

1 Vorwort

„CheckPoint-C: Eine anonyme Crystal-Sprechstunde für (H)alle“ startete im Oktober 2014 als ein Pilotprojekt, das in interdisziplinärer Zusammenarbeit entwickelt und umgesetzt wurde. Daran wirkten mit die Hochschule Merseburg, speziell der Fachbereich Soziales, Medien und Kultur, die Ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin e.V. und die Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle (Saale), speziell der Bereich Allgemeinmedizin.

Alle Beteiligte verband das Ziel, auf die in der Region sichtbar werdenden Problemlagen zu reagieren, die mehr oder weniger direkt mit dem Konsum von Crystal in Verbindung zu bringen sind und sehr unterschiedliche Facetten haben. Das Besondere und auch das Besorgniserregende an diesen Entwicklungen ist, dass zum einen im gesamten psychosozialen Hilfesystem vermehrt KonsumentInnen auftauchen, die in Zusammenhang mit ihrem Crystal-Konsum schwerwiegende Probleme entwickeln und für deren Bewältigung sehr spät professionelle Hilfe nachfragen. Deshalb erweisen sich Unterstützung und Behandlung als langwierig und schwierig. Zum anderen bleiben die bisher etablierten Hilfeangebote, die sich um eine frühzeitige Kontaktaufnahme zu DrogenkonsumentInnen bemühen, durch Crystal-KonsumentInnen wenig nachgefragt. Selbst zugehende Drogenarbeit über Streetwork und Arbeit in Clubs bleiben hinter dem erwünschten Erfolg zurück. Ein Grund dafür ist, dass rund um die Substanz Crystal kaum klar zu ortende Szenestrukturen und KonsumentInnennetzwerke erkennbar sind, weshalb die Zielgruppe nicht einfach zu finden ist.

Vor dem Hintergrund einer gewissen Ratlosigkeit, wie im professionellen Hilfesystem angemessen auf diese neuen Herausforderungen reagiert werden kann, ergriffen die Hochschule Merseburg und die Universität Halle als Forschungs- und Ausbildungsinstitutionen im Verbund mit der um Innovationen bemühten Ostdeutschen Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin e. V., hier insbesondere die suchtmmedizinische Praxis von Peter Jeschke, die Initiative, ein Pilotprojekt zu starten. Es ging darum, mit ganz neuen und unkonventionellen Methoden einen Versuch zu wagen, Crystal-KonsumentInnen früher mit Informationen und Aufklärung zu erreichen und auf diese Weise das Entwickeln schwerwiegender physischer, psychischer und sozialer Problemlagen in Zusammenhang mit dem Konsum verhindern zu helfen. Gestützt auf die Mitwirkung von Studierenden, die zumindest vom Alter her der anvisierten Zielgruppe sehr nahe kommt, sollten tastende Schritte in die Praxis, fern von

erst noch einzuwerbenden Fördermitteln ermitteln helfen, wie bestimmte Angebote von der Zielgruppe beachtet werden und welche Bedürfnisse wie anzusprechen sind, damit angebotene Hilfe und Unterstützung nicht nur angenommen, sondern sogar gezielt gesucht werden.

Das in Auseinandersetzung mit anderen praktischen Projekten und bereits vorliegenden Erfahrungen entstandene Projekt *CheckPoint-C* startete nach monatelanger inhaltlicher und organisatorischer Vorbereitung am 26.10.2014. Bis zum 25.06.2015 konnten sich KonsumentInnen, Interessierte und Angehörige aus Halle, dem Saalekreis und der näheren Umgebung zweimal wöchentlich rund um das Thema „Crystal“ informieren. Über die Gesamtdauer des Projekts haben 14 StudentInnen der Medizin, 30 StudentInnen der Sozialen Arbeit und acht Senior-Experts am Projekt mitgewirkt. Insgesamt wurden 72 Sprechstunden durchgeführt und mehr als 603 ehrenamtliche Arbeitsstunden eingesetzt. In der Zusammenfassung war die Resonanz auf die Sprechstunde positiv: Viele Nachfragen aus Jobcentern, der Jugendarbeit, von StreetworkerInnen, PolizeisozialarbeiterInnen sowie aus diversen Ämtern unterstrichen das große Interesse an der Sprechstunde. Zu vertrauensvollen Gesprächen fanden sich nachfragende Angehörige und KonsumentInnen ein.

Im Rahmen dieser Pionierarbeit mit all ihren konzeptionellen Überlegungen, ihrer konkreten praktischen Umsetzung und den dabei gesammelten Rückmeldungen zu Gelingen und Scheitern ist ein umfangreicher Fundus an Erfahrungen gesammelt worden. Dieser wird mit diesem Buch zusammengefasst. Beschrieben werden detailliert, mit welchen Leitideen das Projekt konzipiert wurde, in welchen oft kleinteiligen Schritten sich an die Praxis herangetastet wurde und welche Herangehensweisen und Materialien sich für die Arbeit als zentral und wichtig erwiesen haben. Dies alles wird abgerundet durch eine Evaluation des Gesamtprojektes, die im Wintersemester 2015/2016 durch Studierende der Hochschule Merseburg durchgeführt wurde. Diese ermöglichte nicht nur eine systematische Rückschau, sondern trug wertvolle Hinweise und Ratschläge für nachfolgende Projekte zusammen.

Als das Projekt im Sommer 2015 mit einem großen gemeinsamen Fest planmäßig beendet wurde, stellte sich unter den Mitwirkenden auch eine gewisse Abschiedsstimmung von einem lieb gewordenen Arbeitsbereich ein. Immer wieder schwang im Raum, dass die wertschätzende und für alle anregende interdisziplinäre Arbeit zwischen den Studierenden der Medizin und der Sozialarbeit genauso fehlen würde, wie die Zusammenarbeit mit den zu jeder Sprechstunde anwesenden Senior-Experts. Diese verkörperten nicht einfach stumm eine Sicherheit in der Ferne, sondern bereicherten mit ihren Erzählungen, Ratschlägen und Tipps die jungen Mitwirkenden, ließen sich aber auch von der frohen Stimmung der jungen MitarbeiterInnen gern inspirieren. Ein

solches kollegiales freundliches Miteinander über verschiedene Fachdisziplinen und über Generationen hinweg wünschen wir den NachahmerInnen unseres Projektes auch.

Und NachahmerInnen möchten wir mit dieser Materialsammlung, die quasi wie ein Baukasten für ähnliche Projekte zusammengestellt ist und zu einer direkten Übernahme der im Pilotprojekt verwendeten Materialien einlädt, ausdrücklich ermutigen. Als ein studentisches Pilotprojekt, das immer zeitlich und in seinen Ressourcen begrenzt ist, konnten nur die Hinweise auf eine Machbarkeit der entwickelten Ansätze nachgezeichnet werden. Eine feste Implementierung kann in einem solchen Rahmen nur in Ausnahmefällen gelingen. In unserem Pilotprojekt kündigten bereits die intensiven Vorbereitungen auf das Staatsexamen der MedizinstudentInnen den notwendigen Abschied an.

Insofern wünschen wir denjenigen, die unsere Ideen und Erfahrungen aufgreifen wollen, sowohl viel Erfolg als auch Neugier, Mut und Spaß an ihrer Arbeit, die auch unser Team immer wieder beflügelt haben.

Merseburg, Juni 2016

Prof. Dr. phil. habil. Gundula Barsch

Julia Walta, BA

2 Ausgangssituation

2.1 Die vergessene Mehrheit

Drogenkonsumierende mit physischen, psychischen und/oder sozialen Problemen regulieren ihre Situation meist ohne professionelle therapeutische Hilfe. Wienberg sprach in diesem Zusammenhang sogar von der vergessenen Mehrheit (vgl. Wienberg, 2001). Auch alle Studien, die den sogenannten SelbstheilerInnen oder dem Phänomen des selbstinitiierten Ausstiegs nachgingen, bestätigten, dass es nicht zwingend ein professionelles therapeutisches Angebot sein muss, um die Betroffenen zu Veränderungen und zur Selbstkontrolle ihres Konsums zu motivieren und ihnen dafür Hilfe und Unterstützung zu geben (vgl. Weber, Schneider, 1992). Hier findet sich bereits eine wesentliche konzeptionelle Grundüberlegung für das Konzept einer anonymen Sprechstunde.

Die Gründe, warum das professionelle Drogenhilfesystem von hilfebedürftigen DrogenkonsumentInnen sehr lange gemieden wird, sind vielgestaltig und speisen sich zum einen aus den Konnotationen, die eine Abhängigkeits-erkrankung in unserer Kultur noch immer hat und zum anderen aus noch immer bestehenden Zielvorgaben, die den Betroffenen unbesehen übergestülpt werden: Sucht gehört, ähnlich wie psychische Erkrankungen, noch immer zu einem der schwersten Stigmata, die unsere Gesellschaft hat; von dem defizitären Vermögen, mit einer psychoaktiven Substanz umgehen zu können, wird oft umgehend auf eine allumfassend defizitäre Persönlichkeit geschlossen; unbesehen der tatsächlichen Problemlagen wird nach Bekanntwerden einer Abhängigkeit Totalabstinenz für grundsätzlich alle Substanzen gefordert; bei Nichteinhaltung von Vorgaben und in der Regel Abstinenzforderungen drohen schwerwiegende Eingriffe in persönliche Freiheiten (u. a. Führerscheinentzug) usw. Deutlich wird, dass das traditionelle Hilfesystem viele der Hemmschwellen selbst produziert hat und weiterhin produziert, die einer frühzeitigen Inanspruchnahme von Hilfe und Unterstützung entgegen wirken. Insofern kann unabhängig davon, welche psychoaktive Substanz konsumiert wird, davon ausgegangen werden, dass es eine Vielzahl von Menschen gibt, die faktisch strukturbedingt keine professionelle Hilfe nachfragen, auch wenn sie diese gut gebrauchen könnten. Dies wird zu einem zweiten Argument für einen Bedarf nach innovativen Projekten, die sich um eine bessere/frühere Inanspruchnahme von Hilfe und Unterstützung für drogenkonsumierende Menschen bemühen.

Zentrale Zielgruppen innovativer Hilfeangebote, die bisher kaum im Hilfesystem auftauchen, aber von Unterstützung profitieren könnten, sind

1. KonsumentInnen, die:
 - unauffällig und ohne Probleme mit ihrem Drogenkonsum leben und eine Rückversicherung suchen, wenn sie in ihrem Handeln verunsichert wurden (z. B. durch Medienberichte, suchtpräventive Botschaften u. ä.),
 - gelegentlich in physische, psychische und/oder soziale Probleme geraten und Hilfe und Unterstützung suchen, um diese zu registrieren und zu reflektieren,
 - sich in einer Krise befinden und eine Orientierung brauchen, wo und wie sie Hilfe im professionellen Hilfesystem finden können, und für sich klären wollen, wieweit sie in der Lage sind, diese auch tatsächlich anzunehmen.

2. Angehörige, LebenspartnerInnen, FreundInnen, KollegInnen, die mit DrogenkonsumentInnen leben und:
 - verunsichert sind, wie sie diese Tatsache bewerten sollen,
 - durch Probleme tangiert werden und Hilfe suchen, um diese zu registrieren und zu reflektieren,
 - selbst in einer physischen, psychischen und/oder sozialen Krise sind und eine Orientierung brauchen, wo und wie sie selbst Hilfe im professionellen Hilfesystem finden können.

3. Institutionen (u. a. Schule, Jugendarbeit, Jobcenter), die:
 - sich zu den Themen „Drogenkonsum“ und „drogenbezogene Probleme“ informieren wollen,
 - sich zu möglichen Handlungsstrategien beraten lassen wollen,
 - eine Orientierung brauchen, wo und wie sie Hilfe im professionellen Hilfesystem finden können.

Deutlich wird, dass das bestehende professionelle Drogenhilfesystem unter einem deutlichen Modernisierungsdruck steht, der sich vor allem aus strukturellen Bezügen erklärt. Dieser erhält durch das Aufkommen neuer Konsummuster nur schärfere Konturen; neu ist er nicht. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass eine allgemeine praktische Bedeutung dem hier vorgestellten Pilotprojekt einer anonymen Sprechstunde zugesprochen werden kann. Und dies unabhängig davon, welche Substanz in den Mittelpunkt der Arbeit gestellt wird.

2.2 Die Besonderheiten bei Crystal-Konsum und eine anonyme Sprechstunde in der Region

Die unter dem Szenenamen Crystal bekannte Substanz mit dem Wirkstoff Methamphetamin ist keine wirkliche Innovation. Bereits während der nationalsozialistischen Diktatur in den 1930er und 1940er Jahren erlangte diese Substanz unter dem Medikamentennamen „Pervitin“ große Popularität. Auch später war Methamphetamin zumindest in der DDR bis 1990 in der Roten Liste der Arzneimittel aufgeführt und als Medikament erhältlich (vgl. Arzneimittel-Verzeichnis 1982, S. 241). Nachdem das Medikament im Zuge der deutschen Vereinheitlichungen vom Markt genommen wurde, lassen sich bereits in den 1990er Jahren Hinweise dafür finden, dass Methamphetamin trotz Verbotes weiterhin in bestimmten kulturellen Milieus vor allem im Freizeitbereich genutzt wurde: u.a. in der schwulen Subkultur, in der Tanzpartyszene, unter SportlerInnen (vgl. u.a. Agassi 2009). Allerdings avancierte der Crystal-Konsum bis dahin nicht zu einem allgemeinen Trend (vgl. Pfeiffer-Gerschel et al. 2012, S. 50). Auch in einer empirischen Studie der Hochschule Merseburg erinnerten die befragten älteren KonsumentInnen, dass Methamphetamin in den 1990er Jahren als „Piko“ verfügbar war und *„... immer mal wieder konsumiert wurde“*. Allerdings zog dieses Konsumverhalten keine besondere soziale Aufmerksamkeit auf sich und blieb weitgehend unbemerkt.

Seit 2009 tritt Methamphetamin offensichtlich verstärkt aus seiner ursprünglichen therapeutischen Verwendung heraus und wird nunmehr in größerem Umfang auch für den Freizeitkonsum entdeckt. Interessant ist, dass sich diese Entwicklungen bis heute mit einer erstaunlichen regionalen Unterschiedlichkeit vollziehen. Beobachtbar ist auch 2016 ein deutliches Süd-Nord-Gefälle. Insbesondere die südlichen Bundesländer werden mit Problemlagen konfrontiert, die durch den Crystal-Konsum induziert sind. Die westlichen und nördlichen Bundesländer kennen das Phänomen des Crystal-Konsums zwar aus Einzelfällen, sind aber nicht mit einer so hohen Zahl belastender Problemlagen konfrontiert. Im Gegensatz dazu wird insbesondere in den an Tschechien grenzenden Teilen Bayerns, Baden-Württembergs, Thüringens, Sachsens sowie in den südlichen Teilen Sachsen-Anhalts und Brandenburgs auf eine wachsende Konfrontation der Hilfesysteme mit Problemen des Crystal-Konsums verwiesen.

2.3 Crystal-Konsum: Probleme kommen in vielen Hilfesystemen an

Während die Ausmaße des Crystal-Konsums, seine Einbettung in den Lebens- und Konsumalltag, die damit verbundenen Herausforderungen und

Risiken für die KonsumentInnen und die in diesem Zusammenhang bisher praktizierten selbstinitiierten Bewältigungsstrategien weniger bekannt sind, kommen die durch Crystal-Konsum ausgelösten Probleme und Folgen mit sehr unterschiedlichen Facetten im Hilfesystem an. Sie stellen sich u. a. dar:

- in neuen Herausforderungen an Polizei und Sicherheitskräfte, die zu Auseinandersetzungen mit hoch agitierten und psychotischen Personen gerufen werden;
- in neuen Fragestellungen in Bezug auf das Wohl von Kindern Crystal-konsumierender Eltern, die sich immer wieder in Situationen manövrieren, in denen sie die Verantwortung für ihre Kinder nicht wahrnehmen;
- in der Ratlosigkeit von JugendsozialarbeiterInnen, denen es mit bisherigen Angeboten nicht mehr gelingt, Kontakt zu Crystal-konsumierenden Kindern und Jugendlichen herzustellen und zu halten;
- dem Befremden von Eltern, Angehörigen und FreundInnen, die die Wesensveränderungen von Crystal-KonsumentInnen nicht einordnen können, und auf deren verstörendes Sozialverhalten mit Wut, Verzweiflung und oft auch Kontaktabbruch reagieren;
- im Kolportieren der Idee, dass der Konsum von Crystal in sexuelle Bezüge eingeordnet sei, die in neuen promiskuen Formen ausgelebt werde. Deshalb wird der Crystal-Konsum mit schweren genitalen Verletzungen und frühen Schwangerschaften in Verbindung gebracht;
- in Schwangerschaftsberatungsstellen, in denen werdende sehr junge Mütter (15-17 Jahre) betreut werden, die ihren Crystal-Konsum nicht einstellen, selbst wenn schon Schädigungen des Kindes nachweisbar sind;
- in Erfahrungen aus therapeutischen Einrichtungen, dass insbesondere die Langzeitwirkungen eines regelmäßigen Konsums die KonsumentInnen irritieren und nicht sachgerecht eingeordnet werden, weshalb hierzu Bedarf an Information und Aufklärung besteht, ebenso wie zu Strategien von Safer-Use und Harm Reduction;
- in zumeist Hausarztpraxen, die die eigentlichen Ursachen der oft starken Behandlungsbedürftigkeit der PatientInnen nicht erkennen und diese auch nicht in nötigen längeren Behandlungen halten können, und nicht zuletzt
- im Drogenhilfesystem, in dem sich ein deutlicher Anstieg von KlientInnen nachweisen lässt, die zumindest neben anderen Substanzen Crystal konsumieren, während einer Substitutionsbehandlung Crystal beikonsumieren oder tatsächlich als Hauptproblem ihren problematischen Crystal-Konsum angeben und von diesem entgiften und/oder entwöhnen wollen, aber von den vorgehaltenen Angeboten nur bedingt profitieren können (vgl. unveröffentlichtes Protokoll des Runden Tisches Saalekreis/Halle vom 17.04.2013).

Deutlich wird, dass zumindest in vielen Regionen der südlichen Bundesländer Deutschlands große Teile des psychosozialen und medizinischen Hilfesystems mit Problemen konfrontiert sind, die durch Crystal-Konsum induziert werden und sich nicht mit den bisherigen Routinen und Angeboten angemessen bewältigen lassen. Der noch immer fehlende Einblick in die Lebenswelt der Crystal-KonsumentInnen erschwert zudem, angemessene Angebote entwickeln zu können, mit denen glaubwürdig aufgeklärt, niedrigschwellig, aber spezifisch unterstützt und bei ausufernden Problemlagen frühzeitig interveniert werden kann.

Aus diesen Problembündelungen ergab sich folgerichtig, das geplante Pilotprojekt explizit auf die Zielgruppe der bisher nicht im Hilfesystem nachfragenden KonsumentInnen von Crystal auszurichten, die Ausbildung der Mitwirkenden mit einem entsprechenden Fokus vorzunehmen und die organisatorische Anlage des Projektes und die vorzuhaltenden Leistungen an dieser Zielgruppe auszurichten.

Zu Beginn der Projektvorbereitung lagen Studien vor (Barsch 2014; Kienbacher 2010; Milin et al. 2014), mit deren Hilfe sich die Zielgruppe in ihrer Zusammensetzung, ihren Formen der Alltags- und Konsumbewältigung, ihren Bedürfnissen und Hilfebedarfen sowie den von ihnen angestrebten Ausstiegsszenarien beschreiben ließ (vgl. Barsch 2014). Diese Einblicke in die Lebens- und Konsumwelt von Crystal-KonsumentInnen vermittelte die Leitideen der konkreten Ausgestaltung einer anonymen Sprechstunde und waren zudem Basiswissen für alle Mitwirkenden.

3 Das Konzept einer anonymen Sprechstunde

3.1 Grundideen des Projektes: Was die Inanspruchnahme fördert

Die bisher vorliegenden empirischen Studien verweisen darauf, dass die KonsumentInnenschaft von Crystal offensichtlich sehr heterogen ist. Mit Blick auf die vorliegenden empirischen Einblicke in den Lebens- und Konsumalltag von Crystal-KonsumentInnen der Region (Barsch 2014) basierte das Projekt *CheckPoint-C* auf der Annahme, dass es innerhalb der KonsumentInnenschaft eine große Gruppe gibt, die lange Zeit sozial unauffällig bleibt, sich mit dem Konsum jedoch einem hohen Risiko für Schäden an der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit aussetzt. Ziel des Projektes war deshalb, diese Personen frühzeitig zu erreichen, aufzuklären und zur Reflexion und gegebenenfalls Änderung von Konsummustern zu motivieren.

Da die KonsumentInnen offenbar sehr lange das konventionelle Hilfesystem meiden (ebenda), lag dem Projekt die Idee zugrunde, ein Angebot zu schaffen, das deutlich außerhalb etablierter Einrichtungen des Hilfesystems und mit anderen Leitideen agiert. In der Außendarstellung sollte diese besondere Qualität auch von der Zielgruppe wahrgenommen werden können und diese bewegen, die vorgehaltenen Hilfeangebote vorbehaltloser anzunehmen.

Ausgehend von diesen beiden Grundideen kreiste die Auseinandersetzung mit den existierenden Hilfe- und Unterstützungsangeboten für drogenkonsumierende Menschen um die Frage: Was könnte die Inanspruchnahme eines Angebots an Hilfe und Unterstützung fördern?

Entlang der herausgearbeiteten Kritikpunkte wurden folgende Leitideen formuliert und dem Konzept des Pilotprojektes zugrunde gelegt:

- Anonymität,
- Peer-to-Peer-Ansatz,
- Niedrigschwelligkeit,
- akzeptierendes Arbeiten,
- Zurückweisung jeder Form von Leidensdruck,
- Freiwilligkeit der Inanspruchnahme,
- kostenlose Angebote.

Jede dieser Grundideen sollte im Konzept als gleichrangig berücksichtigt werden; eine Rangfolge oder Hierarchisierung innerhalb dieser Leitideen wurde nicht vorgenommen.

3.1.1 Anonymität

Nur wenige Untersuchungen sind bisher der Frage nach der geringen freiwilligen Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen nachgegangen, die sich insbesondere an drogenkonsumierende Jugendliche wenden. In einer der wenigen vorliegenden Studien wurde als der meistgenannte Hinderungsgrund für die Inanspruchnahme von Leistungen durch Jugendliche die Befürchtung genannt, Eltern, FreundInnen, MitschülerInnen oder andere Personen könnten von ihren Drogenproblemen erfahren (vgl. Schmidt, Broekman 2001, S. 521). Insofern wurde zu einer zentralen Leitidee des Pilotprojektes, den BesucherInnen eine vollumfängliche Anonymität zu garantieren.

In Umsetzung dieses Anspruches sicherte dieses Projekt allen BesucherInnen höchstmögliche Anonymität zu. Selbst Namen und weitere Personendaten mussten nicht genannt werden, wenn die BesucherInnen dies nicht wünschte. Zudem wiesen die MitarbeiterInnen die BesucherInnen der Sprechstunde aktiv darauf hin, dass sie selbst bestimmen konnten, ob und in welchem Umfang bestimmte Daten zu ihrem Beratungswunsch erfasst werden. Im Falle der Ablehnung der Datenerhebung wurde lediglich die Tatsache des Kontaktes und der Ablehnung jeglicher Dokumentation festgehalten. Die BesucherInnen wurden schließlich durch die Mitarbeitenden auf die Möglichkeit der Aushändigung einer Kopie ihrer erfassten Daten aufmerksam gemacht.

In Bezug auf den Inhalt der Gespräche und die Daten der BesucherInnen wurden darüber hinaus alle Mitwirkenden des Teams der Verschwiegenheitspflicht nach

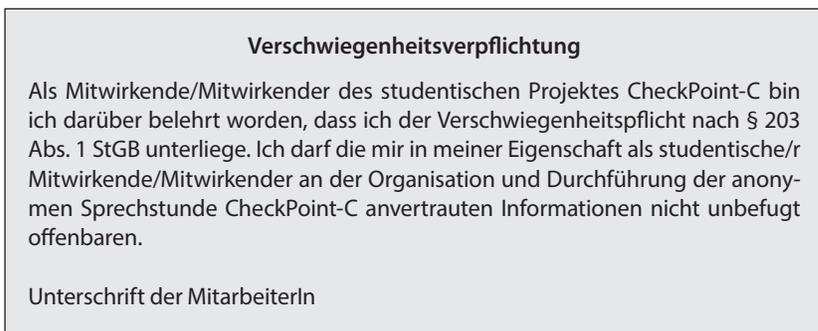


Abbildung 1
Von allem MitarbeiterInnen obligatorisch zu zeichnende Verschwiegenheitserklärung

§ 203 Abs. 1 StGB unterstellt. Diese hatten eine solche Verpflichtung, die auch nach dem Ausscheiden der MitarbeiterInnen oder nach der Beendigung des Projektes fortbesteht, schriftlich zu bestätigen (siehe Abbildung 1).

3.1.2 Peer-to-Peer-Ansatz

Der Rückgriff auf den Peer-to-Peer-Ansatz begründete sich aus dem Versuch, mit dem Pilotprojekt vor allem jugendliche KonsumentInnen zwischen 16 und 25 Jahren zu erreichen. Epidemiologische Studien (vgl. u. a. Drogenaffinitätsstudie 2012) unterstreichen, dass in dieser Altersphase mehrheitlich der Einstieg in den gelegentlichen oder regelmäßigen Konsum psychoaktiver Substanzen erfolgt und sich diese Zusammenhänge auch beim Crystal-Konsum wiederholen.

Mit der Wahl des Peer-to-Peer-Ansatzes wurde auf vorliegende Erfahrungen zurückgegriffen. Längst gibt es international und national Konsens dazu, dass Hilfe- und Unterstützungsangebote für junge Menschen, die vornehmlich aus der Perspektive Erwachsener konzipiert werden, Gefahr laufen, an der Zielgruppe vorbei entwickelt zu werden (vgl. Raithel 1999, S. 226). Bei der Planung und Durchführung von innovativen Projekten für die Zielgruppe jugendlicher Crystal-KonsumentInnen ist es deshalb notwendig, an die täglichen Handlungsmuster, an die Erlebnisse, Erfahrungen und Interessen der jugendlichen Zielgruppe direkt anzuknüpfen.

Dieser Grundgedanke wurde auf die Anlage des Pilotprojektes übersetzt, indem Studierende der Medizin und der Sozialen Arbeit zu den Mitwirkenden sowohl an der Entwicklung als auch an der Umsetzung der Projektidee wurden. Studierende gehören selbst mehrheitlich zu der Jugendgeneration, zu der auch die in den Blick genommene Zielgruppe gehört. Gemeinsame Alltagserfahrungen der fast gleichaltrigen „BeraterInnen“ (Peer-Educatoren) und „BesucherInnen“ (Crystal-KonsumentInnen), aber auch die hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Peer-Educatoren drogenbezogene Konfliktsituationen bereits selbst z. B. in ihrem sozialen Nahfeld erlebt haben, waren zentrale Grundannahmen, die für ein derart konzipiertes Peer-to-Peer-Projekt sprachen. Auf dieser Basis wurden gute Voraussetzungen für die BeraterInnen gesehen, mit den BesucherInnen Erfahrungen und Einstellungen offen diskutieren, bearbeiten und reflektieren zu können; glaubwürdig und anschaulich über die Auswirkungen des Crystal-Konsums und die Entstehungszusammenhänge physischer, psychischer und sozialer Probleme zu sprechen und die Akzeptanz und Annahme auch kritischer Botschaften zu riskanten Verhaltensweisen bei den BesucherInnen zu fördern.

Praktisch umgesetzt wurde der Peer-to-Peer-Ansatz nicht nur in der laufenden Projektorganisation und -weiterentwicklung, in die die Lehrenden nur durch das Sichern der Rahmenbedingungen für die Arbeit des Projektes unterstützend eingriffen. Auch die Durchführung der Sprechstunden selbst folgte streng der Peer-to-Peer-Methode: Ausnahmslos jede Sprechstunde wurde von jeweils zwei StudentInnen (der Medizin und der Sozialen Arbeit) in eigener Regie durchgeführt. Die Rolle der LeiterInnen bzw. der Senior Experts blieb auch während der Sprechzeiten auf eine Absicherung im Hintergrund beschränkt. Es sprach für den wertschätzenden Umgang aller an der Sprechstunde Beteiligten, dass bei ausbleibenden BesucherInnen oft alle Beteiligte die Gelegenheit zu einem gemeinsamen Gespräch nutzten.

Während der Inanspruchnahme der Sprechstunden bestätigte sich, dass die gleichaltrigen Peer-Educatoren schnell eine Gesprächsbasis für eine offene Diskussion über den Drogenkonsum fanden, ohne dass die BesucherInnen Sanktionen oder Stigmatisierungen fürchten mussten.

Deutlich wird, dass das Pilotprojekt während seiner gesamten Laufzeit ein Projekt war, das von jungen Menschen für junge Menschen konzipiert und maßgeblich von jungen Menschen gestaltet wurde. Es konnte deshalb im besten Sinne als ein Peer-to-Peer-Projekt gelten.

3.1.3 **Niedrigschwelligkeit**

Die angestrebte „Niedrigschwelligkeit“ des Pilotprojektes „Anonyme Sprechstunde“ ist theoretisch-methodisch eine nicht eindeutig zu definierende Qualität. Diese rangiert in einem Spannungsfeld von individuellen Wahrnehmungen und Zuschreibungsprozessen sowohl auf Seiten der AdressatInnen als auch auf Seiten der Anbietenden von Hilfe und Unterstützung. Für das Pilotprojekt wurde Niedrigschwelligkeit vorrangig als Möglichkeit einer Inanspruchnahme von Hilfe und Unterstützung ohne Vorbedingungen und bürokratische Regelungen sowie mit tatsächlich zieloffenem Ausgang definiert. Damit wurde Studienergebnissen Rechnung getragen, die als wichtigen Grund einer Nichtinanspruchnahme von Hilfe und Unterstützung durch Jugendliche die Ablehnung bürokratischer Zugangsvoraussetzungen (u. a. Terminvergabe, Wartelisten, Motivationsprüfung) ermittelten (vgl. Schmidt, Broekmann 2001, S. 517).

Zielsetzend für die Entwicklung des Pilotprojektes war zudem der Ansatz, das Angebot an den tatsächlich existierenden Nutzungsbedürfnissen der KonsumentInnen auszurichten und zugleich die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die BesucherInnen selbst einschätzen konnten, dass das Risiko einer Stigmatisierung gering ist.

Dieser Ansatz wurde in eine Grundhaltung aller am Projekt Beteiligten übersetzt: Diese ging davon aus, dass alle Crystal-KonsumentInnen ein Bedürfnis nach physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden haben, an das sich mit den Angeboten an Hilfe und Unterstützung anknüpfen lässt, auch wenn in bestimmten Fällen dieses Bedürfnis auf andere/nicht immer verständliche Weise zum Ausdruck gebracht wird. Diese Grundhaltung war keineswegs von Beginn an bei allen Beteiligten präsent, sondern wurde Ergebnis einer Auseinandersetzung, die sich immer wieder um die Wahrnehmung des Drogenkonsums und seiner Problematisierungsmuster rankte.

3.1.4 Akzeptierendes Arbeiten

Die Kernidee des Projekts orientierte sich an den Leitideen akzeptierender Drogenarbeit (vgl. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik 1999). Danach ist nicht der Konsum psychoaktiver Substanzen per se ein Problem. Es wird vielmehr davon ausgegangen, dass es gelungene Formen des Drogenkonsums gibt, die weder den Konsumierenden selbst noch sein soziales Nah- und Umfeld gefährden und deshalb nicht per se zu problematisiert sind. Folgerichtig geht es auch in Zusammenhang mit Crystal nicht darum, um jeden Preis Abstinenz durchzusetzen. Ziel ist vielmehr, die Entwicklung leidvoller physischer, psychischer und sozialer Probleme für die KonsumentInnen selbst, aber auch für deren soziales Umfeld zu verhindern.

Akzeptierendes Arbeiten geht zugleich davon aus, dass die Entwicklung unproblematischer Konsummuster keineswegs profan ist und eine Vielzahl von Kenntnissen, Fähigkeiten und Ressourcen voraussetzt, deren Entwicklung durch Hilfe und Unterstützung gefördert werden kann. Vor diesem Hintergrund verstehen sich Angebote an Hilfe und Unterstützung als ermutigend, fördernd und befähigend und sind im besten Sinne emanzipatorisches Empowerment.

Diesem akzeptierenden Arbeitsprinzip wurde bereits mit dem Ansatz des Pilotprojekts *CheckPoint-C* gefolgt, den konsumierenden BesucherInnen ein medizinisches Check-Up anzubieten, das eine gewisse Aufklärung dazu geben konnte, ob und in welchen Bereichen der Konsum von Crystal bereits relevante Störungen in der physischen Gesundheit angestoßen hat.

Auch die vorbereitende Ausbildung sowie die Auseinandersetzungen der Mitwirkenden hin zu einer gemeinsamen Haltung bei der Arbeit im Projekt ermöglichte schließlich einen als selbstverständlich erachteten Konsens dazu, Crystal-KonsumentInnen Hilfe und Unterstützung bei der Reflexion ihres Konsums anbieten, sie in Bezug auf sinnvolle Safer-Use-Strategien beraten



Abbildung 2
Flyer, der den Inhalt der Crystal-Tüte beschreibt

und zu einer aktiven Selbstfürsorge motivieren zu wollen. Die ausgereichten Give-Aways, beispielsweise in Form der „Crystal-Tüte“, folgten diesem Prinzip (vgl. Abbildung 2).

3.1.5 Distanzierung von der Leidensdruck-Theorie

Viele Jahre basierte die Arbeit des traditionellen Drogenhilfesystems auf der Leidensdruck-Theorie. Diese geht davon aus, dass KonsumentInnen psychoaktiver Substanzen nicht einsichtsfähig in Bezug auf Probleme wären, die mit ihrem Konsum in Zusammenhang stehen. Deshalb würden sie nur unter existentiellstem Druck eine Motivation entwickeln, ihre Konsummuster zu überdenken und Hilfe und Unterstützung anzunehmen. Mit Bezug auf diese Annahme wurde im professionellen Hilfesystem auf alle Konsumformen, insbesondere die von illegalisierten Substanzen, mit der gesamten Breite juristischer und/oder sozialer Sanktionen mit dem Ziel reagiert, Problemdruck, Leid und Verzweiflung in der Lebenswelt der Konsumierenden zu erzeugen und auf diese Weise möglichst schnell eine „Beratungswilligkeit“ herzustellen.

Diese Grundhaltung wird heute in großen Teilen des Hilfesystems in Frage gestellt bzw. kann insbesondere im akzeptierenden Drogenhilfesystem als überwunden gelten. Dennoch kommt es gegenwärtig zu einer Rückbesinnung auf diese Leidensdruck-Ansätze: Zum einen auf Grund der Tatsache, dass Crystal-KonsumentInnen das existierende Hilfesystem kaum kontaktieren bzw. erst um Unterstützung nachsuchen, wenn bereits erhebliche physische, psychische und sozialer Problemlagen entstanden sind. Und zum anderen, weil es eher die Familienangehörigen und das soziale Nahfeld sind, die relativ

schnell durch diverse Konsumprobleme der KonsumentIn in Mitleidenschaft gezogen werden. Deshalb werden nun wieder Ideen und Forderungen laut, die als nicht zurechnungsfähig deklarierten Crystal-KonsumentInnen unter Zwang zu setzen, Hilfe und Unterstützung anzunehmen (vgl. unveröffentlichte Debatte im Präventionsrat der Stadt Halle vom 26.06.2015).

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen war von zentraler Bedeutung, dass sich das Pilotprojekt *CheckPoint-C* ausdrücklich von einer solchen Sichtweise auf Crystal-KonsumentInnen distanzierte und seine Angebote an emanzipatorischen Handlungsansätzen ausrichtete: Das Selbstverständnis der Sprechstunde basierte auf einer respektvollen und wertschätzenden Haltung gegenüber den KonsumentInnen und auf der Grundlage einer Akzeptanz ihrer Autonomie und Entscheidungsfreiheit auch in Bezug auf ihren Drogenkonsum. Dies ganz im Sinne einer *conditio sine qua non* von Menschenwürde.

Aus diesen Grundprinzipien leitete sich der akzeptierende und nicht-stigmatisierende Ansatz der Sprechstunde ab. *CheckPoint-C* ging von der Annahme aus, dass der Gebrauch psychoaktiver Substanzen bestimmte Zwecke und Ziele verfolgt, aus denen sich für die Konsumierenden ein praktischer Nutzen ableitet, über den nur sie selbst urteilen können. Deshalb ist der Drogenkonsum keine Legitimation zur Entmündigung des Individuums. Vielmehr unterstellte das Projekt jeder konsumierenden Person ein inhärentes Bedürfnis, sich um seine physische und soziale Gesundheit zu sorgen und Konsummuster derart zu optimieren, dass die Herstellung und Aufrechterhaltung von Wohlergehen für sich selbst als auch für das soziale Umfeld realisierbar wird.

3.1.6 Freiwilligkeit

Unmittelbar mit der Ablehnung aller Formen von Leidensdruck ist das Arbeitsprinzip der anonymen Sprechstunde verbunden, auf Freiwilligkeit bei der Inanspruchnahme des Angebots der Sprechstunde durch die BesucherInnen zu bestehen. Hintergrund dieser Grundhaltung ist die Tatsache, dass bis heute im Drogenhilfesystem mit vielen Formen von Zwang gegenüber den KonsumentInnen gearbeitet wird. Dazu gehören nicht nur Therapieauflagen, die den KonsumentInnen im Zuge einer Verurteilung nach dem Betäubungsmittelgesetz auferlegt werden. Auch Drohungen mit einem Führerscheinentzug bei Nichtbefolgen therapeutischer Anweisungen, der Entzug von Sozialleistungen für den Fall, dass sich KonsumentInnen nicht in eine angewiesene Behandlung begeben, und diverse Formen von Nötigungen (u. a. vollständige Schweigepflichtsentbindungen vor Therapiebeginn) unterstreichen, dass noch immer von der Legitimität und der therapeutischen Notwendigkeit von Zwang ausgegangen wird. Die vielfältigen Erfahrungen der KonsumentInnen

damit werden jedoch zu einem wesentlichen Hinderungsgrund, Hilfe und Unterstützung im Drogenhilfesystem zu suchen (vgl. Schmidt, Broekmann 2001, S. 521).

Zu den zentralen Leitprinzipien des Pilotprojekts *CheckPoint-C* gehörte deshalb, kompromisslos bei jeder Inanspruchnahme der Sprechstunde zunächst zu klären, ob die BesucherInnen tatsächlich aus freien Stücken um Hilfe nachfragten. Dies wurde insbesondere dann besonders relevant, wenn die BesucherInnen in Begleitung von FreundInnen, Angehörigen oder einer BetreuerIn in der Sprechstunde erschienen. In einem solchen Fall wurde darauf bestanden, die BesucherIn allein zu sprechen und in diesem Gespräch zunächst zu klären, wie die eigentliche Motivationslage zu den Angeboten der Sprechstunde tatsächlich ist, wie sich die BesucherIn einen Umgang der SprechstundenmitarbeiterInnen mit mehr oder weniger klar von außen formulierten Forderungen vorstellte und ob sich aus diesen Mandaten tatsächlich ein gemeinsamer Arbeitsprozess entwickeln ließ. Tatsächlich konnte auf diese Weise immer eine eigenmotivierte Inanspruchnahme bestimmter Angebote der Sprechstunde durch die BesucherInnen erreicht werden. Abbrüche der Konsultationen erfolgten in keinem Fall.

3.1.7 **Kostenlos**

Zu wesentlichen Hinderungsgründen für die Inanspruchnahme von Hilfe und Unterstützung gehören Kosten, die sofort und umgehend anfallen (vgl. Schmidt, Broekmann 2001, S. 521). Das schließt auch Regelungen ein, vor einer Inanspruchnahme eine Krankenversicherungskarte vorlegen zu müssen. Hier überschneiden sich zum einen die Bedürfnisse der KonsumentInnen, in Bezug auf ihren Drogenkonsum anonym bleiben zu wollen, mit der Tatsache geringer finanzieller Ressourcen von vor allem jungen KonsumentInnen, Hilfeleistungen abgelden zu können. Insbesondere für jugendliche BesucherInnen, deren Erziehungsberechtigte den Umgang mit der Chip-Karte der Krankenversicherung bzw. eine per Post ankommende Rechnungsstellung kontrollieren können, ist eine solche Verfahrensweise ein absoluter Ausschlussgrund.

Leitidee des Pilotprojektes *CheckPoint-C* war deshalb, allen BesucherInnen unabhängig von deren sozialökonomischen oder sozialstrukturellen Status die vorgehaltenen Leistungen kostenlos anzubieten. In Vorbereitung des Projektes wurde viel Engagement dafür eingesetzt, Gelder für den Betrieb des Projekts über die vorgesehene Zeit von neun Monaten einzuwerben. Auch die von Beginn an erwartete Ehrenamtlichkeit der Arbeit aller Mitwirkenden sicherte die Umsetzung dieser Leitidee.

3.2 Das Leistungsangebot der Sprechstunde

Die oben vorgestellten Leitideen des Pilotprojektes wurden umgesetzt durch das Angebot einer kostenfreien, anonymen, niedrigschwelligen und fern von professionellen Versorgungsstrukturen etablierten Sprechstunde. Diese wurde durch in Ausbildung befindliche SozialarbeiterInnen und MedizinerInnen realisiert.

Die Sprechstunde bot ein auf Crystal bezogenes erstes medizinisches und psychosoziales Check-Up an, stellte Informationen und Aufklärungsmaterialien zu den Besonderheiten der Wirkung von Crystal, zu den Risiken des Konsums dieser Substanz und zu einem möglichen Risikomanagement bereit, ermöglichte Aufklärung, Information und Beratung zu Themen, die von den BesucherInnen gewünscht und vorgetragen wurden, und gewährte Hilfestellungen für den Fall, dass die Vermittlung professioneller Hilfen angezeigt war und von den BesucherInnen auch gewünscht wurde.

Mit dieser Palette an Leistungen, die in der Sprechstunde abgerufen werden konnte, wurde an die positiven Erfahrungen angeknüpft, die mit der in Rostock installierten „Ecstasy-Sprechstunde“ gesammelt wurden (vgl. Nordbeck, Streibhardt, Fegert 2000). Insbesondere die Möglichkeit einer anonymen medizinischen Konsultation im Rahmen der Sprechstunde wurde zu einem Alleinstellungsmerkmal, durch das sich *CheckPoint-C* von allen in der Region verfügbaren Hilfeangeboten für die Zielgruppe „Crystal-KonsumentInnen“ hervor hob. Mit diesem Angebot sollte den BesucherInnen die Chance eingeräumt werden, ein frühzeitiges Feedback zu möglichen physischen und psychischen Folgen ihres Konsums zu erhalten. An diese Vorgehensweise knüpfte sich die Erwartung, über die Vermittlung von Safer-Use-Botschaften und Hintergrundwissen zu Harm Reduction sekundärpräventiv wirksam zu werden und die BesucherInnen zu ermutigen und zu befähigen, für sich Strategien zu entwickeln, Schäden ihrer biopsychosozialen Gesundheit zu vorzukommen.

Im Einzelnen bot die Sprechstunde folgende Leistungen an:

- Ein auf die Besonderheiten des Crystal-Konsums ausgerichtetes medizinisches Check-Up ohne Chipkarte der Krankenversicherung oder Kostenstellung,
- detaillierte medizinische Information zu den biomedizinischen Wirkprinzipien der Substanz und den somatischen Folgen eines Kurz- und Langzeit-, Hoch- und Niedrigdosis- sowie hoch- und niedrigfrequenten Konsums,
- systemische/klientenzentrierte Gespräche zum Abklären psychosozialer Themen, für die ein Zusammenhang zum Crystal-Konsum herzustellen ist,

- sowie Reflexion, Aufklärung und Information zu konsumbezogenen Zusammenhängen, die sich im Lebens- und Konsumalltag ergeben können,
- auf Wunsch Weitervermittlung an VertrauensärztInnen (HNO, Gynäkologie, ZahnärztInnen etc.),
 - auf Wunsch Weitervermittlung in das Drogenhilfesystem der Region,
 - Ausgabe von Informationsmaterial zu Safer-Use und Harm Reduction bei Crystal-Konsum,
 - Ausgabe von Informationsmaterialien für Crystal-konsumierende Eltern,
 - Ausgabe von Safer-Use-Materialien über die sogenannte „Crystal-Tüte“ (saubere Ziehröhrchen, Feuchttuch, Kondom, Gleitgel, Kapsel usw.) für einen risikobewussten Konsum (Safer Use),
 - Angebot eines Schwangerschaftstests,
 - medizinische Ersthilfe (u. a. Verbandsmaterial, Nasensalbe),
 - Drogentests.

Nicht zum Leistungskatalog gehörten:

- therapeutische Angebote und Leistungen,
- langangelegte kontinuierliche Begleitungen,
- assistierende Sozialarbeit bei der Regelung psychosozialer Problemlagen,
- eine inhaltliche und organisatorische Therapievorbereitung,
- Hilfe bei der Überweisung in Therapieeinrichtungen,
- eine telefonische Beratung,
- die Vergabe von Terminen und die Arbeit mit Wartezeiten.