Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

Bachelor Thesis

Soziale Teilhabe durch Akzeptanz

Der Beitrag akzeptanzorientierter Drogenarbeit zur Verminderung von sozialem Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen in der Schweiz

Olten, im Juni 2013

eingereicht durch: Aurelia Spring

Bachelor Thesis zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit
eingereicht bei: lic. phil. I R. Calzaferri

Abstract

Die vorliegende Bachelor Thesis stellt sich vor dem Hintergrund einer sich verschärfenden sozialen Ausschliessung und einer zunehmenden Repression im Drogenbereich die Frage, *inwiefern die Soziale Arbeit durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit dem sozialen Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen entgegenwirken kann.*

Zur Beantwortung der Fragestellung werden das Konzept des sozialen Ausschlusses nach Anhorn (2008), Wissensbestände über sozialen Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen und das Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit aus bestehender Literatur aufgearbeitet, dargestellt und diskutiert. Durch eine Zusammenführung der Konzepte und Wissensbestände wird die Fragestellung auf einer gesellschaftlichen, politischen und einer Angebotsebene analysiert.

Die Analyse zeigt auf, dass akzeptanzorientierte Drogenarbeit sozialem Ausschluss von Konsumierenden auf allen Ebenen entgegenwirken kann. Auf der gesellschaftlichen und politischen Ebene geschieht dies über eine sachgerechte Öffentlichkeitsarbeit bzw. über ein politisches Engagement. Auf Angebotsebene fördert Empowerment sowie die Möglichkeit der Erfahrung von Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit der Konsumierenden im Unterstützungsprozess die soziale Teilhabe.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis **4**

1 Einleitung **5**

2 Begriffsbestimmungen **10**

3 Konzeptteil I: Sozialer Ausschluss **13**

3.1 Bestimmung von sozialem Ausschluss nach Anhorn (2008) 13

3.1.1 Entstehungshintergrund des Konzepts 13

3.1.1.1 Gesellschaftliche Rekonstruierungsprozesse 13

3.1.1.2 Aktueller Theoriediskurs und dessen Kritik 14

3.1.2 Anhorns (2008) Konzept des sozialen Ausschlusses 16

3.1.2.1 Bestimmung von sozialem Ausschluss über den Begriff der Teilhabe 16

3.1.2.2 Die zentralen Merkmale des Konzepts des sozialen Ausschlusses 17

3.1.2.3 Begründung der Wahl des Konzepts 19

3.1.3 Fazit 19

3.2 Sozialer Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen 20

3.2.1 Grundlagen 20

3.2.2 Sozialer Ausschluss aufgrund bestehender Mythen im Bereich der illegalisierten psychoaktiven Substanzen 21

3.2.2.1 Mythen über die „Macht der Droge“ und die Kausalkette der Abhängigkeit 21

3.2.2.2 Mythen Pathologisierung und Behandlungsbedürftigkeit 22

3.2.3 Sozialer Ausschluss auf der Ebene der Politik 23

3.2.3.1 Unterscheidung von legalen und illegalen Substanzen 23

3.2.3.2 Fehlende Differenzierung zwischen den Konsummustern 24

3.2.3.3 Aktivierender Sozialstaat 25

3.2.4 Sozialer Ausschluss durch die Drogenhilfe und deren Angebote 25

3.2.4.1 Definitionsmacht der Experten und Expertinnen 25

3.2.4.2 Ungleiche regionale Angebotsstruktur in der Schweiz 26

3.2.4.3 Stigmatisierungsfallen in der Suchtprävention 26

3.2.5 Fazit 27

4 Konzeptteil II: Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit 28
4.1 Entstehungsgeschichte der akzeptanzorientierten Drogenarbeit in der Schweiz 28
4.2 Kernelemente der akzeptanzorientierten Drogenarbeit 29
4.2.1 Abgrenzung zum Abstinenzparadigma 29
4.2.2 Annahmen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit 30
4.2.3 Grundlagen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit 31
4.2.3.1 Zielsetzung 32
4.2.3.2 Prinzipien 33
4.2.3.3 Methoden, Handlungsorientierung und professionelle Grundsätze 36
4.3 Die Bedeutung des Konzepts der Gesundheitsförderung für die akzeptanzorientierte Drogenarbeit 38
4.4 Fazit 40

5 Analyseteil: Möglichkeiten der Verminderung von sozialem Ausschluss durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit 42
5.1 Förderung von Teilhabe auf der Ebene der Mythen 42
5.2 Förderung der Teilhabe auf der Ebene der Politik 45
5.3 Förderung der Teilhabe auf der Ebene der Angebote 49
5.4 Fazit 54

6 Schlussfolgerungen 56
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 56
6.2 Kritische Würdigung und weiterführende Fragen 58

7 Literaturverzeichnis 63

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Abgrenzung der akzeptanzorientierten Drogenarbeit vom Abstinenzparadigma... S. 30

Tab. 2: Förderung sozialer Teilhabe durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit..... S. 55

1 Einleitung

In der sozialwissenschaftlichen Theoriebildung – insbesondere in der Sozialen Arbeit – erfahren Konzepte des sozialen Ausschlusses aktuell eine grosse Aufmerksamkeit. So hält beispielsweise Anhorn (2008: 13) fest, dass sozialer Ausschluss ein zentraler Schlüsselbegriff in der Theoriebildung der Sozialen Arbeit sein muss. Die seit den 1970er Jahren anhaltenden Rekonstruierungsprozessen der Gesellschaft – welche mit den Begriffen Liberalisierung, Flexibilisierung und Privatisierung umschrieben werden können – gehen mit einer Vervielfältigung und Verschärfung sozialer Ausschliessung einher (vgl. ebd.: 13, 17-22).

Dazu trägt auch ein im Zuge dieser Rekonstruierungsprozesse einsetzender tiefgreifender Strukturwandel der Sozialpolitik hin zum sogenannt aktivierenden Sozialstaat bei. Dieser lässt sich durch die Formel „Fördern und Fordern" und durch die Knüpfung von finanziellen Leistungen an vermehrt restriktive Bedingungen (Leistung nur gegen Gegenleistung, Androhung von Sanktionen bei unerwünschtem Verhalten) charakterisieren, was ein zunehmendes Repressionspotenzial des Sozialstaats zur Folge hat (vgl. Anhorn 2008: 21-24, Nadai 2007: 11f.). Kollektiv-solidarischen Formen der Gewährleistung sozialer Sicherheit werden immer mehr auf Strafe, Stigmatisierung und Ausschluss gerichtete Regulationsmomente entgegengesetzt. Davon betroffen sind vorwiegend Bevölkerungsteile, welche den Anforderungen dieser rekonstruierten Gesellschaft nicht entsprechen (vgl. Anhorn 2008: 23f.).

Aufgrund der sich verschärfenden sozialen Ausschliessung wird in der Theoriebildung der Sozialen Arbeit vermehrt Kritik am verbreiteten Theoriediskurs laut, der sozialen Ausschluss lediglich als Problem der Integration der Ausgeschlossenen fasst und nicht in der Lage ist „(...) eine Analyse der tiefgreifenden sich verändernden gesamtgesellschaftlichen, sozialpolitischen und sozialpädagogischen/sozialarbeiterischen Wirklichkeit (...)" anzustellen (Anhorn/Bettinger/Stehr 2008: 9). Der aktuelle Theoriediskurs orientiert sich zu stark an der Vorstellung einer Gesellschaft, die aus einem „Innen" (integrierte, homogene Mehrheit) und einem „Aussen" (ausgeschlossene Minderheit) besteht, sozialer Ausschluss also entlang horizontaler Spaltungen beschreibt. Dabei wird die ausgeschlossene Minderheit als ein Ort der Desintegration und Pathologie und als ein Ort der Bedrohung für das „Innen" begriffen. Diese Vorstellung bedeutet jedoch, dass vertikale Dimensionen (hierarchisch abgestufte Rangordnung der Gesellschaft, Unterschiede an Macht- und Herrschaftsressourcen) vernachlässigt werden (vgl. Anhorn 2008: 26). Demgegenüber propagiert Anhorn (2008) ein multidimensionales Konzept von sozialem Ausschluss, bei welchem sowohl vertikale wie auch horizontale Dimensionen von sozialem Ausschluss und deren vielfältigen Verknüpfungen berücksichtigt werden. Als Komplementärbegriff zu sozialem Ausschluss bestimmt er nicht die Integration, sondern die soziale Teilhabe. In diesem Verständnis wird sozialer Ausschluss also als das

Fehlen von Teilhabemöglichkeiten beschrieben, was für die Soziale Arbeit aufgrund ihrer Verpflichtung gegenüber dem Fördern der Teilhabe besonders interessant erscheint (vgl. AvenirSocial 2010: 6).

Unter dem Gesichtspunkt des Einbezuges unterschiedlicher Dimensionen – wie z.B. Geschlecht, sexuelle Orientierung, Kriminalisierung, Pathologisierung – lässt sich sozialer Ausschluss auch in Bezug auf verschiedene Praxisfelder der Sozialen Arbeit behandeln (vgl. Anhorn et al. 2008: 11). Dazu gehört das Praxisfeld der Drogenarbeit, in welchem sozialer Ausschluss von Konsumenten und Konsumentinnen psychoaktiver Substanzen durch eine „unglücksselige Koalition von Politik, Wissenschaft und Drogenhilfe" festzustellen ist (Stöver 2008: 335). So wird die Tendenz zu einem zunehmenden Repressionspotenzial des Sozialstaats von verschiedenen Autoren und Fachleuten in der Schweiz auch im Bereich der illegalisierten psychoaktiven Substanzen beobachtet. An der Podiumsveranstaltung „Suchtpolitik Schweiz – wie weiter?" vom November 2012 stellten beispielsweise verschiedene Fachleute fest, dass die Schweiz in der Vergangenheit im Bereich der Drogenarbeit zwar eine Pionierrolle eingenommen hat, momentan aber vor allem in der Drogenpolitik und der Öffentlichkeit wieder vermehrt der Ruf nach Repression und nach auf Ausschluss gerichteten Regulationsmomenten laut wird (vgl. Arud 2012: 1f.). Auch Schneider/Gerlach (2004: 7) sprechen von einer „(...) Roll-Back-Politik wieder zurück in Richtung Repression (...)", die im Zeichen sozialer Deklassierung von Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen steht.

Vor dem eben beschriebenen Hintergrund der sich verschärfenden sozialen Ausschliessung im Zuge der Rekonstruierungsprozesse des Sozialstaats sowie den aktuellen Entwicklungen zurück zu Repression im Praxisfeld der Drogenarbeit erscheint es für die Soziale Arbeit relevant, Konzepte aufzuzeigen, die dem sozialen Ausschluss von Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen entgegenwirken können, um weiterhin ein Handeln nach professionellen und professionsethischen Standards – wie u.a. die Verpflichtungen bezüglich der Teilhabe und Integration – garantieren zu können. Ein solches Konzept stellt die akzeptanzorientierte Drogenarbeit dar, welche anstelle des Abstinenzgebotes die Mündigkeit und Selbstbestimmungsfähigkeit sowie die Risikominimierung, Schadensminderung und Überlebenshilfe in den Fokus stellt (vgl. Schneider 2001a: 15f.). In der akzeptanzorientierten Drogenarbeit werden Konsumenten und Konsumentinnen von illegalisierten psychoaktiven Substanzen in ihrem Lebensstil ernstgenommen und wertgeschätzt. Dies führt dazu, dass „(...) die Selbstbestimmung der KonsumentInnen zum Ausgangspunkt für Interaktionen [wird], sie reagieren nicht auf herrschende Definitionen, sondern besitzen selbst Definitionsmacht (...)" (Schneider/Stöver 2005: 26). Unter dem Blickwinkel von sozialem Aus-

schluss als fehlende Teilhabemöglichkeiten kann daher vermutet werden, dass dieses Konzept sozialem Ausschluss von Konsumierenden entgegenwirken kann.
Aufgrund der vermuteten Relevanz des Konzepts von Anhorn (2008) für die Soziale Arbeit, den Entwicklungen zurück zu Repression im sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen Arbeitsfeld der illegalisierten psychoaktiven Substanzen sowie der darauf gründenden Notwendigkeit, Konzepte aufzuzeigen, die sozialem Ausschluss entgegenwirken können, ergibt sich folgende Fragestellung:

> *Inwiefern kann die Soziale Arbeit durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit dem sozialen Ausschluss (nach Anhorn 2008) von Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen entgegenwirken?*

Das Erkenntnisinteresse dieser Fragestellung lässt sich in drei Hinsichten konkretisieren. Erstens liegt das Erkenntnisinteresse auf illegalisierten psychoaktiven Substanzen, wie z.B. Kokain, Opiaten oder Cannabis, weil durch den illegalen Status dieser Substanzen Konsumierende besonders schnell (oft bereits bei gelegentlichem Konsum) und heftig sozialem Ausschluss auf verschiedenen Ebenen ausgesetzt sind. Zweitens wird die Fragestellung nur in Bezug auf die Schweiz bearbeitet und es wird nicht der Anspruch erhoben, dass die Ergebnisse auf andere Länder übertragbar sind. Drittens liegt das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Bachelor Thesis nicht in einer Bewertung des Konzepts der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. Vielmehr soll ermittelt werden, welche Möglichkeiten im Konzept angelegt sind, um sozialem Ausschluss von Konsumierenden entgegenzuwirken.
Für die Beantwortung der Fragestellung sind zwei Unterfragestellungen von besonderem Interesse. Es muss herauskristallisiert werden, was die Grundpfeiler der akzeptanzorientierten Drogenarbeit sind. Nur dann lässt sich untersuchen, wie akzeptanzorientierte Drogenarbeit mit dem Konzept des sozialen Ausschlusses zusammengeführt werden kann und wie dadurch sozialer Ausschluss von Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen vermindert wird. Es stellen sich also folgende Unterfragestellungen:

> *Unterfragestellung 1: Was zeichnet akzeptanzorientierte Drogenarbeit aus?*
> *Unterfragestellung 2: Wie kann das Konzept von sozialem Ausschluss und die akzeptanzorientierte Drogenarbeit zusammengeführt werden?*

Bei der vorliegenden Bachelor Thesis handelt es sich um eine Literaturarbeit. Daher besteht das methodische Vorgehen darin, aus der Literatur das Konzept des sozialen Ausschlusses,

Wissensbestände zu sozialem Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen sowie das Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit aufzuarbeiten und zusammenzustellen. Die Analyse zur Beantwortung der Fragestellung erfolgt durch eine eigenständige Zusammenführung dieser Konzepte und Wissensbestände.
Um die Fragestellungen beantworten zu können, wird die vorliegende Arbeit – nach den Begriffsbestimmungen in Kapitel 2 – in drei Hauptteile gegliedert: im Konzeptteil I (3) wird das Thema des sozialen Ausschlusses behandelt. In einem ersten Schritt erfolgt dabei die Bestimmung von sozialem Ausschluss nach Anhorn (2008). In einem zweiten Schritt wird der soziale Ausschluss von Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen in den Grundzügen sowie auf den Ebenen von „Mythen", „Politik" und „Angebote" dargelegt. Anschliessend folgen im Konzeptteil II (4) Ausführungen zum Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. Dazu wird auf die Entstehungsgeschichte, die Kernelemente sowie auf die Bedeutung des Konzepts der Gesundheitsförderung für die akzeptanzorientierte Drogenarbeit eingegangen. Hier folgt ein besonderes Augenmerk auf die Unterfragestellung 1. Nachdem im Konzeptteil I und II die theoretischen Grundlagen zur Beantwortung der Fragestellung gelegt wurden, wird im dritten Hauptteil der Bachelor Thesis (5 Analyseteil) der Unterfragestellung 2 nachgegangen. Dazu wird – entlang den Ebenen „Mythen", „Politik" und „Angebote" – analysiert, inwiefern akzeptanzorientierte Drogenarbeit sozialem Ausschluss entgegenwirken kann. Die Bachelor Thesis schliesst mit der Zusammenfassung der Ergebnisse, der kritischen Würdigung und weiterführenden Fragen (6).

Vor dem Einstieg in die eigentliche Arbeit, möchte ich einige Gedanken zur Motivation zum Verfassen der vorliegenden Arbeit formulieren. Diese liegt sowohl in aufgebauten theoretischen Wissensbeständen an der HSA als auch in Erfahrungen im Arbeitsfeld der akzeptanzorientierten Drogenarbeit.
Während des Studiums entwickelte ich durch die Thematisierung in verschiedenen Modulen an der HSA ein starkes Interesse am Themenfeld „sozialer Ausschluss". Im Wahlpflichtkurs „Sucht" konnte ich mich zudem auf theoretischer Ebene mit Thematiken aus dem Drogenbereich – insbesondere der Schadensminderung – auseinandersetzen. In meinem Ausbildungspraktikum bei der Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (Arud) war es mir dann möglich, Bezüge zu den theoretischen Wissensbeständen herzustellen. So waren z.B. Thematiken des sozialen Ausschlusses in den Beratungsgesprächen mit den Klienten und Klientinnen oft spürbar. Dabei habe ich aber das Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit der Arud stets als eine Haltung erlebt, welche die Klienten und Klientinnen an Entscheidungen in einem hohen Masse partizipieren liess und dem interdisziplinären Team die

Möglichkeit gab, frei von moralisierenden Ansichten Unterstützung zu bieten. Aus dieser Beobachtung heraus stellte sich mir die Frage, inwiefern akzeptanzorientierte Drogenarbeit sozialem Ausschluss entgegenwirken kann.

Eine vertiefte theoretische Auseinandersetzung mit der durch die Verbindung von Theorie und Praxis aufgetauchten Fragestellung erscheint mir bedeutend, um die Wirksamkeit sozialarbeiterischen/sozialpädagogischen Handelns benennen zu können. Kenntnisse der Wirksamkeit sind zentral, sowohl gegenüber verschiedenen gesellschaftlichen und politischen Akteuren, um sich in Bezug auf die sich verschärfenden Ausschliessungsverhältnisse kritisch zu positionieren als auch in der institutionellen Zusammenarbeit, bei der die Soziale Arbeit gegenüber anderen Professionen oft eine untergeordnete Position besetzt. In diesem Sinne soll die Arbeit also auch als Argumentationsgrundlage in Diskursen auf verschiedenen Ebenen dienen.

2 Begriffsbestimmungen

Im Folgenden werden die für die weiteren Ausführungen relevanten Begriffe sozialer Ausschluss, Teilhabe/Partizipation, Stigmatisierung, (illegalisierte) psychoaktive Substanzen, Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen, Drogenpolitik vs. Suchtpolitik, akzeptanzorientierte Drogenarbeit sowie Mythen geklärt.

Sozialer Ausschluss/soziale Ausschliessung, Teilhabe/Partizipation. Für sozialen Ausschluss gibt es eine Vielfalt an Begriffen, wie z.B. Exklusion oder Ausgrenzung, bei denen es sich entweder um Synonyme oder um Ausdrücke theoretischer Orientierungen handelt. In der vorliegenden Arbeit wird sozialer Ausschluss als die „(...) systematische Beschränkung bzw. Vorenthaltung von Teilhabemöglichkeiten (...)" an wichtigen gesellschaftlichen Ressourcen und Bereichen verstanden (Anhorn 2008: 37). Teilhabe wiederum wird verstanden als die Möglichkeit der Teilnahme an Willensbildung und Entscheidungsprozessen. In den folgenden Ausführungen wird Teilhabe synonym mit dem Begriff der Partizipation verwendet. Teilhabemöglichkeiten hängen von individuellen, kulturellen sowie strukturellen Kriterien ab (vgl. infostelle Online-Plattform für das Sozialwesen o.J.: 28).
Währenddem der Begriff des sozialen Ausschlusses eher einen bestehenden sozialen Ausschluss an sich beschreibt, fokussiert der Begriff der sozialen Ausschliessung den dahinterstehenden Prozess. Soziale Ausschliessung weist dabei zwei Elemente auf: Erstens handelt es sich dabei um einen Konflikt um die Berechtigung an der Teilhabe an gesellschaftlich hervorgebrachten Gütern. Zweitens setzt soziale Ausschliessung eine Kategorisierung von Individuen und Gruppen voraus, die zusammen mit ersterem zu sozialer Ausschliessung führen können (vgl. Steinert 2000: 17).
Tiefergehende Ausführungen zum Begriff des sozialen Ausschlusses finden sich im Kapitel 3.1.

Stigmatisierung. Die vorliegende Bachelor Thesis spricht anstelle von Kategorisierung oft von Stigmatisierung von Konsumenten und Konsumentinnen psychoaktiver Substanzen. Der Begriff des sozialen Ausschlusses und der Stigmatisierung sind eng miteinander verbunden. Unter Stigmatisierung wird die pauschale Zuschreibung negativ bewerteter körperlicher, psychischer, charakterlicher oder sozialer Merkmale auf Individuen verstanden, welche bereits sozial ausgeschlossen sind oder es dadurch werden (vgl. infostelle Online-Plattform für das Sozialwesen o.J.: 34).

Psychoaktive Substanzen. Psychoaktive Substanzen sind alle Substanzen, die – unabhängig von ihrem Legalstatus – einen Effekt auf das Gehirn des Menschen haben (z.B. Entspannung, Anregung). Die Suchtmedizin teilt psychoaktive Substanzen in die drei Kategorien beruhigende Substanzen (u.a. Alkohol, Opiate), stimulierende Substanzen (u.a. Koffein, Kokain, Ecstasy) sowie halluzinogene Substanzen (u.a. Cannabis, LSD) ein (vgl. Eidgenössische Kommission für Drogenfragen 2006: 40).

Illegalisierte psychoaktive Substanzen (Drogen). Illegalisierte psychoaktive Substanzen sind die im schweizerischen Betäubungsmittelgesetz (BetmG) festgeschriebenen Substanzen, deren Anbau, Einführung, in den Verkehr bringen und Herstellung verboten ist (Ausnahmen bei medizinischen oder wissenschaftlichen Verwendungszwecken). Dies sind Stoffe des Typs Cannabis, Morphin, Kokain, oder solche, die Barbiturate, Amphetamine, Benzodiazepine oder Halluzinogene enthalten oder ähnliche Wirkungen haben (vgl. Art. 2 BetmG).
Der in der vorliegenden Arbeit verwendete Begriff der *illegalisierten* Substanzen verweist neben der Kategorisierung nach dem Legalstatus auch auf seine soziokulturelle Bestimmung. Denn „[was] eine spezifische Substanz zu einer Droge macht und was sie von einem Heil- oder Genussmittel unterscheidet, ist nicht Folge einer biochemischen Eigenschaft" (Eidgenössische Kommission für Drogenfragen 2006: 26). Vielmehr entsteht eine solche Unterscheidung durch Lern- und Deutungsprozesse, die soziokulturell beeinflusst werden. Der Begriff *illegalisiert* soll daher auf diese historische, geografische und soziale Relativität und auf den Prozess der Bestimmung gewisser Substanzen als illegal verweisen (vgl. ebd.: 26f.).

Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen. Darunter werden Individuen verstanden, die eine oder mehrere der oben genannten Substanzen konsumieren. Dabei werden drei unterschiedliche Konsummuster unterschieden: (1) Bei risikoarmem Konsum hat das Individuum den Konsum unter Kontrolle. Der Konsum findet gelegentlich und/oder niedrig dosiert statt. (2) Unter problematischem Konsum wird entweder ein gesundheitsschädigender oder ein Risikokonsum verstanden. Mit ersterem gehen konkrete psychische, physische oder soziale Probleme bzw. Auswirkungen einher. Bei zweitem sind diese unterschwellig vorhanden, aber nicht sichtbar. Problematischer Konsum ist vom Konsummuster der (3) Abhängigkeit klar abzugrenzen. Denn zusätzlich zu psychischen, physischen und sozialen Problemen bzw. Auswirkungen geht es bei der Abhängigkeit um einen Kontrollverlust des Konsums und um den Drang nach der Substanz, wenn diese in Reichweite oder nicht mehr im Körper ist. Wichtig zu betonen ist dabei, dass ein Mehrfachkonsum verschiedene Konsummuster aufweisen kann (z.B. eine Opiatabhängigkeit und einen problematischen Kon-

sum von Ecstasy sowie einen Gelegenheitskonsum von Cannabis) (vgl. ebd.: 40f.). Für die Soziale Arbeit können Konsumenten und Konsumentinnen psychoaktiver Substanzen aller Konsummuster zur Zielgruppe werden, z.B. in präventiven Angeboten, in Beratungsangeboten oder in Einrichtungen der Schadensminderung.

Drogenpolitik vs. Suchtpolitik. In der Schweiz wird unter dem Begriff der Drogenpolitik die Politik der Drogen verstanden, unter Suchtpolitik hingegen die Politik der psychoaktiven Substanzen, unabhängig von ihrem Legalstatus. Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) plädiert gar für den Gebrauch des Begriffes Politik der psychoaktiven Substanzen, da dieser neutraler ist als *Sucht*politik und nicht nur die Abhängigkeit, sondern alle Konsummuster miteinzubeziehen vermag (vgl. ebd.: 15).

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit. Die Soziale Arbeit weist im Praxisfeld der Drogenarbeit – mit der Zielgruppe der Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen und des vom Konsum betroffenen sozialen Nahfeldes – verschiedene Konzepte auf, die sich in ihren Haltungen unterscheiden. Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit stellt ein Konzept dar, welches die Anerkennung und Akzeptanz sowohl verschiedener Lebensentwürfe als auch des Konsums von psychoaktiven Substanzen in den Mittelpunkt stellt. Abstinenz ist dabei nicht das zwingende Ziel. Vielmehr geht es um einen risikoarmen und schadensmindernden Konsum, in medizinischer, psychologischer und sozialer Hinsicht (vgl. akzept 1999: 12-17). Akzeptanzorientierte Drogenarbeit – als sozialarbeiterisches/sozialpädagogisches Konzept – wird im Kapitel 4 ausführlich vorgestellt.

Mythen. In den folgenden Ausführungen wird oft von bestehenden Mythen die Rede sein. Als Mythen werden sozial hergestellte, symbolische Sinnwelten verstanden, die das organisieren, was uns im Alltag gewiss erscheint. Sie vermitteln damit den Anschein naturgegeben, selbstverständlich und unhinterfragbar zu sein. Sie reduzieren die Komplexität und haben auch die Funktion, Sündenböcke zu produzieren, um so Verhaltensmöglichkeiten einzugrenzen. Aufgrund der Verbindung von Mythen mit den herrschenden Moralvorstellungen in einer Gesellschaft können Mythen zu sozialer Ausschliessung führen. Denn Moral wiederum ist eine soziale Praxis, die es ermöglicht, Handlungen, Situationen sowie Individuen zu klassifizieren und zu bewerten und damit sozial auszuschliessen (vgl. Schneider 2001b: 196f.).

3 Konzeptteil I: Sozialer Ausschluss

Nach der Einführung ins Thema und der Klärung zentraler Begriffe, widmet sich dieser Teil der Arbeit nun dem Themenblock des sozialen Ausschlusses, sowohl in seiner theoretischen Bestimmung nach Anhorn (2008) wie auch in Bezug auf Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen.

3.1 Bestimmung von sozialem Ausschluss nach Anhorn (2008)

Um sozialen Ausschluss entlang Anhorns (2008) Konzept nachvollziehbar bestimmen zu können, wird vorerst auf die Entstehungsgeschichte eingegangen. Dabei werden der aktuelle Theoriediskurs sowie die gesellschaftlichen Rekonstruierungsprozesse und deren Relevanz für das Konzept miteinbezogen.

3.1.1 Entstehungshintergrund des Konzepts

Anhorn (2008: 13) begründet die Notwendigkeit seines Konzepts des sozialen Ausschlusses mit gesellschaftlichen Rekonstruierungsprozessen und den zurzeit bestehenden Schwierigkeiten der Theorie Sozialer Arbeit, auf diese zu reagieren. Doch wie genau kann das Konzept vor dem Hintergrund der Rekonstruierungsprozesse eingeordnet werden und was zeichnet den von Anhorn (2008) kritisierten aktuellen Theoriediskurs aus?

3.1.1.1 Gesellschaftliche Rekonstruierungsprozesse

Anhorn (2008: 13) verweist darauf, dass sich die Soziale Arbeit seit den 1970er Jahren zunehmend Veränderungen von gesellschaftlichen Bedingungen gegenüber sieht, welche eine Vertiefung von sozialen Ungleichheiten und von sozialer Ausschliessung mit sich bringen. Bis in die 1960er Jahre bestand das sogenannt fordistisch-keynesianische Gesellschaftsmodell, welches sich durch eine kompensatorische Sozialpolitik auszeichnete. Dabei ging es um eine Ausbalancierung wirtschaftlicher und politischer Macht. Ziel war es, die für den Kapitalismus typischen Krisentendenzen und Widersprüche sozialpolitisch einzudämmen, um so eine Stabilität der Klassenkonflikte herzustellen. Dies hatte einen Sozialstaatsaufbau mit kollektiv-solidarischen Formen der Gewährleistung sozialer Sicherheit zur Folge (vgl. ebd.: 14f., 21). Die in den 1970er Jahren begonnene Rezession unterwarf das fordistisch-keynesianische Gesellschaftsmodell zunehmend einer Kritik. Davon war auch der Sozialstaat betroffen, der immer mehr als ein ökonomischer und sozialer Kostenfaktor angesehen wurde und dem dadurch anhaltend eine finanzielle, politische, soziale und legitimatorische Krise zugeschrieben wird. Es setzte eine umfassende Rekonstruierung von Politik, Wirtschaft, Staat und Gesellschaft ein, die mit den Begriffen der Flexibilisierung, der Deregulierung, zunehmenden

Konkurrenzverhältnissen sowie des Sozialstaatsabbaus beschrieben werden kann (vgl. Anhorn 2008: 14-18, Nadai 2007: 11).

In diese Entwicklungen ist auch der bereits in der Einleitung angedeutete tiefgreifende Wandel des Sozialstaats hin zu einem aktivierenden Staat einzuordnen. In den Mittelpunkt wird dabei die Selbstverantwortung der Bürger und Bürgerinnen gestellt, die eigene Risiko- und Problemlagen selber bewältigen können, wenn sie dazu aktiviert werden (vgl. Nadai 2007: 11). Mit dem Schlagwort „Fördern und Fordern" werden finanzielle Leistungen des Staates und der Sozialversicherungen an Leistungsbeziehende immer mehr an restriktive Bedingungen geknüpft, wie z.B. die Teilnahme an Beschäftigungsmassnahmen oder Androhung von Sanktionen bei unerwünschtem Verhalten. Nadai (2007: 12) hält fest, dass dahinter „(...) die implizite Annahme [steckt], dass der Bezug von Sozialleistungen ein Ausdruck unerwünschter Passivität sei: wer unterstützt werde, tue nichts, als sich in der sozialen Hängematte auszuruhen". Vor diesem Hintergrund sind die in der Einleitung beschriebenen zunehmenden Repressionspotenziale des Sozialstaats sowie die auf Strafe, Stigmatisierung und Ausschluss gerichteten Regulationsmomente des Sozialstaats einzuordnen. Auf der Strecke bleibt, wer diesen Anforderungen nicht entsprechen kann.

Aufgrund dieser Entwicklungen und der sich daraus verschärfenden sozialen Ausschliessung propagiert Anhorn (2008: 13), den sozialen Ausschluss als Gegenstand der Theorie und Praxis Sozialer Arbeit zu bestimmen. Diese grosse Bedeutung des Themas kann durch professionstheoretische Überlegungen durchaus gestützt werden, da die Soziale Arbeit der Förderung der sozialen Gerechtigkeit und damit auch der Verminderung von sozialem Ausschluss verpflichtet ist (vgl. AvenirSocial 2010: 9).

3.1.1.2 Aktueller Theoriediskurs und dessen Kritik

Aus den eben beschriebenen Rekonstruierungsprozessen und der sich verschärfenden sozialen Ausschliessung ergeben sich für die Soziale Arbeit sowohl auf theoretischer wie auch auf praktischer Ebene neue Herausforderungen. Diese sind laut Anhorn (2008: 13) bis anhin jedoch auf keiner der beiden Ebenen genügend aufgenommen worden. Auf der Ebene der Praxis sind eine Ökonomisierung der Sozialen Arbeit und eine Orientierung an der Rationalität des Wettbewerbes und der Kontrolle der Klienten und Klientinnen festzustellen (vgl. ebd.). Auf der Ebene der Theoriebildung bestimmt die Soziale Arbeit – trotz der grossen Aufmerksamkeit gegenüber Konzepten von sozialem Ausschluss – sozialen Ausschluss vorwiegend als Problem der Integration der Ausgeschlossenen. Denn der aktuelle Theoriediskurs zeichnet sich – wie bereits in der Einleitung angedeutet – durch eine Vorstellung einer entlang horizontalen Dimensionen gespaltenen Gesellschaft aus, was eine dichotomisierte Gesellschaft ge-

nannt wird. Nach dieser Vorstellung besteht die Gesellschaft aus einer integrierten Mehrheit und einer ausgeschlossenen Minderheit. Erstere stellt das „Innen" der Gesellschaft dar. Das „Aussen" hingegen sind die gesellschaftlichen Randzonen. Währenddem das „Innen" als ein integrierter und unproblematischer Ort aufgefasst wird, wird das „Aussen" als ein Ort der Desintegration und als Bedrohung für das „Innen" wahrgenommen (vgl. ebd.: 25f.).

Anhorns (2008: 26) Kritik an dieser Auffassung ist im Sinne der kritischen Theorie Sozialer Arbeit zu verstehen[1]. Die Kritik richtet sich vorwiegend an die Vernachlässigung von vertikalen Dimensionen des sozialen Ausschlusses – zu denen die hierarchisch abgestufte Rangordnung der Gesellschaft und Unterschiede an Macht- und Herrschaftsressourcen gezählt werden. Die Vernachlässigung der vertikalen Dimension fördert die Bestimmung von sozialem Ausschluss als peripheres Problem und die oben angedeutete Tendenz der Sozialen Arbeit, sich auf den Rand der Gesellschaft und dessen Integration zu konzentrieren und so „(...) die empirische Fragestellung in den Vordergrund zu rücken, *wer* die Ausgeschlossenen (...) sind und anhand welcher Indikatoren sie zu *identifizieren* [Hervorhebung im Original] sind" (Anhorn 2008: 26). Dadurch werden wichtige gesellschaftliche Mechanismen, die zu sozialem Ausschluss und sozialer Ungleichheit führen nicht beachtet (vgl. Anhorn et al. 2008: 10). Neben Anhorn (2008) hält auch Kronauer (2010: 121) fest, dass die dichotomisierte Auffassung der Gesellschaft die Gefahr beinhaltet, die Ausgegrenzten selbst zum Problem zu erklären und die Wiedereingliederung als entscheidend anzusehen, anstelle dass die Gesellschaft – die Ausschluss erzeugt – in den Blick genommen wird.

Um der dargelegten Kritik zu begegnen, propagiert Anhorn (2008: 13) ein neues bzw. erweitertes Konzept von sozialem Ausschluss, welches als Ausgangpunkt einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit dienen soll. Dieses Konzept wird im folgenden Unterkapitel genauer beschrieben. Dazu wird zuerst die Begriffsbestimmung von sozialem Ausschluss vorgenommen, bevor auf zentrale Merkmale des Konzepts eingegangen und die Wahl des Konzepts für die vorliegende Arbeit begründet wird.

[1] Anhorn (2008) kann als ein Vertreter kritischer Theorieansätze Sozialer Arbeit verstanden werden. Im Sinne kritischer Theorieansätze ist die Soziale Arbeit der Aufdeckung gesellschaftlicher Zusammenhänge, der Überwindung der gesellschaftlichen Ursachen der sozialen Probleme und der Kritik an sozialen, ökonomischen und politischen Verhältnissen verpflichtet. Die Soziale Arbeit hat sich dagegen zu wehren, Teil des gesellschaftlichen Steuerungs- und Kontrollsystems kapitalistischer Gesellschaften zu sein (vgl. Stimmer 2000: 402f.).

3.1.2 Anhorns (2008) Konzept des sozialen Ausschlusses

3.1.2.1 Bestimmung von sozialem Ausschluss über den Begriff der Teilhabe

Wie aus der oben dargelegten Kritik ersichtlich wird, beurteilt Anhorn (2008: 37) den Integrationsbegriff als ungeeignet, um ein kritisches Verständnis von sozialem Ausschluss erschliessen zu können, da der Begriff lediglich auf die bestehende gesellschaftliche Ordnung verweist. Um sozialen Ausschluss entsprechend einem kritischen Verständnis zu bestimmen, bezieht sich Anhorn (2008) auf Steinert (2000). Dieser hält fest, dass Integration niemals als Komplementärbegriff zu sozialem Ausschluss verstanden werden darf, da „(...) jede Form der Integration als Komplement Formen der sozialen Ausschliessung enthält (...)" (Steinert 2000: 15). Mit anderen Worten bedeutet dies, dass Integration in sich immer den Widerspruch einer Grenzziehung und damit des sozialen Ausschlusses beinhaltet (vgl. ebd.:14). Anstelle dieser Auffassung muss sozialer Ausschluss über den Begriff der Teilhabe bestimmt werden. In diesem Sinne bedeutet sozialer Ausschluss die systematische Beschränkung und/oder Vorenthaltung von „(...) Teilhabe an mehr oder weniger zentralen Bereichen und Ressourcen der Gesellschaft: Verfügung über die Möglichkeit von (Lohn)Arbeit, über Eigentum, über Geld, über freie Mobilität, über Wissen und Ausbildung, Autonomie in der Lebensgestaltung, Privatheit, Intimität, Anerkennung als gleich und gleich berechtigt" (ebd.). Dabei gehört auch das Recht dazu, nicht teilnehmen zu müssen und trotzdem nicht ausgeschlossen zu sein (vgl. ebd.: 15f.).

Steinert (2003: 52) benennt vier Felder von sozialem Ausschluss und die dazu gehörenden (Lebens-)Situationen, die sozialen Ausschluss bedeuten können:

(1) Lebenssituationen im Feld der Lohnarbeit: Arbeitsplatzverlust, Temporärarbeit, prekärer Status im Arbeitsmarkt, fehlende Möglichkeit zur Arbeit aufgrund familiärer Verpflichtungen (z.B. Kinderbetreuung)

(2) Lebenssituationen im Feld des Lebensunterhaltes: Unsicherheiten durch zu niedrigen Lohn, fehlende Unterstützung durch Familie, Schulden, keine bezahlbare Unterkunft

(3) Lebenssituationen im Feld der rechtliche Existenz: Probleme mit Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis, Probleme mit Behörden, Kriminalität, Opferstatus

(4) Lebenssituationen im Feld Qualifikationen: fehlender Schulabschluss, Krankheit, Beeinträchtigung, berufliche Unterqualifikation, Ausgrenzung durch Nachbarn und/oder soziales Umfeld

Sozialer Ausschluss kann dabei in verschiedenen Lebenssituationen gleichzeitig vorkommen. Aus diesen Grundverständnissen des Konzepts der sozialen Ausschliessung lassen sich die zentralen Merkmale des Konzepts herleiten, welche im Folgenden dargelegt werden.

3.1.2.2 Die zentralen Merkmale des Konzepts des sozialen Ausschlusses

Neben der Teilhabe als Komplementärbegriff zu sozialem Ausschluss als bedeutendste Aussage weist das Konzept weitere zentrale Merkmale auf. Als erstes Merkmal kann der **graduelle Charakter** des Konzepts festgehalten werden. Das bedeutet, dass sozialer Ausschluss in verschiedenen Graden und innerhalb eines Kontinuums vorkommt, also von einer subtilen Diskriminierung im Alltag bis hin zu einer physischen Vernichtung reichen kann. Dadurch erhebt das Konzept den Anspruch, die kritisierte dichotomisierte Auffassung anderer Theorien hinter sich zu lassen (vgl. Anhorn 2008: 37).

An das graduelle Verständnis von sozialem Ausschluss schliesst die **Multidimensionalität** an, welche als das nächste Merkmal des Konzepts bezeichnet werden kann. Multidimensionalität bedeutet, dass sozialer Ausschluss sowohl durch vertikale wie auch horizontale Dimensionen zustande kommt, wobei diese Dimensionen vielseitige Verschränkungen aufweisen und sich gegenseitig überlappen (vgl. ebd.: 38). Die Multidimensionalität kann anhand des folgenden Beispiels veranschaulicht werden, welches aus oben aufgestellter Liste der Lebensbereiche und -situationen hergeleitet ist: Eine von sozialem Ausschluss betroffene Person kann sowohl eine psychische Beeinträchtigung aufweisen (horizontale Dimension), keinen Aufenthaltsstatus besitzen (vertikale Dimension) und einen prekären Status auf dem Arbeitsmarkt (vertikale Dimension) innehaben. Dabei ist anzunehmen, dass sich die verschiedenen Dimensionen von sozialem Ausschluss verschränken und zusammenhängen. Denn ein fehlender Aufenthaltsstatus fördert das Innehaben eines prekären Status auf dem Arbeitsmarkt, da die Person möglicherweise auf Schwarzarbeit angewiesen ist. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass auch die psychische Beeinträchtigung der Person einen prekären Status begünstigt, dieser aber wiederum negative Auswirkungen auf die psychische Beeinträchtigung haben könnte.

Mit dem graduellen und multidimensionalen Verständnis von sozialem Ausschluss geht das **dynamisch-prozessuale Verständnis** einher, welches als weiteres Merkmal des Konzepts bezeichnet werden kann. Das Konzept geht davon aus, dass sozialer Ausschluss kein statischer Zustand ist, sondern einen dynamischen Charakter aufweist (vgl. ebd.). Wie Steinert (2003: 51) festhält, kann ein Individuum auch nur vorübergehend von sozialem Ausschluss betroffen sein.

Das dynamisch-prozessuale Verständnis erlaubt es also, unterschiedliche zeitliche Muster von sozialem Ausschluss in den Blick zu nehmen, wie zum Beispiel der Eintritt und die Verweildauer in ausgeschlossenen Lebenssituationen oder der Austritt aus diesen. Gleichzeitig wird aber auch auf die Gefahr hingewiesen, dass keine „(...) Überakzentuierung der zeitlichen Dynamik auf Kosten der Beharrungskräfte und Konstanz sozialer Lebensverhältnisse, die von dauerhafter Erfahrung sozialer Ausschliessung bestimmt sind (...)“ geschehen darf (Anhorn

2008: 40). Wichtig erscheint aber, dass das dynamisch-prozessuale Verständnis von sozialem Ausschluss die Analyse der Ausgrenzungsprozesse und der dynamischen Verlaufsformen sozialer Ausschliessung ermöglicht und sich somit vom ordnungstheoretischen Verständnis und vom alleinigen Fokus auf den Ausgeschlossenen abwendet (vgl. ebd.: 37f.).

Ein weiteres Merkmal des Konzepts ist das **relationale Verständnis** von sozialem Ausschluss. Anhorn (2008: 37f.) versteht darunter, dass durch die Bestimmung von sozialem Ausschluss über den Begriff der Teilhabe der soziale Ausschluss von Individuen immer im Verhältnis zu anderen Gruppen gesehen wird. Dadurch werden nicht die Ausgeschlossenen selbst mit den ihnen zugeschriebenen Merkmalen in die Mitte der Analyse gestellt, sondern die Interaktionsprozesse zwischen den Betroffenen und den Ausschliessenden. Dies ermöglicht eine Analyse der gesamtgesellschaftlichen Strukturen, die zu sozialer Ausschliessung führen (vgl. ebd.).

Neben diesen zentralen Merkmalen des Konzepts nennt Anhorn (2008: 39-43) zudem einige wichtige Dimensionen sozialer Ausschliessung. Namentlich sind dies die sozialräumliche Dimension, die Dimension der Klasse, des Geschlechts sowie die Dimension der Ethnie.

Die sozialräumliche Dimension bezieht sich auf die sich vertiefenden „(...) sozialen und räumlichen Spaltungen zwischen einem ökonomisch, politisch, kulturell und sozial privilegierten Zentrum“ und einer Peripherie mit unsicheren Lebensverhältnissen und sozial ausgeschlossenen Individuen (ebd.: 40). Die von Anhorn (2008: 40f.) genannte Dimension der Klasse unterstreicht den multidimensionalen Charakter des Konzepts. Denn Klasse stellt die klassische vertikale Dimension sozialer Ungleichheit dar. Durch den Einbezug dieser Dimension wendet sich das Konzept gegen die Ansicht, die Klassengesellschaft sei Geschichte. Vielmehr bestimmt die Klasse auch weiterhin Teilhabemöglichkeiten von Individuen mit. Auch entlang der Dimension Geschlecht entsteht weiterhin sozialer Ausschluss. So führt die der Gesellschaft zugrunde liegende Trennung in eine produktive (Erwerbsarbeit) und eine reproduktive Sphäre von Arbeit (unbezahlte Heimarbeit, Kindererziehung) noch heute zu ungleichem Zugang zu materiellen und zeitlichen Ressourcen sowie öffentlichen und politischen Entscheidungsprozessen (vgl. ebd.: 41f.). Die Dimension Ethnie schliesslich wird als ein zentraler Kristallisationspunkt gesellschaftlicher Machtkämpfe um die Teilhabe an Ressourcen beschrieben (vgl. ebd.).

3.1.2.3 Begründung der Wahl des Konzepts

Das Konzept des sozialen Ausschlusses nach Anhorn (2008) erscheint für die Soziale Arbeit vor allem aufgrund von drei Überlegungen besonders gewinnbringend zu sein.

Erstens stellt die Teilhabe(-möglichkeit) aller Gesellschaftsmitglieder eine Leitidee Sozialer Arbeit dar. Diese ist im Ethikkodex festgeschrieben, in welchem die Soziale Arbeit verpflichtet wird, einen gesellschaftlichen Beitrag für Individuen zu leisten, „(...) die vorübergehend oder dauernd in der Verwirklichung ihres Lebens illegitim eingeschränkt oder deren Zugang zu und Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ungenügend sind" (AvenirSocial 2010: 6). Die Teilhabe als Komplementärbegriff zu sozialem Ausschluss zu sehen, entspricht dieser berufsethischen Verpflichtung.

Zweitens stimmt die Teilhabe als Komplementärbegriff zu sozialem Ausschluss nicht nur mit der beschriebenen berufsethischen Verpflichtung überein, sondern hat auch einen besonderen Stellenwert für das oben genannte Paradigma des aktivierenden Sozialstaats. Wenn die Soziale Arbeit die Teilhabe von Klienten und Klientinnen und nicht den Begriff der Integration in den Mittelpunkt stellt, kann sie sich dem zurzeit herrschenden Paradigma der unbedingten vor allem erwerbstätigen Integration aller Klienten und Klientinnen kritisch entgegensetzen. Dies wiederum ermöglicht es, unterschiedliche Lebensentwürfe (auch mit Konsum psychoaktiver Substanzen) zu akzeptieren und die Klienten und Klientinnen in ihrem Recht zu schützen, nicht teilnehmen zu müssen.

Drittens wird der multidimensionale Charakter des Konzepts den multidimensionalen und komplexen Problemlagen der Klienten und Klientinnen gerecht und macht es möglich, gesellschaftliche und strukturelle Prozesse in den Blick zu nehmen und auf diese zu reagieren.

3.1.3 Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich das Konzept des sozialen Ausschlusses durch den Fokus auf die Teilhabe sowie durch den graduellen, relationalen Charakter und das dynamisch-prozessuale sowie multidimensionale Verständnis von sozialem Ausschluss auszeichnet. Zudem nimmt das Konzept eine kritische Perspektive gegenüber den gesellschaftlichen Rekonstruierungsprozessen und dem damit einhergehenden Paradigma des aktivierenden Sozialstaats ein.

Nach dieser theoretischen Erörterung des Konzepts stellt sich nun aber die Frage, wo und wie Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen von sozialem Ausschluss betroffen sind. Darauf wird im nächsten Kapitel eingegangen, wobei vorerst Grundlagen beschrieben werden und anschliessend der Blick auf sozialen Ausschluss in den drei Ebenen „Mythen", „Politik" sowie „Drogenhilfe und deren Angebote" gerichtet wird.

3.2 Sozialer Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen

3.2.1 Grundlagen

Um ein Verständnis von sozialem Ausschluss von Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen zu entwickeln, ist es wichtig zu wissen, dass die Drogengesetzgebung weltweit historisch mit der Stigmatisierung bestimmter Gruppen von Konsumierenden psychoaktiver Substanzen verbunden ist, seien es die um 1900 opiumrauchenden Chinesen und Chinesinnen in den USA oder die Cannabiskonsumenten der 68er-Bewegung (vgl. Tanner 2009: o.S.). Das Verbot gewisser psychoaktiver Substanzen (Prohibition) konnte nur durch eine Dämonisierung der Substanzen und eine Stigmatisierung gewisser Gruppen gerechtfertigt werden (vgl. Gölz 2004: 169). Insofern hat der soziale Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen eine Tradition in der Geschichte der Drogengesetzgebung und Drogenpolitik.

Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen aller Konsummuster sind in verschiedenen Lebensbereichen von sozialem Ausschluss betroffen und weisen eine Fülle von sich überlagernden Merkmalen für eine Stigmatisierung auf (vgl. ebd.: 167). Sie sind nicht nur sozial ausgeschlossen aufgrund der Verknüpfung der Geschichte mit Stigmatisierungen bestimmter Gruppen, gleichzeitig wird auch ihr Lebensstil stigmatisiert. Konsumierende sind, unabhängig von ihrem Konsummuster, mit den Stigmata Sucht, fehlende Selbstkontrolle oder Kriminalität konfrontiert. Diese Stigmata führen oft zu Lebenslagen, die von Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit oder Verwahrlosung geprägt sind, was wiederum sozialen Ausschluss nach sich zieht (vgl. ebd.: 168).

Die eben beschriebenen Stigmata tangieren verschiedene Felder des sozialen Ausschlusses und können in das gewählte Konzept des sozialen Ausschlusses eingeordnet werden. Beispielsweise ist Arbeitslosigkeit im Feld der Lohnarbeit zu verorten oder die Substanzbeschaffung bedeutet aufgrund des illegalen Status der Substanz eine kriminelle Handlung, tangiert also das Feld der rechtlichen Existenz. Der soziale Ausschluss ist also multidimensional, wobei „sozial benachteiligt, weiblich und aus anderen Kulturen stammend Attribute [sind], die ein besonders hohes Risiko kennzeichnen, Rausch- [und] Grenzerlebnisse mit Stigmatisierung und sozialer Ausgrenzung zu bezahlen“ (Stöver 2008: 335).

Nach diesen grundsätzlichen Überlegungen soll nun der soziale Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen genauer auf den drei Ebenen „Mythen“, „Politik“ und „Angebote“ erläutert werden. Die Wahl dieser drei Ebenen erscheint begründet, da die in der Literatur beschriebenen Wissensbeständen über sozialen Ausschluss von Konsumierenden entlang diesen Ebenen geordnet werden können. Zudem muss es das Interesse der

Sozialen Arbeit sein, nicht nur die Angebotsebene sondern auch die gesellschaftliche und politische Ebene in den Blick zu nehmen.

3.2.2 Sozialer Ausschluss aufgrund bestehender Mythen im Bereich der illegalisierten psychoaktiven Substanzen

In der Öffentlichkeit ist das Bild über den Konsum von illegalisierten psychoaktiven Substanzen von vielerlei Mythen geprägt. In diesem Kapitel wird nun der Frage nachgegangen, welche Mythen vorliegen und wie sich darin sozialer Ausschluss zeigt.

3.2.2.1 Mythen über die „Macht der Droge" und die Kausalkette der Abhängigkeit

Verschiedene Autoren (vgl. Barsch 2010: 34f., Schneider 2004: 21) stellen fest, dass in der Gesellschaft die Vorstellung weit verbreitet ist, dass der Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen eine immense Macht über die Konsumierenden gewinnt, eine unberechenbare Gefahr darstellt und niemals kalkulier- und kontrollierbar ist. Dies suggeriert die Vorstellung, dass Konsumierende den Substanzen schicksalshaft ausgeliefert und daher nur sehr eingeschränkt handlungsfähig sind. Das „Hängen" an der Droge wird dabei oft mit frühkindlichen Schädigungen, einem willensschwachen und neurotischen Charakter, einer narzisstischen Störung oder krimineller Energie erklärt. Entlang dieses Mythos ist in der Öffentlichkeit oft auch die Rede von Autonomieverlust der Konsumierenden und ihrer Verfremdung (vgl. ebd.: 13ff.).

Dieser Logik folgend muss der Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen entsprechend einer Kausalkette in eine Abhängigkeit führen. Der Mythos der Kausalkette besagt, wer illegalisierte psychoaktive Substanzen konsumiert, verliert über einen anfänglichen Genusskonsum automatisch zunehmend die Kontrolle, was zwingend in der physischen und psychischen Abhängigkeit mündet (vgl. Vetter 2007: 175ff.). Zu diesem Mythos kann auch die Ansicht gezählt werden, dass Individuen mit schwierigen Verhältnissen in der Kindheit einer linearen Verlaufsform hin zur Abhängigkeit ausgesetzt sind (vgl. Schneider 2000: 13f.).

Doch was ist mythenhaft an diesen gesellschaftlichen Vorstellungen? *Die* Verlaufsform hin zu einer Abhängigkeit oder *die* Biografie, die in Abhängigkeit mündet, gibt es nicht, selbst wenn ungünstige Prognosedaten bestehen. So hält Schneider (2000: 14) fest, dass „nicht alle arbeitslosen Jugendlichen ohne Hauptschulabschluss und mit Broken-Home-Erfahrungen und mit Gewalterlebnissen (...) zur Droge [greifen]". Verschiedene Autoren und Autorinnen (u.a. Schneider 2001a, Stöver 1999) halten fest, dass ein kontrollierter Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen möglich ist und Konsumierende durch unterschiedliche Dosierungen, Konsumtechniken und -settings den Konsum aktiv beeinflussen können, in ihrem Kon-

sum also eine Handlungsfähigkeit und keine Machtlosigkeit aufweisen (vgl. Barsch 2010: 24-33). Demnach ist „der Weg in den Drogengebrauch (...) eine in vielerlei Hinsicht ‚offene' Entwicklung (...)" und von einem Gefüge aus subjektiven und settingspezifischen Aspekten abhängig (Schneider 2000: 101f.).

Zudem liegt den Mythen die einfache Unterscheidung in Abstinenz *oder* Abhängigkeit zugrunde, wobei es kein dazwischen gibt. Natürlich ist unbestritten, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen Risiken beinhaltet. Die Unterscheidung in *entweder* Abstinenz *oder* Abhängigkeit wird aber den verschiedenen Konsummustern (risikoarmer Konsum, problematischer Konsum und Abhängigkeit) keinesfalls gerecht (vgl. Barsch 2010: 63f.).

Doch wieso wirken diese Mythen sozial ausgrenzend? Als Konsequenz aus der Unterscheidung in *entweder* Abstinenz *oder* Abhängigkeit beispielsweise werden Konsumierende auch dann mit dem Stigma Sucht und dessen Folgen behaftet, wenn sie einen risikoarmen oder problematischen Konsum aufweisen. Sie gelten zudem pauschal als nicht handlungsfähige Individuen, was zu fehlenden Teilhabemöglichkeiten an zentralen Bereichen der Gesellschaft führt (z.B. Arbeit, soziale Kontakte). Währenddem legale psychoaktive Substanzen (z.B. Alkohol, Tabak) von der Gesellschaft unter einer bestimmten Selbstkontrolle und Selbstdisziplin und unter bestimmten verräumlichten Zusammenhängen (z.B. Fussballspiele, Feste) akzeptiert sind, wird dies durch die beschriebenen Mythen den illegalisierten psychoaktiven Substanzen nicht zugebilligt (vgl. Schneider 2000: 12f.). In diesem Zusammenhang stellt Schneider (2000: 13) fest: „Wird der Rahmen gesellschaftlicher Rausch- und Ekstasezulassungen sozusagen gesprengt, folgt soziale Ausgrenzung durch Pathologisierung und/oder Kriminalisierung (...)."

3.2.2.2 Mythen Pathologisierung und Behandlungsbedürftigkeit

Der Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen wird häufig als Krankheit klassifiziert, wobei die Konsumierenden unter Verdacht stehen, behandlungsbedürftig, defizitär und kriminell zu sein (vgl. Schneider 2001b: 194f.). Entsprechend der oben beschriebenen Ansicht bezüglich einer kausalen Entwicklung hin zur Abhängigkeit wird dabei die Schuld an der Krankheit dem Individuum selbst oder den Genen, den Eltern, der Erziehung oder der Lebensform zugeschrieben. Dieser Logik folgend werden Konsumierende pathologisiert und als Opfer angesehen, die gerettet werden müssen – also unabhängig ihres Konsummusters behandlungsbedürftig sind (vgl. Schneider 2000: 74f.).

Die Pathologisierung von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen und die Zuschreibung als behandlungsbedürftig sind im Alltag gängige Begriffe. Aus der ihnen inhärenten Unterscheidung zwischen Krankheit und Gesundheit führen sie zu einer Zuschreibung

als krank bzw. abhängig eines grossen Bevölkerungsteils. Dieser wird dabei einer sozialen Kontrolle unterworfen, die zu Stigmatisierung und sozialem Ausschluss führt (vgl. ebd.).
Der Mythos über die Krankheit und die Behandlungsbedürftigkeit von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Subtanzen muss an dieser Stelle aber einer Differenzierung unterzogen werden. Während in der älteren Literatur noch eine allgemeine Kritik am Krankheitsbegriff geäussert wird, besteht heute Einigkeit, dass vor allem beim Konsummuster der Abhängigkeit entsprechende vielschichtige Krankheitsbilder bestehen (vgl. Schneider 2001b: 194). Des Weiteren wird konstatiert, dass der Krankheitsbegriff in gewissem Sinne auch sozialem Ausschluss entgegenwirken kann. Wenn Abhängigkeit als eine Krankheit wahrgenommen wird, kann dies zu einer Normalisierung des Bildes über Abhängigkeit beitragen (vgl. Eidgenössische Kommission für Drogenfragen 2006: 39). Einmal mehr scheint die differenzierte Unterscheidung in die drei Konsummuster entscheidend, um nicht im beschriebenen Mythos und damit sozialer Ausschliessung verhangen zu bleiben.

3.2.3 Sozialer Ausschluss auf der Ebene der Politik

Auf der Ebene der Drogenpolitik können zwei Aspekte genannt werden, die zu sozialem Ausschluss führen. Zum einen ist dies die Unterscheidung legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen und zum anderen die fehlende Differenzierung zwischen den drei Konsummustern des risikoarmen Konsums, des problematischen Konsums und der Abhängigkeit. Zudem beinhaltet auch der aktivierende Sozialstaat Aspekte, die zu sozialem Ausschluss führen können.

3.2.3.1 Unterscheidung von legalen und illegalen Substanzen

Die Unterscheidung der psychoaktiven Substanzen in legal und illegal hat für die Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen eine Kriminalisierung zur Folge, da der Erwerb auf dem illegalen Schwarzmarkt stattfinden muss. Durch diese Kriminalisierung muss aber nicht nur der Erwerb der illegalisierten psychoaktiven Substanz in der Illegalität stattfinden, gleichzeitig müssen auch andere Lebensbereiche in der Illegalität geführt werden. Dazu gehört beispielsweise die Finanzierung der Substanzen durch Sexarbeit (vgl. Schneider/Stöver 2005: 22f.). Die politische Entscheidung, bestimmte psychoaktive Substanzen zu illegalisieren führt zu Lebenslagen, in denen die Individuen zusätzlicher sozialer Ausgrenzung ausgesetzt sind. So ist beispielsweise anzunehmen, dass zur Mittelbeschaffung Sexarbeit oder Kleinkriminalität (wie z.B. Taschendiebstähle) eingesetzt werden. Zudem werden Konsumierende aufgrund der Kriminalisierung in Obdachlosigkeit, Verwahrlosung

und Arbeitslosigkeit gedrängt (vgl. Gölz 2004: 168). Die Trennung psychoaktiver Subtanzen in legal und illegal tangiert also mehrere Dimensionen von sozialem Ausschluss.
Die Trennung in legal oder illegal ermöglicht es aber auch, dass einzelne psychoaktive Substanzen und das Verhalten von einzelnen Konsumierenden(gruppen) als Problem beurteilt und stigmatisiert werden können. Der Fokus liegt dabei auf dem Verhalten und nicht auch auf den Verhältnissen der Individuen in bestimmten Lebenslagen. Dadurch werden die betroffenen Individuen sozialer Ausschliessung ausgesetzt (vgl. Stöver 2008: 337).
Die Unterscheidung, ob eine Substanz legal oder illegal ist, richtet sich dabei nicht nach der tatsächlichen Schadenslast der Substanz, sondern kommt durch soziokulturelle Prozesse und politische Entscheidungen zu Stande. Legale Substanzen, wie z.B. Alkohol oder Tabak, weisen dabei bezüglich des gesamtgesellschaftlichen Schadens eine höhere Schadenslast auf (vgl. Steuergruppe der drei Eidg. Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention 2010: 3). Aufgrund dieser höheren Schadenslast der legalen Substanzen wird die Unterscheidung von legalen oder illegalen Substanzen als doppelmoralisch bezeichnet. Zudem werden durch die Unterscheidung auf der politischen und gesetzlichen Ebene bestimmte Bilder über Konsumenten und Konsumentinnen als nicht vertrauenswürdig, Lügner oder Schmarotzer aufrechterhalten und so sozialem Ausschluss Vorschub geleistet (vgl. Schneider 2001a: 21).

3.2.3.2 Fehlende Differenzierung zwischen den Konsummustern

In der Schweiz hat die Steuergruppe der drei Eidg. Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention im Bericht „Herausforderung Sucht" (2010: 2f.) betont, dass die politische Sicht im Bereich der psychoaktiven Substanzen zu sehr auf die Abhängigkeit gerichtet ist. Das Konsummuster der Abhängigkeit betrifft jedoch einen weit kleineren Bevölkerungsteil als die Konsummuster risikoarmer oder problematischer Konsum. Daher wird gefordert auch andere Konsummuster einzubeziehen (vgl. ebd.).
Was aber wirkt sozial ausschliessend an dieser Fokussierung auf die Abhängigkeit in Teilen der politischen Ebene? Wie bereits beim Mythos der „Macht der Droge" beschrieben, besteht dabei vor allem die Gefahr, Konsumierende unabhängig von ihrem Konsummuster mit dem Stigma Sucht zu behaften. Mit der Fokussierung auf die Abhängigkeit differenzieren sich suchtpolitische Massnahmen nicht nach den Konsummustern und werden daher Zielgruppen mit risikoarmem oder problematischem Konsum nicht gerecht. Genauso wenig rücken die heterogenen Betroffenengruppen (Migranten und Migrantinnen, Jugendliche, ältere Personen etc.) in das Blickfeld suchtpolitischer Massnahmen. Suchtpolitische Massnahmen, die beispielsweise im Bereich der Prävention auf Abhängigkeit fokussieren, verhindern eine Refle-

xion über Probier- und Konsumerfahrungen, da lediglich die Gefahr einer Abhängigkeit thematisiert wird. Dies bewirkt oft bereits in einem Probierstadium der Konsumierenden eine Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung (vgl. Stöver 1991b: 173).
Währenddem die Steuergruppe der drei Eidg. Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention (2010: 2f., 7) eine Abkehr von der fehlenden Differenzierung zwischen den Konsummustern fordert, bleibt fragwürdig – gerade mit Blick auf die zu beobachtende Roll-Back-Politik – inwieweit dies auf politischer Ebene durchsetzbar ist.

3.2.3.3 Aktivierender Sozialstaat

Das Paradigma des aktivierenden Sozialstaats muss in Bezug auf Klienten und Klientinnen im Bereich illegalisierter psychoaktiver Substanzen, die Sozialleistungen beziehen, kritisch beleuchtet werden. Kritisch zu hinterfragen sind dabei insbesondere der Fokus auf der erwerbsarbeitlichen Integration sowie das Anreiz-Sanktions-System. Die Aktivierung des Staates kann nur greifen, wenn die Klienten und Klientinnen in der Lage sind, auf Anreize zu reagieren und bei Arbeitslosigkeit beispielsweise in eine Beschäftigungsmassnahme oder eine Stelle einzusteigen. Die Beanspruchung staatlicher Leistungen ist aber oft Ausdruck einer biografischen Krise. Dies bedeutet, dass Klienten und Klientinnen oft nicht einfach auf Anreize oder Sanktionsmassnahmen reagieren können (vgl. Nadai 2007: 17). Insbesondere gilt dies auch für Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen, die als Klienten und Klientinnen der Sozialen Arbeit eine komplexe Fallstruktur aufweisen und deren Lebenslagen von vielfältigen vertikalen und horizontalen Dimensionen des sozialen Ausschlusses durchzogen sind. Bleibt eine Integration in die Erwerbsarbeit trotz Aktivierung erfolglos, so gelten diese Klienten und Klientinnen in Politik und Öffentlichkeit aber als nicht integrationswillig und werden sozial ausgeschlossen (vgl. ebd.).

3.2.4 Sozialer Ausschluss durch die Drogenhilfe und deren Angebote

Neben der Ebene der Mythen und der Politik lassen sich auch in der Drogenhilfe und deren Angeboten Aspekte erkennen, welche die Klienten und Klientinnen sozial ausschliessen. Dabei handelt es sich vor allem um eine Definitionsmacht der Experten und Expertinnen, um die ungleiche regionale Angebotsstruktur für abhängige Klienten und Klientinnen in der Schweiz sowie um verschiedene Stigmatisierungsfallen in der Prävention.

3.2.4.1 Definitionsmacht der Experten und Expertinnen

Nicht nur die öffentliche und politische Meinung, sondern auch ein Teil der Angebote der Drogenhilfe sind von den beschriebenen Mythenbildungen durchzogen. So sind Sichtweisen

über Konsumierende als krank, zwingend behandlungsbedürftig, handlungsunfähig und nicht vertrauenswürdig weiterhin in Angeboten der Drogenhilfe vorzufinden. Dabei besitzen die Experten und Expertinnen (Sozialarbeitende, Ärzte und Ärztinnen, Psychologen und Psychologinnen) die Definitionsmacht über Gesundheitsvorstellungen und den Konsum von psychoaktiven Substanzen. Kompetenzen von Konsumierenden bezüglich des Umgangs mit dem Konsum von illegalisierten psychoaktiven Substanzen werden dabei nicht einbezogen (vgl. Schneider 2004: 24f.).

Stöver (2008: 340f.) spricht in diesem Zusammenhang von einem Partizipationsausschlusszirkel. Aus den Mythen und Bildern über die Konsumierenden entsteht ein Ausschluss der Betroffenen vom Behandlungsprozess. Dies ist an Aussprüchen zu erkennen wie „Wo kämen wir da auch hin, die ‚Patienten' selbst in die Behandlung einzubeziehen?! Sie sind ja ein schwieriges Klientel" und hätten keine Einsicht (ebd.: 241). Die fehlende Einsicht wiederum wird als Ausdruck der Erkrankung und der Handlungsunfähigkeit gedeutet, wodurch sich der Partizipationsausschlusszirkel schliesst (vgl. ebd.). Fehlende Partizipation führt nach dem oben vorgestellten Konzept jedoch zu sozialem Ausschluss der Konsumierenden.

3.2.4.2 Ungleiche regionale Angebotsstruktur in der Schweiz

In der Schweiz herrscht vor allem im Bereich der heroingestützten Behandlung eine ungleiche regionale Angebotsstruktur. Von den 23 Zentren für heroingestützte Behandlung (HeGeBe-Zentren) befindet sich lediglich eines in der Westschweiz (Genf) und gar keines im italienischsprachigen Teil der Schweiz. In den Städten und den städtischen Regionen liegt ein dichteres Angebot an HeGeBe-Zentren vor. Zudem kann festgehalten werden, dass in Strafanstalten lediglich zwei HeGeBe-Zentren bestehen (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2011: 5).

Diese ungleiche regionale Behandlungsstruktur hat zur Konsequenz, dass nicht alle abhängigen Heroinkonsumenten und -konsumentinnen Zugang zu einer heroingestützten Behandlung haben und somit durch die Angebotsstruktur einen Ausschluss davon erfahren.

3.2.4.3 Stigmatisierungsfallen in der Suchtprävention

Neben der ungleichen regionalen Angebotsverteilung insbesondere der HeGeBe-Zentren in der Schweiz sind aber auch Klienten und Klientinnen mit einem risikoarmen oder problematischen Konsum von Stigmatisierungen und sozialem Ausschluss durch Angebote betroffen. Zu nennen sind hierbei vor allem Angebote der Suchtprävention. So hält Berger (2012: 12ff.) in einem Bericht über mögliche Stigmatisierungen in der Suchtprävention der Stadt Zürich fest, dass vorwiegend die Gefahr einer frühzeitigen Pathologisierung der Jugendlichen, einer unsorgfältigen Früherkennung oder einer unkritischen Einteilung von Kindern und Jugendlichen

in Konsumgruppen (hochriskant, riskant, risikoarm) ohne eine Einbettung in den Gesamtkontext, besteht. Alle drei Stigmatisierungsfallen führen zu einer Etikettierung der Jugendlichen als „Risikoträger" oder „Problemjugendliche" und begünstigen so den sozialen Ausschluss von jugendlichen Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen wiederum unabhängig ihres Konsummusters (vgl. ebd.).

3.2.5 Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sozialer Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen auf verschiedenen Ebenen vorkommt und sich in vielfältigen Verschränkungen von vertikalen und horizontalen Dimensionen zeigt, also eine Multidimensionalität aufweist. Besonders augenfällig ist die soziale Ausschliessung auf der Ebene der Mythen aufgrund der einfachen Unterscheidung in Abstinenz *oder* Abhängigkeit und der pauschalen Verbindung zwischen Konsum und Krankheit bzw. Behandlungsbedürftigkeit. Diese fehlenden Differenzierungen nach den Konsummustern sind auf allen Ebenen zu erkennen. Währenddem sich auf politischer Ebene zusätzlich eine Kriminalisierung der Konsumierenden durch die Unterscheidung von legalen und illegalen Substanzen sowie die Auswirkungen der aktivierenden Politik auf die Klienten und Klientinnen zeigt, sind auf Angebotsebene vor allem der Partizipationsausschlusszirkel, die regionale ungleiche Angebotsverteilung der HeGeBe-Zentren und die Stigmatisierungsfallen in der Prävention als äusserst problematisch zu bezeichnen.

4 Konzeptteil II: Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit

Nachdem nun geklärt wurde, was unter sozialem Ausschluss verstanden wird und wie sich sozialer Ausschluss von Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen zeigt, wird nun das Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit genauer betrachtet[2]. Dabei steht die Unterfragestellung im Zentrum, was die akzeptanzorientierte Drogenarbeit auszeichnet. Um dies zu beantworten, werden einerseits die Entstehung des Konzepts in einen knappen historischen Zusammenhang gestellt und andererseits die Kernelemente dargelegt. Des Weiteren wird die Bedeutung des Konzepts der Gesundheitsförderung für die akzeptanzorientierte Drogenarbeit beschrieben. Am Ende des Konzeptteils II wird das Wesentliche zusammenfassend festgehalten.

4.1 Entstehungsgeschichte der akzeptanzorientierten Drogenarbeit in der Schweiz

Die Forderung nach akzeptanzorientierter Drogenarbeit in der Schweiz ist vor dem Hintergrund des ab den 60er Jahren zunehmenden Konsums psychoaktiver Substanzen zu verstehen. In der 68er-Bewegung – die sich in der Schweiz aus Künstler- und Kulturgruppen und neu entstandenen autonomen Jugendgruppen zusammensetzte – war der Cannabiskonsum und in geringerem Masse auch LSD verbreitet (vgl. Grob 2012: 13ff.).

Ab den 70er Jahren bildeten sich in den Städten vermehrt Drogenszenen. Die Bevölkerung und die Politik reagierten darauf mit der Forderung nach Repression. Diese wurde 1975 mit dem revidierten Betäubungsmittelgesetz erfüllt, wobei der Drogen*konsum* unter Strafe gestellt wurde (vgl. ebd.: 22).

In den 80er Jahren verschärfte sich das „Drogenproblem" vor allem aufgrund von zunehmenden Konsumierenden- und Händlerzahlen sowie des Anstiegs von HIV-Infektionen. In den Städten bestanden nun offene Drogenszenen, wie zum Beispiel der Platzspitz (1986-1992) und später der Letten (1992-1995) in Zürich. Die allgemeine Lebenssituation der Konsumierenden verschlechterte sich rapide (vgl. Klingemann 1998: 20). Die Behörden antworteten mit Repression auf die Drogenszene, wobei Vertreibungen und Verhaftungen an der Tagesordnung waren. So wurde in Zürich 1985 ein striktes Spritzenabgabeverbot erlassen, woraufhin das sogenannte „Needle Sharing" und dadurch auch HIV- und Hepatitis-Infektionen zunahmen (vgl. Grob 2012: 23f.). Des Weiteren wurde in dieser Zeit in therapeutischen Ansätzen und als Aufnahmebedingung in die hochschwellige Methadonabgabe auf dem Ziel der Abstinenz bestanden (vgl. Klingemann 1998: 23).

---

[2] Die Informationen zum Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit sind in der vorliegenden Bachelor Thesis mehrheitlich deutscher Literatur entnommen. Die Kernelemente und Grundpfeiler akzeptanzorientierter Drogenarbeit besitzen jedoch eine länderübergreifende Gültigkeit und können daher auf die Schweiz übertragen werden.

Vor diesem Hintergrund entwickelte sich die akzeptanzorientierte Drogenarbeit. Fachleute und Pioniere stellten sich gegen die Repression und das Abstinenzgebot und entwickelten ungeachtet der Gesetze Angebote der akzeptanzorientierten und niederschwelligen Drogenarbeit, wie z.B. Spritzenabgaben oder sogenannte „Fixer-Stübli". Unter dem Druck der steigenden HIV- und Hepatitis-Infektionen und aufgrund ordnungspolitischer Überlegungen schwenkten schliesslich auch die Behörden auf eine pragmatische Lösung ein und installierten die Vier-Säulen-Politik (Prävention, Therapie, Schadensminderung, Repression). Im Folgenden wurden therapeutische Behandlungen diversifiziert und professionalisiert sowie Angebote der Substitutionsbehandlung und der Schadensminderung installiert (vgl. Grob 2012: 98ff.).

Gegenüber dieser akzeptanzorientierten Haltung herrschten grosse Bedenken, die heute teilweise noch bestehen. So war die Annahme verbreitet, dass solche Angebote suchtverlängernd wirken. Denn aufgrund fehlender Verbindlichkeiten für eine Abstinenz und der Akzeptanz gegenüber illegalisierten psychoaktiven Substanzen könne keine Motivation für eine Abstinenz entwickelt werden. Vielmehr würden die Angebote einen „Verwöhncharakter" aufweisen und es den Klienten und Klientinnen gut gehen lassen. So würden ihnen negative soziale, psychische und gesundheitliche Auswirkungen verborgen bleiben, was ebenfalls motivationshemmend sei (vgl. Steffan 1991: 53-60). Diesen Bedenken widersprechen zwar die Erfolge der Angebote, welche im Rückgang der Todesfälle und der Kriminalität sowie der Verbesserung der gesundheitlichen, der psychischen und der sozialen Lage der Konsumierenden zu sehen sind (vgl. ebd.: 24). Die Bedenken sind aber insofern nachvollziehbar, wenn bedacht wird, dass dahinter die Annahme steht, die Abstinenz müsse das alleinige Ziel für konsumierende Personen sein. Genau darin besteht nun aber der Unterschied zur akzeptanzorientierten Drogenarbeit, was im Folgenden genauer beschrieben wird.

4.2 Kernelemente der akzeptanzorientierten Drogenarbeit

4.2.1 Abgrenzung zum Abstinenzparadigma

Da sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit in Abgrenzung zum Abstinenzparadigma entwickelt hat, sollen an dieser Stelle die Unterschiede skizziert werden.

Dem Abstinenzparadigma liegt die Ansicht zugrunde, dass Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen behandlungsbedürftig sind. Pädagogische Massnahmen müssen das Individuum dahingehend korrigieren, dass eine Veränderung der Persönlichkeit und des Lebensstils stattfindet. Das Ziel ist dabei die Abstinenz, wobei in den Zielformulierung den Klienten und Klientinnen keine Entscheidungsfreiheit zugestanden wird. Da eine Veränderung

der Persönlichkeit und des Lebensstils direkt auf das Individuum zielt, kann das Abstinenzparadigma als individuumszentriert betitelt werden (vgl. Stöver 1991a: 16f., 22).
Die Tabelle 1 verdeutlicht die Abgrenzung der akzeptanzorientierten Drogenarbeit vom Abstinenzparadigma in den Grundzügen.

Abstinenzparadigma		**Akzeptanzorientierung**
Abstinenzorientierung	↔	Akzeptanz verschiedener Lebensentwürfe mit oder ohne Konsum psychoaktiver Substanzen
Ziel: Abstinenz	↔	Ziel: Verhinderung bzw. Linderung von sozialen, psychischen und somatischen Schädigungen; Selbstbestimmung im Konsum; soziale Teilhabe
Kausalkette zur Abhängigkeit; Ausstieg nur durch Therapie	↔	Weg in den Konsum von illegalisierten psychoaktiven Substanzen oder aus dem Konsum raus ist offen
Konsumierende als behandlungsbedürftige Personen; Korrektur durch pädagogische Massnahmen (Entgiftung, Entwöhnung, Nachsorge)	↔	Keine zwingende Behandlungsbedürftigkeit; sozialarbeiterisches/sozialpädagogisches Handeln als wechselseitiger Prozess; Unterstützung unabhängig eines Abstinenzwunsches
Konsumierende als handlungsunfähige Personen	↔	Konsumierende als selbstbestimmungs- und handlungsfähige Personen
Defizitorientierung	↔	Ressourcenorientierung, Orientierung an Empowerment
Individuumszentrierung	↔	Miteinbezug gesellschaftlicher Rahmenbedingungen

Tab. 1: Abgrenzung der akzeptanzorientierten Drogenarbeit vom Abstinenzparadigma

4.2.2 Annahmen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit

Der akzeptanzorientierten Drogenarbeit liegen im Wesentlichen die fünf folgenden Annahmen zugrunde, die den Annahmen des Abstinenzparadigmas diametral entgegenstehen:
(1) Eine „drogenfreie" Gesellschaft ist eine Utopie: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit geht davon aus, dass (illegalisierte) psychoaktive Substanzen in einer Gesellschaft immer konsumiert wurden und werden, es also nie eine „drogenfreie" Gesellschaft geben wird (vgl. Schneider/Stöver 2005: 40). In diesem Sinne halten Neumeyer/Schaich-Walch (1992: 10) fest, dass der illegale Status von Substanzen nicht die Wirkung habe, dass diese nicht mehr konsumiert werden. Er lege lediglich die Rahmenbedingungen des Konsums fest, welche in der jetzigen Form zu gesundheitlichem und sozialem Schaden führe.
(2) Kontrollierter Konsum ist möglich: Der Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen führt nicht zwingend in das Konsummuster der Abhängigkeit. So hält Schneider (2000: 110)

fest: „Kontrollierter Gebrauch kann eine bewusst und autonom eingeleitete, relativ stabile Gebrauchsvariante sein (...)." Kontrollierter Konsum entspricht vorwiegend dem risikoarmen oder teilweise auch dem problematischen Konsum und ist abhängig von Konsumsettings, der Einbindung in konventionelle Lebensbezüge, persönlichen Ressourcen und der Anwendung risikobewusster Konsumregeln (vgl. ebd.).

(3) Offenheit des Weges zum Konsummuster der Abhängigkeit: Die Annahme über den möglichen kontrollierten Konsum impliziert gleichzeitig, dass die Entwicklung eines problematischen oder abhängigen Konsummusters durch keine festen Kategorien erklärbar, sondern offen ist. Es gibt also nicht *die* Verlaufsform, *die* Persönlichkeit oder *die* Biografie, die zu einem problematischen oder abhängigen Konsummuster führt (vgl. akzept 1999: 12).

(4) Konsum psychoaktiver Substanzen als Chance und Risiko: Akzeptanzorientierter Drogenarbeit liegt des Weiteren die Annahme zugrunde, dass illegalisierte psychoaktive Substanzen neben Risiken auch positive Eigenschaften besitzen, wie dies für legale psychoaktive Substanzen wie z.B. Alkohol längstens anerkannt ist (vgl. Schneider 2004: 15). Der Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen ist nicht zwingend eine problematische Form der Lebensbewältigung, sondern kann auch Ausdruck von Genuss sein. Wenn dies anerkannt wird, sind ein neuer gesellschaftlicher und individueller Umgang mit psychoaktiven Substanzen sowie andere Bemühungen zur Vermeidung von abhängigen Konsummustern möglich (vgl. Schneider/Stöver 2005: 40).

(5) Das Recht eines jeden Menschen auf Leben und körperliche Unversehrtheit: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit beruft sich auf die Annahme, dass Hilfesysteme dem Recht eines jeden Menschen auf Leben und körperliche Unversehrtheit verpflichtet sind. Das Konzept garantiert daher eine ausreichende soziale, psychologische und medizinische Versorgung (vgl. akzept 1999: 8).

4.2.3 Grundlagen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit

Da sich die oben beschriebenen Annahmen grundsätzlich vom Abstinenzparadigma unterscheiden, erhebt das Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit den Anspruch, mehr als nur die Anwendung neuer Methoden innerhalb eines bestehenden Paradigmas zu sein. Vielmehr soll durch veränderte Prämissen und Zielsetzungen eine konzeptionelle Neubestimmung der Drogenhilfe erreicht werden und zwar sowohl hinsichtlich den Wahrnehmungs- und Erklärungsmustern über Konsumierende, als auch hinsichtlich institutioneller Unterstützungsleistungen (vgl. Stöver 1991a: 27f., akzept 1999: 12). Doch was genau zeichnet nun diese konzeptionelle Neubestimmung aus, was sind deren Zielsetzungen, Prinzipien, Methoden und professionellen Grundsätze?

4.2.3.1 Zielsetzung

Dem Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit liegen vier wesentliche Ziele zugrunde:

(1) Als erstes Ziel kann die Verhinderung bzw. Linderung von sozialen, psychischen und somatischen Schädigungen genannt werden, welche durch den Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen entstehen können. Mit diesem Ziel verbunden ist die Bereitstellung von Angeboten der Überlebenshilfe, wie z.B. die Spritzenabgabe oder Beratungsangebote über risikoarme Konsumformen (vgl. akzept 1999: 17). Hierbei wird deutlich, dass akzeptanzorientierte Drogenarbeit auf die Abstinenz als einziges Ziel verzichtet, insbesondere auch beim Konsummuster der Abhängigkeit. Es wird davon ausgegangen, dass es wichtigere und leichter erreichbare Ziele für Konsumierende gibt, die individuell variieren können. Dazu zählen „Hilfe bei der Realisierung existenzieller Bedürfnisse (...), Rechtsschutz (Sozialhilfe- und Rechtsberatung), Wohn-, Arbeits- oder Ausbildungsmöglichkeiten oder Möglichkeiten der Substitution (...)" (Stöver 1991a: 18).

(2) Als zweites Ziel ist die Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes und die psychosoziale Stabilisierung von Konsumierenden zu nennen. Bei der psychosozialen Stabilisierung kommt der Sozialen Arbeit die Bedeutung zu, zentrale soziale Bereiche, wie z.B. Familie, Alltag oder Arbeit, in den Unterstützungsprozess miteinzubeziehen (vgl. ebd.).

(3) Das dritte Ziel wird als äusserst zentral bezeichnet. Es stellt die Förderung der Selbstbestimmung dar. Darunter wird verstanden, dass die Angebote die Konsumierenden befähigen müssen, über ihr eigenes Leben selber zu bestimmen und für sich Verantwortung zu übernehmen. Dazu gehört die Risikokalkulierung beim Konsum oder die Inanspruchnahme von Unterstützung, wenn dies nötig ist. Ebenfalls zählt dazu, dass Konsumierende befähigt werden, sich gegen Benachteiligungen und sozialen Ausschluss zu wehren (vgl. ebd.).

(4) Nicht zuletzt gilt die Förderung der sozialen Teilhabe und der Handlungsfähigkeit als ein Ziel akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Aufgrund des sozialen Ausschlusses kann es für Konsumierende schwierig sein, Fähigkeiten aufrecht zu erhalten, die zu sozialer Teilhabe beitragen. Die Soziale Arbeit muss diese Aufrechterhaltung unterstützen und darauf achten, „Handlungsstrategien (...) so anzulegen, dass kulturelle Identitäten und der individuelle Lebensstil der KlientInnen bewahrt bleiben und deren Fähigkeit zur sozialen und kulturellen Teilhabe wiederhergestellt, gesichert und erweitert werden" (ebd.: 18). Das Lebensumfeld der Konsumierenden muss also in die Unterstützungsprozesse miteinbezogen werden (Lebensweltnähe). Wichtige Bereiche des Lebensumfeldes stellen dabei soziale Kontakte, Wohnen, Selbstversorgung, Arbeit und Familie/Partnerschaft dar. Dabei bleibt aber festzuhalten, dass dieses Ziel auch möglicherweise dauerhaft eingeschränkte Fähigkeiten der Klienten und Klientinnen anerkennt (vgl. ebd.).

Wie im Folgenden gezeigt wird, spiegeln sich die eben beschriebenen Zielsetzungen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit in Prinzipien, Methoden und professionellen Grundsätzen wieder.

4.2.3.2 Prinzipien

Der akzeptanzorientierten Drogenarbeit liegen sechs übergeordnete Prinzipien zugrunde.

Als **erstes** Prinzip kann die Akzeptanz von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen als mündige, zur Selbstbestimmung fähige Individuen und die Akzeptanz des Rechts auf Autonomie bezeichnet werden. Dieses Prinzip beinhaltet den Verzicht auf den Appell zu einer sofortigen Verhaltensänderung sowie die Akzeptanz verschiedener Lebensentwürfe mit oder ohne Konsum, was das Recht auf ein Anderssein miteinschliesst. Dabei werden moralische Beurteilungen, Bevormundung oder fürsorgerische Entmündigungen der Konsummuster und Lebenswege genauso abgelehnt wie die Definitionsmacht der Professionellen gegenüber „richtigen" Lebensentwürfen. Trotzdem beinhaltet dieses Prinzip aber auch das Vermeiden einer Idealisierung bestimmter Lebensentwürfe von Konsumierenden. Vielmehr ist ein angemessener Umgang mit Distanz und Nähe bedeutend. Gemeinsam (in Koproduktion) mit den Klienten und Klientinnen soll ein eigenverantwortlicher Umgang mit illegalisierten psychoaktiven Substanzen entwickelt werden, wobei eine pauschale Pathologisierung der Klienten und Klientinnen abgelehnt wird und sich der Klient oder die Klientin autonom und freiwillig für einen individuell geeigneten Weg entscheiden kann (vgl. akzept 1999: 14).

Die diesem Prinzip inhärente Orientierung an der Autonomie und Eigenverantwortung bedeutet dabei aber keinesfalls eine Ablehnung einer Verantwortungsübernahme der Professionellen für die Klienten und Klientinnen, wie dies beispielsweise in Krisensituationen erforderlich sein kann (vgl. ebd.).

Das **zweite** Prinzip ist die Wahrung und der Schutz der Würde der Klienten und Klientinnen. Die Gewährleistung dieses Prinzips ist in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit unantastbar und muss auch von Institutionen in anderen Bereichen gefordert werden (vgl. ebd.). Akzeptanzorientierte Drogenarbeit „(...) begreift sozialarbeiterisches Handeln als einen wechselseitigen Prozess, den es auszuhandeln gilt", weshalb Verhaltensänderungen durch keine (menschenunwürdigen) Sanktionen erzwungen werden dürfen (ebd.). Zudem verpflichtet dieses Prinzip die akzeptanzorientierte Drogenarbeit auf biografische, kulturelle und individuelle Besonderheiten einzugehen, um so der Würde der Konsumierenden gerecht zu werden (vgl. ebd.: 14f.)

Das **dritte** Prinzip beinhaltet einerseits die Normalisierung der Lebensbedingungen der Klienten und Klientinnen. Darunter wird vor allem verstanden, dass die Unterstützungsangebote

der Drogenhilfe in das allgemeine gesundheitliche und soziale Hilfesystem integriert werden, um sogenannte Sonderangebote zu vermeiden (vgl. ebd.: 15). Andererseits bezieht sich die Normalisierung aber auch auf den gesellschaftlichen Umgang mit illegalisierten psychoaktiven Substanzen, der von sozialem Ausschluss geprägt ist. Der Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen wird oft als eine Abweichung begriffen und nicht als eine mögliche Lebensform. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit strebt die Wahrnehmung dieser Lebensform als gleichberechtigt zu anderen Lebensformen an, um so sozialen Ausschluss zu vermindern (vgl. ebd.).

Der Schutz vor gesundheitlichen und sozialen Schädigungen und vor sozialer Ausschliessung und Kriminalisierung kann als **viertes** Prinzip bezeichnet werden. Wie im ersten Hauptteil der Arbeit aufgezeigt wurde, werden Konsumierende von illegalisierten psychoaktiven Substanzen durch den illegalen Status der Substanzen kriminalisiert und sozial ausgeschlossen. Diese gesellschaftlichen Rahmenbedingungen führen oft zu gesundheitlichen und sozialen Problematiken. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit möchte mit einer präventiven Orientierung diese Problematiken verhindern bzw. lindern. Damit stellt sie sich dem Abstinenzparadigma entgegen, welches davon ausgeht, dass ein Klient oder eine Klientin nur durch möglichst negative Erfahrungen eine Veränderungsmotivation entwickelt (vgl. ebd.: 15f.).

Das **fünfte** Prinzip stellt die Orientierung an den Bedürfnissen der Klienten und Klientinnen dar. Der Ausgangspunkt akzeptanzorientierter Drogenarbeit bezieht sich sowohl auf konzeptioneller als auch auf praktischer Ebene auf die Bedürfnisse der Klienten und Klientinnen. Dabei geht es jedoch nicht darum, sich allen Ansprüchen der Klienten und Klientinnen zu verpflichten. Vielmehr stellt dieses Prinzip die Aushandlung der Gestaltung des Unterstützungsprozesses in den Mittelpunkt. Die Professionellen der Sozialen Arbeit müssen in diesem die Klienten und Klientinnen befähigen, eigene Bedürfnisse zu benennen. Gleichzeitig geht es aber darum aufzuzeigen, auf welche Bedürfnisse die Soziale Arbeit reagieren kann und auf welche nicht (vgl. ebd.: 9).

Die gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen beeinflussen die Möglichkeiten akzeptanzorientierter Drogenarbeit. Daher umfasst die akzeptanzorientierte Drogenarbeit als **sechstes** Prinzip entsprechend dem politischen Mandat der Sozialen Arbeit das drogenpolitische und gesellschaftliche Engagement. Gefordert wird dabei die Aufhebung der Trennung in legale und illegale Substanzen und die Entkriminalisierung der Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen (vgl. akzept 1999: 16, Stöver 1991b: 173). Die Chance einer Legalisierung der Substanzen wird dabei vor allem in einer Marktregulierung gesehen. Diese würde eine Kontrolle über die Qualität und den Verkauf der psychoaktiven Substanzen ermöglichen, wodurch insbesondere somatische Schädigungen aufgrund gestreckter Substanzen und

prekäre soziale Lebenssituationen aufgrund der Substanzbeschaffung auf der „Gasse" vermieden werden könnten (vgl. Stöver 2008: 338). Auch Schneider (2001b: 214) sieht in der Marktregulierung eine Möglichkeit, um die Kriminalisierung zu vermeiden und hält fest, dass „[eine] Aufhebung der Drogenverbotspolitik (...) sicherlich keine ‚Lösung' des Suchtproblems [impliziert] (...). Aber Drogen würden so jenen unter qualitätskontrollierten Bedingungen verfügbar gemacht, die sie so oder so konsumieren (...)".

Aus diesen übergeordneten Prinzipien lassen sich einige zugrunde liegende Annahmen wiedererkennen und weitere Grundpfeiler der akzeptanzorientierten Drogenarbeit ableiten. So ist beispielsweise die Akzeptanz eines Lebensentwurfes mit dem Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen nur möglich, wenn nicht nur die negativen und schädlichen Seiten psychoaktiver Substanzen, sondern auch ihre Ambivalenz, also auch ihre positiven Seiten bzw. Chancen anerkannt werden. Dies wiederum erfordert eine gewisse Gelassenheit gegenüber den dynamischen Entwicklungsmöglichkeiten des Konsums, was eine aufmerksame Haltung und Beobachtung nicht ausschliesst (vgl. Schneider 2000: 121).

Der Stellenwert der Autonomie und die Betonung, dass Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen mündige und handlungsfähige Individuen sind, lassen des Weiteren den Schluss zu, dass die dem Abstinenzparadigma inhärente Annahme einer generellen Behandlungsbedürftigkeit der Konsumenten und Konsumentinnen abgelehnt wird. Gleichzeitig wird aber „(...) keineswegs übersehen, dass es therapiebedürftige, kranke, abhängige oder betreuungsbedürftige KonsumentInnen gibt" (akzept 1999: 13). Daraus kann gefolgert werden, dass akzeptanzorientierte Drogenarbeit eine Differenzierung zwischen den Konsummustern vornimmt und die gesellschaftlichen Bedingungen, die biografischen, kulturellen und individuellen Besonderheiten der Konsumierenden in ihr Handeln miteinbezieht.

Dieser Einbezug sowohl der gesellschaftlichen Bedingungen wie auch individueller Besonderheiten lässt ausserdem erkennen, dass akzeptanzorientierte Drogenarbeit ein multidimensionales Verständnis von Konsum und Abhängigkeit hat (vgl. ebd.: 19). Im Gegensatz zum abstinenzorientierten Paradigma, welches auf eine Veränderung des Individuums zielt, nimmt das akzeptanzorientierte Verständnis auch die strukturelle und gesellschaftliche Ebene mit ihren Auswirkungen auf den Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen und auf das Bild über Konsumierende in den Blick. Damit wendet es sich gegen individualisierende Problemzuschreibungen.

Nach der Darlegung dieser Prinzipien akzeptanzorientierter Drogenarbeit stellt sich nun die Frage, wie die konzeptionelle Neubestimmung hinsichtlich institutioneller Unterstützungsleistungen vollzogen werden kann. Diese Frage lässt sich durch die Beschreibung der Methoden und professionellen Grundsätze, die in der Praxis angewendet werden, beantworten.

4.2.3.3 Methoden, Handlungsorientierung und professionelle Grundsätze

In der Literatur zur akzeptanzorientierten Drogenarbeit werden verschiedene Methoden, Handlungsorientierungen und professionelle Grundsätze akzeptanzorientierter Drogenarbeit aufgeführt.

Angebote akzeptanzorientierter Drogenarbeit zeichnen sich durch eine Niederschwelligkeit aus. Dies bedeutet, dass die Angebote möglichst wenig Schwellen – wie z.B. ein Abstinenzziel – enthalten, dass der Zugang, der Einritt, die Benutzung oder die Teilnahme an diesen also an keine bzw. wenige Bedingungen geknüpft sind. Dadurch sollen möglichst viele Konsumierende an Angeboten der Drogenhilfe teilnehmen können (vgl. Schneider 2001a: 15f.). Die Niederschwelligkeit entspricht einerseits der Annahme über das Recht eines jeden auf körperliche Unversehrtheit, da alle Konsumierenden schnell und unkompliziert ein Angebot in Anspruch nehmen können. Andererseits entspricht sie auch dem Prinzip, keine moralisierende oder bevormundende Haltung gegenüber den Konsumierenden an den Tag zu legen. Würde beispielsweise das Abstinenzziel als Zugangsschwelle für ein Angebot vorausgesetzt, könnte dies eine solche Haltung zum Ausdruck bringen.

Wie oben beschrieben, beinhaltet akzeptanzorientierte Drogenarbeit das Prinzip der Förderung der Selbstbestimmung und damit die Befähigung der Klienten und Klientinnen, über das eigene Leben zu bestimmen. Dieses Prinzip wird mittels Empowerment als Handlungsorientierung in Angeboten durchgesetzt. Empowerment wird dabei als die Unterstützung zur (Wieder-)Herstellung von Autonomie, von Selbstbestimmung, Selbstbefähigung und von Selbstermächtigung verstanden. Die Erhöhung der Handlungs- und Entscheidungsfreiheit soll den Klienten und Klientinnen ermöglichen, sich als handlungsfähige Individuen wahrnehmen zu können (vgl. akzept 1999: 13, Schneider 2001a: 19).

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit geht weiter davon aus, dass der Erfolg von Unterstützungsprozessen von einer qualitativ guten und aktiven Beziehungsgestaltung abhängt. Dazu gehört die Gestaltung der Nähe und Distanz genauso wie eine Präsenz der Professionellen als Gegenüber, welches sich mit den Klienten und Klientinnen auseinandersetzt. Um dies zu gewährleisten, arbeitet akzeptanzorientierte Drogenarbeit mit der Methode des Bezugspersonensystems. Dies hat den Vorteil, dass die Klienten und Klientinnen über eine längere Zeit die gleiche Person als Ansprechperson haben (vgl. akzept 1999: 18).

Der Bezugsperson kommt dabei die Aufgabe zu, Vernetzung sowohl von Fachkompetenz als auch von verschiedenen Angeboten zu vollziehen. Bei ersterer geht es um die Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen (Soziale Arbeit, Medizin, Pflege, Psychologie), die im Sinne der Multiprofessionalität in die Planung, Durchführung und Evaluation der Unterstützungsprozesse gleichwertig miteinbezogen werden müssen. Nur so kann die Soziale Arbeit den

komplexen Fällen der Klienten und Klientinnen gerecht werden (vgl. ebd.: 20f.). Bei zweiter geht es um die Vernetzung der Klienten und Klientinnen mit Angeboten des Hilfesystems, die nicht nur den Bereich der psychoaktiven Substanzen betreffen. Damit soll das Spektrum der Unterstützung über die Angebote im Bereich der illegalisierten psychoaktiven Substanzen hinaus erweitert werden (vgl. ebd.). Dies trägt zu einer ganzheitlichen Versorgung bei und stärkt das Prinzip der Normalisierung, da die Konsumierenden so auch mit drogenunspezifischen Einrichtungen vernetzt werden und keine Segregation von Konsumierenden vorgenommen wird (vgl. ebd.).

Um eine solche Vernetzung der Angebote und eine Normalisierung zu erreichen, werden unterschiedliche Methoden der Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt. Die Öffentlichkeitsarbeit verfolgt auch das Ziel, die Gesellschaft über illegalisierte psychoaktive Substanzen, deren Konsum und über die damit verbundenen Probleme und Problemlösungsmöglichkeiten zu informieren und Vorurteile abzubauen. Öffentlichkeitsarbeit beinhaltet dabei u.a. die sachgerechte Information über Wirkungen, Risiken und Chancen illegalisierter psychoaktiver Substanzen sowie die Konsummuster, die Entmystifizierung der Thematiken sowie die Verbreitung von Modellen zur Erlernung eines kontrollierten Konsums (vgl. ebd.: 22).

Des Weiteren orientiert sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit am Einzelfall. Darunter ist zu verstehen, dass Angebote und Methoden in der Fallarbeit auf den Einzelfall bezogen werden, wobei die Klienten und Klientinnen in diesen Prozess im Sinne einer Koproduktion möglichst weit einbezogen werden müssen. Ebenso werden die Berücksichtigung der Ressourcen und die Orientierung der Angebote an den Lebenswelten der Klienten und Klientinnen als professionelle Grundsätze verstanden. Nur so ist es möglich, dass die Unterstützungsprozesse in die Lebensgestaltung der Klienten und Klientinnen integriert werden können (vgl. ebd.: 18).

Zu einem professionellen, einzelfallbezogenen Handeln gehört im akzeptanzorientierten Verständnis zudem die soziale Diagnosestellung. Diese muss jedoch äusserst vorsichtig vorgenommen und laufend überprüft und angepasst werden, um Zuschreibungen und Pathologisierungen zu vermeiden. Im Sinne der Koproduktion werden die für die Diagnose benötigten Informationen mit dem Klienten oder der Klientin zusammen erhoben und die Erkenntnisse aus der Diagnose werden mit dem Klienten oder der Klientin besprochen und abgestimmt (vgl. ebd.: 19).

Weitere professionelle Grundsätze akzeptanzorientierter Drogenarbeit stellen die transparente Kommunikation im Unterstützungsprozess sowie die Reflexion des eigenen Handelns, eigener Haltungen und der kooperativen Prozesse dar (vgl. akzept 1999: 19ff.). Nicht zuletzt gehört zu einem professionellen Handeln die Dokumentation des Unterstützungsprozesses (vgl. ebd.: 21).

4.3 Die Bedeutung des Konzepts der Gesundheitsförderung für die akzeptanzorientierte Drogenarbeit

Vertreter und Vertreterinnen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit berufen sich häufig auf das Konzept der Gesundheitsförderung. Dieses geht auf die Ottawa-Charta zurück, welche 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an der internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet wurde. In der Ottawa-Charta wird die Gesundheitsförderung folgendermassen umschrieben:

> Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen (...) sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. (...). Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann weitgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen auch Einfluss nehmen können. (Weltgesundheitsorganisation 1986: o.S.)

Daraus wird deutlich, dass die Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit im Mittelpunkt der Ottawa-Charta steht. Individuen sollen dazu befähigt werden, möglichst viel Einfluss auf ihre Gesundheit zu haben (vgl. Schneider/Stöver 2005: 25f.).

Diese Kernaussage der Ottawa-Charta lässt sich mit dem Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit aufgrund der gemeinsamen Grundpfeiler der Befähigung von Individuen (Empowerment) und der Selbstbestimmung vereinen. Das geforderte Prinzip der Akzeptanz der Konsumierenden und die Methode des Empowerments zielen genau auf diese Selbstbestimmungsfähigkeit und Befähigung der Konsumierenden. Damit Individuen eine Selbstbestimmung in ihrer Gesundheit erreichen können, benötigen sie laut der Ottawa-Charta Zugang zu wesentlichen Informationen und die Möglichkeit, praktische Fertigkeiten bezüglich ihrer Gesundheit zu entfalten (vgl. Weltgesundheitsorganisation 1986: o.S.). Schneider/Stöver (2005: 27) halten jedoch fest, dass die ausschliessenden Rahmenbedingungen der Drogenpolitik – z.B. der Illegalitätsstatus einiger psychoaktiver Substanzen – dieser Forderung im Bereich der psychoaktiven Substanzen entgegenstehen. Für akzeptanzorientierte Drogenarbeit bedeutet dies dennoch, Konsumierenden Informationen über Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen, Konsumtechniken und Safer Use Regeln zugänglich zu machen, um so die Selbstbestimmung im Konsum zu unterstützen. Schneider/Stöver (2005: 30-45) leiten aus

dem Konzept der Gesundheitsförderung insbesondere zwei Angebots- bzw. Handlungsorientierungen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit ab:

(1) Damit die Selbstbestimmung von Konsumierenden psychoaktiver Substanzen gelingt, braucht es einen nicht moral- und ideologiebezogenen Diskurs über die Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen illegalisierter psychoaktiver Substanzen. Bislang sind Konsumierende von der Sozialen Arbeit eher darüber beraten worden, wie sie einen Konsum aufgeben können und weniger, wie Nebenwirkungen und Risiken des Konsums vermieden werden können (vgl. ebd.: 22f.). Professionelle Drogenhilfe soll demgegenüber Rahmenbedingungen schaffen, in denen es Konsumierenden möglich ist, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit bezüglich der eigenen Gesundheit zu machen und einen „autonom kontrollierten und eigenverantwortlichen, gesundheitsorientierten" Umgang mit dem Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen zu erlernen (vgl. ebd.: 26). Angebote beispielsweise im Bereich Safer Use entsprechen dieser Forderung und ermöglichen Konsumierenden die Erkenntnis, über Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verfügen, die eine Beeinflussung der alltäglichen Gesundheit ermöglichen (vgl. ebd.: 27).

Das Wissen über Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen illegalisierter psychoaktiver Substanzen sowie das Wissen über Konsumregeln und technische Fähigkeiten des Konsums werden zwischen Konsumierenden weitergegeben. Dieses Alltagswissen stellt einerseits einen wichtigen Bezugspunkt für Konsumierende dar und ist für diese wertvoll, andererseits sind nicht alle Informationen richtig, die ausgetauscht werden. Daher muss das Wissen von Konsumierenden aus gesundheitsfördernder Sicht von Professionellen der Sozialen Arbeit in einer lebensweltnahen und zielgruppenspezifischen Weise ergänzt werden (vgl. ebd.: 31f.). Zur Wissensvermittlung eignet sich dabei der Einbezug von Betroffenen oder zielgruppenerfahrenen Personen. Diese Strategie der Wissensvermittlung wird auch Peer-Involvement bzw. Peer-Education genannt (vgl. ebd.: 32).

(2) Auch leitet akzeptanzorientierte Drogenarbeit aus dem Konzept der Gesundheitsförderung ein Verständnis von Prävention ab, welches mit dem Begriff der akzeptanzorientierten Verbraucherbegleitung umschrieben wird. Darunter wird verstanden, dass das Ziel der Prävention die Befähigung der Konsumierenden zu einem selbstbestimmten, risikoarmen, regelorientierten (Befolgung von Konsumregeln) und genussbestimmten Konsum sein muss. Dazu gehört auch die Befähigung von Konsumierenden, mit riskanten Konsumerlebnissen umzugehen (vgl. ebd.: 35).

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit versteht Prävention im Bereich psychoaktiver Substanzen also als Empowerment, das sich an den Ressourcen der Individuen orientiert. Damit wendet sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit gegen Prävention, die nicht auf die Risikokompetenz

der Konsumierenden zielt, sondern lediglich dazu aufruft, keine psychoaktiven Substanzen zu konsumieren (vgl. ebd.: 23). Dabei betonen Schneider/Stöver (2005: 41) aber, dass die Vorstellung von akzeptanzorientierter Verbraucherbegleitung weder eine Verharmlosung des Konsums noch eine Aufforderung zum Konsum psychoaktiver Substanzen ist, da sie sich an Individuen richtet, die eine Neigung zum Konsum haben (vgl. ebd.).
Akzeptanzorientierte Drogenarbeit zielt also durch Peer-Involvement bzw. Peer-Education und durch akzeptanzorientierte Verbraucherbegleitung darauf ab, Konsumierenden einen Zugang zu konsumbezogenen Informationen und Fertigkeiten zu gewähren. Solche Informationen und die Schaffung von Räumen zur Erfahrung von Selbstwirksamkeit sind die Voraussetzung, damit Konsumierende auf ihren Konsum gesundheitsfördernd Einfluss nehmen können und dadurch die Zielsetzungen akzeptanzorientierter Drogenarbeit erreichen können.

4.4 Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit das Ansprechen von drei Ebenen auszeichnet. (1) Zum einen wird die praktische Ebene angesprochen. Hier geht es darum, den Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen zu akzeptieren und den Konsumierenden in den Angeboten unabhängig eines Abstinenzzieles Unterstützung zu bieten. Angebote, die dem Praxisfeld der Sozialen Arbeit zugehörig sind, sind dabei vor allem Angebote der Überlebenshilfe (heroingestützte Behandlungen, Kontakt- und Anlaufstellen) oder Angebote für einen risikoarmen Konsum (z.B. Drug Checking, Vermittlung von Safer Use Regeln) (vgl. Stöver 1991a: 14f.). Die Befähigung von gesundheitsfördernden Konsumstrategien sowie der Wissenseinbezug von Betroffenen bzw. zielgruppenerfahrenen Personen spielen bei allen Angeboten im Sinne des Konzepts der Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle.
(2) Zum anderen spricht akzeptanzorientierte Drogenarbeit aber auch eine normative Ebene an. Diese beinhaltet vorwiegend das Recht eines jeden auf Leben und körperliche Unversehrtheit sowie den Schutz der Würde unabhängig einer Abstinenz. Zudem kann auch die Anerkennung der Selbstbestimmungsfähigkeit und der Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit zu dieser normativen Ebene gezählt werden (vgl. ebd.: 15f.). Ebenso beinhaltet die Akzeptanzorientierung eine normative Orientierung an der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta umschrieben wird.
(3) Schliesslich wird eine methodische Ebene angesprochen, in welcher konkretisiert wird, wie das Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit in die Praxis transferiert und wie ein professionelles Handeln in der Praxis ausgestaltet werden kann. Zu dieser Ebene zählen die Niederschwelligkeit, das Empowerment, die aktive Beziehungsgestaltung, das Bezugsperso-

nensystem, die Vernetzung, die Öffentlichkeitsarbeit, die Einzelfallorientierung, die Koproduktion, die Stellung einer sozialen Diagnose, die transparente Kommunikation, die Reflexion sowie die Dokumentation des Unterstützungsprozesses.

5 Analyseteil: Möglichkeiten der Verminderung von sozialem Ausschluss durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit

Bis anhin wurde das Konzept des sozialen Ausschlusses nach Anhorn (2008), der soziale Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen sowie das Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit beschrieben. Nun kann analysiert werden, inwiefern die Soziale Arbeit in der Schweiz durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit dem sozialen Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen entgegenwirken kann.
Dazu soll Folgendes vergegenwärtigt werden: Anhorn (2008: 37) definiert sozialen Ausschluss als die systematische Beschränkung bzw. Vorenthaltung von Teilhabemöglichkeiten an zentralen Bereichen und Ressourcen einer Gesellschaft. In diesem Sinne kann die Verminderung von sozialem Ausschluss von Individuen oder Gruppen durch eine Förderung und Ermöglichung von Teilhabemöglichkeiten an zentralen Bereichen und Ressourcen der Gesellschaft erreicht werden. In der folgenden Analyse gilt es demnach zu klären, inwiefern Soziale Arbeit durch das Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit auf eine Erhöhung von Teilhabemöglichkeiten von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen an zentralen Bereichen und Ressourcen der Gesellschaft zielen kann. Dabei erfolgt die Analyse entlang den im Konzeptteil I herausgearbeiteten Ebenen „Mythen", „Politik" und „Angebote".

5.1 Förderung von Teilhabe auf der Ebene der Mythen

Die beschriebenen Mythen „Macht der Droge", Kausalkette zur Abhängigkeit und Pathologisierung sowie Behandlungsbedürftigkeit aller Konsumierenden beschneiden die Teilhabe von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen an zentralen Bereichen und Ressourcen der Gesellschaft. In den von Steinert (2003: 52) benannten vier Feldern von sozialem Ausschluss kann beispielsweise angenommen werden, dass jemand, der in der Gesellschaft als kaum handlungsfähig gilt, Schwierigkeiten haben wird, eine Lohnarbeit oder Wohnung zu finden. Dies bedeutet eine Beschränkung der Teilhabe im Feld Lohnarbeit und Lebensunterhalt. Gleichzeitig wird dies weitere Beschränkungen von Teilhabemöglichkeiten – z.B. bezüglich sozialer Kontakte – mit sich bringen.
Wird noch einmal in Erinnerung gerufen, dass Mythen stets mit herrschenden Moralvorstellungen einer Gesellschaft verbunden sind – durch welche Individuen klassifiziert werden – so wird deutlich, dass die Soziale Arbeit der sozial ausschliessenden Kraft der Mythen nur mit einer nicht moralisierenden Haltung entgegenwirken kann. Zu fragen ist nun, ob das Konzept akzeptanzorientierter Drogenarbeit eine nicht moralisierende Haltung aufweist und ob Ansatzpunkte geliefert werden, damit die Soziale Arbeit den Mythen entgegentreten und so Teil-

habemöglichkeiten für Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen eröffnen kann.

Wie herausgearbeitet wurde, weist akzeptanzorientierte Drogenarbeit eine nicht moralisierende Haltung in Bezug auf Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen auf. Das Konzept wendet sich klar gegen moralisierende und bevormundende Beurteilungen von Lebensentwürfen, eine nicht moralisierende Haltung ist dem Konzept daher inhärent. Offensichtlich wird dies beispielsweise an der Akzeptanz von Lebensentwürfen mit oder ohne Konsum von illegalisierten psychoaktiven Substanzen oder an der Ablehnung der Abstinenz als einziges Ziel für Konsumierende (siehe Kapitel 4.2.3.2).

Das Konzept propagiert ausserdem eine sachgerechte, nicht moralisierende Öffentlichkeitsarbeit, durch die das gesellschaftliche und politische Engagement wahrgenommen werden kann (siehe Kapitel 4.2.3.3). Diese Öffentlichkeitsarbeit kann für die Soziale Arbeit ein Ansatzpunkt darstellen, um sozialem Ausschluss von Konsumierenden entgegenzuwirken. Die Verminderung von sozialem Ausschluss muss laut Stöver (2008: 351) dabei durch eine Entdramatisierung, Entemotionalisierung und Entmystifizierung der gesamten Diskussion über illegalisierte psychoaktive Substanzen erfolgen. Wie kann die Öffentlichkeitsarbeit dies erreichen?

Die **Mythen der „Macht der Droge“** und der **Kausalkette zur Abhängigkeit** weisen eine Dramatik auf, da illegalisierte psychoaktive Substanzen von der Gesellschaft als eine unberechenbare Gefahr und deren Konsum als erster Schritt in die Abhängigkeit wahrgenommen wird. Nach Neumeyer/Schaich-Walch (1992: 12) „[muss] der Automatismus dieser Assoziation durchbrochen werden. Es muss deutlich gemacht werden, dass unterschiedliche Drogen auch unterschiedliche Risiken (...) bergen, die bei sachgerechtem Konsum vermieden werden können“. Die sachgerechte Öffentlichkeitsarbeit stellt hierbei ein Instrument dar, um den Mythos zu entdramatisieren und zu durchbrechen.

Sachgerechte Öffentlichkeitsarbeit muss also die Grundpfeiler akzeptanzorientierter Drogenarbeit kommunizieren. Konkret geht es darum aufzuzeigen, dass Konsumierende den Substanzen nicht schutzlos ausgeliefert sind, sondern eine Handlungsfähigkeit aufweisen. Genauso wenig führt der Konsum zwingend in eine Abhängigkeit. Vielmehr muss vermittelt werden, dass nicht die Abstinenz, sondern eine Risikokompetenz von Individuen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen zentral ist, um negative Auswirkungen des Konsums zu vermindern oder schadensmindernd zu wirken. Es muss also gezeigt werden, dass Möglichkeiten zu einem kontrollierten und sozial verträglichen Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen bestehen (vgl. Schneider 2001b: 196).

Auch der **Mythos der Pathologisierung und der Behandlungsbedürftigkeit** weist eine gewisse Dramatik auf. Dies kann anhand des folgenden Beispiels veranschaulicht werden: Wird ein gelegentlicher Konsum eines jungen Erwachsenen von Ecstasy sogleich als Krankheit angesehen, so bedeutet dies für die Eltern durchaus eine dramatische und emotionale Situation und eine Unsicherheit, was zu tun ist.

Die Inhalte akzeptanzorientierter Drogenarbeit erlauben es, auch diesen Mythos zu entdramatisieren und zu entemotionalisieren. Durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist es möglich, darauf hinzuweisen, dass nicht alle Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen „krank" und behandlungsbedürftig sind und dass nicht jeder Konsum sogleich eine problematische Form der Lebensbewältigung darstellen muss (vgl. Schneider/Stöver 2005: 40).

Wie können diese Entdramatisierungen und Entemotionalisierungen der Mythen – die durch die Öffentlichkeitsarbeit erreicht werden können – nun aber positiv auf gesellschaftliche Teilhabemöglichkeiten von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen wirken?

Eine entdramatisierende Öffentlichkeitsarbeit zielt auf eine Normalisierung des gesellschaftlichen Umgangs mit illegalisierten psychoaktiven Substanzen. In diesem Prinzip akzeptanzorientierter Drogenarbeit liegt die Antwort auf die eben formulierte Frage. Die Grundpfeiler akzeptanzorientierter Drogenarbeit erlauben es der Sozialen Arbeit, auf eine Normalisierung hinzuwirken, indem aufgezeigt wird, dass der Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen nicht per se als Abweichung verstanden werden muss, sondern als ein Lebensentwurf neben anderen akzeptiert werden kann. Dies ist nach Schneider (2001b: 212) äusserst bedeutsam, um eine Normalisierung der Lebensentwürfe zu erreichen und um sozialem Ausschluss entgegenzuwirken. Denn „Typisierungen wie: Junkies sind kriminell, verwahrlost, krank, psychisch defekt oder willenlose Opfer, müssen bekanntlich in der Alltagswelt, im Dialog mit anderen bestätigt werden, sonst verlieren sie ihre Bedeutung und werden belanglos" (ebd.: 214). Gelingt es der Sozialen Arbeit durch die Öffentlichkeitsarbeit akzeptanzorientierter Drogenarbeit solche Typisierungen zu verringern, kann sich der Umgang mit Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen normalisieren.

Dies wiederum führt zu einer höheren Anzahl an Teilhabemöglichkeiten an gesellschaftlichen Bereichen und Ressourcen für Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen, da seitens der Gesellschaft mehr Lebensentwürfe als „normal" angesehen werden. Bei einer Normalisierung wäre „der Drogenkonsum (...) [dann] sozusagen umgeben von alltäglichen Verhaltensregeln und nicht von Sonderregeln, die mit der Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlich abweichenden Gruppe zu tun haben" (Cohen 1992, zit. nach Schneider/Stöver 2005: 44). Der Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen würde dann nicht mehr per se als abweichendes Verhalten charakterisiert. Genauso wenig würden Konsumierende zu einer Rand-

gruppe zugehörig stigmatisiert. Dies hätte zur Folge, dass Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen nicht mehr pauschal entlang ihres Konsums sozial ausgeschlossen würden. Ihre Teilhabe an bedeutenden gesellschaftlichen Bereichen und Ressourcen wäre dadurch weniger beschränkt. Denkbar ist beispielsweise, dass ein Konsumierender von Ecstasy weniger von Nachbarn ausgegrenzt werden würde, oder weniger von einem Arbeitsplatzverlust bedroht wäre. Dieses Beispiel zeigt, dass sich eine Normalisierung des gesellschaftlichen Umgangs also auf die Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen positiv auswirken könnte, denn „eine informierte Öffentlichkeit neigt weniger zu Stigmatisierung und ist eher in der Lage, Menschen mit Drogenproblemen tolerant und hilfsbereit zu begegnen" (akzept 1999: 16).

5.2 Förderung der Teilhabe auf der Ebene der Politik

Es wurde aufgezeigt, dass nicht nur die Mythen, sondern auch die Politik zu sozialem Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen beiträgt. In der Drogenpolitik ist dies insbesondere durch die Kategorisierung der psychoaktiven Substanzen in legale bzw. illegale sowie durch eine fehlende Differenzierung der Konsummuster der Fall. Die Sozialpolitik begünstigt sozialen Ausschluss hingegen vor allem mit dem Aktivierungsparadigma (siehe Kapitel 3.2.3). Neben der Entmystifizierung gesellschaftlicher Vorstellungen über illegalisierte psychoaktive Substanzen muss – durch ein politisches Engagement der Sozialen Arbeit – also gleichzeitig auf eine Veränderung in der Drogen- und Sozialpolitik hingewirkt werden. Inwiefern ermöglicht das Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit der Sozialen Arbeit, dieses Ziel zu erreichen?

Die **Unterscheidung von legalen und illegalen Substanzen** bewirkt eine Kriminalisierung, so dass sich bei Konsumierenden folglich verschiedene Lebensbereiche in die Illegalität verschieben (siehe Kapitel 3.2.3.1). Um solchen sozial ausschliessenden Lebensverhältnissen entgegenzuwirken, stellt akzeptanzorientierte Drogenarbeit die Forderung nach einer Aufhebung der Trennung in legale und illegale Substanzen (vgl. Stöver 1991b: 173).

Das Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit kann diese Forderung vor den Hintergrund stellen, dass auch durch Verbote nie eine „drogenfreie" Gesellschaft erreicht werden wird. Zudem dienen auch die Ziele akzeptanzorientierter Drogenarbeit dazu, die Forderung zu bekräftigen. Insbesondere sind dabei das Ziel der Verhinderung bzw. Linderung von sozialen, psychischen und somatischen Schädigungen sowie das Ziel der Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes von Konsumierenden zu nennen. Diesbezüglich geht akzeptanzorientierte Drogenarbeit davon aus, dass ein regulierter Markt von psychoaktiven

Substanzen aufgrund der Qualitäts- und Verkaufskontrolle die Erreichung dieser gesundheitlichen und sozialen Ziele wesentlich erleichtern würde (siehe Kapitel 4.2.3.2).

Des Weiteren wurde dargelegt, dass auf politischer Ebene eine **fehlende Differenzierung zwischen Konsummustern** besteht. Als Folge davon werden Konsumierende unabhängig ihres Konsummusters mit dem Stigma Sucht behaftet und suchtpolitische Massnahmen werden Konsumierenden mit einem risikoarmen oder problematischen Konsum nicht gerecht (siehe Kapitel 3.2.3.2).

Auch diesem sozial ausschliessenden politischen Aspekt vermag akzeptanzorientierte Drogenarbeit entgegenzuwirken. Denn akzeptanzorientierte Drogenarbeit wendet sich deutlich gegen die fehlende Differenzierung der Konsummuster, indem sie von der Möglichkeit eines kontrollierten Konsums ausgeht und von verschiedenen Konsummustern spricht (vgl. akzept 1999: 13). Zudem sind die Angebote akzeptanzorientierter Drogenarbeit zielgruppen- und konsumspezifisch ausgerichtet. Währenddem beispielsweise Drug Checking Angebote eher auf Konsumierende mit risikoarmen und problematischen Konsummustern zielen, richtet sich das Angebot der Heroinabgabe auf abhängig konsumierende Personen. Für Stöver (2008: 338) ist klar, dass diese Differenzierung nach Konsummustern und Zielgruppen auch auf politischer Ebene beachtet werden muss. Für ihn zeichnet eine Bereitstellung von differenzierten sowie zielgruppenspezifischen Angeboten eine „gute" Drogenpolitik aus. Nur so wirkt sie nicht sozial ausschliessend (vgl. ebd.). Auch Schneider (2000: 102) hält fest, dass Konsumierende in Angeboten nach Merkmalen wie Geschlecht, Alter, schulischer und familiärer Herkunft, Einstiegszeitpunkt oder Dauer des Konsums unterschieden werden müssen.

Zu fragen bleibt nun aber, wie die Aufhebung der Trennung in legale und illegale Substanzen sowie die Differenzierung zwischen Konsummustern auf politischer Ebene propagiert werden können und wie eine solche Politik Teilhabemöglichkeiten von Konsumierenden erhöhen könnte.

Über das Prinzip des drogenpolitischen Engagements kann sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit auf politischer Ebene Gehör verschaffen, beispielsweise über den Berufsverband der Sozialen Arbeit AvenirSocial. Denkbar wäre, dass sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit in ihren politischen Forderungen dabei auf den Bericht „Herausforderung Sucht" der Steuergruppe der drei Eidg. Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention (2010) stützt.

Der Bericht teilt die Forderung akzeptanzorientierter Drogenarbeit nach der Aufhebung der Unterscheidung von legalen und illegalen Substanzen, indem er dazu auffordert, auf die „(...) wenig hilfreiche Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen" zu verzichten und vermehrt die tatsächliche Schadenslast einer Substanz in den Blick zu nehmen (ebd.: 3,

6). Auch in Bezug auf die Differenzierung zwischen Konsummustern vertreten die Kommissionen die gleiche Haltung wie die Vertreter der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. So wird festgehalten, dass suchtpolitische Massnahmen die verschiedenen Konsummuster berücksichtigen und zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein müssen (vgl. ebd.: 2, 7). Der Bericht erscheint für eine Veränderung der Politik insofern zentral, als dass er im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) erstellt wurde (vgl. ebd.: 2). Dadurch sind die Forderungen auf politischer Ebene abgestützt und erhalten so ein gewisses Gewicht.

Eine Politik, welche die soziokulturell und politisch hergestellte Unterscheidung von legalen und illegalen psychoaktive Substanzen aufhebt und ihre Massnahmen nach Konsummustern differenziert, würde Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen nicht mehr kriminalisieren und damit weniger sozial ausschliessenden Aspekten aussetzen. Die Möglichkeit eines legalen Substanzerwerbs liesse die Kriminalisierung aufgrund der illegalen Substanzbeschaffung wegfallen. Gleichzeitig müssten dadurch auch andere Lebensbereiche nicht mehr in der Illegalität geführt werden. Der Wegfall des sozialen Ausschlusses über die Dimension Kriminalität, aber auch Sexarbeit, Arbeitslosigkeit oder Wohnungslosigkeit hätte die Konsequenz, dass Teilhabe an Lebensbereichen der Lohnarbeit, des Lebensunterhaltes, der rechtlichen Existenz und der Qualifikationen möglich wird, wenn dies vom konsumierenden Individuum denn auch gewünscht wird.

Des Weiteren würden Konsumierende nicht mehr pauschal als abhängig stigmatisiert. Dadurch wäre nicht mehr ihr Konsum die entscheidende Dimension des sozialen Ausschlusses. Eine Person, die einen risikoarmen Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen aufweist, würde dann beispielsweise nicht mehr aufgrund des Konsums von der Möglichkeit zur Lohnarbeit und damit dem Feld der Lohnarbeit ausgeschlossen sein.

Eine Differenzierung der Konsummuster hätte zudem zur Folge, dass suchtpolitische Massnahmen nach diesen differenziert würden. Dies wiederum würde bedeuten, dass die Massnahmen nicht nur auf die Abhängigkeit, sondern auch auf die risikoarmen oder problematischen Konsummuster ausgerichtet sind. Somit hätten Konsumierende aller Konsummuster die Möglichkeit, an Hilfsangeboten teilzunehmen.

Nicht zuletzt kann davon ausgegangen werden, dass die oben genannten Forderungen der akzeptanzorientierten Drogenarbeit auch auf der Ebene der Politik einen normalisierenden Effekt haben können. Die Aufhebung der soziokulturell und politisch hergestellten Trennung in legale bzw. illegalisierte psychoaktive Substanzen bedeutet eine Normalisierung im Umgang mit psychoaktiven Substanzen, da dadurch die tatsächliche Schadenslast einer Substanz und nicht deren gesellschaftliche Bewertung ins Blickfeld rückt. So kann auch ein Lebens-

entwurf mit einem Gelegenheitskonsum von Cannabis als gleich „normal" gelten, wie ein Lebensentwurf mit einem Gelegenheitskonsum von Alkohol.

Neben sozialem Ausschluss durch die Drogenpolitik wurden aber auch sozial ausschliessende Aspekte des **aktivierenden Sozialstaats** herausgearbeitet. Als sozial ausschliessend wurde dabei vor allem der Fokus auf die erwerbsarbeitliche Integration und das damit einhergehende Anreiz-Sanktions-System – auf welches nicht alle Klienten und Klientinnen reagieren können – erwähnt (siehe Kapitel 3.2.3.3). Die Ausführungen zum Aktivierungsparadigma machen deutlich, dass dieses System nur schwer mit den Überlegungen zur sozialen Teilhabe vereinbar ist. Insbesondere deswegen, weil das Konzept des sozialen Ausschlusses betont, dass die Möglichkeit der Teilhabe an zentralen Bereichen und Ressourcen der Gesellschaft auch das Recht beinhalten muss, nicht teilnehmen zu müssen (vgl. Steinert 2000: 15f.).

Das Aktivierungsparadigma beschneidet dieses Recht insofern, als dass z.B. auf dem Sozialamt eine Entscheidung einer Klientin gegen eine Teilnahme an einem Beschäftigungsprogramm eine Sanktion in Form von Leistungskürzungen zur Folge hat. Zudem wird eine solche Entscheidung von der Politik und der Gesellschaft schnell als Ausdruck einer Integrationsunwilligkeit charakterisiert, woraus ein sozialer Ausschluss entsteht (siehe Kapitel 3.2.3.3). Wie lässt sich dieser sozial ausschliessende Aspekt aus der Sicht der akzeptanzorientierten Drogenarbeit diskutieren?

Werden die Grundpfeiler akzeptanzorientierter Drogenarbeit betrachtet, so ist davon auszugehen, dass akzeptanzorientierte Drogenarbeit das Recht auf eine Nicht-Teilnahme anerkennt und sich gegen ausschliessende Aspekte des Aktivierungsparadigmas zu stellen vermag. Dies kann folgendermassen verdeutlicht werden:

(1) Die Selbstbestimmung der Konsumierenden in einem Unterstützungsprozess stellt einer der wichtigsten Grundsätze akzeptanzorientierter Drogenarbeit dar. Dies ist an der Handlungsorientierung des Empowerments, am Verständnis von sozialarbeiterischem/sozialpädagogischem Handeln als wechselseitigem Prozess und am Stellenwert der Koproduktion in einem Unterstützungsprozess deutlich zu erkennen. Die Androhung von Sanktionen oder die Erzielung einer Verhaltensänderung durch Sanktionen wird dabei explizit abgelehnt (siehe Kapitel 4.2.3.2). Da die Teilnahme an einem Beschäftigungsprogramm je nach Fall nicht aufgrund von Freiwilligkeit, sondern aufgrund von Sanktionsandrohungen zustande kommt, kann die Kopplung der Verpflichtung zu einem Beschäftigungsprogramm mit Sanktionen kritisch betrachtet werden. Währenddem mit dem Stellenwert der Selbstbestimmung in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme also explizit angelegt ist, wird dieser im aktivierenden Sozialstaat weniger Bedeutung zugemessen.

(2) Das Anreiz-Sanktions-System geht davon aus, dass Klienten und Klientinnen auf Anreize reagieren können. Die Grundpfeiler akzeptanzorientierter Drogenarbeit widersprechen dieser Annahme. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit anerkennt, dass gewisse Fähigkeiten von Klienten und Klientinnen zur sozialen Teilhabe dauerhaft eingeschränkt sein können (siehe Kapitel 4.2.3.1). Sind diese Fähigkeiten nur beschränkt vorhanden, kann davon ausgegangen werden, dass ein Reagieren auf die Anreize für Klienten und Klientinnen eine Schwierigkeit darstellt.
Der Stellenwert der Selbstbestimmung und die Anerkennung von dauerhaft eingeschränkten Fähigkeiten zur sozialen Teilhabe erlaubt es der akzeptanzorientierten Drogenarbeit, gegenüber dem Aktivierungsparadigma einen kritischen Standpunkt einzunehmen. So kann die Soziale Arbeit aufzeigen, dass Klienten und Klientinnen, die nicht auf Anreize reagieren wollen oder können, nicht per se integrationsunwillig sind. Wird diesbezüglich ein Umdenken erreicht, so wird der soziale Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen entlang der Dimensionen Integrationsunwilligkeit, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe- oder IV-Bezug vermindert.
Neben der politischen Ebene kann sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit dabei auch in der direkten Arbeit mit Sozialversicherungen oder der Sozialhilfe dafür einsetzen, den Klienten und Klientinnen Selbstbestimmung zu gewähren und z.B. die Möglichkeit zuzugestehen, an einem Beschäftigungsprogramm nicht teilnehmen zu müssen.

5.3 Förderung der Teilhabe auf der Ebene der Angebote

Die Ursachen von sozialem Ausschluss sind nicht nur auf gesellschaftlicher und politischer Ebene zu finden. Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen können auch in Angeboten der Drogenhilfe von sozialem Ausschluss betroffen sein (siehe Kapitel 3.2.4).
Es wurde beschrieben, dass die **Definitionsmacht der Experten und Expertinnen** und der Partizipationsausschlusszirkel zu einem Ausschluss der Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen aus dem Unterstützungsprozess führen (siehe Kapitel 3.2.4.1). Demnach gilt es an dieser Stelle zu analysieren, wie akzeptanzorientierte Drogenarbeit zur Definitionsmacht von Experten und Expertinnen steht und inwiefern sie Partizipationsausschlusszirkeln entgegenwirken kann. Oder in anderen Worten formuliert, inwiefern die Soziale Arbeit durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit Klienten und Klientinnen an der Gestaltung des Unterstützungsprozesses teilhaben lässt.
Werden die Grundpfeiler akzeptanzorientierter Drogenarbeit genauer betrachtet, so lassen sich verschiedene Aspekte finden, die sich explizit oder implizit gegen die Definitionsmacht

der Experten und Expertinnen richten und für eine Teilhabe der Klienten und Klientinnen am Unterstützungsprozess sprechen.

Deutlich zu sehen ist die Ablehnung der Definitionsmacht der Experten und Expertinnen in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit beispielsweise an der Akzeptanz von verschiedenen Lebensentwürfen mit oder ohne Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen. Diese Akzeptanz beinhaltet die Ablehnung moralisierender Beurteilungen von Lebensentwürfen und anerkennt, dass die Definition über Lebensqualität bei dem Einzelnen oder der Einzelnen und nicht bei den Experten und Expertinnen liegt. Die Ablehnung der Definitionsmacht der Experten und Expertinnen ist aber auch daran zu sehen, dass nicht die Abstinenz als einziges Ziel in einem Unterstützungsprozess formuliert wird. Vielmehr wird anerkannt, dass Ziele von Person zu Person variieren und von der Person selbst formuliert sein müssen (siehe Kapitel 4.2.3.1 und 4.2.3.2).

Für eine Teilhabe der Klienten und Klientinnen am Unterstützungsprozess spricht die Sichtweise der akzeptanzorientierten Drogenarbeit auf Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen respektive die Klienten und Klientinnen. Diese Sichtweise unterscheidet sich von einer sozial ausschliessenden Sichtweise bestimmter Experten und Expertinnen, die Konsumierende als handlungsunfähige und vertrauensunwürdige Individuen charakterisieren. Demgegenüber vertritt akzeptanzorientierte Drogenarbeit die Auffassung von Konsumierenden als handlungsfähige und selbstbestimmungsfähige Individuen, die Ressourcen besitzen und nicht in jedem Fall behandlungsbedürftig sind. Hinzu kommt die Auffassung, dass der Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen nicht zwingend eine problematische Form der Lebensbewältigung darstellt (siehe Kapitel 4.2.3.2).

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit reduziert Konsumierende also nicht auf ihren Konsum, sondern anerkennt sie als ganze Individuen mit Ressourcen, kulturellen und biografischen Eigenheiten sowie eigenen Lebensentwürfen. Es ist wohl nicht vermessen festzustellen, dass eine solche Sichtweise die Grundlage für einen Unterstützungsprozess darstellt, in welchem Klienten und Klientinnen sowie Professionelle der Sozialen Arbeit als gleichwertige Gegenüber gelten und auf welchen Klienten und Klientinnen aktiv Einfluss nehmen können, sie also teilhaben lässt.

Diese Sichtweise spiegelt sich im Verständnis darüber wider, was unter einem professionellen Unterstützungsprozess verstanden wird. Wie beschrieben wurde, werden Unterstützungsprozesse als Aushandlungsprozesse begriffen und moralisierende Beurteilungen, Bevormundung, fürsorgerische Entmündigungen sowie die Definitionsmacht der Experten und Expertinnen werden explizit abgelehnt. Die Koproduktion zwischen Professionellen und Klient oder Klientin wird als eine Notwendigkeit angesehen (siehe Kapitel 4.2.3.2). So betont Stöver (2008:

348), dass Klienten und Klientinnen durch die Akzeptanz ihres Lebensstils im Unterstützungsprozess Wertschätzung erfahren und durch Koproduktion eine auf Selbstbestimmung beruhende Arbeitsbeziehung zwischen Klient bzw. Klientin und Fachperson möglich wird.
Des Weiteren kann angenommen werden, dass für den Aufbau dieses Arbeitsbündnisses die aktive Beziehungsgestaltung und die Einzelfallorientierung förderlich sind. Dadurch kann eine fundierte Auseinandersetzung zwischen Klient oder Klientin und den Professionellen stattfinden. Im Sinne des Empowerments sollen die Klienten und Klientinnen dazu befähigt werden, ihre Bedürfnisse zu artikulieren und am Unterstützungsprozess aktiv teilzunehmen. Dies soll dazu führen, dass sich die Klienten und Klientinnen als machtvoll und selbstbestimmt erleben können. Stöver (2008: 348) misst dem Arbeitsbündnis eine grosse Bedeutung zu, gibt aber zu bedenken, dass der Aufbau eines Arbeitsbündnisses gerade dort nicht selbstverständlich ist „(...) wo es sich um ein Verhalten handelt, das gesellschaftlich stigmatisiert, ausgegrenzt, verpönt oder sogar strafrechtlich verfolgt wird" (ebd.: 346). Durch die aktive Beziehungsgestaltung und die Einzelfallorientierung ebnet die akzeptanzorientierte Drogenarbeit für sozialarbeiterisches/sozialpädagogisches Handeln den Weg, Räume zu schaffen, in denen sich Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen nicht stigmatisiert, sondern selbstbestimmt fühlen können.
Diese Ausführungen machen deutlich, dass akzeptanzorientierte Drogenarbeit die Klienten und Klientinnen am Unterstützungsprozess in einem hohen Mass teilhaben lässt und dabei den Klienten und Klientinnen die Definitionsmacht zugesteht, was für sie ein „gutes" Leben darstellt. Akzeptanzorientierte Drogenarbeit wirkt also der Gefahr eines Partizipationsausschlusszirkels entgegen. Denn dem Ausschluss aus dem Unterstützungsprozess steht die Teilhabe am Unterstützungsprozess gegenüber.
Der Teilhabe an Unterstützungsprozessen in Angeboten der akzeptanzorientierten Drogenarbeit kann des Weiteren eine Wirkung über das Angebot hinaus attestiert werden. Es ist davon auszugehen, dass ein Selbstbestimmungsgefühl die Grundlage ist, sich selber gegen sozialen Ausschluss zu wehren und nicht machtlos zu kapitulieren. Dieser Aspekt wurde als ein Ziel akzeptanzorientierter Drogenarbeit beschrieben. Dadurch, dass Angebote der akzeptanzorientierten Drogenarbeit infrastrukturelle Rahmenbedingungen bieten können, in denen Erfahrungen von Selbstbestimmung, Handlungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit gemacht werden können, fungieren diese als eine Art Übungsfeld für die Befähigung der Klienten und Klientinnen (vgl. Stöver 2008: 348). Zudem kann sich das gesellschaftliche Bild von handlungsunfähigen Konsumierenden verändern, wenn sichtbar wird, dass Konsumierende in der Lage sind, Erfolge hinsichtlich sozialen, psychischen und somatischen Schädigungen zu erzielen und zwar auch in Abwesenheit eines Abstinenzzieles.

Neben der Definitionsmacht der Experten und Expertinnen wurde auch die **ungleiche regionale Angebotsstruktur** insbesondere von HeGeBe-Zentren als ausschliessenden Faktor für Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen beschrieben (siehe Kapitel 3.2.4.2). Akzeptanzorientierte Drogenarbeit sorgt in zweierlei Hinsicht dafür, die Angebote regional gleichmässiger zu verteilen: Erstens propagiert das Konzept im Rahmen des Rechts eines jeden Menschen auf Leben und körperliche Unversehrtheit eine ausreichende medizinische, psychologische und soziale Versorgung für alle Konsumierenden. Zweitens möchte das Konzept mit seiner niederschwelligen Ausrichtung die Erreichbarkeit der Angebote für alle Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen ermöglichen, also möglichst wenig Konsumierende von Angeboten ausschliessen (siehe Kapitel 4.2.2 und 4.2.3.3). Mit Hilfe dieser zwei Standpunkte kann sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit für eine gerechte regionale Angebotsverteilung einsetzen.

Nicht zuletzt wurde herausgearbeitet, dass in **Angeboten der Suchtprävention Stigmatisierungsfallen** bestehen können, die zu sozialem Ausschluss führen. Genannt wurden dabei die frühzeitige Pathologisierung, die unsorgfältige Früherkennung sowie die unkritische Einteilung der Jugendlichen in hochriskante, riskante oder risikoarme Konsumgruppen (siehe Kapitel 3.2.4.3). Werden diese Stigmatisierungsfallen genauer betrachtet, so fällt auf, dass sie einen defizitorientierten Blick auf illegalisierte psychoaktive Substanzen aufweisen und sich auf das Vermeiden des Konsums beziehen. Zudem fokussieren sie auf das Konsummuster der Abhängigkeit. Es soll ausgemacht werden, bei welchen Jugendlichen die Gefahr einer Abhängigkeit besteht, was in den Worten von Schneider/Stöver (2005: 40) einer „Verhinderungspolitik" gleichkommt, in der es nur darum geht, die Gesellschaft vom Grundübel „Droge" zu befreien. Die Jugendlichen werden von Experten und Expertinnen nach festgelegten Kriterien in Konsumgruppen eingeteilt, woraus die Gefahr einer Etikettierung der Jugendlichen als „Problemjugendliche" oder „Risikoträger" entsteht.

Demgegenüber setzt akzeptanzorientierte Drogenarbeit auf ein Präventionsverständnis (akzeptanzorientierte Verbraucherbegleitung), welches sich von einer defizitorientierten Sichtweise und dem Fokus auf die Abhängigkeit abwendet und die Teilhabe der Jugendlichen an den Präventionsmassnahmen als zentral bewertet. Das Ziel dieses Präventionsverständnisses wurde mit den Begriffen selbstbestimmter, risikoarmer, regelorientierter, genussbestimmter und gesundheitsorientierter Konsum umschrieben (siehe Kapitel 4.3).

Die Abwendung von einer defizitorientierten Sichtweise und dem Fokus auf die Abhängigkeit ist bereits darin zu sehen, dass sich das Präventionsverständnis auf die Ottawa-Charta respektive das Konzept der Gesundheitsförderung beruft. Wie beschrieben wurde, geht es bei diesem um die Befähigung der Individuen, auf ihre Gesundheit Einfluss zu nehmen. Dies ermög-

licht es der Sozialen Arbeit durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit die Gesundheit und der gesundheitsfördernde Konsum und nicht die Gefahr der Abhängigkeit in den Fokus zu stellen. Der Blickwinkel auf die Gesundheit ist dabei ressourcenorientiert, da danach gefragt wird, welche Ressourcen gefördert werden müssen, um einen gesundheitsorientierten Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen zu ermöglichen. In diesem Sinne halten auch Schneider/Stöver (2005: 36) fest, dass akzeptanzorientierte Prävention als Empowerment verstanden werden muss und sich Empowerment dabei immer an den „vorhandenen Stärken und nicht an den zugeschriebenen Defiziten drogengebrauchender Menschen" orientiert. Als Voraussetzung eines solchen Präventionsverständnisses kann allerdings die Anerkennung der Ambivalenz der illegalisierten psychoaktiven Substanzen gesehen werden, welche akzeptanzorientierte Drogenarbeit bekanntlich beinhaltet.

Es wurde beschrieben, dass die Sicherstellung des Zugangs zu konsumbezogenen Informationen – also Informationen über Konsumregeln, Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen – die Voraussetzung dafür ist, auf den eigenen Konsum gesundheitsfördern einzuwirken und einen kontrollierten und eigenverantwortlichen Konsum zu erlernen. Mit Peer-Involvement bzw. Peer-Education stellt akzeptanzorientierte Drogenarbeit ein Instrument bereit, dass Betroffene an dieser Wissensvermittlung in einem hohen Mass teilhaben lässt und dennoch die professionelle Sichtweise nicht vernachlässigt. Aufgrund der Ablehnung von moralisierenden Beurteilungen gegenüber des Konsums illegalisierter psychoaktiver Substanzen kann davon ausgegangen werden, dass sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit gut eignet, um diese wesentlichen Informationen in der Prävention zur Verfügung zu stellen.

Die Teilhabe an zentralen Bereichen und Ressourcen der Gesellschaft wird durch eine akzeptanzorientierte Verbraucherbegleitung in zweierlei Hinsicht gefördert: (1) Erstens ermöglicht Peer-Involvement bzw. Peer-Education im Sinne des Empowerments die direkte Teilhabe an Präventionsmassnahmen. Zudem fungieren Präventionsangebote mit ihrem Blickwinkel auf die Selbstbestimmung als Übungsfelder, um Erfahrungen zur Selbstwirksamkeit bezüglich der eigenen Gesundheit zu machen. Dies führt zu einer Befähigung der Konsumierenden, sich gegen sozialen Ausschluss zur Wehr setzen zu können. (2) Zweitens kann eine akzeptanzorientierte Prävention zur Einübung eines Konsummusters führen, das mit Anforderungen anderer Lebensbereiche (z.B. Lehrstelle) zu vereinen ist. Dieses setzt Konsumierende weniger stark oder in einer geringeren Anzahl von Lebensbereichen einem sozialen Ausschluss aus, da der Konsum nicht als ein abweichendes Verhalten, sondern als ein gesellschaftlich verträgliches bewertet wird.

Der ressourcenorientierte Blickwinkel erlaubt eine Pathologisierung der Jugendlichen zu verhindern. Es geht nicht darum, Jugendliche unkritisch und durch Expertenwissen in Konsum-

gruppen einzuteilen, sondern sie zu befähigen, auf ihren Konsum gesundheitsfördernd Einfluss zu nehmen. Indem Schneider/Stöver (2005: 41) festhalten, dass es keinesfalls um eine Verharmlosung des Konsums gehe, steht einer sorgfältigen Früherkennung von Jugendlichen mit einem problematischen oder abhängigen Konsummuster dabei nichts im Wege. Akzeptanzorientierte Prävention ermöglicht es also, Etikettierungen zu vermeiden und den daraus folgenden sozialen Ausschluss zu vermindern.

5.4 Fazit

Die Analyse hat gezeigt, dass das Konzept der akzeptanzorientierten Drogenarbeit der Sozialen Arbeit ermöglicht, sozialem Ausschluss von Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen entgegenzuwirken, bzw. deren Teilhabe an bedeutenden Bereichen und Ressourcen der Gesellschaft zu erweitern.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein gesellschaftliches und politisches Engagement auf der Ebene der Mythen und der Politik die Teilhabemöglichkeiten von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen an zentralen Bereichen und Ressourcen der Gesellschaft fördert. Eine sachgerechte Öffentlichkeitsarbeit soll die Mythen entzaubern und politische Forderungen sollen artikuliert werden, um den gesellschaftlichen und politischen Umgang mit Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen zu normalisieren. Auf der Ebene der Angebote hingegen ermöglicht akzeptanzorientierte Drogenarbeit einerseits die Teilhabe von Klienten und Klientinnen am Unterstützungsprozess bzw. an Präventionsmassnahmen. Andererseits erweitert sie die Teilhabe von Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen aber auch auf gesellschaftlicher Ebene. Angebote fungieren als Übungsfelder für die Befähigung der Konsumierenden in ihrer eigenen Lebensgestaltung und akzeptanzorientierte Verbraucherbegleitung fördert gesundheitsorientierte Konsummuster.

Die folgende Tabelle verdeutlicht in konzentrierter Weise, inwiefern Soziale Arbeit durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit dem Ausschluss von Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen entgegenwirken kann:

	Sozialer Ausschluss	**Akzeptanzorientierte Drogenarbeit**	→	**Teilhabe**
Ebene Mythen				
Verbindung von Mythen und gesell. Moralvorstellungen	Klassifizierung u. Bewertung von Handlungen, Situationen u. Individuen durch die Gesellschaft	Ablehnung von moralisierenden, bevormundenden Beurteilungen von Lebensentwürfen	→	gesellschaftliche Akzeptanz verschiedener Lebensentwürfe als „normal“
„Macht der Droge“/ Kausalkette der Abhängigkeit	pauschale Ansicht über Konsumierende als handlungsunfähige Individuen/ Dichotomie von Abstinenz *oder* Abhängigkeit	Entemotionalisierung, Entdramatisierung des Mythos durch sachgerechte Öffentlichkeitsarbeit	→	Normalisierung: gesell. Akzeptanz von Leben mit Konsum als ein möglicher Lebensentwurf
Pathologisierung der Konsummuster/ Behandlungsbedürftigkeit aller Konsumierenden	pauschale Ansicht über Konsumierende als kranke u. behandlungsbedürftige Individuen	Entemotionalisierung, Entdramatisierung des Mythos durch sachgerechte Öffentlichkeitsarbeit	→	Normalisierung: gesell. Akzeptanz von Leben mit Konsum als ein möglicher Lebensentwurf
Ebene Politik				
Unterscheidung von legalen u. illegalen Substanzen	Kriminalisierung der Konsumierenden	Wahrnehmung des drogenpolitischen Engagements (z.B. durch Berufsverband) für Aufhebung der Unterscheidung von legal vs. illegal/ Marktregulierung	→	Normalisierung/ Wegfall des sozialen Ausschlusses über die Dimension des Konsums u. der Kriminalität
fehlende Differenzierung zwischen den Konsummustern	pauschale Stigmatisierung der Konsumierenden als abhängig/ Ausschluss bestimmter Konsummuster aus suchtpolitischen Massnahmen	Wahrnehmung des drogenpolitischen Engagements (z.B. durch Berufsverband) für differenzierte suchtpolitische Massnahmen	→	Normalisierung/ Teilhabemöglichkeiten für alle Konsumierenden an differenzierten suchtpolitischen Massnahmen
aktivierender Sozialstaat	Fokus auf erwerbsarbeitlicher Integration/ Anreiz-Sanktions-System	Sensibilisierung durch politisches Engagement für das Recht auf Selbstbestimmung von KlientInnen/ Anerkennung von eingeschränkten Fähigkeiten zur sozialen Teilhabe	→	Recht von KlientInnen, nicht teilnehmen zu müssen, ohne als integrationsunwillig zu gelten
Ebene Angebot				
Definitionsmacht der Experten u. Expertinnen/ Partizipationsausschlusszirkel	Ausschluss der Klienten und Klientinnen aus der Gestaltung des Unterstützungsprozesses (UP)	Konsumierende als handlungs- und selbstbestimmungsfähige Individuen/ UP als Aushandlungsprozess/ Koproduktion/ Empowerment	→	hohes Mass an Teilhabe an der Gestaltung des UPs/ Erfahrung von Selbstbestimmung u. Selbstwirksamkeit der Konsumierenden
regional ungleiche Angebotsstruktur	fehlender Zugang zu Angeboten für einige Konsumierenden	Forderung nach medizinischer, sozialer, psychologischer Versorgung für alle Konsumierenden/ Niederschwelligkeit	→	Zugang zu Angeboten für alle Konsumierenden durch gerechte Angebotsverteilung
Stigmatisierungsfallen in der Suchtprävention	Pathologisierung/ unsorgfältige Früherkennung/ Einteilung in Konsumgruppen (hochriskant, riskant, risikoarm)	Rückgriff auf das Konzept der Gesundheitsförderung/ akzeptanzorientierte Verbraucherbegleitung/ Peer-Involvement, Peer-Education	→	Zugang zu konsumbezogenen Informationen/ Befähigung zu gesundheitsfördernden u. regelorientierten Konsummustern

Tab. 2: Förderung von sozialer Teilhabe durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit

6 Schlussfolgerungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammengefasst, kritisch gewürdigt und weiterführende Fragen formuliert.

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die vorliegende Bachelor Thesis befasste sich vor dem Hintergrund des zunehmenden Repressionspotenzials des Sozialstaats mit der Frage, inwiefern die Soziale Arbeit in der Schweiz durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit dem sozialen Ausschluss (nach Anhorn 2008) von Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen entgegenwirken kann.

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde zuerst das Konzept des sozialen Ausschlusses beschrieben. Dieses definiert sozialen Ausschluss über die systematische Beschränkung von „(...) Teilhabe an mehr oder weniger zentralen Bereichen und Ressourcen der Gesellschaft (...)" (Steinert 2000: 14) und weist ein multidimensionales, prozessual-dynamisches sowie graduelles Verständnis von sozialem Ausschluss auf. In einem zweiten Schritt wurde der soziale Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen auf den Ebenen „Mythen", „Politik" und „Angebote" dargelegt. Anschliessend folgte die Vorstellung des Konzepts der akzeptanzorientierten Drogenarbeit und die Beschreibung, was dieses auszeichnet. Im Analyseteil wurde die Zusammenführung des Konzepts des sozialen Ausschlusses und des Konzepts der akzeptanzorientierten Drogenarbeit vorgenommen und die Fragestellung beantwortet.

Die Ergebnisse der Analyse können folgendermassen zusammengefasst werden:

Allgemein gilt es festzuhalten, dass die Soziale Arbeit durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit dem sozialen Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen auf den Ebenen „Mythen", „Politik" und „Angebote" entgegenwirken kann.

(1) Ebene Mythen: Durch eine Ablehnung von moralisierenden, bevormundenden Beurteilungen von Lebensentwürfen und durch eine Entemotionalisierung, Entdramatisierung und Entmystifizierung der Mythen vermag akzeptanzorientierte Drogenarbeit eine gesellschaftliche Akzeptanz und Normalisierung verschiedener Lebensentwürfe, mit oder ohne Konsum, zu fördern. Das Instrument hierzu stellt die sachgerechte Öffentlichkeitsarbeit dar. Dem sozialen Ausschluss kann dadurch insofern entgegengewirkt werden, als dass auch ein Lebensentwurf mit Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen als „normal" angesehen werden kann und daher eine systematische Beschränkung oder Vorenthaltung der Teilhabe an bedeutenden gesellschaftlichen Bereichen und Ressourcen aufgrund der Dimensionen „Konsum", „Kriminalität" oder Ähnlichem vermindert werden kann.

(2) Ebene Politik: Durch inhaltliche Argumente gegen die Unterscheidung von Substanzen in legal bzw. illegal und für eine Differenzierung zwischen Konsummustern kann die Soziale Arbeit durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit der Kriminalisierung und Stigmatisierung von Konsumierenden als abhängig entschieden entgegentreten. Das Instrument hierzu ist die Wahrnehmung des drogenpolitischen Engagements, beispielsweise durch den Berufsverband der Sozialen Arbeit, AvenirSocial. Auch auf dieser Ebene wirkt eine Normalisierung der Suchtpolitik bzw. der suchtpolitischen Massnahmen dem sozialen Ausschluss entgegen.
Zudem bietet die akzeptanzorientierte Drogenarbeit mit dem Stellenwert der Selbstbestimmung der Klienten und Klientinnen sowie der Anerkennung von dauerhaft eingeschränkten Fähigkeiten zur sozialen Teilhabe Argumentationsgrundlagen, um eine kritische Position gegenüber der erwerbsarbeitlichen Integration und dem Anreiz-Sanktions-System des aktivierenden Sozialstaats einzunehmen. Diese Grundpfeiler akzeptanzorientierter Drogenarbeit zielen auf das Recht eines Individuums, nicht teilnehmen zu müssen.
(3) Ebene Angebote: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit weist eine Sichtweise von Konsumierenden als handlungs- und selbstbestimmungsfähige Individuen auf. Unterstützungsprozesse werden als Aushandlungsprozesse verstanden, in denen der Koproduktion ein hoher Stellenwert zukommt. Diese Grundpfeiler akzeptanzorientierter Drogenarbeit führen dazu, dass die Teilhabe am Unterstützungsprozess explizit angelegt ist. Die Selbstermächtigung der Konsumierenden kann über die Angebote hinaus eine erhöhte soziale Teilhabe bewirken, da sie als Übungsfelder fungieren, um zu lernen sich gegen sozialen Ausschluss zu wehren.
Mit der niederschwelligen Ausrichtung der Angebote und der Forderung nach einer ausreichenden medizinischen, sozialen und psychologischen Versorgung von allen Konsumierenden fördert akzeptanzorientierte Drogenarbeit eine regional gleichere Angebotsstruktur. Die Teilhabe an Angeboten wird so für möglichst viele Konsumierende möglich.
Nicht zuletzt vermag auch das Präventionsverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit einem sozialen Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen entgegenzuwirken. Durch Peer-Involvement und Peer-Education wird das Wissen von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen in die Prävention miteinbezogen. Dadurch findet eine Teilhabe der Konsumierenden statt. Indem akzeptanzorientierte Drogenarbeit konsumbezogene Informationen zugänglich macht, eröffnet sie zudem die Teilhabe an wesentlichen Wissensbeständen, um einen gesundheits- und regelorientierten Konsum zu erlernen. Ein solcher Konsum erweitert Teilhabemöglichkeiten an zentralen Bereichen und Ressourcen der Gesellschaft, da sich dieser mit konventionellen Lebensbezügen vereinbaren lässt.
Akzeptanzorientierte Drogenarbeit stellt also ein Konzept dar, welches der Sozialen Arbeit ermöglicht, sowohl auf politisch-gesellschaftlicher Ebene wie auch auf der Angebotsebene

sozialem Ausschluss entgegenzuwirken und damit ihrer Verpflichtung zur Förderung von sozialer Gerechtigkeit und Teilhabe nachzukommen.
Wie lässt sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit vor dem Hintergrund des Konzepts des sozialen Ausschlusses nun aber diskutieren, welche Bedeutung hat dies für die Soziale Arbeit und wo sind kritische Anmerkungen zum Konzept notwendig?

6.2 Kritische Würdigung und weiterführende Fragen

Die Ergebnisse der Analyse machen deutlich, dass das Konzept akzeptanzorientierter Drogenarbeit positiv zu würdigen ist, und zwar hinsichtlich professionsethischen Überlegungen wie auch hinsichtlich den Inhalten von Anhorns (2008) Konzept des sozialen Ausschlusses.
Es scheint nicht vermessen festzustellen, dass aus professionsethischer Sicht akzeptanzorientierte Drogenarbeit ein Konzept darstellt, welches wichtige professionelle Grundsätze der Sozialen Arbeit beinhaltet und anerkennt. Die Förderung der sozialen Teilhabe, der Stellenwert der Autonomie der Klienten und Klientinnen, die Akzeptanz verschiedener Lebensentwürfe, die Handlungsorientierung am Empowerment oder der Stellenwert der Koproduktion und des Aushandelns im Unterstützungsprozess sind nur einige Beispiele dafür. Aber auch die Abwendung von individualisierenden Problemzuschreibungen und der Einbezug gesellschaftlicher Strukturen ins Konzept sind Ausdruck eines professionellen Verständnisses der Sozialen Arbeit. Nicht zuletzt zeugen auch die Grundsätze der transparenten Kommunikation, der Reflexion des eigenen Handelns und die Dokumentation der Unterstützungsprozesse davon. Diese Grundpfeiler akzeptanzorientierter Drogenarbeit finden sich alle im Berufskodex der Sozialen Arbeit wieder, was für ein angemessenes Professionsverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit spricht (vgl. AvenirSocial 2010: 8ff.).
Des Weiteren ist positiv zu werten, dass akzeptanzorientierte Drogenarbeit nicht auf einer normativen Ebene verharrt, sondern auch aufzeigt, wie die akzeptanzorientierte Haltung mittels Methoden und professioneller Grundsätze in der Praxis umgesetzt werden kann. Damit erweist sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit als ein umfassendes und handlungsleitendes sozialarbeiterisches/sozialpädagogisches Konzept.
Akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist aber auch vor dem Hintergrund des Konzepts des sozialen Ausschlusses nach Anhorn (2008) positiv zu würdigen. Das Konzept akzeptanzorientierter Drogenarbeit vermag sowohl die gesellschaftlich-politische als auch die Angebotsebene von sozialem Ausschluss in den Blick zu nehmen. Damit schliesst sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit an den Anspruch von Anhorn (2008) an, nicht nur die Ausgeschlossenen an sich, sondern auch die gesellschaftlichen und politischen Bedingungen zu analysieren, die soziale Teilhabe beschränken. So betrachtet akzeptanzorientierte Drogenarbeit nicht nur die Konsu-

menten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen, sondern auch die Wirkung von gesellschaftlichen Ansichten (Mythen) und politischen Bedingungen (Kriminalisierung, fehlende Differenzierung der Konsummuster, Aktivierungsparadigma).

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist zudem hinsichtlich der Multidimensionalität des Konzepts des sozialen Ausschlusses positiv zu würdigen. Dies, weil davon ausgegangen wird, dass Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen von vielfältigen (vertikalen und horizontalen) Dimensionen von sozialem Ausschluss betroffen sind und verschiedene Dimensionen – wie z.B. Geschlecht, sozialer Status, biografische und körperliche Eigenheiten – in das sozialarbeiterische/sozialpädagogische Handeln miteinbezogen werden.

Gleiches kann für das dynamisch-prozessuale und das graduelle Verständnis von sozialem Ausschluss festgehalten werden. Die Anerkennung von dynamischen Konsumverläufen bedeutet gleichzeitig die Anerkennung eines dynamischen Verlaufs der Verweildauer in sozial ausschliessenden Lebensverhältnissen und von unterschiedlichen Graden an sozialem Ausschluss. So kann z.B. eine Person in einer Phase von problematischem Konsum stärker und in mehreren Lebensbereichen von sozialem Ausschluss betroffen sein, als in Phasen von risikoarmem Konsum.

Das Konzept akzeptanzorientierter Drogenarbeit lässt sich also in das Konzept von Anhorn (2008) einordnen. Dies ist vor dem Hintergrund der Rekonstruierungsprozesse und dem zunehmenden Repressionspotenziales des aktivierenden Sozialstaats für die Soziale Arbeit im Bereich der illegalisierten psychoaktiven Substanzen zentral. Durch die Einordnung in ein sozialwissenschaftliches Konzept erhält akzeptanzorientierte Drogenarbeit die Möglichkeit, sich fundiert in die Diskussion um sozialen Ausschluss einzubringen und sich gegenüber den Rekonstruierungsprozessen und dem Aktivierungsparadigma zu positionieren.

In den einleitenden Bemerkungen wurde zudem beschrieben, dass der Ruf nach Repression gegenüber illegalisierten psychoaktiven Substanzen und deren Konsumierenden zunimmt. Die Verbindung der zwei Konzepte erlaubt es der Sozialen Arbeit, gegenüber der Öffentlichkeit und der Politik klar zu formulieren, inwiefern akzeptanzorientierte Angebote zur Verminderung von sozialem Ausschluss beitragen können und wieso eine Roll-Back-Politik vermieden werden muss. Dies ist nicht nur für Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen von Bedeutung – die in alltäglichen Lebensbezügen von sozialem Ausschluss betroffen sind – sondern dient auch dem öffentlichen Interesse des gesellschaftlichen Zusammenhalts.

Neben diesen positiv zu bewertenden Aspekten akzeptanzorientierter Drogenarbeit bleiben aber auch einige kritische Anmerkungen zum Konzept anzustellen.

Als Erstes soll dazu noch einmal das Verhältnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit zum Begriff der Krankheit diskutiert werden. Wie bereits erwähnt wurde, stehen vor allem frühere

Vertreter akzeptanzorientierter Drogenarbeit dem Konstrukt „Abhängigkeit als Krankheit" kritisch gegenüber. Zwar finden sich auch in der älteren Literatur Anhaltspunkte dafür, dass es durchaus „kranke" und behandlungsbedürftige Konsumierende gibt (vgl. akzept 1999: 13). Immer wieder wird aber impliziert, dass der Krankheitsbegriff eine moralische Abwertung gegenüber abhängig konsumierenden Personen ist. Abhängigkeit kann ebenfalls einen möglichen Lebensentwurf neben anderen darstellen, ohne pathologisch zu sein. In diesem Sinne ist auch Abhängigkeit als ein Ausdruck von Autonomie in der Wahl des eigenen Lebensentwurfes zu verstehen (vgl. Stöver 1991a: 23ff.).

Solche Implikationen können jedoch kritisch diskutiert werden. Schabdach (2009: 206) betont, dass der Krankheitsbegriff abhängig konsumierende Personen vor der gesellschaftlichen Ansicht schützt, die Abhängigkeit sei selbst verschuldet oder gewählt und eine Abstinenz nur eine Willenssache. Mit anderen Worten kann der Krankheitsbegriff eine ausschliesslich individuumszentrierte Problemzuschreibung verhindern und so sozialem Ausschluss entgegenwirken. Diese Ausführungen zeigen auch, dass sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit mit dem Begriff der Autonomie auf eine Gratwanderung begibt. Wird Abhängigkeit als Ausdruck von Autonomie verstanden, so kann dies schnell in eine individuumszentrierte Schuldzuweisung umgedeutet werden und eine Mythenbildung fördern, auch wenn dies auf keinen Fall die Absicht akzeptanzorientierter Drogenarbeit ist. Konstruktiver wäre es wohl aufzuzeigen, dass eine Person auch mit einer Abhängigkeit mit Hilfe schadensmindernden Massnahmen eine individuell befriedigende Lebensqualität erreichen kann.

Der zweite Kritikpunkt bezieht sich auf die gesellschaftliche Funktion akzeptanzorientierter Drogenarbeit, insbesondere hinsichtlich des Konsummusters der Abhängigkeit. Schabdach (2009: 196) stellt fest, dass akzeptanzorientierte Drogenarbeit im Bereich illegalisierter psychoaktiver Substanzen zwar wichtige Errungenschaften erzielte. Dazu gehören beispielsweise die Diversifizierung von Angebotsstrukturen oder die Verbesserung der sozialen und gesundheitlichen Lebenslage von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen. Gleichzeitig ist gegenüber den Angeboten akzeptanzorientierter Drogenarbeit aber auch eine Kritik anzubringen. Akzeptanzorientierte Einrichtungen für abhängig konsumierende Personen haben oft „nur vordergründig etwas mit wirklicher Akzeptanz von Drogenkonsumenten" zu tun (ebd.: 197). Vielmehr sind sie Bestandteil einer „spätmodernen Kontroll- und Ordnungspolitik" (ebd.). Diese Argumentation ist so zu verstehen, dass Angebote akzeptanzorientierter Drogenarbeit (wie z.B. Konsumräume) gesellschaftlich definierten Randgruppen umgrenzte Räumlichkeiten zugestehen. Gleichzeitig werden die Konsumierenden dadurch von öffentlichen (repräsentativen) Räumen ferngehalten. Dadurch macht akzeptanzorientierte Drogenarbeit Konsumenten und Konsumentinnen illegalisierter psychoaktiver Substanzen im

öffentlichen Raum unsichtbar, was einer ordnungspolitischen Funktion gleichkommt. Diese Segregation vermindert die Chance von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen zur sozialen Teilhabe (vgl. ebd.: 246). Auch Schneider (2001a: 17) hält in diesem Zusammenhang fest, dass akzeptanzorientierte Drogenarbeit unter den gegebenen politischen und gesellschaftlichen Bedingungen lediglich eine Elendsverwaltung darstellt und der Sozialkosmetik dient. Schabdach (2009: 246) spricht sogar von einer Art Arrangement zwischen akzeptanzorientierter Drogenarbeit und Drogenpolitik: akzeptanzorientierte Drogenarbeit erfüllt eine ordnungspolitische Funktion, im Gegenzug werden die Angebote durch die Drogenpolitik finanziert.

Diese Kritik – die auch von Vertretern der akzeptanzorientierten Drogenarbeit geäussert wird – lässt die Schlussfolgerung zu, dass sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit momentan eher auf die Ebene der Angebote zurückzieht und weniger auf die gesellschaftliche und politische Ebene fokussiert. Dies erscheint insofern bedauerlich, als dass sich akzeptanzorientierte Drogenarbeit einem gesellschaftlichen und politischen Engagement verpflichtet. Zudem hat die Analyse gezeigt, dass in den Grundpfeilern akzeptanzorientierter Drogenarbeit Instrumente enthalten sind, die auf eine Veränderung von gesellschaftlichen und politischen Begebenheiten zielen können.

Gesellschaftlichen und politischen Veränderungen kommen im Hinblick auf die Förderung sozialer Teilhabe von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen aber eine zentrale Bedeutung zu. So ist anzunehmen, dass zwischen den Ebenen eine Wechselwirkungen besteht: eine Veränderung an der einen Stelle zieht eine Veränderung an der anderen Stelle mit sich. Verändert sich die Drogenpolitik in Richtung Normalisierung, so hat dies Auswirkungen auf die gesellschaftlich bestehenden Mythen und umgekehrt. Werden die Klienten und Klientinnen in den Angeboten der akzeptanzorientierten Drogenarbeit in ihrer Selbstbestimmung und einem sozial verträglichen Konsum gestärkt, so nimmt die Gesellschaft und Politik Konsumierende illegalisierter psychoaktiver Substanzen nicht mehr nur defizitorientiert wahr. Diese Ausführungen machen deutlich, dass sozialer Ausschluss nur vermindert werden kann, wenn die Wechselwirkungen der drei Ebenen in den Blick genommen werden. Die momentane Vernachlässigung der politischen und gesellschaftlichen Ebene führt wohl aber eher zu einer punktuellen Wirkung gegen sozialen Ausschluss auf der Ebene der Angebote und weniger zu einer breitgefächerten Wirkung auf allen Ebenen. Die Gründe dieser Vernachlässigung der gesellschaftlichen und politischen Ebene bleiben zurzeit unklar.

Ebenso offen bleibt, ob die Verminderung des sozialen Ausschlusses durch akzeptanzorientierte Drogenarbeit lediglich eine Absicht des Konzepts darstellt, möglicherweise aber eine

Diskrepanz zwischen Intention und tatsächliche Wirkung akzeptanzorientierter Drogenarbeit gegenüber sozialem Ausschluss besteht.

Weiterführende Forschungsfragen müssen sich daher mit der tatsächlichen Wirkung akzeptanzorientierter Drogenarbeit auf die soziale Teilhabe von Konsumierenden sowie mit den Gründen der Vernachlässigung der gesellschaftlichen und politischen Ebene befassen. Auf letztere Forschungsfrage geben möglicherweise zwei Thesen Anhaltspunkte für eine Antwort:

Zum einen ist es möglich, dass sich Angebote der akzeptanzorientierten Drogenarbeit vermehrt an der Rationalität des Wettbewerbs orientieren, wie dies Anhorn (2008: 13) mit dem Begriff der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit beschreibt. Dem Arrangement zwischen akzeptanzorientierter Drogenarbeit und Drogenpolitik würde in diesem Sinne seitens der akzeptanzorientierten Drogenarbeit das Interesse zugrunde liegen, die eigenen Angebote finanziell abzusichern und sich damit selber zu erhalten.

Zum anderen ist aber auch denkbar, dass akzeptanzorientierte Drogenarbeit Schwierigkeiten hat, sich politisches und gesellschaftliches Gehör zu verschaffen. So betonen verschiedene Experten und Expertinnen, dass die Erfolge akzeptanzorientierter Drogenarbeit und das Verschwinden offener Drogenszenen dazu führten, dass kaum mehr Druck ausgeübt werden kann, die Drogenpolitik zu verändern. In diesem Sinne ist die akzeptanzorientierte Drogenarbeit Opfer ihres eigenen Erfolges geworden (vgl. Arud 2012: 1f.).

Ob und inwiefern diese Thesen haltbar sind, müssen zukünftige Analysen zeigen, welche innerhalb dieser Bachelor Thesis nicht geleistet werden konnten.

7 Literaturverzeichnis

akzept (1999). Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit: URL: http://www.infodrog.ch/tl_files/templates/InfoDrog/user_upload/schadensminderung_de/akzept_LeitlinienAkzeptierendeDrogenarbeit_1999.pdf [Zugriffsdatum: 2. März 2013].

Anhorn, Roland (2008). Zur Einleitung: Warum sozialer Ausschluss für Theorie und Praxis Sozialer Arbeit zum Thema werden muss. In: Anhorn, Roland/Bettinger, Frank (Hg.). Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Wiesbaden: VS. S. 13-48.

Anhorn, Roland/Bettinger, Frank/Stehr, Johannes (2008). Vorwort. In: Anhorn, Roland/Bettinger, Frank (Hg.). Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Wiesbaden: VS. S. 9-12.

Arud (2012). Suchtpolitik Schweiz – Opfer ihres eigenen Erfolgs. Medienmitteilung zur Podiumsveranstaltung „Suchtpolitik Schweiz – wie weiter?". Zürich.

AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSocial.

Barsch, Gundula (2010). Drogen und soziale Praxis. Teil 1: Menschenbilder akzeptanzorientierter Drogenarbeit und wie sie sich in Grundbegriffen wiederfinden. Eine Einführung für Sozialarbeiter, Erzieher, Eltern, Politiker und alle, die mit Drogenthemen konfrontiert sind. Leipzig: Engelsdorfer Verlag.

Berger, Christa (2012). Stigmatisierung. Zum Umgang mit Risiken und Nebenwirkungen der Suchtprävention. Bericht der Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich. Zürich.

Bundesamt für Gesundheit (2011). Die Heroingestützte Behandlung / Behandlung mit Diacetylmorphin (HeGeBe) in den Jahren 2009/2010. Bern: BAG.

Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (BtmG) vom 3. Oktober 1951 (SR 812.121).

Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2006). Von der Politik der illegalen Drogen zu Politik der psychoaktiven Substanzen. Bern: Hans Huber.

Gölz, Jörg (2004). Stigmatisierung von Drogenabhängigen. In: Suchttherapie 5. Jg. (4). S. 167-171.

Grob, Peter (2012). Zürcher „Needle-Park". Ein Stück Drogengeschichte und -politik 1968-2008. Zürich: Chronos.

infostelle Online-Plattform für das Sozialwesen (o.J.). Glossar. Begriffsdefinitionen für das Sozialwesen von A-Z. URL:

http://www.infostelle.ch/user_content/editor/files/glossar.pdf/glossar.pdf [Zugriffsdatum: 11. April 2013].

Klingemann, Harald (1998). Drogenpolitik und Drogenbehandlung – „Sonderfall Schweiz"? In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 21. Jg. (2/3). S. 19-37.

Kronauer, Martin (2010). Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus. 2. aktualisierte und erweiterte Aufl. Frankfurt am Main: Campus.

Nadai, Eva (2007). Die Vertreibung aus der Hängematte: Sozialhilfe im aktivierenden Staat. In: Jahrbuch Denknetz 2007. Zur politischen Ökonomie der Schweiz. Eine Annäherung. Zürich: edition 8. S. 10-19.

Neumeyer, Jürgen/Schaich-Walch, Gudrun (1992). Zwischen Normalisierung und Legalisierung. In: Neumeyer, Jürgen/Schaich-Walch, Gudrun (Hg.). Zwischen Legalisierung und Normalisierung. Ausstiegsszenarien aus der repressiven Drogenpolitik. Marburg: Schüren Presseverlag. S. 9-17.

Schabdach, Michael (2009). Soziale Konstruktion des Drogenkonsums und Soziale Arbeit. Historische Dimensionen und aktuelle Entwicklungen. Wiesbaden: VS.

Schneider, Wolfgang (2000). Drogenmythen. Zur sozialen Konstruktion von „Drogenbildern" in Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. Berlin: VWB.

Schneider, Wolfgang (2001a). Der Mythos des Sisyphos in der Drogenhilfe. In: Schneider, Wolfgang (Hg). Illegalisierte Drogen. Alte Mythen – neue Akzeptanz. Band 30. Berlin: VWB. S. 13-26.

Schneider, Wolfgang (2001b). BIG BROTHER IS WATCHING YOU – oder: Drogenmythen, Moral, die Macht der Diagnosen und die Produktion von „Klienten". In: Schneider, Wolfgang (Hg). Illegalisierte Drogen. Alte Mythen – neue Akzeptanz. Band 30. Berlin: VWB. S. 193-218.

Schneider, Wolfgang (2004). Drogenmythen – Abstinenz – Akzeptanz. Grenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit und „dislozierende" Zukunftsvisionen. In: Schneider, Wolfgang/Gerlach, Ralf (Hg.). DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Band 39. Berlin: VWB. S. 11-28.

Schneider, Wolfgang/Gerlach, Ralf (2004). Vorwort. In: Schneider, Wolfgang/Gerlach, Ralf (Hg.). DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Band 39. Berlin: VWB. S. 7-9.

Schneider Wolfgang/Stöver Heino (2005). Die Bedeutung des Konzeptes „Gesundheitsförderung" für die Drogenhilfe – Einbezug von Betroffenenkompetenz und die Entwicklung von Drogenberatung. In: Heudtlass, Jan-Hendrik/Stöver, Heino (Hg.). Risiko mindern beim

Drogengebrauch. Gesundheitsförderung · Verbrauchertipps · Beratungswissen · Praxishilfen. 3. Aufl. Frankfurt am Main: Fachhochschul Verlag. S. 22-47.

Steffan, Werner (1991). Anbiederung, Verwöhnung und Suchtverlängerung? – Metakritische Überlegungen zur akzeptierenden Drogenarbeit. In: Schuller, Klaus/Stöver, Heino (Hg.). Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. 2. aktualisierte Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 52-60.

Steinert, Heinz (2000). Warum sich gerade jetzt mit „sozialer Ausschliessung" befassen?. In: Leirer, Herbert/Pilgram, Arno/Stangl, Wolfgang/Steinert, Heinz (Hg.). Jahrbuch für Rechts- und Kriminalsoziologie 2000. Sozialer Ausschluss – Begriffe, Praktiken und Gegenwehr. Baden-Baden. NOMOS: S. 13-20.

Steinert, Heinz (2003). Participation and Social Exclusion: A Conceptual Framework. In: Steinert Heinz/Pilgram, Arno (Hg.). Welfare Policy from Below. Struggles Against Social Exclusion in Europe. Hampshire: Ashgate. S. 45-59.

Steuergruppe der drei Eidg. Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention (2010). Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukünftigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz. Kurzfassung. Bern.

Stimmer, Franz (2000). Lexikon der Sozialpädagogik und Sozialarbeit. 4., völlig überarbeitete und erweiterte Aufl. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Stöver, Heino (1991a). Akzeptierende Drogenarbeit – Entwicklungen, Bedingungen und Perspektiven (1). In: Schuller, Klaus/Stöver, Heino (Hg.). Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. 2. aktualisierte Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 14-30.

Stöver, Heino (1991b). Zum Verhältnis von Drogenpolitik und Drogenarbeit. Ansätze zur Entkriminalisierung und Normalisierung. In: Schuller, Klaus/Stöver, Heino (Hg.). Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. 2. aktualisierte Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus. S. 173-191.

Stöver, Heino (2008). Sozialer Ausschluss, Drogenpolitik und Drogenarbeit – Bedingungen und Möglichkeiten akzeptanz- und integrationsorientierter Strategien. In: Anhorn, Roland/Bettinger, Frank (Hg.). Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. 2. Überarbeitete und erweiterte Aufl. Wiesbaden: VS. S. 289-305.

Tanner, Jakob (2009). Kurze Geschichte der Drogenprohibition im 20. Jahrhundert. In: Zeitenblicke 8. Jg. (3). URL: http://www.zeitenblicke.de/2009/3/tanner/index.html [Zugriffsdatum: 23. März 2013].

Vetter, Brigitte (2007). Psychiatrie. Ein systemisches Lehrbuch. 7. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Weltgesundheitsorganisation (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Zugriffsdatum: 13. Mai 2013].

Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

Bachelor Thesis

Erklärung der/des Studierenden zur Bachelor Thesis

Name, Vorname: Spring, Aurelia

Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

Soziale Teilhabe durch Akzeptanz

Der Beitrag akzeptanzorientierter Drogenarbeit zur Verminderung von sozialem Ausschluss von Konsumierenden illegalisierter psychoaktiver Substanzen in der Schweiz

Begleitung Bachelor Thesis:

lic. phil. I R. Calzaferri

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum:..... Unterschrift:.....