

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit: Bilanz und Zukunftsperspektiven

Wolfgang Schneider

„Es sind nicht die Tatsachen, die uns beunruhigen, sondern das, was wir darüber denken“ (F.Nietzsche)

Ausgangssituation

Ausschließlich abstinentorientierte Konzepte und Strategien der Drogenpolitik und Drogenhilfepraxis in der Bundesrepublik Deutschland haben sich in der Vergangenheit als weitgehend nicht tragfähig erwiesen. Seit Ende der achtziger Jahre befindet sich Drogenarbeit und Drogenpolitik in einer permanenten Umbruchphase. Beispielhaft sei hier nur die Methadondiskussion genannt. Ausgelöst wurde dieser Umbruch von einer ausschließlich abstinentorientierten Drogenhilfe hin zu einer adressatenorientierten, bedürfnisbezogenen Drogenarbeit durch mehrere Faktoren: Erstens muss hier die offenkundig geringe Reichweite des rein hochschwelligigen und abstinentorientierten Drogenhilfesystems angeführt werden. Zweitens „zwangen“ die sich von Jahr zu Jahr erhöhende Zahl von Drogentodesfällen, die zunehmende gesundheitliche und soziale Verelendung von zwanghaft und exzessiv Drogengebrauchenden in den öffentlichen Drogenszenen sowie aufgrund der Illegalität ständig steigende gesellschaftliche Sekundärkosten (Beschaffungskriminalität etc.) zu einem Beschreiten neuer Wege. Die starke Verbreitung der HIV- und Hepatitis – B und C Infektionen und das Aufkommen der Immunschwächekrankheit AIDS führte zudem dazu, neue Wege im sekundärpräventiven Bereich (Schadensbegrenzung statt unmittelbarer Abstinenzforderung) der Drogenhilfe zu gehen. Auch der Gesetzgeber der BRD ist diesem Ansatz zumindest teilweise gefolgt: 1992 wurde eine Opportunitätsvorschrift eingeführt (§ 31a BtMG), die eine Einstellung des Verfahrens bei geringen Mengen zum Eigenverbrauch seitens der Staatsanwaltschaft vorsieht, wobei eine länderspezifische Vereinheitlichung, was denn nun eine geringe Menge ist, immer noch aussteht. Ferner ist eine Substitutionsbehandlung jedoch weiterhin nur in medizinisch begründeten Einzelfällen unter strenger ärztlicher und bürokratischer Kontrolle rechtlich zulässig. Erfolge sind inzwischen unstrittig, ca. 60.000 Menschen werden mit den unterschiedlichsten Substitutionsmitteln, meist Methadon substituiert (vgl. Gerlach 2006). Darüber hinaus stellt nach den BtMG-Änderungen vom 6.7.1992 die Abgabe bzw. der Tausch

steriler Einwegspritzen kein Verschaffen bzw. Gewähren einer Gelegenheit zum „unbefugten“ Gebrauch mehr dar, sondern dient der Gesundheitsprävention und Infektionsprophylaxe. Weiterhin wurde ein Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeiter der Drogenhilfe eingeführt. Nach dem dritten Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 28.3.2000 ist durch die Einfügung des neuen § 10a ins Betäubungsmittelgesetz Rechtsklarheit über die Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen hergestellt worden. Ferner ist eine heroingestützte, videoüberwachte und mit Sicherheitsglas, Alarmanlagen und Sicherheitsring um die Abgabeeinrichtung dreifach gesicherte Behandlung für mit „Therapiepass“ ausgestattete sog. chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke („CMA“ - hier ist nicht das Gütesiegel für Fleisch aus deutschen Landen gemeint) im Rahmen einer Arzneimittelprüfung in sieben Städten der BRD umgesetzt worden.

Trotz dieser sicherlich durchaus positiven drogenpolitischen Veränderungen muss eine ernüchternde Bilanz gezogen werden: Insgesamt gesehen kosten die ganzen angebots- und nachfragereduzierenden Maßnahmen für **ca. 0,25 %** der Bevölkerung in der BRD jährlich geschätzte **8 Milliarden Euro** mit dem Resultat: Weiterhin hohes Mortalitätsrisiko durch gepanschte und gestreckte Straßendrogen, 2006 immer noch 1179 an den Begleitumständen des Drogengebrauchs gestorbene Menschen, 2006 ca. 20.000 erstauffällige Konsumenten illegalisierter Drogen (ohne das Dunkelfeld also, d.h. diejenigen, die **nicht** aufgefallen sind), Obdachlosigkeit und Kriminalisierungsdruck, ca. 20.000 zwanghaft und exzessiv Drogengebrauchende in Justizvollzugsanstalten, ca. 60 - 70% mit Hepatitis C infizierte Konsumenten, „Junkie-Jogging“ und „Szenedislozierung“ (Raumverteilung) als Auflösungsstrategien von Drogenszenen in den Großstädten, Razzien in niedrighwelligen Drogenhilfseinrichtungen sowie Videoüberwachung des öffentlichen Raums nebst neuer kommunaler Sicherheits- und Ordnungsverfügungen wie Platzverbote, Aufenthaltsverbote, Ingewahrsamnahmen für Menschen, die als „gefährlich“, „bedrohlich“, „störend“ oder „fremd“ visualisiert werden. Das liest sich dann so: „Unter sozial- und gesundheitsfürsorgerischen Aspekten spricht viel dafür, jedes dieser Szenemitglieder wenn irgend möglich und so schnell wie möglich aus dem Szenedasein herauszuziehen“ (Bossong 2003, S.72). Am Schopfe versteht sich! Wenn „wir“ dann alle aus dem Sumpf herausgezogen haben, hat sich endlich „das Drogenproblem“ erledigt, ist gelöst. Und: Die „pathogenen bzw. krankheitsbedingten Strukturen (Verhältnisse)“ gilt es in den Blick zu nehmen und „so weit wie möglich zu beseitigen“ (Bossong 2003, S.33).

Die Aufrüstung im weltweiten „Drogenkrieg“ und die „Schimanskisierung“ der Verfolgungspraxis gegen die Inkarnation des Bösen schlechthin, nämlich „die“ Drogendealer, „die“ organisierte Rauschgiftkriminalität, konnte keine Einschränkung der Verfügbarkeit von illegalisierten Drogen bewirkt werden. Trotz aufwendiger, medialer Berichte über „grandiose“ Erfolge bei der Bekämpfung der „Rauschgiftkriminalität“ und „erfolgreicher“ Kriege in den Herkunftsländern (beispielsweise in Afghanistan) werden dem illegalen Markt nur ca. 5% - 10% der angebotenen Drogen entzogen.

Die Mehrheit derjenigen, die sich einer stationären Therapie unterziehen (müssen), sind immer noch sog. „Auflagenkunden“ nach § 35ff BtMG. Niedrigschwellige Drogenhilfe hat es weiterhin mit „Drehtüreffekten“ (Knast, Therapie, Szene) zu tun und eine längst überfällige Cannabisreformpolitik ist längst zu Grabe getragen worden.

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

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

Was bleibt ist darüber hinaus die mediengerechte Aufarbeitung der „Drogenproblematik“ als spannungsgeladene, exotisch und moralisch aufgepeppte Dramatisierungsszenarien mit Bedrohlichkeitscharakter und Einschaltquotensicherung.

Drogenwellen geben sich geradezu die Türklinke in die Hand: Von der Kokain zur Crackwelle, von der Ecstasy zur Pilzwelle, von der Ketamin- und Lachgaswelle zur Heroin- und Amphetaminwelle (Horror Droge Meth-Amphetamin), über die immerwährende Cannabiswelle mit Super-Skunk-Qualitäten zurück zur „Dauerwelle“. In der Tat: Immer wieder werden neue Drogenwellen gesichtet, Gefährdungsherde (Yaba, Liquid Ecstasy, Christal-Amphetamin, PMA, Crack, Zaubersalbei und hochgezüchtetes Cannabis) ausgemacht und aus Schmankerln („Mottenkugeln machen high“ (Konturen 3/2007, S.42), die in den jeweiligen Gebrauchsszenen dem staunenden Journalisten, Sozialpädagogen und Sozialforscher hinter vorgehaltener Hand erzählt werden, je nach konjunktureller Lage hitverdächtige Trends abgeleitet. Die Szenetrendforschung (Monitoring) tritt auf den Plan, neue Forschungsprojekte werden bewilligt, „Kompetenzplattformen Suchtforschung“ werden gegründet, europäische

Beobachtungsstellen lassen „beobachten“ und zielgruppennahe Präventionsstrategien mit integrierter wissenschaftlicher Evaluation bis zur „Entdeckung“ neuer Drogenwellen werden entwickelt. Wobei übrigens bei allen wissenschaftlichen Aktivitäten feststellbar ist: Die Erhebungen und Studien zur sogenannten Drogenproblematik und Evaluationen entsprechender Maßnahmen gelangen immer nur an ein vorläufiges Ende. Die wissenschaftlichen Untersuchungen schließen ihre Studien unisono mit der dringenden Anmeldung weiteren Forschungsbedarfs ab.

Neue Droge: „Am Kuhfladen schnüffeln verboten! Solche Schilder könnten bald an Weiden in Malaysia stehen. Denn in dem südostasiatischen Land schnuppern Drogensüchtige neuerdings an frischem Rindermist. Aus dem warmen Dung entweicht Schwefelgas, das bei längerem Einatmen high macht. Handelsminister Rafiah Aziz fordert jetzt ein Gesetz, das Schnüffeln von Kuhfladen bestraft“ (Bild am Sonntag, 14.7.02). Brauchen wir bald auch bei uns eine „Weidenpolizei“, da unsere Kuhwiesen von „Süchtigen“ überschwemmt werden? Brauchen wir hier nicht dringend ein „Monitoring“ und eine wissenschaftliche Erhebung zum Kuhfladenschnüffeln? Zwingend sind hier dann auch zielgruppenspezifische Safer-Use-Faltblätter zu entwickeln.

Drogenmythen – gespeist aus Drogenangst, Bedrohlichkeitsempfinden und Fehlinformation – dominieren weiterhin die (mediale) Öffentlichkeit und auch Teile der Drogenhilfe- und Drogenforschungslandschaft.

Immer noch herrscht die Gruselvorgstellung vor, dass jeder Cannabiskonsument zum süchtigen Frührentner wird: „Cannabis gehört zu den gefährlichsten aller Einstiegsdrogen“ (Westfälische Nachrichten vom 27.6.07). Bis heute konnte jedoch kein kausaler Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und späterem Heroin/Kokaingebrauch ermittelt werden. Ein chronologischer Zusammenhang (die meisten Heroinkonsumenten haben mit Cannabis als erste illegalisierte Droge ihre Drogenkarriere begonnen) ist noch kein ursächlicher. Der Umkehrschluss, dass Cannabiskonsumenten zwangsläufig zu „härteren“ Drogen greifen, ist insofern unzulässig. Wenn denn diese These stimmen würde, dann hätten wir es mit Legionen von Drogenabhängigen zu tun (vgl. Schneider 1996).

Darüber hinaus feiert die Verjüngungsthese immer mal wieder fröhliche Urständ. Die Aussage, insbesondere Ecstasy- und Cannabiskonsumenten werden immer jünger, ist genauso richtig wie die Wahrnehmung, dass die Studierenden immer jünger werden: sie sehen halt aus dem Blickwinkel von uns Älteren jung aus. Aber Scherz beiseite. In der Begründung zur Einführung des BtMG von 1972 (!) heißt es: „Die

Zahl der Jugendlichen, die den Einstieg in die Drogenwelt vollziehen, nimmt zu. Es zeigt sich dabei, dass die Altersschwelle, auf der der Einstieg erfolgt, sinkt. Selbst Kinder bleiben davon nicht verschont“. 1994 wurde festgestellt: „Der immer frühere Einstieg in den Drogenkonsum ist wohl eine Folge der heute so typischen Verunsicherung der Eltern-Kind-Beziehung“ (Hurrelmann 1994, S. 27). Und 2005 heißt es: „Tatsache ist: junge Menschen geraten immer früher mit Suchtmitteln in Kontakt, das Einstiegsalter sinkt“ (Hoffmann 2005, S.55). Wie das Ungeheuer aus Loch Ness: So alle zwei Jahre scheinen die Konsumenten illegalisierter Drogen halt jünger zu werden. Inzwischen müssten dieser Logik zufolge schon bald Zweijährige Drogen konsumieren. „Drogenexperten sind beunruhigt über die wachsende Zahl junger Kiffer. Denn der Griff zum ersten Joint erfolgt immer früher: Im Durchschnitt sind Jugendliche 16,4 Jahre alt, wenn sie erstmals Cannabis konsumieren, wie die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bätzing, berichtet: Es ist kein Einzelfall mehr, wenn ein Zwölfjähriger kiffet. Die Spirale nach unten sei vorhersehbar“ (Westfälische Nachrichten vom 10.4.2006). Da scheinen alle suchtpreventiven Maßnahmen und Frühinterventionsprojekte insgesamt gesehen sehr „erfolgreich“ gewesen zu sein, jedenfalls wurden sie alle „erfolgreich“ evaluiert.

Bilanz akzeptanzorientierter Drogenarbeit

Grundlage akzeptanzorientierter Drogenarbeit ist, dass Gebraucher illegalisierter Substanzen sowie auch zwanghaft und exzessiv Konsumierende als mündige, zur **Selbstverantwortung** und **Selbstbestimmung** fähige Menschen angesehen werden. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit basiert auf **Freiwilligkeit** und ist möglichst **nicht bevormundend** ausgerichtet. Drogengebraucher werden so **akzeptiert** wie sie sind. Der leider inzwischen inflationär verwandte Begriff **Niedrigschwelligkeit** bedeutet demgegenüber, dass wenig Hemmschwellen Drogengebrauchende von der Hilfsangebotsnutzung abschrecken bzw. ausschließen sollen. Insofern ist Niedrigschwelligkeit nur ein **methodischer** Ansatz, der nicht notwendigerweise eine **Abkehr** von der Abstinenzorientierung beinhaltet. Auf feste Terminvereinbarungen, Cleanstatus und der demonstrativen Darstellung einer Abstinenz- bzw. Veränderungsmotivation als **Voraussetzung** für Inanspruchnahme von Angeboten und Hilfestellungen wird verzichtet. In der Praxis hat sich inzwischen gezeigt, dass die Angebote akzeptanzorientierter Drogenarbeit (Kontaktläden, Konsumräume, Safer-Use-Vermittlungen, szenenahe, medizinische Akutversorgung, Sprizentauschprogramme, Streetwork, niedrigschwellige Übernachtmöglichkeiten u.a.m.) es erreicht haben, **auch** diejenigen Drogengebraucher anzusprechen, die vom

traditionellen, ausschließlich abstinenzorientierten Drogenhilfeverbundsystem nicht erreicht werden konnten.

An die Umsetzung akzeptanzorientierter Drogenarbeit sind jedoch sieben inhaltliche Voraussetzungen gebunden:

1. Verständnis der positiven und negativ-schädlichen Seite von psychoaktiv wirksamen Substanzen;
2. Gelassenheit gegenüber der dynamischen und auch diskontinuierlichen Entwicklungsmöglichkeit auch bei zwanghaft und exzessiv Drogengebrauchenden;
3. Verzicht auf den helfenden Appell zur sofortigen Verhaltensänderung;
4. Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts von Drogengebrauchenden bezüglich Intensität, Richtungsverlauf und Verbindlichkeit der Kontakte;
5. Akzeptanz von Drogengebrauchenden als Subjekte ihrer eigenen Entwicklung (keine Klientelisierung und damit Unterstellung genereller Behandlungsbedürftigkeit: Hier ist zu bedenken was Klient eigentlich heißt, nämlich „Schutzbefohlener“ oder im Alten Rom „Höriger“, der sozial und rechtlich von seinem Patron abhängig war);
6. Akzeptanz des drogenbezogenen Lebensstils, jedoch keine „Verbrüderungen“ und Überidentifikationen sowie ein Nicht-Einlassen auf dramatisierende, mitleidserheischende Selbstdarstellungen (Empowermentorientierung als moderierende Entwicklungsbegleitung; vgl. Schneider, W., 2000; Schneider, W./Stöver, H. 2000);
7. Professionelle Herstellung eines ausgeglichenen Verhältnisses zwischen Nähe und Distanz (keine Instrumentalisierung und helferische Verantwortungsübernahme nach dem Motto: Du musst Dich verändern, sonst bin ich von Dir aber enttäuscht; vgl. Akzept e.V. 1999; Söver, H./Michels, I., 1999; Schneider, W., 2000, 2001).

Folgende Zielsetzungen sind bei Berücksichtigung der Selbstverantwortlichkeit der Konsumierenden bedeutsam:

- Überleben sichern
- Sicherung eines gesunden Überlebens ohne irreversible Schädigungen
- Verhinderung sozialer Desintegration
- Gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung

- Unterstützung eines selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauchs als Vermeidung zwanghafter Gebrauchsmuster
- Ermöglichung und Unterstützung längerer Drogenkontrollphasen (mit Substitut oder ohne)
- Unterstützung individueller Herauslösung aus der Drogenszene; Voraussetzung: Selbstveränderungsmotivation

Die Zugangsmethode „Niedrigschwelligkeit“ und der inhaltliche Arbeitsansatz Akzeptanz erhöht also insgesamt die **Reichweite** von Drogenhilfe. Da dieser Arbeitsansatz jedoch von grundsätzlich anderen drogentheoretischen Prämissen und drogenpolitischen Zielsetzungen ausgeht als die traditionelle, hochschwellige Drogenarbeit und die gegenwärtige, weiterhin repressiv orientierte Drogenpolitik, sollte akzeptanzorientierte Drogenhilfe niemals nur Ergänzung der Angebotspalette von klassischer Drogenhilfe sein, sondern immer wieder darauf hinweisen, dass erst die Illegalisierung wirklichen Konsumentenschutz verhindert. Jedoch: Auch heute noch werden risikominimierende und schadensbegrenzende Ansätze im Sinne der Leidensdrucktheorie als Methode der Suchtverlängerung, als „Kapitulation vor der Sucht“, als „nicht professionelle Arbeit“ (Schmid 2003) abgelehnt. Ferner bestimmen weiterhin Drogenmythen und Verteufelungs- und Dramenszenarien die politische, wissenschaftliche, öffentliche und auch drogenhilfepraktische Diskussion (etwa: Schneider,W., 2000; 2002a). Der Gebrauch illegalisierter Drogen wird meist noch als einmal gelöste Hinfahrkarte ins Jenseits gedeutet, die „schwer erkrankten Drogenabhängigen“ tauchen medienwirksam häufig nur als zuckende Leiber im Entzug, als behandlungsbedürftige Süchtige oder als jährliche Zählung von Leichen auf.

Zentral für eine akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist es, durch den Aufbau diversifizierter Hilfsangebote für Drogengebrauchende - und das erscheint mir sehr wesentlich - eine echte **Wahlfreiheit** zwischen verschiedenen Hilfsangeboten zu schaffen. Drogengebrauchende, die unter ihrer illegalisierten Lebenssituation leiden, sollten das Recht erhalten, über den für sie geeigneten Weg **mit und ohne** Drogen **selbst** zu bestimmen. Jedoch: Wir sprechen hier von **akzeptanzorientierter** Drogenarbeit im Rahmen des gegebenen Drogenhilfe- und Politiksystems. Eine wirkliche **akzeptierende** Drogenarbeit kann es unter der weiterhin gültigen Drogenverbotspolitik nicht geben. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit bleibt – thesenhaft formuliert - unter diesen Bedingungen letztendlich Elendsverwaltung, dient der Sozialkosmetik und erhält sich durch ihre inzwischen breit gefächerte Institutionalisierung selbst. Sie konnte erst erfolgreich als schadensminimierende Hilfsstrategie durch ihre Fähigkeit, die sichtbaren Drogenprobleme behutsam (sanft) zu kontrollieren und somit deren

öffentliches Bedrohungspotential zu managen, umgesetzt (finanziert) werden: Sozusagen als weiche, sanfte Form der sozialen Kontrolle für die Belange der inneren Sicherheit.

Akzeptanzorientierte Drogenhilfe hat den Aufbau diversifizierter Unterstützungsangebote für Drogengebrauchende versucht, eine Korrektur „des“ bisherigen Junkiebildes als rein defizitäres, krankes und kriminellen Wesens aus einer anderen Welt wesentlich voranzutreiben. Inzwischen gibt es aber bereits Harm-Reduction- Konferenzen rund um den Globus, ohne dass sich an der drogenpolitischen Grundstruktur und an den veröffentlichten Drogenbildern irgendetwas Grundlegendes geändert hätte. Außer das weltweite „horizontale“ und „vertikale“ Arbeits- und Forschungsgremien sowie „hochrangige“ Expertengruppen sich unaufhörlich mit der Produktion von „Hochglanzproblemnachrichten“ beschäftigen.

Wenn man sich zudem die gegenwärtige Kontroll- und Überwachungsmanie im Rahmen der Drogenhilfe anschaut (Rigide Zugangskriterien und video- und computergestützte Identifikationsüberwachungen in Konsumräumen sowie bei der Heroinvergabe, verpflichtende, sucht- und sozialtherapeutisierende, psychosoziale Begleitbetreuungen im Rahmen von Substitutionsbehandlungen (Einzelfallabrechnung), Monitoring zur schnellen und zielgruppennahen Früherkennung von neuen Risiko- und Problemgruppen etc.) kann von „Akzeptanzorientierung“ kaum mehr die Rede sein. Selbst Verbände formulieren inzwischen wieder: „Um die (Wieder-)Herstellung bzw. Verbesserung der Fähigkeit zu einer abstinenter Lebensführung zu erreichen, müssen für den Klienten realistische und erreichbare Ziele definiert werden“ (AG Dropo 2004 S. 9). Von Koproduktion im interaktiven Aushandlungsprozess, von Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit drogenkonsumierender Menschen scheint man sich inzwischen wieder verabschiedet zu haben.

Die Geschichte der Drogenhilfe zeigt zudem: Wo „Klienten“ ausbleiben, werden schnell Problembereiche konstruiert, um neue „Klienten“ zu rekrutieren. Drogenhilfe ist immer auf „Problemnachschub“ und somit Bestandserweiterung angewiesen. Dieser Problemnachschub und die Diskurse darüber werden nicht versiegen. Zumal derartige Semantiken der Problemkonstruktion inzwischen alltäglich verankert sind und darauf aufbauen (siehe „Cannabisseuche“ etc.). Für die Zukunft ist also kaum zu erwarten, dass der Gebrauch illegalisierter Drogen „den Status eines sozialen Problems“, „als Kampfplatz für Professionsinteressen“ (Dollinger 2002, S. 330) und Drogenhilfe ihre Funktion sozialer Kontrolle und einer „erzwungenen“ Abstinenzorientierung verliert (siehe das drogenpolitische Handlungskonzept „Drogenfreie Kindheit und Jugend“ in Hamburg). Wir werden auch in der Zukunft die Probleme erzeugen,

die zu verhindern bzw. „in den Griff“ zu kriegen, wir inzwischen auch „evidenzbasiert“ versprechen.

Drogenhilfe und Drogenpolitik erstickt gegenwärtig quasi in Bürokratisierungen, Nationalen Drogen- und Suchträten, Qualitätssicherungsabläufen, Rechtsverordnungen, inflationären Leitlinien, wichtigen Positionspapieren, Eckpunkten für irgendwelche Aktions- und Suchtpläne, Runden und Eckigen Tischen, Ordnungspartnerschaften, Lenkungsausschüssen, Problembearbeitungs- und Ethikkommissionen und Modulen für alles Mögliche. Akzeptanz drogengebrauchender Menschen? Nein, nur mehr qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Kontrollregeln auf den Kontrolltürmen sozialpädagogischer, therapeutischer, medizinischer und ordnungspolitischer Machtausübung. Dabei sollte es doch bekannt sein: Das eigentliche Problem ist die Illegalisierung der Substanzen, die Drogenprohibition, die erst die gepanschten und gestreckten Substanzen, die häufig unwürdigen und unhygienischen Lebens- und Konsumbedingungen, die Drogenmythen und Drogenphobien sowie die Illegalität des Drogenmarktes schafft. „Prohibition ist das größte Förderprogramm für die organisierte Kriminalität“, so formulierte es einmal ein Polizeipräsident in der Bundesrepublik. Psychoaktive Substanzen werden immer konsumiert, ob sie nun verboten sind oder nicht.

Die Komplexität des Hilfesystems, die internationalen Gesetze, der „erfolgreiche“ amerikanische Drogenkrieg, die vorherrschende „Drogenmoral“, die therapeutische, präventive und sozialpädagogische Definitionsmacht mit ihrem inzwischen unüberschaubaren Diagnose- und Methodenarsenal und die problemdefinierende Wissenschaft stehen einer wirklichen drogenpolitischen „Veränderung“ entgegen. Der Gebrauch illegalisierter Substanzen wird also weiterhin moralisch bewertet, präventiv vermieden, niedrigschwellig begleitet, therapeutisch und medizinisch behandelt, juristisch verurteilt und weltweit politisch verwaltet, wobei mitunter die Moral selbst zum Betäubungsmittel mutiert.

Fazit und Zukunftsperspektiven

Illegalisierung der Substanzen und Kriminalisierung der Konsumenten verhindern im Verbund mit der systemimmanenten Asymmetrie der Denk- und Handlungssysteme von Konsumenten und Experten grundsätzliche Akzeptanz. Dies begünstigt und unterstützt im „Handlungssystem“ Drogenhilfe weiterhin die Aufrechterhaltung bestimmter Junkiebilder: Sie sind krank, hilfs- und behandlungsbedürftig, störungsgeschüttelt, nicht vertrauenswürdig, link, Lügner, Abzocker etc.

Insofern werden immer neue Kontrollregeln im institutionellen Rahmen der Drogenhilfe entwickelt und umgesetzt, was im Handlungssystem Drogenhilfe logisch erscheint, aber Akzeptanz unmöglich macht. Und auch hier sollten wir ehrlich sein.

Ziehen wir ein vorläufiges Resümee: Die drogenhilfepraktische und drogenpolitische Aufbruchstimmung, die mit der Konzeptualisierung und Umsetzung einer akzeptanzorientierten Drogenhilfe verbunden war, weicht mehr und mehr einer verschwommenen Methodisierung zur „Herstellung“ von gewünschter Veränderungsmotivation (Abstinenz). Eine subtil „verkaufte“ Medizinalisierung und Psychiatisierung von Sucht (Stichwort: Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke, Ko-morbidität, multi-morbide Heroinabhängige) tritt immer stärker in den Vordergrund. Drogenpolitische Äußerungen der Drogenhilfe werden immer weniger, die Ängste vor Stellenstreichungen immer größer. Die Arbeitsbeschaffungsmaßnahme „Drogenproblem“ muss erhalten bleiben. Also spielen wir weiter grandios auf der Klaviatur der Problemzuschreibungen, krümmen unseren Rücken und bauen eifrig weiter an Zuschreibungsgefängnissen für unsere „defizitären, kranken, gestörten, nicht wartezimmerfähigen und behandlungsbedürftigen Klienten“ (Schutzbefohlenen).

Zur Zeit genießen wir zudem einen methodisch gestützten, funktionalen Qualitätsdiskurs in der Drogenhilfe: Drogenhilfe muss „umfassend“, „effektiv“, „hocheffizient“ sein sowie „evidenzbasiert“ konzipiert und „wirksamkeitsanalytisch“ und „prozessevaluiert“ umgesetzt werden. Die Schnittstellen sind zu erkennen und vernetzend zu managen, ein passgenauer, casemanagementgestützter Hilfeplan muss entwickelt und „Produkte“ formuliert werden, Sachzielorientierung hergestellt, Entwicklungsoptionen erfasst, Zielkriterien bestimmt, Synergieeffekte ausgelotet, Module und Handlungsempfehlungen erarbeitet und Evaluation gesichert werden. Das alles muss dann im „Reflekting-Team“ aufgearbeitet und im „standardisierten Qualitätsbericht“ festgehalten werden. Krönung ist dabei die Einführung neuer bedeutungsschwerer Titel: Qualitätsbeauftragter, Qualitätsmanager („Effizienzverwalter“ klingt doch auch toll). Soweit, so gut.

Bei alledem gilt es aber zweierlei zu bedenken:

1. Es ist eine Grunderfahrung in sozialen Arbeitsbereichen, dass selbst wenn „wir“ Grund für die Annahme haben, „unsere“ „evidenzbasierten“ Maßnahmen oder methodisch gestützten Hilfeleistungen haben zu Veränderungen im biographischen und /oder drogalen Lebensvollzug bei den jeweiligen „Zielgruppen“ geführt, können „wir“ nicht sicher sein, ob das Erreichen des möglichen Ziels (beispielsweise Abstinenz oder ein reduzierter Konsum) tatsächlich auf die eingesetzten „pädagogischen

Methoden“ oder nicht vielmehr auf umweltgestützte Eigenleistung „des“ Menschen zurückzuführen ist. Es gibt halt keine kausal wirkenden Methoden zur planmäßigen Veränderung von Menschen aufgrund exakter Diagnostik und passgenauer Umsetzung unter permanenter Optimierung mit dem Ziel der Abstinenz, auch wenn auf dem pädagogisch-therapeutischen und qualitätsgemanagten Marktplatz immer so getan wird, als gäbe es sie. Denn würde es sie geben, bräuchten wir keine Sozialarbeit, keine Drogenhilfe, keine Psychotherapie, keine Suchtprävention mehr. „Abstinenz ist keine Zielvorgabe, sondern eine Wunschvorstellung“ (Amendt 2003, S.147).

2. Die definitorische Festlegung von Effizienz und Optimierungsprozessen sowie die immer wieder als unabdingbar angesehene und geforderte Überprüfung des „Erfolges“ drogenhilfepraktischer Maßnahmen hinsichtlich der Kriterien Effektivität (Wirksamkeit), Effizienz (Wirtschaftlichkeit) und Qualität (Nachhaltigkeit) muss aufgrund der Komplexität, Zukunftsoffenheit und Variabilität von biografisch-subjektiven und drogalen Entwicklungsmöglichkeiten im Praxisalltag von Drogenhilfe scheitern. Drogenhilfepraktische Maßnahmen werden zur Zeit „in eine Terminologie verpackt, deren Zentralvokabeln Ressourcen-Orientierung, Qualitäts-Standards, Hilfeplan und Ähnliches sind, mit denen eine Verdinglichung und Machbarkeitsillusion suggeriert wird“ (Göppner 2006, S. 40).

Was hat beispielsweise die Qualitätssicherungsdebatte wirklich gebracht? Neue, teure Qualitätsbeauftragte, Verbetriebswirtschaftlichung (Herstellung von „Produkten“) der Drogenhilfe und eine riesige Anzahl an Institutionen, die Qualitätsmanagementkurse und -zertifikate zu horrenden Preisen anbieten. Was bedeutet dies alles für die Zukunft: Bei der Durchsetzung des Primats der Ökonomie geht es um die Erhaltung der Konkurrenzfähigkeit auf dem Hilfemarkt, wobei gelegentlich Kafka an die Tür klopft und um Einlass bittet. Wir schreiten voran in Richtung werbetechnisch glänzend gestützter Konzernbildungen mit entsprechend inszenierten Leistungsvereinbarungen und damit „Kapitalisierung“ der Drogenhilfe. Kleinere Einrichtungen werden nicht überleben, die Trägervielfalt ist dahin. („Leistung aus Leidenschaft“ - Deutsche Bank; „Multiplizierte Leistung – Maximale Perfektion“).

Der unumstößliche Glaube an messbarer Effektivität und Effizienz, die vorherrschende utilitaristisch und ökonomisch orientierte gesellschaftliche Moral und ihre entsprechende sozialtechnologische Mentalität reduziert „die jeweiligen Zielgruppen“ präventiver und

drogenhilfepraktischer Zugriffsweisen auf eine zielbestimmte, verwertbare und berechenbare Kundenfunktion im Sinne des „Marktdiktates“ von meist vorab definitorisch festgelegter Bedürfniserzeugung bzw. -herstellung.

Gebraucher illegalisierter Substanzen und „Konsumenten“ von Drogenhilfe sind aber nicht wirklich „Kunden“, da sie weder kaufen und bezahlen, noch genussorientiert und straf-, angst- und bevormundungsfrei ihre Konsumbedürfnisse, nämlich Drogen zu konsumieren, befriedigen können.

Zudem wird der Gebrauch und mögliche Missbrauch von legalisierten und illegalisierten Substanzen jeglicher Couleur von Subjekten in je individuellen und konkreten biografischen und sozialen Lebenszusammenhängen praktiziert. Dieser subjektiv-soziale Faktor entzieht sich jedoch einer systematischen Quantifizierung, Standardisierung und somit „Berechenbarmachung“. Die weitverbreitete Vorstellung, man müsste nur das entsprechende pädagogisch-passgenaue „Werkzeuge“ sprich Methoden (neuerdings sehr beliebt: Motivational Interviewing, Psycho-Education) anwenden, um erwünschtes Verhalten also meist Abstinenz „herzustellen“ bzw. zu „produzieren“ ist professionelles Wunschdenken. Natürlich können sich Menschen (ver)ändern. Aber das ist ihr Werk, ihre Tatkraft, ihr Umsetzungswille und nicht das von Experten, die bestimmte „pädagogische“ Methoden zur Herstellung vorab definierter „Produkte“ einsetzen. Auch drogenabhängige Menschen sind immer Subjekte ihrer eigenen Entwicklung, die durch Drogenhilfe prozessbezogen, moderierend unterstützt werden kann, aber nicht hergestellt, produziert. Es geht darum, Angebote (Maßnahmen) vorzuhalten, die günstige Bedingungen für die moderierend unterstützte, selbsttätige Gestaltung der je individuellen Lebenspraxis bereitstellen. Veränderungen gleich welcher Art entfalten sich immer in einem lebensgeschichtlichen, meist diskontinuierlichen Entwicklungsprozess. Drogenhilfe kann sich insofern nur als ein diskursiver und zeitintensiver Aushandlungsprozess, als ein Interaktionsprozess begreifen, in dessen Ausgestaltung die Angebotsnutzer als selbstbestimmende, selbsttätig kooperierende Subjekte einbezogen sind. Drogenkonsumierende Menschen sind eben keine zielbestimmenden „Objekte“ fürsorglicher Bemühungen, d.h. „aus Ihnen etwas anderes zu machen, als sie sind oder sein wollen“ (Gloel 2002, S. 48).

Akzeptanzorientierte Drogenhilfe ist somit als moderierendes Empowerment zu verstehen, d.h. sie unterstützt und begleitet jenseits einer neuen pädagogischen Rezeptur von Methoden und Interventionsformen die Entwicklungsschritte hin zu einer selbstbestimmten, eigeninszenierten Lebensgestaltung (als Selbst-

Bemächtigung) mit und ohne Drogen. Es geht um entwicklungsbegleitende, szenenahe Unterstützung hinsichtlich eines möglichst gesundheitsschonenden Konsums in (riskanten) Drogengebrauchssituationen unter Berücksichtigung von Selbstwirksamkeit. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit fördert und unterstützt somit möglicherweise das konkrete Erleben bewusster Umwelt- und Drogenkontrolle, und sei diese noch so sehr „reduziert“.

So notwendig ferner auch Drogenkonsumräume und heroingestützte Behandlungsformen für kompulsiv drogenkonsumierende Menschen als Überlebenshilfe und Gesundheitsprävention im Sinne der Einleitung von Normalisierungsprozessen (sozialpolitische Funktion) sein mögen, unterliegen sie doch auch spätmoderner Kontrollpolitik (ordnungspolitische Funktion). Es geht darum, den Fixer und den Konsumakt raumbezogen möglichst unsichtbar zu machen. Drogenpolitik erweist sich dabei mehr und mehr als Regulierungspolitik eines besonders sichtbaren „sozialen Problems“. Sie ist darauf gerichtet, diese Sichtbarkeit möglichst zu verringern, um den gefürchteten, öffentlichen Problemdruck zu reduzieren.

Darüber hinaus werden Sondermaßnahmen für „sonderbare Menschen“ und für die Inkarnation des „Bösen“ (Rauschgifte, Drogendealer) permanent ausgeweitet. Wir sind jedenfalls auf dem besten Wege, dass die Anzahl der Drogenhelfer, Suchtmediziner, Präventionsfachkräfte, Casemanager, Qualitätssicherer, Drogentherapeuten, Drogenpolitiker, Schadensbegrenzer, Drogenforscher und Drogenverfolger die geschätzte Zahl der Risikopersonen und Gebrauchter illegalisierter Drogen bald übersteigt oder schon überstiegen hat. Und: „Die Drogenhilfsindustrie – ob sie es will oder nicht – ist zusammen mit den Drogenfahndungsbehörden und koordinierenden Instanzen zu einem wichtigen Bestandteil der Interessengruppen geworden, die sich um die Drogenproblematik geformt haben. Denn schließlich ist das Drogenproblem die Quelle ihrer Einkommen und gibt ihnen (und uns) ihren Status“ (Cohen 2001, S.26).

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

Jedoch: Der gesellschaftliche Drogenkult als Mythenproduzent, gespeist aus Drogenangst, Bedrohlichkeitsempfinden und Fehlinformation,

bestimmt weiterhin - von Ausnahmen abgesehen - die Öffentlichkeit sowie die Medien- und Forschungslandschaft. So beispielsweise wenn schon vor der „Daum und Friedmann Affäre“ und des Kokainnachweises auf den Toiletten des Bundestages Politiker im „Drogen-Phobien-Rausch“ die Einführung von obligatorischen Drogentests an allen Schulen und Firmen fordern (neuerdings sollen auch Jugendliche als Under-Cover-Agenten tätig werden) und Versandbetriebe Testverfahren auf dem Markt der unbegrenzten Möglichkeiten anpreisen, mit deren Hilfe besorgte Eltern „ihre minderjährigen Kinder per Haaranalyse auf regelmäßigen Konsum von Cannabis testen lassen können ... Frühzeitiges Erkennen – ein wesentlicher Faktor effizienter Suchtprävention – und für viele Kinder der erlösende Einstieg zum Ausstieg“ (HC DrugIdent, Flensburg 2000 – Werbeschrift). Oder: „Dem Gecko bleibt nichts verborgen – Drogenschnelltests nun erhältlich. Seit Montag gibt es den Gecko-Test in Apotheken. 29,95 Euro kostet das Mini-Labor, mit dem feste Substanzen wie Pillen, Pflanzenteile oder Flüssigkeiten untersucht werden können. Auch Oberflächen sind vor dem Test nicht sicher: Mit einem Tupfer können Eltern einen „Abstrich“ machen und verdächtige Spuren aufnehmen“ (Münstersche Zeitung vom 12.11.2003). Oder: In Neuseeland lassen ängstliche Eltern die Zimmer ihrer Kinder von Spürhunden nach Drogen durchsuchen. Der Schnüffelhunddienst rückt an, wenn die Kinder in der Schule sind (vgl. Der Spiegel vom 26.11.2001). Oder: „Vati prüft jetzt deinen Urin. Vertrauen ist gut, Urinkontrolle ist besser. Nach dem Willen der Mailänder Gesundheitsbeauftragten sollen Eltern künftig überprüfen, ob ihre Kinder Drogen nehmen – mit einem kostenlosen Test, ein Geschenk der Stadt“ (Spiegel Online, vom 9.5.07). Prima Klima kann man da nur sagen!

Und wenn alles nichts hilft, wird ein Außenfeind präsentiert: „Die völlig verantwortungslose Drogenpolitik der Niederlande ist eine der wesentlichen Ursachen für die Versorgung des Drogenmarktes sowie für Drogenelend und Tod in Deutschland“ (Bayerns neuer Ministerpräsident und ehemaliger Innenminister Günther Beckstein in der Bild am Sonntag, 24.11.02). Oder es wird martialisch festgestellt: „Keine Gnade für Hasch-Raucher“ (CSU-Generalsekretär Markus Söder in der Bild am Sonntag, 5.12.04). Dies erinnert an frühe Westernfilme unter dem Motto „Keine Gnade für Ulzana“.

Eine drogenpolitische Umorientierung ist noch längst nicht vollzogen, Voraussetzung dafür wäre, die repressive Drogenverbotspolitik aufzuheben. Somit würde sich „Drogenhilfe“ der gesamten Spannweite zugeschriebener Funktionen als Rettungsinstanz zur Befreiung von einem gesellschaftlichen Grundübel und als Wiederherstellungsinstanz von Normalität und Abstinenz entledigen. Dies setzt allerdings die

Anerkennung der (auch genussbezogenen) Selbstgestaltung des Lebens mit und ohne Drogen voraus. Es geht dabei um die Vermittlung von notwendiger Risikokompetenz für den Umgang mit möglichen „riskanten Räuschen“. Wobei das „Risiko“ des Misslingens stets einkalkuliert werden muss: Drogengebrauchshasardeure und die missbräuchliche und süchtige Verwendung von allen Substanzen zur Veränderung des „normalen“ Wachzustandes wird es immer geben. Hier ist aber nicht das Strafrecht gefragt, sondern Verständnis und Akzeptanz (Pädagogik, Psychologie und auch Medizin). Alles was lebensnotwendig und genussorientiert ist, birgt immer auch Risiken: Unvernunft, Unvorsichtigkeit und Fahrlässigkeit in einer „kaufregenden“ und „siegerorientierten“, sprich gedopten Gesellschaft, in der allabendlich die Toyota-Affen verkünden „Nichts ist unmöglich“, das Dionysische wie das Apollinische gehört zum Menschsein und ist integraler Bestandteil gesellschaftlichen Lebens.

Es bleibt dennoch zu hoffen, dass akzeptanzorientierte Drogenarbeit immer mal wieder „aneckt“, ein Mosaiksteinchen gegen „die Wiederkehr des immer Gleichen“ (F. Nietzsche) setzt und dazu beiträgt, die Defizit- und Problemerkählungen zu relativieren. Jedoch Vorsicht: Sisyphos ist überall.

„Drogen sind Genussmittel, wenn sie mäßig und kontrolliert genossen werden, Drogen sind medizinisch indizierte Hilfsmittel zur Bewältigung psychischer Probleme, Drogen sind Betäubungsmittel zur Linderung von körperlichem Schmerz, Drogen sind Suchtmittel, wenn der Konsum außer Kontrolle gerät, Drogen sind Zahlungsmittel im Netzwerk der organisierten Kriminalität, Drogen sind Druckmittel zur Durchsetzung autoritärer „law and order“-Strategien. Das ist die drogenpolitische Realität“ (Amendt 2003, S. 2001)

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

„chronische Hirnstörung“ anzusehen ist, dann ist eine Entwicklung zum zwanghaften und exzessiven Drogengebrauch, zur Sucht unabänderlich, nicht beeinflussbar. So wie es genetisch bedingt ist, beispielsweise blaue Augen zu haben. Suchtpräventive, akzeptanzorientierte, therapeutische und repressive Maßnahmen wären dann überflüssig, nicht mehr notwendig, hätten keinen Sinn mehr. Die Lösung läge dann in der Produktion genetisch einwandfreier Menschen. Aber was machen wir dann mit dem Forschungs-, Verfolgungs- und Drogenhilfewasserkopf, mit der profitablen Methadon- Behandlungsindustrie? Alles wird gut.

Literatur:

Akzept e.V.: Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit. Materialien Nr. 3. Münster 1999

Amendt,G.: No Drugs – No Future. Drogen im Zeitalter der Globalisierung. Hamburg 2003

Camus,A.: Der Mythos des Sisyphos. Hamburg 1959

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

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

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

Fahrenkrug,H.: Risikokompetenz - eine neue Leitorientierung für den Umgang mit „riskanten Räuschen“. In: Akzeptanz 2/1998, S. 18 – 22

Gerlach,R.: „Elend“ Methadon-Substitution(?). In: Schneider,W.(Hg.): Illegalisierte Drogen. Alte Mythen – Neue Akzeptanz. Berlin 2001

Gloel,R.: Wodurch zeichnet sich kompetente Soziale Arbeit aus? In: SozialExtra 11/12 2002, S. 45 – 48

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

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

Kappeler, M. et al: Jugendliche und Drogen. Opladen 1999

Kemmesies, U.: Umgang mit illegalen Drogen im bürgerlichen Milieu. Bericht zur Pilotphase. Universität Frankfurt 1999

Schmidt, T.: Ich habe es ohne Therapie geschafft. Hamburg 1996

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

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

Schneider, W.: Herauswachsen aus der Sucht – Selbstorganisierte Ausstiegsverläufe. In: Akzeptanz 1/2002a, S. 32 – 37

Schneider, W.: Die „sanfte“ Kontrolle. Suchtprävention als Drogenpolitik. Berlin 2006

Schneider, W./Stöver, H.: Das Konzept Gesundheitsförderung - Betroffenenkompetenz nutzen - Drogenberatung entwickeln. In: Heudtlass, J.-H./Stöver, H. (Hg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Frankfurt 2005

Soellner, R.: Abhängig von Haschisch? Bern 2000

Stöver, H./Michels, I.: Gesundheitsräume - Geschichte, Bedeutung für Drogengebraucher/innen und Stellenwert innerhalb der Drogenhilfe und -politik. In: Stöver, H. (Hg.): Akzeptierende Drogenarbeit. Eine Zwischenbilanz. Freiburg 1999

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

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

Weber, G./Schneider, W.: Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Berlin 1997

Dr. Wolfgang Schneider
INDRO e.V.
Bremer Platz 18 - 20
48155 Münster
Email: INDROeV@t-online.de
Internet: www.indro-online.de