

Zur aktuellen Situation der Drogentherapie zwischen Repression und Akzeptanz

Diplomarbeit
im Fachbereich Sozialwesen
an der Fachhochschule Wiesbaden

vorgelegt von

Jörg Schuber
Habenscheider Weg 3
56370 Wasenbach
Matrikel Nr.: 518804

Referent: Prof. Dr. Wolfgang Fricke

Koreferent: Prof. Dr. Michael May

Wasenbach, Dezember 2001

Vorwort

Den ersten Kontakt zu Drogenabhängigen bzw. -konsumenten - die Zuordnung zum entsprechenden Terminus sollte man den Betroffenen vielleicht am besten selbst überlassen - hatte ich bereits Ende der Achtziger/ Anfang der Neunziger Jahre als studentische Honorarkraft in der ersten größeren, professionell organisierten und gerade erst eröffneten Nachsorge-einrichtung im Landkreis Limburg-Weilburg in Villmar/Lahn. Man hatte mit viel Engagement und noch mehr Geld das riesige Anwesen einer ehemaligen Brauerei zum Zwecke der Nachsorge als letztes Glied der Therapiekette für Drogenabhängige hergerichtet. Alle Verantwortlichen hatten sich viel Mühe gegeben, sich gegenüber allen Versuchen dörflicher Bürgerinitiativen, das Projekt noch zu verhindern, erfolgreich durchgesetzt und das Ergebnis war durchaus überzeugend. Das Konzept hieß nicht einfach nur „Wohngemeinschaft oder betreutes Wohnen als Sprungbrett in und Basislager für gesellschaftliche Wiedereingliederung“ sondern es hieß „Arbeit und Wohnen“. Aus den Erfahrungen der Vergangenheit hatte man gelernt, wie schwierig es ist, Drogenabhängige nach Entgiftung, Entwöhnung und Therapie wieder oder auch erstmals in ein stabilisiertes gesellschaftliches Umfeld zu „bugsieren“, in dem Wohnung und Arbeitsplatz Garanten für ein Leben ohne Drogen sein sollten. Um diesen Schritt also zu erleichtern, wurde der Nachsorgeeinrichtung ein Zweckbetrieb angegliedert, der der Klientel, die sehr schwer auf dem externen Arbeitsmarkt unterzubringen war, die Möglichkeit bot, intern einer geregelten und bezahlten beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Dieser Zweckbetrieb war und ist auf den Bereich Gartenbau und Landschaftspflege ausgerichtet und bietet privaten und öffentlichen Auftraggebern seine Dienste an. Außerdem übernimmt er für den Landkreis die Aufgabe, die sogenannte „Weißware“ (Elektrogeräte wie Kühlschränke, Waschmaschinen, Herde etc.) einzusammeln, zu entsorgen bzw. instandzusetzen und zu veräußern. Diese Projekte waren von Anfang an sehr erfolgreich und sind heute eine feste Instanz im Landkreis. Über den Zweckbetrieb hinaus gab es weitere Möglichkeiten der Betätigung für die Bewohner der Nachsorge. Man hatte in den riesigen Gewölbekellern der ehemaligen Brauerei eine professionelle Champignonzucht installiert (dieses Projekt wurde kurze Zeit später auf Grund des fehlenden kontinuierlichen Einsatzes der Bewohner eingestellt) sowie große

Gartenflächen zur Bewirtschaftung inklusive Kleintierhaltung bereitgestellt (was sich ebenfalls wegen der fehlenden Kontinuität problematisch gestaltete). All diese Dinge waren also vorhanden und brauchten nur noch genutzt zu werden. Vielleicht hatte man damals in der Anfangseuphorie nicht berücksichtigt, daß die Bewohner der Einrichtung sich dieses „Schlaraffenland der Möglichkeiten“ nicht selbst erschaffen hatten und davon deswegen auch nicht so begeistert wie erwartet waren. Trotz aller schmerzlichen Erfahrungen, die Betreuer und Betreute in der Anfangsphase dieses Projektes machen mußten, gilt die Einrichtung heute als sehr erfolgreich und hat vielen Drogenabhängigen den Schritt in ein „geordneteres“ Dasein erleichtert bzw. ermöglicht.

Für mich waren die drei bis vier Jahre der Mitarbeit in diesem Projekt eine sehr prägende Erfahrung, die bis zum heutigen Tag den Wunsch in mir aufrecht erhalten hat, nach Abschluß meines Studiums in diesem Bereich als Sozialarbeiter/-pädagoge tätig zu werden. Es lag also nahe, das Thema meiner Diplomarbeit im Bereich der Drogentherapie anzusiedeln. Nun lagen meine praktischen Erfahrungen inzwischen aber einige Jahre zurück, so daß ich mich entschied, neue Erfahrungen in diesem Betätigungsfeld zu sammeln. Wie richtig diese Entscheidung war, wurde mir in diversen Telefon- und Vorstellungsgesprächen mit den Verantwortlichen verschiedener Einrichtungen der Drogenhilfe in Hessen und Rheinland-Pfalz im Herbst 2000 schnell klar. Sowohl in der Sozialen Arbeit im Allgemeinen als auch in der Arbeit mit Drogenkonsumenten im Speziellen hatte sich offenbar einiges in den letzten zehn Jahren grundlegend verändert. Dieser Eindruck wurde sodann durch einige Interviews mit Praktikern der drogentherapeutischen Szene bestätigt. Diese Interviews führte ich durch, um das Thema dieser Arbeit auf seine Sinnhaftigkeit und seinen aktuellen Bezug 'abzuklopfen', sie fließen jedoch nur indirekt in die eigentliche Arbeit ein. Meine Interviewpartner waren: H. Grzesista, Leiter der stationären Nachsorge in Villmar/Lahn, H. Schwindt, Leiter des Therapiedorfes „Villa Lilly“ in Bad Schwalbach, H. Osthoff, Leiter der „Therapeutischen Einrichtung Eppenhain“ und Dr. Klein, der als niedergelassener Arzt in Marburg seit vielen Jahren Drogenabhängige in seiner Praxis substituiert. Guido Osthoff, Leiter der „Therapeutischen

Einrichtung Eppenhain“, gab mir schließlich im Mai 2001 die Gelegenheit, begleitend zu meinem Studienabschluß wieder mit jugendlichen Drogenabhängigen zu arbeiten. So hatte ich also die wertvolle Möglichkeit, parallel zur Erstellung dieser Diplomarbeit, die jeweils neuesten ‘Erkenntnisse’ aus meinem intensiven Literaturstudium an der ‘rauen Wirklichkeit’ zu überprüfen.

Während ich nun also per Arbeitsvertrag in das staatliche System der Drogenhilfe praktisch eingebunden war, setzte ich mich zur gleichen Zeit theoretisch mit diesem System, der Kritik an diesem System, dem Gedankengut der akzeptierenden Drogenarbeit, anderen alternativen Ansätzen der Drogentherapie, dem Themenkomplex ‘Substitution’ sowie der Frage nach Entkriminalisierung und Legalisierung auseinander. Etwas Besseres kann einem Studierenden nicht passieren. Es wurden daraus acht spannende Monate ‘im Spannungsfeld zwischen Repression und Akzeptanz’, sowohl theoretisch als auch praktisch. Ich vermute, daß sich daran auch in den folgenden Jahren meiner beruflichen Tätigkeit als Sozialpädagoge nicht viel ändern wird. Denn durch die theoretische Beschäftigung mit dem Thema dieser Arbeit, eröffnete sich mir die Möglichkeit, weit ‘über den Tellerrand’ der staatlichen Drogenhilfe hinaus zu schauen, während ich praktisch ‘im Teller saß’. Plötzlich wurden Praktiken und Abläufe der von mir dort beobachteten therapeutischen Prozesse sehr transparent. Nach und nach wurde mir klar, aus welchem konkreten Grund manche dieser Praktiken schon immer ein eher ‘mulmiges’ Gefühl in mir ausgelöst hatten. Da es mir aber schon immer leicht fiel, Gegensätze auszuhalten, die auf den ersten Blick unvereinbar scheinen, betrachtete ich es als spannende Herausforderung, in der praktischen Arbeit mit den Jugendlichen Wege zu finden, eine akzeptierende Grundhaltung mit den vorgefundenen, ‘gemäßigt repressiven’ Rahmenbedingungen zu vereinbaren. Ich fand heraus, daß dies durchaus möglich ist und stellte fest, daß meine Kommunikation mit den Klienten der Einrichtung dadurch ehrlicher, direkter und offener wurde, ohne daß ich in Konflikt mit den realen Anforderungen des Arbeitsplatzes geraten mußte.

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	Seite
Vorwort	2
Inhaltsverzeichnis	5
1. Einleitung	7
2. Vorgehensweise	7
3. Die Therapiekette - Das „Standardmodell“ konventioneller Drogentherapie	9
3.1 <i>Drogenberatung</i>	11
3.1.1. Die Beratungsstelle	12
3.1.2. Aufsuchende Sozialarbeit (Streetwork)	18
3.1.3. Niedrigschwellige Angebote	21
3.2. <i>Entgiftung</i>	25
3.3. <i>Entwöhnung</i>	29
3.3.1. Therapeutische Gemeinschaften in der Psychiatrie	33
3.3.2. Therapeutische Gemeinschaften in den Langzeittherapieeinrichtungen im Behandlungsverbund der Drogenhilfe	37
3.3.3. Ambulante Rehabilitation	40
3.4. <i>Nachsorge</i>	41
3.4.1. Stationäre Nachsorge	43
3.4.2. Nachsorge-Wohngemeinschaften	44
4. Inhaltliche Kritik an den Grundannahmen traditioneller Drogentherapie	45
4.1. Die Abstinenzorientierung	45
4.2. Der Krankheitsbegriff	51
4.3. Die Leidensdrucktheorie	53
4.4. Die Problemorientierung	60
5. Alternative Therapiekonzepte	63
5.1. Akzeptierende Drogenarbeit	63
5.2. Der lösungsorientierte Ansatz	74
5.3. Die 'Mind-Over-Matter'-Strategie: Von der Rauschdroge zum Genußmittel - am Fallbeispiel von Lydia B.	81
5.4. Der anthroposophische Ansatz	97
6. Substitution	105

6.1.	Begriffsklärungen - Substanzen	105
6.2.	Neurobiologisches Erklärungsmodell zur Wirkungsweise	112
6.3.	Substitution: Eine notwendige Maßnahme ?	115
6.4.	Die praktische Durchführung der Substitution	122
6.4.1.	Drei Grundformen möglicher Substitutionsprogramme	122
6.4.2.	Überprüfung der praktischen Durchführbarkeit an den gesetzlichen Rahmenbedingungen	125
7.	Zur Diskussion um die Legalisierung illegaler Drogen	133
7.1.	Einleitende Bemerkungen/ Vorgehensweise	133
7.2.	Metakritische Überlegungen zu 'Prohibition' und 'Legalisierung'	133
8.	Fazit	158
	Literaturverzeichnis	164
	Adressenverzeichnis der Literaturquellen/ Websites im Internet	173
	Danksagungen	176

1. Einleitung

Diese Arbeit will die aktuelle Situation der Drogentherapie untersuchen. Das erste Problem, das ich schon bei der bloßen Aufgabenstellung antreffe, ist natürlich, daß es so etwas wie 'die Drogentherapie' nicht gibt. Es existiert kein Patentrezept und wird wahrscheinlich auch nie eines geben, denn „allmählich hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, daß es kein therapeutisches Angebot gibt, das alle Drogenabhängigen zu erreichen vermag und für alle geeignet ist“ (Uchtenhagen, 1995, S. 15). Wie in allen anderen gesellschaftlichen Bereichen werden sicherlich auch die Konzepte für Drogentherapie immer wieder von der Wirklichkeit eingeholt und überholt (vgl. ebenda, S. 11). Um also mehr über 'den Stand der Dinge' in diesem spezifizierten Bereich Sozialer Arbeit herauszufinden, macht es wahrscheinlich am ehesten Sinn, sich zunächst einmal die sogenannte 'Therapiekette' näher anzuschauen. Denn in diesem Stufenmodell hat sich Drogentherapie in den letzten drei Jahrzehnten mit der größten Breitenwirkung organisiert. Dies ist in einem Ausmaß geschehen, daß man die Therapiekette inzwischen als 'traditionelle' Form der Drogentherapie bezeichnen kann, auch wenn sie sich zu einem großen Teil mit einem Phänomen beschäftigt, das - zumindest in unserem Kulturkreis - keine traditionelle Verankerung hat: Die Behandlung physischer und psychischer Abhängigkeiten von z.T. kulturell nicht (mehr?) verankerten Substanzen.

2. Vorgehensweise

Aus den oben geschilderten Gründen wird die Therapiekette im ersten Teil der Arbeit auch etwas ausführlicher dargestellt. Im zweiten Teil wird sodann deutlich, warum ich Drogentherapie aktuell im Spannungsfeld zwischen Repression und Akzeptanz sehe. In den vergangenen Jahren wurde die Kritik an den - als repressiv bewerteten - Grundannahmen und Vorgehensweisen traditioneller Drogentherapie immer lauter. Aus dieser Kritik heraus entstand schließlich der Ansatz der 'akzeptierenden Drogenarbeit', die sich als Gegenentwurf zur traditionellen, staatlichen Drogenhilfe verstand. Paradigmenwechsel wurden gefordert, traditionelle Grundannahmen wie das Absti-

nenzziel oder die Leidensdrucktheorie gerieten ins Kreuzfeuer fachlicher Kritik. Schon im ersten Teil der Arbeit wird deutlich, daß sich auch die 'etablierten' Einrichtungen der Therapiekette dem neuen Gedankengut nicht ganz verschließen konnten, eine ganze Reihe von Veränderungen und Erweiterungen waren daraufhin - besonders an der 'unteren Peripherie' der Therapiekette - zu beobachten, niedrighschwellige Angebote und Streetwork wurden beispielsweise zu integrativen Bestandteilen des staatlichen Hilfesystems und sind nun nicht mehr wegzudenken. Unter 5.1. werde ich dennoch diskutieren, ob deswegen tatsächlich von einem grundlegenden Paradigmenwechsel die Rede sein kann. Aus der Kritik an der generellen Problemorientierung therapeutischen Denkens und Handelns entstand der lösungsorientierte Ansatz, der als interessantes, drogentherapeutisches Alternativkonzept unter 5.2. vorgestellt wird. An einem Fallbeispiel diskutiere ich unter 5.3., unter welchen Voraussetzungen eine Rauschdroge zum Genußmittel werden kann und ob es möglich ist, eine schwere Suchtmittelabhängigkeit in ein kontrolliertes Konsummuster zu überführen. Kapitel 6. behandelt das komplexe Thema der Ersatzstoffvergabe, das über viele Jahre hinweg in Deutschland sehr kontrovers diskutiert wurde und setzt sich kritisch mit den sich zur Zeit verschärfenden rechtlichen Rahmenbedingungen in diesem Bereich auseinander. In Kapitel 7. stelle ich schließlich die Drogentherapie in den Kontext drogenpolitischer Entwicklungen und versuche die - im historischen Dunkeln verborgenen - Wurzeln der Prohibition kritisch zu beleuchten, um so möglicherweise Hinweise auf die Sinnhaftigkeit und Möglichkeit einer Legalisierung derzeit verbotener Substanzen zu erhalten. Eine zentrale Rolle scheint dabei die - schon unter 5.3. angeschnittene - Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen eines genußorientierten, kontrollierten Konsums psychoaktiver Substanzen zu spielen.

Diese Arbeit beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Therapie von Abhängigkeiten im Bereich illegaler Drogen. Eine klare Abgrenzung zur Therapie von Alkoholismus oder andern Abhängigkeiten von legalen Drogen sowie nicht substanzgebundenen Süchten strebe ich jedoch nicht an, da es diese Abgrenzung in der Praxis auch nicht immer gibt.

3. Die Therapiekette - Das 'Standardmodell' konventioneller Drogen- therapie

Der Urtyp einer Therapiekette mit „aneinandergereihten und aufeinander rückverweisenden Gliedern“ als ganz klassische „allererste konzeptionelle Festlegung“, die sich aus der anfänglichen Hilflosigkeit gegenüber dem Drogenproblem Ende der Sechziger Jahre in der BRD entwickelt hat, ist ganz einfach das Modell 'Entzug-Entwöhnung-Nachsorge' (vgl. Heckmann, 1991, S. 16 f.). An dieser Grundstruktur hat sich bis dato nichts geändert. Allerdings wurde sie im Laufe der letzten drei Jahrzehnte erheblich erweitert und an die Anforderungen der Praxis angepaßt. So wird heute die der Entzugsphase vorangestellte Kontaktphase in den Beratungsstellen, der aufsuchenden Sozialarbeit, den niedrighschwelligten Angeboten, den Krisenzentren und Substitutionsambulanzen in der Regel als fester Bestandteil der Therapiekette betrachtet. Auch nehmen die verschiedenen sich an die klassische Nachsorge inzwischen immer häufiger anschließenden Wohn- und Beschäftigungs- bzw. Ausbildungsprojekte einen festen Platz in der Kette ein (vgl. z.B. Broschüre der Hessischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. [HLS]: „Suchthilfe in Hessen“, 1999, S. 7 f.). Auch scheint man den Bereich der Prävention als festen Bestandteil einer erweiterten Therapiekette sehen zu wollen. Jedenfalls heißt es dazu im Rahmenplan für Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und deren Angehörige (Stand 14.05.1992) der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS): „Prävention gehört zu den originären Aufgaben einer Beratungsstelle und benötigt eigene Personalkapazität“ (www.dhs.de/reihe/rahmen.htm, S.3). An der Grundstruktur der Therapiekette festhaltend, zeichnet sich offenbar eine klare Tendenz zur Erweiterung und Aufweichung bisher festgefügtter und - oft kritischer - starrer, dogmatischer Strukturen ab. Heißt es in der 2. Auflage des Fachlexikons der Sozialen Arbeit von 1986 unter dem Stichwort 'Drogentherapie' noch: „Die Kette - Beratung (...), Entgiftung, Entwöhnung, Rehabilitation und Nachsorge - **muß Richtschnur** für ein gestuftes Konzept **sein**“ (S. 215), so findet sich in der 4. Auflage von 1997 schon folgende Formulierung: „Die Behandlungskette aus Beratung /.../ - Entgiftung - Entwöhnung - Rehabilitation **ist vielerorts Richtschnur** für ein differenziertes regionales, ge-

meindenahes System der Drogenhilfe **geworden**“ (S.234 [Hervorhebungen des Verf.]).

Der Trend in der Drogentherapie geht also offensichtlich in die Richtung vernetzter, aufeinander abgestimmter und durchaus vielfältiger Leistungen unterschiedlicher Einrichtungen der Drogenhilfe, mit der Grundstruktur einer Behandlungskette als Richtschnur. Dabei nehmen wohl auch ambulante Leistungen eine immer wichtigere Position ein. In der im Internet von der DHS veröffentlichten und vom Institut für Therapieforschung (IFT) erstellten „Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe“ heißt es zum Punkt ‘Schadensminimierung’ beispielsweise: „Schadensminimierung (harm reduction) stellt ein Konzept dar, das die Reduzierung der mit dem Substanzkonsum verbundenen Risiken zum Ziel hat.“ Weiter heißt es dort, daß darunter auch Maßnahmen fallen, die nicht „unbedingt zur Substanzfreiheit beitragen müssen oder diese als Voraussetzung für den Beginn der Maßnahmen festlegen“. Die „langfristige Zielsetzung“ solcher Einrichtungen liege darin, „durch Vernetzung mit anderen Einrichtungen der Suchthilfe, die Zielgruppe zu weiterführenden Maßnahmen zu motivieren“ (www.dhs.de/reihe/leistung/teil_b_leistungsbeschreibung.htm, S. 5). Unter dem Eindruck solcher Veröffentlichungen könnte man durchaus zu dem Schluß kommen, daß der mit großer Lust und Vehemenz geführte Streit zwischen Abstinenzgegnern und -befürwortern ein typischer Gelehrtenstreit ist, für den es wahrscheinlich keine Entweder-Oder-Lösung geben wird und der in der Praxis schon vom Pragmatismus des Machbaren im Sinne einer Sowohl-Als-Auch-Lösung abgelöst wurde. Mit der Erweiterung der klassischen Therapiekette um Behandlungsangebote und -möglichkeiten, die aufgrund ihrer praktischen Struktur logischerweise schon keine strikte Abstinenzordnung mehr zulassen, ist das Abstinenzziel längerfristig vielleicht nur noch eines von einigen möglichen Therapiezielen, das Betroffene im Verlaufe eines immer vielschichtiger werdenden Behandlungsverlaufes erreichen können bzw. für das sie sich nach ein paar mehr ‘Vorstufen’ als bisher evtl. qualifizieren wollen (vgl. auch Uchtenhagen, 1995, S. 11 ff.). So führt das Fachlexikon der sozialen Arbeit im Unterschied zu früheren Ausgaben jetzt ergänzend aus: „Hauptziel der anerkannten Drogentherapie

ist die (Wieder-)Eingliederung des Suchtkranken in Arbeit, Beruf, Gesellschaft und Gemeinschaft“ (1997, S. 234).

Obwohl sich die klassische Therapiekette - wie gerade dargestellt - wohl offenbar aktuell in Bewegung befindet und sich den vielfältigen Einflüssen aus den Umstrukturierungen, Erweiterungen und Veränderungen an ihrer Peripherie nicht mehr entziehen kann, möchte ich im Folgenden die Kernbereiche Beratung - Entgiftung - Entwöhnung - Nachsorge als Grundlage für mein weiteres Vorgehen etwas näher beschreiben. In den Bereich Beratung möchte neben der 'klassischen' Beratungsstelle die aufsuchende Sozialarbeit (Streetwork) sowie die wichtigsten niedrighschwelligen Angebote einfließen lassen. Zum Bereich Nachsorge gehört inzwischen neben der klassischen Nachsorgeeinrichtung m.E. auch das Betreute Wohnen als etablierter Bestandteil.

3.1. Drogenberatung

Der Oberbegriff „Drogenberatung“ beschreibt heute ein ganzes Netzwerk von Hilfsangeboten, das „je nach Konzeption des Trägers, Ortslage und Personalausstattung folgende Bereiche“ abdeckt: „1. Beratung von Betroffenen und deren Angehörigen, 2. Niedrighschwellige Angebote wie Kontaktstellen, Dusch- und Waschmöglichkeiten, Übernachtungen, Spritzenaustausch u.a., 3. kontinuierliche Suchtbegleitung, 4. Vermittlung von Entgiftungsplätzen, 5. Vermittlung von Therapieplätzen in ambulanten und stationären Einrichtungen, 6. Präventionsarbeit (in Schulen, Jugendfreizeitheimen u.a.), 7. Nachgehende Betreuung im Sinne der Reintegration ehemaliger Süchtiger, 8. Kooperation mit anderen Suchteinrichtungen, 9. ambulante Suchttherapie, 10. psychosoziale Begleitung im Methadon-Bereich“ (Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1997, S. 233).

Weiter heißt es dort, daß in Deutschland über 1.400 ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke arbeiten. Träger sind die Behörden der Gesundheits- und Jugendpflege, freie Träger wie der Deutsche Parität-

sche Wohlfahrtsverband (DPWV), der Deutsche Caritasverband (DCV) oder auch diverse Selbsthilfeorganisationen (vgl. ebd. S. 233).

Zum Aufgabenbereich der Drogenberatung zählt auch die „anonyme Drogenberatung in der Scene (Streetwork), um mit Süchtigen in Kontakt zu kommen“ (ebd., S. 233). Als „neuer Ansatz in der Drogenberatung“ wird hier die „akzeptierende Drogenarbeit“ dargestellt, deren Ziel es sei, „den süchtigen Menschen in seiner Suchtbefindlichkeit anzunehmen ohne Bedingungen zu stellen oder Hilfeziele anzubieten („harm reduction“, die Linderung der dringendsten materiellen und gesundheitlichen Notstände)“ (ebd., S.233).

„Die sich extrem verändernde Drogenszene, die zunehmende Kriminalisierung der Süchtigen und der weiter wachsende Einfluß des organisierten Drogen-Verbrechens, die Verelendung der illegalen Süchtigen und das Faktum des sehr jungen Einstiegsalters in Drogenabhängigkeit sowie immer neue Konsumentengruppen erfordern eine stetige Anpassung der Methoden der Drogenberatung an die Klientengruppen“ (ebd., S.234).

3.1.1. Die Beratungsstelle

Drogenberatung soll „auf der individuellen Ebene (...) konkrete ‘Ausstiegshilfen’ anbieten“, so „daß der suchtkranke Mensch ein drogenfreies und autonomes Leben zu führen lernt“ (Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1997, S. 234). Als grundlegende Aufgabenbereiche werden genannt: „die Entzugsmotivation eines Klienten zu unterstützen, (...), mit ihm die Kostenübernahme und andere für die Therapie wichtige Formalien zu klären und den einzelnen Betroffenen auf dem Wege hin zur Therapie und Drogenfreiheit zu unterstützen und auch Rückfälle bewältigen zu helfen“ (ebd., S.234). Weiter heißt es, es gelte im Einzelfall „genau zu differenzieren, ob eine ambulante oder eine stationäre Suchttherapie anzustreben ist“ (ebd., S. 234). Dabei kann Drogenberatung therapeutische Elemente haben, soll aber nicht mit ambulanter Therapie verwechselt werden. Um die Effektivität der Drogenberatung zu steigern, wurde die fachliche Trennung von Alkohol- und Drogenberatung aufgehoben (vgl. ebd., S.234).

Die Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (HLS) unterscheidet die angeschlossenen Beratungsstellen in ihrer aktuellen Broschüre „Suchthilfe in Hessen“ nach drei Schwerpunkten:

- „Suchtberatung (auch: Psychosoziale Beratungsstelle [PSB])
- Drogenberatung bzw. Jugend- und Drogenberatungsstelle
- Sucht- und Drogenberatungsstelle (Integrierte Beratung)“
(HLS-Broschüre, 1999, S.10).

Im weiteren Verlauf wird näher ausgeführt, daß die Suchtberatungs- bzw. Psychosozialen Beratungsstellen (früher: Suchtberatungsstellen für Erwachsene) „ambulante Facheinrichtungen für Suchtkranke und deren Familien“ sind, wobei die Drogenberatungs- bzw. Jugend- und Drogenberatungsstellen als „ambulante Facheinrichtungen für Jugendliche und junge Erwachsene sowie deren Angehörige, die Schwierigkeiten mit Suchtmitteln (illegale Drogen, Alkohol, Medikamente) und/-oder im sozialen Umfeld (Familie, Schule, Ausbildung, Beruf, Beziehung, mit sich selbst) haben“ beschrieben werden (ebd., S. 10 f.).

Bei der Sucht- und Drogenberatungsstelle handelt es sich um eine Mischform der beiden beschriebenen Konzepte, die bei jedem Suchtproblem, unabhängig vom Alter, helfen will (vgl. ebd. S.12).

Alle Beratungsstellen sind laut HLS multidisziplinär besetzt. Durch die Zusammenarbeit von Sozialarbeitern/-pädagogen, Dipl.-Pädagogen, Dipl.-Psychologen, Ärzten und ggf. Juristen könne „nach Beachtung bestimmter Indikationskriterien mit dem/der jeweiligen Suchtkranken ein ihm/ihr entsprechender Behandlungsplan entwickelt werden. Die Hilfe erfolgt in Einzel-, Gruppen- oder Familiengesprächen“ (ebd., S.10 f.).

Die enge Zusammenarbeit der PSB's mit den Allgemeinen und Psychiatrischen Kliniken, mit Fachkliniken für Suchtkranke, sowie mit den örtlichen Selbsthilfegruppen wird hervorgehoben. Auf den zusätzlichen Auftrag der

PSB's zur Öffentlichkeitsarbeit und Prävention wird hingewiesen (vgl. ebd., S. 11).

Als spezifische Tätigkeitsbereiche der Jugend- und Drogenberatungsstellen werden schwerpunktmäßig - abhängig vom Personalstand der einzelnen Einrichtung - folgende genannt:

- „Beratung (Jugendberatung, Einzel-, Gruppen-, Angehörigen-, Familiengespräche, Familientherapie, externe Drogenarbeit in Justizvollzugsanstalten, Betreuung von Klienten mit gerichtlichen Auflagen)
- Vermittlung von drogenabhängigen Klienten in klinische Entzugsbehandlungen sowie stationäre Langzeiteinrichtungen
- Ambulante Betreuung von drogengefährdeten und -abhängigen Klienten
- Gruppenarbeit (Jugend-, Klienten-, Ehemaligengruppen, Elternkreisarbeit)
- Nachsorge (ambulante Nachsorge, Vermittlung in Nachsorgewohngemeinschaften, und Selbsthilfegruppen u.a.)
- Kooperation (mit Beratungsdiensten, Ämtern, Justiz, Kliniken, Langzeitprogrammen, Wohngemeinschaften u.a.)
- Aufsuchende Arbeit (Streetwork, u.a.)
- Öffentlichkeitsarbeit“ (ebd., S.11 f.).

Im „Rahmenplan für Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und deren Angehörige (Stand 14.05.1992)“ der DHS heißt es, daß „sich das Angebot der Beratungs- und Behandlungsstellen heute an Suchtgefährdete, Suchtkranke und deren Angehörige“ wendet. „Es geht um Menschen, die Probleme im Umgang mit Alkohol, Medikamenten, Nikotin und illegalen Drogen haben. Gleichzeitig sind diese Einrichtungen die Anlaufstelle bei Eßstörungen und pathologischen Glückspielverhalten. Darüber hinaus helfen sie bei medizinischen und psychologischen Folgen der Abhängigkeitserkrankungen, z.B. bei suizidalen Krisen, Folgen von sexuellem Mißbrauch und bei HIV-Infektion“ (www.dhs.de/reihe/rahmen.htm, S. 1). Es wird weiter ausgeführt, daß alle hier angebotenen Hilfen und Maßnahmen als gleichwertig anzusehen sind und einen Prozeß darstellen, der bei jedem anders verlaufen

kann. „Veränderungen und Verbesserungen /.../ sollen sich an umfassenden, in ihren Elementen und in ihrer Kooperation aufeinander abgestimmten gemeindenahen Konzepten ausrichten“ (ebd., S.1). Etwas konkreter heißt es dann im weiteren Verlauf des Rahmenplanes: „Psychosoziale Beratung ist diagnostisch, problem-, ziel- und ressourcenorientiert. Beratung bedarf der Kenntnis und Handhabung qualifizierter Methoden, wie z.B. Einzelfallhilfe und Gesprächsführung“ (ebd., S.2). Als Bestandteile von Beratung werden genannt:

- „Aufzeigen von Hilfemöglichkeiten,
- Motivationsarbeit,
- Vermittlung in Entgiftung, stationäre Therapie,
- Selbsthilfegruppen, spezialisierte Hilfeangebote (z.B. Eheberatung),
- Krisenintervention“ (ebd., S.2).

Als Grenzbereich zwischen Beratung und Behandlung wird der Unterpunkt 'Betreuung' aufgeführt, mit dem Hinweis, daß die Grenzen zwischen Beratung und Betreuung fließend seien. Bestandteilen von Betreuung könnten demnach sein:

- „begleitende soziale und lebenspraktische Hilfen
- Hilfen bei beruflicher und sozialer Wiedereingliederung, z.B. Schuldenregulierung
- Krisenintervention“ (ebd., S.2).

Die Arbeitsweise in der Betreuung sei klienten- und problemorientiert, die einzelnen Schritte würden „gemeinsam erarbeitet und mit Begleitung umgesetzt“. Dabei handele es sich um „mittel- bis langfristige Prozesse, die auch methodische (z.B. Einzel-, Familien- und Gruppenangebote) und soziale, lebenspraktische Hilfen umfassen können“ (ebd., S.2).

In der bereits erwähnten „Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe“ wird „professionelle Beratung in Abgrenzung zur alltäglichen Beratung“ als wissenschaftlich fundierte

konkrete Entwicklungs- und Lebenshilfe“ beschrieben (www.dhs.de/reihe/leistung/teil_b_leistungsbeschreibung.htm, S.12 f.). Merkmale der Beratung sind Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit der Klienten sowie die Formulierung von Beratungszielen. Dies beinhaltet sowohl kurzfristige informationsorientierte als auch mittel- bis längerfristig angelegte problemorientierte Beratung. Nicht nur Sachinformationen sollen vermittelt werden, es sollen auch Problemlösungsprozesse durch Reflexion der Lösungsalternativen strukturiert und gesteuert werden. Ein möglichst voraussetzungsloser Erstkontakt ohne Wartezeiten soll ermöglicht werden (vgl. ebd., S. 13). Die Beratungstätigkeit wird durch folgende Elemente charakterisiert:

- „Kontaktaufnahme
- Erstgespräch
- Informationsbeschaffung
- Anamnese und Diagnostik
- Erstellung eines Hilfeplanes
- Beratungsgespräch, beraterische Unterstützung und Intervention
- Motivationsarbeit
- Orientierungshilfe
- Je nach Indikation Vermittlung anderer Hilfemaßnahmen“ (ebd. S.13).

Dabei werden im weiteren Verlauf der Leistungsbeschreibung drei Hauptformen der Drogenberatung unterschieden:

1. Informationsorientierte Beratung als kurzfristige, wenige Minuten bis wenige Stunden dauernde Beratung und Informationsvermittlung über Substanzarten, Konsumformen, Entstehung, Ursachen und Verlauf von Abhängigkeiten, Folgen von Abhängigkeit oder schädlichem Konsum, Hilfeangebote. Diese Beratungen werden persönlich oder auch anonym über Telefon, Brief, FAX, eMail etc. geführt.
2. Problemorientierte Beratung als mittel- bis längerfristiger Beratungsprozeß, in dessen Verlauf die Lösung von suchtbezogenen körperlichen, psychischen und sozialen Problemen angestrebt wird. Nach eingehender Anamnese und Diagnostik kann die Vermittlung in weiterführende Maß-

nahmen - wofür die Beratung gleichzeitig unabdingbare Voraussetzung wäre - Beratungsziel sein.

3. Vermittlung - wenn die Möglichkeiten der Einrichtung nicht ausreichend oder geeignet für den entsprechenden Klienten sind, kann nach Absprache die Weitervermittlung an eine andere Einrichtung der Suchtkrankenhilfe, deren Schwerpunktsetzung geeigneter erscheint, erfolgen (vgl. ebd., S.13 ff.).

Interessant erscheint mir in diesem Zusammenhang eine Veröffentlichung des Bundesministeriums für Gesundheit in seinem eigenen Internet-Portal. Als Pressemitteilung Nr. 5 vom 08.03.2001 findet sich hier das Grußwort von Christa Nickels, der vormaligen Drogenbeauftragten der Bundesregierung, zur Konferenz der European Foundation of Drug Helplines (FESAT) unter dem Titel „New drugs, new generations, new technologies - challenge for drug helplines“. Sie führt u.a. aus, daß sie ein telefonisches Hilfsangebot der Beratung und Information im Drogenbereich für besonders effektiv hält, „weil es spontan bei Krisen erreichbar ist und die Möglichkeit bietet, weiterführende und ergänzende professionelle Hilfen zu vermitteln. Darüber hinaus fällt es dem Betroffenen leichter, sich an eine Drogennotruf-Beratungsstelle zu wenden, weil sie hier entscheiden können, ob ihre Anonymität gewahrt bleiben soll oder nicht“ (www.bmggesundheits.de/themen/drogen/pm/080301.htm, S.1). Sie führt weiter aus, daß wir bundesweit inzwischen zwar über ein gut entwickeltes Netzwerk von Sucht- und Drogenberatungsstellen verfügten, die auch telefonisch erreichbar seien; sie lobt auch die verbesserte Kontaktaufnahme zu den Betroffenen durch die vielfältigen niedrigschwelligen Angebote, gibt aber zu bedenken: „Krisensituationen halten sich nicht an Öffnungszeiten von Beratungsstellen“ (ebd., S. 1). Sie regt an, über eine bundesweit einheitliche Rufnummer nachzudenken, ähnlich wie bei der AIDS-Aufklärung. Außerdem fordert Frau Nickels, das Internet mit all seinen Möglichkeiten - in Form von Chat-rooms u.ä - auch für die Drogenberatung zu nutzen und nicht zuzulassen, daß das Internet im Bereich Drogenberatung und -aufklärung hauptsächlich von Websites dominiert wird, die Tipps zu Naturdrogen oder Rezepte zur Herstellung von synthetischen Drogen verbreiten (vgl. ebd., S. 2).

Es wird sicherlich eine zukünftige Aufgabe der Drogenberatung sein, die Neuen Medien verstärkt für ihre Zwecke zu nutzen, um somit den Anschluß in diesem Bereich nicht zu verpassen.

3.1.2. Aufsuchende Sozialarbeit (Streetwork)

„Streetwork“ - oder zu deutsch: „Straßensozialarbeit“ - ist eine Form aufsuchender Sozialarbeit, die nicht an die Räumlichkeiten einer Institution oder eines Amtes gebunden ist (vgl. Steffan, 1988, S. 10). Streetworker haben in der Regel den Auftrag, Kontakte zu Drogenabhängigen oder -konsumenten aufzubauen, die nicht das Vertrauen aufbringen, die institutionenfixierten Angebote der Beratungsstellen anzunehmen, sprich: deren Räumlichkeiten aufzusuchen. Die Arbeitsplätze aufsuchender Sozialarbeit liegen deshalb in Bahnhöfen, Fußgängerzonen, auf öffentlichen Plätzen, in Spielhallen, Diskotheken, diversen Gaststätten, Jugendfreizeiteinrichtungen und auch Rotlicht-Vierteln. Streetworker suchen ihre Zielgruppe jedoch auch in privaten Rückzugsräumen auf (vgl. ebd., S. 10). Steffan weist allerdings darauf hin, daß nicht alles, was in Konzeptionen und Selbstdarstellungen der Suchthilfe-Einrichtungen als ‘Streetwork’ verkauft wird, diesen Namen auch tatsächlich verdient, da dort unter diesem Namen auch Tätigkeiten von im Grunde eher institutionsgebundenen Sozialarbeitern, die zwei- bis dreimal wöchentlich Lokalitäten aufsuchen, in denen auch Drogenabhängige verkehren, subsummiert werden (vgl. ebd., S. 11).

Während Petzold 1981 Streetwork noch ganz streng und ausschließlich als festen Bestandteil und eine Art „PR-Maßnahme“ der dahinterstehenden therapeutischen Kette definiert (vgl. Petzold, 1981, S. 167 ff.) und postuliert: „Ziel ist, den Leidensdruck des potentiellen Klienten zu erhöhen, indem man ihn seine beständigen Selbsttäuschungsmanöver erkennen läßt“ (ebd., S. 168), versteht Steffan Streetwork eher als akzeptierende Drogenarbeit (vgl. Steffan, 1988, S. 13) und führt aus: „Vom Grundverständnis her ist eine Szenearbeit daraufhin ausgerichtet, die Drogenkonsumenten in ihrer Lebensweise zu akzeptieren“ (ebd., S. 13). Dieses akzeptierende Grundverständnis möchte er zwar nicht als gleichgültige Laissez-faire-Haltung ver-

standen wissen, erklärt aber unmißverständlich: „Eine Streetwork, die von einer akzeptierenden Grundhaltung ausgeht, verzichtet auf Clean-Ansprüche und Drogenfreiheitsideologie. Der Streetworker tritt dem Drogenkonsumenten mit einer nicht richtenden und nicht fordernden Haltung, mit Interesse, Sympathie und Anerkennung gegenüber“ (ebd., S. 14). Er lehnt es auch ab, diese Grundhaltung als „verfeinerten Trick“ zu verstehen, der einen leichteren Zugang zum Konsumenten ermöglicht, sondern will sie als grundsätzliche Akzeptierung des „subkulturellen Lebensstiles“ verstanden wissen (vgl. ebd., S.14). „Motivationsprüfsteine in Form von Komm-Strukturen oder rigiden Terminregelungen, an denen der Ratsuchende seinen guten Willen - sprich seine Ausstiegsbereitschaft - zu beweisen hat, verlieren in diesem Konzept genauso ihren Sinn, wie das Pochen auf Drogenfreiheit als Vorbedingung für Beratung und Hilfe“ (ebd., S. 14).

In der Leistungsbeschreibung des IFT versucht man m.E. nun einen Mittelweg zwischen den konträren Positionen zu finden und führt aus, daß aufsuchende Maßnahmen auf der Grundidee basieren, „nicht darauf zu warten, bis gefährdete Personen oder Personen mit substanzbezogenen Störungen mit einer Institution der Suchthilfe Kontakt aufzunehmen, sondern unmittelbar auf sie zuzugehen. Auf diese Weise sollen Substanzabhängige zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erreicht werden. Aufgesucht werden sie an den bekannten Treffpunkten in ihrem Lebensumfeld wie der Drogenszene, zu Hause sowie in Institutionen wie Haftanstalten, Psychiatrischen Kliniken, Krankenhäusern, Altenheimen und Sozialstationen“ (www.dhs.de/reihe/leistung/teil_b_leistungsbeschreibung.htm, S. 9). Demzufolge gliedert sich hier die detailliertere Beschreibung der einzelnen Leistungen aufsuchender Maßnahmen in die separierten Unterpunkte „Streetwork“, „Hausbesuche“, „Beratung in Justizvollzugsanstalten bzw. Jugendjustizanstalten“, „Beratung in Krankenhäusern, Arztpraxen, Altenheimen und Sozialstationen“ . Die Beschreibung von ‘Streetwork’ folgt dann weitestgehend der o.a. allgemeineren Definition von Steffan und fügt ergänzend hinzu: „Der Aufgabenbereich der Streetworkerinnen umfaßt neben Kontakt-, Informations- und Beratungsarbeit in verschiedenen Szenenbereichen die soziale Betreuung der Klientinnen in Krisen- und Notsituationen sowie gesundheitspräventive Maß-

nahmen“ (ebd., S. 9). Die Ziele von Streetwork werden hier wie folgt definiert:

- „Kontakt(wieder-)aufnahme, Motivierung
- Zugang zum Hilfesystem ermöglichen
- Vermittlung notwendiger Hilfen (Soforthilfe)
- HIV/AIDS/Hepatitis-Prophylaxe
- Schadensminimierung
- Informationsgewinnung über aktuelle Entwicklungstendenzen in der Szene“ (ebd., S. 9).

Umfang und Dauer dieses Angebotes müßten „in einem angemessenen Verhältnis zur Größe der Zielgruppe und der Inanspruchnahme stehen“ (ebd., S.9).

Die Leitungsbeschreibung des IFT ist ein Instrument zur Qualitätsentwicklung und -sicherung nach DIN ISO 9000. Sie bindet die aufsuchenden Maßnahmen als einen wichtigen Bestandteil in ein Gesamtkonzept ansonsten eher institutionsgebundener Angebote ein. Dabei soll Streetwork Vorstufe und Bindeglied für das Gesamtkonzept sein, hat aber auch eigenständige Aufgaben, deren Durchführung für den Betroffenen nicht notwendigerweise in sofortigen Kontakt zu einer Einrichtung der Suchtkrankenhilfe münden müsse. Dies stellt einen Kompromiß zur Position von Steffan dar. Dieser sieht eine akzeptierend ausgerichtete Streetwork eher als „eine Alternative zur institutionsfixierten, bevormundenden Beratung und zur ausgrenzenden, mit dem System der sozialen Kontrolle sehr eng verquickten Therapie“ (Steffan, 1988, S. 182). Er hält es für erfolgversprechender, Drogenkonsumenten in einer Kombination von Streetwork, Clubarbeit und Gemeinwesenarbeit stadtteilorientiert zu betreuen, anstatt sie durch ein Hilfesystem zu schleusen, „das auf Individualisierung und Ausgrenzung hin orientiert ist“, mit dem „Ziel der Anpassung an eine staatliche Norm (nämlich ‘Drogenfreiheit’)“ (vgl. ebd., S. 182 f.). [Siehe auch Kap. 5, S. 71 f., Anm. d. Verf.].

3.1.3. Niedrigschwellige Angebote

Ende der Achtziger, Anfang der Neunziger Jahre setzte sich in der Drogen-therapieszene vermehrt die Erkenntnis durch, daß „der Zugang zu den Drogengebern als elementare Voraussetzung jeglicher konkreter Unterstützung und Einflußnahme“ definitiv die Schwachstelle des bestehenden Drogenhilfesystems sei (vgl. Schuller & Stöver, 1990, S. 78). So entwickelte z.B. der Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V. Hamm schon 1985 aus seinen Erfahrungen in der Straßensozialarbeit heraus das Konzept für einen Kontaktladen „coffeeshop ‘extradry’“ - nach eigenen Angaben - lange bevor Kontaktläden landesweit gefördert und eingerichtet wurden. Der Verein gibt auf seinen Internet-Seiten an, Ziel des Kontaktladens sei „in erster Linie, Kontakte zu bisher nicht erreichten DrogengebraucherInnen herzustellen und zu halten, die durch alle Raster der Drogenhilfe fallen. In erster Linie werden konkrete Lebenshilfen angeboten, um die aktuelle Lebenssituation der BesucherInnen menschenwürdiger zu gestalten“ (www.drogenhilfe-hamm.de/kola/kontaktlad1.shtml, S.1). Der erste Kontaktladen im Landkreis Limburg-Weilburg wurde 1989/90 als ‘Booster-Projekt’ von der Jugend- und Drogenberatung Limburg-Weilburg e.V. in der Limburger Altstadt eröffnet.

Eine weitere Motivation, verstärkt solche niedrigschwelligen Angebote auf der Basis des bereits beschriebenen Konzeptes der Schadensminimierung (‘harm reduction’) anzubieten, war sicherlich Anfang der Neunziger Jahre die Erkenntnis, daß zu diesem Zeitpunkt bereits 25 bis 30 Prozent der intravenösen Drogenabhängigen HIV-infiziert waren und somit der Anteil der an AIDS erkrankten Drogenabhängigen kontinuierlich anstieg. Damit nahm die gesundheitliche und soziale Verelendung auf der Szene rapide zu (vgl. Hoffmann-Bayer, 1991, S. 240). Inzwischen sind niedrigschwellige ‘Bausteine’ nahezu flächendeckend feste Bestandteile im Versorgungsnetz psychosozialer Hilfen für drogenabhängige Menschen. So lesen wir in der aktuellen Ausgabe der HLS-Broschüre „Suchthilfe in Hessen“: „Krisenzentren und Kontaktläden leisten praktische Überlebenshilfe für Drogenabhängige: von der Körperhygiene über ärztliche Versorgung bis zur vorübergehenden Schlafmöglichkeit. Sie sorgen darüber hinaus für Kleidung und eine gewisse

Sauberkeit, sie bieten Spritzenaustausch und Gelegenheit zum Essen oder Kaffeetrinken an. KlientInnen erhalten Beratung in rechtlichen, gesundheitlichen und Alltagsfragen. Die Einrichtungen vermitteln Entgiftungsplätze und schaffen generell eine akzeptierende Atmosphäre, in der sich die Betroffenen wohl fühlen können. In Frankfurt gibt es 'Konsumräume', in denen unter hygienischen Bedingungen Heroin gespritzt werden kann" (1999, S. 13). Ein solcher Konsumraum wurde in Frankfurt z.B. von der Jugendberatung- und Jugendhilfe e.V. - dem größten Träger der Drogenhilfe im Großraum Frankfurt mit inzwischen über 500 Mitarbeitern - im Rahmen des 'Drogennotdienstes/Kontaktcafés' in der Elbestraße eingerichtet. Der Konsumraum ist täglich von 6.00 bis 24.00 Uhr durchgehend geöffnet. Angeschlossen ist eine Medizinische Ambulanz, es gibt Tagesruhebetten und Übernachtungsmöglichkeiten. Ähnliche Angebote finden sich im Kontaktladen 'Café Fix' in der Moselstraße, dem noch eine Substitutionsambulanz mit 120 Plätzen angeschlossen ist. Im Kontaktcafé gibt es Wasch- und Duschgelegenheiten sowie die Möglichkeit, sich mit Nahrungsmitteln zu versorgen und alte gegen neue Spritzbestecke zu tauschen. Arbeitsprojekte, Betreutes Wohnen sowie freizeitpädagogische Angebote sind weitere Bestandteile des Konzeptes. Zusätzliche Angebote des 'Eastside' in der Schielestraße und des 'Café FriedA', einem Kontaktcafé mit assoziierter Substitutionsambulanz des Stadtgesundheitsamtes an der Friedberger Anlage, sind Schuldnerberatung sowie Beratung in aufenthaltsrechtlichen Fragen für Ausländer. Notschlafstellen und legale Konsummöglichkeiten finden sich u.a. auch im 'La Strada' in der Mainzer Landstraße, und der 'Konsumraum Niddastraße' bietet u.a. 'Safer-Use-/ Safer-Sex-Beratung' an (vgl. HLS-Broschüre, 1999, S. 56 f.).

Zum Punkt „Gesundheitsvorsorge und medizinische Basisversorgung“ im Bereich Schadensminimierung gehören laut der IFT-Leistungsbeschreibung „alle medizinischen, sozialberaterischen oder pädagogisch-psychologischen Basisaktivitäten, die vom Einrichtungspersonal angeboten werden, um die negativen Konsequenzen des Substanzkonsums zu reduzieren und das gesundheitsfördernde Verhalten der Zielgruppe zu unterstützen /.../“ (www.dhs.de/reihe/leistung/teil_b_leistungsbeschreibung.htm, S. 5). Zur medizinischen Basisversorgung gehören neben der Diagnostik die Wund-

versorgung, Impfung, Gabe von Medikamenten, Vergabe von NaCl/Kochsalzlösung und Ascorbin, Aqua und Alkoholtupfern. Außerdem sind die Blutentnahme für HIV- und Hepatitis-Tests sowie diesbezügliche Beratung und Auswertung der Testergebnisse Bestandteil dieser Versorgung. Wichtige Punkte sind in diesem Zusammenhang auch die Kondomvergabe und der Spritzentausch (vgl. ebd., S. 5).

Dazu kommen Aufenthaltsangebote mit lebenspraktischen Hilfen wie die Verbesserung des Ernährungszustandes und der hygienischen Situation sowie das Angebot von 'Schutzräumen', die als vorübergehende Rückzugsmöglichkeit vom Szenemilieu für einige Minuten bis Stunden genutzt werden können und auch dazu dienen sollen, soziale Kontakte aufzubauen oder zu pflegen (vgl. ebd., S. 6).

Der nächste wichtige Bereich niedrigschwelliger Angebote sind Übernachtungsangebote in Notschlafstellen und Krisenwohnungen. Sie bieten Aufenthalt in geschützter Umgebung und helfen so, gesundheitliche Risiken zu vermindern sowie die hygienische Situation zu verbessern. Sie sollen helfen, die psychische, physische und soziale Stabilisierung voranzutreiben sowie eventuell Hemmschwellen hinsichtlich des Zugangs zur Beratungsstelle abzubauen (vgl. ebd., S. 7).

Krisenintervention und Notfallhilfe im Rahmen von 'harm reduction' wird als kurzfristiges professionelles Handeln zur Schadensbegrenzung beschrieben. Krisenintervention kann bei eskalierenden sozialen Konflikten oder besonderen individuellen Notlagen notwendig werden, um akute Fremd- oder Eigengefährdung abzuwenden. Notfallhilfe ist als medizinische Akutversorgung im Sinne einer Ersten Hilfe zur Lebensrettung bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes zu verstehen. Dazu gehören u.U. auch Sofortvermittlungen oder Noteinweisungen in Entgiftungs- oder psychiatrische Stationen von Krankenhäusern (vgl. ebd., S. 8).

Konsumräume schließlich „dienen primär dazu, einer Gruppe schwerstabhängiger Drogenkonsumentinnen, die ihren i.v.-Konsum [intra-venöser

Konsum, Anm. d. Verf.] trotz vielfacher Hilfeangebote fortführt und selbst von niedrigschwelligen Angeboten der Suchthilfe nicht erreicht wird, Gelegenheit zu geben, unter hygienischen Bedingungen ihre mitgebrachten Substanzen zu injizieren“ (ebd., S. 8). In dieser Situation des ‘Konsums unter Aufsicht’ ist es dann auch möglich, Drogennotfälle, d.h. die oft lebensbedrohlichen Folgen des Konsums, zu verhindern oder aufzufangen. Allerdings gibt die Leistungsbeschreibung als Ziel eines Konsumraums auch folgendes an: „Entlastung des öffentlichen Raumes von offenen Szenen/öffentlichem i.v. Konsum“ (ebd., S. 8). Diese sachliche Formulierung könnte bei genauerer Betrachtung durchaus Anlaß zu einer brisanten gesamtgesellschaftlichen Diskussion bieten, die vielleicht in viel zu geringem Ausmaß stattfindet. Findet sich Sozialarbeit ausgerechnet im Bereich niedrigschwelliger Angebote erneut in ihrer ungeliebten Position als ungewollter Vollstrecker gesellschaftlicher Verdrängungsmechanismen wieder? Zum Wohle der Betroffenen muß man dieses Risiko wohl eingehen.

Laut der vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Studie „Drogennot- und -todesfälle“, in deren Rahmen 545 Todesfälle zwischen Juli 1991 und Juli 1992 untersucht wurden, vermindern niedrigschwellige Angebote, die den Willen zum sofortigen Ausstieg nicht voraussetzen, die Gefahr des sozialen und körperlichen Abstiegs und somit des Drogentodes. Nach den Angaben, die Burkhard Schröder auf seiner Website im Internet (www.burks.de/artikel/zeit93.html) macht, wurde die Studie von den rechtsmedizinischen Instituten der Universitäten Hamburgs und Berlins, dem Berliner Sozialpädagogischen Institut, dem Bremer rechtsmedizinischen Dienst sowie dem Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin in Bremen durchgeführt. Schröders darauf basierender Artikel „Bankrott der Drogentherapie“ wurde am 01.10.1993 in der ‘Zeit’ veröffentlicht. Demnach fordern die Autoren der Untersuchung aufgrund ihrer Ergebnisse u.a. mehr Möglichkeiten für den ‘warmen Entzug’, d.h. das langsame ‘Ausschleichen’ mit Medikamenten oder medikamentengestützte Entzüge (vgl. www.burks.de/artikel/zeit93.html). Dies führt mich zu meinem nächsten Thema.

3.2. Entgiftung

Körperliche Abhängigkeit, mit der die Notwendigkeit eines Entzuges, einer Entgiftung, in der Hauptsache begründet wird, ist nicht bei allen Drogenarten eine zwingende Konsequenz des Konsums. Bei den gebräuchlichen Drogen wie den Opiaten, Barbituraten und beim Alkohol ist dies jedoch der Fall. Dazu kommt, daß wir heute nahezu flächendeckend mit dem Problem der Polytoxikomanie (Mehrfachabhängigkeit, Gebrauch mehrerer unterschiedlicher Substanzen) konfrontiert sind. Daraus können sich verschiedene komplexe Abhängigkeits- und Entzugssymptome ergeben. In den meisten Fällen hält man es deshalb für angezeigt, am Anfang der stationären oder ambulanten Therapie eine körperliche Entgiftung durchzuführen. Für die hier behandelte Therapiekette ist dies jedenfalls die Standardprozedur und die unabdingbare Vorstufe zur Entwöhnung (vgl. Vormann, 1991, S. 17 ff.). Körperliche Entgiftung heißt, „daß der Giftstoff, der durch regelmäßige und häufige Einnahme in den Stoffwechsel eingebaut wurde, wieder eliminiert und eine erneute Zufuhr verhindert“ wird (ebd., S. 17). Stationäre Entzüge werden hauptsächlich nach Einweisung durch einen Arzt auf internistischen oder psychiatrischen Stationen der Allgemeinkrankenhäuser oder in psychiatrischen Kliniken durchgeführt. Hier können im Anschluß an die Entgiftung auch diverse Suchtbegleit- und Folgeerkrankungen erkannt und behandelt werden (vgl. HLS-Broschüre, 1999, S. 13). Grundlegend werden - auch in Hessen - zwei verschiedene Formen von Entzug durchgeführt:

1. Der sogenannte 'warme' oder 'weiche' Entzug. Hierbei wird die Eliminierung des vom Konsumenten zugeführten Giftstoffs nicht dadurch vorgenommen, daß man dessen Zufuhr abrupt unterbindet. Vielmehr wird in Zeiträumen von zwei bis vier Wochen sukzessive die Dosis bis auf Null verringert. Zusätzlich oder auch alternativ dazu wird diese Form des Entzuges auch durch die Gabe bestimmter Medikamente unterstützt bzw. allein mit medikamentöser Unterstützung durchgeführt (vgl. HLS-Broschüre, 1999, S. 13; Vormann, 1991, S. 21). Mit dieser Vorgehensweise soll laut Vormann (1991, S. 17 ff.) die beim sog. 'harten' oder 'kalten' Entzug auftretende Entzugsangst gemindert werden. Im Auftreten der Entzugsangst

werde die Gefahr einer Konditionierung weiteren Suchtverhaltens gesehen. Ein weiterer Vorteil, 'warm' zu entziehen, bestehe darin, daß bei dieser Form des Entzuges „keine kooperationsfeindlichen Konfrontationen und Aggressionen den Kontakt zum behandelnden Personal“ störten. „Ein harter Entzug wird auch aus ethisch-ärztlichen Gründen abgelehnt, da der aus ihm erhoffte Lerneffekt vage sei und hinter der Begründung der Wunsch des Therapeuten stecke, einen Patienten leiden zu lassen“ (Vormann, 1991, S. 21; vgl. Täschner, 1980). Daß der Drogenabhängige beim weichen Entzug nicht bettlägerig werden müsse, sondern von vornherein am aktivierenden Tagesprogramm der Station teilnehmen könne, spreche, so Vormann, ebenfalls für den weichen Entzug (vgl. Vormann, 1991, S. 21). „In den letzten Jahren hat der polyvalente Konsum von Mitteln zugenommen, die Entzugssymptomatiken werden komplizierter, ihre Gefährlichkeit weniger vorhersehbar, insbesondere, wenn zusätzlich zu einer Abhängigkeit von Opiaten noch eine von Barbituraten besteht“ (ebd., S. 21).

2. Der sogenannte 'kalte' oder 'harte' Entzug. Hier wird durch das abrupte Absetzen des zugeführten Giftstoffs entzogen. Auch beim Opiatentzug werden keine Ersatzstoffe wie Polamidon gegeben. Entzugssymptome wie z.B. starke Eingeweide- und Gliederschmerzen, werden vom Drogenabhängigen in ihrer ganzen Bandbreite erlebt. Diese Vorgehensweise wird hauptsächlich mit dem damit verbundenen Lerneffekt begründet. Die schärfsten Verfechter dieser Form des Entzuges sind ehemalige Drogenabhängige. Sie argumentieren, daß nur der die Kraft und Motivation zur Selbstveränderung und Drogenfreiheit aufbringen könne, der auch die Härten eines 'kalten' Entzuges durchgestanden habe. Einen solchen Entzug ausgehalten zu haben stärke zudem das kaum vorhandene Selbstbewußtsein eines Abhängigen. Zu lernen, daß Drogen nicht nur schöne Gefühle machten, sei die andere Seite der Medaille, gehöre zur Drogenabhängigkeit dazu, müsse also bei vollem Bewußtsein durchlebt werden und erhöhe so unter anderem die Hemmschwelle wieder Drogen zu nehmen, wird weiter argumentiert. Abhängige, so die Befürworter des 'kalten' Entzuges, hätten eine hochgradig ambivalente Beziehung zu ihren Drogen

und müßten gleich zu Beginn eines Entzuges eine klare, harte Entscheidung treffen, daß vom Tag 'X' an die drogenfreie Zeit beginne, damit jedes Feilschen und Verhandeln um die Verschiebung dieses Zeitpunktes sinnlos sei und alle Energie auf die Bewältigung von Problemen verwandt werden könne. Voraussetzung für eine solche Vorgehensweise sei allerdings die Einbindung des Entzuges in ein mit sinnvollen Aktivitäten ausgefülltes Tagesprogramm, um von der Fixierung auf körperliche und seelische Befindlichkeiten abzulenken. In Einzelfällen oder bei besonders heftigen Entzugssymptomen werde allerdings auch bei hartem Entzug medikamentös unterstützt (vgl. Vormann, 1991).

Nach einer Entzugsdauer von - im Idealfall - ein bis zwei Wochen sollte sich nahtlos die Entwöhnungsbehandlung in einer Therapieeinrichtung anschließen. Da die Plätze in den Einrichtungen und Therapeutischen Gemeinschaften (TG) aber begrenzt sind bzw. entsprechende Kostenzusagen noch ausstehen, passiert es regelmäßig, daß Abhängige nach dem Entzug noch einige Zeit auf den Entzugsstationen verweilen, da die Gefahr des Rückfalls ansonsten zu groß wäre. Dies kann aus rein medizinischer Sicht ein Vorteil sein, um Suchtbegleit- oder Folgeerkrankungen zu behandeln, aus therapeutischer Sicht stellt dies aber ein mögliches Problem dar, „da auf den meisten Entzugsstationen kein spezielles psychotherapeutisches Behandlungs- oder Betreuungsangebot besteht“ (Böllinger, 1995, S. 98). Deshalb sei, „wie man in der Szenesprache sagt, zumeist reines Abhängen angesagt, bleibt die Zeit nicht nur ungenutzt, sondern eine solche Entgiftung ist angesichts des Negativverhaltens des Drogenabhängigen und seiner Konsum- und Anspruchshaltung kontraindiziert“ (ebd., S. 98). Folgen seien daher eine hohe Abbrecherquote und Demotivierung für die Weiterbehandlung (vgl. ebd., S. 98 f.). Böllinger stellt im weiteren alternative Entzugsbehandlungen vor, die aus der Kritik am traditionellen Entzug entwickelt wurden [siehe Kapitel 5, S. 72, Anm. d. Verf.].

Die traditionelle Therapiekette und die entziehenden Kliniken selbst haben auf die beschriebenen Probleme mit der Einrichtung von Übergangseinrichtungen oder Überleitungsstationen reagiert (vgl. Vormann, 1991, S. 24 f.).

Soll der Entzug effektiv als festes Bindeglied der Therapiekette genutzt werden, scheint ein enger Kontakt - z.B. im Sinne genauer Terminabsprachen - zur entsendenden Beratungsstelle und zur weiterführenden Therapieeinrichtung jedoch unabdingbar zu sein. Die Zeit des Entzuges schon als Vorbereitung auf die nachfolgenden Therapieschritte zu nutzen, z.B. im Sinne einer Einbindung des Entzuges in Tagesabläufe, die denen in nachfolgenden Therapieeinrichtungen ähneln, scheint angebracht. Andererseits wird ein 'Antherapieren' auf der Entzugsstation, ohne genaue Abstimmung mit der nachfolgenden Therapieeinrichtung ebenfalls als problematisch angesehen (vgl. ebd., S. 26 f.).

Im Zuge der bereits angesprochenen allgemeinen Auflockerung und Neuorientierung der Drogentherapiesszene werden vielerorts in puncto Entzugsbehandlung neue Wege gegangen. Entzüge werden auch denjenigen Drogengebern zugänglich gemacht, die „den Entzug zur Regeneration im Rahmen ihrer Selbsthilfe“, sozusagen als „Urlaub vom Drogenkonsum“, nutzen wollen (Böllinger, 1995, S. 99 f.). Abhängige sollen auf diese Weise positive Erfahrungen mit dem Drogenhilfesystem machen, ihre körperliche, psychische und soziale Situation vorübergehend stabilisieren und ihre Therapiemotivation stärken können (vgl. ebd., S. 99 f.). Dies sind u.a. auch Ziele ambulanter Entgiftungen in Beratungsstellen und Arztpraxen, zu denen es in der IFT-Leistungsbeschreibung heißt: „Je nach Substanz und Dosierung wird die Entgiftung wegen der Gefahr des Auftretens lebensbedrohlicher Zustände nur schrittweise und/oder mit Unterstützung von Medikamenten, akupunkturgestützt oder ohne Medikamentenzugabe (sog. Kalter Entzug) durchgeführt“ (www.dhs.de/reihe/leistung/teil_b_leistungsbeschreibung.htm, S. 19). Die ambulante Entgiftung könne auch als eigenständige Maßnahme ohne nachfolgende Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden (vgl. ebd., S. 19).

3.3. Entwöhnung

Die Phase der Entwöhnung kann als Kernstück der Therapeutischen Kette bezeichnet werden. Sie findet „als stationäre Therapieform im Unterschied zur Alkoholtherapie überwiegend in Langzeittherapieeinrichtungen statt, die

historisch gesehen als Modellform die Therapeutische (Wohn-)Gemeinschaft (TWG) zur Grundlage haben“ (Fachl. d. soz. Arb., 1997, S. 234). Als ursprüngliche konzeptionelle Grundlage der Therapeutischen Wohn- oder Lebensgemeinschaften sind wohl die Prinzipien, Ideen und Konzepte von Charles ‘Chuck’ E. Dederich und das von ihm begründete SYNANON-Modell anzusehen (vgl. Petzold, 1981, S. 197 f.; Yablonsky, 1990, S. 11 ff.). Yablonsky bezeichnet Dederich gar als „Zentralfigur für den Entwicklungsprozeß auch der heutigen Therapeutischen Gemeinschaften“ (Yablonsky, 1990, S. 59) Dederich wird in der Literatur als extreme Persönlichkeit mit starker charismatischer Ausstrahlung dargestellt. Nach 20jähriger Alkoholiker-Karriere bekam er Ende der Fünfziger Jahre die Symptomatik seines Alkohol-Problems mit Hilfe der „Anonymen Alkoholiker“ in den Griff. Deren ausschließlich in ambulanten Selbsthilfegruppen stattfindendes Programm ging ihm aber offenbar nicht weit genug, so daß er schließlich - getrieben von der Suche nach einer neuen Behandlungsform für Alkohol- und Drogenabhängige - 1958 SYNANON als die erste Selbsthilfe-Therapiegemeinschaft mit eigenen Wohnungen gründete (vgl. Yablonsky, 1990, S. 59). Berühmt wurde SYNANON durch Veröffentlichungen über die in den Gemeinschaften regelmäßig stattfindenden „Encounter-Gruppen“, in denen das sogenannte „Synanon-Spiel“ praktiziert wurde. Yablonsky wurde dieses „Spiel“ von Synanon-Mitgliedern folgendermaßen erklärt: „Das Spiel ist unsere Form von dem, was Sie in Ihrem Beruf wahrscheinlich Gruppenpsychotherapie nennen würden. An drei Abenden in der Woche gehen die Leute hier zu diesen Sitzungen. Bei diesem Spiel können die Leute ihren emotionalen Müll abladen, ihre Selbstbetrügereien darstellen und etwas über sich selbst erfahren. Die Gruppe wirkt wie ein Dampfkessel, um die verschiedenen Probleme herauszuarbeiten“ (ebd., S. 53). Während dieser Sitzungen kam es nach Yablonskys Schilderungen zu sehr lauten und aggressiven verbalen Attacken, die jedoch niemals in körperliche Gewalt entarteten, da diese in den Synanon-Gemeinschaften ebenso wie jeglicher Rauschmittelkonsum streng verboten ist. Als bemerkenswert und auffällig beschreibt er die heitere und gelöste, harmonische und friedliche Stimmung nach einer solchen Sitzung (vgl. ebd., S. 49 ff.). Diese ungewöhnliche Form der Gruppentherapie ist keineswegs ein Ergebnis wissenschaftlicher Forschung sondern offenbar ein ‘Nebenpro-

dukt' von Dederichs exaltierter Persönlichkeit. Yablonsky beschreibt die allerersten Anfänge in Dederichs erster Gemeinschaft am Strand von Ocean Park in Kalifornien folgendermaßen: „Chucks Gebrüll und seine offensichtlichen analytischen Fähigkeiten führten nach einigen Sitzungen dazu, daß er eine permanente Leiterrolle bekam. Die Gruppe meinte, daß seine Verbalattacken und seine Verteidigung besser seien als die der anderen in der Gruppe. Das bestimmte in der ersten Phase das Konzept der frühen Encounter-Gruppen in der Therapeutischen Gemeinschaft“ (ebd., S. 60). Dederich selbst beschreibt ein anderes 'Werkzeug' von SYNANON, das er 'Kopfwäsche' nennt, folgendermaßen: „Die Kopfwäsche ist eine Sitzung, an der relativ neue Patienten und vier oder fünf der Bezugspersonen der Familie teilnehmen; der Patient wird 'auseinandergenommen', sein bisheriges Verhalten, sowohl konstruktiver als auch destruktiver Art, wird nachgezeichnet und Hinweise für sein zukünftiges Verhalten gegeben. Diese Sitzungen umfassen auch Torturen des '3. Grades' (besonders scharfe Auseinandersetzungen) und können ziemlich brutal werden, auf verbale Art natürlich. Überraschenderweise war die Reaktion der Patienten fast immer günstig. Wie ein Mitglied es einmal ausdrückte: 'Wenn sich herumspricht, daß es Kopfwäschen geben wird, stehen die Leute Schlange'“ (ebd., S. 68).

Yablonsky (1990) und Petzold (1981) führen übereinstimmend aus, daß die Entwicklung der TWG von den beschriebenen Anfängen bei SYNANON bis zur heutigen Form hauptsächlich über Neugründungen ehemaliger SYNANON-Mitglieder wie z.B. DAYTOP, PHOENIX und ODYSSEY und damit verbundene Weiterentwicklungen des ursprünglichen Konzeptes verlief. Außerdem hätten viele Psychiater, Psychologen und Sozialarbeiter SYNANON-Techniken in ihre privaten oder institutionellen Systeme integriert (vgl. Yablonsky, 1990, S. 69; Petzold, 1981, S. 197). „Aufgrund der unterschiedlichen Situationen in Deutschland und den USA waren allerdings nur bestimmte Elemente und Strukturen unverändert zu übernehmen“ (Petzold, 1981, S. 197). Klassische TWG's im Sinne von Selbsthilfewohngruppen (SHG) nach dem SYNANON-Muster existieren in Deutschland laut Fachlexikon der sozialen Arbeit (1997, S. 234 f.) heute „nur noch dort, wo durch öffentliche Haushalte finanzielle Zuwendungen möglich gemacht werden“. Das

Lexikon unterscheidet ausdrücklich TWG und SHG und führt aus, daß heute auch die TWG fast nur noch im Bereich der Nachsorge anzutreffen ist.

Im Rahmen der Therapiekette findet die Entwöhnungsbehandlung heute in Langzeittherapieeinrichtungen (LzTh) statt, die als „Therapeutische Gemeinschaften“ (TG) bezeichnet werden und normalerweise in den Behandlungsverbund der Drogenhilfe eingebettet sind. Die LzTh sind von verschiedenen Leistungs- und Kostenträgern unterschiedlich anerkannt und werden durch Tagespflegesätze finanziert (vgl. ebd., S. 235). In den deutschen TG in Form der heutigen LzTh finden sich neben den beschriebenen amerikanischen Einflüssen offenbar sowohl starke Einflüsse der ursprünglich britischen „Release“-Bewegung als auch die althergebrachten Traditionen der Sozialen Arbeit in Deutschland - wie gemeinsames Leben, gemeinsames Arbeiten, Übernahme von Verantwortung für sich selbst und andere, Hineinwachsen in eine Gemeinschaft von Gleichen. Dazu kommen in Deutschland Erfahrungen aus der sog. „Heimkampagne“ und der studentischen Kommune- und Wohngemeinschafts-Bewegung (vgl. Yablonsky, 1990, S. 15 ff.).

In der Literatur wird allerdings nochmals zwischen TG in den oben beschriebenen LzTh der Drogenhilfe und TG im Rahmen einer Station eines Psychiatrischen Krankenhauses oder einer Klinik unterschieden. Für die Entwicklung letzterer TG wird auch ein anderer historischer Hintergrund als der oben dargestellte herangezogen. Die psychiatrischen TG orientierten sich eher an englischen Vorbildern wie Laing und Cooper oder dem italienischen Psychiatrie-Reformer Basaglia (vgl. Junge, 1991, S. 29 ff.). Ein Zusammenhang besteht dennoch, wenn man berücksichtigt, daß sich die ersten SHG - ausgehend von der 1967 in London, als erste spezifisch europäische Antwort auf das Drogenproblem, begründeten „Release“-Bewegung - als bewußte Alternativen zu Drogentherapie in Psychiatrie und Strafvollzug verstanden. Nach dem Vorbild dieser Londoner Initiative wurde 1970 in Hamburg die erste deutsche Release-Gruppe gegründet, die zweite 1971 in Heidelberg. Schuller & Stöver (1990, S. 35) zitieren aus der Selbstdarstellung der Release-Gruppe in Heidelberg von 1973 (S. 6 f.): „Release ist die Selbstorganisation der jugendlichen/gesellschaftlichen Randgruppen, die durch ihr Alter, ihr

Verhalten und ihre Zielvorstellungen die geringsten Chancen haben, ihr Leben nach ihren eigenen Wünschen zu gestalten, Release ist der Versuch, auf dem Wege der gegenseitigen Unterstützung eine solchen Lebensgestaltung möglich zu machen. Ziel der Hilfe ist die Auflösung der Abhängigkeitsverhältnisse zur Droge und die Transformation selbstzerstörerischer Potentiale in selbsterhaltende und Wendung gegen deren Ursachen. Die Arbeit von Release soll politisch, emanzipatorisch und menschlich sein.“ Nachdem sich die Jugend- und Sozialbehörde lange Zeit abwartend verhielt, beteiligte sie sich schließlich durch die Zahlung von Tagessätzen in geringem Umfang an der Unterhaltung der Release-Wohnkollektive. Die problematische Finanzsituation, verbunden mit dem Anpassungsdruck und der Einmischung staatlicher Stellen über die Finanzierungsbeteiligung trugen letztlich wesentlich zum Scheitern der einzelnen Release-Regionalgruppen bei.

Aus diesen SHG, die entweder aus Prinzip oder einem Mangel an diesen auf ausgebildete Fachkräfte verzichteten, entstanden die ersten TWG, die mit professioneller oder halbprofessioneller Unterstützung arbeiteten und dann auch zunehmend staatliche Zuschüsse und Rückendeckung erhielten, was sich wiederum auf die Ausbildung professioneller Kräfte förderlich auswirkte. „Im Rahmen dieser Entwicklung und bei steigenden Zahlen der manifest Abhängigen sah sich auch die traditionelle Psychiatrie stärker vor die Aufgabe gestellt, geeignete Therapieeinrichtungen zu schaffen“ (ebd. S. 29). Die Umwandlung psychiatrischer Stationen von einer orthodoxen stationären Betten-Psychiatrie in Therapeutische Gemeinschaften wurde als der erfolgversprechendste Weg angesehen.

3.3.1. Therapeutische Gemeinschaften in der Psychiatrie

Junge (1991, S. 30) erklärt, das Prinzip der Therapeutischen Gemeinschaft als Behandlungsprinzip für Suchtkranke im Rahmen einer psychiatrischen Klinik biete sich an, da es zwei Therapieziele in sich vereinigen könne: „Einmal die tiefenpsychologische Aufarbeitung frühkindlicher Konflikte und Entwicklungsstörungen in methodisch klar definierten Gruppen- und Einzeltherapien, zum anderen die mehr sozial und verhaltenstherapeutisch orientierte

Änderung des süchtigen Fehlverhaltens. Darüber hinaus ermöglicht die Therapeutische Gemeinschaft die Aufarbeitung der durch die Drogenkarriere entstandenen Sozialisationsdefizite, die durch eine Unterbrechung der pubertären und der spätjugendlichen Entwicklung hervorgerufen sind“. Therapeutischen Gemeinschaften liege kein einheitliches Prinzip zugrunde, einheitliche therapeutische Zielrichtung sei jedoch, „bei den Patienten unter nicht hierarchisch strukturierten Lebensbedingungen einen sozialen Lernprozeß zu bewirken, der frühe Sozialisationsstörungen günstig zu beeinflussen vermag“ (ebd., S. 31). Dabei spiele der Patient nicht die Rolle des passiven, von der Institution abhängigen Gliedes, sondern sei vielmehr ein in den Behandlungsplan eingebauter, aktiver Teilnehmer und Partner der Krankenhausgemeinschaft (vgl. ebd., S. 32). Die therapeutische Wirksamkeit in psychiatrischen TG gehe hauptsächlich von den dynamischen Gruppenprozessen aus. Durch Feed-back-Mechanismen, Rollenüberprüfung und Kommunikationsanalysen werde, so Junge (1991), eine Persönlichkeitsnachreifung ermöglicht und Raum für neue Interaktions- und Kommunikationsmuster geschaffen, um somit größtmögliche innerpsychische Freiheit zu bewirken. Diese Gruppenprozesse seien darüber hinaus in der Lage, dem Drogenabhängigen über seine Entfremdung von der sozialen Gemeinschaft, seiner 'peer group' und seiner Selbstentfremdung hinwegzuhelfen (vgl. ebd., S. 32 f.). Für gewöhnlich sei eine psychiatrische TG so organisiert, daß täglich eine Gemeinschaftssitzung aller Mitglieder stattfinde (Plenum, Großgruppe), in der die Probleme des täglichen Zusammenlebens besprochen würden, wie z.B. Ausgangsregelungen, Rückfälle, Konflikte und therapeutische Hilfsmaßnahmen. Der Schwerpunkt liege im Bereich des sozialen Lernens von Eigen- und Mitverantwortung. Direkt daran anschließend finde idealerweise eine Teamsitzung ohne Patienten statt, in der der Verlauf der vorangegangenen Großgruppe in Form kollegialer Supervision zu reflektieren sei. Diese Sitzung unterscheide sich wiederum von der sog. Therapeutenrunde, die auch täglich stattfinden solle, um allen Therapeuten mit einem neuen Patienten zu ermöglichen, gemeinsam dessen Vorgeschichte und Drogenkarriere (mit ihren Auslösern und Ursachen) zu besprechen. Daraus werde ein individuelles Therapieprogramm erarbeitet, welches dann dem Patienten ausgehändigt sowie am 'Schwarzen Brett' für alle Mitglieder der Gemeinschaft

sichtbar ausgehängt werde. Eher informellen Charakter hätten daneben die sog. Kleingruppen, bestehend aus acht bis zwölf Patienten. An diesen Kleingruppen könne auch ein Therapeut als Beobachter und Moderator teilnehmen. Kleingruppen dienen der Kontaktaufnahme, dem Erlernen von Gruppenverhalten und der Besprechung gemeinsamer Aktivitäten. Die Erfahrung habe gezeigt, daß sie auch ohne Anwesenheit eines Therapeuten eine konstruktive Wirkung als Freiraum und Ventil hätten, auch wenn damit das Ausagieren typischen Szeneverhaltens und damit einhergehender Kommunikationsmuster verbunden sei. Eine andere Form der informellen Kleingruppe sei die sog. Lehr- und Lerngruppe, an der neu aufgenommene Patienten innerhalb der ersten drei Wochen dreimal wöchentlich teilnähmen. Diese Gruppen, so Junge (1991), würden von einem Teammitglied geleitet und sollten - z.B. in Form gruppenspezifischer Übungen - Informationen über das Klinikkonzept, psychologisches und lerntheoretisches Denken sowie bestimmte individuelle und gruppenspezifische Prozesse vermitteln. Dies habe sich als notwendig herausgestellt, da der Eintritt in eine funktionierende TG für den Drogenabhängigen - mit seinen Erfahrungen von Entfremdung und Vereinzelung auf der Straße - meistens eine eher angstauslösende Schritt sei. Erst nach Abschluß dieser Gruppe bekomme der Patient von der Therapeutenrunde (wie oben dargestellt) sein Therapieprogramm. Die eigentlichen, leiterzentrierten Therapiegruppen seien von den oben beschriebenen informellen Gruppen allerdings streng getrennt zu sehen. In ihnen werde dann das erwähnte Therapieprogramm ein- bis zweimal wöchentlich umgesetzt. Hier kämen fast alle gängigen psycho-, erlebnis-, kommunikations-, gesprächs-, verhaltens- und interaktionstherapeutischen Methoden zum Einsatz. Sogar Autogenes Training könne eingesetzt werden, die klassische Psychoanalyse habe sich hingegen als weniger geeignet herauskristallisiert. Als letzte Kleingruppe werden von Junge (1991) themenzentrierte Kleingruppen für den Freizeit-, Kreativitäts- und Berufsfindungsbereich erwähnt. Diesen Gruppen sei meistens der Sozialpädagoge mit den größten Erfahrungen auf dem jeweiligen Sektor als Berater zugewiesen. Weiterhin habe sich eine - einmal wöchentlich stattfindende - 'Personalkonferenz', als zentrale Kommunikations- und Informationsquelle für alle organisatorischen und finanziellen Belange, als überaus wichtig erwiesen. Und

schließlich gehöre die wöchentliche Supervision des Therapeutenteams in das feste Programm einer psychiatrischen TG (vgl. ebd., S. 34 ff.).

Der Therapieverlauf innerhalb der psychiatrischen TG sei für den drogenabhängigen Patienten in vier dynamische Phasen gegliedert:

1. Initialphase
2. Aktionsphase
3. Integrationsphase
4. Ablösungsphase

Während der Patient in der ersten Phase seine neue soziale Umgebung kennenlerne, sich mit der Gruppenarbeit und den allgemeinen therapeutischen Prozessen vertraut mache und so mehr passiver Beobachter als aktives Mitglied sei, entwickle er in der zweiten Phase erste größere Widerstände gegen das Umlernen, versuche innerlich auszubrechen und stehe in den ersten therapeutischen Konfrontationen seinen Unsicherheiten und Ängsten gegenüber. In der dritten Phase würden laut Junge (1991) Mitverantwortung und kognitives Erfassen die Situation bestimmen. Ich-Präsenz und psychosoziale Kompetenz würden ausgebaut und gewannen für die Gemeinschaft und den Patienten selbst therapeutische Bedeutung, wodurch er zum aktiven Mitglied der TG geworden sei. In der letzten Phase schließlich stehe die Außenorientierung im Vordergrund. Der Patient übernehme volle Eigenverantwortung und entwickle Zukunftspläne. Dem stünden häufig allerdings erhebliche 'Abnabelungsprobleme' entgegen. Junge (1991) merkt an, daß es sich bei diesem vierphasigen Konzept natürlich um die Beschreibung des Idealfalls handele. Der Patient könne in jeder Stufe steckenbleiben bzw. in eine vorherige Phase zurückfallen. Dies zu erkennen und zu verhindern sei dann wiederum Aufgabe der TG und insbesondere des Therapeutenteams (vgl. ebd., S.39 f.).

Erwähnenswert im Hinblick auf die späteren Kapitel dieser Arbeit scheinen mir noch Junges (1991) Bemerkungen zur Frage des Umgangs mit Rückfällen. Er vertritt die Ansicht, daß diese Frage immer nur individuell gelöst wer-

den könne. „Es hat sich gezeigt, daß eine allzu tolerante ‘verständnisvolle’ Haltung schnell einen Kreis von Drehtürpatienten entwickelt, der die therapeutische Arbeit durch seine Motivationslosigkeit bezüglich ernstgemeinter Abstinenz empfindlich stören kann“ (ebd., S. 43).

3.3.2. Therapeutische Gemeinschaften in den Langzeittherapieeinrichtungen im Behandlungsverbund der Drogenhilfe

Laut Fachlexikon der sozialen Arbeit (1997, S. 235) kann der Süchtige im Rahmen einer TG, also „einer Therapieeinrichtung, die in den Behandlungsverbund der Drogenhilfe eingebettet sein sollte“, lernen, seine Drogenabhängigkeit zu überwinden und sich zum Zwecke der gesellschaftlichen Wiedereingliederung zu stabilisieren. Anerkannte Therapieeinrichtungen verfügten über ein wissenschaftliches Konzept, ein multidisziplinäres Team und übersichtliche Hausstrukturen. Grundlage für ihre Arbeit und die Anerkennung durch die verschiedenen Leistungs- und Kostenträger bilde die „Empfehlungsvereinbarung zur stationären Behandlung Suchtkranker“ des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) von 1978 [die sich zur Zeit in Überarbeitung befindet, Anm. d. Verf.] sowie das Grundsatzurteil des Bundessozialgerichtes: „Sucht ist Krankheit“ von 1968. Die Therapiedauer in den Langzeittherapieeinrichtungen (LzTh) betrage zwischen sechs und zwölf Monaten. In die Therapiekonzepte würden gruppen-, verhaltens-, psycho-, gestalt- und gesprächstherapeutische Elemente eingehen. Sehr wichtig sei das Nachsorgeangebot sowie die Möglichkeit, in der LzTh Schulabschlüsse nachzuholen und einen Beruf zu erlernen. Mitarbeiterteams würden sich aus Sozialarbeitern, Pädagogen, Psychologen, Ärzten, Handwerkern und ehemaligen Süchtigen zusammensetzen. Laut der oben erwähnten Empfehlungsvereinbarung des VDR sollen darüber hinaus noch Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten und weitere übergreifend tätige Therapeuten (z.B. Sporttherapeuten, Musiktherapeuten) in ausreichender Zahl vorhanden sein (Empfehlungsvereinbarung, Anlage 1, Punkt 6.). In den alten und neuen Bundesländern gebe es in mehr als 150 stationären Drogentherapieeinrichtungen ca. 4000 Therapieplätze mit rund 2000 Mitarbeiter/-innen (vgl. Fachl. d. soz. Arb., 1997, S. 234).

Eine solche Einrichtung ist z.B. die Therapeutische Einrichtung für junge Abhängige „Eppenhain“ (TEE) in Kelkheim-Eppenhain im Taunus, ca. 32 km von Frankfurt entfernt. Träger ist der bereits erwähnte Verein „Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.“ in Frankfurt/Main, welcher Mitglied im Caritas-Verband ist. Federführender Leitungsträger ist die LVA Hessen. Die Kosten der Entwöhnungsbehandlung werden von den Rentenversicherungsträgern, den Krankenkassen, den überörtlichen Sozialhilfeträgern sowie den Trägern der Jugendhilfe übernommen. Die Einrichtung befindet sich auf einem ca. fünf Hektar großen parkähnlichen Gelände und besteht aus einem Haupthaus, in dem Leitung, Verwaltung, Schulräume, Therapiezimmer, Arztzimmer und Teamzimmer untergebracht sind, und dem sog. „Gutshof“, welcher den Wohn- und Lebensbereich der Klientel beherbergt. Hier leben 30 Jugendliche im Alter bis 18 bzw. in Ausnahmefällen bis 21 Jahren in drei Wohngruppen à 10 Plätzen. Zu jeder Wohngruppe gehören neben den Zimmern eine Küche, ein Gruppen- und Speiseraum. Für den Freizeitbereich stehen eine Bastelwerkstatt, eine kleine Bibliothek, ein Fitness-, ein Musik-, ein Fernseh- sowie ein Sport- und Festraum zur Verfügung. Die Zeitdauer der Rehabilitation soll in der Regel 10 Monate nicht überschreiten und richtet sich nach dem Ausmaß der Reifungsdefizite und Entwicklungsstörungen sowie den körperlichen, psychischen und sozialen Begleit- und Suchtfolgeschäden. Die Einrichtung ist im schulischen Bereich als staatlich genehmigte Sonderschule für Kranke der Sekundarstufe I in freier Trägerschaft mit besonderer pädagogischer Prägung anerkannt. Dieser Unterricht wird für schulpflichtige Klienten anstelle der Arbeitstherapie angeboten. In der Schule kann während der Therapie auch der Haupt- oder Realschulabschluß erreicht werden. Nach Ende der Behandlung kann das Abitur im „Bildungszentrum Hermann Hesse“ in gleicher Trägerschaft in Frankfurt erworben werden (Angaben laut Jahresbericht 2000 der TEE).

Das therapeutische Selbstverständnis der Einrichtung basiere auf der Annahme, daß der Abhängigkeitsproblematik Jugendlicher keine gemeinsame, spezifische Grundstörung zu Grunde liege und somit keine einheitliche „Suchtpersönlichkeit“ auszumachen sei. Drogenabhängigkeit werde als komplexe Erkrankung, die sich im Kontext biologischer, psychischer, sozialer

und gesellschaftlicher Bedingungen entwickelt habe, gesehen. Daraus folge die Notwendigkeit zu individueller Therapieplanung als ganzheitliche, die unterschiedlichen Existenzebenen berücksichtigende Behandlungsstrategie. Das therapeutische Angebot erstreckte sich demnach auf die medizinische Behandlung, Gruppentherapie, indikative Einzeltherapie, Familiengespräche und Angehörigenseminare, Rückfallprävention, Sozialberatung, Schulbesuch, Arbeitstherapie und Freizeitpädagogik. Ähnlich wie unter 3.3.1. dargestellt, haben auch hier Großgruppen, Teamsitzungen, Therapeutenrunden, informelle Kleingruppen in Form von Abendrunden und WG-Konferenzen, Therapiegruppen, Personalkonferenzen etc. ihren festen Platz. Bei den Therapiezielen nahmen neben der Drogenfreiheit (Abstinenz) der Erwerb psychischer und sozialer Kompetenzen wie Beziehungsfähigkeit und Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung einen wichtigen Platz ein. Die Entwöhnungsbehandlung sei auch hier in eine Vier-Phasen-Struktur gegliedert. Die Phasen würden vom Klienten nicht automatisch durchlaufen, sondern müßten „erarbeitet“ und schriftlich beantragt werden:

1. Orientierungsphase (mindestens 4 Wochen)
2. Entwicklungsphase [1. Phase] (mindestens 3 Monate)
3. Stabilisierungsphase [2. Phase] (mindestens 5 ½ Monate)
4. Entlassungs- bzw. Außenorientierungsphase (2 Wochen vor Abschluß)

Mit dem Durchlaufen dieser Phasen erwirbt der Klient - aus einer anfänglich eher rigide eingeschränkten Situation heraus - je nach Fortschritt und Bewertung durch die TG und das therapeutische Team sukzessive immer weitergehende Rechte, Freiräume und Kompetenzen. Er hat die Möglichkeit, dadurch auch in der Hierarchie der Gemeinschaft höherrangige soziale Positionen wie die eines 'Gruppensprechers' oder 'Diensthabenden Klienten' zu erreichen oder im 'Klienten-Büro' mitzuarbeiten. Eine regelrechte 'Feuertaufe' stellt für fast jede/n KlientIn das sog. '2.-Phase-Plenum' dar, dem er/sie sich nach schriftlichem Antrag an die Psychologin stellen muß. In der Großgruppe aller Klienten und unter Anwesenheit von Therapeuten muß er Stellung zu seiner bisherigen Entwicklung und seinem weiteren Vorgehen beziehen und ist dabei durchaus kritischen Nachfragen und genauen Prüfungen

seiner Motivationen ausgesetzt. Die Therapeuten übernehmen hierbei eher eine moderierende Rolle. (Herr Osthoff, der Leiter dieser Einrichtung, ermöglichte mir die Teilnahme an einem solchen Plenum.) (Vgl. TEE-Jahresbericht 2000)

3.3.3. Ambulante Rehabilitation

Abschließend sei zum Punkt 'Entwöhnung' vermerkt, daß neben der oben dargestellten 'klassischen' stationären Entwöhnungsbehandlung ambulante Rehabilitationsmaßnahmen offenbar immer mehr an Bedeutung gewinnen. Seit 1991 existiert auch hierzu eine verbindliche Empfehlungsvereinbarung des VDR. Zu den ambulanten Maßnahmen zählen auch medikamentengestützte Behandlungen und Substitutionsbehandlungen [siehe Kap. 6]. Zur ambulanten Rehabilitation heißt es in der IFT-Leistungsbeschreibung: „Sie kann sowohl als Einzelmaßnahme oder als Anschlußbehandlung erfolgen. Ihre Durchführung erfolgt auf der Grundlage eines von den Kostenträgern anerkannten Konzeptes mit dem Ziel der Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit. Die ambulante Rehabilitation ist eine Entwöhnungsbehandlung, die meist im ambulanten Setting stattfindet, aber auch als Intervalltherapie, Kombinationstherapie oder aber auch teilstationär durchgeführt werden kann. Motivationsklärung, Diagnostik und Indikationsstellung sind Voraussetzung der Behandlung. Weiterhin sind die individuelle und prozeßorientierte Zielfindung und die Erarbeitung eines individuellen Behandlungsplanes anhand anamnestischer Daten zu leisten. Verschiedene psychotherapeutische Interventionen wie das Training Sozialer Kompetenz, das Training von Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten, der Umgang mit Streß- und Konfliktsituationen, der Umgang mit Risikosituationen und je nach Komorbidität die Behandlung der komorbiden Störung können dabei integriert sein“ (www.dhs.de/reihe/leistung/teil_b_leistungsbeschreibung.htm, S. 21). In der HLS-Broschüre „Suchthilfe in Hessen“ findet sich die Bemerkung: „Zunehmend werden kombinierte Konzepte aus stationärer Kurzzeittherapie und anschließender ambulanter oder teilstationärer Weiterbehandlung erprobt“ (1999, S. 14).

3.4. Nachsorge

Nachdem in den letzten 20 Jahren bundesdeutscher Drogenhilfe die Therapie der Drogenabhängigkeit in den LzTh der Suchthilfe sich als der 'Königsweg', die herrschende Methode, herauskristallisiert hatte (vgl. Böllinger, 1995, S. 100) , wurde zunehmend „aber auch sichtbar, daß die Drogenabhängigkeit durch stationäre Entwöhnungsbehandlungen allein nicht zu beseitigen ist“ (Rometsch, 1991, S. 57). Dafür gibt es viele Gründe, die hauptsächlich im emotionalen Bereich der Therapieklientel angesiedelt sind. Aus der geschützten und meist auch noch örtlich eher abgeschiedenen Lage der Einrichtungen heraus, neigt die Klientel nach gewisser Therapiedauer dazu, die widrigen Verhältnisse in der 'realen' Welt zu verdrängen oder durch eine 'rosa Brille' zu sehen. Das gute Gefühl über innere Siege läßt leicht die Tatsache in den Hintergrund treten, daß in den allermeisten Fällen die wirklich schwere Arbeit - nämlich die praktische Umsetzung theoretisch gewonnener Einsichten - erst nach der Therapie beginnt. Die Kommunikation in der Arbeitswelt z.B. verläuft nicht nach den ausgefeilten pädagogischen Regeln einer therapeutischen Einrichtung; angstausslösende Freiräume und Entscheidungszwänge tun ein Übriges, ganz zu schweigen von der meistens entstandenen emotionalen Bindung an die LzTh, die mit Bildern von Schutz, Sicherheit, Geborgenheit und Hilfe besetzt ist. Der Verlust dieser Bindung wird als schmerzhaft empfunden und ist mit Angst und Trauer verbunden, wie ich selbst aus vielen Gesprächen mit Klienten erfahren habe (vgl. auch Rometsch, 1991, S. 57 f.). Die Notwendigkeit nachsorgender Angebote wurde in Fachkreisen deswegen auch schon früh erkannt. Dennoch ist dieses Glied der Therapiekette trotz enormer regionaler Anstrengungen immer noch das Sorgenkind der Drogenhilfe und steht - ungeachtet einer 1987 in Kraft getretenen entsprechenden Empfehlungsvereinbarung - finanziell nach wie vor auf wackeligen Füßen (vgl. Fachl.d.soz.Arbeit, 1997, S. 235; Rometsch, 1991, S. 58). Die Nachfrage nach Nachsorgeplätzen scheint bis dato noch größer zu sein als das entsprechende Angebot, zumindest in bezug auf die Plätze in den Stationären Nachsorgen im Sinne eines 'hochschwelligem' Angebotes, das eine abgeschlossene Therapie als Zugangsvoraussetzung fordert. Diese sind von den z.T. 'niedrigschwelligem' Angeboten des Betreuten

Wohnens zu unterscheiden, die teilweise als Auffangbecken für Therapieabbrüche und Rückfälle dienen oder sich mancherorts quasi als fünfte Stufe der Kette an eine Stationäre Nachsorge anschließen. Im Unterschied zu der unbefristeten Aufenthaltsdauer im Betreuten Wohnen beträgt die maximale Aufenthaltsdauer in der Stationären Nachsorge nämlich i.d.R. nur ein bis zwei Jahre. Aufgrund des inzwischen erheblich aufgefüllten Angebots im Bereich Nachsorge - welcher auch Selbsthilfeprojekte und -gruppen sowie diverse ambulante und teilstationäre Angebote einschließt - und den recht unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen, ist die HLS in ihrer neuesten Broschüre dazu übergegangen, den Begriff 'Nachsorge' durch 'Integration' zu ersetzen. Es ist dort nachzulesen, daß in Hessen inzwischen folgende Integrationsmöglichkeiten zur Verfügung stehen:

- „Außen- und innengeleitete Wohngemeinschaften
- Therapeutische Wohngemeinschaften
- Nachsorgewohngemeinschaften für Frauen
- Betreutes Wohnen für obdachlose Frauen
- Betreutes Einzelwohnen
- Wohngemeinschaften und Betreutes Einzelwohnen für Substituierte
- Arbeitsprojekte
- Stationäre Nachsorge
- Schuldenberatung
- Wohngemeinschaften für HIV-erkrankte Drogenabhängige
- Betreutes Wohnen und Einzelwohnen für jugendliche ehemalige DrogenkonsumentInnen (in Verbindung mit §35a KJHG)
- Externe Schulabschlüsse vom Hauptschulabschluß bis zum Abitur
- Ausbildungsbetriebe“ (HLS-Broschüre, 1999, S. 14 f.).

Um der Zielsetzung, in diesem Teil der Arbeit die Therapiekette als Standardmodell der konventionellen Drogentherapie darzustellen, auch im Bereich Nachsorge gerecht zu werden, soll im folgenden noch auf das 'klassische' Modell der Stationären Nachsorge sowie auf das verbreitete Modell der Nachsorge-Wohngemeinschaft eingegangen werden.

3.4.1. Stationäre Nachsorge

Die Stationäre Nachsorge ist in ihrer Struktur und Organisation der LzTh sehr ähnlich. Auch hier wird die Forderung nach Drogenfreiheit - mit ähnlichen Konsequenzen bei ihrer Mißachtung - aufrechterhalten. Die Gruppenstruktur ist jedoch sehr aufgelockert, Therapiegespräche finden in der Intensität und Tiefe wie in der LzTh i.d.R. nicht statt. Der Therapieplan weicht einer individuellen Planung der Schritte zur schulischen oder beruflichen Wiedereingliederung. Im Vordergrund stehen ganz klar die Anforderungen des Alltags, die Orientierung hin zum Arbeits- und Wohnungsmarkt. Weitere Ziele sind die Stabilisierung der Suchtmittelabstinenz, die soziale Integration sowie der Aufbau einer von der Drogensubkultur abgehobenen Freizeitgestaltung (vgl. auch Rometsch, 1991, S. 59). Ein großes Thema kann die Schuldenregulierung sein. Es gibt stationäre Nachsorgen, die - ähnlich wie die meisten LzTh - Intimbeziehungen, die in der Einrichtung zwischen den Bewohnern geknüpft werden, untersagen. Es gibt Einrichtungen, wie z.B. die Nachsorge in Villmar/Lahn, denen Arbeits- und Ausbildungsprojekte in Form von Zweckbetrieben angegliedert sind, aus denen oftmals ein regelrechter, regionaler 'zweiter' Arbeitsmarkt mit Hunderten von Arbeits- und Ausbildungsplätzen entsteht.

3.4.2. Nachsorge-Wohngemeinschaft

Hierzu findet sich bei Böllinger (1995) eine anschauliche Beschreibung. Er führt aus, daß die Form, in der sich Nachsorge-Wohngemeinschaften (WG) für Drogenabhängige organisieren, die eine LzTh hinter sich haben, relativ beliebig sei. Im Prinzip könne man sich das Zusammenleben wie in einer normalen WG vorstellen. Die Bewohner würden sich gegenseitig bei allen Schwierigkeiten unterstützen und ihren Tagesablauf weitestgehend selbst organisieren. Jede der Wohngruppen versorge sich selbst. Die Aufenthaltsdauer betrage i.d.R. sechs, in Ausnahmefällen zwölf Monate. Anfallende Verpflichtungen würden aufgeteilt und seien für alle verbindlich. Die Wohngruppen würden meistens von je einem Sozialarbeiter/-pädagogen betreut,

der sich normalerweise nur an Werktagen - wenn überhaupt - in der Einrichtung aufhalte, um etwa für Einzelgespräche zur Verfügung zu stehen. In diesen würden Interaktions- und Kommunikationsübungen, Rollenspiele und Elemente aus den verschiedensten Therapieformen zum Einsatz kommen. Es fänden auch Gruppengespräche statt, in deren Mittelpunkt die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Teilnehmern, das eigene Erleben in der WG, Ausbildung, Beruf und gesellschaftliche Situation stünden. Dabei würden Methoden der Themenzentrierten Interaktion sowie gruppentherapeutische Verfahren angewandt. Wer bereits eigenes Einkommen habe, müsse anteilige Beträge zu den Pflegekosten an den Träger abgeben. Böllinger (1995) merkt dazu an, daß die Verbreitung und Attraktivität von WG's gesamtgesellschaftlich eher abzunehmen scheine und für viele Drogenabhängige eine erneute Zwangsgemeinschaft in der Nachsorge - nach teilweise bereits langer Therapiekarriere - nur schwer zu ertragen sei (vgl. Böllinger, 1995, S. 105). Dies wurde mir in meinem Interview mit dem Leiter der Nachsorge in Villmar/ Lahn übrigens klar bestätigt. Viele Bewohner machten vom ersten Tag in der Nachsorge an sehr deutlich, daß sie „die Schnauze von Gruppe voll hätten“ und würden darauf bestehen, „ihr eigenes Ding durchzuführen“. Die Gemeinschaftsküche der Nachsorge wurde aus diesem Grunde und wegen Verwahrlosung schon vor einiger Zeit geschlossen.

4. Inhaltliche Kritik an den Grundannahmen traditioneller Drogentherapie

Bevor ich auf alternative Formen der Drogentherapie eingehe, will ich in diesem Kapitel die inhaltliche Kritik an den Grundannahmen des bestehenden Systems der Suchthilfe erörtern, da diese Grundannahmen auch die Basis für die Arbeit in den meisten Einrichtungen der - in Kapitel 3. dargestellten - Therapiekette sind. Die meisten der - in Kapitel 5. dargestellten - alternativen Konzepte entstanden aus dieser Kritik heraus. Dies gilt insbesondere für das Konzept der Akzeptierenden Drogenarbeit.

4.1. Die Abstinenzorientierung

Kritik macht sich in den Diskussionen der Fachwelt vor allem am Punkt der Abstinenzorientierung fest. Die Kritik an der Abstinenzordnung in den Einrichtungen der traditionellen Drogenhilfe - aber auch in den meisten der an den Prinzipien der Anonymen Alkoholiker (AA) orientierten Selbsthilfegruppen - geht soweit, daß die Abstinenzfixierung unter Verwendung eines - so scheint es zunächst - semantischen Paradoxes als „Abstinenzabhängigkeit“ (Rink, 1995) bezeichnet wird, was die Grundannahme torpediert, daß mit stofflicher Abstinenz Abhängigkeitsstrukturen tatsächlich überwunden seien.

Miller & Berg (1997, S. 32 f.) beispielsweise merken an, daß ein Hauptproblem in der traditionellen Behandlung von Alkoholikern die 'naive' Grundannahme sei, die Lösung eines Problems müsse jenem ähneln. Sie stellen diesem Glauben die Aussage Einsteins gegenüber, der feststellte, daß man ein Problem nicht mit derselben Denkweise lösen könne, mit der es erschaffen wurde. Miller & Berg behaupten sinngemäß, die Fixierung der Anonymen Alkoholiker (AA) auf die lebenslange Abstinenz vom Alkohol als einzig akzeptables Therapieziel sei aber eben genau dieser Versuch, das Problem mit den gleichen Denkstrukturen zu lösen, die es verursacht haben: Die stoffliche Abhängigkeit vom Alkohol wird durch die emotionale und mentale Abhängigkeit von einer alles beherrschenden Lebenseinstellung (nämlich Abstinenz als einzig mögliche Grundlage einer gesicherten Existenz) ersetzt. „Aus tiefenpsychologischer Sicht wäre auch die Abstinenzabhängigkeit wie die Suchtmittelabhängigkeit eine Ersatzbildung, ein Ersatzobjekt, das an die Stelle des Suchtmittels tritt. Der Mythos der Macht der Abstinenz wird wie die Macht des Suchtmittels durch eine größere Macht gebrochen. Die grundlegende Fixierung bleibt jedoch bestehen“ (Rink, 1995, S. 5).

Miller & Berg (1997) führen aus: „Ein überraschendes Ergebnis unserer eigenen Arbeit besteht aber darin, daß die Lösung eines persönlichen Alkoholproblems nicht wie das Problem aussehen oder überhaupt mit ihm in Beziehung stehen muß. Wir selber haben mit Hunderten von KlientInnen gearbeitet, die ihr Alkoholproblem gelöst haben, indem sie etwas taten, was in

keiner Weise direkt mit ihrem Problem zu tun hatte. Dazu gehörte, daß sie mehr Zeit mit der Familie verbrachten, ein körperliches Fitneß-Programm entwarfen, ein befriedigendes Hobby fanden, sich sozialen oder religiösen Gruppen anschlossen, drei gute Mahlzeiten am Tag aßen, einen Job bekommen - um nur einiges zu nennen. Die Liste ist im Grunde endlos“ (ebd., S. 33). Die Autoren behaupten, daß die bisherigen Problemlöse-Strategien nicht nur nicht helfen, sondern im Grunde Abhängigkeitsstrukturen aufrechterhalten (vgl. ebd. S. 19). In diesem Zusammenhang kritisieren sie auch die in drogentherapeutischen Kreisen weitverbreitete Vorgehensweise, Therapieabbrüche und Rückfälle niemals als Versagen der Methode zu werten, sondern vielmehr in sehr selbstgerechter und moralisierender Weise - verbunden mit einer massiven Projektion von Schuldgefühlen auf den Klienten - die ganze Verantwortung für den Mißerfolg dem ‘willensschwachen’ Abhängigen zuschieben (vgl. ebd. S. 35 f.). Diese Aussage finde ich durch meine eigenen Beobachtungen in den verschiedenen Praxisfeldern stationärer Drogentherapie, zu denen ich bisher Zugang hatte, sowie durch meine Beobachtungen in der Arbeit mit einer Selbsthilfegruppe für Alkoholiker bestätigt.

Die Abstinenzfixierung hat in der Bundesrepublik Deutschland eine lange Tradition und wird - im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern - hartnäckig aufrechterhalten: „Eine Akzeptanz der Abhängigkeit und die Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Lebensbedingungen galt als ‘Komplizenschaft mit der Sucht’, ‘Suchtverlängerung’ oder ‘Suchtstabilisierung’“ (Schuller & Stöver, 1990, S. 16 f.). Schuller & Stöver führen aus, daß die deutsche Ärzteschaft im Gegensatz zur englischen eine Verschreibung von Opiaten an Opiatabhängige als lindernde Therapie bereits in den 20er Jahren abgelehnt und Drogenabhängigkeit als soziales Problem der Zuständigkeit der Psychiater und später der Soziotherapeuten überantwortet hätte. Diese hätten sich dann seit Anfang der 70er Jahre professionalisiert und die drogenfreie stationäre Langzeittherapie zum „Königsweg“ ausgebaut (vgl. ebd., S. 17). Dieser Entwicklungsprozeß habe seinen Höhepunkt in der Verquickung von Therapie und Strafe bzw. mit der Integration der Therapie in die Strafvollstreckung gefunden. Damit sei die Abstinenzordnung zu einer

gesetzlichen Vorgabe avanciert und sowohl als Ziel (§ 35 BtMG) als auch als institutionelle Vorgabe (§ 36 BtMG) wie auch als inhaltliche Auflage (§ 35 3) verankert gewesen. Dies stelle europaweit eher eine Ausnahme dar, da z.B. in den Niederlanden oder der Schweiz bereits seit Ende der 70er Jahre beide Ziele gleichzeitig verfolgt werden würden: Schadensminimierung und Gesunderhaltung sowie abstinenzorientierte Angebote (vgl. ebd., S. 17). Aber auch die von mir in Kapitel 3. dargestellten Umstrukturierungen in den traditionellen Behandlungsangeboten, z.B. in Richtung Schadensminimierung in Form diverser neuer niedrigschwelliger Angebote, wird von den Autoren kritisch gesehen: „Es ist jedoch bei den einzelnen konkreten Angeboten zu fragen, ob es sich lediglich um eine - zweifellos notwendige - Methodenerweiterung, um eine neue Spielart innerhalb traditioneller Zusammenhänge der Drogenarbeit handelt oder ob sich tatsächlich normative Veränderungen in der Sichtweise gegenüber Rechten und Bedürfnissen von Drogengebern ergeben haben. Ist also das Abstinenzparadigma abgelöst worden durch eine differenzierte Sichtweise des Drogenkonsumenten und seiner Bedürfnisse oder wird das Abstinenzparadigma nur mit neuen, angemesseneren und verfeinerten Methoden versucht aufrechtzuerhalten?“ (ebd., S. 16). Eine mögliche Teilantwort auf diese Frage stellen vielleicht meine Betrachtungen zu den Zielen von Konsumräumen laut IFT-Leistungsbeschreibung unter 3.1.3. dar. Böllinger (1995, S. 102) schreibt hierzu: „Eine andere Frage ist, wie bei den inzwischen stark gemäßigten und gemilderten Konzeptionen die reale Praxis aussieht. Unverändert wirken bei der schwierigen und Großteils unmotivierten Klientel gruppenspezifische und organisationspsychologische Mechanismen dahingehend, daß die Intention herrschaftsfreier Kommunikation entgleist. Immer wieder gibt es Berichte von menschenunwürdiger Behandlung in einigen LzTh-Einrichtungen, die als 'Mischung aus Kinderheim, Fremdenlegion und Strafvollzug' bezeichnet werden.“ „Diese stillschweigende Entmündigung der Drogengebraucher drückt sich etwa in den Therapieverträgen aus, die zwischen Einrichtung und Klient abgeschlossen wurden, in denen der Klient auf wesentliche Grund- und Persönlichkeitsrechte verzichten mußte - etwa Besuchs-, Ausgangs-, Telefon-, Post-, Radio-, Fernsehverbot in der Aufnahmezeit. Die Ausgestaltung dieser stationären Langzeittherapie trieb seltsame Blüten und ist bis

heute ein unaufgearbeitetes Kapital bundesdeutscher Therapiegeschichte“ (Schuller & Stöver, 1990, S. 18).

Allgemein betrachtet, scheinen Kulturen und Völker insgesamt schon immer ein Problem damit zu haben, die Grenze zwischen einem Genußmittel und einem Suchtmittel zu ziehen, konfrontiert mit der simplen Erkenntnis, daß ein und dieselbe Substanz oder Gewohnheit sowohl das eine wie auch das andere sein kann. Gesetzgeber haben deswegen willkürliche Grenzen gezogen, die ständig in Bewegung sind. Die Schwierigkeiten der Fachleute und Organisationen, präzise Definitionen für Begriffe wie 'Abhängigkeit' oder 'Sucht' zu konstruieren sind nur ein Beleg dafür. Ein anderer Beleg ist die Heftigkeit, mit der immer wieder die Diskussion um Legalisierung und Entkriminalisierung geführt wird (vgl. auch Krüger, 1997).

Lebenslange Abstinenz ist - nach Ansicht vieler Autoren - keine allgemeingültige Lösung für diese Probleme, da dieses Postulat eine Gruppe von Menschen auffordert, auf den Gebrauch von Substanzen zu verzichten, die für eine Mehrheit der Gesellschaft einfach nur Genußmittel sind. Bisher gilt dies zwar nur für Substanzen, die nicht unter die staatliche Prohibition fallen - wie Alkohol und Tabak - , aber die Geschichte der Menschheit hat gezeigt, daß sich solche Bestimmungen sehr schnell ändern können und illegale Substanzen als Genußmittel freigegeben werden oder umgekehrt. Deswegen möchte ich die obige Aussage auch für Substanzen stehen lassen, die z.Zt. noch unter das Betäubungsmittel-Gesetz fallen. Zumal die gesellschaftliche Entwicklung in den letzten Jahren m.E. zeigt, daß in gewissen gesellschaftlichen Kreisen eine Substanz wie z.B. Kokain offenbar als Genußmittel gebraucht wird. Dort geht es - verfolgt man die Medien etwas aufmerksamer - anscheinend lediglich darum, Strategien zu entwickeln, die eine Entdeckung des Konsums verhindern, damit m.E. eine gewisse Doppelmoral in diesem Bereich aufrechterhalten werden kann (vgl. z.B. auch Baum/ Krug, 2000, S. 56 ff).

Die Widersprüchlichkeit der Abstinenzfixierung und der damit einhergehenden Diskussion um einen kontrollierten oder sozialen Gebrauch von

Drogen (im Bereich Alkoholismus: „kontrolliertes Trinken“) charakterisiert Rink (1995, S. 6) wie folgt: „Bei der Interpretation von Katamnesestudien wird nach Erklärungen für den mäßigen Suchtmittelgebrauch ehemals Abhängiger gesucht und wir stoßen auf die eher störende Dichotomie von Suchtmitteln versus Genußmitteln. Gemäß der Prämisse ‘was nicht sein darf, das nicht kann sein’ wird von der Annahme ausgegangen, daß das sogenannte Rückfallverhalten auch in Zukunft ganz sicher wiederkehren wird. Doch alle Bemühungen, sogenannte Rückfälle zu verhindern oder sie zumindest voraussagbar zu machen, scheinen eher zu fördern, was sie vermeiden sollen. Ein Drogenabhängiger, der nach einer Abstinenztherapie Alkohol trinkt und dann nicht gleich weiter macht, verunsichert manch einen Suchtexperten und Suchtforscher und quält vor allem viele Abstinenzabhängige“.

Da sich die konventionelle Drogentherapie aufgrund finanzieller Probleme zunehmend unter Erfolgsdruck sieht und zu Qualitätssicherung und -steigerung aufgefordert ist (siehe Kapitel 3.), ist der wohl empfindlichste Punkt, an dem Kritiker der Abstinenzordnung immer wieder ansetzen, die Rückfall- und Abbrecherquote der traditionellen Behandlungseinrichtungen. „Das Hauptproblem von Drogenfreiheit als Therapiemaxime eines sozialtherapeutisch übermäßig an idealen Zielen ausgerichteten und damit unrealistischen Konzepts ist die durch viele Untersuchungen belegte hohe Ausfallquote durch Therapieabbrüche, nämlich ca. 65-70%“ (Böllinger, 1995, S. 101). „Während diese Programme [die traditionellen, Anm.d.Verf.] ‘Erfolgsquoten’ als Beleg ihrer Effizienz anführen, haben Forschungen immer wieder belegt, daß die Rückfallquoten traditioneller Behandlung um die 90 Prozent liegen! Und die meisten Rückfälle finden statt, kurz nachdem die KlientInnen die verschiedenen Programme beendet haben. Andere Forschungen haben gezeigt, daß die Komponenten dieser Behandlung den Leuten einfach beibringen, um mehr Behandlung nachzusuchen und nicht, ihr Trinkproblem zu lösen. Das passiert so oft, daß die Fachleute sogar einen Namen dafür gefunden haben: das Drehtür-Phänomen“ (Miller & Berg, 1997, S. 35).

Dennoch sieht Böllinger (1995, S. 9 f.) 'Licht am Horizont', wenn er schreibt: „Zwar haben sich die Strukturen und Techniken der Intervention auf der Grundlage des 'Abstinenzparadigmas' kaum verändert, und es ist allenfalls eine leichte Verunsicherung in den entsprechenden Fachverbänden zu beobachten; aber trotz repressiver Rahmenbedingungen haben sich die zarten Keime des 'Akzeptanz-Paradigmas' seit der letzten Neuauflage zu ansehnlichen Pflanzen und Bäumen entwickelt. Dies gilt insbesondere für die bald schon flächendeckende und inzwischen auch von der traditionellen Drogenhilfe mitverwaltete Substitutionsbehandlung.“

Wie tief jedoch der ideologische Graben zwischen dem 'Abstinenzparadigma' und dem 'Akzeptanz-Paradigma' in Wirklichkeit wahrscheinlich immer noch ist, verdeutlicht m.E. folgende Aussage von Steffan (1988, S. 14): „Hauptsächlich erfolgen der Verzicht auf Normsetzung und die Abkehr von der Drogenfreiheit hinzielenden Erwartungshaltung jedoch vor dem Hintergrund einer grundsätzlichen Akzeptierung des subkulturellen Lebensstiles. Der Konsum von Drogen wird als eine Verhaltensalternative akzeptiert, die ein Individuum zu einer bestimmten Zeit als sein Leben, unter vielen anderen denkbaren alternativen Lebensentwürfen, gewählt hat.“

Welche konkreten Möglichkeiten der Ansatz der Akzeptierenden Drogenarbeit bietet, diesen ideologischen Graben dennoch zu überwinden, werde ich in Kapitel 5. darstellen.

4.2. Der Krankheitsbegriff

Seit dem Grundsatzurteil des Bundessozialgerichtes vom 18. Juni 1968 wird Sucht als Krankheit angesehen. Dennoch ist die Kritik an dieser Sichtweise nie verstummt: „Die Frage ist, ob diese Krankheitsdefinition tatsächlich Konsens und ob sie nützlich ist. Ist Drogenabhängigkeit (wobei eben gemeinhin nur die Abhängigkeit von illegalen Substanzen gemeint ist) als solche bereits eine Krankheit, d.h. ein regelwidriger psychischer oder physischer Zustand, den man nicht allein mittels Willensanstrengung selbst beenden kann und der daher Beratungs- bzw. behandlungsbedürftig ist?“ (Schuller & Stöver,

1990, S. 23). Zur Behandlungsbedürftigkeit von AlkoholikerInnen schreiben Miller & Berg (1997, S. 29) beispielsweise: „So begann etwa vor kurzem eine Studie, in der solche Personen mit Alkoholproblemen untersucht werden, die keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, aber ihre Probleme trotzdem überwinden. Interessanterweise hat diese Studie trotz der schicksalsschweren und düsteren Vorhersagen traditioneller BehandlerInnen gezeigt, daß eine überraschend große Zahl - vielleicht sogar die Mehrzahl - der Leute mit Trinkproblemen sich selber ohne formale Behandlung helfen“. Die 'inflationäre' Pathologisierung aller Formen von Drogenabhängigkeit wird von Schuller & Stöver (1990, S. 23) wie folgt kritisiert: „Die Ausdehnung des Krankheitsbegriffes auf alle Formen der Drogenabhängigkeit verallgemeinert in unzutreffender Weise Vorstellungen über Regelwidrigkeiten, Kontrollverlust und Behandlungsbedürftigkeit/.../“. Weiter heißt es, die Anerkennung des Krankheitscharakters seiner Abhängigkeit bedeute für den Drogengebraucher eine moralische Abwertung, da er nun als Psycho- oder Soziopath gelte, der entsprechend behandelt werden dürfe und dessen Behandlungsbedürftigkeit durch professionelle Helfer damit objektiv festgeschrieben sei, unabhängig vom subjektiven Behandlungsbedarf und Krankheitsempfinden. Zudem könne die Übernahme dieser Fremdeinschätzung beim Klienten dazu führen, sich auch subjektiv als krank und Opfer der Krankheit Sucht zu sehen und seine Eigenverantwortung auf die Behandler abzuschieben, „das erschwert Motivations-, Beratungs- und Behandlungsarbeit ganz wesentlich und führt eher zu Fixierungen auf die Autorität Medizin, Sozio- oder Psychotherapie“ (Schuller & Stöver, 1990, S. 23 f.). „Allgemein dominiert in der [Drogen-] Szene die Einschätzung, Drogenberater würden die Drogenkonsumenten als 'kaputt', 'link', 'krank', 'verhaltensgestört' und 'behandlungsbedürftig' ansehen“ (Steffan, 1988, S. 33). Es wird allerdings eingeräumt, daß die Finanzierung professioneller therapeutischer Hilfen vorerst nur über den Umweg der Übernahme der Krankheitsdefinition für die Betroffenen gewährleistet sei, denn „die Wahl zwischen den Stigmata kriminell und krank wäre eine äußerst problematische Reduktion der Drogenwirklichkeit“ (Schuller & Stöver, 1990, S. 24). Ebenso wie Miller & Berg (1997) fordern Schuller & Stöver (1990) mehr Raum für selbstbestimmte Entscheidungen, Selbstheilungskräfte

te, Veränderungspotentiale sowie die Nutzung und Förderung vorhandener Ressourcen in der Drogentherapie.

Miller & Berg (1997, S. 27) kritisieren in diesem Zusammenhang, es gebe ganz einfach keinen wissenschaftlichen Beleg für die Behauptung, Alkoholismus sei eine Krankheit: „Das einzige wissenschaftlich zu verifizierende Ergebnis der Vorstellung, Alkoholismus sei eine Krankheit, besteht, wie KritikerInnen ausgeführt haben, in einer Ausweitung der Alkohol- und Drogenberatungs-Industrie“. Die Festlegung auf den Krankheitsbegriff sei gar in Feststellungen wie jener von Vernon Johnson (1986) gegipfelt, der wie folgt zitiert wird: „Wenn die abhängige Person keine Hilfe erhält, wird sie vorzeitig sterben...Abhängigkeit ist...progressiv...[und] das heißt, das sie immer schlimmer wird, wenn sie unbehandelt bleibt“ (ebd., S. 11). Die Autoren hinterfragen Grundannahmen wie ‘Ein Alkoholiker bleibt immer abhängig und kann nie mehr normal trinken’, ‘Alkoholismus ist eine Krankheit, die nicht geheilt sondern nur durch Abstinenz am erneuten Ausbruch gehindert werden kann’ oder ‘Alkoholiker sind immer nur ein einziges Getränk von der Trunkenheit entfernt’. Sie negieren die Notwendigkeit, daß „ProblemtrinkerInnen“ zur Bewältigung ihres Problems „ihr ganzes Leben umkrepeln müssen“ um sich auf eine langwierige „psycho-archäologische Expedition zurück in Ihre Kindheit“ zu begeben, „um die zahlreichen Elemente Ihres Lebens zu entdecken und zusammenzufügen, die ihr Problem verursacht haben könnten“ (ebd., S. 17).

Bei meinen Literatur-Recherchen im Internet wurde ich darauf aufmerksam, daß das abstinenzfixierte Zwölf-Schritte-Programm der AA inzwischen in nur leicht angepaßter Form in einer großen Anzahl von Selbsthilfegruppen weltweit auch auf sog. „nicht-stoffgebundene“ Süchte angewandt wird. In gleicher Weise wie oben beschrieben werden hier verschiedene Formen sexuellen Verhaltens pathologisiert und in drei Krankheitsstufen eingeteilt. Komplette Krankheitsbilder werden dort entwickelt und Wechselwirkungen mit stofflichen Süchten wie Alkoholismus oder ‘Freßsucht’ aufgezeigt (vgl. Carnes, 1983). Als einzige Lösung wird wiederum Abstinenz in Form von konkreter sexueller Enthaltbarkeit oder zumindest „sexueller Nüchternheit“ pos-

tuliert. Dazu muß der 'Sexsüchtige' das Zwölf-Schritte-Programm der AA durchlaufen, in dem die Begriff 'Alkohol' lediglich durch den Begriff 'Lüsternheit' ersetzt wurde. Dies ist auf den Internet-Seiten der „Anonymen Sexaholiker“ nachzulesen (www.sa.org/d000deutschsprachig/d060schritte.html).

4.3. Die Leidensdrucktheorie

Ein wichtiger Baustein im theoretischen Unterbau traditioneller Drogentherapie ist das Konzept des Leidensdrucks, auch als 'Leidensdrucktheorie' bezeichnet. Dieses Theorem geht davon aus, daß ein Süchtiger erst dann den Wunsch nach einem drogenfreien Leben entwickeln wird, wenn er an einem absoluten Tiefpunkt seiner Drogenkarriere angekommen ist und sein physisches und psychisches Leiden so stark geworden ist, daß er nur noch eine Therapie - mit dem Ziel der Abstinenz von den entsprechenden Suchtmitteln - als einzigen Weg aus seinem Leiden sieht. Die Entwicklung hin zum 'absoluten Tiefpunkt' wird z.B. im Bereich Alkoholismus mit Hilfe der Beschreibung von Verlaufsphasen definiert, die die sich zunehmend verschlechternde persönliche, psychische, soziale, berufliche und familiäre Situation aufzeigen und ihren Tiefpunkt im „Eingeständnis der Machtlosigkeit gegenüber dem Alkohol“ und dem „Zugeben der vollständigen Niederlage“ finden (vgl. Fricke, 2000, S. 44). Dies stellt im Übrigen auch den ersten Schritt im 'Zwölf-Schritte-Programm' der AA dar. In meinen Kontakten zu AlkoholikerInnen in den diversen Selbsthilfegruppen und Einrichtungen der Drogenhilfe habe ich immer wieder beobachtet, daß gerade das Durchlaufen dieses Programmpunktes den Betroffenen oftmals größte Schwierigkeiten bereitet. Als Ergebnis der Arbeit an dem ersten Punkt des Programmes habe ich nur allzu oft ein sehr fragiles, rein mentales und nicht sehr überzeugendes Konstrukt gehört, das häufig schon dem ersten Ansturm von Emotionalität nicht gewachsen war. Ich habe mich immer gefragt, warum dies so ist, zumal mir das Programm insgesamt und der erste Punkt insbesondere sehr schlüssig und auch notwendig zu sein schienen.

Eine Kopie des Aufsatzes „Spiritus Contra Spiritum“ von Walther H. Lechler (1978) hat mich vor einigen Jahren dann zu der Überlegung geführt, daß viele AlkoholikerInnen mit dem - für die klassische Leidensdrucktheorie so prägenden - ersten Schritt des „Zwölf-Schritte-Programmes“ möglicherweise aus folgendem Grund große Schwierigkeiten haben: Das individuelle Erleben von totalem Zusammenbruch und die daraus erwachsende - als überwältigende spirituelle Erfahrung empfundene - Erlösung einiger AA-Gründerväter hat die Form eines allgemeingültigen Programmpunktes angenommen. In dieser Form hat der sog. „Ich-Zusammenbruch“ offenbar das Gros seiner ursprünglichen emotionalen, transformierenden und transzendierenden Wirkkraft eingebüßt. In seinem Aufsatz stellt Lechler den Briefwechsel zwischen William Griffith Wilson (1895 - 1971), einem Mitbegründer der Anonymen Alkoholiker, und Carl Gustav Jung (1875 - 1961), dem berühmten schweizerischen Psychiater und Psychologen, dar. In diesem Briefwechsel beschreibt Wilson seine eigenen dramatischen Erlebnisse sowie jene einiger seiner Mitbegründer, die schließlich zur Gründung der AA geführt haben. Er setzt C.G.Jung mit seinem Brief davon in Kenntnis, daß ein therapeutisches Gespräch, das Jung Anfang der 30er Jahre mit Roland H., einem weiteren AA-Mitbegründer, geführt habe, eine entscheidende Rolle bei der Begründung der Bewegung gespielt habe. In diesem Gespräch habe Jung dem verzweifelten H. erklärt, er sei ein hoffnungsloser Fall und jede weitere medizinische und psychiatrische Behandlung sei zwecklos. Auf die Frage H.'s, was ihm denn dann noch helfen könne, habe Jung geantwortet, daß ihm wahrscheinlich nur das Erlebnis einer spirituellen oder religiösen Erfahrung, also eine echte Bekehrung, helfen könne. **Jung habe H. jedoch gewarnt, daß dies relativ selten vorkomme.** Daraufhin habe sich H. einer evangelicalen Bewegung, den Oxford-Gruppen in Europa, angeschlossen und habe in dieser Umgebung dann tatsächlich ein Bekehrungserlebnis gehabt, das ihn von seinem Drang nach Alkohol befreit habe. Wilson beschreibt im Folgenden des Briefes dann seine eigenen Erlebnisse mit einem Arzt namens Silkworth, der Wilson ebenfalls zum hoffnungslosen Fall erklärt habe. Durch diese Äußerung von Dr. Silkworth habe er sofort gewußt, daß er wie Roland H. eine ähnlich starke innere Erfahrung machen oder sterben müsse. In tiefster Verzweiflung habe er ausgerufen: „Wenn es einen Gott gibt, so soll er sich zei-

gen“. Daraufhin sei unmittelbar eine Erleuchtung von enormer Wirkungskraft und Tragweite aufgetreten, die er in dem großen Buch der AA auch zu beschreiben versucht habe. Durch dieses Erlebnis sei er augenblicklich von seiner Alkoholbessenheit befreit worden. Kurz danach sei ihm durch die Literatur des Buches „Varieties of Religious Experience“ von William James klar geworden, daß die meisten Bekehrungserlebnisse eine gemeinsamen Nenner hätten, nämlich einen tiefgehenden Ich-Zusammenbruch. Daraufhin sei ihm die Vision einer Gemeinschaft von Alkoholikern gekommen, in der jeder sich mit dem anderen identifiziere und seine Erfahrung - in Form einer Kette - dem jeweils Nächsten mitteilen könne. Dies habe schließlich im Wesentlichen zur Gründung der AA geführt. (vgl. Lechler, 1978, S. 34 ff.)

Vor dem Hintergrund dieser Beschreibung sehr individueller spiritueller Erfahrungen wird m.E. deutlich, wie problematisch es ist, solche intensiven persönlichen Erfahrungen zur Grundlage eines weltweiten Programmes zu machen. In allen oben beschriebenen persönlichen Erlebnissen folgte dem Ich-Zusammenbruch, also dem „Eingeständnis der völligen Niederlage gegenüber dem Alkohol“, ein intensives religiöses inneres Erlebnis, was den Ich-Zusammenbruch letztlich zur echten ‘Katharsis’ oder ‘Läuterung’ im christlichen Sinne werden ließ. Ich habe bisher jedoch im Kontakt zu Mitgliedern der AA oder ähnlicher Selbsthilfegruppen viele Menschen kennengelernt, die sich mit großen Schuldgefühlen, erheblicher Selbstverurteilung und enormer mentaler Anstrengung durch den Programmpunkt ‘völlige Niederlage’ hindurchgezwungen haben um sich anschließend mit noch größerer mentaler Anstrengung am Abstinenzparadigma festzuklammern. Nur wenige Betroffene habe ich kennengelernt, die nach dem Durchlaufen des ‘Zwölf-Schritte-Programmes’ durch eine Öffnung gegenüber ihren eigenen emotionalen Ressourcen wirklich innere Befreiung erlebten. Da die ‘Anonymen Alkoholiker’ dieses Dilemma m.E. aber mit nahezu allen Bewegungen und Organisationen teilen, deren Gründung auf religiöse und spirituelle Erfahrungen Einzelner zurückgeht, halte ich das Ganze nicht nur für ein AA-spezifisches sondern auch für ein allgemeines menschliches Problem. Es sollte deswegen m.E. erlaubt sein, sich in diesem Zusammenhang folgende Fragen zu stellen:

1. Ist es zulässig oder nicht sogar eher eine gefährliche Verallgemeinerung, die Erfahrungen einiger „hoffnungsloser Fälle“ auf die Gesamtheit aller Suchtmittelabhängigen auszudehnen?
2. Tritt also ein Veränderungswunsch bei allen Abhängigen erst dann ein, wenn der Leidensdruck so groß geworden ist, daß nur noch ein totaler „Ich-Zusammenbruch“ Erlösung verschafft?
3. Steht das unbedingte Festhalten an vereinheitlichten Verlaufsphasen von 'Abhängigenkarrieren' in vielen Fällen nicht vielleicht sogar einer möglicherweise schnellen und undramatischen Entscheidung für ein verändertes Verhalten im Weg?
4. Werden also in vielen Fällen Abhängige nicht in ein Schema gepreßt, das ihrer Persönlichkeit in keiner Weise entspricht und einen Ausstieg aus der Abhängigkeit eher bremst als fördert?

Miller & Berg (1997, S. 21) äußern sich zu diesen Fragen wie folgt: „Wie sie im nächsten Kapitel lesen werden, glauben wir wirklich daran, daß die eine-Größe-paßt-allen-Mentalität, die die gegenwärtigen Ansätze kennzeichnet, die Optionen, die den Menschen zur Verfügung stehen, die damit kämpfen, ihre Alkoholprobleme zu überwinden, ernsthaft eingeschränkt hat. Die begrenzte Anzahl der Behandlungsoptionen hat viele ProblemtrinkerInnen zu der Überzeugung gebracht, daß es keine Hoffnung auf Besserung gibt, wenn sie diese traditionellen Behandlungen erfolglos durchliefen. Nichts stimmt weniger. Es gibt Hoffnung, und Hilfe ist verfügbar.“

Während die auf Seite 54 erwähnten sozialen, beruflichen und familiären Kriterien bei vielen - sozial noch irgendwie eingebundenen - Alkoholikern relativ leicht transparent zu machen sind, sind sie beim Konsumenten illegaler Drogen, der sich in der schwer zugänglichen subkulturellen Szene bewegt, oftmals kaum noch auszumachen. Hier, wo der Verlust sozialer oder beruflicher Stellung nicht mehr notwendigerweise zu einer zusätzlichen Erhöhung des Leidensdruckes führt, habe man - so Kritiker der Leidensdrucktheorie - zu anderen Mitteln greifen müssen: „Das Mittel zur Durchsetzung dieser Abstinenzfixierung war oft genug das Konzept des Leidensdrucks als

stille Übereinkunft aller involvierten Kräfte./.../Die Helfer, Therapeuten sowie Eltern und Freunde können durch Ausgrenzung, Kontaktabbruch etc. an der Erhöhung dieses Leidensdrucks ebenso mitwirken wie die Strafverfolgungsbehörden mit ihren entsprechenden Maßnahmen. Die Kriminalisierung und ihre bekannten Folgen werden, soweit nicht pädagogisch/therapeutisch sogar erwünscht, zumindest billigend in Kauf genommen. Die Notwendigkeit und der Sinn des 'helfenden Zwangs' war ein unhinterfragt gültiges Theorem des Umgehens mit Drogenabhängigen bei nahezu allen Professionen“ (Schuller/Stöver, 1990, S. 17 f.).

Die Hauptaufgabe von Streetwork diskutierend zitiert Steffan (1988, S. 13) z.B. Vollmer (1981): „Langfristig gesehen ist es notwendig, bei Opiatabhängigen auf eine ständige Erhöhung des Leidensdrucks hinzuwirken, da er nur so die Motivation bekommt, sich einer Psychotherapie zu unterziehen.“

Inzwischen scheint sich in der Fachwelt jedoch eine differenziertere Betrachtungsweise zum Thema Leidensdruck durchgesetzt zu haben. „Deutlich wird dies z.B. an der klassischen (in dieser Form kaum noch vertretenen) Leidensdrucktheorie, derzufolge Therapiemotivation linear vom Leidensdruck abhängt mit der Konsequenz, daß leidensdruckmindernde Maßnahmen als 'co-abhängiges Verhalten' und damit antitherapeutisch anzusehen seien. Heute wissen wir, daß Therapiemotivation (...) von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängig ist, und dies mit großen individuellen Unterschieden und durchaus nicht immer linear: zu geringer Leidensdruck reicht für einen therapeutisch wirksamen Veränderungswunsch bisweilen nicht aus, zu hoher Leidensdruck (z.B. durch eine HIV-Infektion) kann zu Resignation führen. Der scheinbare Widerspruch zwischen gezielter Förderung des Leidensdrucks (These) und schadensbegrenzenden Maßnahmen (Antithese) löst sich auf in der Frage, bei welchem Pat. welches Ausmaß an Leidensdruck therapeutisch hilfreich ist, was durch den synthetischen Begriff 'konstruktiver Leidensdruck' zum Ausdruck gebracht wird“ (Döhner, 1995, S. 40). „Wir wissen heute auch um die Unbrauchbarkeit und Irrationalität der 'Leidensdrucktheorie', die aus meiner Sicht einem verballhornten Sühne- und Rachegedanken

entspringt und darüber hinaus auch moralisch und ethisch als äußerst bedenklich zu betrachten ist. Dennoch ist sie noch nicht aus allen Köpfen der im Drogenbereich Tätigen heraus und damit immer noch, wenn auch immer weniger, handlungsleitend“ (Ruf, 1995, S. 86). Die Kernaussage dieses Zitates finde ich durch meine Beobachtungen in den Einrichtungen der Therapiekette, die ich in den letzten sechs Monaten besucht habe, durchaus bestätigt. Auf die hartnäckigsten Verfechter der klassischen, ‘harten’ Leidensdrucktheorie treffe ich jedoch nach wie vor in der Selbsthilfeszene.

Böllinger (1995, S. 172) schreibt zur unheilvollen Rolle der Leidensdrucktheorie in der Verquickung von Drogentherapie und Strafvollzug: „Therapie, die die Mündigkeit und Entscheidungsfähigkeit des Drogengebrauchers verneint, die in unheilvoller Allianz mit der Strafjustiz ‘in den besten Absichten’ mit Konzepten des ‘helfenden Zwangs’ und des ‘Leidensdrucks’ versucht, im Dienste des dogmatisch festgehaltenen Zieles der Drogenabstinenz zu arbeiten, hat ihre Glaubwürdigkeit eingebüßt.“

M.E. wird an der Diskussion um die Leidensdrucktheorie deutlich, daß ein rein innerpsychisches Phänomen wie der Leidensdruck, aus dem unter anderem auch der Wunsch nach persönlicher Veränderung und Erweiterung erwachsen kann, nicht für Ideologien, Dogmen, (drogen)politische oder gesamtgesellschaftliche Ziele mißbraucht werden sollte. Carl Gustav Jung hat sich wie folgt dazu geäußert: „Der Mensch muß mit dem Problem des Leidens fertig werden. Der östliche Mensch will sich des Leidens entledigen, indem er das Leiden abstreift. Der abendländische Mensch versucht, das Leiden durch Drogen zu unterdrücken. Aber das Leiden muß überwunden werden, und überwunden wird es nur, indem man es trägt“ (1991, S. 48). Jung stellte aber auch unmißverständlich fest: „Selbstverständlich kann es ohne Leiden kein Glück geben“ (1991, S.7). Im Vorwort zu der Zitatensammlung, aus der ich die vorstehenden Zitate entnommen habe, schreibt Franz Alt zum Thema ‘Leiden’: „Vielleicht wollen wir uns häufig nur bemitleiden oder bemitleiden lassen. Vielleicht besteht sogar das größte Leid in der Art und Weise, wie wir mit dem Leid umgehen: sentimental statt realistisch, egoistisch statt sozialorientiert, vergangenheitsbesessen statt zukunfts offen. Un-

sere Zeit wird von Politik und Wirtschaft, von Wissenschaft und den Medien weitgehend auf Optimismus und Fortschrittsgläubigkeit programmiert. Das Leid als reale und natürliche Erfahrung wird öffentlich weitgehend tabuisiert und verdrängt - ähnlich wie der Tod“ (1991, S. 8).

Jung hat sich auch zur Ursächlichkeit des Leidens klar geäußert: „Der Grund des Leidens ist der geistige Stillstand, die seelische Unfruchtbarkeit“ (1991, S. 22). Insofern man dieser Aussage einen gewissen Wahrheitsgehalt unterstellen möchte, wären Angebote zur Beendigung des - wie auch immer gearteten - geistigen Stillstandes demzufolge geeignete Maßnahmen zur Kanalisierung eines subjektiv empfundenen 'konstruktiven' Leidensdruckes.

4.4. Die Problemorientierung

Miller & Berg (1997, S. 25, ff.) berichten von einem interessanten Experiment: Sie zeigten einer Gruppe von TherapeutInnen, die sie gerade ausbildeten, das Videoband einer Familie in alltäglicher Interaktion. Sie gaben vor, mit dieser Familie gerade therapeutisch zu arbeiten. Die TherapeutInnen wurden gebeten, auf dem Hintergrund Ihrer fachlichen Kenntnisse und Fertigkeiten zu beschreiben, was sie beobachtet hatten. Schnell waren die psychologischen Profile der einzelnen Familienmitglieder herausgearbeitet: Die Mutter wurde als „zornige und kontrollierende Frau“ beschrieben, die von ihrer Ehe frustriert und von ihren Erziehungspflichten überfordert ist. Ihr Zorn sei jedoch nur der äußere Ausdruck einer „tieferliegenden“ Depression. Der Vater der fünfköpfigen Familie wurde als „abgeschnitten, distanziert und sogar fremd“ gegenüber seiner Familie beschrieben. Einige TherapeutInnen mit Erfahrungen im Bereich Abhängigkeiten wollten Zeichen für ein „verborgenes“ Trinkproblem erkannt haben. Sie wiesen insbesondere auf ein Muster hin, mit dem es die Frau dem Mann ständig „möglich machte“, sich im Gespräch von ihr und den Kindern fernzuhalten. Bestimmte Interaktionen zwischen dem Vater und der achtjährigen Tochter wurden zum Anlaß für Spekulationen über einen möglichen sexuellen Mißbrauch der Tochter durch den Vater.

Nach Ihren Behandlungsvorschlägen gefragt, verwiesen die TherapeutInnen auf die Notwendigkeit einer Familientherapie. Außerdem schlugen sie vor, die Frau zu einer PsychiaterIn zu überweisen, um eine umfassende Diagnose zu erhalten. In diesem Rahmen sollte dann auch geklärt werden, welche medizinische Behandlung der physischen Probleme, die die beobachtete Depression verursacht, möglich wäre. Den Vater wollte man zu einer Abhängigkeitsspezialistin schicken, da nur dort adäquat mit der Verleugnung umgegangen werden könne, die Menschen mit Trinkproblemen begleitet. Diese Verleugnung wurde nämlich als Hauptursache für die auf dem Videoband beobachteten Probleme gesehen. Schließlich wurde noch vorgeschlagen, alleine mit der achtjährigen Tochter zu reden, um die Möglichkeit eines sexuellen Übergriffes durch den „alkoholischen“ Vater zu untersuchen.

Nachdem die TherapeutInnen am Ende Ihrer Beschreibungen und Empfehlungen angelangt waren, wurden Sie darüber informiert, daß die Familie auf dem Videoband keine wirklichen Klienten sind und dies auch niemals gewesen waren. Die TherapeutInnen erfuhren, daß diese Familie keineswegs krank, sondern eine gesunde und gut funktionierende Familie aus der Nachbarschaft ist, mit der die Autoren seit langem befreundet sind. Die Familie hatte zugestimmt, für dieses Experiment zur Verfügung zu stehen, das dazu dienen sollte, TherapeutInnen zu lehren, wie ihre Glaubensannahmen das formen, was sie in ihrer klinischen Arbeit mit Einzelnen und Familien sehen.

Das beschriebene Experiment wurde mehrfach mit wechselnden Gruppen von Therapeuten durchgeführt und gelangte stets zu einem ähnlichen Ergebnis. Die Familie wurde immer als krank und behandlungsbedürftig gesehen; **niemals wurden Anzeichen von Gesundheit beschrieben**. Nach vielen Experimenten hatten die Autoren einen erstaunlich umfangreichen Katalog an Krankheiten zusammen, die alle in den Interaktionen der völlig intakten Testfamilie gesehen wurden.

Miller & Berg (1997) waren von den Ergebnissen ihrer Studie nicht weiter überrascht, zumal sie von anderen ForscherInnen wußten, daß sie dasselbe Experiment mit ähnlichen Ergebnissen durchgeführt hatten. „**TherapeutIn-**

nen, das zeigt unsere Studie überdeutlich, sind darin ausgebildet, Probleme zu finden. Anders gesagt, sie sind problem-orientiert und Meister darin, „Krankheiten zu finden - selbst wo keine sind“ (ebd., S. 27).

Da TherapeutInnen nun aber dafür ausgebildet und schließlich auch bezahlt werden, Problem aufzuspüren, zu erkennen und zu behandeln und die meiste Zeit ihrer Ausbildung mit dem Aufbau dieser Fähigkeiten verbringen, wäre es unsinnig, hier einen direkten Vorwurf an die Therapiebranche abzuleiten. Miller & Berg (1997) weisen lediglich darauf hin, daß in der teilweise überzogenen Problemorientierung vieler Therapeuten - und eben auch vieler Suchttherapeuten - oftmals die Chance verloren geht, die gesunden und stärkenden Ressourcen der KlientInnen ebenfalls aufzuspüren, um sie zur Findung einer möglicherweise relativ simplen Lösung ihrer Probleme zu nutzen.

*„/.../ Paul Watzlawick hat /.../ darauf hingewiesen, daß Marsmenschen, die zur Erde kommen und BeraterInnen um eine Erklärung bitten, wie sie zu ihren Techniken und Theorien, Menschen zu helfen, gekommen sind, wohl nur ungläubig ihren Kopf schütteln würden, wenn sie den komplizierten Beschreibungen zuhören, wie Menschen ihre Probleme entwickeln und aufrechterhalten. Sie würden vermutlich fragen wieso TherapeutInnen ihre Suche nach einem Verständnis nicht mit einer Erkundung begonnen haben, wie sich Menschen *natürlich, spontan und alltäglich* ändern. Kurz gesagt, die Marsmenschen würden sich wundern, weshalb TherapeutInnen Probleme anstelle von Lösungen in den Mittelpunkt ihres fachlichen Interesses und Handelns stellen“ (ebd., S. 28).*

5. Alternative Therapiekonzepte

In diesem Kapitel möchte ich alternative Konzepte von Drogenarbeit darstellen. Diese Konzepte haben sich entweder aus der Kritik an der traditionellen Drogenhilfe heraus entwickelt oder werden von Organisationen und Bewegungen angeboten, deren Menschen- und Weltbilder schon immer etwas außerhalb der gesellschaftlichen Hauptströmungen angesiedelt waren. Dazu gehört z.B. die von Rudolph Steiner begründete Anthroposophie. In ihr finden sich Elemente aus östlicher und westlicher Religion, Philosophie und Metaphysik. Zunächst soll jedoch der Ansatz der akzeptierenden Drogenarbeit dargestellt werden.

5.1. Akzeptierende Drogenarbeit

Wie in den vorhergehenden Kapiteln dargestellt, weist die akzeptierende Drogenarbeit unter den alternativen Therapiekonzepten die größte Nähe zur traditionellen Drogenhilfe auf. Aus ihren Reihen kommen aber auch gleichzeitig die schärfsten Kritiker derselben. Unter 4.1. habe ich bereits Böllinger (1995, S. 9 f.) zu Wort kommen lassen, der darauf hinweist, daß sich - trotz nach wie vor repressiver Rahmenbedingungen in den Einrichtungen der Therapiekette - die „Keime des Akzeptanz-Paradigmas“ inzwischen zu „ansehnlichen Pflanzen und Bäumen“ entwickelt haben. Dies gilt insbesondere für folgende Bereiche, die inzwischen - wie in Kapitel 3. dargestellt - in erheblichem Umfang von der traditionellen Drogenhilfe mit verwaltet werden:

1. Niedrigschwellige Angebote wie Konsumräume, Übernachtungsmöglichkeiten, Kontaktcafés etc.
2. Streetwork als äußerst wichtiges Element niedrigschwelliger Angebote und vielleicht wichtigstes Instrument akzeptierender Drogenarbeit, wenn sie denn als solche aufgefaßt und praktiziert wird.
3. Substitutionsbehandlung als 'klassischer' Ausdruck einer akzeptierenden Grundhaltung (siehe Kapitel 6.)

Schuller & Stöver (1990, S. 9) führen aus, daß die Integration akzeptierender Ansätze in die Angebotspalette der Therapiekette maßgeblich von zwei Prozessen beeinflusst wurde:

1. „Immanente Kritik an der inhaltlichen Ausrichtung, Wirksamkeit, Reichweite und an den Zielperspektiven traditioneller Drogenarbeit.
2. Ansteigen der HIV-Infektion und Aids-Erkrankung unter intravenös (i.v.) applizierenden Drogenkonsumenten.“

Darüber hinaus werde die Ausrichtung auf unmittelbare Abstinenz als Zielvorgabe für die Gesamtheit der behandlungs- und hilfsbedürftigen Drogenkonsumenten zunehmend hinterfragt (vgl. ebd.).

Dabei habe sich die Kritik vor allem an die Eindimensionalität bisheriger Therapieangebote gerichtet. Alternative Therapieformen seien zugunsten des dominierenden Konzeptes „Stationäre Langzeittherapie“ vernachlässigt worden. So seien Formen ambulanter Therapie lange Zeit inhaltlich und materiell ebensowenig gefördert worden wie Maßnahmen zur 'harm reduction' (siehe Kapitel 3., S.10). Ein weiterer Kritikpunkt sei die Selektivität der Hilfe gewesen. Mit den hochschwellig, abstinenzorientierten Angeboten habe man all jene nicht erreichen können, die ihren Drogenkonsum momentan nicht aufgeben wollten oder konnten. So wurde die Reichweite der bis dahin herrschenden Angebote auf lediglich 10 - 30 % eingeschätzt. Insbesondere der wachsenden gesundheitlichen und sozialen Verelendung vieler Langzeitkonsumenten („therapieresistente Fixer“) habe man wenig entgegenzusetzen gehabt. In dem abstinenzfixierten Klima hätten sich Formen medikamentengestützter Rehabilitation weder entwickeln noch bewähren können. (Im Gegensatz zum gesamten europäischen Ausland.) Kritisiert wurde auch die relativ geringe Effizienz der Behandlungen. Mit großem materiellen und personellen Aufwand sei relativ wenig erreicht worden. Die hohen Abbrecherquoten wurden als ein Beleg für die geringe Akzeptanz und Haltekraft der Angebote gesehen. Der hohe Anteil der Therapiezugänge über § 35 ff. BtMG (siehe 4.1., S. 46) sowie das Theorem des Leidensdruckes (siehe

4.2.) seien ebenfalls Kernpunkte der Kritik akzeptierender Drogenarbeit an der traditionellen Drogenhilfe gewesen (vgl. Schuller & Stöver, 1990, S. 9).

Schuller & Stöver (1990, S. 10) behaupten, **daß nicht zuletzt die Angst vor dem Eindringen der HIV-Infektion in die heterosexuelle „Normalbevölkerung“ schließlich eine bis dahin nicht gekannte Offenheit im fachlichen Diskurs ermöglicht habe** [Hervorhebung durch den Verfasser]. Plötzlich sei es möglich gewesen, den Anspruch auf Drogenfreiheit der Notwendigkeit zu unmittelbarer, direkter Hilfe - im Sinne einer Schadensminimierung und Überlebenshilfe - unterzuordnen. Forderungen nach Ausstiegshilfen und Methadonprogrammen für weibliche und männliche Prostituierte sowie aids-Kranke Drogenabhängige seien auf einmal aus den unterschiedlichsten politischen Lagern gefordert worden. Dieser Erfolg solle jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß es sich bei diesem Aufbrechen verkrusteter Strukturen keinesfalls auch um ein wirkliches Umdenken oder eine echte Verinnerlichung der Grundannahmen akzeptierender Drogenarbeit handele. Diese Entwicklung sei eher als eine Ergänzung bisheriger Angebote, eine Herabsetzung bisher zu hoher Schwellen mit der Zielsetzung einer eher therapeutisch kontrollierten Suchtbegleitung - also als eine Erweiterung und Differenzierung traditioneller Angebote - zu sehen.

„Akzeptierende Drogenarbeit hingegen versteht sich als Gegenentwurf zum Selbstverständnis traditioneller Drogenarbeit. Ein Konzept, das unter den Bedingungen einer Kriminalisierung und Ausgrenzung Drogenabhängiger jedoch nur bedingt realisierbar ist: Der Mensch soll als Drogengebraucher akzeptiert werden, ohne eine Beratungs- und Behandlungsbedürftigkeit per se zu unterstellen und Lebenswelteingriffe vorzubereiten. Voraussetzung von unterstützender Hilfe sollte nicht ein bekundeter Abstinenzwille sein, sondern der Wunsch nach Veränderung oder Verbesserung der aktuellen Lebenslage“ [Hervorhebungen durch den Verfasser]; (ebd., S. 11).

Oberflächlich betrachtet, scheint sich hier ein ideologischer Graben zwischen den Verfechtern einer akzeptierenden Grundhaltung und den Vertretern des

Abstinenzparadigmas aufzutun, der kaum zu überwinden ist (siehe 4.1., S. 50). Daß dem aber notwendigerweise nicht so sein muß und es durchaus Möglichkeiten und Gelegenheiten zum Brückenschlag gibt, zeigt Steffan (1988, S. 15) auf:

„Das Ansetzen an einer Ausstiegsbereitschaft sowie das Arbeiten auf Drogenfreiheit hin, das in den Konzepten akzeptierender Drogenarbeit seinen paradigmatischen Charakter verliert, hat in diesen Ansätzen allerdings weiterhin eine praxisrelevante Bedeutung. Möglicherweise wächst bei den Betreuten im Verlauf der Beziehung der Wunsch, aus der Szene auszusteigen und den Drogenkonsum aufzugeben. Die Ausstiegswilligen erhalten dann Unterstützung bei ihren Versuchen, die Drogenbindung zu überwinden. **Das Ziel Drogenfreiheit hat jedoch mehr den Charakter einer Zielalternative unter verschiedenen anderen gleichbedeutenden Zielalternativen**, wie etwa psychosoziale Stabilisierung ohne Clean-Anspruch oder Interventionen zur Verhinderung von Verelendung [Hervorhebung durch den Verfasser].“

Diese pragmatische Vorgehensweise im Sinne einer 'friedlichen Koexistenz' unterschiedlicher Zielvorgaben - wie es in anderen europäischen Ländern schon lange gehandhabt wird - ist m.E. jedoch erst dann im großen Stil umsetzbar, wenn Politik, Gesellschaft und Therapieszene bereit sind, Dogmen und Paradigmen außenvor zu lassen und von der unterschweligen Grundhaltung abrücken, Drogengebrauch sei etwas moralisch Verwerfliches und von Grund auf Schlechtes, das mit allen Mitteln bekämpft werden müsse. Dies würde nach meiner Einschätzung vor allem eine 'Revolution an den Stammtischen' voraussetzen, ein Umdenken in der breiten Mehrheit deutschen Bürgertums, insbesondere im - die Massenkultur prägenden - 'Mittelstand', aus dem sich auch das Gros der Drogenarbeiter in den Einrichtungen der traditionellen Drogenhilfe rekrutiert. Diese Einschätzung wird auch von Steffan (1988, S. 18) geteilt, wenn er schreibt: „Drogenarbeiter können in Beratungsstellen den Drogenkonsumenten gegenüber ihre Definitionsmacht relativ widerstandslos durchsetzen und so mit ihren meist **mittelschichtorientierten** Maßstäben die Rahmenbedingungen der Interaktionen sowie das

Spektrum angemessenen Verhaltens bestimmen [Hervorhebung durch den Verfasser].“

Anknüpfend an die Einschätzung von Schuller & Stöver bezüglich der Angst vor dem Eindringen des HIV-Virus in die „heterosexuelle Normalbevölkerung“ ließe sich durchaus auch mit einem Augenzwinkern der etwas zynische Standpunkt einnehmen, daß der „konstruktive Leidensdruck“ in der Mehrheit der deutschen Bevölkerung vielleicht doch noch nicht groß genug ist, um ein breites Umdenken zu bewirken. Angesichts der immensen Kosten, die dem Steuerzahler durch den m.E. aussichtslosen ‘Krieg’ gegen die Drogen und die Drogengebraucher entstehen, und angesichts des unsagbaren Elends, den dieser ‘Krieg’ auf der Drogenszene verursacht, verbietet es sich aber, einen so feixenden Standpunkt ernsthaft einzunehmen. Ein ernsthafter Vorwurf ist - so weit ich das beurteilen kann - allenfalls jenen in den verantwortlichen Positionen von Politik und Gesellschaft zu machen, die - vermutlich oftmals wider besseren Wissens - aus politischem und/oder wirtschaftlichem Kalkül heraus seit Jahrzehnten polarisierende Propaganda statt neutrale und wissenschaftlich fundierte Aufklärung der Bevölkerung betreiben. Aber auch dies ist nicht weiter verwunderlich, wenn man berücksichtigt, daß sie sich stets auf ‘wissenschaftlich fundierte’ Veröffentlichungen einschlägiger ‘ExpertInnen’ berufen konnten. Dazu zählt nach meiner Ansicht z.B. das Handbuch „Therapie des Drogenabhängigkeit“ von Karl-Ludwig Täschner (1983). Täschner diffamiert hier all jene, die sich für Entkriminalisierung, Legalisierung oder stufenweise Freigabe von Drogen einsetzten, pauschal als „Cannabis-, Heroin- oder Methadonfreunde“ und unterstellt ihnen das Bestreben, Substanzen glorifizieren und verharmlosen zu wollen, deren tödliche Gefährlichkeit in zahllosen Studien zweifelsfrei nachgewiesen sei. Fairerweise muß man an dieser Stelle allerdings einfügen, daß es zum Einen solches Bestreben tatsächlich **auch** gibt. Zum Anderen hat sich auch die von Täschner kritisierte ‘Gegenseite’ oftmals nicht durch besonders große ‘Neutralität’ hervor getan hat und - an sich wertfreie - neue Erkenntnisse über ‘Abhängigkeit’, ‘Sucht’ und ‘Drogen’ in unzulässiger Weise mit extremen politischen Forderungen und Ansichten verknüpft, was der Durchsetzung eines neuen Ansatzes in der Drogentherapie häufig sicher einen Bärendienst erwiesen hat. So

konnte Täschner sich in seiner 'wissenschaft-lichen' Argumentationsweise so sicher fühlen, daß er sich zuweilen selber ad absurdum führte. Er zitiert z.B. zunächst die Argumente der „Heroinfreunde“ wie folgt: „Negative Folgen für die Süchtigen erwachsen nicht aus den Eigenschaften der Opiate selber, sondern aus der Kriminalisierung des Umgangs mit ihnen. **Nicht die Opiate machten krank, sondern der Umstand, daß der Umgang mit diesen Stoffen unter Strafe gestellt sei.** Eine Veränderung der Gesellschaftsstruktur beseitige das Opiatproblem, wie das Beispiel Rotchinas zeige“ (Täschner, 1983, S. 254). Um diese Argumentation zu widerlegen, führt er eine Seite später u.a. wie folgt aus: „Sozialer Abstieg bis hin zur völligen Verwahrlosung kennzeichnet eine fortgeschrittene Heroinsucht. **Heroinkonsum ist von der Notwendigkeit zur Beschaffungskriminalität begleitet, die ihrerseits die soziale Ausgrenzung fördert**“ [Hervorhebungen durch den Verfasser]; (ebd., S. 255).

Diese Argumentationsweise steht im krassen Gegensatz zu vielen meiner persönlichen Erinnerungen - Erinnerungen an herzliche Kontakte und tiefgehende Gespräche mit „sozial ausgegrenzten“ und „völlig verwahrlosten“ Betroffenen. Dazu zählt auch die Erinnerung an den jungen Mann, der - auf dem Bürgersteig der Frankfurter Kaiserstraße sitzend - gerade damit beschäftigt war, eine nicht sehr hygienisch wirkende Nadel in seine Armvene zu stechen, als ich mit einem Freund aus den USA an ihm vorbei ging. Nun war mein Freund, Rev. Dr. Ralph D. Jordan, nicht gerade unerfahren, was den Umgang mit Drogenabhängigen anbelangt, da er vor rund 20 Jahren in den USA selbst diverse Drogenrehabilitationsprogramme auf der Basis einer akzeptierenden Grundhaltung ins Leben gerufen hatte. In jenem Moment traf ihn dieser Anblick jedoch völlig unvorbereitet und er starrte den jungen Mann entgeistert an. Als er sich wieder etwas gefaßt hatte, sagte er mir mit Tränen in den Augen, daß es ihn immer wieder fassungslos mache, daß die Gesellschaft diese Verelendung zulasse. Und doch konnten wir nichts anderes tun, als unseren Weg zum American-Express-Büro fortzusetzen, um seine Kreditkarte wieder mit Dollars aufzuladen, während sich hinter dem jungen Mann die Sonne in den Glasfassaden der großen Banken und Versicherungen reflektierte...

Nun will akzeptierende Drogenarbeit das Phänomen 'Sucht' nicht verharmlosen, sondern entmystifizieren und entdramatisieren (vgl. Schuller & Stöver, 1990, S. 21 f.). Das Aufgeben der (drogen)problemzentrierten und verengten Perspektive traditioneller Ansätze zugunsten der Akzeptanz des Drogengebrauches mache „zunächst auch die Sicht frei für andere Lebensbereiche und elementare Bedürfnisse des Menschen: Wohnen, Arbeiten, Beziehungen, Essen, geregelter Alltag“, also einer Betrachtung der gesamten Persönlichkeit und ihrer Bedürfnisse. Dies führe leichter dazu, den Konsum evtl. ganz undramatisch zu drosseln - wenn der Betroffene das wünscht (vgl. ebd., S. 22). Es handele sich also gewissermaßen um ein Paradox: „Indem dem Drogenkonsum und damit der Abstinenz als Ziel weniger Bedeutung und Gewicht beigemessen wird, kann es u.U. dem Anderen eher ermöglicht werden, abstinent zu werden. Indem nicht mehr seine Abhängigkeit als sein zentrales (Lebens-) Problem thematisiert wird, wird es ihm mit einer veränderten Bedeutungsgebung ermöglicht, veränderte Interaktionsmuster zu finden und auch sich selbst als wieder entscheidungsfähig zu erleben. /.../ **Mit dieser Entdramatisierungs-Strategie werden auch Rückfälle entwertet und als manchmal unvermeidbare Stationen bewertet werden können** [Hervorhebung durch den Verfasser]“ [vgl. hierzu wiederum das Zitat von Junge unter 3.3.1., Seite 36, Anm. d. Verf.] (Schuller & Stöver, 1990, S.22).

In diesem Zusammenhang stellt sich unweigerlich die Frage nach dem professionellen Selbstverständnis des/der akzeptierenden DrogenarbeiterIn. Es sei nämlich keine leichte Aufgabe - so Schuller & Stöver (1990, S.25) - „die eigenen - noch ganz im Zeichen allgemeiner Heroinhysterie und abschreckend-verbietender Drogenerziehung entstandenen - Ansprüche an den Heroinkonsumenten tatsächlich auf das o.g. Maß herunterzuschrauben“. Dies sei nur durch einen langsamen Prozeß der Befreiung aus dem „Gedankengefängnis“ der eigenen Abstinenzansprüche möglich. [Alleine schon in der theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema dieser Arbeit, habe ich einen solchen Prozeß bei mir selbst beobachtet, so daß ich sehr geneigt bin, dieser Aussage Glauben zu schenken, Anm. d. Verf.] **„Die Drogengebraucher müssen offen - ohne die Therapeutenerwartungen nach Abstinenz erfüllen zu müssen - über Aufhören oder Weitermachen**

sprechen können [Hervorhebung durch den Verfasser]“ (ebd., S. 26). Mitarbeiter niedrigschwelliger Angebote seien ständig mit ihren eigenen Werten konfrontiert und müßten sich Grundsatzdiskussionen über Theorien von Suchtentstehung, -verlauf und -beendigung stellen. Traditionelle Fixerbilder würden in dieser Arbeit relativiert und revidiert. Es sei notwendig, klassische pädagogische Ansprüche zurückzustellen. Zum einen führe dies zu einer normalisierten und dehysterisierten Sicht von Drogengebrauch. Zum Anderen führe das erlebte Elend zu Fragen nach gesellschaftlicher Reaktion auf Drogenkonsum sowie auch zu Fragen nach den gesellschaftlichen Ursachen und Entstehungsbedingungen. Es sei daher unabdingbar, Erfahrungen von Ohnmacht mit wenigen Erfolgserlebnissen, z.B. in regelmäßigen Supervisionen zu bearbeiten. „Trotzdem wird das grundsätzliche Spannungsverhältnis nicht aufgehoben: von Überforderung einerseits, angesichts eines Aushalten-Müssens von Nähe zu Drogenabhängigkeit, Krankheit, Elend, Tod, Szene und deren Dynamiken und Ansprüchen und von Unterforderung andererseits, angesichts der täglichen Desillusionierung pädagogisch/therapeutischer Hoffnungen“ (ebd., S. 26). Das starke Sich-Einlassen auf die Bedürfnisse einzelner stehe nach traditionellem professionellen Verständnis stets im Geruch der Co-Abhängigkeit, der Kumpelei. In einem Kontaktladen etwa könne die - nach traditionellem Verständnis sehr wichtige - Wahrung von Nähe und Distanz zur Klientel nicht immer in dem Maße aufrecht erhalten werden wie in einem drogenfreien Setting. Es sei notwendig zu akzeptieren, daß sich die Ziele, Lebensentwürfe und Wertkonzepte der Abhängigen von den eigenen unterscheiden und daß die Klientel letztlich selbst entscheidet - wenn auch suchtbedingt. Deshalb falle es Angehörigen anderer Professionen mit geringeren pädagogischen Ansprüchen u.U. sogar leichter, in niedrigschwelligen Projekten zu arbeiten. Es bestehe zudem immer die Gefahr, daß die Ergebnisse eines niedrigschwelligen Angebotes sogar den eigenen ursprünglichen Absichten konträr entgegenstehen: Die Szene 'verlagert' sich in den Kontaktladen, der Kontaktladen wird zum reinen Konsumraum, eine stigmatisierte Sondereinrichtung entsteht, die traditionelle Hilfsverpflichtungen anderer Einrichtungen ungewollt entlastet etc. (vgl. Schuller & Stöver, 1990, S. 26 f.).

An dieser Stelle halte ich es für sinnvoll, nochmals den auf Seite 21 zitierten Hinweis von Steffan (1988, S. 182 ff.) aufzugreifen, demzufolge er in einer Kombination von Streetwork, Clubarbeit und Gemeinwesenarbeit ein echtes Alternativangebot akzeptierender Drogenarbeit zur institutionsgebundenen Beratung und Therapie des Drogenhilfe-Verbundes sieht. Steffan räumt jedoch ein, daß diese gemeinwesenorientierten Ansätze bisher nahezu ausschließlich in der Betreuung jener Drogengebraucher erfolgreich gewesen seien, die noch nicht völlig in die subkulturelle Szene 'abgetaucht' waren, also noch intakte soziale und/oder familiäre Bezüge im Gemeinwesen/ Stadtteil hatten. Ein großes Defizit bestehe nach wie vor im Angebot von Nachfolgeeinrichtungen und Komplementärressourcen, die die Arbeit der - vom traditionellen Behandlungsverbund inzwischen zum größten Teil mitverwalteten - niedrighschwelligem Angebote mit den subkulturellen „Drop-Outs“ auf der Basis akzeptierender Drogenarbeit weiterführen. [Bisher beschränken sich die Angebote akzeptierender Drogenarbeit hauptsächlich auf 'therapievorbereitende' Maßnahmen, Anm. d. Verf.] „Mit dem Wegfall der Kriminalisierung auf der Endverbraucherebene würden die Drogenkonsumenten nicht mehr so nachhaltig aus ihren angestammten Sozialbezügen ausgegrenzt. Streetworker wären in der Szene weitaus weniger mit den Problemen subkultureller 'Drop-Outs' konfrontiert. Sie könnten sich mehr darauf konzentrieren, in einer lebensweltzentrierten Perspektive an noch vorhandenen Gemeinwesenbezügen anzuknüpfen, um diese - wie im Hallschlag-Projekt geschehen - produktiv zu nutzen“ (Steffan, 1988, S. 187). In dem hier angesprochenen Projekt „Mobile Jugendarbeit Hallschlag“ wurden in einem Stuttgarter Stadtteil Ende der 80er Jahre Heroinkonsumenten in der bereits erwähnten Kombination von Streetwork, Clubarbeit und Gemeinwesenarbeit offenbar sehr erfolgreich stadtteilorientiert betreut (vgl. ebd., S. 183 ff.): „Resümierend läßt sich feststellen, daß ein Großteil der zu Beginn des 'Hallschlag-Projekts' von Ausgrenzung und Kriminalisierung bedrohten jugendlichen Heroinkonsumenten nach dreijähriger sozialpädagogischer Betreuung einen Lebensstil gefunden hat, der nicht vom Drogenkonsum und damit zusammenhängenden Aktivitäten beherrscht wird. Nicht wenige engagieren sich in Stadtteilinitiativen (Spielplatzinitiative, Friedensgruppe, Hausaufgabenhilfe). 'Verschmolzen mit anderen engagierten Bewohnern des Stadtteils

bilden sie heute einen Teil der aktiven Stadtteilbewohner, die in ihrer Gesamtheit einen nicht geringen Einfluß auf die kommunalpolitische Situation im Gemeinwesen haben'(Kurzweg 1987, 277)“(Steffan, 1988, S. 185).

Flexiblere Wege, die die Klientel und ihre Bedürfnisse wieder in den Mittelpunkt des Interesses stellen, lassen sich in nahezu allen Bereichen der Arbeit mit Drogenabhängigen gehen. So beschreibt Böllinger (1995, S. 100) z.B. alternative Wege der Entzugsbehandlung, die im Zentralkrankenhaus Bremen-Ost gegangen werden. Ohne eine Abstinenzmotivation beim Patienten vorauszusetzen, würden hier wohnortnah und individuumzentriert Abhängigkeitszustände aller Art diagnostiziert und stationär sowie teilstationär behandelt. Nach Möglichkeit werde auf ambulante Behandlung oder Selbsthilfe verwiesen. Im Bedarfsfall führe man integrierte und multidisziplinäre stationäre Entzugs- und Entwöhnungstherapien durch. Auch eine 'Borderline-Station' stünde bei Doppeldiagnose (Abhängigkeitsproblematik bei zugrundeliegender psychischer Störung) dafür zur Verfügung. Die Behandlungsangebote reichten von 'kaltem' bis zu medikamentengestütztem Entzug. Die Patienten würden diesbezüglich ausführlich aufgeklärt. Alle Entzüge seien von psycho- oder gruppentherapeutischen Maßnahmen - unter Einbeziehung von Familie und Beziehungspartnern - begleitet.

Fazit: Nachdem ich die Argumente für und gegen eine akzeptierende Drogenarbeit in der Literatur sorgfältig studiert habe, komme ich zu dem Schluß, daß die Vorteile einer akzeptierenden Grundhaltung in der Drogenarbeit wesentlich überwiegen und deshalb Gefahren wie auf Seite 71 (oben) angeführt, in Kauf genommen werden können. Alle Gegenargumente, die ich finden konnte, sind von den Grundannahmen der Abstinenzorientierung, der Leidensdrucktheorie u.ä. geprägt. Durch eine offene Geisteshaltung - die den Menschen und nicht den zu veränderten Klienten sieht, die sich freige macht hat von dem Wunsch nach Überlegenheit, von moralischer Bewertung, Kleinbürgertum und den eigenen, okkulten Ängsten vor dem Phänomen der Drogenabhängigkeit - sind diese Argumente - nach meiner derzeitigen Einschätzung - jedoch ausnahmslos zu relativieren.

In diesem Sinne möchte ich als Abschluß zu diesem Punkt noch einmal Stefan (1990, S. 56) zitieren: „Die Gedankengänge von Kritikern lebenspraktischer Hilfen sind in diesem Punkt von eigenartiger Härte: Im Bereich der Nichtseßhaftenhilfe würde nämlich niemand fordern, Wohnungslosen Übernachtungsmöglichkeiten zu verwehren, damit diese Selbstverantwortung für Ihren Lebensalltag entwickeln.“

5.2. Der lösungsorientierte Ansatz

Unter 4.4. habe ich bereits die Kritik an der Problemorientierung in der Therapieszene im Allgemeinen und der Drogentherapie im Besonderen dargestellt. Konstruktive Kritik bietet aber sinnvoller Weise eine Alternative an. Dies soll nachfolgend durch die Darstellung einer lösungsorientierten Drogenarbeit geschehen.

Miller & Berg (1997, S. 38 f.) berichten von einem interessanten Erlebnis während ihrer Seminartätigkeiten. An der Schilderung dieses Erlebnisses läßt sich der zuweilen fatale Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit eines/r ThearapeutIn und seiner/ihrer problemorientierten Arbeitsweise sehr gut verdeutlichen:

Die Autoren berichten von einer Therapeutin, die während eines Zwei-Tage-Workshops über lösungsorientierte Therapie den größten Teil des ersten Tages damit verbracht habe, ärgerliche Kommentare und Einwände zum Schulungsmaterial hervorzubringen. Ihr Tenor sei gewesen: „Wir sind klar beim Verleugnen!“

Zur Überraschung der Autoren sei die Teilnehmerin am nächsten Tag jedoch still sitzengeblieben und habe eifrig mitgeschrieben. Zum Ende des Workshops habe sie dann um ein privates Treffen gebeten, was die Autoren leicht beunruhigt habe, da KollegInnen von ihnen kurz zuvor mit Eiern beworfen worden seien und Todesdrohungen erhalten hätten, als sie Grundannahmen traditioneller Therapieansätze in Frage gestellt hätten.

Die Therapeutin aus dem Workshop habe ihre Erzählungen bei dem privaten Treffen jedoch mit der Schilderung ihrer schlaflosen Nacht nach dem ersten Seminartag begonnen. Sie habe die ganze Nacht darüber nachgedacht, was die Ursache ihres Ärgers bezüglich des Schulungsmaterials sei. Unter Tränen habe sie schließlich erzählt, daß sie selbst zehn Jahre lang in Therapie gewesen sei: „Nicht ein einziges Mal während dieser ganzen Zeit hat mein Therapeut mir etwas gesagt, das in meinem Leben in Ordnung ist!“

Eine solche Geschichte - so Miller & Berg (1997, S.39) - sei nicht nur traurig, sondern leider auch üblich. „Stärken und Ressourcen der Menschen sind traditionell aufgrund der verbreiteten Annahme ignoriert worden, daß Probleme aus zugrundeliegenden Schwächen oder Defiziten resultieren“ (ebd., S. 39). Nur in der Thematisierung dieser Defizite - so die ExpertInnen - liege die Hoffnung darauf, unsere Probleme zu lösen. TherapeutInnen hätten deswegen eine endlose Liste von Schwächen im Angebot: „gewährendes und strenges Elternverhalten, rigide und nachgiebige Sauberkeitserziehung, fehlendes und übermäßiges Stillen etc. Und seit neuestem bieten ExpertInnen das „verwundete innere Kind“ als Ursache all unseres Leidens an“ (ebd., S. 39).

Obwohl man angesichts der Fülle therapeutischer - defizitärer - Erklärungsmodelle schon Zweifel daran bekommen könne, ob die ExpertInnen überhaupt noch wissen, wovon sie sprechen, schienen sich TherapeutInnen in einem Punkt ganz sicher zu sein, nämlich daß ihre Klientel krank ist (siehe 4.2.). Insofern bestehe die einzige Hoffnung darin, Schwächen und Defizite offenzulegen und zu akzeptieren. „Der erste Schritt der Anonymen Alkoholiker besteht ja auch darin, zuzugeben, daß man dem Alkohol gegenüber machtlos ist [wie unter 4.3., S. 53 ff. bereits geschildert, Anm. d. Verf.]. Zu solchen und anderen Prophezeiungen der Verdammnis sagen wir wiederum „Unsinn!“. Menschen sind dem Alkohol gegenüber nicht machtlos und waren es auch nie. Es existiert ganz einfach keine Forschung, die die Idee untermauert, daß Menschen ihr Trinken nicht kontrollieren können; wie bei fast allem, wofür die populärwissenschaftliche Heilungsbewegung eintritt, verweist Forschung tatsächlich darauf, daß eher das Gegenteil zutrifft. Menschen sind imstande, ihr Trinkproblem in die Hand zu nehmen und zu handhaben. Das, was etwas zu bedeuten scheint, ist, ob die Person daran *glaubt*, daß er oder sie das eigene Trinken kontrollieren kann. Das konnte in einer klassischen Studie über die Effekte des Alkohols sehr deutlich gezeigt werden“ (ebd., S. 39).

Die Autoren beschreiben im Folgenden den von Marlatt, Deming & Reid (1973) durchgeführte Studie. In dieser Studie wurden AlkoholikerInnen in vier

Gruppen unterteilt. Jeder Gruppe wurden drei verschiedene Getränke angeboten, von denen die TeilnehmerInnen soviel trinken konnten, wie sie wollten. Sie wurden aufgefordert, den Geschmack der Getränke einzuschätzen. Der ersten Gruppe wurden alkoholfreie Getränke angeboten. Man sagte den Teilnehmern aber, alle drei Getränke enthielten Alkohol. Der zweiten Gruppe wurden alkoholhaltige Getränke angeboten, wobei sie gesagt bekamen, daß diese Getränke alkoholfrei seien. Die dritte Gruppe erhielt alkoholfreie und die vierte Gruppe alkoholische Getränke. Diese beiden Gruppen wurden wahrheitsgemäß über die Beschaffenheit ihrer Drinks informiert. Das kuriose Ergebnis der Studie war, daß bei den beiden ersten Gruppen - die ja irreführend geleitet worden waren - die Menge, die sie tranken, davon abhing, wieviel Alkohol sie in dem Getränk *vermuteten* und nicht, wieviel Alkohol tatsächlich enthalten war (vgl. ebd., S. 39 f.).

Miller & Berg kommen also zu dem Schluß, daß das, was Menschen von und über sich und Alkohol glauben, einen weitreichenden Einfluß auf das therapeutische Ergebnis haben könne und zitieren [ironischerweise ebenfalls (siehe 4.3., S. 54 f.), Anm. d. Verf.] den Psychologen William James: „Die größte Entdeckung meiner Generation ist die, daß menschliche Wesen, indem sie die innere Haltung ihres Geistes verändern, die äußeren Aspekte ihres Lebens verändern können. Es ist aber sehr ärgerlich, daß mehr Leute diese ungeheure Entdeckung nicht akzeptieren und damit leben werden“ (ebd., S. 40). Menschen mit Alkoholproblemen seien nicht *ihrem Wesen nach* diesen Substanzen gegenüber machtlos, sondern verfügten über eine breite Palette von Fertigkeiten und Ressourcen, die sie bei ihrem Alkoholproblem anwenden können. Diese Stärken seien ein besserer Führer zur Heilung als die Schwächen. Stärken und Ressourcen aufzuspüren und in ein persönliches Heilungsprogramm zu integrieren sei eine Strategie, die bei AlkoholikerInnen sehr gut funktioniere (vgl. ebd., S. 40).

Während traditionellerweise angenommen würde, daß eine traumatische Kindheit unweigerlich eine schwierige psychologische Entwicklung nach sich ziehe, hätten die Forschungen von Wolins beispielsweise ergeben, daß Kinder mit Feindseligkeit sehr wohl umgehen könnten und ironischerweise ein

besseres Gefühl persönlicher Kompetenz daraus entstehen könne, die Herausforderungen einer Problemfamilie gemeistert zu haben (vgl. ebd., S. 40). Zur speziellen Situation von Kindern in Alkoholikerfamilien heißt es bei Feuerlein et al. (1998, S. 198): „Trotz zahlreicher Unterschiede in Untersuchungen von Kindern mit und ohne Alkoholismus in der Familie sind insgesamt betrachtet die Kinder aus Alkoholikerfamilien nicht so stark gestört, wie man vielleicht vermuten möchte“ (zit. nach Fricke, 2000, S. 61). „Das gilt auch für die Gefahr, als Kind eines trinkenden Elternteils selbst zum Alkoholiker oder zur Alkoholikerin zu werden. Zwar ist dieses Risiko deutlich erhöht - SEARLES (1994) schätzt, etwa 25 % der Kinder aus Alkoholismusfamilien würden ebenfalls Probleme mit Alkohol bekommen -, jedoch stammen die meisten Alkoholiker aus Familien, in denen nicht exzessiv getrunken wird. Interessant dabei: Auch das Alkoholismusrisiko von Kindern, die in abstinenten Familien aufwachsen, ist erhöht: Während 20 % stationär behandelte Alkoholiker angaben, im Abstinenzmilieu groß geworden zu sein, beträgt der Anteil der Abstinenzler an der Gesamtbevölkerung lediglich 5 % (MATAKAS et al. 1981)“ (Fricke, 2000, S. 61 f.).

„Ob sie in einer Alkohol-Familie aufwachsen, Mißbrauch durch einen nahen Verwandten erlitten oder später in Ihrem Leben ein Alkoholproblem entwickelten - Sie haben auch noch Stärken und Ressourcen, die sich nutzen lassen, um mit Ihrem aktuellen Problem zurechtzukommen“ (Miller & Berg, 1997, S. 40 f.). Dies bedeute nicht, daß Personen nicht leiden oder Ihr Leiden unwichtig sei. Leid könne ein großer Motivator sein, Hilfe zu suchen, ob wir durch die Fokussierung auf Leid allerdings auch die Lösung finden, sei zu bezweifeln (vgl. 4.3.). **„Leid kann uns auf den Weg bringen, aber Stärken und Ressourcen helfen uns, auf dem Weg zu bleiben und die Arbeit zu beenden [Hervorhebung durch den Verfasser]“** (ebd., S. 41). Leider sei die Fokussierung auf Leid und Schwäche so sehr Teil der Therapie- und Selbsthilfeszene geworden, daß Therapie meist beschrieben werden könne als „zwei Leute, die alleine in einem Raum sitzen und reden, bis einer von beiden weint“ (Reiser, 1984, zit. nach Miller & Berg, 1997, S. 41).

Auch für den Bereich der illegalen Drogen beschreibt Steffan (1988, S. 33) die Vorteile einer auf Stärken und Ressourcen fokussierten Vorgehensweise im Rahmen einer akzeptierenden Streetwork: „Andererseits kann der Drogenberater im persönlichen Kontakt mit authentischen Usern in der Szene seine verzerrten Vorstellungen über Drogenkonsum korrigieren. Er erfährt mehr von ihren positiven Persönlichkeitsanteilen, die im stark problemfixierten Kontakt in der Beratungsstelle oft verborgen bleiben. Dort steht eher der Drogenkonsument als „kaputte“, problembeladene und defizitäre Persönlichkeit im Vordergrund. Im Miterleben in der Szene offenbaren sich bei vielen Usern vorhandene Selbstkontroll- und Selbstheilungskräfte. Man sieht positive Ansätze in den selbstinitiierten Versuchen zur Reduktion beziehungsweise zur Überwindung der Drogenbindung. In der Sichtweise einrichtungsgebunden arbeitender Drogenberater haben diese Bemühungen kaum einen Wert. Sie werden oft als negative Begleiterscheinungen der Sucht definiert, d.h. als suchtimmanente und zum Scheitern verurteilte suchtvrlängernde Mechanismen.“ An dieser Äußerung wird m.E. noch einmal sehr deutlich, wie problematisch die Verquickung von Problem- und Abstinenzfixierung ist. Aus dem bis hierher erarbeiteten Material ziehe ich daher folgende Zwischenbilanz:

Nur wenn Abstinenz als mögliches Fernziel einer längeren Entwicklung gesehen wird, in deren Verlauf Rückfälle und Fehlschläge dazu beitragen, die ‘verschütteten’ Ressourcen nach und nach herauszuarbeiten und zu stärken, besteht eine realistische Chance, einen größtmöglichen Teil der Drogengebraucher mit einer viel größeren Bandbreite von Therapieangeboten als bisher zu erreichen.

Demzufolge möchte ich an dieser Stelle nun die Grundprinzipien des lösungsorientierten Ansatzes nach Miller & Berg (1997, S. 43) zitieren:

1. „Kein Ansatz paßt für alle.“
2. Es gibt mehr als eine mögliche Lösung.
3. Lösung und Problem sind nicht notwendigerweise miteinander verbunden.

4. Der einfachste und am wenigsten einschneidende Ansatz ist oft die beste Medizin.
5. Menschen können in kurzer Zeit Besserungen erreichen und schaffen es auch.
6. Änderung geschieht ständig.
7. Fokussiere auf Stärken und Ressourcen und nicht auf Schwächen und Defiziten.
8. Fokussiere auf die Zukunft und nicht auf die Vergangenheit.“

In der konkreten Umsetzung dieses Ansatzes fordern die Autoren ihre KlientInnen zu Anfang der ersten Sitzung auf, so zu tun, als ob ein Wunder geschehen wäre, das ihr Problem gelöst hätte. Die KlientInnen werden sodann aufgefordert, ihre Vorstellungskraft zu benutzen und zu beschreiben, was das erste wäre, das ihnen am nächsten Morgen nach dem „Wunder“ auffallen würde, was ihnen sagen würde, daß etwas anders ist und das Problem gelöst ist. Die KlientInnen werden aufgefordert, die kleinsten Kleinigkeiten zu beschreiben und ganz konkrete Hinweise auf die imaginierte Veränderung herauszuarbeiten. Dabei sprechen die Autoren von sechs „Schlüsseln“, die die „Tür“ zur Lösung „aufschließen“:

1. „Stellen Sie sicher, daß Ihr Wunder für Sie wichtig ist.
2. Halten Sie es klein.
3. Machen Sie es spezifisch, konkret und verhaltensbezogen.
4. Stellen Sie sicher, daß Sie sagen, was Sie tun *werden*, anstatt was Sie *nicht* tun werden.
5. Sagen Sie, wie Sie ihre Reise beginnen werden und nicht, wie Sie sie beenden werden.
6. Seien Sie sich im Klaren über das Wer, Was und Wann, aber nicht über das Warum“ (ebd., S. 75).

Die Autoren weisen darauf hin, daß dieses Programm sich in der Theorie sehr einfach anhöre, in der Praxis jedoch mit einer Menge harter Arbeit verbunden sei und Rückschläge in Kauf zu nehmen seien. Welch verblüffend einfache Lösungen die Fokussierung auf Ressourcen zuweilen hervorbringt,

deren Umsetzung dennoch ein gehöriges Maß an Selbstdisziplin erfordert, verdeutlichen Miller & Berg an folgendem Beispiel:

Calvin, ein 45jähriger Ingenieur, sei wegen eines ernststen Problems mit Kokain zur Behandlung gekommen, weil er kurz zuvor nach einer Überdosierung der Substanz einen Herzanfall erlitten habe und es daraufhin mit der Angst vor dem Tod zu tun bekommen habe. Er habe angegeben, schon zwei Drogenbehandlungsprogramme erfolglos absolviert gehabt zu haben. Deswegen habe er nicht mehr sehr viel Hoffnung gehabt, seinen Kokainkonsum beenden zu können. Im Verlauf der Interviews arbeiteten die Autoren heraus, daß die Versuchung, Kokain zu konsumieren, immer dann am stärksten für Calvin gewesen sei, wenn er sein Gehalt in bar ausgezahlt bekommen habe. In der Nacht vor dem Herzanfall habe er tatsächlich sein gesamtes Monatseinkommen für Kokain verbraucht. Calvin habe nun herausgefunden, daß er dem starken Verlangen nach Kokain besser widerstehen könne, wenn er sein Gehalt nicht direkt in die Hände bekomme. Teil der Lösung, die er schließlich für sich entwickelt habe, sei gewesen, das Gehalt direkt auf sein Bankkonto überweisen zu lassen. Diese Strategie habe er mit Plänen verbunden, sich am Zahltag mit KollegInnen zu verabreden. In Calvins insgesamt erfolgreicher Behandlung seien noch mehrere ähnlicher Muster erkannt und bearbeitet worden (vgl. ebd., S. 72 f.).

5.3. Die 'Mind-Over-Matter'-Strategie: Von der Rauschdroge zum Genußmittel - am Fallbeispiel von Lydia B.

Die im Folgenden (siehe S. 85 ff.) dokumentierte Geschichte von Lydia B. zeigt die erfolgreiche Bewältigung einer Suchtmittelabhängigkeit auf. Die von Lydia B. angewandte Strategie läßt Elemente verschiedener therapeutischer Ansätze erkennen, 'zusammenfließen' und führt in der Synthese m. E. teilweise über jene hinaus. Ohne die Bedeutung eines Einzelfalles im Sinne eines 'empirischen Nachweises' überbewerten zu wollen, möchte ich Lydias 'Methode' zusammenfassend und beschreibend einmal als 'Mind-Over-Matter'-Strategie bezeichnen. Die Formulierung 'Mind-Over-Matter' ist im anglo-amerikanischen Sprachraum ein häufig gebrauchtes geflügeltes Wort.

Diese Redewendung kommt immer dann zum Einsatz, wenn beschrieben werden soll, daß eine nicht greifbare, innere menschliche Kraft ('mind') über ('over') etwas äußerlich Greifbares ('matter') 'triumphiert', die Oberhand gewinnt. Der englische Begriff 'mind' bietet sich zur Beschreibung der hier angesprochenen inneren Kraft eher an als der deutsche Begriff 'Geist', weil er auch 'Gefühl', 'Gemüt', 'Verstand', 'Wille' oder 'Ansicht' bedeuten kann (vgl. Langenscheidts Taschenwörterbuch Englisch). Moderne 'naturwissenschaftliche', verhaltensorientierte Psychologie spielt bei der 'Mind-Over-Matter'-Strategie zwar auch eine Rolle. Schwerpunktmäßig handelt es sich aber eher um eine bewußte Rückbesinnung auf das, was man Anfang des 20. Jahrhunderts noch unter 'Psychologie' verstand: „Die Wissenschaft von den Bewußtseinszuständen und den Bewußtseinsvorgängen“ (Ebbinghaus 1919, zit. nach Fricke, 2000, S. 3). Mit Freudscher Psychoanalyse hat die 'Mind-Over-Matter'-Strategie allerdings nur am Rande zu tun. Viel näher steht sie dagegen z.B. dem 'NLP' (Neuro-Linguistisches-Programmieren) oder der amerikanischen 'Erfolgspsychologie', die 'Mind-Power' und 'Attitude' (innere Einstellung) in den Mittelpunkt des Interesses rückt und kein Problem mit der Integration religiösen oder philosophischen Gedankengutes hat. Zimbardo & Gerrig (1999) weisen darauf hin, daß es aber auch für manche [akademisch ausgebildeten, Anm. d. Verf.] Psychologen problematisch geworden sei, „die Definition von Psychologie als Wissenschaft vom Verhalten zu akzeptieren“ (zit. nach Fricke, 2000, S. 4); die Wichtigkeit der **inneren** (im Individuum angesiedelten) **Bedingungen und Ursachen** wird wieder betont (vgl. ebd., Hervorhebungen durch den Verf.). Zur Erforschung der **inneren Ursachen** kann die klassische Psychoanalyse zuweilen hilfreich sein, zur Klärung **innerer Bedingungen** und zur Aktivierung **innerer Ressourcen** eignen sich hingegen die verschiedenen Werkzeuge des 'NLP' oder des 'Positiven Denkens' m. E. besonders gut. Während das 'NLP' im Wesentlichen eine komplexe Synthese aus Familientherapie (nach Virginia Satir), Hypnotherapie (nach Milton Erickson) und Gestalttherapie (nach Fritz Perls) darstellt (vgl. O'Connor & Seymor, 1994, S. 25), ist die angesprochene amerikanische 'Erfolgspsychologie' - besonders in Form des 'Positiven Denkens' (z.B. nach Joseph Murphy) - eine einfach strukturierte, vorwärtsgerichtete und kraftvolle Ausprägung lösungs- und ressourcenorientierter Vorgehensweise. Obwohl

letzteres häufig dazu benutzt wird, Verkäufer, Versicherungsmakler und ganze Heere von Network-Marketing-Strategen in kurzfristige Begeisterungszustände zu versetzen, birgt es z.B. in kombinierter Anwendung mit dem 'NLP' ein sehr vernachlässigtes Potential in sich, das im Bereich der Drogentherapie erfolgreich eingesetzt werden könnte und teilweise eingesetzt wird, wie die Arbeit von Miller & Berg zeigt. Ausgebildete 'NLP-Master-Practitioner' (NLP-Trainer), denen ich das Material von Miller & Berg vorgelegt habe, konnten jedenfalls schon nach wenigen Seiten auf eine Vielzahl darin enthaltener, 'klassischer NLP-Elemente' verweisen. Mit der Darstellung und Auswertung des nachstehenden Fallbeispiels greife ich daher einen Aspekt auf, der schon unter 5.2. kurze Erwähnung fand: Die Veränderung der inneren Einstellung zu sich selbst, was zu einer Erweiterung des Selbstbildes führt und die äußeren Aspekte des Lebens grundlegend verändern kann (siehe Seite 76, Zitat W. James). Dehnt man diesen Prozeß nun auf eine Veränderung der inneren Einstellung zur Droge aus, könnte damit u.U. Heilung einer Abhängigkeitsproblematik im eigentlichen Sinne - und nicht nur ihr Stillstand - erreicht werden. Unter Heilung verstehe ich in diesem Zusammenhang folgenden Zustand: Eine Person, die bezüglich einer bestimmten chemischen Substanz eine psychische und/oder physische Abhängigkeit entwickelt hat, wird in die Lage versetzt, diese Substanz gelegentlich als Genußmittel konsumieren zu können ohne ihr Abhängigkeitsmuster zu reaktivieren. Ein solcher Transformationsprozeß - von der Rauschdroge zum Genußmittel - wird mit Lydias Geschichte am Beispiel einer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit aufgezeigt, da es sich bei der Substanz 'Alkohol' um ein kulturell integriertes und akzeptiertes Genußmittel handelt, welches nicht generell als Rauschdroge gebraucht wird. Einen ähnlichen Status könnten im Bereich der illegalen Drogen u.U. die verschiedenen Cannabis-Produkte erlangen (vgl. www.sinnflut.de/akzept/diecannabis-kampagne.html, S.1). Eine Anwendung der 'Mind-Over-Matter'-Strategie im Rahmen einer 'offiziellen' Alkoholtherapie (einen breiteren empirisch geführten Wirksamkeitsnachweis vorausgesetzt) müßte allerdings den letzten Schritt zur Heilung (gemäß obiger Definition) - also den 'normalisierten Genuß-Konsum' der Substanz - immer noch dem Klienten selbst überlassen und dürfte ihn nicht dazu ermutigen. Als erklärtes Therapieziel ist auch in diesem Bereich nur Abstinenz zulässig.

Das Heilmittelwerbegesetz (HWG) verpflichtet beispielsweise auch die Anbieter von Trainingsprogrammen zum „kontrollierten Trinken“, darauf hinzuweisen, daß ihr Angebot sich nicht an alkoholabhängige Personen wendet (vgl. www.kontrolliertes-trinken.de/indikationen.html, S. 1 ff.). Daher sollen mit Lydias Geschichte zunächst einmal folgende Thesen von Miller & Berg erneut aufgegriffen und praktisch, lebensnah veranschaulicht werden:

1. „Menschen mit Alkoholproblemen sind nicht *ihrem Wesen nach* diesen Substanzen gegenüber machtlos“ (Miller & Berg, 1997, S. 40); [vgl. 5.2., S. 76, Anm. d. Verf.].
2. „Menschen sind imstande, ihr Trinkproblem in die Hand zu nehmen und zu handhaben“ (ebd., S. 39); [siehe 5.2., S. 75, Anm. d. Verf.].
3. „Das, was etwas zu bedeuten scheint, ist, ob die Person daran *glaubt*, daß er oder sie das eigene Trinken kontrollieren kann“ (ebd.); [siehe ebd., Anm. d. Verf.].
4. Menschen verfügen über „eine breite Palette von Fertigkeiten und Ressourcen, die sie bei ihrem Alkoholproblem anwenden können. Diese Stärken sind ein besserer Führer zur Heilung als ihre Schwächen“ (vgl. ebd., S. 40); [vgl. ebd., S. 76 f., Anm. d. Verf.].
5. „Stärken entdecken und sie in ein **persönliches** Heilungsprogramm integrieren, ist eine Strategie, die bei Menschen mit Alkoholproblemen gut funktioniert [Hervorhebung durch den Verf.]“ (ebd.); [vgl. ebd., S. 76 f., Anm. d. Verf.].
6. „Leid kann uns auf den Weg bringen, aber Stärken und Ressourcen helfen uns, auf dem Weg zu bleiben und die Arbeit zu beenden“ (ebd., S. 41); [siehe ebd., S. 77 f., Anm. d. Verf.].

Darüber hinaus greift Lydias Geschichte teilweise nochmals folgende Punkte auf:

1. die unter 4.1. dargestellte Widersprüchlichkeit der Abstinenzfixierung,
2. die ebenfalls dort angedeuteten Schwierigkeiten, die persönliche Grenze zwischen Sucht- und Genußmittel zu finden,
3. die unter 4.2. dargestellte ‘Zweischneidigkeit’ des Krankheitsbegriffes,

4. die unter 4.3. diskutierten Probleme im Zusammenhang mit dem Durchlaufen des 'Zwölf-Schritte-Programmes' der 'Anonymen Alkoholiker' und schließlich
5. die m. E. zukunftsweisende und atemberaubende - für viele in 'klassischen' Zusammenhängen Denkende aber immer noch ausgeschlossene - Möglichkeit, nach einer Phase der Abstinenz zu einem 'normalisierten' Umgang mit Alkohol zu gelangen.

Die folgende Geschichte habe ich so aufgeschrieben, wie Lydia sie mir erzählt hat. Weil diese biographische Darstellung bemerkenswerter individueller Erfahrungen im Sinne der oben aufgestellten Thesen äußerst aufschlussreich ist, soll sie hier erstmalig und in voller Länge dokumentiert werden:

Lydia B., Dipl.-Sozialarbeiterin, Mitte 50, hat zwischen ihrem 16. und 36. Lebensjahr exzessiv getrunken, die letzten zehn Jahre davon in Verbindung mit der Einnahme von Psychopharmaka. Aufgewachsen in der ländlichen Region des Westerwaldes habe sie als Teenager nach dem Tod ihrer Großmutter - zu der sie eine starke emotionale Bindung gehabt habe - angefangen, Alkohol zu konsumieren. Ihr Konsumverhalten habe sich in den ersten fünf Jahren hauptsächlich auf Bier und Schnaps konzentriert. Dies sei in Form eines nicht regelmäßigen - aber schon exzessiven - Trinkens im Rahmen von Familien- und Dorffesten geschehen. In ihrem sozialen und familiären Umfeld habe sie sich damit Anerkennung erwerben können. Insbesondere ihr Vater sei stolz auf ihre Trinkfestigkeit gewesen und habe sie anderen gegenüber bei solchen Gelegenheiten als „seinen dritten Sohn“ bezeichnet. Eine Möglichkeit, diesem Umfeld zu entkommen, sei der Beginn des Studiums der Sozialarbeit in Südwestdeutschland im Alter von 22 Jahren gewesen. Dort habe sie begonnen, mehr, regelmäßig und z.T. heimlich (im Studentenwohnheim) zu trinken. Sie habe aber zu keinem Zeitpunkt den Gedanken gehabt, ein Problem mit Alkohol zu haben. Nach dem Studium habe sie eine Arbeit in einem Kinderheim angenommen. Dort sei es zu einer erneuten Steigerung ihres Konsums gekommen. Durch ihre Trinkfestigkeit in den regelmäßigen 'Saufgelagen' mit Kollegen und dem Erziehungsleiter habe sie sich auch hier soziale Anerkennung erwerben können. In dieser Zeit habe sie hauptsächlich 'harte' Spirituosen getrunken, was zur Folge gehabt habe, daß sie immer stärker unter Schlafschwierigkeiten gelitten habe. Ein deswegen konsultierter Arzt (der keine Alkoholprobleme bei ihr vermutete oder erkannte) habe ihr daraufhin ein Psychopharmakon verschrieben. Die Einnahme dieses Mittels habe sie wieder durchschlafen lassen. Gleichzeitig habe sie aber die Kombinationswirkung mit Alkohol kennen und schätzen gelernt.

Nach einem schweren Kreislaufkollaps habe sie erneut einen Arzt aufgesucht, der ihre gesundheitlichen Probleme jedoch lediglich auf den starken Zigarettenkonsum zurückgeführt habe. Sie habe mit dem Rauchen aufgehört und danach keine wesentlichen gesundheitlichen Probleme - außer häufigen Erkältungserkrankungen - mehr gehabt.

1980 habe sie sich dann um einen Ausbildungsplatz in Familientherapie beworben. Beim Aufnahmegespräch habe ihr der leitende Psychologe grundsätzlich die Möglichkeit der Teilnahme an der Ausbildung zugesagt. Er habe ihr aber geraten, vorher eine Ausbildung in Gestalttherapie zu absolvieren und ihr eine Adresse genannt. Sie habe seinen Rat befolgt und kurz darauf diese Ausbildung begonnen. In der ersten Seminarwoche habe sie begonnen, die Beziehung zu ihrer Mutter aufzuarbeiten. Zum Ende dieser Woche habe sie einen schweren emotionalen Zusammenbruch gehabt. Der Seminarleiter habe sie daraufhin an einen befreundeten Gestalttherapeuten verwiesen, der 'zufällig' auch als Suchttherapeut tätig gewesen sei. In den darauf folgenden sieben Jahren habe sie bei diesem Therapeuten an einer intensiven und regelmäßigen Gestalttherapie in Form von Gruppen- und Einzelsitzungen teilgenommen. Nach einer 'Feedbackrunde' in einer der ersten Gruppensitzungen sei sie durch eine heftige Konfrontation mit einer anderen Teilnehmerin schockartig zu der Erkenntnis gelangt, daß sie möglicherweise ein schweres Alkoholproblem hat. In der darauf folgenden Einzelsitzung habe der Therapeut es **ihr** überlassen, zu definieren, ob dem wirklich so sei. Sie habe dies schließlich bejaht.

Zwei Tage später habe sie am Abend ihren gesamten Alkoholvorrat in zwei Reisetaschen gepackt und ihrem Therapeuten (der für sie immer 'Nottermine' bereithielt) vor die Füße gestellt. Dieser sei darüber zunächst fassungslos gewesen, habe ihr dann aber die Wahl gelassen, alles wieder mitzunehmen oder dort zu lassen. Für den Fall, daß sie letztere Entscheidung treffen sollte, habe er sie eindringlich vor den heftigen Entzugserscheinungen gewarnt, die sie zu Hause erwarten würden. Er habe ihr vorgeschlagen, wenigstens eine Flasche wieder mitzunehmen, was sie aber abgelehnt habe. Bereits eine halbe Stunde nach der Rückkehr in ihre Wohnung sei sie mit Entzugserscheinungen in Form von extremer Unruhe konfrontiert gewesen und habe ihren Therapeuten erneut angerufen. Dieser habe ihr geraten, Unmengen von Wasser zu trinken und sich z.B. mittels Fernsehen abzulenken. Diesen Rat habe sie befolgt und die Nacht mehr schlecht als recht überstanden. Vom darauffolgenden Tag an habe sie über einen Zeitraum von vielen Wochen unter ständigen, äußerst schweren Rückenschmerzen und Schlaflosigkeit gelitten. Sie habe diesen selbst initiierten 'kalten' Entzug aber durchgezogen.

Auf Anraten ihres Therapeuten habe sie sich sodann ein 'Telefonnetz' mit etwa sechs verschiedenen Ansprechpartnern für Krisen und Notfälle aufgebaut. Eine dieser Freundinnen sei ein Mitglied der 'Anonymen Alkoholiker' gewesen und habe Lydia immer wieder bedrängt, ihr gegenüber am Telefon den Satz „**Ich bin** Alkoholikerin“ zu sagen. Die Freundin sei der Meinung gewesen, daß es Lydia dadurch

automatisch besser gehen würde. Nun hatte Lydia zwar akzeptiert, ein Trinkproblem zu haben. Zu behaupten, **sie sei** Alkoholikerin, sei ihr innerlich aber stets 'gegen den Strich' gegangen, weil sie der Meinung gewesen sei, daß diese Aussage nicht in der Lage sei, sie in ihrer Gesamtheit - mit all den Persönlichkeitsanteilen, die nichts mit Alkohol oder Trinken zu tun hatten - zu beschreiben. Also habe sie sich beharrlich geweigert, eine solche Aussage zu machen. Nach einem längeren Telefonat habe sie sich schließlich doch 'breitschlagen' lassen und 'den Satz' gesagt. Es sei ihr aber lächerlich vorgekommen und sie habe von der versprochenen, befreienden Wirkung nicht das Geringste gespürt. Später habe sie den Kontakt zu dieser Freundin abgebrochen, da diese ihr zu dogmatisch vorgekommen sei

Wegen ihrer immer noch andauernden Rückenschmerzen habe ihr Therapeut Lydia wenig später zu einem befreundeten Internisten geschickt. Dieser habe ihr ein Schmerzmittel verschrieben. Dadurch sei sie in die peinliche Lage gekommen, ihrem Therapeuten schließlich doch noch 'beichten' zu müssen, auch mit Medikamenten ein Problem zu haben und deswegen das verschriebene Präparat nicht einnehmen zu können. Bei erneuter Rücksprache mit dem Internisten konnte dieser ihr deswegen nur raten, erbliche Mengen an „Baldrian“ zu trinken, womit sie ihre Rückenschmerzen auch leidlich in den Griff bekommen habe.

Circa sechs Wochen später habe sie gegen therapeutischen Rat an einer Familienfeier in ihrem Heimatort teilgenommen. Dort sei sie sehr zum Trinken gedrängt worden, zunächst aber standhaft geblieben. Es sei mit einem der Verwandten (wegen einer anderen Sache) schließlich zu einem heftigen Eklat gekommen, der sie emotional völlig aus dem Gleichgewicht gebracht habe. Auf der Rückfahrt habe sie dann gezielt einen Tankstellen-Shop angesteuert und große Mengen Alkohol gekauft, die sie, zu Hause angekommen, sogleich „restlos vertilgt“ habe. Am nächsten Tag suchte sie - völlig am Boden zerstört und mit einem schweren 'Kater' - wieder ihren Therapeuten auf. Zu Lydias maßlosem Entsetzen habe sich jener aufrichtig über ihren Zustand gefreut und sie herzlich beglückwünscht, „daß es endlich passiert“ sei, er habe „ja schon viel früher damit gerechnet“. Daß der Mann sie angesichts ihres jammervollen Zustandes anscheinend auch noch veralberte, habe sie in Rage versetzt und sie habe ihn zur Rede stellen wollen. Der Therapeut habe sie aber beruhigt und ihr erklärt, daß dieser 'Rückfall' (oder 'Vorfall'?) insofern eine große Hilfe für sie sein könne, als daß er ihr zeige, in welchen Situationen sie anfällig für das Trinken sei. Nun könne sie auf dieser Grundlage eine erneute Entscheidung treffen.

Von diesem Zeitpunkt an habe sie keinen 'Rückfall' mehr gehabt. Nach diesem 'Vorfall' habe sie eine Zeit lang jeden - auch visuellen - Kontakt mit Alkohol vermieden. Im Supermarkt habe sie z.B. einen großen Bogen um die einschlägigen Regale gemacht. Schließlich habe sie sich in einer Art 'schrittweisem Verhaltenstraining' doch wieder damit konfrontiert, jedesmal ein wenig mehr, bis sie gemerkt habe, daß es ihr nichts mehr ausmacht, z.B. an den Schnapsregalen vorbeizugehen. Langsam

sei ihr in dieser Zeit klar geworden, daß sie es ganz alleine schaffen könne. Sie habe gewußt, sie würde niemals in eine Suchtklinik gehen, weil sie dies als realitätsfernen, künstlichen Schutzraum - ohne die Möglichkeit der Konfrontation - empfunden habe. Auch sei sie in der ganzen Zeit nie krank geschrieben gewesen, habe immer gearbeitet. Diese Zeit der „innerlichen Reifung“ habe sich seit dem ‘Rückfall’ über ca. vier Jahre erstreckt.

Der nächste - und alles entscheidende - Wendepunkt in ihrem Leben sei schließlich die ‘Alpen-Hüttenwanderung’ gewesen. An dieser Wanderung habe sie mit einem befreundeten Heilpraktiker teilgenommen. Dieser habe seinerzeit - nach ihrem Entzug - eine tiefgehende, naturheilkundliche körperliche Entgiftung durchgeführt. An der Wanderung hätten auch ein paar äußerst ‘trinkfreudige’ Zeitgenossen teilgenommen. Den allabendlichen ‘Saufgelagen’ habe sie sich aber stets entzogen. An einem gemütlichen Nachmittag auf einer der Hütten habe der Heilpraktiker ihr schließlich gesagt, daß sie seiner Meinung nach keine Alkoholikerin sei. Er habe den Anwesenden („die Säufer waren nicht dabei“) vorgeschlagen, einen ‘Vertrauenskreis’ zu bilden. In diesem Kreis seien die Teilnehmer von ihm angewiesen worden, Lydia ‘gute’ und ‘aufbauende’ Gedanken zu ‘schicken’. [Dies ähnelt im Übrigen einer der zentralen Vorgehensweisen von Milton Erickson (siehe S. 82), der allgemein gehaltene, unspezifische Anweisungen benutzte, um seinen Klienten mehr Raum zu geben, zu ihrer eigenen, spezifischen Bedeutung zu gelangen. Dies sah Erickson wiederum als Möglichkeit an, die Wahrnehmung nach Innen zu lenken, um so Zugang zum Unbewußten zu erhalten. Das Unbewußte ist seiner Ansicht nach die Quelle und Ressource, aus der Menschen ihre innere Entwicklung speisen. Nach Erickson haben sprachliche Verallgemeinerungen - oder gar Verzerrungen - eine stark hypnotisierende Wirkung, vgl. O’Connor & Seymour, 1994, S. 179 ff., Anm. d. Verf.] An einem bestimmten Punkt dieser Prozedur habe der Heilpraktiker Lydia ein Glas mit einem kleinen Schluck Rotwein gereicht und sie aufgefordert, es auszutrinken, was sie auch getan habe. Sofort habe sie das Gefühl gehabt, ein Feuer wüte in ihrem Brust- und Bauchraum. Dieses Gefühl habe sich aber gleich wieder gelegt und sie habe sich ruhig und ohne ‘Suchtdruck’ gefühlt. Nachdem ihr Bekannter sich versichert hatte, daß es ihr gut geht, habe er den Vorschlag gemacht, ihren ‘Durchbruch’ nun vor der gesamten Gruppe ‘öffentlich’ zu machen, um das ‘mystische Geheimnis’ um ihre Alkoholvergangenheit zu ‘entmachten’. Lydia habe zugestimmt.

Nach dem Abendessen habe er Lydia vor ‘versammelter Mannschaft’ erneut ein Glas Wein gereicht, sie aufgefordert, es zu trinken und der erstaunten Gruppe erklärt, daß sie in diesem Moment Zeuge seien, wie eine ehemals schwer alkoholabhängige Person nach sieben ‘trockenen’ Jahren den ersten Schluck Alkohol zu sich nimmt. Dies stelle aber kein Problem dar, weil Lydia ihr Problem hiermit endgültig bewältigt habe. Während sie ihr Glas Wein austrank, wurde sie plötzlich von einer - ebenfalls anwesenden - ‘klassischen’ Suchttherapeutin heftig angegangen. Die Frau habe auf sie eingeredet und gesagt, daß sie wohl verrückt sei, „einmal Alkoholo-

likerin bedeutet immer Alkoholikerin“ und „sie weiß, wovon sie redet, weil sie schon viele Jahre in einer Suchtklinik arbeitet“. Ausgelöst durch diese Attacke, mit der sie nicht gerechnet hatte, habe Lydia innerhalb von Sekunden alle Symptome einer schweren Trunkenheit gezeigt. Ihr Freund habe dies sofort bemerkt, die 'Suchttherapeutin' angewiesen, sich zurückzuhalten und Lydia gebeten, den Raum zu verlassen und erst wiederzukommen, wenn es ihr gut ginge. Sie sei nach draußen gegangen, habe ihre Wanderschuhe angezogen und den nächsten Berggipfel bestiegen, um einen wunderschönen Sonnenuntergang zu erleben. Dort sei sie in eine Art meditative Haltung 'gefallen' und habe so etwas wie eine 'inneren Stimme' gehört. Als sie wieder bei vollem und nüchternem Bewußtsein gewesen sei, habe sie klare und präzise Ideen bezüglich der Möglichkeit eines 'kontrollierten Umgangs' mit Alkohol in ihrem Kopf gehabt. Sie habe plötzlich intuitiv gewußt, wann, wo, wie und mit wem es ihr möglich sei, Alkohol zu sich zu nehmen. Eine starke Inspiration in diesem Zusammenhang sei gewesen, nie Alkohol zu trinken, bevor sie nicht an dem Glas 'gerochen' habe. Sie habe dies ausprobiert und festgestellt, daß ihr Körper zuweilen eine Reaktion von Übelkeit zeige, wenn sie am Glas riechen würde. In einem solchen Fall lasse sie das Glas stehen. Damit sei sie bislang sehr gut zurechtgekommen. Seit dem Erlebnis auf dem Berggipfel wisse sie auch, daß sie keinen Alkohol trinken dürfe, wenn sie emotional aus dem Gleichgewicht sei. Im familiären Umfeld habe sie seither nie mehr getrunken.

Lydia sagte mir, daß sie diese 'Trinkdisziplin' nun seit rund 15 Jahren einhält und daß es ihr prächtig damit geht. Sie würde diese Disziplin niemals freiwillig durchbrechen. Allerdings habe sie seither niemals mehr Schnaps getrunken und sei mit Bier sehr vorsichtig. Außer ein- bis zweimal im Jahr eine Kopfschmerztablette, habe sie seitdem nur noch homöopathische Medizin eingenommen. Das Erlebnis auf dem Berg bezeichnet sie als ihren „heiligen Vertrag mit sich selbst“.

Ich kenne Lydia seit rund zehn Jahren und habe noch nie bemerkt, daß sie sich gegenüber Alkohol anders verhält als andere Menschen. Von dem geschilderten Abschnitt ihres Lebens habe ich allerdings erst vor zwei Wochen erfahren, als wir uns über das Thema dieser Arbeit unterhielten. Ich war sprachlos.

Auswertung des Fallbeispiels: Aufwachsend in der für die deutsche Provinz so typischen temporär 'permissiv-funktionsgestörten' dörflichen Subkultur, fand Lydia bald heraus, daß zu bestimmten Zeiten (Kirmes, Dorf- oder Familienfest) die Akzeptanz des sozialen Umfeldes für exzessiven Alkoholkonsum erhöht war (vgl. Fricke, 2000, S. 38 f.). Innerhalb dieses Rahmens konnte sie sich sogar ein gehöriges Maß an sozialer Anerkennung erwerben,

indem sie Trinkfestigkeit unter Beweis stellte. Der Argumentationsweise 'klassischer' Alkoholismusforschung folgend, half ihr dies wahrscheinlich, ein „schwaches Ich mit geringer Geschlechtsidentität“ (Feuerlein et al., 1998, S. 69; zit. nach Fricke, 2000, S. 37) zu kompensieren. Es ist anzunehmen, daß diese „geringe Geschlechtsidentität“ noch durch den offen geäußerten Stolz des Vaters auf „seinen dritten Sohn“ verstärkt wurde. (So in die Rolle eines 'Quasi-Sohnes' versetzt, konnte sie im Übrigen auch das Rollenstereotyp durchbrechen, das Frauen in unserer Gesellschaft einen exzessiven Alkoholkonsum [oder andere Exzesse] normalerweise nicht zugesteht). Interessant in diesem Zusammenhang ist auch der Wegfall einer zentralen weiblichen Bezugsperson durch den Tod der Großmutter. Einigen Untersuchungen zufolge scheint dies mit der Entstehung eines Alkoholproblems häufig zu korrelieren (vgl. Fricke, 2000, S. 42).

Um herauszufinden, ob Lydias Konsumverhalten als echtes Abhängigkeitsproblem oder 'lediglich' als massiver Alkoholmißbrauch einzustufen ist, werde ich ihre Geschichte den Kriterien für Alkoholabhängigkeit nach DSM IV (1996) gegenüberstellen (vgl. Fricke, 2000, S. 9):

1. Toleranzentwicklung

Dieser Punkt ist eindeutig zu bejahen. Aus einem Beta-Alkoholismus zwischen dem 16. und dem 22. Lebensjahr, also einem gelegentlichen Trinken ohne sichere psychische oder körperliche Abhängigkeit (vgl. Heudtlass et al., 1995, S. 65), wurde in schleichender Entwicklung ab dem Zeitpunkt des Studienbeginnes nach meiner Einschätzung ein Gamma-Alkoholismus (Toleranzsteigerung, Kontrollverlust, Stoffwechselstörungen, körperliche Schäden, erhebliche psychische und physische Abhängigkeit), der sich später wahrscheinlich zeitweise in einem Delta-Alkoholismus stabilisierte (gleichmäßige, gewohnheitsmäßige Alkoholaufnahme bei körperlicher Abhängigkeit ohne Kontrollverlust, aber mit Unfähigkeit zur Abstinenz) (vgl. ebd.).

2. Entzugssymptome

Lydia gibt an, daß sie selten solche gehabt habe, da es ihr nie Probleme bereitet habe, an Alkohol heranzukommen und ihr Vorrat zu Hause immer stabil und jederzeit zugänglich gewesen sei, da sie immer alleine gelebt habe. Erst durch den 'großen' Entzug 1980 habe sie - wie beschreiben - das wahre Ausmaß ihrer Abhängigkeit aufgrund der starken Entzugserscheinungen zu spüren bekommen.

3. Alkohol wird häufiger in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.

Daß Lydia Alkohol häufiger in größeren Mengen zu sich nahm, ist zu bejahen. Allerdings beabsichtigte sie dies auch und machte sich wenig Gedanken über die „Länge“. Es ist anzunehmen, daß ein Teil von ihr damit nicht einverstanden war.

4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.

Dieser Punkt ist ganz klar zu verneinen - die große Besonderheit an Lydias Geschichte. Ihr Konsumverhalten zeichnete sich durch große Konsequenz und Kontinuität aus. Da sie nie davon ausging, daß ihre körperlichen und psychischen Probleme mit ihrem Alkoholkonsum zusammenhängen, gab es keine Versuche, den Konsum zu verringern oder zu kontrollieren, es sei denn, äußere Erfordernisse (siehe unten) machten dies notwendig.

5. Viel Zeit für Aktivitäten, um Alkohol zu beschaffen, ihn zu sich zu nehmen oder sich von seinen Wirkungen zu erholen.

Die Beschaffung von Alkohol dürfte in Lydias Fall kein Problem gewesen sein und auch nicht viel Zeit in Anspruch genommen haben, da sie - wie gesagt - alleine lebte und schon im beruflichen Umfeld reichlich Gelegenheit hatte, an den 'Stoff' heranzukommen. Somit hatte sie wohl auch genügend

Zeit, Alkohol zu konsumieren und sich von seinen Wirkungen zu erholen - als Single kaum ein Problem.

6. Wichtige berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Alkoholgebrauches aufgegeben oder eingeschränkt.

Der berufliche Aspekt dieses Punktes ist ganz klar zu verneinen. Ihre beruflichen Aktivitäten waren zum Teil in ihr Konsumverhalten eingebunden. Dort, wo dies nicht machbar war, wie z.B. in Vorlesungen und bei Prüfungen während der Studienzzeit, habe sie es immer geschafft, nüchtern zu sein, so Lydia. Im Privatbereich sei ja anschließend genug Zeit geblieben, alles 'nachzuholen'. Der Aspekt 'Privates' bzw. 'Freizeit' dieses Punktes ist demgegenüber in Lydias Fall ganz besonders stark zu bejahen. Um ihren privaten und intimen Bereich zu schützen, ließ sie niemanden besonders nah an diesen geschützten Bereich heran. Das gilt besonders für ihre Beziehungen zu potentiellen Lebens- bzw. Intimpartnern. Lydia war nie verheiratet und all ihre Beziehungsversuche sind - nach ihren Angaben - spätestens an dem Punkt gescheitert, als sie ihren 'privaten Schutzraum' hätte öffnen müssen, als ein Teilen von 'Tisch und Bett' also im Raum stand. Sie vermutet in der Retrospektive, daß - neben anderen psychischen Faktoren - ihre Energie einfach nicht ausgereicht hätte, parallel zu ihren beruflichen Aktivitäten und ihrem ausgedehnten Alkoholkonsum auch noch ein Familienleben zu unterhalten. Sie sei über diesen Umstand oft sehr traurig und regelrecht depressiv gewesen, glaubt aber nicht, daß ihr Alkoholkonsum die Ursache für ihre Schwierigkeiten mit zwischenmenschlichen bzw. intimen Beziehungen gewesen sei. Sowohl ihr Alkoholkonsum als auch ihre Beziehungsprobleme seien wohl eher als Auswirkungen ein und derselben Ursache - einer tiefsitzenden Unsicherheit bezüglich der eigenen Identität - zu sehen. Diese Unsicherheit sei aber wohl dermaßen angstausslösend gewesen, daß sie die Lösung ihrer Beziehungsprobleme zugunsten eines fortgesetzten Alkoholkonsums schließlich aufgegeben habe. Insofern ist Punkt 6. als gegeben anzusehen.

7. Fortgesetzter Alkoholgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Alkohol verursacht oder verstärkt wurde.

Auch dieser Punkt ist klar zu bejahen, wobei Lydia - wie beschrieben - diese Probleme nie mit ihrem Alkoholkonsum in Zusammenhang brachte. Dieser Umstand ändert aber nichts an der Tatsache, daß ein Zusammenhang bestand und daß sie Kenntnis von ihren körperlichen und psychischen Problemen hatte.

Da nach DSM IV ein Abhängigkeitssyndrom vorliegt, wenn mindestens drei der aufgeführten Kriterien für denselben 12-Monats-Zeitraum zu bejahen sind, kann davon ausgegangen werden, daß Lydia wirklich alkoholabhängig war und nicht nur Mißbrauch betrieb. Das in dieser Ausführlichkeit herauszuarbeiten, schien mir im Hinblick auf Lydias spätere Entwicklung nach der 'Alpen-Hüttenwanderung' besonders wichtig zu sein. Lydias Geschichte als 'nicht relevant' für den durchschnittlichen Abhängigen zu disqualifizieren, wäre mit dem Hinweis darauf, daß wohl kein echtes Abhängigkeitssyndrom vorlag, nur allzu leicht. Diesem Bestreben hoffe ich, mit dieser klaren Analyse vorgebeugt zu haben. Die Verneinung von Punkt 4. könnte allerdings ein begünstigender Faktor für ihre Entwicklung hin zum 'normalen' Alkoholkonsumenten sein. Dies könnte auch für die Tatsache gelten, daß sie trotz privater Schwierigkeiten in der Lage war, eine kontinuierliche und befriedigende berufliche Karriere zu machen.

Bemerkenswert finde ich, daß sie einen Studienberuf gewählt hat, der sie zunächst einmal aus dem sozialen und familiären Umfeld herausführte, von dem sie wohl intuitiv erkannt hatte, daß es viele ihrer Probleme begünstigte. Obwohl sie diesen 'Ausbruch' zunächst in Bezug auf ihr unerkanntes Trinkproblem nicht nutzte - es verstärkte und verfestigte sich in diesem Rahmen sogar - , führte dieser Studienberuf sie schließlich doch zur Lösung ihres Trinkproblemes.

Ihre Schilderungen bezüglich der Entstehung der parallel zur Alkoholabhängigkeit verlaufenden und gleichzeitig mit jener kombinierten Toleranzentwicklung gegenüber Psychopharmaka erscheinen zunächst schockierend. Berücksichtigt man jedoch, daß der neueste hessische Suchtbericht eine Zahl von 60.000 Medikamentensüchtigen und 180.000 Alkoholkranken angibt (vgl. FAZ vom 16.08.01), sind Lydias Erfahrungen in dieser Richtung wohl eher als exemplarisch anzusehen.

Nun möchte ich mich aber dem Punkt ihrer Geschichte zuwenden, an dem sich der Kreis zu den der eigentlichen Fallgeschichte vorangestellten Thesen (S. 81 f.) schließt. Zunächst sind jedoch einige Faktoren aufzuzeigen, die die Entwicklung hin zu diesem Punkt begünstigt und vorbereitet haben:

1. Die ihren 'Sinneswandel' einleitende Gestalttherapie wurde von ihr nicht im Sinne einer Alkoholtherapie begonnen. Ihre Absicht war vielmehr jene, an einer beruflichen Weiterbildungsmaßnahme teilzunehmen.
2. Die Erkenntnis, alkoholabhängig zu sein, wurde ihr nicht von außen aufgezwungen oder nahegelegt.
3. Der leitende Therapeut überließ es **ihr**, zu definieren, ob sie abhängig sei.
4. Ihr Therapeut drängte sie nicht zur Abstinenz, sondern ließ ihr - vollkommen neutral und wertfrei - die Wahl.
5. Der Therapeut 'entdramatisierte' ihren 'Rückfall', wirkte in keiner Weise moralisierend oder ihre Schuldgefühle fördernd auf sie ein. Er blieb konsequent bei seiner eingeschlagenen Strategie, ihr die Wahl zwischen zwei - gleichberechtigt nebeneinander stehenden - Möglichkeiten des Verhaltens zu lassen.
6. Lydia hatte die ungewöhnliche Möglichkeit, zwischen verschiedenen Behandlungsstrategien zu wählen. Die eher 'akzeptierende' Grundhaltung ihres Therapeuten auf der einen Seite und die 'leidensdruckorientierte' Grundhaltung ihrer AA-Telefonfreundin auf der anderen Seite.
7. Sie geriet an einen Mediziner, der ihr zu einer eher ungewöhnliche Form der „Substitution“ mit „Baldrian“ riet. Dies war vielleicht sogar eine entscheidende Hilfe bei der Überwindung beider Abhängigkeiten, half aber zumindest ganz sicher gegen die schlimmsten körperlichen Entzugssymp-

tome. Auf die Diskussion, ob dies tatsächlich substanzbedingt oder eher eine Art 'Placebo-Effekt' war, brauche ich demzufolge auch nicht näher einzugehen.

8. Mit bedingt durch ihr Fachwissen war Lydia in der Lage, sich selbst einer Art 'schrittweisem Verhaltenstraining' zu unterziehen. Dadurch war es ihr möglich, sich bis zu einem gewissen Punkt an die Akzeptanz von Alkohol in ihrem Umfeld 'heranzuarbeiten', bis sie keine emotionale Erregung mehr feststellte.

Diese acht Punkte stellen m. E. den 'Unterbau' für die Ereignisse während der 'Hüttenwanderung' dar. Ohne diese vorbereitenden Faktoren und Ereignisse wäre es - so glaube ich - nicht möglich gewesen, den 'Quantensprung' in die 'Dimension' des 'normalisierten Trinkens' zu vollziehen. Auf dieser Hütte in den Alpen - ein sehr vorteilhaftes und der normalen 'Lebenswelt' entthobenes Setting - traf sie also nun auf den ungewöhnlich unerschrockenen Heilpraktiker. Ob dieser Mann einfach nur mit dem für seine Spezies so kennzeichnenden Wagemut, einem grenzenlosen Selbstbewußtsein oder einer sehr gut trainierten Intuition und Sensitivität ausgestattet war, vermag ich nicht zu beurteilen. Es liegt auch im Bereich des Möglichen, daß er sehr gut informiert und ausgebildet war; daß er die Inhalte der von mir auf Seite 81 nochmals zusammengefaßten Hauptthesen von Miller & Berg zu diesem frühen Zeitpunkt (1987) bereits verinnerlicht hatte, fest von den in diesen Thesen aufgezeigten Möglichkeiten überzeugt war und schon diverse Erfahrungen mit der Materie gesammelt hatte. Lydia konnte dazu keine Angaben machen. Die Art und Weise, wie sie mir den Ablauf der Ereignisse schilderte, macht jedoch deutlich, daß sie keinen Augenblick daran zweifelte, daß der Mann wußte, was er tat. Er schien vollkommene Sicherheit und Autorität auszustrahlen, so daß sie sich in keiner Weise ängstigte und nicht zögerte, seine Vorschläge anzunehmen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß Lydia zu diesem Zeitpunkt bereits sieben Jahre lang keinen Tropfen Alkohol mehr getrunken hatte und gut mit diesem Zustand zurechtkam, also keine wirkliche innere Not, kein unmittelbarer Leidensdruck vorlag. Wahrscheinlich war das Angebot des Heilpraktikers, sie aus ihrer 'abstinenten Andersartigkeit' und dem 'Geheimnis ihrer Alkoholvergangenheit' herauszuholen, einfach

sehr verlockend. Lydia wiederum schien innerlich gefestigt und bereit für den 'nächsten Schritt' zu sein. Angebot und Nachfrage trafen also aufeinander und bildeten die Grundlage für einen erfolgreichen Handel zum rechten Zeitpunkt, am rechten Ort. Sogar die Rolle des 'Prüfsteins' war mit der anwesenden Suchttherapeutin in diesem 'schicksalhaften Drama' perfekt besetzt. Erst die Konfrontation mit dieser Dame ließ Lydia m. E. letztendlich erkennen, daß ihr eigener Glaube bezüglich dessen, was Alkohol mit ihr macht bzw. was sie mit dem Alkohol macht, das ist, was den Ausschlag geben würde. Sie spürte, daß sie dem Alkohol erneut zum Opfer fallen würde, wenn sie sich mit dem Glaubenssatz „Einmal Alkoholiker, immer Alkoholiker“ identifizieren würde. Gleichzeitig spürte sie aber auch, daß sie unter bestimmten Umständen Alkohol ohne Gefahr trinken konnte, wenn sie sich mit dem Glaubenssatz „Ich habe das Problem bewältigt, ich bin keine Alkoholikerin“ und der entsprechenden Sicherheit, die ihr dieser Heilpraktiker demonstrierte, identifizierte. Sie wußte wahrscheinlich auch, daß sich diese Sicherheit nicht auf Verleugnung und Verdrängung gründen würde, sondern auf Erlebtes, Erlittenes und das daraus entstandene innere Wissen und berechtigte Selbstbewußtsein. Das 'meditative' Erlebnis auf dem Berggipfel schließlich führte schließlich zur Synthese aus These und Antithese, welche in der Hütte gleichzeitig auf sie eingewirkt hatten. Im Gegensatz zu den unter 4.3. geschilderten Erfahrungen einiger AA-Gründerväter resultierte Lydias 'spirituelle Erfahrung auf dem Gipfel' jedoch nicht aus einem 'Ich-Zusammenbruch' sondern aus dem klaren Erkennen der oben geschilderten Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Glaubensannahmen bezüglich Alkohol und sich selbst. Sie entschied sich für ein neues Selbstbild. In diesem Bild war sie 'Herr im Haus', der Alkohol nahm die Stellung ein, die ihm zusteht: Ein Diener des Menschen - nicht sein Beherrscher.

Dieses Fallbeispiel und seine Auswertung möchte ich jedoch nicht als Plädoyer für die generelle Durchführung von Trainingsprogrammen zum „kontrollierten Trinken“ bei abstinenten Alkoholikern mißverstanden wissen. Programme, wie sie z.B. von Körkel im Internet vorgestellt werden, sind 'offiziell' auch nicht für aktive oder abstinente Alkoholiker, sondern für Menschen „die an einem unschädlichen Alkoholkonsum interessiert sind“ (vgl.

<http://www.kontrolliertes-trinken.de/indikationen.html>, S. 1) oder für jene, bei denen aufgrund „ihres Trinkens Probleme entstanden sind“ (vgl. ebd.) gedacht. Sie sind m. E. eher als Maßnahme zur ‘harm reduction’ zu verstehen: für aktive Problemtrinker, die den Sprung in den Entzug und die nachfolgende Abstinenz noch nicht wagen oder für (aktive) ‘starke Trinker’, bei denen noch keine gravierenden gesundheitlichen, beruflichen und familiären Schäden oder Konflikte mit dem Gesetz zu verzeichnen sind, die aber auf den Konsum von Alkohol nicht ganz verzichten wollen. Durch das Befolgen eines solchen Programmes können jene Menschen ihren Alkoholkonsum eine gewisse Zeit lang auf ein Maß herunterschrauben, das gesundheitlich und sozial eher zu vertreten ist. Dabei sind diese Programme ähnlich reglementiert wie ein Abstinenzprogramm: Trinkmenge und Zeitpunkt des Konsums werden zuvor in einem exakten Plan festgelegt und sind absolut verbindlich.

Lydia dagegen hat etwas vollständig anderes getan: Sie wollte ihr Trinken gar nicht mehr kontrollieren. Sie lebte bereits mehrere Jahre abstinent und hatte sich damit mehr oder weniger abgefunden. Es ging ihr also nicht darum, ein aktives Konsumverhalten über eine Einschränkung und Festlegung von Menge und Zeitpunkt zu kontrollieren. Es ging um eine viel grundsätzlichere Entscheidung: Sie entschied sich gegen den Alkohol als Rauschdroge, ‘Zumacher’ oder Suchtmittel und gleichzeitig für den Alkohol als Genußmittel oder wertvolle Bereicherung des Lebens. Menge und Zeitpunkt des Konsums ergaben sich daraufhin ‘ganz natürlich’ - und nicht ‘zwanghaft kontrolliert’ - aus dieser Entscheidung. Sie hat damit das verzweifelte Bemühen, die Einnahme einer Substanz kontrollieren zu wollen, durch die Gewißheit, sich selbst kontrollieren zu können, ersetzt. Dies ist meines Erachtens ein gravierender Unterschied und darüber hinaus das ‘Zünglein an der Waage’, welches Lydias Schritt - von der Rauschdroge zum Genußmittel - vom ‘profanen’ Suchtmittel-Rückfall unterscheidet. Heilung wird m. E. in dem Moment möglich, in dem der Abhängige die Angst **vor der Macht der Substanz** durch das Bewußtsein **der eigenen Macht über die Substanz** ersetzt. Wirklich verstehen wird er den Teil seiner Persönlichkeit, der hinter dem ‘unstillbaren’ Hunger nach der Substanz steckt, u. U. erst, wenn er ihn unter Kontrolle hat. Lydia jedenfalls erzählte mir, daß sie erst jetzt - nach so vielen

Jahren - viele Zusammenhänge versteht. Diese Fallbeispiel und seine Auswertung möchte ich daher eher als Plädoyer für eine situationsorientierte, an der Einzigartigkeit eines jeden Klienten ausgerichtete, dehysterisierte und undogmatische Vorgehensweise im Umgang mit Abhängigen verstanden wissen.

5.4. Der anthroposophische Ansatz

Auch die von Rudolf Steiner (1861 - 1925) begründete und von ihm als 'Geisteswissenschaft' bezeichnete anthroposophische Bewegung - deren wohl populärste Ausprägung sich in den sog. 'Freien Waldorfschulen' findet - hat sich der Rehabilitation Drogenabhängiger angenommen. Auf der Grundlage der Steinerschen Lehre arbeitet man u.a. auch im kulturtherapeutischen Dorf 'Melchiorsgrund' im Vogelsberg.

Zum besseren Verständnis des philosophischen Hintergrundes werde ich im Folgenden einen kurzen Überblick über das Wesen der Anthroposophie geben, was Angesichts der Bandbreite anthroposophischen Wirkens und dem Umfang der veröffentlichten Werke Steiners kein leichtes Unterfangen ist.

Zuvor ist mir aber wichtig, folgendes klarzustellen: Anthroposophisch orientierte Drogentherapien sind meines Erachtens mit Sicherheit eine sinnvolle Ergänzung - und für ein bestimmtes Klientel auch eine echte Alternative - zu den Angeboten der Therapiekette im Sinne einer Langzeittherapie mit einer etwas anderen Gewichtung und Ausrichtung. Sie als Alternative im Sinne der Grundthematik dieser Arbeit (Repression versus Akzeptanz) zu sehen, verbietet sich aber weitgehend angesichts des konservativen und dogmatischen Grundtenors des anthroposophischen Weltbildes, das den Gebrauch jeglicher - auch legaler - Drogen scharf ablehnt und strikt an der Abstinenzordnung festhält. Zumindest versucht man hier aber, ein gesundes Gleichgewicht zwischen einer problemorientierten, psychoanalytischen oder -therapeutischen und einer ressourcen- bzw. lösungsorientierten Vorgehensweise zu finden. Das Entwickeln neuer Lebensperspektiven und deren - soweit möglich - praktische Umsetzung noch während der Therapiezeit, ist ein

wichtiger Baustein anthroposophisch orientierter Drogentherapie. Auch ist hier eine gewisse Konsequenz zu verzeichnen; eine Doppelmoral bezüglich des Gebrauchs von Rausch- und Genußmitteln ist der Anthroposophie im Gegensatz zu einem Großteil der übrigen Gesellschaft sicher nicht zu unterstellen. Es werden sich wahrscheinlich nur wenige anthroposophisch ausgerichtete Drogenarbeiter finden, die im privaten Bereich Alkohol, Zigaretten oder gar 'härtere' Substanzen konsumieren.

Die klare und unmißverständliche Ausrichtung der Anthroposophie, die auch in den Bereichen Ernährung, Landschaftsgestaltung, Architektur und Umweltbewußtsein von großer Konsequenz und sehr definierten dogmatischen Vorgaben geprägt ist, findet seit vielen Jahrzehnten mit großem Erfolg ihre Klientel. Dazu kommt die Möglichkeit spiritueller Sinngebung in der biographischen Aufarbeitung des eigenen Schicksals. In den letzten Jahren habe ich viele Drogenabhängige kennengelernt, die durch den Ge- oder Mißbrauch der verschiedenen Substanzen sehr intensiv mit religiösen, metaphysischen und spirituellen Fragen oder Problemen in Berührung gekommen sind. Ich vermute, daß ein Zusammenhang besteht zwischen dem Zurückdrängen sinnhafter, religiöser, weltanschaulicher und philosophischer Fragen und Belange aus der öffentlichen Kultur der westlichen Welt und der verstärkten Suche vieler Individuen in unserer Gesellschaft nach genau diesen Inhalten. In den meisten Fällen hielte ich es zwar für eine maßlose Über- bzw. Fehlinterpretation, Sucht oder Drogenabhängigkeit als Ausdruck einer solchen Suche sehen zu wollen; ich habe aber eine große Zahl von Menschen kennengelernt, die sich **in der Bewältigung** ihrer Abhängigkeitsproblematik verstärkt diesen Fragen zugewandt haben. Viele dieser Menschen haben mir zu verstehen gegeben, daß sie die akute Phase ihres Drogenkonsums in der Retrospektive eher als **Flucht vor** diesen Fragen denn als **Suche nach** den Antworten auf selbige sehen.

Nun aber zum angekündigten Überblick über das Wesen der Anthroposophie: Eine alte Ausgabe von „Knaurs Lexikon“ (Zöckler, 1950/51, S. 57) bezeichnet die Anthroposophie als die „von Rudolf Steiner 1912 ins Leben gerufene 'Geisteswissenschaft', die den Menschen durch Ausbildung seiner

höheren Bewußtseinsmöglichkeiten zu voll menschlicher Lebenshaltung und damit zur vollen Wesensschau der Gesamtwirklichkeit zu führen sucht“ (S. 57). Harvey (1986, S. 23, ff.) erklärt, daß das Wort ‘Anthroposophie’ sich aus dem griechischen ‘anthropos’ - der Mensch - und ‘sophia’ - die Weisheit - zusammensetzt. Steiner habe sein System als ‘Weg des Wissens’ bezeichnet, „der das Spirituelle im Menschen zum Spirituellen im Universum führt“ (vgl. ebd., S. 24). Somit ziele die Anthroposophie darauf ab, die essentielle Spiritualität in der gesamten Schöpfung zu erkennen. Steiner habe in seiner Lehre zwar viele esoterische und okkulte Vorstellungen vereinigt, habe Christus aber als zentrale Figur in der Menschheitsgeschichte angesehen. Daneben sei ein wesentlicher Grundsatz der Anthroposophie die sog. ‘Reinkarnationslehre’ [die östliche Lehre von der Wiedergeburt der Seele, Anm. d. Verf.] als ‘Antriebsfeder’ für den Einzelnen, Verantwortung für seine persönliche Entwicklung zu übernehmen und seine Schicksalsbestimmung zu finden. Ein zentraler Punkt anthroposophischer Lehre sei die Vorstellung von der vierfachen Natur oder Beschaffenheit des Menschen. Sie besagt, daß es neben dem physischen Körper noch einen ätherischen Körper sowie einen Astralkörper gebe, der die Emotionen und Triebe umfaßt. Der vierte Aspekt sei schließlich das Ego bzw. das Selbstbewußtsein (vgl. ebd., S. 24). Die Lehre Steiners bezieht sich hauptsächlich auf folgende Bereiche:

1. Geisteswissenschaft/Menschenkunde: Oberbegriff für die in philosophischen Systemen dargelegten Ideen Rudolph Steiners. Ein Kernpunkt seiner Lehre war, daß hinter der physischen Welt der Dinge eine Idee, ein spiritueller Archetyp, steht (vgl. Harvey, 1987, S. 246) [Dies deckt sich übrigens vollständig - im Hinblick auf meine Bemerkungen auf der nächsten Seite - mit einer wichtige Grundannahme der Jungschen Psychologie, Anm. d. Verf.]. „Einen großen Einfluß auf sein Denken hatte der Dichter und Denker Johann Wolfgang von Goethe“ (ebd., S. 247).
2. ‘Erziehung/Pädagogik’: Hier legte Steiner großen Wert auf künstlerische Betätigungen wie Malen und Plastizieren als Mittel zum Selbstaussdruck und zur Selbstfindung. In diesen Bereich läßt sich auch die bekannte ‘Eurythmie’ [lt. „Duden“ vom griech.: „Eurhythmie“ - Ebenmaß, Gleichmaß von Bewegungen] oder ‘Heileurythmie’ einordnen, eine Verbindung von Be-

wegung und Sprache, mit der Steiner ursprünglich Kindern helfen wollte, ihre Beweglichkeit und ihr Rhythmusgefühl zu entwickeln. Die Eurythmie ist heute eines der wichtigsten Werkzeuge in den diversen therapeutischen Betätigungsfeldern der Anthroposophen - sei es Behindertenarbeit, Drogentherapie oder Krebsnachsorge.

3. 'Medizin': Steiner brachte die Funktionen des Körpers und der Natur mit spirituellen und physikalischen Prinzipien in Verbindung und sah in den Krankheiten eine Manifestation komplexer spiritueller, emotionaler und psychologischer Problematiken. Er verfolgte damit einen ganzheitlichen Ansatz, der die Einheit von Körper, Seele und Geist postuliert. Die anthroposophische Medizin weist eine große Nähe zur Homöopathie, den Naturheilweisen und der Kräuterheilkunde auf. Steiner vertrat jedoch die Ansicht, daß ein anthroposophischer Arzt zunächst ein abgeschlossenes Medizinstudium haben sollte. So findet sich in den Selbstdarstellungen der medizinischen Einrichtungen der Anthroposophie heute zumeist der Hinweis, daß auf der Grundlage „anthroposophisch erweiterter Medizin“ in Verbindung mit der Schulmedizin und der Naturheilkunde gearbeitet werde. Dies gilt z.B. auch für die 'Fachklinik Melchiorgrund', die im Folgenden (siehe S. 104 ff.) kurz dargestellt werden soll.

All dies sollte jedoch nicht in Vergessenheit geraten lassen, daß die Anthroposophie ihrem Wesen nach eher eine religiöse Bewegung als eine wissenschaftliche Lehre ist. Carl Gustav Jung, ein Zeitgenosse Steiners, hat sich bereits 1928 wie folgt dazu geäußert: „Die zahlenmäßig bedeutendste dieser Bewegungen ist zweifellos die Theosophie und ihre kontinentale Schwester, die Anthroposophie, eine indisch zurechtgemachte Gnosis reinsten Wassers. Das Interesse für eine wissenschaftliche Psychologie ist daneben verschwindend. Die Gnosis aber baut sich ausschließlich auf Hintergrundphänomenen auf, und sie reicht auch moralisch in dunkle Tiefen, wie zum Beispiel der indische Kundalini-Yoga auch in seiner europäischen Aufmachung beweist. /.../ Deshalb haben diese Dinge innerlich einen echt religiösen Charakter, auch wenn sie außen sozusagen wissenschaftlich angestrichen sind und wenn Rudolph Steiner seine Anthroposophie für *die* 'Geisteswissenschaft' erklärte. Diese Verschleierungsversuche zeigen nur, wie anrücklich

Religion überhaupt geworden ist, so anrühlich wie Politik und Weltreformation“ (Jung, 1991, S. 237 f.).

Das kulturtherapeutische Dorf 'Melchiorsgrund' der „Freien Lebensstudien-gemeinschaft Melchiorsgrund e.V.“ befindet sich im Vogelsberg in der Nähe des oberhessischen Schwalmatal. Es besteht aus einer Jugendhilfeeinrichtung mit acht Wohnplätzen, einer Fachklinik mit rund 40 Betten sowie dem Bereich Nachsorge - in Form betreuter Außenwohngruppen - mit zwölf Plätzen.

Die Mehrzahl der Therapeuten hat an langjährigen Weiterbildungsmaßnahmen der 'Freien Hochschule für Geisteswissenschaften' in Dornach/Schweiz [Gründungsort und Zentrum der Anthroposophie, Anm. d. Verf.] teilgenommen. Alle verfügen über langjährige Erfahrung in der Suchtkrankenhilfe und der Arbeit mit psychisch Kranken (vgl. aktuelle Info-Mappe „Melchiorsgrund, S. 7).

Eine rein suchtttherapeutische Behandlung mit dem Ziel der medizinischen Rehabilitation und der sozialen Wiedereingliederung wird in 'Melchiorsgrund' als nicht ausreichend angesehen. Aus diesem Grund folgt der eigentliche Therapie die sog. „Adaptionsphase“, in der die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie der sozialen Kompetenzen unter „normalen“ Alltagsbedingungen erprobt werden soll. Dies soll durch die Anwendung der - in konkrete Alltagstätigkeiten eingebundenen - sog. „adjuvanten“ Therapien [körper- und bewegungsorientierte nonverbale Therapiemethoden, Anm. d. Verf.] gewährleistet werden. Die Übergänge von eigentlicher Therapie und Adaptionsphase sind fließend und zeitlich nicht unbedingt linear abgegrenzt. Durch diese Vorgehensweisen würden Lücken und Defizite frühzeitig erkannt und ausgeglichen (vgl. ebd., S. 6). Die Adaptionsphase wird durch Zimmerei, Schreinerei, biologisch-dynamischen Landwirtschaftsbetrieb und Verwaltung mit den dazugehörigen Arbeitstherapeuten und Meistern abgedeckt. In diesem Rahmen werde seit Jahren gut und selbstverständlich mit dem Arbeitsamt zusammengearbeitet. „Sollte ein Klient nach der Adaptionsphase noch nicht in der Lage sein, selbständig zu leben und zu arbeiten, ist eine Weiterbegleitung im „Betreuten Wohnen“ gesichert“ (ebd., S. 6).

Eine Besonderheit in 'Melchiorsgrund' ist wohl, daß der Großteil der Mitarbeiter mit in der „Dorfgemeinschaft“ lebt. Therapeutisches Geschehen findet somit auch außerhalb der „normalen“ Arbeitszeiten statt. Bei dem Ratsuchenden solle nicht der Eindruck entstehen, es sei nur eine „Notbesetzung“ anwesend (vgl. ebd., S. 2).

Gesteigerter Wert wird auf das „Miterleben des Jahreskreislaufes“ gelegt, da der moderne Mensch sich davon wegbewegt habe. Durch eine natürliche Gewichtung der Tätigkeiten in Landwirtschaft und Naturschutz könne der unmittelbare Zusammenhang zwischen Jahreszeit und Naturkreislauf in 'Melchiorsgrund' erfahren werden (vgl. ebd., S. 3).

In den kunsttherapeutischen Angeboten sollen die „Herzenskräfte“ belebt und durch Aktivierung von Phantasie und Humor die einseitige Beanspruchung der Verstandeskräfte ausgeglichen werden (vgl. ebd., S. 4).

„In den einzel- und gruppentherapeutischen Gesprächen soll dem Menschen insbesondere mit den Mitteln der Biographiearbeit geholfen werden, sich den seelisch-geistigen Grundlagen seines Lebensganges zuzuwenden“ (ebd., S. 4). Dabei solle nach den eigenen Kraftquellen, die eine Neuregelung des Lebens ermöglichen, gesucht werden (vgl. ebd., S.4).

Aufgenommen werden psychisch kranke und „rauschemittelabhängige“ Menschen im Alter zwischen 12 und 50 Jahren. Es handelt sich um ein sehr 'hochschwelliges' [Einschätzung d. Verf.] Angebot, dessen Inanspruchnahme eine negative Urinkontrolle, die Kostenzusage eines Leistungsträgers, einen abgeschlossenen körperliche Entzug sowie ein Informationsgespräch in der Einrichtung voraussetzt (vgl. ebd., S. 8).

1. Fazit: 'Melchiorsgrund' ist ein „perfektes“ Therapieangebot, das aus ganzheitlich-pädagogischer Sicht kaum Wünsche offen läßt. In letzter Zeit hatte ich jedoch einige Gespräche mit jugendlichen Drogenkonsumenten, die mit dem Gedanken gespielt hatten, eine anthroposophisch orientierte

Therapie anzutreten und sich bei näherer Betrachtung des Angebotes dann doch lieber für eine „klassische“ Langzeittherapie (als dem „kleineren Übel“) entschieden haben. Sie gaben mir zu verstehen, daß diese Angebote so wenig mit der Welt zu tun hätten, aus der sie kommen, daß sie sich die Bewältigung einer solchen Therapie einfach nicht zugetraut hätten, obwohl sie „Kühe melken schon cool gefunden hätten“. Die in Frage kommende Klientel dürfte also begrenzt sein.

6. Substitution

Bei der Behandlung Drogenabhängiger mit Ersatzstoffen, kurz 'Substitution' genannt, handelt es sich um 'substanzgestützte' Maßnahmen. Dies unterscheidet die Substitutionsbehandlung von allen anderen Vorgehensweisen im Bereich der Betreuung und Behandlung von Drogenkonsumenten. Deswegen - und wegen der Vielschichtigkeit sowie dem Umfang dieses Themas - habe ich mich entschlossen, die Substitution nicht unter Kapitel 5. zu subsumieren. Ob Substitution als eigenständige, alternative Therapiemaßnahme, als therapievorbereitende, therapiebegleitende Maßnahme oder einfach nur als Werkzeug zur 'harm reduction' einzuordnen ist, soll dieses Kapitel näher beleuchten. Evtl. können Substitutionsbehandlungen - je nach Standpunkt - auch all dies sein. In diesem Zusammenhang wird es sicher auch notwendig sein, die Substitution vor dem Hintergrund des Abstinenzparadigmas, der Illegalität vieler Substanzen sowie der Kriminalisierung von Drogengebrauchern zu betrachten. Da es sich beim Substituieren von Drogenkonsumenten aber, wie gesagt, um substanzgestützte Maßnahmen handelt, halte ich es - auch für den sozialarbeiterisch/-pädagogisch Tätigen - für wichtig, ein Grundverständnis bezüglich der verschiedenen Substanzen sowie der neurobiologischen Aspekte des Drogenkonsums zu erlangen. Ein solches Grundverständnis soll in den nun folgenden Punkten 6.1. und 6.2. erarbeitet werden:

6.1. Begriffsklärungen - Substanzen

Um sich mit dem Thema Substitution sachlich auseinandersetzen zu können, ist es wichtig, zu verstehen, daß bisher nur Abhängigkeiten des Morphin/Opiat-Types substituiert werden, da bislang nur den Opiaten/Opioiden (Narkotika) ein starkes körperliches **und** psychisches Abhängigkeitspotential unterstellt wird. Verschiedene Psychopharmaka und Sedativa (Benzodiazepine [z.B.Valium], Antidepressiva, Tranquilizer), sowie alkoholische Produkte (Bier, Wein, Schnaps) gelten als mäßig bis stark körperlich und psychisch abhängig machend. Halluzinogene (LSD, PCP ['Angel Dust'], Mescaline), Cannabis-Produkte (Haschisch, Marihuana) und Schnüffelstoffe

(Kleber, Verdünner) gelten als körperlich nicht oder nur mäßig abhängig machend, verschiedentlich wird aber ein starkes psychisches Abhängigkeitspotential unterstellt. Relativ 'im Dunkeln' tappt man wohl noch, was das körperliche Abhängigkeitspotential von Stimulantien wie Amphetaminen/Methamphetaminen (z.B. 'Speed') und Kokain (z.B. auch 'Crack') anbelangt. Gesichert scheint hier nur ein erhebliches psychisches Abhängigkeitspotential. Dies gilt auch für die sog. 'Designerdrogen' (Fentanyl oder Amphetamin-Derivate wie MDMA [auch XTC oder 'Extasy' genannt] etc.) (vgl. Fachlexikon d. soz. Arbeit, 1997, S. 228 f.; Böllinger, 1995, S. 416 f.).

Demzufolge möchte ich auf den folgenden Seiten einige grundsätzliche Begriffe aus dem Bereich der Opiate bzw. Opioide erläutern, da in der Literatur eine verwirrende Vielfalt substanzbezogener Fachbegriffe verwendet wird, deren genaueres Verstehen alleine schon viele Zusammenhänge im Bereich der Substitution in einem klareren Licht erscheinen läßt. Die Anordnung der Begriffe in den Tabellen skizziert dabei gleichzeitig die Kausalkette geschichtlicher und pharmakologischer Entwicklungen in diesem Bereich.

Zwischen allen Opiaten und Opoiden besteht interessanter Weise eine sog. 'Kreuztoleranz': Die körperliche Abhängigkeit und die Toleranzentwicklung entsteht nicht nur gegenüber einer spezifischen Substanz, wie z.B. Heroin, sondern gegenüber der gesamten Substanzgruppe der Opiate und Opioide. Dies liegt in speziellen körperlichen Abläufen und Gegebenheiten begründet, die unter 6.2. näher erläutert werden. Gleichzeitig macht diese Kreuztoleranz die Durchführung von Substitutionsbehandlungen überhaupt erst möglich.

(Quellenangaben zu den Tabellen S. 107 - 108: Böllinger, 1995; Heudtlass, 1995; Hug-Beeli, 1995, S. 40, S. 365, S. 367 ff.; Roche-Lexikon Medizin, Version 3.5 (CD-ROM); Fachlexikon d. soz. Arbeit, 1997, S. 227 ff.; www.paed-quest.de [entsprechende 'Links': siehe Literaturverzeichnis]).

<i>Opium</i>	<i>Opiate</i>	<i>Morphin</i>	<i>Codein</i>
<p>Rohopium ist der aus den unreifen Kapseln des Schlafmohns gewonnene und luftgetrocknete Milchsaft, eine bräunliche Masse. Opium wurde und wird hauptsächlich geraucht (in Form von 'Chandu') oder gegessen (besonders in der Türkei und dem Iran weit verbreitet). Je nach Aufbereitung kann es aber auch getrunken oder injiziert werden. Es wirkt zunächst betäubend und einschläfernd. Die Wirkdauer beträgt zwischen drei bis sechs Stunden. Der Opiumraucher phantasiert im Schlaf häufig angenehme, erotisch gefärbte Bilder. Entzugserscheinungen in Form depressiver Verstimmungen können auftreten, das körperliche und psychische Abhängigkeitspotential wird - kulturabhängig - als stark angesehen. Opium hatte bis Anfang des 20. Jahrhunderts in der Medizin eine sehr große Bedeutung als Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs- und 'Allheilmittel', sogar für Kinder. Heute wird es medizinisch nur noch in Form einer Opiumtinktur zur Beruhigung des Darmes bei Durchfällen eingesetzt. Im 19. Jahrhundert sind um das Opium zwischen China und England sogar zwei Kriege um die wirtschaftliche Vormachtstellung entbrannt. Die immense Zahl der Opiumsüchtigen in China, Anfang des letzten Jahrhunderts, gab den Anstoß zur weltweiten Betäubungsmittel-Gesetzgebung. Bis in die siebziger Jahre wurde Opium auch von deutschen Drogengebrauchern noch häufig in Form der sog. 'O-Tinke' injiziert, auf dem heutigen deutschen Rauschgiftmarkt spielt es so gut wie keine Rolle mehr.</p>	<p>Ursprünglich verstand man darunter nur Substanzen, die aus den 37 Alkaloiden des Rohopioms hergestellt werden. Dazu zählen z.B. Morphin, Codein, Narcotin, Papaverin, Thebain. Heute wird der Begriff 'Opiate' oft zur Umschreibung von Betäubungsmitteln im weitesten Sinne, also auch synthetische oder halbsynthetische, suchterzeugende Mittel, verwendet. Neuerdings wird er z.T. sogar gänzlich durch den Begriff 'Opioide' ersetzt.</p>	<p>Wurde früher auch als 'Morphium' oder 'Morphinum' bezeichnet, das wichtigste Alkaloid des Opiums (Anteil im Rohopium: 3-23 %). Wurde als erstes Alkaloid des Opiums 1803 bereits zu einem eigenständigen Wirkstoff isoliert. Dient auch als Grundstoff zur synthetischen Herstellung von Codein und Heroin. Liegt üblicherweise als Morphinhydrochlorid vor, aber auch als Morphinsulfat. Kann oral eingenommen oder injiziert werden. Morphin gehört zu den besonders schnell und stark suchterzeugenden Stoffen, beim Absetzen kommt es zu den typischen Entzugserscheinungen. Seine euphorisierende Wirkung ist etwa drei- bis fünfmal schwächer als die des Heroins. Wurde durch eine große Zahl von Morphin-Süchtigen, den sog. 'Morphinisten' (mit Morphin behandelte Soldaten, die süchtig wurden), Ende des 19./Anfang des 20. Jahrhunderts berühmt.</p>	<p>Ein weiteres Alkaloid des natürlichen Opiums (Anteil etwa 0,2 - 2 %). Wird aber vorwiegend halbsynthetisch aus Morphin hergestellt und ist in dieser Form im Grunde auch nur ein gering verändertes Morphin (Methylmorphin). Wirkt zentral hustendämpfend und kommt deshalb in der Medizin auch als Hustensaft zum Einsatz. Hat eine geringe euphorisierende Wirkung und ein relativ niedriges Suchtpotential. Wird bei Heroinverknappung auf der Szene trotzdem häufig als Ausweichmittel konsumiert und wurde in der Vergangenheit von vielen Ärzten zur 'halblegalen' Substitution bei Heroinabhängigen verwendet, da es nicht unter das Betäubungsmittel-Gesetz (BtMG) fiel und somit unkomplizierter als z.B. Methadon zu handhaben war. In die Neufassung des BtMG (Anlage III) sowie der Betäubungsmittel - Verschreibungs - Verordnung (BtMVV) wurde das Codein (und das Dihydrocodein, siehe unter 'Opioide') nun aber aufgenommen, um die Codein-Substitution 'besser kontrollieren' und aus dem 'Graubereich herausholen' zu können [immerhin wurde die Zahl der Codein-Substituierten Mitte der Neunziger Jahre auf 20-30.000 geschätzt (vgl. Böllinger, 1995, S. 126)].</p>

Heroin

Heroin ist der ursprüngliche Handelsname des Diacetylmorphin, dem Diessigsäureester des Morphins. Es ist relativ leicht, Heroin aus Morphin zu synthetisieren, es unterscheidet sich von jenem lediglich durch zwei Acetylgruppen, ist aber in seiner Wirkung ca. fünfmal stärker. Das körperliche und psychische Abhängigkeitspotential von Heroin ist höher als das jeder anderen Substanz, die wir kennen. Es ist nach dem Fentanyl das stärkste bekannte Schmerzmittel. Unklar ist, wer das 'Heroin' (das diesen Namen wegen seinen 'heroischen' Wirkungen bei verwundeten Frontsoldaten erhielt) 'erfunden' hat. Es wurde wohl erstmals um 1870-1874 in England synthetisiert. Fest steht jedoch, daß es von der deutschen Firma Bayer um 1898 zur Produktions- und Marktreife gebracht wurde. Zu dieser Zeit suchte die Pharmaindustrie - wegen immer schwereren Verwundungen durch perfektere Kriegswaffen und gefährliche Industriearbeit - nach effektiveren Schmerz- und Betäubungsmitteln als Morphin, die aber nicht abhängig machen sollten. Heroin wurde für ein solches Mittel gehalten, da es wegen seiner besseren Fettlöslichkeit wirksamer war als Morphin. Böllinger (1995, S. 23) behauptet, daß es - entgegen der gängigen Legende - anfangs nicht als Entzugsmittel gegen Morphin verkauft wurde, sondern als Atmungssedativum. Es war wohl das riesige Marktpotential, das die Pharmaindustrie schon damals veranlaßte, bestehende Substanzverbote durch geringfügige molekulare Veränderungen zu umgehen. Die Aussicht auf Riesengewinne im Schmerzmittelgeschäft ließ die Gefahr eines noch größeren Suchtpotentials des neuen Stoffes offenbar schnell in den Hintergrund treten. Bereits 1921 wurde Heroin erstmals wegen seines immensen Abhängigkeitspotentials verboten. Heroin ist heute in Deutschland weder verschreibbar noch verkehrsfähig, also absolut illegal. Heutige Heroinkonsumenten injizieren den Stoff i.d.R., meist in drei auf den Tag verteilten Dosen. Die dabei konsumierten Mengen überschreiten die ursprüngliche therapeutische Dosis um das 100 - 1000fache. Heroin wird im Blut und Gewebe schnell zu Monoacetylmorphin und weiter zu Morphin abgebaut. Die Wirkdauer liegt bei zwei bis drei Stunden, also etwa halb so lang wie die des Morphins, entsprechend schneller treten demzufolge auch Entzugserscheinungen auf. Die wesentlich stärkere euphorisierende Wirkung und das viel höhere Abhängigkeitspotential des Heroins gegenüber dem Morphin liegt in der bereits erwähnten besseren Fettlöslichkeit des Heroins begründet. Dies erlaubt es dem primären Stoffwechselprodukt Monoacetylmorphin die sog. 'Blut-Hirn-Schranke' leichter zu durchdringen. (Die 'Blut-Hirn-Schranke' ist eine Art Filtrationssystem des Gehirns, das dafür sorgen soll, daß keine Giftstoffe aus dem Blut die Funktion der Nervenzellen des Gehirns beeinträchtigen können.) Nach dem Durchdringen dieser Barriere kommt es zu einer plötzlichen Ausflutung der Substanz im zentralen Nervensystem, dem vom User als 'Flash' oder 'Kick' bezeichneten und primär angestrebten Effekt. Dabei handelt es sich normalerweise um ein überwältigendes Wohlgefühl, ähnlich einem etwas länger andauernden Orgasmus. Diese 'seelische Sensation' tritt aber erst nach einer Gewöhnungsphase auf, also erst bei fortgesetzter Injektion. Ein normaler, psychisch gesunder Mensch erlebt nach einmaliger Heroin- oder Morphininjektion keinen besonderen 'Kick'. Sofern die Gabe zur Reduktion von Schmerzen erfolgt, wird lediglich die zeitweise Ausschaltung der Schmerzen als Erleichterung empfunden. Diesem Empfinden folgt nach dem Abklingen der Schmerzen normalerweise kein weiteres Verlangen nach dem Opiat. Erst bei fortgesetztem Gebrauch tritt die euphorisierende Wirkung zu Tage und kann allmählich zur Sucht verleiten, allerdings reichen dazu sehr oft schon wenige Injektionen in kurzem Abstand aus. „Unter Heroin wird der Ängstliche mutig, der Unsichere gewinnt Selbstvertrauen, allgemein nimmt das Selbstbewußtsein zu, ist häufig sogar übersteigert. Die Gedanken fließen leicht, das Gemüts- und Stimmungserleben ist sehr angenehm“ (Heudtlass, 1995, S. 43). Trotz alledem geht die größte Gefahr des Heroins wohl von seinem unsachgemäßen Gebrauch in Bezug auf Dosierung und 'Timing' sowie von den z.T. extremen Verunreinigungen, der miserablen Qualität des auf der Drogenszene erhältlichen Stoffes, aus. Es wird gelegentlich darauf hingewiesen, daß Heroin in seiner reinen Form und unter Beachtung gewisser Dosierungen und Zeitabständen u.U. sogar über Jahrzehnte hinweg ohne größere körperliche Schädigung eingenommen werden kann. Dieses Phänomen ist schon vor langer Zeit bei Ärzten oder Krankenschwestern beobachtet worden, die - bei gleichbleibend guter Arbeitsleistung - über viele Jahre hinweg, unter hygienischen Bedingungen und aufgrund ihrer Fachkenntnisse, problemlos und unauffällig Morphin injizierten. So gibt es auch immer wieder Berichte von kontrolliertem oder gelegentlichem Heroinkonsum (vgl. Böllinger, 1995, S. 79 f.).

Opioide	Racemat (d,l-Methadon)
<p>Man unterscheidet endogene und exogene Opioide. Endogene, körpereigene Opioide sind Neuropeptide wie Enkephalin und Endorphin. Darauf gehe ich unter 6.2. näher ein. Exogene Opioide sind zentral angreifende Analgetika (schmerzstillende Medikamente), die in ihrer Wirkung dem Prototyp Morphin ähneln und halb- oder vollsynthetisch hergestellt werden. Dazu zählen z.B. auch die drei Formen des Methadons, das rechtsdrehende (d-Methadon), das linksdrehende (l-Methadon) und die Mischform, das sogenannte 'Racemat' (dl-Methadon). Einen gewissen Bekanntheitsgrad haben Opioide wie Tilidin und Naloxon unter dem Handelsnamen 'Valoron N[®]' oder der Wirkstoff Tramadol unter dem Handelsnamen 'Tramal[®]' erlangt. Als Opioide bezeichnet man aber auch Substanzen, die zwar - wie das Morphin - eine eigene analgetische Wirkung besitzen, die analgetische Wirkung anderer Opioide aber auch teilweise aufheben (sog. Opioid- oder Morphin-Agonisten bzw. -Antagonisten wie z.B. Buprenorphin, Pentazocin und Nalbuphin). Zu den Opioiden zählen auch verschiedene Codein-Abkömmlinge (Dihydrocodeine) wie das bekannte 'Remedacen[®]' oder der 'DHC-Saft[®]' (die beide bei der o.e. Codein-Substitution zum Einsatz kommen). Einige 'Designer-Drogen', speziell die Derivate des Narkosemittels 'Fentanyl' und des Schmerzmittels 'Meperidin', die in ihrer Wirkung z.T. zigtausendfach stärker als Morphin sind, gelten ebenfalls als Opioide (vgl. Sahihi, 1989, S.19). Die nun folgenden Opioide werden derzeit hauptsächlich zur Substitution in Deutschland eingesetzt, mit ihrer Hilfe wird eine bestehende Opiatabhängigkeit durch eine Opioidabhängigkeit ersetzt ('substituiert').</p>	<p>Handelsname: Methadon[®]. Ein vollsynthetisches Opioid mit morphinähnlicher, schmerzstillender (analgetischer) und spasmolytischer (krampflösender) Wirkung. Alle Verbindungen der Methadonklasse leiten sich vom 'Diphenylacetonitril' ab. Bei dieser Form des Methadons handelt es sich um ein racemisches (Moleküle in traubenförmiger Anordnung) Gemisch aus rechtsdrehenden und linksdrehenden Wirkstoffanteilen. Der rechtsdrehende Anteil ist pharmakologisch inaktiv, trägt also nicht zur Wirkung bei. Da dieses Gemisch in der Herstellung billiger ist als die nur aus linksdrehenden Anteilen bestehende Methadonform (siehe unten), wurde es am 01.02.1994 auch in Deutschland wieder zur Substitution zugelassen. Im Ausland wird ausschließlich - und z.T. schon sehr lange - mit Racemat substituiert. Es kommt der zwischen 1939 und 1941 von den Farbwerken Hoechst entwickelten Urform des Methadons (1947 von den Amerikanern geprägter freier Handelsname, zunächst aber 'Amidon Hoechst 10820', später 'Dolophin') auch am nächsten. Diese Ursubstanz wurde seinerzeit als vorläufiger Höhepunkt einer - bereits um 1884 mit der Synthetisierung von 'Antipyrin' begonnenen - Forschungslinie in der Entwicklung synthetischer Schmerzmittel angesehen. In dieser Linie steht z.B. auch das 1921 synthetisierte 'Novalgin'. Alle Methadonformen können injiziert oder oral in Form einer Trinklösung eingenommen werden. Seit kurzem gibt es Methadon auch in Tablettenform unter dem Handelsnamen 'Methadict[®]'. In der Substitution ist nur die orale Einnahme zulässig. Denn nur in dieser Form ist gewährleistet, daß der 'Hauptvorteil' des Methadon gegenüber dem Heroin zu Tage tritt: Das Ausbleiben der euphorisierenden Wirkung, der Abhängige erlebt keinen 'Kick', keinen 'Flash'. Dieser 'ernüchternde' Wirkung von Methadon wird von vielen Substituierten zunächst aber als Nachteil empfunden, man spricht vom sog. 'Methadonloch', in das der Substituierte am Anfang fällt. Die psychische Abhängigkeit von der euphorisierenden Wirkung der Opiate kann also mit Methadon bei oraler Einnahme nicht ersetzt werden. Als 'Ersatzdroge' kann Methadon demzufolge eigentlich nicht bezeichnet werden, da die primär angestrebte Wirkung einer Rauschdroge ausbleibt. Als Medikament oder 'Ersatzstoff' kann man Methadon aber sehr wohl bezeichnen. Es stillt den 'Opiathunger' (erhält die körperliche Abhängigkeit aufrecht), verhindert Entzugserscheinungen und vermittelt - ähnlich wie Heroin - ein grundlegendes Wohlfühlgefühl, indem es eine angenehme Wirkung entfaltet. Methadon hat aber noch einen weiteren Vorteil: Die Wirkung tritt bereits ca. 30 Minuten nach der Einnahme ein und hält beim Racemat ca. 24 Stunden lang an. Gegenüber dem Heroin muß es also nur einmal täglich zugeführt werden. Die schmerzstillende Wirkung ist bei oraler Einnahme etwa doppelt so hoch wie die des Morphins, aber schwächer als die des Heroins. In der injizierten Form entfaltet Methadon allerdings ebenfalls eine weitaus höhere Wirkung und kann - bei fortgesetztem Gebrauch - auch euphorisierend wirken. In dieser Form wird es bei stärksten Schmerzen in der Medizin eingesetzt (z.B. bei Tumorerkrankungen).</p>

<i>Levomethadonhydrochlorid (l-Methadon)</i>	<i>Codein/Dihydrocodein</i>
<p>Handelsname: 'L-Polamidon[®]'. Wird auch als 'Edelmethadon' bezeichnet und besteht zu 100 % aus den o.e. linksdrehenden Wirkstoffanteilen des razemischen Methadon-Gemischs. Nur diese Anteile sind biologisch aktiv, pharmakologisch wirksam. Seine Wirkdauer beträgt deswegen auch bis zu 36 Stunden, seine schmerzstillende Wirkung ist viermal so stark wie die des Morphins und es ist doppelt so teuer in Herstellung und Verkauf wie das d,l-Methadon. Bis 1994 war in Deutschland nur diese Form des Methadons zur Substitution zulässig. Es handelt sich um ein spezifisch deutsches Substitutionsmittel, das im Ausland nicht verwendet wird. Das liegt in der Zerschlagung des IG-Farben-Konzerns durch die Alliierten nach dem 2. Weltkrieg begründet. Der Methadon-Hersteller Hoechst verlor dadurch alle Rechte an seiner Entwicklung und baute nach dem Krieg deswegen seine ehemalige Monopolstellung auf dem deutschen Markt durch die Entwicklung einer neuen Methadonform allmählich neu auf. Am Ende dieser Entwicklung steht das heutige 'L-Polamidon[®]'. Die Vorgängerversion 'L-Polamidon C[®]' ist seit 1991 nicht mehr im Handel. Sowohl das d,l-Methadon als auch das l-Methadon führen zu starker körperlicher und psychischer Abhängigkeit. Aufgrund der langen Verweildauer des Wirkstoffes in Knochen und Gewebe, berichten Betroffene nach Absetzen von Methadon/Polamidon von hartnäckigen Entzugserscheinungen, die erst nach zwei bis fünf Monaten vollständig nachlassen, während ein Heroinentzug i.d.R. nach ein bis zwei Wochen durchgestanden ist (vgl. JUBAZ 3/2001, S. 20). Nach Heudtlass (1995, S. 53) treten die Entzugserscheinungen aber langsamer ein und verlaufen weniger stürmisch als beim Heroin. Nebenwirkungen des Methadonkonsums können sein: Müdigkeit, Schwindel, Schweregefühl in den Gliedern, sexuelle Unlust, Juckreiz, Konzentrationsschwäche, Gefühlsarmut. Ähnlich wie beim Heroin können Langzeitschäden, Vergiftungen und andere Komplikationen nur verhindert werden, wenn es unter kontrollierten Bedingungen unter genauer Beachtung von Dosierung, Zeitabständen u.ä. konsumiert wird. Ein heftig diskutiertes Problem stellt der sog. 'Beigebrauch', also der parallele Konsum anderer Substanzen, dar. Dabei können schwerwiegende Komplikationen auftreten.</p>	<p>Bis Mitte der Neunziger Jahre waren Zubereitungen, die bis zu 2,5 % des Opiates Codein (vgl. S. 107) bzw. des Opioides Dihydrocodein (vgl. S. 109) enthielten, vom BtMG ausgenommen. Ein Arzt konnte eine Substitution mit z.B. 'Remedacen[®]' wie eine normale Krankenbehandlung auf Rezept durchführen, ohne den Verwaltungsaufwand einer Methadonbehandlung zu haben. Dies geschah teilweise auch in Folge von „standes-, straf- und verwaltungsrechtlicher Verfolgung von mit L-Polamidon substituierenden Ärzten“ (vgl. Böllinger, 1995, S. 126) in der Vergangenheit. Als Nachteile wurden jedoch genannt: Wegen der schwachen Dosierung der Wirkstoffe in den handelsüblichen Präparaten mußten z.T. große Mengen eingenommen werden, um den Heroinhunger zu stillen, dies führte oft zu schlechter Verträglichkeit. Remedacen[®] hat eine Wirkdauer von ca. 18 Stunden; andere Codein-Zubereitungen wirken nur wenige Stunden, müssen also mehrmals täglich eingenommen werden. Die Gefahr, daß die Präparate auf dem Schwarzmarkt landen und gegen 'Härteres' eingetauscht werden, wurde als sehr hoch eingestuft. Die zu lasche ärztliche Kontrolle durch z.T. längere Zeiträume zwischen den einzelnen Arztbesuchen wurde bemängelt. Die Substitution mit einem 'Hustensaft' (Remedacen[®]) wurde zuweilen sogar als 'ärztlicher Kunstfehler' bezeichnet. Es hieß, in vielen Fällen seien die Präparate auf Privat Rezept verschrieben worden, so daß Substituierte z.T. erhebliche Geldmittel hätten aufbringen müssen. Damit sei eines der wichtigsten Ziele der Substitution in Gefahr gewesen: der Ausstieg aus der Beschaffungskriminalität und die damit verbundene soziale Integration des Patienten. Eine Unterdosierung wegen der Beachtung finanzieller Grenzen wurde andererseits befürchtet. Die Vorteile lagen für den Patienten jedoch darin, daß er größere Mengen im Voraus auf Rezept verschrieben bekommen konnte und so größere Freiräume in der Lebensgestaltung hatte, der Tagesrhythmus war nicht von der täglichen Ersatzmittelvergabe geprägt. Die Durchführung als 'normale Krankenbehandlung' verhinderte eine zusätzliche Stigmatisierung des Abhängigen und unterwarf Arzt und Patient nicht einer bürokratisch erzwungenen Anomalität (vgl. Bossong/Stöver, 1992, S. 58 ff.). Dieser umstrittenen - im Einzelfall aber segensreichen - Alternative zur restriktiven, bürokratischen Methadonvergabe hat der Gesetzgeber nun einen Riegel vorgeschoben. Inzwischen enthält die Anlage III des BtMG unter den Stichworten Codein und Dihydrocodein - unter der Bemerkung, daß bis zu 2,5 prozentige Zubereitungen von den Bestimmungen ausgenommen sind - folgenden Zusatz: „Für ausgenommene Zubereitungen, die für betäubungsmittel- oder alkoholabhängige Personen verschrieben werden, gelten jedoch die Vorschriften über das Verschreiben und die Abgabe von Betäubungsmitteln“ (vgl. 15. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) vom 01.07.01, S. 20). Ab 01.07.01 ist allerdings eine Höchstverschreibungsmenge von 40.000 mg auf den Zeitraum von 30 Tagen (vorher: 30.000 mg) zulässig, wenn Codein oder Dihydrocodein als Substitutionsmittel verwendet werden (vgl. ebd., S. 28 ff.).</p>

<i>Buprenorphin</i>	<i>Levo-Alpha-Acethyl-Methadol (LAAM)</i>	<i>Naltrexon</i>
<p>Handelsname: 'Subutex[®]'. Ein halbsynthetisches Thebain (Alkaloid des Opiums, s.o.) - Derivat. Buprenorphin ist seit rund 30 Jahren als stark wirksames Analgetikum bekannt. In Frankreich wird fast ausschließlich mit diesem Stoff substituiert, Methadon erhalten dort nur wenige Drogengebraucher. In Deutschland wird es seit Februar 2000 in der Substitution als Sublingualtablette verwendet. Bei der sublingualen Einnahme wird die Tablette fünf bis zehn Minuten - bis zur völligen Auflösung - unter die Zunge gelegt. Wird sie geschluckt, entfaltet sich die Wirkung nur unvollständig. Die Wirkung tritt bei Ersteinnahme erst nach ca. zwei bis vier Stunden ein (später schneller), hält aber - je nach Dosierung - bis zu drei Tage lang an. Die Behandlung beginnt mit einer geringeren Dosis, die täglich eingenommen werden muß. Im weiteren Verlauf kann die Dosis - bei guter Verträglichkeit - erhöht werden, so daß ein Arztbesuch nur noch alle zwei bis drei Tage notwendig wird, was für die Belange der beruflichen Integration erhebliche Vorteile gegenüber dem Methadon hat. Für Substituierte mit Methadonunverträglichkeit ist Buprenorphin besonders geeignet. Subutex[®] kann höher dosiert werden als Methadon und wirkt dabei zwar weniger stark, aber wesentlich länger. Die Gefahr einer Atemlähmung bei Überdosierung ist deswegen geringer als bei Methadon. Der Wechsel aus einem Methadonprogramm in ein Buprenorphinprogramm ist also problemlos machbar. Am besten wirkt eine solche Substitution aber, wenn der Betroffene direkt von Heroin auf Subutex[®] eingestellt wird. Der Körper entwickelt gegenüber Buprenorphin eine geringere Toleranz sowie eine geringere Abhängigkeit als gegenüber dem Methadon. Das bedeutet, daß auch bei längerer Behandlung mit dem Wirkstoff kein Wirkungsverlust eintritt, der eine Dosiserhöhung notwendig macht. Daraus ergibt sich auch eine einfachere Abdosierung ('Ausschleichen') des Mittels bei schwächeren Entzugerscheinungen. Damit ist die Substanz für langfristige Substitutionen geeignet, taugt aber auch - viel besser als Methadon - besonders zur kurzfristigen Substitution und als Übergangslösung. Auch die oben beschriebenen Nebenwirkungen des Methadons können bei Buprenorphin in geringerem Maße auftreten. Allerdings handelt es sich bei Buprenorphin auch um einen sog. 'Opiatantagonisten'. D.h., er wirkt anderen Opiaten und Opioiden aktiv entgegen, 'schmeißt' andere Stoffe also aggressiv von den Opiatrezeptoren 'runter' (siehe 6.2.), ohne sie gleichzeitig sofort wieder zu besetzen. Ein Konsument, der kurz vor der ersten Einnahme von 'Subutex[®]' noch Heroin oder Methadon konsumiert hat, bekommt sofort nach der Buprenorphin-Einnahme heftige Entzugerscheinungen, bis die Substanz alle 'freigeräumten' Rezeptoren besetzt hat. Mit der Ersteinnahme von Subutex[®] sollte somit erst 24 Stunden nach der letzten Methadonvergabe und 6 Stunden nach dem letzten Heroinkonsum begonnen werden. Hat Buprenorphin allerdings erst einmal alle Rezeptoren besetzt, 'klebt' es sehr viel fester daran als Heroin, Methadon oder andere Opiate/Opioide. Ein Beigebrauch zeigt also so gut wie keine Wirkung und wird ggf. relativ unattraktiv.</p>	<p>Handelsname: 'ORLAAM[®]'. Eine Art 'Super-Methadon', seit 1993 in den USA verwendet, ab 1998 auch in Deutschland als Substitutionsmittel eingesetzt. Das teuerste, stärkste und gefährlichste Substitutionsmittel. Wegen schwerer Nebenwirkungen und sehr langer Halbwertszeit (Zeit bis der Wirkstoff im Körper abgebaut ist) war es in Insider-Kreisen von Anfang an heftig umstritten (vgl. Runge, 1999, S. 24 f.). LAAM funktioniert nach dem gleichen Wirkprinzip wie Methadon, die Wirkung hält aber 48 - 72 Stunden lang an. Wegen der Gefahr einer zu Atemlähmungen führenden, lebensgefährlichen Überdosierung darf es nur alle zwei bis drei Tage verabreicht werden. Daraus sollte sich der gleiche Vorteil wie bei Buprenorphin ergeben, ein täglicher Arztbesuch würde entfallen. Eine direkte Einstellung von Heroin auf LAAM ist allerdings nicht möglich. Eine stabile Einstellung auf 'normales' Methadon muß 'vorgeschaltet' werden. LAAM wurde jedoch nur selten verschrieben, da die meisten Ärzte Angst davor hatten, daß dieses Präparat auf den Schwarzmarkt gelangt. Dort könnte es aufgrund einer Unterschätzung seiner Langzeitwirkung durch Über- und Mischdosierungen erheblichen Schaden anrichten, bis hin zu Todesfällen. Die „Junkfurter Ballergazette (JUBAZ)“ meldete in ihrer Ausgabe 2/2001 (S. 27), daß dem Mittel auf Empfehlung der Europäischen Arzneimittelkontrollbehörde vom 19.04.01 wegen „nicht vorhersehbarer, schwerer Kardiotoxizität“ (Nebenwirkungen von Herzrhythmusstörungen bis Herzstillstand) die Zulassung entzogen werden solle. Nach Aussage eines befreundeten, in der Substitution tätigen Arztes, ist dies inzwischen auch geschehen.</p>	<p>Handelsname: 'Nemexin[®]'. Ähnlich wie 'Naloxon' (vgl. S. 109) ein reiner Opiatantagonist ohne eigene analgetische Wirkung. Kein Substitutionsmittel im eigentlichen Sinne. Ist zur medikamentösen Unterstützung bei psychotherapeutisch/psychologisch geführten Entwöhnungsbehandlungen nach abgeschlossener Opiat-Entgiftung gedacht. Eine Einnahme vor oder während der Entgiftung kann lebensgefährlich sein. Durch die vollständige Blockade der Opiatrezeptoren verhindert das Präparat das Einsetzen einer Toleranzentwicklung, körperlicher Abhängigkeit oder Euphorie, wenn nach erfolgreichem Entzug erneut Opiate/Opioide konsumiert werden. Bei Selbstverabreichung sehr hoher Dosen von Opiaten besteht allerdings auch dann noch Lebensgefahr. Vor Beginn der Behandlung muß der Patient mindestens 7-10 Tage absolut opiatfrei sein.</p>

(*Quellenangaben zu den Tabellen S. 109 - 111: Bossong/Stöver, 1992, S. 21 f.; Heudtlass, 1995, S. 52 ff., Roche-Lexikon-Medizin, Version 3.5 (CD-Rom); J.E.S.-Osnabrück, 2001, S. 14 ff.; www.indro-online.de/indexmethadon.htm, S. 1 f. ; www.indro-online.de/entdeckungmetha.htm, S. 1 ff.; 'Rote Liste' 1996, 39 008)*)

6.2. Neurobiologisches Erklärungsmodell zur Wirkungsweise

Wie erklärt man sich aber überhaupt die Wirkung von Opiaten/Opioiden auf den menschlichen Organismus? Hier das derzeit wohl gängigste neurobiologische Erklärungsmodell:

Forscher haben inzwischen herausgefunden, daß im Gehirn und im Rückenmark eine gewisse Anzahl sogenannter Opiatrezeptoren [in der Literatur z.T. auch als 'Opioid'- oder 'Morphinrezeptoren' bezeichnet] verteilt sind. Sie sitzen in der postsynaptischen Membran der Neuronen (Nervenzellen) und werden auch als Neurotransmitterrezeptoren bezeichnet. Bei allen Rezeptoren handelt es sich um in die Grundsubstanz eingebettete Proteine, die auf beiden Seiten der Membran herausragen, wobei die Oberfläche des Rezeptors ausschließlich auf die Gestalt eines ganz bestimmten Botenstoffes zugeschnitten ist, sie passen wie Schloß und Schlüssel zueinander. In speziellen neuronalen Systemen des Gehirns werden an diesen Rezeptoren Gefühlsbewegungen (Emotionen) und Schmerz wahrgenommen und weitergeleitet. Zum Transport dieser biochemischen Informationen benutzt der Körper Botenstoffe, auch Transmitter oder Neurotransmitter genannt. Monoamine und Neuropeptide sind die Botenstoffe des Gehirns. Neuropeptide, die mit den Opiatrezeptoren reagieren, sind Enkephalin und Endorphin. Sie können als 'körpereigene Opiode' bezeichnet werden. Sobald z.B. Schmerz oder andere Reize an das zentrale Nervensystem (Rückenmark und Gehirn) 'gemeldet' werden, wird - so die Vermutung - ein weiterer Transmitter, die sogenannte 'Substanz P' (ein kettenförmiges Molekül mit 11 Aminosäuren) freigesetzt und beeinflusst die Reizweiterleitung mit. Wir empfinden dann Schmerz. Nun wurde dort, wo die Nervenfasern mit der 'Substanz P' enden, auch Enkephalin nachgewiesen. Dieses körpereigene Opioid kann die

schmerzweiterleitende 'Substanz P' regulieren und beeinflussen. Dies ist aber nicht bei allen Schmerzarten möglich. Stechender, lokal begrenzter Schmerz kann nicht beeinflusst oder reduziert werden. Dumpfer, diffuser, eher chronischer und nicht lokalisierbarer Schmerz aber sehr wohl. Es ist zu vermuten, daß ähnliches für Gefühlsregungen/Emotionen gilt. Außerhalb des Gehirns kann man Enkephaline und Opiatrezeptoren auch in Membranen des Verdauungstraktes (wo im Übrigen ein großer Teil des Immunsystems lokalisiert wird) finden. Man vermutet, daß verschiedene Behandlungsmethoden zur Reduzierung chronischer Schmerzen, wie z.B. Akupunktur und Hypnose, deshalb funktionieren, weil durch sie Enkephaline oder Endorphine (speziell: Beta-Endorphin, das vom Gehirn produziert wird) in einer Nervenzelle des Gehirns oder des Rückenmarks freigesetzt werden. In 'normalen' Situationen sind die Opiatrezeptoren nur kleinen Mengen von Enkephalinen, diesen schmerzhemmenden Transmittern, ausgesetzt. Normalerweise bleiben also eine ganze Reihe der Rezeptoren unbesetzt. Körperfremde Opiate oder Opioide wie Morphin, Heroin oder Methadon können also an diesen freien Opiatrezeptoren 'andocken'. Sie unterstützen in diesem Fall das System der Enkephaline in ihrer schmerzlindernden Wirkung. Aus diesem 'Prozeß der Unterstützung' wird aber bei fortgesetzter Zuführung der körperfremden Opiate/Opioide ein 'Akt der Verdrängung', bis schließlich überhaupt keine Enkephaline mehr freigesetzt werden. Der Körper stellt sich auf die äußeren Stoffe ein, gleichzeitig nimmt jedoch die Empfindlichkeit der Opiatrezeptoren gegenüber der fremden Substanz ab. Es werden also kontinuierlich steigende Dosen gebraucht, um den ursprünglichen Effekt zu erreichen, man spricht jetzt von einer Toleranzentwicklung. Hierin liegt wohl auch die Ursache dafür begründet, daß bereits die Zuführung weniger Dosen an Opiaten/Opoiden i.d.R. zu starker körperlicher Abhängigkeit führt. Werden diese körperfremden Substanzen nicht mehr zugeführt, treten sehr bald deutliche Symptome von Entzugserscheinung auf: Magenkrämpfe, Durchfall, Schlaflosigkeit, nervöse Erregung, Pupillenerweiterung und Gänsehaut. Erst wenn die körpereigene Enkephalin-Produktion wieder 'angelaufen' ist, lassen diese Symptome nach. Die Zahl der Opiatrezeptoren an sich bleibt übrigens konstant und von all diesen Vorgängen unberührt, sie hängt nicht von äußeren Stoffen ab (vgl. zu diesem Abschnitt:

quest.de/oekoriff/content/nerven/opiatrezeptoren.html; Heudtlass, 1995, S. 38 ff.).

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, daß es sich bei diesem Erklärungsmodell bislang nur um eine Theorie handelt, die sich z.T. auf konkrete Forschungsergebnisse, z.T. aber auch auf Vermutungen aufbaut. Neuere medizinische Forschungen scheinen darüber hinaus zu bekräftigen, daß oben beschriebener Ablauf nicht zu generalisieren ist. Es gibt Anzeichen dafür, daß manche Menschen wegen einer Störung ihres körpereigenen Opioidhaushalts (also möglicherweise einer Unterversorgung mit Enkephalinen) in besonderem Maße empfänglich für die Zufuhr körperfremder Opiate/Opioide sind, die Wirkung dieser Stoffe als besonders befriedigend erleben und deshalb für eine Abhängigkeit vom Morphin/Opiat-Typ anfälliger sind als andere Menschen. Es ließe sich durchaus vermuten, daß Menschen, die eine äußere Opiatzufuhr als dermaßen dominant für ihr Wohlbefinden erleben, die oben beschriebene Entwicklung einer Toleranz und einer starken körperlichen Abhängigkeit durch die Einstellung der Enkephalin-Produktion und dem 'Abstumpfen' der Opiatrezeptoren, auf psychosomatischem Wege 'beeinflussen', bildlich gesprochen also die mentale und emotionale Kontrolle an die Rauschdroge 'bereitwillig' abgeben (vgl. Böllinger, 1995, S. 68 f.). „Vieles spricht dafür, daß der Begriff „Sucht“ sich letztendlich auflösen wird in die subtilere und tiefschürfende Frage, unter welchen beeinflussbaren Bedingungen die Willenskraft eines Menschen ausreicht, mit dem Abhängigkeitsverhalten aufzuhören. Problematisch an psychiatrischen Ansätzen zur Erklärung von Drogenabhängigkeit ist, daß sie an klinisch oder polizeilich auffällig gewordenen Drogengerauchern entwickelt und verallgemeinert worden sind - unter völliger Ausblendung sozialer, lebensgeschichtlicher und pharmakologischer Faktoren“ (ebd., S. 68). Es ist außerdem zu berücksichtigen, daß wegen der Illegalität und Dämonisierung vieler Drogen eine sachliche wissenschaftliche Forschung vielen Einschränkungen und Verboten unterliegt, was zu dem verhängnisvollen Kreislauf von Mystifizierung, mangelnder Aufklärung und unsachgemäßem Gebrauch führt (vgl. ebd., S. 64). So weiß man z.B. zur Neurobiologie des Kokains bisher nur, daß es sich um ein Lokalanästhetikum (zur örtlichen Betäubung geeig-

netes Mittel) handelt, welches die Entstehung und Weiterleitung von Nervenimpulsen blockiert. Die vom Konsumenten in erster Linie angestrebte Wirkung der Adrenalin-Ausschüttung und das daraus resultierende Hochgefühl entstehen offenbar aufgrund einer Vielzahl von hochkomplexen, neurobiologischen Prozessen, die man noch nicht ganz verstanden hat. Die Frage der körperlichen Abhängigkeit ist ebensowenig geklärt wie die - immer wieder behaupteten - Veränderungen im Gehirn des Langzeitkonsumenten von Kokain, diese könnten auch psychologischer Natur sein (vgl. ebd., S. 69).

6.3. Substitution: Eine notwendige Maßnahme?

Mir ist bewußt, daß die Ausführungen unter 6.1. und 6.2. ausführlicher sind, als man dies von einer Diplomarbeit am Fachbereich Sozialwesen vielleicht erwarten würde. Meiner Ansicht ist dieses Hintergrundwissen aber hilfreich, um die heftige Kontroverse, die um das Thema Substitution immer wieder - auch unter den in diesem Bereich tätigen Sozialarbeitern, -pädagogen und Therapeuten - entbrennt, besser zu verstehen. Ein solches Verstehen kann sich allerdings nur abseits moralisierender Polemik und unausgeglichener Emotionalität einstellen. Da es sich bei der Substitution um substanzbezogene Maßnahmen handelt, sollte ein Herangehen an die Thematik ebenfalls substanzbezogen sein, auch für den pädagogisch oder therapeutisch Tätigen. Das Wissen um historische Zusammenhänge (die ich in diesem Rahmen nur in groben Zügen dargestellt habe), Wesen und Wirkweise der entsprechenden Stoffe sowie die skizzierten neurobiologischen Abläufe kann m.E. als handlungsleitende Basis für soziale Arbeit im Bereich Substitution ebenso wichtig sein wie die - an pädagogischen Zielen und Idealen ausgerichteten - Arbeitsansätze und Methoden, die normalerweise die dominierende Grundlage für unser professionelles Handeln bilden. Damit meine ich folgendes: Nur wenn ich 'das wahre Gesicht' einer Substanz kenne, die mein Klient u.U. in großen Mengen und über lange Zeiträume konsumiert hat, und wenn ich weiß, was in der Körperchemie meines Klienten dadurch ggf. passiert ist, kann ich ihn hinsichtlich der Möglichkeit einer Substitution oder während einer solchen Maßnahme kompetent beraten und betreuen. Das gilt selbstverständlich auch für die Substanzen, die von ärztlicher Seite zur

Durchführung der Maßnahme verordnet werden. Wie dargestellt, lassen sich aus der genauen Kenntnis von deren Wirkweise ja sogar direkte Hinweise z.B. auf ihre Eignung für die Belange der beruflichen Integration ableiten. Um das machtvolle Potential von Opiaten und Opioiden sowie die Art und Weise ihres Eingreifens in den menschlichen Organismus etwas genauer Bescheid zu wissen hat aber auch noch einen anderen Vorteil: Wenn ich weiß, welchen heftigen Widerstand ggf. alleine schon der Körper meines Klienten gegen einen drohenden Entzug der Stoffe leistet, auf die sich sein Organismus seit Jahren fest eingestellt hat, kann ich die Widerstände, die ich in seiner Persönlichkeit wahrnehme u.U. besser verstehen und einordnen. Das muß und darf nicht bedeuten, daß ich grundsätzlich die Möglichkeit negiere, daß „unter bestimmten beeinflussbaren Bedingungen“ seine Willenskraft (siehe S. 114) dazu ausreicht, mit dem Abhängigkeitsverhalten aufzuhören (z.B. im Rahmen einer Abstinenztherapie). Es bedeutet aber sehr wohl, daß ich meine Erwartungen an den Klienten herunterschrauben kann, ohne in einen inneren Konflikt mit meinem pädagogischen Auftrag zu geraten. Kurz gesagt, bedeutet die Kenntnis der zugrundeliegenden Fakten für mich, daß ich in Zusammenarbeit mit einem Arzt eine etwas kompetentere sozialarbeiterische/ -pädagogische Einschätzung bzgl. der Frage 'liefern' kann, ob eine Substitutionsbehandlung im Einzelfall das geeignete Mittel der Wahl ist oder nicht. Detailkenntnis erlaubt mir ggf. auch, mich z.B. mit dem behandelten Arzt in kompetenter Weise darüber zu verständigen, ob im Einzelfall die Wahl eines anderen Präparates nicht günstiger wäre, weil es mir aus meiner professionellen Warte heraus für die Belange der Integration geeigneter erscheint. Wer seine Entscheidung aufgrund von Fakten trifft, kann Dogmen und Ideologien außen vor lassen, um so für seinen Klienten das Bestmögliche aus dem bestehenden System herauszuholen.

Darüber hinaus ergeben sich für mich aus den - unter 6.1. und 6.2. angedeuteten - historischen Aspekten noch folgende Überlegungen: Bei genauer Betrachtung muß man zu dem Schluß kommen, daß das heutige Opiatproblem ein 'hausgemachtes' ist, das in den letzten 200 Jahren (seit der Isolierung von Morphin im Jahre 1803) sorgfältig 'vorbereitet' wurde und Ende der sechziger Jahre einfach nur eine neue Dimension erreichte (ähnlich dem

aktuellen Terrorproblem). Diese Vorbereitung geschah nicht nur auf das Betreiben subversiver gesellschaftlicher Kräfte hin, die aus dem Untergrund heraus einen Großangriff auf die Zivilisation planten. Das Fundament für unser Problem mit Opiaten wurde von den offiziell Verantwortlichen aus Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Forschung gelegt; die vielen Kriege der letzten 200 Jahre waren ein Hauptfaktor in der weltweiten Verbreitung der Opiate (vgl. z.B. Thamm, 1989, S. 42 ff.). Es ist vergleichbar mit der Entdeckung der Tatsache, daß man ungeheure Energien freisetzen könnte, wenn es gelänge, den atomaren Kern einer Substanz zu spalten. Man war mit dem, was die Natur an Ressourcen zur Verfügung stellte, nicht mehr zufrieden. Die Wirkung des natürlichen Opiums schien nicht mehr auszureichen, um den Bedarf einer modernen Industriegesellschaft an schmerzstillenden Substanzen zu decken. Genausowenig wie die natürlichen Rohstoffe und Ressourcen auszureichen schienen, um den Energiebedarf dieser Gesellschaft zu decken. So wurde also die Forschung vorangetrieben, was zu einem guten Teil in konstruktiver Neugier und ehrenwerten Absichten für das Vorankommen der Menschheitsevolution begründet lag, zu einem sehr großen Teil leider aber auch in nicht zu stillender Habgier und grenzenlosem Machtstreben. (So verhinderte BAYER z.B. noch 1904 mit einem Gegengutachten ein Verbot von Heroin, das aufgrund der Forschungsergebnisse des französischen Pharmakologen Marel-Lavalle schon zu diesem Zeitpunkt drohte. Der Franzose hatte ausdrücklich darauf hingewiesen, daß das deutsche Hustenmittel 'Heroin' süchtig macht [vgl. Sahihi, 1995, S. 71; Thamm, 1989, S. 90 ff.].) Dies führte zu der sich immer weiter drehenden Spirale, daß das Bemühen der Gesetzgeber, diese Entwicklung durch Substanzverbote einzudämmen, von der Pharmaindustrie und den illegalen Herstellern durch Weitersynthetisierung immer wieder schnell umgangen wurde. Ein paradoxes Ergebnis dieser spiralförmigen Entwicklung ist, daß auch Substanzen, die in der Medizin durchaus nutzbringend eingesetzt werden könnten, für die medizinische Anwendung nur noch sehr eingeschränkt zur Verfügung stehen. Die Entwickler des Heroins müssen vor der Erkenntnis, welchen gesellschaftspolitischen 'Super-GAU' ihre Entdeckung ausgelöst hat, ebenso fassungslos gestanden haben, wie Oppenheimer vor den Bildern von Hiroshima. Die Gesellschaft, in der wir leben, ist mit einer selbsterschaffenen

Realität konfrontiert. Wir alle haben die Erschaffung dieser Realität mindestens zugelassen, viele von uns haben sie gefördert. Es nützt nichts, die Augen vor dieser Realität zu verschließen. Wir haben Technologien erschaffen, die grausamste Verwundungen hervorbringen. Parallel dazu ist eine High-Tech-Medizin entstanden, die mit diesen Verwundungen umzugehen hat. Sie hat auch mit den seelischen Verwundungen umzugehen, die in dieser Gesellschaftsordnung entstehen, mit ungeheuer schmerzhaften körperlichen und seelischen Krankheiten, ja sogar Epidemien. Schmerzmittel werden weiterhin gebraucht werden und sie werden weiterhin mißbraucht werden. Als jüngstes Beispiel dafür, daß sich die Spirale weiter dreht, kann die ORLAAM[®]-Episode (vgl. S. 111) angesehen werden. Schnelle Lösungen für langsam gewachsene Probleme liegen im Trend der Zeit: 'Turboentzüge' unter Vollnarkose (!), im Fachjargon 'Forcierter Opiatentzug' genannt, mit dem erwähnten Wirkstoff Naltrexon (vgl. ebd.) mußten bereits im Versuchsstadium wegen lebensgefährlicher Komplikationen abgebrochen werden (vgl. JUBAZ 3/2001, S. 20 f.). Insbesondere Pharmaindustrie und Werbewirtschaft haben ein 'Lifestyle-Bild' erschaffen, in dem es nicht mehr zeitgemäß ist, Schmerzen auszuhalten oder Probleme zu konfrontieren. „Spalt[®] schaltet den Schmerz ab - schnell“. Wir haben keine Zeit mehr, uns damit zu beschäftigen, was der Schmerz uns sagen will, wir müssen funktionieren. Wir brauchen unbedingt Substanzen, die uns wieder funktionsfähig machen. Von diesen speziellen Mitgliedern unserer Gesellschaft, den Drogenabhängigen, die uns den Zerrspiegel unserer eigenen 'Substanzgeilheit' vorhalten, verlangen wir aber, daß sie dieser 'Religion' unvermittelt abschwören und von ihrem 'verwerflichen Tun', dem Mißbrauch von uns entwickelter Substanzen, für alle Zeiten ablassen. Wir stellen uns vor diese Menschen hin und sagen - wie einst Oppenheimer - : „So war das aber alles nicht gemeint, das haben wir nicht gewollt, dazu haben wir diese Substanzen ja gar nicht entwickelt!“ Das halte ich - gelinde gesagt - für lächerlich und realitätsfern. Leider habe ich in den vergangenen Jahren sehr viele Sozialarbeiter/ -pädagogen kennengelernt, die im 'Elfenbeinturm' ihrer drogenfreien Einrichtungen sitzen und genauso denken. Aus diesem Grund komme ich zu dem Schluß, daß wir uns - vor dem Hintergrund selbsterschaffener Realitäten - nicht vor unserer Verantwortung drücken können: Substitution ist die logische Schlußfolgerung

einer 200jährigen Entwicklung. Solange Opiate noch unter den Bedingungen der Prohibition konsumiert werden müssen, wird Substitution - für einen gewissen Prozentsatz unserer Klientel - eine unverzichtbare Notwendigkeit bleiben.

Speziell in Deutschland wurde um diese Einsicht sehr lange gerungen. Inzwischen scheint sie sich aber - zumindest ansatzweise - durchzusetzen. Deutschland galt bis 1986 als eine der wenigen 'methadonfreien Inseln' weltweit. Nachdem es für Opiatabhängige in den frühen 70er Jahren eine kurze Zeit lang relativ leicht war - auch über die Drogenberatungsstellen - an Polamidon zu gelangen, änderte sich dies spätestens 1973 drastisch. Nach dem 'gescheiterten' ATM-Experiment (Ambulantes Therapieprogramm unter Verwendung von Methadon) verschwand 1975 das Thema 'Substitution' erst einmal 'in der Schublade' (vgl. Bruns, 1992, S. 16 ff.). Daß dies nicht bis zum heutigen Tag so geblieben ist, scheint hauptsächlich das Verdienst des ehemaligen nordrhein-westfälischen Gesundheitsministers Heinemann zu sein, der 1986 aufgrund der konstant katastrophalen Drogensituation und der hinzukommenden Aids-Problematik die Methadon-Diskussion wieder eröffnete und so den Anstoß für diverse Modellprojekte gab, was schließlich den Weg für ein inzwischen 'flächendeckendes' Angebot an Substitutionsbehandlungen freimachte (vgl. Hellebrand, 1989, S. 1). „Nach zwanzigjähriger, mal mehr und mal weniger heftig geführter, aber größtenteils hoch emotionalisierter Kontroverse herrscht in der deutschen Fachwelt - abgesehen von wenigen 'ewig Gestrigen' - kein Streit mehr darüber, daß die Methadon-Substitution eine sinnvolle Methode in der Behandlung der Drogenabhängigkeit ist. Deutschland, so hieß es jüngst in einem Zeitungskommentar, habe sich endlich aus der drogenpolitischen Steinzeit verabschiedet und suche nun Anschluß an das weltweit gängige Niveau der Drogensuchtbehandlung“ (Bossong/Stöver, 1992, S. 11). Wenn Bossong & Stöver (S.11) im Frühjahr 1992 im gleichen Atemzug aber auch schreiben: „Von normalen Verhältnissen in Sachen Substitution sind wir indes noch weit entfernt“, so hat diese Aussage im Herbst 2001 leider immer noch (oder wieder?) Gültigkeit. Nach einer relativ 'liberalen' Phase in den 90er Jahren hat sich der (von Anfang an) repressive Charakter deutscher Substitution - 1998 mit der Änderung

der NUB-Richtlinien (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und 1999 mit der Ersetzung der NUB-Richtlinien durch die AUB-Richtlinien (Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden) - jetzt wieder verschärft. Nach wie vor - ja sogar mit noch größerer Vehemenz als vorher - wird am Abstinenzziel festgehalten. So heißt es auch in der Präambel der neuen AUB-Richtlinien: „Das alleinige Auswechseln des Opiats durch ein Substitutionsmittel stellt jedoch keine geeignete Behandlungsmethode dar und ist von der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht umfaßt. Oberstes Ziel der Behandlung ist die Suchtmittelfreiheit“ (Mehr dazu unter 6.4.2.). D.h., substanzgestützte Maßnahmen, die eine weitere Verelendung und Kriminalisierung derjenigen Opiatabhängigen verhindern sollen, die sich mit dem unmittelbaren Behandlungsziel Abstinenz nicht identifizieren können, werden sozusagen 'vergewaltigt' und 'verstümmelt', um in das restriktive und repressive, abstinenzorientierte deutsche Therapiekonzept als halbherzige Maßnahme zur Erreichung von Suchtmittelfreiheit eingefügt werden zu können. Damit werden meiner Meinung nach erhebliche Chancen und Möglichkeiten der Substitutionsbehandlung leichtfertig vertan. Diese Chancen und Möglichkeiten der Substitution faßt Hellebrand (1989, S. 5) in folgender Kurzformel zusammen: „Kein Entzug - kein Heroinhunger - soziale Funktionstüchtigkeit“.

Die Verantwortung für diese bedauerliche Entwicklung tragen die Ärzte und Krankenkassen aber nicht alleine. Sie liegt auch bei den - in den niedrigschwelligen Angeboten tätigen - Drogenarbeitern, die ihre Ermessensspielräume in der Durchführung von Substitutionsmaßnahmen teilweise recht großzügig ausgelegt habe. Mir kamen jedenfalls Berichte von regelrechten 'Verteileraktionen' auf der Frankfurter Szene zu Ohren, die nach dem Motto „Methadon für alle“ abgelaufen sein müssen. Mir wurde von therapiemotivierten Abhängigen berichtet, denen eine Abstinenztherapie (mit dem Argument: „Das schaffst Du sowieso nicht“) verweigert wurde, weil die zuständigen Sozialarbeiter sie in den Methadonprogrammen halten wollten, wohl auch im Hinblick auf die Statistik der Maßnahme. Im Anblick solcher Praktiken braucht man sich natürlich hinterher nicht zu wundern, daß 'das System' verschnupft reagiert (vgl. ausführlich dazu: 6.4.2., S. 128 ff.). So stellten

Bossong & Stöver (S.12) schon 1992 vorausschauend fest: „ Wo gesundheitspolitischer Erfolg an der Zahl der substituierten Drogenabhängigen gemessen wird, wo es als chic gilt, 'flächendeckende Methadonprogramme' zu fordern oder Richtzahlen - soundsoviel Substituierte in der und der Zeit - festzulegen, da verkommt eine ernst zu nehmende Behandlungsmethode zum Vehikel für tagespolitischen Populismus. Auf der Strecke bleiben auch hier die Drogenabhängigen, weil sie in den damit geweckten Erwartungen enttäuscht und alleine gelassen werden.“

Wir sollten also nicht den Fehler machen, zu glauben, mit der Substitution einen neuen 'Königsweg' der Drogentherapie gefunden zu haben. Es handelt sich um „einen von vielen möglichen Wegen heraus aus der Verelendung und Illegalität der Drogenszene“ (vgl. ebd., 1992, S. 13). Nichtsdestoweniger ist dieser Weg inzwischen immerhin „mit Abstand die weltweit am häufigsten angewandte Therapieform bei Heroinabhängigkeit“ (vgl. www.indro-online.de/methadonkritik.htm, S. 1). Weltweit beläuft sich die Zahl methadonsubstituierter Patienten derzeit auf ca. 400.000 bis 500.000, in Deutschland auf ca. 40.000 (vgl. ebd.).

Gestritten werden sollte also nicht mehr über das 'Ob' der Substitution, sondern über das 'Wie': „Wie soll der Arzt die Substitution durchführen, wie der Sozialarbeiter den Abhängigen psychosozial betreuen? An welchem Punkt verkehrt sich die notwendige Unterstützung der Substituierten in eine Art Zwangsbetreuung?/.../Schließlich: wie sehen die Rahmenbedingungen aus und welche Programme gibt es/.../?“ (ebd., S. 13). Dazu gehört inzwischen auch die Frage, welches Substitutionsmittel für welchen Abhängigen wann und unter welchen Bedingungen das richtige ist. Auf den nächsten Seiten werde ich versuchen, einige dieser Fragen etwas näher zu beleuchten. Als absolut zu setzende Antworten gibt es in diesem Bereich nicht.

6.4. Die praktische Durchführung der Substitution

6.4.1. Drei Grundformen möglicher Substitutionsprogramme

In der praktischen Durchführung der Substitution sind grundsätzlich folgende Möglichkeiten der Programmausgestaltung denkbar:

a) Kurzzeitprogramme (Detoxifikations- und Überbrückungsprogramme)

Hierbei dient Substitution zur Überbrückung, meistens um die Therapiemotivation beim Klienten bis zum Antritt einer Abstinenztherapie aufrechtzuerhalten. Im allgemeinen dauert die Maßnahme nur wenige Wochen. Hat sich der Betroffene entschlossen, eine drogenfreie Therapie anzutreten, ist diese Art der Substitution auch sehr sinnvoll, da die Bürokratie der Kostenträger und Therapieeinrichtungen eine sofortige oder zumindest baldige Aufnahme meist nicht zulassen. Diese Wartezeit weiterhin in der illegalen Drogenszene zu verbringen ist naturgemäß sehr problematisch. Ist eine Aufnahme in einer LzTh in Sicht, mündet das Überbrückungsprogramm i.d.R. in ein Entgiftungsprogramm, d.h. in das stufenweise Herunterdosieren des Substitutionsmittels gegen Null (vgl. Bossong/Stöver, 1992, S. 24 f.). Wie bereits angedeutet, haben inzwischen viele Betroffene mit Buprenorphin im Rahmen eines solchen Programms weitaus bessere Erfahrungen als mit 'Metha' oder 'Pola' gemacht. Auch Codein oder Dihydrocodein können hier durchaus zum Einsatz kommen.

b) Mittelfristige Programme (Maintenance-to-abstinence-programmes)

Auch diese Art der Substitution läßt sich mit dem geforderten Ziel der Suchtmittelfreiheit noch bedingt vereinbaren. Die Maßnahme kann sich aber z.T. auf mehrere Jahre erstrecken, bevor sie in eine Entgiftung mündet. Während der Laufzeit wird i.d.R. die soziale und berufliche Integration in Angriff genommen, das Herauslösen aus der illegalen Szene beginnt, drogenfreie Bezüge sollen aufgebaut werden (vgl. Bossong/Stöver, 1992, S. 25 f.) . Ist ein Patient mindestens sechs Monate stabil auf ein Substitutionsmittel eingestellt, hat keinen illegalen Beigebrauch und wird auch sonst als zuverlässig

eingeschätzt, kann der substituierende Arzt auch - für einen maximalen Zeitraum von sieben Tagen - sog. 'take home' - Dosen des entsprechenden Präparates verschreiben. Damit werden etwas größere Freiräume möglich. Auch längere Reisen, sei es für berufliche Zwecke oder zur Erholung, sind möglich. Ein dort ortsansässiger Arzt wird mit der Weiterverschreibung beauftragt (vgl. J.E.S., 2001, S. 28). Eine gelungene Integration im Rahmen einer solchen Substitution kann eine kostenaufwendige stationäre Langzeittherapie überflüssig machen (vgl. Bossong/Stöver, 1992, S. 26). 'Traditionell' kommt hier vorwiegend Methadon oder Polamidon zum Einsatz. Aus den geschilderten Gründen ist Buprenorphin (vgl. S. 111) aber auch hier eine 'gute' Alternative, besonders bei Methadonunverträglichkeit.

c) *Langzeitprogramme (Maintenance- bzw. Erhaltungsprogramme, Sonderprogramme):*

Diese Art der Substitution geht auf die - 1964 von Dole und Nyswander eingeführte - Methadon-Erhaltungsbehandlung (methadone maintenance treatment) zurück (vgl. www.indro-online.de/methadonkritik.htm, S. 1). Unter Heilung verstanden Dole und Nyswander in diesem Rahmen das Erreichen folgender Ziele: physische Rehabilitation, soziale/berufliche (Re-)Integration und Stabilisierung, Einstellen krimineller Aktivitäten (Beschaffungskriminalität) und Abkehr vom illegalen Drogenmarkt. Zur Erreichung dieser Ziele wurde die Notwendigkeit einer evtl. sogar lebenslangen Substitutionsbehandlung in Kombination mit begleitender psychosozialer Betreuung nicht ausgeschlossen. Das Erreichen eines Abstinenzstatus galt lediglich als Idealziel der Behandlung (vgl. ebd., S. 2.). Der Pharmakologe Vincent P. Dole hat noch 1998 in einem Interview deutlich bekräftigt: „The goal is not abstinence, the goal is to become functional“ (vgl. ebd.). „Drogentherapeutische Bemühungen im klassischen Sinne spielen hierbei häufig eine untergeordnete oder gar keine Rolle. Es geht um die schlichte Versorgung, d.h. darum den 'Hunger' des Süchtigen nach Drogen auf legale Weise zu befriedigen“ (Bossong/Stöver, 1992, S. 26). Polytoxikomanie und übermäßiger Beigebrauch sollen durch ausreichend hohen Verschreibungen 'ausgebremst' werden. Mit diesen Programmen sollen Langzeitabhängige erreicht werden, bei

denen alle anderen 'Hilfsangebote' versagt haben und die eine Integration auch nicht (mehr) wünschen (der gesundheitliche Allgemeinzustand läßt eine solche oftmals auch nicht mehr zu). Mit der gesetzlichen Vorgabe der Suchtmittelfreiheit ist dies nicht mehr vereinbar. Für alle Erhaltungsprogramme - auch für jene, die auf der kontrollierten Abgabe der Originalsubstanz basieren (wie z.B. das seit Jahren in Planung befindliche Frankfurter Heroin-Erhaltungsprogramm) - gilt aber: Es werden immer nur die Abhängigen erreicht, die staatliche Kontrolle und Registrierung nicht scheuen, die trotz allem persönlichen Elend die 'Alternativkultur' der illegalen Drogenszene der staatlichen 'Leitkultur' vorziehen (vgl. Schmidt-Semisch, 1990, S. 112 ff.). Innerhalb einer Personengruppe, die überwiegend schlechte Erfahrungen mit dem staatlichen Hilfesystem gemacht hat, dürfte dies die schweigende (und leidende) Mehrheit sein. Substitutionsmittel sind im Rahmen von Erhaltungsprogrammen den Originalsubstanzen jedoch durch ihre längere Halbwertszeit überlegen. Heroin z.B. müßte - streng genommen - mehrmals täglich bei der Vergabestelle abgeholt werden. Die Mitgabe größerer Mengen wird wiederum wegen der Gefahr des 'Weiterver-tickens' auf dem Schwarzmarkt als problematisch angesehen. Diese Befürchtung wird auch immer wieder im Zusammenhang mit Substitutionsmitteln geäußert. Schmidt-Semisch (1990, S. 95 f.) weist jedoch darauf hin, „daß auch das auf dem Schwarzmarkt erworbene Methadon in den meisten Fällen therapeutischen Zwecken dient, so etwa der selbstdurchgeführten Detoxifikation oder um Entzugserscheinungen zu vermeiden“.

6.4.2. Überprüfung der praktischen Durchführbarkeit an den gesetzlichen Rahmenbedingungen

Obwohl die AUB-Richtlinien fordern: „Oberstes Ziel der Behandlung ist Suchtmittelfreiheit“ (vgl. 6.3., S. 126), sind unter bestimmten Voraussetzungen alle drei o.g. Modelle in der Praxis grundsätzlich durchführbar. Der repressive Charakter deutscher Substitutionspraxis findet sich eher in den verzwickten Details der AUB-Richtlinien sowie in der inneren Einstellung der gesetzgebenden und ausführenden Organe gegenüber der Klientel und der generellen Sinnhaftigkeit der Substitution (vgl. hierzu z.B.: www.indro-online.de/methadonkritik.htm, S. 3 ff.).

Zu den verzwickten Details gehört z.B., daß Modell c) - die unbefristete Substitution - nur bei Vorhandensein bösartiger Tumore, HIV-Infektion und chronischer Hepatitis durchgeführt werden kann (vgl. AUB-Richtlinien, § 3, Abs. 1., Punkt 1.-3.). § 3a läßt eine Behandlung zwar auch zu, wenn „eine drogenfreie Therapie aus medizinischen Gründen nicht durchgeführt werden kann“ (vgl. ebd., § 3a, Abs. (1), Punkt 1.), jedoch wiederum nur dann, wenn Aussicht besteht, daß sich der Gesundheitszustand stabilisiert, bessert und „durch allmähliches Herunterdosieren schrittweise eine Drogenfreiheit erreicht werden kann“ (vgl. ebd., Punkt 2. a) + b)). Die ideologische Sackgasse, in die man sich durch das starre Festhalten am Abstinenzparadigma manövriert hat, mutet beim Lesen dieser Richtlinien fast schon komisch an. Weiß man allerdings, welches Elend in der Praxis dadurch nicht gelindert wird, bleibt das Lachen sofort im Halse stecken. Die von Dole und Nyswander - im Rahmen einer ggf. lebenslangen Substitution - aufgezeigten Möglichkeiten (vgl. nochmals: 6.4.1., Punkt c), S. 123 f.) bleiben dem Langzeitabhängigen, der (noch) nicht todkrank ist, in Deutschland somit weiterhin verwehrt.

Reelle Chancen werden m.E. auch mit § 4, den Ausschlußkriterien, vertan: Hier heißt es unter Punkt 1., daß eine Substitution nicht im Anfangsstadium der Opiatabhängigkeit (weniger als 2 Jahre) durchgeführt werden kann. M.E. könnte aber gerade dieser Personengruppe durch einen Einsatz von z.B.

Codein oder Buprenorphin im Rahmen von Modell a) der schnelle Ausstieg aus der Illegalität ermöglicht werden, bevor sie sich dort mit allen bekannten Auswirkungen richtig verfestigt hat. In dieser Bestimmung - sowie in fast allen anderen genannten medizinischen Indikationen der AUB-Richtlinien - scheint die schon totgeglaubte 'Leidensdrucktheorie' wieder ihrer Gruft entstiegen zu sein.

Besonders deutlich wird das an der Indikationsliste, die die Eingangskriterien zu einer bis zu zwölf Monaten befristeten Substitution - die dem Modell b) zugeordnet werden kann - festlegen. Wer keine „rezidivierende Abzeßerkrankung“, „wiederholte (Broncho-) Pneumonie“, „behandlungsbedürftige Tuberkulose“ oder ähnlich Unangenehmes vorweisen kann, hat 'schlechte Karten' (vgl. ebd., § 3, Abs. 2., Punkt 1.-5.).

Dadurch, daß man die - bis zu sechs Monate befristete - kurzfristige Substitution (Modell a)) in § 3, Abs. 3., Punkt 1. und 2. strikt an eine anschließende stationäre Behandlung gebunden hat, hat man aber noch eine weitere Chance vertan: Die Nutzung von Modell a) zum langfristigen oder vorübergehenden Selbstausstieg aus der illegalen Szene. Zu diesem Punkt möchte ich nochmals auf die weiter oben (s. 124 f.) zitierten Anmerkungen von Schmidt-Semisch (1990, S. 95 f.) verweisen. Immerhin wurde durch die Formulierungen in § 3a („Weitergehende Zulässigkeit der Substitutionsbehandlung“) die Tür zu einer - sich an die Substitutionsbehandlung anschließenden bzw. selbige begleitenden - (u.a. auch kostengünstigen) ambulanten Rehabilitation in einer Beratungsstelle offengelassen. Selbst die IFT-Leistungsbeschreibung (vgl. z.B.: 3.2.1., Seite 20 f.) nennt als Zielgruppe für ambulante Rehabilitation u.a. ausdrücklich „Substituierte“ (vgl. www.dhs.de/reihe/leistung/teil_b_leistungsbeschreibung.htm, S. 20 f.).

Ein Kapitel für sich sind die immensen Verwaltungs- Genehmigungs- und sonstigen Auflagen, die den substituierenden Ärzten mit diesen neuen Richtlinien gemacht werden. Handlungsleitend scheint hier ein tiefes Mißtrauen gewesen zu sein.

Alles in Allem halte ich auch die neuen AUB-Richtlinien für sehr problematisch und ambivalent. Diese Ambivalenz wird deutlich, wenn man die zitierte (siehe S. 120) Formulierung in der Präambel der AUB-Richtlinien dem Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) von 1968 („Sucht ist Krankheit“) gegenüberstellt. Ruf (1995, S. 89 ff.) führt aus, daß nach Auffassung bedeutender Strafrechtler die Ausführungen des BSG (Trunksucht ist eine behandlungsbedürftige Krankheit und die Übernahme der Behandlungskosten durch den jeweiligen Sozialversicherungsträger damit gesichert) verallgemeinerbar sind und auch für Opiatabhängige gelten. Sie zitiert (ebd., S. 89) aus einem unveröffentlichten Manuskript des Strafrechtlers Haffke:

„Wenn aber die Opiatabhängigkeit eine Krankheit ist, dann gilt für sie wie für andere Krankheiten auch (27 Abs. 1 S.1,2 SGB V): ‘Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankenbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfaßt:

1. ärztliche Behandlung
2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln.’ “

Demgegenüber führt die Präambel der AUB-Richtlinien aber aus:

„Das alleinige Auswecheln des Opiats durch ein Substitutionsmittel stellt jedoch keine geeignete Behandlungsmethode dar und ist von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht umfaßt“.

Hier sehe ich einen klaren Widerspruch: Es kann inzwischen als erwiesen angesehen werden, daß allein schon das Auswecheln des - unter den katastrophalen Bedingungen der illegalen Drogenszene konsumierten - Opiates durch ein Substitutionsmittel hilft, Krankheiten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Dem Opiatabhängigen eine solche Leistung nur unter den genannten Bedingungen zu gewähren - und das nur im Hinblick auf eine Drogenabstinenz - halte ich somit rechtlich für sehr bedenklich. Die unter 4.2. (S. 51 ff.) behandelte Frage der grundsätzlichen Ambivalenz des Krankheitsbegriffes in Bezug auf Abhängigkeiten und Abhängige ist hierbei zunächst einmal als zweitrangig anzusehen. In erster Linie geht es m.E. darum, ob die AUB-Richtlinien nicht mit zweierlei Maß messen und so evtl. eine Mißachtung des Gleichheitsgrundsatzes in der Rechtsprechung darstellen. Bis zum 01. Juli diesen Jah-

res konnte man darüber hinaus getrost auf dem Standpunkt stehen, daß die AUB-Richtlinien völlig überflüssig seien, da der Gesetzgeber mit seinen Ausführungen in den §§ 13 BtMG und 5 BtMVV im Grunde ausreichend detaillierte Vorschriften erlassen hatte, welche Ärzte und Patienten zudem nicht in dem Maße entmündigt haben, wie die AUB-Richtlinien dies tun. Die etwas fragile rechtliche Grundlage der AUB-Richtlinien ergab sich bis zu diesem Zeitpunkt lediglich aus § 5 BtMVV, Abs. (2), Satz 3:

„Die Bundesärztekammer kann **Empfehlungen** für das Verschreiben von Substitutionsmitteln **auf Grundlage des Standes der medizinischen Wissenschaft abgeben** [Hervorhebungen durch d. Verf....]“.

Seit dem 01.07.01 ist in der Welt der Substitution jedoch 'nichts mehr so wie es einmal war': Der Gesetzgeber hat die Gültigkeit seiner Paragraphen zu einem weiten Teil an die Meinungen und Richtlinien einer einzigen Standesorganisation gebunden. Für einen demokratischen Geist ist dies schwer nachvollziehbar, dennoch aber traurige Realität. Im Rahmen der 15. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (15. BtMÄndV) wurde oben zitierter Satz 3 gestrichen und durch einen neu geschaffenen Absatz (11) ersetzt. Dieser lautet nun wie folgt:

„Die Bundesärztekammer **kann in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft** für

1. die Erfüllung der Zulässigkeitsvoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1, 2 und 4 Buchstabe c,
 2. die Auswahl des Substitutionsmittels nach Absatz 4 Satz 4 und
 3. die Bewertung des bisherigen Erfolges der Behandlung nach Absatz 8 Satz 1
- feststellen** sowie Richtlinien zur Dokumentation nach Absatz 10 erlassen. Die Einhaltung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn und soweit die Richtlinien der Bundesärztekammer nach den Nummern 1 bis 3 beachtet worden sind. [Hervorhebungen d. Verf.]“

Man wird mir wohl zustimmen, wenn ich behaupte, daß es schon ein gewaltiger Unterschied ist, einer Berufsorganisation zu erlauben, auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Standards (über den man sich immer noch streiten kann) Empfehlungen auszusprechen oder ihr zuzugestehen - wenn auch nur für einen Teilbereich - den wissenschaftlichen Standard selbst zu definieren¹. In den Erläuterungen zur 15. BtMÄndV heißt es dazu, daß der Gesetz-

¹ [In diesem Zusammenhang sei die ketzerische Frage erlaubt, ob damit zu rechnen ist, daß die Fleischerinnung folgerichtig demnächst den wissenschaftlichen Standard für BSE - freie Wurst festlegen darf, auch wenn der Vergleich etwas hinkt, da es sich beim Beruf des Fleischers ja 'nur' um ein Handwerk handelt und nicht um eine 'Wissenschaft'. Andererseits kann man angesichts mancher Praktiken der 'medizinischen Wissenschaft' bezüglich des Unterschieds zu einem Handwerk gelegentlich schon ins Grübeln geraten.]

geber mit dieser Neuregelung beabsichtige, Ärzten, die die Richtlinien der Ärztekammer einhalten, eine Tätigkeit nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft zu bestätigen, „wenngleich darüber letztlich im Einzelfall der Strafrichter zu entscheiden hat“. Ob dies dazu beiträgt, bei den substituierenden Ärzten ein größeres Gefühl von Rechtssicherheit zu erzeugen, dürfte allerdings bezweifelt werden. Es handelt sich wohl eher um den halbherzigen Versuch, ein ähnliches Debakel wie 1991 in dieser Frage künftig zu verhindern. Damals hatte der Bundesgerichtshof (BGH) in Aufhebung eines Urteils des Landesgerichtes Düsseldorf (in einem Prozeß gegen einen substituierenden Arzt) am 17.05.91 in seiner Urteilsbegründung ausgeführt:

„Auch dem Vorstand der Bundesärztekammer fehlt die ihm vom Landgericht zugeschriebene ‘Richtlinienkompetenz’ (UA S. 17,18), einen für den Strafrichter verbindlichen Indikationenkatalog dafür aufzustellen wann das Verschreiben von Ersatzdrogen zulässig ist. Empfehlungen der ärztlichen Berufsorganisationen sind für den Richter, der in eigener Verantwortung über das Vorliegen der den Straftatbestand § 29 Abs. 1 Nr. 6 Buchst. A BtMG ausfüllenden Norm des § 13 Abs. 1 BtMG zu entscheiden hat, zwar eine Entscheidungshilfe, entbinden ihn aber nicht von der Verpflichtung, auch **unter Berücksichtigung abweichender Stellungnahmen der ärztlichen Wissenschaft** in jedem einer Verurteilung zugrunde gelegten Einzelfall zu prüfen, ob die Verschreibung des Betäubungsmittels begründet war. **Die Äußerung des Vorstandes der Bundesärztekammer ist keine Rechtsnorm**, die die in § 13 Abs. 1 BtMG festgelegte Strafbarkeitsgrenze zu konkretisieren vermag...“ [Hervorhebungen. d. Verf.] (vgl. Bossong/Stöver, 1992, S. 245).

§ 13 (1), Satz 1 BtMG besagt, daß im Rahmen der ärztlichen Behandlung einer Betäubungsmittelabhängigkeit Betäubungsmittel dann verabreicht werden dürfen, wenn ihre Anwendung am oder im menschlichen Körper begründet ist. Frühere Versionen des BtMG erlaubten dies jedoch nur dann, wenn ihre Anwendung am oder im Körper **ärztlich** begründet war. Dazu führt der BGH in seiner o.e. Urteilsbegründung wiederum aus:

„Was der Gesetzgeber mit dem Verzicht auf das Wort ‘ärztlich’ bezweckt hat, ergibt sich aus der Gesetzesbegründung /.../. Der neue Wortlaut läßt auch die Auslegung zu, daß **eine sozialmedizinische Indikation zum Verschreiben ausreicht**, z.B. um den Opiatabhängigen **unter Inkaufnahme einer fortbestehenden Abhängigkeit** von dem Zwang zur Beschaffungskriminalität zu befreien. /.../ Entgegen der Ansicht des Landgerichts liegt der Tatbestand des unerlaubten Verschreibens von Betäubungsmitteln **nicht schon deshalb** vor, weil der Arzt durch die Verordnung der Ersatzdroge gegen die Regeln der Schulmedizin verstoßen hat (...). Dies würde zu einer Kriminalisierung **medizinisch vertretbarer abweichender Auffassungen** führen und durch Strafandrohung **die Entwicklung neuer Therapien verhindern**. Vielmehr ist anerkannt, daß die Verfahren der Schulmedizin **nicht ohne weiteres mit den** für die strafrechtliche Auslegung maßgeblichen **Regeln der ärztlichen Kunst gleichzusetzen** sind (...). Die Regeln der ärztlichen Kunst belassen einem

Arzt gerade auf einem **medizinisch umstrittenen Gebiet** wie dem der Verschreibung von Ersatzdrogen für Drogenabhängige (...) **einen von ihm zu verantwortenden Risikobereich**“ [Hervorhebung durch d. Verf.](vgl. Bossong/Stöver, 1992, S. 244).

Nun wurde § 13, Abs. (1), Satz 1 daraufhin zwar nicht explizit geändert. In den Erläuterungen zur 15. BtMÄndV heißt es aber auch hierzu nun:

„Gleichzeitig wird der Arzt ausdrücklich verpflichtet, beim Verschreiben von Substitutionsmitteln **den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft einzuhalten**. In diesem Zusammenhang wird analog dem Transplantationsgesetz **auf Richtlinien der Bundesärztekammer verwiesen, deren Einhaltung den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft gewährleistet**. Explizite Strafbewehrungen enthält der Entwurf in dieser Hinsicht nicht. Allerdings ist anerkannt, dass **ein Verstoß gegen die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zugleich eine Verletzung der strafbewehrten Vorgaben des § 13 Abs. 1 in Verbindung mit § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 BtMG darstellen kann**, wonach das Verschreiben, Verabreichen oder Überlassen eines Betäubungsmittels zum unmittelbaren Verbrauch nur dann zulässig ist, wenn dies ‘begründet’ ist (...). Die getroffenen Regelungen erhöhen somit die Verantwortung des Arztes und der ärztlichen Selbstverwaltung für eine qualifizierte substituionsgestützte Behandlung. Gleichzeitig sollen in der BtMVV redaktionelle Verbesserungen und Klarstellungen vorgenommen werden [Hervorhebungen d. Verf.]“

Zu den engen zeitlichen Vorgaben der AUB-Richtlinien sei schließlich noch gesagt, daß der **‘befristete** Austausch eines unerlaubt konsumierten Opiats durch ein Substitutionsmittel im Rahmen der Behandlung einer neben der Betäubungsmittelabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung’ nach § 5 (1) BtMVV auch nur eine von drei möglichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Verschreibung von Substitutionsmitteln ist. Erlaubt ist dies nach § 5 (1) 1. auch zur „Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes“. Konkrete Zeitangaben macht der Gesetzgeber hierzu nicht, die Substitution ist zulässig, wenn und solange die unter Abs. (2), § 5 BtMVV, aufgeführten Kriterien erfüllt werden (psychosoziale Betreuung u.ä.). Mit der Neufassung des § 5 BtMVV im Rahmen der 15. BtMÄndV ist der Gesetzgeber allerdings - besonders was diese Kriterien betrifft - wiederum ein Stück weit dem restriktiven Stil der AUB-Richtlinien gefolgt. So heißt es dort jetzt z.B., daß die Verschreibung eines Substitutionsmittels zulässig ist, wenn und solange „der Substitution keine medizinisch allgemein anerkannten Ausschlußgründe entgegenstehen“ (§ 5, Abs. 2, Satz 1, Nr. 1, 15 BtM ÄndV); und: „Für die Erfüllung der Zulässigkeitsvoraussetzungen nach den Nummern 1, 2 und 4 Buch-

staben c ist der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Wissenschaft maßgebend“ (ebd., Satz 2). In den Erläuterungen zur 15. BtMÄndV heißt es jedoch relativierend, daß ‘medizinisch allgemein anerkannte Ausschlußgründe’ sich insbesondere aus den Gegenanzeigen, Anwendungsbeschränkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen der verwendeten Substitutionsmittel ergeben. Zum ‘allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft’ wird hier einschränkend hinzugefügt: „sofern dafür wissenschaftliche Maßstäbe angelegt werden können“. Es ist dennoch zu befürchten, daß sich die Bundesärztekammer die ihr vom BGH abgesprochene ‘Richtlinienkompetenz’ mit ihrer - nicht zu unterschätzenden - politischen Macht durch die Hintertür immer weitergehender Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnungen erstreiten wird. M.E. handelt es sich bei den erwähnten Neuregelungen der 15. BtMÄndV um eine - als ‘historische Zäsur’ zu bewertende - Übertragung von gesetzgeberischer Machtfülle an die Standesorganisation eines einzigen Berufsstandes, die einen klaren Rückschlag für eine liberale und vernünftige Drogenpolitik darstellt. In einem wichtigen Bereich der Drogentherapie wurde so die Chance vertan, eine an den realen Anforderungen der Drogenszene orientierte, gleichberechtigte, interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedern der medizinischen Berufe und jenen der sozialen Berufe - in deren Kompetenzbereich u.a. auch die hier wichtigen sozialmedizinischen Belange gehören - zu etablieren. Die Mitwirkung sozialer und therapeutischer Berufsgruppen wurde zwar festgeschrieben, indem Substitutionsmaßnahmen in § 5, Abs. (2), Satz 1, Nr. 2 BtMVV zwingend an „erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen“ gebunden wurden. Bei genauer Betrachtung der AUB-Richtlinien und der 15. BtMÄndV wird jedoch schnell klar, daß durch die strikte Bindung der Substitution an einen umstrittenen medizinischen Standard (nur Abstinenz ist Heilung) nicht nur der substituierende Arzt (durch die eigene Standesorganisation) zu einem bloßen Erfüllungsgehilfen degradiert wurde, unbeachtet seiner ggf. abweichenden Ansicht bzgl. der Heilung von Süchten. Auch alle anderen in der Substitution tätigen Berufsgruppen müssen künftig verstärkt unter den Vorzeichen einer ‘Wissenschaftsdiktatur’ arbeiten. Wer gegen diese Diktatur aufbegehrt, hat - wie in den Vorjahren - ganz konkret mit strafrechtlicher Ver-

folgung zu rechnen, nur daß er sich jetzt auch vom Gesetzgeber keine wesentliche Rückendeckung mehr erhoffen kann. Mit all diesen Maßnahmen wird ganz klar ein einziges Ziel verfolgt: Die quantitative Eindämmung der Substitution zugunsten des Abstinenzparadigmas. Dieses Ziel dürfte über die in den AUB-Richtlinien festgelegten 'Mindestanforderungen an die suchtttherapeutische Qualifikation der substituierenden Ärzte' (für die in der 15. BtMÄndV nun die rechtliche Grundlage gelegt wurde) auch schnell erreicht werden. Angesichts der realen Situation in den meisten deutschen Arztpraxen ist nicht anzunehmen, daß allzu viele Ärzte diesen Mehraufwand auf sich nehmen werden. Wer diese Mindestanforderungen künftig nicht erfüllt, darf zwar weiter substituieren, jedoch nur drei Patienten gleichzeitig (§ 5, Abs. (3), Satz 1, 15. BtMÄndV).

In diesem Sinne möchte ich nochmals Ruf (1995, S. 86) zitieren: **„Man darf heute zu Recht annehmen, daß sich hinter dem hohen therapeutischen Ziel der Abstinenz weniger medizinisch-therapeutische als gesellschaftliche Zielsetzungen verbergen. Immerhin sind bei allen anderen Erkrankungen die Therapieziele wesentlich bescheidener ausgerichtet. Völlig ausreichend erscheint hier, wenn es dem Kranken aufgrund einer wie auch immer gearteten Behandlung gelingt, seine zentralen Lebensaufgaben wahrzunehmen“.**

7. Zur Diskussion um die Legalisierung illegaler Drogen

7.1. Einleitende Bemerkungen/ Vorgehensweise

Im letzten Kapitel dieser Arbeit setze ich mich mit der äußerst kontrovers diskutierten Frage der Legalisierung jener Substanzen auseinander, die in Deutschland derzeit nicht verkehrsfähig - also illegal - sind. Aus Gründen, die ich unter 7.2. näher erläutern werde, habe ich mich entschlossen, dieses Thema in der Form „metakritischer Überlegungen“ zu behandeln. Dies geschieht nicht durch eine direkte Gegenüberstellung der konträren Positionen und Argumente, da sich die Diskussion in der Fachwelt m.E. inzwischen über diesen Status hinaus entwickelt hat und sich dennoch in einer Art 'Patt-Situation' befindet (mehr dazu unter 7.2.). Ich werde daher versuchen, 'beide

Seiten der Medaille' kritisch zu beleuchten. Dabei will ich durchaus auch Stellung beziehen, Partei ergreifen und zum Nachdenken anregen. Deswegen gehe ich in diesem letzten Kapitel ganz bewußt das Risiko ein, mich stilistischer Hilfsmittel in Form von pointierten, provokativen, überdezidierten und möglicherweise polemisierenden Formulierungen zu bedienen.

7.2. Metakritische Überlegungen zu 'Prohibition' und 'Legalisierung'

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit der aktuellen Situation der Drogentherapie. Die Therapie der Drogenabhängigkeit scheint zunächst einmal ein Vorgang zu sein, der mit Drogenpolitik wenig zu tun hat. In der therapeutischen Auseinandersetzung mit der Person, die eine körperliche und/oder psychische Abhängigkeit von einer von außen zugeführten Substanz aufgebaut hat, geht es zunächst einmal um das Erkennen, Akzeptieren, Neuausrichten und Verstehen bestimmter - über ggf. lange Zeiträume hinweg aufgebauter - Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster sowie der Selbst- und Weltbilder, die jenen zugrunde liegen. Thamm (1989, S. 7 f.) weist jedoch darauf hin, daß durch die Illegalität bestimmter Substanzen eine 'Zwei-Klassen-Drogen-Gesellschaft' entstanden ist: „Die Behandlung einer Sucht ist völlig unabhängig davon, ob das Suchtmittel erlaubt oder verboten ist. Folgerichtig müßten alle Süchtigen gleich behandelt werden. Doch dem ist nicht so. Die Stigmatisierung der Klasse der 'illegalen' Drogenmißbraucher' (Rauschgift-süchtig-kriminell-HIV/AIDS-infiziert) und deren zunehmende gesellschaftliche Ausgrenzung ist aus sozialpolitischen und sozialetischen Gründen nicht vertretbar. Die Menschenwürde kann keinem Süchtigen, ob er nun von einem legalen oder illegalen Mittel abhängig ist, abgesprochen werden“. Es wäre deswegen ein völlig unrealistisches Unterfangen, Drogentherapie nicht in den Kontext gesellschaftlicher - und damit drogenpolitischer - Rahmenbedingungen zu stellen. Aus diesem Grund trägt der Titel dieser Arbeit den Zusatz „zwischen Repression und Akzeptanz“. Die Begriffe 'Repression' und 'Akzeptanz' beziehen sich dabei nicht nur auf das Verhalten oder die Person des Drogenkonsumenten, sondern selbstverständlich auch auf die von ihm konsumierten Substanzen. Deswegen will sich das letzte Kapitel dieser Arbeit u.a. mit den Ursachen der gesellschaftlichen Ächtung, dem Verbot be-

stimmter Substanzen - im Folgenden kurz 'Prohibition' genannt - beschäftigen. Die Betrachtung der emotionalen, historischen, religiösen und kulturellen Ursachen der Prohibition ermöglicht in diesem Zusammenhang m.E. einen weitaus realistischeren Blick auf die Frage der Legalisierung derzeit noch verbotener Substanzen als dies eine politische - rein auf die Gebote der Vernunft aufgebaute - Erwägung des Für und Wider einer Legalisierung in der Lage ist zu tun. Denn dies ist ja in den letzten Jahren zur Genüge geschehen und hat doch - zumindest in Deutschland - zu keinen greifbaren, praktischen Resultaten geführt, im Gegenteil: Die Diskussion um die Legalisierung von Drogen befindet sich in einem seltsamen Zustand: Auf der einen Seite schreitet Repression und Prohibition unaufhaltsam weiter fort, indem immer neue Substanzen in die Anlagen des BtMG aufgenommen werden (vgl. Rätsch, 2000, S. 11 f.) und bereits beschrittene Wege in Richtung Liberalisierung, wie im vorhergehenden Kapitel geschildert wieder drastisch eingeeengt werden. Auf der anderen Seite machen sich die Befürworter der Legalisierung gegenseitig Mut, große Hoffnungen wurden an den Regierungswechsel vor drei Jahren geknüpft; bereits 1992 entwickelte z.B. Schmidt-Semisch schon ein sehr konkretes Modell zur Freigabe von Drogen (das „Genußmittel-Modell“). Gewissenhaft, detailliert, mit großem Ernst und Eifer wird darüber diskutiert, ob man die freigegebenen Drogen unter staatlicher Aufsicht verteilen soll oder den Gesetzen der Marktwirtschaft vertrauen kann (vgl. z.B. Amendt, 2000, S. 197 ff.). Nun halte ich es zwar für ein sehr konstruktives und notwendiges Unterfangen, Visionen einer alternativen Drogenpolitik so detailliert und konkret wie möglich auszuarbeiten, realistisch gesehen muß man aber zunächst einmal feststellen: In Deutschland findet Legalisierung nur auf dem Papier statt. In der realen politischen Welt kann ich auch kein Anzeichen dafür erkennen, daß sich dies in absehbarer Zeit ändern wird. Nachdem in den Achtziger und Neunziger Jahren z.T. heftig über das Thema diskutiert wurde, 'Pro-und-Contra-Diskussionen' zur Frage der Legalisierung auch in den Medien recht beliebt waren (vgl. z.B. Thamm, 1989, S. 340 ff.) und vereinzelt sogar 'CDU'-Politiker wie Rita Süßmuth halblaut über eine Legalisierung nachgedacht hatten (vgl. Thamm, 1989, Seite 322), scheint die Sache in altbewährter Manier nun 'ausgesessen' zu sein. Die Euphorie war groß, die Ernüchterung ist es nun ebenfalls. An der

'Legalisierungs-Front' werden wieder kleine Brötchen gebacken, nachdem man zähneknirschend einsehen mußte, daß 'Bündnis 90/Die Grünen' als schwer gebeutelter Koalitionspartner der 'SPD' noch nicht einmal ihr Wahlkampfversprechen einhalten konnte, zumindest die Legalisierung von Cannabis voranzutreiben (vgl. www.hanflobby.de/archiv/amendt-drogenlegalisierung.html). Wenn sich der **Verstand** mit all seinen guten Gründen und vernünftigen Argumenten aber dermaßen in der Sackgasse wiederfindet, sollte man vielleicht einmal überprüfen, aufgrund welcher **Gefühle** in der Mehrheit der Bevölkerung sich eine so hoch verschuldete Gesellschaft wie die unsrige immer noch den kostspieligen Luxus einer Total-Prohibition bestimmter Substanzen leistet und warum die Legalisierungsbewegung bisher gescheitert ist, obwohl inzwischen bei vielen Politikern parteiübergreifend eine Art heimlicher Konsens darüber besteht, daß sie 'im Grunde ja die überzeugenderen und vernünftigeren Argumente auf ihrer Seite hat'. Aber: In dieser Frage geht es eindeutig nicht um Vernunft, sondern um Emotion, dem Pendant der Vernunft. Denn die Prohibition war schon immer ein - mit religiöser Vehemenz geführter, sehr emotionaler - Glaubenskrieg, der sich nur zur Tarnung in die Gewänder der Vernunft kleidet. In Wahrheit, so glaube ich, geht es wohl um die Macht über und die Kontrolle sowie Steuerung des individuellen und gesellschaftlichen Bewußtseins: „Der 'War on Drugs' hat sich als Vehikel für die Erreichung anderer, verborgener und politisch noch nicht offen durchsetzbarer Zwecke entpuppt. /.../ All diese Maßnahmen sind zumindest auch dienlich im Hinblick auf die Abwehr antizipierter globaler Sozialkonflikte, wahrscheinlich ist das sogar deren eigentlicher Zweck. Und: All diese Maßnahmen sind ohne demokratisch-parlamentarische Willensbildung zustande gekommen und durch die Justiz nicht nachprüfbar“ (Böllinger, 1995, S. 35). Eine so rücksichtslose und undemokratische Machtpolitik läßt sich von braven, nach demokratischen Spielregeln geführten Pro-und-Contra-Diskussionen kaum beeindrucken, sie geht mit einem zynischen Lächeln darüber hinweg. Während die Gelehrten noch stritten und viel intellektuellen Staub aufwirbelten, wurden hinter den Kulissen schon Tatsachen geschaffen. Mit Vernunft alleine ist das Problem also offenbar nicht zu lösen. Wäre die Frage, ob Substanzen erlaubt oder verboten sein sollen, nämlich streng nach vernünftigen Gesichtspunkten, die jegliche Emotionalität ausschließen,

gehandhabt worden, müßten wir uns mit dieser Frage gar nicht beschäftigen: Es wäre nie zu einer Prohibition gekommen. Dies läßt sich bei nüchterner Betrachtung der entsprechenden historischen Entwicklungen sehr schnell erkennen. Vernunft war nie das handlungsleitende Prinzip für die Entscheidung, eine oder mehrere Substanzen zu verbieten. Auch die gesellschaftspolitischen und (sozio)ökonomischen Folgen, die Substanzverbote nach sich ziehen, haben mit Vernunft nichts zu tun. Da die Vernunft aber offenbar nur noch wenig bewirken kann, hat die Gesellschaft - und hier insbesondere die Medien - eine neue 'Waffe' entdeckt: Die Betroffenheit. Diese 'Waffe' ist zwar immerhin eine emotionale, sorgt aber fatalerweise dafür, daß alles so bleibt, wie es ist. Wenn man sich nur ausreichend 'betroffen' zeigt und vielleicht sogar noch 'aufs schärfste verurteilt', hat man seine staatsbürgerliche Pflicht erfüllt und kann zur Tagesordnung übergehen, ohne sich mit den tieferen Ursachen des jeweiligen Dilemmas beschäftigen zu müssen - man könnte ja unvermittelt seiner größten Angst ins Auge blicken. Zudem ist in einer Welt der täglichen Horrormeldungen selbst die Betroffenheit, die die erschütternde Bilanz einer über Jahrzehnte hinweg verfehlten Drogenpolitik erzeugt, nur von kurzer Dauer. Überfordert und betäubt von der Flut der Bilder und Informationen nehmen wir seufzend zur Kenntnis, welches Elend die Prohibition tagtäglich bei den Konsumenten der illegalen Substanzen hervorruft, welche unglaublich hohen Kosten die Strafverfolgung von Drogendelikten verursacht (vgl. Amendt, 2000, S. 199 ff.), welche astronomischen Gewinnspannen und Profite die Prohibition der sog. 'Organisierten Kriminalität' Jahr für Jahr garantiert (vgl. ebd.)¹. Staunend erlebt der Beobachter, wie immer neue Repressionen in der Drogenpolitik nach wie vor mit den Argumenten der 'Sozialschädlichkeit illegaler Drogen' sowie dem 'Schutz der Volksgesundheit' gerechtfertigt werden, obwohl diese Argumente anhand eindeutiger Zahlen längst widerlegt wurden (vgl. Böllinger, 1995, S. 29). Wie unrealistisch offenbar wieder einmal die Erwartungen an ein neues Jahrtausend - in dem alles besser wird - waren, wird angesichts des folgenden - nur zwölf Jahre alten Zitates - schmerzhaft deutlich: „In den letzten elf Jahren

¹ Wie mächtig z.B. der - zum größten Teil durch illegale Drogengeschäfte finanzierte (vgl. Thamm, 1989, S. 219 ff.) - internationale Terrorismus im Schatten der Prohibition inzwischen geworden ist, ist spätestens seit dem 11. September 2001 wohl jedem klar.

des 20. Jahrhunderts müssen weltweit die drogenpolitischen Weichen neu gestellt werden. Liberalisierungstendenzen in der Drogenpolitik im auslaufenden Jahrhundert machen die internationale Legalisierung der Drogen mit Beginn des kommenden Jahrhunderts vorstellbar“ (Thamm, 1989, S. 8). Allein ein Blick auf die täglichen Nachrichten genügt jedoch, um zu erkennen, wie erschreckend die globale Situation im Allgemeinen und die drogenpolitische Situation im Besonderen inzwischen geworden ist. Auch wenn, wie im Verlauf dieser Arbeit mehrfach geschildert, im Kleinen einzelne Achtungserfolge für einen vernünftigeren Umgang mit dem Drogenproblem zu verzeichnen sind, muß man insgesamt doch die ernüchternde Bilanz ziehen, daß der Status Quo im Großen und Ganzen aufrechterhalten wird. „Von einem radikalen Umdenken in der Drogenfrage kann also nicht die Rede sein“ (Amendt, 2000, S. 198). Es besteht m.E. vielmehr sogar die Möglichkeit, daß die politische Diskussion um die Legalisierung von Drogen von den sich abzeichnenden Tendenzen hin zu einem kriegerischen Überwachungsstaat, in dem totale Kontrolle und 'Bekämpfung allen Übels' favorisiert werden, mittel- oder langfristig verdrängt wird. Angesichts aktueller politischer Entwicklungen scheint es mir jedenfalls zunächst einmal nicht mehr „offen“ zu sein, „ob die neue Bundesregierung willens und in der Lage ist, sich in offenen Widerspruch zur Drogenkriegsstrategie der US-amerikanischen Regierung zu stellen und nach einer eigenständigen europäischen 'Lösung' des Drogenproblems zu suchen“, wie Amendt noch letztes Jahr hoffnungsvoll frohlockt hat (vgl. Amendt, 2000, S. 209). Das hehre Ziel einer freiheitlichen, liberalen Gesellschaft, in der eine humanitäre Drogenpolitik Fuß fassen kann, könnte m.E. vielleicht sogar in weite Ferne rücken. Darüber freut sich niemand mehr als die internationalen Kartelle und Syndikate, die die Herstellung und den Vertrieb der verbotenen Substanzen im Schatten der Prohibition mit wachsendem Erfolg aufrechterhalten. „Würde Heroin an der Börse gehandelt, dann würde allein schon die Mitteilung, daß - von einigen Korrekturen abgesehen - alles so bleibt, wie es ist, zu einem Kursanstieg führen. Die Produzenten in den Anbauländern würden verstärkt neue Mohnfelder anlegen, neue Labors bauen und neue Vertriebswege erschließen“ (Amendt, 2000, S. 209). Aber auch ohne eine solche Mitteilung werden Jahr für Jahr mit illegalen Drogen Rekordumsätze von geschätzten 400 Milliarden US \$

erzielt (vgl. ebd., S. 199). Und: „...nicht nur die unmittelbar in den Drogenhandel verwickelten Syndikate, sondern auch Teile der politischen Klasse in den Hauptkonsumländern sind an der Beibehaltung des Status quo interessiert. Zu den Gewinnern der Prohibition gehören auch jene Parteien und Organisationen, die den Drogenmißbrauch mit populistischen Parolen dazu mißbrauchen, Bürgerrechte einzuschränken und Rechtsstaatsgarantien abzubauen. Und weil fast überall, was unbestreitbar ist, der Endverbrauchermarkt von erkennbar Fremden beherrscht wird, nützen sie die Chance, das sogenannte Ausländerproblem mit dem sogenannten Drogenproblem demagogisch zu verknüpfen“ (ebd., S. 205 f.).

Historisch gesehen wurde dies nur dadurch möglich, daß sich Staat und Gesellschaft Anfang dieses Jahrhunderts durch die Einführung von Betäubungsmittelgesetzen aus der Verantwortung für diverse Substanzen ‘gestohlen’ haben, die von der legalen Pharmaindustrie entwickelt und in großem Stil vertrieben wurden (vgl. Thamm, 1989, S. 93 ff. bzgl. der weltweiten Werbekampagnen von ‘Bayer’ und ‘Merck’ für Heroin und Kokain). „Für das Syndikat wurde die Versorgung dieser Süchtigen zu einem lohnenden Anschlußgeschäft“ (ebd., S. 106). Durch diese ‘Aus-den-Augen-aus-dem-Sinn’-Mentalität wurde das Problem nicht gelöst, sondern lediglich in die Illegalität verschoben, in dessen Schutz es dann ungeahnte Ausmaße annehmen konnte.

Wie so viele politische Reformbewegungen, die sich aus der intellektuellen Szene heraus etabliert haben, versucht aber auch die Legalisierungsbewegung m.E. etwas nahezu Unmögliches: Sie versucht ein historisch gewachsenes, in kulturell-religiösen Glaubenssystemen wurzelndes Phänomen wie die Prohibition ‘über die Köpfe der Menschen hinweg’ auf politischem Wege abzuschaffen, obwohl die überwiegende Mehrheit der deutschen Bevölkerung auf einen solchen Schritt m.E. weder mental noch emotional vorbereitet ist und ihn wohl auch politisch nicht mittragen würde. In diese Sicherheit gewiegt, können sich die Verfechter des Status Quo beruhigt zurücklehnen, obwohl gegen die Prohibition unzählig viele - wissenschaftlich detailliert begründete und vernünftige - historische, wirtschaftsgeographische, allgemein-

psychologische, empirisch-psychologische, pharmakologische, neurobiologische, biochemische, psychiatrische, kriminologische, strafrechtliche, rechtswissenschaftliche, ethische, sozialpädagogische, soziologische und schließlich ökonomische Fakten sprechen (vgl. Kanitscheider, 2000). Trotz der erschlagenden Beweiskraft dieser wissenschaftlichen Fakten bleibt ein „Ja, aber...“ stets im Raum stehen. Dies mußte auch die schweizerische „Droleg“-Initiative erkennen, die Ende 1999 in einer Volksabstimmung zurückgewiesen wurde; immerhin sprach sich dort aber schon jeder Vierte für eine Legalisierung von Drogen aus (vgl. Amendt, 2000, S. 208). Amendt (ebd.) kommentiert dies mit den Worten: „Wenn Angst ein Argument ist, dann war die Angst vor einem Alleingang der Schweiz das wohl stärkste Argument gegen die ‘Droleg’-Initiative“. Unabhängig davon, ob es tatsächlich diese Angst war, die den Schweizer Bürger noch zögern ließ oder ob da noch viel tiefer gehende Ängste eine Rolle gespielt haben, mit einem hat Amendt hier Recht: Angst ist in der Frage der Legalisierung das stärkste Argument und damit jedem anderen, vernünftigen Argument überlegen. Gleichzeitig zeigt sich in der Äußerung Amendts aber auch eine gewisse Weltfremdheit, wenn er schreibt: „**Wenn** Angst ein Argument ist...“. Warum sollte Angst kein Argument sein? In vielen Episoden der Weltgeschichte war es m. E. sogar das einzige Argument. An diesem Punkt offenbart sich das ganze Dilemma: Während die Befürworter der Legalisierung so sehr damit beschäftigt sind, vernünftige Argumente zusammenzutragen und dabei in viel zu geringem Umfang die tiefsitzenden Ängste der Menschen berücksichtigen, werden diese Ängste von den Befürwortern des Status Quo schamlos und unverhohlen ausgenutzt, geschürt und ausgebaut. Noch haben sie damit den stärksten Trumpf in der Hand, denn es handelt sich um irrationale Ängste, die in der Bevölkerung von Kirche und Staat über Jahrhunderte hinweg - zum Zwecke des Machterhalts - durch gezielte Fehl- bzw. Nichtinformation aufgebaut, geschürt und aufrechterhalten wurden. Gegen irrationale Ängste kommt man erfahrungsgemäß aber mit vernünftigen Argumenten alleine nicht an. Angst ist ein Gefühl, das man nicht ohne weiteres wegdiskutieren kann. Der Angst muß ein stärkeres Gefühl entgegengesetzt werden. Ein solches Gefühl ist z.B. Vertrauen, ganz speziell Selbstvertrauen. Damit meine ich, daß die Angst vor bestimmten Drogen - welche der Prohibition

trotz aller bekannten Nachteile in der gesellschaftlichen Meinungsbildung nach wie vor ihre Daseinsberechtigung sichert - nur durch den langsamen Aufbau des Vertrauens besiegt werden kann, daß der Wille des Menschen stärker ist als die Macht einer Droge, auch wenn diese vorübergehend Macht von seinem Bewußtsein ergreifen sollte. Es wäre eine ungeheuer anspruchsvolle, langwierige und dennoch äußerst lohnende Aufgabe, über Maßnahmen der schulischen und außerschulischen Erziehung, über spezielle Maßnahmen in der Erwachsenenbildung sowie über allgemein verständliche, seriöse und sensible Aufklärungskampagnen ein solches Vertrauen in der Bevölkerung aufzubauen. Die politischen Maßnahmen zur Abschaffung des Elends auf der illegalen Drogenszene würden dadurch erheblich gestärkt, glaubwürdiger und irgendwann vielleicht sogar mehrheitsfähig. Dazu müßte sich aber überzeugend und breitflächig folgende, einfache Erkenntnis durchsetzen: „Bei der Handhabung der bewußtseinsverändernden Stoffe handelt es sich in der Tat um jene Gratwanderung des kontrollierten Gebrauches, die die irreversible Abhängigkeit vermeidet, aber auch nicht vor lauter Ängstlichkeit in der abstinenten Langeweile verharrt“ (Kanitscheider, 2000, S. 215). Mit erbittertem Widerstand gegen eine solche Auffassung ist allerdings definitiv zu rechnen. Denn ein Mensch, der diese Gratwanderung beherrscht und somit in einem solchen Akt von 'Selbstmeisterschaft' Macht über seine eigene Angst erlangt hat, ist u.U. politisch und ideologisch schwerer lenkbar und wird von kirchlichen und staatlichen Machthabern möglicherweise als Bedrohung empfunden. So schreibt Rätsch (2000, S. 13): „Als das US-amerikanische Establishment, das vor allem von puritanischen und fundamentalistischen Christen gebildet wird, durch die aufkeimende Hippiebewegung in Angst und Schrecken versetzt wurde, reagierte die Regierung mit drastischen Drogengesetzen. Sie wurden als Legitimation zur Unterdrückung der auf bewußtseinsweiternden Erfahrungen aufbauenden Lebensformen sowie als Werkzeuge zur Verfolgung gesellschaftlich unerwünschte Individuen genutzt. Man machte den Hippies die gleichen Vorwürfe wie zuvor den Hexen: Drogenmißbrauch, Promiskuität, amoralische Auflehnung gegen die christliche Ethik. /.../ Denn zur Ideologie der Hippies gehörte die Befreiung von christlichen Schuldgefühlen und Zwängen. Außerdem haben sie

wieder von den Bäumen der Erkenntnis genascht und das Göttliche in sich selbst und nicht im Wort eines Priesters entdeckt“².

An dieser Stelle gilt es jedoch, zusammenfassend noch einmal klar zu differenzieren:

1. Jede legale **und** illegale Droge **kann** grundsätzlich kontrolliert und genußorientiert konsumiert werden.
2. In der realen Welt gibt es jedoch viele verschiedene Konsummuster, die in gleicher Weise für legale und illegale Drogen gelten. Diese Palette reicht von kontrolliertem, genußorientiertem Konsum bis hin zu totaler körperlicher und psychischer Abhängigkeit, totalem Kontrollverlust.
3. Wer eine illegale Droge konsumiert, lebt deswegen noch lange nicht in der illegalen Szene. In der Szene halten sich andererseits aber auch Konsumenten auf, die vorwiegend eine legale Droge wie Alkohol konsumieren. Nicht jeder, der in der illegalen Szene lebt und konsumiert, konsumiert unkontrolliert und/oder nimmt die staatlichen Hilfen in Anspruch.
4. Der rechtliche Status einer Droge hat mit ihrem Gefahrenpotential wenig zu tun. Es scheint sich langsam herauszukristallisieren, daß dem illegalen Wirkstoff THC (Cannabis) ein weitaus geringeres Gefahrenpotential zu unterstellen ist, als z.B. dem legalen Alkohol. Längerer Zigarettenkonsum scheint weitaus schädlicher zu sein und abhängiger zu machen als der Konsum mancher illegalen Droge. Viele Drogenabhängige haben 'kein Problem' damit, von ihrer illegalen Hauptdroge abstinent zu bleiben, den Zigarettenkonsum können sie jedoch trotz vieler ernsthafter Versuche fast nie aufgeben.

In der öffentlichen Meinung, **die nach wie vor die Prohibition emotional stützt**, findet eine solche Differenzierung aber kaum statt. Hier wird das Bild klar von den Konsumenten illegaler Drogen geprägt, die unkontrolliert und verelendet in der illegalen Szene konsumieren und die staatliche Hilfesyste-

² Diese Ausführungen treffen den Kern der ganzen Angelegenheit m.E. schon recht gut. Ich persönlich hätte die Formulierung „christlich“ allerdings jeweils durch das Prädikat 'kirchlich' ersetzt, da die 'kirchliche Lehre' m.E. häufig die sog. 'christliche Ethik' in einer Art und Weise interpretiert, über die man durchaus streiten könnte, wenn man wollte. Insofern war den Kirchen wahrscheinlich eher daran gelegen, zu verhindern, daß 'irgendwelche Hippies' möglicherweise herausfinden, daß sie keine institutionalisierte Religion brauchen, um religiöse oder spirituelle Erfahrungen zu machen.

me in Anspruch nehmen. Da die staatlichen Hilfen aber immer von den 'Solidargemeinschaften' der Steuerzahler, Krankenversicherten u.ä. finanziert werden, liegt genau hierin der politische Sprengstoff. Es ist dabei unerheblich, wie gering die Ausgaben für diese Hilfen im Vergleich zu anderen öffentlichen Aufwendungen sind. Es interessiert auch wenig, daß diese Ausgaben im Umkehrschluß auch volkswirtschaftliches Volumen bilden (z.B. durch die Beschäftigten der 'Hilfeindustrie'). **Emotional** entsteht beim arbeitenden und steuerzahlenden Durchschnittsbürger vielmehr schnell der Eindruck, für die Folgen gesellschaftlicher Normverletzungen Anderer gerade stehen zu müssen. Brisant daran ist, daß dieser 'Durchschnittsbürger' sich im Geheimen vielleicht schon oft gewünscht hat, selbst einmal in die normverletzende '*Alternativkultur des Verbotenen*' einzutauchen, sich dies **aufgrund seines inneren Wertesystems** aber nicht zugesteht und dies auch niemals offen zugeben würde. So dürfte also an vielen deutschen Stammtischen immer noch die Beschwerde darüber laut werden, *„daß die sich einfach das Recht herausnehmen, dieses Zeug zu nehmen, obwohl sie nicht damit umgehen können, wissen, daß es verboten ist, dann damit auf die Schnauze fallen und schließlich der Gesellschaft auf der Tasche liegen“*. Abgesehen davon, daß eine solche Argumentation die Angelegenheit über alle Maßen vereinfacht und oft unter kräftiger Zuhilfenahme der (legalen) Droge Alkohol geäußert wird, so zeigt sie doch, daß dringender Handlungsbedarf für einen neuen **gesamtgesellschaftlichen Dialog** besteht. Ein Dialog, in dem vielleicht **auch die kontrolliert konsumierenden Gebraucher illegaler Drogen** aufgefordert sind, einmal darüber nachzudenken, was sie über 'vernichtende Kritik' hinaus noch tun könnten, um diese Gesellschaft - die nun mal so ist, wie sie ist - **glaubhaft davon zu überzeugen**, ihnen die Freiräume zuzugestehen, die sie einfordern. Diese Freiräume sollten zwar eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein und Kanitscheider (2000, S. 7) ist uneingeschränkt zuzustimmen, wenn er schreibt, daß das Betäubungsmittelgesetz als eine eklatante Verletzung verfassungsrechtlich geschützter Werte anzusehen ist, denn: „Das Individuum der deutschen Verfassung wird zwar in abstracto als eigenverantwortliches, selbstbestimmtes Wesen verstanden, in concreto wird ihm dann aber die Fähigkeit zur Gestaltung seines Drogenkonsums radikal abgesprochen“ (ebd.). Diese Gesellschaft ist aber vielleicht

(noch) nicht überzeugt davon, wie ernst es den Drogenkonsumenten wirklich damit ist, **selbstbestimmt und verantwortungsvoll mit Substanzen umzugehen**, die zwar reizvoll, auf der anderen Seite aber auch gefährlich sein können. Das öffentliche Bild wird durch jene (Minderheit?) geprägt, die ihre Drogen weder selbstbestimmt noch eigenverantwortlich handhaben. Wer hier das Recht auf Selbstschädigung als Argument einbringt, dem stimme ich im Hinblick auf volljährige Konsumenten zwar uneingeschränkt zu ³, im Hinblick auf minderjährige Drogenabhängige sehe ich aber ethische und rechtliche Probleme. **Vielleicht sollte Akzeptanz auch keine Einbahnstraße sein**, die immer nur von einer 'ignoranten' und 'intoleranten' Gesellschaft eingefordert wird. In diesem Zusammenhang taucht natürlich auch die Frage auf, **wer wen zuerst abgelehnt hat**: Der Drogenkonsument die Gesellschaft oder die Gesellschaft den Drogenkonsumenten? Diese Gesellschaft ist zwar definitiv aufgefordert, ihre Normen, Werte, Einstellungen, ihre Doppelmoral bezüglich des Umgangs mit legalen und illegalen Drogen, ihre fragwürdige Vorbildfunktion für Heranwachsende etc. **endlich einmal gründlich zu überprüfen**, sie sitzt gegenüber den (illegalen) Drogenkonsumenten aber auch 'am längeren Hebel'. Große Teile der Gesellschaft haben vielleicht immer noch Angst davor bzw. sehen keine Notwendigkeit dafür, ihre „Schuldgefühle und Zwänge“ aufzugeben (wenn sie überhaupt als solche wahrgenommen werden), trauen sich nicht zu, mit der 'Versuchung' frei zugänglicher 'harter' Drogen umgehen zu können und halten deshalb lieber am Verbot fest. Die Rechtfertigung, **andere vor dieser Versuchung beschützen zu müssen** (obwohl viele gar nicht beschützt werden wollen), ist dabei natürlich weniger peinlich, als zuzugeben, **daß man selber Angst hat**. Damit jede Seite die jeweils andere in diesem Dialog besser **verstehen und akzeptieren** kann, sollte vielleicht verstärkt Aufklärung darüber betrieben werden, wo genau die Ursachen für diese seltsame Angst vor den angeblich 'kulturfremden', illegalen Substanzen liegen und warum so bereitwillig an ihr festgehalten wird. Im Folgenden will ich dazu einige Anregungen geben:

³ Auch die Übernahme der Kosten für evtl. notwendige Behandlungsmaßnahmen durch die Solidargemeinschaften kann kein Argument gegen eine Selbstschädigung erwachsener Drogenkonsumenten sein, da streng genommen viele Erkrankungen, für deren Behandlung die Gemeinschaft aufkommt, als Folge einer bewußten oder unbewußten Selbstschädigung angesehen werden können.

Die - im Grunde zutiefst 'abergläubische' - Idee, daß Drogen **alleine schon aufgrund ihrer stofflichen Beschaffenheit** 'böse' oder schädlich sein könnten, verfestigte sich in unserem Kulturraum ironischerweise erst mit der Verbreitung des Christentums, welches eigentlich für sich beanspruchte, die Menschen von 'Aberglauben' und 'heidnischen Vorstellungen' befreien zu wollen. Viele der 'heidnischen' Naturreligionen hatten ein eher entspanntes Verhältnis zu den Rauschdrogen aus der Natur, vielfach wurden Pflanzen wie Koka, Hanf und Mohn sogar als heilig und von den himmlischen Mächten gesandt verehrt, auch und gerade in unseren Breitengraden. Rätsch (2000, S. 16 ff.) erinnert daran, daß der älteste - ca. 7.500 Jahre alte - archäologische Fund von Hanfblüten bzw. -samen nicht etwa aus Asien stammt, sondern aus den Schichten der Bandkeramikultur von Eisenberg in Thüringen. Solche Funde wurden auch in ca. 2500 Jahre alten germanisch-keltischen Gräbern gemacht: Der berauschende Hanf sollte die Toten ins Jenseits begleiten. Offenbar wurde der Hanf als heiliges Kraut der germanischen Liebesgöttin 'Freya' verehrt, welche Fruchtbarkeit und 'friedliche Wonnen' bescherte. „In der Schweiz wurde noch im 19. Jahrhundert der Winter mit Hanfstengeln ausgetrieben“ (ebd., S. 17). Das renommierte Wiener Brauhaus „Siebensternbräu“ preist seine neueste Biersorte „7 Stern-Hanf“ im Internet mit den folgenden Worten an: „Hanf gehört mit der Hopfenrebe zur Familie der Cannabanaceen, die mit den Maulbeergewächsen verwandt sind. Hopfen und Hanf sind die einzigen Vertreter dieser Pflanzenfamilie. Im europäischen Mittelalter gehörte der Hanf zu den Biergewürzen. Im 16. Jhdt. führten die Klöster auch den beruhigenden Hopfen als Bierzusatz ein. 1516 verbot das 'Deutsche Reinheitsgebot' sämtliche Zutaten im Bier außer Gerste, Hopfen und Wasser. Die alten stimulierenden Kräuter wie Bilsenkraut, Hanf, Belladonna usw. wurden kurzerhand **zu Teufelskraut erklärt, weil sie unchristliche Wirkungen hatten**. Mit dem '7 Stern-Hanf' wird eine uralte Bierkultur wieder lebendig“ [Hervorhebung des Verfassers] (www.7stern.at/?do=646). Der deutliche Hinweis dieser 'Produktinformation' auf die religiösen Wurzeln der Prohibition läßt das viel gerühmte 'Deutsche Reinheitsgebot' in einem ganz neuen (Zwie)Licht erscheinen. Der berühmte 'Wiener Schmah' ist zwar unverkennbar, der ernste Hintergrund aber auch. So etwas aus dem konservativen, katholischen Österreich zu vernehmen,

wird manchen in Erstaunen versetzen. Die vertrauliche Nähe, die hier von einem österreichischen (und nicht etwa von einem holländischen) Bierbrauer zwischen der 'kulturfremden' Pflanzendroge Hanf und der urdeutschen Kulturdroge Bier hergestellt wird, lädt zum Schmunzeln, aber auch zum Nachdenken, ein. So schreibt Rätsch (2000, S. 17): „Außerdem hat sich in den letzten Jahrzehnten bei uns eine eigenständige Hanfkultur entwickelt, mit eigenem *belief system*, eigener Ikonographie, eigener materieller Kultur, eigener Musik und Sprache“. Amendt (1999) äußert sich dazu wie folgt: „Die von Schily befragten Sachverständigen werden, wenn sie nicht gerade einer Psychosekte angehören oder einer rechtspopulistischen Partei verpflichtet sind, bestätigen, daß es in Deutschland eine entwickelte Hanfkultur gibt. Das hat gerade auch der Suchtstoffkontrollrat der UN bestätigt. Weder die Justiz noch die Polizei sind in der Lage, sie aufzulösen oder zu zerschlagen“ (www.hanflobby.de/archiv/amendt-drogen-legalisierung.html, S. 1). Dazu noch einmal Rätsch (2000, S. 16): „Seit über sechstausend Jahren wird der Hanf überall dort, wo er in der Gefolgschaft des Menschen hingelange, als Heilmittel benutzt. Es hat sich bei meiner ethnomedizinischen Untersuchung (Hanf als Heilmittel) herausgestellt, daß die medizinische Verwendung des Hanfes noch vielseitiger als die Verwendungsmöglichkeiten der ganzen Pflanze ist. Im Laufe der Geschichte wurde der Hanf in den verschiedenen Kulturen und Heilsystemen bei weit über hundert Indikationen angewendet. Damit ist Hanf die am vielseitigsten verwendbare Heilpflanze überhaupt! Zahlreiche ethno- und volksmedizinische Indikationen wurden inzwischen pharmakologisch bestätigt“.

Aber auch der Mohn wurde, so Rätsch (2000, S. 22), im alten Europa als Nutzpflanze kultiviert: „Die ältesten archäologischen Spuren der Mohnverwendung deuten auf die Pfahlbausiedlungen am Genfer See und am Bodensee. Sie sind etwa 4500 Jahre alt. /.../ Der Schlafmohn wurde in den vorrömischen Kulturen in Daunia, Italien, schon im 6. Jahrhundert v. Chr. als 'Lebensbaum' und heilige Pflanze verehrt. Der Mohn war die heilige Pflanze der Großen Göttin Deo oder Demeter aus minoischer Zeit in Kreta. Der Mohn war heilig, weil er Nahrung liefert (Mohnsamen, Öl), Medizin (Aphrodisiakum, Schmerzmittel, Schlafmittel, Durchfallmittel) und Rauschmittel (Opi-

um)“ (ebd.). Dennoch wurde die Handhabung der Pflanzendrogen auch schon früh kontrolliert und reglementiert, jedoch aus anderen Motiven heraus wie heute: „Die Drogenkontrollen in der Antike waren weniger von der Sorge um die Volksgesundheit bestimmt, vielmehr spielten steuerliche Erwägungen im Sinne einer Einkommensquelle für den Staat die entscheidende Rolle“ (Thamm, 1989, S. 26). Daß sich die Motive der Kontrolle mit der Verbreitung des Christentums drastisch änderten und Pflanzendrogen sogar regelrecht geächtet und ‘dämonisiert’ wurden, erklärt Rätsch (2000, S. 11) mit der Verdrängung der ‘heidnischen’ Götter durch den Monotheismus der katholischen Kirche: „Die arrogante Anmaßung des Christentums, den einzig wahren, alleinigen Gott zu haben, der jede gesetzliche und moralische Willkür ‘rechtfertigt’, bildet auch heute den geistigen Hintergrund des BtMG“. So gerechtfertigt, habe die Ächtung der Pflanzendrogen und die Verfolgung ihrer Benutzer ihren Lauf genommen: „Wirft man einen Blick in die Geschichte der nach dem BtMG verbotenen Pflanzen und Pflanzenwirkstoffe, wird die abendländische Besessenheit, auf unliebsame Menschen Hexenjagden zu veranstalten, offenkundig. Als Triebkraft wurde von ihrem Beginn an die katholische Religion genutzt. Von ihrem Geist getränkt konnte der *Hexenhammer* zum Vernichtungsschlag erhoben werden. Von ihrer Ideologie wird auch heute noch das Betäubungsmittelgesetz erfüllt“ (ebd.). So gesehen, sei die moderne Drogengesetzgebung eine direkte Folge dieses Kampfes der christlichen Kirche gegen die ‘heidnischen’ Naturreligionen: „Man darf nicht vergessen, daß die moderne Drogengesetzgebung hauptsächlich von christlichen Politikern und Kirchenmännern geschaffen wurde. Was Papst Innozenz VIII. mit seiner ‘Hexenbulle’ von 1484, in der er den Gebrauch von Cannabis verboten hatte, begann, führte ein niederländischer Bischof im 20. Jahrhundert fort: Im Rahmen des 1. Internat. Opiumabkommens (IOA) vom 23.1.1912 in Den Haag (Haager Abkommen) wurden unter Vorsitz von Bischof Brent Opium, Kokain, Morphin geächtet und die Grundlage für die Drogenprohibition im 20. Jahrhundert geschaffen“ (ebd., S. 11 f). Die Wurzeln für diese Entwicklung jedoch ausschließlich in kirchlicher Machtpolitik zu sehen, wäre vielleicht etwas zu einfach. Möglicherweise waren (und sind?) die Kirchenmänner wirklich davon überzeugt, daß es anmaßend ist und einer Lästerung Gottes - wie sie ihn verstehen - gleichkommt, wenn ‘einfache

Sterbliche' über die Benutzung von Pflanzendrogen selbst einen Zugang zum Göttlichen suchen: „Auf Kreta, zumindest in der spätminoischen Periode, wurde Opium von den Seherinnen eingenommen, um über die Kanten des Alltagsbewußtseins in den jenseitigen Raum zu schauen, an den Ort zu reisen, wo Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft eine unzertrennliche Einheit bilden. /.../ Die Mohngöttin zeigt die minoische Gebärde, sie hält die Arme angewinkelt nach oben. Ihr Blick schweift in die Ferne oder nach innen. Sie sucht die Visionen, nach denen sich die Kultur entwickelt und nach denen Menschen leben sollen. D.h., das Opium hatte im Ritual die Aufgabe, den Menschen spirituelle Erfahrungen zu ermöglichen“ (Rätsch, 2000, S. 23 f.). Nun hatte die christliche Kirche aber ganz klare, eigene Visionen, nach denen sich die Kultur entwickeln und die Menschen leben sollten. Diese Visionen waren bestimmt von dem, was man aus der 'Bibel' heraus als das unbestreitbare 'Wort Gottes' interpretierte, um so 'Gottes Willen für alle Menschen' abzuleiten. Wenn Johannes (Kap. 14, Satz 6) Jesus sagen läßt: „*Ich bin der Weg und die Wahrheit und das Leben; **niemand kommt zum Vater denn durch mich***“ oder: „*Ich bin die Tür; **wenn jemand durch mich hineingeht, wird er selig werden***“ (Kap. 10, Satz 9) scheint dies ⁴ ja auch offenkundig im Widerspruch zu dem Vorhaben zu stehen, durch die Benutzung von Drogen 'zum Vater zu kommen' anstatt durch den Glauben an Jesus Christus im Gebet oder im Wort des Priesters. Es gab zwar auch eine christliche Mystik, in der spirituelle Gotteserfahrungen ihren Platz hatten, hier war Drogengebrauch aber meines Wissens nicht als 'Initialzündung' für erleuchtende Erlebnisse üblich, sondern eher Askese, Entsagung, Selbstkasteiung, Gebet und Kontemplation über die heilige Schrift. Obschon man nicht ganz verhindern konnte, daß gelegentlich auch 'Abweichler' aus den eigenen Reihen über den Tellerrand kirchlicher Dogmatik schauten: „Hildegard von Bingen (1098-1179), die aus germanischen, arabischen und antiken Quellen schöpfte, widmete dem Hanf einen relativ breiten Raum in ihrer 'Physica' und schrieb, daß der Hanf für den, der im Kopf gesund ist, gut, für den aber, der im Kopfe krank ist, schädlich wirke“ (Rätsch, 2000, S. 18).

⁴ insofern man nur die wörtliche Auslegung gelten läßt und die Möglichkeit eines metaphysischen Symbolgehaltes dieser Bibelworte nicht berücksichtigt

Damit hatte die geniale christliche Mystikerin in ihrer unbeschwerten Art m.E. eine Erkenntnis herausgearbeitet ⁵, an die sich 'moderne' Forschung und Wissenschaft gerade wieder zaghaft heran tastet, die aber im direkten Widerspruch zur Dämonisierung der Drogen durch die Amtskirche steht: **Nicht die Droge ist das Problem, sondern der Mensch, der sie benutzt.**

Interessant ist, daß die Kirche die Verwendung von Drogen nie ganz unterdrücken konnte. Dieser Umstand ist wohl der Tatsache zu verdanken, daß die wichtigsten Naturdrogen Hanf, Koka und Mohn neben ihrer berausenden und bewußtseinserweiternden Wirkpotentialen auch unbestreitbare Heilwirkungen haben. Gegen die medizinische Anwendung ließen sich nur sehr schwer religiöse oder moralische Einwände finden. So findet sich die christliche Gesellschaft seit Jahrhunderten auf einer eigentümlichen Gratwanderung zwischen religiös-moralischen Vorbehalten und medizinisch-pharmakologischem Streben nach Fortschritt wieder. In Kapitel 6. habe ich bereits die äußerst zwiespältige Rolle der deutschen Pharmaindustrie in der Entwicklung der modernen Drogen durch die Synthetisierung der in den Pflanzendrogen enthaltenen Wirkstoffe angesprochen. Thamm (1989, S. 88 ff.) schildert sehr detailliert, wie sich aus dem Apothekerwesen im deutschsprachigen Raum seit dem 14. Jahrhundert die moderne Pharmaindustrie - wie wir sie in Form weltweit operierender Konzerne heute kennen - entwickelt hat: „Im 16. Jahrhundert wurde ein neues universelles Heilmittel in den deutschen Arzneimittelschatz eingeführt. Der Begründer der neuzeitlichen Medizin, Theophrastus von Hohenheim (1493-1541), bescherte als 'Paracelsus' den Apothekern die 'lobenswerte rühmliche Arznei *Laudanum*' (= *Opium*). Über 400 Jahre sollte Opium zu den unverzichtbaren Apothekerdrogen gehören“ (ebd., S. 16). Der berühmte Paracelsus war es dann auch, der den ebenso berühmten Ausspruch tat: **„All ding sind gifft und nichts ohn Gifft, allein die dosis macht das ein ding kein gifft ist“** (vgl. Böllinger, 1995, S. 65).

⁵ Da Hildegard von Bingen beim Volk aber sehr beliebt war und sie es ohnehin gewohnt war, regelmäßig vom Vatikan 'abgemahnt' zu werden, ließ man ihr diese Ungeheuerlichkeit wahrscheinlich mit einigen Magenschmerzen durchgehen.

Fügt man diese Erkenntnis des Paracelsus derjenigen der Hildegard von Bingen - wie oben zitiert - hinzu, ergeben sich schon zwei wichtige Grundregeln des kontrollierten Gebrauches: **Beachte Deinen 'geistigen Zustand' sowie die Dosis der konsumierten Substanz.**

Dieser kurze Überblick über die religiösen Wurzeln der Prohibition ist zwar unvollständig, soll an dieser Stelle aber genügen, um folgende, für die Belange der Legalisierung wichtigen, Schlüsse zu ziehen:

1. Offenbar gab es in vor- und frühchristlicher Zeit im europäischen und auch im deutschsprachigen Raum eine gut entwickelte Kultur des kontrollierten und zweckgebundenen Gebrauchs verschiedener Drogen. Dabei ist zu beachten, daß die Motivation zum Drogenkonsum zwar auch eine genußorientierte war, fast immer aber im Zusammenhang mit religiösen, spirituellen bzw. kultisch-rituellen Rahmenhandlungen. Halb- oder vollsynthetisch hergestellte Produkte kamen dort aber nicht zum Einsatz, da erst 1803 - wie dargestellt - mit der Isolierung einzelner Wirkstoffe der Pflanzendrogen begonnen wurde. Bis zur Erfindung der Injektionsnadel im Jahre 1850 (vgl. Thamm, 1989, S. 48) gab es außerdem nur 'natürliche' Möglichkeiten der Drogenzufuhr: Die Substanzen mußten gegessen, getrunken oder geraucht werden.
2. Die Dämonisierung und Ächtung der Pflanzendrogen ging eindeutig von der katholischen Kirche in Europa und später auch von den - aus der europäischen Reformationsbewegung hervorgegangenen - protestantischen, lutherischen, calvinistisch-puritanischen Kirchen Nordamerikas (vgl. Thamm, 1989, S. 61 ff. bzgl. der religiösen Wurzeln des von den USA ausgehenden, modernen 'War On Drugs') aus. Die Prohibition ist damit m.E. in erster Linie ein religiöses Phänomen und erst in zweiter Linie ein - auf vernünftige Erkenntnisse der Gefahrenpotentiale einzelner Drogen aufbauendes - gesundheitspolitisches Anliegen. Daraus ergeben sich aus meiner Sicht weitere Überlegungen im Hinblick auf die Frage der Legalisierung:

3. Gemäß der Jungschen Theorie von der Kollektivpsyche ⁶ kann man durchaus davon ausgehen, daß viele hundert Jahre Verteufelung und Ächtung bestimmter Drogen eine mächtige und angstvolle Prägung im „kollektiven Unbewußten“ (vgl. Jacobi, 1989, S. 42 ff.) vieler Individuen unserer Gesellschaft hinterlassen haben. Auch wenn die Säkularisierung unserer Gesellschaft sehr weit fortgeschritten ist, beherrschen uns in vielen Bereichen immer noch moralische und ethische Vorstellungen und Ideen, die ursächlich auf kirchliches Dogma und/oder allgemeinreligiöses Gedankengut zurückzuführen sind. Dies mag in einigen gesellschaftlichen Bereichen konstruktiv und notwendig sein. Für den Bereich der Drogenpolitik ist das Denken in den ‘Schwarz-Weiß’-Kategorien von ‘Himmel und Hölle’, ‘Gut und Böse’ etc. jedoch hinderlich. Eine - mehr oder weniger ‘risikolose’ - Legalisierung aller Drogen würde m.E. jedoch voraussetzen, daß in unserer Gesellschaft in Bezug auf Drogen mehrheitlich nicht mehr in solchen Kategorien gedacht wird. Ein solcher ‘geistiger Umschwung’ wäre nur durch breit angelegte Aufklärungskampagnen erreichbar, die nicht die Angst in der Bevölkerung schüren (wie z.B. die Kampagne „Keine Macht den Drogen“), sondern klare, sachliche und wertneutrale Informationen vermittelt. In vorbildlicher Weise geschieht dies m.E. z.B. durch das Handbuch „Risiko mindern beim Drogengebrauch“ (Heudtlass et al., 1995).
4. Das gesamtgesellschaftliche Wissen um einen genußorientierten, kontrollierten Gebrauch derzeit verbotener Substanzen ist durch die kirchlichen Repressionen entweder verlorengegangen oder konnte sich durch die staatliche Prohibition der Neuzeit erst gar nicht in ausreichendem Maße aufbauen. Das hat dazu geführt, daß die Motivation zum Drogenkonsum - losgelöst von dem vorchristlichen Streben nach Bewußtseinsweiterung und spiritueller Erfahrung - inzwischen vielfach eine äußerst fragwürdige ist. Gerade bei Jugendlichen spielt zwar immer noch das „Bedürfnis nach Ekstase“ und die „Suche nach tiefgreifenden Lebensinhalten und Lebenszielen“ (vgl. Täschner, 1983, S. 41) als Motivation zum Drogenkonsum ei-

⁶ „Jung sagt darüber: ‘Das kollektive Unbewußte ist die gewaltige geistige Erbmasse der Menschheitsentwicklung, wiedergeboren in jeder individuellen ... Struktur‘“ (Jacobi, 1989, S. 43).

ne wichtige Rolle, eine genaue Vorstellung davon, wie diese Bedürfnisse mit Hilfe von Drogen risikolos zu befriedigen sind, existiert m.E. jedoch kaum. An diesem Punkt wird das historische Versagen der Kirchen deutlich: Die Hoffnung, die Religion würde in der Lage sein, über die natürlichen Bedürfnisse der Menschen nach Rausch, Ekstase und eigenen, spirituellen Erfahrungen zu triumphieren, hat sich nicht erfüllt. Der Verteufelung der Drogen wurde kein religiöses Angebot entgegengesetzt, das attraktiv genug gewesen wäre, die Menschen dauerhaft von bewußtseinsverändernden Substanzen fernzuhalten⁷. Die zunehmende Auflösung religiöser Bindungen und die fortschreitende Säkularisierung unserer Gesellschaft ist m.E. deswegen nicht die Ursache für den Drogenkonsum unserer Jugendlichen - wie Täschner (1983, S. 41) dies glauben machen will - sondern u.a. wohl eher die Folge des gerade beschriebenen historischen Versagens der Kirchen. Zu der Tatsache, daß ein breites Wissen um einen risikolosen Drogenkonsum nur sehr ungenügend vorhanden ist, die Motivationen zum Drogenkonsum teilweise als sehr problematisch einzustufen sind, kommt noch die - bereits erwähnte - Problematik, daß die modernen - halb- oder vollsynthetisch hergestellten und größtenteils injizierbaren - Drogen ein relativ detailliertes und exaktes Fachwissen voraussetzen, um kontrolliert und risikoreduziert konsumiert werden zu können. Dieses Wissen zu erwerben stellt m.E. andererseits aber auch für den - entsprechend motivierten - Laien kein Problem dar. In der Erziehung der Bevölkerung zum Lesen von Beipackzetteln und zum Beachten von Dosierungsanleitungen hat die Pharmaindustrie ja bereits gute Vorarbeit geleistet. Solches allerdings von illegalen Drogenproduzenten und -verteilern zu erwarten, ist natürlich illusorisch, da diese häufig nicht einmal qualitativ einigermaßen akzeptable Substanzen liefern und diesbezüglich auch kaum zu kontrollieren sind.

Es spricht also einiges dafür, eine Legalisierung aller Drogen anzustreben, viele Probleme würden dadurch gelöst. Es fehlen aber auch -wie dargestellt-

⁷ Dies gilt m. E. auch für die Politik: Es ist leicht, etwas zu verbieten, wo aber sind - gerade für Jugendliche - die reizvollen Alternativen, die den Gebrauch der unerwünschten und verbotenen Substanzen unattraktiv erscheinen lassen? Nicht jeder mag Leistungssport, der ihn „stärker macht als die Droge“ (oder direkt in die Abhängigkeit von Doping-Drogen führt).

einige wichtige Voraussetzungen im Bewußtsein der Bevölkerung, um eine Drogenlegalisierung zu einem gesellschaftspolitischen Erfolg werden zu lassen.

Unter den derzeit illegalen Drogen gibt es jedoch eine Ausnahme: Die Prohibition von Hanf ist m.E. mit Sicherheit nur noch als längst überholter Anachronismus anzusehen, der sofort abgeschafft werden könnte, ohne daß dies auch nur das geringste Risiko für die Gesellschaft bedeuten würde, wie die Legalisierungen von Cannabisprodukten in unseren Nachbarländern wie Holland und Schweiz ja klar zeigen. So schreibt Böllinger (1995, S. 28): „So ist noch vor 25 Jahren Cannabis auch in den Niederlanden verteufelt worden, heute ist der Gebrauch verbreitet, öffentlich, der Erwerb in sog. Coffishops normal, der hohe Symbolwert der Droge ist dem nüchternen Gebrauchswert gewichen. **Die 'stepping-stone'-Theorie (vom Haschisch zum Heroin) findet heute kaum noch Verfechter.** Dafür ändern sich die Normen in Bezug auf legale Drogen: Nikotingebrauch wird zunehmend als Gesundheitsrisiko und in der Öffentlichkeit als Störung bewertet“ [Hervorhebung d. Verf.]. Bereits auf Seite 145 habe ich dargestellt, daß es auch in Deutschland eine entwickelte Hanfkultur gibt, was der Suchtstoffkontrollrat der UN unlängst bestätigt hat. Am wichtigsten wiegt für mich aber das Argument, daß die Mehrzahl der Cannabiskonsumenten offenbar genußorientiert, selbstbestimmt und kontrolliert konsumiert und nur eine kleine Minderheit eine so starke psychische Abhängigkeit entwickelt, daß Hilfe von außen benötigt wird.

Mittlerweile verdichten sich allerdings auch die Hinweise darauf, daß dies kein cannabisspezifisches Phänomen ist. So schreibt Amendt (1999): „Die Mehrheit aller Konsumenten von psychoaktiven Substanzen nimmt sozial integriert und selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teil und ist auf keines der Hilfesysteme angewiesen“ (www.hanflobby.de/archiv/amendt-drogen-legalisierung.html, S. 1). Böllinger (2000, S. 185 f.) konkretisiert dies: „Repräsentative Stichprobenuntersuchungen zeigen, daß bei allen Drogen langfristig nur eine Teilgruppe von ca. 5-10 % zu einem kontrollierten oder einigermaßen risikomindernden Gebrauch **nicht** in der Lage ist. Diese 'Restgruppe' agiert bewußt oder unbewußt selbstdestruktiv.“

Es handelt sich dabei typischerweise um durch Sozialisations- und Entwicklungsstörungen psychisch primär belastete Menschen. Drogenkonsum ist dann jedenfalls auch ein psychopathologisches Symptom oder Syndrom, welches Sozial- und Psychotherapie erfordert, nicht aber für strafrechtliche Motivierung zugänglich ist. **Auch aus ethischen und verfassungsrechtlichen Gründen darf solche Krankheit nicht Gegenstand strafrechtlicher Interventionen sein**“ [Hervorhebungen d. Verf.]

Es zeigt sich also, daß das 'Drogenproblem' primär ein Problem ist, welches die Gesellschaft mit den Drogenkonsumenten hat (und umgekehrt). Nur ein kleiner Teil der Drogenkonsumenten hat wiederum ein problematisches Konsumverhalten. In den meisten Fällen ist dieses problematische Konsumverhalten jedoch nicht die Ursache für die psycho-sozialen Probleme der Betroffenen, sondern lediglich ein mißlungener Lösungsversuch tiefer liegender Sozialisations- und Entwicklungsstörungen. Drogentherapie kann demzufolge kein Instrument zur Lösung des übergeordneten Problems sein, das die Gesellschaft grundsätzlich mit der Handhabung psychoaktiver Substanzen hat und sollte daher strikt von dem - als gescheitert anzusehenden - Versuch abgekoppelt werden, dieses Problem mit den Möglichkeiten des Strafrechts zu lösen: „Weder Drogenkonsum noch -handel lassen sich therapeutisch oder kriegsmäßig bekämpfen, die Schadensannahmen sind unzutreffend oder zumindest überprüfungsbedürftig, die ökonomischen, sozialen und kulturellen Kosten sind extrem“ (Böllinger, 2000, S. 192). Drogentherapie sollte sich daher m.E. mit der bescheidenen - aber auch wichtigen - Position zufrieden geben, Einzelfallhilfe für eine sehr spezifische Minderheit anbieten zu können. Diese Einzelfallhilfe kann ambulant oder stationär erfolgen und sich der ganzen Palette derzeit zur Verfügung stehender therapeutischer Ansätze bedienen. Sie sollte sich aber stets darüber bewußt sein, daß das 'Drogenproblem' ihrer Klientel in erster Linie die spezifische 'Färbung' einer tiefer liegenden und breiter angelegten Problematik oder Herausforderung ist.

Das gesellschaftliche Drogenpolitikproblem hingegen kann insgesamt nur schrittweise gelöst werden, da den Drogen trotz aller wissenschaftlicher Auf-

klärung „unverändert die Qualität des Bösen an sich zugeschrieben“ wird (vgl. Böllinger, 2000, S. 192). Bei dieser schrittweisen Lösung ist „der archaische individual- und sozialpsychologische Mechanismus von Spaltung, Verleugnung und Projektion“ zu beachten (vgl. ebd.): „Affektiv als schlecht und normativ als böse wahrgenommene Phänomene bzw. Sozialprobleme werden einem dafür sich eignenden Sündenbock oder Außenfeind kausal zugeschrieben“ (ebd.). Die Betäubungsmittelgesetzgebung ist somit als „symbolisches Strafrecht“ anzusehen, welches der Gesellschaft dazu dient, die eigene - verdrängte und auf den Sündenbock 'Drogenkonsument' projizierte - Negativität sowie das eigene, unterdrückte Bedürfnis nach Normverletzung und Exzeß, zu bekämpfen. Der „böse Anteil“ wird damit abgespalten, um den „guten Anteil“ behalten und in das Bild von einem „idealen und grandiosen Selbst“ übersteigern zu können (vgl. ebd., S. 192 f.). Sozialpsychologisch gesehen übernimmt der Drogenkonsument somit die Rolle vom „Bildnis des Dorian Gray“: Der Drogenabhängige als 'Schattengesicht im Hinterzimmer der Gesellschaft' trägt die Narben und Verwundungen, während die restliche Gesellschaft sich selbst glorifiziert und nach außen hin ein selbstverliebtes, dynamisches, ewig junges und makellos reines Gesicht präsentiert. Zu dieser Erkenntnis zu gelangen, ist eine Sache, sie in das allgemeine gesellschaftliche Bewußtsein zu transportieren, eine andere. Dazu Böllinger (2000, S. 194): „Man kann sich aber nicht am eigenen Schopf aus dem Sumpf ziehen, die Rückbezüglichkeit des Zirkels nicht mit einem Schlag 'überzeugender Erkenntnisvermittlung' kathartisch lösen - das wäre seinerseits eine die Realität verzerrende Phantasiekonstruktion“. Da er es „wegen der reflexiven Selbstblockade“ für problematisch hält, unter den „heutigen Bedingungen eine derartige Selbstanalyse“ von den Praktikern in „Politik, Gesetzgebung, Rechtsprechung, repressiver und therapeutischer Sozialkontrolle“ zu erwarten, schlägt er für einen gesamtgesellschaftlichen Dialog als Etappenziel zunächst einmal eine Relativierung gegensätzlicher Positionen vor, nach dem Motto: „Ich weiß, daß das, was ich weiß, kontextabhängig ist und daß es auch andere mögliche und in ihrem Kontext legitime Sichtweisen gibt!“ (ebd., S. 195). Böllinger (ebd.) weiter: „Diese Relativierung erscheint mir als der zwar schwierigste, aber auch wirkungsvollste schritt in Richtung einer 'Öffnung der Augen' (und vor allem des Bauches!) für Alternativen“.

Wie eine schrittweise Lösung auf der gesetzgeberischen und strafrechtlichen, äußeren Ebene aussehen könnte, hat Böllinger bereits 1995 (S. 152 ff.) skizziert, indem er sinnvollerweise drei Stufen auf dem Weg in die Legalisierung unterschieden hat: Liberalisierung, Entkriminalisierung und Legalisierung, wobei der Totallegalisierung noch eine Partiallegalisierung vorangehen kann: „Unter dem Begriff Liberalisierung wird in einem allgemeinen Sinne eine Lockerung der prohibitiven Gesetzgebung verstanden, die sowohl Elemente der Entkriminalisierung als auch der Depönalisierung beinhalten kann /.../ Mit Entkriminalisierung meinen wir relative Maßnahmen, wie z.B. geringere Strafmaße, die Bewährungsaussetzung sowie ‘Therapie vor Strafe’, die Umwandlung von Freiheitsstrafe in Geldstrafe, und vor allem den Strafverzicht durch Verfahrenseinstellung. Die Juristen sprechen insofern genauer von Entpönalisierung“, denn: „Die relative Freigabe bzw. Entkriminalisierung des Drogenkonsums im westlichen Ausland (z.B. in Kalifornien, Holland, England) hat erwiesenermaßen nicht zu einer solchen epidemischen Ausweitung [des Drogenkonsums, wie von den Gegnern der Legalisierung immer behauptet, Anm. d. Verf.] geführt. Sie widerlegt auch das Argument von der strikten internationalen Gebundenheit [durch die internationalen Abkommen zur Bekämpfung der Drogen, Anm. d. Verf.]“ (ebd., S. 89). Unter Legalisierung verstehe man schließlich „die Aufhebung des absoluten Verbots bestimmter Drogen. Dies kann durch Herausnahme aus der Liste der nicht verkehrsfähigen Substanzen und Umstufung in die Liste verschreibungsfähiger Drogen geschehen, aber auch durch eine rechtliche Regelung im Arzneimittelgesetz oder im Lebensmittel- und Bedarfsgegenstände-Gesetz, das z.B. den Umgang mit Alkohol und Tabak regelt. Die legale Zugänglichkeit zu Drogen ist stets nur denkbar innerhalb eines bestimmten Kontrollmodells, das u.a. Abgabe- Verkaufsbeschränkungen (Mengen, Zielgruppe), Qualitätssicherung u.ä. regelt. Einige Autoren unterscheiden zwischen Totallegalisierung (vgl. das ‘Genußmittel-Modell’ von Schmidt-Semisch, 1992) und Partiallegalisierung, in der nur bestimmte Drogen legalisiert werden (etwa durch eine ärztliche Verschreibung im Medizinmodell)“ (ebd., S. 152 f.).

Böllinger weist allerdings einschränkend darauf hin, daß selbstbestimmte und kontrollierte Konsummuster, deren Verbreitung ich weiter oben ja als

Voraussetzung für eine Legalisierung gesehen habe, gerade durch die Prohibition behindert werden: „...daß der selbstbestimmte und eigenverantwortliche Konsum, der wie bei vielen anderen Drogen auch bei Heroin möglich ist, von der Illegalität und Kriminalisierung ständig behindert und gestört wird, was letztlich zur Verfestigung einer drogenfixierten Identität führt. Ein selbst-initiiertes oder privat organisierter Ausstieg oder eine Etablierung regelorientierter, kontrollierter Gebrauchsmuster ist häufig möglich, setzt allerdings voraus, daß soziale Stützsysteme (Freunde, Familie, Kontakte außerhalb der Drogenszene, Berufserfahrungen) wirksam genutzt werden können, und: daß eine soziale und berufliche Reintegration nicht durch Verfolgung, Verurteilung, Behandlungsaufgaben, 'helfenden Zwang' und Haftstrafen massiv verhindert wird“ (ebd., S. 41).

8. Fazit

Zum Ende dieser Arbeit finde ich zunächst einmal bestätigt, was ich bereits auf Seite 7 vermutet habe: So etwas wie **die Drogentherapie** gibt es nicht. Ein einheitliches Verfahren zur therapeutischen Behandlung von Sucht kann und wird es nie geben, auch wenn es vielleicht Bestrebungen in dieser Richtung gibt. M.E. sollte es das auch nicht geben, da die Ursachen von Suchtmittelabhängigkeit doch recht vielfältig sind, ebenso wie die Motivationen zum Drogenkonsum. Dazu kommt, daß Menschen - auch bei ähnlich gelagerten Problemstellungen - auf ein und den selben therapeutischen Ansatz unterschiedlich reagieren. In kaum einem Bereich therapeutischen Vorgehens gehen die Meinungen jedoch so weit auseinander wie im Bereich der Drogentherapie. Wo sonst zumindest rudimentäre Klarheit darüber herrscht, welcher Personenkreis mit einem therapeutischen Angebot angesprochen werden soll, fängt im Bereich Drogentherapie der Streit schon an. Das liegt wohl offenbar darin begründet, daß in unserer Gesellschaft recht verschiedene Vorstellungen darüber existieren, wo der Konsum von Rauschmitteln aufhört und wo die Abhängigkeit von ihnen beginnt, zumal schon keine Einigkeit darüber herrscht, was ein Genußmittel ist bzw. was als Rauschmittel einzustufen ist. Wie dargestellt, kann ein und dieselbe Substanz ja durchaus sowohl das eine als auch das andere sein. Auch wenn versucht wird, via ICD, DSM u.ä. einheitliche Kriterien für diesen Bereich zu schaffen, wird es auch den internationalen Psychiatriekommissionen wohl nicht gelingen, alle Menschen gleich zu machen. Damit sind wir aber bei einem grundsätzlichen Problem der helfenden Berufe im Allgemeinen: Die Grenzen zwischen 'Hilfe zur Selbsthilfe' und 'helfendem Zwang' können sehr schnell fließend werden. Das fängt schon bei der Klärung der Frage an, wer denn überhaupt der Hilfe bedarf: Nur derjenige, der dies für sich selbst erkennt oder u.U. auch derjenige, den man erst noch davon überzeugen muß, daß er Hilfe benötigt. Gerade in der Sozialen Arbeit mit Drogenabhängigen ist dies eine ständige Gratwanderung, da das Bedürfnis nach Hilfe sehr oft nur zaghaft und mit großer Angst, erheblichen Vorbehalten gegenüber den Helfern geäußert wird. Verständlich, wenn man bedenkt, daß diese Hilfen von einem System angeboten werden, welches Therapie und Strafrecht miteinander in beden-

licher Weise verknüpft hat, von einer unterschwellig mißtrauischen, moralisch äußerst wertenden Grundhaltung einmal ganz abgesehen. Wie viel Mut es da auf beiden Seiten braucht, ein fragiles Vertrauensverhältnis aufzubauen, schildert Steffan eindringlich in seinem - mehrfach zitierten - Buch über die 'wahren Helden der Sozialen Arbeit', die StreetworkerInnen. Sie stehen Tag für Tag vor der schwierigen Aufgabe, die undeutliche Grenze zum 'helfenden Zwang' möglichst nicht zu überschreiten, jene versteckten Signale aufzuspüren, Interesse und Motivation unauffällig zu fördern, ohne vereinnahmend zu werden oder 'Therapiegespräche zu drücken'. Auf die bequemen und sicheren Termin- und Komm-Strukturen ihrer Kollegen in den Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen können sie dabei nicht zurückgreifen, die 'Szene' hat ihre eigenen Gesetze. Das - dieser Arbeit vorangestellte - Zitat von Milton H. Erickson (1979) kann und sollte aber vielleicht auch Richtschnur und Hilfe für diejenigen Helfer sein, die sich auf die Sicherheit ihrer - von der eigentlichen Szene abgeschirmten - Einrichtungen stützen können: „Jeder Mensch ist ein Individuum. Die Psychotherapie sollte deshalb so definiert werden, daß sie der Einzigartigkeit der Bedürfnisse eines Individuums gerecht wird, statt den Menschen so zurecht zustutzen, daß er in das Prokrustesbett einer hypothetischen Theorie vom menschlichen Verhalten paßt“ (www.milton-erickson-gesellschaft.de). Denn die Versuchung, Menschen 'zurechtzustutzen', ist groß. Die hypothetischen Theorien, die als Leitlinie und Rechtfertigung solchen Tuns zur Verfügung stehen, sind verführerisch und klingen zunächst logisch. In Kapitel 4. habe ich dargestellt, wie hinterfragbar sie aber auch sind. Akzeptierende Drogenarbeit gibt hier Antworten und zeigt alternative Lösungsmöglichkeiten in Grundsatzfragen auf. Doch Differenzierung tut not: Wo beim erwachsenen Abhängigen die Grenze zu einer Verletzung des Selbstbestimmungsrechtes bereits überschritten wird, fängt beim kindlichen oder jugendlichen Drogenkonsumenten die gesellschaftliche Pflicht zu Fürsorge, Schutz, notwendiger Erziehung und Anleitung vielleicht erst an. Dies gilt sowohl für den Bereich der Drogentherapie als auch für den Bereich der Drogenpolitik im Hinblick auf die Frage der Legalisierung. Da schon jetzt auch der Umgang mit legalen Drogen für Jugendliche reglementiert ist, sollte dies eigentlich selbstverständlich sein. So plädieren auch sehr liberale Ethiker dafür, Heranwachsende vor Drogen zu

schützen (vgl. Kanitscheider, 2000, S. 235). Jugendliche, die diese notwendigen gesetzlichen Beschränkungen überschreiten, zu kriminalisieren und auszugrenzen, ist m.E. jedoch strikt abzulehnen: „Allerdings sollte die Regel gelten, daß Jugendliche, die beim illegalen Gebrauch angetroffen werden, ‘minimal invasiv’ zu behandeln sind. Jede Art von Ausschluß, moralischer Verurteilung oder schulischer Diskriminierung muß vermieden werden. Man behandle sie wie Anfänger in einer schwierigen Sportart; wie Skifahrer, die sich zu früh auf einen eisigen Steilhang gewagt haben. Man hole sie von dort zurück und geleite sie in flacheres Gelände“ (ebd.). Unter 3.3.2. habe ich die „Therapeutische Einrichtung Eppenhain“ vorgestellt: Fast immer liebevoll - zuweilen auch mit gut gemeinter erzieherischer Härte - werden hier Tag für Tag ‘die Skifahrer vom eisigen Hang geholt’. Obwohl man über die eine oder andere therapeutische oder erzieherische Vorgehensweise durchaus streiten könnte, geschieht dies in dieser Einrichtung überwiegend mit Einfühlungsvermögen, Liebe, großer fachlicher Kompetenz und mit überdurchschnittlichem Erfolg: Die Abbrecher- und Rückfallquote ist sehr gering. Zu diesem Erfolg trägt nicht zuletzt ein wesentlicher Faktor bei: Die Jugendlichen haben hier die Möglichkeit, schulische Defizite vor Ort auf- bzw. nachzuholen und können dies auch nach Beendigung der Therapie im „Bildungszentrum Hermann Hesse“ in Frankfurt/Main fortsetzen. Hier werden echte Perspektiven aufgezeigt, ich halte dieses Konzept deswegen für vorbildlich und zukunftsweisend. Obwohl die KlientInnen auch hier die grundsätzliche Repressivität der ‘traditionellen’ Drogenhilfe immer unterschwellig zu spüren bekommen, empfindet die überwiegende Mehrzahl von ihnen das Angebot als echte Chance und Möglichkeit, ihre Lebensträume - die sie alle haben - vielleicht doch noch in die Tat umsetzen zu können, wie ich in vielen Gesprächen mit ihnen in den letzten Monaten erfahren habe. Die Erkenntnis, daß man seinen Beitrag zu einer besseren und humaneren Gesellschaft kaum mit leeren Taschen und ohne Ausbildung leisten kann, gewinnt bei den meisten schließlich die Oberhand - trotz aller berechtigten, jugendlichen Kritik an „einer schizophrenen Gesellschaft, in der Doppelmoral, Verlogenheit, Habgier und Korruption regieren“. Dennoch tragen auch sie schwer am Stigma des kriminellen, rauschgiftsüchtigen Taugenichtes. Sie wissen, daß Qualität und Quantität der Chancen, die man ihnen geben wird, begrenzt sind.

Gerade in diesem Bereich sind die Möglichkeiten der Suchtprävention noch lange nicht ausgeschöpft: Hier ist der Staat aufgefordert, vom moralisierend erhobenen Zeigefinger abzurücken. Es kann keine staatliche Aufgabe sein, dem Bürger inhaltliche moralische Grundsätze vorzugeben. „Worum sich der Staat jedoch in positiver Weise verdient machen könnte, wären die Garantie einer guten Qualität der Drogen, Erziehung zum gefahrenarmen Gebrauch sowie Aufklärung über riskante Praxen und Überdosierungen. Fürsorge, Information und gesundheitliche Sicherung ist kein Paternalismus. Wenn eine Gemeinde bei einem Klettersteig auf ihrem Gebiet sichere Haken zum Einklinken der Karabiner anbringt, sorgt sie für die Gesundheit ihrer Bürger, ohne diese zu irgend etwas zu zwingen.“ (Kanitscheider, 2000, S. 234). Schließlich sorgt der Staat ja auch dafür, daß alkoholische Produkte kein giftiges Methanol enthalten und schützt so die Volksgesundheit. Im Bereich der Sexualität hat dies ja auch zum Erfolg geführt: Da man wußte, wie sinnlos es sein würde, Jugendliche moralisierend vor einem verfrühten oder wahllosen Gebrauch ihrer Sexualorgane zu warnen, ist man dazu übergegangen, ihnen zu erklären, wie sie sich zumindest vor Ansteckung u.ä. schützen können und welche Praktiken als riskant eingestuft werden. Das ist dann wenigstens ehrlich, zumal die erwachsene Bevölkerung weder im Bereich Sexualität, noch im Bereich Drogenkonsum für sich beanspruchen kann, ein leuchtendes Vorbild an Sittlichkeit oder kontrollierter, gemäßigter und sicherer Ausübung zu sein.

Der in Kapitel 6. schließlich behandelte Bereich der Substitution zeigt, daß ein kontrollierter und risikoarmer Gebrauch auch härtester Drogen möglich ist. Dosierung, Verabreichung und Reinheit der Substanzen werden kontrolliert, was zu gesundheitlicher Besserung und Stabilisierung führt, die Möglichkeit eines gestuften Ausstieges aus der Sucht sowie einer gesellschaftlichen Wiedereingliederung ist gegeben. Stünden Abstinenzparadigma und überzogene Zugangskriterien nicht im Wege, könnten sogar jene dem Teufelskreis der Verelendung in der Illegalität entrinnen, die eine Suchtmittelfreiheit nicht (mehr) anstreben. Sowohl Substitution als auch staatlich kontrollierte Originalstoffvergabe wären dann effektive - wenn auch nicht die einzigen - Maßnahmen, den illegalen Drogenmarkt 'auszutrocknen'. Den skrupel-

losen und brutalen Händlern des 'organisierten Verbrechens' könnte so ein erhebliches 'Kundenpotential' 'abgejagt' werden. Jeder Polizeipsychologe weiß um die Effektivität der Strategie 'Guter-Cop-Böser-Cop'. Der Staat sollte sich deswegen nicht zu schade sein, die Strategie 'Guter-Dealer-Böser-Dealer' einmal auszuprobieren, zumal er seine Unschuld als 'Drogendealer' in vielerlei Hinsicht m.E. ohnehin schon lange verloren hat.

Zu guter Letzt möchte ich noch einige persönliche und sehr subjektive Anmerkungen einfließen lassen, die den geneigten Leser nun vielleicht doch noch überraschen werden: Ich persönlich halte den Gebrauch psychoaktiver Substanzen in den meisten Fällen für überflüssig. Nach meiner privaten Überzeugung stehen dem menschlichen Geist - außer in gewissen gesundheitlichen Extremsituationen - genügend Möglichkeiten offen, sowohl Ängste, Spannungen und Schmerzen ohne Drogen zu reduzieren, als auch bewußtseinsweiternde Erfahrungen ohne die Zuhilfenahme bewußtseinsverändernder Substanzen zu machen. Dennoch habe ich nie die Notwendigkeit verspürt, auf den gelegentlichen und gemäßigten Genuß von Alkohol und Tabak zu verzichten. Dabei versuche ich stets, meinen emotionalen Zustand, meine Motivation sowie die konsumierte Dosis zu beachten, was zugegebenermaßen nicht immer einfach ist. Gerade beim Tabakkonsum stelle ich häufig fest, daß ich vom genußorientierten Wege abweiche und die Zigarette zur Spannungsreduktion mißbrauche. Ich finde aber, daß dies meine Entscheidung bleiben sollte, da ich auch letztlich den Preis dafür bezahlen werde, sollte ich zu viele 'Fehlentscheidungen' getroffen haben. Drogenfreie Wege der Bewußtseinsweiterung gibt es hingegen genauso viele wie drogengestützte. Dies ist eine Frage des persönlichen Geschmacks. Ich persönlich wäre unzufrieden damit, einen veränderten Bewußtseinszustand nur mit Hilfe einer chemischen Substanz erreichen zu können, andere mag dies nicht stören. Versuche, in deren Verlauf fernöstliche Praktiken wie Yoga, Transzendente Meditation, Tai Chi-Chuan u.ä. zur Therapie einer Suchtmittelabhängigkeit zum Einsatz kamen, haben gezeigt, daß die Qualität und Klarheit der während der Ausübung dieser Methoden erzielten Bewußtseinszustände so attraktiv war, daß viele Abhängige schnell und dauerhaft auf den Gebrauch von Drogen verzichten wollten, weil sie nun ein viel effektive-

res 'Vehikel' für ihr Streben nach Bewußtseinserweiterung gefunden hatten (vgl. Petzold, 1981, S. 29 ff.). Trotz allem bleibt etwas ganz wesentliches festzuhalten: Die Abstinenz bzw. der Gebrauch von Drogen sollte eine persönliche, private Entscheidung sein, die weder dogmatisiert noch bestraft werden sollte. Im Falle des Mißbrauches von Drogen wird es wahrscheinlich noch sehr lange dabei bleiben, daß therapeutische Hilfe oftmals notwendig wird. Das Ziel dieser Hilfe sollte jedoch in viel stärkerem Umfang als bisher vom Hilfesuchenden selbst bestimmt werden können. Abstinenz und kontrollierter Gebrauch sollten dabei als gleichwertige Zielalternativen gelten.

So möchte ich meine Ausführungen - versöhnlich und mit einem Augenzwinkern - mit einem Zitat von Baudelaire (zit. nach Petzold, 1981, S. 30) schließen: **„Nun denn, des Menschen Laster, mögen sie auch schrecklich sein, bergen den unumstößlichen Beweis für sein Streben nach Unendlichkeit“.**

LITERATURVERZEICHNIS

„**akzept**“ e.V./INDRO e.V. (Hg.): Drogen ohne Grenzen. Entwicklungen und Probleme akzeptierender Drogenpolitik und Drogenhilfe in Europa am Beispiel Deutschland/Niederlande; Berlin 1995

Amendt, Günther: „Gewinner und Verlierer - Was kostet die Drogenprohibition? Plädoyer für eine vernünftige Drogenpolitik“; in: Kanitscheider 2000, 197-210

Baum, David/Krug, Christian u.a.: „Unsere tägliche Dröhnung gib uns heute“. MAX-Report: Drogen in der Gesellschaft; 'MAX' Nr. 11/2000, S. 56-74

Beismann, Andrea: Alternativen in der Drogentherapie. (Diplomarbeit im Studiengang Sozialwesen der Fachhochschule Wiesbaden); Wiesbaden 2000

Böllinger, Lorenz et al.: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Ein Leitfaden für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen; Frankfurt am Main 1995

Böllinger, Lorenz: „Betäubungsmittelstrafrecht, Drogenpolitik und Verfassung - Die Mythen des Strafrechts und die gesellschaftliche Wirklichkeit“; in: Kanitscheider 2000, 179-196

Bossong, Horst/Stöver, Heino (Hg.): Methadonbehandlung. Ein Leitfaden; Frankfurt am Main 1992

Bühringer, Gerhard/Künzel, Jutta/Spies, Gabriele: Methadon-Expertise. Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland. IFT, München. (Hg.: Das Bundesministerium für Gesundheit); Baden-Baden 1995

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen: „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Einführung neuer

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden [**NUB**, Anm. d. Verf.] und über die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistungen gemäß § 135 Abs. 1 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V“ in der Fassung vom 01.10.1997 (BAnz. S. 15232), zuletzt geändert am 24. April 1998 (BAnz. 10507), Anlage A: Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden [**AUB**, Anm. d. Verf.], 2. Richtlinien zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, Beschlußfassung vom 26.04.1999, Inkrafttreten: 18.06.1999

Die **Bundesregierung**: Fünfzehnte Verordnung zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (Fünfzehnte Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung - 15. BtMÄndV); Inkrafttreten: 01.07.2001 außer: § 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 und Abs. 3, § 5 a Abs. 2 bis Abs. 5 Satz 1 BtMVV: am 01.07.2002, § 5 a Abs. 2 bis Abs. 7 BtMVV: am 01.01.2003

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)/Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA) (Hg.): **ROTE LISTE** 1996, Aulendorf/Württ. 1996

Carnes, Patrick: Zerstörerische Lust. Sex als Sucht; München 1987

Der Bundesminister für Gesundheit (Hg.): Ergebnisse des Modellprogramms: „Integrierte Suchtberatung in den neuen Bundesländern“; Baden-Baden 1996

Deutsche Bibelgesellschaft: Die Bibel - Nach der Übersetzung Martin Luthers; Stuttgart 1985

Deutscher Apotheker Verlag: Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) in Apotheken; 24. Auflage, Stand: 01.02.1998; Stuttgart 1998

Deutscher Taschenbuch Verlag: Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (**Betäubungsmittelgesetz - BtMG**), in: Strafgesetzbuch, 196-221, 36. Auflage; München 2001

Deutscher Taschenbuch Verlag: Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln (**Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung - BtMVV**), in: Strafgesetzbuch, 222-235, 36. Auflage; München 2001

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit, 2. Auflage; Frankfurt/Main 1986

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit, 4. Auflage; Frankfurt/Main 1997

Döhner, Wolfgang: „'Akzeptanz' versus 'Abstinenz' - Schlachtrufe in einem Glaubenskrieg?"; in: Rink 1995, 23-42

Draeger, W. (Hg.): **Lexikon der Gesundheit** - Medizinisches Fachwörterbuch; Reichenbach-Verlag 1990

DUDEN-Redaktion (Hg.): DUDEN - Rechtschreibung der deutschen Sprache und der Fremdwörter. Auf der Grundlage der amtlichen Rechtschreibregeln (DUDEN BAND 1), 19. Auflage; Mannheim/Wien/Zürich 1986

Freie Lebensstudiengemeinschaft Melchiorsgrund e.V.: Aktuelle Info-Mappe zur Konzeption des kulturtherapeutischen Dorfes 'Melchiorsgrund'; Schwalmstadt

Fricke, Wolfgang: Alkoholismus, Vorlesungsreihe, gehalten an der FH Wiesbaden/FB Sozialwesen; Wintersemester 2000/01

Fricke, Wolfgang: Psychologie, Eine Einführung - Teil I - , Vorlesungsreihe, gehalten an der FH Wiesbaden/FB Sozialwesen; Wintersemester 2000/01

Görgen, Wilfried u.a./FOGS mbH (Hg.: **Bundesministerium für Gesundheit**): Modellprogramm Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe- Qualifizierte Entzugsbehandlung und stationäre Kurzzeittherapie; Baden-Baden 1996

Harvey, David (Hg.): Handbuch Esoterik, A-Z der alternativen Ideen, Lebensweisen und Heilkünste; München 1987

Heckmann, Wolfgang (Hg.): Drogentherapie in der Praxis. Ein Arbeitsbuch für die 90er Jahre; Weinheim und Basel 1991

Hellebrand, Johannes: Methadon - Chance oder Illusion? Der Einsatz von Methadon in der Drogen- und AIDS-Hilfe am Beispiel Nordrhein-Westfalens; Bonn 1988

Heudtlass, J.-H./Stöver, H./Winkler, P. (Hg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch; Frankfurt am Main 1995

Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. [HLS] (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Hessen. Beratung, Behandlung, Nachsorge, 2. Auflage; Frankfurt am Main 1986

Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. [HLS] (Hg.): Hilfe für Suchtkranke. Beratung, Behandlung, Nachsorge, 1. Auflage; Frankfurt am Main 1991

Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. [HLS] (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Hessen. Beratung, Behandlung, Nachsorge, 3. Auflage; Frankfurt am Main 1990

Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. [HLS] (Hg.): Suchtkrankenhilfe in Hessen. Beratung, Behandlung, Nachsorge, 4. Auflage; Frankfurt am Main 1994

Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. [HLS] (Hg.): Suchthilfe in Hessen. Beratung, Behandlung, Integration, 5. aktualisierte Auflage; Frankfurt am Main 1999

Hoffmann-Bayer, Michael: „Die Herausforderung: Niedrigschwellige Konzepte in der ambulanten Drogenhilfe“; in: Heckmann 1991, 240-259

Hug-Beeli, Gustav: Handbuch der Drogenpolitik. Tatsachen, Meinungen, Analysen, Lösungsvorschläge; Bern/Stuttgart/Wien 1995

„**integrative drogenhilfe**“ an der FH Ffm e.V. (Hg.): Über-Leben mit Methadon. Für eine alternative Drogenpolitik; Hamburg 1992

Integrative Drogenhilfe e.V., Projekt „Arbeit, Technik und Kultur“ (Hg.): JUBAZ - Junkfurter Ballergazette, Nr. 1/01; Frankfurt/Main 2001

Integrative Drogenhilfe e.V., Projekt „Arbeit, Technik und Kultur“ (Hg.): JUBAZ - Junkfurter Ballergazette, Ausgabe 2/2001; Frankfurt/Main 2001

Integrative Drogenhilfe e.V., Projekt „Arbeit, Technik und Kultur“ (Hg.): JUBAZ - Junkfurter Ballergazette, Ausgabe 3/2001; Frankfurt/Main 2001

Jacobi, Jolande: Die Psychologie von C.G.Jung - Eine Einführung in das Gesamtwerk; Frankfurt/Main 1989

J.E.S.-Osnabrück: „Was ist nun eigentlich eine Substitution?“, Auszug aus einer Informationsbroschüre (Seiten 7-33) des J.E.S.-Selbsthilfenetzwerkes - einer bundesweit tätige Selbsthilfegruppe für Junkies, Ehemali-

ge und Substituierte - für DrogengebraucherInnen und deren Angehörige, 1. Auflage; Osnabrück 2001 (*Quelle*: Redaktion der „Junkfurter Ballergazette (JuBaz)“, Frankfurt/Main, Fr. Bonin mit Schreiben vom 10.09.01)

Jung, C.G.: Vom Leiden und Heilen - Einsichten und Weisheiten. Ausgewählt von Franz Alt; Olten 1991

Jung, C.G.: Seelenprobleme der Gegenwart; München 1997

Junge, Sigurd: „Die klinische Entwöhnungsbehandlung“; in: Heckmann 1991, 29-44

Kanitscheider, Bernulf (Hg.): Drogenkonsum bekämpfen oder freigegeben?; Stuttgart 2000

Kanitscheider, Bernulf: „Der vierte Trieb - die philosophische Perspektive des Drogenproblems“; in: Kanitscheider 2000, 211-240

Klatt, E./Roy, D./Klatt, G./ Messinger, H.: **Langenscheidts** Taschenwörterbuch Englisch. Englisch-Deutsch/Deutsch-Englisch; Berlin/München/Wien/Zürich/New York 1983/84

Krüger, Dagmar: Drogen und Drogenpolitik im Wandel der Zeit. Die aktuelle drogenpolitische Debatte im Kontext historischer Reflexion. (Diplomarbeit im Studiengang Sozialwesen der Fachhochschule Wiesbaden); Wiesbaden 1997

Lechler, Walther H.: „Spiritus Contra Spiritum“, Aufsatz, wahrscheinlich von 1978, Erscheinungsort und Quelle unbekannt, Kopie eines Zeitungsartikels, Seite 34 - 37

Mackensen, Lutz: Das neue **Fremdwörter Lexikon**, Neuauflage; Lingen Verlag Köln

Meyer-Fehr, Peter: Drogentherapie und Wertwandel. Orientierungsmuster in Therapeutischen Gemeinschaften; Weinheim 1987

Miller, Scott D./Berg, Insoo Kim: Die Wunder Methode - Ein völlig neuer Ansatz bei Alkoholproblemen; Dortmund 1997

Möller/Hans-Jürgen/Laux, Gerd/Deister, Arno: Psychiatrie (MLP - Duale Reihe); Stuttgart 1996

O'Connor, Joseph/Seymour, John: Neurolinguistisches Programmieren: Gelungene Kommunikation und persönliche Entfaltung; Freiburg im Breisgau 1994

Petzold, Hilarion (Hg.): Drogentherapie. Modelle, Methoden, Erfahrungen; Frankfurt am Main 1981

Rätsch, Christian: „Die Entheiligung der Natur - Zur Ethnopharmakologie verbotener Pflanzen“; in: Kanitscheider 2000, 11-29

Rink, Jürgen (Hg.): Zur Wirklichkeit der Abstinenzabhängigkeit. Kritische Betrachtungen zu Grundannahmen der Drogentherapie; Geesthacht 1995

Roche: Lexikon Medizin; Version 3.5 (CD-ROM)

Rometsch, Wolfgang: „Warum Nachsorge?“; in: Heckmann 1991, 57-70

Ruf, Christine: „Drogenabhängige im Spannungsfeld von Strafvollzug, Substitution und Drogentherapie“; in: Rink 1995, 83 - 96

Runge, Harry: „Ein neuer Stern am Substitutionshimmel - ORLAAM, aus den USA, soll Methadon möglicherweise ablösen und wahrscheinlich den Pharmamultis noch größere Profite einbringen“, Artikel im Magazin 'JUBAZ - Junkfurter Ballergazette', Nr. 3/99, Seiten 24-25; Frankfurt am Main 1999

Sahihi, Arman: Designer-Drogen. Die neue Gefahr; Weinheim und Basel 1989

Schmidt-Semisch, Henning: Drogenpolitik - Zur Entkriminalisierung und Legalisierung von Heroin; München 1990

Schmidt-Semisch, Henning: Drogen als Genussmittel. Ein Modell zur Freigabe illegaler Drogen; München 1992

Schnöd, Robert: Liberalisierung oder kontrollierte Freigabe von illegalen Drogen. Gefahr oder Chance? (Diplomarbeit im Fachbereich Sozialwesen der Fachhochschule Wiesbaden); Wiesbaden 1998

Schuller, Klaus/Stöver, Heino (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe; Freiburg im Breisgau 1990

Schulz, Paul: Drogentherapie - Analysen und Projektionen; Frankfurt am Main 1974

Sollmann, Ulrich: Therapie mit Drogenabhängigen. Analyse und Kritik der bundesdeutschen Behandlungseinrichtungen von Oldenburg bis München; Gießen 1974

Steffan, Werner: Streetwork in der Drogenszene; Freiburg im Breisgau 1988

Steffan, Werner: „Anbiederung, Verwöhnung und Suchtverlängerung? - Metakritische Überlegungen zur akzeptierenden Drogenarbeit“; in: Schuller & Stöver, 1990, 52-60

Steiner, Rudolf: Allgemeine Menschenkunde als Grundlage der Pädagogik; Dornach/Schweiz 1980

Stone, Nanette/Fromme, Marlene/Kagan, Daniel: Leistungsdroge Kokain. Szene-Report und Ausstiegshilfen; Weinheim und Basel 1990

Täschner, Karl-Ludwig: Therapie der Drogenabhängigkeit. Ein Handbuch; Stuttgart 1983

Thamm, Berndt Georg: Drogenfreigabe - Kapitulation oder Ausweg ?; Hilden/Rhld. 1989

Therapeutische Einrichtung „Eppenhain“ (Hg.): Jahresbericht 2000; Kelkheim 2000

Uchtenhagen, Ambros: „Wertewandel in der Drogentherapie“; in: Rink 1995, 11-22

Vormann, Gernot: „Klinischer Entzug“; in: Heckmann 1991, 17-28

Yablonsky, Lewis: Die Therapeutische Gemeinschaft - Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit; Weinheim und Basel 1990

Zöckler, Paul (Hg.): **Knaurs Lexikon A-Z**; München 1950/51

Adressenverzeichnis der Literaturquellen/ Websites im Internet:

1. **www.bmggesundheits.de/themen/drogen/pm/080301.htm**: *Bundesministerium für Gesundheit*: Drogen und Sucht - Pressemitteilung Nr. 5, 8. März 2001, Grußwort [von Christa Nickels zur] Konferenz der European Foundation Of Drug Helplines (FESAT) „New drugs, new generations, new technologies - challenge for drug helplines“.
2. **www.burks.de/artikel/zeit93.html**: *Schröder, Burkhard*: „Bankrott der Drogentherapie - Heroin allein ist nicht schuld. Eine Studie belegt, daß der Drogentod viele Ursachen hat.“ „Dieser Artikel erschien am 1.10.1993 in der ZEIT.“
3. **www.dhs.de/reihe/rahmen.htm**: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS)*: Rahmenplan für Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und deren Angehörige (Stand 14.05.1992)
4. **www.dhs.de/reihe/leistung/teil_b_leistungsbeschreibung.htm**: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS)*: Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe. Erstellt vom Institut für Therapieforschung (IFT), Türk, Dilek/ Kröger, Christoph, 3. Teil B: Leistungsbeschreibung.
5. **www.3sat.de/nano/news/06626/index.html**: *3sat online/nano online / ap*: „Neue Wege in der Drogentherapie - Tübinger Forscher wollen Suchtgedächtnis löschen“; 05.05.2000
6. **www.drogenhilfe-hamm.de/kola/kontaktlad1.shtml**: *Arbeitskreis für Jugendhilfe e.V., Hamm*: Kontaktladen - coffeeshop 'extradry'
7. **www.hanflobby.de/archiv/amendt-drogen-legalisierung.html**: *Amendt, Günther*. „Drogen sind gefährlich, Spaß machen sie trotzdem. Rot-Grün zeigt sich blind gegenüber der Realität: Es gibt einen genußorientierten, autonom kontrollierten Drogenkonsum, und um Verbote schert sich die Cannabisszene ohnehin nicht.“ Artikel in 'taz' Nr. 5791 vom 20.03.1999, Seite 3, 148 Zeilen
8. **www.indro-online.de/indexmethadon.htm**: *INDRO e.V., Münster*: Index Methadon-/Substitutionsbehandlung

9. **www.indro-online.de/berlin.htm**: *Gerlach, Ralf*: „Gibt es ‘schwerstabhängige’ Methadonpatienten oder werden sie ‘gemacht’?“ - Vortragsmanuskript zur Tagung „Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin“ am 15. Und 16. Mai 1998 in Berlin
10. **www.indro-online.de/datenschutz.htm**: *INDRO e.V., Münster*: „Beauftragter für Datenschutz der Bundesregierung meldet datenschutzrechtliche Bedenken gegenüber der AUB-Richtlinie an“, Seite erstellt am 23.03.2000
11. **www.indro-online.de/methadonkritik.htm**: *INDRO e.V., Münster*: „Methadonbehandlung: Einige kritische Anmerkungen zur aktuellen Diskussion und Praxis“, Fassung vom August 1998
12. **www.indro-online.de/entdeckungmetha.htm**: *INDRO e.V., Münster*: „Die Entdeckung des Opioids Methadon“, Fassung vom 09.01.1999
13. **www.indro-online.de/saarbrücken2000.htm**: *Gerlach, Ralf, INDRO e.V., Münster*: „Methadon-Substitution an der Jahrtausendwende - Der Stand der internationalen Diskussion“, Vortragsmanuskript zu der internationalen Fachtagung „10 Jahre Methadon-Programm im Saarland“ am Mittwoch, 9. Februar 2000, in Saarbrücken
14. **www.kontrolliertes-trinken.de/indikationen.html**: *Körkel, Joachim*: „Indikationen und Kontraindikationen - Für wen kommt kontrolliertes Trinken in Frage und für wen nicht?“, Stand: 26.03.01
15. **www.milton-erickson-gesellschaft.de**: Internet-Portal der „Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (M.E.G.) e.V.“, München
16. **www.paed-quest.de**: Internet-Portal des *Info-SCHUL II-Verbundes Darmstadt-Dieburg*, Menüpunkt: „Ökologie eines Riffs am Beispiel des Great Barrier Reefs“, Arbeiten des Biologie-Leistungskurses 1997/98 unter: **www.paed-quest.de/oekoriff/inhalt.html**, verwendete Links hinter „.../oekoriff“:
 - **[/content/nerven/synapsen.html](#)**: „Synapsen“;
 - **[/content/nerven/neuropeptide.html](#)**: „Neuropeptide“;
 - **[/content/nerven/gehirn.html](#)**: „Das Gehirn“;
 - **[/content/nerven/neurotransmitter.html](#)**: „Neurotransmitter“;
 - **[/content/nerven/opiatrezeptoren.html](#)**: „Opiatrezeptoren im Gehirn“

17. **www.7stern.at/?do=646:** *7 Stern Bräu, Siebensterngasse 19, A - 1070 Wien: Produktbeschreibung der hauseigenen Biersorte „7 Stern Hanf“*
18. **www.sinnflut.de/akzept/diecannabiskampagne.html:** *akzept e.V., Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik: „Die CannabisKampagne“*
19. **www.vdr.de:** *Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: 1. „Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Sucht-Vereinbarung) vom 20 November 1978 (in Überarbeitung)“ 2. „Empfehlungsvereinbarung über die ambulanten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger (Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht) vom 29. Januar 1991 in der Fassung vom 5. November 1996 (Überarbeitung geplant)“ (übermittelt per **eMail von thomas.staehler@vdr.de [Dr. Thomas Stähler, VDR]**)*

Danksagungen

Das Beenden dieses Studiums und das Schreiben dieser Arbeit war kein leichtes Unterfangen - nach 21 Fachsemestern und nahezu vier Jahren Pause. Eine Menge Menschen haben es sehr gut mit mir gemeint und ich habe das Bedürfnis, vor allem folgenden Personen Danke zu sagen:

Prof. Dr. Wolfgang Fricke, FHW, der äußerst gutmütig und geduldig mit mir war. Mit seiner ruhigen, besonnenen Art, seiner Erfahrung, seinem Wissen und seinem speziellen Humor half er mir, meinen 'galoppierenden Verstand' in die rechten Bahnen zu lenken. So fand ich schließlich so viel Spaß am Schreiben dieser Arbeit, daß ich mich schon gelegentlich bremsen mußte. Seine Vorlesungsreihen über Alkoholismus waren zudem eine unschätzbare Inspiration und Motivation für mich.

Prof. Dr. Angelika Ehrhardt, FHW, die mit ihrer pädagogischen Genialität und sehr intuitiven Menschenkenntnis überhaupt erst die Inspiration zum Finden des Themas dieser Arbeit geliefert hat, obwohl es die ganze Zeit schon vor meiner Nase lag und eigentlich gar nichts Anderes sein konnte. Ihr verdanke ich außerdem einen angenehmen und reibungslosen Wiedereinstieg in mein Studium.

Prof. Dr. Michael May, FHW, der in seiner liebenswürdigen und cleveren Art das Vorankommen meines Studienabschlusses entscheidend gefördert hat.

Prof. Dr. Rainer Keßler, FHW, der mir mit seinem kolossalen Fachwissen im Bereich des Sozialrechtes mehr als einmal aus der Patsche geholfen hat.

Frau Inge Fink, FHW, „die Seele des Fachbereiches Sozialwesen“, ohne deren herzliche und freundschaftliche Unterstützung es mir unmöglich gewesen wäre, durch den ganzen „Papierkram“ zu steigen.

Rev. Dr. Ralph D. Jordan, USA, der immer 'an mich geglaubt hat' und mich stets ermutigt hat, dieses Studium zu beenden und meine Bestimmung zu finden. Durch die tiefgehenden Gespräche mit ihm habe ich unschätzbare Einblicke in die psychologischen Zusammenhänge und die spirituellen Hintergründe der Arbeit mit drogenabhängigen Menschen erhalten.

Sigrid Höhler, Verlegerin, Villmar/Lahn. Ohne ihre liebevolle Unterstützung hätte ich dieses Studium weder begonnen noch durchgezogen. Sie hat mich in einer schwierigen Lebensphase vor vielen Jahren wie einen Sohn aufgenommen und 'durchgefüttert'.

Joachim Riefler, Tegernsee. An einem sehr dunklen Punkt in meinem Leben hat er an mich geglaubt, mein Potential gesehen, wo ich es selbst nicht sah und mir die Chance gegeben, mich selbst aus einer ausweglosen Situation herauszuziehen.

Karl-Heinz Katschenko, Tegernsee, bei dem ich gelernt habe, die riesige Lücke, die zwischen meinen theoretischen Vorstellungen und Phantasien

und meiner selbsterschaffenen Realitäten klaffte, ein Stück weit zu schließen. Er hat einiges mitgemacht mit mir, der Heinz.

Dr. med. Horst-Richard Klein, Marburg. Durch das Miterleben seiner liebevollen und aufopfernden Arbeit mit drogenabhängigen Menschen in Marburg und durch die wertvollen Gespräche mit ihm habe ich unschätzbare Einsichten gewonnen.

Dipl.-Psychologe Stefan Klein, Marburg, der mir wichtige Tips und Anregungen zum 'äußeren Erscheinungsbild' von Diplomarbeiten u.ä. gab, obwohl er durch seine Dissertation zeitlich sehr im Streß war.

Joachim Mucker, Erzieher, Runkel/Lahn, mit dem ich z.T. meine Entwürfe und Ideen diskutiert habe und der diese aus seinen eigenen Erfahrungen in der Drogenszene heraus kommentiert hat, was für mich äußerst wertvoll und inspirierend war.

Dipl.-Sozialpädagoge, Dipl.-Supervisor Erich Grzesista, Leiter der Stationären Nachsorge-Einrichtung „Arbeit und Wohnen“, Jugend- und Drogenberatung Limburg-Weilburg e.V., Villmar/Lahn. Er hat mir überhaupt den Einstieg in eine praktische Arbeit mit Drogenabhängigen ermöglicht und mich vor rund zehn Jahren erste Erfahrungen sammeln lassen. Von ihm habe ich unglaublich viel gelernt. In der Vorbereitungszeit zu dieser Arbeit hat er mir ein sehr aufschlußreiches Interview gegeben und mich mit den aktuellen Entwicklungen in der Drogentherapie Szene vertraut gemacht. Er steht seit rund 30 Jahren in der Arbeit mit Drogenabhängigen und hat einfach alle Entwicklungen -von den 'blutigsten' Anfängen an- miterlebt und mitgestaltet. Ein „Urgestein“.

Dipl.-Sozialpädagoge, Dipl.-Theologe Guido Osthoff, Leiter der Therapeutischen Einrichtung „Eppenhain“, Kelkheim. Er hat mir in der Vorbereitungszeit zu dieser Arbeit ein sehr aufschlußreiches Interview gegeben und mir Anfang des Jahres ermöglicht, im Rahmen einer Honorartätigkeit in seiner Einrichtung Erfahrungen mit jugendlichen Drogenabhängigen zu sammeln und eine sehr fortschrittliche Einrichtung der „traditionellen“ Drogenhilfe kennenzulernen.

Dipl.-Sozialpädagoge Michael Schwind, Leiter des Therapiedorfes „Villa Lilly“, Bad Schwalbach, der mir in der Vorbereitungszeit zu dieser Arbeit ein sehr interessantes Interview gegeben hat.

Herrn Kurt Lehmann, Suchtkrankenhelfer, Leiter der Selbsthilfegruppe in Sucht- und Lebensfragen, Limburg/Lahn, der mir die Teilnahme an einigen Gruppenabenden ermöglichte und mich mit der Gruppe arbeiten ließ.

Fam. B., Diez/Lahn, die den Kontakt zu Herrn Lehmann herstellte und ihre persönlichen Erfahrungen in der Bewältigung eines schweren Alkoholproblems mit mir teilten.

Manfred Weyh, Winzermeister, Winnigen/Mosel, den die Ärzte und Therapeuten vor rund 20 Jahren als „hoffnungslosen“ Alkoholiker aufgegeben hat-

ten und der mit mir die Geschichte seiner Heilung und seines steinigen Weges zu einem normalisierten Umgang mit Alkohol teilte. Er lehrt heute mit großem Erfolg spirituelle und metaphysische Verstehensweisen in Deutschland, Österreich und der Schweiz, schreibt tiefenpsychologische, spirituelle Märchen und stellt „himmlische“ Weine und Kräuterliköre her. Er hat mich in vielen Gesprächen ermutigt, dieses Studium zu beenden und mit Abhängigen zu arbeiten.

Dipl.-Sozialarbeiterin Lydia B., die bereit war, ihre eigene Geschichte von langjähriger Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, ihrer Überwindung - sowie ihrem Weg zu einem normalisierten Umgang mit Alkohol - mit mir zu teilen und in dieser Arbeit erstmals öffentlich zu machen. Ihr Mut verdient großen Respekt.

Inge Schubert, Sporttherapeutin, Leiterin des Shiatsu Centrums Holzheim bei Limburg/Lahn. Eine gute Freundin, die Kornelia und mir in schwerer Zeit sehr beigestanden ist. Mit ihr habe ich tiefgehende Gespräche über das Wesen der Abhängigkeiten aus der Sicht der fernöstlichen Heilkünste geführt. Sie hat mich stets ermutigt, intellektuelle Thesen mit der „Sicht des Herzens“ zu verbinden.

Melanie Roth, Sozialpädagogin i.A., Kornelias älteste Tochter, die mir mit „heißen Tips“ für die Literaturrecherche im Internet geholfen hat und mit der ich sehr konstruktive Streitgespräche über die Grundannahmen der Drogen-therapie führen konnte. Melanie fertigte zeitgleich ihre Diplomarbeit am Fachbereich Sozialwesen der Universität in Mainz an.

Schwester Ulrike Samson, Wiesbaden, Stationsleiterin der gerontopsychiatrischen, beschützenden Abteilung des Antoniusheim e.V. - Altenzentrums, die mir mit einer verständnisvollen und flexiblen Dienstplangestaltung so manche „Extrawurst“ gebraten hat, was meinen Studienverlauf äußerst günstig beeinflusst hat. Durch ihre fachliche Kompetenz hat sie mir ein tiefergehendes Verständnis für die verschiedenen Erscheinungsformen der Altersdemenz vermittelt, die z.T. auch durch Substanzmißbrauch begünstigt bzw. verursacht werden (wie z.B. das „Korsakow“-Syndrom).

Schließlich möchte ich **allen KlientInnen** der Therapeutischen Einrichtung „Eppenhain“ von Herzen danken. Durch die vielen Gespräche mit ihnen und die Auswertung ihrer Tagesreflexionen (die sog. „Abendrunden“) habe ich einen unmittelbaren Einblick in die Gedanken- und Gefühlswelt wertvoller junger Menschen erhalten. Diese jungen Menschen versuchen - mit einer Hypothek z.T. grausamster Erfahrungen im Rücken - in einer unmenschlichen Welt, die in ihnen nur Abschaum und Kriminelle sehen will, einen Weg zu ihrem ganz eigenen Glück und ihrer ureigensten Bestimmung zu finden. Auf diesem Weg wünsche ich Ihnen von ganzem Herzen alles erdenklich Gute.

Last but not least möchte ich den drei Menschen, die mir am Nächsten stehen, ganz besonders herzlich für ihre Geduld, Unterstützung und Liebe danken:

Kornelia Schuber, meine Lebensgefährtin und Ehefrau. Wir sind zusammen durch extrem schwere Zeiten gegangen und haben uns gegenseitig unterstützt und ermutigt. Dabei haben wir erfahren, daß es immer einen Weg gibt, wenn wir zusammenhalten. Die Ampeln der äußeren Welt standen öfter auf „Rot“ als auf „Grün“. Doch mit Geduld und Liebe haben wir dann einen anderen Weg gefunden. Danke.

Arnold und Ilse Schuber, meine Eltern, ohne deren liebevolle Hilfe und Unterstützung ich mein Studium u.U. sogar hätte vorzeitig abbrechen müssen. Schließlich fanden wir aber alle drei, daß ich diesen Weg gehen sollte. Danke für Euer Vertrauen.