
Kommentar / Commentary

Kritische Bilanz akzeptanzorientierter Drogenhilfe. Einige durchaus auch polemisch zu verstehende Ausführungen

Wolfgang Schneider (Dr. phil./PhD)

© 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 2004;1:17-28**, URL: www.indro-online.de/SchneiderADA_1_04.pdf

„Das Phänomen Droge ist ein natürliches Phänomen, während das Problem Droge ein kulturelles Problem ist“ (Samorini, G. 2002, S. 114).

Stand der Dinge

Was ist aus akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik geworden? Wo steht akzeptanzorientierte Drogenhilfe/Drogenpolitik im Zeichen gegenwärtiger neoliberaler Roll-Back-Politik? Wohin geht es? Ist akzeptanzorientierte Drogenarbeit weiterhin unter dem Drogenverbotsdiktat möglich? Nach wie vor gilt: Die Drogenverbotspolitik, der immer noch dominante Ansatz der Generalprävention durch das Strafrecht und der immens aufgeblähte Hilfs- und Verfolgungsapparat konnten bislang die normativ gesetzten Zielbestimmungen nicht erfüllen. Weder konnte der Gebrauch illegalisierter Drogen eingeschränkt, Neueinsteige verhindert bzw. hinausgezögert, der illegale Drogenmarkt bekämpft, noch den zwanghaft und exzessiv konsumierenden wirksam bei ihren möglichen Wegen aus suchtdominanten Lebensweisen geholfen werden. Kriminalisierung, soziale Deklassierung und Marginalisierung stehen weiter auf der Tagesordnung gepaart mit Zwangs- und Verpflichtungsmaßnahmen wie zum Beispiel bei der zunehmenden Diskussion hin zu einer „Sucht- und Sozialtherapeutisierung“ psychosozialer Begleitung von Substituierten bis hin zur Festschreibung von „Drogenabhängigkeit“ als chronische Krankheit „behandelt“ in „Disease Management-Programmen“ (DMP). Wir stehen vor einer insgesamt gesehen durch Legitimationsforschung gestützten Roll-Back-Politik wieder zurück in Richtung Repression und Abstinenz, wobei zeitlich

definierte Zwischenwege „gönnert“ toleriert werden. Auch akzeptanzorientierte Drogenhilfe mutierte inzwischen zu einer Art Managerin für öffentlich sichtbare Drogengebrauchsproblematik. Sie steht aufgrund gravierender Kürzungen im Sucht- und Drogenbereich zunehmend unter dem Zwang der Selbsterhaltung und Bestandssicherung.

Trotz einiger sicherlich durchaus positiven drogenpolitischen Veränderungen (wie z.B. Spritzenaustauschprogramme, Substitution, Drogenkonsumräume, Heroingabe) muss eine ernüchternde Bilanz gezogen werden: Insgesamt gesehen kosten die ganzen angebots- und nachfragereduzierenden Maßnahmen für **ca. 0,25 %** der Bevölkerung in der BRD jährlich **ca. 8 Milliarden Euro** mit dem Resultat: Weiterhin hohes Mortalitätsrisiko durch gepanschte und gestreckte Straßendrogen, 2003 1477 an den Begleitumständen des Drogengebrauchs gestorbene Menschen, 2003 weiter über 22.000 erstauffällige Konsumenten illegalisierter Drogen (ohne das Dunkelfeld also, d.h. diejenigen, die **nicht** aufgefallen sind), Obdachlosigkeit und Kriminalisierungsdruck, ca. 20.000 zwanghaft und exzessiv Drogengebrauchende in Justizvollzugsanstalten, ca. 70% mit Hepatitis C infizierte Konsumenten, „Junkie-Jogging“ und „Szenedislozierung“ (Raumverteilung) als Auflösungsstrategien von Drogenszenen in den Großstädten, Razzien in niedrigschwelligen Drogenhilfseinrichtungen sowie Videoüberwachung des öffentlichen Raums nebst neuer kommunaler Sicherheits- und Ordnungsverfügungen wie Platzverbote, Aufenthaltsverbote, Ingewahrsamnahmen für Menschen, die als „gefährlich“, „bedrohlich“, „störend“ oder „fremd“ visualisiert werden. Das liest sich dann so:

„Unter sozial- und gesundheitsfürsorglichen Aspekten spricht viel dafür, jedes dieser Szenemitglieder wenn irgend möglich und so schnell wie möglich aus dem Szenedasein herauszuziehen“ (Bossong 2003, S.72). Am Schopfe versteht sich! Und wenn wir dann alle herausgezogen haben, hat sich endlich „das Drogenproblem“ erledigt, ist gelöst. Trotz Aufrüstung im weltweiten „Drogenkrieg“ gegen die Inkarnation des Bösen schlechthin, nämlich „die“ Drogendealer, „die“ organisierte Rauschgiftkriminalität, konnte keine Einschränkung der Verfügbarkeit von illegalisierten Drogen bewirkt werden. Nur ca. 5% - 10% der angebotenen Drogen werden dem illegalen Markt entzogen. Die Mehrheit derjenigen, die sich einer stationären Therapie unterziehen (müssen), sind immer noch sog. „Auflagenkunden“ nach § 35ff BtMG. Drogenhilfe hat es weiterhin mit „Drehtüreffekten“ (Knast, Therapie, Szene) zu tun und eine längst überfällige Cannabisreformpolitik ist zu Grabe getragen worden. Was bleibt, ist eine quantitative Zunahme von Gebrauchern illegalisierter Drogen, deren soziale Deklassierung und Marginalisierung, Kriminalisierung und oft auch gesundheitliche Verelendung.

Was bleibt ist ferner, dass Drogenhilfe mit ihren Angeboten bei der gegebenen Gesetzeslage unweigerlich an die Grenze zur Illegalität gerät. Zu denken ist hier an videoüberwachte Bahnhöfe, Razzien in niedrigschwelligen Drogenhilfseinrichtungen (wie in Bielefeld und Bochum geschehen), an die immer noch rechtlich prekäre Situation von Substitutionsärzten und Betreibern niedrigschwelliger Drogenhilfsangebote und Drogenkonsumräume.

Was bleibt ist darüber hinaus die mediengerechte Aufarbeitung der „Drogenproblematik“ als spannungsgeladene, exotisch und moralisch aufgepepperte Dramatisierungsszenarien mit Bedrohlichkeitscharakter und Einschaltquotensicherung. Beispiel: „Eine neue Drogenwelle bedroht die deutschen Schulen: Immer mehr Jugendliche und sogar Kinder rauchen Cannabis – bis zum Totalabsturz. Seit hochgezüchtetes Power-Kraut geraucht wird, steigt die Zahl von Schwerstabhängigen mit lebenslangen Psychoschäden“ (Der Spiegel, 27/2004, S. 70).

Zudem werden wir unaufhörlich mit epidemiologischen Untersuchungen und Prävalenzstudien zur Drogengebrauchsproblematik traktiert und durch entsprechende „große“ Zahlen und „besorgniserregende“ Einzelfälle (neunjährige Kiffer!) geradezu erschlagen.

Wenn das alles stimmt, dass immer mehr Jugendliche zum Beispiel Cannabisprodukte konsumieren und die Zahl der „problematischen“ Konsumenten rapide zunimmt, dann kann nur eine Schlussfolgerung gezogen werden: Die jahrelange, aufwendige und kostenintensive, massenhaft wissenschaftlich evaluierte (positiv natürlich) abstinentenorientierte Suchtprävention als Lebenskompetenzförderung, Gesundheitsstärkung, Ressourcenstützung, Abschreckung, Immunisierung, Frühinterventionsprogramme und Vermittlung von peergestützten Alternativen zum Drogengebrauch hat auf der ganzen Linie versagt.

Was ist akzeptanzorientierte Drogenarbeit?

Grundlage akzeptanzorientierter Drogenarbeit als szenenaher, sozialraumbezogener Unterstützungsansatz ist, dass Gebrauchern illegalisierter Substanzen sowie auch zwanghaft und exzessiv Konsumierende als mündige, zur **Selbstverantwortung** und **Selbstbestimmung** fähige Menschen angesehen werden. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit basiert auf **Freiwilligkeit** und ist möglichst **nicht bevormundend** ausgerichtet. Drogengebraucher werden so **akzeptiert** wie sie sind. Der leider inzwischen inflationär verwandte Begriff **Niedrigschwelligkeit** bedeutet demgegenüber, dass wenig Hemmschwellen Drogengebrauchende von der Hilfsangebotsnutzung abschrecken bzw. ausschließen sollen. Insofern ist Niedrigschwelligkeit nur ein **methodischer** Ansatz, der nicht notwendigerweise eine **Abkehr** von der Abstinentenorientierung beinhaltet. Auf feste Terminvereinbarungen, Cleanstatus und der demonstrativen Darstellung einer Abstinenten- bzw. Veränderungsmotivation (durch beispielsweise Motivational Interviewing, passgenaue In-Take-Gespräche bei Frühinterventionen zur Verhinderung von Drogengebrauch) als **Voraussetzung** für Inanspruchnahme von Angeboten und Hilfestellungen wird verzichtet. In der Praxis hat sich inzwischen gezeigt, dass die Angebote akzeptanzorientierter Drogenarbeit (Kontaktläden, Konsumräume, Safer-Use-Vermittlungen, szenenaher, medizinische Akutversorgungen, Sprizentauschprogramme, aufsuchende Arbeitsformen, niedrigschwellige Übernachtungsmöglichkeiten u.a.m.) es erreicht haben, **auch** diejenigen Drogengebraucher anzusprechen, die vom traditionellen, ausschließlich abstinentenorientierten Drogenhilfeverbundsystem nicht erreicht werden konnten. An die Umsetzung akzeptanzorientierter Drogenar-

beit sind jedoch sieben inhaltliche Voraussetzungen gebunden (Qualitätsstandards?):

1. Verständnis der positiven und negativ-schädlichen Seite von psychoaktiv wirksamen Substanzen;
2. Gelassenheit gegenüber der dynamischen und auch diskontinuierlichen Entwicklungsmöglichkeit auch bei zwanghaft und exzessiv Drogengebrauchenden: Exzessiver und zwanghafter Drogengebrauch (meist als Sucht „bezeichnet“) ist kein statischer Zustand, der einmal erreicht und nur über Therapie, Knast oder Tod aufhebbar wäre – selbstorganisierte Ausstiegsverläufe und kontrollierte Drogengebrauchsphasen sind wesentliche Bestandteile von Drogengebrauchsentwicklungen;
3. Verzicht auf den helfenden Appell zur sofortigen Verhaltensänderung in Richtung Abstinenz nach dem Motto: Du sollst das wollen;
4. Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts von Drogengebrauchenden bezüglich Intensität, Richtungsverlauf und Verbindlichkeit der Kontakte;
5. Akzeptanz von Drogengebrauchenden als Subjekte ihrer eigenen Entwicklung (keine Klientelisierung und damit Unterstellung **genereller** Behandlungsbedürftigkeit: Hier ist zu bedenken, was Klient im Alten Rom in seiner Wortbedeutung hieß, nämlich der Hörige, der sozial und rechtlich von seinem Patron abhängig war);
6. Akzeptanz des drogenbezogenen Lebensstils, jedoch keine „Verbrüderungen“ und Überidentifikationen sowie ein Nicht-Einlassen auf dramatisierende, mitleidserheischende Selbstdarstellungen (Empowermentororientierung als moderierende Entwicklungsbegleitung zur Selbstbemächtigung/ Selbstorganisation des Lebens mit und ohne Drogen; vgl. Schneider, W., 2000; Schneider, W./Stöver, H. 2000);
7. Professionelle Herstellung eines ausgeglichenen Verhältnisses zwischen Nähe und Distanz (u.a. auch keine Instrumentalisierung und helferische Verantwortungsübernahme nach dem Motto: Du musst Dich verändern, sonst bin ich von Dir aber enttäuscht; vgl. Akzept e.V. 1999; Söver, H./Michels, I., 1999; Schneider, W., 2000, 2001).

Folgende Zielsetzungen sind bei Berücksichtigung der Selbstverantwortlichkeit der Konsumierenden bedeutsam:

- Überleben sichern
- Sicherung eines gesunden Überlebens ohne irreversible Schädigungen
- Verhinderung sozialer Desintegration
- Gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung
- Unterstützung eines selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauchs als Vermeidung zwanghafter Gebrauchsmuster
- Ermöglichung und Unterstützung längerer Drogenkontrollphasen (mit Substitut oder ohne)
- Unterstützung individueller Herauslösung aus der Drogenszene; Voraussetzung: Selbstveränderungsmotivation

Die Zugangsmethode „Niedrigschwelligkeit“ und der inhaltliche Arbeitsansatz Akzeptanz erhöht also insgesamt die **Reichweite** von Drogenhilfe. Da dieser Arbeitsansatz jedoch von grundsätzlich anderen drogentheoretischen Prämissen und drogenpolitischen Zielsetzungen ausgeht als die traditionelle und wieder hoffähige, hochschwellige und klientifizierende (Unterstellung genereller Behandlungsbedürftigkeit) Drogenarbeit und die gegenwärtige weiterhin repressiv orientierte Drogenpolitik, sollte akzeptanzorientierte Drogenhilfe niemals nur Ergänzung der Angebotspalette von klassischer Drogenhilfe sein, sondern immer wieder darauf hinweisen, dass erst die Illegalisierung wirklichen Konsumentenschutz verhindert. Jedoch: Auch heute noch werden risikominimierende und schadensbegrenzende Ansätze im Sinne der Leidensdrucktheorie als Methode der Suchtverlängerung, als „Kapitulation vor der Sucht“ abgelehnt. Ferner bestimmen weiterhin Drogenmythen und Verteufelungs- und Dramenszenarien die politische, wissenschaftliche, öffentliche und auch drogenhilfepraktische Diskussion (etwa: Schneider, W., 2000; 2002a). Der Gebrauch illegalisierter Drogen wird meist noch als einmal gelöste Hinfahrkarte ins Jenseits gedeutet, die „schwer erkrankten Drogenabhängigen“ tauchen medienwirksam häufig nur als zuckende Leiber im Entzug, als behandlungsbedürftige Süchtige oder als jährliche Zählung von Leichen auf.

Zentral für eine akzeptanzorientierte Drogenarbeit

ist es, durch den Aufbau diversifizierter Hilfsangebote für Drogengebrauchende - und das erscheint mir sehr wesentlich - eine echte **Wahlfreiheit** zwischen verschiedenen Hilfsangeboten zu schaffen. Drogengebrauchende, die unter ihrer illegalisierten Lebenssituation leiden, sollten das Recht erhalten, über den für sie geeigneten Weg **mit und ohne** Drogen **selbst** zu bestimmen. Jedoch: Wir sprechen hier von **akzeptanzorientierter** Drogenarbeit im Rahmen des gegebenen Drogenhilfe- und Politiksystems. Eine wirkliche **akzeptierende** Drogenarbeit kann es unter der weiterhin gültigen Drogenverbotspolitik nicht geben. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit bleibt - thesenhaft formuliert - unter diesen Bedingungen letztendlich Eulenspiegel, dient der Sozialkosmetik und erhält sich durch ihre inzwischen breit gefächerte Institutionalisierung selbst. Bekanntlich haben Institutionen immer eine Tendenz zur Selbsterhaltung. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist inzwischen zudem zu einer Art Managerin für öffentlich sichtbare Drogengebrauchsproblematik geworden. Sie konnte erst erfolgreich als schadensminimierende Hilfsstrategie durch ihre Fähigkeit, diese sichtbaren Drogenprobleme behutsam zu kontrollieren und somit deren Bedrohungspotential zu managen, umgesetzt werden: Sozusagen als weiche Form der sozialen Kontrolle für die Belange der inneren Sicherheit.

Drogenhilfe, ob abstinenzorientiert oder schadensbegrenzend, konserviert das zugrunde liegende normative Hilfs- und Politiksystem: Der Mythos des Sisyphe (Gestalt der griechischen Sage, die zu einem nie ans Ziel führenden Steinwälzen verurteilt war) lässt grüßen.

Roll-Back-Politik

Aktuell steht für eine durch Legitimationsforschung gestützte Roll-Back-Politik in Drogenhilfe und Drogenpolitik beispielsweise die „neue“ repressions- und abstinenzorientierte „Konzeption wirksamer Drogenpolitik in Hamburg“ vom 28.1.03. „Das Hilfesystem für Drogenabhängige wird unter Einschluss externer Evaluationsinstrumente einer kritischen Betrachtung unterzogen, die sich im Ergebnis an der Zielsetzung des Ausstiegs aus der Sucht orientieren wird“ (S. 1). „Das übergeordnete Ziel ist die Bewältigung der Suchterkrankung (Ausstiegsfixierung)“ (S.2). Es gilt: „alle Härte gegen Dealer“ (S.2) und „offene Drogenszenen auflösen, Drogenhandel nachhaltig reduzieren“ „durch konsequente Strafverfolgung“ (S.4).

„Bei der Umsetzung des Leitziels „Ausstieg aus der Sucht“ wird verstärkt davon ausgegangen, dass drogenabhängige inhaftierte Straftäter ausstiegsorientierten Maßnahmen nicht ohne weiteres ausweichen können und die Therapiebereitschaft durch flankierende Maßnahmen (z.B. durch eine drogenfreie Umgebung) unterstützt werden kann“ (S.5). Erste Maßnahme hier war die Einstellung des Spritzentauschprogramms, wiewohl sich die „gute“ Versorgungslage mit Sicherheit nicht ändern wird. Die Folgen dürften bekannt sein. Das ganze Verhinderungsarsenal wird gesteuert durch „Die Staatsräte-Lenkungsgruppe Drogenpolitik“ bei Umsetzung durch „Die behördenübergreifende Amtsleiterrunde Drogen“. „Es wird davon ausgegangen, dass alle Zuwendungsempfänger an der Umsetzung dieser Konzeption konstruktiv mitwirken. Gleichwohl werden alle bestehenden Einrichtungen unter Einschluss externer Evaluationsinstrumente einer permanenten kritischen Betrachtung unterzogen. Hierbei wird von folgenden differenzierten Zielvorgaben ausgegangen:

1. Erreichbarkeit für Intervention herstellen (professionelle Anbindung schaffen),
2. Beherrschbarkeit der Suchterkrankung erreichen (Einstieg in den Ausstieg),
3. Bewältigung der Suchterkrankung (dauerhafter Ausstieg aus der Sucht)“ (S. 2).

Unglaublich, aber wahr! Niedrigschwellige Hilfen wie Kontaktläden, Spritzentausch, Drogenkonsumräume werden funktionalisiert: „Um die Kontaktaufnahme zu den Einrichtungen zu erleichtern und die Bereitschaft der Klienten und Klientinnen zu einer weiterführenden Beratung und späteren Suchttherapie herzustellen und zu stärken, werden niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Arbeit geleistet“... „Hier kann die Zielgruppe zunächst gut erreicht und versorgt werden, um nach erfolgreicher gesundheitlicher und sozialer Stabilisierung in eine weiterführende Maßnahme (z.B. Entgiftung und Therapie) vermittelt zu werden“ (S.6). Neben den hier zu stellenden Fragen, wann denn eine derartige Stabilisierung erreicht sein muss und wer dies festlegt, wird die niedrigschwellige Zugangsmethode hiermit wieder zu einem Instrument der Zuführung drogenabhängiger Menschen in abstinenzbezogene Maßnahmen. Niedrigschwellige Drogenhilfe wird zur wandelnden Litfasssäule für Abstinenzwerbeinsatz, zur „Köderinstanz“.

Eine derartige Funktionalisierung niedrighschwelliger Drogenhilfsangebote unterminiert den bisherigen inhaltlichen Arbeitsansatz, Drogengebrauch als eine Handlungsform zu akzeptieren, das Selbstbestimmungsrecht der Konsumenten zu wahren, moderierende Entwicklungsbegleitung im Sinne von Empowerment zu leisten, auf den helfenden Appell zur Verhaltensänderung zu verzichten und Maßnahmen zur eigenverantwortlich zu nutzenden Schadensbegrenzung anzubieten. Diese Roll-Back-Politik ist wohl die wirkliche Herausforderung für Drogenhilfe und Drogenpolitik über 2004 hinaus.

Auch akzeptanzorientierte Drogenarbeit, die den Aufbau diversifizierter Hilfsangebote für Drogengebrauchende und eine Veränderung „des“ bisherigen Junkiebildes als defizitäres, krankes und kriminellen Wesens aus einer anderen Welt vorangetrieben hat, wird mehr und mehr zum Steigbügelhalter neoliberaler Drogenpolitik. Harm-Reduction-Konferenzen gibt es bereits rund um den Globus, ohne dass sich an der drogenpolitischen Grundstruktur irgendetwas Grundlegendes geändert hätte. Weltweite „horizontale“ und „vertikale“ Arbeits- und Forschungsgremien sowie hochrangige Expertengruppen werden dabei als „karrieristische Spielwiesen“ mehr als nur geduldet.

Wie gesagt: Eine wirkliche **akzeptierende** Drogenarbeit kann es unter der weiterhin gültigen Drogenverbotspolitik nicht geben. Akzeptanzorientierung bedeutet nun auf der Unterstützungsebene (moderierendes Empowerment) die Berücksichtigung der vorhandenen Stärken drogengebrauchender Menschen in ihrem Lebensraum in einem verständigungs-orientierten Dialog ohne Überidentifikation, Verantwortungsübernahme und Klientelisierung als vorschnelle Zuschreibung psychischer Defizite und von Hilfs- und Behandlungsbedürftigkeit. Selbstgestaltung mit und ohne Drogengebrauch statt offensichtlicher und/oder subtiler Zwangskorrektur, so lässt sich das Grundverständnis (Leitbild?) akzeptanzorientierter Drogenhilfe beschreiben. Wenn man sich die gegenwärtige Kontroll- und Überwachungsmanie im Rahmen der Drogenhilfe anschaut (Zugangskriterien und video- und computergestützte Identifikationsüberwachungen in Konsumräumen sowie bei der Heroinvergabe, verpflichtende, sucht- und sozialtherapeutisierende, psychosoziale Begleitbetreuungen im Rahmen von Substitutionsbehandlungen (Einzelfallabrechnung), Monitoring zur schnellen und zielgruppennahen Früherkennung von neuen Risiko- und Problemgruppen etc.) kann

von „Akzeptanzorientierung“ kaum mehr die Rede sein. „Um die (Wieder-)Herstellung bzw. Verbesserung der Fähigkeit zu einer abstinenten Lebensführung zu erreichen, müssen für den Klienten realistische und erreichbare Ziele definiert werden“ (AG DroPo 2004 S. 9). Von Koproduktion im interaktiven Aushandlungsprozess, von Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit drogenkonsumierender Menschen scheint man sich inzwischen verabschiedet zu haben.

Durch unsere Hilfe- und Deutungskulturen von Drogengebrauch und Sucht interpretieren und konkretisieren wir den moralisch-normativen Selbstanspruch der Gesellschaft (oder hat sich wirklich was verändert?) und konstruieren ihn mit. Drogenpolitische Äußerungen werden immer weniger, die Ängste vor Stellenstreichungen immer mehr. Die Arbeitsbeschaffungsmaßnahme „Drogenproblem“ muss erhalten bleiben. Also spielen auch wir weiter grandios auf der Klaviatur „neuer“ Problemzuschreibungen, krümmen unseren Rücken und bauen eifrig weiter an Zuschreibungsgefängnisse für unsere „defizitären, kranken, gestörten und behandlungsbedürftigen Klienten“. Der Problemnachschub und die Diskurse darüber werden nicht versiegen. Zumal derartige Semantiken der Problemkonstruktion inzwischen alltäglich verankert sind und darauf aufbauen (siehe „Cannabisseuche“ etc.). Erinnern wir uns: Die Entstehung der Drogenhilfe gründet sich auf die Annahme einer Gefahr für Sicherheit, Ordnung und Volksgesundheit durch drogengebrauchende Menschen. „Es hat sich ein hochdifferenziertes, einseitig verwissenschaftlichtes Drogenhilfesystem entwickelt, welches primär in allen möglichen Varianten den Zusammenhang Drogenabhängigkeit als Krankheit (fach-)öffentlich transportiert. Die Krankheitsdefinition ermöglichte eine breite gesellschaftliche Akzeptanz des Problembereichs und den Auf- und Ausbau eines hoch differenzierten Drogenhilfesystems. Die sozialen Grundlagen sind jedoch in diesem Prozess der Individualisierung eines Phänomens in den Hintergrund gerückt“ (Friedrichs 2002, S. 104f.). Wie bereits erwähnt, konnte in diesem Prozess eine akzeptanzorientierte Drogenarbeit aber erst „erfolgreich“ als schadensminimierende Hilfsstrategie durch ihre Fähigkeit, sichtbare Drogengebrauchsprobleme behutsam zu kontrollieren und somit deren Bedrohungspotential zu managen, umgesetzt werden. Jetzt soll sie also endgültig funktionalisiert werden (siehe Hamburger Konzeption).

Für die Zukunft ist also kaum zu erwarten, dass der Gebrauch illegalisierter Drogen „den Status eines sozialen Problems“, „als Kampfplatz für Professionsinteressen“ (Dollinger 2002, S. 330) und Drogenhilfe ihre Funktion sozialer Kontrolle und einer politisch „erzwungenen“ Abstinenzorientierung (siehe Hamburg) verliert. Die Suche nach „umfassenden Konzepten“, „die theoretisch und wissenschaftlich untermauert“ mit „fachlich begründeten Methoden“, „interaktiv“, „intensiv“, „lebensweltnah“, „wirksam“, „passgenau“, „kontinuierlich“, „bedarfsgerecht“ und „zielgruppendifferenziert“ im Sinne der neuen Sprachregelung von „models of best practice“ und „Evidenzbasierung“ (leitliniengestützt, qualitätsgesichert und wissenschaftlich evaluiert versteht sich) wird weitergehen (siehe Hamburger Konzeption). Wir werden auch in der Zukunft die Probleme erzeugen, die zu verhindern bzw. „in den Griff“ zu kriegen, wir „evidenzbasiert“ versprechen. Die dominierende „substanzfixierte“ und defizitbezogene Sichtweise von uns „erwachsenen Experten“ trägt darüber hinaus enorm zur Konstruktion „des“ Drogenproblems und „des“ Problem- oder Risikokonsumenten bei. Sie erweitert die (sorgenfalten-) pädagogischen, risikominimierenden und letztlich auch abstinenzorientierten Kontrollbemühungen.

Gnadenlos tolle Begriffe werden immer wieder erfunden („non-treatment-seeking population“) und „neue“ Gebrauchsmuster entdeckt („Binge drinking“, „Komasaufen“). Motivational Interviewing als Motivationsarbeit mit Drogenabhängigen hat inzwischen in der Drogenhilfe Hochkonjunktur. Das liest sich dann folgendermaßen: „Unterschieden wird dabei zwischen Motivational Interviewing als Add-on-Intervention zur Stärkung der Veränderungsmotivation und Motivational Interviewing als Stand-alone-Behandlung“ (Vogt, I./Schmid, M./Schu, M.: Motivationsarbeit mit Drogenabhängigen: Erfahrungen mit Motivational Interviewing und Case Management. In: Suchttherapie 3/2003, S. 132), wobei „In-Take-Gespräche“ besonders wichtig sind. Der Wahnsinn hat Methode. Dies sind nur kleine Beispiele, die Liste ließe sich umfassend erweitern. Nur nebenbei: Früher hieß das „konfliktorientierte Beratung“, „aktives Zuhören“ u.v.a.m. Die Komplexität des Hilfesystems, die internationalen Gesetze, der „erfolgreiche“ amerikanische Drogenkrieg, die therapeutische und sozialpädagogische Machtausübung mit ihrem inzwischen unüberschaubaren Diagnose- und Methodenarsenal und die problemdefinierende Wissenschaft stehen einer wirklichen drogenpo-

litischen „Veränderung“ entgegen. Der Gebrauch illegalisierter Substanzen wird also weiterhin moralisch bewertet, präventiv vermieden, niedrighochschellig begleitet, therapeutisch, sozialpädagogisch und medizinisch behandelt, juristisch verurteilt und weltweit politisch verwaltet, wobei mitunter die Moral selbst zum Betäubungsmittel mutiert. Zudem erstickt Drogenhilfe und Drogenpolitik in Bürokratisierungen, Nationalen Drogen- und Suchträten, systematischen Evaluationen, Qualitätssicherungsabläufen, inflationären Leitlinien und Standardisierungen, wichtigen Positionspapieren, Modulen für alles Mögliche, Rechtsverordnungen, Eckpunkten für irgendwelche Aktionspläne, Runden Tischen, Ordnungspartnerschaften, Problembearbeitungs- und Ethikkommissionen sowie allumfassenden Lenkungsausschüssen unterstützt durch jährliche statistisch abgesicherte, evidenzbasierte „Problemnachrichten“ in Form von Hochglanzjahresberichten. Mit pompösen Aufwand wurden zudem betriebswirtschaftlich orientierte Qualitätsmanagementstrategien als Heilsbringer in der Sucht- und Drogenhilfe mit nebulös und betörend gut klingenden Etiketten wie „Neue Steuerungsmodelle“, „Qualitätssicherung“, „Evidenzbasierung“, „passgenaue Kundenorientierung“, „internes und externes Audit“, „Prozessvalidierung“, „Mindmapping“, „Benchmarking“, „Produktbeschreibung“ aufgebauscht. Neue Titel wurden eingeführt: Qualitätsbeauftragter, Qualitätsmanager („Effizienzverwalter“ klingt doch auch toll). Hier stellt sich die Frage: Wird eigentlich neben der Arbeit in Qualitätszirkeln, Gremien und in der Produktion computer-gestützter Sprachrecyclings noch „vor Ort“ gearbeitet? Wo doch alle mit der praktischen Arbeit so überlastet sind. „70% der PSB anbietenden Einrichtungen geben an, dass ihre Betreuungskapazitäten nicht (mehr) ausreichen, was sicherlich auch eine Folge der zum Teil dramatischen Zunahme der Nachfrage aufgrund der zum 1. Januar 2003 geänderten BUB-Richtlinien zu verstehen ist“ (AG Drogo 2004, S.1). Da fragt man sich, kommen die „Nachfragenden“ alle aus dem Nichts? Waren diese Menschen vorher nicht da, oder hat „die Drogenhilfe“ sie nicht erreicht? Mit wem „haben“ sie dann „gearbeitet“? Nur mit „den Therapiemotivierten“?

Das alles ist eine Frage des Zugangs und der Arbeitsflexibilisierung. Aber Jammern und Nörgeln gehört ja zum Handwerk. Und was hat sich in den letzten Jahren dadurch geändert? Außer, dass sich die Marktlogik auch im Drogenhilfebereich immer mehr durchsetzt und Kafka persönlich an die Tür

klopft, nichts. Nutzer von Drogenhilfsangeboten sind weder nur behandlungsbedürftige Opfer noch souveräne, rational abwägende Kunden. Sie können nicht wirklich „Kunden“ sein, da sie weder kaufen und bezahlen, noch genussorientiert und straf-, angst- und bevormundungsfrei ihre Konsumbedürfnisse, nämlich Drogen zu konsumieren, befriedigen können. Zudem sollte sich **„der professionell Helfende nicht über vorhandene, strukturelle, informationsrelevante und gruppendynamische Asymmetrien in unverantwortlicher Weise selbst täuschen und psychozentrischen Eroberungen des Subjekts Vorschub leisten“** (Maaser 2004, S. 347). Denn: Der Gebrauch und Missbrauch von illegalisierten Drogen wird von Subjekten praktiziert. Der subjektive Faktor jedoch ist nicht quantifizier- und berechenbar sowie durch stufenbezogene Ablaufmuster (Stadien der Veränderung bis zur Abstinenz) standardisierbar. Das zumindest sollten wir nach 40 Jahren Drogenhilfe inzwischen gelernt haben. Es ist eine Grunderfahrung im Drogenhilfebereich, dass selbst wenn „wir“ Grund für die Annahme haben, „unsere“ Hilfeleistung hat zu einer Veränderung im (biografischen und drogalen) Lebensvollzug beim „Betreuten“ geführt, können „wir“ nicht sicher sein, ob das Erreichen des anvisierten Ziels (beispielsweise ein reduzierter Konsum oder Abstinenz) tatsächlich auf die eingesetzten „pädagogischen oder therapeutischen Mittel“ oder nicht vielmehr auf umweltgestützte Eigenleistung „des Betreuten“ zurückzuführen ist. Es gibt halt keine ursächlich wirkenden Methoden zur planmäßigen Veränderung von Drogenkonsumenten, auch wenn immer so getan wird, als gäbe es sie. Denn würde es sie geben, bräuchten wir keine Drogenhilfe, keine Sozialarbeit mehr.

Der heimliche Lehrplan der Drogenhilfe und die Produktion von „Klienten“

„Drogenabhängigkeit“ wird immer noch als eine rein pharmakologisch und psychisch (inzwischen auch genetisch) bedingte, generell behandlungsbedürftige Krankheit angesehen. Insofern werden auch Gebraucher illegalisierter Drogen gemeinhin in der Öffentlichkeit als Menschen dargestellt, die permanent und hochgradig an Drogen „hängen“, frühkindlich geschädigt, schwer krank, erheblich kriminell vorbelastet sind und keine eigenständige Lebensgestaltung mehr zustande bringen. Ihnen wird verallgemeinernd eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit unterstellt, die einerseits aus der angeblich sich zwangsläufig entwickelnden „Ab-

hängigkeit“, aus der pharmakologischen Macht der Drogen und andererseits auch aus ihren psychischen Prädispositionen resultieren soll. Hier greift denn auch der psychoanalytisch geprägte Mythos vom biographiebestimmenden Trauma der frühen Kindheit. Nicht mehr nur der kompulsive Drogengebrauch, sondern „das Drogenmilieu macht psychisch krank, führt zu depressiven Reaktionen, in die Suizidalität, zu psychotischen Dekompensationen, mitunter auch zu schweren Schädigungen der Gesamtpersönlichkeit ggf. zur Ausbildung einer BPS durch Akkumulation von `critical and stressful life events` (Newcomb et al., 1981). Die pathogene Valenz der Drogenkarriere im Hinblick auf den weiteren Lebensverlauf wird nicht genügend gewichtet“ (AG Drogo 2004, S.4). Ganz im Sinne szenedislozierender Maßnahmen: Die „pathogenen“ bzw. krankheitsbedingten Strukturen (Verhältnisse)“ gilt es in den Blick zu nehmen und „so weit wie möglich zu beseitigen“ (Bossong 2003, S. 33). Der Lebensraum Drogenszene wird in bewährter Manier nur in seiner Negativ-Funktion gesehen, erscheint als Ort der Krankmachung, Verfestigung von Drogengebrauchsverhalten, krimineller Hort und ordnungspolitischer Probleme. Er hat aber auch wesentlich subjektive Bedeutungen für die Dazugehörenden, die sonst kaum mehr was „haben“: Er ist Handlungs- und Kommunikationsraum, vermittelt Orientierung, Halt, Identifikationsangebote, Zugehörigkeitsgefühle und er kann Lebenssituationen stabilisieren, „Familienersatz“ beinhalten, Sicherheit gewähren. Forschungsergebnisse zum kontrollierten, regelorientierten, auch genussorientierten Gebrauch illegalisierter Substanzen und zum Selbstausstieg ohne professionelle Behandlung zeigen ferner, dass die gängigen, wertungsbezogenen Typisierungen von „Drogenabhängigkeit“ und ihre „objektiven“ Diagnosekriterien (wie zwangsläufige Toleranzentwicklung und Dosiserhöhungstendenz, Handlungsunfähigkeit, sofortiger Selbstkontrollverlust, automatischer körperlicher und sozialer Verfall, generelle Behandlungsbedürftigkeit, störungsgeschüttelte Defizitgestalt) in ihrer Pauschalität und Linearität nicht mehr haltbar sind. Die Möglichkeit der Entwicklung eines zwanghaften und exzessiven Gebrauchs von allen Drogen liegt aber nicht an der jeweiligen Substanz, „sondern an einem falschen Umgang mit ihr, genauer: einer falschen Dosierung: zu schnell, zu oft, zu viel. Drogen führen nicht automatisch zur Sucht; die Sucht ist nicht Bestandteil der Droge“ (Dreitzel, H.-P., 1997, 2).

Die beschriebenen Symptomkriterien zielen nun

auf die Beschreibung des Stigmas Sucht und Abhängigkeit. Krankheit und Gesundheit bzw. Krankheit und Nicht-Krankheit enthalten neben der Charakterisierung eines Verhaltens (oder wie beim „Abhängigkeitsbegriff“ eines Zustandes) immer eine Bewertung, die durch einen gesellschaftlich lizenzierten „Beobachter“ zugeschrieben wird. Je umfangreicher und „globaler“ nun Störungsdiagnosen (Co- und Multimorbidität, primäre und sekundäre Depression, Über-Ich-Pathologien, Borderline, allgemeine Persönlichkeitsstörungen etc.) methodisch vermittelt werden (eine „gute“ Auflistung der Störungsvielfalt bietet AG Dropo 2004, S. 3-6), sie also zum Definitionsrepertoire von sog. „Diagnosefachkräften“ gehören, desto häufiger erfolgt auch eine entsprechende Zuschreibung. Natürlich gibt es derartige - wie auch immer bedingte - Krankheitsbilder. Menschen, die unter der Kriminalisierung/Illegalität, der Verstrickung in zwanghafte und exzessive Gebrauchsformen und unter psychischen Störungen leiden oder selbstmedikativ Drogen zur Problembewätigung einsetzen, sollen selbstverständlich kompetente Hilfe erhalten und diese ohne Zwang nutzen können. Doch durch die „schnelle“, verallgemeinernde Zuschreibung von Störungsdiagnosen wird dem Individuum „seine Eigenständigkeit, Willens- und Handlungsfreiheit komplett abgesprochen“ (Soellner, R., 2000, 198). Dabei kommen unterschiedliche Beobachter jedoch häufig auch zu unterschiedlichen Diagnosen oder - nach einem kulturell-gesellschaftlichen Wertewandel - zu neuen Definitionen. „Zum Beispiel gibt es in Amerika das sogenannte DSM, Diagnostical and Statistic manual. Damit ist man jetzt bei der dritten überarbeiteten Version angelangt. DSM-III-R. Das ist eine komplizierte, ausgeklügelte Auflistung aller nur möglichen seelischen und geistigen Störungen, auch psychosomatischer Art. Als man von DSM-II zu DSM-III überging, wurde aufgrund gesellschaftlichen Drucks die Homosexualität nicht mehr als Störung aufgeführt. Man hat so mit einem Federstrich Millionen Menschen von ihrer Krankheit geheilt. Einen solchen therapeutischen Erfolg findet man wohl nur selten“ (Watzlawick, P., 1992, 87f.).

Die weiterhin gültigen Interpretationsfolien vom defizitären und tief beschädigten Leben „des“ Drogenabhängigen, „des“ Suchtkranken sind allein „in den Begriffen von Mangel und Unfertigkeit“ (Herriger, N., 1997, 67), von frühkindlichen Be-

schädigungen, Identitätsstörungen, Vernichtungsgefühlen, fehlgeschlagenen Selbstheilungsversuchen, neurotischen Konfliktbesetzungen, narzisstischen Störungen und genereller Ich-Schwäche ausbuchstabiert. In der Drogen- und Suchthilfe dominiert denn auch weiterhin neben „die inflationäre Anwendung der Suchtsemantik“ (Dollinger 2002b, 39) und deren klassifikatorische Diagnosesysteme sowie die „berufliche Fürsorglichkeit“ gestützt auf der Annahme, dass „Klienten“ zu „Klienten“ werden, weil sie „Träger von Defiziten, Problemen, Pathologien und Krankheiten sind, dass sie - in kritischem Maße - beschädigt oder schwach sind“ (Herriger, N., 1997, 68). Gebraucher illegalisierter Drogen werden zu Opfern, den man sich helfend nähern kann. Diese Deutungsfolien legen den Hilfenachfragenden allein auf Kategorien des Versagens, des Gestört-Seins, des Misslingens, der Nicht-Normalität fest; letztendlich begibt sich der Nutzer der Drogenhilfe, will er denn die institutionelle Interaktion nicht scheitern lassen, „in das Gehäuse der Experten-Interpretation“ (Herriger, N., 1997, 69) und übernimmt die angebotenen Wahrnehmungs- und Deutungsweisen: Sie werden zu Klienten („Schutzbefohlenen“). So z.B. kann die häufig festgestellte Übernahme therapeutischer sowie sozialpädagogischer Sprachregelung durch die Betroffenen als eine (sicherlich verständliche) ritualisierte Form der überlebensnotwendigen Anpassung angesehen werden. Was dann allerdings auch zu Selbststigmatisierungen führen kann. Die Selbstdefinition „Ich bin ja süchtig, schwer krank, ihr müsst mir helfen“ eröffnet den „Betroffenen“ dann auch problemlos den Zugang zu medizinischen, therapeutischen und sozialpädagogischen Hilfeeinrichtungen. Sie werden häufig „mit offenen Armen“ empfangen. Diese Selbstetikettierung ermöglicht ihnen aber auch eine Entlastung von der oftmals harten Selbstverantwortlichkeit. Folge ist den auch eine Verleugnung ihres Selbstbestimmungsrechtes. Sie verbleiben im wärmenden Schoß der Drogenhilfe als „arme“ Opfer der Pharmakologie von Drogen, der Gesellschaft, der frühen Kindheit oder Persönlichkeitsstörungen.

Gebraucher illegalisierter Substanzen sind jedoch per se keine Klienten, sondern werden durch das therapeutische und sozialpädagogische Diagnosesystem dazu gemacht. Dem Drogenhilfesystem kommt es vorrangig darauf an, die eigene Selbsterhaltung zu stabilisieren; es steht ständig unter Legitimations- und Selbstvergewisserungsdruck.

„Dazu muss es dauerhaft Bedürftigkeit diagnostizieren, da es nur in Fällen von Bedürftigkeit operieren kann“ (Weber, G./Hillebrandt, F., 1999, 239). Insofern benötigt das gesamte soziale Hilfesystem „Klienten“, denn sonst würde es sich selbst in Frage stellen. „Klienten“ dürfen also nicht verschwinden, denn im Klienten verdichten sich sozialarbeiterische und therapeutische „Problem- und Defiziterzählungen“. Mit Hilfe dieser „Erzählungen“ über Klienten dehnt sich die sozialpädagogische und therapeutische Kommunikation – methodisch und wissenschaftlich abgesichert – aus und steuert somit die „klientenbezogenen“ Interaktionsprozesse. Dadurch wird die Zuschreibung von unterstellten Motiven, Störungen, Defiziten, Problemen und Krankheiten erst ermöglicht (vgl. Eugster 2000). „Klienten“ finden sich somit recht schnell in einem Zuschreibungsgefängnis wieder, aus dem es kaum ein Entrinnen gibt (Pathologisierung, Psychiatrisierung). Die Geschichte der Drogenhilfe zeigt: Wo „Klienten“ ausbleiben, werden schnell Problembereiche konstruiert, um neue „Klienten“ zu rekrutieren. Drogenhilfe ist immer auf „Problemnachschub“ angewiesen (aktuell: Behandlungsbedürftigkeit von schwerstabhängigen Kiffern steigt enorm, siehe Themenschwerpunkt heft „Cannabis“ der Zeitschrift Sucht 5/2004).

„Drogenabhängige“ Menschen als Objekte der medizinischen, psychiatrischen, drogenhilfepraktischen und repressiven „Fürsorglichkeit“ scheiden aufgrund ihrer Definition als „behandlungsbedürftige, gestörte Klienten“, die zudem auch noch kriminell sind, von vornherein als gleichberechtigte Verhandlungs- und Kooperationspartner aus. Sie werden – wie beschrieben – zu „Klienten“ gemacht. Behandlungs- und Betreuungsmethoden als drogenhilfepraktische Interventionen gründen sich auf Zuschreibungskonstrukte und die Verallgemeinerung von (sicherlich vorhandenen) Drogengebrauchsrisiken. So ist beispielsweise auch ohne die „ständige Energiezufuhr generalisierter Risikounterstellung so etwas wie Prävention nicht etablierbar“ (Eugster, R., 2000, 89). Damit kommt es zwangsläufig zu einer Expansion des „moralischen Unternehmertums“, d.h. zur „Ausdehnung des medizinisch-pädagogisch-sozialarbeiterischen Zuständigkeitsbereiches“ (Eugster 2000, 89). Entsprechende Behandlungs- und Betreuungsmethoden können nicht von den sie erst konstituierenden Definitions- und Zuschreibungsverhältnissen abgelöst werden. Interventionen im Drogenhilfebereich müssen sich bestimmter Techniken und Methoden

bedienen, sonst werden sie „sinnlos“. Sie orientieren sich dabei an Qualitätsstandards, die genau definiert werden und somit „Interventionssinn“ objektivieren, so dass sie „für jeden Bearbeiter denselben Sinn ergeben...Durch zuverlässige Kausalannahmen kann bei feststehenden Prämissen und Zielen dann das passende Mittel ausgesucht werden“ (Horn 1994, 204). Alles muss im Sinne deutscher Ideologie übersichtlich, eindeutig, kurz: in Ordnung sein. Diese methodisch gestützten Sinngebungsprozesse münden meist in empathische, selektive und typisierende Fallkonstruktionen. Die Konsequenz ist ein „Zwang“ zur Hilfs- und Behandlungsbedürftigkeitsunterstellung: Der entsprechende Nachweis wird tagtäglich kommunikativ in abertausenden Teamsitzungen hergestellt und somit auch in den „Köpfen“ verfestigt (beliebter Spruch von Sozialpädagogen im Praxisalltag: „Die/der hat aber die Kacke am Dampfen“). Die darauf aufbauende sozialpädagogische und therapeutische „Reparaturaltät“ wird so permanent reproduziert und dient auch der individuellen sowie gesellschaftlich notwendigen Handlungslegitimation nach innen und außen.

Wir sind jedenfalls auf dem besten Wege, dass die Anzahl der Suchtmediziner, Qualitätssicherer, Schadensbegrenzer, Drogenhelfer, Präventionsfachkräfte, Casemanager, Drogenpolitiker, Drogenverwalter, Drogentherapeuten, Drogenforscher, Frühinterventionisten und Drogenverfolger die geschätzte Zahl der Gebraucher illegalisierter Drogen bald übersteigt oder schon überstiegen hat.

Fazit

Drogenpolitik und Drogenhilfe muss dauerhaft Problem-, Risiko-, Defizit- und Gesundheitsmangelbezug zielgruppen- und passgenau diagnostizieren, da sie sonst nicht „sinnvoll“ und „evidenzbasiert“ operieren können. Es geht um die Kontrolle des subjektiven Faktors, wobei die Illusion absehbarer und berechenbarer Risiken und planbarer Ausstiegsverläufe den Taktstock schwingt. Drogengebrauchende Menschen dürfen überdies auch nicht einfach verschwinden, „denn ihre bloße Anwesenheit legitimiert weitere Interventionen“ (Krasmann/de Marinis 1997, S. 179) und sichert damit auch den Erhalt des repressiven und hilfepraktischen „Drogenverwaltungssystems“.

„Die Drogenhilfsindustrie – ob sie will oder nicht – ist zusammen mit den Drogenfahndungsbehörden

den und koordinierenden Instanzen zu einem wichtigen Bestandteil der Interessengruppen geworden, die sich um die Drogenproblematik geformt haben. Denn schließlich ist das Drogenproblem die Quelle ihrer Einkommen und gibt ihnen ihren Status. Die Beibehaltung des fortwährenden Drucks, das Drogenproblem der Bevölkerung gegenüber als „ernst“ darzustellen, ist nicht länger eine Lobby-Aktivität der zentralen Polizeidienste, sondern nunmehr auch von Teilen der Drogenhilfsindustrie“ (Cohen 2001, S. 51f).

Dabei ist es doch seit langem bekannt: Drogen werden immer konsumiert, ob sie nun verboten sind oder nicht. Das eigentliche Problem ist die Illegalisierung der Substanzen. Die Drogenprohibition schafft erst die gepanschten und gestreckten Substanzen, die unwürdigen und unhygienischen Lebens- und Konsumbedingungen, die Drogenmythen und Drogenphobien, die Drogenhilfsindustrie, die Drogenverfolgungsapparate sowie die Illegalität des Drogenmarktes, wobei hier die Umsätze jährlich geschätzte 300 Milliarden Euro betragen (der Afghanistan-Krieg hat hier nichts und die Hamburger Konzeption wird hier nichts ändern).

Illegalisierung der Substanzen und Kriminalisierung der Konsumenten verhindern im Verbund mit der unaufhebbaren Asymmetrie der Denk- und Handlungssysteme von Konsumenten und Experten grundsätzliche Akzeptanz. Allein schon durch unsere „Helferexistenz“ stigmatisieren wir.

Gerade im Zuge einer zunehmenden Roll-Back-Situation in Drogenhilfe und Drogenpolitik besteht Anlass genug, ein Resümee zu ziehen: Die Aufbruchstimmung, die mit der Konzeptualisierung einer akzeptanzorientierten Drogenhilfe verbunden war, weicht mehr und mehr einer verschwommenen Methodisierung, Verbürokratisierung und Entpolitisierung. Eine subtil „verkaufte“ Medizinalisierung der Drogenhilfe und Medikalisation von Sucht sowie damit einhergehend eine jetzt schon frühzeitige Psychiatrisierung (Stichwort: Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke – CMA -, Ko-morbidität, multi-morbide Heroinabhängige oder wäre es nicht besser von „therapieresistenten, co- und multimorbiden Mehrfachverweigerern“ – TCM – zu sprechen? Vor ca. 15 Jahren hießen diese Menschen EPD's (Extrem problematische Drogenabhängige); schwerstabhängige Kiffer) tritt immer stärker in den Vordergrund.

Drogenpolitik erweist sich darüber hinaus mehr und mehr als Regulierungspolitik eines besonders

sichtbaren „sozialen Problems“. Sie ist darauf gerichtet, diese Sichtbarkeit möglichst zu verringern, um den gefürchteten, öffentlichen Problemdruck zu reduzieren. So notwendig beispielsweise auch Drogenkonsumräume und heroingestützte Behandlungsformen für die Einleitung von Normalisierungsprozessen auch sein mögen, unterliegen sie doch spätmoderner Kontroll- und ordnungspolitischer Integrationsbemühungen. Es geht darum, „den Fixer“ und den Konsumakt so weit wie möglich unsichtbar zu machen. Und ein Außenfeind wird immer mal wieder gerne präsentiert: „Die völlig verantwortungslose Drogenpolitik der Niederlande ist eine der wesentlichen Ursachen für die Versorgung des Drogenmarktes sowie für Drogenelend und Tod in Deutschland“ (Bayerns Innenminister Günther Beckstein in der Bild am Sonntag, 24.11.02).

Der immer noch gültige öffentliche Wahrnehmungskokon des Schlechten, Risikoreichen, Bedrohlichen, Gefährlichen bezüglich des Gebrauchs illegalisierter Substanzen verhindert weiterhin eine drogenpolitische Umorientierung. Voraussetzung für eine drogenpolitische Veränderung wäre die repressive Drogenverbotspolitik aufzuheben, um somit „Drogenhilfe“ in ihrer gesamten Spannweite der zugeschriebenen Funktionen als Rettungsinstantz zur Befreiung von einem gesellschaftlichen Grundübel und als Wiederherstellungsinstantz von Normalität und Abstinenz zu entledigen. Jedoch: Drogengebrauchshasardeure und die missbräuchliche und süchtige Verwendung von allen Substanzen zur Veränderung des „normalen“ Wachstums wird es immer geben. Alles was lebensnotwendig und genussorientiert ist, birgt immer auch Risiken: Sie gehören neben unvernünftigen Verhaltens in unserer „kaufregenden“ und zugleich jammernden Gesellschaft auf hohem Niveau, in der allabendlich die Toyota-Affen verkünden „Nichts ist unmöglich“, das Dionysische wie das Apollinische zum Menschsein und sind integraler Bestandteil gesellschaftlichen Lebens. Wir sollten dies „akzeptieren“. Jedoch: „Wo Rauch ist, da ist meist der Joint nicht weit, oder anders herum: Wo Nikotin keine Rolle spielt, da wird auch kein Cannabis konsumiert. Das unterstreicht noch einmal, welcher Handlungsbedarf besteht“ (Büro für Suchtprävention, Hamburg 2004, S. 1).

Passen wir auf, dass wir nicht ob der sich entwickelnden qualitätsgesicherten, evidenzbasierten und lenkungsausschussbezogenen „Selbstabsicherungsmentalität“ auch die politische Bodenhaftung

verlieren und selbst „moralische Unternehmer“ werden, die Konstruktionen als real definieren: Die Konsequenzen wären dann auch real! Es bleibt viel zu tun, packen wir es an. Aber Vorsicht: Sisyphos ist überall.

Drogenhilfe sollte ihren resignativen Rückzug aus der Drogenpolitik beenden, kritische Gegenöffentlichkeit wieder herstellen, sonst werden wir Reparaturbetrieb, Elendsverwalter und Konstrukteur und Regulator von sichtbaren, sozialen Problemen bleiben. Eine wirklich „akzeptierende“ Drogenarbeit mit dem Ziel einer weitergehenden Normalisierung der Lebensbedingungen von drogengebrauchenden Menschen wird aber erst dann gelingen, wenn drogenpolitische Veränderungen umgesetzt wurden (personenbezogene Entkriminalisierung, substanzbezogene Legalisierung). „Prohibition ist das größte Förderprogramm für die organisierte Kriminalität“, so formulierte es einmal ein bekannter Polizeipräsident in der Bundesrepublik. Dem ist nichts hinzuzufügen.

„Wir denken gerne, man nehme hauptsächlich Drogen, um irgendeinem Problem auszuweichen, als Kompensation eines Manko, als kleineres Übel; kurz „Sucht als Flucht“. Das gehört sozusagen zu unserer professionellen Ideologie, denn sonst könnten wir ja nicht helfen, therapieren, einschließen oder akzeptieren. Doch gilt dies auch für unseren Kaffee, für die Zigaretten, das abendliche Bier? Wir konsumieren doch Drogen, weil sie uns Spaß machen, weil sie uns entspannen, besser schlafen lassen, das Denken anregen, Kontakte erleichtern, weil wir etwas ausprobieren wollen, unsere Identität testen wollen, um unsere Welt zu transzendieren, unser Bewusstsein zu erweitern. Wir nehmen Drogen, weil wir es wollen und nicht, weil die Drogen (oder die Dealer) es uns vorschreiben... Merke: Nicht die Droge ist das Problem und nicht nur die Drogenpolitik, sondern die Art, wie eine Kultur mit ihren Drogen und Drogenpolitikern umgeht“ (Stefan Quensel und Peter Cohen beim berühmten „Sofagespräch“ über Möglichkeiten der Enkulturation (heute noch) illegalisierter Drogen: akzept- Kongress „Drogen ohne Grenzen“ vom 6.-8.10.1994 in Münster).

Literatur:

AG Dropo: Finanzierung psychosozialer Betreu-

ung substituierter Drogenabhängiger. Niederkrüchten 2004

Bossong,H.: Die Szene und die Stadt. Geesthacht 2003

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg: Konzeption wirksamer Drogenpolitik in Hamburg. 2003

Büro für Suchtprävention: Die Zeitung für Suchtprävention. Hamburg 2004

Cohen,P.: Europäische Drogenpolitik? In: akzept e.V.(Hg.): Gesellschaft mit Drogen – Akzeptanz im Wandel. Berlin 2001

Dollinger,B.: Drogen im sozialen Kontext. Augsburg 2002

Dreizel, H.P.: Drogen für alle. Manuskript. Berlin 1997

Eugster,R.: Die Genese des Klienten. Soziale Arbeit als System. Bern 2000

Friedrichs, J.: Drogen und soziale Arbeit. Opladen 2002

Herriger,N.: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Stuttgart 1997

Horn,E.: Soziologische Systemtheorien und systemische Familientherapie. In: Herlth,A. et al (Hg.): Abschied von der Normalfamilie. Berlin 1994

Krasmann,L./de Marinis,H.: Machtintervention im urbanen Raum. In: Kriminologisches Journal 2/1997, S. 162 – 185

Maaser,W.: Gemeinnützige Wohlfahrtsverbände zwischen moralischem Selbstverständnis und operativen Zwängen. In: Neue Praxis 4/2004, S. 338 – 354

Samorini,G.: Liebestolle Katzen und berauschte Kühe. Aarau 2002

Schneider,W.: Drogenmythen. Zur sozialen Konstruktion von „Drogenbildern“ in Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. Berlin 2000

Schneider,W.: Big Brother is watching you – Oder: Drogenmythen, Moral, die Macht der Diagnose und die Produktion von „Klienten“. In: Schneider,W. (Hg.): Illegalisierte Drogen. Alte Mythen – Neue Akzeptanz. Berlin 2001

Schneider,W.: Suchtprävention eine Schimäre? In: Akzeptanz 2/2002, S. 7 – 13

Schneider,W.: Drogenmythen – Abstinenz - Akzeptanz. Grenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit und „dislozierende“ Zukunftsvisionen. In: Schneider,W./Gerlach,R. (Hg.): Drogen Leben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Berlin 2004

Soellner,R.: Abhängig von Haschisch? Bern 2000

Watzlawick,P.: „Berufskrankheiten“ systemisch-konstruktivistischer Therapeuten. In: Schweitzer,J. et al (Hg.): Systemische Praxis und Postmoderne. Frankfurt 1992

Weber,G./Hillebrandt,F.: Soziale Hilfe – Ein Teilsystem der Gesellschaft? Opladen 1999

Kontaktadresse des Autors/Author's contact details:

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

*Veröffentlicht/Published: 15. Dezember 2004/
December 15, 2004

Eingereicht/Received: 7. Dezember 2004/
December 7, 2004

Angenommen/Accepted: 13. Dezember 2004/
December 13, 2004