

Vier Säulen der Ratlosigkeit? Zur Drogenpolitik in der späten Moderne

Vortrag auf der 52. Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen in Leipzig,
19.11.2012

© Dr. Aldo Legnaro

Kontakt: a.legnaro@t-online.de

Es ist Ihnen ja wahrscheinlich nicht präsent, aber man kann ohne große Übertreibung behaupten, dass wir in diesem Jahr das hundertjährige Jubiläum des Drogenproblems begehen – das ist vielleicht ein eher makabrer Anlass des Gedenkens, sicherlich aber ein höchst geeigneter Anlass zu Rückblick und Reflektion, nicht zuletzt im Hinblick auf die vier drogenpolitischen Säulen, die im Mittelpunkt dieser Tagung stehen. Warum 100 Jahre? Die ersten Ansätze einer international abgestimmten Drogenpolitik finden sich zwar schon 1909, als die Shanghai Opium Commission Empfehlungen zu Drogenfragen abgibt, doch der tatsächliche Beginn, das ist die Internationale Opium Konvention, die im Januar 1912 in Den Haag unterzeichnet wird und erstmals Kontrolle und Regulierung von Opium, Morphin, Kokain und Heroin kodifiziert. Die Konferenz fand vor allem auf Initiative der USA statt, und dabei stand nicht so sehr die Sorge um Drogenkonsum im Vordergrund: es ging primär um die kolonialpolitischen Interessen der USA im Pazifikraum und die wirtschaftliche Schwächung Großbritanniens in Indien.¹ Das zeigt schon ganz an ihrem Anfang alle Ambivalenzen von Drogenpolitik, die sich zwar mit der Regulierung von Drogen beschäftigt, aber oft ganz andere politische Ziele damit verfolgt. Ratifiziert wird die Den Haager Konvention dann erst im Rahmen der Versailler Verträge nach dem Krieg,² und damit sind dann endgültig jene Zeiten vorbei, in denen ein Thomas DeQuincey die Segnungen und Abgründe des Laudanums feiern, ein Charles Baudelaire künstliche Paradiese besingen und ein Sherlock Holmes sich mit einer siebenprozentigen Kokainlösung stimulieren konnte – diese Drogen sind nun begrenzt „auf den medizinischen und gesetzmäßigen Gebrauch“, wie es 1921 im Reichsgesetzblatt heißt.³ Das bedeutet zwar nicht, dass es die künstlichen Paradiese nun nicht mehr gäbe – aber vorbei sind die Zeiten, in denen sie legalerweise und ohne sonderliche soziale Ächtung erreichbar waren.

Ein großer Rationalisierungsschub also, nicht notwendig allerdings ein rationaler, der sich hier vollzieht. Das lässt sich schon an den weiteren Entwicklungen in Deutschland erkennen, denn zur Gesetzgebung, die man jetzt hatte, fehlte eigentlich noch das Problem, zu dessen Regelung und Kontrolle die Gesetze erlassen worden waren – was ja eine eher seltene Situation darstellt. So ergibt 1919 eine Umfrage des Reichsgesundheitsamtes bezogen auf Kokain, dass lediglich Einzelfälle von Kokainkonsum bekannt waren, von einem sozialen Problem also nicht die Rede sein könne, man aber die weitere Entwicklung beobachten sollte. Das tun Presse, Ärzteschaft, Gesundheitsbehörden und Innenpolitik in den folgenden Jahren dann auch mit durchschlagendem Erfolg, indem sie Einzelfälle vor allem bei gesellschaftlichen Außenseitern lokalisieren – Halb- und Unterwelt sind demnach die Brutstätten des Konsums – oder indem man – ebenfalls eine beliebte Strategie – eine Gefahr aus dem Ausland beschreibt, damals bot sich dafür der etablierte Erbfeind Frankreich an. Dass in den zwanziger Jahren der Anteil von Ausländern, die nach dem Opiumgesetz verurteilt werden, weit unter zehn Prozent bleibt und also eher lächerlich gering ist,⁴ spielt dafür keine Rolle, auf empirische Fakten kommt es in solchen Zusammenhängen in aller Regel gar nicht an. Wenn man aber die Einzelfälle generalisiert, lässt sich die Wahrnehmung eines Problems etablieren, das als Problem dann plötzlich vor aller Augen steht – derart schafft Drogenpolitik nicht Drogenkonsum als Verhalten, aber sie schafft Drogenkonsum als Drogenproblem. Und ein solches Problem erkennt man dann in den zwanziger Jahren in Deutschland, es macht sich vor allem am Konsum von Opiaten und Kokain fest. Die frühe Gesetzgebung regelt zwar eher den Handel als sie die Konsumenten kontrolliert – der Konsum ist nicht verboten, und die Verschreibung der Drogen durch Ärzte ist es ebenso wenig.⁵ Aber dass Drogenkonsum ein gravierendes Problem darstellt, das wird jetzt nicht mehr bezweifelt, das ist die Voraussetzung des Internationalen Opiumabkommens von 1925 wie auch des

1 Walker III (2007).

2 Zur Geschichte der deutschen Drogenpolitik Hoffmann (2012). Vgl. auch Briesen (2005), Schabdach (2009).

3 Gesetz zur Ausführung des internationalen Opiumabkommens vom 23. Januar 1912. Vom 30. Dezember 1920, Artikel 9, Reichsgesetzblatt 1921, S. 22. Detaillierte Darstellungen der historischen Abläufe bei Scheerer (1982); Hoffmann (2012).

4 Er liegt 1925 bei 6,1 % und 1927 bei 2,9 %; vgl. Hoffmann (2012), S. 153.

5 Briesen (2005), S. 53f.

deutschen Opiumgesetzes von 1929. Dieses Gesetz von 1929 setzt nicht nur ein Drogenproblem voraus, dem man gesetzlich beikommen müsste – aus heutiger Sicht, soweit sich das rekonstruieren lässt, ist das eine sehr gewagte Unterstellung –, es konzentriert sich auch erstmalig auf den Gebrauch von Drogen zu ‚Suchtzwecken‘ und nimmt damit die Konsumenten in den Blick. Zwar sieht dieses Opiumgesetz keine Strafbestimmungen vor, aber man kann Konsumenten – und das ist vielleicht viel wirkungsvoller – entmündigen und also bürgerlich entrechten. Das entspricht bestens der damals verbreiteten Vorstellung von der ‚Haltlosigkeit‘ vor allem des Morphinisten.⁶ Und solche Vorstellungen und Maßgaben generieren ein Stereotyp, das bis heute wirksam ist.

Dies nur als ein kleiner Einblick in die Anfänge vor hundert Jahren. Diese Anfänge basieren ja auf einer europäischen Einstellung zu Drogen und Rausch, die sich im besten Falle als ambivalent, teilweise aber auch als rigide ablehnend bezeichnen lässt. Dieses Thema kann ich hier nicht weiter vertiefen, und auch die weitere Genese der deutschen Betäubungsmittelgesetzgebung verfolge ich nicht weiter – von Bedeutung an dieser Stelle ist allerdings, dass es vor allem Kontrolle und Repression sind, die an ihrem Beginn stehen. Beide werden ja heute als die vierte Säule bezeichnet, wobei man nicht weiß, ob diese Stellung am Schluss sie als die *ultima ratio* kennzeichnen soll, die erst dann zum Zuge kommen darf, wenn alle Anstrengungen der ersten drei Säulen versagt haben, oder ob Kontrolle und Repression nicht die eigentliche Krönung von Drogenpolitik darstellen. Das lasse ich mal dahingestellt, tatsächlich aber beginnt die deutsche – und nicht nur die deutsche – Drogenpolitik auf diese Weise – und das ist nicht zufällig, wenn man einen Blick auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen dieser Anfänge wirft.

Als 1913 Henry Ford das Fließband zur Autoproduktion einrichtet – die Assembly Line, die erstmals die preiswerte Massenproduktion eines technischen Konsumguts ermöglicht, das war das berühmte Model T – dann hat das mit den ersten Übungen in internationaler Drogenpolitik natürlich nichts zu tun, aber beide Ereignisse stehen für die Entwicklung einer gesellschaftlichen Formation, die wir heute als Disziplinargesellschaft bezeichnen. Das sind Gesellschaften sowohl der Disziplin wie der Disziplinierung, und sie sind gekennzeichnet durch eindeutige Normengerüste. Das ist eine Gesellschaft, in der man jederzeit weiß, was der Fall ist, weil es eine standardisierte und akzeptierte Definition des Normalen gibt. Die Eisenbahnen hatten schon im 19. Jahrhundert die Normalzeit erzwungen, die rapide Industrialisierung erzwingt nun für breite Bevölkerungsschichten die Normalarbeitszeit und das Normalarbeitsverhältnis, in dem die Individuen gleichförmig zu arbeitsteiligen Mädchen erzogen und diszipliniert werden, was dann zur Normalbiographie und einer Konzeption vom normalen Leben führt. Disziplinargesellschaften zeichnen sich also durch eine ‚stabile‘ und ‚solide‘ Modernität aus,⁷ das ist ihre Schwäche, aber auch ihre Stärke.

Es liegt auf der Hand, dass eine solche Gesellschaftsverfassung die Außeralltäglichkeit von Drogenerfahrung als dysfunktional und eskapistisch, eben als nicht normal, betrachten muss, und genau darauf reagiert Drogenpolitik damals und letztendlich auch heute. Zu Beginn der eigentlichen Drogenpolitik im 20. Jahrhundert stehen deswegen primär Repression und Kontrolle, und das ist aus der Sicht der Zeit die angemessene Reaktion. Und indem man das Problem am Rande des bürgerlichen Kosmos verortete, definierte man zugleich das gesellschaftliche Andere, das Gegenbild und das Fremde schlechthin, und man definierte in diesem Prozess von Problemgenerierung auch eine neue Form abweichenden Verhaltens, die es in dieser Form vorher nicht gab. Über den Drogenkonsum der Oberschicht lässt sich hinwegsehen – die bildet ja keine Gefährdung der gesellschaftlichen Verhältnisse, und die Problemdefinition setzt immer erst dann ein, wenn sich die fragliche Verhaltensweise in Zusammenhang mit ‚gefährlichen Gruppen‘ oder ‚gefährlichen Klassen‘ bringen lässt. Es geht dabei nicht um empirische Feststellungen, sondern um Projektionen und Zuschreibungen: das gesellschaftliche Andere wird

6 Briesen (2005), S. 74f.

7 Bauman (2000).

durch solche Definitionen greifbar gemacht, um die darin verborgenen Gefährdungen abspalten und als die negative Folie von Konformität bekämpfen zu können. Wenn auf dem Deutschen Ärztetag von 1928 ein prominenter Hauptredner zu Kokainismus ausführt, es handele sich um „eine Seuche im Sumpfe der Großstadtentartung“,⁸ dann fasst diese Formel nicht nur die Verachtung der Großstadt zusammen, wie sie damals von der rechten Seite des politischen Spektrums gepflegt wurde,⁹ sondern sie schafft es mit der Bündelung der Begriffe ‚Seuche‘, ‚Sumpf‘ und ‚Entartung‘ zugleich, den Binnenfeind als einen Infektionsherd und eine Degeneration des vermeintlich Gesunden zu charakterisieren. In einem einschlägigen Fachbuch kann man dann noch 1953 über Morphium lesen: „es sollte das Laster unbarmherzig aus unserem Volkskörper ausgebrannt werden.“¹⁰ Das zeigt die aggressive Energie, die sich hier aufbaut.

Die bündigste Form eines solchen ‚Ausbrennens‘ ist natürlich die absolute Prohibition, wie sie bezogen auf Alkohol in den USA von 1920 bis 1933 gültiges Recht war. Dann werden Prävention und Repression identisch, mit den bekannten Folgen: organisierte Kriminalität, Korruption der Polizei in großem Stil, überfüllte Gefängnisse, Todesfälle durch selbstgebraute Alkoholika.¹¹ Das kommt einem ja bezogen auf die heute illegalen Drogen alles bekannt vor, und die Folgen von Prohibition sind im wesentlichen immer die gleichen. Das hat allerdings noch nie daran gehindert, Prohibition für die Politik der Wahl zu halten. Doch die Drogenpolitik der Bundesrepublik pendelt lange zwischen ausgesprochen repressiv-ausgrenzenden und therapeutisch-eingrenzenden Maßnahmen. Das lässt sich als Ausgewogenheit, aber auch als Unentschiedenheit lesen; tatsächlich aber folgt es einer Programmatik, die kennzeichnend für Disziplinargesellschaften ist. Gesellschaften dieses Typs betrachten jegliche Abweichung als eine Fehlfunktion und sanktionieren sie entsprechend, doch haben sie zugleich einen großen Normalisierungs-Ehrgeiz. Strafen sollen ja korrigierend wirken,¹² und Resozialisierung nimmt im Wertekanon von Disziplinargesellschaften deswegen einen bedeutenden Stellenwert ein. Die normierende Kraft der Disziplin bemisst sich schließlich auch danach, ob es ihr gelingt, Abweichende wieder in den Normenkanon einzubinden, die Verhältnisse also gewissermaßen wieder zu rechtzurücken. Die wichtigste Normalisierung im Zusammenhang mit Drogenkonsum ist nun jegliche Form von Therapie: das bildet ja nicht nur den Versuch, Drogenkonsumenten physisch und psychisch ihre Droge abzugewöhnen, sondern auch die Anstrengung, sie zurückzuführen in die gesellschaftliche Normalität des Konformen.

So sind es in den Anfängen zwei Säulen, die die Drogenpolitik ausmachen, nämlich primär Repression und Kontrolle, aber daneben auch Therapie. Prävention spielt ursprünglich lediglich eine sehr bescheidene Rolle und gelangt erst mit der sogenannten Drogenwelle am Ende der sechziger Jahre zu größerer Bedeutung. Da nehmen immer mehr Jugendliche Drogen, die bislang in Europa wenig bekannt waren – das haben die Zeitgenossen sehr schnell zu einer Welle stilisiert, und diese Formel unterstreicht bildhaft den bedrohlichen Charakter des Geschehens. Folgerichtig ruft in den USA Präsident Nixon 1972 den ‚war on drugs‘ aus – ein Krieg, der anfänglich auch mit dem Ausbau therapeutischer Angebote geführt wurde, sich dann aber auf repressive Maßnahmen zuerst im In- und später auch im Ausland konzentrierte.¹³ In der Bundesrepublik dagegen begegnete man dieser Welle nicht zuletzt mit einem großzügigen Ausbau von Beratungs- und Hilfsangeboten. Das ist ein primär gesundheitspolitischer Ansatz, und das korrespondiert mit dem Bild, das man in den sechziger Jahren von Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit hat: Sucht wird 1968 vom Bundessozialgericht als Krankheit anerkannt, und Drogenkonsum begreift man vor allem als Anzeichen sozialer und psychischer Probleme: deswegen dominieren sozialstaatliche Erwägungen gegenüber strafrechtlichen – das gilt auch als besser vermittelbar,

8 Hoffmann (2012), S. 209.

9 Vgl. Châtellier (2002).

10 Hess (1953), S. 23, zitiert nach Briesen (2005), S. 73.

11 Woodiwiss (1998); vgl. auch MacCoun und Reuter (2001).

12 Foucault (1976), S. 229 ff.

13 Whitford und Yates (2009).

nicht zuletzt bei Jugendlichen.¹⁴ Das heißt aber überhaupt nicht, dass man repressive Maßnahmen vernachlässigt hätte: das *Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmissbrauchs* vom November 1970 setzt einen erheblichen Akzent auf die Polizei.¹⁵ Die Novelle zum Opiumrecht von 1971 vollendet dann im wesentlichen eine Drogenpolitik, die sich aus repressiven, präventiven und therapeutischen Maßnahmen zusammensetzt, und die Bedeutung von Therapie wird 1982 noch durch den Grundsatz ‚Therapie statt Strafe‘ unterstrichen. Grundlage und Ziel dieser Politik war also die Rehabilitation, die man sich damals jedenfalls nur als drogenfreies Leben vorstellen konnte. In einem ‚Rahmenplan für stationäre und ambulante Behandlungsmodelle‘, den die DHS 1971 vorlegte – damals widmete sie sich noch den Suchtgefahren und nicht, wie heute, den Suchtfragen, und das indiziert an sich schon eine nicht geringe Veränderung der Betrachtungsweise – in diesem Rahmenplan jedenfalls wird als Ziel einer Therapie „die soziale Selbständigkeit der Drogengefährdeten/Drogenabhängigen“¹⁶ definiert. Gegen ein solches Therapieziel ist an sich ja gar nichts einzuwenden, aber es fällt einem doch auf, dass hier die soziale Unselbständigkeit in jedem Falle – schon bei den lediglich Gefährdeten – unterstellt wird und der Verlust von persönlicher Autonomie offenbar unabdingbar dann eintritt, sobald man Drogen, vorzugsweise illegale, konsumiert – immer schwingt dabei die Vorstellung mit, ein Drogenkonsument könne nichts anderes als krank sein, und auch das stigmatisiert diese Gruppe durchaus effektiv.

Claude Lévi-Strauss, der große Anthropologe, hat Gesellschaften danach unterschieden, wie sie mit Abweichenden umgehen: die sogenannten primitiven Gesellschaften seien, sagt er, anthropophagisch, sie schlucken das Andere auf, sie verleiben es sich ein, sie kannibalisieren es, während moderne Gesellschaften anthropoemisch seien, sie reagieren bulimisch, sie spucken das Andere aus, indem sie es im gesellschaftlichen Draußen halten und in speziellen Institutionen wegsperren. Ein solcher Dualismus ist allzu einfach, und der Blick auf deutsche Drogenpolitik zeigt das: sie stößt ab und sie schluckt auf, beides gleichermaßen, und beides widerspricht sich nicht einmal. Einerseits etikettiert Drogenpolitik den Konsumenten als eine Gefahr für das Funktionieren der Gesellschaft, sie sucht ihm den Konsum so schwierig wie möglich zu machen, sie erkennt keineswegs an, dass Drogenkonsum und Lust irgendeine Verbindung haben könnten, und andererseits sieht sie den Drogenkonsumenten als irgendwie gestört – sonst nähme er ja keine Drogen –, als Kranken, der unbedingt behandelt werden sollte. Noch im Prozess der mehr oder weniger wohlwollend gemeinten therapeutischen Einverleibung sieht Drogenpolitik – und mit ihr sicherlich der allergrößte Teil der Öffentlichkeit – den Drogenkonsumenten nicht als jemanden, dessen Freuden (und damit verbunden allerdings auch die Leiden) ein wenig anderen Charakter haben als Freuden und Leiden der Mehrheit, sondern als eine bedrohliche Andersartigkeit, die es schleunigst zu renormalisieren gilt. Diese Einverleibung ist nicht ohne aus- und abstoßende Motivation, während andererseits im Prozess der Ausstoßung die Ängste vor Kontrollverlust und vermeintlicher Irrationalität in den Drogenkonsumenten hinein projiziert werden – eine Ausstoßung, die wiederum einverleibende Aspekte hat, wird doch mit der Ausstoßung der Drogenkonsum als Gefahr gesellschaftlich bewältigt und damit auf umwegige Weise produktiv gemacht.

Wenn sich in der Drogenpolitik des 20. Jahrhunderts also immer schon beide Motivationen gemischt haben und nie in Reinkultur vorkamen, wenn es immer schon um das anthropophagische Einverleiben und das anthropoemische Ausstoßen ging, so hat sich inzwischen doch das Verhältnis beider verändert, und das hängt zusammen mit dem Übergang von einer Disziplinargesellschaft, wie ich sie eben beschrieben habe, zu einer Kontrollgesellschaft, wie sie die späte Moderne kennzeichnet. Diese Gesellschaft hat zum Hintergrund eine weitgehende Deregulierung der Märkte, eine Verschlankung des Staates und die Ausbildung eines Finanzmarktkapitalismus – Entwicklungen, die zur gleichen Zeit in den siebziger Jahren beginnen wie der ‚war on drugs‘. Für die Einzelnen mündet das in Forderungen nach

14 Briesen (2005), S. 298.

15 Briesen (2005), S. 336 ff.

16 Zitiert nach Schroeder (1973), S. 234.

Eigenverantwortlichkeit und Selbstunternehmertum und übrigens auch in die Forderung nach umfassendem präventivem Handeln zur Risikominimierung. Kontrollgesellschaft etabliert dabei eine Freiheit, die den Spielraum mannigfacher Optionen ebenso enthält wie den Zwang, diese Optionen effizient und optimal auszunutzen. Konformität stellt sich auch jetzt nicht automatisch her, aber es geht nicht mehr um die Unterwerfung, die Einpassung, die Normalisierung der Individuen – das war die Essenz des disziplinargesellschaftlichen Arrangements – es geht jetzt um die subjektive Verwirklichung in Akten des Konsums und der Selbstdarstellung, und das Vorzeigen von Einzigartigkeit und Differenz wird zu einem dominanten Instrument von Individualisierung: Normalität ist jetzt nicht mehr starr vordefiniert, die Kontrollgesellschaft kennt viele Normalitäten, die sind situativ unterschiedlich und von sozialen Kontexten abhängig – das macht den einen Aspekt aus, unter dem Drogenpolitik sich verändert hat.

Wie wird nun unter diesen Bedingungen Normalität erzeugt? Vor allem durch die Gestaltung von äußeren Umwelten. Das wird uns an den Konsum-Umwelten von Shopping Malls exemplarisch vorgeführt – ein Blick in den Hauptbahnhof genügt, um sich davon zu überzeugen – aber es betrifft auch Arbeits-Umwelten: das belegen die betrieblichen Steuerungsverfahren von Zielvereinbarungen, innerbetrieblichen Wettbewerben und dem jeweils beschworenen Spirit eines Unternehmens.¹⁷ Und nicht zuletzt betrifft es die politischen Umwelten, wie das die partielle Privatisierung einzelner Lebensrisiken zeigt. Die Gestaltung dieser Umwelten etabliert die Voraussetzungen von Inklusion, und wer ihnen nicht gerecht wird, der unterliegt den Ausschlussregeln des jeweiligen Systems. Das ist der zweite Aspekt, unter dem Drogenpolitik sich verändert hat. Beide Aspekte – die Vervielfachung von Normalität und die situative Exklusion – gehen im drogenpolitischen Szenario eine enge Verbindung ein und überlappen sich gegenseitig. Aber was heißt das nun konkret?

Wenn denn Konsum einen Modus der Individualisierung entfaltet – der eine Aspekt von gesellschaftlicher Veränderung –, dann könnte man denken, dass Drogen ebenfalls ein Konsumgut seien und behandelt würden wie andere Konsumgüter auch. Wir wissen alle, dass das so nicht stimmt, aber von der Tendenz her gibt es immerhin Entwicklungen, die in diese Richtung weisen. Es ist nicht zufällig, wenn seit dem Ende der 1980-Jahre die Drogenpolitik ihre vierte und jüngste Säule entdeckt, nämlich die Minimierung von Schäden, *harm reduction*. Noch in den siebziger Jahren waren die Apotheker gehalten, keine Spritzen an Drogenabhängige zu verkaufen – eine Maßnahme, die mit der zunehmenden Verbreitung von Aids besonders unheilvoll wurde. Nicht zuletzt unter diesem Eindruck beginnt man mit Spritzentauschprogrammen, und 1987 werden in Nordrhein-Westfalen erste Substitutionsprojekte eingerichtet. Was damals eher zögerlich begann, hat sich dann weit hin ausgebreitet, und *harm reduction* ist ja inzwischen eine akzeptierte und etablierte drogenpolitische Intervention.

Was bedeutet das nun aber unter den beiden Gesichtspunkten von Konsum als Inszenierung von Individualität und der Bedeutsamkeit von Ausschlussregeln? Schadensminimierung berücksichtigt beide Gesichtspunkte, wenngleich sie vor allem gesundheitspolitisch begründet wird. Einmal geht mit dieser Politik – und das ist eine sehr neue Entwicklung – die Hinnahme von Drogenkonsum einher. Man billigt ihn nicht, man legitimiert ihn nicht, schon gar nicht legalisiert man ihn, aber man erkennt seine Existenz an und versucht nicht um jeden Preis, Drogenkonsumenten zur Abstinenz zu zwingen. Vielmehr erscheint auch kontrollierter Konsum nun als ein therapeutisch vertretbares Ziel,¹⁸ und schon gibt es die ersten Altersheime für Junkies in Den Haag und Hamburg.¹⁹ Das alles hat in vielerlei Hinsicht seine eigenen Widersprüche, und von einer moralisch neutralen Akzeptanz des Drogenkonsums ist auch diese Politik immer noch weit entfernt – das um so mehr, als umfas-

17 Vgl. Legnaro und Birenheide (2008).

18 Vgl. mit Literaturhinweisen Kolte und Schmidt-Semisch (2006).

19 SPIEGEL 14/2012; SZ 7.7.2012.

sende selbstunternehmerische Prävention inzwischen nahezu eine Verpflichtung geworden ist und der Drogenkonsument davor sichtlich versagt hat: er hat sein Unternehmertum unverantwortlich genutzt. Und doch hat sich etwas Wesentliches geändert: Drogenkonsum gilt nun immerhin als eine Möglichkeit der Individualisierung, keine erwünschte und keine, die irgendwie gefördert würde, aber als etwas, das nun einmal existiert, sich zwar verbieten, aber nicht verhindern lässt und klugerweise hinzunehmen ist.

Das ist der eine Punkt – eine relative Akzeptanz immerhin für diese Form von Individualisierung. Doch streben Individualisierungen immer auch nach öffentlicher Selbstdarstellung, und eine solche ist nun im Falle von Drogenkonsum höchst unerwünscht. Jedenfalls sind offene Drogenszenen immer wieder ein Stein des Anstoßes, vor einigen Monaten noch in Frankfurt, wo ehrbare Anwohner des Bahnhofsviertels einen Protestbrief an die Oberbürgermeisterin geschrieben haben.²⁰ 1810 verbot der Berliner Polizeipräsident das Rauchen auf der Straße mit der Begründung, es sei „ebenso unanständig als gefährlich und dem Charakter gebildeter, ordnungsvoller Städte entgegen“ – diese Begründung hat offenbar auch heute noch einen gewissen Charme, und was im frühen 19. Jahrhundert moralische Vorstellungen von öffentlicher Sittsamkeit und Ordnung verletzte, das stört und verstört heute die Konsumlaune. Die späte Moderne macht zwar aus Diversität, aus Unterschiedlichkeiten, ein Konsumgut und ein modisches Accessoire – in diesem Sinne kann sie sogar mit Drogenkonsum umgehen –, aber sie hat einen Horror vor Schwierigkeiten,²¹ und die können offene Drogenszenen bekanntlich machen. Dem helfen Drogenkonsumräume und alle Programme der *harm reduction* zwar nur begrenzt ab, aber sie lassen sich doch als ein Versuch lesen, solche Schwierigkeiten im öffentlichen Raum zu kanalisieren, indem man die Aufenthaltsorte der Konsumenten rechtlich und sozial eingrenzt und sie im Namen von Sicherheit und Sauberkeit möglichst fernhält von der bürgerlichen Selbstinszenierung in den Arealen des Konsums.²² *harm reduction* dient deswegen nicht zuletzt auch der Reduktion von Störung und fügt sich – und das gilt ungeachtet aller gesundheitspolitischen Intentionen, die es ja auch gibt – in eine Politik zur Regelung von Urbanität.

Was also bedeuten die vier Säulen, wenn man dies alles zusammensieht? Sie sichern und befestigen immer noch Grenzen, wie das Drogenpolitik von Anfang an getan hat: die Grenzen zwischen Konformität und Devianz ebenso wie die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit.²³ Und damit definieren sie überdies, welcher Lebensstil erwünscht ist und welche Art von Selbstinszenierung toleriert werden kann, und all dies kontrollieren sie effektiv. Wenn man also von vier Säulen der Ratslosigkeit sprechen kann, wie ich das im Titel nahegelegt habe, dann nicht deswegen, weil sie keine Funktion hätten und nicht die Grenzen sichern, die sie sichern sollen, sondern deswegen, weil sie mit Verve nach wie vor Drogenkonsum als Drogenproblem festschreiben und den Blick dafür versperren, dass eine Drogenpolitik, die zugleich sinnvolle Gesellschaftspolitik wäre, dieses Problem entproblematisieren müsste. Dann allerdings müssten die vier Säulen einen neuartigen Stellenwert gewinnen, sie wären dann nicht mehr die Essenz von Drogenpolitik, sondern lediglich begleitende Instrumente von Sozialpolitik im Rahmen einer weitgehend liberalisierten politischen und gesellschaftlichen Handhabung von Drogen.

20 <http://bahnhofsviertelfrankfurt.wordpress.com/uber-diesen-blog/offener-brief-an-die-stadt-frankfurt-bezuglich-der-drogenproblematik-im-bahnhofsviertel/> (8/2012).

21 Young (1999), S. 59.

22 Vgl. zur Politik der räumlichen Ausgrenzung im urbanen Szenario Lauen (2011).

23 Vgl. Yardley (2012).

Literatur

- Bauman, Zygmunt (2000): *Liquid Modernity*, Cambridge
- Briesen, Detlef, *Drogenkonsum und Drogenpolitik in Deutschland und den USA*, Frankfurt/M. 2005
- Châtellier, Hildgard, *Moloch Großstadt*. In: Etienne François und Hagen Schulze (Hrsg.), *Deutsche Erinnerungsorte Bd. II*, München 2002, S. 567-583.
- Foucault, Michel, *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*, Frankfurt/M. 1976
- Hesse, Erich, *Rausch-, Schlaf- und Genussgifte*, Stuttgart 1953
- Hoffmann, Annika, *Drogenkonsum und -kontrolle. Zur Etablierung eines sozialen Problems im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts*, Wiesbaden 2012
- Kolte, Birgitta und Henning Schmidt-Semisch, *Kontrollierter Drogenkonsum: ein prekäres Paradigma?* In: Aldo Legnaro und Arnold Schmieder (Hrsg.), *Kontrollierter Drogenkonsum – Drogenkonsum als Lebenskontrolle*, Jahrbuch Suchtforschung Bd. 5, Münster 2006
- Lauen, Guido, *Stadt und Kontrolle. Der Diskurs um Sicherheit und Sauberkeit in den Innenstädten*, Bielefeld 2011
- Legnaro, Aldo und Almut Birenheide, *Regieren mittels Unsicherheit. Regime von Arbeit in der späten Moderne*, Konstanz 2008
- MacCoun, Robert J. und Peter Reuter, *Drug War Heresies. Learning from Other Vices, Times & Places*. Cambridge 2001
- Schabdach, Michael, *Soziale Konstruktionen des Drogenkonsums und Soziale Arbeit. Historische Dimensionen und aktuelle Entwicklungen*, Wiesbaden 2009
- Scheerer, Sebastian, *Die Genese der Betäubungsmittelgesetze in der Bundesrepublik Deutschland und in den Niederlanden*, Göttingen 1982
- Schroeder, Friedrich-Christian, *Rauschgift. Bekämpfung des Drogenmißbrauchs*, Berlin 1973
- Woodiwiss, Michael, *Reform, Racism and Rackets: Alcohol and Drug Prohibition in the United States*. In: Ross Coomber (Hrsg.), *The Control of Drugs and Drug Users. Reason or Reaction?* Amsterdam 1998, S. 13-30
- Walker III, William O., 'A Grave Danger to the Peace of the East': *Opium and Imperial Rivalry in China, 1895-1920*. In : James H. Mills und Patricia Barton (Hrsg.), *Drugs and Empires. Essays in Modern Imperialism and Intoxication, c. 1500–c. 1930*, Houndsmill, Basingstoke 2007, S. 185-203
- Whitford, Andrew B. und Jeff Yates, *Presidential Rhetoric and the Public Agenda. Constructing the War on Drugs*, Baltimore 2009
- Yardley, Tom, *Why We Take Drugs. Seeking excess and communion in the modern world*, London-New York 2012
- Young, Jock, *The Exclusive Society. Social Exclusion, Crime and Difference in Late Modernity*, London-Thousand Oaks 1999