DANIELA MOLNAR

ARBEITSANFORDERUNGEN UND -BELASTUNGEN IN DER NIEDRIG-SCHWELLIGEN DROGENHILFE

Eine Betrachtung von bayerischen und hessischen Kontaktläden

BÜCHNER

ARBEITSANFORDERUNGEN UND -BELASTUNGEN IN DER NIEDRIGSCHWELLIGEN DROGENHILFE

Dr. Daniela Molnar ist 1984 in Reutlingen geboren. Nach ihrem Studium der Erziehungswissenschaften an der Philipps-Universität Marburg begann sie dort ihre Tätigkeit als Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der AG Sozial- und Rehabilitationspädagogik mit dem Schwerpunkt der Drogenhilfe. Seit Herbst 2016 ist sie an der Universität Siegen beschäftigt, wo sie sich mit Kinder- und Jugendhilfe sowie Behindertenhilfen im Vergleich auseinandersetzt.

Daniela Molnar

ARBEITSANFORDERUNGEN UND -BELASTUNGEN IN DER NIEDRIGSCHWELLIGEN DROGENHILFE

Eine Betrachtung von bayerischen und hessischen Kontaktläden

BÜCHNER-VERLAG
Wissenschaft und Kultur

Daniela Molnar
Arbeitsanforderungen und -belastungen in der niedrigschwelligen Drogenhilfe
Eine Betrachtung von bayerischen und hessischen Kontaktläden
ISBN (Print) 978-3-96317-130-7
ISBN (ePDF) 978-3-96317-646-3
Copyright © 2019 Büchner-Verlag eG, Marburg
Zugl. Univ. Diss., Philipps-Universität Marburg 2018
Satz und Umschlaggestaltung: DeinSatz Marburg
Bildnachweis Umschlag: shutterstock.com | Fernando Cortes (bearbeitet)

Das Werk, einschließlich all seiner Teile, ist urheberrechtlich durch den Verlag geschützt. Jede Verwertung ist ohne die Zustimmung des Verlags unzulässig. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie, detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über http://dnb.de abrufbar.

Danksagung

Wie kann man nach mehreren Jahren Arbeit an einer Dissertation all denjenigen danken, die in dieser Zeit da waren und dabei geholfen haben, das ‚Werk' zu vollenden? Dieses Unterfangen scheint unmöglich, weil so viele Personen im Großen und im Kleinen, auffällig und weniger auffällig, dazu beigetragen haben, dass ich meine Arbeit fertigstellen und die letzten Jahre gut bewältigen konnte. Egal ob es durch inhaltliche Tipps, formale Handreichungen, emotionale Unterstützung oder das Befüllen meines Kühlschranks war – in der Zeit, die ich mit meiner Doktorarbeit verbracht habe, sind mir so viele Menschen begegnet, die mir in der einen oder anderen Weise Ideen oder Durchhaltevermögen, Verständnis, Kritik und so vieles mehr vermittelt und entgegengebracht haben, dass ich unmöglich alle Personen namentlich aufführen kann. Aber zumindest einigen davon kann und möchte ich an dieser Stelle danken.

Zuallererst gehört ein ganz besonderer Dank meinen Interviewpartner*innen, die mir mit großer Offenheit von ihrer Arbeit berichtet, mich in ihren Einrichtungen herzlich empfangen und mir ihre Zeit gewidmet haben – ohne sie wäre diese Studie nicht möglich gewesen.

Meinem Doktorvater Eckhard Rohrmann möchte ich für seine Begleitung, sein Zutrauen und seine Unterstützung danken – manchmal auch mit Kommentaren wie »Deine Doktorarbeit wird nicht an deinem Laptop scheitern« (wobei diese Kommentare natürlich nicht das Wichtigste und bei weitem nicht das Einzige waren).

Meinen Kolleg*innen aus der AG Sozial- und Rehabilitationspädagogik der Philipps-Universität Marburg danke ich herzlich für Diskussionen, Zuhören, Quatschen auf dem Flur, Kaffeetrinken und vieles, vieles mehr.

Natürlich waren auch einige Leute sehr direkt an meiner Doktorarbeit beteiligt, indem sie Korrektur gelesen haben und/oder Teil mei-

ner Interpretationsgruppe waren. Mein Dank gehört: Daniela Linke, die mich gut erden kann; Denise Bergold-Caldwell, die verständnisvoll und kritisch ist; Imke Balzer, u.a. für ihren humorvollen Pragmatismus; Kathrin Rühl, besonders für unglaublich viel Verlässlichkeit; Matti Traußneck, die kritisch hinterfragt; Milena Elsinger, bei weitem nicht nur für das fantastische Frühstück; Simon Wüthrich für Ernsthaftigkeit, Humor und ein dickes Fell; Steffi Wittich, die wunderbar einfühlsam ist und Ulrike Seiffert-Petersheim, die auf beeindruckende Weise neue Perspektiven öffnet. Ganz besonders möchte ich Dr. Uta-Kristina Meyer danken, die eine wunderbare Person und wertvolle Freundin ist, und den Großteil dieser Arbeit korrigiert hat.

Der Schluss dieser Danksagung gehört den wichtigsten Menschen: Meiner Familie und meinen Freund*innen.

Von ganzem Herzen danke ich meinen Freund*innen, die mir – egal ob ich an einer Doktorarbeit schreibe oder nicht – zeigen, was ihre Freundschaften für mich bedeuten und auch, was meine Freundschaft für sie bedeutet: Ihr habt mir (wenn nötig und manchmal auch darüber hinaus) den Kopf gerade gerückt, seid für mich da und zeigt mir immer wieder, was ihr in mir seht und dass ich wertvoll für euch bin. Ohne euch wäre alles wesentlich schwerer!

Genauso geht es mir mit meiner Familie: Ihr seid immer für mich da und unterstützt mich in allem, was ich tue. Ich bin dankbar dafür, dass ihr mich auf dem Weg begleitet habt und dass ihr nach wie vor da seid; dass ihr mich fragt, was ich eigentlich gerade genau tue, und ob es mir gut tut, das zu tun. Es ist schön, euer Interesse zu spüren, weil euch wichtig ist, mitzuerleben, was ich erlebe. Besonders meinen Eltern möchte ich danken, die meinen Ideen (fast) nie Grenzen gesetzt haben, mir sehr viel zutrauen und mir seit langem zeigen, wie stolz sie auf mich sind.

Ohne meine Familie und meine Freund*innen wäre mein Leben – mit und ohne Doktorarbeit – arm, so dass ich nur DANKE sagen kann dafür, dass ihr so vieles mit mir teilt.

Inhalt

Danksagung **5**

Einleitung **11**

I. Gegenstandsbeschreibung: Das Arbeitsfeld Kontaktladen **29**

1. Was sind Kontaktläden? 32

2. Die historische und politisch-rechtliche Einbettung von Kontaktläden 47

2.1 Die Entwicklung von Drogenrecht, -politik und -hilfesystem in Deutschland 50

2.1.1 Die Entwicklung bis in die späten 1960er-Jahre 50

2.1.2 Die Entstehung des ‚Drogenproblems' Ende der 1960er-Jahre 57

2.1.3 Drogenhilfe zwischen 1970 und 1990: Ein System etabliert sich 66

2.1.4 Das traditionelle, abstinenzorientierte Drogenhilfesystem 74

2.1.5 Drogenhilfe ab Mitte der 1980er-Jahre: Das System scheitert und wird umgebaut 79

2.1.6 Akzeptanzorientierung in der Drogenhilfe 84

2.1.7 Drogenhilfe von 1990 bis heute 88

2.2 Die aktuelle deutsche Drogen(hilfe-)politik auf den Ebenen des Bundes und der Länder Bayern und Hessen 92

2.2.1 Drogen(hilfe-)politik auf bundesdeutscher Ebene 97

2.2.2 Drogen(hilfe-)politik auf Länder- und kommunaler Ebene 105

2.2.3 Hessische und bayerische Drogenpolitik im Vergleich 112

2.3 Zusammenfassender Rückblick auf den historischen und politisch-rechtlichen Kontext von Kontaktläden 123

3. Zur Einbettung von Kontaktläden im deutschen Drogenhilfesystem 130

II. Theoretische Einbettung und Forschungsstand 141

1. Arbeit, Gesundheit und Stress 142
1.1 Gesundheit 143
1.2 Stress 149
1.3 Arbeit und Stress 156
1.4 Zusammenführung: Arbeit, Gesundheit und Stress 166
2. Arbeitsanforderungen und -belastungen in Sozialer Arbeit, Drogenhilfe und Kontaktläden 171
2.1 Anforderungen und Belastungen in der ‚psychosozialen Praxis' 174
2.2 Anforderungen und Belastungen in Kontaktläden 181
2.3 Merkmale der Arbeit in Kontaktläden mit Blick auf die empirische Analyse 194

III. Methodologie und Methodik 201

1. Forschungsinteresse und Fragestellung 201
2. Methodologische Einordnung und Reflektion der Rolle als Forscherin 206
3. Untersuchungsdesign und Durchführung 211
3.1 Erhebung: Methode, Stichprobe und Durchführung 215
3.2 Beschreibung der Interviewpartner*innen und ihrer Arbeitsplätze 221
3.3 Beschreibung der Interviewsituationen 224
3.4 Auswertung: Methode und Durchführung 226

IV. Analyse der Interviews 229

1. Erste Analyseebene: Der ‚Kontaktladenalltag' 232
1.1 Niedrigschwelligkeit 233
1.2 Bedürfnisorientierung 244
1.3 Szenenähe 250
1.3.1 Drogenszene und Lebenswelt der Klient*innen 252
1.3.1.1 Exkurs: Einfluss durch Drogenkonsum und sich verändernde Konsummuster 260

1.3.2 Kontaktladenbesucher*innen 271
1.4 Beziehungsarbeit 283
1.5 Krisen und Konflikte 299
1.5.1 Not- und Todesfälle 300
1.5.2 Krisenhafte Lebenssituationen der Klient*innen 315
1.5.3 Konflikte und gewaltvolles Handeln 318
1.5.3.1 Konflikte durch Haus- und weitere Regeln im Kontaktladen 319
1.5.3.2 Aggression und Gewalt im Kontaktladen 324
1.6 Zusammenfassung und Reflektion der ersten Analyseebene sowie Synthese mit der theoretischen Rahmung 338
2. Zweite Analyseebene: Mitarbeiter*innen von Kontaktläden und ihr Umfeld 352
2.1 Fachliche Verortung, Ziele von Mitarbeiter*innen und ‚Erfolg' in der Arbeit 357
2.2 Gesellschaftliche Positionierungen gegenüber Klient*innen und Kontaktläden 369
2.2.1 Das Hilfesystem 376
2.2.2 Reaktionen des Umfelds und Interaktionen mit dem Umfeld 381
2.2.2.1 Das direkte Umfeld des Kontaktladens: Anwohner*innen und Geschäftsleute 382
2.2.2.2 Verhältnis zu gesellschaftlich-politischen Vertreter*innen 387
2.2.2.3 Verhältnis zur Polizei 399
2.3 Institutionelle und institutionell verursachte Rahmenbedingungen 405
2.3.1 Die Rolle der Institution bei der Bewältigung der Kontaktladentätigkeit 409
2.3.2 Die Rolle von Kolleg*innen in der Arbeit in Kontaktläden 413
2.4 Materielle Ressourcen: Finanzielle, personelle und räumliche Ausstattung 419
2.4.1 Vertiefung: Die finanzielle Ausstattung – »Unendlich Geld wäre es« (Int. 8: 92) 424
2.5 Zusammenfassung und Reflektion der zweiten Analyseebene sowie Synthese mit der theoretischen Rahmung 435
3. Dritte Analyseebene: Politische, strafrechtliche und ordnungspolitische Rahmenbedingungen 447
3.1 Drogenrecht und -politik in ihren Auswirkungen auf Klient*innen 451

3.2 Drogenrecht und -politik und die Handlungsmöglichkeiten von Mitarbeiter*innen 459
3.3 Ordnungspolitischer und strafrechtlicher Umgang mit Mitarbeiter*innen 468
3.4 Vergleich zwischen den Bundesländern Bayern und Hessen 473
3.5 Drogenrecht und -politik aus Sicht der Mitarbeiter*innen 478
3.6 Zusammenfassung und Reflektion der dritten Analyseebene sowie Synthese mit der theoretischen Rahmung 480

Rückblick, Schlussfolgerungen und Ausblick 489

Quellenverzeichnis 519

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 549

Abkürzungsverzeichnis 550

Einleitung

Erwerbsarbeit nimmt in unserem Gesellschaftssystem einen hohen Stellenwert ein. »Wer schafft, wird selig«, so Eder (2010) in Anlehnung an die Weber'sche ‚Leistungsethik' (vgl. Fischer 2008: 186). Diese baue auf die Maxime, »dass ein jeder seine Pflicht in dieser Welt zu tun habe, ein jeder also seinen Beruf nach Kräften ausüben solle – um Gott zu gefallen und einmal in den Himmel zu kommen, um niemandem zur Last zu fallen, aber am Ende auch, um der Gesellschaft von Nutzen zu sein« (Eder 2010). Arbeit bzw. Leistung wird so zur normativen Pflicht für jedes Individuum sowie für die gesamte Gesellschaft (vgl. Fischer 2008: 185ff.). Erwerbsarbeit dient der Existenzsicherung[1] und ermöglicht darüber hinaus die Befriedigung diverser Bedürfnisse; z.B. des Bedürfnisses nach Sicherheit, nach Konsum, aber auch nach Sinnstiftung, dem Gefühl, etwas zu ‚leisten' und danach, Anerkennung zu erhalten (vgl. WHO 2006: 57). Über die Herausforderungen im Beruf kann ein

1 In Einklang mit der Weber'schen Leistungsethik ist Erwerbstätigkeit eine der – wenn nicht die – vorrangig anerkannten Varianten der Existenzsicherung in unserem Gesellschaftssystem. Weitere Möglichkeiten der Existenzsicherung, bspw. Sozialleistungen, sind weniger anerkannt und sollen möglichst zügig zu Gunsten einer Erwerbstätigkeit überwunden werden. Diese Bewertung kann und muss kritisch reflektiert werden, steht jedoch im Rahmen dieser Erörterungen nicht im Fokus. An dieser Stelle soll jedoch noch auf die aktuellen Diskussionen um das ‚bedingungslose Grundeinkommen' verwiesen werden, welches eine Alternative zum bisherigen System, v.a. des ‚Förderns und Forderns' (s. Kap. 1 SGB II), darstellt. Mit dem bedingungslosen Grundeinkommen erführen Arbeitnehmer*innen bspw. »mehr Autonomie […] durch die grundsätzliche Möglichkeit der Nicht-Erwerbstätigkeit bzw. einer sinnvollen Tätigkeit außerhalb der Erwerbsarbeit« (Netzwerk Grundeinkommen o.J.; Hervorheb. DM), die »Würde aller Menschen« werde gewahrt und »Stigmatisierungen vor allem bei den gegenwärtig Erwerbslosen und Sozialhilfebeziehern« (ebd.) beseitigt.

Individuum seine Wirksamkeit erfahren und eigene Kompetenzen erweitern, es erlebt sich mit seinen »Möglichkeiten und Zielvorstellungen« (Hurrelmann 1988: 16) im Idealfall »in Einklang« (ebd.) mit seiner Umwelt. Damit wird (Erwerbs-)Arbeit zu einer maßgeblichen Gesundheitskomponente: Gesundheit wird als biopsychosoziales Geschehen verstanden, schließt also körperliche, psychische und soziale Aspekte ein (vgl. Haisch 2015: 13). Eine gesunde Person steht mit ihrer Umwelt in Kontakt, kann deren Anforderungen gerecht werden und sich selbst, die eigenen Fähigkeiten und Persönlichkeitsmerkmale, im Austausch mit der Umgebung weiterentwickeln (vgl. Frese 1985: 227; Hurrelmann 1988: 16f.). Berufstätigkeit, ‚Leistung', wirkt vielschichtig auf eine Person und ihre Gesundheit ein, indem sie Möglichkeiten eröffnet, Bedürfnisse zu befriedigen, Kompetenzen zu erweitern u.v.m., sie kann aber auch überfordernd und belastend sein und in der Folge negativen Einfluss auf die gesundheitliche Situation einer Person nehmen. Ausschlaggebend sind hierbei die Ressourcen, auf die zurückgegriffen werden kann. Diese ermöglichen es, eine Anforderung zu bewältigen. Sind zu wenige oder zu wenig passende Ressourcen vorhanden, so können negative Folgen, bspw. im physiologisch-somatischen oder kognitiv-emotionalen Bereich sowie auf der Verhaltensebene auftreten (vgl. Bamberg 2007: 145f.; Hobfoll 1989; Lazarus/Folkman 1984: 19; WHO 2006: 59). Ca. 30% der Erwerbstätigen in der EU erleben Arbeitsstress und befinden sich in einer Arbeitssituation, die ihren Gesundheitsbedürfnissen nicht gerecht wird (vgl. Bamberg 2007: 141). Durch stressbedingte Beschwerden und Erkrankungen können sich wirtschaftliche Kosten durch Krankheit und Verdienstausfall sowie Produktionseinbußen ergeben (vgl. Cox u.a. 2005: 10), allerdings sollen im Rahmen dieser Arbeit die betroffenen Mitarbeiter*innen und nicht ihre Arbeitgeber*innen oder der Staat und die Gesellschaft im Zentrum stehen.

Erwerbstätigkeit wird hier also eine hohe Relevanz für jedes Individuum in unserer Gesellschaft und darüber hinaus zugesprochen. Diese hohe Wertigkeit von Leistung und Beruf in unserem Gesellschaftssystem muss kritisiert werden, es wird jedoch im Rahmen der vorliegenden Arbeit als Zustandsbeschreibung angenommen, dass beinahe

jeder Mensch in unserem Gesellschaftssystem am ‚Wert seiner Arbeit' gemessen wird und über den Faktor der Berufs(un-)tätigkeit mehr oder weniger Zugang zu bestimmten Ressourcen erhält. Dabei kann Arbeitstätigkeit selbst positiv und/oder negativ auf eine Person einwirken, je nachdem, wie sich die Arbeitssituation im Verhältnis zur Person gestaltet (vgl. Cox u.a. 2005: 11). Jeder Mensch sollte eine Arbeitssituation erfahren, die er positiv bewerten kann. Dazu tragen ein angemessenes Arbeitsentgelt, aber auch (immaterielle) Wertschätzung und Anerkennung sowie eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung bei (vgl. ver.di 2011: o.S.).[2] Um eine Arbeitssituation diesbezüglich beurteilen zu können, muss sie wissenschaftlich untersucht werden. In dieser Studie wird dies für ein spezifisches Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit, für Kontaktläden der niedrigschwelligen Drogenhilfe, vorgenommen.

Soziale Arbeit ist »eine persönlich fordernde und beanspruchende Tätigkeit mit entsprechender Verantwortung und Bedeutung« (DBSH 2009: 18): Sie zielt auf nicht weniger als »soziale[...] Gerechtigkeit und Humanität« (Thiersch u.a. 2012: 183) und versucht, »soziale[...] Ungleichheit« (Sünker 2012: 262) zu verringern. In § 1, Abs. 1 SGB I ist verankert, dass u.a. ‚soziale und erzieherische Hilfen' »zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit« (ebd.) beitragen sollen. Ziel ist es, »ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen zu schaffen« und »besondere Belastungen des Lebens [...] abzuwenden oder auszugleichen« (ebd.). Dies steht im Einklang mit Art. 1 und 2 GG, in denen die Würde des Menschen sowie das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit verankert sind. Diese »sozialrechtlich-gesellschaftspolitische[...] Rahmung« (Sün-

2 Hier sei auch auf das GG der BRD verwiesen, nach dem die Würde des Menschen als unantastbar gilt (Art. 1), in dem das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2) verankert und das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2) festgeschrieben ist. Diese grundgesetzlichen Vorgaben gilt es auch im Berufsleben einzuhalten. In Art. 12 wird explizit auf »Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte« (ebd.) eingegangen: »Alle Deutschen haben das Recht, [diese] frei zu wählen« und »[n]iemand darf zu einer bestimmten Arbeit gezwungen werden« (ebd.).

ker 2012: 263) hebt die relevante Rolle der Sozialen Arbeit im gesellschaftlich-politischen Kontext sowie für einzelne Personen, die sie in Anspruch nehmen, hervor. »Vor diesem Hintergrund wird nochmals deutlich, dass Vergesellschaftungsprozesse in ihren Konsequenzen für einzelne Mitglieder wie Klassen der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft den Ausgangspunkt für Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit bilden«, es ergeben sich »Folgerungen für das politisch-professionelle Selbstverständnis sowie Aufgabenstellungen und Bearbeitungsstrategien« (ebd.) Sozialer Arbeit. In ihren praktischen Ausgestaltungen nimmt Soziale Arbeit soziale Probleme in den Blick; die Arbeit ist alltagsnah und beziehungsorientiert, zentral ist das Be- und Verarbeiten von Gefühlen (vgl. Bathen u.a. 1991: 272; Keupp 1987: 65f.; Müller 1979: 146). Mitarbeiter*innen in diesen anspruchsvollen Arbeitsfeldern bringen sich mit ihrer ganzen Person in diese Arbeit ein, ihre Person und Persönlichkeit sind Teil ihrer Tätigkeit (vgl. Kleiber 1989: 119). Folglich werden sie auch als ‚ganze Person' mit den Anforderungen und Belastungen der Tätigkeit konfrontiert (vgl. Beerlage/Kleiber 1995: 327). Die »Arbeit mit und an Beziehungen« (Kleiber 1989: 137) und die Einblicke in schwierige Lebenssituationen der Klient*innen sind herausfordernd (vgl. Poulsen 2009: 15). Dennoch geraten die Anforderungen ‚psychosozial helfender Tätigkeitsfelder' selten in den Blick von Öffentlichkeit und Wissenschaft. Zwar wird über ‚Stress im Job' medial regelmäßig berichtet, so fragt z.B. FOCUS online »Sind Sie Burnout gefährdet [sic]?« (Seiwert 2014), der KarriereSPIEGEL stellt fest, man könne »nicht ohne Ende draufpacken« (Lohmann-Haislah 2013) und DIE WELT konstatiert, dass »[v]iele Deutsche [...] den Stress im Job nicht mehr [packen]« (ebd. 2015). Über Arbeitsbelastungen in Feldern Sozialer Arbeit lässt sich allerdings wenig in der öffentlichen Berichterstattung finden. Eine einfache Literaturrecherche über den Onlinekatalog der Deutschen Nationalbibliothek[3] macht deutlich, dass auch bei der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dieser Thematik Berufsfelder der Sozialen Ar-

3 Diese ‚einfache Literaturrecherche' in der DNB dient der plastischen Verdeutlichung der Häufigkeit wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit bestimmten Themen.

beit eher selten im Fokus sind: Während man unter dem Suchbegriff ‚Arbeitsbelastung' 825 Suchtreffer findet, erhält man unter der Kombination ‚Arbeitsbelastung' und ‚Lehrer'[4] noch 67 und bei ‚Arbeitsbelastung' und ‚Soziale Arbeit' (die Begriffe ‚Sozialarbeit' und ‚Sozialpädagogik' reduzieren die Funde massiv) nur 18 Treffer – wobei sich einige mit ‚Dienstleistungsarbeit' (vgl. Böhle u.a. 2014), der ‚Arbeit im ASD'[5] (vgl. Petry 2013) oder im ‚Pflegeheim' (vgl. Koch-Straube 2002) auseinandersetzen. Dies mag zu großen Teilen daran liegen, dass Soziale Arbeit »ein ebenso komplexer wie unübersichtlicher Gegenstand« (Thole 2012: 19), also schwer einheitlich und übergreifend zu beforschen ist, kann aber auch als Hinweis für den Stellenwert diesen Themas gewertet werden.[6] Mit dieser Studie soll ein Beitrag dazu geleistet werden, diese Lücke in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Arbeitsanforderungen und -belastungen zumindest zu verringern – sie damit schließen zu wollen wäre vermessen. Darüber hinaus kann das Aufzeigen von vorhandenen Anforderungen und Belastungen bewirken, dass der ‚Wert' einer Arbeit, die Leistung, die jede*r einzelne Mitarbeiter*in jeden Tag erbringt, ersichtlich wird und damit zur sozialen, gesellschaftlichen Anerkennung dieser Leistung beitragen – die wiederum zu einer besseren Arbeitssituation führen kann. Die anfordernden und belastenden Tätigkeiten im Bereich der ‚helfenden Berufe' verdienen eine Entlohnung, und dies umfasst hier die materielle und immaterielle »Gratifikation« (Siegrist 2005: 309), »die dem fachlichen und gesellschaftspolitischen Stellenwert der geleisteten Arbeit entspricht« (DBSH 2009: 18), also

4 Die Suche nach ‚Lehrer*in' und anderen Varianten geschlechtersensibler Schreibweise ergaben im Onlinekatalog der DNB leider wesentlich weniger Suchtreffer, ebenso wie die Suche nach ‚Lehrerin', so dass hier pragmatisch auf das ‚gendern' verzichtet wurde.

5 ASD steht hier für den Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes.

6 Ebenso kann es als Hinweis darauf gewertet werden, dass in diesem Feld relativ wenige Forschungsgelder oder anderweitige Kapazitäten zur Beforschung der Arbeitssituation vorhanden sind. Dies ist aber m.E. ebenfalls ein Hinweis auf den Stellenwert. Im Gegensatz zum schulischen Lehramt, bzgl. dessen sich deutlich mehr Auseinandersetzung mit Arbeitsbelastungen findet, sind die Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit auch wesentlich differenter – eine gemeinsame Interessensvertretung über Berufsverbände scheint dadurch erschwert.

ein den Anforderungen angemessenes Gehalt, aber auch Anerkennung und Wertschätzung. Im Interesse der Sozialen Arbeit und ihrer Akteur*innen (Mitarbeiter*innen, Verbände, Institutionen etc.) liegen »nicht nur Fragen der eigenen Bezahlung« (DBSH 2016), sondern auch solche »nach der Qualität sozialer Dienstleistungen und den Bedingungen, unter denen diese erbracht werden. Soziale Arbeit muss viel stärker als bisher auf die eigenen »Produktionsbedingungen« Einfluss nehmen und zugleich den Kern der eigenen professionellen Identität betonen und bewahren« (ebd.), so der DBSH. Unter ‚Produktionsbedingungen' können eben jene Faktoren gefasst werden, die im Rahmen dieser Studie als Anforderungen, Belastungen und Ressourcen bei der Tätigkeit bezeichnet werden, also die Merkmale, die eine Arbeitssituation für ein Individuum mehr oder weniger ‚gut'[7] machen.

Exemplarisch für die Soziale Arbeit werden in dieser Untersuchung die ‚Produktionsbedingungen' eines bestimmten sozialarbeiterischen Arbeitsfeldes in den Blick genommen: Es werden die **Arbeitsanforderungen und -belastungen in Kontaktläden der niedrigschwelligen Drogenhilfe** analysiert. Dabei wird auf psychosoziale Anforderungen und Belastungen im Rahmen der Arbeitstätigkeit in bayerischen und hessischen Kontaktläden eingegangen, die exploriert, strukturiert und analysiert werden sollen. Dies umfasst die Arbeitsbedingungen, die sich bspw. durch den Umgang mit der Klientel und die verschiedenen Arbeitsaufgaben ergeben, ebenso wie die Rahmenbedingungen der Arbeit. Teilweise wird vergleichend vorgegangen; besonders werden die Unterschiede zwischen bayerischen und hessischen Kontaktläden bzgl. der drogenrechtlichen und -politischen Rahmenbedingungen und deren Ausgestaltung analysiert.[8] Diese Untersuchung zielt darauf, den vor-

7 Als ‚gute' Arbeitsbedingungen werden im Rahmen dieser Arbeit solche verstanden, in denen den vorhandenen Anforderungen und Belastungen genügend angemessene Ressourcen zu ihrer Bewältigung gegenüberstehen.

8 Ursprünglich war geplant, diese Arbeit stärker am Vergleich zwischen den beiden Bundesländern auszurichten. Allerdings sollte ebenso eine ‚breite' Analyse der Arbeitsanforderungen und -belastungen u.a. im täglichen Arbeitsleben erfolgen – bei der Auswertung der Interviews wurde deutlich, dass ein vergleichendes Vorgehen mit dem gewählten forschungsmethodischen Zugang zumindest

handenen Forschungsstand zu erweitern, Zusammenhänge aufzuzeigen und somit die Grundlage für eine Arbeitsgestaltung zu liefern, die den Bedürfnissen der Kontaktladenmitarbeiter*innen gerecht wird. Dafür muss auch die Bewältigung der Arbeitsanforderungen und -belastungen betrachtet werden.

Bei dieser Untersuchung wird v.a. auf die subjektiven Sichtweisen der betroffenen Personen, also der Mitarbeiter*innen von Kontaktläden, eingegangen, denn Arbeitsbedingungen »können letztlich nur die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer selbst stichhaltig beurteilen« (ver.di 2011: o.S.). Um sich dieser subjektiven Sichtweise anzunähern, ist das transaktionale Stressmodell nach Lazarus (1966) besonders gut geeignet. Nach diesem Modell reagiert jedes Individuum, abhängig von seinen Ressourcen und Kognitionen, je spezifisch auf die Anforderungen, mit denen es konfrontiert wird. Es wird also die subjektive Wahrnehmung der eigenen Arbeitssituation ins Zentrum der Forschung gestellt: Die »Lebenswelt« soll »aus der Sicht der handelnden Menschen« (Flick u.a. 2010: 14) beschrieben werden. Dies macht die forschungsmethodische Zugangsweise über qualitative Methoden, welche der individuellen, subjektiven Komponente viel Raum zugestehen, zur ‚Methode der Wahl'. Es wird v.a. auf die psychosoziale Ebene – unter weitgehendem Ausschluss des physiologischen Aspekts – rekurriert. Dies bezieht emotionale, soziale, fachliche, kognitive usw. Anforderungen und Belastungen ein, schließt jedoch Belastungen, die aus der materiellen Umgebung entstehen, z.B. durch Zigarettenrauch, das Heben schwerer Gegenstände etc., aus. Zwar stehen nach einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Stress die verschiedenen Ebenen in

auf der Ebene des Arbeitsalltags (vgl. Kap. IV; 1.) nicht möglich ist. Die Bedingungen und deren Auswirkungen sind diesbezüglich in Bayern und Hessen zu ähnlich. Eine qualitative Studie wie die vorliegende, die 16 teilnarrative Interviews umfasst, eignet sich nicht gut dazu, Ausprägungsgrade zu erfassen – dies könnte Varianzen aufzeigen, wurde aber hier nicht erhoben. So wurde letztlich auf eine vergleichende Analyse weitestgehend verzichtet, wenn auch, sofern möglich (und dies ist v.a. auf der Ebene der politischen, strafrechtlichen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen der Arbeit (vgl. Kap. IV; 3.) gegeben), Differenzen benannt und erörtert werden.

Beziehung und Wechselwirkung zueinander, die Fokussierung auf die psychosoziale Ebene ermöglicht jedoch ein tieferes Eingehen auf diese Faktoren und Zusammenhänge. Zudem können andere Forschungszugänge den vorwiegend biologisch-physiologischen Aspekten angemessener begegnen. Für diese Studie wurden 16 Leitfadeninterviews mit Mitarbeiter*innen von Kontaktläden in Bayern und Hessen geführt, die computergestützt anhand der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Kuckartz 2010, Mayring 2010a, Schreier 2012) ausgewertet wurden. Einzelinterviews scheinen hier besonders geeignet, da die Sichtweisen und Erlebnisse sowie deren Bewertungen der einzelnen Personen von Interesse sind. Besonders das Erheben von individuellen Bewertungen bedarf der Kommunikation – teilnehmende Beobachtungen bspw. wären zwar dazu geeignet, die Arbeitssituation zu rekonstruieren, aber nur eingeschränkt, um die Bewertungen der Mitarbeiter*innen zu diesen Arbeitssituationen zu eruieren. Gleichzeitig geht das Forschungsprojekt themenzentriert vor und löst sich auf der Analyseebene vom individuellen Zugang, um so übergreifend Arbeitsanforderungen und -belastungen analysieren zu können. Dies legt eine Auswertungsmethode nahe, die strukturierend und die verschiedenen Interviews übergreifend vorgeht. Dies wird mit Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse gewährleistet (vgl. Kap. III).

»Will man konkrete Drogenkontaktladenarbeit untersuchen, so ist zu bedenken, daß diese nicht in einem gesellschaftlich unbeeinflussten Vakuum praktiziert wird«, so Schroers (1995: 11). Damit werden auch die Umgebungsbedingungen zu einem maßgeblichen Faktor bei der Betrachtung der Arbeit in Kontaktläden. Dazu zählen u.a. finanzielle und projektbezogene (Un-)Sicherheiten, Kontakte zum Umfeld, der gesellschaftliche Umgang mit Drogengebraucher*innen, die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich dieses Arbeitsfeld bewegt, Rückmeldungen zur eigenen Arbeit u.a.m. Soziale Arbeit, und damit auch Kontaktladentätigkeit, wird als Interaktionsprozess verstanden, in dem Mitarbeiter*innen, Klient*innen, gesellschaftlich-politische Akteur*innen, gesellschaftliche und institutionelle Strukturen, Normen, Logiken u.v.m. miteinander in Beziehung treten und sich wechselseitig beeinflussen (vgl. Wurtzbacher 2015: 364). Die »empirischen Realitäten

Sozialer Arbeit« (ebd.) lassen sich somit nur unter Einbezug der »sozialpolitischen und organisatorischen Rahmenbedingungen, professionellen Handlungsdirektiven, berufsethischen Grundsätzen und den Kompetenzen und Bedürfnissen von Hilfesuchenden« (ebd.) näher bestimmen; sie konstituieren sich aus den vorhandenen Rahmenbedingungen und Interaktionen zwischen den beteiligten Faktoren (Strukturen, Verortungen sowie Individuen und Gruppierungen) sowie der kognitiven Prozesse der beteiligten Personen (vgl. ebd.: 364ff.). Diese Rahmenbedingungen werden in die Analyse der Arbeitsanforderungen und -belastungen ebenfalls einbezogen: Nicht nur der ‚Arbeitsalltag' (Kap. IV; 1.) mit den relativ direkten Bedingungen der Kontaktladentätigkeit wie Kontakt zur Klientel, niedrigschwellige Struktur der Arbeit usw. wird betrachtet und erörtert, sondern auch die ‚Mitarbeiter*innen von Kontaktläden und ihr Umfeld' (Kap. IV; 2.) – hier sind fachliche Verortungen, gesellschaftliche Positionierungen, das Verhältnis zu Nachbarschaft und Kommune u.v.m. einbezogen – sowie die ‚politischen, strafrechtlichen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen' (Kap. IV; 3.). Die (drogen-)rechtlichen und (drogen-)politischen Rahmenbedingungen werden gesondert behandelt, da sie die Grenzen festlegen, innerhalb derer alle Beteiligten agieren bzw. agieren sollen.[9] Sie begrenzen also die Handlungsmöglichkeiten, die bei der Arbeit in Kontaktläden zur Verfügung stehen. Diese werden für das Arbeitsstressgeschehen im Demand-Control-Modell nach Karasek (1979) als relevant erachtet. Hohe Belastungen (demands) – wie sie im Arbeitsfeld der Drogenhilfe zweifelsfrei vorhanden sind – sind dann nicht problematisch für eine Person, wenn ihr genügend Handlungsspielraum (control) zur Bewältigung dieser Belastungen zur Verfügung steht (vgl. Karasek 1979). In der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen den vorhandenen Rahmenbedingungen, im politischen und rechtlichen, aber auch gesellschaftlichen und institutionellen Kontext, und der Arbeitssituation in Kontaktläden wird z.T. vergleichend vorgegangen: Die Bundesländer Bayern und

9 Auch Drogengebraucher*innen *sollen* innerhalb des rechtlichen Rahmens agieren, tun dies aber nicht, wie ihr Drogengebrauch (sofern es sich um illegale Substanzen handelt) belegt.

Hessen sind in die Untersuchung einbezogen, um so die Auswirkungen unterschiedlichen drogenpolitischen und -rechtlichen Vorgehens untersuchen zu können. Der Freistaat Bayern geht deutlich repressiver gegen Drogengebrauch/er*innen und Drogenhilfe vor, als dies in Hessen der Fall ist (vgl. Hessisches Sozialministerium 2011; StMUV 2007).

Durch die strukturierte Betrachtung und Analyse von Arbeitsanforderungen und -belastungen wird es möglich, diese zu benennen und auf sie Einfluss zu nehmen, also (sofern möglich) Belastungen und Anforderungen zu reduzieren und/oder Möglichkeiten zur Bewältigung passend zu gestalten und zu erweitern. Diese Untersuchung soll somit u.a. Handlungsoptionen und -notwendigkeiten bzgl. Arbeitsanforderungen und -belastungen in Kontaktläden aufzeigen, also verdeutlichen, was wie verändert werden kann, damit die Arbeitssituation der Mitarbeiter*innen verbessert wird. Dies schließt explizit Aspekte von Anerkennung und Wertschätzung, die als Gesundheitsressource verstanden werden können, ein. Vertreter*innen Sozialer Arbeit (eingeschlossen sind hier Mitarbeiter*innen, Institutionen, Berufsverbände, wissenschaftlich Tätige usw.) sind dabei gefordert, diese Interessen zu vertreten.

Zum Aufbau der Arbeit

Der Gegenstand der Forschung – Kontaktläden – wird in Kap. I ausführlich in den Blick genommen. Zunächst wird dafür erläutert, ‚was Kontaktläden sind' (Kap. I; 1.), es werden also u.a. ihre Aufgaben, Angebote, Ausgestaltung und Adressat*innen beschrieben. Hierfür muss auch eine begriffliche Klärung der Konstrukte ‚Drogen' und ‚Drogenabhängigkeit' (Kap. I; 1.) vorgenommen werden. Um das Arbeitsfeld Kontaktladen in seiner gegenwärtigen Situation, Ausgestaltung und im Verhältnis zu Gesellschaft, Politik und weiteren Akteur*innen verstehen zu können, müssen seine historische und politisch-rechtliche Einbettung betrachtet werden. Niedrigschwellige, z.T. akzeptierende Drogenhilfe hat sich in öffentlicher, politischer und fachlicher Auseinandersetzung entwickelt; Faktoren wie das Verständnis von Drogengebrauch und Anspruch auf Hilfe sind maßgeblich dafür, wie sich Kontaktläden gestalten. In Kap. I; 2.1 wird folglich die historische und politisch-rechtliche Entwicklung der

Drogenhilfe in Deutschland umrissen. Für die aktuelle Ausgestaltung der deutschen Drogenhilfe ist die Zeit ab Ende der 1960er-Jahre maßgeblich, da sich damals das Drogenhilfesystem, ausgehend vom ‚Drogen(hilfe-)problem' der 60er-Jahre, herausbildete:[10] Vor diesem Zeitpunkt war Drogenkonsum in Deutschland randständiges Verhalten, dem relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Von großer Bedeutung war bei der Entwicklung des Drogenhilfesystems stets die gesellschaftlich-politische Debatte zur Drogenthematik, die sich in Regelungen zum Umgang mit Drogengebrauch/er*innen, bspw. in politischen Richtlinien und gesetzlichen Grundlagen, manifestiert. Den aktuellen rechtlich-politischen Rahmenbedingungen widmet sich Kap. I; 2.2. Besondere Bedeutung kommt dabei dem BtMG zu, das den Umgang mit Substanzen, die als Drogen gelten, und deren Gebraucher*innen festlegt. Das BtMG wird bereits in Kap. I; 2.1.2 im Kontext seiner historischen Entwicklung dargelegt. Da im Rahmen dieser Arbeit u.a. auf den Vergleich zwischen den Bundesländern Bayern und Hessen zurückgegriffen wird, werden die Drogen(hilfe-)politik auf Länder- und kommunaler Ebene sowie die hessische und bayerische Drogenpolitik ausführlich vergleichend betrachtet (Kap. I; 2.2.2 u. 2.2.3). Abschließend, in Kap. I; 3., werden Kontaktläden im deutschen Drogenhilfesystem eingebettet, d.h. es wird dargestellt, welche Aufgaben Drogenhilfe verfolgt und wie sich das differenzierte, vielfältige deutsche Drogenhilfeangebot strukturiert. Die Position niedrigschwelliger Drogenhilfe, und damit auch die Position von Kontaktläden, wird dabei hervorgehoben. Das erste Kapitel bietet somit die Grundlage dieser Arbeit: Der Forschungsgegenstand Kontaktladen wird ausführlich dargestellt und in Bezug zu seinen Rahmenbedingungen gesetzt. Dadurch können die Faktoren, die auf die Arbeitssituation der Mitarbeiter*innen einwirken, nachvollzogen werden.

Das zweite Kapitel ist in zwei Abschnitte gegliedert. Diese widmen sich erstens der theoretischen Einbettung dieser Arbeit und zweitens dem Forschungsstand zum Thema.

10 Aufgrund der Datenlage bilden hier westdeutsche Entwicklungen den Bezugsrahmen.

Im ersten Abschnitt, Kap. II; 1., werden die relevanten Begriffe und theoretischen Konstrukte zu Arbeitsanforderungen und -belastungen erläutert. Dies umfasst Arbeit, Gesundheit und Stress. Es wird ein enger Zusammenhang zwischen Gesundheit und Stress angenommen: Im Stressgeschehen wirken Anforderungen und Belastungen auf ein Individuum ein und führen je nach personalen und Umgebungsbedingungen zu positiven oder negativen Auswirkungen auf die Gesundheitssituation. Gesondert wird in Kap. II; 1.2 auf das transaktionale Stressmodell nach Lazarus (1966) eingegangen, da es maßgeblichen Einfluss auf die Stressforschung genommen hat und mit seinem interaktionalen Bezugspunkt besonders gut geeignet ist, sich der hier zu untersuchenden Fragestellung anzunähern. Diese Studie befasst sich mit Stress in der Arbeitssituation in Kontaktläden, so dass Gesundheit und Stress in Bezug zu Arbeit gesetzt werden müssen. Dies geschieht in Kap. II; 1.3. Es wird auf verschiedene Arbeitsstressmodelle eingegangen, die unterschiedliche Faktoren betonen. Das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (vgl. Siegrist 2005: 309) hebt die angemessene Gratifikation der Arbeitsleistung hervor, das Person-Environment-Fit-Modell stellt die Passung zwischen Individuum und Arbeitsumwelt in den Fokus (vgl. Harrison1978; 175ff.); besonders wird auf das bereits angesprochene Demand-Control-Modell nach Karasek (1979: 185ff.) eingegangen, welches verdeutlicht, dass Handlungsspielraum bei der Arbeit als Bewältigungsressource verstanden werden kann. Die Relevanz von Ressourcen zur Bewältigung von (Arbeits-)Stress wird an verschiedenen Punkten in Kap. II; 1. aufgegriffen.

Im zweiten Abschnitt, Kap. II; 2., wird der aktuelle Forschungsstand zu Arbeitsanforderungen und -belastungen im Zusammenhang mit Sozialer Arbeit, Drogenhilfe und Kontaktläden erörtert. Wie dargestellt, gibt es recht wenig Forschung zur Arbeit in der Drogenhilfe, so dass bei der Bearbeitung dieser Thematik auf den weiteren Kontext der ‚psychosozialen Praxis' zurückgegriffen werden muss. In vorhandenen (Forschungs-) Arbeiten zu Tätigkeiten in diesen Berufsfeldern werden verschiedene Anforderungen und Belastungen hervorgehoben, so z.B. die der Sozialen Arbeit innewohnende Alltagsnähe, die »engen Person-Person-Kon-

takte[...]« (Beerlage/Kleiber 1995: 327) und die Inhalte der Arbeit, die häufig durch Leid und Elend geprägt sind (vgl. Poulsen 2009: 15). Dabei werden die ‚helfenden Berufe' in ihrem Kontext von bspw. knappen Ressourcen (Beerlage/Kleiber 1995: 327), mit dem Blick auf (nicht) vorhandene »Zeit, Arbeitsplatzsicherheit und Verbindlichkeit« (Helas 2008: 62), aber auch im Zusammenhang mit den rechtlichen und politischen Umgebungsfaktoren, betrachtet (vgl. u.a. Körkel 1995: 63). Den psychosozialen Arbeitsfeldern wird eine hohe Belastungsintensität zugesprochen. Auf diese und weitere Aspekte wird in Kap. II; 2.1 eingegangen. Der Forschungsstand zu Arbeitsanforderungen und -belastungen in Kontaktläden wird in Kap. II; 2.2 dargestellt. Verschiedene Untersuchungen haben dieses hoch anspruchsvolle Arbeitsfeld (vgl. bspw. Fengler 2002: 526) in den Blick genommen und beleuchten die diversen Aspekte dieser Tätigkeit. Viele der aufgeführten Anforderungen und Belastungen beziehen sich auf die Arbeit mit der drogengebrauchenden Klientel und deren Spezifika, es werden aber auch die Nähe-Distanz-Problematik, Konflikte zwischen Kontrolle und Beziehungsaufbau, Hilflosigkeit im Helfen, drogenpolitische Themen u.a.m. angesprochen (vgl. Kap. II; 2.2). Insgesamt – so viel sei hier vorweggenommen – scheint die Arbeit in Kontaktläden zwar einerseits sehr belastungsintensiv zu sein, andererseits jedoch auch viele positive Aspekte zu beinhalten (vgl. Hartmann u.a. 1994: 139ff.; Molnar 2010: 128). In Kap. II; 2.3, mit dem das zweite Kapitel schließt, werden die Merkmale der Arbeit in Kontaktläden im Hinblick auf die empirische Analyse dargestellt, also die wichtigsten Punkte für die Interviewanalyse hervorgehoben.

Bevor auf die Interviewanalyse eingegangen wird, müssen jedoch Methodologie und Methodik dargestellt und begründet werden (Kap. III), damit das forschungsmethodische Vorgehen nachvollzogen werden kann. Zuerst werden das Forschungsinteresse und die Fragestellungen dieser Arbeit, an denen sich das Forschungsvorgehen ausrichtet, dargelegt und erläutert (Kap. III; 1.). Anschließend, in Kap. III; 2., wird, wenn die methodologische Einordnung sowie die Reflektion der Rolle als Forscherin vorgenommen werden, das Forschungsvorgehen reflektiert. Jede*r Forscher*in bringt sich mit den eigenen methodischen und

methodologischen Kompetenzen und Vorlieben, mit der eigenen theoretischen Vorbildung und mit Überzeugungen, Motiven etc. in die Forschung ein, insofern sollte diese Positionierung dargestellt und kritisch reflektiert werden. Schließlich werden die Durchführung und das Design der Untersuchung erläutert: In Kap. III; 3. wird das konkrete Forschungsvorgehen nachvollzogen – u.a. werden der Interviewleitfaden und die Analysemethode dargestellt – sowie die Interviewsituationen und Interviewpartner*innen beschrieben.

In Kap. IV erfolgt nun die Analyse der Interviews im Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit, mit welchen Arbeitsanforderungen und -belastungen die Mitarbeiter*innen von bayerischen und hessischen Kontaktläden konfrontiert werden. Die Analyse teilt sich in drei Ebenen: In die Betrachtung des ‚Kontaktladenalltags' (Kap. IV; 1.), der ‚Mitarbeiter*innen und ihres Umfelds' (Kap. IV; 2.) und der ‚politischen, strafrechtlichen und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen' (Kap. IV; 3.). Hier werden also die verschiedenen bereits aufgeführten Zusammenhänge aufgegriffen: Einerseits wird auf die konkrete Arbeitssituation in Kontaktläden eingegangen, andererseits aber auch das interaktionale Moment sowie die Rahmenbedingungen der Arbeit aufgegriffen. Eine ‚Zusammenfassung und Reflektion sowie Synthese mit der theoretischen Rahmung' wird für jede Analyseebene jeweils direkt zu deren Abschluss vorgenommen (Kap. IV; 1.6, 2.5, 3.6).

Auf der ersten Analyseebene, der des ‚Kontaktladenalltags', wird u.a. die Struktur von Kontaktläden – sie sind niedrigschwellig, bedürfnisorientiert und szenenah – analysiert (Kap. IV; 1.1–1.3), auf Beziehungsarbeit eingegangen (Kap. IV; 1.4) und Krisen und Konflikte im Arbeitsalltag betrachtet (Kap. IV; 1.5). Die Szenenähe beinhaltet die Betrachtung der Drogenszene und Lebenswelt der Kontaktladenklient*innen (Kap. IV; 1.3.1), der Kontaktladenbesucher*innen (Kap. IV; 1.3.2) sowie einen Exkurs zum Einfluss von Drogenkonsum auf die Arbeit in Kontaktläden (Kap. IV; 1.3.1.1). Unter ‚Krisen und Konflikte' werden Todesfälle der Klient*innen, medizinische Notfälle (Kap. IV; 1.5.1), krisenhafte Situationen der Klient*innen (Kap. IV; 1.5.2) sowie Gewalt und Konflikte im Kontaktladen (Kap. IV; 1.5.3) aufgegriffen. Auf dieser Analyseebene

wird u.a. auf die »Gefühlsarbeit« (Müller 1979: 146), die Mitarbeiter*innen von Kontaktläden leisten, den Abwechslungsreichtum der Arbeit sowie Bedrohungserlebnisse eingegangen.

Die zweite Analyseebene wendet sich inhaltlichen und fachlichen Verortungen der Mitarbeiter*innen, den Positionierungen gesellschaftlich-politischer Akteur*innen sowie Ziel- und Erfolgsdefinitionen zu (Kap. IV; 2.1 u. 2.2). Hier werden Überzeugungen und Wertmaßstäbe deutlich, an denen sich Kontaktladentätigkeit messen muss. Diese Positionierungen entstehen teils durch inhaltliche Auseinandersetzungen mit den Themenfeldern von Drogen, Drogengebrauch, Drogengebraucher*innen, Drogenhilfe etc., aber auch aus unreflektierten Vorbehalten, Wertmaßstäben u.v.m. Diese Positionierungen manifestieren sich in Regeln zum professionellen Umgang mit der Klientel durch die Mitarbeiter*innen von Kontaktläden, durch Richtlinien der Institutionen sowie in Resonanzen, die die Institutionen und Institutionsangehörigen in verschiedenen Kontexten erfahren. So wird bspw. auf das Hilfesystem (Kap. IV; 2.2.1), aber auch Reaktionen durch die Nachbarschaft der Kontaktläden (Kap. IV; 2.2.2.1), sowie kommunalpolitische Umgangsweisen mit Klient*innen und Einrichtung (Kap. IV; 2.2.2.2) eingegangen. Weiter werden auf dieser Ebene institutionelle Rahmenbedingungen erörtert (Kap. IV; 2.3). Dabei rückt die Bewältigung der Anforderungen und Belastungen der Arbeit in Kontaktläden in den Fokus, wenn auf die Rolle der Kolleg*innen und der Institution u.a. bei der Arbeitsbewältigung eingegangen wird (Kap. IV; 2.3.1 u. 2.3.2). Besondere Betonung verdient auch die kritische Betrachtung der materiellen Ressourcen in ihren Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen (Kap. IV; 2.4). Auf dieser Analyseebene stehen also Interaktionen – zur Nachbarschaft der Einrichtung, kommunalen Vertreter*innen, dem Hilfesystem u.v.m. – sowie die Bedingungen der Arbeit, die sich im ‚Zwischenfeld' zwischen Kontaktladenalltag und dem politischen und rechtlichen ‚Überbau' bewegen, im Zentrum. Nicht zuletzt werden Anerkennung und Wertschätzung für die Arbeit in Kontaktläden Thema sein.

Die Rahmenbedingungen, die sich durch rechtliche und politische Vorgaben ergeben, stehen auf der dritten Analysebene (Kap. IV; 3.) im

Fokus. Es wird auf deren Auswirkungen auf Klient*innen, die indirekt für Mitarbeiter*innen zur Anforderung und Belastung werden können (Kap. IV; 3.1), auf die Folgen für die Handlungsmöglichkeiten der Mitarbeiter*innen (Kap. IV; 3.2) sowie auf den ordnungspolitischen und strafrechtlichen Umgang, den Mitarbeiter*innen selbst erfahren (Kap. IV; 3.3), eingegangen. Im Zusammenhang mit Drogenrecht und -politik wird den Unterschieden zwischen bayerischen und hessischen Kontaktläden ein gesondertes Kapitel gewidmet: Unter IV; 3.4 wird der Vergleich zwischen den beiden Bundesländern in Bezug auf Drogenrecht und -politik gezogen, da sich durch die jeweilige Ausgestaltung des rechtlichen Rahmens deutliche Unterschiede auch in der Anforderungs- und Belastungssituation für Mitarbeitende ergeben. Anschließend wird die Sicht der Mitarbeiter*innen der befragten Kontaktläden auf Drogenrecht und -politik im Allgemeinen analysiert (Kap. IV; 3.6). Es wird aufgezeigt, wie sich die vorhandenen politischen und rechtlichen Vorgaben auf die Arbeitsanforderungen und -belastungen, die Kontaktladenmitarbeiter*innen erfahren, auswirken.

In den Kap. I bis IV wird also der Gegenstand Kontaktladen ausführlich beschrieben, die theoretische Fundierung zur Betrachtung der Arbeitsanforderungen und -belastungen in diesem Arbeitsfeld gelegt sowie das forschungsmethodische Vorgehen reflektiert und die Analyse der geführten Interviews im Hinblick auf die Fragestellung, die in dieser Arbeit behandelt wird, vorgenommen. Schließlich wird rückblickend auf diese Inhalte eingegangen; es werden wichtige Inhalte betont, Zusammenhänge hervorgehoben und kritische Punkte reflektiert. V.a. aber soll die Interviewanalyse mit ihren Ergebnissen abschließend reflektiert betrachtet und verstärkt in Beziehung zum theoretischen Bezugsrahmen gesetzt werden. Die Möglichkeiten und Grenzen dieser Studie sollen hinterfragt und weiterführende Fragestellungen aufgeworfen werden. Besonders wird auf Handlungsoptionen eingegangen, die eine Arbeitssituation, in der Anforderungen und Belastungen in einem ausgewogenen Verhältnis zu Bewältigungsressourcen stehen, für Mitarbeiter*innen in Kontaktläden ermöglichen. Dafür werden Vorschläge, bspw. bzgl. der Gestaltung rechtlicher Rahmenbedingungen,

entwickelt, um für Mitarbeitende, die einen nicht zu überschätzenden Beitrag für unsere Gesellschaft leisten, eine Situation zu schaffen, in der sie *gut* arbeiten können. Dabei wird auf die Rolle der Institutionen, aber auch der Wissenschaft, einzelner Mitarbeiter*innen und der gesellschaftlich-politischen Akteur*innen eingegangen. Die Arbeit schließt also mit ›Rückblick, Schlussfolgerungen und Ausblick‹.

I. Gegenstandsbeschreibung: Das Arbeitsfeld Kontaktladen

Zunächst wird also der Gegenstand der Forschung, die Arbeit in Kontaktläden, beschrieben.

Da sich diese Studie auf Interaktionen zwischen Mitarbeitenden, Institutionen, Gesellschaft, politischen Akteur*innen u.v.m. bezieht, müssen diese Rahmenbedingungen der Arbeit in ihrer Wechselwirkung einbezogen werden. Damit gehören zur Darstellung des Arbeitsfeldes nicht nur die Klärung der Aufgaben und Tätigkeitsfelder von Kontaktläden sowie die Beschreibung der Klientel (Kap. I; 1.), sondern u.a. auch die politische und rechtliche Einbettung dieses Drogenhilfeangebots (Kap. I; 2.) und die Verortung innerhalb des Drogenhilfesystems (Kap. I; 3.). Dieses Hilfesystem und seine Rahmenbedingungen können nur erfasst werden, wenn man sie in ihrer Gewordenheit begreift, also die Entwicklungslinien der Drogenhilfe in Deutschland nachzeichnet. Anhand dieser historischen Betrachtung wird klar, in welcher Position sich niedrigschwellige (akzeptanzorientierte) Drogenhilfe aktuell befindet. Die historische Betrachtung kann außerdem deutlich machen, wie sich Strukturen sowie deren Änderung auf Arbeitsanforderungen und -belastungen auswirken. Als Beispiel hierfür sei kurz erläutert, wie sich ein gewandeltes Verständnis von Rückfällen im Therapieverlauf auf Arbeitsbelastungen auswirken kann: Im Verlauf der therapeutischen Behandlung einer Suchterkrankung wurde ein Rückfall eines*r Klient*in lange Zeit als ultimatives Scheitern, als Anlass zur Beendigung der Therapie betrachtet. Reissner (2008) spricht hier in Anlehnung an Körkel (1995: 46) vom »›Mythos‹ des Suchtpatienten, der das System Entgiftung – Entwöhnung – Adaption linear bis zur finalen, andauernden Abstinenz« (Reissner 2008: 103) durchlaufe. Dieser Mythos jedoch

führe bei der »Prüfung an der Realität«, in der Rückfälle im therapeutischen Prozess keine Ausnahme sind, »zu einer massiven Enttäuschung des Therapeuten« (ebd.). Im Jahr 1995 stellen Missel/Braukmann fest, dass die Annahme, der Weg aus der Sucht verlaufe geradlinig und Rückfall sei generell vermeidbar, zu überhöhten sowie unrealistischen Erwartungen auf Seiten der Therapeut*innen führe – und damit zu mehr oder weniger zwangsläufigem Scheitern im Helfen. Ein anderes Verständnis von Rückfall, als ein normales Vorkommnis im Therapieverlauf mit der Möglichkeit, dieses Vorkommnis produktiv aufzuarbeiten, helfe Therapeut*innen dabei, gesund zu bleiben (vgl. Missel/Braukmann 1995: 18ff.). Dem idealisierten und unrealistischen Bild vom Rückfallgeschehen bzw. idealen Therapieverlauf wird ca. seit Mitte der 1990er-Jahre das »moderne psychiatrisch-medizinische Krankheitsmodell« (Reissner 2008: 103) entgegen gestellt, wonach die Krankheit Drogenabhängigkeit – hier wird Abhängigkeit nicht mehr, wie das lange der Fall war, als moralische oder Willensschwäche konzipiert (vgl. Brower u.a. 1989) – Rückfälle ebenso beinhaltet, wie »die intermittierende Blutzucker-Dekompensation eines Diabetikers« (Reissner 2008: 103) zentrales Symptom der Diabetes sei. Für Drogenhelfer*innen ergibt sich durch diese Annahme eine Entlastung: »In dieser Antizipation des therapeutischen Versagens liegt für den Helfer ein gewisser Trost, wobei das Gefühl des Versagens jedoch nicht vollständig beseitigt wird« (ebd.). Das Verständnis von Drogenabhängigkeit (s. Kap. I; 1.), welches auch das Verständnis von Rückfall beinhaltet, kann somit direkt und indirekt auf die Belastung von Mitarbeiter*innen einwirken – die Wandlungen im Verständnis von Rückfall vom ‚worst case' und dem ultimativen Scheitern hin zum prozess- bzw. krankheitsimmanenten Geschehen hat folglich zu positiven Veränderungen in den Arbeitsbelastungen von Drogenhelfer*innen (in traditionell orientierten Settings ebenso wie in niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Drogenhilfeformen) geführt. Die historische Betrachtung der Entstehung der Drogenhilfe in Deutschland soll also aufzeigen, inwiefern sich Arbeitsbelastungen gewandelt haben, aber auch, dass sie weiterhin stetigem Wandel unterliegen. Der hier angerissene Wandel steht in enger Beziehung zu ge-

sellschaftlichen und politischen Debatten zu Drogen, Drogengebrauch und Drogengebrauchenden. Im Rahmen dieser Arbeit soll eine Vertiefung auf den politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen der Tätigkeit in Kontaktläden mit ihren Auswirkungen auf Mitarbeiter*innen liegen, da davon ausgegangen wird, dass die Arbeit in Kontaktläden maßgeblich von politischen, rechtlichen und damit auch gesellschaftlichen Vorstellungen dessen, was richtig und was falsch, was erlaubt und was verboten ist (für Konsument*innen, aber auch für Helfer*innen) bestimmt wird. Grundlegend wird die Hypothese aufgestellt, dass eine restriktive drogenpolitische Orientierung zu Einschränkungen von in der praktischen Arbeit als notwendig erachteten Hilfsmöglichkeiten führt, so dass eine restriktive Drogenpolitik als eigenständiger belastender Faktor in der niedrigschwelligen Drogenhilfetätigkeit in Kontaktläden angenommen werden kann.[11] Insofern spielen die bundesdeutsche Drogenpolitik sowie deren länder- und kommunenspezifische Ausgestaltungen eine wichtige Rolle. Um die Pole restriktiv vs. liberal vergleichen zu können, wurden die Bundesländer Bayern und Hessen ausgewählt, deren drogenrechtliche und -politische Situation ausgeführt werden (Kap. I; 2.2).

Das deutsche Drogenhilfesystem hat sich in diesem Bedingungsgefüge aus historischen, rechtlichen, politischen und gesellschaftlichen Bezügen herausgebildet. Der Forschungsgegenstand Kontaktladen kann näher bestimmt werden, wenn seine Einbettung in dieses Hilfesystem verdeutlicht wird. Die historische, rechtlich-politische und die Einbettung in das Drogenhilfesystem bilden also die Grundlage, um Arbeitsbelastungen in Kontaktläden in ihrem Kontext analysieren zu können. Zunächst jedoch muss der ‚Gegenstand' der Forschung geklärt, also die Frage beantwortet werden, was Kontaktläden eigentlich

11 Als Gegenhypothese kann vermutet werden, dass klare rechtliche Regelungen, die auf Wiederherstellung von Abstinenz ausgerichtet sind, schützend wirken können und insofern entlasten (aufgrund dessen, dass eine klare Zieldefinition möglich ist). Eine weitere, zwischen beiden gegenläufigen Hypothesen vermittelnde Vermutung könnte sein, dass es für Mitarbeiter*innen am günstigsten ist, wenn sich ihre persönliche Haltung und der drogenpolitische Rahmen, in dem sie tätig sind, weitest möglich decken. Diese Hypothesen werden im empirischen Teil dieser Arbeit überprüft.

sind (Kap. I; 1.) – hier sind auch die Begriffsklärung zu Drogen und Drogenabhängigkeit integriert. Anschließend wird die historische sowie rechtlich-politische Einbettung von Kontaktläden in Deutschland vorgenommen (Kap. I; 2.), wobei in Kap. I; 2.2 auf die aktuelle deutsche Drogen(hilfe-)politik sowie ihre Ausgestaltungen in den Bundesländern Bayern und Hessen eingegangen wird. Schließlich werden Kontaktläden im deutschen Drogenhilfesystem eingebettet (Kap. I; 3.).

1. Was sind Kontaktläden?[12]

Kontaktläden sind niedrigschwellige Einrichtungen der Drogenhilfe mit einem offenen Profil. Sie wenden sich an Konsument*innen meist illegalisierter Drogen, welche die diversen Hilfeangebote unverbindlich nutzen können (vgl. Michels/Stöver 1999: 143). Wer kommen will, kann kommen, es werden keine Forderungen an Hilfe geknüpft – Hilfe findet also ohne Vorleistung der Klient*innen statt, sie ist niedrigschwellig. Niedrigschwelligkeit beinhaltet, dass Hürden, die von der Inanspruchnahme der Hilfeangebote abhalten können, möglichst reduziert, Anforderungen gering gehalten werden. Kontaktläden zielen nicht primär auf Drogenabstinenz für ihre Klient*innen, sondern sie wollen und sollen mit ihrer niedrigen Zugangsschwelle Kontakt zu Drogengebraucher*innen herstellen und mit ihren Angeboten zur Verbesserung der Lebenssituation ihrer Klient*innen beitragen, indem die gesundheitlichen, psychischen, materiellen und sozialen Risiken, die mit exzessivem, normabweichendem Drogenkonsum einhergehen, gemindert werden (vgl. Leune 2002: 375). Kontaktläden verfolgen das Ziel der Schadensminimierung, welche davon ausgeht, »dass trotz fortbestehendem Konsum der Schaden durch Substanzkonsum mit geeigneten Maßnahmen vermindert werden kann« (Hämmig 2012: 16). Angebote

12 Der folgende Abschnitt basiert zum Teil auf einer unveröff. Fassung des Artikels ‚Gesundheit in der Sozialen Arbeit – Arbeitsbelastungen in Kontaktläden', der in stark gekürzter und überarb. Version im Jahr 2013 veröffentlicht wurde (Molnar 2013). Teile dieser Rohfassung, die hier eingeflossen sind, sind ebenfalls in dem genannten Artikel zu finden – diese Stellen sind, da es sich zwar um dasselbe Ausgangsmaterial, aber nicht um dieselbe Ausarbeitung handelt, nicht markiert.

der Schadensminimierung sind Hygienemaßnahmen, Spritzentausch, Kondomvergabe, medizinische Basisversorgung usw. Niedrigschwelligkeit beinhaltet, so Müller (2011: 147), eine große Offenheit für situative Anforderungen: Es soll spontan und flexibel auf konkrete Bedürfnisse eingegangen werden. Kontaktläden sind also bedürfnisorientiert; ihre Angebote von bspw. Wasch- und Duschgelegenheiten, aber auch Beratung und Krisenhilfe orientieren sich an der Lebenswelt und an den Bedürfnissen der Klient*innen. Kontaktladenarbeit bedeutet, »professionelle Hilfe in Bedarfssituationen zu geben« (Schroers 1995: 28), jedoch ohne diese »aufzuzwingen« (ebd.). Kontaktläden sind also offen gestaltete, niedrigschwellige und szenenahe Einrichtungen der Drogenhilfe, in denen Drogengebrauchende diverse Angebote unverbindlich wahrnehmen können (Michels/Stöver 1999: 143). Die Klient*innen[13] dieser Drogenhilfeform charakterisiert Stöver (2002) als »hauptsächlich in der Szene lebende, meist schon langjährig Drogenabhängige« (ebd. 160). Zielgruppe von Kontaktläden sind i.d.R. aktuell drogengebrauchende Menschen, die ihren Konsum derzeit nicht aufgeben können oder wollen, »die diesen Gebrauch als wichtigen bzw. momentan unentbehrlichen Teil ihres Lebensstils« (Stöver 1991: 93) ansehen und/oder sich nicht als behandlungsbedürftig begreifen (vgl. ebd. 2002: 160). Der normative Anspruch an Drogenhilfe und Drogengebraucher*innen der (Re-)Integration in drogenfreiere[14] gesellschaftliche Bezüge wird zu Gunsten der Klient*innen verschoben, die selbst definieren können, was für sie relevant ist: »Drogenabhängige haben auch ohne Bekenntnis

13 Insgesamt liegen wenige valide Erhebungen zur Gruppe der exzessiv Drogen konsumierenden Personen vor. Dies liegt u.a. daran, dass diese Personengruppe schwer zu erreichen ist – sowohl für Hilfen als auch für Forschung. Häufig werden Studien in Großstädten (in Frankfurt/Main bspw. die Szenestudie MoSyD – vgl. Werse u.a. 2015; die DRUCK-Studie bezieht u.a. München, Köln, Hamburg ein – vgl. Bremer u.a. 2016) durchgeführt, allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, dass bspw. Großstädte mit ländlichen Regionen vergleichbar sind. Insofern sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten. Das betrifft Infektionsraten, Gewalterfahrungen, justizielle Belastung, aber auch alle anderen Lebensbereiche der Klient*innen von Kontaktläden.

14 Zumindest freier von illegalisierten Substanzen.

zur Suchtbeendigung einen legitimen Anspruch auf Hilfe« (ebd. 1991: 95). Somit wenden sich Kontaktläden vorwiegend an aktuelle (i.v.) Gebraucher*innen meist illegalisierter Drogen, darüber hinaus an substituierte Personen mit und ohne Beigebrauch[15]. Für ein tieferes Verständnis der Personengruppe, der sich Kontaktläden mit ihrem Angebot zuwenden, müssen die Begriffe ‚Droge' und ‚Drogenabhängigkeit' geklärt werden – die Klientel von Kontaktläden wäre nicht dort, wenn sie nicht Drogen gebrauchte und meist wird ihr eine Abhängigkeit von diesen Substanzen zugeschrieben.[16]

Begriffsklärung: Was sind Drogen, was ist Drogenabhängigkeit?

Unter dem Begriff der ‚Droge' werden Substanzen gefasst, »die durch ihre Wirkung auf das Zentralnervensystem das Befinden und die Erlebnisweisen der Benutzer, ihre Sinnesempfindungen, ihre Stimmungen, ihr Bewusstsein beeinflussen« (Loviscach 1996: 17), sie werden auch als ‚psychoaktiv' bezeichnet (vgl. Kähnert 1999: 23; Schmidt-Semisch/Nolte 2000: 7). ‚Psychoaktive' Substanzen wirken nicht immer gleich, die Wirkung hängt von der Substanz, der Person (‚Set') und dem »gesellschaftlichen Kontext des Konsums (das sogenannte Setting)« (Schmidt-Semisch/Nolte 2000: 13) sowie deren Zusammenspiel ab. Die einführend genannte, auf die Wirkungsweise der Substanzen bezogene Definition bleibt sehr vage, denn »[g]enaugenommen umfasst« sie »Opiate, Cannabis, Kokain und Ecstasy ebenso wie Alkohol, Kaffee, Tabak und viele Medikamente oder auch (psychoaktive) Gewürze (z.B. Muskat oder Petersilie)« (ebd.: 7). Auch Zucker wirkt auf unser Zentrales Nervensystem und die Wirkung von Schokolade

15 Als Beigebrauch wird der Konsum illegaler Substanzen neben einer Substitutionsbehandlung bezeichnet.

16 Es ist auch denkbar, dass Personen als Drogen bezeichnete Substanzen (auch exzessiv) konsumieren, ohne jedoch davon abhängig zu sein – z.B., weil sie diesen Lebensstil anderen Lebensstilen vorziehen. Die Zuschreibung der Abhängigkeit hat Auswirkungen auf eine Person, einerseits den Zugang zu Hilfesystemen, da ein Behandlungsanspruch besteht, andererseits stigmatisierende und ausgrenzende Prozesse, wenn bspw. der Zugang zu Arbeit, Wohnung und öffentlichen Orten eingeschränkt wird.

bspw. dürfte sehr vielen Menschen aus eigener Erfahrung bekannt sein. Darüber hinaus wird der Gebrauch diverser psychoaktiver Substanzen

> »in vielen Lebenssituationen als eine ›normale‹ Verhaltensweise angesehen: um die Gesundheit wiederherzustellen, verläßt sich ein Großteil der Bevölkerung auf die Einnahme von Medikamenten. Aufputschmittel werden konsumiert, um leistungsfähig zu sein und somit einer gesellschaftlichen Norm zu entsprechen. Barbiturate und Tranquilizer werden bei einer Vielzahl von psychischen Problemen verschrieben. Der Konsum von Alkohol und Nikotin gehört fest zu einer Reihe von rituellen Gegebenheiten dazu (Schützenfeste, Familienfeiern, Silvester etc.)« (Kähnert 1999: 23).

Tretter/Müller (2001) beziehen das Ziel des Konsums mit ein und sprechen davon, dass das »süchtige Verhalten« »einen bestimmten, ungewöhnlich *angenehmen Erlebniszustand*« vermittle, wobei »es sich auch um die *Minderung eines unangenehmen Erlebniszustands*« (ebd.: 18; Hervorheb. i. Org.) handeln könne. Doch auch diese Dimension macht den Begriff der Droge nicht greifbarer, da hierunter bspw. auch die Wirkung einer Schmerztablette bei Kopfschmerzen zu fassen wäre. Mit der Gesetzgebung könnte das Merkmal der Il-/Legalität zur Festlegung dessen, was als Droge (i.S. des Gesetzes ‚Betäubungsmittel') zu fassen ist, genutzt werden. Doch »[s]olche Unterscheidungen sind nicht unproblematisch, denn das Merkmal legal/illegal ist zwar ein objektives (im Sinne der rechtlichen Bewertung), es sagt aber über die Substanz und ihre positiven oder negativen Eigenschaften wenig aus. Auch Alkohol war in der Geschichte immer wieder verboten und somit eine illegale Droge« (Schmidt-Semisch/Nolte 2000: 7); darüber hinaus sind zwei der Substanzen, die mit Abstand am häufigsten zu substanzbezogenen Todesfällen (in Deutschland und vielen weiteren Staaten; vgl. Lehner/Kepp 2015: 11ff.) führen – Alkohol und Nikotin[17] – nach dem deutschen Gesetz nicht als BtM definiert. Die Definition dessen, was per Gesetz als BtM gilt, unterliegt also historischem Wandel und scheint die ‚Gefähr-

17 Bei Alkohol wird von etwa 74.000 Todesfällen gesprochen, wobei von einer hohen »Wahrscheinlichkeit der Unterschätzung« (Lehner/Kepp 2015: 18) auszugehen sei; bei Nikotin wird die Anzahl der Todesfälle pro Jahr mit 100.000 bis 120.000 (exkl. Passivrauchens) angegeben (vgl. ebd.: 18, 26).

lichkeit' einer Substanz zumindest nicht als ausschlaggebendes Kriterium zu behandeln. Dies gilt ebenso für die Bezeichnung verschiedener Substanzen als ‚hart' oder ‚weich' – weshalb sollte Nikotin mit seinen stark negativen Auswirkungen ‚weicher' sein als LSD? Die Grenzen zwischen ‚Drogen' und ‚Nicht-Drogen' (bspw. Arznei-, Genuss- und Nahrungsmittel) sind also unklar und können auch gar nicht geklärt werden, denn es gibt z.B. »keinen chemischen Unterschied zwischen dem Morphium, das einem an Schmerzen leidenden Patienten von einem Arzt verabreicht wird, und jenem, welches sich ein Opiat-Liebhaber aus anderen Gründen zu Hause selbst injiziert« (Schmidt-Semisch/Nolte 2000: 12) – es ergibt sich eine »situationsabhängige Definition von Substanzen« (ebd.: 11), da jede*r Konsument*in durch die Absicht der Einnahme einer Substanz deren Zweck als Genuss-, Arznei-, Rausch- oder Betäubungsmittel etc. bestimmt. Hervorzuheben ist, dass es für »den Umgang mit allen Drogen […] ein Spektrum [gibt], auf dem der individuelle Gebrauch eingeordnet werden kann. Das Spektrum reicht stets von Abstinenz bis zu unmäßigem oder zwanghaftem Konsum, oder eben bis zu dem Punkt, der als ›Sucht‹ bezeichnet wird« (ebd.: 13). Im Rahmen dieser Arbeit mit ihrer spezifischen Fragestellung ist die gesetzgeberische Definition dessen, was als ‚Betäubungsmittel' verstanden wird, trotz der daran geäußerten Kritik von hoher Bedeutung, da damit der Umgang u.a. mit Klient*innen von Kontaktläden festgelegt wird.

Als ein weiteres Merkmal von ‚Drogen' wird, bspw. in § 1, Abs. 2 BtMG, die ihnen zugeschriebene Fähigkeit, Abhängigkeit auszulösen, aufgeführt.[18] Für den Umgang mit Drogen gebrauchenden Personen ist, v.a. im medizinischen Kontext, die Definition von Drogenabhängigkeit durch die Weltgesundheitsorganisation ausschlaggebend. Nach dem Klassifikationssystem ICD der WHO, derzeit in der zehnten Version vorliegend (die elfte Version ist derzeit in Bearbeitung und soll im Jahr 2019 von der WHO verabschiedet werden; vgl. DIMDI 2018), wird

18 Substanzen können u.a. dann in die Anlagen des BtMG aufgenommen werden, »wenn dies […] nach wissenschaftlicher Erkenntnis wegen der Wirkungsweise eines Stoffes, vor allem im Hinblick auf das Hervorrufen einer Abhängigkeit […] erforderlich ist« (§ 1, Abs. 2 BtMG).

die Diagnose Drogenabhängigkeit gestellt, »wenn mindestens drei der genannten Symptome in den letzten 12 Monaten phasenweise bestanden« (Reissner 2008: 71): Die Symptome umfassen 1. eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren, 2. eine verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, 3. ein körperliches Entzugssyndrom, 4. Toleranzentwicklung, 5. Einengung auf den Substanzgebrauch und 6. den anhaltenden Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen (vgl. WHO 2011: 77f.). Drogenabhängigkeit ist nach der Definition der WHO »als eine Gruppe von körperlichen, Verhaltens- und kognitiven Phänomenen« zu verstehen, »die als übermächtiges Verlangen, eingeschränkte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn und Menge des Konsums beschrieben werden« (Degkwitz 2002: 26f.). Jedoch können, so Stimmer (2000), »alle menschlichen Strebungen süchtig entarten« (ebd.: 725). Es besteht »die Möglichkeit des nichtabhängigen Gebrauchs von Heroin ebenso […] wie umgekehrt auch die Möglichkeit des abhängigen Konsums von Kaffee« (Loviscach 1996: 22). Abhängigkeit bedeute die Einschränkung der »freie[n] Entwicklung« und der »Autonomie der eigenen Entscheidung« durch die »Bindung an Menschen, Ideen oder Stoffe« (Stimmer 2000: 1). Einschränkungen von Autonomie und der freien Entwicklung, mit Degkwitz (2002) »Habitualisierung und ein gewisser ›innerer Zwang‹« (ebd.: 27), sind jedoch keine »hinreichenden Voraussetzungen für ›Sucht‹« (ebd.), da sie »gestörte und angepasste Handlungsmuster« (ebd.) nicht unterscheiden. Eine gewisse Abhängigkeit von 'Menschen, Ideen oder Stoffen' entspricht ebenso der gesellschaftlichen Norm wie gewohnheitsmäßiges Verhalten. Das in der Definition der WHO beschriebene »Verhaltensmuster ist immer bezogen auf eine soziale Norm ›exzessiv‹, ›kompulsiv‹ oder ›eingeengt‹« (ebd.); der Begriff der Drogenabhängigkeit muss also in den Kontext gesellschaftlicher Vorstellungen von ›Normalität‹ und Erwartungen an Verhalten gesetzt werden. Bei der Definition von Drogenabhängigkeit kann folglich von einem »Verhalten, dass sich hinsichtlich der Selbstkontrollerfordernissen außerhalb der Norm befindet« (ebd.) gesprochen werden. Drogenabhängigkeit kann verstanden werden als das

> »Verfehlen der gesellschaftlichen Norm der Selbstkontrolle in Verbindung mit psychotropen Substanzen. […]
> Der qualitative Unterschied zwischen Konsum und Sucht […] ist gekennzeichnet durch das Ingangsetzen der ›Eigendynamik‹. Diese Eigendynamik/Verselbständigung wird auch erst ›entdeckt‹, wenn die geforderte Selbstkontrolle offenbar verfehlt wird. Die Eigendynamik von Lebensmustern mit entsprechend beschränktem willentlichen Zugriff ist die Regel. Solange sie sich im Bereich der Normalität bewegen, wird die mangelnde ›Steuerungsfähigkeit‹ nicht zum Problem« (ebd.: 28).

Auch wenn Drogenabhängigkeit heute als Krankheit definiert wird (und als solche diagnostiziert werden kann), bewegt sich das Verständnis dieses Phänomens nach wie vor zwischen moralisierenden, kriminalisierenden und pathologisierenden Zuschreibung – dies wird in Kap. I; 2.1 verdeutlicht, wenn u.a. die historische Entwicklung der Drogenhilfe in Deutschland betrachtet wird. Das Verhalten, das als Drogenabhängigkeit verstanden wird, führt i.d.R. zu für das konsumierende Individuum negativen Folgen auf der sozialen, psychischen und gesundheitlichen Ebene (vgl. ebd.: 27; Kähnert 1999: 41ff.), etliche dieser Folgen sind der gesellschaftlichen, u.a. rechtlichen Sanktionierung dieser Normabweichung geschuldet (dazu mehr u.a. in Kap. I; 2.1 u. 2.2 sowie IV; v.a. 2. u. 3.).

Die Besucher*innen von Kontaktläden sind überwiegend exzessiv drogengebrauchende Personen, die ggf. abhängig sind, es handelt sich häufig um Menschen, die eine »starke[...] gesundheitliche[...] Verelendung« (Stöver 1991: 95) aufweisen und weitere Problemlagen in diversen Lebensbereichen erfahren (vgl. ebd.: 92ff.). Die »Lebensverhältnisse des Abhängigen« konstituieren sich, so Jungblut (2004), »unter dem Druck gesellschaftlicher Ächtung und strafrechtlicher Sanktionierung [... und haben] insoweit stark stigmatisierende und isolierende Wirkungen« (ebd.: 300). Die Problemlagen der Klient*innen, mit denen sich Mitarbeiter*innen von Kontaktläden konfrontiert sehen, werden in der Analyse der Interviews ausführlich dargestellt (v.a. Kap IV; 1.3.2). Da Kontaktläden bedürfnisorientiert sein sollen und wollen, richten sie sich an den Lebenswelten ihrer Klient*innen aus und versuchen,

deren Bedarfe[19] ins Zentrum der Arbeit zu stellen. Allerdings hängen die Ausgestaltung und das Angebotsspektrum eines Kontaktladens auch von den materiellen Möglichkeiten der Einrichtung und der (Hilfe-)Infrastruktur ihrer Umgebung ab. Gemeinsam ist ihnen jedoch ein offener Cafébereich, in dem sich Drogengebrauchende zwanglos aufhalten und diverse Angebote in Anspruch nehmen können. Kontaktläden bieten so die Möglichkeit, sich auszuruhen und mit anderen Betroffenen sowie Mitarbeiter*innen auszutauschen. Dadurch kommt ihnen die Funktion »von Wärmestuben, Auffangeinrichtungen und Kommunikationsräumen« (Stöver 2002: 160) zu und sie wirken der sozialen Desintegration, die viele Drogengebrauchende erleben, entgegen. In seiner Studie hat Schroers (1995) verschiedene Intentionen herausgearbeitet, aus denen Besucher*innen den Kontaktladen aufsuchen. Dazu zählt die ‚Treffpunktfunktion' der Einrichtung: Man kann Zeit im Kontaktladen verbringen, dabei Kontakt mit anderen Drogengebraucher*innen und Mitarbeiter*innen aufnehmen und aufrechterhalten. Auch der Drogenhandel spielt als »konzeptionell nicht eingeplanter Nebeneffekt des Kontaktladens« (ebd.: 87) eine Rolle, da er bspw. im Kontaktladen angebahnt oder durchgeführt wird. Drogenhandel und -konsum sind jedoch in Kontaktläden nicht gestattet, die Hausregeln umfassen meist »keine Gewalt und keine Gewaltandrohung, kein[en] Drogenhandel, keine Hehlerei und kein[en] Konsum« (Stöver 2002: 160). Mitarbeiter*innen von Kontaktläden müssen die Einhaltung der Hausregeln gewährleisten – sie erfüllen neben dem organisatorischen und pädagogischen einen ordnungspolitischen Auftrag, der mit Kontrolle der Klient*innen und deren Verhaltensweisen einhergeht. Auf diesem Weg werden durch die ungewollte Funktion des Kontaktladens als Ort zum Drogenhandel »in einem nicht geringfügigen Maß die Tätigkeitsressourcen der MitarbeiterInnen« (Schroers 1995: 87) gebunden. Über diese ungewollte Funktion hinaus können Drogengebraucher*innen im

19 Bei der Orientierung auf Bedarfe sollte bedacht werden, dass zwischen den subjektiven Bedürfnissen einzelner Klient*innen und der Wahrnehmung und Einschätzung über deren Bedarfe Differenzen bestehen können. Auf diesen Aspekt wird in der Analyse der Interviews u.a. in Kap. IV; 2.1 eingegangen.

Kontaktladen in einer Atmosphäre der »Akzeptanz und Wertschätzung« (ebd.), die außerhalb der Einrichtung nur selten für diese Personengruppe erfahrbar ist, »Gleichgesinnte« (ebd.: 86) treffen, also andere Drogen konsumierende Personen, die ähnliche Problemlagen erleben. Zusätzlich erhält der Kontaktladen die Funktion eines »Ruhepols« (ebd.), in dem die Besucher*innen vom oftmals stressigen ‚Drogenalltag' entspannen und sich erholen können. Über die soziale Funktion des Kontaktladens hinaus bietet er Obdach, v.a. für Klient*innen ohne eigenen Wohnraum (vgl. ebd. 85ff.). Die lebenspraktischen Angebote von Duschgelegenheiten u.v.m. helfen bei der Bewältigung des Alltags der Klient*innen, zusätzlich erfahren sie instrumentelle Unterstützung, bspw. durch Hilfen bei der Wohnungssuche, bei Ämtergängen und etlichen weiteren Angelegenheiten. Unterstützung findet durch Mitarbeiter*innen auf einer breiten Ebene statt, u.a. indem offen und oft vorurteils- und/oder wertfrei zugehört wird. Mitarbeiter*innen fördern Klient*innen auf emotionaler, informativer und evaluativer (bezogen auf lebensweltliche Bezüge der Klient*innen) Ebene (vgl. ebd.: 85ff.). Es ergeben sich folgende Angebotsbereiche von Kontaktläden:

- Lebenspraktische Hilfen und Versorgungs- sowie gesundheitliche und weitere hygienische Angebote: Mahlzeiten, Kleidungsbörsen, Wäsche waschen, Möglichkeiten zur Körperhygiene u.a.m., Wundversorgung usw.;
- Beratungsangebote zu Drogen, Safer Use und Safer Sex, aber auch
- psychosoziale Hilfen, die weitere Beratungsangebote, Krisenintervention u.v.m. umfassen können;
- Beratung und Vermittlung zu anderen, auch abstinenzorientierten Hilfeformen, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Drogenhilfe;
- Angebote für Freizeit und Bildung;
- aufsuchende Arbeit, bspw. Streetwork oder Betreutes Wohnen;
- Angebote für das soziale Umfeld (Freund*innen, Verwandte usw.) der Klient*innen sowie
- Begleitung und Unterstützung eines Substitutionsprozesses (vgl. ebd.: 28).

Die Angebotspalette reicht also von caféähnlichen Servicetätigkeiten wie dem Bereitstellen von Getränken und Nahrungsmitteln über schadensminimierende Angebote, bspw. Spritzentausch, bis zu komplexen Beratungsprozessen inklusive der Vermittlung in andere Hilfeangebote. Je nach Ausgestaltung bieten Kontaktläden aufsuchende Tätigkeiten, Betreuung, Beratung und Krisenhilfe an. Letztlich geht es um die Begleitung von Menschen in ihrer Lebenssituation. Darüber hinaus integrieren Kontaktläden »neben eigenen Diensten zusätzliche Angebote anderer sozialer Dienste, so z.B. Schuldnerberatung, Gesundheitsberatung, Rechtsberatung. Für die Besucher bedeutet dies ebenfalls einen unkomplizierten Kontakt zwischen sich und den Vertretern sozialer Dienste« (Jungblut 2004: 183). Das Angebotsspektrum, das die einzelnen Kontaktläden leisten können, hängt stark von den Möglichkeiten ab, die die Ausstattung der jeweiligen Einrichtung in personeller und materieller Hinsicht bietet. Einfluss hat auch die außerhalb der Einrichtung vorhandene Infrastruktur bzgl. weiterer drogenbezogene Projekte wie Drogenberatungs- und Notschlafstellen, andere Beratungs- (Schuldnerberatung, Erziehungsberatung usw.) und Unterstützungsangebote. Es ergibt sich ein heterogenes Bild der Angebotspaletten einzelner Kontaktläden (vgl. Michels/Stöver 1999: 146ff.; Stöver 2002: 160ff.). So bieten einige Kontaktläden u.a. Streetwork, diverse Beratungsangebote, angegliederte Drogenkonsumräume, medizinische Ambulanz usw. an, andere müssen sich auf weniger stark aufgefächerte Angebotsbereiche reduzieren.

Mit ihren Angeboten von Gesundheitsförderung, Beratung, Unterstützung u.v.m. fördern Kontaktläden die Handlungsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Selbsthilfepotentiale ihrer Klient*innen, sie mildern die Folgen von Stigmatisierung, Verfolgung, Ausgrenzung usw. ab, und streben für ihre Klient*innen eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung an (vgl. akzept e.V./DAH 1999: 16ff., 28f.). Dadurch werden Klient*innen dabei unterstützt, (wieder) eine eigenständige Lebensführung – Drogenhilfe soll Klient*innen »an Lebenslagen [heranführen], in denen sie wieder selbstbestimmt und selbstversorgend handeln können« (Jungblut 2004: 333) – und Teilhabefähigkeiten zu entwickeln.

Auch wenn der Fokus auf Selbstbestimmung, Selbstversorgung, Entscheidungsfähigkeit etc. der Klient*innen liegt, kann phasenweise als Unterstützung *für* Klient*innen gehandelt werden: »Das Orientieren auf Eigenverantwortung und Autonomie bedeutet nicht, dass Betroffene in Krisensituationen sich selbst überlassen bleiben, sondern dass dann aktiv Verantwortung für sie übernommen wird« (akzept e.V./DAH 1999: 14). Um Teilhabemöglichkeiten für Drogengebraucher*innen zu erhöhen, muss auch politische und Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden, denn dadurch können bestehende Missstände und exkludierende Haltungen hinterfragt werden (vgl. ebd.: v.a. 15f.). Damit haben Einrichtungen und Mitarbeiter*innen auch die Rolle als (politische) Fürsprecher*innen für ihre Klient*innen (vgl. akzept e.V./DAH 1999: 15f., 22).

Die Ausgestaltung der Tätigkeit in Kontaktläden hat sich seit ihrer Entstehung und Konsolidierung deutlich verändert. Zu Anfang wurde von mehreren Autor*innen von einem bedeutenden Mangel an Professionalität berichtet; so schreibt Vogt im Jahr 1999 von »chaotische[n] Zustände[n] in den Einrichtungen«, spricht von einer »Laisierung der Hilfe«[20] und stellt fest: »Die Arbeit verflacht in Alltagshandlungen, die kein besonders Wissen oder Können voraussetzen« (ebd.: 27). Auch Happel (2005) konstatiert für die frühen 1990er-Jahre, dass aufgrund des hohen Handlungsdrucks durch starke Verelendung innerhalb der Drogenszenen »anfangs bei der Methodenkonzeption und bei Fragen des Selbstverständnisses weniger reflektierte Praxiserfahrung, sondern Überzeugungen, Pionierhaltungen und Visionen das berufliche Handeln bestimmten« (ebd.: 1). Nicht nur für die Entstehungszeit von Kontaktläden in den 1990er-Jahren wird dieser Mangel an Methodenreflektion benannt: Im Zusammenhang mit psychosozialer Arbeit in der Drogenhilfe stellt Schmid im Jahr 2003 äußerst kritisch fest, dass hier seit der Entstehung der »psychosozialen Ansätze in der Drogenhilfe« (ebd.: 233) keine Methodendiskussion stattgefunden habe. Diese Debatte sei aber dringend notwendig, denn

20 Der Begriff der ‚Laisierung' bezieht sich auf den Laien, beschreibt also eine Entprofessionalisierung der Drogenhilfe.

> »[a]uch nach 30 Jahren ambulanter Drogenhilfe sind die psychosozialen Fachkräfte in der Drogenhilfe immer noch nicht in der Lage, ihre Leistungen präzise zu benennen und von den versorgenden Angeboten einerseits (für die sie überqualifiziert sind) und den therapeutischen Angeboten andererseits (für die sie nicht ausgebildet sind) abzugrenzen« (ebd.: 233).

Anerkannte Wirksamkeitsstudien zu psychosozialer Arbeit in der Drogenhilfe lägen bislang nicht vor (und diese Situation hat sich bis heute nicht geändert)[21] und insgesamt, so Schmid (2003) unter Rückgriff auf Schu u.a. (2001: 71f.), sei »methodisches Arbeiten [...] nach wie vor eher die Ausnahme als die Regel in der psychosozialen Drogenhilfe« (Schmid 2003: 233).[22] Ob ‚methodisches Arbeiten' – je nachdem, wie methodisches Arbeiten verstanden wird – jedoch im Rahmen von Kontaktladentätigkeit positiv zu bewerten ist, bleibt diskussionswürdig. Das Arbeitsfeld zeichnet sich durch Niedrigschwelligkeit und Bedürfnisorientierung aus, es werden nur wenige Strukturen vorgegeben. Dadurch ergibt sich, dass flexibel und spontan reagiert werden kann. Natürlich sollte das Angebot nicht in Strukturlosigkeit verschwimmen, allerdings kann sich durch mehr ‚methodisches Arbeiten' im Zweifelsfall höherer Arbeitsaufwand, aber nicht diesem Aufwand entsprechende Wirksamkeit ergeben. Aufgrund der Variabilität der Arbeitssituationen hat sich ein übergreifendes Kompetenz- und Anforderungsprofil für Mitarbei-

21 Insgesamt ist die Wirksamkeit pädagogischer Interventionen auf Grund ihrer Komplexität schwer messbar – Klient*innen treten bspw. üblicherweise nicht nur mit den Mitarbeiter*innen von Kontaktläden in Kontakt, so dass stets die komplexe Lebenswelt ebenfalls Auswirkungen auf die Lebenssituation einer Person hat. Darüber hinaus scheint v.a. die niedrigschwellige Drogenhilfe ein Arbeitsfeld zu sein, in dem wenige Forschungsgelder fließen. Vgl. dazu auch die Ausführungen in Kap. I; 2.2.2.

22 Schu u.a. (2001) nehmen Bezug auf die Erprobung eines Hilfeplanverfahrens in verschiedenen Bereichen der Drogenhilfe im Rahmen eines Kooperationsmodells zu nachgehender Sozialarbeit bei sog. chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigen, das offensichtlich teilweise innerhalb der Erprobung auf Widerstand seitens der beteiligten Drogenhelfer*innen stieß. Die letztlich positive Bewertung des Projektes durch die Autor*innen begründet sich laut Artikel v.a. darin, dass diejenigen Drogenhelfer*innen, die das Instrument der Hilfeplanung anwandten, es überwiegend als positiv bewerteten – diejenigen, die es nicht anwandten, werden bei der Bewertung wenn, dann nur schwach einbezogen (vgl. ebd.).

ter*innen in Kontaktläden nach wie vor nicht entwickelt. So stellt auch Happel im Jahr 2005 fest, dass »die Tätigkeiten und [das] tägliche Tun [der Mitarbeiter*innen in der niedrigschwelligen Drogenhilfe; Anm. DM] eher als ein Flickerlteppich unterschiedlicher Methoden und Interventionsformen beschrieben werden« (ebd.) könne.[23] Dies muss jedoch m.E. als Stärke und nicht als Schwäche dieser Art der Drogenhilfe verstanden werden, da aufgrund der »unterschiedlichen Arbeitssituationen [...] nur in seltenen Fällen [...] ein genuines sozialarbeiterisches Handlungskonzept« (ebd.) realisiert werden kann. »Insbesondere die situative Variabilität der Arbeitsanforderungen erfordert ein eminent flexibles Verhalten. Dass dabei unterschiedlichste Elemente der Begleitung, Betreuung und Beratung zur Anwendung kommen, erhöht die Ansprüche an das Kompetenzprofil der MitarbeiterInnen« (ebd.); das flexibel reagieren-Können, welches sich eben nicht an einem festen Profil orientiert, ist eine Herausforderung des Arbeitsfelds Kontaktladen. Seit den 1980er-Jahren hat sich die niedrigschwellige Drogenhilfe sowohl in der Methodik – Erste-Hilfe-Kurse, Deeskalationstrainings, Motivational Interviewing u.v.m. – weiterentwickelt, aber auch in den Angeboten ein breiteres Spektrum an Unterstützung für Drogengebraucher*innen ermöglicht. Substitution und Drogenkonsumräume sind feste Bestandteile der aktuellen Drogenpolitik. Niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen bieten – je nach Ausgestaltung – Psychosoziale Betreuung Substituierter, Betreutes Wohnen, Notschlafstellen, diverse Safer-Use-Angebote, Streetwork u.a.m. an.

Eine rückblickende Betrachtung des Arbeitsfelds Kontaktladen macht deutlich, dass hier nicht von einem stabilen System ausgegangen werden kann, sondern dass die Bedingungen der Arbeit und die Ar-

23 Unter den ‚Methoden' versteht Happel (2005) u.a. Vermittlung von Safer-Use-Techniken, Klientenzentrierte Gesprächsführung, Versorgung der Grundbedürfnisse sowie Psychoedukation (vgl. ebd.: 13). Davon grenzt er ‚handlungsleitende Zielorientierungen' wie Unterstützung der Selbsthilfe und Empowerment, Bedürfnisorientierung und Verhinderung medizinischer Problemlagen (vgl. ebd.: 11) sowie ‚Einstellungen und Haltungen', u.a. Verzichten auf Moralisieren und Bevormunden, Akzeptanz des Drogenkonsums und Verbesserung des Rechtsstatus (vgl. ebd.: 12), ab.

beit selbst vielfachem Wandel unterliegen. Auch Klient*innen bringen Entwicklungen ein. So hat sich die Arbeitsstruktur laut Happel (2001) auch deshalb verändert, weil Drogengebraucher*innen inzwischen die niedrigschwelligen, akzeptanzorientierten Einrichtungen als selbstverständlich annähmen – sie sind manifester Teil des deutschen Drogenhilfesystems. Dafür sei ein Generationenwechsel verantwortlich: »Viele der NutzerInnen kennen nur die gegenwärtige Situation, wissen nicht mit welchen Verfolgungsmaßnahmen der Druck bei Konsum in der Öffentlichkeit früher verbunden war. Folglich sind die Angebote für sie auch selbstverständlich« (ebd.: 76). Unter der Überschrift »Die schleichende Verrohung der Szene« (ebd.: 75) beschreibt Happel Veränderungen, die sich in der offenen Drogenszene in Frankfurt am Main/Hessen feststellen lassen. Als Ausdruck dieser Verrohung sieht er die innerhalb von zwei Jahren massiv gestiegene Anzahl von kurz- und langfristigen Hausverboten, die in einem Frankfurter Konsumraum ausgesprochen wurden (Anstieg kurzfristiger Hausverbote von 5-10 auf 15-20, langfristige Hausverbote von 15-20 Personen auf ca. 30). Diese Veränderung lässt sich einerseits durch den o.g. Generationswechsel innerhalb der Klientel erklären und der damit einhergehenden Etablierung und dem selbstverständlich Werden niedrigschwelliger Einrichtungen, andererseits können auch veränderte Konsummuster sowie der Konsum neuer Substanzen (mit-)verantwortlich sein. Hier werden speziell Kokain und Crack aufgeführt: »Diese Konsummuster sind häufig mit Hektik und Stress verbunden und es kommt immer dann zu Eskalationen, wenn die Einrichtungen voll ausgelastet sind. Trotz MitarbeiterInnenausbildung in Methoden der Deeskalation wird das Handling mit diesen Situationen zunehmend schwieriger« (ebd.: 75). Ähnliche Tendenzen, speziell bezogen auf den Konsum von Crack, werden auch in anderen Quellen, so z.B. bei Stöver (2002: 170) beschrieben. Allerdings fließen weitere Faktoren in Stimmung, aggressives Verhalten etc. der Klient*innen und innerhalb der Einrichtungen ein, bspw. spielen der repressive polizeiliche und ordnungspolitische Druck auf Klient*innen, die Situation auf dem Drogenmarkt etc. eine maßgebliche Rolle. Diese Aspekte werden in der Interviewanalyse (vgl. Kap. IV; 1.3.1.1; 1.5 u. 3.1) weiter ausgeführt.

Bereits aus der vorangehenden Beschreibung des Forschungsgegenstandes Kontaktladen lassen sich einige Herausforderung für die wissenschaftliche Annäherung an dieses Arbeitsfeld ablesen. So sind Kontaktläden je einzigartig in ihrer Angebotspalette und mit ihren Umgebungsfaktoren, das Arbeitsfeld zeichnet sich durch eine hohe Heterogenität aus. Mit den einzelnen Angebotsbereichen (medizinische Ambulanz, Streetwork, Drogenkonsumräume etc.) gehen verschiedene Arbeitsanforderungen einher. Und nicht nur das Aufgabenfeld differiert stark, auch das Umfeld ist deutlich unterschiedlich: Die Infrastruktur, andere vorhandene Angebote, drogenpolitische Vorgaben u.v.m. können massiv variieren, aber auch die Bedingungen der jeweils vorhandenen Drogenszene. So ist die Frequentierung der Einrichtungen unterschiedlich, die Stimmung in der Szene kann – bspw. aufgrund einer angespannten Wohnraumsituation oder intensiven repressiven Vorgehens – differieren usw. Diese Rahmenbedingungen können sich massiv auf Arbeitsbelastungen auswirken, da z.B. die Klientel maßgeblich Arbeitsklima und Arbeitsanforderungen bestimmt. Einige Bedingungen sind jedoch übergreifend gleich, z.B. die niedrigschwellige Struktur der Tätigkeit, die Szenenähe und ein Großteil der Problemlagen, mit der sich die Klientel konfrontiert fühlt. Diese übergreifenden Bedingungen zu untersuchen, aber auch die differenten Anforderungsprofile zu erkennen, ist ein Ziel der in dieser Arbeit vorgestellten Untersuchung.

Darüber hinaus handelt es sich um ein Arbeitsfeld, das vielfachem Wandel unterliegt: Kontaktläden konnten sich Mitte der 1980er-Jahre im deutschen Drogenhilfesystem etablieren, nachdem niedrigschwellige und schadensminimierende Hilfen beinahe über zwei Jahrzehnte hinweg massiv abgelehnt wurden (vgl. Schmid 2003: 139ff.). Inzwischen sind sie im deutschen Drogenhilfesystem fest verankert. Diese historische Perspektive wird im folgenden Kapitel (I; 2.) aufgegriffen. Sie verdeutlicht, dass sich die Situation in niedrigschwelligen (akzeptanzorientierten) Drogenhilfeeinrichtungen innerhalb der letzten 30 Jahre stark verändert hat, da bspw. teilweise die drogenpolitischen Umgangsweisen mit Einrichtungen und Klientel angepasst wurden (vgl. Hüsgen 2001: 29ff.), sich aber auch die Profession weiterentwickelt und Konsummuster ge-

wandelt haben. Drogenhilfe gilt als Arbeitsfeld mit hohen Anforderungen und Belastungen (im deutschsprachigen Raum zuletzt belegt von Kuhn/Klein 2013; früher u.a. Fengler 2002), die sich in großen Teilen auf den Kontakt mit der spezifischen Klientel und deren Problemlagen etc. beziehen. Allerdings hat gerade in diesem Bereich bislang wenig Forschung zu Arbeitsanforderungen und -belastungen stattgefunden[24] und viele Forschungsarbeiten stammen aus den 1990er-Jahren. Untersuchungen, die in den 1990er-Jahren durchgeführt wurden, können heute nur noch bedingt Gültigkeit besitzen, bzw. deren Aussagen müssen auf ihr Zutreffen zumindest überprüft werden – dies bereits als Ausblick auf den Forschungsstand der Thematik. Die Forschungsergebnisse aus den zurückliegenden Jahrzehnten müssen unter dieser Perspektive betrachtet werden.

2. Die historische und politisch-rechtliche Einbettung von Kontaktläden

Das deutsche Drogenhilfesystem hat sich in einem komplizierten Geflecht von politischen Entwicklungen, Forderungen und Überzeugungen, gesellschaftlichen Bedürfnissen und Haltungen sowie wissenschaftlich-medizinischen Vorstellungen von Drogenabhängigkeit usw. entwickelt. Drogenhandel-, -konsum und Drogenhilfe sind immer auch ein gesellschaftlich-politisches Thema, und der politische und rechtliche Kontext gibt maßgeblich vor, wie mit ‚dem Drogenproblem' umgegangen werden soll. Dieser ist »in Deutschland […], wie in den meisten entwickelten Industrieländern, eine überwiegend reaktive und nur in Ausnahmen gestaltend-vorausschauende Politik« (Schmidt/Hurrelmann 2000: 14). Die deutsche Drogenpolitik »ist eine historisch gewachsene Politik, die jeweils aktuell auf neu aufgetretene psychoaktive Substanzen eingegangen ist, aber selten eine durchgehende und syste-

24 Hier sei auf die ‚einfache Literaturrecherche' im Onlinekatalog der DNB verwiesen, die in der Einleitung aufgegriffen wurde: Die Suche nach ‚Arbeitsbelastung' in Kombination mit unterschiedlichen Suchwörtern zu Sucht- und Drogenhilfe ergab keinen Treffer.

matische Linie entwickelt hat« (ebd.). Die historische Entwicklung der Drogenhilfe ist also eng mit Drogenrecht und -politik verknüpft, die wiederum durch gesellschaftliche, ebenso wissenschaftliche, Entwicklungen, Strömungen und Erkenntnisse beeinflusst sind.

Die Drogenhilfe sowie Drogenrecht und -politik in ihrer aktuellen Struktur haben sich in Deutschland v.a. seit der späten 1960er- bis frühen 1970er-Jahre herausgebildet. Im Folgenden sollen diese Entwicklungen, mit einem knappen Rückgriff auf die Zeit vor 1960, nachgezeichnet werden. Dabei wird das ‚Drogenproblem' beleuchtet: In Deutschland erst gegen Ende der 1960er aufgekommen, löste es durch spezifische Zusammenhänge eine wahre Flut an Reaktionen auf politischer, gesellschaftlicher, medialer und der Ebene potentieller Behandlungszuständigkeit aus (zunächst musste überhaupt geklärt werden, welche Berufsgruppen, Institutionen usw. berechtigt, verpflichtet und gewillt waren, sich mit diesem ‚neuen' Phänomen auseinander zu setzen). Die Masse an teilweise hoch dramatisierenden Reaktionen jedoch überdeckt oftmals das eigentliche Problem, seine Ursachen und Auswirkungen sowie seinen tatsächlichen Umfang. Deshalb werden epidemiologische Daten aufgegriffen, anschließend politische, rechtliche und gesellschaftliche Reaktionen beleuchtet. Auf die nationale Drogenpolitik und das nationale Drogenrecht wirken sich internationale Bezüge über nationale Bedingungen, die sie beeinflussen, auf Mitarbeiter*innen der Drogenhilfe und deren Klient*innen aus, weshalb diese, wo nötig, kurz angerissen werden.[25] Einen Schwerpunkt bei der Betrachtung von Drogenpolitik und -recht bildet das im Jahr 1972 als Reaktion auf den Anstieg des Drogenkonsums eingeführte BtMG, da es Grundlage und Hauptinstrument der deutschen Drogenpolitik ist. Weitere wichtige Regelungen, innerhalb derer sich Kontaktläden bewegen, sind u.a.

25 Um einen ausführlicheren Überblick über internationale Drogenstrategien, -recht und -politik – in der Regel allerdings vorwiegend mit dem Ziel der Bekämpfung von Drogen (-herstellung, -handel, aber auch -gebrauch) – zu gewinnen, empfiehlt sich Gerlach/Stöver 2012. Für einen Einblick in Bezüge der Europäischen Union lohnt sich die Lektüre von Hüllinghorst 2010.

verschiedene SGB[26] (Regelungen zu Sozialhilfe, Arbeitslosengeld, Renten- und Krankenversicherungen, Kinder- und Jugendhilfe u.v.m.), das StGB (Beschaffungsdelikte etc.) und Vereinbarungen über Kranken- sowie Rehabilitationsleistungen. Spezifische Relevanz für das Feld haben außerdem, etwa bei Substitution[27], Regelungen zu Verschreibung von Medikamenten und zur Behandlung von Erkrankungen (bspw. die BtMVV).[28] Gerade der BtMVV schreibt Hüllinghorst (2010) »eine weitere Möglichkeit der politischen Einflussnahme« zu, denn »[h]ier wird festgelegt, wie und in welcher Art und Weise ein Betäubungsmittel abgegeben werden darf« (ebd.: 16).

In den 1980ern hatte sich schließlich ein ausdifferenziertes und professionalisiertes Drogenhilfesystem in Deutschland herausgebildet und etabliert. Die Herausbildung dieses Systems geschah nicht geradlinig, sondern einige teilweise innovative Interventionen, Organisationen und Einrichtungsformen entstanden, blieben bestehen und manche verschwanden wieder. Weshalb sich welche Formen durchsetzen konnten, soll dargestellt werden. Die gesetzlichen und politischen Entwicklungen dieser Zeitspanne stützten (und stützen teils bis heute) das sich entwickelnde Drogenhilfesystem, das als ‚traditionell' und ‚abstinenzorientiert' bezeichnet wird. Dieser sich in den 1980er-Jahren etablie-

26 In Bezug auf die Besonderung der Krankheit Drogenabhängigkeit über das BtMG und weitere Regelungen spricht sich Hüllinghorst (2010) dafür aus, dass ein Rückbezug auf den § 27 des SGB V erfolgen solle, denn »Abhängigkeit, so definiert es auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), ist eine in der Klassifikation der Krankheiten gut beschriebene (chronische) Erkrankung« (ebd.: 16). Der § 27 SGB V wiederum gibt vor, wie mit einer Krankheit zu verfahren sei: Sie solle erkannt, geheilt, ihre Verschlimmerung verhütet oder Krankheitsbeschwerden gelindert werden (vgl. ebd.). »Das muss«, so Hüllinghorst (2010) »ohne Wenn und Aber auch für die Abhängigkeit gelten. Niedrigschwellig lindern, durch Medikamentenvergabe bessern und durch Therapie heilen – dafür bedarf es keiner Sonderregelungen« (ebd.).

27 Im September 2017 wurde eine Reform der BtMVV umgesetzt, die maßgebliche Veränderungen bzgl. der Rechtssicherheit substituierender Ärzt*innen beinhaltet. Das wird in Kap. IV; 3.2 ausführlicher dargestellt.

28 Relevant sind weiter das AMG, das ‚Gesetz zum Schutz der Jugend in der Öffentlichkeit' u.v.a. (vgl. Kalke 2001: 24). Es kann hier nicht auf alle gesetzlichen Regelungen und Bestimmungen eingegangen werden.

renden Drogenhilfe wird das Akzeptanzparadigma gegenübergestellt, das sich als Gegenbewegung entwickelte, zunächst ein randständiges Dasein fristete und letztlich – allerdings über den Umweg pragmatischer Notwendigkeiten (bspw. Schadensminimierung aufgrund der AIDS-Problematik) – Teil der heutigen Drogenhilfe wurde. Verschiedene gesetzliche und politische Wandlungen begleiteten diese Entwicklung. Abschließend wird die heutige Drogenhilfe beleuchtet, wobei die aus akzeptanzorientierten Ansätzen entstandene niedrigschwellige Drogenhilfe, zu der Kontaktläden zählen, zentral sein wird. Der heutigen Drogen(hilfe-)politik auf den Ebenen des Bundes und der Länder Bayern und Hessen widmet sich dann Kap. I; 2.2 ausführlich.

2.1 Die Entwicklung von Drogenrecht, -politik und -hilfesystem in Deutschland

2.1.1 Die Entwicklung bis in die späten 1960er-Jahre

Vor dem 2. Weltkrieg war Drogenkonsum in Deutschland deutlich randständig und in der öffentlichen Wahrnehmung nur von geringem Belang. Konsument*innengruppen waren v.a. Künstler*innen und Intellektuelle, Angestellte im medizinischen Bereich und Kriegsveteranen (vgl. Jungblut 2004: 256). Bis in die späten 1960er-Jahre wurde kein ‚Drogenproblem' in Deutschland gesehen. Dies spiegelt sich in weiten Teilen in der deutschen Drogenpolitik und im Drogenrecht wieder. Bis ins Jahr 1921 wurde Substanzkonsum über apothekenrechtliche Vorschriften geregelt, ein »Bedarf für ein gänzlich neues Nebenstrafrecht war in Deutschland nicht erkennbar« (Holzer 2012: 18). Dennoch wurde dieses neue ‚Nebenstrafrecht' im Jahr 1920 auf internationalen Druck hin durch den deutschen Reichstag verabschiedet.[29] Die Forde-

29 Die ‚Haager Opiumkonvention' – Grundlage des deutschen Opiumgesetzes – war die Konsequenz aus verschiedenen internationalen Konferenzen und Vereinbarungen. Zunächst konnte die ‚International Opium Commission' im Jahr 1909 aufgrund britischen Widerstandes – über die Kolonie Britisch-Indien war Großbritannien maßgeblich am Opiumhandel beteiligt (vgl. Holzer 2012: 19) – kein völkerrechtliches Verbot des Opiumhandels beschließen, durch die ‚International Opium Conference' im Jahr 1911 entstand aber schließlich die

rung nach einem internationalen Abkommen, in dem besonders der Umgang mit Opium reguliert werden sollte, ging v.a. von den USA aus – andere Staaten waren weniger an einer Reduzierung des Handels mit Opium und anderen Stoffen interessiert. Die im Jahr 1912 aufgestellte Haager Opiumkonvention solle dem »Wohl der Menschenheit« (Weinacht 1999: 11) dienen,

> »[a]llerdings konkurrierte mit der Volksgesundheit in den Abnehmerländern das wirtschaftliche Wohl der Erzeugerländer. Die Briten waren solange nicht zur Beschränkung indischen Opiumhandels bereit, als Opium-Konkurrenten nicht ebenfalls die Konvention unterschrieben. Und die drängten auch darauf, Substitute in die Beschränkungen mit aufzunehmen, etwa die in Deutschland industriell produzierten Produkte Morphium und Kokain. Deutschland, das viel in diese Produkte investiert hatte, verlangte, dass weitere potentielle Erzeugerstaaten unterschrieben« (ebd.: 11f.).

Die Umsetzung der Konvention als ‚Opiumgesetz' in Deutschland widersprach den wirtschaftlichen Interessen des Staates, es »war eine Pflichtübung, vorgeschrieben durch Artikel 295 des Versailler Vertrags, der das Deutsche Reich zur Ratifikation der internationalen Opiumkonvention verpflichtete« (Holzer 2012: 18). Das Deutsche Reich galt »aufgrund seiner innovativen pharmazeutischen Industrie als die »Apotheke der Welt«. Die meisten Drogen wurden in Deutschland entdeckt oder erstmals rein dargestellt und industriell produziert« (ebd.: 21f.). Dazu zählten – zunächst als Medikamente entwickelt und genutzt, später als ‚Drogen' eingestuft – Morphin (1806[30], Merck), Kokain (1860, Merck), Heroin (1897, Bayer), Methylamphetamin (japanische Entdeckung, aber Produktion als Pervitin 1938 durch Temmler), Methadon (1940, Hoechst), Ecstasy/MDMA (1912, Merck). Somit hatte »[d]ie pharmazeutische Industrie […] bis zum Ende der Weimarer Republik ein erhebliches Interesse an Produktion und Export dieser Substanzen« (ebd.: 21). In die Opiumkonvention sollten außer Opium Opiumal-

Haager Opiumkonvention, die zwar von deutschen Vertretern im Jahr 1912 unterzeichnet, jedoch bis 1920 nicht ratifiziert wurde (vgl. ebd.: 18ff.).

30 Die Jahreszahlen, auch im Folgenden, bezeichnen das Jahr der Entdeckung bzw. Entwicklung.

kaloide und -derivate aufgenommen werden – also Morphin, Codein und Heroin (vgl. ebd.: 21). Insofern ist es nicht verwunderlich, dass das Deutsche Reich erst im Jahr 1920 durch internationalen Druck die Opiumkonvention ratifizierte.[31] Insgesamt, so stellen Eisenbach-Stangl/Mäkelä/Schmidt-Semisch (2000) deutlich fest, sei es ein Geflecht verschiedener Interessen, die ein Verbot diverser Substanzen nach sich zogen, nicht nur gesundheitspolitische oder sicherheitsbezogene Zusammenhänge:

> »Die wichtigsten Gründe für das Verbot von Opiaten, von Kokain und von Cannabis sind in nationalen wirtschaftspolitischen Interessen am Weltmarkt, in gesundheitspolitischen Anliegen, in berufsständischen Interessen der Ärzteschaft und der Apotheker und nicht zuletzt in xenophoben Strömungen zu suchen« (ebd.: 151).

Das Opiumgesetz trat 1921 in Kraft und war bis 1971 gültig.[32]

Die Drogen- und Suchthilfe war in Deutschland bis in die späten 1960er-Jahre wenig ausdifferenziert und professionalisiert. Sie lässt sich historisch v.a. auf Abstinenz- und Mäßigungsbewegungen in Bezug auf Alkoholkonsum zurückführen, die in Grundzügen Anfang des 19. Jahrhunderts entstanden und sich ab Ende des 19. Jahrhunderts ausdifferenzierten (so entstanden bspw. das Blaue Kreuz im Jahr 1877, der Guttemplerorden im Jahr 1883 sowie der Kreuzbund im Jahr 1896). »Anders als in Skandinavien oder den USA blieb die deutsche Abstinenz- und Mäßigungsbewegung aber stets in einer Minderheitenposition. Eine Alkohol reduzierende oder gar verbietende Politik stand in Deutschland nie ernsthaft zur Debatte« (Schmid 2003: 111). Auch Medizin und insbesondere Psychiatrie beschäftigten sich mit Problemen der Alkoholsucht, allerdings überließen sie deren Behandlung

31 Für einen umfassenderen Einblick in internationale Zusammenhänge und Interessen, die letztlich zum ‚Opiumgesetz' führten, der hier aber nicht gewährleistet werden kann, empfiehlt sich Holzer 2012.

32 Ausführlicher beschreibt Holzer (2012) die Entwicklung des Drogenrechts in Deutschland, u.a. die gesetzliche Lage im Dritten Reich, die kaum variiert, aber unter rassenhygienischen Denkmodellen in den Konsequenzen bis zur Tötung der betroffenen Personen reichte (vgl. ebd.: 26).

größtenteils gerne den Laien aus der Abstinenz- und Mäßigungsbewegung (vgl. ebd.: 110f.). Die vorherrschende Vorstellung von Alkoholabhängigkeit »entwickelte sich aus moralisch-religiösen Vorstellungen heraus zu einem naturwissenschaftlich geprägten Verständnis von Krankheit«, blieb allerdings in seiner »Zuordnung widersprüchlich bei einem Mittelzustand zwischen Krankheit und Laster« (Schlösser 1990: 27). Moralische Vorstellungen um Willensschwäche u.ä. finden sich, so Brower u.a. (1989), auch heute noch in vielen Ansätzen und Verständnissen von Sucht. Eine stärker pathologisierende Sichtweise, so Spode (2012: 160), entlaste und entmündige: »Der Alkoholkranke hat seine abweichende Persönlichkeit einzugestehen und den Experten Folge zu leisten – bei Strafe der Exkommunikation aus der menschlichen Gemeinschaft« (ebd.). Wer sich nicht an die Regeln hält, wird ausgeschlossen. Um die Wende zum 20. Jahrhundert etablierte sich ein biologisierendes Verständnis von Abhängigkeit, womit sich diese Debatte mit ihren ausschließenden Mechanismen und Konsequenzen ihrem traurigen Höhepunkt im Rahmen der deutschen Geschichte näherte. Die Sicht auf Drogengebrauch verschob sich weiter in Richtung der Zuordnung zur Krankheit, nun jedoch mit der Konnotation der Erbkrankheit mit der Tendenz in Richtung Rassenhygiene und dem Schutz des Erbgutes (vgl. Schmid 2003: 112): »Die Alkoholforschung biologisierte sich«, so Spode (2012), »und wurde zu einer Abteilung, wenn nicht zum Motor der aufblühenden Eugenik bzw. Rassenhygiene« (ebd.: 158) – »die ›Alkohologie‹ der Jahrhundertwende schrieb das Drehbuch zum kommenden Rassenwahn« (ebd.: 160). Der Umgang mit und das Verständnis von ›Alkoholismus‹ (vgl. Schmid 2003: 112) bewegte sich in einer »Gemengelage aus Laien und Professionellen, aus Moral und Wissenschaft, aus Bösem, Krankheit und ›Rassenhygiene‹« (ebd.) und bildete die Basis für »Behandlungsansätze, die später auch auf andere durch psychotrope Substanzen erzeugte Probleme übertragen wurden« (ebd.). Insofern können hierin die Vorläufer der modernen Drogen- und Suchthilfe gesehen werden; am Ende des 19. Jahrhunderts seien in Deutschland »die Fundamente einer Behandlungskette gelegt, wie sie im Prinzip noch heute besteht« (Spode 2012: 160). In

der Weimarer Republik entwickelte sich aus den meist nicht-staatlichen (Zwangs-)Maßnahmen für Alkoholiker*innen bestehend aus Trinkerfürsorgestellen, Trinkerheilanstalten, staatlicher Fürsorge und psychiatrischen Anstalten ein System der Trinkerfürsorge, dass sich langsam professionalisierte und differenzierte.[33] Manche der Einrichtungen boten auch Behandlung bei problematischem Konsum anderer Substanzen als Alkohol, so z.B. bei Morphinismus (vgl. ebd.: 159). Ziel der Behandlung war die Abstinenz der betroffenen Person von dem entsprechenden ‚Suchtstoff', die Behandlung blieb nach wie vor eher moralisch als medizinisch-pathologisierend orientiert. So solle »dem Trunksüchtigen zur Rettung« verholfen, oder zumindest, falls dies nicht gelänge, solle er »unschädlich« gemacht und die »trostlose Lage der Familie« verbessert werden (Gonser 1927: 27; zit. n. Hauschildt 1995: 60). Diese Behandlungsangebote konnten jedoch nur von einem kleinen Teil der Abhängigen genutzt werden, der größere Teil wurde in entsprechenden Einrichtungen (Irrenhäuser, Strafanstalten) verwahrt. Die so hergestellte Unterscheidung in heilbare und unheilbare Trinker ließ sich problemlos in die nationalsozialistischen Vorstellungen von Erbgut und Rassenhygiene einfügen – unterschieden wurde analog in ‚minderwertige' und ‚nicht minderwertige' Trinker.[34] In der NS-Zeit wurde Alkoholabhängigkeit nicht als Krankheit oder Laster, sondern vielmehr als »Verbrechen an der Volksgesundheit« (Schmid 2003: 115) mit den entsprechenden Konsequenzen, bspw. Zwangssterilisation, verstanden.[35] Der Trinkerfürsorge oblag die Versorgung bzw.

33 Zur konkreteren Beschreibung der Behandlungen und Einrichtungsformen empfiehlt sich Spode 2012: 159ff.

34 Die relevante Frage war, ob die ‚Trunksucht' erworben oder vererbt sei, wobei eine Untersuchung des Erbgutes nicht möglich war – zudem wurde angenommen, dass auch erworbenes Verhalten erblich sein könne. Zumindest die sog. ‚Quartalssäufer' jedoch galten als ‚entartet', und Rückfälle wurden als Merkmal einer unheilbaren Trunksucht gewertet (vgl. Spode 2012: 158).

35 Dies ist kein Alleinstellungsmerkmal des Deutschen Reiches: »22 Länder, gut ein Drittel aller souveränen Staaten, führten eugenische Gesetze ein«, es kam z.B. in Schweden »massenhaft zu Zwangssterilisationen« (Spode 2012: 158). Lediglich im Deutschen Reich jedoch wurde der rassenhygienische Gedanke in Euthanasie umgesetzt (vgl. ebd.).

Behandlung der ‚nicht minderwertigen' Trinker, während die ‚minderwertigen' Trinker dem staatlichen Fürsorge- und Zwangsapparat zugeführt wurden. Die nicht-staatlichen Einrichtungen der Trinkerfürsorge leisteten keinerlei Widerstand gegen die Zwangsmaßnahmen, die sich gegen ‚ihre Klient*innen' richteten – im Gegenteil leisteten sie »ihren Beitrag, indem sie Sterilisationsanträge stellten und Stellungnahmen verfassten« (Schmid 2003: 115). Spode (2012) verdeutlicht, dass viele der Akteur*innen, die die (Alkohol-)Sucht auszumerzen suchten und als deren Folge ‚Degeneration' und ‚Entartung der Rasse' sowie letztlich den ‚Untergang des Volkes' annahmen (vgl. ebd.: 158), im Fürsorgeapparat führende Aktive waren, so dass der ausbleibende Widerstand nicht verwunderlich scheint (vgl. ebd.: 157ff.).

Nach dem Ende des 2. Weltkrieges war die Häufigkeit des Konsums sowohl von legalen als auch von illegalen psychoaktiven Substanzen[36] auf einem sehr niedrigen Stand, denn in »den ersten Jahren nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges«, so Schmid (2003), »hatten die meisten Deutschen ganz andere Sorgen, als Drogen zu konsumieren. Aus den Trümmern der zerbombten Städte krochen Menschen, denen es an Nahrung, Unterkunft, Medikamenten und Kleidung fehlte« (ebd.: 86). Kaffee, Nikotin und Alkohol wurden in geringem Maße konsumiert, ebenso illegale Substanzen wie bspw. Kokain.[37] Auch der Konsum von Opiaten war in der Nachkriegszeit kaum bemerkenswert. Im Jahr 1954 wird mit 5.228 ‚Rauschgiftsüchtigen' der höchste Stand in der Bundesrepublik in den 1950er-Jahren erreicht. Einen Großteil dieser Süchtigen stellten Angehörige medizinischer Berufe. Vor allem handelte es sich hier um erwachsene Konsument*innen: Das Alter zu Beginn des Missbrauchs lag zwischen 31 und 50 Jahren. Relevante Substanzen waren u.a. Opium, Morphium, Polamidon, Pervitin und Codein. Kokain spielte praktisch keine Rolle, Heroin und Cannabis wurden in den Statistiken nicht erwähnt (vgl. ebd.: 90). »Nach dem Abklingen der Nachwirkungen des Krieges deuteten alle Indikatoren darauf hin, dass der Konsum

36 Das ‚Opiumgesetz' umfasste Substanzen wie Cannabis, Heroin und Kokain.

37 Zur kritischen Betrachtung der Datenlage und deren Interpretation s. Schmid 2003: 73ff.