

Kommentar / Commentary

Suchtprävention als symbolische Drogenpolitik: Nachhaltig wirksam?

[Prevention of addiction as symbolic drug policy: Are there long-term effects?]

WOLFGANG SCHNEIDER (Dr. phil., Dipl.-Päd.)

© 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 2009;6:11-23, URL: www.indro-online.de/Schneider09.pdf

Zum Präventionsbegriff

Prävention ist das (politisch-)pädagogische Schlagwort der Moderne, ist „das Paradigma einer sich selbst als Risikogesellschaft“ (Lindner/Freund 2001, S. 72) definierenden Gesellschaft. Im Rahmen gesellschaftlicher Sicherheitsphobien (Schlagworte auf jeder Sitzung von sogenannten Ordnungspartnerschaften: „subjektives Sicherheitsgefühl stärken“ und „objektive Sicherheitslage herstellen“) und „getragen von einer Aura programmatischer Fortschrittlichkeit“ (Herriger 2001, S.97) haben sich präventive Maßnahmen auf dem pädagogischen Markt der unbegrenzten Möglichkeiten stetig vervielfältigt. Wer von Prävention spricht und mehr Prävention einfordert, ist sich immer der allseitigen Zustimmung gewiss.

Im Zusammenhang von Suchtprävention werden unter Primärprävention gemeinhin Maßnahmen verstanden, die eingesetzt werden, bevor ein offensichtlicher Drogengebrauch vorliegt, mögliche „Risiken“ aber bestehen (heute: universelle Prävention). Es soll der Einstieg in den Drogenkonsum verhindert oder hinausgezögert werden. Sekundäre Präventionsmaßnahmen richten sich demgegenüber an bereits vorliegendem bzw. argwöhnisch „beobachtetem“ Drogengebrauch aus, wobei es darum geht, Gebrauchsstabilisierungseffekte und die Entwicklung von drogalen Karrieremustern zu verhindern bzw. Gebrauchsrisiken zu minimieren (heute: selektiv/indizierte Prävention).

Entwicklungsgeschichtlich lassen sich grob folgende inhaltliche Phasen von der Drogen- zur Suchtprävention unterscheiden:

- Drogenprävention durch Abschreckung und Immunisierung
- Drogenprävention durch Sachaufklärung und Kriminalisierung des Konsums

- Suchtprävention durch Vermittlung funktionaler Äquivalente
- Suchtprävention durch Ressourcenstärkung und Lebenskompetenzförderung
- Suchtprävention als Gesundheitsförderung und Risikobegleitung
- Suchtprävention durch Früherkennung und Frühintervention

Gegenwärtig haben wir es mit Mischvarianten aller Ansätze und Phasen im Rahmen suchtpreventiver Maßnahmen zu tun. „Überwiegend vier suchtpreventive Ansätze in Deutschland kommen neben- und miteinander zur Anwendung: Die Förderung von Lebenskompetenzstrategien, die Ermöglichung erlebnisorientierter Alternativen, die Förderung von Risikokompetenz und die Früherkennung mit dem Angebot gezielter frühzeitiger Hilfen“ (Jordan 2005, S. 103). Und, eine Standardisierung „bester“ Praxis (best practice) hat sich bereits herausgebildet: „Als derzeitiger Standard bester suchtpreventiver Praxis gelten multidimensionale, langfristige und interaktive Suchtpreventionsmaßnahmen im Setting“ (ebd., S. 103). Suchtprevention stützt sich dabei auf ein komplexes Arsenal verschiedener Technologien, die sich jeweils unterscheiden oder auch ergänzen: Neben generalpräventiven Ausrichtungen stehen verhaltens-, verhältnis-, spezial-, individuumzentrierte, risikogruppen- oder bevölkerungsbezogene Ansätze sowie Zwangsmaßnahmen und diverse Aufklärungskampagnen. Bröckling unterscheidet hierbei:

1. Früherkennung als „Risiko-Detektor“ und Isolierung von Risikofaktoren- und bereichen;
2. Expositionsprophylaxe als Abschirmungsmaßnahmen gegen mögliche Bedrohungen und
3. Dispositionsprophylaxe als Stärkung der „Abwehrkräfte“ durch pädagogische Interventionen und/oder strafrechtliche Sanktionen (Bröckling 2002, S. 45).

Dabei sind die Mittel, die eingesetzt werden, „so verschieden wie die Übel, denen vorgebeugt werden soll: Prävention straft und belohnt, droht und ermutigt, kommandiert und überzeugt, schreckt ab und belehrt, sammelt und sondert aus, entzieht Ressourcen und teilt sie zu, installiert technische Kontrollsysteme und nutzt soziale Netzwerke“ (Ebd., S. 45).

Suchtprevention kann nun als ein Instrument bezeichnet werden, das einer bestimmten Zielverwirklichung zugeordnet werden muss, um als „sinnvoll“ zu erscheinen. Es geht um Veränderung, um Verhinderung unerwünschten Verhaltens und - über gezielte, meist pädagogische Beeinflussung - um die „Herstellung“ erwünschten Verhaltens durch Stützung bzw. Förderung sog. „protektiver Faktoren“.

Es geht darum, den gesunden, positiv denkenden, lebens- und handlungskompetenten Menschen zu erzeugen, der das „Gesollte“ will. Aber was ist eigentlich das „Gesollte“? Der Mensch muss in unserer individualisierten und pluralistischen Konsum-, Spaß-, Leistungs- und Risikogesellschaft möglichst „gesund“ und „effektiv“ funktionieren (deshalb muss ja auch „die Gesundheit“ gefördert werden), autonom und konfliktfähig Belastungen verarbeiten, mit positivem Selbstwertgefühl im Internet surfen, kreativ die Einschaltquoten erhöhen, kommunikationsfähig risikoreiche Aktienfonds zeichnen, „kaufregend“ und „rauschkaufend“ am Konsum teilnehmen sowie selbstsicher und lebenskompetent die Scheinheiligkeit moraliner Anständigkeit und gesellschaftlicher Doppelmoral ertragen.

Es geht ferner darum, sich fröhlich und selbstvertrauend mit „selbstwertschützenden“ Arbeitsverhältnissen,

Massenarbeitslosigkeit, Hartz IV, überteuertem Wohnen, globalisierter Kapitalakkumulation, der Umweltzerstörung, der individualistischen Leistungsideologie (Deutsche Bank: „Leistung aus Leidenschaft“) und der „Riester-, Rürup- und sonstiger Rente“ zu arrangieren. Und dies alles möglichst gesund und durch monatliche „Konsumklimastudien“ detailgetreu erfasst und durch gezielte „Konsumbereitschaftssteuerung“ umgesetzt.

Prävention wird zu einer Art Risiko-Versicherung zur Vermeidung von Drogengebrauch und möglichen süchtigen Verlaufsentwicklungen.

„In den USA beispielsweise gilt Drogenprävention als zentrale Herausforderung für die Entwicklung eines gesunden Amerika“ (Schmidt/Hurrelmann 2000, S. 16). Ja, wenn das so ist! Aber was ist denn eigentlich „Gesundheit“? Wer definiert die inhaltlichen Gesundheitskriterien? In unserer „kaufregenden“, „rauschkaufenden“ und gedopten „Jack-Wolfskin-Uniformgesellschaft“ wird Gesundheit zu einer Art alltagsreligiöser Ausrichtung der wellnesshörigen Fit-und-Fun Generation: Gesundheit ist Normalität, ist Glück, Freude, Zufriedenheit. „Wohl niemals zuvor hat die Gesundheit im Bewusstsein der Menschen und im öffentlichen Leben eine so dominante Rolle gespielt wie in der heutigen Zeit. Nie zuvor wurde so ein gewaltiger medizinischer Aufwand betrieben, nie zuvor standen so viele technische und therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung, nie zuvor wurde soviel Geld in Gesundheit investiert und auch mit ihr verdient – nie zuvor so viel über Gesundheit nachgedacht, gejamert und geredet. Wahrscheinlich aber hat man sich auch noch nie so krank oder von Krankheiten bedroht gefühlt...Die Gesundheit ist im Leben der modernen Menschen zum kategorischen Imperativ der Lebensgestaltung geworden“ (von der Heydt 2005, S. 53f).

Das Geschäft mit Angst und Panik vor möglichen Krankheiten (aktuell: „Pandemie Schweinegrippe“) ist inzwischen profitabler als das Geschäft mit den Krankheiten selbst. Man kann hier auch überspitzt von einer modernen, massenmedial gesteuerten „Gesundheitsdiktatur“, von einer „ideologischen Glorifizierung“ von Gesundheit, eines allumfassenden Gesundheitskultes, aber auch von „moralischer Denunzierung von Abweichlern“ (ebd., S. 203) sprechen. Zudem nimmt eine sich ausweitende psychologisch orientierte Gesundheitswissenschaft quasi jeden unter den pathologisierenden Blick.

Die präventive Förderung von Gesundheit durch Stützung „protektiver Faktoren“ **muss** jedoch einen Ursachenbezug für nicht erwünschtes, für zu verhinderndes Verhalten (hier: Drogengebrauchsentwicklung) und die Kontrollierbarkeit dieser angenommenen Ursachen unterstellen. Forschungsergebnisse zur Genese des Gebrauchs psychoaktiv wirksamer Substanzen und zur Entwicklung zwanghafter und exzessiver Drogengebrauchsmuster zeigen jedoch eindringlich, dass ein lineares, eindimensionales „Entwicklungs- und Abhängigkeitsmodell“ nicht der Realität entspricht. Die Entstehung von Drogengebrauch und die mögliche Entwicklung zwanghafter Gebrauchsmuster sind nicht durch monokausale, standardisierbare, statische Kriterien definierbar. Es gibt weder „den“ Drogenkonsumenten, „die“ Suchtpersönlichkeit, noch „die“ Ursachen für „die“ Gebrauchsaufnahme psychoaktiv wirksamer Substanzen, sondern lediglich mögliche Hinweise für die Wahrscheinlichkeit des Auftretens (vgl. u.a. zusammenfassend: Weber/Schneider 1997; Schneider 2000). Hier ist denn auch der Kontingenzaspekt (Mehrdeutigkeitsaspekt) von biografischen und drogengebrauchsbezogenen Verlaufsentwicklungen angesprochen, d.h. es kann sich immer auch alles ganz anders entwickeln, als es gegenwärtig vielleicht den Anschein hat. Es lässt sich schlicht nicht vorhersagen, was passieren wird. Die Entwicklung von sog. „Drogenkarrieren“ und unterschiedlicher Gebrauchsmuster sind dynamische, komplexe und zeitlich offene (auch umkehrbare) Prozesse, die durch vielfältige Bedingungen und Motive ausgelöst und mitbestimmt werden. Diese komplexen Verlaufszusammenhänge können in ihrer subjektiven und soziokulturellen Dynamik/Variabilität nicht „passgenau“ diagnostiziert, erfasst und standardisiert, geschweige denn als Bedingungsgefüge für suchtpreventive (universelle) Maßnahmen begründet werden.

Zudem liegt „das Problem der Prävention nicht in der Gegenwart, sondern in der Zukunft. Die problemfreie Gegenwart soll also so verändert werden, dass die problembehaftete Zukunft unwahrscheinlicher wird“ (Ha-

fen 2001, S. 36). Universelle (primäre) Suchtprävention zielt also auf ein vermutetes, derzeit jedoch nicht offensichtliches Ereignis, das vermieden oder zumindest unwahrscheinlich gemacht werden soll.

Da es keine zuverlässige Prognose bzw. Diagnostik für zukünftiges, drogenorientiertes Verhalten geben kann, bleibt das Begründungsgefüge für suchtpreventive (universelle) Maßnahmen stets willkürlich. Der Präventionsbegriff jedenfalls ist extrem beliebig und gerade deshalb so beliebt, weil alle zu wissen glauben, was darunter zu verstehen ist: Im Sinne des elften Gebotes: „Du sollst keine Drogen nehmen und wenn, dann nicht zu früh!“ **Es stellt sich jedoch die Frage: Wie kann etwas, was zukünftig als Entwicklungsmöglichkeit nur angenommen werden kann, verhindert werden?**

Aus einem Ausschreibetext der Hochschule Luzern für Soziale Arbeit: „MAS Prävention und Gesundheitsförderung – Die Kosten im Gesundheitswesen explodieren. Lernen Sie, Probleme wie Krankheiten, Sucht, Unfälle oder Gewalt zu verhindern, bevor sie entstehen – mit sorgfältiger Theorie, griffigen Methoden und viel Gelegenheit, das Erlernte im Berufsalltag umzusetzen“ (aus: Suchtmagazin, 5/2009, S. 50). Mann/Frau ist geneigt zu sagen: Die armen „Objekte“ fürsorglicher, methodengesteuerter und kostenminimierender Begierde.

Suchtprävention als notwendige Folge einer Problem- und Risikoorientierung

Präventive Maßnahmen jeglicher Couleur gründen sich immer noch auf Zuschreibungskonstrukte einer Problem- und Defizitblickrichtung („Drogengebrauch als problematische Form der Lebensbewältigung“), auf die Verallgemeinerungen von (sicherlich vorhandenen) Drogengebrauchsrisiken und weiterhin auch auf Abstinenz als Zielorientierung. Prävention nun ist ohne die ständige politische und pädagogische Energiezufuhr **verallgemeinernder** Risiko-, Defizit-, Gesundheitsmangel- und Problemunterstellungen nicht etablierbar und auch gesellschaftlich und damit öffentlichkeitswirksam nicht legitimierbar: Ohne unterstellte und befürchtete „Gefährdungen“ und mögliche Beeinträchtigungen, Mängel sowie Risiken keine Prävention. Oder auch anders herum: Alle präventiven, insbesondere früherkennenden und frühinterventionsfördernden Maßnahmen senden stets auch ein öffentlichkeitswirksames Signal: Wenn diese präventiven Zugriffsweisen so dringend nötig sind, dann muss das zu verhindernde Verhalten ja gefährlich und bedrohlich sein.

Bedrohliche, dem „Sensation Seeking“ unterworfenen Zahlenkolonnen beispielsweise zum Komasaufen/Rauschtrinken/Flatratesaufen von Jugendlichen, zum Konsum von Methamphetamin (Crystal), zum problematischen Konsum hochpotenter Cannabisprodukte („Die Seuche Cannabis“) von angeblich immer jünger werdenden Jugendlichen werden wellenförmig und dramatisierend fast täglich dem ängstlichen Publikum medial präsentiert (Schneider 2006b). Sogenannte Life-Time Prävalenzen (jemals im Leben irgendetwas konsumiert) erscheinen in den Medien stets als gewohnheitsmäßiges Missbrauchsverhalten. Seit der Einführung des BtMG von 1972 (!) werden überdies Konsumentinnen psychoaktiv wirksamer Substanzen anscheinend immer jünger: „Die Zahl der Jugendlichen, die den Einstieg in die Drogenwelt vollziehen, nimmt zu. Es zeigt sich dabei, dass die Altersschwelle, auf der der Einstieg erfolgt, sinkt. Selbst Kinder bleiben davon nicht verschont“ (aus der Begründung zur Einführung des BtMG von 1972).

Drogenwellen geben sich in den Medien geradezu die Türklinke in die Hand: Von der Kokain- zur Crackwelle, von der Ecstasy- zur Pilzwelle, von der Ketamin- und Lachgaswelle zur Heroin- und Amphetaminwelle (Horror Droge Meth-Amphetamin), über die immerwährende Cannabiswelle zurück zur „Dauerwelle“. In der Tat: Immer wieder werden neue Drogenwellen gesichtet, Gefährdungsherde (Yaba, Liquid Ecstasy, Crystal-Amphetamin -, „führt in die Demenz“-, PMA, Tillidin „lässt Jugendliche durchdrehen“, Crack, Spice und Spice sowie hochgezüchtetes Cannabis: „Cannabis gehört zu den gefährlichsten aller Einstiegsdrogen“,

„Schon 13-Jährige sind süchtig“ – WN, 27.6.07) ausgemacht und aus Schmankerln wie an „Mottenkugeln“ (Konturen 3/2007, S. 42) schnüffeln, gegrillte Bananenschalen rauchen sowie an Kuhfladen und Katzenurin schnüffeln „machen high“ (Kröten-Lecken führt ins Nirwana), die in den jeweiligen Gebrauchsszenen dem staunenden Journalisten, Sozialpädagogen und Sozialforscher hinter vorgehaltener Hand erzählt werden, je nach konjunktureller Lage hitverdächtige Trends abgeleitet. Die Szenetrendforschung (Monitoring) tritt auf den Plan, neue Forschungsprojekte werden bewilligt, „Kompetenzplattformen Suchtforschung“ werden gegründet, europäische Beobachtungsstellen lassen intensiv „beobachten“. Jährlich werden zudem neue „Innovative Problemnachrichten“ in Form von Hochglanzjahresberichten erstellt, neue europaweite, zeitlich begrenzte Aktionspläne (aktuell: 2009 – 2012) durch „hochrangige“ Expertengruppen in „horizontalen“ und „vertikalen“ Arbeitsgruppen erarbeitet und zielgruppennahe Präventionsstrategien bis zur „Entdeckung“ neuer Drogenwellen entwickelt und selbstverständlich positiv evaluiert. Wobei bei allen wissenschaftlichen Aktivitäten „auffällig“ ist: Alle Erhebungen und Studien zur sogenannten Drogenproblematik gelangen immer nur an ein vorläufiges Ende. Die wissenschaftlichen Untersuchungen schließen ihre Ergebnispräsentationen unisono mit der dringenden Anmeldung weiteren Forschungsbedarfs ab. Warum wohl? Das „Problem“ muss bleiben, damit es erforschbar und präventiv „bekämpfbar“ bleibt.

Drogenpolitiker unterliegen dabei gebannt der Faszination der „großen Zahlen“ und fordern im Wechsel weitere Verbote und/oder präventive Zugriffsweisen als Allheilmittel.

Die immer noch dominierende „substanxfixierte“ Sichtweise von „erwachsenen Experten“, insbesondere der Gebrauch illegalisierter Substanzen sei irgendwie immer gesundheitsschädlich, risikoreich und erfülle eine negative („definierte“) Kompensationsfunktion für fehlgeleitete Bedürfnisse, trägt enorm zur Konstruktion „des“ Problemkonsumenten oder gar - wie sie so schön genannt werden - von „(Hoch-) Risikojugendlichen“ bei. Sie erweitert die (sorgenfalten-)pädagogischen, risikominimierenden und letztlich auch abstinenzorientierten Kontrollbemühungen. Der gefahren- und substanzfixierte Blick, der jugendliches Risikoverhalten stets als „symptom- und prognoseträchtig“ (Lindner/Freund 2001, S. 88) betrachtet (betrachten muss), schafft mit Hilfe entsprechender Präventionsmaßnahmen erst eine verallgemeinernde Problem-, Risiko- und Defizitorientierung und damit eine mögliche Pathologisierung und Kriminalisierung „auf Vorrat“ (ebd.); sie erzeugen häufig die Probleme, die sie zu verhindern versprechen. Die Logik von Risiko- und Problemdiagnosen führt somit über die Zuweisung von Risiko- und Defizitzuschreibungen dazu, dass sich „der“ Hochrisikojugendliche letztlich auch so verhält, „wie man es von einem Hochrisikojugendlichen erwarten kann“ (Schabdach 2009, S. 212).

Suchtprävention hat nun die Funktion der öffentlichkeitswirksamen Präsentation von vielfältigen Symbolen, die dem „Publikum“ signalisieren, dass ja gegen ein Grundübel der globalisierten, gedopten, nur Sieger küssenden, „rauschkaufenden“ und „Wir bieten Kunden präventives Risk Management für jeden Standort weltweit“ (HDI-Gerling) – Gesellschaft „etwas getan“ wird: Damit wird „das Problem“ für die Öffentlichkeit erträglich. Prävention wird dabei aber auch selbst zu einem Opiat, d.h. zu einem Sedativum, das in einer rein warenbezogenen, ungewissen, beschleunigten und unüberschaubaren Welt zumindest durch symbolische Sinngebung als Prävention „des Drogenproblems“ beruhigt (ausführlich: Schneider 2006a). Politiker und „Präventionsexperten“ vertrauen insofern auf die „Symbolkraft des Präventionsbegriffs“ (Hafen 2002, S. 17).

Prävention, insbesondere primärpräventive (universelle) Maßnahmen richten sich nicht an das, was jemand aktuell tut, sondern was er tun könnte. Insofern wird „der“ mögliche Drogenkonsument zum Objekt der Begierde fürsorglicher, methodengestützter Präventionsanstrengungen vor einem meist dramatisierenden Hintergrund diffuser Gefahren- und Bedrohlichkeitsempfindungen. Dabei ist ein Hang zu „Lösungstechnologien“ festzustellen, und die Beherrschbarkeit sozialer und gesundheitlicher Risiken wird suggeriert. Wenn nur so früh wie möglich verhaltens- und umwelttechnisch interveniert wird, dann sei Drogenge-

brauchsvermeidung (rauchen, trinken, schlucken, schnüffeln, lecken, kiffen, sniefen, spritzen), sprich eine illusionäre „Normalität“, herstellbar.

Überspitzt formuliert: Präventive Zugriffsweisen sind durch moderne, trendige Jugendmarketingstrategien, durch didaktische Methodenanwendungen mit entsprechenden zielgruppennahen Flyern und Info-Cards zu Gebrauchsrisiken und Mischkonsum, jugendgestylten Internetzugängen und Onlineberatungen unterlegt mit chilliger Musik, Videoinstallationen, Handkoffern, Rauschbrillen, Anleitungsmodule, mediatisierten Präsentationsweisen und durch hochqualifiziertes Fachpersonal institutionell abgesichert. Sie verdichten sich zu unterhaltsamen Multi-Media-Shows. Unterstützt wird dies jeweils durch eine immer größer werdende Anzahl wissenschaftlicher Legitimationsforscher, die die Suche nach neuen Substanzen, (Hoch-) Risikogruppen und Risikobereichen durch Monitoring (szenenahe Trendforschung) und durch die Installation von Früherkennungssystemen munter vorantreiben. Sie errichten sozusagen jeweils die „neuen“ Scheinwerfer auf den (sozial-)pädagogischen und präventiven Kontrolltürmen. Auf die „sanfte“ Art versteht sich.

Unsere methoden- und theoriebezogene Definitionsmacht gestützt auf inflationäre Leit- und Richtlinienproduktionen, systematischen Evaluationen „innovativer“ Projekte, Selbstoptimierungsprozesse und verknüpft mit Ordnungspartnerschaften, Runden und Eckigen Tischen, Rahmenzielvereinbarungen, Lenkungsausschüssen, standardisierten Qualitätshandbüchern, nationalen Drogen- und Suchträten, Eckpunkten für irgendwelche Aktions- und Suchtpläne, Modulen für alles Mögliche, Problembearbeitungs- und Ethikkommissionen, Qualitätssicherungsverfahren, „Problem- und Aktionsraumbeauftragten“ und „unschätzbar wertvollen Vergleichsanalysen“ (Baumgärtner 2001, S. 292) sowie in Kombination mit der Entwicklung wichtiger epidemiologischer Schlüsselindikatoren zur Bestimmung der Drogenproblematik führt somit ständig zur „Entdeckung“ neuer Risiken, Schäden und Problemen und damit auch zur „Enttarnung“ von (angeblichen) Problem- und Risikogruppen sowie Problem- und Risikobereichen. Zudem ist mir im Drogen- und speziell im Präventionsbereich keine wissenschaftliche Evaluationsstudie bekannt (und es gibt inzwischen viele), die nicht zu positiven Ergebnissen im Sinne „nachhaltiger Wirksamkeit“ kam und wobei ferner die anvisierten Zielbestimmungen nicht erreicht wurden.

Eigentlich müsste flächendeckend Drogenfreiheit herrschen.

Wie auch immer begründete Präventionsmaßnahmen sind stets auch Normalitätsmaßnahmen, produzieren die eigentlich zu verhindernden „Normabweichungen“ durch einen Vorschuss an verdachtsbewehrtem Misstrauen und durch die wissenschaftliche Etikettierung negativer Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale. Sie setzen präventive Risikokalkulationen in Gang und werden damit zu Orten sozialer Kontrolle durch Normsetzung (Abstinenz, gesunde Lebenskompetenz, Standfestigkeit, Risikokompetenz etc.). Es geht um die Kontrolle des subjektiven Faktors, wobei die Illusion absehbarer und vor allen Dingen berechenbarer Risiken den Taktstock schwingt.

Dabei gilt es zu bedenken:

1. Es ist eine Grunderfahrung in sozialen Arbeitsbereichen, dass selbst wenn „wir“ Grund für die Annahme haben, „unsere“ „evidenzbasierten“, methodengestützten und stets evaluierten Hilfsmaßnahmen haben zu Veränderungen im biografischen und /oder drogalen Lebensvollzug bei den jeweiligen „Zielgruppen“ geführt, können „wir selbstoptimierend“ nicht sicher sein, ob das Erreichen des möglichen Ziels (beispielsweise Abstinenz oder ein reduzierter Konsum) tatsächlich auf die durch Profiling im Case- und Fallmanagement gestützten „pädagogischen Methoden“ oder nicht vielmehr auf umweltgestützte Eigenleistung „des“ Menschen zurückzuführen ist. Es scheint halt keine kausal wirkenden Methoden zur planmäßigen Veränderung von Menschen aufgrund exakter Diagnostik und

passgenauer Umsetzung unter permanenter Optimierung eines entsprechenden Sollziels zu geben, auch wenn auf dem pädagogisch-methodisch und qualitätsgemanagten Marktplatz immer so getan wird, als gäbe es sie. Denn würde es sie geben, bräuchten wir im Prinzip keine Sozialarbeit, keine Drogenhilfe, keine Psychotherapie, keine Suchtprävention mehr.

2. Die immer wieder als unabdingbar angesehene und geforderte Überprüfung des „Erfolges“ suchtpreventiver und drogenhilfepraktischer Maßnahmen hinsichtlich der Kriterien Effektivität (Wirksamkeit), Effizienz (Wirtschaftlichkeit) und Qualität (Nachhaltigkeit) muss aufgrund der gegebenen Komplexität, Ambivalenz, Zukunftsoffenheit und Variabilität von biografisch-subjektiven und drogalen Entwicklungsmöglichkeiten im Praxisalltag scheitern. Drogenhilfepraktische und suchtpreventive Maßnahmen werden zurzeit allerorten in managementbezogene Sprachspiele und eine Terminologie verpackt, deren Zentralvokabeln Wirksamkeit, Effektivität, Leistungs- und Zielvereinbarungen (u.a. mit den pädagogischen Fachkräften, die sich dann auch noch nach standardisierten Vorgaben selbst zu bewerten haben), Qualitäts-Standards, Optimierungsmanagement (wohin eigentlich?) und Ähnliches sind, mit denen eine Verdinglichung „hergestellt“ und eine Machbarkeitsillusion suggeriert wird. Permanente Evaluation: „Jeder beobachtet und beurteilt jeden jederzeit, auf dass er und sie sich selbst optimieren“ (Krassmann 2004, S. 170). Auswirkungen sind beispielsweise neben aufsichtsratsgestützten Konzernbildungen von Drogenhilfe (wobei kleinere Einrichtungen langsam vom Markt verschwinden) einrichtungsbezogene „Unterwerfungsrituale“ der Mitarbeiterinnen, denn der so strukturell „produzierte“ selbstmodellierende Optimierungsprozess führt zu einem permanenten Zustand der Verunsicherung und Kritisierbarkeit und erzeugt psychische Daueranspannung im Prozess der Selbst- und Fremdevaluation. Dies und die „Doppelzange aus Markt und Bürokratie“ (Klaus Dörner) bestimmen inzwischen weitgehend den auch vor Stellenstreichungen und Gehaltskürzungen angstbesetzten Arbeitsalltag.

Wenn die seit Anfang der neunziger Jahre immens steigende Flut an Veröffentlichungen zum Qualitätsmanagement, zu Projektevaluationen, zu durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen, Audits und entsprechenden Zertifizierungen mit der steten Verbesserung der Betreuungs-, Behandlungs- und Lebensbedingungen drogenkonsumierender und sozial benachteiligter Menschen „Hand in Hand“ ginge, würden wir den sozialsten aller Zeiten entgegengehen. Aber ist das so?“ (Schernus 2007, S. 23). Auch stellt sich unter dem Primat einer kostenminimierenden „Tyrannei des Gelingens“ (Schernus/Bremer) die Frage: Wenn Wirksamkeit beispielsweise mit der Zieloption Abstinenz oder reduzierter Drogengebrauch oder irgendeiner anderen Erfolgsdiagnose nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit zugesichert werden kann, was bedeutet das dann beispielsweise für die „Investition“ in Maßnahmen der selektiven/indizierten Prävention, d.h. in drogenkonsumierende Menschen, die nicht aufhören können oder wollen, in als multimorbid, polytoxikoman und behandlungsresistent etikettierte Menschen? Die Antwort: Die Investition ist nicht notwendig, sie lohnt sich nicht mehr. Es ist zu befürchten, dass somit nur diejenigen drogenkonsumierenden Menschen für entsprechende Projekte quasi „ausgewählt“ werden, die messbaren und damit auch bezahlten „Erfolg“ versprechen (etwa: Schneider 2009). Alle anderen werden auf dem Altar der notwendig Überflüssigen, der Exkludierten geopfert. Das Erhalten des Status-Quo, Überlebenshilfe, Safer Use und psychosoziale Stabilisierung, also Harm-Reduction als Verhindern von Schlimmerem bei Akzeptanz drogenbezogener Lebensäußerungen stellt dann unter den Prämissen von Effizienz und Effektivität kaum mehr eine bezahlte, drogenhilfepraktische Handlungsperspektive dar.

„Du bist Deutschland – Bring die beste Leistung, zu der du fähig bist. Und wenn du damit fertig bist, übertriff dich selbst“.

Schon wieder ein Konzept? Genussorientierte Gebrauchskompetenz

Legalisierte und illegalisierte Drogen sind inzwischen Wegbegleiter des Erwachsenwerdens und der Umgang mit diesen psychoaktiv wirksamen Substanzen ist eine jugendtypische Entwicklungsaufgabe im meist gleichaltrig orientierten Ablösungsprozess von Erwachsenen, die selbstverantwortlich bewältigt werden muss (Prinz Harry hat ja auch gekiff). Notwendig scheint ein grundsätzlicher Paradigmenwechsel hin zu einer akzeptanzorientierten (Sucht-)prävention als moderierende (begleitende, nicht methodisierende) Unterstützung einer genussfähigen Gebrauchskompetenz durch sachgerechte, Vor- und Nachteile einschließende Substanzaufklärung und konsumentennahe Verbraucherberatung jenseits einer pädagogisch-instruktiven Interaktion („**Du sollst das wollen**“). Ziel wäre hier: Jugendliche „stark sein lassen“ für einen selbstverantwortlichen, mündigen, regelbezogenen (und damit auch risikobewussten) und genussbestimmten Umgang mit allen verfügbaren psychoaktiven Substanzen und damit auch mit möglichen „riskanten Rauschen“. Eine an Drogenrisiken ausgerichtete (Sucht-)prävention als **nur** „technologische Gefahrenabwehr“ (Barsch 2001, S.268) durch „sanft“ vermittelte Verhaltens**aufforderungen** blendet die genussorientierte, instrumentelle und - wie auch immer geartete - subjektive Bedeutsamkeit von Drogenkonsum aus. Sie verhindert die eigenständige Entwicklung einer Drogengebrauchskultur zum selbstverantwortlichen Umgang mit Drogen jeglicher Couleur, zur Optimierung des Genusses und zur Vermeidung unerwünschter Wirkungen.

Der Gebrauch und mögliche Missbrauch von psychoaktiv wirksamen Substanzen wird von Subjekten in je individuellen und konkreten biografischen und sozialen Lebenszusammenhängen praktiziert. Dieser subjektiv-soziale Faktor entzieht sich jedoch einer systematischen Quantifizierung, Standardisierung und somit „Berechenbarmachung“. Die weitverbreitete Vorstellung, man müsste nur das entsprechende pädagogisch-passgenaue „Werkzeug“, sprich Methoden (neuerdings sehr beliebt: Motivational Interviewing, Psycho-Education, Case-Management) anwenden, um erwünschtes Verhalten, also meist Abstinenz, „herzustellen“ bzw. zu „produzieren“, ist professionelles Wunschdenken. Um es mit Günther Amendt zu sagen: „Abstinenz ist keine Zielvorgabe, sondern eine Wunschvorstellung“ (Amendt 2003, S.147).

Natürlich können sich Menschen (ver)ändern. Aber das ist ihr Werk, ihre Tatkraft, ihr Umsetzungswille und nicht das von Experten, die bestimmte „pädagogische“ Methoden zur Herstellung vorab definierter „Produkte“ einsetzen. Auch drogenkonsumierende Menschen sind immer aktiv realitätsverarbeitende „Produzenten“ ihres Lebens, Subjekte ihrer eigenen Entwicklung, die durch professionelle Drogenhilfe prozessbezogen, moderierend begleitet und unterstützt werden kann, aber nicht hergestellt, produziert. Es geht darum, Angebote (Maßnahmen) vorzuhalten, die günstige Bedingungen für die moderierend unterstützte, selbsttätige Gestaltung der je individuellen Lebenspraxis mit und ohne Drogen bereitstellen. Veränderungen gleich welcher Art entfalten sich immer in einem lebensgeschichtlichen, meist diskontinuierlichen Entwicklungsprozess. Entwicklungen können jedoch nur begrenzt beeinflusst und prognostiziert werden. Um es systemtheoretisch zu formulieren: Lebende Systeme sind autopoietische Einheiten, die „sich aus ihrer Umwelt nur anregen lassen, sich selbst zu verändern“ (Kleve 2008, S. 52).

Drogenhilfe und Suchtprävention können sich insofern nur als einen kommunikativ-interaktiven und zeitintensiven Aushandlungsprozess begreifen, in dessen Ausgestaltung die Angebotsnutzer als selbstbestimmende, selbsttätig kooperierende Subjekte einbezogen sind. Drogenkonsumierende Menschen sind eben keine zielbestimmenden „Objekte“ fürsorglicher Bemühungen, d.h. „aus Ihnen etwas anderes zu machen, als sie sind oder sein wollen“ (Gloel 2002, S. 48).

Eine akzeptanzorientierte (Sucht-)Prävention sollte im Sinne von Empowerment verstanden werden, d.h. sie moderiert und unterstützt jenseits einer neuen pädagogischen Rezeptur von Methoden und Interventionsformen die möglichen Bemühungen zu einer selbstbestimmten, eigeninszenierten Lebensgestaltung mit und ohne Drogen. Sie setzt auf verbindlichkeits- und vereinbarungsfreie Bemündigung, Handlungsbefähigung

und Selbstbemächtigung. Es geht um eine sozial vermittelbare Form der Selbstprävention, die einen moderaten, regelorientierten und damit auch ritualisierten, genuss- und gesundheitsschonenden sowie nicht zwanghaften und exzessiven Gebrauch unterstützen könnte (auch: Hayner 2001). Forschungsergebnisse zum kontrollierten, regelorientierten Gebrauch illegalisierter Substanzen zeigen, dass der Konsum selbst oft einer bewussten Risikoabschätzung durch in Rechnung stellen möglicher psychosozialer Folgekosten (wie die Möglichkeit der Entwicklung gesundheitlicher und sozialer Probleme, Integration in die Drogenszene, Beschaffungsproblematik, körperliche Toleranzentwicklung, Problemmassierung) folgt (etwa: Weber/Schneider 1997; Schneider 2000; Schneider/Stöver 2001). Insofern plädiere ich dafür, von einer **akzeptanzorientierten, moderierenden Drogenverbraucherberatung** zu sprechen. Dies setzt die Akzeptanz des Bedürfnisses nach „Rausch-Genuss-Erfahrung“ und eine Umorientierung, dass das „Schöne und die Genüsse nicht als Belohnung für irgendwelche Anstrengungen und Kämpfe zu betrachten“ sind, sondern als der „eigentliche Sinn des Lebens“ (Ernst 1992, S. 154), voraus. Damit kann als Zielorientierung die selbsttätige Ermöglichung (nicht durch methodisch geschulte „Profi-Jugendliche“ oder Experten in lern- und verhaltenstherapeutischen Programmen zur „Herstellung“ von Veränderungsmotivation gesteuert) einer genussfähigen, eigenverantwortlichen und selbstregulierenden Gebrauchskompetenz umschrieben werden. Natürlich muss das „Risiko“ des Misslingens stets einkalkuliert werden: Drogengebrauchs-Hasardeure und die dysfunktionale (und damit auch süchtige) Verwendung von allen Substanzen zur Veränderung des „normalen“ Wachzustandes wird es immer geben. Alles was lebensnotwendig und genussorientiert ist, birgt immer auch Risiken: „Unvernunft, Unvorsichtigkeit und Fahrlässigkeit“ (Schmidt-Semisch 1992, S. 156), das Dionysische wie das Apollinische gehört zum Menschsein und ist integraler Bestandteil gesellschaftlichen Lebens. Wie Christian Marzahn in seiner Darstellung einer „gemeinen Drogenkultur“ schon 1983 feststellte: Drogenkultur als Programm, als Verordnung, als politische Strategie ist widersinnig. „Das wäre das Soma-Programm der `Brave new World`. Niemand darf deshalb darauf hoffen, Drogenkultur zur herrschenden Politik zu machen. Nur als in Ruhe gelassene Vielfalt ist sie denkbar“ (Marzahn 1983, zitiert nach: Kolte/Schmidt-Semisch 2006, S. 11).

Hier wird keiner Verharmlosung oder gar einer Aufforderung zum Konsum das Wort geredet. Das Konzept einer genussfähigen Gebrauchskompetenz orientiert sich am konkreten Lebensraum von Gebrauchenden oder Gebrauchswilligen, d.h. richtet sich an diejenigen, die eine Affinität zum Gebrauch, eine „gebrauchswertbezogene Moral“ haben. Die anderen Jugendlichen und jungen Erwachsenen benötigen doch eigentlich keine „Prävention“. Warum auch!

Nachhaltig wirksam?! Eine Zusammenschau

Neben der inflationären Ausweitung von Sucht auf jedwedem Verhalten ist klargestellt: Alles, was präventiv ist, führt in das „gute“, normale Leben.

Es ist inzwischen Standard, dass suchtpreventive Maßnahmen folgende Qualitätskriterien erfüllen sollen:

1. Suchtprevention muss personale und soziale Ressourcen stärken und fördern.
2. Suchtpreventionsprogramme müssen auch „positive affektive Komponenten“ beinhalten und „an der Lebenswelt und dem Lebensgefühl von jungen Menschen, ihrer Neugierde auf die Welt, ihrer Lust nach dem Leben und den in ihm zu entdeckenden Abenteuern ansetzen“ (Röhm 2002, S. 275).
3. Suchtpreventionsprogramme müssen früh ansetzen, langfristig und kontinuierlich sowie entwicklungsangemessen gestaltet sein.
4. Die Programme sollen zielgruppen-, gender- und konsumspezifisch differenziert sein.

5. Präventionsmaßnahmen können sich „nur in einem gesundheitsförderlichen Kontext“ (ebd., S. 276) entfalten.
6. Präventionsprogramme „müssen wissenschaftlich evaluiert“ (ebd., S. 276) sein.
7. Mitarbeiter in Präventionsprogrammen sollten eine „professionelle Ausbildung“ (ebd., S. 276) haben.
8. „Für die Durchführung der Programme müssen ausreichende materielle und personelle Ressourcen zur Verfügung stehen“ (ebd., S. 276).
9. „Die lebenslange Abstinenz stellt im Hinblick auf illegale Drogen das Ziel dar“ (ebd., S. 276).

Je früher Drogengebrauch „erkannt wird und Interventionen stattfinden, umso höher und nachhaltiger sind die Erfolgchancen“ (Meyer 2005, S. 7). „Welche Erfolgchancen?“ möchte man angesichts der täglichen dramatisierenden Problemnachrichten in den Medien über den mal steigenden, mal sinkenden Alkohol- und Cannabiskonsum von Jugendlichen nachfragen. Diese Problemnachrichten korrespondieren mit der zügigen Installation neuer, wichtiger und zielgruppennaher Präventionsprojekte. Somit werden institutionell abgesicherte, präventive Zugriffsweisen und Problembearbeitungsstrategien mit „nachhaltigen Erfolgchancen“ geschaffen. Mit dem Anwachsen suchtpreventiver Maßnahmen nehmen natürlich auch die Drogengebrauchsprobleme bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie die „zielgerichteten“ Entdeckungen neuer „gefährlicher“ Substanzen zu und vice versa. Die „Wiederkehr des immer Gleichen“ (F. Nietzsche) scheint vollendet. Wir haben es hier mit dem Paradox zu tun, dass mit dem Ausbau suchtpreventiver Maßnahmen und Projekte die „Drogenprobleme“ und die teils hysterischen Reaktionen darauf kontinuierlich wachsen. Dies ist ähnlich wie im modernen Medizinbetrieb: Mit den steigenden Ausgaben für Gesundheit werden die Menschen immer kränker. „Die Wahrheit, die paradoxe und sehr schmerzhaft Wahrheit ist vielmehr, dass uns die Medizin nicht trotz, sondern wegen ihrer Erfolge immer kränker macht und immer kränker machen muss... Die durchschnittliche Gesundheit der modernen Bundesbürger ist nicht deshalb so schlecht, weil die moderne Medizin so schlecht ist, sondern weil sie so gut ist... Das ist das Paradox des medizinischen Fortschritts... Der Patient wird gerettet, aber trotzdem bzw. gerade deswegen werden die Patienten immer mehr“ (Krämer/Mackenthun 2003, S. 224).

Es ist doch so: Sobald ein Gebraucher illegalisierter Drogen (meist Cannabis) auffällige Verhaltensweisen zeigt, bzw. konkreter diese von „Wahrnehmungsbeauftragten“ als auffällig wahrgenommen werden, beginnt die „Fahndung“ nach dem Täter - sozusagen als frühkontrollierendes, vernetztes Frühwarnsystem. Dies wird aktuell u.a. als „Früherkennung“ und „Frühintervention“ (z.B. Projekt FreD – Frühintervention für erstauffällige Drogenkonsumenten) bezeichnet, d.h. „Frühauffällige“ erhalten an der „Schnittstelle Polizei/Justiz und Drogen-/Jugendhilfe“ ein „gezieltes und möglichst freiwillig anzunehmendes“ Beratungs- und Gesprächsangebot (In-Take-Gespräche und Motivational Interviewing), um frühzeitige Verhaltensintervention im Sinne von Bestimmung und Steuerung („sich einmischen“) zu ermöglichen. Frühintervention kann hier definiert werden als das gesellschaftlich legitimierte Eingreifen im sozialpolitischen Diskurs als konstruiertes und somit am relevanten Einzelfall („erstauffällige Drogenkonsumenten“) ausgerichtetes Problem mit einer zwangsläufig verallgemeinernden Tendenz der „Problemausweitung“ und damit auch einer „Problemexotisierung“. Die permanente öffentliche und sozialpädagogische Problemthematisierung wirkt jedoch erst recht attraktiv auf bestimmte Jugendliche. Und die vorausgehende „Früherkennung“ muss natürlich auf alle Lebensbereiche von Jugendlichen ausgedehnt werden, um sie auch möglichst „frühzeitig“ auszuspähen und zu erreichen. „Im Interesse einer möglichst frühzeitigen Intervention sollten deshalb bei der Implementierung vergleichbarer Angebote weitere Zugangsmöglichkeiten wie z.B. Schule, Betrieb, Arztpraxen und Krankenhäuser verstärkt genutzt werden. Dabei ist mit Blick auf eine erfolgreiche Ausgestaltung des Zugangs von zentraler Bedeutung, das zwischen dem Angebotsträger (FreD) und der vermittelnden Instanz verbindliche und klare Verfahrensabsprachen getroffen werden“ (Görge/Rometsch 2004, S. 76). Die „fürsorgliche Belagerung von wohlmeinender Prävention“ (Sturzenhecker 2000, S. 15) dehnt sich im Sinne frühzeitiger (sanfter)

Kontrolle immer mehr aus, lässt keinen Raum mehr zur auch entwicklungspsychologisch notwendigen und damit auch jugendtypisch „gesunden“ Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und damit auch zur Erprobung abweichenden Verhaltens. Diese Frühinterventionsmaßnahmen verdichten sich also zunehmend in Richtung „weicher“, sanfter Sozialkontrolle, in der auffällige Verhaltensweisen frühzeitig als korrekturbedürftig vorausgesetzt sowie „eine institutionelle Intervention als legitim eingefordert wird“ (Dollinger 2002, S. 323). Flankierend werden dazu sogenannte „Homepartys“ in Anlehnung an die bekannten „Tupperpartys“ für Eltern mit Kindern, die legale und/oder illegale Drogen konsumieren, angeboten. Die fürsorgliche Suchtpräventionsbelagerung macht nun auch vor der Privatsphäre keinen „HaLt“ mehr und führt sukzessive zu einer weiteren suchtpreventiven Kolonialisierung von Lebenswelten mit dem illusionären Leitbild der Errichtung einer „Drogenfreien Kindheit und Jugend“.

Der weiterhin gültige öffentliche Wahrnehmungskokon des Schlechten, Gefährlichen, Risikoreichen, Bedrohlichen bezüglich des Gebrauchs psychoaktiv wirksamer Substanzen erzeugt eine auf dem individuellen Defizit- und Problemmodell beruhende, früherkennende und frühintervenieierende soziale (sanfte) Kontrolle und sichert so die gegebene normative Drogenverbotsordnung und damit die Konstruktion des Bösen schlechthin, nämlich „der“ Drogendealer, „das“ Rauschgift, „die“ organisierte Rauschgiftkriminalität, wobei die strafrechtliche und moralisch-präventive Bekämpfung stets das „Gute“ ist.

Wir leben in einer Risiko- und Dopinggesellschaft und Unvernunft, Unvorsichtigkeit und Fahrlässigkeit sind integraler Bestandteil dieser Gesellschaft und ebenso das Bedürfnis nach „Rausch-Genuss-Erfahrung“. 40 Jahre Drogendiskussionen zeigen: Es gibt kein Patentrezept zur Lösung des gesellschaftlich produzierten „Drogenproblems“. Die Generalprävention über das Strafrecht hat den Drogengebrauch nicht einschränken können, nur sehr riskant werden lassen (Verunreinigungen der Substanzen, Kriminalisierung, Stigmatisierung, Psychiatrisierung). Missbräuchliche, unvernünftige Gebrauchsmuster oder die Entwicklung süchtigen Verhaltens sind nicht per Dekret oder per Verordnung, nicht durch moralische Diktionen und modulgesteuerte (sanfte) Beeinflussungsstrategien im Rahmen von Mitwirkungsvereinbarungen durch z.B. Führen eines Kiffertagebuchs sowie durch mediale Angstszenerien abschaffbar, schon gar nicht durch Strafandrohung und Kriminalisierung. Wir werden damit leben müssen, dass es Drogengebrauch und Drogenmissbrauch immer geben wird. Der idealistische Traum von einer drogenfreien Gesellschaft ist zwar legitim, jedoch illusorisch. Zur Erinnerung: Etwa 2 - 7% der Erwachsenen sind von einer massiven Suchterkrankung betroffen - trotz aggressiver „Kaufregung“ durch sog. „Abwrackprämien“ jeglicher Art, Sensation Seeking (schneller, weiter, höher), trotz permanenter Werbeberieselung, trotz als dürftig beklagter Suchtprävention, trotz Ballermann 6 auf Mallorca und Oktoberfesten in Deutschland inklusive „Flatratesaufens“ sowie trotz gesellschaftlicher Problem-, Konflikt- und Defizitlagen. Die Mehrheit vermag anscheinend ihren Konsum zu kontrollieren, und daran sollte angeknüpft werden.

„Die Götter hatten Sisyphos dazu verurteilt, unablässig einen Felsblock einen Berg hinauf zu wälzen, von dessen Gipfel der Stein von selbst wieder hinunterrollte. Sie hatten mit einiger Berechtigung bedacht, dass es keine fürchterliche Strafe gibt als eine unnütze und aussichtslose Arbeit... Der Kampf gegen Gipfel vermag ein Menschenherz auszufüllen. Wir müssen uns Sisyphos als einen glücklichen Menschen vorstellen“ (Albert Camus: Der Mythos von Sisyphos. 1972, S. 98 ff).

Literatur

- Amendt, G.:* No Drugs – No Future. Drogen im Zeitalter der Globalisierung. Hamburg 2003
Baumgärtner, T.: Mit Info-Cards die Risiken des Mischkonsums senken. In: Suchtreport 6/2001, S. 38 – 44

- Barsch, G.:* Risikoprävention oder Drogenmündigkeit oder beides? In: akzept e.V. (Hg.): Gesellschaft mit Drogen - Akzeptanz im Wandel. Berlin 2001
- Böllinger, L.:* Die Sucht der Helfer. In: Legnaro, A./Schmieder, A. (Hg.): Suchtwirtschaft. Jahrbuch Sucht Band 1. Münster 1999
- Bröckling, U.:* Die Macht der Vorbeugung. 16 Thesen zur Prävention. In: Widersprüche. Heft 86, 2002, S. 39 – 52
- Bröckling, U.:* Evaluation. In: Krasmann, S./Lemke, T. (HG.): Glossar der Gegenwart. Frankfurt 2004
- Camus, A.:* Der Mythos von Sisyphos. Ein Versuch über das Absurde. Hamburg 1972
- Dollinger, B.:* Drogen im sozialen Kontext. Augsburg 2002
- Ernst, H.:* Gesund ist, was Spaß macht. Stuttgart 1992
- Freund, T./Lindner, W.:* Der Prävention vorbeugen? Zur Reflexion und kritischen Bewertung von Präventionsaktivitäten in der Sozialpädagogik. In: Freund, T./Lindner, W. (Hg.): Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Opladen 2001
- Gloel, R.:* Wodurch zeichnet sich kompetente Soziale Arbeit aus? In: SozialExtra 2/2006, S.45 – 48
- Göppner, H.-J.:* Zur Zukunft der Sozialen Arbeit. In: Sozialmagazin 7/8/2009, S. 74 – 83
- Gögen, H.-J./Rometsch, W.:* Bundesmodellprogramm „Frühintervention bei erstaufrälligen Drogenkonsumenten – Fred“. In: Suchttherapie 2/2004, S.76 – 79
- Hafen, M.:* Prävention als Beratung. In: SuchtMagazin 6/2001, S. 32 – 37
- Hafen, M.:* Prävention. In: Konturen 5/2002, S. 17
- Hayner, E.:* Akzeptanzorientierte Suchtprävention. Berlin 2001
- Herriger, N.:* Prävention und Empowerment. In: Freund, T./Lindner, W. (Hg.): Prävention. Zur kritischen Bewertung von Präventionsansätzen in der Jugendarbeit. Opladen 2001
- Jordan, S.:* Wirksame Präventionsmaßnahmen von cannabisbezogenen Störungen bei Jugendlichen. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Jugendkult Cannabis – Risiken und Hilfen. Berlin 2005
- Kleve, H.:* Vom Einschließen des Ausgeschlossenen. In: Sozialmagazin 3/2008, S.43 – 53
- Kolte, B./Schmidt-Semisch, H.:* Kontrollierter Drogenkonsum: Ein prekäres Paradigma? In: Legnaro, A./Schmieder, A. (Hg.): Kontrollierter Drogenkonsum – Drogenkonsum als Lebenskontrolle. Jahrbuch Suchtforschung. Band 6. Münster 2006
- Krasmann, S.:* Monitoring. In: Bröckling, U./Krasmann, S./Lemke, T. (Hg.): Glossar der Gegenwart. Frankfurt 2004
- Krämer, W./Mackenthun, G.:* Die Panik-Macher. München 2003
- Meyer, R.:* HaLT – „Hart am Limit“. Ein Programm mit vielen Gesichtern. In: Inforum 4/2005, S. 7
- Quensel, S.:* Einleitung. In: akzept e.V. (Hg.): Wider besseres Wissen. Die Scheinheiligkeit der Drogenpolitik. Bremen 1996
- Röhm, A.:* Präventionsebenen und Handlungsstrategien. In: Arnold, H./Schille, H.-J. (Hg.): Praxishandbuch Drogen und Drogenprävention. Weinheim 2002
- Schabdach, M.:* Soziale Konstruktionen des Drogenkonsums und Soziale Arbeit. Wiesbaden 2009
- Schernus, R./Bremer, F.:* Tyrannei des Gelingens. Neumünster 2007
- Schmidt, B./Hurrelmann, K.:* Grundlagen einer präventiven Sucht- und Drogenpolitik. In: Schmidt, B./Hurrelmann, K. (Hg.): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Opladen 2000
- Schneider, W.:* Drogenmythen. Zur sozialen Konstruktion von „Drogenbildern“ in Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. Berlin 2000
- Schneider, W.:* Die sanfte Kontrolle. Suchtprävention als Drogenpolitik. Berlin 2006a
- Schneider, W.:* Cannabis: Gefahr für die Jugend? Kritische Anmerkungen zur aktuellen Cannabisdebatte. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. 1/2/2006b, S. 15 – 27
- Schneider, W.:* Der Kunde ist König!? – Drogenhilfe unter dem Diktat von Ökonomisierung, Qualitätssicherung, Evaluation und sozialer Kontrolle. In: Schneider, W./Gerlach, R. (Hg.): Drogenhilfe und Drogenpolitik. Kritische Gegenwartsdiagnosen. Berlin 2009

Schneider, W./Stöver, H.: Das Konzept Gesundheitsförderung - Betroffenenkompetenz nutzen - Drogenberatung entwickeln. In: Heudtlass, J.-H./Stöver, H. (Hg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt 2005
Schmidt-Semisch, H.: Drogen als Genussmittel. AG SPAK. München 1992
Sturzenbecker, B.: Prävention ist keine Jugendarbeit. Thesen zu Risiken und Nebenwirkungen der Präventionsorientierung. In: Sozialmagazin 1/2000, S. 14 – 21
Von der Heydt, I.: Rauchen Sie? Verteidigung einer Leidenschaft. Köln 2005
Weber, G./Schneider, W.: Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Berlin 1997

**Korrespondenzadresse/
Address for correspondence:**

Dr. Wolfgang Schneider
INDRO e.V.
Bremer Platz 18 - 20
D-48155 Münster
Email: indroev@t-online.de

Veröffentlicht / Published:
9. Dezember 2009 / December 9, 2009

Eingereicht / Received:
26. November 2009 / November 26, 2009

Angenommen / Accepted:
8. Dezember 2009 / December 8, 2009