

Vorwort

Heino Stöver, Bernd Werse, Dirk Schäffer

Der erste Alternative Sucht- und Drogenbericht, der 2014 von den drei Bundesverbänden akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe und JES e.V. herausgegeben wurde, hat für eine enorme Aufmerksamkeit in den Medien und der Fachöffentlichkeit gesorgt. Damit wurde deutlich, dass die Öffentlichkeit ein starkes Interesse an einer realitätsnahen und integrativen Drogenpolitik hat und eine Politik ablehnt, die größtenteils auf dem Wunsch basiert, dass es bestimmte Drogen gar nicht gäbe sowie politisch überwiegend mit Verboten und Kriminalisierung der Konsument_innen reagiert. Leider ist die Drogenpolitik der Bundesregierung nach wie vor dadurch gekennzeichnet, dass sie essenziellen Kernforderungen einer Vielzahl von Fachverbänden, Drogenhilfeträger_innen und Expert_innen nach Einbezug evidenzbasierter Erkenntnisse und systematisierter, dokumentierter Praxiserfahrungen nicht nachkommt. Wir wissen in vielen Bereichen der Drogenpolitik relativ genau, was wirkt, was nicht und welche Nebenwirkungen mit bestimmten Politikstrategien verbunden sind.

Es fehlt der Drogenpolitik der Bundesregierung an strategischen, innovativen und substanzübergreifenden Konzepten sowie konsistenten Aktionsplänen. Wir erleben oft eine unausgewogene, z. T. populistische und kurzatmige Thematisierung der Folgen einzelner Drogen (z. B. Crystal Meth), während für den besseren Umgang mit den Volksdrogen Alkohol und Tabak wichtige verbraucherschützende Rahmenbedingungen nicht geschaffen werden.

Daher ist der nun vorliegende zweite Alternative Drogen- und Suchtbericht weiterhin ein dringend notwendiges Instrument, um eine zusammenfassende Gegenöffentlichkeit gegenüber den offiziellen Verlautbarungen der Bundesregierung zu schaffen: Der Ausgangspunkt jeglicher Drogenpolitik muss der Konsument bzw. die Konsumentin sein und zwar in der Ausbalancierung mit den gesellschaftlichen Bedingungen.

Ständig mit dem Drogenverbotshammer zu hantieren ist einerseits realitätsfremd (angesichts von Millionen von Menschen, die illegale Drogen konsumieren) und andererseits angesichts weltweiter, jahrelanger Reformbemühungen, Alternativen zur Repression zu schaffen, anachronistisch.

Das Drogenverbot ignoriert auch, dass es „Drogenkulturen“ gibt, die den Gebrauch illegalisierter Drogen integriert haben und einen Konsum weitgehend ohne schädigende Nebenwirkungen pflegen (z. B. mit Cannabis oder Kokain). Darin deutet sich an, dass wir bei der Drogenpolitik auf mündige Bürger_innen zählen sollten sowie auf eine Kontrollstrategie, die auf glaubhafte Information anstatt auf undifferenzierte (und im Übrigen ineffektive) Ablehnung setzt. Bei HIV/AIDS ist das weitgehend gelungen, bei Tabak befinden wir uns noch im Lernprozess. Fakt ist, dass sich eine gesellschaftliche Lernstrategie einer Kontrollstrategie als überlegen erwiesen hat. Belege werden in diesem Alternativen Drogen- und Suchtbericht zuhauf geliefert. Allen voran

von jenen Polizeivertreter_innen, die offen gestehen, dass das Drogenverbot mit polizeilichen Mitteln weder jetzt noch in Zukunft durchgesetzt werden kann. Illegalisierte Drogen werden die Gesellschaft begleiten – weil sie von bestimmten Menschen gegenüber den legalen psychoaktiven Substanzen Alkohol und Tabak präferiert werden. Im Übrigen – um dem bekannten prohibitionistischen Argument der „Verharmlosung“ entgegenzutreten – käme eine Entkriminalisierung auch jenen zugute, die intensive Konsummuster entwickelt haben: nicht nur durch den Wegfall teurer und sinnloser Strafmaßnahmen, sondern auch durch eine geringere Hemmschwelle, Hilfe aufzusuchen sowie die generell besseren Rahmenbedingungen für akzeptanzorientierte Hilfen.

Wir setzen auch in vielen anderen Bereichen des Lebens auf die Lernfähigkeit und Verhaltensänderungsmöglichkeit der Bürgerinnen und Bürger. Wir müssen nur die Bedingungen dafür schaffen, dass die Menschen gesündere, informierte und schadensminimierende Entscheidungen treffen können, gemäß der WHO-Orientierung „*make the healthy choice the easy choice*“. Das Drogenverbot führt dazu, dass häufig die ungesunde Entscheidung die leichtere ist, z. B. wenn Drogenabhängige zur Spritze anstatt zur Folie greifen oder wenn der nicht kontrollierte Markt nur verunreinigte Substanzen im Angebot hat.

Ein sehr anschauliches Beispiel des Zustands der deutschen Drogenpolitik hat der Deutsche Bundestag am 5.11.2014 selbst geliefert: Es wurden zehn Expert_innen in seinen Gesundheitsausschuss zur Anhörung eingeladen, um über eine Eingabe der Fraktion der Linken und Bündnis90/Die Grünen zum Umgang mit Cannabis sowie die Notwendigkeit einer Neubewertung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) zu beraten. Es handelte sich um einen Antrag, der den zentralen Vorschlag der im Jahr 2013 veröffentlichten Resolution deutscher Strafrechtsprofessor_innen aufnahm.¹ Von den zehn Expert_innen forderten im Rahmen der erwähnten Anhörung neun eine Überprüfung des BtMG und damit eine überparteiliche Enquete-Kommission. Selbst die Expertinnen und Experten, die von CDU, CSU und SPD bestellt worden waren, haben – bis auf eine Ausnahme – dieser Forderung zugestimmt. Es scheint sich unter Fachleuten ein neuer Konsens zu bilden, der darin besteht, dass das BtMG nach wissenschaftlichen Kriterien neu beurteilt werden muss.

Letzteres ist auch ein Beleg dafür, wie sich in den letzten Jahren die Koordinaten der Fachwelt geändert haben: Nachdem die Forderung nach weitgehender Entkriminalisierung noch vor nicht allzu langer Zeit eine auf bestimmte Disziplinen beschränkte Minderheitenmeinung war, sprechen sich immer mehr Expert_innen aus sämtlichen relevanten Fachgebieten für diese aus. Dazu gehören neben Fachleuten aus Sozialwissenschaft, Pädagogik und Rechtswissenschaft z. B. auch solche aus der Praxis der Suchtbehandlung, Psychiatrie und Strafverfolgung. Beiträge von Expert_innen aus all diesen Bereichen sind im vorliegenden Bericht nachzulesen.

¹ <http://www.bundestag.de/blob/342476/14c62607b4b190d1883bc3749c47210f/protokoll-data.pdf> (letzter Zugriff: 18.04.2015).

Abschließend sei an dieser Stelle auf einige aus unserer Sicht zentrale Themen verwiesen, die im diesjährigen Alternativen Drogen- und Suchtbericht zur Sprache kommen:

- Das Phänomen der neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) mit all ihren gefährlichen Nebenwirkungen zeichnet sich immer stärker als Nebeneffekt der Prohibition selbst ab.
- Noch immer existieren in Deutschland so weitgehende Werbemöglichkeiten für legale Drogen (Alkohol und Tabak) wie in kaum einem anderen europäischen Land.
- Drug Checking als Maßnahme zur Schadensminimierung wird angesichts giftiger Verunreinigungen und wilder Schwankungen von Wirkstoffgehalten in Ecstasy und Cannabis immer dringender erforderlich.
- Es stellt sich die Frage, ob die unter großem öffentlichem Druck angekündigte Neuregelung der Verwendung von Cannabis als Medizin ein für betroffene Patient_innen zufriedenstellendes Ergebnis hervorbringen wird.
- Die Abgabe medizinischer Kompetenz an Laien durch die Vergabe von Naloxon an Opiatkonsumierende ist in Deutschland überfällig, um in akuten Überdosierungssituationen Leben zu retten.
- Drogenkonsumierende sind im Rahmen neoliberaler Stadtpolitiken der Verdrängung aus Innenstädten ausgesetzt. Auf diese Weise werden öffentliche Räume ohnehin marginalisierten Gesellschaftsgruppen weiter verschlossen.

Als übergreifende Konsequenz der betrachteten Problembereiche ergibt sich die Forderung nach einer Überarbeitung des BtMG, die die Konsumierenden und ihr gesundheitliches wie gesellschaftliches Wohlergehen in den Mittelpunkt rückt sowie eine informierte Selbstbestimmung des Konsums ermöglicht.

Frankfurt am Main, 17. Mai 2015

Prävention,
Schadensminimierung und
Behandlung – sachlich und
menschenwürdig gestalten

1

1.1 | „Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention“ – ein hilfreicher Beitrag zur Qualitätssicherung aus Sicht der Praxis?

Hermann Schlömer

Zusammenfassung

Nach Darlegung der Vorgeschichte wird in diesem Beitrag das 2014 veröffentlichte „Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention“ zusammenfassend vorgestellt und aus Sicht der suchtpreventiven Praxis eine Stärken-Schwächen-Analyse dieses Memorandums vorgenommen. Abschließend werden Empfehlungen für die weitere Qualitätssicherung der Suchtprävention formuliert.

Zur Vorgeschichte

Dass Maßnahmen der Suchtprävention sich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und des Kosten-Nutzen-Verhältnisses zu legitimieren haben, erwarten öffentliche und private Auftraggebende und Förder_innen zunehmend. Aus dem Forschungsbereich ist zudem in den letzten Jahren verstärkt die Forderung zu hören, auch Suchtprävention müsse analog zur Medizin evidenzbasiert vorgehen und dürfe daher nur Maßnahmen durchführen, für die Erfolge mittels randomisierter Kontrollstudien (RCT's) nachgewiesen wurden. Diese, sich an dem medizinischen „Level of Evidence Model“ orientierende Forderung erhielt insbesondere Aufwind durch die Forschungsberichte von Babor et al. (2010) sowie Korczak (2012), in denen sie der verhaltensbezogenen Alkoholprävention fehlende Evidenzbasierung und Unwirksamkeit vorwarfen.

Auch wenn die Notwendigkeit einer stärkeren Evidenzorientierung der Suchtprävention unter Praktiker_innen mittlerweile weitgehend unbestritten ist, stellen sich viele Fachkräfte der Suchtprävention jedoch die Frage, ob das medizinische Evidenzmodell für die Weiterentwicklung der Effektivität sowie der Qualitätssicherung der zumeist pädagogisch ausgerichteten Suchtprävention tauglich ist. Unterstützt werden sie in dieser kritischen Haltung von praxisnahen Forscher_innen, die die Studien von Babor et al. sowie von Korczak wegen methodischer Mängel sowie derer pauschalen Schlussfolgerungen kritisieren und/oder eine einfache Übertragung des medizinischen Modells der Evidenzbasierung auf die Suchtprävention als falsch bewerten (Baumgärtner 2011; Bühler 2013; Bühler/Thrul 2013; Uhl 2008, 2013).

Insbesondere zur Klärung dieser kontrovers diskutierten Frage hatte das Bundesministerium für Gesundheit 2013 die Organisation und Durchführung einer fünftägigen, interdisziplinären Expert_innenklausur mit Wissenschaftler_innen und suchtpreventiven Praktiker_innen ausgeschrieben. Die Klausurergebnisse sollten in einem Memorandum veröffentlicht werden. Den Zuschlag erhielt das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule NRW. Die Klausur, an der 11 Wissenschaftler_innen und 2 Vertreter der Praxis teilnahmen, fand im Februar 2014 in Köln statt.

Das Memorandum

Das im Folgenden kurz vorgestellte und aus Sicht der Praxis diskutierte „Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen“ wurde bereits auf einigen Fachtagungen vorgestellt und erschien im Sommer 2014 in Form einer kleinen Broschüre. Es sei, so die Autor_innen, für die Evidenzbasierung der Suchtprävention ein Diskussionsanstoß und „erster Meilenstein, aber nicht das letzte Wort“ (Experten- u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“: 25).

Die Basis: Verständnis von evidenzbasierter Suchtprävention

Das Memorandum beginnt mit einer Analyse der Diskussion zur Evidenzbasierung der Suchtprävention. Zwei Schwachstellen werden beschrieben. Das medizinische Konzept der Evidenzbasierung sei ohne ausreichende Reflexion und verbunden mit überzogenen Erwartungen auf die Suchtprävention übertragen worden. Abgesehen davon würden in vielen Veröffentlichungen Evidenzbasierung und Evidenzgenerierung unzureichend unterschieden und infolgedessen generell die Erbringung von Wirkungsnachweisen für alle Maßnahmen der Suchtprävention gefordert. Das sei „weder semantisch korrekt noch inhaltlich sinnvoll“ (ebd.:7). Aus dieser Analyse wird dann folgende „Arbeitsdefinition der evidenzbasierten Suchtprävention“ als Grundlage für das Memorandum abgeleitet:

„Evidenzbasierte Suchtprävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen **Nutzung** der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Die **Generierung** neuen Wissens für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis“ (ebd.: 8).

Möglichkeiten und Grenzen der Evidenzbasierung für die Suchtprävention

Nachvollziehbar werden deutliche inhaltliche Unterschiede zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention (wie z. B. auf der Zielebene Heilung/Linderung versus Risikoreduktion und Schutzfaktorenstärkung) sowie methodische Unterschiede in der Evidenzgenerierung (wie z. B. leichte versus schwierige Rekrutierbarkeit von Kontrollgruppen) herausgearbeitet (ebd.: 9 -12). Darauf aufbauend werden neben der Klärung wichtiger ethischer Fragen sowie der Dokumentation des Vorgehens und der Erfahrungen drei Dimensionen für evidenzbasiertes Handeln in der Suchtprävention beschrieben:

- eine konzeptionell fundierte Begründung für Maßnahmen, die sich auch auf Kontextwissen stützt,
- eine Konzept- bzw. Maßnahmenrealisierung, die die Erreichbarkeit und Akzeptanz der Zielgruppen verfolgt sowie für die notwendige Qualifikation der für die Umsetzung der Maßnahmen verantwortlichen suchtpreventiven Fachkräfte und Multiplikator_innen sorgt,
- eine Bewertung und schlussfolgernde Bilanzierung der erwarteten und unerwarteten Maßnahmeneffekte vor allem durch Selbstevaluationen (ebd.:13 f.).

Für die Evidenzgenerierung sei von der Suchtpräventionsforschung zu beachten:

- die mit der Praxis zu klärende Relevanz und Machbarkeit von Forschungsvorhaben,
- Bewertung nicht nur von Konsum- und Verhaltenseffekten, sondern auch von Effekten auf empirisch begründete Risiko- und Schutzfaktoren für die Suchtentwicklung,
- die praktische Umsetzbarkeit von Konzepten und Methoden geplanter suchtpreventiver Interventionen,
- die Anwendbarkeit von Maßnahmen „außerhalb der (restriktiven) Bedingungen von Studiendurchführungen“
- und Nachhaltigkeit positiv evaluierter Projekte durch langfristigen Einsatz und Dissemination in der Praxis (ebd.: 14-18).

Das Memorandum beleuchtet auch Grenzen und Probleme für eine Evidenzbasierung und -generierung in der Suchtprävention. Folgende Hinweise haben eine besondere Relevanz für die suchtpreventive Praxis:

- Konkurrierende Einflüsse wie beispielsweise die omnipräsente Alkoholwerbung, die die Wirksamkeit einer Intervention beeinträchtigen und eine eigentlich erfolgreiche Maßnahme als unwirksam erscheinen lassen kann („Wirkfaktorenverdeckung“).
- Die Vorenthaltung einer potenziell wirksamen Maßnahme für eine Kontrollgruppe kann ethisch unverantwortlich sein.
- Minderwertige Evaluationen erbringen keine Effektnachweise und können eine Beendigung betroffener Maßnahmen verursachen, obwohl sich diese möglicherweise im Rahmen hochwertiger Studien als wirksam herausstellen könnten.

- Suchtpräventionsprojekte, die bislang nicht erforscht worden sind, werden vor-schnell und fälschlicherweise als wirkungslos abgewertet.
- Suchtpräventive Fachkräfte lehnen manualisierte Präventionsprogramme wegen befürchteter Einschränkungen ihrer Handlungsfreiheit ab. Das hemmt eine pro-grammtreue Umsetzung erfolgreicher Maßnahmen (ebd.: 19 – 22).

Handlungsempfehlungen

Für die Verbesserung der Evidenzbasierung in der Suchtprävention empfiehlt das Memorandum:

- *eine bessere Zusammenarbeit von Forschung und Praxis bei klarer Aufgabenteilung*
Das betrifft die Verständigung über Dimensionen, Inhalte, Vorgehen, Wertefragen und Aufgabenverteilung. Ein solcher fachlicher Austausch sollte in einem verbindlichen Rahmen (z. B. Qualitätszirkel) kontinuierlich stattfinden.
- *eine praxisnahe Forschung*
Das betrifft u.a. ein stärkeres Aufgreifen praxisrelevanter Fragestellungen und deren Untersuchungen unter Praxisbedingungen.
- *eine Optimierung der Suchtpräventionspraxis*
Das betrifft die Erhöhung sowohl der Akzeptanz für evidenzbasierte Suchtprävention als auch des Einsatzes evidenzbasierter Programme durch Aus- und Fortbildung der Fachkräfte, die verstärkte Nutzung tauglicher Instrumente zur Konzeptbegründung und -realisierung (z. B. ZOPP der BZgA) sowie zur Recherche von evidenzbasierten Maßnahmen (z. B. Projektdatenbanken und Bewertungsinstrumente wie EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) oder die Grüne Liste Prävention), die Entwicklung und Anwendung eines einheitlichen qualitativ hochwertigen Bewertungsinstrumentes, die verbesserte Vernetzung mit anderen Präventionsbereichen (z. B. Gewaltprävention) und die Absicherung einer langfristigen Finanzierung der Fachstellen.
- *eine Veränderung der Forschungsförderung*
Das betrifft realisierbare Anforderungen (bzgl. Stichproben, Zugänge, Laufzeit etc.) und die Ermöglichung von Pretests, Machbarkeits- bzw. Pilotstudien und Untersuchungen langfristiger Wirkungen bei Ausschreibungen und Projektförderungen sowie die regelhafte Finanzierung der Praxisaufwendungen im Rahmen von Forschungsprojekten zur Erhöhung der Akzeptanz von Forschungstätigkeiten in der Praxis (ebd.: 23 f.).

Das Memorandum aus Sicht der Praxis

Angesichts der völlig unzureichenden Beteiligung von Expert_innen aus der suchtpreventiven Praxis an der Klausur ist es, abgesehen von einigen Unzulänglichkeiten, eine sehr erfreuliche Überraschung, wie sehr das Memorandum kritische Positionen aus der Praxis zur Übertragung des medizinischen Level-of-Evidence-Modells auf die Suchtprävention übernimmt bzw. unterstützt.

Seine Stärken

Folgende Stärken des Memorandums sind hervorzuheben:

- die weitgehende Praxistauglichkeit der Definition von evidenzbasierter Suchtprävention durch Einbeziehung des Praxis- und Zielgruppenwissens als wichtige Evidenzquellen,
- die Zurückweisung der Anforderung, für die Evidenzbasierung der Suchtprävention müsse für jede suchtpreventive Maßnahme ein Wirkungsnachweis möglichst durch aufwändige RCTs vorliegen oder erbracht werden, als unrealistisch,
- das Plädoyer für Evaluationsdesigns, die neben Konsum- und Verhaltenseffekten auch Effekte auf Schutz- und Risikofaktoren prüfen sowie die Implementation und Dissemination erfolgreicher Projekte untersuchen und fördern,
- die Betonung wichtiger Rahmen- und Gelingensbedingungen für erfolgreiche Suchtprävention,
- die konkrete Benennung ökonomischer, ethischer und methodischer Grenzen für die Evidenzbasierung der Suchtprävention. Das gilt auch für die von Uhl übernommene Kritik an der wissenschaftlich unzulässigen Gleichsetzung „kein gut belegter Erfolgsnachweis“ = „nachgewiesene Unwirksamkeit“ (Uhl 2008: 178 f.).
- die Empfehlungen für eine Zusammenarbeit von Praxis und Forschung auf Augenhöhe sowie für die Entwicklung und den Einsatz eines hochwertigen Instruments zur Güteprüfung suchtpreventiver Programme und Projekte.

Seine Schwachstellen

Die im Folgenden skizzierten Defizite des Memorandums sind vermutlich zu einem großen Teil den Ausschreibungsvorgaben und der mangelnden Beteiligung von Praktiker_innen an der Erstellung geschuldet:

- a) Qualitätssicherung erfordert mehr als Evidenzbasierung. Der Schwerpunkt des Memorandums liegt doch etwas zu einseitig auf der Konzept- und Ergebnisqualität. Der Bedeutung von Struktur- und Prozessqualität für die Qualitätssicherung der Suchtprävention wird zu wenig Rechnung getragen. Dazu gehören nämlich auch systematische Bedarfserschließungen vor Eintritt in Maßnahmenplanungen, die Definition von präzisen Zielen, Controlling der Maßnahmenplanung und -durchführung. Auch folgende Gütekriterien und Gelingensbedingungen müssen erfüllt sein: eine hohe Motivation und angemessene Haltung der Durchführenden, eine vertrauensvolle Beziehung der pädagogischen Fachkräfte zu ihren Adressat_innen, die Glaubwürdigkeit von Botschaften und Botschafter_innen, die didaktische Qualität der Programme, Maßnahmenakzeptanz bei Adressat_innen und Durchführenden.
- b) Zusätzlich zu den im Memorandum geschilderten Grenzen und Problemen für die Evidenzbasierung der Suchtprävention sollten auch noch weitere Klippen bei der Planung und Bewertung von empirischen Forschungsvorhaben und -ergebnissen sowie bei Schlussfolgerungen aus Forschungsbefunden für die Praxis berücksichtigt werden:

- In nicht experimentellen offenen Systemen wie Schulen, der Jugendhilfe, etc. können auch im Rahmen von Kontrollgruppenstudien schwer kontrollierbare „Störvariablen“ auftreten und die Ergebnisse beeinflussen. Der vorherrschende Einsatz quantitativer Messmethoden wird der Vielzahl und komplexen Verknüpfung von Einflussfaktoren auf Einstellungen und Verhaltensweisen nicht immer gerecht und kann zu trügerischen Ergebnissen und Schlussfolgerungen führen (Baumgärtner 2011).
- Wenn sich Moden, Kulturen, Normen und Lifestyle-Präferenzen vor allem in der Jugendphase relativ schnell ändern, sich Lebensbedingungen oder z. B. schulische Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Suchtprävention wandeln, dann erweisen sich ältere Evaluationsbefunde als flüchtig und instabil.
- Die Grenzen des Messbaren in der Suchtprävention werden zuweilen als Grenzen des Machbaren definiert. Dadurch werden innovative Ansätze bereits im Entstehungsprozess `erstickt` (Baumgärtner 2011).

Die größte Schwäche des Memorandums besteht meiner Auffassung nach in einer latenten Überforderung der Suchtpräventionspraxis. Es stellt sich nämlich die Frage, wie dort vor allem die Sichtung und Nutzung des empirischen Wissens, seine systematische und angemessene Verknüpfung mit dem Wissen aus der Praxis, von Zielgruppen und über Kontexte bei Entwicklung bzw. Auswahl jeder Maßnahme und deren Durchführung im laufenden Arbeitsalltag eigentlich geleistet werden soll. Das betrifft auch die enge Zusammenarbeit mit der Suchtforschung in Qualitätszirkeln im Rahmen des Alltagsgeschäftes.

Empfehlungen für Praxis, Forschung und Politik

- a) Das Memorandum offensiver verbreiten, mit Praktiker_innen und Forscher_innen diskutieren und Verbesserungsanregungen für eine Überarbeitung sammeln und nutzen.
- b) Soweit wie möglich in der suchtpreventiven Praxis positiv und methodisch seriös evaluierte Maßnahmen oder solche einsetzen, die sich an den Qualitätsmerkmalen erfolgreicher Maßnahmen orientieren.
- c) Methodenkritisch Evaluationen planen und bewerten. „Schon evaluiert!“ oder „Wird evaluiert!“ ist allein noch kein Qualitätsmerkmal, wie es u. a. die Liste der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen nahelegt.
- d) Entwicklung und Erprobung eines einheitlichen, hochwertigen Bewertungssystems für suchtpreventive Programme/Projekte im Rahmen eines von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geförderten Qualitätszirkels unter Beteiligung anerkannter Expert_innen für Suchtprävention aus Praxis und Forschung,
- e) Aufbau und Leitung einer bundesweiten Agentur für Qualitätssicherung der Suchtprävention durch die BZgA, in der Forscher_innen und Praktiker_innen aktuelles Forschungswissen bündeln, für den Transfer dieses Wissens in die Praxis sorgen, laufende oder dazu eingereichte Projekte einer Qualitätsprüfung unterziehen und Empfehlungslisten für Projekte der Praxis zur Verfügung stellen.

Literatur

- Babor, T. et al. (2005): Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik, Göttingen.
- Baumgärtner, T. (2011): Qualität in der Suchtprävention (Thesenpapier zur Verteidigung der Evidenzorientierung gegen ihre Verächter und Verfechter), Hamburg.
- Bühler, A. (2013): Stellungnahme zum HTA-Bericht „Föderale Strukturen der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“ (Addendum 112a, zur Beurteilung der Wirksamkeit der Alkoholprävention in Deutschland), München.
- Bühler, A./ Thrul, J. (2013): Macht die Verhältnisprävention die Verhaltensprävention überflüssig? – Forschungsbefunde zum Nutzen der Alkoholprävention (Interview), in: Suchttherapie 3, 12-13.
- BZgA (Hrsg.) (2011): Planungs- und Dokumentationsbogen ZOPP, Köln.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.– DHS(Hrsg.) (2010): Evaluierete Programme der Suchtprävention in Deutschland, Hamm/Westf.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.– DHS (Hrsg.) (2014): Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft, Hamm/Westf.
- Experten- u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“ (2014): Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen, Köln.
- Hanewinkel, R./Morgenstern, M. (2013): Prävention in Deutschland: Was wir haben, was wir brauchen, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. – DHS (2013): Jahrbuch Sucht 2013, Geesthacht, 252-258.
- Hanewinkel, R./Morgenstern, M. (2013): Evidenzbasierung der Suchtprävention-Pro, Suchttherapie 14:3, 110-111.
- Korczak, D. (2013): Ist der Erfolg von Alkoholpräventionsmaßnahmen mess- und evaluierbar?, in: Suchttherapie 14:3, 114-118.
- Schlömer, H. (2012): Evidenzbasierte Suchtprävention – Aufforderungen und Notwendigkeiten, Reichweite und Grenzen, in: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualität in der Suchtprävention (Dokumentation der Fachtagung am 2. und 3. Mai 2011 in Dresden), Dresden, 12-19.
- Schlömer, H./Kalke, J. (2013): Bewertungs- und Klassifikationsinstrumente für die Suchtprävention: Aktueller Stand und zukünftige Herausforderungen, in: Suchttherapie 14: 3,121-127
- Uhl, A. (2007): Kriterien der Evaluation in der Suchtprävention, in: Prävention 4/2007, 120-125.
- Uhl, A. (2008): Suchtprävention zwischen Paternalismus und Emanzipation: Ethische Reflexionen, in: Suchttherapie 9: 4, 177-180.
- Uhl, A. (2013): Evidenzbasierung der Suchtprävention-Kontra, Suchttherapie 14: 3,112-113.

1.2 | Schadensreduktion bei Alkohol und anderen Drogen als Interventionsbereich systematisch entwickeln

Peter Degkwitz

Zusammenfassung

Zur Implementierung von schadensreduzierenden Maßnahmen fehlt in Deutschland eine systematische Übersicht. Es fehlt es an einer (kontinuierlichen) Bestandsaufnahme über die Reichweite und Effekte und damit der Qualität bestehender schadensreduzierender Interventionen. Das gilt insbesondere für die soziale und gesundheitliche Versorgung von Personen mit substanzbezogenen Störungen jenseits der Suchthilfe und -behandlung. Drogenpolitische Strategien bzw. Aktionspläne haben hier Lücken.

Eine wichtige Voraussetzung zur Verbesserung der Situation wird in einer Betrachtung von substanzbezogenen Interventionen unabhängig von der Zersplitterung des Hilfesystems gesehen. Vorbild könnte dabei das englische System der „Models of Care“ sein.

Ausgehend von diesem Modell werden die Interventionen zur Schadensreduktion als Ausgangspunkt ausgeführt. Anschließend werden für diese Interventionen jeweils die verschiedenen Settings der Versorgung über die Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe hinaus, wie Bereiche des Gesundheitswesens, der sozialen Dienste oder des Justizsystems benannt, in denen sie implementiert werden sollten. Die Trennung von Interventionen und Settings ermöglicht so die drogenpolitische Verständigung darüber, welche Interventionen (etwa Spritzenaustausch, Safer-Use-Informationen oder HCV-Prä-Post-Beratung) in welchen Settings für welche Zielgruppe angeboten werden sollen.

Abschließend werden Schritte zur Entwicklung eines entsprechenden Systems der gesundheits-/drogenpolitischen Steuerung bezogen auf die bundesdeutsche Situation erörtert.

Bedeutung der Thematik für den Suchtbericht

Die Thematik der Schadensreduktion bei Alkohol und Drogen wird im Folgenden für den alternativen Drogen- und Suchtbericht aufbereitet, weil sie drogenpolitisch sowie für die Verbesserung der Versorgung von exemplarischer Bedeutung ist. Hierbei geht es um die praktische Implementierung einer drogenpolitischen Konzeption, also darum, den Zugang und die Reichweite schadensreduzierender Interventionen für die Betroffenen zu erweitern.

Die breite Implementierung von schadensmindernden Maßnahmen stehen seit Anfang der 1990er Jahre für einen Paradigmenwechsel jenseits des Abstinenzgebots

und für eine entscheidende Verbesserung der Versorgung bezogen auf die Gruppe der Opiatabhängigen. Im Verlauf der 1990er Jahre wurden ärztliche Substitutionsbehandlung² und niedrigschwellige Angebote wie Spritzentausch, Kontaktläden bis hin zu Konsumräumen implementiert. Sie ergänzen sich und gehören zum Gesamtpaket der Schadensreduktion.

Aufgrund der Versäulung der Versorgung (medizinischer Sektor, kommunale Drogenhilfe, Rentenversicherung, Sozialhilfe) und entsprechend zersplitterter Zuständigkeiten für Implementierung und deren Kontrolle fehlt eine Planung bzw. Koordination der Suchtversorgung auf der Bundes-, Länder- oder regionalen/kommunalen Ebene (Böhl/Koch et al. 2010). Somit fehlt es an einer (kontinuierlichen) Bestandsaufnahme über die Reichweite und Effekte und damit der Qualität bestehender schadensreduzierender Maßnahmen entsprechend der Bedarfslagen der Zielgruppen.

Bei Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation ist aktuell vermutlich die Konzeption der Schadensreduzierung für illegale Drogen (insbesondere Opiate) besser umgesetzt als für Alkohol (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2014). Aber auch hinsichtlich der schadensreduzierenden Maßnahmen bei Opiaten bestehen offene Fragen: Konsumräume verbreiten sich nicht in den Städten mittlerer Größenordnung, Spritzentausch stagniert (bzw. ist rückgängig), die HCV-Prävention ist bislang nicht durchschlagend (Stöver et al. 2014). Die Gründe dafür dürften vielfältig sein – so könnte der Rückgang beim Spritzentausch mit der Verbreiterung des Zugangs über Apotheken zusammenhängen oder der Bedarf für Konsumräume außerhalb von Metropolen geringer sein. Hier fehlt die Basis für eine fachpolitische Diskussion und eine möglicherweise erforderliche Umsteuerung.

Die Schwierigkeiten zeigen sich auch bei der Übertragung der Konzeption der Schadensreduktion (und des erforderlichen niedrigschwelligen Zugangs) bei Störungen in Verbindung mit Alkohol (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012). Gesundheitspolitisch ist der frühe, niedrigschwellige Zugang zu wirksamen schadensreduzierenden Interventionen (wie der motivierenden Kurzintervention in verschiedenen sozialen und medizinischen Settings) gerade bei Alkohol von strategischer Bedeutung. Das ist seit Jahren bekannt, aber an dem unbefriedigenden Zustand ändert sich bislang praktisch zu wenig.

Die Gründe für die Situation sind vielfältig. Einer der Gründe, der hier herausgearbeitet wird, besteht darin, dass es bislang keine effektiven Hebel der Steuerung, der systematischen Implementierung evidenzbasierter, schadensreduzierender Interventionen sowie der Kontrolle der Umsetzung (Indikatoren für Qualität und Reichweite) gibt. Es bestehen hier zwar drogenpolitische Zielsetzungen bzw. Vorgaben (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012), für deren Realisierung jedoch hauptsächlich die Länder bzw. Kommunen zuständig sind.

Diese Problematik besteht besonders für den Bereich der Schadensreduktion – weniger für Bereiche wie Suchtberatung oder die Entwöhnungsbehandlung. Hier bestehen Ansätze wie länderspezifische Monitoringsysteme, die teilweise bundesweit integriert sind (Pfeiffer-Gerschel et al. 2014).³

² Alle Aspekte der Substitutionsbehandlung können hier nicht behandelt werden.

³ Übersichten sind auch in anderen Bereichen der Suchtbehandlung mangelhaft. Die beste Übersicht über die Substitution besteht aktuell durch das Substitutionsregister – aber auch sie ist für Steuerung unzureichend. Für die Entgiftungsbehandlung fehlen drogenpolitisch relevante Übersichten vollständig.

Erforderlich ist ergänzend ein (politisches) System zur Initiierung und Begleitung der Implementierung und der Bilanzierung/Qualitätsentwicklung für schadensreduzierende Maßnahmen. Die Entwicklung eines entsprechenden Routinesystems ist eine langfristige strukturelle Thematik, die daher im „Alternativen Drogen- und Suchtbericht“ kontinuierlich zu verfolgen ist.

Der Thematik wird im Folgenden exemplarisch für Interventionen zur Schadensreduktion ausgehend von der bestehenden Versorgungssituation substanzbezogener Störungen in Deutschland nachgegangen. Die Schwierigkeit besteht darin, dass wir in Deutschland daran gewöhnt sind, Interventionen im Rahmen der Säulen (kommunale Sucht- und Drogenhilfe, ambulante und stationäre Suchtbehandlung im Gesundheitssystem, Entwöhnungsbehandlung in der Rehabilitation oder Eingliederungshilfe nach dem SGB) zu betrachten. Dabei sind schadensreduzierende Interventionen bislang hauptsächlich eine Aufgabe der ambulanten Suchtkrankenhilfe (Türk/Kröger 2000). Die Alternative besteht darin, nicht die Säulen, sondern die substanzbezogenen Interventionen als Ausgangspunkt zu nehmen, die spezifisch in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems und der sozialen Dienste bis hin zu Haftanstalten umgesetzt werden.⁴

Die Überlegungen für ein System der „kontinuierlichen Qualitätsverbesserung“ der Suchtversorgung am Beispiel der Schadensreduktion gehen von den Versorgungsmodellen der Nationalen Behörde in England (National Treatment Agency for Substance Misuse, National Health Services) aus. Diese Behörde ist für die Standards sowie die Koordination der Behandlung substanzbezogener Störungen zuständig (National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS 2006). Bezogen auf die Umsetzung von Maßnahmen zur Schadensreduktion (Harm Reduction) gibt es ein System der Versorgungsplanung, der Steuerung und der Qualitätsbeurteilung (ebd.).

Substanzbezogene Interventionen zu Information und Schadensreduktion als Ausgangspunkt

Im Folgenden werden aus allen substanzbezogenen Interventionen⁵ nur diejenigen zu Information und Schadensreduktion aufgeführt. Es geht zunächst um die Interventionen und anschließend darum, wie sie in ein regionales Versorgungssystem (über die Suchthilfe hinaus) einzugliedern sind.

⁴ Historisch erklärt sich die aktuelle Situation daher, dass spezielle Einrichtungen erforderlich waren, um z. B. Spritzenaustausch zu realisieren.

⁵ Die Interventionen nach der englischen Nationalen Behörde sind: „Substance misuse related advice and information, Harm reduction interventions, Community prescribing interventions: GP prescribing and specialist prescribing, Structured day programmes, Structured psychosocial interventions, “Other structured treatment”, Inpatient drug treatment, Residential rehabilitation” (National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS 2006). Davon werden hier nur die ersten beiden Interventionen behandelt.

Substanzbezogener Ratschlag⁶ und Information

Substanzbezogene⁷ Beratung und Information sollen sich als Interventionen (u. a.) auf folgende Themen beziehen:

- Informationen zu verschiedenen Substanzen und ihren Effekten
- Tipps zum Stoppen bzw. zur Konsumreduktion von Substanzen
- Informationen zur Minderung von Schäden durch riskanten Substanzgebrauch (wie sicheres
- Injizieren, Minderung der Risiken von Überdosierungen)
- Informationen zu Hilfemöglichkeiten bei Problemen mit Substanzen
- Informationen zu Hilfemöglichkeiten für weitere Probleme (wie Schulden, Unterkunft, Sexualität)
- Informationen zu Suchtproblemen und Behandlung für Betreuer_innen der Klient_in,
- Partner_innen und Angehörige.

Für diese Interventionen werden Standards und vorrangige Zielgruppen sowie Settings für die Umsetzung (in und über die Suchthilfe und Suchtbehandlung hinaus) definiert:

- Die Informationen müssen für die potenziellen Empfänger_innen zugänglich und relevant sein (bezieht sich auf die geeignete Sprache, die einzubeziehenden Versorgungssegmente und mögliche Varianten für Zielgruppen, falls erforderlich).
- Ratschlag und Informationen sollten für alle Konsument_innen von Substanzen frei zugänglich und auf allen Ebenen des Suchtbehandlungssystems verfügbar sein.
- Die Träger_innen von Einrichtungen sollten sicherstellen, dass Beratung und Information in den verschiedenen Versorgungssegmenten (wie primärärztliche Versorgung, soziale Dienste) verfügbar sind.
- Die entsprechenden Interventionen sind in individuelle Behandlungspläne zu integrieren.
- Niedrigschwellige Einrichtungen, die Ratschlag und Information bereithalten, sollen verpflichtet werden, Trainings für Einrichtungen des allgemeinen Gesundheitswesens durchzuführen, um dort die Verfügbarkeit aktueller Informationen zu gewährleisten

(National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS 2006).

Interventionen zur Schadensreduktion

Politiken, Programme, Einrichtungen und Aktivitäten zur Schadensreduktion zielen auf die Minderung von gesundheitlichen, sozialen sowie wirtschaftlichen und mit Substanzgebrauch einhergehenden Schäden für Betroffene, Familien und die Gesellschaft (WHO - UNODC - UNAIDS 2009). Die meisten Interventionen zur Schadensredukti-

⁶ Ratschlag (advice) ist ein im Deutschen nicht üblicher Begriff. Es geht um Rat und Tipps, wie sie in verschiedenen Sektoren der Versorgung verfügbar sein sollten. Dies ist abgegrenzt von Beratung (counseling) als einer strukturierten psychosozialen Intervention, die in der Regel auf Verabredung beruht.

⁷ Hier geht es um Schadensreduktion beim Konsum psychotroper Substanzen. Glücksspiel und nicht-stoffliche Süchte (wie Computerspiele oder Internet) sind hier nicht Thema.

on richten sich dabei besonders auf die Prävention von durch Blut übertragbare virale Infektionen (insbesondere HIV- und Hepatitis-Infektionen) und andere drogenbezogene Schäden wie Überdosierungen und Drogentod.

Ein Ansatz der Schadensreduktion geht davon aus, dass das zentrale Ziel von substanzbezogenen Interventionen darin besteht, mit Substanzgebrauch verbundene erhöhte Risiken mit verschiedenen Maßnahmen zu mindern – durch Reduzierung von gemeinsamer Spritzenutzung, Förderung der Beendigung von intravenösem Konsum (iv-Konsum), Opiatsubstitution für Heroinabhängige und Unterstützung der Abstinenz von illegalen Substanzen.

Schadensreduzierende Intervention zur Reduzierung von durch Blut übertragbaren viralen Infektionen und von Überdosierungen sollen umfassen:

- Spritzentausch – Vorhalten und Verteilung von Nadeln und Spritzen und weiteren Utensilien für iv-Konsum (wie Löffel, Filter, Zitronensäure) in einer Vielfalt von Settings
- Ratschlag und Unterstützung von Safer-Use, Reduzierung der iv-Konsum-Frequenzen und von Vermeidung des Einstiegs anderer in iv-Konsum
- Ratschlag und Information zur Vermeidung von durch Blut übertragene virale Erkrankungen (insbesondere Hepatitis A, B und C sowie HIV) und weiteren Infektionen in Verbindung mit Drogengebrauch
- Verfügbarkeit von jeweils angemessenem Ratschlag, Information und Beratung bei Testung viraler Hepatitiden und HIV (vor und nach Testung)
- Zugang zur Testung von durch Blut übertragene Virusinfektionen
- Vorhalten von Hepatitis A- und B-Impfung (meist in Verbindung mit anderen Einrichtungen)
- Zugang zu Diagnostik und Behandlung für Hepatitis B-, C- und HIV-Infektion
- Ratschlag und Unterstützung zur Vermeidung von Überdosierungen und drogenbezogenen Todesfällen
- Risikoabklärung und Vermittlung zu anderen Behandlungseinrichtungen

Kurzinterventionen

Auch für diese Interventionen geht es um Standards und die jeweiligen Settings der Implementierung:

- Schadensreduzierende Interventionen wie Spritzentausch, Ratschlag und Information zu Safer-Use, etwa Reduzierung von iv-Konsum und Prävention von Überdosierungen, sollten in der Kommune ebenso verfügbar sein wie niedrigschwellige, frei zugängliche Einrichtungen für Risikogruppen.
- Ratschlag und Information zur Schadensminderung soll in geeigneter Weise auch für Betreuer_innen/Bezugspersonen von Drogenkonsument_innen verfügbar sein.
- Einrichtungen für Drogenbehandlung sollen mit Einrichtungen für Hepatitis C-Behandlung zusammenarbeiten, um eine angemessene Hepatitis C-Versorgung für Drogengebraucher_innen sicher zu stellen.
- Drogenhilfe und Suchtbehandlungseinrichtungen sollen zusätzlich Kooperationsvereinbarungen mit Einrichtungen des allgemeinen Gesundheitswesens entwickeln, damit Drogenkonsument_innen, die aufgrund von iv-Konsum das Risiko einer Hepatitis B-Infektion haben, Zugang zur Testung und Impfung bekommen.

- Impfprogramme sollen zugänglich sein für aktuelle iv-Konsument_innen, für Gefährdete hinsichtlich des Beginns von iv-Konsum sowie deren enge Kontaktpersonen mit möglichen Risiken (wie Sexualpartner_innen).
- Interventionen zur Schadensreduktion sollen in allen suchtspezifischen Hilfe- und Behandlungseinrichtungen verpflichtend (QS-Standards, Leistungsverträge) integriert sein, sodass diese Interventionen auf allen Ebenen in einem lokalen Behandlungsnetz verfügbar sind.
- Spriztentausch muss auf allen Ebenen der gesundheitlichen Versorgung auf der kommunalen Ebene möglich sein. Das umfasst Apotheken, medizinische Einrichtungen, aufsuchende Sozialarbeit, mobilen Spriztentausch, Unfallkrankenhäuser und Notfallaufnahmen.
- Schadensreduzierende Maßnahmen sollen auch in strukturierte Suchtbehandlungen entsprechend der Klient_innenbedarfe in Abstimmung mit den Klient_innen systematisch integriert werden.
- Alle ambulanten und stationären Suchtbehandlungseinrichtungen sollen als Teil ihrer Behandlungen spezielle Maßnahmen zur Schadensreduktion vorhalten, die auf die Reduktion von durch Blut übertragene Infektionserkrankungen und drogenbezogenen Todesfällen zielen.

(National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS 2006, WHO - UNODC - UNAIDS 2009)

Die Situation in Deutschland hinsichtlich der Implementierung schadens-reduzierender Interventionen

Der Informationsstand zur Implementierung der dargestellten schadensreduzierenden Interventionen ist unzureichend. Ein System von Indikatoren für die Qualität bzw. die Reichweite der Interventionen besteht in Deutschland nicht einmal in Ansätzen.

Zwar sind Übersichten zum Spriztentausch, dem Zugang zu sterilen Sprizbestecken für spezifische Zielgruppen teilweise regional (etwa für Großstädte) verfügbar. Aber die Aufmerksamkeit hat nachgelassen. Inwieweit ein Rückgang von Spriztentausch mit veränderten Bedarfen oder verbesserten zusätzlichen Zugängen zu tun hat, ist nicht geklärt.

Die Anzahl niedrigwelliger Einrichtungen als erster Anlaufpunkt und für verschiedene Hilfen in Deutschland ist bekannt (ca. 300). Inwieweit diese Einrichtungen von ihrer Reichweite für verschiedene Zielgruppen genügen bzw. flächendeckend sind, bleibt dagegen offen (Leune 2014; Pfeiffer-Gerschel et al. 2014; Steppan et al. 2014).

HCV-Testung, Pre-Post-Beratung, Vermittlung in Testung und Behandlung sind wichtige Interventionen und vielfach genannte gesundheitspolitische Zielsetzungen im Bereich der Prävention und Infektionsprophylaxe. Es fehlen aber Übersichten zu implementierten Interventionen und deren Reichweite, die Schwachstellenanalyse oder Beispiele erfolgreicher Ansätze und deren Verbreitung (Stöver et al. 2014).

Es gibt in Deutschland aktuell 24 Konsumräume in 15 Städten (Schäffer/Köthner 2014). Näherungsweise ist die Zahl von Konsumeinheiten bzw. die Zahl erreichter Drogengebraucher_innen bekannt (Köthner et al. 2011). Die Angemessenheit des

Angebots für Szenen ist unklar. Die Frage der Erweiterung entsprechender Angebote über die bisherigen Städte hinaus oder für weitere Zielgruppen zum Beispiel von Alkoholabhängigen ist bislang ein Randthema.

Die Liste dieser offenen Fragen zum Stand der Implementierung von Interventionen zur Schadenreduktion ließe sich fortsetzen.

Gleichzeitig sind die Interventionen und ihre Standards definiert und weitgehend bekannt – bei Kostenträgern und Versorgenden (Türk/Kröger 2000). Die entsprechenden Interventionen sind Teil von Vereinbarungen und Verträgen. Zusätzlich ist das drogenpolitische Erfordernis der breiten Implementierung Programm (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012). Aber mit den bestehenden drogenpolitischen Instrumenten sind die Versorgungslücken nicht zu schließen.

Noch problematischer wird es, wenn wir nicht nur die schadensreduzierenden Interventionen, sondern die Interventionen pro Setting betrachten. Dabei sind – gerade für das Vorhalten schadensreduzierender Interventionen – alle wichtigen Settings der sozialen und gesundheitlichen Dienste in den Blick zu nehmen. Solche Settings wären (außerhalb des spezialisierten Systems der Versorgung substanzbezogener Störungen wie Kontaktläden, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Entzugsstationen bis hin zu Entwöhnungseinrichtungen):

- die primär- und fachärztliche Versorgung
- soziale Dienste, Jugend- und Familienhilfe
- Arbeitsagenturen
- Einrichtungen der Eingliederungshilfe, sozialpsychiatrische Dienste
- Krankenhausabteilungen wie psychiatrische Kliniken, Unfall- und Notfallstationen, Chirurgische
- Abteilungen, Innere Medizin
- sowie Pflege, Selbsthilfe und e-health.

In jedem Bereich ginge es um die Verständigung über geeignete Interventionen, Zuständigkeiten, das Vorhalten ausgewählter Interventionen und um die Erreichung definierter Zielgruppen (und entsprechende Indikatoren für Qualität) als Grundlage für Strategien und Aktionspläne.

Dann könnten suchtpolitische Zielsetzungen in Settings präzisiert und adäquat umgesetzt werden, was angesichts der Unterversorgung in diesem gesundheitsökonomisch zentralen Bereich erforderlich ist.

Die Aufgabenstellung

Es geht darum, schrittweise die Basis für ein System der gesundheits-/drogenpolitischen Steuerung zu schaffen. Das ist besonders für den Bereich der Interventionen zur Schadensreduktion eine Herausforderung. Bei anderen Interventionen (wie Beratung, Entgiftung, Substitution, stationäre Entwöhnung) ist die Situation günstiger (Pfeiffer-Gerschel et al. 2014) – wenn auch nicht befriedigend.

Lösungen des genannten Problems sind unter der bestehenden Ausgangssituation nicht in einem “großen Wurf“, sondern nur langfristig zu erreichen. Dabei scheinen folgende Aspekte zentral:

▪ **Konzeptionelle Aspekte**

Standards für Interventionen liegen vor (Türk/Kröger 2000). Die aktuellen Schwierigkeiten in der Beschreibung von Leistungen liegen darin, dass die Interventionen häufig mit den Settings, in denen sie erbracht werden, vermengt bzw. auf Settings reduziert werden. Das gilt – bedingt durch die Entwicklung der Interventionen – besonders für Standards und Leitlinien zur Schadensreduktion.

Eine wichtige Klärung bestünde darin, wie international üblich (National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS 2006, WHO - UNODC - UNAIDS 2009), zunächst die schadenreduzierenden Interventionen für substanzbezogene Störungen zu definieren.

Entsprechende Standards und Leitlinien haben den Sinn, das Verständnis, die Zielgruppen, Settings für die Angebote und entsprechende Qualitätsstandards zu klären.

Interventionen sind danach bezogen auf Settings zu implementieren.

Ein Schritt in diese Richtung wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen bei den Vorschlägen zum „regionalen Behandlungsverbund“ gegangen. Dort sind „Hilfsegmente“ (z. B. Beratung) benannt, die in verschiedenen Settings des Verbundes angeboten werden (Böhl et al. 2010).

▪ **Versorgungsplanung im regionalen Rahmen**

Unter den bundesdeutschen Rahmenbedingungen ist es nicht möglich (und vermutlich auch nicht sinnvoll) ein System der Steuerung für die angemessene Implementierung schadenreduzierender Interventionen auf Bundesebene zu konzipieren. Die relevanten Einheiten dürften dafür die Länder oder Regionen sein.

Es geht um säulenübergreifende Verbundsysteme oder Netze, in denen die Versorgung von Personen mit substanzbezogenen Störungen angemessen geplant wird. Erst auf dieser Ebene können Ziele für die Versorgung zwischen den Beteiligten (Kostenträger, Versorger, Betroffene) nicht nur definiert, sondern auch umgesetzt (Kooperation und Koordination) und hinsichtlich der erreichten Qualität kontrolliert werden. Hierzu gibt es seit Jahren auf Länderebene bzw. in Regionen Bemühungen und konkrete Ansätze (Böhlet al. 2010), die systematisch zu befördern sind.

In einem solchen Rahmen können geeignete Systeme der Qualitätssicherung und -entwicklung zur Schadensreduktion implementiert werden, wie sie international vorgeschlagen werden (National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS 2006, WHO - UNODC - UNAIDS 2009).

▪ **Integration von Datengrundlagen**

Die aktuell verfügbaren Datengrundlagen zur Versorgung substanzbezogener Störungen beziehen sich hauptsächlich auf strukturierte Beratung im Bereich der ambulanten und stationären spezialisierten Suchtkrankenhilfe (Steppanet al. 2014). Daten aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung gibt es für strukturierte Interventionen (wie Entgiftung, Substitution) (Pfeiffer-Gerschelet al. 2014). Für Interventionen zur Schadensreduktion außerhalb der dafür spezialisierten Einrichtungen liegen keine Informationen vor.

Ein System der Qualitätssicherung erfordert dabei nicht unbedingt neue Daten, sondern eine partielle Integration von Daten der Suchthilfe (Deutsche Suchthilfestatistik – DSHS) mit Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie der Kassen-

ärztlichen Vereinigungen (KV). Hierzu bestehen mit §135a SGB V zur Qualitätssicherung Voraussetzungen, die bislang nicht genutzt sind.

Die Begleitung dieser Schritte sollte eine Rubrik zukünftiger Alternativer Sucht- und Drogenberichte sein.

Literatur

- Böhl, H./Koch, A./ Leune, J. / Redecker, T. (2010): Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund, Bestandsaufnahme und Perspektiven, Hamm.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2014): Jahrbuch Sucht 2014, Lengerich.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin.
- Köthner, U. /Langer, F. /Klee, J. (2011): Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraums. Deutsche AIDS-Hilfe, akzept.
- Leune, J. (2014): Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland, in: Jahrbuch Sucht 2014. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Lengerich, 181-202.
- National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS (2006): Improvement review: Assessment framework for substance misuse services, Healthcare Commission.
- National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS (2006): Models of care for treatment of adult drug misusers: Update 2006. Department of Health (England), London.
- Pfeiffer-Gerschel, T. /Jakob, L. / Stumpf, D. / Budde, A. / Rummel, C. (2014): Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklung und Trends Deutschland.
- Schäffer, D. / Köthner, U. (2014): Drogenkonsumräume retten Menschenleben, in: Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014, 94-96.
- Steppan, M. / Brand, H. / Künzel, J. / Pfeiffer-Gerschel, T. (2014): Jahresstatistik 2012 der professionellen Suchtkrankenhilfe, in: Jahrbuch Sucht 2014, Lengerich, 203-230.
- Stöver, H. / Schäffer, D. / Leicht, A. (2014): Hepatitis C und Drogengebrauch - über das Fehlen einer nationalen Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland, in: Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014, 57-59.
- Türk, D. / Kröger, C. (2000): Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe, München.
- WHO - UNODC - UNAIDS (2009): Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, Genf.

1.3 | Abstinenz als Risiko; Rückfall als Normalfall – Drogenpolitik ratlos, Drogenexpert_innen fassungslos

Heino Stöver

Eine solche Pressekonferenz zum „Rauschgiftlagebericht“ mit der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler und dem BKA-Präsidenten Holger Münch am 21. April 2015 muss man sich auch mal für Alkohol oder Tabak vorstellen! Das würde natürlich die Schädlichkeit der beiden „Volksdrogen“ mit sehr hoher Mortalität (zusammen über 100.000), Morbidität (das wäre eine sehr lange Aufzählung) und hohen sozial- und gesundheitspolitischen Kosten aufzeigen. Die Pressekonferenz zu den illegalen Drogen ist jedoch ein erneutes Beispiel für die selektive, aufmerksamkeitsheischende Drogenpolitik der Bundesregierung und konsekutiver medialer Berichterstattung. Ein Musterbeispiel dafür, wie von den großen Drogenproblemen abgelenkt wird, und aus-schnitthaft neue psychoaktive Substanzen (NPS) und Crystal Meth zu den Problem-drogen erklärt werden. Das sind sie zweifelsfrei, aber wo bleibt die Verhältnismäßigkeit in der Problemwahrnehmung?

Die Zahl der sogenannten Drogentoten steigt seit 2010 wieder an, die Haupttodesursache war die Überdosierung von Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen. Dies ist seit Jahren unverändert. Kein Wort jedoch über mögliche Präventionsmaßnahmen: Naloxon – als Antidot – kann Leben retten (siehe Beitrag von Dichtl und Dettmer in diesem Band) – was andere Länder in großem Stil einsetzen und in Laienhände geben (z. B. England), steht in Deutschland nicht einmal auf der drogenpolitischen Tagesordnung.

Wenn man die Überschrift und die Interviewpassagen liest, könnte man denken, dass NPS und Crystal Meth den überwältigenden Anteil an sogenannten Drogentoten stellen – weit gefehlt: es wird ein (sehr bedauernswerter) Anstieg von 5 auf insgesamt 25 Todesfälle berichtet.

Kein Wort auch darüber, warum in einzelnen Bundesländern die Zahl der sogenannten Drogentoten überproportional und stetig ansteigt (z. B. Bayern mit der zweithöchsten Zahl von Drogentoten der letzten 10 Jahre – 252, d.h. ein Viertel aller Drogentoten). Das hätte auch bedeutet, dass man in die Details der Versorgung Opiatabhängiger hätte gehen müssen – und das heißt in Bayern: keine Drogenkonsumräume, schlechte Ausstattung mit Substitutionsbehandlungen. Natürlich haben diese Mängel der Drogenhilfeinfrastruktur massive Auswirkungen auf die Mortalität der Opiatkonsument_innen.

Leider erfolgt auch kein In-den-Zusammenhang-Stellen von polizeilich registrierten „Rauschgiftdelikten“ (276.734 – auf dem Niveau von 2005) und gesundheitlich-sozialen Folgewirkungen für die Konsument_innen. Auch wird die physische und psy-

chosoziale Lage der Drogenkonsument_innen unter diesem Kriminalisierungsdruck nicht beachtet. Ca. 75% aller dieser polizeilich registrierten Rauschgiftdelikte sind „Konsumentendelikte“, d.h. mehr als 200.000 der polizeilich ermittelten Fälle betreffen Konsument_innen, die aufgrund ihrer Eigenbedarfsdeckung polizeilich aufgefallen sind. Und das zieht polizeiliche Ermittlungen, Auffälligwerden, Ausgrenzung, Stigmatisierung, und – im härtesten Falle und bei Mehrfachtäter_innen – auch Inhaftierung nach sich.

Mindestens 15% aller Gefangenen in Deutschland (d. h. ca. 9.000 Menschen) sind inhaftiert aufgrund von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz. Abgesehen davon, dass das Gefängnis nicht gerade eine „Besserungsanstalt“ ist, sondern die Lebensprobleme von Menschen häufig verschlechtert, wird mit der Haft die Hoffnung oder sollte man besser sagen der Glauben auf eine sich plötzlich einstellende Abstinenz verknüpft. Das ist ein Irrglaube, denn der allergrößte Teil der Opiatabhängigen wird nach Haftentlassung rückfällig oder konsumiert schon während der Haft: Die jüngste DRUCK-Studie des Robert-Koch-Institutes hat in einer umfassenden Studie festgestellt, dass 30% der jemals inhaftierten Drogenkonsument_innen auch in Haft injiziert und 11% der jemals Inhaftierten in Haft mit ihrem intravenösen Drogenkonsum begonnen haben. Auch in Haft ist also Drogenkonsum wie im Übrigen auch assoziierte Begleiterkrankungen (Hepatitis B und C, HIV) verbreitet.

Zu den bekannten Risiken für drogenassoziierte Todesfälle gehören Wiedereinstiege in den Konsum nach Abstinenzperioden und Phasen unregelmäßigen Konsums. Ein typischer Risikozeitraum ist die Zeit nach Entlassung aus der Haft. Laut internationaler Literatur ist das relative Risiko, an einer Überdosis zu versterben, vor allem in den ersten 14 Tagen in Freiheit erhöht – je nach Studie um das 30- bis 120-fache im Vergleich zu den Todesraten in der Allgemeinbevölkerung, aber auch verglichen mit späteren Konsumzeiträumen (das relative Risiko in den ersten zwei Wochen wird meist als etwa vier- bis siebenfach erhöht beschrieben; die WHO schätzt, dass etwa 20% aller sogenannten Drogentoten unmittelbar nach Rückfall aus „erzwungener Abstinenz“ versterben).

In Deutschland fehlen dazu Daten aus den letzten Jahren. Das bayerische Landeskriminalamt ermittelte, dass 33 der 246 im Jahr 2008 registrierten Drogentodesfälle Personen betrafen, die maximal zwei Monate vor dem Versterben aus der Haft entlassen worden waren (13%). Besonders wichtig als Drogennotfallprophylaxe wäre deshalb die Fortführung einer Substitutionsbehandlung oder die Eindosierung etwa sechs Monate vor der Entlassung.

Hier will die Bundesdrogenbeauftragte die Bedingungen der Substitutionsbehandlung für Ärzte verbessern: „Denn eine gelungene Substitution ist der beste Schutz vor einem Drogentod bei einer Opiatabhängigkeit“ (M. Mortler, 21.4.2015).⁸ Sie wird sich an dieser Aussage im nächstjährigen Alternativen Drogen- und Suchtbericht messen lassen müssen. Was sind die Strategien für die Umsetzung dieses Wunsches? Fachleute appellieren seit Jahren an die Politik, die Substitutionsbehandlung an der Schnittstelle Haft-Freiheit zu verbessern.

Ein übergeordnetes Problem stellt die grundsätzliche Abstinenzorientierung dar: Jahrzehntlang wurde Abstinenz als Nonplusultra-Ziel gehypt – ein schönes Ziel, wenn es von den Konsument_innen gewollt wird. Aber in Deutschland wie auch anderen Teilen Europas ist Abstinenz ein Zwangskorsett, in das man Drogenabhängige

schnürt; es wird als alternativlos angesehen. Und doch birgt Abstinenz auch erhebliche Risiken: Wenn Rückfälle in den erneuten Konsum führen, dann kommt es oftmals aufgrund eines Toleranzbruchs zu tödlichen Überdosierungen. Die PREMOS-Studie hat vor kurzem gezeigt, dass in einer Stichprobe, die über 6 Jahre hinweg katamnestisch untersucht wurde, nur 4% eine Abstinenz erreichen. Ist das Ziel demnach realistisch oder ist es im Würgegriff unrealistischer und lebensweltfremder Drogenverwaltung gefangen?

Die Ergebnisse der PREMOS-Studie zeigen außerdem, dass mehr als ein Drittel aller Patient_innen weniger als die minimal empfohlene Erhaltungsdosierung erhalten. Ob dies u. a. auf die in Deutschland (im europäischen Vergleich) geringen Verschreibungshöchstmengen zurückzuführen ist, ist unklar.

Die aktuell therapeutisch eingesetzten Tagesdosen für Levomethadon und D-L-Methadon liegen zwischen 30-80mg (Levomethadon) bzw. 60 - 160mg (Methadon).

Mit einer Erhöhung der Verschreibungshöchstmengen könnten zweierlei Effekte generiert werden:

1. Mediziner_innen, die die aktuellen Verschreibungshöchstmengen unterschreiten, obwohl sie therapeutisch angezeigt sind, erhalten mehr Spielräume.
2. Jenen Ärztinnen und Ärzten, die aktuell eine höhere Dosierung wählen und die Verschreibungshöchstmengen überschreiten, würde ebenso mehr Spielraum ermöglicht (ohne erhöhten Aufwand der Dokumentation, Rezeptierung und Argumentation). Insgesamt könnte die Anhebung der Höchstmengen dazu führen, dass Ärzt_innen ein breiteres therapeutisches Verschreibungsspektrum erhalten.

Auch in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung wird eine Klarstellung dringend benötigt! Die Praxis zeigt, dass die Substitutionsbehandlung durch einen Arzt bzw. eine Ärztin zwingend an eine psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- oder Betreuungsmaßnahme geknüpft wird. Aufgrund der Tatsache, dass diese Maßnahmen nicht immer sichergestellt werden können, führt dies dazu, dass auch die medizinisch indizierte Substitutionsbehandlung durch den Arzt bzw. die Ärztin nicht begonnen wird. Andererseits werden Patient_innen über Jahre und Jahrzehnte in solchen Maßnahmen gehalten, nur um die Substitution durch den Arzt oder die Ärztin fortführen zu können. Dafür gibt es keine wissenschaftliche Evidenz. Auch gibt es keine Erkenntnisse darüber, wann in der Substitutionsbehandlung genau vermehrt oder überhaupt diese Maßnahmen indiziert sind oder vermehrt in Anspruch genommen werden. Mit der Hinzufügung des Wortes „gegebenenfalls (ggf.)“ wird verdeutlicht, dass medizinische und psychosoziale Maßnahmen nicht zwingend dauerhaft miteinander zu verknüpfen sind (siehe auch Bundesärztekammer-Richtlinien).

Es braucht also mehr Initiative, um den Herausforderungen von Mortalität und Morbidität unter Drogenkonsument_innen zu begegnen. Fest steht: es stehen mehr Mittel zur Verfügung, als gegenwärtig eingesetzt werden.

Die Problematik macht auch deutlich, dass ein integrativer, legale und illegale Drogen zusammen nennender Diskurs sachdienlicher wäre.

⁸ Vgl. hierzu <http://www.drogenbeauftragte.de/index.php?id=23998> (letzter Zugriff: 22.04.2015).