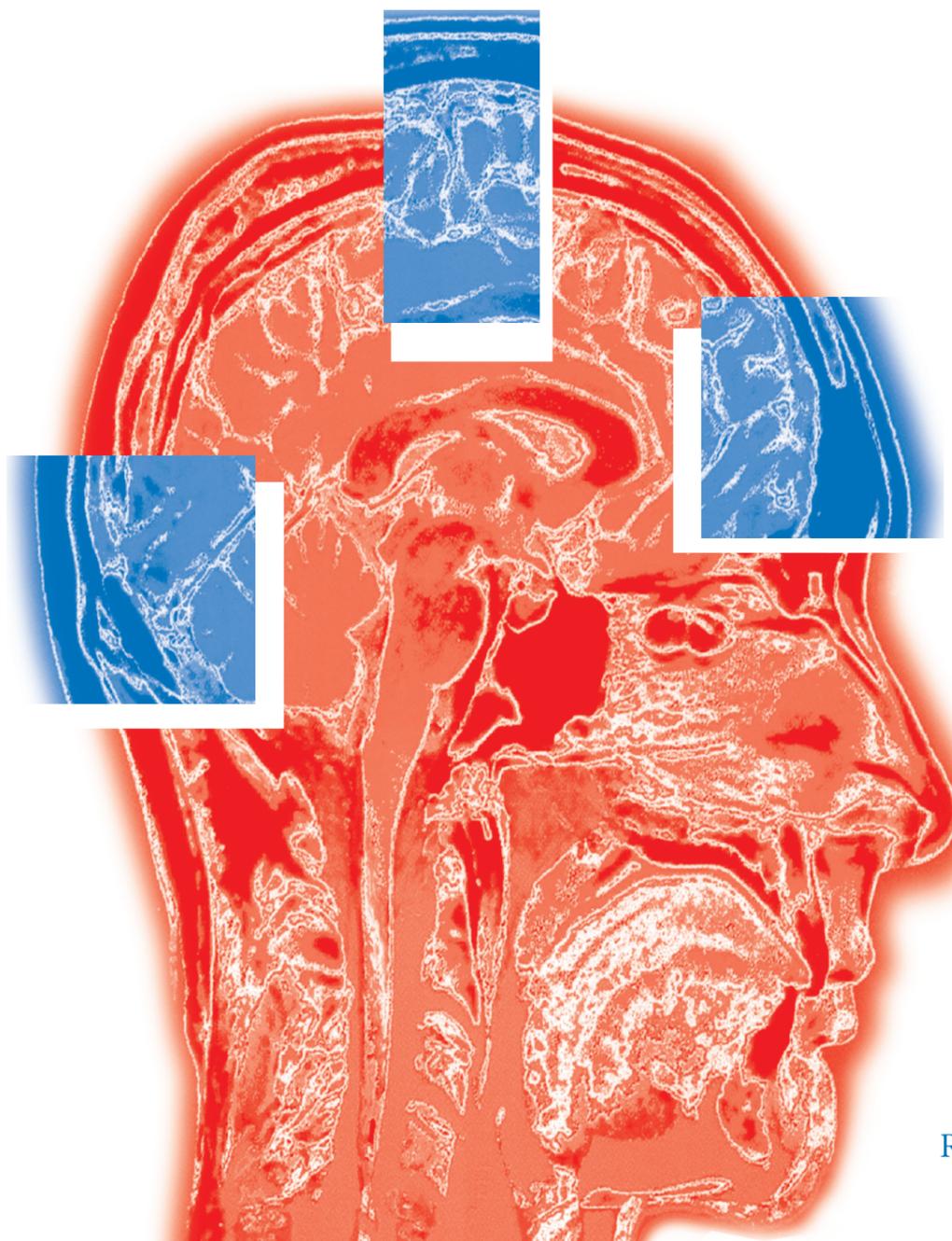




Remscheider Gesundheitsberichte

Psychiatrische Versorgungsstrukturen

Teil IV:
illegale Drogen




STADT
REMSCHIED

Psychiatrische Versorgungsstrukturen Teil IV:

Suchthilfe – illegale Drogen

Impressum

Herausgeberin: Stadt Remscheid
Die Oberbürgermeisterin
FB 53 - Gesundheitsamt
Hastener Str. 15
42855 Remscheid

Bericht: Frauke Türk

Gestaltung Titel: sgp Schröder, Gilberg und Partner
Gesellschaft für Kommunikation und Marketing mbH
Remscheid

Druck: Stadt Remscheid
Januar 2005

Vorwort

Mit dem Bericht über illegale Drogen legt das Gesundheitsamt den 4. Teilbericht der Remscheider Gesundheitsberichte zur psychiatrischen Versorgung in unserer Stadt vor.

Nach der Untersuchung der Versorgungsstrukturen im Bereich der legalen Droge Alkohol im Jahre 2000 beschäftigt sich diese Veröffentlichung mit der Lage der Konsumenten illegaler Substanzen und dem sie unterstützenden komplexen Hilfesystem.

In Remscheid sind etwa 650 Menschen abhängig von illegalen Drogen bzw. konsumieren sie missbräuchlich in stark gesundheitsgefährdender Weise. Weniger als ein Drittel von ihnen sind Frauen. Sie leiden nicht nur an den körperlichen und psychischen Auswirkungen der Sucht, sondern auch an erheblichen sozialen Folgen, von Arbeitslosigkeit bis hin zu Obdachlosigkeit und Verwahrlosung.

Die Hilfen für diese schwer abhängigkeitskranken Menschen unterscheiden sich naturgemäß von den Angeboten im Bereich der Prävention vor Beginn des Konsums bzw. der Beratung im Falle von Konsumenten, die noch nicht abhängig sind. Denn der Konsum von legalen und illegalen Drogen ist ein weit verbreitetes gesamtgesellschaftliches Phänomen, dessen Folgekosten beträchtlich sind. In Remscheid geht man von etwa 5000 Menschen aus, die im Verlauf des letzten Jahres mindestens einmal illegale Drogen konsumiert haben, mehr als 80% von ihnen Cannabis. Der vorliegende Bericht geht auf die unterschiedlich Betroffenen und die ihrer jeweiligen Situation angemessenen Unterstützungsangebote ein.

Im Auftrag der Gesundheitskonferenz für Remscheid beleuchtete eine Arbeitsgruppe von Experten aus dem gesamten Bereich der Versorgung etwa 18 Monate lang unterschiedliche Aspekte der Hilfen für Suchtgefährdete und Suchtkranke. Sie erarbeitete Vorschläge für Handlungsempfehlungen, die das Versorgungssystem auf kommunaler Ebene verbessern. In der Gesundheitskonferenz am 24. November 2004 wurden diese Handlungsempfehlungen und die Begleitung ihrer Umsetzung einstimmig beschlossen.

Für diese Arbeit möchte ich den Expertinnen und Experten der Arbeitsgruppe meinen herzlichen Dank aussprechen.

gez.
Burkhard Mast-Weisz
Beigeordneter für Jugend, Soziales und Gesundheit

An der Arbeitsgruppe Suchthilfe – illegale Drogen beteiligten sich folgende Institutionen:

Ärztammer Nordrhein – Kreisstelle Remscheid

Bewährungshilfe Remscheid

Caritasverband Remscheid

Evangelische Stiftung Tannenhof

Fachbereich Gesundheit der Stadt Remscheid

Fachbereich Jugend, Soziales und Wohnen der Stadt Remscheid

Fachbereich Suchthilfe des Diakonisches Werks des Kirchenkreises Lennep

Fachklinik Langenberg

Internationaler Bund für Sozialarbeit

Justizvollzugsanstalt Remscheid – Sozialdienst

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein – Kreisstelle Remscheid

Kinder- und Jugendpsychiatrie des Sana-Klinikums Remscheid

Polizeiinspektion Remscheid

Regionale Arbeitsstelle zur Förderung von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien (RAA)

Sozialpsychiatrisches Zentrum Remscheid

Vertreter aller Fraktionen im Rat der Stadt Remscheid

Eine grundsätzliche Verwendung von männlichen und weiblichen Formen hätte den folgenden Text schwer lesbar gemacht. Wenn aus stilistischen Gründen auf die Nennung beider Formen verzichtet werden musste, so wurden die männlichen Formen im Sinne geschlechtsneutraler Ausdrücke verwendet.

I Einleitung – Prinzipien gemeindenaher psychiatrischer Versorgung

1	Auftrag und Arbeitsweise	9
2	Prinzipien gemeindepsychiatrischer Versorgung	9
3	Begriffsbestimmung	9
3.1	Definition ‚illegale Drogen‘	10
3.2	Definition ‚Sucht‘	11
3.2.1	Schädlicher Gebrauch	12
3.2.2	Abhängigkeit	12
3.2.3	Folgeschäden	12

II Teilbericht Suchthilfe – illegale Drogen

1	Daten	14
2	Beratung	15
3	Stationäre Behandlung	21
3.1	Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger (QA) in der Fachklinik Langenberg	
3.1.1	Zugangswege zur Behandlung	21
3.1.2	Indikation und Krankheitsbild	22
3.1.3	Therapie und Therapieplan	22
3.2	Qualifizierte Entzugsbehandlung in der Evangelischen Stiftung Tannenhof	
3.2.1	Organisatorische und strukturelle Vorgaben	24
3.2.2	Behandlungsziele	25
3.2.3	Behandlungsgrundsätze	25
3.2.4	Behandlung	26
4	Substitution	28
4.1	Behandlung unter Einbeziehung einer Substitution	28
4.2	Betreuung Substituierter Handlungsempfehlungen	30 31
5	Aufsuchende Arbeit Handlungsempfehlung	32 32
6	Schadensminimierung	33
6.1	Krisenintervention	32
6.2	Gesundheitsvorsorge und medizinische Versorgung	32
6.3	Notübernachtung und Aufenthaltsangebote Handlungsempfehlung	34 34

7	Integrationshilfen	35
8	Besondere Zielgruppen	36
8.1	Jugendliche	36
	8.1.1 Situationsbeschreibung	36
	8.1.2 Intervention am Beispiel LINE	39
	8.1.3 Behandlung	39
	Handlungsempfehlungen	40
8.2	Migranten	41
	8.2.1 Definition Migration	41
	8.2.2 Situationsbeschreibung	41
	8.2.3 Behandlung	42
	Handlungsempfehlung	43
9	Prävention	44
9.1	Definition	44
9.2	Situation in Remscheid	45
9.3	Aufgabenschwerpunkte in der Suchtprävention	45
	9.3.1 Angebote für Multiplikatoren	45
	9.3.2 Angebote für Kinder und Jugendliche / junge Erwachsene	46
	9.3.3 Kooperation und Koordination in Remscheid	46
	Handlungsempfehlung	46
10	Selbsthilfe	47
	Literatur	48
	Anhang: Tabellen	50

I Einleitung – Prinzipien gemeindenaher psychiatrischer Versorgung

1 Auftrag und Arbeitsweise

Der vorliegende Bericht erfüllt einen Auftrag der Gesundheitskonferenz für Remscheid vom März 2003. Nach einer fast 3-jährigen Sitzungspause der kommunalen Gesundheitskonferenz war die noch anstehende Aufgabe aus dem Jahre 1997 angemaht worden, das angestrebte psychiatrische Versorgungskonzept für Remscheid im Bereich Suchthilfe – illegale Drogen weiter zu führen.

Die Gesundheitskonferenz berief eine Expertengruppe aus ca. 15 Vertreterinnen und Vertretern der in Remscheid tätigen Dienste und Einrichtungen, die mit der Klientel der Drogengefährdeten oder –abhängigen arbeiten. In 11 Sitzungen beschrieb die Arbeitsgruppe die Versorgungslage in Remscheid und leitete daraus Handlungsempfehlungen ab. Grundlage der Arbeit waren Vorträge von Experten über einzelne Versorgungssegmente, Einzelgespräche und Datenrecherchen.

Die Leitung der Arbeitsgruppe nahm die Suchtberatung des Diakonischen Werks wahr, die Geschäftsführung lag beim Gesundheitsamt. Außerdem war das Gesundheitsamt mit fachärztlicher Kompetenz vertreten. Damit kommt die untere Gesundheitsbehörde sowohl ihrer Aufgabe der Koordination der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung (§ 23 ÖGDG) als auch der der Gesundheitsberichterstattung für die kommunalen Entscheidungsträger (§21 ÖGDG) nach.

2 Prinzipien gemeindepsychiatrischer Versorgung

Das Versorgungskonzept der Stadt Remscheid für psychisch Kranke und Suchtkranke orientiert sich an folgenden Leitlinien, an denen sich zum einen die Qualität der Versorgung messen lässt und die zum anderen geeignet ist, eine Prioritätenbildung bei den Handlungsempfehlungen zu begründen.

Die Versorgung chronisch psychisch Kranker muss **gemeindenah** erfolgen:

Zunächst muss geprüft werden, ob ein Versorgungsangebot in der Kommune überhaupt vorhanden ist. Darüber hinaus ist wichtig, ob es für die Betroffenen auch erreichbar und damit nutzbar ist. Dabei kommt zum Tragen, ob Angebote bekannt sind, wann und zu welchen Bedingungen sie genutzt werden können, etc.

Ein weiterer Aspekt ist die Priorität der Behandlung von Schwerstgestörten, die in der Praxis gerade wegen der Schwere ihrer Erkrankung schlechter versorgt sind, denn Dienste und Einrichtungen tendieren dazu, sich eher der weniger Gestörten anzunehmen.

Ein dritter Gesichtspunkt ist die Einbeziehung der Kranken in die Behandlung im Sinne einer Förderung ihrer Fähigkeiten. So betrachtet ist der Vorrang ambulanter Hilfen vor stationären Behandlungen vor allem eine Stärkung der Betroffenen und nicht so sehr eine kostensparende Hilfeform, wenngleich der effiziente Mitteleinsatz ein Gebot nicht nur in krisengeschüttelten Zeiten ist.

Die Versorgung muss sich an **gemeinsamen Qualitätsstandards** orientieren. Gerade in einer Kommune mit verschiedenen Anbietern für die unterschiedlichen Hilfebereiche kommt diesem Gesichtspunkt eine große Bedeutung zu .

Ein differenziertes Angebot bietet zwar viele Chancen für die Betroffenen, birgt aber auch die Gefahren der Unübersichtlichkeit und der fehlenden Abstimmung. Im Sinne

eines effizienten Arbeiten ist eine **Koordination** der Angebote nötig. Für die Klientinnen und Klienten ist es wichtig, dass die Behandlung/Betreuung möglichst **kontinuierlich** durch dieselbe Person erfolgt.

Als **Trialog** wird die (selbstverständliche) Einbeziehung von Nutzern und Angehörigen in den Hilfeprozess bezeichnet. Das beginnt bei Aufklärung und Prävention und bezieht sich ebenso auf Information, Mitspracherecht und Entscheidungsmöglichkeiten im konkreten Fall.

3 Begriffsbestimmung

3.1 Definition ‚Illegale Drogen‘

Der vorliegende Bericht beschäftigt sich mit den illegalen Drogen im Unterschied zu legal erhältlichen Substanzen wie Nikotin, Alkohol und Medikamenten. Von Beginn an wurde von den Fachleuten problematisiert, dass eine fachlich nicht zu rechtfertigende Trennung zwischen legalen und illegalen Substanzen vorgenommen wurde. Diese Entscheidung wurde aber zum einen schon in der Vergangenheit getroffen, als die erste Expertenrunde im Jahre 1998 beschloss, sich zunächst mit dem in Deutschland nach Tabak am weitesten verbreiteten und gesundheitspolitisch relevantesten Suchtmittel, der legalen Droge Alkohol, zu beschäftigen. Zum anderen grenzen sich die Konsumenten legaler und illegaler Drogen oft selbst voneinander ab und suchen andere Akteure des Hilfesystems auf, so dass die getrennte Behandlung hier nicht als systematische Entscheidung, sondern als praktische Unterscheidung gesehen werden sollte.

Unter illegalen Drogen sind alle die Stoffe zu verstehen, deren Herstellung, Besitz, Vertrieb und Handel nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtmG) untersagt und mit empfindlichen Strafen bedroht sind. Zu ihnen gehören die Cannabisprodukte Marihuana und Haschisch, das Opiat Heroin, Kokain sowie die synthetisch hergestellten Substanzen LSD, Ecstasy und Amphetamin. Cannabis ist mit Abstand das am weitesten verbreitete unter ihnen. Der Besitz kleiner Mengen zum Eigenbedarf ist zwar strafbar, wird aber gemeinhin nicht verfolgt.

Auf eine genauere Beschreibung der Wirkungsweise der einzelnen Substanzen wird im Rahmen dieses Berichts verzichtet. Trotzdem werden die Hauptdrogen kurz aufgeführt und erläutert, um eine Einordnung des Gefährdungspotentials zu ermöglichen, das ja letztlich Grundlage der Hilfsangebote sein muss.

Der Hauptwirkstoff der „weichen“ Droge Cannabis ist das Tetrahydrocannabinol (THC), das aus der Hanfpflanze gewonnen und mit Tabak zusammen geraucht wird. Es verursacht keine körperliche Abhängigkeit, kann aber zu einer psychischen führen. Allerdings tritt diese ähnlich wie bei Alkohol häufig erst nach langjährigem Missbrauch ein und ist abhängig vom individuellen Konsummuster und den persönlichen und sozialen Risikofaktoren eines Cannabiskonsumanten und -missbrauchers.

Dem gegenüber sind die übrigen illegalen Drogen insofern weit gefährlicher, als die Stufen vom Konsum über den Missbrauch zur Abhängigkeit risikoreicher verlaufen.

Heroin gilt als das wirksamste, sowohl körperliche wie auch psychische Abhängigkeit erzeugende Suchtmittel, das derzeit bekannt ist. Je nach individuellen Einflussfaktoren kann sich bereits nach kurzzeitigem regelmäßigem Heroinkonsum eine Abhängigkeit mit allen Folgeerscheinungen herausbilden. Heroin wirkt weitaus stärker und

mit wesentlich kürzerer Wirkdauer als Morphin. Hinzu kommt eine für Heroin typische, sehr rasche Gewöhnung und Toleranzbildung.¹

Sowohl ein episodischer wie auch ein kontinuierlicher Konsum von Kokain führen zur Abhängigkeit, wobei die psychischen Aspekte deutlich im Vordergrund stehen. Bei der Einnahme von hohen Dosen Kokain und insbesondere beim Crackrauchen kann sich bereits innerhalb weniger Wochen eine starke psychische Abhängigkeit entwickeln, die sich vor allem in der ausgeprägten Tendenz zur Dosissteigerung zeigt. Allerdings wird die Substanz oft sozial angepasst konsumiert (etwa in bestimmten gesellschaftlich durchaus im oberen Bereich angesiedelten Gruppen), d.h. die körperlichen und die sozialen Folgeschäden sind sehr viel geringer als etwa bei Heroin.

Amphetamine und auch Ecstasy können sehr schnell zu einer starken psychischen Abhängigkeit führen. In den ersten Monaten des Konsums erfährt der Konsument aufgrund seiner positiv wirkenden Ausstrahlung meist Bestätigung und Bewunderung, doch in der Folge schränkt er zunehmend seine sozialen Aktivitäten ein. Um die gewünschten Wirkungen schneller und intensiver zu erleben, wird häufig zu einer schneller wirksamen Verabreichungsform übergegangen, beispielsweise zum Rauchen oder Injizieren.

Suchtmittelkonsum in Reinform ist eher die Ausnahme. Oft werden verschiedene Substanzen parallel konsumiert. Alkohol ist die wohl auch wegen ihrer Verfügbarkeit dabei am häufigsten gebrauchte Droge. Wenn bei der Diagnostik keine eindeutige Hauptdroge festgestellt werden kann, spricht man von Politoxikomanie

3.2 Definition ‚Sucht‘

Ziel des nordrhein-westfälischen ‚Landesprogramm gegen Sucht‘ aus dem Jahre 1999 ist die „Förderung eines gemeinsamen Suchtverständnisses bei den unterschiedlichen Beteiligten in Politik, Verwaltung, Praxis und in der Bevölkerung“.²

Wurde noch in den sechziger Jahren laut WHO der Begriff ‚Sucht‘ stark von der süchtig machenden Substanz bestimmt, besteht heute in Fachkreisen Konsens über eine sehr viel weiter gefasste Vorstellung von ‚Sucht‘ als Bündel von personalen und sozialen Faktoren, die zu dem Suchtmittel hinzukommen müssen, bevor eine Abhängigkeit entsteht. Neben substanzgebundenen Abhängigkeiten gibt es Abhängigkeitsstörungen wie z.B. Spiel- oder Esssucht, die nicht an eine Substanz gebunden sind. Zusammengefasst kann man die Ursachen für die Entstehung einer Sucht als multidimensionales Geflecht aus personalen und im Umfeld liegenden Einflüssen sowie den zur Verfügung stehenden Substanzen beschreiben. Dabei beeinflussen die einzelnen Faktoren sich gegenseitig und sind Veränderungen durch die je unterschiedlichen Lebensumstände unterworfen.

1992 definierte die WHO:

„Drogenabhängigkeit ist ein Bündel von Phänomenen mit unterschiedlicher Intensität auf körperlicher, kognitiver und der Verhaltensebene, in welchem der Konsum einer psychoaktiven Droge eine hohe Priorität einnimmt... Bestimmte Faktoren und problematische Folgen können biologischer, psychologischer und sozialer Art sein und stehen gewöhnlich in einer Wechselbeziehung zueinander.“³

¹ zu den Folgeschäden vgl. 3.2.3

² Landesprogramm gegen Sucht, S. 9

³ zit. nach Landesprogramm gegen Sucht, Teil 1, S. 13

Die Landesgesundheitskonferenz NRW hat als Gesundheitsziel Nr. 4 1995 festgelegt: „Bis zum Jahr 2005 sollen die Chancen in NRW ein suchtfreies Leben zu führen, deutlich erhöht werden“⁴. Dies nahmen alle Institutionen und Verbände, die in NRW im Suchtbereich tätig sind, zum Anlass, ein Grundsatzprogramm zu erstellen. Das hier formulierte Suchtverständnis betont das multifaktorielle Bedingungsgefüge für die Krankheit Sucht von Individuum, Lebensumständen und Selbstverantwortlichkeit.

Die „Arbeitsgruppe Suchthilfe – illegale Drogen“ der Gesundheitskonferenz für Remscheid schließt sich dieser komplexen Suchtdefinition an. In dem vorliegenden Bericht wird das multiprofessionelle Hilfesystem differenziert betrachtet und dargestellt. Während in der Suchtpolitik neben der Prävention und den Hilfen für Suchtkranke auch die dritte Säule der Repression eine Rolle spielt, beschränkt sich der kommunale Bericht auf die beiden ersten Bereiche.

Aus medizinischer Sicht wird in der „International Classification of Diseases“ (ICD), der internationalen Klassifikation von Krankheiten, die die WHO vornimmt, unterschieden zwischen den Kategorien ‚Abhängigkeit‘ und ‚Schädlicher Gebrauch‘.

3.2.1 Schädlicher Gebrauch

In der seit dem Jahr 1992 gültigen Fassung ICD-10 finden sich verschiedene Abhängigkeitserkrankungen unter der Kodierung F10 – F19, jeweils unterteilt nach verschiedenen – legalen und illegalen – psychotropen Substanzen und nach den verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern.

Schädlicher Gebrauch bezeichnet den „Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz oder als psychische Störung, z.B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.“⁵

3.2.2 Abhängigkeit

Vom Abhängigkeitssyndrom spricht man bei einer „Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln.“⁶ Mindestens 3 der folgenden Kriterien müssen bei der Diagnose einer Abhängigkeit vorliegen: 1. Starker Wunsch, die Substanz zu konsumieren, 2. Verminderte Kontrollfähigkeit hinsichtlich des Konsums, 3. Körperliches Entzugssyndrom, 4. Toleranzentwicklung, 5. Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen, 6. Anhaltender Konsum trotz negativer Folgen.

3.2.3 Folgeschäden

Die Folgeschäden einer Abhängigkeitserkrankung sind nicht für alle Substanzen gleich, sondern hängen ab vom Suchtmittel und der Konsumfrequenz.

Zu den körperlichen Langzeitfolgen des Cannabiskonsums⁷ gehören etwas schlechtere Lern- und Gedächtnisleistungen und eine hohe Belastung der Atemwege durch

⁴ 10 vorrangige Gesundheitsziele für NRW , S. 12

⁵ ICD-10-GM, S. 195

⁶ ICD-10-GM, S. 196

⁷ vgl. Kleiber, D, K.,A. Kovar: Auswirkungen des Cannabiskonsums

inhalierte Fremdstoffe mit gehäuftem Auftreten von Bronchitis sowie Entzündungen der Nasen- und Rachenschleimhaut. Der gleichzeitige Konsum von Speed/Ecstasy und THC kann zu extremen Kreislaufbeschwerden führen. Über soziale Folgeschäden liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor.

Für Heroinkonsumenten als die am stärksten das Bild prägenden Substanzabhängigen entstehen durch längerfristigen Gebrauch zahlreiche schwere Folgestörungen vor allem körperlicher und sozialer Art.

Ein großer Teil der körperlichen Folgeschäden steht dabei in engem Zusammenhang mit der speziellen Verabreichungsform des Spritzens und der allgemein gesundheitsbelastenden Lebensweise Heroinabhängiger. Zu den häufigsten gesundheitlichen Folgeschäden gehören Leberschäden sowie Magen-Darmstörungen bis hin zum Darmverschluss, starke Gebissveränderungen durch Karies und Zahnausfall sowie Erkrankungen der Atemorgane, insbesondere der Lunge. Infolge der intravenösen Verabreichung kommt es häufig zu lokalen Infektionen, beispielsweise in Form von Abszessen oder Entzündungen von Lymphgefäßen oder Zellgewebe bis hin zu schweren Schädigungen der Venen und zu Herzentzündungen.

Neben diesen schwerwiegenden körperlichen Folgen sind mit dem Heroinkonsum vor allem Veränderungen in der sozialen Situation verbunden. Die Negativspirale beginnt mit der Verschuldung um die hohen Kosten der Sucht aufzubringen, setzt sich im Arbeitsplatzverlust durch suchtbedingtes Verhalten und in der Folge auch in der Wohnungslosigkeit fort und führt schließlich zur Beschaffungskriminalität und Prostitution. Meist ist eine starke soziale Verelendung zu beobachten, verbunden mit einem ausgeprägten körperlichen Verfall.

Kokain schädigt die allgemeine körperliche Widerstandskraft und kann zu Schädigungen an zahlreichen Organen führen. Gravierend sind auch die psychischen Folgen, die von ausgeprägten Verstimmungen über Depressionen und Angstzustände bis hin zu schweren Psychosen reichen können. Bei lang andauerndem Konsum kommt es zu so starken Persönlichkeitsveränderungen, dass auch die soziale Einbindung der Konsumenten gefährdet ist.

Bleibende Schädigungen nach dem Konsum von Amphetaminen und Ecstasy waren lange Zeit umstritten. Aufgrund neuerer Studienergebnisse geht man aber inzwischen vielfach davon aus, dass chronischer Ecstasykonsum zu dauerhaften Veränderungen im Gehirn, insbesondere zu einer Abnahme jener Nervenzellen führen kann, die für den Serotonin-Stoffwechsel verantwortlich sind. Amphetamine können Psychosen auslösen, bestehende organische Erkrankungen werden nachteilig beeinflusst.

II Teilbericht Suchthilfe – Illegale Drogen

1 Daten

Die Epidemiologie ist die gesundheitswissenschaftliche Disziplin, die Aussagen über das Vorkommen einer Krankheit in der Bevölkerung (Prävalenz), über Neuerkrankungen (Inzidenz) und über die Wirksamkeit von Therapien und Prävention macht.⁸ Sie stützt sich dabei gemeinhin auf das Auftreten bestimmter Diagnosen. Will man aber Aussagen über Drogenkonsum machen, greift eine Beschränkung auf die ICD zu kurz. Denn es gehört zum Charakter einer Suchterkrankung, dass sie oft sehr spät diagnostiziert wird, weil der Patient sein Verhalten nicht als pathologisch empfindet und das Hilfesystem gar nicht oder erst sehr spät aufsucht. Gerade Konsumenten von illegalen Drogen leugnen der Außenwelt gegenüber wegen der Strafbarkeit ihres Handelns oft den Gebrauch von Rauschmitteln. Darum sind neben den Behandlungs- und Beratungszahlen des Suchthilfesystems auch zusätzliche Erhebungen in Form repräsentativer Bevölkerungsbefragungen notwendig.

Schon die in der Definition vorgenommene Differenzierung von ‚Schädlichem Gebrauch‘ und ‚Abhängigkeit‘ deutet darauf hin, dass eine genaue Eingrenzung der Gruppe der Suchtkranken schwierig ist. Im vorliegenden Bericht haben wir uns auf den übergeordneten Begriff ‚Konsumenten‘ geeinigt. Gemeint sind damit Menschen, die illegale Drogen zu sich nehmen, unabhängig vom Grad ihrer Abhängigkeit .

Die Prävalenz von Drogenkonsum fußt auf den Erhebungen der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. und der Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie.⁹ Die entsprechenden Fachverbände der ambulanten bzw. stationären Suchthilfe haben die jeweiligen Dokumentationssysteme gemeinsam entwickelt. Sie werden vom Institut für Therapieforschung betreut, weiterentwickelt und ausgewertet. Die jährlich veröffentlichten Auswertungen machen sowohl Aussagen über die Konsumenten, die das Suchthilfesystem in Anspruch genommen haben, sei es durch den Besuch einer Beratungsstelle oder einen stationären Aufenthalt, als auch über Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz sowie über das mittels repräsentativer Umfragen erhobene Risikoverhalten. Befragt wurde zuletzt im Jahre 2000 die Bevölkerungsgruppe zwischen 18 und 59 Jahren, getrennt nach ost- und westdeutscher Bevölkerung.

Für die Bundesrepublik Deutschland insgesamt kann man von einer durchaus validen Datenlage sprechen. Man muss sich aber darüber klar sein, dass es, was das Konsumverhalten angeht, keine eigens für Remscheid erhobenen Daten gibt, sondern die Bundeszahlen auf die Einwohnerzahl heruntergerechnet wurden. Dabei kommt es zu Verzerrungen, denn die Sozial- und Bevölkerungsstruktur Remscheids kann nicht ohne Weiteres mit der Westdeutschlands deckungsgleich gemacht werden. Bei der Übertragung von Ergebnissen der Repräsentativumfrage ist in dieser Hinsicht kritische Distanz angeraten.

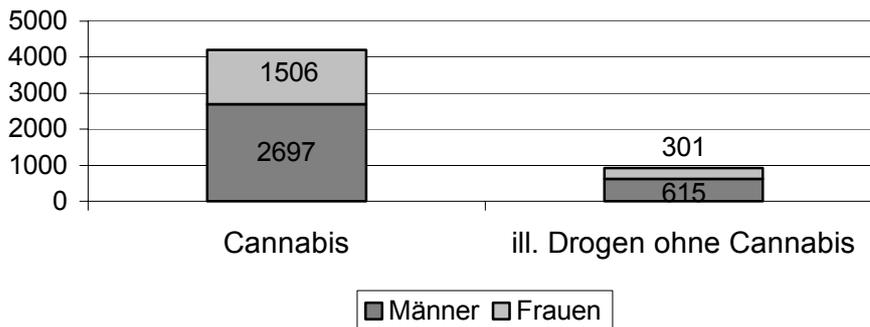
Die Umfrageergebnisse unterscheiden zwischen der Lebenszeitprävalenz (= Erfahrung mit illegalen Drogen überhaupt), der Jahresprävalenz (= Erfahrungen mit illegalen Drogen in den letzten 12 Monaten) und der Monatsprävalenz (= Erfahrungen mit illegalen Drogen in den letzten 4 Wochen). Danach haben mehr als ein Fünftel

⁸ vgl. Stark, K, I. Guggenmoos-Holzmann: Wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen

⁹ vgl. Kraus, L., R. Augustin, Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen, in: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 47. Jahrgang

(21,8%) aller Westdeutschen in ihrem Leben mindestens einmal Drogen probiert, was hochgerechnet auf Remscheid eine Zahl von fast 15.000 Menschen ergibt. Aussagekräftiger sind jedoch die Antworten auf die Frage nach dem Konsum im letzten Jahr. Hier ergeben sich für Remscheid bei einem Anteil von 6,5% der entsprechenden Altersgruppen ca. 4.400 Konsumenten illegaler Drogen insgesamt, wovon etwa 900 auch sog. „harte“ Drogen zu sich nahmen.

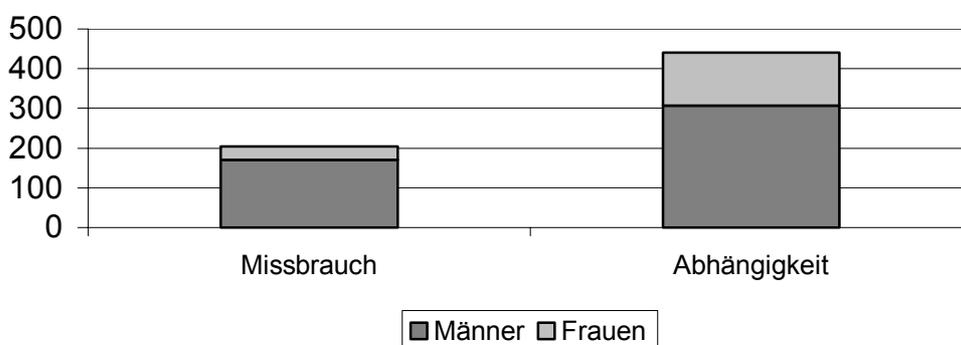
**Abb. 1: Drogenkonsum, berechnet für Remscheid, 2000
(Jahresprävalenz)**



Die für die Beurteilung des Suchtfaktors sicher wichtigste Angabe, nämlich die nach dem Konsum in den letzten 4 Wochen, fußt auf einer so geringen Anzahl an Befragten, dass bei einer Umrechnung auf Remscheider Verhältnisse keine zulässigen Aussagen getroffen werden können.

Die Qualifizierung des Konsums nach DSM-IV-Kriterien¹⁰ ermöglicht eine Einschätzung als missbräuchlich bzw. als abhängig. Auszugehen sind von Prozentanteilen von 0,3% (Missbrauch) und 0,6% (Abhängigkeit). Die für Remscheid zu errechnenden Zahlen von ca. 200 Menschen mit riskantem Gebrauch bzw. gut 400 Abhängigen werden von den Fachleuten des Suchthilfesystems vor Ort bestätigt.

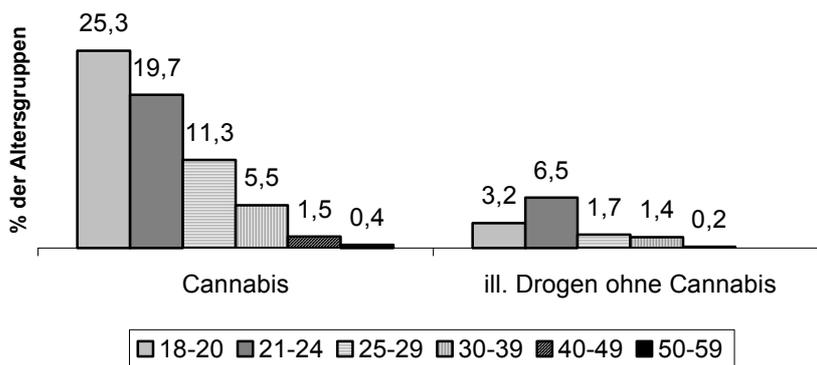
**Abb. 2: DSM-IV-Diagnosen Missbrauch und Abhängigkeit,
berechnet für Remscheid, 2000**



¹⁰ Saß, H., H.U. Wittchen, M. Zaudig: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen

Die wichtigste Substanz ist bei allen Konsumfrequenzen Cannabis. Interessant ist die Verteilung auf die verschiedenen Altersgruppen, die deutlich zeigt, dass der Konsum mit dem Lebensalter abnimmt. Eine Auswertung der absoluten Fallzahlen macht in diesem Bereich keinen Sinn, da die Anteile der Altersgruppen an der Bevölkerung so unterschiedlich groß sind, dass die Zahlen ein verzerrtes Bild ergeben. Aus diesem Grunde sind Prozentzahlen angegeben.

Abb. 3: Jahresprävalenz Drogenkonsum nach Altersgruppen, berechnet für Remscheid, 2000



Konkrete Zahlen für Remscheid sind vorhanden für diejenigen, die das hiesige Suchthilfesystem aufgesucht haben. Die Jahresberichte der Suchtberatungsstelle des Diakonischen Werks des Kirchenkreises Lennep bestätigen die o.g. Tendenzen.¹¹

Die Zahl der Menschen, die die Suchtberatung zwei- und mehrmals aufsuchen, wächst kontinuierlich. In den letzten 3 Jahren ist ein Anstieg in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen und der 15- bis 17-jährigen Jugendlichen zu verzeichnen. Der Frauenanteil beträgt 28%. Hauptdiagnose ist und bleibt, wenn auch mit geringem Rückgang, die Heroinabhängigkeit bei ca. 50% der Klienten; die Gruppe der Cannabis-Konsumenten wuchs von 6% im Jahr 2000 auf 19% im Jahr 2003.

Bei der Altersstruktur fällt auf, dass vor allem Jugendliche und junge Erwachsene bis 24 Jahren die Suchtberatung wegen Cannabis aufsuchen, während das Hauptproblem der 20- bis 39-Jährigen Heroin ist. 148 Heroinabhängige sind in Remscheid Klienten der Suchtberatung, davon 90 Methadon-Substituierte im Verlauf des Jahres 2003.

Die stationäre Versorgung in Remscheid bzw. von Remscheider Patienten erfolgt auf der Suchtfachstation der Evangelischen Stiftung Tannenhof bzw. der Fachklinik Langenberg¹².

¹¹ vgl. Kapitel 2 Beratung

¹² vgl. Kapitel 3 Stationäre Behandlung

2 Beratung

Der Beratung kommt in der Arbeit mit Drogenkonsumenten eine Schlüsselstellung zu, denn sie ist oftmals die erste Anlaufstelle für die Hilfesuchenden. Die DHS definiert die Arbeit einer Beratungsstelle folgendermaßen: „Professionelle Beratung in Abgrenzung zur alltäglichen Beratung ist eine wissenschaftlich fundierte konkrete Entwicklungs- und Lebenshilfe. Beratung wird in der Fachliteratur als eine soziale Interaktion definiert, in der eine kompetente Beraterin die Klientinnen dabei unterstützt, ein aktuelles oder zukünftiges Problem zu lösen. Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit der Klientinnen und Klienten sowie die Formulierung von Beratungszielen werden als charakteristische Merkmale der Beratung herausgestellt. Beratung in dieser Definition bezieht sowohl die kurzfristige informationsorientierte Beratung als auch die mittel- bis längerfristig angelegte problemorientierte Beratung mit ein. Die Aufgabe der Beraterin beschränkt sich dabei nicht nur auf die Vermittlung von Sachinformationen, sondern sie versucht auch, den Problemlöseprozess durch Reflexion der Lösungsalternativen zu strukturieren und zu steuern.“¹³

Ziel einer Beratungsstelle ist es, möglichst viele Betroffene möglichst früh zu erreichen. Sie ist aber gleichwohl ein Angebot, das auf die Freiwilligkeit ihrer Klienten setzt und eine Komm-Struktur aufweist, d.h. die Betroffenen müssen zur Beratungsstelle kommen, was sie von den aufsuchenden Angeboten, die in Kapitel 5 behandelt werden, unterscheidet.

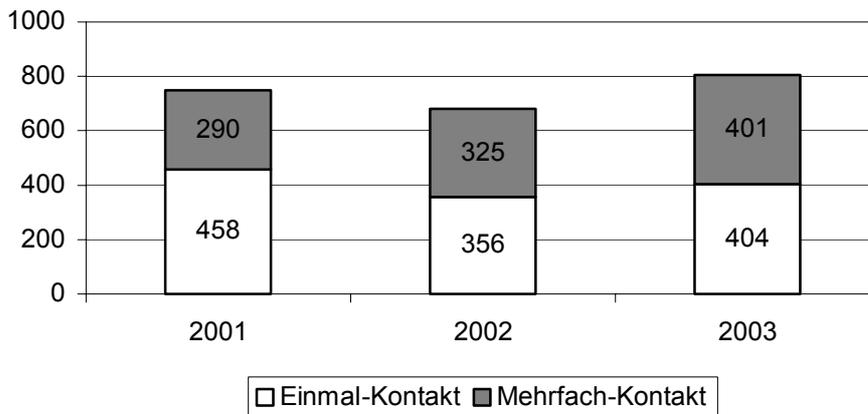
In Remscheid erfolgt die Beratung bei der Suchtberatungsstelle des Diakonischen Werkes des Kirchenkreises Lennep. Daneben leisten auch Ärzte und der sozialpsychiatrische Dienst Beratungsarbeit.

Im Jahr 2003 hat die Zahl Hilfesuchender in der Suchtberatung Remscheid zugenommen. Bei der Gesamtzahl der 800 Kontakte im Jahr 2003 ist zu berücksichtigen, dass die Suchtberatung nicht nur bei substanzbezogenen Störungen Anlaufstelle ist, sondern z.B. auch bei Spielsucht. Die Hauptdrogen sind der (legale) Alkohol und Heroin.

Die Beratungsstelle unterscheidet eher kurzfristig angelegte Beratung mit dem Schwerpunkt Information von der längerfristigen Beratung mit komplexeren Problemstellungen. Die Einmal-Kontakte sind im Jahr 2003 um 13,5% von 356 auf 404 gestiegen, die mehrmaligen Kontakte sind sogar um 23% von 325 auf 401 Hilfesuchende angewachsen. Dabei fällt auf, dass die Zahl der Mehrfach-Kontakte kontinuierlich gestiegen ist.

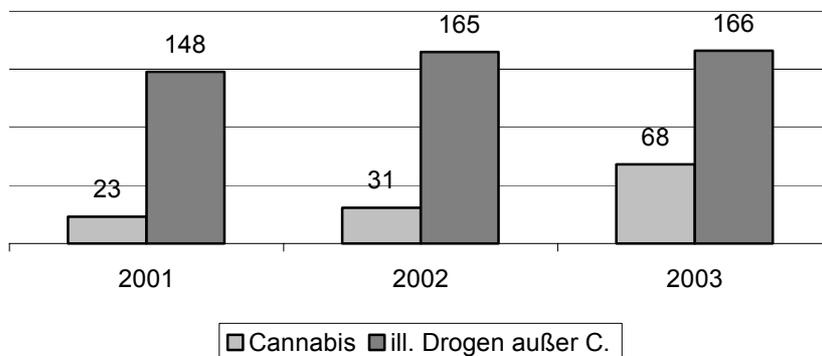
¹³ Türk, D., C. Kröger: Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe, S. 13

Abb. 4: Kontakte zur Suchtberatung Remscheid (inkl. legale Drogen), 2001-2003



Auch der Anteil der Hauptdiagnosen hat sich besonders im Cannabis-Bereich verändert. Während 2001 nur 8% der Klientinnen und Klienten, die die Suchtberatung mehrfach aufgesucht haben, Cannabis konsumierten, lag der Anteil 2003 bei 19%.

Abb. 5: Suchtberatung Remscheid - Hauptdiagnosen (Fallzahlen), 2001 - 2003



Hier lohnt auch ein Blick auf die Altersverteilung der verschiedenen Diagnosen: der Anteil der Jugendlichen hat im letzten Jahr zugenommen.¹⁴

Das Erstgespräch in der Suchtberatung erfolgt nach telefonischer Terminvergabe oder über die offene Sprechstunde jeden Montag von 15 – 18 Uhr. Es findet in der Regel innerhalb einer Woche statt. Das Angebot richtet sich sowohl an Betroffene als auch an Angehörige. Die Kontaktaufnahme erfolgt teils aus eigener Initiative, teils auf u.a. juristischen Druck hin, wobei es keinen Unterschied im Behandlungserfolg macht, ob jemand aus Eigenmotivation oder Fremdmotivation die Behandlung aufnimmt.

¹⁴ (vgl. Kapitel 8.1. Jugendliche)

Zu Beginn ist der überwiegende Teil der Klientel fremdmotiviert und es ist ein Ziel der Beratung, mit dem Klienten eine Eigenmotivation zu erarbeiten.

Im Erst- oder auch Clearinggespräch wird abgeklärt, welcher Bedarf besteht (Information, Beratung, Vermittlung in Therapie, etc.). Die Klientinnen und Klienten werden auf eine Warteliste aufgenommen, bis die eigentliche Beratung beginnen kann. Hier beträgt die Wartezeit bis zu 4 Wochen. Davon ausgenommen sind Notfälle und Krisen, die keinen Aufschub dulden. Für die Wartezeit wird mit den Hilfesuchenden eine wöchentliche Rückmeldung vereinbart.

Mit der Justiz wurde im Arbeitskreis Justiz ein Vorgehen vereinbart, das eine Anmeldung jugendlicher Klienten, die wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz auffällig geworden sind, vorsieht. Die Justiz erhält per Fax eine Rückmeldung über den konkreten Hilfeplan mit Terminen.

Eine Beratungsphase umfasst maximal 8 Gespräche, die orientierende Fragen zum Inhalt haben. Für einige Klienten ist das ausreichend, für die meisten ist es eher eine Vorschaltphase, die der Motivierung, Vermittlung und Vorbereitung einer weiterführenden Behandlung dient. Über den Beginn der Beratung wird auf Wunsch eine Bescheinigung ausgestellt, die auch die Information enthält, ob Folgetermine vereinbart wurden. Diese Möglichkeit ist insbesondere für Klientinnen und Klienten, die von Polizei oder Justiz vermittelt wurden sowie für methadonsubstituierte Klienten wichtig.

Die Ratsuchenden haben in dieser Zeit die Möglichkeit die sog. Orientierungsgruppe zu besuchen. Sie steht Betroffenen und Angehörigen offen. Teilnehmen können auch Drogenabhängige, die in der Lage sind, clean zu den Sitzungen zu erscheinen. Ziel dieser Gruppe ist es u.a., mit den Klienten eine Perspektive zu entwickeln. Gelingt dies nicht, wird die Betreuung beendet. Die psychosoziale Begleitung ist der Bereich der längerfristigen Hilfeprozesse innerhalb der Suchtberatung. Hier werden Klienten versorgt, für die die vorhandenen weiterführenden Maßnahmen nicht oder noch nicht angezeigt sind. Begleitung deshalb, weil es sich um komplexere Problemstellungen handelt, die über die eigentliche Beratung hinaus häufig eine intensive Kooperation mit anderen Einrichtungen erforderlich machen.

Ein weiteres Angebot ist die Vermittlung der Klientinnen und Klienten in andere Maßnahmen der Suchtkrankenhilfe, z.B.

- in Entzugsbehandlungen
- in stationäre Entwöhnungsbehandlungen
- zu ambulant arbeitenden Stellen (niedergelassenen Ärzten), sei es wegen der medizinischen Grundversorgung, der Substitution oder des Verdachts auf Doppeldiagnose, d.h. gleichzeitiges Vorliegen einer psychischen Erkrankung und einer Suchtproblematik,
- in die Ambulante Rehabilitation Sucht, ein längerfristiges therapeutisches Programm, das die Suchtberatung des Diakonischen Werkes inzwischen vorhält.

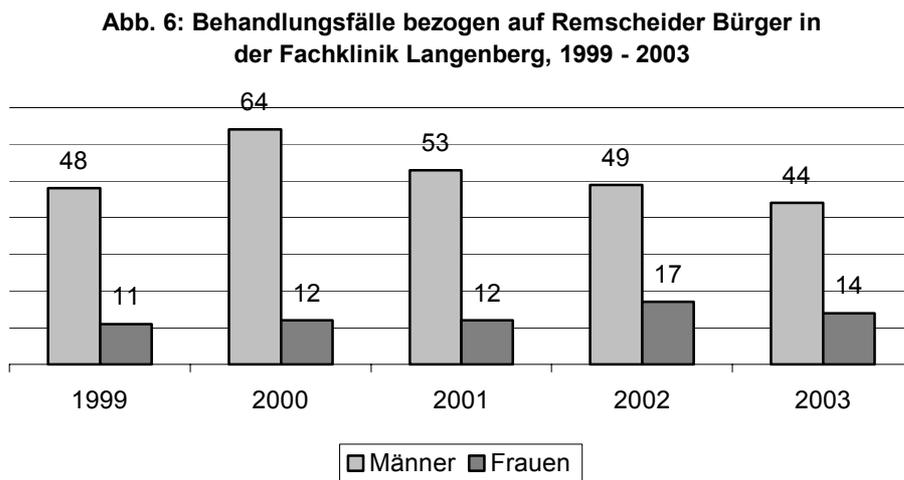
Nach einer stationären Behandlung erfolgt auch die Nachsorge durch die Suchtberatung. Sie dient der Festigung des Therapieerfolgs und der Umsetzung des Gelernten in den Lebensalltag und ist auf 6 Monate befristet.

Durch die oben geschilderten Veränderungen in der Klientel und bei den Hauptdiagnosen werden Umstrukturierungen der Beratungsarbeit notwendig. Sie betreffen in erster Linie Jugendliche und sind darum nach dem Kapitel 8.1. aufgeführt.

3 Stationäre Behandlung

3.1 Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger (QA) in der Fachklinik Langenberg

Von 1999 - 2003 kamen 324 Patienten (80% Männer und 20% Frauen) aus Remscheid zur QA nach Langenberg. Die Patientenverteilung über die Jahre lässt sich aus der folgenden Abbildung ersehen.



Obwohl sich in den letzten drei Jahren eine Abnahme der Patientenaufnahmen aus Remscheid abzuzeichnen scheint, beobachten wir gleichzeitig eine größere Bereitschaft der Remscheider Patienten, sich auf eine längere Behandlungszeit einzulassen und sich ggf. in eine Entwöhnungsbehandlung vermitteln zu lassen, um so einen Ausstieg aus der Drogenszene zu versuchen.

3.1.1 Zugangswege zur Behandlung

In der Praxis zeichnen sich vier Zugangswege ab:

Im *Regelfall* kommen die Hilfesuchenden über eine Warteliste zur Behandlung. Die Patientinnen und Patienten erfahren über die Drogenberatung und/oder durch Mund-zu-Mund-Propaganda von der Möglichkeit einer Behandlung in Langenberg und nehmen telefonisch Kontakt mit der Station auf. Nach ca. drei telefonischen Kontakten wird der Patient zu einem Informationsgespräch eingeladen, mit dem Ziel, einen persönlichen Kontakt zum Abbau der Schwellenangst herzustellen und ihn über den Ablauf der Therapie zu informieren.

Bis zur Einbestellung soll sich der Patient täglich melden, um weiterhin sein Interesse an einer Behandlung zu bekunden.

Neben der Regelaufnahme hat sich gerade in den letzten Jahren auch eine Aufnahme von Patienten über die *Soforthilfe* etabliert. Die beiden Drogenberatungsstellen des Diakonischen Werks des Kirchenkreises Lennep stellen bei dem Patienten eine medizinische oder psychosoziale Indikation fest. Sie stellen sofort einen Kontakt zur Station D her und der Patient wird schnellstmöglich aufgenommen.

Die Behandlung beinhaltet hier auch eine Vermittlung in eine Entwöhnungsbehandlung per Soforthilfeprogramm NW, sofern dies gewünscht wird.

Es kommen auch Patienten zur Aufnahme, die durch einen niedergelassenen Arzt, dem Not- oder Ambulanzzarzt als *Notaufnahme* auf der Station vorgestellt werden. Dies beinhaltet auch die Verlegung aus anderen Kliniken (z.B. der Evangelischen Stiftung Tannenhof), oder die eigene Einweisung durch den Arzt vom Dienst nach persönlicher Vorstellung ggf. auch durch Dritte).

Unmittelbar werden auch Patienten aufgenommen, die nach *Zuweisung* durch das PsychKG oder das Betreuungsgesetz kommen.

Grundsätzlich besteht während der Behandlung Kontaktsperre zwischen Patienten und Freunden oder dem vertrauten sozialen Umfeld, begleitete Anrufe z.B. bei der Suchtberatung sind davon ausgenommen.

3.1.2 Indikation und Krankheitsbild

Die Bezeichnung „Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger“ suggeriert zwar als Hauptzielgruppe Abhängige, dennoch werden sowohl Patientinnen und Patienten am Anfang einer Drogenkarriere (z.B.: Cannabis-Abhängigkeit, Partydrogen, Erstkontakte mit Heroin etc.) als auch solche mit manifester Abhängigkeit (Krisenintervention bei vitaler Gefährdung, körperliche Stabilisierung) behandelt.

Daneben werden im Sinne der harm reduction auch Patienten zur Entgiftung vom Beigebrauch und/oder zur Einstellung auf Substitution aufgenommen und behandelt.

Eine Qualifizierte Akutbehandlung grenzt sich in ihrem Behandlungsangebot immer von einer bloßen Entgiftung der Patienten ab. Abhängigkeit und Sucht stehen als Krankheitsbild nicht isoliert da, sondern werden als lebensgeschichtlich erworbene Krankheit gesehen oder, anders ausgedrückt, basieren auf einer Grundstörung (ICD-10 Persönlichkeitsstörung).

Lebensgeschichtlich erworben bedeutet auch lebensgeschichtlich veränderbar. Das heißt, der Patient ist seiner Krankheit nicht bloß ausgeliefert, sondern kann aktiv an einer Veränderung seines Suchtverhaltens mitarbeiten.

Zentrales Kennzeichen der Qualifizierten Akutbehandlung ist der ganzheitlich therapeutische Behandlungsansatz der Station. Neben der medizinischen Therapie des Entzugssyndroms stehen gleichberechtigt die Bezugspflege, die adjuvante Therapie (Bewegungs-, Sport-, Beschäftigungs- und Kreativitätstherapie) und die Sozialtherapie zur psychosozialen Stabilisierung des Patienten.

Die Behandlungsdauer einer qualifizierten Entgiftung liegt zwischen zwei und sechs Wochen. Dabei sind zwei Wochen das Minimum, die der Patient braucht, um sich einigermaßen körperlich und psychisch zu stabilisieren.

3.1.3 Therapie und Therapieplan

Die *medizinische* Behandlung arbeitet nach den jeweiligen Gegebenheiten mit einem medikamentengestützten („warmen“) Entzug, um dem Körper eine allmähliche Anpassung an einen suchtmittelfreien Zustand zu ermöglichen. Teilweise sind zusätzliche pharmakologische Behandlungskonzepte nötig, um lebensbedrohliche Risiken des Entzuges zu minimieren.

Auftretende depressive Reaktionen und vegetative Dysregulationen werden ebenfalls symptomatisch behandelt. Neben der Behandlung erfolgt noch eine gezielte medizinische Information der Patienten über Begleit- und Folgeerkrankungen bei Abhängigkeit, sowie eine Aufklärung über prophylaktische Maßnahmen.

Drogenabhängigkeit ist oft durch soziale Beziehungsdefizite gekennzeichnet. Suchtmittel treten nicht selten an die Stelle funktionierender menschlicher Beziehungen. Hier soll die *Bezugspflege* anknüpfen und den Patienten durch eine aufdeckend-konfrontative und gleichzeitig empathische Haltung helfend gegenüber treten. Bezugspflege beinhaltet auch die somatische, allgemein-psychiatrische und speziell psychiatrische Pflege.

Durch *bewegungs- bzw. sporttherapeutische Maßnahmen* wird die eigene Körperwahrnehmung gefördert, es kommt zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls und zu positiven Rückwirkungen auf das Zentralnervensystem.

In der *Ergotherapie* hilft die Beschäftigung bzw. das kreative Arbeiten beim Spannungsabbau des Entzugssyndroms. Außerdem wird eine Tendenz in Richtung wachsende Frustrationstoleranz in Gang gesetzt sowie das Selbstwertgefühl gestärkt. Beide therapeutische Verfahren fördern das Zugehörigkeitsgefühl zur Gemeinschaft und stellen ein ideales soziales Übungsfeld dar.

Neben der körperlichen Entgiftung ist die *Sozialtherapie* eine Grundlage für die erfolgreiche Behandlung Drogenabhängiger. Da Drogenabhängige oftmals in desolaten sozialen Verhältnissen leben, bedarf es zunächst einer Abklärung der Lebensumstände (Krankenversicherung, Klärung bei Gerichtsangelegenheiten, Arbeitsplatzhaltung, Wahrnehmung von Behördenkontakten etc.). In sozialtherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen wird die aktuelle Lebenssituation des Patienten problematisiert bzw. thematisiert und nach geeigneten Lösungsstrategien gesucht.

Angehörigen- und Paargespräche können angeboten werden, wenn es darum geht, Klarheit in vorhandene Beziehungsstrukturen zu bringen und in eine Auseinandersetzung mit sich und anderen Menschen zu treten.

Außerdem kann der Patient durch therapeutisch begleitete Telefongespräche wichtige Dinge regeln und wichtige Kontakte aufrechterhalten.

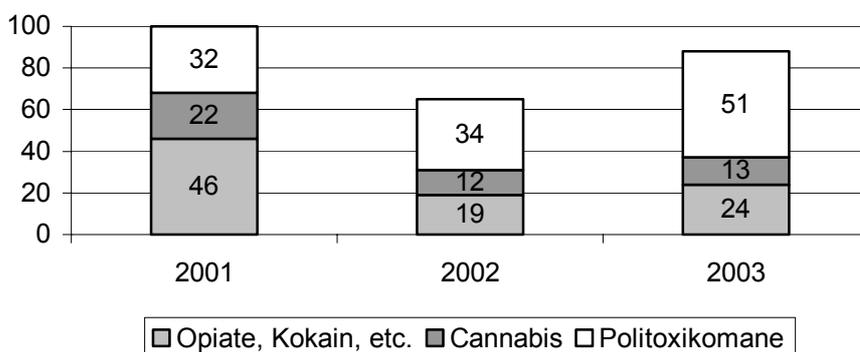
Ein strukturierter *Therapieplan* soll dem Patient helfen, sich wieder in einen normalen Tagesablauf zu integrieren und sich aktiv mit seiner Erkrankung auseinander zu setzen.

Die Qualifizierte Akutbehandlung sieht sich als einen Baustein im Drogenhilfesystem. Deshalb ist ein stetiger Austausch zwischen Drogenberatung und Klinik (regelmäßige Fallbesprechungen) unumgänglich. Dazu gehört selbstverständlich auch die Zusammenarbeit mit Ämtern, Behörden und Justiz, um ggf. schnell und effizient helfen zu können.

3.2 Qualifizierte Entzugsbehandlung in der Evangelischen Stiftung Tannenhof

Aufgrund anderer Erhebungsprinzipien können die Behandlungsfälle der Stiftung Tannenhof nicht nach Geschlecht gesondert aufgeführt werden, sondern werden nach den Hauptdiagnosen differenziert. Nach einem Rückgang im Jahre 2002 stiegen die Patientenzahlen 2003 wieder an. Sehr klar zeichnet sich die Dominanz der von mehreren Substanzen abhängigen Patienten ab.

Abb. 7: Behandlungsfälle in der Evangelischen Stiftung Tannenhof, 2001 - 2003



3.2.1 Organisatorische und strukturelle Vorgaben

Die Qualifizierte Entzugsbehandlung Drogenabhängiger in der Evangelischen Stiftung Tannenhof erfolgt seit dem 01.09.2004 auf der Suchtfachstation JKH 2. Das dortige Behandlungsangebot wendet sich an volljährige Bürger aus Remscheid, die einen missbräuchlichen oder abhängigen Konsum von illegalen Drogen betreiben. Bedarfsorientiert werden auf der Station 3 bis 6 Behandlungsplätze für diese Patientenklintel vorgehalten. Für die Behandlung minderjähriger Drogenkonsumenten ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Sana-Klinikums Remscheid zuständig.

In der Regel geht der stationären Behandlung ein Vorgespräch, in dem zunächst die individuelle Problematik und die Behandlungsziele geklärt werden sollen, voraus. Im Ausnahmefall kann auf ein Vorgespräch verzichtet werden. Grundsätzlich wird ein niederschwelliges Aufnahmeverfahren angestrebt, d.h. bei bestehender Indikation wird die stationäre Behandlung der Betroffenen innerhalb weniger Tage nach Kontaktaufnahme zur Klinik ermöglicht.

Die Behandlung erfolgt integrativ gemeinsam mit Alkohol- und Medikamentenabhängigen und wird in der Regel unter offenen Bedingungen durchgeführt. Sollte dies im Einzelfall wegen einer akuten Gefährdungslage nicht möglich sein, besteht die Möglichkeit, Patienten auf einem fakultativ zu schließenden Stationsflur unterzubringen. Ausgangsregelungen und eventuell notwendige Kontaktsperren werden individuell vereinbart.

In Abhängigkeit von der zu entziehenden Substanz bzw. Konsummenge beträgt die Behandlungsdauer in der Regel zwischen 2 und 4 Wochen. Bei multiplem Substanz-

konsum oder psychiatrischer Komorbidität sind allerdings auch deutlich längere Behandlungszeiten möglich.

3.2.2 Behandlungsziele

Behandlungsziele werden individuell und möglichst konkret festgelegt. Entzogen werden kann von Primärsubstanzen, Substitutionsmitteln, sequenziell von mehreren psychotropen Substanzen oder ausschließlich von Beikonsum. Weitere Behandlungsindikationen stellen die spezifische Therapie von komorbiden psychischen Störungen oder die Umstellung von Substitutionsmitteln dar.

Über die rein körperliche Entgiftung hinaus haben die Patienten die Gelegenheit, sich vertieft mit ihrer Suchterkrankung auseinander zu setzen, um so im Sinne einer Rückfallprophylaxe Handlungsalternativen zum Drogenkonsum zu entwickeln. Die Behandlung leistet Hilfestellung bei Verhaltensänderungen und im Idealfall bei der Entscheidung zu einer abstinenten Lebensführung. Die Betroffenen sollen weiterhin durch gezielte Informationen zur längerfristigen Inanspruchnahme differenzierter Angebote des Suchthilfesystems, wie z.B. Suchtberatung, Entwöhnung oder Selbsthilfe motiviert werden.

3.2.3 Behandlungsgrundsätze

Die vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses im Einzelfall zu analysierenden Entstehungs- und Verstärkungsbedingungen der Suchtentwicklung stellen die Grundlage eines individualisierten, mehrdimensional angelegten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungssettings dar. Als therapeutische Grundhaltung dienen hierbei unter weitgehendem Verzicht auf verbale Konfrontation und Betonung der individuellen Entscheidungsfähigkeit der Patienten die Prinzipien der *Motivierenden Gesprächsführung* nach Miller und Rollnick. Die Einzel- und Gruppenpsychotherapie ist primär kognitiv-verhaltens-therapeutisch ausgerichtet mit indikationsgeleiteter Integration psychodynamischer und systemischer Therapieansätze.

Verantwortlich für die fachliche Durchführung der Qualifizierten Entzugsbehandlung Drogenabhängiger auf der Suchtfachstation ist ein multiprofessionelles Team bestehend aus Ärzten, Krankenschwestern, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten und Krankengymnasten. Therapieplanung und -durchführung erfolgen in einem engen interdisziplinären fachlichen Austausch.

Die Behandlungsplanung erfolgt unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Belastungsfähigkeiten der Patienten. Die regelmäßige Teilnahme an den mit dem zuständigen Therapeuten vereinbarten Behandlungen wird erwartet und überprüft. Gründe für eine eventuell zuvor nicht abgesprochene Nichtteilnahme an vereinbarten Therapien werden in Einzelgesprächen thematisiert. Gravierende Verstöße gegen die Behandlungsvereinbarung können einen Ausschluss von der stationären Behandlung zur Folge haben.

Grundsätzlich ist der Konsum von illegalen Drogen, Alkohol oder nicht verordneten Medikamenten während der gesamten Behandlungsmaßnahme untersagt. Drogenscreenings können jederzeit und unangekündigt durchgeführt werden.

Rückfälle sind allerdings als pathognomonisch für eine Suchterkrankung anzusehen und erfordern deshalb ein individualisiertes therapeutische Management. Da von den Patienten ein offener Umgang mit einem eventuellen Rückfall erwartet wird, führt ein bekannt gewordener Substanzkonsum während der Behandlung nicht zwingend zur Entlassung.

3.2.4 Behandlung

Die bekanntermaßen sehr häufige somatische und psychiatrische Komorbidität bei Konsumenten illegaler Drogen macht eine eingehende, multidimensionale *Diagnostik* zu Behandlungsbeginn erforderlich, die zur genaueren Identifizierung spezifischer, das Krankheitsgeschehen beeinflussender Faktoren und als Grundlage für eine individualisierte Therapieplanung dient.

In der Regel werden zur *Linderung der Entzugssymptomatik* Drogenerersatzstoffe wie Methadon oder Levomethadon eingesetzt, die schrittweise ausgeschlichen werden. Unterstützend erfolgen balneologische und physikalische Anwendungen. Ein sogenannter kalter Entzug unter völligem Verzicht auf eine medikamentöse Behandlung wird wegen der Gefahr starker Entzugssymptome und des daraus resultierenden hohen Risikos des Behandlungsabbruchs im Regelfall nicht angeboten.

Die auf der Station tätigen Therapeuten führen regelmäßig *psychotherapeutische Einzelgespräche* mit dem Patienten. Ziel ist es hierbei, auf der Basis einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und vor dem individuellen psychosozialen Hintergrund die Änderungsmotivation des Patienten zu fördern und hinsichtlich des Konsumverhaltens Handlungsalternativen zu entwickeln. Eine bestehende psychische Komorbidität macht ggf. die zusätzliche Anwendung störungsspezifischer psychotherapeutischer Methoden erforderlich.

Einmal wöchentlich werden ärztlich geleitete *Gruppentherapien* zur vertieften Reflexion der Bedingungsfaktoren einer Suchterkrankung, zur Psychoedukation und zur Sozialtherapie angeboten.

Es werden täglich Morgenrunden in Anwesenheit der zuständigen Therapeuten durchgeführt. Weiterhin finden wöchentlich zwei ärztliche *Visiten* statt, in denen der Therapieverlauf reflektiert und die weiterführende Behandlungsplanung festgelegt wird.

In regelmäßigen Sprechstunden können sich die Patienten mit individuellen Fragestellungen zu finanziellen Angelegenheiten bzw. Wohnungs- und Arbeitsangelegenheiten an den zuständigen Sozialarbeiter wenden.

Die *Bezugspflege* eines Patienten wird innerhalb der ersten Behandlungstage von einem Pflegemitarbeiter übernommen. Dieser erstellt eine ausführliche Pflegeanamnese und steht bei der Klärung von Problemen als erster Ansprechpartner zur Verfügung. Er führt außerdem in enger Abstimmung mit den Therapeuten zur Stützung der Therapiemotivation regelmäßige Gespräche mit den Patienten.

Zum therapeutischen Selbstverständnis der Qualifizierten Entzugsbehandlung gehört der enge *Einbezug von Angehörigen*. Hierzu werden regelmäßig ärztliche Angehörigensprechstunden angeboten, bei entsprechender Indikation finden darüber hinaus zusätzliche Paar- und Familiengespräche statt. Ziel ist es hierbei, neben der Erhebung der Fremdanamnese die Angehörigen über Ursachen und Verläufe von Suchterkrankungen aufzuklären, um so bei ihnen ein besseres Verständnis und größere

Akzeptanz für die Suchtproblematik zu erreichen und Behandlungshindernisse abzubauen.

Ergänzend nehmen die Patienten an Angeboten aus den Bereichen *Ergotherapie, Bewegungstherapie, Entspannungstherapie und Balneotherapie* teil.

Im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans wird besonderer Wert auf eine enge *Zusammenarbeit mit den regionalen Suchtberatungsstellen* gelegt. Im Falle dort bereits bekannter Patienten werden nach Entbindung von der Schweigepflicht die Mitarbeiter der Suchtberatung vom zuständigen Therapeuten der Klinik über den Behandlungsverlauf informiert. Die weiterführende Behandlungsplanung, z.B. hinsichtlich Sicherstellung der psychosozialen Betreuung Substituierter oder Vermittlung in eine Entwöhnungsmaßnahme, soll möglichst in gemeinsamer Abstimmung erfolgen. In Einzelfällen sind hierzu auch Hilfeplankonferenzen vorgesehen.

4 Substitution

4.1 Behandlung unter Einbeziehung einer Substitution

Während der Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit wird die stoffliche Abhängigkeit aufrechterhalten. Das heißt, die illegale Substanz Heroin wird durch legale ähnliche Stoffe wie z.B. Methadon, Levomethadon oder Buprenorphin ersetzt. Dadurch treten bei regelmäßiger Einnahme des Substituts in ausreichender Dosierung in der Regel keine Entzugerscheinungen auf, der Wunsch Heroin zu konsumieren soll reduziert werden. Zusätzlich konsumiertes Heroin verliert bei gleichzeitiger Substitution oft seine berauschende Wirkung. Durch die legale Abgabe des Ersatzstoffes beim Arzt verschwindet der Beschaffungsdruck und es entsteht ein Spielraum, bestehende Probleme Stück für Stück anzugehen.

Die Substitutionsbehandlung steht nicht in Konkurrenz zur stationären Entwöhnungsbehandlung. Viele Patientinnen und Patienten entwickeln während der Substitutionsbehandlung neue Lebenspläne und entscheiden sich – nicht selten – gezielt für eine stationäre Rehabilitation.

Es können vier verschiedene Zielsetzungen einer Substitution unterschieden werden:

1. Der substitutionsgestützte Entzug (auch warmer Entzug genannt).
2. Die Überbrückungssubstitution:
Der Opiatabhängige strebt eine stationäre Entwöhnungsbehandlung an und lässt sich vor Beginn der Behandlung substituieren. Eine Therapievermittlung wird von Drogenberatungsstellen durchgeführt. Sie erfordert eine hohe Mitwirkungsbereitschaft von Seiten der Klienten, die sie im Rahmen einer Substitutionsbehandlung besser leisten können.
3. Die mittelfristige Substitutionsbehandlung:
Die Abhängigen können die Zeit der Substitutionsbehandlung für eine gesundheitliche Stabilisierung und eine soziale berufliche Integration nutzen. Anschließend wird das Substitutionsmittel nach guter Abwägung aller Vor- und Nachteile bis hin zur Abstinenz ausgeschlichen. Heroinabhängige haben die Möglichkeit sich vom illegalen Drogenmarkt zu verabschieden, sich gesundheitlich zu erholen, ihre Finanzsituation zu klären, ihre Papiere zu ordnen, Behördengänge zu erledigen, sich ihren beruflichen oder elterlichen Aufgaben zu widmen, Gerichtsaufgaben zu erfüllen und ein geregeltes Leben mit Tagesstruktur zu beginnen.
4. Die langfristige Substitution
Es gibt Substituierte, die trotz aller Bemühungen nicht in der Lage sind opiatfrei zu leben. Meist waren mehrere stationäre Behandlungsversuche erfolglos. Hier geht es nicht nur um die Personen, bei denen sozial und berufliche Rehabilitation scheitert, sondern auch um die Menschen, die ihre Lebensumstände deutlich verbessern konnten, aber dennoch den Ausstieg aus der Sucht nicht schafften. Die dauerhafte Substitution ermöglicht ein menschenwürdiges Leben ohne gravierende gesundheitliche, soziale oder strafrechtliche Risiken. Diese langfristige Substitution ist ein Mittel der harm reduction.¹⁵

¹⁵ vgl. Kapitel 6 Schadensminimierung

Die gesetzlichen Änderungen, die am 1.1.2003 in Kraft getreten sind, haben Auswirkung auf die Durchführung der Substitutionsbehandlung. Während früher die medizinische Indikation zur Methadonsubstitution nur für bestimmte Fälle galt, ist die Substitution heute nach langer Diskussion als eigenständiges Therapieverfahren anerkannt. Die Kosten für die medizinische Behandlung trägt die Gesetzliche Krankenversicherung, während früher die Kommune (Sozialamt) Kostenträger war.

Die Abrechnung und das Qualitätsmanagement obliegen der Kassenärztlichen Vereinigung als Körperschaft öffentlichen Rechts. In Remscheid gibt es keinen eigenen Qualitätszirkel, sondern die Remscheider Ärzte nehmen zum Teil an der Wuppertaler Runde teil. Das Gesundheitsamt nimmt die Aufsicht über die dem Betäubungsmittelgesetz (BtmG) unterworfenen Substanzen wahr.

Die substituierenden Ärzte melden ihre Fälle codiert an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bundesopiumstelle), wo sie ins Substitutionsregister aufgenommen werden. Damit wird Doppelsubstitution verhindert und kontrolliert, ob nur ausreichend qualifizierte zugelassene Ärzte substituieren. Eine Rückmeldung geht vom Bundesinstitut an das Gesundheitsamt. Außer von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kann die Substitution auch von Ambulanzen, Vereinen und anderen Einrichtungen mit angestellten Ärzten vorgenommen werden; dann tragen die Kommunen die Kosten.

Die Regeln, nach denen die Substitution erfolgt, haben die Ärzteschaft und die Krankenkassen in den BUB-Richtlinien (Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. §135 Abs. 1 SGB V) festgelegt. Unter anderem wird geregelt, dass die Höchstgrenze bei 50 Substitutionspatienten pro Arzt liegt. Ärztinnen und Ärzte müssen der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber ihre fachliche Qualifikation nachweisen, damit sie eine Genehmigung erhalten. Ohne den Fachkundenachweis dürfen ausnahmsweise bis zu 3 Patienten von einem Arzt substituiert werden.

Insgesamt ist von 100-150 Substituierten in Remscheid auszugehen, die von drei niedergelassenen Ärzten behandelt werden. Diese Zahl hat sich in den letzten Jahren - auch seit der Änderung des Gesetzes - nicht geändert. Allerdings gibt es eine gewisse Fluktuation, sei es, dass Patienten in eine stationäre Behandlung übergehen, sei es, dass sie die Substitutionstherapie abbrechen. Demgegenüber hat sich die Zahl der Substituierten für ganz NRW nach Angaben der KV Nordrhein fast verdreifacht.

Neben den Kassenpatienten gibt es in geringem Umfang auch Selbstzahler, die das Aktenkundigwerden bei ihrer Krankenkasse scheuen und darum die Kosten selbst übernehmen.

Einer ausführlichen Grunduntersuchung folgt die Einstellung auf Methadon bzw. einen anderen Ersatzstoff, begleitet von Kontrollen des Beikonsums. Die Patienten müssen bereit sein, sich in psychosoziale Betreuung zu begeben, was am Anfang der Behandlung immer zugesagt, aber später oft nicht eingehalten wird. Klare Vereinbarungen mit dem Patienten und das Bestehen auf der Einhaltung der Regeln sind außerordentlich wichtig.

Patienten bekommen ihre Tagesdosis in der Praxis ausgehändigt, nur stabile Patienten können nach längerer Behandlung sog. Take-Home-Dosen für bis zu 7 Tage erhalten. Ca. 50% der mit Methadon Substituierten in Remscheid machen davon Gebrauch.

4.2 Betreuung Substituierter

In der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) ist die Substitutionsbehandlung zwingend an bestimmte Bedingungen gekoppelt, zu denen die Einbettung in ein Gesamtkonzept gehört, das psychosoziale Betreuung beinhaltet.¹⁶ Es handelt sich hierbei um ein umfangreiches Angebot für Substituierte, die durch ihre bisherigen Lebensumstände mehr oder weniger körperlich und seelisch stark beeinträchtigt und sozial ausgegrenzt sind.

Eine Zielgruppe sind insbesondere Menschen, die von existenzieller Not betroffen sind: Wohnungslose, Menschen mit fehlender finanzieller Grundversorgung, ohne Krankenversicherungsschutz und ohne strukturierte Tagesabläufe.

Eine andere Zielgruppe sind Menschen, die an anderen Folgen des illegalen Drogenkonsums, wie z.B. Strafprozesse, Schulden, Vereinsamung, leiden, die zunächst ein selbstständiges Leben ohne professionelle Hilfe nicht verwirklichen können. Ihnen fehlen Ressourcen für den Aufbau eines neuen Lebens, wie Berufsausbildung, kreative Freizeitgestaltung, Gewinnung von Freunden außerhalb der Drogenszene, Selbstvertrauen, familiäre Unterstützung.

Es gibt aber auch eine Gruppe von Substituierten, die sozial und beruflich integriert sind und die ihren Lebensalltag selbstständig bewältigen können. Diese brauchen meist keine oder nur punktuelle psychosoziale Begleitung durch einen Sozialarbeiter. Falls der Wunsch nach intensiverer Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitserkrankung und deren Ursachen besteht, ist eher eine psychotherapeutische Behandlung empfehlenswert.

Psychosoziale Begleitung ist keine Psychotherapie und kann diese auch nicht ersetzen. Die Aufgabe der psychosozialen Begleitung ist es, den Hilfesuchenden Strategien zur Alltagsbewältigung an die Hand zu geben. Das Ziel ist es, die größtmögliche Eigenständigkeit zu erreichen durch:

- Motivation zu Veränderungsschritten
- Hilfe der Verarbeitung der Abhängigkeitserkrankung und ihrer Folgen
- Hilfe im Umgang mit Krisensituationen
- Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen sozialer und medizinischer Einrichtungen
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten
- Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen

Mittel zur Erreichung dieser Ziele sind vielfältige Gesprächsformen wie

- Einzelgespräche
- Dreiergespräche, mit Klient und Arzt oder mit Klient und Angehörigen bzw. Klient und anderen Kooperationspartnern
- Helferkonferenzen, z.B. gemeinsam mit dem Jugendamt
- das niedrigschwellig angelegte Substitutionsfrühstück

Psychosoziale Begleitung ist Einzelfallhilfe in der oben beschriebenen Form. Eine weitere effektive Betreuungsform ist das Case-Management. Beide Angebote sind eine Ergänzung und stellen keine Alternative dar. Im Case-Management sorgt der Drogenberater für den optimalen Zugang der Klienten zu allen sozialen und medizi-

¹⁶ vgl. die Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (BTMVV)

nischen Dienstleistungen, sofern er dies benötigt. Es geht darum, die persönlichen Fähigkeiten der Patienten zu ermitteln und das Hilfsangebot von professionellen Anbietern effizient zu verknüpfen, manchmal in der Funktion des Koordinators, des Anwalts oder des Beraters.

Über den Kontakt stellt die Suchtberatung eine Bescheinigung aus, die beim Arzt vorzulegen ist. Hier wird vermerkt, ob eine psychosoziale Begleitung notwendig erscheint, ob sie regelmäßig stattfindet oder ob sie zwar angezeigt ist, aber aus persönlichen Gründen nicht erfolgen kann.

Das Zusammenwirken zwischen medizinischer Behandlung und psychosozialer Betreuung sieht idealerweise folgendermaßen aus: Alle Patienten eines Arztes kommen zu einem Erstgespräch in die Suchtberatung, danach wird der Eindruck über die Klientinnen und Klienten telefonisch ausgetauscht. Nach Beginn der Substitution folgen alle 5-6 Wochen Gespräche zu allen Einzelfällen, deren Grundlage die Hilfepläne der Suchtberatung sind. Vereinbarungen inkl. neuer Überprüfungen werden schriftlich festgehalten. Die psychosoziale Begleitung erhält Informationen über die Urinkontrollen, damit ggf. neue Ziele abgesprochen werden können. Wichtig ist die klare Absprache, welche Aufgaben jeweils Arzt bzw. Sozialarbeiter übernehmen.

Von den ca. 150 Substituierten in Remscheid betreut die Suchtberatung mit einer Teilzeitstelle (3/4 der Arbeitszeit) für eine Sozialarbeiterin derzeit 36 Klienten, 25 befinden sich zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts (im November 2004) auf der Warteliste. Psychosoziale Begleitung in anderen Städten, z.B. Wuppertal wahrzunehmen ist eher unüblich, da es regionale Zuständigkeiten gibt. Für die Substituierten ist schon die Grundversorgung nicht gesichert. Um besondere Problemlagen (schwängere Substituierte, substituierte Migranten, Patienten mit Doppeldiagnosen) kann die eine Fachkraft sich aus Kapazitätsgründen nicht speziell bemühen. Tagesstrukturierende Angebote, Wohnangebote sowie Integration in Arbeit sind wichtige Bestandteile der Begleitung, die nicht angeboten werden können.

Handlungsempfehlungen

- Zur Sicherstellung der gesetzlich vorgeschriebenen psychosozialen Begleitung von Substituierten ist ein Ausbau der Betreuungskapazitäten nötig. Gesundheitsamt und Suchtberatung prüfen, wie ein solcher Ausbau gestaltet werden kann (z.B. durch Koppelung der psychosozialen Begleitung an die Fallzahlen der Substituierten oder Umstrukturierung vorhandener Kapazitäten).
- Die substituierenden Ärzte und die Suchtberatungsstelle fixieren schriftlich eine Kooperationsvereinbarung zur engeren Vernetzung. Sich daraus ergebende neue Formen der Zusammenarbeit werden geprüft (Methadonambulanz, Suchtberatungssprechstunde in der Arztpraxis).
- Ein eigener Qualitätszirkel für Remscheid unter Einbeziehung aller am Gesamtprozess Beteiligten (substituierende Ärzte, Fachkliniken, Suchtberatung, Gesundheitsamt) ist zu installieren.

5 Aufsuchende Arbeit

Die Suchtberatung des Diakonischen Werkes und die Behandlungsangebote haben eine Komm-Struktur, d.h. die Hilfesuchenden müssen sich zu diesen Einrichtung begeben, um Hilfe zu bekommen.

Aufsuchende Arbeit versucht Konsumenten zu erreichen, die nicht von sich aus Hilfsangebote annehmen und ihnen den Zugang zum Hilfesystem zu erleichtern. Auch wendet sie sich an Abhängige, die aus den sozialen Strukturen herausgefallen sind.

Über die Zahl dieser Menschen in Remscheid besteht keine genaue Information.

Fachlich ist zwischen Angeboten der Streetwork und aufsuchender Arbeit bei bekannten Problem-, Gesundheits- und/oder Krisenfällen zu unterscheiden.

Die Streetwork verfolgt das Ziel Ausgrenzung und Stigmatisierung ihrer Klientinnen und Klienten zu verhindern oder zu verringern. Sie will die soziale Integration fördern und setzt sich für positive Lebensbedingungen im öffentlichen Raum ein. Der in Remscheid arbeitende Streetworker kümmert sich allerdings nur im Rahmen der Jugendarbeit um die Abhängigkeitsproblematik. Eine besondere Schwierigkeit ist hierbei das Spannungsfeld zwischen Hilfs- und Unterstützungsangeboten einerseits und der Kontroll- und Eingreifspflicht bei illegalem Drogenkonsum.

Die Suchtberatung leistet aufsuchende Hilfen bei Problemsituationen bekannter Klienten.

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist zuständig für Hilfen und Maßnahmen für bislang nicht betreute Suchtkonsumenten. Der Schwerpunkt liegt dabei auf einer Klärung der aktuellen Problemsituation und im Weiteren bei der Zielsetzung der Vermittlung ins Hilfesystem.

Die Haftanstalten haben interne Suchtberater, in Lüttringhausen sind 5 Personen (z.T. in Teilzeit) für 500 Inhaftierte zuständig. Häftlinge haben auch die Möglichkeit zum Kontakt mit der Suchtberatung des Diakonischen Werks. Die Suchtberatung ihrerseits betreut Klienten weiter, wenn sie in Haft müssen, gehen aber nicht von sich aus dorthin.

Handlungsempfehlung

- Die Gesundheitskonferenz empfiehlt die Entwicklung eines Gesamtkonzeptes „Streetwork“ in Remscheid durch die entsprechenden Fachbereiche der Stadt Remscheid (FB 51/4, 51/6, 53 – SpDi) und die Suchtberatung. Sucht soll als Querschnittsproblem begriffen werden, das Streetwork-Konzept nimmt die verschiedenen Zielgruppen (Wohnungslose, psychisch Kranke, Jugendliche, etc.) ohne Reduzierung auf oder Ausgrenzung der Drogenkonsumenten in den Blick.

6 Schadensminimierung

Nicht für alle von einer Suchtproblematik Betroffenen ist der Weg Beratung – Behandlung – Abstinenz ein realistisch kurzfristig erreichbares Ziel. In Theorie und Praxis der Suchtkrankenversorgung hat sich deshalb das Konzept der Schadensminimierung (harm reduction) etabliert. Es besagt, dass Abstinenz zwar langfristig anzustreben ist, jedoch kurz- und mittelfristig auch den Suchtmittelabhängigen, die dazu nicht in der Lage sind, Hilfen anzubieten sind. Zielsetzung ist dabei einerseits das Ausmaß von körperlichen und sozialen Schäden zu mindern und andererseits durch eine Verbesserung der körperlichen und sozialen Verfassung die Voraussetzung für eine Änderung des Konsums – evtl. auch mit dem Ziel der Abstinenz – zu schaffen. Zielgruppe ist somit insbesondere die Gruppe der langfristig Drogenabhängigen, bei denen körperliche Folgeerkrankungen, wie z.B. HIV/Aids-Infektionen oder Hepatitisinfektionen und soziale Probleme wie z.B. Wohnungs- und Arbeitslosigkeit bestehen und die mehrfach erfolglose Therapieversuche hinter sich haben.

Es lassen sich unterscheiden die Krisenintervention, die medizinischen Hilfen zur Basisversorgung und die Angebote für Notübernachtung, zum Aufenthalt und für soziale Kontakte.

6.1 Krisenintervention

Die medizinische Notfallversorgung ist durch den allgemeinen ärztlichen Notdienst sichergestellt. Bei psychiatrischen Notfällen besteht zudem die Möglichkeit – allerdings nur während des Tages – den Sozialpsychiatrischen Dienst hinzuzuziehen. Aus Sicht der Arbeitsgruppe erscheint dieses Angebot als ausreichend, ein suchtspezifischer Krisendienst wird nicht für vorrangig gehalten.

6.2 Gesundheitsvorsorge und medizinische Versorgung

Zur Gesundheitsvorsorge und medizinischen Basisversorgung können Abhängigkeitskranke in Remscheid die niedergelassenen Ärzte aufsuchen. Auch Impfberatung kann hier nachgefragt werden. Eine niedrigschwellige oder gar aufsuchende Arbeit mit Abhängigen etwa in Form eines Gesundheitsbusses gibt es nicht.

Die AIDS/HIV/STD-Beratung im Gesundheitsamt ist für die beschriebene Klientel zu hochschwellig und wird nicht aufgesucht.

Zur niedrigschwelligen Verhinderung des in verschiedener Hinsicht riskanten Spritzenaustauschs gab es bis 2003 einen Spritzenautomaten. Dessen Standort hatte sich jedoch in mehrfacher Hinsicht nicht bewährt. Da der Schaden größer als der Nutzen war, musste der Automat demontiert werden. Der aktive Spritzenaustausch wird in der AG einvernehmlich als sinnvoll nur als Teil eines übergeordneten Konzepts erachtet, das möglicherweise weitere pflegerische, medizinische und präventive Hilfen beinhaltet.

6.3 Notübernachtung und Aufenthaltsangebote

Die Notschlafstelle ist prinzipiell offen auch für Drogenkonsumenten, wendet sich aber konzeptionell eher an eine andere Zielgruppe. Außerdem halten die Klienten selbst oft einen klaren Abstand zu der jeweils anderen Gruppe.

Ein spezielles Café oder ein Kontaktladen, in dem Suchtkranke ohne eigene Wohnung sich tagsüber aufhalten und ihre Grundbedürfnisse wie Essen, Waschen, Duschen befriedigen können, gibt es in Remscheid nicht. Der existierende Tagestreff der Caritas wird eher von anderer Klientel genutzt. Das Internetcafé RIC ist ein Angebot für Jugendliche, richtet sich aber ausdrücklich nicht an konsumierende Jugendliche.

Handlungsempfehlung

- Die Gesundheitskonferenz empfiehlt die Entwicklung eines Konzeptes für ein niedrigschwelliges Angebot im Sinne eines Cafés oder Kontaktladens, ggf. in Verbindung mit einer Methadonambulanz. Bereits bestehende Planungen der Suchtberatung und der Evangelischen Stiftung Tannenhof sind darauf zu prüfen, welche Institutionen noch beteiligt werden müssen. Spritzentausch und Gesundheitsvorsorge sowie ein niedrigschwelliges Arbeitsangebot in Form eines sogenannten „Tagelöhnerprojektes“ sollten als Angebot in den Kontaktladen integriert werden.

7 Integrationshilfen

Unter Integrationshilfen sind alle Maßnahmen zu verstehen, die eine soziale Wiedereingliederung von Suchtkranken fördern. Denn mit der Abhängigkeit geht oft der Verlust des Arbeitsplatzes, der Wohnung und eines Freundeskreises außerhalb der Szene und nicht zuletzt die Verschuldung einher. Darum sind Integrationshilfen ein Baustein bei der Motivation für eine Auseinandersetzung mit der Alltagsrealität.

Integrationshilfen können also durchaus schon während der Behandlung beginnen, nicht erst nach deren Abschluss. Sie sind oft Bestandteil einer Entwöhnungsbehandlung, der Betreuung bei ambulanter Behandlung oder des Betreuten Wohnens für Suchtkranke.

Sie umfassen ein weites Feld von Einzelmaßnahmen wie die Tagesstrukturierung, den Aufbau sozialer Kontakte, wohnungssichernde Maßnahmen, Vermittlung in Qualifizierungs- oder Bildungsmaßnahmen und in Arbeit.

In Remscheid bieten verschiedene Träger Bausteine an, die auch zur Wiedereingliederung von Suchtkranken genutzt werden können; speziell für Drogenkonsumenten eingerichtete Freizeitangebote, Wohnungshilfen, etc. gibt es nicht. Geleistet werden Integrationshilfen am günstigsten im Sinne des Case-Managements, also der individuellen Beratung und Begleitung eines Klienten durch das manchmal nicht unmittelbar durchschaubare Geflecht von Anbietern.

Besonders wichtig ist der (Wieder)einstieg eines Abhängigen ins Arbeitsleben. Die Abteilung Hilfen zur Arbeit im Sozialamt ist befasst mit Beschäftigungsmöglichkeiten für langzeitarbeitslose Sozialhilfeempfänger – und damit auch für Suchtmittelkonsumenten. Hier wird es durch die Veränderungen durch Hartz IV und SGB 2 möglicherweise grundlegende Veränderungen geben, die derzeit nicht abzusehen sind.

Das Zentrum für Arbeitsdiagnostik und berufliche Integration (ZABI) in der Evangelischen Stiftung Tannenhof steht grundsätzlich auch Suchtkranken offen. Ihre Vermittlung in den Arbeitsmarkt ist aber eher unwahrscheinlich.

Die Agentur für Arbeit ist prinzipiell Ansprechpartner auch für diese Klientel, zumal wenn es sich um Personen mit einer Behinderung durch den Konsum handelt. Allerdings gibt es in Remscheid keine speziell für diese Klientel zugeschnittenen Projekte. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei der aktuell äußerst prekären Situation auf dem Arbeitsmarkt die Chancen zur Wiedereingliederung von Abhängigkeitskranken nur sehr gering sind. Eine spezielle Förderung scheint aufgrund der knappen finanziellen Ressourcen unrealistisch. Besonders bei Jugendlichen sind fehlende Schulkenntnisse und mangelnde soziale Kompetenzen zusätzliche Hinderungsgründe für eine Integration.

8 Besondere Zielgruppen

Die Arbeitsgruppe „Illegale Drogen“ orientierte ihre Bestandsaufnahme für Remscheid an der fachlichen Gliederung des Suchthilfesystems, wie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)¹⁷ sie vorschlägt. Im Verlauf der Arbeit kristallisierten sich zwei Zielgruppen heraus, die gesondert zu behandeln sind, weil sie mit den überkommenen Instrumenten nicht erfasst werden, nämlich die Gruppe der Jugendlichen unter 18 Jahren und die der Migrantinnen und Migranten.

8.1 Jugendliche

8.1.1 Situationsbeschreibung

Die Zahlen für den Konsum illegaler Drogen durch Jugendliche sind in Studien und Umfragen erhoben worden. Für Remscheid gibt es eine solche Umfrage nicht.

Der Fachverband Sucht stellt für das Jahr 2001 mehr als ein Viertel aller Jugendlichen zwischen 12 und 25 Jahren als Konsumenten illegaler Drogen fest¹⁸ (zum Vergleich: Alkohol hatten 92% schon einmal getrunken, 38% rauchen). Im Durchschnitt erfolgte der erste Kontakt mit 16,4 Jahren (Alkohol: 15,6, Tabak: 13,6 Jahre). Die Verteilung auf die unterschiedlichen illegalen Substanzen weist Cannabis klar den Spitzenplatz mit 26% zu, während die anderen illegalen Drogen von 0,2 – 4% der Jugendlichen gebraucht wurden.

Eine Vollerhebung zum Risikoverhalten Jugendlicher¹⁹ im Jahre 2002 im Kreis Heinsberg sowie angrenzenden belgischen und niederländischen Kreisen, die in den 8. und 10. Klassen aller Schulformen mit ca. 40.000 Befragten durchgeführt wurde, kam zu dem Ergebnis, dass 25 bis 35% der Jungen und 18 bis 26% der Mädchen in Deutschland schon einmal Cannabis konsumiert haben. In Belgien liegen diese Raten bei 19% und in den Niederlanden nur bei 16%. Der mittlere Erstkonsum wird hier mit 13,1 Jahren angenommen.

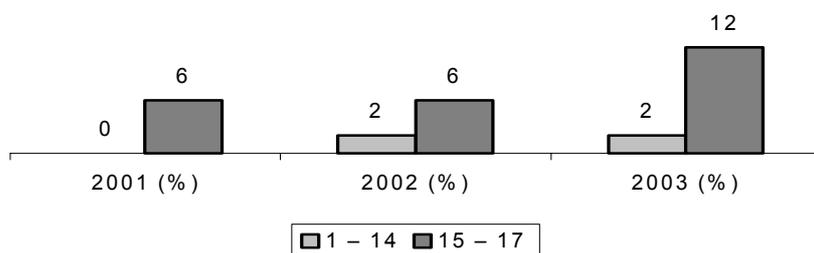
Ein Indiz weist auch in Remscheid auf ähnliche Tendenzen hin, denn auch wenn es über das Konsumverhalten Jugendlicher für Remscheid keine spezifischen Ergebnisse gibt, erlaubt doch die Frequentierung der Suchtberatung einen gewissen Rückschluss: die Zahl der Kinder bis zu 14 Jahren und der Jugendlichen zwischen 15 und 17 Jahren, die die Suchtberatung aufsuchen, wächst beständig an.

¹⁷ vgl. Türk, D., C. Kröger: Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe

¹⁸ vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Repräsentativerhebung zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener, 2001

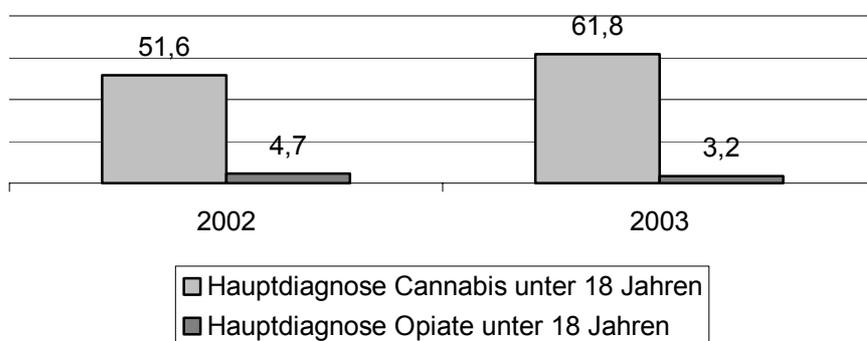
¹⁹ Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Hrsg.) : Risikoverhalten Jugendlicher. Ergebnisse der Befragung in der Euregio Maas-Rhein 2001-2002

Abb. 8: Anteil der Jugendlichen an den KlientInnen der Suchtberatung Remscheid, 2001 - 2003



Die Hauptdroge der Jugendlichen sind Cannabisprodukte. Das ist durch die verschiedenen Umfragen und durch die Inanspruchnahme des Hilfesystems bestätigt. In Remscheid ist der Anteil der Klienten mit der Hauptdiagnose Cannabis in den vier Jahren von 2000 bis 2003 von 6% auf 19% gestiegen. Von diesen Klientinnen und Klienten sind mehr als die Hälfte unter 18 Jahre alt – mit steigender Tendenz. Gegenläufig dazu sinkt der Anteil der jugendlichen Konsumenten anderer illegaler Drogen.

**Abb. 9: Suchtberatung Remscheid
Hauptdiagnosen Cannabis und Opiate, altersbezogen, 2001 - 2003**



Der Konsum von Cannabis gehört zum Alltag von Jugendlichen in Deutschland und er nimmt kontinuierlich zu. In manchen Schulklassen kiffen bis zu 50% der Schülerinnen und Schüler regelmäßig oder unregelmäßig. Von den – geschätzten – 3000 Cannabis-Usern in Remscheid gebrauchen 2500 die Droge ohne gravierende Probleme für ihre Gesundheit, ihr soziales Umfeld oder ihr individuelles Verhalten.

Auch an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass jegliches Inhalieren von Cannabisrauch die Belastung der Lunge mit erheblich krebserregenden Stoffen bedeutet (der Rauch von Cannabisprodukten enthält neueren wissenschaftlichen Studien zu Folge ca. 50% mehr krebserregende Substanzen als Tabak und wird in der Regel wesentlich tiefer inhaliert, was zu einer besonderen Belastung der Bronchien führt). Gleichzeitig darf nicht vergessen werden, dass der Umgang mit Cannabisprodukten immer noch durch das Betäubungsmittelgesetz unter Strafe gestellt ist, und jeder

Cannabiskonsument dem Risiko der Strafverfolgung mit den entsprechenden Konsequenzen unterliegt.

Jugendliche selbst nehmen den Konsum sehr oft nicht als problematisch wahr, sondern werden von außen (Eltern, Schule, Polizei) darauf hingewiesen. Häufig fallen sie aber in der Schule z.B. wegen ihres wenig aggressiven, eher lethargischen Verhaltens im Vergleich zu den vielen „Störern“ gar nicht auf, so dass eine Rückmeldung unterbleibt.

Auf der Suche nach der Ursache des gestiegenen Cannabiskonsums wird deutlich, dass nicht die Substanz Cannabis allein als Verursacher problematischer Verhaltensweisen von Jugendlichen verantwortlich gemacht werden kann. Vielmehr ist der Cannabiskonsum auch eine Reaktion auf gesellschaftliche und familiäre Konstellationen, auf Probleme in der Adoleszenz, eventuell auch auf gesundheitliche Einschränkungen wie ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom). Cannabis-Konsum ist oft ein Symptom nicht-angepassten Verhaltens ähnlich wie Graffiti, Klauen, etc. Häufig kennen die Konsumenten keine klaren Strukturen und erfahren kaum Grenzen in ihrem persönlichen Umfeld.

Einen statistisch nachweisbaren Hinweis auf Cannabis als Einstiegsdroge für die harten Drogen Heroin, Kokain, Ecstasy, etc. gibt es nicht.

Für ca. 500 der oben erwähnten Jugendlichen ist der Gebrauch jedoch problematisch, denn die Konsummuster verändern sich:

Jugendliche konsumieren international²⁰ heute mehr Cannabis und sie tun es häufiger. Gut 9% aller Jugendlichen geben regelmäßigen monatlichen Konsum an.²¹ Eine nicht geringe Zahl aber raucht mehrmals in der Woche, wenn nicht sogar mehrmals täglich. Diese Jugendlichen nehmen den Stoff nicht nur am Abend oder an Wochenenden zu sich, sondern beginnen schon morgens vor der Schule oder der Arbeit.

Jugendliche fangen früher mit dem Kiffen an: Das Alter des Erstkonsums ist von ca. 16,4 auf 13,1 Jahre gesunken. Kinder, die schon mit 12 Jahren mit Cannabis beginnen, haben ein hohes Risiko, schon mit 14 oder 15 Jahren zu regelmäßigen Cannabiskonsumenten zu werden. Gerade der sehr frühe Konsumbeginn kann sehr gefährliche gesundheitliche Schäden nach sich ziehen. Die Folgen für die hirnpfysiologische Entwicklung bei sehr jungen Konsumenten scheinen gravierend zu sein. Neben den einleuchtenden Auswirkungen eines missbräuchlichen Konsums auf die Persönlichkeitsentwicklung von Jugendlichen ist auch eine Schädigung von Hirnstrukturen möglich²². In der Fachklinik Langenberg werden ca. 1-2 Patienten im Jahr wegen Cannabis entgiftet. Nach mehrjährigem Konsum ist der Entwicklungsstand eines 20-Jährigen dem eines gesunden 15- bis 16-jährigen Jugendlichen vergleichbar.

Jugendlichen stehen andere Qualitäten der Droge Cannabis zur Verfügung. Der Stoff, der die cannabistypische Wirkung hervorruft, ist das sogenannte THC (Tetrahydrocannabinol). Insbesondere durch die günstigen Wachstumsbedingungen in hol-

²⁰ vgl. Hurrelmann, K. u.a.(Hrsg.): Jugendgesundheitssurvey

²¹ vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Repräsentativerhebung zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener, 2001

²² vgl. Spear, L.-T. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. Neuroscience behavioral review 24: 417-463, 2000

ländischen Gewächshäusern und die Kreuzung und Züchtung verschiedenster Pflanzensorten hat sich der THC-Gehalt in den letzten Jahren deutlich erhöht. Früher gab es Cannabisprodukte mit einem maximalen THC-Gehalt von 5-10%. Heute haben insbesondere die aus den Niederlanden eingeführten Cannabisprodukte einen THC-Gehalt von bis zu 20%. Man kann das durchaus mit der Wirkung von Alkoholika vergleichen. Es ist naheliegend, dass Cannabisprodukte mit 20% wesentlich intensivere und stärkere Wirkungen ausüben, als Cannabisprodukte mit einem deutlich geringeren THC-Gehalt.

8.1.2 Intervention am Beispiel LINE

Seit 2003 bietet die Suchtberatung mit dem Programm „LINE“ (Legal – Illegal – Nicht Egal) Hilfe für jugendliche Cannabiskonsumenten zwischen 15 und 20 Jahren an. Das Angebot wird finanziell unterstützt durch den Verein für Bewährungshilfe. 1 (!) Mädchen und 28 Jungen absolvierten das Projekt für suchtmittelauffällige junge Menschen im Jahre 2003. Die meisten von ihnen waren 16 Jahre und jünger.

Der Zugang zur Suchtberatung erfolgt sehr oft über den Arbeitskreis Justiz: Jugendliche, die bei der Polizei einschlägig auffällig werden oder Kontakt zur Jugendgerichtshilfe, der Bewährungshilfe oder dem Amtsgericht Remscheid haben, werden aufgefordert, Kontakt mit der Suchtberatung aufzunehmen. Sie erklären sich einverstanden, dass über die Teilnahme am Programm von Seiten der Suchtberatung Rückmeldung stattfinden darf, so dass die Teilnahme nicht unverbindlich ist, sondern auch kontrolliert wird.

Die Maßnahme soll weiterem Suchtmittelmissbrauch und damit verbundener Straffälligkeit vorbeugen. Die Jugendlichen lernen, ihren Suchtmittelkonsum und seine Risiken kritisch zu hinterfragen und selbstbestimmt und eigenverantwortlich für die Erhaltung ihrer körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Gesundheit zu sorgen. Ziel ist, dass innerhalb des Projekts eine Perspektive erarbeitet wird, die bei Bedarf auch als Grundlage weiterführender Arbeit dienen kann, z.B. Beratung, Familiengespräche, stationärer Aufenthalt.

Ein LINE-Kurs führt bis zu 12 Teilnehmende für 8 Abende zusammen. Themen sind dort sowohl Informationen über Suchtmittel und die rechtliche Situation, aber auch Selbsterfahrung und Selbstwahrnehmung. Parallel dazu wird Elternarbeit in Form von 2 Elternabenden angeboten.

8.1.3 Behandlung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Sana-Klinikums in Remscheid hat den Versorgungsauftrag für die drei bergischen Städte mit zusammen 750.000 Einwohnern sämtliche psychische und psychiatrische Störungen von Kindern und Jugendlichen betreffend. Sie verfügt über 30 stationäre Plätze sowie über 20 Plätze in der Tagesklinik in Wuppertal.

In Remscheid gibt es keine spezielle Suchtstation, gleichwohl ist die KJP natürlich auch Anlaufstation bei Drogenproblemen. Hier erfolgt die Diagnostik und auch eine Weitervermittlung ins Hilfesystem. Die KJP sieht sich als Zentrum eines ambulanten Netzes. Eine medikamentengestützte Entgiftung (auch mit Polamidon) kann in Remscheid erfolgen, zur Weiterbehandlung müssen die Jugendlichen dann aber verlegt werden. Das ist gerade bei Jugendlichen nicht optimal, besser ist eine Entgiftung mit anschließender Entwöhnung in einem Hause.

Viele der in Kliniken behandelten Jugendlichen mit Suchtproblemen sind komorbide, d.h. sie haben neben der Suchterkrankung auch noch eine psychiatrische Diagnose. Dabei ist nicht immer genau zu trennen, ob die psychische Erkrankung nach der Suchterkrankung und möglicherweise als Folge erworben wurde, oder ob zu einer bestehenden psychischen Krankheit die Drogenproblematik hinzu kam. Manchmal verwenden Jugendliche Cannabis zur Selbstmedikation, z.B. anstatt Ritalin, das bei ADHS verschrieben wird.

Umfassende stationäre Behandlung für Jugendliche (Qualifizierter Entzug und Entwöhnung) führen die Kinder- und Jugendpsychiatrien Hamm und Viersen durch, auch in Bad Fredeburg gibt es jetzt eine Juniorgruppe. Eine Entwöhnungsbehandlung ist auch in der Fachklinik Michaelshof in Kirchheimbolanden möglich. Problematisch bleibt für Cannabis-Konsumenten der Kontakt zu Konsumenten „harter“ Drogen auf den Stationen.

Handlungsempfehlungen

- Die Gesundheitskonferenz empfiehlt Kooperationsvereinbarungen zwischen Jugendhilfe, Schule und Suchthilfe
 - zur Verbesserung der Versorgung von Kindern abhängigkeitskranker Eltern und
 - der Arbeit mit jugendlichen und jungen erwachsenen Konsumenten mit Schwerpunkt Prävention und Frühintervention.

Die schon bestehenden Beispiele für diese Arbeit (z.B. das Cannabis-Projekt LINE oder die Multiplikatoren-Arbeit MOVE) werden ausdrücklich befürwortet. Ergänzend sollte die Etablierung einer intensiven sozialpädagogischen Einzelfallbetreuung (INSPE-Sucht) hinzukommen

- Die Gesundheitskonferenz unterstützt die Entwicklung eines Konzepts der Suchtberatung für die Arbeit mit Angehörigen, und zwar sowohl für die Eltern und Partner von Konsumenten als auch für die Kinder von Drogenabhängigen.

8.2 Migranten

8.2.1 Definition Migration

Migranten sind Menschen mit ethnisch-kulturell-religiös anderem (nicht-deutschem) Hintergrund. Damit ist zunächst die große Gruppe der Arbeitsmigranten gemeint, die in der 1. Generation aus dem Ausland zugewandert sind, in der 2. und 3. Generation aber hier geboren sind und teilweise auch die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Dann gehören dazu die deutschen Staatsbürger, die nicht hier geboren sind, nämlich die Aussiedler, und schließlich Flüchtlinge und Asylbewerber.

8.2.2 Situationsbeschreibung

Eindeutige Zahlen über den Konsum illegaler Drogen durch Migranten gibt es leider nicht. Repräsentative Befragungen bzw. die Datensammlungen der Beratungsstellen erheben zum Teil den ethnisch-kulturellen Status nicht, sondern nur die wenig aussagefähige Staatsangehörigkeit.

Von Experten wird der Anteil der Konsumenten illegaler Drogen mit Migrationshintergrund auf ca. 20% geschätzt. Diese Zahl steigt aber stetig an.

Die meisten Migranten mit Suchtproblemen sind zwischen 20 und 25 Jahren alt und männlich. In Remscheid wird die Gruppe der heranwachsenden jungen Erwachsenen im Alter von 18 – 21 Jahren von der Polizei als besonders gefährdet beschrieben. Sie konsumieren weit weniger Alkohol als die Deutschen, sondern häufiger illegale Drogen.

Grundsätzlich ist im Migrantenbereich ein Informationsdefizit im Hinblick auf Drogen und auf das Hilfesystem in Deutschland festzustellen. Oft wissen Jugendliche aus Russland und ihre Eltern nicht, wie riskant der Konsum von harten Drogen ist. Sie haben Erfahrung mit der legalen Droge Alkohol, die in den Herkunftsländern traditionell gesellschaftlich völlig akzeptiert ist. Insofern kommen Aussiedler oft schon als Konsumenten, manchmal auch schon als Suchtkranke nach Deutschland. Auffällig ist hier, dass sie vom Alkohol kommend die „weichen“ Drogen wenig beachten, sondern sofort auf harte Drogen wie Opiate umsteigen. Dealern ist dieses Phänomen bekannt; sie suchen in den entsprechenden Unterkünften gezielt nach potentiellen Kunden.

Die Ursachen für die sich von Deutschen unterscheidenden Konsummuster hängen mit der Migrationserfahrung zusammen: Die spezielle Situation der Migranten, die sich mit dem entwicklungspsychologischen Begriff Identifikationsdiffusion beschreiben lässt, macht sie anfällig für Drogenkonsum. Migrantinnen und Migranten leben in zwei Welten, nämlich der kulturell vertrauten familiären und der kulturell sehr unterschiedlichen deutschen Gesellschaft. Gerade in der schwierigen Adoleszenz machen sie die Erfahrung widersprüchlicher gesellschaftlicher und kultureller Strukturen und damit verbundener Rollenerwartungen bemerkbar.

So sind vor allem jugendliche Aussiedler belastet durch die zum Teil unfreiwillige Übersiedlung in ein fremdes Land. Auch ihre Eltern kommen oft mit hohen Erwartungen, aber mit beruflichen Qualifikationen und gesellschaftlichen Erfahrungen, die sie für das Leben in Deutschland nur unzureichend wappnen. Im Unterschied zu den sog. Russlanddeutschen ist hier die Gruppe der jüdischen Kontingentflüchtlinge zu sehen, die - oft auch mit einem anderen Bildungshintergrund – die Übersiedlung

planmäßig und realitätsbezogen vollzogen haben. Drogenkonsum scheint hier kaum ein Problem zu sein.

Hier geborene Migrantenjugendliche erleben zwar keinen direkten Bruch mit einer vertrauten Umgebung durch Umzug. Aber sie kennen den enormen Druck, den die Erwartungen einer Familie ausübt, die vielleicht gerade in der Fremde ihre Traditionen strenger zu erhalten sucht als im Ursprungsland selbst. Häufig steht das Verhalten, das ihr deutsches Umfeld von der Schule bis zur Peergroup erwartet, dazu in einem diametralen Gegensatz.

Die Chancenungleichheit durch fehlende sprachliche und soziale Kompetenzen, die sich von denen im Herkunftsland oft erheblich unterscheiden, schwächt Abwehrmechanismen.

Überkommene Familienstrukturen befinden sich durch die Umsiedlung oft in einem Auflösungsprozess, wenn z.B. Väter mit einer traditionell dominierenden Rolle ihre Familie ökonomisch nicht mehr versorgen können oder tradierte Rollenmuster von der Peergroup angezweifelt werden.

8.2.3 Behandlung

Selbstverständlich steht das Hilfesystem Migranten genauso offen wie Deutschen, mit Ausnahme der Asylsuchenden, die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bei einer chronischen Suchterkrankung keinen unmittelbaren Anspruch auf Therapie haben. Aber die Inanspruchnahme von Beratungsstellen und anderen Einrichtungen durch Migranten ist geringer als ihr Anteil an den Konsumenten. Nur 5% von ihnen suchen das Hilfesystem auch auf.²³ Denn auch für die Versorgung von Migranten im Suchtbereich haben kulturelle Unterschiede Auswirkungen:

Die kulturell bedingte Persönlichkeitsstruktur ist weniger individuell als kollektiv geprägt. Daher sind Aussiedler und auch türkischstämmige Konsumenten weniger bereit, die Verantwortung für ihre Sucht zu übernehmen. Oft ist die Erwartung an die Beratung oder den Arzt sehr hoch und ordnet dem Abhängigen selbst eine ganz passive Rolle zu. Die Krankheitseinsicht ist geringer und die Mitarbeit am Therapieprozess anders als bei deutschen Klienten. Auch der Stellenwert der Familie ist viel größer und sie muss aktiver einbezogen werden. Denn die Familie stützt die Angehörigen mit Suchtproblemen viel länger – und wirkt leider damit auch suchstabilisierend.

Diese Unterschiede haben Auswirkung auf die Beratung und Therapie. Die geforderte kultursensible Suchthilfe hat Konsequenzen für das Hilfesystem selbst. Mit den „deutschen“ Prinzipien in der Suchtbehandlung²⁴ wie beispielsweise „Übernahme von Verantwortung“ und „aktiver Mitwirkung an der Therapie“ erreicht man die Klienten nicht. Das angemessene Eingehen auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten der Migranten ist oft noch nicht Teil der Ausbildung der Suchtberater.

Sprachliche Schwierigkeiten und fehlendes Wissen über die Institutionen erhöhen die Schwelle für Migranten, sich Hilfe zu suchen. Muttersprachliche Angebote in Türkisch und Russisch sind sinnvoll. Durch kultursensible Beziehungsarbeit deutscher Fachleute kann zwar diese Hürde verringert werden, für eine therapeutische Intervention ist das aber nicht ausreichend.

²³ vgl. Salman, Tuna, Lessing: Interkulturelle Suchthilfe, 1999

²⁴ vgl. Kapitel 2 - Beratung

Im Präventionsbereich muss das Informationsdefizit der Familien durch geeignete Veranstaltungen verringert werden. Hier sind als Ansprechpartner Migrantenselbstorganisationen wichtig, denn mit ihrer Hilfe können Ressourcen und Abwehrmechanismen gestärkt werden.

Handlungsempfehlung

- Die AG Suchthilfe – Illegale Drogen organisiert eine Fachtagung, die sich dem Thema Sucht und Migration inhaltlich nähert, Bedarfe aufzeigt und die Vernetzung der Dienste in der Schnittstelle zwischen Migration und Sucht in den Blick nimmt. Die AG begleitet die Umsetzung der Ergebnisse der Fachtagung.

9 Prävention

9.1 Definition

Neben der Repression von illegalen Substanzen als Aufgabe von Polizei und Justiz und den Hilfen für Suchtkranke bildet die Prävention die dritte Säule der Suchtpolitik in Nordrhein-Westfalen.²⁵

Suchtprävention ist als Teil einer allgemeinen Gesundheitsförderung Aufgabe der unteren Gesundheitsbehörden. Während aber Gesundheitsförderung bestrebt ist, gesunde Strukturen in allen Lebensumfeldern aufzubauen, zielt Prävention auf konkrete Einzelmaßnahmen zur Verminderung der Risiken. Als Teil der Gesundheitsförderung ist Prävention bestrebt, gesunde Strukturen in allen Lebensfeldern aufzubauen. Dazu zählen konkrete Maßnahmen zur Verminderung der Risiken in Form von Projekten und Fortbildungen, Kampagnen zur Aufklärung in der Bevölkerung und die Beteiligung an der Entwicklung und Umsetzung präventiver Konzepten in Einrichtungen, Organisationen und Betrieben.

Prävention will zum einen das Verhalten einzelner Menschen im Sinne eines bewussten und sorgsamem Umgangs mit der eigenen Gesundheit beeinflussen, zum anderen das soziale Umfeld so gestalten, dass sich Gesundheit entfalten kann. Sie nimmt als ‚Verhaltensprävention‘ das Individuum und als ‚Verhältnisprävention‘ die gesellschaftlichen Verhältnisse in den Blick. Sie ist darum eine Querschnittsaufgabe für verschiedene Bereiche wie Schule, Jugendarbeit, Sozialhilfe und Gesundheitssystem und beinhaltet sowohl die Aufklärung durch massenkommunikative Strategien als auch Informationen in Gruppenzusammenhängen oder Einzelgesprächen.

Ihr Prinzip ist die Aktivierung der vorhandenen Ressourcen, nicht so sehr die Abschreckung durch Herausstellen der Risikofaktoren. Sie fußt auf der Salutogenese des Medizinsoziologen Aaron Antonovsky²⁶, die die herkömmliche klare Trennung zwischen ‚gesund‘ und ‚krank‘ differenziert betrachtet und durch Unterstützung der vorhandenen Stärken die Widerstands- und Selbstheilungskräfte mobilisiert. Da Suchtverhalten begünstigt wird durch persönliche - subjektiv empfundene oder objektiv vorhandene - Defizite, muss Suchtprävention möglichst früh in der Persönlichkeitsentwicklung ansetzen. Prävention kann sich nicht erschöpfen in rein rationaler Aufklärung über mögliche Folgen riskanten Verhaltens oder in der Präsentation möglichst abschreckender Zeugnisse von Suchtmittelkonsum. Sie setzt vielmehr bei allen an, nicht nur bei den unmittelbar Betroffenen, um ihre Abwehrmechanismen zu stärken.

²⁵ vgl. Landesprogramm gegen Sucht, Teil 1

²⁶ A. Antonovsky, am.-israel. Medizinsoziologe (1923 – 1994)

9.2 Situation in Remscheid

In Remscheid ist die Suchtprävention bei der Suchtberatung des Diakonischen Werkes angesiedelt, finanziert je zur Hälfte vom Land NRW und von der Stadt Remscheid.

Sie arbeitet mit zwei Hauptzielgruppen, nämlich mit Kindern und Jugendlichen und mit Multiplikatoren. Kinder und Jugendliche sollen mit Hilfe der Erwachsenen in ihrem Selbstbewusstsein gefördert werden, um gegenüber Suchtverhalten und Drogenmissbrauch bestehen zu können. Eltern und Pädagogen brauchen Informationen und Verhaltenssicherheit im alltäglichen Umgang mit den Heranwachsenden, wenn es um Suchtverhalten und Drogenkonsum geht. Handlungsalternativen sollen entwickelt und Berührungspunkte mit diesem Thema abgebaut werden. Die Beratungskompetenz professioneller Helfer soll gestärkt werden. Die Arbeitsfelder sind im wesentlichen die Elementarbildung, der Schulbereich, Einrichtungen der Jugendhilfe, Einrichtungen der Berufsförderung und Betriebe.

Die präventive Arbeit der Suchtberatung ist ein prozessorientierter Ansatz, der persönliches Wachstum und kreative Selbstentfaltung eines jeden Menschen in den Mittelpunkt stellt. Sie sensibilisiert für die Ursachen von Sucht und initiiert Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen und dem eigenen Verhalten.

Prävention stellt jede einzelne Intervention und Maßnahme in einen sinnvollen Zusammenhang und macht eine Veränderung und Richtungskorrektur erst möglich.

9.3 Aufgabenschwerpunkte in der Suchtprävention

Der Fachdienst Prävention arbeitet seit Jahren erfolgreich mit Multiplikatoren im Bereich der Erwachsenenbildung zusammen. Kinder und Jugendliche werden vor allem in gruppen- und erlebnispädagogischen Projekten angesprochen.

Informationsveranstaltungen bieten besonders für Erwachsene eine erste Orientierung. Ein wichtiges Hauptanliegen dabei ist, Sucht und Suchtverhalten immer wieder in der Öffentlichkeit zu thematisieren und die Inhalte allgemein verständlich zu übersetzen.

9.3.1 Angebote für Multiplikatoren

- „MOVE“ – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen
Strategien der Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen
- Kollegiale Beratung – Profis unterstützen Profis in der Fallarbeit als Selbsthilfe (kollegiale Supervision, Schlüssellochmethode)
- Step by Step – Suchtvorbeugung in der Schule, ein Konzept zur Früherkennung und Intervention. Vorstellbar auch für andere Einrichtungen. Hier geht es um den Zeit- und Handlungsrahmen für eine Begleitung von Kindern und Jugendlichen mit Suchtproblemen.
- Konzeptentwicklung – Professionelle Helfer in Einrichtungen bilden Workshops, Seminare und Arbeitsgruppen und entwickeln für einen bestimmten Zeitraum ein Beratungskonzept und setzen es um.

- Schulungen und Methodentrainings für soziales Lernen
- Informationsveranstaltungen für Eltern, Pädagogen, Ausbildern zu bestimmten Themenfeldern.

9.3.2 Angebote für Kinder und Jugendliche – junge Erwachsene

- Projekttag für einzelne Jahrgangsstufen in Schulen und in anderen pädagogischen Einrichtungen, einrichtungsübergreifende Angebote (Kinotage, Kids in Aktion, ...)
- Öffentlichkeitswirksame Maßnahmen - Kampagnen (Sucht hat immer eine Geschichte, ...)
- Informationsveranstaltungen (Besuch der Suchtberatung, Besuch des Unterrichts, etc.)

9.3.3 Kooperation und Koordination in Remscheid

Seit Januar 1995 koordiniert der Fachdienst einen Arbeitskreis Suchtvorbeugung mit Vertretern aus Jugendamt, Gesundheitsamt, Polizei, Krankenkassen, Jugendeinrichtungen, Berufsfördermaßnahmen, Schulen, Diakonie, etc., um sich auszutauschen und gemeinsam Projekte zu planen. Dieses Fachgremium trifft sich alle 2 Monate. An Methoden und Projektvielfalt im Zusammenhang mit präventiven und pädagogischen Maßnahmen mangelt es mittlerweile nicht mehr und sie haben sich meist bewährt. Doch die Projekte verändern sich mit ihren Projektleitern und Initiatoren, Kinder und Jugendliche werden älter, neue kommen. Das gleiche Wechselspiel gilt für Eltern und Multiplikatoren. Kontinuierliches Arbeiten ist mit den Personen, die es umsetzen, wie mit den Rahmenbedingungen verknüpft, die Prävention erst ermöglicht. Doch die Kontinuität und Nachhaltigkeit ist nicht immer sicher, beziehungsweise die Ressourcen präventiver Arbeit immer noch zu gering.

Handlungsempfehlung

- Die Gesundheitskonferenz regt an, den bestehenden informellen ‚AK Suchtprävention‘ als steuerndes Fachgremium in der Schnittstelle zwischen Sozial-, Gesundheits-, Jugend- und Schulbereich, das in allen Fragen von Politik und Verwaltung konsultiert wird und auch selbst Vorschläge einbringen kann, zu installieren.

10 Selbsthilfe

Während es im Bereich Alkohol eine lange Tradition der Selbsthilfe und zahlreiche Gruppen von Betroffenen und Angehörigen gibt, befindet sich im Bereich der illegalen Suchtmittel die Selbsthilfe noch im Aufbau. Ihre große Leistung, nämlich mit Betroffenen Kontakt aufzunehmen, sie zur Behandlung zu motivieren und möglichst in der Abstinenz zu stützen, macht sie eminent wichtig. Menschen, die Suchtmechanismen am eigenen Leib kennen gelernt haben, können diese Aufgabe überzeugend und erfolgreich wahrnehmen. Die Stärkung der eigenen Ressourcen der Abhängigkeitskranken und ihres Selbstvertrauens trägt zur Anerkennung der eigenen Verantwortung bei und ist eine wichtige Voraussetzung für die lebenslange Auseinandersetzung mit der Erkrankung. Gleichwohl ist die Selbsthilfe als Hilfe von Betroffenen für Betroffene nicht Teil des professionellen Hilfesystems.

Man kann grundsätzlich zwei Gruppierungen unterscheiden:

Die Junkie-Bünde bzw. JES-Selbsthilfegruppen (Junkies – Ehemalige – Substituierte), die aus der AIDS-Hilfe hervorgegangen sind, arbeiten auch mit hauptamtlichen Mitarbeitern und werden von einzelnen Kommunen bzw. mit Landesmitteln unterstützt.

In den Narcotics Anonymous (NA) haben sich abstinente Drogenabhängige zusammengeschlossen; in NRW gibt es etwa 20 Gruppen.

Große Bedeutung haben die Zusammenschlüsse von Eltern drogenkonsumierender Kinder, die vom Land über die beiden nordrhein-westfälischen Landschaftsverbände unterstützt werden. Auch hier lässt sich eine Unterscheidung am Prinzip der Abstinenz vornehmen: zum einen gibt es den „Landesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit NRW e.V.“, zum anderen zwei eher abstinenzorientierte Elternkreise, nämlich den „Landesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher e.V.“ und die „Arbeitsgemeinschaft der Westfälisch-Lippischen Elternkreise Drogengefährdeter und Drogenabhängiger“.

In Remscheid selbst gibt es keine Selbsthilfegruppe speziell für Konsumenten illegaler Drogen. Die Angebote der Gruppen mit Alkoholschwerpunkt geht an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbei. Es ist anzunehmen, dass sich Konsumenten und Angehörige an die existierenden Selbsthilfegruppen in Wuppertal wenden.

Literatur

Antonovsky, Aaron: Salutogenese – zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Repräsentativerhebung zur Drogenaffinität Jugendlicher und junger Erwachsener, 2001

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht, Stand April 2004, Berlin 2004-10-25

Hurrelmann, K. u.a. (Hrsg.): Jugendgesundheitsurvey . Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO, Weinheim 2003

ICD-10-GM. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Systematisches Verzeichnis, hrsg. v. Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Version 2004, Stand 15. August 2003

Kleiber, D., K.A. Kovar: Auswirkungen des Cannabiskonsums, Stuttgart 1997

Kraus, L., R. Augustin: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen, in: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 47 Jahrgang, Sonderheft 1, September 2001, hrsg. von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen und der Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Hrsg.): Risikoverhalten Jugendlicher. Ergebnisse der Befragung in der Euregio Maas-Rhein 2001-2002, Wissenschaftliche Reihe Bd. 18, 2004

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (Hrsg.): Landesprogramm gegen Sucht, Teil 1: Illegale Drogen, Alkohol, Medikamente, Düsseldorf 1999

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Gesundheitspolitisches Konzept. Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Düsseldorf, Bielefeld 2001

Salman, R., S. Tuna, A. Lessing (Hrsg.): Handbuch Interkulturelle Suchthilfe, 1999

Saß, H., H.U. Wittchen, M. Zaudig: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision – dt. Ausgabe, Göttingen 2003

Schmidt, B.: Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland – Grundlagen und Konzeption, in: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 24, hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2004

Spear, L.-T.: The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. In: Neuroscience behavioral review 24: S. 417-463, 2000

Stark, K, I. Guggenmoos-Holzmann: Wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen, in: Schwartz, F.W. u.a. (Hrsg.) : Das Public Health Buch, München, Wien, Baltimore 1998

Türk, D., C. Kröger: Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe, erstellt vom Institut für Therapieforschung (IFT), [Stand: September 1999] URL: <http://www.dhs.de/veroeffentlichungen/leistung.htm>, Abrufdatum: 26.10.2004

Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - BtMVV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16.9.1993 (BGBl. I S.1637); zuletzt geändert durch das Gesetz vom 24. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) (BGBl. III 2121-6-24-3)

Anhang: Tabellen

Bevölkerung Remscheid, Stand 31.12.2002

Alter	Männer	Frauen	insgesamt
18	655	640	1295
19	650	641	1291
20	693	661	1354
18 - 20	1998	1942	3940
21	676	684	1360
22	691	702	1393
23	684	687	1371
24	607	692	1299
21 - 24	2658	2765	5423
25	679	624	1303
26	657	680	1337
27	635	626	1261
28	645	638	1283
29	693	669	1362
25 - 29	3309	3237	6546
30	718	718	1436
31	823	819	1642
32	842	847	1689
33	921	925	1846
34	1017	909	1926
35	1027	958	1985
36	1086	1043	2129
37	1118	1013	2131
38	1141	1012	2153
39	1127	1038	2165
30 - 39	9820	9282	19102
40	1056	956	2012
41	1015	947	1962
42	1029	989	2018
43	895	917	1812
44	880	894	1774
45	922	887	1809
46	856	826	1682
47	790	785	1575
48	861	761	1622
49	696	762	1458
40 - 49	9000	8724	17724
50	768	818	1586
51	723	817	1540
52	765	729	1494
53	803	843	1646
54	798	802	1600
55	735	737	1472
56	633	611	1244
57	573	575	1148
58	786	798	1584
59	772	786	1558
50 - 59	7356	7516	14872
gesamt	34141	33466	67607

Quelle: Stadt Remscheid, FB 33 - Statistikstelle

Drogenkonsum in Remscheid, Bundeszahlen (West), berechnet für Remscheid, 2000

Geschlechtsspezifische Erfassung

Lebenszeitprävalenz	gesamt	%	Männer	%	Frauen	%
illegale Drogen inkl. Cannabis	14738	21,8	8672	25,4	6057	18,1
Cannabis	14468	21,4	7723	24,8	5923	17,7
ill. Drogen ohne Cannabis	3516	5,2	2151	6,3	1372	4,1
Jahresprävalenz						
illegale Drogen inkl. Cannabis	4394	6,5	2800	8,2	1573	4,7
Cannabis	4192	6,2	2697	7,9	1506	4,5
ill. Drogen ohne Cannabis	879	1,3	615	1,8	301	0,9

Quelle: Sucht, 47. Jahrgang, Sonderheft 1, 2001, S. 30

Erfassung nach Lebensalter

Lebenszeitprävalenz	18-20	%	21-24	%	25-29	%	30-39	%	40-49	%	50-59	%
illegale Drogen inkl. Cannabis	1497	38,0	2077	38,3	2127	32,5	4680	24,5	3102	17,5	1041	7,0
Cannabis	1497	38,0	2066	38,1	2082	31,8	4604	24,1	2995	16,9	982	6,6
ill. Drogen ohne Cannabis	284	7,2	624	11,5	497	7,6	1070	5,6	744	4,2	283	1,9
Jahresprävalenz												
illegale Drogen inkl. Cannabis	1009	25,6	1106	20,4	766	11,7	1108	5,8	266	1,5	590	4,4
Cannabis	997	25,3	1068	19,7	740	11,3	1051	5,5	266	1,5	590	4,4
ill. Drogen ohne Cannabis	126	3,2	352	6,5	111	1,7	267	1,4	35	0,2		

Quelle: Sucht, 47. Jahrgang, Sonderheft 1, 2001, S. 30

12-Monats-Prävalenz für DSM-IV-Diagnosen: Missbrauch und Abhängigkeit (berechnet für Remscheid), 2000

	gesamt		Männer		Frauen	
Missbrauch	203	0,3	171	0,5	33	0,1
Abhängigkeit	406	0,6	307	0,9	134	0,4

Quelle: Sucht, 47. Jahrgang, Sonderheft 1, 2001, S. 29

Suchtberatung Remscheid – Hauptdiagnosen 2001 - 2003

Jahre	Opiate		Alkohol		Cannabis		Illegale Drogen außer Cannabis	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
2001	138	51	91	34	23	8	148	55
2002	148	47	110	36	31	10	165	53
2003	154	43	117	33	68	19	166	46

Jahre	Kokain		Benzo-diazepine		Ecstasy / Amphetamine		path. Spielen		Sonstige	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
2001	5	2	2	1	3	1	3	1	5	2
2002	5	2	3	1	9	3	2	1	1	0
2003	5	1	2	1	5	1	3	1	2	1

Quelle: Suchtberatung Remscheid, Jahresbericht 2003

Suchtberatung Remscheid – Hauptdiagnosen und Altersgruppen 2002

Alter	Opiate	Alkohol	Cannabis
0-14	1	0	5
15-17	6	1	11
18-19	11	0	6
20-24	40	2	6
25-29	34	7	1
30-39	49	21	2
40-49	7	51	0
50-59	0	25	0
60-69	0	3	0
gesamt	148	110	31

Quelle: Suchtberatung Remscheid, Jahresbericht 2002

Suchtberatung Remscheid – Hauptdiagnosen und Altersgruppen 2003

Alter	Opiate	Alkohol	Cannabis
0-14	0	0	6
15-17	5	0	36
18-19	15	0	11
20-24	43	2	9
25-29	32	7	3
30-39	47	27	3
40-49	11	48	0
50-59	0	29	0
60-69	1	4	0
gesamt	154	117	68

Quelle: Suchtberatung Remscheid, Jahresbericht 2003

Suchtberatung Remscheid – Klientenstruktur nach Alter 2001 - 2003

Alter	2001 (in %)	2002 (in %)	2003 (in %)
0-14	0	2	2
15-17	6	6	12
18-19	8	6	7
20-24	18	16	15
25-29	15	15	12
30-39	23	23	22
40-49	20	22	19
50-59	7	8	9
60-69	2	2	2

Quelle: Suchtberatung Remscheid, Jahresbericht 2003

Suchtberatung Remscheid – Kontakte zur Suchtberatung 2001 - 2003

	Einmal-Kontakt	Mehrfach-Kontakt
2001	458	290
2002	356	325
2003	404	401

Quelle: Suchtberatung Remscheid, Jahresbericht 2003

Behandlungsfälle in der Evangelischen Stiftung Tannenhof 2001 - 2003

	2001	2002	2003
Opiate	38	14	22
Cannabis	22	12	13
Kokain	5	3	0
Stimulanzien	1	1	1
Halluzinogene	2	1	1
Polytoxikomanie	32	34	51
gesamt	100	65	88

Quelle: Evangelische Stiftung Tannenhof

Behandlungsfälle in der Fachklinik Langenberg 1999 - 2003

	1999	2000	2001	2002	2003
Männer	48	64	53	49	44
Frauen	11	12	12	17	14
gesamt	59	76	65	66	58

Quelle: Fachklinik Langenberg