

# Das Modellprojekt „Behandlung sofort Köln“ – Qualifizierte Drogenentzugsbehandlung unter Zugangs- und Verfahrenserleichterung.<sup>1</sup>

Michael Klein

## 1. Programmbeschreibung

Das Modellprojekt „Behandlung sofort Köln“ (Bsk) wurde 1994 initiiert, um die Behandlung und Versorgung drogenabhängiger Personen in Köln modellhaft zu verbessern. Für den Stadtbereich Köln waren zuvor wiederholt Schätzungen zur Prävalenz des Drogenmissbrauchs vorgelegt worden, die meist bezüglich der Punktprävalenz von einer Zahl drogenabhängiger Personen in Köln zwischen **10.000 bis 11.600** (= ca. 1%) ausgingen. Bekanntermaßen sind Großstädte mit einer höheren Prävalenz von Drogenkranken konfrontiert als kleinstädtische oder ländliche Populationen (Tretter, 1997, 285ff.). Nach der von Tretter (1997) vorgeschlagenen Terminologie würde Köln mit dieser Prävalenz zu den europäischen „Hochraten-Städten“ zählen (> 0.5%).

Konkreter Ausgangspunkt für das Modellprojekt „Behandlung sofort“ waren die ständig wiederkehrenden Behauptungen seitens der Drogenberatungsstellen, dass es zu wenig Behandlungsplätze und zu lange Wartezeiten für diese Klientel gäbe. Diese Behauptungen stützten sich auf die Beobachtung, dass zwischen dem Erstkontakt eines Drogenabhängigen mit einer Beratungsstelle und der tatsächlichen Aufnahme in eine Rehabilitation oft viele Monate vergingen. Insgesamt führten genauere Analysen der Vermittlungssituation jedoch zu der Hypothese, dass nicht ein Mangel an stationären Entwöhnungsplätzen, sondern vielmehr ein verbesserungswürdiges Zugangs- und Vermittlungsverfahren und ein Mangel an qualifizierten Entgiftungsplätzen für die insgesamt höchst unbefriedigende Situation verantwortlich gewesen sein könnten. Diese Sichtweise erschien umso berechtigter, da nach den Ergebnissen der neueren Suchtforschung (vgl. Kindermann et al., 1989; Sickinger, 1994) viele Drogenabhängige einen dauerhaften Ausstieg aus der Sucht nur nach mehreren, oft kurzen und meist wieder unterbrochenen Versuchen schaffen. Diese Ausstiegsversuche geschehen häufig an der Peripherie des klassischen Drogenhilfesystems und haben wesentlich zum Aufbau des niedrigschwelligen Drogenhilfesystems einschließlich qualifizierter Entgiftungseinrichtungen mit vereinfachtem Zugang und leichter Erreichbarkeit beigetragen. Nur sehr wenige Drogen-

abhängige durchlaufen das Drogenhilfesystem in der vorgesehenen „Ordnung“ und Reihenfolge (vgl. Kindermann, 1989), ein krankheitstypisches Verhalten, das sicherlich isomorph zu zentralen Aspekten der Persönlichkeit und des Verhaltens Drogenabhängiger ist (vgl. Klein, 1997).

Daher wurde vorgesehen, mit speziell qualifizierten Entgiftungsplätzen in der Region Köln ein Angebot zu schaffen, das für Drogenabhängige auf der einen Seite die Möglichkeit bietet, ohne Vorbildungen und Wartezeit in eine Entgiftung zu gehen, und für die Entgiftungskliniken auf der anderen Seite, umfassende Diagnostik, Perspektivenplanung und Motivierung zu leisten. Die Zahl der qualifizierten Entgiftungsplätze wurde zu Beginn des Modellprojekts Bsk schrittweise von 16 auf 52 erhöht.

Die in das Modellprojekt einbezogenen Entgiftungseinrichtungen sollten nach der Aufnahme eines neuen Patienten einen Vorschlag erarbeiten, welche weiterführende Leistung dem einzelnen Drogenabhängigen zum Zeitpunkt seiner Entlassung aus der Entgiftung am ehesten gerecht wird. Deshalb wird der Eintritt in eine Entgiftungseinrichtung im Rahmen von Bsk als **zielfoffen** bezeichnet, während zum Abschluss der dortigen Behandlung eine weiterführende Indikation gestellt sein muss, die natürlich neben ambulanten oder stationären therapeutischen Maßnahmen auch die Beendigung aller Behandlungsmaßnahmen zum gegebenen Zeitpunkt und die Rückkehr in die vorhandenen Lebensbezüge vorsehen kann. Dadurch **soll eine automatische Weiterverweisung an bestimmte Hilfsangebote, die weder therapeutisch noch ökonomisch wünschenswert sein kann, vermieden werden**. Gleichzeitig soll jedoch auch ein schneller und reibungsloser Weg – falls therapeutisch indiziert und vom Patienten gewünscht – von der Entgiftung zu der jeweils passenden Institution ermöglicht werden.

## 2. Die Inhalte des Modellprojekts „Behandlung sofort Köln“

### 2.1 Zugang zum Modellprojekt

Die wissenschaftlich begleitete Modellprojektphase dauerte vom 01.01.1995 bis 31.12.1996. Es konnten nur Drogenab-

hängige aus der Modellregion (Köln und Rheinisch-Bergischer Kreis) aufgenommen werden. Außer den bisherigen, klassischen Anlaufstellen für Drogenabhängige, den Drogenberatungsstellen, sollten insbesondere die niedrigschwelligen Angebote in der Region (z.B. Kontaktcafe, Notschlafstelle) miteinbezogen werden. Auch der Zugang über vermittelnde Ärzte, Selbsthilfeorganisationen, Familienangehörige oder die Eigenanmeldung in der Entgiftungsklinik waren vorgesehen. Durch die Kombination dieser verschiedenen Zugangswege sollte die Zugangsschwelle insgesamt abgesenkt und eine niedrigschwellige qualifizierte Entgiftung mit schneller Aufnahmemöglichkeit realisiert werden. Das Modellprojekt „soll Drogenabhängigen, die mit den herkömmlichen Mitteln, z.B. über Drogenberatungsstellen, nicht, noch nicht oder nicht mehr erreicht werden können, zugute kommen... Es stellt eine Ergänzung zum bisherigen Hilfesystem dar... Ziel ist es nicht, neue Angebote zu schaffen, sondern die vorhandenen Ressourcen zu optimieren und durch eine gezielte Zusammenarbeit in die Lage zu versetzen, schnell Hilfen zu gewähren“ (Rheinische Arbeitsgemeinschaft, 1994, 1).

### Nicht nach den „Behandlung sofort“-Regeln aufgenommen werden konnten:

- Drogenabhängige direkt aus Justizvollzugsanstalten
- Drogenabhängige mit einer Einweisung nach dem PsychKG; eine Aufnahme war hier erst nach Aufhebung des Beschlusses möglich
- Minderjährige Drogenabhängige
- Drogenabhängige, die sich zielgerichtet für eine Entgiftung anmelden, z.B. um nach der Entgiftung nahtlos in eine Entwöhnung zu kommen oder um vom Beigebrauch bei einer Substitutionsbehandlung zu entgiften.

### 2.2 Die Elemente des Modellprojekts

Das Modellprojekt Bsk besteht aus den verschiedensten Elementen zur Hilfe für Drogenabhängige. Die einzelnen Elemente des Modellprojekts lassen sich am besten mit **Bausteinen** vergleichen, von denen jeder eine in sich abgeschlossene Maßnahme darstellt, aber auch gleichzeitig dazu dienen kann, zu einem

nächsten Schritt weiterzuleiten. Den Grund- und Kernbaustein stellt die stationäre qualifizierte Drogenentgiftung dar. Als weiterführende Bausteine dienten die stationäre Orientierung, die stationäre Entwöhnungsbehandlung, die ambulante Beratung und die Adaption.

Beide Einrichtungen der qualifizierten Entgiftung, die an dem Modellprojekt beteiligt waren, nahmen im Rahmen ihres Pflichtversorgungsauftrags auch Patienten aus der Region auf. Darunter befanden sich auch die im folgenden als **Nicht-Modellpatienten** charakterisierten Personen, die zielgerichtet zu einer Entgiftung aufgenommen wurden (d.h. von vornherein **zielgerichtet** im Hinblick auf einen anberaumten Aufnahmezeitpunkt für eine bereits bewilligte Entwöhnungsbehandlung oder zur Entgiftung vom Beigebrauch im Rahmen einer Substitutionsbehandlung).

### 3. Fragestellungen der Studie

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Fragestellung, ob durch den veränderten Zugangsweg in die Behandlung der Drogenabhängigkeit **neue Zielgruppen** erreicht werden konnten, ob also die bisher bestehenden Zugangswege für bestimmte Personen als ein Zugangshemmnis anzusehen sind. Insofern steht die **Reichweite** des innerhalb von Behandlung sofort praktizierten neuen Behandlungsmodells im Zentrum dieser Untersuchung.

Bei der Untersuchung der Reichweite des Modells handelt es sich um die Frage nach einem veränderten **Zugangverhalten** drogenabhängiger Patienten zum Hilfesystem. Angesichts des Siegeszugs niedrigschwelliger Ansätze in der Drogenhilfe ist es geradezu verblüffend, wie wenige empirische Studien die Wirksamkeit dieser Methode belegen. Dazu soll die vorliegende Untersuchung einen weiteren Beitrag leisten.

Als besonderes Charakteristikum des Modellprojekts „Behandlung sofort“ kann die **hohe Flexibilität** und **relative Zieloffenheit** angesehen werden. Darunter ist zu verstehen, **dass mit dem Eintritt in das System nicht deterministisch festgelegt ist, dass eine Person eine stationäre Entwöhnungsbehandlung anstreben muss**. Vielmehr stellt die qualifizierte Entgiftung den Ort und Zeitraum dar, in dem der einzelne Patient unter der Beratung und Hilfestellung der jeweiligen Mitarbeiter eine zukunftsgerichtete Behandlungsentscheidung (z.B. in Richtung Entwöhnung) treffen kann, genauso gut aber auch eine stationäre Orientierung vorschalten oder auch (vorläufig) völlig aus dem Behandlungsprogramm ausscheiden kann.

### 3.1 Untersuchungsplan

Entsprechend dem bereits vor Beginn der externen Begleitforschung entwickelten Grunddesign des Modellprojekts wurden alle Personen, die in der Modellregion ansässig waren und im Beobachtungszeitraum (01.01.1995 - 31.12.1996) eine qualifizierte Entgiftung wegen Drogenmissbrauchs begannen, als Grundgesamtheit der Studie definiert. Dabei ist zwischen solchen zu unterscheiden, die als Modellpatienten anzusehen sind und solchen, die Kontrollgruppenpatienten sind. Es handelt sich dabei selbstverständlich um eine klinische Kontrollgruppe und nicht um eine Kontrollgruppe aus Normalpersonen.

### 3.2 Untersuchungsinstrumente

Zu Beginn der Entgiftungsbehandlung wurde mit jedem Patienten im klinischen Interview ein aus 42 Items bestehender Fragebogen bearbeitet. Dieser beschäftigt sich mit der soziodemographischen Situation (Alter, Geschlecht, Schul- und Berufsausbildung, Erwerbstätigkeiten usw.), der Behandlungsmotivation, der Suchtanamnese, der bisherigen Krankheits- und Behandlungsgeschichte und der evtl. Einleitung von Folgemaßnahmen. In den anderen Behandlungseinrichtungen des Modellprojekts (Orientierung, stationäre Entwöhnung, ambulante Beratung, Adaption) erfolgt ebenfalls eine schriftliche Dokumentation, die – insgesamt kürzer als in der Entgiftungsphase – Angaben zum Behandlungsverlauf, zur Weitervermittlung und zum Rehabilitationserfolg dokumentiert.

Im Rahmen von BSK galt die Anmeldung bei einer der qualifizierten Entgiftungskliniken als Kriterium zur Feststellung der individuellen Wartezeit. Bei der Vergabep Praxis von Entgiftungsplätzen achteten die Entgiftungskliniken darauf, dass bis auf medizinisch indizierte Krisenfälle die Patienten nach ihren Anmeldungen in möglichst rascher Folge einbestellt wurde. In der Praxis führte dies jedoch zu erheblichen Schwankungen in Bezug auf die individuelle Wartezeit, die im Durchschnitt jedoch mit ca. 7 Tagen erheblich geringer war als bei den Nicht-Modellpatienten.

In Ihrer Terminplanung für die Patientenaufnahmen legten die Entgiftungskliniken Wert darauf, dass der Soforthilfegedanke für die Hilfesuchenden soweit als möglich Berücksichtigung fand. Dies bedeutete, dass die 52 Plätze stets mit BSK-Patienten belegt waren und dass die Wartezeiten zwischen ein bis zwei Tagen (im Optimalfall) und zwei Wochen (im Extremfall) schwankten. Es wurde auch darauf verzichtet, im Übermaß Öffentlichkeitsarbeit und Werbung für das Modellprojekt zu leisten, da bei ge-

schätzten mindestens 10.000 Drogenabhängigen in Köln die vorhandenen qualifizierten Entgiftungsplätze sich alsbald wieder zum Engpass entwickelt hätten. Vielmehr sollten die medizinischen und psychosozialen Mitarbeiter der Drogenhilfe gezielt Patienten auf das Angebot ansprechen. Auch die nicht zu unterschätzende Informationsbörse innerhalb der Drogenszene sollte für eine dosierte Verbreitung des Hilfsangebots BSK sorgen.

## 4. Ergebnisse

Die im folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf Unterschiede im Zugangverhalten zur Entgiftungsbehandlung für Modellpatienten im Vergleich zu den konventionell vermittelten Patienten. Die Ergebnisse geben daher Auskunft über die Reichweite des Angebots innerhalb der Klientel der Drogenabhängigen einer deutschen Großstadt, über die als Gesamtheit leider recht wenig Informationen vorliegen.

### 4.1 Basismerkmale

Zunächst zu den Basismerkmalen der Modellpatienten im Vergleich zu den Nicht-Modellpatienten: Diese beziehen sich alle auf die anamnestisch zu Beginn der Entgiftungsbehandlung durch Ärzte und Sozialarbeiter erhobenen Daten. Auf eine Parallelisierung („matched pairs“) bzw. Randomisierung der Gruppen wird an dieser Stelle verzichtet, um natürliche Unterschiede zwischen den Patientenpopulationen („natural samples“) möglichst deutlich abbilden zu können.

Im Beobachtungszeitraum sind insgesamt **1161 Patienten** erstmals in das Behandlungssystem eingetreten, 774 nach den Regeln des Modellprojekts BSK, 387 nach den Regeln des klassischen (zielgerichteten) Drogenhilfesystems. Bezogen auf die geschätzten 10.000 bis 11.600 Drogenabhängigen in Köln würde dies einer „Erreichungsquote“ (Reichweite) der beiden Formen der Drogenhilfe (niedrigschwelliges Modell „BSK“ und traditionelle Drogenhilfe) in zwei Jahren von etwa 10% entsprechen. Bezogen alleine auf die BSK-Patienten beläuft sich die Zahl auf ca. 7%.

#### 4.1.1 Soziodemographische Merkmale

Merkmal 1 (Geschlecht) erbringt einen deutlichen Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen. Während auf der einen Seite 79.9% der Modellpatienten männlichen Geschlechts waren, beträgt der entsprechende Prozentsatz für die Kontrollgruppe nur 68.5%.

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Männlich	617 (79,7)	265 (68,5)
Weiblich	157 (20,3)	122 (31,5)
Gesamt	774 (100)	387 (100)

Merkmal 1: Geschlecht

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Deutsch	588 (76,0)	349 (90,2)
Nicht Deutsch	186 (24,0)	38 (9,8)
Gesamt	774 (100)	387 (100)

Merkmal 2: Staatsangehörigkeit

Anders herum betrachtet bedeutet dies, dass durch das Modellprojekt etwa 11.2% weniger Frauen erreicht wurden als durch die konventionelle Vermittlungspraxis. Dieser Merkmalsunterschied stellt einen der stärksten von allen beobachteten Unterschieden dar.

Bei dem zweiten betrachteten Merkmal (**Staatsangehörigkeit**) ergibt sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsgruppen: Während 76.0% der Modellpatienten deutscher Herkunft sind, beläuft sich die entsprechende Quote bei den Nicht-Modellpatienten auf 90.2%. Umgekehrt bedeutet dies, dass mit 24.0% ausländischen Patienten bei der BSK-Gruppe im Unterschied zu 9.8% bei den zielgerichtet vermittelten Nicht-Modellpatienten fast zweieinhalbmal so viele ausländische Drogenabhängige erreicht wurden. Da dieser Unterschied von allen soziodemographischen Variablen der größte gemessene ist, kann davon ausgegangen werden, dass das BSK-Modell besonders erfolgreich in der Ansprache, Einbeziehung und Erreichbarkeit dieser ansonsten als schwer erreichbar geltenden Gruppe war.

Innerhalb der Gruppe der ausländischen Patienten stellen die türkischen Drogenabhängigen mit knapp der Hälfte die mit Abstand größte Gruppe, gefolgt von italienischen Patienten, die etwas weniger als ein Drittel aller ausländischen Patienten umfasst.

In der Konzeption von BSK war außerdem betont worden, dass von der traditionellen Drogenhilfe bisher wenig erreichte besonders junge oder alte Drogenabhängige von dem neuen ergänzenden Angebot angesprochen werden sollten. Merkmal 3 (Alter) gibt dazu Auskunft. Es zeigt sich, dass die Modellpatienten mit 29.87 Jahren ( $s = 6.48$  Jahre) im Durchschnitt signifikant jünger sind als die Nicht-Modellpatienten (Durchschnittsalter = 31.88 Jahre;  $s = 5.38$  Jahre). Die Betrachtung einzelner Altersklassen zeigt, dass die Altersunterschiede

zugunsten der Modellpatienten am stärksten zwischen 19 und 24 Jahren liegen. In der Altersklasse zwischen 19 und 21 Jahren sind 9.4% aller Modellpatienten im Vergleich zu 1.6% aller Nicht-Modellpatienten. In der Altersklasse zwischen 22 und 24 Jahren befinden sich 13.4% aller Modellpatienten im Vergleich zu 6.7% aller Nicht-Modellpatienten. Zusammengenommen umfasst die Altersklasse von 19 bis 24 Jahren fast jeden vierten Modellpatienten (22.8%) im Unterschied etwa jedem zwölften Nicht-Modellpatienten (8.3%). In der darüberliegenden Altersklasse (25 bis 27 Jahre) sind ebenfalls – wenn auch abgeschwächt – mehr Modellpatienten (18.9%) als Nicht-Modellpatienten (16.0%) zu finden. Erst ab einem Lebensalter von 28 Jahren sind in jeder Altersklasse die Nicht-Modellpatienten häufiger zu finden als Modellpatienten.

Daher kann das neue Behandlungsmodell in Köln als selektiv für jüngere dro-

genabhängige Personen bezeichnet werden.

#### 4.1.2 Soziale Bezüge

Viel eher als eine stabile Bezugsperson für andere sein zu können, benötigen die meisten Drogenabhängigen selbst stabile Bezugssysteme (Merkmal 4: **Hauptbezugsperson im letzten Jahr**). das vorliegende Merkmal gibt (unter der Möglichkeit von Mehrfachnennungen) die wichtigsten Bezugspersonen im Leben der Entgiftungspatienten wider.

Beide Gruppen geben mit 1,25 (Modellpatienten) bzw. 1,24 (Nicht-Modellpatienten) annähernd gleich viele Hauptbezugspersonen für den Zeitraum der jeweils letzten zwölf Monate an. Während von den beiden Vergleichsgruppen „Lebenspartner“ in gleicher Häufigkeit genannt werden, zeigen sich leichte Unterschiede bezüglich der Bedeutung der Eltern und von Freunden („peers“). Bei den Modellpatienten werden in 51.4% der Fälle die Eltern und nur in 13.2% Freunde als Hauptbezugspersonen im letzten Jahr genannt. Die Vergleichszahlen für die Nicht-Modellpatienten lauten 46.8% und 18.3%. Bemerkenswert ist außerdem, dass jeder elfte Patient (9.0%) beider Gruppen die entsprechende Frage damit beantwortete, dass es keine Bezugspersonen gegeben habe.

Dies unterstreicht die für Drogenabhängige häufig vorhandene starke soziale Isolation als Folge- oder Ausgangsbedingung des Drogenmissbrauchs.

Bezüglich der Wohnsituation im letzten Jahr ergeben sich deutliche Unterschiede bezüglich der Antwortmöglichkeiten „Eigene Wohnung“ (51.3% bei Modellpa-

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Jünger als 19 Jahre	3 (0,4)	2 (0,5)
19 - 21 Jahre	73 (9,4)	6 (1,6)
22 - 24 Jahre	104 (13,4)	26 (6,7)
25 - 27 Jahre	146 (18,9)	62 (16,0)
28 - 30 Jahre	141 (18,2)	86 (22,2)
31 - 33 Jahre	124 (16,0)	82 (21,2)
34 - 36 Jahre	80 (10,3)	52 (13,4)
37 - 39 Jahre	50 (6,5)	43 (11,1)
40 Jahre und älter	53 (6,8)	28 (7,2)

Merkmal 3: Alter

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Partner	331 (42,8)	164 (42,4)
Eltern	398 (51,4)	181 (46,8)
Freunde	102 (13,2)	63 (16,3)
Andere	133 (17,2)	71 (18,3)
Keine	70 (9,0)	35 (9,0)

Merkmal 4: Hauptbezugsperson im letzten Jahr (Mehrfachnennungen möglich)

tienten; 58.4% bei Nicht-Modellpatienten), „bei Eltern oder Verwandten“ (37.5% im Vergleich zu 26.3%), „bei Freunden oder in Wohngemeinschaft“ (14.2% im Vergleich zu 10.9%), „Betreutes oder beschütztes Wohnen“ (6.5% im Vergleich zu 11.9%) und „JVA“ (8.3% im Vergleich zu 13.2%). Insgesamt weisen die Modellpatienten häufiger Wohnsituationen mit personalen Bezügen auf, wobei besonders die **Rolle der Eltern** hervorsticht, während die Nicht-Modellpatienten häufiger selbständig, ggf. alleine, und in professionell betreuten Settings (Betreutes oder beschütztes Wohnen; JVA) leben.

dass 28.3% der Modellpatienten und 23.5% der Nicht-Modellpatienten weniger als einen erfolgreichen Hauptschulabschluss aufweisen und dadurch für den Arbeitsmarkt als kaum vermittelbar gelten dürften. Hier ist im Rahmen einer langfristigen umfassenden Rehabilitation dringend auch an eine schulische Nachqualifikation zu denken. Bei allen Datenanalysen – und so auch gerade für das Merkmal Schulbildung – ist zu bedenken, dass die Modellpatienten signifikant jünger als die Nicht-Modellpatienten sind, so dass alleine schon aus biographischen Gründen manche Hürde noch nicht genommen werden konnte.

Gruppen etwa gleich hoch (28.9% bzw. 29.2%). Da insgesamt weniger als ein Drittel der Modellpatienten über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt, zeigt sich hier wiederum der enorme Bedarf nach Nachqualifizierung für den Fall, dass die Suchtrehabilitation erfolgreich ist.

Neben den negativen physischen und psychischen Konsequenzen der Drogenabhängigkeit dürfte für die überwiegende Mehrzahl der Befragten ein enormer Beschaffungsdruck hinzukommen, der – solange die Abhängigkeit in der bisherigen Form aufrechterhalten bleibt – die (Wieder-)Aufnahme einer Erwerbstätigkeit sehr unwahrscheinlich macht.

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Eigene Wohnung	338 (43,7)	198 (51,2)
Bei Eltern/Verwandten	251 (32,4)	71 (18,3)
Bei Freunden/WG	49 (6,3)	23 (5,9)
Betreutes/ Beschütztes Wohnen	40 (5,2)	27 (5,9)
Hotel	23 (3,0)	24 (6,2)
Notschlafstelle	15 (1,9)	5 (1,3)
Ohne festen Wohnsitz	56 (7,2)	25 (6,5)
JVA	2 (0,3)	14 (3,6)
Gesamt	774 (100)	377 (100)

Merkmal 5: Wohnsituation bei Aufnahme in die Entgiftung

Die Analyse des Merkmals 5 (**Wohnsituation bei Aufnahme in die Entgiftung**), das nur eine Beantwortungsmöglichkeit zuließ, exploriert die soziale Situation der drogenabhängigen Patienten näher. Auch wenn es in manchem Einzelfall eher ein Zufallsbild widerspiegelt, welche Wohnsituation die letzte vor der Aufnahme in die Entgiftung darstellte, ist alles in allem eher von einer Systematik bei diesem Merkmal auszugehen: Wiederrum sind es bei den Modellpatienten wesentlich häufiger Eltern und Verwandte (32.4% im Vergleich zu 18.3%) und wesentlich seltener die eigene Wohnung (43.7% im Vergleich zu 51.2%), betreutes oder beschütztes Wohnen (5.2% im Vergleich zu 7.0%) oder gar die JVA (0.3% im Vergleich zu 3.6%), die als letzte Wohnsituationen genannt wurden. Es zeigt sich also zum wiederholten Male, dass die primären sozialen Bezüge (Herkunftsfamilie) für die Modellpatienten von größerer Bedeutung sind als für die Nicht-Modellpatienten, für die professionelle Bezüge wesentlich häufiger und damit auch wichtiger sind.

**4.1.3 Qualifikationsmerkmale (Schule, Beruf, Erwerbstätigkeit)**

Bei der Analyse des soziodemographischen Merkmals „Schulbildung“ ergeben sich pro Schultypus nur geringe Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Bemerkenswert ist jedoch,

Diese Bemerkung gilt denn auch für das folgende Merkmal Berufsausbildung. Für dieses zeigt sich nämlich, dass die Modellpatienten in etwa 7% weniger Fällen (31.1% im Vergleich zu 38.3%) über einen erlernten Beruf verfügen, während der Anteil derjenigen ohne Ausbildung oder Studium um 7% höher liegt (39.9% im Vergleich zu 32.%). Der Anteil mit abgebrochener Berufsausbildung liegt für beide

**4.2 Justitielle Situation**

Von besonderem Interesse im Bereich der Motivierung, Behandlung und Rehabilitation Drogenabhängiger ist das Ausmaß justitieller und forensischer Vorbelastungen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde dies zunächst anhand der Zahl **aktuell laufender Strafverfahren** (Merkmal 6; Mehrfachnennungen möglich) erhoben. Für die Gruppe der Modellpatienten ergab sich in 71.3% der Fälle, dass keine aktuell laufenden Strafverfahren vorlagen (Vergleichszahl für die Nicht-Modellpatienten: 61.0%). Bei den einzelnen Deliktgruppen zeigten sich dann die Nichtmodellpatienten entsprechend stärker belastet, insbesondere was Verfahren wegen Verstößen gegen das BtmG (14.5%; Modellpatienten: 11.6%) und wegen Delikten aus dem Bereich der Beschaffungskriminalität (22.5%; Modellpatienten: 15.5%) angeht.

Als weiteres Merkmal aus dem justitiellen Bereich wurden die **bisherigen Verurteilungen** erhoben (Merkmal 7; Mehrfachnennungen möglich).

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Keine	552 (71,3)	236 (61,0)
Wegen BtmG-Delikten	90 (11,6)	56 (14,5)
Wegen Beschaffungskriminalität	120 (15,5)	87 (22,5)
Wegen sonstiger Delikte	63 (8,1)	41 (10,6)

Merkmal 6: Aktuell laufende Strafverfahren (Mehrfachnennungen möglich)

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Keine	446 (57,1)	45 (11,6)
Ja, als Therapieauflage	51 (6,6)	99 (25,6)
Ja, zur Bewährung ausgesetzt	396 (50,6)	244 (63,0)
Ja, Haftstrafe verbüßt	306 (39,6)	219 (56,6)
Ja, Haftstrafe noch offen	8 (1,1)	20 (5,2)
Ja, sonstiges	238 (30,7)	104 (26,9)

Merkmal 7: Bisherige Verurteilungen (Mehrfachnennungen möglich)

26.5% der Modellpatienten im Vergleich zu 11.6% der Nicht-Modellpatienten weisen keinerlei Verurteilungen in der Vorgeschichte auf. Dies ist ein weiterer Hinweis auf die noch weniger gravierende, mit negativen Folgesymptomen belastete Drogenabhängigkeitskarriere der Modellpatienten. Es ist (im Verbund mit weiteren, noch zu beschreibenden Merkmalen) davon auszugehen, dass diese Personen als Ganzes in Ihrer Abhängigkeitskarriere noch nicht so weit fortgeschritten sind, weniger Chronifizierungen als die anderen Abhängigen (Gruppe B: Nicht-Modellpatienten) aufweisen.

Auch bei den einzelnen Unterformen der Variable „Bisherige Verurteilungen“ zeigen sich systematische Unterschiede im Sinne der beschriebenen Ergebnistendenz. So haben 39.6% der Modellpatienten im Vergleich zu 56.6% der Nicht-Modellpatienten bereits eine Haftstrafe verbüßt, bei 6.6% der Modellpatienten im Vergleich zu 25.6% der Nicht-Modellpatienten wurde eine justizielle Therapieauflage (überwiegend wohl nach § 35 BtmG) ausgesprochen.

**4.3 Drogenanamnestische Merkmale**

Im folgenden wurden die Patienten nach dem **Beginn des regelmäßigen Konsums illegaler Drogen** befragt (Merkmal 8).

Dabei stand weniger die Diskussion einer spezifischen Einstiegsdroge im Hintergrund (vgl. Kindermann, 1989), sondern eher die Suche nach einem möglichen Indikator für riskante, die spätere Drogenabhängigkeit begünstigende Verhaltensweisen. Als Ergebnis zeigt sich, dass die Modellpatienten im Durchschnitt wesentlich später mit dem Konsum illegaler Drogen begannen: In der Altersgruppe von 10 bis 15 Jahren haben 42.6% der Modellpatienten, aber 62.0% der Nicht-Modellpatienten mit dem Konsum illegaler Drogen begonnen. In den höheren Altersstufen sind es dann jeweils mehr Modellpatienten, die von einem Einstieg in den regelmäßigen Konsum illegaler Drogen berichten (16-20 Jahre: 41.5% im Vergleich zu 30.2%; 21 bis 25 Jahre: 10.1% im Vergleich zu 5.9%; älter als 25 Jahre: 5.8% im Vergleich zu 1.8%). Somit weisen die Modellpatienten mit einem Durchschnittsalter von 16.7 Jahren (im Unterschied zu 15.2 Jahren der Nicht-Modellpatienten) einen späteren Einstieg in den Missbrauch illegaler Drogen auf.

Bemerkenswert ist dennoch, wie früh der Einstieg in den regelmäßigen Konsum illegaler Drogen – hier dürfte vornehmlich Cannabis/Haschisch gemeint sein – in vielen Fällen begonnen hat. Dringende Fragen nach dem psychosozialen Hintergrund der betroffenen Kinder und Jugendlichen drängen sich auf,

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Mit 10 bis 15 Jahren	330 (42,6)	240 (62,0)
Mit 16 bis 20 Jahren	321 (41,5)	117 (30,2)
Mit 21 bis 25 Jahren	78 (10,1)	23 (5,9)
Mit mehr als 25 Jahren	45 (5,8)	7 (1,8)
Gesamt	774 (100)	387 (100)

Merkmal 8: Beginn des regelmäßigen Konsums illegaler Drogen

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Weitere substanzbezogene Störungen	681 (88,0)	369 (95,3)
Psychische Störungen	440 (56,8)	221 (57,1)
Somatische Störungen	513 (66,3)	349 (50,2)

Merkmal 9: Comorbidität (Mehrfachnennungen möglich)

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Keine	572 (73,9)	231 (59,7)
Eine	154 (19,9)	103 (26,6)
Zwei	38 (4,9)	30 (7,8)
Drei	7 (0,9)	15 (3,9)
Vier und mehr	3 (0,3)	8 (2,0)
Gesamt	774 (100)	387 (100)

Merkmal 10: Entgiftungen in den letzten zwölf Monaten

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Keine	646 (83,5)	192 (49,6)
Eine	77 (9,9)	102 (26,4)
Zwei	27 (3,5)	34 (8,8)
Drei	16 (2,1)	32 (8,3)
Vier und mehr	8 (1,0)	27 (7,1)
Gesamt	774 (100)	387 (100)

Merkmal 11: Anzahl der bisherigen Entwöhnungsbehandlungen

die im Rahmen dieser Studie nicht beantwortet werden können.

**4.4 Comorbidität**

In den letzten Jahren hat die Erforschung comorbider Erkrankungen in der Entstehung und in der Folge von Drogenabhängigkeit stark an Bedeutung gewonnen (vgl. Krausz & Müller-Thomsen, 1994). Merkmal 9 (**Comorbidität**) erfasst daher, in wie vielen Fällen Comorbiditäten zu verzeichnen sind. Weitere substanzbezogene Störungen sind bei 88.0% der Modellpatienten und 95.3% der Nicht-Modellpatienten zu finden. Dieser insgesamt hohe Grad an Polytoxikomanie ist meist eine besonders kritische ätiologische und therapeutische Variable.

Relevante psychische Störungen (gemessen mittels ICD 9 - Diagnosen) weisen mit 56.8% der Modellpatienten und 57.1% der Nicht-Modellpatienten annähernd gleich große Personenanteile auf. Aufgrund der unterschiedlichen Alters-

anteile und ethnischen Proportionen könnten die psychischen Comorbiditäten daher eher Antezedenzen der Drogenabhängigkeit darstellen. Völlig im Unterschied dazu verhält es sich mit den somatischen Störungen (ebenfalls auf der Basis von ICD 9 - Diagnosen). Hier weisen die älteren, in ihrer Suchtkarriere weiter fortgeschrittenen Nicht-Modellpatienten mit 90.2% (Vergleichszahl für die Modellpatienten: 66.3%) wesentlich häufiger relevante Diagnosen auf. Diese sind sehr häufig als Folgen des jahrelangen Drogenkonsums unter den gegebenen Bedingungen der Drogenszene anzusehen.

**4.5 Vorerfahrungen mit dem Drogenhilfesystem**

Die folgenden Variablen beziehen sich auf die bisherige Behandlungsgeschichte der Patienten, schwerpunktmäßig auf die vorherigen Kontakte zum Drogenhilfesystem. Merkmal 10 („Ent-

giftungen in den letzten zwölf Monaten“) zeigt bereits, dass ein Großteil der Modellpatienten konzeptgemäß keine derartigen Vorerfahrungen aufweist (73.9% im Vergleich zu 59.7% der Nicht-Modellpatienten). Eine Entgiftung in den letzten zwölf Monaten haben 19.9% der Modellpatienten absolviert, mehr als eine 6.1%.

Die 774 Modellpatienten haben folgerichtig noch weniger Kontakt mit dem höherschweligen Element „Entwöhnung“ im Drogenhilfesystem (Merkmal 11) gehabt. Keine Entwöhnungsbehandlung in der gesamten Vorgeschichte weisen 83.5% (Nicht-Modellpatienten: 49.6%) auf. Eine Entwöhnungsbehandlung hatten 9.9% (Nicht-Modellpatienten: 26.4%), mehr als eine 7.6% (Nicht-Modellpatienten: 24.0%).

Von den insgesamt 128 Modellpatienten, die mindestens eine Entwöhnungsbehandlung absolviert haben, konnten 77 (60.2%) Personen mindestens eine erfolgreich (d.h. regulär) abschließen. Bei den 192 Nicht-Modellpatienten beträgt die entsprechende Zahl 102 (52.3%).

Wird nur die letzte Entwöhnungsbehandlung betrachtet, sind es 60 von 128 Modellpatienten (= 46.9%) und 93 von 195 (= 47.7%) Nicht-Modellpatienten, die diese regulär abgeschlossen haben.

Dass ambulante Rehabilitationsleistungen für Drogenabhängige bisher noch wenig genutzt werden, zeigt sich daran, dass nur 1.8% (Modellpatienten) bzw. 4.7% (Nicht-Modellpatienten) von diesem Angebot je Gebrauch gemacht haben. Hier scheint ein wesentlicher Optimierungs- und Ausbaubedarf zu bestehen, insbesondere wenn allzu viele weitere stationäre Maßnahmen vermieden werden sollen.

Die Zahl der Kontakte zu anerkannten Suchtfachberatungsstellen im letzten Jahr vor der Aufnahme in die qualifizierte Entgiftung betrug für die Modellpatienten mit 23.5% konzeptgemäß deutlich weniger als bei den Nicht-Modellpatienten mit 64.6%. Hinzu kommt noch, dass ein nicht unwesentlicher Teil dieser Kontakte bei den Modellpatienten (23,1%) nur unregelmäßig stattfand.

Um so überraschender ist jedoch, dass in der vorliegenden Kölner Untersuchung nur 51.2% der Nicht-Modellpatienten regelmäßige Kontakte mit anerkannten Suchtfachberatungsstellen auf-

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Kelne	414 (53,5)	118 (30,5)
Kontaktcafés	181 (23,4)	127 (32,9)
Notschlafstellen	98 (7,4)	49 (12,7)
Straffälligenhilfe	153 (19,8)	95 (24,5)
Frauenberatungsstellen	4 (0,5)	5 (1,3)
Nichtsesshaftenhilfe	10 (1,3)	2 (0,5)
Junkiebund	103 (13,2)	77 (19,9)
Sonstiges	204 (26,4)	207 (53,5)

Merkmal 12: Weitere im letzten Jahr aufgesuchte Hilfsangebote (Mehrfachnennungen möglich)

weisen. Dies erscheint nur dadurch erklärbar, dass sie entweder – trotz der zielgerichteten Vorbereitung auf eine stationäre Entwöhnungsmaßnahme – nur unregelmäßigen Kontakt hatten (13.4%) oder dass sie zu anderen, nicht anerkannten Beratungsstellen (34.4%) Kontakt hatten.

Da aber neben der Betreuung durch eher hochschwellige anerkannte Suchtfachberatungsstellen das gesamte Drogenhilfesystem wichtige Angebote für den Personenkreis dieser Untersuchung macht, wurden die Vorerfahrungen mit den verschiedensten Elementen dieses Systems ebenfalls untersucht (Merkmal 12: „Weitere im letzten Jahr aufgesuchte Hilfsangebote“). Wiederum weisen die Modellpatienten mit 53.5% konzeptgemäß im Unterschied zu 30.5% der Nicht-Modellpatienten eine deutlich höhere Quote von Personen auf, die gar keine Vorkontakte hatten.

Bei den anderen Antwortkategorien, für die Mehrfachnennungen möglich waren, sind die Kontaktcafés (23.4% Modellpatienten; 32.9% Nicht-Modellpatienten), die Straffälligenhilfe (19.8% Modellpatienten; 24.5% Nicht-Modellpatienten) und der Junkiebund (13.2% Modellpatienten; 19.9% Nicht-Modellpatienten) die am häufigsten genannten genutzten Angebote. Mit der Kategorie „Sonstiges“ (26.4% Modellpatienten; 53.5% Nicht-Modellpatienten) sind in erster Linie die örtlichen Substitutionsangebote gemeint.

Als weitere im Vorfeld genutzte Hilfsangebote kommen niedergelassene Ärzte in Frage (Merkmal 13: **Behandlung bei niedergelassenen Ärzten im letzten Jahr**) Im letzten Jahr hatten mit 74.9% der Modellpatienten bzw. 73.9% der Nicht-Modellpatienten annähernd

gleich viele Personenanteile Kontakte zu niedergelassenen Ärzten. Diese relativ hohen Anteile unterstreichen die wichtige Rolle der Ärzte im Primärversorgungssystem, wie dies unlängst auch für den Bereich der Alkoholabhängigkeit modellhaft hinsichtlich der Chancen für Sekundärprävention und Frühintervention untersucht wurde (John et al., 1996).

Dabei hat der Großteil der drogenabhängigen Patienten den Arzt wegen der Suchterkrankung aufgesucht: 497 von 580 Modellpatienten (= 85.7%) bzw. 251 von 286 Nicht-Modellpatienten (= 87.8%).

Die Betrachtung des ärztlichen Fachbiets des Behandlers zeigt, dass relativ gesehen mehr Modellpatienten Allgemeinmediziner (insbes. Hausärzte) aufsuchen (60.2% im Vergleich zu 52.7%), während die Nicht-Modellpatienten etwas häufiger psychiatrisch/neurologische Fachärzte (6.7% im Vergleich zu 2.8%) aufsuchen.

4.6 Angaben zum aktuellen Entzug

Nachdem nun differenziert die Eingangsmerkmale und biographischen Variablen der Modellpatienten im Vergleich zu den Nicht-Modellpatienten (als klinische Vergleichsgruppe) dargestellt worden sind, folgen die Ergebnisse zum aktuellen Entzug. Gemeint sind damit jene Daten, die sich auf die jeweils erste qualifizierte Entzugsbehandlung der Modell- bzw. Nicht-Modellpatienten im Beobachtungszeitraum beziehen.

Merkmal 14 (**Abschluss der Entgiftung**) zeigt, dass deutlich weniger Modellpatienten (38.2%) eine planmäßige Beendigung dieser ersten Entgiftung erreichen als die Nicht-Modellpatienten (63.6%). 410 (= 53.%) der 774 Modellpatienten brechen die Entgiftungsbehandlung vorzeitig ab, 68 (= 8.8% werden disziplinarisch entlassen).

Wenn man jedoch diejenigen Nichtmodellpatienten herausrechnet, die zielgerichtet zum Entzug vom Beikonsum für eine Substitutionsbehandlung (= 33.9%) aufgenommen wurden (eine Variante,

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Ja	580 (74,9)	283 (73,9)
Nein	194 (25,1)	104 (26,1)
Gesamt	774 (100)	387 (100)

Merkmal 13: Behandlung bei niedergelassenen Ärzten (im letzten Jahr)

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Planmäßig	296 (38,2)	246 (63,6)
Abbruch	410 (53,0)	120 (31,0)
Disziplinarisch	68 (8,8)	21 (5,4)
Gesamt	774 (100)	38 (100)

**Merkmal 14: Abschluss der Entgiftung**

die für die Modellpatienten konzeptionell gar nicht vorgesehen war), ergeben sich für beide Personengruppen annähernd gleiche Proportionen bezüglich der planmäßigen Beendigung der Entgiftung.

Bezüglich der direkten und nahtlosen Vermittlung in ein Folgeangebot (Merkmal 15: **Vermittlung in ein Folgeangebot**) zeigt sich für die Modellpatienten, dass 15.9% (im Unterschied zu 64.3% der Nicht-Modellpatienten) direkt in ein Folgeangebot vermittelt werden konnten. Wird das Folgeangebot „Substitution“ bei den Nicht-Modellpatienten nicht berücksichtigt, da es ja für die Modellpatienten kein Regelfolgeangebot darstellt, erniedrigt sich die Quote der in ein Folgeangebot vermittelten Nicht-Modellpatienten auf 46.1% (118 von 256 Personen). Diese Zahl (im Vergleich zu den unveränderten 15.9% der Modellpatienten) macht deutlich, wie groß die Schwankungen und Unberechenbarkeiten selbst bei den zielgerichtet (meist auf eine Entwöhnung hin) vorbereiteten Patienten ist.

Im folgenden wurde differenziert ausgewertet, zu welchem Folgeangebot die einzelnen Patienten hin vermittelt wurden. Von den bereits erwähnten 15.9% der Modellpatienten entfällt mit 8.9% deutlich mehr als die Hälfte auf stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (Entwöhnung). Weitere 2.5% wurden in die stationäre Orientierung vermittelt<sup>2</sup>. Kleine Prozentanteile entfielen auf die ambulante Rehabilitation (0.3%), die ambulante Beratung (1.4%), die Substitution (1.6%) und sonstige Folgeangebote (1.3%).

Bei den Nicht-Modellpatienten entfielen von den insgesamt 64.3% in ein Folgeangebot vermittelten Patienten 33.9% auf die Substitution und 24.8% auf die stationäre Rehabilitation (Entwöhnung). Sehr kleine Prozentanteile teilen sich die ambulante Rehabilitation (0.3%), die stationäre Orientierung (0.3%), die ambulante Beratung (0.5%) und etwas mehr sonstige Folgemaßnahmen (4.6%).

Als **Gründe für die Nichtvermittlung in ein Folgeangebot** wird bei den Modellpatienten am häufigsten der vorzeitige Abbruch der Behandlung (59.9% im Vergleich zu 15.2% der Nicht-Modellpatienten) genannt. Hinzu kommen 21.6%, bei denen keine Motivation für ein Folgeangebot vorhanden war, obwohl sie die Entgiftung regulär abschlossen (Vergleichszahl: 7.5% der Nicht-Modellpatienten).

Mit 12.4% hat jeder achte (zielgerichtet vorbereitete) Nicht-Modellpatient (Vergleichszahl für die Modellpatienten: 2.5%) die eingeleitete Vermittlung in ein Folgeangebot nicht in Anspruch genommen. Fehlende Kapazitäten für die gewünschten Folgemaßnahmen haben so gut wie gar nicht bestanden (0.1% bei den Modellpatienten bzw. 0.3% bei den Nicht-Modellpatienten).

**4.7 Modellpatienten mit vs. ohne Vorerfahrung mit dem Drogenhilfesystem**

Eines der benannten Ziele des Modellprojekts BSK war es, neue Gruppen von Drogenabhängigkeit betroffener Patienten frühzeitig und schnell an das Behandlungssystem heranzuführen. Dazu sollte die qualifizierte niedrigschwellige Entgiftung ihre Funktion als Screening-, Clearing- und Indikationsstelle wahrnehmen. Wie bereits in Kapitel 4.5 dargestellt, hat ein größerer Teil der Modellpatienten konzeptgemäß keine Vorerfahrung mit dem Drogenhilfesystem, weder mit dem klassischen hochschwelligem noch mit dem neueren niedrigschwelligem. Bei der im folgenden dargestellten Datenanalyse wurden daher die Merkmale jener Modellpatienten miteinander verglichen, die in den letzten zwölf Monaten vor ih-

hilfesystem sind die verheirateten Personen übermäßig häufig vertreten (25.8% im Vergleich zu 17.5% bezogen auf den Anteil innerhalb der beiden Gruppen). Bei der Frage nach der Wohnsituation direkt vor Aufnahme in die qualifizierte Entgiftung sind solche Patienten, die in eigener Wohnung (58.0% im Vergleich zu 51.2%) oder bei ihren Eltern/Verwandten (37.6% im Vergleich zu 30.4%) wohnen häufiger solche ohne Vorerfahrung mit dem Drogenhilfesystem. Besonders häufig sind außerdem solche Personen vertreten, die ihren überwiegenden Lebensunterhalt durch eigene Erwerbstätigkeit bestreiten (16.3% ohne Vorerfahrung im Vergleich zu 9.8% mit Vorerfahrung). Die Gruppe der Personen, die relativ spät mit dem regelmäßigen Konsum illegaler Drogen begonnen hat, taucht bei den Modellpatienten ohne Vorerfahrung mit dem Drogenhilfesystem besonders häufig auf: 21.3% aller Modellpatienten ohne Vorerfahrung mit dem Drogenhilfesystem haben erst nach dem 21. Lebensjahr mit dem Konsum illegaler Drogen begonnen im Vergleich zu 13.7% aller Modellpatienten mit Vorerfahrung.

Die dargestellten Ergebnisse zum Gruppenvergleich Modellpatienten mit vs. ohne Vorerfahrung mit dem Drogenhilfesystem machen deutlich, dass die Subgruppe der Modellpatienten ohne Vorerfahrung insgesamt in sozial (noch) gescheiteren Verhältnissen lebt, mehr Sozialbezüge hat und in ihrer Drogenabhängigkeitskarriere noch nicht so tief verstrickt zu sein scheint. Hier könnte das Modell BSK als Soforthilfe und Frühintervention besonders wichtig und indiziert sein. Die Daten zum Nutzungsverhalten sowie die katam-

	Modellpatienten (%)	Nichtmodellpatienten (%)
Nein	651 (84,1)	33 (35,7)
Ja	123 (15,9)	354 (64,3)
Gesamt	774 (100)	387 (100)

**Merkmal 15: Vermittlung in ein Folgeangebot**

rer Aufnahme in die qualifizierte Entgiftung keinerlei Kontakt mit dem Drogenhilfesystem hatten (N = 221) mit den Modellpatienten verglichen, die diesen Kontakt schon gefunden hatten (N = 553). Die 221 Modellpatienten (28.6%) ohne Vorerfahrung stellen in gewisser Weise den „Idealpatienten“ des Modells BSK dar, insofern nämlich bei einer ersten Behandlungsbereitschaft schnell und direkt eine Vermittlung in die qualifizierte Entgiftung erfolgt. Dort wiederum kann der Patient unter fachlicher medizinisch-therapeutischer Anleitung und Beratung entscheiden, ob er weitere Hilfe braucht, und falls ja, welche dies ist.

Innerhalb der Gruppe der Modellpatienten ohne Vorerfahrung mit dem Drogen-

nestischen Ergebnisse werden hierzu weiteren Aufschluss bringen.

Von besonderem Interesse ist außerdem die Frage, wie sich Patienten mit vs. ohne Vorerfahrung mit dem Drogenhilfesystem in der qualifizierten Entgiftung hinsichtlich regulärem Abschluss und Weitervermittlung verhalten. Hier zeigt sich, dass die Vorerfahrung mit dem Drogenhilfesystem hilfreich für das reguläre Durchlaufen der Entgiftung und die direkte Inanspruchnahme einer Folgemaßnahme ist: Lediglich 32.1% der Modellpatienten ohne Vorerfahrung mit dem Drogenhilfesystem im Vergleich zu 40.7% mit Vorerfahrung konnten die Entgiftungsbehandlung planmäßig (regulär) abschließen.

	ohne Vorerfahrung (%)	mit Vorerfahrung (%)	Gesamt (%)
Planmäßig	71 (24,0)	225 (76,0)	296 (38,2)
Abbruch	125 (31,5)	281 (68,5)	410 (53,0)
Disziplinarisch	21 (30,9)	47 (69,1)	68 (8,8)

Nur Modellpatienten: Abschluss der Entgiftung

Mit einer Quote von 18.6% konnten doppelt so viele Modellpatienten mit Vorerfahrung in ein Folgeangebot vermittelt werden als Modellpatienten ohne Vorerfahrung (9.0%). Bezogen auf die stationäre Rehabilitationsbehandlung als häufigste Folgemaßnahme sind es 10.5% aller Modellpatienten mit Vorerfahrung mit dem Drogenhilfesystem im Vergleich zu 5.0% bei der Gruppe ohne Vorerfahrung, die direkt nach der Entgiftung eine Entwöhnungsmaßnahme beginnen.

Es liegt also nahe zu vermuten, dass die schon weiter oben berichteten Zahlen höherer Weitervermittlungsquoten für die Nicht-Modellpatienten im Vergleich zu den Modellpatienten und die jetzt berichteten Unterschiede zwischen Modellpatienten mit und ohne Vorerfahrung mit dem Drogenhilfesystem auf einem gemeinsamen Wirkmechanismus beruhen. Diesen könnte man (hypothetisch) als Sozialisierung mit dem Drogenhilfesystem bezeichnen (kurz und etwas vergrößernd: „Therapiesozialisierung“). Natürlich steht die Therapiesozialisierung in engem Zusammenhang mit weiteren Merkmalen: Diese sind zum einen Atmosphäre, Therapiekultur und Interaktionsregeln in den Einrichtungen, zum anderen Motivationsförderung, Persönlichkeit, kulturell-ethnischer Hintergrund sowie psychosoziale Situation der Patienten. Für die Einrichtungen des niedrigschwellig qualifizierten Entzugs bedeutet es aber auch, ein spezielles Augenmerk auf die einrichtungsspezifische Sozialisierung unerfahrener Patienten zu richten. Dies mag sich in konzeptionellen Besonderheiten widerspiegeln, die dann den Therapie- und Behandlungsalltag nachhaltig beeinflussen sollten.

## 5. Interpretation und Diskussion

Die zum Zugangsverhalten der Patienten und der Reichweite des Projekts vorgestellten Ergebnisse sollen hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Ausgangsfragestellungen und weitere Konsequenzen abschließend interpretiert werden:

Mit dem Modellprojekt Bsk ist es gelungen, neue von Drogenabhängigkeit betroffene Personenkreise für die Drogenhilfe zu erreichen. Dieses Vorgehen ist den Ansätzen der Sofort- und Frühintervention verpflichtet und erfüllt auch die Kriterien einer Schadensminimierung

(harm reduction). Durch die Vergleiche mit der klinischen Kontrollstichprobe der Nicht-Modellpatienten konnte gezeigt werden, hinsichtlich welcher Merkmale systematische Unterschiede bestehen. Diese Unterschiede werden als Indikatoren für die differentielle Wirkungsweise des Modellprojekts Bsk interpretiert. Derartige Unterschiede bestehen hinsichtlich des **Geschlechts** (mehr Männer), der **ethnischen Herkunft** (mehr ausländische Drogenabhängige), der **Anbindung an die Herkunftsfamilie** (häufiger nicht bei den Eltern lebend) und zahlreicher **sozialer Merkmale**. Diese beziehen sich darauf, dass Modellpatienten häufiger **selbst erwerbstätig** sind, seltener von **Sozialhilfe** leben. Auch im **Justitiellen Bereich** sind die Modellpatienten **weniger von den potentiell negativen Folgen des chronischen Drogenmissbrauchs** betroffen (weniger aktuell laufende Strafverfahren, weniger Verurteilungen in der Vorgeschichte). Die Analyse dieser soziodemographischen und psychosozialen Variablen legt die Vermutung nahe, dass es sich bei den Bsk-Patienten häufiger um solche handelt, **die in ihrer Drogenabhängigkeit bzw. -karriere noch nicht so weit fortgeschritten sind**. Diese Hypothese wird weiter unterstützt durch die Analyse des durchschnittlichen Lebensalters (Modellpatienten sind jünger) in Kombination mit dem Beginn des regelmäßigen Konsums illegaler Drogen (Modellpatienten sind später eingestiegen). Es konnten also verstärkt solche drogenabhängigen Personen erreicht werden, die bei späterem Einstieg in den Drogenmissbrauch noch jünger sind. Die Differenz zwischen durchschnittlichem Einstiegsalter in den Beginn des regelmäßigen Konsums illegaler Drogen und dem Lebensalter bei dem Eintritt in die qualifizierte Entgiftung beträgt für die Modellpatienten 13.2 Jahre, für die Nicht-Modellpatienten 16.6 Jahre. Auch **drogenanamnestisch** und **sozialmedizinisch** konnten signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen ermittelt werden: So sind die Modellpatienten bei insgesamt hoher polytoxikomaner Belastung beider Gruppen seltener polytoxikoman, haben (konzeptgemäß) seltener Vorerfahrungen mit dem Drogenhilfesystem gehabt und weisen weniger comorbide Störungen/Erkrankungen im somatischen Bereich auf. Ein weiterer relevanter Aspekt, ableitbar aus den Datenanalysen der vorliegenden Un-

tersuchung, ist die Bedeutung des familiär-kulturellen Hintergrunds. Mit Bsk sind in einem erstaunlich wie auch erfreulich hohen Maße ausländische, junge Drogenabhängige angesprochen worden. Ihre in der Tendenz über die Laufzeit des Projekts noch gestiegene Zahl unterstreicht den prinzipiellen Bedarf von niedrigschwellig und schnell wirksamen Hilfsangeboten für diese Klientel.

### Fußnoten:

1 Aus der Begleitforschung zum Modellprojekt Bsk im Auftrag und mit freundlicher Unterstützung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen und der Rheinischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bei der IVA Rheinprovinz.

2 Diese Behandlungsalternative existierte jedoch nicht während der gesamten Laufzeit des Projekts, sondern nur von Januar 1995 bis Juni 1996.

### Literatur:

John, U., Hapke, U., Rumpf, H.J., Hill, A. & Dilling, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos. (= Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Band 71).

Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D. & Kindermann, S. (1989). Drogenabhängigkeit. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Freiburg: Lambertus.

Klein, M. (1997). Kundenorientierung in der Suchtbehandlung: Psychologische und sozialpolitische Anmerkungen unter besonderer Berücksichtigung von Soforthilfeansätzen in der Drogentherapie. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.). Das „Beste“ für den Suchtkranken – Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien. Beiträge des 9. Heidelberger Kongresses 1996. Geesthacht: Neuland, S. 244 - 258. (= Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 20).

Krausz, M. & Müller-Thomsen, T. (Hrsg.) (1994). Komorbidität. Therapie von psychischen Störungen und Sucht. Konzepte für Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation. Freiburg: Lambertus.

Mann, K. & Kapp, B. (1997). Drogenentzug. Baden-Württemberg-Studie. Evaluation des niedrigschwellig und qualifizierten Angebots. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg (= Schriftenreihe Sucht; Band 14).

Rheinische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1994). Projektbeschreibung des Pilotprojekts „Behandlung sofort“. Düsseldorf: Unveröffentlichtes Manuskript.

Sickinger, R. (1994). Ausstieg aus der Heroinsucht. Wer und was geholfen hat, drogenfrei zu werden und zu bleiben. Freiburg: Lambertus.

Tretter, F. (1997). Ökologie der Sucht. Das Beziehungsgefüge Mensch - Umwelt - Droge. Göttingen: Hogrefe.

### Der Autor:

Prof. Dr. Michael Klein  
Katholische Fachhochschule NRW  
Abteilung Köln  
Wörthstraße 10  
D-50668 Köln