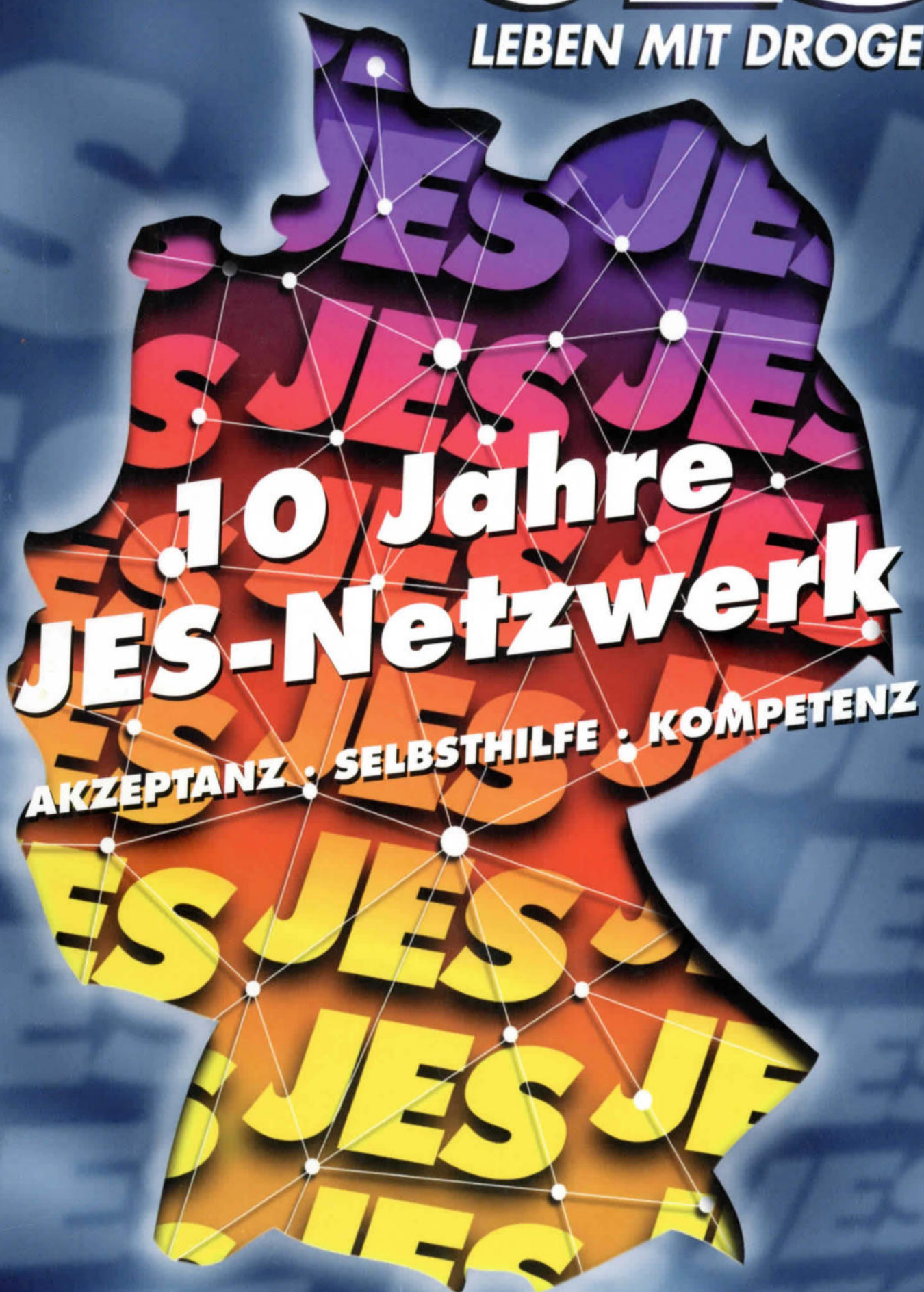


BUNDESWEITES SELBSTHILFE-NETZWERK

FUNKIES EHEMALIGE SUBSTITUIERTE

JES

LEBEN MIT DROGEN



10 Jahre

JES-Netzwerk

AKZEPTANZ · SELBSTHILFE · KOMPETENZ

Inhalt

Einführung	3	
Vorwort	5	
Grundlagen		
Entwicklungslinien akzeptanzorientierter Drogenarbeit	7	
Strukturen und Profil des bundesweiten Netzwerks JES	24	
Innenansichten		
Die Westschiene und das Kontaktladen-Modell	33	
Die JES-Nordschiene: Videos und vieles mehr	46	
Die JES-Südschiene: Schritt für Schritt	51	
Außenansichten		
Just say no? Just say JES! Ein Rückblick auf die Anfänge	55	
Von der Opposition zur Kooperation – der steinige Weg zum eigenen Profil	61	
Themenschwerpunkte		
Staatlich genehmigte Konsumräume aus Sicht der Selbsthilfe	79	
Die JES-Arbeit für inhaftierte Drogengebraucher/innen	91	
(Über-)Leben mit Methadon	101	
Die Basis für alles Weitere	112	
Ein Rettungsanker, aber nicht alles	118	
Projekte		
Der Celia-Bernecker-Preis	123	
Eine tragende Säule des Netzwerks: die Fortbildungsarbeit	131	
Der Drogenkurier	140	
Entwicklungen		
Fahren zwei in einem Boot?	143	
Selbsthilfe in Reinkultur: Die IHHD in Hamburg	174	
JES und AIDS-Hilfe in Braunschweig: Ein Beispiel für gute Zusammenarbeit	180	
10 Jahre Junkie-Bund Köln e.V.	188	
Bündnispartner		
Drogen Gebrauchende und Eltern als Bündnispartner?	197	
Die Autorinnen und Autoren		203
Adressen		204

Endlich – es ist geschafft

Nach einer sehr langen Vorbereitungszeit haltet ihr nun endlich das Buch „Zehn Jahre JES-Netzwerk – Akzeptanz – Selbsthilfe – Kompetenz“ in den Händen.

Das zehnjährige Jubiläum des bundesweiten Netzwerks der Junkies, Ehemaligen und Substituierten (JES) 1999 war der eigentliche Anlass, die Arbeit des europaweit einzigartigsten akzeptierend arbeitenden Drogenselbsthilfenetzwerks mit über 30 regionalen Gruppen rückblickend und zugleich in die Zukunft gerichtet zu betrachten.

Mit der Gründung der damaligen „Nord-West-Initiative für Drogenselbsthilfe und Solidarität“ (JES) 1989 im Rahmen eines Seminars der Deutschen AIDS-Hilfe in Hamburg nahmen Drogen gebrauchende Menschen ihre Belange selbst in die Hand. Dies war der erste Schritt, um eigene Perspektiven zu entwickeln und so eine Veränderung ihrer Lebens- und Konsumbedingungen herbeizuführen. „Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen“ lautete fortan die Botschaft, die zu einem selbstbestimmten und souveränen Umgang mit illegalisierten Substanzen und der Vermeidung von Infektionen befähigen soll.

Aus dieser Nord-West-Initiative ist heute ein bundesweites Netzwerk von Drogengebraucher(inne)n geworden, das selbstbewusst und authentisch für die Interessen und Belange seiner Community eintritt.

Diese mehr als zehnjährige Geschichte ist von vielen Erfolgen und Rückschlägen sowie Brüchen und Sprüngen gekennzeichnet, die in diesem Buch beschrieben werden sollen. Natürlich werden hier Erfolge der JES-Arbeit vorgestellt; in vielen Texten findet aber auch eine kritische Auseinandersetzung mit der Entwicklung statt, die das Netzwerk als Ganzes und einzelne Gruppen und Vereine genommen haben.

Impressum

© Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstr. 33 · 10967 Berlin
Internet: <http://www.aidshilfe.de>
E-Mail: dah@aidshilfe.de

August 2001

Redaktion:
Annette Fink, Dirk Schäffer

Gestaltung und Satz:
Hartmut Orschel

Druck:
H. Heenemann, Berlin

Spendenkonto:
Berliner Sparkasse · Konto 220 220 220 · BLZ 100 500 00

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

In dem vorliegenden Band werden viele Drogengebraucher/innen zu Wort kommen, die den Aufbau der akzeptierenden Drogenselbsthilfe mit ihrer Persönlichkeit und ihrem jahrelangen Engagement geprägt haben. Wir wollen uns aber nicht nur mit „Innenansichten“ begnügen und haben daher viel Wert darauf gelegt, dass Menschen mit einbezogen werden, die uns über lange Zeit als Freunde und Freundinnen, Ratgeber/innen, Kritiker/innen und Bündnispartner/innen solidarisch begleitet haben.

JES-Arbeit bedeutet zumeist ehrenamtliches Engagement von Drogen Gebrauchenden für Drogen Gebrauchende. Sie lebt von den vielen Menschen, die mit ihrem überdurchschnittlichen und kontinuierlichen Einsatz für unsere Ideen und Ziele kämpfen und mithelfen, ein menschenwürdiges Leben mit Drogen zu realisieren. Um ein plastisches Bild zu vermitteln, haben wir uns daher entschlossen, auch die Gesichter dieser Menschen zu zeigen und umfangreiches Bildmaterial einfließen zu lassen. Bei der Suche nach Fotos wurde leider deutlich, dass viele Bilder und Fotografien vor allem aus den ersten Jahren nicht mehr verfügbar waren.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal den Autoren und Autorinnen sowie allen, die zur Realisierung dieses Buches beigetragen haben, für ihren Einsatz danken.

Nun bleibt mir nur noch, euch und Ihnen viel Freude und Unterhaltung beim Lesen zu wünschen.

Dirk Schäffer

Drogenreferent der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.
(bis Oktober 1999 bundesweiter JES-Koordinator)

Das bundesweite Selbsthilfenetzwerk JES existiert seit 1989 und ist in Deutschland das einzige Netzwerk von Junkies, Ehemaligen und Substituierten, in dem Wege für ein Leben mit Drogen gesucht werden. „Für ein menschenwürdiges Leben mit Drogen“ – in diesem Motto drückt sich der grundsätzlich akzeptierende Ansatz der JES-Arbeit aus. Andere Initiativen der Drogenselbsthilfe arbeiten überwiegend abstinenzorientiert. Das kann aber den Zugang zur Selbsthilfe für manche Drogengebraucher/innen erschweren. Das bundesweite Netzwerk JES ermöglicht daher einen sehr niedrigschwelligen Zugang zur organisierten Selbsthilfe, die für viele aktiv oder ehemals Drogen gebrauchende Menschen den einzigen sozialen Zusammenhang jenseits der Szene bildet.

Gemeinsam mit der Deutschen AIDS-Hilfe und anderen Verbänden hat JES das Konzept der Drogenkompetenz und -mündigkeit entwickelt. Wie kaum eine andere Organisation steht JES für diesen Ansatz: Drogengebrauch und Selbstbestimmung schließen sich nicht aus. Drogengebraucher/innen haben das Recht, ihre Bedürfnisse und Interessen zu organisieren und zu artikulieren, frei von Kriminalisierung, Pathologisierung oder Klientelisierung. Der kompetente und selbstbestimmte Gebrauch psychoaktiver Substanzen ist zugleich ein wichtiger Beitrag zur allgemeinen Gesundheitsförderung. Bedrohungen gehen nicht primär von den Stoffen aus, die konsumiert werden, sondern von den Bedingungen ihres Konsums. Kriminalisierung und Pathologisierung von Drogengebrauch tragen nicht dazu bei, Abhängigkeits- und Suchtpotentiale zu verringern – im Gegenteil!

Entwicklungslinien akzeptanzorientierter Drogenarbeit

Wolfgang Schneider

„Es sind nicht die Dinge, die uns beunruhigen, sondern die Meinungen, die wir von den Dingen haben“ (Epiktet)

Ausgangssituation

Ausschließlich abstinenzorientierte Konzepte und Strategien in Drogenpolitik und Drogenhilfepaxis haben sich in der Vergangenheit als weitgehend unwirksam erwiesen. Seit Ende der achtziger Jahre befindet sich die Drogenarbeit im Umbruch. Beispielhaft sei hier nur die Methadondiskussion genannt. Ausgelöst wurde diese Wende von einer ausschließlich abstinenzorientierten Drogenhilfe hin zu einer adressatenorientierten, bedürfnisbezogenen Drogenarbeit durch mehrere Faktoren: Erstens muss hier die offenkundig geringe Reichweite des hochschwelligem und abstinenzorientierten Drogenhilfesystems angeführt werden. Zweitens „zwingen“ die sich von Jahr zu Jahr erhöhende Zahl von Drogentodesfällen, die zunehmende gesundheitliche und soziale Verelendung der Drogenabhängigen in den öffentlichen Drogenszenen sowie ständig steigende gesellschaftliche Folgekosten (Beschaffungskriminalität etc.) zu einem Umdenken. Die starke Verbreitung der HIV-Infektionen und das daraus folgende Aufkommen der Immunschwächekrankheit AIDS unter intravenös spritzenden Drogen Gebräuchenden waren schließlich der Auslöser, neue Wege im sekundärpräventiven Bereich (Schadensbegrenzung statt unmittelbarer Abstinenzforderung) der Drogenhilfe zu gehen.

Auch der Gesetzgeber ist diesem Ansatz zumindest teilweise gefolgt:

Die JES-Gruppen übernehmen so mit ihrer Arbeit eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung wie in der HIV-Prävention. Sie schaffen ein Netz, mit dem die überlebenswichtigen Informationen und Techniken des „Safer Use“ vermittelt und der Einstieg in die Substitution erleichtert wird. Die Gruppen betreiben Streetwork, betreuen Inhaftierte und helfen bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Das JES-Netzwerk bietet eigene Fortbildungsveranstaltungen an, die von der Deutschen AIDS-Hilfe gefördert werden. Die Deutsche AIDS-Hilfe unterstützt das Netzwerk darüber hinaus bei einzelnen Projekten wie z. B. dem Drogenkurier oder bei den derzeit laufenden Anträgen beim Bundesministerium für Gesundheit.

Selbsthilfe und Eigeninitiative von Drogengebraucher(inne)n bilden eine Grundlage für sinnvolle und zielgerechte HIV-Prävention, denn Prävention von außen oder von oben kann auf Dauer nicht erfolgreich sein. Die HIV-Prävention unter Drogen gebrauchenden Menschen in Deutschland ist ein Erfolg – und dies ist wesentlich auch der Arbeit von JES zu verdanken. Ohne den glaubwürdigen und authentischen Einsatz für die Rechte und Interessen von Drogen Gebräuchenden wäre auch die Gesundheitsförderung in diesem Bereich nicht möglich. Darum ist die Arbeit des Netzwerkes JES auch unabhängig von AIDS unverzichtbar, um vom Zwangsideal einer „drogenfreien Gesellschaft“ wegzukommen und stattdessen die Drogenkompetenz von Einzelnen und Gruppen zu stärken. JES kann in dieser Hinsicht in den kommenden Jahren eine Vorreiterrolle für die Gesellschaft übernehmen, wenn diese bereit ist, aus den guten Erfahrungen zu lernen und tabufrei an die Drogenpolitik heranzugehen.

Dr. Stefan Etgeton

(bis Ende 2000 Bundesgeschäftsführer der Deutschen AIDS-Hilfe)

- 1992 wurde eine Opportunitätsvorschrift eingeführt (§ 31a BtMG), die beim Besitz von geringen Mengen zum Eigenverbrauch eine Einstellung des Verfahrens durch die Staatsanwaltschaft vorsieht.
- In der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) wird die Substitutionsbehandlung geregelt. Sie ist demnach in medizinisch begründeten Einzelfällen unter strenger ärztlicher Kontrolle rechtlich zulässig, wenn keine andere Behandlung möglich ist (siehe auch die neuen AUB-Richtlinien zur methadon-gestützten Behandlung der Ärzte und Krankenkassen von 1999).
- Nach den BtMG-Änderungen vom 6.7.1992 stellt die Abgabe bzw. der Tausch steriler Einwegspritzen kein Verschaffen bzw. Gewähren einer Gelegenheit zum unbefugten Gebrauch mehr dar, sondern dient der Gesundheitsprävention und Infektionsprophylaxe.
- Die Strafprozessordnung (§ 53) räumt ein Zeugnisverweigerungsrecht für Mitarbeiter/innen der Drogenhilfe ein.
- Durch das dritte Betäubungsmittel-Änderungsgesetz, das am 1.4.2000 in Kraft getreten ist, erlaubt der neue § 10a BtMG den Betrieb von Drogenkonsumräumen über länder-spezifische Rechtsverordnungen.

Neuere qualitative, lebensweltnahe wissenschaftliche Untersuchungen machten deutlich, dass die vereinfachende Kausalkette, nämlich „Persönlichkeitsdefizit – soziale Probleme – Abhängigkeit – Therapie – Abstinenz“ die Ursachen für Drogengebrauch und den Prozess, der durch ihn in Gang gesetzt wird, nicht zutreffend beschreibt; noch weniger greifen lineare Erklärungsmuster. Es wurde festgestellt, dass Drogenabhängigkeit kein statischer Zustand ist, der einmal erreicht und nur und ausschließlich über Langzeittherapie aufhebbar wäre (Alternative: Knast, Tod).

Forschungsergebnisse widersprechen

- einer Opfertheorie, die kein aktives Subjekt kennt, das sich mit den jugendalter- und szenetypischen Bedingungen situationspezifisch auseinandersetzt;
- einer eher mechanistischen Betrachtungsweise der Drogengebrauchsentwicklung, die eine unveränderliche Abfolge von physischen und psychischen Zuständen unterstellt;
- einer rein statischen, problemorientierten Beschreibung und Erklärung von Abhängigkeitsverläufen, die die Verschiedenartigkeit von Einstiegs- und möglichen Ausstiegsverläufen, deren Motive sowie die Etablierung auch kontrollierter Gebrauchsformen bestreitet;
- einer auf das Individuum und seinen Drogengebrauch zentrierten Blickrichtung, die moderierende, umfeldspezifische Einflüsse großen vom Einstieg über zwanghafte und/oder kontrollierte Gebrauchsmuster bis hin zum möglichen Ausstieg auch ohne „professionelle Betreuung“ (sog. „Selbstheilung“ oder auch irreführend „Selbstheilung“ genannt) außer Acht lässt (vgl. Weber/Schneider 1992, Schneider 2000).

Weiterhin machen diese Forschungsergebnisse deutlich, dass eine einseitig auf stationäre Langzeittherapie ausgerichtete Drogenhilfe der Heterogenität unter Drogen Gebrauchen und von Drogenkonsumverläufen nicht mehr gerecht wird.

Grundlagen und Zielsetzungen einer akzeptanzorientierten Drogenarbeit

Akzeptanzorientierte Drogenhilfe basiert auf völlig anderen Leitlinien als die traditionelle, rein abstinenzorientierte Drogenhilfe. Das

abstrakte Heilungsideal und Clean-Postulat des Abstinenzparadigmas, Therapiemotivationsarbeit, Leidensdrucktheorie, Klientelisierung (Unterstellung von genereller Behandlungsbedürftigkeit), Defizittheorie (Drogen Gebrauchende als Kranke oder Gestörte) und der so genannte „helfende Zwang“, die bis Mitte der achtziger Jahre den Charakter von Drogenpolitik und Drogenarbeit prägten, gehören nicht zu den konzeptionellen Grundlagen einer akzeptanzorientierten Drogenarbeit.

Grundlage akzeptanzorientierter Drogenarbeit ist, dass Drogengebraucher/innen als mündige, zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen angesehen werden, die ein Recht auf eine menschenwürdige Behandlung haben. Eine derartig zielgruppenorientierte Arbeit basiert auf Freiwilligkeit und ist nicht bevormundend ausgerichtet. Drogengebraucher/innen werden so akzeptiert, wie sie sind.

Der leider inflationär verwandte Begriff „niedrigschwellig“ wird häufig mit „akzeptanzorientiert“ gleichgesetzt. Niedrigschwelligkeit bedeutet jedoch, dass möglichst wenig Hemmschwellen Drogen Gebrauchende von Hilfs-

angeboten abschrecken bzw. ausschließen sollen. So wird auf feste Terminvereinbarungen, Cleanstatus und die demonstrative Darstellung einer Abstinenzmotivation als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Angeboten und Hilfestellungen verzichtet. Insofern ist Niedrigschwelligkeit nur ein methodischer Ansatz, der zum Konzept akzeptanzorientierter Arbeit gehört. Er beinhaltet aber nicht notwendigerweise eine Abkehr vom Abstinenzparadigma.

Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit hat inzwischen vielfältige Angebote und Einrichtungen aufgebaut: z. B. Kontaktläden, Konsumräume (in Frankfurt, Hamburg, Saarbrücken und Hannover), Substitution, Safer-Use-Vermittlungen, szenenaher ärztliche Akutversorgung (Modellprojekte der sog. Drogentherapeutischen Ambulanzen in NRW), Spritzenaustauschprogramme, Streetwork und Übernachtungsmöglichkeiten. In der Praxis hat sich gezeigt, dass es mit diesen Angeboten gelungen ist, auch diejenigen Drogen Gebrauchenden einzubeziehen, die vom traditionellen, ausschließlich abstinenzorientierten Drogenhilfesystem nicht erreicht werden konnten.

Nationale wie internationale Studien zu den Auswirkungen niedrigschwelliger (d.h. im eigentlichen Sinne akzeptanzorientierter) Drogenarbeit belegen, dass schadensbegrenzende Unterstützungsmöglichkeiten und Überlebenshilfen in der Lage sind, Drogen gebrauchende Mitbürger/innen direkt anzusprechen, ihre Ressourcen zur Organisation von Selbsthilfe (z. B. bei JES, in Junkie-Bünden usw.) zu unterstützen und Safer-Use-Strategien zu stärken.

Die Umsetzung akzeptanzorientierter Drogenarbeit setzt eine Haltung voraus, die

1. die Ambivalenz einer jeden Droge und damit die Tatsache anerkennt, dass jede



Droge ihre positive und negativ-schädliche

Seite hat (Relativierung von Drogenmythen);

2. Gelassenheit gegenüber der dynamischen, womöglich un stetigen Entwicklungsmöglichkeit auch bei zwinghaft und exzessiv Gebrauchenden wahr;
3. auf den Appell zur sofortigen Verhaltensänderung und auf übermäßige Strukturierung des Kontaktverlaufs verzichtet;
4. das Selbstbestimmungsrecht von Drogen Gebrauchenden in Bezug auf Intensität, Richtungsverlauf und Verbindlichkeit der Kontakte anerkennt;
5. die Degradierung von Drogen Gebrauchenden zu Objekten klinisch-kurativer Strategien der Persönlichkeitsumwandlung aufhebt (Verzicht auf eine methodisch gestützte, bevormundende und durch die Methapher des Defizits begründete Klientelisierung und Unterstellung genereller Behandlungsbedürftigkeit);

6. den drogenbezogenen Lebensstil anerkennt, jedoch der Gefahr von „Verbrüderungen“ oder Überidentifikationen bedegnet und sich nicht auf dramatisierende, Mitleid heischende Selbstdarstellungen der Betroffenen einlässt (Empowerment-Orientierung als Selbstbemächtigung und Selbstorganisation; vgl. Schneider 2000);

7. auf Instrumentalisierung und Verantwortungsübernahme verzichtet und durch die Herstellung eines ausgeglichenen Verhältnisses zwischen Nähe und Distanz einen sozialpädagogischen Opportunismus vermeidet (vgl. akzept e.V. 1999; Stöver/Michels 1999; Schneider 2000).

Diese sieben Prämissen können – wenn man es so will – als Qualitätsstandards, als Maßstäbe zur Bewertung einer richtig verstandenen akzeptanzorientierten Drogenarbeit angesehen werden, in der sich inzwischen folgende Zielhierarchie durchgesetzt hat:

- Überleben sichern
- Sicherung eines gesunden Überlebens ohne irreversible Schädigungen
- Verhinderung sozialer Ausgrenzung
- gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung
- Unterstützung eines selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauchs als Vermeidung gesundheitsschädigender Gebrauchsmuster
- Ermöglichung und Unterstützung längerer Drogenkontrollphasen (mit Substitut oder ohne)
- Unterstützung individueller Herauslösung aus der Drogenszene

Die Zugangsmethode Niedrigschwelligkeit und der inhaltliche Arbeitsansatz Akzeptanz erhöhen also insgesamt die Reichweite von Drogenhilfe. Aus ihrer Haltung versteht sich akzeptanzorientierte Drogenhilfe jedoch niemals nur als Ergänzung der Angebotspalette von klassischer Drogenhilfe, sondern versucht, mit ihren „neuen“ Ideen und Ansätzen auch drogenpolitisch auf diese zurückzuwirken. Doch auch heute noch werden schadensminimierende und die Selbstorganisation der Konsumenten fördernde Ansätze im Sinne der Leidensrucktheorie als Methode der Suchtverlängerung, als „Kapitulation vor der Sucht“ abgelehnt.

Die gesamte Drogenpolitik und Drogenhilfe steht heute vor einer inhaltlich-konzeptionellen Neubestimmung, die in der akzeptanzorientierten Drogenarbeit z. T. vorweggenommen wird. Gerade wegen dieser Vorreiterfunktion, die sich in der Praxis als unbedingt notwendig erwiesen hat, ergibt sich gegenwärtig aber auch eine Vielzahl von Problemen (u. a. Kontroll- und Organisationsfragen, Probleme „vor Ort“, z. B. Anwohner/innen, Polizei, Akzeptanz bei der Bevölkerung, rechtliche Fragen).

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit als ein wesentlicher Bestandteil öffentlicher Drogenhilfe zielt auf die Minimierung der gesundheitlichen, sozialen und psychischen Risiken für Drogen Gebrauchende, die vor allem auch durch die gegenwärtige Politik des Verbots von Drogen hervorgerufen werden. Sowohl Effektivität als auch Stellenwert und Selbstverständnis akzeptanzorientierter Drogenarbeit leiden unter der paradoxen Situation, in welchen Bereichen konträr zur offiziellen Drogenpolitik zu stehen.

Sie versteht sich jedoch nicht als Alternative oder Konkurrenz zu abstinenzorientierten Einrichtungen, sondern als ein zusätzliches Hilfsangebot. Drogenkonsum akzeptierende Hilfen in Form offener, szenenaher Kontakt- und Anlaufstellen machen feste Beratungs- und Therapieangebote nicht überflüssig. Im Gegenteil: Durch die große Reichweite akzeptanzorientierter Angebote hat sich auch die Nachfrage nach verbindlichen Hilfen wie Einzelfallberatungen, Entzugs- und/oder Therapieantritten, Substitutionsmaßnahmen, intensiver ambulanter psycho-sozialer Begleitung u. a. m. erhöht. Allerdings muss durch den Aufbau vielfältiger Hilfsangebote für Drogen Gebrauchende – und das erscheint mir sehr wesentlich – eine echte Wahlfreiheit zwischen verschiedenen Angeboten geschaffen werden, und Drogen gebrauchende Mitbürger/innen müssen das Recht erhalten, über den für sie geeigneten Weg mit und ohne Drogen selbst zu bestimmen.

Sozialpädagogisierung oder eigenverantwortliche Schadensbegrenzung?

Begreift man akzeptanzorientierte Drogenarbeit als adressaten- und bedürfnisorientiertes Angebot, das die vorhandene Handlungskompetenz von Drogen gebrauchenden Mitmenschen einbezieht, dann muss es ein Ziel sein, Safer-Use-Strategien und risikobewusste Gebrauchsregeln (wie konsequenter Spritzentausch statt Needle-Sharing, Vermeiden eines intravenösen Gebrauchs, bewusste Einhaltung von Cleanphasen, vorsichtige Dosisanpassung, um auf den schwankenden Reinheitsgehalt und Strecksubstanzen reagieren zu können, bewusste Dosisbegrenzung) zu vermitteln bzw. zu stützen.

Ein Umbau akzeptanzorientierter Drogenhilfe nach rein sozialpädagogischen Methoden – wie er zurzeit gefordert wird –, so dass ein drogenheilerisches Handeln entsteht, das als Ziel sozialen Lernens Freiwilligkeit und Einsicht in die Notwendigkeit eines drogenfreien Lebens anstrebt (Motto: „Wir wissen schon, was für euch gut ist“), wird dazu führen, dass ein belebendes Praxiskonzept den Offenbarungseid leisten muss und seiner Flexibilität beraubt wird. Des Kaisers neue Kleider oder Abstinenzforderung durch die Hintertür? Akzeptanzorientierte Drogenarbeit sollte insofern auf die Aufhebung der pädagogischen „Reparaturmentalität“ zielen. Die Unterstützung zur (Wieder-)Herstellung der Selbststeuerungsfähigkeit (Empowerment), d.h. der Abbau der „Opfer- und Klientenrolle“ von Drogen Gebrauchenden (die diese z. T. auch selber verinnerlicht haben – Selbststigmatisierung) wird somit zum Angel-



JES-Infostand beim
akzept-Kongress 1996 in
Saarbrücken

punkt einer nicht abstinenzbezogenen, schadensbegrenzenden Drogenarbeit. Sie stiftet jenseits einer neuen pädagogischen Rezeptur von Methoden und Interventionsformen zur selbstbestimmten, eigeninszenierten Lebensgestaltung mit und ohne Drogen an.

Eine so verstandene Drogenarbeit toleriert das Recht auf Anders-Sein von Drogen Gebrauchenden und macht sie nicht zum Objekt staatlich-administrativer und sozialpädagogisch-therapeutischer Maßnahmen zum Zwecke der Integration durch unbedingte Abstinenz. Sie ist nicht ständig auf der Suche nach neuen „Klienten“ und erschöpft sich nicht in der Produktion von Legitimationstheorien zu ihrer eigenen Erhaltung. Sie wehrt sich gegen eine ausschließliche Therapeutisierung von Drogenkonsument(inn)en und damit verbunden gegen eine „Methodisierung der Köpfe“ der „Helfer/innen“. Sie hat Respekt vor der „Eigensinnigkeit“ von Deutungsmöglichkeiten; das Doppelmandat von Kontrolle und Hilfe stellt sich unter den gegebenen Prohibitionsbedingungen zwar mit prägnanter Drastik, kann jedoch – beachtet man die oben erwähnten Prämissen – durch ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Nähe und Distanz ansatzweise aufgehoben werden. Für die Drogenhilfe bedeutet dies einen Kurswechsel, nämlich die von Akzeptanz geleitete Orientierung an den vorhandenen Stärken der Drogen gebrauchenden Mitbürger/innen in einem auf Verständigung bauenden Dialog anstelle von zwinghaften Reintegrationsbemühungen via auf Abstinenz zielende Maßnahmen. Insofern: Selbstgestaltung statt Zwangskorrektur.

Aufgabe schadensbegrenzender Drogenarbeit sollte es sein, Informationen über risikoreiche und gesundheitsschonende Möglichkeiten des Konsums zu vermitteln; dazu gehören auch Informationen über Verunreinigungen und

Stoffkonzentrationen von illegalisierten Drogen, um Überdosierungen zu vermeiden und die gesundheitlichen Risiken allgemein zu verringern.

Eine Reduzierung gesundheitlicher und sozialer Risiken wäre ferner durch folgende Maßnahmen erreichbar:

- niedrigschwellige Substitutionsmöglichkeiten mit Methadon, Codein oder anderen Opioiden und qualitätskontrollierte Originalstoffabgabe (nichtvergabe) nicht nur an sog. „Schwerstabhängige“ mit dem „CMA (chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke)-Gütesiegel“
- flächendeckende Verteilung von sterilen Spritzbestecken, Ascorbinsäure, sauberem Wasser, Alkoholtupfern, Löffeln, Venensalben und Kondomen auch in Justizvollzugsanstalten (siehe Modellprojekt Niedersachsen)
- Ausbau niedrigschwelliger Angebote, in denen Drogen Gebrauchende essen, duschen und waschen können (lebenspraktische Hilfen)
- Wohnraum- und Arbeitsvermittlungen (Jobbörsen)
- betreutes Wohnen (eigenständige Haushaltsführung)
- Ausbau von Wohnprojekten für HIV-infizierte Frauen und Männer
- Einrichtung bordellähnlicher Betriebe, die sich prostituierten Drogen Gebrauchenden besonderen Schutz bieten
- Ausbau qualifizierter Entgiftungsmöglichkeiten mit Methadon und anderen Opioiden ohne Therapieverpflichtung (Urlaub von den Drogen)
- Einrichtung so genannter „Konsum- oder Gesundheitsräume“ als Überlebenshilfe und Gesundheitsschutz
- kostenlose Hepatitisimpfungen