



Handbuch

**Zugehende Sozialarbeit
mit Drogen gebrauchenden
Frauen und Männern**



Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.



Handbuch

**Zugehende Sozialarbeit
mit Drogen gebrauchenden
Frauen und Männern**

BIBLIOGRAFISCHE INFORMATIONEN 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.
Dieffenbachstr. 33
10967 Berlin
Internet: www.aidshilfe.de
E-Mail: dah@aidshilfe.de

April 2006
Bestellnummer: 010005

Konzept: Astrid Leicht, Dirk Schäffer
Redaktion: Bärbel Knorr, Astrid Leicht, Dirk Schäffer, Holger Sweers
Bearbeitung: Christine Höpfner, Holger Sweers
Satz und Gestaltung: die goldkinder, www.diegoldkinder.de
Druck: Conrad GmbH
alle Berlin

SPENDEN AN DIE DAH

Konto 220 220 220, Berliner Sparkasse, BLZ 100 500 00,
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20, BIC: BELADEVXXX
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

- 4 Vorwort
- 12 Zu den Beiträgen des Handbuchs

Kapitel I – Das Arbeitsfeld

- 16 **Strukturelle Rahmenbedingungen der zugehenden Arbeit mit Drogen Gebrauchenden**
Astrid Leicht, Jürgen Schaffranek
- 28 **Fachliche Grundlagen von Streetwork in Drogenszenen**
Jürgen Schaffranek

Kapitel II – Beispiele aus der Praxis

- 46 **Zugehende Arbeit mit Crackkonsument(inn)en in Frankfurt am Main**
Kathrin Eggebrecht
 - 58 **Aufsuchende, stadtteilorientierte psychosoziale Begleitung/ Betreuung von russlanddeutschen Drogenkonsument(inn)en: ein Praxisbericht aus Münster**
Wolfgang Schneider
 - 70 **Zugehende Drogenarbeit in der Partyszene**
Frederick Luhmer
 - 90 **Aufsuchende Sozialarbeit mit Mädchen und Frauen in der Beschaffungsprostitution**
Heike Zurhold
 - 110 **Peer-Arbeit bei Fixpunkt e.V.**
Kerstin Dettmer
 - 122 **Möglichkeiten der zugehenden Arbeit mit verdeckt lebenden Drogenkonsument(inn)en**
Astrid Leicht
-
- 130 **Autorinnen und Autoren**

Vorwort

Die zugehende Sozialarbeit ist – zumindest in Deutschland – ein verhältnismäßig junges Dienstleistungsangebot, das nicht in Einrichtungen, sondern „draußen“, im Lebensmilieu der jeweiligen Zielgruppe bereitgestellt wird. Damit sind nicht nur öffentliche Räume, also Straßen oder Plätze gemeint, sondern ebenso halböffentliche und private Lebensfelder. Ein einheitliches Berufsbild für die zugehende Sozialarbeit gibt es bisher nicht, worauf auch die Vielfalt der Begriffe wie aufsuchende, nachgehende oder Vor-Ort-Arbeit, mobile Kontaktarbeit oder Outreach Work verweist, die synonym verwendet werden und mehr oder weniger das gleiche Arbeitsfeld beschreiben. Der Grund dafür liegt unter anderem in dem breiten Aufgabenspektrum der Streetworker/innen, die präventive Maßnahmen aller Art bis hin zu therapeutischen Hilfeleistungen umfassen können.

In der Aidshilfe hat die zugehende Arbeit schon immer eine wichtige Rolle gespielt, zunächst in den Schwulenszenen, dann auch verstärkt in den Drogen-szenen. Zu einem wahren Streetwork-Boom kam es Ende der 1980er Jahre, als das Bundesministerium für Gesundheit die Bundesmodellprogramme „AIDS und Streetwork“ und „Aufsuchende Sozialarbeit für langjährig Drogenabhängige“ in den von Aids besonders betroffenen und bedrohten Gruppen startete. Die HIV-Prävalenz bei injizierenden Drogenkonsument(inn)en wurde Ende der 1980er Jahre auf etwa 18 Prozent geschätzt, bei den in offenen Szenen Lebenden sogar auf 30 Prozent.¹ Zwischen 1993 und 1999 wurden in Deutschland jährlich zwischen 200 und 280 HIV-Neuinfektionen bei Drogenkonsument(inn)en gemeldet. Seither sind die Infektionszahlen dort rückläufig und haben im Jahr 2004 mit 103 neu gemeldeten Fällen einen historischen Tiefstand erreicht²; die HIV-Prävalenz liegt, je nach Subgruppe, derzeit bei etwa 5–10 Prozent³ – nicht zuletzt auch aufgrund der Bundesmodellprogramme, mit denen es gelang, Präventionsbotschaften und Hilfeleistungen in die Lebenswelt der injizierenden Drogengebraucher/innen hineinzutragen. Zur Anwendung kamen dabei auch viele Ansätze der von den Aidshilfen entwickelten Vor-Ort-Arbeit, so etwa die Orientierung an den Bedürfnissen und der Lebenssituation der Klient(inn)en oder die Akzeptanz der Zielgruppe. Dass die zugehende Arbeit mehr Anerkennung fand, ist gerade auch auf den Erfolg dieser

¹ Vgl. Kleiber, D./Pant, A.: HIV-Prävalenz, Risikoverhalten und Verhaltensänderungen bei i. v. Drogenkonsumenten. Berlin: SPI 1991, S. 15.

² Robert Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin, Sonderausgabe A vom 12.04.2005

³ Die Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) schätzt die Infektionsrate bei Drogenkonsument(inn)en in Deutschland auf unter 5 %; siehe Simon, R. u. a.: Bericht 2004 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland 2004, S. 67.

Programme und die im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation formulierten fachlichen Standards dieser Arbeitsform zurückzuführen.

Dennoch genießt sie in den verschiedenen sozialen Professionen auch heute noch ein vergleichsweise geringes Prestige; entsprechend gering sind auch die materiellen und finanziellen Ressourcen, die für sie bereitgestellt werden. Dabei ist sie, anders als ihr gemeinhin unterstellt wird, ein professionelles, auf Konzepten der Sozialarbeit und Sozialpädagogik gründendes Arbeitsfeld, das vielfältige Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert. Außerdem eröffnet sie Zugangsmöglichkeiten zu ansonsten schwer erreichbaren Individuen und Gruppen, indem sie Hemmungen abbaut, die eine Nutzung von Hilfsangeboten erschweren oder gar unmöglich machen, und dabei hilft, die institutionelle Schwelle zu weiteren Einrichtungen des sozialen und medizinischen Hilfesystems zu überwinden. Sie vermag dies in erster Linie durch die Wahrnehmung von Drogen Gebrauchenden als mündige Individuen und die Respektierung ihres Rechts auf Autonomie. Dieses Grundprinzip der akzeptierenden Drogenarbeit erkennt an, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen – zumindest in kontrollierter Form – unter bestimmten Lebensbedingungen auch sinnstiftend und mit gesellschaftlichen Werten und Normen vereinbar sein kann. Statt Abstinenz durchsetzen zu wollen, fordert es dazu auf, unterschiedliche Lebensstile zu akzeptieren, bei einer selbstbestimmten Lebensführung zu unterstützen und gemeinsam mit den Klient(inn)en Möglichkeiten für einen eigenverantwortlichen, weniger riskanten Umgang mit Drogen oder für ein Leben ohne Drogen zu entwickeln. Im Drogenhilfesystem konnte diesem Ansatz allerdings erst nach langem, zähem Ringen zum Durchbruch verholfen werden.

EXKURS

Durch Repression und Therapie zur Abstinenz

Als sich Anfang der 1970er Jahre der intravenöse Heroinkonsum auch in Deutschland ausbreitete und es zu ersten Drogentodesfällen infolge von Überdosierungen kam, wurde deutlich, dass diese Gruppe spezielle Unterstützung braucht. Das Hilfesystem jener Zeit war auf Alkoholiker/innen und „klassische“ Morphinist(inn)en zugeschnitten und mit den Lebensstilen und Problemen dieser meist jungen Männer und Frauen heillos überfordert. Selbsthilfe von Drogenkonsument(inn)en in Form von

Lebensgemeinschaften (z. B. Synanon) und selbstorganisierte Laienarbeit in Release-Gruppen⁴ waren erste Versuche, diesen Mangel zu beheben. Kurz darauf begann sich das professionelle Hilfesystem zu konturieren. Man baute Drogenberatungsstellen, Übergangs- und Langzeittherapie-Einrichtungen auf, entwickelte Theorien und Konzepte. Geprägt war die Arbeit jedoch von einem Menschenbild, das Drogenkonsument(inn)en als defizitär und sozialisationsgestört auswies. Man wollte sie durch Repression und Therapie auf den Weg in Richtung Abstinenz bringen, was dazu führte, dass viele Hilfebedürftige sich von den Einrichtungen abwandten oder dort gar nicht erst um Hilfe nachsuchten.⁵

Erste Schritte in Richtung akzeptierende Drogenarbeit

1983 wurden dann in Deutschland die ersten Aidsfälle bekannt, und schnell zeigte sich, dass die bislang unbekannte Krankheit nicht nur unter schwulen Männern, sondern auch bei injizierenden Drogenkonsument(inn)en um sich griff und sie zur zweitgrößten Betroffenenengruppe machte. Damals nahm außerdem die Zahl der Neukonsument(inn)en stetig zu, und in den Großstädten bildeten sich große öffentliche Straßenszenen heraus. Die Drogenpolitik antwortete darauf mit Repression und Kriminalisierung, was die Zahl der Inhaftierten und der Drogentodesfälle in die Höhe trieb und die gesundheitliche wie auch soziale Verelendung der Drogenkonsument(inn)en beschleunigte. Das Drogenhilfesystem indes verharrte in Hilflosigkeit. Unfähig zu einem pragmatischen Kurswechsel setzte man

⁴ Die nach englischem Vorbild gegründeten Release-Gruppen (to release = auslösen), denen ehemals und aktuell Drogen Gebrauchende sowie Angehörige, Sozialpädagog(inn)en und sozialpolitisch Engagierte angehörten, verstanden sich als Alternative zu der damals üblichen Unterbringung von Drogenkonsument(inn)en in psychiatrischen Kliniken. Ihre zusammen mit Professionellen entwickelten Hilfsangebote (z. B. Kontakt-, Beratungs- und Übernachtungsstellen, Wohn- und Handwerkskollektive, ambulante medizinische Versorgung und Hilfe im Drogennotfall) zielten immer auch auf Emanzipation von abhängig machenden gesellschaftlichen Verhältnissen und auf gelebte Solidarität. Die Release-Bewegung scheiterte letztlich an ihrem Anspruch, autonom und finanziell unabhängig zu arbeiten.

⁵ Vgl. Barsch, G.: Fahren zwei in einem Boot? Zum Verhältnis von akzeptierender Drogenselbsthilfe und professioneller Drogenhilfe. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.): Aids im Wandel der Zeiten, Teil 2. AIDS-FORUM DAH Band 47. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2004, S. 64 ff.

weiterhin auf „Abstinenz durch Leidensdruck“ – und geriet dadurch zusehends in die Kritik auch aus den eigenen Reihen. Auf Initiative engagierter Sozialarbeiter/innen begann sich Mitte der 1980er Jahre schließlich eine Drogenarbeit mit akzeptierendem Ansatz herauszubilden. Durch niedrigschwellige schadensbegrenzende Angebote (Überlebenshilfen, Unterstützung beim Erlernen weniger riskanter Konsumformen) und die Vermittlung ergänzender Hilfen (z. B. Substitution, Entzug, Drogentherapie) wollte man den Zugang zu hilfebedürftigen Drogenkonsument(inn)en erweitern – gegen den zum Teil erbitterten Widerstand aus Politik und (Fach-)Öffentlichkeit.

Mobilisierung von Selbsthilferessourcen

In dieser schwierigen Phase wurde 1989 auf Initiative von Mitstreiter(inne)n der Aidshilfebewegung und Kritiker(inne)n des traditionellen Drogenhilfesystems das bundesweite Selbsthilfenetzwerk JES (Junkies, Ehemalige, Substituierte) gegründet. Als Vorbild diente das Engagement schwuler Männer: Sie hatten auf die Bedrohung durch Aids mit der Mobilisierung von Selbsthilferessourcen reagiert, um in ihren Szenen eine lebensweltorientierte HIV-Prävention zu betreiben, sich bei der Bewältigung von Krankheit, Sterben und Tod gegenseitig zu unterstützen und zugleich schwules Selbstbewusstsein zu stärken, gesellschaftliche Ausgrenzung und Diskriminierung abzubauen und für den Erhalt und die Anerkennung schwuler Subkulturen zu kämpfen. Dieses Konzept der „strukturellen Prävention“, das Verhältnis- und Verhaltensprävention miteinander verknüpft (und bis heute die Arbeitsgrundlage der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. und ihrer Mitgliedsorganisationen bildet), sollte nun auch bei Drogenkonsument(inn)en Anwendung finden. Günstige Voraussetzungen dafür wurden durch die Anfang der 1990er Jahre eingeführte Substitutionsbehandlung geschaffen, die bei den Substituierten zeitliche, kognitive und soziale Ressourcen für den Aufbau regionaler JES-Gruppen freisetzte. Das JES-Netzwerk entwickelte sich in den Folgejahren nicht nur zu einer schlagkräftigen Interessenvertretung, sondern auch zu einem anerkannten Kooperations- und Bündnispartner in der HIV-Prävention und im politischen Engagement, der sich zugleich als kritisches Gegenüber der professionellen Aids- und Drogenhilfe verstand und bis heute versteht.

Leitlinien als Grundlage für akzeptierende Drogenarbeit


Durch die Gründung des *Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik* – akzept e.V. im Jahr 1991 gelang es, die vielen auf eine grundlegende Neuerung des Drogenhilfesystems gerichteten Einzelinitiativen zu bündeln und die akzeptierende Drogenarbeit voranzutreiben. Je mehr sie als eine wirksame Form der Drogenhilfe anerkannt und mit öffentlichen Mitteln unterstützt wurde, desto wichtiger wurden Überlegungen und Konzepte zur ihrer Fachlichkeit.

Bereits 1995 präsentierte der akzept-Bundesverband „Leitlinien für die psychosoziale Begleitung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung“, womit er der Fachöffentlichkeit seinen Anspruch signalisierte, in die Debatte um Qualitätsstandards der akzeptierenden Drogenarbeit als kompetenter Partner einbezogen zu werden. Im Jahr 1999 legten akzept e.V. und Deutsche AIDS-Hilfe e.V. schließlich die gemeinsam erarbeiteten „Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit“⁶ vor. Die dort formulierten Arbeitsprinzipien und Zielvorstellungen stellen bis heute eine wesentliche Grundlage für das Handeln in diesem Feld dar.

ZU DIESEM HANDBUCH

Die erste Auflage unseres Handbuchs erschien im Dezember 1997. Inzwischen ist die zugehende Sozialarbeit in Drogenszenen weiterentwickelt worden, und ihre Ziele und Schwerpunktsetzungen haben sich analog zu den gesellschaftlichen und drogenszenebezogenen Verhältnissen verändert. Diesem Wandel wollen wir mit der vorliegenden Neuauflage Rechnung tragen. Wir wenden uns damit an Praktikerinnen und Praktiker der sozialen Arbeit und haben dabei vor allem jene im Blick, für die das Teilfeld „zugehende Arbeit“ noch Neuland darstellt. Das Handbuch bietet daher neben bewährten Praxisbeispielen oder erst noch zu erprobenden Ansätzen jede Menge Basiswissen und zeigt auf, wo die Chancen, aber auch die Grenzen dieser Arbeitsform liegen.

⁶ Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik/Deutsche AIDS-Hilfe e.V.: Materialien Nr. 3 – Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999



Mit unserem Handbuch wollen wir das Interesse für die zugehende Arbeit wecken und zu einem Engagement in diesem Feld ermutigen, dabei aber auch verdeutlichen, dass sie für einen Start ins Berufsleben eher nicht geeignet ist, sondern umfangreicher Erfahrungen in der Sozialarbeit bedarf. Zugleich möchten wir die Leserinnen und Leser zur Reflexion darüber anregen, ob die zugehende Arbeit in ihrer Einrichtung ein sinnvolles und realisierbares Zusatzangebot sein könnte oder ob sie, falls bereits angeboten, fachgerecht nach anerkannten Standards und „Best practice“-Modellen durchgeführt wird. Nicht zuletzt ist es das Anliegen der Deutschen AIDS-Hilfe, auf die besondere Bedeutung dieser Arbeitsform für die HIV- und Hepatitis-Prävention und allgemeine Gesundheitsförderung bei Drogenkonsument(inn)en aufmerksam zu machen und die Hilfesysteme – Drogen- und Aidshilfen sowie andere Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens – zu motivieren, sich ihr (wieder) stärker zuzuwenden. Damit verbunden ist der Appell an die Verantwortlichen, die Rahmenbedingungen der zugehenden Sozialarbeit so zu gestalten, dass sie für Berufserfahrene auch attraktiv ist, und die dafür benötigten Mittel bereitzustellen.

Berlin, im April 2006

*Dirk Schäffer, DAH-Referent für den Bereich Drogen/Strafvollzug
Christine Höpfner, DAH-Bereich Aufklärung und Information*

Zu den Beiträgen des Handbuchs

Im ersten Kapitel geht es zunächst um die strukturellen Rahmenbedingungen der zugehenden Arbeit mit Drogenkonsument(inn)en. Astrid Leicht und Jürgen Schaffranek geben einen Überblick über „klassische“ und neu entstandene Drogenszenen, umreißen die für das Arbeitsfeld relevanten Gesetzesänderungen, den Stellenwert der niedrigschwelligen Drogenhilfe und die mit der Ökonomisierung sozialer Arbeit verbundenen Risiken und gehen auf das schwierige Verhältnis zwischen professioneller Drogenarbeit und Selbsthilfe ein. Im Anschluss daran skizziert Jürgen Schaffranek allgemeine Arbeitsprinzipien, -ziele und -ansätze von Streetwork in Drogenszenen und zeigt auf, welche fachlichen und persönlichen Kompetenzen die Streetworker/innen einbringen müssen, um erfolgreich zu sein.

Die Gestaltung der praktischen Arbeit in unterschiedlichen Zielgruppen und Settings und die spezifischen Prinzipien, Ziele und Angebotsformen, von der sie jeweils getragen wird, sind Thema des zweiten Kapitels.

Mit den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen des zunehmenden Crackkonsums in einigen deutschen Metropolen befasst sich Kathrin Eggebrecht, die am Beispiel des Crack-Street-Projekts in Frankfurt am Main verdeutlicht, dass Crack-User/innen – anders als oft beklagt – durchaus erreichbar sind, wenn man auf sie zugeht und Begegnungen „auf gleicher Augenhöhe“ ermöglicht.

Einblick in die stadtteilorientierte psychosoziale Betreuung von Russlanddeutschen in Münster gibt Wolfgang Schneider. Wichtig sei, an der sozialen Bedeutung des Drogenkonsums dieser Menschen anzusetzen, der unter den Bedingungen von Integrationsdruck, Desorientierung im Hinblick auf Normen und Werte, sozialer Ausgrenzung und fehlenden Zukunftsperspektiven ein identitätsstützendes, gruppenförderndes Ritual sein könne.

Ansatzpunkte und Maßnahmen der Präventionsarbeit in Partyszenen stellt Frederick Luhmer vor. Die relativ leicht erreichbare, über eine gute Infrastruktur verfügbare Zielgruppe brauche keine kontinuierliche Betreuung; Ziel sei vielmehr, mit ihr in Kontakt zu treten, Präventionsbotschaften an die Einzelnen zu bringen, die (Selbst-)Reflexion anzuregen und bei Bedarf zu beraten oder an Beratungsrichtungen weiterzuverweisen.

Heike Zurhold beleuchtet die prekäre Lebenssituation von Mädchen und Frauen in der Beschaffungsprostitution, skizziert die vielfältigen Unterstützungsleistungen von Streetwork in dieser Gruppe und verweist auf die wichtige Rolle der Vernetzungsarbeit, um die regional verfügbaren Hilfeangebote optimal nutzen zu können.

Wie sich Peers in die Arbeit mit Drogenkonsument(inn)en einbinden lassen und was dabei zu beachten ist, erläutert Kerstin Dettmer am Beispiel des Präventionsmobils und der Drogennotfall-Prävention von Fixpunkt e.V. Sie macht deutlich, dass von kooperativen Projekten beide Seiten profitieren können: Die Mitarbeiter/innen erhalten einen besseren Einblick in das Szeneleben und neue Ideen für ihre Arbeit, Peers wiederum machen die wichtige Erfahrung, dass ihnen die Übernahme von Verantwortung zugetraut wird.

Astrid Leicht schließlich zeigt Möglichkeiten auf, wie man jene verdeckt lebenden Drogenkonsument(inn)en mit Präventionsbotschaften und Hilfeangeboten erreichen kann, die ein problematisches Drogenkonsumverhalten zeigen oder entwickeln. Im Vordergrund stehen dabei Vorschläge zur Netzwerkarbeit, die auf eine Kooperation mit unterschiedlichen kommunalen Einrichtungen zielt.

KAPITEL I – DAS ARBEITSFELD

Strukturelle Rahmenbedingungen der zugehenden Arbeit mit Drogen Gebrauchenden

ASTRID LEICHT, JÜRGEN SCHAFFRANEK

Die Bedingungen für die zugehende Drogenarbeit werden von verschiedenen Faktoren bestimmt: einerseits vom Setting und den Zielgruppen, in denen sie geleistet wird, von ordnungspolitischen Maßnahmen und betäubungsmittelrechtlichen Regelungen sowie von allgemeinen gesundheits- und arbeitsmarktpolitischen Entwicklungen. Ihre Chancen und Grenzen hängen zugleich davon ab, welchen Stellenwert ihr das Drogenhilfesystem beimisst, wie die Vorgaben zur Gestaltung von Leistungen der sozialen Arbeit aussehen und inwieweit es gelingt, die Potenziale der Drogenselbsthilfe in das professionelle Hilfesystem einzubeziehen. Dieser Beitrag gibt hierzu einen Überblick.

DROGENSZENEN

Öffentliche Drogenszenen

In der Wahrnehmung des „Drogenproblems“ in Deutschland haben schon immer die öffentlichen Drogenszenen eine zentrale Rolle gespielt. Der öffentlich sichtbare Handel, Erwerb und Konsum von illegalen Drogen (vor allem Cannabis, Heroin, Kokain/Crack), teilweise in Verbindung mit Beschaffungsprostitution, etablierte sich Anfang der 1980er Jahre vor allem in den deutschen Großstädten – meist an Orten mit guter Verkehrsanbindung, vielen Geschäften und Passanten. Ein „klassischer“ Andockpunkt ist der Hauptbahnhof; kleinere öffentliche Szenen finden sich aber auch in Stadtteilen, wo viele Drogenkonsument(inn)en leben. In einigen Städten gibt es eine zentrale öffentliche Szene (z. B. in Frankfurt), in anderen Städten mehrere Szenen (z. B. in Berlin). Die öffentliche, für jede/n zugängliche Drogenszene ist für viele Drogengebraucher/innen zum Lebensmittelpunkt und für das gesellschaftliche Umfeld zum Inbegriff eines drogenbezogenen Lebensstils geworden.

Zerschlagung der öffentlichen Drogenszenen

Bis Anfang der 1990er Jahre stand die Öffentlichkeit den öffentlichen Drogenszenen relativ hilflos gegenüber. Das Gleiche galt für die Polizei. Deren Aktivitäten zur „Lösung“ des Drogenproblems mittels Zerschlagung der Drogenszenen führten nur bei erheblichem Ressourceneinsatz zu kurzfristigen Erfolgen: Die Szenen verlagerten sich an andere Orte oder zersplitterten in verschiedene Stadtteil-szenen mit der Folge, dass noch mehr polizeiliche Überwachung und Verfolgung notwendig wurde. Der Versuch, das Drogenproblem „unsichtbar“ zu machen, erfolgte im Zuge der Privatisierung des öffentlichen Raums: Die Expansion der Kaufmeilen und die Beschneidung öffentlicher Bereiche durch das „Hausrecht“

von Geschäften, Restaurants usw. führte dazu, dass soziale Randgruppen immer mehr als störend empfunden und aus den Zentren der Städte verbannt wurden.

Eine neue Qualität entwickelte die polizeiliche Repression zu Beginn der 1990er Jahre, als in den Bundesländern „Allgemeine Sicherheits- und Ordnungsgesetze“ (ASOG) aktiviert wurden. Die dort verankerten Maßnahmen (Platzverweise, Aufenthaltsverbote) und Sanktionen (Verbringung, Verbringungs-gewahrsam) wurden von der Polizei bundesweit und, vor allem in den ersten Jahren, massiv angewandt. Die Drogen- und Aidshilfe hat diese Praxis intensiv beobachtet und heftig kritisiert. Inzwischen hat die Polizei eine gemäßigte Gangart eingeschlagen: Platzverweise gibt es zwar nach wie vor häufig, doch Verstöße gegen sie werden kaum noch sanktioniert; Platzverbote werden in Einzelfällen erteilt. Zu willkürlich erscheinender Verbringung oder gar Verbringungs-gewahrsam kommt es nur noch selten. Die Polizei hat nach und nach ihre Strategien revidiert, da erkannt wurde, dass der Ressourceneinsatz nicht im Verhältnis zum Erfolg steht.

Die Angst vor Platzverweisen ist allerdings geblieben und führt unter Drogenkonsument(inn)en immer wieder zu Unruhe und Hetze. Weil sie ihre Treffpunkte ständig ändern, können sie von den Streetworker(inne)n nur schwer erreicht werden.¹ Und auch die Potenziale der „sozialen Gemeinschaft Drogenszene“ wurden dadurch stark geschwächt: Der Austausch über Stoffqualität, Konsumformen und -normen sowie Safer Use ist erschwert, und gegenseitige Unterstützung, die Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen sind kaum noch möglich.

Private und halböffentliche Drogenszenen

In allen Städten und auf dem Land werden auch im halböffentlichen und privaten Bereich (in Kneipen bzw. Wohnungen) oder an vorher verabredeten Treffpunkten Drogen gehandelt, konsumiert und beschafft. Nur bei Versorgungsengpässen werden öffentliche Szenetreffpunkte aufgesucht. Zugang zu diesen Szenen bekommt man in der Regel nur über persönliche Kontakte. Die ihnen Angehörigen bleiben unentdeckt – sofern sie nicht bei gezielten Drogenfahndungsmaßnahmen oder als „Drogennotfall“ aufgrund von Überdosierung „auffliegen“.

¹ Das Mitte der 1990er Jahre angebrochene „Handy-Zeitalter“ hat die Mobilität der Drogenhändler/innen und damit auch der Konsument(inn)en zusätzlich gesteigert.

Die zugehende Sozialarbeit mit Drogengebraucher(inne)n konzentriert sich traditionell auf öffentliche Szenetreffpunkte. Das Hineinwirken in Privatbereiche ist bislang weder konzeptionell entwickelt noch praktisch erprobt.

Jugendszenen in Ostdeutschland

Gerade in Ostdeutschland sind in den letzten Jahren Szenen entstanden, die mit herkömmlichen Drogenszenen nichts mehr gemein haben. Vor allem in Städten wie Halle, Leipzig usw. konsumieren zumeist Jugendliche und junge Erwachsene Drogen aller Art, ohne sich selbst als Drogenkonsument(inn)en zu definieren und der Drogenszene zuzurechnen. Der Altersdurchschnitt in diesen Szenen liegt unter 18 Jahren, der Anteil der Mädchen und Frauen ist auffällig hoch und beträgt teilweise bis zu 60 Prozent. Wie in den alten Bundesländern wird am häufigsten Cannabis konsumiert, mit weitem Abstand folgen Substanzen wie Ecstasy, Amphetamine, LSD, Kokain, Heroin und Crack.² Heroin wird in der Anfangszeit des Konsums überwiegend geraucht, erst später steigen viele auf den intravenösen Gebrauch um. Die Lebensumstände der Konsument(inn)en „harter“ Drogen unterscheiden sich von denen in den „alten“ Bundesländern vor allem wegen ihres relativ jungen Alters. Weil sie noch nicht so lange der Szene angehören, sind sie noch nicht so stark verelendet; viele haben eine eigene Wohnung und zum Teil regelmäßige Kontakte zu den Eltern und zu Freunden außerhalb der Szene. Daraus ergeben sich besondere Anforderungen an das Hilfesystem, z. B. im Hinblick auf die Arbeit mit Eltern und Angehörigen.³

Drogen gebrauchende Migrant(inn)en aus dem türkisch-arabischen Raum

In vielen Regionen Deutschlands gibt es inzwischen fest etablierte Szenen von Drogenkonsument(inn)en mit Migrationshintergrund, in denen Jugendliche und junge Erwachsene aus dem türkisch-arabischen Raum besonders stark vertreten sind. Das hängt zum einen mit den besonderen Sozialisationsbedingungen während der Adoleszenz zusammen: Viele dieser jungen Menschen erleben neben den altersspezifischen Identitätskrisen (Pubertät) Desintegration verbunden

² Barsch, G./Plöttner, C.: Drogenkonsum und Drogenarbeit: Was ist in den neuen Bundesländern anders? In: Klee, J./Stöver, H. (Hg.): *Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2004, S. 256

³ ebenda, S. 257 ff.

mit Zugehörigkeitsambivalenzen und Benachteiligung beim Zugang zu Bildung und Ausbildung. Zum anderen gibt es in vielen Ballungsgebieten einen traditionell stark türkisch-arabisch dominierten illegalen Drogenmarkt; viele der Kleindealer werden aus den eigenen Migrantengruppen rekrutiert und sind zum großen Teil selbst Drogenkonsument(inn)en.

Für das Drogenhilfesystem stellt sich die Aufgabe, seine Mitarbeiter/innen durch interkulturelle Trainings für die Arbeit mit dieser Zielgruppe zu qualifizieren. Ideal wären interkulturell besetzte Teams, die in jene Szenen hineingehen, in denen Drogenkonsument(inn)en aus muslimisch geprägten Herkunftsländern stark vertreten sind.

Drogen gebrauchende Aussiedler/innen

Die neueste Herausforderung in der Drogen- und Aidshilfe stellen Opiatkonsument(inn)en aus russischsprachigen Ländern dar, deren Anteil in den Drogenszenen in den letzten Jahren stark zugenommen hat. Diese zumeist jungen Aussiedler/innen bilden eigene Gruppen oder Cliques, die sich allerdings nicht über den Drogenkonsum definieren, sondern sich als Jugendszenen begreifen. Von der Drogenhilfe werden sie, wenn überhaupt, nur unzureichend erreicht, unter anderem aufgrund von Sprachbarrieren, kulturellen Unterschieden und Vorbehalten dieser Jugendlichen gegenüber Institutionen. Eine Folge ist, dass der Anteil russischsprachiger Konsument(inn)en an den Drogentodesfällen überproportional hoch ist und stetig zunimmt.⁴ Beispiele dafür, wie die zugehende Arbeit in dieser Zielgruppe gestaltet werden kann, liefert der Beitrag von W. Schneider (siehe S. 58 in diesem Band).

Partyszenen

Neue Drogenkonsumtrends entwickelten sich Anfang der 1990er Jahre in der Techno-/Rave- sowie Club-Party- und Tanzkultur. Vor allem MDMA (Ecstasy) wurde zur „Kultdroge“. Mit den Jahren haben sich die Konsummuster dort ebenso ausdifferenziert wie die Partyszene selbst. Die Zugangswege zu ihr und die Bedarfe hinsichtlich Harm Reduction und Hilfeangeboten unterscheiden sich deutlich vom „klassischen“ Arbeitsfeld der zugehenden Arbeit mit

⁴ Vgl. Drogen- und Suchtbericht 2004, hg. von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, S. 64.

Opiatgebraucher(inne)n: Die Zielgruppe ist sehr heterogen, nur in Partyphasen und nicht im Alltag erreichbar und bedarf kaum kontinuierlicher Betreuung (siehe hierzu F. Luhmer in diesem Band, S. 70).

DAS BETÄUBUNGSMITTELGESETZ (BtMG)

Das Betäubungsmittelgesetz, wohl eines der repressivsten Strafgesetze in Deutschland⁵, wurde in den letzten Jahren mehrfach novelliert. Die Änderungen tendierten zu einer Entkriminalisierung des Drogenbesitzes zum Eigenverbrauch (unter bestimmten Voraussetzungen) und zur Strafflosstellung schadensmindernder Hilfsangebote.

Für die zugehende Sozialarbeit sind folgende Paragraphen des BtMG relevant:

- ↳ § 31 a BtMG: 1992 wurde die Spritzenvergabe als Maßnahme der Infektionsprophylaxe straflos gestellt. Wer vor 1992 sterile Spritzen abgab, bewegte sich in einem rechtlichen Graubereich und riskierte ein Strafverfahren.
- ↳ § 29 Abs. 1 Nr. 10 und 11 BtMG in Verbindung mit § 10 a BtMG: Im Jahr 2000 wurde der Betrieb von Drogenkonsumräumen unter Einhaltung von Mindeststandards legalisiert. Damit wurden bereits bestehende Konsumräume rechtlich abgesichert und die Eröffnung neuer Konsumräume ermöglicht (siehe hierzu S. 23).
- ↳ § 31 a, § 29 Abs. 5 BtMG: 1992 wurde der Besitz geringer Drogenmengen zum Eigenverbrauch straflos gestellt. Der Verfolgungsdruck ist allerdings nach wie vor hoch, da die dem Legalitätsprinzip verpflichtete Polizei „voll ermitteln“ und in jedem Fall ein Strafverfahren einleiten muss. Erst die Staatsanwaltschaft entscheidet darüber, ob das Verfahren eingestellt wird.⁶

⁵ Vgl. Böllinger, L.: Das (noch herrschende) Recht von Abstinenz und Prohibition I: Strafrecht und Betäubungsmittelrecht. In: Böllinger, L./Stöver, H. (Hg.): *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik*. Frankfurt am Main 2002, S. 451 ff.

⁶ Die Möglichkeit der Strafflosstellung wird beim Drogenhandel genutzt, indem mehrere, häufig wechselnde Personen daran beteiligt werden. Wer dann gefasst wird, kann auf eine „geringe Drogenmenge zum Eigenverbrauch“ verweisen.

SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

1987 wurden in Deutschland die ersten Programme zur ärztlichen Behandlung Opiatabhängiger mit Substitutionsmitteln gestartet. Zu Beginn der 1990er Jahre wurde die Substitution dann durch eine Revision des Betäubungsmittelrechts als zulässige Behandlungsmethode anerkannt. Zunächst allerdings blieb die Substitution auf Personen mit schweren Begleiterkrankungen (HIV/Aids und Hepatitis) und auf Schwangere beschränkt. Durch die am 1. Juli 2001 in Kraft getretene 15. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (BtMÄndV) hat sich auch die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) geändert. Seither stellt allein schon eine Opiatabhängigkeit eine Indikation für die Substitutionsbehandlung dar. Die Kosten werden auch hier gemäß den im Oktober 2002 verabschiedeten BUB-Richtlinien⁷ von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

2004 behandelten in Deutschland ca. 2.800 Ärztinnen und Ärzte knapp 58.000 Opiatabhängige mit Substitutionsmitteln – mithin zwischen 30 bis 50 % aller Opiatabhängigen.⁸ Viele derjenigen, die sich bisher in der offenen Szene mit Drogen versorgt hatten, erhalten somit eine Behandlung, die maßgeblich zur sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung beiträgt und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten bis hin zu einem drogenfreien Leben eröffnet.⁹ Ein Teil der Substituierten sucht allerdings nach wie vor die Treffpunkte der Drogenszene auf, die im Hinblick auf Sozialkontakte und Tagesstrukturierung weiterhin eine wichtige Funktion hat.

Weit verbreitet ist der so genannte Beikonsum: 80 % der Substituierten, so die Schätzungen auf suchtmmedizinischen Fachtagungen, konsumieren Drogen wie z. B. Alkohol, Cannabis, Heroin, Crack/Kokain und Medikamente. Allerdings liegen keine Zahlen zum Anteil derjenigen mit problematischem oder gar lebensgefährlichem Beikonsum vor. In der Arbeit mit Substituierten wird jedoch beobachtet, dass sich der Alkoholmissbrauch bei vielen zu einem erheblichen Problem entwickelt hat. Jahrelanger starker Beikonsum von Benzodiazepinen – meist in Verbindung

⁷ BUB-Richtlinien = Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, früher NUB-Richtlinien (Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden).

⁸ Die Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) schätzte 2003 die Gesamtzahl der Menschen mit problematischem Opiatkonsum je nach Datenquelle auf 109.000–182.000 Personen (Simon, R. u. a.: Bericht 2004 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland, S. 45).

⁹ Zurzeit wird die bundesweite COBRA-Studie zum Kosten- und Nutzenverhältnis der Substitutionsbehandlung durchgeführt. Informationen sind unter www.cobra-studie.de zu erwarten.

mit Alkohol – macht sich durch körperliche Schädigungen und beeinträchtigte Wahrnehmungs- und Denkfähigkeit bemerkbar. In der zugehenden Arbeit müssen sich die Mitarbeiter/innen also auch mit der Situation und den Bedürfnissen von Substituierten mit problematischem Beigebrauch auseinander setzen.

DROGENKONSUMRÄUME

Die Mitte der 1990er Jahre in einigen Städten wie z. B. Frankfurt und Hamburg geschaffenen Drogenkonsumräume befanden sich damals noch in einer rechtlichen Grauzone. Die Frage, ob der Betrieb solcher Einrichtungen unter medizinischer oder pädagogischer Aufsicht eine strafbare Handlung darstelle („Förderung des Drogenkonsums“), wurde juristisch unterschiedlich beurteilt. Erst im April 2000 wurde mit der Einführung des § 10a Abs. 2 in das BtMG der straffreie Betrieb von Drogenkonsumräumen rechtlich geregelt.

Durch die Einrichtung von Drogenkonsumräumen haben sich die Kontakt- und Hilfemöglichkeiten der niedrigschwelligen Projekte erweitert. Allerdings werden sie auch – unfreiwillig – in ordnungspolitische Strategien der Szeneregulierung eingebunden. Das kann bedeuten, dass die Polizei Drogenkonsument(innen), die sich an öffentlichen Orten aufhalten, in die Konsumräume abdrängt. Massive Verdrängungsmaßnahmen können zu einer Überlastung der Einrichtung führen, und der Betrieb kann außer Kontrolle geraten. Werden auch Drogenhändler in die Einrichtungen abgedrängt, hat das für diese weitreichende Folgen: Das Gewaltpotenzial steigt, es kommt zu polizeilichen Einsätzen in der Einrichtung, und das Vertrauensverhältnis zwischen Klient(inn)en und Helfer(inne)n wird beeinträchtigt.

GESUNDHEITSMODERNISIERUNGSGESETZ UND ARBEITSMARKTREFORM

Durch das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene Gesundheitsmodernisierungsgesetz haben sich auch für Drogengebraucher/innen die Hürden zu einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung erhöht: Für ärztliche Leistungen aller Art und für Medikamente sind nunmehr Zuzahlungen zu leisten. Für chronisch Kranke – dazu zählen z. B. Menschen mit HIV oder Hepatitis unter anti(retro)viraler Therapie – gilt zwar eine geringere persönliche Belastungsgrenze (1% des Jahresbruttoeinkommens statt der sonst üblichen 2 %), doch bis diese erreicht ist, kann es für die ärmeren unter ihnen besonders zu Jahresbeginn äußerst eng werden.

Hinzu kommt, dass nicht verschreibungsfähige Medikamente nur noch in Ausnahmefällen von den Krankenkassen bezahlt werden. Drogenkonsument(inn)en mit HIV oder Hepatitis sind aber auf eine ganze Reihe solcher Medikamente zur Linderung von Nebenwirkungen der HIV- und Hepatitistherapie angewiesen. Inzwischen sind zumindest einige der für die Behandlung von Nebenwirkungen und für die Sekundärprophylaxe notwendigen Medikamente mit auf die „Ausnahmeliste“ erstattungsfähiger Medikamente gesetzt worden. Manche Ärztinnen und Ärzte verschreiben allerdings überhaupt keine rezeptfreien Medikamente mehr, weil sie entweder die „Ausnahmeliste“ nicht kennen oder nicht wissen, dass die Krankenkassen mitunter auch für nicht in der Liste verzeichnete Medikamente aufkommen, wenn eine entsprechende ärztliche Begründung vorgelegt wird.

Besonders dramatisch wird sich bei Drogenkonsument(inn)en die Arbeitsmarktreform auswirken. Zwar lässt sich die Tragweite von „Hartz IV“ für diese Gruppe noch nicht ermessen, klar ist aber, dass die Anforderungen an Drogenkonsument(inn)en analog zum Paradigmenwechsel in der Sozialgesetzgebung – hin zum „Fördern und Fordern“ – härter werden. Für als „arbeitsfähig“ eingestufte gilt die so genannte Eingliederungsvereinbarung (§ 15 SGB II), deren Gegenstand einerseits der Nachweis von Bemühungen um einen Arbeitsplatz ist. Bestandteil kann aber ebenso die Wahrnehmung von Dienstleistungen wie Schuldnerberatung, psychosoziale Beratung und Suchtberatung sein. (Die Entscheidung darüber obliegt folglich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jobcenter, die in aller Regel über keine entsprechende Qualifikation verfügen.) Bei Verstößen kann die Regelleistung drastisch gemindert werden. Menschen, die bislang Sozialhilfe bezogen haben und als „bedürftig“ galten, werden nunmehr gemäß SGB II als „Personen mit besonderen Vermittlungshemmnissen“ definiert. Das birgt ein hohes Diskriminierungspotenzial, sodass zu befürchten ist, dass bei Maßnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt gerade diejenigen, die besonders darauf angewiesen wären, nicht berücksichtigt werden.

GERINGER STELLENWERT DER NIEDRIGSCHWELLIGEN DROGENARBEIT

Der niedrigschwelligen/zugehenden Arbeit begegnet man in traditionell orientierten Einrichtungen des Drogenhilfesystems eher mit Geringschätzung. Die Kontakt- und Beziehungsarbeit in der Szene oder in Kontaktläden gilt als „Kaffeeklatsch“: Jede/r, also auch unqualifiziertes Personal, könne das. Die Wirksamkeit niedrigschwelliger Hilfen wird angezweifelt, mitunter sogar als kontraproduktiv

bewertet: Damit erzeuge oder verstärke man bei den Klient(inn)en eine Versorgungsmentalität, die Veränderungsprozesse verhindere. Und bei aktuell Drogen Gebrauchenden, so heißt es oft, sei eine entwicklungsorientierte Kommunikation ohnehin kaum möglich.

Diese Haltung spiegelt sich auf der personellen Ebene wider: In der niedrigschwelligen Arbeit werden häufig junge, berufsunerfahrene Sozialarbeiter/innen eingesetzt – und verschlissen. Aber auch bei Praxiserproben ist die Gefahr des „Ausbrennens“ sehr hoch, und zwar nicht nur aufgrund der schwierigen Arbeitsbedingungen vor Ort, sondern auch wegen mangelnder institutioneller Anerkennung und Unterstützung.

ÖKONOMISIERUNG DER SOZIALEN ARBEIT

Anlass zu Besorgnis gibt nicht zuletzt die Ökonomisierung in sämtlichen Zweigen der sozialen Arbeit – ein Prozess, der Mitte der 1990er Jahre unter der Maßgabe der „Messbarmachung“ von Dienstleistungen eingeleitet wurde. Dabei wurde (mehr oder weniger erfolgreich) versucht, Kriterien der Betriebswirtschaft auf Arbeitsbereiche zu übertragen, die bisher einer solchen Betrachtungsweise unzugänglich erschienen. Begriffe wie Effizienz, Effektivität, Standardisierung, Produktbeschreibung usw. sind heute in der Sozialarbeit alltäglich. Optimisten versprechen sich davon eine Optimierung der Ressourcen und eine Vergleichbarkeit von sozialen Tätigkeiten. Pessimisten indes warnen vor einem Effektivitätsdruck, der dazu führen könne, dass man sich von mehrfach benachteiligten Menschen, die besonders intensiver Betreuung bedürfen, abwendet, weil sich die Arbeit mit ihnen nicht „rechnet“. Tatsächlich grenzen manche Einrichtungen der Jugendhilfe diejenigen Jugendlichen aus, die den – oft an betriebswirtschaftlichen Maximen orientierten – Regeln nicht entsprechen können. Auch in der Streetwork haben wir es häufig mit Menschen zu tun, die über Jahre betreut und begleitet werden müssen. Angesichts der klammern Kassen der Kommunen wird es allerdings immer schwieriger, lange Betreuungsverläufe zu rechtfertigen.¹⁰

¹⁰ In den Niederlanden hat die Ökonomisierung der sozialen Arbeit dazu geführt, dass ein Teil der Drogenkonsument(inn)en nur noch von den karitativen Hilfsangeboten kirchlicher Einrichtungen erreicht und betreut wird. Der Hilfeplan der staatlichen Einrichtungen ist an detaillierten Zielvorgaben orientiert: Wer sich längerfristig nicht darin einpassen lässt, fällt aus den Hilfemaßnahmen heraus.

Aus professioneller Sicht sind Standards für gute Qualität allerdings unverzichtbar: Sie sorgen zum einen für (mehr) Transparenz im Hinblick auf die Grundlagen des Handelns, die Ziele, die Arbeitsmethoden und Arbeitsweisen sowie die Wirksamkeit der Leistungen für die Nutzer/innen und die Gesellschaft. Außerdem bieten sie eine Grundlage für Kooperationen mit verschiedenen Diensten und Einrichtungen und für Aushandlungsprozesse mit Trägern und Kostenträgern. Auch für den Bereich Streetwork wurden Standards entwickelt, um den Anforderungen von Effektivität und Effizienz auf der einen Seite und den sozial benachteiligten Menschen auf der anderen Seite gerecht zu werden (siehe J. Schaffranek, S. 28 in diesem Band).

UNZUREICHENDE EINBEZIEHUNG DER SELBSTHILFE IN DIE SOZIALE ARBEIT

Viele Menschen, die Drogen konsumieren oder inzwischen drogenfrei leben, engagieren sich heute in Aids- und Drogenhilfe-Zusammenhängen, indem sie die Interessen von Drogengebraucher(inne)n vertreten und ihre Kompetenzen als „Expert(inn)en in eigener Sache“ in die HIV- und Hepatitis-Prävention sowie in Maßnahmen der Gesundheitsförderung einbringen. Forciert wurde dieses Selbsthilfe-Engagement vor allem durch den Ausbau der Substitutionsbehandlung in den vergangenen 15 Jahren. Genannt sei hier das 1989 gegründete bundesweite Selbsthilfenetzwerk JES, dem etwa 30 lokale Selbsthilfe-Initiativen angehören, in denen sich „Junkies, Ehemalige und Substituierte“ gemeinsam für die Belange von Drogenkonsument(inn)en einsetzen sowie Hilfe und Unterstützung anbieten (www.jes.aidshilfe.de).

Die Erfahrungen und Kenntnisse von Drogenerfahrenen werden in die Konzipierung, Planung und Ausgestaltung von Angeboten der professionellen Drogen- und Aidshilfe bisher allerdings nur selten einbezogen, und dann meist nur auf niedrigem Niveau, was z. B. ihren Status, die ihnen zugewiesenen Aufgaben oder die Vergütung angeht. Der Grund dafür liegt in dem konfliktträchtigen Verhältnis zwischen beiden Seiten: „Der Konkurrenzkampf wird nicht nur um das Definitionsmonopol in Bezug auf Problemlagen, Handlungserfordernisse und sinnvolle Interventionen geführt. Er setzt sich auch im Wettstreit um das Einbringen von Interessen in den politischen Aushandlungsprozess und um öffentliche Gelder für

wichtige Praxisprojekte fort.“¹¹ Abhängigkeiten treten zutage, wenn beide Seiten voneinander profitieren möchten: die Profis von den Kompetenzen der Betroffenen und deren Akzeptanz in den Szenen, um z. B. die Reichweite und Bindekraft ihrer Dienstleistungen zu erhöhen; die Selbsthilfe vom Wissen und der Akzeptanz der Fachkräfte in der allgemeinen und der Fachöffentlichkeit sowie von den materiellen, finanziellen und technischen Ressourcen des professionellen Hilfesystems. „Es wird vom Geschick, der Lernfähigkeit, der Ehrlichkeit und auch der Großzügigkeit beider Seiten abhängen, wieweit aus dieser zweifellos spannungsgeladenen Beziehung produktive Energien für das Handeln von professioneller und selbstorganisierter Hilfe im Interesse der Drogen konsumierenden Frauen und Männer abgeleitet werden können.“¹²

¹¹ Barsch, G.: *Fahren zwei in einem Boot? – Zum Verhältnis von akzeptierender Drogenselbsthilfe und professioneller Drogenhilfe*. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.): *10 Jahre JES-Netzwerk*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2001, S. 172

¹² ebenda, S. 173; siehe hierzu auch Hentschel, A./Schäffer, D.: *Förderung der Drogenselbsthilfe*. In: Klee, J./Stöver, H. (Hg.): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis. Ein Handbuch*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2004, S. 40–52.

KAPITEL I – DAS ARBEITSFELD

Fachliche Grundlagen von Streetwork in Drogenszenen

JÜRGEN SCHAFFRANEK

Die zugehende Arbeit mit Drogen gebrauchenden Menschen hat sich in den letzten 15 Jahren grundlegend gewandelt (vgl. dazu auch Leicht/Schaffranek in diesem Band, S. 16). Da es heute nur noch wenige offene Drogenszenen gibt, müssen die Konzepte dieser Arbeitsform weiterentwickelt und an veränderte und sich weiter verändernde Bedingungen angepasst werden. Streetwork in Reinform („Straßenarbeit“) ist heute eigentlich nur noch in Städten sinnvoll, wo offene Drogenszenen vorhanden sind, niedrighschwellige Hintergrundeinrichtungen wie z. B. Konsumräume, Kontaktläden, Krisenübernachtungsstellen oder Wärmestuben aber fehlen. Zu diesen Szenen gilt es Kontakt aufzunehmen, die Hilfebedarfe zu ermitteln und die Schaffung angemessener Angebote zu fördern. Doch wo immer Streetwork in Drogenszenen auch geleistet wird, sollten für sie Prinzipien gelten, die auch die Arbeit der akzeptierenden Drogenhilfe und der Aidshilfe bestimmen. Um welche es sich dabei handelt, wie die Ziele und Ansätze von Streetwork aussehen, wie die Qualität der Arbeit zu sichern ist und welche Qualifikationen Streetworker/innen brauchen, wird in diesem Beitrag dargestellt.

ARBEITSPRINZIPIEN

Im Folgenden werden die wichtigsten allgemeinen Arbeitsprinzipien von Streetwork beschrieben. Sie bedingen sich zum Teil gegenseitig und überschneiden sich daher.

Ressourcenorientierung

Bei Drogengebraucher(inne)n sind häufig Defizite hinsichtlich der Möglichkeiten zu selbstverantwortlichem und selbstbestimmtem Handeln festzustellen. Diese können aus der Biografie (z. B. Vernachlässigung und/oder Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend, mangelnde Bildung), aus Unverletzlichkeitsfantasien und Risikobereitschaft (vor allem bei Jungen und jungen Männern), emotionaler und/oder ökonomischer Abhängigkeit und destabilisierenden Alltagsbedingungen (z. B. Obdachlosigkeit, gesundheitliche und soziale Verelendung) resultieren. Drogengebraucher/innen sind jedoch mehr als die Summe ihrer Defizite und konsumbedingten Probleme: Sie verfügen auch über Ressourcen, die sie zu selbstverantwortlichem und selbstbestimmtem Handeln befähigen. Diese sind ausfindig zu machen und durch Empowerment¹ zu stärken.

¹ Empowerment (engl.) = Befähigung. In der Gesundheitsförderung bezeichnet man damit einen Prozess, durch den der Einzelne größere Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen gewinnt, die seine Gesundheit beeinflussen.

Lebensweltorientierung

Die Drogenszene ist ein informelles soziales Netz. Viele Informationen, die für Drogengebraucher/innen von lebenswichtigem Interesse sind, erhalten sie in der Szene (z. B. über Stoffqualität, Schlafplätze, Jobs, Angebote der Hilfesysteme). Die meisten Szeneangehörigen haben außerdem wenig soziale Kontakte außerhalb der Drogenszene. Das Bedürfnis nach Begegnung und Kommunikation können sie daher nur auf der Straße befriedigen. Dieses Miteinander fördert wiederum das Wohlbefinden des Einzelnen. Das soziale Netz „Szene“ muss deshalb unterstützt werden durch die Förderung der dort vorhandenen Ressourcen und deren Nutzung bei der Bearbeitung von Problemen, die den Einzelnen oder die Gruppe betreffen. Voraussetzung für lebensweltorientiertes Arbeiten sind umfassende Kenntnisse der Lebensbedingungen und Lebensweise von Drogenkonsument(inn)en (siehe „Qualifikationen“, S. 41).

Akzeptierende Haltung

Statt Drogenabstinenz zu fordern (Clean-Anspruch), zu bevormunden und zu kontrollieren, gilt es, die Lebenserfahrung der Klient(inn)en wahrzunehmen und zu respektieren und ihre Deutungsmuster anzunehmen. Anders ausgedrückt: Streetworker/innen müssen in der Lage sein, den Drogenkonsum und den darauf bezogenen Lebensstil als funktional zu begreifen und zu akzeptieren. Das heißt nicht, selbstzerstörerisches Verhalten gutzuheißen, sondern eine Atmosphäre zu bieten, die es ermöglicht, eine längerfristige Beziehung aufzubauen, zu einer gesünderen Lebensweise und einem weniger riskanten Drogenkonsum anzuregen und entsprechende Entscheidungsprozesse zu unterstützen. Der Wunsch zur Verhaltensänderung muss letztlich von den Klient(inn)en selbst kommen, und sie bestimmen das Tempo ihrer Entwicklung. Die Ziele und einzelnen Entwicklungsschritte sind daher gemeinsam zu vereinbaren.

Freiwilligkeit seitens der Klient(inn)en

Hilfeangebote sind nur dann sinnvoll, wenn sie freiwillig nachgesucht werden. Aufdringlichkeit verbietet sich daher bei der Kontaktaufnahme: Die Drogenkonsument(inn)en rufen ja nicht nach Hilfe, sondern die Streetworker/innen bieten sie ihnen an. Ob sie die Hilfe in Anspruch nehmen, müssen die Klient(inn)en dann selbst entscheiden.

Vertraulichkeit und Diskretion

Streetworker/innen sind zu Verschwiegenheit verpflichtet: Die Klient(inn)en müssen sichergehen können, dass ihre Mitteilungen nicht an Dritte weitergegeben werden. Vertraulichkeit und Diskretion bilden eine wesentliche Grundlage der Beziehungsgestaltung.

Respektierung von Grenzen

Da Streetworker/innen in die Lebenswelt der Drogengebraucher/innen gehen, haben sie keine Definitionsmacht. Sie sind dort „Gäste“ und nicht „Gastgeber“ und müssen daher die in der Szene geltenden Regeln und die von den Klient(inn)en gesetzten Grenzen respektieren. So kann z. B. in bestimmten Situationen die Anwesenheit von Streetworker(inn)en unerwünscht sein, da sie als Einmischung erlebt wird.

Transparenz und Verbindlichkeit

Die Streetworker/innen haben ihre Zielgruppe darüber in Kenntnis zu setzen, wie ihr Arbeitsauftrag lautet und für welche Einrichtung sie tätig sind. Außerdem müssen die Klient(inn)en sich darauf verlassen können, dass die Streetworker/innen die mit ihnen getroffenen Abmachungen (z. B. wann und wo man sich trifft) einhalten und versprochene Leistungen erbringen.

Präsenz

Qualitativ gute Streetwork zeichnet sich durch regelmäßige Präsenz in der Drogenszene (die Arbeitszeiten der Streetworker/innen müssen sich dabei nach den Szenegewohnheiten richten) und durch Mobilität aus, um die Klientel an wechselnden Treffpunkten erreichen zu können. Die Klient(inn)en dort aufzusuchen, wo sie einen Großteil ihres Alltags verbringen, fördert zugleich das Verständnis für ihre Lebensweisen: eine unverzichtbare Grundlage für lebensnahe Hilfestellungen.

Niedrigschwelligkeit

Die Klient(inn)en müssen sich an keine Vorgaben halten (z. B. Sprechstunden, Termine), wie dies in „klassischen“ Drogenhilfe-Einrichtungen mit ihrer Komstruktur üblich ist, sondern können bei Bedarf Kontakt mit den Streetworker(inne)n aufnehmen.

ZIELE VON STREETWORK

Welche Ziele für die praktische Arbeit jeweils gesetzt werden, hängt davon ab, in welchem Bereich die Streetworker/innen tätig sind. In diesem Abschnitt werden daher allgemeine Ziele von Streetwork in Drogenszenen genannt.

Folgende Grobziele sollen durch unterstützende und begleitende Hilfsangebote erreicht werden:

- ↳ Sicherung des Überlebens
- ↳ Verhinderung irreversibler gesundheitlicher Schädigungen
- ↳ soziale (Re-)Integration
- ↳ gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung, Verbesserung des Gesundheitszustandes
- ↳ eigenverantwortlicher kontrollierter Drogengebrauch
- ↳ längere Clean-Phasen (mit oder ohne Substitution)
- ↳ Herauslösung aus der Drogenszene und aus Abhängigkeitsstrukturen.

Die wichtigsten Teilziele von Streetwork sind:

Aufbau und Pflege eines Kontaktnetzes in der Drogenszene

Als Erstes gilt es, persönliche Kontakte besonders zu jenen Drogenkonsument(inn)en herzustellen, welche die Angebote der „klassischen“ Drogenhilfe

nicht nutzen. Dieses Kontaktnetz bildet die Grundlage von Streetwork und sollte daher möglichst viele Personen umfassen. Voraussetzung dafür ist, dass die Streetworker/innen in der Szene akzeptiert werden; das wiederum hängt von ihren persönlichen und fachlichen Kompetenzen ab (siehe „Arbeitsprinzipien“ S. 29 und „Qualifikationen“ S. 41).

Aufbau und Pflege eines institutionellen Netzes

Streetworker/innen müssen ein dichtes Kontaktnetz von Versorgungseinrichtungen (Arztpraxen, Krankenhäuser, Therapieeinrichtungen, Pflegedienste usw.) aufbauen, um Klient(inn)en bei Bedarf schnell und unbürokratisch weitervermitteln zu können. Streetwork sollte zugleich die Schaffung mobiler Angebote anregen, die eine medizinische Grundversorgung in den Drogenszenen sicherstellen. Um das lokale Versorgungssystem optimal nutzen zu können, ist eine intensive Kontaktpflege gefragt.

Prävention und Gesundheitsförderung

Drogengebraucher/innen, die der offenen Szene angehören, sind gesundheitlichen Risiken – Spritzenabszesse, Venenentzündungen, Infektionen mit HIV, Hepatitis und anderen Krankheitserregern (z. B. Krätzmilben, Läuse) – in besonderem Maße ausgesetzt. Streetwork hat daher die Minimierung dieser Risiken zum Ziel: durch die Vergabe von Kondomen und sterilen Spritzbestecken, durch zielgruppenspezifische Information und Beratung zu Safer Sex, Safer Use und Alltagshygiene sowie durch die Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit sich selbst und anderen.

Streetwork will insbesondere Drogengebraucher/innen mit HIV und/oder chronischer Hepatitis erreichen, um ihnen Informationen und Beratung anzubieten, die auf eine gesunde Lebensführung und psychosoziale Stabilisierung zielen und gegebenenfalls die Vermittlung in medizinische Versorgungseinrichtungen einschließen. Zu den Aufgaben der Streetworker/innen gehört es ebenso, erkrankte Klient(inn)en im Krankenhaus zu betreuen (sofern sie dies wünschen), denn Drogenkonsument(inn)en verfügen häufig über keine verlässlichen Bezugspersonen, die ihnen in schwierigen Zeiten beistehen könnten. Im Einzelfall kann die Betreuung ein Prozess sein, der in eine Sterbebegleitung mündet.

Unterstützung beim Ausstieg aus dem Drogenkonsum

Wenn sich bei Klient(inn)en der Wunsch abzeichnet, aus dem Drogenkonsum auszusteigen, gilt es, sie unterstützend zu beraten und gegebenenfalls in entsprechende Angebote weiterzuvermitteln.

Interessenvertretung

Streetworker/innen haben die Aufgabe, die Anliegen und Bedürfnisse der Szeneangehörigen gegenüber der Öffentlichkeit und gegenüber Institutionen (z. B. der Polizei) zu vertreten. Erforderlich dafür sind allerdings entsprechende Absprachen mit der Zielgruppe: Alleingänge könnten als Anbiederung verstanden werden und verstoßen außerdem gegen den Grundsatz der Selbstvertretung. Als Interessenvertreter haben Streetworker/innen Vermittlerfunktion: Sie wirken z. B. darauf hin, dass die Bewohner/innen und Geschäftsinhaber/innen im Stadtviertel gelassener auf das Szeneleben reagieren (z. B. durch Gespräche, medienvermittelte Aufklärung), und versuchen zugleich, die Szeneangehörigen zu mehr Rücksichtnahme gegenüber den Bedürfnissen ihrer Umwelt zu bewegen („kritische Parteilichkeit“).

Im Sinne der strukturellen Prävention zielt Interessenvertretung z. B. auf

- ↳ den Abbau von Ausgrenzungstendenzen und das Erreichen von mehr Toleranz gegenüber Drogenkonsument(inn)en
- ↳ Mitwirkung von Szeneangehörigen bei lokalpolitischen Entscheidungen
- ↳ Verbesserung der materiellen Bedingungen des Lebens in der Szene
- ↳ Stärkung der sozialen Infrastruktur der Szene.

Da die Stigmatisierung der Drogengebraucher/innen gerade auch der Illegalisierung bestimmter Drogen geschuldet ist, beinhaltet Interessenvertretung ebenso die Forderung nach Legalisierung. Eine Legalisierung kann zugleich zu einer Verbesserung der gesundheitlichen und materiellen Situation der Drogengebraucher/innen beitragen.

Institutionelle Weiterentwicklung

Streetworker/innen befinden sich an der Schnittstelle zwischen Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens und Behörden einerseits und einer marginalisierten Gruppe andererseits. Diese Position sollten sie nutzen, indem sie darauf hinwirken, dass diese Stellen auch Drogen gebrauchende Klient(inn)en versorgen können: durch Weiterentwicklung ihrer Konzepte, zusätzliche Angebote und die Schaffung einer Atmosphäre, die einen angemessenen Umgang mit dieser Klientel ermöglicht.

ARBEITSANSÄTZE VON STREETWORK

Zur Erreichung der oben genannten Ziele von Streetwork kommen folgende Arbeitsansätze zur Anwendung:

Auf die Klient(inn)en bezogen

Kontaktaufbau und -pflege

Als „Türöffner“ können Kondome, Spritzbestecke, Give-aways und Informationsbroschüren zur Risikominderung beim Drogengebrauch und zu Safer Sex angeboten werden. Die Kontaktaufnahme kann, je nach Situation, entweder auf offensive (zugehende) oder defensive (abwartende, sich anbietende) Weise erfolgen. Die Kontaktpflege zielt auf Vertrauensbildung und erfolgt zum einen durch Begrüßungsfloskeln und „Small talk“, zum anderen durch informelle Beratung.

Beziehungsarbeit

Hierbei handelt es sich um ein professionell gestaltetes, reflektiertes „Sich-in-Beziehung-Setzen“. Dazu gehört, dass man die Klient(inn)en ernst nimmt, ihre Gefühle respektiert und ihre Persönlichkeit wertschätzt (Arbeitsprinzip „akzeptierende Haltung“, siehe S. 30). Dieser Ansatz verlangt zugleich, dass man sich persönlich – eigene Sichtweisen und Gefühle – einbringt und Vertrauen herstellt. Beziehungsarbeit bildet die Grundlage für sämtliche Interaktionen zwischen Streetworker(inne)n und Klient(inn)en und erfolgt vor allem durch Gespräche.

Gespräche

In Phasen psychischer, körperlicher und sozialer Stabilisierung erfüllen Gespräche verschiedene Funktionen:

- ↳ Befriedigung des Mitteilungsbedürfnisses der Klient(inn)en
- ↳ Förderung von Problembewusstsein und Eigenverantwortlichkeit in der Lebensführung
- ↳ Bewältigung belastender Erfahrungen
- ↳ Stärkung des Selbsthilfepotenzials, z. B. durch Motivation zum Aufbau von Gruppen im Sinne eines solidarischen Bündnisses, um Konkurrenzen, Isolation usw. zu überwinden

Die Streetworker/innen wiederum erhalten durch das Gespräch Einblick in die Lebensweise und die Befindlichkeit ihrer Klient(inn)en und können auf dieser Grundlage angemessene Unterstützung bieten, z. B. in Form von Information und Beratung.

Information

Informationen sind anzubieten über Maßnahmen der Risikominderung, über medizinische Aspekte (z. B. Behandlungsmöglichkeiten), zu Fragen der Ernährung und Hygiene, über Anlaufstellen des sozialen Hilfesystems (z. B. Therapieeinrichtungen und deren Konzepte, Adressen von Rechtsanwältinnen und Arztpraxen) und zu sozialrechtlichen Fragen. Informiert werden kann ebenso über Aspekte des gesellschaftlichen Lebens und über politische Ereignisse, die für Drogenkonsument(inn)en relevant sind.

Beratung

Beratung erfolgt – punktuell oder begleitend über längere Phasen – in folgenden Bereichen:

- ↳ Infektionskrankheiten, vor allem HIV/Aids, Hepatitis und Geschlechtskrank-

heiten (Syphilis, Tripper usw.); Themen sind z. B. Übertragungswege, Symptome, Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten.

- ↳ Leben mit chronischer Erkrankung (HIV, Hepatitis): z. B. gesunde Lebensführung, Bewältigung von Zukunftsängsten, Umgang mit Stigmatisierung und Diskriminierung
- ↳ Drogenabhängigkeit: Stärkung des Überlebenswillens, Umstieg auf weniger riskante Konsumformen, Entwicklung von Alternativen zum Leben mit Drogen, berufliche Perspektiven
- ↳ psychische Stabilisierung, z. B. als Vorbereitung auf einen Gerichtsprozess oder eine Therapie
- ↳ Partner- und Familienberatung: Gewaltprobleme, Heimunterbringung usw.
- ↳ allgemeine Sozialberatung: z. B. Ämterangelegenheiten, Schuldnerberatung, Arbeits- und Wohnungslosigkeit, Weitervermittlung an Hilfseinrichtungen.

Betreuung

Betreuung ist ein längerfristiger Prozess, der in der Regel auch Beratung umfasst.² Dieses Angebot für Menschen in schwierigen Lebensphasen erfordert personelle Kontinuität und die Mitwirkung der Klient(inn)en. Betreuung wird z. B. in Haftanstalten, im Krankenhaus, im Rahmen der Substitutionsbehandlung oder als Suchtbegleitung geleistet. Die Betreuung Erkrankter schließt den Aufbau eines Unterstützungsnetzes (z. B. Bekannte oder Freundinnen und Freunde) und gegebenenfalls Sterbegleitung mit ein.

Begleitung

Begleitung wird angeboten bei Arztbesuchen oder bei Behördengängen (z. B. Arbeitsamt, Sozialamt), um die Klient(inn)en bei der Durchsetzung ihrer rechtmäßigen Ansprüche zu unterstützen.

² Der Begriff „Betreuung“ wird nicht einheitlich verwendet und ist im deutschen Sprachraum nicht definiert.

Krisenintervention

Bei Klient(inn)en in besonders prekären Lebenslagen wird eine Krisenintervention notwendig. Diese erfordert als Erstes eine Krisendiagnostik, um entscheiden zu können,

- ↳ welche Hilfestellungen erforderlich sind: unbürokratische Soforthilfe (z. B. Beschaffen von Geld oder einer Unterkunft) oder längerfristige psychosoziale Betreuung
- ↳ ob die Intervention selbst geleistet werden kann oder ob weitere Helfer/innen hinzuzuziehen sind (z. B. ein Notarzt bei Überdosierung)
- ↳ ob der/die Betroffene weitervermittelt werden muss, z. B. in psychotherapeutische Angebote bei Suizidgefahr infolge belastender Ereignisse, in ärztliche Behandlung nach Unfällen oder bei akuter Erkrankung
- ↳ ob Kontakt mit Behörden oder Rechtsanwält(inn)en aufgenommen werden muss.

Initiierung von Gruppenangeboten

Gruppenangebote (z. B. Ausflüge, gemeinsames Frühstück, sportliche Aktivitäten, themenorientierte Gruppen) ermöglichen soziales Lernen und eröffnen Begegnungs- und Interaktionsräume außerhalb der Drogenszene.

Verhandlung

Streetworker/innen bieten sich als Verhandlungspartner an, wenn es zwischen zwei oder mehreren Szeneangehörigen oder diesen und anderen Personen (z. B. Anwohner/innen) zu Problemen gekommen ist. Sie verhalten sich dabei kritisch parteiisch (siehe „Interessenvertretung“, S. 34).

Vermittlung

Die Vermittlung an Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfe sowie der medizinischen Versorgung, in Krisenübernachtungsstellen, an die Schuldnerberatung,

Rechts- und Sozialhilfeberatung, an Wohnungsvermittlungen, Selbsthilfegruppen usw. (siehe „Verweisungskompetenz“, S. 42) erfolgt unter Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts der Klient(inn)en: Sie entscheiden, ob sie weitere Hilfe in Anspruch nehmen wollen oder nicht.

Beschaffung

Bei Klient(inn)en in schwierigen Lebenslagen kann es notwendig werden, für sie Geld, eine Sach- oder Dienstleistung, einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz zu beschaffen. Anders als bei der Vermittlung in weitergehende Hilfen handelt es sich bei Beschaffung um eine direkte Hilfeleistung des Streetworkers.

Peer-Arbeit

Auch für Drogenkonsument(inn)en gilt: Einstellungs- und Verhaltensänderungen lassen sich besonders gut durch Gruppenzugehörige erreichen, da sie authentischer und glaubwürdiger sind. Zu den Aufgaben von Streetwork gehört daher auch das Gewinnen von Peers, die dann mittels spezieller Schulungen oder durch Informationsvermittlung im Rahmen niedrigschwelliger Drogenhilfe dazu befähigt werden, präventive und gesundheitsförderliche Kenntnisse und Fertigkeiten in ihrer Gruppe weiterzugeben (siehe hierzu K. Dettmer, S. 110 in diesem Band).

Auf die Infrastruktur bezogen

Sozialraumarbeit

Sie umfasst die Betreuung und Begleitung von Gruppen, die in der Szene und in so genannten Problemvierteln leben. Grundlage sind die Arbeitsprinzipien von Streetwork (siehe oben S. 29) und Vereinbarungen mit Kooperationspartnern.

Interessenvertretung

Sie erfolgt durch Mitarbeit in (Fach-)Gremien, Kooperation, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit. Dieser Arbeitsansatz unterstützt die Selbstvertretung der Drogengebraucher/innen und zielt auf den Erhalt und die Förderung des sozialen Netzwerks „Szene“.

QUALITÄTSSICHERUNG

Jede Einrichtung, die Streetworker/innen beschäftigt, muss entsprechende Konzepte für Qualitätssicherung entwickelt haben und sicherstellen, dass Streetwork angemessen evaluiert und dokumentiert wird. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass Streetwork die gleiche Anerkennung erfährt wie alle anderen Arbeitsformen der Einrichtung (siehe Leicht/Schaffranek in diesem Band, S. 24) und dass die Streetworker/innen in das Mitarbeiterteam fest eingebunden sind.

Qualitätssicherung erfolgt unter anderem durch

- ↳ regelmäßige Überprüfung der Konzepte
- ↳ regelmäßige Bedarfsanalysen
- ↳ regelmäßige Überprüfung des Arbeitsauftrags im Hinblick auf sich ändernde Szenebedingungen (neue Drogen, neue Konsumentengruppen, andere Konsumformen, Verlagerung von Szenetreffpunkten)
- ↳ regelmäßige Team-Klausurtage (mindestens einmal jährlich)
- ↳ Dokumentation
 - Führen einer Statistik (quantitative Erfassung der Dienstleistungen und Sachmittel)
 - Verfassen von Arbeitsberichten
 - Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse in einem Jahresbericht.³

Die Dokumentation von Streetwork wurde in sozialen Hilfseinrichtungen lange Zeit vernachlässigt. Als Streetwork noch Neuland war, galt es geradezu als gefährlich, die Arbeit transparent zu dokumentieren – zu Recht, denn die polizeilichen Maßnahmen gegen die Drogenhilfe in jenen Zeiten gaben hinreichend Grund zu der Sorge, dass bei Durchsuchungen vorgefundene schriftliche Dokumentationen für strafrechtliche Ermittlungen genutzt würden. Auch in den letzten Jahren hat sich immer wieder gezeigt, dass die niedrigschwellige Arbeit mit Drogengebraucher(inne)n rechtliche Risiken für die Mitarbeiter/innen und die Leitung der Einrichtungen birgt. In Bielefeld beispielsweise wurde 2003 den Mitarbeiter(inne)n der örtlichen Drogenberatungsstelle vorgeworfen, sie hätten

³ Vgl. *Streetcorner – Zeitschrift für aufsuchende Sozialarbeit*, 2. Jg. (1989) Heft Nr.2 Nr. 1/96.

in ihrer Kontakteinrichtung Drogenhandel toleriert. Das Verfahren wurde gegen Bußgeldzahlung eingestellt. Zu solchen Vorfällen kann es immer wieder kommen, solange das Betäubungsmittelgesetz nicht entsprechend geändert wird.

Heute, angesichts der zum Teil drastischen Kürzungen der Haushaltsmittel, macht sich bei den meisten Streetwork-Projekten eine wahre „Dokumentationseuphorie“ breit: Jede Einzelheit soll bis ins Kleinste festgehalten und veröffentlicht werden. Dokumentation ist zwar wichtig und unverzichtbar, denn sie bildet eine Grundlage für die Weiterentwicklung der Arbeit und macht das Geleistete für den Träger, die Geldgeber und die Öffentlichkeit transparent. Übertrieben detailliertes Dokumentieren schafft jedoch Unübersichtlichkeit und bindet außerdem zu viel Zeit und Arbeitskraft.

QUALIFIKATIONEN

Streetworker/innen sollten über ein abgeschlossenes Studium der Sozialarbeit oder Sozialpädagogik verfügen. Für Streetwork kann die Einrichtung aber auch Personen einsetzen, die selbst einmal der Drogenszene angehört haben und aufgrund ihrer dort gemachten Erfahrungen dafür geeignet sind. In jedem Fall aber ist eine intensive Einarbeitung und professionelle Anleitung durch erfahrene Streetworker/innen sicherzustellen: Streetwork ist kein Experimentierfeld für Anfänger/innen in der Sozialarbeit.

Sozialarbeiterische Fachkenntnisse

Erforderlich für Streetwork sind umfassende Kenntnisse über

- ↳ die Methoden der Sozialarbeit/Sozialpädagogik (insbesondere in den Bereichen Einzelfallhilfe und Krisenintervention)
- ↳ die Lebensbedingungen und Lebensweise in den Drogenszenen allgemein und vor Ort
- ↳ die Strukturen der örtlichen Drogenszenen und die Bedingungen für die Organisation von Selbsthilfe
- ↳ die Mechanismen gesellschaftlicher Diskriminierung und Stigmatisierung.

Rechtliche Kenntnisse

Streetworker/innen arbeiten in kriminalisierten Szenen und mit einer von sozialer Benachteiligung und übertragbaren Krankheiten besonders betroffenen Zielgruppe. Erforderlich sind daher

- ↳ Kenntnisse in punkto Betäubungsmittelgesetz (BtMG), Allgemeines Gesetz zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in Berlin (ASOG), Strafgesetzbuch (StGB) und Strafprozessordnung (StPO)
- ↳ sozialrechtliche Kenntnisse; relevant sind das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) bzw. das Sozialgesetzbuch (SGB), das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) und das Gesetz zum Schutz der Jugend in der Öffentlichkeit (Jugendschutzgesetz, JÖSchG)
- ↳ Kenntnisse des Infektionsschutzgesetzes (IfSG).

Verweisungskompetenz

Vor allem unerfahrene Streetworker/innen versuchen, allen Bedürfnissen und Problemen ihrer Klientel im Alleingang gerecht zu werden. In aller Regel überfordern sie sich damit, was zu vorzeitigem „Burn-out“⁴ führt. Außerdem bedürfen spezielle Problemlagen spezieller Hilfen, für die sie nicht qualifiziert sind. Aus diesen Gründen müssen sie über Verweisungskompetenz verfügen. Dazu gehört zum einen die Fähigkeit zu entscheiden, in welchen Situationen Spezialkräfte erforderlich sind, zum anderen müssen sie gut über das örtliche Hilfs- und Versorgungssystem informiert sein, um Klient(inn)en bei Bedarf kompetent weitervermitteln zu können. Durch den Aufbau und die Pflege von Kontakten mit den Einrichtungen und Institutionen vor Ort kann eine angemessene Versorgung sichergestellt werden (siehe S. 33).

⁴ Burn-out (engl.) = Ausbrennen durch ständige Frustration und zu hohe Erwartungen an sich selbst. Die Symptome können Depressionen, aber auch Schlafstörungen, Kopfschmerzen oder Magenkrämpfe sein. „Ausgebrannte“ ziehen sich meist völlig in sich zurück und nehmen kaum noch oder keine Hilfe von Angehörigen oder Freund(inn)en an. Sie brauchen professionelle psychologische Unterstützung, häufig eine Psychotherapie. Das Burn-out-Syndrom tritt vor allem in helfenden Berufen infolge hoher Arbeitsbelastung auf (Pflegeberufe, Lehrer/innen, Sozialarbeiter/innen, Erzieher/innen), was häufig zu Krankschreibung, Arbeitsunfähigkeit oder Frühverrentung führt.

Kompetenzen im Bereich Arbeitssicherheit

Die innerhalb von Drogeneinrichtungen – insbesondere in Konsumräumen – Beschäftigten sind zwar höheren Infektionsrisiken (HIV, Hepatitis) ausgesetzt als Streetworker/innen. Doch auch bei der Straßensozialarbeit kann es Situationen geben, in denen man mit infektiösem Material in Kontakt kommt. Streetworker/innen müssen deshalb wissen, dass HIV und Hepatitisviren vor allem durch Blut übertragen werden, und über eine entsprechende „Blutaufermerksamkeit“⁵ verfügen. Erforderlich dafür sind gründliche Kenntnisse über die Maßnahmen des Infektionsschutzes, die im Bedarfsfall konsequent angewandt werden.⁶

Alle Mitarbeiter/innen sollten einen Erste-Hilfe-Kurs zum Schwerpunkt „Drogennotfälle“ besucht haben und sich mit der Handhabung von Beatmungshilfen auskennen – auch zu ihrer eigenen Sicherheit. Sie müssen wissen, dass im Notfall als Erstes die benutzte Spritze des Betroffenen zu sichern ist, um der Gefahr von Infektionen durch Stichverletzungen vorzubeugen. Bei allen weiteren Maßnahmen sind Schutzhandschuhe ein Muss, und die Beatmung sollte stets mit einem „Ambubeutel“ oder anderen Beatmungshilfen durchgeführt werden.

Streetworker/innen können immer wieder in Situationen geraten, die eskalieren und in denen es zu Gewalt kommt: unter den Drogenkonsument(inn)en, aber auch gegen sie selbst. Um solche Situationen zu vermeiden, sollten sie durch Deeskalationstrainings dazu befähigt werden, Zeichen von Frustration und Aggression früh zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren, um eine Zuspitzung zu verhindern. Außerdem sollte selbstverständlich sein, dass vor allem weibliche Streetworker wenigstens zu zweit unterwegs sind, damit in brenzligen Situationen Beistand gewährleistet ist. Zwar bieten Streetworker/innen weniger Reibungsfläche, weil sie draußen nicht die in der Einrichtung geltenden Regeln durchsetzen müssen. Außerdem stehen sie aggressiven oder gewaltbereiten Klient(inn)en nicht in einem geschlossenen Raum gegenüber, der solches Verhalten fördern kann. Auf der Straße können sie eskalierenden Situationen buchstäblich aus dem Weg gehen oder das Geschehen erst mal beobachten. Doch darf man sich auch hier auf keinen Fall durch zupackendes Eingreifen in Gefahr bringen. Es gilt, sich zurückzuhalten und die Polizei herbeizurufen.

⁵ Die Blutaufermerksamkeit („blood awareness“) richtet sich vor allem auf das überaus leicht übertragbare Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virus.

⁶ Die Einrichtung wiederum muss dafür Sorge tragen, dass auch die Streetworker/innen gegen Hepatitis A und B geimpft sind.

Persönliche Kompetenzen

Erfahrung im Umgang mit Drogenkonsument(inn)en:

Der Einstieg in die Szenearbeit gestaltet sich leichter, wenn man bereits privat oder beruflich mit Drogenkonsument(inn)en zu tun hatte.

Selbstreflexion:

Streetworker/innen müssen ihre Motivation und ihr Handeln immer wieder kritisch hinterfragen. Zum einen deshalb, weil starre Haltungen und das Helfersyndrom⁷ im sozialen Arbeitsfeld „Straße“ besonders schnell zum Scheitern führen. Zum anderen haben sie es oft mit einer Klientel zu tun, die sich über den Drogenkonsum definiert, und werden daher immer wieder mit eigenen Suchtanteilen konfrontiert. Sich damit auseinander zu setzen, ist wichtig, um herauszufinden, weshalb man ausgerechnet mit Drogengebraucher(inne)n arbeiten will, und um zu einer klaren Haltung zum Thema Drogenkonsum zu gelangen.

Akzeptierende Grundhaltung:

Streetworker/innen brauchen sich nicht mit ihrer Zielgruppe zu identifizieren. Und schon gar nicht sollten sie ihre Verhaltensweisen imitieren, denn Anbiederung wird schnell durchschaut. Sehr wohl aber müssen sie ihre Lebensstile und Einstellungen (z. B. Ablehnung von Werten und Normen der „Normal-“/Leistungsgesellschaft) akzeptieren können. Streetwork ist nicht leistbar, wenn man die Klient(inn)en ablehnt und sie als defizitäre Persönlichkeiten begreift: Auch wenn eine solche Haltung nicht offen zum Ausdruck gebracht wird, ist sie dennoch spürbar und erzeugt Abwehr (siehe hierzu auch „akzeptierende Haltung“, S. 30).

Fähigkeit zur Abgrenzung:

Nähe zur Zielgruppe ist unabdingbar, aber auch die Fähigkeit zu Distanz. Streetworker/innen müssen daher in der Lage sein, zwischen beiden Polen die Balance zu halten. Ein ausgeglichenes Privatleben kann dabei unterstützen.

Konfliktfähigkeit:

Konflikte bleiben nicht aus, wenn man an der Schnittstelle von marginalisierten Gruppen und Institutionen tätig ist. Für diese Gratwanderung brauchen Streetworker/innen eine gehörige Portion Konfliktfähigkeit und Durchsetzungsvermögen.

Hohe Frustrationstoleranz:

Schwierigkeiten beim Zugang zur Szene, das Immer-zur-Verfügung-Stehen, Konflikte mit Institutionen und die Konfrontation mit Verelendung und Gewalt können emotional stark belasten. Gefragt ist daher die Fähigkeit, Gefühle wie Enttäuschung, Überforderung, Ärger und Wut zu kompensieren, um nicht aggressiv oder depressiv zu werden.

Spontaneität und Flexibilität:

Streetworker/innen müssen dazu fähig sein, sich rasch auf unterschiedliche Situationen, Anforderungen und Erwartungen einzustellen, um in diesem wenig strukturierten Arbeitsfeld angemessen handeln zu können.

Zuverlässigkeit:

Gerade in „chaotischen“ Szenen lebende Klient(inn)en müssen sich darauf verlassen können, dass Versprechen erfüllt und Abmachungen eingehalten werden.

Kontaktfähigkeit:

Sie erleichtert (gerade zu Beginn der Tätigkeit) den Zugang zur Drogenszene.

Sensibilität:

Streetworker/innen müssen auch nicht verbalisierte Bedürfnisse erkennen können und ein Gespür für Veränderungen in der Drogenszene haben.

⁷ Helfersyndrom: Davon Betroffene haben das Ideal „gut ist nur, wer Schwächeren, Kranken oder Bedürftigen hilft“ im Über-Ich verinnerlicht. Sie wollen für die Betreuten das verkörpern, was sie bei ihren eigenen Eltern in der Kindheit vermisst haben. Bei überstarker Ausprägung des Helfersyndroms (das Wohlergehen der Betreuten wird grundsätzlich für wichtiger gehalten als die eigene Befindlichkeit) kann es zu schweren Depressionen oder zum Burn-out kommen.

KAPITEL II – BEISPIELE AUS DER PRAXIS

Zugehende Arbeit mit Crackkonsument(inn)en in Frankfurt am Main

KATHRIN EGGBRECHT

EINFÜHRUNG

Während Kokain(pulver) in Deutschland innerhalb der offenen Straßenszenen mittlerweile eine eher untergeordnete Rolle spielt (vgl. Prinzleve/Martens/Haasen 2004), hat der Konsum des Kokain-Abkömmlings Crack etwa seit Mitte der 1990er Jahre rasch zugenommen; er ist heute vor allem in Frankfurt am Main und Hamburg, aber auch in Hannover verbreitet und Bestandteil eines polyvalenten Gebrauchsmusters (vgl. hierzu und zu den folgenden Ausführungen Klee/Stöver 2004).¹

Crack: Konsumformen und Wirkungen

Crack wird in der Regel geraucht, kann aber nach Aufbereitung mit Zitronensäure auch intravenös konsumiert werden. Die Droge versetzt die Konsument(inn)en in einen Zustand der Agitiertheit^a; aufgrund verstärkter Wahrnehmung äußerer Reize sind sie leicht reizbar und fühlen sich in begrenzten räumlichen Situationen eingeengt. Hyperaktivität, das Gefühl erhöhter Leistungsfähigkeit und Euphorie halten etwa 10–15 Minuten an und werden dann oft von tiefen Depressionen, aber auch Rastlosigkeit, Gereiztheit, Schlaf- und Appetitlosigkeit gefolgt.

Gesundheitliche und soziale Folgen des Crackkonsums

Einige Drogenhilfe-Mitarbeiter/innen und Forscher/innen vermuten, dass ein kontrollierter, sozial wie gesundheitlich unauffälliger Crackkonsum über einen längeren Zeitraum möglich ist. In der Öffentlichkeit werden allerdings vor allem durch Verelendung gefährdete oder verelendete Konsument(inn)en sichtbar, die zumeist den „klassischen“ Drogenszenen angehören oder als „gesellschaftliche Außenseiter“ gelten (z. B. Stricher oder jugendliche Prostituierte).

¹ Zur Erklärung der Tatsache, dass sich Crack vor allem in diesen Städten in den offenen Szenen etablierte, gibt es verschiedene Ansatzpunkte (etwa die Bedeutung von Drogenumschlagplätzen wie Flug- und Seehäfen), die aber an dieser Stelle nicht diskutiert werden können.

^a Aufgeregtheit, psychomotorische Unruhe

Der Konsum kann zahlreiche gesundheitsgefährdende Folgen haben:

- ↳ Viele Konsument(inn)en sind stark untergewichtig, weil sie sich aufgrund des durch die Droge herabgesetzten Hungergefühls nur unregelmäßig und mangelhaft ernähren.
- ↳ Da auch das Durstgefühl häufig übergangen wird, zeigen viele User/innen zudem Anzeichen von Austrocknung.
- ↳ Aufgrund der kurzen Wirkdauer und des schnellen Wechsels von Euphorie zu Depression setzt bei den Abhängigen oft schon direkt nach dem Zug an der Crackpfeife wieder das Verlangen und die Gier (Craving) nach weiterem Crack ein. Es kommt zum so genannten Run, einem bisweilen mehrere Tage und Nächte anhaltenden Dauerkonsum, der oft erst durch völlige Erschöpfung oder durch fehlende finanzielle Mittel zur Beschaffung von Crack beendet wird (dieses Konsummuster wird auch als „binge^b smoking“ bezeichnet).
- ↳ Durch die anhaltende Agitiertheit bzw. den fortgesetzten Konsum kommt es zu einem Schlafdefizit, das sich in nervösen, gereizten Zuständen, unkontrollierten, fahrigten Bewegungen bis hin zu Halluzinationen äußern kann.
- ↳ Auch drogenbedingte Psychosen und andere psychiatrische Auffälligkeiten sind häufig.
- ↳ Bei polytoxikomanen Konsument(inn)en, die Crack auch intravenös konsumieren, kommt es oft zur Bildung von Abszessen und zu Infektionen mit Hepatitis oder HIV.
- ↳ Nach dem Eindruck von Ärzt(inn)en, die in niedrighschwelligten Einrichtungen tätig sind, steigt die Zahl schwerer Lungenentzündungen bei Crackkonsument(inn)en (vgl. Krause 2002); bei zusätzlicher HIV- und/oder Hepatitisinfektion stellen diese eine lebensbedrohliche Gefahr dar.

Auch in sozialer Hinsicht können sich der Konsum und seine Folgen schädlich auswirken; so kommt es etwa häufig zu gewalttätigen Auseinandersetzungen unter den Konsument(inn)en, und auch in der Interaktion mit Mitarbeiter(inne)n der Drogenhilfe ist meist Gereiztheit und eine latente Aggression zu spüren, die

^bbinge (engl.) = Gelage

in offene Aggression und Übergriffe umschlagen kann. Ihr schlechter körperlicher Allgemeinzustand erschwert es den Konsument(inn)en zudem, Kontakte zu Personen außerhalb der Drogenszene – eine wichtige Unterstützungsressource – zu pflegen oder aufzunehmen: Zum einen fehlt die Kraft, zum anderen schämen sich die Betroffenen für ihren heruntergekommenen Zustand. Außerdem machen Runs über mehrere Tage Verabredungen und die Einhaltung von Terminen fast unmöglich.

DAS FRANKFURTER CRACK-STREET PROJEKT (CSP)

Vorgeschichte und Anfangsphase

Erste Crackfunde in der Drogenszene in Frankfurt am Main machte die Polizei Anfang der 1990er Jahre, doch wurde das Problem zunächst nicht ernst genommen; Mitte der 1990er Jahre häuften sich die Funde jedoch. Zunächst grenzten sich innerhalb der Frankfurter Szene Crack- und Heroinkonsument(inn)en strikt voneinander ab, und zwar sowohl räumlich (hier stellte die Kaiserstraße die Grenze dar) als auch „inhaltlich“: Die Crackuser/innen bezeichneten die Heroinkonsument(inn)en als „dreckige Junkies“, während sie sich selbst als „sauber“ sahen, da sie ja „nur“ rauchten und nicht intravenös konsumierten. Die Heroinkonsument(inn)en andererseits empfanden die Crackuser/innen als „Stresser“, welche die „Teufelsdroge“ aus Amerika konsumierten und sich nicht in die Szene integrierten. Mittlerweile hat der Großteil der User/innen in der Szene polyvalente Konsummuster (Heroin, Crack und Benzodiazepine, wobei Crack für viele inzwischen Droge Nr. 1 ist) und zeigt starke Verelendungstendenzen.

Mitte/Ende der 1990er Jahre wurde deutlich, dass die bestehenden, für Heroinkonsument(inn)en geplanten Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe (wie auch die Einrichtungen der Jugendhilfe) nicht auf das Verhalten und die Bedürfnisse von Crackkonsument(inn)en eingestellt waren. Handgreifliche Auseinandersetzungen mit den dort ruhig „abhängenden“ Heroinkonsument(inn)en sowie psychische und körperliche Gewalt gegen Mitarbeiter/innen führten zu einer steigenden Anzahl von Hausverboten. Auch in der öffentlichen Wahrnehmung stellte die Crackszene ein immer größeres Ärgernis dar: Die Zahl der Gewaltsituationen innerhalb der Szene stieg, Geschäftsleute sahen durch verelendete Konsument(inn)en vor ihren Türen ihren Umsatz gefährdet, und Passant(inn)en fühlten sich durch die raumgreifenden Bewegungen der Crackabhängigen belästigt und bedroht.

Angesichts dieser Situation setzte sich die Auffassung durch, dass es speziell auf Crackkonsument(inn)en zugeschnittene Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung geben müsse und dass diese Gruppe am ehesten durch zugehende Arbeit in ihrem Alltag auf der Straße zu erreichen sei. 1997 beschlossen das Drogenreferat sowie das Jugendamt der Stadt die Einrichtung des „Crack-Street-Projekts“ (CSP), für das drei Träger, die bereits Erfahrungen mit Crackkonsument(inn)en und ihren Problemen gesammelt hatten – die AIDS-Hilfe Frankfurt mit ihrem Drogenhilfe-Kontaktladen „La Strada“ (mit Konsum- und Übernachtungsmöglichkeit), die Jugendhilfe mit dem Streetworkprojekt „Walkman“ (angegliedert zunächst ans Jugendamt, dann in die neu gegründete städtische Gesellschaft „Kommunale Kinder-, Jugend- und Familienhilfe“ überführt) und die Malteser mit ihrer Substitutionsambulanz in der Schielestraße –, jeweils zwei Mitarbeiter² benannten.

Das Projekt startete zunächst mit einer dreimonatigen Probephase, in der erkundet werden sollte, ob und auf welche Weise Crackkonsument(inn)en zu erreichen sind. Die erste Idee dazu war, mit einem Bus durch das Frankfurter Bahnhofsviertel zu fahren und isotonische Getränke an die User/innen zu verteilen. Dieses Vorhaben wurde jedoch nicht umgesetzt, weil der Handel und Konsum von Crack übers gesamte Bahnhofsgelände verteilt und zudem sehr hektisch in kleinen Grüppchen stattfand, die sich sofort wieder zerstreuten. Die Mitarbeiter begaben sich daher zu Fuß in die Szene, doch führte ihr Erscheinen dort zunächst meist zur „Flucht“ der User/innen: Da die Teams zu dritt (je ein Mitarbeiter der drei Träger) durch die Straßen zogen und Interesse an den Crackkonsument(inn)en zeigten, lag für die User/innen der Verdacht nahe, dass sie von der Polizei kamen oder mit ihr zusammenarbeiteten. Den gewünschten Erfolg brachte erst die Strategie, gezielt Konsument(inn)en anzusprechen, die den CSP-Mitarbeitern aus ihrer bisherigen Tätigkeit bereits bekannt waren: substituierte User/innen aus der Substitutionsambulanz, ältere Opiatabhängige aus dem Kontaktladen, Minderjährige und junge Erwachsene, die engen Kontakt zu den Mitarbeitern von „Walkman“ hatten. Beim Kontakt mit weiteren User(inne)n konnten dann diese bereits bekannten Klient(inn)en den Verdacht einer Zusammenarbeit der Projektmitarbeiter mit der Polizei ausräumen, sodass nach und nach vertrauensvolle Beziehungen zu vielen Einzelpersonen aus der Gruppe der Crackkonsument(inn)en aufgebaut werden konnten (vgl. Dörlamm o. J.). Dabei war und ist entscheidend, die Be-

² Zu Beginn handelte es sich nur um männliche Mitarbeiter, mittlerweile arbeiten auch Frauen mit.

troffenen als Individuen nicht nur mit Problemen, sondern auch mit Ressourcen wahrzunehmen.³

Ziele, Arbeitsweise und Angebote

Ziel des Crack-Street-Projekts ist die Verbesserung der Lebenssituation und des Gesundheitszustandes von Crackkonsument(inn)en, die in oder am Rande der Obdachlosigkeit leben und die ihren Drogenkonsum nicht kontrollieren können.

Das CSP arbeitet in zwei Teams mit je drei Mitarbeiter(inne)n aus den drei beteiligten Professionen (Drogenhilfe, Jugendhilfe, Medizin), die an drei Tagen in der Woche zu festen Zeiten jeweils drei bis vier Stunden auf der Straße unterwegs sind – was für die Klient(inn)en Verlässlichkeit, für die Mitarbeiter/innen allerdings auch eine Einschränkung der (zeitlichen) Flexibilität bedeutet. Die Einsatzzeiten orientieren sich am Bedarf der Zielgruppe: Montags und dienstags gehen die Teams ab 16 Uhr auf die Straße, da die meisten Crackkonsument(inn)en dort eher am Nachmittag und Abend anzutreffen sind als am frühen Morgen; donnerstags trifft sich das Projekt um 10:15 Uhr, um Klient(inn)en zu Ämtern oder Ärzt(inn)en begleiten zu können. Auch die Einsatzorte werden von der Szene bestimmt: Sind viele User/innen im Bahnhofsviertel anzutreffen, laufen die Mitarbeiter/innen vor allem dort ihre Runden; verlagert sich die Szene (aufgrund des Drucks der Ordnungskräfte) in andere Bereiche der Frankfurter Innenstadt oder in andere Stadtteile, werden die Konsument(inn)en auch dort aufgesucht. Darüber hinaus sind die Teams per Handy zu erreichen, z. B. über die Krisenzentren im Bahnhofsbereich. Gerade jüngere User/innen nutzen diese Möglichkeit und lassen die Mitarbeiter/innen anrufen, um mit ihnen einen Treffpunkt zu vereinbaren.

Ein wichtiger Bereich der Arbeit ist die zumindest minimale Befriedigung akuter Grundbedürfnisse, wobei die CSP-Teams aufgrund ihrer Multiprofessionalität große Bedürfnisbereiche abdecken. So organisieren die Mitarbeiter/innen etwa bei Bedarf Plätze in den Notschlafstellen der Drogenhilfe-Einrichtungen oder andere Übernachtungsmöglichkeiten, helfen, wenn Klient(inn)en sich zu einer stationären Entgiftung oder zu einer Substitutionsbehandlung anmelden wollen, leisten medizinische Grundversorgung vor Ort (z. B. Verbandswechsel bei offenen

³ Sieht man die Klient(inn)en in erster Linie als „Problemfälle“, bestärkt man sie womöglich in ihrem Gefühl, an ihrer Situation selbst nichts ändern zu können. Geht man hingegen ressourcenorientiert vor, kann man idealerweise das Bewusstsein vermitteln, dass sie ihr Leben selbst beeinflussen können.

Beinen oder die Vergabe von Medikamenten gegen Lungenentzündung) oder in einem Ambulanzraum einer kooperierenden Einrichtung, geben an Jugendliche Essensmarken für einen szenenahen Kontaktladen aus oder versorgen User/innen mit einer warmen Mahlzeit und Getränken, mit Hygieneartikeln, Fahrkarten oder Zigaretten.

Die Kontaktaufnahme und Kontaktpflege wird dadurch erleichtert, dass die CSP-Mitarbeiter/innen gegenüber den Crackkonsument(inn)en keine Hausregeln der Drogen- oder Jugendhilfeeinrichtungen durchsetzen und auch keine ordnungspolitischen Aufgaben übernehmen müssen. Die Begegnungen erfolgen „auf gleicher Augenhöhe“: Die Konsument(inn)en fühlen sich in ihrer Situation und Person akzeptiert und können ihrerseits auch die Mitarbeiter/innen akzeptieren („die sind in Ordnung ...“) – Voraussetzung für die Entwicklung vertrauensvoller Beziehungen. Dazu trägt auch die schon erwähnte spontane Begleitung von Konsument(inn)en zu Behörden, Ärzt(inn)en oder ins Krankenhaus bei – ohne diese Unterstützung und Motivation würden viele solche Termine nicht wahrnehmen. Begleitung wird dabei im Einzelfall auch zur Betreuung von Klient(inn)en über einen längeren Zeitraum, z. B. während eines Aufenthalts in einer Therapieeinrichtung, im Krankenhaus oder im Gefängnis. Hier geht es dann z. B. darum, zum Durchhalten einer Behandlung zu motivieren oder nach Möglichkeiten zu suchen, um den „Neustart“ nach der Entlassung zu erleichtern. Zwar kann eine grundlegende Verbesserung der Situation nur erreicht werden, wenn der zentrale Lebensort nicht das Bahnhofsviertel bleibt, doch führt dieses „hilflose Unterstützen“ immerhin in einer ganzen Reihe von Fällen dazu, die Grundlage für die Entwicklung einer Veränderungsbereitschaft zu schaffen (vgl. Dörlamm o. J.). Über die „Basiseinrichtungen“ der CSP-Mitarbeiter/innen kann dann gegebenenfalls der Zugang zu Einrichtungen der Frankfurter Drogenhilfe und weiterführenden Hilfsangeboten der Jugendhilfe und der Medizin ermöglicht und Unterstützung bei der Ablösung aus der Szene angeboten werden.⁴

Nicht zuletzt leisten die CSP-Mitarbeiter/innen auch Primärprävention und politische Arbeit. So thematisieren sie etwa riskantes Verhalten wie das gemeinsame Benutzen von Spritzen und zeigen Alternativen auf, informieren über Maßnahmen der Schadensminimierung, halten zur regelmäßigen Aufnahme von Nahrung und Getränken an oder bestärken Klient(inn)en darin, Konsumpausen einzulegen. Auf der Ebene der Politik und (Fach-)Öffentlichkeit arbeiten sie auf eine Verbesserung

⁴ Vgl. dazu die Arbeitsberichte des CSP, die im Internet unter <http://hometown.aol.de/mdoerrlamm/Walkman/CrackProjektmitArbeitsberichten.htm?f=fs> zu finden sind.

der Lebensverhältnisse ihrer Klient(inn)en hin, indem sie z. B. Gremien der Frankfurter Drogen- und Jugendhilfe Konzeptentwürfe für ergänzende Hilfsangebote vorlegen (vgl. z. B. Dörlamm/Schwabe 1998) oder indem sie an verschiedenen Fachhochschulen die Arbeit des Projektes vorstellen und die aktuelle Situation in der Frankfurter Szene schildern.

GEGENWÄRTIGE UND ZUKÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE ARBEIT MIT CRACKKONSUMENT(INN)EN (NICHT NUR) IN FRANKFURT AM MAIN

Neben der bereits erwähnten zunehmenden körperlichen, psychischen und sozialen Verelendung der Crackuser/innen, der zugehende Straßenarbeit nur punktuell begegnen kann, lassen sich unter anderem folgende Probleme und Herausforderungen benennen, mit denen die Drogenhilfe im Allgemeinen und zugehende Straßenarbeit im Besonderen gegenwärtig konfrontiert ist oder künftig konfrontiert sein dürfte:

- ↳ Da Crack in der Frankfurter Straßenszene mittlerweile zu einer der dominierenden Drogen geworden ist, dürfte die Zahl der User/innen mit problematischem Konsum, aggressivem Verhalten oder psychiatrischen Symptomen steigen. Hier ist die Zusammenarbeit mit Psycholog(inn)en und Psychiater(inne)n gefordert, um das Hilfsangebot auf den therapeutischen Bereich auszudehnen; erste Ansätze dazu gibt es in Frankfurt bereits (vgl. Wiemann-Djafari/Weil 2000).
- ↳ Zumindest in Frankfurt am Main deutet sich innerhalb der offenen Straßenszene ein Trend zu riskantem Konsumverhalten ab. Durch den Stress in der Szene, unter anderem hervorgerufen durch den Vertreibungsdruck z. B. infolge erhöhter Polizeipräsenz, geraten die Konsument(inn)en häufig in stressige Situationen, in denen sie keine Safer-Use-Maßnahmen umsetzen.
- ↳ Mädchen und Frauen zahlen ihren Drogenkonsum fast ausschließlich über Prostitution⁵; mittlerweile „zahlen“ manche Freier auch mit Crack oder „Sachleistungen“ (Kleidung, Nahrungsmittel, Übernachtungsmöglichkeit). Insbesondere dann, wenn der „Drogenhunger“ groß ist und sie sonst keine

⁵ Jungen/Männer finanzieren sich dagegen häufig über Beschaffungskriminalität, Dealen oder den „Service“, das Angebot an User/innen, das Aufkochen, Dosieren und Injizieren für sie zu übernehmen.

Möglichkeiten haben, an Geld oder Stoff heranzukommen, wird das „sichere“ Anschaffen für diese Mädchen und Frauen zweitrangig. Sie lassen sich eher auf ungeschützten Sex ein, was immer wieder zu Infektionen und auch ungewollten Schwangerschaften führt, und sind zudem in besonderem Maße von gewalttätigen Freiern und Vergewaltigung bedroht.

- ↳ Handel und Konsum finden (u. a. wegen des Vertreibungsdrucks) zunehmend auch außerhalb des Bahnhofsviertels statt, z. B. in Privatwohnungen. Für die zugehende Straßenarbeit bedeutet dies eine schlechtere Erreichbarkeit der Zielgruppe bzw. einen erhöhten Aufwand, um Klient(inn)en zu kontaktieren und kurz- oder längerfristig zu begleiten.
- ↳ Die rigide Durchsetzung der Ordnungspolitik kann auch das Vertrauen zu den Mitarbeiter(inne)n in Mitleidenschaft ziehen; diese werden von den Konsument(inn)en unter Umständen verdächtigt, in die Aktionen der Polizei eingebunden zu sein oder gar mit ihnen zusammenzuarbeiten.
- ↳ Es zeichnet sich ab, dass die Änderungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz und die Hartz-IV-Reform (SGB II–SGB XII; vgl. Leicht/Schaffranek, S. 23 f. in diesem Band) die User/innen auf der offenen Drogenszene in besonderem Maße treffen. So werden sie z. B., obwohl sie den Anforderungen einer Arbeitsstelle nicht gewachsen sind, als arbeitsfähig und somit arbeitssuchend nach SGB II eingestuft und müssen mit Kürzungen oder Streichungen ihrer Leistungen rechnen, wenn sie eine angebotene Arbeit ablehnen oder ihr nicht regelmäßig nachkommen.
- ↳ Finanzielle Kürzungen der Länder und Kommunen treffen nicht nur Einrichtungen der Drogenhilfe, sondern auch deren Klient(inn)en und Zielgruppen (z. B. durch eingeschränkte Öffnungszeiten von Kontaktläden und Beratungsstellen).

FAZIT UND AUSBLICK

Die Erfahrungen des Crack-Street-Projekts in Frankfurt am Main zeigen, dass die Zielgruppe der Crack-User/innen aus der Straßenszene hilfebedürftig ist und durch zugehende Straßenarbeit auch durchaus erreicht werden kann. Es liegt demnach nicht an der Droge und ihrer Wirkungsweise, wenn die User/innen durch die „traditionellen“ Angebote der Drogenhilfe mit ihrer „Kommstruktur“ nicht

erreicht werden konnten oder können. Die Drogenhilfe sollte es sich zur Aufgabe machen, über weitere Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention mit und für Crackkonsument(inn)en nachzudenken. Erfolgreiche Beispiele sind die Arbeit mit Peergroups oder Wohnprojekte für nicht substituierte Drogenabhängige, erprobt werden sollten auch neue Ausstiegsangebote wie z. B. Entgiftungsfreizeiten oder Maßnahmen, die den Aufenthalt im Krankenhaus, einer Therapieeinrichtung oder in Haft als Chance nutzen.

Für die zugehende Arbeit auf der Straße und für eine Verbesserung der Lebensbedingungen der Konsument(inn)en ist zu wünschen, dass sich sowohl auf der politischen Ebene als auch in der Öffentlichkeit und insbesondere bei der Polizei ein Verständnis für die marginale Situation der User/innen und ein Gespür für den Schaden entwickelt, den eine rigide Ordnungspolitik anrichtet – darauf gilt es hinzuwirken.

LITERATUR

Dörrlamm/Schwabe 1998

Dörrlamm, M./Schwabe, T.: Konzeptionsentwurf für eine Anlaufstelle (unveröffentlicht). Frankfurt am Main 1998

Dörrlamm o. J.

Dörrlamm, M.: Crack-Street-Projekt: ein Kooperationsmodell von Drogenhilfe – Jugendhilfe – Medizin. Im Internet unter http://hometown.aol.de/_ht_a/mdoerrlamm/Walkman/CrackProjekt.htm

Kemmesies/Werse 2004

Kemmesies, U. E./Werse, B.: „Das Gute“ – (kontrollierter) Kokainkonsum zu Beginn des 21. Jahrhunderts: Anzeichen eines Enkulturationsprozesses? In: Stöver, H./Prinzleve, M. (Hg.): *Kokain und Crack: Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote*. Freiburg: Lambertus 2004, S. 35 ff.

Klee/Stöver 2004

Klee, J./Stöver, H.: Der Konsum von (rauchbarem) Kokain – Herausforderungen für die Aids- und Drogenhilfe. In: Klee, J./Stöver, H. (Hg.): *Drogen, HIV/Aids, Hepatitis. Ein Handbuch*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe 2004, S. 202–226

Krause 2002

Krause, J.: Vortrag beim Hearing des Magistrats der Stadt Frankfurt zu Crack am 12.11.2002 (unveröffentlichtes Manuskript)

Prinzleve/Martens/Haasen 2004

Prinzleve, M./Martens, M.-S./Haasen, C.: Alles nur noch Crack? Mythen und Fakten zum Crackkonsum am Beispiel der „offenen Drogenszene“ in Hamburg, Stadtteil St. Georg. In: Stöver, H./Prinzleve, M. (Hg.): *Kokain und Crack: Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote*. Freiburg: Lambertus 2004, S. 179–188

Wiemann-Djafari/Weil 2000

Wiemann-Djafari, B./Weil, B.: Konzeption niedrigschwelliger Hilfen für CrackkonsumentInnen (unveröffentlichtes Manuskript). Frankfurt am Main 2000

KAPITEL II – BEISPIELE AUS DER PRAXIS

Aufsuchende, stadtteil-orientierte psychosoziale Begleitung/Betreuung von russlanddeutschen Drogenkonsument(inn)en: ein Praxisbericht aus Münster

WOLFGANG SCHNEIDER

EINFÜHRUNG: ZUM HINTERGRUND DES PROJEKTS

Zwischen 1988 und 1999 kamen rund 2,6 Millionen so genannte Spätaussiedler/innen nach Deutschland, davon etwa 1,6 Millionen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion (vgl. Schmid 2002, S. 131 f.). Manche von ihnen, insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene, die gegen ihren Willen „mitgenommen“ worden waren, kamen offenbar nur schwer mit den damit verbundenen Stressfaktoren und mit der neuen Situation in Deutschland zurecht, z. B. mit unterstellter oder tatsächlich erlebter Diskriminierung und Benachteiligung in Schule, Ausbildung und Beruf, mit enttäuschten Erwartungen bezüglich materieller Besserstellung, mit problematischen Wohnsituationen, mit Entwurzelungsgefühlen, Perspektiv- und Orientierungslosigkeit. Recht bald bildeten sich „ethnisch homogene“, sich abgrenzende Cliques, und einige jugendliche Aussiedler/innen orientierten sich offensichtlich an „abweichenden Gruppierungen“, unter anderem auch an Drogengebraucher(inne)n aus der offenen Szene – möglicherweise auch, um sich zumindest hier „irgendwie zugehörig“ zu fühlen und darin eine Identitätsstütze zu finden. Parallel dazu – so zeigen Forschungsergebnisse – verlor die Familie durch die migrationsbedingte Umbruchsituation deutlich an Kompetenz und an Integrationskraft, wiewohl sie neben der Clique immer noch „Teil-Refugium“ blieb.

Seit Ende der 1990er Jahre wiesen Mitarbeiter/innen aus Suchtberatungsstellen, Aids- und Drogenhilfen, niedrigschwelligen Hilfeeinrichtungen, Streetworkprojekten, Bildungsstätten und Jugendhilfeeinrichtungen auf eine steigende Zahl von Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus der Gruppe der Spätaussiedler/innen mit Drogenproblemen hin¹, auf deren besondere Situation, Bedürfnisse und Bedarfe (z. B. Sprachschwierigkeiten, Mentalität, kultureller Hintergrund, spezifische Sozialisationserfahrungen) sie nur unzureichend eingerichtet waren. Auch in Münster stieg die Zahl der – zum Teil sehr jungen – Drogenkonsument(inn)en aus Spätaussiedlerfamilien in der offenen Drogenszene, und „die Öffentlichkeit“

¹ Das heißt nicht, dass es unter Spätaussiedlern besonders viele abhängige Konsument(inn)en gäbe, im Gegenteil: Den wenigen bisher durchgeführten Studien zufolge ist der Anteil der Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen in dieser Gruppe eher geringer als bei den in Deutschland geborenen und aufgewachsenen Deutschen (vgl. Schmid 2002). Auch sollte man sich davor hüten, den beobachteten Anstieg allzu schnell etwa mit „Kulturkonflikten“ bzw. den beschriebenen Problemen zu erklären; Schmid (2002) weist zu Recht auf folgenden Zusammenhang hin: „Wenn sich junge Migranten zunehmend an vergleichbare deutsche Altersgruppen anpassen, dann werden sich auch der Konsum von Alkohol und anderen Drogen und die daraus resultierenden Probleme angleichen“ (a. a. O., S. 138).

beklagte die Bildung einer neuen Teilszene im Stadtteil Kinderhaus, vermehrte Spritzenfunde und öffentlich sichtbares Konsumgeschehen.

Vor diesem Hintergrund startete der 1990 gegründete gemeinnützige Verein „Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik e.V.“ (Indro), anerkannter Träger der Jugend- und Drogenhilfe, im Mai 1999 das Projekt „Aufsuchende, stadtteilorientierte psychosoziale Begleitung/Betreuung von russlanddeutschen Drogenkonsument(inn)en“.

DAS KONZEPT: ZIELE, PRINZIPIEN UND ANSÄTZE

Primäres Ziel des Projekts ist es, durch zugehende Straßenarbeit der psychosozialen und gesundheitlichen Verelendung russlanddeutscher Drogenkonsument(inn)en entgegenzuwirken und ihre Lebenssituation zu stabilisieren und zu verbessern. Dazu setzen wir auf Aufklärung und Information (z. B. mittels Infomaterialien zu Safer-Use-Maßnahmen in Russisch), Schadensminimierung (durch Schaffung des Zugangs zu und Anbindung an bestehende Angebote wie z. B. einen Spritzenautomaten oder Drogenkonsumraum), auf unterstützende Begleitung und Betreuung, Empowerment und das Hinwirken auf Akzeptanz, z. B. durch Öffentlichkeits- und Vernetzungsarbeit.

Prinzipien/Ansätze

Sozialraum- und Ressourcenorientierung, Respekt und Akzeptanz

Wichtig ist uns, nicht zuerst an den vermeintlichen oder tatsächlichen Defiziten der Mitglieder unserer Zielgruppe, sondern an der sozialen Bedeutung ihres Drogenkonsums und an ihren Ressourcen anzusetzen. Das heißt konkret, sie nicht in erster Linie als „sozial beschädigte Opfer“ einer „gescheiterten Integration“ zu sehen – ein solcher Hilfeansatz würde zur Etablierung von Sondermaßnahmen für „sonderbare“, immer noch fremde Menschen und infolge dieser Stigmatisierung letztlich auch zur Selbststigmatisierung führen. Vielmehr gilt es anzuerkennen, dass Drogengebrauch unter den gegebenen schwierigen Bedingungen von Integrationsdruck, Desorientierung in Bezug auf Normen und Werte, sozialer Ausgrenzung und fehlenden Zukunftsperspektiven zuerst einmal ein sinnstiftendes, gruppenförderndes Ritual mündiger, zur Selbstverantwortung und Selbstbe-

stimmung fähiger Menschen sein kann. Das ist Voraussetzung dafür, die Drogen gebrauchenden Spätaussiedler/innen bei der Wahrnehmung der Verantwortung für die Gestaltung ihres Lebens (mit oder ohne Drogen) und bei von ihnen selbst gewünschten und initiierten Verhaltensweisen und Veränderungen (z. B. Einsatz von Maßnahmen zur Risikominimierung, psychosoziale Stabilisierung, relative Abstinenz) moderierend zu unterstützen – andernfalls käme es unweigerlich zu einer Verweigerungshaltung.

Sozialraumorientierung² heißt auch, die – unzweifelhaft vorhandenen – sozialen Probleme Drogen gebrauchender Spätaussiedler/innen nicht allein dem Individuum zuzuschreiben, sondern sie auf die Strukturen und Verhältnisse zu beziehen, in denen es lebt. Die Feststellung von Problemen und Defiziten muss aber deren eigenverantwortliche und selbst initiierte, allenfalls moderierend unterstützte Beseitigung bzw. Minimierung zum Ziel haben und darf nicht der Zuschreibung und Aufrechterhaltung von Hilfsbedürftigkeit dienen.

In der praktischen Arbeit muss sich Sozialraumorientierung vor allem in räumlicher Nähe zur Szene und in der Akzeptanz der Lebenswelt und Lebensweise äußern, also des Lebens auf der öffentlich sichtbaren Drogenszene in Münster. Abstinenzfixierung ist damit ausgeschlossen.

Ineinandergreifen von aufsuchender Arbeit und niedrigschwelligen Einrichtungen/Vernetzung und Kooperation

Eine wichtige Voraussetzung für die Stabilisierung und Verbesserung der Lebenssituation Drogen konsumierender Spätaussiedler/innen ist der leichte Zugang zum Drogenhilfenetz, d. h. zu den verschiedenen Versorgungssystemen. Das erfordert eine Analyse der Zugangsbarrieren, die es dann so weit wie möglich zu beseitigen gilt; dazu gehört z. B. die Schaffung einer Vertrauensbasis durch aufsuchende Arbeit.

Um im Bedarfsfall schnell und unbürokratisch helfen zu können (Krisenintervention „just in time“), aber auch, um angemessene langfristige Begleitung und Betreuung im Sinne eines individuellen Case-Managements anbieten zu können, müssen Kontakte zu allen relevanten Partnern im Drogenhilfe- und Gesundheitssystem geknüpft und gepflegt werden.

² Sozialraumorientierung lässt sich nach Hinte (2002) mit den Begriffen Bedürfnis- und Bedarfsbezogenheit, aktivierende, soziale Unterstützung und Förderung von Selbsthilfe, individuelle und strukturelle Ressourcenorientierung im jeweiligen Lebenskontext, zielgruppen- und bereichsübergreifender Arbeitsansatz sowie vernetzende Kooperation und Abstimmung der jeweiligen Ressourcen umschreiben.

Empowerment

Akzeptanzorientierte Drogenarbeit ist nach unserem Verständnis Empowerment, d. h., sie fördert die selbstbestimmte, eigenverantwortliche Lebensgestaltung mit und ohne Drogen, z. B. durch die Vermittlung von Kompetenzen und Ressourcen, durch Unterstützung der Selbstwirksamkeit und des Selbstschutzes in riskanten Drogengebrauchssituationen, durch Verstärkung der Motivation zum „Ausstieg“. Empowerment ist aber nie abgeschlossen, kein Produkt, das methodisch produziert und „standardisiert“ werden kann (vgl. dazu Schneider 2000; Schneider/Gerlach [Hg.] 2004; Schneider/Stöver 2004). Zu akzeptieren ist auch, wenn das individuelle Risikomanagement aus Sicht der Primärprävention „scheitert“ oder wenn es auf dem Weg zur Abstinenz Rückschläge gibt – aufgrund der Dynamik des Drogenkonsums bzw. der Sucht oder aufgrund anderer Faktoren. Hier gilt es, sich einerseits vor Allmachtsphantasien in Acht zu nehmen, die nur enttäuscht werden können, und andererseits, sich einen langen Atem zu bewahren und sich durch Rückschläge nicht entmutigen zu lassen.

Bedarfs- und bedürfnisbezogene Unterstützung

Soziale Unterstützung ist eine wichtige Ressource zur Alltagsbewältigung und zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen (vgl. Kaluza 1996). Wir gehen davon aus, dass es hier vor allem auf die subjektive Überzeugung ankommt, in einem bestimmten Sozialraum anerkannt, akzeptiert und gestützt zu werden. Im Rahmen unserer Arbeit setzen wir auf folgende Formen sozialer Unterstützung:

↳ emotionale Unterstützung

Stichworte: Einfühlungsvermögen, Gesprächsbereitschaft, Offenheit, Vertrauen, Verständnis, Akzeptanz, Verschwiegenheit, Distanzfähigkeit und Respekt

↳ instrumentelle Unterstützung

Stichworte: auf Wunsch sofortige Einleitung von Hilfsmaßnahmen wie Vermittlung in Entzug, Substitution oder Therapie über die städtische Drogenhilfe, weiterführende soziale Hilfen, Angebote zur Schadensminimierung (Drogenkonsumraum, Spritzenautomat), Kriseninterventionen, medizinische Hilfen

↳ Unterstützung durch Information

Stichworte: Vermittlung von Informationen zu Safer Use (z. B. zu den Gefahren des Mischkonsums oder des gemeinsamen Gebrauchs von Spritzbesteck und Zubehör), zur Risikominimierung oder zur Methadonsubstitution (mittels entsprechender Faltblätter und Gespräche)

↳ Unterstützung der Selbstbewertung/geistige Unterstützung

Stichworte: offene und ehrliche Kommunikation, ohne dem Gegenüber seine Verantwortung abzunehmen oder es zu klientalisieren – z. B. durch Rückmeldungen zum Verhalten der Drogengebraucher/innen, durch Unterstützung der Selbstverantwortung und Eigenmotivation.

Um soziale Unterstützung bedarfs- und bedürfnisgerecht und ohne Wartezeiten für die Mitglieder unserer Zielgruppe anbieten zu können, sind die Mitarbeiterinnen des Projekts in alle Arbeitszusammenhänge einbezogen (vgl. Schneider/Gerlach 2003).

DIE PRAXIS: AUSSTATTUNG, ARBEITSWEISE, MASSNAHMEN UND ANGBOTE

AUSSTATTUNG UND ARBEITSWEISE

Für das Projekt „Aufsuchende, stadtteilorientierte psychosoziale Begleitung/Betreuung von russlanddeutschen Drogenkonsument(inn)en“ stehen pro Woche insgesamt 36 Arbeitsstunden zur Verfügung: 30 Stunden für eine Festangestellte und sechs Stunden für eine russisch sprechende Honorarkraft, die seit Projektbeginn mit dabei ist. (Für die Kontaktaufnahme und -pflege sind russische Sprachkenntnisse nicht zwingend notwendig; bei Sprachproblemen steht uns aber ein Dolmetscherdienst zur Verfügung, der gemeinsam mit der städtischen Drogenhilfe aufgebaut worden ist.)

Zweimal in der Woche ist die fest angestellte Mitarbeiterin für jeweils bis zu vier Stunden vor Ort, vor allem in Jugendfreizeiteinrichtungen im Stadtteil Kinderhaus. Jeden Mittwoch bietet sie eine offene Sprechstunde an, einmal im Monat auch eine besondere Freizeitaktivität. Dieses Vor-Ort-Kontaktangebot nehmen mittlerweile auch Eltern von Drogen konsumierenden Spätaussiedlern wahr. Darüber hinaus gehört zu ihren Aufgaben die Organisation von bzw. Teilnahme an Veranstaltungen wie Anwohnergemeinschaften oder Elternsprechstunden, gegebenenfalls auch abends. Die russisch sprechende Mitarbeiterin wird hauptsächlich in der psychosozialen Begleitung von Substituierten eingesetzt und ist meist im niedrigschwelligen Drogenhilfzentrum (mit Konsumraum und der drogentherapeutischen Ambulanz DTA) anzutreffen, das inzwischen zu fast 50 % von russlanddeutschen Drogenkonsument(inn)en (insbesondere aus Kasachstan und Kirgisien) genutzt wird. Da die Personalkapazität für diese Arbeit nicht ausreicht,

wurde ein vernetztes Modell mit der städtischen Drogenhilfe entwickelt, um bei Bedarf gezieltes Case-Management leisten zu können.

Maßnahmen und Angebote

Vertrauensbildende Maßnahmen/Aufklärung und Information/Beratung

Schon bei den ersten Kontakten zeigte sich, dass viele russlanddeutsche Drogenkonsument(inn)en uns mit Vorsicht, Misstrauen oder auch Ablehnung begegneten, da sie uns zunächst der „Staatsmacht“ zuordneten und wahrscheinlich Repression, zumindest aber moralische Verurteilung fürchteten (wie dies in ihren Herkunftsländern, wo Sucht nicht als Krankheit, sondern als Verfehlung gilt, gang und gäbe ist). Andere wiederum setzten Drogenhilfe offenbar mit ärztlicher Hilfe gleich und hatten die völlig unrealistische Erwartung, sofort „geheilt“ zu werden; diese Erwartung scheint vor allem bei den Eltern der Konsument(inn)en weit verbreitet zu sein und wird mitunter auch recht aggressiv geäußert.

Für das Projekt heißt das, durch kontinuierliche aufsuchende Arbeit Kontakte herzustellen und zu pflegen und die Konsument(inn)en über die Strukturen und Grundsätze, die Arbeitsweise und die Angebote des Drogenhilfesystems aufzuklären (Stichworte: Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht der Mitarbeiter/innen, Anonymität, Freiwilligkeit, kostenlose Betreuung usw.). Neben den persönlichen Gesprächen dienen dazu unter anderem ein selbst entwickelter Flyer zum Drogenhilfesystem, eine ins Russische übersetzte Fassung der Konsumraum-Hausordnung oder ein Informationsblatt in russischer Sprache zu den Bedingungen und möglichen Zielen einer Substitution mit vielen nützlichen Hinweisen (Hintergrund ist, dass manche russlanddeutsche Drogenkonsument(inn)en die Methadonsubstitution für eine kurzfristige Heilungsmethode halten und dann fast zwangsläufig daran scheitern). Im Rahmen der Primärprävention bietet das Projekt darüber hinaus Informationen zu Themen wie Safer Use bzw. Schadensminimierung, HIV und Hepatitis (Übertragungswege, Schutz, Behandlung) oder zum richtigen Umgang mit gefundenen Spritzen; ein entsprechender Flyer wurde auch an Mitarbeiter/innen aus dem Bereich der Jugendarbeit verteilt.

Das von uns vorgehaltene Beratungsangebot im Stadtteil Kinderhaus wird vorwiegend von Jugendlichen angenommen, die bereits selbst Erfahrungen mit „harten“ Drogen haben oder innerhalb der Familie mit dem Thema konfrontiert

sind; im Vordergrund stehen hier Fragen zum Bereich Safer Use. Vereinzelt suchen auch Eltern und Lehrer das Gespräch.

Öffentlichkeitsarbeit/Vernetzung

Vertrauen ist aber nicht nur für die Arbeit mit den Drogen konsumierenden Spätaussiedler(inne)n selbst wichtig, sondern auch für die Akzeptanz des Projektes in der Öffentlichkeit und im Hilfesystem. Neben Aufklärung und Information für die Zielgruppe betreiben Projekt und Träger daher auch intensive Öffentlichkeits-, Gremien- und Vernetzungsarbeit. Dazu gehört u. a. die regelmäßige Teilnahme an so genannten Nutzertreffen vor Ort (Zusammenschluss von Bürgern, Polizei und im Stadtteil arbeitenden Sozialarbeiter[inne]n, die regelmäßige Mitarbeit in den Arbeitskreisen „Netzwerk Spätaussiedler“, „Drogen“ sowie „Migration und Sucht“.

Eine enge Zusammenarbeit gibt es auch mit anderen Partnern des Hilfesystems; so kommt unsere Mitarbeiterin regelmäßig zu Arbeitstreffen mit der zuständigen Mitarbeiterin der städtischen Drogenhilfe zusammen und ist gelegentlich in der Methadonambulanz der Westfälischen Klinik für Psychiatrie sowie bei niedergelassenen Ärzt(inn)en mit Substitutionsangebot präsent.

Niedrigschwellige Angebote zur Infektionsprophylaxe

In Abstimmung mit der Jugendhilfe vor Ort und mit Unterstützung der AIDS-Hilfe NRW e.V. hat das Projekt im Stadtteil Kinderhaus einen Spritzenautomaten mit Entsorgungsschacht installiert, der es den intravenös Drogen Konsumierenden ermöglicht, bei geringen „Schwellenängsten“ rund um die Uhr sterile Spritzbestecke zu beziehen und gebrauchte Spritzen zu entsorgen. Dieses Angebot zur Infektionsprophylaxe und Entsorgung ist auch für die Außenwirkung wichtig: Gebrauchte Spritzen, die entsorgt werden, finden sich nicht im öffentlichen Raum wieder. Inzwischen stößt der Spritzenautomat, der regelmäßig von unserer Mitarbeiterin in Zusammenarbeit mit dem Verein Begegnungsstätte e.V. betreut wird, auf allgemeine Akzeptanz.

Aufsuchende Arbeit in Verbindung mit niedrigschwelligen Angeboten

Zu den Aufgaben der Projektmitarbeiterinnen gehört es auch, im Rahmen der niedrigschwelligen Kontaktladenarbeit Möglichkeiten der Kontaktaufnahme zu Drogen konsumierenden Spätaussiedler(inne)n auszuloten und zu nutzen sowie den russlanddeutschen Konsumraumnutzer(inne)n Informationen und Beratung anzubieten. Dafür haben wir Safer-Use-Faltblätter mit Hinweisen zu Themen wie

Rauchen von Folie, Heroin, Benzodiazepine oder Verhalten in Drogennotfallsituationen entwickelt; eine Übersetzung ins Russische ist in Arbeit.

Psychosoziale Begleitung und Betreuung (PSB)

In enger Kooperation mit den städtischen Versorgungssystemen wirken die Projektmitarbeiterinnen an Maßnahmen der so genannten Psychosozialen Begleitung und Betreuung mit (dies sind Unterstützungsangebote, die z. B. Krisenintervention, Schuldner- und Rechtsberatung, Hilfe bei der Arbeitsplatz- und Wohnraumbeschaffung oder Hilfestellung bei der Aufnahme schulischer und beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen umfassen; siehe dazu Gerlach 2004).

ZWISCHENBILANZ

Nach nunmehr sechsjähriger Laufzeit des Projekts lässt sich feststellen, dass russlanddeutsche Drogenkonsument(inn)en mittlerweile weitgehend in die offene Szene in der Münsteraner Innenstadt integriert sind, sie also kaum noch abgeschottete Teilszenen bilden. Im Stadtteil Kinderhaus hat sich auch dadurch die Lage „entspannt“; es kommt seltener zu offenem Konsum und zu Spritzenfundten.

Insgesamt gesehen konnten sowohl bei der Zielgruppe als auch in der Öffentlichkeit Zugangsschwellen und Vorbehalte gegenüber der Drogenhilfe abgebaut³ und die Anbindung der Zielgruppe an die bestehenden Hilfsangebote im Großen und Ganzen erreicht werden⁴, wie sich anhand folgender Beobachtungen zeigt:

- ↳ Die Zahl der russlanddeutschen Drogenkonsument(inn)en, die den Indo-Kontaktladen am Bremer Platz aufsuchen, ist gestiegen.
- ↳ Gestiegen ist auch die Zahl der Drogen konsumierenden Spätaussiedler/innen, welche Angebote zur Infektionsprophylaxe wahrnehmen (Spritzentausch, Abgabe von Zubehör wie saubere Löffel, Ascorbinsäure, Alkoholtupfer, Filter, Alufolie, Salben, steriles Wasser, Spritzen mit integriertem Filter).

³ Akzeptanz erreicht man allerdings nicht „ein für alle Mal“, sondern sie muss immer wieder neu errungen werden.

⁴ Dies gilt allerdings für die jungen Frauen unter den Drogen konsumierenden Spätaussiedlern nicht im gleichen Maße wie für die Männer, was die Struktur der Szene in Münster widerspiegelt, in der Frauen eher als „Mitläuferinnen“ auftreten.

↳ Stark zugenommen hat die Nutzung des Drogenkonsumraums durch Mitglieder der Zielgruppe; auf sie entfallen etwa zwei Fünftel der durchschnittlich 70 Konsumvorgänge am Tag.

↳ Auch Angebote der ärztlichen Akutversorgung im Rahmen der Drogentherapeutischen Ambulanz (z. B. Wundversorgung oder Abszessbehandlung) werden vermehrt in Anspruch genommen.

↳ Die Zahl der Beratungsanfragen und Vermittlungswünsche hinsichtlich Substitution, Entzugsmaßnahmen und psychosozialer Begleitung ist gestiegen.

Allerdings hat sich nicht alles zum Besseren gewandelt: So sind polyvalente Drogengebrauchsmuster (Mischkonsum von Heroin, Benzodiazepinen, Alkohol und anderen Substanzen) mittlerweile weit verbreitet. Das führt nicht nur zu einer steigenden Zahl von Drogenotfällen im Konsumraum, sondern bei einigen Konsument(inn)en auch zu einer deutlichen Verschlechterung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes. Weitere Probleme sind die hohe Zahl abgebrochener Substitutions- und Entgiftungstherapien und die gestiegene Zahl von drogenbezogenen Straftaten (Drogenhandel, Beschaffungskriminalität).

AUSBLICK

Auch beim Blick über den Münsteraner Tellerrand ist festzustellen: „[D]ie Probleme werden nicht kleiner, sondern trotz zurückgegangener Zugangszahlen größer. Sorgen bereiten vor allem die Alkohol- und Drogenabhängigkeit, die in der neuen Heimat entsteht oder verschärft wird“ (Welt 2002, S. 11). Laut Bundeskriminalamt ist der Anteil der Spätaussiedler/innen an den drogenbedingten Todesfällen im ersten bis dritten Quartal 2003 gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres um 25,3 % gestiegen, „während die Zahl der Drogenototen insgesamt um 6,2 % gesunken ist“ (Drogen- und Suchtbericht 2004, S. 65). Zudem haben sich die Rahmenbedingungen in Deutschland weiter verschärft; hier mag ein Verweis auf die Probleme auf dem Lehrstellen- und Arbeitsmarkt, auf die Sozialreformen oder auf die gesunkene Akzeptanz der einheimischen Bevölkerung gegenüber Spätaussiedler(inne)n genügen.

Unser integratives, bedarfs- und bedürfnisorientiertes Konzept des Ineinandergreifens von aufsuchender und niedrigschwelliger Drogenhilfe hat sich bewährt, doch reicht unsere personelle Ausstattung bei weitem nicht aus. Wir erachten es für dringend notwendig, die bestehenden Kontaktmöglichkeiten nicht nur

zu erhalten, sondern sie auszubauen und darüber hinaus auch die nicht drogenbezogenen Angebote so zu gestalten, dass sie für Mitglieder unserer Zielgruppe leichter zugänglich sind: Neben dem Ausbau ambulanter und stationärer Therapieangebote müssen auch Qualifizierungs- und Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen der Schule, der Ausbildung und in der Freizeit geschaffen werden, und zwar so, dass sie zwar fördern und fordern, aber nicht überfordern. Dabei ist auch der kulturelle Hintergrund der Zielgruppe nach Möglichkeit zu beachten (wenn auch nicht zu überhöhen).

LITERATUR

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) 2004

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.): Drogen- und Suchtbericht 2004. Berlin/Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004 (im Internet unter http://www.bmgs.bund.de/downloads/DrogenSuchtbericht_April_2004.pdf)

Gerlach 2004

Gerlach, R.: Psychosoziale Begleitung/Betreuung – ein Hindernis für die Substitution? In: Klee, J./Stöver, H. (Hg.): *Drogen – HIV/Aids – Hepatitis. Ein Handbuch*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 2004, S. 310–317

Hinte 2002

Hinte, W.: Fälle, Felder und Budgets. Zur Rezeption sozialraumorientierter Ansätze in der Jugendhilfe. In: Merten, R. (Hg.): *Sozialraumorientierung. Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit*. Weinheim/München: Juventa 2002

Schneider/Gerlach 2003

Schneider, W./Gerlach, R.: Entwicklungsbegleitende und Praxisintegrative Qualitäts-Sicherung (EPQ): Ein handlungsorientiertes, internes Evaluationsmodell für den integrativen Arbeitszusammenhang Niedrigschwelligkeit/Drogentherapeutische Ambulanz/Drogenkonsumraum. Konzeptuelle Grundlagen und Umsetzungsstrategien. Münster: INDRO e.V. 2005 (im Internet unter indro-online.de/)

Indro e.V. 2004

Indro e.V. : Jahresbericht 2003/2004. Münster 2004

Kaluza 1996

Kaluza, G.: Belastungsbewältigung und Gesundheit – Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 5, 147–155

Schmid 2002

Schmid, M.: Migration, Drogenkonsum und Drogenhilfe: Empirische Grundlagen und Konsequenzen für die Drogenhilfe. In: Landeszentrum für Zuwanderung Nordrhein-Westfalen (Hg.): *Migration und Sucht: Beispielhafte Projekte und Hilfsangebote für junge Migrantinnen und Migranten. Dokumentation der Tagung des Landeszentrums für Zuwanderung NRW in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie NRW und in Kooperation mit dem Diakonischen Werk Duisburg am 9. Mai 2001 im Technologiezentrum Duisburg*. Solingen: LZZ Nordrhein-Westfalen 2002, S. 128–140 (im Internet unter http://www.lzz-nrw.de/docs/Dokumentation%20der%20Tagung_Mig.pdf)

Schneider 2000

Schneider, W.: Drogenmythen. Zur sozialen Konstruktion von „Drogenbildern“ in Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik. Berlin: VWB 2000

Schneider/Gerlach (Hg.) 2004

Schneider, W./Gerlach, R. (Hg.): *DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvision akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik*. Berlin: VWB 2004

Schneider 2005

Schneider, W.: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit. In: Dollinger, B./Schneider, W. (Hg.): *Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis*. Berlin: VWB 2005

Welt 2002

Welt, J.: Geleitwort. In: Collatz, J./Heise, T. (Hg.): *Psychosoziale Betreuung und psychiatrische Behandlung von Spätaussiedlern*. Berlin: VWB 2002

KAPITEL II – BEISPIELE AUS DER PRAXIS

Zugehende Drogenarbeit in der Partyszene

FREDERICK LUHMER

EINLEITUNG

Drogen haben ihren festen Platz in unterschiedlichen Schichten und Kulturen sowie in bestimmten Situationen – Alkohol und Zigaretten auf der Jubiläumsfeier eines Kleingartenvereins, Alkohol, Zigaretten und Kokain auf der Betriebsfeier einer Investmentbank, Haschisch auf einer arabischen Hochzeit, um nur einige Beispiele zu nennen.

Doch während manche Drogen wie Alkohol und Tabak kultur- und schichtübergreifend konsumiert werden, sind andere vor allem mit bestimmten Gruppen und Szenen verbunden oder werden mit bestimmten Haltungen in Verbindung gebracht. So warben etwa in den 1970er Jahren aufgeklärte, emanzipatorisch orientierte Pädagog(inn)en für die bewusstseinsweiternden Qualitäten von Marihuana, während konservative Kräfte versuchten, die Gefahren des Konsums in den Vordergrund zu stellen: Regelmäßig erschienen besorgte Artikel in den Medien, und auch bei der Ausgestaltung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), das am 10. Januar 1972 in Kraft trat, wurde die Droge explizit berücksichtigt. Nichtsdestotrotz erfreute sich Cannabis im Verlauf der 1970er Jahre insbesondere unter jüngeren Menschen immer größerer Beliebtheit. Die gerade erst im Entstehen begriffene professionelle Drogenhilfe jedoch konzentrierte sich auf die zunehmende Verbreitung von Heroin und die mit dem Heroinkonsum verbundenen Probleme der Konsument(inn)en. Von den feiernden, kiffenden und trinkenden Jugendlichen nahm sie relativ wenig Notiz.

DIE 1990ER JAHRE: PARTYKULTUR UND DROGENKONSUM

Erst zu Beginn der 1990er Jahre wurde auch die Drogenhilfe auf die feiernden Jugendlichen aufmerksam. Der wichtigste Grund dafür war MDMA¹, das weltweit unter dem Szenenamen „Ecstasy“ bekannt wurde.² Mit MDMA, einem Amphetamin-Abkömmling mit sowohl (leicht) aufputschender als auch empathogener³

¹ 3,4-Methylendioxy-N-Methamphetamin

² Unter der Bezeichnung „Ecstasy“ sind eine ganze Reihe ringsubstituierter Amphetamin-Derivate bzw. Mischungen dieser (und weiterer) Substanzen im Umlauf, darunter MDA (3,4-Methylendioxyamphetamin), MDEA (3,4-Methylendioxy-N-Ethylenamphetamin) oder MBDB (Methyl-Benzodioxol-Butanamin).

³ MDMA wird als empathogen (etwa: empathiefördernd) oder auch als entaktogen (etwa: den inneren Ursprung berührend) bezeichnet (vgl. Krollpfeiffer 1995, S. 57).

Wirkung, konnten junge Menschen das Feierwochenende bereits am Donnerstag oder Freitag einläuten und gegebenenfalls bis Montag oder Dienstag ausdehnen und auf diese Weise die Wartezeit bis zum nächsten Wochenende so gering wie möglich halten. Um den veränderten Feierygewohnheiten Rechnung zu tragen, zogen sich die Partys immer weiter in den nächsten Tag hinein. Gleichzeitig entstanden die so genannten Frühclubs: Partys, die es häufig etwas ruhiger angehen ließen und bei denen weniger das gemeinsame Tanzen als vielmehr das kollektive Chillen⁴ im Vordergrund stand; Droge der Wahl war vorwiegend Cannabis. Diese Frühclubs ermöglichten es, die Lücke bis zum Beginn der nächsten Party zu schließen, ohne sich aus der Feierfamilie lösen zu müssen. (Es soll hier aber keineswegs der Eindruck erweckt werden, als hätten alle Technobegeisterten derart lange – und häufig exzessiv – gefeiert. Vielmehr zeichnete sich die Techno-/Partyszene zumindest in ihrer Frühzeit dadurch aus, dass viele Gegensätze in ihr Platz fanden. Der überwiegende Teil der Partypeople frönte dem „kontrollierten Feiern“: Schule, Ausbildung oder Arbeit unter der Woche und der Spaß am Feiern am Wochenende – nur am Wochenende.⁵)

MDMA etablierte sich, zunächst fast ausschließlich in Verbindung mit dem „neuen“ Musikstil Techno, später auch in Verbindung mit anderen Musik- und Jugendstilen, als Königin der so genannten Partydrogen. Allerdings lag die Jahresprävalenz⁶ des MDMA-Konsums bei den 14- bis 25-Jährigen selbst zur Hochzeit der Technokultur Ende der 1990er Jahre⁷ bei maximal 5%.⁸ Danach sank die Zahl wieder, während sich parallel dazu der Verbreitungsgrad von Cannabis stark erhöhte⁹ und verschiedene andere psychoaktive Substanzen wie Amphetamin, Psilocybin oder LSD eine Renaissance erlebten. Der Trend geht dabei immer stärker zum Mischkonsum – auf der Grundlage des allgegenwärtigen Alkohols.

⁴ „to chill“ (engl.) heißt so viel wie abkühlen, übertragen auch sich beruhigen, entspannen

⁵ Vgl. hierzu etwa die Studie von Krollpfeiffer (1995).

⁶ Jahresprävalenz: hier = der Anteil der 14- bis 25-Jährigen, die innerhalb eines Jahres mindestens einmal Ecstasy konsumiert haben

⁷ 1997 überschritt die Zahl der Teilnehmer/innen an der Berliner Loveparade erstmals die Millionenmarke, 1999 wurde mit 1,5 Millionen Ravern der Höhepunkt erreicht.

⁸ Vgl. BZgA (Hg.) 2001.

⁹ Und zwar auf über 30% Konsumerfahrene unter den 12- bis 25-Jährigen in der Allgemeinbevölkerung und bis zu 50% Konsumerfahrene in Großstädten wie Frankfurt oder Berlin (vgl. Kemmesies/Werse 2003 und Kraus/Augustin/Reese 2001).

Die Selbstorganisation der Szene – erste Ansätze von Drogenarbeit im Partysetting

Das Bild des tagelang durchtanzenden Ravers wirbelte einigen Staub auf, und die mit dem entsprechenden Drogenkonsum verbundenen Probleme – ob real oder „Mythos“ – zogen auf unterschiedlichen Ebenen Reaktionen nach sich. Zuerst reagierte „die Szene“ selbst: Im Windschatten der erfolgreichen HIV-Prävention und mit Unterstützung der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) wurde in Berlin der Verein Eve&Rave gegründet, um Informationen und Beratung zum schadensminimierenden Umgang mit (Party-)Drogen anzubieten – von Szene-Angehörigen, die in der Regel selbst Erfahrungen mit Drogen besaßen, für andere Partygänger/innen. Mittel zum Zweck war dabei neben der ersten deutschsprachigen, von grundsätzlicher Akzeptanz getragenen Broschüre zum Thema, die Eve&Rave 1994 zunächst in Eigenregie und später mit Unterstützung der DAH herausgab (Ahrens 1994), das Angebot an Drogenkonsument(inn)en, synthetische Drogen auf ihren Reinheitsgrad und ihre Zusammensetzung testen zu lassen (Drug-Checking).¹⁰

Das Ziel der Schadensminimierung war dabei Teil eines übergeordneten Anliegens, das man am treffendsten mit „Förderung der Partykultur“, „Kultivierung des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen“ und „Förderung von Drogenmündigkeit“¹¹ beschreiben kann. Diesem Anliegen waren auch die in der Folge gegründeten weiteren Eve&Rave-Vereine sowie andere Organisationen verpflichtet, die nach ähnlichen Mustern arbeiteten. Solche Projekte, die aufgrund ihrer autonomen Strukturen auch als Selbstorganisationen bezeichnet werden¹², sind bis heute in der Partyszene aktiv.

Reaktionen aus Drogenhilfe und Politik

Nachdem sich der Konsum von Partydrogen in die Mitte der Gesellschaft ausgebreitet hatte, sahen sich die professionellen Hilfesysteme damit konfrontiert, dass die Partydrogenkonsument(inn)en anders waren als die bisher gewohnte Klientel: In hohem Maß sozial eingebunden (familiär, freundschaftlich und beruflich), resultierten ihre Probleme häufig eher aus einem übersteigerten Leistungswunsch

¹⁰ Für ausführlichere Informationen zum Drug-Checking vgl. techno-netzwerk-berlin 1999.

¹¹ Der Begriff und das zugehörige Konzept wurden von der Soziologin Gundula Barsch geprägt (vgl. Barsch 1998).

¹² Eine ausführliche Übersicht dieser Selbstorganisationen bietet BZgA (Hg.) 2002; zum Begriff der Selbstorganisationen vgl. Luhmer/Hentschel 2003.

oder der Sehnsucht nach gesellschaftlicher Teilhabe als aus einer generalisierten Verweigerungshaltung. Hinzu kam die Schwierigkeit, die Grenzen zwischen Gebrauch, gefährdendem und tatsächlich schädlichem Konsum auszumachen. Vornehmlich aus diesem Grund hatten die in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre von Drogenhilfe-Einrichtungen initiierten (semi-)professionellen Partyprojekte, die in der Regel mit der Einbindung von Szene-Multiplikator(inn)en arbeiteten¹³, in erster Linie sekundärpräventiven Charakter, richteten sich also an ein konsumierendes Publikum, ohne notwendigerweise von einem schädlichen oder sogar abhängigen Gebrauch auszugehen. Auch die Einrichtungen der klassischen Drogenhilfe selbst, also in erster Linie Beratungsstellen und in zweiter Linie ambulante und stationäre Therapieeinrichtungen, sahen sich verstärkt mit Cannabis- und Partydrogenkonsument(inn)en sowie Angehörigen konfrontiert, doch entwickelten sich nur wenige spezialisierte Beratungs- und Präventionsangebote wie die Projekte „Enterprise“ der MUDRA Nürnberg (www.mudra-online.de), „Drugscouts“ des Suchtzentrums Leipzig (www.drugscouts.de) oder „In Echtzeit“ der Krisenhilfe Bochum (www.krisenhilfe-bochum.de). Ende der 1990er Jahre stabilisierten sich die Zahlen der Konsument(inn)en von Partydrogen und gingen zum Teil sogar zurück, was insbesondere für MDMA galt. Im Verlauf dieser Entwicklung wurde deutlich, dass die meisten potenziellen Drogenberatungsklient(inn)en aus der Partyszene in erster Linie Probleme mit ihrem Cannabiskonsum hatten.¹⁴ Unter anderem als Konsequenz daraus wurde ein „neues“ Paradigma in die Drogenarbeit eingeführt, das mit dem Begriff „Frühintervention“ benannt und an der Schnittstelle von Beratung und (Sekundär-)Prävention verortet wurde.¹⁵

Die Bundespolitik reagierte auf die Nachrichten aus der Partyszene mit erheblicher Verzögerung und organisierte erst 1997 eine groß angelegte Fachtagung zu diesem Thema (vgl. BZgA [Hg.] 1998), die zu dem Ergebnis kam, dass Besucher/innen von Technopartys per se als Risikogruppe in Bezug auf ihren Umgang mit psychoaktiven Substanzen anzusehen seien. Parallel zu dieser Fachtagung wurden zwei von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Auftrag gegebene Studien publiziert, die über die reine Erhebung von Prävalenzdaten hinauszugehen und „Licht in das Dunkel“ der Partyszene zu bringen versuchten (Tossmann/Heckmann 1997; Rakete/Flümeier 1997). Darüber hinaus gab das Bundesministerium

¹³ Ein Beispiel hierfür ist das Peer-Projekt des Hamburger Büros für Suchtprävention (vgl. Rakete/Püschel 1997).

¹⁴ Vgl. dazu die umfassende Studie von Simon und Sonntag (2004).

¹⁵ Erstmals sichtbar wurde diese Neuorientierung im Bundesmodellprojekt „Frühintervention bei erstaufrichtigen

Drogenkonsumenten – Fred“, das im Jahr 2000 vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert wurde; vgl. dazu LWL (Hg.) 2002 und 2003.

für Gesundheit 1997 eine Studie in Auftrag, die klären sollte, welchen physischen, psychischen und sozialen Gefahrenpotenzialen sich Cannabiskonsument(inn)en aussetzen (vgl. Kleiber/Kovar 1997 und Kleiber u. a. 1997).

DIE GEGENWÄRTIGE STRUKTUR „DER SZENE“

Angesichts der starken Ausdifferenzierung elektronischer Musikstile und der mannigfaltigen und zum Teil sehr unterschiedlichen Möglichkeiten, feiern zu gehen, erscheint es längst überholt, von einer Partyszene zu sprechen. Vielmehr gibt es viele unterschiedliche Szenen mit unterschiedlichen Feierkulturen, die im Hinblick auf Regeln und Rituale häufig auch in sich nochmals ausdifferenziert sind. Trotzdem lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede feststellen, und zwar vornehmlich an den Schnittstellen zwischen kommerzialisiertem¹⁶ Mainstream, spezialisierten Sub-Szenen und nicht profitorientierter Subkultur. Neben den unterschiedlichen Musikstilen spielen dabei weitere „kulturelle“ Faktoren wie Mode, generelle Ästhetik oder Sendungsbewusstsein und auch die Orte des Geschehens (Club, Open-Air-Partys) eine Rolle.

Kommerzialisierter Mainstream

Der kommerzialisierte Mainstream und seine szeneeigenen Regeln, die neben dem Verhalten auch das Aussehen betreffen, sind für Außenstehende in der Regel gut sichtbar und zugänglich. Als Reaktion auf die vorherrschende Anonymität wird der Rückhalt in der eigenen „Feierfamilie“ gesucht, in der ein wesentlich höherer Konformitätsdruck als in der Gesamtszene herrscht, die ein Abweichen von den szeneeigenen Regeln eher gleichgültig hinnimmt. Jenseits des Interesses an Musik und Partys gibt es kaum Gemeinsamkeiten. Auffällig ist, dass trotz der Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes immer jüngere Jugendliche diese Partyangebote nutzen oder auf Angebote zurückgreifen, die eigentlich für ältere Jugendliche gedacht sind. Konsumiert werden alle gängigen Partydrogen, wobei Halluzinogene, biogene und „exotische“ Drogen seltener vorkommen und Alkohol und Amphetamine eine relativ gesehen wichtigere Rolle spielen. Gängig sind Mischkonsummuster, insbesondere auf der Basis von Alkohol.

¹⁶ Mit „kommerzialisiert“ meine ich in diesem Zusammenhang weniger die kommerzielle Ausrichtung der entsprechenden Partys als vielmehr die Übereinstimmung von Zeichen und Symbolen mit dem allgemeinen Bild „der“ Technoszene.

Spezialisierte Sub-Szenen

In übersichtlicheren, spezialisierten Sub-Szenen wie z. B. der Gabber¹⁷- oder der GOA¹⁸-Szene ist die Angewiesenheit auf die eigene Feierfamilie weniger stark ausgeprägt. Die Offenheit gegenüber Newcomern ist, soweit sie als „passend“ empfunden werden, wesentlich größer. Hierbei spielt sicherlich auch eine Rolle, dass die Zugehörigkeit zu diesen Szenen häufig als Alleinstellungsmerkmal verstanden wird und sich ihre Angehörigen insoweit als „etwas Besonderes“ empfinden. Die szeneeinternen Verhaltensregeln und Rituale sind meist stark ausdifferenziert und für Außenstehende weniger gut sichtbar. Wesentliche Mittel, um Zugehörigkeit zu demonstrieren, sind die Bekleidung und unter Umständen auch modische Accessoires. Die Durchmischung mit nicht der Szene Zugehörigen ist gering. Gemeinsamkeiten jenseits des Interesses an der gleichen Musik sind unterschiedlich stark ausgeprägt, in der Regel aber weniger wichtig. Je nach Spezialisierung der jeweiligen Szene werden unterschiedliche Drogen bevorzugt. In der Gabber-Szene sind beispielsweise Speed und auch der exzessive Konsum von Alkohol weit verbreitet, während in der GOA-Szene der Gebrauch von halluzinogenen, biogenen und insgesamt weniger verbreiteten Drogen überrepräsentiert ist. Mischkonsum ist nicht ungewöhnlich, es treten aber auch nicht selten Phänomene wie beispielsweise der ausschließliche Gebrauch von biogenen Drogen oder der generelle Verzicht auf Alkohol auf.

Nicht profitorientierte Subkultur

Dieses Segment ähnelt grundsätzlich den spezialisierten Sub-Szenen, doch besteht unter den Feiernden häufig ein breiter Konsens auch über Themen, die jenseits der gemeinsamen Feierwelt liegen (politische Einstellungen, Gesellschaftsbilder usw.). Gegenüber andersartigem Aussehen oder „abweichendem“ Verhalten ist eine relativ hohe Toleranz auszumachen, solange die grundlegenden Verhaltensregeln beachtet werden. Die Demonstration von Zugehörigkeit nach außen, etwa durch modische Accessoires, ist weniger üblich. Der Bekleidungsstil ist eher funktional und unauffällig. Ein Teil der Partys wird illegal organisiert und ist für Außenstehende nur über den Kontakt zu bereits Eingeweihten zugänglich.

¹⁷ Gabber ist die Bezeichnung für eine sehr harte, schnelle und spartanische Variante elektronischer Musik mit über 200 bpm (beats per minute/Schläge pro Minute).

¹⁸ GOA-Techno ist eine Variante elektronischer Musik, die ihren Ursprung in den 1980er Jahren auf der gleichnamigen indischen Halbinsel genommen hat; die visuelle Ästhetik der Partys ist stark indisch beeinflusst.

Welche Drogen bevorzugt werden, ist höchst unterschiedlich; auf ein und derselben Party kann es sehr unterschiedliche Konsummuster geben.

ARBEIT IM PARTY-SETTING: ANSATZPUNKTE UND MASSNAHMEN

Der große Vorteil von zugehender Arbeit im Party-Setting besteht in der (zumindest theoretisch) leichten Erreichbarkeit der Zielgruppe. Soweit es sich nicht um exklusive Feierzirkel handelt, für deren Partys persönliche Einladungen erforderlich sind und die Locations spontan und womöglich illegal besetzen, ist die Zielgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt an einem bestimmten Ort zuverlässig anzutreffen. Darüber hinaus gibt es eine gut sichtbare, von der Zielgruppe regelmäßig genutzte Infrastruktur, die im Wesentlichen aus Szene-Magazinen, Internet-Seiten, Flyern, Läden für Bekleidung und Tonträger sowie Headshops besteht – nach den Maßstäben der zugehenden Arbeit also geradezu „luxuriöse“ Grundbedingungen. Nichtsdestotrotz gibt es eine Reihe von Schwierigkeiten und Herausforderungen, die bewältigt werden müssen:

- ↳ Um im Partykontext nicht als Fremdkörper wahrgenommen zu werden, müssen bestimmte Integrationsleistungen vollbracht werden.
- ↳ Viele Veranstalter/innen befürchten, dass ihre Partys das Image von „Drogenpartys“ bekommen, wenn sie mit Präventionsprojekten zusammenarbeiten.
- ↳ Da die Techno-Party-Kultur viele verschiedene Facetten hat, besteht Klärungsbedarf, wo (zuerst) angesetzt werden soll.
- ↳ Präventionsprojekte, die auf dem Konzept zugehender Arbeit basieren, müssen den jeweiligen Settings, Regeln und Ritualen angepasst sein.
- ↳ Aufsuchende Arbeit will Inhalte und Angebote „verkaufen“ – hier stellt sich die Frage, was die jeweilige Zielgruppe überhaupt interessiert und wie sie erreicht werden kann, damit Informationen, präventive Botschaften und Unterstützungsangebote Gehör finden. Ein wichtiger Ansatz ist hier die Arbeit mit Peers oder Szene-Multiplikator(inn)en, Personen, die einen direkten oder zumindest mittelbaren persönlichen Bezug zu der jeweils avisierten Szene

haben und mit deren Settings, Regeln und Ritualen vertraut sind.¹⁹ Zudem gibt es infolge der Ausbreitung der Partykultur seit dem Ende der 1990er Jahre mittlerweile immer mehr Sozialarbeiter/innen, die selbst über Erfahrungen mit der Feier-Welt verfügen; auch wenn diese Kompetenz aus professioneller Sicht häufig noch argwöhnisch betrachtet wird und den Verdacht der Verbrüderung zwischen Helfer(inne)n und Klient(inn)en nach sich zieht, zeigen die Erfahrungen der Selbstorganisationen, dass sich häufig einzig auf Grundlage dieser Erfahrungskompetenz ein Kontakt zu Hilfesuchenden herstellen und ausbauen lässt.

Partyphasen nutzen

Die zugehende Arbeit im Party-Setting unterscheidet sich insoweit von der klassischen Streetwork, als dass es nur äußerst selten um die kontinuierliche Betreuung einer mehr oder minder homogenen Gruppe in einem klar definierten Sozialraum geht. Vielmehr ist die Zielgruppe zwar zu bestimmten, aber eben auch begrenzten Zeiten erreichbar. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Partyphasen, in denen die in ihrem Alltag unzugängliche Zielgruppe zusammenkommt, intensiv zu nutzen. Das gängigste Angebot zugehender Arbeit auf Partys – die Spannbreite reicht hier von kleineren Indoor-Partys über Veranstaltungen in größeren Hallen bis hin zu Open-Air-Partys, die häufig nonstop über mehrere Tage gehen – ist die Einrichtung von Informationsständen, die als Plattform für diverse weitere Angebote genutzt werden können. Ziel dieser Arbeit ist es, den Kontakt zur Zielgruppe herzustellen, Präventionsbotschaften an den Mann und die Frau zu bringen, die (Selbst-)Reflexion anzuregen und bei Bedarf zu beraten oder an andere Beratungseinrichtungen weiterzuvermitteln.

Kommunikationsräume schaffen

Die Grundlage der Partyarbeit besteht darin, einen Raum für Begegnungen zu schaffen, der es Partybesucher(inne)n ermöglicht, die aus ihrem Feieralltag herausstechenden Präventionsangebote anzunehmen. Dabei ist zu beachten, dass die Besucher/innen in der Regel nicht deswegen auf einer Party erscheinen, weil sie

¹⁹ Die Mitbestimmungsmöglichkeiten der Peers können hierbei sehr unterschiedlich sein, wie ein Vergleich etwa des zentralistisch organisierten Projekts „Mind Zone“ der Caritas München (vgl. dazu Kröger u. a. 1997) mit dem „ecstasy-project“ des Hamburger Büros für Suchtprävention zeigt (vgl. Rakete/Püschel 1997).

auf der Suche nach Beratung und Informationen zum Thema Drogen und Gesundheit sind. Der bei weitem überwiegende Teil der Partydrogenkonsument(inn)en sieht den eigenen Konsum auch nicht als problematisch an. Eine optisch ansprechende, zum Stil der Party passende Präsentation in Verbindung mit attraktiven Angeboten erlaubt es im Idealfall, eine Kommstruktur zu etablieren, welche die Entscheidung zur Kontaktaufnahme beim Zielpublikum belässt. Entsprechende Angebote sollten daher unaufdringlich sein, und die Entstehung eines typischen Berater-Klient-Settings ist möglichst zu vermeiden. Voraussetzung hierfür ist eine nicht wertende, interessierte, offene und akzeptierende Grundhaltung, die sowohl die Möglichkeit eines subjektiv sinn- und genussvollen als auch eines schädlichen Konsums einbezieht.

Im Sinne der Förderung der Partykultur dient die Schaffung von Räumen der Begegnung und Kommunikation, in denen Partybesucher(inne)n die Möglichkeit zum Innehalten geboten wird (was gerade im Rahmen von Clubpartys leider häufig schwierig ist), auch dem Community-Building, also der Förderung von funktionalen sozialen Strukturen.

Exkurs: Safer Clubbing²⁰

Kern der „Safer-Clubbing“-Idee ist, gemeinsam mit Partyveranstalter(inne)n und Clubbetreiber(inne)n²¹ strukturelle Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, die zu einer Verringerung der von Partys ausgehenden oder mit ihnen zusammenhängenden Gesundheitsgefahren beitragen (können). Dazu gehören nicht nur schädliche Auswirkungen des Drogengebrauchs, sondern auch Infektionen mit sexuell übertragbaren Krankheiten oder ungewollte Schwangerschaften. Lassen Partyveranstalter/innen sich auf eine Kooperation ein, sollten folgende Punkte angesprochen und bearbeitet werden:

↳ Regeln in Bezug auf den Umgang mit Drogenkonsum und mit Drogenhandel

²⁰ Der folgende Abschnitt bezieht sich in weiten Teilen auf die „Richtlinien zur Begründung des Safer-Clubbing-Labels“ des Schweizer Vereins Safer Clubbing (www.safer-clubbing.ch/richtlinien.pdf), der unter Federführung des freien Trägers Streetwork Zürich ins Leben gerufen wurde (vgl. www.saferparty.ch).

²¹ Im Folgenden verwende ich nur noch den Begriff Partyveranstalter/innen, meine damit aber immer auch Clubbetreiber/innen.

- ↳ Preise alkoholfreier Getränke²²
- ↳ Belüftung (bei Indoor-Partys)
- ↳ Zugang zu trinkbarem Leitungswasser
- ↳ Verhaltensregeln, wenn Besucher/innen der Party durch Über- oder Fehldosierungen auffällig werden oder aggressives Verhalten zeigen
- ↳ Schulung von Mitarbeiter(inne)n²³
- ↳ Einrichtung von Ruhezeiten mit leiserer, ruhigerer Musik und Sitz- oder Liegemöglichkeiten (Chill-out-Areas)
- ↳ Abgabe von Materialien (z. B. Flyer zum Thema Drogen, aber auch Gehörschutz, Kondome usw.)
- ↳ Planung konkreter Präventionsmaßnahmen.

Darüber hinaus gehört es zum Safer-Clubbing-Konzept, den Erfahrungsaustausch und die Kooperation zwischen Partyveranstalter(inne)n zu fördern und den Safer-Clubbing-Gedanken in der Öffentlichkeit zu bewerben, um auf diese Weise Hemmnisse für die Kooperation anderer Veranstalter/innen mit Präventionsprojekten abzubauen.

²² Nach § 6 des deutschen Gaststättengesetzes (auch „Apfelsaftgesetz“ genannt) muss mindestens ein alkoholfreies Getränk preiswerter als das billigste alkoholische Getränk sein. Viele Partyveranstalter/innen versuchen diese Auflage allerdings zu umgehen: Zwar ist ein alkoholfreies Getränk (in der Regel Mineralwasser), absolut gesehen, günstiger als das günstigste alkoholische Getränk (in der Regel Bier), bezogen auf die Flüssigkeitsmenge kosten die alkoholischen Getränke aber tatsächlich weniger (Beispiel: 0,2 l Wasser für 1,50 Euro, 0,3 l Bier für 2 Euro).

²³ Dies bezieht sich auf alle Personen, die auf einer Party arbeiten (Sicherheitspersonal, Barkräfte usw.) und betrifft sowohl den Umgang mit Drogenkonsument(inn)en und Drogennotfällen als auch den Umgang mit Gewaltsituationen. Im angelsächsischen Raum nimmt die Schulung des Sicherheitspersonals seit Jahren eine wichtige Stellung ein.

Materialien bereithalten und verteilen

Ein wichtiges Element der Arbeit im Party-Setting ist die Abgabe von Informationsmaterialien unter anderem zu folgenden Themen:

- ↳ Stoffkunde (Wirkungen, Nebenwirkungen, Safer-Use-Hinweise zu verschiedenen relevanten Drogen²⁴)
- ↳ Verhalten bei Drogennotfällen
- ↳ Mischkonsum
- ↳ Vorbeugung von Schädigungen des Gehörs (Safer-Hear-Hinweise)
- ↳ Safer-Sex-Hinweise: Vorbeugung von sexuell übertragbaren Krankheiten und ungewollten Schwangerschaften.

Ergänzt wird die Abgabe von Informationsmaterialien idealerweise durch die Abgabe von

- ↳ Kondomen (und ggf. Gleitcreme)
- ↳ Ohrstöpseln zum Gehörschutz
- ↳ kostenlosem Leitungs- oder zumindest sehr preiswertem Mineralwasser
- ↳ Sanitärartikeln (Tampons, Pflaster usw.).

Außerdem ist es sinnvoll, Obst und Mineraldrinks anzubieten, die den Verlust von Flüssigkeit und Mineralstoffen durch starkes Schwitzen auszugleichen helfen. Derlei Angebote stellen dabei nicht nur konkrete Hilfestellungen dar, sondern sind zugleich auch Hinweise auf die mit dem Feiern verbundenen gesundheitlichen Risiken.

²⁴ In der Anfangszeit der Arbeit auf Partys gab es häufiger Diskussionen über die Frage, ob man auch über Substanzen informieren sollte, die üblicherweise nicht im Party-Setting konsumiert werden, etwa Heroin oder Benzodiazepine. Inzwischen haben die Erfahrungen der Drogenberater/innen gezeigt, dass es durchaus Fälle von Partydrogenkonsum gibt, die irgendwann auch Erfahrungen mit solchen Drogen machen – bis hin zum abhängigen Gebrauch.

Sich austauschen, informieren, beraten

Je nachdem, ob ein Präventionsprojekt eher professionell-sozialarbeiterisch oder aber im Sinne von Selbsthilfe tätig ist, werden Gespräche eher beraterisch-informativ sein oder stärker den Aspekt des Erfahrungsaustausches betonen. Im professionellen Setting steht zumeist die Safer-Use-Beratung im Vordergrund, die im Selbsthilfe-Setting durch die Vorbereitung auf und die Reflexion von Konsum-erfahrungen ergänzt wird. Unbedingt zu beachten ist, dass Gespräche nicht offensiv angebahnt werden sollten – das gilt erst recht, wenn Partygänger/innen erkennbar unter Drogeneinfluss stehen. Wichtig ist ferner, dass man Beratungsangeboten in Chill-out-Bereichen auch aus dem Weg gehen kann. In einem solchen Rahmen kann zugehende Arbeit auf Partys dann einen wertvollen Beitrag dazu leisten, hilfebedürftigen Personen den Kontakt zu professionellen Hilfesystemen zu ermöglichen.

Weitere Angebote

Abhängig von der Dauer und den räumlichen Voraussetzungen einer Party sowie den personellen, fachlichen und materiellen Ressourcen des Präventionsprojektes sind weitere Angebote denkbar, z. B.

- ↳ die intensive psychosoziale Betreuung von Personen, die unter dem Einfluss von psychoaktiven Substanzen persönliche Krisen durchleben²⁵
- ↳ Beschäftigungsangebote, die die gewohnten Muster des Partylebens durchbrechen, z. B. Spiele (Drogen-Quiz, Selbsttests) oder Angebote zur interaktiven künstlerischen Betätigung (Live-Action-Painting und Ähnliches mehr)
- ↳ qualitative und quantitative Testung von synthetischen und halb-synthetischen Drogenzubereitungen, besser bekannt unter dem Begriff „Drug-Checking“. Derzeit besteht in Deutschland – anders als in einigen anderen europäischen Ländern wie etwa Österreich oder der Schweiz – aus rechtlichen und (drogen-)politischen Gründen keine öffentlich zugängliche Möglichkeit, Drogen auf ihre Zusammensetzung hin überprüfen zu lassen.²⁶

²⁵ Einen entsprechenden Ansatz vertritt die Berliner Selbstorganisation eclipse seit 1997 unter der Überschrift

„psychedelische Ambulanz“; vgl. Köster/Reich 1999.

²⁶ Einen verhältnismäßig aktuellen Überblick bieten Kriener u. a. 2001; zum Einsatz von Drug-Checking als

Präventionsmaßnahme vgl. Benschop/Rabes/Korf 2002.

AUSBLICK

Zugehende Arbeit im Party-Setting hat sich als sinnvoller Ansatz insbesondere zur Kontaktaufnahme mit ansonsten schwer zugänglichen Drogenkonsument(inn)en bewährt. Fundament ist ein ganzheitlicher, nicht nur auf den Drogengebrauch fokussierender Ansatz, der die Bemündigung der Adressat(inn)en und die Förderung ihrer Gesundheit zum Ziel hat. Dazu eignen sich sowohl szenintegrierte Informations- und Beratungsangebote als auch strukturell orientierte Maßnahmen, wie sie sich im „Safer-Clubbing“-Konzept wiederfinden. Eine probate Methode zur Erreichung dieser Ziele ist die Förderung von Strukturen und selbstorganisierten Prozessen durch Peer-Arbeit, wobei sich im Idealfall fachlich-professionelle und Betroffenenkompetenz ergänzen.

Diversifizierung der Themen/neue Themen

So, wie sich die Partyszenen ausdifferenziert haben, ist auch die Zahl relevanter Themen gestiegen, die in der zugehenden Arbeit im Party-Setting von Bedeutung sind, z. B.

- ↳ jüngere Jugendliche: Das durchschnittliche Einstiegsalter in den (regelmäßigen) Konsum von Alkohol, Zigaretten und Cannabis sinkt kontinuierlich
- ↳ klassische „Jungen“-Themen: Drogen und Anabolika sowie Drogengebrauch und Gewalt
- ↳ klassische „Mädchen“-Themen: Drogen und Essstörungen sowie Drogengebrauch und Schwangerschaften
- ↳ Drogengebrauch unter Migrant(inn)en
- ↳ „binge drinking“: gezieltes und exzessives Rauschtrinken vor allem jüngerer Jugendlicher.

Aus- und Aufbau von Strukturen

Um zugehende Arbeit im Party-Setting sinnvoll einzubetten, müssen allerdings geeignete Strukturen auf- und ausgebaut werden: Derzeit gibt es – von wenigen Ausnahmen abgesehen – kaum spezialisierte Beratungsstellen, die sowohl in Bezug auf das Setting als auch in fachlicher Hinsicht auf die Bedürfnisse von Partygänger(inne)n mit problematischem Konsum und/oder dem Willen zur Veränderung eingerichtet sind. Ebenso fehlt es an niedrigschwelligeren Möglichkeiten für Partydrogenkonsument(inn)en, sich außerhalb des Party-Settings über ihre Party- und Drogenerfahrungen auszutauschen – etwa in einem Kontaktkaffee, in dem man sich über Drogen und ihre Wirkungsweisen informieren, das erworbene theoretische Wissen mit eigenen Erfahrungen verknüpfen und Fragen thematisieren kann.²⁷

Der Aufbau einer geeigneten Infrastruktur ist auch und gerade mit Blick auf junge Partygänger/innen geboten. Hier stellen sich insbesondere folgende Aufgaben:

Unterstützung beim Erlernen des Umgangs mit Drogen

Bereits seit etwa Mitte der 1980er Jahre wird das Erlernen des Umgangs mit Alkohol und Tabakprodukten explizit als Entwicklungsaufgabe junger Menschen betrachtet – angesichts der weiten Verbreitung von Cannabis und der so genannten Partydrogen liegt es nahe, sie einzubeziehen und entsprechende Angebote zu entwickeln.

Frühintervention

Etwa seit der Jahrtausendwende ist die Orientierung auf „Risikopopulationen“, zu denen in den 1990er Jahren auch die Techno-/Party-Szene gezählt wurde, in den Hintergrund getreten. Neues Paradigma der Drogenhilfe ist seither die „Frühintervention“ (vgl. LWL [HG.] 2002 und 2003), wobei sich der Schwerpunkt der öffentlichen und fachlichen Wahrnehmung von den klassischen Partydrogen zu Cannabis verlagert hat.²⁸

²⁷ Ein entsprechendes Konzept legte der Eve & Rave-Mitbegründer Helmut Ahrens bereits 1996 unter dem Titel

„Safer-House-Projekt“ und „Chill-out-Center“ vor (unveröffentlicht).

²⁸ Eine Illustration für diese Verlagerung bietet die im November 2004 in Berlin vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung veranstaltete Fachtagung „Jugendkult Cannabis: Risiken und Hilfen“.

Begleitung beim „Maturing-out“

Die „Normalbiografien“ von Partydrogenkonsument(inn)en münden in einen Prozess des „Herauswachsens“ sowohl aus den Bezügen der Partyszene als auch aus dem Konsum von Partydrogen selbst – spätestens dann, wenn Beruf und (eigene) Familie ein Thema werden. Dies belegen neben verschiedenen qualitativen Studien (vgl. z. B. Krollpfeifer 1995, Domes 1996, Herold 1998) auch die Erfahrungen, die Mitarbeiter/innen von Drogenberatungsstellen in den letzten Jahren sammeln konnten. Wichtig ist, diese „Maturing-out“-Prozesse zu begleiten und Unterstützung für die Bewältigung der mit ihnen verbundenen Probleme anzubieten.

Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit dem Cannabiskonsum

Wesentlich problematischer gestaltet sich häufig die Auseinandersetzung mit dem Cannabisgebrauch, der in das Nach-Feierleben mitgezogen wird und dem nicht selten eine wichtige Funktion zur Bewältigung des Alltags zukommt.

Politische Arbeit

Um der zugehenden Arbeit zukünftig weitere Handlungsspielräume zu eröffnen, muss auch an den politischen und rechtlichen Verhältnissen angesetzt werden:

↳ Die Erfahrungen in verschiedenen europäischen Ländern (z. B. in den Niederlanden, der Schweiz oder Österreich) haben gezeigt, dass Drug-Checking eine sinnvolle Maßnahme im Rahmen der zugehenden Arbeit im Party-Setting darstellt. Hier muss die Politik in die Pflicht genommen werden, Rechtssicherheit für entsprechende Angebote zu schaffen und die Anbieter auch zu unterstützen.²⁹

↳ Durch die Straffreistellung des Besitzes geringer, zum Eigenverbrauch bestimmter Mengen illegalisierter Drogen ist ein erster Schritt auf dem Wege der Entkriminalisierung von Drogenkonsument(inn)en getan. Um die Voraussetzungen für eine offene und tabufreie gesellschaftliche Diskussion über „alle“ Rauschmittel zu schaffen, sind aber weitere Schritte notwendig. Dazu gehören an erster Stelle eine bundesweit einheitliche Regelung dazu, was als

²⁹ Auf größerer politischer Bühne wurden Chancen und Risiken des Drug-Checking erstmals im Rahmen der BZgA-Fachtagung „Drogenkonsum in der Partyszene“ diskutiert (vgl. BZgA [HG.] 2002).

„geringe Menge“ zu verstehen ist, sowie verbindliche Regelungen in Bezug auf den Konsum illegalisierter Drogen und die Teilnahme am Straßenverkehr.

- ↳ Das „Safer-Clubbing“-Konzept muss vorangetrieben werden, und zwar mit und keinesfalls gegen Clubbetreiber/innen und Partyveranstalter/innen. Hier ist zum einen zu klären, wer als Initiator und Organisator auftritt, zum anderen müssen auf politischer Ebene günstige Rahmenbedingungen für die Umsetzung dieses Konzepts geschaffen werden.
- ↳ Politik, Gesellschaft und Hilfesystem müssen der zugehenden Arbeit – häufig die einzige Möglichkeit, zu einer Zielgruppe Kontakt aufzunehmen – einen höheren Stellenwert einräumen, was sich auch an entsprechender (nicht nur finanzieller) Unterstützung zeigen muss. Dies gilt insbesondere dort, wo zugehende Arbeit auf die Betroffenenkompetenz professioneller Mitarbeiter/innen oder von Peers zurückgreift.

LITERATUR

Ahrens 1994

Ahrens, H.: partydrogen – safer-use-info zu: ecstasy, speed, lsd, kokain. Berlin: Eve&Rave 1994

Barsch 1998

Barsch, G.: Kritik und Alternativen zu aktuellen Präventionsmodellen. In: BOA e.V. (Hg.): *Pro Jugend – Mit Drogen? „Mein Glück gehört mir!“*. Solothurn: Nachtschatten Verlag 1998, S. 28–40

Benschop/Rabes/Korf u. a. 2002

Benschop, A./Rabes, M./Korf, D. J.: Pill Testing – Ecstasy & Prävention. Amsterdam: Rozenberg Publishers 2002 (im Internet z. B. unter <http://www.vws.or.at/publikationen/PilltestingStudie03.pdf>)

BZgA (Hg.) 1998

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Prävention des Ecstasykonsums – Empirische Forschungsergebnisse und Leitlinien. Ergebnisse eines Statusseminars der BZgA vom 15. bis 17. September 1997 in Bad Honnef (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 5). Köln: BZgA 1998 (im Internet unter http://www.bzga.de/bzga_stat/pdf/60605000.pdf)

BZgA (Hg.) 2001

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: BZgA 2001

BZgA (Hg.) 2002

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Drogenkonsum in der Partyszene. Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA vom 20. bis 22. März 2000 (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 19). Köln: BZgA 2002 (im Internet unter http://www.bzga.de/bzga_stat/pdf/60619000.pdf)

Domes 1996

Domes, R.: Lebenswelten von Ecstasykonsumenten in der Berliner Techno-Szene (unveröffentlichte Diplomarbeit). Berlin: Fachbereich Psychologie der Technischen Universität Berlin 1996

Herold 1998

Herold, O.: Ausgewählte Aspekte des Drogengebrauchs junger Erwachsener in der Techno-Szene (unveröffentlichte Dissertationsschrift). Leipzig: Medizinische Fakultät der Universität Leipzig 1998

Kemmesies/Werse 2003

Kemmesies, U. E./Werse, B.: Drogentrends in Frankfurt am Main 2002. Frankfurt am Main: Centre for Drug Research im Auftrag des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main 2003

Kleiber/Kovar 1997

Kleiber, D./Kovar, K.-A.: Auswirkungen des Cannabiskonsums – Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 1997

Kleiber u. a. 1997

Kleiber, D. u. a.: Cannabiskonsum in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Einflussfaktoren (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit). Bonn: Bundesministerium für Gesundheit 1997

Köster/Reich 1999

Köster, J./Reich, A.: Drogenarbeit in der Techno-Szene. Eine qualitative Untersuchung der Erfahrungen von Partydrogengebern und Professionellen

mit der Inanspruchnahme von Angeboten der Drogenarbeit (unveröffentlichte Diplomarbeit). Berlin: Freie Universität Berlin 1999 (im Internet zu finden unter http://www.archido.de/volltext-publikationen/diplom_areich.htm)

Kraus/Augustin/Reese 2001

Kraus, L./Augustin, R./Reese, A.: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen in Berlin (IFT-Berichte, Bd. 122). München: Institut für Therapieforschung 2001

Kriener u.a. 2001

Kriener, H. u. a.: An inventory of on-site pill-testing interventions in the EU. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2001 (im Internet z. B. unter http://www.archido.de/eldok/publ/emcdda/pilltesting_report01.pdf)

Kröger u. a. 1997

Kröger, C./Künzel, J./Bühringer, G./Tauscher, M./Walden, K.: Evaluation des Präventionsprojektes Mind Zone (IFT-Berichte Bd. 95). München: IFT Institut für Therapieforschung 1997

Krollpfeiffer 1995

Krollpfeiffer, K.: Auf der Suche nach ekstatischer Erfahrung. Erfahrungen mit Ecstasy. Berlin: VWB 1995

LWL (Hg.) 2002

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg.): Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten – FreD. Beschreibung des Bundesmodellprojektes. Münster: LWL 2002 (im Internet unter <http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fred/FreD-Kurzbeschreibung.pdf>)

LWL (Hg.) 2003

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hg.): Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten – FreD. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Münster: LWL 2003 (im Internet unter http://www.bmgs.bund.de/downloads/FreD_Bericht-veroeffentlichung.pdf)

Luhmer/Hentschel 2003

Luhmer, F./Hentschel, A.: Selbstorganisierte Netzwerke in „der“ Techno-/Partyszene. In: *Sucht*magazin, 29/3, 2003, S. 42–46

Rakete/Flüsmeier 1997

Rakete, G./Flüsmeier, U.: Der Konsum von Ecstasy. Empirische Studie zu Mustern und psychosozialen Effekten des Ecstasykonsums im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Hamburg: Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 1997

Rakete/Püschel 1997

Rakete, G./Püschel, M.: Das „ecstasy project“. In: Rabes, M./Harm, W.: *XTC und XXL. Ecstasy: Wirkungen, Risiken, Vorbeugungsmöglichkeiten und Jugendkultur*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag 1997, S. 251–252

Simon/Sonntag 2004

Simon, R./Sonntag, D.: Cannabisbezogene Störungen: Umfang, Behandlungsbedarf und Behandlungsangebot in Deutschland. München: IFT 2004

techno-netzwerk berlin 1999

techno-netzwerk berlin: Drug-Checking-Konzept für die Bundesrepublik Deutschland, erarbeitet für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin: techno-netzwerk berlin 1999 (im Internet u. a. unter <http://www.eve-rave.net/abfahrer/drug-checking.sp?text=1&page=0>)

Tossmann/Heckmann 1997

Tossmann, P./Heckmann, W.: Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Partyszene. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1997

KAPITEL II – BEISPIELE AUS DER PRAXIS

Aufsuchende Sozialarbeit mit Mädchen und Frauen in der Beschaffungs- prostitution

HEIKE ZURHOLD

LEBENS- UND ARBEITSBEDINGUNGEN VON BESCHAFFUNGSPROSTITUIERTEN

Die Prostitution Drogen gebrauchender Mädchen und Frauen findet meist im öffentlichen Raum – auf dem Straßenstrich – statt, wobei der als „Drogenstrich“ bekannte Bereich häufig in der Nähe der Drogenszene liegt. Die Abgrenzung zu anderen Prostitutionsmilieus ist zwar schwierig, weil auch dort der Drogenkonsum verbreitet ist. Ein entscheidender Unterschied ist jedoch, dass bei Drogen konsumierenden Mädchen und Frauen die Finanzierung der Droge(n) die Hauptmotivation für die Prostitution ist. Dass die Sexarbeit für sie zumindest phasenweise die wichtigste Einnahmequelle darstellt, hat verschiedene Gründe: Die Sexarbeit auf dem Straßenstrich ist an keine feste Arbeitszeit gebunden, kann also je nach Bedarf geleistet werden und kommt so auch der dynamischen, drogenbezogenen Lebensweise entgegen. Sie erbringt in kurzer Zeit einen relativ hohen Verdienst und ist außerdem legal: Das Risiko, durch Beschaffungsdelikte wie z. B. Drogenhandel, Diebstahl oder Raub straffällig zu werden, lässt sich durch diese Verdienstmöglichkeit vermeiden.

Der Einstieg in die Prostitution

Eine neuere, bei 94 jungen Drogenprostituierten in Hamburg durchgeführte Studie belegt, dass die Beweggründe für den Einstieg in die Prostitution sehr unterschiedlich sind (Zurhold 2005). Die Vorstellung, Drogen konsumierende Mädchen und Frauen würden meist durch ihren Partner oder einen Zuhälter in die Sexarbeit gedrängt, hat sich als ein Mythos erwiesen. Sehr viel häufiger gelangen sie über eine bereits als Prostituierte tätige Bekannte aus dem Drogenmilieu zur Sexarbeit. Die Studie ergab außerdem, dass der Einstieg aufgrund der räumlichen Nähe der Drogen- und Prostitutionsszene oftmals zufällig und spontan erfolgt: Drogenkonsumentinnen werden direkt von Freiern angesprochen und willigen in Sex gegen Bezahlung ein.

Die meisten Drogenkonsumentinnen werden allerdings nicht oder nur sehr unzureichend in die Sexarbeit eingeführt. Daher fehlt es ihnen besonders in der Anfangszeit an Basiskompetenzen sowohl im Umgang mit Freiern als auch im Hinblick auf den Schutz der eigenen Gesundheit (Guggenbühl/Berger 2001; Zurhold 2005). Zu den Basiskompetenzen gehören etwa das sichere Auftreten gegenüber dem Kunden, das Wissen über die gängigen Preise und die Standardangebote der Sexarbeit sowie Strategien zur Durchsetzung des Kondomgebrauchs (denn viele Freier wünschen Sex ohne Kondom).

Risikoverhalten

Verschiedene Untersuchungen zeigen übereinstimmend, dass auch Beschaffungsprostituierte – anders als oftmals vermutet – in hohem Maße konsequent Kondome benutzen. So gaben in der Studie von Kleiber und Velten (1994) 75 % der Befragten an, beim Vaginalsex mit Freiern immer Kondome zu benutzen. In der in Hamburg durchgeführten Studie von Zurhold (2005) berichteten sogar 90 % der Frauen, dass sie beim Vaginal- und Analsex mit Freiern stets dieses Schutzmittel anwenden. Zugleich weisen beide Studien auf Risikokonstellationen hin, in denen der konsequente Schutz vor Infektionen mit HIV, Hepatitis und STDs¹ vernachlässigt wird: Beim Oralsex sinkt die Rate des konsequenten Kondomgebrauchs auf 67 % (Kleiber/Velten 1994) bzw. 53 % (Zurhold 2005) ab, was darauf hindeutet, dass Drogenprostituierte die Risiken des ungeschützten Oralverkehrs unterschätzen.² Noch größere gesundheitliche Risiken werden beim Sex mit Stammfreiern eingegangen. Zwar lässt sich das Verhalten dieser Kunden besser einschätzen, sodass hier der Gefahr von körperlicher und sexueller Gewalt eher vorgebeugt werden kann. Allerdings kommt es umso häufiger zu ungeschütztem Sex, je regelmäßiger der Freier eine Prostituierte aufsucht, je privater und vertrauter die Beziehung wird und je länger diese andauert (Kleiber und Velten 1994). Hinzu kommt, dass sich die Frauen oftmals auf das äußere Erscheinungsbild der Stammfreier verlassen, und selbst wenn sie eine Bescheinigung über ein negatives HIV-Testergebnis verlangen, dann nur zu Beginn einer längeren Beziehung zum Kunden. Risiken gehen Drogenprostituierte jedoch vor allem beim Sex in der Partnerschaft ein. Hier auf den Kondomgebrauch zu bestehen, gilt als Ausdruck des Misstrauens und ist daher ein Tabu – obwohl die Partner häufig ebenfalls Drogen konsumieren und dabei möglicherweise Infektionsrisiken eingehen (z. B. durch die Verwendung von unsterilem Spritzbesteck und Zubehör). Die Tabuisierung des Kondomgebrauchs spiegelt sich in der hohen Rate ungeschützter Sexualkontakte wider: Je nach Studie verwenden 50-70 % der Beschaffungsprostituierten beim Sex mit dem Partner keine Kondome (Kleiber/Velten 1994; Zurhold 2005).

Die genannten Risikokonstellationen muss die aufsuchende Sozialarbeit bei Maßnahmen der Infektionsprophylaxe stärker berücksichtigen.

¹ STDs steht für „sexually transmitted diseases“ = sexuell übertragbare Krankheiten.

² Beim Oralsex ohne Kondom können Hepatitis und andere STDs übertragen werden. Eine HIV-Infektion ist dagegen unwahrscheinlich, solange nicht in den Mund ejakuliert wird. Das zu verhindern, dürfte unerfahrenen Prostituierten allerdings schwer fallen – und die Freier werden in aller Regel kein Interesse daran haben.

Aufgrund intensiver Präventionskampagnen zu HIV/Aids sind Beschaffungsprostituierte inzwischen zwar gut über das HIV-Infektionsrisiko und entsprechende Schutzmaßnahmen informiert, sie haben jedoch Schwierigkeiten, dieses Wissen in wirksames Schutzverhalten umzusetzen (Guggenbühl/Berger 2001). Ob die Frauen genauso gut über die Infektionswege von Hepatitis und anderen STDs wie z. B. Gonorrhö und Syphilis Bescheid wissen, ist fraglich. Gerade Hepatitis ist unter Drogenkonsumentinnen (und Drogenkonsumenten) sehr weit verbreitet, und diejenigen, die der Prostitution nachgehen, erkranken außerdem häufig an STDs (Zurhold 2002).

Minderjährige

Aus Praxis und Forschung ist bekannt, dass in Großstädten ein nicht unerheblicher Teil der Beschaffungsprostituierten noch minderjährig ist (Hitzke 2001; Zurhold 2005). Mädchen, die als Prostituierte tätig sind, befinden sich in diesem Alter noch in der Phase der sexuellen Entwicklung. Selbst wenn sie bereits über das Thema Schwangerschaft aufgeklärt sind, haben sie häufig nur geringe Kenntnisse über das HIV-Infektionsrisiko und die Schutzmöglichkeiten; noch rudimentärer dürfte ihr Wissen zu Hepatitis und anderen STDs sein. Außerdem ist davon auszugehen, dass sie im Vergleich zu erwachsenen Prostituierten erheblich größere Probleme haben, beim Sex mit Freiern Schutzmaßnahmen durchzusetzen.

Da die Minderjährigenprostitution überwiegend im Verborgenen stattfindet und die Mädchen häufig von Zuhältern kontrolliert werden, ist die aufsuchende Arbeit hier zwar besonders schwierig. Dennoch muss Aufklärung geleistet werden – über allgemeine Fragen der Sexualität (z. B. Menstruation, Schwangerschaft) sowie über die Ansteckungsrisiken, die Symptome von STDs wie z. B. Hepatitis, Syphilis, Tripper, Chlamydien oder Genitalpilzen. Mit der Aufklärung müssen zugleich Gespräche über geeignete Schutzmöglichkeiten verbunden sein, die sich in der Sexarbeit anwenden lassen.

Sexuelle Dienste für wenig Geld

Ein Großteil der Kunden auf dem Drogenstrich verlangt nach billigem, schnellem Sex – ohne Kondom. Die ökonomische Notlage und die Drogenwirkung erschwert es den Frauen, auf den Kondomgebrauch und ihre Preisvorstellungen zu bestehen, was es den Kunden wiederum erleichtert, ihre sexuellen Wünsche für

wenig Geld durchzusetzen. Zwar sind viele Beschaffungsprostituierte darauf bedacht, ihre Freier zu selektieren; dennoch akzeptieren sie in der Regel niedrige Preise und willigen zum Teil auch in sexuelle Handlungen ein, die sie im Nachhinein als Übergriff empfinden. Die Preise auf dem Drogenstrich sind allgemein eher gering und richten sich häufig danach, was für Drogen zu bezahlen ist. In Hamburg verlangen Beschaffungsprostituierte im Durchschnitt etwa 30–50 Euro für übliche sexuelle Dienstleistungen wie Vaginal- oder Oralverkehr. Mädchen und Frauen, die Crack konsumieren³, willigen mitunter auch in das Angebot von lediglich 10 Euro, von Sachleistungen oder Drogen ein (siehe Beitrag Eggebrecht in diesem Band, S. 46 ff.).

Gewalterfahrungen

Der Straßenstrich ist ein ungeschützter Raum, in dem sich die dort tätigen Mädchen und Frauen nie sicher fühlen können. Die Angst vor gewalttätigen Freiern bestimmt nahezu alle Interaktionen der Prostituierten und ist auch nicht unbegründet, denn tätliche Übergriffe, sexuelle Nötigung und Vergewaltigung kommen in diesem Milieu häufig vor. Aufgrund der Sperrgebietsverordnungen (siehe S. 98) und der Konkurrenz der Frauen untereinander gibt es kaum Ansätze der Selbstorganisation zum gegenseitigen Schutz. Nur in wenigen Ausnahmen führen Prostituierte Listen, in die sie Informationen über gewalttätige Freier (Aussehen, Autokennzeichen usw.) eintragen und regelmäßig aktualisieren.

In einer Studie zur Evaluierung unterstützender Maßnahmen beim Ausstieg aus der Prostitution (EVA-Projekt) gaben 54 % der 250 befragten Frauen an, dass sie im Laufe der Sexarbeit verschiedene Gewalttaten durch Freier erlebt hatten (Leopold/Grieger 2004). Laut der bereits erwähnten Hamburger Prostitutionsstudie (Zurhold 2005) waren 68 % der befragten Beschaffungsprostituierten verbal, mit Waffen oder tätlich bedroht worden – häufig mehrmals (im Durchschnitt 5,5-mal). 56 % der Befragten hatten seit Beginn der Sexarbeit drei- bis viermal körperliche Angriffe erlebt, 48 % wurden drei- bis viermal vergewaltigt.

Zum Trauma einer Vergewaltigung kommt immer auch die Angst vor einer Schwangerschaft und einer HIV-Infektion hinzu, denn eine Vergewaltigung geschieht in aller Regel ohne Kondom. Angesichts der alltäglichen Gefahr von Ge-

³ Der Crack-Konsum (weit verbreitet vor allem in Metropolen wie Hamburg oder Frankfurt/Main) kann eine enorme Suchtdynamik in Gang setzen und schnell zu Verelendung führen.

walt auf dem Straßenstrich hat das Risiko einer HIV-Infektion in der subjektiven Wahrnehmung der Mädchen und Frauen allerdings eine nachrangige Bedeutung. Strategien zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten wenden sie am ehesten dann an, wenn diese zugleich vor dem Verlust von Würde und Selbstachtung schützen, wie etwa Maßnahmen der Körperhygiene. Kondome wiederum dienen vor allem der Empfängnisverhütung, dem Schutz der Intimität sowie der Vermeidung von Ekel (Guggenbühl/Berger 2001).

Beschaffungsprostituierte, die bereits in der Kindheit oder Jugend körperlicher und/oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren, werden nahezu doppelt so häufig von Freiern vergewaltigt wie diejenigen, die früher keine Gewalt erlebt hatten (Zurhold 2005). Offenbar fällt es diesen Mädchen und Frauen erheblich schwerer, sich vor Gewalt durch Freier zu schützen. In der EVA-Studie wurde außerdem nachgewiesen, dass Prostituierte umso häufiger Opfer von Gewalt werden, je jünger sie bei Beginn der Prostitutionstätigkeit waren (Leopold/Grieger 2004).

Angesichts des hohen Gewaltpotenzials muss Gewaltprävention ein Schwerpunkt der aufsuchenden Arbeit mit Beschaffungsprostituierten sein. Dabei gilt es vor allem, Minderjährige zu erreichen sowie diejenigen Mädchen und Frauen, die bereits in der Kindheit oder Adoleszenz Opfer von Gewalt waren.

Drogenkonsum

Für einen Großteil der Mädchen und Frauen ist die Prostitution nur unter Drogeneinfluss zu ertragen. Bei den meisten führt die Sexarbeit überdies zu einem Anstieg des Drogenkonsums: Drogen erleichtern es, Freier anzusprechen, ermöglichen das Ausschalten eigener Gefühle, dienen zur Bewältigung der Sexarbeit und helfen, die Erinnerung an Gewalterlebnisse zu verdrängen (Zurhold 2005).

Belastende Erfahrungen in Kindheit und Jugend

Die Biografien von Beschaffungsprostituierten weisen auffallend häufig problematische Entwicklungsbedingungen auf, wie z. B. die Herkunft aus einer gewalttätigen Familie, alkohol- oder medikamentenabhängige Eltern, wechselnde Bezugspersonen und Heimaufenthalte seit frühester Kindheit. Oftmals haben die Prostituierten bereits in jungen Jahren ein Leben „auf Trebe“ geführt (Leopold/

Grieger 2004; Zurhold 2005). In der Studie zu Hamburger Drogenprostituierten (Zurhold 2005) berichteten 61 % der Befragten von sexueller und/oder körperlicher Gewalt, die sie im Durchschnitt bereits im Alter von sieben bis neun Jahren erfahren hatten. Über die Hälfte stammt aus einer Familie mit mindestens einem substanzabhängigen Elternteil. 44 % der Befragten lebte im Alter von 14 Jahren nicht mehr zu Hause, sondern in Pflegefamilien, Heimen oder Jugendwohngruppen. Aufgrund der schwierigen Entwicklungsbedingungen im Elternhaus sind mehr als drei Viertel der Befragten „ausgerissen“ und haben ein Leben auf der Straße vorgezogen.

Die aktuelle Lebenssituation von Beschaffungsprostituierten ist zudem durch eine prekäre gesundheitliche und psychische Verfassung, ein Leben in der Illegalität und durch eine höchst instabile Wohnsituation gekennzeichnet. Von den in Hamburg befragten jungen Drogenprostituierten (Zurhold 2005) lebten über 60 % in unsicheren Wohnverhältnissen, z. B. bei Freunden oder Freiern, in Hotels und Notschlafstellen, und etwa ein Viertel war obdachlos.

RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN DER (BESCHAFFUNGS-)PROSTITUTION

Die (Beschaffungs-)Prostitution unterliegt verschiedenen gesetzlichen Regelungen und ordnungsrechtlichen Bestimmungen, die im Folgenden kurz beschrieben werden.

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG)

In dem am 1. Januar 2001 in Kraft getretenen Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz, IfSG)⁴ stehen Aufklärung und Prävention im Vordergrund und nicht mehr wie in den vorherigen Regelungen Maßnahmen der Verfolgung und Kontrolle von so genannten Infektionsquellen. Das neue Gesetz hat damit eine Reihe positiver Veränderungen mit sich gebracht: Die im „alten“ Geschlechtskrankheitengesetz vorgesehene Untersuchungs- und Behandlungspflicht wurde zugunsten von Freiwilligkeit und Anonymität aufgehoben. Prostituierte werden seither nicht mehr

⁴ Der Gesetzestext findet sich auf den Internetseiten des Bundesministeriums der Justiz unter der Adresse <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/ifsg/>.

amtlich registriert und polizeilich kontrolliert. Zugleich wurden dem öffentlichen Gesundheitsdienst umfangreiche Aufgaben in der Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten zugewiesen. Nach § 19 IfSG obliegt es den Gesundheitsämtern, entweder selbst hierzu Beratung und Untersuchung anzubieten oder diese in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen sicherzustellen. Diese Angebote sollen „für Personen, deren Lebensumstände eine erhöhte Ansteckungsgefahr für sich oder andere mit sich bringen“, auch im Rahmen der aufsuchenden Arbeit vorgehalten werden. Außerdem gilt: Wer nicht krankenversichert ist und die Kosten für Untersuchung und Behandlung nicht selbst tragen kann, wird kostenlos versorgt.

Das Prostitutionsgesetz (ProstG)

Am 1. Januar 2002 trat das Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten (Prostitutionsgesetz, ProstG)⁵ in Kraft, das auf eine Verbesserung der sozialen und rechtlichen Stellung von Prostituierten abzielt. Da die Ausübung der Prostitution seither nicht mehr als sittenwidrig gilt, können Prostituierte ihren Lohn einklagen: Vereinbarungen zu vorgenommenen sexuellen Handlungen gegen Entgelt begründen eine rechtswirksame Forderung. Zugleich besteht die Möglichkeit, die Prostitution im Rahmen eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses auszuüben, wodurch Prostituierte nunmehr auch Zugang zu Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung haben. Außerdem wurde der Straftatbestand der „Förderung der Prostitution“ auf Menschenhandel, Zwangsprostitution, Ausbeutung von Prostituierten, Zuhälterei und Zuführung von Jugendlichen zur Prostitution beschränkt. Bordellbetreiber/innen, die für verbesserte Arbeitsbedingungen sorgen, machen sich daher nicht mehr strafbar.

In der Praxis zeitigt das Gesetz bislang nahezu keine Auswirkungen, da sowohl bei Behörden als auch Prostituierten nach wie vor große Rechtsunsicherheit besteht, bisher kaum Arbeitsverträge mit Prostituierten existieren und nahezu keine Frau unter Angabe ihrer Prostitutionstätigkeit krankenversichert ist (Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen [Hg.] 2004). Für Migrantinnen ohne geregelten Aufenthaltsstatus und ohne Arbeitserlaubnis hat das Gesetz keinerlei Relevanz; da für sie die Regelungen des Ausländergesetzes gelten, werden sie im ProstG auch nicht erwähnt. Auch Beschaffungsprostituierte profitieren nicht vom

⁵ Der Gesetzestext findet sich als Downloadversion unter <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/gesetze,did=4136.html>.

ProstG. Zum einen begreifen sie die Prostitution, anders als professionelle Sexarbeiterinnen, nicht als eine Dienstleistung und sehen sich selbst eher als Drogenkonsumentinnen denn als Prostituierte. Zum anderen erwägen sie aufgrund ihrer desolaten Lebensbedingungen erst gar nicht, sich als selbstständige Prostituierte anzumelden und Steuern sowie Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten. Nicht zuletzt greift das ProstG bei diesen Mädchen und Frauen auch deshalb nicht, weil sie die Prostitution zumeist illegal in Sperrgebieten ausüben (siehe unten).

Sperrgebietsverordnungen

Ein wesentliches Merkmal staatlicher Prostitutionskontrolle sind die von Kommunen oder Ländern erlassenen Sperrgebietsverordnungen, mit denen die Anbahnung und Ausübung der Straßenprostitution in bestimmten Straßen oder Stadtteilen durch Verbote oder zeitliche Beschränkungen reguliert wird. Ein einmaliger Verstoß gegen die Rechtsverordnung kann als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße geahndet werden; wiederholte Verstöße erfüllen bereits einen Straftatbestand.

Zwar besteht kein Zwang zum Erlass einer Sperrgebietsverordnung, dennoch machen die meisten Städte davon Gebrauch. In Dresden beispielsweise wurde nahezu das gesamte Stadtgebiet zum Sperrgebiet erklärt, sodass nicht nur die Prostitution auf Straßen, sondern auch in Wohnungen verboten ist. Ähnlich ist die Situation in Stuttgart. Faktisch wird die an sich legale Prostitution durch Sperrgebietsverordnungen wieder kriminalisiert (Mitrovic 2004).

Die Beschaffungsprostitution findet zumeist an Plätzen oder in Straßenbereichen statt, die zum Sperrgebiet erklärt wurden (wie z. B. im Hamburger Stadtteil St. Georg). Rigide Sperrgebietsverordnungen verschärfen zum einen den Konkurrenzdruck unter den Prostituierten, zum anderen wirken sie sich nachteilig auf den Selbstschutz aus. Um polizeiliche Kontrollen zu vermeiden, warten Beschaffungsprostituierte nicht an festen Standorten auf Kundschaft, sondern sind immer in Bewegung, sodass sie nicht aufeinander aufpassen können. Außerdem bleibt ihnen nur wenig Zeit, den Freier und sein Verhalten abzuschätzen sowie die sexuelle Leistung und den Preis dafür auszuhandeln. Die Gefahr, Opfer von Vergewaltigung, Raub und Freiheitsentzug zu werden, ist daher sehr hoch, und Freier haben es erheblich leichter, riskante Sexualpraktiken durchzusetzen.

Die Mobilität der Mädchen und Frauen erschwert es der aufsuchenden Sozialarbeit, sie als Beschaffungsprostituierte zu erkennen und mit ihnen Kontakt aufzunehmen. Das gilt besonders für Minderjährige, die sich noch stärker als erwachsene Beschaffungsprostituierte um Unauffälligkeit bemühen.

AUFSUCHENDE SOZIALARBEIT

Rahmenbedingungen

Anfang der 1990er Jahre wurde angesichts des Aidsproblems eine lebensweltnahe aufsuchende Arbeit mit weiblichen Prostituierten entwickelt und durch Modellprogramme gefördert. Heute ist die aufsuchende Sozialarbeit bzw. Streetwork im Prostitutionsmilieu ein etablierter Ansatz, um Kontakt zu verschiedenen Prostituiertengruppen herzustellen. Aufsuchende Arbeit wird von zahlreichen unterschiedlichen Einrichtungen geleistet. Dazu zählen

- ↳ Beratungsstellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (auf Grundlage des IfSG)
- ↳ Projekte der Huren-Selbsthilfebewegung
- ↳ Einrichtungen der Drogen- und Jugendhilfe
- ↳ Aidshilfen.

Die bei Beschaffungsprostituierten geleistete Streetwork wird von polizeilichen und ordnungspolitischen Maßnahmen stärker bestimmt, als dies in anderen Bereichen der Drogen-, Jugend- oder Aidshilfe der Fall ist. Die Verdrängung offener Drogenszenen und die daraus resultierende Mobilität der anschaffenden Mädchen und Frauen wirft die Frage auf, ob zugehende Arbeit unter diesen Bedingungen überhaupt noch möglich ist. So wird z. B. aus Bielefeld berichtet, dass der polizeiliche Verfolgungsdruck in der dortigen Drogen- und Prostituiertenszene sehr hoch ist; die Kontaktaufnahme zu Beschaffungsprostituierten sei erst dann möglich, wenn die Polizei ihren Einsatz gegen 21 Uhr beendet hat. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Polizei nicht überall mit gleicher Härte vorgeht. Außerdem sind die Strukturen der Beschaffungsprostitution, wie sie in Metropolen wie Berlin, Hamburg oder Frankfurt vorzufinden sind, nicht mit denen in mittelgroßen Städten wie Kassel, Bielefeld oder Hannover vergleichbar. Insofern ist Streetwork

nur dann sinnvoll, wenn die Arbeitsansätze und Methoden auf die regionalen Gegebenheiten zugeschnitten sind und bei sich ändernden Rahmenbedingungen entsprechend angepasst werden. Unter diesen Voraussetzungen ist sie auch eine notwendige Ergänzung des bestehenden „immobilen“ Hilfesystems.

Prävention und Beratung an den Orten anzubieten, an denen Beschaffungsprostituierte einen Großteil ihres Alltags verbringen, erhöht die Kontaktchancen und die Kontaktfrequenz. Wichtig ist dieses Angebot vor allem für junge Frauen, die oftmals Hemmungen haben, eine Hilfeeinrichtung aufzusuchen, weil sie nicht als Drogenkonsumentin und Prostituierte identifiziert werden wollen. Gleiches gilt auch für diejenigen Prostituierten, die sich im Milieu noch nicht etabliert haben und daher in Prostituiertenprojekten nicht gut aufgehoben wären. Ein weiterer Vorteil der aufsuchenden Arbeit ist, dass frühzeitig präventiv interveniert und bei Alltagsproblemen schnell Hilfe bereitgestellt werden kann. Allerdings werden Streetworkerinnen oft selbst für Prostituierte gehalten und sind dann der gleichen Verachtung und Abwertung ausgesetzt wie ihre Zielgruppe (Geißler-Hehlke 2001).

Leitprinzipien und Zielsetzungen

Unabhängig davon, welche Einrichtung aufsuchende Arbeit bei Beschaffungsprostituierten leistet, herrscht Einigkeit bei den Leitprinzipien. An erster Stelle steht die Akzeptanz der Tatsache, dass die Mädchen und Frauen als Prostituierte arbeiten. Außerdem gilt, dass die Angebote an den Bedürfnissen der Zielgruppe orientiert, niedrigschwellig und ohne besondere Vorbedingungen nutzbar sind. Damit verbunden ist das Prinzip der Freiwilligkeit, das heißt, die Mädchen und Frauen bestimmen selbst, ob und wann sie die angebotenen Hilfen in Anspruch nehmen wollen.

Die Ziele der aufsuchenden Arbeit mit Beschaffungsprostituierten stimmen im Wesentlichen mit den allgemeinen Zielen der aufsuchenden Arbeit überein (siehe Leicht/Schaffranek in diesem Band, S. 16 ff.). Darüber hinaus gibt es spezifische Ziele, die jede Einrichtung anders gewichtet, je nachdem, ob es sich um ein Gesundheitsamt, eine Drogenberatungsstelle oder eine Jugendhilfe-Einrichtung handelt:

- ↳ **Gesundheitsförderung bzw. Verhinderung von Krankheit durch**
 - Vermittlung präventiver Botschaften, Bereitstellung von Infomaterialien und Präventionsmitteln (z. B. Kondome)

- Stärkung des Selbstbewusstseins und Förderung allgemeiner gesundheitlicher Kompetenzen
- Förderung der Durchsetzungsfähigkeit in der Sexarbeit und bei privaten Sexualkontakten
- Kommunikation über die Gefahren/Risiken der Sexarbeit, über entsprechende Schutzmaßnahmen sowie die Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung

↳ **Ermöglichen von Soforthilfe ohne bürokratische Hürden durch**

- Aufbau tragfähiger Kontakte zur Zielgruppe
- Vereinbarungen und Kooperationen mit anderen Hilfeeinrichtungen

↳ **Vermittlung an weiterführende Hilfen**

- Information über die Angebote der eigenen Einrichtung und über das örtliche Hilfesystem
- Abbau von Schwellenängsten und Motivierung zur Nutzung von Hilfsangeboten
- Begleitung zu Behörden und anderen Einrichtungen

↳ **Lobbyarbeit**

- Hilfestellung bei der Durchsetzung von Rechten/Ansprüchen gegenüber Behörden
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Prostituierten durch stetige Aufklärung in Arbeitskreisen, auf Informationsveranstaltungen und nach Möglichkeit durch Vereinbarungen mit Polizei und Ordnungsamt
- Öffentlichkeitsarbeit zum Abbau von Diskriminierung in der Gesellschaft, bei Behörden usw.

(Geißler-Hehlke 2001; Hitzke 2001; Gesundheitsamt der Stadt Köln 2005).

Vorraussetzungen für Kontakte zur Zielgruppe

- ↳ Für eine gelingende, qualitativ hochwertige aufsuchende Arbeit sind Felderfahrungen erforderlich. Streetworker/innen müssen die einschlägigen Orte der Beschaffungsprostitution kennen und über den Umfang und die Erscheinungsformen der Prostitution Bescheid wissen.

- ↳ Streetworker/innen müssen regelmäßig an den Treffpunkten der Beschaffungsprostituierten präsent sein: Nur so können sie den Alltag der Mädchen und Frauen miterleben und Kontakt zu ihnen aufnehmen. Da es mitunter lange dauert, bis ein Kontakt hergestellt und eine verbindliche Beziehung aufgebaut werden kann, erfordert Streetwork personelle Kontinuität.
- ↳ Die Arbeitszeiten der Streetworker/innen müssen sich nach den Lebens- und Arbeitsgewohnheiten der Beschaffungsprostituierten richten. Weil sie meist dann der Sexarbeit nachgehen, wenn sie Geld für Drogen brauchen, sollte Streetwork nicht nur abends oder nachts, sondern auch tagsüber geleistet werden. Die Möglichkeit für intensivere Gespräche oder eine Beratung bietet sich dagegen oft erst nachts, wenn die Mädchen und Frauen ausreichend Geld verdient haben.
- ↳ Wichtig für die Kontaktaufnahme ist eine sensible Wahrnehmung des Geschehens, um die Mädchen und Frauen nicht bei der Arbeit zu behindern. Streetworker/innen müssen erkennen können, wann Zurückhaltung geboten ist und welche Momente für die Kontaktaufnahme günstig sind.
- ↳ Auf dem offiziell ausgewiesenen Straßenstrich ist die Kontaktaufnahme relativ einfach. Schwieriger ist der Zugang zu den Frauen und Mädchen, die in Sperrbezirken anschaffen gehen: Hier ist besonders viel Wahrnehmungs- und Einfühlungsvermögen notwendig.

Tätigkeitsbereiche und Leistungen

Die aufsuchende Arbeit mit Beschaffungsprostituierten umfasst eine Vielzahl von Unterstützungsleistungen, die auf Existenzsicherung, Stärkung des Gesundheits- und Risikobewusstseins, die Förderung der Selbsthilfe und die Entwicklung von Zukunftsperspektiven außerhalb des Milieus abzielen. Darüber hinaus hat Streetwork eine „Brückenfunktion“, indem sie dazu beiträgt, Hemmschwellen abzubauen, die eine Nutzung von Hilfsangeboten erschweren oder verhindern. Insgesamt erhöht sie die Akzeptanz von Hilfe, was eine langfristige Anbindung von Beschaffungsprostituierten ermöglicht. Zur Erreichung der Zielsetzungen von aufsuchender Arbeit haben sich folgende Angebote und Maßnahmen bewährt:

- ↳ **Existenzsicherung**
 - Vermittlung eines Schlafplatzes und/oder Wohnraums
 - Versorgung mit Essen und Kleidung

↳ Prävention und Gesundheitsvorsorge

- Abgabe von Spritzen, Hygieneartikeln, Kondomen und Gleitgel
- Aufklärung über HIV/Aids und STDs, Schwangerschaftsverhütung, Safer Use und Safer Sex
- Kommunikation über das persönliche Risikomanagement
- Verteilung zielgruppenspezifischer Materialien zu Safer Use, Safer Sex und Safer Work⁶
- Weitervermittlung an Einrichtungen mit niedrigschwelligen medizinischen Angeboten (gynäkologische Untersuchung, Hepatitis-Impfung, HIV-Test)

↳ Beratung, Betreuung, Vermittlung

- einzelfallbezogene Unterstützung, Einzelgespräche
- Vermittlung an Hintergrundeinrichtungen (Konsumräume, Kontaktläden, Krisenübernachtungsstellen, Wärmestuben)
- Begleitung zur Suchtberatung, zu Therapieeinrichtungen, Beratungsstellen für sexuell missbrauchte Mädchen und Frauen und Einrichtungen der Jugendhilfe
- Begleitung zu Ärzt(inn)en und Behörden
- Besuche bei Krankenhausaufenthalten

↳ Kriseninterventionen

- gezielte Unterstützung in extremen psychischen und physischen Notlagen und Krisensituationen
- Unterstützung nach erlebter Gewalt (Krisengespräche, Begleitung zu ärztlichen Untersuchungen und zur Polizei)
- Aufarbeitung traumatisierender Erinnerungen und Schuldgefühle, Abbau von Selbstkel und Selbstverachtung

↳ Förderung des Ausstiegs aus der Prostitution und dem Drogenkonsum

- Begleitung und Unterstützung beim Ausstieg

⁶ Mit „Safer Work“ werden Verhaltensregeln bezeichnet, die Sexarbeiterinnen beim Umgang mit Freiern beachten sollten. Dabei geht es zum einen um Maßnahmen zur Vorbeugung gewalttätiger Übergriffe (z. B. Kleidung tragen, die beim Flüchten nicht behindert, beim Einsteigen in das Auto des Freiers prüfen, ob die Kindersicherung entriegelt ist), zum anderen um Maßnahmen zum Infektionsschutz beim Sex. Safer Sex, vor allem der Gebrauch von Kondomen, ist folglich Bestandteil von Safer Work.

- Hilfe beim Aufbau sozialer Kontakte außerhalb des Milieus
- Erarbeitung von Zukunftsperspektiven (Nachholen eines Schulabschlusses, Beginn einer Ausbildung) und Hilfe bei der Bewerbung um einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz.

Darüber hinaus ist eine gezielte Vernetzungsarbeit unverzichtbar, um die regional vorhandenen Ressourcen optimal nutzen zu können. Die Pflege von Kontakten zu anderen Institutionen und insbesondere die Kooperation ermöglichen Hilfestellungen im Sinne eines Case-Managements und erleichtern die Weitervermittlung in Behandlungseinrichtungen. Zudem gilt es, Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialwesens für die Belange und Bedürfnisse von Beschaffungsprostituierten zu sensibilisieren und die Beschaffungsprostitution in der Öffentlichkeit zu thematisieren, um Vorurteile und Diskriminierungen abzubauen.

Trainings zu Safer Sex und Safer Work

Grundsätzlich ist zu überlegen, mit welchen weiteren Methoden sich Schutzstrategien und ein Risikomanagement bei Drogenprostituierten gezielter fördern lassen. Denkbar wären z. B. praktische Übungen zu Safer Sex und Safer Work im Rahmen von Trainings, die von einer professionellen Prostituierten geleitet werden. Die Einbeziehung erfahrener Prostituierten gewährleistet nicht nur die nötige Lebensweltnähe, sondern lässt sich auch für Ansätze von Peer-Education nutzen. Zudem könnten auf diese Weise Aspekte der Gewaltprävention abgedeckt werden.

Gewaltprävention

Die Gewaltprävention gehört zu den zentralen Aufgaben der Straßensozialarbeit mit Beschaffungsprostituierten. Wirksam ist sie allerdings nur dann, wenn die Rahmenbedingungen der Straßenprostitution so verändert werden, dass die Mädchen und Frauen mehr Sicherheit erhalten. Ein in Deutschland bislang einzigartiges Beispiel hierfür ist die im Oktober 2001 erfolgte Verlagerung des Kölner Straßenstrichs von der Innenstadt in die Geestemünder Straße. Auch wenn die Verlagerung des Straßenstrichs aus dem innerstädtischen Sperrgebiet in erster Linie ordnungspolitischen Erwägungen geschuldet war, bedeutet der neue, in einem Gewerbegebiet befindliche Straßenstrich für die Prostituierten eine erhebliche Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen. Für Prostituierte ab 18 Jahren ist die Sexarbeit täglich von 12.00 bis 2.00 Uhr erlaubt. Der Straßenstrich besteht aus einer Anbahnungszone und einer zweckmäßig umgebauten Scheune

mit WC und Duschkmöglichkeiten. Die Sexarbeit selbst wird in garagenähnlichen Boxen verrichtet, die mit Notrufknöpfen und Fluchttüren ausgestattet sind. Mit vor Ort befinden sich die Hilfeeinrichtung Mäc-Up und das Gesundheitsamt, um Beratung, Begleitung und Prävention anzubieten. Das Sozialpädagogische Institut Berlin (SPI) hat das Modellprojekt ab Januar 2002 für zwei Jahre wissenschaftlich begleitet, und erste Auswertungen zeigen, dass durch die verbesserten Arbeitsbedingungen gewalttätigen Übergriffen auf Prostituierte wirksam vorgebeugt werden konnte (Kersch 2004).

Gewalt durch Freier hat nicht selten ernste körperliche Schäden zur Folge. Nach erfolgter Gewalt müssen die Streetworker/innen daher abklären, ob eine medizinische Behandlung erforderlich und ein HIV- und Hepatitistest ratsam ist und ob Anzeige erstattet werden soll. Im Falle einer Anzeige gilt es, die Betroffene zur ärztlichen Untersuchung und zur Polizei zu begleiten.

Unverzichtbar für die Gewaltprävention sind gute Kontakte zum Ordnungsamt und zur Polizei. Feste Absprachen und Kooperationstreffen erleichtern nicht nur die Straßensozialarbeit, sondern auch die Erstattung von Anzeigen. Letzteres hat sich z. B. im Kölner Modell (siehe oben) erwiesen. Die Bereitschaft der Prostituierten, nach körperlicher Gewalt und Vergewaltigung eine Anzeige zu erstatten, hat sich durch Absprachen mit der Polizei deutlich erhöht.

Innovationen und Trends

Im sozialen Arbeitsfeld der Beschaffungsprostitution lassen sich nur bedingt innovative Ansätze und Trends ausmachen. So berichtet beispielsweise die Dortmunder Mitternachtsmission, dass in der Straßensozialarbeit neue Kontakt- und Zugangswege zu minderjährigen Prostituierten ausprobiert werden, da diese in Dortmund der Sexarbeit nicht an einem zentralen Ort nachgehen und es folglich auch keinen zentralen Anlaufpunkt für die Streetworker/innen gibt. Einer dieser neuen Zugangswege stellt das Aufsuchen von Discotheken dar, in denen Minderjährige gezielt für die Prostitution angeworben werden. Für die Auswertung der vor Ort erfolgten Beobachtungen wurde ein spezieller Erhebungsbogen entwickelt.

Insgesamt ist festzustellen, dass eine Verknüpfung der Drogen- mit der Jugendarbeit in Zukunft zunehmend wichtiger wird, um junge oder noch minderjährige Beschaffungsprostituierte zu erreichen. Auf das Gesamtfeld der Prostitution bezogen lässt sich allerdings erkennen, dass die soziale Arbeit in Richtung Armuts-

und Grenzprostitution tendiert. Hier sind in den letzten Jahren mehrere Projekte mit innovativen Angeboten entstanden. Ein Beispiel ist das grenzüberschreitende Sozialprojekt „Karo“⁷, das 1994 im Bundesland Sachsen an der deutsch-tschechischen Grenze seine Arbeit aufgenommen hat und seither viel diskutiert wird. Hintergrund des Projekts ist der wirtschaftliche und soziale Umbruch in Tschechien, der die kommerzielle sexuelle Ausbeutung von Kindern und den Menschen- und Kinderhandel forciert hat. Das primäre Ziel von Karo ist die Prävention von HIV/Aids und sexuell übertragbaren Krankheiten bei Prostituierten.

Mit gleicher Zielsetzung startete 1997 das Projekt „Jana“, das ebenfalls an der deutsch-tschechischen Grenze angesiedelt ist. Interessanterweise findet sich in der Aufgabenbeschreibung der Hinweis, dass die Entwicklung neuer Konzepte für die Präventionsarbeit mit Prostitutionskunden aus Deutschland zur Projektarbeit gehöre⁸: Bislang haben Freier in der zugehenden Arbeit mit (Beschaffungs-)Prostituierten so gut wie keine Rolle gespielt. Unter dem Gesichtspunkt des Gesundheitsschutzes und der Gewaltprävention bei Prostituierten ist die Entwicklung hin zur Freierarbeit jedoch unumgänglich. Allerdings kann sie nicht von denjenigen Streetworker(inne)n geleistet werden, die mit den Prostituierten arbeiten, da sonst Loyalitätskonflikte und Misstrauen vorprogrammiert wären. Für die aufsuchende Freierarbeit sind daher eigenständige zielgruppenspezifische Ansätze erforderlich. Die Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) bieten eine wesentliche Grundlage für dieses Arbeitsfeld. Schließlich heißt es dort, dass gegebenenfalls Personen aufzusuchen sind, deren Lebensumstände eine erhöhte Ansteckungsgefahr für sie selbst und andere mit sich bringen.

⁷ Nähere Informationen zum Projekt finden sich im Internet unter <http://www.karo-sozialprojekt.de>.

⁸ Zur Aufgabenbeschreibung siehe im Internet unter <http://www.regierung.oberpfalz.bayern.de/leistungen/soziales/info/jana/jana.htm>.

LITERATUR

Bündnis 90/Die Grünen BT-Fraktion (Hg.) 2004

Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion (Hg.): Auf dem Prüfstand. Das Prostitutionsgesetz. Dokumentation des Fachgesprächs am 16.08.2004 im Deutschen Bundestag. Berlin: Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion 2004 (im Internet unter <http://www.gruene-bundestag.de/cms/publikationen/dokbin/50/50693.pdf> abrufbar)

Geißler-Hehlke 2001

Geißler-Hehlke, J.: Zur Situation von Prostituierten. In: Diakonisches Werk der EKD (Hg.): *Prostitution und Menschenhandel. Was hilft? Neue Bündnisse und Wege in der Arbeit. Dokumentation der Fachtagung des Diakonischen Werkes der EKD vom 14. bis 16. März 2001 in Berlin*. Stuttgart: Diakonisches Werk der EKD 2001, S. 35–37 (im Internet unter <http://www.diakonie.de/downloads/DD-04-2001.pdf> abrufbar)

Gesundheitsamt Köln (Hg.) 2005

Gesundheitsamt der Stadt Köln (Hg.): Konzeption: Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen für i. v. drogengebrauchende Frauen. Aufsuchende Arbeit in der Geestemünder Straße Köln: Gesundheitsamt o. J. (2005) (im Internet unter <http://www.stadt-koeln.de/imperia/md/content/pdfdateien/pdf532/39.pdf> abrufbar)

Guggenbühl/Berger 2001

Guggenbühl, L./Berger, C.: Subjektive Risikowahrnehmung und Schutzstrategien sich prostituierender Drogenkonsumentinnen. Eine qualitative Studie unter besonderer Berücksichtigung HIV-relevanten Risiko- und Schutzverhaltens. Eine Studie im Rahmen des Nationalen Aids-Forschungsprogramms des Schweizerischen Nationalfonds (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung, Nr. 134). Zürich: Institut für Suchtforschung 2001 (im Internet unter http://www.suchtforschung.ch/download/dateien/ISF_Bericht_0134.pdf abrufbar)

Hitzke 2001

Hitzke, A.: Existenzsicherung auf der Straße – Prostitution von Kindern und Jugendlichen – Erfahrungen der Dortmunder Mitternachtsmission e.V. In: Diakonisches Werk der EKD (Hg.): *Prostitution und Menschenhandel. Was hilft? Neue Bündnisse und Wege in der Arbeit. Dokumentation der Fachtagung des Diakonischen Werkes der EKD vom 14. bis 16. März 2001 in Berlin*. Stuttgart: Diakonisches Werk der EKD 2001, S. 38–42 (im Internet unter <http://www.diakonie.de/downloads/DD-04-2001.pdf> abrufbar)

Howe 2004

Howe, C.: Milliardengeschäft illegale Prostitution. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 52-53 (2004), S. 33–38 (im Internet unter <http://www.bpb.de/files/230Y4P.pdf> abrufbar)

Kerschl 2004

Kerschl, A. V.: Straßenstrich „Geestemünder Str.“ – Das Modellprogramm der Stadt Köln. Vortrag beim 27. Bundesdrogenkongress des Fachverbands Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR) am 26. und 27. April 2004 in Hannover (im Internet unter <http://fdr-online.info/pdf/bdk-27-kerschl.pdf> abrufbar)

Kleiber/Velten 1994

Kleiber, D./Velten, D.: Prostitutionskunden. Eine Untersuchung über soziale und psychologische Charakteristika von Besuchern weiblicher Prostituiertes in Zeiten von AIDS. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1994

Leopold/Grieger 2004

Leopold, B./Grieger, K.: Gewaltprävention durch die Arbeit mit Minderjährigen in der Prostitution. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 52-53 (2004), S. 19–26 (im Internet unter <http://www.bpb.de/files/230Y4P.pdf> abrufbar)

Mitrovic 2004

Mitrovic, E.: Zwei Jahre Prostitutionsgesetz: Alles beim Alten? Dokumentation des Fachgesprächs am 16.08.2004 im Deutschen Bundestag. Berlin: Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion 2004, S. 5–11

Zurhold 2002

Zurhold, H.: Interaktionen in der Sexarbeit – Gesundheitsförderung und Empowerment für Beschaffungsprostituierte. In: Böllinger, L./Stöver, H. (Hg.): *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag 2002, S. 104–119

Zurhold 2005

Zurhold, H.: Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution. Eine explorative Studie. Berlin: VWB Verlag 2005

Empfehlenswerte Projekte für (Beschaffungs-) Prostituierte – eine Auswahl

Frauentreff Olga für drogenabhängige Prostituierte

Derfflinger Str. 19
10785 Berlin
Tel.: 030 / 2 62 89 59
Fax: 030 / 25 79 91 56
E-Mail: frauentreff.olga@berlin.de

Sperrgebiet – Beratungsstelle für junge drogenabhängige Prostituierte

Rostocker Straße 4
20099 Hamburg
Tel.: 040 / 24 66 24
Fax: 040 / 24 75 83
E-Mail: sperrgebiet@diakonie-hamburg.de

Dortmunder Mitternachtsmission e.V.

Dudenstr. 2–4
44137 Dortmund
Tel.: 0231 / 14 44 91
Fax: 0231 / 14 58 87
E-Mail: mitternachtsmission@gmx.de

Café Mäc-Up

Treffpunkt und Beratungsstelle für Mädchen und Frauen von 14–27 Jahren, die Drogen konsumieren und der Prostitution nachgehen
Machabäerstraße 31
50668 Köln
Tel.: 0221 / 13 35 57
E-Mail: maec-up@skf-koeln.de

KAPITEL II – BEISPIELE AUS DER PRAXIS

Peer-Arbeit bei Fixpunkt e.V.

KERSTIN DETTMER

AUSGANGSSITUATION

Wie im Drogenhilfesystem allgemein wird auch in der aufsuchenden Arbeit mit Drogengebraucher(inne)n die Selbsthilfe nur in geringem Maße einbezogen. Sie auf Projekt- oder institutioneller Ebene konzeptionell und strukturell zu verankern, fällt der hoch professionalisierten Sozialarbeit in Deutschland schwer. Aufgrund fehlender personeller und/oder materieller Ressourcen unterbleibt dies oftmals ganz, obwohl die Kompetenzen Betroffener gerade in der niedrigschweligen Arbeit von großem Nutzen sein können.

Begriffsbestimmung

Wer sich mit dem Thema „Einbeziehung von Peers“ beschäftigt, stellt schnell fest, dass Begriffe wie „Peer-Support“, „Peer-Involvement“ oder „Peer-Education“ unterschiedlich verwendet werden. Daher an dieser Stelle eine kurze Begriffsbestimmung, wobei anzumerken ist, dass die einzelnen Definitionen je nach Fachveröffentlichung leicht variieren können.

Relativ einig sind sich die Expert(inn)en hinsichtlich der Definition von „Peers“: Sie haben eine gemeinsame Lebenswelt, sprechen die gleiche Sprache und haben ähnliche Probleme. Zwischen Peers besteht eine soziale Beziehung, die u. a. Orientierung für das Verhalten gibt und hierüber auch Verhaltensänderung ermöglicht.

„Peer-Involvement“ bedeutet allgemein, dass soziale Einrichtungen Zugehörige einer Gruppe in eine Intervention (z. B. beim Informationstransfer) einbeziehen. Werden ausgewählte Peers von Professionellen mittels Schulung dazu befähigt, ihre lebensweltbezogenen Kenntnisse und Fertigkeiten als „Lehrende“ in ihrer Gruppe zu vermitteln, handelt es sich um „Peer-Education“. Vorausgesetzt und betont wird dabei die Ungleichheit zwischen Lehrenden und Lernenden.

Der Begriff „Peer-Support“ bezeichnet eine auf gegenseitige Hilfe und Unterstützung ausgerichtete soziale Interaktion zwischen Gleichgesinnten, Gleichgestellten oder Gleichaltrigen, bei der z. B. alltagsrelevantes Wissen, Erfahrungen und Ratschläge vermittelt oder ausgetauscht werden. Peer-Support als Methode der sozialen Arbeit ist die bewusste Zuhilfenahme dieser alltäglichen gegenseitigen Beeinflussung innerhalb einer Gruppe: Selbsthilfepotenziale und Betroffenenkompetenz werden gezielt unterstützt, um die Peers zu befähigen, bei sich selbst und/oder bei anderen gesundheitsförderliche Verhaltensweisen oder eine Veränderung ihrer Lebensbedingungen zu erreichen. Diese Unterstützung kann

sich sowohl auf die soziale Gruppe als auch die strukturelle Ebene (z. B. Interessenvertretungen) beziehen. Anders als bei Peer-Education liegt hier der Nachdruck auf Gleichberechtigung und Selbstbestimmtheit.¹

Peer-Support: eine Weiterentwicklung der niedrigschwelligen Arbeit

Die Einbeziehung von Peer-Support gründet auf folgenden Erkenntnissen: Will man in Gruppen Einstellungs- und Verhaltensänderungen erreichen, kommt es vor allem darauf an, wer mit welchem persönlichen Erfahrungshintergrund welche Änderungen bewirken möchte. Gruppenzugehörige sind in der Regel authentischer und glaubwürdiger und können daher auch so etwas wie Vorbildfunktion haben. Peer-Support trägt zugleich zu einem Mehr an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung in der Gruppe bei, da der/die Einzelne darauf Einfluss nehmen kann, was zu tun ist und wie etwas getan werden soll.

In der „reinen Lehre“ ist Peer-Support eine ziemlich anspruchsvolle Angelegenheit. So weist z. B. das „Europäische Peer-Support-Handbuch“ darauf hin, dass Peers unter anderem folgende Voraussetzungen erfüllen sollten: Sie sollen professionelle Distanz zur Szene wahren können, in der Gruppe hohes Ansehen genießen („Peer-Leader“), eine Vertrauensstellung innehaben sowie über Reife und Stabilität verfügen und vor ihrem Einsatz an Schulungen teilnehmen. Training und Begleitung durch professionelle Kräfte gelten im Allgemeinen als notwendig, sind jedoch keine Bedingung.²

Peer-Support lässt sich allerdings auch mit einem weniger hohen Anspruch sinnvoll umsetzen. In der niedrigschwelligen Arbeit mit Drogenkonsument(inn)en kommt dieser Ansatz ohnehin „ganz nebenbei“ zum Zuge: Die Klient(inn)en erhalten von professionellen Mitarbeiter(inne)n Informationen und geben ihr damit angereichertes Wissen an andere Drogenkonsument(inn)en weiter. Dieser Nebeneffekt kann jedoch zielgerichteter genutzt werden, wie die im Folgenden vorgestellten Projekte zeigen. Diese Projekte gehen davon aus, dass Peer-Support eine Erweiterung der Selbsthilfe und eine Ergänzung der professionellen Hilfe darstellt und es ermöglicht, die in der Selbsthilfe vorhandenen Potenziale breiter zu nutzen.

¹ Trautmann, F./Barendregt, C.: Europäisches Peer-Support Handbuch. Peer-Support als eine Methode der Aids-Prävention unter intravenösen Drogenkonsumenten. Utrecht: NIAD (Hg.) 1994, S. 5 ff.

² ebenda, S. 23 f.

DAS PEER-PROJEKT AM „PRÄVENTIONSMOBIL“ VON FIXPUNKT E.V. IN BERLIN

Minderjährigen Drogengebraucher(inne)n ist die Nutzung der Angebote der Berliner Drogenhilfen meist verwehrt, und die Einrichtungen der Jugendhilfe sind mit der Betreuung dieser Klientel oft überfordert. Vor diesem Hintergrund entstand bei Fixpunkt e.V. die Idee zu einem Peer-Projekt, das im Sommer 2001 gestartet wurde und seither die aufsuchende Arbeit des Vereins unterstützt. Angesiedelt ist das Projekt in einem umgebauten Wohnmobil, das in der Drogenszene am Bahnhof Zoo stationiert ist. Die Klientel des „Präventionsmobils“ ist sehr heterogen (intravenös Drogen Konsumierende, Trebegänger/innen, Stricher usw.), besteht aber überwiegend aus jungen Menschen.

Das Präventionsmobil ist viermal pro Woche im Einsatz und bietet Information und Beratung durch Sozialarbeiter/innen, Spritzenaustausch, Kondomvergabe, Getränke und Essen oder einfach nur eine Aufenthaltsmöglichkeit an. Das Projekt hat zum Ziel, gesundheitliche Schäden zu vermeiden oder zu verringern, die durch den Drogenkonsum und die daraus resultierenden Lebensbedingungen entstehen können.

Umsetzung

Fixpunkt e.V. setzt in seinem Peer-Projekt aktive Drogenkonsument(inn)en als Peers ein – Menschen also, deren Lebenssituation alles andere als stabil ist. Allein schon die Organisation des Alltags stellt für sie oftmals eine große Herausforderung dar. Um Überforderung und Frustration zu vermeiden, setzt unser Peer-Projekt daher niedriger an. So verzichten wir z. B. auf umfangreiche Schulungen fern der Szene und konzentrieren uns auf das, was der oder die Einzelne an Ressourcen „mitbringt“ und ins Projekt einbringen will. Jeder Peer bestimmt selbst, in welchem Bereich er oder sie tätig sein möchte.

Die vor Ort tätigen Sozialarbeiter/innen sprechen gezielt Klient(inn)en an, die sie für das Peer-Projekt gewinnen möchten. Manche Busbesucher/innen melden aber auch von sich aus Interesse an einer Mitarbeit an. Bevor sich die Interessent(inn)en und Sozialarbeiter/innen für eine Zusammenarbeit entscheiden, werden in einem halbstündigen Informationsgespräch die Aspekte Verantwortung, kontinuierliche Mitarbeit und Zuverlässigkeit, die neue Rolle als Peer und daraus resultierendes Konfliktpotenzial sowie die (Sicherheits-)Regeln im

Mobil und eine etwaige Aufwandsentschädigung thematisiert. Die Peers arbeiten mit den Sozialarbeiter(inne)n nahezu gleichberechtigt zusammen und tragen Mitverantwortung für den reibungslosen Arbeitsablauf.

Da in der Vorbereitungszeit mit hoher Fluktuation zu rechnen ist, arbeiten wir mehr Personen ein als eigentlich benötigt werden. Vor der Einarbeitung wird in einem Vorbereitungstreffen vor Ort nochmals die Wichtigkeit der im Bus geltenden Regeln erläutert und werden in einem Brainstorming Kenntnisse, Interessen, Ideen usw. gesammelt. Abschließend werden gemeinsam die Aufgabenschwerpunkte eines jeden Peers festgelegt. Vor Beginn der Arbeit im Bus müssen die Peers durch ihre Unterschrift bestätigen, dass sie die Gesundheitsschutz-Richtlinien und die Regeln im Präventionsmobil befolgen und diese auch in ihrer Arbeit vertreten.

In folgenden Angebotsbereichen setzen wir Peers ein:

- ↳ Service (Spritzentausch, Kondomvergabe, Getränke- und Essensausgabe)
- ↳ Kontaktaufnahme und Führen von Gesprächen
- ↳ Informationsvermittlung und Beratung, z. B. zu Safer Use, Safer Sex, Therapie, Entgiftung, Übernachtungsmöglichkeiten.

Für die Peer-Dienste werden verbindliche Dienstpläne vereinbart. Mit den Peers finden regelmäßig Reflexionsgespräche statt, in denen Probleme oder Konflikte mit Busbesucher(inne)n, aber auch eigene Anliegen thematisiert werden können. Und selbstverständlich wird gute Arbeit gelobt. Die Zusammenarbeit wird zeitlich nicht befristet, kann aber auf Wunsch für eine bestimmte Dauer festgelegt werden. Beendet ein Peer seine Mitarbeit, erfolgt ein Einzelgespräch mit dem/der zuständigen Sozialarbeiter/in und ein Abschiedsgespräch in der Peer-Gruppe.

Was bedeutet das Arbeiten mit Peers für die Einrichtung?

Besonders in den Aufbau eines Peer-Projekts muss viel Zeit investiert werden, weshalb entsprechende personelle Ressourcen verfügbar sein sollten. Voraussetzung für das Gelingen des Projekts ist die Bereitschaft der Sozialarbeiter/innen, sich auf eine intensive, langfristige (eventuell mehrjährige) Beziehungs- und Motivationsarbeit mit den Peers einzulassen. Desinteresse oder vorgetäuschter

Aktionismus wird gerade von dieser Klientel schnell durchschaut und kann das Vorhaben zum Scheitern bringen.

Ein Peer-Projekt in einem Setting wie dem am Bahnhof Zoo kann auch nie zu einem „Selbstläufer“ werden, sondern bedarf ständiger Betreuung, da die Peers mit der Projektführung überfordert wären. Bei unserem Projekt hat sich bewährt, dass eine Person (eine Sozialarbeiterin) die Leitung übernommen hat: Sie steht kontinuierlich als Ansprechpartnerin zur Verfügung, was den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen ihr und den Peers ermöglicht.

Der Balanceakt zwischen den Anforderungen an die Peers (regelmäßiger Busdienst, möglichst reibungsloser Ablauf) und an eine akzeptierende Arbeitsweise erfordert von den professionellen Mitarbeiter(inne)n Geduld, Empathie und Sensibilität. So ist z. B. Pünktlichkeit bei den Peers keine Selbstverständlichkeit. Da muss „hinterhertelefoniert“ und auch mal der eine oder andere Dienst ohne Peers bestritten werden. Man muss sich immer wieder verdeutlichen: Wer sich als Klient/in auf die Mitarbeit in einem Peer-Projekt einlässt, akzeptiert bereits relativ hohe Anforderungen – und das kann als erster Erfolg gewertet werden. Um in der Arbeit mit Peers Frustration zu vermeiden oder zumindest in Grenzen zu halten, ist es generell wichtig, auch scheinbar kleine Fortschritte als Erfolge sehen zu können. Die Zusammenarbeit mit Peers bedeutet aber nicht nur Mehrbelastung, sondern ermöglicht es zugleich, neue Kenntnisse über die Szene zu gewinnen, eigene Präventionsstrategien kritisch zu hinterfragen und neue Ideen für die eigene Arbeit zu entwickeln. Außerdem kann man die persönlichen Entwicklungen der Peers weitaus besser mitverfolgen, als dies sonst in der niedrigschwelligen Vor-Ort-Arbeit möglich ist.

Was bringt die Peer-Arbeit den Peers?

Die Erfahrung, dass man ihnen etwas zutraut und ihnen Verantwortung übergibt, das Kennenlernen und Erproben eigener Fähigkeiten durch ressourcenorientiertes Arbeiten können das Selbstwertgefühl der Peers steigern. Sie bekommen das Gefühl, etwas Nützliches zu tun und gebraucht zu werden. Für das, was sie in ihrem eigenen sozialen Umfeld leisten, erhalten sie Lob und Anerkennung. Ihre (Lebens-)Erfahrungen werden nicht negativ bewertet, sondern als Expertenwissen geschätzt und in die Arbeit integriert. Und nicht zuletzt kann eine vertrauensvolle Beziehung zur Projektleitung zur Stabilisierung der eigenen Lebenssituation beitragen. Peer zu sein bedeutet aber auch eine große Herausforderung. Allein

schon zu lernen, Termine einzuhalten, kann ziemlich mühsam sein. Für Peers gilt es außerdem, Strategien für einen angemessenen Umgang mit Frustration und Ärger zu finden. So kann es z. B. passieren, dass Klienten(inn)en mit dem Service am Bus nicht zufrieden sind und ihren Unmut an den Peers auslassen oder dass sie die Peers nicht ernst nehmen.

Peers begeben sich somit in einen Lernprozess, der Chancen eröffnet, aber auch scheitern kann: Manche Peers können ihre alltäglichen Szeneaktivitäten nicht vom Peer-Dienst trennen und nutzen ihre Arbeitszeit z. B. zum Anbahnen von Geschäften. Wegen Dealerei „im Dienst“ musste bereits ein Peer das Projekt verlassen.

Was bringt die Peer-Arbeit der Klientel?

In unserem Präventionsmobil hat sich gezeigt, dass der Einsatz von Peers die Hemmschwelle zu senken vermag, sodass auch solche Klient(inn)en Zugang zu Information und Beratung finden, die der Drogenhilfe eher misstrauen. Die Peer-Mitarbeiter/innen werden von der Klientel des Präventionsmobils geschätzt und haben für diese durchaus Vorbildfunktion. Da die Peers auch außerhalb des Bus-Dienstes auf der Szene präsent sind, können sie auch in dieser Zeit als Multiplikator(inn)en in Anspruch genommen werden, und wie sie selbst berichten, wird davon auch häufig Gebrauch gemacht.

DROGENNOTFALL-PRÄVENTION: MODELL-PROJEKT ZUR STÄRKUNG DER SELBSTHILFE

Für intravenös Drogen Gebrauchende sind Drogennotfälle etwas Alltägliches. Überdosierungen können verschiedene Ursachen haben und geschehen eher selten in suizidaler Absicht. Doch mangels rechtzeitiger adäquater Hilfeleistungen sind sie häufig tödlich. Zu Überdosierung mit Todesfolge kommt es größtenteils in Privatwohnungen; in etwa der Hälfte der Fälle sterben die Betroffenen an Atem- und Kreislaufstillstand im Beisein anderer Personen. Hierbei handelt es sich meist ebenfalls um Drogenkonsument(inn)en, die jedoch häufig die Brisanz der Situation verkennen oder nicht angemessen reagieren können. Neben Unwissenheit und der gut nachvollziehbaren Panik der Anwesenden verhindern Verdrängungsmechanismen oder Mythen („im Drogennotfall muss man Kochsalzlösung injizieren“³) eine adäquate Hilfe.

Im Hinblick auf Ansatzmöglichkeiten für Interventionen stellen sich für die akzeptierende Drogenarbeit folgende Fragen:

- ↳ Was sind die Ursachen von Drogennotfällen? Sind die Ursachen den Drogenkonsument(inn)en bekannt und werden sie in der Szene kommuniziert? Sind Drogennotfälle vermeidbar?
- ↳ Verfügen Drogenkonsument(inn)en als potenzielle Ersthelfer über Notfallmanagement-Strategien? Falls ja, wie sehen diese aus? Lassen sich professionelle Erste-Hilfe-Maßnahmen in diese Strategien integrieren?
- ↳ Wie kann der Umgang mit dem Thema „Drogennotfälle“, das nicht nur Drogengebraucher/innen, sondern auch professionelle Mitarbeiter/innen häufig verunsichert, erleichtert werden?

Vor diesem Hintergrund hat Fixpunkt e. V. in Berlin 1998 ein Modellprojekt zur Naloxon⁴-gestützten Prävention von Drogennotfällen installiert, das sich an Konzepten des Peer-Supports orientiert. Es richtet sich an aktuell Opiatabhängige und gründet – wie das Peer-Projekt im Präventionsmobil – auf der Erkenntnis, dass sich Einstellungen und Verhaltensweisen durch Peers stärker beeinflussen lassen als durch „professionell“ vermitteltes Faktenwissen. Die am Projekt Teilnehmenden erhalten daher Informationen, die es ihnen ermöglichen, einerseits ihre eigenen Handlungsoptionen zu erweitern und andererseits als Peers zu fungieren, indem sie ihr Wissen in der Szene kommunizieren und gegebenenfalls (sprich: im Notfall) das gebotene Verhalten „vorleben“.

Dieses Projekt macht deutlich, dass man auch aktuell Drogen Konsumierende in Erste-Hilfe-Maßnahmen schulen kann und dass sie Naloxon verantwortlich einsetzen können – entgegen den Bedenken, die von professioneller Seite häufig geäußert wurden. Kritik kam vor allem von Ärzt(inn)en: „Wie könnt ihr ausgerechnet diesen Leuten Naloxon in die Hand geben? Das kann nicht gut gehen!“

³ Eine Injektion mit Kochsalzlösung verursacht starke Übelkeit und Brechreiz. Das kann dazu führen, dass jemand wieder zu sich kommt – oder aber dazu, dass er/sie sich erbricht und am Erbrochenen erstickt.

⁴ Naloxon (Narcanti®) ist ein so genannter Opiatantagonist, der sich bei Opiatüberdosierungen bewährt hat: Das Medikament vermag die lebensbedrohlichen Wirkungen von Opiaten auf das zentrale Nervensystem – Atemlähmung, Hypoxie (Sauerstoffunterversorgung in Blut und Gewebe), Bewusstlosigkeit, Blutdruckabfall – innerhalb weniger Minuten aufzuheben. Die in Deutschland erhältliche Darreichungsform (Ampullen) wird intravenös, intramuskulär oder subkutan gespritzt. Grundsätzlich ist aber auch eine nasale Applikation möglich.

Drogenkonsument(inn)en wird folglich nicht zugetraut, dass sie Medikamente zweckbestimmt verwenden, was bei anderen Menschen, z. B. Diabetiker(inne)n, vorausgesetzt wird.

Im Folgenden werden die im Modellprojekt gemachten Erfahrungen mit der peergestützten Präventionsarbeit vorgestellt.

Projektskizze

Drogenkonsument(inn)en und deren An- und Zugehörigen wird es ermöglicht, an einem auf typische Drogennotfallsituationen zugeschnittenen Erste-Hilfe-Kurs teilzunehmen. Außerdem wird die ärztliche Verschreibung von Naloxon angeboten. Durch das Projekt soll die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung bei Drogennotfällen gefördert werden.

Die Erste-Hilfe-Trainings finden in (niedrigschwelligen) Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfe statt⁵. An dem etwa ein bis anderthalb Stunden dauernden Kurs sollten mindestens zwei Personen teilnehmen. Dabei gilt es, nicht nur Informationen zum Thema zu vermitteln, sondern auch eine Atmosphäre zu schaffen, die es den Klient(inn)en ermöglicht, persönliche Erfahrungen einzubringen und zu reflektieren – was bei diesem emotional ziemlich hoch besetzten Thema allerdings nicht immer gelingt.

Die Verschreibung von Naloxon ist an folgende Voraussetzungen geknüpft:

- ↳ Teilnahme am Erste-Hilfe-Training
- ↳ personenbezogene Dokumentation
- ↳ ärztliche Aufklärung über Einsatz und Risiken von Naloxon und über die Notwendigkeit, bei Drogennotfällen einen Notarzt zu alarmieren
- ↳ Bereitschaft, im Projekt über eigene Erfahrungen mit Naloxon (Wirkungen und Nebenwirkungen) zu berichten
- ↳ Ausgabe eines bruchsicheren Behältnisses mit Naloxon-Ampullen, Spritzen, Kanülen und Alkoholtupfern

⁵ Bis 2003 setzte Fixpunkt e.V. in Berlin auch ein „Notfall-Mobil“ an Szenetreffpunkten ein.

- ↳ Aushändigung des „Drogennotfall-Handbuchs“ und eines Flyers mit Informationen über Naloxon (beides von Fixpunkt e.V.) sowie eines Notfallausweises, der die Teilnahme am Erste-Hilfe-Training bescheinigt und kurze Hinweise für die Anwendung von Naloxon enthält.

Was ist zu beachten?

Für die peergestützte Drogennotfall-Prävention braucht die durchführende Einrichtung fundierte Erfahrungen in der Kontaktarbeit. Da Beziehungsarbeit (Aufbau von Vertrauensverhältnissen) und besonders Motivationsarbeit gefordert sind (die Bereitschaft der Peers, an einem Training teilzunehmen, ist nämlich eher gering), ist der Personalaufwand relativ hoch.

Wichtig ist ein kontinuierliches, an verschiedenen szenenahen⁶ Standorten (Kontaktläden, Szenetreffpunkte usw.) vorgehaltenes Trainings- und Naloxon-Angebot, das zeitnah (nach einem Drogennotfall oder wenn neues Naloxon benötigt wird) in Anspruch genommen werden kann. Die Trainings sollten möglichst zu einer Zeit angeboten werden, in der die potenziellen Peers ohnehin vor Ort sind. So ist es z. B. kaum möglich, Peers für ein Training in Kontaktläden zu gewinnen, das außerhalb der üblichen Öffnungszeiten stattfindet. Gut besuchte Frühstücksangebote bieten dagegen eine geeignete Gelegenheit, zeitgleich oder davor/danach ein Training anzusetzen. Die Durchführung der Trainings erfordert ein hohes Maß an Flexibilität und Geduld, da die beeinträchtigte Konzentrationsfähigkeit und Auffassungsgabe, der aktuelle Zustand (auf Entzug oder „breit“) und der Beschaffungsdruck der Teilnehmer/innen berücksichtigt werden müssen. Einen „Trainingsstandard“ im eigentlichen Sinne kann es daher nicht geben. Man sollte auch nicht erwarten, dass das Interesse, nach einem Kurs weiterhin engen Kontakt zum Projekt zu halten, allzu hoch ist. Eine Anbindung lässt sich nach unserer Erfahrung nur bei Einzelnen erreichen; zu einigen Teilnehmer(inne)n entstand jedoch eine sehr vertrauensvolle Beziehung.

Auch die Projektmitarbeiter/innen profitieren von diesem Angebot: Sie erfahren mehr über szenetypische Notfallstrategien und -mythen sowie die Ängste und Unsicherheiten der Drogengebraucher/innen im Umgang mit Überdosierungen. Die „Belohnung“ der Mitarbeiter/innen besteht in den (häufig mit Stolz erzählten!) Berichten über eine geglückte Hilfe bei einem Drogennotfall.

⁶ Erfahrungsgemäß kommen Überdosierungen am häufigsten bei jenen Drogenkonsument(inn)en vor, die die Szenetreffpunkte frequentieren.

Was bringt das Projekt den Peers?

In den Trainings wird immer wieder deutlich, dass die von Drogengebraucher(inne)n angewandten Notfallstrategien häufig nicht angemessen sind. Die Bereitschaft, daran etwas zu verändern, ist zunächst eher zögerlich („Na, ich kann ja mal ausprobieren, ob Naloxon wirklich besser ist als Kochsalzlösung“). Wer das neu Gelernte aber einmal ausprobiert und dabei positive Erfahrungen gemacht hat, integriert es in aller Regel in das eigene Verhaltensrepertoire und kommuniziert seine Kenntnisse auch in der Szene. Die effektivsten Werbeträger für das Projekt sind somit die Peers selbst: Die meisten Drogenkonsument(inn)en, die bisher an diesem Fixpunkt-Projekt teilgenommen haben, wurden von Bekannten darauf aufmerksam gemacht.

Auch ein Projekt wie dieses ermöglicht den Peers die wichtige Erfahrung, dass man ihnen zutraut, Verantwortung zu übernehmen. Mehr noch: Der Erwerb von Kompetenzen für den selbstständigen Naloxon-Einsatz in Drogennotfallsituationen befähigt sie zu einem Handeln, das sonst nur Ärzt(inn)en vorbehalten ist – das stärkt das Selbstbewusstsein.

Die Peers können in das Projekt eigenes Wissen und eigene, unter Umständen auch traumatische Erfahrungen einbringen. Für eine Situation, in der sie sich zuvor als hilflos erlebt haben, ergeben sich nun (mehr) sinnvolle Handlungsoptionen. Für angemessenes Handeln erfahren sie Anerkennung und Lob – nicht nur durch die Projektmitarbeiter/innen, sondern gelegentlich auch durch den alarmierten Notarzt. Und nicht zuletzt kann das Projekt dazu veranlassen, den eigenen Drogenkonsum im Hinblick auf riskantes Verhalten zu überdenken.

AUSBLICK

Die Arbeit mit Peers basiert auf der Idee, die Betroffenenkompetenz in die soziale Arbeit einzubeziehen und durch das Zusammenwirken beide Seiten in ihrer Effektivität zu fördern. Damit befindet sie sich im Spannungsfeld zwischen professioneller Hilfe und Selbsthilfe, weshalb bei der Planung von Peer-Projekten alle Beteiligten gefordert sind, sich mit folgenden Fragen auseinander zu setzen: Kann sich durch die Einbeziehung von Peers der erwartete „Synergieeffekt“ tatsächlich einstellen? Lassen sich Betroffenenkompetenz und professionelles Wissen miteinander in Einklang bringen? Oder wird mit Peer-Support die Selbsthilfe instrumentalisiert, was deren Selbstverständnis widerspricht? Wesentlich dabei

ist, wie diese Einbeziehung aussieht: Drückt man den Peers einfach nur die Standpunkte der professionellen Drogenhilfe auf oder ermöglicht man es ihnen, eigene Positionen einzubringen? Fungieren Peers nur als verlängerter Arm der professionellen Mitarbeiter/innen oder sind sie gleichberechtigte Partner? Eine kritische und zugleich konstruktive Auseinandersetzung mit diesen grundsätzlichen Problemen kann dazu beitragen, die auf beiden Seiten vorhandenen Vorbehalte abzubauen, wodurch sich die Chancen für gelingende Joint-Ventures zwischen Drogengebraucher(inne)n und professionellen Kräften erhöhen.

KAPITEL II – BEISPIELE AUS DER PRAXIS

Möglichkeiten der zugehenden Arbeit mit verdeckt lebenden Drogenkonsument(inn)en

ASTRID LEICHT

Ein großer Teil der Menschen, die illegale Drogen – welcher Art auch immer – gebrauchen, wird von der Aids- und Drogenhilfe nicht erreicht: An Aidshilfen wenden sich Drogenkonsument(inn)en in der Regel nur, wenn sie eine HIV-Infektion befürchten oder wenn eine Infektion bereits diagnostiziert wurde. Die „klassische“ Drogenhilfe ist aufgrund ihrer Kommstruktur sehr hochschwellig und konzentriert sich auf *Opiatabhängige*, und niedrigschwellige zugehende Angebote zielen auf Gruppen, die in den öffentlichen Drogenszenen anzutreffen sind. Doch wer illegale Drogen nimmt, tut dies meist gelegentlich und sozial integriert und wird sich nicht als Drogengebraucher/in gemäß der Zielgruppendefinition der Drogenhilfe begreifen – und folglich auch nicht entsprechende Angebote nutzen. Tatsächlich haben die meisten „Gelegenheitskonsument(inn)en“ keinen drogenspezifischen Hilfebedarf. Unter ihnen gibt es aber auch Menschen, die abhängig sind oder ein problematisches Drogenkonsumverhalten entwickeln und Hilfe bräuchten, dies jedoch nicht wahrhaben wollen oder nicht wissen, wo sie Hilfe bekommen.

Verdeckt lebende Drogengebraucher/innen – seien es Einsteiger, Gelegenheitskonsumenten, kontrolliert Konsumierende oder Abhängige – sind in der Regel auf ihre Peergruppe angewiesen, wenn sie Informationen brauchen. In den Peergruppen gibt es allerdings Wissensdefizite und alle möglichen Mythen, weshalb wir davon ausgehen müssen, dass ein Gutteil derer, die keinen Kontakt zum Hilfesystem haben, beim Drogenkonsum Gesundheitsrisiken eingeht. Dies dürfte besonders für diejenigen gelten, die in den intravenösen Konsum einsteigen – das Risiko im Hinblick auf HIV- und Hepatitis-Infektionen sowie Überdosierungen ist in dieser Gruppe bekanntlich sehr hoch.¹

Auch bei Hilfebedarf wenden sich verdeckt lebende Drogenkonsument(inn)en zumeist an Peers und nicht an Einrichtungen der Drogenhilfe, zumindest nicht in den ersten Konsumjahren. Nach konservativen Schätzungen aus Fachkreisen tauchen Drogengebraucher/innen nach etwa fünf Jahren Konsumerfahrung zum ersten Mal in einer Drogenberatungsstelle und nach zehn bis zwölf Jahren in einer Drogentherapie-Einrichtung auf (Daten liegen hierzu nicht vor). Keine Schätzungen gibt es zur erstmaligen Inanspruchnahme niedrigschwelliger Hilfen. Erfahrungsgemäß werden Einrichtungen, die sich auf Überlebenshilfen konzentrieren, jedoch überwiegend von Drogenkonsument(inn)en aufgesucht, die sich bereits in einer sehr problembelasteten Lebenssituation befinden. In Einrichtungen mit eher sekundärpräventivem Ansatz (Vermeidung/Linderung konsumbedingter Schäden)

¹ Vgl. Robert Koch-Institut (2003): Hepatitis C. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 15, S. 9.

gelangen Drogenkonsument(inn)en dagegen schon früher, noch bevor sie Kontakt zu höherschweligen Beratungsstellen aufnehmen.

WIE KANN MAN DEN ZUGANG ZU INFORMATIONEN UND HILFEANGEBOTEN ERLEICHTERN?

Die zugehende Arbeit mit verdeckt lebenden Drogenkonsument(inn)en sollte sich auf zwei Hauptziele konzentrieren:

- ↳ Erhöhung des Wissensstandes sowie der Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit im Hinblick auf Risiken, um den Gesundheitsschutz im Kontext des Drogenkonsums verbessern zu können
- ↳ Erhöhung des Informationsstandes hinsichtlich der Ziele, Angebote und Strukturen der Drogen- und Gesundheitshilfe, um im Bedarfsfall möglichst frühzeitig professionelle Dienstleistungen und Hilfemaßnahmen in Anspruch nehmen zu können.

Worauf im Rahmen der zugehenden Arbeit zu achten ist:

- ↳ Wer sich als Mitarbeiter/in der Aids- oder Drogenhilfe in verdeckte Szenen begibt, spricht: dort ungebeten (aber nicht zwangsläufig unerwünscht) Kontakt aufnimmt und möglicherweise in die Privatsphäre eindringt, sollte dies ständig kritisch reflektieren. Auch wenn man noch so sehr von der Wichtigkeit seiner Botschaften überzeugt ist, sollte einem klar sein, dass missionarischer Eifer fehl am Platze ist und bei der Zielgruppe Abwehr hervorrufen kann.
- ↳ Auch und gerade in verdeckten Szenen ist eine Klientelisierung unbedingt zu vermeiden. Man muss sich immer wieder bewusst machen: Wer Drogen nimmt, ist nicht automatisch hilfe-, behandlungs- oder therapiebedürftig.
- ↳ Die Basis für die Kontakt- und Beziehungsarbeit ist personelle Kontinuität, die Bereitschaft, sich auf die Lebenswelt und Bedürfnisse der Zielgruppen einzulassen, und ressourcenorientiertes Arbeiten (Aufdecken und Stärken von Fähigkeiten und Fertigkeiten der Zielpersonen).

Die am besten geeignete Methode, Botschaften in verdeckte Drogenszenen zu transportieren, ist Peer-Support (siehe K. Dettmer, S. 110 ff. in diesem Band). Durch

das hier zum Zuge kommende „Schneeball-Prinzip“ können Kenntnisse, Haltungen und Handlungsroutinen effektiv und effizient vermittelt und kommuniziert werden. Außerdem ist Peer-Support eine besonders gute Methode zur Förderung von Selbstbestimmung und Selbstorganisation unter Drogengebraucher(inne)n.

Im Folgenden einige Beispiele für Maßnahmen, mit denen verdeckt lebende Drogenkonsument(inn)en erreicht werden können:

Informationsveranstaltungen in Wohnungen (nach dem Muster von „Tupperpartys“)²

Die Drogenhilfe-Einrichtung bietet Drogen Gebrauchenden (vorzugsweise solchen, die in Haushaltsgemeinschaften leben oder ihre Wohnung anderen zum Drogenkonsum zur Verfügung stellen) an, im privaten Rahmen Informationsgespräche oder -veranstaltungen durchzuführen. Vorab wird gemeinsam geklärt, um welche Themen es gehen soll (Drogennotfall-Training, Safer Use, Venenberatung, Hepatitis und HIV/Aids, Substitution, Aids-/Drogenhilfesystem). Psychosoziale Beratung und Betreuung sowie medizinische Versorgung werden nicht angeboten.

Zur Party laden die Drogengebraucher/innen ein, Geschenke für die Gastgeber/innen und Gäste bringen die Mitarbeiter/innen der Einrichtung mit. An der auf zwei Stunden begrenzten Veranstaltung sollten mindestens drei Personen teilnehmen, und wenigstens zwei Mitarbeiter/innen sollten sie durchführen (zu empfehlen ist eine interdisziplinäre Besetzung, z. B. Sozialarbeit und Medizin/Pflege). Für die Mitarbeiter/innen gilt es, sich auf eine möglicherweise schwierige Situation vorzubereiten (z. B. unhygienische Verhältnisse, Kinder in der Wohnung) und die Balance zwischen Nähe und professioneller Distanz zu halten. Nach der Durchführung sollte die Veranstaltung ausführlich dokumentiert und reflektiert werden.

Spritzenautomaten

Spritzenautomaten sind ein bewährtes Angebot, das auch schwer erreichbare Drogengebraucher/innen nutzen. Die Spritzenschachteln kann man mit Aufdrucken versehen und mit Faltblättern bestücken, die über Safer Use und Kontaktangebote informieren.

² Diese Methode ist weder konzeptionell ausgearbeitet noch ausreichend erprobt.

Netzwerk-Arbeit

Die wichtige Rolle von Vernetzung und Kooperation auf allen Ebenen der sozialen Arbeit wird immer wieder betont – ein Ansatz, der auch für eine bessere Erreichbarkeit verdeckt lebender Drogenkonsument(inn)en genutzt werden soll. Hier einige Vorschläge:

Kooperation mit Apotheken

Da die meisten Drogengebraucher/innen ihre Spritzen immer noch in Apotheken kaufen, bietet sich mit diesen eine Kooperation an. Apotheker/innen, die keine Vorbehalte gegenüber dieser Kundschaft haben, sind zwar in der Minderheit, trotzdem gibt es mehr von ihnen, als man glaubt. Verschiedene Kooperationsmöglichkeiten sind denkbar:

- ↳ An der Fassade der Apotheke wird ein Spritzenautomat angebracht. Davon profitiert auch die Apotheke, weil der Nachtdienst nicht mehr von Spritzenkäufer(inne)n in Anspruch genommen wird. In Berlin sind an drei Apotheken Automaten installiert. Bis auf vereinzelte kurzzeitige Störungen (Konsum im Eingang des Nachbarhauses) gab es keine negativen Erfahrungen.
- ↳ Statt Spritzen und Kanülen separat und lose abzugeben, verkauft die Apotheke komplett bestückte Schachteln (wie sie in Spritzenautomaten erhältlich sind). Die Apotheke spart sich damit Arbeit, und die Hilfseinrichtung kann die Schachteln mit Informationen versehen.
- ↳ Die Hilfseinrichtung versorgt kooperierende Apotheken mit kleinen Taschen, bestückt mit Materialien, die über HIV/Aids, Hepatitis und Drogen informieren und Adressen von Kontakt- und Hilfseinrichtungen enthalten. Die Apotheken händigen die Taschen an Kund(inn)en aus, die Spritzen, Ascorbinsäure und Medikamente (Rohypnol, Valium) kaufen und damit als Drogengebraucher/innen zu erkennen sind.

Kooperation mit Arztpraxen

Auch über Arztpraxen sind Drogenkonsument(inn)en erreichbar. Naheliegend ist die Zusammenarbeit mit Praxen, in denen Drogenabhängige substituiert werden. Aber auch andere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte kann man dafür gewinnen, dass sie z. B. Infomaterialien zu Safer Use und den Angeboten der Aids- und Drogenhilfe auslegen oder aushändigen und die Drogenpatient(inn)en zur Nutzung dieser Angebote motivieren oder dass sie in der Praxis Räumlich-

keiten für spezielle Sprechstunden oder Informationsveranstaltungen zum Thema Drogenkonsum bereitstellen.

Telefon und Internet

Ein klassisches Angebot der anonymen und niedrigschwelligen Kontaktaufnahme ist das Telefon. Für Drogenkonsument(inn)en – vor allem die jüngeren – ist das Internet ein wichtiges Kommunikationsmedium. Ältere sollten mit dem Internet vertraut gemacht und bei seiner Nutzung unterstützt werden, indem z. B. im Kontaktbereich der Einrichtung ein Internet-Zugang geschaffen wird.

Informationen per Internet ersetzen zwar nicht das Gespräch von Angesicht zu Angesicht, darüber kann aber ein erster Kontakt hergestellt werden. Lokale Drogenhilfe-Einrichtungen sollten daher auch im Internet präsent sein (z. B. mit eigener Homepage) und dieses Medium neben der Straßensozialarbeit, dem brieflichen oder telefonischen Kontakt und der persönlichen Beratung für ihre Arbeit mit Drogenkonsument(inn)en nutzen, z. B. für die E-Mail-Beratung (so etwa unter www.aidshilfe-beratung.de) oder durch Präsenz in Chats und Foren.

Kooperation mit Einrichtungen des Gemeinwesens

Besonders in zentrumsfernen Stadtteilen oder im ländlichen Raum können in Einrichtungen des Gemeinwesens integrierte Sprechstunden oder Kontaktangebote sinnvoll sein. Denkbar ist beispielsweise die Zusammenarbeit mit einer Mieter- oder Sozialberatungsstelle oder mit Obdachloseneinrichtungen. Durch Schulungen und eine entsprechende Ausstattung (z. B. Infoblätter, Visitenkarten, Spritzen) könnten ihre Mitarbeiter/innen dazu befähigt werden, bei Bedarf gezielte Informationen oder Serviceleistungen (Spritzentausch) anzubieten. Wird die Einrichtung von Drogengebraucher(inne)n häufig genutzt, könnte die Drogen- oder Aidshilfe dort auch Sprechstunden abhalten. Beratungsangebote im „sozialen Nahraum“ sollten allerdings nicht das Thema Drogenkonsum oder HIV/Aids in den Vordergrund rücken (z. B. auf Schildern), sondern ein unverfänglicheres Thema, das viele Menschen angeht, z. B. Hepatitis-Impfung oder Sozial- und Gesundheitsberatung.

Bevor man Angebote integrieren kann, wird man sich erst einmal mit den betreffenden Einrichtungen auseinander setzen müssen, weil sie wahrscheinlich befürchten, dass durch Drogengebraucher/innen andere Hilfesuchende verschreckt und die Mitarbeiter/innen überfordert würden. Diesen Ängsten gilt es mit einer klaren Ziel- und Aufgabenbeschreibung, mit Informationen über die Lebenswirklichkeit von Drogenkonsument(inn)en und mit kollegialer Beratung entgegenzu-

wirken, um den sozialintegrativen Arbeitsansatz (vergleiche W. Schneider, S. 58 ff. in diesem Band) zumindest erproben zu können.

Kooperation mit Einzelpersonen, Firmen und Institutionen

Auch Einzelpersonen, Firmen und Institutionen, die berufs- oder branchenbedingt zumindest gelegentlich auf Drogenkonsument(inn)en treffen – z. B. in öffentlichen Gebäuden tätige Reinigungskräfte, Mitarbeiter/innen des Grünflächenamtes oder Miettoiletten-Firmen – können gebeten werden, Infomaterialien bereitzuhalten oder Aufkleber anzubringen, die Botschaften zu Safer Use und Kontaktadressen vermitteln, oder Drogengebraucher/innen auf Angebote der Drogenhilfe aufmerksam zu machen.

Kooperation mit der Jugendhilfe

Viele jüngere Menschen mit problematischem Drogenkonsumverhalten sind zumindest zeitweise Klient(inn)en der Jugendhilfe: Sie tauchen in Jugendfreizeitheimen auf oder werden ambulant, teilstationär oder stationär betreut (Maßnahmen gemäß Kinder- und Jugendhilfegesetz, KJHG). Die Mitarbeiter/innen sind für die Arbeit mit Drogen gebrauchenden Jugendlichen jedoch meist nicht qualifiziert, da diese in der Regel nicht zur Zielgruppe von Jugendhilfe-Einrichtungen zählen; die Bearbeitung drogenspezifischer Problemlagen ist daher konzeptionell auch nicht vorgesehen. Trotzdem bemühen sich die Mitarbeiter/innen, den Jugendlichen nach ihren Möglichkeiten zu helfen – nicht zuletzt deshalb, weil die Weitervermittlung von Klient(inn)en für die Einrichtung eine finanzielle Einbuße bedeutet.³ Eine fach- und sachgerechte Information und Aufklärung über die Risiken einer Ansteckung mit Hepatitis und HIV sowie die Schutzmöglichkeiten ist daher kaum leistbar. Hinzu kommt, dass die Jugendhilfe oft nur unzureichend mit der Aids- und Drogenhilfe vernetzt ist, weshalb Drogen gebrauchende Jugendliche und junge Erwachsene eher zu spät an entsprechende Einrichtungen vermittelt werden. Im Hinblick auf eine Frühintervention sollten daher unbedingt Kooperationsbeziehungen mit der Jugendhilfe eingegangen werden, die z. B. den fachlichen Austausch, Informationsveranstaltungen für Mitarbeiter/innen und Klient(inn)en, die gemeinsame Durchführung von Projekten und klientenbezogene Absprachen umfassen können.

³ Die Finanzierung der Betreuung erfolgt über Kostensätze; durch die intensive Betreuung eines einzigen Jugendlichen lassen sich 10 bis 15 Wochenstunden Sozialarbeit finanziell absichern!

Autorinnen und Autoren

Kerstin Dettmer

Ärztin, seit 1998 bei Fixpunkt e. V. tätig;
Kontakt: Fixpunkt e. V., Boppstr. 7, 10967 Berlin, Tel. 030 / 6 93 22 60,
E-Mail: k.dettmer@fixpunkt.org, Internet: www.fixpunkt.org

Kathrin Eggebrecht

Diplom-Pädagogin, seit 2001 Sozialarbeiterin im Kontaktladen „La Strada“ der
AIDS-Hilfe Frankfurt e. V.; Kontakt: La Strada, AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.,
Mainzer Landstr. 93, 60329 Frankfurt, Tel. 069 / 23 20 10,
E-Mail: lastrada@frankfurt.aidshilfe.de

Astrid Leicht

Diplom-Pädagogin, seit 1990 Projektleiterin bei Fixpunkt e. V.;
Kontakt: Fixpunkt e. V., Boppstr. 7, 10967 Berlin, Tel. 030 / 6 93 22 60,
E-Mail: a.leicht@fixpunkt.org, Internet: www.fixpunkt.org

Frederick Luhmer

Sozialarbeiter, seit vielen Jahren bei Eclipse e. V. (Verein für akzeptanzorientierte
Drogenarbeit) engagiert, Drogenberater bei BOA e. V.; Kontakt: BOA e. V.,
Helene-Weigel-Platz 10, 12681 Berlin, Tel. 030 / 44 05 68 91,
E-Mail: flu@planet-interkom.de

Jürgen Schaffranek

Sozialarbeiter, seit 1990 Streetworker für Drogengebraucher/innen und seit 2003
Arbeit mit jungen Menschen mit Migrationshintergrund; Kontakt: Gangway e. V.,
Schumannstr. 5, 10117 Berlin, E-Mail: spacehobo@gmx.de

Dr. Wolfgang Schneider

Diplom-Pädagoge, Leiter von Indro e.V. (Institut zur Förderung qualitativer
Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik);
Kontakt: Indro e. V., Bremer Platz 18–20, 48155 Münster, Tel. 0251 / 6 01 23,
E-Mail: INDROeV@t-online.de, Internet: www.indro-online.de

Heike Zurhold

Sozialwissenschaftlerin; Kontakt: Z.I.S., Martinstr. 52, 20246 Hamburg,
Tel. 040 / 8 51 14 48, E-Mail: zurhold@uke.uni-hamburg.de



Handbuch

**Zugehende Sozialarbeit
mit Drogen gebrauchenden
Frauen und Männern**

Handbuch

Zugehende Sozialarbeit mit Drogen

gebrauchenden Frauen und Männern

Die erste Auflage unseres Handbuchs erschien im Dezember 1997. Inzwischen ist das Arbeitsfeld weiterentwickelt worden, und seine Ziele und Schwerpunktsetzungen haben sich analog zu den gesellschaftlichen und drogenszenebezogenen Verhältnissen verändert. Diesem Wandel wollen wir mit der vorliegenden Neuauflage Rechnung tragen. Wir wenden uns damit an Praktikerinnen und Praktiker der sozialen Arbeit und haben dabei vor allem jene im Blick, für die das Teilfeld „zugehende Arbeit“ noch Neuland darstellt. Das Handbuch bietet daher neben bewährten Praxisbeispielen oder erst noch zu erprobenden Ansätzen jede Menge Basiswissen und zeigt auf, wo die Chancen, aber auch die Grenzen dieser Arbeitsform liegen. Zentrales Anliegen ist, auf ihre besondere Bedeutung für die HIV- und Hepatitis-Prävention und allgemeine Gesundheitsförderung bei Drogenkonsument(inn)en aufmerksam zu machen und die Hilfesysteme – Drogen- und Aidshilfen sowie andere Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens – zu motivieren, sich ihr (wieder) stärker zuzuwenden. Damit verbunden ist der Appell an die Verantwortlichen, die Rahmenbedingungen der zugehenden Sozialarbeit so zu gestalten, dass sie für Berufserfahrene auch attraktiv ist, und die dafür benötigten Mittel bereitzustellen.