

Situation und Bedarf

Drogen gebrauchender Menschen

in NRW

Abschlussbericht

im Auftrage der AIDS-Hilfe NRW e.V.

verfasst von: Dr. Axel Hentschel

Dezember 2005

1 EINFÜHRENDE BEMERKUNGEN.....	3
2 DAS LANDESPROGRAMM GEGEN SUCHT.....	3
<u>DATENGRUNDLAGE.....</u>	<u>6</u>
<u>BEDARFSORIENTIERUNG.....</u>	<u>7</u>
3 AUSSAGEN UND EINSCHÄTZUNGEN ZU DEN THEMEN HIV/AIDS, HEPATITIS, STRAFVOLLZUG UND BEDARFSORIENTIERUNG.....	12
<u>BEDARFSORIENTIERUNG AUS SICHT DES MAGS UND DER INTERVIEWTEN PERSONEN.....</u>	<u>12</u>
<u>FRAGENKOMPLEX HIV/AIDS UND HCV.....</u>	<u>14</u>
<u>FRAGENKOMPLEX STRAFVOLLZUG.....</u>	<u>17</u>
4 ABSCHLIESSENDE BEMERKUNGEN.....	22
5 LITERATURVERZEICHNIS.....	24

1 Einführende Bemerkungen

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem hilfesspezifischen Bedarf mithin der Situation Drogen gebrauchender Menschen in NRW. Gemeint sind hiermit insbesondere Personen, die dem Mitgliederkreis des Landesverbandes JES NRW e.V. zuzurechnen sind.

Aufgrund der für diese Arbeit zur Verfügung stehenden Ressourcen war es notwendig sich auf einzelne ausgewählte Bereiche zu konzentrieren.¹ So bezieht sich die Untersuchung insbesondere auf die Bereiche HIV/AIDS, Hepatitis und Strafvollzug. Die Erfassung spezifischer Bedarfsaspekte erfolgte u.a. mittels einer schriftlichen Befragung der zuständigen Landesministerien und 9 Interviews mit Drogen gebrauchenden Menschen.

Im Fokus steht nachfolgend das „Landesprogramm gegen Sucht“² aus dem Jahre 1999.

2 Das Landesprogramm gegen Sucht

Das Landesprogramm gegen Sucht entstand im Rahmen der Umsetzung der zehn vorrangigen Gesundheitsziele in NRW.³ Grundlage ist hier das Ziel 4.:

„Bis zum Jahr 2005 sollen die Chancen in NRW, ein suchtfreies Leben führen zu können, deutlich erhöht werden. Dazu gehören u.a. Anstrengungen, den risikoreichen Konsum psychoaktiver Substanzen – wie z.B. Alkohol, Tabak und illegale Drogen – zu verringern.“
(MFJFG 2005, S. 67) Diesem Ziel untergeordnet sind Teilziele, Strategien und Maßnahmen.

Thematisch wurden folgende Schwerpunkte gesetzt, die sich im Groben auch in der konkreten Umsetzung verschiedener Arbeitsgruppen/Projekte widerspiegeln:

- ⇒ Geschlechtsspezifische Differenzierung⁴
- ⇒ Besondere Zielgruppen⁵

¹ In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass in dieser Arbeit eine explizite Würdigung vieler positiver Elemente der nordrhein-westfälischen Drogenarbeit aufgrund genannter Voraussetzungen ausbleiben muss.

² Die Analyse umfasst die Punkte I. bis V.1.3.

³ Zur Entstehung des Landesprogramms vgl. MFJFG (1995; 2005a).

⁴ Zumeist bezogen auf Frauen und Mädchen.

⁵ Junge* und alte Suchtkranke und -gefährdete, chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke*, Migranten und Aussiedler*, Suchtkranke mit Doppeldiagnose* und Pflegebedürftige Suchtkranke. Die mit einem * markierten Zielgruppen wurden in den konkreten Maßnahmenkatalog aufgenommen. Zu letzterer heißt es im

- ⇒ Suchtvorbeugung⁶
- ⇒ Berufliche und soziale Eingliederung
- ⇒ Problembereiche im Hilfesystem, hierzu zählten:
 - ambulante Angebote⁷
 - stationäre Angebote⁸
 - Substitutionsbehandlung und substitutionsgestützte Rehabilitation
 - Therapie unter Originalstoffverschreibung
 - besondere Unterstützungsformen⁹
- ⇒ Selbsthilfe
- ⇒ Bekämpfung des Drogenhandels

Neben dem Hauptziel wurden im Landesprogramm einführend vier Teilziele formuliert:

- 1.: „Sicherung, Qualifizierung und Ausbau der auf den drei Säulen der Suchtpolitik (Prävention, Hilfen[...] und Repression) basierenden Initiativen und Maßnahmen“
- 2.: „Förderung eines gemeinsamen Suchtverständnisses bei den unterschiedlichen Beteiligten in Politik, Verwaltung, Praxis und in der Bevölkerung“
- 3.: „Erhöhung der Transparenz hinsichtlich der Ist-Situation, Planungen und Zuständigkeiten“
- 4.: „Herstellung von Verbindlichkeit hinsichtlich der Zielvereinbarungen, Planungen und Kooperationen“ (S. 9)¹⁰

Eine Untersuchung des Landesprogramms hinsichtlich der hier zitierten (Teil-)Ziele ist aus wissenschaftlicher Sicht eher problematisch, da die Inhalte dieser Ziele nicht ausreichend erläutert werden (vgl. S. 8f.).¹¹ Es liegen also unpräzise Zielformulierungen vor. Eine vorherige

Landesprogramm: „Pflegebedürftigen Suchtkranke stehen derzeit kaum entsprechende Angebote zur Verfügung. Dies bezieht sich auch auf AIDS-Kranke Drogenabhängige. Der Bedarf muss erhoben werden“ (MFJFG 1999, S. 26).

⁶ Insbesondere im Bereich Schule.

⁷ Aufgeteilt in: a.: im niedergelassenen ärztlichen, pharmazeutischen und psychotherapeutischen Bereich; b.: Jugend- und Drogenberatungsstellen; c.: niedrigschwellige Kontaktstellenarbeit; d.: Soforthilfe e.: betreutes Wohnen.

⁸ Aufgeteilt in: a.: Entzugsbehandlungen; b.: Entwöhnungsbehandlungen; c.: sozialtherapeutische Einrichtungen; d.: Einrichtungen des Maßregelvollzuges (hier: Behandlungsplätze).

⁹ Aufgeteilt in: a.: Gesundheitsprophylaxe; b.: Konsumräume; c. Drogenabhängigkeit und Justiz; d.: Grenzübergreifende Zusammenarbeit.

¹⁰ Weitere Teilziele wurden in den Unterpunkten „Handlungsbedarf“ benannt.

¹¹ Dieses Vorgehen war vom Land aufgrund der Komplexität aller Gesundheitsziele beabsichtigt (vgl. MFJFG 1995, S. 8).

genaue Beschreibung (einschließlich Erfolg und Misserfolg) ist jedoch für eine Ergebnisanalyse grundlegend. Einzig das im Landesprogramm vielfach erwähnte ganzheitliche und mehrdimensionale Suchtverständnis bietet hierfür erste Ansätze.

Für die Frage inwiefern das Landesprogramm seine Ziele erreichen bzw. sich an diese annähern konnte, ist auch eine nachträgliche Definition Dritter unbrauchbar bzw. aufgrund der vielfältigen Interpretationsmöglichkeiten nicht zufriedenstellend realisierbar.

Dass das Landesprogramm in seinen Zielen eher offen bleibt ist mit der Tatsache erklärbar, dass es sich hier nicht um eine Studie handelt. Wissenschaftliche Anforderungen gelten hier nicht und müssen dementsprechend auch nicht angewendet werden. Darüber hinaus zwingt wahrscheinlich die modellhafte Konzeption zu diesem Vorgehen. Weitere Erklärungen für eine Zurückstellung von quantifizierten Zielaussagen finden sich in der unwägbarer finanziellen Entwicklung des Landeshaushaltes und in der im Landesprogramm anvisierten Prozessorientierung. Überdies bieten offene Formulierungen vielfältige Entwicklungsspielräume und sind von daher auch positiv zu bewerten.

Eine Kritik des Landesprogramms kann nur vor diesem Hintergrund vorgenommen werden.¹²

Zur Umsetzung der o.g. (Teil-)Ziele wurden in den Unterpunkten „Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte in 1999/2000“ zahlreiche Projekte beschlossen. Bezogen auf alle Bereiche des Landesprogramms (Teil 1 und 2) wurden 206 Maßnahmen begonnen wovon jedoch 51 (bislang) noch nicht abgeschlossen wurden. „Zu den Gründen, warum einzelne Projekte bisher nicht begonnen oder abgeschlossen wurden, gehören beispielsweise Schwierigkeiten der Maßnahmenträger bei der Finanzierung, veränderte Bedarfslagen, veränderte Rahmenbedingungen, abnehmendes Interesse der Projektträger oder unvorhergesehene Datenschutzprobleme.

Besonders hervorzuheben ist, dass im Sinne einer Anschubfinanzierung eine Reihe von Modellprojekten gefördert wurden, die anschließend in das Hilfesystem implementiert werden konnten“ (MFJFG 2005a, S. 72).¹³

¹² Im Folgenden werden die Ziele des Landesprogramms entsprechend dem allgemeinen Sprachgebrauch verstanden. Ferner werden Begriffe/Elemente/Sachverhalte, die nicht weiter qualitativ und quantitativ differenziert werden ebenso offen verwendet und bewertet. Eine andere Vorgehensweise würde den zur Verfügung stehenden Rahmen sprengen.

¹³ Eine unkommentierte Auflistung aller abgeschlossenen Maßnahmen findet sich in MFJFG (2005a, S. 71ff.).

Eine für das Landesprogramm angestrebte begleitende Evaluation¹⁴ wurde aufgrund methodischer Probleme nicht realisiert. In der vom MGSFF 2005 vorgelegten Bestandsaufnahme heißt es hierzu:

„Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz verpflichteten sich bei der Verabschiedung der NRW-Gesundheitsziele zu ihrer freiwilligen Umsetzung.

Es gibt aber keine zentrale Dokumentation einzelner Aktivitäten, die Voraussetzung für ein mehrdimensionales Evaluationskonzept wäre.

Das dürfte bei der dezentralen Umsetzungsverantwortung auch kaum möglich sein. Für die Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen wäre aber eine systematische Erfassung aller Umsetzungsaktivitäten im Sinne der internen Validität notwendig. Am ehesten^[15] käme noch eine zukünftige übergreifende Programmevaluation beim Landesprogramm gegen Sucht [...] auf Basis einer formativen und summativen Evaluation für einzelne Maßnahmen in Betracht. Der Anteil des Gesundheitszieleprogramms an Veränderungen von Gesundheitsindikatoren kann daher, aber auch aus grundsätzlichen methodischen Gründen, im Sinne eines Ursache-Wirkungszusammenhangs nicht bestimmt werden. Dies wäre nur in multivariaten Evaluationsstudien unter Kontrolle weiterer Einflussfaktoren möglich. [...]

Die Umsetzung eines solchen Evaluationskonzepts bleibt weiteren Entwicklungen vorbehalten“ (MGSFF 2005a, S. 10f.).

Hinsichtlich der vier oben dargelegten Teilziele, ist auch ohne explizite Evaluation der aus den Unterpunkten „Konkrete Maßnahmen für erste Umsetzungsschritte in 1999/2000“ entstandenen Arbeitsgruppen/Projekten, berechtigt davon auszugehen, dass sie in ihrer Gesamtheit dazu beitragen konnten die Teilziele zu erreichen.

Das anvisierte Hauptziel – wie es das „Gesundheitsziel 4.“ darlegt – scheint jedoch aufgrund der aktuellen Datenlagen längst noch nicht erreicht.

Datengrundlage

Die im Landesprogramm dargestellten Daten sind nach dortigen Angaben einer bundesweiten

¹⁴ Vgl. MFJFG (2001a).

¹⁵ Aber auch nicht mehr!

Repräsentativerhebung aus dem Jahre 1997 entnommen worden (vgl. MFJFG 1999, S. 50).¹⁶ Laut Landesprogramm verfügten 1995 13,9% und 1997 11,3 % der 18-59-jährigen in NRW lebenden Personen über Erfahrungen mit illegalen Drogen (vgl. ebd.). Eine Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in NRW aus dem Jahr 2000 erfasste unter den 15- bis 59-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz von 20,7% (vgl. Kraus/Augustin/Tschernich 2001, S. 23).¹⁷ Hier heißt es weiter:

„Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung Nordrhein-Westfalens sind dies 2,3 Mio. Personen (1,36 Mio. Männer und 920.000 Frauen). [...]

In den letzten 12 Monaten vor der Erhebung haben 7,4% der Befragten illegale Drogen konsumiert [...]. Hochgerechnet auf die Wohnbevölkerung Nordrhein-Westfalens sind dies ca. 820.000 aktuelle Konsumenten (ca. 490.000 Männer und 330.000 Frauen)“ (ebd., S.23f.).

Die durchgeführte Befragung erhob auch Daten hinsichtlich des Missbrauchs und der Abhängigkeit von illegalen Drogen nach DSM-IV-Kriterien. Eine entsprechende Hochrechnung – bezogen auf NRW und eine 12-Monats-Prävalenz – ergab: „[...] 100.000 Personen mit Abhängigkeits- und 55.000 Personen mit Missbrauchdiagnose“ (ebd., S. 32).

Eine vergleichende Interpretation dieser Hochrechnung mit der im Landesprogramm vorgestellten deutlich niedrigeren Zahl von 31.000 sog. „behandlungsbedürftigen Drogenabhängigen“ ist leider nicht möglich, da unklar ist welche diagnostischen Kriterien diesen sog. „eigenen Erhebungen“ des Landes zu Grunde liegen (vgl. MFJFG 1999, S. 50).

Bedarfsorientierung

Bedeutsam für jede Evaluation des Landesprogramms ist die Untersuchung bezüglich des Qualitätsziels Bedarfsorientierung. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil das Landesprogramm eine solche ausdrücklich betont.¹⁸

„Von der Methodik her ist das Programm im Sinne einer funktionalen Betrachtungsweise

¹⁶ Entsprechend weiterer Daten im Anhang des Landesprogramms handelt es sich hierbei wahrscheinlich um die Forschungsergebnisse des Institutes für Therapieforschung (IFT) in München.

¹⁷ Die direkte Vergleichbarkeit der Daten ist nicht möglich da in letzterer Untersuchung auch 15-, 16- und 17-Jährige miteinbezogen wurden.

¹⁸ Das formulierte Ziel Sucht zu verringern ist in unserer heutigen Gesellschaft Konsens und kann demnach als maßgeblicher Bedarf erachtet werden. In letzter Instanz lassen sich alle Maßnahmen hierauf bzw. auf das Gesundheitsziel 4. zurückführen.

angelegt, die sich am Bedarf der Betroffenen ausrichtet“ (MFJFG 1999, S. 9).

Durchaus zeitgemäß heißt es im Landesprogramm: „[...] sowohl der Konsum von bestimmten suchtförderlichen Mitteln [ist] in unserer Gesellschaft kulturell verankert als auch die Verordnung psychoaktiver Substanzen grundsätzlich medizinisch begründet [...]. Deshalb müssen präventive Bemühungen im Grundsatz auch auf einen verantwortungsvollen Umgang mit entsprechenden Mitteln gerichtet und Hilfen individuell angemessen sein. [...]

Hilfen für Suchtgefährdete und -kranke und ihre Angehörigen müssen bedarfsgerecht, wirtschaftlich, auf den Einzelfall abgestimmt und flexibel vorgehalten werden. Die Feststellung individueller Bedarfslagen kann dabei nur in enger Kooperation und Abstimmung mit den betroffenen Personen unter Wahrung ihres Selbstbestimmungsrechts erfolgen, – soweit eine akute Intoxikation bzw. Gefährdung Dritter, nicht vorliegt. Die Mitwirkungsbereitschaft und -fähigkeit der Betroffenen muss demnach berücksichtigt werden“¹⁹ (S. 14f.)

Und an anderer Stelle:

„Nur ein vielfältiges, auf die unterschiedlichen Lebenslagen des Suchtkranken eingehendes, leicht zugängliches und transparentes Hilfenetz ist bedarfsgerecht.

Entsprechend dem Suchtverständnis, das Sucht als ein multifaktorielles Problem ansieht, muss in jedem Einzelfall geprüft werden, inwieweit mehrdimensionale Hilfen nötig sind. Eine Hilfeform allein ist in der Regel nicht tragfähig.

Die Hilfen werden soweit möglich als Hilfe zur Selbsthilfe gewährt.

In Nordrhein-Westfalen sind die Hilfen auf die Knüpfung regionaler Netze angelegt. Handlungsleitend ist eine funktionale Sichtweise, die den jeweiligen Bedarf in den Vordergrund stellt:

- Kontakt
- Existentielle Hilfen
- berufliche und soziale Eingliederung
- differenzialdiagnostische Abklärung
- umfassende Beratung
- Betreuung
- Behandlung
- Rehabilitation

¹⁹ Freilich ist hier Vorsicht geboten. Denn vielfach heißt es heute immer noch, dass Abhängige aufgrund ihrer defizitären Suchtpersönlichkeit einen Realitätsverlust erlitten haben. Die auf sich bezogenen nicht einsichtigen Vorstellungen werden als 'Krankheitssymptome' (ab-)gewertet.

- Selbstorganisation/Selbsthilfe

Der unterschiedliche Bedarf kann ambulant, teilstationär oder stationär – auch phasenweise – abgedeckt werden“ (MFJFG 1999, S. 51f.).

Solch fortschrittliche Aussagen erstaunen. Dies umso mehr, wenn man sich vergegenwärtigt, dass das gegenwärtige drogenpolitische System immer noch prohibitiv ist.²⁰ In Anbetracht dieses Umstandes bestehen berechtigte Zweifel an der Umsetzbarkeit solcher Arbeitsziele.

Grundsätzlich ist/wäre zu prüfen, ob es sich hier um den tatsächlich Bedarf der Betroffenen handelt. So ist z.B. der Bedarf nach einer flächendeckenden Methadonsubstitution für Viele nur die „Zweitbestlösung“. Besser bzw. näher am tatsächlichen Bedarf wäre wohl eine wie auch immer gestaltete Legalisierung.

Will man die Bedarfsorientierung des, der Prohibition untergeordneten, Hilfesystems untersuchen, sollte man also sehr genau prüfen ob ein formulierter Bedarf oder die Ausrichtung einer Maßnahme tatsächlich dem Bedarf der Betroffenen entspricht oder nicht doch eher den Anforderungen gesellschaftspolitischer Gegebenheiten.

Als praktischen Nebeneffekt einer solchen Untersuchung könnten Tendenzen hinsichtlich der zu erwartenden Motivation der Kunden formuliert werden.

Auch wenn jedes Projekt für sich eine wertvolle Maßnahme wäre bzw. bestenfalls ist, bleibt ungeklärt, ob nicht ein anderes Projekt im Sinne der Qualitätsziele Betroffenenzufriedenheit und Sachgerechtigkeit sinnvoller gewesen wäre. Allein die Tatsache, dass in das Landesprogramm alle relevanten Akteure, zu denen auch die Selbsthilfe zählte, mehr oder weniger mit eingebunden waren, ist keine Garantie dafür.²¹ Landesweit wäre einzig eine repräsentative Befragung²² der nordrhein-westfälischen Drogen gebrauchenden Menschen hierzu in der Lage. Im Rahmen einer solchen Erhebung könnten sowohl defizitäre Bereiche des Hilfesystems eruiert als auch dessen tatsächliche Bedarfsorientierung erfasst werden. Die

²⁰ In diesem Sinne heißt es dann auch: „Die rechtlichen Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich das Landesprogramm bewegt, sind komplex“ (MFJFG 1999, S. 9).

²¹ Bezüglich der aus dem Landesprogramm entstandenen AG's, ist zu ergänzen, dass der Einfluss der JES-Selbsthilfe auf die meisten Arbeitsgruppenergebnisse nur eingeschränkt möglich war. Allein die Tatsache, dass nur an wenigen Arbeitsgruppen des Landesprogramms JES-Aktivisten beteiligt waren lässt diese Vermutung zu. Stellvertreter Meinungen (der professionellen Einrichtungen), auch solche die auf (Eigen-)Evaluation beruhen, beinhalten immer auch die Möglichkeit von Fehleinschätzungen. Darüber hinaus bietet eine solche Struktur die Gelegenheit eigene Interessen in den Fordergrund zu setzen.

²² Bestehend aus einem Methoden-Mix aus qualitativen und quantitativen Untersuchungselementen.

Qualitätsmerkmale einer entsprechenden Orientierung sind bereits genannt worden. Zu prüfen ist:

- ob sich präventive Bemühungen auf einen verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln richten?
- ob Hilfen individuell angemessen bzw. auf den Einzelfall abgestimmt sind?
- ob individuelle Bedarfslagen gemeinsam bzw. in enger Kooperation mit den Personen, die das Hilfesystem aufsuchen, festgestellt werden?
- ob die Selbstbestimmung der Hilfesuchenden gewahrt bleibt?
- ob die Hilfen Suchtkranken, Suchtgefährdeten und Angehörigen flexibel angeboten werden?
- ob ausreichende Wahlmöglichkeiten (zwischen ambulant, teilstationär oder stationär) für den jeweiligen individuellen Hilfebedarf existieren?
- ob das Hilfesystem leicht zugänglich und transparent ist?
- ob Hilfe als Hilfe zur Selbsthilfe angeboten/geleistet wird oder ob sie eher Abhängigkeiten vom Hilfesystem verstärkt?
- ob der Bedarf oder die Anforderungen des Systems im Vordergrund stehen?²³

In einigen Fällen wird im Landesprogramm eine Forderung zur Bedarfserhebung erhoben. Ein Beispiel:

„Die vom Ministerium für Inneres und Justiz und vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Auftrag gegebene Expertise zur Haftvermeidung/Haftverschonung bei drogenabhängigen Frauen wird mit dem Ziel ausgewertet werden, ein entsprechendes Modellprojekt zu entwickeln. 1999 wird dazu eine Bedarfserhebung bei inhaftierten drogenabhängigen Frauen und den entsprechenden Hilfesystemen durchgeführt“ (MFJFG 1999, S. 24).

Neben der Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen zeigt dieses Beispiel auch, dass für die Erhebung ein von den inhaftierten drogenabhängigen Frauen formulierter Bedarf allein nicht ausreicht.

Ohne diesen Bereich weiter zu vertiefen ist festzuhalten, dass bei solchen Erhebungen grundsätzlich zu prüfen ist auf welcher Basis und mit welchen Methoden die

²³ Eine genauere Beschreibung der einzelnen Punkte ist selbstverständlich obligatorisch. Z.B.: muss genau beschrieben werden was unter einem verantwortungsvollen Umgang mit Drogen verstanden wird?

Bedarfsfeststellungen vorgenommen werden sollen bzw. wurden. Es leiten sich u.a. folgende Fragen ab:

- „Wer wird gefragt?“
- „Was wird gefragt?“/ Wird nach dem tatsächlich Bedarf gefragt?
- „Wie wird gefragt? / Welche Forschungsmethoden werden angewendet?“²⁴

²⁴ Als Beleg für die Bedeutsamkeit dieser Fragen das folgende Beispiel.

„Das vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit geförderte Projekt der ambulanten Hilfen für schwangere drogenabhängige Frauen und drogenabhängige Mütter in Essen wird fortgeführt und im Jahre 2000 vom Ministerium mit dem Ziel ausgewertet, ein landesweites Konzept der Vernetzung der entsprechenden Hilfen zu entwickeln. Daraus wird in Kooperation von Ärzteschaft, Krankenhäusern, Gesundheitsämtern und Krankenkassen im Rheinland und in Westfalen je ein Projekt frühzeitiger Interventionen im Bereich der Geburtshilfe nach entsprechender Bedarfsfeststellung konkret erarbeitet“ (MFJFG 1999, S. 22). Auffallend ist hier auch das Fehlen der Selbsthilfe.

3 Aussagen und Einschätzungen zu den Themen HIV/AIDS, Hepatitis, Strafvollzug und Bedarfsorientierung

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse der Befragung des Justizministeriums und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie 9 aktuell oder ehemals Drogen gebrauchenden Menschen²⁵ vor. Entsprechend dem Arbeitsauftrag wurden den zuständigen Referaten nachstehend aufgeführte Fragen gestellt. Einzelne Aspekte, wie z.B. Sonderregelungen für infizierte Inhaftierte, waren auch Gegenstand der Interviews. In diesen Fällen werden die Aussagen der Betroffenen den Ausführungen der Landesministerien gegenübergestellt. Bei Bedarf erfolgt eine weitergehende Kommentierung.

Bedarfsorientierung aus Sicht des MAGS und der interviewten Personen

Sowohl das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales als auch die 9 aktuell oder ehemals Drogen gebrauchende Menschen wurden zum Thema Bedarfsorientierung befragt.

Auf Anfrage teilte das zuständige Landesreferat mit, dass ihm keine Erkenntnisse vorliegen demnach in NRW im Bereich Heroin und Kokain repräsentative Konsumentenbefragungen durchgeführt wurden.²⁶

Die (ehemaligen) Drogengebraucher wurden analog der aus dem Landesprogramm entnommen Aussagen interviewt.²⁷ In fast allen Interviews finden sich Hinweise darauf, dass die Befragten ihre Bedürfnisse im Hilfesystem befriedigt sehen. Eine sorgfältige Analyse der Interviews relativiert diese Bewertungen jedoch.

„Manche halten auch meinen Arzt für nicht so gut – das ist z.T. schon sehr unterschiedlich.“

²⁵ Die 2 Frauen und 7 Männer waren im Alter zwischen 35-49 Jahren. Eine Person definierte sich als „ehemalig“, eine andere nahm an einer Heroinvergabe teil, alle anderen gaben an substituiert zu werden. 4 Personen waren mit HIV und HCV sowie 3 mit HCV infiziert. 2 Personen hatten keine HIV- oder HCV-Infektion. Bis auf zwei Interviewpartner waren alle anderen bereits schon mindestens einmal in ihrem Leben inhaftiert.

Grundsätzliches Ziel dieser Befragung war die Erfassung eines ersten kleinen Meinungsbildes aus Sicht der Betroffenen – nicht mehr und nicht weniger. Als Datensammelungsverfahren wurde das narrative Interview gewählt, da es die höchstmögliche Gewähr für tiefe Einblicke bietet.

²⁶ Von Interesse waren hier ausschließlich Untersuchungen, die den individuellen Bedarf direkt erfragen, also keine Studien, die den Bedarf etwa aus der Lifetime-Prävalenz, Erstauffälligkeit oder den Klientenkontakten der Einrichtungen ableiten.

²⁷ Siehe Punkt 2.1.

[...] Das ist so halt die alte Geschichte – so wie man in den Wald hineinruft so schallt es heraus. Und ich denke, wenn man sich auf sein Gegenüber irgendwie einstellt – so habe ich die Erfahrung gemacht – erreicht man meistens eine Basis auf der man produktiv arbeiten kann.“

„Ja und die Leute, die auf meine Ärztin schimpfen das ist alles unnötig, die Frau sagt dir ganz klar was sie von dir will, was sie für eine Zielsetzung hat und wenn man da nicht mitmacht, das weiß man wenn man ins Programm geht, man muss auch mitarbeiten sonst geht das eben nicht.“

„Inzwischen habe ich selber überhaupt keine großen Probleme mehr innerhalb des Systems. Was aber sicherlich auch damit zusammenhängt, dass ich mich wahrscheinlich auch dem System sehr gut angepasst habe. Ich weiß wie ich zu welchem Ziel gelange und so weiter. Ich bin aber auch ein Mensch, der, wenn er was will nachfragt. Ich kann mich relativ gut anpassen. [...] Ich bin halt irgendwie auch sehr biegsam.“

Anpassung und Biegsamkeit auf Seiten der Betroffenen bestimmen die Aussagen und begrenzen somit positive Darlegungen in Richtung Bedarfsorientierung.

Ist eine Anpassung an das System geglückt werden Hilfen als individuell angemessen und die Zusammenarbeit mit den Ärzten und Sozialberuflern auch positiv bewertet.

Ein weiteres Indiz für Bedarfsorientierung ist laut Landesprogramm die Zugänglichkeit zum und Transparenz des Hilfesystems. Die Befragten erteilten hier eher schlechte Noten. Zumeist erfuhren sie von neuen Angeboten durch einen Zufall – häufig durch andere (ehemalige) Drogengebraucher.

Nur zwei Befragte halten das Angebotssystem für (eingeschränkt) flexibel.

„Innerhalb der vorgegeben Möglichkeiten ist das System relativ flexibel. Darüber hinaus nein.“

Besonders deutlich wird die Kritik auf die Fragen, ob im Rahmen des Drogenhilfesystems das Selbstbestimmungsrecht gewahrt bleibt und ob die Hilfen als Hilfe zur Selbsthilfe angeboten/geleistet werden oder sie eher Abhängigkeiten vom Hilfesystem verstärken?

Auf letztere gaben alle 9 Befragten an, dass (manche) Angebote die Abhängigkeit vom Hilfesystem (z.T. massiv) fördern. Eine ähnlich eindeutige Haltung vertraten die Befragten in

Bezug auf das Selbstbestimmungsrecht.

„Teilweise würde ich das so sehen das andere über mich bestimmen. Teilweise kann auch ich auch selber über mich bestimmen. Aber man ist irgendwie, immer gefangen.“

„Ich habe damals Codein bekommen und um in eine Maßnahme zu kommen musste ich dann ins Methadonprogramm. Eigentlich wollte ich das nicht, denn alles was mit Zwang zu tun hat, das wollte ich eigentlich nicht.“

Eine Selbstbestimmung im eigentlichen Sinn findet sich in den Aussagen nicht. Auch Kappeler (2001) stellt hierzu kritisch wie auch treffend fest:

„Einen im Vergleich mit den achtziger Jahren bedeutenden Zuwachs an Selbstbestimmungsmöglichkeiten gibt es für Menschen, die das Drogenhilfesystem (Beratung, Begleitung, Therapie, Nachsorge) in Anspruch nehmen wollen. Für solche, die es von sich aus nicht in Anspruch nehmen wollen, aber mit Mitteln des Strafrechts und anderer gesetzlicher Bestimmungen mehr oder weniger dazu gezwungen werden, reduziert sich dieser Zuwachs an Akzeptanz auf gegenüber den achtziger Jahren verbesserte Wahlmöglichkeiten innerhalb des Zwangs. [...]

Keine im gesellschaftlichen Maßstab nennenswerte Akzeptanz erfahren diejenigen, die sich weigern, das etablierte System von Beratung und Hilfe in Anspruch zu nehmen, die auf ihrem eigenen Weg im Umgang mit illegalisierten Drogen bestehen, die sich nicht helfen lassen wollen. Ihnen wird nicht geglaubt, sie werden mit Misstrauen betrachtet, ihre Erfahrungen werden entwertet und manche werden als „therapieresistent“ abqualifiziert.“ (ebd., S. 280)

Fragenkomplex HIV/AIDS und HCV

Entsprechend dem Verkauftrag fokussierte ein weiterer Fragenkomplex die Bereiche HIV/AIDS und HCV.

- Laut Robert Koch-Institut leben Ende 2005 in NRW 975 Drogen gebrauchende Menschen mit HIV/AIDS (vgl. RKI 2005).
- Die Anzahl der mit Hepatitis infizierten Drogen gebrauchenden Personen ist unbekannt (hierzu macht weder das RKI noch das Ministerium Arbeit, Gesundheit und Soziales konkrete Angaben).

- Laut der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e.V. (DAGNÄ) existieren in NRW ca. 80 Schwerpunktpraxen.
- Die Frage „in welchen Bereichen es hinsichtlich der medizinischen und pflegerischen Versorgung HIV infizierter und an AIDS erkrankter Drogen gebrauchenden Personen notwendige Weiterentwicklungen gibt?“ kann das Ministerium Arbeit, Gesundheit und Soziales so nicht beantworten.
- Der Bedarf bzw. die Bedürfnisse der mit Hepatitis und/oder der mit HIV Infizierten wird laut dem zuständigen Referat des Ministeriums Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Selbsthilfe und die AIDS-Hilfe ermittelt.

Daten belegen immer nur ein Teil der Wirklichkeit. Dies kommt auch in Bezug auf das hier diskutierte Infektionsproblem/-risiko zum Tragen. Die Interviews offenbaren die Aktualität, Intensität und Dringlichkeit dieses Problembereichs und zeigen insbesondere auf, wie notwendig präventive Bemühungen auch heute noch sind.

„Ja das ist mit den Drogenleuten doch etwas schwierig. Ich denke auf der einen Seite machen sie sich schon Sorgen um ihre Gesundheit, auf der anderen Seite denke ich, dass die Droge sie dazu verleiten würde meine Pumpe zu nehmen. Wenn sie die Möglichkeit haben sich zu schützen, würden sie das aber auf jeden Fall tun.

Ich denke, das sie eben auch hier in die Drogenhilfe kommen, weil sie sich Sorgen um ihre Gesundheit machen und sich schützen wollen.“

Neben dem bekannten Problem, dass kompulsiver Drogengebrauch die Umsetzung von safer-use-Praktiken²⁸ behindert, verweist die Aussage auf die Notwendigkeit von Möglichkeiten. Das heißt, wenn saubere Spritzutensilien vorhanden sind werden sie selbstverständlich auch genutzt. Daraus lässt sich u.a. unschwer die Forderung nach einer flächendeckenden und zeitlich unbegrenzten Abgabe ableiten.

Das es auch heute noch innerhalb offener Szenen in Bezug auf HIV/AIDS und HCV Aufklärungsbedarf gibt wurde in 7 Interviews direkt thematisiert. Die zwei nicht infizierten Personen, benannten Glück als Grund für ihren Status.

Angesprochen wurden auch die Präventionsmedien sowie die Präventionsarbeit innerhalb der

²⁸ Dieses Problem wurde von drei weiteren Interviewpartnern angesprochen.

Einrichtungen des Hilfesystems.

Die Aussagen hierzu waren ausgewogen. Ca. die Hälfte der sich hierzu äussernden Personen finden in „ihren“ Drogen- oder AIDS-Hilfen ausreichend gute Informationsmaterialien und kompetente Ansprechpartner. Kritik äußerte sich wie folgt:

„Häufig fehlt es aber an aktuellen Informationen mit Ausnahme in der AIDS-Hilfe. Obwohl vielleicht gibt es da noch andere wie zum Beispiel die Uniklinik. [...] besser unverständliche aktuelle Informationen als keine oder veraltete.“

„Von den Mitarbeitern des Drogenhilfesystems direkt auf das Thema angesprochen werde ich eher selten. Allenfalls bei irgendwelchen Eingangsgesprächen wurde ich darauf angesprochen. Wenn ich es nicht direkt angesprochen habe, war da eigentlich nicht sehr viel. Zwar liegen überall Broschüren rum. Wenn man selber interessiert ist gibt es wohl schon genügend Stellen bei denen man sich dann informieren kann. [...]

Generell ist es notwendig das man selber nachfragt.“

Erwähnt werden muss in diesem Zusammenhang, dass im Rahmen der Interviews von einzelnen Interviewpartnern das Thema (Zwangs-)Test angesprochen wurde.

„Spontan fällt mir zu HIV und Hepatitis ein, dass die Leute auch heute noch zu den Tests genötigt werden [...]. Also wenn Jemand Entzug machen möchte, dann wird ihm nahe gelegt den Test zu machen. Wenn sich Jemand um einen Substitutionsplatz bewirbt, dann wird ihm nahe gelegt den HIV und Hep.C.-Test zu machen. Meistens findet dann auch keine ausreichende Beratung dazu statt. Leute werden getestet und bekommen dann beiläufig ihr Testergebnis mitgeteilt und stehen dann dementsprechend alleine damit da.“

Neben dieser Kritik wird in Bezug auf einen HIV- oder HCV-Test von vier Befragten ein eher defensives Verhalten ihrer substituierenden Ärzte konstatiert.

„Ja eigentlich habe ich die Ärzte angesprochen. Ich habe allerdings auch schon Mal einen Arzt gehabt da wurde einmal im Quartal bei jedem Substituierten Blut abgenommen und ein Run-um-Check gemacht. Aber das war eine Ausnahme bei den anderen musste man die Ärzte selbst ansprechen.“

Die Aussagen der Befragten belegen den Bedarf einer nachhaltigen niedrigschwelligen Präventionsarbeit innerhalb der offenen Szenen genauso wie eine verstärkte

personalkommunikative Präventionsarbeit in den Einrichtungen des Hilfesystems.

Zum o.g. Bereich medizinische und pflegerische Versorgung abschließend nachstehende Einzelkritik, die weitergehende Untersuchungsfragen anregt.

Zum Thema HIV möchte ich noch sagen, dass die Ärzte mit der anderen Lebensweise von Menschen aus dem Drogenbereich nicht umgehen können oder das auch die Notwendigkeit einer anderen Schmerzmittelvergabe nicht entsprochen wird.

Ja und in den Kliniken wird ja auch der Konsum nicht toleriert und dann fliegen die Leute auch aus der Klinik. Oder die Leute sind sogar im Sterbeprozess genötigt entziehen zu müssen.“

Nachgefragt A.H.: Werden in solchen Situationen nicht entsprechende Präparate gegeben?

„Ja schon, aber nicht ausreichend oder erst zu spät.

Es fehlt da eben auch die Forschung. Die Ärzte haben auch häufig Angst zu viel zu geben oder sie müssen sich dann auch an entsprechende Kriterien halten. [...] Bei machen Ärzten liegt da nicht unbedingt der Kranke, sondern eben der Kriminelle und das bleibt eben nicht ohne Wirkung.

Fragenkomplex Strafvollzug

Im Auftrage des Justizministeriums antwortete die Medizinaldezernentin (Referat III/7) Frau Dr. Render.

=> Anzahl der inhaftierten Drogen gebrauchenden Menschen: „7285 Personen“. Davon:

- Männer: „6737“
- Frauen: „548“
- HCV infiziert: „nicht bekannt“
- HIV infiziert: „126 (Stichtag 31.03.2005, alle HIV positiven Gefangenen, nicht nur die Drogenabhängigen)“
- AIDS krank: „17 (Stichtag 31.03.2005)“

=> Anzahl der HIV und HCV Neuinfektionen in Justizvollzugsanstalten?

„Aussagekräftige Zahlen zu HIV Neuinfektionen und HCV Neuinfektionen liegen nicht vor.“

(Render)

=> Wie stellt sich in den Strafvollzugsanstalten in NRW die medizinische Versorgung Drogen gebrauchender Menschen dar (mit und ohne HIV/AIDS und HCV)?

„Die medizinische Versorgung der drogenabhängigen Gefangenen stellt aufgrund der hohen Anzahl der betroffenen Patienten einen Schwerpunkt der medizinischen Tätigkeit dar. Hierbei wird die Drogenabhängigkeit behandelt (z.B. durch Substitution) aber auch die Begleiterkrankungen. Die hauptamtlichen Anstaltsärzte verfügen über die Fachkunde "Suchtmedizinische Grundversorgung" und sind damit für die Betreuung der Patienten fachlich gut qualifiziert. Neben der Primärversorgung durch die Anstaltsärzte besteht die Möglichkeit externe Fachärzte oder Einrichtungen einzubinden oder die Patienten im Justizvollzugskrankenhaus NRW vorzustellen.“ (Render)

Zur medizinischen Versorgung äußerten sich auch die interviewten Personen. Zwar wurden von einzelnen Befragten positive Veränderungen wahrgenommen und benannt, doch kam es auch zu deutlich negativen Bewertungen der gegenwärtigen Situation. Hierzu folgende Aussage:

„Die medizinische Versorgung lässt absolut zu wünschen übrig. Bei HIV und AIDS insbesondere. Z.B. gehen die Krankentransporte nicht schnell genug und dann haben eben die Ärzte in den Knästen auch nicht das notwendige Fachwissen. Ja und Hepatitis wird gar nicht erst thematisiert, dass ist in den Knästen überhaupt kein Thema.“

=> Existieren in den Strafvollzugsanstalten Sonderregelungen im Umgang mit infizierten Drogen gebrauchenden Menschen?

„Insgesamt gilt in den Justizvollzugsanstalten, dass jeder Gefangener als fakultativ infektiös anzusehen ist, insbesondere vor dem Hintergrund, dass nicht jeder Gefangener bereit ist sich auf das Vorliegen einer infektiösen Krankheit testen zu lassen. Für HIV Infizierte und Hepatitis B infektiöse Patienten gilt, dass sie grundsätzlich einzeln untergebracht werden müssen. Ausnahmen sind möglich, wenn der vom Gefangenen angesprochene Mitgefangene zusätzlich aufgeklärt wird über das Infektionsrisiko und sich schriftlich mit der gemeinschaftlichen Unterbringung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich des Umgangs bestehen keine weiteren Besonderheiten.“ (Render)

Zu diesem Gegenstand wurde von den Befragten nachhaltige Kritik geäußert. Insbesondere die Nennung einer Infektion von Seiten der JVA sowie mangelnde Aufklärung der Insassen und die soziale Isolation der Infizierten wurden thematisiert.

Frage „A.H: Wie ist man mit Dir nach dem Testergebnis umgegangen?

„In der Zeit war ich mit vier Leuten auf einer Zelle. Ich hab dann versucht eine Einzelzelle zu bekommen, weil ich mit den Leuten dann Stress bekommen hab – die ja nicht infiziert waren. Die Anstalt hat denen einen Zettel vorgelegt und hat gesagt, dass die den unterschreiben müssen.

Da stand drin, dass sie jeden Kontakt mit Blut zu vermeiden haben, auch Geschlechtsverkehr und das mussten die unterschreiben und ich auch. Das war schon hart. Das hat dann drei oder vier Tage gedauert, dann wusste das der gesamte Knast.“

Nachgefragt A.H.: Und wie macht sich das bemerkbar, wenn ein ganzer Knast weiß, dass man infiziert ist?

„Die meisten Leute gehen einem aus dem Weg oder man kriegt irgendwelche Sprüche hinter geschmissen. Also von den drei Leuten, die mit mir auf einer Zelle waren, da wollte einer mich unbedingt aus der Zelle haben. Mit dem gab es eine Menge Ärger und fast sogar eine Schlägerei [...].“

„[...] die ich kenne haben es da als Infizierte als sehr extrem empfunden. Sie wurde als Infizierte isoliert [...] man muss dazu sagen, dass man ja auch im Knast versucht Kontakte zu haben bzw. familiär miteinander umzugehen. Aber als infizierter Mensch wird man da ausgesondert. Es ist nicht nur so, dass man alleine steht, sondern auch so, dass man angeprangert wird [...], als infizierter Mensch als Risikomensch - von den Mithäftlingen.

Das Personal verhält sich da meiner Meinung nach total falsch, weil sie nicht aufklären. Die Mitgefangenen glauben immer noch, wenn man zusammen in einem Raum ist, dass eine Ansteckungsgefahr existiert.

Und man kann sich ja an fünf Fingern abzählen wie die Menschen sich dann fühlen, wenn sie so ausgegrenzt werden. Und im Knast wo man ja sehr auf das Mitgefühl der anderen angewiesen ist, ist das besonders schlimm und kann noch Jahre später Nachwirkungen haben – z.B. Neurosen.

Ich würde mir wünschen, dass das Personal anders reagieren würde. Das Personal müsste viel mehr aufklären. Grundsätzliche Informationen über den HI-Virus müsste das Personal ausgeben. Solche dummen Sachen, dass man sich über den Luftweg anstecken kann müssten da zur Sprache kommen.

Und gerade im Knast sind solche Sachen Thema, gerade hier, wo man nichts anders hat, da kann man sich an solchen Dingen festbeißen.“

Die banalste und einfachste Problemlösung wäre alle Personen, zu Beginn ihrer Inhaftierung, zu den Themen HIV/AIDS und Hepatitis aufzuklären und nicht erst dann, wenn es um eine bestimmte Person geht. Grundsätzlich sollte sich jeder Inhaftierte – wie alle anderen Personen auch – schützen bzw. grundsätzlich auf alles Notwendige achten.

=> In welchen Strafvollzugsanstalten ist eine Substitution möglich? Wie gestaltet sich diese bzw. der Zugang hierzu?

„Eine Substitution ist in jeder JVA möglich, in einer kleinen Einrichtung ist diese zur Zeit aus personellen Gründen nicht möglich, hier werden betroffene Patienten noch am gleichen Tag verlegt in eine andere Einrichtung um eine Fortführung einer erforderlichen Substitution sicher zu stellen.

Die Substitution wird nach den allgemein geltenden fachlichen Vorgaben durchgeführt (Fachkunde "Suchtmedizinische Grundversorgung"). Die Entscheidung über eine Fortführung bzw. den Beginn einer Substitution trifft der Anstaltsarzt, der jeden Gefangenen im Rahmen der Zugangsuntersuchung sieht.“ (Render)²⁹

=> Haben Drogen gebrauchende Menschen in Bezug auf Urlaubs- und Ausgangsregelungen die gleichen Rechte wie andere Inhaftierte?

„Drogenkonsumenten haben die gleichen Rechte wie alle anderen Inhaftierten. Es muss die hinreichende Sicherheit bestehen, dass Gefangene die Lockerungen nicht zu Entweichungen oder Straftaten missbrauchen werden (Nachweis der Drogenabstinenz).“ (Render)

Neben denjenigen Befragten, die dies (gleiche Rechte) grundsätzlich verneinten, gab es auch Stimmen, die darauf deuten, dass Drogengebraucher nur dann entsprechende Rechte eingeräumt bekommen, wenn sie sich systemkonformer Verhalten.

„Im großen und ganzen Ja. Vorausgesetzt, dass die Drogentests, die dort ja verstärkt gemacht werden, entsprechend in Ordnung sind.“³⁰

=> In welchen Strafvollzugsanstalten existieren schadensminimierende Angebote?

²⁹ Alle Interviewten berichteten von Substitutionsmöglichkeiten in nordrhein-westfälischen Justizvollzugsanstalten.

³⁰ „Das kommt darauf an wie die Beamten einen beschreiben oder bewerten. Aber wenn man als Drogengebraucher bekannt ist, ist es schon schwer.“

„Spritzenautomaten sind in den Justizvollzugsanstalten in NRW nicht vorhanden.“ (Render)

Alle interviewten Personen kritisierten das Fehlen einer Spritzenabgabe in den Justizvollzugsanstalten.

„Das ist besonders schlecht, weil dann zwangsläufig der Spritzentausch untereinander wieder losgeht. Ich finde es unverantwortlich von der Politik diesen Weg zu gehen.“

=> In welchen Strafvollzugsanstalten werden Kondome vergeben?

„Kondome sind in allen Justizvollzugsanstalten für die Gefangenen zugänglich.“ (Render)

Die interviewten Personen äußerten sich hierzu sehr unterschiedlich. Fünf Personen gaben an von keiner – wie auch immer gestalteten – Kondomvergabe zu wissen oder hörten nur über dritte davon. Andere berichteten von unterschiedlichen Möglichkeiten in Justizvollzugsanstalten Kondome zu erhalten. Je offener dies geschieht, desto mehr wurde dies als Problem erachtet.

„Automaten gab es nicht. Bei uns auf der Abteilung war es so, dass man zur Abteilungsleiterin, die gleichzeitig auch Psychologin war, ging und dort diskret welche bekommen hat. So was ist aber sicherlich nicht die Regel.“

„Da wurden dann Kisten, die überall zu sehen waren aufgestellt – eben Zwecks der Infektionsgefahr – sobald aber da einer an dem Apparat gesehen wurde, dann wurde direkt gesagt der hat AIDS oder der hat dies oder das – es gibt nicht schlimmeres als ein Knasttelefon.“

4 Abschließende Bemerkungen

I.: Grundlegend für die Bedarfserfassung ist eine hierauf bezogene repräsentative Befragung der in NRW lebenden und illegale Drogen gebrauchenden Menschen.

II.: Ferner sind die bereits bestehenden Einrichtungen/Projekte/Maßnahmen hinsichtlich ihrer Bedarfsorientierung zu untersuchen. Als Qualitätsmerkmal ist die Förderung von organisierter Selbsthilfe mit aufzunehmen.

III.: Um die klassische Funktion der Selbsthilfe als kritisches Gegenüber für diesen Bereich nutzbar zu machen, gilt es eine aus öffentlichen Mitteln finanzierte Fachstelle „kritische Selbsthilfe“ zu installieren. Aufgabe dieser Fachstelle ist es sowohl die Forschungsergebnisse als auch die praktische Arbeit der Suchthilfe kritisch zu überprüfen.

Einer evtl. Forderung, dass hierfür die bestehenden Selbsthilfe- bzw. Förderstrukturen ausreichen müssen, muss in Bezug auf den Landesverbandes JES NRW e.V. und seiner Mitglieder aus zweierlei Gründen bereits im Vorfeld widersprochen werden. Zum einen arbeiten, bis auf eine Ausnahme, alle aus landes- und kommunalen Mitteln finanzierten JES-Mitarbeiter auf der kommunalen Ebene (vornehmlich mit Hilfeleistungen betraut).³¹ Zum anderen ist für die landesweit aktiven ehrenamtlichen Vorstände des JES-Landesverbandes eine solche komplexe Aufgabenstellung nicht adäquat lösbar.

Die Anforderungen bzw. die Auswahl von geeigneten Selbsthilfeaktivisten ist hier das größte Problem. Man muss sowohl Einblicke in wissenschaftliche Methodik und Arbeitsweisen des Hilfesystems besitzen sowie gleichzeitig einen Bezug zur Szene mithin zu den aktuellen Konsumtrends haben.³²

Insbesondere das Verstehen wissenschaftlicher Techniken scheint das größte Hindernis zu sein. Eigens hierfür, müssten spezifische Schulungen und Materialien entwickelt werden, die sowohl leicht verständlich, selbstkritisch (inkl. Schwachstellen benennend) als auch kritische

³¹ Vielfach bleibt selbst für eine kritische Begutachtung des kommunalen Hilfesystems, aufgrund der täglichen Anforderungen, keine Zeit.

³² Alle Anforderungen sind gleichwertig und somit auch obligatorische Voraussetzung für das Beschäftigungsverhältnis.

Kreativität fördernd sind. Durchaus hohe Anforderungen, die wahrscheinlich nur durch die Wissenschaft selbst zu erfüllen sind. Anreize zur Realisierung könnten vom Land in Form eines Wissenschaftspreises gegeben werden. Zur Unterstützung der Fachstelle wäre ein wissenschaftlicher Beirat sinnvoll.

Bestandteil dieser Fachstelle sollten auch Servicetester sein (Beispiele finden sich hier in der Gastronomie oder bei der Deutschen Bundesbahn).³³

³³ Weitere Vorbilder könnten der Bundesrechnungshof oder der Generalinspekteur der Bundeswehr sein.

5 Literaturverzeichnis

Kappeler M.: Leitideen und Strategien im Umgang mit Genuss und Risiken. In: akzept e.V. (Hg.): Gesellschaft mit Drogen – Akzeptanz im Wandel. Berlin 2001, S. 279-290

Kraus, L./ Augustin, R./ Tschernich, S.: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Nordrheinwestfalen 2000. München 2001

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Bielefeld 1995

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Landesprogramm gegen Sucht. Eine Gemeinschaftsinitiative. Düsseldorf 1999

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Evaluationskonzept. Grundsätze. Düsseldorf; Bielefeld 2001a

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Evaluationskonzept. Grundzüge für eine Evaluation gesundheitspolitischer Programme in NRW (am Beispiel der Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen). Düsseldorf; Bielefeld 2001b

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patienten und Ärzte. Düsseldorf 2003

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Gesundheitsberichte NRW. 10 Jahre Gesundheitsziele Nordrhein-Westfalen – 1995 bis 2005. Eine Bestandaufnahme. Düsseldorf; Bielefeld 2005a

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Gesundheitsziele NRW – 2005 bis 2010. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Düsseldorf; Bielefeld 2005b

Robert Koch-Institut: HIV/AIDS in Nordrhein-Westfalen – Eckdaten. Epidemiologische Kurzinformation. München 2005