

AIDS-FORUM DAH

Band

56



Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen

20 Jahre JES-Netzwerk

HIV-Prävention • Interessenvertretung • Selbsthilfe

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Impressum

Deutsche AIDS-Hilfe e. V.
Wilhelmstr. 138
10963 Berlin
Internet: www.aidshilfe.de
E-Mail: dah@aidshilfe.de

Juni 2009
Bestellnummer: 030056

Bearbeitung: Christine Höpfner, Holger Sweers
Gestaltung: moniteurs (Berlin)
Satz: Carmen Janiesch (Berlin)
Druck: schöne drucksachen,
Bessemerstr. 76a, 12103 Berlin

Spenden an die DAH

Konto 220 220 220
Berliner Sparkasse
BLZ 100 500 00
Online: www.aidshilfe.de

Sie können die DAH auch unterstützen,
indem Sie Fördermitglied werden.
Nähere Informationen unter
<http://www.aidshilfe.de> oder bei der DAH.

Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.

Inhalt

- 5 Vorwort
Claudia Schieren

Innen- und Außenansichten

- 11 Ideale, Ziele und Strukturen des bundesweiten JES-Netzwerks
Marco Jesse
- 21 Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland
Dirk Schäffer
- 29 Aide-toi, le ciel t'aidera – hilf dir selbst, und der Himmel wird dir helfen
Ingo Ilja Michels
- 35 JES: Einblicke und Ausblicke
Axel Hentschel
- 41 Eigentlich ist es wie in jeder Partnerschaft – 20 Jahre JES und DAH
Marco Jesse

Jes-Projekte

- 47 Drogenkurier im Wandel
Dirk Schäffer
- 53 Der Celia-Bernecker-Preis
Jochen Lenz
- 59 Fortbildung von und für Drogengebraucher/innen
Katrin Heinze und Claudia Schieren
- 63 Der nationale Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige
Matthias Häde

Themen im Fokus

- 73 JES: 20 Jahre Einsatz für eine praxisingerechte Substitutionsbehandlung
Dirk Schäffer, Marco Jesse
- 79 Drogenkonsumräume
Axel Hentschel
- 85 Die heroingestützte Behandlung opiatabhängiger Menschen
Uwe Verthein
- 99 Legalisierung illegaler Drogen – machbar oder Utopie?
Henning Schmidt-Semisch
- 112 Autorinnen und Autoren

1982

„Gemeinsamer Kampf gegen Drogen“

Kassel: Erster Zusammenschluss von Suchtabhängigen in der Bundesrepublik

Kassel (bau). Den ersten Zusammenschluss von Drogenabhängigen in der Bundesrepublik haben jetzt in Kassel acht ehemalige Drogensüchtige gegründet. Der Junkie-Bund (Junkie ist wie Fixer ein in der Drogenszene üblicher Name für einen Heroinabhängigen), dem insgesamt 30 Mitglieder angehören, hat sich zum Ziel gesetzt, den Kampf gegen die Droge gemeinsam mit dem Fixer aufzunehmen.

„Unsere derzeitige Drogenpolitik steckt hoffnungslos in der Sackgasse“, stellte gestern der Vorsitzende des Bundes, Johannes Nietsch, vor Journalisten fest. Der Junkie dürfe nicht länger als „Mensch zweiter Klasse“ gelten, sondern müsse in der Gesellschaft integriert werden

Mit Methadon

Erreichen will der Junkie-Bund das vor allem durch das als Ersatzdroge Methadon, mit dem man in den Niederlanden „gute Erfolge erzielt hat“ (Nietsch). Methadon, ein synthetisches Opiat, werde dort vom Staat an die Fixer ausgegeben. Sein entscheidender Vorteil sei, dass der Abhängige sich das teure Heroin nicht länger meist auf kriminellen Wegen beschaffen müsse. Gleichzeitig verfüge der Fixer, der sonst von dem Gedanken „Wie komme ich an den nächsten Schuss?“ beherrscht werde über mehr Zeit für sich selbst.

Diese Zeit, so ist man sich beim Junkie-Bund auf Grund der niederländischen Erfahrungen sicher, werde in mehr Fällen als bisher den Fixer befähigen, sich dem Aufbau einer neuen Lebens-

grundlage zu widmen. So und nur so sei er dann auch in der Lage, sich selbst in die Gemeinschaft hineinzufinden.

Gesetz kritisiert

Harte Kritik äußerte der Bund an dem derzeitigen Betäubungsmittelgesetz, das die Grundlage für Zwangstherapie und „Drogenknast“ (geschlossene Entziehungsanstalten) bilde. Das propagierte Wort „Therapie satt Strafe“ erweise sich als Hohn wenn, wenn man näher hinschaue: Erstens dürfe die Strafe für den Fixer nicht länger als zwei Jahre betragen, bevor er in die Therapie gehen könne und zum anderen müsse die Jahre trotz Therapie absitzen. Nietsch: „Knast hat noch keinem Süchtigen geholfen, im Gegenteil.“

„Langfristiges Ziel“

Eine Änderung des Gesetzes, darüber ist man sich beim Junkie-Bund klar, „geht nicht von heute auf morgen“. So will man dieses langfristige Ziel zum Beispiel in Zusammenarbeit mit den Grünen anpeilen, aber vor allem den Süchtigen, die auf der Straße liegen, helfen. Da steht neben dem Vorhaben, mit deren Eltern zu sprechen, der Einfluss auf die Fixer selbst. „Ohne den ständig berühmten Zeigefinger des Staates“, heißt es bei dem Bund, wolle man „Anlaufstelle für die sein, die in der Gosse herumlungern“ müssten.

Der Kasseler Junkie-Bund ist über Johannes Nietsch, Hartwigstraße 12, Telefon 0561/871371 zu erreichen.

HNA, 12.11.1982

Vorwort

5

2009 wird das bundesweite JES-Netzwerk 20 Jahre alt. Hand aufs Herz: Wer hat bei der Geburt der Selbsthilfe von „**J**unkies, **E**hemaligen und **S**ubstituierten“ damit gerechnet, dass sie nach zwei Dekaden immer noch existieren würde! Dabei hat JES nicht einfach nur „überlebt“: Was einmal klein anfang, hat sich im Lauf der Jahre zu einem bundesweit agierenden Selbsthilfe-Netzwerk entwickelt, dem heute etwa 25 Gruppen und Vereine angehören.

Wir haben viel erreicht

Es war im Juli 1989 auf einem Seminar der Deutschen AIDS-Hilfe, als sich Teilnehmer/innen – zumeist HIV-positive Drogengebraucher/innen und Substituierte – mit dem Ziel zusammenschlossen, ihre Belange und Interessen von nun an selbst zu vertreten und gemeinsam mit Freund(inn)en aus Aids- und Drogenhilfen, mit Eltern und Angehörigen und weiteren Bündnispartnern für eine Verbesserung der Lebens- und Konsumbedingungen Drogen gebrauchender Menschen zu kämpfen. Und wir haben viel erreicht: Sterile Spritzen sind heute problemlos erhältlich – zumindest außerhalb der Gefängnismauern. In den allermeisten Aids- und Drogenhilfen können alte Spritzen gegen neue getauscht werden, und in keinem



Bernd, 2006



Claudia, Berlin 2007

6



Teilnehmer des Seminars für JES-Einsteiger, Bad Bevensen 2008

Land ist das Spritzenautomaten-Netz so dicht wie in Deutschland. Etwa 70.000 Heroinkonsument(inn)en befinden sich derzeit in einer Substitutionsbehandlung und erhalten Methadon, Polamidon, Buprenorphin oder andere Medikamente. Inzwischen gibt es in 16 Städten Drogenkonsumräume, in denen mitgebrachte Substanzen ohne Stress und unter hygienischen Bedingungen konsumiert werden können. Und nicht zuletzt haben wir Safer-Use-Botschaften entwickelt und diese in die Szenen getragen, um das Risikobewusstsein zu erhöhen und zur Anwendung schadensminimierender Strategien zu motivieren. All das hat dazu beigetragen, dass die HIV-Prävalenz bei intravenös Drogen Konsumierenden heute auf 5–10 % geschätzt wird und sich die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen dort seit Jahren auf konstant niedrigem Niveau hält. Auf diese Erfolge dürfen wir stolz sein.

Eine Legalisierung der verbotenen Substanzen haben wir freilich nicht erwirken können, weshalb wir uns darauf konzentriert haben, die gesundheitlichen und sozialen Folgen des Lebens in Illegalität durch ein breitgefächertes und praxisnahes Hilfeangebot abzumildern. Umso größer ist unsere Freude, dass der Deutsche Bundestag im Mai 2009 für die Überführung der Diamorphin-gestützten Behandlung in die Regelversorgung gestimmt hat. Auch hier hat es sich also gelohnt, dass wir so hartnäckig am Ball geblieben sind!

Zu diesem Band

JES hat viel erreicht – trotzdem werden die Potenziale unserer Selbsthilfe-Arbeit immer noch unterschätzt und folglich auch nicht umfassend genutzt. JES sei „maßlos“ oder „unfachlich“, heißt es oft von professioneller Seite. Sicher, mit unserem Motto „Leben mit Drogen“ haben wir es uns nicht unbedingt leicht gemacht. Aber den Weg des geringsten Widerstands wollten wir auch gar nicht gehen.

Dies zeigt ebenso der vorliegende Band, mit dem wir unsere Haltungen, Ideale und Ziele transparent machen und die positiven Wirkungen des Selbsthilfe-Engagements von JES ins Blickfeld rücken wollen. Zugleich stellen wir JES-Projekte vor und greifen Themen auf, die uns in den vergangenen 20 Jahren beschäftigten. Zu Wort kommen dabei Drogen gebrauchende Menschen, die das Profil und die Arbeit von JES maßgeblich geprägt und weiterentwickelt haben, und ebenso Fachleute, die uns schon seit Jahren begleiten.

20 Jahre JES – eine gute Gelegenheit, Danke zu sagen

Unser Dank geht als Erstes an alle Frauen und Männer, die das JES-Netzwerk mit Leben gefüllt haben. Viele von ihnen sind mittlerweile nicht mehr bei uns, weil sie sich anders orientiert oder beruflich weiterentwickelt haben, weil ihr Gesund-

heitszustand ein Engagement bei JES nicht mehr zulässt – oder weil sie verstorben sind. Danken wollen wir ebenso der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), die uns von Anfang an ideell, fachlich und finanziell unterstützt hat. Das Miteinander von JES und DAH gilt hierzulande wie auch international als beispielhaft: Selbsthilfe fördern, ohne sie zu bevormunden, war und ist entscheidend für unsere erfolgreiche Zusammenarbeit.

In der Geschichte des JES-Netzwerks gab es Phasen rasanten Wachstums und Zeiten der Brüche und Rückschläge. Unsere Arbeit wird auch in Zukunft nicht immer leicht sein. So wird es z. B. noch mehr als bisher gelten, die Motivation für ein Engagement bei JES aufrechtzuerhalten. Und ebenso müssen wir dafür sorgen, dass die Selbsthilfeförderung fester Bestandteil in Aids- und Drogenhilfen wird. Allen, die uns dabei mit Rat und Tat zur Seite stehen wollen, möchten wir schon jetzt danken.

Berlin, im Juni 2009

Claudia Schieren, JES-Bundessprecherin

Innen- und Außenansichten



**AUCH
WIR SIND
OSNA-
BRÜCKER**

STOP
**KEINE STADT-
UND PLATZ-
VERBOTE**

Antje Aumüller
und Robert Böhm,
Bremen 1997



Entspannung nach dem Seminar:
v.l.n.r. Alexander †, Matthias B.,
Martina und Wolfgang



10



Hannelore Kneider,
Elternverband, 2008



Bernd Lemke † (Köln)
und Partnerin, 2004

Ideale, Ziele und Strukturen des bundesweiten JES-Netzwerks

11

Marco Jesse

Selbsthilfe wird fast überall für wichtig erachtet und als unbedingt unterstützenswert bezeichnet. Wenn es aber konkret wird und außerdem um die nicht immer einfache und spannungsfreie Zusammenarbeit mit engagierten Drogengebern geht, lässt das Interesse und die Wertschätzung für die Selbsthilfe oft deutlich nach ... Sicher, die JES-Mitglieder haben in den letzten 20 Jahren auch viele positive Erfahrungen gesammelt und eine Vielzahl engagierter, vorurteilsfreier und sympathischer Mitarbeiter/innen von Aids- und Drogenhilfen, Ärztinnen und Ärzte, Wissenschaftler/innen und Politiker/innen getroffen. Viele Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention sind aber nach wie vor überhaupt nicht oder nur rudimentär über das in dieser Form weltweit einzigartige Drogenselbsthilfenetzwerk JES informiert – ändern wir das!

Wer wir sind, was wir wollen und was wir tun

JES – in Wirklichkeit nur ein Substituiertennetzwerk?

Auch wenn die Mehrzahl der Frauen und Männer, die gegenwärtig die Arbeit im JES-Netzwerk tragen, substituiert werden, ist JES kein „Substituiertennetzwerk“. In vielen JES-Gruppen engagieren sich ebenso Ex-User/innen und aktuell konsumierende. Die immer wieder gestellte Frage, ob das funktioniert, beantworten wir mit ja. Im Mittelpunkt unserer Arbeit steht nicht der „Status“ als Konsument, Substituierter oder Ehemaliger, sondern das gemeinsame Ziel aller Mitglieder: Wir wollen gesellschaftliche Bedingungen schaffen, unter denen aktuell Drogen konsumierende Menschen und ehemalige Drogengebraucher/innen menschenwürdig, d. h. ohne die Bedrohung durch Strafverfolgung, Ausgrenzung, Pathologisierung und permanente Benachteiligung leben können.

Selbsthilfe oder (politische) Interessenvertretung?

Die JES-Gruppen streben an, sich in ihren Regionen zu einem sozialen Netzwerk zu entwickeln, in dem die helfende, unterstützende und stabilisierende Rolle zwischenmenschlicher Beziehungen zum Tragen kommt. In einer funktionierenden JES-Gruppe soll sich der/die Einzelne sicher und wohl fühlen; sie unterstützt den Aufbau (neuer) sozialer Beziehungen und bietet Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensaufgaben. Zugleich kann das Engagement in der Gruppe wesentliche Impulse für die Arbeit an sich selbst und für die Verwirklichung persönlicher Werte geben – zum Beispiel durch die Stärkung der Selbstachtung und des Selbstwertgefühls oder die Erfahrung von Lebensfreude. Die Gemeinschaft mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen teilen, kann ein wichtiger Faktor für die Erarbeitung passender Hilfen sein.

Das JES-Netzwerk kann und will sich aber nicht darauf beschränken, den Einzelnen Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, sondern strebt auch gesellschaftliche, politische und rechtliche Veränderungen an. Schließlich sind JES-Mitglieder als aktuelle oder ehemalige Konsumenten illegalisierter Drogen täglich damit konfrontiert, dass gesellschaftliche, politische und rechtliche Rahmenbedingungen ein menschenwürdiges Leben mit Drogen erschweren, Zugänge zu entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten mit unnötigen Hürden verstellen und die (Re-)Integration von ehemaligen Konsumenten in die Gesellschaft vielfach scheitern lassen. Trotz des Auf- und Ausbaus eines Drogenhilfesystems mit niedrigschwelligen und der akzeptierenden Arbeit verpflichteten Angeboten sind Drogengebraucher/innen immer noch mit Schwarzmarkt und schlechter Stoffqualität, unsicherer Versorgung und einem von Kriminalität und Gewalt geprägten Umfeld konfrontiert. Diese Rahmenbedingungen bringen User zudem in Beschaffungsnot und lassen für viele Haftaufenthalte zu einer prägenden Lebenserfahrung werden. Und nicht



zuletzt sind diese Gesetze und Regelungen mitverantwortlich für die Gefährdung der Gesundheit und des Lebens Drogen konsumierender Menschen. Als von diesen Missständen unmittelbar betroffen hat JES das Recht und die Pflicht, sich konsequent für eine Neuordnung der Drogenpolitik einzusetzen.

Just say JES

Die Bezeichnung „JES“ versteht sich ausdrücklich als bejahende Entgegnung auf den moralisierenden drogenpolitischen Slogans „Just say NO“. Der Name unseres Netzwerks steht dafür, dass der Konsum von Drogen nicht grundsätzlich negativ ist und das Leben in den Drogenszenen nicht nur

schwierige, zerstörerische Seiten hat. JES ist auch ein provokatives Gegengewicht gegen allzu einfaches Denken, das nur „Alles oder Nichts“ und „Abstinenz oder Elend“ kennt. JES sagt ja zu der Möglichkeit eines selbstbestimmten und nicht missbräuchlichen Drogenkonsums, auch wenn die gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen dazu führen, dass viele Drogen gebrauchende Frauen und Männer daran scheitern. Die daraus resultierenden schmerzlichen Erfahrungen prägen das Engagement der JESler für einen verantwortungsvollen und selbstbestimmten Umgang mit Drogen in der Gesellschaft.

Menschenwürdig leben mit Drogen

Das JES-Motto „Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen“ ist als Minimalkonsens für alle Gruppen im JES-Netzwerk verbindlich und stellt die Grundlage der gemeinsamen Arbeit dar. Oft wird dieser Ausspruch als Aufforderung zum Drogenkonsum missverstanden. Die JES-Mitglieder sind sich aber sehr wohl bewusst, dass unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ein Leben mit Drogen oft mit Verletzungen der Menschenwürde, mit Erkrankungen, Kriminalität und Stigmatisierung verbunden ist. Wir sind daher weit davon entfernt, Drogenkonsum zu idealisieren und zu propagieren, stehen aber für das Selbstbestimmungsrecht eines jeden Einzelnen ein – auch in Bezug auf die Entscheidung für oder gegen den Konsum psychoaktiver Substanzen. In diesem

Sinne wollen wir Lebensstile mit oder ohne Drogen ermöglichen, die niemanden schädigen, sondern Selbstständigkeit, Selbstachtung und Lebensfreude fördern und schützen.

Die Strukturen des JES-Netzwerks

Das JES-Netzwerk ist so angelegt, dass JES-Gruppen vor Ort, Vereine und regionale Verbände sich nach den jeweiligen Bedürfnissen und Gegebenheiten selbst organisieren und weitgehend autonom arbeiten. Diese Verschiedenartigkeit der Arbeitsweisen und auch Institutionalisierungs-niveaus sehen wir als Quelle der Innovation.

Die Arbeit vor Ort

Im Mittelpunkt der Arbeit von örtlichen JES-Gruppen stehen der Erfahrungsaustausch und die unmittelbare praktische Hilfe bei der Bewältigung des Alltags. Die Gruppen tragen dazu bei, Probleme zu lösen, negative Erfahrungen zu relativieren und sich psychisch und sozial zu stabilisieren. Über den sozialen Kontakt werden zugleich Impulse vermittelt, neue Fähigkeiten und Verhaltensweisen zu entwickeln und zu erproben, und in der Gruppe kann das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wiedergewonnen werden – eine Grundlage für die selbstbewusste Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

14



Viele regionale Gruppen orientieren sich jedoch nicht ausschließlich an den Bedürfnissen ihrer Mitglieder, sondern engagieren sich zugleich für andere. Diese auch nach außen arbeitenden Gruppen bemühen sich – z. B. über Öffentlichkeitsarbeit oder Informationsveranstaltungen und Fortbildungen –, Betroffene, Angehörige und Helfer/innen aufzuklären. Dabei geht es nicht nur um die Primärprävention, also z. B. Maßnahmen zur Risikominderung beim Konsum illegalisierter Drogen, sondern auch um die Bekämpfung von Vorurteilen und Mythen, Unwissenheit und irrationalen Ängsten, um die Diskriminierung von Drogenkonsument(inn)en aufzubrechen. Über politische Arbeit und die Mitarbeit in fachbezogenen Arbeitskreisen bemühen sich viele Gruppen zugleich, ihren Teil zur Gestaltung des Drogen- und Aids-Hilfesystems beizutragen.

Die Arbeit in regionalen Verbänden („Schienen“)

Um die Vernetzung zwischen den JES-Gruppen zu fördern und die verschiedenen Interessen und Wünsche zu bündeln, hat JES eine Nord-, Süd- und Westschiene eingerichtet. Die Gruppen der einzelnen Regionen kommen zweimal jährlich zu den „Schientreffen“ zusammen, bei denen es nicht nur um den Erfahrungsaustausch geht, sondern auch um solidarische Unterstützung, politische Positionsbestimmungen zu relevanten Themen und das Einfordern unserer Mitspracherechte gegenüber den politisch Verantwortlichen und dem Hilfesystem. Jede Schiene



Vorstand JES NRW 2004, v.l.n.r. Michael †, Matthias, Christa, Dirk M., Bernd †

wählt einen Koordinator oder eine Koordinatorin mit einer „Amtszeit“ von zwei Jahren, der oder die ein Bindeglied zwischen den regionalen Gruppen und der bundesweiten Arbeit ist. Zu seinen/ihren Aufgaben gehört u. a. die inhaltliche und organisatorische Vorbereitung der Schienentreffen.

Besonders für Gruppen in ländlichen Regionen, die weit entfernt voneinander arbeiten müssen, und für die Einzelkämpferinnen und Einzelkämpfer, die sich oft schon viele Jahre ohne Unterstützung durch eine Gruppe für die Interessen und Rechte Drogen gebrauchender Menschen einsetzen, sind der Rückhalt durch ein solches regionales Bündnis und der Erfahrungsaustausch unverzichtbar.

Die bundesweite Arbeit des JES-Netzwerks

Alle zwei Jahre wählen die JES-Gruppen im Rahmen einer Mitgliederversammlung maximal sechs Bundessprecher/innen. Diese treffen sich alle sechs Wochen mit den drei Schienekoordinator(inn)en im JES-Sprecherrat, der die bundesweite Arbeit gewährleistet. Bei diesen Treffen werden Erfahrungen und Probleme aus den Regionen zusammengeführt und die Arbeitsansätze des JES-Netzwerks weiterentwickelt.

Der Sprecherrat ist zugleich das politische Sprachrohr von JES und vertritt das Netzwerk in der Öffentlichkeit sowie bei nationalen und internationalen Kongres-



sen und Veranstaltungen. Darüber hinaus ist er mitverantwortlich für die Konzeption und Durchführung der JES-Seminarreihe (siehe dazu auch den Beitrag von Katrin Heinze und Claudia Schieren in diesem Band, S. 59 ff.).

Besondere Bedeutung kommt der Zusammenarbeit des Sprecherrats mit dem Fachbereich Drogen und Strafvollzug der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (DAH) zu – umso mehr, als es einen hauptamtlichen JES-Koordinator nicht mehr gibt und fast alle Finanzmittel für die JES-Arbeit auf Bundesebene über die DAH zur Verfügung gestellt werden. Die JES-Koordination war über viele Jahre das Bindeglied zwischen JES und der DAH, die das Netzwerk seit seiner Gründung im Jahr 1989 fördert und finanziell, ideell, strukturell und fachlich unterstützt. Da der Fachreferent für Drogen und Strafvollzug aber derzeit der ehemalige JES-Koordinator Dirk Schäffer ist, ist diese enge Zusammenarbeit und Unterstützung zwischen JES und DAH gewissermaßen in Personalunion in ihm verankert.

Im Zusammenspiel von ehrenamtlicher Arbeit (JES-Sprecherrat) und hauptamtlicher Arbeit (DAH-Drogenreferent) hat JES auf der Bundesebene die Möglichkeit, Kontakte in verschiedene Bereiche der Politik, der Aids- und Drogenarbeit herzustellen, auszubauen und kontinuierlich zu pflegen.

Die Arbeit des Netzwerks

Selbstorganisiert, engagiert und solidarisch

Wer sich bei JES engagiert, tut dies nicht mit der Aussicht auf einen bezahlten Arbeitsplatz, sondern leistet unbezahlte, freiwillige Arbeit – von Drogengebrauchern für Drogengebraucher. Dieses Engagement geht über die private Solidarität beispielsweise von Familienmitgliedern und Freunden hinaus, weil hier Erfahrungsaustausch sowie Problembearbeitung durch Betroffene mit Fachberatung verbunden werden. Durch selbstorganisierte Qualifizierung und Professionalisierung der JES-Mitglieder stärken diese auch die Möglichkeiten und die Bereitschaft zu gegenseitiger Hilfe und zur Solidarität untereinander. Diese Verknüpfung von Betroffenenkompetenz und Betroffenensolidarität unterscheidet die JES-Arbeit von den Möglichkeiten des professionellen Hilfesystems und macht das Netzwerk einzigartig und unverzichtbar. Zu den wichtigsten Anliegen von JES gehört deshalb, diese Arbeit systematisch zu stabilisieren und weiterzuentwickeln.

JES arbeitet auf allen Ebenen für die Eigenverantwortung, Selbstständigkeit und Souveränität von Drogenkonsumentinnen und -konsumenten. Die Grundsätze „Selbstgewählte Ziele statt ideologische Bevormundung“ und „Selbstgewählte Arbeits- und Gruppenbeziehungen statt Fremdorganisation“ sind daher auch Leitideen der Arbeit innerhalb des Netzwerks und der Kooperation mit dem professionellen Hilfesystem.



Wegbegleiter auf unterschiedlichen Ebenen: Sabine Bätzing (Bundesdrogenbeauftragte) und Jürgen Heimchen (Vors. Elternverband) 2008 in Berlin



Susanne und Tina (Osnabrück), 2006 im Rahmen eines JES-Seminars



Alte-Hasen-Treffen 2006 in Warnemünde

Schneller, höher, weiter?

JES hat in den letzten Jahren Wachstumssprünge, Phasen rasanter Entwicklung und Stabilisierung genauso erlebt wie Stagnation, Brüche und Instabilität. Das ansonsten in der Gesellschaft geltende Prinzip „schneller, höher, weiter“ trifft für das Netzwerk nicht zu. Die Gründe dafür sind nicht nur in den Kräften und in der Motivation der einzelnen Mitglieder zu suchen, sondern auch in den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Arbeit. Die Hürden für ein Engagement bei JES liegen nicht zuletzt in den Lebensbezügen der Drogengebraucher/innen: Zum einen lässt das Leben als Junkie mit Beschaffungs- und Verfolgungsdruck kaum Zeit und Kraft für zuverlässige Mitarbeit, zum anderen wird ein Engagement bei JES faktisch zu einem Coming-out für diejenigen, die ihren Drogenkonsum bisher verbergen konnten. Begründete Ängste, sich so der Stigmatisierung auszusetzen, halten daher manche von einer Mitarbeit im Netzwerk ab. Außerdem wollen sich manche Drogenkonsumenten auch einfach von szeneorientierten Lebensbezügen fernhalten und den drogenbezogenen Teil ihrer Biographie „abtrennen“. Und nicht zuletzt ist zu bedenken, dass zu der geleisteten unbezahlten Arbeit meist auch Kosten z. B. für Kopien, Telefonate, oder Korrespondenz hinzukommen. Die verbreitete gesellschaftliche Ignoranz gegenüber der Selbsthilfearbeit führt also dazu, dass die Kosten der gesellschaftlich notwendigen und nützlichen JES-Arbeit privat zu tragen sind.

JES und das Drogenhilfesystem

Selbsthilfe – besonders die von Drogenkonsumenten, die ihr Recht auf ein menschenwürdiges Leben mit Drogen einfordern – sieht sich nach wie vor mit Abwehr und Ressentiments vieler professioneller Helfer konfrontiert. Eine konstruktive Zusammenarbeit mit JES ist nur vereinzelt zu finden, vor allem bei akzeptierend arbeitenden Drogen- und Aidshilfen. JES versteht sich als kritisches Gegenüber zum professionellen Hilfesystem – das kann den Interessen der „Besitzstandswahrer“ zuwiderlaufen, es verunsichert und erzeugt Abstand.

In seinem Selbstverständnis geht JES davon aus, dass Selbsthilfe und professionelle Dienstleistungserbringung unterschiedliche Grundlagen haben, von unterschiedlichen Voraussetzungen ausgehen und andere Ziele anstreben. Die besondere Stärke des Selbsthilfenetzwerks liegt in dem direkten Zugang zu den Hilfesuchenden – mit unserer „Betroffenenkompetenz“ sind wir als Experten in eigener Sache auf eine ganz andere Weise glaubwürdig und vertrauenswürdig. Außerdem können wir über die Entwicklung und Stärkung informeller Netzwerke neue und qualitativ andere Potenziale erschließen, als dies dem professionellen Hilfesystem möglich ist.

JES-Arbeit zeichnet sich nicht zuletzt durch die Kombination von Selbsthilfeansätzen und fachlicher Kompetenz aus. Als kritisches Gegenüber von Drogen-

und Aidshilfe kann JES so darauf hinwirken, dass Professionelle unter qualitativ hochwertiger Arbeit nicht nur die Einhaltung festgelegter Standards (miss-)verstehen, sondern über die kritische Auseinandersetzung mit den Betroffenen Impulse für die Entwicklung bedürfnisgerechterer Angebote erhalten. Es liegt daher nahe, die Eigenarbeit von Betroffenen und professionelles Fachwissen zum gegenseitigen Vorteil zu verknüpfen.

JES versteht seine Angebote in diesem Sinne als Ergänzung zu professioneller Hilfeleistung, um deren Wirksamkeit zu erhöhen, nicht als Konkurrenz. Schließlich kann nur gemeinsam mit drogen- und sozialpolitischen Bündnispartnern der nötige Druck aufgebaut werden, um Forderungen zu artikulieren und auch durchzusetzen. JES hat hier für sich einen Mittelweg gefunden und erkannt, dass sich die kritische Beobachtung des Drogenhilfesystems und Partnerschaften mit eben diesem System nicht ausschließen und dass JES dabei seine Eigenständigkeit wahren kann – den Blick fest auf das Ziel gerichtet, ein menschenwürdiges Leben mit Drogen zu ermöglichen.

Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland

21

Dirk Schäffer

In etlichen Aids- und Drogenhilfen gibt es inzwischen Ansätze einer konstruktiven Zusammenarbeit mit JES-Gruppen, in anderen hingegen nicht: Auch heute noch begegnet man der akzeptierenden Drogenselbsthilfe mit Vorbehalten, Vorurteilen und Ablehnung, was ihre Arbeit vielerorts erschwert. Diese Haltung verwundert umso mehr, als ehrenamtliches Engagement in den letzten Jahren enorm an Bedeutung und Wertschätzung gewonnen hat – in der Politik wie auch in der Gesellschaft. Woran liegt es dann, dass JES nicht überall mit offenen Armen aufgenommen wird?

Zunächst einmal: Stellt eine Selbsthilfe ihre Arbeit unter das Motto „Leben mit Drogen“, muss sie zwangsläufig damit rechnen, als „unbelehrbar“ abgestempelt zu werden. Die Leute dort seien nur darauf aus, ihren Drogenkonsum unter komfortableren Bedingungen fortsetzen zu können, lautet ein gängiges Argument. Andere wiederum können sich nicht vorstellen, dass Junkies, Substituierte und Ex-User fähig sind, Drogenkonsument(inn)en zum Thema „Schadensminimierung beim Drogengebrauch“ zu informieren und zu beraten oder sie in ausstiegsorien-

tierte Projekte zu vermitteln. Aber auch unter Beweis gestellte Fähigkeiten machen nicht unbedingt beliebt: Die Arbeit von JES ist authentisch und daher glaubwürdig, weshalb JES-Aktivist(inn)en bei ihren Peers ein hohes Maß an Vertrauen genießen. Daraus resultierende Erfolge haben in einigen Städten zu Konkurrenz zwischen JES-Gruppen und professionellen Drogenhilfen geführt.

Das bundesweite JES-Netzwerk hatte wiederholt versucht, durch Präventionsprojekte, Kooperations- und Bündnisangebote sowie eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit ein Mehr an Anerkennung zu erreichen – mit mehr oder weniger großem Erfolg. Aus diesem Grund entschloss sich JES im Jahr 1999, die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Auftrag gegebene Studie zu den Wirkungen der ambulanten Drogenselbsthilfe in Deutschland zu unterstützen. Vorangegangen waren zum Teil heftige Diskussionen, da viele im Netzwerk befürchteten, der Studienleiter, Prof. Frederic Fredersdorf, werde sich eher von Vorurteilen und Skepsis leiten lassen, statt sich dem Gegenstand mit der erforderlichen Unvoreingenommenheit zu nähern. Dieser hatte nämlich bereits verschiedene Projekte mit der Suchthilfegemeinschaft *Synanon – Leben ohne Drogen* durchgeführt. Noch dazu musste sich JES in der Studie gleich mit mehreren abstinentenorientierten Drogenselbsthilfen „messen“, was die Zuversicht nicht gerade steigerte. Nach den ersten Gesprächen zwischen Prof. Fredersdorf und JES-Vertretern erwies sich diese Befürchtung jedoch als unbegründet. Schließlich setzte sich die Hoffnung durch, die Untersuchung – die erste dieser Art in Deutschland – werde die Potenziale und Erfolge der JES-Gruppen sichtbar werden lassen und so ihre Akzeptanz als Partner im Drogenhilfesystem befördern. Außerdem: was hatte JES eigentlich zu verlieren?

Im Folgenden wird die von November 1999 bis April 2001 durchgeführte Studie einschließlich einiger ausgewählter Ergebnisse vorgestellt.¹

Die Studie

Die Studie erfasste Drogenselbsthilfe-Gruppen oder -Initiativen, die im Wesentlichen folgende Merkmale aufwiesen:

- » Bei den Mitgliedern handelt es sich ausschließlich um Personen, die ehemals und/oder aktuell illegale Drogen konsumieren.
- » Die Mitglieder leben mehrheitlich eigenständig außerhalb staatlicher oder therapeutischer Institutionen.
- » Gruppentreffen finden außerhalb therapeutischer Settings ohne professionelle Begleitung statt.

¹ Die im Folgenden präsentierten Studienergebnisse finden sich in *Fredersdorf, Frederic: Verantwortung leben – ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland. Geesthacht: Neuland-Verlag 2002. Die Abbildungen wurden der Powerpoint-Präsentation „Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland – zentrale Ergebnisse zu den JES-Selbsthilfegruppen“ von Frederic Fredersdorf (2004) entnommen, die uns der Autor freundlicherweise zur Verfügung gestellt hat.*

- » Die Mitglieder organisieren ihre Aktivitäten eigenständig. Professionelle haben höchstens beratende Funktion und können bei Bedarf hinzugezogen werden.
- » Für Gruppentreffen oder Vernetzungen können zum Teil die Strukturen von Non-Profit-Organisationen genutzt werden, ohne dass diese Einfluss auf Inhalte sowie finanzielle und rechtliche Angelegenheiten nehmen.

Von den untersuchten Drogenselbsthilfen war JES die einzige, die den Konsum psychoaktiver Substanzen und die Substitutionsbehandlung akzeptiert. Die drei anderen erfassten Selbsthilfeformen zielen ausschließlich auf ein drogenfreies Leben:

- » *Narcotics Anonymous (NA)*: 179 Gruppen, die sich am Zwölf-Schritte-Programm² orientieren
- » *Drogengebraucher/innen unter 25 Jahre*: 24 von der Caritas initiierte Gruppen
- » *Sonstige freie Initiativen*: 17 Zusammenschlüsse mit Gruppen- und Freizeitangeboten für Drogenabhängige; nur in Ausnahmefällen einer Non-Profit-Organisation angegliedert

Methoden

Um abstinenz- und akzeptanzorientierte Ansätze gleichermaßen zu berücksichtigen, veranstaltete der Studienleiter zunächst je einen Workshop mit Repräsentanten von JES und von Narcotics Anonymous (NA), wo er sie zu den Zielen ihrer Arbeit befragte. Im Anschluss führte er mit jeweils sieben Schlüsselpersonen von JES und anderen Initiativen qualitative Interviews durch. Durch diesen persönlichen Kontakt konnte der Rücklauf der in einem dritten Schritt erfolgten Erhebung mittels Fragebogen positiv beeinflusst werden. Die Rücklaufquote war – außer bei NA (lediglich 14 %) – mit 41 % bei den Caritas-Gruppen, 54 % bei den sonstigen Gruppen und 60 % bei JES befriedigend bis gut. Insgesamt beteiligten sich an der Befragung 308 Personen, davon 175 von JES und 133 von den anderen Gruppen. Abstinenz- und akzeptanzorientierte Gruppen wurden gesondert ausgewertet.

Ausgewählte Ergebnisse

Die Klientel

Die Studie bestätigte die Annahme, dass auf Abstinenz zielende Initiativen eine andere Klientel ansprechen als akzeptierende Selbsthilfen: Die Mitglieder Ersterer gehören eher der Mittelschicht an, sind im Durchschnitt etwas älter und haben als Freunde eher Ex-User oder Menschen, die keine Drogen nehmen. Bei JES-Mitgliedern wiederum ist der Anteil derer mit niedriger Schulbildung, nicht abgeschlossener Ausbildung und ohne eigene Wohnung höher als in der Vergleichsgruppe. Höher ist in JES-Gruppen ebenso der Anteil von Frauen und Nichtdeutschen.

² Zugrunde liegt das spirituelle Abstinenz-Unterstützungsprogramm der Anonymen Alkoholiker (AA), das in den 1930ern von den Alkoholikern William Griffith Wilson und Robert Holbrook Smith aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen entwickelt wurde.

		
Frauenanteil	40%	34%
⊗ Alter	32,2 Jahre	34,4 Jahre
Ausländeranteil	7,3%	3,1%
Anteil Lediger	56%	67%
Niedriger Schulabschluß	53,5%	29,6%
Eigene Wohnung	67,7%	80,2%
Abgeschlossene Ausbildung	55%	77%

Quelle: Fredersdorf 2004

Gruppenaktivitäten

Abstinenzorientierte Initiativen sind eher nach innen aktiv und als Gesprächsgruppen oder Freizeittreffs konzipiert, während JES stärker außenorientiert ist. Zwar bieten zwei Drittel der JES-Gruppen (gegenüber knapp drei Viertel der Vergleichsgruppe) ebenfalls regelmäßige Gruppengespräche an, weitaus höher ist hier allerdings der Anteil von Beratung und Information sowie Vermittlung an Drogenberatungen, niedergelassene Ärzte und Therapie-Einrichtungen. Zudem ist der Anteil von Öffentlichkeitsarbeit bei JES doppelt so hoch wie bei abstinenzorientierten Gruppen.

		
⊗ Anteil an Beratungsleistung	68,3%	30,0%
⊗ Anteil an Vermittlungen	70,0%	13,8%
⊗ Anteil an Öffentlichkeitsarbeit	68,3%	30,1%
Regelmäßige Gruppengespräche	68,7%	72,2%
Freizeittreffs	72,1%	54,1%
Substitutionsbegleitung	59,6%	1,5%
Streetwork	62,7%	3,0%

Quelle: Fredersdorf 2004

Zufriedenheit mit der eigenen Gruppe

Die Mitglieder akzeptanz- wie auch abstinenzorientierter Drogenselbsthilfen sind mit ihrer Gruppe durchaus zufrieden. Auf dem Index mit maximal 66 Punkten wurden im Durchschnitt 51,7 Punkte erreicht. Mit den Leistungen ihrer Gruppe sind JES-Mitglieder allerdings deutlich zufriedener als Mitglieder der Vergleichsgruppe: Der Mittelwert des Zufriedenheitsindex beträgt bei ihnen 53,22 Punkte, bei den übrigen Befragten 48,9 Punkte.

Psychosoziale Effekte

Die ambulante Drogenselbsthilfe als Ganzes hat positive psychosoziale Effekte: Über vier Fünftel der Mitglieder lernen dort, sich in andere hineinzusetzen und eigene negative Empfindungen zu ertragen. Bei 83,9 % aller Befragten hat sich die Freundessituation, bei 71,4 % der körperliche und bei 86,5 % der seelische Zustand eher verbessert. Bei JES-Mitgliedern zeigen sich deutlich häufiger Verbesserungen bei der Wohnsituation sowie der finanziellen und der strafrechtlichen Lage, was sich dadurch erklären lässt, dass die Lebensumstände dieser Befragten vor dem Selbsthilfe-Engagement im Durchschnitt schlechter waren als bei der Vergleichsgruppe.

Substanzbezogene Effekte

Die Studie ergab, dass sowohl auf Abstinenz zielende als auch akzeptierende Selbsthilfen eine signifikante Verringerung des Drogenkonsums bewirken. Die Ergebnisse für JES: In den zwölf Monaten vor der Befragung wurden neun Substanzen seltener eingenommen als im Halbjahr vor dem ersten Besuch einer JES-Gruppe: Alkohol (48 %), Heroin (60 %), Psychopharmaka (36 %), Kokain (53,8 %), Amphetamine (51,9 %), Cannabinoide (32,8 %), Halluzinogene (26 %), Schnüffelstoffe (13 %), Tabak (12 %). Deutlich wird, dass vor allem bei den „harten“ illegalen Drogen

Substanzeinnahme während SHG-Teilnahme verringert/erhöht	JES		Vergleichsgruppe	
	SHG	Einzelgruppen	SHG	Einzelgruppen
Alkohol	48%	10%	59%	3%
Cannabisprodukte	33%	14%	49%	2%
Halluzinogene	26%	2%	22%	---
Psychopharmaka	36%	8%	31%	1%
Amphetamine	52%	5%	29%	---

Quelle: Fredersdorf 2004

reduziert wird – obwohl JES auch für die Tolerierung des Konsums dieser Substanzen eintritt und seine Mitglieder nicht zur Abstinenz motiviert. Dieser Befund lässt darauf schließen, dass auch in der akzeptierenden Drogenselbsthilfe soziale Mechanismen wie Kontrolle, Orientierung an Vorbildern und Beeinflussung eine Rolle spielen. Inwieweit solche Mechanismen bewusst oder unbewusst wirken, konnte die Studie nicht klären.

Substanzeinnahme während SHG-Teilnahme verringert/erhöht		
Heroin	60% / 9%	34% / ---
Andere Opiate	11% / 11%	6% / 9%
Kokain	54% / 3%	43% / 1%
Methadon	10% / 38%	6% / 1%
Schnüffelstoffe	13% / 1%	7% / ---
Tabak	12% / 3%	30% / 4%

Quelle: Fredersdorf 2004

Die vier Haupteffekte

In der Studie wurden vier Hauptwirkungen der ambulanten Drogenselbsthilfe identifiziert, die vermutlich für jegliches Selbsthilfe-Engagement gelten:

- » *Steigerung der Selbstwahrnehmung und der Empathie.* Durch die Gruppe entwickelt sich ein realistischeres Selbstbild sowie die Fähigkeit, sich in die Situation anderer Menschen hineinzusetzen.
- » *Extrinsische soziale Bekräftigung.* Die Gruppe unterstützt den Erwerb sozialer Kompetenzen und bestärkt den Einzelnen in dem von ihm eingeschlagenen Weg.
- » *Psychosoziale und substanzbezogene Integration.* Die Gruppe unterstützt die soziale Stabilisierung und (Re-)Integration in die Gesellschaft und motiviert zur Reduzierung des Konsums psychoaktiver Substanzen.
- » *Angebot sozialer Dienstleistungen.* Die Gruppe bietet ihren Mitgliedern Hilfe im Alltag, Beratung und Betreuung und vermittelt an Einrichtungen des Hilfe- und Versorgungssystems.

Hohe Ausprägung des gruppenspezifischen Faktors		
Selbstwahrnehmung und Empathie	41%	62%
Soziale Bekräftigung	64%	32%
Psychosoziale u. substanzspezifische Integration	41%	61%
Soziale Dienstleistungen	64%	32%

Quelle: Fredersdorf 2004

Schlussbemerkungen

Mit der Teilnahme an der Studie hat das JES-Netzwerk eine richtige Entscheidung getroffen, belegen die Ergebnisse doch, dass die akzeptierende Selbsthilfe den Vergleich mit abstinenzorientierten Gruppen keinesfalls zu scheuen braucht. Mit dieser Studie wurde erstmals wissenschaftlich nachgewiesen, dass die ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland insgesamt positive Auswirkungen auf ihre Mitglieder hat. Auch wenn sich die beiden untersuchten Ansätze in ihrer Philosophie grundsätzlich unterscheiden, trägt doch jeder von ihnen auf je eigene Weise zur gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung des Einzelnen bei. Drogenselbsthilfegruppen können daher mit Fug und Recht als Orte der persönlichen Entwicklung und sozialen (Re-)Integration bezeichnet werden.

Es mag verwundern, dass der Substanzkonsum auch bei JES-Mitgliedern während ihres Selbsthilfe-Engagements deutlich zurückgeht und immerhin zwei Fünftel der Befragten JES-Männer und -Frauen künftig ohne illegale Drogen leben wollen. Dies belegt freilich auch, dass sich ein akzeptierender Kontext und eine individuelle Motivation zur Abstinenz nicht gegenseitig ausschließen, sondern durchaus vertragen können. Entgegen der vielfach geäußerten Kritik, JES mangle es an Selbstkritik in punkto Drogenkonsum, macht die Studie deutlich, dass gruppendynamische Wirkungen sehr wohl zu Änderungen des Konsumverhaltens führen können.

Dass JES-Gruppen von vielen Drogenhilfe-Einrichtungen nicht die ihnen gebührende Anerkennung erfahren, wird durch die Studie bestätigt: Wer zu JES kommt, tut dies auf Empfehlung von Peers, denn Mitarbeiter/innen professioneller Drogenhilfen weisen nur selten auf die Möglichkeit hin, sich einer akzeptierenden Selbsthilfegruppe anzuschließen. Sie empfehlen aber sehr wohl eine Mitarbeit bei Narcotics Anonymous oder einer anderen abstinenzorientierten Selbsthilfe.



Die Studie bestätigt zugleich, dass JES-Gruppen Merkmale aufweisen, aus denen sich viele Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit professionellen Einrichtungen ergeben könnten. Kooperationen, bei denen beide Partner profitieren, gibt es zwar in diesem Feld, doch die Potenziale sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft.

Das bundesweite JES-Netzwerk hat die – für viele von uns unerwartet positiven – Ergebnisse in ihre Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit einbezogen. So wurden ausgewählte Befunde in dem Faltblatt „JES-Netzwerk – Potenziale“ abgedruckt, das JES für die Gewinnung von Förderern und Bündnispartnern einsetzt. Eine Zusammenfassung der Studienergebnisse findet sich außerdem unter <http://www.jes.aidshilfe.de>.

Aide-toi, le ciel t'aidera – Hilf dir selbst, und der Himmel wird dir helfen

Ingo Ilja Michels

Aids-Krise

Die Geburt des Selbsthilfenetzwerks JES (Junkies, Ehemalige, Substituierte) – wie auch die Entwicklung der Philosophie von „Harm Reduction“ – war dem Umstand geschuldet, dass Mitte der 1980er Jahre die Zahl der HIV-Infektionen unter injizierenden Heroinkonsument(inn)en in Deutschland massiv anstieg. Die Aids-Krise schuf Bedrohungsszenarien, erfolgt doch der Umgang mit Sexualität und Drogen immer im Rahmen nichtrationaler Diskurse. Früh war auch klar, dass diese Krise nur bewältigt werden konnte, wenn die Hauptbetroffenengruppen – schwule Männer und Drogenkonsument(inn)en – in präventive Interventionen einbezogen wurden. Das bedeutete, dass gesellschaftlich marginalisierte Lebensweisen und nicht einfach nur das Sexual- oder Drogenkonsumverhalten die Grundlage erfolgreicher Präventionsstrategien sein mussten.

Mobilisierung von Selbsthilfe-Ressourcen

1986, drei Jahre nach Gründung der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), wurde auch das Referat für Drogen- und Strafvollzug aufgebaut, zu einem Zeitpunkt, als der Selbsthilfeaspekt bei Interventionen in Drogenszenen zwar schon gedacht, aber noch nicht realisiert war. Einer erfolgreichen Prävention standen in jenen Jahren strukturelle wie auch ideologische Hindernisse entgegen (was zum Teil auch heute noch der Fall ist). Da ohne die Propagierung und Vergabe steriler Spritzbestecke die Ausbreitung dieser lebensbedrohlichen Infektion in dieser Gruppe nicht eingedämmt werden konnte, musste politisch agiert werden. Die Legalisierung der Spritzenvergabe wurde allerdings erst mit der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes im September 1992 erreicht. 1989 begann die DAH – und hier vor allem Helmut Ahrens, der damalige Referent für Drogen- und Strafvollzug –, den Prozess der Selbstorganisation drogenkonsumierender Menschen gezielt zu fördern. Zur Mobilisierung von Selbsthilfe-Ressourcen dienten in erster Linie Treffen und Seminare, wovon eines, veranstaltet 1989 in Hamburg, zur Gründung von JES führte. 1990 wurde dann mit Werner Hermann ein Experte für den Bereich Drogenselbsthilfe eingestellt, der den intravenösen Drogenkonsum wie auch die alltägliche Bedrohung durch HIV und Aids aus eigener Erfahrung kannte.

30

Vorbild Aids-Selbsthilfe

Im Gesundheitswesen war die Selbsthilfe zwar schon längst Bestandteil des sozialen und gesundheitsbezogenen Hilfesystems, sie verstand sich aber im Wesentlichen als begleitende Unterstützung einer medizinischen Behandlung oder – im Suchtbereich – zur Aufrechterhaltung von Abstinenz. Drogenselbsthilfe im Kontext von HIV/Aids verstand sich jedoch anders. Vorbild war das Engagement schwuler Männer im Rahmen von Aids-Hilfe: Dabei ging es nicht nur um eine Beteiligung an den Aufgaben etablierter Gesundheitsdienste, sondern vor allem um selbstbestimmtes Gestalten des Lebens mit HIV und Aids – durch Förderung subkultureller Sozialstrukturen, die Akzeptanz von Lebensweisen und Lebensstilen, Verzicht auf moralisierende Botschaften in der Präventionsarbeit (besonders im Hinblick auf Safer Sex angesichts sexueller Wünsche und Begierden), psychosoziale und alltagspraktische Unterstützung für Infizierte und Erkrankte zur Wahrung von Autonomie und Menschenwürde sowie die Begleitung Sterbender.

Aids-Selbsthilfe verstand und versteht sich immer auch als emanzipatorisch und übte in diesem Sinne auch Einfluss auf das Gesundheitswesen aus – sie drängte die Dominanz der Medizin zurück, entwickelte innovative Ansätze für Beratung, Betreuung und Pflege und vermittelte diese an Akteure in anderen Gesundheitsfeldern weiter. Gleichwohl ist sie aufgrund öffentlicher Förderung im-

mer auch in bürokratische Strukturen und Abläufe eingebunden gewesen. Gegen eine Instrumentalisierung durch staatliche Kontrollinstanzen verwahrte sie sich allerdings und ließ sich nicht hineinreden in die Kompetenzbereiche schwulen Lebens und schwuler Identität.

Krankheitsbewusst und gesundheitspolitisch engagiert

Der Sozialwissenschaftler Horst Bossong machte 1989 fünf Typen der Drogen-selbsthilfe aus:

- » ritualisierte, weniger riskante Formen des Drogenkonsums
- » Begrenzung des eigenen Drogenkonsums mit selbstinitiierten Formen des Ausstiegs aus dem Konsum
- » selbstverwaltete Hausprojekte der Release-Gruppen als Gegenentwürfe zum institutionalisierten Ausstieg in therapeutischen Einrichtungen
- » Selbsthilfe-Programme zu Stabilisierung von Abstinenz (z. B. Narcotic Anonymous) als Ergänzung des professionellen Hilfesystems
- » emanzipatorische und autonome Selbstorganisation (wie etwa Synanon) oder identitätsstiftende Selbstorganisation (z. B. die Junkiebünde in den Niederlanden oder später in Deutschland), auch mit sucht- und drogenpolitischem Engagement.

Vor diesem Hintergrund stellt die aidsspezifische Selbsthilfe die Zuspitzung einer Entwicklung dar, bei der sich das Krankheitsbewusstsein immer stärker mit gesundheitspolitischem Engagement verband. Werner Hermann fasste dies wie folgt zusammen: „Trotz aller Schwierigkeiten, die mit der Aids-Krise unter intravenösen Drogengebern verbunden sind, trotz allen Leidens, trotz Krankheit und Tod – was ist die zentrale Konsequenz für die Gesundheitspolitik? Ich denke, dass es die Öffnung der Gesundheitsdienste für die Selbsthilfe ist und für die Anerkennung der Kompetenzen der Betroffenen in einem Maße, das in der Medizingeschichte bislang beispiellos ist. Und deshalb eröffnet dies unerhörte Möglichkeiten für eine Re-Orientierung des somatisch orientierten Medizinsystems zu einer ganzheitlichen Gesundheitspolitik ...“ Er war davon überzeugt, dass das Netzwerk der Drogen- und Aids-selbsthilfe zu einem Paradigmenwechsel im professionellen Drogenhilfesystem führen und dieses dazu befähigen werde, neben einem drogenfreien Leben auch ein Leben *mit* Drogen und eine akzeptanzorientierte Gesundheitshilfe als gleichberechtigt wahrzunehmen und entsprechende Angebote zu schaffen.



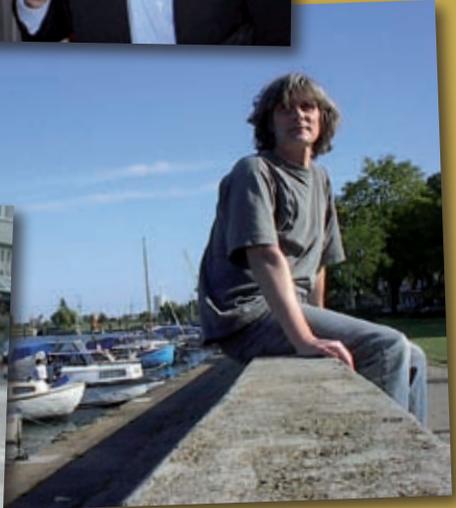
„Mäc“ (Stuttgart)
im Rahmen des
Seminars „JES und
Eltern“, 2009

Über 20 Jahre
politische Begleiter
von JES in NRW: der
aktuelle und der
ehemalige Landes-
drogenbeauftragte
Dirk Lesser (l.)
und Hans-Adolf
Hüsgen (r.)



32

Matthias (Bielefeld)



Katrin und Susi,
Duisburg 1999

JES-Leitidee

HIV-Prävention allein durch die Abgabe steriler Spritzbestecke, die Einrichtung von Drogenkonsumräumen, durch Substitutionsbehandlung und diamorphingestützte Behandlung reicht nicht aus, sondern muss verknüpft sein mit einem Engagement gegen Ausgrenzung und Marginalisierung und dem Eintreten für die Rechte und Würde von Menschen, die Drogen konsumieren, deren Erwerb und Besitz in unserer Gesellschaft nicht erlaubt ist. Das Gründungsdokument der „Junkies, Ehemaligen und Substituierten“ bringt die Philosophie der Drogenselbsthilfe mit folgenden Worten zum Ausdruck:

Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen ...

... ist unsere Leitidee: Wir wollen gesellschaftliche Bedingungen schaffen, unter denen Menschen auch mit Drogen menschenwürdig leben können: ohne die Bedrohung durch Strafverfolgung, ohne Ausgrenzung und permanente Benachteiligung.

Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen ...

... ist als kleinster gemeinsamer Nenner für alle Gruppen im JES-Netzwerk verbindlich und Grundlage unserer gemeinsamen Arbeit.

Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen ...

... ist nicht als Aufforderung zum Drogenkonsum misszuverstehen. Wir wissen genau, dass ein Leben mit Drogen unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen oft mit Illegalität, Diskriminierung und gesundheitlicher Gefährdung verbunden ist. Außerdem respektieren wir das Recht jedes/jeder Einzelnen, sich für oder gegen den Konsum von Drogen zu entscheiden. Wir sind deshalb weit davon entfernt, Drogenkonsum zu idealisieren und zu propagieren.

Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen ...

... heißt allerdings für uns, Drogenkonsument(inn)en zu unterstützen, indem wir auf entsprechende Rahmenbedingungen hinwirken, indem wir Wissen vermitteln und dazu ermutigen, Fähigkeiten und Kompetenzen zu entwickeln, um fremd- und selbstzerstörerischen Drogengebrauch zu vermeiden (Safer Use). Unsere Arbeit ist in diesem Sinne immer auch Arbeit an der Entwicklung, Stabilisierung und Weitergabe einer Drogenkultur, die sich an einem Gebrauch mit selbstgesetzten Regeln orientiert. Solche Regeln sollen einen Lebensstil ermöglichen, der niemanden schädigt, sondern Selbständigkeit, Selbstachtung und Lebensfreude ermöglicht.

So radikal ist nur Selbsthilfe, die auf der Grundlage von Selbstachtung ihre Vision formuliert!

In Nordrhein-Westfalen wurde eine Zeitlang „Hilfe zur Selbsthilfe“ in staatlich geförderten Kontaktläden angeboten. Diese Unterstützungsform, bei der Drogengebraucher/innen sowohl als Ehrenamtliche als auch Hauptamtliche mitwirkten, war zwar gut gemeint, führte aber oft auch zu fachlicher und persönlicher Überforderung, zu Konkurrenz im Team oder zu Vertrauensverlust durch nicht korrekte Verwendung von Finanzmitteln. Ein Kontaktladenmodell, bei dem nicht Drogengebrauchende Professionelle – z. B. Sozialarbeiter und Verwaltungsangestellte – mit zum Team gehören, hat sich dagegen etablieren können (Vision e.V., ehemals Junkie Bund Köln).

Drogenselbsthilfe ist ansteckend

JES ist heute ein stabiles Netzwerk und strahlt aus – weltweit. Es waren JES-Aktivistinnen und -Aktivisten, die sich mit Gleichgesinnten aus England, den Niederlanden, Australien oder Osteuropa trafen. Drogenselbsthilfe ist ansteckend: Überall auf der Welt – ob im Iran, in Indien, in der Ukraine, in China, Indonesien, Thailand oder Malaysia – entstehen in den Epizentren der HIV-Erkrankung und des intravenösen Drogenkonsums solche Ansätze. Auf internationalen Konferenzen zum Thema „Harm Reduction“ wird Raum geschaffen für Selbsthilfe-Treffen, werden Aktivist(inn)en als Referenten und Diskussionspartner zu Wort gebeten. Die Selbsthilfe wird gehört. Nur die Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen tut sich noch schwer damit, sich gegenüber diesen „Expertinnen und Experten in eigener Sache“ zu öffnen. Aber auch hier finden zumindest die Grundsätze der Schadensminderung immer mehr Gehör – langsam, noch gegen Widerstand, aber stetig.

34

Am meisten beeindruckt aber immer die Menschen ...

... die diese Selbsthilfe tragen. Von den Begegnungen mit ihnen konnte ich immer profitieren: Das hat mir geholfen, die Lebenswirklichkeit von Drogengebranchern besser zu verstehen und hinter der Suchterkrankung die Persönlichkeit des Einzelnen wahrzunehmen. In den letzten Jahren war dies vor allem Dirk Schäffer, der eine Fülle an Kompetenz und Lebenserfahrung in die Arbeit der Aidshilfe und des JES-Netzwerks einbringen konnte. Aber da waren noch viele andere, die ich ein Stück begleiten durfte und mit denen mich auch Freundschaft verband wie z. B. Mischa Hübner oder Bernd Lemke und nicht zuletzt Werner Hermann und Celia Bernecker-Welle. Und dafür bin ich dankbar.

JES: Einblicke und Ausblicke

35

Axel Hentschel

Einblicke und Ausblicke – unter diesem Titel gebe ich im Folgenden meine ganz persönlichen Einschätzungen zur Entwicklung des JES-Netzwerks und zu seinen Potenzialen wieder. Auf ausdrücklichen Wunsch des Netzwerks beziehe ich dabei meine Erfahrungen als ehemaliger hauptamtlicher Mitarbeiter eines JES-Kontaktladens mit ein – als Vertreter für Bernd Lemke, der am 8. Oktober 2006 verstarb, war ich 2006 und 2007 als Leiter der Kontakt- und Anlaufstelle des Junkie Bundes Köln e. V. (heute Vision e. V.) tätig und unterstützte im Anschluss die neue Geschäftsführung bei einzelnen Projekten. Weitere Einblicke gewann ich im Rahmen einer eigenen wissenschaftlichen Untersuchung zum JES-Netzwerk.¹ Ferner arbeitete ich mit JES-Mitgliedern im Kontext von Aidshilfen zusammen, verfasste im Auftrag von JES Berichte (z. B. zu den Themen Druckräume oder Altersheime für Junkies), war Vorstand von JES-NRW e. V. (seit Bestehen des Vereins sind immer auch Personen ohne eigene Erfahrungen im Umgang mit Heroin im Vorstand) und bin heute in dessen Beirat. Kontakte zu JES hatte und habe ich schließlich auf der Verbands- und Netzwerkebene der Deutschen AIDS-Hilfe. In all diesen Bezügen

1 Vgl. hierzu Hentschel, A.: *JES – Entstehung, Strukturen, Tätigkeitsbereiche und Förderbedarf* (Dissertation). Frankfurt am Main: Johann Wolfgang Goethe-Universität 2004

habe ich mich immer auch – im Sinne der strukturellen Prävention – als Selbsthilfeförderer verstanden.

Rückblick: der erste Eindruck

Meinen ersten Kontakt zu JES hatte ich Anfang der 90er Jahre in Köln – genauer: zum Junkie Bund Köln e. V., der seinen Sitz damals noch in den Räumlichkeiten der Kölner Aidshilfe hatte. Als ich zum ersten Mal in das kleine Büro kam, herrschte dort eine chaotische Betriebsamkeit, und es dauerte nicht lange, da entbrannte plötzlich eine Diskussion darüber, wer den Mülleimer hinunterzubringen habe. Diese Diskussion dauerte zwar nicht allzu lange und war in Anbetracht der Tatsache, dass sich das Büro in der fünften Etage befand (ohne Aufzug), durchaus nachvollziehbar, doch mein erster Eindruck bestätigte eher meine Vorurteile. Hätte mir damals jemand gesagt, dass diese Personen einmal öffentliche Mittel erhalten, einen der ersten echten niedrigschwelligen Kontaktläden in Köln aufbauen und Jahre später einen zwar kleinen, aber wesentlichen Bestandteil des Kölner Drogenhilfesystems darstellen würden, hätte ich dem keinen Glauben geschenkt...

36

Die JES-Kontaktläden

Sicherlich, in Köln wie in anderen Städten, in denen Ähnliches geschah, gab es starke Bündnispartner, allen voran die Aidshilfen. Auch die Angst vor einer HIV-Epidemie begünstigte die notwendigen Veränderungen in der Drogenarbeit. Doch vor Ort war das ausschlaggebende Moment das mutige Auftreten und Handeln der JESler. Sie outeten sich als intravenös Drogen gebrauchende Menschen oder HIV-Infizierte und waren nicht selten die Ersten, die in die offenen Szenen gingen. Das verschaffte ihnen in vielen Kommunen Respekt und Ansehen. Auf dieser Grundlage wurden öffentliche Gelder bereitgestellt, sodass die ersten JES-Kontaktläden bzw. offenen Anlaufstellen entstanden, z. B. in Bremen, Hamburg, Dortmund, Düsseldorf und Köln.

Das Engagement der ersten JES-Generation war beachtlich und ließ mich meinen ersten Eindruck revidieren. Zunehmend faszinierte mich die selbstbewusste Forderung nach einem menschenwürdigen Leben mit Drogen, und die Tatsache, dass diese Forderung von Junkies, Substituierten und Ehemaligen gleichermaßen kam, machte mich neugierig. Parallel hierzu begann meine „sozialarbeiterische Laufbahn“ in der AIDS-Hilfe Bonn e. V. – einer der Keimzellen des JES-Netzwerks –, und der Zufall wollte es, dass meine direkte Kollegin eine JESlerin war. Ich lernte also aus erster Hand kennen, was JES in seinem Profil- und Selbstverständnispapier² beschreibt.

² http://jes.aidshilfe.de/media/de/jes_profilpapier.pdf, letzter Zugriff: 29.05.2009

In diesem Sinne war es für mich nur konsequent, mich auch wissenschaftlich mit den JES-Gruppen und ihren Betätigungsfeldern zu beschäftigen. Ein thematischer Schwerpunkt dieser Untersuchung waren die Leistungsbereiche im Drogenhilfesektor. Zentrales Ergebnis war, dass JES-Gruppen eine wertvolle und gerade in großen Städten notwendige Erweiterung des niedrigschwelligen Drogenhilfesystems darstellen. Die hier aktiven Gruppen sind weit mehr als ein Korrektiv, sie sind vielmehr eine Brücke – insbesondere in Problembezirken – zu unerreichten intravenös Drogen gebrauchenden Menschen. Die empirischen Ergebnisse zeigten aber leider auch, dass die Gruppen gerade im Verwaltungsbereich Unterstützung benötigen.

Strukturelle Entwicklung des Netzwerks

Auf der Länderebene richtete JES die sog. Schienen(treffen) ein, um die Vernetzung zwischen den JES-Gruppen zu fördern und die verschiedenen Interessen und Wünsche zu bündeln. Bei den zweimal jährlich stattfindenden Treffen der Nord-, Süd- und Westschiene geht es dabei nicht nur um den Erfahrungsaustausch, sondern auch um solidarische Unterstützung, politische Positionsbestimmungen zu relevanten Themen und das Einfordern von Mitspracherechten gegenüber dem Hilfesystem. Jede Schiene wählt einen Schienekoordinator oder eine Koordinatorin mit einer „Amtszeit“ von zwei Jahren, der/die ein Bindeglied zwischen den regionalen Gruppen und der bundesweiten Arbeit ist.

Auf der Bundesebene gestalteten der Sprecherrat und der Bundeskoordinator – unter dem Dach der Deutschen AIDS-Hilfe – den Auf- und Ausbau des Netzwerks. Die damals führenden Persönlichkeiten, insbesondere Werner Hermann, waren keine entspannten Zeitgenossen. Sie waren eher rastlos, zornig und anderen Personen gegenüber (auch Mitgliedern des JES-Netzwerks) nicht immer fair. Doch ist dies aus heutiger Sicht eher verständlich. Ihre Lebenszeit war begrenzt, die Folgen der Prohibition waren lebensbedrohlich – man erinnere sich: Niedrigschwellige Drogenarbeit steckte noch in den Kinderschuhen, Substitution gab es nur für wenige, die Abgabe steriler Spritzen zur Vermeidung von Infektionen galt als Verschaffung einer Gelegenheit zum Konsum, Druckräume und die Vergabe von Originalstoffen lagen in weiter Ferne.

Leistungen

In Bezug auf die einzelnen Mitglieder sind die Erfolge der JES-Gruppen unbestreitbar: Die Mitglieder entwickeln ein realistischeres Selbstbild sowie die Fähigkeit, sich in die Situation anderer Menschen hineinzusetzen. Die Gruppe unterstützt den Erwerb sozialer Kompetenzen und bestärkt den Einzelnen in dem von

ihm eingeschlagenen Weg, sie unterstützt die soziale Stabilisierung und (Re-)Integration in die Gesellschaft, motiviert zur Reduzierung des Konsums psychoaktiver Substanzen, ermöglicht gegenseitige Hilfe im Alltag, bietet Beratung und Betreuung, vermittelt an Einrichtungen des Hilfe- und Versorgungssystems und vieles andere mehr. Die Studie von Professor Frederic Fredersdorf, auf die Dirk Schäffer in seinem Beitrag eingeht (siehe S. 21 ff.), hat dies eindrucksvoll wissenschaftlich bestätigt. Und da sich in den letzten sechs bis sieben Jahren keine einschneidenden Veränderungen bei den Mitgliederstrukturen ergeben haben, wird man davon ausgehen dürfen, dass sich diese Erfolge tagtäglich wiederholen – Grund genug für jede Drogenhilfe (auch die abstinentorientierte), JES zu fördern. Trotzdem finden sich JES-Gruppen längst nicht in allen Städten, in denen es eine Drogenszene gibt, und wo sich welche gegründet haben, ist die Förderung durch Einrichtungen des Hilfesystems eher spärlich, was in Anbetracht des erwiesenen Nutzens der Selbsthilfe nur schwer nachvollziehbar ist. Anders formuliert: Die Qualität und Leistungsfähigkeit einer Drogen- oder Aidshilfe lässt sich ebenso an den für die Selbsthilfeförderung eingesetzten Ressourcen messen, nicht nur an Fallzahlen und personenbezogenen Leistungen.

Eine Erfolgsbewertung in den Bereichen „Hilfe“ und „Politik“ ist vergleichsweise schwierig. Legt man zunächst die Messlatte hoch und fragt, ob sich JES im Drogen- und Aidshilfebereich flächendeckend und auf allen Ebenen als eigenständige Kraft etabliert hat und an drogenpolitischen Entscheidungen auf der Landes- und Bundesebene maßgeblich mitwirkt, so muss man dies leider mit einem eindeutigen „Nein“ beantworten.

Dies allerdings ausschließlich auf mangelnde Fähigkeiten der Engagierten zurückzuführen, wäre falsch. Jedoch ist an dieser Stelle kritisch anzumerken, dass immer noch zu wenige JES-Mitglieder mit modernen Kommunikationsmedien umgehen können und längst nicht alle Initiativensprecher in der Lage sind, die Ideen des Netzwerks in der Öffentlichkeit adäquat zu präsentieren und zu vertreten; hier bedarf es dringend einer Nachbesserung. Nachdenklich stimmt in diesem Zusammenhang auch, dass JES auf der Verbandsebene der Deutschen AIDS-Hilfe längst nicht mehr so präsent ist wie in den 90er Jahren. Ein JES-Kandidat, der sich für einen DAH-Vorstandsposten anböte, existiert schlicht nicht. Ein maßgeblicher Grund hierfür ist, dass die Personaldecke auf der Führungsebene äußerst dünn ist. Um nicht falsch verstanden zu werden: In den Reihen von JES gibt es durchaus scharfsinnige und geschickte Personen, doch haben sie ihren Arbeitsschwerpunkt meist in den Kommunen – Drogenpolitik findet aber auf der Landes- und vor allem auf der Bundesebene statt.

Legen wir die Messlatte niedriger und berücksichtigen wir dabei, dass JES nicht die herrschende drogenpolitische Meinung vertritt und gegen erhebliche Widerstände ankämpfen muss – so hat beispielsweise Nordrhein-Westfalen seine JES-

Förderung komplett eingestellt –, dann muss allein die Tatsache als Erfolg gelten, dass JES 20 Jahre nach seiner Gründung immer noch besteht und weiterhin aktiv ist. Dies gilt umso mehr, als Selbsthilfegruppen im Allgemeinen und wahrscheinlich die Drogenselbsthilfe im Besonderen in unserer heutigen Gesellschaft für maximal etwa 10 % der Betroffenen das Mittel der ersten Wahl sind – die staatlich geförderte Drogenhilfe dürfte daher auf lange Sicht ungleich größer sein.

Insgesamt sind auch die Ergebnisse der fachlichen Arbeit als Erfolg zu bewerten. Allem voran ist hier die kontinuierlich weiterentwickelte JES-Seminarreihe zu nennen (vgl. hierzu auch den Beitrag von Claudia Schieren und Katrin Heinze in diesem Band, S. 59 ff.). Garanten dieses hervorragenden Angebotes sind der JES-Bundessprecherrat und der Drogenreferent der DAH. Präsent ist das JES-Netzwerk außerdem im Aktionsbündnis Hepatitis und bei Fachveranstaltungen wie z. B. dem Substitutionsfachtag der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2008) oder bei Tagungen des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e. V. und von akzept e. V. Und auch auf der strukturellen Ebene geht es voran: In Nordrhein-Westfalen hat sich trotz der Mittelstreichung der erste JES-Landesverband gegründet.

JES als Dienstleister und Arbeitgeber

Auch wenn JES wahrscheinlich auch künftig nur in Teilbereichen über (politischen) Einfluss verfügen wird, so gibt es gerade in den Städten viele niedrigschwellige Betätigungsfelder. Der Kölner JES-Kontaktladen (Vision e. V.) unter der Leitung eines langjährig Substituierten, der ein Team von Betroffenen und diplomierten Sozialberuflern führt, belegt dies eindrucksvoll. Die Anforderungen an einen JESler als Leiter einer Einrichtung sind dabei die gleichen wie an jeden anderen Chef auch. Der Vorteil eines Betroffenen als Chef ist sein Erfahrungswissen, über das diplomierte Sozialberufler in der Regel nicht verfügen, während es bei den Kompetenzen etwa im Bereich der psychosozialen Begleitung (PSB) oft umgekehrt ist. Doch muss dies kein Problem sein: Es gibt unzählige Beispiele dafür, dass sich Institutionen Spezialwissen einkaufen. Wieso sollte man also nicht auch in den JES-Kontaktläden Sozialberufler für die Bereiche PSB oder Verwaltung einstellen? Für meine Arbeit waren und sind haupt- und/oder ehrenamtliche Mitarbeiter mit entsprechendem Erfahrungshintergrund (auch „Alltagsexperten“ genannt) immer auch eine fachliche Absicherung, mithin ein Korrektiv. Überhaupt funktioniert die Zusammenarbeit mit Drogen gebrauchenden Menschen, die (wie im Kölner Kontaktladen) zumeist leider nur über Integrationsmaßnahmen beschäftigt werden, besser, als man denken könnte – trotz vereinzelter Probleme sind Haltequoten von 90–100 % Normalität.

Der Vorteil solcher aus der Selbsthilfe kommenden und von ihr geführten Projekte ist die unmittelbare Orientierung am Bedarf der Zielgruppe. Während die

klassischen Drogenhilfen und ihre Mitarbeiter/innen – zugespitzt formuliert – wissenschaftliche Untersuchungen brauchen, um diesem Bedarf auf die Spur zu kommen, kennen ihn die direkt Betroffenen aus eigener Erfahrung.

Fazit und Ausblick

Die Selbsthilfen im Bereich legaler und illegaler Drogen im Allgemeinen und die JES-Selbsthilfe im Besonderen sind und bleiben aus meiner Sicht unverzichtbar. Das gilt heute mehr denn je, da sich die beiden großen Fachverbände (Fachverband Drogen und Rauschmittel sowie akzept) immer weiter annähern. Drogenpolitik und Drogenarbeit brauchen im Interesse derjenigen Personen, die ihren Konsum nicht oder nicht zufriedenstellend regeln können, zieloffene, auch kontroverse Auseinandersetzungen. In diesen Auseinandersetzungen müssen auch und gerade diejenigen ihre Stimme erheben, um die es geht. In diesem Sinne fordere ich die Drogen gebrauchenden Menschen auf, ihren Bedarf und ihre Bedürfnisse zu artikulieren und für ihre Interessen einzutreten. Und zu diesen Interessen gehört neben der Ermöglichung eines selbstbestimmten Konsums legaler und illegaler Substanzen immer auch die Lösung aus der Drogenbindung – schließlich ist niemand gerne süchtig.

Eigentlich ist es wie in jeder Partnerschaft – 20 Jahre JES und DAH

41

Marco Jesse

JES und Deutsche AIDS-Hilfe (DAH) – nach vielen Jahren außerhalb, innerhalb und am Rande des Dachverbands der deutschen Aidshilfen will ich im Folgenden hier eine (Zwischen-)Bilanz ziehen.

Würde es JES ohne die DAH überhaupt geben, und was wäre die DAH ohne JES? Diese Frage hat mich in den letzten Jahren wiederholt beschäftigt. Zumindest der erste Teil der Frage scheint leicht zu beantworten. JES wurde im Juli 1989 im Rahmen eines DAH-Seminars in Hamburg gegründet, damals unter dem Namen „Nord-West-Initiative für Drogenselbsthilfe und Solidarität“. Teilnehmer an diesem Seminar waren nicht nur Drogengebraucher, sondern auch Mitarbeiter der DAH. Einige von ihnen hatten erkannt, dass sich Drogenkonsument(inn)en als damals zweitgrößte von HIV/Aids betroffene Gruppe organisieren müssen, um selbst für ihre Interessen eintreten zu können. Dies sollte unter dem Dach der Deutschen AIDS-Hilfe und mit ihrer Unterstützung geschehen. Besonders glücklich war der Umstand, dass diese Unterstützung ohne weitere Vorgaben und mit

einer ausgeprägten Lebensstilakzeptanz erfolgte, was bis dahin in der Selbsthilfeförderung undenkbar war.

Bedeutet das, dass es JES ohne die DAH *nicht* gäbe? Ich glaube nicht. Die Zeit war reif für eine Interessenvertretung von und für Junkies. Aber ohne HIV und Aids wäre JES – zumindest damals – nicht entstanden. Ohne die Aids-Hysterie in den 1980er Jahren und die Angst, Infizierte aus den sogenannten Risikogruppen könnten „unbescholtene“ Bürgerinnen und Bürger infizieren, hätten akzeptanzorientierte und schadensminimierende Ansätze, allen voran die Substitution mit Methadon, keine Chance gehabt. Die Substitution hatte Drogengebraucher/innen vom ständigen Beschaffungs- und Verfolgungsdruck befreit, sodass sie jetzt Zeit und Kraft hatten, aktiv für ihre Belange einzutreten und sich dem Aufbau von Selbsthilfestrukturen zu widmen.

Auf jeden Fall hat sich das Miteinander von JES und Aidshilfen als ein überaus erfolgreiches Modell erwiesen. Dass diese Beziehung nach 20 Jahren noch Bestand hat und sich neue JES-Gruppen auch heute oft in Aidshilfen zusammenfinden, spricht für sich. Aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen als Selbsthilfen von gesellschaftlichen Randgruppen finden viele Aidshilfen genau das richtige Maß an Unterstützung und Förderung, ohne zu bevormunden oder zu leiten. Unter diesen Bedingungen konnte sich das JES-Netzwerk entwickeln, wobei sich immer wieder auch Parallelen zur Aidshilfe zeigten. Auch bei JES wurde schnell erkannt, dass es nicht nur darum gehen konnte, sich mit seiner Betroffenheit auseinanderzusetzen und sich gegenseitig mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Genauso wichtig war es, auf die politischen und gesellschaftlichen Verhältnisse Einfluss zu nehmen, Forderungen zu stellen und sich an deren Umsetzung aktiv zu beteiligen. Und wie Drogengebraucher/innen waren auch die anderen in Aidshilfen vertretenen Betroffenenengruppen, allen voran schwule Männer, im Alltag mit Vorurteilen, Ausgrenzung und Stigmatisierung konfrontiert – eine Situation, die durch das Aufkommen von Aids noch verschärft wurde. Sich gemeinsam dagegen zur Wehr zu setzen und die Forderungen der jeweils anderen mitzuvertreten, war selbstverständlich.

Aber ich will auch nicht verschweigen, dass Helmut Ahrens als damaliger DAH-Drogenreferent mit seiner Idee einer Junkie-Selbsthilfe gegen zum Teil erhebliche Widerstände ankämpfen musste. Viele Akteure aus lokalen DAH-Mitgliedsorganisationen mussten erst noch davon überzeugt werden, Menschen, zu denen sie in aller Regel bis dahin keinerlei Kontakt hatten, in „ihre Aidshilfe“ aufzunehmen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen mit ihnen zu teilen. Die Auseinandersetzungen und Diskussionen hierzu führten aber letztlich zu der Erkenntnis, dass JES sehr wohl ein Platz innerhalb des Verbandes zusteht. Diese Anerkennung und die daraus folgende Bereitschaft der DAH, JES auch finanziell zu unterstützen, fand

bald auch sichtbaren Ausdruck in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe: 1990 wurde im Drogenreferat eine Personalstelle für die JES-Koordination geschaffen und mit Werner Hermann – selbst Drogengebraucher und Selbsthilfe-Aktivist – besetzt. Die seit 1989 von der DAH organisierten Treffen zur Entwicklung von Selbsthilfestrukturen im Drogenbereich wurden 1991 in eine Seminarreihe umgestaltet, die auf Austausch und Qualifizierung speziell für JES-Aktivist(inn)en zielte und in den Folgejahren ausgebaut wurde. Zugleich wurden zahlreiche Präventionsmaterialien für Drogen gebrauchende Menschen erarbeitet. Weitere regionale Gruppen entstanden, und das Netzwerk gewann zunehmend an Struktur und Profil.

Irgendwann jedoch geriet die kontinuierliche Weiterentwicklung ins Stocken. Die Arbeit der Drogenselbsthilfen und Aidshilfen war enorm erfolgreich, die befürchtete Aids-Katastrophe blieb aus – statistisch zeigte sich eine Stagnation der Zahl neu diagnostizierter HIV-Infektionen, und bei Drogengebraucher(inne)n nahm sie sogar deutlich ab. Das Thema HIV/Aids rückte nach und nach aus dem Blickfeld der Medien und der Öffentlichkeit. Damit sank auch die Spendenbereitschaft, wodurch der Kampf um die Mittelverteilung innerhalb der DAH härter wurde. Dies wirkte sich auch auf das Verhältnis zwischen DAH und JES aus. Aktivist(inn)en erinnern sich wohl besonders an die Streichung der JES-Bundeskoordination Ende der 1990er Jahre, die bis dahin aus Eigenmitteln der DAH gefördert worden war. Alle Bemühungen, diese für das Netzwerk so wichtige Stelle über öffentliche Mittel zu finanzieren, scheiterten. Eine veränderte Schwerpunktsetzung im Haushalt des Referats Drogen und Strafvollzug bedingte außerdem eine Reduzierung der über Bundesmittel finanzierten JES-Seminare. Heute, nach 20 Jahren JES, ist von diesem wichtigsten Instrument zur Schulung regionaler Multiplikator(inn)en nur noch ein Rumpf übrig.

Wesentlicher Grund für diese Kürzungen waren sicherlich die knapper gewordenen finanziellen Ressourcen. Doch das ist nur ein Teil der Wahrheit. Die Förderung der DAH aus Bundesmitteln war schon immer an HIV und Aids gebunden. Dieses Thema stellt in der Arbeit des Netzwerks aber nur eines von etlichen anderen dar – Hepatitis und Drogen machen einen mindestens ebenso großen Teil unserer Arbeit aus. Für Projekte, die sich nicht ausdrücklich mit HIV/Aids befassen, war es jedoch schon immer schwierig, öffentliche Mittel zu erhalten, sodass so manche gute und wichtige Idee nicht umgesetzt werden konnte. Hier lässt sich einwenden, dass die Deutsche AIDS-Hilfe besonders in den letzten Jahren erhebliche Eigenmittel aufgewendet hat, um auch solche Projekte zu realisieren, für die es keine Bundesmittel gibt. Hieraus hätte man auch wieder eine JES-Koordinationsstelle finanzieren können – doch dazu ist es nicht gekommen, weil der Stellenwert der Netzwerke im DAH-Verband inzwischen ein anderer ist als noch vor zehn

Jahren. Dies bildet sich auch im DAH-Delegiertenrat ab. Konnte in dieses Gremium bis vor wenigen Jahren noch jedes anerkannte Netzwerk zwei Personen entsenden, wird heute je nach Arbeitsthema einer der neun ausgewählten Netzwerkvertreter eingeladen. Ich habe diese Entwicklung als JES-Vertreter im Delegiertenrat begleitet und finde sie noch immer bedauerlich. Ich hätte mir von der DAH ein anderes Signal an die Netzwerke gewünscht, eines, das die Bedeutung der Netzwerke unterstreicht, wie beispielsweise ein Stimmrecht auf der DAH-Mitgliederversammlung. Schließlich sind es die von HIV und Aids betroffenen Menschen, die sich in Netzwerken wie JES organisieren. Die finanzielle Förderung ist allerdings nur *ein* Aspekt unserer Beziehung.

Was Themen und Inhalte angeht, waren wir uns immer verlässliche Partner – sei es die gemeinsame Forderung nach einem flächendeckenden Ausbau der Substitutionsbehandlung in den goer Jahren oder zuletzt unser Bemühen um die Zulassung der heroingestützten Behandlung opiatabhängiger Menschen als kassenfinanziertes Regelangebot. Die Wahrung dieser Qualität in unserer Beziehung erachte ich als eine der wichtigsten Aufgaben und gleichzeitig als eine der größten Herausforderungen der kommenden Jahre. Auch wenn es im DAH-Verband einzelne Mitglieder geben mag, die anderer Meinung sind: ich bin überzeugt, dass solidarisches Miteinander und damit auch die Unterstützung der Forderungen des jeweils anderen immer zu den Grundwerten der DAH gehören werden.

Als Fazit dieses, zugegeben, sehr persönlichen Blicks auf das Verhältnis zwischen JES und DAH bleibt mir nur festzustellen, dass es eigentlich wie in jeder Partnerschaft ist. Es gibt Licht und Schatten, und es braucht den einen oder anderen Streit, damit die Beziehung funktioniert. Schließlich hat es nach jeder Auseinandersetzung immer auch eine Einigung gegeben. Bestehen bleibt auch die Basis unserer Beziehung: gegenseitige Wertschätzung, Respektierung der Andersartigkeit des Gegenübers, die Verpflichtung auf ein gleiches Leitbild und gemeinsame Ziele.

Jes-Projekte





Marco und Sabine, 2008



46

Antje (Bremen) im Jahr 2000 in Warnemünde



Susanne, Dortmund 2009



Immer an unserer Seite:
Eltern und Angehörige
für akzeptierende Drogen-
arbeit, 2007 in Hamburg

Drogenkurier im Wandel

47

Dirk Schäffer

Das Urmagazin

Im Mai 2009 veröffentlichte das bundesweite JES-Netzwerk die 77. Ausgabe seines *DROGENKURIERS* – genau 19 Jahre nach Erscheinen der ersten Nummer im Mai 1990. Das Periodikum ist damit nur ein Jahr jünger als der herausgebende Jubilar. Die Ausgaben des „Urmagazins“ hatte Martin Hasenkamp, ehemaliger JES-Bundessprecher und ehemaliges Mitglied des Vorstands der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), anlässlich des zehnten Jahrestages von JES treffend charakterisiert: Man habe den Eindruck, so Hasenkamp, das Blatt sei unter subversiven Umständen an einem geheimen Ort, etwa in einem Kellerverlies, entstanden. „Während die Polizei schon an die Tür klopft und ‚Aufmachen!‘ schreit, werden noch hastig die letzten Kopien gebündelt und in Sicherheit gebracht.“¹ Das damals noch unter dem Namen *RUNDBRIEF* herausgegebene und per Handhefter getuckerte Blatt enthielt mit Schreibmaschine getippte Aufrufe, Ankündigungen und Beiträge so-

¹ Hasenkamp, Martin: *Der Drogenkurier – der Rundbrief des bundesweiten Netzwerks*. In: *Bundesweites JES-Netzwerk, Deutsche AIDS-Hilfe e. V. (Hg.): 10 Jahre JES-Netzwerk. Akzeptanz – Selbsthilfe – Kompetenz*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V. 2001, S. 140



dergestritten, geschmäht und beleidigt wurde.“

Die Veränderungen, die der *DROGENKURIER* seither durchgemacht hat, spiegeln zugleich die Entwicklung des bundesweiten JES-Netzwerks wider.

Neue Gesichter

Im Jahr 1996, als Werner Hermann schwer erkrankte und seine Arbeit als Netzwerk-Koordinator niederlegen musste, kam es zu einer ersten Änderung: Die Ausgabe Nr. 37 war das erste „richtige“ Heft mit Titelumschlag und nannte sich – wie auch die Nr. 38 – *Der Netzwerk-Drogenkurier*. Mit der folgenden Nummer erhielt das Periodikum dann seinen bis heute gültigen Namen *DROGENKURIER – Rundbrief des bundesweiten JES-Netzwerks*. Vergangenheit waren nun auch der berühmt-berüchtigte schwarze „Edding“ und die Artikel im Agitprop-Stil. Man schlug fortan

wie kopierte Zeitungsartikel rund um die aktuelle Drogenpolitik. Alles war vom schwarzen „Edding“ geprägt: Was immer dem verantwortlichen Redakteur – in jenen Jahren Werner Hermann –, missfiel, wurde mit dem dicken Filzstift durchgestrichen oder völlig geschwärzt und mit bissigen handschriftlichen Kommentaren versehen. Das Layout habe viel über das Blatt und seinen Macher ausgesagt, stellte Hasenkamp weiter fest. „Inhalte waren wichtiger als die Form, vieles, was heute alltäglich ist, musste damals erkämpft werden. So verkörperte der damalige *DROGENKURIER* ein politisches Pamphlet, in dem der Gegner nieder-



einen sachlicheren Ton an und berichtete zunehmend häufiger über die Arbeit der örtlichen JES-Gruppen.

Kurz nach der Jahrtausendwende entschieden sich die damaligen JES-Sprecherräte für ein neues inhaltliches Konzept: Mit dem Rundbrief sollten nicht mehr wie bisher ausschließlich die JES-Mitgliedsgruppen informiert, sondern auch andere Leserkreise wie z. B. Ärzte, Aidshilfen und Drogenberatungsstellen erreicht werden, um sie für die Ideen, Angebote, Aktivitäten, Haltungen und Ansichten von JES zu gewinnen. Der Grund für diese Öffnung war, dass viele Akteure des Hilfesystems dem nunmehr über zehn Jahre alten Netzwerk immer noch mit Vorurteilen begegneten, ihm die fachliche Kompetenz absprachen und eine Zusammenarbeit mit ihm ablehnten. In den Eigenbeiträgen wurden daher verstärkt das Fach- und Sachwissen von JES sowie die Leistungsfähigkeit der Selbsthilfe in der HIV/Aids- und Hepatitis-Prävention zum Ausdruck gebracht, um potenzielle Kooperations- und Bündnispartner zu ermutigen, mit JES auf örtlicher, regionaler und überregionaler Ebene in Kontakt zu treten.

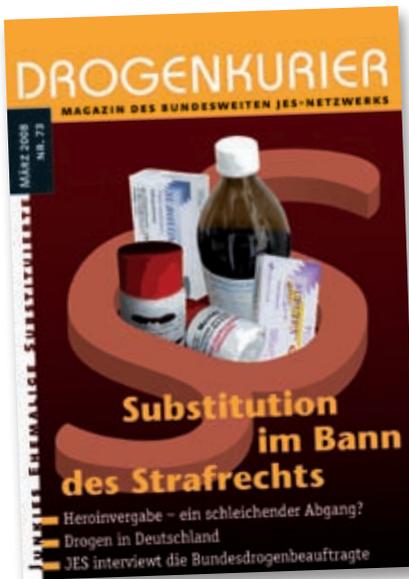
2005, im 15. Jahr seines Bestehens, machte der *DROGENKURIER* seine – vorerst – letzte Wandlung durch. Mit der Ausgabe Nr. 62 bekam er ein attraktiveres und lesefreundlicheres „Outfit“ und eine neue inhaltliche Ausrichtung: Standen bisher die Belange, Aktivitäten, Seminare und Infomaterialien von JES im Vordergrund, so wird seither auch verstärkt über die Angebote und Projekte anderer Einrichtungen und Verbände informiert. Nicht zuletzt wurde das Themenspektrum erweitert, z. B. um Beiträge zur Medizin und Epidemiologie. Da es der Leserschaft oft an Zeit für die Lektüre umfangreicher Veröffentlichungen mangelt, präsentiert der *DROGENKURIER* regelmäßig Zusammenfassungen z. B. vom Drogen- und Suchtbericht der Bundesdrogenbeauftragten, dem Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts oder dem Reitox-Bericht der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD).

Dass JES über die jeweils neuen Gesichter des *DROGENKURIERS* mehr Anerkennung und Achtung für das Selbsthilfe-Engagement erreichen wollte, bedeutete allerdings keine Veränderung in den ursprünglich für ihn formulierten Zielen und Anliegen. So ist der Rundbrief auch heute noch eines der wichtigsten Instrumente, um Meinungen von JES-Frauen und -Männern zu drogen- und gesundheitspolitischen Entwicklungen vorzustellen und den Kommunikationsfluss innerhalb des Netzwerks in Gang zu halten. Und um eine möglichst praxisnahe Aids- und Drogenarbeit zu befördern, beschränkt man sich nicht nur auf kritische Kommentare, sondern trägt eigene Ideen und Vorschläge zur Veränderung oder Anpassung von Angeboten und Strukturen vor. Nicht zuletzt hat der *DROGENKURIER* in seiner heutigen Form die wichtige Funktion, Drogengebraucher/innen für die Selbsthilfe zu gewinnen: Durch die Präsentation fantasievoller Aktionen regionaler JES-Gruppen und Berichte über große wie auch kleine Erfolge ihrer Arbeit soll dazu

ermutigt werden, selbst eine Gruppe zu gründen oder in einer bereits bestehenden mitzuarbeiten.

Kernthemen des DROGENKURIERS

Beim Durchblättern der Jahrgänge des *DROGENKURIERS* stellt man fest, dass sich manche Themen wie ein roter Faden durchziehen, wodurch die Entwicklungen in den jeweiligen Feldern nachvollziehbar werden. Eines dieser Themen ist die **Substitution**: Wie die Beiträge hierzu deutlich machen, galt es Anfang der 1990er Jahre, auf politischer wie auch fachpraktischer Ebene für die Anerkennung dieser Behandlungsform zu kämpfen. In den Folgejahren stand die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Regelungen und Richtlinien zur Substitution im Vordergrund, vor allem der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV), den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), den Anerkannten Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (AUB) sowie den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB). Und nachdem Codein nur noch in Ausnahmefällen für die Substitution zugelassen wurde, informierte der *DROGENKURIER* seine Leserinnen und Leser über neue Medikamente wie z. B. Subutex®.



50

Seit 2005 ist die **diamorphingestützte Behandlung** ein Dauerthema des Rundbriefs. Ausführlich vorgestellt und kommentiert wurden der Verlauf der Studie zur kontrollierten Heroingabe sowie die Ergebnisse der Zwischen- und Endberichte. Beiträge und Kommentare gab es ebenso zu den politischen Debatten um die Überführung dieses Erfolgsmodells in die Regelversorgung und die Weigerung der CDU/CSU, im Bundestag den dafür erforderlichen Veränderungen im Betäubungsmittelgesetz zuzustimmen. Die von Hoffen und Bangen getragene Auseinandersetzung mit diesem Thema (sie fand am 28. Mai 2009 mit der Zustimmung des Deutschen Bundestags zur Aufnahme der Diamorphin-gestützten Behandlung in die Regelversorgung ein vorläufiges Ende) wurde von der Leserschaft mit Spannung mitverfolgt, wie die vielen besorgten E-Mails und Anrufe zur Zukunft dieser alternativen Behandlungsform zeigten.

JES und DAH werden seither als Kompetenzzentrum für Fragen rund um das Thema angesehen – ein gutes Beispiel dafür, dass eine kontinuierliche, von Sach- und Fachkompetenz getragene Berichterstattung die Wahrnehmung von außen positiv verändern kann.

Über den **Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige** hat der *DROGENKURIER* eigentlich schon immer informiert, doch seit 2006 gibt es hierzu alljährlich eine Sonderausgabe, die JES gemeinsam mit dem Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit herausgibt. Sie dokumentiert die Aktionen und Veranstaltungen der am Gedenktag mitwirkenden Einrichtungen ausführlich in Wort und Bild und unterstützt so deren Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit. Die ansprechende Machart dieser Sonderausgabe hat dazu beigetragen, dass immer mehr Einrichtungen am Gedenktag teilnehmen und ihm so den Stellenwert beimessen, der ihm gebührt.

Ohne Geld geht's nicht

Bevor der *DROGENKURIER* in der heutigen Form realisiert werden konnte, mussten vor allem auch finanzielle Hürden genommen werden. Dem bundesweit verantwortlichen JES-Sprecherrat war klar, dass die von der DAH seit vielen Jahren zur Verfügung gestellten Mittel nicht ausreichten, um den Rundbrief professionell zu gestalten und seine bisherige Auflage von



250 Hefen auf die infolge des gewachsenen Leserkreises benötigten 1.000 Exemplare zu erhöhen. Nachdem die Förderanträge der DAH bei verschiedenen Bundesbehörden abschlägig beschieden wurden, galt es für JES, ein bis dahin neues Terrain zu betreten und für die Finanzierung Pharma-Unternehmen mit ins Boot zu holen. Die ersten Gespräche mit zwei Firmen, die unter anderem Substitutionsmedikamente herstellen (Essex Pharma und Sanofi Aventis), verliefen zu unserer großen Freude sehr positiv für JES – die Angst, bei finanzieller Unterstützung würde Einfluss auf Inhalte genommen, erwies sich als gegenstandslos. Da für Medikamente nur in ärztlichen Fachzeitschriften geworben werden darf, einigten wir uns darauf, dass jedes Unternehmen pro Heft eine ganzseitige Imageanzeige schalten kann.

Ohne die Unterstützung der pharmazeutischen Industrie wäre es nicht möglich, pro Jahr vier professionell gestaltete Ausgaben des 24- bis 32-seitigen Periodikums in einer Auflage von jeweils tausend Exemplaren herauszugeben. Die DAH wiederum ermöglicht die Endredaktion der Zeitschriften durch die Mitarbeiter des Fachbereichs „Drogen und Strafvollzug“ und einen kostenfreien Versand. Für dieses Engagement möchte das JES-Netzwerk allen Unterstützern danken.

Eine gute Zeitung allein reicht nicht aus

Ob der *DROGENKURIER* im neuen Gewand, in höherer Auflage und mit breiterem Leserkreis die damit verbundenen Ziele – höhere Akzeptanz der Drogenselbsthilfe, Anerkennung der Fachkompetenz von JES, Förderung der Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene – erreicht hat, lässt sich nur schwer beantworten. Wo immer JES-Gruppen heute in kommunale Hilfestrukturen eingebunden sind und als Kooperationspartner geschätzt werden, dann zuallererst aufgrund der Pflege von persönlichen Kontakten, kompetenter JES-Mitarbeiter/innen sowie vorurteilsfreier, aufgeschlossener Menschen sowohl in der Aids- und Drogenhilfe als auch in kommunalen Behörden. Mit dieser Feststellung soll die Bedeutung des *DROGENKURIERS* nicht geschmälert werden, stellt er doch gewiss das wichtigste Instrument der Selbstdarstellung des bundesweiten JES-Netzwerks dar. Nur dürfte klar sein, dass es allein mit einer Zeitschrift nicht gelingen kann, Vorurteile und Vorbehalte gegenüber Drogengebraucher(inne)n und ihrem Selbsthilfe-Engagement aufzubrechen.

Der Celia-Bernecker-Preis

53

Jochen Lenz

Die Verleihung des Celia-Bernecker-Preises ist die 1994 realisierte Idee des JES-Netzwerks, Menschen oder Organisationen zu würdigen, die sich in besonderer Weise für Drogengebraucher/innen mit HIV und Aids einsetzen. Der Preis wird in Form einer Silbermedaille mit der Inschrift „Geehrt wird Humanität als tatkräftiges Mitgefühl mit AIDS-Kranken und Positiven“ überreicht.

Erinnert wird damit zugleich an Celia-Bernecker-Welle, die mutig und kämpferisch für die Interessen Drogen gebrauchender und HIV-infizierter Menschen eintrat. „Celia widerlegte mit ihrem Verantwortungsgefühl, ihrem Respekt für andere und ihrer Selbstachtung die hartnäckigsten Klischees“, schrieb Werner Hermann in einem Nachruf¹ auf die im Februar 1993 kurz vor ihrem 36. Geburtstag verstorbene Mitarbeiterin der Münchner AIDS-Hilfe und JES-Bundessprecherin. „Sie verlangte von sich selbst mehr, als sie von anderen forderte. [...] Oft hat sie genesend Kräfte gesammelt, die sie viel zu schnell wieder verausgabte. Kräfte, die sie mit großem Geschick und häufig mit Hartnäckigkeit einzusetzen verstand. Ihre Ver söhnlichkeit, diese natürliche Freundlichkeit ihres Wesens war es wohl, was sie unwiderstehlich machte. Sie war zornig über die ... Engherzigkeit gegen positive und aidskranke Menschen, die sich mit besonderer Unerbittlichkeit gegen die

¹ siehe DAH aktuell – Das Magazin der Deutschen AIDS-Hilfe, Nr. 1, April 1993, S. 51

richtet, die Drogen injizieren. Zu ihrem öffentlichen Auftreten als aidskranke Frau, die Drogen konsumierte ohne Reue und die sich wegen ihrer Erkrankung in medikamentöse Behandlung mit Ersatzstoffen begeben hatte, erlaubte Celia nie Zweifel an dem Menschenrecht, in dieser Lebenssituation ohne Verfolgung und Benachteiligung zu leben.“

Ermöglicht wird die Vergabe des Celia-Bernecker-Preises durch eine Spende aus der Life-AIDS-Aktion der Zeitschrift MAX.

Die Preisträger



Dr. Friedrich Bschor

1994 wurde im Rahmen der 5. Bundesversammlung der Menschen mit HIV und Aids in Stuttgart der Preis zum ersten Mal verliehen. Preisträger war Prof. Dr. Friedrich Bschor, von 1969 bis zu seinem Ruhestand im Jahr 1986 Professor für Rechtsmedizin an der Freien Universität in Berlin und seit den 1960er Jahren Verfechter einer humanen Drogenpolitik. Schon früh erkannte er, dass vielen Süchtigen mit einer am Abstinenzdogma orientierten Therapie nicht langfristig geholfen werden kann, und setzte sich als einer der ersten für die Behandlung mit Methadon ein. Im Ruhestand engagierte er sich als Sachverständiger für substituierende Medi-

ziner/innen, die in jenen Jahren oftmals strafrechtlich verfolgt wurden, wenn sie Methadon verschrieben. Hier konnte er im Rahmen einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 17. 5. 1991 dazu beitragen, dass die Verschreibung von Methadon und Polamidon in der Behandlung von Drogengebrauchern legal wurde.

1995 ging der Preis im Rahmen der 6. Bundesversammlung der Menschen mit HIV und Aids in Köln an die ebenfalls in der Domstadt angesiedelte *Deutsche AIDS-Stiftung*. Mit ihrem Projekt „positiv leben“ konnte sie durch Sach- und Geldspenden vielen HIV-positiven und aidskranken Drogengebrauchern helfen. Mit ihrer Unterstützung war es außerdem möglich, drei Videoproduktionen des JES-Netzwerks zu realisieren (1991: „Portrait einer Initiative“, 1993: „Überleben mit Methadon“, 1995: „Just say JES“).



1996 wurde *Werner Hermann* (1942–1997) mit dem von ihm selbst ins Leben gerufenen Preis geehrt. Werner war politischer Kopf und charismatische Leitfigur des im Aufbau begriffenen JES-Netzwerks und kämpfte mit intellektueller Schärfe zäh und oftmals unerbittlich für die Rechte Drogen gebrauchender Menschen. Zugleich plädierte er für einen geschützten Raum für Drogenerfahrungen und für Weisheit und Überlegung im Umgang mit Drogen. Als er 1996 auf der Aids-Station des Berliner Auguste-Viktoria-Krankenhauses die Medaille entgegennahm, war er bereits von der Aids-Erkrankung gezeichnet. Er starb im Februar 1997.



Werner Hermann †



Helmut Ahrens

1997 verlieh JES den Celia-Bernecker-Preis auf der in Bremen veranstalteten 7. Bundesversammlung der Menschen mit HIV und Aids. Preisträger war *Helmut Ahrens*, der als Initiator, Mitbegründer und Namensgeber von JES (er hatte Nancy Reagans Anti-Drogen-Kampagne „Just say No“ den Slogan „Just say JES“ entgegengesetzt) wie kein anderer mit der Geschichte von JES verbunden ist. Die Energie, mit der er den Aufbau des Netzwerks unterstützte, seine Überzeugungskraft und sein Fachwissen als DAH-Referent für Drogen und Strafvollzug machten ihn zur „Lokomotive“ der Junkie-Selbsthilfe in der DAH.



Angelika Droste-Biergans †

1998 wurde mit *Angelika Droste-Biergans* die erste Frau mit dem Celia-Bernecker-Preis ausgezeichnet. Den Rahmen hierfür bot die in Berlin veranstaltete „Aktionswoche AIDS“. Die JES-Frau der ersten Stunde mied das Rampenlicht und zog es vor, im Hintergrund zu arbeiten. Sie legte ihre ganze Kraft in den Aufbau von JES Duisburg und wirkte an der Weiterentwicklung der JES-Arbeit in Nordrhein-Westfalen mit. Ihre Kenntnisse und Erfahrungen nutzte Angelika vor allem in der Betreuung, Pflege und Sterbebegleitung und für die Erarbeitung von Standards für die Pflege aids-kranker Drogengebraucher. Angelika verstarb im Oktober 1998 an den Folgen von Aids.

56

2000 war der *Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit* der Preisträger. Die Medaille nahmen Hannelore Kneider und Jürgen Heimchen am Rande eines DAH-Seminars entgegen. Jürgen hatte den Verband ein Jahr nach dem Tod seines Sohnes zusammen mit anderen Müttern und Vätern von Drogengebrauchern zunächst als „Elterninitiative für akzeptierende Drogenarbeit“ in Wuppertal ins Leben gerufen. Die Initiative brachte sich von Anfang an in die drogenpolitische Debatte ein und machte sich für Drogenkonsumräume, die Originalstoff-Vergabe und die Legalisierung von Cannabis stark. Dass die Angehörigenselbsthilfe und JES heute enge und verlässliche Bündnispartner sind, ist maßgeblich Hannelore Kneider und Jürgen Heimchen zu verdanken. An dem von Jürgen initiierten und alljährlich am 21. Juli begangenen „Nationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängi-



Jürgen Heimchen

ge“ beteiligen sich Angehörige und Freunde, Aids- und Drogen(selbst)hilfen sowie Kirchengemeinden in über 40 Städten mit Veranstaltungen und Aktionen.



2002 ging die Medaille im Rahmen des JES-Jahrestreffens in Köln an *JES Osnabrück*. Gewürdigt wurde damit das langjährige Engagement der Regionalgruppe, die mit Spendensammlungen, Öffentlichkeitsarbeit und Broschüren zu Hepatitis und Substitution weit über die Stadt hinaus dazu beitrug, das von Illegalität bestimmte Leben von Drogengebrauchern erträglicher zu machen. Dass sie im gleichen Jahr von anderen städtischen und regionalen Selbsthilfe-Initiativen zur „Selbst-

hilfe des Jahres“ gewählt und durch den Oberbürgermeister in einer feierlichen Zeremonie ausgezeichnet wurde, unterstreicht das hohe Ansehen, das sie vor Ort genießt. Die 1995 gegründete Gruppe hält heute verschiedene Beratungs-, Betreuungs- und Freizeitangebote vor.

2005 wurde *Dirk Schäffer*, Referent des DAH-Bereichs „Drogen und Strafvollzug“, anlässlich des Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongresses in der Wiener Hofburg für sein langjähriges Engagement in der und für die Drogenselbsthilfe gedankt. Er hatte die JES-Westschiene mit aufgebaut, war dann JES-Bundessprecher und übernahm 1998 die bundesweite Koordination des Netzwerks. Dirk Schäffers enormer persönlicher Einsatz in Phasen des Umbruchs habe das JES-Netzwerk vor Pannen und Pleiten bewahrt, sagte JES-Bundessprecher Marco Jesse



in seiner Laudatio. Dabei habe er nie seinen Mut und seine Zuversicht verloren. „Nicht zuletzt dieser Beharrlichkeit ist es zu verdanken“, so Jesse, „dass es mittlerweile beinahe schon normal ist, dass JES-Aktivisten auf Kongressen und Veranstaltungen auftreten und ihre Standpunkte vertreten können.“



2009 würdigte man mit *Vision e.V.*, dem ehemaligen Junkie Bund Köln, eine JES-Gruppe, die wie das bundesweite Netzwerk auf eine 20-jährige Geschichte zurückblicken kann. Der 2006 verstorbene Gründer des Junkie-Bundes Köln, Bernd Lemke, schlug mit seinem Team einen anderen Weg als die übrigen JES-Gruppen ein und beschäftigte auch Mitarbeiter, die keine Drogen konsumierten. Im Jahr 2002 wurde die Gruppe aufgrund ihrer vielfältigen

basennahen Angebote von hoher Qualität als staatliche Drogenberatungsstelle anerkannt, wobei sie bis heute der Grundidee der Hilfe zur Selbsthilfe verbunden geblieben ist. Sie hat schon immer über den Kölner Tellerrand hinausgeblickt und ist ohne Zweifel eine der tragenden Säulen des JES-Netzwerks. Die „VISIONisten“ stehen beispielhaft für eine gelungene Kombination von Selbsthilfe und professioneller Hilfe.

Fortbildung von und für Drogengebraucher/innen

59

Katrin Heinze und Claudia Schieren

Seit 1990 bietet das bundesweite JES-Netzwerk mit Unterstützung des Fachbereichs „Drogen und Strafvollzug“ der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) eine Fortbildungsreihe an, die auf den Auf- und Ausbau der Drogenselbsthilfe und die Förderung der Handlungskompetenzen Drogen gebrauchender und substituierter Menschen zielt. In den Seminaren und Workshops wird ihnen Gelegenheit gegeben, sich in einem geschützten Rahmen über die vor Ort gemachten Erfahrungen – z. B. beim Aufbau einer JES-Gruppe oder bei der Suche nach Kooperationspartnern – auszutauschen und mit der eigenen Lebenssituation, auch und gerade als Mensch mit HIV und/oder Hepatitis, auseinanderzusetzen.

Veränderungen ...

... in der Lebenssituation von Drogengebraucher(inne)n haben immer auch in den JES-Seminaren ihren Niederschlag gefunden:

- » Ab Mitte der 1990er Jahre kamen verstärkt Substituierte in die Seminare, womit die Zahl derer, die unter Beschaffungsstress standen und Entzugserscheinungen hatten, deutlich abnahm. Dies wirkte sich positiv auf die Arbeitsatmosphäre aus. Weil aber den meisten Substituierten ihr Medikament nicht für die Seminartage mitgegeben wurde, musste für die Betroffenen die Substitutionsbehandlung vor Ort organisiert werden, was JES in Zusammenarbeit mit der DAH noch immer gelang.
- » Als in den 1990er Jahren deutlich wurde, dass intravenös Drogen Gebrauchen- de weitaus stärker von Hepatitis B und C¹ betroffen sind als von HIV/Aids, galt es für JES, dieses Thema auch in der Fortbildungsarbeit in den Mittelpunkt zu rücken. Da die Zahl der HCV-positiv Getesteten in den JES-Gruppen stetig zunahm, wurden die Seminare zugleich für die Auseinandersetzung mit der eigenen HCV-Infektion genutzt. Die Mehrzahl der HCV-Positiven war der HIV-Infektion „entkommen“. Diese Frauen und Männer befanden sich bereits seit einigen Jahren in Substitutionsbehandlung, hatten sich aus dem Szeneleben zurückgezogen und neue soziale Beziehungen aufgebaut. Die Diagnose einer „drogenassoziierten“ Erkrankung Jahre nach dem Ausstieg aus der Szene ließ sich nur schwer verarbeiten.
- » Nach der Jahrtausendwende verbesserte sich die gesundheitliche und soziale Situation vieler Drogengebraucher/innen durch die Fortschritte in der medizinischen Behandlung der HIV-Infektion, den Ausbau der Substitution, die Einrichtung von Drogenkonsumräumen und die zunehmend breiter werdende Palette niedrigschwelliger Präventions- und Versorgungsangebote. Die regionalen JES-Gruppen nahmen dies zum Anlass, bei ihren Peers vermehrt für eine Mitarbeit in der Drogenselbsthilfe zu werben. In den JES-Seminaren konzentrierte man sich jetzt auf die Vermittlung von Know-how in punkto Moderation von Gruppen, Organisation von Treffen und Veranstaltungen, Umgang mit Konflikten im Team und – nicht zuletzt – Öffentlichkeitsarbeit, um die Potenziale des JES-Netzwerkes auch angemessen präsentieren zu können.

Feste Termine im Seminarkalender

Einsteiger/innen in die JES-Arbeit

Seit etwa 15 Jahren bietet JES pro Jahr ein Seminar für Einsteiger/innen in die JES-Arbeit an. Angesprochen sind Drogengebraucher/innen, die sich für ein Engagement bei JES interessieren und sich entsprechend informieren möchten, und JES-Neulinge, die erst noch herausfinden müssen, welche Aufgabenbereiche ihnen besonders liegen. Das Seminar gibt einen Überblick über das JES-Netzwerk und führt in seine Strukturen, sein Leitbild und in die Angebote der örtlichen Gruppen ein. Anhand von Fragen wie „Was erwarte ich von JES, und was erwartet JES von

1 HCV-Testverfahren waren erst Anfang der 1990er Jahre verfügbar.

mir? Wo liegen meine Interessen? Was bietet die JES-Gruppe in meiner Nähe?“ werden die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Mitarbeit erkundet.

An diesem Seminar, das seit einigen Jahren den Titel „Lust auf ein Engagement in der Drogenselbsthilfe JES?!“ trägt, nehmen stets 15 bis 20 Personen teil, und einige Male musste es aufgrund der starken Nachfrage zweimal im Jahr veranstaltet werden. Aber nur bei einem Teil der Teilnehmer gelingt es, sie über längere Zeit an JES zu binden. Hier wird es künftig gelten, den Blick verstärkt auf die Zeit nach dem Seminar zu richten und JES-Neulinge durch sogenannte Patenschaften zu unterstützen.

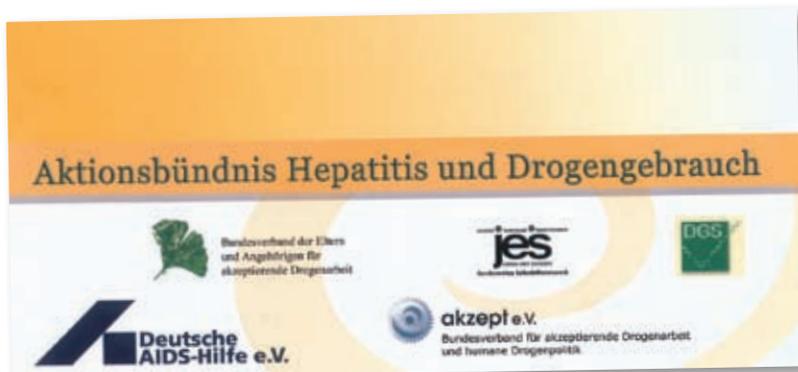
„Alte-Hasen-Treffen“

Die Anerkennung sowohl der von JES geleisteten Arbeit als auch der Leistungen Einzelner fristete im Netzwerk über viele Jahre ein Schattendasein. Mit dem vor etwa zehn Jahren eingeführten „Alte-Hasen-Treffen“ wurde ein Weg gefunden, eine Kultur der Wertschätzung im Rahmen einer Fortbildung für JES-Multiplikatoren zu entwickeln und zu pflegen. Zu diesem Treffen werden ausschließlich langjährige JES-Mitstreiter/innen eingeladen, die in der Regel auch schon in die Jahre gekommen sind, weshalb hier vor allem Themen wie „Drogengebrauch und Alter“ oder „Pflege und Hospiz“ in den Blick genommen werden.

Da man sich regelmäßig im Sommer an der Ostsee trifft, gibt es immer auch genügend Raum für Ruhe und Entspannung. Manche sparen vorher noch etwas an, um im Anschluss an das Treffen das schöne Ambiente noch ein oder zwei Tage privat genießen zu können.

„Drogenselbsthilfe und Eltern: in der Prävention vereint?“

Unter diesem Titel wurde im Jahr 2001 auf Anregung der Deutschen AIDS-Hilfe erstmals ein Seminar angeboten, zu dem sowohl JES-Mitarbeiter/innen als auch Eltern und Angehörige von Drogengebraucher(inne)n eingeladen wurden. Erörtert werden sollte die Frage, ob in der HIV- und Hepatitis-Prävention, aber



auch in anderen Bereichen eine (verstärkte) Zusammenarbeit vorstellbar ist. Dabei galt es erst einmal, gegenseitige Vorbehalte und Vorurteile zu benennen, zu versuchen, eine Klärung zu erreichen, und auf diesem Weg Vertrauen zueinander zu fassen – schließlich sollten zwei Generationen mit je unterschiedlichen Lebensentwürfen und Erfahrungen „unter einen Hut“ gebracht werden. Es gab allerdings auch viele gemeinsame Anliegen und somit gute Voraussetzungen für gemeinsame Projekte. Heute, nach acht Jahren, gehört der Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit zu den engsten Kooperationspartnern des JES-Netzwerks. Beispielhaft dafür steht der Nationale Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige am 21. Juli (siehe Häde, S. 63 in diesem Band), den betroffene Eltern ins Leben gerufen haben. Das Seminar ist selbstverständlich weiterhin im Programm, soll doch immer wieder ausgelotet werden, wo es sinnvoll ist, das Kooperationsfeld zu erweitern, und wie die je unterschiedlichen Kompetenzen zum Einsatz kommen können. Geblieben ist auch der Seminartitel – nur hat man das Fragezeichen dahinter inzwischen durch ein Ausrufezeichen ersetzt ...

JES besucht Aids- und Drogenhilfen

Die Förderung der Drogenselbsthilfe durch Aids- und Drogenhilfen ist vielerorts verbesserungswürdig. Vor zwei Jahren wurde daher eine eintägige Informationsveranstaltung mit ins Programm genommen, die es Mitarbeiter(inne)n aus den genannten Einrichtungen ermöglicht, mehr über das Engagement des JES-Netzwerks in der HIV- und Hepatitis-Prävention zu erfahren. Sie sollen auf diesem Weg den Stellenwert der Peer-Arbeit erkennen und dafür gewonnen werden, Drogen gebrauchende Klient(inn)en über JES zu informieren und sie zur Mitarbeit in einer JES-Gruppe zu motivieren.

Als die JES-Fortbildungsreihe an den Start ging ...

... wurde sie von vielen skeptisch beäugt: Sind Drogengebraucher/innen denn überhaupt fähig, sich als Moderatoren, Trainer und Referenten zu betätigen? Durchaus, wie man nun aus langjähriger Erfahrung weiß. Die Seminare werden schon seit langem von Mitgliedern des JES-Sprecherrates und anderen JES-Aktivist(inn)en eigenständig gestaltet. Und wo Expertenwissen gefragt ist wie etwa beim Thema HIV- und Hepatitis-Behandlung oder Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit, wird auf externe Fachreferenten zurückgegriffen.

Veranstaltungen von Peers für Peers gibt es zwar auch in anderen Ländern, z. B. in Großbritannien. Eine alljährlich angebotene Fortbildungsreihe mit einer so breiten Themenpalette, wie JES sie bietet, ist jedoch einzigartig. Im Rückblick lässt sich feststellen, dass sie maßgeblich zur Stabilisierung der Netzwerkstrukturen und zur hohen Qualität der JES-Arbeit beigetragen hat.

Der nationale Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige

63

Matthias Häde

Zu den jährlichen Highlights zählt heute für die allermeisten Mitstreiter/innen des JES-Netzwerks zweifelsohne der Nationale Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige am 21. Juli. Zum ersten Gedenktag, der im Jahr 1998 in Gladbeck begangen wurde, hatte der Landesverband der Eltern und Angehörigen für humane und akzeptierende Drogenarbeit NRW e. V. aufgerufen – der Bundesverband sowie der Länderverband Schleswig-Holstein/Hamburg schlossen sich dem Aufruf später an. An den mannigfaltigen Aktionen rund um den ersten *bundesweiten* Gedenktag im Jahr 1999 beteiligte sich dann auch das JES-Netzwerk, denn schließlich verbindet uns sehr viel: JES und der Elternverband entstanden im gleichen Kontext, und hier wie dort engagieren sich Frauen und Männer, die um den Tod nahestehender Menschen trauern und sich für eine humane Drogenpolitik einsetzen.

Gedenken – Anklage – Protest

Den 21. Juli hatte man für den Gedenktag gewählt, da an diesem Tag im Jahr 1994 Ingo Marten verstorben war. Er wurde, wie viele tausend andere Drogengebraucher, das Opfer einer repressiven Drogenpolitik. Ingo Mutter, Karin Stumpf, gelang es mit beispiellosem persönlichen Einsatz und mit Unterstützung der nordrhein-westfälischen Stadt Gladbeck, die damals erste Gedenkstätte für verstorbene Drogenabhängige in Deutschland einzurichten – der Gedenkstein befindet sich in einer schönen Parkanlage nahe Gladbeck. Diesem Beispiel folgten dann weitere Kommunen, wo meist auf Initiative und Dank beharrlicher Überzeugungsarbeit der örtlichen Elternverbände eindrucksvolle Mahnmale entstanden.

64



Mahnmal in Hamm

In den ersten Jahren seines Bestehens diente der Gedenktag vor allem dazu, den persönlich empfundenen Schmerz über das Leid und den Verlust eines geliebten Menschen gemeinsam zu verarbeiten, indem man sich mit gleichermaßen Betroffenen darüber austauschte. Als Beispiel sei Jürgen Heimchen¹ genannt, dessen drogenabhängiger Sohn in der Haftzelle Suizid begangen hatte. Die anfängliche Wut vieler Angehöriger auf „die Dealer“ und „die Droge“ wich dann einer stärker sachbezogenen Beschäftigung mit dem Thema und mündete schließlich in das

¹ Jürgen Heimchen ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e. V.



Wuppertal



Engagement gegen eine Drogenpolitik, die letztlich für die Not und das Elend drogenabhängiger Menschen verantwortlich ist. Damit veränderte sich auch der Charakter des Gedenktags: Vormalig allein dem Gedenken vorbehalten, wurde er immer mehr zu einem Tag der Anklage und des Protests. Der 21. Juli war politisch geworden.

Fantasie und Vielfalt

Der nationale Gedenktag wird heute in über 40 Städten in ganz Deutschland für Trauermärsche, Mahnwachen, Gottesdienste und andere Kundgebungen genutzt, um auf die prekäre Situation von Drogengebraucher(inne)n aufmerksam zu machen und drogenpolitische Veränderungen anzumahnen. Neben Eltern und Angehörigen, Freund(inn)en und Menschen aus Aids- und Drogen(selbst)hilfen beteiligen sich schon seit Jahren viele weitere Bündnispartner.

Die Vorbereitungen ...

... zum Gedenktag beginnen bereits früh im Jahr. Den Startschuss gibt der Eltern-Bundesverband durch ein Rundschreiben, in welchem er zur Planung lokaler Aktionen auffordert und praktische Tipps hierfür gibt, so etwa, sich vor Ort Bündnispartner zu suchen, Kommunalpolitiker, die Kirchen und die Medien einzubinden, sich möglichst früh um geeignete Örtlichkeiten zu kümmern und alles rechtzeitig beim Ordnungsamt anzumelden. In einem nächsten Schritt entwickeln der Eltern-Bundesvorstand und das JES-Netzwerk das jeweilige Thema des Gedenktags und das gemeinsame Flugblatt hierzu. In den vergangenen drei Jahren etwa drehte sich alles um die Forderung, die Behandlung mit Originalstoffen in die Regelversorgung zu überführen.

Die Umsetzung ...

... erfolgt dann je nach den Möglichkeiten und Ressourcen vor Ort. In Wuppertal beispielsweise, wo der Eltern-Bundesverband alljährlich den Gedenktag veranstaltet, ist es im Laufe der Jahre zu einer beeindruckenden Allianz gekommen, der auch Einrichtungen und Gruppen angehören, die sich einer eher abstinenzorientierten Drogenarbeit verschrieben haben. Wer am 21. Juli aus dem Wuppertaler Bahnhof kommt, kann sich kaum einen Weg durch die vielen Stände und Aktionen in unmittelbarer Nähe der „Platte“² bahnen. Da werden weiße Rosen verteilt und kleine Kreuze zu Mustern gelegt, man hört Live-Musik, ein Geistlicher im vollen Ornat spricht bewegende Worte. Selbst die Eiligsten verlangsamen ihren Schritt oder halten kurz an, um sich in die durchaus kontrovers geführten Diskussionen zu Drogentoten und Drogenpolitik einzumischen. So muss es sein! Auch in Köln gibt es an diesem Tag schon seit Jahren eine Großveranstaltung, an der ganz unterschiedliche Organisationen mitwirken – hat doch der Gedenktag gerade auch die Funktion, zusammenzuführen, den Austausch zu fördern, Denkanstöße zu geben, Türen zu öffnen und mit neuen Partnern den Schulterschluss zu suchen. Die liebevoll und mit viel Fantasie gestalteten Aktionen eröffnen den Beteiligten zugleich die Möglichkeit, ihre Arbeit in der Öffentlichkeit zu präsentieren, so etwa durch Berichte in der Lokal- oder Regionalpresse.

Und nicht zuletzt wird der Gedenktag auch für die Aufklärung über HIV/Aids und Hepatitis genutzt, sei es durch das Verteilen von Broschüren und Faltblättern zu Safer Use und Safer Sex, durch Präventionsaktionen oder das persönliche Gespräch. Informiert wird über fast alles, was für Drogengebraucher/innen von Belang ist, so etwa, wo man alte Spritzen gegen neue umtauschen kann oder welcher Arzt für die Behandlung von Patient(inn)en mit HIV und/oder Hepatitis besonders zu empfehlen ist. Interesse an diesen Themen zeigen aber oft auch „ganz gewöhnliche“ Passanten, indem sie z. B. nach den Übertragungswegen und Schutzmöglichkeiten fragen.

Kritik

Durchaus kontrovers diskutieren JES und die Elternverbände immer wieder mal die Frage, ob man am 21. Juli der verstorbenen *Drogenabhängigen* oder *Drogengebraucher* gedenken sollte.

Viele Vertreter/innen der Elternverbände weisen darauf hin, dass ihr Sohn oder ihre Tochter sehr wohl abhängig war und nicht nur gelegentlich Drogen konsumierte. Nun geht der Gedenktag zwar auf die Initiative der Elternverbände zurück, die ihm schließlich auch seinen Namen gaben. Allerdings ist es noch nie zu Konflikten gekommen, wenn das JES-Netzwerk das eine oder andere Mal die von ihm favorisierte Bezeichnung „Drogengebraucher“ gewählt hat. Manche JES-Leute stoßen sich auch am Begriff „national“ – das klinge deutschümelnd und nach braunem Muff. Außerdem beschränke man so den Blick auf Deutschland, wo es doch darum gehe, europaweit oder global zu denken, auch und gerade im Hinblick auf künftige Kooperationen. Kontakte über Ländergrenzen hinweg haben die Elternverbände allerdings schon geknüpft: in die Schweiz, nach Dänemark und Australien, wo es bereits mit unserem Gedenktag vergleichbare Events gibt.

Bemängelt wird im JES-Netzwerk ebenso, dass die lokalen Drogenszenen nicht überall so gut in die Aktivitäten eingebunden werden wie etwa in Wuppertal. Diese Kritik gilt es zu beherzigen, denn wie sich schon so oft erwiesen hat, verfügen Drogenszenen über ein überraschend großes Potenzial an Kreativität, und es wäre pure Verschwendung, dieses brachliegen zu lassen – noch dazu an einem Tag, wo es um (verstorbene) Userinnen und User geht.

Für ein menschenwürdiges Leben und Sterben

Der Erwerb und Konsum von Drogen unter den Bedingungen des Schwarzmarkts geht mit schwer kalkulierbaren Risiken einher. Wiederholte Haftaufenthalte, gescheiterte Therapieversuche sowie gesundheitliche und soziale Verelendung sind häufige Folgen. Um den Konsument(inn)en illegalisierter Drogen ein menschenwürdiges Leben und Sterben zu ermöglichen, muss daher als Erstes für eine geregelte Abgabe reiner Originalstoffe gesorgt werden. Die in Studien erprobte Behandlung mit Diamorphin hat beeindruckende Ergebnisse erbracht und sich als ein gangbarer Weg erwiesen.³ Dass der Deutsche Bundestag am 28. Mai 2009 einer Veränderung des Betäubungsmittelgesetzes zugestimmt und damit die gesetzliche Grundlage für die Aufnahme dieser Behandlungsform in die Regelversorgung geschaffen hat, war ein längst überfälliger Schritt.

³ Ein Fernziel von JES ist die Ermöglichung eines selbstbestimmten Drogengebrauchs in Verbindung mit umfassender Aufklärung und der Verfügbarkeit qualitätsgeprüfter Drogen in speziellen Fachgeschäften mit geschulten Personal.



68



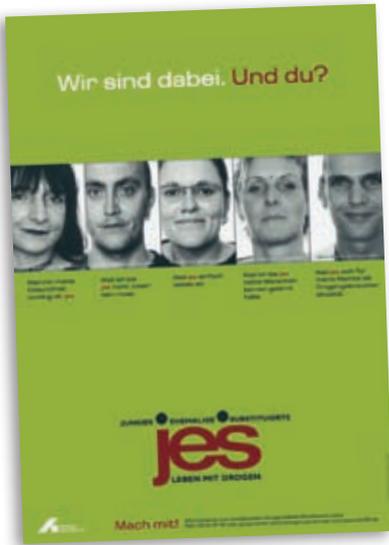


Außerdem ist zu bedenken, dass (ehemals) Drogen gebrauchende Menschen ja auch älter werden, irgendwann vielleicht auf Unterstützung im Alltag angewiesen sind und aufgrund ihrer Lebensweise und Bedürfnisse spezielle Anforderungen an das betreuende Umfeld stellen. Wie also wird das Leben und Sterben dieser Menschen einmal aussehen? Wünschenswert wären vor allem Wohn- und Betreuungsformen, die passgenau auf alternde Drogengebraucher/innen zugeschnitten sind. Ein aus JES-Sicht lobenswertes Beispiel ist das seit etwa zehn Jahren bestehende Altersheim für Junkies in Rotterdam. Seine Bewohner/innen fühlen sich dort sehr gut aufgehoben und keinesfalls in eine Art „Junkie-Ghetto“ abgeschoben. Die Mitarbeiter/innen dieser Einrichtung sind außerdem erfahren in der Betreuung von Klient(inn)en mit HIV/Aids und/oder Hepatitiden.

Das bundesweite JES-Netzwerk ist weiterhin gefordert, sich für eine Verbesserung der Lebensbedingungen von Drogenkonsument(inn)en einzusetzen und hierfür – wie für die Themen HIV/Aids, Hepatitis und Gesundheitsförderung – immer wieder auch öffentliche Bühnen zu nutzen. Der Gedenktag am 21. Juli wird deshalb einer der wichtigsten Termine im Kalender der JES-Aktivist(inn)en und ihrer Bündnispartner/innen bleiben.

Themen im Fokus





Plakat, Broschüre,
Care Pack, Spiel und
Give-aways –
alles von JES
mitproduziert!

JES: 20 Jahre Einsatz für eine praxisgerechte Substitutionsbehandlung

Dirk Schäffer und Marco Jesse

Wie wahrscheinlich kein anderes Thema hat die Substitution die Arbeit der Drogenselbsthilfe JES in den letzten 20 Jahren begleitet und beeinflusst – wie auch JES die Entwicklung beim Thema Substitution begleitet und beeinflusst hat. Im Folgenden werden wir einige uns wesentlich erscheinende Stationen dieser Entwicklungen aus unserer persönlichen Perspektive beleuchten.

Stunde Null: Die Situation bei Gründung des JES-Netzwerks

Um die Bedeutung der Substitution insbesondere für die Konsument(inn)en von Heroin deutlich zu machen, werfen wir zunächst einen Blick zurück in die Zeit der Gründung des JES-Netzwerks. Auch wenn das heute kaum mehr vorstellbar sein

mag, war die Situation Drogen gebrauchender Menschen damals geprägt durch ein völlig eindimensionales Drogenhilfesystem, das sich z. B. durch

- » stationäre Abstinenztherapien von 12–18 Monaten Dauer (aufgrund fehlender Behandlungs- und Therapiealternativen häufig mit bis zu neun Monaten Wartezeit)
- » Illegalität der Spritzenvergabe
- » keine oder nur wenige niedrigschwellige Angebote
- » Entgiftungen ohne begleitende Angebote in geschlossenen oder halboffenen psychiatrischen Abteilungen
- » völlig überhöhte Schwarzmarktpreise z. B. für Heroin
- » und einen hieraus resultierenden erheblichen Beschaffungsstress auszeichnete.

Erste Informationen zur Substitutionsbehandlung verbreiteten sich in dieser Situation wie ein Lauffeuer in den Szenen. Während viele User die neue Behandlungsmöglichkeit kritisch betrachteten oder abgelehnten, gingen andere von Drogenberatung zu Drogenberatung oder zu jenen Ärzten, die in den Szenen bekannt waren, um sich zu informieren und um die Chancen, die ihnen diese neue Behandlung bot, zu ergreifen. Der Hoffnung auf einen der wenigen Plätze folgte aber meist jähe Enttäuschung, als sie feststellen mussten, dass die wenigen Modellprogramme bereits voll besetzt waren oder sie trotz ihres jahrelangen Opiatkonsums und ihrer gesundheitlichen Schädigungen einfach „zu gesund“ für diese Behandlung waren.

Bei einigen war die Hoffnungslosigkeit sogar so groß, dass es Diskussionen um eine absichtliche Infektion mit HIV gab – das ist kein Mythos, denn eine HIV-Infektion war fast immer Voraussetzung für einen Platz in diesen Modellprogrammen. Es verwundert daher nicht, dass das Thema „Substitution“ bereits bei der Gründung des bundesweiten JES-Netzwerks im Jahr 1989 im Mittelpunkt stand. Viele Mitglieder dieses noch jungen Verbundes waren HIV-infiziert und hatten die Hoffnung, mit der Substitution Illegalität und Beschaffungsdruck zu entkommen.

JES fordert bundesweite Einführung der Substitutionsbehandlung

JES begann also, die Interessen und Bedarfe Drogen gebrauchender und HIV-infizierter Menschen zu formulieren und in der Öffentlichkeit zu vertreten. Zu den Forderungen des Netzwerks gehörte, die Substitutionsbehandlung bundesweit und flächendeckend auch für nicht HIV-Infizierte einzuführen – angesichts der Tatsache, dass dies zu Beginn der 1990er Jahre von den meisten Fachleuten aus Medizin, Wissenschaft und Drogenhilfe abgelehnt wurde, eine krasse Außenseitermeinung. Doch JES ließ sich nicht entmutigen, und die Gründung immer wei-

terer JES-Gruppen sprach sich auch bei den Medienvertretern herum. Ein Blick in unser Archiv zeigt, dass JES damals zum Beispiel in Tageszeitungen regelmäßig in Verbindung mit dem Thema Substitution erwähnt wurde. Und nicht nur das: Bereits damals forderte das Netzwerk eine Substitution mit Originalstoffen – die wir nun, nach zwanzig Jahren, endlich erreicht haben, obwohl sie damals als völlig indiskutabel galt.

Nach Anerkennung der Substitution als zulässige Behandlungsmethode durch die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 1991 (NUB-Richtlinien) und der Klärung der rechtlichen Position der Substitution durch Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BtmG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV) im Jahr 1992 kam es trotz sehr eng gefasster Voraussetzungen für die Aufnahme einer Behandlung zu einer abrupten Zunahme der Patientenzahlen: Waren es 1992 noch rund 1.000 Substituierte, zählte man 1995 bereits etwa 13.500 und 1998 schon 33.000.

Das blieb nicht ohne Auswirkungen auf JES: Bereits Mitte der 1990er Jahre hatte das Netzwerk mehr substituierte als nichtsubstituierte Mitglieder. Durch den Wegfall des Beschaffungsstressses konnten viele Substituierte wesentlich kontinuierlicher bei JES mitarbeiten und so die Stellung vieler JES-Gruppen verbessern.

Polamidon und Methadon

Die 1994 in Deutschland erfolgte Zulassung von Methadonrazemat allerdings stellte einen Einschnitt dar: Mit dem Vertrauen in die Behandlung und ins Medikament selbst war es zunächst vorbei. Auf Druck der Krankenkassen begannen die Ärzte, ihre Patienten vom bis dahin fast ausschließlich eingesetzten L-Polamidon auf das kostengünstigere DL-Methadon umzustellen, auch wenn sie mit Polamidon ausgezeichnete Behandlungsergebnisse zeigten. Diese zwangsweise Umstellung griff das JES-Netzwerk in seiner Öffentlichkeitsarbeit auf und erreichte zumindest einen Teilerfolg: Bei einer vom behandelnden Arzt attestierten Unverträglichkeit von Methadon oder anderen Ausschlussgründen für die Vergabe von Methadon konnte die Behandlung mit Polamidon fortgesetzt werden. Insgesamt aber wurden ca. drei Viertel aller mit Polamidon Substituierten auf Methadon umgestellt.

Codein in das BtmG

Insbesondere in Süddeutschland hatte die Substitution mit Codein (DHC) einen wesentlich höheren Stellenwert als z. B. in Nordrhein-Westfalen oder in Norddeutschland. Daher schlug die Diskussion um eine Einstellung von Codein in das BtmG besonders in diesen Regionen hohe Wellen. Viele Drogenkonsumentinnen

und -konsumenten behandelten ihre Heroinsucht durchaus selbstständig und erfolgreich mit der Einnahme codeinhaltiger Medikamente. Dem JES-Netzwerk war schnell klar, dass bei Einstellung von Codein in das BtmG mehrere tausend Drogenkonsument(inn)en in die Substitutionsbehandlung drängen werden – oder eben ohne dieses für sie wichtige Medikament auskommen müssten. Klar war auch, dass dies die damaligen Kapazitäten der substituierenden Ärzte völlig überforderte.

Um auf diese Situation aufmerksam zu machen, organisierte JES 1995 im Rahmen seines Jahrestreffens in Bonn die wohl größte Demonstration seiner Geschichte: Unter dem Slogan: „Codein in das BtmG – die Szene hat uns wieder“ versammelten sich etwa 500 Drogengebraucher/innen und Unterstützer/innen zu einer Kundgebung in der Bonner Innenstadt.

Zwar war JES und seinen Unterstützern schon damals klar, dass der Prozess der immer stärkeren Reglementierung – zu der auch die Beseitigung der „grauen“ Substitution mit Codein gehörte – nicht aufzuhalten sein würde. Nichtsdestotrotz ließ sich das Netzwerk nicht davon abhalten, den politisch Verantwortlichen die Haltung und Meinung der Betroffenen deutlich zu machen.

Auch hier konnte JES gemeinsam mit vielen anderen zumindest einen Teil-erfolg erringen. Zwar wurde Codein ab 1998 dem BtmG unterstellt und als Medikament zur Substitution eingestuft, das nur im Ausnahmefall verschrieben werden durfte. Um eine durchgängige Versorgung zu gewährleisten, wurde die Umstellungsfrist allerdings zweimal – bis zum Jahr 2000 – verlängert. Nach Ergebnissen einer Studie aus den Jahren 1998 bis 2000¹ verlief die Umstellung bei 73 Prozent der Patient(inn)en erfolgreich, acht Prozent erhielten später eine Kombination aus Methadon und Codeinpräparaten, und bei 19 Prozent der Untersuchungsteilnehmer/innen musste die Umstellung wieder rückgängig gemacht werden.

Der hier beschriebene Weg ist in vielfacher Hinsicht beispielhaft: Selten konnte JES seine Maximalforderungen durchsetzen, aber durch die konsequente Vertretung von Betroffeneninteressen und das Einbringen der „Betroffenenkompetenz“ in Diskussionen mit Mediziner*innen, Fachleuten der Drogenarbeit und verantwortlichen Gesundheitspolitikern kam es doch häufig zu Regelungen, die Drogen gebrauchenden Menschen das Leben erleichterten.

Substitution, Infektionsprophylaxe und Überlebenssicherung

Wie bereits beschrieben, kamen nach der Einführung der Substitutionsbehandlung zunächst insbesondere HIV-Infizierte in den Genuss dieser damals

¹ Kalke, J., Verthein, U., Farnbacher, G., Schmidt, V., Degkwitz, P.: *Funktioniert die Umstellung von Codein auf Methadon bei Opiatabhängigen? Ergebnisse einer patientenbezogenen Untersuchung.* In: Sucht, 47 (2001), 49–56

neuen Therapie der Opiatabhängigkeit. Parallel zur Zunahme substituierter Heroinkonsument(inn)en war eine kontinuierliche Abnahme neu diagnostizierter HIV-Infektionen und auch von sogenannten drogenbedingten Todesfällen in dieser Zielgruppe zu verzeichnen. JES sah sich dadurch bestätigt, denn das Netzwerk hatte stets auf die Potenziale der Substitution im Bereich der Infektionsprophylaxe und der Gesundheitsförderung für Drogengebraucher/innen aufmerksam gemacht. Auch innerhalb des Netzwerks zeigte die Substitution deutliche Effekte: Die gesundheitliche Verfassung vieler Mitglieder verbesserte sich erheblich, und die Zahl HIV-positiver JESler/innen nahm deutlich ab. Dies stärkte JES den Rücken für die Forderung, die Zugangsbarrieren zur Substitutionsbehandlung abzubauen, damit möglichst viele Drogenkonsument(inn)en in den Genuss dieser (über-)lebenswichtigen Behandlung kommen könnten.

Doch obwohl es für diese Forderung – anders als in den Jahren zuvor – nun auch breite Unterstützung aus Einrichtungen, Verbänden und Parteien gab, sollte es noch bis zum Jahr 2003 dauern, sie umzusetzen. Seither „reicht“ das Vorhandensein einer Opiatabhängigkeit für eine dauerhafte Substitutionsbehandlung aus.

JES unterstützte die damalige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mari-O Caspers-Merk, in ihren Bemühungen, gegen den Widerstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine praxisnahe und präventiv wirkende Substitutionsbehandlung zu realisieren. Die Krankenkassen hatten einfach Angst, nach einer erneuten Absenkung der Zugangsbarrieren und dem Wegfall zeitlicher Befristungen würden noch mehr Heroinkonsumenten in diese Behandlung einsteigen. Erst nach einer Ersatzvornahme (einem einzigartigen Akt in der über sechzigjährigen Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung, in dem die Bundesregierung die damals geltenden Richtlinien zur Substitution nicht anerkannte und veränderte, da sie sich nach Meinung des Bundesgesundheitsministeriums nicht am damals aktuellen Stand der Wissenschaft orientierten) und hierdurch ausgelösten verschiedenen Gerichtsverfahren stimmten die Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss den neuen BUB-Richtlinien zu.

Heute werden in Deutschland annähernd 72.000 Heroinkonsumenten und -konsumentinnen mit Methadonrazemat, Polamidon, Subutex, Suboxone, Diamorphin oder Codein substituiert. Damit sind je nach Schätzung der Gesamtzahl der Opiatkonsumenten 30 bis 50 Prozent von ihnen in einer Substitutionsbehandlung. Der gesundheitliche und soziale Nutzen dieser Behandlungsform ist weitgehend unumstritten – ein wichtiges Ziel des JES-Netzwerks ist damit erreicht.

Dennoch bleibt noch eine Menge zu tun, denn auch nach den jüngsten, durchaus erfreulichen Änderungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung²

² Um bei Urlaubs- und Krankheitsphasen substituierender Ärztinnen und Ärzte die Fortführung der Substitutionsbehandlung sicherzustellen, wurde eine modifizierte Regelung für Vertretungsfälle eingeführt; außerdem besteht nun die Möglichkeit, Substitutionsmittel für die Dauer von bis zu zwei Tage zu verschreiben, was insbesondere mit Blick auf Wochenende und Feiertage von Bedeutung ist.

bringen die Regelungen in § 5 die ärztliche Behandlung nach wie vor direkt in Verbindung mit dem Strafrecht. So ist es bis heute eine Straftat, wenn Ärzte ihren Patienten das Medikament aushändigen – in vielen ländlichen Regionen ist die Versorgung substituierter Patienten daher nicht gewährleistet. Das bundesweite JES-Netzwerk hat sich in der Vergangenheit an unterschiedlichen Veranstaltungen, Arbeitsgruppen und Gesprächen beteiligt, bei denen es um Veränderung der BtmVV ging. Wie schwer hier Fortschritte zu erzielen sind, zeigt aktuell der 22. Änderungsentwurf zur BtmVV: Als Ergebnis vieler Gespräche mit politisch Verantwortlichen legte das Bundesgesundheitsministerium einen Entwurf vor, der es Ärzten ermöglichen sollte, das Medikament in der Praxis für bis zu zwei Tage zum eigenverantwortlichen Verbrauch auszuhändigen. Dieser Entwurf scheiterte am Widerstand der Mehrheit der Bundesländer und der Apothekervereinigung – für JES ein weiteres Beispiel dafür, dass Lobby- und Finanzinteressen Vorrang vor Patienteninteressen haben.

Entmutigen lassen wir uns dennoch nicht: Wir werden auch weiterhin dafür kämpfen, die Rahmenbedingungen der Substitution an den Bedürfnissen und Bedarfen derer auszurichten, um die es dabei geht. Und wir sind guter Hoffnung, dass es uns gemeinsam mit unseren Kooperationspartnern gelingt, das Strafrecht zurückzudrängen und die Ausgestaltung der Substitutionsbehandlung in die Hände qualifizierter und engagierter Ärzte zu legen.

Drogenkonsumräume

79

Axel Hentschel

Drogenkonsumräume sind ein elementarer Baustein der niedrigschwelligen Drogenhilfe – durch eine medizinische Basisversorgung und die Bereitstellung hygienischer Konsumutensilien und -bedingungen tragen sie dazu bei, gesundheitliche Schäden zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren. Ebenso gehören die Prophylaxe von Drogennotfällen und gegebenenfalls die Hilfe bei Überdosierungen zu den zentralen Aufgaben eines solchen Angebotes.

Weitere Ziele sind

- » die Reduzierung von riskanten Konsummustern und die Erprobung neuer, weniger gesundheitsschädlicher Konsumformen
- » die Einflussnahme auf Szenestrukturen
- » die Gewinnung von „Szenewissen“ (z. B. über Konsumtrends und neue Stoffe/ Stoffzusammensetzungen), das für Präventionsmaßnahmen unerlässlich ist
- » die Förderung von Selbsthilfepotenzialen
- » der Aufbau und die Pflege von Kontakten zu schwer erreichbaren Personen
- » der „Einstieg in den Ausstieg“

» die Vermeidung bzw. Reduzierung des öffentlichen Konsums (auf öffentlichen Toiletten, in Hinterhöfen, Hauseingängen usw.).¹

Zumindest als Element der akuten Überlebenshilfe sind Drogenkonsumräume heute in Deutschland weitgehend unumstritten, und man kann durchaus mit Stolz feststellen, dass nirgendwo sonst auf der Welt so viele Einrichtungen dieser Art bestehen. Das war nicht immer so: Wer in den 1980er und 1990er Jahren für „Druckräume“ gestritten hat, wird sich noch gut an die Anfeindungen erinnern. Zu den maßgeblichen Streitern für Drogenkonsumräume gehörten damals und gehören heute neben der Deutschen AIDS-Hilfe, den Aidshilfe-Landesverbänden und einigen regionalen Aidshilfen vor allem akzept e. V., der Elternverband für akzeptierende Drogenarbeit und das JES-Netzwerk. Dem Netzwerk aus Junkies, Substituierten und Ehemaligen kam dabei eine wichtige, vielleicht sogar entscheidende Funktion zu. Zu diesem Zweck stelle man sich vor, was passiert wäre, wenn sich neben den Vertretern des Abstinenzdogmas auch die komplette JES-Selbsthilfe gegen Konsumräume ausgesprochen hätte. Nun, dies ist nur ein Gedankenspiel – umgekehrt hätte es das JES-Netzwerk wohl kaum ohne starke Partner geschafft, die Einrichtung von Drogenkonsumräumen zu erstreiten.

Konsumräume helfen den Nutzern, in der Prohibition zu überleben, und tragen dazu bei, die Zahl der Drogentoten zu begrenzen. Diese Tatsache darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Drogengebraucher das Druckraumangebot nicht nutzen (können) und dass immer noch Menschen an vermeidbaren Überdosierungen sterben. Und nach wie vor werden intravenös Drogen gebrauchende Menschen verfolgt, nach wie vor gehören für sie die gemeinsame Benutzung von Nadeln, der Gebrauch von schmutzigem Wasser zum Aufkochen des Stoffs und Abszesse als Folge durchstochener Venen zur Lebensrealität. Hier liegt noch vieles im Argen, und solange die Prohibition besteht, wird sie die Gesundheit und das Leben von Drogengebrauchern gefährden.

Außerdem lässt die Versorgung mit Konsumräumen und lassen auch die bestehenden Angebote zu wünschen übrig: Immer noch gibt es zu wenig Druckräume, sind viele Räume unzureichend und unwürdig ausgestattet, immer noch gibt es Einlassbarrieren, Selbsthilfeaktivitäten und Kooperationen mit organisierter Selbsthilfe finden kaum statt, und für die Gestaltung einer Drogenkultur als Teil der Selbstbestimmung und Mittel zur Schadensminimierung gibt es so gut wie keinen Raum. Das heißt nicht, dass jede Einrichtung in jedem Punkt unzureichend arbeitet, doch bieten sich überall vielfältige Möglichkeiten für Verbesserungen. Gewiss, die Mittel sind begrenzt, aber dies sollte nicht als „Totschlagargument“ missbraucht werden. Zudem existieren nach wie vor juristische Grenzen, die man jedoch aufheben könnte und sollte.

¹ Weiterführende Informationen bietet die Internetseite www.konsumraum.de (letzter Zugriff: 29.05.2009).

Einlassbarrieren

Besonders zu kritisieren sind die (regional unterschiedlichen) Einlasskriterien/-barrieren, die Substituierte, Jugendliche, alkoholisierte oder durch andere Substanzen beeinträchtigte Konsumenten und Auswärtige von der Konsumraumnutzung ausschließen.

Freilich will niemand Substituierte oder Jugendliche zum Konsum ermutigen oder alkoholisierte Menschen einer zusätzlichen Gefährdung durch illegale Substanzen aussetzen. Besucher eines Konsumraums können jedoch dort keine Substanzen kaufen, sie besitzen diese bereits, wenn sie einen solchen Raum aufsuchen,



und sind dann in der Regel auch zum Konsum entschlossen. Wer dann keinen Zugang erhält, sucht sich einen anderen Platz und kann dort meist weder hygienisch konsumieren noch mit (Überlebens-)Hilfe rechnen. Auch der Ausschluss auswärtiger Besucher ist absurd. Man stelle sich einmal vor, in Bonn dürften nur Bonner Bürger einkaufen, alle anderen müssten nach der Ausweiskontrolle wieder in ihre Heimatgemeinden fahren – besser, man denkt so etwas nicht zu Ende. Nimmt man die Ziele des Konsumraumkonzepts ernst und will man die Gesundheit von Drogengebrauchern schützen und Leben retten, bedarf es also auch hier einer Neuorientierung.

Ein anderes Problem ist vielerorts der Weg in den Drogenkonsumraum bzw. der Aufenthalt in seinem Umfeld. Wer zur offenen Drogenszene gehört, erregt

meist schon durch sein Aussehen Aufsehen – und wird von den Angehörigen der „Hauptgesellschaft“ als Bedrohung empfunden. Selbstverständlich muss man solche Ängste ernst nehmen und Sorge dafür tragen, dass tatsächliche Missstände behoben werden. Doch eine verschärfte Verfolgung Drogen gebrauchender Menschen, die auf dem Weg in einen Konsumraum sind, ist natürlich kontraproduktiv. Niemand will öffentlichen Drogengebrauch – auch nicht zu Volksfesten – auf Spielplätzen oder in Hausfluren. Um das zu vermeiden, ist die Einrichtung von Drogenkonsumräumen noch immer das Mittel der Wahl, doch müssen Drogengebraucher dann auch auf dem Weg dorthin vor strafrechtlicher Verfolgung sicher sein.

Versorgungsdefizite

Vergegenwärtigen wir uns in der gebotenen Kürze die momentane Situation: Millionenfach werden illegale Substanzen konsumiert. Nach Polizeiangaben werden ca. 15–20 % der nach Deutschland kommenden Drogen aufgegriffen, das heißt: rund 80 % der aus dem Ausland eingeführten illegalen Substanzen erreichen die Konsumenten. Davon wiederum wird nur ein kleiner Anteil in den Drogenkonsumräumen konsumiert. Setzt man dies ins Verhältnis zu den Fällen von Überdosierungen (mit und ohne Todesfolge), könnte man zynisch formulieren: „So häufig passiert ja nichts, belassen wir es dabei. Wir brauchen keine zusätzlichen Angebote.“ Das kann aber nicht die Haltung einer humanen Gesellschaft sein: Nimmt man jeden einzelnen Drogennotfall außerhalb von Konsumräumen ernst, kann man nur den weiteren Ausbau dieses Hilfesegementes fordern.

Sicher: Die Kommunen haben kein Geld. Aber es gibt Möglichkeiten, trotzdem etwas zu tun. Eine solche Möglichkeit ist die praxisorientierte Weiterentwicklung des nordrhein-westfälischen Modells der drogentherapeutischen Ambulanzen. Im Kern geht es dabei um die Integration von Konsumräumen in bestehende Beratungsstellen. Ein solches Angebot sollte sich ausschließlich an den Personenkreis richten, der an eine Beratungsstelle angebunden ist bzw. durch diese begleitet wird. Für kleine und mittlere Aidshilfen würden wahrscheinlich zwei Konsumplätze ausreichen; je nach Region und Zusammensetzung des begleiteten Personenkreises käme es wahrscheinlich zu vier bis fünf Konsumvorgängen täglich. Die Mitarbeiter/innen müssten selbstverständlich für den Notfall geschult werden, eine ärztliche Telefonbereitschaft müsste sichergestellt sein. Sieht man von den Kosten für die Einrichtung der Plätze und die Qualifizierung der Mitarbeiter ab, ließe sich ein solches Konzept relativ kostenneutral realisieren. Auf der „Haben-seite“ stünde, dass die zielgruppenspezifische Prävention verstärkt würde. Wenn sich viele Beratungsstellen beteiligten, würden die bestehenden Drogenkonsumräume und ihr Umfeld entlastet, und es käme zu einer Entzerrung offener Szenen.

Das heißt allerdings nicht, dass solche Konsum-Möglichkeiten eine ernsthafte Alternative zu den „großen“ Drogenkonsumräumen mit langen Öffnungszeiten sein könnten.

Unzureichende Räumlichkeiten

Bei den einzelnen Konsumraumprojekten bestehen zum Teil gravierende Defizite hinsichtlich der Größe und Gestaltung sowie dem Zustand der Räume. Dies alleine den Betreibern vorzuwerfen, wäre verkürzt – geschuldet ist dies in erster Linie der Tatsache, dass es an finanziellen Mitteln mangelt.

Es gibt Einrichtungen, deren Konsumräume umgebaute Toiletten sind – das ist nicht nur einer Hilfseinrichtung unwürdig, sondern menschenunwürdig. Sicher, die Betreiber leiden selbst unter diesen Verhältnissen, und den Mitarbeitern ist großer Respekt zu zollen, denn auch sie arbeiten unter schwierigsten Bedingungen. Auch wenn diese Arbeit besser als nichts ist – solche Zustände sind unhaltbar.

Nicht wesentlich anders sieht es bei Einrichtungen aus, die sich der modernen „Kachelarchitektur“ verschrieben haben – hier fühlt man sich eher an Betriebe der Lebensmittelverarbeitenden Industrie erinnert. Hygienevorschriften lassen sich auch anders umsetzen, wie das Beispiel des Drogenkonsumraums der Krisenhilfe Bochum e.V. zeigt. Wie soll man solche gekachelten Räume bewerten? Ich stelle mir vor, sie selbst nutzen zu müssen. Mit dem Gesicht zur Kachelwand sitzend, rechts, links und hinter mir Menschen mit ähnlichen Bedürfnissen, dazwischen oder im Nebenraum – durch eine Glasscheibe getrennt – die Aufsicht. Ich wäre selbstverständlich dankbar, Einlass gefunden zu haben und im Notfall Hilfe zu erhalten. Doch sollte ich mir, bevor die illegale Substanz ihre Wirkung entfaltet, Gedanken über mein Umfeld machen, wäre ich ganz sicher empört über die Behandlung, die ich als anerkannt Suchtkranker erhalte. Und ganz sicher wäre ich irritiert über die Vorstellung, dass diese Einrichtungen auch dazu dienen sollen, mich in die Gesellschaft zurückzuholen. Kurz: Meines Erachtens spiegelt sich in der Gestaltung der Drogenkonsumräume die ablehnende Haltung der Hauptgesellschaft gegenüber intravenös Drogen gebrauchenden Menschen wider, nicht Wertschätzung und das Bemühen um ihre Gesundheit.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Alle Konsumraummitarbeiter, die ich im Laufe der Jahre kennengelernt habe, arbeiten wertschätzend und versuchen die äußeren Bedingungen durch persönliches Engagement zu kompensieren. Angesichts der Arbeitsbelastung in einem Konsumraumbetrieb ist dies aber nur begrenzt möglich. Auch hier sind Verbesserungen unumgänglich.

Mangel an Selbsthilfeaktivitäten/-förderung und an Einbindung von Betroffenenkompetenz

Es gibt keine einzige JES-Gruppe, die auf die Selbsthilfeförderung von Konsumraumbetreibern zurückzuführen ist. Dies kann man nicht (allein) den Betreibern zuschreiben – damit würde man nicht nur das große Engagement beispielsweise der Suchthilfe direkt gGmbH in Essen, der Krisenhilfe Bochum und von Indro in Münster ignorieren, sondern auch die Tatsache, dass die Förderung von Selbsthilfe eine hochgradig diffizile Aufgabe ist. Ein weiterer Mangel ist, dass ehemalige Drogengebraucher nur selten in Drogenkonsumräumen arbeiten. Besonders gravierend ist dieses Defizit, als gerade in der niedrigschwelligen Drogenarbeit die Betroffenenexpertise, also die persönlichen Erfahrungen der „Betroffenen“, von unschätzbarem Wert ist.

Woran liegt's? Das Argument, dass eine solche Tätigkeit die Betroffenen überfordert, ist in dieser Allgemeinheit falsch – ebenso wie die Annahme, jeder Sozialarbeiter und jede Sozialarbeiterin könne in Drogenkonsumräumen arbeiten. Nein, für diese Arbeit muss man sich entscheiden, man muss sich zu ihr sogar in einem gewissen Sinne „berufen“ fühlen.

84

In meiner langjährigen Zusammenarbeit mit Drogen gebrauchenden Menschen habe ich erfahren, dass viele Substituierte und Ehemalige für die niedrigschwellige Drogenhilfe außerordentlich qualifiziert sind. Und das Beispiel von Vision e.V. in Köln (vgl. dazu auch meinen Beitrag „JES: Einblicke und Ausblicke“ in diesem Band, S. 35 ff.) zeigt, dass niedrigschwellige Drogenarbeit unter der Leitung von Substituierten und ehemals Drogen gebrauchenden Menschen funktionieren kann – mit staatlicher Anerkennung.

Nun ist derzeit sicher nicht jede JES-Gruppe in der Lage, eigenständig einen Konsumraum zu betreiben, aber als Kooperationspartner sind sie durchaus zu empfehlen. Ihre Aufgabe könnte und sollte insbesondere darin bestehen, den Einrichtungen ein kritisches Gegenüber zu bieten – und, wenn hierfür beim Betreiber ein grundlegendes Verständnis existiert, die Perspektive der „Drogenkultur“ einzubringen. Drogenkonsumräume einzig als Angebote der Überlebenshilfe oder als ordnungspolitische Maßnahme zu sehen, ist meines Erachtens jedenfalls zu wenig. Nur wenn es zu einer Auseinandersetzung mit Konzepten und Ansätzen wie Drogenmündigkeit oder Drogenkultur kommt, kann mit Recht von Akzeptanz der Drogengebraucher und ihres Lebensstils die Rede sein.

Die heroingestützte Behandlung opiatabhängiger Menschen

85

Uwe Verthein

Internationale Erfahrungen

Erfahrungen mit der heroingestützten Behandlung für Opiatabhängige liegen mittlerweile aus mehreren Ländern vor. In Großbritannien kann Diamorphin bereits seit 1920 für Drogenabhängige verschrieben werden. Von dieser Möglichkeit haben allerdings nur wenige Ärzte Gebrauch gemacht (Strang/Gossop 1996). Mit den Studien von Hartnoll u. a. (1980), Battersby u. a. (1992) und Metrebian u. a. (1998) konnten später wissenschaftliche Ergebnisse zu den Wirkungen dieser Behandlungsform vorgelegt werden. Eine vertiefende Diskussion zum Einsatz und möglichen therapeutischen Nutzen der Originalsubstanz wurde jedoch erst Ende der 1990er Jahre nach Veröffentlichung der Schweizer Studienergebnisse geführt. Sie führte unter anderem dazu, dass 2006 in England eine multizentrische randomisierte Studie zur heroingestützten Behandlung aufgelegt wurde (Lintzeris u. a. 2006), deren Ergebnisse im Lauf des Jahres 2009 erwartet werden.

Die umfangreichsten Erfahrungen mit der Diamorphinbehandlung liegen in der Schweiz vor. Die überwiegend positiven Ergebnisse der 1994 gestarteten Studie mit 1.146 Patienten in 15 Städten wurden mehrfach publiziert (z. B. Perneger u. a. 1998; Uchtenhagen u. a. 2000; Rehm u. a. 2001; Güttinger u. a. 2002 und 2003). Eine damals von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingesetzte Expertenkommission würdigte vor allem die Machbarkeit und die gute Haltequote der Diamorphinbehandlung. Kritisch gesehen wurden das Fehlen einer Kontrollgruppe und die fehlenden differenziellen Analysen zum Einfluss der psychosozialen Begleitmaßnahmen auf den Gesamtbehandlungserfolg (WHO 1999). In der Schweiz kann Diamorphin als Substitutionsmedikament in der kassenärztlichen Versorgung Opiatabhängiger seit vielen Jahren eingesetzt werden.

Nicht nur die daraufhin in den Niederlanden durchgeführten Studien (van den Brink u. a. 2003; Blanken u. a. 2005), sondern auch die Ergebnisse der beiden Studienphasen des inzwischen abgeschlossenen bundesdeutschen Modellprojekts (Haasen u. a. 2007; Verthein u. a. 2008a) sowie der spanischen Heroinstudie (March u. a. 2006) konnten belegen, dass die Behandlung mit Diamorphin wirksamer ist als Substitution mit Methadon. In den Niederlanden wurde Diamorphin sowohl als Injektionslösung wie auch als rauchbare Form im Dezember 2006 als Arzneimittel zugelassen und kann seither in der Regelversorgung Opiatabhängiger eingesetzt werden. In Spanien und Deutschland ist bisher keine arzneimittelrechtliche Zulassung von Diamorphin erfolgt. Darüber hinaus liegen seit kurzem erste Ergebnisse aus dem kanadischen NAOMI-Projekt vor. Auch in dieser Studie konnte eine signifikante Überlegenheit der Diamorphin- gegenüber der Methadonbehandlung nachgewiesen werden, sowohl hinsichtlich der Haltekraft als auch des fortgesetzten Konsums illegaler Drogen (NAOMI Study Team 2008).

In allen genannten Modellprojekten und Behandlungsprogrammen erfolgt die Diamorphinabgabe täglich in Suchtambulanzen (in der Regel mit einer Tageshöchst dosis von 1.000 mg), wobei es – abgesehen von der Verschreibung von Diamorphin-tabletten in der Schweiz (Frick u. a. 2006) – keine Take-home-Verordnung gibt. Der insbesondere im deutschsprachigen Raum verwendete Begriff „Originalstoffvergabe“ ist in zweierlei Hinsicht unpräzise: Zum einen handelt es sich um synthetisches Diamorphin, das nur wenig mit dem auf der Szene verfügbaren Straßenheroin gemeinsam haben dürfte, zum anderen findet die „Vergabe“ nur in einem integrierten und strukturierten Behandlungssetting statt, zu dem in der Regel auch eine psychosoziale Begleitung gehört.

Das bundesdeutsche Modellprojekt

Das bundesdeutsche Modellprojekt wurde initiiert, um in einer klinischen Studie die Wirksamkeit der heroingestützten Behandlung für die Gruppe gesundheitlich



Substituierte haben keinen Zutritt zu Drogenkonsumräumen. Straßenkonsum, Frankfurt 2006



Internationales Usertreffen: Matt (GB), Cheryl (AUS), Dirk (GER), Thailand 2009



87



Roland und Michele, Stuttgart 2006

besonders belasteter Opiatabhängiger („Schwerstabhängige“) zu untersuchen. Es handelte sich um ein vom Bundesministerium für Gesundheit, den Bundesländern Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Hamburg sowie den Städten Hannover, Frankfurt, Köln, Bonn, Karlsruhe und München gemeinsam durchgeführtes und finanziertes wissenschaftliches Projekt. An der Studie nahmen Heroinabhängige teil, die entweder von ihrer bisherigen Methadonbehandlung nicht ausreichend profitierten oder von suchttherapeutischen Einrichtungen nicht erreicht wurden (Degkwitz u. a. 2007). Ferner waren ein problematischer, (in der Regel täglicher) intravenöser Heroinkonsum, ein stark beeinträchtigter Gesundheitszustand sowie Erfahrungen mit Suchttherapien Voraussetzung, um in die Studie aufgenommen zu werden. 2.083 Heroinabhängige nahmen am Screening des Modellprojekts teil. Knapp die Hälfte (N = 1.015) wurde in die Studie eingeschlossen und auf die beiden Behandlungsarme Diamorphin intravenös (N = 515) und Methadon oral (N = 500) randomisiert (siehe ausführlich Verthein u. a. 2008b).

Die 1. Studienphase erstreckte sich über zwölf Monate. 67% der Diamorphinpatienten und 39% der Methadonpatienten durchliefen die Studienbehandlung vollständig und waren zum Abschluss dieser Phase noch in Therapie. Die mit Diamorphin Behandelten erreichten in diesem Zeitraum signifikant größere Erfolge, was die Verbesserung ihres Gesundheitszustands und des Rückgangs illegalen Drogenkonsums angeht, als die mit Methadon Substituierten. In einer 2. Studienphase von ebenfalls zwölf Monaten wurden die längerfristigen Wirkungen der Diamorphinbehandlung untersucht. 55% der zu Beginn in den Diamorphinarm randomisierten Patienten nahmen über 24 Monate an der Behandlung teil. Langfristig kam es zu weiteren Verbesserungen im Gesundheitszustand und in der Reduktion des Drogenkonsums sowie zu einer positiven Entwicklung der Arbeitssituation. Patienten, die nach der 1. Studienphase von Methadon auf Diamorphin wechselten (N = 90), erzielten innerhalb der 2. Studienphase vergleichbare Erfolge wie jene, die von Beginn an mit Diamorphin behandelt wurden (Verthein u. a. 2008b).

Nachfolgend sollen die gesundheitlichen, konsumbezogenen und präventiven Effekte der Diamorphinbehandlung näher dargestellt werden.

Gesundheitliche Effekte

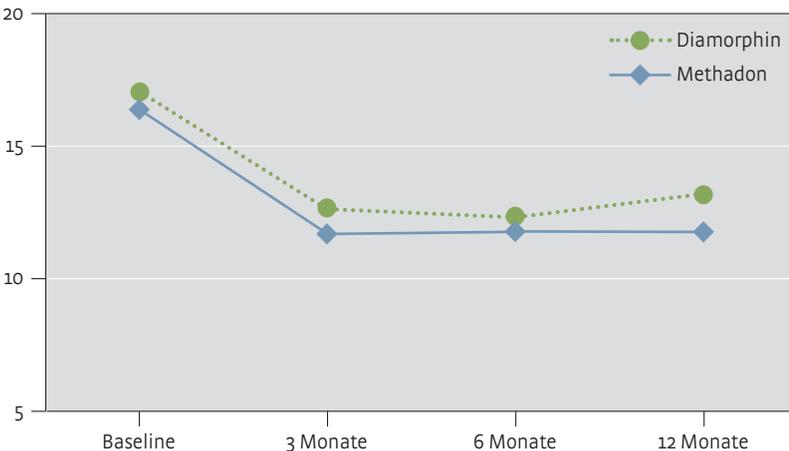
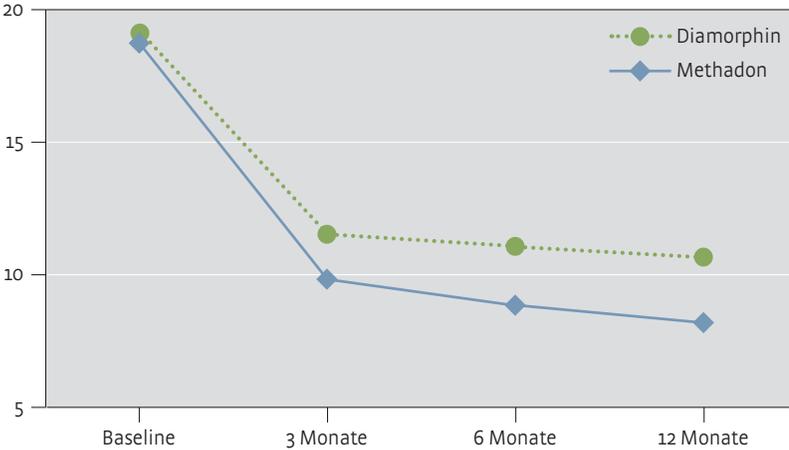
Bei den Diamorphin- wie auch den Methadonpatienten sind bereits zu Behandlungsbeginn sowohl im körperlichen als auch im psychischen Gesundheitszustand deutliche Effekte der Substitutionsbehandlung festzustellen. Die körperlichen Symptome¹ nehmen kontinuierlich ab, die psychischen Beeinträchtigungen² ge-

1 anhand der OTI-Gesundheitskala, einer Liste von 50 bei Drogenabhängigen häufig auftretenden Symptomen (Darke u. a. 1991)

2 nach dem Global Severity Index der SCL-90-R (Franke 1995)

hen zurück und bleiben auf einem relativ gering ausgeprägtem Niveau stabil. Aus Abbildung 1 wird deutlich, dass diese Effekte bei den Diamorphinpatienten im Behandlungsverlauf stärker ausgeprägt sind.

Abbildung 1: Veränderung des körperlichen (oben) und psychischen Gesundheitszustands (unten) über zwölf Monate



Zum Zwölf-Monats-Zeitpunkt unterscheiden sich die Behandlungsgruppen signifikant voneinander. In der körperlichen Symptomatik liegen bei der Diamorphingruppe im Durchschnitt 8,2 Symptome vor, bei der Methadongruppe sind es 10,6.³ Die psychischen Beeinträchtigungen verringern sich nach zwölf Monaten

³ ANCOVA: $F = 41,2, p < 0,001$

auf einen Wert von durchschnittlich 0,68 in der Diamorphin- und 0,82 in der Methadongruppe.⁴

Die Entwicklung des Gesundheitszustands der Studienteilnehmer wurde mit weiteren Untersuchungsinstrumenten und -methoden sowie Beurteilungsverfahren eingehend geprüft. So befinden sich die Diamorphinpatienten nach zwölf Monaten in einem besseren Allgemeinzustand.⁵ Auch der über den Ernährungszustand Auskunft gebende Body-Mass-Index ist bei den Diamorphinpatienten im Durchschnitt höher.⁶ Ferner ist zu erwähnen, dass der Anteil von Nichtarbeitsfähigen zum Zwölf-Monats-Zeitpunkt unter den Diamorphinpatienten mit 17% deutlich geringer ist als unter den Methadonpatienten (28%).⁷

Der größere gesundheitsfördernde Effekt der Diamorphin- gegenüber der Methadonbehandlung kann somit auf breiter Basis nachgewiesen werden. Für die Aufrechterhaltung des verbesserten Gesundheitszustands ist die Substitutionsbehandlung eine wichtige Voraussetzung. Zusammen mit der Abnahme riskanter Konsumformen (siehe unten) und der Förderung von Hygiene, Körperbewusstsein und einer gesundheitlich unbedenklichen Lebensweise bildet sie eine wichtige Grundlage für langfristige Veränderungen auch im sozialen und rehabilitativen Bereich. Da sich die Diamorphinbehandlung an sogenannte Schwerstabhängige richtet, deren gesundheitlicher Zustand stark angegriffen ist und die (bei Behandlungsbeginn) zu einem großen Teil von HIV (9 %) und HCV (81 %) betroffen waren, kommt der Gesundheitsförderung besondere Bedeutung zu. Die Behandlung von Begleiterkrankungen verspricht unter den Bedingungen einer stabilen Erhaltungstherapie einen größeren Erfolg. So gelang es, einen Teil der HCV-Infizierten (30 Patienten) unter der Diamorphinbehandlung in eine antivirale Therapie aufzunehmen.

90

Drogenkonsum und Risikoverhalten

Ein zentrales Kriterium, an dem sich jede Form der Substitutionsbehandlung messen lassen muss, ist das Konsumverhalten. Bei Opiatabhängigen stehen der Gebrauch von harten Drogen wie Heroin und Kokain sowie ein die Behandlungssicherheit gefährdender Alkoholkonsum im Mittelpunkt. Die Anzahl der Konsumtage reduziert sich in beiden Behandlungsgruppen deutlich, wobei unter der Diamorphinbehandlung die größeren Wirkungen erzielt werden (siehe Abbildung 2). Auch hier ist wiederum erkennbar, dass die stärksten Effekte bei Behandlungsbe-

4 ANCOVA: $F = 11,5$, $p < 0,001$. Die Signifikanzprüfung zum Zwölf-Monats-Zeitpunkt wurde in der Regel anhand einer Kovarianzanalyse unter Kontrolle des Baseline-Werts vorgenommen. Von daher wird überwiegend auf die explizite Nennung der Baseline-Werte verzichtet (in denen ohnehin aufgrund der Randomisierung keine größeren Unterschiede zwischen Diamorphin- und Methadongruppe zu beobachten sind).

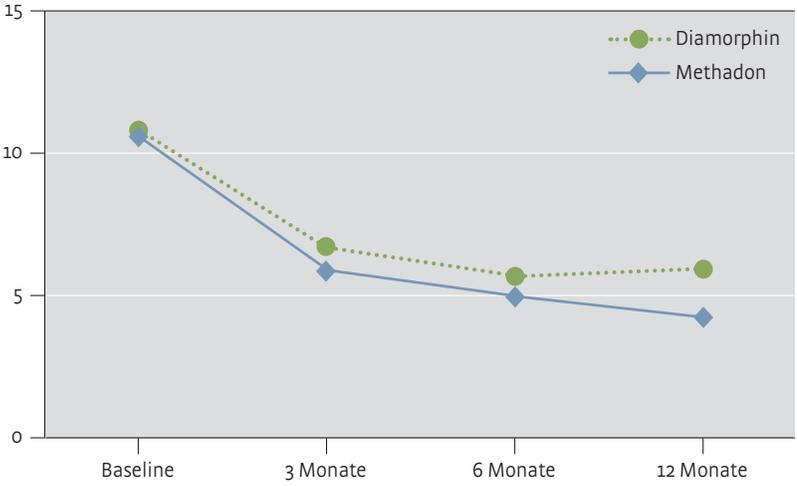
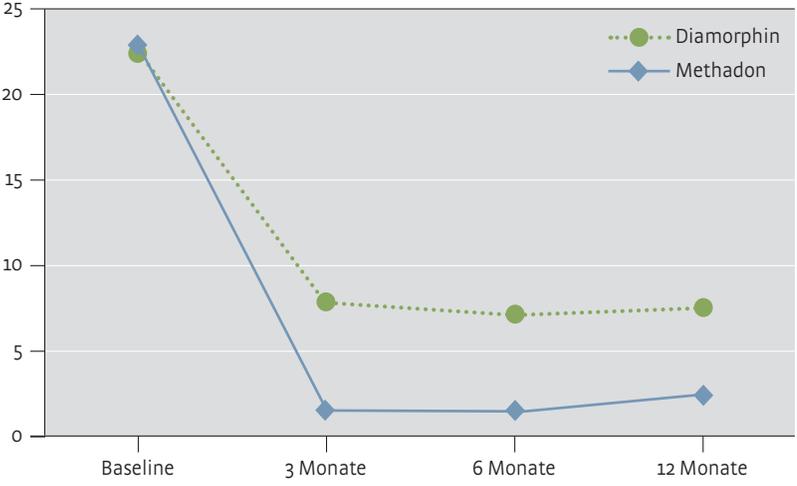
5 nach Karnofsky-Index; Diamorphin: 78,2, Methadon: 74,2, ANCOVA, $F = 25,8$, $p < 0,001$

6 Diamorphin: 24,5, Methadon: 23,7, ANCOVA: $F = 12,9$, $p < 0,001$

7 $\chi^2 = 16,8$, $p < 0,001$

ginn eintreten. Der Konsum von Straßenheroin innerhalb der letzten 30 Tage reduziert sich in der Diamorphingruppe nach zwölf Monaten auf einen Durchschnittswert von 2,5 Tagen, bei der Methadongruppe sind es noch 7,5 Tage.⁸ Auch bei der Verringerung des Kokainkonsums schneiden die Diamorphinpatienten signifikant besser ab: zum Zwölf-Monats-Zeitpunkt gebrauchen sie Kokain an durchschnittlich 4,2 Tagen, die Methadonpatienten an 6,0 Tagen.⁹

Abbildung 2: Veränderung des Konsums von Straßenheroin (oben) und Kokain (unten) innerhalb der letzten 30 Tage über zwölf Monate



8 ANCOVA: $F = 77,4, p < 0,001$
 9 ANCOVA: $F = 11,6, p < 0,001$

Auch im Risikoverhalten beim Konsum illegaler Drogen (gemeinsamer Gebrauch von Nadeln/Spritzen und von Zubehör wie Dosen, Löffel, Filter usw.) haben sich in beiden Untersuchungsgruppen deutliche Verbesserungen ergeben. 11 % der Diamorphin- und 7 % der Methadonpatienten hatten innerhalb der letzten sechs Monate vor Behandlungsbeginn „manchmal“ oder „oft“ die Spritze mit jemandem geteilt. In dem halben Jahr vor der Zwölf-Monats-Untersuchung kam dies noch bei jeweils 2 % der Patienten vor. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den Spritzutensilien: Bei Behandlungsbeginn hatten noch 20 % der Diamorphin- und 19 % der Methadongruppe diese mit anderen Drogenkonsumenten gemeinsam benutzt. Ein Jahr später hat sich dieser Anteil auf 4 % bzw. 3 % verringert.

(Übermäßiger) Alkoholkonsum ist bei einer Opiatherhaltungstherapie besonders risikoreich, weshalb bei der Einnahme des Substitutionsmedikaments darauf geachtet wird, dass der Patient nüchtern erscheint (was in der Regel durch Atemluftkontrollen überprüft wird). Im Vergleich zum Monat vor Behandlungsbeginn reduzierte sich die Anzahl der Tage, an denen Alkohol konsumiert wurde, in der Diamorphingruppe von durchschnittlich 10,3 auf 8,0. In der Methadongruppe war die Reduktion von 9,6 auf 9,4 Tage signifikant geringer.¹⁰ Auch die Intensität des Alkoholkonsums verringert sich während der Behandlung, wobei die Trinkmenge bei den Diamorphinpatienten stärker abnimmt als bei den Methadonpatienten. Der durchschnittliche Tageskonsum Alkohol (bezogen auf die letzten 30 Tage) geht bei den Diamorphinpatienten von 6,6 auf 4,1 Konsumeinheiten zurück.¹¹ Demgegenüber fällt der Rückgang in der Methadongruppe von 7,3 auf 5,6 Konsumeinheiten signifikant geringer aus.¹²

Besonders wichtig ist die Nachhaltigkeit der konsumverringernenden Wirkung der Diamorphinbehandlung: Mit der Reduzierung des Konsums illegaler Drogen ist in den meisten Fällen auch ein Rückzug aus der Drogenszene verbunden. Andere Sozialräume wie die Familie und nicht der Szene angehörende Freunde und Bekannte gewinnen (wieder) an Bedeutung. Die Abkehr von riskanten Konsumformen hat zugleich präventive Wirkung: Das Risiko für HIV- und Hepatitis-Infektionen sowie andere Folgeerkrankungen wird vermindert, die Erfolgchancen für antivirale Therapien erhöhen sich.

Langfristige Veränderungen unter der Diamorphinbehandlung

Im Anschluss an die 2. Studienphase erfolgte die Follow-up-Phase zur Beobachtung der Weiterbehandlung mit Diamorphin (Verthein u. a. 2008c). Dabei konnten unter anderem die langfristigen Wirkungen bei Patienten aufgezeigt werden, die sich mindestens seit vier Jahren in der Diamorphinbehandlung befanden (N = 156).

¹⁰ ANCOVA: $F = 7,3, p < 0,01$

¹¹ Eine Konsumeinheit entspricht 0,2 l Bier oder 0,02 l Spirituosen bzw. 8 g Alkohol.

¹² ANCOVA: $F = 6,1, p < 0,05$



Martin (Hamburg) beim Jahrestreffen 1998 in Düsseldorf



Internationale User-Konferenz Amsterdam 1999: Stephanie (Braunschweig), Doris (Oldenburg) und Norbert (Nürnberg)



Jochen und Hacky, Vision e.V., 2007



„Freie Wahl der Substitutionsmittel“ – JES-Demo 1996 in Hamburg

JES UND DIE HEROINGESTÜTZTE BEHANDLUNG

Dirk Schäffer

Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Originalstoffvergabe“ war seit Gründung des bundesweiten JES-Netzwerks im Jahr 1989 ein wesentliches Element seiner gesundheitspolitischen Arbeit als Interessenvertretung. Da die Hoffnung auf eine kurzfristige Verwirklichung dieses Angebots der HIV-Prävention und Gesundheitsförderung für Heroinkonsumenten damals jedoch nicht realistisch war, setzte sich JES erst einmal vorrangig für die Etablierung einer am Bedarf orientierten Substitutionsbehandlung mit Methadon/Polamidon und Kodein ein. Die Behandlung mit Originalstoffen behielten wir aber stets als langfristiges Ziel im Auge. Mit Wehmut und vielleicht auch etwas neidisch verfolgten wir die in der Schweiz und den Niederlanden erzielten Erfolge mit dieser Behandlungsform: Warum konnten nicht auch wir in Deutschland davon profitieren? Uns ging es beileibe nicht darum, endlich auf Staatskosten unseren Süchten frönen zu können: Wir wollten erreichen, dass sich die gesundheitliche und soziale Situation von Heroinkonsumentinnen und -konsumenten verbessert.

Unsere guten Kontakte zu Schweizer und niederländischen Mitstreiter(inne)n nutzten wir in den späten 1990er Jahren für einen intensiven Erfahrungsaustausch zum Verlauf und zu den Ergebnissen der Modellprojekte in unseren Nachbarländern. Mit dem Regierungswechsel im Jahr 1998 keimte dann die Hoffnung auf, dass es unter einer rot-grünen Bundesregierung nun endlich zu einer Neuorientierung der Drogenpolitik kommen werde. In die Debatte um die

ärztlich kontrollierte Originalstoffvergabe kam nun tatsächlich frischer Wind, und im Koalitionsvertrag vereinbarte man einen entsprechenden Modellversuch mit wissenschaftlicher Begleitung. Dem 2001 beschlossenen Studiendesign stand JES allerdings skeptisch gegenüber, weil die Bundesregierung die Messlatte für den Erfolg des Projekts sehr viel höher gelegt hatte, als dies in den Nachbarländern der Fall war: In Deutschland sollte untersucht werden, ob Heroin dem Standardmedikament Methadon überlegen ist.

Als sich bereits in den Zwischenergebnissen zeigte, dass die heroingestützte Behandlung deutlich besser abschnitt als viele – auch im JES-Netzwerk! – gedacht hatten, galt es für uns, alle Kräfte zu bündeln, um eine Veränderung des Betäubungsmittelgesetzes zu erwirken: Nur auf diesem Weg konnte diese alternative Behandlungsform in die Regelversorgung überführt und damit deutschlandweit für Schwerstabhängige zugänglich gemacht werden. Gemeinsam mit der Deutschen AIDS-Hilfe und vielen anderen Bündnispartnern führten wir nun zahllose Gespräche mit Fachleuten, starteten bundesweite Aktionen und leisteten Überzeugungsarbeit auf kommunaler, Landes- und Bundesebene.

Nach Abschluss der Nachfolgephase des Modellprojekts Ende 2006 dauerte es dann noch fast zweieinhalb Jahre, bis der Deutsche Bundestag am 28. Mai 2009 mit deutlicher Mehrheit für die Aufnahme der Diamorphin-gestützten Behandlung in die Regelversorgung stimmte. Wir sind uns sicher, dass dies ein Meilenstein der deutschen Drogenpolitik ist und künftig viele Heroinabhängige von dieser Behandlungsform profitieren werden.

Unsere hartnäckiger Einsatz hat sich gelohnt!

Besonders deutliche Veränderungen werden im Konsumverhalten erzielt. Am stärksten wird der Gebrauch von Straßenheroin, Kokain und Crack sowie der intravenöse Konsum innerhalb des ersten Behandlungsjahres reduziert (siehe S. 91). Aber auch im weiteren Verlauf zeigen sich positive Wirkungen. Der Konsum von Straßenheroin, Kokain, Crack und intravenösem Konsum nimmt – gemessen durch die 30-Tage-Prävalenzrate – während des vierjährigen Behandlungszeitraums kontinuierlich ab. Der Anteil von Patienten, die kein Straßenheroin und Kokain mehr konsumieren, nimmt ständig zu: von 50 % nach einem Jahr, über gut 60 % nach zwei und drei Behandlungsjahren und auf 70 % zum Vierjahreszeitpunkt. Somit kann der Diamorphinbehandlung im Hinblick auf die Konsumreduktion eine langfristige Wirksamkeit bescheinigt werden. Verbunden mit dem Rückgang des intravenösen Konsums ist die Reduktion riskanten Konsumverhaltens (gemeinsamer Gebrauch von Spritzen oder Spritzutensilien), das im langfristigen Verlauf praktisch vollständig aufgegeben wurde. Waren es zum Behandlungsbeginn noch 9 %, die hin und wieder Spritzen, und 15 %, die Spritzutensilien gemeinsam benutzten, so hat sich dieser Anteil nach 48 Monaten auf 0 % bzw. 1 % reduziert.

Auch die Wohn- und Arbeitssituation verbessert sich. Der Anteil der Patienten mit stabiler Wohnsituation steigt innerhalb von vier Jahren von 77 % auf 95 %. Die Arbeitssituation entwickelt sich ausgesprochen positiv: Zu Beginn der Diamorphinbehandlung beträgt der Anteil erwerbstätiger Patienten 13 %, nach vier Jahren 40 %. Unter den arbeitsfähigen Patienten steigt der Anteil Erwerbstätiger sogar von 29 % auf 68 %. Dass das Medikament mehrmals am Tag eingenommen werden muss, scheint einer Beschäftigung nicht im Wege zu stehen. Allerdings haben viele nur (öffentlich geförderte) Teilzeit- oder 1-Euro-Jobs, die aber den Möglichkeiten und Bedürfnissen der meisten Diamorphinpatienten zu entsprechen scheinen.

Die Diamorphinbehandlung bewirkt außerdem einen Rückgang des kriminellen Verhaltens. Am deutlichsten zeichnet sich dies im ersten Behandlungsjahr ab (Löbmann/Verthein 2008). In den Folgejahren zeigt sich dann eine weitere leichte Verbesserung, wobei sich die justizielle Belastung auf sehr niedrigem Niveau bewegt.

Definiert man eine stabile soziale Integration anhand der Merkmale „Wohnsituation“, „Arbeit“ und „keine kriminellen Handlungen“, so erhöht sich der Anteil sozial integrierter Patienten von 15 % nach einem Behandlungsjahr auf 33 % nach vier Behandlungsjahren.

Schlussbemerkung

Die im Rahmen des deutschen Modellprojekts durchgeführten Substitutionsbehandlungen (mit integrierter psychosozialer Begleitung) haben sich als äußerst wirksam erwiesen, was die Verbesserung des Gesundheitszustands, die Reduktion des Konsums illegaler Drogen und die Reduktion riskanten Konsumverhaltens angeht. Im Vergleich zum oral eingenommenen Methadon lassen sich mit Diamorphin allerdings signifikant größere Erfolge erzielen, was auch durch die Ergebnisse der in anderen Ländern durchgeführten Studien bestätigt wird. Hervorzuheben ist die deutlich höhere Haltequote der Diamorphinbehandlung, die damit eine solide Grundlage bietet, bei der gesundheitlich besonders beeinträchtigten und sozial stark marginalisierten Zielgruppe der „Schwerstabhängigen“ nachhaltige Wirkungen zu erreichen.

Literatur

96

Battersby u. a. 1992

Battersby, M./Strang, J./Farrell, M./Gossop, M./Robson, P.: „Horse trading“: Prescribing injectable opiates to opiate addicts – a descriptive study. *Drug & Alcohol Review* 11: 35–42

Blanken u. a. 2005

Blanken, P./Hendriks, V.M./van den Brink, W./van Ree, J.M.: Heroin auf Rezept für die Behandlung von therapieresistenten chronisch Heroinabhängigen. Die Resultate niederländischer Studien und der aktuelle Stand. *Konturen* 26 (6): 18–21

van den Brink u. a. 2003

van den Brink, W./Hendriks, V.M./Blanken, P./Koe-ter, M.W.J./van Zwielen, B.J./van Ree, J.M.: Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *British Medical Journal* 327: 310

Darke u. a. 1991

Darke, S./Ward, J./Zador, D./Swift, G.: A scale for estimating the health status of opioid users. *British Journal of Addiction* 86: 1317–1322

Degkwitz u. a. 2007

Degkwitz, P./Lichtermann, D./Deibler, P./Soyka, M./Schneider, U./Dieninghoff, D./Bonorden-Kleij, K./Köhler, W./Buhk, H./Verthein, U./Haasen, C./Krausz, M.: „Schwerstabhängige“ – Die Teilnehmer des Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung. *Suchttherapie* 8: 12–18

Franke 1995

Franke, G.: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Göttingen: Beltz-Test 1995

Frick u. a. 2006

Frick, U./Rehm, J./Kovacic, S./Ammann, J./Uchtenhagen, A.: A prospective cohort study on orally administered heroin substitution for severely addicted opioid users. *Addiction* 101: 1631–1639

Güttinger u. a. 2002

Güttinger, F./Gschwend, P./Schulte, B./Rehm, J./Uchtenhagen, A.: Die Lebenssituation von Drogenabhängigen der Heroin gestützten Behandlung in der Schweiz – Eine 6-Jahres-Katamnese. *Sucht* 48: 370–378

Güttinger u. a. 2003

Güttinger, F./Gschwend, P./Schulte, B./Rehm, J./Uchtenhagen, A.: Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment – the results of a 6-year follow-up. *European Addiction Research* 9: 73–79

Haasen u. a. 2007

Haasen, C./Verthein, U./Degkwitz, P./Berger, J./Krausz, M./Naber, D.: Heroin-assisted treatment for opioid dependence. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 191: 55–62

Hartnoll u. a. 1980

Hartnoll, R.L./Mitcheson, M.C./Battersby, A./Brown, G./Ellis, M./Fleming, P./Hedley, N.: Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 37: 877–884

Lintzeris u. a. 2006

Lintzeris, N./Strang, J./Metrebian, N./Byford, S./Hallam, C./Lee, S./Zador, D./RIOTT Group: Methodology for the Randomised Injecting Opioid Treatment Trial (RIOTT): evaluating injectable methadone and injectable heroin treatment versus optimised oral methadone treatment in the UK. *Harm Reduction Journal* 3: 28–40

Löbmann/Verthein 2008

Löbmann, R./Verthein, U.: Explaining the effectiveness of medical treatment for heroin addicts on crime reductions. *Law and Human Behavior* 33: 83–95

March u. a. 2006

March, J.C./Oviedo-Joekes, E./Perea-Milla, E./Carrasco, F./the PEPSA team: Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment* 31: 203–211

Metrebian u. a. 1998

Metrebian, N./Shanahan, W./Wells, B./Stimson, G.V.: Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users: associated health gains and harm reductions. *The Medical Journal of Australia* 168: 596–600

NAOMI Study Team 2008

NAOMI Study Team: Reaching the Hardest to Reach – Treating the Hardest-to-Treat. Summary of the primary outcomes of the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI). Vancouver, Montreal 2008

Perneger u. a. 1998

Perneger, T.V./Giner, F./del Rio, M./Mino, A.: Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *British Medical Journal* 317: 13–18

Rehm u. a. 2001

Rehm, J./Gschwend, P./Steffen, T./Gutzwiller, F./Dobler-Mikola, A./Uchtenhagen, A.: Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *The Lancet* 358: 1417–1420

Strang/Gossop 1996

Strang, J./Gossop, M.: Heroin prescription in the British system: Historical review. *European Addiction Research* 2: 185–193

Uchtenhagen u. a. 2000

Uchtenhagen, A./Dobler-Mikola, A./Steffen, T./Blättler, R./Pfeifer, S.: Betäubungsmittelverschreibung an Heroinabhängige. Basel: Karger 2000

Verthein u. a. 2008a

Verthein, U./Bonorden-Kleij, K./Degkwitz, P./Dilg, C./Köhler, W.K./Passie, T./Soyka, M./Tanger, S./Vogel, M./Haasen, C.: Long-term effects of heroin-assisted treatment in Germany. *Addiction* 103: 960–966

Verthein u. a. 2008b

Verthein, U./Degkwitz, P./Haasen, C.: Die Wirksamkeit der Diamorpinbehandlung im Vergleich zur Methadonsubstitution – Ergebnisse der 1. und 2. Studienphase. In: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.): *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger*. Band 1. Baden-Baden: Nomos 2008

Verthein u. a. 2008c

Verthein, U./Kuhn, S./Haasen, C.: Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Klinischer Studienbericht zum Abschluss der Follow-up Phase gemäß Studienprotokoll Nr. ZIS-HV9-0701 vom 23. Juli 2001, und Amendments Nr. ZIS-HA9/1 bis ZIS-HA9/16. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ZIS. Hamburg 2008

WHO 1999

WHO Report of the external panel on the evaluation of the Swiss scientific studies of medically prescribed narcotics to drug addicts. Geneva: 1999



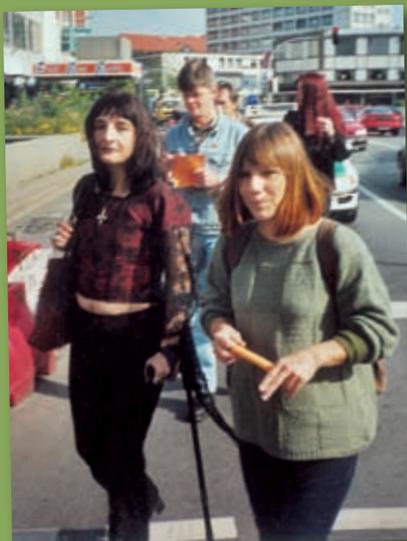
v.l.n.r.: Rosi, Renate, Robert †, Doris, Michael † und Jim im Rahmen der Bundespositivenversammlung 1997 in Bremen

JES fordert „Heroin für alle die es brauchen“

98



Norbert (Nürnberg) und Thomas (Marburg) 2006



Rosi und Jacqueline 1996 in Hamburg

Legalisierung illegaler Drogen – machbar oder Utopie?

Henning Schmidt-Semisch

Jeder, der sich auch nur ein wenig eingehender mit Drogen und Drogenkonsum befasst hat, weiß, dass Menschen schon immer Drogen genommen haben und dies auch weiterhin tun werden: Sie rauchen Tabak, Haschisch oder Opium, trinken Alkohol, Kaffee und Tee, kauen Betel, Khatat oder Kokablätter, reiben sich mit Hexensalben ein, schnupfen Kokain und Tabak, essen Pilze, lecken an Kröten, werfen Tabletten ein und spritzen sich schließlich Heroin, Morphinum oder auch Kokain (einen Überblick bieten z. B. Völger/Welck 1982).

Entscheidend ist dabei, dass Drogen stets vor allem deshalb konsumiert werden, weil man sich von ihrem Gebrauch die Erzeugung positiver oder die Vermeidung negativer Gefühle, Erlebnisse oder Befindlichkeiten verspricht. Trotz – vielleicht aber auch gerade wegen – solcher für den einzelnen Konsumierenden positiver Aspekte gelten unterschiedliche Rausch- und Genussmittel immer wieder als unerwünscht, werden kontrolliert oder verboten. Unseren heutigen Alltagsdrogen Alkohol und Tabak erging es da – historisch gesehen – nicht anders als Opium oder Heroin, Kokain oder Cannabis, LSD oder Ecstasy: Wieder und wie-

der wurden sie in den vergangenen Jahrhunderten mit exorbitanten Steuern belegt und in Apotheken verbannt, oder ihr Gebrauch wurde mit Geld-, Freiheits-, Körper- oder gar Todesstrafen geahndet (Hess u. a. 2004, 7). Gemeinsam ist den Drogen freilich, dass man weder ihren Konsum jemals durch Verbote verhindern noch das Angebot wirklich nennenswert einschränken konnte. Vielmehr haben Drogenverbote zu allen Zeiten mehr Schaden angerichtet, als die Drogen selbst bzw. ihr Konsum es je vermocht hätten: Schwarzmarkt, organisierte Kriminalität, Einschränkung der Bürgerrechte, immense Ausgaben für den Strafverfolgungsapparat, Verlust der Kontrolle über Preis und Qualität der Drogen, gesundheitliche Gefährdungen sowie die soziale, psychische und körperliche Verelendung vieler Drogengebraucher und -gebraucherinnen sind nur einige Merkposten auf der Negativseite der Prohibition.

Diese negativen Folgen der Prohibition sind in den vergangenen Jahren immer wieder analysiert und benannt worden, sodass an dieser Stelle ein Verweis auf entsprechende Literatur genügen mag (vgl. z. B. Quensel 1982; Scheerer 1983; Thamm 1989; Schmidt-Semisch 1990; Bauer 1992, 36 ff.; Szasz 1992; Stöver 1994, 13–42; Nolte/Schmidt-Semisch 2000; Husak 2002; Böllinger u. a. 2002; Hess 2008). Stattdessen möchte ich mich in diesem Beitrag zunächst der Frage zuwenden, warum die Diskussion um die Drogenfreigabe seit gut zehn Jahren deutlich abgeflaut ist, um im Anschluss daran darzustellen, was unter Drogenlegalisierung oder -freigabe zu verstehen ist und welche Ansatzpunkte, Überlegungen und Modelle bisher existieren.

Drogenlegalisierung – das Abflauen der Diskussion seit Anfang des 21. Jahrhunderts

Wenn heute über die Legalisierung illegaler Drogen gesprochen wird, dann geht es dabei in der Regel um eine Forderung der 80er und 90er Jahre des 20. Jahrhunderts. Wurde sie zu jener Zeit in allen nur erdenklichen Zusammenhängen diskutiert – u. a. sogar in den sogenannten Herrenmagazinen *Penthouse* (Szasz 1980) oder *Playboy* (Juniheft 1981) –, so ist die Kontroverse um die Drogenfreigabe spätestens seit Beginn des 21. Jahrhunderts (von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen) nahezu vollständig verstummt. Ein wichtiger Aspekt sowohl für das Auftauchen als auch für das Abflauen dieser Diskussion ist m. E. die zunehmende Etablierung und der Erfolg der „akzeptierenden Drogenarbeit“, die sich seit den 1980er Jahren für die Interessen der Drogengebraucher/innen stark macht, ihre Selbsthilfe stärken und langfristig eine Liberalisierung der Drogenpolitik erreichen will. Aber obgleich die akzeptierende Drogenarbeit mittlerweile als anerkannte Form der Drogenhilfe bezeichnet werden muss, darf diese Etablierung allenfalls als halber Erfolg gewertet werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Hoff-

nungen und Ziele der Selbstorganisationen der Drogengebraucher/innen. Diesen ging es, so hat es zumindest Sebastian Scheerer 2002 formuliert, bei ihren Bemühungen nämlich stets um zweierlei: „Erstens um soziale und medizinische Hilfen, die diesen Namen auch verdienten (und nicht verschleierte Disziplinierungsmaßnahmen wären), und zweitens darum, als Bürger wahrgenommen, behandelt und respektiert zu werden, die weder besser noch schlechter als die anderen seien“ (Scheerer 2002, 113). Beide Ziele, so muss man heute feststellen, sind allenfalls halbherzig realisiert worden: Einerseits ist (Drogen-)Hilfe weiterhin immer auch mit Kontrolle verknüpft, und andererseits ging es der offiziellen Drogenpolitik zu keinem Zeitpunkt um eine wirkliche Akzeptanz des Drogenkonsums oder gar der Drogenkonsument(inn)en, sondern lediglich um einen partiellen Austausch der Kriminalitäts- durch die Krankheitsperspektive (Schmidt-Semisich/Wehrheim 2007, 73 f.).

Die akzeptanzorientierte „Drogenhilfe-Szene“ war im Kontext dieses Umstrukturierungsprozesses (von der Kriminalitäts- zur Krankheitsperspektive) vor allem darum bemüht, ihre Projekte zu etablieren, abzusichern und schließlich vor dem Rotstift zu bewahren. Zu kurz gekommen ist bei all der akzeptanzorientierten *Drogenarbeit* indes die akzeptanzorientierte *Drogenpolitik* – in diesem Sinne kann man mit Scheerer (2002, 117) feststellen, dass die Beschränkung auf den Hilfeaspekt in den vergangenen Jahren zugleich die Stärke wie auch die Schwäche des Akzeptanzparadigmas ausgemacht hat. Die Erfolge der akzeptierenden Drogenarbeit liegen vor allem in der Etablierung neuer Hilfeangebote (Spritzen- und Methadonvergabe, Druckräume, Heroinverschreibung usw.) – ihre Schwächen aber eben auch. Scheerer verdeutlicht seine Kritik, indem er eine Parallele zur Emanzipation der Homosexuellen und der Abschaffung des Paragraphen 175 StGB zieht, der homosexuelle Handlungen unter Strafe stellte. Man wählte also in diesem Fall – anders als im Drogenbereich – explizit nicht den Weg, die Kriminalisierung bestehen zu lassen und allenfalls in deren Rahmen für karitative Erleichterungen und Überlebenshilfen zu sorgen: „Akzeptierende Schwulenarbeit wäre ja eine denkbare Alternative zur Kriminalisierung gewesen: Einrichtung von Treffpunkten für Schwule, Aufklärung über Safer Sex, Verteilung von Kondomen, Spezialeinrichtungen für jugendliche Schwule, für ältere Schwule, für Eltern von Schwulen. Dazu eine fortschrittliche Organisation namens ‚akzept‘ und viele Kongresse zugunsten der Schwulen. Doch sind wir froh, dass es kam, wie es gekommen ist“ (Scheerer 2002, 117 f.).

In der Drogenpolitik hingegen, so Scheerer weiter, hielten wir es für gut und normal, die Kriminalisierung beizubehalten und lediglich innerhalb dieses Rahmens für gewisse karitative Erleichterungen und („akzeptierende“) Überlebenshilfen zu sorgen. So hielten es etwa Klaus Schuller und Heino Stöver für unausweichlich, dass „der Anspruch der Akzeptanz vor dem Hintergrund des politisch

Machbaren ... diskutiert und realisiert werden“ musste (Stöver 1990, 11). Und auch wenn man über weitergehende politische Veränderungen nachdenken wollte (vgl. Stöver 1990, 186 ff.), beschränkte man sich doch weitgehend darauf, die Dinge ein wenig anders zu problematisieren und im Übrigen neue „Treffpunkte einzu-richten, die Angebote zu differenzieren, zu humanisieren und zu medizinalisieren“ (Scheerer 2002, 118).

Man schmälert die in diesem Rahmen erreichten Erfolge nicht, wenn man feststellt, dass sich die akzeptierende Drogenarbeit durch ihr Arrangement mit Kriminalisierung und ordnungspolitischen Argumenten selbst zur Alternative einer wirklich anderen Drogenpolitik gemacht hat. Dieses Arrangement war gleichsam der Preis für die öffentlichen Gelder für ihre Projekte – und ist zugleich der Grund dafür, dass der Ruf nach Legalisierung aus dieser Ecke praktisch nicht mehr ertönt.

Dieses „Einschlafen“ der Diskussion ändert allerdings nichts an der Plausibilität der Argumente für eine Legalisierung illegaler Drogen. Wie eine solche Legalisierung aussehen könnte, werde ich im Folgenden skizzieren.

Überlegungen und Modelle zur Legalisierung illegaler Drogen

102

Um sich Überlegungen und Modellen zur Überwindung einer repressiven Drogenpolitik zu nähern, muss zunächst in aller Kürze geklärt werden, was unter den Begriffen „Legalisierung“ und „Entkriminalisierung“ zu verstehen ist. Wichtig ist dabei zunächst: *Legalisieren* kann man grundsätzlich nur Drogen, nicht Konsument(inn)en. Konsument(inn)en wiederum kann man nur *entkriminalisieren* (nicht aber Drogen, denn eine Droge kann nicht „kriminell“ sein und auch nicht kriminalisiert werden). Entkriminalisierung wiederum kann im Wesentlichen auf zwei Arten erfolgen:

- » Bei der *ersatzlosen Entkriminalisierung* werden bislang mit Kriminalstrafen belegte Handlungen als nicht mehr kriminell definiert bzw. aus dem Strafrecht (oder z. B. dem Betäubungsmittelgesetz) gestrichen.
- » Von *faktischer Entkriminalisierung* spricht man, wenn man die jeweilige Strafnorm weiterbestehen lässt, ihr aber keine Geltung mehr (durch Strafverfolgung) verschafft.

Diese kurze Begriffsklärung macht bereits deutlich, dass es bei den (durchaus gravierenden) drogenpolitischen Änderungen der vergangenen Jahre nie um eine ersatzlose Entkriminalisierung oder wirkliche Legalisierung gegangen ist: Wenn man z. B. einen Drogenkonsumraum nach den derzeit geltenden Bedingungen einrichtet, bleibt die Droge (also Heroin und ggf. Crack/Kokain) weiterhin illegal – sie ist weder verkehrs- noch verschreibungsfähig, und ebenso bleiben ihr Besitz und alle sonstigen mit ihr verbundenen Handlungen verboten. Es wird lediglich

ein klar abgegrenzter Raum zur Verfügung gestellt, den man gewissermaßen als „Ort der Unmoral“ deklariert und in dem auf die Verfolgung der verbotenen Handlung „Besitz“ verzichtet wird (Erwerb und Handel sind im Übrigen auch an diesen Orten verboten und sollen geahndet werden). Obwohl man also Drogenkonsumräume durchaus als „Schutzräume“ (im Sinne eines risikoverminderten Gebrauchs) interpretieren kann, haben sie doch mit den in diesem Zusammenhang von den Medien häufig benutzten Begriffen Entkriminalisierung oder Legalisierung nichts zu tun. Viel eher können sie angesichts der räumlichen Konzentrierung der Konsument(inn)en als Kontrollräume bezeichnet werden – und so sind sie ordnungspolitisch wohl auch in aller Regel gemeint.

Ähnlich verhält es sich mit der sogenannten Originalstoffvergabe (vgl. Ullmann 2004), also mit Programmen, in deren Rahmen einer ausgewählten Gruppe von Konsument(inn)en Heroin verschrieben wird. Auch hier ist in den Medien und bei Kritikern schnell von „Freigabe“ oder gar „Legalisierung“ die Rede, was aber auch hier völlig unzutreffend ist. Denn konzipiert sind solche Modelle in aller Regel für die kleine Gruppe sogenannter Schwerstabhängiger – eine Entkriminalisierung der (übrigen) Konsumenten oder eine Legalisierung der Substanz sind damit weder angestrebt noch erreicht. Lediglich für die kleine Gruppe der Programmteilnehmer/innen ändert sich etwas: Sie erhalten als Patienten das Medikament Heroin, sind allerdings in dieser Patientenrolle auch einer erheblich erweiterten Kontrolle unterworfen (durch regelmäßige Kontakte, Erfassung ihrer Personen- und Krankendaten, Urinkontrollen usw.). Solche medizinisch-ärztlichen Behandlungs-Settings können gleichwohl immerhin aufzeigen, wie stark die Konsumierenden in sozialer, psychischer und physischer Hinsicht von der Legalität der Substanz im Rahmen dieser Programme profitieren – und damit die Argumente für eine Legalisierung und/oder Entkriminalisierung untermauern (vgl. Naber/Haasen 2006; Uchtenhagen u. a. 2000).

Aufgrund des begrenzten Umfanges dieses Artikels gehe ich im Folgenden lediglich auf drei weitergehende Ansätze zu einer Legalisierung illegaler Drogen ein.

Die Coffeeshops in Holland

Einen Schritt weiter in Richtung einer Entkriminalisierung und Legalisierung gehen die seit etwa 25 Jahren in Holland bestehenden „Coffeeshops“, in denen Cannabisprodukte bis zu einer Menge von fünf Gramm (früher 30 Gramm) straflos abgegeben werden dürfen. Der individuelle Besitz von Cannabis bleibt bis zu einer Menge von 30 g straflos. Allerdings handelt es sich hierbei eher um eine faktische Entkriminalisierung, denn der Strafrahmen für Handlungen im Zusammenhang mit Cannabisprodukten umfasst auch in den Niederlanden weiterhin etliche Jahre Gefängnis. Die faktische Entkriminalisierung ist möglich, weil die holländischen

Strafverfolgungsbehörden nach dem sogenannten Opportunitätsprinzip verfahren können, das die Möglichkeit, nicht aber die Pflicht zu einer Strafverfolgung begründet.

Die Effekte dieser Politik sind durchaus positiv zu bewerten, denn einerseits ist es nicht zu einer Zunahme (eher einer Abnahme) der holländischen jugendlichen Cannabiskonsumenten gekommen und andererseits konnten so die Märkte der sogenannten harten und weichen Drogen getrennt werden. Für die Konsumenten selbst bedeuten diese Coffeeshops eine normalisierte Kaufgelegenheit, vor allem aber verschaffen „sie ihnen im wahrsten Sinne einen sozialen Ort, einen eigenen Platz in der Gesellschaft“ (Scheerer 1996a, 188).

Das große Problem der niederländischen Cannabispolitik besteht allerdings darin, dass zwar die „Vordertür“, also die Nachfrageseite weitgehend pragmatisch reguliert und gelöst zu sein scheint. Dies gilt bis heute allerdings nicht für die „Hintertür“, also die Anbieterseite: Nach wie vor werden immer wieder Cannabishändler und -produzenten strafrechtlich verfolgt und bestraft sowie ihre Produkte beschlagnahmt – und das betrifft auch jene, die ihre Ware in Holland produzieren.

Bei aller Sympathie für den holländischen Pragmatismus sollte diese inkonsistente Politik nicht unbedingt als Vorbild für eine alternative Drogenpolitik dienen. Einerseits ist sie von einer Legalisierung weit entfernt, andererseits wäre sie mit den Grundsätzen, insbesondere dem Legalitätsprinzip zumindest des deutschen Rechtssystems, das eine Pflicht zur Strafverfolgung zwingend festschreibt, auch gar nicht vereinbar.

Das schleswig-holsteinische Apothekenmodell

Ein deutsches Modell einer (allerdings ebenso halbherzigen) „Legalisierung“ von Cannabis ist das sogenannte schleswig-holsteinische Apothekenmodell, das 1994 von der damaligen Kieler Sozialministerin Heide Moser initiiert und dann von Raschke/Kalke (1997) ausformuliert wurde. Dieses nie umgesetzte Modell sah folgende Regelungen vor: Über einen Zeitraum von fünf Jahren sollten zunächst in drei Regionen Schleswig-Holsteins (Phase I) und dann landesweit (Phase II) Marihuana und Haschisch in Apotheken verkauft werden. Die Teilnahme an dem Modellprojekt sollte allen Personen ab 16 Jahren mittels einer nummerierten Bezugskarte ermöglicht werden, die keine Identifizierung erlaubt hätte. Auf diesen Karten hätten die Apotheken bei jedem Kauf die gekaufte Menge sowie das Kaufdatum vermerkt. Insgesamt wäre pro Einkauf und Käufer der Erwerb von maximal fünf Gramm Cannabis möglich gewesen, wobei jede Verpackungseinheit 0,5 g Cannabis und eine „Raucherinformation“ enthalten sollte; auf der Verpackung selbst sollte der Wirkstoffgehalt angegeben werden. Der sogenannte Legalitätsschutz (also der Schutz vor polizeilicher Beschlagnahme und Ermittlung) sollte sich – freilich nur für die Teilnehmer am Modellprojekt – auf maximal fünf Gramm

original verpacktes Cannabis innerhalb von Schleswig-Holstein erstrecken. Jede sonstige Form von Cannabis sowie der Besitz, Erwerb oder Handel dieser Substanz wäre weiterhin verboten geblieben.

Wie gesagt ist dieses Modell nie umgesetzt worden. Dementsprechend schwer lässt sich einschätzen, wie attraktiv es für die Konsumenten gewesen wäre. Für kritikwürdig halte ich auf jeden Fall die – auch für die niederländische Politik geltende – Polarisierung zwischen dem angeblichen „weichen“ Cannabis und den „harten“ anderen Drogen, die in diesem Modell auch noch durch eine Differenzierung in legales und illegales Cannabis und damit legales und illegales Besitzen und letztlich auch Konsumieren ergänzt worden wäre. Zudem wäre dieses (original verpackte) „legale“ Cannabis nicht einmal wirklich legal gewesen: Die Legalität wäre spätestens an der schleswig-holsteinischen Landesgrenze prekär geworden, wenn sie nicht schon vorher durch ein „fahrlässiges“ Entfernen der Originalverpackung aufgehoben worden wäre. Man fragt sich zudem, was die Teilnahmekarten hätten bewirken sollen, da praktisch jeder sie hätte bekommen können und sie im Grunde keinen Aufschluss über die Person gegeben hätten. Davon abgesehen hätten die Begründungen für das Modellprojekt (vgl. Raschke/Kalke 1997, 54 ff.; Schmidt-Semisch 2002, 445) natürlich auch für eine umfassende Freigabe bzw. Legalisierung gesprochen.

Auch wenn die politische Situation solche Modellprojekte und ihre symbolischen und progressiven Aspekte vielleicht erforderlich macht und sich ohne diese kleinen Schritte möglicherweise nie etwas ändern wird, so erscheinen sie doch in ihrer konkreten Ausarbeitung gleichsam als Schildbügereien – als ein aufgesetzter Kontroll- und Begleitforschungs-„Wasserkopf“, an den die Kontrolleure und Forscher im Grunde selber nicht zu glauben scheinen (Schmidt-Semisch 2002, 445). Sinnvoller erscheint daher eine umfassende Legalisierungsperspektive, die ich im Folgenden vorstellen möchte.

Umfassende Legalisierung illegaler Drogen

Eine umfassende Legalisierung illegaler Drogen kann man auf zweierlei Art angehen: Einerseits kann man, und das ist die verbreitete Variante, sich auf die sogenannten weichen Drogen (in aller Regel Cannabis) beschränken und für diese ein isoliertes Freigabemodell entwickeln. Die zuvor diskutierten Beispiele gehen in diese Richtung, etwas weiter ginge das „Globale Cannabisregulierungsmodell“ des Vereins für Drogenpolitik e. V.“ (VfD 2004).

Andererseits lässt sich eine Perspektive skizzieren, die sich nicht auf einzelne Drogen beschränkt, sondern alle heute illegalen Drogen in ihre Überlegungen mit einbezieht. Ein solches Modell habe ich Anfang der 1990er Jahre umrissen (vgl. Schmidt-Semisch 1992; 1994). Grundlage dieses Modells ist zum einen die Erkenntnis, dass die größten Gefahren beim Drogenkonsum nicht so sehr von den

Drogen an sich ausgehen, sondern von Verunreinigungen, unhygienischen Konsumbedingungen und der strafrechtlichen Verfolgung selbst – also den Auswirkungen der Prohibition. Ein zweiter Pfeiler meines Freigabe-Modells ist die These, dass legale und illegale Drogen vor allem eines gemeinsam haben: Sie sind nicht aus sich heraus Genussmittel, Rauschmittel oder Suchtmittel, sondern werden von den Konsumierenden auf diese jeweils spezifischen Weisen genutzt: Ebenso wie es bei Alkohol oder Zigaretten einen mäßigen und einen exzessiven Konsum gibt (mit allen dazwischen liegenden Schattierungen), kann man auch einen moderaten oder eben „unmäßigen“ Heroin-, Kokain- oder Crackkonsum pflegen (zum kontrollierten Gebrauch unterschiedlicher Drogen vgl. z. B. Zinberg 1979; Harding/Zinberg/Stelmack u. a. 1980; Harding 1981; Haves/Schneider 1992; Rosenbaum/Morgan/Beck 1997; Schneider 2000; Schippers/Cramer 2002; Kemmesies 2000 und 2004; Körkel 2005; Kolte 2006; Kolte/Schmidt-Semisch 2006). Wie, wie viel, wie oft und zu welchem Zweck man aber konsumiert, hängt dabei nicht von der jeweiligen Substanz ab, sondern von den eigenen Prioritäten, Bedürfnissen usw. Wenn diese These richtig ist – und meines Erachtens deuten alle empirischen Befunde darauf hin (vgl. etwa Schmidt-Semisch/Nolte 2000, 6–13) –, dann macht auch die Rede von gefährlichen und ungefährlichen, von harten und weichen Drogen nur noch bedingt Sinn. Plausibler ist es, von gefährlichen oder weniger gefährlichen, von harten oder weichen *Konsumformen* zu sprechen, die sich dann mit Blick auf Konsumtechniken, Dosis, Konsumhäufigkeit usw. weiter differenzieren lassen (ausführlicher hierzu Schmidt-Semisch 1994, 15–28). Vor allem aber schwindet vor diesem Hintergrund die Legitimität, einige dieser Substanzen als gefährlich zu verbieten, während andere erlaubt bleiben oder gar staatlich protegert werden. Vielmehr lässt sich aus diesen empirischen Befunden eine einheitliche Drogenpolitik ableiten, die auf die künstliche Unterscheidung in „gute“ und „böse“ Substanzen verzichtet und die ein Recht auf Genuss und Rausch mit einem Recht auf (selbstbestimmte) Hilfe verbindet.

Dies bedeutet keinen grundsätzlichen Verzicht auf (auch staatliche) Kontrolle. Entscheidend ist aber die Änderung der Blickrichtung: Der „Kontrollblick“ schwenkt von den Konsumenten auf die Substanzen selbst und ihre regulierte Distribution. Als ein geeigneter Ort für eine solche Legalisierung bzw. Regulierung bietet sich meines Erachtens das Lebensmittelrecht an: Eine Gleichstellung z. B. mit Alkohol würde die heute (noch) illegalen Drogen zu Genussmitteln machen und sie somit über ihren regelhaften Zweck definieren. Damit würden zugleich ganz andere, „zivile“ Regulierungen möglich, für die ich im Folgenden neun Beispiele geben möchte:

- 1) Man kann die Orte des Drogenverkaufs einschränken, z. B. auf „Drug-Stores“ oder „(Drogen-)Kneipen“, allgemein gesprochen also auf einen zu definierenden Fachhandel.

- 2) Über *Lizenzen* wäre es möglich, nur solche Drogenhändler zu diesem Gewerbe zuzulassen, die ihre Kompetenzen (hinsichtlich Drogenkunde, Verantwortlichkeit usw.) überprüfbar unter Beweis gestellt hätten.
- 3) *Konsumbeschränkungen* ließen sich z. B. unter Bezug auf das Jugendschutzgesetz (Altersgrenzen) und die Straßenverkehrsordnung (Fahren unter Drogeneinfluss) bestimmen; zu berücksichtigen ist dabei freilich, dass solche Beschränkungen – wie bei Alkohol und Tabak – lediglich symbolische Kraft entfalten können.
- 4) Es lassen sich *Drogensteuern* erheben, die zweckgebunden für die Förderung von Informationen über Drogen, Drogenerziehung, Drogenforschung und anderen Elementen einer „Drogenkultur“ eingesetzt werden könnten.
- 5) Das Lebensmittelgesetz erlaubt es zudem, *Werbung* in bestimmten Formen oder Medien zu verbieten (ähnlich, wie etwa auch Werbung für Tabakprodukte in den meisten Medien verboten ist).
- 6) Den Drogenherstellern kann auferlegt werden, die Drogenverpackungen auf bestimmte Weise zu gestalten und sie überdies mit speziellen Gebrauchsanweisungen, Beipackzetteln, mechanischen *Sicherheitsvorkehrungen* (Kindersicherung) oder auch mit Warnhinweisen (etwa nach dem Vorbild von Zigarettenpackungen) zu versehen.
- 7) Die einwandfreie *Qualität* der Substanzen würde – wie bei anderen Lebensmittel- und Genussmitteln auch – von der gesetzlich vorgesehenen Lebensmittelüberwachung regelmäßig *überprüft und sichergestellt*.
- 8) Sollten gleichwohl fehlerhafte oder verunreinigte Produkte unbemerkt auf den Markt gelangen, so träte – wie im Übrigen bei den allermeisten Industrieprodukten – die übliche *Produkthaftung* für etwaige Schäden ein.
- 9) Alle sonstigen Schädigungen, die der Konsument durch exzessiven oder unsachgemäßen Gebrauch selbst verschuldet hat, würden – wie heute (noch) bei den Konsumenten von Alkohol oder Tabak – über die Krankenkassen abgerechnet.

Natürlich betreffen diese neun Punkte nur die formale, rechtliche Seite einer möglichen Legalisierung, und wie die Erfahrungen mit Alkohol, Tabak oder auch Medikamenten zeigen, sind solche gesetzlichen Regelungen weder ein Königsweg noch gar eine Garantie dafür, dass es keine Probleme mehr mit Drogen gibt. Allerdings würde ein solches Vorgehen gewährleisten, dass man tatsächlich über *Drogenprobleme* spricht und nicht über Probleme, die durch Vertreibung, Verfolgung und Verurteilung überhaupt erst entstehen. Darüber hinaus hätte eine solche rechtliche Handhabung folgende Vorteile:

- 1) Man könnte – im Gegensatz zur heutigen Situation – eine weitestgehende (Qualitäts-)Kontrolle der verkauften Substanzen erreichen.
- 2) Man würde – was unter den Bedingungen der Illegalität erfahrungsgemäß unmöglich ist – umfassende Kontrolle über Herstellung, Vertrieb und Handel von

Drogen sowie in gewissem Maße auch über den Preis der Substanzen erlangen.

- 3) Die Autonomie der Konsumenten hinsichtlich der konsumierten Substanzen sowie der Inanspruchnahme von Beratung, Unterstützung, Behandlung oder Therapie würde geschützt.
- 4) Die Gesellschaft als Ganze würde von der Legalisierung in Form von Einsparungen im Strafverfolgungs- und Strafvollstreckungsbereich und einer Senkung der Beschaffungskriminalität profitieren.
- 5) Durch Verzicht auf repressive Maßnahmen eröffnete man zugleich die Möglichkeit offener Kommunikation über Drogenkonsum der unterschiedlichsten Art, über Genuss, Rausch und Sucht – erst auf dieser Grundlage kann sich eine Drogenkultur entwickeln, die einen autonomen, erfahrungsgeleiteten kontrollierten Gebrauch von Drogen ermöglicht (vgl. Marzahn 1983).

Bei diesem vorgestellten umfassenden Legalisierungsmodell geht es also in keinerlei Hinsicht darum, vor dem vermeintlichen „Drogenproblem“ oder gar der sogenannten organisierten Kriminalität zu kapitulieren und jede Kontrolle fahren zu lassen. Vielmehr geht es um die Einsetzung vielfältiger effektiver Regulationsmechanismen, die aber nur greifen können, wenn die Prohibition in eine Regulation überführt wird. Dann allerdings stünde die Legalisierung illegaler Drogen nicht für ein Weniger, sondern für ein Mehr an Kontrolle – im Sinne von Qualitätssicherung und Verbraucherschutz.

Ausblick

Als der Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V.) im Jahr 2004 einen Befürworter des Drogenverbots für eine Podiumsdiskussion im Rahmen der Tagung „Drogenprohibition – unwirksam, teuer und schädlich?!“ suchte, wurde er nicht fündig – weder in der Wissenschaft noch im Bereich von Parteien und Politik (Schmidt-Semisch 2005, 3). In Anbetracht der Tatsache, dass dieses Verbot globale Geltung beansprucht und schon etliche Jahrzehnte Bestand hat, ist das durchaus erstaunlich: Offenbar gehört das Drogenverbot zum gleichsam unhintergehbaren politischen Inventar (nicht nur) des deutschen Staates, das von Regierung zu Regierung weitergegeben wird, ohne dass sich jemand verantwortlich oder auch nur aufgerufen fühlte, seine Sinnhaftigkeit zu begründen.

Es war David Husak (2002: 10), der anmerkte, dass die in drogenpolitischen Diskussionen und eben auch in diesem Beitrag gestellte Frage, ob man Drogenkonsum entkriminalisieren oder Drogen legalisieren sollte, im Grunde vom Thema wegführe, weil sie die „Beweispflicht“ bei den Prohibitionskritikern verorte und damit falsch adressiert sei. Viel wichtiger und richtiger sei die ganz grundsätzliche Fra-

ge: Sollen Drogengebraucher bestraft werden? JES hat diese Frage für sich selbst eindeutig verneint und plädiert – ebenso wie dieser Beitrag – für eine umfassende Legalisierung.

Der Staat hat die Pflicht, (straf-)rechtliche Eingriffe in das Leben von Menschen zu begründen und ihre Sinnhaftigkeit und Legitimität zu belegen: Sollen Drogengebraucher strafrechtlich verfolgt und in Gefängnisse gesteckt werden? Sollen Menschen einfach deswegen bestraft werden, weil sie Drogen konsumieren (bzw. besitzen)? Und wenn ja, warum? Auf die Antworten der Prohibitionsbefürworter darf man gespannt sein!

Literatur

Bauer 1992

Bauer, C.: Heroinfreigabe. Möglichkeiten und Grenzen einer anderen Drogenpolitik. Reinbek: Rowohlt 1992

Böllinger u. a. (Hg.) 2002

Böllinger, L./Quensel, S./Schmidt-Semisch, H./Stöver, H./Bullington, B./Maier-Katkin, D. (Hg.): Confronting the Prohibition Model: German Drug Policy in the 21st Century. *Journal of Drug Issues*, 32

Harding 1981

Harding, W. M.: Kontrollierter Heroingenuss – ein Widerspruch aus der Subkultur gegenüber herkömmlichem kulturellem Denken. In: Völger, G./Welck, K. v. (Hg.): *Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich*, Bd. 3. Reinbek: Rowohlt 1981, 1217–1231

Harding/Zinberg/Stelmack u. a. 1980

Harding, W. M./Zinberg, N. E./Stelmack, S. M., u. a.: Formerly-addicted-now-controlled Opiate Users. In: *International Journal of Addiction*, 15, 47–60

Haves/Schneider 1992

Haves, W./Schneider, W.: Kontrollierter Gebrauch illegaler Drogen: Forschungsstand und Konsequenzen. In: *Drogalkohol*, 16, 75–89

Hesser 2008

Hess, H.: Repression oder Legalisierung. Ein drogenpolitisches Nachwort. In: Werse, B. (Hg.): *Drogenmärkte. Strukturen und Szenen des Kleinhandels*. Frankfurt a. M./New York: Campus Verlag 2008, 375–400

Hess/Kolte/Schmidt-Semisch 2004

Hess, H./Kolte, B./Schmidt-Semisch, H.: Kontrolliertes Rauchen. Tabakkonsum zwischen Verbot und Vergnügen. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag 2004

Husak 2002

Husak, D.: *Legalize This! The Case for Decriminalizing Drugs*. London/New York: Verso 2002

Kemmesies 2000

Kemmesies, U. E.: Umgang mit illegalen Drogen im „bürgerlichen“ Milieu (UMID). Bericht zur Pilotphase. Frankfurt a. M.: Johann Wolfgang Goethe Universität 2000

Kemmesies 2004

Kemmesies, U. E.: Zwischen Rausch und Realität. Drogenkonsum im bürgerlichen Milieu. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2004

Körkel 2005

Körkel, J.: Kontrollierter Alkoholkonsum – Strategien der Risikominimierung. In: Heudtlass, J.-H./Stöver, H. (Hg.): *Risiko mindern beim Drogengebrauch. Gesundheitsförderung – Verbrauchertips – Beratungswissen – Praxishilfen*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag 2005, 164–188

Kolte 2006

Kolte, B.: Rauchen zwischen Sucht und Genuss. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2006

Marzahn 1994

Marzahn, C.: Plädoyer für eine gemeine Drogenkultur. In: Ders.: *Bene Tibi. Über Genuss und Geist*. Bremen: Edition Temmen 1994, 9–47

Naber/Haasen 2006

Naber, D./Haasen, C.: Das bundesdeutsche Modell zur heroingestützten Behandlung – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) 2006 (im Internet unter http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf, letzter Zugriff: 15.05.2009)

Nolte/Schmidt-Semisch 2000

Nolte, F./Schmidt-Semisch, H.: Drogen. Berlin: Rotbuch Verlag 2000

Quensel 1982

Quensel, S.: Drogenelend. Frankfurt a. M./New York: Campus Verlag 1982

Raschke/Kalke 1997

Raschke, P./Kalke, J.: Cannabis in Apotheken. Kontrollierte Abgabe als Heroinprävention. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag 1997

Rosenbaum/Morgan/Beck 1997

Rosenbaum, M./Morgan, P./Beck, J. E.: „Auszeit“. Ethnographische Notizen zum Ecstasy-Konsum Berufstätiger. In: Neumeyer, J./Schmidt-Semisch, H. (Hg.): *Ecstasy – Design für die Seele?* Freiburg i. B.: Lambertus Verlag 1997, 73–84

Scheerer 1983

Scheerer, S.: Ordnungspolitik gegen Fixer: mögliche Nebenwirkung Tod? In: Bossong, H./Mahrzahn, C./Scheerer, S. (Hg.): *Sucht und Ordnung*. Frankfurt a. M.: extrabuch 1983, 14 ff.

Scheerer 1996

Scheerer, S.: Cannabis als Genussmittel. In: *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 29, 187–191

Scheerer 2002

Scheerer, S.: Kritische Kriminologie und Drogenarbeit. In: Anhorn, R./Bettinger, F. (Hg.): *Kritische Kriminologie und soziale Arbeit. Impulse für professionelles Selbstverständnis und kritisch-reflexive Handlungskompetenz*. Weinheim/München: Juventa 2002, 111–124

Schippers/Cramer 2002

Schippers, G. M./Cramer, E.: Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain. In: *Suchttherapie*, 3, 71–80

Schmidt-Semisch 1990

Schmidt-Semisch, H.: Drogenpolitik. Zur Entkriminalisierung und Legalisierung von Heroin. München: AG SPAK-Verlag 1990

Schmidt-Semisch 1992

Schmidt-Semisch, H.: Drogen als Genussmittel. Ein Modell zur Freigabe illegaler Drogen. München: NN 1992

Schmidt-Semisch 1994

Schmidt-Semisch, H.: Die prekäre Grenze der Legalität. DrogenKulturGenuss. München: AG SPAK-Verlag 1994

Schmidt-Semisch 2002

Schmidt-Semisch, H.: Alternative Drogenkontrollmodelle. In: Böllinger, L./Stöver, H. (Hg.): *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik*. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag 2002, 439–450

Schmidt-Semisch/Wehrheim 2007

Schmidt-Semisch, H./Wehrheim, J.: Exkludierende Toleranz oder: Der halbierte Erfolg der „akzeptierenden Drogenarbeit“. In: *Widersprüche*, Nr. 103, 73–92

Schneider 2002

Schneider, W.: Drogenmythen. Zur sozialen Konstruktion von „Drogenbildern“ in Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. Berlin: Verlag Wissenschaft und Bildung 2002

Stöver 1990

Stöver, H.: Zum Verhältnis von Drogenpolitik und Drogenarbeit. Ansätze zur Entkriminalisierung und Normalisierung. In: Schuller, K./Stöver, H. (Hg.): *Akzeptierende Drogenpolitik. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe*. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag 1990, 173–191

Stöver 1994

Stöver, H.: Drogenfreigabe. Plädoyer für eine integrative Drogenpolitik. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag 1994

Szasz 1980

Szasz, T.: Das Recht des Menschen auf sein Heroin. In: *Penthouse*, Juni 1998, 52–53

Szasz 1992

Szasz, T.: Our Rights to Drugs. The Case for a Free Market. New York u. a.: Praeger Publishers 1992

Thamm 1989

Thamm, B. G.: Drogenfreigabe – Kapitulation oder Ausweg? Hilden: Verlag Deutsche Polizeiliteratur GMBH 1989

Uchtenhagen u a. 2000

Uchtenhagen, A. u. a.: Betäubungsmittelverschreibung an Heroinabhängige. Basel: Karger 2000

Ullmann 2004

Ullmann, R.: Das Verbot der Opiaterhaltungstherapien war wissenschaftlich nie begründet. In: Schneider, W./Gerlach, R. (Hg.): *DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik*. Berlin: Verlag Wissenschaft und Bildung 2004, 305–348

VfD 2004

Verein für Drogenpolitik e. V. (VfD): Globales Cannabisregulierungsmodell. Mannheim: NN 2004

Völger/Welck (Hg.) 1981 ff.

Völger, G./Welck, K. v. (Hg.): Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich (3 Bände). Reinbek: Rowohlt 1981 ff.

Zinberg 1979

Zinberg, N. E.: Nonaddictive Opiate Use. In: DuPont, R. L., u. a. (Hg.): *Handbook on Drug Abuse*. Washington: NIDA 1979

Autorinnen und Autoren

Matthias Häde

freier Webdesigner; ab 1991 Mitarbeit bei JES Bielefeld e. V. und seit 2003 Mitglied im Vorstand; 2004 Mitbegründer von JES NRW e. V. und seither Mitglied im Vorstand (u. a. verantwortlich für Pressekontakte und Publikationen im Internet); seit Anfang 2008 Koordinator der JES-Westschiene und Mitglied des JES-Sprecherrats

Katrin Heinze

Suchtkrankenhelferin; 2000–2008 in der DROBS Halle tätig; seit Mai 2008 Mitarbeiterin in einer Praxis mit Schwerpunkt Suchtmedizin; seit 2005 im JES-Netzwerk aktiv und seit 2006 Koordinatorin der JES-Nordschiene

Axel Hentschel

Dr. phil. (Erziehungswissenschaft), Diplom-Pädagoge und Diplom-Sozialpädagoge; stellvertretender Geschäftsführer der AIDS-Initiative Bonn e. V.; Mitglied des Delegiertenrates der Deutschen AIDS-Hilfe, Mitbegründer von akzept NRW e. V., eve & rave NRW e. V. und sonics – Cybertribe-Netzwerk

Marco Jesse

Kaufmann; 1997–2007 Vorstand von JES-Bremen e. V. und Leiter des dortigen Kontaktladens, 1999–2003 Koordinator der JES-Nordschiene, seit 2003 JES-Bundessprecher; seit 2004 Mitglied im Delegiertenrat der Deutschen AIDS-Hilfe; 2005 und 2007 Mitglied im Community Board des Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongresses; 2005–2007 JES-Vertreter beim Netzwerke-Treffen der Deutschen AIDS-Hilfe; Mitbegründer und Mitglied des „Aktionsbündnisses Hepatitis und Drogengebrauch“; seit 2007 Geschäftsführer von Vision e. V. (ehemals Junkie Bund Köln)

Jochen Lenz

Diplom-Sozialpädagoge; 1992 Mitbegründer und Mitglied des Vorstands von H.A.N.F. e. V.; 1994–1996 Vertreter der Alternativen Liste im Studentenparlament der Fachhochschule Köln; seit 2004 Mitglied (und ehemals im Vorstand) von Junkie Bund Köln e. V. und seit 2005 Mitarbeiter von Vision e. V. (ehemals Junkie Bund Köln e. V.); seit 2006 Mitglied des JES-Sprecherrats; JES-Vertreter beim Netzwerke-Treffen der Deutschen AIDS-Hilfe

Ingo Ilja Michels

Dr. phil.; Soziologe und Fachberater für Suchtkrankenhilfe; 1987–1994 Referent des Bereichs „Drogen und Strafvollzug“ der Deutschen AIDS-Hilfe, zeitweilig auch Mitglied der DAH-Geschäftsführung; 1994–1999 Drogenbeauftragter der Freien Hansestadt Bremen; seit 1999 Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin; 2006–2008 Unterstützung beim Aufbau einer Drogen- und Aidshilfe in Shanghai (VR China) im Rahmen eines Aufenthalts

Dirk Schäffer

Leiter des Referats „Drogen und Strafvollzug“ der Deutschen AIDS Hilfe; seit 1994 im JES-Netzwerk aktiv, bis 2000 bundesweiter JES-Koordinator; Mitbegründer des „Aktionsbündnisses Hepatitis und Drogengebrauch“ und des Schildower Kreises; seit 2008 im Vorstand von akzept e. V. – Bundesverband für existierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Claudia Schieren

Sozialbetreuerin; seit 1994 im JES-Netzwerk aktiv; ehemals Leiterin von JES Düsseldorf e. V., seit 2004 JES-Bundessprecherin, bis 2008 JES-Vertreterin im Delegiertenrat der Deutschen AIDS-Hilfe, Mitbegründerin von JES Berlin

Henning Schmidt-Semisch

Dr. phil., Diplom-Kriminologe und Soziologe; Professor für Public Health am FB Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen; Kontakt: schmidt-semisch@uni-bremen.de

Uwe Verthein

Dr. phil.; 1984–1989 Studium der Psychologie an der Universität Hamburg, 1991–1996 wissenschaftlicher Mitarbeiter am FB Sozialwissenschaften und 1995 Promotion am FB Psychologie der Universität Hamburg; seit 1995 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, ZIS); Kontakt: u.verthein@uke.uni-hamburg.de

AIDS-FORUM DAH



Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen 20 Jahre JES-Netzwerk

Im Rahmen eines DAH-Seminars im Juli 1989 schlossen sich zumeist HIV-positive **J**unkies, **E**hemalige und **S**ubstituierte mit dem Ziel zusammen, ihre Belange und Interessen von nun an selbst zu vertreten und gemeinsam mit ihren Bündnispartnern für eine Verbesserung der Lebens- und Konsumbedingungen Drogen gebrauchender Menschen zu kämpfen. In den 20 Jahren seines Bestehens hat JES viel erreicht – trotzdem werden die Potenziale der akzeptierenden Drogenselbsthilfe immer noch unterschätzt und folglich auch nicht umfassend genutzt. Der vorliegende Band will die Haltungen, Ideale und Ziele von JES transparent machen und die positiven Wirkungen des Selbsthilfe-Engagements ins Blickfeld rücken. Zugleich stellt er JES-Projekte vor und greift Themen auf, mit denen sich JES in den vergangenen 20 Jahren beschäftigt hat.

ISSN 0937-1931

ISBN 978-3-930425-70-9