

**Wohnen und Sucht.**  
**Wohnformen für Drogenabhängige**  
**und Soziale Arbeit**

Diplomarbeit von

**Thomas Weyh**

Matrikelnummer 925131

Evangelische Fachhochschule Darmstadt  
Fachbereich  
Sozialarbeit / Sozialpädagogik

Herr Prof. Dr. Roland Anhorn  
(Erstgutachter)

Herr Prof. Dr. Dieter Zimmermann  
(Zweitgutachter)

Sommersemester 2010

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>1 Sozialer Ausschluss</b>	<b>4</b>
1.1 Der Begriff des Sozialen Ausschlusses . . . . .	4
1.2 Obdach- beziehungsweise Wohnungslosigkeit - Ursachen, Erscheinungs- formen, Auswirkungen und Sozialer Ausschluss . . . . .	8
1.3 Besondere Problemlagen von Drogenkonsumenten, Interventionsan- sätze und Sozialer Ausschluss . . . . .	12
1.4 Zusammenfassung . . . . .	15
<b>2 Eine abhängige Gesellschaft und die Möglichkeiten der akzeptanzorien-         tierten Drogenarbeit</b>	<b>17</b>
2.1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen im Bereich der Abhängigkeiten	17
2.2 Akzeptanzorientierte Drogenarbeit und ihre positiven Auswirkungen .	22
2.3 Zusammenfassung . . . . .	27
<b>3 Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit Substanzabhängigkeit</b>	<b>29</b>
3.1 Geschichtliche Entwicklung und rechtliche Grundlagen von Rehabili- tationsmaßnahmen . . . . .	29
3.2 Rehabilitationsziele und -phasen . . . . .	32
3.3 Modelle der Rehabilitation / Rehabilitationsformen . . . . .	39
3.4 Substitution . . . . .	43
3.5 Rückfälle . . . . .	48
3.6 Zusammenfassung . . . . .	49
<b>4 Wohnformen für Drogenabhängige</b>	<b>50</b>
4.1 Die Wohnraumproblematik . . . . .	50
4.2 Beschreibung unterschiedlicher Wohn- beziehungsweise Obdachfor- men und den an diese zu stellenden Anforderungen . . . . .	52
4.3 Warum eine zielgruppengerechte Hilfe wichtig ist . . . . .	63
4.4 Notwendigkeit und Chancen einer Vernetzung . . . . .	65
4.5 Zusammenfassung . . . . .	67
<b>5 Die Gruppe der alternden Drogenkonsumenten</b>	<b>69</b>
5.1 Der demographische Wandel unter Drogenkonsumenten . . . . .	69

5.2 Ursachen des Alterns von Drogenkonsumenten . . . . .	70
5.3 Probleme und Bedarfe alternder Drogenkonsumenten . . . . .	72
5.4 Hilfeansätze- und maßnahmen . . . . .	74
5.5 Zusammenfassung . . . . .	80
<b>Zusammenfassung der Ergebnisse</b>	<b>81</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>87</b>
<b>Persönliche Erklärung</b>	<b>101</b>

# Einleitung

Die Entscheidung für das Thema (*Wohnen und Sucht. Wohnformen für Drogenabhängige und Soziale Arbeit*) der vorliegenden Diplomarbeit beruht maßgeblich auf meinen persönlichen Erfahrungen in der Drogenhilfe. Bei meiner Arbeit im Bereich des Kontakladens der niedrigschwelligen Darmstädter Drogenhilfeeinrichtung scentral sind mir des öfteren die prekären Wohnsituationen der Klienten aufgefallen. Es scheint in der Unterbringung von Konsumenten illegalisierter Drogen gravierende Defizite zu geben, die sich mit zunehmendem Alter nicht etwa lösen, sondern sich in Einzelfällen intensivieren. Um zu überprüfen, ob es sich hierbei um ein subjektives Empfinden oder eine Tatsache handelt, habe ich beschlossen, mich dem Thema des Wohnens für Drogenabhängige in meiner Diplomarbeit zu widmen.

Aufgrund der Literaturlage kommt eine Bearbeitung mit einem eng gesteckten Verständnis von Drogen nicht in Frage. Neben den illegalisierten Substanzen, also jenen Drogen, die von rechtlicher Position verboten sind, müssen auch die legalen Drogen Berücksichtigung finden. Im Besonderen in den Bereichen der Therapie und Nachsorge lassen sich nur wenige Quellen finden, die sich explizit mit dem Konsum illegalisierter Drogen beschäftigen. Deshalb, und aufgrund der Tatsache, dass Drogenkonsumenten in der Regel auch legale Drogen (wie beispielsweise Alkohol und Medikamente) konsumieren, finden auch diese Berücksichtigung. Das Hauptaugenmerk liegt aber auf den illegalisierten Substanzen (beispielsweise Opioide, Benzodiazepine und Cannabis).

Ich möchte in meiner Arbeit der Frage nachgehen, wie die Wohn-, Gesundheits- und soziale Situation für drogenkonsumierende Menschen aussieht, wo Probleme liegen und wie Lösungen aussehen (könnten). Hierbei möchte ich im Besonderen auf die Lage alternder<sup>1</sup> Drogenkonsumenten mit abhängigem Konsumverhalten eingehen.

Die in unserer Gesellschaft aktuell auf Bezieher von Hartz IV geführte Diskussion

---

<sup>1</sup>Die Fragestellung, ab wann Drogenkonsumenten als alt anzusehen sind, wird hier keine weitere Berücksichtigung finden, auch wenn sie in Praxis und Wissenschaft nicht einhellig beantwortet wird. Wichtiger erscheint mir eine Auseinandersetzung mit den Problemen und Bedarfen alternder Drogenkonsumenten, ohne dabei in eine Fixierung auf eine Gruppe ab 35, 40 oder 45 Jahren zu verfallen. Unterschiedliche Definitionen alter Drogenkonsumenten finden sich unter anderem in FLEISCHMANN, H. 1999, S. 178 und EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (EBDD) (Hrsg.) 2008, S. 1.

um Sozialen Ausschluss hat auch für die in dieser Arbeit behandelte Zielgruppe eine hohe Relevanz. Um aufzuzeigen, wie sich die randständige Position von Drogenkonsumenten ergibt und wie sie sich definiert, behandelt das Kapitel 1 den Sozialen Ausschluss. Zu Beginn des Kapitels wird ein Überblick über den aktuellen Ausschlussdiskurs gegeben und dargestellt, auf welche Bereiche sich Sozialer Ausschluss beziehen kann. Anschließend wird, bezugnehmend auf den Titel dieser Arbeit, die besondere Situation des Sozialen Ausschlusses für Obdach- beziehungsweise Wohnungslose und für Drogenkonsumenten aufgezeigt.

Darauf aufbauend zeigt Kapitel 2 auf, dass Abhängigkeiten von Drogen und nicht stoffgebundene Abhängigkeiten in unserer Gesellschaft weite Verbreitung finden, ohne dass dies in allen Fällen kritisch gesehen wird und gesehen werden muss. Es wird die Fragestellung behandelt, wie die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für Drogenkonsumenten aussehen und wie sich die Hilfe für diese Personengruppe entwickelt hat. Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit als entscheidende Methode in der Verbesserung der Lebenssituation von Drogenkonsumenten findet hierbei in Hinblick auf ihre Geschichte, Zielsetzungen, Chancen, aber auch Kritikpunkte besondere Berücksichtigung.

Das dritte Kapitel widmet sich den Rehabilitationsmöglichkeiten für Drogenkonsumenten. Hier wird aufgezeigt, dass es für viele Drogenkonsumenten durchaus Wege aus einer Abhängigkeit gibt, wenn die betroffenen Menschen eine Abstinenz anstreben. Es wird aber ebenso verdeutlicht, dass diese Abstinenz nicht für alle erreichbar und erstrebenswert ist und dass auch Teilschritte wie beispielsweise eine Entgiftung wichtige und nützliche Maßnahmen für Drogenkonsumenten sein können. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit über Behandlungsalternativen nachzudenken. Hier ist exemplarisch die Substitution als ein Modell in der Versorgung von Drogenkonsumenten zu nennen. Ebenfalls Berücksichtigung findet der Umgang mit Rückfällen und die aus diesem resultierenden Ergebnisse.

Nachdem die Kapitel 1 bis 3 die notwendigen Grundlagen geschaffen haben, widmet sich das vierte Kapitel den Wohnformen für Drogenkonsumenten. Einleitend wird hier die Wohnraumproblematik, also der nicht erfüllte Bedarf an Wohnraum, statistisch nachgewiesen. Im Anschluss werden unterschiedliche Wohn- beziehungsweise Obdachformen aufgezeigt, so wie die an diese zu stellenden Anforderungen genannt. Es wird verdeutlicht, warum eine Orientierung dieser Angebote an den individuellen Zielgruppen unbedingt gegeben sein muss. Abschließend in diesem Kapitel werden Verbesserungspotenziale durch die Vernetzung von unterschiedli-

chen Angeboten, Einrichtungen und Trägern aufgezeigt.

Das fünfte Kapitel baut entscheidend auf den Resultaten des vorangegangenen Kapitels auf. Es widmet sich der Gruppe der alternden Drogenkonsumenten, deren spezifischen Problemen, Bedarfen und Anforderungen und zeigt dabei ein deutliches Defizit in der heutigen Versorgungssituation auf. Es werden Lösungsansätze zur Unterbringung alternder Drogenkonsumenten aufgezeigt und deren Vor- und Nachteile angeführt.

Die abschließende Zusammenfassung der Ergebnisse stellt die gewonnenen Erkenntnisse noch einmal final dar und widmet sich dabei im Besonderen den Aufgaben, die die Soziale Arbeit in der Versorgung (alternder) Drogenkonsumenten im Bezug auf deren Wohnsituation, aber auch darüber hinaus, wahrnehmen muss.

Aus Gründen der Lesbarkeit verzichte ich im folgenden Text auf die Verwendung weiblicher Schreibformen. Selbstverständlich gelten die getroffenen Aussagen jeweils für weibliche und männliche Personen, insofern nicht explizit auf ein einzelnes Geschlecht hingewiesen wird. Ausnahmen dieses Schreibstils finden darüber hinaus selbstverständlich in direkten Zitaten Verwendung.

# 1 Sozialer Ausschluss

## 1.1 Der Begriff des Sozialen Ausschlusses

Der Begriff des Sozialen Ausschlusses findet in der Sozialen Arbeit immer wieder Verwendung und tritt dabei auch in den Begrifflichkeiten (Soziale) Ausgrenzung oder (Soziale) Exklusion zu Tage.<sup>2 3</sup> Häufig liegt der Verwendung des Begriffs des Sozialen Ausschlusses dabei ein sehr eingeschränktes Verständnis zu Grunde. Ein solches ist beispielsweise bei Wagner zu finden, der Sozialen Ausschluss wie folgt definiert: Sozialer Ausschluss „ist ein extremer und dauerhafter Zustand der Unterversorgung, Diskriminierung oder Isolation, der einem weitgehenden Ausschluss vom gesellschaftlichen Leben gleichkommt.“<sup>4</sup>

Einen seiner Ursprünge hat der Begriff des Sozialen Ausschlusses dabei im Armutsbegriff. Diesem wird allerdings immer mehr mit ideologischer Skepsis begegnet, da die Verwendung des Armutsbegriffes Konsequenzen mit sich bringen würde, die gesellschaftliche Veränderungen bedingen sollten. Bleibt man bei der Verwendung des Sozialen Ausschlusses unter Ausblendung des Armutsbegriffes, wird ein intaktes Gemeinwesen gesehen, dass durch die sozial Ausgeschlossenen gefährdet wird. An diese ergeht ein moralischer Appell, der das Ziel der Selbstaktivierung und der damit einhergehenden Verbesserung der eigenen Situation impliziert.<sup>5</sup> Der weit verbreitete Stand der Diskussion um Sozialen Ausschluss geht von einer horizontalen Spaltung aus.<sup>6</sup> Dabei verläuft die Spaltung „zwischen einer integrierten Mehrheit (gesellschaftliches Zentrum) und einer ausgeschlossenen Minderheit (gesellschaftliche Randzonen, Peripherie), zwischen einem gesellschaftlichen 'Innen' und 'Außen' (...). Das 'Innen' der Gesellschaft wird dabei weitgehend als geordnet, homogen und auf Konsens basierend, eben als im Großen und Ganzen integriert und unproblematisch konzipiert, während die im 'Außen' angesiedelten Individuen und Gruppen nicht nur außerhalb der Gesellschaft verortet werden, sondern darüber hinaus als Ort und Quelle der Unordnung, Desintegration, Pathologie und letztlich als Bedrohung des geordneten 'Innen' wahrgenommen werden.“<sup>7</sup>

---

<sup>2</sup>Im folgenden Text wird hier die Terminologie des Sozialen Ausschlusses synonym für die Begrifflichkeiten der (Sozialen) Ausgrenzung und der (Sozialen) Exklusion verwendet.

<sup>3</sup>vgl. ANHORN, R. 2008, S. 24

<sup>4</sup>WAGNER, M. 2007, S. 842

<sup>5</sup>vgl. ANHORN, R. 2008, S. 25

<sup>6</sup>vgl. ANHORN, R. 2008, S. 25

<sup>7</sup>ANHORN, R. 2008, S. 25 - 26

Diese Sichtweise bringt allerdings einige problematische Annahmen mit sich, da Sozialer Ausschluss damit an einzelnen, persönlichen Merkmalen festgemacht wird. Strukturelle Bedingungen wie beispielsweise Ausbeutung, Unterdrückung und ungleiche Verteilung von gesellschaftlichem Reichtum werden (nahezu gänzlich) ausgeblendet und finden dementsprechend wenig bis keine Berücksichtigung. Diese Ebene, die auch von Anhorn als vertikale Ebene bezeichnet wird, würde der Vorstellung, dass es sich beim Sozialen Ausschluss um eine individuell zu überbrückende Grenze handelt, widersprechen und so die herrschenden gesellschaftlichen Strukturen mit ihren ungleichen Macht- und Herrschaftsverhältnissen in den Fokus rücken. Der Vorstellung von Sozialem Ausschluss als Krise der Familie, der Bildung oder eines Wohngebietes wird mit der Einbeziehung der vertikalen Ebene widersprochen und die Aufhebung von Sozialem Ausschluss lässt sich nicht mehr auf „richtige“ Erziehung und eine „bessere“ Wertevermittlung reduzieren.<sup>8</sup> Die Skandalisierung spezifischer Personengruppen, die gesellschaftlich als Problem wahrgenommen werden, wie es in unterschiedlicher Intensität beispielsweise mit gewaltbereiten Jugendlichen, Ausländern oder Arbeitslosen immer wieder passiert, wäre so nicht mehr ohne das Anstreben von Veränderungen von gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen vertretbar.<sup>9</sup> Unterschiede in der Lebensführung dürften nicht mehr als alleinige Ursache für - teils als gerechtfertigt angesehen - Sozialen Ausschluss betrachtet werden. Des Weiteren müsste die im derzeitigen Ausschlussdiskurs vertretene Meinung, dass „nicht so sehr materielle Armut, sondern Kompetenzarmut, Wissens- und Bildungsarmut, Motivations- und Aspirationsarmut (...) die bestimmenden Kennzeichen“<sup>10</sup> von Sozialem Ausschluss sind, überdacht werden. Der Sozialen Arbeit käme in diesem Modell die Aufgabe zu, die „Gescheiterten“ zu disziplinieren und zu zivilisieren. Disziplinierung und Kontrolle werden hier als legitimes Mittel des Integrationsanspruches gesehen. Verschärft wird diese Problematik durch die Tatsache, dass im aktuell vorherrschenden Verständnis des Sozialen Ausschlusses, das als problematisch und weitestgehend unkritisch bezeichnet werden kann, jedes Problem als zum Sozialen Ausschluss gehörig definiert werden kann. Dies hätte zur Folge, dass dieses somit als Aufgabe der Sozialen Arbeit gesehen wird.<sup>11</sup>

Um Sozialem Ausschluss angemessen zu begegnen, darf nicht die Integration<sup>12</sup> als Ziel der Interventionen festgelegt werden. Dies würde eine Akzeptanz der vorherr-

---

<sup>8</sup>vgl. ANHORN, R. 2008, S. 26 - 27

<sup>9</sup>vgl. ANHORN, R. 2008, S. 32

<sup>10</sup>ANHORN, R. 2008, S. 32

<sup>11</sup>vgl. ANHORN, R. 2008, S. 32 - 37

<sup>12</sup>Auch wenn hier dargelegt wird, warum der Integrations- durch den Partizipationsbegriff zu ersetzen ist, kommt es im folgenden Text aufgrund der Verwendung in den Quellen hauptsächlich zur Nutzung des Integrationsbegriffes.



schenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen implizieren und somit nicht an den Ursachen des Sozialen Ausschlusses ansetzen. Mit der Verwendung des Partizipationsbegriffes könnte den eben geschilderten Schwierigkeiten (Erklärung aller Problemlagen zur Aufgabe der Sozialen Arbeit und Akzeptanz vorherrschender Rahmenbedingungen) begegnet werden. Sozialer Ausschluss würde sich als Vorenthaltung oder Reduzierung von Möglichkeiten zur Teilhabe definieren.<sup>13</sup> Steinert benennt diese teils zentralen, teils weniger zentralen Ressourcen und Bereiche wie folgt: „Verfügung über die Möglichkeit von (Lohn-)Arbeit, über Eigentum, über Geld, über freie Mobilität, über Wissen und Ausbildung, Autonomie in der Lebensgestaltung, Privatheit, Intimität, Anerkennung als gleich und gleich berechtigt u.a.m.“<sup>14</sup>.

Durch die Verwendung des Partizipationsbegriffes ändert sich auch die Sichtweise des Sozialen Ausschlusses. Dieser wird zu einem graduellen, relationalen, dynamischen und subjektorientierten Konzept. Die Gradualität, also das Verständnis des Sozialen Ausschlusses als schrittweisen Prozess, führt zum Wegfall der klaren (horizontalen) Grenze und der zugehörigen Definition der Begriffe „Innen“ und „Außen“. Des Weiteren muss Sozialer Ausschluss als relational wahrgenommen werden. Er vollzieht sich immer im Verhältnis zu anderen (Personen-)Gruppen, Institutionen und/oder der Gesamtgesellschaft. Der Ausschluss lässt sich deshalb nicht einzig auf den Ausgeschlossenen fokussieren, sondern bringt immer auch ein Hinterfragen der bestehenden Macht- und Herrschaftsverhältnisse mit sich. Dabei wird das Ziel der Veränderung eben dieser verfolgt. Das dynamische Verständnis beruht auf der Analyse von Verlaufsformen und spezifischen Dynamiken von Ausschließungsprozessen in ihren jeweils umgebenden Rahmenbedingungen. Auch hier können Ansätze für die Veränderung dieser aufgezeigt werden. Letzlich bleibt die Subjektorientierung als wichtiger Bestandteil des Konzeptes Sozialen Ausschlusses. Durch die Abkehr von der Behandlung des Ausgeschlossenen als willenloses Opfer von Verhältnissen und die Einbeziehung seiner Erfahrungen und Bewältigungsstrategien können und müssen Partizipationsbedingungen von und mit den Adressaten entwickelt werden.<sup>15</sup>

Sozialer Ausschluss bezieht sich in seinem Wesen auf viele Bereiche und hat zahlreiche Ursachen, von denen im folgenden Text einige verkürzt wiedergegeben werden:

- Die *zeitliche Dimension* Sozialen Ausschlusses ist bei der Auseinandersetzung

---

<sup>13</sup>vgl. ANHORN, R. 2008, S. 37

<sup>14</sup>STEINERT 2000 zit. n. ANHORN, R. 2008, S. 37

<sup>15</sup>vgl. ANHORN, R. 2008, S. 37 - 38

mit dieser Thematik zu beachten. Sozialer Ausschluss verläuft in Phasen und weist dabei differierende zeitliche Muster im Bezug auf Beginn, Verlauf und Ende des Ausschlusses auf. Das Durchlaufen mehrerer sozialer Positionen gehört zur Lebenswirklichkeit, weshalb sozialer Ausschluss nicht als dauerhaft betrachtet werden darf.

- *Sozialräume* spielen im Ausschlussdiskurs eine wichtige Rolle. Die Segregation, also die Trennung unterschiedlicher sozialer Schichten, innerhalb der (Groß-)Städte bedingt eine zunehmend kreisläufige Problematik. Durch die Sammlung sozial benachteiligter Menschen in bestimmten Vierteln einer Stadt kommt es zu einer weiteren Ausgrenzung, da den dort ansässigen Menschen die Ressourcen zu einer Nutzung anderer Orte fehlen und sich die Infrastruktur in ihrem Gemeinwesen aufgrund der schlechten finanziellen Situation vor Ort auf lange Sicht verschlechtert. Dies führt zu einer weiteren Abwanderung privilegierterer Schichten.
- Der lange Zeit aus der Diskussion verschwundene Begriff der *Klasse* stellt einen entscheidenden, wenn nicht gar den entscheidenden Faktor für Sozialen Ausschluss dar. Die heutige Gesellschaft weist nach Anhorn strukturelle Charakterzüge einer Klassengesellschaft auf. Arbeit und das jeweilige Arbeitsverhältnis haben einen maßgeblichen Einfluss auf individuell bestehende Tendenzen des Sozialen Ausschlusses und bedingen so die jeweiligen Lebensbedingungen und -chancen.
- Die noch immer vorhandene Benachteiligung des weiblichen *Geschlechts* in Gesellschaft, Arbeit und Politik führt zu einer Privilegierung der Männer. Damit einher gehen Einschränkungen in Handlungs- und Entwicklungsspielräumen für Frauen, die sich beispielsweise noch immer in der Berufswahl oder der Entscheidung zur Übernahme einer Hausfrauenrolle zeigen.
- Auch die *Ethnie* ist in unserer kapitalistischen und am Nationalstaat orientierten Gesellschaft ein entscheidendes Benachteiligungs- und Ausschlusskriterium. Über biologische und kulturelle Merkmale (beispielsweise Sprache, Religion oder Hautfarbe) werden Menschen sortiert, was derzeit durch die Neustrukturierung der ökonomischen und politischen Weltordnung noch verschärft wird.

Sozialer Ausschluss lässt sich noch an weiteren Faktoren festmachen. Hier können beispielsweise sexuelle Orientierung oder Behinderung genannt werden.<sup>16</sup>

Um dem Prozess des sozialen Ausschlusses in seinen Erscheinungsformen - also

---

<sup>16</sup>vgl. ANHORN, R. 2008, S. 38 - 43

beispielsweise Unterversorgung, Diskriminierung und Isolation<sup>17</sup> - angemessen entgegenwirken zu können, ist ein frühes Gegensteuern von Nöten. Denn „Ausgrenzungsprozesse verlaufen in Abstufungen sozialer Gefährdung, können aufgehalten und revidiert werden. Sie können sich aber auch zuspitzen zu Umschlagspunkten, an denen die Betroffenen ihre Lage als nicht mehr veränderbar ansehen, sich auf sie 'einstellen' und damit auch noch im eigenen Handeln (...) reproduzieren.“<sup>18</sup> Ursachen, die ein Gegenwirken erfordern, können unter anderem Veränderungen des sozialen Umfeldes, wie eine sich verkleinernde Zahl sozialer Beziehungen, sein. Mit einer schwindenden Anzahl sozialer Beziehungen im Allgemeinen verringert sich auch die Zahl derer, die aus einer Bedarfslage heraushelfen könnten. Ein ebenso gravierendes Problem stellt der Verlust von Teilhabemöglichkeiten dar. Sowohl durch eine zu niedrige finanzielle Unterstützung des Staates zur Erfüllung eines kulturell angemessenen Teilhabeniveaus, als auch durch ein individuell erlebtes Gefühl der Machtlosigkeit, welches eine politische Beteiligung für die Betroffenen als wenig sinnvoll erscheinen lässt.<sup>19</sup> Bei beiden Bereichen lassen sich Wahrnehmungen des Verlusts von Teilhabemöglichkeiten und des Gefühls von Machtlosigkeit - einer nicht (mehr) veränderbaren Situation und der dadurch bedingten Reproduktion ebendieser erkennen. Einen gleichwertig problematischen Bereich stellt die eingeschränkte Mobilität von Menschen am Rand der Gesellschaft (beispielsweise Arme und Langzeitarbeitslose) dar. Sie sind aufgrund dieser eingeschränkten Mobilität umso mehr auf eine gute Struktur in ihrem Wohnumfeld angewiesen. Nicht nur fehlende finanzielle Ressourcen zum Erreichen entfernterer Ziele, auch mangelnde Anlässe - wie es etwa der tägliche Weg zur Arbeit wäre - bedingen ein Verharren im eigenen Wohnumfeld und machen vor Ort eine qualifizierte sozialraumorientierte Arbeit notwendig.

## **1.2 Obdach- beziehungsweise Wohnungslosigkeit - Ursachen, Erscheinungsformen, Auswirkungen und Sozialer Ausschluss**

Wohnungslosigkeit ist ein weit verbreitetes Problem in der Bundesrepublik Deutschland. Da es hierzu allerdings keine offizielle Statistik gibt, muss mit den von der *Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V.* veröffentlichten Schätzungen

---

<sup>17</sup>vgl. WAGNER, M. 2007, S. 842

<sup>18</sup>KRONAUER, M. 2008, S. 189

<sup>19</sup>vgl. KRONAUER, M. 2008, S. 189

gearbeitet werden. Diese belaufen sich für das Jahr 2008 auf eine ungefähre Zahl von 227.000 wohnungslosen Menschen in Deutschland.<sup>20</sup> Als wohnungslos gilt hier, „wer nicht über einen mietvertraglich abgesicherten Wohnraum verfügt.“<sup>21</sup> Als obdachlos wird bezeichnet, wer ohne eine Form der Wohnmöglichkeit ist, also beispielsweise nicht bei Freunden oder Bekannten unterkommen kann, und somit „auf der Straße“ lebt.<sup>22</sup> Dies trifft in Deutschland auf etwa 20.000 Menschen zu.<sup>23</sup>

Die Gründe für eine Wohnungslosigkeit können dabei sehr vielschichtig sein. Brenner führt hier den Wohnungsmangel an, der vielerorts, besonders in den (groß-)städtischen Ballungszentren, immer mehr zunimmt. Wohnraum wird immer schwerer bezahlbar, was bei einem Verlust des Arbeitsplatzes auch zum Verlust von Wohnraum führen kann. Des Weiteren weist Brenner darauf hin, dass viele Wohnungslose ihre Rechte (beispielsweise das Recht, von der Gemeinde eine Unterkunft zugewiesen zu bekommen) nicht kennen und zusätzlich eine deutliche Rechtsverweigerung erfahren.<sup>24</sup> Wohnungslosigkeit ist auch „zum erheblichen Teil (...) das Produkt mißlungener Sozialarbeit in den klassischen Bereichen wie Familienfürsorge, Suchtkrankenfürsorge, Strafvollzug.“<sup>25</sup> Weitere Gründe für eine Wohnungslosigkeit sind unter anderem Auszug aus dem Elternhaus, sozialräumliche Veränderungen, Trennungen von Paarbeziehungen oder Überschuldung.<sup>26</sup>

Wie Geiger feststellt, sind in „augenscheinlich besonderer Weise (Menschen, Anm. d. Autors) von sozialer Ausschließung betroffen (...), die ihre Wohnung verloren haben.“<sup>27</sup> Dieser Ausschluss findet in der Regel in allen in Kapitel 1.1 genannten Bereichen statt, ist aber in der Öffentlichkeit häufig im Sinne eines sozialräumlichen Ausschlusses bemerkbar. Ein Beispiel für diese Form des Ausschlusses findet sich bei Kronauer, der das Beispiel einer Einkaufspassage anführt, in der sich ein Bankier problemlos lange Zeit aufhalten kann, während ein Wohnungsloser nicht selten Bekanntschaft mit dem Sicherheitsdienst machen dürfte. Letzterer wird in den meisten Fällen von seinem Hausrecht Gebrauch machen. Neben dieser physischen Sichtweise kann sich sozialer Ausschluss - wie bereits erwähnt - auch durch beispielsweise unterschiedliche soziale Kategorien (Macht, Status, usw.) bemerkbar machen.<sup>28</sup> Beide Varianten, sowohl sozialräumlicher, als auch Ausschluss im Bezug auf Macht- und Herrschaftsverhältnisse, lassen sich klar zueinander in Bezug

---

<sup>20</sup>vgl. BAG WOHNUNGSLOSENHILFE E.V. HRSG. o.J.

<sup>21</sup>BAG WOHNUNGSLOSENHILFE E.V. HRSG. o.J.

<sup>22</sup>vgl. STÖVER, H. 1997, S. 91

<sup>23</sup>vgl. BAG WOHNUNGSLOSENHILFE E.V. HRSG. o.J.

<sup>24</sup>vgl. BRENNER, R. 1990, S. 160

<sup>25</sup>ALBRECHT 1977 zit. n. BRENNER, R. 1990, S. 160

<sup>26</sup>vgl. INSTITUT WOHNEN UND UMWELT GMBH (IWU) HRSG. 2005, S. 43 - 55

<sup>27</sup>GEIGER, M. 2008, S. 385

<sup>28</sup>vgl. KRONAUER, M. 2008, S. 181

setzen. Um bei obigem Beispiel Kronauers zu bleiben, würde dies folgendes bedeuten: Der Wohnungslose wird der Einkaufspassage verwiesen und ist somit räumlich ausgeschlossen. Durch diesen räumlichen Ausschluss findet gleichzeitig ein sozialer Ausschluss statt, da dem Wohnungslosen an dieser Stelle eine gesellschaftliche Teilhabe verwehrt wird. Hier lässt sich ein Kreislauf erkennen, da Wohnungslosigkeit unter anderem durch mangelnde gesellschaftliche Teilhabe - an für den Rest der Bevölkerungen selbstverständlichen Prozessen (in diesem Fall die Nutzung öffentlichen Raumes) - bedingt wird.

Um einem Sozialen Ausschluss entgegenwirken zu können, ist ein frühes Ansetzen von Hilfen notwendig. Diese können beispielsweise in Form aufsuchender Arbeit (Streetwork) erfolgen. Konnten Hilfen nicht frühzeitig genug angesetzt werden, und sollte es zu einer Wohnungslosigkeit gekommen sein, so vermehren sich die Problemlagen, und die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein Sozialer Ausschluss verfestigt, steigt drastisch an. „Ohne ein richtiges Zuhause fällt es schwer, einer geregelten Beschäftigung nachzugehen, seine Gesundheit zu wahren und den Alltag in gesellschaftsüblicher Weise zu gestalten.“<sup>29</sup> Milieubindungen festigen sich in aller Regel und stellen ein zunehmendes Integrationshindernis dar. Die von Geiger als „Mikrokosmos der Szene“ bezeichnete Lebenswelt der Wohnungslosen bringt für diese in ihrem täglichen Leben sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich. Akzeptanz von ansonsten nicht gesellschaftsüblichen Verhaltensweisen, wie beispielsweise übermäßigen Alkoholkonsum, festigen das Gruppengefühl und ermöglichen das Erlangen von szenetypischem Wissen über Überlebenstechniken und Möglichkeiten der Ressourcenbeschaffung. Die sich hiermit verringernde Abhängigkeit vom allgemeinen Hilfesystem führt zu einer tiefergehenden Festigung von „selbstgewählten“ Ausschließungstendenzen. Gemeinsam erlebte Benachteiligung - exemplarisch seien hier auf das eingangs erwähnte Beispiel des sozialräumlichen Ausschlusses aus der Einkaufspassage verwiesen oder noch nicht erwähnte regelmäßige körperliche Gewalt gegen Wohnungslose<sup>30</sup> genannt - haben selbigen Effekt. Nicht selten hat diese Stigmatisierung Abwehrreaktionen zur Folge, die dafür sorgen, dass Kontakte nach Außen abgebrochen und Kontakte zur (beziehungsweise innerhalb der) Szene intensiviert werden. Die Gruppe bietet Schutz, im Besonderen gegen Angriffe von Außen, setzt den Einzelnen aber auch den gruppeninternen Macht- und Gewaltverhältnissen aus.<sup>31</sup>

Gewöhnt sich die betroffene Person erst an den in der Szene typischen Lebensstil, erfolgt häufig zusätzlich zur gesellschaftlichen Ausgrenzung auch noch eine Aus-

---

<sup>29</sup>GEIGER, M. 2008, S. 386

<sup>30</sup>vgl. POLIZEIPRÄSIDIUM KÖLN 2008

<sup>31</sup>vgl. GEIGER, M. 2008, S. 387 - 390

grenzung innerhalb des Hilfesystems. Dies ist bedingt durch die aktivierende Intention der Sozialpolitik, die mit den Schlagworten „Fördern“ und „Fordern“ bei diesen nicht oder nur schwer aktivierbaren Hilfebedürftigen an ihre Grenzen stößt und in der Regel auf die Möglichkeit der Sanktionierung zurückgreift. Die Verinnerlichung szenetypischer Verhaltensweisen sorgt dafür, dass es der betreffenden Person deutlich schwerer fällt, sich wieder aus der Szene zu lösen, und damit eine Reintegration in die Gesellschaft zu schaffen.<sup>32</sup> Des Weiteren führt Wohnungslosigkeit gezwungenermaßen zu einer gewissen Mobilität (beispielsweise dem regelmäßigen Wechsel von Schlaf- und Aufenthaltsorten), die in vielen Fällen zu einem Verlust von Anknüpfungspunkten zu beispielsweise (letzten) Bezugspersonen außerhalb der eigenen Szene oder zu Hilfeeinrichtungen mündet. Viel hinderlicher für eine Reintegration ist aber die Tatsache, dass eine längere Obdachlosigkeit zu einem schlechteren Gesundheitsstatus führt. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass unter Wohnungslosen mehr als 40 % an drei und mehr physischen Erkrankungen gleichzeitig leiden.<sup>33</sup> Besonders häufig sind hier „Herz- und Kreislauferkrankungen (52,5 %), Erkrankung der Atmungsorgane (47,5 %), (...) Lebererkrankungen (30 %) und Nierenerkrankungen (25 %).“<sup>34</sup> Zudem kommt ein hoher Prozentsatz an Alkoholkranken beziehungsweise Alkoholgefährdeten,<sup>35</sup> was eine Integration in den Arbeitsmarkt und somit eine Beendigung des Sozialen Ausschlusses weitergehend erschwert. Denn neben Problemen im Umgang mit Alkohol und häufig vielschichtigen Krankheitsbildern kommt ein weiteres gesamtgesellschaftliches Problem: „Erwerbsarbeit, die unter dem Gesetz der Reichtumsvermehrung durch Kapitalakkumulation steht, kann (...) weder für alle Erwerbstätigen und schon gar nicht für die Nicht-Erwerbstätigen einen angemessenen Lebensstandard garantieren noch eine materiell und sozial abgesicherte Lebensperspektive.“<sup>36</sup> Die vorhandene Zahl der sowieso schon zu geringen Arbeitsplätze teilt sich eher unter gesellschaftlich integrierten Menschen auf, als jene zu berücksichtigen, die bereits mit (zahlreichen) gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen zu kämpfen haben.

---

<sup>32</sup>vgl. GEIGER, M. 2008, S. 387 - 390

<sup>33</sup>vgl. GILLICH, S./NIESLONY F. 2000, S. 97

<sup>34</sup>GILLICH, S./NIESLONY F. 2000, S. 97

<sup>35</sup>Eine Alkoholgefährdung ist die Vorstufe des Alkoholmissbrauchs.

<sup>36</sup>KRONAUER, M. 2008, S. 187

### 1.3 Besondere Problemlagen von Drogenkonsumenten, Interventionsansätze und Sozialer Ausschluss

Die randständige Position sozial ausgeschlossener Menschen lässt sich im erhöhten Maße bei Konsumenten illegalisierter Drogen finden, die wie kaum eine andere Gruppe unter den Symptomen Sozialen Ausschlusses zu leiden haben. Bei dem Personenkreis der Konsumenten illegalisierter Drogen kommt es unter Umständen auch zu mehreren Ausschlussgründen, die sich kreisläufig bedingen und festigen.<sup>37</sup> Verschärft wird der Soziale Ausschluss für die Personengruppe der Konsumenten illegalisierter Drogen durch eine Stigmatisierung aufgrund ihres Erscheinungsbildes und der Angst vor einer Ansteckung mit Krankheiten, wie beispielsweise HIV oder Hepatitis C.

Die vorhandene Problematik im Bereich des Wohnens lässt sich anhand folgender Ergebnisse belegen: Der „Anteil unter den Klienten der Frankfurter Drogenkonsumräume, die in prekären Wohnverhältnissen leben (obdachlos, in Notschlafstellen oder sonstigen provisorischen Wohnverhältnissen), beträgt 11,5% (...). Die Mehrheit der Crack-Konsumenten der offenen Frankfurter Drogenszene befindet sich in einer schlechten sozialen Situation, fast jeder Zweite ist obdachlos (...).“<sup>38</sup> Aus einer Studie des *Instituts Wohnen und Umwelt GmbH (IWU)* lässt sich erkennen, dass die Gründe für einen (drohenden) Wohnraumverlust, mit denen im Besonderen Drogenkonsumenten zu kämpfen haben, in einer Vielzahl der Fälle in Mietschulden, Problemen mit dem Vermieter und Haft- oder Heimunterbringung begründet liegen.<sup>39</sup> Eine Verschärfung der Ausschlusshäufigkeit ergibt sich darüber hinaus aus dem Zusammenspiel von Abhängigkeit und Wohnungslosigkeit. Die Folgen dieser Wohnungslosigkeit sind besonders im eben erwähnten Zusammenspiel mit einer Abhängigkeit folgenreich. So findet, wie in Kapitel 1.2 erwähnt, eine Festigung der Bindung an die Szene statt, deren Macht- und Gewaltverhältnisse besonders in der Drogenszene weitreichende Auswirkungen haben. So sind laut der *Frankfurter Szenebefragung*<sup>40</sup> des *Centre for Drug Research* der *Goethe-Universität in Frankfurt am Main* aus dem Jahr 2008 durchschnittlich alle Befragten im vorangegangenen Monat vier Mal Opfer von Gewalt- und Eigentumsdelikten gewesen, bei denen mit vier Fünfteln der größte Teil der Taten von Angehörigen der eigenen Szene verübt worden sind.<sup>41</sup>

<sup>37</sup>Ein Beispiel hierfür findet sich später in diesem Kapitel.

<sup>38</sup>PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2007, S. 103 - 104

<sup>39</sup>vgl. INSTITUT WOHNEN UND UMWELT GMBH (IWU) HRSG. 2005, S. 43 - 55

<sup>40</sup>Die Frankfurter Szenebefragung wird im zweijährigen Rhythmus stichprobenartig durchgeführt und befragt anonymisiert und schriftlich Personen, die in der offenen Frankfurter Drogenszene illegalisierte Drogen konsumieren.

<sup>41</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 141

Die eingangs erwähnte kreisläufige Bedingung und Festigung von Ursachen für einen Sozialen Ausschluss lassen sich am Beispiel jugendlicher Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion verdeutlichen. So ist unter diesen die Zahl der Drogentodesfälle von 36 (1999) auf 162 (2000) innerhalb eines Jahres drastisch angestiegen. Sie sind mit Integrationsschwierigkeiten aufgrund politischer und kultureller Unterschiede „belastet“. Gepaart mit einem Sprachdefizit ergibt sich so bereits ein Ausschluss aus der Durchschnittsgesellschaft, der eine Ghettoisierung bedingen kann. Aus diesen Problemlagen ergibt sich eine schlechte schulische Bildung<sup>42</sup> (häufig unter Mitwirkung von Absentismus), eine damit einhergehende unterdurchschnittliche Berufsperspektive und eine steigende Anzahl von Straftaten.<sup>43</sup>

Aus den zuvor aufgeführten Faktoren (politische und kulturelle Unterschiede, Sprachdefizit, Ausschluss aus der Durchschnittsgesellschaft, schlechte schulische Bildung und unterdurchschnittliche Berufsperspektive) ergeben sich in unserer Gesellschaft, die ein verstärktes Augenmerk auf die Orientierung an Leistung gelegt hat, schlechte Vorraussetzungen für einen drogenfreien Alltag von Migranten und anderen Menschen mit ebenfalls schlecht gelagerter Ausgangssituation. Arbeit und berufliche (Weiter-)Qualifikation und das daraus zu gewinnende Selbstbewusstsein sind wichtige Faktoren gesellschaftlicher Teilhabe, zu denen Konsumenten illegaler Drogen nur sehr schwerlich Zugang gewährt wird beziehungsweise gewährt werden kann. So erklärt sich beispielsweise, dass die Zahl der arbeitslosen Menschen unter Konsumenten illegalisierter Drogen im Jahr 2001 laut der *Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht* mit 18 % beinahe doppelt so hoch war, wie die durchschnittliche Arbeitslosenquote der gesamten Bundesrepublik.<sup>44</sup> Das häufige Fehlen einer guten Schul- und/oder Berufsausbildung begründet sich teils in einem frühen (und intensiven) Einstieg in den Drogenkonsum, was einen Kreislauf (Abhängigkeit → niedriger Bildungsstand → Arbeitslosigkeit → fehlende Anerkennung → Abhängigkeit) begründet.<sup>45</sup> Auch steht Drogenkonsum „häufig im Zusammenhang mit schwierigen familiären und persönlichen Lebensumständen. Der Drogenkonsum kann dabei einerseits Folge dieser Bedingungen (der Lebensumstände, Anm. d. Autors) sein, andererseits aber auch zur Verschlechterung der Zukunftsaussichten der Konsumenten beitragen.“<sup>46</sup>

---

<sup>42</sup>Selbst wenn ein schulischer oder hochschulischer Abschluss vorhanden ist, stellt sich eine Anerkennung dieses Abschlusses in Deutschland nicht immer als einfach heraus.

<sup>43</sup>vgl. DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (DBDD) 2002, S. 2

<sup>44</sup>Nicht eingerechnet sind hier die arbeitsunfähigen Konsumenten illegalisierter Drogen, die eine bedeutend höhere Zahl darstellen dürften.

<sup>45</sup>vgl. DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (DBDD) 2002, S. 2

<sup>46</sup>PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 127



Die Linie der Sucht- und Drogenpolitik in Deutschland zeichnet sich nach Stöver durch drei grundlegend falsche Annahmen aus, die den Sozialen Ausschluss in Teilen fördern beziehungsweise bedingen:

- Es wird zwischen legalen und illegalen Drogen unterschieden und daraus der Schluss gezogen, dass es lediglich ein Problem mit illegalen Drogen gibt.
- Aus der Annahme, alle Drogen stünden in ihrer Gefährlichkeit und Unkontrollierbarkeit auf einer Stufe, resultiert eine mangelnde Differenzierung zwischen diesen. Daraus folgt, dass zur Abwehr dieser Gefahr(en) alle Mittel gerechtfertigt sind.
- Es wird davon ausgegangen, die Abstinenz sei das erstrebenswerteste Ziel und könne durch Prohibition und Strafverfolgung am besten erreicht werden.<sup>47</sup>

Stöver plädiert deshalb dafür, die gesetzlichen Bedingungen auf ihre gesamtgesellschaftlichen Folgen zu überprüfen. Die punitiv orientierte Drogenkontrolle sieht er dabei als Ursache für die größte Zahl der aus dem Konsum resultierenden Probleme und sieht hier Anknüpfungspunkte für die Umgestaltung von änderungsbedürftigen Rahmenbedingungen. Mit Hilfe des Strafrechts lasse sich Konsumverhalten nicht steuern. Die so produzierte Angebotsverknappung führt zu einem Schwarzmarkt, der ohne „Qualitäts- und Preiskontrollen, ohne Jugend- und Verbraucherschutz“<sup>48</sup> tätig sein kann. Strafrecht sollte nur allerletztes Mittel sein und dahingehend verändert werden, dass Erwerb und Besitz (noch) verbotener Betäubungsmittel in bestimmten Mengen strafflos gestellt werden. Hier wird beispielsweise eine Legalisierung von Cannabis genannt,<sup>49</sup> die neben der rechtlichen Entlastung von Konsumenten auch eine Trennung der Märkte sogenannter harter und weicher Drogen<sup>50</sup> mit sich brächte.<sup>51</sup>

Auffällig ist auch die aus der derzeitigen Drogenpolitik resultierende hohe Rate an inhaftierten Drogenkonsumenten. Für das Jahr 2008 waren etwa 240.000 Rauschgiftdelikte erfasst, die sich hauptsächlich in Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtmG) (169.000 Fälle) und 56.000 Handelsdelikte aufteilen.<sup>52</sup> Es befinden sich zu jeder Zeit mehr als 10 % der geschätzten Drogenabhängigen in Haft, wo sie aufgrund von nicht selten herrschendem Mangel an sterilem Zube-

---

<sup>47</sup>vgl. STÖVER, H. 2008, S. 336

<sup>48</sup>STÖVER, H. 2008, S. 337

<sup>49</sup>vgl. STÖVER, H. 2008, S. 338

<sup>50</sup>Aus wissenschaftlicher Sicht ist eine Unterscheidung in weiche und harte Drogen aufgrund ihrer Willkürlichkeit abzulehnen. Hier finden die Begrifflichkeiten in Analogie zur gesellschaftlich verbreiteten Verwendung (weiche Drogen = Haschisch und Marihuana, harte Drogen = weitestgehend alle weiteren illegalisierten Drogen) dieser trotzdem Verwendung.

<sup>51</sup>vgl. PFINGSTEN, K. 1997, S. 45

<sup>52</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 135

hör (für den intravenösen Konsum) erhöhten Infektions- und Übertragungsrisiken von HIV, Hepatitis C, Tuberkulose und sexuell übertragbaren Krankheiten ausgesetzt sind.<sup>53</sup> Die Ursachen hierfür benennen Heinemann und Püschel wie folgt: „Konsumenten müssen mit Stoffverknappung und insbesondere mit einem ständigem Mangel an zum Konsum benötigten Materialien rechnen. Hierdurch entsteht eine Situation, bei der die verfügbaren Drogen auch unter Inkaufnahme erhöhter Risiken möglichst wirksam konsumiert werden müssen - unsteriler intravenöser kollektiver Konsum wird so erheblich begünstigt.“<sup>54</sup> Dies ist doppelt bedenklich, da in der Haft durchschnittlich mehr Zeit als in Therapien verbracht wird. Dies führt dazu, dass Haftzeiten zu einem vorherrschenden biographischen Faktor bei Drogenkonsumenten werden und somit ihre Chancen auf eine eventuelle soziale Reintegration weiter geschmälert werden.<sup>55</sup>

#### 1.4 Zusammenfassung

Ein Verständnis von Sozialem Ausschluss, das sich von dem allgemein verbreiteten Verständnis des Sozialen Ausschlusses unterscheidet, ist von großer Bedeutung für die Soziale Arbeit. Dies bedeutet, dass Sozialer Ausschluss nicht als Problem des individuellen Menschen, welches vornehmlich Menschen mit Lebensentwürfen beziehungsweise Lebenssituationen abseits der allgemein verbreiteten Normvorstellung betrifft, angesehen wird, sondern als ein gesamtgesellschaftliches Problem akzeptiert wird. Verantwortlich für Sozialen Ausschluss sind in erster Linie die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen, was ein Entgegenwirken gegen Sozialen Ausschluss auf einer höheren Ebene als der des Individuums notwendig macht, das dabei den Sozialen Ausschluss in vielen Bereichen (beispielsweise (Lohn-)Arbeit, Eigentum, Geld, Mobilität, Wissen und Ausbildung, Autonomie und Anerkennung) erfährt. Die Einbeziehung von Erfahrungen und Kompetenzen der Betroffenen ist bei der Auseinandersetzung mit Sozialem Ausschluss von großer Bedeutung, da diese nur so adäquat geführt werden kann.

Einem der Faktoren des Sozialen Ausschlusses, nämlich dem der Wohnungs- beziehungsweise Obdachlosigkeit gilt es dabei besonders zu begegnen. Hierbei ist eine frühzeitige Hilfe wichtig, da eine Reintegration in die Gesellschaft mit zunehmen-

---

<sup>53</sup>vgl. STÖVER, H. 2008, S. 342 - 343

<sup>54</sup>HEINEMANN, A./PÜSCHEL, K. 1999, S. 78

<sup>55</sup>vgl. STÖVER, H. 2008, S. 342 - 343

der Dauer der Wohnungslosigkeit - beispielsweise aufgrund von Szenezugehörigkeit und/oder auftretenden Erkrankungen - erschwert wird. Eine besondere Gefährdung für Wohnungslosigkeit und Sozialen Ausschluss weisen hierbei Konsumenten illegalisierter Drogen auf. Die Ursachen hierfür liegen im Wesentlichen in politischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

## 2 Eine abhängige Gesellschaft und die Möglichkeiten der akzeptanzorientierten Drogenarbeit

### 2.1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen im Bereich der Abhängigkeiten

Da die Begriffe „Sucht“ und „Abhängigkeit“ aus Sicht unterschiedlicher Professionen verschieden definiert werden, und auch gesellschaftlich differenziert betrachtet werden, ist eingehend eine dieser Arbeit zugrundeliegende Begriffsbestimmung notwendig.<sup>56</sup> Für das Feld der Sozialen Arbeit ist eine Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Sichtweisen und Definitionen unabdingbar. Es darf keine Versteifung auf den medizinischen Suchtbegriff erfolgen, der sich im Wesentlichen aus den Definitionen der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)*<sup>57</sup> ergibt und mit dem Ziel der „Heilung“ hauptsächlich auf den Schlagworten Zwang, verminderte Kontrollfähigkeit, zunehmende Dosissteigerung, Vernachlässigung nicht substanzbezogener Lebensbereiche und eingeeengten Verhaltensmustern beruht. Der Begriff der Abhängigkeit (nicht der Sucht) nach Degkwitz ist zu bevorzugen. Degkwitz geht davon aus, dass sich bei allen Handlungen und nicht nur beim Konsum von psychotropen Substanzen Abhängigkeiten entwickeln können, was nicht per se als Problem, sondern als eine mögliche Form der selbstbestimmten Lebensführung angesehen werden muss.<sup>58</sup> Ähnlich definiert auch der *Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V.* den Sucht- / Abhängigkeitsbegriff: „Die akzeptierende Drogenarbeit betrachtet Drogenkonsum differenziert als bewußte Konsumententscheidung zum Zwecke des Genusses oder der Selbstmedikation, als Lebensstiläußerung, oder auch als Krankheit, für die es angemessene, d.h. bedürfnisorientierte Hilfen und Therapien geben muß.“<sup>59</sup> Diesem Verständnis schließe ich mich an und lege es dieser Arbeit zugrunde.<sup>60</sup>

Wir leben in einer Gesellschaft, die in hohem Maße von unterschiedlichen Dingen abhängig ist. Eine große Rolle spielen hierbei psychoaktive / psychotrope Substan-

---

<sup>56</sup>Eine detaillierte Darlegung der unterschiedlichen Sichtweisen und zugehörigen Auseinandersetzungen ist an dieser Stelle nicht möglich. Hierzu kann unter anderem DEGKWITZ, P. 1999 herangezogen werden.

<sup>57</sup>Die Definition einer Abhängigkeitserkrankung nach der WHO erfolgt über die *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. Weiterführende Informationen hierzu finden sich in der Quelle DDEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (DIMDI) 2005

<sup>58</sup>vgl. DEGKWITZ, P. 1999, S. 38 - 56

<sup>59</sup>STÖVER, HEINO 1999

<sup>60</sup>Die Verwendung der Begriffe „Sucht“ und „Abhängigkeit“ erfolgt im weiteren Text synonym.

zen. Also Substanzen, die „psychische Prozesse beeinflussen“<sup>61</sup>.

Gesellschaftlich voll akzeptierte und vielseitige Konsumformen, wie beispielsweise die des Alkohols, stellen zweifelsfrei ein gesundheitliches Risiko dar. Laut der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* sind „Alkohol- und Zigarettenkonsum zur alltäglichen Realität in fast allen Altersgruppen geworden“<sup>62</sup>. So steht Deutschland mit seinem Alkoholkonsum laut einer Studie der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* an fünfter Stelle was die Menge des durchschnittlich konsumierten reinen Alkohols pro Kopf angeht. So konsumieren in Deutschland etwa 9,5 Millionen Menschen Alkohol in gesundheitlich riskanter Weise, also so, dass es zu gesundheitlichen und/oder psychosozialen Schädigungen kommt, was zu hohen Belastungen des Gesundheitssystems und der Gesellschaft im Allgemeinen führt. Hier ist neben mindestens 73.000 alkoholbedingten Todesfällen im Jahr - also 73.000 Menschen, die an den Folgen ihres Alkoholkonsums gestorben sind<sup>63</sup> - auch die stetig weiter steigende Rate an alkoholbedingten psychischen Verhaltensstörungen zu nennen. Bei einer weiteren, allgegenwärtigen psychotropen Substanz, dem Nikotin, zeigen sich die Konsumentenzahlen zwar rückläufig, die substanzbedingten Todesfälle übersteigen die des Alkoholkonsums aber bei weitem.<sup>64</sup> So geht der *Drogen- und Suchtbereich 2009* von etwa 16 Millionen Rauchern in Deutschland aus. An den direkten Folgen des Rauchens sterben demnach in Deutschland jährlich circa 140.000 Menschen, an denen des Passivrauchens ungefähr 3.300.<sup>65</sup> Im Bereich der illegalisierten Drogen zeigt der *REITOX-Bericht*<sup>66</sup> 2009 auf, dass im Jahr 2006 25,2 % der Menschen zwischen 18 und 59 Jahren bereits über Drogenerfahrung verfügt haben. Das entspricht nach damaligem Stand beinahe 12,4 Millionen Menschen. Die Konsumrate innerhalb der letzten 12 Monate (5,4 %) und der letzten 30 Tage (3,9 %) liegen deutlich niedriger, stellen aber trotzdem eine hohe Zahl dar. Bei den Werten der 12 - 17-jährigen liegt die Lebenszeitprävalenz im Jahr 2008 bei 10 %, die der letzten 12 Monate bei 7,4 % und die der letzten 30 Tage bei 2,8 %. Dabei ist Cannabis mit Abstand die Droge, die am häufigsten konsumiert wird. Des Weiteren zeigt sich in den Ergebnissen des *REITOX-Berichtes 2009*, dass Drogenkonsum vornehmlich in den Altersgruppen bis 40 Jahre auftritt, aber sowohl im Bereich der Substanzen, wie auch der Konsumentenzusammenset-

---

<sup>61</sup>BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) o.J.

<sup>62</sup>BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) HRSG. 2004, S. 3

<sup>63</sup>vgl. DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG HRSG. 2009, S. 38

<sup>64</sup>vgl. DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (DHS) 2010

<sup>65</sup>vgl. DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG HRSG. 2009, S. 22

<sup>66</sup>Die *Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)* dient der *Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)* als Ansprechpartner (sogenannter *REITOX-Knotenpunkt (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)*) und liefert dieser einen jährlichen Bericht zu Drogensituation in Deutschland.

zungen Schwankungen unterliegt.<sup>67</sup> Der Drogen- und Suchtbericht 2009 geht in seinen Schätzungen von 200.000 Menschen aus, die „Opiate, Kokain und Amphetamine sehr riskant konsumieren, d.h. injizieren.“<sup>68</sup>

Drogenkonsum ist nicht erst seit kurzem Teil des Lebensstils und Alltags vieler Menschen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass die aus Drogenkonsum unter Umständen resultierende Abhängigkeit keine Krankheit sein kann,<sup>69</sup> wie sich auch anhand von 1.449 bundesweiten Drogentodesfällen im Jahr 2008<sup>70</sup> und 1.331 Drogentodesfällen im Jahr 2009<sup>71</sup> zeigt.<sup>72</sup> „Sucht ist in seiner Vielschichtigkeit von individuellem Handeln, gesellschaftlicher Bewertung und kultureller Bedeutung nicht mehr nur als Einbahnstraße in gesundheitliches Elend, soziale Isolation und psychische Katastrophe, sondern als ein von fast allen Gesellschaftsmitgliedern täglich befahrenes Straßennetz (mit Gegenverkehr, Überholverbote und Geschwindigkeitsbegrenzungen) zu begreifen (...). Unser alltäglicher legaler Drogenkonsum (mit erheblichen Schädigungen im gesundheitlichen, volkswirtschaftlichen und persönlich/partnerschaftlichen Bereich) ist ein überzeugendes Beispiel dafür.“<sup>73</sup>

Stöver sieht die großen gesellschaftlichen Veränderungen - er nennt unter anderem die Pluralisierung der Lebenslagen und die hohen Flexibilitätsanforderungen als Beispiel - als Grund für die sich verändernden Drogenkonsumpräferenzen. „Eine Gesellschaft, die in hohem Maße verplant, gelangweilt und arm an wirklicher und nicht virtueller Tiefe ist, kann sich nur mit der Kultivierung von Surrogaten trösten.“<sup>74</sup>

Als psychotrope Substanzen, deren Wirkung auf das zentrale Nervensystem genutzt werden, zählt Degkwitz unter anderem Nikotin, Kaffee, Alkohol, Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel, Cannabis, Opiate, Kokain und Amphetamine auf.<sup>75</sup> Die ursprüngliche Konsumintention ist häufig die „Bewirkung von Veränderungen der Befindlichkeit und/oder des Bewusstseins und/oder des Verhaltens beim Menschen.“<sup>76</sup> Die Einnahme von Drogen führt Degkwitz darauf zurück, dass sie ein subjektives Erleben und veränderte psychische Verarbeitungen ermöglichen. Die jeweilige Bewertung des Konsums beruht auf unterschiedlichen Faktoren:

---

<sup>67</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 28 - 30

<sup>68</sup>DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG HRSG. 2009, S. 64

<sup>69</sup>vgl. DEGKWITZ, P. 2002, S. 20 - 21

<sup>70</sup>vgl. DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG HRSG. 2009, S. 64

<sup>71</sup>vgl. BUNDESKRIMINALAMT (BKA) HRSG. 2010, S. 13

<sup>72</sup>Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass in dieser Zahl lediglich die Fälle gezählt sind, die in direktem Zusammenhang mit dem Konsum gestorben sind (also durch eine Überdosis). Keine Berücksichtigung finden die Konsumenten illegalisierter Drogen, die an den Langzeitfolgen ihres Konsums gestorben sind.

<sup>73</sup>STÖVER, H. 1999, S. 19 - 20

<sup>74</sup>STÖVER, H. 2008, S. 335

<sup>75</sup>vgl. DEGKWITZ, P. 2002, S. 20

<sup>76</sup>UCHTENHAGEN und ZIEGLGÄNSBERGER 2000 zit. n. DEGKWITZ, P. 2002, S. 20 - 21

- den individuell präferierten Konsummitteln
- den Konsumsettings und zugehörigen Ritualen
- der Verfügbarkeit des Konsummittels (legaler, eingeschränkter oder illegalisierter Zugang)
- eventuell überschrittenen Grenzen des persönlichen Konsums<sup>77</sup>

Es ist also entscheidend, in welcher Konsumentengruppe man welches Mittel konsumiert und ob damit gesellschaftlich nicht genauer definierte Grenzen oder Grenzen der jeweiligen Gruppe überschritten werden. Ein weiterer Faktor ist das Verständnis und die Rolle des jeweils beurteilenden Beobachters. Diese Verständnisse können von den offiziellen, rechtlichen und meist relativ eindeutigen Fakten abweichen, so dass unterschiedliche Professionen im und um den Helfesektor zu unterschiedlichen Einschätzungen kommen können. Klar zu erkennen ist, dass ein hoher rechtlicher Druck die Szenenbildung fördert, Rituale bedingt und zu riskanteren Konsumformen führt. Die prohibitive Ausrichtung der deutschen Gesetzgebung und -umsetzung mit ihrer generalpräventiven Intention verschärft die Wirkung des Drogenkonsums auf die Konsumenten.<sup>78</sup> Sie mündet in einer „Zentrierung des Leben(s) um Konsum (Chronifizierung des Konsums), die Beschaffung der Droge bzw. der Geldmittel, Verfestigung einer Junkieexistenz und -identität (Stereotypisierung) in einer Subkultur mit eigenen (Überlebens-)Regeln (...)“<sup>79</sup>.

Die jeweilige gesellschaftliche Bewertung des Konsums einzelner psychotroper Substanzen wandelte sich mit der Zeit über unterschiedliche lange Zeiträume und befindet sich auch heute noch im Wandel. Das vorherrschende Rauschverständnis im Bereich des Alkohols hat sich beispielsweise verändert, als zu Zeiten der zunehmenden Industrialisierung vermehrt ein Augenmerk auf persönliche Selbstkontrolle gelegt wurde. Der Rausch verschwand zwar nicht aus der Gesellschaft, er hatte weiterhin seine Entlastungsfunktion inne, die ihm auch heute noch zugeschrieben wird. Der Zeitrahmen wurde allerdings temporär und aus der Arbeitswelt zurückgedrängt. Mit diesem Wandel des Rauschverständnisses kam der Begriff der Sucht auf. Als süchtig galt, wer psychotrope Substanzen außerhalb der damaligen Norm konsumierte. Der „unkontrollierte“ Konsum galt und gilt als Zeichen für Willensschwäche und Krankheit. Der zeitliche Wandel des Sucht- / Abhängigkeitsverständnisses lässt sich ebenfalls am Beispiel des Nikotins anschaulich verdeutlichen. Galt das Rauchen vor wenigen Jahrzehnten noch als Ausdruck von Freiheit, wurde es in der näheren Vergangenheit immer weiter aus dem öffentlichen Raum zurückgedrängt und im Besonderen aufgrund seiner nachweislich schädlichen Wirkung

---

<sup>77</sup>vgl. DEGKWITZ, P. 2002, S. 21 - 22

<sup>78</sup>vgl. DEGKWITZ, P. 2002, S. 23 - 31

<sup>79</sup>DEGKWITZ, P. 2002, S. 33

auf den Konsumenten und dessen Umfeld stigmatisiert und als persönliche, zu heilende oder besser noch präventiv zu verhindernde Schwäche des Konsumenten angesehen.<sup>80</sup> Dies zeigt sich unter anderem an den zahlreichen Maßnahmen und Projekten des *Bundesministeriums für Gesundheit*, die im *Drogen- und Suchtbericht 2009* aufgeführt sind.<sup>81</sup>

Da Abhängigkeit oftmals als individuelles Fehlen von persönlicher Selbstkontrolle angesehen wird, lässt sich keine explizite Ursache für ebendiese feststellen. Diese Fähigkeit zur persönlichen Selbstkontrolle ist heute ein Lernziel der Jugendphase, in der Jugendliche heute mehr als früher mit Drogen konfrontiert sind. Drogen als Ausdruck eines Lebensstils sind in zahlreichen Subkulturen fest verankert und tragen zur Selbstinszenierung dieser bei. Sie sind somit Bestandteil des Heranwachsendens<sup>82</sup> und verschaffen innerhalb bestimmter biographischer Phasen und Settings (Lebens-)Sinn.<sup>83</sup>

„Zu den Besonderheiten der heutigen Jugendkultur (...) gehören die (...) Zumutung(en) des Alleinzurechtkommens. (...) Es gilt für Einzelaspekte wie Sexualität oder Drogen ebenso wie für umfassende Lebensentwürfe“<sup>84</sup>. Da hilft auch die strikte Haltung des Staates nicht, der durch sein Handeln den Zugang zu psychotropen Substanzen beschränken und Konsummuster steuern möchte. Mit diesen Maßnahmen werden wirtschaftlicher und sozialer Druck aufgebaut, aus denen selbstverständlich Konsequenzen für die (auch jugendlichen) Konsumenten resultieren. So erhöhen sich der Preis der Droge so wie der symbolische Wert jener. Die Droge wird zu einem Statussymbol und einem Identifikationsobjekt innerhalb der Gruppe. Gleichzeitig wird durch die Unsicherheit darüber, ob die Droge wieder beschafft werden kann, erreicht, dass es zu riskanteren Konsumformen kommt, um mit diesen die Wirkung der Droge bei gleichbleibenderer oder geringerer Menge zu intensivieren. Die Ursache der generell prohibitiven Haltung liegt darin begründet, dass der Gesetzgeber vermutet, dass eine höhere Verfügbarkeit momentan illegalisierter Substanzen zu einer höheren Zahl an Konsumenten führt. Damit wird der Mensch in seiner Möglichkeit einer gezielten temporären Außerkraftsetzung seiner Selbstkontrolle beschränkt, auch wenn die Intention des *Betäubungsmittelgesetzes (BtmG)* sicherlich eine schützende und nicht bevormundende ist. Die gezielte temporäre Außerkraftsetzung der eigenen Selbstkontrolle ist aber Teil einer funktionierenden Eigensteuerungsfähigkeit und somit einer Selbstkontrolle als solcher. Es zeigt sich eine Diskrepanz zwischen der gesellschaftlich allgemein erwarteten

---

<sup>80</sup>vgl. DEGKWITZ, P. 2002, S. 28

<sup>81</sup>vgl. DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG HRSG. 2009, S. 22 - 103

<sup>82</sup>vgl. DEGKWITZ, P. 2002, S. 29

<sup>83</sup>vgl. STÖVER, H. 1999, S. 20

<sup>84</sup>DEGKWITZ, P. 2002, S. 30



grundlegenden Selbstkontrolle und den (rechtlichen) Gegebenheiten für (potenzielle) Konsumenten jener illegalisierter Substanzen.

## 2.2 Akzeptanzorientierte Drogenarbeit und ihre positiven Auswirkungen

Wie im vorangehenden Kapitel aufgezeigt, leben wir in einer Gesellschaft, in der Drogen ein fester Bestandteil sind. Dies beschränkt sich nicht nur auf legale oder sogenannte weiche Drogen, sondern auch auf illegalisierte und sogenannte harte Drogen. Da der Konsum von psychotropen Substanzen nicht per se verpöhnt ist, was sich am Beispiel des gesellschaftlich akzeptierten und teilweise geförderten Alkoholkonsum zeigt, sondern je nach Substanz in weiten oder nur kleineren Gesellschaftsteilen anerkannt beziehungsweise angesehen ist, ist eine generelle Ausrichtung auf abstinente Angebote wenig sinnvoll. Mit dem Abstinenzziel der klassischen Drogenarbeit und der damit einhergehenden Bevormundung der Drogenkonsumenten ist eine hohe Einstiegshürde gesetzt, die weite Teile der Drogenszene ausschließt, in dem sie diesen den Zugang verwehrt.

Ihren geschichtlichen Ursprung findet die akzeptanzorientierte<sup>85</sup> Drogenhilfe Mitte der 80er Jahre. Unter den Schlagworten „'nicht-bevormundende', 'suchtbegleitende', 'offensive', 'klientenorientierte', 'risikomindernde' oder 'niedrigschwellige' Drogenarbeit“<sup>86</sup> entwickelte und etablierte sich ein neuer Ansatz der Drogenhilfe. Begründet lag dieser Ansatz im wesentlichen in sechs Punkten:

1. Die Mortalitätsrate (Sterberate) unter Drogenkonsumenten stieg schnell und dramatisch an.
2. Die öffentlich sichtbare Verelendung von Drogenkonsumenten im sozialen und gesundheitlichen Bereich stieg erheblich an.
3. Damit ging eine zunehmende Brutalisierung im Bereich der Beschaffung von Drogen beziehungsweise Ressourcen zur Drogenbeschaffung einher.
4. Die Reichweite und der Erfolg des starr abstinenzorientierten Drogenhilfesystems gingen immer deutlicher zurück.

---

<sup>85</sup>Die in dieser Arbeit auftretende Diskrepanz bei der Benutzung der Begrifflichkeiten der akzeptierenden und akzeptanzorientierten Drogenarbeit beziehungsweise Drogenhilfe beruht auf der Nutzung unterschiedlicher Quellen. Prinzipiell ist die Verwendung des Begriffs der Akzeptanzorientierung vorzuziehen, da hier eine Verdeutlichung der schwierigen rechtlichen Situation, die einen vollständig akzeptierten Konsum illegalisierter Substanzen nicht zulässt, besser zur Geltung kommt.

<sup>86</sup>STÖVER, H. 1999, S. 12

5. Die Fixierung auf eine strafrechtliche Sanktionierung von Verkauf und Konsum bestimmter Drogen erwies sich als ineffektiv.
6. Die HIV-Infektionsrate stieg erheblich an.<sup>87</sup>

Im Besonderen der letzte Punkt mündete in einem Umdenken. Es wurde sichtbar, dass die HIV-Infektionen und das Risiko einer Infektion nicht auf den Konsum der Drogen selbst zurückzuführen waren, sondern durch die drogenpolitische Haltung bedingt waren. Zur Verdeutlichung seien hier das Teilen von Nadeln und die Beschaffungsprostitution genannt.<sup>88</sup> So „erschien eine in Anlehnung an die Leidensdruckthese in Passivität verharrende Drogenhilfe inhuman.“<sup>89</sup> Deshalb entwickelte sich die Drogenhilfe hin zu einer Niedrigschwelligkeit, deren Ziel vornehmlich aber nicht ausschließlich die Risikominimierung für die (überwiegend intravenös konsumierenden) Konsumenten war, und so den Beginn einer Abkehr vom Prinzip der langfristigen stationären Unterbringung darstellte<sup>90</sup> und sich von „der repressiven Politik des Staates gegenüber DrogenkonsumentInnen“<sup>91</sup> abgrenzte.

Auch wenn die akzeptanzorientierte Drogenarbeit in ihren Anfängen noch sehr unterschiedlich ausdifferenziert wurde, so gab es bereits einen auf sechs Punkten beruhenden Grundkonsens:

1. Es gibt keine drogenfreie Gesellschaft.
2. Es gibt ebenfalls keine abhängigkeitsfreie Gesellschaft. Deshalb muss überlegt werden, wie mit Abhängigkeiten und Abhängigen unter Wahrung der Menschenwürde umgegangen werden kann.
3. Einen Königsweg in der Behandlung Drogenabhängiger kann es nicht geben, weshalb eine breite Palette an Hilfsangeboten von Nöten ist.
4. Hochschwellige Angebote der Drogenhilfe können und/oder wollen nicht von jedem Konsumenten erreicht werden. Folglich ist ein Schwellenabbau von Nöten.
5. Drogenkonsumverläufe sind nicht linear sondern zirkulär zu verstehen.
6. Debatten um Drogen sind symbolisch und emotional aufgeladen.<sup>92</sup>

Die Zielsetzung stellte eine Normalisierung der Lebensbedingung ohne Abstinenzzwang dar. Dafür von Nöten war die Akzeptanz des Selbstbestimmungsrechtes und die Einsicht, dass selbstbestimmter Drogenkonsum - auch wenn er für einen

---

<sup>87</sup>vgl. PFINGSTEN, K. 1997, S. 31 - 32

<sup>88</sup>vgl. PFINGSTEN, K. 1997, S. 32

<sup>89</sup>PFINGSTEN, K. 1997, S. 32

<sup>90</sup>vgl. STÖVER, H. 1999, S. 12

<sup>91</sup>BUNDESVERBAND FÜR AKZEPTIERENDE DROGENARBEIT UND HUMANE DROGENPOLITIK (AKZEPT) E.V./DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V. HRSG. 1999, S. 12

<sup>92</sup>vgl. STÖVER, H. 1999, S. 13

selbst nicht nachvollziehbar, geschweige denn wünschenswert, wäre - Ausdruck von Autonomie sein kann und nicht per Definition falsch sein muss. Konsumenten als selbstverantwortlich und nicht prinzipiell behandlungsbedürftig zu verstehen ist gleichzustellen mit einem Abbau an Bevormundung und einer Abkehr von der bis dato verbreiteten Sicht der Opferrolle des Konsumenten.

Um Drogenhilfe erreichbar zu machen, muss ein weitestgehender Verzicht auf Vorgaben für die Konsumenten erfolgen. Eine Minimierung der Regeln bedeutet in diesem Zusammenhang nicht einen gänzlichen Verzicht auf diese, sondern eine Beschränkung auf jene Regeln, die für ein sozialverträgliches Verhalten innerhalb der jeweiligen Hilfeeinrichtungen von Nöten sind.<sup>93</sup>

An diesen ursprünglichen Teilen des methodischen Verständnisses wird auch noch heute festgehalten. So hat der *Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V. (akzept)* 1999 in Zusammenarbeit mit der *Deutschen AIDS-Hilfe e.V.* Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit veröffentlicht. Im Mittelpunkt stehen hier Orientierung der Hilfeangebote am individuellen Konsumenten, seiner Biografie und seinen sozialen Umständen, sowie an einer Schadensminderung im gesundheitlichen, sozialen und psychischen Bereich. Aus den zuvor aufgeführten sechs Punkten des Grundkonsens akzeptanzorientierter Drogenhilfe ergeben sich daher die den *Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit* entlehnten Schlussfolgerungen für diese:<sup>94</sup>

#### *Orientierung am Klienten*

Angebotsorientierte Ansätze, bei denen die Klienten entsprechend der Konzepte gesucht werden, stehen konträr zu den zu bevorzugenden Konzepten, die sich an den Bedürfnissen der Klienten orientieren und somit direkt, frühzeitig und im sozialen Raum der Klienten ansetzen können. Dabei werden gemeinsam mit dem Klienten „Möglichkeiten für einen eigenverantwortlichen, risikominimierenden und genußorientierten Umgang mit Drogen“<sup>95</sup> entwickelt. Die Gewährung des Rechts auf einen anderen Lebensentwurf - mit oder ohne Konsum - muss gewährt werden. Dies hat zur Folge, dass auf eine zwanghafte institutionelle Hilfe verzichtet werden muss, was nur realisierbar ist, wenn von der generellen Unterstellung einer Hilfebedürftigkeit im Sinne sozialpädagogischer, klinischer oder therapeutischer Eingriffe abgerückt wird.

---

<sup>93</sup>vgl. STÖVER, H. 1999, S. 16 - 17

<sup>94</sup>vgl. BUNDESVERBAND FÜR AKZEPTIERENDE DROGENARBEIT UND HUMANE DROGENPOLITIK (AKZEPT) E.V./DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V. HRSG. 1999, S. 12 - 18

<sup>95</sup>BUNDESVERBAND FÜR AKZEPTIERENDE DROGENARBEIT UND HUMANE DROGENPOLITIK (AKZEPT) E.V./DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V. HRSG. 1999, S. 14

### *Wahrung von Autonomie und Förderung von Selbststeuerungsfähigkeit des Klienten*

Ressourcen der Selbsthilfe und Handlungskompetenzen der Betroffenen müssen Berücksichtigung finden.

Die Unterstützung mit dem Ziel der Verbesserung der Autonomie und der Selbststeuerungsfähigkeit des Klienten müssen Ziel sein. Selbststeuerungsfähigkeit „meint den Prozess, innerhalb dessen Menschen sich ermutigt fühlen, ihre eigenen Angelegenheiten in die Hand zu nehmen, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und ernst zu nehmen und den Wert selbsterarbeiteter Lösungen schätzen zu lernen.“<sup>96</sup> Dabei ist zu beachten, dass diese Fähigkeiten eventuell temporär eingeschränkt sein können, aber mit Sicherheit nicht vollständig fehlen. Ebenso wie bei möglicherweise weiteren Defiziten ist auch hier eine kritische Auseinandersetzung mit diesen notwendig, darf aber weder zu Bevormundung noch zu Verurteilung führen. Die Übernahme von Verantwortung für den Klienten darf nicht die Regel, sondern lediglich eine zeitlich strikt begrenzte Ausnahme in extremen Krisensituationen sein.

### *Gleichberechtigtes Arbeiten mit dem Klienten*

Mit der Erkenntnis der Handlungsfähigkeit und Eigenverantwortung der Klienten muss eine Anerkennung sowohl positiver wie auch negativer Aspekte von Drogenkonsum und eines drogenbeinhalten Lebensentwurfes einher gehen, was zu einem Verzicht auf Forderungen oder Appelle einer (sofortigen) Abstinenz zu führen hat. Jeder Veränderungswunsch muss respektiert werden. Dies bedeutet auch, dass der Klient die Entscheidung bezüglich der Wahrnehmung von Unterstützung trifft und institutionelle Hilfen gemeinsame Aushandlungsprozesse darstellen. Ferner darf sich von Seiten des Mitarbeiters nicht auf eine Verbrüderung mit den Klienten oder deren mögliche mitleidsorientierte Selbstdarstellung eingelassen werden.

### *Flexibilität*

So veränderbar die Klienten selbst sind, so veränderbar ist auch die Drogenszene im Ganzen, was häufig durch nachrückende junge Konsumenten bedingt ist.<sup>97</sup> Flexibilität gehört somit zu den grundlegenden Eigenschaften, über die die akzeptierende Drogenhilfe verfügen muss.

### *Förderung politischer und gesellschaftlicher Veränderungen*

Mit der Aufgabe der sozialen Feuerwehr und der Schadensminderung einer verfehl-

---

<sup>96</sup>KEUPP 1996 zit. n. GALUSKE, M. 2007, S. 262

<sup>97</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 182

ten Drogenpolitik darf sich nicht abgefunden werden. Daraus folgt eine Notwendigkeit des Hinarbeitens auf (drogen-)politische und gesellschaftliche Veränderungen hin zu einem normalisierten Umgang mit derzeit illegalisierten Drogen.

Der Ausgrenzung, Kriminalisierung und Stigmatisierung von Drogenkonsumenten und die daraus resultierenden gravierenden Beeinträchtigungen, wie den erzwungenen Verlust lebenspraktischer Fähigkeiten und den weiteren im voranstehenden Kapitel bereits erwähnten, muss entgegengewirkt werden. Das Ziel ist eine tolerantere und hilfsbereitere Gesellschaft, in der Drogenkonsumenten unter menschenwürdigen Bedingungen Teil der Gesamtgesellschaft sein können.

Dem doppelten Mandat - mit der von der Gesellschaft, der Politik und den eigenen Auftraggebern erwarteten Ordnungsfunktion auf der einen Seite und dem Auftrag der Hilfe für Drogenkonsumenten andererseits - muss dabei begegnet werden, ohne dass sich daraus ein Nachteil für die Hilfesuchenden oder ein fachlichen Grundsätzen entgegenstehendes Verhalten ergeben darf.<sup>98</sup>

„Akzeptanz bildet also einerseits eine Arbeitshaltung, die vor allem darin besteht, differierende und ggf. sogar konkurrierende Wertkonzepte nicht nur zulassen zu können, sondern sich mit ihnen 'zieloffen' auseinandersetzen zu wollen. Dabei werden die Organisationsmuster, Lebensorientierungen, Handlungsmuster und Kompetenzen, die das Gegenüber im Rahmen seiner bisherigen Lebensbewältigung entwickelt hat, zur Grundlage eines Dialogs gemacht.“<sup>99</sup>

Durch die veränderten Voraussetzungen, aus denen die akzeptanzorientierte Drogenarbeit hervorging, ergab sich nach Stöver folgende „Zielhierarchie der Drogenhilfe (...):

1. Überleben sichern!
2. Sicherung eines gesunden Überlebens ohne irreversible Schädigungen
3. Verhinderung sozialer Desintegration
4. Gesundheitliche und soziale Stabilisierung
5. Beendigung des problematischen (d.h. unkontrollierten) Konsums (il)legaler Substanzen
6. Unterstützung von längeren Drogenkontrollphasen (mit Substitut oder ohne)
7. Unterstützung individueller Herauslösung aus der Drogenszene“<sup>100</sup>

---

<sup>98</sup>vgl. BUNDESVERBAND FÜR AKZEPTIERENDE DROGENARBEIT UND HUMANE DROGENPOLITIK (AKZEPT) E.V./DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V. HRSG. 1999, S. 12 - 18

<sup>99</sup>STÖVER, H. 2008, S. 345

<sup>100</sup>STÖVER, H. 2008, S. 346

Trotz der Tatsache, dass der akzeptanzorientierte Ansatz mittlerweile weit ausdifferenziert und in das gesamte System zur Versorgung von Drogenkonsumenten integriert worden ist, gibt es nicht nur befürwortende Stimmen. So attestiert Schabdach der akzeptanzorientierten Drogenarbeit ein partielles Scheitern. Sie unterliege einer Kontrolllogik und diene dazu, das unerwünschte Verhalten von Drogenkonsumenten und diese als solche aus dem Blick der Öffentlichkeit zu ziehen. Der Politik werde dank der akzeptanzorientierten Drogenarbeit die Möglichkeit geboten, sich liberal zu inszenieren, da die Politik einen Teil ihrer Ordnungsfunktion auf die Drogenarbeit übertragen könne. Damit erschwere sich das Ziel des Erreichens von Veränderungen im Bereich der Drogenpolitik (beispielsweise Entkriminalisierung), da die Wahrnehmung der Probleme und Bedürfnisse von Drogenkonsumenten zunehmend aus der Öffentlichkeit verdrängt werden. Der akzeptanzorientierten Drogenarbeit komme so die Rolle der Elendsverwaltung zu.<sup>101</sup> Ein weiterer Kritikpunkt findet sich in der Aussage, dass die akzeptanzorientierte Drogenarbeit den Leidensdruck für die Konsumenten illegalisierter Drogen so weit reduziert, dass eine Veränderung des Konsums für die Konsumenten nicht mehr nötig erscheint. Trotzdem stellt die akzeptanzorientierten Drogenarbeit (ungeachtet der anfänglichen Konkurrenzposition zur klassischen Drogenarbeit) einen weder für Klienten noch das Hilfesystem wegzudenkenden Bestandteil der Hilfe dar und ist eine wichtige Ergänzung zu den zuvor bereits bestehenden (abstinenzorientierten) Hilfeeinrichtungen. In niedrighschwelligem Kontaktläden beispielsweise können hilfebedürftige Konsumenten erste Berührungen mit dem Hilfesystem wagen und so eine Stabilisierung beziehungsweise Verbesserung ihrer Lebenslage - auch durch eine (eventuell vorübergehende) Abstinenz oder Drogenkontrollphase - erreichen. Es ist von Nöten, sich von einer zweigeteilten Sichtweise - Abstinenz gegen Akzeptanz - zu lösen, da unterschiedliche Klienten zu divergierenden Zeiten variable Hilfemöglichkeiten benötigen.

### **2.3 Zusammenfassung**

Wir leben in einer Gesellschaft, die in hohem Maße abhängig ist. Die jeweiligen Suchtmittel variieren hier stark. So gibt es beispielsweise nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten, wie die Spielsucht und den für diese Arbeit deutlich interessanteren

---

<sup>101</sup>vgl. SCHABDACH, M. 2009, S. 245 - 248

Bereich der Abhängigkeit nach beziehungsweise des Konsums von psychotropen Substanzen. Letztere wiederum gliedern sich in die Bereiche der legalen Stoffe, wie beispielsweise Nikotin, Alkohol und Medikamente<sup>102</sup>, und den illegalisierten Bereich der rechtlich verbotenen Drogen auf. Der Konsum psychotroper Substanzen ist Lebenswirklichkeit unserer Gesellschaft und des gesellschaftlichen Alltags und findet sich mehr oder weniger akzeptiert beziehungsweise angesehen in nahezu allen Bereichen wieder.

Aus der Erkenntnis, dass es eine abhängigkeitsfreie Gesellschaft nicht gibt oder geben kann, und den tieferschürfenden Veränderungen der Drogenszene, ihrer Konsummuster und Problemlagen in den 80er Jahren resultierte die, damals als Gegenwicht zur klassischen Drogenarbeit zu verstehende, akzeptanzorientierte Drogenarbeit. Mit nicht mehr strikt auf Abstinenz abzielenden Konzepten versucht(e) diese, die Drogenkonsumenten mit niedrighwelligen Angeboten zu erreichen und ihnen so alltagsnahe und lebenspraktische Hilfen zur individuellen Verbesserung beziehungsweise Stabilisierung ihrer persönlichen Lebenssituation anzubieten. Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist heute fester Bestandteil des Drogenhilfesystems und eine wichtige Ergänzung zu abstinenzorientierten Konzepten. Sie stellt in der Regel den ersten Schritt zur Wahrnehmung weitergehender Hilfen dar, die zu Drogenkontroll- oder Abstinenzphasen beziehungsweise Abstinenz führen können.

---

<sup>102</sup>Wobei hier eine ärztlich verordnete Einnahme von Medikamenten unter Ausschluss der Substitution gemeint ist.

## 3 Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit Substanzabhängigkeit

### 3.1 Geschichtliche Entwicklung und rechtliche Grundlagen von Rehabilitationsmaßnahmen

Im vorangegangenen Kapitel wurde der Grundsatz der Freiwilligkeit dargelegt. Die Wahrnehmung von Hilfemaßnahmen und institutionellen Hilfen sind Aushandlungsprozesse zwischen Klient und Professionellen und müssen vom Klienten gewollt sein. Nur so können sie erfolgreich sein und nur so kann die Autonomie des Klienten gewahrt werden. Ausgehend davon, dass der Klient eine - eventuell auch nur vorübergehende - Abstinenz(phase) oder eine andere Maßnahme, wie beispielsweise eine Ausdosierung von Substitutionsmitteln, anstrebt, wird im Folgenden dargelegt, wie eine (Teil-)Rehabilitation aussehen kann. Der Begriff der Rehabilitation kann hierbei zu Irritationen führen, da er eine Mehrfachdeutung zulässt. So versteht man unter ihm sowohl den „Begriff für die (Wieder-)Eingliederung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen in die Gesellschaft, (...) zugleich aber auch die Gesamtheit der Leistungen und Maßnahmen, die diesem Ziel dienen, einschließlich des Verfahrens“<sup>103</sup> selbst. Im folgenden Text wird der Begriff der Rehabilitation weitestgehend für die Maßnahmen der (Wieder-)Eingliederung in Gesellschaft und Arbeit genutzt.

Noch Anfang der 70er Jahre interessierten sich Ärzte und Psychologen nicht für Suchtpatienten. Diese galten als „unzuverlässig, hedonistisch nur dem Lustprinzip fröhnend, und durch einsichtsorientierte Therapien nicht erreichbar.“<sup>104</sup> Dies hatte zur Folge, dass Suchttherapien lediglich von nicht ausreichend für alle Aspekte dieses Prozesses ausgebildetem Personal (Krankenpfleger, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen) durchgeführt wurde. Den ersten wichtigen Schritt in der Professionalisierung der therapeutischen Behandlung von Drogenkonsumenten stellte deshalb eine höchstrichterliche Entscheidung im Jahr 1968 dar, durch die „Sucht/Abhängigkeitserkrankungen, und nicht nur die durch den Suchtmittelkonsum entstandenen Folgekrankheiten, als behandlungsbedürftige Krankheit (...) anerkannt wurden.“<sup>105</sup>

---

<sup>103</sup>STÄHLER, T. 2007, S. 762

<sup>104</sup>SUBKOWSKI, P. 2001, S. 35

<sup>105</sup>SUBKOWSKI, P. 2001, S. 35



Von dort an gab es zahlreiche Einrichtungen zur Abhängigkeitsbehandlung unterschiedlicher (legaler und illegalisierter) Drogen. Bei diesen Einrichtungen handelte es sich aber durchweg um sogenannte Clean-Therapie, also Maßnahmen mit absolutem Abstinenzanspruch. Klienten, die diesem Anspruch nicht gerecht werden konnten oder wollten wurden als behandlungsunwillig angesehen und nicht behandelt. Rückfälle, also Verfehlungen des Abstinenzzieles, wurden als Scheitern der Therapie erlebt und führten zu einem Abbruch der Rehabilitation aus disziplinarischen Gründen.<sup>106</sup> Die Grundlage dieser Denkweise lag darin begründet, dass der Rehabilitation die Annahme zugrunde lag, die Abhängigkeitserkrankung sei erlernt und lediglich eine wieder verlernbare, vorübergehende Beeinträchtigung. Der dieser Behandlungsform resistent begegnende Teil der Drogenkonsumenten wurde somit nicht erreicht.<sup>107</sup> Die damals als Königsweg angesehene Clean-Therapie, die lediglich stationär und zum größten Teil sogar in geschlossenen Einrichtungen angeboten wurde, musste also, insofern man den Drogenkonsumenten wirklich helfen wollte, umgestaltet werden.<sup>108</sup> Besonders kritisiert wurde in Fachkreisen zudem, dass die in der stationären Therapie vorgesehene Wohnortsferne bisherige Bezugspersonen (bspw. Angehörige oder Mitarbeiter der Drogenhilfe am Ursprungsort) ausschloss und durch ihren streng hierarchischen Aufbau den individuellen Bedürfnissen der Klienten keinen Raum ließ.<sup>109</sup>

So nahmen die heutigen Therapiekonzepte geschichtlich betrachtet ihren Ursprung in den 90er Jahren. Wie bereits im Kapitel 2.2 aufgeführt wurde, hatte die klassische Drogenarbeit damit zu kämpfen, dass die strikt abstinenzorientierten und mit hohen Hürden versehenen Maßnahmen mit einer Reduzierung von Reichweite und Erfolg zu kämpfen hatten.<sup>110</sup> Die damaligen Umbrüche umfassten auch deutlich spürbare finanzielle Einsparungen, die teilweise in Therapiezeitverkürzungen und Einrichtungsschließungen resultierten.<sup>111</sup>

Nachdem die rechtlichen Bedingungen (Anerkennung von Abhängigkeit als Behinderung) für die Behandlung suchtkranker Menschen geschaffen waren, fehlte es zu Beginn an einer klaren Struktur. Dies zeigte sich unter anderem an stark abweichenden Behandlungsdauern und -rhythmen und machte sich zunehmend auch im Bereich der ambulanten Rehabilitation bemerkbar. Dies änderte sich erst mit der am 1. April 1991 in Kraft tretenden *Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht (EVARs)*, mit der die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die deutschen Rentenversicherungsträger ambulante Rehabilitation

---

<sup>106</sup>vgl. SUBKOWSKI, P. 2001, S. 34

<sup>107</sup>vgl. LUTZ, R. 2008, S. 3

<sup>108</sup>vgl. BOSSONG, H. 1997, S. 23

<sup>109</sup>vgl. KAHLERT, D. 1997, S. 182

<sup>110</sup>vgl. PFINGSTEN, K. 1997, S. 31 - 32

<sup>111</sup>vgl. EVERS, C./KURZ-LUND, G. 1999, S. 226

detailliert bestimmten.<sup>112</sup> Mit dieser ging auf eine erstmalige Berücksichtigung der Wohn- und Arbeitsverhältnisse der Drogenkonsumenten einher.<sup>113</sup>

Die heutige rechtliche Grundlage der Rehabilitation suchtkranker Menschen stellt vornehmlich §10 (Teilhabe behinderter Menschen) Sozialgesetzbuch (SGB) I dar: „Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, haben unabhängig von der Ursache der Behinderung zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. ihnen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern,
4. ihre Entwicklung zu fördern und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern sowie
5. Benachteiligungen auf Grund der Behinderung entgegenzuwirken.“<sup>114</sup>

Seine Grundlage bildete der bis zum 31. Dezember 2004 gültige §39 Bundessozialhilfegesetz (BSHG), der ursprünglich nicht für abhängige Menschen konzipiert war, über den es aber gelang, dass Drogenabhängige zunehmend als Menschen mit Behinderung anerkannt wurden. So war für Drogenkonsumenten die Inanspruchnahme von für sie neu entwickelten Hilfeformen möglich, die sich nicht mehr alleinig auf Abstinenz konzentrierten, sondern bei denen die Klienten mit ihren individuellen Bedürfnissen in den Fokus rückten. Mit diesem Umdenken ging auch die Möglichkeit der Behandlung sogenannter chronisch Abhängiger einher, die zum Teil massive körperliche und seelische Erkrankungen mit sich brachten.<sup>115</sup>

Weitere für die Rehabilitation suchtkranker Menschen wichtige Paragraphen sind §2 Abs.1 SGB IX, §53 und §54 SGB XII. §2 (Behinderung) Abs.1 S.1 SGB IX definiert dabei die Begriffe der Behinderung und der Bedrohung durch diese wie

---

<sup>112</sup>vgl. KALKE, J. U.A. 1997, S. 143 - 145

<sup>113</sup>vgl. LUTZ, R. 2008, S. 1 - 3

<sup>114</sup>BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. 2009b

<sup>115</sup>vgl. LUTZ, R. 2008, S. 1 - 3

folgt:

„<sup>1</sup>Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

<sup>2</sup>Sie sind von Behinderung bedroht, wenn diese Beeinträchtigung zu erwarten ist.“<sup>116</sup>

Zu Beginn des sechsten Kapitels des SGB XII regeln die §§ 53 (Leistungsbe-rechtigte und Aufgabe) und 54 (Leistungen der Eingliederungshilfe) detailliert die Gruppe der Leistungsberechtigten, so wie Aufgaben und Ziele der (Wieder-)Eingliederungshilfe.<sup>117</sup> Die, zum großen Teil bereits in dem zuvor zitierten §10 SGB I aufgeführten, Ziele (Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, selbständige und selbstbestimmte Lebensführung, Ausübung einer angemessenen beruflichen Tätigkeit und weitere Ziele) sollen so unter anderem mit Hilfen zur schulischen, beruflichen und hochschulischen Bildung erreicht werden. Darüber hinaus soll die Wirksamkeit der ärztlichen (beziehungsweise ärztlich verordneten) Leistungen sichergestellt werden.<sup>118</sup>

Die weiteren rechtlichen Grundlagen der unterschiedlichen Rehabilitationsphasen werden in den jeweiligen Kapiteln Erwähnung finden.

### 3.2 Rehabilitationsziele und -phasen

Aus medizinischer Sicht sind die Ziele der Rehabilitation eindeutig. Die Beseitigung der als Krankheit verstandenen Sucht soll erfolgen und die Gesundheit somit wieder hergestellt werden.<sup>119</sup> Der Begriff der Gesundheit wird von der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* allerdings weiter gefasst und als „Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht alleine als das Frei-sein von Krankheit und Gebrechen“<sup>120</sup> definiert. Auch wenn dieser Idealzustand unerreichbar ist<sup>121</sup>, so ist doch offensichtlich, dass eine Annäherung allein mit Hilfe

---

<sup>116</sup>BRÜHL, A. HRSG. 2006, S. 279

<sup>117</sup>vgl. BRÜHL, A. HRSG. 2006, S. 81 - 82

<sup>118</sup>vgl. BRÜHL, A. HRSG. 2006, S. 279 und 81 - 82

<sup>119</sup>vgl. SUBKOWSKI, P. 2001, S. 33

<sup>120</sup>SUBKOWSKI, P. 2001, S. 33

<sup>121</sup>Sicher ist das Erreichen dieses Idealzustandes auch für Menschen ohne eine Abhängigkeitserkrankung nicht ohne weiteres gewährt.

der Schulmedizin nicht erreicht werden kann.<sup>122</sup> Deshalb ist eine differenzierte Betrachtung der Definition von Rehabilitationszielen notwendig, was zweifelsohne die Sichtweise der betroffenen abhängigkeitskranken Menschen unabdingbar macht. In der *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung* haben die Rentenversicherungsträger gemeinsam mit den Krankenkassen die Ziele der medizinischen Rehabilitation festgelegt:

- „Abstinenz zu erreichen und zu erhalten,
- körperliche und seelische Störung weitgehend zu beheben oder auszugleichen,
- die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft zu erhalten bzw. zu erreichen“<sup>123 124</sup>

Für die Klienten können die Ziele einer Rehabilitation aufgrund der Unterschiedlichkeit der angestrebten Veränderungsprozesse und der zugehörigen persönlichen Voraussetzungen variieren.<sup>125</sup> So können sowohl abstinenzorientierte Angebote für Klienten mit dem Ziel einer Abstinenz, egal ob temporär oder dauerhaft, interessant sein, wie auch Rehabilitationsangebote mit Substitution<sup>126 127</sup>, also einer gesetzeskonformen Vergabe von Drogenersatzstoffen.<sup>128</sup> Letztere ist vornehmlich für den Klientenkreis interessant, bei dem nicht die Abstinenz das Ziel darstellt beziehungsweise noch nicht darstellen kann, sondern eine Stabilisierung des Gesamtzustandes angestrebt wird. Eine Rehabilitation unter Zuhilfenahme von Substitution stellt allerdings keinen Gegenpunkt zur abstinenzorientierten Rehabilitation dar, da auch das Ziel einer Substitutionsbehandlung auf längere Sicht darin besteht, eine Drogenfreiheit zu erreichen.<sup>129</sup> So ist für das Erreichen einer Abstinenz in der Regel eine langjährige Arbeit notwendig, da diese unter Umständen bis zu acht Jahren dauern kann,<sup>130</sup> wobei selbst dann das Ziel der Abstinenz nicht zwangsläufig erreicht werden wird.<sup>131</sup> Bedingt wird dies durch die Erkenntnis, dass „die Lösung aus einer Drogenabhängigkeit ein in der Regel längerer Prozeß mit Abbrüchen und Wiederaufnahmen ist“<sup>132</sup>. So kann eine Rehabilitation auch zur Substitutionsabdosierung beziehungsweise Verringerung der Substitutionsmittelmenge genutzt

---

<sup>122</sup>vgl. SUBKOWSKI, P. 2001, S. 34

<sup>123</sup>VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. 2001, S. 2

<sup>124</sup>Die Zielvorstellungen für die medizinische Rehabilitation substituierter Drogenabhängiger findet in Kapitel 3.4 Erwähnung.

<sup>125</sup>vgl. EVERS, C./KURZ-LUND, G. 1999, S. 227

<sup>126</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 77

<sup>127</sup>Eine genauere Begriffsklärung der Substitution, so wie die Erläuterung der rechtlichen Grundlage und ihrer Vor- und Nachteile, erfolgt in Kapitel 3.4

<sup>128</sup>vgl. BOSSONG, H./STÖVER, H. 1997, S. 156

<sup>129</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 77

<sup>130</sup>vgl. SUBKOWSKI, P. 2001, S. 41

<sup>131</sup>vgl. LUTZ, R. 2008, S. 3

<sup>132</sup>EVERS, C./KURZ-LUND, G. 1999, S. 230

werden, bei der der Klient die Menge des Substitutionsmittels (anfangs) reduziert und eventuell sogar im Laufe der Rehabilitation vollständig auf diese verzichtet.<sup>133</sup> Die Rehabilitation lässt sich prinzipiell in vier Phasen unterteilen:

- „Kontakt- und Motivationsphase,
- Entzugsphase,
- Entwöhnungsphase und
- Integrations- und Nachsorgephase“<sup>134</sup>

Dieser Ablauf ist ursprünglich für abstinenzorientierte Behandlungen entwickelt worden<sup>135</sup> und darf nicht von Anfang bis Ende als rein linear, also als verbindlich aufeinander aufbauend, verstanden werden. Gözl bezeichnet diese Sichtweise als „Alles-oder-Nichts-Haltung“, die ideologisch begründet und wenig hilfreich sei. Bei einer Fixierung auf das lineare Durchlaufen dieser Phasen ist eine Realitätsnähe nicht gegeben. Auch Teilschritte des Ablaufes können wichtige Punkte im Drogenkonsumverlauf des Konsumenten darstellen und zur Stabilisierung seines Gesamtzustandes beitragen. Darüber hinaus können diese Teilschritte wegbereitend für die zukünftige Wahrnehmung von Hilfemaßnahmen sein.<sup>136</sup>

Die *Kontakt- und Motivationsphase* stellt - linear betrachtet - den Einstieg in eine Rehabilitationsprozess dar. In ihr muss Kontakt zum Konsument illegalisierter Drogen hergestellt werden und der Drogenkonsument muss zur Wahrnehmung von Hilfemaßnahmen motiviert werden beziehungsweise, was den Grundlagen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit eher entspricht, sich selbst zu dieser motivieren.<sup>137</sup> Als Grundlage hierfür müssen sich ihm Sinn und Möglichkeiten einer therapeutischen Behandlung erschließen und diese als mögliche Lebenshilfe wahrgenommen werden. Erreicht werden kann dies beispielsweise durch gewöhnliche Aufklärungsarbeit über Themen wie das Gefahrenpotenzial von Drogen oder grundsätzliche Informationen über Therapieansätze und -möglichkeiten. Ein in Verbindung bringen von alltäglichen Schwierigkeiten und der individuell erlebten Abhängigkeit kann ebenso ausschlaggebend für die Wahrnehmung von Hilfemaßnahmen sein,<sup>138</sup> wie der Erfahrungsaustausch mit anderen Drogenkonsumenten.

Hat sich eine Motivation bezüglich einer Rehabilitation ausgeprägt, so muss in der Kontakt- und Motivationsphase überdies ein Hilfeplan erstellt werden. Die-

---

<sup>133</sup>vgl. EVERS, C./KURZ-LUND, G. 1999, S. 230 - 231

<sup>134</sup>PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 77

<sup>135</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 77

<sup>136</sup>vgl. BOSSONG, H. 1997, S. 26 - 27

<sup>137</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 77

<sup>138</sup>vgl. COIGNERAI-WEBER, C. 1982, S. 40 - 41

ser muss eine Anamnese / Diagnose in sozialen, medizinischen und psychischen Bereichen enthalten.<sup>139</sup> Hierzu gehören auch eine möglichst genaue Verlaufs- und Bestandsaufnahme der Substanzgebräuche, des sozialen Umfeldes und des Alltags des Konsumenten. Auf Grundlage dieses Hilfeplans werden Entscheidungen für den weiteren Verlauf des Rehabilitationsprozesses getroffen. Primär handelt es sich hier um die Frage der Rehabilitationsform (ambulant, teilstationär oder stationär).<sup>140</sup>

Die, auch als *Entgiftungs- und Entzugsphase* bezeichnete, zweite Ebene einer (noch immer linear betrachteten) Rehabilitation dient dem körperlichen Entzug. Finanziert werden die Entzugsbehandlungen durch die Krankenkassen nach SGB V beziehungsweise durch die Sozialleistungsträger nach §48 SGB XII, insofern kein Krankenversicherungsschutz besteht.<sup>141</sup> Die Entzugsdauer lässt sich dabei nicht genau bestimmen, da sie von vielen Faktoren abhängig und somit individuell zu betrachten ist. Dies führt dazu, dass die benötigte Zeit in unterschiedlichen Quellen zwischen einigen Tagen bis zu etwa drei Wochen<sup>142</sup> und zwei bis sechs Wochen<sup>143</sup> differiert.

Das Ziel dieser Phase ist nach der *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung* primär die Herstellung der Rehabilitationsfähigkeit.<sup>144</sup> Darüber hinaus „soll den Menschen Gelegenheit gegeben werden, in Ruhe und ohne den Druck der Szene ihr weiteres Leben planen zu können.“<sup>145</sup> Der Entzug stellt für viele Klienten eine Art Ruhephase dar, in der sie sich abseits des Alltags und der mit diesem einhergehenden Problemen (beispielsweise Beschaffung von Drogen beziehungsweise Zahlungsmitteln) Gedanken über eine Abstinenz und einen Ausstieg aus der Drogenszene machen können. Deshalb ist ein Entzug, abgesehen von den gesundheitlichen Vorteilen, auch ohne anschließende Entwöhnungsphase für die Klienten hilfreich.<sup>146</sup>

Der Entzug findet in der Regel stationär statt, kann aber auch ambulant vollzogen werden. Orte des stationären Entzugs sind sowohl gewöhnliche Krankenhäuser, aber auch zunehmend spezialisierte Entzugsabteilungen beziehungsweise -einrichtungen.<sup>147</sup> Ausschlaggebend für die Entscheidung zwischen stationärem und ambulantom Entzug ist hauptsächlich die Art des Entzuges. Während ein heute quasi nicht mehr angebotener kalter Entzug, also ein vollständiger Verzicht auf die

---

<sup>139</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 77

<sup>140</sup>Auf die Rehabilitationsformen wird im Kapitel 3.3 weiterführend eingegangen.

<sup>141</sup>vgl. VEREIN ARBEITS- UND ERZIEHUNGSHILFE E.V (VAE) HRSG. 2009, S. 1

<sup>142</sup>vgl. BOSSONG, H. 1997, S. 24

<sup>143</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 77

<sup>144</sup>vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. 2001, S. 3

<sup>145</sup>VITOS RIEDSTADT GEMEINNÜTZIGE GMBH, EHEMALS ZENTRUM FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE PHILIPPSHOSPITAL GEMEINNÜTZIGE GMBH HRSG. 2009

<sup>146</sup>vgl. BOSSONG, H. 1997, S. 24 - 25

<sup>147</sup>vgl. BOSSONG, H. 1997, S. 24

konsumierten Drogen so wie Ersatzmittel, im Normalfall mit einer Vielzahl an Entzugerscheinungen verbunden ist und deshalb stationär vollzogen wird, kann der Regelentzug auch ambulant stattfinden.<sup>148</sup> Gölz hat eine Vielzahl von Entzugerscheinungen aufgelistet, von denen hier nur einige genannt werden können: Unruhe, Extremitätenschmerzen, Magen-Darm-Krämpfe, Schlaflosigkeit, Halluzinationen, Sprechstörungen, Depression, Angstzustände, Suizidalität und viele mehr.<sup>149</sup> Diese Entzugerscheinung können auch bei der zweiten Variante, dem medikamentengestütztem Entzug, auftreten. Deshalb ist ein langsamer Entzug, also eine Versorgung mit und anschließende langsame Ab- beziehungsweise Runterdosierung von Ersatzstoffen notwendig, um so dem Auftreten von Entzugerscheinungen weitestmöglich entgegenzuwirken. Wie auch in den anderen Bereichen der Drogenarbeit ist hier eine Orientierung am Individuum, seiner Ressourcen, Bedürfnissen und Möglichkeiten notwendig, um eine größtmögliche Erfolgswahrscheinlichkeit zu erzielen. Über die eben genannten Vorzüge eines Regelentzuges hinaus, und auf Basis dieser, wird der Regelentzug von den Klienten als weniger abschreckend empfunden, was zu einer höheren Wahrscheinlichkeit der Wahrnehmung dieser Variante führt.<sup>150</sup> Eine ständige Weiterentwicklung von Entgiftungsprogrammen zeigt sich unter anderem daran, dass neue Konzepte, wie beispielsweise die erfolgreiche Implementierung von Akupunkturbehandlung oder erlebnispädagogischen Elementen, erfolgten und so die Attraktivität dieser Angebote zusätzlich steigert.<sup>151</sup>

Sollte die Entgiftungs- und Entzugsphase erfolgreich abgeschlossen sein, kann sich, insofern dies vom Drogenkonsumenten gewünscht ist, eine Entwöhnung anschließen. Dabei besteht nach §12 (Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger) SGB IX ein Anspruch darauf, dass „die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden“<sup>152</sup>. Die Wahrscheinlichkeit der Erfüllung dieses Wunsches steigt, wenn der Klient während der Entgiftung bereits mit den verschiedenen Aspekten der Sucht arbeitet.<sup>153</sup>

Die rechtliche Basis der *Entwöhnungsphase* bilden die §§9 (Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe), 10 (Persönliche Voraussetzungen) und 11 (Versicherungsrechtliche Voraussetzungen) SGB VI.<sup>154</sup> Die Paragraphen regeln dabei, dass, solange die in ihnen aufgeführten Bedingungen erfüllt sind und nicht bereits mehrere Behandlungen

---

<sup>148</sup>vgl. JACOB, J./STÖVER, H. 1999, S. 180

<sup>149</sup>vgl. GÖLZ, J. 1999a, S. 333

<sup>150</sup>vgl. JACOB, J./STÖVER, H. 1999, S. 180

<sup>151</sup>vgl. BOSSONG, H. 1997, S. 25 und JACOB, J./STÖVER, H. 1999, S. 180

<sup>152</sup>BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. 2009c

<sup>153</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 77

<sup>154</sup>vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. 2001, S. 3

gen erfolglos beendet wurden, die Rentenversicherungsträger die Kosten übernehmen.<sup>155</sup> Dies bedeutet, dass eine (Wieder-)Eingliederung des Drogenkonsumenten in Gesellschaft und Beruf wahrscheinlich sein muss.<sup>156</sup> Ist dies nicht der Fall, so erfolgt eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen nach den §§ 27 (Krankenbehandlung) und 40 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) SGB V.<sup>157</sup>

Laut der *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung* ist die Bewilligungsgrundlage erfüllt, wenn vor der Entwöhnung ein Entzug stattgefunden hat, die persönlichen, medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, Beratung und Motivation stattgefunden hat, der Drogenkonsument motiviert ist und bereit dazu, im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung eine eventuell erforderliche Nachsorge wahrzunehmen.<sup>158</sup> Ebenfalls äußerst detailliert geregelt sind in der *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung* die Anforderungen an die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitationsleistungen. So werden unter anderem Angaben zu Trägerschaft, Konzepten, Mitarbeiterschlüsseln und Qualifikations- und Weiterbildungsmaßnahmen gemacht.<sup>159</sup>

Die Zielsetzung der Entwöhnungsphase ist die Stabilisierung der Abstinenz<sup>160</sup> oder in Einzelfällen auch das Erreichen der Abstinenz. Ein Modell der langsamen Abdosierung des Substitutionsmittels im Anschluss an die Entgiftung wird von Evers und Kurz-Lund beschrieben.<sup>161</sup> In dieser wird eine „Flexibilisierung der Therapiemöglichkeiten“ vorgestellt, bei der auch Drogenkonsumenten mit einer geringen Substitutionsdosierung aufgenommen werden. Bei diesen Menschen stellt sich nach Angaben der Autoren in vielen Fällen der Wunsch nach einer schnelleren Abdosierung und einer Abstinenz ein.<sup>162</sup>

Die Entwöhnungsphase kann, je nach Voraussetzungen und Wünschen der Klienten, ambulant, teilstationär oder stationär erfolgen. Je nach gewählter Rehabilitationsform variiert der notwendige und bewilligte Zeitrahmen.<sup>163</sup>

Der teils mehrjährigen *Integrations- und Nachsorgephase* kommt in der Rehabilitation von Drogenkonsumenten eine entscheidende Bedeutung zu. Sie erfolgt in der Regel ambulant und nur in besonderen Ausnahmefällen, wie beispielsweise

---

<sup>155</sup>vgl. BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. 2009e

<sup>156</sup>vgl. BUSSE, A. 2002, S. 624

<sup>157</sup>vgl. BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. 2009d

<sup>158</sup>vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. 2001, S. 2 - 3

<sup>159</sup>vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. 2001, S. 7 - 10

<sup>160</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 77

<sup>161</sup>vgl. EVERS, C./KURZ-LUND, G. 1999, S. 231 - 234

<sup>162</sup>vgl. EVERS, C./KURZ-LUND, G. 1999, S. 231 - 234

<sup>163</sup>Auf die der Entscheidung zur Rehabilitationsform zugrundeliegenden Faktoren und die unterschiedlichen Zeitrahmen für diese wird in Kapitel 3.3 eingegangen



schlechter Sozialkompetenzen, stationär oder teilstationär.<sup>164</sup> Die Entwöhnungsphase ohne anschließende Nachsorge wird von Bossong als „in vielen Fällen nahezu zwecklos“<sup>165</sup> bezeichnet. Auch Alves und Evers zeigen vorhandene Missstände im Bereich der Nachsorge auf. So gibt es im Bereich der Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit zahlreiche Angebote zur Nachsorge. Dies umfasst unter anderem ein gut aufgegliedertes Selbsthilfesystem und zahlreiche engagierte Verbände. Beides bezeichnen Alves und Evers im Bereich der illegalisierten Drogen als unbedingt notwendig und primäre Mittel der Nachsorge, aber auch als nicht ausreichend vorhanden. Hier sind vornehmlich professionelle Angebote vorzufinden, bei denen es nicht selten an einheitlichen Qualitätsstandards und einer gesicherten Finanzierung fehlt.<sup>166</sup>

Umso bedenklicher ist dies, wenn die Ziele der Integrations- und Nachsorgephase betrachtet werden. Überwiegend lassen sich diese als Begleitung bei der weitergehenden (Wieder-)Eingliederung zusammenfassen. Es soll hierfür eine Anpassung an die Gesellschaft, insbesondere im Hinblick auf die (Re-)Integration in Arbeit, erfolgen.<sup>167</sup> Dieser kommt, auch mit Maßnahmen der schulischen beziehungsweise beruflichen Ausbildung, eine Schlüsselrolle zu, da Arbeitslosigkeit nach Alves und Evers ein Rückfall fördernder Faktor ist.<sup>168</sup> Weitere Ziele sind die Stabilisierung der Therapieerfolge, die Begleitung und Unterstützung bei (Wieder-)Eingliederungsmaßnahmen und der Beistand bei alltäglichen und nichtalltäglichen Krisen, um Phasen der Rückfallgefährdung möglichst ohne Rückfall zu überstehen.<sup>169</sup>

Das finale Ziel ist, dass der Abhängige unabhängig von fremder Hilfe wird. Dieses Ziel darf nicht aus den Augen verloren werden. Zur Verbesserung der Therapieergebnisse kann es zu einer ungewollten Überbetreuung der Klienten kommen. Durch diese Überbetreuung können die Klienten vom therapeutischen Hilfesystem abhängig werden, was es zu vermeiden gilt.<sup>170</sup>

---

<sup>164</sup>Als ein Modell kann hier beispielsweise das Betreute Wohnen verstanden werden. Ausführlich wird dies in Kapitel 4 behandelt.

<sup>165</sup>BOSSONG, H. 1997, S. 27

<sup>166</sup>vgl. ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 263

<sup>167</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 77

<sup>168</sup>vgl. ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 263

<sup>169</sup>vgl. BOSSONG, H. 1997, S. 27 und ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 263

<sup>170</sup>vgl. BOSSONG, H. 1997, S. 27

### 3.3 Modelle der Rehabilitation / Rehabilitationsformen

Die Rehabilitationsformen der Entwöhnungsphase lassen sich in drei Varianten gliedern:

- ambulante Rehabilitation
- teilstationäre Rehabilitation
- stationäre Rehabilitation

Jede Form kommt hierbei für unterschiedliche Klientengruppen in Frage.<sup>171</sup> Die stationäre Rehabilitation galt, wie in Kapitel 3.1 bereits erwähnt, lange als Königsweg der Behandlung abhängigkeitskranker Menschen. Mit der Ausdifferenzierung des Hilfesystems haben sich die drei Rehabilitationsformen unterschiedlich, aber ergänzend, entwickelt,<sup>172</sup> so dass sie den individuellen Voraussetzungen der Klienten gerechter werden. Im Folgenden werden die Entscheidungsgrundlagen für die Wahl der Rehabilitationsform dargestellt, bevor anschließend auf die einzelnen Modelle eingegangen wird.

Die Entscheidung für eine Behandlungsform erfolgt nach den in der *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung (Anlage 3)* festgehaltenen Entscheidungskriterien. Um diese anforderungsgerecht bewerten zu können, ist eine detaillierte Analyse des sozialen, psychischen und physischen Zustandes des Drogenkonsumenten von Nöten. Nach zuvor genannter Anlage kommt eine ambulante Entwöhnung in Frage, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Eine ambulante Behandlung muss entsprechend der seelischen, körperlichen und sozialen Gegebenheiten des Drogenkonsumenten erfolgversprechend sein.
- Durch das soziale Umfeld des Drogenkonsumenten müssen noch Stabilisierung und Unterstützung gegeben sein, wobei Belastungsfaktoren aufgearbeitet werden müssen. Als nicht alleinig ausreichende Stabilisierung / Unterstützung wird dabei die ambulante Behandlungsstelle angesehen.
- Das soziale Umfeld übt keine entscheidenden negativen Einflüsse auf den Drogenkonsumenten aus.
- Eine berufliche Integration ist gegeben.
- Die Wohnsituation ist stabil.
- Die Fähigkeiten zur aktiven Mitarbeit, regelmäßigen Teilnahme und Einhal-

---

<sup>171</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 77

<sup>172</sup>vgl. BOSSONG, H. 1997, S. 23 und KAHLERT, D. 1997, S. 182

tung des Therapieplans müssen erkennbar sein.

- Die Bereitschaft und Fähigkeit zur Abstinenz muss vorhanden sein.<sup>173</sup>
- Die Mobilität zum täglichen Erreichen der Rehabilitationseinrichtung muss gegeben sein.

Eine fehlende berufliche Integration und auch ein langer Suchtverlauf schließen eine ambulante Rehabilitation nicht zwingend aus, können aber zur Entscheidung für eine stationäre Rehabilitation führen. Die Kriterien für diese sehen wie folgt aus:

- Es bestehen einer ambulanten Rehabilitation entgegenstehende schwere Störungen im seelischen, körperlichen und sozialen Bereich.
- Negative Einflüsse des Umfeldes sind so gravierend, dass eine ambulante Rehabilitation nicht in Frage kommt.
- Eine unterstützende und stabilisierende Funktion des sozialen Umfeldes ist nicht gegeben.
- Es liegt keine berufliche Integration vor, was unter Umständen ambulant nicht realisierbare Maßnahmen zur beruflichen Qualifikation / (Wieder-)Eingliederung notwendig macht.
- Die Wohnsituation ist nicht stabil.
- Die Fähigkeiten zur aktiven Mitarbeit, regelmäßigen Teilnahme und Einhaltung des Therapieplans sind nicht vorhanden.
- Die Bereitschaft und Fähigkeit zur Abstinenz ist nicht gegeben.<sup>174 175</sup>

Nach §13 (Leistungen für Einrichtungen, Vorrang anderer Leistungen) haben „ambulante Leistungen vor teilstationären und stationären Leistungen sowie teilstationäre vor stationären Leistungen“<sup>176</sup> Vorrang. Dies gilt nicht, wenn „eine Leistung für eine geeignete stationäre Einrichtung zumutbar und eine ambulante Leistung mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist.“<sup>177</sup>

Detaillierte Entscheidungskriterien für eine teilstationäre Rehabilitation sind in der *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung* nicht aufgeführt, da diese von den Autoren als Teil der ambulanten Rehabilitation verstanden wird.

Die Rehabilitationsformen sind, wie den soeben aufgeführten Entscheidungskrite-

---

<sup>173</sup>Die Entscheidungskriterien für die medizinische Rehabilitation substituierter Drogenabhängiger ist in weiten Teilen deckungsgleich, findet aber in Kapitel 3.4 noch einmal Erwähnung.

<sup>174</sup>Nach dem Verständnis der akzeptanzorientierten Drogenarbeit sollte bei fehlender Abstinenzbereitschaft über die Durchführung einer Therapie intensiv nachgedacht werden, da meines Verständnisses nach nicht von einer absoluten Freiwilligkeit ausgegangen werden kann.

<sup>175</sup>vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. 2001, S. 11 - 13

<sup>176</sup>BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. 2009f

<sup>177</sup>BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. 2009f

rien zu entnehmen ist, auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtet. Im Folgenden befindet sich eine Beschreibung der jeweiligen Modelle.

Die *ambulante Rehabilitation* ist nicht, wie auch angenommen wird, eine unkomplizierte Form der Therapie, sondern „verlangt vom Klienten ein hohes Maß an Konflikt- und Frustrationsfähigkeit, Durchhaltevermögen, Belastbarkeit und die Fähigkeit zur Abstinenz.“<sup>178</sup> Sie stellt eine anforderungsintensive Mischung aus Langzeittherapie und Selbstheilung dar,<sup>179</sup> die eine Vielzahl von Vorgaben seitens der Kostenträger beinhaltet.<sup>180</sup>

Die ambulante Rehabilitation stellt einen wichtigen Teil in der Hilfe für suchtkranke Menschen dar. So wurden beispielsweise alleine in Hessen im Jahr 2007 etwa 1.500 Behandlungen in diesem Bereich durchgeführt<sup>181</sup> und bereits im Jahr 2000 gab es bundesweit 369 Beratungs- und Behandlungseinrichtungen der ambulanten Rehabilitation.<sup>182</sup> Sie ist unter suchtkranken Menschen äußerst angesehen und wird dabei sowohl von Abhängigen illegalisierter Drogen (insbesondere durch Mehrfachabhängige), wie auch von alkoholkranken Menschen in Anspruch genommen, die den größten Teil der Klienten ausmachen.<sup>183</sup> So stellten diese in Hessen im Jahr 2007 je nach Betreuungsdauer zwischen 72,2 % und 91,5 % der Klienten, während beispielsweise die Zahl der Opiatabhängigen zwischen 2,9 % und 16,5 % lag. Dabei ist zu beobachten, dass letztere vornehmlich Kurzzeittherapien in Anspruch nehmen.<sup>184</sup> In der *Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe Hessen (COMBASS) - Spezialanalyse - Das Inanspruchnahmeverhalten der Klientel der Ambulanten Rehabilitation* zeigt sich anhand von Statistiken zu soziodemographischen Faktoren, dass die in der *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen* festgelegten Entscheidungskriterien weitestgehend Berücksichtigung gefunden haben.<sup>185</sup>

Auch wenn Studien zu Abstinenzserfolgen aufgrund der zu kurzen Untersuchungszeiträume laut Bossong bestenfalls grobe Rückschlüsse auf Erfolge erlauben,<sup>186</sup> zeigt sich, dass es sich bei der ambulanten Rehabilitation um eine erfolgreiche Therapieform handelt.<sup>187</sup> Dies lässt sich auch mit Ergebnissen aus Hessen belegen,

---

<sup>178</sup>HERMLE, G. 2004, S. 20

<sup>179</sup>vgl. PAPE-HOSSMANN, K./KALKE, J. 2002, S. 249

<sup>180</sup>vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. 2001, S. 7

<sup>181</sup>vgl. HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HLS) HRSG. 2008b, S. 12

<sup>182</sup>vgl. PAPE-HOSSMANN, K./KALKE, J. 2002, S. 248

<sup>183</sup>vgl. PAPE-HOSSMANN, K./KALKE, J. 2002, S. 248

<sup>184</sup>vgl. HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HLS) HRSG. 2008b, S. 17 u. 35

<sup>185</sup>vgl. HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HLS) HRSG. 2008b, S. 18 - 19

<sup>186</sup>vgl. BOSSONG, H. 1997, S. 28

<sup>187</sup>vgl. PAPE-HOSSMANN, K./KALKE, J. 2002, S. 251

die von Abstinenzraten der Nichtabbrecher zwischen 36 % und 87 % berichten.<sup>188</sup>  
<sup>189</sup> Besonders häufen sich Abbrüche in den ersten drei Monaten der ambulanten Rehabilitation, was vermuten lässt, dass der Übergang zwischen Entzugs- und Entwöhnungsphase verbesserungsbedürftig ist.<sup>190</sup> Des Weiteren zeigt sich, dass die Dauer der Behandlung für einen erfolgreichen Abschluss entscheidender als die Anzahl der vom Klienten abgefragten Leistungen, wie beispielsweise Einzel-, Gruppen- und Angehörigengesprächen, ist.<sup>191</sup> Dies ist insofern interessant, da vom Kostenträger zwar eine Behandlungsdauer von bis zu 18 Monaten übernommen wird, die Bewilligung aber für gewöhnlich vorerst nur für 6 Monate ausgesprochen wird.<sup>192</sup>

Mit der *stationären Rehabilitation*, die auf anderem Weg die selben Ziele wie die ambulante Rehabilitation verfolgt, gibt es eine weitere Möglichkeit der Therapie. Ihre Bedeutung zeigt sich an 5.633 bundesweiten Behandlungen im Bereich der illegalisierten Drogen in 2008.<sup>193</sup> Ihre Dauer beträgt dabei, abhängig von den individuellen Bedürfnissen des Klienten, je nach Quelle meist zwischen 6 und 10 Monaten<sup>194</sup> oder zwischen 3 und 12 Monaten.<sup>195</sup> In dieser Zeit erfolgt ein langfristiges Training (im folgenden Text aufgeführter und) benötigter Fähigkeiten in Verbindung mit einer psychotherapeutischen Behandlung.<sup>196</sup> Da es sich bei den Klienten, wie den Entscheidungskriterien zwischen ambulanter und stationärer Behandlung nach der *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung* zu entnehmen ist, um solche mit schweren seelischen, körperlichen oder sozialen Störungen handelt,<sup>197</sup> erfolgt eine intensive Betreuung durch betreffendes Personal, wie beispielsweise durch Ärzte.<sup>198</sup> Auch für den Bereich der stationären Rehabilitation gibt es genaue Vorgaben der Kostenträger.<sup>199</sup>

Durch Angebote in den Bereichen der Gruppen- und Einzelpsychotherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie (Vorbereitung auf das Berufsleben, (Wieder-)Herstellung der Erwerbsfähigkeit, Vermittlung von Basisfähigkeiten, Schul- und Berufsausbildung, externe Praktikas, usw.), Freizeit- und Erlebnispädagogik (Erlernen

---

<sup>188</sup>Die auffällige Differenz der Zahlen begründet sich in unterschiedlichen Behandlungsintensitäten und -dauern. Des Weiteren sind hier alle Behandlungen einbezogen, da es keine Statistik explizit für Konsumenten illegalisierter Drogen gibt.

<sup>189</sup>vgl. HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HLS) HRSG. 2008b, S. 21

<sup>190</sup>vgl. HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HLS) HRSG. 2008b, S. 9 u. 20

<sup>191</sup>vgl. HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HLS) HRSG. 2008b, S. 8

<sup>192</sup>vgl. HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HLS) HRSG. 2008b, S. 7

<sup>193</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 90

<sup>194</sup>vgl. ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 257

<sup>195</sup>vgl. BOSSONG, H. 1997, S. 28

<sup>196</sup>vgl. ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 257

<sup>197</sup>vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. 2001, S. 12

<sup>198</sup>vgl. ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 259

<sup>199</sup>vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. 2001, S. 9 - 10

einer anderen Freizeitgestaltung, Sammeln neuer Erfahrungen) und Entspannung (Erlernen von Entspannungs- und Meditationsverfahren) soll ein alle Lebenslagen umfassendes Konzept zur Rehabilitation der Klienten führen.<sup>200</sup> Dabei liegt die „Stärke der stationären Therapie (...) unter anderem in der Bereitstellung von Freiräumen und intensiver Unterstützung für ein notwendiges Experimentieren ungewohnter Verhaltensweisen für den Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstiles.“<sup>201</sup> Erreicht werden kann dies nur aufgrund weit ausdifferenzierter Angebote, die sich individuell an den Bedürfnissen der jeweiligen Klienten orientieren. Geschlechtsspezifische Angebote, stationäre Familien- oder Paartherapien, Angebote für Jugendliche und Mehrfachabhängige, so wie Migranten können hier als Beispiel genannt werden.<sup>202</sup>

Die Abstinenzrate der stationären Therapie liegt laut dem *Fachverband Sucht e.V. (FVS)* zwischen 14 und 37 %, <sup>203</sup> wobei auch hier der bereits erwähnte Hinweis Bossongs zu der Verlässlichkeit solcher Erhebungen zu berücksichtigen ist.<sup>204</sup>

Die *teilstationäre Rehabilitation* stellt eine Kombination der beiden zuvor genannten Rehabilitationsformen dar. In der *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung* wird die teilstationäre Rehabilitation aufgrund ihrer nahezu identischen Voraussetzungen beim Klienten als Variante der ambulanten Rehabilitation gesehen. Auch ihre Ziele sind deckungsgleich.<sup>205</sup> Die wesentlichen Unterschiede der teilstationären Rehabilitation zur ambulanten Rehabilitation besteht darin, dass „auch die Mitbehandlung von körperlichen und psychiatrischen Erkrankungen sowie kognitiver Beeinträchtigungen“<sup>206</sup> möglich ist und dass die teilstationäre Rehabilitation einen Rückzugsbereich mit intensiver therapeutischer Betreuung bietet.<sup>207</sup>

### 3.4 Substitution

Die Substitution, also die Vergabe von Drogensatzstoffen, stellt mittlerweile einen etablierten Teil der Drogenarbeit dar und kann dabei ein langjähriger Pro-

---

<sup>200</sup>vgl. ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 260 - 261

<sup>201</sup>ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 263

<sup>202</sup>vgl. ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 261 - 262

<sup>203</sup>vgl. FACHVERBANDES SUCHT E.V. (FVS) 2008, S. 2

<sup>204</sup>vgl. BOSSONG, H. 1997, S. 28

<sup>205</sup>vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. 2001, S. 2 und ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 259

<sup>206</sup>ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 259

<sup>207</sup>vgl. ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 259

zess sein.<sup>208</sup> Sie ist medizinisch anerkannt und hat sich seit 2001 in Deutschland zu einer der Standardbehandlungen für Opioidabhängige entwickelt.<sup>209</sup> Dafür spricht unter anderem die hohe Behandeltenzahl. Zum Stichtag des 1. Juli 2009 befanden sich circa 72.200 Drogenkonsumenten in einer Substitutionbehandlung, was einen deutlichen und kontinuierlichen Zuwachs seit dem Jahr 2002 mit etwa 46.000 Substitutionspatienten aufzeigt.<sup>210</sup> Diese werden hauptsächlich von - mit einer entsprechenden Qualifikation versehenen - Ärzten in Ergänzung mit spezialisierten Ambulanzen versorgt.<sup>211</sup>

Die Zahl der zur Substitution zugelassenen Mittel beträgt nach aktueller Rechtslage sieben.<sup>212</sup> Zahlenmäßig von Bedeutung sind dabei mit Stand 2008 allerdings nur Methadon (Anteil: 59,7%), Levomethadon (Anteil: 20,6%) und Buprenorphin (Anteil: 18,9%).<sup>213</sup> Die substitutionsgestützte Behandlung ist detailliert im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) geregelt. Von Bedeutung sind hier vor allem §1 BtMG (Betäubungsmittel) wegen der in ihm enthaltenen Definition von Betäubungsmitteln, §13 BtMG (Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung) wegen der in ihm enthaltenen Regelungen zum Verkehr mit Betäubungsmitteln zu therapeutischen Zwecken und §5 BtMVV (Verschreiben zur Substitution) wegen der in ihm enthaltenen Vorschriften für die Substitutionsbehandlung.<sup>214</sup>

Bei der Substitutionsbehandlung handelt es sich um eine durch den Kostenträger zu genehmigende Leistung.<sup>215</sup> Dieser Kostenträger ist in der Regel die Krankenkasse. Für den Fall einer Ablehnung der Kostenübernahme kann der Sozialhilfeträger einspringen.<sup>216</sup> Beide richten sich dabei nach den in der Vereinbarung *Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)* geregelten Indikatoren. Als Bewilligungsgründe für eine Substitutionsbehandlung gelten nach Punkt 2.2 der NUB-Richtlinien:

- „lebensbedrohlicher Zustand im Entzug
- schwere konsumierende Erkrankung
- opioidpflichtige Schmerzen

---

<sup>208</sup>vgl. BOSSONG, H. 1997, S. 28

<sup>209</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 82

<sup>210</sup>vgl. DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG HRSG. 2009, S. 76

<sup>211</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 83

<sup>212</sup>Im *Drogen- und Suchtbericht Mai 2009* ist zwar noch von sechs Stoffen die Rede, mittlerweile erfolgte allerdings die Zulassung von Diamorphin (pharmazeutisch hergestelltes Heroin) als Substitutionsmittel. Vergleiche hierfür: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT/DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG 2009

<sup>213</sup>vgl. DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG HRSG. 2009, S. 77

<sup>214</sup>vgl. GÖLZ, J. 1999b, S. 288 - 289, BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. 2009a und BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. 2009g

<sup>215</sup>vgl. GÖLZ, J. 1999b, S. 291

<sup>216</sup>vgl. FOLLMANN, A./GERLACH, R. 2002, S. 274

- AIDS
- bei unbedingt notwendiger stationärer Behandlung
- Schwangerschaft, bis 6 Wochen nach der Geburt<sup>217</sup>

Weitere Indikatoren nach Punkt 2.3 NUB können Erkrankungen vergleichbarer Schwere, wie beispielsweise Leberzirrhose, Tuberkulose, Psychose, Borderlinestruktur, Angstneurose oder Suizidalität, sein. Über die hierauf beruhenden Anträge entscheidet eine entsprechende Kommission.<sup>218</sup> Die Drogenabhängigkeit selbst stellt dabei - wohl aus Kostengründen - keinen Indikator für eine Substitutionsbehandlung dar, obwohl dies von Experten und der Sozialgerichtsbarkeit immer wieder gefordert wird. So kommt es zu einer hohen Zahl an privat finanzierten Substitutionsbehandlungen - Bossong und Stöver sprechen von mehr als einem Drittel aller Behandlungen -, was aufgrund der Einkommenssituation vieler Drogenkonsumenten verwunderlich scheint.<sup>219</sup> Die bürokratische Regelung und Vorgehensweise der gesamten Substitution wird unter anderem von betroffenen Ärzten als problematisch und voller Hürden bezeichnet.<sup>220</sup>

Die Zielsetzung einer Substitution ist laut *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung* und den Intentionen des Gesetzgebers im Wesentlichen denen einer drogenfreien Rehabilitation gleich. Auch hier wird eine vollständige Abstinenz angestrebt.<sup>221</sup> In der Realität variieren die Erfolgskriterien je nach Betrachter. So äußert sich der *REITOX-Bericht 2009* dazu wie folgt:

„Die Verringerung des Beikonsums anderer psychotroper Substanzen kann ebenso einen Erfolg darstellen wie der Ausstieg aus der Opioidabhängigkeit oder die erfolgreiche Behandlung weiterer (somatischer und psychischer) Erkrankungen“<sup>222</sup>. Auch Follmann und Gerlach äußern sich ähnlich: „Das Erreichen einer lebenslangen Opiatabstinenz bei allen Behandlungsteilnehmern (...) scheint auch nach aktuellem Forschungsstand ein unrealistisches Ziel darzustellen.“<sup>223</sup>

Die Substitutionsbehandlung lässt sich in drei Typen gliedern. *Kurzzeitprogramme* mit einer Dauer von etwa 14 bis 21 Tagen zum Entzug, bei denen eine Abdosierung auf Null vorgesehen ist. Mit dieser Variante sollen Entzugserscheinungen während des Entzugs von anderen Stoffen vermieden werden. Auch die Überbrückungsbehandlung mit einer Dauer von 3 bis 6 Monaten stellt eine Form der Kurzzeitbe-

---

<sup>217</sup>GÖLZ, J. 1999b, S. 289 - 290

<sup>218</sup>vgl. GÖLZ, J. 1999b, S. 290

<sup>219</sup>vgl. BOSSONG, H./STÖVER, H. 1997, S. 158 - 159

<sup>220</sup>vgl. FOLLMANN, A./GERLACH, R. 2002, S. 266

<sup>221</sup>vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. 2001, S. 14

<sup>222</sup>WITTCHEN 2008 zit. n. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 83

<sup>223</sup>FOLLMANN, A./GERLACH, R. 2002, S. 281



handlung dar. Mit ihr können Wartezeiten bis zum Beginn einer Abstinenztherapie überbrückt werden oder sie kann für eine Stabilisierung zur grundsätzlichen Klärung von beziehungsweise Motivation für weitergehende Rehabilitationsmaßnahmen genutzt werden. *Mittelfristige Programme* sind weltweit die gängigsten Behandlungsansätze. Sie dienen dazu, den Klienten nach einer teils mehrjährigen Behandlung zur Abstinenz zu führen und ihn sozial (wieder) einzugliedern. Auf unbestimmte Zeit angesetzte *Langzeitprogramme* sollen ein vergleichsweise geregeltes Leben ohne Illegalität ermöglichen.<sup>224</sup> In Frage kommen hier „insbesondere (...) stark verelendete und langjährige Drogenabhängige (...), die weitgehend aus allen sozialen Bezügen herausgefallen und für praktisch keine andere Therapie mehr zu motivieren sind.“<sup>225</sup> Eine Dauermedikation mit Methadon hat nachgewiesenermaßen keine gesundheitliche Schädigung zur Folge,<sup>226</sup> was dazu führt, dass nach Follmann und Gerlach die Substitutionsbehandlung „in der Regel als Langzeitbehandlung eingesetzt werden“<sup>227</sup> muss. Des Weiteren werden, wie im vorangegangenen Kapitel bereits erwähnt, Modelle der Entwöhnung mit einer langsamen Abdosierung in den ersten zwölf Wochen der Entwöhnungsphase durchgeführt, um so einen Übergang von Entgiftungs- zu Entwöhnungsphase zu erleichtern.<sup>228</sup>

Die Behandlung mit Drogensatzstoffen ist dabei, wie durch zahlreiche Quellen belegt, besonders erfolgreich. Die Haltequote, also die Quote derer, die die Programme nicht abbrechen, liegt dabei je nach Quelle zwischen 60 und 90 % entgegen einer Haltequote von etwa 50 % einer drogenfreien Rehabilitation.<sup>229</sup> Auch die Quote derer, die die Substitutionsbehandlung erfolgreich beendet haben, also abstinent und stabil leben, spricht für diese Form der Behandlung. Die deutschen Ergebnisse sehen zwar mit circa 5 - 12 % eher schlecht aus, dies lässt sich aber mit der erst kurzen Dauer der Substitutionsbehandlung in Deutschland erklären. Ausländische Untersuchungen zeigen demnach, dass etwa 40 bis 50 % nach ungefähr fünfjähriger Behandlungsdauer und etwa 50 bis 80 % nach bis zu zehnjähriger Behandlungsdauer die Behandlung im zuvor genannten Sinne erfolgreich abgeschlossen haben.<sup>230</sup> Die Effekte dieser Behandlung scheinen durchweg positiver Natur zu sein. Neben positiven kriminal- und sozialpolitischen Effekten bringt die Substitutionsbehandlung eine sehr schnelle und tiefgehende Stabilisierung des Gesundheitszustandes (in nahezu allen Bereichen, im Besondern aber im Bereich von Suizidalität und Depressionen), eine Verbesserung des Allgemeinzustandes und eine deutliche Senkung des

---

<sup>224</sup>vgl. BOSSONG, H./STÖVER, H. 1997, S. 163 - 164

<sup>225</sup>BOSSONG, H./STÖVER, H. 1997, S. 164

<sup>226</sup>vgl. FOLLMANN, A./GERLACH, R. 2002, S. 280 - 281

<sup>227</sup>FOLLMANN, A./GERLACH, R. 2002, S. 281

<sup>228</sup>vgl. ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 257

<sup>229</sup>vgl. BOSSONG, H./STÖVER, H. 1997, S. 161

<sup>230</sup>vgl. BOSSONG, H./STÖVER, H. 1997, S. 168

HIV- und Hepatitisinfektionsrisikos mit sich. Auch die (Wieder-)Herstellung von Arbeitsfähigkeit, Ablösung aus der Drogenszene, Rückgang der Beschaffungsprostitution und der Aufbau drogenfreier sozialer Beziehungen sind zu beobachtende Effekte der Substitutionsbehandlung.<sup>231</sup> Geschmälert werden diese (potenziellen) Erfolge allerdings durch das restriktive Regelwerk und dem zeitintensiven administrativen Aufwand für die Beteiligten.<sup>232</sup>

Das größte Problem der Substitutionsbehandlung ist der Beikonsum, also der Konsum weiterer illegalisierter Drogen, Alkohol oder Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial. Zur Sicherung der Beikonsumfreiheit dienen hauptsächlich unregelmäßige und überwachte Urinkontrollen.<sup>233</sup> Ziel der Freiheit von Beikonsum ist die Verhinderung von Komplikationen.<sup>234</sup> Der Beikonsum ist primär ein Phänomen der Anfangsphase der Substitutionsbehandlung<sup>235</sup> und stellt sich, wie den von Gözl beschriebenen *Entwicklungsphasen während der Substitution* zu entnehmen ist, in der Regel in der Folgezeit ein. Neben anhaltender Kriminalität kann auch der dauerhafte Beigebrauch zu einem Abbruch der Behandlung führen.<sup>236</sup>

Mit der Substitutionsbehandlung geht für gewöhnlich eine psychosoziale Betreuung einher. Diese ist unter anderem nach den Richtlinien des BtMVV vorgesehen, wenn sie erforderlich ist. Es handelt sich bei ihr um eine Leistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht und deren Bedeutung von Experten immer wieder hervorgehoben wird.<sup>237</sup> Die psychosoziale Betreuung findet dabei je nach Klient mit unterschiedlicher Intensität statt<sup>238</sup> und verfolgt das Ziel der Unterstützung der Klienten bei auftretenden Problemen. Dies passiert beispielsweise durch Krisenintervention, Beratungen in rechtlichen Belangen und in Schuldenfragen, Unterstützung bei Maßnahmen zur schulischen und beruflichen Bildung, so wie durch Unterstützungen bei Arbeitsplatz- und Wohnraumbeschaffung.<sup>239</sup> Es gibt aber auch Kritiker der durch die Vorschriften der Kostenträger quasi verbindlichen psychosozialen Betreuung. So sprechen Follmann und Gerlach von einer empirisch nicht belegten Notwendigkeit dieser und einer doktrinären Bevormundung.<sup>240</sup>

---

<sup>231</sup>vgl. FOLLMANN, A./GERLACH, R. 2002, S. 266 und BOSSONG, H./STÖVER, H. 1997, S. 165 - 167

<sup>232</sup>vgl. FOLLMANN, A./GERLACH, R. 2002, S. 266

<sup>233</sup>vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. 2009, S. 11

<sup>234</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 83

<sup>235</sup>vgl. BOSSONG, H./STÖVER, H. 1997, S. 160

<sup>236</sup>vgl. GÖLZ, J. 1999b, S. 305 - 307

<sup>237</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 83 und 95

<sup>238</sup>vgl. GÖLZ, J. 1999b, S. 305

<sup>239</sup>vgl. FOLLMANN, A./GERLACH, R. 2002, S. 266 - 283 und BOSSONG, H./STÖVER, H. 1997, S. 166

<sup>240</sup>vgl. FOLLMANN, A./GERLACH, R. 2002, S. 278 - 279

In der Diskussion befindet sich seit vielen Jahren auch die Vergabe der Originalstoffe. Primär handelt es sich hierbei um die Vergabe von pharmazeutisch hergestelltem Heroin (Diamorphin) zur Substitution. Hier liegen bereits vielversprechende Ergebnisse vor, die in Teilen der *Pressemitteilung - Durchbruch für die Behandlung von Schwerstopiatabhängigen* entnommen werden können.<sup>241</sup>

### 3.5 Rückfälle

Rückfälle, also der erneute Konsum von illegalisierten Drogen, gehören zur Lösung aus einer Abhängigkeit und können vielschichtige Ursachen haben. Sie dürfen dabei nicht als vollständiges Scheitern einer abstinenzorientierten Rehabilitation angesehen werden.<sup>242</sup> Rückfälle müssen nicht zum Abbruch von Rehabilitationsmaßnahmen führen, sondern können, wenn sie entsprechend aufgearbeitet werden, ein weiterer Schritt in der Lösung aus einer Abhängigkeit sein. Hierfür muss der Rückfall reflektiert werden und es muss geklärt werden, welche Konflikte beziehungsweise Probleme zu dieser Art der Bewältigung geführt haben. So wird die Chance gegeben, alternative Bewältigungsmöglichkeiten zu finden.<sup>243</sup>

Da, wie bereits verdeutlicht, nie von einer rückfallfreien Rehabilitation ausgegangen werden kann, ist es von Bedeutung, bereits während der Rehabilitation Maßnahmen zu ergreifen, die das Risiko bei einem möglichen Rückfall verringern. Deshalb sollten Aufklärungen über Safer-Use und Safer-Sex auch in abstinenzorientierten Maßnahmen erfolgen.<sup>244</sup> So kann auch dem Risiko einer Überdosierung des nicht mehr an die Droge gewöhnten Körpers entgegengewirkt werden.<sup>245</sup>

---

<sup>241</sup>vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT/DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG 2009, S. 1 - 2 und MICHELS, I. 2002, S. 287 - 289

<sup>242</sup>vgl. VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. 2009, S. 10 - 11 und SCHMIEDER, A./LAGNARO, A. HRSG. 2001, S. 42

<sup>243</sup>vgl. EVERS, C./KURZ-LUND, G. 1999, S. 228

<sup>244</sup>vgl. ALVES, E./EVERS, C. 2002, S. 257

<sup>245</sup>vgl. EVERS, C./KURZ-LUND, G. 1999, S. 235

### 3.6 Zusammenfassung

Es zeigt sich, dass es in Deutschland ein weit ausdifferenziertes Hilfesystem für Abhängige illegalisierter Drogen gibt. Diese Ausdifferenzierung beruht maßgeblich auf den Veränderungen von Drogenkonsummustern und der Drogenszene in den 80er Jahren und der damit einhergehenden Entwicklung des Modells der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. Im Bereich der Rehabilitation haben sich zahlreiche Umorientierungen ergeben. So findet die Akzeptanz von Drogenkonsum immer mehr Berücksichtigung und eine strikt auf Abstinenz orientierte, langfristige und primär in geschlossenen Anstalten vollzogene Rehabilitation wurde abgelöst. Die Rehabilitation stellt einen wichtigen Baustein der Drogenarbeit dar und erreicht mit ihren ausdifferenzierten Angeboten unterschiedliche Adressatengruppen.

Trotz der deutlichen Weiterentwicklung der Rehabilitation als solcher gelingt es nicht, allen Klienten zu einer von diesen gewünschten Abstinenz zu helfen. Es zeigt sich, dass auch Teilschritte, wie vorübergehende Abstinenzphasen oder Entgiftungen, wichtige und wirkungsvolle Bestandteile der Hilfen für Drogenkonsumenten sind und dass unter Umständen auch eine Vergabe von Drogenerersatzstoffen zur Besserung der Situation von Drogenkonsumenten führen kann.

All diese positiven und selbstverständlich zu begrüßenden Aspekte der Entwicklung der Drogenarbeit in den letzten Jahrzehnten können aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es noch immer Konsumenten illegalisierter Drogen gibt, die vom Hilfesystem nicht erreicht werden können oder wollen. Im Bereich der offenen Drogenszene sind nach wie vor verelendete Drogenkonsumenten zu beobachten, für die allem Anschein nach derzeit noch immer keine adäquaten Hilfemöglichkeiten zur Verfügung stehen. Auch lässt sich anhand von deutlichen Rückfall- beziehungsweise Abbruchquoten sehen, dass das derzeitige System nicht ausgereift zu sein scheint. Im Besonderen im Bereich der Nachsorge besteht weiterhin Handlungsbedarf. Auch wird deutlich, dass Abstinenz nicht für alle das Ziel ist und auch nicht für alle das Ziel sein kann.

## 4 Wohnformen für Drogenabhängige

### 4.1 Die Wohnraumproblematik

Im vorangegangenen Kapitel wurden unterschiedliche Wege aus der Drogenabhängigkeit dargestellt. Es wurde aber auch aufgezeigt, dass nicht alle Konsumenten illegalisierter Drogen von diesen Wegen erreicht werden können beziehungsweise wollen. Die beschriebene Ausdifferenzierung des Hilfesystems führt trotz seiner Bemühungen nicht dazu, dass allen Drogenkonsumenten ein angemessener Wohnraum zur Verfügung steht. Daraus ergibt sich, dass eine Beschränkung auf Therapien zur Versorgung von Drogenkonsumenten nicht ausreichend ist. Die Ursachen für die veränderungsbedürftigen Wohnsituationen vieler Drogenkonsumenten sind zwar unterschiedlich, die Tatsache, dass ein nicht unbedeutender Teil dieser Menschen in Wohnungs- beziehungsweise Obdachlosigkeit lebt, zeigt sich aber sowohl in vielen Stadtbildern, wie auch in zahlreichen Erhebungen.

Wie bereits als Auswirkung der deutschen Drogenpolitik in Kapitel 1.3 angeführt, befinden sich zu jeder Zeit mehr als ein Zehntel der allgemein angenommenen Drogenabhängigen in Haft,<sup>246</sup> was bei geschätzten 200.000 Drogenabhängigen in Deutschland immerhin mehr als 20.000 Menschen ausmacht.<sup>247</sup> Hierbei liegt der Verdacht nahe, dass es sich bei den Inhaftierten nicht um finanziell besser gestellte Drogenkonsumenten handelt, sondern um solche, die nach ihrer Haftentlassung zu einem Teil (wieder) der Beschaffungskriminalität nachgehen (müssen) und nicht über die finanziellen Mittel für die Anmietung einer Wohnung verfügen. Daraus resultiert, dass es sich bei diesen Menschen um solche handelt, die nach ihrer Entlassung aus der Haft (wieder) mit Problemen im Bereich ihrer Wohnsituation zu kämpfen haben werden. Für die nicht inhaftierten Konsumenten sehen die Statistiken zur Wohnsituation je nach befragter Klientengruppe äußerst unterschiedlich aus.

So gibt die *Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS)* die Zahlen zur Wohnsituation von Drogenkonsumenten mit der Hauptdiagnose Opiate für das Jahr 2007 wie folgt an:

---

<sup>246</sup>vgl. STÖVER, H. 2008, S. 342

<sup>247</sup>vgl. DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG HRSG. 2009, S. 64

Wohnsituation	Prozentsatz
Selbstständiges Wohnen	65
Bei Angehörigen/Eltern	13
Betreutes Wohnen	6
Prekäre Wohnsituation	10
sonstiges	6 <sup>248</sup>

Hierbei ist zu beachten, dass die Ergebnisse der Befragung zum größten Teil aus Zahlen der ambulanten Suchthilfe stammen und somit nur die mit diesem Teil des Hilfesystem in Berührung gekommenen Personen berücksichtigt.<sup>249</sup>

Dementsprechend sehen die 2008er Erhebungen in der offenen Frankfurter Drogenszene, die eine andere Konsumentengruppe befragen, deutlich negativer aus. Die Zahlen zur Wohnsituation gliedern sich hier wie folgt:

Wohnsituation	Prozentsatz
obdachlos	12
eigene Wohnung	35
mit Partner	9
Wohngemeinschaft	4
Notschlafunterkunft	32
Betreutes Wohnen	3
Eltern	9
Sonstige	0 <sup>250</sup>

Auch, wenn in dieser Statistik mit einem Gesamtprozentsatz von 104 % ein (Rundungs-)Fehler liegen muss, so wird doch deutlich, dass dies bedeutet, dass „auch im Jahr 2008 immer noch nahezu jeder Zweite faktisch obdachlos ist und entweder auf der Straße lebt oder in Notunterkünften schläft.“<sup>251</sup>

Auch die Ergebnisse einer Klientenbefragung der niedrighschwelligigen Darmstädter Drogenhilfeeinrichtung *scentral* weisen mit 27 % einen hohen Anteil an Drogenkonsumenten ohne eigenen Wohnraum aus,<sup>252</sup> während die Zahlen der *Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2008*<sup>253</sup> hier auf einen Anteil von le-

<sup>248</sup>vgl. HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HLS) HRSG. 2008a, S. 32

<sup>249</sup>vgl. HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HLS) HRSG. 2008a, S. 4

<sup>250</sup>vgl. MÜLLER, O./WERSE, B./BERNARD, C. 2009, S. 21

<sup>251</sup>MÜLLER, O./WERSE, B./BERNARD, C. 2009, S. 21

<sup>252</sup>vgl. MARZANI, M./LANGE, D. 2009, S. 2

<sup>253</sup>In der Frankfurter Konsumraumdokumentation werden seit 2003 die Nutzer der vier Frankfurter Konsumräume, in denen mitgebrachte Drogen unter Aufsicht konsumiert werden dürfen, befragt.

diglich rund 15 % kommen. Der Anteil der Menschen ohne festen Wohnsitz beziehungsweise in Notunterkünften beläuft sich unter den Nutzern der Frankfurter Konsumräume trotzdem auf 12 %. Dies stellt bei über 4.600 Nutzern eine erhebliche Zahl an Menschen dar.<sup>254</sup>

## **4.2 Beschreibung unterschiedlicher Wohn- beziehungsweise Obdachformen und den an diese zu stellenden Anforderungen**

Die in Kapitel 4.1 dargestellten Ergebnisse verdeutlichen die Wichtigkeit von alternativen Obdach- beziehungsweise Wohnmöglichkeiten für Drogenkonsumenten. Nur so können die möglichen, in den Kapiteln 1.1 bis 1.3 beschriebenen, Folgeerscheinungen gemindert oder im Idealfall verhindert werden.

Aus dieser Sachlage heraus haben sich unterschiedliche Formen des Wohnens und des Übernachtens in der Arbeit des Drogenhilfesystems etabliert. Ende der 80er Jahre, also zu dem Zeitpunkt, als die akzeptanzorientierten Konzepte aufkamen, gab es nur wenige Unterkunftsmöglichkeiten für Drogenkonsumenten ohne eigenen Wohnraum. Im Wesentlichen beschränkten sich diese auf Hotels und Pensionen mit sehr niedrigen Komfort- und Hygienestandards oder auf die Unterbringung in abstinentenorientierten Langzeittherapieeinrichtungen.<sup>255</sup> Mit der Verbreitung akzeptanzorientierter Ansätze kamen auch neue Formen von Wohnprojekten auf, die sich, nicht mehr strikt auf Abstinenz ausgerichtet, von vielen Seiten kritisieren lassen mussten. Diese Ansätze wurden als Möglichkeit eines Verweilens in der Sucht und somit fachlich nicht begründbar angesehen.<sup>256</sup> Nach und nach setzte sich aber die Einsicht durch, dass „ein sicherer Wohnplatz und eine qualifizierte Betreuung, auch oder gerade für Noch-Abhängige oder Substituierte, eine unmittelbare Voraussetzung einer gesundheitlichen Stabilisierung und sozialen Neuorientierung darstellt (...).“<sup>257</sup>

Alle Wohn- beziehungsweise Unterkunftsformen haben gemeinsame Ziele als Basis. So sind insbesondere die Stabilisierung der Lebenssituation und das Verfügbarmachen von Unterkunft grundlegender Konsens. Die Erhaltung des eigenen Wohnraumes ist, insofern dieser noch vorhanden ist, ein Primärziel in der Ver-

---

<sup>254</sup>vgl. SIMMEDINGER, R./VOGT, I. 2009, S. 3 und 67

<sup>255</sup>vgl. GERLACH, C. 2002, S. 189 und BUNDESVERBAND FÜR AKZEPTIERENDE DROGENARBEIT UND HUMANE DROGENPOLITIK (AKZEPT) E.V./DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V. HRSG. 1999, S. 57

<sup>256</sup>vgl. GERLACH, C. 2002, S. 189

<sup>257</sup>STÖVER, H. 1997, S. 91

sorgung. Hierfür ist es aber von Nöten, dass die Hilfesuchenden bereits zu einem frühen Zeitpunkt Kontakt zur jeweiligen Hilfeinrichtung aufnehmen oder diesen unter anderem durch niedrigschwellige Angebote bereits aufgebaut haben. Die Unterstützung bei der Beschaffung von eigenem Wohnraum und die Vermittlung in diesen sind ebenfalls zu fördern. Des Weiteren ist, je nach Situation und Möglichkeiten des oder der Betroffenen, darauf hinzuwirken, dass ein eigenständige(re)s Wohnen möglich wird.<sup>258</sup>

Nur eine menschenwürdige Unterkunft und Umgebung kann die Grundlage einer selbstbestimmten Lebensplanung bilden und somit die zuvor genannten Ziele erreichen. Auch ist eine Heranführung an des Hilfesystem durch Angebote im Bereich des Wohnens (hier insbesondere durch die Möglichkeit von Notschafplätzen) möglich<sup>259</sup> und in der Praxis zu beobachten.

Etwas detaillierter geht Papenbrock auf die Ziele aller Wohn- beziehungsweise Unterkunftsformen ein. Er verdeutlicht die Ziele anhand eines Fünf-Säulen-Modells, in dem er das Leben des Menschen in fünf Bereiche aufteilt und einzelne Möglichkeiten der Hilfe für die jeweiligen Bereiche benennt. Diese fünf Säulen sind:

- *Leibsäule*, also der somatische, psychische und intellektuelle Teilbereich
- *Säule der sozialen Eingebundenheit*, also der sozialen Vernetzungen
- *Säule der Arbeit und Leistung*, also der Bereiche der Erwerbstätigkeit, Hobbys und Mitarbeit in Selbsthilfegruppen
- *Säule des Besitz und Habens*, also der Bereiche der materiellen und ideellen Besitze
- *Säule der Werte und des Sinns*, also beispielsweise der Frage nach dem Sinn des Lebens

Basierend auf einer individuellen Analyse der jeweiligen Problemlagen zeigen sich individuelle Handlungs- und Hilfebedarfe, denen mit differenzierten Angeboten entsprochen werden kann.<sup>260</sup> Hier verdeutlicht sich die Bedeutung einer Orientierung am Hilfesuchenden.

Der *REITOX-Bericht 2009* spricht von einer Reihe von Angeboten, die für Drogenabhängige zur Verfügung stehen, um eine Wohnungslosigkeit zu überbrücken.<sup>261</sup> Hierbei ist es aber gerade für die Formen des Betreuten Wohnens und der ambulanten Versorgung wichtig, diese nicht als zwangsläufigen Teilschritt der therapeu-

---

<sup>258</sup>vgl. GERLACH, C. 2002, S. 189 - 191

<sup>259</sup>vgl. BRENNER, R. 1990, S. 163

<sup>260</sup>vgl. PAPANBROCK, F. 2004, S. 32 - 36

<sup>261</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 130



tischen Kette<sup>262</sup> zu sehen, auch wenn sie Bestandteil dieser sein können.<sup>263</sup>  
Als Wohn- beziehungsweise Obdachformen gibt es in der Drogenhilfe derzeit

- Notübernachtungseinrichtungen,
- Übergangswohnen,
- Betreutes Wohnen,
- und ambulant Betreutes Wohnen<sup>264</sup>.

Bei diesen Formen gibt es jeweils noch einmal Ausdifferenzierungen im Hinblick auf die jeweiligen Zielgruppen (unter anderem Geschlecht oder vorhandene Erkrankungen), Zielsetzungen (beispielsweise Abstinenzorientierung oder Akzeptanz) und/oder den Umgang mit Drogenkonsum.<sup>265</sup>

Auch wenn die jeweilige Dauer der Betreuung oder des Aufenthaltes zwischen einer kurzfristigen Bearbeitung persönlicher Problemlagen und einer dauerhaften Lösung variieren kann,<sup>266</sup> so sollten sich alle Ansätze weitestgehend an den im folgenden (verkürzt) dargestellten *Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit in Wohnprojekten* ausrichten.<sup>267</sup>

- Es werden Wohnraum und Hilfeleistungen mit professionellen Ansprechpartnern angeboten. Die (Haus-)Regeln sind dabei auf ein notwendiges Minimum zu beschränken. Ziel sind die Beseitigung ungeklärter Wohnverhältnisse beziehungsweise der (drohenden) Obdachlosigkeit. So sollen Verbesserungen der gegenwärtigen Situation in sozialen und persönlichen Bereichen erreicht werden.
- Eine psychosoziale Stabilisierung und eine Besserung des gesundheitlichen Zustandes sollen durch Hilfen in den Bereichen Finanzen (Hilfen bei der Sicherung des finanziellen Grundbedarfs), Drogen (Erlernen von risikoärmeren und sozialverträglicherem (eventuell kontrolliertem) Drogenkonsum), Justiz (Haftvermeidung und Sachstandsklärung) und Gesundheit (medizinische Versorgung organisieren, zu Behandlungen motivieren und Risiken minimieren). Dafür müssen Hilfebedarfe individuell geklärt werden und es muss eine gute Vernetzung zu anderen Bereichen / Professionen (Medizin, Justiz und Wirtschaft) bestehen.

---

<sup>262</sup>vgl. die Rehabilitationsphasen und die zugehörigen Anmerkungen in Kapitel 3.2

<sup>263</sup>vgl. SCHLICHTE, G. 2006, S. 19

<sup>264</sup>vgl. LEHMANN, K. 1999, S. 109 und GERLACH, C. 2002, S. 191

<sup>265</sup>vgl. BRENNER, R. 1990, S. 165 - 166 und BUNDESVERBAND FÜR AKZEPTIERENDE DROGENARBEIT UND HUMANE DROGENPOLITIK (AKZEPT) E.V./DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V. HRSG. 1999, S. 59

<sup>266</sup>vgl. SCHLICHTE, G. 2006, S. 24

<sup>267</sup>vgl. BUNDESVERBAND FÜR AKZEPTIERENDE DROGENARBEIT UND HUMANE DROGENPOLITIK (AKZEPT) E.V./DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V. HRSG. 1999, S. 61 - 67

- Selbsthilfepotenziale müssen mit dem Ziel eines eigenständigen Wohnens gefördert werden.
- Durch eine Förderung der Außenorientierung sollen Handlungsfähigkeit und soziale Integration gefördert werden. Hierfür ist die Unterstützung bei der Übernahme von Mitverantwortung für das eigene soziale Umfeld notwendig, um den Aufbau tragfähiger zwischenmenschlicher Beziehungen zu ermöglichen.
- Eine Orientierung am Individuum, dessen Ressourcen, Fähigkeiten, Bedarfen und Bedürfnissen ist unabdingbar. Die Tolerierung unterschiedlicher Lebensstile muss dabei gewährleistet sein, um eine eigenständige Lebensgestaltung zu ermöglichen.
- Um die Wahrnehmung von Hilfen und Unterstützungen zu erleichtern, ist das Vorhandensein einer kontinuierlichen Bezugsperson notwendig. Nur durch den Aufbau von Vertrauen und die Entwicklung von Empathie ist eine bedarfsgerechte Wahrnehmung von Hilfen und Unterstützungen möglich.
- Die Planung von Hilfen und Maßnahmen der Unterstützung muss in ihren Möglichkeiten und Grenzen jederzeit transparent sein. Beide müssen im Dialog zwischen Klient und Betreuer erarbeitet werden.
- Mit Methoden der Gemeinwesenarbeit<sup>268</sup> wird nicht nur auf den Bereich des Drogenkonsums eingegangen, sondern es erfolgt eine Berücksichtigung aller Lebenshintergründe, die zur Entstehung von Problemlagen beigetragen haben. Hierbei werden Drogenkonsum und -abhängigkeit nicht diskriminiert.
- Für eine am Individuum orientierte Hilfeplanung ist eine ausführliche Anamnese notwendig. Aus dieser leiten sich Bedürfnisse für eine angestrebte Stabilisierung und/oder Weiterentwicklung ab.
- Eine kontinuierliche Reflektion der eigenen Arbeit ist erforderlich. Hierbei sind fachliche Standards, methodisch-wissenschaftliche Erkenntnisse und eine Anpassung an rechtliche und gesellschaftliche Veränderungen der Rahmenbedingungen zu beachten.
- Die Hilfen und Unterstützungen müssen ganzheitlich sein und bedürfen einer optimalen Betreuung. Hierfür können sowohl interne Angebote in unterschiedlichen Bereichen (beispielsweise medizinische Versorgung und alltagspraktische Fähigkeiten) genutzt werden, wie auch zuständige Regeldienste hinzugezogen werden. Dies gilt für alle Bereiche, in denen das jeweilige Wohnprojekt die notwendigen Bedarfe zur Stabilisierung und/oder Weiterentwick-

---

<sup>268</sup>Eine ausführliche Erläuterung wäre hier fehl am Platz. Eine solche ist beispielsweise in GALUSKE, M. 2007, S. 99 - 111 zu finden. Grob verkürzt bedient sich die Gemeinwesenarbeit zum Erreichen ihrer Ziele der bestehende Sozialräume (beispielsweise Stadtteil, Nachbarschaft oder Straßenzug) und richtet sich dabei an ausgesuchte Zielgruppen mit individuellen Bedürftigkeitslagen aus.

lung der komplexen Problemlagen nicht erfüllen können.

- Nach Möglichkeit sollen ambulante Formen der Hilfe / Unterstützung Vorrang haben. Ein stellvertretendes Handeln muss unterbleiben, um die Autonomie des Klienten zu wahren.
- Die Befähigung zur Hilfe zur Selbsthilfe ist ein Ziel, mit dem den Klienten vermittelt werden soll, dass sie mit ihren Problemlagen nicht alleine sind und in Selbsthilfegruppen adäquate Ansprechpartner finden.
- Die Hilfeplanungen und -leistungen sind transparent und nachvollziehbar zu dokumentieren und zu reflektieren. Dabei spielt der Datenschutz eine große Rolle.
- Um eine Akzeptanz und Verankerung der Hilfeeinrichtung im Umfeld zu erreichen, ist eine gute Öffentlichkeitsarbeit wichtig. Weitere Ziele dieser sind der Abbau von Vorurteilen und die Entkriminalisierung der Drogenkonsumenten.
- Den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit ist Rechnung zu tragen.
- Mitarbeiter der Einrichtungen sind in ihren persönlichen Ressourcen zu fördern und eine Überlastung der Mitarbeiter ist zu verhindern. Hierfür kommen beispielsweise Auszeiten, Teilzeitarbeitern oder Wechsel in andere Aufgabebereiche des Trägers in Betracht.
- Sowohl die strukturellen Voraussetzungen für Klienten, wie auch für Mitarbeiter müssen angemessen sein.<sup>269</sup>

Besonders der Überforderung von Regeldiensten durch betreuungsintensive Personen wird mit auf die individuellen Bedürfnisse der Klienten zugeschnittenen Angeboten entgegengewirkt. Hierbei ist vornehmlich darauf zu achten, dass es nicht zu einer Überbetreuung der Klienten kommt, da diese zu einer Abhängigkeit vom Hilfesystem führen kann.<sup>270</sup>

Selbstverständlich können obigen Leitlinien nicht für alle Wohnprojekte in vollem Umfang eingehalten werden. Besonders im Bereich der Notübernachtungseinrichtungen werden eher überlebenssichernde Maßnahmen vollzogen, ohne dabei das gesamte Spektrum möglicher Hilfen abdecken zu können. Im folgenden werden die vier bereits aufgeführten Wohn- beziehungsweise Obdachformen detailliert beschrieben.

Die *Notübernachtungseinrichtungen*, auch Notschlafen, betreutes Übernachten oder Notunterkunft genannt, haben das Ziel der Beendigung von akuter Obdachlosigkeit.

---

<sup>269</sup>vgl. BUNDESVERBAND FÜR AKZEPTIERENDE DROGENARBEIT UND HUMANE DROGENPOLITIK (AKZEPT) E.V./DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V. HRSG. 1999, S. 61 - 67

<sup>270</sup>vgl. GERLACH, C. 2002, S. 191

keit, auch wenn sie häufig nur für eine kurze Unterbrechung der Obdachlosigkeit sorgen. Es soll eine weitere Verelendung verhindert werden und möglichst schnell in weiterführende Hilfen vermittelt werden.<sup>271</sup> Notübernachtungsplätze für Drogenkonsumenten sind teils in Obdachloseneinrichtungen eingegliedert, teils werden Zimmer in Hotels / Pensionen angemietet. Bei letzteren begrenzt sich die Hilfe allerdings auf das bloße zur Verfügung stellen einer Schlafstätte und der Möglichkeit, der eigenen Körperhygiene nachzugehen. Eine weitergehende Betreuung findet nicht statt. Darüber hinaus gibt es spezielle Notübernachtungseinrichtungen, die zwar im Regelfall reine Nachtangebote ohne Tagesaufenthalt sind, aber sich, wie am Beispiel des *scentrals* zu sehen, in räumlicher Nähe zu weiteren Angeboten der niedrigschwelligen Drogenhilfe befinden. Die Zielgruppe setzt sich hierbei aus Menschen mit unterschiedlichen Ausgangslagen zusammen. Der *Jahresbericht 2009 des scentral* führt dazu folgendes aus:

„Grundsätzlich können alle Drogenabhängigen, die sich hilfeschend an das *scentral* wenden, aufgenommen werden.

Im einzelnen bieten wir die Aufnahme für folgende Klientinnen und Klienten:

Ratsuchende, die in der Einrichtung betreut werden oder von anderen Einrichtungen der Drogenhilfe an die Notschlafplätze verwiesen wurden. Abbrecher von Entgiftungen oder stationärer Therapie, Haftentlassene, Substituierte, KlientInnen, die auf einen Entzug oder stationäre Therapie warten, obdachlose Drogenabhängige, die nicht wohnfähig oder ( noch ) nicht vermittelbar sind, Frauen mit Wohnungs- und Suchtproblematik, Prostituierte mit Drogenhintergrund, zwangsgeräumte Drogenabhängige und in Ausnahmen sonstige Obdachlose.“<sup>272</sup>

Es handelt sich im Normalfall bei dieser Form der Hilfe um eine kurzfristige Maßnahme mit einer Übernachtungsdauer von nur wenigen Nächten. Ihre Wichtigkeit zeigt sich aber anhand des eben bereits zitierten Jahresberichtes. So lassen sich diesem folgende Zahlen entnehmen:

Gesamtnächte/Jahr	935
Personen	67
davon	7 Frauen (ca. 10 %)
Ø Belegung/Nacht	3 <sup>273</sup>

Die rechtliche Grundlage dieser Hilfeform stellt in Hessen das *Hessisches Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (HSOG)* dar. In anderen Bundeslän-

<sup>271</sup>vgl. GERLACH, C. 2002, S. 192

<sup>272</sup>LANGE, D. 2010, S. 6

<sup>273</sup>vgl. LANGE, D. 2010, S. 9

der gibt es demnach andere Rechtsgrundlagen. Bei der Finanzierung differieren die Grundlagen ebenfalls. So wird der Notschlafbereich des central laut dessen Einrichtungsleiter beispielsweise über einen Posten im Haushalt der Stadt Darmstadt finanziert und stellt eine Willensbekundung dieser dar.

Beim *Übergangswohnen* handelt es sich um eine häufig mehrmonatige Form der Hilfe, die auch zur Therapievorbereitung genutzt wird. Anfangs war diese hauptsächlich für Substituierte und aktiv konsumierende Drogenkonsumenten gedacht, stellt für jene aber nicht mehr die einzige Hilfeform dar. Besonders Klienten ohne den Wunsch nach einer intensiven Betreuung und der Tendenz zum Verharren in ihrer derzeitigen Lebenssituation stellen hier die vornehmliche Zielgruppe dar. Ziel des Übergangswohnens ist die soziale und gesundheitliche Stabilisierung durch die Aktivierung zur Annahme weiterer Angebote des Hilfesystems. Die Betreuungsintensität ist hierbei deutlich höher, als diese es bei Angeboten des Notübernachtens ist.<sup>274</sup> „Das Betreuungsangebot versteht sich hier als Anschubhilfe zur Entwicklung von Perspektiven und gibt entsprechende Orientierungshilfen (z.B. in Richtung stationäre Therapie, Betreutes Wohnen, eigenständiges Wohnen).“<sup>275</sup> Die Unterstützung bei der weitergehenden Lebensplanung erfolgt generell mit dem „Ziel der eigenständigen Wohnungsführung und Kontaktaufrechterhaltung.“<sup>276</sup> Die Finanzierungsgrundlage des Übergangswohnens stellen §16 SGB II und §27 SGB XII für Menschen, die nicht erwerbsfähig sind, dar.<sup>277</sup>

Dem Bereich des *Betreuten Wohnens* kommt auch in der Drogenhilfe eine große Bedeutung zu. Aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen bei den (potenziellen) Klienten, ist eine weite Ausdifferenzierung auch in dieser Hilfeform unbedingt notwendig. So unterscheiden sich die Zielgruppen bei den jeweiligen Einrichtungen teils mehr, teils weniger deutlich. Es gibt beispielsweise Wohnprojekte für Drogenkonsumenten mit AIDS oder anderen schwerwiegenden Erkrankungen, für abstinenten (ehemalige) Drogenkonsumenten, für substituierte Drogenkonsumenten, für ehemals inhaftierte Drogenkonsumenten und für weibliche Drogenkonsumenten.<sup>278</sup> Wie sich aus dieser Aufzählung entnehmen lässt, „orientieren sich (diese Wohnmöglichkeiten, Anm. d. Autors) nicht an sonst üblichen Vorgaben wie Drogenfreiheit, sondern sie wollen Unterstützung, Schutz und Zuwendung mit dem Versprechen einer gewissen Kontinuität gewähren.“<sup>279</sup>

<sup>274</sup>vgl. GERLACH, C. 2002, S. 191 - 192 und STÖVER, H. 1997, S. 93 - 94

<sup>275</sup>STÖVER, H. 1997, S. 94

<sup>276</sup>STÖVER, H. 1997, S. 94

<sup>277</sup>vgl. CARITASVERBAND FÜR STUTTGART E.V. HRSG. o.J.

<sup>278</sup>vgl. STÖVER, H. 1997, S. 95 und GERLACH, C. 2002, S. 193

<sup>279</sup>BERGMANN, R. 1999, S. 209

So unterschiedlich wie die jeweils spezifische Zielgruppe ist, so unterschiedlich ist auch die Form des Betreuten Wohnens an sich. Die Betreuung in Wohngemeinschaften, in Einzelwohnungen oder beispielsweise die Paarbetreuung sind ebenso individuell zu betrachten,<sup>280</sup> wie die Betreuungsintensität im Einzelfall. Ob diese Betreuung nun halbtägig stattfindet, es rund um die Uhr Ansprechpartner (vor Ort) gibt und wie der Betreuungsschlüssel aussieht, ist ebenfalls von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich.<sup>281</sup>

Weitere maßgebliche Unterschiede sind in der jeweiligen Verweildauer der Klienten in den Einrichtungen zu finden. So kann die Wahrnehmung von Hilfen sowohl einer kurzfristigen Bearbeitung von fest umrissenen Problemen dienen, also eine Durchgangsphase sein, wie auch eine langfristige Begleitung (Dauerlösung) darstellen.<sup>282</sup> Dabei spielen für die Dauer der Hilfemaßnahme neben Alter, gesundheitlichem und psychischen Status des Klienten<sup>283</sup> auch die Zielsetzungen der einzelnen Einrichtungen und die jeweiligen Bedarfe der Klienten eine entscheidende Rolle.

Die Hilfen gliedern sich beim Betreuten Wohnen in die Bereiche Wohnen, Gesundheit, Drogenkonsum, soziale Beziehungen, Justiz, Finanzen und Arbeit / Beschäftigung<sup>284</sup> Diese hat Gerlach detailliert wie folgt dargestellt:

- „Lebensbereich Wohnen
  - x Vermeidung von Obdachlosigkeit,
  - x Integration in das Haus und das Wohnumfeld,
  - x Hilfe bei der Haushaltsführung,
  - x Hilfe bei der Wohnungssuche,
  - x Hilfe beim Wohnungserhalt.
  
- Lebensbereich Drogenkonsum
  - x Reflektion und Veränderung des Konsumverhaltens,
  - x Förderung der Risikokompetenz,
  - x Vermittlung in eine Substitutionsbehandlung/Substitutionsbegleitung,
  - x Motivation und Beratung zu Safer Use.
  
- Schwerpunkt Justiz
  - x Klärung der justiziellen Situation,
  - x Unterstützung in Strafverfahren,
  - x Unterstützung bei der Straftilgung/Haftvermeidung.

---

<sup>280</sup>vgl. SCHLICHTE, G. 2006, S. 24

<sup>281</sup>vgl. PAPENBROCK, F. 2004, S. 47

<sup>282</sup>vgl. SCHLICHTE, G. 2006, S. 24 und STÖVER, H. 1997, S. 95

<sup>283</sup>vgl. PAPENBROCK, F. 2004, S. 49

<sup>284</sup>vgl. GERLACH, C. 2002, S. 193

- Lebensbereich Finanzen
  - x Unterstützung bei der Absicherung des finanziellen Grundbedarfs,
  - x Schuldenregulierung,
  - x Klärung der finanziellen Situation,
  - x Umgang mit Finanzen,
  - x Vermittlung zu Schuldenberatungsstellen.
- Lebensbereich Gesundheit
  - x Förderung der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung,
  - x Förderung des Gesundheitsbewusstseins,
  - x Infektionsprophylaxe,
  - x Förderung der Behandlungsmotivation.
- Lebensbereich Soziale Kontakte
  - x Ermutigung zur Aufnahme von sozialen Kontakten,
  - x Fördern von Beziehungs- und Konfliktfähigkeit,
  - x Begleitung beim Aufbau persönlicher Beziehungen,
  - x Integration in den Stadtteil und das Wohnumfeld.
- Lebensbereich Arbeit und Beschäftigung
  - x Entwicklung von Tagesstruktur und Beschäftigung,
  - x Klärung der individuellen Situation,
  - x Vermittlung in Qualifizierungs- und Berufsfördermaßnahmen,
  - x Vermittlung in BSHG § 19 Stellen<sup>285</sup>.<sup>286</sup>

Dabei ist die Inanspruchnahme von unterschiedlichen Hilfen von der individuellen Situation des Hilfesuchenden abhängig und kann zwischen einem Minimum (keine Hilfe) und einem Maximum (intensive Betreuung) variieren. Um den individuellen Bedarfen gerecht zu werden, ist eine detaillierte Hilfeplanung unabdinglich.<sup>287</sup> Neben den aufgeführten Hilfemöglichkeiten ist für abstinenten Drogenkonsumenten besonders die Bereitstellung von abstinenten sozialen Netzen einer der Faktoren, die das Betreute Wohnen in hierfür spezialisierten Einrichtungen für diese Zielgruppe besonders interessant macht. Die Schaffung einer Alternative zur Rückkehr in die alten Lebenszusammenhänge ist ein nicht zu unterschätzender Faktor für eine erfolgreiche und langfristige Abstinenz.<sup>288</sup>

<sup>285</sup>Hier ist die Aufzählung nicht mehr aktuell. Das *Bundessozialhilfegesetz (BSHG)* ist am 1. Januar 2005 außerkraft getreten. Der ehemalige §19 BSHG regelte Maßnahmen zur Schaffung von Arbeitsgelegenheiten, die in etwa mit den sogenannten „1-Euro-Jobs“ verglichen werden können

<sup>286</sup>GERLACH, C. 2002, S. 190

<sup>287</sup>vgl. GERLACH, C. 2002, S. 190 - 193

<sup>288</sup>vgl. PAPENBROCK, F. 2004, S. 49

Damit das Betreute Wohnen eine möglichst erfolgreiche Hilfeform sein kann, ist es wichtig, dass es klare Standards gibt. Diese müssen sich sowohl auf die räumliche Situation (Einzelzimmer, Gemeinschaftsräume, Ausstattung), wie auch auf die Lage des Wohnprojektes (Integration im Stadtteil) beziehen. Es bedarf, um Problemen, wie sie beispielsweise mit einer Szenenbildung um die Einrichtung einhergehen würden, klarer Regeln. So müssen Dealerei und Prostitution in den Einrichtungen und auf deren Gelände verboten sein und auch Gewalt (verbal und körperlich) darf als Mittel der Konfliktlösung keine Akzeptanz finden. Eventuell einsetzende Tendenzen der Ausgrenzung oder der Hierarchisierung unter den Klienten bedürfen ebenso einem Entgegenwirken.<sup>289</sup> Selbstverständlich gilt dies auch für die anderen, bereits genannten Hilfeformen. Da aber dem Ziel einer sozialen Integration im Betreuten Wohnen eine besondere Bedeutung zukommt, sind hier die Einhaltung der eben genannten Standards und des notwendigen Minimums an Regeln besonders wichtig.

Die rechtliche Grundlage des Betreuten Wohnens bilden die bereits in Kapitel 3.1 genannten §53 (Leistungsberechtigte und Aufgabe) und §54 (Leistungen der Eingliederungshilfe), so wie §67 (Leistungsberechtigte) SGB XII. Voraussetzung sind sowohl krankheitsbedingte, wie auch finanzielle Bedürftigkeit. Die Finanzierung des Betreuten Wohnens gliedert sich in die Bereiche Unterkunft, Ernährung und weitere Lebenshaltungskosten, die in der Regel selbst getragen werden müssen beziehungsweise über Hilfe zum Lebensunterhalt nach SGB III beantragt werden müssen. Der Betreuungsvertrag muss gesondert abgeschlossen werden.<sup>290</sup>

Die Bandbreiten der Hilfen der *ambulanten Betreuung*, also der Betreuung im eigenen Wohnraum, entsprechen denen des Betreuten Wohnens.<sup>291</sup> Der häufig vorzufindende Mangel an angemessenem Wohnraum für die unterschiedlichen Zielgruppen des Betreuten Wohnens machen vielerorts eine ambulante Betreuung, also eine Belassung im eigenen Lebensumfeld, interessant.<sup>292</sup> Voraussetzungen hierfür sind „die Fähigkeit und Bereitschaft zur eigenständigen Haushaltsführung, der Wunsch, alleine leben zu wollen und die Bereitschaft ausgehandelte Absprachen einzuhalten.“<sup>293</sup> Der mit der ambulanten Betreuung einhergehende Wandel weg von einer Komm-Struktur der Einrichtungen macht diese für viele Klienten interessant<sup>294</sup> und verfolgt dabei die selben Ziele, wie es das zuvor beschriebene Betreute Woh-

---

<sup>289</sup>vgl. GERLACH, C. 2002, S. 193 - 194

<sup>290</sup>vgl. SCHLICHTER, G. 2006, S. 19, BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. 2009f und PAPENBROCK, F. 2004, S. 47 - 51

<sup>291</sup>vgl. GERLACH, C. 2002, S. 194

<sup>292</sup>vgl. STÖVER, H. 1997, S. 96 und BRENNER, R. 1990, S. 167

<sup>293</sup>GERLACH, C. 2002, S. 194

<sup>294</sup>vgl. KUHLMANN, T. 1999, S. 14



nen tut. Diese sind insbesondere die Stabilisierung beziehungsweise Verbesserung der derzeitigen Lebenssituation, Förderung von Selbstständigkeit und soziale so wie gesellschaftliche Integration. Von großer Bedeutung ist auch die Sicherung des vorhandenen Wohnraumes als Basis der zuvor genannten Ziele.<sup>295</sup> Die ambulante Betreuung soll sich nach Möglichkeit selbst überflüssig machen und keine dauerhafte Form der Hilfe darstellen.<sup>296</sup> Die schrittweise Lösung aus dem Hilfesystem der Drogenhilfe ist anzustreben,<sup>297</sup> auch wenn die Möglichkeit einer ambulanten Betreuung als Dauerlösung nicht ausgeschlossen werden darf und eine Perspektive sein kann.<sup>298</sup>

Die rechtlichen und finanziellen Grundlagen beziehungsweise Rahmenbedingungen des ambulant Betreuten Wohnens sind mit denen des Betreuten Wohnens identisch.

Die Vorzüge der ambulanten Betreuung gegenüber des klassisch Betreuten Wohnens sind in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus gerückt. So kann eine ambulante Betreuung viel besser auf den Einzelfall zugeschnittene Hilfen anbieten und den Einzelnen direkt in seiner Alltagsrealität unterstützen. Die Zeitschrift *SuchtReport* hinterfragt das Betreute Wohnen kritisch, indem sie, ausgehend von der Wohngemeinschaft als vorherrschendem Modell des Betreuten Wohnens, beispielsweise die folgende Frage aufwirft:

„Welcher professionelle Suchthelfer würde selbst unter ähnlichen Bedingungen in eine Wohngemeinschaft ziehen, wie das von Suchtkranken verlangt wird?“<sup>299</sup>

Des Weiteren wird die in der Regel kombinierte Funktion des Trägers als Betreuer und Vermieter kritisiert und eine Hinwendung zur Form der ambulanten Betreuung gefordert.<sup>300</sup> Beide Wohnformen müssen sich außerdem mit dem Vorwurf der Kontrolleinrichtung konfrontieren lassen. So spricht Schlichte davon, dass sich die Angebote „zwischen Hilfe und Kontrolle“<sup>301</sup> bewegen und dass „zu viel Kontrolle zu einer geringen Selbstverantwortung führen und so Krisen mitforciert werden können.“<sup>302</sup> Eine ständige Reflektion der Hilfsangebote ist also unbedingt notwendig.

---

<sup>295</sup>vgl. GERLACH, C. 2002, S. 195

<sup>296</sup>vgl. BRENNER, R. 1990, S. 167 und GERLACH, C. 2002 S. 195

<sup>297</sup>vgl. STÖVER, H. 1997, S. 96

<sup>298</sup>vgl. KUHLMANN, T. 1999, S. 16

<sup>299</sup>KUHLMANN, T. 1999, S. 16

<sup>300</sup>vgl. KUHLMANN, T. 1999, S. 16 - 17

<sup>301</sup>SCHLICHTE, G. 2006, S. 22

<sup>302</sup>SCHLICHTE, G. 2006, S. 22

### 4.3 Warum eine zielgruppengerechte Hilfe wichtig ist

Der Kritik der nicht (in allen Fällen) zielgruppengerechten Hilfeangebote ist das Betreute Wohnen mit einer weiten Ausdifferenzierung für die unterschiedlichen Zielgruppen begegnet. Regional weist diese weiterhin Defizite auf. Selbiges gilt auch in unterschiedlichem Ausmaß für die Notübernachtungseinrichtungen, das Übergangswohnen und das ambulant Betreute Wohnen. Die Zielgruppen sind in ihren Bedürfnissen und Problemen vielschichtig, was die notwendige Ausdifferenzierung schwierig gestaltet. Die wesentlichen Zielgruppen sind abstinenten Drogenkonsumenten, Substituierte, sogenannte Chroniker<sup>303</sup> und (schwängere) Frauen. Eine Voraussetzung für die Ausdifferenzierung stellt die erfolgte Abkehr von der ausschließlichen Abstinenzorientierung dar. Zwar benötigen auch abstinent lebende Drogenkonsumenten Betreuungsmöglichkeiten, diese sind aber aufgrund der geschichtlichen Entwicklung am weitesten verbreitet. Die Erkenntnis, dass ein Rückfall nicht automatisch zu einem Abbruch der Betreuung führen muss, hat sich im Bereich des Wohnens ebenso durchsetzen müssen, wie dies im Bereich der Therapien der Fall war. Eine gezielte Rückfallvorsorge und -aufarbeitung bieten definitiv mehr Möglichkeiten für das Erreichen der jeweiligen Zielsetzung von Einrichtung und Klient, als dies ein Ausschluss aus der Maßnahme und die damit einhergehende Wohnungslosigkeit es tun würden. Deshalb sind auch Angebote für substituierte Drogenkonsumenten und sogenannte Chroniker wichtiger Bestandteil der Hilfe im Bereich des Wohnens für Drogenkonsumenten, da diese in vielen Fällen unter einer unhaltbaren Wohn- und Sozialsituation zu leiden haben.<sup>304</sup>

Am Beispiel des Betreuten Wohnens für Substituierte verdeutlicht Schmutzler die Vorzüge einer dem Einzelfall angepassten Hilfe, in dem er vornehmlich wirtschaftlich - und nicht, wie häufig üblich, moralisch - argumentiert. Er führt dabei folgende Punkte an:

- Vermeidung überflüssiger Krankenhausaufenthalte:  
Neben den durch mangelnde Möglichkeiten zur Regeneration bedingten Krankenhausaufenthalten würde sich auch deren Dauer durch einen angemessenen Wohnraum für Substituierte verringern. Die substituierten Drogenkonsumenten hätten einen Wohnraum, den sie zur Regeneration nutzen können und würden sich nicht mehr mangels Alternativen in Krankenhäuser einweisen lassen und in diesen in der Hoffnung auf eine Weitervermittlung in Notun-

<sup>303</sup> Als Chroniker werden chronisch komorbide Drogenkonsumenten bezeichnet. Die bezeichnende Abkürzung CMA (Chronisch mehrfach beeinträchtigte (geschädigte) Abhängigkeitserkrankte) findet ebenfalls häufig Verwendung.

<sup>304</sup> vgl. MESSER, J. 2004, S. 89 - 90 und BASDEKIS-JOZSA, R. 2004, S. 112

terkünfte verharren.

- Verkürzung der Substitutionsbehandlung:

Die mit der Wohnungslosigkeit einhergehende Perspektivlosigkeit führt in der Regel dazu, dass sich an den Lebensumständen des Substituierten nicht viel ändert und somit eine zielgerechte Loslösung vom jeweiligen Substitut nicht erreicht werden kann. Lebensperspektiven dagegen begünstigen die Chancen zum Erreichen dieses Zieles.

- Herauslösung aus der Drogenbindung:

Weitergehende Perspektiven können sich unter einer abnehmenden Bindung an die Drogenszene leichter entwickeln und so schrittweise verwirklichen lassen.<sup>305</sup>

Auch die sogenannten Chroniker fallen aufgrund von sozialer Disintegration, Komorbidität und schwierigen Krankheitsverläufen nicht selten durch die Maschen des Drogenhilfesystems.<sup>306</sup> Eine Alternative kann hier der kontrollierte Konsum illegalisierter Drogen darstellen. Definiert wird dieser als Konsum, „der nicht in nennenswertem Maß mit persönlichen Zielen kollidiert und durch Selbstkontrollregeln (!) gesteuert wird, die explizit sind oder explizit gemacht werden können“<sup>307</sup>. Das Modell des kontrollierten Konsums stände auch im Einklang mit den Grundsätzen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit, da hier die Autonomie des Drogenkonsumenten gewahrt und die Erreichbarkeit der Drogenkonsumenten verbessert würde.<sup>308</sup>

Aufgrund der bei Chronikern vorliegenden Voraussetzungen sind individuelle Hilfen von Nöten, da deren Betreuungszeiten deutlich länger ausfallen<sup>309</sup> und sie auch ansonsten „eine klar abgrenzbare Gruppe mit einem spezifischen Hilfebedarf darstellen.“<sup>310</sup> Als wesentliche Betreuungsziele führt Messer (hier für die Zielgruppe der Chroniker mit HIV-Erkrankung) folgende an:

- „Vermeidung von exzessivem, stark selbstschädigendem Drogenkonsum,
- Sicherstellung der pflegerischen Versorgung nach SGB V u. XI,
- Stabilisierung der gesundheitlichen Situation,
- Gewährung von psychosozialen Hilfen zur selbstständigen Organisation des Alltags und zur Vermeidung zunehmender Isolation.“<sup>311</sup>

---

<sup>305</sup>vgl. SCHMUTZLER, D. 1998, S. 88 - 90

<sup>306</sup>vgl. BASDEKIS-JOZSA, R. 2004, S. 112 und NIKA, E./BRIKEN, P. 2004, S. 136

<sup>307</sup>SCHIPPERS, G./CRAMER, E. zit. n. KLEINEMEIER, E. 2004, S. 36

<sup>308</sup>vgl. KLEINEMEIER, E. 2004, S. 37

<sup>309</sup>vgl. PAPENBROCK, F. 2004, S. 37

<sup>310</sup>MESSER, J. 2004, S. 104

<sup>311</sup>MESSER, J. 2004, S. 105 - 106

Die Erfolge sind dabei nach Messer deutlich. So kann der Drogenkonsum von Bewohnern mit einer Wohndauer von mehr als zwölf Monaten auf einem niedrigen Niveau stabilisiert werden, Krankenhausaufenthalte nahmen deutlich ab und es werden von einer Vielzahl der Klienten Therapien in Bezug auf ihre HIV-Erkrankung in Anspruch genommen.<sup>312</sup>

Weitere Angebote können beispielsweise jene sein, die sich explizit an schwangere, drogenkonsumierende Frauen richten. Diese verfügen häufig über Gewalt- und Misshandlungserfahrungen und bedürfen besonderer Schutzräume ohne männliche Personen.<sup>313</sup> Um Beschaffungskriminalität, Prostitution und dem Wohnen bei (wechselnden) Freiern entgegenzuwirken, und so die Lebenschancen und -erwartungen des (noch zu gebährenden) Kindes zu erhöhen beziehungsweise die Lebenssituation der Drogenkonsumentin zu verbessern, ist auch hier eine differenzierte Form der Hilfe von Nöten.<sup>314</sup>

Weitere ausdifferenzierte Hilfeformen kommen für alle erdenklichen, drogenkonsumierenden Menschen in Betracht. Hier können neben den bereits genannten Faktoren, wie dem bisherigen Suchtverlauf, Krankheiten und anderen (beispielsweise auch ethnische und religiöse) Faktoren Berücksichtigung finden.

#### **4.4 Notwendigkeit und Chancen einer Vernetzung**

Eine bestmögliche Hilfe im Bereich des Wohnens ist für Drogenkonsumenten nur dann möglich, wenn zwischen den Trägern und Einrichtungen der Drogenhilfe eine gute Vernetzung besteht und diese auch mit Hilfeeinrichtungen außerhalb der Drogenhilfe (beispielsweise Schuldnerberatung) vernetzt sind. Dies ist sowohl für die alltägliche Arbeit, wie auch für den eventuellen Abbruch einer Hilfemaßnahme von großer Bedeutung.<sup>315</sup> Ein Modell hierfür könnte beispielsweise die von Gerlach beschriebene *Clearingstelle Wohnen*<sup>316</sup> sein. Diese könnte durch Vermittlungen in unterschiedlichen Bereichen zu einer Verbesserung in der Versorgung wohnungsloser oder von Wohnungslosigkeit bedrohter Drogenkonsumenten beitragen. Diese zu koordinierenden Bereiche könnten sich nach Gerlach wie folgt darstellen:

---

<sup>312</sup>vgl. MESSER, J. 2004, S. 106

<sup>313</sup>vgl. STÖVER, H. 1997, S. 94

<sup>314</sup>vgl. WOLSTEIN, J. 1999, S. 155

<sup>315</sup>vgl. BRENNER, R. 1990, S. 166

<sup>316</sup>Als Clearingstelle wird unter anderem eine Einrichtung zur Koordination von Angeboten, Trägern und Einrichtungen bezeichnet.

- „Clearingstelle Budgetsteuerung
  - x Belegungsdocumentation und -steuerung,
  - x Auswertung von Begutachtungen und Hilfeprozessen,
  - x Berichte im Rahmen von Budget und Controlling.
- Clearingstelle Vermittlung
  - x Beratung und Vermittlung,
  - x Wohnplatzbörse,
  - x Kooperation mit Wohnungsbaugesellschaften und Vermietern zur Akquirierung von Wohnungen,
  - x aufsuchende Arbeit in Notunterkünften und Offenen Treffs.
- Clearingstelle Strukturelle Arbeit
  - x Weiterentwicklung des Unterbringungssystems,
  - x Zusammenstellen fehlender Angebote für bisher unterversorgte Zielgruppen,
  - x bessere Gestaltung der Übergänge,
  - x strukturelle Veränderung von Angeboten,
  - x Zusammenstellen von Angebotslücken/Überhängen.
- Clearingstelle mit der Aufgabe des Case Managements (...)
  - x Zusammenstellen von Hilfen für KlientInnen mit komplexen Problemlagen,
  - x kontinuierliche Begleitung und Koordination des Hilfeprozesses,
  - x Lotsenfunktion.<sup>317</sup>

Die Idee des Case-Managers, auch Fall-Manager genannt, findet ebenfalls bei Papenbrock positive Erwähnung. Der Case-Manager, der im Idealfall der Berufsgruppe der Sozialarbeiter angehören sollte, würde so den Drogenkonsumenten im kompletten Bereich der Nachsorge betreuen. Er wäre für diesen Berater (gemeinsame Planung und Auswertung von Handlungsschritten, Bearbeitung von Rückschlägen), Koordinator (Kontaktherstellung beispielsweise zu Ärzten oder Arbeitsberatern, Vermittlung in Betreutes Wohnen) und Anwalt (Unterstützung bei der Wahrnehmung von zustehenden Hilfen / Sozialleistungen, Unterstützung bei Problemlösungen). Die Vorteile sind dabei laut Papenbrock klar ersichtlich. Er nennt hier unter anderem, dass die Wahrnehmung von Hilfen dem Klienten durch einen einzelnen Ansprechpartner erleichtert wird. Außerdem verfällt der individuelle Mitarbeiter des Hilfesystems durch das breitere Aufgabenfeld weniger in eine ineffizien-

---

<sup>317</sup>GERLACH, C. 2002, S. 195

ter machende Routine und wird in seiner Autonomie gestärkt. Dabei trägt er aber auch eine größere Verantwortung für sein Handeln, da er sich nicht mehr einzig auf gesellschaftliche Umstände, Vorgesetzte oder rechtliche Grundlagen zurückziehen kann.<sup>318</sup> Selbstverständlich bringt das Case-Management aber auch Nachteile mit sich. Stellvertretend können hier beispielsweise die Abhängigkeit des Drogenkonsumenten von der einzelnen Person des Case-Managers oder dessen „Macht“ über den Klienten genannt werden.

#### **4.5 Zusammenfassung**

Es zeigt sich, dass es ein sichtbar wahrzunehmendes Problem im Bereich der Versorgung von Drogenkonsumenten mit angemessenem Wohnraum gibt. So weisen Erhebungen zu diesem Thema zwar je nach befragter Zielgruppe deutliche Unterschiede auf, es zeigt sich aber in allen Erhebungen, dass es eine große Zahl von Wohnungs- beziehungsweise Obdachlosen in der Gruppe der Konsumenten illegalisierter Drogen gibt.

Um dieser Problemlage zu begegnen, weist das Hilfesystem vier Typen der Wohnbeziehungsweise Obdachform auf. Notübernachtungseinrichtungen, Übergangswohnen, Betreutes Wohnen und ambulant Betreutes Wohnen sprechen teils unterschiedliche, teils identische Klientengruppen an und sind dabei in ihren jeweiligen Zielsetzungen und Angeboten weit ausdifferenziert. Um den unterschiedlichen Hilfebedarfen der (potenziellen) Klienten gerecht werden zu können, ist diese Ausdifferenzierung von Nöten und stellt die Grundlage für eine gemeinsame Hilfeplanung mit dem Klienten dar. Die Abkehr vom Abstinenzparadigma hat dabei zu einer wesentlichen Verbesserung der Wohnsituation von Drogenkonsumenten geführt. Die so erreichten Erfolge sind nicht zu verachten, dürfen aber nicht die Tatsache überdecken, dass weiterhin zahlreiche Konsumenten illegalisierter Drogen in prekären Wohnsituationen leben (müssen). Dies zeigt sich an den bereits genannten und in Kapitel 4.1 nachzulesenden Ergebnissen einiger Erhebungen, die aufgrund ihrer Aktualität den aktuellen Sachstand trotz der erfolgten Ausdifferenzierung des Drogenhilfesystems darstellen. Allem Anschein nach ist das Drogenhilfesystem derzeit noch immer nicht in der Lage, die Wohnsituation einer großen Zahl von Konsumenten illegalisierter Drogen entscheidend zu verbessern. Hierfür sind neben einer

---

<sup>318</sup>vgl. PAPENBROCK, F. 2004, S. 57 - 60

Vernetzung der unterschiedlichen Träger, Einrichtungen und Angebote vor allem eine regionale Ausdifferenzierung des Hilfesystems und eine weitergehende gesellschaftliche und politische Akzeptanz von Drogenkonsum von Nöten. Anderenfalls erfolgt eine regionale oder flächendeckende Ausgrenzung einzelner Hilfebedürftiger, die sich nicht in den häufig vertretenen Zielgruppen der Wohnformen für Drogenkonsumenten finden, was eine weitergehende Verelendung bedingen kann.

# 5 Die Gruppe der alternden Drogenkonsumenten

## 5.1 Der demographische Wandel unter Drogenkonsumenten

Der demographische Wandel im Allgemeinen, und im Besonderen auch auf die Bundesrepublik Deutschland bezogen, ist ein Thema, das sowohl in der Wissenschaft, wie auch in den Medien dauerhaft Berücksichtigung findet. Da sich der demographische Wandel auf nahezu alle gesellschaftlichen Bereiche auswirken wird und auch bereits auswirkt, ist er ebenfalls für die Drogenarbeit von großer Bedeutung. Voraussichtlich wird die Gesamtbevölkerungszahl in Deutschland abnehmen, das Durchschnittsalter der Menschen wird sich aber erhöhen.<sup>319</sup> So wird davon ausgegangen, dass die Anzahl der Menschen mit einem Alter ab 65 Jahren aufwärts bis 2030 im Vergleich zum Jahr 2005 um 40 % zunehmen wird<sup>320</sup> und die durchschnittliche Lebenserwartung weiterhin steigt.<sup>321</sup>

Dieser Wandel lässt sich, zumindest was die gestiegene Lebenserwartung und das gestiegene Durchschnittsalter angeht, auch auf die Konsumenten illegalisierter Drogen übertragen. Die in den Kapitel 3 und 4 aufgezeigten Möglichkeiten des Umgangs mit einer Drogenabhängigkeit haben, insbesondere durch eine Abkehr von Abstinenzparadigma und der dadurch einhergehenden Behandlungsmöglichkeit für weitere Konsumentengruppen, dazu geführt, dass auch die Konsumenten illegalisierter Drogen im Durchschnitt älter geworden sind. Es ist demnach zu vermuten, dass „sich die Zahl der älteren Menschen, die von problematischem Substanzkonsum betroffen sind oder unter behandlungsbedürftigen Beschwerden infolge von Substanzkonsum leiden, im Zeitraum zwischen 2001 und 2020 mehr als verdoppeln“<sup>322</sup> wird. Dies lässt sich bereits jetzt anhand zahlreicher Statistiken nachweisen. So steigt die Zahl der älteren Drogenkonsumenten, die allgemeine Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz begehen, sichtbar an. Auch bei den ab 40 jährigen (polizeilich) erstauffälligen Heroin- und Kokainkonsumenten stiegen diese Werte deutlich. Waren 1995 noch 3,8 % der erstauffälligen Heroinkonsumenten 40 Jahre oder älter, stieg dieser Wert in den Folgejahren auf 6,8 % (2000) beziehungsweise 10,4 % (2003). Für Kokainkonsumenten ergeben sich ähnliche Werte (1995:

---

<sup>319</sup>vgl. BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG (BPB) HRSG. 2006, S. 12

<sup>320</sup>vgl. STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER HRSG. 2007, S. 8

<sup>321</sup>vgl. STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER HRSG. 2007, S. 9

<sup>322</sup>EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (EBDD) HRSG. 2008, S. 1



6,2 % / 2000: 9,6 % / 2003: 10,6 %).<sup>323</sup>

In der Gruppe der Opiatkonsumenten vollzieht sich der Altersanstieg im Bereich der Behandlungen europaweit noch deutlicher. So hat sich im Zeitraum zwischen 2002 und 2005 die Zahl der wegen Opiatproblemen behandelten Menschen ab 40 Jahren von 8,6 % auf 17,6 % innerhalb kürzester Zeit mehr als verdoppelt.<sup>324</sup> Auch auf den hessischen Bereich beschränkt lässt sich ein Altersanstieg in der Gruppe der wegen Hauptdiagnose „Opiate“ behandelten Menschen feststellen. So hat sich das Durchschnittsalter der Behandelten von 33,3 Jahren (2003) über 35,3 Jahre (2005) auf 36,4 Jahre (2007) gesteigert. Die Personengruppe mit der Hauptdiagnose „Cannabis“ ist zwar vergleichsweise jung, aber auch hier sind kontinuierliche Alterungsprozesse im Bereich des Durchschnittsalters zu verzeichnen (2003: 23,2 Jahre / 2005: 24,1 Jahre / 2007: 25,7 Jahre).<sup>325</sup>

Als weitere Nachweise können die von Stiehr veröffentlichten Daten der *Deutschen Suchthilfestatistik* zum Alter von Opiat- und Kokainkonsumenten bei ambulantem und stationärem Betreuungsbeginn in Einrichtungen herangezogen werden<sup>326</sup> oder folgende Aussage des *Drogen- und Suchtberichtes 2009* dienen: „Auch wenn noch nicht abschließend klar ist, womit diese Entwicklung zusammenhängt, ist es nach den vorliegenden Daten so, dass die Todesfälle unter den älteren Drogenabhängigen zunehmen.“<sup>327</sup>

## 5.2 Ursachen des Alterns von Drogenkonsumenten

Die Wichtigkeit zielgruppenorientierter Angebote ist in der Drogenarbeit unumstritten und in den vorangegangenen Kapiteln bereits ausführlich begründet worden. Umso verwunderlicher ist es, dass die (akzeptanzorientierte) Drogenarbeit auf das Altern der Drogenkonsumenten bisher nur sehr dürftig reagiert hat und die Auseinandersetzung mit dieser Thematik immer noch als fachliches Neuland beschrieben werden kann.

Die Ursachen für ein längeres Überleben von Drogenkonsumenten sind hauptsächlich in der Verbesserung von Hilfsangeboten zu finden.<sup>328</sup> Angebote zur Überle-

---

<sup>323</sup>vgl. STIEHR, K. 2006, S. 2 - 4 und BOSSONG, H. 2007, S. 13

<sup>324</sup>vgl. EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (EBDD) HRSG. 2008, S. 2

<sup>325</sup>vgl. HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HLS) HRSG. 2008a, S. 32 und EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (EBDD) HRSG. 2008, S. 2

<sup>326</sup>vgl. STIEHR, K. 2006, S. 5 - 7

<sup>327</sup>DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG HRSG. 2009, S. 64

<sup>328</sup>vgl. EBNER, C. 2008, S. 1

benshilfe, Safer-Sex- und Safer-Use-Angebote, Strategien der Harm-Reduction, die Einführung von Substitutionsbehandlungen und Fortschritte auf dem Gebiet der AIDS-Behandlung tragen maßgeblich zu einer Erhöhung der Lebenserwartung von Konsumenten illegalisierter Drogen bei<sup>329</sup> und können somit als durch die akzeptanzorientierte Drogenhilfe federführend bedingte Veränderung bezeichnet werden. Auch die durch eine vermehrte Einbeziehung des medizinischen Versorgungssystems erreichte Behandlungssteigerung bei Begleiterkrankungen führte und führt zu einer Erhöhung der Lebenserwartung.<sup>330</sup>

Als Ursache für eine verspätete Auseinandersetzung mit der Zielgruppe der alternden Drogenkonsumenten könnte die weit verbreitete Sichtweise von Drogenkonsumenten als jungen Menschen dienen.<sup>331</sup> Menschen in höherem Lebensalter werden in der Regel mit dem Konsum legaler psychotroper Substanzen (beispielsweise Medikamente und Alkohol) in Verbindung gebracht. Häufig liegt hier die Annahme zu Grunde, dass Drogenkonsumenten „normalerweise gegen Ende ihres dritten oder im Verlauf ihres vierten Lebensjahrzehnts - mit oder ohne therapeutische Unterstützung - aus der Sucht herauswachsen, so sie denn überhaupt bis dahin überleben.“<sup>332</sup> Ein Beispiel für die abweichende Wahrnehmung des Alters von Klienten findet sich unter anderem in der *Umfrage 2009* des scentral: „Das durchschnittliche Alter liegt bei 38,2 Jahren. Diese Verschiebung nach oben überrascht, sie deckt sich nicht mit der gefühlten Wahrnehmung aus dem Tagesgeschäft, danach ist der Eindruck vorhanden, dass die Klientel im Altersdurchschnitt eher jünger ist.“<sup>333</sup> Wo die Ursache der in diesem exemplarischen Beispiel ungenauen Wahrnehmung liegt, lässt sich aber nicht sagen.

Neben der Personengruppe der Konsumenten, die mit ihrem Konsum gealtert sind, lässt sich noch die Gruppe der Personen nennen, die erst spät mit ihrem Konsum begonnen haben (reaktive Konsumenten). Die Auslöser für den Drogenkonsum zuletzt genannter Personengruppe findet sich oft in als individuell einschneidend erlebten Ereignissen. Diese können beispielsweise in

- einem Wechsel des sozialen Status,
- Einkommensverlust durch Pensionierung,
- Scheidung,
- Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod,
- Verlust von Angehörigen,

---

<sup>329</sup>vgl. STIEHR, K. 2006, S. 1 und PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 173

<sup>330</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 178

<sup>331</sup>vgl. VOGT, I. 2008a, S. 4

<sup>332</sup>BOSSONG, H. 2007, S. 12

<sup>333</sup>MARZANI, M./LANGE, D. 2009, S. 1

- Vereinsamung oder
- Verschlechterungen des Gesundheitszustandes

begründet liegen.<sup>334</sup>

### 5.3 Probleme und Bedarfe alternder Drogenkonsumenten

Die Tatsache, dass Drogenkonsumenten früher altern, ist unumstritten.<sup>335</sup> So ist bei „langjährigen Drogenabhängigen über 40 Jahren (...) oft ein vorzeitiger und beschleunigter Alterungsprozess feststellbar. (...) Dies ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, die mit dem Drogenkonsum und Lebenswandel in Illegalität einhergehen: (zeitweise) Obdachlosigkeit, Gewalterfahrungen, Prostitution, mangelnde Hygiene, mangelnde Regenerationsmöglichkeiten, Fehl- und Mangelernährung sowie Folge- und Begleiterkrankungen.“<sup>336</sup> Drogenkonsumenten befinden sich also nicht auf dem gleichen Altersstand wie nicht konsumierende Menschen in ihrem Alter.<sup>337</sup> Sie sind dabei (neben den üblichen, mit Drogenkonsum einhergehenden Problemen) mit zahlreichen Problemen und Risiken konfrontiert, die im Folgenden dargelegt werden:

- Wohnsituation:

Zwar sind prozentual gesehen weniger alte Drogenkonsumenten wohnungsbeziehungsweise obdachlos, als es junge sind, die Quote beträgt aber bei den Personen ab 41 Jahren trotzdem 22,2 %<sup>338</sup>, was sich mit zunehmendem Alter und zugehörigen Begleit- und Folgeerkrankungen als besonders bedenklich erweist.<sup>339</sup>

- Gesundheitlicher Zustand:

Die gesundheitliche Belastung alternder Drogenkonsumenten kann als hoch bezeichnet werden.<sup>340</sup> Vornehmlich sind hier chronische und zum Tode führende Erkrankungen zu nennen. Infektionserkrankungen mit HIV oder/und

<sup>334</sup>vgl. FLEISCHMANN, H. 1999, S. 178 und EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (EBDD) HRSG. 2008, S. 1

<sup>335</sup>vgl. BOSSONG, H. 2007, S. 13 - 14 und EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 21 - 22

<sup>336</sup>PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 183 - 184

<sup>337</sup>vgl. EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 21 - 22

<sup>338</sup>Grundlage dieser Daten sind die Nutzerangaben der niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtung *Café Fix* in Frankfurt am Main.

<sup>339</sup>vgl. STIEHR, K. 2006, S. 10

<sup>340</sup>vgl. VOGT, I. U.A. 2010, S. 58

Hepatitis nehmen hier den größten Stellenwert ein,<sup>341</sup> Lebererkrankungen wie beispielsweise Leberzirrhosen treten aber auch in vielen Fällen auf.<sup>342</sup> Vogt führt des Weiteren unter anderem Stoffwechselkrankheiten, Krebserkrankungen, Depressionen, Altersdemenz, Zahnerkrankungen und weitere Erkrankungen mehr an.<sup>343</sup> Auch Suizidalität spielt bei dieser Zielgruppe eine entscheidende Rolle. So hat jeder zweite ältere Drogenabhängige schon einen Selbstmordversuch unternommen.<sup>344</sup> Als weiterer erschwerender Fakt kommt die Tatsache hinzu, dass die Sterberate von mit HIV infizierten Drogenkonsumenten fünfmal höher liegt als die derer, die sich über Geschlechtsverkehr mit HIV infiziert haben.<sup>345</sup>

- Soziale Situation:

Auch die soziale Situation vieler alternder Drogenkonsumenten lässt sich als kritisch bezeichnen. Ebert führt dazu folgendes aus: „Der kleine Kreislauf von (illegaler) Geldbeschaffung (inkl. Prostitution), Drogenerwerb, Drogenkonsum - im Gegensatz zum großen Kreislauf, der ebenso Wohnungslosigkeit, Inhaftierung, Entgiftung, Therapie, etc. einschließt - trägt, in Abhängigkeit der Zeitdauer und Intensität, zu einer Verfestigung szenetypischer Verhaltensweisen (Resignation, Schwierigkeiten beim Aufbau von Vertrauen, Verlust der Steuerungsfähigkeit, etc.) bei. Aufgrund der Illegalität ihres Lebensalltags und des permanenten Beschaffungsdrucks sind oftmals die sozialen Beziehungen von Drogenkonsumenten zu ihren Eltern/Angehörigen abgebrochen bzw. gestört, eigene Kinder in Obhut des Jugendamtes, Schul- bzw. Berufsausbildungen frühzeitig abgebrochen und der Berufseinstieg verhindert worden. Sozialkontakte werden überwiegend zu Angehörigen der Drogenszene unterhalten.“<sup>346</sup>

Dies lässt sich unter anderem durch die Ergebnisse von Vogt bestätigen, nach denen interviewte Drogenkonsumenten ihre sozialen Netzwerke als dünn beschreiben. Dies trifft in unterschiedlicher Intensität auf Kontakte zu Familienmitgliedern, Verwandten und anderen Menschen zu,<sup>347</sup> unter anderem bedingt durch die Tatsache, dass viele der Drogenkonsumenten, die in stabilen Wohnverhältnissen wohnen, alleine, also ohne Partner, leben.<sup>348</sup> Erschwerend hinzu kommt eine zusätzliche Ausgrenzung innerhalb der Drogenszene

---

<sup>341</sup>vgl. STIEHR, K. 2006, S. 12 - 13 und PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 183

<sup>342</sup>vgl. EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 20

<sup>343</sup>vgl. VOGT, I. 2008b, S. 12 - 17

<sup>344</sup>vgl. DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG HRSG. 2009, S. 64

<sup>345</sup>vgl. EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 20

<sup>346</sup>EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 21

<sup>347</sup>vgl. VOGT, I. U.A. 2010, S. 56

<sup>348</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 181

(doppelte Ausgrenzung). Durch verstärkte Leiden im Allgemeinen und durch steigende Schwierigkeiten bei der Beschaffung von Drogen (oder alternativ von Geldmitteln) ziehen sich ältere Drogenabhängige zunehmend zurück. Deren „Lücken“ werden durch jüngere Mitglieder der Drogenszene gefüllt,<sup>349</sup> die wiederum zur Abgrenzung Regeländerungen (bewusst) herbeiführen und somit die Ausgrenzung der Älteren verstärken.<sup>350</sup> Nach einem Rückzug aus der Drogenszene kommt es in aller Regel nicht zu einer (Re-)Integration in andere Milieus, was eine Vereinsamung zusätzlich fördert.<sup>351</sup>

Darüber hinaus besteht für ältere Menschen eine erhöhte Gefährdung der Entwicklung eines Alkoholproblems, die wiederum zu einem Abbruch einer Substitution führen kann. Insbesondere kommt es zu einer Abhängigkeit, wenn mit Alkohol physische und psychische Schmerzen gelindert werden sollen. Für Menschen, die bereits von illegalisierten Drogen abhängig sind, kann dies zu einem erhöhten Risiko führen, da „die meisten Drogentodesfälle (...) auf eine Überdosierung von Heroin, oft in Kombination mit Alkohol und Schlaf- oder Beruhigungsmitteln, zurückzuführen“<sup>352</sup> ist. Auch sorgen Veränderungen im Stoffwechsel, wie sie mit einem Alterwerden einher gehen, dafür, dass die Wirkung von Drogen intensiviert wird, was weitere Gefahren birgt.<sup>353</sup>

#### 5.4 Hilfsansätze- und maßnahmen

Resultierend aus der Erkenntnis der Problemlagen alternder Drogenkonsumenten ergibt sich für das Hilfesystem die Aufgabe einer Spezialisierung für diese Zielgruppe. Götz, Direktor der *Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)* äußerte sich dazu wie folgt:

„Wenn wir überlegen, wie wir auf Drogenprobleme in der Gesellschaft oder auf die Bedürfnisse der in Behandlung befindlichen Personen reagieren sollen, müssen wir akzeptieren, dass sich das Phänomen des Drogenkonsums in Europa heute keineswegs mehr auf junge Menschen beschränkt. Diese Erkenntnis bringt die Verpflichtung mit sich, entsprechende Konzepte zu entwickeln und einschlägige Maßnahmen

---

<sup>349</sup>vgl. VOGT, I. U.A. 2010, S. 57, PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 182 und VOGT, I. 2008a, S. 4

<sup>350</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 182

<sup>351</sup>vgl. VOGT, I. 2008b, S. 18

<sup>352</sup>DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG HRSG. 2009, S. 64

<sup>353</sup>vgl. EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (EBDD) HRSG. 2008, S. 2

auf ihre Eignung für ältere Bürger hin zu überprüfen.“<sup>354</sup>

Eine Säule könnte hier die präventive Arbeit sein, um alternden Menschen bei der Ver- und Bearbeitung von Problemen, die mit dem Altern einher gehen,<sup>355</sup> zu unterstützen. Auch eine Schulung von Ärzten mit dem Ziel der Früherkennung abhängigen Verhaltens ist zu fördern.<sup>356</sup>

Des Weiteren scheint eine Orientierung an den Zielen der Altenhilfe sinnvoll zu sein. Diese benennt Bossong wie folgt als „Förderung und Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe, als Erhaltung und Stärkung von Eigenkompetenzen und -aktivitäten in sozialen Netzwerken und im Feld der Selbsthilfe, des Weiteren als Förderung von Mitwirkung und -verantwortung für Belange der Gemeinschaft sowie als Sicherung der selbstbestimmten Aktivitäts- und Zeitgestaltung. Alte Menschen sollen in ihrer Eigenkompetenz gestärkt und in ihren Bedürfnissen und Wünschen ernst genommen werden; ein einfaches Abschieben, Ignorieren oder Bevormunden vereinbart sich mit dem Postulat der Würde im Alter nicht.“<sup>357</sup>

Um diesen Zielen gerecht werden zu können oder sich ihnen zumindest anzunähern, sind für (langjährige) Konsumenten illegalisierter Drogen in der Regel Verbesserungen in vier zentralen Lebensbereichen anzustreben. Es handelt sich hierbei um die Bereiche Gesundheit, soziale Beziehungen, Finanzen und nicht zuletzt um den Bereich des Wohnens. In allen vier Feldern sind die Ausgangslagen für gewöhnlich äußerst schlecht,<sup>358</sup> was auch von Betroffenen selbst so wahrgenommen und geschildert wird.<sup>359</sup>

Zum Erreichen der eben genannten Verbesserungen und der damit einhergehenden Erhöhung der Chancen auf ein würdevolles Altern nennt Ebert im Wesentlichen die selben Ziele, wie sie in Kapitel 4 für jüngere Drogenkonsumenten bereits aufgeführt sind. Auch hier sind Stabilisierung von Wohn-, Gesundheits- und Drogenkonsumsituation, sowie Haftvermeidung, Regulierung von Schulden, Krisenintervention, Sicherstellung der Grundversorgung (in den Bereichen Hygiene und Verpflegung) und Hilfestellungen zur Alltagsbewältigung maßgebliche Ziele. Darüber hinaus kommt dem Bereich der Pflege eine besondere Bedeutung zu. Auch eine Sterbebegleitung kann hier relevant werden.<sup>360</sup>

Gegenwärtig werden die anschließend vorgestellten Modelle zur Realisierung der angestrebten Ziele in Wissenschaft und Praxis diskutiert und erprobt. Hierbei handelt es sich um

---

<sup>354</sup>EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (EBDD) HRSG. 2008, S. 3

<sup>355</sup>vgl. hierzu Kapitel 5.2 dieser Arbeit

<sup>356</sup>vgl. FLEISCHMANN, H. 1999, S. 178

<sup>357</sup>BOSSONG, H. 2007, S. 14

<sup>358</sup>vgl. BOSSONG, H. 2007, S. 14

<sup>359</sup>vgl. SAGRUDNY, I. 2005, S. 1

<sup>360</sup>vgl. EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 26 und VOGT, I. 2008b, S. 19

- die Unterbringung in Regelsenorenheimen<sup>361</sup>,
- die Unterbringung in spezialisierten Seniorenheimen und
- das ambulant Betreute Wohnen für alternde Drogenkonsumenten.

Eine *Unterbringung in Regelsenorenheimen* erweist sich weitestgehend als schwierig. Hierbei sind Widrigkeiten sowohl auf Seiten der Einrichtungen, die nicht auf die speziellen Bedürfnisse aktiv konsumierender eingestellt sind, so wie auf Seiten der Drogenkonsumenten verortet. Letztere können durch ihren Drogenkonsum in Verbindung mit zur Pflege und Behandlung notwendigen Medikamenten unkalkulierbare Risiken für die Seniorenwohnheime und deren Mitarbeiter darstellen. Darüber hinaus stellt auch die notwendige Beschaffungskriminalität bei der Abhängigkeit von illegalisierten Drogen ein Problem dar, da sie in Form von Drogenhandel, Diebstahl und Raub im Seniorenwohnheim begangen werden könnte. Eine eventuelle Szenebildung um die jeweiligen Einrichtungen wäre ebenfalls möglich.<sup>362</sup> Bei einer funktionierenden Substitution könnte eine Unterbringung in Regelsenorenheimen dagegen realisierbar sein. Einzig problematisch könnte hier die Gewährleistung einer qualifizierten psychosozialen Betreuung sein. Hierfür kämen Kooperationen zwischen den entsprechenden Seniorenheimen und den örtlichen Einrichtungen der Drogenhilfe in Frage, was sich aber unter Umständen aufgrund weiter Fahrtstrecken als kostspielig erweisen könnte. Alternativ könnten auch Mitarbeiter der Seniorenheime entsprechend geschult werden oder es könnten für diese Aufgaben qualifizierte Mitarbeiter eingestellt werden.<sup>363</sup>

Ob Modelle der Unterbringung in Regelsenorenheimen viel Zuspruch durch infragekommene Drogenkonsumenten finden würden, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden. Während die Autoren des *REITOX-Berichts 2009* von einer eher ablehnenden Haltung berichten,<sup>364</sup> zeigen die neusten Ergebnisse von qualitativen Interviews eine für die Autoren selbst erstaunliche Tendenz zur Akzeptanz der Unterbringung in Regelsenorenwohnheimen: „Die Ergebnisse zur Frage nach dem Leben in einem ‚normalen‘ Altersheim sind erstaunlich. Wir finden eine große Gruppe, die sich ein Zusammenleben mit anderen alten Menschen durchaus vorstellen kann, und eine viel kleinere Gruppe, die das rundweg ablehnt.“<sup>365</sup> Des Weiteren wird auch darauf hingewiesen, dass in Modellprogrammen zu prüfen ist, ob „ein Zusammenleben von vergleichsweise jungen (ehemals) Drogenabhängigen bzw. medikamentös stabilisierten Drogenkonsumenten und -konsumentinnen mit vergleichsweise alten,

<sup>361</sup>Hierbei darf nicht nur an „große“ Seniorenheime gedacht werden. Weitestgehend können die Argumente für und gegen diese Form der Unterbringung auch für das nicht ambulant Betreute Wohnen zutreffend sein.

<sup>362</sup>vgl. EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 22 - 23

<sup>363</sup>vgl. EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 23

<sup>364</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 187

<sup>365</sup>VOGT, I. U.A. 2010, S. 53

oft pflegebedürftigen Menschen realistisch ist (...)“<sup>366</sup>.

Mit *spezialisierten Seniorenheimen* gibt es eine weitere Unterbringungsmöglichkeit für alternde Drogenkonsumenten. Diese könnten durch ihre Spezialisierung auf typische Probleme von Drogenkonsumenten eine bessere Betreuung gewährleisten. Auch der Angst von Drogenkonsumenten, Ausschluss und Stigmatisierung innerhalb von Regelsenorenheimen zu erfahren,<sup>367 368</sup> könnte entgegengewirkt werden.<sup>369</sup> Außerdem scheint es „wahrscheinlich, dass das subjektive Wohlbefinden der Bewohner deutlich ansteigen würde, wenn sie unter 'ihres Gleichen' lebten und sich nicht permanent als Randgruppe ('der/die Drogenabhängige') innerhalb einer Randgruppe ('der/die Alte') fühlen müssten.“<sup>370</sup>

Durch eine Unterbringung in spezialisierten Einrichtungen dieser Art würden allerdings auch Integrationschancen verringert, da der Kontakt zu einem drogenfreien Umfeld Einschränkungen erfahren würde. Außerdem müsste sich eine solche Einrichtung mit dem Vorwurf der erhöhten Kriminalität und der Szenebildung in Einrichtungsnähe, so wie mit weiteren Interventionen des Umfeldes konfrontieren lassen. Und dies unabhängig davon, ob die ihr zugeschriebenen Verschlechterungen real oder subjektiv empfunden sind.<sup>371</sup> Ein weiteres Problem stellt der vergleichsweise geringe Bedarf für solche Einrichtungen im Vergleich zu Regelsenorenheimen dar. Während letztere flächendeckend benötigt werden, besteht nicht an jedem Ort ein ausreichender Bedarf an spezialisierten Seniorenheimen, so dass sich deren Errichtung (finanziell) nicht überall rechtfertigen lassen würde. Eine Nähe zum ursprünglichen Wohnort und des bekannten räumlichen und sozialen Umfeldes könnte so nicht gewährleistet werden.<sup>372</sup>

Einige Modellprojekte der spezialisierten Seniorenheime beziehungsweise der Betreuung solcher räumlich getrennten „Abteilungen“ in Regelsenorenheimen gibt es bereits.<sup>373</sup> In der wissenschaftlichen Literatur lassen sich aber aufgrund der erst kurzen Beschäftigungsdauer mit dieser Thematik keine verwertbaren Daten finden.

Die dritte Variante stellt das *ambulant Betreute Wohnen* für alternde Drogenkonsumenten dar. Der Grundsatz ambulant vor stationär gilt hier ebenso, wie er es bei noch nicht in die Jahre gekommenen Drogenkonsumenten tut. Die Gewährlei-

---

<sup>366</sup>VOGT, I. U.A. 2010, S. 53

<sup>367</sup>vgl. VOGT, I. U.A. 2010, S. 51

<sup>368</sup>Es ist allerdings auch eine Stigmatisierung nicht drogenkonsumierender Menschen durch Konsumenten illegaler Drogen zu beobachten. Nachweise hierfür finden sich beispielsweise in VOGT, I. U.A. 2010, S. 52

<sup>369</sup>vgl. EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 23 - 24

<sup>370</sup>EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 24

<sup>371</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 186 und EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 24

<sup>372</sup>vgl. EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 24

<sup>373</sup>vgl. SAGRUDNY, I. 2005, S. 2 und EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 24



stung größtmöglicher Autonomie durch den Erhalt von Wohnraum deckt sich nicht nur mit den Vorgaben des Gesetzgebers (§ 9(2) SGB XII), sondern auch mit den Zielen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit.<sup>374</sup> Die Betreuung lässt sich dabei in hohem Maß auf die individuellen Bedürfnisse des Drogenkonsumenten zuschneiden und weist daher große Vorteile für beide Seiten (Betreuende und Betreute) auf.<sup>375</sup> Selbstverständlich gibt es aber auch für diese Hilfeform Grenzen. Eine eventuell nachlassende Selbstständigkeit und somit eine Verringerung der eigenständigen Wohnfähigkeit macht ein regelmäßiges Überprüfen der Sinnhaftigkeit einer ambulanten Betreuung notwendig.<sup>376</sup> Weitere Einschränkungen erfährt das ambulant Betreute Wohnen durch den Mangel an seniorenrechtlichen Wohnungen, der in Deutschland herrscht. So hat sich der Wohnungsmarkt nach Wiesehügel nicht auf die demographische Entwicklung eingestellt. Zusätzlich erschweren sinkende Einkommen im Alter und steigende Ausgaben für Miete und Nebenkosten die Versorgung von alternden Menschen mit adäquatem Wohnraum.<sup>377</sup>

Wie sich zeigt, können alle drei Varianten nicht als Ideallösungen angesehen werden, sondern stellen lediglich Kompromisse dar, die weitergehend erprobt und ausgewertet werden müssen.<sup>378</sup> Die rechtlichen Grundlagen für die Unterbringung alternder Drogenkonsumenten gibt es zweifelsohne bereits. Sie unterscheiden sich dabei zwar nach individuellen Bedarfen und Zielen (beispielsweise Pflegebedürftigkeit, (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt und andere), und somit in der finanzierenden Institution, die Tatsache, dass es dabei keine einheitliche Regelung speziell für die Zielgruppe alternder Drogenkonsumenten gibt, darf die weitere Arbeit an (Modell-)Projekten aber nicht behindern.<sup>379</sup> Eine detaillierte Übersicht über die rechtlichen Rahmenbedingungen lässt sich mitunter bei Lenski und Wichelmann-Werth finden.<sup>380</sup>

Außer Frage steht dabei, dass der Vernetzung von Alten- und Drogenhilfe in der weiteren Entwicklung von zielgruppengerechten Hilfeangeboten eine große Bedeutung zukommen wird. Der *REITOX-Bericht 2009* bezeichnet diese Vernetzung als „wünschenswert, da Beschäftigte der Altenpflege in der Regel nicht auf besondere Bedürfnisse von Drogenabhängigen vorbereitet sind und Beschäftigte in der Drogenhilfe nicht auf die Bedürfnisse Älterer und Pflegebedürftiger“<sup>381</sup>. Der durch

---

<sup>374</sup>vgl. EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 26 - 27

<sup>375</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 187

<sup>376</sup>vgl. EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 27

<sup>377</sup>vgl. HESSISCHER RUNDFUNK HRSG. 2010

<sup>378</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 186

<sup>379</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 185

<sup>380</sup>vgl. LENSKI, R./WICHELMANN-WERTH, B. o.J.

<sup>381</sup>PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 188

einen Austausch entstehende Wissenstransfer könnte so die Kompetenzen der betroffenen Einrichtungen stärken,<sup>382</sup> was die Qualität in der Versorgung alternder Drogenkonsumenten gewiss steigern würde.

Dem aktuellen und zukünftigen Bedarf an Hilfeangeboten für alternde Drogenkonsumenten und der Tatsache, dass sich Hilfen im Alter als sehr vielversprechend erwiesen haben,<sup>383</sup> Rechnung tragend, findet dieses Thema gegenwärtig in der Wissenschaft zunehmend Beachtung. Als Beispiel kann hier das EU-Projekt *Senior Drug Dependents and Care Structures (SDDCARE)* genannt werden. Dieses hat sich folgende Ziele gesetzt:

1. „Erarbeitung von Grundlagenwissen zur Lebenssituation und zur gesundheitlichen Lage von älteren drogenabhängigen Männern und Frauen und ihrer objektiven und subjektiven Versorgungsbedürfnisse.
2. Erarbeitung von praxisrelevanten Konzepten und Richtlinien zur Implementierung von ambulanten und stationären Einrichtungen für diese Zielgruppe unter Berücksichtigung der Prinzipien von gender mainstreaming.
3. Veröffentlichung der Studienergebnisse.“<sup>384</sup>

Trotz dieser wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Thema der Wohnformen für alternde Drogenkonsumenten kann aktuell noch immer nicht von vorhandenen Konzepten zur (Re-)Integration gesprochen werden.<sup>385</sup> Erschwerend hinzu kommt die Tatsache, dass bereits bestehende Angebote für alternde Drogenkonsumenten unter diesen nahezu unbekannt sind und somit von der Zielgruppe nicht bedarfsgerecht genutzt werden können.<sup>386</sup> Dabei ist ein Handeln nicht nur aus sozialen Gesichtspunkten dringend erforderlich, es sprechen auch wirtschaftliche Faktoren für ein zeitnahes Tätigwerden. Die Untätigkeit der Vergangenheit wird sehr wahrscheinlich zukünftig erhöhte Kosten nach sich ziehen, die durch ein zeitnahes Reagieren nicht noch weiter anschwellen gelassen werden können.<sup>387</sup> Dabei liegt, wie Bossong bereits 2007 geschrieben hat, die Hauptursache für die derzeitige, nicht bedarfsgerechte Situation ist in der Tatsache begründet, dass die Politik für gewöhnlich nicht dazu neigt, „Entscheidungen zu treffen, ohne dass ein sichtbarer Handlungsdruck besteht.“<sup>388</sup> Zum gegenwärtigen Zeitpunkt erhöht sich dieser - auch durch die prohibitive Politik verursachte - Handlungsdruck zunehmend.<sup>389</sup>

---

<sup>382</sup>vgl. FLEISCHMANN, H. 1999, S. 178

<sup>383</sup>vgl. EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (EBDD) HRSG. 2008, S. 3

<sup>384</sup>SENIOR DRUG DEPENDENTS AND CARE STRUCTURES (SDDCARE) HRSG. 2008

<sup>385</sup>vgl. PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. 2009, S. 187

<sup>386</sup>vgl. VOGT, I. U.A. 2010, S. 45 - 46

<sup>387</sup>vgl. EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (EBDD) HRSG. 2008, S. 3

<sup>388</sup>BOSSONG, H. 2007, S. 19

<sup>389</sup>vgl. EBERT, K./STURM, S. 2006, S. 19 - 20

## 5.5 Zusammenfassung

Der demographische Wandel in unserer Gesellschaft, mit einem steigenden Anteil an älteren Menschen und einer gestiegenen Lebenserwartung, hat sich auch auf die Personengruppe der Drogenkonsumenten ausgewirkt. Durch die Abkehr vom Abstinenzparadigma, die Methoden der akzeptanzorientierten Drogenarbeit, Substitution und eine bessere medizinische Versorgung werden zunehmend auch die Konsumenten illegalisierter Drogen älter. Es ist absehbar, dass sich die Zahl der alternden Drogenkonsumenten zukünftig deutlich erhöhen wird, was eine zielgruppengerechte Versorgung immer notwendiger werden lässt. Sowohl langjährige Konsumenten, wie auch reaktive Konsumenten benötigen eine angemessene Versorgung und Betreuung.

Für die Betreuung dieser Menschen, die vornehmlich, aber im Einzelfall unterschiedlich intensiv, in den Bereichen Wohnen, Gesundheit, Pflege, Soziale Situation und Finanzen notwendig ist, kommen aktuell im Wesentlichen drei Typen in Frage: Die Unterbringung in Regelsenorenheimen, die Unterbringung in spezialisierten Seniorenheimen und das ambulant Betreute Wohnen für alternde Drogenkonsumenten. Alle drei Formen haben dabei ihre eigenen Vor- und Nachteile, bieten Chancen und bergen Risiken. Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik der Betreuung alternder Drogenkonsumenten findet erst seit kurzem statt, was dazu führt, dass es bisher keine flächendeckende und erfolgsversprechende Modelle gibt, sondern die Erprobung von Modellprojekten (noch) im Vordergrund steht. Die stattfindende wissenschaftliche und praktische Bearbeitung dieses Teilbereichs der Drogenhilfe und Altenpflege wird aufgrund des stetig steigenden Handlungsdrucks zukünftig vermehrt Berücksichtigung finden und zu einer zunehmenden Vernetzung von Altenpflege und Drogenhilfe führen (müssen).

## Zusammenfassung der Ergebnisse

Sozialer Ausschluss stellt ein gesamtgesellschaftliches Problem dar. Von diesem sind in besonderer Weise obdach- beziehungsweise wohnungslose Menschen und die Personengruppe der Konsumenten illegalisierter Drogen betroffen. Der Soziale Ausschluss bezieht sich dabei auf nahezu alle Bereiche des Lebens (unter anderem: Möglichkeit der Lohnarbeit, Vermögen, Eigentum, Mobilität, Ausbildung, Autonomie, Wissen, Intimität, Privatheit und Anerkennung) und wird im allgemein verbreiteten Verständnis als auf persönlichen Defiziten oder Verfehlungen basierend angesehen. Die zugrundeliegenden gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen werden in dem vorherrschenden Verständnis von Sozialem Ausschluss häufig nicht berücksichtigt, was zu der eben erwähnten Individualisierung von Problemlagen führt. Dabei hat Sozialer Ausschluss und die zunehmende Anbindung an die jeweilige Obdachlosen- und/oder Drogenszene deutliche Folgen. So nehmen Kontakte zu Bezugspersonen und Hilfeeinrichtungen außerhalb der jeweiligen Szene ab, es verfestigen sich szenetypische Verhaltensweisen und der gesundheitliche Zustand verschlechtert sich fortlaufend. All dies steht einer (Re-)Integration hinderlich entgegen.

Das in unserer Gesellschaft nicht mehrheitsfähige Verhalten, also der Konsum / die Abhängigkeit illegalisierter Drogen, kann eines der Ergebnisse Sozialen Ausschlusses sein, kann aber ebenso dessen Ursache darstellen. Dies ist umso bedenklicher, wenn man sich verdeutlicht, dass unsere Gesellschaft mit einer Vielzahl an stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten konfrontiert ist. Während diese Abhängigkeiten / Konsumformen teilweise gesellschaftlich akzeptiert und gefördert sind, wie sich an den Beispielen Alkohol und Tabak verdeutlichen lässt, werden Menschen an anderen Stellen in ihrer Autonomie begrenzt. Der Konsum illegalisierter Drogen als Ausdruck eines individuellen Lebensentwurfes wird in der Regel nicht akzeptiert und der Konsum dieser als per se schlecht definiert. Dabei stellen insbesondere Autonomie und individuelle Lebensgestaltung hohe Güter unserer Gesellschaft dar, die Konsumenten illegalisierter Drogen in weiten Teilen vorenthalten werden.

Selbstverständlich kann der Konsum illegalisierter Drogen auch eine Krankheit darstellen und weitere Krankheiten bedingen. Deshalb ist es von größter Bedeutung, diesen Konsumenten Hilfemaßnahmen anzubieten. Hierbei ist unbedingt der

Grundsatz der Freiwilligkeit zu wahren und das Unterstellen einer generellen Hilfebedürftigkeit zu unterlassen. Beides wurde durch das Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit weitestgehend erreicht, die sich darüber hinaus durch eine Orientierung am Klienten und gleichberechtigtes Arbeiten zwischen Klient und Mitarbeiter der Hilfeeinrichtung auszeichnet. Hierbei hat die akzeptanzorientierte Drogenarbeit durch die Zugrundelegung ihrer Zielhierarchie der Drogenhilfe<sup>390</sup> eine deutliche Verbesserung der Gesamtsituation der Konsumenten illegalisierter Drogen erreicht, auch wenn sie dabei nicht unumstritten war und ist.

Basierend auf der freiwilligen Wahrnehmung von Hilfemaßnahmen stehen den Konsumenten illegalisierter Drogen eine Vielzahl an unterschiedlichen Maßnahmen zur Rehabilitation zur Verfügung. Diese sind daher von so großer Bedeutung, da sie zum einen vielen Konsumenten illegalisierter Drogen als (temporäre) Wohnform dienen und zum anderen neben den gesundheitlichen und sozialen Verbesserungen auf ein möglichst selbstständiges Wohnen hinarbeiten. Nach einer anfangs streng abstinenzorientierten Ausrichtung der Rehabilitationsangebote hat in der Vergangenheit eine weite Ausdifferenzierung im Hinblick auf unterschiedliche Faktoren, wie beispielsweise Zielgruppen, Akzeptanz von Konsum und Form (ambulant, teilstationär, stationär), stattgefunden. Die dabei von Gesetzgeber und Kostenträger weitgehend linear betrachtete Therapiekette teilt sich in vier Phasen (Kontakt- und Motivationsphase, Entzugsphase, Entwöhnungsphase und Integrations- und Nachsorgephase), die aber auch als Teilschritte einer (Wieder-)Eingliederung gesehen werden müssen. Dabei ist zu beachten, dass Rehabilitationsmaßnahmen für gewöhnlich langwierige Prozesse darstellen, bei denen auch Rückfälle fester Bestandteil sind, dabei aber angemessen bearbeitet werden müssen. Die Tatsache, dass bei Rehabilitationsmaßnahmen längere Behandlungsdauern eine höhere Wahrscheinlichkeit zum Erreichen des jeweiligen Zieles versprechen, findet dabei allerdings zu wenig Berücksichtigung. Das Ziel der Rehabilitation ist im Regelfall die (Wieder-)Eingliederung in die Gesellschaft und in ein Beschäftigungsverhältnis. Als besonders wirksam hat sich hierbei die Substitution mit ihren unterschiedlichen Ausgestaltungsformen erwiesen, die im Zusammenspiel mit einer psychosozialen Betreuung zu einer gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung führt.

Trotz der zahlreichen unterschiedlichen Rehabilitationsmaßnahmen und der mit diesen einhergehenden Chancen auf eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung, lebt ein nicht geringer Teil der Konsumenten illegalisierter Drogen in Obdach- oder Wohnungslosigkeit. Dies zeugt davon, dass die bis heute im Bereich der Rehabilita-

---

<sup>390</sup>vgl. Kapitel 2.2 dieser Arbeit

tion auch dank der akzeptanzorientierten Drogenarbeit erreichten Verbesserungen nicht dazu führen, dass alle Konsumenten illegalisierter Drogen von ihnen erreicht werden können oder wollen. Die deutlichen Missstände im Bereich des Wohnens für Konsumenten illegalisierter Drogen zeigen sich der Gesellschaft teilweise relativ direkt, wie beispielsweise in der offenen Frankfurter Drogenszene, teilweise weniger deutlich in den Statistiken der Drogenhilfeeinrichtungen. Ein eklatanter Missstand ist hier allerdings unbestreitbar.

Die Formen des ambulant Betreuten Wohnens und des Betreuten Wohnens verfolgen in der Lösung dieser Problemlage die Ziele, ein eigenständige(re)s Wohnen zu ermöglichen, ungeklärte Wohnverhältnisse oder Obdachlosigkeit zu beseitigen, Selbsthilfe zu fördern und Verbesserungen in den Bereichen Gesundheit, Finanzen, Drogenkonsum und Justiz zu erreichen. Selbiges gilt auch in deutlich eingeschränkter Form für Notübernachtungseinrichtungen und die Form des Übergangswohnens. Durch eine Stabilisierung der gegenwärtigen Situation des Hilfesuchenden sollen weitere Hilfen ermöglicht werden. Auch hier ist ein frühes Ansetzen von Hilfen notwendig, was beispielsweise durch niedrigschwellige Angebote erreicht werden kann.

Die Bedeutung der Hilfen im Bereich des Wohnens lässt sich durch die in Kapitel 4.1 angeführten Prozentzahlen der in den jeweiligen Hilfeformen untergebrachten Menschen belegen. Die bereits bestehende Ausdifferenzierung in diesem Bereich ist dabei eine der Grundlagen des sichtbaren Erfolges, benötigt aber eine weitergehende Vertiefung. Die weitergehende Orientierung an der Zielgruppe führt hierbei zu größeren Erfolgen in der Hilfe für Konsumenten illegalisierter Drogen.

Zur Wahrung der Autonomie der Hilfesuchenden ist es unbedingt notwendig, ambulanten Hilfeformen so weit wie möglich Vorrang vor nicht ambulanten Formen der Hilfe zu gewähren.

Die Zielgruppen, die Objekte der Ausdifferenzierung sind, stellen dabei unterschiedliche Personengruppen dar. Es handelt sich bei ihnen beispielsweise um Substituierte, ehemals Konsumierende, schwangere Frauen, Paare oder Jugendliche. Eine Zielgruppe, die erst in der nahen Vergangenheit in den Fokus des Hilfesystems gerückt ist, ist die Gruppe der alternden Drogenkonsumenten. Auch unter den Konsumenten illegalisierter Drogen findet ein demographischer Wandel statt. So sind diese - hauptsächlich dank der Akzeptanzorientierung - im Durchschnitt älter geworden und haben eine höhere Lebenserwartung. Dass sich diese Tatsache in Zukunft noch „verschärfen“ wird, ist nicht nur zu vermuten, sondern in zahlreichen Studien bereits nachgewiesen. Die Zielgruppe der alternden Drogenkonsumenten wird also stark anwachsen und das noch fachliche Neuland der Wohnformen für

alternde Drogenabhängige wird weitergehend an Bedeutung gewinnen.

Zwar verbessert sich die Wohnsituation von Drogenkonsumenten statistisch gesehen mit zunehmendem Alter<sup>391</sup>, die gesundheitliche Belastung aber steigt und die soziale und finanzielle Situation verschlechtern sich. Dies ist auch, aber nicht ausschließlich, auf den doppelten Ausschluss (Ausschluss aus der Gesellschaft und aus der Drogenszene) zurückzuführen.

Um der Zielgruppe der alternden Drogenkonsumenten adäquat begegnen zu können, werden aktuell im Wesentlichen drei Modelle fokussiert: Die Unterbringung in Regelsenorenheimen, die Unterbringung in spezialisierten Seniorenheimen und das ambulant betreute Wohnen für alternde Drogenkonsumenten. Alle drei stellen dabei aber keine Ideallösung dar, sondern bedürfen einer weiteren wissenschaftlichen und praktischen Bearbeitung, wie sie beispielsweise in Modellprojekten erfolgen kann. Auch hier ist unbedingt auf den Vorrang ambulanter Maßnahmen zu achten.

Nachdem die einleitende Frage, ob es sich bei der Wahrnehmung einer schlechteren Wohnsituation älterer Drogenkonsumenten um ein subjektives Empfinden handelt, bereits nachgegangen wurde, bleiben die Aufgaben der Sozialen Arbeit zusammenfassend zu klären. Diese stellen sich vielschichtig dar und überschneiden sich in den unterschiedlichen Teilbereichen partiell. So muss die Soziale Arbeit auf eine Veränderung von gesellschaftlichen, sozialen und politischen Rahmenbedingungen hinarbeiten. Hier können unterschiedliche Ziele verfolgt werden. Eine breitere Akzeptanz von Drogenkonsum als Ausdruck einer individuellen Lebensgestaltung kann ebenso ein zu verfolgendes Ziel sein, wie es eine teilweise Legalisierung bisher illegalisierter psychotroper Substanzen darstellen kann. Die Ursachen und Folgen Sozialen Ausschlusses müssen aufgezeigt, kritisiert und weitestmöglich bearbeitet werden. Dabei müssen insbesondere Bedarfs- und Problemlagen veranschaulicht werden, ohne zu verheimlichen, dass die (akzeptanzorientierte) Drogenarbeit das Problem in Teilen kaschiert und somit Bestandteil ebendieser Probleme ist. Es muss erreicht werden, dass Konsumenten illegalisierter Drogen nicht mehr als Quell von Unordnung und Problemen angesehen werden, sondern, dass in diesem Kontext die Ursachen und Gründe für den Konsum bedacht werden.

Die weitergehende Verfolgung von Individuums- und Zielgruppenorientierung ist ebenso wie die psychosoziale Betreuung bereits Aufgabe der Sozialen Arbeit. Diese müssen fortlaufend Berücksichtigung finden. Hilfen der Sozialen Arbeit dürfen nicht nur in Form einer Feuerwehr, also dann, wenn das Problem bereits immanent ist, stattfinden. Eine Prävention mit dem Ziel des individuell kontrollierten und

---

<sup>391</sup>Dies bedeutet allerdings nicht, dass dies auch in Darmstadt und bei den Klienten des scentral der Fall ist. Hier liegen keine expliziten Erhebungen vor.

möglichst schadensfreien Konsums muss von der Sozialen Arbeit geleistet werden. Selbiges gilt für präventive Arbeit gegen Obdach- und Wohnungslosigkeit, so wie gegen Sozialen Ausschluss. Auch hier sind Veränderungen gesellschaftlicher, sozialer und politischer Rahmenbedingungen unabdingbar.

Eine weitere Aufgabe der Sozialen Arbeit ist ein Hinwirken auf verbesserte Konsumbedingungen in Haft. Das ohnehin schon hohe Infektionsrisiko intravenös konsumierender Menschen wird in Gefängnissen unnötig erhöht, was mit einer schweren Erkrankung möglicherweise einhergehende Resignationen (weitergehender, massiv schädigender Konsum) verursachen kann.

Um die Hilfen für Drogenkonsumenten zu verbessern, ist eine Vernetzung innerhalb des Hilfesystems zwischen Einrichtungen, Trägern und Fachbereichen unbedingt notwendig. Ein gegenseitiges Unterstützen und Vermitteln kann nur dem Wohl der Klienten dienen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der alternden Drogenkonsumenten, wo eine Vernetzung der Fähigkeiten von Alten- und Drogenhilfe stattfinden muss. Im Bereich der Hilfe für alternde Konsumenten illegalisierter Drogen muss die Soziale Arbeit auf zeitnahe Lösungen drängen, um das anstehende Problem nicht unnötig zu vergrößern. Hierbei kann und muss den Entscheidungsträgern in der Politik dargelegt werden, dass eine Untätigkeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt zwar aktuell kostengünstiger ist, zu einem späteren Zeitpunkt aber zu deutlich höheren Ausgaben führen wird.

Das zeitnahe Umsetzen von Hilfe kann hierbei aktuell auf regionaler Ebene erfolgen. Als Beispiel hierfür kann der in Darmstadt ansässige *Menetekel e.V. - Förderverein für akzeptierende Drogenhilfe und betreute Wohnformen* herangezogen werden. Auf regional begrenztem Raum sollen hier unter anderem betreute Wohnformen für alte und ältere Drogenabhängige geschaffen werden.<sup>392</sup> Die regionale Umsetzbarkeit solcher Projekte darf aber nicht zu einer Vernachlässigung der Arbeit an flächendeckenden Lösungen führen.

Öffentlichkeitsarbeit von Einrichtungen zur Steigerung ihrer Akzeptanz im Umfeld und ihrer Bekanntheit unter potenziellen Klienten stellt eine weitere Aufgabe der Sozialen Arbeit dar, die leider in der täglichen Praxis nur selten Berücksichtigung findet.

Die Aufgaben der Sozialen Arbeit erweisen sich als vielfältig und weit gefächert. Hierbei ist es aber immer wieder von Nöten, dass die individuellen Lebensentwürfe der Personen, die die Soziale Arbeit leisten, überprüft werden. Eigene Lebensentwürfe dürfen Klienten nicht aufgezwungen werden. Weder bewusst noch unbewusst. Die Soziale Arbeit muss für die Autonomie der Menschen, also in diesem

---

<sup>392</sup>vgl. MENETEKEL E.V. - FÖRDERVEREIN FÜR AKZEPTIERENDE DROGENHILFE UND BETREUTE WOHNFORMEN o.J.



Fall für die der Konsumenten illegalisierter Drogen, eintreten, dabei aber auch ihre eigenen Grenzen berücksichtigen. So wünschenswert beispielsweise eine Verbesserung der Lebenssituation für stark verletzte Drogenkonsumenten wäre, so schwer wiegt doch deren eigene Entscheidung zu diesem Lebensentwurf. Hier stößt die Soziale Arbeit im Bereich der Drogenhilfe an ihre größte Grenze. Und diese muss die Soziale Arbeit akzeptieren.

## Literaturverzeichnis

ALVES, E./EVERS, C. (2002). *Stationäre Langzeittherapie und Nachsorge*. In: BÖLLINGER, L./STÖVER, H., Hrsg.: *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik - Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen*. Frankfurt am Main, 5., vollständig überarbeitete Aufl.

ANHORN, R. (2008). *Zur Einleitung: Warum sozialer Ausschluss für Theorie und Praxis Sozialer Arbeit zum Thema werden muss*. In: ANHORN, R./BETTINGER, F./STEHR, J., Hrsg.: *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit - Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. Wiesbaden, 2. überarbeitete und erweiterte Aufl.

ANHORN, R./BETTINGER, F./STEHR, J. HRSG. (2008). *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit - Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. Wiesbaden, 2., überarbeitete und erweiterte Aufl.

BAG WOHNUNGSLOSENHILFE E.V. HRSG. (o.J.). *Schätzung der Zahl der Wohnungslosen und der von Wohnungslosigkeit Bedrohten*. <http://bag-wohnungsloshilfe.de/index2.html>, Abruf am 13.04.2010.

BASDEKIS-JOZSA, R. (2004). *Psychiatrische Komorbidität bei Suchterkrankungen*. In: KRAUSZ, M./HAASEN, C., Hrsg.: *Kompendium Sucht*. Stuttgart.

BERGMANN, R. (1999). *Soziale Angebote*. In: GÖLZ, J., Hrsg.: *Der drogenabhängige Patient - Handbuch der schadensmindernden Strategien*. München, 2., neubearbeitete Aufl.

BÖLLINGER, L./STÖVER, H. HRSG. (2002). *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik - Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen*. Frankfurt am Main, 5., vollständig überarbeitete Aufl.

BOSSONG, H. (1997). *Drogenhilfe in Deutschland - Ein Überblick*. In: BOSSONG, H./GÖLZ, J./STÖVER, H., Hrsg.: *Leitfaden Drogentherapie*. Frankfurt am Main u. New York.

BOSSONG, H. (2007). *Was tun mit alt gewordenen Drogenabhängigen? - Eine Herausforderung für vernetzte Hilfen*. Sozialmagazin, 6-2007.

BOSSONG, H./GÖLZ, J./STÖVER, H. HRSG. (1997). *Leitfaden Drogentherapie*. Frankfurt am Main u. New York.

BOSSONG, H./STÖVER, H. (1997). *Methadonbehandlung - ein Überblick*. In: BOSSONG, H./GÖLZ, J./STÖVER, H., Hrsg.: *Leitfaden Drogentherapie*. Frankfurt am Main u. New York.

BRENNER, R. (1990). *Ambulante Arbeit und Wohngruppenarbeit mit alleinstehenden Wohnungslosen*. In: JUNGBLODT, U., Hrsg.: *Suchtkranke am Rande: übersehen - vergessen- vernachlässigt*. Freiburg im Breisgau.

BRÜHL, A. HRSG. (2006). *SGB II, Grundsicherung für Arbeitsuchende*. München, 3. Aufl.

BÜRKLE, S. HRSG. (2004). *Nachsorge in der Suchthilfe*. Freiburg im Breisgau.

BRÖMER, H. (2007a). *Abhängigkeit*. In: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE, Hrsg.: *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Baden-Baden, 6. Aufl.

BRÖMER, H. (2007b). *Drogenabhängigkeit*. In: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE, Hrsg.: *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Baden-Baden, 6. Aufl.

BRÖMER, H. (2007c). *Sucht*. In: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE, Hrsg.: *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Baden-Baden, 6. Aufl.

BUNDESKRIMINALAMT (BKA) HRSG. (2010). *Rauschgift Jahreskurzlage 2009 - Daten zur Rauschgiftkriminalität in der Bundesrepublik Deutschland*. [http://www.bka.de/lageberichte/rg/2009/jahreskurzlage\\_rg2009.pdf](http://www.bka.de/lageberichte/rg/2009/jahreskurzlage_rg2009.pdf), Abruf am 11.04.2010.

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. (2009a). *Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG)*. [http://www.gesetze-im-internet.de/btmg\\_1981/BJNR106810981.html](http://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/BJNR106810981.html), Abruf am 16.04.2010.

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. (2009b). *Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) - Allgemeiner Teil*. [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_1/BJNR030150975.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_1/BJNR030150975.html), Abruf am 12.04.2010.

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. (2009c). *Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*. [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/BJNR104700001.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/BJNR104700001.html), Abruf am 12.04.2010.

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. (2009d). *Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung*. [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/BJNR024820988.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html), Abruf am 12.04.2010.

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. (2009e). *Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung*. [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_6/BJNR122610989.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_6/BJNR122610989.html), Abruf am 12.04.2010.

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. (2009f). *Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe*. [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_12/BJNR302300003.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/BJNR302300003.html), Abruf am 12.04.2010.

BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ HRSG. (2009g). *Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung - BtMVV)*. [http://www.gesetze-im-internet.de/btmvv\\_1998/BJNR008000998.html](http://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/BJNR008000998.html), Abruf am 16.04.2010.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT/DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG (2009). *Pressemitteilung - Durchbruch für die Behandlung von Schwerstopiatabhängigen*. [http://www.heroinstudie.de/dl/PM\\_Diamorphin\\_20090528.pdf](http://www.heroinstudie.de/dl/PM_Diamorphin_20090528.pdf), Abruf am 16.04.2010.

BUNDESVERBAND FÜR AKZEPTIERENDE DROGENARBEIT UND HUMANE DROGENPOLITIK (AKZEPT) E.V./DEUTSCHE AIDS-HILFE E.V. HRSG. (1999). *Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit*. [http://www.akzept.org/pdf/aktuel\\_pdf/akzept\\_LeitlinienNr.3.pdf](http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/akzept_LeitlinienNr.3.pdf), Abruf am 10.03.2010.

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) (o.J.). *Drogenlexikon - Psychotrop*. [http://www.drugcom.de/bot\\_drogenlex\\_](http://www.drugcom.de/bot_drogenlex_)

sub-16\_idx-101.html, Abruf am 06.04.2010.

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) HRSG. (2004). *Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland - Grundlagen und Konzeption*. Köln.

BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG (BPB) HRSG. (2006). *Bevölkerungswachstum*. <http://www.bpb.de/files/MUEY95.pdf>, Abruf am 18.04.2010.

BUSSE, A. (2002). *Wie kommt man an Hilfen und wer trägt die Kosten?*. In: BÖLLINGER, L./STÖVER, H., Hrsg.: *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik - Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen*. Frankfurt am Main, 5., vollständig überarbeitete Aufl.

CARITAS BODENSEE-OBERSCHWABEN HRSG. (2008). *Hilfen für Suchtkranke - Jahresbericht 2007*. [http://www.caritas-bodensee-oberschwaben.de/aspe\\_shared/form/download.asp?action=load&nr=193245&form\\_typ=115&acid=D56638EE08924326A1F57443B4CD1D7F12193A&ag\\_id=7926](http://www.caritas-bodensee-oberschwaben.de/aspe_shared/form/download.asp?action=load&nr=193245&form_typ=115&acid=D56638EE08924326A1F57443B4CD1D7F12193A&ag_id=7926), Abruf am 25.02.2010.

CARITASVERBAND FÜR STUTTGART E.V. HRSG. (o.J.). *Übergangswohnen Hackstraße*. <http://www.caritas-stuttgart.de/63924.html>, Abruf am 14.04.2010.

COIGNERAI-WEBER, C. (1982). *Lässt sich eine Drogenkarriere in ihrem Anfangsstadium unterbrechen?*. In: HECKMANN, W., Hrsg.: *Praxis der Drogentherapie - Von der Selbsthilfe zum Verbundsystem*. Weinheim u. Basel.

DEGKWITZ, P. (1999). *»Abhängigkeit« oder »selbstbestimmtes Individuum«? Anmerkungen zur Auseinandersetzung um des Verständnis von Drogenkonsum und -abhängigkeit*. In: STÖVER, H., Hrsg.: *Akzeptierende Drogenarbeit - Eine Zwischenbilanz*. Freiburg im Breisgau.

DEGKWITZ, P. (2002). *Drogenkonsum/-abhängigkeit als Lebensstil und/oder Krankheit*. In: BÖLLINGER, L./STÖVER, H., Hrsg.: *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik - Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen*. Frankfurt am Main, 5., vollständig überarbeitete Aufl.

DEUTSCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (DBDD) (2002). *Sozialer Ausschluss und Reintegration*.

[http://www.dbdd.de/images/publikationen/dbdd/Sonderkapitel/2002\\_sozialer\\_ausschluss\\_und\\_reintegration.pdf](http://www.dbdd.de/images/publikationen/dbdd/Sonderkapitel/2002_sozialer_ausschluss_und_reintegration.pdf), Abruf am 15.03.2010.

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (DHS) (2010). *Pressemitteilung: Suchtmittelkonsum bleibt stabil – auf extrem hohem Niveau!*. [http://www.dhs.de/makeit/cms/cms\\_upload/dhs/pmsuchtmittel.pdf](http://www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/pmsuchtmittel.pdf), Abruf am 07.04.2010.

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE HRSG. (2007). *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Baden-Baden, 6. Aufl.

DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (DIMDI) (2005). *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)*. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamt12006/gf10.htm>, Abruf am 12.04.2010.

DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG HRSG. (2008). *Drogen- und Suchtbericht Mai 2008*. Berlin.

DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG HRSG. (2009). *Drogen- und Suchtbericht Mai 2009*. Berlin.

EBERT, K./STURM, S. (2006). *»Alte Junkies«: Eine neue Herausforderung für die Drogenhilfe im Rahmen ambulant betreuten Wohnens?*. [http://www.indro-online.de/Ebert3\\_06.pdf](http://www.indro-online.de/Ebert3_06.pdf), Abruf am 19.04.2010.

EBNER, C. (2008). *Drogen-Hochburg Frankfurt im Wandel: Süchtige werden älter*. [http://sddcare.eu/images/PDF/wak\\_09072008.pdf](http://sddcare.eu/images/PDF/wak_09072008.pdf), Abruf am 18.03.2010.

EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (EBDD) HRSG. (2008). *Substanzkonsum im Alter - ein vernachlässigtes Problem*. Drogen im Blickpunkt, 1-2008.

EVERS, C./KURZ-LUND, G. (1999). *Akzeptierende Drogenarbeit und die Folgen für die stationäre Therapie*. In: STÖVER, H., Hrsg.: *Akzeptierende Drogenarbeit - Eine Zwischenbilanz*. Freiburg im Breisgau.

FACHVERBAND DROGEN UND RAUSCHMITTEL (FDR) HRSG. (1998). *Grenzgänge der Drogenarbeit: Hilfesysteme berühren sich - Dokumentation des 19.*

*BundesDrogenKongresses 1996 in Bremen.* Geesthacht.

FACHVERBANDES SUCHT E.V. (FVS) (2008). *Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS): »Die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen ist wirksam«.* [http://www.sucht.de/stellung/stat\\_drogen\\_reha.pdf](http://www.sucht.de/stellung/stat_drogen_reha.pdf), Ab-ruf am 16.04.2010.

FETT, A. HRSG. (1996). *Männer - Frauen - Süchte.* Freiburg im Breisgau.

FLEISCHMANN, H. (1999). *Suchtprobleme im Alter.* In: GASTPAR, M./MANN, K./ROMMELSPACHER, H., Hrsg.: *Lehrbuch der Suchterkrankungen.* Stuttgart und New York.

FOLLMANN, A./GERLACH, R. (2002). *Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger.* In: BÖLLINGER, L./STÖVER, H., Hrsg.: *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik - Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen.* Frankfurt am Main, 5., vollständig überarbeitete Aufl.

GALUSKE, M. (2007). *Methoden der Sozialen Arbeit - Eine Einführung.* Weinheim u. München, 7., ergänzte Aufl.

GASTPAR, M./MANN, K./ROMMELSPACHER, H. HRSG. (1999). *Lehrbuch der Suchterkrankungen.* Stuttgart und New York.

GEIGER, M. (2008). *Wohnungslosigkeit, sozialer Ausschluss und das Projekt der Integration.* In: ANHORN, R./BETTINGER, F./STEHR, J., Hrsg.: *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit - Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit.* Wiesbaden, 2. überarbeitete und erweiterte Aufl.

GERLACH, C. (2002). *Wohnen als Integrationshilfe für DrogengebraucherInnen.* In: BÖLLINGER, L./STÖVER, H., Hrsg.: *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik - Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen.* Frankfurt am Main, 5., vollständig überarbeitete Aufl.

GILLICH, S./NIESLONY F. (2000). *Armut und Wohnungslosigkeit - Grundlagen, Zusammenhänge und Erscheinungsformen.* Köln.

GÖLZ, J. (1999a). *Diagnostik und Therapie der somatischen Erkrankungen.* In: GÖLZ, J., Hrsg.: *Der drogenabhängige Patient - Handbuch der schadensmin-dernden Strategien.* München, 2., neubearbeitete Aufl.

GÖLZ, J. (1999b). *Methadonsubstitution in der Arztpraxis*. In: GÖLZ, J., Hrsg.: *Der drogenabhängige Patient - Handbuch der schadensmindernden Strategien*. München, 2., neubearbeitete Aufl.

GÖLZ, J. HRSG. (1999). *Der drogenabhängige Patient - Handbuch der schadensmindernden Strategien*. München, 2., neubearbeitete Aufl.

HECKMANN, W. HRSG. (1982). *Praxis der Drogentherapie - Von der Selbsthilfe zum Verbundsystem*. Weinheim u. Basel.

HEINEMANN, A./PÜSCHEL, K. (1999). *Drogenkonsum und Infektion im Strafvollzug*. In: KRAUSZ, M./RASCHKE, P., Hrsg.: *Drogen in der Metropole*. Freiburg im Breisgau.

HERMLE, G. (2004). *Ambulante Rehabilitation und Entwöhnungsbehandlung*. In: CARITAS BODENSEE-OBERSCHWABEN, Hrsg.: *Hilfen für Suchtkranke - Jahresbericht 2007*. Ravensburg.

HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HLS) HRSG. (2008a). *Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe Hessen (COMBASS) - Grunddaten*. Frankfurt am Main.

HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN (HLS) HRSG. (2008b). *Landesauswertung der Computergestützten Basisdokumentation der ambulanten Suchthilfe Hessen (COMBASS) - Spezialanalyse - Das Inanspruchnahmeverhalten der Klientel der Ambulanten Rehabilitation*. Frankfurt am Main.

HESSISCHER RUNDFUNK HRSG. (2010). *Demografischer Wandel - Altengerechte Wohnungen fehlen*. [http://www.hr-online.de/website/rubriken/nachrichten/indexhessen34938.jsp?rubrik=36082&key=standard\\_document\\_38939583](http://www.hr-online.de/website/rubriken/nachrichten/indexhessen34938.jsp?rubrik=36082&key=standard_document_38939583), Abruf am 13.03.2010.

INSTITUT WOHNEN UND UMWELT GMBH (IWU) HRSG. (2005). *Kooperative Vorgehensweisen zur Versorgung von Haushalten mit besonderen Zugangsproblemen zum Wohnungsmarkt - Abschlussbericht*. Darmstadt.

JACOB, J./STÖVER, H. (1999). *Drogenabhängigkeit und Strafvollzug*. In: GÖLZ, J., Hrsg.: *Der drogenabhängige Patient - Handbuch der schadensmindernden Strategien*. München, 2., neubearbeitete Aufl.



- JUNGBLODT, U. HRSG. (1990). *Suchtkranke am Rande: übersehen - vergessen - vernachlässigt*. Freiburg im Breisgau.
- KAHLERT, D. (1997). *Stationäre Drogentherapie*. In: BOSSONG, H./GÖLZ, J./STÖVER, H., Hrsg.: *Leitfaden Drogentherapie*. Frankfurt am Main u. New York.
- KALKE, J. U.A. (1997). *Die ambulante Abstinenzbehandlung Drogenabhängiger - unter besonderer Berücksichtigung der Hamburger Erfahrungen*. In: BOSSONG, H./GÖLZ, J./STÖVER, H., Hrsg.: *Leitfaden Drogentherapie*. Frankfurt am Main u. New York.
- KLEINEMEIER, E. (2004). *Ziele der Suchttherapie*. In: KRAUSZ, M./HAASEN, C., Hrsg.: *Kompendium Sucht*. Stuttgart.
- KRAUSZ, M./HAASEN, C. HRSG. (2004). *Kompendium Sucht*. Stuttgart.
- KRAUSZ, M./RASCHKE, P. HRSG. (1999). *Drogen in der Metropole*. Freiburg im Breisgau.
- KRONAUER, M. (2008). *Ausgrenzung und physisch-sozialer Raum*. In: ANHORN, R./BETTINGER, F./STEHR, J., Hrsg.: *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit - Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. Wiesbaden, 2. überarbeitete und erweiterte Aufl.
- KUHLMANN, T. (1999). *Betreutes Wohnen für Suchtpatienten - Integration stationärer und ambulanter Sucht- und Drogenhilfe*. SuchtReport, 2-1999.
- LANGE, D. (2010). *Jahresbericht scentral 2009*. Darmstadt.
- LEHMANN, K. (1999). *Versorgungssysteme der Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik. Beschreibung und Empfehlung zur sozialrechtlichen Weiterentwicklung*. In: GASTPAR, M./MANN, K./ROMMELSPACHER, H., Hrsg.: *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart und New York.
- LENSKI, R./WICHELMANN-WERTH, B. (o.J.). *Rechtliche und Finanzielle Rahmenbedingungen der Versorgung Älterer Drogenabhängiger in Deutschland*. <http://www.sddcare.eu/images/PDF/frameworkgermany.pdf>, Abruf am 07.04.2010.

LUTZ, R. (2008). *ZPE-Fachtagung: »Wie betreut man Wohnen? – Perspektiven der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen im Alltag«*. [http://www.uni-siegen.de/zpe/veranstaltungen/aktuelle/betreuteswohnen/r\\_lutz\\_ankuendigung\\_forum\\_3\\_textfassung.pdf](http://www.uni-siegen.de/zpe/veranstaltungen/aktuelle/betreuteswohnen/r_lutz_ankuendigung_forum_3_textfassung.pdf), Abruf am 07.04.2010.

MARZANI, M./LANGE, D. (2009). *scentral - Umfrage 2009*. <http://dw-darmstadt.de/arbeitsbereiche/drogenhilfe/drogenhilfe-aktuelles/img/scentral-umfrage-2009.pdf>, Abruf am 14.04.2010.

MENETEKEL E.V. - FÖRDERVEREIN FÜR AKZEPTIERENDE DROGENHILFE UND BETREUTE WOHNFORMEN (o.J.). *Menetekel plant*. <http://www.menetekel-ev.de/>, Abruf am 12.05.2010.

MESSER, J. (2004). *Rückfall, Beigebrauch oder Reduktion des Drogenkonsums - Die neue Bandbreite des Betreuten Wohnens und der stationären Nachsorge*. In: BÜRKLE, S., Hrsg.: *Nachsorge in der Suchthilfe*. Freiburg im Breisgau.

MICHELS, I. (2002). *Heroingestützte Behandlung*. In: BÖLLINGER, L./STÖVER, H., Hrsg.: *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik - Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen*. Frankfurt am Main, 5., vollständig überarbeitete Aufl.

MÖLLER, I./OLIVA, H./SCHMID, R. (1993). *Modellprogramm Ambulante Ganztagsbetreuung Drogenabhängiger - Abschlußbericht*. Baden-Baden.

MÜLLER, O./WERSE, B./BERNARD, C. (2009). *MoSyD Szenestudie - Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main 2008*. [http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/download/MoSyD\\_Szenestudie\\_2008.pdf](http://www.uni-frankfurt.de/fb/fb04/forschung/cdr/download/MoSyD_Szenestudie_2008.pdf), Abruf am 14.04.2010.

NIKA, E./BRIKEN, P. (2004). *Suchtbehandlung unter besonderen Bedingungen*. In: KRAUSZ, M./HAASEN, C., Hrsg.: *Kompendium Sucht*. Stuttgart.

NOWACK, I. (1999). *Hinweise zur Sozialhilfe*. In: GÖLZ, J., Hrsg.: *Der drogenabhängige Patient - Handbuch der schadensmindernden Strategien*. München, 2., neubearbeitete Aufl.

PAPE-HOSSMANN, K./KALKE, J. (2002). *Ambulante Rehabilitation für Drogenabhängige*. In: BÖLLINGER, L./STÖVER, H., Hrsg.: *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik - Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen*. Frankfurt am Main, 5., vollständig überarbeitete Aufl.

PAPENBROCK, F. (2004). *Nachsorge in der Suchthilfe - ein Gesamtüberblick*. In: BÜRKLE, S., Hrsg.: *Nachsorge in der Suchthilfe*. Freiburg im Breisgau.

PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. (2007). *Bericht 2007 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD - DEUTSCHLAND - Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen - Drogensituation 2006/2007*. [http://www.dbdd.de/images/publikationen/dbdd/reitox\\_2007\\_final\\_ger.pdf](http://www.dbdd.de/images/publikationen/dbdd/reitox_2007_final_ger.pdf), Abruf am 17.03.2010.

PFEIFFER-GERSCHEL, T. U.A. (2009). *Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD - DEUTSCHLAND - Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen - Drogensituation 2008/2009*. [http://www.dbdd.de/images/publikationen/dbdd/germany\\_reitox\\_report\\_2009\\_ger.pdf](http://www.dbdd.de/images/publikationen/dbdd/germany_reitox_report_2009_ger.pdf), Abruf am 16.03.2010.

PFINGSTEN, K. (1997). *Frauen zwischen Autonomie und Abhängigkeit - Zum Verhältnis feministischer und akzeptanzorientierter Konzepte in der Drogenhilfe*. Berlin.

POLIZEIPRÄSIDIUM KÖLN (2008). *POL-K: 080108-3-K Jugendliche attackierten Obdachlose - Opfer bisher unbekannt - Zeugen gesucht*. [http://www.presseportal.de/polizeipresse/pm/12415/1113746/polizei\\_koeln](http://www.presseportal.de/polizeipresse/pm/12415/1113746/polizei_koeln), Abruf am 20.03.2010.

RASCHKE, M./KALKE, J. (1999). *Metropolen im Zentrum der Drogenpolitik*. In: KRAUSZ, M./RASCHKE, P., Hrsg.: *Drogen in der Metropole*. Freiburg im Breisgau.

RASCHKE, P./VERTHEIM, U./KALKE, J. (1996). *Ambulante Abstinenztherapie mit Drogenabhängigen*. Freiburg im Breisgau.

SAGRUDNY, I. (2005). *Junkie - Senioren / Senioren - Junkies oder auch einfach: Wir im Alter*. <http://www.trio-media.de/jesnrw/aktuell/altjunkies.pdf>, Abruf am 06.04.2010.

SCHABDACH, M. (2009). *Soziale Konstruktionen des Drogenkonsums und Soziale Arbeit - Historische Dimensionen und aktuelle Entwicklungen*. Wiesbaden.

SCHEFFLER, S. (1996). *Typisch männlich - typisch weiblich?: Geschlechterdifferenz und Sozialtherapie - Vom Umgang mit einer sozialen Ordnungskategorie*. In: FETT, A., Hrsg.: *Männer - Frauen - Süchte*. Freiburg im Breisgau.

SCHLICHTE, G. (2006). *Basiswissen: Betreutes Wohnen - Hilfen zur Alltagsbewältigung*. Bonn.

SCHMIDT, B./ALTE-TEIGELER, A./HURRELMANN, K. (1999). *Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmißbrauch*. In: GASTPAR, M./MANN, K./ROMMELSPACHER, H., Hrsg.: *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart und New York.

SCHMIEDER, A./LAGNARO, A. HRSG. (2001). *Deregulierung der Sucht*. Münster.

SCHMUTZLER, D. (1998). *Betreutes Wohnen für Substituierte*. In: FACHVERBAND DROGEN UND RAUSCHMITTEL (FDR), Hrsg.: *Grenzgänge der Drogenarbeit: Hilfesysteme berühren sich - Dokumentation des 19. BundesDrogenKongresses 1996 in Bremen*. Geesthacht.

SENIOR DRUG DEPENDENTS AND CARE STRUCTURES (SDDCARE) HRSG. (2008). *Einleitung*. <http://sddcare.eu/index.php>, Abruf am 13.03.2010.

SIMMEDINGER, R./VOGT, I. (2009). *Auswertung der Frankfurter Konsumraumdokumentation 2008*. [http://www.fh-frankfurt.de/de/.media/isff/downloads/vogt\\_sim\\_kr\\_gesamt\\_2008.pdf](http://www.fh-frankfurt.de/de/.media/isff/downloads/vogt_sim_kr_gesamt_2008.pdf), Abruf am 05.04.2010.

STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER HRSG. (2007). *Demografischer Wandel in Deutschland - Heft 1 - Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern*. <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021430>, Abruf am 18.04.2010.

STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER HRSG. (2008). *Demografischer Wandel in Deutschland - Heft 2 - Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Län-*

dern. <https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1021808>, Abruf am 18.04.2010.

STÄHLER, T. (2007). *Rehabilitation*. In: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE, Hrsg.: *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Baden-Baden, 6. Aufl.

STIEHR, K. (2006). *Vortrag: Was machen eigentlich ... alt gewordene Suchtkranke?*. <http://fdr-online.info/media/BundesDrogenKongress/29.BundesDrogenKongress/S209Stiehr.pdf>, Abruf am 19.04.2010.

STÖVER, H. (1994). *Drogenfreigabe - Plädoyer für eine integrative Drogenpolitik*. Freiburg im Breisgau.

STÖVER, H. (1997). *Akzeptanz und »harm-reduction« - Ansätze in der Suchtkrankenhilfe*. In: BOSSONG, H./GÖLZ, J./STÖVER, H., Hrsg.: *Leitfaden Drogentherapie*. Frankfurt am Main u. New York.

STÖVER, H. (1999). *Akzeptierende Drogenarbeit - Rückblick und Perspektiven*. In: STÖVER, H., Hrsg.: *Akzeptierende Drogenarbeit - Eine Zwischenbilanz*. Freiburg im Breisgau.

STÖVER, H. (2008). *Sozialer Ausschluss, Drogenpolitik und Drogenarbeit - Bedingungen und Möglichkeiten akzeptanz- und integrationsorientierter Strategien*. In: ANHORN, R./BETTINGER, F./STIEHR, J., Hrsg.: *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit - Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. Wiesbaden, 2. überarbeitete und erweiterte Aufl.

STÖVER, H. HRSG. (1999). *Akzeptierende Drogenarbeit - Eine Zwischenbilanz*. Freiburg im Breisgau.

STÖVER, HEINO (1999). *Ziele - 3. Differenziertes Suchtverständnis*. <http://www.akzept.org/ziele.html>, Abruf am 19.04.2010.

SUBKOWSKI, P. (2001). *Die Grenzen des Heilens bei Suchtkrankheiten*. In: SCHMIEDER, A./LAGNARO, A., Hrsg.: *Deregulierung der Sucht*. Münster.

VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. (2001). *Vereinbarung »Abhängigkeitserkrankungen«*. [http://www.suchthilfe.de/basis/vereinb\\_abhaengigkeitserkr5-2001.pdf](http://www.suchthilfe.de/basis/vereinb_abhaengigkeitserkr5-2001.pdf), Abruf am 01.04.2010.

VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER U.A. HRSG. (2009). *Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008*. [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn\\_7112/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01\\_\\_sozialmedizin\\_\\_forschung/05\\_\\_konzepte\\_\\_systemfragen/dateianhaenge/gem\\_\\_rahmenkonzept\\_\\_amb\\_\\_reha\\_\\_abhaengigkeitskranker,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gem\\_rahmenkonzept\\_amb\\_reha\\_abhaengigkeitskranker](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_7112/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/05__konzepte__systemfragen/dateianhaenge/gem__rahmenkonzept__amb__reha__abhaengigkeitskranker,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gem_rahmenkonzept_amb_reha_abhaengigkeitskranker), Abruf am 11.04.2010.

VEREIN ARBEITS- UND ERZIEHUNGSHILFE E.V (VAE) HRSG. (2009). *Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs, 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für das Berichtsjahr 2008 für die Fachklinik für Drogenentzug Waldsolms*. <http://drogenentzug.net/PDF/QB008.pdf>, Abruf am 13.04.2010.

VITOS RIEDSTADT GEMEINNÜTZIGE GMBH, EHEMALS ZENTRUM FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE PHILIPPSHOSPITAL GEMEINNÜTZIGE GMBH HRSG. (2009). *Abhängigkeitserkrankungen*. <http://www.zspphilippshospital.de/medizinische-abteilungen/abhaengigkeitserkrankungen.html>, Abruf am 13.04.2010.

VOGT, I. (2008a). *Abhängigkeit von illegalen Drogen im Alter*. Weggefährte, 6-2008.

VOGT, I. (2008b). *Fachtagung ÜberLEBEN in Drogenszenen (Nürnberg 17. - 19.11.2008): Alter schützt vor Drogen nicht - Zur Lebenssituation von älteren Drogenabhängigen*. [http://www.sddcare.eu/images/PDF/praesentation\\_nuernberg.pdf](http://www.sddcare.eu/images/PDF/praesentation_nuernberg.pdf), Abruf am 08.04.2010.

VOGT, I. U.A. (2010). *Qualitative Interviews mit älteren Drogenabhängigen über ihre Lebenssituation und ihre Zukunftsvorstellungen*. <http://sddcare.eu/images/PDF/client.de.pdf>, Abruf am 05.05.2010.

VOGT, I./SIMMEDINGER, R./KUPLEWATZKY, N. (2009). *SDDCARE - Re-Analysis of selected German national and local data*. <http://sddcare.eu/images/PDF/datagermany.pdf>, Abruf am 26.02.2010.

WAGNER, M. (2007). *Soziale Ausgrenzung*. In: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖF-

FÖRMLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE, Hrsg.: *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. Baden-Baden, 6. Aufl.

WOLSTEIN, J. (1999). *Probleme in der Schwangerschaft und im Säuglingsalter*. In: GASTPAR, M./MANN, K./ROMMELSPACHER, H., Hrsg.: *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart und New York.

ZENKER, C./ZENKER, H. (1999). *Defizite medizinischer Versorgung von Drogenabhängigen*. In: GÖLZ, J., Hrsg.: *Der drogenabhängige Patient - Handbuch der schadensmindernden Strategien*. München, 2., neubearbeitete Aufl.

## **Persönliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich diese Arbeit ohne fremde Hilfe angefertigt habe und mich anderer als der von mir angegebenen Schriften und Hilfsmittel nicht bedient habe.

Frankfurt am Main, den 20. Mai 2010

Thomas Weyh