

DROGENKONSUM UND DROGENARBEIT: WAS IST IN DEN NEUEN BUNDESLÄNDERN ANDERS?

Nachzulesen in: Klee, J., Stöver, H. (Hrsg.) (2004): Drogen — HIV/AIDS — Hepatitis: Ein Handbuch, Berlin

In dem folgenden Gespräch kommen zwei „Ossis“ zu Wort, beides Expertinnen in Sachen Drogen und beide in Ostdeutschland tätig: Claudia Plöttner als Drogensozialarbeiterin und Gundula Barsch als Soziologin.

Gefragt sind spezifische Lösungsansätze für spezifische Probleme

G. Barsch: Anfang der 90er Jahre richtete man in Drogenhilfeprojekten der alten Bundesländer ABM-Stellen für westdeutsche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein, deren Aufgabe es war, die Versorgungslage von Drogengebraucherinnen und -gebern in den neuen Bundesländern zu analysieren. Die Ergebnisse dieser Analyse sollten als Grundlage für die Entwicklung gezielter Angebote in Ostdeutschland dienen. In jener Zeit nämlich war immer wieder von einer „Drogenwelle“ die Rede, die über Ostdeutschland hereinbrechen würde. Einige Expertinnen und Experten aus den neuen Bundesländern, z. B. aus unserer damaligen Forschungsgruppe¹, erhoben bereits damals Einwände gegen diese Prognose und wiesen darauf hin, dass die Verbreitung bisher unbekannter psychoaktiver Substanzen ein soziokultureller Prozess sei, der mit verschiedenen, sich auch gegenseitig beeinflussenden Lernprozessen auf vielen Ebenen der Gesellschaft einhergehe. Zugleich wurde angemahnt, dass für die möglicherweise entstehenden, dann jedoch sehr spezifischen Probleme eigene Lösungen entwickelt werden müssen, wofür noch genügend Zeit sei.

Leider wurden diese Stimmen kaum zur Kenntnis genommen. Die Mehrheit richtete ihren Blick auf die alten Bundesländer in der Hoffnung, dass von dort ganz schnell die richtigen Antworten kämen. Im Westen wiederum wurde oft genug betont, man habe im Drogenbereich, anders als in den neuen Bundesländern, schon viele Erfahrungen gesammelt und Kompetenzen erworben – was fast niemand aus der ehemaligen DDR in Zweifel zog. Wir alle sind mit dem Glauben aufgewachsen, dass Drogenprobleme zu den typischen Problemen der kapitalistischen Welt gehören. Selbst- und Fremdwahrnehmung passten also gut zusammen und sorgten gemeinsam dafür, dass man an eigene ostdeutsche Ressourcen gar nicht erst dachte und folglich auch nicht danach suchte.

Claudia: Mir scheint, als würden wir mit Mercedes-Werkzeug an einem BMW arbeiten. Dieses passt nur für das ganz Grobe in dem Sinne, dass es sich um Autowerkzeug handelt und wir ein Auto reparieren wollen. Aber jeder Autotyp ist anders, und deshalb braucht man auch für jeden spezielles Werkzeug. Wir in den neuen Bundesländern arbeiten viel zu oft mit Methoden, die in den alten Bundesländern für den dortigen Einsatz entwickelt wurden und wo sie sich in vielen Bereichen ja auch bewährt haben. Bei uns bringen sie aber leider nicht denselben Erfolg.

¹ Es handelte sich um ein von der Deutschen Forschungsgesellschaft gefördertes Projekt, das die Entwicklungen des Gebrauchs illegalisierter Drogen unter Jugendlichen in Ostberlin untersuchte.

Bedingt durch die stark ideologisch geprägte Auseinandersetzung zwischen den Verfechtern der einzelnen Hilfsansätze diskutieren wir mit Westkollegen fast immer auf der allgemeinen Ebene „Auto“ und „Werkzeug“. Auf diese Weise kommen wir schnell zu einem Konsens, was Menschenbilder und Ziele der Drogenarbeit angeht. Für die feinen, aber sehr bedeutenden Unterschiede ist damit der Blick verstellt, was sich besonders dann zeigt, wenn über die Verwendung der Begriffe „Drogenabhängige“ und „Drogenkonsumenten“ gestritten wird. Zwar sollte sich in Fach- und öffentlichen Debatten die Sichtweise durchsetzen, dass nicht jeder Drogenkonsum in abhängiger Form erfolgt: Die Wahrnehmung der vielfältigen Gebrauchsmuster vom Genusskonsum über den Gewohnheitskonsum bis hin zu Missbrauch und Abhängigkeit ist für die zielgenaue Konzeption von Hilfsangeboten zweifellos wichtig. Wenn aber die Debatten über Begriffe wie Feldzüge geführt werden, wird übersehen, dass die Beteiligten jeweils ganz verschiedene Klientengruppen im Kopf haben: Da vertritt z. B. ein „Wessi“ seinen Standpunkt aus seinen Erfahrungen mit Heroinabhängigen heraus, die diese Droge schon mehr als 15 Jahre nehmen, einen fest geprägten Lebensstil haben und sich bereits in der Mitte ihres Lebens befinden. In der gleichen Runde redet ein „Ossi“ mit, der fast nur mit 14-Jährigen zu tun hat, die bisher nur Haschisch geraucht haben. Ein Dritter schließlich hat vorwiegend mit 25-jährigen Konsumenten von Partydrogen zu tun. Angesichts so grundverschiedener Lebensentwürfe, Konsummuster und Hilfebedürftigkeiten fallen auch die Wertungen von uns Professionellen sehr unterschiedlich aus. Dabei geht es nicht um „besser“ oder „schlimmer“, sondern darum, sich über ein Thema zu verständigen, das in Ost und West von je spezifischen soziokulturellen Zusammenhängen geprägt ist.

Mir scheint, dass man den Unterschieden zwischen Nord- und Süddeutschland, zwischen Großstädten und eher ländlichen Gebieten weitaus mehr Aufmerksamkeit schenkt als denen zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Meist heißt es, im Zuge der Wiedervereinigung hätten Angleichungsprozesse stattgefunden, angesichts derer Verweise auf Besonderheiten in den neuen Bundesländern nur ein Ausdruck von „Ostalgie“ seien. Wir sind aber weder der „exotische Osten“, noch irgendwelche Bundesländer, die man nach der Wende einfach nur Westdeutschland zuzuschlagen brauchte und die nach kurzer „Eingewöhnungsphase“ keine Eigenheiten mehr aufwiesen.

Gundula: Gleich nach der Wende gab es auf westlicher Seite durchaus Interesse an den neuen Bundesländern. Aber man nahm sie durch eine Brille wahr, die vieles einfach wegfilterte. Inzwischen hat sich das normalisiert. Durch die prekäre ökonomische Lage Deutschlands unterliegen sämtliche sozialen Bereiche dem Sparzwang, sodass sich in den alten Bundesländern kaum noch jemand für die Fragen und Probleme im Osten interessiert. Die Zeit der Expansion und der „Eroberung“ von Anteilen auf dem sozialen Markt ist ohnehin vorbei. Deshalb ist in den neuen Bundesländern wie nie zuvor die Kreativität und das Engagement der Menschen vor Ort gefragt, um spezifische Antworten auf die mit dem zunehmenden Konsum psychoaktiver Substanzen entstehenden Probleme zu finden. Und weil hier das Geld für die Umsetzung neuer Ansätze besonders knapp ist, stehen alle Projekte unter dem Druck, ihre Effizienz unter Beweis zu stellen.

Claudia: Dieser Druck befördert nicht unbedingt die Suche nach experimentellen Ansätzen. Viele greifen da eher auf das zurück, was sich in den alten Bundesländern bewährt hat. Wenn Kommunen weder über finanzielle noch ausreichende fachliche Ressourcen verfügen, um andere Wege zu gehen, könnten öffentlich geförderte Modellprojekte eine Chance sein. Bei den Ausschreibungsbedingungen sollte die Messlatte allerdings nicht zu hoch gesetzt werden in dem Sinne, dass etwas völlig Neues konzipiert und in die Praxis überführt werden soll.

Vielleicht brauchen wir ja nur abgewandelte Formen von Ansätzen, die sich woanders als tauglich erwiesen haben.

Epidemiologische Daten und Erfahrungen aus der Praxis

Gundula: Die Prognose, dass eine gewaltige Drogen- und auch AIDS-Welle über die neuen Bundesländer hereinbrechen würde, hat sich in dieser Dimension nicht bewahrheitet. Das heißt aber nicht, dass wir uns beruhigt zurücklehnen dürfen. Zu deutlich zeigen die Rückmeldungen aus den Hilfesystemen in verschiedenen Regionen, dass es auch in den neuen Bundesländern seit Mitte der 90er Jahre immer mehr Drogenprobleme sehr unterschiedlicher Art gibt und dass hier auch HIV-positive Menschen leben, von denen einige Drogen konsumieren und sich vielleicht auch über diesen Weg infiziert haben.

Claudia: Zum Thema „Drogen in den Neuen Bundesländern“ gibt es einerseits die aus epidemiologischen Studien regelmäßig vorgelegten Fakten zum Konsum sehr verschiedener psychoaktiver Substanzen in der jugendlichen und erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Andererseits gibt es die eher qualitativen Daten, die sich aus den Einblicken und Erfahrungen der Konsumenten und der Mitarbeiter bestimmter Projekte vor Ort speisen und nur bedingt durch „harte Daten“ belegbar sind.

Gundula: Die vorliegenden epidemiologischen Daten zum Konsum psychoaktiver Substanzen in der jugendlichen und erwachsenen Allgemeinbevölkerung zeigen, dass sich in den neuen Bundesländern vieles verändert hat. Die Konsumraten für illegalisierte Drogen (Lebenszeitprävalenz² 27 %) lassen den Schluss zu, dass sich der Konsum im Osten zumindest mengenmäßig an das Westniveau angeglichen hat. Wie auch im Westen ist die am häufigsten konsumierte Substanz Cannabis (Lebenszeitprävalenz 26 %). Mit weitem Abstand folgen weitere Substanzen wie Ecstasy (4 %), Amphetamine (3 %), LSD und Kokain (jeweils 2 %), Schnüffelstoffe (1 %), Heroin (0,3 %), Crack (0,2 %). Deutlich wird, dass härtere Drogen auch in den neuen Bundesländern von der überwiegenden Mehrheit abgelehnt werden.

Nach Aussagen der vorliegenden Studien haben sich diese Angleichungsprozesse in der jugendlichen Bevölkerung bereits zwischen 1993 und 1997 vollzogen. Von diesem Zeitpunkt an blieben die Konsumraten im Osten wie im Westen weitgehend stabil, und auch das Einstiegsalter änderte sich nicht mehr grundlegend. Alte wie neue Bundesländer eint wohl auch, dass der Haschischkonsum in der Bevölkerung zunehmend akzeptiert wird. Das hat offensichtlich bewirkt, dass auch in den neuen Bundesländern das Einstiegsalter für Cannabis um etwa ein Jahr gesunken ist (= 16,7 Jahre).

Betrachtet man also nur die quantitativen empirischen Daten, kann man eigentlich kaum noch von Besonderheiten in den neuen Bundesländern sprechen – so jedenfalls suggeriert der erste Blick.

Claudia: Der zweite Blick zeigt uns Drogenkonsumenten, die keineswegs so aussehen, wie sie uns in den Medien mit ihren Bildern aus westlichen Szenen präsentiert werden. Schon die unterschiedlich lange Existenz bestimmter Drogenkulturen in Ost und West und die unterschiedlichen Entwicklungsbedingungen für die neu entstehenden Szenen in

² Lebenszeitprävalenz, hier: ein Maß dafür, wie viele Menschen aus der Gesamtbevölkerung im Laufe ihres Lebens illegalisierte Drogen genommen haben

Ostdeutschland sorgen dafür, dass wir als Professionelle in den Hilfesystemen mit etwas anders gelagerten Problemen konfrontiert sind.

Die Zahlen zum Einstiegsalter mögen zunächst Gemeinsamkeiten suggerieren. Werfen wir aber einen Blick auf die Gesamtpopulation einer Szene, fällt das vergleichsweise junge Durchschnittsalter zumindest der Spritzdrogenkonsumenten auf, was sich schnell erklären lässt: Wenn im Osten die ersten etwa 1993 mit dem Drogenkonsum begonnen haben und damals etwa 16 Jahre alt waren, dann sind sie heute nur selten älter als 25 Jahre. Natürlich steigen auch in den alten Bundesländern immer noch junge Leute zwischen 14 und 17 in die Spritzdrogenkonsumszenen ein. Und obwohl sie den Altersdurchschnitt der Gesamtszene eigentlich verringern müssten, altert die Szene weiter. Kolleginnen und Kollegen aus westlichen Drogenhilfeprojekten gehen eher von einem Durchschnittsalter von 35 Jahren oder mehr aus. Folglich unterscheiden sich die Klientengruppen, für die wir im Drogenhilfesystem arbeiten, in der relevanten Hauptaltersgruppe um mehr als 15 Jahre. Das ist enorm. Aus der Tatsache, dass die den ostdeutschen Drogenszenen Zugehörigen relativ jung sind, leiten sich wiederum besondere Lebens- und Drogenkonsumbedingungen ab und folglich auch andere Anforderungen an das Hilfesystem und die darin tätigen Helferinnen und Helfer.

Gundula: Das relativ junge Durchschnittsalter der ostdeutschen Spritzdrogengebraucherinnen und -gebraucher lässt vermuten, dass sich auch das Szeneleben im Osten anders gestaltet als im Westen.

Claudia: Hier sehe ich sogar große Unterschiede. Wer in den alten Bundesländern in Szenen einsteigt, in denen gespritztes Heroin die Hauptdroge ist, trifft in der Regel auf ältere Drogenkonsumenten, die sich zum Teil schon mehr als 20 Jahre in diesen Bezügen bewegen. Diese „Altjunkies“ sind nicht nur Träger bestimmter Normen, Werte und Leitbilder, mit denen sie bei den Einsteigern auch Lernprozesse anstoßen, sondern fungieren zugleich als Modell mit anziehender oder abschreckender Wirkung auf die Jüngeren und gestalten bereits auf diese Weise das Szeneleben aktiv mit. In den ostdeutschen Szenen fehlen in der Regel diese „Urgesteine“. Sie tauchen hier höchstens zufällig auf und bleiben nur für kurze Zeit. Dies meist dann, wenn sie, aus den alten Ländern kommend, Zwischenstopp im Osten machen, um hier nach Chancen für einen Neustart zu suchen. Was das Fehlen älterer Drogenkonsumenten und einer über Jahre gewachsenen Szenekultur für eine Drogenszene aber bedeutet, dazu wissen wir nicht allzu viel.

Gundula: Die anders gearteten Lern- und Erfahrungsprozesse in den Szenen sind aber nur ein Aspekt, aus dem sich die Notwendigkeit einer Anpassung scheinbar bewährter Hilfeangebote ergibt. Von meinen Studierenden, die sich während ihrer Ausbildung für ein Jahr in die Praxis begeben, höre ich immer wieder, dass sich auch die sozialen Bezüge der oft recht jungen ostdeutschen Drogenkonsumenten von denen der Klienten im Westen unterscheiden.

Claudia: Das ist auch meine Erfahrung. In den neuen Bundesländern befinden sich Drogenkonsumenten aufgrund ihres jüngeren Alters noch nicht so lange in der Szene und sind noch längst nicht völlig verelendet. Viele verfügen noch über Wohnraum und Kontakte zur Herkunftsfamilie und zu Freunden außerhalb der Szene und sind auch gesundheitlich noch nicht so stark angegriffen, wie ich das aus Szenen in den alten Bundesländern kenne. Bei einigen bestehen sogar noch Chancen, dass sie ihren Schulabschluss und eine Ausbildung machen. Das kann zu paradoxen Situationen führen: Eine heroinabhängige Minderjährige erhielt von ihren Eltern nicht das Einverständnis für eine Langzeittherapie, weil sie erst noch ihre Ausbildung beenden sollte, um sich ihre Zukunft nicht zu verbauen – da fragt man sich als Sozialarbeiterin ja schon, warum die Eltern nicht erkennen, in welcher Situation ihre

Tochter sich befindet. Bei manifester Abhängigkeit gehen die Aussichten auf einen erfolgreichen Abschluss der Lehre nämlich fast gegen Null. Angesichts des engen Lehrstellenmarkts ist die Reaktion der Eltern natürlich verständlich.

All das verdeutlicht aber auch die Begrenztheit des Therapiesystems. Die bisher etablierten, stark therapeutisch orientierten Angebote zielen nicht genau auf die Problemlagen der sehr jungen Drogenkonsumentinnen. Oft tragen sie sogar zu weiteren Problemen bei der Reintegration in das soziale und berufliche Umfeld bei, weil sie die Jugendlichen bei der Bewältigung der vielfältigen Entwicklungsaufgaben in den Bereichen Schule und Ausbildung, Ablösung vom Elternhaus, Identitätsfindung, Sexualität, Werte- und Normensysteme nicht genügend unterstützen. Drogenprobleme – schon gar nicht die von so jungen Leuten – lassen sich nicht losgelöst von allen anderen Lebensbezügen bearbeiten. Hier wünsche ich mir Angebote, in denen gemeinsam mit den Jugendlichen am Drogenproblem und zugleich an Entwicklungsaufgaben gearbeitet wird. Dabei gilt es, die noch vorhandenen Ressourcen zu halten und zu stabilisieren und neue zu erschließen.

Gundula: Bei meinen Besuchen unterschiedlicher therapeutischer Einrichtungen für Jugendliche fiel auch mir auf, dass sie sich fast nur auf verhaltenstherapeutische Methoden stützen und kaum Impulse für die Bearbeitung jugendspezifischer Fragen und Probleme in den von dir genannten Bereichen geben. Zum einen sehen sie für Schule und Ausbildung meist eine Auszeit vor, zum anderen fehlen Angebote wie Nachhilfeunterricht und Lernförderung oder Praktika, die diese Jugendlichen langsam an die Anforderungen von Schule und Lehre heranführen: So werden wertvolle Ressourcen für Veränderung vertan, die therapiebereite Jugendliche in der Regel mitbringen. Manchmal scheinen auch die Jugendlichen selbst zu merken, dass ihre aktuellen Probleme in der Therapie nicht ausreichend bearbeitet werden. Die daraus resultierende Enttäuschung hat langfristige negative Auswirkungen.

Ich will den Kollegen in diesen Projekten nicht unterstellen, dass sie es nicht besser wüssten. Mir scheint auch, dass die Finanzierung über die zuständigen Leistungsträger nicht unerheblich zu der geschilderten Situation beiträgt: Auf diese Weise können *sie* nämlich entscheiden, welches therapeutische Angebot vorgehalten werden soll und welches nicht. Ein stark an der Medizin orientiertes Therapiemuster verfehlt bei diesem komplexen Phänomen jedoch das Ziel. Hier sind multidisziplinäre Ansätze gefragt, in die auch Erfahrungen und Kompetenzen der Jugendhilfe gleichberechtigt einzubeziehen sind. Solche aus den neuen Bundesländern erhobenen Forderungen rütteln allerdings an den Glaubenssätzen zur Art und Weise des Umgangs mit exzessivem Drogenkonsum im Jugendalter. Sie legen den Finger auf einen wunden Punkt, der sich aus dem bis heute ungeklärten und oft von harter Konkurrenz geprägten Verhältnis zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe ergibt. Hier lohnt sich ein Blick auf die Angebote der therapeutischen Selbsthilfe: Beeindruckend ist, wie sehr sie die Klienten bei der Suche nach Zukunftsperspektiven unterstützen und durch Ausbildung und Arbeitspraktika konkrete Hilfen bei der Entwicklung von Grundlagen für ein zufriedenes Leben ohne Drogen geben.

Claudia: Die Arbeit mit der Herkunftsfamilie und gegebenenfalls den Freunden der Klienten ist eine weitere Herausforderung. Dieser Ansatz ist zwar auch im professionellen Hilfesystem der alten Bundesländer oft noch ein Stiefkind. Dort jedoch gibt es, wenn auch nicht flächendeckend, Selbsthilfe-Initiativen, bei denen Eltern und Angehörige Rat und Unterstützung für sich und die Problemlagen in ihrer Familie finden.

In den neuen Bundesländern sieht die Situation etwas anders aus: Hier hat der größte Teil der Drogen konsumierenden Jugendlichen noch mehr oder weniger regelmäßigen Kontakt zu den Eltern, manche können sich sogar auf sehr stabile und tragfähige Familienstrukturen stützen. Das Vorurteil, Eltern von Drogenabhängigen hätten die Situation ihrer Kinder selbst verschuldet und setzten sich in der Regel nicht damit auseinander, bestätigt sich auch in Ostdeutschland nicht. Das noch sehr junge Alter der Drogengebraucher bedingt hier allerdings, dass sie sich noch nicht vollständig aus der Herkunftsfamilie gelöst haben. Ein erheblicher Teil der Eltern ist noch per Gesetz für ihre Kinder verantwortlich, und viele wollen diese Verantwortung auch wahrnehmen und die entstandenen Probleme gemeinsam mit ihren Kindern bearbeiten. Insofern kann sich das Drogenhilfesystem gar nicht an der Arbeit mit der Herkunftsfamilie vorbeischieben. Das unmittelbare, gesetzlich gestützte Hineinwirken der Eltern in die Arbeit mit jugendlichen Konsumenten mag manchmal kompliziert und hinderlich sein, in der Regel lassen sich so aber viele zusätzliche Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten erschließen. Wie sich diese Arbeit gestaltet, hängt sehr vom professionellen Geschick der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hilfesystem ab. Positive Beispiele hierfür sind jedoch im Osten wie im Westen rar. Wir werden uns wohl von unterschiedlichen Ansätzen des professionellen Hilfesystems und der Selbsthilfe anregen lassen müssen, damit in den neuen Bundesländern so schnell wie möglich verschiedene Formen und Angebote der Eltern- und Angehörigenarbeit etabliert werden können.

Gundula: Vermutlich wird sich auch dieser Arbeitsbereich der Drogenhilfe in den neuen Bundesländern anders gestalten. Zwar sind die meisten Eltern überrascht, wenn sie erfahren, dass ihr Kind Drogen nimmt oder gar abhängig ist, denn Drogenkonsum und vor allem Abhängigkeit wird immer noch mit „dem Westen“ in Verbindung gebracht, nach dem Motto: „So etwas gab und gibt es bei *uns* nicht. Das ist ein Problem der Großstädte im Westen.“ Das liegt sicherlich daran, wie Drogenabhängige in den Medien präsentiert werden: Offene Drogenszenen mit Ansammlungen sichtbar verelendeter Drogenabhängiger, die sich in der Öffentlichkeit einen Schuss in völlig kaputte Venen setzen und deshalb über und über blutverschmiert sind – so etwas findet man in den neuen Bundesländern tatsächlich nicht. Hinzu kommt, dass die Elterngeneration der heutigen Teenager ihre Jugend in den 70er und 80er Jahren in der DDR erlebte und damals mit ganz anderen psychoaktiven Substanzen Erfahrungen gesammelt hat. Folglich wird sie heute mit einer Situation konfrontiert, zu der sie keinen realitätsgerechten Zugang entwickeln kann. Eltern, nahe Angehörige, Lehrer und Freunde übersehen daher für lange Zeit die vielen kleinen Hinweise und Signale eines problematischen Umgangs mit Drogen. Daher bleiben Jugendliche oft lange ohne geeignete Hilfe und Unterstützung, sodass viel wertvolle Zeit ungenutzt verstreicht. Ist dann irgendwann endlich Klarheit geschaffen, ist das Handeln durch extreme Unsicherheit geprägt. Aber darin unterscheiden sich die Eltern und Angehörigen in Ost und West wohl nicht mehr.

Claudia: In einem Punkt haben es die Eltern in den neuen Bundesländern möglicherweise etwas leichter. Dazu muss ich etwas ausholen: In der öffentlichen Debatte hört man oft, die soziale und ökonomische Umbruchsituation in Ostdeutschland führe dazu, dass die Menschen dort vermehrt psychoaktive Substanzen konsumieren. Demnach müsste es sich bei den „Ossis“ um saufende, Medikamente schluckende und sich wahllos mit anderen Substanzen zuschüttende Bürgerinnen und Bürger handeln. Das aber ist nicht der Fall. Eine Folge der Dramatisierung durch die Medien könnte jedoch sein, dass man den Eltern von Drogenabhängigen weniger oft vorwirft, die Situation ihrer Kinder selbst verschuldet zu haben – durch Versagen in der Erziehung, durch ein pathologisches Familienmilieu, durch Gewalt, sexuellen Missbrauch oder eigene Persönlichkeitsstörungen. Von vielen Eltern in den alten Bundesländern weiß man, dass solche Schuldzuweisungen nicht nur aus dem sozialen Umfeld kommen, sondern zum Teil auch von Mitarbeitern des Hilfesystems, was der Grund

dafür ist, dass man sich dort so spät dazu entschließt, für sich und die Familie Rat und Unterstützung zu suchen.

Akzeptierende Drogenarbeit und Substitution

Gundula: Oft wird bezweifelt, dass die akzeptierende Drogenarbeit ein geeigneter Ansatz bei jugendlichen Drogenkonsumenten ist. Da sie Hilfe und Unterstützung gewähre, ohne Forderungen daran zu knüpfen, gebe es für Drogenabhängige kaum Impulse, sich aus ihrer Situation herauszubewegen. Entwicklungen durch selbst gesetzte Leistungsanforderungen würden auf diese Weise eher verhindert als gefördert. Bei einer jungen Klientel stellen sich Fragen hierzu natürlich besonders dringlich.

Claudia: Ich glaube, dass die niedrighschwellige Drogenarbeit mit dieser Sichtweise missverstanden wird. Dieser noch relativ junge Ansatz hat zahlreiche Suchbewegungen um die bestmögliche Praxis hinter sich, und bestimmte Herangehensweisen werden nur verständlich, wenn man sich die Zielgruppen der jeweiligen Angebote anschaut: Arbeitet man z. B. für eine offene Szene, die sich weitgehend aus langjährig Drogen konsumierenden, stark verletzten und sozial entwurzelten Menschen zusammensetzt, ist es zunächst einmal wichtig, für die Betroffenen eine „aushaltbare“ Situation zu schaffen. Erst auf dieser Grundlage ist es möglich, über Veränderungen nachzudenken und bei den Klienten und ihrem sozialen Umfeld die dafür noch vorhandenen Ressourcen zu erschließen. Und da es bei den Ressourcen große individuelle Unterschiede gibt, kann es auch kein für alle gültiges Maß an Unterstützung geben. Deshalb setze ich mich vor Ort dafür ein, dass verschiedene Interventionsformen in ausreichendem Maß zu Verfügung gestellt werden, wozu auch die medikamentengestützte Behandlung Opiatabhängiger gehört. In Sachen Substitution ist die Änderung der „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ vom 1. Januar 2003 für die neuen Bundesländer von besonderer Bedeutung, denn seither können auch Opiatkonsumenten und -konsumentinnen von dieser Behandlungsform profitieren, die weniger als zwei Jahre abhängig sind oder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Gundula: Nachdenklich stimmt mich in diesem Zusammenhang, was mir Kollegen berichtet haben: Man hat Klienten unvorbereitet von Methadon auf das besser verträgliche Substitutionsmittel Buprenorphin umgestellt, um ihnen bestimmte körperliche Nebenwirkungen zu ersparen. Überrascht hat alle Beteiligten, dass die meisten Klienten zunächst nicht in der Lage waren, mit den neuen Gefühlen und Wahrnehmungen zurecht zu kommen, von denen sie regelrecht überwältigt wurden. Die sedierende Wirkung von Methadon, mit der sie seit Jahren lebten, hatte ihnen offensichtlich mehr an Emotionalität genommen, als man vermutet hatte. Man stellte die Klienten deshalb schnell wieder auf Methadon um und bereitete sie dieses Mal langsam und sorgfältig auf die Substitution mit Buprenorphin vor. Nach dem Wechsel auf dieses Ersatzmittel intensivierte man für einige Zeit die psychosoziale Begleitung, um die anfängliche Instabilität nicht zu einer Krise werden zu lassen.

Was bedeutet das nun für die Methadonsubstitution bei ganz jungen Menschen? Durch ihren Drogenkonsum haben die meisten ohnehin kaum Gelegenheit gehabt, ihre Emotionalität zu entdecken und weiterzuentwickeln. Eine Methadonsubstitution hält sie dann emotional eher auf einem relativen Gleichmaß. Von starken positiven, aber auch negativen Gefühlen, die uns im Alltag antreiben, die ihn bereichern und uns teilweise auch Orientierung geben, sind diese jungen Menschen zunächst einmal abgeschnitten. Ich frage mich, ob wir diese Jugendlichen

nicht um einen wichtigen Teil der Persönlichkeitsentwicklung bringen, wenn wir nicht versuchen, sie zu einer Auseinandersetzung mit ihren Gefühlen und Wahrnehmungen zu bringen.

Claudia: Aus diesem Grund plädiere ich dafür, die Substitutionsbehandlung so anzulegen, dass ihre Dauer in etwa der Dauer der Drogenabhängigkeit entspricht. Wenn der Einstieg in den Drogenkonsum in sehr jungen Jahren erfolgt, werden von da an zumindest einige Bereiche der Persönlichkeit nicht mehr weiterentwickelt. Bei den meisten Jugendlichen allerdings vollziehen sich diese Reifeprozesse innerhalb einer „Peer-group“ der Drogenszene. Zusammen mit dem durch die Abhängigkeit hervorgebrachten Handlungsdruck ergeben sich auf diese Weise Sozialisationsmomente, die oftmals sehr problematisch sind. Ich denke da beispielsweise an erste sexuelle Kontakte, an die Entwicklung einer eigenen Identität sowie von Fähigkeiten, die es ermöglichen, partnerschaftliche Beziehungen aufzubauen, Realität wahrnehmen und sich darauf einstellen oder mit Leistungsanforderungen umgehen zu können. All diese Entwicklungsprozesse, die schon „ganz normale“ Jugendlichen verunsichern können, werden hier vom Konsum überlagert und geprägt. Eine solche Sozialisation kann den weiteren Lebensweg behindern und dazu führen, dass selbst entworfene Zukunftspläne nicht realisiert werden können. Um nicht missverstanden zu werden: Ich bin weit davon entfernt, einer problemlosen, geradlinigen Jugendphase das Wort zu reden. Und manchmal beeindruckt mich auch, wie sich drogenabhängige Jugendliche mit Hilfe ihrer Erfahrungen und Lebensweisheiten durch ihren wirklich nicht einfachen Alltag bringen – sonst könnte ich in diesem Bereich wohl auch nicht arbeiten.

Gundula: Hier stellt sich die Frage, wie man bei Jugendlichen die Entwicklung eines problematischen Umgangs mit Drogen verhindern kann. Versagen wir da mit unseren Angeboten?

Claudia: Bei Jugendlichen sind Drogen wohl fast immer ein Thema. Deshalb muss sich meiner Ansicht nach jeder, der mit Jugendlichen zu tun hat, auch diesem Thema stellen. Für die Auseinandersetzung damit bieten sich viele Möglichkeiten an: Gespräche in der Familie, Information und Diskussion in der Schule, im Jugendfreizeitbereich, in der Jugendhilfe. Hier darf sich niemand aus der Verantwortung stehlen. Und oftmals ist die Kompetenz für eine solche Auseinandersetzung größer, als man sich zugetraut hat. Dabei geht es ja nur zu einem Bruchteil um reine Stoffkunde. Vielmehr gilt es zu erfassen, welche Funktion Drogen bei Jugendlichen erfüllen, welche Erwartungen sie daran knüpfen und wie sie mit Drogen umgehen. Erwachsene, die mit Jugendlichen arbeiten, müssen dazu ermutigt werden, sich an dieses Thema heranzutrauen. Die weit verbreitete Ansicht, Suchtprävention sei Expertensache, hat leider dazu geführt, dass viele Menschen ihre Fähigkeiten für das Gespräch über Drogen als zu gering einschätzen. Gerade in der Experimentierphase wenden sich Jugendliche aber eher an Vertrauenspersonen aus ihrem Umfeld als an einen Drogenberater oder einen Therapeuten. Wir sind ja schließlich auch nicht zu einem Sexualtherapeuten gegangen, als wir anfangen, uns mit dem Thema Sexualität auseinander zu setzen.

Gundula: Du sprichst mir aus dem Herzen, vor allem deshalb, weil du dir als Drogensozialarbeiterin selbst auf die Finger klopfst. Nicht alle deiner Kolleginnen und Kollegen sind so diszipliniert. Oft nämlich besetzen Drogenberatungsstellen in ihrer Region die gesamte Palette der Suchtprävention – sicher oft gut gemeint, manchmal aber auch nur, um sich auf dem engen Markt sozialer Dienstleistungen ein zusätzliches Standbein zu sichern. Ich hoffe, dass sie dabei nicht so borniert sind, den so genannten Laien in Sachen Drogen sämtliche Kompetenzen auf diesem Gebiet abzusprechen. Auf diese Weise würde man sich

viele Möglichkeiten des Zugangs zu Jugendlichen verbauen. Ich wünsche mir deshalb, dass wir aus eigenen Fehlern und den Fehlern anderer lernen und auf diese Weise in den neuen Bundesländern vielleicht doch zu ganz eigenen Sicht- und Handlungsweisen finden.