



Das Drogen- und Suchtkrankenhilfesystem Und Soziale Arbeit

Literatur

- Leune, J.: Das Verbundsystem der Drogenhilfe. In: Gölz, J. (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin – Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome. Thieme Verlag, Stuttgart New York, 1998, S. C 1.1.1-1 – C 1.1.1 – 6
- Schaletzke-Montebaur, B.: Drogenberatung. In: Gölz, J. (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin – Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome. Thieme Verlag, Stuttgart New York, 1998, S. C 1.1.3.2-1 – C 1.1.3.2 – 6
- Brömer, H.: Stationäre Langzeittherapie. In: Gölz, J. (Hrsg.): Moderne Suchtmedizin – Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome. Thieme Verlag, Stuttgart New York, 1998, S. C 1.1.7-1 – C 1.1.7 – 4

Literatur zur Kritik am System

- Schneider, W.: Das Abstinenzparadigma auf dem Prüfstand – Zur Funktionsbestimmung niedrigschwelliger Drogenarbeit. in: Sozialmagazin 1(1991)16.
- Gerlach, R., Engemann, St.: Zum Grundverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit: Erläuterung kulturhistorischer, drogenpolitischer und drogenhilfepraktischer Zusammenhänge, Münster 1999
- Böllinger, L., Stöver, H. (Hrsg.): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Frankfurt 2002
- Gerlach, R., Kemmesies, U.: Resubjektivierung und Normalisierung; für ein „Akzeptanzparadigma“ als Handlungsmaxime der Drogenarbeit. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 4(1990)
- Ring, J. (Hrsg.): Zur Wirklichkeit der Abstinenzabhängigkeit – kritische Betrachtungen zu Grundannahmen der Drogentherapie. Neuland 1995
- Gölz, J.: Der drogenabhängige Patient – Handbuch der schadensmindernden Strategien. Urban&Fischer, München-Jena 1999

**„Wo Fuchs und Hase sich Gut‘
Nacht sagen!“**

oder

**Wenn spezialisierte Hilfeangebote
weit weg sind?**

Ambulante Zuständigkeiten/Hilfen

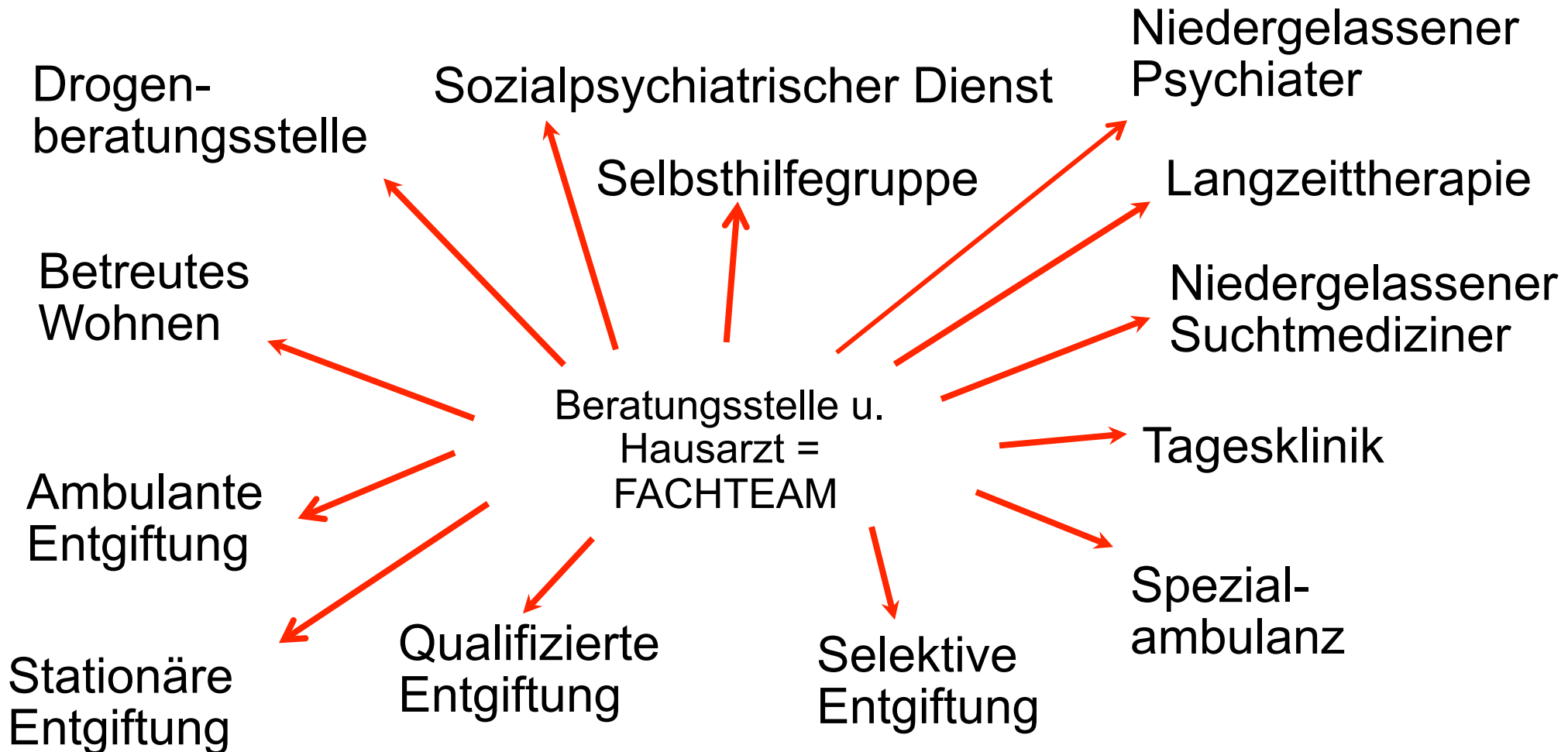
- Praktizierende Ärzte und Psychotherapeuten,
- Instanzen mit überweisender Funktion (Sozial-, Gesundheits- und Arbeitsämter (?)),
- Traditionelle Alkoholberatungsstellen (ursprünglich aus der Abstinenzbewegung hervorgegangen),
- Drogenberatungs- u. -behandlungsstellen,
- Selbsthilfegruppen (u. a. informelle Gruppen, Selbsthilfegruppen, Anonyme Alkoholiker (AA), Guttempler Orden, Blaues Kreuz, JES, kontrolliertes Trinken),
- Tageskliniken.

ungenügend
entwickelt

Stationäre Hilfen

- Entgiftungsbetten in Landeskrankenhäusern und Kliniken,
- Spezielle (offene) Suchtkrankenabteilungen in Landeskrankenhäusern und Kliniken,
- Geschlossene Abteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern,
- Übergangswohnheime,
- Fachkliniken in öffentlicher, freier oder privater Trägerschaft,
- Alten-/Pflegeheime,
- Therapeutische Wohngemeinschaften.

Das Therapeutische Netzwerk: Bausteine für passgerechte Hilfen



Hilfeplanung: Fragen klären

- Gibt es Einstellungen/Verhalten in Richtung Therapie? Sind diese objektivierbar?
- Wie wird eine Therapie beurteilt (Therapeut, Gruppe, sich selbst)?
- Ist wegen körperlicher Symptomatik eine ärztlich geleitete Klinik nötig?
- Ist wegen zusätzlicher psychiatrischer Erkrankung eine Fachbehandlung nötig?
- Sind für Behandlungserfolg begleitende soziale Hilfen nötig?
- Ist der Partner/Familie in die Behandlung einzubeziehen?
- Wirken Kontrollen eher unterstützend oder schädlich?
- Sind kurzzeitige Aufenthalte oder Überweisungen in anderen Einrichtungen nötig?
- Kann mit einer medikamentengestützten Behandlung geholfen werden?

„Das Drogenhilfesystem“

Wer macht/bietet was?

Hilfen unterscheiden

Zielgruppe u. Zielstellung?

- Akuthilfe
- Beratung
- Therapie
- Nachsorge

Wer leistet die Hilfe?

- Professionelle Institution
- Selbsthilfe

Wer zahlt?

- Land/Kommune
- Krankenkasse
- Rentenversicherungsträger

Wo wird die Hilfe angeboten?

- Ambulant
- Teilstationär
- Stationär

Menschenbilder u. konzeptionelle Grundideen?

- Konfessionelle Drogenarbeit
- Traditionelle Drogenarbeit
- Akzeptierende Drogenarbeit

Das Hilfesystem nach Zielen und Zielgruppen

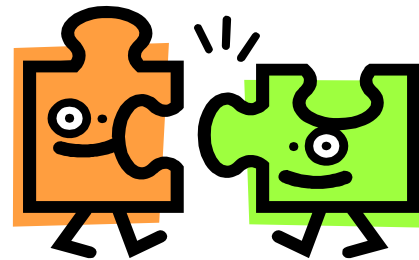
Beratungsangebote:

- Jugend- und Drogenberatung
- Suchtberatung/Suchtbegleitung
- Psychosoziale Beratung/
Begleitung bei Substitution

Nachsorge

- Wohnen
- Leben
- Arbeiten
- Freizeit

Akut-/Überlebenshilfe



Therapieeinrichtungen

- Ambulante Angebote,
- Stationäre Rehabilitation

Komplexe Hilfegeflechte

- Kontaktstellen, Wärme- u. Teestuben
- Notunterkünfte
- Medizinische Primärversorgung
- Selbsthilfe
- Beratungsstelle
- Krisenintervention
- Suizidprophylaxe
- Entgiftung
- Ambulante Behandlung
- Tagesklinik
- Stationäre Therapie
- Betreutes Wohnen
- Nachsorge
- Geschütztes Arbeiten
- Pflegestationen für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholiker
- Betreuung im Strafvollzug
- Straffälligenhilfe
- Kindernotdienst
- Frauenhäuser

Passgerechte Hilfen für differenzierte Therapieverläufe

Ambulante Betreuung



Stationäre Behandlung



Nachsorge



Qualitätskriterien für Hilfen

- Orientierung am Klienten,
- Vertraulichkeit/Verschwiegenheit,
- Freiwilligkeit,
- Ergebnisoffenheit,
- Bedarfsorientierung,
- Mitwirkungsrechte/-pflichten,
- Förderung von Selbsthilfepotentialen,
- Wunsch- und Wahlrecht,
- Barrierefreier Zugang (unabhängig von Geschlecht, Nationalität, religiöser Gesinnung, Motivation u. perspektivischer Erfolgsprognose)

Das traditionelle Hilfesystem und Das Prinzip der Therapiekette!

Therapiekette

- **Kontaktphase:** Therapieberatung u. -vorbereitung, Abklären der Motivation
- ↓
- **Entgiftungsphase +** möglicher Behandlungsbeginn bei Folgeerkrankungen
- ↓
- **Vorbereitungsphase:** Aufbau von Motivation, Indikationsstellung + Therapieplan, ggf. überbrückende ambulante Behandlung
- ↓
- **Entwöhnungsphase:** Kurz-, mittel- o. langfristige stationäre u./o. intensive ambulante psycho- u. soziotherapeutische Behandlung
- ↓
- **Adaptionsphase:** Nach längerer stationärer Behandlung; teilstationäre Betreuung in Nachtklinik (Half way house), therapeutischer Wohngemeinschaft u. ä.
- ↓
- **Nachsorge/Integration:** ambulante Einrichtungen, Laienhelfer, Selbsthilfe

Der gefahrenreiche Weg der Therapiekette

Nachsorge

Adaptionsphase

Entwöhnung




Vorbereitung

Entgiftung

Kontaktphase



Der gefahrenreiche Weg der Therapiekette

-  Wer abstürzt, beginnt von vorn!
-  Bisherige Erfahrungen werden ignoriert oder negiert!
-  Ist Scheitern ein Misserfolg für die persönliche Entwicklung?

Therapieketten: Kritik

Es wird ein gleichartiger Bedarf an Hilfe u. Unterstützung festgesetzt.

Es unterbleibt eine Prüfung:

1. Von Notwendigkeit/Eignung,
2. Der Passfähigkeit des Zeitpunktes,
3. Der Bedarfe der Person,
4. Suche nach Alternativen.



Alle müssen in gleicher Weise die Therapiekette durchlaufen.
Bedarf/ Bedürfnisse der Klienten kaum berücksichtigt

Therapieketten: Kritik

Wenn nur ein Glied reißt, hält
die ganze Kette nicht mehr !!!



- Nur 20 % der Drogenkonsumenten werden von Angeboten der Therapiekette erreicht.
- Davon beginnen maximal 6 % eine stationäre Langzeittherapie!

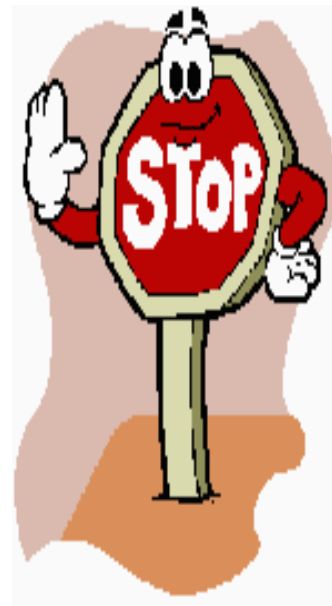
Das traditionelle Drogenhilfesystem

=

**Noch immer auch ausgeübter
Leidensdruck!**

Grundannahmen des traditionellen Hilfesystems

- Abhängigkeit geht immer mit dem Verlust der Persönlichkeit einher.
- Abhängigen fehlt die Krankheitseinsicht.
- Abhängigen mangelt es an Motivation, eine Behandlung durchzustehen.
- Wenn Leidensdruck genügend groß, gute Aussicht auf Behandlungserfolg .
- Abstinenz = einzige Möglichkeit, Drogenprobleme zu beenden.
- Ausstieg aus der Abhängigkeit nur durch professionelle Therapie möglich.



Theoretische Modelle: Folgen für praktische Arbeit

Grundannahmen

Fehlende Krankheitseinsicht =
Verleugnung symptomatisch.

Kontrollverlust = Rückkehr zum
selbstkontrollierten Drogenkonsum
unmöglich.

Karriereverlauf = Automatismus der linear
an Intensität u. Dramatik zunimmt.

Emotionale oder psychische Fixierung auf
Droge = Unfähigkeit zur Selbststeuerung
in allen Lebensbereichen.

Konsequenzen

→ **Leidensdruck u.
Zwang notwendig**

→ **Abstinenzgebot**

→ **Eingreifen so früh
wie möglich**

→ **Entmündigung**

Methoden für Leidensdruck

1 Strafverfolgung mit Hilfe des BtmG:

- Bis zu 80 % aller Klienten in stationären Einrichtungen sind 35er (= auf Grund des § 35 des BtmG = „Therapie als Strafe“).
- Bis zu 60 % aller Männer und bis zu 90 % aller Frauen im Strafvollzug sind wegen Drogendelikten inhaftiert.

2 Strafverfolgung mit Hilfe von Führerschein-Entzug und MPU

3 Sanktionen bei Drogenkonsum während der Therapiezeit:

- Disziplinarmaßnahmen
- Sofortiger Abbruch/Rausschmiss
- Zwischenstopps/Wartezeiten bis zur Wiederaufnahme

Entwicklung von Motivation/Therapiebereitschaft

hoch

Therapiemotivation

Ignoranz



Fatalismus

niedrig

Problembelastung

hoch

Entwicklung von Motivation/Therapiebereitschaft?

- Wahrscheinlichste Behandlungsaufnahme bei mittlerer Problembelastung!
- „Leidensdruck“: Je größer Akkumulation von Problemen je größer Therapiemotivation“ = Mythos

Folgen von Leidensdruck

=

**Verelendung der
Konsumenten**

Verelendung unter Drogenkonsumenten

1 Chronische bzw. tödliche Infektionserkrankungen

- Durchseuchungsraten Hepatitis C = 60-90 %
- Durchseuchungsraten Hepatitis B = 50 %
- Durchseuchungsraten HIV = 10-12 %, in den einzelnen Szenen 12-20 %

2 Elendserkrankungen (Tuberkulose, Syphilis)

3 Verletzungen (durch Intoxikation, bei Geldbeschaffung, direkte Gewalt beim Dealen u. Prostitution)

4 Grunderkrankungen durch Lebensweise (Abszesse, Frakturen, Zahnverfall, chronische Bronchitis, Parasitenbefall (Krätze, Läuse), Endokarditis, bakterielle Pneumonien)

Folgen der Verelendung

1-3 % jährliche Sterberate

- 20 % Überdosierung
- 20 % Komplikationen bakterieller Infektionen
- 20 % Folgen von Lebererkrankungen
- 20 % AIDS
- 20 % sonstige Ursachen



50 % der Konsumenten sind zum Zeitpunkt des Ausstiegswunsches so schwer erkrankt, dass eine Integration in ein Berufsleben nicht mehr möglich ist.

**„Niedrigschwellige
Kontaktarbeit“**

=

Überleben sichern!

Zielgruppe für Kontaktarbeit

- Keine materielle Sicherheit und Unabhängigkeit,
- Ohne sichere/menschenwürdige Unterkunft,
- Kaum soziale Einbindung und tragfähige Beziehungen,
- Mangel an physischer u. psychischer Integrität,
- Einschnitte in Selbstständigkeit u. Selbstbestimmung,
- Fehlende Handlungsressourcen u. Durchsetzungskompetenzen,
- Keine Voraussetzungen für gesundheitsbewusstes Verhalten,
- Verluste im bürgerrechtlichen Status (z. B. gesetzliche Ansprüche, Aufenthaltsrecht),
- Gesellschaftlich geächteter Lebensstil.

Ziele niedrigschwelliger Drogenhilfe

- Überleben sichern,
- Vorbeugen/Mindern physischer, psychischer und sozialer Schäden,
- Bewusstsein für Verursachungen schaffen = Hilfe zur Selbsthilfe,
- Förderung der Eigenverantwortung,
- Vermeidung sozialer Desintegration,
- Gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung,
- Vermeidung zwanghafter Konsummuster + Unterstützung eines selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauchs,
- Ermöglichen und Unterstützen längerer Phasen kontrollierten Konsums,
- Unterstützung der Ablösung von der Drogenszene.

Angebote von Kontakt- und Anlaufstellen

Information, soziale Hilfe

- Hygiene, ärztliche Hilfe, gesunde Ernährung,
- Sichere Applikationsmöglichkeit,
- Sprizentausch, Kondomvergabe, Infos über Substanzen + Safer-Use
- Lebenspraktische Hilfe, Schadensbegrenzung.

Psychosoziale Stabilisierung

- Eigenverantwortliche Schadensbegrenzung,
- Selbstorganisation u. Selbsthilfe,
- Freiwilligkeit, Selbstbestimmung,
- Arbeit in „offener Szene“ u. Lebenswelt.

Normalisierung

- Konsumstile modifizieren,
- Intermittierende Hilfe (Substitution, Entzug u. a.)
- Krisenintervention,
- Unterstützen, fördern, stabilisieren.

Kontaktarbeit: Methoden

- Streetwork
- Kontaktläden
- Schlafstellen
- Gesundheitsmobile
- Spritzenautomaten



Niedrigschwelliger Arbeitsansatz:

Nur minimale Forderungen für Inanspruchnahme der Angebote (z. B. keine Gewalt, kein Dealen, respektvoller Umgang untereinander).

Niedrigschwellige Kontaktarbeit: Kritik

- Als **Ordnungspolitik** benutzt: „Aktion saubere Stadt“ = Weg aus dem Straßenbild in weniger sichtbare Kontaktstellen.
- Angebote oft in **Kollision** mit dem geltenden Recht = Absprachen mit Polizei und Justiz nötig.
- „**Wir kriegen Euch doch alle**“ + **Brückenfunktion** = Strikte Orientierung auf Ausstiegshilfen verhindert Inanspruchnahme.

ABER:

Unbegrenzte und unlimitierte Versorgung kann Versorgungserwartung fördern und eigene Aktivität/Bewältigung verhindern.

„Drogenberatungsstellen“

=

**Ambulante Beratung und
Begleitung**

Drogenberatungsstellen

Ziele



- Kontakt zum Hilfesystem stabilisieren.
- Veränderungsmotivation und -zuversicht fördern.
- Bewältigung von Drogenproblemen unterstützen durch:
 - Diagnostik
 - Ambulante Therapie
- Vermittlung in Entgiftung und Therapie.
- Krisenintervention.
- Nachsorge.

Methoden



- Beratung
- Begleitung
- Verhandlung mit Kostenträgern u. Therapieeinrichtungen

Drogenberatungsstellen: Haltekraft

Es ist schwer, Klienten, die eine Beratungsstelle kontaktieren, für die Angebote zu motivieren = 80 % Abbrecher!



Davon:

- 32 % nach Erstkontakt
- 48 % zwischen 2. u. 10. Kontakt

Drogenberatungsstellen: Kritik an Grundideen

- Strukturbedingte Abschreckung
- Unterlassen von Hilfe durch Therapiediktatur (Abstinenz oder nichts).



- Frühzeitige Unterstützung
- differenzierte Zielsetzung und Methoden!



Haltekraft steigt durch Veränderung/Lockerung der Zielkriterien (z. B. Veränderungsbereitschaft, kontrolliertes Trinken, Vermeiden von Exzessen)

Das Beispiel Alkoholberatung

Drogenberatungsstellen: Änderungsbedarf

- Angebote differenzieren,
- Hilfe auch ohne Annahme des Status „Alkoholiker“,
- Furcht vor aktiver Zuarbeit mit anderen Institutionen = Datenschutz und Schweigepflicht ernst nehmen,
- Mehr Unterstützung bei Problemen unabhängig von Polarisierung „Trinken oder Abstinenz“, d. h. auch wenn jemand nicht trocken ist.

„Entzug/Entgiftung“

=

**Körperlich wieder trocken/
clean werden.**

„Entwöhnung“/Rehabilitation

=

**Auf ein Leben ohne
Drogenprobleme vorbereiten.**

Therapie: Ideale Ziele

- Problematischen Konsum unterbrechen; in der Regel mindestens temporäre Totalabstinenz,
- Entzugssymptome und Folgeerkrankungen medizinisch behandeln und betreuen,
- Angenommene Ursachen exzessiven Konsums behandeln (Persönlichkeit, Kontextbedingungen, soziales Verhalten).
- Voraussetzungen für eine dauerhafte Veränderung des Konsumverhaltens schaffen.



Nicht DIE Suchttherapie, sondern ein Mix aus verschiedenen Methoden = Chance, Therapie an den Bedarf des Klienten anzupassen.

Stationäre Langzeittherapie (ca. 16 Wochen)

- Multimodular = Methodenvielfalt zwischen und z. T. auch in den Einrichtungen (u. a. Gespräch, Sport, Arbeit, Psychodrama, Gestalt, Kunst, Isolation).
- Phasenhaft = oft als „Reifeprozess“ hierarchisch organisiert (Erhalt persönlicher Rechte und Freiheiten an Stufen und Phasen der Therapie gekoppelt),
- Oft abseits des Alltages,
- Ziel ist leistungsorientierte Selbständigkeit,
- Oftmals bei Rückfall Abbruch,
- „Kann-Leistung“ der Rentenversicherungsträger (wird zuerkannt, um Arbeitsfähigkeit herzustellen).

Stationäre Langzeittherapie (ca. 16 Wochen)

Kontextnähe = Stationär schafft Voraussetzungen für ambulant!

Multimodalität = Parallele medizinische, psychologische u. soziale Interventionen.



Prinzipien der Therapie

Interdisziplinarität = Kooperatives oder koordiniertes Wirken medizinischer, psychologischer und sozialer Therapeuten.

Integrierte Behandlung = Fließende Übergänge zwischen verschiedenen Angeboten und Phasen.

„Multimodale Therapie“

Seminare

Selbstverwaltung

Entspannung

Musiktherapie

Arbeitstherapie

Gruppengespräche

Angehörigengruppen

Sport

Ausgang

Gestalttherapie

Paar-/Familientherapie

Einzelgespräche

Maltherapie

Verhaltensänderung

Selbsterfahrung

Information

Soziales Training

Verhaltenstherapie: Störungs- und problemspezifische Interventionen

Falsche Überzeugungen:

- Zur eigenen Person
- Zum sozialen Umfeld
- Zum Mittel der Störung (exzessives Verhalten)

Biologische Risikofaktoren

Traumatische Lebensereignisse

Psychiatrische Störungen

Entwicklungsdefizite

Intrapsychische Funktionalität von Sucht zur Reduktion negativer Befindlichkeiten:

- Verhaltensanalyse
- Funktionsanalyse
- Motivationsaufbau

Veränderung von Denkmustern
(Kognitive Therapie)

Sozial-psychiatrische Therapie

Training von Kompetenzen

Psycho-
edukation

- Exposition (zu negativen Gefühlen, Gedanken, Physiologie),
- Disstress-Toleranz

Stationäre Langzeittherapien: Kritik

1. Hohe Abbruchraten (60-70 %):

- Disziplinarische Entlassung,
- Vorzeitige Beendigung (Fehlplatzierung, Nichteignung)
- Entlassung auf eigenen Wunsch, gegen ärztlichen Rat:
 - Zu Beginn der Therapie
 - In der Mitte der Therapie
 - Zum Ende der Therapie

2. Hohe Rückfallquoten nach planmäßiger Entlassung (78-95 %)

Stationäre Langzeittherapien: Kritik

- Einrichtungen organisiert in Form totaler Institutionen,
- Autoritäre Methoden,
- Verstöße gegen Grundrechte,
- Gruppenzwang,
- Geringe Impulse zur Förderung/Training von Alltagskompetenzen und Reintegration,
- Therapieklima geprägt durch „Therapie statt Strafe“ ...
- Durch psychotherapeutische Behandlungsansätze u. Methoden oft Überforderung der intellektuellen, kommunikativen, reflexiven und Mitwirkungskompetenzen.

Stationäre Langzeittherapien: Kritik

„Gesundheit wird zur unabdingbaren Vorleistung für Therapie. Man klammert den wichtigsten und schwersten Teil der Therapie ungeniert aus. Es muss erst ohne Zutun der Therapeuten ein Wunder geschehen: Nämlich das Wunder der absoluten Drogenfreiheit. Erst danach lässt man sich mit den Ex-Usern ein.“

Gerlach, Engelmann (1999), S. 27

„Nachsorge“

=

**Ankommen im Alltag
unterstützen.**

Nachsorge

- Schließt sich nach Therapie und Adaption an,
- Inhalt = Weichenstellen für Anschlüsse in verschiedenen Lebensbereichen + Ankommen in einem zufriedenen eigenständigen Leben,
- Beinhaltet ambulante, alltagsnahe Unterstützung.



Zielgruppe = Klienten, die erfolgreich eine stationäre Therapie durchlaufen haben.

Nachsorge



```
graph TD; A[Nachsorge] --> B[Ziele]; A --> C[Methoden]
```

Ziele

- Stabilisieren der Abstinenz
- Integration in familiäre, berufliche u. soziale Bereiche
- Bearbeitung von Rückfällen

Methoden

- Werkstätten
- Schulen
- Freizeit
- Kulturprojekte
- Betreutes Wohnen

„Substitution“

=

**Medikamentengestützte
Therapie**

Substitution: Wesen

- Ersatz einer illegalisierten, psycho-aktiven Substanz durch eine legal zugängliche.
- Entzugerscheinungen und Craving werden beeinflusst/mildert.



Pro:

- Anti-crime-Pille,
- Anti-Prostitutionsmittel,
- Integrations-Fluidum,
- Normalisierer.



Kontra:

- Suchtverlängerung = „Nicht durch Drogen heilbar“,
- Wechsel von Abhängigkeiten,
- Unterdrücken von Veränderungswünschen,
- Ruhigstellen und Ordnungspolitik.

Substitution: Arten

„Weiße“ Drogensersatztherapie:

- Ärztliches Verabreichen eines offiziell anerkannten legalisierten Substitutionsmittels an opiatabhängige DrogenkonsumentInnen.

„Graue“ Drogensersatztherapie:

- Ärztliches Verabreichen eines nicht für die Substitution zugelassenen Medikaments an (auch polyvalent) abhängige Drogenkonsumenten (Remedacen, Rohypnol, Dihydrocodein).

„Schwarze“ Substitution:

- Versorgung eines Abhängigen durch Familienmitglieder über das Erschleichen von Rezepten und Medikamenten = Gefahr der Förderung von Polytoxikomanie.

Substitution: Ziele

Gesundheitspolitische Vorgaben:

- Senkung der Mortalität,
- Senkung der Morbidität,
- Überführung einer Mehrfach- in eine Monoabhängigkeit,
- Verbesserung der sozialen u. psychischen Situation.

Drogenpolitische Vorgaben:

- Abstinenz in Bezug auf Drogen,
- Ausstieg aus der Kriminalität,
- Ausstieg aus der Prostitution,
- Auflösung öffentlicher Szenen.



Kritik

- Ideologische Überfrachtung,
- Realitätsdenken in Bezug auf Grenzen u. Spielräume der Therapie.
- Durch substanzfixiertes Denken verursachtes Missverständnis in den Zielformulierungen.

Substitution: Ziele

Verhindern:

- Einsamkeit und Perspektivlosigkeit,
- Kriminalität, Beschaffungsprostitution und daraus resultierende Illegalität,
- Verschlechterung des Gesundheitszustandes,
- Fehlende berufliche und soziale Integration.

Substitution: Ziele

Erreichen:

- Psychisches, physisches und geistiges Wohlbefinden,
- Soziale und berufliche Reintegration = „Herauswachsen aus staatlicher Alimentierung“,
- Stabiler Wohnraum,
- Beendigung der Illegalität,
- Freiheitsspielräumen/Autonomie = Aufgabe der absoluten Dominanz der Droge und des Hinten-Anstellens anderer Lebensinhalte.

Substitution: Behandlungsphasen

Akutphase: wenige Tage bis einige Monate

- Diagnostik, Dosiseinstellung, Ziele festlegen, Reduktion illegalisierten Drogenkonsums.

Rehabilitationsphase: Jahre bis Jahrzehnte

- Medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation nach klaren Zielen.

Supportive Behandlungsphase: Jahre bis Jahrzehnte

- Erreichen individueller Ziele und psychosozialer Stabilität, kaum/kein Beigebrauch, reduzierte Betreuungs- u. Behandlungsintensität.

Entweder medizinische Erhaltungstherapie oder Abdosieren u. Nachsorge

- Übergang in eine oft lebenslange Erhaltungstherapie mit reduzierter Betreuung bei ausreichender psychosozialer Zufriedenheit u. Lebensqualität.
- o. schrittweises Abdosieren und Übergang in Nachsorgephase mit oft erneut intensiver Betreuung des „Null dosis-Patienten“.

Substitution: Kritik und Probleme

- Kurze Einnahmezyklen + Vergabepraktiken behindern Bemühungen um Rehabilitation,
- Lange Depotwirkungen stellen einen großen ärztlichen Eingriff in die Belange des Patienten dar,
- Großzügige Take-Home-Regelungen = Gefahr eines illegalisierten Schwarzmarktes für Substitute + gefährliche Intoxikationen für Unbehandelte (z. B. Kinder der Betroffenen),
- In einigen Fällen keine ausreichende Wirksamkeit bzw. Wirkungsschwankungen im Tagesverlauf,
- Unerwünschte pharmakologische Nebenwirkungen,
- Bei einer Untergruppe ist Heroin-Nebenkonsum ein schwer zu beeinflussendes therapeutisches Problem.

„Selbstkontrollierter Konsum“

=

**Überwinden von
Drogenproblemen ohne Zwang
zur Abstinenz.**

Selbstkontrollierter Konsum: Ziele

- Schrittweise Reduktion des Drogenkonsums,
- Frühzeitiges Erkennen u. Vermeiden von Versuchungssituationen,
- Zum Drogenkonsum führende Verhaltenskette möglichst frühzeitig unterbrechen und durch geeignete, d. h. sich selbst belohnende Alternativen ersetzen,
- Selbstständiges Verhindern von Rückfallsituationen nach Konsum.



**Systematische Veränderung des Konsums +
Rückgewinn von Autonomie**

Selbstkontrollierter Konsum: Ziele

Befähigung zur:

- Selbstbeobachtung
- Selbstbewertung
- Selbstverstärkung

Selbstkontrollierter Konsum: Ziele

- Anleiten, Konsum bezüglich Häufigkeit, Art, Menge und Wirkung zu registrieren sowie hinsichtlich der internen (Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen) und externen Auslöser (Orte, Personen, Situationen, Tätigkeiten) zu beobachten.
- Veränderungsbedürftiges Verhalten definieren.
- Strategien für Verhaltensänderungen festlegen.
- Durchführen der Strategien praktisch anleiten und erzielte Fortschritte selbstständig kontrollieren.

Selbstkontrollierter Konsum: Die zehn Schritte

- Einschätzung von Konsummenge und -problemen: Information und Bilanz,
- Günstige Rahmenbedingungen für Veränderungen schaffen,
- Konsumtagebuch führen,
- Konsumziele pro Woche festlegen,
- Strategien wählen, um Ziele auch zu erreichen,
- Risikosituationen analysieren,
- Freizeit neu gestalten,
- Belastungen gezielt bearbeiten,
- Neues Konsumverhalten stabilisieren.

Selbstkontrollierter Konsum: Kritik

- Wird nicht von allen Drogenberatungsstellen angeboten = sehr lückenhafter Zugang,
- Zu wenig Selbsthilfegruppen für diese Strategie,
- Machbarkeit noch immer von Experten und Abstinenzverbänden in Abrede gestellt/diskreditiert = erhebliche Verunsicherungen und Selbstzweifel (Sich-selbst-erfüllende-Prophezeiung).

Qualitätssicherung

=

**Drogenarbeit noch immer unter
Modernisierungsdruck!**

Allgemeine Gütekriterien

1 Erreichbarkeit für die Klienten

- Schnell u. unbürokratisch,
- Zeitliche Flexibilität,
- Niedrigschwellig (z. B. Voraussetzungen für Inanspruchnahme),
- Wohnortnah, dezentral u. in normales Alltagsleben integriert,
- Anonymität,
- Akzeptanz des Konzeptes durch Klienten (Menschenbild, Methoden).

Allgemeine Gütekriterien

2 Haltekraft

- Angebote an Bedürfnissen der Klienten orientiert,
- Angebote für unterschiedliche Problemlagen,
- Palette von Unterstützungsleistungen (Schulden, Rechtsberatung, medizinische u. psychosoziale Hilfe, Angebote an Angehörige u. ä.),
- Wahlmöglichkeiten zwischen Methoden (z. B. Einzelgespräch, Gruppenarbeit, Akupunktur, Stützung durch Medikamente).

Allgemeine Gütekriterien

3 Hospitalisierung und Prisonisierung vermeiden

- Selbstständigkeit u. Initiative werden eingefordert,
- Es gibt soziale Räume o. Übungsfelder für Alltagshandeln u. individuellen Lebensstil,
- Nach längerem Aufenthalt in Institutionen folgt eine Anpassungsphase an selbstständiges Leben.

4 Geschlechtsspezifische Angebote

5 Keine Gängelung durch/Verflechtung mit Justiz

6 Effizienz

- Bezogen auf Aufwand und Effekt für Klient (Problembewältigung, Lebensqualität),
- Bezogen auf Aufwand und Effekt für Kostenträger