

Schadensminderung zwischen Prävention und Behandlung

2019-6
Jg. 45
S. 4-9

Das Konzept der Schadensminderung weist zahlreiche Schnittstellen mit den Konzepten der Behandlung und der Prävention auf. Vor dem Hintergrund des Bestrebens, die Schadensminderung auf legale Suchtmittel und Verhaltenssüchte wie Geldspiel auszuweiten, bietet sich eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesen Schnittstellen an. Aus dieser Auseinandersetzung ergeben sich Argumente für, aber auch gegen eine inhaltliche Ausweitung der Schadensminderung.

MARTIN HAFEN¹

Sozialarbeiter HFS und Soziologe Dr. phil., Dozent an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Werftstr. 1, CH-6002 Luzern, Tel. +41 (0)41 367 48 81, martin.hafen@hslu.ch, www.fen.ch

Die Schadensminderung ist seit den 1990er-Jahren eine von vier Säulen der Schweizerischen Suchtpolitik (Schweizer Bundesrat 2001). Sie etablierte sich unter dem Eindruck der Probleme, die im Rahmen der offenen Drogenszenen in Schweizer Städten zum Ausdruck kamen. Mit der Schadensminderung (vormals Überlebenshilfe, engl. harm reduction) sollten die Folgeprobleme des Konsums von illegalen Drogen besser bewältigt werden. Vor diesem Hintergrund lässt sich sagen, dass die Schadensminderung ursprünglich weniger die Folgeprobleme des Drogenkonsums als die Folgeprobleme der Prohibition bekämpfte.

In diesem Text geht es um eine theoretisch begründete Formbestimmung des Konzepts der Schadensminderung. Im Fokus soll die Frage stehen, ob und, falls ja, wie sich die Schadensminderung von den herkömmlichen Interventionspositionen der Behandlung (in der Form von Nothilfe, Therapie, Rehabilitation etc.) und der Prävention unterscheidet. Diese Formbestimmung erfolgt vor dem Hintergrund der in der Fachwelt diskutierten Idee, das Konzept der Schadensminderung auch auf den Gebrauch von legalen psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Tabak) und auf substanzungebundene, risikoreiche Verhaltensweisen wie Geldspiel oder Risikosportarten auszuweiten.

Für die angestrebte Formbestimmung werden zuerst die Konzepte der Behandlung und der Prävention geklärt und in Bezug zueinander gesetzt; dann erfolgt eine Analyse des Konzepts der Schadensminderung vor dem Hintergrund dieser Konzepte. Abgeschlossen wird der Text mit einigen fachlich-theoretischen, praxisbezogen-pragmatischen und ethischen Überlegungen zur weiteren Nutzung des Konzepts der Schadensminderung.

Die Konzepte der Behandlung und der Prävention

Prävention und Behandlung sind einerseits getrennt, stehen andererseits aber auch in einer engen Beziehung zueinander (Hafen 2005; 2014). Behandlung setzt dann ein, wenn ein Problem bereits aufgetreten ist, wenn also Leute krank, süchtig, gewalttätig geworden sind oder sonst irgendwelche Symptome von Phänomenen zeigen, die von der Gesellschaft als unerwünscht bezeichnet werden. Für das «Zuvorkommen» (lat. prävenire) der Prävention ist es dann zu spät. Das Problem besteht bereits und die Massnahmen haben zum Ziel, seine Symptome direkt zu beseitigen (etwa durch die Vergabe eines Anti-Craving-Medikamentes bei einem suchtkranken Menschen) und gleichzeitig die Ursachen für das Problem anzugehen

(etwa im Kontext einer Psychotherapie). Lässt sich ein Problem nicht einfach beseitigen (wie z. B. eine chronische Krankheit), so kann die Behandlung auch darauf ausgerichtet sein, die Funktionsfähigkeit einer Person trotz der Krankheit zu erhalten oder eine Verschlimmerung des Problems zu verhindern resp. zu verlangsamen.

Im Gegensatz zur Behandlung hat es die Prävention mit noch nicht bestehenden Problemen zu tun, also mit Problemen, bei denen das Risiko besteht, dass sie in der Zukunft auftreten. Anders als die Behandlung ist die Prävention entsprechend nicht darauf ausgerichtet, eine problembelastete Gegenwart so zu beeinflussen, dass sie sich verbessert oder zumindest nicht verschlimmert. Die Prävention hat die paradoxe Aufgabe, eine an sich erwünschte Gegenwart (die Probleme bestehen noch nicht) so zu verändern, dass sie bleibt, wie sie ist. Sie löst diese Paradoxie dadurch auf, dass sie Faktoren (Risikofaktoren und Schutzfaktoren) bestimmt, denen ein Einfluss auf das Entstehen des zu verhindernden Problems (z. B. einer Sucht, einer Krankheit, eines Unfalls oder eines sozialen Phänomens wie Jugendgewalt) zugeschrieben wird. Wenn es gelingt, die Risikofaktoren zu reduzieren bzw. die Schutzfaktoren zu stärken, dann reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, dass das Problem in Zukunft auftritt.

Die wechselseitige Bedingtheit von Prävention und Behandlung

Wir haben gesehen, dass es ein wichtiges Ziel der Behandlung sein kann, eine Verschlimmerung eines Problems wie einer Krankheit zu verhindern oder Folgeproblemen (etwa eine Arbeitslosigkeit infolge eines Burnouts) zuvorzukommen. Daraus lässt sich folgern, dass sich Prävention und Behandlung nicht ausschliessen, sondern sich wechselseitig bedingen. Das bedeutet, dass jede Behandlung immer auch präventive Aspekte umfasst – so wie die Behandlung einer Depression einen Suizidversuch der PatientInnen verhindern soll. Caplan (1964) spricht in diesem Fall von «Tertiärprävention» und Gordon (1987) von «indizierter Prävention». Die «behandelnden» Aspekte der Prävention wiederum beziehen sich auf die Beseitigung von Risikofaktoren und Schutzfaktordefiziten. Wird Rauchen als wichtiger Risikofaktor für das Auftreten einer nicht übertragbaren Krankheit wie Lungenkrebs betrachtet, so reduziert eine erfolgreiche Rauchstopp-Behandlung die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser Krankheit.

Das Beispiel deutet darauf hin, dass eine klare Trennung von Prävention und Behandlung nur dann möglich ist, wenn deklariert wird, worauf sich die zur Diskussion stehenden Massnahmen beziehen. Bezieht sich die Rauchstopp-Massnahme auf das Rauchen selbst (das als eigenständiges Problem angeschaut wird), dann handelt es sich um eine Behandlungsmassnahme, die versucht, dieses manifeste Problem «Rauchen» zu beseitigen. Steht jedoch der Lungenkrebs im Fokus, so wird die gleiche Rauchstopp-Behandlung zu einer Präventionsmassnahme, weil ein wichtiger Risikofaktor eliminiert wird.

Die Früherkennung wird an dieser Stelle nicht in die Überlegungen einbezogen, weil es sich bei der Früherkennung um eine rein diagnostische Massnahme handelt, die für sich keine präventive Wirkung erzeugt. Eine solche Wirkung wird nur durch die Frühintervention generiert, die formidentisch mit der Behandlung ist. Das bedeutet, dass sie an einem (frühzeitig) diagnostizierten Problem ansetzt, dieses zu beseiti-

gen versucht und dadurch der Chronifizierung des Problems und dem Auftreten von Folgeproblemen entgegenwirkt.

Das wiederum entspricht – wie oben beschrieben – der präventiven Funktion, die jeder Behandlung eigen ist.

Schädliche individuelle Verhaltensweisen im Fokus

Setzt man die Schadensminderung in Bezug zu Prävention und Behandlung, stellen sich drei Fragen: Auf welche «Verhaltensweisen» bezieht sich das Konzept, um welche «Schäden» geht es und was heisst «Minderung». Im Hinblick auf die erste Frage fällt auf, dass sich das Konzept der Schadensminderung ausschliesslich auf zwar gesellschaftlich problematisierte, aber letztlich immer individuelle Verhaltensweisen bezieht. Formal gesehen wäre es ohne weiteres möglich, das Konzept der Schadensminderung auch für hochriskante Verhaltensweisen sozialer AkteurInnen (z. B. einer Organisation auf dem Finanzmarkt) zu nutzen. Dieser Fokuswechsel wird auch vorgenommen, wenn man – wie weiter oben ausgeführt – vermutet, dass die Schadensminderung ursprünglich weniger die Folgeprobleme des Drogenkonsums als die Folgeprobleme der Prohibition im Fokus hatte. Auch bei dieser Vermutung wird der Fokus vom Individuum auf einen sozialen Akteur (hier den Staat oder die Staatengemeinschaft) verschoben, der mit seiner repressiven Drogenpolitik individuelle und soziale Folgeprobleme begünstigt.

In der ursprünglichen Fassung des Konzepts der Schadensminderung geht es bei diesen Verhaltensweisen aber nicht um eine verfehlte Drogenpolitik, sondern um den exzessiven Konsum von illegalen psychotropen Substanzen wie Heroin, Kokain, Cannabis oder synthetische Drogen. Mit einer Erweiterung des Konzepts auf legale Verhaltensweisen rücken Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum, exzessives Geldspiel oder Risikosportarten in den Fokus, ohne den Fokus auf das Individuum zu verlassen. Entsprechend richten sich die Schadensminderungsmassnahmen ausschliesslich an Personen, die das problematisierte Verhalten aufweisen. So sind die Methadon- und Heroinabgabeprogramme für

regelmässig Heroinkonsumierende reserviert und richten sich nicht an Gelegenheitskonsumierende mit rekreativem Heroingebrauch.

Individuelle und soziale Schäden

Wie bei den «illegalen» Substanzen sind auch die «legalen» individuellen Verhaltensweisen mit dem Risiko der Schädigung der individuellen psychischen und körperlichen Gesundheit verbunden (individuelle Dimension der Schädigung). Gleichzeitig gehen sie aber auch mit potenziellen Schädigungen im sozialen Umfeld der betreffenden Personen (soziale Dimension der Schädigung) einher. Diese sozialen Schäden können sowohl das unmittelbare Umfeld der Betroffenen (z. B. die familiären Beziehungen oder die Arbeitstätigkeit) als auch die übrige Gesellschaft (z. B. durch Beschäftigungskriminalität, Gefährdung Dritter durch Spritzenmaterial) betreffen.

Im Gegensatz zur Behandlung (z. B. in Form einer Therapie) ist die Schadensminderung nicht darauf ausgerichtet, das Ausgangsproblem (den regelmässigen Heroinkonsum) grundsätzlich in Frage zu stellen, oder seine Frequenz zu reduzieren. Vielmehr wird versucht, durch Veränderung der Rahmenbedingungen des Konsums, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von individuellen und sozialen Folgeproblemen zu reduzieren (zu mindern). So wird durch die Abgabe von reinem Heroin die Wahrscheinlichkeit einer Vergiftung durch Strecksubstanzen eliminiert und das Risiko eines Atemstillstands reduziert, weil der Reinheitsgrad der Substanz bekannt ist und die Dosierung entsprechend präzise eingestellt werden kann. Und durch einen Fixerraum werden Konsumbedingungen geschaffen, die den Tausch von Spritzen unnötig machen und dadurch das Risiko der Übertragung von übertragbaren Krankheiten wie Hepatitis oder HIV reduzieren. Zudem wird durch die Präsenz von medizinisch ausgebildetem Personal die Wahrscheinlichkeit einer medizinischen Intervention bei einem Atemstillstand erhöht. Schliesslich bewirkt der Fixerraum, dass der Drogenkonsum nicht im öffentlichen Raum stattfindet. Interessanterweise werden die heroingestützte Behandlung (He-

GeBe) und Methadonabgabeprogramme im schweizerischen Viersäulenmodell seit einigen Jahren nicht mehr der Säule «Schadensminderung», sondern der Säule «Therapie» zugeordnet, obwohl bei einer Therapie (alt. gr. *therapeia*) die Beseitigung («Heilbehandlung») des fokussierten Problems im Fokus steht. Eine mögliche Hypothese ist, dass die stark medizinisierte Ausgestaltung der Substitution zu dieser Umdeutung geführt hat.

Prävention und Behandlung in der Schadensminderung

Die Beispiele zeigen, dass die wechselseitige Bedingtheit von Prävention und Behandlung auch in der Schadensminderung erkennbar ist. Den Ausgangspunkt bildet wie bei der Behandlung ein bestehendes Problem (der Drogenkonsum); der Fokus der Aktivität liegt jedoch auf der Prävention von Folgeproblemen, die das Individuum oder die Gesellschaft betreffen könnten. Durch die Reduktion von Risikofaktoren (gestreckter Stoff mit unbekanntem Reinheitsgrad) resp. der Förderung von Schutzfaktoren (Einrichtung eines Fixerraums mit medizinisch ausgebildetem Personal) wird das Risiko verringert, dass ein zukünftiges Problem (Vergiftung, Atemstillstand, Tod) auftritt. Und wie in anderen Präventionsfeldern können sich die Massnahmen sowohl an die konsumierende Person (verhaltensorientierter Ansatz, z. B. in Form der Spritzenabgabe), als auch an die sozial-strukturellen Rahmenbedingungen (verhältnisorientierter Ansatz, z. B. durch die Einrichtung des Fixerraums) richten. Es handelt sich demnach sowohl bei der Schadensminderung wie auch bei der Prävention um die Verhinderung von zukünftigen Schäden, die sich aus der problematisierten Verhaltensweise (dem gleichen Ausgangspunkt wie bei einer Behandlung) ergeben können.

Schliesslich lässt sich eine leichte semantische Differenz zwischen den Begriffen «Schadensminderung» und «Prävention» feststellen. Während die Prävention prinzipiell auf ein «Zuvorkommen» und damit auf eine «Verhinderung» der Folgeschäden ausgerichtet ist, ist der Begriff «Minderung» etwas

moderater gefasst. Er deutet auf eine Risikoreduktion, nicht auf eine Eliminierung des Risikos hin. Eine solche kann freilich in der Prävention auch kaum je erreicht werden, weshalb die Prävention wie die Schadensminderung tendenziell auf eine Risikoreduktion und kaum auf eine komplette Risikoeliminierung ausgerichtet sind.

Der Problemgrad des «Ausgangsproblems»

Das Konzept der Schadensminderung verschiebt sich auf dem Kontinuum von Prävention und Behandlung noch weiter in Richtung Prävention, wenn sich die Problematisierung des ursprünglichen Verhaltens reduziert. Diesbezüglich stellt sich die Frage, ob die Bewertung als «problematisch» überhaupt eine unabdingbare Komponente des Konzepts der Schadensminderung ist. Sollte Heroin-, Kokain- oder Cannabiskonsum dereinst legalisiert und entsprechend auch zum rekreativen Gebrauch freigegeben werden, wird die Problematisierungskomponente zumindest abgeschwächt werden. Es könnte dereinst gleich «normal» (d. h. gesellschaftlich legitimiert) sein, am Wochenende eine Linie Kokain zu schnupfen, einen Joint zu rauchen oder ein Glas Rotwein zu geniessen. Auch im Fall einer solchen gesellschaftlichen Entproblematisierung kann es sinnvoll sein, im Sinne der Prävention die Rahmenbedingungen einer riskanten Verhaltensweise so zu gestalten, dass das Risiko von (Folge-) Problemen reduziert wird. In diesem Sinn lässt sich z. B. formulieren, dass «Safer Sex» ein Schadensminderungsansatz ist, ohne dass Geschlechtsverkehr mit einer Person, die man vor kurzem kennengelernt hat, grundsätzlich als problematische Verhaltensweise angeschaut würde (was in stark religionsgeprägten Zeiten durchaus der Fall war). Oder nehmen wir Risikosportarten: Downhill-Biking, Fallschirmspringen, Bungee-Jumping oder gar das Fliegen in einem Wingsuit werden nicht grundsätzlich als problematisch bezeichnet oder gar verboten. Diese Tätigkeiten gehören zu unserer Erlebnisgesellschaft, und trotzdem bieten sich Massnahmen zur Reduktion des Risikos von Folgeproblemen an. Formal gesehen könnten solche

Massnahmen durchaus als «Schadensminderung» und nicht nur als «Unfallprävention» bezeichnet werden. Ob das Sinn macht, ist eine andere Frage. Das Verbot des Fahrens in angetrunkenem Zustand wird ja auch als Massnahme der Unfallprävention und nicht als Schadensminderungs-massnahme im Hinblick auf den Alkoholkonsum bezeichnet.

Risikofaktoren als eigenständige Probleme

Weiter oben wurde argumentiert, dass die Schadensminderung im Gegensatz zur Behandlung nicht darauf ausgerichtet ist, das Ausgangsproblem grundsätzlich in Frage zu stellen. Zwar setzt auch die Schadensminderung direkt an der problematisierten Verhaltensweise an, im Gegensatz zur Behandlung stellt sie jedoch weder ihre Funktion (z. B. Lustgewinn, Vermeidung von Entzugserscheinungen) in Frage, noch versucht sie die Frequenz der Funktionserfüllung zu reduzieren, wie das in der Behandlung z. B. beim Therapieziel des kontrollierten Trinkens gemacht wird. Eine Eliminierung des Verhaltens wie in einer Therapie, die dem Abstinenzparadigma folgt, steht schon gar nicht im Fokus. Die Prävention wiederum kann durchaus auf die Eliminierung resp. Reduktion des fokussierten Verhaltens ausgerichtet sein. Das liegt daran, dass die Risikofaktoren (und bisweilen auch die Schutzfaktorendefizite) als eigenständige Probleme beobachtet werden können. Ein Rauchstopp-Programm ist in diesem Sinn mit Blick auf das Rauchen eine Behandlungsmassnahme und gleichzeitig eine adäquate Präventionsmassnahme zur Erreichung der Ziele der Krebsprävention. Andererseits müssen verhaltensbezogene Risikofaktoren auch aus der Perspektive der Prävention nicht zwangsläufig eliminiert werden, wenn ihr negativer Einfluss auch anderweitig beseitigt werden kann. Wenn z. B. ein Verdampfungsmechanismus entwickelt wird, der die Lungenkrebs fördernde Wirkung des Rauchens eliminiert, dann ist das durchaus im Sinne der Krebsprävention und der Verhinderung von Problemen, die sich in Folge des Passivrauchens ergeben. Im Kontext dieser Massnahme wäre dann zu prüfen, ob die

neue Technologie Nebenwirkungen mit sich bringt, die ihren Zielen zuwiderlaufen. Weiter wird sich die Frage nach der schädigenden Wirkung des eigentlichen Wirkstoffes (Nikotin, das ja ein Nervengift ist) stellen.

Ist Schadensminderung bei allen Problemen möglich?

Aus dieser Argumentation ergibt sich eine weitere, sehr praxisbezogene Frage, die vor allem im Hinblick auf die Erweiterung des Konzepts der Schadensminderung auf legale Verhaltensweisen von Bedeutung ist: Ergeben sich bei allen im Fokus stehenden Verhaltensweisen Möglichkeiten zur Schadensminderung oder können bei bestimmten Problemen zukünftige Schädigungen (im Sinne der Behandlung) nur durch die Minimierung resp. Elimination des zur Diskussion stehenden Verhaltens (also durch Behandlung) erreicht werden? Das ist eine empirische Frage, die sich leicht an praktischen Beispielen überprüfen lässt. So ist anzunehmen, dass die schädigende Nebenwirkung des Rauchens durch technische Mittel massiv reduziert werden kann, ohne die erwünschte psychische Wirkung einzuschränken, während das Gleiche jedoch bei übermäßigem Alkoholkonsum aktuell nicht möglich ist, da die Wirksubstanz (Ethanol) gleichzeitig die Schäden verursacht. Beim Rauchen ist es ja nicht die Wirksubstanz Nikotin, die das Risiko der Bildung von Lungenkrebs erhöht, sondern die Teerstoffe. Diese beeinflussen die erwünschte psychotrope Wirkung des Rauchens nicht und können so problemlos eliminiert werden. Andererseits können beim Alkoholkonsum Nebenwirkungen verhindert werden, die aus der geringen Qualität des alkoholischen Getränks oder problematischem Mischkonsum (z. B. die Kombination von «Red Bull» und Wodka) resultieren.

Wie beim Alkoholkonsum ist auch beim exzessiven Geldspiel schwierig abzusehen, wie die negativen Nebenfolgen (z. B. Schulden, Arbeitsplatzverlust etc.) ohne Reduktion der Spielfrequenz oder Minimierung der Einsätze gemindert werden können. Mit wertlosem Spielgeld zu spielen, würde massiv in die Funktionserfüllung des Geldspiels eingreifen,

und auch strukturelle Massnahmen wie Verlagerung von Geldautomaten aus den Casinos sind grundsätzlich darauf ausgerichtet, das Verhalten selbst zu reduzieren. Auf der anderen Seite können regulierende Massnahmen im Kontext der Abschaffung der Drogenprohibition (z. B. Sicherung der Stoffqualität) durchaus eine Wirkung erzeugen, die sich im Sinne der Schadensminderung nicht auf die Funktionserfüllung des Substanzkonsums (Rausch, Beruhigung etc.) auswirkt, sondern ausschliesslich auf den Abbau eines mit dem Konsum verbundenen Risikofaktors (verunreinigte Substanzen) bezieht. Solche Massnahmen sind jedoch ebenfalls im Sinne der Prävention und der Behandlung und werden ja aktuell auch unter Prohibitionsbedingungen im Kontext der kontrollierten Heroinabgabe bereits umgesetzt.

Angesichts der Nähe der Schadensminderung zu den Konzepten der Behandlung und vor allem der Prävention stellt sich nun die Frage, inwiefern es Sinn macht, dieses aus einer prohibitionsbedingten Notsituation entstandene Konzept noch weiter zu stärken, indem man es auf legale Verhaltensweisen überträgt. Diese Frage soll aus drei Perspektiven angeschaut werden: Aus einer fachlich-theoretischen, aus einer praxisbezogen-pragmatischen und aus einer ethischen Perspektive.

Schadensminderung aus fachlich-theoretischer Perspektive

Aus fachlich-theoretischer Sicht bringt das Konzept der Schadensminderung kaum einen Mehrwert. Da jede behandelnde und jede präventive Massnahme zur Minderung von Schäden beiträgt (oder zumindest beitragen sollte), trägt das Konzept in seiner Unschärfe zur Begriffsverwirrung bei, die in diesem Bereich ohnehin herrscht, z. B. durch die unklare Abgrenzung von Prävention und Gesundheitsförderung oder durch die Konzepte der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, welche die Grenze von Prävention und Behandlung verwischen (Hafen 2001). Uhl (2013) schlägt in seinen Ausführungen zu einem für Österreich angepassten Würfelmodell der Suchtarbeit entsprechend vor, die Dimension «Schadensminderung» zu eli-

minieren und sie als ethische Grundhaltung zu betrachten, die in allen anderen Dimensionen (bei ihm Suchtprävention, Suchthilfe und Sicherheit) von Bedeutung ist.

Mit Blick auf die obigen Ausführungen kann Schadensminderung als Konzept bezeichnet werden, das wie die Behandlung an einem besonderen Problem anschliesst, ohne jedoch auf die Eliminierung dieses Ausgangsproblems ausgerichtet zu sein. Vielmehr ist die Schadensminderung wie die Prävention bestrebt, Probleme zu verringern, die sich aus dem Ausgangsproblem ergeben können. Anders als in der Behandlung wird nicht angestrebt, diese Verhaltensweisen zu eliminieren, oder ihre Frequenz oder Intensität zu reduzieren. Im Fokus der Schadensminderung stehen demnach als Risikofaktor nicht die Verhaltensweise selbst, sondern Risikofaktoren oder fehlende Schutzfaktoren, die mit der Verhaltensweise zusammenhängen und das Auftreten von Folgeproblemen wahrscheinlicher machen. In diesem Sinn ist das Konzept der Schadensminderung formal identisch mit dem Konzept der selektiven Prävention, also der Prävention, die sich an spezifische Risikogruppen richtet. Heroinkonsumierende sind im Hinblick auf Probleme wie Atemstillstand genauso eine Risikogruppe wie Tabakkonsumierende im Hinblick auf Lungenkrebs oder Risikosportlerinnen und -sportler im Hinblick auf Unfälle mit Verletzungsfolgen.

Professionelle Fachlichkeit sollte durch eine sparsame (ja geradezu asketische) Verwendung von Begriffen gekennzeichnet sein, um begriffliche Unschärfen und die damit einhergehenden Unklarheiten im Fachdiskurs möglichst zu vermeiden. In diesem Sinn wäre durchaus zu diskutieren, ob es Sinn macht, dem Konzept der Schadensminderung durch die Erweiterung auf legale Verhaltensweisen noch mehr Bedeutung zu verschaffen.

Schadensminderung aus praxisbezogen-pragmatischer Perspektive

Anders sieht es aus der praxisbezogen-pragmatischen Perspektive aus. Durch seine Verankerung als eine von vier Säulen der schweizerischen Drogen-



politik hat das Konzept der Schadensminderung nicht nur in der Fachöffentlichkeit, sondern auch in Politik und Verwaltung eine gewisse Popularität erreicht. Die in diesem Text vorgenommene theoretische Beurteilung des Konzepts ist für den Kontakt mit diesen Instanzen und mit der Praxis von untergeordneter Bedeutung. Im Gegenteil: Begriffsumstellungen sorgen in der Praxis gerne für Verwirrung und verunsichern die Entscheidungsträger, da sie sich nicht mehr an den gewohnten (wenn auch unpräzisen) Semantiken orientieren können. Das kann dazu führen, dass gewisse Gelder für Massnahmen der selektiven Prävention nicht gesprochen werden, die zuvor für die gleichen, aber noch als «Schadensminderung» bezeichneten Massnahmen zugesprochen wurden. Das geht in der Regel auf Kosten der Zielgruppen, also der spezifischen Risikogruppen, aber auch zulasten der positiven sozialen Effekte (z. B. Entfernung des Drogenkonsums aus dem

öffentlichen Raum), die durch die Schadensminderung bewirkt werden.

Auf der anderen Seite ist aber auch zu beachten, dass die Erweiterung des Konzepts der Schadensminderung auf legale Substanzen und Verhaltensweisen herkömmliche Präventionsaktivitäten gefährden kann, weil die Finanzmittel für die «neue» Schadensminderung einfach von der Prävention abgezweigt werden, obwohl die damit bezeichneten Massnahmen sich nicht von den Präventionsmassnahmen unterscheiden.

Schadensminderung aus ethischer Perspektive

Aus ethischer Perspektive sieht die Sache nochmals anders aus. Wenn wir von den Werten einer liberalen, auf den Menschenrechten basierenden demokratischen Gesellschaft ausgehen, dann entspricht die Schadensminderung mit ihrer akzeptierenden Haltung diesen Werten in hohem Mass. Sie stellt die Eigenverantwortung der Individuen und

ihre Entscheidung für das Ausüben einer potenziell schädigenden Verhaltensweise auch dann nicht in Frage, wenn diese Verhaltensweise gesellschaftlich problematisiert wird. Vielmehr versucht sie, die negativen Auswirkungen dieser Verhaltensweise mit ihren Massnahmen im Sinne der Prävention so weit wie möglich abzuschwächen. Gleichzeitig stellt die Schadensminderung auch nicht in Frage, dass es (behandlungsorientierte) Angebote geben muss, welche motivierte Personen dabei unterstützen, bestimmte Verhaltensweisen (wie übermässigen Alkoholkonsum oder den Konsum von Kokain) zu reduzieren oder ganz aufzugeben. Es ist nur nicht die Aufgabe der Schadensminderung, diese Angebote bereitzustellen.

Abgesehen davon, dass Schadensminderung in Sinne von Uhl überhaupt eine ethische Grundlage aller Dimensionen der Suchtarbeit sein sollte, kann man sich auch fragen, ob das Konzept der Schadensminderung nicht die eigent-



lichen Ursachen verschleiert, die zu den zu verhindernden Folgeproblemen führen. Im Hinblick auf die Prohibition tut sie das insofern, als sie den fokussierten «Schaden» primär mit den individuellen Verhaltensweisen (dem Konsum von illegalen Suchtmitteln) und nicht mit der Prohibition selbst in Zusammenhang stellt. Damit wird die gesellschaftliche Bereitschaft reduziert, mit der Prohibition die eigentliche Ursache der Probleme zu beseitigen, die durch die Schadensminderung verhindert werden sollen. Ähnlich liegt der Fall bei Angeboten für sozial Benachteiligte wie Gassenküchen oder Notschlafstellen, die bisweilen unter dem Begriff der Schadensminderung angeboten werden. Auch sie legen nahe, dass Problemlasten dieser Bevölkerungsgruppen individuell begründet sind und nicht durch eine unzureichende Sozialpolitik oder Wohnbaupolitik. Die Fokussierung der Schadensminderung auf individuelle

Verhaltensweisen mit einem hohen Risikopotenzial verhindert demnach den Blick auf die Notwendigkeit der Veränderung gesellschaftlicher Strukturen.

Abschliessende Bemerkungen

Die Ausführungen zeigen, dass es Gründe für und gegen die Ausweitung des Konzepts der Schadensminderung auf legale Verhaltensweisen mit Risikopotenzial gibt. Aus professioneller Sicht bedeutet dies, dass eine angemessene Diskussion um die Vor- und die Nachteile eines solchen Schritts geführt werden sollte. Unbesehen wie ein solcher Entscheid letztlich ausfällt, die Fachleute können nach einer solchen Diskussion fundierte Gründe für ihren Entscheid benennen. Das erleichtert ihnen auch, die Verantwortung für die Folgen zu übernehmen, die der Entscheid mit sich bringt.

Literatur

- Caplan, Gerald (1964): Principles of preventive psychiatry. New York, London: Basic Books.
- Gordon, Robert (1987): An operational classification of disease prevention. S. 20-26 in: J.A. Sternbert/M.M. Silverman (Hrsg.), Preventing mental disorders: A research perspective. Washington, DC: Steinberg books.
- Hafen, Martin (2014): Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis. 2. umfassend überarbeitete Auflage. Heidelberg: Carl Auer.
- Hafen, Martin (2005): Systemische Prävention – Grundlagen für eine Theorie präventiver Massnahmen. Dissertation. Heidelberg: Carl Auer.
- Hafen, Martin (2001): Die Begrifflichkeit im Präventionsbereich – Verwirrung auf allen Ebenen. Abhängigkeiten 7(1): 33-49.
- Schweizer Bundesrat (2001): Botschaft zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes. Bern: Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. www.tinyurl.com/nxhm6pr, Zugriff 05.09.2013.
- Uhl, Alfred (2013): Österreich: Der Weg zum «erweiterten Suchtwürfel». SuchtMagazin 39(5): 11-14.

Endnote

- ¹ Ich danke Mirjam Weber für ihre Anregungen.