

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work

ISSN 1861-0110

INDRO e.V.

Kommentar / Commentary

Praktische Limitationen akzeptanz-orientierter Drogenarbeit – eine ethische Problemskizze aus der Perspektive Sozialer Arbeit

[Practical limitations of acceptance-oriented drug work – an ethical outline of problems from the perspective of social work]

JENS SCHUSTER (Diplomsozialarbeiter)

© INDRO e.V., Bremer Platz 18-20, D-48155 Münster, Germany. Jegliche Vervielfältigung, Verbreitung und Zitation von Textpassagen ausdrücklich gestattet unter Angabe der Originalquelle / verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's original URL: **Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2012;9:16-24**, URL: www.indro-online.de/Schuster2012.pdf

Abstract

Akzeptanzorientierung bezeichnet eine in den 1980er Jahren als Gegenentwurf zur abstinenzdogmatisch-repressiven Drogenpolitik damaliger Bundesregierungen entstandene Drogenhilfemethode. Der Begriff der Niedrigschwelligkeit definiert wiederum die Ausprägung von Zugangsschwellen. Primärziel ist die Gesundheits- und Überlebenssicherung der Konsumenten sowie deren möglichst voraussetzungsfreie Unterstützung. Allerdings bestehen Einschränkungen durch eine heterogene Gesetzeslage und ordnungspolitische Aufgaben. Vielfältige ethische Problemstellungen und Dilemmata resultieren daraus, da zugleich eine Verpflichtung dem abhängigen Individuum gegenüber besteht. Die Doppelmandatierung der darin involvierten Sozialen Arbeit ist manifest. Zudem ist die deutsche Drogenpolitik weiterhin primär prohibitiv ausgerichtet. Eine eindeutige Lösung existiert nicht.

The term “acceptance-oriented drug work” (AODW) describes a drug-help method which arose during the 1980s as an alternative concept to both the repressive and dogmatic abstinence-oriented drug policies of the German Government followed at that time. On the other hand, “low thresholdness” solely describes a specific level of entry requirements laid down by drug-help facilities. The main goal of AODW is to protect health and to facilitate survival of drug-consuming persons, as well as to offer support on low- to lowest-demand conditions. However, confinements are generated by the heterogeneous legal framework and regulatory duties. Various ethical problems and quandaries result thereof, since acceptance-oriented drug work adheres to an ethical obligation towards the drug-addicted individual. The Janus face of social work involved therein is apparent. Furthermore, the German Government's drug policies remain slanted towards prohibition. There is no clear and definite solution to changing the current situation.

Einleitung: Grundlagen akzeptanz-orientierter Drogenhilfe

Die gegenwärtige Drogenpolitik der Bundesregierung beruht auf dem sogenannten „Vier-Säulen-Modell“,

bestehend aus den vier Segmenten *Prävention, Therapie, Überlebenshilfen* sowie *Repression und Angebotsreduzierung*. Die Leistung von Überlebenshilfe erfolgt im Rahmen niedrigschwelliger Drogenarbeit, von Opioid-Substitutions-Therapie (OST) sowie in heroingestützter Behandlung in aktuell sieben Standorten. Letztlich ist dieses Modell eine Reaktion auf die ausgebliebenen Erfolge des starren Festhaltens am während der 1970er und 1980er Jahre noch alleingültigen Abstinenzparadigmas. Zwar gab es zu Beginn der 1970er Jahre erste Anzeichen einer „niedrigschwelligen“ Drogenhilfe, doch waren diese „(...) aufgrund einsetzender Bürokratisierungs-, Institutionalisierungs- und Professionalisierungsprozesse innerhalb nur weniger Jahre zum Scheitern verurteilt (...)“ (GERLACH 2004, 125). Infolgedessen konnte

„(...) sich ein rein abstinenz-orientiertes [sic!] Drogenhilfesystem entwickeln, das lebenspraktische Hilfen für nicht-therapiemotivierte Drogenabhängige sowie Substitutionsbehandlungen im Sinne der Leidensdruckthese als Methode der Suchtverlängerung ablehnte und somit die Abstinenz- und Therapiemotivation durch die Verschlechterung der Lebensumstände der Drogenabhängigen (physisch, psychisch, sozial und finanziell) forcieren wollte (Stilisierung von Verelendung und Haftzeiten zu therapeutischen Hilfsmitteln).“ (ibid.)

Es wurde fest von einer linearen Entwicklung hin zu Abhängigkeit, Kriminalität und Verelendung durch den Konsum von Heroin ausgegangen. Der Fokus dieser „klassischen“ Drogenhilfeform lag eindeutig auf der Herbeiführung quasi-extrinsischer Motivation durch eine Leidensdruckforcierung sowie der Akzeptanz „helfenden Zwangs“ durch die Wahl zwischen dem Antritt einer Therapie oder einer Haftstrafe, des Weiteren auf Primärprävention, Therapievermittlung und Clean-Gruppen-Betreuung.

Aufgrund der Verhinderung gesundheits- und überlebenssichernder Maßnahmen, beispielsweise der Einrichtung von Drogenkonsumräumen, waren insbesondere viele Opiatabhängige dazu genötigt, ihren Konsum unter ebenso ungesicherten wie unhygienischen Umständen durchzuführen, sodass gerade im Überdosierungs- und daraus resultierenden Atemdepressionsfall keine Hilfe von außen möglich war. Nicht wenige Todesfälle unter Opiatkonsumenten waren darauf zurückzuführen (COUSTO/EVE & RAVE e. V. 2001).

Erzwang das Aufkommen der Krankheit AIDS auch ein grundlegendes drogenpolitisches Umdenken, so blieb die Drogenarbeit dennoch überwiegend am Abstinenzparadigma ausgerichtet. Niedrigschwellige Einrichtungen sollten vorrangig den Angeboten der „klassischen“ Drogenhilfe zuarbeiten, um deren Reichweite und Wirksamkeit zu erhöhen (GERLACH 2004). Da der Arbeitsansatz der Akzeptanzorientierung jedoch von grundsätzlich anderen drogentheoretischen Prämissen und Zielsetzungen als die traditionelle hochschwellige Drogenarbeit und die gegenwärtige, eher repressiv orientierte Drogenpolitik ausgeht, ist sie niemals lediglich Ergänzung der klassischen Drogenhilfsangebotspalette, sondern sie versucht, kraft „neuer“ Ideen und Ansätze drogenpolitisch auf diese zurückzuwirken (SCHNEIDER 1997).

Gegenwärtig werden die Begriffe „Niedrigschwelligkeit“ und „Akzeptierende Drogenarbeit“ nicht selten und fälschlicherweise in der Verwendung gleichgesetzt. Dabei geben „(...) Schwellendifferenzierungen (...) nur Auskunft über den Grad der Zugangsvoraussetzungen zu bestimmten Hilfseinrichtungen“ (GERLACH 2004, 128). Der inhaltlich-methodische Ansatz der Akzeptanzorientierung wiederum umfasst eine Reihe von Hilfsangeboten für Konsumenten (s. u.), welche prinzipiell „(...) dem Einzelnen dabei behilflich (...) [sein sollen], selbst Muster für einen geglückten Substanzkonsum zu entwickeln und seinen Weg dorthin zu finden. (...)“ (BARSCH 2010, 181). Akzeptanzorientierte Drogenhilfe basiert „(...) auf völlig anderen Prämissen als die traditionelle, rein abstinenzorientierte Drogenhilfe“ (SCHNEIDER 1997, 8). In Rechnung gestellt werden, je nach Fall, möglicherweise erhebliche Belastungen für Konsumenten, deren soziale Bezüge sowie die Gesellschaft durch den Gebrauch psycho-aktiver Substanzen. Aber eine negative, lineare Entwicklung wird keineswegs als zwangsläufig angenommen.

Das Recht der Menschen auf Erarbeitung einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen Lebensperspektive – einschließlich eines eventuellen Konsums psycho-aktiver Substanzen – wird respektiert. Darin ist

ebenso Abstinenz als selbstgewählte Form des Umgangs mit psycho-aktiven Substanzen und mit Drogenproblemen eingeschlossen. Allerdings steht ein lebenslanger Abstinenzanspruch oder gar -zwang in Opposition zu diesem Paradigma sowie Vorstellungen von der Menschenwürde (BARSCH 2010). Mithilfe akzeptanzorientierter Angebote soll Drogengebrauchenden die Freiheit der Wahl zwischen mehreren unterschiedlichen Hilfsangeboten ermöglicht werden (SCHNEIDER 2004). Diese Ansätze lassen sich charakterisieren als

- „(...) unbürokratisch
- subjektbezogen
- bedürfnisorientiert
- lebensweltbezogen
- anforderungsarm
- verständigungsorientiert und nicht-bevormundend
- nicht moralisierend
- nicht abstinenzfixiert und klientelisierend
- kontrollarm (freiwillig und/oder anonym) (...). (GERLACH 2004, 129)“

Primärziele sind die Überlebenssicherung, ganzheitliche und psychosoziale Stabilisierung, zudem die Verhinderung sozialer Desintegration. Niedrigschwellige Angebote umfassen beispielsweise Kontaktläden, Streetwork im Rahmen offener Szenen, Notschlafstellen, Betreutes Wohnen sowie Drogenkonsumräume. Als Arbeitsgrundlagen dienen „(...) Freiwilligkeit in Bezug auf die Nutzung von Hilfsangeboten, [die] Akzeptanz der Drogengebraucher, so wie sie sind [und der] Verzicht auf feste Terminabsprachen, Cleanstatus/Abstinenzorientierung und demonstrative Darstellung einer Abstinenz- bzw. Veränderungsmotivation und »Leidensdruck« gegenüber den Besuchern (ibid.).“

Skizzierung rechtlicher Aspekte der akzeptanz-orientierten Drogenhilfe

In Deutschland wird der Konsum von Betäubungsmitteln im – tendenziell eher prohibitiv ausgerichteten – Betäubungsmittelgesetz (BtMG) geregelt. So werden einerseits, wenngleich nicht ohne Zögern, medizinisch begründete Drogenhilfemaßnahmen ermöglicht, beispielsweise Spritzentausch, die kontrollierte Abgabe von Heroin sowie der Betrieb von Drogenkonsumräumen. Für letzteren ist §10a BtMG grundlegend. Im Rahmen dieser Norm werden die Kontroll- und Sicherheitsstandards bezüglich des Betäubungsmittelgebrauchs in Drogenkonsumräumen festgelegt. Des Weiteren stehen jegliche aktive Unterstützungshandlungen vonseiten der Mitarbeiter in Konsumräumen laut §10a BtMG weiterhin unter Strafe (JUNGBLUT 2004). Zudem steht jedem Bundesland die Möglichkeit offen, den Betrieb von Drogenkonsumräumen kraft Rechtsverordnungen überhaupt zuzulassen bzw. wieder einzustellen (ausführlich hierzu: ABSTEIN/GASTIGER 2012, JUNGBLUT 2004). In der Praxis hat dies zur Folge, dass – letztlich in Abhängigkeit von den jeweiligen Landesregierungen – nur sechs von 16 Bundesländern über Drogenkonsumräume verfügen (s.u.). Andererseits finden z.B. Maßnahmen des Spritzentausches in allen Bundesländern statt, beispielsweise auch in Bayern oder Baden-Württemberg.

So mag als weiterführende Konsequenz nach wie vor Rechtsunsicherheit hinsichtlich des Betriebes von Drogenkonsumräumen herrschen, woraus eine settingbezogene praktische Limitation der akzeptanzorientierten Drogenarbeit resultiert.

Allerdings sei darauf hingewiesen, dass akzeptanzorientierte Drogenarbeit zugleich im Rahmen von Kontaktläden, Drogentherapeutischen Ambulanzen, (Ambulant) Betreutem Wohnen etc. stattfindet, allesamt Möglichkeiten der Arbeit, welche keinen rechtsfreien oder zumindest einen rechtsunsicheren Raum darstellen).

Niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle – eine Betrachtung am Beispiel von Drogenkonsumräumen

Drogenkonsumräume existieren in der Bundesrepublik in sechs Bundesländern: Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen sowie im Saarland. Städte, welche über Drogenkonsumräume verfügen, sind Berlin, Bielefeld, Bochum, Bonn, Dortmund, Essen, Frankfurt am Main, Hamburg, Hannover, Köln, Münster (Westfalen), Saarbrücken, Troisdorf, Wuppertal (ausführlich: www.konsumraum.de/dta/konsumraeume.html). Der Konsumraum in Aachen hat zum Jahresende 2011 geschlossen.

In allen Konsumräumen bestehen Hausordnungen. Sie umfassen eine Reihe von für den täglichen Einrichtungsbetrieb erforderlichen Regeln sowie – zumindest implizit – daran gekoppelte Sanktionsmechanismen für Regelverstöße. Grundsätzlich werden im täglichen Einrichtungsbetrieb die Sanktionsstufen möglichst niedrig gehalten. Jedoch ist eine niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtung *kein rechtsfreier Raum*. In der Szene normale Handlungs- und soziale Interaktionsweisen besitzen diese Wertigkeit in solcherart Einrichtungen nicht (SCHEIBLICH 2000).

Zu sanktionierten Regelverstößen gehören beispielsweise

- Dealen, Handeln, das Teilen mitgebrachter Stoffe,
- das Herumlaufen mit offenen Nadeln,
- der Konsum von Alkohol innerhalb der Einrichtung (nicht aber dessen Mitführen),
- Konsum auf der Toilette (hauptsächlich aufgrund des Selbstgefährdungspotenzials),
- verbale Gewalt (Androhungen physischer Tätlichkeitsausübungen, Beleidigungen, Bedrohungen, sexistisch oder rassistisch konnotierte Äußerungen),
- sowie die Herbeiführung möglicherweise unkontrollierbarer Konflikt- und Gewaltsituationen.

Letztere gehören zu immer wiederkehrenden Notfällen. Dazu zählen außerdem und an erster Stelle überdosierungsbedingte Drogennotfälle, welche beispielsweise der mitunter nicht exakt bestimmbare Reinheitsgrad des aufgrund der Gesetzeslage (s. o.) illegal erworbenen Heroins bedingt.

Die Frage nach der Gegebenheit von *Hilfe und Kontrolle*, somit des doppelten Mandats der Sozialen Arbeit ist grundsätzlich zu bejahen. Kontrollelemente sind an gewisse Ausschlusskriterien geknüpft (Ausweiskontrolle, Wohnsitznachweis, Konsumverordnung bezüglich der Druckraumnutzung, welche Substituierte in der Regel ausschließt; allerdings gilt dies nicht für Hamburg). Einerseits gilt der Akzeptanzgrundsatz, andererseits muss ein ordnungspolitischer Auftrag erfüllt werden, etwa durch die Verhinderung öffentlichen Konsums, von Lärm, Abfall, Menschenansammlungen, Dealen vor der Einrichtung, durch eine Entlastung der Drogenszene, Verhinderung von Drogentodesfällen durch nicht abgesicherten Konsum, HIV, Hepatitis etc.

Nicht selten stellen Drogenkonsumräume einen vereinbarungsgemäß polizeifreien Raum dar. Sinnbildlich gesprochen bildet jedoch die Türschwelle einer Drogenhilfeeinrichtung mit angegliedertem Drogenkonsumraum eine physische Grenze zwischen *Hilfe* und *Kontrolle*.

Konkret äußert sich das doppelte Mandat der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld darin, dass einerseits Kulanz, Vertrauen, Empathie, Beziehungsarbeit, Verlässlichkeit und Hilfe Integralbestandteile des Betriebes niedrigschwelliger Drogenhilfeeinrichtungen bilden. Andererseits sind Regeln und klare Grenzziehung erforderlich: Entsprechende Erwartungen müssen erfüllt werden, da die Drogenhilfe *aus der Gesellschaft heraus funktioniert*.

Diese Faktoren konstituieren das Spannungsfeld, in welchem akzeptanzorientierte Drogenhilfemaßnahmen bewegen müssen: Die Mitarbeiter „niedrigschwelliger“ Drogenhilfeeinrichtungen agieren ständig

zwischen Über- und Unterforderung, zudem stehen sie, gleich substituierenden Ärzten unter permanenter strafrechtlicher Bedrohung – von mangelnder Würdigung ihrer Tätigkeit ganz zu schweigen. Daraus folgt: „Die Arbeit ist für Mitarbeiter umso belastender und herausfordernder, je größer die Angebotsvielfalt eines Kontaktladens, je größer die Nutzungsfrequenz, je mehr auf Regeleinhaltungen geachtet (Hausregeln) und/oder Kontrollfunktionen wahrgenommen werden müssen (rechtliche Rahmenbedingungen). Kontaktläden und andere »niedrigschwellige« Einrichtungen sind keine entkriminalisierten Zonen“ (GERLACH 2004, 132). Die Entwicklung immer neuer Kontrollregeln macht Akzeptanz somit letztlich unmöglich.

Eine ethische Problemskizze

Akzeptanzorientierte Drogenhilfeansätze finden innerhalb widersprüchlicher Gegebenheiten statt. Immanent ist die Mehrfachmandatierung der Sozialen Arbeit darin. Ausgegangen wird von vier Grundkonfliktkonstellationen: Die Soziale Arbeit und ihre professionellen Akteure sind mit teilweise miteinander in Konflikt stehenden Interessen konfrontiert, da sie einen seitens ihres Trägers, somit indirekt der Gesellschaft bzw. des Staates erteilten Auftrag zu erfüllen haben. Eine weitere ethische Konfliktsituation stellt das Verhältnis zum jeweiligen Klienten dar, dessen Interessen, Wünsche und Bedürfnisse häufig mit den oben genannten Aufträgen mitunter scharf kontrastieren. Hinzu kommen mögliche Konflikte mit Dritten (wie etwa Vermietern, Anliegern). Abschließend können Sozialarbeiter unter Umständen in schwerwiegende Konflikte mit sich selbst aufgrund von Tatzwängen oder Situationen geraten, welche in diametraler Opposition zum eigenen Menschenbild sowie zu eigenen – unter anderem ethischen – Grundsätzen stehen (SCHULZE-GÖCKEL 2008).

Professionelle Ansätze der Schadensminderung sowie Überlebenssicherung bei kompulsivem Drogengebrauch ermöglichen die Erfüllung der ethischen Verpflichtung der Helfer gegenüber Gebrauchern illegalisierter Substanzen (JUNGBLUT 2004), wobei „(...) eine gewisse Schädigung der Allgemeinheit billigend in Kauf [genommen wird], zum Beispiel Verstöße gegen Vorschriften des BtMG“ (VOGT 2006, 426)“. Nichtsdestotrotz liegt aufgrund o. g. Faktoren ein „(...) ethische[s] Dilemma (...) [vor], das diesen Ansatz charakterisiert. (ebda.)“ Auftragsbedingt bewegt sich die Soziale Arbeit in niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen in einem Spannungsfeld zwischen der Sicherung von Gesundheit und Überleben der Gebrauchern illegalisierter Drogen einerseits, z. B. von Opiatkonsumenten im Rahmen von Drogenkonsumräumen (Hilfe), und Kontrolle andererseits. Unabhängig von diesem ethischen Grundkonflikt lassen sich ethische Grundlagen aufzeigen, welche die Behandlungskonzepte und die Behandelnden in den Blick nehmen (ausführlich: VOGT 2006).

Fraglos anzuerkennen ist, dass der Konsum psycho-aktiver Substanzen gesundheitliche Schäden bis hin zum Tod verursachen *kann*. Nicht lediglich deshalb stehen akzeptanzorientierte Ansätze der Drogenhilfe nach wie vor Ablehnung sowie Vorhaltungen gegenüber, sondern auch aufgrund der drogenpolitisch vorgegebenen Zielvorstellung einer anzustrebenden Komplettabstinenz drogengebrauchender Menschen (BARSCH 2010).

Demzufolge decken die Ziele von Harm-Reduction und Abstinenzorientierung jeweils unterschiedliche Zielbereiche ab: Schadensbegrenzung beim Drogengebrauch, außerdem die (Re-)Integration in alltägliche und soziale Bezüge bzw./vs. Abstinenz (JUNGBLUT 2004). An der Alltagsorganisation und Problembewältigung ihrer Adressaten nimmt die im vorliegenden Arbeitsfeld involvierte Soziale Arbeit kraft niedrigschwelliger Angebote teil (s. o.). Einen ethischen Anknüpfungspunkt stellt lebenspraktisches Orientierungswissen dar, als welches der *Gegenstand der Ethik* bezeichnet wird. Die Ethik nimmt Bezug auf eine glückende Lebensführung, bzw. deren Möglichkeit. Allerdings besteht ihr Dilemma in der möglichen Inkongruenz zwischen dem Wissen darum und ihrer tatsächlichen Beschaffenheit, denn es geht um *einen Teil* der Identität von Gebrauchern illegalisierter Substanzen, den *Konsum*, vor dem Hintergrund der Positionierung „der“ Gesellschaft dazu. So kann die gesellschaftlich wirkmächtige Abstinenzforderung „(...) eine Neu- und Umdefinition [des Betroffenen] (...) selbst oder der Gemeinschaft, der [er angehört] (...)“;

bedeuten, allerdings auf der Grundlage potentiellen extrinsischen Zwangs (DALLMANN 2001, 102f.).

STÖVER (1994) konstatiert, dass sich der Staat durch Prohibitionsselektivität (d. h. durch das Verbot nur bestimmter psychotroper Substanzen wie Cannabis, Heroin, Kokain etc.) in den Dienst partikularer Moralinteressen gebe. Zudem bestehe für Drogengebraucher als Konsequenz einer ausgeprägten Verfolgungsintensität das Risiko eines bereits frühen Kontaktes mit dem Strafrecht einschließlich einer Stigmatisierung, wenn nicht gar gesellschaftlichen Desintegration: Elementarer Bestandteil der Durchsetzung von Abstinenzforderungen sei eine Pathologisierung drogengebrauchender Personen. Drogenkonsum sei gesellschaftlich nicht als qualitativ festzulegender Zustand zu bestimmen, sondern lediglich anhand der sozialen Reaktion auf gewisse Zustände.

Auch Drogenhilfensätze, deren erklärtes Primärziel die Abstinenz bildet, ziehen als Begründung ihres Handelns ihre ethische Verpflichtung abhängigen Personen gegenüber argumentativ heran. Ihnen soll die bestmögliche Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt werden. Diese wird indes an die Forderung nach dem Verzicht auf Drogen geknüpft, wodurch derartige Ansätze sehr leicht in den Dienst sozialer Kontrollen genommen werden können (man denke an den Grundsatz von „Therapie statt Strafe“, wie er im §35 BtMG zu finden ist). Eine derartige Herangehensweise vermag zwar aufgrund der Zieleindeutigkeit vordergründig die vorstehend genannten ethischen Dilemmata zu umgehen. Die Sachlage ist aber eindeutig komplexer (ausführlich: VOGT 2006). Problematisch wird der Abstinenzgedanke, sobald er zum Dogma gerinnt. Zu bezweifeln ist allerdings, dass Abstinenz generell das Ziel einer auf die Drogenpolitik einwirkenden Sozial- sowie Gesundheitspolitik sein kann.

Grundlegend bedarf es also, auch in ethischer Hinsicht, einer drogenpolitischen Bewusstseinsbildung, welche auf eine Demystifizierung des Gebrauchs illegalisierter psychotroper Substanzen hinausläuft, die zugleich den Umgang mit deren Gebrauchern beeinflusst (STÖVER 1994), hin zu einem Zusammengehen von Akzeptanz- und Abstinenzorientierung, da es nicht gelungen ist, Drogensucht und Drogenhandel einzudämmen (JUNGBLUT 2004).

Andererseits lässt sich feststellen, „(...) dass auch ein substituierter Drogenkonsument in der Lage ist, sofern seine sozialen Verhältnisse den üblichen Standards der Lebensführung angeglichen sind oder bleiben, zu arbeiten, zu lernen, sich ausbilden zu lassen.“ (GÖLZ 1999, zit. n. JUNGBLUT 2004, 333). Statt Abstinenz besitzt im Rahmen der Substitutionsbehandlung die Stabilisierung der gesundheitlichen und sozialen Verhältnisse Zielvorrang. Allerdings hängt dies maßgeblich von den gesellschaftlichen Bedingungen ab. Diese jedoch sind dergestalt beschaffen, dass für Betroffene kein dauerhaft gangbarer Weg in die Abstinenz möglich erscheint, da ihnen beispielsweise der Zugang zu einem normalen Arbeitsalltag oder einer Ausbildung zumeist verschlossen oder zumindest erschwert wird.

Zusammengefasst besitzen die gesellschaftlichen Bedingungen der Arbeit niedrigschwellig angelegter Drogenhilfeeinrichtungen und ihrer Maßnahmen große Relevanz. Sie umfassen

- eine heterogene Gesetzeslage bezüglich des Betäubungsmittelverkehrs;
- die weiterhin dominierende prohibitive Ausrichtung der bundesdeutschen Drogenpolitik;
- der Kontrollanteil der Sozialen Arbeit, welcher ihren ordnungspolitischen Auftrag ausdrückt, aber den Interessen und Bedürfnissen ihrer – andererseits helfend sowie stützend bedachten – Adressaten partiell entgegensteht, ebenso der vollständigen Akzeptanz des Konsums illegalisierter Drogen;
- moralisierende Position im Zusammenhang mit Prohibitions- sowie Abstinenzforderungen gegenüber dem Gebrauch bzw. den Gebrauchern illegalisierter psychotroper Substanzen.

So stehen akzeptanzorientierte Drogenhilfensätze in der Praxis diversen ethischen Problemfeldern und Dilemmata gegenüber. Diese ergeben sich aus ihrem Auftrag und ihrer gesellschaftlichen Einbindung sowie derjenigen der Adressaten im näheren wie im fernerer Sinne. Dafür existiert keine einfache Lösung. Ein entscheidendes Dilemma besteht schon darin, dass gesundheitliche Probleme auf strafrechtlichem Wege gelöst werden sollen (ausführlich: LOVISCACH 1996; JUNGBLUT 2004; STÖVER 1994; VOGT 2006).

Daneben bildet eine wesentliche Grenze des Settings akzeptanzorientiert und niedrigschwellig arbeitender Drogenhilfeeinrichtungen schlichtweg die Bereitstellung – primär finanzieller – Mittel für ihren Betrieb. „(...) [Nur] dort [kann] Hilfe angeboten werden, wo Hilfe durch Bund, Länder oder Gemeinden (re-)finanziert wird (...) Soziale Arbeit agiert zumeist eingebunden in bürokratische Strukturen (...) mit bestimmten geregelten Verfahrensabläufen, hierarchischen Entscheidungswegen etc.“ (GALUSKE 2007, 47). Das Kernelement der Begrenzungen und Grenzen akzeptanzorientierter Drogenhilfeansätze ist letztlich ihre gesellschaftliche Rahmung hinsichtlich ihres Stellenwertes und Zwecks:

„(...) Vieles deutet darauf hin, daß der »akzeptierenden Drogenarbeit« eine ähnliche Institutionalisierung und Bürokratisierung bevorsteht wie der traditionellen Drogenhilfe und sie zu einer neuen Sonderwirklichkeit auf Notversorgungsniveau beiträgt und, etwa über die psycho-soziale Begleitung der Substitutionsbehandlung nach §35 BtMG über Berichts-, Melde- und weitere Kontrollpflichten, in die Strafvollstreckung integriert (...)“ (STÖVER 1994, 39; ausführlich auch: SCHNEIDER 2012)

Damit spielt STÖVER auf eine akzeptanzverhindernde gesetzliche Einengung an, beispielsweise durch Vorschriften, denen zufolge intoxikierte und/oder substituierte Personen von der Konsumraumnutzung, gar von dessen Betreten, ausgeschlossen werden, wobei beispielsweise eine Überdosierung im ungeschützten Rahmen in Kauf genommen wird (ibid.; JUNGBLUT 2004; SCHNEIDER 2004).

Schlussbetrachtung

Die Zahl an Drogentoten findet in der Drogendebatte oft Verwendung, um die Gefährlichkeit von Hero-in zu belegen, sowie um repressive Vorgehensweisen zu rechtfertigen. Die Lebensbedingungen sowie Todesursachen der Konsumenten bleiben dabei unbeachtet. Zudem wird postuliert, dass der „Drogentod“ die unvermeidliche Konsequenz dauerhaften Heroingebruchs sei, jedoch erweist er sich eher als Prohibitionskonsequenz: Der Reinheitsgehalt des Heroins ist unter Schwarzmarktbedingungen unkalkulierbar, versehentliche letale Überdosierungen häufig die Folge (GERLACH & STÖVER 2012). Hinzu kommt der häufige Mischkonsum mit anderen Drogen zur Überbrückung von Entzugserscheinungen. Alles andere als selten ist auch der in einer als ausweglos empfundenen psycho-sozialen Situation bewusst herbeigeführte Tod. Gut ein Drittel der Drogentoten wird an öffentlichen Plätzen aufgefunden. Dies erlaubt Rückschlüsse auf die vielfach gegebene Obdachlosigkeit von Konsumenten, aber auch auf die Bedingungen, unter welchen die letztlich letale Applikation erfolgte.

Gerade in diesem Zusammenhang wird der mit ihrem Zweck korrelierende Sinn akzeptanzorientierter Drogenhilfeansätze deutlich, da beispielsweise Drogenkonsumräume oder andere niedrigschwellig arbeitende Drogenhilfeangebote in mehrfacher Hinsicht einen Schutzraum für ihre Nutzer bieten. Sie dienen der Überlebenssicherung und der Gesundheitsprophylaxe. In ihnen wird eine Basisversorgung angeboten, in Form von Möglichkeiten des Aufenthaltes, des temporären Obdachs, beispielsweise in einer Wärmestube oder einem Raucherraum. Hinzu kommt eine sichergestellte Ernährung vielfach unter- oder fehler-nährter Menschen, Beratungsangebote, eine Kleiderkammer, umfassende Hygienemaßnahmen etc. Zudem konstituieren derlei Einrichtungen gewissermaßen einen juristischen Schutzraum, da der Heroinkonsum *innerhalb* der Einrichtung legal ist. Des Weiteren erfolgen in ihnen Maßnahmen positiv konnotierter Prä-vention, etwa durch Safer Use- und Safer Sex-Botschaften und durch Spritzentausch. Heroinkonsumenten werden in ihrer Lebenswelt angenommen und graduell abgefedert, wobei ihnen Unterstützung in Konsumreduktions- bzw. Abstinenzvorhaben, so diese aus freien Stücken gehegt werden, zuteilwerden kann – als Gegengewicht zu extrinsischem Abstinenzdruck (ausführlich: JUNGBLUT 2004; SCHNEIDER & GERLACH 2004; STÖVER 1994).

Nichtsdestotrotz ist mitunter in Frage zu stellen, „(...) inwiefern Drogenhilfe als ein Handlungsfeld der Sozialpädagogik im Gesundheitswesen (...) tatsächlich die Möglichkeit hat, auf intravenös konsumierende GebraucherInnen illegalisierter Substanzen Einfluss zu nehmen und diese in ihrer Lebenswelt erreichen

und unterstützen zu können - und somit gesundheitsfördernd wirksam zu werden“ (MANTHE 2011, 6). Außerhalb einer akzeptierenden, umfassend sichernden Rahmung unterliegen Heroinkonsumenten Stigmatisierungsprozessen, welche oft mit formellen oder informellen Rollenverlusten korrelieren, bis hin zur individuellen gesellschaftlichen Isolation, wenn nicht gar derjenigen ganzer Gruppen. Wenn tatsächlich, wie postuliert, der Schutz der „Volksgesundheit“ das Hauptziel der Prohibition ist, so erscheint es andererseits *bestenfalls* kaum vermittelbar, weshalb die Verelendung, massive gesundheitliche Schäden bis hin zum Exitus gerade in der Personengruppe der Heroinkonsumenten hingenommen, ja, geradezu indirekt gefördert werden. Kurz: „Verhinderungspolitik ist tödlich, vernünftige Interventionsstrategien begünstigen hingegen Gesundheit und ein langes Leben (COUSTO/EVE-RAVE E. V. 2000).“

Selbst wenn sich an der eingangs geschilderten Drogenpolitik der Bundesregierung die Akzente in Richtung Akzeptanz verschöben, so würde sich vermutlich dennoch kaum etwas daran ändern, „(..), dass Soziale Arbeit (..) im Horizont staatlicher Funktionszuschreibung zumindest gängige und akzeptierte Normalitätsmuster im Blick hat“ (GALUSKE 2007, S. 48).

Dieser Umstand trägt entscheidend dazu bei, dass eine ansatzweise eindeutige (politische) Lösung des sogenannten Drogenproblems weiterhin außerhalb des Möglichen scheint.

Literatur

Abstein, H.J.: Suchthilfe – ein klassisches Handlungsfeld der Sozialarbeit, in: Abstein, H.J. & Gastiger, S.: Methoden der Sozialarbeit in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Suchthilfe. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau 2012

Barsch, G.: Drogen und soziale Praxis - Teil 1: Menschenbilder akzeptierender Drogenarbeit und wie sie sich in Grundbegriffen wiederfinden. Engelsdorfer Verlag. Leipzig 2010

Dallmann, H.-U.: Einführung in die Ethik – 1. Studienbrief. Kaiserswerther Diakonie/Evangelische Fachhochschule Ludwigshafen. Ludwigshafen am Rhein 2001

Galuske, M.: Methoden der Sozialen Arbeit – Eine Einführung. 7., ergänzte Auflage. Juventa Verlag. Weinheim/München 2007

Gerlach, R.: Grenzen „Niedrigschwelliger“ Drogenhilfe. In: Schneider, W. & Gerlach, R. (Hg.): Drogen-Leben – Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 2004, 125-138

Gerlach, R. & Stöver, H.: Gesundheitliche und soziale Auswirkungen der Prohibition. In: Gerlach, R. & Stöver, H. (Hg.): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. Fachhochschulverlag. Frankfurt 2012, 95-110

Jungblut, H. J.: Drogenhilfe – Eine Einführung. Juventa Verlag. Weinheim/München 2004

Loviscach, P.: Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht – Eine Einführung. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau 1996

Manthe, K.: Die Wirksamkeit von Safer-Use-Beratungen im Rahmen niedrigschwelliger, akzeptanzorientierter Drogenhilfe – Ergebnisse einer Studie zur Verwendung von Tuberkulinspritzen. In: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work 2011;8:6-13 (URL: www.indro-online.de/Manthe2011.pdf)

Scheiblich, W.: Was wirkt bei der Überwindung von Abhängigkeit? In: Nickolai, W. (Hg.): Jenseits von Therapie. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau 2000

Schneider, W.: Der gesellschaftliche Drogenkult – Essays zur Entzauberung von Drogenmythen in Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1996

Schneider, W.: Einleitung: Was ist akzeptanzorientierte Drogenarbeit. In: Schneider, W. (Hg.): Brennpunkte akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 1997, 7-14

Schneider, W.: Auswirkungen der Prohibitions politik auf die Drogenhilfe. In: Gerlach, R. & Stöver, H. (Hg.): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. Fachhochschulverlag. Frankfurt 2012,113-126

Schneider, W. & Gerlach, R. (Hg.): DrogenLeben – Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin 2004

Schulze-Gockel, C.: Ethische Aspekte in der interkulturellen Sozialen Arbeit. In: iza – zeitschrift für migration und soziale arbeit, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V., Nr. 2. Frankfurt am Main 2008

Stöver, H.: Drogenfreigabe – Plädoyer für eine integrative Drogenpolitik. Lambertus. Freiburg im Breisgau 1994

Vogt, I.: Suchthilfe in ethischer Perspektive. In: Dungs, S., Gerber, U., Schmidt, H. & Zitt, R. (Hg.): Soziale Arbeit und Ethik im 21. Jahrhundert – Ein Handbuch. Evangelische Verlagsanstalt. Leipzig 2006

Onlinequellen:

Cousto, H./Eve & Rave e. V. Berlin (Hg.): Daten und Fakten zur Drogenpolitik um die Jahrtausendwende - Drogenstatistiken einmal genauer betrachtet - Eine Auswertung und Zusammenstellung, zit. n. <http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/politics114.pdf> , S. 3; Zugriff: 26. Oktober 2011, 10:05 Uhr

<http://www.konsumraum.de/dta/dejure.html> ; Zugriff: 06. März 2012, 21:04 Uhr

<http://www.konsumraum.de/dta/konsumraeume.html> ; Zugriff: 06. März 2012, 20:50 Uhr

Korrespondenzadresse/ Address for correspondence:

Jens Schuster
Diplom-Sozialarbeiter (FH)
Weißdornhag 61
67067 Ludwigshafen am Rhein
E-Mail: schusterjens@gmx.de

Veröffentlicht / Published:
06. Oktober 2012 / October 6, 2012
Eingereicht / Received:
24. Juni 2012 / June 24, 2012
Angenommen / Accepted:
18. September 2012 / September 18, 2012