



Textdokumentation

zur Veröffentlichung im Internet

über die öffentliche Anhörung

in der 58. Sitzung des

Ausschusses für Arbeit und Soziales

am 4. November 2015

in Magdeburg, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. Crystal Meth-Konsum bekämpfen

Beschluss des Landtages - **Drs. 6/3614**

Beschlussrealisierung Landesregierung - **Drs. 6/3750**

Anhörung

Tagesklinik an der Sternbrücke, Dr. Kielstein GmbH 5

Landesstelle für Suchtfragen 9

Arbeiterwohlfahrt, Erziehungshilfe Halle gGmbH,
Suchtberatung 12

Der Paritätische, drobs Jugend- und Drogenberatungs-
stelle Halle (Saale) 21

Therapiehof Sotterhausen	24
Landeskriminalamt Sachsen-Anhalt	27
Salus gGmbH	34
Frau Stark, Streetworkerin Dessau-Roßlau	36
2. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung von Vorschriften über die Behandlung psychisch Kranker und Schutzmaßnahmen	
Gesetzentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drs. 6/4193	
Berichterstattung durch die Landesregierung und Beratung	43

Anwesende:

Ausschussmitglieder:

Abg. Frau Zoschke, Vorsitzende	DIE LINKE
Abg. Frau Gorr	CDU
Abg. Herr Jantos	CDU
Abg. Herr Krause (Zerbst) (zeitw. vertr. durch Abg. Frau Schiergott)	CDU
Abg. Herr Rotter	CDU
Abg. Herr Schwenke	CDU
Abg. Frau Dirlich	DIE LINKE
Abg. Frau Görke	DIE LINKE
Abg. Frau Hohmann	DIE LINKE
Abg. Frau Grimm-Benne	SPD
Abg. Frau Dr. Späthe	SPD
Abg. Herr Steppuhn	SPD
Abg. Frau Lüddemann	GRÜNE

Ferner nimmt Abg. Herr Scheurell (CDU) an der Sitzung teil.

Von der Landesregierung:

vom Ministerium für Arbeit und Soziales:

Staatssekretärin Frau Naumann

Textdokumentation:

Stenografischer Dienst

Vorsitzende Frau Zoschke eröffnet die Sitzung um 9.30 Uhr.

Zu Punkt 1 der Tagesordnung:

Crystal Meth-Konsum bekämpfen

Beschluss des Landtages - **Drs. 6/3614**

Beschlussrealisierung Landesregierung - **Drs. 6/3750**

Der Beschluss wurde vom Landtag in der 78. Sitzung am 14. November 2014 gefasst. Darin ist unter anderem festgehalten, dass der Ausschuss für Arbeit und Soziales unter seiner Federführung eine Anhörung durchführen soll. Dementsprechend haben sich die Obleute der Fraktionen in ihrer Besprechung am 26. März 2015 auf den heutigen Termin für die Anhörung verständigt. Eingeladen zur Anhörung wurden neben den von den Fraktionen vorgeschlagenen Vertretern auch die mitberatenden Ausschüsse für Inneres und Sport, für Recht, Verfassung und Gleichstellung sowie für Bildung und Kultur.

Anhörung der Tagesklinik an der Sternbrücke, Dr. Kielstein GmbH

Herr Dr. Kielstein: Es geht heute um das Thema Crystal Meth. Ich werde über unsere Erfahrungen hier in Magdeburg berichten. Zu meinem beruflichen Hintergrund: Ich leite ein medizinisches Versorgungszentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin mit drei Ärzten. Das ist mit 35 Therapieplätzen die größte Akutsuchttagesklinik in Deutschland. Wir haben natürlich einen sehr starken Druck von der Straße. Die Menschen kommen einfach mit Überweisungen zu uns. Deswegen hat es doch einen gewissen Realitätswert, was wir erfahren.

Ich komme gleich auf die Problematik von Crystal Meth zu sprechen. Die kurzfristige Wirkung besteht darin, dass man ein starkes Glücksgefühl hat. Es ist beim ersten Mal manchmal wie ein Knall: Leistungssteigerung, die Ängste sind wie weggeblasen, man ist motiviert, energisch, gesteigertes sexuelles Verlangen, kein Schlafbedürfnis. Die Droge gibt Wärme. Das sind also ganz tolle Eigenschaften. Langfristig fliegt man wie ein Geist durch die Welt. Die Umgebung wird wie hinter einem Grauschleier wahrgenommen.

Das rasche Einsetzen der Abhängigkeit ist ein wichtiger Punkt. Bereits nach zwei- bis dreimaligem Konsum oder vielleicht zwei bis drei Monaten kann man schon nicht mehr davon loskommen; manchmal dauert es auch ein halbes Jahr. Manche nehmen Crystal Meth nur am Wochenende oder punktuell zur Leistungssteigerung und später vielleicht eine ganze Woche lang. Aber es wird immer kontinuierlicher.

Die körperlichen Folgeerscheinungen fallen am Anfang nicht ins Auge: Gewichtsverlust, Verlust der zwischenmenschlichen Gefühle, Nachlassen des Gedächtnisses und Verfolgungswahn. Die Symptome, die wir aus der Zeitung kennen - die Pickel, die ver-

fallenen Gebisse usw. -, sehen wir am Anfang überhaupt nicht. Die Leute kommen vor allem zu uns, weil sie Angst vor dem Gewichtsverlust und vor dem Verfolgungswahn haben. Deswegen suchen sie niedrigschwellige Angebote. Wenn es einen Psychiater gibt, der sich mit Sucht befasst, dann gehen sie dorthin. Später treten dann die Symptome auf, die Sie aus der Zeitung kennen: Drogen, Pickel, Haarausfall, eingefallene Gesichter, Zahnschäden und mangelhafte Körperhygiene.

Wenn die Menschen aufhören, Crystal Meth zu konsumieren, geht das ganz schnell wieder zurück. Es kommt wieder Farbe ins Bild, die Blumen riechen, die Vögel zwitschern, der Magen knurrt wieder. Man nimmt sich und die Welt wieder wahr, und zwar schon nach 14 Tage Abstinenz. Natürlich nicht vollständig, aber es fängt wieder an.

Wie erkenne ich Leute mit Crystal-Konsum im normalen Leben, also außerhalb der Partyszene? - Es gibt folgende Symptome: Vermeidung von Blickkontakt, Rückzug, launisch-aggressive Stimmung. Das ist auch bei Cannabis-Konsumenten sehr stark der Fall, wenn kein Cannabis mehr da ist. Außerdem sind sie zappelig. Das fällt vielleicht am meisten auf. Sie zappeln immer herum und kommen einfach nicht zur Ruhe. Wenn die Crystal-Patienten plötzlich nicht mehr hibbelig sind, dann wissen wir, sie haben wieder etwas genommen. Oft sind die Konsumenten depressiv, haben einen starren Blick, weite Pupillen. Später folgt dann der körperliche Abbau.

Es ist eine dramatische Zunahme der Fälle festzustellen: 2009 hatten wir nur einen Fall, in 2012 waren es schon neun und in 2014 dann 95. Das Jahr 2015 ist noch nicht ausgewertet.

Inzwischen ist es so, dass Crystal bei den sogenannten Mischkonsumenten - das sind diejenigen, die Cannabis, Kokain und „Chemie“ nehmen - einfach dazugehört und immer größere Dominanz erhält. Es ist heute also kein Ausnahmephänomen mehr, sondern wir müssen uns täglich damit auseinandersetzen.

Ich habe eine Statistik zu den Suchtpatienten erstellt. Wir haben in unserer Doppelleinrichtung 1 154 Patienten pro Jahr. Das ist eine recht hohe Zahl. Davon sind 692 alkoholabhängig und 391 drogenabhängig. Die Botschaft lautet: Inzwischen kommen zumindest bei uns auf zehn Alkoholiker 5,7 Drogenabhängige. Die Alkoholabhängigen gab es auch schon vor der Wende ungefähr in dieser Größenordnung. Die 5,7 Drogenabhängigen sind ein echter „Wendezugewinn“. Das heißt, es findet eine dramatische Entwicklung bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen statt, die keine Ausbildung haben, die körperlich und geistig immer mehr verfallen. Diese Menschen waren ursprünglich psychisch und körperlich ganz normal ausgestattet, sind aber durch die Drogen in diesen Zustand gekommen.

Die von Cannabis, Kokain und Crystal Meth Abhängigen habe ich als Mischkonsumenten zusammengefasst. Das kommt am häufigsten vor. Die Behandlungsstrategien sind

für die Opiatabhängigen entwickelt worden. Die Substitution ist also weit verbreitet. Im ambulanten Bereich gibt es außerhalb der Beratungsstellen nur wenige Auseinandersetzungen mit den Mischkonsumenten. Aber da die Mischkonsumenten meistens psychologische Probleme haben, ist es erforderlich, dass sich ambulante Mediziner um diese Patienten kümmern.

Die Spielsucht hat zugenommen: 34 Fälle gegenüber vorher nur wenigen Fällen. Die Essstörungen sind auf einem mittleren Niveau stehen geblieben. Dort ist die Entwicklung nicht so dramatisch.

Wenn ich in die Zeitung gucke, dann lese ich immer: „Crystal nimmt zu. Wir wissen nicht, was wir machen sollen.“ Ich finde, wenn man sich damit auseinandersetzt, kann man eine Menge machen. Eine Stichprobe bei 54 Crystal-Abhängigen - es waren etwas mehr Frauen als Männer - hat ergeben, dass die Hälfte fast ausschließlich Crystal nimmt. Die anderen sind Mischkonsumenten. Von diesen 54 Personen haben immerhin zwölf zu Hause kalt entgiftet, weil sie ein Kind bekommen haben oder aus irgendwelchen anderen persönlichen Gründen. Bei 38 Personen haben wir mit unserem Programm ambulante Entgiftungen durchgeführt. Sie haben zehn Tage lang jeden Tag Gruppentherapie. Bei den Drogenabhängigen können es vielleicht auch einmal 14 Tage oder drei Wochen sein. Wir setzen auch Medikamente zur Unterstützung oder zur Dämpfung der Entzugserscheinungen in diesem Programm ein, das wir bei Alkoholikern fahren. Damit kommen wir bei einem Großteil der Drogenabhängigen ganz gut klar. Bei drei von ihnen haben wir eine stationäre Entgiftung durchgeführt.

Wenn man die Überfüllung der Krankenhäuser vermeiden will, muss man solche Strategien fahren. Aber dann muss man auch Ärzte haben, die das machen. Viele Ärzte machen es aber eben auch nicht.

Oft wird gesagt, dass viele die ambulante Entgiftung ohnehin abbrechen. Bei uns haben immerhin 71 % die Entgiftung nach zwei bis drei Wochen planmäßig abgeschlossen. 29 % haben nach ein bis drei Kontakten die Entgiftung abgebrochen. Bei dieser Klientel ist das jedoch nicht ungewöhnlich. Dann gibt es immer noch die Möglichkeit der stationären Entgiftung. Die Menschen, die etwas länger dabei sind, schließen die ambulante Entgiftung meistens auch ab.

Das Problem ist weniger die Entgiftung als die Aufrechterhaltung der Abstinenz. Ich will Ihnen auch erklären, woran das liegt. Die körperliche Abhängigkeit, also der unbedingte körperliche Zwang, die Droge weiter zu nehmen, ist nicht so stark ausgeprägt wie bei Heroin. Allerdings ist die seelische Abhängigkeit ausgesprochen stark. Das ist das Problem. Die Menschen sind entgiftet, aber beim nächsten Stress wissen sie nicht, wie es weitergeht, und dann nehmen sie wieder Crystal. Das Hauptproblem besteht also darin, die Menschen über einen Zeitraum von einem Jahr nicht wieder rückfällig werden zu lassen. Das kann allerdings keine stationäre Behandlung leisten, ebenso wenig

eine Tagesklinik. Das können nur die Beratungsstellen oder der Arzt machen, der solche Leute langfristig führt. Neben dem Suchthilfesystem werden auch Psychiater benötigt, weil es jede Menge psychotische, also schizophrenieähnliche Bilder gibt.

In der Tagesklinik befinden sich diese Menschen über einen Zeitraum von sechs Wochen. Immerhin haben 25 diesen Aufenthalt planmäßig beendet. Zwei weitere waren ebenfalls in der Tagesklinik, zwei haben abgebrochen. Ein Großteil konnte in eine ambulante, weiterführende Gruppentherapie vermittelt werden, und sechs sind in die Rehabilitation vermittelt worden.

Ich habe gerade gestern eine Patientin gesehen, die seit einem dreiviertel Jahr clean ist und die allein mit diesen ambulanten Möglichkeiten, mit Nachbetreuung, Psychosebehandlung usw., stabil geblieben ist. Wir müssen also weitere Ressourcen erschließen, vor allen Dingen in der ambulanten Psychiatrie.

Fazit: Der Konsum von Crystal Meth hat dramatisch zugenommen. Crystal Meth gehört zum Standard bei den Mischkonsumenten. Wer früher Cannabis nahm, nimmt heute zu einem großen Teil auch Crystal Meth. Crystal Meth wird in 43 % der Fälle fast ausschließlich konsumiert. Crystal Meth verursacht dosisabhängig sehr oft paranoide Psychosen und Verfolgungswahn. Man muss aufpassen, dass die Menschen nicht in einen falschen Kanal kommen und laufend als Schizophrene behandelt werden. Meistens handelt es sich um eine durch Drogen ausgelöste Psychose, die nach einer entsprechenden Abstinenzzeit und manchmal auch nach medikamentöser Behandlung abklingt. Wenn der Patient clean bleibt, dann kommt auch die Psychose nicht wieder. Crystal Meth macht seelisch extrem abhängig, während die körperliche Abhängigkeit nicht so stark ausgeprägt ist. Deswegen kann man einen Großteil der Abhängigen ambulant entgiften.

Die Abhängigen kommen aus Angst vor dem Gewichtsverlust und wegen der Wahrscheinungen relativ früh in niedrigschwellig erreichbare Einrichtungen. Nicht die Entgiftung ist das Problem, sondern die Aufrechterhaltung der Abstinenz, also das Führen der Patienten über eine lange Strecke.

Man kann versuchen, das Drogenverlangen zu bremsen. Das Drogenverlangen wird von bestimmten Rezeptoren im Gehirn ausgelöst. Es gibt neuerdings ein Medikament, das diese Rezeptoren blockt. Wir haben es in einigen Fällen versuchsweise eingesetzt und konnten feststellen, dass das extreme Drogenverlangen ungefähr nach zwei Stunden medikamentös unterdrückt werden kann. Das ist am Anfang der Therapie wichtig; später können die Patienten das meistens alleine.

Die langfristige Anbindung an eine immer erreichbare psychiatrische Praxis mit Suchtschwerpunkt ist erforderlich. Es gibt übrigens weder in Sachsen-Anhalt noch in Mecklenburg-Vorpommern eine einzige Praxis, die einen offiziellen Suchtschwerpunkt hat.

Diese Anbindung ist jedoch erforderlich für suchtmmedizinisch-psychiatrische Krisenintervention, Psychosebehandlung, Gruppentherapie - vor allen Dingen bei denjenigen, die psychiatrische Begleiterkrankungen haben - und Weitervermittlung zur Behandlung der körperlichen Begleiterkrankungen, internistische Abklärung, Zahnarzt etc. Die beratenden, die teilstationären, also akutmedizinischen, und die rehabilitativen Angebote alleine sind nicht ausreichend, um die Patienten über die lange Strecke zu bringen. Diese psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote müssen zusätzlich erfolgen. Das bedeutet allerdings nicht, dass die anderen Angebote weniger Bedeutung haben. Das alles ist erforderlich, aber es gehört noch ein bisschen mehr dazu. Therapeutischer Nihilismus ist nicht angebracht, denn man kann eine Menge tun.

Anhörung der Landesstelle für Suchtfragen

Frau Meeßen-Hühne: Ich werde im Folgenden weniger auf Zahlen eingehen, denn diese Zahlen habe ich bereits mehrfach zugearbeitet. Auch im Rahmen des vorliegenden Beschlusses habe ich aktualisierte Zahlen an das Ministerium für Arbeit und Soziales übermittelt. Ich gehe davon aus, dass diese Zahlen in den Bericht eingearbeitet wurden. Sie sind darüber hinaus auf unserer Internetseite verfügbar und auch der schriftlichen Stellungnahme beigelegt.

Für das Jahr 2015 schätzen die Suchtberatungsstellen allerdings ein, dass eine weitere Steigerung der Zahlen zu erwarten ist. Sachsen-Anhalt ist eines von zwei Bundesländern, das im Bereich der Suchtberatungsstellen über eine Vollerhebung verfügt. Das ist großartig, denn damit erfahren exakt, wie viele Ratsuchende mit welcher Erstdiagnose dieses Hilfesystem tatsächlich in Anspruch nehmen. Es gab im Bereich Crystal eine rasante Steigerung. Im Jahr 2005 gab es im Bereich Stimulanzien gerade mal 120 Betreuungen. 2014 waren es schon 1 400 und mehr. Wir haben jetzt schon so viele Crystal-Betreuungen wie im gesamten Vorjahr. Die Zahl steigt also weiter, allerdings etwas gebremster, weil wir nicht mehr Beratungspersonal haben. Die Personalkapazität ist an dieser Stelle also die Kappungsgrenze.

Damit komme ich zu dem ersten Punkt, auf den ich eingehen möchte, und zwar zur Epidemiologie. Alle Suchtberatungsstellen erfassen das Alter ihrer Klienten zum Zeitpunkt der Beratungsaufnahme. Erwartungsgemäß kommen die Menschen mit Alkoholproblemen vergleichsweise spät; die Menschen mit einer Problematik im Bereich illegale Drogen kommen vergleichsweise früh. Wenn man sie standardmäßig auch noch fragt, wie alt sie waren, als sie gemerkt haben, dass ihr Konsum anders ist als der ihrer Freunde, nämlich problembehafteter, stellen wir fest, dass sie eigentlich alle in einem Alter süchtig geworden sind, als die Jugendhilfe noch zuständig war. Sie waren alle jünger als 14 Jahre oder zwischen 14 und 17 Jahre alt, ein Großteil noch zwischen 18 und 21. Das gilt natürlich auch für den Bereich Alkohol, aber im Bereich der illegalen Drogen gilt das noch stärker. Bei Störungsbeginn waren 1 242 Ratsuchende an

Suchtberatungsstellen - und nur die zählen wir - zwischen 14 und 17 Jahre alt. Im Alter zwischen 18 und 21 Jahren waren es dann 1 200. Jünger als 14 Jahre waren immerhin noch 200.

Uns wird dabei manchmal angst und bange. Sie wissen, dass das Beratungsangebot auch ein Stück weit die Nachfrage regelt. Wer beim zweiten Mal telefonisch niemanden erreicht hat, weil alle Mitarbeiter im Gespräch waren oder weil die offene Sprechzeit überlastet war, der braucht lange, bis er einen dritten Anlauf unternimmt. Das heißt, wir wissen nicht genau, mit welchem epidemiologischen Ausmaß wir in Sachsen-Anhalt zu rechnen haben.

Wir freuen uns über diese vollständigen Daten und auch über die Daten der Gesundheitsberichterstattung. Doch auch darin spiegeln sich nur identifizierte Klienten wider, die Hilfe in Anspruch genommen haben. Um aber umfassender präventiv wirken zu können, auch in Netzwerken mit der Jugendhilfe, bräuchten wir epidemiologische Angaben. Über solche Daten verfügen wir nicht. Auch die Daten der Kriminalstatistik spiegeln nur die Ermittlungstätigkeit wider. Zynisch ausgedrückt: Wenn Sie drei Beamte abziehen, gehen die Zahlen zurück, und schon haben wir einen Erfolg in der Drogenpolitik. So wollen wir es ja nicht haben. Wenn wir tatsächlich etwas erreichen wollen, wäre es sinnvoll, über aussagekräftige Daten zu verfügen.

Das trifft insbesondere auf die Methamphetamin-Abhängigen zu. Laut Aussage unserer Suchtberatungsstellen hat der Anteil von Klienten aus dem bürgerlichen Milieu zugenommen. Diese Abhängigen haben vielleicht keine verrotteten Zähne. Sie haben vielleicht abgenommen, aber nicht so stark, dass der Hausarzt auf die Idee käme, nach Drogenkonsum zu fragen. Der Hausarzt hat sowieso ein Problem mit dieser Frage, denn viele der Klienten, die in Suchtberatungsstellen ganz normal ihre Termine wahrnehmen und sich gut beraten lassen, merken an irgendeinem Punkt ihres Konsums - meistens nach vier, sechs oder acht Jahren Konsum -, dass sie drogenabhängig sind. Sie haben vorher vielleicht weder geraucht noch getrunken, und dann gehören sie auf einmal zu den von illegalen Drogen Abhängigen, zu dieser Randgruppe, zu der niemand gehören will. Das heißt, deren Scham, sich zu ihrer Problematik zu äußern, ist um ein Vielfaches höher als bei Menschen, die schon früh Kontakt mit illegalen Substanzen oder zum Suchthilfesystem insgesamt hatten. Auch aus diesem Grund sind epidemiologische Angaben so wichtig.

Der zweite Punkt, auf den ich näher eingehen möchte, ist die Suchtprävention. Wir sind froh und dankbar, dass im Nachtragshaushalt tatsächlich die Stützung der vorhandenen Fachstellen für Suchtprävention erreicht werden konnte. Es wäre fatal gewesen, ein gut und qualitativ hochwertig ausgebautes System einzureißen.

Suchtprävention in Bezug auf illegale Drogen und auch in Bezug auf Crystal bedeutet, es ist extrem wichtig, die Menschen früh zu erreichen. Dr. Kielstein hat ausgeführt, wie

es um die Schäden bestellt ist. Je länger der Konsum andauert, desto schlimmer sind die Schäden und desto schwieriger sind der Beratungs- und Behandlungsverlauf und der Heilungsprozess. Deswegen ist es so wichtig, die Abhängigen möglichst früh zu erreichen.

Wir haben bei den illegalen Drogen jedoch ein Präventionsdilemma zwischen Drogenwerbung und Sachinformation. Eltern, Lehrkräfte und Jugendhilfe haben es schwer, pädagogisch auf den Konsum illegaler Drogen zu reagieren. Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz sind Officialdelikte und müssen von Rechts wegen verfolgt werden. Das löst bei den Menschen auf der Straße eine gewisse Unsicherheit aus: Wenn Sachen von Rechts wegen verfolgt werden, dann sind die Substanzen gefährlicher als andere, oder? Diese Unsicherheit zieht sich durch alle pädagogischen Professionen, die sich nicht im engeren Sinn mit illegalen Drogen befassen müssen. Das führt dazu, dass vergleichsweise spät - wenn überhaupt - zielgerichtet in pädagogischen Feldern interveniert wird. Das heißt, dort brauchen wir die Fachkräfte für Suchtprävention und die Suchtberatungsstellen als Mittler, die dem Pädagogen erzählen, wie sie intervenieren können, ohne sich unter Umständen auch noch in einer rechtlichen Grauzone zu bewegen. Das ist nämlich gar nicht so einfach. Das haben wir mit den Kollegen des LKA sehr gut herausgearbeitet. Unsere Suchtberatungsstellen sind diesbezüglich sicher. Aber Pädagogen haben auch noch andere Probleme, und es ist nicht ihr erstes und einziges Tätigkeitsfeld. Deswegen brauchen sie Unterstützung und Vermittlung. Dazu braucht es qualifiziertes Personal.

In der Alkoholprävention und generell in der Prävention ist es inzwischen Standard, davon auszugehen, dass jeder seine Konsumententscheidung selbst fällt. Ob der informatorische Stand, auf dem er das tut, gut oder schlecht ist, sei dahingestellt. Manche konsumieren einfach nur, weil andere das auch tun. Nur wenn ich mit Jugendlichen die Vor- und Nachteile des Konsums thematisiere, sie ernst nehmen und sie in ihrer Risikokompetenz stärken, geht der Konsum tatsächlich zurück, und sie fällen häufiger gesunde Konsumententscheidungen.

Das gilt ebenso für den Bereich illegale Drogen. Aber jetzt stellen Sie sich das einmal in der Schule vor: Da kommt die Fachkraft und erzählt den Kindern von den Vorteilen von Cannabis. Dann kommen die Kinder nach Hause und sagen: „Mama, die Frau von der Drogenberatung sagt, wenn ich Cannabis nehme, ist das gar nicht so schlimm.“ Nun stellen Sie sich vor, was dann passiert. Das heißt, ich brauche Fachleute, die es tatsächlich schaffen, Lehrer mitzunehmen, Eltern vorzubereiten und auch sachgerecht Drogenwerbung zu vermeiden.

Die Deutsche Suchthilfestatistik zeigt, wie viele minderjährige eigene Kinder in Haushalten mit einem abhängigen Elternteil tatsächlich betroffen sind. Dazu kommen nicht erfasste, nicht leibliche Kinder und damit eine enorme Dunkelziffer. Das macht einmal

mehr die Notwendigkeit einer Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe und damit einer Vernetzungsstrategie deutlich.

Es geht also um mehr als nur um Suchthilfe. Es geht auch um die Vernetzung und um die gute Kooperation, die natürlich Standards und Personal braucht.

Anhörung der Arbeiterwohlfahrt, Erziehungshilfe Halle gGmbH, Suchtberatung

Herr Brandt: Bereits 2010 hat mein Kollege aus der drops in mehreren Arbeitskreisen auf den ansteigenden Crystal-Konsum in unseren Nachbarbundesländern hingewiesen. Mit einem Überschwappen auf den Süden Sachsens-Anhalts konnte somit gerechnet werden.

Sprunghaft stieg die Berichterstattung in den Medien an. Kein Sender, keine Zeitung wollte es verpassen, über die Horrordroge zu informieren. Anfang letzten Jahres verging in unserer Einrichtung kaum eine Woche, in der wir keine Anfrage aus Rundfunk, Fernsehen und Presse bekommen haben. Am Ende eines 90-minütigen Interviews fragte dann der Reporter: „Und, ist Crystal tatsächlich die gefährlichste Droge auf dem Markt?“ Es sind vor allem reißerische Überschriften und Aussagen, die das Interesse wecken sollen. Eine sachliche Darstellung dieses Phänomens und der Lebensrealität der Konsumierenden kann auf diese Weise jedoch kaum noch gut gelingen.

Was sind das für Menschen, die freiwillig und teilweise unbedarft Crystal konsumieren? Können wir bei Konsumenten Merkmale erkennen, die nur durch den Konsum von Crystal auftauchen? - Es ist klar, dass wir nur Aussagen zu den Menschen treffen können, die unsere Einrichtung aufsuchen. Das heißt, es sind entweder Menschen, die schon einen Leidens- oder Veränderungsdruck haben, oder aber auch Menschen, die über das Jobcenter, über die Bewährungshilfe oder über Führerscheinbehörde beauftragt werden, unsere Beratungsstelle aufzusuchen. Diese Menschen prägen das Bild in unseren Einrichtungen. Wir erkennen ein sehr heterogenes Bild dieser Personengruppe. Ich möchte Ihnen im Folgenden einen kleinen Einblick in den Beratungsalltag geben, damit Sie verstehen, welche Menschen sich hinter diesen Bildern verbergen.

Fall 1: Eine alleinstehende 35-jährige junge Frau, die seit ca. zehn Jahren täglich Crystal konsumiert. Bereits als Jugendliche befand sie sich wegen ihrer Persönlichkeitsstörung und Traumatisierung mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung. Heute ist die Klientin mit 35 Jahren erwerbsunfähig. Nach einigen Therapieversuchen wurde ihr eine Rehabilitationsunfähigkeit bescheinigt. Sie benötigt heute einen Pflegedienst, der ihr die Tabletten zuteilt. Die Suchtberatungsstelle musste bereits mehrfach wegen dissoziativer Zustände den Notarzt rufen. Die Klientin nimmt jeden Termin, den sie bekommt, zuverlässig und eigenverantwortlich wahr. In den Gesprächen informiert sie darüber, dass sie etwa vier bis sechs Tage durchkonsumiert, ohne zu schlafen. Sie

berichtet von einer unbändigen Angst vor den Bildern, die entstehen, wenn sie einschläft. Auf diese Phase folgt meistens eine einwöchige Erschöpfungsphase.

Fall 2: Ein 32 Jahre alter Mann bittet dringend um ein Beratungsgespräch in unserer Einrichtung. Er hat seit anderthalb Jahren eine feste Partnerin und möchte jetzt mit ihr zusammenziehen. Sie soll auf keinen Fall von seinem Crystal-Konsum erfahren, und er möchte so schnell wie möglich einen Konsumstopp hinlegen. Der junge Mann arbeitet in einem großen Logistikunternehmen und schiebt hauptsächlich Nachtschichten. Er gibt an, nur unter Crystal die hohen Leistungsanforderungen tatsächlich erfüllen zu können. Außerdem habe er dann noch das Gefühl, etwas vom Tag zu haben und am Leben teilzunehmen. Nach vier intensiven Gesprächen erscheint der Klient ohne Begründung nicht mehr zu seinem Folgetermin. Auf zwei Rückrufe durch die Beratungsstelle reagiert er nicht mehr.

Fall 3: Eine 29-jährige verheiratete schwangere Frau und Mutter einer zweijährigen Tochter kommt auf dringende Empfehlung ihrer Frauenärztin in die Beratungsstelle. Sie ist in der sechsten Woche schwanger und hat große Angst, dass das ungeborene Kind durch den täglichen Konsum Schaden nimmt. Die Klientin hat vor zehn Jahren begonnen, an Wochenenden zu konsumieren. Seit einem dreiviertel Jahr konsumiert sie täglich und schafft keinen Konsumstopp mehr. Bis vor kurzem hat sie als Krankenschwester in einer sehr stressbelasteten Arbeitsstelle gearbeitet. Heute bezieht sie ALG I. Die Partnerschaft ist sehr angespannt und konfliktbelastet. Der Partner findet es nicht gut, dass sie in die Beratungsstelle geht. Er hat die Befürchtung, dass vielleicht das Jugendamt davon erfahren könnte und dass sie das Kind verlieren könnten bzw. dass es aus dem Haushalt genommen wird. Die Klientin ist extrem ambivalent gegenüber einer Therapie. Trotzdem lässt sie sich darauf ein. Es wird mit viel Aufwand für sie und ihre Tochter zeitnah eine Rehabilitation beantragt. Am Tag der Aufnahme entscheidet sich die Klientin gegen die Behandlung. Ende November ist ihr Entbindungstermin. In einem Gespräch zwischen der Suchtberaterin und dem Chefarzt der Entbindungsklinik stellt sich heraus, dass keine vorzeitige Aufnahme der Klientin in der Klinik erfolgen kann. Das Kind wird entzückt zur Welt kommen, und man wird sich dann fachgerecht darum kümmern.

Hinter vielen Besuchern werden wir solche Lebensumstände und themenbelasteten Biografien entdecken. Aus den Dynamiken von Suchterkrankungen - sei es durch die Abhängigkeit von Heroin, Alkohol, Crystal oder auch Benzodiazepin - resultieren schwerwiegende Veränderungen in allen Lebensbereichen der Betroffenen. Betroffene, die mit ihrem Suchtmittel ihrem Alltag bzw. ihren Problemen zu entfliehen suchen, werden sich immer diese Suchtmittel suchen, die ihnen diese Flucht am besten und wirkungsvollsten ermöglichen. Man kann sagen, würde es Crystal nicht geben, würde dieser Personenkreis vermutlich andere Substanzen finden, die dieser Wirkung am Nächsten kommen. Dieses Phänomen lässt sich auch ganz gut an den Zahlen der Beratungsstellen ablesen.

Ohne Frage resultieren aus dem Konsum von Crystal früher oder später gravierende Konsequenzen. Die Suchtberatungsstellen werden häufig von Menschen in Anspruch genommen, die schon lange Konsumzeiten vorweisen und bei denen bereits eine manifeste Abhängigkeit besteht. Je länger diese Zeit ist, umso umfassender und häufiger ist auch die Beeinträchtigung der anderen Lebensbereiche. Erwünschte Veränderungen werden dadurch logischerweise erschwert.

In der Suchtberatungsstelle wird meistens sehr gezielt an der Motivation der Betroffenen gearbeitet, weiterführende Hilfen in Anspruch zu nehmen. Dazu zählen niedergelassene Ärzte, Psychiater, stationäre Entgiftungen, Rehabilitation, Selbsthilfe, Schuldenberatung, Hilfen zur Erziehung, ambulante Wohnformen etc.

Als Suchtberatungsstelle wünschen wir uns, dass uns die Betroffenen frühzeitig aufsuchen. Die meisten unserer Besucher wissen schon lange, bevor sie eine Beratungsstelle aufsuchen, dass sie eigentlich irgendetwas verändern müssten. Erst wenn der Leidensdruck zu hoch und wenn die Ohnmacht gegenüber der ausweglos erscheinenden Lebenssituation zu groß wird, machen sie sich auf den Weg.

Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit dies gelingen kann? - Es bedarf zunächst einer sachlichen Debatte, die frei von Tabus, Fehlinformationen und Ideologien ist. Es braucht eine Abkehr einer zurzeit noch bestehenden Prohibitions politik, die mehr Probleme verursacht, als sie angeblich bekämpfen möchte.

Wir haben bei in unserer Einrichtung das Glück, eine Fachstelle für Suchtprävention in unserem Team zu haben. Das ist die Fachstelle des Saalekreises. Sie ist eine exzellente Schnittstelle zwischen vielen Bereichen und Institutionen, also Sucht Hilfe, Schule, Hilfen zur Erziehung, Polizei, Gesundheitsamt, Eltern und vielen anderen mehr.

Bezogen auf den steigenden Crystal-Konsum in unserer Region wurde ein Arbeitskreis Crystal-Prävention gegründet. Durch dieses lokale Netzwerk werden Fachkräfte aus unterschiedlichen Bereichen zusammengeführt, Informationen ausgetauscht und Ideen und Initiativen entwickelt. Die Suchtberatungsstelle hat es sich zur Aufgabe gemacht, zur Aufklärung der manchmal unsachlich geführten Diskussion beizutragen. Unser fachlicher Ansatz besteht, wie bereits erwähnt, darin, Betroffene möglichst frühzeitig zu erreichen. In den Fokus gerieten die Hausärzte aus unserer Region. Für sie entwickelten wir ein Informationsblatt mit konkreten Hinweisen über die spezifischen Auswirkungen eines problematischen Crystal-Konsums. Zum anderen weisen wir in diesem Papier auch auf die Bedeutung frühzeitiger ärztlicher Intervention und die Notwendigkeit der Vernetzung mit anderen Hilfesystemen hin.

Die Landesebene hat bei uns angefragt und hat uns gebeten, dass das im gesamten Land an die Hausärzte weitergeleitet werden kann. Ich glaube, das ist bereits flächendeckend geschehen.

Ich bin überzeugt, dass bei der Behandlung von Suchtmittelproblemen die ambulanten Suchtberatungsstellen als erste Anlaufstelle eine bedeutende Funktion im sozialen Hilfesystem erfüllen. Gerade durch die Möglichkeit, eine anonyme und kostenfreie Unterstützung zu erhalten, wird eine besondere Form der Niedrigschwelligkeit ermöglicht. Wer hier ankommt, hat eine große Chance, weitere wichtige flankierende Unterstützungsangebote zu erhalten. Groß angelegte Kampagnen und Initiativen, die auf die Vernunft der Zielgruppe ausgerichtet sind und für einen Konsumverzicht werben, sollten durch andere Botschaften ersetzt werden.

Alkohol-, Zigaretten- und Drogenkonsum gehört zur Kultur unserer Gesellschaft. Es bedarf einer Anerkennung dieser Sichtweise. Kampagnen sollten viel mehr auf den Einzelnen abzielen, der motiviert wird, seine Probleme offen anzusprechen, sei es in der Partnerschaft, in der Familie, am Arbeitsplatz, in einer Beziehung, im Verein etc. Es sollte als eine Stärke beschrieben werden, sich selbstkritisch mit seiner Situation auseinanderzusetzen und sich hierfür professionelle Unterstützung zu suchen.

Abg. Frau Lüddemann: Herr Dr. Kielstein, Sie erwähnten, dass die Therapien, die Ihnen zur Verfügung stehen und die Sie nutzen, für Opiatabhängige ausgelegt sind, nicht aber für Mischabhängige. Vielleicht können Sie mit einigen Stichworten noch dezidiert benennen, was es konkret bedürfte, um die Mischabhängigen gezielter therapieren zu können.

Frau Meeßen-Hühne, ich würde Ihnen gerne eine Frage stellen, die der schriftlichen Stellungnahme nicht als Frage, sondern als Aussage formuliert worden ist. Es wird ausgeführt, dass die Schnittstelle von Jugendhilfe und Eingliederungshilfe nicht funktioniere. Ich habe Sie dahingehend verstanden, dass ein sinnvoller Eingriff im Prinzip bereits im jugendlichen Alter von 14 bis 17 Jahren erfolgen sollte, da der Konsum schon relativ früh einsetzt. Was wäre aus Ihrer Sicht denn hilfreich, um die unterschiedlichen Formen der Eingliederungshilfe und der Jugendhilfe noch besser zusammenzubringen?

In der schriftlichen Stellungnahme wird darauf abgestellt, dass die Fachstellen für Suchtprävention ausgesprochen gute Arbeit leisten, dass es solche Beratungsstellen jedoch nur in acht von 14 Kreisen gebe. Könnten Sie sich dazu bitte näher äußern?

An Herrn Brandt habe ich folgende Frage: Ich habe alle bisherigen Stellungnahmen mehr oder weniger dahingehend verstanden, dass es auf der einen Seite quasi einen „klassischen“ Abhängigen gibt, der aus einer vorbelasteten Familie kommt, wo Drogenerfahrung im Spiel ist, und der sich vielleicht auch in einem Milieu bewegt, das gewissermaßen als drogenaffin bezeichnet werden könnte, dass es auf der anderen Seite aber auch die eher bürgerliche Klientel gibt, die größere Hemmschwellen hat und die auch größere Schwierigkeiten hat, sich mit ihrer Suchtsituation auseinanderzusetzen. Bedarf es unterschiedlicher Ansprachen, um diese Abhängigen tatsächlich aufzuneh-

men? Bedarf es unterschiedlicher Therapien? Muss man zu unterschiedlichen Zeiten auf diese Menschen eingehen?

Abg. Frau Dirlich: Herr Kielstein, Sie haben vorhin mehrfach die Substanzen Cannabis und Crystal in einem Atemzug genannt. Ist mein Eindruck richtig, dass Sie die Auffassung vertreten, dass zwischen diesen beiden Drogen kein allzu großer Unterschied zu sehen ist?

Sie haben stark auf die psychiatrischen Angebote abgestellt, die notwendig sind. Wir wissen aber, wie schwierig es ist, überhaupt einen Termin bei einem Psychiater zu bekommen; bei Kinderpsychiatern ist es noch schlimmer. Ist das, was Sie einfordern, überhaupt realistisch umsetzbar?

Außerdem würde ich von Herrn Brandt gerne wissen, was ein „entzügiges Kind“ ist.

Abg. Herr Rotter: Herr Brandt, Sie erwähnten in Ihrem Beitrag die Anregung bzw. Forderung eine Abkehr von der Prohibitionspolitik. Was genau verstehen Sie darunter? Welche Forderungen in diese Richtung haben Sie an die Politik?

Abg. Frau Grimm-Benne: Wir haben im letzten Jahr zahlreiche Fachveranstaltungen durchgeführt, um überhaupt erst einmal darauf aufmerksam zu machen, dass es in unserem Land das Phänomen gibt, mit dem wir uns heute befassen. Anlässlich dieser Fachveranstaltungen haben wir festgestellt, dass es keine präventiven Möglichkeiten bzw. keine Art der Aufklärung gibt. Was hat sich denn in der Zwischenzeit diesbezüglich getan? Müssen wir noch einmal nachsteuern? Frau Meeßen-Hühne, besteht über die Schule oder über andere Einrichtungen eine Möglichkeit, die jungen Menschen entsprechend aufzuklären, um zu vermeiden, dass sie in eine Suchtsituation geraten?

Abg. Frau Görke: Herr Dr. Kielstein, Sie erwähnten die beschränkten Möglichkeiten der Substitution bei Crystal Meth. In einer Ihrer Folien haben Sie unter anderem Doxepin benannt. Doxepin macht bei Gebrauch ebenfalls abhängig. Gibt es belastbares Material dazu, inwieweit man einen Menschen auch aus dieser Sucht wieder herausführen kann, eventuell auch mit ambulanten Mitteln?

Herr Dr. Kielstein: Ich möchte zunächst anmerken, dass die Fallschilderungen von Herrn Brandt sehr typisch sind. So ist die Realität, und zwar auch noch in vielfältiger Abwandlung.

Die erste Frage bezog sich auf den Hausarzt und auf die frühzeitige Erkennung einer Suchterkrankung. Das Problem besteht darin, dass die Hausärzte während des Studiums keine ausreichende Suchtausbildung erhalten. Sie bekommen noch nicht einmal eine Fortbildung in Bezug auf Alkoholabhängigkeit. Ich stelle immer wieder fest, dass diesbezüglich ein erheblicher Nachholbedarf besteht. Sicherlich gibt es viele Haus-

ärzte, die sich selbständig informieren und die eine gewisse Kompetenz erwerben. Aber die Hausärzte müssen auf diesem Gebiet unbedingt fortgebildet werden. Wir sind gerade dabei, gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Fortbildungen in Bezug auf Alkoholabhängigkeit aufzulegen. Ich plädiere dafür, dass auch der Drogenbereich stärker in den Fokus rückt. Informationen seitens der Beratungsstellen sind hilfreich, aber sie müssen sich noch intensiver damit auseinandersetzen. Es ist nun einmal so, dass die Hausärzte am ehesten Kontakt zu Abhängigen haben. Daher müssen sie in die Lage versetzt werden, Abhängigkeiten zu erkennen und mit Beratungsstellen zusammenzuarbeiten.

Ich habe in San Francisco einen Harm-Reduction-Ansatz bei Crystal Meth kennengelernt. Die Abhängigen kommen in Kontakt mit einer Behandlungsstelle und werden schon gelobt, wenn sie ihren Konsum um 50 % reduzieren. Man sollte also auch mit kleineren Schritten zufrieden sein.

Zum Unterschied zwischen Cannabis und Crystal Meth: Crystal Meth nimmt meistens einen rasanten Verlauf der Suchtentwicklung, während Cannabis eine geringere Suchtentwicklung verursacht.

Mit dem Begriff Mischkonsumenten meine ich, dass die Leute, die Cannabis, Crystal Meth oder Speed konsumieren, häufig einen zunehmenden Crystal-Schwerpunkt aufweisen, weil dies die „attraktivste“ Droge zu sein scheint.

Sie fragten, wie realistisch es ist, dass Psychiater einbezogen werden. Aber hierfür gilt dasselbe wie für Hausärzte: Die Psychiater müssten eine entsprechende Fortbildung erhalten. Dies müsste eventuell verstärkt über den Verband der Psychiater angesprochen werden. Es gibt Psychiater, die ein Faible dafür haben. Aber viele kümmern sich eben nicht um die Abhängigkeit selbst, sondern nur um die Psychosen.

Damit komme ich zu Ihrer Frage bezüglich der Substitution mit Doxepin. Diesbezüglich haben Sie mich falsch verstanden. Wir substituieren nicht mit Doxepin, sondern wir führen damit die Entgiftung durch, meistens über einen Zeitraum von nur 14 Tagen. Insofern besteht auch nicht die Gefahr einer Doxepin-Abhängigkeit. Es gibt Diskussionen darüber, ob man möglicherweise auch bei Crystal Meth Substitutionen einführen sollte. Davon sind wir weit entfernt. Ich bin auch dagegen, entsprechend zu verfahren, weil ich aus Erfahrung weiß, dass man schon eine ganze Menge auf ambulanter und stationärer Ebene erreichen kann, wenn man die entsprechenden Beratungsstellen besser koordiniert.

Frau Meeßen-Hühne: Ich gehe zunächst auf die erste Frage nach den Fachstellen für Suchtprävention ein. Es gibt nach wie vor Lücken, und es gibt auch immer noch sogenannte Fachstellen, die allerdings nur mit Mitarbeitern ausgestattet sind, die eine 20-Stunden-Stelle besetzen. Diese Fachstellen werden mit Anfragen aus sämtlichen

genannten Feldern überrannt, können aber nicht wirklich helfen, weil dafür eine Wochenarbeitszeit von 20 Stunden einfach nicht ausreicht. Insofern können diese Fachstellen dem Anspruch und dem Bedarf überhaupt nicht gerecht werden.

Die Fachstelle Saalekreis, die genannt worden ist, ist tatsächlich beispielhaft. Es gibt weitere sehr gute Fachstellen, die zeigen, was in einer solchen Fachstelle tatsächlich an Vernetzung, gemeinsamer Problemschau und Zusammenarbeit erreicht werden kann. Das ist wirklich großartig. Ziel muss eine Vollversorgung in allen Gebietskörperschaften sein. Dies ist aufgrund ihrer haushalterischen Situation allerdings nicht ohne Hilfe von außen möglich.

Was die Vernetzung von Jugend- und Suchthilfe betrifft, wird in unseren Gremien, also im Arbeitskreis der Beratungsstellen, im suchtpreventiven Arbeitskreis und auch in anderen Gremien, immer wieder berichtet, dass es überall in unserem Land extrem mühsam ist, Jugendhilfe für jemanden, der 18 Jahre alt geworden ist, zu erreichen. Angesichts meiner Erfahrungen halte ich das für einen Skandal. Soweit ich es im bundesweiten Austausch erlebt habe, ist Sachsen-Anhalt das frühreifste Bundesland. Ich kenne kein anderes Bundesland, wo es so rigide gehandhabt wird und wo so viel Aufwand betrieben werden muss, damit eine 18-jährige Mutter tatsächlich nach den Vorschriften der Jugendhilfe mit einem besseren Personalschlüssel betreut werden kann als eine 30-Jährige. Das ist unfassbar. Wir haben eine schlank ausgebaute Hilfestruktur. Es geht einfach darum, dass Jugendliche nicht wie von Zauberhand ab dem 19. Geburtstag erwachsen sind. Diesbezüglich ist eine deutlich bessere Problemschau erforderlich. Die Jugendämter in den Gebietskörperschaften müssten eigentlich stärker eine koordinierende Funktion wahrnehmen und vielleicht auch selbst stärker sein.

Bezüglich der Prävention gibt es in der Tat bundesweite Bemühungen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat in zwei großen Fachgesprächen, an denen auch Sachsen-Anhalt beteiligt war, untersucht, was denn hilfreich sein könnte. Das gestaltete sich mühsam, weil der Crystal-Konsum nach wie vor in grenznahen Regionen zu Tschechien erheblich weiter verbreitet ist und dort auch noch steigt, aber bislang nicht den Sprung in andere Bundesländer zu schaffen scheint. Die Experten sind sich uneins, ob das noch erfolgt oder die Welle wieder abebbt; man weiß es nicht. Geplant sind weitere Broschüren, die zielgruppenspezifischer sind. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen bietet eine Broschüre an, die sich an pädagogisches Fachpersonal richtet. Damit sind nicht die Suchtberatungsstellen gemeint, sondern diejenigen, die es noch nie mit Crystal-Klientel zu tun hatten, und natürlich auch Erziehungsberatungsstellen und Erziehungshilfe.

Bei der Bundesärztekammer ist ein Weiterbildungskurrikulum für unterschiedliche Fachrichtungen in Arbeit, das von den Landesärztekammern adaptiert werden kann, sodass wir hoffentlich bessere Impulsschulungen für die unterschiedlichen Fachrichtungen in der medizinischen Versorgung bekommen. Außerdem gibt es noch ein Spe-

zialprojekt für die Schnittstelle „Kindeswohlgefährdung“ an der Suchtberatungsstelle in Chemnitz, wo untersucht wird, wie man junge Familien mit Crystal-Konsum spezifischer unterstützen kann.

Eine kleine Randbemerkung: Ich finde, Sachsen-Anhalt ist bislang eigentlich ganz gut mit dieser Problematik umgegangen. Man hat es nicht dramatisiert, sondern man hat überlegt, was tatsächlich hilfreich ist. Der Nachteil besteht allerdings darin, dass Sachsen-Anhalt dadurch bundesweit nicht so sehr im Fokus steht, wenn es um Projektfinanzierungen geht. Es gibt ein Projekt, bei dem exemplarisch untersucht werden soll, wie die Mütter und die Kinder besser unterstützt werden können und wie auch bereits Schwangere erreicht werden können. Dafür gibt es bereits erste Ansätze, beispielsweise ein Projekt in Halle in Zusammenarbeit mit der Drogenberatung. Dieses Projekt ist aus der Praxis heraus entstanden und wird auch multipliziert. Im Rahmen einer entsprechenden Landesförderung werden landesweit landkreisbezogene Weiterbildungen angeboten. Dieses Angebot wird ausgesprochen rege in Anspruch genommen.

Herr Brandt: Sie fragten, ob es unterschiedlicher Ansprachen der Zielgruppen bedarf. Wir haben in Halle den Vorteil, dass wir über drei Beratungsstellen mit unterschiedlichen Profilen verfügen. Dies ermöglicht es uns, bei den Zugängen die Zeiten aufeinander abzustimmen.

In Bezug auf Crystal-Konsumenten bedarf es zum Beispiel Streetwork in der Partyzene. Das gibt es in unserer Region nicht. Sachsen wirbt beispielsweise mit Projekten wie Drug Checking. Wenn doch bekannt ist, dass Menschen Drogen konsumieren, dann könnte es eine Idee sein, zu sagen: „Wir wissen, dass du Drogen konsumierst. Aber dann mach es wenigstens richtig, damit du es nicht noch mit den Begleiterscheinungen zu tun hast.“

Sie fragten, was ein entzügiges Kind ist. Dadurch, dass im Mutterleib die Blutkreisläufe von Mutter und Kind miteinander verbunden sind, dockt das Crystal oder auch jede andere Substanz, zum Beispiel Alkohol, im Gehirn des Kindes an. Somit kommt das Kind mit Entzugserscheinungen auf die Welt.

Eine Abkehr von der Prohibitions politik ist ein heißes Thema. Ich nenne Ihnen einmal ein Beispiel: Die drobs hat sehr früh damit begonnen, mit sogenannten Safer-Use-Materialien zu arbeiten, indem an die Menschen, die die Beratungsstellen aufsuchen, beispielsweise Sniffröhrchen ausgereicht werden, da man beobachtet hat, dass sich die Hepatitis-Infektionen durch das Weiterreichen der Röhrchen erhöhen. Diese Klientel neigt auch dazu, riskante Sexualpraktiken zu betreiben. Deshalb sollte jeder, der in eine Beratungsstelle kommt, gut aufgeklärt werden, worauf er zu achten hat. Man muss also einfach anerkennen, dass Menschen Crystal konsumieren.

Man kann nicht sagen, dass das Heil darin liegt, dass niemand mehr Crystal konsumiert. Das würde ich mir bei bestimmten Personen tatsächlich wünschen, aber das ist nun einmal illusorisch.

Wir haben in diesem Jahr ein neues Projekt mit dem Namen „Frühintervention bei erst-auffälligem Drogenkonsum“ aufgelegt. Das ist ein ganz anderer Zugang, den die Beratungsstellen sonst oft eher gemieden haben. Im Rahmen dieses Projekts werden Klienten über eine intensive Kooperation mit Staatsanwaltschaft, Gerichtshilfe, Gerichten bzw. Schulen beauftragt, unsere Beratungsstelle aufzusuchen und an einem Kurs teilzunehmen. Wir führen in diesem Jahr den dritten FreD-Kurs mit guter Resonanz durch. Ich behaupte, das ist ein exzellenter Ort, an dem sich Konsumenten überhaupt einmal über ihre Sucht Gedanken machen können und reflektieren können. Dazu bekommen wir häufig positive Rückmeldungen.

Auch in den neuen S3-Richtlinien für den Bereich Alkoholbehandlung und Nikotinbehandlung ist von Konsumreduktion die Rede. Es war immer ein sehr festes Paradigma, zu sagen, dass das einzige Heil in einer abstinenten Lebensweise liegt. Man hat jedoch inzwischen erkannt, dass es auch ein ausgesprochen gutes Ziel sein kann, den Alkohol- bzw. Drogenkonsum zu reduzieren.

Es gilt zum Beispiel zu erkennen, welche Funktion ein Suchtmittel eigentlich erfüllt. Das bedeutet, dass wir eine ehrliche Debatte darüber brauchen, was den Reiz des Drogenkonsums ausmacht. Dazu gehört aber auch, den Menschen, die bereit sind, Drogen zu konsumieren, zu vermitteln, mit welchen Konsequenzen sie möglicherweise zu rechnen haben, wenn ihr Drogenkonsum irgendwie aus dem Ruder läuft. Das Gleiche gilt für den Alkoholkonsum.

Abg. Herr Rotter: Herr Brandt, Prohibition ist aus meiner Sicht etwas anderes als das, was Sie geschildert haben. Sie hatten mehr die Aufklärung im Fokus. Ich verstehe unter Prohibition etwas anderes. Deswegen hat mich Ihre Aussage, dass man eine Abkehr von der Prohibitions politik überdenken sollte, ein wenig nachdenklich gestimmt.

Herr Brandt: Wenn es um die Legalisierungsdebatte geht, könnte ich Ihnen persönlich keine genaue Antwort geben. Dazu habe ich keine klare Haltung. Ich sage aber zum Beispiel sehr klar, ich würde es befürworten, dass es in unserem Bundesland eine ehrliche und tabufreie Debatte darüber geben sollte. Das heißt, wir brauchen Modellprojekte und Ideen, um einfach einmal Dinge auszuprobieren. Vielleicht können wir auch von Best-Practice-Modellen in unseren Nachbarländern lernen. Meiner Meinung nach gibt es keine klare Antwort auf Ihre Frage, zum Beispiel die Freigabe von Legalisierung. Über dieses Thema müsste man sehr viel diskutieren.

Abg. Frau Hohmann: Ich habe eine Nachfrage an Herrn Dr. Kielstein und an Frau Meeßen-Hühne, die sich aus der Diskussion ergibt. Sie hatten beide von Kindeswohl-

gefährdung und von der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe gesprochen. Das SGB XIII enthält den § 8a, der die Kindeswohlgefährdung zum Thema hat. Im Rahmen der heutigen Anhörung wurde der Wunsch geäußert, dass eine Vernetzung stattfinden sollte und dass man sich trägerübergreifend informieren sollte. Werden Ihnen denn auch Fälle aus der Jugendhilfe gemeldet?

Herr Dr. Kielstein: Eher selten.

Frau Meeßen-Hühne: Ja, selten. Es gibt eine Vernetzung, aber die hat mit praktischen Schwierigkeiten zu kämpfen, und dabei geht es um Geld. Wenn zum Beispiel das Jugendamt einen regelmäßigen Kontakt zur Suchtberatung fordert, was sicherlich extrem wichtig ist, dann kostet das Geld, das der Betroffene meistens nicht hat. Diesbezüglich bedarf es unbedingt einer schnellen, unbürokratischen Prioritätensetzung und Unterstützung. Das gelingt im Einzelfall durchaus. So ist es beispielsweise in Halle gelungen, diesbezüglich Regelungen zu finden. In anderen Kommunen ist es unterschiedlich weit gediehen. Aber die Kooperation funktioniert grundsätzlich, vor allem mit den regionalen Beauftragten, die die Kinderschutznetzwerke vor Ort koordinieren. Diese Stellen sind in der Regel gut mit Suchtberatung und Suchtprävention vernetzt.

Anhörung des Paritätischen, drobs Jugend- und Drogenberatungsstelle Halle (Saale)

Herr Kukielka: Ich werde kurz über die Erfahrungen der Drogenberatungsstelle in Halle beim Paritätischen Sozialwerk Behindertenhilfe berichten.

Die drobs beschäftigt sich ausdrücklich spezialisiert und fokussiert seit 1993 insbesondere mit Klientinnen und Klienten, die wegen ihrer Probleme mit illegalen Drogen zu uns kommen. Wir sind dabei speziell für Halle und für den Saalekreis zuständig. Allerdings ist der Einzugsbereich derer, die zu uns kommen, häufig noch sehr viel größer. Seit 2010 betreiben wir zusätzlich eine kleine Außenstelle in Merseburg.

Unsere Angebote gehen ein wenig über das hinaus, was klassische Suchtberatungsstellen ausmacht. Neben einer Beratung bieten wir Streetwork, ambulant betreutes Wohnen und beispielsweise auch Suchtakupunktur an, aber auch ein kleines Kontakt-Café, wo unsere Kundschaft den Tag verbringen kann, Kaffee trinken kann und Gelegenheit hat, mit uns unkompliziert in Kontakt zu treten.

Die wichtigste Frage war zunächst die nach den Zahlen. Bei den Stimulanzien werden wir auch den Crystal-Konsum entdecken. Es gibt da eine kleine statistische Ungenauigkeit. Der Crystal-Konsum wurde in unserem Statistiksystem nicht immer ausdrücklich gezählt, sodass Stimulanzien erst einmal alles umfassen. Mittlerweile ist das aber im Wesentlichen Crystal. Hinzu kommen Klienten, die eigentlich eine andere Hauptdroge haben, aber Crystal zusätzlich konsumieren. Die Zahl der Klientinnen und Klienten ist

von 100 in 2011 mittlerweile auf weit über 200 pro Jahr gestiegen, die uns wegen ihres Crystal-Konsums aufgesucht haben. Die Zahlen haben sich über die Jahre mehr als verdreifacht. Mehr als die Hälfte derer, die zu uns kommen, sind Crystal-Konsumenten.

Einen wichtigen Beitrag hat unsere neue Außenstelle in Merseburg geleistet, wohin die Klientinnen und Klienten fast ausschließlich wegen Crystal-Konsums kommen. Das zeigt uns auch, dass Crystal im Gegensatz zu den anderen Drogen gewissermaßen eine Droge für das flache Land ist, während Heroin eher in den Ballungszentren konsumiert wird. Crystal wird in allen Landkreisen reichlich konsumiert, und zwar unabhängig von den Drogenszenen, die sich häufig in den Zentren konzentrieren.

Crystal kennt ein wenig ungewöhnliche Konsumentengruppen bei den illegalen Drogen. Ich beziehe mich in meinen Ausführungen auf das Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung und auf die Studien von Frau Barsch aus Merseburg aus dem Jahr 2014.

Besonders interessant ist Crystal im Zusammenhang mit Sex. Die Droge ist als Mittel zur Leistungssteigerung sehr gefragt. Das ist häufig mit riskanten Sexualpraktiken und ungeschütztem Verkehr verbunden, was zu neuen Risiken führt. Crystal-Konsumenten sind häufig jung, mobil und sehr kommunikativ. Spezifisch und besonders ist sicherlich, dass es auch als leistungssteigernde Droge bei Berufstätigen gilt, und zwar nicht nur bei denjenigen, die im Bereich Mitteldeutschland häufig nur Nachtarbeit ausführen, sondern auch in handwerklichen Bereichen, wo auf Baustellen ein wenig mit Stimulanzien gepusht wird, um das Arbeitspensum schon bis Mittwoch geschafft zu haben und dann nach Hause zu können. Uns sind auch Informatiker und Studenten bekannt, die Crystal konsumieren, und wir hörten auch von Politikern, die ihre Leistungen mit Crystal-Konsum steigern.

Eine Gruppe, die uns besonders beschäftigt, sind tatsächlich die jungen Familien, insbesondere junge Mütter, die bei Überforderungstendenzen ihre Leistung durch Crystal-Konsum zu steigern versuchen, und dann, wenn sie mit ihrem Kind tagsüber ausgelastet sind, nachts noch putzen können oder sich nachts ihren Hobbys widmen können, die dann häufig unproduktive Basteleien oder auch stundenlange Computerspiele sind.

Frau Meeßen-Hühne hatte es bereits erwähnt: Wir haben uns bemüht, aus unseren Erfahrungen mit dem SCHIRM-Projekt in Halle und mit niedergelassenen Suchtmedizinern gemeinsam etwas zu entwickeln. Das spiegelt sich in einem Praxisleitfaden, der „Mama, Papa, Crystal“ heißt, und auch in Fortbildungen wider, die wir gemeinsam anbieten. Dieses Heftchen teilen wir auch bei den Fortbildungen aus.

Es vergeht kaum eine Woche, die uns nicht mit Fallbesprechungen über Kindswohlfälle beschäftigt. Das ist immer eine sehr schwierige Sache. Da ist viel abzuwägen. Wir sind sehr glücklich darüber, dass wir an der Schnittstelle Medizin, Sucht und Jugendhilfe

multiprofessionelle, trägerübergreifende Teams entwickeln konnten, in unserem Fall im Wesentlichen - aber nicht nur - mit anderen Trägern der Jugendhilfe, mit dem SCHIRM-Projekt und einer Allgemeinarztpraxis in Halle.

Uns ist dabei wichtig, dass wir für uns die Schweigepflicht wahren können. Die Familienhilfe- und Jugendhilfeeinrichtungen haben ohnehin üblicherweise keine Schweigepflicht in solchen Kindeswohlfällen gegenüber dem Jugendamt. Bei uns ist es allerdings so, dass es uns sehr wichtig ist, trotzdem Vertraulichkeit anbieten zu können. Wenn es gefährlich wird, ist es völlig klar: Wenn wir schwere Zweifel an der Gefährdung des Kindeswohls haben, dann werden auch wir das Jugendamt informieren; das ist überhaupt keine Frage. Wie ich bereits erwähnt habe, haben wir Streetworker auf der Straße. Wir haben durchaus Informationen aus Szene, Tratsch und Klatsch, die keinen Offiziellen wirklich interessieren, die aber für uns sehr wichtige Anhaltspunkte liefern, sodass wir in diesen Teams von Ärzten, Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe gemeinsame Entscheidungen treffen können. Uns ist es sehr wichtig, dass die Betroffenen, die Drogenkonsumenten und -konsumentinnen, uns trotzdem unter allen Umständen als vertrauliche Stelle wahrnehmen können und auch zu uns kommen. Ich denke, wir sind häufig der letzte Kontakt zu einem Hilfesystem. Deswegen ist uns das extrem wichtig.

Niedrigschwellige ambulante und stationäre medizinische Hilfen wären aus unserer Sicht auch nötig. Es gibt in den Landkreisen leider kaum Psychiater, die sich diesem Problem stellen und die sich als Suchtmediziner verstehen. Wir wünschen uns vor Ort natürlich eine unkomplizierte Ansprechbarkeit des medizinischen Hilfesystems. Gelegentlich ist es auch schwierig, stationäre Entgiftungsplätze zu bekommen, weil der Crystal-Konsum mit erheblichen emotionalen Turbulenzen, mit schizophrenen Krisen und mit Aggressionen einhergeht, was häufig zu Kriseninterventionen führt, die die Station stark beanspruchen, sodass diejenigen, die regulär entgiften möchten, manchmal relativ lange warten müssen. Das finden wir nicht immer günstig.

In der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe ist es manchmal hilfreich, Drogentests zu verlangen. Manche Jugendämter möchten das. Das kann sinnvoll sein, um beurteilen zu können, ob ambulante Hilfe möglich ist. Es wäre aus unserer Sicht natürlich wünschenswert, wenn das zum einen wohnortnah passieren könnte. Dazu braucht es Ärzte, die das machen möchten, oder möglicherweise auch Gesundheitsämter, die das machen könnten, und es muss zum anderen natürlich bezahlt werden. Wer bestellt, muss auch bezahlen. Wenn das Jugendamt bestellt, sollte es auch bezahlen, finden wir; denn die Kundschaft, über die wir reden, hat häufig ein erheblich geringes finanzielles Budget.

Um flexibler reagieren zu können, gehen wir nach, suchen wir auf und machen Streetwork. Wir nutzen rege Kommunikation. Aus unserer Sicht ist es ausgesprochen wichtig, die Kommunikation von uns aus aufrechtzuerhalten. Wir schreiben E-Mails, wir

schicken SMS und erinnern an Termine. Crystal-Konsumenten sind junge Demenzkranke, die extrem vergesslich sind. Es kann nicht schaden, sie per SMS auf ihren Termin aufmerksam zu machen. Wir bieten täglich offene Sprechzeiten an. Wir haben eine spezielle Abendsprechstunde für Crystal-Abhängige, die auch Eltern ansprechen könnte, die möglicherweise berufstätig sind.

Wir würden uns außerdem wünschen, dass neben der grenzüberschreitenden Polizeiarbeit auch Best Practice grenzüberschreitend ausgetauscht wird. Meiner Kenntnis nach hat das erste Treffen mit tschechischen Kollegen erst 2013 anlässlich des 20-jährigen droids-Geburtstags stattgefunden. Das finden wir sehr schade. Wir sollten uns im Bereich der sozialen Arbeit auch grenzüberschreitend austauschen.

Anhörung des Therapiehofs Sotterhausen

Frau Dr. Wesolowski: Ich leite eine Reha-Einrichtung. Wir sind also gewissermaßen am Ende der Therapiemöglichkeiten. Die Einrichtung ist klein. Wir haben derzeit nur ca. 120 Patienten pro Jahr. Die Einrichtung wird gerade erweitert, um dann 250 Patienten pro Jahr behandeln zu können. Wir sind auf junge Menschen und junge Erwachsene spezialisiert, die drogenabhängig sind.

In den letzten Jahren haben wir beobachtet, dass 80 % unserer Patienten als Erstdiagnose Crystal-Konsum haben, jedoch fast alle Mischkonsumenten sind. Wir haben viel über die Wirkung von Crystal gehört: Crystal ist leistungssteigernd, aufputschend und hält lange wach. Cannabis wird oft parallel dazu eingesetzt, um irgendwann auch mal herunterzukommen und zu schlafen. Wir haben Patienten, die 14 Tage und Nächte nicht geschlafen haben. Cannabis oder auch Alkohol werden dann gewissermaßen als Gegenmittel benutzt. Der Mischkonsum weitet sich sehr stark aus. Insofern haben wir in unseren Therapiekonzepten sehr viel umstellen müssen.

Was wir bemerken, sind diese maximalen Folgeschäden. Wir haben keine Bilder zur „Monsterdroge“, wie wir sie aus den USA kennen, mit den massiven Entstellungen. Wir betreuen Patienten, die acht oder zehn Jahre konsumiert haben, die aber gar nicht so schrecklich aussehen. Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass das Gesundheitssystem in Deutschland etwas besser ist als in den USA.

Ich möchte das unterstreichen, was Herr Kukielka eben sagte: Wir beobachten erhebliche kognitive Folgeschäden. Da der Konsum oft sehr früh einsetzt, betrifft er ein junges Gehirn. Junge Menschen, die gerade in der Entwicklung sind, sich in die Pubertät hineinbewegen und das Erwachsenwerden lernen sollen, werden dadurch massiv geschädigt, und zwar sowohl im emotionalen Bereich als auch im kognitiven Bereich, im Denken und in Bezug auf das Kurzzeitgedächtnis. Die Folge sind vielfach Wortfindungsstörungen, Probleme beim Lernen und mit der emotionalen Reifung.

Wir haben viel über die Attraktivität dieser Droge gehört, unter anderem in Bezug auf die sexuelle Performance. Es gibt junge Menschen, die noch nie einen normalen sexuellen Kontakt ohne irgendeine Droge gehabt haben. In unserer Einrichtung werden viele junge Leute betreut, die Schulabbrecher sind oder die zwei oder drei Lehrausbildungen begonnen haben und diese wieder abbrechen. Eine Langzeittherapie sollte in meinen Augen also nicht mehr nur sechs Monate, sondern über zwei Jahre oder länger dauern.

Das bringt mich jetzt zu einigen Punkten, die mir sehr wichtig sind und die ich daher heute ansprechen möchte.

Ein Thema ist die Präventionsarbeit. Ich habe unsere Patienten gefragt, was für sie hilfreich gewesen wäre. Hilfreich ist die Aussprache mit Betroffenen. Wir haben Projekte, wo unsere eigenen Patienten in die Schulen gehen und den Kids dort ihre Lebensgeschichte erzählen, ohne dabei Drogen zu verherrlichen.

Ganz wichtig ist ein niedrigschwelliger Kontakt zu den Suchtberatungsstellen. Bei Vorstellungen in den Notaufnahmen, wo viele Patienten aufgrund ihrer Angstzustände und Psychosen hinkommen, ist es wichtig, sie innerhalb von 24 Stunden aufzunehmen. Bei den weiteren Therapien sind die Motivationschwankungen ein sehr großes Problem.

Crystal Meth hat auch neurobiologische Auswirkungen, was zu einer langen Phase von depressiven Störungen, von Motivationslosigkeit und Antriebslosigkeit führt. Es fehlt die Lebensfreude. Es fehlt auch die Freude, irgendetwas wieder zu schmecken. Für das, was Crystal Meth als Wahnsinnskick gegeben hat, gibt es keinen Ersatz. Das zu betrauern und auf lange Sicht neue Freuden zu entdecken, ist extrem schwierig. Vor allem ist es auch schwierig, das Durchhaltevermögen der Patienten und Klienten zu stärken.

Für mich stellt sich häufig die Frage: Haben wir alternativ gesellschaftlich ein gesundes Milieu zu bieten? Ich suche mit dem Patienten zum Beispiel Möglichkeiten der Freizeitgestaltung außerhalb von Arbeit und Schule in einem Bereich, wo es keine Drogen gibt. Denken wir nur einmal an Alkohol. Ich habe gestern anlässlich eines Vortrags erzählt, ich war früher im Kirchenchor, und danach sind wir gepflegt ins Weinlokal gegangen. Das konnte ich mir nicht leisten, aber es war immer Alkohol im Spiel. Alkohol ist oft eine Gefahrendroge, um schnell wieder zurück zu dem alten Konsum zurückzukehren, weil etwas fehlt. Das ist eine Sache, die mir ganz große Sorgen macht.

Wenn es möglich ist, gehen viele unserer Patienten nach der Langzeittherapie für etwa drei Monate in Adaptionseinrichtungen. Das sind betreute Wohnformen, wo sie Praktika machen können. Das Ziel ist, dass sie dann hoffentlich wieder in eine Berufsausbildung gehen.

Gewünscht wäre es von meiner Seite, dass man sich noch viel stärker auf die Nachschulung ausrichtet. Diese Kids brauchen erst einmal ihren Hauptschulabschluss. Sie müssen es durchhalten, wieder ein paar Stunden zu sitzen und zu lernen. Wir bieten kognitives Training an, und auch unsere Therapieeinheiten sind mit internen und externen Praktika entsprechend ausgerichtet. Wir merken aber auch, dass diese jungen Menschen nach sechs Monaten noch nicht voll arbeitsfähig für einen Achtstundentag sind, auch wenn sie körperlich schon wieder ganz fit wirken und Sport machen. Sport ist sowieso toll, weil es dabei ja einen Kick gibt.

Damit komme ich zu den Rückfallgründen. Herr Dr. Kielstein sagte vorhin, unter anderem Gewichtsverlust führe dazu, dass Leute in die Behandlung gehen. Bei den Frauen ist eher das Gegenteil der Fall: Die Gewichtszunahme führt zu erneutem Konsum. Rückfallgründe sind Depressionen, schlechte Gefühle, Frustration, Langeweile, das Gefühl, man gehört nicht mehr dazu, weil doch überall konsumiert wird, keine Freunde, die nicht konsumieren, das alte Milieu wieder aufsuchen, Drogen konsumierende Freunde. Auch das mangelnde Selbstwertgefühl - man ist nichts mehr wert und hat keinen guten Sex - ist ein Rückfallgrund. Das ist bei Männern ein sehr wichtiges Thema, das wir in spezifischen Männergruppen ansprechen müssen. Das halte ich für ausgesprochen wichtig.

In Sachsen-Anhalt gibt es die Möglichkeit des Nahtlosigkeitsverfahrens, das sehr gut ausgebaut ist und von dem wir auch profitieren können. Das heißt, die Patienten können direkt nach der Entgiftung in die Langzeittherapie gehen. Ich finde, dieser schnelle Anschluss war für viele sehr hilfreich, denn gerade Crystal-Patienten muss man so früh wie möglich abholen und von Anfang an Motivationsarbeit machen.

Auch in Bezug auf die Nachsorge habe ich Sorgen, weil in vielen der überbetrieblichen Schulungseinrichtungen mehr oder minder konsumiert wird. Cannabis im Kolpingwerk ist nun einmal durchaus üblich. Wie kann ich einen meiner Patienten dorthin schicken? Wo gibt es Institutionen, wo mehr Wert auf Kontrollen gelegt wird? Wer macht die Kontrollen, und wer soll das bezahlen?

Den jungen abhängigen Menschen fehlen zahlreiche soziale Kompetenzen. Sie haben noch gar nicht entwickelte Ressourcen und überhaupt keine Lebenserfahrung im eigentlichen Sinne. Das unterscheidet sie von älteren Abhängigen bzw. von den klassischen Alkoholpatienten.

Wo finden wir in der Außenwelt der Therapie gesunde Kontakte? Wie können sie in ein Milieu wieder einsteigen, das damit wenig oder keine Erfahrung hat? - Selbsthilfegruppen vor Ort gibt es, aber auch dort treffen sich wieder Betroffene.

Ein anderes Problem besteht darin, dass wir bei den Abhängigkeitserkrankungen mit Crystal Meth eine große Begleiterkrankung beim Spielen festgestellt haben, also beim

Automatenspielen und Zocken. Hinzu kommen noch Videospiele und Multipersonenrollenspiele im Internet. Spielotheken wiederum sind im Großen und Ganzen der Umschlaghandel für Drogen.

Zusammenfassend möchte ich sagen, dass Crystal nicht nur verteufelt werden sollte. Wir haben heute schon gehört, dass eigentlich alle Gesellschaftsschichten betroffen sind. Als Gesellschaft müssen wir uns unbedingt mit der Attraktivität der Droge auseinandersetzen, die Verhaltensweise und Eigenschaften ermöglicht, die wir gesellschaftlich wertschätzen: Leistungsfähigkeit, wenig Schlaf, Durchhaltevermögen etc. Crystal-Konsumenten brauchen insgesamt viel mehr Zeit zur Erholung. Sie haben noch nicht alle Ressourcen verloren. Junge Menschen brauchen eben Zeit und Hilfen für die Nachreifung, die ich erwähnt habe.

Ich lade Sie im Namen des Therapiehofs Sotterhausen ein, zu uns zu kommen und mit den Betroffenen, die teilweise bis zu sechs Monate abstinent sind, ins Gespräch zu kommen. Sie können jederzeit vorbeikommen und sich einmal anhören, was unsere Patienten davon halten.

Anhörung des Landeskriminalamtes Sachsen-Anhalt

Ein Vertreter des Landeskriminalamtes: Ich möchte Ihnen im Folgenden einen kurzen Überblick über die polizeiliche Kriminalstatistik und die Entwicklung der Betäubungsmittelkriminalität - insbesondere von Crystal - in den letzten Jahren geben.

Wir haben das Problem, dass die Zahlen, die wir als Polizei erheben, zum einen nur die Zahlen sind, die im Endeffekt das Hellfeld darstellen. Das Dunkelfeld wird sicherlich ein Vielfaches - ich vermute, mindestens ein Drei- bis Fünffaches - von dem ausmachen, was uns an statistischen Zahlen vorliegt.

Ein weiteres Problem, das wir im Zusammenhang mit der Betäubungsmittelkriminalität haben, besteht darin, dass die Betäubungsmittelkriminalität eine Form der Kontrollkriminalität ist. Das heißt im Umkehrschluss, dass weder der Dealer noch der Konsument zur Polizei gehen und den Betäubungsmittelkonsum, den Handel, die Abgabe oder den Besitz zur Anzeige bringen. Das heißt, die Erkenntnisse, die wir bei der Polizei gewinnen und in der Statistik entsprechend niederlegen können, sind die Erkenntnisse, die wir als Polizei selbst gewinnen, zum einen durch Verkehrskontrollen, wo die Person im Rahmen von Strafverfahren auffällig wird, und zum anderen in den seltensten Fällen durch Erkenntnisse, die von außen an die Polizei herangetragen werden und wo wir dann entsprechende Ermittlungsverfahren initiieren und im Rahmen der weiteren Ermittlungen Erkenntnisse gewinnen können.

In dieser Statistik sehen Sie einen Überblick über die Entwicklung der Rauschgiftdelikte in Sachsen-Anhalt seit 2004. Um die Gesamtzahl zu würdigen, müssen wir feststellen,

dass wir im Jahr 2014 die höchste Anzahl von Betäubungsmitteldelikten nach der Wende zu verzeichnen haben. Dementsprechend sehen Sie auch die Entwicklung in den anderen Deliktsbereichen. Wir sehen, dass Cannabis in den letzten Jahren die Droge war, die zumindest aus polizeilicher Sicht am häufigsten festgestellt werden konnte.

Ein anderes Problem hat sich in den letzten Jahren ergeben. Da der Crystal-Konsum erst in den letzten Jahren zugenommen hat und somit auch an polizeilicher Bedeutung gewonnen hat, haben wir innerhalb der Polizei erst seit 2014 die Möglichkeit, die polizeiliche Kriminalstatistik auch auf Methamphetamindelikte eindeutig bundesweit erheben zu können. Im Vorfeld war es nicht möglich, das getrennt zu erheben, sondern es erfolgte unter den Stimulanzien. Die Stimulanzienentwicklung wiederum hat im Jahr 2014 erstmals die Zahlen der Cannabis-Delikte übertroffen.

Alle anderen Delikte im Zusammenhang mit Drogen wie Kokain-, Heroin- oder LSD-Konsum sind in den letzten Jahren auf dem gleichen Niveau geblieben. Im Bereich LSD haben wir pro Jahr ein bis fünf Delikte zu verzeichnen. Die Zahl der Heroindelikte ist rückläufig. Die Zahl der Kokaindelikte stagniert ein wenig. Erst in der Tendenz für 2015 werden die Heroindelikte wahrscheinlich wieder etwas zunehmen, allerdings immer noch auf einem relativ niedrigen Niveau. Wir müssen also feststellen, dass Cannabis und Amphetamine bzw. Methamphetamine die Drogen sind, die in Sachsen-Anhalt am meisten konsumiert werden. Zudem ist festzustellen, dass Crystal im gesamten Land verfügbar ist.

Innerhalb der polizeilichen Statistik werden sogenannte erstauffällige Konsumenten harter Drogen registriert. Dabei handelt es sich um die Personen, die im Zusammenhang mit dem Konsum von harten Drogen erstmalig polizeibekannt werden. Es ist deutlich zu erkennen, dass Crystal den Schwerpunkt bei diesen Konsumenten bildet.

Wie hat sich das im Land Sachsen-Anhalt in den letzten Jahren fortentwickelt? - Derzeit lässt sich eindeutig noch ein Nord-Süd-Gefälle feststellen, das sich in den letzten herausgebildet hat. Das hängt einfach damit zusammen, dass Crystal zu 90 bis 95 % aus der tschechischen Republik nach Deutschland importiert wird und dann nach Sachsen-Anhalt gelangt.

2011 lag der Schwerpunkt noch im Burgenlandkreis, während die Kreise Harz, Saalekreis und Wittenberg nur in dezenter Form betroffen war. 2012 sah es schon anders aus. Dort ließ sich bereits feststellen, dass sich die Droge weiter nach Norden verbreitete. In 2013 hat sich das weiter fortgesetzt. Da waren nur noch die Kreise Altmark und Stendal Crystal-freie Zonen, zumindest soweit es sich aus politischer Sicht feststellen lässt. Mittlerweile ist die Droge flächendeckend im ganzen Land vorhanden, wobei weiterhin ein gewisses Nord-Süd-Gefälle besteht. Unabhängig davon muss man davon ausgehen, dass auch in der Börde, im Jerichower Land, in Stendal und in Salzwedel

die Droge verfügbar ist und entsprechend konsumiert wird. In welchem Maße, können wir derzeit noch nicht sagen.

Noch ein Wort dazu, aus welchem Grund die Droge Crystal Meth aus polizeilicher Sicht so gefährlich ist. Die Polizei beschäftigen vor allen Dingen das Aggressionspotenzial, das durch einen langfristigen Konsum hervorgerufen wird, und eine gewisse Selbstüberschätzung. Diese Begleiterscheinungen haben entsprechende Auswirkungen auf andere Kriminalitätsbereiche. So nehmen beispielsweise auch Körperverletzungsdelikte zu. Crystal-Meth-Konsumenten nehmen innerhalb kürzester Zeit aggressive Handlungen vor, die im Vorfeld gar nicht zu erwarten waren.

Auch durch Selbstüberschätzung verursachte Verkehrsunfälle stellen ein Problem dar. Vielleicht können Sie sich noch entsinnen: In 2008/2009 gab es einen schweren Verkehrsunfall im Salzlandkreis mit fünf Toten und sieben Schwerverletzten. Ein Fahrer hatte eine Kolonne von mehreren Fahrzeugen überholt und war mit dem Gegenverkehr zusammengestoßen. Dieser Fahrer stand ebenfalls unter Methamphetaminedeinfluss. Das sind einzelne Punkte, die der Polizei das Leben schwermachen und die Gefährlichkeit der Droge deutlich werden lassen.

Abg. Frau Lüddemann: Ich habe eine Frage an Frau Dr. Wesolowski vom Therapiehof Sotterhausen. Aus einschlägigen Beratungsstellen in Dessau ist mir bekannt, dass es Wartelisten gibt, weil einfach nicht genügend Therapieplätze vorhanden sind - erst recht keine stationären Therapieplätze -, und dass es auch schwierig ist, langjährige Crystal-Konsumenten mit anderen gemeinsam zu therapieren. Wie stellt sich die Situation bei Ihnen dar? Haben Sie Wartelisten? Wenn ja, wie lang sind sie?

Vorsitzende Frau Zoschke: Wenn wir zum Beispiel Cannabis oder auch Crystal Meth entkriminalisieren und es denjenigen, die für sich in Anspruch nehmen, es zu brauchen, in bestimmten Einrichtungen ganz legal verabreichen, würde es das Problem ein wenig entschärfen, was zum Beispiel auch Ihre Arbeit betrifft? Würde das auf lange Sicht auch die Gesellschaft, was den öffentlichen Umgang mit dem Thema betrifft, verändern können?

Abg. Frau Dirlich: Meine Frage geht in eine ähnliche Richtung. Ich gebe zu, dass die Fragestellung provokativ ist. Wir erfahren von jeder einzelnen Hanfpflanze, die im Land gefunden wird und mit großem Polizeieinsatz beschlagnahmt wird. Wie hoch ist der Anteil dieser Arbeit an der Polizeiarbeit insgesamt?

Abg. Frau Dr. Späthe: Meine Frage richtet sich ebenfalls an Frau Wesolowski vom Therapiehof Sotterhausen. Ich möchte zunächst einmal würdigen, dass Sie nicht nur in der Therapie Ihrer Jugendlichen, die momentan bei Ihnen sind, verharren, sondern auch mit den Jugendlichen gemeinsam nach außen gehen. Ich glaube, dass das eine

überzeugendere Wirkung hat, als wenn Erwachsene den Jugendlichen erklären, wie schlimm das alles ist.

Sie haben jetzt eine Behandlungskette bis hin zur schulischen Nachsorge im Sinne von Schulabschlüssen aufgemacht. Könnten Sie etwas zu der Kostenträgerschaft sagen? Wie schwierig ist es in Bezug auf die Finanzierung?

Abg. Frau Grimm-Benne: Ich habe eine Nachfrage an den Vertreter des Landeskriminalamtes. Wenn man die in Rede stehenden Drogen legalisieren würde, würde das nicht auch die Herstellung legalisieren?

Ich habe gehört, dass Sie auf einer Fachveranstaltung einmal gesagt haben, die beste Prävention bestehe darin, schon die Herstellung der Drogen zu verhindern und die Tätigkeit der Kurierdienste einzudämmen. Wie weit sind diese Bemühungen inzwischen gediehen? Wie stellt sich die Zusammenarbeit mit Tschechien dar?

Abg. Frau Hohmann: Ich habe eine Nachfrage an Frau Wesolowski und an den Vertreter des Landeskriminalamtes. Inwieweit werden Sie von Schulen in unserem Land nachgefragt? Gibt es da rege Nachfragen, oder ist es eher so, dass Sie auf die Schulen zugehen?

Ein Vertreter des Landeskriminalamtes: Zunächst zur Freigabe. Wir haben im Jahr 2013 einmal eine Erhebung im Zusammenhang mit der Großen Anfrage des Landtags durchgeführt, wo es um harte Drogen und Cannabis ging. In diesem Zusammenhang haben wir recherchiert, wie viele Konsumenten, die wir in der polizeilichen Statistik identifizieren konnten, die nur wegen Cannabis als Einzeldroge aufgefallen sind, und wie viele es im Zusammenhang mit Cannabis und anderen Drogen sind. Wir mussten dabei feststellen, dass zwei Drittel der polizeilich festgestellten Betäubungsmittelkonsumenten im Zusammenhang mit dem Mischkonsum in Erscheinung getreten sind und dass nur ein Drittel der festgestellten Personen rein mit Cannabis in Erscheinung getreten ist.

Wenn man die Freigabe macht, wäre das für das eine Drittel sicherlich von Vorteil. Aus medizinischer Sicht ist es eher sowieso kein Problem, dort entsprechende Regelungen zu treffen. Aber ob im Umkehrschluss die Polizei dadurch weniger Arbeit haben wird, das würde ich eher verneinen. Sobald die Polizei jemanden mit Cannabis antrifft, müssen wir, selbst wenn es legal ist, immer noch prüfen, inwieweit die betreffende Person den legalen Rahmen, der vom Gesetzgeber vorgeschrieben ist, eingehalten hat oder ihn womöglich überschritten hat. Die Prüfungsarbeit würde sich dann eher noch erhöhen. Ich gehe davon aus, dass die polizeiliche Arbeit bei einer Freigabe eher mehr als weniger werden würde.

Zu der Problematik von Herstellung, Preis und Freigabe: Aus meiner Sicht reguliert sich der Markt immer nach dem Preis. Wenn man jetzt eine Freigabe vornimmt, stellt sich die Frage, zu welchem Preis die staatlichen Stellen die Drogen anbieten: Zu dem günstigsten am Markt verfügbaren Preis oder nicht? Wenn der Preis relativ hoch ist, weil der Staat dadurch noch Gewinn erzielen will, würde unter Umständen irgendein Privater diesen Preis unterbieten. Für den Konsumenten zählt immer nur der Preis. Das heißt, die Polizei müsste jeweils prüfen, inwieweit die Droge auf legalem Wege oder auf illegalem Wege erworben wurde. Das Problem würde also nach wie vor bestehen.

Zur Zusammenarbeit mit Tschechien: Auf Bundesebene gibt es die Arbeitsgruppe „AG Crystal“, in der neben allen Bundesländern auch Tschechien und Polen vertreten sind, ebenso wie der Zoll und die Bundespolizei. In dieser Arbeitsgruppe werden bestimmte Maßnahmen koordiniert. Das ist in Arbeit, und das funktioniert auch. Nichtsdestotrotz können weder Deutschland noch Tschechien über den gesetzlichen Rahmen und auch speziell über den finanziellen Rahmen hinwegspringen, was die Bereitstellung von finanziellen Mitteln, von Personal etc. betrifft. Die Zusammenarbeit findet statt. Sie ist gut und hat sich im Laufe der Zeit verbessert. In den letzten Jahren sind viele Maßnahmen in die Wege geleitet worden, aber viel mehr kann man erst einmal nicht machen.

Abg. Frau Dirlich: Wenn Sie jemanden mit Alkohol am Steuer erwischen, wird dann auch das gesamte Drogenscreening abgefragt? Wird der Betreffende daraufhin untersucht, ob er auch Mischkonsum betreibt?

Im Übrigen bin ich der Auffassung, dass es durchaus einen Unterschied zwischen Entkriminalisierung und Legalisierung oder gar Werbung für irgendeine Droge gibt.

Ein Vertreter des Landeskriminalamtes: Diese Frage kann ich Ihnen nicht im Detail beantworten. Das hängt sicherlich immer von den Polizeibeamten vor Ort und auch von der Situation vor Ort ab. Wie ist die Entscheidung gewesen? Gibt es irgendwelche Anhaltspunkte, die unter Umständen noch auf einen BTM-Konsum hinweisen, zum Beispiel Pupillenveränderungen, starrer Blick usw.? Das liefert über den Alkoholkonsum hinaus eventuell Ansatzpunkte dafür, bestimmte Maßnahmen zu rechtfertigen. Das hängt aber immer davon ab, wie die Situation vor Ort ist.

Vorsitzende Frau Zoschke: Bedeutet das „in der Regel nicht“?

Ein Vertreter des Landeskriminalamtes: Ich will es so nicht formulieren. Ich würde sagen „anlassbezogen“.

Frau Dr. Wesolowski: Die erste Frage betraf die Therapieplätze. Ich möchte noch einmal unterstreichen, dass es stimmt: In der klassischen Therapie reine Alkoholabhängigkeitserkrankte und Drogenabhängige in einer Therapieeinrichtung zu führen, hat sich lange Zeit als ausgesprochen schwierig dargestellt. Der Therapiehof, auf dem ich jetzt arbeite, ist seit 2001 eine reine Drogeneinrichtung und hatte sich immer auf junge Menschen spezialisiert. Wir sind jetzt dabei, das Alter etwas zu erhöhen, und zwar zunächst bis auf 30 und nächstes Jahr dann bis auf 35. Nach Vorgesprächen nehmen wir Jugendliche ab 16 auf, wenn es notwendig ist. Es gibt Wartezeiten, die allerdings nicht lang sind, weil wir gerade ausgebaut haben. In vielen Fällen übernehmen wir die Patienten auch direkt aus der Entgiftung. Wir holen sie sogar ab. Wir arbeiten auch mit den Justizvollzugsanstalten zusammen.

Es gibt nicht viele reine Drogeneinrichtungen in dieser Form. Wir hatten gerade ein Treffen mit den Kostenträgern, bei dem sich herausgestellt hat, dass die Anträge auf Alkohol- und Drogenabhängigkeitserkrankungen zurückgehen. Viele von den Einrichtungen nehmen jetzt auch Drogenpatienten auf. Das wird vom Therapiesetting und von der Gruppendynamik her sicherlich erst einmal eine große Herausforderung sein, aber das kann man durchaus meistern.

Wir hatten vorhin bereits über die wechselnde Motivationslage der Abhängigen gesprochen. Gerade bei den Crystal-Patienten gibt einen hohen Anteil an Patienten, die Nichtantreter sind. Im Prinzip geht es bei uns relativ schnell. Die Wartezeit beträgt in der Regel keine Monate, noch nicht einmal Wochen.

Die nächste Frage betraf die Kostenträger. Unsere Kostenträger sind die Rentenversicherungen, sowohl Bund als auch Mitteldeutschland, und bei den sehr jungen Patienten natürlich die Krankenkassen. Die Vergütungssätze erlauben es uns nicht, Lehrer einzustellen. Wir haben eine Zeitlang versucht, stundenweise Lehrer für Deutschunterricht, Orthografie oder Basales Rechnen zu bekommen und haben dafür spezielle Gruppen eingerichtet. Einige Patienten empfanden das allerdings als diskriminierend.

Es gibt Einrichtungen, die das machen können, dann allerdings über Fördervereine oder auch über Spendengelder. Diese Einrichtungen bieten in ihrer Langzeittherapie von 24 Wochen auch die Vorbereitung auf einen Hauptschulabschluss an. Das schaffen wir nicht. Viele versuchen, es über berufsbegleitende Angebote zu machen.

Damit komme ich zum Thema Präventionsarbeit. Die Schulen aus den Landkreisen Sangerhausen, Eisleben und Allstedt, mit denen wir zusammenarbeiten, kennen uns. Dort sind es oft Lehrer für Sozialkunde, Ethik usw., die mit unseren Bezugstherapeuten zusammenarbeiten.

Ferner führen wir ein Theaterprojekt durch. Dazu arbeiten wir mit einer Theatertherapeutin zusammen. Zweimal pro Jahr wird ein Stück aufgeführt, das die Patienten selbst

geschrieben haben und das sich mit dem Thema Drogen beschäftigt. Diese Theaterstücke haben wir danach auch immer im Theater in Eisleben im Foyer aufführen können, wo die Schulen eingeladen wurden, mit anschließender Diskussion.

Ein Vertreter des Landeskriminalamtes: Ich selbst führe keine Präventionsarbeit an Schulen durch, weil ich der Meinung bin, das sollte man als Polizeibeamter nicht unbedingt tun, zumindest nicht für Kinder und Jugendliche. Was Präventionsveranstaltungen im Zusammenhang mit Drogen für Erwachsene, Lehrer bzw. in Zusammenarbeit mit der Landesstelle für Suchtfragen angeht, gibt es überhaupt kein Problem. Das Problem ist eher folgendes: Wenn ein Schüler zu uns kommt und bekennt, dass er Drogen nimmt, sind wir als Polizeibeamte theoretisch sofort in der Pflicht, Anzeige gegen ihn zu erstatten.

Zum anderen ist es auch eine Frage der Glaubwürdigkeit. Für mich wäre es wichtiger, dass die Drogenberatungsstellen, die den täglichen Kontakt zu den betroffenen Personen haben, die Prävention vornehmen. Man muss immer davon ausgehen, dass die Klientel, die zu uns kommt bzw. mit der wir uns beschäftigen, in der Mehrzahl Personen sind, die wegen krimineller Handlungen - hauptsächlich im Zusammenhang mit Drogen - in Erscheinung getreten sind. Letztendlich ist der Konsument, der am Ende dieser Kette steht, nicht unsere Klientel. Wie sollen wir das einem Schüler als Erfahrungswert vermitteln? Wir können ihm sicherlich sagen, dass alles schlecht und böse ist, was er macht, und wie die entsprechenden Einordnungen sind? Im Sinne der Glaubwürdigkeit wäre es aus meiner Sicht sinnvoller, wenn das Personen machten, die tagtäglich mit den Betroffenen zu tun haben. Allerdings gibt es auf den Revieren durchaus Personen, die entsprechende Informationsveranstaltungen durchführen. Bezogen auf die Frage, wie sich die Auslastung im Einzelnen darstellt und ob sie Präventionsveranstaltungen an Schulen durchführen, bin ich allerdings überfragt.

Vorsitzende Frau Zoschke: Ein Teil der Präventionsarbeit besteht unter anderem darin, auch mit kommunalen Gremien zu arbeiten. Dabei ist es immer hilfreich, zum einen die Drogen- und Suchtberatungsstelle vor Ort und zum anderen denjenigen Mitarbeiter der Polizeireviere, der sich vor Ort darum kümmert und der den Kommunalpolitikern auch einmal sagt, an welchen Ecken die Drogen käuflich zu erwerben sind, einzuladen. Manch einer ist überrascht, weil er nicht damit gerechnet hat, dass genau dort das Verkaufsobjekt die Person wechselt, und es ist manchmal gut, dem einen oder anderen Kommunalpolitiker die Augen zu öffnen. Das führt zumindest zu einer gewissen Sensibilisierung und auch Klarstellung.

Vielleicht ist einer von Ihnen irgendwann in der Lage, die Abgeordneten darüber zu informieren, wie teuer ein Gramm Crystal Meth in Pulver- bzw. Kristallform ist.

Anhörung der Salus gGmbH

Frau Dr. Kempf: Ich bin seit einem Jahr Chefärztin im Fachklinikum Bernburg, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, und habe im Rahmen dessen vermehrt mit Crystal zu tun. Wir kennen dieses Problem auch im westdeutschen Bereich, gerade in Akutsituationen, wenn die Polizei jemanden zu uns gebracht hat. Aber dass ein derart ausgeprägter, weit verbreiteter Konsum besteht, wie er hier in dieser Region stattfindet - insbesondere auch im südlicheren Bereich Sachsen-Anhalts -, ist für mich doch sehr erstaunlich gewesen. Das hat mich mit einer Klientel in Kontakt gebracht, die ich auf diesem Niveau so noch nicht kannte.

Sie hatten primär nach Zahlen und dergleichen gefragt. Ich kann nur sagen, dass wir seit ungefähr drei Jahren relativ stabil ungefähr 310 bis 320 Patienten pro Jahr betreuen. Bis dahin hatten wir einen Anstieg zu verzeichnen. Von dieser Klientel wird jetzt erst seit diesem Jahr separat der Methamphetaminkonsum kodiert, denn wir können nur die Diagnosen verfolgen, das heißt, die Abhängigkeit und auch den klaren klinischen Missbrauch. Die Kriterienliste ist relativ umfangreich. Der Gelegenheitskonsument, der in einer Sondersituation zu uns kommt, wird dabei also nicht zwingend erfasst.

Ungefähr 10 % der Behandlungsfälle im Klinikum stehen mit Crystal-Konsum in Verbindung, und zwar dann auch auf krankhaften Niveau. Ich denke, der Anteil ist noch etwas unterschätzt, da unsere eigene interne Kodierung nicht 100-prozentig erfüllt ist. Das Thema wird sich im nächsten Jahr, wenn wir routinierter sind in der Erfassung, noch einmal anders darstellen.

Wir haben in diesem und auch im letzten Jahr einen zunehmenden Anstieg in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verzeichnen. Die Patienten fangen also inzwischen relativ früh an. Die Einstiegsdroge ist meistens THC. Der Folgekonsum ist dann der Crystal-Konsum. Die älteren Drogenabhängigen haben oft noch zwei, drei Zwischenstufen. Diese Zwischenstufen haben die jungen Patienten nicht mehr. Das ist auffällig.

Ungefähr 80 % aller Stimulanzienkonsumenten werden bei uns suchtspezifisch betreut. Es gibt immer wieder den Versuch, jedem, den wir auffällig finden oder vor allen Dingen auch durch Testungen erfassen, suchtspezifische Angebote zu unterbreiten, auch in der Allgemeinpsychiatrie. Unsere Quote an Nachweisen von Drogenkonsum ist deutlich höher als die Quote, wo wir eine klare Abhängigkeit und einen klaren Missbrauch sehen. Der Missbrauch setzt auch voraus, dass die Folge des Konsums zum Beispiel eine depressive Episode wäre. Manchmal ist es so, dass Patienten erst depressiv sind und dann zum Konsum kommen. Das hat etwas mit unserer Nomenklatur und unserer Kodierung zu tun.

Wir testen deutlich mehr Patienten positiv auf diverse Drogen, da wir inzwischen ein ausgeweitetes Drogenscreening machen. Das umfasst inzwischen zwölf Parameter standardmäßig, von Spice angefangen, teilweise sogar auch mit Untergruppen. Wir bieten es den Patienten an. Ich mache inzwischen relativ viele Konsile unserer eigenen Klinik, um dem Patienten Angebote zu unterbreiten.

Es ist auffällig, dass der einfache Konsument oftmals noch nie bei einer Drogenberatung war, sondern dass er - im Rahmen eines Selbstbehandlungsversuchs - aus dem Bekannten- oder Familienkreis Ratschläge erhält. Es geht darum, den Konsumenten mit ambulanten Angeboten zu versorgen und ambulante Beratungsstellen sowie suchtspezifische Ärzte und Psychiater zu vermitteln, die mit beiden Problempunkten vertraut sind.

Es wird immer nach Behandlungsplätzen gefragt, nach dem Motto: „Wir warten so lange.“ Das habe ich heute im Verlauf der Anhörung auch wieder aus einigen Beiträgen herausgehört. Es gibt klare Indikationen für eine stationäre bzw. vollstationäre Krankenhausbehandlung für eine Klientel. Das war auch der Wunsch aus dem ambulanten Setting heraus. Diese Indikationen sind oftmals gar nicht erfüllt, wenn wir ganz genau hingucken würden. Das Kriterium für eine vollstationäre Aufnahme im Krankenhaus muss entweder eine Krise sein, es muss massive Rückfallgefahr bestehen bzw. es muss eventuell das Leben vital bedroht sein. Ansonsten sind ambulante Maßnahmen vorzuziehen. Manchmal habe ich Kontakt mit Patienten in der Spezialambulanz, wie es in unserem Krankenhaus genannt wird, die ich versuche weiterzuvermitteln, wo mich also der Hausarzt anruft und sagt: „Ich brauche das dringend, denn ich weiß nicht weiter.“ Diese Patienten erfüllen oftmals jedoch nicht die Kriterien für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung, sodass auf eine ambulante Behandlung bzw. Reha verwiesen wird. Das sind häufig die vorgeschalteten Stufen.

Im Osten ist es noch nicht so bei den Krankenkassen angekommen, aber im Westen ist die Prüfung stark ausgeprägt, ob eine Indikation zum Aufnahmezeitpunkt bestand. Außerdem werden später auch die Krankenhausbehandlungstage geprüft. Diesbezüglich wird nach meiner Wahrnehmung in Sachsen-Anhalt überwiegend im Sinne des Patienten verfahren.

In Niedersachsen hingegen stellt sich die Situation anders dar. Dort sind die Patienten nach der Detoxikation, was bei Crystal schnell der Fall ist, also nach drei, fünf Tagen oder sieben Tagen, nicht mehr abrechnungsfähig; das muss man klar so formulieren. Deshalb konzentriert sich in unserem Krankenhaus die Klientel zum einen der hoch aggressiven Patienten, die uns durchaus vor Herausforderungen stellen, denn sie sind wieder ganz anders als ein hoch aggressiver psychotischer Patient, ein reiner schizophrener psychotischer Patient. Diese Patienten sind über drei, vier oder auch fünf Tage teilweise auf einer Beziehungsebene nicht kontaktierbar. Das schafft man oft nur mit Anti-Psychotika. Man kann diese Patienten mit der Verabreichung von Anti-Psychotika

aber eher schädigen. Das heißt, wir müssen durch diese hoch aggressive agitierte Phase durch, in denen die Patienten teilweise gegen ihren Willen mit Infusionen versorgt werden müssen. Das ist eine der Klientel, die wir versorgen.

Weiterhin gibt es die Klientel mit den schweren Folgeerkrankungen. Wir haben es manchmal auch mit Patienten aus Reha-Abteilungen zu tun, die dort kognitiv nicht in der Lage sind, dem Therapieprogramm zu folgen. Auch da haben wir selten eine Anfrage, ob wir diese Patienten übernehmen, weil meistens noch Nachsorge organisiert werden muss. Wenn er zu dem Zeitpunkt nicht Reha-fähig ist, ist eine Behandlung im Krankenhaus notwendig. Das sieht die Kasse bei den Patienten nicht immer unbedingt so. Da geht dann darum, die Schnittstelle zu finden. Wo kann er eine Wohnung haben? Wie ist weitere Anbindung? - In Zusammenarbeit mit den Jugendämtern ist der Verbleib der Kinder zu klären, die für die Zeit der Behandlung woanders untergebracht werden müssen.

Häufig sind die schweren kognitiven Defizite nicht unbedingt erkennbar, wenn man den Patienten sieht. Wir haben viele Patienten im Alter von 20 Jahren, die auf dem Niveau einer leichten bis mittelgradigen Demenz sind. Es ist oftmals schwierig, dem Kostenträger gegenüber klarzumachen, dass diese Patienten in Langzeiteinrichtungen untergebracht werden sollten. Diese Patienten sind hoch ambivalent und damit ein Risikoklientel für alle anderen zu Versorgenden, denn die Kosten müssen übernommen werden.

Aktuell befinden sich zwei amphetaminabhängige Mütter auf der Station. Wir versuchen, diesen Personenkreis primär aufzunehmen. Meistens lehnen Mütter den Kontakt ab. Wir versuchen, sie zur Jugendarbeit zu motivieren. Nur wenn wir eine ganz akute Gefährdung sehen, nehmen wir von unserer Seite Kontakt mit dem Jugendamt auf. Die jungen Mütter haben eine massive Angst, dass ihnen die Kinder entzogen werden. Es ist für junge Mütter oder Schwangere schwierig, einen Einstieg in entsprechende therapeutische Verfahren zu finden, weil es in der Szene häufiger vorkommt, dass süchtigen Müttern Kinder entzogen werden. Das macht deutlich, dass viele Jugendämter einfach überfordert sind.

Anhörung von Frau Stark, Streetworkerin Dessau-Roßlau

Frau Stark: Ich bedanke mich für die Einladung zur heutigen Anhörung. Ich werde Ihnen im Folgenden einige Hinweise geben. Vielleicht wird sich einiges wiederholen. Vieles von dem, was ich heute bisher gehört habe, trifft auch auf mein Arbeitsfeld zu. Ich versuche also, es kurz und knapp zu machen.

In meiner Arbeit ist die Droge Crystal Meth seit 2008 bekannt. Ich hatte seit diesem ersten Kontakt bis zum heutigen Tag den Eindruck, dass sich in unserer Stadt der Crystal-Konsum auf einem hohen Niveau hält. Er ist nicht weniger geworden. Er ist auch

nicht mehr geworden; es hat sich eingependelt. Was die Streetworker am Tag erleben, ist allerdings auch nur die Spitze des Eisbergs. Wir werden bestimmt nicht alle Crystal-Konsumenten in der Stadt antreffen und werden auch nicht von allen kontaktiert. Es sind hauptsächlich Jugendliche und junge Erwachsene, die uns im öffentlichen Raum ansprechen, die Hilfe haben wollen und die auch eine Beratung suchen. Unsere Konsumenten nehmen oft schon jahrelang Crystal, und das sehr unauffällig. Sie sind ausgesprochen redselig. Man kann gut mit ihnen kommunizieren. Es gibt also nicht diesen speziellen Konsumtypen, dem man in den Anfangszeiten ansieht, dass er Crystal konsumiert.

In der Jugend gibt es einen gewissen Mainstream: Man will dabei sein, und man will auch funktionieren. Das ist häufig der Impuls für die Jugendlichen, diese Droge zu nehmen. Wenn wir mit den Jugendlichen im Gespräch sind, stellen wir immer wieder fest, dass sie eigentlich so gut wie gar keine Kenntnisse über diese Droge haben. Im Bekanntenkreis wird es genommen, und man gehört eben mit dazu. Was passieren könnte, will man erst einmal gar nicht wissen.

Zu Beginn des Kontakts mit uns Sozialarbeitern geht es in erster Linie eigentlich nur um Hilfestellungen bei sozialen Problemen. Wenn man längere Zeit mit der Klientel arbeitet, stellt man häufig fest, dass Hintergrund dieser sozialen Probleme der Konsum von Crystal ist, dass diese Droge also die Ursache dafür ist, dass bestimmte Lebensabschnitte schief laufen.

Die Crystal-Klienten sind hoch ambivalent, mit unbeständiger Veränderungsbereitschaft. Das macht es für uns schwer. Wir arbeiten in Dessau-Roßlau alle separat, das heißt, jede Kollegin ist für sich alleine unterwegs. Deshalb muss man auch den Selbstschutz im Auge behalten. Die Frustrationstoleranz ist bei den konsumierenden Jugendlichen sehr gering ausgeprägt. Die durch den Drogenkonsum verursachten Psychosen lösen Misstrauenstendenzen aus. Insofern ist es schwierig, den Kontakt, den man zu einem Abhängigen aufgebaut hat, aufrechtzuerhalten.

Bei diesen Jugendlichen ist auch eine hohe Selbstüberschätzung anzutreffen. Bei Crystal handelt es sich um eine Ego-Droge, die dazu führt, dass jeder nur noch für sich sorgt. Im Alltag fühlen sich die Konsumenten dann leicht überfordert. Sie schauen nicht positiv in die Zukunft. Sie leben im Moment. Das ist das Gängige, was man beobachten kann.

Seit etwa einem Jahr muss ich allerdings feststellen, dass sich unsere Konsumenten immer mehr von anderen aktiven Lebensbereichen isolieren und ihre Wohnung kaum noch verlassen. Das macht es noch schwerer, an solch eine Klientel heranzukommen, weil sie sich total abschotten.

Ich habe auch Beobachtungen machen können, dass es immer mehr junge Eltern gibt, die mit einer Crystal-Problematik behaftet sind. Die Elternteile haben große Probleme mit der Ausübung ihrer elterlichen Sorge. Da ist dann natürlich das Jugendamt gefordert, aber das hält sich irgendwo auch in Grenzen. Meines Erachtens sind die Familienhelfer nicht unbedingt ausreichend qualifiziert, was die Suchtberatung und die gesamte Problematik betrifft, um in der Familie ausreichend helfen zu können.

Crystal wird vor allen Dingen in Cliquen konsumiert. Es sind also nicht alles Einzelkonsumenten. Die Wohnungen sind meistens immer voll mit vielen jungen Leuten. Der Konsum findet häufig in privaten Räumen statt, zu denen wir immer nur punktuell Zugang haben. Häufig sind es total verwahrloste Räume, wo nichts mehr gepflegt wird. Man hat nur noch damit zu tun, Crystal zu besorgen und zu konsumieren. Wenn man diese Räumlichkeiten betritt, hat man zunächst den Eindruck, dass alles sehr kommunikativ ist, denn dort wird viel geredet. Aber jeder redet über eine andere Geschichte. Man redet also nicht miteinander, sondern jeder redet in seiner eigenen Welt. Das ist richtig gruselig.

Die Begleitung eines Konsumenten ist auch für mich über Jahre nötig. Häufig brechen die Kontakte seitens der Klientel wieder ab. Von daher ist eine kontinuierliche Arbeit kaum möglich. Für uns Straßensozialarbeiter ist das mit einem deutlichen Mehraufwand verbunden, denn man muss immer sofort reagieren, weil das Fenster für eine Bereitschaft seitens der Crystal-Konsumenten, Kontakt aufzunehmen, nur sehr begrenzt ist. Wenn die Crystal-Konsumenten sagen: „Ich will jetzt!“, dann muss ich alles stehen und liegen lassen und sagen: „Dann will ich jetzt auch.“ Manchmal geht das einem selber ganz schön an die Substanz, denn es erfordert ein hohes Maß an individueller Begleitung und Struktur von unserer Seite, um den Klienten helfen zu können. Sie müssen immer wieder motiviert werden, um nicht wieder in die alten Verhaltensmuster zurückzufallen. Die Clean-Phasen haben eigentlich auch keine positiven Effekte für sie. Das Regal, was Gefühle betrifft, ist leergefegt. Sie haben keine Gefühle mehr, selbst wenn sie clean sind und die Droge nicht mehr nehmen. Dieses Regal der Gefühle muss sich erst allmählich wieder auffüllen. Es tut weh, wenn man merkt, dass man nichts mehr fühlt.

Hinzu kommt, dass die Abhängigen kaum Rückblick auf eine konsumfreie Zeit haben. Ich weiß aber von vielen Klienten, dass man den Ausstieg schaffen kann. Wir haben vorhin schon gehört, dass viele den Ausstieg auch alleine machen. Wenn man eine gute Begleitung hat, haben das auch schon mehrere meiner Klienten geschafft. Sicherlich geht das nicht von alleine; man muss wirklich immer dranbleiben.

Wir haben zur Prävention einige Projekte aufgelegt. Man muss überlegen, wie man für die Klienten den langen Tag mit irgendetwas Attraktivem füllen kann, damit Crystal nicht über die Langeweile wieder zurückkommt. Wir haben mit einer Kollegin von der Präventionsstelle und dem Jugendschutz beim Jugendamt einen Film produziert. Dazu

haben wir Crystal-Konsumenten interviewt, um zu hören, wie sie in die Abhängigkeit geraten sind, was die Droge mit ihnen gemacht hat und welche Wünsche sie haben. Diesen Film setzen wir auch für Weiterbildungszwecke für Fachleute ein, um sie zu sensibilisieren.

Aktuell haben wir einen „Crystal-Koffer“ für Fachleute in Arbeit, der der Wissensvermittlung und dem Austausch zu diesem Crystal-Phänomen dient. Wir haben auch mit Jugendlichen, die Crystal-Konsumenten sind, Projekte gemacht. So sollten sie zum Beispiel ihre Lebenswelt fotografieren. Darüber haben wir uns dann unterhalten und haben ihnen durch feste Absprachen ein Stück weit wieder Strukturen geben können, um die Unfähigkeit, Lust und Freude zu empfinden, langsam abzubauen.

Abschließend möchte ich noch einen Wunsch äußern und Ihnen sagen, was meine Klientel bräuchte, was wir aber nicht haben. Aus meiner Sicht ist die Kooperation Jugendamt, Jobcenter und Familie noch ausbaufähig. Ich halte es für problematisch, wenn Kinder mit einem konsumierenden Elternteil zusammenleben. Ich frage mich: Wie merkt man es eigentlich, wenn sich die Crystal-Eltern in einem Drogenrausch befinden und eine Gefährdung der Kinder eintritt?

Auch im Bereich des Jobcenters besteht noch ein breites Arbeitsfeld. Ich kenne Crystal-Konsumenten, die für mehrere Jahre kaltgestellt und als nicht vermittelbar eingestuft sind. Sie sind jetzt aber längst wieder aktiver, sodass man ihnen einen Job anbieten könnte. Anderen Jugendlichen wurden Maßnahmen aufgedrückt, bei denen sie jämmerlich untergegangen sind, weil sie die Sanktionen nicht einhalten konnten. Ich finde, da fehlt der geschärfte Blick.

Ich beobachte auch eine gewisse Hilflosigkeit im medizinischen Bereich. Allgemeinärzte reichen meine Klienten an die Fachärzte weiter, die wiederum sagen: „Wenn es von der Droge kommt, warten wir mal, bis es von alleine weggeht.“ Das ist für die Jugendlichen absolut keine Hilfe.

Abg. Frau Dirlich: Mich würde interessieren, ob es Angebote für Angehörige gibt. Damit meine ich nicht die kleinen Kinder, die mit drogenabhängigen Eltern zusammenleben, sondern eher die Angehörigen von Jugendlichen, die in der Regel komplett mit der Situation überfordert sind.

Abg. Frau Lüddemann: Frau Stark, auch Sie hatten erwähnt, dass eine Zunahme von jungen Müttern bzw. jungen Familien mit Crystal-Bezug zu verzeichnen ist. Können Sie noch einmal näher ausführen, was Sie mit jungen Müttern meinen? Welches Alter ist das ungefähr?

Haben Sie tatsächliche Erfahrungen mit Kindesentzug? Ich hatte die Kollegin vorhin so verstanden, dass das eher ein Mythos ist, aber tatsächlich gar nicht so oft passiert. Vielleicht könnten Sie sich dazu noch einmal äußern.

Dass es einen Unterschied zwischen einem Krankenhausplatz und einem Reha-Platz gibt, ist mir durchaus bewusst. Das Problem besteht häufig darin, einen Reha-Platz zu finden.

Abg. Frau Gorr: Ich fand den Film, den Sie erwähnt haben, und auch den „Methodenkoffer“, den Sie erarbeiten, ausgesprochen interessant. Gibt es einen Austausch mit Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen bzw. Streetworkerinnen und Streetworkern in anderen Orten oder Landkreisen? Es wäre sicherlich ganz interessant, sich diesbezüglich einmal zusammenzutun, weil das etwas ist, was zur akuten Prävention zum Beispiel an Schulen zu nutzen wäre.

Frau Stark: Zu diesem Angebot für Co-Abhängige haben wir uns natürlich auch Gedanken gemacht. Wir sind ja Praktiker und müssen den Leuten helfen, eine Form zu finden, wie man das machen kann. Wir haben gerade einen Plan, den wir im November umsetzen werden, und wir haben uns Kooperationspartner gesucht, weil man das alleine als Streetworker gar nicht stemmen kann. Man braucht immer ein kleines Netzwerk, um das alles umzusetzen.

Wir werden zusammen mit dem Diakonischen Werk Bethanien in Dessau und mit der Präventionsstelle der Polizei ein Mikroprojekt in der Turnhalle auf dem Gelände von Bethanien durchführen, das sich „Bewegung ist Belebung“ nennt. Die Zielgruppe sind Jugendliche und junge Erwachsene, die mit Drogen in Kontakt kommen, die mit Drogen experimentieren und die Drogen missbräuchlich konsumieren. Denen bieten wir einmal in der Woche eine Zeit an, in der sie sich dort treffen. Wir organisieren dann gemeinsam bestimmte Aktivitäten, damit wieder ein Körperbewusstsein entsteht und ein gewisses Durchhaltevermögen entwickelt wird. Dabei haben wir nicht nur die konsumierenden Jugendlichen im Blick, damit sie wieder aktiver und motivierter werden, sondern auch die entsprechenden „Anhängsel“. Auch die Kollegin vom Diakonischen Werk ist immer mit vor Ort. Auf diese Weise können wir ein niedrighwelliges Angebot für eine Beratung anbieten. Der Kollege von der Polizei ist derjenige, der diese Aktivitäten steuern wird, damit wir als Sozialarbeiter im Hintergrund die Gesprächsführung gestalten können und uns nicht auf die sportliche Schiene begeben müssen, sondern tatsächlich eher die Beratungsschiene bedienen können.

Damit komme ich zu der Frage nach den jungen Müttern. Ich habe gerade zwei Mütter in der Betreuung. Einer Mutter musste ihr Kind abgeben, weil sie nicht mehr in der Lage war, selbst angemessen für das Kind zu sorgen. Das andere ist eine Familie, wo beide Konsumenten sind und wo zurzeit drei Kinder leben; ein viertes ist unterwegs. Diese Familie wird von einer Familienhelferin betreut, die aber auch nicht rund um die

Uhr zur Verfügung stehen kann. Die Eltern haben ihren Konsum nicht im Griff. Ich weiß nicht, warum das Jugendamt bei dieser Familie so zögerlich ist. Es gibt dort nicht nur die Problematik, dass die Eltern ihrer Sucht nachgehen, sondern die Kinder sind aus meiner Sicht ständig unterversorgt, denn Mitte des Monats ist bereits kein Geld mehr da.

Zum Austausch von Streetworkern und Sozialarbeitern kann ich sagen, dass das gerade in Sachsen-Anhalt regelmäßig stattfindet. Wir treffen uns und tauschen uns aus: Was macht ihr? Wie sind die Tendenzen? In dem Nord-Süd-Gefälle hat jeder Bereich seine eigenen Problematiken. Alles, was entwickelt und nutzbar ist, soll nicht nur für uns Dessauer sein, sondern wir möchten es durchaus verbreiten. Die jungen Leute, die lobenswerterweise mitgemacht haben, wollen damit ein Zeichen setzen und andere Jugendliche warnen.

Frau Meeßen-Hühne: Ich möchte noch ergänzen, dass auf Landesebene bei der Landesstelle der Facharbeitskreis Suchtprävention angesiedelt ist. Wenn neue Materialien im Land entwickelt werden - beispielsweise der erwähnte Film -, dann werden sie dort begutachtet, beraten und in der Regel auch zur Verfügung gestellt. Demnächst werden alle Fachstellen im Land diesen Film erhalten und werden dann in ihrer Region Fachpersonal dazu schulen.

Dieser Film soll aber nicht einfach in die Fläche gehen. Er ist ein gutes Instrument, um ins Gespräch zu kommen und um Hintergründe zu vermitteln. Allerdings wird er keinen Vierzehnjährigen davon abhalten können, Crystal zu probieren. Das ist nicht die Intention des Films. Die Intention des Films ist vielmehr, diese Lebenswelt begreiflich zu machen und zu zeigen, dass das auch Menschen, auch Jugendliche sind und dass man Ansatzpunkte hat, um mit ihnen zu arbeiten. Das nimmt ein bisschen die Hilflosigkeit. Ich finde es an dem Film ausgesprochen berührend, zu sehen, was an Arbeit möglich ist. Er eignet sich also für die Multiplikatorenarbeit. Deswegen soll er auch Fachleuten zur Verfügung gestellt werden, damit sie damit entsprechend arbeiten können.

Ein zweites Material hat die Fachstelle Saalekreis entwickelt. Sie hat zu unterschiedlichen Substanzen Boxen entwickelt, unter anderem eine „Crystal-Box“. Diese Box wollten wir ursprünglich nur im Facharbeitskreis vorstellen, haben daraus dann aber eine landesweite Weiterbildung entwickelt. Aber auch da läuft der Weg so, dass zunächst, wenn es um Schule geht, die Lehrkräfte geschult werden. Nicht alles, was Lehrer sich wünschen, ist suchtpreventiv. Häufig haben Lehrer auch Sorgen, weil die Schüler sich komisch verhalten. Sie denken dann, sie müssen etwas Spezielles zu Crystal machen. Wenn sich dann jemand findet, der schnell hingeht, haben wir eher einen Werbeeffekt, als wenn wir tatsächlich an den Schwierigkeiten der Schülerinnen und Schüler dran sind. Das ist immer das Problem.

Nach einer solchen Weiterbildung für Lehrkräfte wird geprüft: Ist es danach überhaupt noch notwendig, etwas für Schüler zu machen, oder was macht Sinn an der betreffenden Schule? Um Werbeeffekte für die Droge zu vermeiden, wird es nur dann eingesetzt, wenn es konkrete Hinweise auf Konsumenten in einer Klasse gibt. Man muss den Schülern nicht zeigen, was es „Schönes“ auf der Welt gibt, wenn sie noch einen schützenden Abstand haben. Außerdem wird der Film erst ab der 9. Klasse gezeigt. Die Vermeidung von Werbeeffekten ist ausgesprochen wichtig. Daher gehört es in die Hand von Fachleuten. Das ist unsere Art, mit Informationsmaterialien umzugehen.

Wir haben zum Umgang mit Kindeswohlgefährdung schon 2009 eine Handreichung für die Suchtberatungsstellen erarbeitet, damit sie wissen: An welchen Hinweisen erkenne ich, dass eine Kindeswohlgefährdung besteht? Mit wem kann ich kooperieren? Dort spielt auch das System der integrierten Beratung hinein, das in allen Landkreisen entwickelt worden ist, wo die Beratungsdienste jetzt wesentlich enger zusammenarbeiten als früher.

Bezüglich des Problems konsumierender Eltern besteht allerdings noch eine Lücke. Bei der Crystal-Schulung, die ich erwähnt hatte, gab es Lehrkräfte, die an Grundschulen tätig waren und die nicht wussten, wie sie in ihrer Rolle als Lehrkräfte mit diesen Eltern umgehen sollten. Dieses Thema werden wir also im Auge behalten und versuchen, geeignete Angebote zu entwickeln.

Vorsitzende Frau Zoschke: Ich möchte mich ganz herzlich bei Ihnen allen dafür bedanken, dass Sie sich uns heute so viel von Ihrer Zeit zur Verfügung gestellt haben und dass jeder von Ihnen in seinem Aufgabengebiet so viel tut, um noch Schlimmeres zu verhindern. Wir sind uns durchaus dessen bewusst, dass mit dem Aussprechen der Problemlagen heute nur ein Teil von dem überhaupt erfasst worden ist, womit Sie jeden Tag zu tun haben. Ich habe heute - ich gehe davon aus, dass das auch für alle anderen zutrifft - ausgesprochen viel gelernt, was Ihre eigene Kreativität im Umgang mit diesen Problemlagen betrifft.

Ich wünsche Ihnen im Namen des Ausschusses, dass Sie Ihre Kreativität behalten, dass Sie auch weiterhin alle Möglichkeiten suchen, um das Netz noch dichter zu machen, dass Sie gesund bleiben, dass Sie Kraft behalten und dass Sie auch zukünftig Partner für Politik sein werden, damit wir gemeinsam Strategien entwickeln können, um den Schaden so gering wie möglich zu halten. Ich hoffe, dass wir gemeinsam nach einigen neuen Wegen suchen können, um Ihre Arbeit zu unterstützen, um aber auch das Leben Ihrer Klientel ein wenig zu erleichtern.

(Unterbrechung der öffentlichen Sitzung von 12.13 Uhr bis 13.45 Uhr)

Zu Punkt 2 der Tagesordnung:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung von Vorschriften über die Behandlung psychisch Kranker und Schutzmaßnahmen

Gesetzentwurf Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - **Drs. 6/4193**

Der Gesetzentwurf wurde erstmals in der 55. Sitzung am 25. August 2015 zur Festlegung des Verfahrens behandelt. Es wurde vereinbart, in der heutigen Sitzung einen Bericht der Landesregierung entgegenzunehmen und eine Beratung über den Gesetzentwurf durchzuführen. Für die öffentliche Diskussion zu diesem Gesetz wurden Vertreter des Landespsychiatrieausschusses eingeladen.

Vorsitzende Frau Zoschke: Zunächst möchte ich eine Anmerkung zum Verfahren machen. Zum einen haben wir beschlossen, die heutige Beratung über diesen Tagesordnungspunkt in öffentlicher Sitzung durchzuführen. Zum anderen wurde im Rahmen der Beratung im Plenum über den vorliegenden Gesetzentwurf deutlich, dass es nicht gelingen wird, noch in dieser Legislaturperiode eine abschließende positive Beratung des Gesetzentwurfs durchzuführen. Unabhängig davon hält der Ausschuss die Diskussion über den Gesetzentwurf für ausgesprochen wichtig. Deswegen haben wir beschlossen, heute in öffentlicher Sitzung zu beraten und zu erfassen, was aus Sicht derer, die sich seit vielen Jahren mit diesem Thema befassen, wichtig wäre, um solch ein Gesetz tatsächlich inhaltlich zu füllen, damit das Gesetzesvorhaben in der nächsten Wahlperiode so schnell wie möglich auf den Weg gebracht werden kann.

Abg. Frau Lüddemann: Ich möchte in Erinnerung rufen, dass dieses Gesetz einen sehr langen Vorlauf hat. Es ist sowohl im Psychiatrieausschuss, in den jährlichen Gesprächen mit dem Minister als auch in diesem Ausschuss mehrfach thematisiert worden, meistens mit dem Fokus, dass die Zwangsbehandlungen aufgrund von entsprechenden Gerichtsurteilen neu zu regeln sind. Im Ausschuss ist mehrfach in Aussicht gestellt worden, dass das Ministerium einsieht, dass diese Zielstellung gegeben ist. Das war im Prinzip eine der ersten übereinstimmenden Feststellungen zu Beginn der Wahlperiode. Nachdem seitens des Ministeriums keine Vorlage kam, ist die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in Vorleistung getreten und hat eine entsprechende Vorlage erarbeitet, in der im Zuge dessen weitere Punkte aufgegriffen wurden.

In der Tat haben die Koalitionsfraktionen bereits deutlich signalisiert, dass sie nicht bereit sind, sich ernsthaft mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zu befassen.

Staatssekretärin Frau Naumann (MS): Da die Beratung über den Gesetzentwurf in öffentlicher Sitzung erfolgt, halte ich es für angezeigt, dass das Ministerium für Arbeit und Soziales Stellung dazu nimmt, wie es den Gesetzentwurf insgesamt bewertet.

Ich glaube, es gibt zwischen den regierungstragenden Fraktionen und unserem Haus insofern keine großen Differenzen. Auch wir sind der Meinung, dass ein seit dem Jahr 1992 bestehendes Gesetz aktualisiert werden muss, soweit Aktualisierungsbedarf besteht. Aus unserer Sicht betrifft das insbesondere zwei Punkte, die sich auch in den intensiven Diskussionen im Haus herauskristallisiert haben. Das ist zum einen die rechtssichere Gestaltung des Themas Zwangsbehandlung - wobei ich Wert auf das Adjektiv „rechtssicher“ lege -, die die unterschiedlichen Interessenlagen zwischen dem Patienten und dem behandelnden Arzt berücksichtigt und die dabei auch berücksichtigt, dass es hierzu mittlerweile eine umfassende höchstrichterliche Rechtsprechung und auch Bundesverfassungsrechtsprechung gibt. Zum anderen geht es um die grundsätzliche Stärkung der Patientenrechte, die auch dem Referat wichtig ist.

Dem Gesetz von 1992 wurde eine moderne Verfassung attestiert. Sachsen-Anhalt ist diesbezüglich über Jahre hinweg führend gewesen. Inzwischen besteht, deutlich artikuliert, bezüglich der genannten zwei Punkte Nachjustierungsbedarf. Das ist eine Aufgabe, der man sich stellen kann. Das tun wir auch sehr intensiv, und zwar in Diskussionen mit Ärzten und Patienten. Das ist jedoch ein Prozess, der nicht ad hoc stattfinden kann, denn zunächst muss untersucht werden, welche Wirkungen Gesetzlichkeiten haben. Daher ist an dieser Stelle eine sensible, inhaltlich verantwortungsvolle Diskussion erforderlich, die nicht am Ende einer Wahlperiode geführt werden sollte.

Vorsitzende Frau Zoschke: Ich nehme für den Ausschuss in Anspruch, dass wir immer ausgesprochen sensibel und verantwortungsbewusst diskutiert haben, und das werden wir auch bis zum Ende der Wahlperiode tun.

Der Vorsitzende des Landespsychiatrieausschusses: Sich mit dem PsychKG zu beschäftigen, erinnert mich an den Weg durch das Labyrinth draußen vor dem Dom. Ich bin seit zehn Jahren im Psychiatrieausschuss aktiv. Solange ich dort aktiv bin, beschäftigt mich das Thema PsychKG-Novellierung. Man hat manchmal das Ziel vor Augen, und dann ist es wieder weg. Ich habe die Hoffnung, dass man irgendwann doch einmal ans Ziel kommt.

Wir haben vorhin der Öffentlichkeit unseren 22. Ausschussbericht übergeben, in dem wir sehr ausführlich einen Schwerpunkt behandelt haben, der sich mit Bausteinen für eine Novellierung des PsychKG befasst.

Es gibt im Grunde genommen in der Diskussion um die Novellierung des PsychKG zwei Lösungsmöglichkeiten: Entweder eine kleine Lösung in Form einer Anpassung des Gesetzes an die Rechtsprechung zur Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen. Das ist im Grunde genommen eine redaktionelle Sache. Zweitens gibt es die Möglichkeit einer großen Lösung dahingehend, dieses Novellierungsvorhaben zu benutzen, um einen gesetzlichen Rahmen für eine moderne, patientenorientierte, an den Patientenrechten und an Inklusion orientierte psychiatrische Versorgung zu bestimmen.

Der Psychiatrieausschuss spricht sich für die große Lösung aus. Wir wissen durchaus, dass das vor allen Dingen nicht zum Nulltarif zu haben ist. Uns ist klar, dass das natürlich haushaltsrechtliche Konsequenzen hat. Deswegen sind wir auch hier. Ein PsychKG muss im parlamentarischen Raum beschlossen werden und nicht über eine Rechtsverordnung.

Wir sehen im Grunde genommen für die Novellierung des PsychKG mehrere Säulen, Die erste Säule ist die rechtssichere und verfassungskonforme Regelung der seltenen, aber doch vorkommenden Fälle von Zwangsbehandlung. Es gibt keine Möglichkeit, das auf die lange Bank zu schieben, denn die entsprechenden Fälle sind da. Sie sind zwar selten, aber sie sind vorhanden und werden durch das Betreuungsrecht nicht in allen Fällen abgedeckt. Das Betreuungsrecht bestimmt die Eingriffsmöglichkeit bei der Schädigung der eigenen Gesundheit oder des Lebens. Im PsychKG geht es um die Fremdgefährdung. Es gibt einige wenige solcher Fälle. Ich habe vorhin in der Landespressekonferenz schon ein Beispiel genannt: Eine Patientin mit einer Psychose kommt in die Klinik, weil sie aus ihrer Wohnung mit Pflastersteinen auf Patienten geworfen hat. In diesem Fall ist eindeutig eine Fremdgefährdung gegeben.

Darüber hinaus meinen wir, dass in ein PsychKG Maßnahmen gehören, die der Vermeidung von Zwang dienen. Das umfasst eine niedrighschwellige psychiatrische, psychosoziale Versorgung, Zugangsmöglichkeiten zu ambulanter Versorgung sowie niedrighschwellige Hilfen. Diese Maßnahmen müssen koordiniert werden. Deswegen gehört neben den Dingen, die sich auf patientenindividuelle Belange beziehen, zum Beispiel Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen, deren Bedeutung nach unserer Überzeugung gestärkt werden sollte, die Schaffung gemeindepsychiatrischer Verbände bzw. vertraglich vereinbarter regionaler Zusammenschlüsse von Leistungserbringern dort hinein; denn es ist die Frage zu klären: Wo ist denn unser Patient, wenn er nicht in der Klinik ist? Wir wollen, dass er nicht in der Klinik ist, möglichst unter ambulanten Bedingungen.

Wir brauchen die Koordination der psychiatrischen Versorgung, die eben nicht nur Krankenbehandlung ist, sondern sich ebenso im Bereich Eingliederungshilfe und im Bereich Daseinsvorsorge bewegt. Wir haben als Beispiel immer das Bild von dem System kommunizierender Röhren. Wir wissen aus Erfahrung - der Ausschuss weiß es auch, weil er sich schon in der Anhörung damit beschäftigt hat -, dass es enorme regionale Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung gibt.

Der Psychiatrieausschuss geht mit seinen Besuchskommissionen in die Einrichtung und sieht sich die sozialpsychiatrischen Dienste an. Wir sehen, wie es in den Kliniken und in den komplementären Einrichtungen läuft. Es läuft einfach dort besser, wo es eine Koordinierung, Psychiatriekoordinatoren, eine Psychiatrieplanung auf der kommunalen Ebene und wo es eine lebendige, funktionierende psychosoziale Gemeinschaft gibt. Die entsprechenden Erfahrungen sind ja durchaus vorhanden.

Aus unserer Sicht wäre es völlig verfehlt, sich mit einer kleinen Lösung zufrieden zu geben. Der Landtag möge bitte die Gelegenheit ergreifen und ein Gesetz beschließen, das tatsächlich den Rahmen für eine moderne, an den Patientenrechten orientierte psychiatrische Versorgung bestimmt.

Ein Vertreter des Landespsychiatrieausschusses: In seiner Sitzung im April 2015 hat sich der Ausschuss mit dem PsychKG des Landes Sachsen-Anhalt und mit den dafür erforderlichen Bausteinen befasst. Diesbezüglich verweisen wir auf den Bericht, den wir heute Morgen der Öffentlichkeit übergeben haben und der auch Ihnen zugehen wird. Im ersten und zweiten Abschnitt dieses Berichts geht es um die erforderlichen Bausteine, mit der Intention, ein modernes Psychiatriegesetz für Sachsen-Anhalt zu kreieren.

Es ist von Frau Naumann schon angesprochen worden: Formal stammt das Gesetz aus dem Jahr 1992. Das war die Zeit, in der man im Wesentlichen aus Niedersachsen abgeschrieben hat. Wenn man das auch noch berücksichtigt, ist das Gesetz aus den 80er-Jahren. Niedersachsen hat ebenfalls abgeschrieben, und zwar von Nordrhein-Westfalen. Dann ist man schon in den 70er-Jahren des vorigen Jahrhunderts. Man kann also sagen, dass das Gesetz heute 40 Jahre alt ist. Daraus ergeben sich natürlich Novellierungsmöglichkeiten.

Der erste Teil ist durch das Bundesverfassungsgericht vorgeschrieben. Ich darf daran erinnern, dass sich bereits ein Amtsgericht in Sachsen-Anhalt, und zwar das Amtsgericht in Sangerhausen, mit der Problematik befasst hat und dem Landesverfassungsgericht einen Aussetzungsbeschluss vorgelegt hat, der allerdings aus Gründen, die wir nicht kennen, zurückgenommen worden ist.

Der Vorsitzende des Landespsychiatrieausschusses hat bereits die Punkte angesprochen, die uns wichtig sind. Auch wir wünschen uns, dass im Gesetz das festgeschrieben wird, was unter Nr. 22 der Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN formuliert ist. Dabei handelt es sich um eine Klarstellung. Ich darf daran erinnern: Der Ausschuss ist dem Landtag gegenüber über die Situation der Menschen mit psychischer Behinderung berichtspflichtig. Wir können die Aufgabe zurzeit nicht vollständig erfüllen, weil wir keinen erzwingbaren Zugang zu den Einrichtungen für pflegebedürftige alte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben. Das ist uns durch ein Verfahren, das letztlich vom OVG in Magdeburg entschieden worden ist, verwehrt. Ich darf darauf hinweisen, dass das OVG in Niedersachsen anderer Auffassung ist. Das nützt uns aber nichts. Wir hätten also eine entsprechende Klarstellung, wie sie im Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgesehen ist.

Eine Vertreterin des Ministeriums für Arbeit und Soziales: Die zuständige Referentin kann auf zwei Jahre Erfahrungen zurückblicken, ich auf einviertel Jahre. In unse-

rer Praxis sind wir bisher noch nicht mit unhaltbaren Zuständen, die in der Umsetzung des Gesetzes im Land festzustellen sind, konfrontiert worden. Das Gesetz ist so formuliert, dass es tatsächlich eine breite Auslegungsmöglichkeit bietet. Im Zusammenhang mit der Zwangsbehandlung waren die Fälle nach dem PsychKG über die Jahre eher in der Minderheit. BGB-Fälle in der Unterbringung waren häufiger. Dann gab es eine Änderung von § 1906 BGB, sodass wir mit der Problematik, was die Zwangsbehandlung betrifft, noch nicht konfrontiert waren. Das hat den Handlungsbedarf ein wenig gemindert, aber er besteht nach wie vor.

Ich stehe mit den Kolleginnen und Kollegen in Nordrhein-Westfalen und in Niedersachsen in Kontakt. Niedersachsen hat jetzt angefangen, das Gesetz zu novellieren. Nach meiner Kenntnis ist das PsychKG inzwischen in acht Ländern geändert worden. Die meisten haben zunächst mit dem Maßregelvollzugsgesetz begonnen. Es gibt Bundesländer, in dem die Bereiche Psychiatrie und der Maßregelvollzug in einem Gesetz geregelt sind. Es gibt aber auch Länder wie Thüringen, die es mittlerweile in getrennten Gesetzen geregelt haben.

Der Stein ist tatsächlich von außen ins Rollen gebracht worden, und zwar durch die höchstrichterliche Rechtsprechung. Bei der Prüfung, ob das PsychKG des Landes Sachsen-Anhalt den höchstrichterlichen Rechtsprechungen entspricht, haben wir festgestellt, dass es in Bezug auf die Zwangsbehandlung nicht der Fall ist. Insofern besteht ein gewisser Handlungsdruck.

Ein Aspekt wurde noch nicht thematisiert, und zwar die Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben der freiheitsentziehenden Maßnahmen, die auch geregelt werden muss. Wir sind der Meinung, dass § 12 PsychKG eine entsprechende Grundlage bietet. Wir würden aber für den Fall, dass das Gesetz geändert werden sollte, die Notwendigkeit sehen, an dieser Stelle im Sinne einer Rechtssicherheit eine klare Regelung dahingehend zu treffen, dass zum Beispiel Ärzte in Krankenhäusern unter privater Trägerschaft eine solche freiheitsentziehende Maßnahme durchführen können. Dafür gibt es die Möglichkeit, sogenannte Verwaltungsvollzugsbeamte zu bestellen. Die Krankenhäuser unter privater Trägerschaft sind beliehen; das ist geregelt. Vor dem Hintergrund der höchstrichterlichen Rechtsprechung würde es sich anbieten, dies ein wenig rechtssicherer zu formulieren.

Der andere Punkt, die Stärkung der Patientenrechte, ist von der Staatssekretärin bereits genannt worden.

Das sind aus unserer fachlichen Sicht als Verwaltung die drei Ziele, die wir auch gegenüber der Hausleitung bereits entsprechend kommuniziert haben. Wir haben an der Frühjahrstagung des Psychiatrieausschusses teilgenommen und haben die Diskussion dort als überaus anregend und für uns als wichtigen Impuls betrachtet. Auch mit den Chefarzten der psychiatrischen Einrichtungen befinden wir uns im Gespräch. Wir nut-

zen die Zeit also dezidiert, einen Gesetzentwurf vorzubereiten. Der Minister hat in der Landtagssitzung am 2. Juli 2015 angekündigt, dass er die Arbeitsebene damit beauftragen wird.

Vorsitzende Frau Zoschke: Mir ist durchaus bewusst, dass Sie erst seit eineinviertel Jahren mit der Aufgabe betraut sind. Ich verfolge die Berichte des Landespsychiatrieausschusses erst seit vier Jahren, aber ich kann mich an keine Berichterstattung im Januar eines jeden Jahres erinnern, bei der nicht mindestens ein Mitglied des Landespsychiatrieausschusses darauf hingewiesen hat, dass bezüglich des PsychKG Veränderungsbedarf besteht. Der Handlungsdruck mag bei der Verwaltung noch nicht so sehr angekommen sein, aber diejenigen, die sich damit befassen, wie gearbeitet wird, haben diesen Druck durchaus schon verspürt und haben auch immer wieder darauf hingewiesen, dass diesem Druck nachgegangen werden muss, und zwar zur Sicherheit aller Seiten.

Wenn Sie sich an unsere gemeinsamen Besuche zum Beispiel im Maßregelvollzug erinnern, haben wir unter anderem immer wieder darüber diskutiert, wie wir mit dem Thema Zwangsbehandlung umgehen. Ich kann den Zwiespalt, in dem sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen befinden, durchaus nachvollziehen.

Abg. Frau Dirlich: Der Anlass meiner Wortmeldung ist die Bemerkung der Vertreterin des Ministeriums für Arbeit und Soziales, dass es bisher noch keine Probleme bei der Anwendung des Gesetzes gegeben habe. Diese Aussage kann ich nicht nachvollziehen, weil wir seit langer Zeit bereits eine Auseinandersetzung über die Frage führen, ob die Besuchskommissionen Alten- oder Pflegeheime mit gerontopsychiatrischen Patienten besichtigen dürfen; das ist aus den entsprechenden Berichten immer wieder hervorgegangen. Insofern kann ich Ihre Aussage an dieser Stelle nicht nachvollziehen.

Obwohl ich lange Mitglied des Psychiatrieausschusses und auch einer Besuchskommission war, bin ich nach wie vor keine Expertin auf diesem Gebiet. Ich könnte beispielsweise nicht entscheiden, ob es günstiger ist, den Maßregelvollzug und den Bereich Psychiatrie in einem Gesetz zu regeln, oder ob es mehr Sinn macht, es getrennt zu regeln. Diesbezüglich wäre ich sehr an der Meinung der Praktiker und Experten interessiert.

Ich würde gerne anhand von Beispielen erfahren, wie Sie es begründen, dass kein großer Veränderungsdruck hinsichtlich der Zwangsbehandlung besteht, während die Praktiker seit mehreren Jahren darauf drängen, dass an dieser Stelle etwas getan werden muss. Ich wäre an einer Klarstellung interessiert, was der Arbeit der Praktiker im Moment konkret entgegensteht.

Abg. Frau Lüddemann: Mich hat die Aussage der Vertreterin des Ministeriums für Arbeit und Soziales ebenfalls irritiert, dass die Praxis nicht problembelastet sei. Inso-

fern schließe ich mich den Ausführungen der Vorsitzenden und der Abg. Frau Dirlich an. Wir haben in der Praxis eine hohe Unsicherheit der Kollegen bei der Entscheidung hinsichtlich der Einleitung von Zwangsbehandlungen bzw. Zwangsmaßnahmen festgestellt und erfahren, welch hoher Druck wegen der gesetzlichen Unsicherheiten auf ihnen lastet.

Aus meiner Sicht ist es nur schwer zu vermitteln, dass nichts geschieht, wenn doch eine große Einigkeit darüber herrscht, dass grundsätzlich Regelungsbedarf besteht. Der vorliegende Gesetzentwurf, der im Übrigen seitens der Praxis seit Monaten eine hohe Würdigung erfährt, bietet doch die Möglichkeit, sich daran abzuarbeiten und sich intensiv mit dem Thema zu befassen. Stattdessen wird lediglich darauf hingewiesen, dass ein Auftrag erteilt worden sei, ein neues Gesetz zu konzipieren, das dann irgendwann in der nächsten Wahlperiode verabschiedet wird. Zu Beginn der jetzt zu Ende gehenden Wahlperiode wurde die Aussage getätigt, dass die entsprechenden Gerichtsurteile schnell umgesetzt werden sollten. Dass dies in der laufenden Wahlperiode nicht umgesetzt worden ist, ist der Praxis nicht zu vermitteln.

Staatssekretärin Frau Naumann (MS): Wenn die Vertreterin des Ministeriums für Arbeit und Soziales seit etwas mehr als einem Jahr in der Referatsleitung 33 mit der Thematik befasst ist und die Referentin nur unwesentlich länger, bedeutet das nicht, dass ihnen die entsprechenden Berichte des Psychiatrieausschusses nicht bekannt sind. Ich glaube, darauf wollte die Vertreterin des Ministeriums für Arbeit und Soziales auch gar nicht abstellen. Aber in der ganzen Zeit ist auch mir noch keine einzige Petition bzw. kein einziges Schreiben von Betroffenen vorgelegt worden, dass etwas völlig schiefgelaufen ist. Auch Betreuer haben sich mit solchen Beschwerden nicht an uns gewandt.

Wir nehmen die Berichte durchaus ernst. Wir führen jedoch keine Diskussion um einen Bericht des Psychiatrieausschusses, sondern über einen Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Frau Dirlich, Ihre Frage, ob man die Gesetze getrennt oder zusammen führt, hat mich kurz zum Nachdenken veranlasst. Ich bin dafür keine ausgewiesene Expertin. Ich weiß nur, dass Maßregelvollzug Vollzug ist und man an dieser Stelle überaus sensibel damit umgehen muss. Man kann und sollte psychisch Kranke und psychisch kranke Straftäter nicht per se in einen Topf werfen. Ich meine, das wird der Problematik, die hinter der Betreuung und Behandlung von psychiatrischen Krankheiten steht, nicht gerecht. Hinzu kommt, dass im Maßregelvollzug zusätzlich diejenigen untergebracht werden, die nach zwei Jahren erfolgloser Therapie wieder in den Strafvollzug überführt werden können, sodass sich an dieser Stelle eine ganz andere Dimension der Rechtsgestaltung ergibt.

Damit komme ich zu Ihrer Fragestellung, aus welchem Grund wir die Rechtsprechung bislang noch nicht umgesetzt haben. Das hängt sicherlich damit zusammen, dass die Rechtsprechung nicht ganz eindeutig ist. Wenn sie es wäre und wenn sie eindeutig in unser Gesetz zu transportieren wäre, hätte vielleicht schon viel früher ein Handlungszwang bestanden. Das ist jedoch nicht der Fall. Wenn wir eine rechtssichere Gestaltung sowohl für den Arzt als auch für den Patienten und seinen Betreuer wollen, müssen wir das abwägen. Wir haben per se nicht erkannt, dass die Regelung, wie sie derzeit im Gesetz steht, verfassungswidrig oder eindeutig rechtswidrig wäre. Sie ist im Lichte der Rechtsprechung auszuwerten und dann zu ändern.

Abg. Frau Dr. Späthe: Meine Kollegen aus dem Psychiatrieausschuss kennen meine grundsätzliche Haltung zur Reform des PsychKG. Ich habe eine konkrete Frage bezüglich der Zwangsbehandlung. Heute früh haben wir eine Anhörung zur Bekämpfung des Crystal-Meth-Konsums durchgeführt. Dabei wurde zum Beispiel erwähnt, wie schwierig es ist, die Entgiftung hoch aggressiver psychotischer Crystal-Konsumenten, die sich selbst und andere schwer gefährden, durchzuführen. Meine Frage lautet: Gibt es in der Fachwelt inzwischen eine Formulierung, die den einschlägigen Urteilen gerecht wird, die den betroffenen Patienten gerecht wird und die Ihrem Anliegen gerecht wird?

Der Vorsitzende des Landespsychiatrieausschusses: Aus meiner Sicht überwiegen die Argumente für eine getrennte gesetzliche Regelung des Maßregelvollzugs und des PsychKG bei weitem. Es gibt Länder, in denen das in einem Gesetz abgehandelt wird, zum Beispiel in Sachsen. Ich sehe die Vorteile dieses Verfahrens nicht. Ich finde, an diesem Punkt sind wir in Sachsen-Anhalt auf dem richtigen Weg, den Maßregelvollzug und die Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke in getrennten Gesetzen zu regeln. Ich möchte gerne, dass wir in der Diskussion davon wegkommen, dass es nur um Zwangsbehandlung geht. Im PsychKG geht um weit mehr als um Zwangsbehandlung. Es geht um Hilfen für psychisch Kranke. Es gibt inzwischen eine völlig andere rechtliche Situation. Inzwischen ist die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland in geltendes Recht überführt worden. Das hatte der Bundestag irgendwann einmal beschlossen, möglicherweise nicht absehend, welche Haushaltskonsequenzen das im Einzelfall hat. Aus unserer Sicht also ein klares Votum für zwei Gesetze.

Wir müssen auch damit rechnen, dass sich die gesetzlichen Grundlagen des Maßregelvollzugs ändern werden. § 63 StGB befindet sich in einer Reformdiskussion. Ich glaube nicht, dass man § 64 erneut anfassen wird, obwohl das aus meiner Sicht ganz sinnvoll wäre. Aber das ist ein anderes Thema.

Damit komme ich zur zweiten Frage: Warum besteht schon länger ein Bedarf, das PsychKG zu ändern? - Es geht schlicht und einfach um Rechtssicherheit in der konkreten Behandlungssituation. Ich wiederhole mich jetzt: Es ist tatsächlich so wie draußen in diesem Labyrinth. Bevor das Bundesverfassungsgericht 2013 gesagt hat, eine

Zwangsbehandlung ist an ganz enge Voraussetzungen geknüpft, hat es diese Verfahren bereits gegeben, die in der Fachwelt diskutiert worden sind. Dabei war schon erkennbar, dass es eine Regelung gibt.

Man kann nicht sagen, das PsychKG des Landes Sachsen-Anhalt ist deswegen so gut, weil es keine Klagen gibt, sondern es hat schlicht und einfach noch keiner der Betroffenen geklagt. Bislang ist noch keiner so konsequent gewesen, an dieser Stelle den Rechtsweg bis zum bitteren Ende zu beschreiten. Da hat das Amtsgericht Sangerhausen einen mutigen Schritt getan. Es ist nicht zu einer Entscheidung des Landesverfassungsgerichts gekommen, weil das örtlich zuständige Amtsgericht Eisleben die Unterbringung kurzerhand ausgesprochen hat. Mir ist bekannt, dass verschiedene Amtsgerichte bzw. Betreuungsgerichte in Sachsen-Anhalt inzwischen höchste Bedenken haben, Unterbringungen nach dem PsychKG auszusprechen. Ich verweise beispielsweise auf die Haltung des Amtsgerichts Naumburg. Es ist also weit überfällig. Es ist ähnlich wie die Situation im Maßregelvollzug, für den die Frage der Zwangsbehandlung ebenfalls nicht geregelt ist. Auch das steht seit vielen Jahren in unseren Berichten.

Im Endeffekt muss der behandelnde Arzt eine Entscheidung treffen, möglicherweise eine Entscheidung, mit der er sich außerhalb des Rechts stellt. Deshalb besteht an dieser Stelle seit langem Handlungszwang. Ich kenne die Diskussion nun seit mehr als zehn Jahren.

Grundsätzlich müssen wir bezüglich der Frage, ob Zwangsbehandlung notwendig ist oder nicht, zur Kenntnis nehmen, dass es durchaus ideologisch geprägte Diskussionen zur Notwendigkeit von Zwangsbehandlungen gibt. Ich habe in einer der letzten Ausgaben von „Recht und Psychiatrie“ eine Arbeit zum Entwurf des Berliner PsychKG aus einer ganz eindeutig antipsychiatrischen Richtung gelesen. Der Autor sagt ganz klar, man brauche die Zwangsbehandlung überhaupt nicht. Das sei eine Konstruktion. Es gebe auch keine Schizophrenie und keine Psychosen. Das seien alles nur Konstrukte. Das sehe ich als Arzt natürlich etwas anders. Ich kann aufgrund meiner Erfahrung als Chefarzt eines doch relativ großen Versorgungskrankenhauses aus Begegnungen mit Patienten berichten, die mir gesagt haben: „Vielen Dank, dass Sie das damals so gemacht haben. Ich brauchte das damals. Sonst wäre ich möglicherweise nicht mehr am Leben.“

Es gibt die Haltung der Fachgesellschaft dazu, die natürlich nicht unwidersprochen ist. Es wird auch von betroffenen Verbänden zum Teil ganz anders gesehen. Ich weiß das alles. Ich weiß auch, dass es in einigen Krankenhäusern Kollegen gibt, die versuchen, vollkommen ohne Zwangsbehandlungen auszukommen. Dazu gibt es tatsächlich ganz unterschiedliche Auffassungen. Ich persönlich bin der Meinung, bei aller Bereitschaft, Zwang zu vermeiden, wird es eine kleine Anzahl von Fällen geben, bei denen man ohne Zwang nicht auskommt, wo also ein Heilverfahren zur Verfügung steht, das man anwenden kann, das man auch erfolgreich anwenden kann, um einen akuten psychoti-

schen Krankheitszustand zu beenden. Das muss man auch tun dürfen. Das ist meine ärztliche Grundhaltung.

Man kann sich dabei zum Beispiel an den Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde orientieren. Dazu gibt es viel Literatur; die Zeitschrift „Recht und Psychiatrie“ ist voll davon. Man wird an einer Regelung zur rechtssicheren Gestaltung von Kriseninterventionen nicht vorbeikommen. Sie ist nun einmal lange überfällig. Deswegen zielt der vorliegende Gesetzentwurf aus unserer Sicht schon in die richtige Richtung, weil er sich nicht mit der Engführung zufrieden gibt, Zwangsbehandlungen zu regeln, sondern den Bogen weiter spannt und die Frage aufwirft: Welche sozialpsychiatrischen Interventionen stehen uns inzwischen zur Verfügung? Seit 1992 ist die Zeit tatsächlich deutlich weiter vorangeschritten. Wir wissen, was geht und was nicht, wie man eine Klinik vermeiden kann, wie man überhaupt stationäre psychiatrische Behandlungen vermeiden kann und wie man auch Zwang vermeiden kann.

Meine Erfahrung geht dahin: Ich habe mit der Besuchskommission Begegnungsstätten besucht. Dabei haben wir von Begegnungsstättenbesuchern gehört, wenn es diese Begegnungsstätte nicht gegeben hätte, hätten sie in die Klinik gemusst. Es handelt sich um ein absolut niedrighwelliges Angebot, das fast rund um die Uhr verfügbar ist, und zwar auch am Wochenende. Das geht nicht zu Lasten der Krankenkassen. Die Alternative dazu wäre ein Klinikaufenthalt gewesen. Solche Einrichtungen wie die Begegnungsstätten sollten nach meinem Dafürhalten flächendeckend vorhanden sein, und damit das geschieht, muss es gesetzlich geregelt werden, weil sich auf dem Weg des Selbstlaufs gar nichts regelt. Man kann die psychiatrische Versorgung doch nicht dem Zufall überlassen.

Vorsitzende Frau Zoschke: Ich gehe davon aus, dass der Gesetzgeber heute durchaus für die große von Ihnen avisierte Lösung würde plädieren wollen. Es soll also nicht nur eine Anpassung an die vorhandene Rechtsprechung erfolgen, sondern es soll sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Ärzte und Betreuer eine Lösung gefunden werden, die allen gerecht wird, die modern ist und die es auch ermöglicht, genau in die Bereiche vorzudringen, die Sie nach wie vor als verschlossen erleben. So kann derzeit beispielsweise jeder Wohngruppen für Demenzkranke errichten, ohne dass wir einen Zugriff haben und wissen, wie diejenigen, die dort einziehen müssen, tatsächlich betreut werden. Es wäre mir wichtig, dass wir auch diese Seite beleuchten. Wenn ich mich recht entsinne, haben auch die Koalitionsfraktionen in der Landtagsdebatte zum Ausdruck gebracht, dass sie sich für den Fall, dass eine Gesetzesänderung beschlossen wird, für eine große Lösung aussprechen und dass das Gesetz im Ergebnis gut anwendbar sein soll.

Ich kann mich in der Zwischenzeit auch darauf zurückziehen, dass wir tatsächlich ernsthaft überlegen, das PsychKG und den Maßregelvollzug wie bisher getrennt zu halten.

Alles das, was wir gegenwärtig an Bausteinen und an Ideen erfasst haben, wird in Form eines Protokolls zusammen mit dem Gesetzesvorhaben auf alle Fälle an die nächste Legislaturperiode übergeben. Ich glaube nicht, dass wir es in dieser Wahlperiode noch schaffen werden, ein entsprechendes Gesetz auf den Weg zu bringen.

Abg. Frau Dirlich: Bislang hat niemand - auch die Koalitionsfraktionen nicht - der Behauptung widersprochen, dass wir das in dieser Wahlperiode nicht mehr schaffen. Zweitens ist dem nicht widersprochen worden, dass der Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nicht Grundlage der Diskussion in einer kommenden Legislaturperiode sein wird. Außerdem ist auch der Aussage, dass im Ministerium an einem entsprechenden Gesetzentwurf gearbeitet wird, nicht widersprochen worden. Mir ist sehr daran gelegen, dass diejenigen, die heute hier anwesend sind und die sich seit Jahren mit diesem Thema befassen und die große Hoffnung in den vorliegenden Gesetzentwurf oder in einen von der Landesregierung vorzulegenden Gesetzentwurf setzen, heute die Zusage erhalten, dass ein entsprechendes Gesetz diskutiert und eingebracht wird. Die Landesregierung sollte doch in der Lage sein, beispielsweise zu sagen, dass sie spätestens im September 2016 einen entsprechenden Gesetzentwurf vorlegen werde. Wenn das in einer Niederschrift über eine öffentliche Sitzung des Ausschusses steht, dann ist das eine Aussage, an der sich die nächste Wahlperiode messen lassen muss.

Staatssekretär Frau Naumann (MS): Frau Dirlich, Ihnen ist bekannt, dass die derzeitige Landesregierung eine solche Zusage nicht geben kann, weil ich eine zukünftige Landesregierung an dieser Stelle nicht binden möchte. Die Diskussion kann man im Rahmen einer Haushaltsdebatte im Landtag führen. Aber auch da ist der nächste gewählte Landtag derjenige, der das Zepter in der Hand hält.

Abg. Herr Rotter: Die Staatssekretärin hat es genau auf den Punkt gebracht. Dieser Meinung sind wir im Moment auch.

Abg. Frau Lüddemann: Auch wenn jetzt in einem sehr kuriosen Bereich gelandet sind, kann ich aber definitiv versprechen, dass die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nächstes Jahr diesen Gesetzentwurf mit den diskutierten Verbesserungen wieder einbringen wird.

Schluss des öffentlichen Teils der Sitzung: 14.44 Uhr.