

Ist akzeptierende Drogenarbeit heute noch zeitgemäß?

Vortrag anlässlich der Jubiläumsfeier der „Drehscheibe“ Lörrach, 07. November 2008
Birgit Wichelmann-Werth, M.A., Leiterin des Kontaktladens „Café Fix“ mit medizinischer Ambulanz, Frankfurt.
Vorstand des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr)

Sehr geehrte Frau Oberbürgermeisterin,
sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich bedanke mich für die ehrenvolle Aufgabe anlässlich Ihres 10jährigen Bestehens diesen Vortrag halten zu dürfen.

Ist akzeptierende Drogenarbeit heute noch zeitgemäß? Dies ist die Fragestellung, die Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen der „Drehscheibe“, mir als Thema meines Vortrages aufgegeben haben. Es ist eine sehr gute aber auch sehr schwierige Fragestellung.

Niedrigschwellige und akzeptierende Drogenhilfe hat in den vergangenen Jahren in Deutschland gute und wirksame Arbeit geleistet. Offenkundig und bemerkbar werden ihre Erfolge daran, dass das Elend drogenabhängiger Menschen in den Straßen und anderen öffentlichen Räumen der Städte nicht mehr so sichtbar ist, dass die Zahlen der Drogentoten zwischen dem Jahr 2000 und 2007 von 2.030 auf 1.394 Personen (1) zurückgegangen sind, dass die Schlagzeilen der Presse mittlerweile von anderen Themen beherrscht werden. AIDS und Drogen sind nicht mehr die Angstthemen dieses Jahrzehnts.

Nicht wahrnehmbar für die Öffentlichkeit sind aber die Tausende von wirklichen Erfolgsfällen. Es sind all die Individuen, die sich aus der illegalen Szene lösen können, die sich nicht mehr kriminell verhalten, die unauffällig in ihren Wohnungen leben und eventuell sogar einer Arbeit nachgehen um ihr eigenes Geld zu verdienen. Es sind auch die Tausende von Angehörigen, die nicht mehr nachts wach liegen und sich vor Sorgen um den Schlaf bringen. Die Eltern, Freunde und Kinder, denen schweres Leid erspart bleibt. Sie sind deshalb nicht wahrnehmbar, weil Drogenabhängige nur dann auffallen, wenn sie an einer Überdosis sterben, sich als Szene im öffentlichen Raum zusammenrotten und Polizei sowie Justiz beschäftigen.

Dies sind natürlich nicht nur Erfolge, die sich die niedrigschwellige Drogenhilfe auf ihre Fahnen schreiben kann. Ohne das gesamte Spektrum der Suchthilfeeinrichtungen und ohne das Mitwirken anderer gesellschaftlicher Kräfte wäre dies sicherlich nicht denkbar. Aber der niedrigschwellige Bereich hat zweifellos einen großen Anteil.

Drogenhilfe mit Jugend- und Drogenberatungsstellen, stationären Therapieeinrichtungen und Betreuten Wohngemeinschaften gab es auch schon in den 70er und 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Trotzdem wuchsen in deutschen Städten, genau wie im europäischen Ausland, offenen Drogenszenen und die Verelendung opiatabhängiger Menschen inmitten unserer Zivilisation wurde deutlich sichtbar. Als gesellschaftliche und fachliche Antwort hierauf wurden neue Konzepte entwickelt, die, finanziert durch die Kommunen, seit Ende der 80er Jahre auch in die Realität umgesetzt wurden. Zunächst vielfach als Kontaktläden, Schutzhütten und ambulantes Spritzentausch. In einer nächsten Phase entstanden szenenahe medizinische Ambulanzen, Substitutionsprogramme zur Überlebenshilfe, „Gesundheitsräume“ und als letztes das Heroinprogramm.

Aktuell gibt es in Deutschland 474 Einrichtungen, die unter dem Begriff niedrigschwellige Drogenhilfe zusammengefasst werden. 403 Kontaktläden, 45 Notschlafstellen und 26 Drogenkonsumräume.

Niedrigschwellige Drogenarbeit ist als Antwort des Hilfesystems auf katastrophale Notlagen von drogenabhängigen Menschen entstanden. Ohne Drogentote, ohne auffällige Ansammlungen von drogenabhängigen Menschen hätte es diese Form der Hilfe nicht gegeben. Sie verdankt ihre Existenz dem Fakt, dass die Institutionen des Sozial- und Gesundheitssystems mit ihren Strukturen und ihrem Selbstverständnis diese Zielgruppe nicht erreichen konnten. Dieses ist der Tatsache geschuldet, dass drogenabhängige Menschen aufgrund ihrer Erkrankung Verhaltensweisen ausbilden, die zu einer gegenseitigen Abstoßung führen. Die Menschen, die objektiv betrachtet, eigentlich einen großen Bedarf nach medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung sowie Deckung ihrer sozialen Grundbedürfnisse haben, verspüren subjektiv, aufgrund ihrer verfremdeten Wahrnehmung, oftmals keinen Grund sich hilfesuchend an die zuständigen Instanzen zu wenden. Doch auch die Vertreter dieser Hilfesysteme reagieren eher mit Abneigung und Widerwillen gegenüber drogenabhängigen Menschen im Fall, dass sie von diesen aufgesucht werden. Ärzte in ihren Praxen oder in Krankenhäusern reagierten eher abwehrend, wenn sich drogenabhängige Menschen hilfesuchend an sie wandten. Drogenabhängige sind nicht sehr „wartezimmerfreundlich“. Bevor die Substitutionsbehandlung in Deutschland eingeführt wurde war eher damit zu rechnen, dass die Krankenhausapotheke geplündert wurde oder der Mitpatient im Bett nebenan um sein Portemonnai erleichtert wurde, als dass der Patient sich angemessen behandeln ließ.

So gut das Sozial- und Gesundheitswesen in Deutschland auch ausgebildet war, so wenig war es in der Lage mit seinen Strukturen eine angemessene Antwort auf die soziale Verelendung und die schweren psychischen und somatischen Erkrankungen dieser Menschen zu geben.

Dieses Phänomen wurde bereits 1971 in einem berühmt gewordenen Aufsatz der britischen Medizinzeitschrift „The Lancet“ von Julian Tudor Hart als „Inverse Care Law“(2) geschildert. Diejenigen Personengruppen, die über das geringste Einkommen und die geringste Bildung verfügen, haben gleichzeitig die höchste Krankheitsbelastung zu ertragen und erhalten den schlechtesten Zugang zu ärztlicher Behandlung. Ich möchte hier hinzufügen, sie haben auch den schlechtesten Zugang zum sozialen System. Julian Hart hat dieses Phänomen am Beispiel des National Health Service in Großbritannien gezeigt und seine Analyse bezieht sich auf die britischen Industriearbeiter-Distrikte aber es ist offenkundig für jeden, der im Gesundheitssystem selbst arbeitet oder in Zusammenarbeit mit diesem steht, dass das „Inverse Care Law“ auch auf die Situation anderer sozialer Randgruppen in anderen Ländern übertragbar ist.

Genau dieses Phänomen konnten die Mitarbeiter der Drogenhilfe Ende der 80er Jahre in den offenen Drogenszenen beobachten. Junge Menschen mit amputierten Gliedmaßen, unversorgten Abszessen, großflächigen Hautläsionen, unterernährt und ausgezehrt, hatten de facto keinen Zugang zum ärztlichen Versorgungssystem.

Der niedrigschwelligen und akzeptierenden Drogenhilfe gelang es das „Inverse Care Law“ zumindest teilweise außer Kraft zu setzen. Sie schaffte es, qualifizierte engagierte Ärzte zu den Menschen zu bringen, die ihre Behandlung sehr nötig hatten. So wurden in vielen Kontaktläden medizinische Sprechstunden angeboten, Wundversorgungen vorgenommen, Krankheiten behandelt und vor allem wurde Vertrauen aufgebaut. Vertrauen zwischen Patient und Arzt, das als Basis für weiterführende Diagnostik und Therapie der Suchterkrankung und der hiermit häufig verbundenen Folgeerkrankungen wie AIDS, Hepatitiden, Tuberkulose u.a. unerlässlich war.

Dieser bessere Zugang zu medizinischer Versorgung hat mit Sicherheit dazu beigetragen, dass die Anzahl der Drogentoten kontinuierlich zurückgegangen ist. Die Zulassung der Substitutionsbehandlung mit Polamidon und Methadon, in jüngerer Zeit auch Buprenorphin und Diamorphin, wurde erst nach langen Diskussionen in der Fachwelt und vor allem in der Politik, in den 90er Jahren des vergangenen Jahrhundert Realität. Damit wurde ein weiterer ganz entscheidender Schritt zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation drogenabhängiger Menschen getan.

Auch die Arbeitsweise der Sozialarbeit hat sich im niedrigschwelligen Bereich von früheren Ansätzen emanzipiert. Die Grundhaltung vieler Sozialarbeiter in ambulanten Drogenberatungsstellen war dadurch gekennzeichnet, dass die erste Forderung an die Klientel darin bestand sich vom Drogenkonsum loszusagen, bevor konkrete Hilfsmaßnahmen eingeleitet wurden. Die Arbeitshaltung von Drogenberatern in niedrigschwelligen Einrichtungen ist dadurch bestimmt, dass sie den Konsum der Drogen als Fakt akzeptieren, die Drogenabhängigkeit als Sucht und damit als Krankheit begreifen. Sie haben die Einstellung, dass die Menschen **mit** ihrer Krankheit einen Anspruch auf Unterstützung entsprechend der Sozialgesetzgebung haben. D.h. Anspruch auf eine angemessene Wohnung oder Unterkunft, auf Hilfe zum Lebensunterhalt, auf Krankenversorgung. Der „Königsweg“ der Abstinenz hat zu viele Menschen aus der Gesellschaft ausgeschlossen und sie ihrer Menschenwürde beraubt, die ihnen als natürliches und gesellschaftliches Gut gegeben ist und unabhängig von Krankheit und Gesundheit respektiert werden muss.

In diesem Sinne sind in den vergangenen Jahren viele Fortschritte erzielt worden. Nicht nur die Zahl der Drogentoten ist erheblich zurückgegangen, auch die Obdachlosigkeit konnte vielfach beseitigt werden, ja es ist sogar gelungen, dank der Reformierung des SGB II, viele Klientinnen und Klienten wieder an Arbeit und legalen Gelderwerb heranzuführen. Einige konnten sogar eine schulische oder berufliche Ausbildung machen.

Und nun, da Erfolge offenkundig geworden sind durch Rückbildung der offenen Drogenszenen, Rückgang der Todeszahlen, Verbesserung der gesundheitlichen Situation, Minderung der HIV-Infektionen bei intravenös Konsumierenden wird die Frage gestellt, ob akzeptierende Drogenarbeit heute noch zeitgemäß ist.

Für mich stellen sich zunächst einmal Gegenfragen.

Wenn sie nicht mehr zeitgemäß sein sollte, was soll dann an ihre Stelle im Hilfesystem treten?

Soll sie ersatzlos gestrichen werden?

Sollen die Kapazitäten dem Bereich der ambulanten Beratung zugeführt werden?

Oder soll etwas ganz Neues ihren Platz einnehmen?

Was ist überhaupt Anlass eine solche Frage zu stellen und warum gerade jetzt?

Auf der Ebene der Bundesregierung gibt es z. Z. keine Anzeichen dafür, dass die Überlebenshilfe als eine der vier wesentlichen Säulen der Bundesdrogenpolitik - die anderen drei Säulen sind Prävention, Therapie und Repression - entfernt werden sollte. Im Gegenteil, die Bundesdrogenbeauftragte Sabine Bätzing hat dem Bereich Beratung, Behandlung, Substitutionstherapie im Drogen- und Suchtbericht 2008 (3) breiten Raum gegeben und die Referentin des heutigen Tages stellvertretend für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der niedrigschwelligen Drogenhilfe durch die Vorstellung in eben diesem Bericht ausgezeichnet.

Auch im Jahrbuch Sucht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) finden niedrigschwellige Angebote ihren Platz. „Im Rahmen eines breit gefächerten Angebotes ist es wichtig, möglichst niedrigschwellig zu arbeiten“. (4)

Auf der Ebene der Bundesländer ist derzeit ebenfalls nicht zu erkennen, dass ein Interesse daran besteht die akzeptierende Drogenhilfe in Frage zu stellen.

Auf der kommunalpolitischen Ebene sieht es jedoch etwas anders aus. Zumindest in einigen Kommunen zeichnet sich ab, dass die erreichten Erfolge, die zur Entlastung des öffentlichen Raumes geführt haben, und der Druck von Seiten persönlich interessierter Menschen, wie Geschäftsinhaber und Finanzinvestoren, darauf hindeuten, dass die politisch Verantwortlichen eine Änderung anstreben.

Da sich im Umfeld der niedrigschwelligen Einrichtungen immer wieder Ansammlungen von drogenabhängigen Menschen bilden und in ihrem Umfeld auch immer wieder Drogenanbieter auftauchen - kein Wunder, denn sie wissen, dass sie hier Kundschaft finden - wird von Außenstehenden Wirkung und Ursache miteinander verwechselt.

Nachbarn und Geschäftsleute in der Umgebung sind der Meinung, die niedrigschwelligen Einrichtungen seien das Problem. Wenn sie verschwänden, dann sei man auch die Drogenabhängigen los. Wie also können wir ihnen klar machen, dass die Einrichtungen nicht ein Teil des Problems, sondern ein Teil der Lösung sind.

M.E. nach geht dieses nur durch eine wirksame Öffentlichkeitsarbeit, eine kontinuierliche Kommunikation und gute Kooperation.

Die Öffentlichkeit, damit meine ich die Bürger einer Kommune, ihre politischen Repräsentanten, die Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes, der Sozialbehörden, der Ordnungsbehörden, also die Steuerzahler, die letztlich diese Einrichtungen finanzieren, sie alle haben ein Recht darauf, zu erfahren, was die Einrichtungen mit diesem Geld machen, wie sie es einsetzen und was sie bewirken. Deshalb sollten alle Möglichkeiten von den Einrichtungen genutzt werden, um kontinuierlich über die Arbeit und ihre Ergebnisse zu berichten. Gut aufbereitet Quartalsberichte und Jahresberichte können ein gutes Medium sein, das ins Internet gestellt, Interessenten auf Abruf zur Verfügung steht.

Auch ein Tag der offenen Tür kann helfen Vorurteile und Ängste abzubauen. Allerdings haben wir in unserer Einrichtung mehrfach die Erfahrung gemacht, dass Outsider eine spezielle Form von Einladung benötigen um tatsächlich die „niedrige Schwelle“ unserer Häuser zu überqueren. Schlechte Ergebnisse haben wir erzielt mit Einzelaktionen aber auch mit der „Frankfurter Suchtwoche“. Sehr viele Besucher konnten wir begrüßen beim Evangelischen Kirchentag, der vor einigen Jahren in Frankfurt stattfand und in der „Nacht des Frankfurter Bahnhofsviertels, das im August dieses Jahres von der Stadt Frankfurt organisiert wurde. In einem solchen, als sicher empfundenen Rahmen, konnten die „normalen“ Bürger ihre Ängste und Abneigungen überwinden und ihrer Neugier freien Lauf lassen. Zu Tausenden sind die Einwohner Frankfurts durch das Rotlichtviertel geströmt, haben Bordelle besucht und sich durch Druckräume und den Kontaktladen führen lassen.

Eine gute Kommunikation lässt sich auch durch jeden Mitarbeiter der Einrichtung sicherstellen, denn jeder ist Repräsentant seiner Einrichtung. Positive und unterstützende Kontakte zu den Mitarbeitern der Sozialbehörden werden häufig von diesen als hilfreich für die eigene Arbeit registriert.

Außerdem können niedrigschwellige Einrichtungen, die ihre Klientel gut kennen und deren Ressourcen gut einschätzen können, Projekte initiieren, die der Kommune zugute kommen.

Das hilft nicht nur dabei das Image von Einrichtung und Klientel zu verbessern, es stärkt auch das Selbstwertgefühl der Klientinnen und Klienten.

Als Beispiele aus meinem Erfahrungsbereich seien genannt das Kooperationsprojekt mit dem Frankfurter Palmengarten, in dem Klienten unserer Einrichtung täglich in den Gewächshäusern und in den Parkanlagen arbeiten, und das Projekt „Fegerflotte“, in dem drogenabhängige Menschen die Straßen des Frankfurter Bahnhofsviertel reinigen. Dieses Projekt läuft bereits seit sechs Jahren und wird zusammen mit der Stabsstelle „Sauberes Frankfurt“ betrieben. Im kommenden Jahr soll es ausgeweitet und die Personenzahl verdoppelt werden.

Mit Arbeitsprojekten, die an niedrigschwellige Einrichtungen angegliedert wurden, sind überall in Deutschland gute Erfahrungen gemacht worden.

Gut im Sinne der psychischen und gesundheitlichen Stabilisierung der Klienten. Gut aber auch im Sinne des Funktionierens. Wenn die Anforderungen nicht zu hoch sind, das meine ich in Bezug auf die körperliche Belastung, auf die psychische Exposition und die berufliche Qualifikation, dann können die Resultate und Arbeitsergebnisse sich durchaus sehen lassen. Das macht die Klienten stolz und trägt zu ihrer Lebenszufriedenheit bei, reduziert Langeweile, Konsum illegaler Drogen und kriminelle Aktivitäten.

Der fdr hat in den letzten Jahren einige Fachtagungen und Seminare zum Thema Arbeitsprojekte in der Suchthilfe durchgeführt und überall in Deutschland wurden ähnlich Erfahrungen gemacht (5).

In diesem Sinne war auch die Reform der Sozialgesetzbücher, insbesondere des SGB II, nützlich. Viele drogenabhängige Menschen wurden so eingestuft, dass sie mehr als drei Stunden am Tag arbeiten können. Hierdurch entstand ein gewisser Druck, der die Klienten in Bewegung brachte. Die niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen, die bereits Arbeitsprojekte initiiert hatten, konnten der Nachfrage nachkommen und gleichzeitig als Kooperationspartner für die pAp in den Job-Centern und Arbeitsagenturen fungieren. Auf der Tagung der Bundesdrogenbeauftragten, der Ihnen allen bestens bekannten Frau Caspers-Merk, in Berlin am 20. und 21. Oktober 2005 (6), trafen sich viele Vertreter der Suchthilfe, der Arbeitsagenturen, Kommunen und Verbände sowie Politiker, um die vorhandenen Grundlagenkenntnisse über die Bedeutung von Arbeit in der Suchtrehabilitation, über die Erfahrungen der Kooperation zwischen Arbeitsagentur, Sozialverwaltung und Suchthilfeeinrichtung zusammenzutragen und zu erörtern. Viele interessante Beispiele funktionierender Arbeitsprojekte wurden vorgestellt. Aus allen ging hervor, dass die Zugänglichkeit von Arbeitsmöglichkeiten ein wichtiges Element bei der Gesundung und gesellschaftlichen Integration von drogenabhängigen Menschen ist.

Wir wissen durch die Erkenntnisse der nationalen und internationalen Suchtforschung und die gewonnene praktische Erfahrung der letzten Jahrzehnte so viel mehr über die Entstehung von Sucht, über die Faktoren, die zu ihrer Chronifizierung beitragen und über erfolgreiche Behandlungsmethoden, dass wir sehr entschieden sagen können:

Wir benötigen in Deutschland ein breit aufgestelltes Angebot,

- um präventiv wirken zu können,
- um früh zu intervenieren, wenn Menschen ein riskantes Konsummuster entwickeln,
- um wirksame Therapie anzubieten, die so kurz wie möglich aber so lang wie nötig sein muss, das gilt übrigens gleichermaßen für Abstinenz- wie medikamentengestützten Behandlungen,
- und um diejenigen zu erreichen, die von den vorher genannten Angeboten nicht erreicht wurden – dies sind die niedrigschwelligen Einrichtungen.

Was m.E. nicht mehr zeitgemäß ist, das ist die Einschätzung, dass es sich bei Suchtmittelabhängigkeit um einen Lebensstil handelt. Die Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung haben uns gelehrt, dass es sich bei süchtigem Verhalten um einen nichtsteuerbaren Vorgang im menschlichen Gehirn handelt, der das Belohnungssystem durch externe Zuführung psychoaktiver Substanzen manipuliert und das körpereigene außer Kraft setzt. Deshalb handelt es sich eindeutig um eine Erkrankung und nicht um einen individuellen frei gewählten Lebensstil.

Aus dieser Erkenntnis leitet sich m.E. jedoch noch viel eindeutiger der Auftrag ab, diesen Menschen angemessen und wertschätzend zu begegnen, den Konsum der Drogen als Fakt zu akzeptieren, Vertrauen aufzubauen und auf dieser Grundlage den Klienten die bestmögliche medizinische Behandlung und soziale Unterstützung zukommen zu lassen.

Hierfür sind niedrigschwellige Einrichtungen unerlässlich solange es Menschen gibt, die sie benötigen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen der „Drehscheibe Lörrach“, ich glaube, ich kann mit am besten nachvollziehen was Ihre Arbeit bedeutet. Deshalb nehmen Sie mir bitte ab, wenn ich Ihnen meine Anerkennung und meine Hochachtung für das ausdrücke, was Sie täglich leisten. Seit 10 Jahren gibt es ihre Einrichtung, Sie wissen am besten um Ihre Erfolge und ich wünsche Ihnen von ganzem Herzen, dass Sie auch in Zukunft Ihre Arbeit denen anbieten können, die sie dringend benötigen.

Wir leben in einer Zeit, in der Erfolg in erster Linie in Zahlen, am besten in Geld ausgedrückt wird. Das funktioniert in unserem Bereich nur äußerst unzulänglich, Sie arbeiten mit anderen Währungen und das ist auch gut so.

- 1) DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2007, S. 97, Geesthacht 2007
- 2) Julian Tudor Hart: The Inverse Care Law, in „The Lancet“, 1971
www.sochealth.co.uk
- 3) Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 2008
- 4) DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2007, S. 151 Geesthacht 2007
- 5) fdr (Hrsg.): Standards für Arbeits- und Beschäftigungsprojekte der Suchthilfe, 2007
- 6) Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Perspektiven für suchtkranke Menschen, Dokumentation der Fachtagung „Teilhabe am Arbeitsleben“ am 20. und 21. Oktober 2005, Berlin 2006