Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 27 (2001)
Heft: 4

Artikel: Die Produktion von KlientInnen in der Drogenhilfe
Autor: Schneider, Wolfgang
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-799989

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 11.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Die Produktion von KlientInnen in der Drogenhilfe

Vor dem Hintergrund des weit verbreiteten Mythos, Drogenkonsumierende seien hilflose, in ihrer Persönlichkeit gestörte, (eigen-)verantwortungslose Opfer dämonischer Substanzen und profitgieriger Dealer, hat sich ein sich selbst erhaltendes Drogenhilfesystem von immensem Ausmass gebildet. Die folgenden provozierenden Gedanken sollen dazu anregen, diese defizitorientierte Perspektive durch eine menschenwürdige zu ersetzen.

WOLFGANG SCHNEIDER*

Trotz sicherlich durchaus positiver drogenpolitischer Veränderungen in der BRD[1] muss insgesamt gesehen eine eher ernüchternde Bilanz gezogen werden: Die ganzen angebots- und nachfragereduzierenden Massnahmen für ca. 0,25 % der Bevölkerung kosten jährlich über 16 Milliarden DM mit folgenden Resultaten:

- Weiterhin hohes Mortalitätsrisiko durch gepanschte und gestreckte Strassendrogen
- Im Jahr 2000 2023 an den Begleitumständen des Drogengebrauchs gestorbene Menschen
- Im Jahr 2000 weit über 20.000 erstauffällige Konsumenten illegalisierter Drogen
- Obdachlosigkeit und Kriminalisierungsdruck
- ca. 20'000 zwanghaft und exzessiv Drogengebrauchende in Justizvollzugsanstalten
- ca. 70% mit Hepatitis C infizierte KonsumentInnen
- «Junkie-Jogging» in den Grossstädten
- trotz Aufrüstung im «Drogenkrieg» und «Schimanskisierung» der Verfolgungspraxis gegen das Böse schlechthin: nämlich den Drogendealern
- keine Einschränkung der Verfügbarkeit von illegalisierten Drogen: nur ca. 5 – 10 Prozent der angebotenen Drogen werden dem illegalen Markt entzogen

Was bleibt, ist eine quantitative Zunahme von GebraucherInnen illegalisierter Drogen und deren soziale Deklassierung und Marginalisierung, Kriminalisierung und oft auch gesundheitliche Verelendung.

Akzeptanzorientierte Drogenhilfe als neues Element der Suchtarbeit

Die Zugangsmethode «Niedrigschwelligkeit» und der inhaltliche Arbeitsansatz «Akzeptanz» hat zudem die Reichweite der Drogenhilfe insgesamt erhöht. Da dieser relativ neue Arbeitsansatz jedoch von grundsätzlich anderen drogentheoretischen Prämissen und drogenpolitischen Zielsetzungen ausgeht als die traditionelle, hochschwellige Drogenarbeit und die gegenwärtige, weiterhin repressiv orientierte Drogenpolitik, sollte die akzeptanzorientierte Drogenhilfe niemals nur Ergänzung der Angebotspalette von klassischer Drogenhilfe sein. Vielmehr ist immer wieder darauf hinzuweisen, dass es die Illegalisierung ist, die wirklichen Konsumentenschutz verhindert.

Jedoch: Auch heute noch werden Risiko minimierende und schadensbegrenzende Ansätze im Sinne der Leidensdrucktheorie als Methode der Suchtverlängerung, als «Kapitulation vor der Sucht» abgelehnt. Ferner bestimmen weiterhin Diabolisierungs- und Dramatisierungsszenarien als Reproduktion von Drogenmythen die wissenschaftliche, öffentliche und auch drogenhilfepraktische Diskussion[2]. 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.

Der Mythos des Sisyphos in der Drogenhilfe

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit als ein inzwischen integraler Bestandteil öffentlicher Drogenhilfe zielt in ihren öffentlichen Verlautbarungen auf die Minimierung der gesundheitlichen, sozialen und psychischen Risiken für Drogengebrauchende (Drogen sind ja doch «irgendwie» immer schädlich). Sie sollte aber vordringlich auf die moderierende, entwicklungsbegleitende Unterstützung von genussfähiger Gebrauchskompetenz zielen[3].

Jedoch: Wir sprechen hier von akzeptanzorientierter Drogenarbeit im Rahmen des gegebenen Drogenhilfe- und

* Dr. Wolfgang Schneider, INDRO e.V., Bremer Platz 18 – 20, 48155 Münster, Email: Schneiderindro@aol.com

Politiksystems. Eine wirkliche akzeptierende Drogenarbeit kann es unter der weiterhin gültigen Drogenverbotspolitik nicht geben. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit bleibt – thesenhaft formuliert – unter diesen Bedingungen letztendlich Elendsverwaltung, dient der Sozialkosmetik und erhält sich durch ihre inzwischen breit gefächerte Institutionalisierung selbst. Drogenhilfe, ob abstinenzorientiert oder schadensbegrenzend, konserviert das zugrunde liegende normative Hilfs- und Politiksystem: Der Mythos des Sisyphos (Gestalt der griechischen Sage, die zu einem nie ans Ziel führenden Steinwälzen verurteilt war) lässt grüssen.
«Überzeugt von dem rein menschlichen Ursprung alles Menschlichen, ist er also immer unterwegs – ein Blinder, der sehen möchte und weiss, dass die Nacht kein Ende hat. Der Stein rollt wieder.»[4]
Trotzdem müssen wir uns jedoch Sisyphos durch die «Sinnhaftigkeit» seines Tuns als einen glücklichen Menschen vorstellen!

Eine wirklich akzeptierende Drogenhilfe ist unter den gegebenen Bedingungen unmöglich

Drogenhilfe in all ihren Schattierungen erstickt gegenwärtig in Bürokratisierungen, Qualitätsmanagementabläufen und Rechtsverordnungen. Dies zeigt sich jüngst besonders deutlich bei der rechtlichen Umsetzung von Drogenkonsumräumen und dem Modellprojekt zur staatlich kontrollierten Heroinvergabe. Akzeptanz drogengebrauchender Menschen? – Nein, nur mehr Kontrollregeln auf den Kontrolltürmen sozialpädagogischer, therapeutischer und medizinischer Machtausübung. Drogenhilfe, insbesondere in ihrer schadensbegrenzenden Ausprägung, wird mehr und mehr zu einem weiteren Mosaiksteinchen dieser Machtausübung, und auf dem weltweit umspannenden Netz von Drogenkongressen, Tagungen und Seminaren entlädt sich eine geballte Ladung an selbstdarstellerischem Eindrucksmanagement garniert mit den entsprechenden Eitelkeiten.
Dabei ist es doch seit langem bekannt: Das eigentliche Problem ist die Illegalisierung der Substanzen, die Drogenprohibition, die erst die gepanschten und gestreckten Drogen, die unwürdigen Lebens- und Konsumbedingungen, die Drogenmythen und Drogenphobien sowie die Illegalität des Drogenmarktes schafft. Jedoch: Die Komplexität des Hilfesystems, die internationalen Gesetze, der amerikanische Drogenkrieg, die therapeutische und sozialpädagogische Machtausübung mit ihrem unüberschaubaren Diagnose- und Methodenarsenal, die problemdefinierende Wissenschaft stehen einer drogenpolitischen Veränderung entgegen. So wird es trotz der so genannten vierten Säule einer schadens-

begrenzenden Drogenarbeit nicht zu einem wirklich akzeptierenden Umgang mit drogenkonsumierenden Menschen kommen.

Die Konstruktion immer neuer Risiken

Die Suche nach neuen Substanzen, Risikopersonen und Risikobereichen durch Monitoring (szenennahe Trendforschung), die Ausweitung und Förderung wichtiger epidemiologischer, quantitativer, kontrollgruppengestützter und kohortenbezogener (hier sind nicht Cäsar's Legionen gemeint), multizentrischer Forschung und die Installierung so genannter Früherkennungssysteme wird weitergehen, damit die szenennahe Eingreiftruppe schnell projektbezogen die Risiken oder Schäden minimieren kann. Unsere Definitionsmacht für diesen Bereich führt somit ständig zur «Entdeckung» neuer Risiken, Schäden und Problemen und damit auch zur «Enttarnung» von (angeblichen) Problemgruppen. Diese «Risikofixierung» führt damit auch zu einer wachsenden medialen Wahrnehmung dieser neuen, gefährlichen «sozialen Probleme». Was ehrenwert und akzeptanzorientiert begann, wird – ob wir das wollen oder nicht – aufgrund der Systemlogik organisationsfunktional konserviert.

Die damit tendenziell wachsende «Klientelisierung» geht einher mit neuen, dringend notwendigen Forschungsaktivitäten, die erst die Legitimation für «Eingreiftruppen» liefern. Sisyphos beginnt erneut mit seiner Arbeit und scheitert «erfolgreich». Der Gebrauch illegalisierter Substanzen wird weiterhin moralisch bewertet, therapeutisch, sozialpädagogisch und medizinisch behandelt, juristisch verurteilt und europaweit politisch verwaltet, wobei mitunter die Moral selbst zum Betäubungsmittel mutiert. Gebraucher illegalisierter Substanzen müssen gerettet werden, weil wir Retter, methodengestützt, mit Diagnosekriterien «bewaffnet», durch Moral sowie «Sondermassnahmen» abgesichert, es so wollen.

Ist die «gute» akzeptanzorientierte, schadensbegrenzende Drogenarbeit nicht mit dabei, unterstützend den «gläsernen» Drogenkonsumenten zu produzieren, der vollständig ausgeforscht, von innen «durchsichtig» sowie öffentlich nicht mehr sichtbar und damit letztendlich kolonalisiert zum willfährigen, entmündigten Objekt juristischer, therapeutischer, sozialpädagogischer sowie medizinischer Massnahmen geworden ist – im Sinne einer, wie auch immer definierten, sozialen Integration via Schadensbegrenzung und Abstinenz?

Ein fragwürdiges Suchtverständnis

«Drogenabhängigkeit» wird immer noch als eine rein pharmakologisch und psychisch 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 «Abhängigkeit», 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. Forschungsergebnisse zum

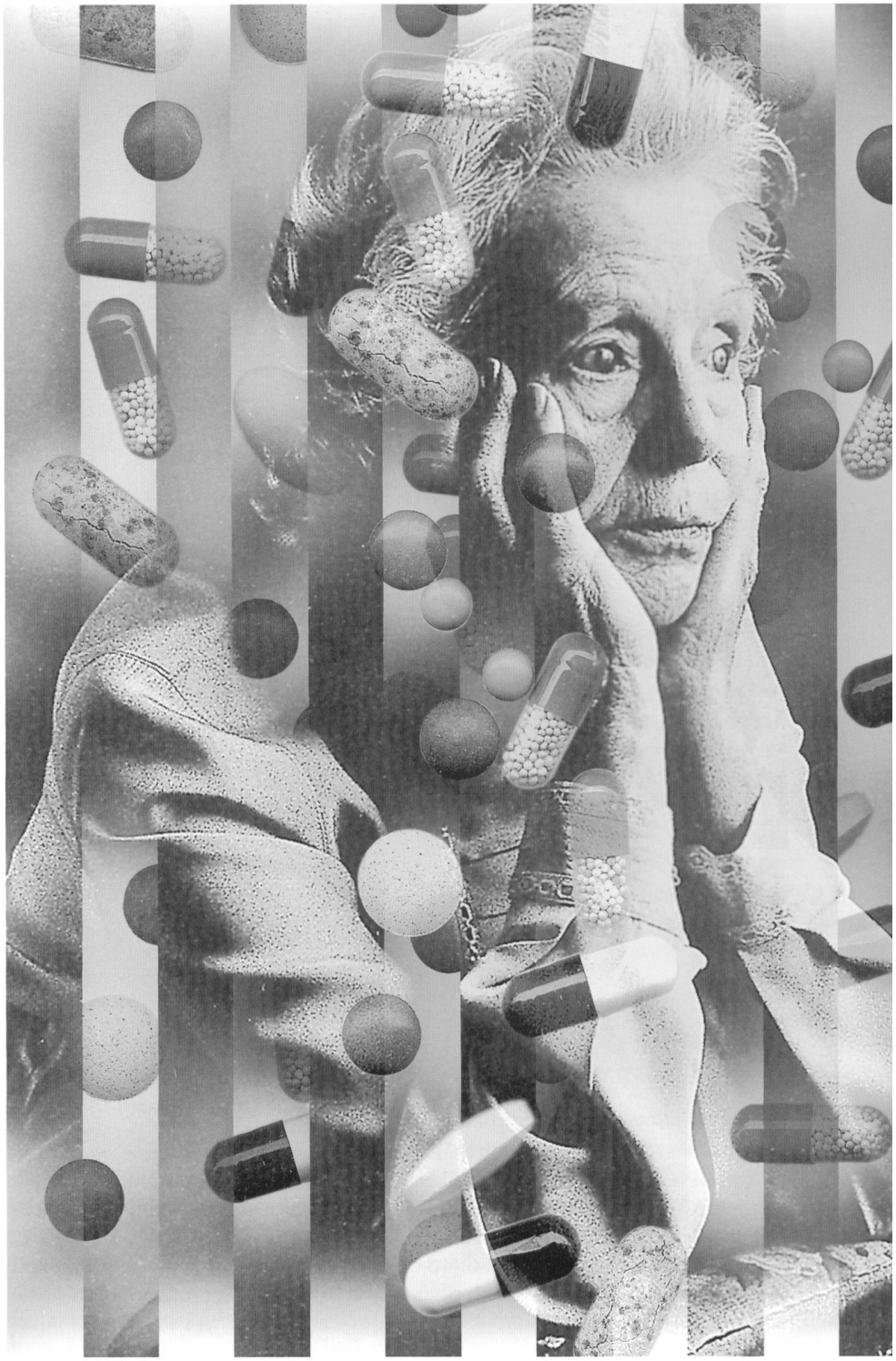
kontrollierten, regelorientierten, auch genussorientierten Gebrauch illegalisierter Substanzen und zum Selbstausstieg ohne professionelle Behandlung[5] zeigen jedoch, dass die gängigen, wertungsbezogenen Typisierungen von «Drogenabhängigkeit» als «objektive» Diagnosekriterien (wie zwangsläufige Toleranzentwicklung 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»*.[6]

Wenn die Bezeichnung «Krankheit» Krankheit generiert

Die genannten 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» Störungsdiagnosen (Co- und Multimorbidität, primäre und sekundäre Depression, Über-Ich-Pathologien, Borderline, allgemeine Persönlichkeitsstörungen etc.) methodisch vermittelt werden, sie also zum Definitionsrepertoire von so genannten «Diagnosefachkräften» gehören, desto häufiger erfolgt auch eine entsprechende Zuschreibung.
Natürlich gibt es derartige – wie auch immer bedingten – Krankheitsbilder. Doch durch die «schnelle», zum Teil unreflektierte, verallgemeinernde Zuschreibung von Störungsdiagnosen wird dem Individuum *«seine Eigenständigkeit, Willens- und Handlungsfreiheit komplett abgesprochen»*[7]. Dabei kommen unterschiedliche Beobachter jedoch häufig auch zu unterschiedlichen Diagnosen oder – nach einem kulturell-gesellschaftlichen Wertewandel – gar 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.»*[8]

Die Konstruktion von KlientInnen

Die weiterhin gültigen Interpretationsfolien vom defizitären und tief beschädigten Leben «des» Drogenabhängigen, «des» Suchtkranken sind allein *«in den Begriffen von Mangel und Unfertigkeit»*[9], von frühkindlichen Beschädigungen, Identitätsstörungen, Vernichtungsgefühlen, fehlgeschlagenen Selbstheilungsversuchen, neurotischen Konfliktbesetzungen, narzisstischen Störungen und genereller Ich-Schwäche ausbuchstabiert. In der Drogen- und Suchthilfe dominiert denn auch weiterhin die «berufliche Fürsorglichkeit» gestützt auf der Annahme, dass «KlientInnen» zu «KlientInnen» werden, weil sie *«Träger von Defiziten, Problemen, Pathologien und Krankheiten sind,* [so] *dass sie – in kritischem Masse – beschädigt oder schwach sind»*.[10]
Gebraucher illegalisierter Drogen werden zu Opfern, den man sich helfend nähern kann. Diese Deutungsfolien legen dann den Hilfenachfragenden allein auf Kategorien des Versagens, des Gestörtseins, des Misslingens, des Gescheitert-Seins, 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»*[11] und übernimmt die angebotenen Wahrnehmungs- und Deutungsweisen: Sie werden zu KlientInnen. So z.B. kann die häufig festgestellte Übernahme therapeutischer sowie sozialpädagogischer Sprachregelung durch die Betroffenen selbst als eine (sicherlich verständliche) taktische und ritualisierte Form der überlebensnotwendigen Anpassung angesehen werden. Was dann allerdings auch zu Selbststigmatisierungen führen kann. Die Selbstdefinition «Ich bin ja süchtig und schwer krank» 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, genetischer Veranlagung, der Gesellschaft, der frühen Kindheit oder Persönlichkeitsstörungen.



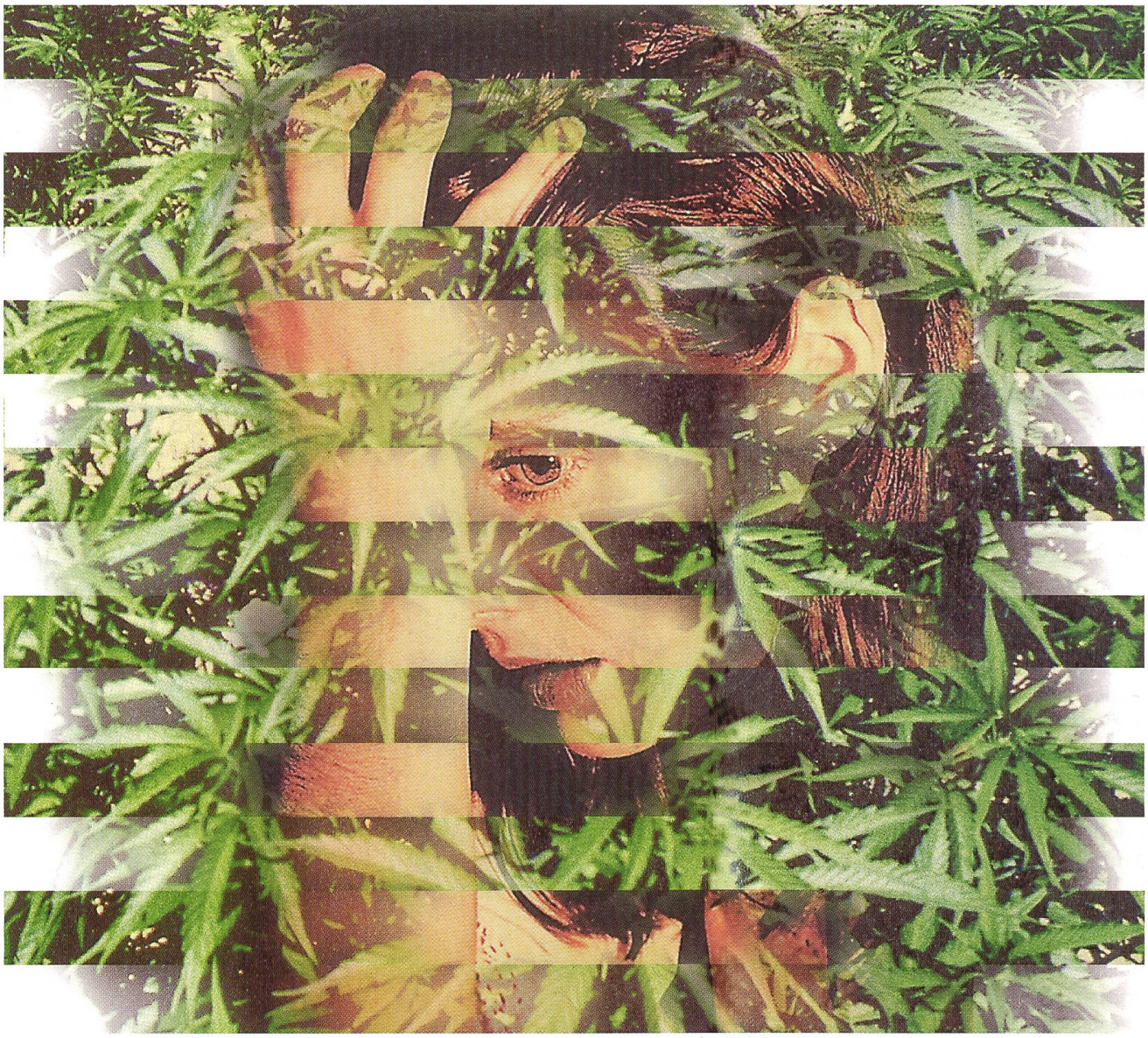
Uneingeschränkte Defizitorientierung...

Gebrauchende illegalisierter Substanzen sind jedoch keine KlientInnen per se, 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»*[12]. Insofern benötigt das gesamte soziale Hilfesystem «KlientInnen», denn sonst würde es sich selbst in Frage stellen. «KlientInnen» dürfen also nicht verschwinden, denn ihnen verdichten sich sozialarbeiterische und therapeutische «Problem- und Defiziterzählungen». Mit Hilfe dieser «Erzählungen» über KlientInnen dehnt sich die sozialpädagogische und therapeutische Kommunikation – methodisch abgesichert – aus und steuert somit die «klientInnenbezogenen» Interaktionsprozesse. Dadurch wird die Zuschreibung von unterstellten Motiven, Störungen, Defiziten, Problemen und Krankheiten erst ermöglicht[13]. Erinnern wir uns daran, was «Klient» im Alten Rom in seiner Wortbedeutung eigentlich hiess, nämlich der Hörige, der sozial und rechtlich von seinem Patron abhängig war[14]. Die Geschichte der Drogenhilfe zeigt: Wo «KlientInnen» ausbleiben, werden schnell Problembereiche konstruiert, um neue «Klienten» zu rekrutieren.

... zur Sinnstiftung für defizitorientierte Interventionen

«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 «KlientInnen» gemacht. Behandlungs- und Betreuungsmethoden als drogenhilfepraktische Interventionen gründen sich auf Zuschreibungskonstrukte und die Verallgemeinerung von (sicherlich vorhandenen) Drogengebrauchsrisiken. So ist beispielsweise ohne die *«ständige Energiezufuhr generalisierter Risikounterstellung so etwas wie Prävention nicht etablierbar»*[15]. Damit kommt es zwangsläufig zu einer Expansion des «moralischen Unternehmertums», d.h. zur *«Ausdehnung des medizinisch-pädagogisch-sozialarbeiterischen Zuständigkeitsbereiches»*[16].

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»*[17]. 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 «Reparaturmentalität» wird so permanent reproduziert und dient auch der individuellen sowie gesellschaftlich notwendigen Handlungslegitimation nach innen und aussen.

Die Beseitigung der Unnormalität

Die Herstellung des Nachweises der Hilfs- und Behandlungsbedürftigkeit von Gebrauchern illegalisierter Drogen auf der kollegialen Interaktionsebene findet ihre Entsprechung in der programmatischen Bedarfskonstruktion auf der strukturellen Organisationsebene. Beides ist eng mit tendenziell stigmatisierenden Bewertungsprozessen verzahnt, ob wir das wollen oder nicht. Die entsprechenden «Zuschreibungskriterien» (sind wir nicht alle etwas «Borderline»?), die allerorten in standardisierte, qualitätssichernde Richtlinien, Leitlinien und Rechtsverordnungen einmünden, ermöglichen es, «zweckgerichtete» Hilfs- und Behandlungsprogramme zu entwickeln. Dies geschieht aber ohne eigentliche Akzeptanz «andersartiger» Normalitäts- und Lebensentwürfe ihrer «KlientInnen», «PatientInnen», «chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken» (eine neue Wortschöpfung wäre z.B. «therapieresistente, co- und multimorbide Mehrfachverweigerer – TCM»).

Zielgerichtet geht es um die «Beseitigung» der «Unnormalität», sprich der behandlungsbedürftigen Krankheit «Ge- und Missbrauch illegalisierter Drogen». Unterstützt wird dies jeweils durch ein Heer an wissenschaftlichen

EvaluationsforscherInnen. Es mag nun sein, dass «Erfolge» ausweisbar sind (für wen eigentlich?). Dies hat aber häufig mit diagnostisch verfügbaren, künstlichen Zuschreibungsroutinen und *«Deutungsgewohnheiten zu tun – und schlicht damit, dass retrospektiv alles erklärbar ist»*[18].

Zahlreiche Settings für die Behandlung der «Krankheit»

Das neurophysiologische und psychiatrische Krankheitsmodell von «Drogenabhängigkeit» beruht indes auf folgende Prämissen:

- Die Erkrankung «Drogenabhängigkeit» lässt sich auf eine spezifische Ursache zurückführen.
- Die Erkrankung «Drogenabhängigkeit» zeichnet sich durch eine bestimmte somatische und psychische Grundschädigung aus.
- Die Erkrankung «Drogenabhängigkeit» besitzt typische Symptome, die leicht zu diagnostizieren sind.
- Die Erkrankung «Drogenabhängigkeit» hat beschreibbare und prognostische Verläufe, die ohne methodengestützte und richtlinienorientierte Behandlung automatisch in somatische und psychosoziale Verelendung führt.

In diesem linearen Modell der so genannten Abhängigkeitsentwicklung erscheinen die Individuen, die Konsumierenden nicht als beteiligte Subjekte, sondern als unmündige Objekte ihrer biographischen und drogalen Lebensentwicklung (Opferstatus).

Dabei ist die Wahl der Behandlungs- und Betreuungsmethoden inzwischen breit gefächert: medikamentös im medizinischen Setting über Substitutionsmittel, psychotherapeutisch im stationären Setting, beratend im ambulanten Setting über humanistisch orientiertes «Motivational Interviewing», schadensbegrenzend im niedrigschwelligen Setting über Kontaktläden, Konsumräume und Safer-Use und demnächst über heroingestützte Behandlungen im Arzneimittelprüfungssetting. Ziel ist immer, den «behandlungsbedürftigen Klienten» von seiner – wie auch immer definierten – Störung zu befreien, d.h. sie über die psychosoziale und gesundheitliche Stabilisierung möglichst zur Abstinenz zu bringen. Und arrangiert sich das «Objekt der Begierde» nicht mit den gesetzten und qualitätsgesicherten Bedingungen, dann brauchen «wir» halt Gewalt: Immer wieder ist zu hören, dass ihnen eine, zwei vielleicht auch drei Chancen zur Verhaltensänderung zugestanden werden. Tritt diese nicht ein, müssen repressive Massnahmen zum Zuge kommen. «Friss oder Stirb» so lautet häufig das in guter teutonischer Tradition angesiedelte Motto.

Die akzeptanzorientierte Drogenhilfe wird zum Teil des Systems

Illegalisierung der Substanzen und Kriminalisierung der Konsumenten verhindern im Verbund mit der systemimmanenten Asymmetrie der Handlungssysteme von Konsumirenden und ExpertInnen grundsätzliche Akzeptanz. Dies begünstigt und unterstützt im «Handlungssystem» Drogenhilfe die Aufrechterhaltung bestimmter Junkiebilder: Sie sind krank, hilfs- und behandlungsbedürftig, störungsgeschüttelt, nicht vertrauenswürdig, link, Lügner, Abzocker etc. Insofern werden immer neue Kontrollregeln im institutionellen Rahmen der Drogenhilfe entwickelt und umgesetzt, was im Handlungssystem Drogenhilfe logisch erscheint, aber Akzeptanz unmöglich macht. Und auch hier sollten wir ehrlich sein.

Gerade im Zuge einer zunehmenden Roll-Back-Situation in Drogenhilfe und Drogenpolitik (Stichworte: Bürokratisierung und Verordnungswahn, effizienzsteigernde, quantifizierende Qualitätssicherung, Sozialpädagogisierung, Therapeutisierung, «weiche» und «harte» Szenenzerschlagung, Medizinalisierung) besteht Anlass genug, ein Resumé zu ziehen: Die Aufbruchstimmung, die mit der Konzeptualisierung einer akzeptanzorientierten, schadensbegrenzenden Drogenhilfe verbunden war, weicht mehr und mehr einer verschwommenen Methodisierung; eine subtil «verkaufte» Medizinalisierung der Drogenhilfe und Medikalisierung von Sucht sowie Psychiatrisierung (Stichwort: Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke, Komorbidität, multi-morbide Heroinabhängige) tritt immer stärker in den Vordergrund.

«Marktwirtschaftliche Drogenhilfe» als Mogelpackung

Was hat beispielsweise die Qualitätssicherungsdebatte gebracht? Neue Qualitätsbeauftragte, Verbetriebswirtschaftlichung der Drogenhilfe und eine riesige Anzahl an Institutionen, die Qualitätsmanagementkurse zu horrenden Preisen anbieten. Sie hat darüber hinaus eine neue Sprachregelung geschaffen. D.h. was bisher in der Drogenhilfe immer schon getan wurde, wird nun als «Produkt» reformuliert. Der Begriff «Produkt» ist unter der Maxime einer Vermarktwirtschaftlichung der Sozialen Arbeit geradezu genial. *«Gewinnt doch – gerade auch der mühevolle – Arbeitsprozess dadurch seinen Sinn und sichern doch die an ihm Beteiligten darin ihre Identität, dass sie etwas produzieren»*[19], also nicht nutzlos sind (wobei man gelegentlich auch lernt, «Nichts-Tun» zu tun). Es stellt sich «Produzentenstolz» ein. Aus «KlientInnen» werden «KundInnen».

Diese Vermarktwirtschaftlichung der Drogenhilfe führt recht bald dazu, dass auf der Kundenebene (Käufer-Verkäufer) die kapitalistische Zirkulation des liebenswürdigen Scheins auf der Ebene prinzipieller Gleichgültigkeit reproduziert wird. «Warenbesitzer» (Drogenhilfe) und der angebliche «Käufer» (Drogenkonsument) stehen sich dann eher zufällig und voller Misstrauen gegenüber: Es geht um Konkurrenzfähigkeit auf dem Hilfemarkt. GebraucherInnen illegalisierter Substanzen können nicht wirklich «KundInnen» sein, da sie weder kaufen und bezahlen, noch straf-, angst- und bevormundungsfrei ihre Konsumbedürfnisse befriedigen können. Dieneigen, die wirklich zahlen und entsprechende Bedarfe festlegen, sind nicht die Konsumentierenden als «KundInnen» oder «KlientInnen».

Drogenhilfe als Zirkus

So notwendig ferner auch Drogenkonsumräume und heroingestütze Behandlungsformen für die Einleitung von Normalisierungsprozessen auch sein mögen, unterliegen sie doch spätmoderner Kontrollpolitik. Es geht darum, den Fixer und den Konsumakt unsichtbar zu machen. Drogenpolitik erweist sich 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. Drogenhilfe nun präsentiert sich zuweilen als Zirkus: Klientendompteure treten gelegentlich unterstützt von Clownerien auf, Drahtseilartisten versuchen sich in Suchtprävention, Drogenhilfeträger jonglieren zwischen Bestandserhaltung, Verbetriebswirtschaftlichung, Qualitätssicherung und Leistungsverträgen. Kemmesies spricht hier pointiert von einer *«McDonaldisierung der Drogenhilfe»*[20].
In Verbindung mit einer zunehmenden Medizinalisierung von Sucht und auch der Drogenhilfe (Pathologisierung der Konsumierenden und Institutionalisierung suchtmedizinischer Behandlungsformen) entsteht ein lückenloses Netz sozialer Kontrolle. Die Medizinalisierung *«stellt den juristischen Status der Drogenkonsumenten nicht in Frage, sondern baut auf ihn auf. Das Problem wird so, unter zeitweiliger Zurückdrängung offener Repression, technisch unauffälliger handhabbar gemacht»*[21].

Bald mehr «DrogenhelferInnen» als Drogenkonsumierende

Dieses Zusammenspiel zwischen Kontrollinstanzen von Medizin, Repression und auch der Drogenhilfe als Elendsverwaltung und Sozialkosmetik sichert auch die weiterhin gültige normative Verbotsordnung und damit auch – sprechen wir es ruhig aus – die Vollbeschäftigung repressiver und hilfepraktischer «Fürsorglichkeit» durch subtil eingesetzte Zwangsmittel. Die Abstinenzorientierung bleibt bei zeitweiligen «Lockerungsübungen» im Rahmen der medizinischen, sozialpädagogischen und therapeutischen «Sanierungsunternehmungen» weiterhin der Bezugspunkt. Sondermassnahmen für «sonderbare Menschen» und für die Inkarnation des «Bösen» (Rauschgifte, Drogendealer) werden permanent ausgeweitet. Wir sind jedenfalls auf dem besten Wege zu dem Punkt, wo die Anzahl der Drogenhelfer, Suchtmedizinerinnen, Präventionsfachkräfte, Casemanagerinnen, Qualitätssicherer, DrogentherapeutInnen, Schadensbegrenzerinnen, Drogenforschenden und Drogenverfolger die geschätzte Zahl der Gebrauchenden illegalisierter Drogen bald übersteigt.

Um es an dieser Stelle noch einmal deutlich hervorzuheben: Es wird hiermit nicht geleugnet, dass es viele Menschen gibt, die unter der Kriminalisierung/Illegalität, der Verstrickung in zwanghafte und exzessive Gebrauchsmuster und den daraus bedingten physischen und/oder psychischen Krankheiten leiden oder selbtmedikativ Drogen aller Art zur Problemverarbeitung einsetzen und insofern kompetente, insbesondere auch medizinische und therapeutische Hilfen benötigen.

Zusammenfassende Bemerkungen

Trotz der Ausbreitung neuer Begrifflichkeiten wie «Niedrigschwelligkeit», «Akzeptierende Drogenarbeit», «Suchtbegleitung» bleiben häufig unhinterfragte Bezugsnormen wie «mehrfach beeinträchtigte, chronische Suchtkranke», «Abhängigkeitssyndrom», «Defizittheorien», «Opferkonstrukt», «Krankheits- und Klientelisierungskonzept» die dominierenden Orientierungspunkte. Von einer Entzauberung der herrschenden Drogenmythen kann keine Rede sein, es gesellen sich zudem immer neue Mythen hinzu. Der gesellschaftlich notwendige Drogenkult, gespeist aus der allgegenwärtigen Drogenangst und den daraus resultierenden Bedrohlichkeitsempfindungen («Crack – Grausam wie die Roten Khmer»[22]) sowie mangelnder Information, dreht sich weiter. So beispielsweise wenn schon vor der «Daum-Affäre» PolitikerInnen im Drogen-Phobien-Rausch die Einführung von obligatorischen Drogentests an allen Schulen und Firmen fordern und Versandbetriebe Testverfahren anpreisen, mit deren Hilfe besorgte Eltern *«ihre minderjährigen Kinder per Haaranalyse auf regelmässigen Konsum testen lassen können... Frühzeitiges Erkennen – ein wesentlicher Faktor effizienter Suchtprävention – und für viele unserer Kinder der erlösende Einstieg zum Ausstieg»*[23].
Fremdstereotypen (wie der Junkie als Angst machende, defizitäre und behandlungsbedürftige Schreckensgestalt aus einer anderen Welt) bestimmen häufig noch das alltägliche und auch wissenschaftliche Drogenbild: Dieses «Hidden Curriculum» beeinflusst aber gerade auch die alltägliche Praxis der Drogenhilfe und Drogenpolitik. Das gegenwärtige «Drogensystem» in all seiner affektiv notwendigen Irrationalität muss auch aus Gründen der Massenloyalitäts- und Arbeitsplatzsicherung erhalten bleiben. *«Die Drogenhilfsindustrie – ob sie will oder nicht – ist zusammen mit den Drogenfahndungsbehörden 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»*[24].

Dekonstruktion der Drogenmythen

Eine «andere» Drogenarbeit und Drogenpolitik mit dem Ziel einer weitgehenden Akzeptanz von drogengebrauchenden und auch süchtigen Menschen wird aber erst dann gelingen, wenn die repressive Drogenverbotspolitik aufgehoben ist und die herrschenden Drogenmythen «entzaubert» sind. *«Die individuellen und sozialen Strategien, die gesellschaftlich angeboten werden, Menschen aus der Drogensucht zu helfen, sind ausnahmslos zum Scheitern verurteilt, solange sie nicht auf dem individuellen Willen zur Souveränität gegenüber Drogen aufbauen können»*[25] sowie eigenverantwortliches, gebrauchskompetentes Umgehen mit Drogen stützend vermitteln und das Selbstbestimmungsrecht akzeptieren. Erst wenn der Gebrauch illegalisierter Substanzen in seiner Ambivalenz, «als Chance und Risiko» zugleich gesehen und nicht mehr als Symptom, bzw. als Symbol für eine «gescheiterte Sozialisation», für ein «Versagen der elterlichen und gesellschaftlichen Erziehung», für «defizitäre und traumatische Kindheitserlebnisse»,für «psychische Fehlentwicklungen», für «abweichendes und krankhaftes Verhalten», mit einem Wort, als Ausdruck der «Zerrüttung von Personen und Verhältnissen», als «Un-Ordnung» verstanden wird, bieten sich *«theoretisch und praktisch neue Möglichkeiten des gesellschaftlichen und individuellen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen und damit auch für erzieherische Bemühungen zur Vermeidung des missbräuchlichen Konsums von Drogen durch Einzelne»*[26].
Dies setzt voraus, dass «Drogenhilfe» in ihrer gesamten Spannbreite der zugeschriebenen Funktionen als Rettungsinstanz zur Befreiung von einem gesellschaftlichen Grundübel und als Wiederherstellungsinstanz von Normalität und Abstinenz entledigt wird. Dies setzt weiterhin die Anerkennung der (auch genussbezogenen) Selbstgestaltung des Lebens mit und ohne Drogen voraus. Und es geht dabei sicherlich auch um die Vermittlung von notwendiger Risikokompetenz für den Umgang mit möglichen *«riskanten Räuschen»*[27]. Solange aber folgende Sätze unwidersprochen formuliert werden können, wird sich leider wenig verändern:
«Illegale Drogen zerrütten Familien, untergraben Wirtschaft und Gesellschaft, produzieren organisierte Kriminalität und kriegerische Gewalt, korrumpieren politische Systeme. Der Teufelskreis der Droge lässt sich wohl nicht aus der Welt schaffen. Man kann

aber das Übel beim Namen nennen und die Dynamik seiner Ausbreitung zu drosseln und nach Möglichkeit umzukehren versuchen; das ist schwer genug. Dabei gilt es, sich auf eine vielschichtige, konsequente Praxis einzustellen, die in der Sprache der Vereinten Nationen «Kampf gegen die Droge» heisst».[28]

Alles wird gut

Aber vielleicht ist ja schon bald alles so oder so Makulatur: Unter der Überschrift «Sucht ist doch heilbar» konnte man jüngst in den Medien und Fachpublikationen lesen, dass eine Kombination des synthetischen Hormons Cortisol mit opiathaltigem Wasser bei Ratten in der Lage sei, das Suchtgedächtnis aufzulösen. Forscher halten es für möglich, ein ähnliches Verfahren, das als Patent angemeldet wurde, auch bei den bundesdeutschen Heroinabhängigen erfolgreich anzuwenden. In Tübingen werden erste «Versuchspersonen» behandelt. Also gelingt es uns ja doch, wie es die UNO vor einiger Zeit proklamierte, bis zum Jahr 2008 den Anbau, Handel und Konsum von Drogen durch «pharmakologische Gehirnwäsche» sozusagen als «Radiergummi im Kopf» zu eliminieren!

Ja, wenn es denn weiterhin stimmen sollte, dass Sucht durch einen genetischen Defekt verursacht wird, als eine *«chronische Hirnstörung»*[29] anzusehen ist, dann ist eine Entwicklung zum zwanghaften und exzessiven Drogengebrauch unabänderlich, nicht beeinflussbar. Suchtpräventive, therapeutische und repressive Massnahmen wären dann überflüssig, nicht mehr notwendig, hätten keinen Sinn mehr. Die Lösung läge dann in der Produktion genetisch einwandfreier Menschen. Aber was machen wir dann mit dem Forschungs-, Verfolgungs- und Drogenhilfewasserkopf, mit der profitablen Methadon- Behandlungsindustrie? ■

Literatur

- **Akzept e.V., 1999:** Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit. Materialien Nr. 3. Münster
- **Camus, A., 1959:** Der Mythos des Sisyphos. Hamburg
- **Claus, J., 1999:** Complianceprobleme in der Versorgung Schwerstabhängiger. In: Bellmann, G. et al (Hg.), 1999: Mehr als abhängig? Weinheim
- **Cohen, P., 2001:** Europäische Drogenpolitik (?). In: Akzept e.V. (Hg.): Gesellschaft mit Drogen-Akzeptanz im Wandel. Berlin
- **Dreitzel, H.-P., 1997:** Drogen für alle. Manuskript. Berlin
- **Eugster, R., 2000:** Die Genese des Klienten. Soziale Arbeit als System. Bern
- **Fahrenkrug, H., 1998:** Risikokompetenz – eine neue Leitorientierung für den Umgang mit «riskanten Räuschen».. In: Akzeptanz 2/ 1998: 18 – 22
- **Herriger, N., 1997:** Empowerment in der Sozialen Arbeit. Stuttgart 1997
- **Horn, E., 1994:** Soziologische Systemtheorien und systemische Familientherapie. In: Herlth, A. et al (Hg.), 1994: Abschied von der Normalfamilie. Berlin
- **Kappeler, M. et al., 1999:** Jugendliche und Drogen. Opladen
- **Kemmesies, U., 2000:** Umgang mit illegalen Drogen im bürgerlichen Mileu. Bericht zur Pilotphase. Universität Frankfurt
- **Kemmesies, U., 2001:** Zur Phänomenologie von Hamburgern und Drogenhilfe – einige unorthodoxe Beobachtungen zur McDonaldisierung der Drogenhilfe. In: Schneider, W. (Hg.): Illegalisierte Drogen. Alte Mythen – Neue Akzeptanz. Berlin
- **O'Brian, C., 2000:** Neue Erkenntnisse zur Entstehung und Behandlung von Alkohol-, Nikotin- und Drogenabhängigkeit. In: Sucht 3/2000: 186
- **Schmidt, T., 1996:** Ich habe es ohne Therapie geschafft. Hamburg
- **Schneider, W., 2000a:** Drogenmythen. Zur sozialen Konstruktion von «Drogenbildern» in Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. Berlin 2000a
- **Schneider, W., 2000b:** Elendsverwaltung und Sorgenfaltenpädagogik? Zur Entwicklungsgeschichte akzeptanzorientierter Drogenarbeit. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1/2000: 13-18
- **Schneider, W. (Hg.), 2001:** Illegalisierte Drogen. Alte Mythen – Neue Akzeptanz. Berlin
- **Schneider, W.; Stöver, H., 2000:** Das Konzept Gesundheitsförderung: Betroffenenkompetenz nutzen – Drogenberatung entwickeln. In: Heudtlass, J.-H.; Stöver, H. (Hg.), 2000: Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt
- **Soellner, R., 2000:** Abhängig von Haschisch? Bern
- **Stöver, H.; Michels, I., 1999:** Gesundheitsräume – Geschichte, Bedeutung für Drogengebraucher/innen und Stellenwert innerhalb der Drogenhilfe und -politik. In: Stöver, H. (Hg.), 1999: Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz. Freiburg
- **Watzlawick, P., 1992:** «Berufskrankheiten» systemisch-konstruktivistischer Therapeuten. In: Schweitzer, J. et al (Hg.), 1992: Systemische Praxis und Postmoderne. Frankfurt
- **Weinacht, P.-L., 2000:** Grundlagen und Rechtfertigung von Drogenpolitik. In: Krüger, H.-P. (Hg.), 2000: Drogen im Strassenverkehr. Freiburg
- **Weber, G.; Hillebrandt, F., 1999:** Soziale Hilfe – Ein Teilsystem der Gesellschaft? Opladen
- **Weber, G.; Schneider, W., 1997:** Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Berlin

Fussnoten

1 Zu denken wäre da etwa an die Opportunitätsvorschrift in § 31a BtMG zur Einstellung eines Verfahrens bei geringen Mengen zum Eigenverbrauch, die Ausweitung von Substitutionsbehandlungen, die rechtliche Klarstellung zum Spritzentausch, das Zeugnisverweigerungsrecht für MitarbeiterInnen der Drogenhilfe, die Rechtsklarheit über die Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen, die Pilotprojekte zur heroingestützten Behandlung bei so genannten chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken («CMA») im Rahmen einer Arzneimittelprüfung.
2 etwa: Schneider,W., 2000a
3 zusammenfassend zur akzeptanzorientierten Drogenarbeit vgl. Schneider, W., 2000b.
4 Camus, A., 1959 : 101
5 etwa: Schmidt,T., 1996; Weber,G.; Schneider,W., 1997; Kemmesies, U., 2000
6 Dreitzel, H.-P., 1997: 2
7 Soellner, R., 2000: 198
8 Watzlawick, P., 1992: 87f.
9 Herriger, N.,1997: 67
10 ebda.: 68
11 ebda.: 69
12 Weber,G.; Hillebrandt, F., 1999: 239
13 vgl. Eugster, 2000
14 näheres auch: Kemmesies, 2001
15 Eugster, R., 2000: 89
16 ebda.
17 Horn, 1994: 204
18 Eugster, R., 2000: 145
19 Volz, F.-R., 2000: 174
20 Kemmesies, U., 2001
21 Claus, J., 1999: 141
22 Der Spiegel, 52/2000: 54ff.
23 aus der Werbeschrift der Firma HC Drugldent, Flensburg, vom 14.6.00
24 Cohen, P., 2001: 26
25 Dreitzel, H.-P., 1997: 2
26 Kappeler, M. et al, 1999 : 345ff.
27 Fahrenkrug, H., 1998: 18
28 Weinacht, P.-L., 2000: 30
29 O,Brien, 2000