

Heino Stöver und Dirk Schäffer

# Endlich realistischer...



Erst im Jahr 2000 wurden Drogenkonsumräume in Deutschland legalisiert.

## Entwicklungen in Drogenhilfepraxis und -politik

**Betrachtet man die deutsche Drogenpolitik und die Drogenhilfepraxis der letzten 30 Jahre, fallen zwei Wendepunkte auf, die nachhaltige Veränderungen bewirkt haben: das Auftreten von HIV/AIDS ab 1982 und die drogenpolitischen Reformen der rot-grünen Bundesregierung ab 1998. Unsere Autoren erläutern die Konsequenzen.**

**A**ls etwa 1982 klar war, dass HIV/AIDS nicht nur eine „Schwulenkrankheit“ ist, sondern neben den sexuellen Übertragungswegen auch die gemeinsame Benutzung unsterilen Spritzbestecks zur Verbreitung des HI-Virus beitragen konnte, waren die Befürchtungen vieler Politiker und auch Professioneller zunächst, dass die Gruppe der intravenös applizierenden (i.v.) DrogenkonsumentInnen am schwersten von der Epidemie betroffen sein würden. Zudem bestand

die Sorge, dass die zumeist heterosexuellen Drogenkonsumenten das HI-Virus in die „Allgemeinbevölkerung“ übertragen könnten. Trotz dieser Ängste dauerte es nach dem Bekanntwerden einer drohenden HIV-Epidemie im Jahr 1982 noch mehr als 15 Jahre, bis es mit der Entwicklung von Harm-Reduction-Angeboten (Schadensminderung) in Deutschland gelang, die HIV-Zahlen und -Neuerkrankungen niedrig zu halten. Das Robert-Koch-Institut teilte unlängst mit, dass der Anteil der i.v. Drogenkonsumenten an der Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2011, „lediglich“ 3,2 Prozent betragen hat.

### Ausschlaggebende Errungenschaften

Dies konnte nur durch ein massives Umdenken in der Suchtkrankenhilfe erreicht werden: Abstinenz war nicht mehr das vordringliche und ein-

zige Ziel der Hilfe und Unterstützung, sondern Schadensminimierung, medikamenten-gestützte Behandlung Opiatabhängiger sowie gesundheitliche und soziale Stabilisierung wurden als wertvolle Strategien zur Vermeidung irreversibler Schädigungen akzeptiert. Dies lässt sich an folgenden Entwicklungen seit Mitte der 1980er Jahre verdeutlichen: Einzigartig in Europa ist, dass etwa 170 Spritzenaustauschautomaten in rund 120 Städten für einen permanenten Zugang zu sterilen Spritzen und Injektionsutensilien sorgen. Viele Beratungsstellen und Drogenkonsumräume ermöglichen einen größtenteils kostenfreien Spritzenumtausch. Zudem bieten 27 Drogenkonsumräume in 16 deutschen Städten (in sechs Bundesländern) DrogengebraucherInnen von Heroin, Kokain und Crack die Möglichkeit, unter hygienischen Bedingungen zu konsumieren (allein in Frankfurt/Main werden jährlich rund eine Viertelmillion Konsumvorgänge registriert). Und 2012 befanden sich etwa 80.000 opiatabhängige Menschen in einer medikamenten-gestützten Behandlung.

Diese Errungenschaften sind mühsam und hartnäckig auf kommunaler und regionaler Ebene erreicht worden – oftmals gegen den Widerstand der Fachverbände, Träger und PolitikerInnen. Mit einem Zeitverzug von sechs bis acht Jahren wurden dann auf Bundesebene Gesetze erlassen, die die Praxis in den Städten legalisierte: Erst 1992 wurde der Spritzenaustausch straffrei, erst 2000 Drogenkonsumräume legalisiert. Jahrelang agierten die Suchthilfe und zum Teil auch die Geld gebenden Städte im rechtlichen Graubereich, weil sie schlicht das machten, was gemacht werden musste: Menschen die Schutzmittel an die Hand geben, mit denen Verhaltensänderungen nachhaltig umgesetzt werden konnten.

### Verhältnis- und Verhaltensprävention

Mit der rot-grünen Bundesregierung ab 1998 wurde die Funktion des Drogenbeauftragten vom Innenministerium in das Gesundheitsministerium verlagert. Nun sprach man statt vom „Rauschgiftlagebericht“ vom „Sucht- und Drogenbericht“. Allein diese Veränderung hat eine Versachlichung der Drogenpolitik und -diskussion gebracht: Statt nur auf die illegalen Drogen zu fokussieren, wurde über alle psychoaktiven Substanzen ge-

mäß ihrer gesellschaftlichen Bedeutung berichtet: allen voran Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen und Verhaltenssuchte. Damit wurde ein Paradigmenwechsel vollzogen, der seitdem die gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die Risiken aller Drogen schärft.

Die legislativen Veränderungen der letzten zehn bis 15 Jahre zeigen, gerade im Bereich der Alkohol- und Tabakzugänglichkeit, deutliche Wirkung: Verhältnisprävention wirkt massiv und bildet die Grundlage für weitergehende gesellschaftliche Diskussionen um Genuss und Risiko. Gleichzeitig wird an diesem Beispiel auch deutlich, wie schwer es ist, Verbraucher- und Jugendschutz gegenüber einer massiv auftretenden Alkohol- und Tabakindustrie und Verbandsinteressen durchzusetzen. Warnhinweise auf Alkoholflaschen (zumindest adressiert an Schwangere) sind etwa bislang nicht gesetzlich vorgeschrieben. Zu spät hat man in Deutschland verstanden, Verhältnis- und Verhaltensprävention in Beziehung zu setzen und die Bedeutung beider Elemente zu gewichten.

### Erweiterung des Methodenkanons

In den letzten Jahren haben sich die Methoden der Suchtkrankenhilfe und der Präventionsarbeit deutlich erweitert – die Handlungssicherheit ist gestiegen. In vielen Arbeitsbereichen wird in interdisziplinären und multiprofessionellen Teams gearbeitet.

Insbesondere der Sozialarbeit gelingt es zunehmend, mit evidenzbasierten Beratungsinstrumenten „gleiche Augenhöhe“ mit den anderen Akteuren einzufordern und selbstbewusster ihre Zuständigkeiten und Fähigkeiten herauszuarbeiten. Diese sind neben der oftmals erfolgreich gestalteten Moderatorenrolle eines interdisziplinär-multiprofessionellen Versorgungsansatzes, die individuelle Einzelfallhilfe, Beziehungsarbeit und der Praxis-Politik-Transfer auf kommunaler/regionaler Ebene.

Die Stärke sozialer Arbeit liegt darin, lebensweltorientiert, alltagsnah und zielgruppenspezifisch arbeiten zu können. Lebensweltorientierung bedeutet dabei, auf die individuellen sozialen Probleme der Betroffenen in deren Handlungsrahmen zu fokussieren sowie subjektiven Deutungen und individuellen Problembewältigungen der Betroffenen mit Ak-

zeptanz und Respekt zu begegnen. Diese Hilfe ist zunächst in die sozialen Strukturen auf personaler/lokaler Ebene eingebettet. Sie muss aber auch anwaltliche Funktionen für die und mit den betroffenen Zielgruppen erfüllen, etwa in der Sozial- und Gesundheits-(Sucht)politik.

**„Die Drogenpolitik stellt keinen Zusammenhang zwischen ihrer repressiven Ausrichtung und gesundheitlichen wie sozialen Schäden her.“**

### Präventionsarbeit vernetzen

Prävention sollte nicht nur auf die (weitgehend unrealistische) Verhinderung von Drogenkonsum fixiert sein, sondern das Erlernen von angemessenen Umgangsformen mit psychotropen Substanzen und problematischen Verhaltensweisen sowie die Vermeidung/Verringerung von (konsumspezifischen) Schäden fördern. Man weiß heute, dass Prävention nur dann nachhaltig wirkt, wenn sie nicht isoliert gestaltet, sondern in Lebenskontexte und -strukturen (z. B. Stadtteile) eingebettet wird, wenn sie drogen-, gender-, alters-, migrations- und schichtspezifisch ausgerichtet ist, und wenn sie Zielgruppen mit in die Planung einbezieht. Deshalb sollten laut der WHO Schwerpunkte der Präventionsarbeit mit anderen lokalen/kommunalen Initiativen zur Gesundheitsförderung vernetzt werden und zunächst drogen- sowie suchtspezifisch angelegt sein.

### Zu wenig Einbezug der Selbsthilfe

Blickt man auf die Anstrengungen zur Einbeziehung von „peers“ (hier: Gleich-Betroffenen) und Selbsthilfegruppen in die Arbeit professioneller Hilfsangebote, so muss konstatiert werden, dass wir in den 1990er Jahren mit viel Euphorie gestartet sind. Mit der zunehmenden Professionalisierung der Drogenhilfe und den wachsenden Eigeninteressen von professionellen Mitarbeitern an der Bestands-

sicherung wurden „peers“ jedoch immer seltener in bezahlte Beschäftigungsverhältnisse eingestellt.

Die Arbeit der Drogenselbsthilfe in Deutschland und im europäischen Ausland zeichnet sich heute durch die Kombination von Selbsthilfeansätzen und erworbener Fachlichkeit aus. Dort wo Substituierte oder Ex-User fest in die Strukturen der Drogenhilfe integriert sind, fördert dies auf besondere Weise innovative Impulse und methodische Phantasie in der Entwicklung von Hilfe und Unterstützung. Es liegt nahe, künftig wieder verstärkt die Betroffenenperspektive mit professionellem Fachwissen zu verknüpfen.

### Herausforderungen für die Zukunft

Trotz aller Fortschritte in der Suchtkrankenhilfe, Prävention und Drogenpolitik – ein zentrales Dilemma bleibt: Mit der Aufrechterhaltung der Aufteilung in legale und illegale Substanzen drohen wir, Präventionsansätze wieder zunichte zu machen. Dies suggeriert, es gäbe „gute“ (legale) und „böse“ (illegale) Drogen. Die gegenwärtige Drogenpolitik stellt vor allem keinen Zusammenhang zwischen ihrer repressiven Ausrichtung und den gesundheitlichen wie sozialen Schäden her, die sie mit der (Teil-)Prohibition anrichtet: Jährlich eine Viertelmillion polizeilich ermittelter Drogendelikte, davon die große Mehrheit sogenannte Konsumentendelikte (also Drogenumgang zum Eigenbedarf), zeugen von einer Ignoranz gegenüber den anscheinend nicht weniger werdenden Konsumenten – und den mit der polizeilichen Verfolgung verbundenen Problemen für Familie, Schule, Arbeitsplatz und andere Bereiche.

Abgesehen davon wird kein Zusammenhang zwischen lebensgefährlich gestreckten Drogen auf dem Schwarzmarkt und Überdosierungen mit Todesfolge, Beschaffungsprostitution oder Gefängnisaufenthalt hergestellt. Jugend- und Verbraucherschutz zählt nur für Konsumenten und Abhängige legaler Drogen. Diese Drogenpolitik will uns glauben machen, es gäbe eine friedliche Ko-Existenz von Repression und Suchtkrankenhilfe: Letztere wird jedoch massiv von der Strafverfolgung verformt, die Arbeit an der Sucht wird überlagert von der Arbeit an den Drogenpolitikfolgen.

Es braucht intelligente Modelle der Drogenregulierung statt Toleranz eines anachronistischen, riesigen Drogenschwarzmarktes, betrieben von der organisierten Kriminalität.

Neben diesem strukturellen Widerspruch ist die Drogenpolitik vor allem gefordert, flächendeckend Hilfsangebote bereitzustellen:

- Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in ganz Deutschland, nicht nur in den Großstädten;
- Einsatz dieser Behandlung in allen Settings, in denen sich Opioidabhängige aufhalten: in Reha-Kliniken, Gefängnissen, Maßregelvollzug, Psychiatrie, Krankenhäusern;
- Absenkung der Schwellen für die heroingestützte Behandlung, die bis jetzt nur rund 400 Heroinkonsumenten erreicht;
- Übertragung der Public-Health-Strategie „Harm Reduction“ auch auf den Alkohol-Bereich;
- Förderung der Verschränkung von Selbsthilfe und professionellen Hilfsangeboten;
- alters- und lebenskontextgerechter Ausbau von Wohn- und Pflegeprojekten für Drogenkonsumenten. ■

### Jeder Mensch hat seine „Droge“ – welche ist Ihre?



„Gestalten! Wissen, Garten, Beziehungen.“

#### Heino Stöver

geb. 1956, ist Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt am Main.  
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

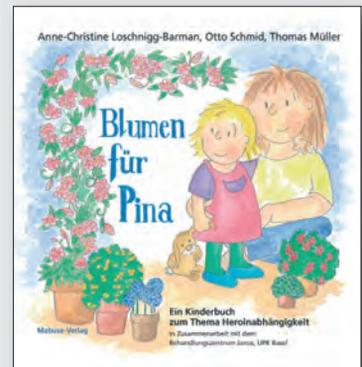


„Milchkaffee, Rot-Weiss-Essen, Opium und Familie.“

#### Dirk Schäffer

geb. 1967, ist Leiter des Fachbereichs Drogen und Strafvollzug der Deutschen AIDS-Hilfe.  
Dirk.Schaeffer@dah.aidshilfe.de

## Thema Sucht im Mabuse-Verlag



Anne-Christine Loschnigg-Barman, Otto Schmid, Thomas Müller  
**Blumen für Pina**  
Ein Kinderbuch zum Thema Heroinabhängigkeit  
45 Seiten, 19,90 Euro,  
ISBN 978-3-86321-103-5

„Blumen für Pina“ erklärt das Verhalten von heroinsüchtigen Eltern auf kindgerechte Art und Weise. Es macht Hoffnung und betont, dass die Sucht der Eltern nichts an ihrer Liebe zum Kind ändert. So bietet es eine gute Grundlage für das Gespräch mit den Kindern.



Schirin Homeier, Andreas Schrappe  
**Flaschenpost nach irgendwo**  
Ein Kinderfachbuch für Kinder suchtkranker Eltern  
143 Seiten, 22,90 Euro,  
ISBN 978-3-940529-17-6

Kinder von suchtkranken Eltern erhalten durch eine Bildergeschichte und einen altersgerechten Erklärungsteil Hilfestellung für ihren Alltag. Ein Ratgeber für erwachsene Bezugspersonen und Fachkräfte rundet das Buch ab.

Mabuse-Verlag GmbH  
Kasseler Str. 1 a · 60486 Frankfurt  
Tel. 069-70 79 96-16 · Fax 069-70 41 52  
buchversand@mabuse-verlag.de  
www.mabuse-verlag.de

