

Suchthilfesysteme im Vergleich

Autor(en): **Bartsch, Gabriele / Baumberger, Petra / Schroers, Artur**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **43 (2017)**

Heft 2-3

PDF erstellt am: **30.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800150>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Suchthilfesysteme im Vergleich

Grundlage der Suchtpolitiken in Deutschland, Österreich und der Schweiz ist eine Vier-Säulen-Politik. Aufgrund historischer Entwicklungen, struktureller, finanzieller und politischer Gegebenheiten bestehen aber Unterschiede. Diese betreffen z. B. die Einbindung der Schadensminderung und der Selbsthilfe, die Organisation und Stellung von Suchtfachverbänden, die Durchlässigkeit und Kooperation der verschiedenen Suchthilfebereiche untereinander und mit angrenzenden Bereichen oder die politische Bedeutung der Suchtproblematik. Herausforderungen für alle drei Länder sind die Versorgung von Konsumierenden bzw. Suchtbetroffenen im Justizvollzug, fehlende Angebote für ältere Abhängige oder die Cannabisregulierung, wo eine länderübergreifende Kooperation wertvoll wäre.

Gespräch mit Gabriele Bartsch (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V./DHS, Hamm), Petra Baumberger (Fachverband Sucht, Zürich) und Artur Schroers (von 2007 bis Ende 2016 in der Sucht- und Drogenarbeit in Wien beschäftigt). Die Fragen für das SuchtMagazin stellten Franziska Eckmann (Infodrog, Bern) und Marcel Krebs (SuchtMagazin). Das Gespräch wurde über Skype geführt. Zur Vorbereitung hatten alle Anwesenden die drei in diesem Heft abgedruckten Artikel zu den jeweiligen nationalen Suchthilfesystemen zur Verfügung.

Schlagwörter:
Suchtpolitik | Suchthilfe | Selbsthilfe | Deutschland | Österreich | Schweiz |

Ziele der Suchtpolitik

SuchtMagazin: Beginnen wir mit einer allgemeinen Frage zu den Zielen der Suchtpolitik. In Österreich gibt es die Suchtpräventionsstrategie, in der Schweiz die Strategie Sucht und für Deutschland kann das Cannabispapier der DHS beigezogen werden, in dem auch die Ziele der Suchtpolitik erwähnt sind. Ein Unterschied fällt auf: In Österreich und der Schweiz liegt der Fokus auf der Verminderung von Suchterkrankungen und der Reduktion von gesundheitlichen Schäden durch Suchtmittelkonsum. In den Cannabis-Empfehlungen der DHS wird stärker auf die Reduktion des Konsums und einen möglichst späten Einstieg fokussiert. Haben wir da eine unterschiedliche Ausrichtung der verschiedenen Politiken?

Bartsch: Das offizielle Ziel der Bundesregierung ist natürlich die Reduzierung des Suchtmittelkonsums und der damit verbundenen gesundheitlichen und sozialen Schäden. Dabei stützt sie sich wie die anderen Länder auf die vier Säulen Prävention, Schadensminimierung, Beratung und Behandlung sowie Angebotsreduktion. Wenn man sich aber die Strategie im Einzelnen anschaut, dann geht es im Diskurs mehrheitlich um Prävention, während in der Umsetzung stark auf Repression gesetzt wird. Behandlung und Schadensminimierung tauchen in der offiziellen Suchtpolitik im Prinzip wenig auf, weil der Bund in dem Bereich

auch keine Kompetenz hat. Im Cannabispapier wurde nochmals aufgezählt, was der allgemeine Konsens ist: Vermeidung des Konsums, ein später Einstieg, möglichst geringer Konsum, kein riskanter Konsum. Alles, was die im Suchtbereich Tätigen verbindet, wurde da nochmals auf den Punkt gebracht.

SuchtMagazin: Wenn Sie von Konsens reden: zwischen wem genau?

Bartsch: Zwischen der Mehrheit der in der Suchthilfe Tätigen. Es gibt natürlich noch andere Positionen, z. B. die der akzeptierenden Drogenverbände, wo zum Teil der Suchtmittelkonsum oder die Drogenabhängigkeit nicht als Krankheit gesehen werden, sondern als frei gewählter Lebensstil. Sie haben dann natürlich auch nicht die Position, dass der Konsum unbedingt verhindert werden muss, sondern es geht in erster Linie um die Selbstbestimmung. In der Suchtselbsthilfe wiederum steht traditionell die Abstinenz im Mittelpunkt. Aber auch hier gibt es zarte Entwicklungen, die eher die Lebensqualität in den Vordergrund rücken.

SuchtMagazin: Wie würden Sie dies für Österreich und die Schweiz einschätzen? Gibt es da einen Unterschied?

Baumberger: Ich denke nicht unbedingt. Die neue Strategie Sucht, die wir in der Schweiz haben, geht von der Maxime aus, dass die gesunde Wahl die einfache Wahl sein muss. Da spielen natürlich die Reduktion des Konsums oder die Verzögerung des Konsumeinstiegs auch eine wichtige Rolle. Dass der Fokus im Moment auf der Verhinderung oder Minderung von Erkrankungen, d. h. auf der Schadensminderung liegt, kommt wohl eher daher, dass diesem Bereich bisher kein grosses Gewicht gegeben wurde, d. h., dass er strategisch noch kaum verankert war. Das hat sich mit der Strategie Sucht geändert.

Schroers: Die Suchtstrategie in Österreich wurde in einem Delphiprozess unter Einbeziehung eines breiten ExpertInnenfeldes vorbereitet, darunter VertreterInnen der Krankenkassen, der Länder oder der Prävention im Glücksspielbereich, die eine Art Konsens finden mussten. Daraus ist ein Papier entstanden, das den etwas irreführenden Titel «Suchtpräventionsstrategie» trägt, denn es geht eigentlich eher um eine Haltung in der ge-



samten Suchthilfe. Auch die Einbindung von Harm-Reduction-Ansätzen in der Suchthilfe wird hier hervorgehoben. Harm-Reduction wird nicht als eigenes Handlungsfeld definiert, wie das eher in der drogenpolitischen Strategie in Deutschland der Fall ist. Schadensminderung fällt unter den Bereich Suchthilfe, gilt aber auch als Grundgedanke in allen strategischen Bereichen.

Professionelle Suchthilfe und Selbsthilfe

SuchtMagazin: Sie haben alle in Ihren Artikeln das Verhältnis der Selbsthilfe zur Suchthilfe beschrieben. Wie steht es damit und welchen Platz nimmt diese Zusammenarbeit in den einzelnen Strategien ein?

Bartsch: In Deutschland spielt die Suchtselbsthilfe traditionell und auch aktuell eine wichtige Rolle. Verschiedene Projekte wurden vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert, um die Kooperation zwischen der professionellen Suchthilfe und der Suchtselbsthilfe zu verbessern. In einem ersten Schritt wurde analysiert, woran es liegt, dass beide Seiten Vorbehalte gegeneinander haben, und wie die Kooperation verbessert werden kann. Ein Manual und verschiedene Broschüren wurden erstellt. Das ist sehr gut angekommen und wird auch von den Selbsthilfeverbänden sehr intensiv weiterverfolgt. Es müssen ja nicht alle Menschen, die abhängig sind, notwendigerweise eine medizinische Behandlung in Anspruch nehmen. Es gibt viele, die das ganz alleine oder mit Unterstützung einer Selbsthilfegruppe schaffen. Es wird versucht, das noch besser zu gestalten, damit diejenigen, die in die Suchthilfe kommen, nicht wieder verloren gehen, wenn sie keine Behandlung wünschen, sondern dass sie mit der Selbsthilfe in Kontakt treten können. Das klappt ganz gut, oder immer besser.

Schroers: In Österreich gibt es verschiedene Selbsthilfeorganisationen und -gruppen, wobei die Kooperation mit professionellen Stellen teilweise nicht so gut funktioniert. Die Selbsthilfe ist auch nicht so verankert, wie das in dem Beitrag von Frau Bartsch für Deutschland dargestellt wird. Es wird als Manko gesehen, dass Organisationen von Betroffenen bzw. KonsumentInnen in politischen Entscheidungsprozessen kaum einbezogen sind. Es gibt aber teilweise auch eine institutionelle Förderung von Selbsthilfegruppen im Suchtbereich, wie z.B. durch die Wiener Gesundheitsförderung WIG. Auf der Vernetzungsebene oder bei politischen Entscheidungen ist die Selbsthilfe jedoch kaum einbezogen.

Baumberger: Ich erfahre die Situation in der Schweiz als eher vergleichbar mit Österreich. Die Selbsthilfeorganisationen spielen eine sehr wichtige Rolle in der Suchtbehandlung, d.h. ein ganz grosser Teil der abhängigen Menschen, vor allem alkoholabhängige Menschen, finden nie den Weg in eine professionelle Suchtberatung. Sie holen sich irgendwo anders und in anderer Form Hilfe. Sehr oft ist das in der Selbsthilfe. Auch in der Schweiz ist versucht worden, die Zusammenarbeit zwischen professioneller Suchthilfe und Selbsthilfe zu fördern, was aber noch nicht wirklich gelungen ist. Die Vorbehalte sind immer noch da. Wobei: Wann immer wir auf Selbsthilfeorganisationen zugehen und sie zu einer Zusammenarbeit einladen, sind sie bereit und offen. Trotzdem verlaufen alle Versuche, diese Kooperation zu verbessern, früher oder später im Sand. Das liegt möglicherweise daran, dass von Seiten der professionellen Suchtarbeit Vorbehalte gegenüber der Selbsthilfe da sind. Aber auch daran, dass die Selbsthilfe oft zu wenig Ressourcen hat, um selber aktiv zu werden. So ist sie zwar sehr wichtig, aber nicht sichtbar. Das Schattendasein führt dazu, dass sie z.B. nicht in politische Prozesse einbezogen wird. Die Selbsthilfe tritt überhaupt wenig öffentlich in Erscheinung, zum Teil will

sie das auch nicht, was wir natürlich respektieren.

Bartsch: In Deutschland wird die Selbsthilfe als PatientInnenvertretung überall sehr stark eingebunden. Sie ist eigentlich in allen Gremien, die das Bundesministerium für Gesundheit einrichtet, wie die Facharbeitsgruppen oder der Drogen- und Suchtrat, immer mit eingeladen. Ich teile aber die Aussage von Frau Baumberger insofern, als dass diese Zusammenarbeit vor allem auf höherer Ebene - auf der Funktionärebene - gut gelingt. Auf der Ebene der Selbsthilfegruppen müssen die Verbände selber noch viel Unterstützungsarbeit leisten, weil dort immer noch der Alltag, die Krankheit und der Umgang mit der Sucht im Vordergrund stehen und nicht das Politische oder die Kooperation. Letztere wird aber auf der Ebene der Vertretung der Verbände gefördert. Ausserdem sind wir in Deutschland in der guten Situation, dass die Renten- und die Krankenversicherungen die Suchtselbsthilfe unterstützen, institutionell und bei Projekten.

Baumberger: Ich glaube, darin liegt auch ein entscheidender Unterschied zu den Schweizer Verbänden der Selbsthilfe: Diese haben oft das Credo, dass sie sich politisch nicht engagieren. Es gibt z.B. Organisationen, die gerne bei uns Mitglied sein möchten, das aber nicht können, weil wir ein politisch ausgerichtetes Verband sind. Viele nehmen bewusst auch kein Geld von Dritten an, weil sie ihre Unabhängigkeit bewahren wollen. Das macht eine Zusammenarbeit mit ihnen schwierig, weil sie auch nur sehr beschränkt die Kapazität haben, über ihre freiwillige Arbeit hinaus aktiv zu werden.

Bartsch: Das Problem gibt es bei uns v.a. bei den Anonymen Alkoholikern, die verbandlich unabhängig bleiben wollen und auch kein Geld annehmen, auch von den Krankenversicherungen nicht.

Organisation in Verbänden

Schroers: Was in Österreich vor allem fehlt, sind starke Fachverbände. Es gibt kleinere Fachgruppen, die sich treffen, aber Verbände als Interessenvertretung der Suchthilfe, wie in Deutschland allgemein der Paritätische Wohlfahrtsverband für «freie Träger» oder die Fachverbände (DHS, akzept e.V., Fachverband Drogen und Rauschmittel/FDR e.V. etc.), die sich auch politisch zu Wort melden, fehlen. Es sind in Österreich die Länder, die stark mitbestimmen, der Bund oder aber die Sozialversicherungen. Die Träger-Einrichtungen stehen also allgemein ziemlich alleine da, da sie im direkten Verhältnis zum Fördergeber stehen, ohne Verbände, die an dieser Stelle einen gewissen Puffer zu den Fördergebern darstellen und als Lobbyvertreter fungieren könnten.

SuchtMagazin: Das heisst, dass in Österreich Verbände nicht nur auf Ebene der Selbsthilfe, sondern auch bei der professionellen Suchthilfe fehlen? Das zeigte sich schon bei der Planung dieses Gesprächs, wo es uns schwerfiel, eine Ansprechperson oder Organisation zu finden, die quasi für Österreich sprechen konnte, so wie das z.B. der Fachverband Sucht in der Schweiz kann.

Schroers: In Österreich gibt es bspw. die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, die mit LandesfachstellenleiterInnen besetzt ist, die sich in einem Verein organisiert haben. Das ist natürlich etwas anderes als ein Verband mit Vertretungen diverser Träger. Auch sind in dem Verein neben NGOs auch wieder Regierungsorganisationen der Länder vertreten, wo die Ebenen diffundieren. Die Gewichte sind hier also anders verteilt, es gibt wenige Fachorganisationen, die in aktuellen Diskussionen Gehör finden.

SuchtMagazin: Es gibt ja auch in Deutschland einen Fachverband Sucht. Wie ist der ausgerichtet?

Bartsch: Dem Schweizer Fachverband Sucht entspricht in Deutschland am ehesten die DHS, die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Der deutsche Fachverband Sucht ist eine Vertretung der stationären Suchthilfe, namentlich der privaten Rehabilitationskliniken.

SuchtMagazin: ...und die DHS ist ein Zusammenschluss von Suchtfachleuten und der Selbsthilfe, die traditionell stark vertreten ist?

Bartsch: In der DHS gibt es verschiedene Kriterien um Mitglied zu sein. Ausser den Gründungsverbänden muss eine Organisation bundesweit tätig sein, d. h. mindestens in sechs Bundesländern, und es braucht eine Bundesvertretung. So kann z. B. ein grosser Träger, der in Berlin viele Einrichtungen hat und dazu vielleicht noch eine in Brandenburg, bei uns nicht Mitglied sein. Bundesweit tätig und bei uns Mitglied sind z. B. von der Caritas die Caritas-Suchthilfe oder von der Diakonie der Gesamtverband für Suchthilfe. Mitglied sind aber auch die grossen Selbsthilfe-Organisationen, ausser den Anonymen Alkoholikern, mit denen wir aber auch kooperieren und uns auf einem anderen Level austauschen. Dann sind auch viele Fachverbände Mitglied sowie eine öffentlich-rechtliche Organisation. Als Gäste haben wir dazu im Vorstand eine Vertretung der Landesstelle für Suchtfragen und der Städte und Gemeinden, die auch wichtige Partner in vieler Hinsicht sind.

Dualitäten und Durchlässigkeit der Bereiche

SuchtMagazin: Im Artikel von Petra Baumberger für die Schweiz sind verschiedene Dualitäten beschrieben, darunter die Devise «ambulant vor stationär». Die beiden Angebotsbereiche werden dabei oft in einem Konkurrenzverhältnis gesehen, statt dass das kooperative Moment hervorgehoben wird. Ist in Deutschland und Österreich «ambulant vor stationär» ebenfalls ein Leitsatz?

Schroers: Ich beziehe mich jetzt auf Wien, wo das Thema in den letzten Jahren neu aufgegriffen wurde. Dies gerade im Alkoholbereich, wo es grosse Versorgungsdefizite für Alkohol-erkrankte gab, sodass man versuchte, vermehrt spezialisierte ambulante Hilfen anzubieten. Bei den illegalen psychoaktiven Substanzen sind in Österreich die stationären Einrichtungen sehr getrennt von den ambulanten. Ich sehe da aber nicht unbedingt einen Widerspruch oder ein problematisches Verhältnis. Es sind einfach ganz anders platzierte Angebote, wobei man mittlerweile die ambulante Versorgung als immer relevanter ansieht.

Bartsch: In Deutschland ist es so, dass der allergrösste Teil der Suchtbetroffenen in der ambulanten Betreuung ist. Betreuung heisst hier aber nicht unbedingt Behandlung. Es gibt eine ganz klare Trennung: Betreuung und Begleitung geschehen in der Suchtberatungsstelle. Wenn man von Behandlung spricht, gibt es ambulante und stationäre Rehabilitation. Und da gilt im Prinzip wie überall der Grundsatz «ambulant vor stationär». Das wird aber in der Suchthilfe nicht immer erfüllt, obwohl Katamnesestudien auch in Deutschland belegen, dass ambulante Behandlung sehr wirkungsvoll ist. Trotzdem gibt es z. T. Schwierigkeiten, da die ambulanten Einrichtungen finanziell nicht sehr gut ausgestattet und die Vergütungssätze geringer sind. Sie haben z. T. Schwierigkeiten, genügend PatientInnen für eine Gruppenbehandlung zusammenzubekommen, da sie nicht mehr wie früher die ambulante zu behandelnden mit Personen aus der Nachsorge in einer Gruppe zusammenfassen dürfen. Das macht im Moment die ambulante Behandlung nicht sehr

attraktiv. Wir sind da an einem Scheidepunkt und müssen schauen, ob sich die Angebote halten können, was eigentlich von allen Seiten befürwortet wird, sowohl von den Kostenträgern als auch von den Einrichtungen.

SuchtMagazin: Das ist gerade auch im Hinblick auf die Entwicklung einer integrierten Versorgung interessant. Wie weit sind Sie in Ihren Ländern in Bezug auf die Durchlässigkeit und Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche?

Baumberger: Das ist ein grosses Thema in der Schweiz, wo wir uns mit Kooperationen und Durchlässigkeit sehr schwer tun. Das gilt für die Zusammenarbeit der professionellen Suchthilfe mit der Selbsthilfe, zieht sich aber darüber hinaus durch das ganze Suchthilfesystem. Deshalb wird die Maxime «ambulant vor stationär» an der Basis oft fehlinterpretiert, als Konkurrenz zwischen verschiedenartigen Einrichtungen. Die Durchlässigkeit ist ein schwieriges Thema, schon innerhalb der Suchthilfe ist es schwierig, eine nahtlose Behandlung eines Patienten über verschiedene Institutionen zu gewährleisten. Ein Beispiel: Wenn jemand aus einer ambulanten Behandlung in ein stationäres Setting wechselt, findet oft kein Rücklauf mehr in die ambulante Behandlung statt. Dort wissen sie nicht, was mit dem Patienten passiert; irgendwann steht der dann vielleicht wieder bei ihnen vor der Tür, und was dazwischen war, ist ein dunkler Fleck. Aber es ist nicht nur innerhalb des Suchthilfesystems schwierig, diese Durchlässigkeit zu erlangen, sondern auch in angrenzende Systeme hinein. Z. B. gestaltet sich die Zusammenarbeit mit HausärztInnen schwierig. Mit der neuen Strategie Sucht des Bundesamtes für Gesundheit wird zwar dieses Problem aktiv angegangen, wobei es sich aber fragt, ob das wirklich top down gefördert werden kann, oder ob es nicht etwas ist, was sich an der Basis selber entwickeln muss. Ich denke, es sollte vor allem Letzteres sein, wobei es auch nicht nur einfach Aufgabe der Institutionen ist. Oft steht auch das Finanzierungssystem diesen Kooperationen im Weg: Es ist genau diese Schnittstellenarbeit, die von keinem System finanziert wird. Da ist es verständlich, wenn nicht gross in die Verbesserung der Zusammenarbeit investiert wird. Die Gründe für die Schwierigkeiten sind also sehr vielfältig und ganz sicher nicht nur in den Institutionen zu suchen.

Bartsch: Da kann ich nur beipflichten, auch in Deutschland ist diese Schnittstellenpflege sehr schwierig, wobei sich gerade zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich in den letzten Jahren einiges getan hat. Zwischen den Suchtfachverbänden und der Deutschen Rentenversicherung gab es verschiedene Treffen und Arbeitsgruppen, um verschiedene Möglichkeiten der Kombination von Behandlungen zu schaffen. Bisher musste z. B. bei einer Behandlung im Voraus festgelegt werden, wie lange ein Patient jeweils in der stationären und der ambulanten Behandlung bleiben würde. Jetzt ist ein Wechsel zwischen den beiden Behandlungsmöglichkeiten leichter möglich. Aber trotz dieser Verbesserungen ist es grundsätzlich immer noch sehr schwierig, wenn verschiedene Kostenträger involviert sind und die Schnittstellen der Kooperation finanziert werden müssen. Einem niedergelassenen Arzt zahlt z. B. niemand etwas, wenn er für eine gemeinsame Besprechung seines Patienten ins Krankenhaus fährt. So bleiben viele Stellen und Fachpersonen aussen vor, die eigentlich auch in eine Behandlung einbezogen werden sollten.

Schroers: Ich kann da meinen Vorrednerinnen nur zustimmen. Die Sucht- und Drogenstrategien der einzelnen Bundesländer sind in Österreich sehr unterschiedlich, auch die Versorgung.



So wird z.B. in der Steiermark auch in offiziellen Berichten eingeräumt, dass es in der Kooperation Probleme gibt, u.a. auch aufgrund verschiedener Fachsprachen und mangelnder Nahtstellen. In Wien wurden Alkoholsüchterkrankungen lange gar nicht als eigenes Krankheitsbild behandelt. Das hat sich geändert und es gibt neue Behandlungsmodelle, für die sich mittlerweile auch andere Bundesländer interessieren. In Wien wurden im Alkoholbereich im Rahmen einer Gesundheitsreform die Finanzmittel der Rentenversicherungsträger, der Krankenkassen und der Stadt Wien – salopp gesagt – «in einen Topf geworfen», verschiedene Steuerungsgremien wurden eingesetzt, um erstmalig ein integriertes Versorgungssystem aufzubauen. Unter dem Projekttitel «Alkohol 2020» sollen alle beteiligten Leistungserbringer patientInnenorientiert zusammenarbeiten. Für Alkohol Kranke oder problematisch Alkohol Konsumierende gibt es nun etwa eine Clearingstelle, die im Behandlungssystem abklärt, welche Massnahmen für einen Behandlungsverlauf sinnvoll sind. Das ist ein richtungsweisendes Modell: Dank der nunmehr geschaffenen Voraussetzung einer unkomplizierteren Finanzierung – der gemeinsame Topf vereinfacht hier einiges – kann die angemessene Behandlung schnell und gezielt einsetzen. Abgesehen davon versucht man, die allgemeine Gesundheits- und Sozialversorgung zu stärken und auf die Bedarfe von suchtkranken Menschen abzustimmen, und nur wo diese nicht zureichend ist, wird auf spezialisierte Angebote der Suchthilfe zurückgegriffen. Diese Schnittstellen werden dann auf der Basis von Kooperationsvereinbarungen gemanagt.

Länderübergreifende Kooperationsmöglichkeiten

SuchtMagazin: Wir möchten nun noch auf die Kooperation und den Austausch zwischen den Ländern zu sprechen kommen. Bei welchen Themen wünschsten Sie sich eine verstärkte Kooperation bzw. wo sähen Sie eine Zusammenarbeit?

Bartsch: Was eigentlich in allen Beiträgen anklingt, ist die Cannabisdebatte, wo sich viele ExpertInnen sicher sind, in welche Richtung es gehen könnte oder sollte, aber doch immer wieder auf Widerstand stossen. Deutschland hinkt da ja oft hinterher. Schaut man sich z.B. die Tabakpolitik an: Da hätten wir ja ohne EU und WHO noch immer keine Warnschilder auf den Packungen, keinen Nichtrauchererschutz usw.. Viele Anregungen kommen also aus dem Ausland, z.B. gab es in der Schweiz bereits Substitution und Diamorphinbehandlung, und erst viel später hat Deutschland nachgezogen. Drug Checking haben wir auch nicht. Da wäre es schon wichtig, nicht einfach etwas zu fordern, sondern sich nochmals gemeinsam Gedanken zu machen, wie eine Regulierung aussehen könnte, die KonsumentInnen schützt, aber nicht kriminalisiert.

Schroers: Das Thema Cannabis spielt auf verschiedenen Ebenen eine Rolle. Dabei zeigt sich ein sehr uneinheitliches Bild bereits zwischen den einzelnen Bundesländern in Österreich vergleichbar mit Deutschland, wo die diesbezüglichen Gesetze und die Strafverfolgungspraxis unterschiedlich gehandhabt werden. In Österreich werden eher sogenannte gesundheitsbezogene Massnahmen eingesetzt, während in Deutschland – soweit ich das einschätzen kann – eher auf pädagogische oder

Gruppenangebote gesetzt wird. Es stellt sich die Frage nach alternativen Regulierungsmodellen bei Cannabis. Oder soll besser bei der einheitlichen Umsetzung bestehender Gesetze, etwa in Richtung einer Depönalisierung (Straffreistellung, Einstellung des Strafverfahrens), angesetzt werden, um dann länderübergreifend zu Positionen zu kommen? So könnten auch Expertisen aus den Ländern Deutschland, Schweiz und Österreich zusammengebracht werden. Das wäre dann eine Aufgabe, die nicht an den Grenzen aufhört und wo Positionen auf einer übergreifenden Plattform diskutiert werden könnten.

Baumberger: Das finde ich auch. Wir haben das Thema im Forum Suchtprävention aufgegriffen, wo sich VertreterInnen aus allen deutschsprachigen Ländern und Landesteilen treffen. Dort hat es sich gezeigt, dass die Diskussion nicht so einfach ist, da die Meinungen in der Fachwelt noch nicht gemacht sind. Es ist nicht für alle gleichermaßen klar, dass und in welcher Form es eine Regulierung des Cannabismarktes braucht. Es ist ein sehr schwieriges Thema, auch unter den Suchtfachleuten in der Schweiz sind wir immer noch am Diskutieren. Der Komplexitätsgrad würde bei einer länderübergreifenden Diskussion nochmals erhöht, was nicht heisst, dass wir es nicht versuchen sollten. Das Thema Cannabis darf aber nicht das einzige sein, auch wenn es im Moment ein grosses Thema ist. Frau Bartsch hat vom gemeinsamen Vorwärtskommen gesprochen: Ich glaube, eine Zusammenarbeit lohnt sich überall dort, wo wir alle anstehen und nicht vorwärtskommen. Ich denke z.B. an das Thema «Sucht im Alter» bzw. die Versorgung von älteren Menschen, die abhängig sind, was in der Schweiz ein grosses Thema ist. Ich fand es sehr hilfreich, auf einem deutschen Kongress zu hören, was in Deutschland zu diesem Thema gemacht wird. Wir stehen z.B. auch an, wenn es um die Behandlung von jugendlichen Cannabiskonsumierenden mit einem starken Risikokonsum geht. In der Schweiz gibt es da nur eine ungenügende Versorgung, und es wäre sehr interessant zu hören, wie Sie in Deutschland und Österreich mit solchen Themen umgehen. Jedes Thema, bei dem wir anstehen, ist für mich ein Thema, bei dem sich ein Austausch lohnen würde. Aber es ist wie bei vielen Dingen: Der länderübergreifende Austausch ist das, was wir noch machen, wenn wir noch übrige Zeit, Energie und Finanzen haben. Sonst hängen wir immer sehr im Alltagsgeschäft und es ist schwierig, den Schritt zu einem solchen Austausch zu machen.

Schroers: In Österreich findet ein informeller Austausch zu verschiedensten Themen – Substitution, Alter, Drug Checking, Cannabis – statt. Es gibt verschiedene Plattformen, wie den eher informellen und weniger der Suchthilfe eingegliederten «Drogenworkshop», ein Austauschforum für SuchtforscherInnen, nunmehr bei der Gesundheit Österreich (GÖG) angebunden oder beim dort angesiedelten Beirat zum «Early Warning System», wo schon sehr viel Fachaustausch läuft und Positionen zu aktuellen Themen diskutiert werden.

Bartsch: Beim Lesen der Artikel sind mir viele Ähnlichkeiten zwischen den drei Ländern aufgefallen, bei einigen Sachen war ich aber auch verwundert. So schreiben Sie, Frau Baumberger, z.B., dass in der Schweiz dadurch, dass die schadensmindernden Massnahmen so erfolgreich waren, Sucht von der Bildfläche verschwunden und kein so grosses Thema mehr ist. Das kann ich für Deutschland gar nicht sagen, über illegale Drogen wird da noch immer unglaublich emotional diskutiert. Zwischendurch entsteht wie z.B. beim Thema Crystal Meth auch eine richtige Hysterie, die sich durch epidemiologische Daten überhaupt nicht belegen lässt, wo aber auf einmal alle sagen, dass das immer schlimmer wird und auch Schüler immer mehr konsumieren. Es ist nicht einfach, die DiskutantInnen dann immer wieder

auf den Boden der Tatsachen zurückzuführen. Deshalb wollte ich nochmals nachfragen: Beim Heroin kann ich Ihrer Aussage zustimmen, das ist in Deutschland auch kein so grosses Thema mehr – höchstens noch bei der Substitution –, weil es diese offenen Drogenszenen auch nicht mehr gibt. Aber in einigen Bundesländern gibt es doch sehr viele Ängste, gerade wegen Crystal Meth oder Legal Highs, die zu einem öffentlichen und medialen Hype werden.

Baumberger: Ich muss präzisieren: Sucht ist ein mediales Thema, die ganze Cannabisdebatte ist in den Medien sehr präsent. Z.B. was das neuerdings legal verkaufte Cannabis mit weniger als 1% THC-Gehalt angeht, wo Shops überall aus dem Boden spriessen. Auch Onlinesucht wird in den Medien immer gerne aufgenommen. Aber Sucht ist kein politisches Thema mehr, was heisst, dass die Suchtarbeit ein beliebtes Sparobjekt ist, wenn irgendwo gespart werden muss. Mit dem Verschwinden der öffentlichen Drogenszenen ist das Thema der Sucht aus den Köpfen der PolitikerInnen und der Bevölkerung verschwunden. Natürlich gibt es eine Medienberichterstattung, die die Wahrnehmung wieder ein bisschen erhöht, aber es gibt keine gesellschaftspolitische Debatte, es besteht kein gesellschaftlicher Druck mehr. Wir müssen heute viel stärker legitimieren, was wir in der Suchtarbeit machen. In einer hypothetischen Debatte müssen wir immer wieder aufzeigen, was passieren würde, wenn... Diese Debatte ist schwierig zu führen, wenn Sucht politisch kein Thema mehr ist.

SuchtMagazin: Als Ergänzung ist vielleicht zu sagen, dass es Politiker und Bevölkerung lokal schon noch merken, wenn Angebote wegfallen. Wenn z.B. Öffnungszeiten von Anlaufstellen eingeschränkt werden und es daraufhin im öffentlichen Raum wieder Probleme gibt, wird dann doch wieder sehr schnell reagiert.

Schroers: In einer Grossstadt wie Wien, wo die Dinge schnell öffentlich sichtbar werden, gibt es auch heftige mediale Reaktionen. Darin geht es häufig um Alkohol und offene Alkoholszenen zusammen mit Obdachlosigkeit. Das wird dann vor allem von einer politisch weit rechts stehenden Partei instrumentalisiert. In einem Wiener Stadtteil wurde November 2014 eine Drogenberatungsstelle eröffnet, worauf es im Vorfeld erhebliche Anrainerproteste bzw. Proteste aus der Nachbarschaft gab, die auch von politischen Funktionären dieser Rechts-aussen-Partei offensichtlich stark angeheizt wurden. Der Diskurs wurde zum Teil sehr emotionalisiert ausgetragen. Von daher glaube ich, dass Sucht, auch im Zusammenhang mit öffentlicher Sicherheit, nach wie vor ein grosses Thema ist.

Die fehlende Balance: Prävention, Behandlung, Repression

Bartsch: Im Artikel zu Österreich wird gesagt, dass es in der Suchtpolitik einen balancierten Ansatz geben muss, zwischen Gesundheitspolitik, Nachfragereduzierung und Strafverfolgung. Das ist in Deutschland auch der Ansatz, aber de facto ist der überhaupt nicht balanciert. Der allergrösste Teil ist Strafverfolgung und Repression, dann ist ein Teil Behandlung, der den Staat aber nichts kostet, sondern über die Renten- und Krankenversicherung läuft. Aber für Prävention, die ja immer in aller Munde ist, auch bei den PolitikerInnen, wird eigentlich am wenigsten ausgegeben. Gibt es also tatsächlich diese Balance, oder ist dies nur ein nicht realisierter Anspruch?

Schroers: Es ist in der Tat so, dass die Prävention über die Länder eine relativ schwache Finanzierung hat, es reicht nur für eine Grundausstattung, nicht aber für eine flächendeckende

Versorgung, z.B. mit Präventionsprogrammen an Schulen. Bei der polizeilichen Strafverfolgung im «Drogenbereich» ist das anders. Wenn es in diesem Zusammenhang um Prävention geht, ist häufig Kriminalprävention gemeint, mit anderen Zielsetzungen als die Suchtprävention. Es besteht also insgesamt in den Säulen der Suchtpolitik ein Missverhältnis mit relativ kleinen Beträgen für die Prävention. Da wird viel auch von den Suchtpräventionsfachstellen selber mit grossem Engagement entwickelt und umgesetzt, aber es besteht eine Unterversorgung, z.B. mit strukturellen Angeboten, wie etwa Portalen für Fachkommunikation vergleichbar dem Internetportal Prevnet in Deutschland, und vor allem eine finanzielle Schiefelage zum Bereich Sicherheit im Drogen- und Suchtbereich.

Baumberger: In der Schweiz ist es genauso. In einer Studie wurde berechnet, dass von den Bundes- und Kantonsausgaben 56% in die Repression gehen, 4% in die Prävention und die restlichen 40% in die Behandlung und Schadensminderung. Wobei bei der Behandlung Hospitalisierungen mitgemeint sind. Also auch hier ein sehr deutliches Missverhältnis.

Der Drogen- und Suchtrat in Deutschland

Baumberger: Ich habe noch eine Frage an Frau Bartsch: Im Drogen- und Suchtrat, den Sie in ihrem Artikel beschreiben, sind auch Kranken- und Rentenversicherungen sowie die Ärzteschaft vertreten, es handelt sich also um eine sehr breite Abstützung. Bei unseren Gremien sind es meistens einfach Personen aus dem Fachbereich. Welchen Nutzen hat dieser Rat seit seiner Einführung 2004 gehabt?

Bartsch: Die Aufgaben des Drogen- und Suchtrates haben sich etwas geändert. Früher hatte er mehr politisches Gewicht, jetzt ist er nur noch da, um die Drogenbeauftragte zu beraten, aber ohne Verbindlichkeit. Der Drogenrat erarbeitet Positionen z.B. zu Prävention oder aktuell auch zu Onlinesucht. Da kommen natürlich sehr vielfältige Leute zusammen, sodass man leichter ins Gespräch kommt. Das ergibt dann sozusagen kürzere Dienstwege. Die Drogenbeauftragte selber kann Themen oder Probleme übernehmen, für die niemand zuständig ist, und diese weitertragen, z.B. ins Justizministerium. So gilt bspw. bei uns der Ansatz «Therapie statt Strafe», der aber in den letzten Jahren sehr abgeschwächt wurde. Die Drogenbeauftragte hat sich dafür eingesetzt, dass Gefängnisinsassen wieder leichter eine Therapie beantragen können.

Ein weiteres Thema ist die Medikamentenabhängigkeit, wo es sehr grosse Unterschiede in der Epidemiologie gibt und man nicht genau weiss, wie gross das Problem überhaupt ist. Um solche Fragen zu klären, werden dann über das Bundesministerium für Gesundheit oder die Drogenbeauftragte ExpertInnengespräche organisiert. Insofern gibt es kleine Erfolge, die v.a. auch darin bestehen, dass sich die anwesenden ExpertInnen auf ein gemeinsames Handeln und auf Kompromisse einigen, wobei dann immer noch nicht gesagt ist, dass das dann vom Bundesministerium oder der Drogenbeauftragten umgesetzt wird. Aber die Einigkeit zwischen den Beteiligten ist schon einmal ein guter Start.

Das Bundesdrogenforum in Österreich

Baumberger: Im Beitrag zu Österreich schreiben Sie vom Bundesdrogenforum, das für die Abstimmung der Sucht- und Drogenpolitik der Länder gegründet wurde und zweimal jährlich zusammentritt. Hat das eine positive Entwicklung ermöglicht?

Schroers: Das ist schon ein sehr wichtiges Gremium, weil damit viele Dinge nun national geregelt werden. Die Länder sind

ja die eigentlichen Player, wo die Finanzen vorhanden sind und die Strategien geschmiedet und umgesetzt werden. Z.B. für die Substitution ist das sehr hilfreich gewesen. Neben den Ländern ist noch der Obmann der Suchtvorbeugung dabei, der die Suchtprävention in Österreich vertritt. Es gibt ja auch in Deutschland ein Gremium, wo sich die Länder-Drogenbeauftragten treffen.

Baumberger: In der Schweiz besteht mit der Konferenz der Kantonalen Suchtbeauftragten KKBS auch ein solches Gremium. Dass sie die Drogenpolitik der Kantone koordinieren, wäre etwas zu viel gesagt. Es geht eher um Austausch, da die Kantone selber über ihre Politik bestimmen wollen.

Wirksamkeitsnachweis in der Suchthilfe

Schroers: Im Schweizer Beitrag ist mir aufgefallen, dass der Zwang zum Wirksamkeitsnachweis als Belastung erlebt wird. In der Suchtprävention gibt es zu diesem Thema aktuell das Memorandum «Evidenzbasierung in der Suchtprävention», in dem die Möglichkeiten aber auch die Grenzen des Evidenznachweises aufgezeigt werden. Dort wird festgehalten, dass die Wissenschaft für Wirksamkeitsnachweise zuständig ist und die Praxis nachgewiesene wirksame Prävention umsetzen sollte. D.h., es gibt eine klare Aufgabentrennung. Wie läuft das nun in der Schweiz konkret ab, wenn Wirksamkeitsnachweise erbracht werden müssen?

Baumberger: Das betrifft heute weniger die Prävention als die ambulante und stationäre Behandlung. Die Auftraggeber, das sind meistens die Kantone, fordern diese Art von Nachweis von den Einrichtungen immer häufiger und in immer umfassenderer Form. Die Einrichtungen sind dann damit beschäftigt, riesige Excel-Tabellen auszufüllen. Meist sind es quantitative Erfassungen, d.h. es ist ein eher betriebswirtschaftlicher und weniger ein qualitativer Blick. Es sind riesige Papiertiger, Datenberge, die da produziert werden, und im Moment ist es für mich noch nicht ersichtlich, wo das hinführen soll.

Substitution im Gefängnis

Schroers: Ein grosses Thema ist auch die Frage der Gleichbehandlung in Bezug auf die medizinische Versorgung im allgemeinen Drogenhilfesystem und dann speziell im Justizvollzug. Auf einer ganz basalen Ebene sehe ich da grosse Schwierigkeiten der Versorgung. Das fängt schon an mit fehlenden Krankenversicherungen von Personen mit Drogendelikten, die aus dem Gefängnis entlassen werden. Wie stellt sich das in den einzelnen Ländern dar und wo könnte man da voneinander lernen? Funktioniert z.B. in der Schweiz die Einhaltung der Menschenrechte im Strafvollzug?

Baumberger: Von der Schweiz können Sie hier nichts lernen, es ist auch hier ein schwieriges Thema. Es fehlt in aller Regel an Basics im Strafvollzug. Das liegt oft daran, dass das bei uns regionalisierte Strukturen sind, wo es schwierig ist von oben herab etwas erreichen zu wollen. Wir haben eine frisch revidierte Epidemienverordnung, die die Gefängnisse ebenfalls abdeckt. Aber es ist eine Bundesgesetzgebung. Die Strukturen, die vor Ort für den Strafvollzug zuständig sind, fühlen sich nicht verpflichtet, sich daran zu halten. Und es ist auch absolut keine Priorität in den Gefängnissen. Die haben andere Probleme, denen sie – z.T. auch verständlicherweise – grössere Beachtung schenken. Die Gesundheit der Insassen ist dann quasi der Luxus, den sie sich noch leisten, wenn alle anderen Probleme gelöst sind.

Bartsch: Das ist in Deutschland auch so. ●

SuchtMagazin: Wir danken Ihnen ganz herzlich für das Gespräch.