Zustand auslöst, solche Leute mit erhöhter Impulsivität neigen dazu. Das ist ein wichtiges Charakteristikum, ein eigenes Forschungsgebiet.

Das Zweite wäre die Einsicht, dass das auch noch nicht ausreicht. Es gibt viele ungelöste Fragen. Es geistert stark herum, dass Alkoholismus mit einem bestimmten Gen zusammenhängt. Das ist nicht so einfach. Wenn man statistisch schaut, erklären solche Gene vielleicht vier bis sieben Prozent der Varianz. Man muss vorsichtig sein. Das heißt sieben Menschen von 100 haben dieses Gen und die anderen nicht. Also man darf nicht übertreiben.

Dann, was viel wichtiger ist, ist die somatische Forschung. In der Drogenforschung hat man das weitgehend vernachlässigt. Man hat gedacht, diese Drogen verändern das Körpergefühl und das Empfinden und stärken das Belohnungssystem, aber dem ist leider nicht nur so, sondern das innere Erleben, das Wahrnehmen und Bewerten von Stimuli aus der Umwelt wird verändert. Stimulanzien, nochmals Kokain, Amphetamine und Opiate, verändern, wie nehme ich einen Stimulus wahr. Und das ist jetzt ganz entscheidend, weil ich jetzt die Frage umkehre, was macht die Droge mit uns. Wenn ich etwas lernen will, nehme ich die richtige Droge dazu. Nehme ich ein Amphetamin, dann wird dieser Mechanismus verstärkt. Das heißt, ich kann willentlich natürlich auch eine Wahl treffen und viele der Konsumenten haben ihre Favoriten. Das heißt, es sind halluzinogene Zirkel da, es gibt die Speed-Leute, es gibt die Opiat-Leute und so weiter.

Was jetzt wichtig ist, dass diese Substanzen höhere kognitive Leistung - das ist vielleicht ein bisschen technisch -, höhere Mechanismen im Denken verändern und vor allem sind das Prozesse, die wichtig sind beim Lernen und bei der Entscheidungsfällung. Also diese Substanzen greifen direkt ein in Prozesse im Gehirn, welche wir brauchen, um etwas jetzt zu entscheiden. Zum Beispiel muss ich mir sagen, ich nehme jetzt keine Zigarette, ich warte. Das ist eine Entscheidung. Wenn nun die Droge solche Entscheidungsfällungsprozesse beeinflusst, indem ich das nicht richtig hinauszögern kann und sofort mein Lustzentrum befriedigen muss, dann ist es relevant, wie ich therapiere. Das ist vielleicht die neuste Forschung.

Was hier passiert ist sehr interessant. Man hatte ursprünglich gedacht, wir entwickeln solche Substanzen und können einfach diese Andockstellen blockieren. Jetzt gehen wir auf einer neuen Schiene, wir sagen, wir müssen besser verstehen, wie Substanzen das Gedächtnis modifizieren, das Suchtgedächtnis, wie modifizieren bestimmte Substanzen Lernprozesse? Was wir sehen bei Metamphetaminsüchtigen, eine neue Studie von einem Dr. Randern bei mir, der konnte zeigen, dass ein normaler Mensch auf Umweltreize, wenn er belohnt wird, eine Aufgabe löst, dann kommt eine Belohnung. Zum Beispiel in einem Spieltest: Er hat zwei Lagen von Karten, bei einer Lage gewinnt er sehr schnell viel Geld und jedes Mal, wenn er

gewinnt, wird das zurückgemeldet. Das ist die Belohnung. Der andere Stapel hat ähnliche Karten, aber er gewinnt ganz langsam, aber stetig. Drogenabhängige im Bereich von Metamphetaminen und Kokain mit erhöhter Impulsivität wollen schnell belohnt sein und nehmen natürlich den hohen Gewinn, sie verlieren danach aber wieder sehr schnell.

Diese Mechanismen, diese Entscheidung wenn ich wieder große Verluste mache die Strategie zu wechseln, ‚das klappt nicht, weil eben diese entscheidungsfällenden Hirnareale - ich gehe da jetzt nicht darauf ein - verändert sind.

Das zweite Wichtige wäre mir, dass diese Gedächtnisspuren heute besser aufgeklärt werden können. Wir verstehen heute genau molekularbiologisch, was für Prozesse laufen im Gehirn ab, welche Prozesse tragen dazu bei, dass dieses Suchtgedächtnis eingegraben wird. Und zwar Morphine verstärken diese Eingrabenbildung und natürlich auch die Stimulanzien. Bei den anderen Substanzen haben wir recht wenig Hinweise dazu.

Nun gibt es umgekehrt Hinweise, dass interessanterweise Cannabiserivate, das sind künstlich veränderte Cannabismoleküle, aber auch das natürliche, das ist ein Gemisch von ganz vielen Molekülen, das hat Herr Genselsberger aus München ja wunderbar gezeigt, dass solche Substanzen diese Gedächtnisspuren wieder lockern können. Also wäre ein neuer Ansatz, der verfolgt wird - natürlich nicht von uns allein - die Frage, kann man eingegrabenes Gedächtnis wieder lockern? Und da treibt man, wenn man so will quasi den Teufel mit dem Beelzebub aus und greift, wieder zu Drogen.

Es zeigt sich, dass auch so genannte legale Drogen, von der Pharmaindustrie natürlich begünstigt, weil man mit ihnen Geld verdienen kann, solche Gedächtnisspuren verändern können. Es sind jetzt, das ist das größte momentane akute Gebiet in der ganzen Pharmakobiologie, das wichtigste Thema sind kognitive ‚enhancer‘. Es gibt eine ganze Batterie von neuen Substanzen, die sind nicht auf dem Markt, wir haben die im Labor, die eine Gruppe verstärkt Ihre Aufmerksamkeit, die zweite fördert ein bisschen Ihr Zuhören hier jetzt, macht Sie ein bisschen wacher und eine dritte Gruppe verbessert, dass Sie das dann nach Hause nehmen, Sie können es besser eingraben und die vierte Gruppe, Sie können es wieder holen, sonst nützt es ja nichts.

Diese vier Säulen, das ist eigentlich das erklärte Programm. Matrix heißt das in USA von allen großen Forschungsinstituten unterschrieben und wir haben da auch ein bisschen mitgemischt, weil man da an solch schöne interessanten Substanzen kommt und das ist also unabhängig von der Industrie, das ist einfach ein Bedürfnis des Menschen. Man nennt das heute nicht mehr illegale Substanzen, sondern Kosmetika. Das Erste ist auf den Markt gekommen, im letzten Jahr in Amerika, das Modaphenil, und es ist erstaunlich, man hat 600 Millionen Umsatz gemacht in einem Jahr und wir hatten auch die erste Konferenz in Bern, ist das jetzt ein legales, gefährliches Stimulanz ? Es wirkt völlig anders als alles, was wir kennen. Es wirkt

nicht wie Kokain, es wirkt nicht wie Amphetamin, es macht nicht süchtig, es verändert das Dopamin nicht, wie alle klassischen Stimulanzien, es ist eben etwas, das das Glutamatsystem moduliert.

Das Glutamat, das kennen Sie, das ist der Geschmacksverstärker, das ist der wichtigste Hirnbotsstoff im Gehirn. Die Richtung geht also dahin, dass man solche Prozesse heute viel feiner versucht zu verstehen und zu regulieren. Also die einzige neue pharmakologische Schiene, um solche Abhängigkeiten in den Griff zu bekommen, sind eigentlich neurochemisch chirurgische Eingriffe mit neuen Substanzen, die eben nicht abhängig machen. Ob das so ist, das wissen wir nicht, das wird die Zukunft zeigen.

Das zweite Wichtige ist, wo ich drauf hinweisen möchte, und das scheint mir wichtiger zu sein, ist die Lernprozesse besser aufzuschlüsseln, um mit den Süchtigen neue Strategien zu entwickeln, da passiert auch Einiges. Wir lernen eigentlich auf Belohnung, wir lernen aber auch auf Bestrafung und Metamphetaminsüchtige lernen überhaupt nicht auf Belohnung. Das kann man zeigen in verschiedenen Tests, dass wir hier völlig neue psychotherapeutische Ansätze quasi verfolgen werden.

Danke!

Beifall

**Maßanzug statt Stangenware:
Wie kann die Prävention Jugendliche besser erreichen**
Impulsreferat von Prof. Dr. Gundula Barsch

Dieser Beitrag ist als Anregung für die Diskussion angelegt. Seine Aussagen sollen auch angesichts der gebotenen Kürze der vorgegebenen Zeit nur in Thesenform skizziert werden. Die zentralen Schwerpunkte, mit denen zu einem Nachdenken angeregt und ermutigt werden soll, lassen sich zu drei wesentlichen Aussagen komprimieren:

Suchtprävention muss zu einem realitätsbezogenen Handlungsfeld werden: Von der Abstinenzfixierung zur Akzeptanz

Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist mit Blick auf den lebensweltlichen und subkulturellen Kontext der Jugendlichen zu thematisieren: Von der Substanzfixierung zu Lebenswelten

Es gibt in allen sozialen Gruppen einen Entwicklungs- und Bildungsbedarf in Bezug auf den Umgang mit psychoaktiven Substanzen, der sehr komplex ist: Von der Dramatisierung zur Normalisierung

Dazu kurz einige Erläuterungen.

These 1: Abstinenzfixierung zur Akzeptanz

Die gegenwärtige Suchtprävention hat einen langen Entwicklungsprozess hinter sich, in der sie sich professionalisiert und institutionalisiert hat. Mit Blick auf die epidemiologische Sachlage ist das Wirken der Prävention jedoch höchst kritisch zu sehen – nicht allein in Bezug auf ihre Effizienz, sondern auch in Bezug auf die Erreichbarkeit ihrer Zielgruppen und die Akzeptanz ihrer Botschaften. Wenn in den vergangenen Jahren ein Mehr an Aktivitäten und eine weitere Ausdifferenzierung in den Methoden an dieser kritischen Einschätzung nicht wirklich etwas geändert haben, stellt sich längst nicht mehr die Frage: „Wie und Was mehr?“ Es ist der Mut aufzubringen, die konzeptionellen Grundideen der Suchtprävention in Frage zu stellen.

Zum Verständnis der gegenwärtigen Problemlagen ist es hilfreich, sich der Anfänge der Suchtprävention bewusst zu werden. Die frühen konzeptionellen Grundideen der traditionellen Suchtprävention wurden aus dem Behandlungssystem für Suchtkranke mit seiner damalige Sinnrationalität abgeleitet: Dieses stützte sich auf ein spezifisches Wahrnehmungs- und Verarbeitungsmuster und ist bis heute davon geprägt, dass im Behandlungssystem immer nur Patienten sichtbar werden, denen zumindest zeitweise die Kontrolle ihres Konsums nicht ausreichend gelingt, die allein nicht in der Lage sind, zu kontrollierten Konsumformen zurück zu kehren und die zudem bereit und in der Lage sind, die angebotene Hilfe und therapeutischen Angebote in Anspruch zu nehmen. Genau aus diesem Erfahrungshintergrund ergibt sich aber eine höchst problematische Verengung der Sicht auf das Phänomen „Drogenkonsum“. In dieser kommen alle gelingenden Formen des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen ebenso wenig vor wie Strategien der Kontrolle und selbstinitiierte Formen der Bewältigung von Konsumproblemen; therapeutische Interventionen müssen als die einzige Möglichkeit erscheinen, Drogenprobleme bewältigen zu können und frühzeitigen Tod zu verhindern. Folgerichtig wurde Drogenkonsum ausschließlich auf zwei Interpretationspole hin gedeutet, die sich als binäre Pole gegenüberstehen: „Abstinenz oder Abhängigkeit“ als Synonym für „gesund oder krank“. Diese Ideen wurden zunächst auch für den Bereich der Suchtprävention übernommen, ungeachtet dessen, dass sich diese an ganz andere Zielgruppen wenden muss und mit ganz anderen Phänomenen konfrontiert ist in der Regel eben nicht mit kranken oder gefährdeten Menschen und in der Regel mit einem Experimentier-, Genuss- oder Gewohnheitskonsum.

Mit der Fixierung auf „Sucht“ und „Missbrauch“ wird der Substanzkonsum als komplexes, vielschichtiges, differenziertes und mit diversen Funktionen und Sinngebungen fest in der Lebensweise der Menschen wurzelndes Phänomen aufgelöst. In den Darstellungen dominieren nunmehr extrem negative physische, psychische und soziale Konsequenzen, die mit psychoaktiven Substanzen in Verbindung stehen können, während die von den Menschen erlebten positiven Aspekte verdrängt und aus dem Diskurs „heraustabuisiert“ werden. In der Folge dominiert in der öffentlichen Diskussion ein höchst selektives Bild vom Substanzkonsum, das weitgehend durch klinische Erfahrungen mit einer gescheiterten Extremgruppe unter den Konsumenten geprägt ist. Im

Rahmen von Prävention konnten folgerichtig auch nur noch kollektive Verhinderungsstrategien erdacht werden, die mit der ultimativen Forderung nach vollständigem Konsumverzicht argumentieren. Zweifellos findet sich hier ein wesentlicher Grund für die mangelhafte Akzeptanz einer Suchtprävention, die sich auf diese Argumentationen stützt.

Allerdings driften das Alltagswissen und die Alltagserfahrungen der Bevölkerung auf der einen und die Sichtweisen und Interpretationen der Experten auf der anderen Seite mehr und mehr auseinander. Die in der Meinungsbildung favorisierten Deutungen der Experten erweisen sich als realitätsfern, in der Praxis widerlegbar und insofern wenig akzeptierbar. Auch das, was durch Experten problematisiert wird und was die Bevölkerung als Problem bewegt, ist sehr verschieden. Nicht zuletzt wird auch die vorgenommene Idealisierung von Abstinenz und deren Verabsolutierung als verbindliche Strategie für den Umgang mit psychoaktiven Substanzen von der Bevölkerung weder akzeptiert noch gelebt.

Und eine zweite wesentliche Reduktion ist mit einer medizinisch argumentierenden Suchtprävention verknüpft: Wohl vor allem in Anbetracht der deutlichen Abwehr, die ausschließlich moralisch vorgetragene Forderungen nach Abstinenz in der Regel auslösen würden, dominieren in der Suchtprävention Verweise auf gesundheitliche Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge. Unzählige Befunde unterschiedlicher medizinischer und psychologischer Couleur und Fachrichtungen belegen eine direkte Kausalität zwischen Substanzkonsum – in der Regel undifferenziert nach Menge und Regelmäßigkeit betrachtet – und dem Gesundheitszustand. Diese Forschungsergebnisse haben eine geradezu erschlagende Argumentationsmacht und sind durch populärwissenschaftliche Aufbereitungen längst zu selbstverständlichem und kaum hinterfragtem Alltagswissen geworden. Forschungen, die vermitteln, wie der Mehrheit der Menschen ein autonom kontrollierter und genussvoller Konsum gelingt, fehlen weitgehend und können deshalb diese Schiefelage im Wissen auch nicht korrigieren.

Im Alltag machen solche Reduktionismen höchst skeptisch. Menschliches Leben, wie eben auch der Umgang mit psychoaktiven Substanzen, gestaltet sich weit komplexer: Zweifellos haben sich Frauen und Männer erheblichen Gesundheitsrisiken ausgesetzt, wenn sie eine Nacht in relativ stickigen Räumen und bei lauter Musik durchgetanzt, dabei auch noch eine gewissen Menge Alkohol getrunken haben und am Ende trotz Gefährdung ihres Schlafrhythmus´ lustvollen Sex hatten ... aber sie werden sich keineswegs als von Krankheit gefährdet wahrnehmen, sondern vielleicht etwas müde, aber in ihrem Wohlbefinden durchaus gestärkt. Kurz, für alles, was wir in unserem Leben tun oder lassen, gibt es in der Regel eine Vielzahl auch miteinander konkurrierender Motive. Das Gesundheitsmotiv ist nur eines davon und in vielen Situation wird es nicht zum alles beherrschenden Leitmotiv – das ist die Realität, die es anzuerkennen gilt, auch in der Suchtprävention!

Diese spezifische Weise, auf das Leben der Menschen zu schauen, kann der Medizin nur bedingt vorgeworfen werden – es ist immerhin ihre besondere Rolle, die sie als Institution in der Gesellschaft zugesprochen erhalten hat. Problematisch wird jedoch, dass die Medizin zunehmend mehr das Monopol auf das Drogenthema an sich gerissen hat. Konsequenzen sind eine Medizinalisierung und Pathologisierung des Drogendiskurses, die sich jedoch mehr und mehr als Pferdefuß erweist.

Am eindrücklichsten wird dies in der Art und Weise deutlich, wie „Drogen“ in der Gesellschaft kommuniziert werden. In den vertrauten sozialen Bezügen werden psychoaktive Substanzen vor allem in Zusammenhang mit Geselligkeits- und Vergnügungsstilen, vielleicht noch als Form der mehrheitlich gelungenen Meisterung des Alltags behandelt. In Expertenkreisen und mit Experten stehen dagegen ausschließlich die Themen Gefährdung, Risiko, Krankheitsauslöser und die Aufforderung zu Askese zur Diskussion, denen die Beteiligten in der theoretischen Debatte zwar willig folgen, aber deren Relevanz für ihr eigenes Leben nur bedingt anerkennen.

Dieses unproduktive Auseinanderdriften zwischen Expertenthema und Alltagspraxis kann als Schere beschrieben werden, die in den letzten Jahrzehnten immer weiter aufgegangen ist. Die Auseinandersetzung mit unterkomplexen Sichtweisen, die durch die Medizinalisierung entstanden sind, und deren Rückführung hin zu mehr Detailtreue und Komplexität sowie die Pflicht zur Näherung an das Alltagshandeln werden deshalb zu einer dringlichen Voraussetzung für ein Neu- und Vorausdenken.

These 2: Von der Substanzfixierung zu Lebenswelten

Quensel gehörte 1991 zu den ersten, der die schleichende „*Substanzfixierung*“ in den Debatten um das Drogenthema bloßstellte. Er warnte eindrücklich davor, sich in den Wahrnehmungen und Untersuchungen zu Fragen rund um das Phänomen „Substanzkonsum“ allein auf die materielle Seite zu fixieren und sich damit auf das „*Ruhe versprechende Substanz-Paradigma*“ (Quensel 1991, S.11) einzulassen.

Diesen früh geäußerten Befürchtungen zum Trotz haben sich in den letzten Jahrzehnten leider im allgemeinen Drogendiskurs gerade diese substanzfixierten Denkmodelle durchgesetzt. Sie behindern nunmehr das Nach-, Über- und Vorausdenken auch in Zusammenhang mit gesellschaftlichen Strategien zur Verminderung von Konsumproblemen.

Das Substanzparadigma wird in seinen Grundzügen durch mehrere problematische Herangehensweisen gespeist. In den Drogendebatten wird mit dem „ruheversprechende Substanzparadigma“ der Konsum psychoaktiver Substanzen in der Regel aus all seinen Lebensbezügen herausgerissen. Nunmehr zirkuliert das Interesse ausschließlich um die chemisch-pharmakologischen Effekte bestimmter Substanzen, speziell aber „natürlich“ um die Art und Weise, mit der sie Erkrankungen auslösen. Dabei wird in der Regel dem alten Schema schulmedizinischen Denkens

gefolgt, wonach diese Substanzen in biologischen Entitäten scheinbar gleichartig wirken. Fast schon in der Ausnahme sind Überlegungen über eine unterschiedliche individuelle Verträglichkeit dieser „Drogen“. In der Konsequenz wird der Substanzkonsum auf eine reine Input-Output-Logik reduziert, aus der der konsumierende Mensch mit seinem eigensinnigen Tun und Handeln vollständig verschwunden ist. Mit solcherart Einseitigkeit und Unterkomplexität zwingen diese Betrachtungen den Konsum psychoaktiver Substanzen, bildlich gesprochen, in ein pharmakologisches Prokrustesbett, aus welchem alles gekappt wird, was diese Sicht stört. Mit dem Substanzparadigma erscheint Substanzkonsum nunmehr einzig und allein als das Zuführen psychoaktiv wirkender Substanzen, das kaum noch auf die unmittelbaren Lebensumstände bezogen und darin eingeordnet wird. Aber wer trinkt schon C_2H_5OH ?

Bemüht man sich um eine filigranere Sicht, dann wird wieder erkennbar, dass der Substanzkonsum in der Regel eine Sinnhaftigkeit hat, die über die unmittelbaren pharmakologischen Effekte hinausgeht. Menschen konsumieren psychoaktive Substanzen eben nicht nur wegen ihrer chemisch definierten Bestandteile. Schon die Vielfalt der Gestaltungsmöglichkeiten des Konsums ein und derselben psychoaktiven Substanz (z. B. C_2H_5OH - Alkohol, $C_{10}H_{14}N_2$ - Nikotin, Delta-9-tetrahydrocannabinol – einer der Cannabiswirkstoffe) macht unabweisbar sichtbar, welche Bedeutung die mit psychosozialen Substanzen verbundenen Beziehungsgeflechte, Symbole, Funktionen, Erfahrungen und Mythen für ihren Konsum haben. Substanzkonsum ist insofern immer komplex verwoben mit anderen Aspekten des Lebensstils der Menschen. Für sein besseres Verstehen sind deshalb die Relationen und Wechselwirkungen des Substanzkonsums zu den gelebten sozialen Beziehungen, Lebenstätigkeiten, Anforderungen und materiellen Rahmenbedingungen in den Blick zu nehmen. Mit einem solchen Verständnis drängt sich geradezu die Einsicht auf, dass Substanzkonsum nicht allein als eine menschliche Handlung beschrieben werden kann, die der Veränderung von Wachbewusstseinszuständen dient. Er ist vielmehr mannigfaltig überlagert und geprägt von vielfältigen individuellen und sozialen Einflüssen. Hier finden sich wesentliche Ansatzpunkte, mit denen zu einer Weiterentwicklung der Prävention gekommen werden kann. Es erübrigt sich wohl darauf zu verweisen, dass damit ausdrücklich der Abschied vom Gedanken „Stangenware in der Prävention“ verbunden ist.

These 3: Von der Dramatisierung zur Normalisierung

Der Umgang mit psychoaktiven Substanzen ist keineswegs voraussetzungslos und banal. Die hohen Ansprüche ergeben sich nicht allein aus den möglichen Gefahren und Risiken, die von der jeweiligen Pharmakologie ausgehen können. Die erforderlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Motivationen sind weit umfassender und zudem komplex miteinander verwoben:

Mit dem Rückgriff auf Substanzen mit psychoaktiver Wirkung werden erstens ernst zu nehmende, fachkundliche Anforderungen gestellt, denen die Konsumenten durch

entsprechende Fähigkeiten und Fertigkeiten gerecht werden müssen. Diese betreffen vor allem das Wissen um das Wirkspektrum der jeweiligen Substanz auf Körper und Psyche, Kenntnisse, wie der Handlungsspielraum für den Konsum unbeschadet genutzt werden kann, und praktische Fertigkeiten zur sachgerechten Anwendung.

In diesem Zusammenhang wird zweitens auch die Auseinandersetzung mit den soziokulturell entstandenen Gebrauchsregeln, Bräuchen und Ritualen sowie mit normativ vorgegebenen Einnahmeverordnungen wichtig, die je nach Kontext variieren und als geronnene Erfahrung helfen, Risiken und Gefahren zu vermeiden und deshalb für einen geglückten Substanzkonsum unverzichtbar sind. Es entspräche allerdings einem substanzfixierten Denken, die besonderen Voraussetzungen, die an den Umgang mit psychoaktiven Substanzen gestellt sind, allein aus der Auseinandersetzung mit den chemischen Bestandteilen der konsumierten Stoffe und deren Wirkung auf Körper und Psyche abzuleiten.

In den Blick zu nehmen ist vielmehr drittens, dass psychoaktive Substanzen zu Kulturgütern geworden sind. Deshalb realisiert der Konsum mit seinen Inszenierungen und Sinnsetzungen viele soziale und kulturelle Funktionen, die zu verstehen und der jeweiligen Situation entsprechend einzuordnen sind. Folgerichtig ist an den Konsumenten auch die Erwartung gestellt, diese Kulturtechniken gekonnt und der Situation angemessen nutzen zu können. Schon eine Differenzierung in z. B. sakrale und profane, medizinische und nicht-medizinische, politische und ästhetisch-künstlerische Funktionen verdeutlicht, dass mit dem Substanzkonsum nicht nur unterschiedliche Botschaften transportiert werden. Es existieren zugleich Erwartungen, ein und dieselbe Substanz in unterschiedlichen Situationen auch unterschiedlich handhaben zu können. Diesen sozialen Vorgaben kulturell angemessen entsprechen zu können oder sich diesen gegebenenfalls gekonnt zu verweigern, wird zu einer wesentlichen Voraussetzung für einen geglückten Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Die soziokulturellen Bezüge, in die der Umgang mit psychoaktiven Substanzen eingeordnet ist, verlangen dem Konsumenten folgerichtig diverse soziale Fähigkeiten ab.

Viertens sind psychoaktive Substanzen auch auf höchst persönliche Art in das Leben der Konsumenten einzuflechten, schließlich ist der Substanzkonsum nicht separierbares „Sonderleben“. Insofern stehen die Konsumenten vor der Aufgabe, die Erfordernisse und Effekte des Konsums in ihrer Passfähigkeit zu den Alltagsbezügen zu prüfen und in Abwägung zu anderen Anforderungen und Bedürfnissen zu gestalten. Das bedeutet nicht nur, zu Formen des Umgangs zu finden, die dem Einzelnen ein positives Miteinander, Anerkennung, das Erleben von Wechselseitigkeit, Chancen für Selbstgestaltung, Möglichkeiten für Intimität sowie das Erleben von Identität, Generativität und Integrität ermöglichen. Mit der spezifischen Wirkungsweise psychoaktiver Substanzen ist den Konsumenten zugleich die Aufgabe gestellt, sich mit sehr persönlichen Präferenzen für Appetit, Geschmack, Genuss sowie mit Bedürfnissen nach einem Losbinden von triebzügelnden Normativen, Rausch u. ä. auseinanderzusetzen und im Ergebnis

sozialen Raum sowie passende Zeiten und Muster für das Realisieren dieser Bedürfnisse zu finden.

In diesem Zusammenhang ist von den Konsumenten schließlich fünftens zu berücksichtigen, dass der Substanzkonsum immer auf die aktuelle, individuelle körperliche, psychische und soziale Verträglichkeit bezogen werden muss. Diese ist höchst variabel und ändern sich ständig (z. B. durch unterschiedliche Grade von Erschöpfung, durch Stress, durch sich anbahnende, abklingende oder sehr präsenze Erkrankungen, durch situativ gestellte, besondere Anforderungen und Verpflichtungen). Diese unterschiedliche Verträglichkeit ist deshalb realistisch wahrzunehmen, um darauf angemessen reagieren zu können.

In Anbetracht der vielfältigen pharmakologischen, soziokulturellen und individuellen Aspekte und Bezüge, die der Umgang mit psychoaktiven Substanzen hat, wird nachvollziehbar, dass sich Wissen, Kenntnisse und praktische Fertigkeiten eines solchen Handelns nicht auf den Akt reduzieren, sich eine bestimmte Pharmakologie einzuverleiben. Gefordert ist vielmehr ein umfassender und vielschichtig miteinander verflochtener Gesamtkomplex von Wissen, Fähigkeiten, praktischen Fertigkeiten, Einstellungen und Willensbildungen, die einen geglückten Umgang mit psychoaktiven Substanzen ermöglichen helfen. Dieser Gesamtkomplex soll im Weiteren als Drogenmündigkeit bezeichnet werden.

In Anbetracht der vielen Dilemmata, vor denen die heutige Suchtprävention mit ihrem Abstinenzgebot steht, drängt sich geradezu auf, eine grundsätzliche Neuorientierung vorzunehmen – den anstehenden Akzeptanz- und Effizienzproblemen also nicht allein mit einer Verfeinerung der Methoden zu begegnen. Denkt man diesen Gedanken zu Ende, drängt sich geradezu die Forderung nach einem grundsätzlichen Paradigmenwechsel auf: von der Abstinenz zur Drogenmündigkeit.

Damit lassen sich wesentliche Chancen erschließen, eine realitätsgerechtere Suchtprävention zu entwickeln.

Drogenmündigkeit befähigt zu einem geglückten Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Das heißt, die Menschen werden unterstützt, zu einer variantenreichen Praxis mit höchst flexiblen Konsummustern zu finden, die sich nach Ort, Zeit, Person und Situation unterscheiden und sowohl Substanzkonsum als auch Substanzabstinenz beinhalten.

Die wesentlichen Inhalte von Drogenmündigkeit lassen sich kurz und prägnant definieren: Mit dem Begriff Drogenmündigkeit wird ein Komplex von Kenntnissen, Fähigkeiten, praktischen Fertigkeiten, Einstellungen, Bereitschaften, Gefühlen, Phantasien, "landläufigen" Interpretationen, Weltanschauungen, Formen des Umgangs mit Zwängen, Willensbildungen u. ä. zusammengefasst, der Menschen befähigt, sich eigenständig in vielfältigen Alltagssituationen zu orientieren und zu geglückten Formen des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen zu finden.

Diese Definition stellt sich dem Leser möglicherweise als lapidar dar. Es sei aber ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass damit Konnotationen und weitreichende Feststellungen verbunden sind. Genügend Inhalte und Fragen also für einen gegenseitig befruchtenden Diskurs und gemeinsame Denkarbeit. Es ist zu wünschen, dass sich alle Interessierten dazu angeregt und ermutigt fühlen

Was nutzt, was schadet: Wie kann sich niedrigschwellige Drogenhilfe weiterentwickeln?

Impulsreferat von Prof. Dr. Horst Bossong

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

das Thema, zu dem ich sprechen soll, ist in dreierlei Hinsicht kompliziert. Zunächst einmal: Was versteht und subsumiert man unter den Begriff der niedrigschwelligen Drogenhilfe? Sodann: In welchen sozial- und gesellschaftspolitischen Kontext verortet sich die niedrigschwellige Drogenhilfe? Schließlich: Wo oder wie findet man eigentlich geeignete Indikatoren zur empirisch abgesicherten Beurteilung der Nützlichkeit oder Schädlichkeit dieser Art der Drogenhilfe? Das Dumme ist, alle drei Fragen lassen sich nicht wirklich gut beantworten.

Immerhin kann man wohl unterstellen, dass die niedrigschwellige Drogenhilfe sozusagen ein Kind der akzeptierenden Drogenarbeit ist, wie sie sich vor allem in den späten 1980er und in den 1990er Jahren in Deutschland durchgesetzt hat. Zumindest tauchte der Begriff erstmalig in diesem Kontext auf. Allerdings blieb er immer eher ein alltagssprachlicher Begriff ohne hinreichendes theoretisches und methodologisches Fundament. Wahrscheinlich liegt dies daran, dass Niedrigschwelligkeit weniger einen bestimmten professionellen Methodenzugang insinuiert als vielmehr eine bestimmte Grundhaltung – wenn man so will: eine politische, nämlich eben auf Akzeptanz gerichtete Haltung. Konsequenterweise war folglich, dass die Drogenhilfe sich immer auch als Akteur, Gestalter der Drogenpolitik verstand.

Grundgedanke und Ausgangspunkt der akzeptierenden niedrigschwelligen Drogenhilfe war es, heraus zu kommen aus den, wie Stephan Quensel seinerzeit formulierte, „Gedankengefängnissen“ unserer individuellen Wahrnehmung, unserer alltagspraktischen Orientierungen im Feld der sozialen Hilfen und Therapien und unserer kommunalen, landes- und bundesspezifischen sowie schließlich auch internationalen Drogenpolitiken, die samt und sonders in ihren Zielen dem Abstinenzparadigma und in ihren Methoden der Ausgrenzung, des helfenden Zwangs und gesellschaftlichen Ächtung folgten. Mindestens drei Ziele verfolgte die akzeptierende Drogenarbeit: die Entdramatisierung der gesellschaftlichen Beurteilung des illegalen Drogengebrauchs sowie die Entdiskriminierung der Konsumenten, zweitens die Entkriminalisierung, letztlich Legalisierung der illegalen Drogen und schließlich eine nicht ausgrenzende, nicht segregierende sondern auf Bemündigung, Integration und Akzeptanz zielende soziale Versorgung der auf Hilfe angewiesenen Abhängigen.

In der Rückschau wird man, wie ich glaube, heute wohl sagen müssen: alle drei Ziele sind letztlich – in unterschiedlicher Hinsicht und aus unterschiedlichen Gründen – verfehlt worden. Statt eines entdramatisierten Werturteils erleben wir aktuell eine nie

dagewesene Drogenhysterie, die – Stichwort: integrative Drogenpolitik – heute von Cannabis über Heroin und Kokain bis zu Tabak und Alkohol reicht; nie war unsere Drogen-, oder umfassender: Suchtpolitik derart hysterisch, ausgrenzend und ächtend wie heute. Auch das Ziel der Entkriminalisierung, gar die Perspektive der Legalisierung ist nach einer durchaus sehr lebhaften Debatte in den 1990er Jahren heute wieder entfernter denn je; wir sind aktuell nicht dabei, illegale Drogen zu legalisieren sondern legale zu illegalisieren. Und selbst die in den 90er Jahren erreichten Entpönalisierung- und Dekriminalisierungstendenzen etwa im Hinblick auf Cannabis oder auch Heroin (Stichwort: kleine Mengen, Eigenverbrauch) werden längst wieder zurückgefahren. Stattdessen stehen Dramatisierungsdiskurse regierungsamtlich wie auch in bestimmten Forscherzirkeln wieder hoch im Kurs.

Was schließlich das Ziel einer nicht segregierenden, sondern auf Bemündigung und Akzeptanz zielenden sozialen Versorgung der Abhängigen angeht, so hat sich über all die Jahre eher das Gegenteil verfestigt: Niedrigschwelligkeit ist heute weithin ein Synonym für Segregation, Klientifizierung und Elendsverwahrung.

Wenn ich, meine Damen und Herren, dies jetzt so hart und schroff sage, dann verkenne ich gleichwohl nicht die durchaus beachtlichen und für die Drogenabhängigen wichtigen, ja zum Gutteil sogar überlebenswichtigen Erfolge der niedrigschwelligen Drogenhilfe und der dahinter stehenden Reformpolitik der 90er Jahre. So z.B. die gut ausgebaute Methadonsubstitution, die vielen Beratungs- und Tagesaufenthaltsstellen, die Drogenkonsumräume und natürlich vor allem die ärztliche Heroinverschreibung. All dies ist ohne Frage sehr beachtlich.

Und doch markiert gerade die Realisierung des sog. Heroinmodells offenbar den bisherigen Endpunkt drogenpolitischer Reformen in Deutschland: Seither scheinen die Ideen ausgegangen und der vormalige Reformelan perdu zu sein. Kein Wunder also, dass die Verantwortlichen dieses Kongresses konstatieren: „Der Prozess einer konsequenten Weiterentwicklung der Hilfen (sei) ins Stocken geraten“. Und von eher traditioneller Seite heißt es schlicht: Nach der Implementierung der ärztlichen Heroinvergabe seien „weitere Hilfen (für die Zielgruppe der Drogenabhängigen) ... nicht mehr denkbar“ (DHS 2007:152).

Das klingt wenig schön.

Doch was wissen wir eigentlich, und zwar durch empirische Forschung gesichert, über die Wirkungen unserer niedrigschwelligen Angebote? Im Grunde genommen viel zu wenig. Ein Gutteil der Forschungsarbeiten ist eher normativ, bisweilen auch nur anekdotisch ausgerichtet. Und selbst die durchaus vielen empirischen Studien sind nicht selten erkennbar interessengeleitet. Zudem leiden nicht wenige Studien daran, dass sie methodisch relativ schwach sind. Schließlich finden wir so gut wie nie echte Vergleichssettings und -gruppen, sodass die gesuchten Effekte, vor allem längerfristige und komplexere Bedingungsgefüge allenfalls gemutmaßt werden können.

Dennoch, in jedenfalls einer Hinsicht kann die Notwendigkeit und Nützlichkeit niedrigschwelliger Drogenhilfe auch empirisch als gesichert angesehen werden: Ihr Vorhandensein ist immerhin symbolpolitisch und sozusagen aus legitimatorischen Gründen unverzichtbar. Kein Politiker und keine politische Partei fände in der Gesellschaft Akzeptanz, wenn er sie komplett abschaffen wollte. Man kann hier und da eine Einrichtung schließen oder verlagern, kann hier und da Zuschüsse kürzen oder die Zuschussgewährung an haushalts- und/oder personalwirtschaftliche Restriktionen binden, man kann Konzeptrevisionen, Ziel- Leistungsbeschreibungen und vieles mehr einfordern, aber man kann die niedrigschwellige Drogenhilfe nicht einfach samt und sonders abschaffen. Sie ist heute ein fester Bestandteil der sozialen Basisversorgung der Drogenabhängigen. Die Angst vor wieder auflebenden offenen Drogenszenen, vor in unseren Straßen herumvagabundierenden Junkies, vor steigender Drogenkriminalität und vielem mehr ist – begründet oder vielleicht auch ehr unbegründet – der wirksamste Schutz, den die Organisatoren und Betreiber der niedrigschwelligen Drogenhilfe gegenüber allzu massivem Abbau in Händen halten.

Dies aber ist, wie mir scheint, nicht nur ein Segen sondern zugleich auch ein Fluch. Es ist ein Fluch, wenn wir uns die Arbeitsbedingungen genauer ansehen, unter denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den niedrigschwelligen Einrichtungen tätig sind, und es ist ein Fluch, wenn wir noch einmal die mit diesen Einrichtungen verbundenen tatsächlichen und symbolischen Separierungen und Segregationen ins Blickfeld rücken, denen die Klienten hier ausgesetzt sind.

Niedrigschwellige Drogenarbeit ist gewiss nicht die anspruchvollste, wohl aber eine hochgradig belastende und oft wenig befriedigende Arbeit für Fachkräfte. Auch wenn, soweit ich sehe, systematische empirische Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit in niedrigschwelligen Einrichtungen nie gemacht wurden, so wissen wir doch, dass es hier um ein multifaktorielles Geschehen geht, bei dem etwa Aspekte wie Arbeitsleistung und -outcome, Betriebsklima, Kundenzufriedenheit, individueller Handlungsspielraum, Möglichkeiten der persönlichen Entwicklung, Karrierechancen und soziale Anerkennung, Arbeitszeiten, Wertorientierung und Identifikationsgrade, schließlich Häufigkeit und Intensität von als stresshaft erlebten Situationen eine Rolle spielen. Es ist zu befürchten, dass bei vielen dieser Parameter eher ungünstige Resultate zu Tage träten, würde man hier systematische Untersuchungen durchführen. Die Frage ist: Haben wir dies im Blick und reichen unsere institutionellen Vorkehrungen und Reaktionsroutinen aus?

Mit Blick auf die drogenabhängige Klientel birgt die (politisch motivierte) Unanfechtbarkeit der niedrigschwelligen Tagesaufenthaltsstellen, Konsumräume und vergleichbarer Angebote wohl vor allem das Risiko der konzeptionellen Verkrustung; sie bleiben, was sie seit jeher waren, nämlich pädagogisch anspruchslose und oft mehr oder minder unwirtliche Aufenthaltsräume für die süchtigen Elendsgestalten unserer Großstädte. Kommunalpolitisch ist unter Steuerungsgesichtspunkten die

Sache damit erledigt; ob professionspolitisch aus Sicht der Sozialen Arbeit das Gleiche gesagt werden kann, steht auf einem andern Blatt.

Will man allerdings die niedrigschwellige Arbeit im Gesamtsystem der Drogenhilfen angemessen verorten, dann müssen wir kurz einen Blick werfen auf die neuere Sozialstaatsentwicklung.

Denn bekanntlich war der Aufbau der Drogenhilfe in Deutschland von Anfang an zutiefst verwoben mit dem, was man als „sozialdemokratische Wohlfahrtspolitik“ bezeichnet hat. Dreh- und Angelpunkt dieser Typik des Sozialstaats war die von allen Gesellschaftsmitgliedern gemeinsam getragene Vorstellung einer staatlichen Verantwortung für den Schutz und die Wohlfahrt aller Bürger/innen.

Es ist diese Philosophie, der die Drogenhilfe – und ab Ende der 1980er Jahre dann auch die niedrigschwellige Arbeit – ihre Expansion verdankte.

Allerdings: die Ära der sozialdemokratischen Wohlfahrtsproduktion ist seit geraumer Zeit passe. Der rundum sorgende, versorgende Wohlfahrtsstaat hat sich peu à peu auf die Funktion eines ermöglichenden, aktivierenden, Eigeninitiative und Selbststeuerungspotentiale fördernden und fordernden Staates konzentriert – oder wenn man so will: zurückgezogen.

Die heute gängige und, wie man sagt, neoliberale Lesart des Sozialstaats lautet: „Fördern und Fordern“ sowie „Geld gegen Leistung“. Diese Botschaft richtet sich zum einen natürlich an die auf sozialstaatlichen Support angewiesenen Bürgerinnen und Bürger, sie richtet sich zugleich aber auch an die im sozialpolitischen Feld tätigen Leistungsanbieter, also die sozialen Vereine, Institutionen und Organisationen.

Für sie bedeutet „Fördern und Fordern“, dass es mit den Sicherheiten früherer Zeiten vorbei ist. Nicht mehr der Betrieb einer Einrichtung an sich wird goutiert, sondern gefragt, genauer: gefordert ist ein erklecklicher Outcome, eine vorzeigbare Wirksamkeit. Und mit der Marschroute „Geld gegen Leistung“ wird zudem verdeutlicht, dass als Rechengröße fortan nicht mehr der Personalbedarf, das Equipment, die Einrichtung als solche, sondern eben nurmehr die wirtschaftlich erbrachte und möglichst evidenzbasiert wirksame Einzelleistung gilt.

Für den Hilfebedürftigen Drogenabhängigen bedeutet diese neue Form der Sozialstaatspolitik á la longue das Ende der bisher gewohnten „Rundum-Versorgung“ mit dem allerdings oft typischerweise anzutreffenden und manchmal eher schädlichem als nützlichem Maßnahmen- und Programmhopping. Hilfe soll angemessen sein, sie soll möglichst zielgenau und wirksam platziert werden, und sie soll in einer angemessenen kurzen Frist erfolgreich sein. Im Sinne eines Mehr an Eigenverantwortung werden Drogenabhängige mehr denn je aufgefordert, sich möglichst zeitnah (und nicht erst irgendwann) die passenden (und nicht irgendwelche) Hilfen zu suchen. All dies sehen wir inzwischen in vielen klassischen Bereichen der Drogenhilfe, speziell im therapeutischen und rehabilitativen Sektor. Die Philosophie, die hinter dieser Art Sozialstaatspolitik steht, lautet kurz gesagt: Wir

als Gesellschaft können uns gesundheitlich und/oder sozial riskante Lebensstile und Verhaltensweisen nicht mehr leisten, und zwar sowohl fiskalisch wie ordnungspolitisch. Der einzelne wird zwar nicht allein gelassen, aber er wird gefordert und nicht mehr einfach versorgt. Überdies steht Prävention hoch im Kurs. Und zu ihr gehört – nicht zuletzt dank der geringen Erfolge klassischer Methoden der Aufklärung, Aktivierung usw. – mehr und mehr auch (wieder) die gesellschaftliche Ächtung der unliebsamen Lebensweisen.

Was aber bedeutet dieser Umbau des sozialen Hilfesystems nun konkret für die künftige niedrigschwellige Drogenhilfe?

Im Grunde könnte hier alles – nein fast alles so bleiben wie es ist. Aber im Unterschied zur bisher gängigen Lesart, wonach die niedrigschwellige Drogenhilfe ein essentieller und unabdingbarer Teil des Gesamtsystems der Drogenhilfen ist und sozusagen als Entree oder auch Rückzugsfeld für sich anschließende therapeutische Maßnahmen gilt, dürften wir künftig eher das Auseinanderfallen dieses hergebrachten Gesamtversorgungssystems erleben.

Die niedrigschwellige Drogenhilfe, speziell die Tagesaufenthaltsstellen, Druckräume und auch die niedrigschwellige Methadonvergabe, dürfte, so scheint mir, mehr und mehr abgekoppelt und diskriminiert werden vom eigentlichen, therapeutisch und rehabilitativ anspruchsvollen Hilfesystem, denn dieses will sich auf Dauer nicht mehr in die Defensive geringer Wirksamkeit und des laissez faire drängen lassen. In der vorhin erwähnten kommunal- und steuerungspolitisch vorherrschenden Sicht der niedrigschwelligen Einrichtungen als mehr oder minder anspruchslose Auffangbecken für die Elenden der Elenden, für die im Grunde als weitgehend chancenlos etikettierten Langzeitklienten verwirklicht sich so die heute gängige sozialpolitische Perspektive des Forderns und Förderns. Dass hiergegen ein politisches Aufbäumen etwas ausrichten könnte, halte ich – offen gesagt – für eher unrealistisch. Also wird man wohl die Prämissen ändern müssen, wenn man das endgültige Abdriften und die Deklassierung der niedrigschwelligen Drogenhilfe in die schlichte Elendsverwahrung abwenden will.

Die bisherige Praxis der niedrigschwelligen Arbeit ist typischerweise durch so etwas wie Pauschalangebote gekennzeichnet: allen steht unterschiedslos ein mehr oder minder breites Service- und – soweit gewünscht – Informations- und Gesprächsangebot offen. Die Individualität, oder wenn man so will: die Diversität der Zielgruppe spielt praktisch keinerlei Rolle und wird kaum ernsthaft, d.h. auf Basis professionell reflektiertem Fallverstehen in den Blick genommen.

So gesehen lässt sich die niedrigschwellige Arbeit als ein alltagspraktisches Vorgehen beschreiben, das – wenngleich eher unsystematisch und zuweilen sogar reichlich dilettantisch praktiziert – dem ähnelt, was man in der klassischen Gesprächspsychotherapie als nondirektive Methode beschreibt, derzufolge die Wertvorstellungen oder sonstigen Sichtweisen des Helfers weitestgehend in den Hintergrund treten und Ratschläge, Empfehlungen, Bewertungen oder andere

direktive Maßnahmen möglichst vermieden werden. Dahinter scheint die Einstellung zu stehen, der Klient und bzw. ihrer die Klientin solle sich in seiner Individualität, in der Spezifik seiner bzw. ihrer Lebens- und Problemlage nicht outen müssen. Vielleicht aber könnte eine alternative Perspektive darin bestehen, sich in der niedrigschwelligen Drogenarbeit dem zu öffnen, was analog in der neueren Gesprächspsychotherapie als dialogisches Prinzip oder dialogische Methode beschrieben wird, bei der nämlich der Helfer durchaus stärker seine Sicht der Dinge und seinen Standpunkt einbringt. Konkret hieße dies, den pädagogischen (Veränderungs-) Anspruch wieder oder neu in die Einrichtungen hineinzutragen; es hieße, Abschied zu nehmen vom reinen Versorgen, vom schlichten Service. Es hieße aber damit auch: die Klienten, die Nutzer, die Gäste – oder wie immer man sie nennt – in ihrer Individualität und Diversität genauer anzusehen und zu fragen, wie und was sie denn tun können, um aus ihrer Misere herauszukommen; es bedeutete: sie herauszufordern zum und im pädagogischen Dialog, sie also nicht sich dem Gespräch, auch dem unangenehmen Gespräch ausweichen zu lassen sondern ihnen entgegen zu treten und zu sagen: „Stopp, hierüber werden wir jetzt reden, und zwar auch dann, wenn es dir lästig ist“; ihnen zu sagen: „Ich akzeptiere Deine Ausreden nicht, ich will Antworten und ich will, dass Du etwas tust“. Im Kern bedeutete dies, überhaupt erstmalig zielsichere und einzelfallbezogen passgenaue sozialpädagogische Methoden für eine niedrigschwellige Arbeit zu entwickeln, einzuüben und anzuwenden. So gesehen ist vielleicht dies, nämlich das Fehlen professioneller Handlungs- und Gesprächsmethoden niedrigschwelliger Sozialarbeit, heute das größte Manko und der entscheidende Sargnagel einer integrierten Drogenhilfe.

Der im Praxisfeld tätige Berufsstand bzw. die Drogenhilfe als System steht heute vor der Wahl: Entweder fachkonzeptionelle und methodische Aufrüstung oder Deklassierung der niedrigschwelligen Drogenarbeit.

Fällt die Entscheidung zugunsten der konzeptionellen und methodischen Aufrüstung, dann, so glaube ich, fände die niedrigschwellige Drogenarbeit auch möglicherweise neuen Anschluss an das, was eigentlich Akzeptanz ausmacht oder jedenfalls ausmachen sollte: Verständigung in der Sache um des Vorankommens willen statt bloßes Verständnis, Nachsicht, Mitleid, Betroffenheit und laissez faire. Sie fände Anschluss an eine Akzeptanz, die im echten Sinne Mündigkeit meint, indem sie darauf abzielt, in der ernst gemeinten, also durchaus ggf. auch sehr kontroversen und vielleicht sogar manchmal auch stark konfrontativen dialogischen Auseinandersetzung mit dem Klienten und der Klientin sich zu verständigen über die Notwendigkeiten, Möglichkeiten und Chancen der individuellen Weiterentwicklung, um das eigene Leben konstruktiv zu wenden und in diesem Sinne Handlungsfähigkeit und Souveränität zu gewinnen, kurzum: mündig zu werden.

Vielen Dank.

Beifall

Sekt oder Selters: Neue Ansätze in der Suchtherapie

Impulsreferat von Professor Dr. Joachim Körkel

Herzlichen Dank! Dem Vortrag stehen zwei Dinge im Wege. Einmal Ihre geschwundene Aufmerksamkeit möglicherweise, aber ich lebe mit der Hoffnung „einer geht noch rein“ und das Zweite ist das gerade verteilte Hand-Out und da wäre meine Bitte, Empfehlung, es so liegen zu lassen, vielleicht mal durchgeblättert zu haben, um zu sehen, was Sie dann nachlesen können und ansonsten nur auf die erste Seite zu gucken, dort steht nämlich die Gliederung und alles Weitere muss ich sowieso sehr verknappten, sodass es günstiger ist, möglicherweise, zuzuhören, statt zu lesen, weil beides erfahrungsgemäß sehr schwierig geht.

Nun geht es los mit Sekt oder Selters, mit folgendem Thema, mit dem ich mich kurz befassen möchte: Was ist denn zu empfehlen in der konkreten Arbeit mit Suchtmittelkonsumenten - die „Innen“ sind immer mitgedacht im Folgenden -, sei es nun der über die Strenge schlagende Jugendliche, sei es ein Arbeitskollege, der auffallend viel Alkohol trinkt, oder sei es jemand, der den Drogenkonsumraum in der Niddastraße etwa hier in Frankfurt anläuft? Die Frage ist, was, auch an neueren Ansätzen, hilft denn? Man kann es sich so vielleicht besser vergegenwärtigen - und das Bild werde ich immer wieder heranziehen -, wenn Sie jemanden im Bekanntenkreis haben mit Suchtmittelproblemen - noch mal, der kann leichtere Probleme bis sehr schwerwiegend chronifizierte haben -, was würden Sie denn jemandem empfehlen an Verfahren, an Behandlung, damit Sie sich davon etwas versprechen? Das wird der Hintergrundgedanke sein und dabei auch die Frage, muss es dann im Ziel immer Selters oder darf es auch manchmal Sekt sein?

Ich möchte diesen Grundfragen anhand von fünf Punkten entlang gehen. Erstens kurz etwas zu wirksamen psychotherapeutischen Ansätzen, nicht pharmakologischen, der Suchtbehandlung sagen und dann drei Ansätze herausgreifen, von denen ich meine, sie sind sehr breit einsetzbar, auch in einer Kommune und ihren Belangen. Zweitens, sie sind empirisch als wirksam erwiesen und sie können drittens auch gerade die niedrigschwellige Drogenarbeit, weil von der gerade die Rede war, qualifizieren und werde dann im fünften Punkt ein kurzes Resümee ziehen.

Der erste Punkt ist die Frage, man hat jemanden im Bekanntenkreis mit Suchtmittelproblemen, lohnt es sich überhaupt so jemandem Suchttherapie zu empfehlen, bringt es überhaupt etwas oder ist jeder Euro zum Fenster rausgeschmissen? Die Frage kann man rasch beantworten, immer aufgrund

empirischer Studien, Metaanalysen. Suchttherapie wirkt trotz hoher Rückfallquoten et cetera. Im Detail: Es gibt nun einzelne Verfahren, deren Wirksamkeit recht gut nachgewiesen ist. Dazu gehören die drei Verfahren, die ich raus gegriffen habe, für die folgenden Punkte: Motivational Interviewing (motivierende Gesprächsführung), Kurzintervention und drittens Konsumreduktionsprogramme.

Zweitens: Manche Verfahren wirken offenbar deutlich nicht. Dazu gehört die Konfrontationstherapie, jemandem die Leviten zu lesen, wie es in den siebziger Jahren, wie man so hört, in der Drogentherapie üblich war, jemanden erst einmal niederzumachen, um ihn wieder aufzubauen. Das ist kontraproduktiv, nicht nur aus ethischen Gründen.

Drittens: Es ist bislang unklar, welches Verfahren, bei wem, bei welchem Patiententyp, genau wirkt. Man kann nicht sagen, kognitive Verhaltenstherapie ist für alle das Beste, vielleicht sind bei jemand die Anonymen Alkoholiker besser. Also Verfahren und Patientenpassung ist unklar.

Viertens: Die Behandlung sollte tendenziell länger dauern bei stärker ausgeprägten, chronifizierten Suchtmittelproblemen, mag evident sein.

Fünftens: Wenn jemand neben dem Suchtproblem bestehende psychiatrische Co-Mobilität, wie es so heißt, aufweist, Angststörung, Depression, Psychose, sollte und kann erfolgreich beides gleichzeitig behandelt werden. Nicht wie früher, jemand muss erst einmal in die Psychiatrie zur Psychosebehandlung und dann guckt mal der Suchtbehandler danach, sondern gleichzeitig.

Sechstens: Ganz wichtig, die Wirksamkeit von Suchtbehandlung hängt entscheidend von der menschlichen, von der Beziehungspassung ab. Bin ich bei jemandem als Betroffener, bei dem ich mich einklinken kann, wo ich mitziehen kann, der Hoffnung sät?

Also die therapeutische Beziehung erklärt mindestens so viel der Ergebnisse, wie das Verfahren selbst. Ich würde also mit anderen Worten meinem Bekannten sagen, gehe mal zu dem, von dem hatte ich den Eindruck, der passt zu dir, der macht eine gute Arbeit, und dann schau mal, ob du dich da gut aufgehoben fühlst. Wenn das Letztere nicht der Fall ist, gucken wir neu. Das wäre die praktische Konsequenz.

Soweit ganz kurz ein Abriss „psychotherapeutische Suchtforschung“, wo es viel, viel mehr zu differenzieren gäbe.

Zweiter Punkt in der Gliederung vor Ihnen auf der ersten Seite: Der erste Ansatz, von dem ich glaube, meine, überzeugt bin und belegen kann, er fruchtet, er macht Sinn, das ist die motivierende Gesprächsführung. Der liegt folgende Überlegung zugrunde: Wenn ich jemanden mit Suchtproblemen aus der Sucht herausbringen will, dann muss ich in der Person ein Pflänzlein zum Wachsen bringen, dass sie selbst daran interessiert, motiviert ist, das Suchtgeschehen, zumindest in den problematischen Anteilen - lässt Konsumkompetenz offen - hinter sich zu lassen. Also die Motivation

ist die entscheidende Triebfeder, dass auch auf Dauer der nötige Abstand vom Suchtmittel geschaffen wird.

Wie erweckt man in jemand Motivation? In der Praxis - Sie können in das Allgemeinkrankenhaus hier in Frankfurt gehen oder an viele andere Orte - passiert es häufig noch in der Weise, dass man entweder Druck auf jemanden ausübt, dass man durch Überzeugungsversuche, Überredung, gute Argumente versucht, jemand zu zeigen, sein Konsum ist schädlich. Das hat die Person schon sehr oft gehört. Dieser Ansatz liegt eben nicht dem „Motivational Interviewing“ zugrunde, sondern folgende Grundhaltung, ein Teil von „Motivational Interviewing“, mit, zweiter Teil Handwerkszeug, Gesprächskunst.

Der erste wesentliche Teil ist folgende Annahme: Das gilt nun genauso für den Konsumraum, ich meine also den Jugendlichen mit Cannabiskonsum, der in ein Frühinterventionsprogramm kommt, ich meine den Alkoholkonsument, bei dem der Arzt feststellt, die Leberwerte sind erhöht und er riecht nach Alkohol und ich meine den Konsumenten in der Niddastraße, der nur in den Druckraum geht und wieder raus und kurzen Kontakt vielleicht hat. Die Annahme von „Motivational Interviewing“ ist zu sagen, die Person ist eigentlich motiviert, sich zu ändern.

Genau, Sie schütteln den Kopf, und das ist eine gute Ausgangsbasis sich klarzumachen, was ist eine sinnvolle Haltung, an die Arbeit ranzugehen.

Natürlich gibt es - und das ist der Grundgedanke von „Motivational Interviewing“ - in der Person eine Tendenz, die alles bewahren will. Und zwar ist das die Tendenz: Ich habe Angststörung und weiß genau, mit dem Suchtmittel kann ich die Angst eindämmen. Ich bin sozial sehr isoliert und schaffe mir da wenigstens ein bisschen Freiraum. Es ist gedämpfter, die soziale Isoliertheit. Ich nehme mein Substitut, ich gehe zum Arzt und bis ich das nächste Substitut bekomme, ist leere Zeit. Ich sitze zuhause allein in der Wohnung. Wenn ich Alkohol konsumiere, ist es besser erträglich. Alles gute Gründe dafür - ich könnte viele weitere nennen -, es alles beim Alten zu belassen. Aber im näheren Kontakt mit den Leuten, in der Niddastraße - ich komme nachher noch auf unsere Studie zurück - sagen Drogenkonsumenten, also im Druckraum, ich will bei mindestens im Durchschnitt drei Substanzen etwas ändern, weil ich mich damit nicht wohlfühle. Die sind nicht drangsaliert worden, die sind nur gefragt worden. Dann sagen die Leute, ich hätte gerne wieder mein Besuchsrecht mit meinem Kind zurück, mir geht es gesundheitlich zurzeit sauschlecht und ich würde gerne zumindest mal Abstand davon gewinnen, ich würde gerne in der Substitution bleiben, aber wenn ich so weiter mache, fliege ich raus et cetera. Verstehen Sie? Es ist beides da. Und die Kunst von „Motivational Interviewing“ ist, diese Seite, die also im Konsumenten vorhanden ist, zu stärken. Das ist der Grundgedanke und dann die handwerkliche Kunst, durch sieben Methoden, diesen Teil zu stärken.

Genau dies hat man gemacht und siehe da, was ist das Ergebnis von Bemühungen von geschulten Kräften? Hört sich vielleicht ganz einfach an, aber ist in der Praxis

deutlich schwieriger. Was ist das Ergebnis, wenn Leute in der Gruppe sind, wo einfach nett geredet wird oder in einer Gruppe, wo „Motivational Interviewing“ gemacht wird? Dann wird a) die Aufnahme einer weitergehenden Behandlung, zum Beispiel von Leuten im Druckraum hier in Frankfurt, wo wir Studien machen, gefördert. Die Leute sagen plötzlich, ich möchte an einem Konsumreduktionsprogramm teilnehmen, die normalerweise nur in den Konsumraum rein und wieder raus gehen. Das ist der Effekt, der praktische, der wissenschaftlich gut nachgewiesen ist. Und - sagen wir mal ein Hausarzt macht das - es führt dazu, dass manche Konsumenten einfach durch diese motivierende Intervention den Konsum reduzieren. Das ist die Grundbotschaft zu „Motivational Interviewing“.

Ich hoffe, es ist klar, ein wesentlicher Punkt, der Teil dieser Überlegung ist, auch niedrigschwellige Drogenarbeit kann qualifiziert werden, indem man das Änderungspotenzial einfach auflieft, was vorhanden ist, kunstfertig rausarbeitet, statt so genannt suchtbegleitend zu arbeiten.

Dritter Gliederungspunkt, Kurzintervention - ich muss nun etwas verkürzen, dazu passte der Punkt -: Kurzintervention heißt, man kann es auch kurz und knackig machen. Also, wenn im Konsumraum fünf Minuten mit jemandem genau über diese Ambivalenz geredet wird, kann dies und führt es häufig dazu, dass Leute in einen Reflexionsprozess einsteigen und die Änderung getrickert wird. Sie geht voran. Das Gleiche ist, wenn ein Hausarzt ganz kurz, zehn Minuten, mit einem Patienten Laborwerte oder Ähnliches bespricht, mit der schwangeren Frau ihren Suchtmittelkonsum Rauchen und Zigaretten und schwupp di wupp ist vielfach eine Änderung möglich. Jetzt wieder in die Richtung, jemand fängt eine Behandlung an oder stoppt. Ein Drittel der schwangeren Frauen stoppen einfach und wenn die Gynäkologin noch darüber spricht, hören sie mit dem Alkohol ganz auf, sonst trinken sie noch ab und zu ein Gläschen. Das ist ein Beispiel.

Dritter Punkt Konsumreduktionsprogramme: Dem Betroffenen aus meinem Umfeld, wenn der jetzt all dies macht, der kommt mit jemand, der motivierend mit ihm redet, auch wenn es nur kurz war, zum Beispiel der Betreuungslehrer, der Hausarzt oder wer auch immer. Es passiert erst einmal was. Und nun, wie geht es denn weiter? Jetzt steht ja die Änderung an. Und da ist nun die Devise bei Reduktionsprogrammen, man sollte mit Leuten zieloffen arbeiten. Man sollte zieloffen an die Angelegenheit rangehen. Das heißt, die Frage stellen, wie soll es denn weiter gehen? Ganz aufhören oder reduzieren? Wenn ich die Frage übergehe, habe ich ganz viele Leute verloren, weil sie wollen nicht aufhören. Stellen Sie sich jemand im Druckraum vor, der nimmt Cannabis, Crack, Heroin, die ganze Palette, das ist doch total illusorisch. Verstehen Sie? Wenn Sie den nicht fragen, wie er sich es denn vorstellt, seinen Änderungsmix, sind Sie doch an dem vorbei. Und genau das haben wir gemacht.

Damit komme ich zu den Schlussworten und Sie können es dann nachlesen, Frau Becker als Initiatorin, Geschäftsführerin der indikativen Drogenhilfe, Herr Happel, der hier sitzt, Herr Lippsmeier, ebenfalls Fachhochschule in Frankfurt, und ich haben

eine wissenschaftliche Begleitung gemacht vom so genannten Kiss-Programm, also Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum. Das ist ein Programm, um seinen Konsum an legalen und illegalen Drogen zu reduzieren. Es hat zwölf Sitzungen, wird in der Gruppe durchgeführt, genau das haben wir hier gemacht. Wir, das heißt, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der idh, im Eastside, Niddastraße und FriedA, haben Konsumenten angesprochen, 230 etwa. 95 haben mitgemacht und sind per Zufall entweder einer Wartegruppe oder direkt der KISS-Gruppe zugeordnet worden. Wir haben also einen direkten Vergleich. Haben geguckt, sind die vergleichbar im Quantum an Arbeitslosigkeit, am Suchtmittelkonsum..

Das Ergebnis ist: Ich sage jetzt gerade eine der Quintessenzen, wir sind in der Auswertungsphase, es sind noch nicht alle einbezogen, also insofern eine Zwischenauswertung, die aber diesen Trend klar erkennbar macht. 46 Prozent der Teilnehmer der KISS-Gruppe reduzieren mindestens eine ihrer Abhängigkeitsdiagnosen. Sie kommen also so weit, dass sie bei wenigstens einer Substanz keine DSM IV-Abhängigkeit mehr aufweisen. und legen nicht bei der anderen Substanz bei der Abhängigkeit nach, so nach dem Motto, die Crackabhängigkeit ist weg, aber dafür die Heroinabhängigkeit da. 46 Prozent in der KISS-Gruppe, 21 Prozent in der Vergleichsgruppe. Das sehen Sie in den Abbildungen. So kann man dem näher nachgehen. Die KISS-Gruppe ist überlegen, wenn man die letzten 30 Tage des Konsums anguckt, in der Reduktion von Benzodiazepinkonsum, Crackkonsum, Kokainkonsum.

Das sind Trends, da gibt es viele, viele Details, aber es ist **eine** kontrollierte Studie, sodass man sagen kann, das ist nicht irgendwo rausgelesen, und die hätten sich auch so wegen der guten psychosozialen Begleitung entwickelt, sondern da kann man sagen, die haben einen Vorteil. Die Quintessenz dieses KISS- Programms ist Folgendes: Nur zu sagen, das sind alles Leute im niedrighen Drogenbereich. Wenn man die motivierend anspricht, also mit anderen Worten, genau das, wo dieser Zweifel herkommt, wollen die denn was ändern, wenn man sie dort erfasst durch zum Teil kurze Gespräche, dann merkt man, die Leute sagen bei ganz vielen Substanzen, da möchte ich was ändern, da fühle ich mich nicht mehr wohl mit. Wenn man ihnen etwas anbietet, was für sie machbar ist, nämlich zu reduzieren, machen ein großer Teil - also ich sage mal 40 Prozent etwa - tatsächlich mit. Von zwölf Sitzungen macht der Durchschnitt sieben Sitzungen mit. Das ist für Leute mit problematischem Tagesablauf sicher eine Leistung. Von denen erzielen, wie genannt, soundsoviel die erreichten Änderungen. Dass die am Programm teilnehmen, dass sie sich zufrieden in der Befragung - auch das steht alles in den Unterlagen - äußern, würde ich sagen, ist ein richtiger Weg. Und dieser Weg impliziert - und das möchte ich ausdrücklich sagen - immer die Abstinenz. Das KISS-Programm, andere Reduktionsprogramme sind nie etwas, was gegen die Abstinenz spricht. Die Abstinenzprogramme sind total wichtig. Es ist einfach ein Stück, was gefehlt hat, für zieloffene Suchtarbeit.

Und das wären auch die Einsprengsel, Herr Bossong, wo ich denke, das ist eine Qualifizierung von niedrigschwelliger Drogenarbeit, aber von vielem anderen, was in einem Allgemeinkrankenhaus ist, wenn jemand zur Entgiftung ist, da könnte ich viele Storys erzählen, dass nämlich gar nichts passiert, außer der Entgiftung. Wenn eine motivierende Gesprächsführung stattfindet, die sehr kurz sein kann, und dann zieloffene Angebote gemacht werden, dann, denke ich, kann es einen gewissen Push in der Suchthilfe geben. Aber die Mühlen mahlen langsam.

Vielen Dank!

Beifall

Bedeutung neuer Ansätze für eine integrierte kommunale Drogenpolitik und Drogenarbeit - Austausch und Themensammlung für den Open Space

Frau Dr. Susanne Weber:

Vielen Dank für den engagierten Beitrag!

Jetzt haben wir eine Fülle an Beiträgen gehört und wir haben auch schon eine erste Wortmeldung hier im Plenum. Wir werden also etwa zwanzig Minuten Zeit haben, um noch einmal Beiträge aus dem Plenum zu sammeln.

Frau Rottmann:

Wir müssen leider gleich ins Stadtparlament, nicht dass Sie denken, das ist verringerte Aufmerksamkeit, aber eine Frage brennt mir wirklich auf der Seele an Herrn Prof. Vollenweider und Frau Barsch.

Frau Barsch, Sie haben immer gesagt, es gibt ja unschädlichen Konsum und wir müssen weg von dieser Abstinenztheorie. Gleichzeitig reden wir aber immer von Suchtprävention. Wir reden ja nicht von Konsumprävention, sondern wir reden von Suchtprävention. Ist nicht das Problem, dass wir gar nicht wissen, wie wir suchtpreventiv arbeiten, weil Sucht oder Abhängigkeit sehr von der Persönlichkeitsstruktur, auf die Konsum trifft, abhängt, sodass wir dann in unserer Not sozusagen einfach sagen, ja wenn wir nicht wissen, wie wir suchtpreventiv arbeiten können, dann arbeiten wir halt konsumpreventiv, weil das das Einzige ist, was uns bleibt ?

Zwischenbemerkung

Ja, aber aus einer Hilflosigkeit nicht aus einer Naivität, dass man nicht wüsste, dass es Konsum gibt, der unproblematisch ist, sondern aus der Ratlosigkeit, was die Interventionsmöglichkeiten sein können, um wirklich Sucht zu verhindern.

Frau Dr. Barsch:

Wenn Sie sich das epidemiologisch angucken, ist Sucht die Ausnahme. Egal, in welchen Bereich sie gucken, das Maximum sind zehn Prozent aller Konsumenten, die tatsächlich irgendwann in ihrem Leben, eine Episode oder auch etwas längere Zeit einen Drogenkonsum aufweisen, den man dann mit Abhängigkeit diagnostizieren könnte. Das heißt, wir haben eigentlich eine viel größere Gruppe, also die Mehrheit, 90 Prozent, an die wir uns eigentlich wenden müssen. Weil diese andern Geschichten, wo es dann problematisch wird, da denke ich, die tauchen ja auch nicht auf, dass die nun sofort, wenn die erwachsen werden, süchtig sind. Auch da sind es ja wieder ganze Entwicklungen in der Lebensgeschichte, wo wahrscheinlich auch viel mehr passiert. Deswegen hatten Sie ja vorhin schon einmal den Begriff multiple Problemlagen mit reingebracht. Also ich glaube, da müssen viele Dinge erst einmal zusammenkommen, bis überhaupt die Diagnosestellung, die ja an verschiedenen Indikatoren festgemacht wird, überhaupt soweit ist, dass Abhängigkeit diagnostiziert werden kann.

Das heißt, wir haben eigentlich einen Sozialisationsprozess zu bewältigen zwischen Kindheit und Erwachsen werden, in dem zu den Entwicklungsaufgaben ganz klar gehört, ich muss mich damit auseinandersetzen, dass es in meiner Gesellschaft psychoaktive Substanzen gibt, die mir auch verfügbar sind - da waren wir ja eigentlich vorhin schon einer Meinung, egal ob nun prohibitiv oder nicht, sie sind einfach verfügbar - und ich muss sehen, wie ich mich dazu verhalte. Will ich das konsumieren? Viele konsumieren, probieren und lassen es dann wieder. Das ist ja in vielen Bereichen wieder die Mehrheit, aber zum Beispiel bei Alkohol laufen Sozialisationsprozesse, die wir auch unter Suchtprävention gar nicht im Blick haben.

Warum sage ich das mit diesem festen Wort? Wir wissen eventuell, welche Persönlichkeitseigenschaften, wie zum Beispiel Impulsivität, dazu befördern, dass jemand sich in Drogenproblemen verstrickt. Wir wissen aber nicht, warum so viele Menschen gekonnt mit Alkohol umgehen ihr ganzes Leben lang. Also was sind das für Mechanismen, welche Kontrollmechanismen, welche Genussregeln haben die eigentlich? Wo entscheiden die an welchen Maßstäben, wann der richtige Ort, die Zeit und so weiter ist. Das heißt, darüber haben wir eigentlich gar kein Wissen. Das ist für mich der Punkt zu sagen, wir haben bisher immer „Worst Cases“ geguckt, haben uns diese Menschen vor Augen geführt, die wir so entdecken und haben dann rückwärts gedacht, verallgemeinert auf eine ganz andere Mehrheit.

Jetzt war mein Plädoyer, nein, wir gucken mal andersrum und gucken uns an, wie laufen eigentlich die gesunden Prozesse, die mehrheitlich gelingenden, und versuchen - und das ist überhaupt nicht von mir in Frage gestellt, ich glaube auch, dass wir in einer Zeit uns bewegen, wo Jugendliche wirklich einen enormen Bildungs- und Entwicklungshilfebedarf haben, weil Familien, die ganzen Debatten, die gerade laufen, dazu nicht mehr so in der Lage sind, weil Komplikationen sind, die neue Gesellschaft und so weiter - jetzt diese Strategien da reinzugeben und zu sagen, ok, wir haben bisher geschafft, Kommunikation zu zerstören, jetzt mit welchen Strategien knüpfen wir da an, an deren Bedürfnisse, Entwicklungs- und Bildungsbedürfnisse in diesem Bereich? Das ist die Grundidee.

Frau Dr. Susanne Weber:

Danke schön!

Es gab zwei weitere Wortmeldungen, ich habe hier hinten links eine gesehen und eine hier vorne und Sie sind dann als dritte Person dran.

Herr Tibor Harrach, Wochenzeitschrift Jungle World:

Tibor Harrach, diesmal für die Zeitschrift Jungle World. Ich habe drei Fragen an Professor Vollenweider.

Ich habe mit Interesse die Folie von Ihnen gesehen „Verstärkung der endogenen Opioid-Ausschüttung“. Da sind verschiedene Opioid-Rezeptoren drauf, wo verschiedene Substanzen andocken und dann ist unter anderem auch der Kappa-Rezeptor abgebildet und da ist dann so ein Stoppschild, so ein Minussymbol. Mir fällt jetzt auch eine Substanz ein, die am Kappa-Opioid-Rezeptor andockt, das ist das Salvinorin A, Zaubersalbei, wurde ja heute schon genannt. Meine Frage: Welche Rolle spielt so eine Substanz in einer Abhängigkeitsentwicklung möglicherweise?

Eine zweite Frage. Sie sprachen von kognitiven Enhancern und dass es so etwas noch nicht auf dem Markt gibt. Mir fällt jetzt die Substanz Modafinil ein, die ist ja übrigens gerade aus dem deutschen Betäubungsmittelgesetz vollständig herausgelöst worden, die wird so als Viagra für das Gehirn bezeichnet oder hier, ich habe ein Spiegeldossier, da heißt es dann 100 mg Arbeitswut. Würden Sie so eine Substanz als kognitiven Enhancer bezeichnen?

In der Begründung, wieso die Substanz aus dem BTMG herausgelöst worden ist, steht drin, dass diese Substanz ein geringes Abhängigkeitspotenzial besitzen soll. Da stellt sich für mich die Frage, was ist überhaupt Abhängigkeitspotenzial? Wir haben ja mal gemeinsam eine Veranstaltung im Bundesministerium für Gesundheit besucht, da hat Professor Enzmann gesagt, der kommt vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, es gibt eigentlich gar keine Methode

Abhängigkeitspotenzial zu messen. Wie lässt sich das biologische Abhängigkeitspotenzial einer Substanz quantifizieren?

Und die dritte Frage ist vielleicht eher so eine politisch-gesellschaftlich motivierte Frage. Modafinil ist jetzt raus genommen worden aus dem deutschen Betäubungsmittelgesetz, Salvia divinorum, eine jahrtausendalte Rauschpflanze, ist hineingekommen und wenn Sie das so aus Ihrer neutralen Schweizer Sicht kommentieren, was sagen Sie dazu? Was ist das für eine Gesellschaft, die so etwas macht, die so eine Umstufung vornimmt?

Herr Professor Vollenweider:

Kappa-Rezeptor wird aktiviert durch Morphine, durch Kokain und Amphetamine. Alle Stimulanzien, alle Substanzen, die das Dopamin erhöhen, erhöhen auch sekundär die kappaergen Mechanismen. Das heißt, die verstärken die Gedächtnisbildung, dass man sich an diesen Zustand, wenn er angenehm war, erinnern kann. Das hat mit dem Gedächtnis zu tun, diese Kappa-Aktivierung.

Salvinorin ist in der Tat eine Substanz, die Kappa-Rezeptoren aktiviert, es gibt aber noch ein Salvinorin-Rezeptor. Salvinorin kann ja, das wissen Sie, „out of Body“ machen, solche Sachen wie Ich-Verlust, man weiß nicht genau, was man genommen hat. Es wirkt zwar nur zwei, drei Minuten, aber das ist eine schwierige Diskussion. Salvinorin erachte ich persönlich, ich mache Unterschiede zwischen Substanzen, als nicht ungefährlich, weil man nicht weiß, was man macht, wenn man sie eingenommen hat. Da haben wir Evidenzen.

Die nächste Frage: Der kognitive enhancer Modafinil ist in der Tat der erste und ein sehr guter kognitiver enhancer. Er fördert die Aufmerksamkeit und das war gerade das Thema der Konferenz, die wir in der Schweiz hatten, soll man hier etwas tun? Man kann nichts tun, es ist eine legale Substanz. Es erhöht das Dopamin nicht wie Stimulanzien, also gehört es nicht unter das Betäubungsmittelgesetz in der Schweiz. Es hat einen Mechanismus, den man nicht ganz versteht, es erhöht sich eben das Glutamat. Das Glutamat spielt bei zwölf Rezeptoren eine Rolle, das ist viel zu komplex jetzt, darauf einzugehen. Diese Substanzen werden sicher in Zukunft gefördert, weil sie eben nicht in dem Sinne das Dopamin pushen und dadurch schnell abhängig machen. Ob sie psychologisch abhängig machen, dass man immer sehr frisch ist, ob sie ausbrennen, weil man zu viel leistet, das wissen wir alles nicht.

Die Regelung, dass etwas zu einer legalen Substanz wird, ist vom Markt getrieben, die Regel, dass etwas illegal ist, ist von ganz anderen Standpunkten getrieben. Das ist eine politische Frage und eine marktwirtschaftliche Frage. Es gibt auch viel mehr Geld, um solche Substanzen zu erforschen, als Prävention zu betreiben.

In Bezug auf Prävention habe ich etwas vergessen. Es gibt jetzt zwei Entwicklungen, die sind eigentlich fortgeschritten. Es gibt eine Impfung gegen Nikotin - ich weiß

nicht, ob Sie das wissen. In den USA laufen in verschiedenen Regionen die Tests und es gibt eine Impfung gegen Kokain. Phase 2a Studie, das heißt, jetzt werden sie multizentrisch gemacht. Hier gibt es ethische Fragen, soll man wen impfen? Für was soll man impfen gegen Mumps, Masern, Röteln, Kokain, Amphetamin, Cannabis? Das sind Entwicklungen, die aus ethischer Sicht diskutiert werden müssen, weil, wenn man gegen solche Substanzen impft, impft man sich auch immer etwas gegen pleasure, gegen Vergnügen, weil diese Substanzen regen ja irgendwo das Belohnungssystem an, man muss sich das gut durchdenken. Aber auch hier ist ein großer Markt. Das geht jetzt zu weit, das zu diskutieren, aber so läuft der Hase.

Frau Dr. Susanne Weber:

Ich muss mit Blick auf die Uhr bitten, dass wir jetzt die nächsten Fragen vielleicht bündeln, dass Sie immer kurz die Frage stellen und sagen, an wen Sie die Frage adressieren und wir dann die noch vorliegenden Fragen aufnehmen und dann beantworten, damit wir noch ein ganz kleines Zeitfensterchen behalten, um noch Fragen zu sammeln und dann auch um zehn nach in die Pause gehen zu können.

Sie hatten sich gemeldet!

Frau Birgit Gorgas, Suchthilfekoordination München:

Birgit Gorgas Ich habe keine Frage, sondern eine Anmerkung an Sie Herr Bossong.

Ich kann die Darstellung von der akzeptierenden und niedrigschwelligen Drogenhilfe, wie Sie sie vorgenommen haben, aus meiner Praxis überhaupt nicht nachvollziehen, weder für München noch für viele andere Städte, die mir bekannt sind. Sie haben die Drogenhilfe so dargestellt, als wäre sie wenig qualifiziert, Laissez-Faire waren Ihre Worte, sehr wenig Struktur gebend für die Klientel. Wenn sie heute noch so arbeiten würde, die niedrigschwellige Drogenhilfe, wenn sie je so gearbeitet hat, vielleicht war es mehr in den Anfängen, dann würde sie keine Finanzierung mehr haben und dann wäre sie nicht der verlässliche und wichtige Partner im Hilfesystem, den wir in den Kommunen brauchen und auch sehr schätzen. Ich kenne die niedrigschwellige Drogenhilfe auch so, dass sie sich gerade dem geforderten Dialog zwischen Repression und Hilfe stellt, dass sie einen wichtigen Brückenschlag zur Abstinenz hin macht und Arbeitsprojekte initiiert und so weiter.

Also ich kann das, was Sie geschildert haben, nicht nachvollziehen. Das war mir wichtig, gerade weil wir hier viele Vertretungen auch von Kommunen, von Polizei und Ähnlichem haben, dass das nicht so einfach im Raum stehen bleibt.

Danke!

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Hinten links haben wir noch einen Beitrag und hinten rechts.

Herr Köhler, Suchtabteilung Bürgerhospital Frankfurt:

Köhler, ich bin Arzt an der Suchtabteilung des Bürgerhospitals hier in Frankfurt, an Frau Barsch.

Sie haben das Thema Kulturgut so betont in der Gesamtwürdigung von Drogen. Wir haben jetzt ein altes Kulturgut, das sogar in der Liturgie eine Rolle spielt, der Wein, wo jeder zahlreiche Beispiele hat. Trotzdem haben wir an die 40.000 Alkoholtote und Sie haben ein schönes Beispiel gebracht. Wir trinken ja einen Single Malt oder einen Grand Cru Exceptionelle und wir trinken nicht C₂H₅OH. Dem möchte ich ein Dichterwort entgegensetzen von Peter Bichsel, dem Schweizer Autor, der sagt: „Hätte Wein keinen Alkohol, gäbe es keine Weinkenner“. Das möchte ich als Diskussionspunkt in das Plenum als Gegenpol einsetzen.

Vielen Dank!

Frau Barsch:

Es ist gar kein Gegenpol, es ist eigentlich eine Bestätigung. Weinkenner ist eine Art, Wein kulturell zu zelebrieren. Wenn jemand sich dadurch positionieren kann in seinem sozialen Umfeld, weil er nicht nur weiß, wo er herkommt, sondern auch noch, an welcher Hanglage dieser Wein angebaut wurde und von welchem Winzer er dann auch tatsächlich hergestellt wurde, das gehört mit zu diesen kulturellen Inszenierungen, die man eigentlich pflegen müsste. Es ist total das Gegenteil zu „binch drinking“.

Frau Dr. Susanne Werber:

Danke schön!

Dann gab es eine Wortmeldung hinten links.

Frau ???:

Ich habe an Herrn Bossong eine Frage und eine Anmerkung zu dem, was er gesagt hat. Das ist im Grunde genommen eine Fortführung dessen, was Frau Gorgas gesagt hat.

Meine Frage: Woher haben Sie Ihre Kenntnisse über das, was die niedrigschwellige Drogenhilfe tut?

Meine Anmerkung: Ich bin selbst Einrichtungsleiterin einer niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtung hier in Frankfurt und all das, was Sie hier gefordert haben, was passieren soll in der Zukunft, das ist seit Jahren schon Realität. Sie können sich auch gerne auf unserer Website informieren, wir veröffentlichen unsere Quartalsberichte immer sehr zeitnah. Wir haben Jahresberichte und auch die Dokumentationen all dessen, was interessant ist. Von daher meine Bitte an Sie, bevor Sie so etwas sagen in einem Plenum, wo es unter Umständen auch wirklich negative Konsequenzen haben kann, was nicht nur zum Schaden der Drogenhilfe wäre, sondern auch zum Schaden der Städte, wenn man so einen wichtigen Bestandteil wieder streichen würde, dass Sie sich da einfach besser informieren. Das wäre meine Bitte an Sie.

Danke schön!

Frau Dr. Susanne Weber:

Realität ist vielfältig und unterschiedlich. Es gibt hier eine Wortmeldung und dort hinten und danach müssen wir auch die Rednerliste schließen.

Herr Vollenweider:

Das ist eine ganz kurze Anmerkung betreffend der Gefährlichkeit von Substanzen und Suchtpotenzial.

Hier ist es so, und deswegen ist die Schweiz nicht ganz vergleichbar mit dem Rest der Europäischen Union, dass einerseits die Psychodrogenverordnung in den Anhängen genau vorgibt, welche Substanzen eben unter das Suchtmittelregime zu stellen sind. Das ist die eine Seite, in diesem Bereich ist auch die Schweiz natürlich mit erfasst. Aber die andere Seite ist, dass auf EU-Ebene seit zwei Jahren, auf Basis einer sogenannten Richtlinie, das bedeutet, das ist über nationales Recht hier ein Risk-Assessment-Verfahren eingeführt worden ist und diesem Verfahren werden sämtliche Substanzen, welche das auch immer sein können, wenn sie aufgezeigt werden, einer klaren wissenschaftlichen Analyse und Beurteilung unterzogen werden. Und danach, wenn also auf EU-Ebene durch die Drogenbeobachtungsstelle festgestellt wird, auf Basis solcher wissenschaftlicher Ergebnisse, wie immer die jetzt

zustande kommen, dass es sich hier um eine gefährliche Substanz handelt, die der Suchtmittelregie zu unterstellen ist, wird das in der EU-Richtlinien Eingang finden. Und das ist verpflichtend in den Mitgliedstaaten der EU umzusetzen. Das heißt, hier hat der einzelne Staat gar keine Möglichkeit mehr, anders vorzugehen. Generell für alle Substanzen gilt das jetzt seit zwei Jahren.

Danke!

Frau Dr. Susanne Weber:

Danke!

Hier vorne rechts haben wir noch eine Wortmeldung und dann abschließend noch Frau Ernst als letzten Beitrag. Bitte schön!

Herr :

Frage an Herrn Körkel konkret. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, haben Sie gesagt, dass die konfrontative Methode völlig unwirksam ist. Soweit ich weiß, ist Synanon ein Projekt, das sehr konfrontativ vorgeht. Kann ich jetzt mit Ihrem Segen sagen, Synanon ist völlig unwirksam?

Herr Dr. Körkel:

Mit meinem Segen kann man überhaupt nichts sagen!

Frau Dr. Susanne Weber:

Sie möchten direkt reagieren, Herr Dr. Körkel?

Herr Dr. Körkel:

In aller Ernsthaftigkeit. Zweierlei war ja bei diesen wissenschaftlichen Befunden und das Ergebnis dieses Zweierlei ist Folgendes: Zu sagen, wenn ich eine Zufallsauswahl von Suchtkranken nehme und schicke die alle zu Synanon und hätte eine Vergleichsgruppe, zum Beispiel die kognitive Verhaltenstherapie oder Ähnliches machen, dann schadet Synanon möglicherweise und schneidet schlechter ab. Das wäre die Ableitung, wobei in diesen Studien - meistens amerikanischen - Synanon noch nicht untersucht worden ist. Dort ist ja bekanntermaßen das die wichtige Strategie bei den Gesprächen und so weiter. Das heißt, tendenziell wäre hier Vorsicht geboten.

Zweiter Befund, den ich referierte: Die Zuordnung Patient zu Behandlung ist eine unklare. Das heißt, wenn zu Synanon genau die Leute gehen, die mit so etwas gut leben können oder die dort einen Impuls draus ziehen und, die an der Demütigung, die da möglicherweise mit im Spiel ist, möglicherweise noch oder früher, die daran nicht zugrunde gehen, dann kann Synanon durchaus positive Effekte haben. Das unterstelle ich einfach mal, weil ich ein paar Leute bei Synanon kenne, lese die Zeitschrift et cetera. Verstehen Sie die Vorsicht? Zu sagen, gehen Sie entweder zu Synanon oder kognitive Verhaltenstherapie oder sonst was, die würde ich so nicht aussprechen wollen. Da würde ich sagen, da gibt es andere Dinge, die sind auf jeden Fall belegter als dies. Aber wenn es sich jemand anguckt und sagt, das ist das, was zu mir passt, dann würde ich nicht sagen, auf keinen Fall Synanon. Das wäre die praktische Konsequenz.

Frau Dr. Susanne Weber:

Dann darf ich Herrn Bossong bitten, Sie hatten noch eine Antwort, einen Kommentar.

Herr Bossong:

Zwei Bemerkungen: Erstens, ich kann immer gut verstehen, wenn Betreiber von Einrichtungen vehement protestieren. Das finde ich nachvollziehbar. Zweitens, ich hatte zu Anfang gesagt, das Problem ein bisschen ist, dass unklar ist, was versteht man eigentlich unter niedrigschwelligen Einrichtungen. Ich selbst - um auf Ihre Frage, woher habe ich die Erfahrung, einzugehen - habe diese niedrigschwelligen Einrichtungen von Ende der achtziger Jahre an begleitet und zehn Jahre lang in Hamburg auch finanziell gefördert beziehungsweise, um es einmal präziser zu sagen, finanziert. Und ich kann nicht finden, dass diese niedrigschwelligen Einrichtungen nun genauso arbeiten, wie Sie es jetzt hier gerade insinuiert haben, also mit großem therapeutischem Anspruch, sondern in der Tat, und da können Sie sich Druckräume angucken, man kann die Frage stellen, sollen die das überhaupt? Aber wenn sie es nicht sollen, dann muss man es auch sagen, dass sie keinen therapeutischen und pädagogischen Anspruch haben. In den Druckräumen habe ich noch nirgends ernsthafte therapeutische Bemühungen gesehen.

Wenn man im Rahmen einer Forschung Interviews macht, die dann motivierende Effekte haben, dann ist das etwas anderes, als die Wirklichkeit in bestimmten Einrichtungen. Das gilt für viele andere niedrigschwellige Einrichtungen auch. Mein Eindruck ist allerdings, dass es auch eine Reihe von Einrichtungen gibt, die gar nicht so niedrigschwellig sind, die aber, weil das eben in den neunziger Jahren sehr modern war und auch übrigens der leichtere Zugang zum Geld war, sich niedrigschwellig genannt haben. Insofern würde ich da etwas vorsichtig sein. Ich glaube, dass das in München auch nicht ganz so anders ist. Also es gibt solche und solche Einrichtungen.

Der Punkt, der für mich wichtig ist, ist, dass es ein Auseinanderdriften der Einrichtungen gibt, die sagen, wir haben einen hohen therapeutischen, pädagogischen und so weiter Anspruch und wir sind eigentlich die besseren Einrichtungen. Da muss man sich wirklich das einmal anschauen und anhören, was die Betreiber dann, zwar nicht hier im Podium oder sonst wo sagen oder in solchen Podien sagen würden, die würden eher da sagen, also wir grenzen uns gegen diese da ab und wir sind die Besseren. Unsere Sozialstaatspolitik geht dahin, genau das zu forcieren und zu goutieren mit Geld und das andere dann zu diskriminieren - das war die Kernaussage - als gewissermaßen Elendsverwahrung. Das ist die Entwicklung, die wir haben.

Aber, wie gesagt, ich habe großes Verständnis dafür, dass man das auch öffentlich vielleicht gar nicht so gerne sagen sollte. Das verstehe ich.

Frau Dr. Susanne Weber:

So, jetzt eine letzte Frage oder Beitrag. Frau Ernst, bitte!

Frau Ernst:

Das ist keine Frage, sondern eher eine Feststellung.

Mich erinnert das Ende der Diskussion jetzt ein bisschen an das Ende der Diskussion nach dem ersten Block, so als ob es wieder um die Frage geht, entweder-oder. Unser Interesse ist eigentlich mehr das Sowohl-Als-Auch in den Blick zu nehmen, und das heißt für mich zum Beispiel mit Blick auf die niedrigschwellige Drogenhilfe, Service und Motivation ist durchaus vereinbar. Also das heißt, vielleicht ist es auch ok, dass fünf, zehn Prozent nur Serviceleistungen in Anspruch nehmen. Für mich ist es eigentlich ein Plädoyer für das sowohl-als-auch und nicht das entweder-oder, weil dann darf kein Service mehr sein oder umgekehrt darf nur noch Motivation sein. Und das Spannende wäre für mich die Frage, warum kommen wir sozusagen immer wieder zu dieser Fragestellung entweder-oder? Dann bewegt sich nichts.

Beifall

Frau Susanne Weber:

Herzlichen Dank!

Ich bin sicher, dass wir gleich in der Open Space Phase und in der Themensammlung noch einmal Gelegenheit haben werden, genau diese Frage sowohl-als-auch und integrierte Perspektive weiter zu verfolgen.

Sie wollten jetzt noch einen letzten Satz sagen? Aber dann ganz kurz bitte!

Herr Vollenweider:

Ich wollte nur noch kurz kommentieren, jemand hatte gesagt Abhängigkeit und Sucht. Man unterscheidet zwischen Dependance, Abhängigkeit und Sucht. Das süchtig Sein zieht noch ein bisschen diesen Druck nach, dass man sich diese Droge verschaffen muss. Das kann ganz diskret sein. Da unterscheiden die Amerikaner ganz genau. Ich möchte bedenken, dass wenn wir Krebspatienten mit Opiaten - da gibt es zwei Studien in Zürich - therapieren, werden die genau aufgeklärt. Die werden abhängig, aber nicht süchtig, weil die kognitive Einstellung eben dazu aufgebaut wird, dass es ihnen gut tut. Das muss man sich schon vor Augen führen, auch für das, was Sie gesagt haben.

Frau Dr. Susanne Weber:

Ich glaube, es wird viele weitere Themen zu diskutieren geben. Wir werden jetzt eine zwanzigminütige Pause machen und uns dann im Zwischendeck wieder treffen, also nicht hier im Chagall-Saal, sondern in zwanzig Minuten unten im Zwischendeck, wo auch die Garderoben sind.

Start Open Space

Was sich ändern muss, wofür wir plädieren ...

Wege in die integrierte Drogenpolitik und Drogenarbeit

Regie-Anweisung für Themensammlung und Workshop-Phasen

Professor Dr. Susanne Weber

Frau Dr. Susanne Weber:

Willkommen zum Open Space!

Wir werden in der nächsten Sequenz eine kleine Open Space Veranstaltung machen, die sich in unsere Tagung hier integriert und die das Erfahrungswissen, was hier im Raum ist, von dem wir schon einiges gehört haben, aber eben vieles doch noch nicht. Ganz viele haben ihre Beiträge, ihre Erfahrungen, ihr Wissen noch nicht einbringen können, weil wir auch in einem stärker vermittelnden Szenario waren bisher und jetzt sind wir in einem aneignenden. Das heißt, jetzt geht es auch darum, sich auszutauschen, Erfahrungen miteinander auszutauschen, auch Forderungen zu entwickeln, Überlegungen anzustellen, wie eine vernetzte, eine integrierte, eine

sachliche, eine rationale kommunale Drogenpolitik und Drogenhilfe aussehen kann. Was wir fordern, wofür wir plädieren, was sich ändern muss, ist das Motto dieser Open Space Sequenz. Wir haben schon einige Themenvorschläge gesammelt und unser Zusammenkommen hier wird jetzt dazu dienen, dass wir weitere Themenvorschläge, Themenanliegen einbringen und sammeln können auf dieser Agendawand, die hier steht, für unsere beiden Workshop-Phasen, die wir heute Nachmittag machen können. Wir haben schon Workshopecken vorbereitet, in denen die Gespräche dann stattfinden werden.

Ich werde dann ganz kurz noch einmal etwas zum Verfahren sagen, für die, die das Open Space Verfahren noch nicht kennen und die es ausprobieren und kennen lernen möchten. Verfahren Open Space, im Englischen ganz schlicht, der offene Raum. Das liegt auf der Hand. Es ist ein Verfahren, was sich versteht als organisierte Kaffeepause und insofern eine angenehme Verlängerung unserer, natürlich wie immer zu kurz kommenden, Kaffeepausen darstellt, in denen wir ja häufig genau das auch finden, nämlich den Austausch, die Erfahrungen, den Dialog, das Gespräch, das, was so wichtig ist, um auch verschiedene Perspektiven kennen zu lernen, sich auszutauschen und auch gemeinsam neue Perspektiven zu entwickeln. Das ist das Anliegen solcher partizipativer Verfahren, wie Open Space, miteinander in Dialog zu kommen und so gute Lösungen zu finden.

Wie funktioniert es? Ganz einfach! Wie wir es vorhin schon ein bisschen begonnen haben, jemand sagt, ich habe ein Anliegen, ich habe ein Thema, das möchte ich gerne mit anderen besprechen. Ganz egal, ob ich Experte oder Expertin bin, es geht auch nicht darum, dass ich dazu Vorträge halten muss, davon haben wir ja auch schon einiges gehabt, das muss man jetzt nicht tun in den Workshops, sondern man kann einfach ein Anliegen, ein Thema einbringen und sagen, das ist mir wichtig, das würde ich gerne mit anderen besprechen.

Gleich wird es so sein, dass man hier in die Mitte kommen kann und dann das Thema aufschreibt, auf diesen gelben Zettel hier, und unten hinschreibt, meinen Namen und hier rechts gucken wir dann, wo soll denn dieses Gespräch, dieses Thema stattfinden. Wir werden das dann hier an die Agendawand hängen und wir haben hier schon eine ganze Reihe Workshopecken vorbereitet für diese beiden Arbeitsphasen, in denen man dann sagen kann, aha, ich möchte gerne in der Workshopecke I mit anderen über dieses Thema sprechen. Ich werde gleich sagen, wo das dann stattfindet, sodass man weiß, wo die Workshopecke I ist und in welcher Zeitphase, kann man auch entscheiden. Man kann sagen, ach, ich möchte nicht von 17.00 Uhr bis 17.50 Uhr, sondern in der zweiten lieber von 17.50 Uhr bis 18.40 Uhr, das kann man sich überlegen und schon ist die Agenda nach und nach gefüllt und mit den Anliegen, die auf den Nägeln brennen, die da sind. Einige Vorschläge, wie gesagt, haben wir vorhin schon mal gesammelt und wir werden gleich sehen, ob diejenigen, die diese Themen vorgeschlagen haben, die auch weiter verfolgen möchten, oder ob im Zeitverlauf des Nachmittages sich die Themen und Fragestellungen vielleicht auch verändert haben.

Also das ist im Prinzip gänzlich einfach. Das Verfahren Open Space basiert wirklich auf dem Prinzip der Selbstorganisation ganz minimalistisch. Es gibt also ganz wenige Regeln und Prinzipien, aber die wenigen, die es gibt, möchte ich ganz kurz nennen. Die, die da sind, sind genau die Richtigen. Wenn ich also jetzt einen Workshop einberufe und sage, ich würde gerne mit anderen darüber sprechen, dann spielt es keine Rolle, wie viele kommen und man muss nicht darüber nachdenken, ob die oder der auch noch hätte kommen sollen. Die, die da sind, sind die Richtigen. Das funktioniert! Sei offen, für das, was geschieht. Prinzip Selbstorganisation im Open Space heißt eben, na es ist immer auch ein bisschen ein Überraschungseffekt drin, man weiß nicht, es ist ein Prozess. Insofern, einfach sich dafür öffnen, gucken, was passiert und es mal machen und dann sehen, dass gute Gespräche möglich werden, in dem man sich wertschätzend und konstruktiv begegnet.

Es beginnt, wenn die Zeit reif ist, das haben wir ja auch immer mal das Thema, sind wir von der äußeren Uhr her oder von dem inneren Moment - bei den Griechen heißt das dann der Kairos, der richtige Moment hergeleitet. Wir haben hier eine äußere Zeitstruktur mit 17.00 Uhr bis 17.50 Uhr und 17.50 Uhr bis 18.40 Uhr. Wenn wir aber jetzt lange Open Space Tage hätten, dann würde die Eigenzeit wahrscheinlich stärker zur Geltung kommen, aber so ein klein bisschen Eigenzeit haben wir hier auch immer, mit plus minus ein paar Minuten dabei zu sein, das passt. Vorbei ist vorbei, nicht vorbei ist nicht vorbei, ist das Prinzip im Open Space. Wenn man feststellt, wir haben das schon nach einer halben Stunde alles besprochen, was wir besprechen wollten, dann muss man natürlich nicht 50 Minuten da in einem Workshop ausharren und wenn man feststellt, oh, wir sollten doch noch einmal länger über dieses Thema sprechen, dann haben wir hier jetzt eine zweite Workshopphase, die man dann noch einmal nutzen kann. Insofern ist es dann nicht vorbei und dann geht es weiter. Vielleicht geht ja auch noch mehr, was hier entsteht, noch weiter, mit Blick auf möglicherweise weitere Vernetzungsprozesse über die kommunale Ebene hinaus. Wer weiß?

Es gibt ein einziges Gesetz und das ist ein wichtiges, nämlich das Gesetz der zwei Füße, das besagt, nutzen wir unsere Füße, wenn wir nichts beitragen oder nichts lernen können. Ich finde das einen sehr schönen Satz. Normalerweise sind wir es von der Schule her so gewöhnt, da muss man sitzen bleiben, bis es klingelt und egal, ob man etwas beitragen oder lernen kann, das ist dann so. Im Open Space ist es anders, da haben wir die Möglichkeit selbst zu entscheiden. Das ist auch eine Herausforderung natürlich, weil wir es gar nicht immer gewöhnt sind, so selbst gesteuert zu entscheiden und zu handeln, aber so funktioniert es. In einem Workshop kann ich wechseln, ich kann auch dabeibleiben oder eben auch gehen und das ist keine Kränkung für die Gruppe, sondern man ehrt die Gruppe durch seine oder ihre Abwesenheit, wenn man nichts beitragen oder lernen kann. Also das ist in Ordnung, man darf dann auch gehen und es ist in Ordnung, das zu tun.

Jetzt machen wir ganz schnell, damit auch die Themen noch einmal gesammelt werden können. In den Workshops werden wir ein klein bisschen unterstützen, damit

dort gut gearbeitet werden kann. Erst mal kann man sagen, es gibt diese Ecken, da hängen wir die in den Raumplänen entsprechend aus und ich werde es gleich auch noch einmal abschließend nach der Themensammlung sagen, wo diese sich befinden. Damit wir gut sammeln können und damit wir gut auch die Ergebnisse festhalten können, gibt es auf jedem dieser Pinwände in den Arbeitsgruppen eine Workshopbeschreibung, wo man auch notieren und festhalten kann, was besprochen worden ist. Eine Person, die moderiert, eine Person, die festhält, was geschrieben wird, eine Person, die hinterher ganz kurz präsentieren wird, was besprochen wurde und eine Person, die auf die Zeit schaut

Und natürlich können wir nicht ganz viele lange Präsentationen heut noch hören, sondern die Idee ist, wenn wir uns hier wieder einfinden um 18.40 Uhr, dass wir dann auf Spruchbändern eine Kernaussage oder die wichtige Forderung, das wichtige Anliegen festhalten, was wir herausgearbeitet haben in unseren Workshops.

Wir haben vorhin schon einige Themen gesammelt und, wie ich vorhin gesagt habe, Prinzip ist, Themen finden, Themen, die auf den Nägeln brennen und wichtig sind, kurz sagen, welche es sind, wir hängen sie dann dort auf und dann wird gleich der Open Space starten. Die Themen, die jetzt hier hängen, sind ja Vorschläge und Ideen. Sie, die diese Themen vorgeschlagen haben, können die also aufgreifen, können dorthin gehen und sagen, ja, das Thema möchte ich gerne weiter verfolgen und dann schreibe Sie Ihren Namen hin, heften es dort an in einer der beiden Phasen und wir gucken, welche Raumecke das sein wird. Und eben entsprechend hier viele neue Bögen für weitere Themen. Wir haben in beiden Arbeitssequenzen 16 Workshopecken. Es gibt also noch viele weitere mögliche Themen, die genannt werden können.

Nutzen Sie die Gelegenheit Ihre Themenanliegen zum Gegenstand zu machen, nutzen Sie die Gelegenheit mit anderen über Ihre Anliegen zu sprechen. Das ist die Möglichkeit im Open Space.

Bitte schön! The floor is yours! Gibt es noch Fragen? Das Prinzip ist klar geworden? Wunderbar, bitte treten Sie näher.

Schreiben Sie es auf und dann stellen Sie es bitte ganz kurz vor. Das kann gerne gleichzeitig geschehen, damit wir die Zeit nutzen. Also bitte, alle, die ein Anliegen, ein Thema haben, kommen Sie in die Mitte, halten Sie es fest, benennen es kurz - mit dem Mikro machen wir das - und dann geht es gleich los. Damit wir das ganz schnell tun können und die Zeit optimal nutzen, fassen Sie sich ein Herz. Now or never!

Sie haben schon ein Thema und Ihren Namen haben Sie auch schon drauf geschrieben? Wunderbar! Jetzt sagen Sie kurz, welches Thema das ist.

Herr ???

Ich möchte gerne über das Thema Sucht und Arbeitsmarktintegration sprechen.

Frau Dr. Susanne Weber:

Das Thema Sucht und Arbeitsintegration wird in der Phase I stattfinden und hier in diesem Raum.

Frau???

Thema ist: Aufbau von Einrichtungen für ältere drogenabhängige Menschen.

Frau Dr. Susanne Weber:

Gut, das findet auch in diesem Raum statt in der Workshopecke II. Wer ist dann dran?

Herr Messer:

Ich hatte mein Thema vorhin schon genannt, mehr Frühintervention. Ich halte das für ein sehr wichtiges Thema.

Herr???:

Dann möchte ich meins in Phase II aufhängen, weil mich das jetzige Thema auch interessiert. Möglichkeiten im Umgang mit offenen Drogenszenen aus kommunaler und polizeilicher Sicht und zwar nicht in Konfrontation, sondern in Kooperation, welche Möglichkeiten haben wir? Wie kann man damit umgehen, insbesondere auch mit den tatsächlich immer wieder stattfindenden Bürgerbeschwerden und Klagen?

Frau Dr. Susanne Weber:

Herzlichen Dank! Wo soll es hin? Phase II, ok, wir gucken dann, wo es stattfinden soll.

Herr ???:

Ich möchte an den Beitrag von Herrn Bossong anknüpfen mit der Frage, womit fördern und womit hemmen wir die systematische Vernetzung von niedrigschwelligen

Hilfen und ausstiegsorientierten, rehabilitativ orientierten Hilfen? Da ich gerne in der Phase II an diesem Thema auch teilnehmen möchte, hätte ich das gerne in Phase I.

Frau Dr. Susanne Weber:

Wunderbar, hängen Sie es an und suchen Sie sich eine Ecke, wo es stattfinden soll.

Herr ???:

Wie vorhin schon gesagt, welches Menschenbild und Wissen brauchen Politiker, Helfer, Verantwortliche für sachliches Arbeiten mit dem Drogenthema? Phase II, bitte!

Herr ???:

Schönen guten Tag! Mein Thema wäre auch bezogen auf das Referat von Herrn Körkel. Wie können eigentlich Konsumreduktionsprogramme Einzug in die Drogenhilfe erlangen? Ich schätze mal Phase I.

Herr ???:

Ich möchte, wie heute Vormittag bereits angekündigt, immer noch gerne über das Thema Drug-Checking sprechen. Wenn wir es jetzt davon hatten, dass es die zwei Pole gibt zwischen Prohibition und Legalisierung, ist das ja ein Thema, was sich zwischendrin abspielt und wer damit vielleicht Erfahrung hat oder er meint, er könne etwas dazu beitragen, wäre schön, wenn wir darüber reden könnten. Phase II.

Frau Baumann:

Ich möchte gerne über die Steuerung von Schnittstellen sprechen. Einmal Drogenhilfe intern. Wir haben heute über Prävention gesprochen und über niedrigschwellige Hilfen. Es gibt noch ganz andere Drogenhilfen, Therapie, stationäre Einrichtungen, Nachsorge und so weiter, das ist der eine Bereich, da gibt es ja unterschiedliche Träger, es gibt da noch die Rentenversicherung und die Krankenkassen, die was tun in der Drogenhilfe und mit Drogenabhängigen.

Das andere ist: Die Schnittstellen zu angrenzenden Hilfesystemen wie Jugendhilfe, Psychiatrie, soziale Psychiatrie, Agentur für Arbeit, Argen haben wir schon gehabt, der Herr Heil sitzt da, die Marktintegration. Also was kann denn da noch besser gesteuert werden, sodass wir für nicht mehr ganz so viel Geld oder dass wir unsere

Angebote erweitern, die Arbeit verbessern können, ohne immer wieder neue Sachen selbst zu machen? Schnittstellenproblematik.

Herr Wolf:

Ich würde mich gerne unterhalten über die Wechselwirkungen der kommunalen urbanen Drogenpolitik, mit ihrer Wechselwirkung in dem ländlichen peripheren Raum. Wir haben ja häufig in den Städten hochvernetzte Institutionen, die eng miteinander zusammenarbeiten und natürlich auch gut funktionieren, in den ländlichen Räumen häufig nicht so, was natürlich Zug- und Druckbewegungen auf Drogenabhängige oder auf die ganze Entwicklung in diesem ganzen Bereich auch ausübt. Da würde ich gerne darüber diskutieren in der Phase I.

Frau ???:

Wie heute Vormittag schon gesagt, würde ich gerne über die Möglichkeiten sprechen, wie Hanf als Medizin legalisiert werden kann, welche rechtlichen Möglichkeiten es gibt. Diese Diskussion gehört eigentlich in die allgemeine Legalisierungsdiskussion.

Frau ???:

Wir möchten das Thema Suchtprävention noch einmal aufnehmen im Zusammenhang mit Schule, Gesundheit und mit kommunalen Konzepten und Zusammenarbeit zwischen Schule, sozialer Arbeit und Kommune thematisieren. Phase II.

Herr Heinrich:

Mir brennt ein Problem ganz schön auf den Nägeln, das ist die Heroinvergabe. Frankfurt kann ein Lied davon singen, die Oberbürgermeisterin hat sich gestern dazu geäußert. Ich möchte gerne darüber diskutieren, ob wir nicht gemeinsam eine Resolution verfassen, die wir nach Berlin schicken. Wenn dieser Kongress morgen endet, dass wir eine Resolution haben, die wir nach Berlin schicken. Phase I

In Phase II möchte ich gerne über die Legalisierung von Cannabis reden.

Herr ???:

Mich interessiert, warum es keine europäische nicht prohibitive Drogenpolitik gibt.

Frau Dr. Susanne Weber:

Nicht prohibitiv! Also eine Akzeptierende, vielleicht? Wohin wollen Sie es machen?.

Es können gerne weitere Themen genannt werden. Wie gesagt, wir haben 16 Räumlichkeiten zur Verfügung, seien es Workshopecken auf verschiedenen Etagen, auch im Glassaal, im Chagall-Saal gibt es verschiedenen Möglichkeiten.

Herr ???:

Ich habe nur eine Frage, die ich in der Gruppe klären müsste. Und zwar hatte ich ja heute Morgen das Thema Recht auf Nichtbehandlung in Ihren Speicher getan. Durch den Beitrag von Dr. Vollenweider habe ich das etwas erweitert. Die Frage lautet jetzt: Sollte es einen wirksamen Impfschutz geben, bleibt dann das Recht auf Nichtbehandlung bestehen?

Frau Dr. Susanne Weber:

Gehen Sie dort rüber und hängen Sie es da an der entsprechenden Phase an. Und ich erkläre noch einmal das Prinzip. Diese Workshopthemen, die wir jetzt haben, werden in bestimmten Workshopecken und -räumen stattfinden und Sie schauen, wo Sie gerne hingehen möchten, mit welchen anderen Menschen Sie gerne ins Gespräch kommen möchten, womit wollen Sie sich befassen. Ich werde gleich noch einmal vorlesen, welche Themen jetzt im Raum sind und wo sie stattfinden. Sie können da hingehen, wo die Themen stattfinden, Sie können wechseln von Workshop zu Workshop, Sie können in einem Workshop bleiben, all diese Möglichkeiten bestehen. Ihre Anliegen und Ihre Themen können hier Raum finden.

Sie haben noch ein Thema?

Herr ???:

Das ist von heute Vormittag. Sofern sich Interessenten finden, würde ich gerne mal, möglichst auch mit Experten oder Leuten, die sich vielleicht ein bisschen länger mit der Materie beschäftigt haben, diskutieren, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, dass eine neue Substanz Einzug in eine der Anhänge des Betäubungsmittelgesetzes hält. Wir haben da ja an diesem krassen Beispiel von Salvia divinorum gesehen, da hat Akzept e.V. eine Presseerklärung rausgegeben und es sind nach § 1 BTMG drei Kriterien zu erfüllen und die treffen alle für Salvia divinorum nicht zu und trotzdem ist das Ding jetzt im Betäubungsmittelgesetz.

Deshalb sollte man mal wirklich diskutieren, nach welchen Parametern neue Substanzen aufgenommen werden.

Frau Dr. Susanne Weber:

Ich werde jetzt noch einmal kurz vorlesen, welche Themen bislang genannt sind und dann können Sie auf der Grundlage noch einmal schauen, ob es Themenanliegen gibt, die Sie gerne weiter vorantreiben möchten, die noch nicht dabei sind, die Ihnen aber wichtig sind. Und wenn das so ist, dann kommen Sie her und füllen einen solchen Bogen aus und wie gesagt, Sie müssen keine Vorträge dazu halten können, es reicht interessiert zu sein an einem Thema. Das reicht vollständig aus, um zu sagen, ich möchte mit anderen darüber reden. Da wir wissen, an welchen Orten das stattfindet, finden sich diese Menschen auch.

Wir haben also bislang das Thema: „Kommunale urbane Drogenpolitik, Wechselwirkung, ländlicher Raum und Peripherie“ von Herrn Wolf. Das wird in der Workshopgruppe VII stattfinden.

Dann gibt es den Vorschlag: „Verfassen einer Resolution“. Den Vorschlag von Herrn Heinrich gibt es in der Workshopgruppe IX in der ersten Phase. Es gibt weiterhin das Thema: „Arbeitsmarktintegration“, das wird in der Workshopgruppe I stattfinden, die hier im Raum ist. Dann gibt es das Thema: „Mehr Frühintervention“ von H. I. Messer in der Workshopgruppe III. Dann das Thema: „Wie können Konsumreduktionsprogramme Einzug in die Drogenhilfe erhalten?“ Das wird in der Workshopgruppe V stattfinden. „Wir brauchen Einrichtungen für ältere drogenabhängige Menschen“ ist ein weiteres Thema, was hier im Raum stattfinden wird in der Workshopgruppe II. „Wie fördern wir, wie hemmen wir die Vernetzung niedrigschwelliger Ausstiegsorientierung?“ Workshopgruppe IV. Dann haben wir das Thema: „Hanf als Medizin“ in der Workshopgruppe VIII, wir haben das Thema: „Steuerung von Schnittstellen“, ein wichtiges Thema, in der Workshopgruppe VI, wir haben das Thema: „Europäische nicht prohibitive Drogenpolitik“ in der Workshopgruppe XI. Wir haben das Thema: „Sollte es einen wirksamen Impfschutz geben, bleibt es dann beim Recht auf Nichtbehandlung?“, Workshopgruppe XII. Das alles ist in der ersten Workshopphase angeboten als Themenvorschläge. Denken Sie noch einmal darüber nach, ob sie noch Themenanliegen haben, die noch nicht besprochen sind, dann haben Sie jetzt noch die Chance, die einzubringen.

In der Phase II gibt es bislang sechs Themenvorschläge. „Möglichkeiten im Umgang mit offenen Drogenszenen aus kommunaler und polizeilicher Sicht in Kooperation, nicht Konfrontation“ in der Workshopgruppe III. Dann haben wir das Thema: „Welches Menschenbild und welches Wissen brauchen Politiker, Helfer, Verantwortliche für sachliches Arbeiten?“ in der Workshopgruppe II. Wir haben das Thema: „Drug-Checking“ in der Workshopgruppe IV und wir haben das Thema: „Prävention Schule, Gesundheit, Zusammenarbeit soziale Arbeit Kommune und Schule“ in der Workshopgruppe I und hier unten noch: „Wie finden neue Substanzen

Einzug ins BTM-Gesetz?“ in der Workshopgruppe VI und das Thema: „Legalisieren von Cannabis“ in der Workshopgruppe V.

Wenn Ihr persönliches Anliegen, Ihre Fragestellung und Ihre Wünsche noch nicht repräsentiert sind, dann tun Sie etwas für sich und bringen Sie ihr Thema noch ein, dann haben Sie Gelegenheit mit anderen darüber zu sprechen. Das Prinzip ist, hoffe ich, soweit klar geworden, dass die Themen in den jeweiligen Workshopecken und einer Zeitphase angeboten sind. Dort finden Sie alles vor mit den entsprechenden Moderationsmaterialien, Pinwänden, mit einem Sitzkreis. Es ist alles soweit vorbereitet, dass Sie sich dort einfinden und besprechen können und dass Sie die Gelegenheit zum Austausch und zum Dialog nutzen können.

Gibt es weitere Themenanliegen?

Frau ???:

Ich würde mich gerne darüber unterhalten, wie wir Jugendliche drogenmündig machen können. Ich möchte das in der ersten Phase machen.

Frau Dr. Susanne Weber:

Wenn es keine weiteren Themenvorschläge gibt, können wir auch gleich in medias res gehen. Sie können sich hier alle noch einmal auf Ihrem Plan notieren, wo Sie hingehen möchten, wo Sie gerne dabei sein wollen.

Es gibt einen nahtlosen Übergang, es gibt also kein Zwischentreffen um 17.50 Uhr, sondern dann beginnt die Phase II, dann wechseln Sie in die Gruppen, die Sie weiter verfolgen möchten und wir finden uns hier wieder ein um 18.40 Uhr und stellen die Ergebnisse unseres Austausches einander vor in ganz kurzen Sequenzen mit diesen genannten Spruchbändern, die ich gerade vorhin schon hochgehalten habe. Darauf halten Sie bitte in aller Kürze fest, was Ihnen wichtig und zentral geworden ist.

Soweit alles klar oder gibt es noch Fragen?

Viel Spaß im Open Space!

Ergebnisse und Kernaussagen

Frau Dr. Susanne Weber:

Was werden wir jetzt noch tun? Wir werden jetzt ganz kurze und knappe Berichte machen, weil wir heute schon einen langen Tag hatten und viel Input hatten, insofern werden wir uns heute nicht noch ganz ausführliche Einführungen in die jeweilige Thematik gönnen können, sondern wir werden ganz knappe, kleine Darstellungen machen können, von maximal einer Minute, am besten sogar nur 30 Sekunden, also ganz kurze Ergebnisdarstellungen. Wir werden also zunächst diese kurzen Ergebnisdarstellungen hören und anschließend Gelegenheit zur Gewichtung haben. Sie finden auf Ihren Sitzen die Klebepunkte, jede Person hat fünf Klebepunkte und Sie werden abschließend noch einmal im Gesamten Revue passieren lassen und schauen, was sind Anliegen, Forderungen, Themen, die Sie ganz wichtig finden, die Sie prioritär finden und die Sie entsprechend gewichten möchten. Den Schritt werden wir heute Abend noch gehen und dann sind wir spätestens um 19.30 Uhr beim Büfett und gönnen uns den informellen Teil des Abends.

Hier sind die letzten Wände auf dem Weg. Wir müssen schauen, dass wir die so stellen, dass alles sichtbar bleibt. Wunderbar. Machen wir hier noch ein Feld auf, dann machen wir hier noch ein Strich. Es ist wichtig, dass klar ist, dass das nicht zusammengehört, sonst sind hinterher die Punkte nämlich nicht klar. Gut, ich glaube, jetzt sind die Vorbereitungen soweit abgeschlossen, dass wir loslegen können.

Wir hatten eine Fülle von Themen und da brauche ich jetzt hier noch einmal die Wand, um zu schauen, was wir in der Reihenfolge hatten.

In der Phase I hatten wir das Thema: „Kommunale urbane Drogenpolitik, Wechselwirkung mit ländlichem Raum, mit Peripherie“. Wenn wir jemand haben, der uns ganz kurz dieses Thema erschließt und einen Kernsatz formuliert, dann bitte ich Sie hervortreten.

Herr Geske:

Wir haben uns dem Thema angenommen in der Arbeitsgruppe. Es war sehr interessant. Wir waren teilweise sehr stark durch die Ordnungspolitik vertreten. Wir hatten kein Zeitproblem, die Diskussion war an sich sehr lebhaft und wir haben festgestellt, dass in den regionalen Bereichen der Umgang mit dieser Drogenproblematik sehr unterschiedlich ist und ich denke, es war sehr hilfreich, dass wir uns ausgetauscht haben.

Als Kernthese haben wir festgestellt, dass es sinnvoll ist, Hilfen in erster Linie vor Ort, also im regionalen Bereich, anzubieten. Die Konsequenz dieses Anbietetens der Hilfen wäre, die regionale Zusammenarbeit im kommunalen Bereich aller Beteiligten zu stärken, die in der Drogenproblematik beteiligt sind, denen ein Drogenproblem

bekannt ist, die irgendwie da mitwirken oder darunter zu leiden haben oder belästigt sind. Dass da einfach eine Zusammenarbeit aller Beteiligten ist und da sollte man auch keine Unterschiede machen zwischen Ordnungsbehörden, Leistungsträger, Politik, dass man zuerst einmal anfängt im regionalen Bereich - das kann die Kommune sein, das kann der Landkreis sein - dort sich der Problematik zusammen gemeinsam anzunehmen und dann auszutauschen, um gemeinsam zu erkennen, was können wir machen, was können wir besser machen, was können wir anbieten. Wir haben festgestellt, dass gerade im regionalen Bereich, so etwa in der Provinz, das Drogenproblem sich anders gestaltet als in Ballungsgebieten, in den Großstädten, was für mich auch sehr neu war. Ich habe da auch sehr viel Neues kennen gelernt, weil wir auch immer denken, alle kommen nach Frankfurt, weil wir so schöne und großzügige Hilfsangebote haben. Sicherlich haben wir dadurch auch irgendwie ein Problem, aber die abgebenden Herkunftsgemeinden, Landkreise haben halt andere Probleme dadurch.

Um es mal einfach auszudrücken, die Kunden aus ihrem Landkreis in Hessen oder Rheinland Pfalz versorgen sich hier mit den Drogen oder sonstigen Stoffen und die Straftaten, um das zu finanzieren, werden im dortigen Bereich begangen. Das heißt, die sind dort sicherlich sozial unauffällig, weil die dort auch ihre Sozialleistungen beziehen oder Lebensunterhalt bestreiten, aber um hier in Frankfurt auf dem Markt tätig zu werden, braucht man gewisse finanzielle Mittel. Und wir wissen, die Sozialleistungen, die man von öffentlichen Sozialleistungsträgern bekommt, reichen in der Regel nicht, um den Drogenkonsum zu befriedigen. Also muss man zusätzliche Mittel erwirtschaften im Rahmen der körperlichen und geistigen Fähigkeiten. Und wir haben da schon festgestellt, dass wir alle ein Drogenproblem haben, aber das ist unterschiedlich und um das zu erkennen, wäre es sinnvoll, das erst mal im regionalen Bereich zu erfassen, der nächste Schritt wäre der überregionale Bereich.

Der Kernsatz heißt: Regionale Zusammenarbeit aller Beteiligten. Als Folge dieser Zusammenarbeit wäre der nächste Schritt dann ein überregionaler Austausch dieser Erkenntnisse, die man im regionalen Bereich hat. Das bedeutet also Kontaktaufnahme mit den Nachbarkreisen, mit dem Bundesland und so weiter.

Beifall

Frau Dr. Susanne Werber:

Danke schön, für die Präsentation!

.

Dann haben wir das zweite Thema gehabt. Es gab: „Verfassen einer Resolution“. Das war Workshop Gruppe IX.

Herr ???:

Die Kernaussage heißt: Teilnehmer Frankfurter Drogenkonferenz fordern die Umsetzung der Ergebnisse der Heroinstudie. Das ist die Kernforderung. Wir haben auch eine Resolution verfasst, aber wir haben ja wenig Zeit. Die Kernaussage ist klar, wir wünschen uns, dass wir das wirklich hier verabschieden.

Danke!

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Danke schön!

Dann hatten wir das Thema: „Arbeitsmarktintegration“. Das war ein ganz intensiver Prozess und auch ausführlicher und ein großer ...

Herr ???:

Groß weiß ich nicht, wir waren neun Personen aus der Schweiz, aus Rheinland-Pfalz und Hessen und wir haben die Phase I und II diskutiert, weil es so spannend war. Deswegen mache ich auch ganz kurz das Ergebnis.

Wir haben als Ergebnis, als Quintessenz sozusagen festgestellt, dass wir ein Schnittstellenmanagement brauchen zwischen der Suchtkrankenhilfe und den Argen und dass es immer sinnvoll ist, wichtig ist, Anschlussmaßnahmen so zu gestalten, dass sie zweckmäßig sind und im Anschluss gleich erfolgen.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Herzlichen Dank!

Dann haben wir das Thema: „Mehr Frühintervention“. Das war Workshopgruppe III.

Herr ???:

Frühintervention war unser Themenpunkt. Ganz kurz zusammengefasst, es ist nicht neu, was wir zusammengefasst haben.

Ein wesentlicher Punkt ist, dass Frühintervention mit allen beteiligten Stellen oder von allen beteiligten Stellen erfolgt. Da nehmen wir auch die Polizei nicht aus, die Schulen, die Jugend-, Erziehungsberatungsstellen, Jugendhilfestellen, Drogenberatungsstellen und, und, und. Was natürlich voraussetzt, ist eine örtliche Vernetzung oder eine örtliche Kooperation beziehungsweise eine Bekanntheit über die Vielfältigkeit der Hilfen. Ich komme aus dem Ballungsraum München und da ist das Hilfesystem Jugend- und Drogenarbeit sehr weit verzweigt und da verliert man schon leicht einmal den Überblick. Mir geht es wenigstens so.

Wesentlicher Punkt bei Kooperation sind verbindliche Kooperationsvereinbarungen. Und was da ein entscheidender Punkt ist, ist die Rückmeldung. Wir hätten ganz gerne auch mal ein bisschen eine Rückmeldung, was da rauskommt, wenn wir was reintransportieren. So denke ich, wird es nicht nur bei der Polizei sein, sondern so wird es bei allen Beteiligten sein. Schule, Sozialarbeit, da gibt es datenschutzrechtliche Vorschriften, Gegebenheiten, die man entsprechend beachten muss und vielleicht wird das auch mal ein Diskussionspunkt, dass man gerade in dem Bereich Frühintervention die datenschutzrechtlichen Belange immer noch einmal überprüft auf die Aktualität.

Ein wesentlicher Punkt noch, man sollte die Eltern natürlich nicht vergessen. Das ist bei der Frühintervention ein ganz entscheidender Punkt. Da werden sich auch Schwierigkeiten ergeben, denn nicht alle Eltern sind kooperativ. Welche Möglichkeiten man hat, dass man die Kooperationsbereitschaft erhöht, das ist uns auch nicht eingefallen.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Herzlichen Dank!

Was haben wir noch? Das nächste Thema war: „Wie können Konsumreduktionsprogramme Einzug in die Drogenhilfe halten?“

Herr ???:

Wir hatten das Thema Konsumkontrollprogramme. Wie können sie Einzug in die Drogenhilfe erhalten? Wir waren international besetzt, das heißt, wir hatten Vertreter aus Österreich, der Schweiz und Deutschland. Die Schweizer Kollegin hat das auf

einen schönen Satz zusammengefügt, der heißt „KISS, also Kontrolle im selbstbestimmten Substanzgebrauch“. Und was auch noch wichtig war, was wir als Schlagwort noch mal hier aufgeführt haben, dass es auch wichtig ist, dass man eine gemeinsame Haltung in einem Team hat. Also auch hier die gemeinsame Haltung, das ist abgekürzt, gemeinsame Haltung, „KISS“ oder auch natürlich „Motivational Interviewing“ als Basiskompetenz.

Was uns noch wichtig war, wir haben auch über die Erfahrung aus Frankfurt und Hamburg geredet und dabei war noch einmal ein wichtiger Aspekt die Frage von Burn-out-Prophylaxe. Unserer Meinung nach ist das KISS-Programm auch eine Möglichkeit zur Burn-out-Prophylaxe für Mitarbeiter, weil es nicht nur die Zuversicht von Klienten steigert, sondern eben auch von Mitarbeitern.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Danke schön!

„Wir brauchen Einrichtungen für ältere drogenabhängige Menschen“, war das nächste Thema. Bitte schön!

Herr ???:

Das ist unser Arbeitsergebnis. Einrichtung für ältere drogenabhängige Menschen. Wir waren auch so halbinternational besetzt, es war ein Kollege aus Holland noch dabei. Wir haben uns erst einmal über Einrichtungen für ältere drogenabhängige Menschen überhaupt unterhalten, wir haben es eigentlich zerpfückt, weil unser Ergebnis war, dass wir eigentlich keine eigene Subkultur an Einrichtungen schaffen, sondern eher auch drogenabhängige Menschen als ein Teil der Stadtgesellschaft sehen und damit auch den Anspruch haben, sie entsprechend wahrzunehmen und auch in Gesamtplanungen mit einzubeziehen.

Das Zweite, ältere drogenabhängige Menschen, da sind wir nicht davon ausgegangen, dass man darunter das normale Rentenalter versteht. Sondern wir haben es so festgelegt ab einem Alter von 45 Jahren und dann kann man auch schon sehen, dass es nicht immer leicht sein wird mit Menschen in dem Alter zum Beispiel darüber nachzudenken, ob man Alten- und Pflegeheime für diesen Bereich öffnet. Wir haben das kurz so zusammengefasst, dass wir gesagt haben, eine Stadt muss eigentlich die Verantwortung haben, die bestehenden Angebote zu öffnen und eine Integration auch in ein normales Wohnumfeld zu gestalten und dafür natürlich auch die Rahmenbedingungen zu schaffen.

Das war so eine der Hauptdiskussionen, wie macht man das denn überhaupt? Aber die Zielrichtung muss eigentlich klar sein, weg davon, eigene Einrichtungen, auch für ältere drogenabhängige Menschen, zu schaffen, weil das macht heute eigentlich überhaupt keinen Sinn mehr, wenn wir ständig über Integration nachdenken, deswegen eine ganz klare Zielrichtung.

Danke schön!

Beifall

Fr. Dr. Susanne Weber:

Danke!

Dann haben wir das Thema: „Wie finden wir, wie fördern wir, wie hemmen wir die Vernetzung niedrigschwelliger Einrichtungen mit Ausstiegsorientierung?“

Herr ???:

Wir waren eine deutsch-schweizerische Arbeitsgruppe. Vertreten waren darin eine Politikerin, die gleichzeitig aber auch Einrichtungsleiterin ist, Vertreter aus der sogenannten höherschweligen Arbeit und aus der niedrigschweligen Arbeit. Wir haben die zweite Workshopeinheit gleich mitgekapert, weil wir nach der ersten Einheit uns angewärmt fühlten, aber noch nicht so richtige Ergebnisse hatten, sodass wir uns verlängert haben in die zweite Einheit.

Ich versuche drei oder vier von den Hemmnissen, die wir zusammengetragen haben, zu benennen und die entsprechenden Lösungsvorschläge. Eines der Hemmnisse, das wir genannt haben ist, im niedrigschweligen Bereich haben wir häufig eine Mitarbeiterbesetzung mit geringer Qualifikation, während wir im hochschweligen Bereich Standards von Qualifikationen haben, die uns zum Teil vorgegeben sind. Die Lösung, die wir hier brauchen ist, wir brauchen eine spezifische, diesem niedrigschweligen Arbeitsfeld und seinen Zielen angepasste Qualifikation. Das heißt, nicht hohe Qualifikation oder niedrige Qualifikation, sondern spezifische Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Bereich.

Ein zweites, allerdings ganz zentrales Thema ist die häufig fehlende Zielorientierung. Das kann man so beschreiben, dass es eigentlich keinen Ort gibt, oder häufig der Ort fehlt, an dem die Zielorientierungen für ein differenziertes System tatsächlich stattfinden und ausgehandelt werden, sodass häufig weder auf der Ebene des Einrichtungsauftrages noch auf der Ebene des Teamauftrags noch auf der Ebene der Interaktion von Betreuer oder Berater und Klient die Zieldefinition stattfindet und dann auch entsprechende Indikatoren beziehungsweise Zielüberprüfungen

stattfinden. Und wir sind der Meinung, dass auf allen drei Ebenen, auf der politisch-institutionellen Ebene, auf der Ebene der Einrichtungsdefinition, aber auch im Klientelkontakt jeweils spezifische Zielvereinbarungen und Zieldefinitionen erforderlich sind.

Ein drittes Thema noch, die ökonomische Logik. Am Beispiel der Substitution haben wir dargestellt, dass es Substitutionsbereiche gibt, in denen im Grunde genommen eine möglichst niedrige Anforderung an die Substitution hohe finanzielle Einträge bringt, während hohe und höher strukturierte Anforderungen an die Klientel und eine strukturiertere Arbeit ökonomisch nicht belohnt werden. Hier sehen wir einen Steuerungsbedarf seitens der Kommunen beziehungsweise der politischen Institution, die mit der Förderung entsprechender spezifischer Einrichtungen gegensteuern müssen, zum Beispiel durch entsprechende Ausstattung und Profilierung mit psychosozialer Betreuung.

Zwei Sätze noch zum Schluss. Es geht uns nicht darum, und das war nicht der Goldstandard etwa zu sagen, in einem System von niedrigschwelliger Hilfe zur Aufstiegsorientierung geht es darum, möglichst viele von der Szene zur Abstinenz zu schleusen. Das ist nicht das Ziel. Das Ziel ist die Differenziertheit eines Systems, in dem die Hilfen jeweils dem jeweiligen Vermögen, den Anforderungen und den Belastungen der Klientel entsprechend angepasst sind.

Danke!

Beifall

Fr. Dr. Susanne Weber:

Vielen Dank!

Jetzt kommt „Hanf als Medizin“.

Herr ???:

Wir waren eine sehr kleine Arbeitsgruppe, leider, hätten uns gewünscht, dass es mehr interessiert. Man kann es eigentlich ganz kurz machen.

Wir sind zunächst darauf gekommen, dass es dringend nötig ist, Cannabis als Medizin einzusetzen und das zu erlauben, denn es wirkt mit weniger Nebenwirkungen und wir haben bei dieser Substanz einfach auch lange Erfahrung, Jahrhunderte lange Erfahrung, in der Anwendung. Dann war uns ganz wichtig - das steht oben -, in einem Land, in dem gesetzlich garantiert ist, dass jeder das Medikament bekommt, was ihm am besten hilft, ist es eine Frage der Menschenrechte und Menschenwürde, ob Menschen Medizin bekommen, die sie

wirklich brauchen, die ihnen wirklich hilft und das in einem Land, wo eben auch zum Beispiel Opiate verschrieben werden, das ist ganz normal, beim Cannabis wird es problematisch.

Wir haben dann noch einmal nachgeguckt, was es da für Möglichkeiten gibt. Es gibt mittlerweile wohl vier Ausnahmegenehmigungen für Patienten und was natürlich nötig ist, ist eine politische öffentliche Lobbyarbeit. Ganz klar! Dann gab es so eine Idee auf kommunaler Ebene, Projekte ins Leben zu rufen wie zum Beispiel Klubs, die Ausnahmegenehmigung beantragen, wie verstärkt Einzelpersonen, dass man also an diesem Punkt anfängt, mit der Cannabispolitik eine Änderung zu erreichen, die sicherlich dann natürlich auch in eine Entkriminalisierung mündet. Und eventuell ist es auch die Angst von politisch Verantwortlichen, wenn wir das machen, dann könnte das ja weiter gehen. Aber man muss einfach sagen, das, was oben steht, Frage Menschenrechte, Menschenwürde ist für mich als Schlusswort einfach ganz wichtig, dass Menschen wirklich Hilfe bekommen.

Beifall

Fr. Dr. Susanne Weber:

Danke sehr!

Als nächstes Thema: „Steuerung von Schnittstellen“.

Frau Heinrichs:

Vielen Dank!

Wir waren besetzt von Hamburg bis Lissabon, von daher hatten wir alle Schnittstellen, die dazwischen liegen. Unser Thema war Schnittstellenmanagement. Das sind unsere Ergebnisse, kurz und knapp.

Schnittstellen sind unvermeidlich, haben wir festgestellt, bahnbrechend, wie Sie sehen.

Das Zweite ist, ein Schnittstellenmanagement ist ein Top-Down-Prozess. Schnittstellen haben wir identifiziert zu allen sozialen Gesetzbüchern. Wir haben festgestellt, dass wir in Frankfurt den Hamburgern hinterherhinken. Früher kam Hamburg, um sich die Montagsrunde in Frankfurt anzugucken, jetzt können wir mal die umgekehrte Reise antreten. Wichtig ist beim Schnittstellenmanagement, Top-Down heißt, dass die Entscheider, die auch über Geld verfügen, zusammensitzen, um sich der gemeinsamen Probleme zu widmen und nicht Vertreter von Systemen, sondern die Entscheider, die auch darüber verfügen können, wie das Geld ausgegeben wird. Dazu gibt es ganz viele Beispiele, die ich Ihnen hier jetzt ersparen

möchte. Wesentlich ist aber aus unserer Sicht, dass es einen politischen gemeinsamen Willen gibt, dass Einigkeit erzielt wird und dass bezogen auf die Ziele, gemeinsam definiert wird, was gemeinsam erreicht werden soll. Wir haben in Frankfurt im Moment eine etwas andere Situation, wo das Thema Drogenhilfe, Drogenpolitik an das Drogenreferat delegiert ist. Es gibt Anschlussysteme, die ihre Aufgabe, aus unserer Sicht, nicht in vollem Umfang gewährleisten.

Das war es aus unserer Gruppe, wir stehen für Gespräche jederzeit zur Verfügung.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Danke schön!

Dazu wird es ja gleich auch beim Büfett Gelegenheit geben, die Themen alle zu vertiefen und weiter zu besprechen. Das ist eine gute Möglichkeit. Wir haben jetzt das nächste Thema: „Europäische nicht prohibitive Drogenpolitik“.

Herr ???:

Guten Abend!

Das wird mit Sicherheit nicht lang. Wir haben uns überlegt, warum es keine eigenständige Drogenpolitik in Europa gibt, die ohne Prohibition auskommt. In einer sehr interessanten Runde und nach lebhafter Diskussion war das Ergebnis ernüchternd. Es gibt keine eigenständige europäische Drogenpolitik erstens, weil es internationale Verträge gibt und zweitens, weil es politisch nicht machbar ist. Prohibition ist ein Tabu!

Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Danke schön!

„Sollte es einen wirksamen Impfschutz geben, bleibt es dann beim Recht auf Nichtbehandlung?“

Herr ???:

Wir waren auch international besetzt, das war auch sehr erfreulich. Bei uns waren die Schweiz, Österreich und Deutschland von Ost nach West. Wir waren eine kleine Gruppe, aber die hatte eine Besonderheit, eigentlich zwei Besonderheiten. Das eine war, bei uns nahm keine Praktikerin oder Praktiker teil, es war ein Wissenschaftler und die anderen waren aus der planenden oder strukturellen Ebene. Die zweite Besonderheit war, das Thema war ja Impfschutz und das war unter anderem als Idee entstanden, aus dem Vortrag von Herrn Dr. Körkel heute Morgen, Impfschutz gegen Nikotin, es waren vier Raucher, die sich da unterhielten. Wir haben uns des Themas angenommen, aufgrund unserer Fachkenntnisse, noch inspiriert durch die Änderungen der Gesetzgebung SGB V beziehungsweise dem anstehenden Gesetz über Präventionsmaßnahmen.

Bei SGB V ging es darum, dass Leute, die an den Vorsorgeuntersuchungen nicht teilnehmen, bei Versicherungsleistungen deutlich schlechter gestellt werden. Der zweite Hintergrund, den möchte ich nicht unerwähnt lassen, der wurde durchaus reflektiert, war von „brave new world“. Wir haben das Thema dann in einem zwischen alberner Euphorie und abgrundtiefen Kulturpessimismus liegenden oszillierenden Diskurs besprochen und wurden uns bald klar, dass das deutlich über unsere Kompetenz als kleine Menschen hinausgeht, da es ein tief ethisches Thema ist. Aber wir dachten, wenn wir schon einmal dabei sind, machen wir auch einen Kernsatz und den lese ich Ihnen jetzt vor.

Wenn mit der Impfung eine optimal wirksame Prävention gegeben ist, würde die Gesellschaft schon unter Kostengründen ernsthaft über einen Impfzwang nachdenken.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Danke schön!

Wie können wir Drogenmündigkeit bewirken? Auch da bitten wir um eine ganz kurze Kommentierung.

Frau ???:

Wir waren zuerst in der ersten Phase eine sehr große Gruppe, auch aus den drei Ländern Deutschland, Schweiz und Österreich, und da wurde sehr viel diskutiert, was dazu führte, dass wir die zweite Phase auch komplett genutzt haben, in reduzierter Runde.

Mit der Drogenmündigkeit sind wir an einige Grenzen gestoßen mit den Möglichkeiten. Wir haben gemerkt, dass wir - wir waren Vertreter aus der Suchtprävention, aus der praktischen Arbeit, aus der Politik, aus der Wissenschaft -, an Grenzen stoßen. Das fängt beim Elternhaus an und geht hinüber über die Politik dann zu der Prohibition zum immer noch verbliebenen Abstinenzgebot, was ja in vielen Köpfen einfach noch da ist, und bis hin zur Akzeptanz, dass die in der Suchtprävention Tätigen oder die, die Drogenmündigkeit vielleicht erreichen möchten, dass da ganz enge Grenzen gesteckt sind.

Wir haben natürlich versucht, erst einmal rauszufinden, wie man dahin kommt. Da kann ich Stichworte nennen. Dass Lebenskompetenz gefördert wird, also allgemeine Dinge, dass Konfliktbereitschaft da ist, dass man Streit anders lösen kann, all die Dinge, die Jugendlichen - wir haben das natürlich auf Jugendliche bezogen, weil es ja ein Erziehungsaspekt ist zur Drogenmündigkeit -, dass all die Dinge nur stattfinden können, wenn Räume da sind. Jugendliche haben Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, in dem sie sich eben ausprobieren, in dem sie an Grenzen stoßen und diese Grenzen erweitern wollen. Und ausprobieren kann man heute nicht mehr viel. Deswegen unsere Forderung, bestehende Möglichkeiten nutzen, um mit den Jugendlichen im Dialog zu bleiben.

Wir haben festgestellt, dass sich das einfach verschiebt. Wenn wir Dinge verbieten, oder wenn Eltern Dinge verbieten, weiß man einfach, die Jugendlichen suchen sich andere Nischen, es geht in eine andere Richtung und dann ist es halt auch nicht mehr in unserer Reichweite. Da ist das Problem, wie man die Menschen erreicht, die eben nicht kompetent mit Drogen umgehen können, wenn sie es ausprobieren. Deswegen möchten wir dafür plädieren, dass Freiräume, soweit es geht, erhalten bleiben. Selbst die legalisierten Drogen wie Alkohol und Tabak, da geht es ja auch immer mehr, jetzt gerade im Jugendbereich, dahin, dass das auch nicht mehr so im Rahmen ausprobiert werden kann, sondern nur in Nischen. Da sind dann auch keine Leute dabei, wie Sozialarbeiter, die präventive Maßnahmen durchführen könnten. Da darf ja nicht geraucht und getrunken werden.

Deswegen unser Schlusssatz: Je mehr Prohibition, desto mehr Tabuisierung und desto weniger pädagogische Möglichkeiten.

Es darf ergänzt oder nachgefragt werden.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Danke schön!

Dann haben wir noch - jetzt kommt Phase II - „Möglichkeiten im Umgang mit offenen Drogenszenen aus kommunaler und polizeilicher Sicht in Kooperation, nicht in Konfrontation“.

Herr ???:

Unsere Arbeitsgruppe war leider sehr groß, mit sehr vielen Erfahrungen, nationalen wie internationalen. Wir haben mit Belgien, Schweiz, Österreich die ausländische Beteiligung und hatten von Hamburg bis Frankfurt und München auch so ziemlich alles dabei mit Nord-Süd-Gefälle. Diskutiert wurde von Polizei und von Drogenhilfe Sozialarbeit, zum Teil sehr kontrovers, aber letztendlich kam man zu der einheitlichen Auffassung, Kooperationen bestehen in vielen Teilen schon, man muss zu gemeinsamen Zielvereinbarungen kommen, wobei gegenseitige Akzeptanz ein ganz, ganz wesentlicher Punkt ist, dass die gegenseitigen Aufgaben auch akzeptiert werden. Was wir schon mal hatten, Kooperation, aber auch mit gemeinsamen Zielvereinbarungen.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

„Welches Menschenbild und Wissen brauchen Politiker, Helfer, Verantwortliche für sachliches Arbeiten“.

Bitte schön, ebenso kurz!

Herr ???:

Ich bemühe mich. Danke schön!

Wir haben im Laufe der Sitzung festgestellt, dass wir das Thema dieser Arbeitsgruppe ändern mussten oder müssten, nämlich in: „Welches Menschenbild beeinflusst eigentlich Politiker, Helfer und Verantwortliche im Umgang mit dem Drogenthema?“ Wir haben festgestellt, dass das Thema Menschenbild sehr eng verknüpft ist mit dem Thema Menschenwürde. Wir hatten einige Beispiele für den Einfluss. Exemplarisch sei eines genannt, dass zugesagte 18.000 Euro für eine Beratungsstelle von einer Kreisverwaltung gekippt worden sind von der Verwaltungsspitze, mit dem Argument, es gibt selbst verschuldete Notlagen und unverschuldete Notlagen. Und wir hatten eine ganze Reihe von Beispielen, die in eine ähnliche Richtung gingen. Das heißt, Einflüsse sehen wir in der Finanzierung der Beratungsstellen. Suchtkrankenhilfe ist weitgehend verpflichtet Qualitätsmanagement zu betreiben, hat das am besten dokumentierte,

umfangreichste System an Leistungsnachweisen, was auch gut so ist, hat aber auch gleichzeitig den höchsten Rechtfertigungszwang, bezogen auf die Arbeit. Wir sahen Einflüsse in der Kooperation nicht nur mit anderen Diensten, sondern auch innerhalb der Suchtkrankenhilfe selbst und wir haben festgestellt, dass das Thema Menschenbild in der Grundausbildung in aller Regel nicht vorkommt, sodass wir dann letztendlich konstatiert haben - und das wäre dann auch das Fazit oder die These -, dass das Thema Menschenbild und sein Einfluss kein Thema ist.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Dann hatten wir das Thema „Drug-Checking“, da darf ich Sie bitten, uns zu berichten.

Herr ???:

Wir haben uns über Drug-Checking unterhalten und sind zu dem Kernsatz gekommen, Drug-Checking ist notwendig aus mehreren Gründen. Einmal, weil hier in Deutschland, wie in ganz Europa, Substanzen unterwegs sind, die verunreinigt sind, die gefährlich sein können. Aber Drug-Checking ist mehr als einfach nur Stiftungs-Warentest für Extasy-Pillen oder so, sondern Drug-Checking befähigt eben auch zum Risikomanagement, zum mündigen Umgang mit Drogen, zu Genussfähigkeit, zu Kritikfähigkeit.

Wir haben in Berlin Drug-Checking-Erfahrung gemacht, uns ist es dann auf politischem Weg sozusagen untersagt worden, es weiter zu machen. Wir haben in Berlin jetzt wieder die Initiative ergriffen, wir wollen das aufnehmen. Es gibt auch andere Initiativen in der Bundesrepublik oder in ganz Europa, Drug-Checking zu machen, einige Länder machen es ja auch schon. Zum Beispiel Österreich, Schweiz, die Niederlande oder Spanien, die haben da jetzt eine gemeinsame Drug-Checking-Database aufgebaut, wo Drug-Checking-Ergebnisse europaweit eingespeist werden und wir sind eben auch der Meinung, dass die deutschen Daten da in Zukunft auch einfließen sollten.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Sie haben dann gleich im informellen Rahmen die Gelegenheit, die jeweiligen Themen mit den Ansprechpartnern, die jetzt hier präsentiert haben, auch zu

vertiefen. Das ist die Gelegenheit, die Chance, die wir gleich haben, noch einmal beim Büfett. Wir haben noch folgendes Thema gehabt: „Prävention, Schule, Gesundheit, die Zusammenarbeit von Kommune, soziale Arbeit und Schule“.

Herr ??:

Ganz schnell, wir haben ganz viel diskutiert, waren von Krakau bis Frankfurt besetzt und hatten uns das Thema Prävention vornommen.

Suchtprävention taucht immer dann auf, , wenn man Ressourcen gewinnen will. Für die eigentliche Arbeit brauchen wir Gesundheitsförderung im ganz umfassenden Sinn und dann Gesundheitsförderung lebensbegleitend. Wir haben das an Lebenskompetenzprogrammen festgemacht von Adebar bis Mündigkeit. Es gibt da so ein Programm „Erwachsen werden“ und wenn man dann erwachsen geworden ist, bis dahin müsste es gehen, und das Ganze wie in Frankfurt, und das kann man immer noch ein bisschen besser machen, natürlich in einem kommunalen Gesamtkonzept, in dem alle Bereich vernetzt sind, sozusagen Hauptstrang von Lebenskompetenzförderung für alle Kinder und Jugendliche mit Ergänzungen für bestimmte Lebenswelten. Ich will jetzt nicht sagen Risikogruppen, sondern Lebenswelten, die besondere Stärkung brauchen.

Dann haben wir gesagt, es ist natürlich in Frankfurt vieles selbstverständlich, das muss man aber trotzdem noch einmal aufschreiben. Als wichtiger Punkt zu diesem Weg Drogenmündigkeit braucht man auch pädagogische Freiräume. Wir haben hier in Frankfurt eine hervorragende Absprache zwischen Schule und Polizei. Das heißt, jeder weiß genau, wo seine Stärken sind und wo die anderen arbeiten können. Das haben wir hier noch einmal aufgeschrieben, Absicherung pädagogischer Freiräume versus Legalitätsprinzip, weil das, denke ich, nicht selbstverständlich ist und man das in die Welt sagen muss.

Vielen Dank!

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Danke schön!

Jetzt noch das Thema „Legalisierung von Cannabis“.

Herr ???:

Als ich von Phase I zu II ging Cannabis, da bin ich erst einmal in ein tiefes Loch gefallen, als ich den überfüllten Saal gesehen habe, es war nämlich keiner außer meiner Kollegin da, deshalb wird der Kernsatz für uns als Eltern von heute: Heute in Frankfurt waren nur die Eltern für die Legalisierung von Cannabis.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Danke schön!

Dann die letzte Gruppe. „Wie finden neue Substanzen Einzug in das BTM-Gesetz“.

Herr ???:

Ich war um 17.50 Uhr da, es gab auch noch eine zweite Person, wir hätten auch etwas gemacht, aber da tagte noch die Phase I, auch noch bis zum Schluss, und wir wussten dann auch nicht, wohin wir sollten. Dann haben wir beschlossen, wir gehen zurück in unsere alte Gruppe und ich bin in die Europadrogenpolitikgruppe dazu gegangen und habe da bis zum Schluss noch gut diskutiert und wir hatten da ja auch ähnliche Fragestellungen, das war auch recht aufschlussreich.

Beifall

Frau Dr. Susanne Weber:

Danke schön! Auch das ist ein Ergebnis.

So jetzt haben wir ein Parforceritt durch die Fülle der Diskussion gemacht und ich glaube, Sie haben sich jetzt gleich auch ein Büfett und ein get-together und einen schönen entspannten Abend im Informellen ganz gut verdient, bei dem intensiven Tagesprogramm, was wir hatten.

Letzter Schritt für heute, nehmen Sie jetzt Ihre Klebepunktchen. Sie haben jetzt noch einmal alles Revue passieren lassen und schauen Sie, welche Anliegen vertreten Sie, was finden Sie ganz besonders wichtig, wo würden Sie priorisieren. Wir werden das dann auszählen und Ihnen morgen präsentieren. Es wird interessant sein, zu schauen, welches Bild ergibt sich hier aus dem Plenum und wie steht das in Relation zu den dann formulierenden Frankfurter Thesen.

Sie kleben die Punkte bitte an die Stellen, von denen Sie denken, das ist wirklich ganz wichtig, da müssen wir etwas tun, da soll es weiter gehen, das ist wichtig.

Moment, hier gibt es noch eine Ansage.

Frau Ernst:

Einfach noch einmal ein praktischer Hinweis, falls Sie nicht alle Unterlagen, die Sie bekommen haben, gelesen haben.

Herr Uchtenhagen wird morgen schon um 09.00 Uhr sprechen. Wer um 09.00 Uhr nicht da ist, wird ganz sicher etwas versäumen, es ist nämlich hervorragend, was Herr Uchtenhagen zu sagen hat. Im ursprünglichen Programm stand 09.15 Uhr, aber wir haben die Ergebnisse des Open Space zu den Frankfurter Thesen gestellt. Also Herr Uchtenhagen morgen schon um 9.00 Uhr. Seien Sie pünktlich.

Frau Dr. Susanne Weber:

Jetzt kleben Sie die Punkte, was priorisieren Sie, was sind wichtige Themen für eine integrierte Drogenpolitik, wo sollte es hingehen, was fordern Sie, wofür plädieren Sie.