

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

8./9. Jahrgang
Heft 4·2019/1·2020



Themenschwerpunkt:

Drogenkonsumräume

Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Wissenschaftliche Herausgeber
Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com
Dr. Alfred Uhl - alfred.uhl@goeeg.at

Wissenschaftlicher Consultant
Dr. Martin Tauss - mtauss@kabelplus.at

Herausgebende Institution
Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien,
Fakultät für Psychotherapiewissenschaft

Chefredakteur
Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com

Redakteure
Dr. Thomas Ballhausen - t.ballhausen@gmail.com
Mag. Irene Schmutterer - irene.schmutterer@goeeg.at

Bildredaktion
Sonja Bachmayer - ikarus711@hotmail.com

Verlag
PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com
www.psychologie-aktuell.com

Nachrichtenredaktion, verantw.
Wolfgang Pabst - wp@pabst-publishers.com

Administration
Silke Haarlammert - haarlammert@pabst-publishers.com

Herstellung
Bernhard Mündel - muendel@pabst-publishers.com

Urheber- und Verlagsrechte
Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Abonnement und Bestellservice
rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise:
Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,
Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.
Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:
IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07
BIC: DRESDEFF265

Bestellservice:
haarlammert@pabst-publishers.com
Tel. +49 (0)5484 97234 · Fax +49 (0)5484 550

Bezugsbedingungen: Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Umschlagbild: © Sonja Bachmayer

Druck
KM-Druck 2.0 · D-64823 Groß-Umstadt

ISSN 2190-443X

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

8./9. Jahrgang · Heft 4-2019/1-2020

Themenschwerpunkt:

Drogenkonsumräume

Gastherausgeber: Heino Stöver & Ingo Ilja Michels

Inhalt

- 191 Editorial
Heino Stöver & Ingo Ilja Michels
- Grundlagen**
- 193 Geschichtliche Entwicklung von Drogenkonsumräumen in Deutschland
Heino Stöver & Ingo Ilja Michels
- 202 Drogenkonsumräume: Verbreitung und Wirksamkeit
Dagmar Hedrich
- 212 Drogenkonsumräume in Deutschland – Herausforderungen und Offenheit für Neues
Dirk Schäffer
- 216 Drogennot- und -todesfälle in Drogenkonsumräumen
Kathrin Pientka
- 221 Knapp eine halbe Million Konsumvorgänge in risikominimierender Umgebung – Ein Resümee aus Nordrhein-Westfalen und Hessen
Viktoria Auth & Heino Stöver
- 229 Warum gibt es keine Drogenkonsumräume in Bayern?
Melanie Hofmann & Bertram Wehner
- 237 Bildstrecke „Drogenkonsumräume“
Fotos von Heino Stöver und Ingo Ilja Michels
- 241 Ist Naloxon die Lösung zur Vermeidung von Drogenkonsumräumen?
Kerstin Dettmer
- 244 Formen der Kooperation zwischen Polizei und Drogenhilfe
Heino Stöver & Maike Sinead O'Reilly
- 248 Trinkerraum in Mannheim – Der politische und gesellschaftliche Prozess bis zur Entwicklung und Implementierung eines alkoholakzeptierenden Angebots für Menschen mit Alkoholabhängigkeit der kommunalen Suchthilfe in Mannheim
Kathrin Heinrich, Timo Andreas Kläser & Hans-Georg Schuhmacher
- Internationale Erfahrungen**
- 257 Medically supervised injecting rooms in Australia
Nicolas Clark
- 259 „Såf Ti“ – Über die Entstehungsgeschichte des ersten belgischen Drogenkonsumraums
Gregor Stangherlin, Juan Cortes Leclou, Cécile Magoga, Manon Reynders, Dominique Delhauteur & Marylène Tommasso
- 265 Bildstrecke „Alp(en)(t)raum“
Fotos von Sonja Bachmayer

- 273 ARGOS, a drug consumption room (DCR) in Strasbourg
Aurélie Kreiss & Gauthier Waeckerle
- 278 Drogenkonsumraum in Paris
Elisabeth Avril
- 282 Drug consumption rooms in the Netherlands – latest developments
Cedric Charvet

Nachrichten

- 254 Bundessozialgericht: Alkoholgeschädigte Kinder haben nur bedingt Anspruch auf Entschädigung
- 275 E-Zigarettenwerbung verdoppelt Risiko, mit dem Dampfen anzufangen
- 284 Feintuning der Kommunikation: Wie Drogen oder Krankheiten Signale zwischen Nervenzellen beeinflussen
- 285 Neuer Cochrane-Review zeigt, dass „Anonyme Alkoholiker“ helfen, eine Alkoholabhängigkeit zu überwinden
- 286 Pakistan: Wo die Ration Heroin weniger als ein Hamburger kostet
- 289 Zeitenwende: Wie Chemnitz Crystal-Meth-Hauptstadt Europas wurde
- 291 Yana Milev: Substanzkonsum, Krankheit und Sterblichkeit: Die Spätfolgen des vereinigungsbedingten Kulturkonflikts in „Ostdeutschland“

Editorial

Heino Stöver & Ingo Ilja Michels

Drogenkonsumräume (DKR) sind mittlerweile integrale Bestandteile nationaler aber auch internationaler Strategien zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten und Drogenmortalität. Auch die WHO und die EMCDDA zählen Drogenkonsumräume zu den wichtigsten Angeboten, um Drogentodesfälle und die Verbreitung von Infektionskrankheiten zu vermeiden.

Doch trotz der weiten fachlichen Übereinkunft, rechtlichen Klarheit u. a. durch das International Narcotics Control Board (INCB) und rechtlichen Klarstellung auf Bundesebene (z. B. Deutschland; vgl. Michels & Stöver) und überzeugender Studienlage gibt es noch immer erhebliche Widerstände gegen die Einführung von DKR in vielen europäischen Ländern oder auch in einzelnen Bundesländern. Am Beispiel Deutschlands wird deutlich, dass nur sieben von 16 Bundesländer Konsumraumverordnungen erlassen haben, die die rechtliche Grundlage für die Etablierung von DKR auf Landesebene bilden (siehe Hofmann & Wehner in diesem Band). Die Ablehnung der Einführung von DKR basiert im Wesentlichen auf Ängsten vor Szenebildung, Anerkennung des Konsums illegaler Substanzen und damit einhergehend einer Kapitulation der Drogenpolitik. In diesem Band wird herausgearbeitet, dass diese Ängste weitgehend unbegründet sind, sofern die DKRs dem lokalen Bedarf entsprechen. Am Beispiel von Paris (vgl. Avril) wird deutlich, dass nur ein DKR in Paris den Bedarf nicht annähernd decken kann.

In Deutschland arbeiten die meisten der 25 DKRs in den sieben Bundesländern in 16 Städten bereits seit 30 Jahren. Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts kann man als die Hochzeit des Heroinkonsums, aber auch der Infektionsrisiken mit HIV und HCV bezeichnen, und die Städte suchten nach gesundheits-, aber ebenso nach ordnungspolitischen Antworten auf die Herausforderungen von Infektionskrankheiten und hohe Drogenmortalität. Dieser Entwicklung vorausgegan-

gen war eine Phase, in der in Hilfeangeboten (z. B. Kontaktläden) der intravenöse Konsum „toleriert“ wurde (vgl. Michels & Stöver).

Seit einigen Jahren sind jedoch weltweit (z. B. Australien; s. Clark) und in Europa (s. Hedrich) weitere Drogenkonsumräume hinzugekommen. Die wesentlichen Motoren dafür waren auch wieder gesundheits- und ordnungspolitische Motive von Strafverfolgung, Ordnungssämtern auf der einen Seite, und schadensminimierender Drogenhilfe und der Brückenschlag in weiterführende Hilfeangebote auf der anderen Seite. Diese Dualität und Abdeckung unterschiedlicher kommunaler Interessen scheint auch das Erfolgsrezept von DKR zu sein: für Polizei und Drogenhilfe ist eine Win-win-Situation erreicht worden, die Vorteile für beide Systeme bringt.

Trotz der überzeugenden Bilanz bspw. des Beitrags der DKRs zur Reduzierung der Drogenmortalität in den Städten müssen die Angebote erweitert und angepasst werden. Weibliche Drogengebraucher beispielsweise sind in den meisten DKRs unterrepräsentiert (s. Auth & Stöver) – es gibt weltweit nur wenige DKRs, die von Frauen für Frauen betrieben werden und die spezifischen Bedürfnisse drogenabhängiger Frauen aufgreifen (z. B. in Hamburg „Ragazza e.V.“).

Weiterentwicklung muss es auch geben in Bezug auf Kleinhandel, der in den meisten DKRs einen Ausschlussgrund darstellt (in allen deutschen DKRs), und der deshalb vor den Einrichtungen stattfindet. Einige Schweizer DKR-Betreiber sind nun einen Schritt weiter gegangen und dulden den Kleinhandel, was eine erhebliche Entlastung der Kommunen bedeutet.

In den Kommunen, in denen der Crack-Konsum verbreitet ist (bspw. Frankfurt oder Hamburg), braucht es außerdem weitere niedrigschwellige Rauchangebote, weil die traditionellen DKRs für viele Crack-Konsument*innen zu hochschwellig sind und sie lieber und schneller in der Öffentlichkeit rauchen.

Allgemein zeigt sich am Beispiel „Rauchen“, wie DKR-Besucher*innen mit Kampagnen zum Umstieg von intravenösem auf inhalativen Konsum zu bewegen sind (vgl. Schäffer).

Schließlich muss auch darüber nachgedacht werden, Drogenkonsumräume oder besser Drogenkonsumgelegenheiten noch niedrigschwelliger anzubieten, bspw. mit von Mitarbeiter*innen supervidierten Räumen oder Gelegenheiten. Der notwendige technisch-finanzielle Aufwand zur Einrichtung von DKRs zumindest in Deutschland ist für viele Kommunen nicht zu leisten. Insofern wäre die Bereitstellung von Konsumgelegenheiten in bestehenden Angeboten von Kontaktländern, Not-schlafstellen, Wohnprojekten etc. ein Angebot, das viele Konsumierende erreichen würde. In Kanada wird genau dies an vielen Orten umgesetzt¹.

Schließlich sollte aber auch deutlich werden, dass es weiterhin eine kleine Gruppe von Gebraucher*innen gibt, die trotz einer Vielzahl von Hilfeangeboten (wie Opioid-Substitutionsbehandlung, Spritzenautomaten, Drop-In-Center, Diamorphinambulanzen, psychotherapeutische und sozialarbeiterische Hilfen) weiterhin weitgehend „auf der Straße“ leben, deren Lebensmittelpunkt die „Szene“ bleibt, die schwere psychische Beeinträchtigungen (und entsprechende Lebensgeschichten) aufweisen und die nur sehr schwer oder gar nicht für weiterführende Hilfen erreichbar sind. Für diese Menschen stellen DKRs zumindest eine Überlebenshilfe dar. Hier können aber zusätzliche niedrigschwellige psychiatrische Krisenhilfen ein wenig Entlastung (für Betroffene, Angehörige und Nachbarn) schaffen.

Heino Stöver und Ingo Ilja Michels



Prof. Dr. Heino Stöver
heino.stoever@fb4.fra-uas.de



Dr. Ingo Ilja Michels
ingoiljamichels@gmail.com

¹ <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/status-application.html>

Grundlagen

Geschichtliche Entwicklung von Drogenkonsumräumen in Deutschland

Heino Stöver & Ingo Ilja Michels

Die Vorgeschichte der Einrichtung von Drogenkonsumräumen

Von Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts an prägte die hohe Prävalenz von Opioidabhängigen die Drogen- und Gesundheitspolitik in Deutschland und Europa. Es waren vor allem drei Herausforderungen, die als wichtige Faktoren für die Einführung von Drogenkon-

sumräumen genannt werden müssen: weit verbreitete offene Drogenszenen in den meisten Städten, riskante Drogenkonsummuster, hohe Infektionsgefahren mit HIV und Hepatitis B und C und schließlich eine rasante Steigerung der Drogentodeszahlen!

- **Herausforderung Nr. 1: HIV/AIDS unter injizierenden Drogenkonsumenten** (s. Abbildung 1).

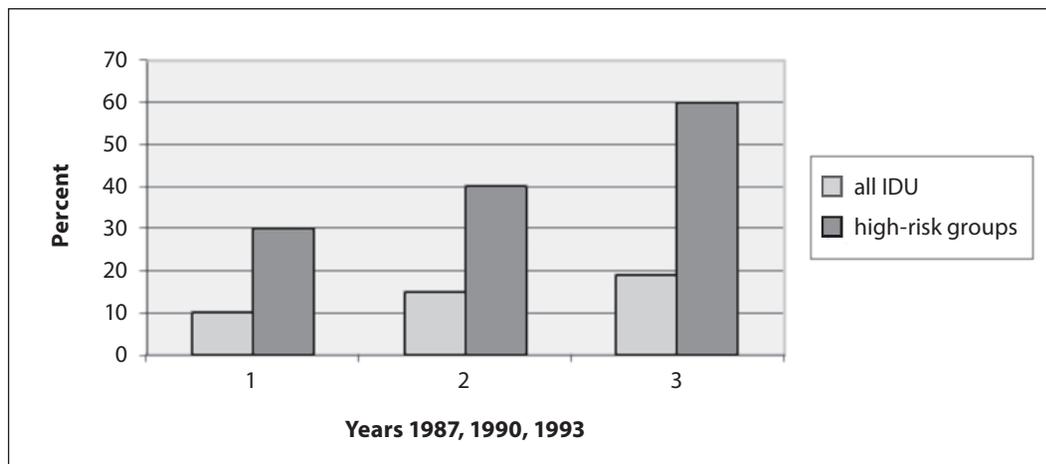


Abbildung 1

HIV infections among IDUs in Germany (Kleiber & Pant, 1991)

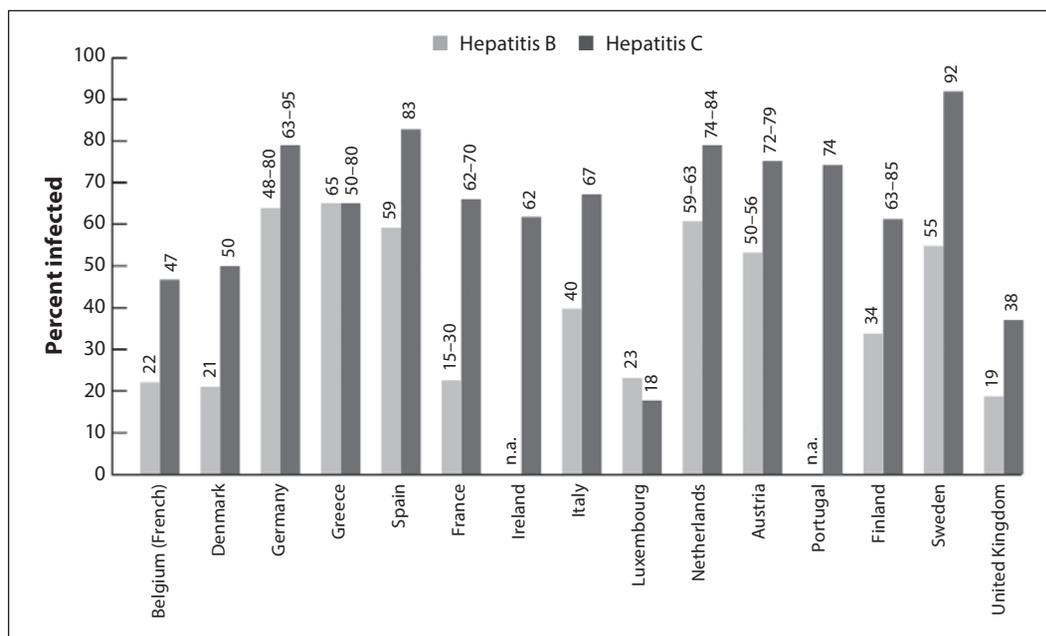
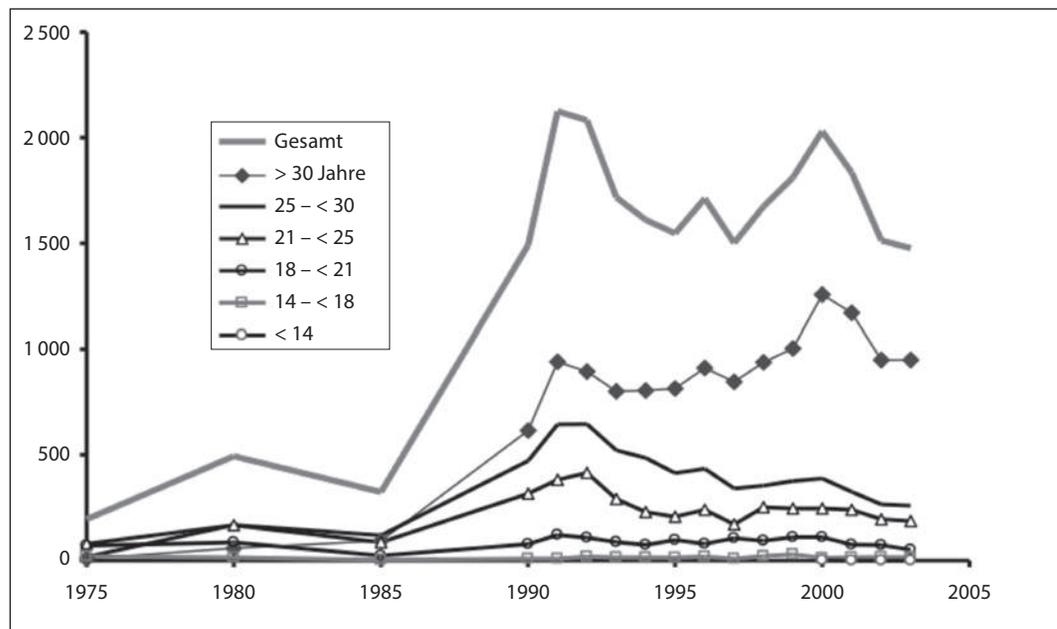


Abbildung 2

Antibodies to Hepatitis B and C among IDUs in the EU (EMCDDA, 1999)

Abbildung 3

Drogenbezogene
Todesfälle
unter injizierenden
Drogenkonsumenten
in Deutschland
Mitte der 1980er Jahre
(Quelle: DBDD, 2006)



- **Herausforderung Nr. 2: Hepatitis B und C unter injizierenden Drogenkonsumenten in Europa in den 1990ern** (s. Abbildung 2).
- **Herausforderung Nr. 3: Drogenbezogene Todesfälle unter injizierenden Drogenkonsumenten in Deutschland Mitte der 1980er Jahre** (s. Abbildung 3)

Erste Anfänge: tolerierter i.v.-Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und Aids-Hilfe

In Bremen, Frankfurt am Main und Bonn gab es bereits in den späten 1980er Jahren die ersten – für kurze Zeit tolerierten – Drogenkonsumräume, und seit fast zehn Jahren bestand die Forderung, diese ursprünglich aus unmittelbarem Handlungsbedarf entwickelten niedrigschwelligen Angebote rechtlich abzusichern. Spritzenaustauschprojekte und Pionierprojekte mit integriertem Drogenkonsum wie u.a. Wohnprojekte und Nachtangebote (etwa für drogenbedingte Prostitution in Bremen oder in niedrigschwelligen Beratungsstellen in Bonn) wurden zeitweise stillschweigend geduldet (Stöver, 1991).

Fachliche Unterstützung gab es viel, u.a. zunächst von „akzept e.V.“ und Aids-Hilfen, frühzeitig auch vom Caritasverband, später von der „Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen“ (DHS). Drogenkonsumräume wurden als Teil der Überlebenshilfe angesehen und als nötig empfunden. In Bremen gab es bereits 1991 eine erste rechtliche Einschätzung der Zulässigkeit dieser Einrichtungen, allerdings ohne

unmittelbare Auswirkungen auf die Politik der damaligen Bundesregierung (Michaelis, 1991).

In Frankfurt am Main entwickelte sich als Folge der o.g. Herausforderungen die „Montagsrunde“ (Zusammenschluss von Drogen- und Aids-Hilfeträgern, der Stadt, der Polizei und der Staatsanwaltschaft) und es gab das Rechtsgutachten des Generalstaatsanwalts Dr. Harald-Hans Körner zur Möglichkeit der Schaffung der in Frankfurt am Main als „Gesundheitsräume“ ausgewiesenen Angebote (gegen das Betäubungsmittelgesetz des Bundes; Körner, 1993, 1994, 1995).

akzept e.V. organisierte eine Fachkonferenz „Konsumräume als professionelles Angebot der Suchthilfe – Internationale Tagung zur Erarbeitung von Leitlinien“ (18.–19.11.1999 in Hannover) mit Teilnehmern aus Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz, Österreich, Frankreich und Australien. Es gab einen lebendigen Diskurs über alle Aspekte des niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Angebots von „Konsumräumen“ und es wurden Leitlinien zur fachgerechten Planung, Durchführung, Dokumentation und politischen Verankerung dieses Angebots erarbeitet (Stöver, 2000). Diese „Leitlinien“ dienten zur fachlichen Orientierung, während die Bundesregierung zum damaligen Zeitpunkt noch am „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan“ (Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit, 1990) festhielt, der zwar niedrigschwellige Hilfen in Aussicht stellte, aber mit der klaren Zielsetzung einer „Hinführung zur Abstinenz“ – ein unrealistisches Ziel für die meisten Heroinabhängigen in Deutschland.

In der Präambel der *Leitlinien* heißt es:

- Drogenkonsumräume sind eine sinnvolle Ergänzung zum bestehenden Drogenhilfesystem, das einerseits als Überlebenshilfedient und andererseits die Möglichkeit erweitert, individuelle Lebensperspektiven mit und ohne Drogen zu entwickeln.
- Ziel der Konsumräume ist es, zum Überleben und zur Risikominimierung des Konsums illegaler Drogen beizutragen. Gleichzeitig sollen die Angebote sozialverträglich und lokalpolitisch verankert werden.
- Die Zielgruppe der Konsumräume sind im Prinzip alle Konsumenten von illegalen Drogen, obwohl die Mehrheit der Konsumenten hauptsächlich aus schwer kranken und sozial benachteiligt älteren Drogenabhängigen besteht. Anonymität bei der Nutzung von Konsumräumen ist Voraussetzung für deren Akzeptanz.
- Drogenkonsumräume bewegen sich im Spannungsfeld zwischen verbraucherorientierter Gesundheitspolitik und kommunaler Ordnungspolitik.
- Ein hierarchischer Kompromiss zwischen Verbraucherinteresse, Gesundheitspolitik und regulatorischem Interesse ist erforderlich.
- Mit ihren niederschweligen und akzeptanzorientierten Kontaktmöglichkeiten bilden die Angebote der Konsumräume eine Brückenfunktion zu weiteren Angeboten der gesundheitlichen und psychosozialen Betreuung. Konsumräume sollten daher organisatorisch in ein soziales und medizinisch orientiertes Hilfesystem der Gemeinde/Region eingebettet sein (Indro e.V., 1999).

Das erste gelungene Praxismodell waren die Drogenkonsumräume in Frankfurt am Main: Diese Praxis hat dazu beigetragen, dass das Drogenelend im Bahnhofsviertel drastisch reduziert und Todesfälle in den Räumen verhindert werden konnten, die vorher auf der offenen Drogenszene (etwa in der *Taunusanlage*) täglich stattgefunden hatten. Das mag geholfen haben, dass auch nach der Veränderung der politischen Mehrheiten in Frankfurt an diesem Konzept festgehalten wurde, zumal es – auch nach Erkenntnissen des Bundeskriminalamtes (BKA) – in Frankfurt nicht zu einer „Umfeldbelastung“ oder vermehrtem Drogenhandel gekommen war und auch nicht zu einer „Sogwirkung“ der Einrichtung auf Einsteiger oder Gelegenheitskonsumenten. Die „Gesundheitsräume“ in Frankfurt am Main waren zudem nur ein Teil eines Gesamtpakets von niedrigschwelligen Hilfen, einschließlich einer umfassenden, auch niedrigschwellig konzipierten Substitutionsbehandlung mit Methadon.

Aber: Es gab eine fehlende bundesweite Rechtssicherheit, denn die Frankfurter Rechtsauffassung, eine solche Gesundheitsförderung stehe im Einklang mit dem geltenden Betäubungsmittelgesetz, wurde von Staatsanwälten und Justizministerien in anderen Städten und Bundesländern nicht oder nur mit ausdrücklichen Einschränkungen befürwortet. Die Ungewissheit der Rechtspraxis erforderte daher trotz verschiedener Einzelvorschriften in Hamburg, Hannover oder Saarbrücken eine Klärung durch den Gesetzgeber.

Die erfolgte aber erst durch die neue, „rotgrüne“ Bundesregierung 1998 durch die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes. Am 01.04.2000 trat die 3. Novelle des Betäubungsmittelgesetzes (3. BtMGÄndG) aufgrund einer Vereinbarung zwischen Bundestag und Bundesrat als einheitliche Bundesrahmenverordnung in Kraft. Der darin neu geschaffene § 10a dient als Rechtsgrundlage für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Deutschland. Damit wurde ein einheitliches deutsches Rahmengesetz geschaffen, das die Länder ermächtigt, „Rechtsverordnungen zu erlassen, die die Bedingungen für die Erteilung von Genehmigungen regeln“. Ziel war es, bestehende Einrichtungen zu legalisieren und um weitere zu ergänzen. Der § 10a war der Hauptstandard, der die gesetzliche Definition von Drogenkonsumräumen in Absatz 1 beschreibt: „Einer Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde bedarf, wer eine Einrichtung betreiben will, in deren Räumlichkeiten Betäubungsmittelabhängigen eine Gelegenheit zum Verbrauch von mitgeführten, ärztlich nicht verschriebenen Betäubungsmitteln verschafft oder gewährt wird (Drogenkonsumraum)“.

„Der deutsche Gesetzgeber hat die Bestimmungen festgelegt, die vom Staat einzuhalten sind, Vorschriften, die in Zukunft verabschiedet werden (10 Mindeststandards), zur Gewährleistung der Sicherheit und Kontrolle beim Einsatz von Betäubungsmitteln.

1. Geeignete Ausrüstung der Räumlichkeiten, die als Drogenkonsumraum ausgewiesen sind.
2. Vorkehrungen zur sofortigen medizinischen Notfallversorgung.
3. Ärztliche Beratung und Unterstützung zur Risikominimierung in den Konsum von Betäubungsmitteln, die von drogenabhängigen Personen mitgebracht werden.
4. Überweisung an abstinenzorientierte Nachsorge- und Therapiedienste.
5. Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz und die Festlegung des Besitzes von Drogen für

den persönlichen Gebrauch in unbedeutenden Mengen.

6. Die Zusammenarbeit mit den für die öffentliche Ordnung und Sicherheit zuständigen lokalen Behörden ist verpflichtend, um Straftaten so weit wie möglich zu verhindern.
7. Eine genaue Definition der Gruppe von Personen, die zur Einnahme von Drogen berechtigt sind, insbesondere in Bezug auf ihr Alter, die Art der Betäubungsmittel, die sie mitbringen dürfen, und der tolerierten Konsummuster; offensichtliche erstmalige oder gelegentliche Benutzer müssen ausgeschlossen werden.
8. Dokumentation und Bewertung der in den Konsumräumen geleisteten Arbeit.
9. Kontinuierliche Anwesenheit einer ausreichenden Anzahl zuverlässiger Mitarbeiter, deren berufliche Ausbildung sie qualifiziert, die aufgeführten Anforderungen zu erfüllen.
10. Die Ernennung einer qualifizierten Person, die verantwortlich ist für die Einhaltung der in den Nummern 1 bis 9 genannten Anforderungen, die Bedingungen der ausstellenden Behörde und Anweisungen der Aufsichtsbehörde, die in der Lage sind, die obliegenden Verpflichtungen zu erfüllen“ (3. Novelle des Betäubungsmittelgesetzes [3. BtMGÄndG]).

Das Gesetz schreibt vor, dass eine Betriebserlaubnis nur dann erteilt wird, wenn das jeweilige Bundesland eine Verordnung als Voraussetzung verabschiedet hat, die einschränkende Vorschriften enthält. Folglich ist die Einrichtung von Drogenkonsumräumen abhängig vom politischen Willen der jeweiligen Landesregierung in Deutschland. Lokale Interessen können nicht ohne staatliche Unterstützung verwirklicht werden, das gilt z. B. für Städte wie Nürnberg, München oder Augsburg, die solche Drogenkonsumräume zulassen möchten, was aber von der bayerischen Landesregierung verhindert wird. Bislang hat sie keine solche Regelung verabschiedet (s. a. Beitrag von Hofmann & Wehner in diesem Band), obwohl sogar der bayerische Bezirkstag (mit CSU-Mehrheit) sich für die Möglichkeit der Einrichtung von Drogenkonsumräumen aussprach (Weber, 2016).

Das Gesetz verfolgte die Zielsetzung der Bundesregierung, Gesundheitsschäden zu verringern und Überlebenshilfe zu leisten und erfüllt nach Auffassung der Bundesregierung gleichzeitig die völkerrechtlich verbindlichen internationalen Suchtstoffübereinkommen, die der gesundheitlichen Prävention Vorrang vor Strafverfolgung einräumen, wenn *strenge Kon-*

trollen gewährleistet sind und *möglichem Missbrauch vorgebeugt* wird.

Die Implementierung von Drogenkonsumräumen

Bereits im Dezember 2002 wurde u. a. die Verordnung über die Erteilung einer Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Berlin erlassen. Dort hieß es:

„Auf Grund des § 10a Abs. 2 des Betäubungsmittelgesetzes in der Fassung vom 1. März 1994 (BGBl. I, 358), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 26. Juni 2002 (BGBl. I, 2261), wird verordnet:

§ 1 Erlaubnis

Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung (Erlaubnisbehörde) kann eine Erlaubnis zum Betrieb eines Drogenkonsumraums nach § 10a Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes erteilen, wenn

1. der Antragsteller einen Bedarf nachgewiesen und die Erlaubnisbehörde diesen festgestellt hat,
2. der Drogenkonsumraum als Teil einer mit öffentlichen Mitteln finanzierten ambulanten Drogenhilfeeinrichtung in das Gesamtkonzept des Berliner Drogenhilfesystems eingebunden ist,
3. der Betriebszweck des § 2 verfolgt wird und
4. die Mindeststandards nach den §§ 3 bis 13 dieser Verordnung eingehalten werden.

Die Erlaubnis kann befristet und unter Bedingungen erteilt sowie mit Auflagen verbunden werden. Für Rücknahme und Widerruf der Erlaubnis gilt § 10 BtMG entsprechend.

§ 2 Betriebszweck

(1) Der Drogenkonsumraum muss der Gesundheits-, Überlebens- und Ausstiegshilfe für Drogenabhängige dienen.

(2) Der Betrieb des Drogenkonsumraums muss darauf gerichtet sein,

1. die durch Drogenkonsum bedingten Gesundheitsgefahren zu senken, um damit insbesondere das Überleben des Abhängigen/der Abhängigen zu sichern,
2. die Behandlungsbereitschaft des Abhängigen/der Abhängigen zu wecken und dadurch den Ausstieg aus der Sucht einzuleiten,
3. die Inanspruchnahme weiterführender, insbesondere suchtherapeutischer ausstiegsorientierter Hilfen einschließlich der ärztlichen Versorgung zu fördern und

4. die Belastungen der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen zu reduzieren.

(3) Der Betrieb muss darauf gerichtet sein, einen beratenden und helfenden Kontakt insbesondere mit solchen Personen aufzunehmen, die für Drogenhilfemaßnahmen nur schwer erreichbar sind, um sie in weiterführende und ausstiegsorientierte Angebote der Beratung und Therapie zu vermitteln. (...)

(4) Träger und Personal dürfen im Rahmen der Aufklärungsarbeit auf die Drogenkonsumräume hinweisen, jedoch für den Besuch des Drogenkonsumraums nicht werben (...)¹

Im April 2003 brachte das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit (BMGS) eine englischsprachige Broschüre heraus mit dem Titel „Drug Consumption Rooms. Background Information“. Zum damaligen Zeitpunkt existierten bereits 19 solcher Einrichtungen². Es ging darum, gegenüber der internationalen Öffentlichkeit deutlich zu machen, dass nach Rechtsauffassung der Bundesregierung diese Einrichtungen nicht gegen internationale Suchtstoffübereinkommen verstoßen:

„Drug consumption rooms do not infringe the spirit and sense of the international Drug Conventions. They are also in line with the resolutions of the 20th Special Session of the United Nations General Assembly (UNGASS 98), mainly with the Action Plan for the Implementation of the Declaration on Guiding Principles of Drug Demand Reduction adopted by the General Assembly in its Resolution 54/132 in 1999. With respect to addicts who are not under medical treatment, drug consumption rooms are an approach towards attaining the objectives laid down in the principles. Consequently, they fully comply with CND Resolution 43/3 of 15th March 2000 which

– urges Member States to develop services for early detection, counselling, treatment, relapse prevention, aftercare and social reintegration and to ensure that such services are widely available and have sufficient capacity for those in need;

– requests Member States to find strategies and increase access to an availability of services designed to reach drug abusers who are not integrated into or reached by existing services and programmes and are at high risk of severe health damage, drug related infectious diseases and even fatal incidents, in ‘order to assist such drug abusers in reducing individual and public health risks’ (p. 7).

Es wurden auch die Ergebnisse der Evaluation dieser Einrichtungen dargestellt, die vom November 2001 bis zum Juli 2002 durchgeführt wurde. Die Studie „Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik – Bewertung der Arbeit von Drogenkonsumräumen in der Bundesrepublik Deutschland“, realisiert vom Zentrum für angewandte Psychologie-, Umwelt- und Sozialforschung (ZEUS) in Bochum im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Die Studie umfasste 19 Drogenkonsumräume und zielte darauf ab, die gesetzlichen Verordnungen der einzelnen Bundesländer zu bewerten in ihren jeweiligen Auswirkungen;

- genaue Daten über die Inanspruchnahme der Einrichtungen zu sammeln (Inanspruchnahme der angebotenen Hilfe, Drogenabhängigkeit, Notfälle, Verweisung auf andere Arten von Hilfe);
- den Betrieb der vorhandenen Drogenkonsumräume anhand der gesetzlichen Standards zu bewerten und erforderliche und praktische Verbesserungen vorzuschlagen;
- anhand einer Zeitreihenanalyse aufzuzeigen, welchen spezifischen Beitrag der Drogenkonsum leistet (diese Räume tragen dazu bei, die drogenbedingte Sterblichkeit und die Erwerbskriminalität zu senken sowie die Umweltbelastung zu reduzieren).

Die Drogenkonsumräume wurden miteinander verglichen, genaue Daten zur Inanspruchnahme und angeschlossenen Kontakteinrichtungen erhoben, Interviews mit den zuständigen Mitarbeitern und opioidabhängigen Nutzern durchgeführt, ebenso Befragungen in den einzelnen Konsumräumen, Einhaltung der gesetzlichen Mindeststandards geprüft, allgemeine Schwachstellen identifiziert und Vorschläge für Verbesserungen der Arbeit in den Einrichtungen unterbreitet. Zeitreihenanalysen dienten dazu, zu überprüfen, ob Konsumräume die Zahl der drogenbedingten Todesfälle beeinflussen. Die wichtigsten Ergebnisse:

- Das Ziel, langfristige Heroinsüchtige, die Räume für den Drogenkonsum nutzen, zu motivieren, weitere (abstinenzorientierte) Hilfsdienste zu nutzen, wurde erreicht;

¹ Der Senat von Berlin (Klaus Wowereit, Regierender Bürgermeister; Heidi Knake-Werner, Senatorin für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz).

² In Hamburg, Frankfurt am Main, Hannover, Saarbrücken, Köln, Aachen, Dortmund, Essen, Münster, Wuppertal. Landesgesetzliche Regelungen gab es nur in sechs von 16 deutschen Bundesländern: in Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, dem Saarland und Berlin. Mittlerweile ist noch Baden-Württemberg hinzugekommen. In Bremen wird nach einer Machbarkeitsstudie (Schmidt-Semisch et al., 2019) derzeit diskutiert, eine Konsumraumverordnung zu erlassen (Stand: 1/2020).

mehr als die Hälfte der befragten Nutzer gaben an, dass Kontakt mit anderen Diensten, insbesondere Entzugsbehandlungseinrichtungen, Behörden und Therapieeinrichtungen aufgenommen wurde.

- Sofortige Notfallversorgung sichert das Überleben der Opiatabhängigen bei jedem Konsum; zwischen 1995 und 2001 fanden insgesamt 2.1 Millionen Konsumereignisse statt; im gleichen Zeitraum wurden insgesamt 5 426 Notfälle registriert, bei denen möglicherweise eine tödliche Überdosis vermieden werden konnte durch sofortige Intervention des Personals.
- Die Zeitreihenanalyse, die sich mit der Zahl der drogenbedingten Todesfälle in den untersuchten Städten – Hamburg, Hannover, Frankfurt am Main und in Saarbrücken – befasste, zeigte über einen Zeitraum von mehr als zehn Jahren eine statistisch signifikante Reduktion der drogenbedingten Mortalität in diesen Städten nach der Einrichtung von Konsumräumen. Daher konnten Drogenkonsumräume neben anderen Faktoren einen bestimmten, über dem Zufall liegenden Beitrag zur Senkung des drogenbedingten Todes leisten.

Darüber hinaus ergab die Studie, dass

- die gesetzlichen Bestimmungen der einzelnen Bundesländer die vom Bundesgesetz geforderten Mindeststandards konkretisieren; es gibt keine wesentlichen Unterschiede in diesen Verordnungen; gelegentliche und erstmalige Drogenkonsumenten dürfen nicht teilnehmen
- die in den gesetzlichen Verordnungen festgelegten Mindeststandards werden eingehalten;
- eine sofortige medizinische Notfallversorgung ist gewährleistet; Vollzeitkräfte haben die erforderliche Erfahrung für niedrigschwellige Arbeit mit Süchtigen; in der Regel werden Einführungsgespräche mit den Neulingen in den Einrichtungen geführt, um weitere Unterstützungsoptionen zu erörtern;
- die Vernetzung mit anderen Hilfeinrichtungen ist gut;
- mehr als drei Viertel der Nutzer haben die Öffnungszeiten begrüßt; die Mehrheit wurde auch regelmäßig angesprochen, um vorausschauende Pläne zu diskutieren;
- der Kontakt zum Personal ist am wichtigsten und wird als gut bewertet;
- die Erbringung von Grundleistungen (medizinische Versorgung, Spritzenwechsel etc.) erhält eine sehr positive Bewertung.

Die Datenauswertung zeigt, dass

- die vom Gesetzgeber festgelegte Zielgruppe (besonders langfristig) Heroinkonsumenten (durchschnittlich 12.5 Jahre und Koka-in-Co-Konsum auf hohem Niveau), erreicht wird;
- die Interviewer sind in den Räumen des Drogenkonsums niemals Minderjährigen begegnet.
- 90 Prozent der Befragten hatten eine mehrjährige Opiatabhängigkeit.
- die Befragten gaben an, dass Konsumräume ihre Gesundheit erheblich verbessert haben;
- Drogenkonsumräume den Zugang zum medizinischen Versorgungssystem im Allgemeinen verbessern;
- die Zusammenarbeit mit der Polizei und den Aufsichtsbehörden in den teilnehmenden Städten ist gut.

Bei der künftigen Entwicklung wurden Verbesserungspotenziale festgestellt für diese Niedrigschwelleinrichtungen; unter anderem sollte das Problem der Hepatitis-Infektion stärker berücksichtigt werden; auch die Frage, wie hoch der Frauenanteil ist (er ist niedriger als in anderen Drogenhilfeeinrichtungen und kann erhöht werden). Ein weiteres Problem ist die kleine Gruppe von Personen in Opiat-Substitutionsbehandlung, die Zugang verlangen.

Im Februar 2004 erschien dann schon der erste „European Report On Drug Consumption Rooms“, dort hieß es:

‘The establishment of consumption rooms in Germany was preceded by several years of discussions and weighing up of the conflicting interests of health and drugs services, local residents and businesses, and the police. The dilemmas arising at local level from the need to provide necessary health and addiction care services to drug addicts while at the same time reducing the negative effects of public drug use on local residents have been described for the cities of Frankfurt and Hamburg (Hartnoll & Hedrich, 1996; Zurhold et al., 2001).

Factors that contributed to creating the necessary political support for consumption rooms included public discussion of drug-related problems at community level, complaints by residents of areas affected by public drug use, demands by drugs services and sometimes by the police for the establishment of this type of facility and legal considerations. An analysis of the complex structures and processes of local decision-making on consumption rooms in four German cities (Schütze, 1999) pointed to the relevance of local multiagency networking and the existence of a non-public coordination forum of key actors from prosecution, law enforcement and health,

who were empowered to negotiate, and to take and implement decisions' (Hederich, 2004).

Dennoch: Nach über 20 Jahren Praxis müssen wir feststellen, dass die verabschiedeten Rechtsverordnungen und die Anforderungen der Aufsichtsbehörden (Kommunalbehörden, Polizei und Staatsanwälte) sich eher restriktiv auf konzeptionelle Überlegungen und Handlungsspielräume ausgewirkt haben (vgl. auch Schäffer et al., 2014). Diese Abgrenzungen beruhen selten auf Rationalität und Objektivität; statt dessen tendieren sie dazu, auf die Macht der Stakeholder hinzuweisen und unterstreichen die Dominanz der regulatorischen Interessen.

Kritik des *watchdogs* des internationalen Drogenrechts an Drogenkonsumräumen

Die Auffassung, dass die Einrichtung von Drogenkonsumräumen mit den Internationalen Suchtstoffabkommen im Einklang seien, wurde vom „International Narcotic Control Board“ (INCB)³ keineswegs geteilt, woraufhin die Bundesregierung hochrangige Vertreter des INCB unter Leitung des damaligen Präsidenten *Emafo*⁴ im Juli 2003 nach Deutschland einlud, um sie vor Ort über die Konzeption und der Umsetzung des Gesetzes zu informieren. In einem Schreiben vom 8. Juli 2004 erklärte der INCB, dass Drogenkonsumräume gegen die Artikel 4, 30 und 33 des Übereinkommens von 1961 (sowie gegen die entsprechenden Bestimmungen des Übereinkommens von 1971) verstoßen, wonach der Besitz und die Verwendung von Drogen nur für medizinische und wissenschaftliche Zwecke bestimmt sein dürfe und

die Mitgliedstaaten keinen Besitz ohne rechtliche Genehmigung erlauben dürften. Der INCB nahm zwar die gesetzliche Mindestanforderungen des § 10a BtMG zur Kenntnis, erkannte auch an, dass die Drogenkonsumräume in das allgemeine Gesundheitssystem eingebunden sind und allen Drogenabhängigen eine medizinische Versorgung zur Verfügung stehe. Dies änderte jedoch nichts an seiner negativen Einstellung. Es ging dem INCB offensichtlich nur darum, seine *vorgefasste Meinung* zu begründen (*Einleitungssatz*: „*As you are aware, the Board is of the view that the operation of so called injection rooms is in contravention of the provisions...*“). Dies tat er, indem er ausschließlich negative Aspekte anspricht und auch nicht ansatzweise auch die oben ausgeführten positiven Effekte der DKR in Betracht zieht. Auf die Erfahrungen, die die INCB-Delegation bei ihrer Inspektionsreise gemacht haben⁵, auf die Vorträge, Präsentationen und Gespräche in den besuchten Städten mit den zahlreichen Beteiligten (Träger, Gesundheits- und Sozialbehörden, Polizei und Staatsanwaltschaft, Kommunal- und Landespolitiker) und auf die durchweg positiven Einschätzungen, die gegenüber der INCB-Delegation geäußert wurden, geht das Schreiben mit keinem Wort ein.

Die Rechtsauffassung der Bundesregierung war hingegen klar: Die juristische Begründung des INCB stellte einzig und allein auf eine Verletzung der Artikel 4 und 33 der Konvention von 1961 ab. Diese Artikel – in Verbindung mit Art. 36 – verpflichten die Staaten, den unerlaubten Besitz von Suchtstoffen zu verbieten und ihn strafrechtlich zu ahnden⁶. Dabei verkannte der INCB, dass diese Verpflichtung keineswegs absolut gilt, sondern in der Konvention mehrfach relativiert wird:

- Art. 36 Abs. 1 stellt die Verpflichtung zur strafrechtlichen Sanktionierung unter den Verfassungsvorbehalt („subject to its constitutional limitations“). Das heißt, dass diese Verpflichtung *nicht* gilt, wenn ihr Verfassungsgrundsätze – wie etwa der vom BVerfG in der Cannabisentscheidung he-

³ Der Internationale Suchtstoffkontrollrat (engl. International Narcotic Control Board – INCB) in Wien wurde 1968 aufgrund des *Einheitsabkommens über die Betäubungsmittel* von 1961 gegründet. Der INCB überwacht die Einhaltung der internationalen UNO-Drogenkontrollverträge über den Anbau, die Produktion und Verwendung von Drogen. Diese müssen auf medizinische und wissenschaftliche Zwecke beschränkt bleiben. Chemikalien dürfen nicht zur illegalen Herstellung von Drogen verwendet werden. Der Rat besteht aus 13 regierungsunabhängigen Experten. Von 2012 an war der ehemalige Referatsleiter des Betäubungsmittelrechtsreferat des Bundesministerium für Gesundheit, Werner Sipp, Mitglied des INCB, vom 12. Mai 2015 bis 14. Mai 2017 dessen Präsident. Unter seiner Präsidentschaft änderte der INCB seine ursprünglich ablehnende Haltung zu Drogenkonsumräumen in eine (vorsichtig) billigende, unter der Bedingung, dass sie eingebettet sind in das Drogenhilfesystem und die Nutzer für weiterführende Hilfen motivieren. Die Vertragsstaaten des *Übereinkommens der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen* von 1988 sind verpflichtet, dem INCB regelmäßig Informationen zu liefern (Art. 12). Mit Hilfe dieser Daten kann sich der INCB einen weltweiten Überblick über alle verfügbaren Drogen in Produktion und Handel verschaffen.

⁴ Philip Emafo, Apotheker aus Nigeria, von 2002 bis 2008 Präsident des INCB.

⁵ Dr. Ingo Ilja Michels war als damaliger Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung an einigen dieser Treffen mit der INCB-Delegation beteiligt. In seinen Erinnerungen erkannte der Leiter der INCB-Delegation in mündlichen Bemerkungen durchaus die Zielsetzung dieser Einrichtungen als sinnvoll an (er selbst war Mediziner), erklärte u. a., man solle sie nicht als „drug consumption rooms“ bezeichnen, sondern besser als „services for support of the health of drug addicts“, aber in den schriftlichen statements des INCB ist davon nicht mehr die Rede!

⁶ Art. 4 Buchst. c: The Parties shall take such legislative and administrative measures as may be necessary, subject to the provisions of this Convention, to limit exclusively to medical and scientific purposes the production, manufacture, export, import, distribution of, trade in, use and possession of drugs.

rangezogene Verhältnismäßigkeitsgrundsatz – entgegenstehen.

- Die Strafverfolgung bei Drogendelikten steht nach Art. 36 Abs. 4 unter einem einfachen Gesetzesvorbehalt⁷, was bedeutet, dass die Konventionen dem nationalen Gesetzgeber durchaus einen gewissen Spielraum belassen.

Bei der Anwendung dieser Bestimmungen auf die Drogenkonsumräume übersah der INCB, dass in Deutschland der unerlaubte Besitz von Drogen in Drogenkonsumräumen gemäß § 29 BtMG sehr wohl strafbar ist und dass nach § 31a Abs. 1 Satz 2 BtMG lediglich von der Strafverfolgung abgesehen werden soll, was in vollem Einklang mit Art. 36 Abs. 4 der Konvention von 1961 steht. Für die Praktiker der Drogenhilfe führt diese Regelung hingegen durchaus zu einem Konflikt zwischen der sozialtherapeutischen und der ordnungspolitischen Aufgabe, die sie beide erfüllen sollen!

Völlig unerwähnt bleibt in dem Schreiben des INCB der Artikel 38 der Konvention von 1961, der die Staaten verpflichtet, „alle durchführenden Maßnahmen zur Prävention, Früherkennung, Behandlung, Aufklärung, Nachbehandlung und sozialen Wiedereingliederung der betroffenen Personen zu ergreifen.“⁸ Dass der INCB diese Vorschrift gar nicht anspricht, obwohl sie in den bundesdeutschen Ausführungen immer als eine wichtige Rechtsgrundlage für die DKR herangezogen wird, zeigt, dass er sich mit fachlichen und völkerrechtlich alternativen Argumenten überhaupt nicht auseinandersetzen will. Es zeigt darüber hinaus, dass der INCB nicht bereit war, auf der Grundlage des Art. 38 eine sinnvolle, vertragskonforme Weiterentwicklung des drogenpolitischen Ansatzes der „harm reduction“ zu diskutieren.⁹

Allerdings hat der INCB inzwischen seine Auffassung geändert. In einer entsprechenden Erklärung von 2018 kommt der INCB zu folgender Einschätzung (INCB, 2018):

1. In the last few years, the Board has noted developments in several states with respect

⁷ Art. 36 Abs. 4: Nothing contained in this article shall affect the principle that the offences to which it refers shall be defined, prosecuted and punished in conformity with the domestic law of a party.

⁸ Art. 38 Abs. 1: The parties shall give special attention to and take all practicable measures for the prevention of abuse of drugs and for the early identification, treatment, education, after-care, rehabilitation and social reintegration of the persons involved and shall co-ordinate their efforts to these ends.

⁹ Es ist überdies bis heute nicht gelungen, allein den Terminus „harm reduction“ in Dokumenten der UNO zur internationalen Drogenpolitik zu verankern, weil es regelmäßig am Veto einer unheiligen Allianz von Staaten wie den USA (auch schon unter der Clinton- und Obama-Administration), der Russischen Föderation, Pakistan, Saudi-Arabien, China und dem Iran scheitert (wobei die letzteren Staaten selbst Maßnahmen der harm reduction im eigenen Land eingeführt haben!

to the establishment or continued operation of supervised drug consumption facilities or ‘drug injection rooms’. The objective of these facilities has been to reduce the transmission of communicable blood-borne diseases, to prevent overdose death and to provide target populations with access to basic health care and social services, including treatment and rehabilitation opportunities.

2. The Board wishes to reiterate that, in order for the operation of such facilities to be consistent with the international drug conventions, certain conditions must be fulfilled. Chief among those conditions is that the ultimate objective of these measures is to reduce the adverse consequences of drug abuse through treatment, rehabilitation and reintegration measures, without condoning or increasing drug abuse or encouraging drug trafficking. ‘Drug consumption rooms’ must be operated within a framework that offers treatment and rehabilitation services as well as social reintegration measures, either directly or by active referral for access, and must not be a substitute for demand reduction programmes, in particular prevention and treatment activities.

Literatur

- Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit (1990). *Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan (1990)*. Bonn.
- DBDD (2006). *Jahresbericht zur Situation illegaler Drogen in Deutschland*. München: Deutsche Drogenbeobachtungsstelle.
- EMCDDA (1999). *Annual report on the EU drug problem*. Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Problems.
- Hartnoll, R. & Hedrich D. (1996). AIDS prevention and drug policy: dilemmas in the local environment. In T. Rhodes & R. L. Hartnoll (Eds.), *AIDS, drugs and prevention* (pp. 42–65). London: Routledge.
- Hederich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- INCB (2018). *Supervised drug consumption rooms*. Available at https://www.incb.org/documents/News/Alerts/Alert_on_Convention_Implementation_Feb_2018.pdf
- Indro e.V. (1999). *Leitlinien zum Betrieb und zur Nutzung von Konsumräumen*. Verfügbar unter: [https://indro-online.de/leitlinien-zum-betrieb-und-zur-nutzung-von-konsumraeumen/\[12.01.2020\]](https://indro-online.de/leitlinien-zum-betrieb-und-zur-nutzung-von-konsumraeumen/[12.01.2020]).

- Kleiber, D. & Pant, A. (1991). *HIV-Prävalenz, Risikoverhalten, und Verhaltensänderungen bei i.v.-Drogenkonsumenten*. Ergebnisse einer sozialepidemiologischen Studie. Berlin.
- Körner, H. H. (1993). *Strafrechtliches Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und stressfreien Konsum von Opiatabhängigen*. 17. Mai 1993; Az 406/20-9, ZfB No. 507/93. Frankfurt am Main: Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität.
- Körner, H. H. (1994). *Gutachten vom 05.12.1994 zur Zulässigkeit von Verhaltensweisen beim Besuch von Gesundheitsräumen*. Az 406/20-9, ZfB No. 1349/94. Frankfurt am Main: Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität.
- Körner, H. H. (1995). Soll Drogenhilfe strafbar sein? *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 28, 453–457.
- Michaelis, S. (1991). Zur rechtlichen Zulässigkeit des Betriebens von Druckräumen in der Bundesrepublik Deutschland. In H. Stöver (Hrsg.), *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe. Ein Sammelband* (AIDS-Forum der Deutschen AIDS-Hilfe, Bd. VI, S. 111–117). Berlin: DAH.
- Schäffer, D., Stöver, H. & Weichert, L. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: Models, best practice and challenges*. Regenboog Groep in partnership with Frankfurt University of Applied Sciences.
- Schmidt-Semisch, H., Ochmann, N. & Thane, K. (2019). *Machbarkeitsstudie zur Umsetzung eines Druckraumes (medizinisch begleiteter Konsum von Heroin) in Bremen im Zusammenhang mit dem Sicherheitskonzept Hauptbahnhof* (IPP-Schriften 16, Schriftenreihe des Instituts für Public Health und Pflegeforschung). Im Auftrag der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz. Universität Bremen.
- Schütze, C. (1999). *Die Einführung von „Gesundheitsräumen“ in deutschen Großstädten: Eine vergleichende Analyse von Entscheidungsprozessen und Akteurkonstellationen in Hamburg, Frankfurt am Main, Hannover und München*. Magisterarbeit. Universität Hamburg.
- Stöver, H. (1991). *Der tolerierte intravenöse Drogengebrauch in den Angeboten der Drogen- und AIDS-Hilfe* (AIDS-Forum der Deutschen AIDS-Hilfe, Bd. VI., S. 111–117). Berlin: DAH.
- Stöver, H. (2000). Konsumräume als professionelles Angebot der Suchtkrankenhilfe. Internationale Konferenz zur Erarbeitung von Leitlinien. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43, 290–292.
- Weber, A. (2016). *Bayerischer Bezirkstag fordert Drogenkonsumräume*. Verfügbar unter: <https://www.merkur.de/bayern/bayerischer-bezirkstag-fordert-drogenkonsumraeume-6244304.html> [12.01.2020].
- ZEUS: Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. & Schreckenberger, J. (2003). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland*. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (Bd. 149, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit). Baden-Baden: Nomos.
- Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U. & Haasen, C. (2003). Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33, 663–688.

Prof. Dr. Heino Stöver

Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences.
Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung Frankfurt (ISFF) und Vorstandsvorsitzender von akzept e.V.
Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung und marginalisierte Menschen, Evaluation der Wirksamkeit von Hilfsangeboten und die Entwicklung neuer Interventionskonzepte.
hstoever@fb4.fra-uas.de; www.isff.info

Dr. Ingo Ilja Michels

Soziologe und Fachberater für Suchtkrankenhilfe. 1999–2016 Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin.
Längere Berateranstellungen u. a. in der Volksrepublik China und Kirgistan. Seit April 2016 im Ruhestand, aber weiter tätig bei der Frankfurt University of Applied Sciences und dem Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF).
ingoiljamichels@gmail.com

Drogenkonsumräume: Verbreitung und Wirksamkeit

Dagmar Hedrich

Einleitung

Drogenkonsumräume, in denen illegale Drogen von drogenabhängigen Menschen unter Aufsicht von geschultem Personal konsumiert werden können, gibt es in Europa seit dreieinhalb Jahrzehnten. Diese Einrichtungen dienen in erster Linie dem Ziel, die akuten Risiken im Zusammenhang mit der Übertragung von Krankheiten durch unhygienischen injizierenden Konsum einzudämmen, Todesfällen durch Überdosierung vorzubeugen und besonders gefährdete Drogenkonsumenten mit Einrichtungen der Suchtbehandlung und anderen Gesundheits- und Sozialdiensten in Kontakt zu bringen. Zudem sollen sie dazu beitragen, dem Drogenkonsum in der Öffentlichkeit und den mit offenen Drogenszenen verbundenen Gefahren für die öffentliche Ordnung, wie sie beispielsweise durch weggeworfene Nadeln entstehen, entgegenzuwirken. In der Regel erhalten Drogenkonsumenten in Drogenkonsumräumen steriles Spritzbesteck und andere saubere Konsumutensilien, Beratungsleistungen vor, während und nach dem Drogenkonsum, Notfallhilfe bei Überdosierungen und Zugang zur medizinischen Grundversorgung. Eine weitere wichtige Rolle spielen Drogenkonsumräume als Anlaufstelle für die Vermittlung an geeignete Sozial-, Gesundheits- und Suchtbehandlungsdienste.

Entstehung und Verbreitung

Angesichts des Auftretens und der raschen Ausbreitung von HIV/AIDS¹ im Zusammenhang mit der zunehmenden Verbreitung des Heroinkonsums und insbesondere des injizierenden Gebrauchs der Droge in den 1980er Jahren entwickelten sich in Europa eine Reihe von Maßnahmen zur Eindämmung der durch risikohaften Drogenkonsum verursachten Schäden. Zu dieser neuen schadensmindernden

den („harm reduction“-)Strategie zählten unter anderem die aufsuchende Drogenarbeit, eine bessere Aufklärung der DrogengebraucherInnen² über gesundheitliche Risiken, inklusive durch Peer-Education, die Ausgabe sauberer Spritzbestecke und das Angebot von Substitutionsbehandlungen für Opiatabhängige.

Während die Strategie der Schadensminderung im Laufe der 1990er Jahre in Europa immer weitere Akzeptanz und Ausbreitung fand, war die Bereitstellung von Räumlichkeiten für den überwachten Drogenkonsum in lokalen Drogeneinrichtungen nicht unumstritten. Mitunter wurden Bedenken laut, diese Konsumräume könnten den Drogenkonsum fördern, die Behandlungsaufnahme verzögern oder die mit den örtlichen Drogenmärkten verbundenen Probleme verstärken. Bisweilen wurde die Einrichtung von Drogenkonsumräumen durch politische Interventionen verhindert oder verzögert (Jauffret-Roustide et al., 2013; Smith et al., 2019; NHSGGC, 2016). Ungeachtet dessen steht die Diskussion über die Eröffnung neuer Drogenkonsumräume in mehreren europäischen Ländern nach wie vor ganz oben auf der politischen Agenda. Daher soll diese Analyse einen objektiven Überblick über die Merkmale, die derzeit angebotenen Leistungen und die Wirksamkeit dieser Maßnahme bieten.

Drogenkonsumräume sind Gesundheitseinrichtungen, in denen Drogenkonsumenten unter der Aufsicht von Fachpersonal und unter hygienischen und sicheren Bedingungen Drogen konsumieren können. Sie sollen eine Anlaufstelle für schwer zu erreichende Gruppen von Konsumenten darstellen, insbesondere für marginalisierte Gruppen und jene, die Drogen im öffentlichen Raum und unter anderen risikobehafteten und unhygienischen Bedingungen konsumieren. Eine ihrer vorrangigen Zielsetzungen ist die Eindämmung der Morbidität und Mortalität durch die Bereitstellung einer sicheren Umgebung für einen hygi-

¹ HIV: Human-Immunschwäche-Virus; AIDS: erworbenes Immundefizienz-Syndrom

² Es sind stets Personen aller Geschlechter gleichermaßen gemeint; aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.

enischeren Konsum, die Aufklärung der Nutzer der Einrichtung über die mit dem Konsum verbundenen Risiken sowie die Anleitung zur Verringerung dieser Risiken. Zugleich soll der Drogenkonsum in der Öffentlichkeit reduziert und Belastungen der Anwohner, Gewerbetreibenden und Passanten durch offene Drogenmärkte verringert werden. Ein weiteres Ziel ist die Förderung des Zugangs zu Sozial-, Gesundheits- und Drogenbehandlungseinrichtungen (s. Abbildung 1, in der die Dienstleistungs-

ponenten von Konsumräumen modellhaft dargestellt sind).

Einbettung in das bestehende Hilfesystem

Drogenkonsumräume entwickelten sich in Städten, in denen bereits ein gut ausgebautes Netz von Drogendiensten existierte, als Maßnahme zur Eindämmung der mit offenen Dro-

Abbildung 1

Servicemodell eines Drogenkonsumraums (Quelle: Hedrich, 2004)

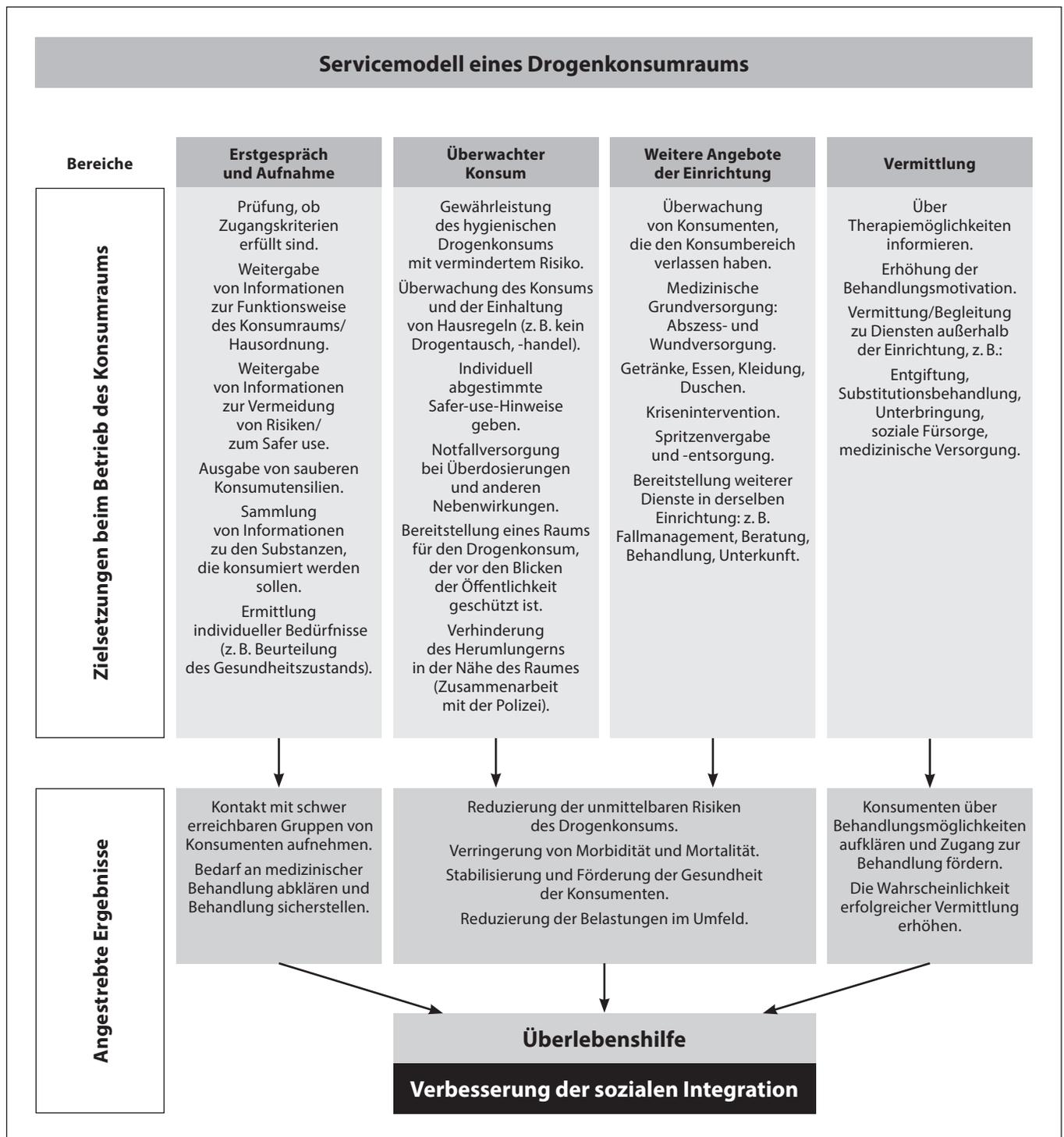


Abbildung 2

Lokalisierung von Drogenkonsum-einrichtungen in Europa (Quellen: Für die EU und Norwegen: EMCDDA National Focal Points; für die Schweiz: Infodrog)



genszenen und Drogenmärkten verbundenen Gefahren für die öffentliche Gesundheit und Ordnung und als spezifisches Angebot für Drogengebraucher, die durch die bestehende Angebotspalette nicht erreicht wurden. Als solche stellten sie eine „lokale“ Maßnahme dar, die von örtlichen Interessenträgern auf der Grundlage einer Bewertung der lokalen Erfordernisse individueller und öffentlicher Gesundheit und nach Maßgabe der kommunalen oder regionalen Zielsetzungen getroffen wird. Drogenkonsumräume befinden sich bevorzugt an Orten, an denen es Probleme mit dem öffentlichen Drogenkonsum gibt, und zielen auf jene Teilpopulationen der Konsumenten ab, die kaum Möglichkeiten für einen hygienischen injizierenden Drogenkonsum haben (wie beispielsweise Obdachlose oder Menschen, die in instabilen Wohnverhältnissen leben oder temporär in Übernachtungseinrichtungen untergebracht sind). Zuweilen werden Drogenkonsumräume aus den unterschiedlichsten Gründen auch von in stabileren sozialen Verhältnissen lebenden Besuchern genutzt, beispielsweise weil diese mit Partnern oder Familienangehörigen zusammenleben, die keine Drogen konsumieren (Hedrich & Hartnoll, 2015).

Was die historische Entwicklung dieser Intervention betrifft, so wurde im Juni 1986 in Bern in der Schweiz der erste überwachte Drogenkonsumraum eröffnet. Neben weiteren in der Schweiz entstanden diese Einrichtungen in den neunziger Jahren auch in Deutschland und in den Niederlanden und ab dem Jahr 2000 auch in Spanien. Seit 2005 kamen Drogenkonsumräume in Norwegen, Luxemburg, Dänemark, Frankreich, Belgien und Portugal hinzu. Einen Konsumraum gab es 2013 auch in Athen,

jedoch wurde er aufgrund fehlender Gesetzgebung nicht offiziell nutzbar und daher nach kurzer Zeit wieder geschlossen.

Gegenwärtig³ gibt es insgesamt 89 offizielle Drogenkonsumräume in 62 Städten in zehn europäischen Ländern (s. Abbildung 2). Weiter aufgeschlüsselt sind das – mit Stand November 2019: 24 Einrichtungen in 19 Städten in den Niederlanden; 24 Einrichtungen in 15 deutschen Städten und zwölf Einrichtungen verteilt über neun Städte in der Schweiz. Fünf Konsumräume werden in vier Gemeinden Dänemarks betrieben; 13 Einrichtungen in Spanien (in Bilbao und sechs Städten Kataloniens); jeweils eine Einrichtung in Oslo und Bergen in Norwegen; in Paris und Straßburg in Frankreich sowie in der Stadt Luxemburg und in Esch-sur-Alzette in Luxemburg. In der Folge einer umfangreichen Machbarkeitsstudie (Vander Laenen et al., 2018) wurde in Liège in Belgien im Jahr 2018 ein Konsumraum eröffnet. Seit April 2019 ist ein mobiler Konsumraum in Lissabon in Betrieb (Taylor et al., 2019) und für 2020 sind zwei weitere stationäre Konsumräume in Vorbereitung für die portugiesische Hauptstadt.

Obgleich bereits in 2017 in Irland ein Gesetz (Misuse of Drugs Act Supervised Injection Facilities) verabschiedet wurde, das die Genehmigung und Regulierung solcher Einrichtungen ermöglicht, und ein Standort bestimmt wurde, ist es aufgrund von Widerstand aus der Nachbarschaft bisher nicht zur Umsetzung gekommen. In Schottland befürwortet die Landesregierung die Einrichtung von Drogenkonsumräumen als zusätzliches Mittel, um die Übertragung von HIV unter Drogenkonsum-

³ Stand Sommer 2019.

menten und die stark angestiegene Zahl von Drogentoten zu begrenzen, scheitert jedoch am Widerstand der UK-Regierung.

Konsumräume außerhalb Europas

In Kanada, wo seit 2002/2003 zwei Konsumräume in Vancouver in Betrieb sind, gibt es gemäß einer Übersicht vom 9. August 2019⁴ seit 2017 in 19 weiteren Städten in Ontario, British Columbia, Alberta, Quebec und Saskatchewan 41 neue lizenzierte Einrichtungen, die zum Teil spontan von Drogengebrauchern ins Leben gerufen wurden. Die Schaffung der gesetzlichen Grundlage und Lizenzierung dieser oft auch als „*opioid overdose prevention sites*“ (OOPS) bezeichneten niedrigschwelligen Einrichtungen ist eine der Maßnahmen, mit denen die kanadische Regierung den extrem starken Anstieg von Todesfällen durch Opioid-Überdosis begrenzen will (Kerr et al., 2017). Der in Sydney, Australien, seit 2001 bestehende Konsumraum wird seit 2018 durch eine neue Einrichtung in Melbourne ergänzt; die Eröffnung weiterer Einrichtungen ist in der Diskussion. Ein Konsumraum in Mexicali (Mexico) soll seit 2018 in Betrieb sein. In den Vereinigten Staaten wird die Einrichtung von überwachten Drogenkonsumräumen in verschiedenen Städten diskutiert.

Merkmale und Serviceangebot

Die meisten Drogenkonsumräume haben unabhängig von ihrem Standort eine Reihe von Merkmalen gemeinsam. Beispielsweise ist der Zugang in der Regel auf registrierte Nutzer beschränkt und an bestimmte Voraussetzungen, z. B. Mindestalter und Ortsansässigkeit, gebunden. Gemeinhin handelt es sich um Räumlichkeiten integriert in bereits bestehende Hilfeeinrichtungen für Drogenkonsumenten oder Obdachlose. Zuweilen werden Konsumräume jedoch auch als räumlich getrennte Einrichtungen, die ausschließlich auf den überwachten Drogenkonsum spezialisiert sind, betrieben. In diesem Fall befinden sich in unmittelbarer Nachbarschaft weiterführende Hilfeangebote. Die ursprüngliche Zielgruppe war zumeist begrenzt auf Menschen, die Drogen injizieren, allerdings stehen Drogenkonsumräume in fast allen Ländern seit vielen Jahren auch Konsumenten offen, die Drogen rauchen, sniffen oder inhalieren.

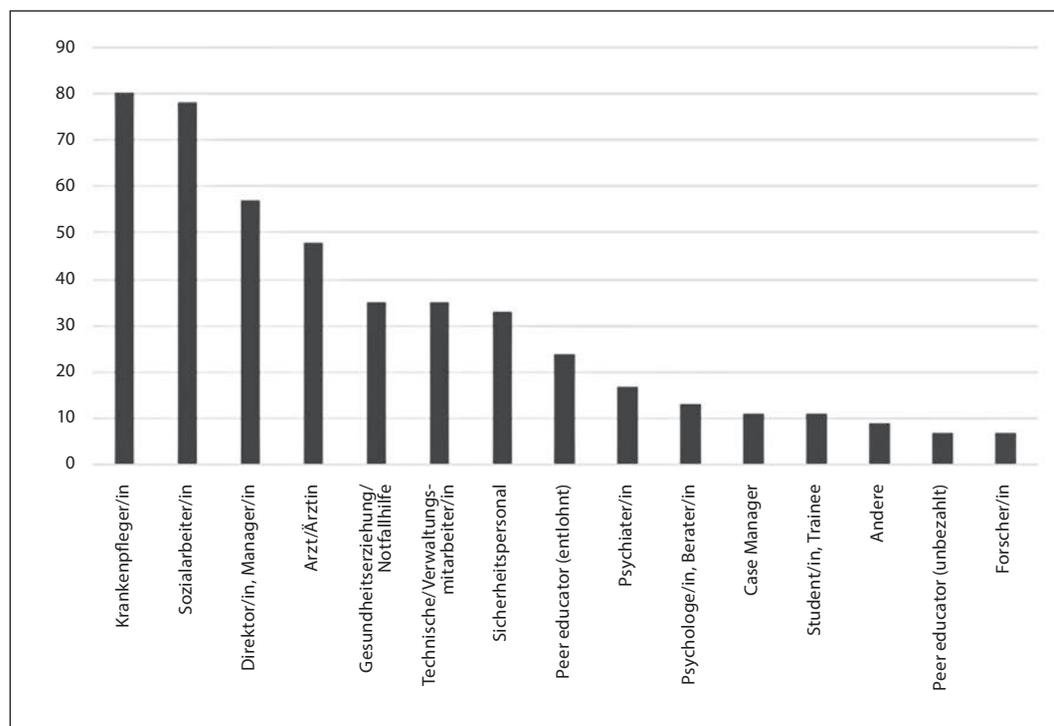
Insgesamt werden in Europa drei Modelle von Drogenkonsumräumen betrieben. Dabei handelt es sich um integrierte, spezialisierte und mobile Einrichtungen. Die weitaus überwiegende Mehrheit der Drogenkonsumräume ist in niedrigschwellige Einrichtungen integriert. Die Überwachung des Drogenkonsums ist dabei eine von mehreren Leistungen der Überlebenshilfe, die in denselben Räumlichkeiten angeboten werden. Hierzu gehören weiterhin die Ausgabe von Getränken und warmen Mahlzeiten; Gelegenheit zum Duschen und Waschen der Kleidung für Obdachlose; die Ausgabe von Spritzen und anderem Injektionszubehör; weiterem Präventionsmaterial wie Kondomen und Containern für die Rückgabe von gebrauchtem Spritzbesteck, sowie das Angebot von Beratung und die Vermittlung in die Drogentherapie. Zum Angebot aller Drogenkonsumräume gehören die Ausgabe hygienischen Materials zum Drogenkonsums, Gesundheitsberatung, Aufklärung über Risiken beim Drogenkonsum, sowie Intervention im Drogennotfall. Spezialisierte Drogenkonsumräume bieten häufig ein engeres Leistungsspektrum, das in unmittelbarem Zusammenhang mit dem überwachten Konsum steht. Getrennte Räumlichkeiten, in denen Drogenkonsumenten nach dem Konsum überwacht werden können stehen in allen stationären Konsumräumen zur Verfügung. Mobile Einrichtungen gibt es gegenwärtig in Barcelona, Berlin und Lissabon. Ihr Vorteil ist, dass sie ein geografisch flexibles Angebot des überwachten Konsums ermöglichen (Schäffer et al., 2014). Durch ihre begrenzte Größe betreuen mobile Dienste zwar in der Regel weniger Klienten als Einrichtungen mit einem festen Standort, können diesen jedoch eine Reihe wichtiger weiterer Dienste (z. B. medizinische Grundversorgung) im Rahmen der Einzelfallbetreuung anbieten und grundlegendes Vertrauen bei bisher nicht von der Drogenhilfe erreichten Menschen aufbauen.

Ein organisatorischer Überblick über 62 Drogenkonsumräume in sieben europäischen Ländern (Woods, 2014) zeigt, dass sie eine breite Palette von Hilfsdiensten anbieten. Neben der Ausgabe von sauberem Spritzbesteck und weiteren Konsumutensilien, gesundheitlicher Aufklärung und der Vermittlung in Behandlungs- und weiterführende Einrichtungen, bieten 60 Prozent bis 70 Prozent der Einrichtungen auch eine medizinische Grundversorgung durch Krankenpfleger oder Ärzte an. Häufig angebotene Leistungen waren unter anderem: Kaffee-/Teeausgabe, Benutzung eines Telefons und die Möglichkeit, sich zu duschen und Wäsche zu waschen. Dieselbe Erhebung ergab, dass in Konsumräumen durchschnittlich sieben Plätze

⁴ Liste der bis 9. August 2019 bei Health Canada eingereichten Konsumraum-Anträge und Status bzgl. Anerkennung: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites/status-application.html>

Abbildung 3

In Konsumraumteams
vertretene Berufsgruppen
(Quelle: Adaptiert von
Belackova et al., 2017)



für injizierenden Drogenkonsum (das Spektrum reicht hier von einem bis hin zu 13 Plätzen) und vier Plätze für Konsumenten zur Verfügung stehen, die Drogen auf andere Weise konsumieren (rauchen/sniffen/inhalieren).

Über die Hälfte der Einrichtungen ist täglich geöffnet und die durchschnittliche tägliche Öffnungszeit sind acht Stunden. Hinsichtlich der täglichen Besucherzahlen war eine große Bandbreite festzustellen – zwischen 20 und 400 –, wobei sechs der 33 Einrichtungen, aus denen Daten vorlagen,⁵ mehr als 200 Drogenkonsumenten pro Tag betreuen. In den meisten Fällen wurden die Besucher von Suchtbehandlungseinrichtungen oder der Polizei auf die Drogenkonsumräume aufmerksam gemacht.

Eine im Jahr 2016 durchgeführte Online-Erhebung des International Network of Drug Consumption Rooms (INDCR) befasste sich unter anderem mit den in den Konsumräumen vertretenen Berufsgruppen. Hier fand man, dass den meisten Teams Krankenpfleger und Sozialarbeiter angehörten, dass Ärzte in fast jedem zweiten Team vertreten waren und Sicherheitspersonal in einem von drei Teams zur Verfügung stand, wie in Abbildung 3 dargestellt (Belackova et al., 2017).

Daten zur Wirksamkeit

Die ersten Drogenkonsumräume wurden in Städten in der Schweiz, Deutschland und den Niederlanden eröffnet, um die im Zusammenhang mit offenen Drogenszenen wahrgenommenen Risiken für die öffentliche Gesundheit und Ordnung zu mindern. Ihre Gründung wurde von lokalen Interessenträgern eingerichtet und unterstützt, jedoch stellten sie zu Beginn ein Experiment dar und wurden zuweilen auf nationaler Ebene kontrovers diskutiert. Dementsprechend überwachten die örtlichen Dienstleister, die Gesundheitsbehörden und die Polizei die Situation vor und nach der Eröffnung der Einrichtungen sorgfältig und dokumentierten, ob die vor Ort beabsichtigten Ziele erreicht wurden oder nicht. Die Ergebnisse wurden direkt an die lokalen und manchmal auch nationalen politischen Entscheidungsträgern, weitergegeben, die erhobenen Daten wurden jedoch selten in der internationalen Fachliteratur veröffentlicht. Bis die ersten Auswertungen und Zusammenfassungen in englischer Sprache publiziert wurden (Kimber et al., 2003; Zurhold et al., 2003; Hedrich, 2004) waren die Ergebnisse für internationale Forscher eher unzugänglich.

Das änderte sich, als mit den in Sydney und Vancouver als Pilotprojekte geschaffenen Einrichtungen für überwachten injizierenden Drogenkonsum finanziell gut ausgestattete und von Hochschulen unterstützte Evaluationsstudien durchgeführt wurden, bei denen

⁵ Es lagen hierzu keine Daten aus den Einrichtungen in den Niederlanden vor.

aufwendige Methoden (einschließlich einer Kohorten-Studie) benutzt wurden und die einen beträchtlichen Fundus von Evidenzdaten erbracht haben. Ein internationaler Überblick über vorhandene wissenschaftliche Studien zum Thema Konsumraum kann bei Belackova und Salmon (2017) gefunden werden und ein systematischer Review der im Zusammenhang mit Konsumräumen nachgewiesenen Ergebnisse für öffentliche Gesundheit und öffentliche Ordnung bei Kennedy und Kollegen (2017). Kilmer und Kollegen haben die potenzielle Rolle von Konsumräumen für die Vereinigten Staaten im Zusammenhang mit der dortigen Opioid-Epidemie beleuchtet (Kilmer et al., 2019).

Im Folgenden eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zur Wirksamkeit von Konsumräumen in Bezug auf ihre verschiedenen Ziele.

Erreichen der Zielgruppe und Verbesserung der Konsumhygiene

Die Effizienz von Drogenkonsumeinrichtungen im Hinblick auf das Erreichen von und die Kontaktaufnahme mit stark marginalisierten Zielpopulationen ist bereits früh und umfassend dokumentiert (Hedrich, 2004; Hedrich et al., 2010; Potier et al., 2014). Die Nutzung des Konsumraums geht mit unmittelbaren Verbesserungen im Hinblick auf einen hygienischen und sicheren Drogenkonsum und die individuelle Gesundheit einher (s. Studien von Small et al., 2008, 2009, und Lloyd-Smith et al., 2009). Angaben der Besucher zufolge führt die Nutzung von Drogenkonsumräumen zu einer Verminderung ihres Risikoverhaltens (z. B. Rückgang bei der gemeinsamen Nutzung von Spritzbesteck; Änderung der Konsumart), wodurch die Übertragung blutübertragbarer Krankheiten und das Risiko des Drogentods reduziert werden (vgl. beispielsweise Kerr et al., 2007; Stoltz et al., 2007; Milloy & Wood, 2009).

Verminderung gesundheitlicher Risiken des Drogenkonsums

Die Studien zeigen übereinstimmend, dass bei überwachtem Drogenkonsum das Risiko einer tödlichen Überdosierung, Krankheitsübertragung und von Schäden, die mit unhygienischen Drogenkonsumpraktiken verbunden sind, verringert ist (Kilmer et al., 2019). Nicht überraschend ist es hingegen, dass Unsicherheit über die Größe der Auswirkungen von Konsumräumen auf Bevölkerungsebene besteht und z. B. der Einfluss von Drogenkonsumräumen auf

die Senkung der Inzidenz von HIV- oder Hepatitis-C-Infektionen in der Gesamtpopulation der injizierenden Drogenkonsumenten schwer abschätzbar ist, wenn man berücksichtigt, dass diese Einrichtungen aufgrund ihrer begrenzten Zahl, Kapazität und Lokalisierung nur einen sehr kleinen Teil der Population direkt erreichen können (Hedrich et al., 2010; Kimber et al., 2010). Außerdem ist es methodisch schwierig, die Auswirkungen von Konsumräumen – die ja immer Teil eines integrierten Angebots sind – von denen anderer Maßnahmen abzugrenzen (Belackova et al., 2019). Die Wirksamkeit der Einrichtungen in Bezug auf die Verringerung der Mortalität ist andererseits vielfach bestätigt. Eine ökologische Studie in Deutschland ergab Hinweise darauf, dass Drogenkonsumräume bei angemessener Abdeckung (der riskanten Injektionen) geeignet sind, auf städtischer Ebene zu einer Verringerung der drogenbedingten Todesfälle beizutragen (Poschadel et al., 2003). In Vancouver wurde nach Eröffnung des Konsumraums ein 35-prozentiger Rückgang der Drogentodesfälle in der unmittelbaren Umgebung der Einrichtung, im Vergleich zu einem neunprozentigen Rückgang im Rest der Stadt nachgewiesen (Marshall et al., 2011). Positive Effekte in Bezug auf die Nutzung der ärztlichen Notdienste sind ebenfalls belegt: Eine in Sydney durchgeführte Studie zeigte, dass während der Öffnungszeiten der Einrichtung für sicheren injizierenden Drogenkonsum weniger Notrufe wegen Überdosierungen eingingen (Salmon et al., 2010).

Vermittlung in weiterführende Angebote

Eines der wichtigsten Ergebnisse ist, dass die Nutzung von Drogenkonsumräumen mit einer verstärkten Inanspruchnahme sowohl von Drogenberatung als auch -behandlung und -therapie, einschließlich opioidgestützter Substitutionstherapie, einhergeht. So wurde beispielsweise im Rahmen der kanadischen Kohorten-Studie dokumentiert, dass die Nutzer der Einrichtung in Vancouver häufiger erfolgreich an Suchtbehandlungsdienste überwiesen werden konnten und häufiger Entgiftungsbehandlungen und methadongestützte Erhaltungstherapien in Anspruch nahmen als diejenigen, die die Einrichtung nicht nutzten (Wood et al., 2007; DeBeck et al., 2011).

Einfluss auf öffentliche Ordnung

In Bezug auf die Effekte der Konsumräume auf die Umgebung, in der sie angesiedelt sind, kann-

te in Evaluationsstudien ein insgesamt positiver Einfluss festgestellt werden. Jedoch ist hier – ebenso wie im Falle von anderen Angeboten der Drogenhilfe wie z.B. Spritzenprogrammen – die Konsultation und Zusammenarbeit mit wichtigen örtlichen Akteuren erforderlich, um öffentliche Widerstände abzubauen und kontraproduktive polizeiliche Maßnahmen zu verhindern. In aller Regel werden Drogenbehandlungseinrichtungen mit integrierten überwachten Drogenkonsumräumen von Anwohnern und lokalen Geschäften akzeptiert (Thein et al., 2005) und die Eröffnung von Konsumräumen kann zu einem Rückgang des injizierenden Drogenkonsums in der Öffentlichkeit (vgl. beispielsweise Salmon et al., 2007; Wood et al., 2004) und der Zahl der in der Umgebung weggeworfenen Spritzen führen. So sank beispielsweise zwischen 2004 und 2012 in Barcelona die durchschnittliche monatliche Zahl gebrauchter Spritzen, die vom Hygienedienst eingesammelt wurden, nach der Eröffnung von Konsumräumen von über 13 000 auf etwa 3 000 (Vecino et al., 2013).

Drogenbedingte Kriminalität

Entwicklungen in Bezug auf Straftaten im Umkreis von Konsumräumen waren das Thema verschiedener Studien. Vor und nach Eröffnung des Konsumraums in Sydney wurde die Zahl der mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehenden Eigentums- und Gewaltdelikte in der betreffenden Gegend analysiert. Anhand einer Zeitreihenanalyse der polizeilich erfassten Diebstähle und Raubüberfälle (Freeman et al., 2005) wurden keine Belege dafür gefunden, dass der Betrieb der Einrichtung einen Anstieg oder Rückgang der Diebstähle oder Raubüberfälle in ihrer Umgebung bewirkte. Ein Abgleich der polizeilich im Kings-Cross-Gebiet registrierten Straftaten für einen Zehnjahreszeitraum vor und nach Eröffnung ergab ebenfalls keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die Eröffnung der Einrichtung negativ auf Raub, Eigentumsverbrechen oder Drogendelikte ausgewirkt hat (Fitzgerald et al., 2010). Auch in einer im Viertel Downtown Eastside in Vancouver durchgeführten Studie, in der die Zahl der jeweils im Jahr vor und nach der Einrichtung des örtlichen Drogenkonsumraums monatlich erfassten Fälle von Drogenhandel, körperlichen Angriffen und Raub – Straftaten, die gemeinhin mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang stehen – verglichen wurden, stellte man fest, dass die Eröffnung des Konsumraums nicht zu einer Zunahme dieser Straftaten geführt hatte (Wood et al., 2006).

In Erfüllung ihres Auftrags, marginalisierte Drogenkonsumenten zu erreichen haben viele Einrichtungen ihr Leistungsspektrum den Bedürfnissen inhalierender Konsumenten angepasst. Als Reaktion auf die Zunahme des Konsums von Drogen, die geraucht/inhaliert werden, wie beispielsweise Crack, begannen Drogenkonsumeinrichtungen, die ursprünglich nur für injizierende Konsumenten bestimmt waren, damit, ihre Leistungen auf den inhalierenden Konsum auszuweiten. Die diesbezüglich gewonnenen Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass Einrichtungen, in denen Drogen unter Aufsicht inhaliert werden können, geeignet sind, die Straßenkriminalität und die Probleme mit der Polizei zu verringern (DeBeck et al., 2011). Diese Änderung des Leistungsangebots kann in vielen Ländern beobachtet werden und erfolgt auch vor dem Hintergrund einer sinkenden Prävalenz des injizierenden Heroinkonsums und der vermehrten Inanspruchnahme opioidgestützter Substitutionstherapien.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Bereitstellung überwachter Drogenkonsumräume die folgenden Vorteile mit sich bringen kann:

- Verbesserungen im Hinblick auf einen sicheren, hygienischen Drogenkonsum – insbesondere für Konsumenten, die solche Einrichtungen regelmäßig aufsuchen –,
- verstärkte Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialdiensten sowie
- Eindämmung des Drogenkonsums in der Öffentlichkeit und der damit verbundenen Störungen der öffentlichen Ordnung.

Es gibt keine Belege dafür, dass die Verfügbarkeit von Einrichtungen, die einen sicheren injizierenden Drogenkonsum ermöglichen, zu einem Anstieg des Drogenkonsums oder einer Erhöhung der Häufigkeit des injizierenden Konsums führt. Die Aufnahme einer Behandlung oder Therapie wird durch Konsumräume nicht verzögert, sondern eher beschleunigt. Zudem gibt es keine Hinweise darauf, dass die Einrichtung von Drogenkonsumräumen eine Zunahme der örtlichen Drogenkriminalität zur Folge hat.

Schlussbemerkung

Drogenkonsumräume sind geeignet, besonders gefährdete Drogenkonsumenten, die nicht bereit oder willens sind, den Drogenkonsum aufzugeben, zu erreichen und mit ihnen in Kontakt zu bleiben. In einer Reihe europäischer Städte ist der überwachte Drogenkonsum mittlerweile integraler Bestandteil der im Rahmen der Dro-

genbehandlungssysteme angebotenen niedrigschwelligen Hilfen. In der Schweiz und in Spanien wurden einige Drogenkonsumräume geschlossen, was einerseits darauf zurückzuführen war, dass der injizierende Drogenkonsum und damit der Bedarf an solchen Diensten zurückging; zum anderen wurden sie durch Diamorphin-Programme abgelöst. Zuweilen spielten dabei aber auch Kostenüberlegungen eine Rolle. In Griechenland wurde der Betrieb einer im Oktober 2013 eröffneten Konsumeinrichtung aufgrund von Verzögerungen bei der Verabschiedung einer entsprechenden Rechtsgrundlage nach neun Monaten ausgesetzt, und der Anbieter arbeitet derzeit gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium daran, die Voraussetzungen für die Wiedereröffnung des Drogenkonsumraums zu schaffen. In den Niederlanden wurden Kürzungen vorgenommen, da die Besucherzahlen aufgrund der erfolgreichen Einführung eines anderen Programms zurückgingen. Dieses neue Programm (Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang) zielt darauf ab, Obdachlose in (betreuten) Unterkünften unterzubringen, in denen häufig auch Drogenkonsum gestattet ist. Die Alkoholkonsumräume, die sich häufig in demselben Gebäude, aber in getrennten Räumlichkeiten befinden, werden in den Niederlanden zunehmend mit Drogenkonsumeinrichtungen kombiniert (The Netherlands Reitox Focal Point, 2017).

Veränderungen im Drogenmarkt, die zum Anstieg des injizierenden Konsums von Drogen, – einschließlich neuer psychoaktiver Substanzen – führen, können stark erhöhte Risiken für Drogenkonsumenten mit sich bringen, wie örtliche HIV-Ausbrüche in Athen, Glasgow und Luxemburg eindrücklich zeigen (EMCDDA, 2019). In diesem Zusammenhang wurden in mehreren europäischen Städten Forderungen nach der Einrichtung von Drogenkonsumräumen laut, die derzeit Gegenstand der politischen Debatte sind. Als Anbieter niedrigschwelliger Dienste, die in unmittelbarem Kontakt mit den Drogenkonsumenten stehen, bekommen die Mitarbeiter der Drogenkonsumräume häufig als Erste Einblick in neue Muster des Drogenkonsums und spielen damit eine Rolle bei der frühzeitigen Ermittlung neuer und sich abzeichnender Trends in den besonders gefährdeten Populationen, die ihre Dienste in Anspruch nehmen.

Dieser Artikel ist eine überarbeitete und ergänzte Fassung der EMCDDA-Publikation *Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten* (2018). Perspectives on Drugs, Lissabon: EMCDDA. Englische interaktive Online-Version: <http://www.emcdda.europa.eu/>

topics/pods/drug-consumption-rooms – inkl. video.

Literatur

- Belackova, V. et al. (2017). *Online census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a setting to address HCV: current practice and future capacity*. Report. International Network of Drug Consumption Rooms. Available at: http://www.drugconsumptionroom-international.org/images/survey_2017/INDCR_report.pdf
- Belackova, V. et al. (2019). Drug consumption rooms: A systematic review of evaluation methodologies. *Drug and Alcohol Review*, 38 (4), 406–422. doi:10.1111/dar.12919
- Belackova, V. & Salmon, A. M. (2017). *Overview of international literature: supervised injecting facilities & drug consumption rooms/uniting medically supervised injecting rooms* (1st ed.). Sydney: Uniting MSIC. Available at: https://uniting.org/__data/assets/pdf_file/0020/153209/Overview-of-International-literature.PDF
- DeBeck, K. et al. (2011). Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 113 (2–3): 172–176. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.07.023
- EMCDDA (2019). *Drug-related infectious diseases in Europe: update from the EMCDDA expert network*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11442/20192115_TD0219248ENN_PDF.pdf.
- Fitzgerald, J., Burgess, M. & Snowball, L. (2010). Trends in property and illicit drug crime around the Medically Supervised Injecting Centre in Kings Cross: An update. NSW Bureau of Crime Statistics and Research. *Crime*, 51, 1–6. Available at: <https://www.bocsar.nsw.gov.au/Documents/BB/bb51.pdf>
- Freeman, K. et al. (2005). The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug and Alcohol Review*, 24 (2), 173–184. doi:10.1080/09595230500167460
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. EMCDDA technical papers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/339/Consumption_rooms_101741.pdf
- Hedrich, D. & Hartnoll, R. (2015). Harm reduction interventions. In N. El-Guebaly, G. Carrá & M. Galanter (Eds.), *Textbook of addiction treatment: international perspectives* (pp. 1291–1313). doi:10.1007/978-88-470-5322-9

- Hedrich, D., Kerr, T. & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. (pp. 305–331). Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:10.2810/29497
- Jauffret-Roustide, M., Pedrono, G. & Beltzer, N. (2013). Supervised consumption rooms: The French paradox. *International Journal of Drug Policy* 24 (6), 628–630. doi:10.1016/j.drugpo.2013.05.008
- Kennedy, M. C., Karamouzian, M. & Kerr, T. (2017). Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review. *Current HIV/AIDS Reports*, 14 (5), 161–183. doi:10.1007/s11904-017-0363-y
- Kerr, T. et al. (2007). The role of safer injection facilities in the response to HIV/AIDS among injection drug users. *Current HIV/AIDS Reports*, 4 (4), 158–164. doi:10.1007/s11904-007-0023-8
- Kerr, T. et al. (2017). Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future. *Harm Reduction Journal*, 14 (1), 28. doi:10.1186/s12954-017-0154-1
- Kimber, J. et al. (2003). Drug consumption facilities: An update since 2000. *Drug and Alcohol Review* 22(2). doi:10.1080/095952301000116951
- Kimber, J. et al. (2010). Harm reduction among injecting drug users – evidence of effectiveness. In T. Rhode & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (pp. 115–164). Luxembourg: Publications Office of the European Union. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101268_EN_emcdda-harmred-mon-ch5-web.pdf
- Lloyd-Smith, E. et al. (2008). Risk factors for developing a cutaneous injection-related infection among injection drug users: a cohort study. *BMC Public Health*, 8, 405. doi:10.1186/1471-2458-8-405
- Marshall, B. D. L. et al. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *Lancet*, 377 (9775), 1429–1437. doi:10.1016/S0140-6736(10)62353-7
- Milloy, M. J. & Wood, E. (2009). Commentary: Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention. *Addiction*, 104 (4), 620–621. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02541.x
- Poschadel, S. et al. (2003). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Baden-Baden: Nomos. Verfügbar unter: <http://www.nomos-shop.de/Bundesministerium-für-Gesundheit-Poschadel-Höger-Schnitzler-Schreckenberger-Evaluation-Arbeit-Drogenkonsumräume-Bundesrepublik-Deu/productview.aspx?product=849>
- Potier, C. et al. (2014). Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48–68. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012
- Salmon, A. M. et al. (2007). Five years on: What are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, 18 (1), 46–53. doi:10.1016/j.drugpo.2006.11.010
- Smith, P. et al. (2019). How to overcome political and legal barriers to the implementation of a drug consumption room: an application of the policy agenda framework to the Belgian situation. *Addiction science & clinical practice. BioMed Central*, 14 (1), 40. doi:10.1186/s13722-019-0169-x
- Taylor, H. et al. (2019). Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon. *Harm Reduction Journal*, 16 (1), 1–7. doi:10.1186/s12954-019-0319-1
- The Netherlands Reitox Focal Point (2017). *2016 Workbook harms and harm reduction*. Submitted to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon.
- Thein, H. H. et al. (2005). Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, 16 (4), 275–280. doi:10.1016/j.drugpo.2005.03.003
- Vander Laenen, F. et al. (2018). *Feasibility study on Drug consumption rooms in Belgium*. Ghent: Belgian Science Policy Office (BELSPO).
- Vecino, C. et al. (2013). Apertura de espacios de consumo higiénico y actuaciones policiales en zonas con fuerte tráfico de drogas. evaluación mediante el recuento de las jeringas abandonadas en el espacio público. *Adicciones*, 25 (4), 333–338. doi:10.20882/adicciones.35
- Wood, E. et al. (2004) Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ*, 171 (7), 731–734. doi:10.1503/cmaj.1040774
- Wood, E. et al. (2007). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102 (6). doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01818.x
- Wood, E. et al. (2006). Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 4, 1–4. doi:10.1186/1747-597X-1-Received

- Woods, S. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: organisational overview*. Amsterdam. Available at: http://www.drugconsumptionroom-international.org/images/pdf/dcr_in_europe.pdf
- Zurhold, H. et al. (2003). Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*, 33 (3), 663–688. doi:10.1177/002204260303300308

**Dagmar Hedrich**

Diplom-Psychologin

Lead Scientist Harm Reduction bei der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) in Lissabon. Seit 1985 im Drogenbereich tätig mit Schwerpunkt Schadensminderung und Sucht im Gefängnis. dagmar.hedrich@emcdda.europa.eu

Drogenkonsumräume in Deutschland – Herausforderungen und Offenheit für Neues

Dirk Schäffer

Vor einem Vierteljahrhundert eröffneten in Hamburg und Frankfurt am Main die ersten Drogenkonsumräume Deutschlands. Die rechtliche Grundlage wurde erst durch das *Dritte Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 28. März 2000* geschaffen. Aufgrund der in Deutschland bestehenden föderalen Strukturen bedarf der Betrieb eines Drogenkonsumraums einer Erlaubnis der zuständigen Obersten Landesbehörde. Somit bleibt eine Einrichtung von Drogenkonsumräumen zunächst vom politischen Willen der jeweiligen Landesregierung abhängig. Dies ist sicherlich ein Grund, warum sich Drogenkonsumräume erst in 7 von 16 Bundesländern¹ etablieren konnten.

Drogenkonsumräume sind ein Erfolgsmodell. Aber überall dort, wo Diskussionen über den Bedarf einer Einrichtung mit Konsummöglichkeit entstehen, gibt es stets ein ganzes Füllhorn an Gegenargumenten und Gründe einer Realisierung kritisch mit Vorbehalten und falschen Annahmen gegenüberzustehen. Dies ist nicht nur in Deutschland der Fall. Die Tatsache, dass es in der EU aktuell nur – oder soll man gar sagen – „schon“ 87 solcher Einrichtungen in zehn Ländern gibt², zeigt, dass sich nur wenige Kommunen mit einem Drogenkonsumraum schmücken wollen, und die meisten EU-Länder diesen Angeboten kritisch gegenüberstehen – und dies trotz wissenschaftlicher Belege für deren Wirksamkeit.

Ein Angebot für alle Applikationsformen sollte Pflicht sein

Drogenkonsumräume haben seit ihrer Einrichtung nur geringfügige Veränderungen erfahren. Blickt man auf die jüngere Vergangenheit, so stellt die Einrichtung von speziellen Räumen für den inhalativen Konsum von Heroin und Crack eine wesentliche Entwicklung von Drogenkonsumräumen in fachlicher Hinsicht dar.

Die veränderten Altersstrukturen der Nutzer_innen sowie die Förderung von Konsumformen jenseits des intravenösen Konsums trugen dazu bei, dass der inhalative und auch der nasale Konsum an Bedeutung gewannen und der intravenöse Konsum zurückging. Dies erforderte in einigen Einrichtungen ein höheres Platzangebot für Raucher und Sniefer. Drogenkonsumräume in Frankfurt am Main richteten erst vor kurzen solche Rauchräume ein und trugen somit dem Bedarf ihrer Nutzer_innen Rechnung. Im Jahr 2018 standen in Nordrhein-Westfalen insgesamt 109 Plätze für den Konsum von illegalen Substanzen wie Heroin, Kokain, Amphetaminen oder Benzodiazepinen zur Verfügung. Davon sind 51 Plätze für den intravenösen Konsum vorgesehen, während 53 Plätze für die Inhalation von illegalen Drogen zur Verfügung stehen. Weitere fünf Plätze sind variabel einsetzbar. Im Vergleich zum Jahr 2017 wurden 13 zusätzliche Plätze für den inhalativen Konsum geschaffen.³ Dies unterstreicht den höheren Bedarf für Nutzer_innen dieser Konsumform. Die Intervention „SMOKE IT“⁴ zeigte zudem, dass die Bereitstellung und aktive Abgabe von Konsumutensilien zum inhalativen und nasalen Konsum das Interesse für alternative Konsumformen von i.v.-Konsument_innen erhöhen und einen (temporären) Wechsel der Konsumform fördern kann. Hierzu sind insbesondere Kurzinterventionen zum „Bau“ eigener Rauchröhrchen und Pfeifen sowie die Bereitstellung hochwertiger Konsumutensilien wie Folien und Snief Röhrchen geeignet. Zudem können Einrichtungen z. B. über die Bereitstellung von Crack-Packs die risikoreduzierte Herstellung und den Konsum von Crack unterstützen. Klar ist, dass dies personelle Ressourcen erfordert und eine stetige Fortbildung der Mitarbeiter_innen erfordert.

Das Ziel sollte es sein, in allen Drogenkonsumräumen mit einem ausreichenden Platzangebot

¹ www.drogenkonsumraum.net

² http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/11587/Overdose_EN_Finalweb_FINAL.pdf

³ http://www.landesstellen-sucht-nrw.de/tl_files/images/pages/PDFs/DKR-Bericht%202018.pdf

⁴ <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-18>

für den inhalativen und nasalen Konsum risiko-reduzierte Konsumformen zu stärken und einen Beitrag für weniger Drogennotfälle und die Vermeidung von HIV- sowie Hepatitis-Infektionen zu leisten.

Einheitliche Rechtsverordnungen und Zugang für Substituierte

In rechtlicher Hinsicht ist der Zugang für aktuell substituierte Frauen und Männer als vielleicht die wichtigste Entwicklung zu nennen. Neben Nordrhein-Westfalen (ab 01.01.2016), nahm auch Hessen eine diesbezügliche Veränderung der Rechtsverordnung vor. Die Daten aus Nordrhein-Westfalen zeigen in eindrucksvoller Weise, wie notwendig diese Veränderung war. Insgesamt wurden im Jahr 2018 mit 105 606 Konsumvorgängen erkennbar Substituierter nahezu doppelt so viele wie im Jahr 2017 dokumentiert. Das entspricht einem Anteil von 39 Prozent der gesamten Konsumvorgänge. Diese Daten zeigen den schadensmindernden Effekt dieser Maßnahme. Mehr als 100 000 Konsumvorgänge konnten durch die Änderung der Rechtsverordnung nun unter sicheren und hygienischen Bedingungen stattfinden.⁵

Das Ziel muss es sein, diese positiven Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen auf andere Bundesländer zu übertragen und substituierten Frauen und Männern den Zugang zu Drogenkonsumräumen zu ermöglichen. Insbesondere die veränderten Rahmenbedingungen der Substitution, mit dem Wegfall des Ziels der Betäubungsmittelabstinenz, bieten hierfür gute Voraussetzungen.

Medizin und soziale Arbeit – gemeinsam gegen HIV und Hepatitis C

Die meisten Drogenkonsumräume in Deutschland sind hochfrequentiert. Die Angebote werden von einer Gruppe genutzt, die als aktive Konsument_innen die größten Risiken für HIV und Hepatitis, Drogennotfälle sowie gesundheitliche Schädigungen infolge von Schwarzmarktsubstanzen haben. Verschiedene modellhafte Interventionen wie *TEST IT*⁶ und *DAS CHECK ICH* machten deutlich, dass Drogenkonsumräume und die vielfach angegliederten Kontaktbereiche ein Ort sind, um Nutzer_innen über neue Entwicklungen in der Behandlung von HIV (Schutz durch Therapie) und Hepatitis C (neue Medikamente, Heilung,

kurze Therapiedauer) zu informieren. Die Integration eines Beratungs- und Testangebots kann dazu beitragen den Wissensstand bei Nutzer_innen zu erhöhen, Testraten bei einer gefährdeten Gruppe zu steigern und schließlich den Übergang in eine etwaige Behandlung zu vereinfachen.

Nur wenn es uns gelingt die bisher unterversorgte Gruppe der aktiv Konsumierenden mit praxisnahen Beratungs- und Testangeboten zu erreichen, werden wir die Prävalenz von HIV und HCV bei Drogengebraucher_innen reduzieren und dem Ziel der Eliminierung von Hepatitis C näherkommen.

Flexibilität für flächendeckende Angebote mit Konsummöglichkeit

Neben fachlichen oder besser ideologischen Vorbehalten gegen Drogenkonsumräume werden die zu erwartenden Kosten für den Betrieb eines Drogenkonsumraums als Gegenargument genannt. Darüber hinaus argumentieren gerade Städte mit einer geringeren Zahl von möglichen Nutzer_innen mit der fehlenden Notwendigkeit eines solchen Angebots.

Beiden Argumentationsträngen (Kosten und Notwendigkeit) könnte man mit innovativen Drogenraummodellen entgegenzutreten. So würde die Integration einer Konsummöglichkeit für ein bis zwei Personen in bestehende Einrichtungen sowohl den Aspekt der hohen Kosten berücksichtigen als auch die geringe oder fehlende Notwendigkeit entkräften. Es gibt keine Richtlinie, die eine Mindestzahl von Plätzen vorsieht. Selbst vor dem Hintergrund eines nicht übermäßigen Platzangebots in niedrigschwelligen Einrichtungen sollte es möglich sein eine Konsummöglichkeit einzurichten, die sowohl die Nutzer_innen der Konsummöglichkeit als auch die Nutzer_innen der anderen Angebote der Einrichtung schützen.

Um Konsummöglichkeiten annähernd flächendeckend einzurichten, bedarf es innovativer Modelle, wie z. B. der Integration von Mikrokonsumräumen für ein bis zwei Personen in bestehende Einrichtungen.

Drug Checking – ein Angebot für Drogenkonsumräume?

Bereits zur Jahrtausendwende waren es insbesondere die Konsument_innen selbst, die den Drogenkonsumraum mit der kontrollierten Abgabe von Diamorphin und anderen Substanzen verbanden. Selbst Unterstützer_innen

⁵ http://www.landesstellen sucht-nrw.de/tl_files/images/pages/PDFs/DKR-Bericht%202018.pdf

⁶ <https://www.aidshilfe.de/shop/pdf/1740>

von Drogenkonsumräumen runzeln die Stirn, wenn sie darüber nachdenken, dass die dort konsumierten Substanzen vom Schwarzmarkt erworben wurden. Viele Maßnahmen der Schadensminderung werden durch den täglichen Konsum von Heroin mit einem Reinheitsgehalt von unter zehn Prozent konterkariert. Selbst wenn aktuelle Untersuchungen zeigen, dass die allermeisten Beimengungen keine akute Gesundheitsgefährdung verursachen, steht außer Frage, dass der jahrzehntelange Konsum dieser Substanzen negative Folgen für den gesundheitlichen Zustand der Nutzer_innen hat.

Da eine regulierte Abgabe von bisher illegalen Substanzen zumindest mittelfristig nicht erreichbar scheint, gilt es einen Zwischenschritt in Erwägung ziehen. Mit der Integration eines Drug-Checking-Angebots wird durch die chemische Analyse von psychoaktiven Substanzen die Möglichkeit geschaffen, die Nutzer_innen vor gesundheitlich besonders bedenklichen Substanzen zu warnen. Die Betreiber sowie die Polizei wiederum erhalten einen Überblick über die aktuelle Schwarzmarktsituation. Die Resultate können in die Beratung und Information der Nutzer_innen einbezogen werden. Insgesamt scheint möglich, Konsument_innen für die Wirkungen und Risiken zu sensibilisieren.

Das in den nächsten Wochen in Betrieb gehende Drug-Checking-Angebot in Berlin kann, obwohl es außerhalb von Drogenkonsumräumen, Clubs und Partylocations angesiedelt ist, wichtige Erfahrungen generieren.

Es wird aber an den Betreiber_innen von Drogenkonsumräumen selbst liegen, ob ein Drug-Checking-Angebot für Drogenkonsumräume ernsthaft diskutiert wird. Die Betreiber_innen müssen vom Mehrwert eines solchen Angebots überzeugt und willens sein, sich auf ein bisher unbekanntes Terrain zu begeben. Für ihren Auftrag, Risiken und Schäden infolge des Konsums von illegalisierten Substanzen zu reduzieren, kann ein Angebot zur Substanzanalyse einen wichtigen Beitrag leisten.

Reichweite und positive Effekte durch erweiterte Öffnungszeiten erhöhen

Ein Blick auf die Öffnungszeiten von Drogenkonsumräumen von 4 bis 19 Stunden zeigt deutliche Unterschiede. Bei genauerer Betrachtung fällt aber auf, dass selbst in Großstädten wie Berlin Drogenkonsumräume „nur“ fünf Stunden geöffnet haben. Dabei wird jedem bei einem einzigen Vor-Ort-Besuch deutlich, dass der Bedarf deutlich größer ist, als dass er in fünf Stunden Öffnungszeit zu befriedigen

wäre. Natürlich haben eingeschränkte Öffnungszeiten auch immer mit fehlenden finanziellen Mitteln zu tun. Hat sich eine Kommune bzw. ein Bundesland für die Einrichtung eines solchen Angebots entschieden, gilt es selbstverständlich auch, die entsprechenden Finanzen zur Verfügung zu stellen, damit die möglichen positiven Effekte auch zur Geltung kommen können. Dies macht unweigerlich ein Problem vieler Einrichtungen mit Drogenkonsumraum deutlich. Das Budget ist „auf Kante“ genäht und viele Mitarbeiter_innen befinden sich aufgrund der hohen Frequentierung der Einrichtung und des sehr fordernden Settings permanent an der Leistungsgrenze und gehen sogar darüber hinaus. Vor diesem Hintergrund können erweiterte Öffnungszeiten nur in Verbindung mit einer deutlichen Erhöhung der Personalmittel gedacht werden. Sieht man sich in einigen Einrichtungen um, so haben die Teams ihren ganz eigenen Umgang mit dem Thema „Personal“ gefunden. Um die erforderliche Personalstärke mit den vorhandenen Mitteln abbilden zu können, nehmen studentische Mitarbeiter_innen viele Aufgaben wahr, die eigentlich durch qualifizierte hauptamtliche Sozialarbeiter_innen übernommen werden müssten. Hier muss auch ein Hilferuf der Träger an die Kommune bzw. das Land gerichtet werden. Denn wenn sich diese Zustände nicht schnell verändern, sehen wir uns bald des Öfteren mit einem schrittweisen Schließungskonzept aufgrund fehlender Mitarbeiter_innen konfrontiert anstatt mit erweiterten Öffnungszeiten. Hierzu muss sich auch die Verwaltung fragen lassen: „Wie viel ist Ihnen ein solches Angebot eigentlich wert?“

Die Einbeziehung von Peers birgt bisher ungenutzte Potenziale

Der Begriff Peer oder Peergruppe bezeichnet „Menschen, die durch gleiche Altersgruppe, gleichen sozialen und/oder kulturellen Hintergrund, gleiche Vorlieben und Einstellungen gekennzeichnet sind.“ Die Einbeziehung von Peers fristet in der Drogenhilfe Deutschlands ein Schattendasein. Anders als z. B. in anderen europäischen Ländern wie Portugal, den Niederlanden und Schottland verharren in Deutschland Drogengebraucher_innen in ihrem Status als Nutzer_in, Klient_in oder Patient_in. Im Suchtbereich kann die Einbindung von Peers (Peer Involvement) eine praxisbezogene Antwort auf die Bedürfnisse der Drogenkonsumierenden einerseits und auf die dringlichen Probleme der öffentlichen Gesundheit (z. B. übertragbare Krankheiten) andererseits bieten. Peer-Arbeit kann bei Drogenkonsumie-

renden eine Verhaltensänderung oder mindestens ein Bewusstsein für die Problematik bewirken und ihnen Selbstbestimmung über ihren mentalen und körperlichen Zustand zurückgeben. Peer-Involvement ist somit ein Instrument zur Gesundheitsförderung und zum Empowerment. Nur sehr selten erkennen Einrichtungen die Potenziale von Peers als Personen, die im Team den Blickwinkel um eine wichtige Perspektive erweitern können. Darüber hinaus hat der Einsatz von Peers nicht nur positive Effekte für die Einrichtung selbst. Für viele Peers unterstützt die Übernahme von Verantwortung, die Zuschreibung von Kompetenz und die Anerkennung der Fachlichkeit die Entwicklung von Selbstwert und die sukzessive Rückkehr verschiedener Ressourcen und individueller Potenziale.⁷

Insbesondere Einrichtungen mit einem niedrigschwelligen Angebotsportfolio, wie z. B. Drogenkonsumräume haben Möglichkeiten, um Nutzer_innen zu Peers auszubilden und sie in verschiedenen Angebotsbereichen z. B. im Kontaktbereich bei Kurzinterventionen sowie zum Thema Safer use und HIV/HCV-Behandlung einzusetzen. Selbstverständlich benötigen Peers einen (festen) Ansprechpartner. Die wenigen Erfahrungen zeigen, dass Peers wichtige Funktionen haben können – wenn ihre individuellen Kompetenzen entsprechend eingesetzt werden. Auch wenn ich finde, dass junge Sozialarbeiter_innen sowie studentische Mitarbeiter_innen als Tresenkräfte völlig falsch eingesetzt sind, sollen Peers nicht als billige oder gar kostenfreie Arbeitskräfte missbraucht werden. Stattdessen stellt sich die Frage, ob nicht die Ausbildung von Nutzer_innen als Koch eine gute Grundlage ist, um hieraus ein Peer-Projekt zu initiieren. Ziel kann sein, dass sich eine Arbeitsgruppe findet, die durch einen Peer mit Kochausbildung oder zumindest guten Kochkenntnissen angeleitet wird und zweibis dreimal wöchentlich für die Nutzer_innen der Einrichtung ein gesundes und nahrhaftes Mittagessen zubereitet.

Für Teams in Drogenkonsumräumen gilt es, die eigene Bereitschaft zu überprüfen, Nutzer_innen sukzessive zu Peers auszubilden.

Zusammenfassung

Drogenkonsumräume haben in den letzten 25 Jahren gezeigt, dass sie viele Ziele, die durch die Politik formuliert wurden oder die sie sich selbst in den Bereichen Gesundheit, Ordnungs-

politik, Drogenarbeit gestellt haben, erreichen konnten.

Beispielhaft wird dies in der Vermeidung und Reduktion von Infektionen und anderen mit dem Drogenkonsum assoziierter Schädigungen. Durch hygienische Konsumbedingungen und Safer-Use-Beratungen sowie das schnelle Eingreifen der MitarbeiterInnen bei Überdosierungen werden jährlich viele dutzend Drogentodesfälle vermieden. Trotz Szenebildung vor den Einrichtungen zeigen Drogenkonsumräume, dass die Verlagerung des Drogenkonsums in die Einrichtung, abhängig von den Öffnungszeiten, zu einer Entlastung des öffentlichen Raums führt. Drogenkonsumräume erreichen Drogengebraucher_innen mit mannigfaltigen Risiken und bieten diesen eine Möglichkeit zur voraussetzungslosen Kontaktaufnahme, eine wichtige Brückenfunktion ins Hilfesystem. Deutlich wird aber auch, dass Drogenkonsumräume und ihre Teams sich nicht mit dem Erreichten zufriedengeben dürfen. Bedingt durch eine Veränderung von Altersstrukturen gilt es stetig die veränderten Bedarfe zu erkennen und zu berücksichtigen. Drogenkonsumräume müssen auch „mitgedacht“ werden, wenn es um die Einrichtung und Etablierung neuer Angebote geht, wie z. B. die Substananalyse (Drug Checking) oder die Schaffung neuer Standorte zur medizinisch kontrollierten Abgabe von Diamorphin.

Dies alles wird nur leistbar sein, wenn Einrichtungen mit Konsummöglichkeit über eine entsprechende personelle und somit finanzielle Ausstattung verfügen. Das Bild, das sich aktuell in einigen Einrichtungen stattdessen darstellt, gibt Anlass zur Sorge: Sorge um die Qualität des Angebots und Sorge um die Mitarbeiter_innen. Ich persönlich verstehe ein finanzielles Budget auch als Wertschätzung der Arbeit, die in diesem Fall unter schwierigen Bedingungen durchgeführt wird und mit hohen Anforderungen verbunden ist.



Dirk Schaeffer

Referent für Drogen, Strafvollzug und JES,
Deutsche Aidshilfe, Berlin.
dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

⁷ https://www.infodrog.ch/files/content/peers/infodrog_leitfaden-peers_de_2014.pdf

Drogennot- und -todesfälle in Drogenkonsumräumen

Kathrin Pientka

Der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen begleitet Menschen, unabhängig ihrer Herkunft oder gesellschaftlichen Zugehörigkeit. Verbunden damit sind, neben besonderen Momenten, die Schattenseiten, die bei übermäßigem Gebrauch oder hochriskantem Konsum unbekannter (illegaler) Substanzen zum Tragen kommen können. Im ungünstigsten Fall droht den Konsumierenden nach einem gesundheitlich-lebensbedrohlichen Zustand – einem Drogennotfall – der Tod. Der 21. Juli, der Internationale Gedenktag für verstorbene Drogenkonsumierende, wurde 2019 unter dem Motto: „Überleben und Gesundheit gibt es nicht zum Nulltarif“ (Deutsche Aidshilfe, 2019) begangen. Es gibt evaluierte Maßnahmen, die den drogenbedingten Tod verhindern könnten, wenn sie politisch gewollt und entsprechend finanziert werden würden. Neben der Trauer um diese Verstorbenen steht das Wissen (von mehr als 17 Jahren) um adäquate Maßnahmen, die weltweit zur Senkung von drogenbezogenen Not- oder Todesfällen führen (würden). Es bedarf geeigneter Maßnahmen, um schwerstabhängigen Drogenkonsument*innen einen niedrigschwelligen Zugang zum Hilfesystem vor Ort zu ermöglichen und auch langfristig zu sichern.

Hintergrund

Im Jahr 2018 gab es in Deutschland 1 276 (BKA, 2019) Menschen, die an den Folgen des Konsums illegaler Drogen verstorben sind. Europaweit verstarben, inklusive der Türkei, etwa 9 000 Menschen. Unter einem Drogennotfall wird per Definition eine „... mögliche Bedrohung der Vitalparameter eines Patienten [...] aktuelle Bedrohung des Lebens“ verstanden (Soyka, 2010, S. 6).

Die Ursachen für Drogennotfälle können verunreinigte Substanzen oder Überdosierungen durch zu hohe Reinheitsgrade der Stoffe oder Beikonsum sein. Aber auch älter werdende, multimorbide Konsumierende sind eine Risikogruppe für drogenbezogene Notfälle (Stöver et

al., 2017, S. 51). Eine weitere Hochrisikogruppe sind Menschen, die aus der Haft oder Therapie entlassen wurden und längere Zeit abstinenter waren. Bei dieser Gruppe kann es schneller zu einer Überdosierung und im weiteren Verlauf zu einem Drogennotfall kommen. Für diesen Notfall gibt es das Medikament Naloxon®, welches durch seine „opioide-antagonistische (aufhebende)“ Wirkung für die Konsumierenden überlebenswichtig wird. Die Verabreichung durch Dritte (medizinische Laien) empfiehlt neben der World Health Organisation (WHO) auch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA; Dichtl et al., 2018, S. 27). Drogenkonsumräume (DKR), in denen sich Konsument*innen straffrei ihre mitgebrachten Substanzen zum Eigenkonsum injizieren, rauchen oder inhalieren, bieten evidenzbasierte Vorteile für die Betroffenen. Sie halten neben den Konsumräumen meist medizinische Behandlungsmöglichkeiten vor, geben aber auch Raum für Gespräche und Vermittlungen in weiterführende Hilfeangebote. Eine aushängende Hausordnung regelt die Vorgaben der Einrichtung. Der besondere Fokus liegt jedoch auf der Einhaltung der Hygienevorgaben (Einmalgebrauch des Zubehörs und die alleinige Nutzung des Bestecks). Letztendlich tragen diese Maßnahmen im Sinne des Infektionsschutzes zur gesundheitlichen Prävention der Konsument*innen und zur Mortalitätsprophylaxe der Betroffenen bei. Eine enge Vernetzung aller Kooperationspartner und Behörden vor Ort ist essentiell, um einen DKR nachhaltig zu etablieren und kommunal langfristig verankern zu können.

Wissenschaftliche Fragestellungen

Es ist nicht nachzuvollziehen, dass die Diskrepanz zwischen den positiven Ergebnissen zahlreicher Studien und dem „Nicht handeln (wollen)“ einzelner Bundesländer so enorm ist. 2018 gab es in Baden-Württemberg 121 Drogentote, im Jahr zuvor sogar 160. Trotzdem erging erst

2017 die Bitte der Stadt Karlsruhe an die Landesregierung, „... eine entsprechende Erlaubniserteilung [...] nach § 10a BtMG zu regeln“, die letztlich 2019 erfolgt ist (Karlsruhe, 2018).

- Welches Potenzial bieten DKRs für die Versorgung von Drogennotfällen?
- Sind DKRs ein geeignetes Instrument zur Mortalitätsprophylaxe und wenn ja, wodurch?

Methoden

Deutschlandweit gibt es aktuell 25 Drogenkonsumräume in sieben Bundesländern. Im Rahmen dieses Beitrags kann nur auf die Kennzahlen der vier Drogenkonsumräume in Frankfurt am Main eingegangen werden. Das Institut für Suchtforschung in Frankfurt am Main (ISFF) an der Frankfurter University of Applied Sciences erhebt im Auftrag des Drogenreferats der Stadt Frankfurt am Main seit 2002 Daten für die Analyse der jährlichen Konsumraumdokumentation. Für diese Fragestellung werden die Daten zu drogenbezogenen Notfällen in DKRs aus den Jahren 2017 und 2018 analysiert.

Außerdem werden im zweiten Teil der Auswertung die Zahlen der Drogentoten der jeweiligen Bundesländer ins Verhältnis zu den vorhandenen Drogenkonsumräumen in der entsprechenden Region gebracht.

In den vier Frankfurter Drogenkonsumräumen gibt es jährlich zwischen 142 509 (2004) und

215 844 (2010) und im Jahr 2018 189 340 Konsumvorgänge. Besonders die beiden Einrichtungen im Bahnhofsviertel sind stark frequentiert und dort ereigneten sich auch die meisten Drogennotfälle. Trotzdem ist in den letzten Jahren kein Konsumierender dort verstorben.

Zu den Erste-Hilfe-Maßnahmen durch die Beschäftigten vor Ort zählen die Kontrolle der Vitalzeichen, Beatmung, Verabreichung von Sauerstoff, Kreislaufstabilisierung, Gabe von Naloxon® und weitere Maßnahmen, die zur Stabilisierung der Konsumierenden beitragen (Stöver & Förster, 2018). Dafür werden die Mitarbeiter*innen der vier Einrichtungen regelmäßig geschult.

Orte, an denen 2018 Konsumenten bei einem Notfall gefunden worden waren:

- Injektionsraum (79%),
- Inhalationsraum (1%),
- Auf der Straße (15%),
- Sonstiges (6%).

Da die Werte des Jahres 2017 maximal um zwei Prozent abweichen, wird hier nur auf das Jahr 2018 eingegangen. Hätten nur zehn Prozent dieser Notfälle an einem anderen, möglicherweise einsamen Ort stattgefunden, wäre die Zahl der Drogentoten wahrscheinlich höher in Frankfurt am Main.

Allein dieses Beispiel zeigt, welches Potenzial DKRs zur Verhinderung von Todesfällen bietet. Bei der Auswertung der konsumierten Substanzen vor einem Notfall fällt die hohe Anzahl der Heroinkonsument*innen auf: im Jahr 2017 lag diese bei 90 Prozent und 2018 konsu-

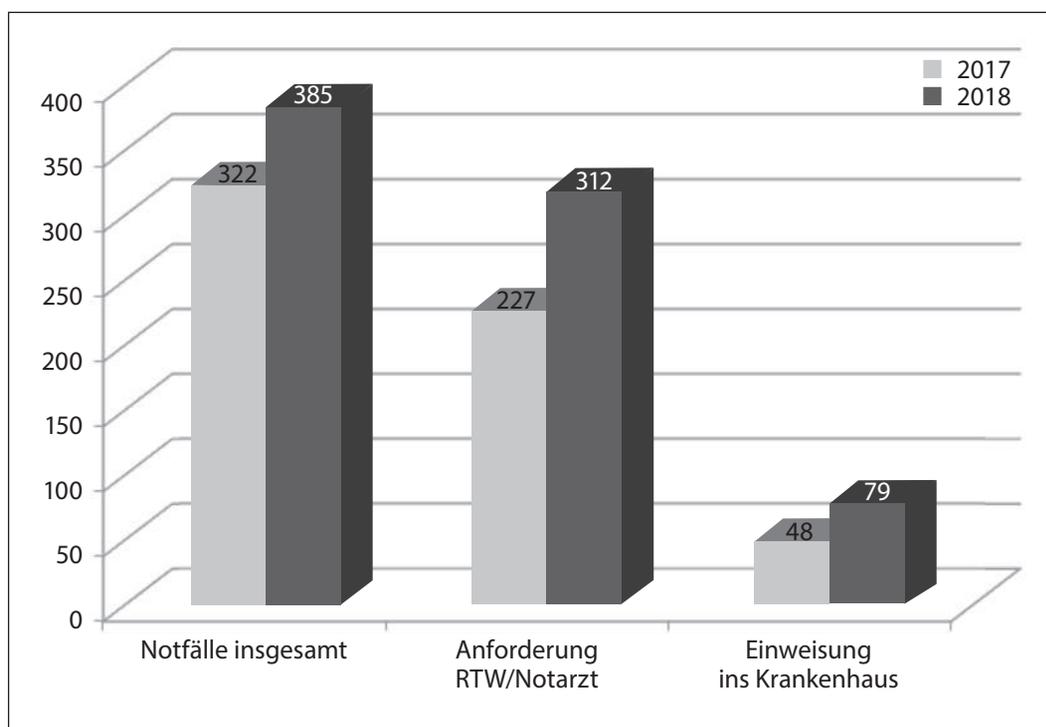


Abbildung 1

Notfälle in Frankfurter DKRs aus den Jahren 2017 und 2018 (Stöver & Förster, 2018, 2019)

Tabelle 1

Übersicht zu
drogenbezogenen
Todesfällen in
Deutschland 2018
(Quelle: Statistica, 2019)

Bundesland	Drogenbezogene Todesfälle	DKRs	DKRs in Planung
Baden-Württemberg	121	1 Karlsruhe	
Bayern	235	–	–
Berlin	191	4 (davon 2 mobile DKRs)	–
Brandenburg	37	–	–
Bremen	22	–	1
Hamburg	71	4	–
Hessen	85	4 Frankfurt am Main	–
Mecklenburg-Vorpommern	5	–	–
Niedersachsen	81	1 Hannover	
Nordrhein-Westfalen	240	10	–
Rheinland-Pfalz	58	–	–
Saarland	35	1 Saarbrücken	–
Sachsen	18	–	–
Sachsen Anhalt	11	–	–
Schleswig-Holstein	51	–	–
Thüringen	17	–	–
<i>Summe</i>	<i>1 276</i>	<i>25</i>	<i>1</i>

mierten 83,6 Prozent Heroin, bevor es zu einem Notfall kam. Um dieser Problematik umfänglich vorbeugen zu können, wäre die Einführung eines flächendeckenden Drug-Checkings unabdingbar. Nur so ließe sich der Reinheitsgehalt von Heroin feststellen und Überdosierungen verringern.

Ergebnisse

Die Analyse der Daten verdeutlicht die hohe Frequenz der Frankfurter Drogenkonsumräume durch jährlich etwa 4500 Nutzer*innen mit etwa 190 000 Konsumvorgängen im Jahr 2018. Bereits während der Befragung und Registrierung der Nutzer*innen können Konsumierende, die länger abstinent waren, schon auf riskanten Konsum hingewiesen werden und im Nachgang unter besondere Beobachtung gestellt werden. Generell gilt für DKRs: Die Nutzer*innen können stressfrei unter hygienischen Bedingungen, abgeschirmt von der Öffentlichkeit und mit sauberem Besteck (safer use) ihre Drogen konsumieren. Währenddessen stehen sie unter Beobachtung von medizinisch geschultem Personal, welches bei Notfällen lebensrettende Sofortmaßnahmen ergreift. Außerdem können im Rahmen von Gesprächen u. a. Hinweise zu Hygienemaßnahmen, medizinischen oder weiterführenden Angeboten vermittelt werden. DKRs leisten einen entscheidenden Beitrag zur Morbiditäts- und Mortalitätsprophylaxe und können zusätzlich zur Verbesserung der ordnungspolitischen

Situation an den Szene-Brennpunkten beitragen. Weniger herumliegende Kanülen und Drogenabhängige im Stadtbild bieten weniger Angriffsfläche für gesellschaftliche Auseinandersetzungen.

Die Übersicht zu den Todesdaten nach Unterteilung in die einzelnen Bundesländer zeigt deutlich den dringenden Bedarf an Einrichtungen der Drogennothilfe im Süden Deutschlands. Andererseits stehen in Berlin vier Möglichkeiten – mit allerdings begrenzten Öffnungszeiten – für geschützten Drogenkonsum zur Verfügung und trotzdem gab es im letzten Jahr fast 200 drogenbezogene Todesfälle. Vermutlich würde eine Differenzierung zur Altersstruktur und sozialem Status der Bewohner weitere Aufschlüsse geben. Andere Bundesländer stehen noch am Anfang, niedrighschwellige Angebote für injizierende Drogenabhängige zu etablieren. Die Regierung in Baden-Württemberg hat mit der „Verordnung der Landesregierung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen“ eine wichtige Grundlage für die Einrichtung geschaffen. Gleichzeitig kann sich die enthaltene Einschränkung, DKRs „... nur in Städten mit mehr als 300 000 Einwohnerinnen und Einwohnern“ (Karlsruhe, 2018) zu schaffen, nachteilig auf das Gesamtziel auswirken.

Die Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland kommt im Endbericht der sog. Zeus-Studie zu der Einschätzung: „Insgesamt hat sich gezeigt, dass die vorgeschriebenen Mindeststandards von allen Einrichtungen mit wenigen Einschränkungen eingehalten werden. Insbeson-

dere wird in allen Konsumräumen das Überleben der Opiatabhängigen durch eine sofort einsatzbereite Notfallversorgung gesichert. Ebenso werden Opiatabhängige in weitergehende (ausstiegsorientierte) Hilfeangebote vermittelt. Für den Zeitraum von 1995 bis 2001 sind insgesamt 2.1 Mio. Konsumvorgänge in Konsumräumen der BRD dokumentiert. Dabei ist nicht ein einziger Todesfall in einem Konsumraum zu beklagen. Für den gleichen Zeitraum sind insgesamt 5426 Notfälle dokumentiert, die ohne ein sofortiges Einschreiten durch das Personal hätten tödlich enden können“ (Zeus GmbH, 2002, S. 154).

2017 wurde durch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht in Lissabon eine europäische Handlungsanweisung für „Health and social responses to drug problems“ veröffentlicht. Um drogenkonsumassoziierte Probleme und Risiken zu verringern, werden u. a. die Einrichtung von Drogenkonsumräumen und „Take Home Naloxon®“-Programmen gefordert (EMCDDA, 2017). Mehrere Studien, die durch die EMCDDA (2019, S. 18) ausgewertet wurden, verdeutlichen die Wirksamkeit von Drogenkonsumräumen. Im Bericht „Drug related deaths and mortality in Europe“ wird aufgezeigt, dass der Betrieb von DKRs weder zu einem Anstieg von Drogenutzern noch zu erhöhter Kriminalität in den Städten kommt (EMCDDA, 2019, S. 18).

Mit der Etablierung fachgebiets- und institutionsübergreifender Versorgungsstrukturen, der politischen Unterstützung und der nötigen finanziellen Unterfütterung entsprechender Versorgungsmöglichkeiten, könnte die Zahl der Drogentoten nicht nur in Deutschland deutlich geringer sein. Auch der flächendeckende Einsatz von Naloxon® würde zur Minderung der Notfälle beitragen. In Deutschland wird seit Jahren von einer „unklaren Rechtslage“ bezüglich der Verabreichung durch Dritte gesprochen, obwohl es bis heute kein Urteil dazu gibt (Dichtl et al., 2018). Naloxon® ist bisher verschreibungspflichtig und als Nasenspray unverhältnismäßig teuer (ca. 45 Euro). Beispiele aus Italien zeigen dort positive Entwicklungen bei drogeninduzierten Todesfällen durch die Anwendung von Naloxon®. Dort müssen Heroinabhängige nur noch eine Eigenbeteiligung von 0,67 Euro pro Packung Naloxon® zahlen (Dichtl & Stöver, 2015, S. 97). In Norwegen gibt es eine große Kampagne für „Take home Naloxon®“-Programme. Sie wurde durch die Regierung bezahlt und mit Unterstützung der Gesundheitsbehörden wurden bereits mehr als 1200 Trainer ausgebildet. Aus Estland

stehen ähnlich positive Daten zur Verfügung (EMCDDA, 2019, S. 18).

Diskussion

Die positiven Auswirkungen von Drogenkonsumräumen wurden 2018 durch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht konstatiert und im Bericht „Drogenperspektiven Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten“ veröffentlicht (EMCDDA, 2018, S. 5). Auch die damals vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene „ZEUS-Studie“ stellte im Jahr 2002 fest: „[...] dass der Betrieb von Konsumräumen in den untersuchten Städten Saarbrücken, Hannover, Hamburg und Frankfurt statistisch signifikant mit der Senkung der Drogentotenzen in diesen Städten in Zusammenhang steht. Es kann daraus gefolgert werden, dass Drogenkonsumräume einen substantiellen, überzufälligen Beitrag zur Senkung der Drogentotenzen leisten“ (Zeus GmbH, 2002, S. 154). Auch zahlreiche ausländische Studien und Projekte, unter anderem aus der Schweiz, Frankreich, Sydney, Kanada oder den Niederlanden, belegen dies (EMCDDA, 2019, S. 18). Trotzdem betreiben in Deutschland nur 7 von 16 Bundesländern Drogenkonsumräume und nehmen damit Tag für Tag Drogennotfälle oder drogenbezogene Todesfälle in Kauf.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen

Drogenkonsumräume sind ein geeignetes Instrument zur Minderung gesundheitlicher Risiken und stellen eine evidenzbasierte Maßnahme zur Prävention von Drogennotfällen oder drogenbedingten Todesfällen dar. So lang es in Deutschland kein Drug-Checking und umfangreiche (medizinische) Maßnahmen für drogenabhängige Inhaftierte gibt, sind DKRs essentiell. Entscheidend ist außerdem eine effektive Zusammenarbeit der verschiedenen Anbieter der Drogennothilfe und Leistungserbringer vor Ort, damit es bei der Weiterbehandlung oder Überleitung von Betroffenen nicht zu unnötigem Zeitverzug an den Schnittstellen kommt.

Es bleibt zu hoffen, dass nach der Machbarkeitsstudie in Bremen für die Etablierung eines DKR in Bahnhofsnähe sobald als möglich ein weiterer DKR öffnen wird.

Literatur

- Deutsche Aidshilfe (2019). *Gedenktage 21.07.: Drogenhilfe könnte Todesfälle verhindern*. Online verfügbar unter <http://www.aidshilfe.de/pressemitteilungen> – zuletzt geprüft am 29.09.2019.
- BKA (2019). *Zahl der Drogentoten*. Online verfügbar unter <http://www.bka.de> – zuletzt geprüft am 23.09.2019.
- Dichtl, A. et al. (2018). *Leben retten mit Naloxon. Erfahrungen aus Deutschland, Europa und den USA*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Dichtl, A. & Stöver, H. (2015). *Naloxon – Überlebenshilfe im Drogennotfall*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- EMCDDA (2017). *Health and social responses to drug problems: an European guide*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2018). *Drogenperspektiven Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten*. Lissabon: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
- EMCDDA (2019). *Drug-related deaths and mortality in Europe*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Karlsruhe (2019). *Verordnung der Landesregierung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen*. Online verfügbar unter <http://www.suchtfragen.de> – zuletzt geprüft am 03.10.2019.
- Stöver, H. et al. (2017). *Ältere Drogenabhängige, Versorgung und Bedarfe*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Stöver, H. & Förster, S. (2018). *Dokumentation der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Statistische Ergebnisse der Jahresberichte 2017 und 2018*. Frankfurt University of Applied Sciences.
- Stöver, H. & Förster, S. (2019). *Dokumentation der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Statistische Ergebnisse der Jahresberichte 2017 und 2018*. Frankfurt University of Applied Sciences.
- Soyka, M. (2010). *Drogennotfälle – Diagnostik, klinisches Erscheinungsbild, Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Zeus GmbH (2002). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland*. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bochum: Zentrum für angewandte Psychologie, Umwelt und Sozialforschung.



Kathrin Pientka M.A.
 Institut für Suchtforschung,
 Frankfurt am Main
pientka.k@t-online.de

Knapp eine halbe Million Konsumvorgänge in risikominimierender Umgebung

Ein Resümee aus Nordrhein-Westfalen und Hessen

Viktoria Auth & Heino Stöver

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel führt die Jahresberichte der Drogenkonsumraum-Dokumentation aus Hessen und Nordrhein-Westfalen des Jahres 2018 zusammen und rückt die Ergebnisse in einen Vergleich. Drogenkonsumräume sind ein Angebot niedrigschwelliger akzeptanzorientierter Drogenhilfe, die den Rahmen bietet, Konsum möglichst schadensminimierend auszuführen. Aus dem Vergleich lassen sich schlussfolgernd forschungstheoretische und praxisorientierte Forderungen formulieren: Notwendigkeit qualitativ-partizipativer Untersuchungen zu Konsummustern und zur (Nicht-)Inanspruchnahme des Drogenkonsumraumbereichs von Konsument*innen; eine Erweiterung des Rauchraumangebots zur Stärkung risikoärmerer Konsumformen; die Erweiterung des Drogenkonsumraumangebots.

1 Hinführung

Deutschlandweit sind 25 Drogenkonsumräume eingerichtet. Davon befinden sich 14 Räume in Hessen und Nordrhein-Westfalen (Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2019). Insgesamt kommt es hier im Jahr 2018 in schadensminimierender Umgebung fast zu einer halben Million Konsumvorgängen (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 7; Stöver & Förster, 2019, S. 5). Im Anschluss an eine überblickartige Angebots- und Zielsetzungsbeschreibung von Drogenkonsumräumen werden die Jahresberichte von den hessischen und nordrhein-westfälischen Drogenkonsumräumen aus dem Jahr 2018 gegenübergestellt. Hierfür werden die Einrichtungen beider Bundesländer zunächst kurz vorgestellt. Zusammen bieten beide Bundesländer 157 Konsumplätze. Insbesondere Konsummuster und -formen in Bezug zum Geschlecht der Drogenkonsumraum-Nutzenden stehen im Zentrum des folgenden Vergleichs. Es wird untersucht, ob Konsummuster und Konsumformen in beiden Bundesländern ähnlich verbreitet sind. Zum

Abschluss soll versucht werden, ein Resümee und forschungspraktische Konsequenzen aus der Zusammenführung und dem Vergleich beider Jahresberichte zu ziehen und abzuleiten.

2 Drogenkonsumraum – ein Angebot zwischen Schadensminimierung und Ordnungspolitik

Drogenkonsumräume sind ein Angebot niedrigschwelliger akzeptanzorientierter Drogenhilfe. Der methodische Ansatz der Niedrigschwelligkeit versucht, Hürden und Hemmschwellen zur Nutzung soweit zu senken, dass möglichst viele Konsumierende das Angebot annehmen können (vgl. Schneider, 2004, S. 14). In Bezug auf Vorteile der Drogenkonsumräume können hierzu u. a. der Verzicht auf Terminvereinbarungen und eine zwingend erforderliche Veränderungsmotivation gezählt werden. Drogenkonsumräume erlangen oft die Funktion eines „Türöffners“ ins Drogenhilfesystem. Sie erreichen Konsumierende, die von den meisten Angeboten ausgeschlossen oder schlicht nicht erreicht werden. In den Drogenkonsumräumen und den oft angeschlossenen Beratungsstellen oder Kontaktafés kann ein Erstkontakt hergestellt und eine Überführung in bedarfsgerechte Angebote initiiert werden (vgl. Klee, 2011, S. 177). Klee (ebd.) spricht von Drogenkonsumräumen als „Brücke in weiterführende Angebote“ der Drogenhilfe.

Ein akzeptanzorientiertes Verständnis von Substanzgebrauchsstörungen bedeutet auf normativer Ebene, dass man den Konsum als ein Ergebnis des Abwägens von erwünschten (u. a. Selbstmedikation, Gruppenzugehörigkeit etc.) und nicht-erwünschten (u. a. Kontrollverlust) Folgen des Konsums und schlussfolgernd als eine bewusste Entscheidung von Individuen betrachtet (vgl. Stöver, 2011, S. 31 f.). Schneider (2004, S. 14) beschreibt als Basis einer akzeptanzorientierten Haltung, dass jeder Konsumierende als mündiger Mensch betrachtet wird; der

selbstverantwortlich und selbstbestimmt sein Leben gestaltet. Die angebotene Unterstützung ist freiwillig und an den Bedürfnissen, Ressourcen und Wünschen der Konsumierenden orientiert.

Niedrigschwellige akzeptanzorientierte Drogenhilfe hat sich zum Ziel gesetzt, bio-psycho-soziale Schädigungen, die einem Drogenkonsum in der offenen Szene folgen können, möglichst zu verhindern oder zu lindern. Drogenkonsumräume können so im Sinne einer Überlebenshilfe in der offenen Drogenszene verstanden werden (vgl. Schneider & Gerlach, 2004, S. 280). Theoretisch wird der Ansatz zur Minimierung der konsumbedingten Schäden als „Harm Reduction“ bezeichnet. Die NGO „Harm Reduction International“ definiert: „Schadensminimierung umfasst Methoden, Programme und Praktiken, die darauf abzielen, die individuellen und gesellschaftlichen Schäden des Gebrauchs von psychoaktiven Substanzen der Menschen zu reduzieren, die nicht in der Lage oder nicht willens sind, den Gebrauch einzustellen“ (Stöver, 2018, S. 303).

In Drogenkonsumräumen wird „Harm Reduction“ praktisch erfüllt, indem sterile Konsumbedingungen und -utensilien bereitgehalten, Spritzenaustauschprogramme angeboten und die Konsumkompetenzen (u. a. „Safer Use“) gefördert werden (vgl. a.a.O., S. 208). Die Harm-Reduction-Maßnahmen tragen insbesondere zur Erfüllung der gesundheitspolitischen Ziele der Drogenkonsumräume bei. Drogenkonsumräume sollen neben einem Schutz der individuellen Gesundheit der Konsumierenden auch vor der Ausbreitung von Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis in der Gesellschaft schützen. Hygienische Konsumbedingungen, steriles Spritzbesteck und die Vermittlung von Safer-Use-Strategien (u. a. kein Teilen von Konsumutensilien) reduzieren auch das Risiko einer Verbreitung. Die Mitarbeiter*innen der Konsumräume sind zudem in erster Hilfe speziell für Drogennotfälle geschult, sodass professionell und schnell im Notfall gehandelt werden kann (Klee, 2011, S. 179 f.).

Im Jahr 2013 untersuchte die Deutsche Aids-Hilfe deutschlandweit Notfälle in Drogenkonsumräumen. Schäffer, Stöver und Weichert (2014, S. 12) schlussfolgerten, dass ca. 39 Prozent der untersuchten Drogennotfälle außerhalb der Räume – ohne die schnelle und professionelle erste Hilfe der Konsumraummitarbeitenden – vermutlich tödlich verlaufen wären.

Neben gesundheitspolitischen und drogen-therapeutischen („Brückenfunktion“) Zielen dienen Drogenkonsumräume ordnungspolitischem Interesse. Drogenkonsumräume sollen den öffentlichen Raum entlasten, Szenebildun-

gen und konsumbedingte Sekundärschäden reduzieren (vgl. Klee, 2011, S. 179). Mit der „Überdachung der Szene“ erhoffe man sich ein Stück weit auch eine Minderung des öffentlichen Problemdrucks (vgl. Stöver, 2002, S. 182; Dettmer & Schneider, 2016, S. 61).

„Drogenkonsumräume stehen somit immer im Spannungsverhältnis zwischen sozialer Ausschließung, sozialräumlicher Verdrängung und lebensrettender Schadensminderung“ (ebd.).

3 Drogenkonsumräume in Hessen

Im Jahr 1994 öffnete der erste deutsche Konsumraum in Frankfurt am Main. Bis heute ist die Stadt Frankfurt am Main die einzige hessische Stadt mit Drogenkonsumräumen. Im drogenpolitischen Wandel Ende der 1980er/Anfang der 1990er und in der Entwicklung eines akzeptanzorientierten Ansatzes spielt die Stadt eine entscheidende Rolle. Am „Frankfurter Weg in der Drogenpolitik“ richten sich viele weitere Städte und Kommunen in ihrer Neuorientierung aus (vgl. Drogenreferat der Stadt Frankfurt, 2019).

53,5 Prozent der Konsumvorgänge in den hessischen Konsumräumen werden von Frankfurter Bürgern durchgeführt. 29,9 Prozent der Vorgänge werden von Konsumierenden aus anderen hessischen Gemeinden und 16,6 Prozent werden von Konsumierenden mit einem Wohnsitz außerhalb von Hessen appliziert (Stöver & Förster, 2019, S. 32).

Aus dem Jahresbericht des Monitoring-Systems für Drogentrends der Stadt (vgl. Kamphausen et al., 2018, S. 27 f.) wird ersichtlich, dass sich die aktuellen Szenetreffpunkte in der Umgebung des Frankfurter Hauptbahnhofs in der Elbe-, Taunus- und Niddastraße sowie in der B-Ebene des Hauptbahnhofs bilden. In den Abend- und Nachtstunden kommt es hier zu Ansammlung von 20 bis 25 Konsumierenden. Drei der vier Frankfurter Konsumräume liegen in diesem – aktuell als Zentrum der offenen Drogenszene geltenden – Gebiet. Die vier Frankfurter Drogenkonsumräume bieten insgesamt 48 Plätze zum Drogenkonsum in risikominimierender Umgebung.

Aus Tabelle 1 gehen Art und Anzahl an Konsumplätzen der einzelnen Einrichtungen hervor. Die Einrichtungen bieten meist einen Rauchraum mit Plätzen zum inhalativen Konsum und einen speziell für intravenösen Konsum eingerichteten Raum.

Die Konsumvorgänge werden meist in intravenöse und nicht-intravenöse Vorgänge differenziert. Nicht-intravenöser Konsum, also

Standort	Konsumplätze
Frankfurter Bahnhofsgelände (Niddastraße)	12 intravenös/nasal 4 inhalativ/nasal
Frankfurter Bahnhofsgelände (Elbstraße)	10 intravenös 5 inhalativ
Frankfurter Bahnhofsgelände (Mainzer Landstraße)	7 intravenös
Frankfurter Ostend	8 intravenös 2 inhalativ

Tabelle 1

Art und Anzahl an Konsumplätzen (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., o.J.; Stöver & Förster, 2019)

inhalative oder nasale Applikationsformen gelten als risikoärmer; die Gefahr einer Überdosierung sowie einer Infektion sind gegenüber einem intravenösen Konsum deutlich gesenkt (Schäffer et al., 2014, S. 13).

Konzeptionell kann zwischen verschiedenen Konsumraum-Typen differenziert werden (vgl. a.a.O., S. 9). Der größte Frankfurter Konsumraum bietet keine weiteren angegliederten Unterstützungsleistungen neben sterilen Konsumbedingungen und sterilem Spritzbesteck, Spritzentausch, Safer-Use- und Safer-Sex-Beratung sowie Erste-Hilfe-Maßnahmen. Diese Einrichtung ist ein spezialisierter Drogenkonsumraum; die anderen drei Konsumräume können als integrierte Drogenkonsumräume bezeichnet werden. Sie sind Teil einer niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtung, die neben dem Konsumraumangebot und den dazugehörigen Leistungen noch weitere Unterstützung wie ein Kontaktcafé, Wohn- und Schlafbereiche oder eine Substitutionsambulanz anbietet (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., o.J.).

Die Öffnungszeiten der Konsumräume sind unterschiedlich. Alle Frankfurter Konsumräume haben jedoch nachts geschlossen. Drei der vier Konsumräume haben an allen Wochentagen geöffnet. Insgesamt können die einzelnen Konsumräume zwischen 50,5 und 105 Wochenstunden genutzt werden (ebd.).

4 Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen

Im Gegensatz zu Hessen gibt es in Nordrhein-Westfalen in keiner Stadt mehr als einen Konsumraum. Die zehn Räume sind über das gesamte Bundesland verteilt. Insgesamt sind 109 Konsumplätze eingerichtet. Zum risikominimierten Konsum illegaler Stoffe können 51 Plätze intravenös, 53 Plätze inhalativ und fünf Plätze variabel genutzt werden (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 4). Zur besseren Übersicht s. Tabelle 2.

Einige Einrichtungen wie in Bochum, Dortmund und Bielefeld dürfen neben der Zugangsbegrenzung aus der Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen nur von

Konsumierenden, die in der entsprechenden Stadt gemeldet sind, genutzt werden.

Alle Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen sind integrative Einrichtungen. Neben den sterilen Konsumplätzen bieten sie oft eine drogentherapeutische Ambulanz, Notzuschlafstellen oder ein Kontaktcafé (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., o.J.).

Die Öffnungszeiten der Räume variieren stark. Alle Räume haben mindestens fünf Mal die Woche zwischen vier und zwölf Stunden geöffnet. Summiert ergibt sich eine Öffnungszeiten von 20 bis zu 73,5 Wochenstunden pro Konsumraum (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 5).

5 Vergleich der Drogenkonsumraum-Nutzung in Hessen und Nordrhein-Westfalen

Bereits deutlich werden konnte, dass die hessische Stadt Frankfurt am Main ein sehr großes Drogenkonsumraumangebot mit einer Gesamt-Öffnungszeit von bis zu 291,25 Wochenstunden bereitstellt. In keiner anderen hessischen Stadt ist bisher ein Drogenkonsumraum errichtet

Standort	Konsumplätze
Bielefeld	8 intravenös 14 inhalativ
Münster	4 intravenös/nasal 2 inhalativ
Dortmund	8 intravenös 15 inhalativ
Bochum	5 intravenös 4 inhalativ
Essen	8 intravenös 5 inhalativ/nasal
Wuppertal	5 intravenös 6 inhalativ
Düsseldorf	5 intravenös/nasal 3 inhalativ/nasal 2 flexible
Köln	3 flexible
Torisdorf	4 intravenös
Bonn	5 intravenös 3 inhalativ

Tabelle 2

Drogenkonsumraumangebote in Nordrhein-Westfalen (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., o.J.; Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 4, 26–45)

worden. In Nordrhein-Westfalen ist das Angebot über mehrere Städte verteilt, in denen größere oder kleinere Drogenkonsumräume mit unterschiedlichsten Öffnungszeiten eingerichtet worden sind. In Nordrhein-Westfalen sind die zehn Drogenkonsumräume summiert bis zu 457,75 Stunden in der Woche geöffnet.

Laut der länderspezifischen Verordnungen über den Betrieb von Drogenkonsumräumen sind die Einrichtungen zur Dokumentation verpflichtet. Die folgenden Vergleiche zwischen den Einrichtungen in Hessen und Nordrhein-Westfalen beruhen auf diesen Ergebnissen. Hessen und Nordrhein-Westfalen nutzen zur Dokumentation unterschiedliche Erhebungssysteme. Während in Hessen mit dem System „Kontext“ gearbeitet wird und Nutzerdaten, Gesundheitsdaten und Konsumdaten anonymisiert erhoben werden (Stöver & Förster, 2019, S. 25), erfolgt die Dokumentation der Konsumräume in Nordrhein-Westfalen über eine Software der Landesstelle Sucht NRW und erfasst nur die auf die Konsumvorgänge bezogenen quantitativen Daten (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 2). Die hessischen Daten können über einen anonymisierten Code („HIV-Code“) Nutzer*innen zugeordnet werden (Stöver & Förster, 2019, S. 25). Den Daten aus Nordrhein-Westfalen dagegen (vgl. Landesstelle Sucht NRW, 2019) können keine Informationen über die Zuordnung der Konsumvorgänge zu den Nutzer*innen entnommen werden. Ein Vergleich der Konsumraumdokumentation beider Bundesländer kann daher nur auf konsumbezogene Daten angestellt werden.

Nutzung der Drogenkonsumräume

In den hessischen und nordrhein-westfälischen Drogenkonsumräumen sind im Jahr 2018 insgesamt 460 942 Konsumvorgänge erfolgt. In den

vier Drogenkonsumräumen in Frankfurt am Main sind 2018 189 340 Konsumvorgänge in risikominimierender Umgebung erfasst worden. Täglich kommt es damit zu ca. 519 Konsumvorgängen. Die Erfassung eines Konsumvorgangs erfolgt mit dem Besuch des Drogenkonsumraums; hierbei gilt zu bedenken, dass bei einem Vorgang oft mehrere Einheiten konsumiert werden. Für Frankfurt am Main ist ein kleiner Rückgang um ein Prozent für die Anzahl der Konsumvorgänge im Vergleich zum Vorjahr (2017: 191 015) zu verzeichnen. 86,6 Prozent der Konsumvorgänge wurden von Männern und nur 13,4 Prozent der Konsumvorgänge wurden von Frauen in Konsumräumen durchgeführt (Stöver & Förster, 2019, S. 6 ff., 31 f.).

In Nordrhein-Westfalen sind 2018 271 602 Konsumvorgänge in den Drogenkonsumräumen festgehalten worden, dies entspricht ca. 596 täglichen Konsumvorgängen. Nur 12,5 Prozent der Konsumvorgänge sind durch Nutzerinnen erfolgt.

Nachdem von 2016 (211 730) zu 2017 (248 208) die Nutzung der Konsumräume bereits um 17 Prozent angestiegen ist, erhöht sich die Anzahl der Konsumvorgänge erneut um neun Prozent (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 7).

Abbildung 1 zeigt die Drogenkonsumraumnutzung beider Bundesländer im Kontext betrachtet. Über die Hälfte der ca. 461 000 Vorgänge werden von Männern in Nordrhein-Westfalen appliziert. Deutlich wird, dass nur ein Bruchteil – nur knapp 13 Prozent (60 547) der Konsumvorgänge aus den hessischen und nordrhein-westfälischen Drogenkonsumräumen von Frauen durchgeführt werden. In beiden Bundesländern scheint das Angebot von weiblichen Konsumierenden schlechter angenommen zu werden.

Konsumierte Drogen

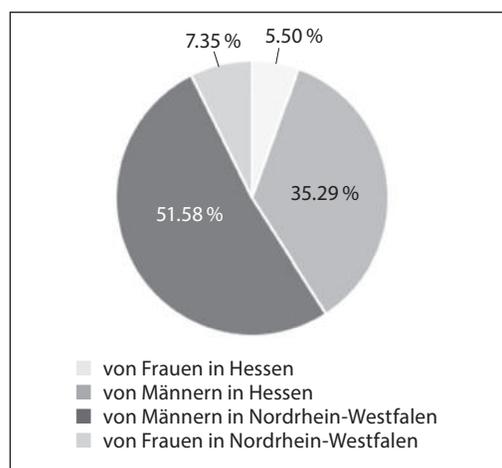
In über drei Viertel (77%) der Konsumvorgänge wird in Hessen Heroin verwendet. Crack wird in 45 Prozent der Vorgänge konsumiert. Kokain wird nur in ein Prozent und sonstige Substanzen in zwei Prozent der Konsumvorgänge gebraucht. Da es oft zur Nutzung mehrerer Substanzen in einem Konsumvorgang kommt, übersteigt die Summe der Angaben die 100 Prozent.

Abbildung 2 bietet einen Überblick der verwendeten Substanzen in Bezug auf die Häufigkeit der Verwendung in Konsumvorgängen und des Geschlechts des Konsumierenden.

In den meisten Konsumvorgängen erfolgt ein Monokonsum von Heroin (52%). Zum Monokonsum von Crack kommt es in Hessen in 20

Abbildung 1

Drogenkonsumvorgänge
2018 in Hessen und in NRW



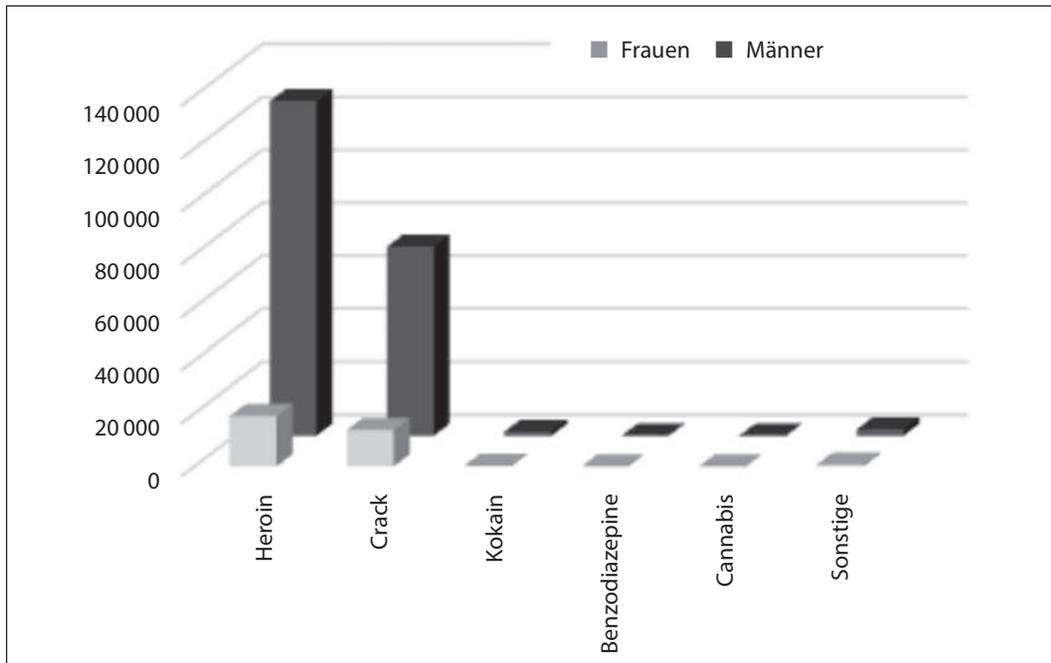


Abbildung 2

Konsumvorgänge nach Geschlecht und verwendeter Substanz in Hessen

Prozent der Konsumvorgänge. Der Mischkonsum von Heroin und Crack macht 25 Prozent der Konsumvorgänge aus.

Bezüglich der Konsummuster sind in Hessen geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten. Während Frauen öfter Heroin und Crack zusammen konsumieren als Männer (Frauen: 32%, Männer: 23%), konsumieren Männer deutlich häufiger Heroin allein (Frauen 43%, Männer: 54%; Stöver & Förster, 2019, S. 9 f., 46).

Nordrhein-Westfalen differenziert in den konsumierten Stoffen zwischen Opiaten, Kokain, einem Mischkonsum aus diesen beiden Stoffen sowie zwischen Amphetaminen und Benzodiazepinen. Crack gehört in Nordrhein-Westfalen im Gegensatz zu Frankfurt nicht zu den häufig konsumierten Substanzen.

74 Prozent der Konsumvorgänge der Männer bestehen aus Opiatkonsum und 19 Prozent aus dem Konsum von Kokain. Ein Mischkonsum dieser beiden Stoffe erfolgt in fünf Prozent

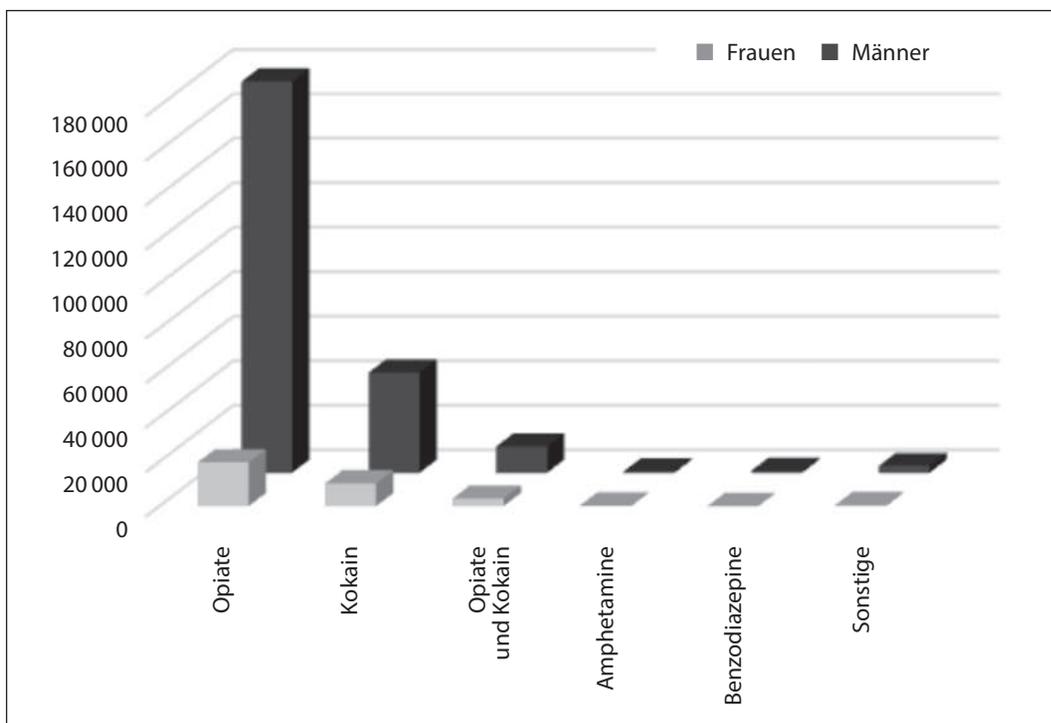


Abbildung 3

Konsumvorgänge nach Geschlecht und verwendeter Substanz in NRW

der Konsumvorgänge der männlichen Nutzer. In Nordrhein-Westfalen kommt es bei Frauen ähnlich wie in Hessen öfter zum Mischkonsum. In zehn Prozent der Konsumvorgänge der Nutzerinnen werden Opiate und Kokain verwendet. Der Monokonsum von Opiaten liegt bei den Frauen bei 58 Prozent, von Kokain bei 30 Prozent (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 8 f.)

Die Abbildung 3 veranschaulicht die verwendeten Substanzen in Abhängigkeit vom Geschlecht der Konsumierenden und der Anzahl der Konsumvorgänge in Nordrhein-Westfalen.

Applikationsformen

In hessischen Drogenkonsumräumen wird 2018 zu 79 Prozent intravenös konsumiert. Zehn Jahre zuvor wurde nur in vier Prozent der Konsumvorgänge nicht-intravenös appliziert. Heute wird die weniger schädliche Konsumart bereits in 21 Prozent der Konsumvorgänge genutzt. Stöver und Förster (2019, S. 11 f., 53) fassen zusammen, dass insbesondere Heroin zunehmend nasal oder inhalativ konsumiert wird. Frauen applizieren häufiger intravenös (84.4%) als Männer (78.0%; a.a.O., S. 11, 44 f.). In Nordrhein-Westfalen erfolgen bereits 52% der Konsumvorgänge inhalativ. Männer (53.2%) konsumieren auch hier häufiger inhalativ als Frauen (45.7%; Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 10).

Summiert werden von 460 942 Konsumvorgängen in Hessen und Nordrhein-Westfalen 188 227 inhalativ oder nasal appliziert, dies entspricht ca. 40.8 Prozent der Vorgänge. Abbildung 4 vergleicht die Applikationsformen in den Drogenkonsumräumen beider Bundesländer in Bezug auf das Geschlecht der Konsumierenden. Deutlich wird, dass in Nordrhein-Westfalen häufiger nicht-intravenös

konsumiert wird und dass nicht-intravenöse Konsumvorgänge öfter von Männern durchgeführt werden.

Drogennotfälle

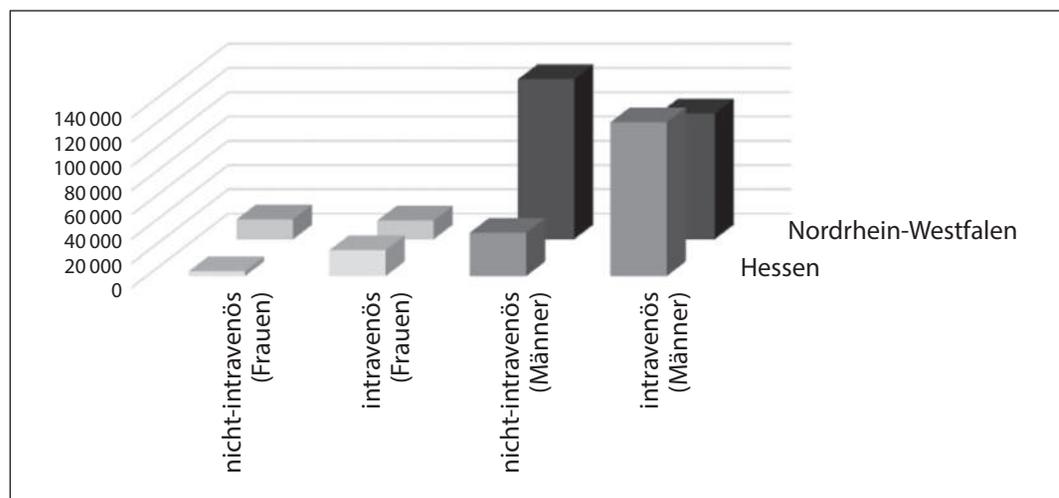
In Nordrhein-Westfalen sind 2018 358 drogenbezogene Notfälle in den zehn Konsumräumen dokumentiert worden. In Nordrhein-Westfalen werden Notfälle nur innerhalb der Einrichtung in der Drogenkonsumraumdokumentation erfasst. In sieben Fällen in Nordrhein-Westfalen (2%) musste reanimiert, in 164 Fällen (64%) ein Notarzt hinzugezogen und in 118 Fällen (33%) ein Transport ins Krankenhaus vorgenommen werden. 0.13 Prozent der Konsumvorgänge in Nordrhein-Westfalen führen zum Notfall (Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 18).

In den vier Frankfurter Drogenkonsumräumen sind 385 Notfälle im Jahr 2018 dokumentiert worden. Im Vorjahr lag die Zahl noch bei 322 Notfällen (Zuwachs von 20%). Zu 314 Notfällen sind nähere Angaben vermerkt. 78.7 Prozent der Notfälle sind in den Injektionsräumen und nur 0.6 Prozent der Notfälle sind in den Inhalationsräumen der Einrichtungen erfolgt. In 15 Prozent geschahen die Unfälle vor den Einrichtungen auf der Straße und in 5.7 Prozent der Fälle an sonstigen Orten bzw. in anderen Räumen der Einrichtungen. In über 80 Prozent der Notfälle (312 Notfälle) musste der Rettungsdienst verständigt werden. Den Zahlen entsprechend sind 249 Notfälle 2018 innerhalb der Einrichtungen in Frankfurt am Main dokumentiert. Identisch wie in Nordrhein-Westfalen führen ca. 0.13 Prozent der Konsumvorgänge auch zu einem Notfall innerhalb der hessischen Räume (Stöver & Förster, 2019, S. 17, 125).

Zur Vermittlung ins Hilfesystem, zu der gesundheitlichen Situation und zur Altersstruktur

Abbildung 4

Konsumvorgänge nach Geschlecht, Applikationsform und Bundesland



tur der Nutzenden der Konsumräume kann kein Vergleich gezogen werden, da die Berichte sich auf unterschiedliche Messeinheiten (Hessen: Anzahl Nutzende; Nordrhein-Westfalen: Anzahl Konsumvorgänge) beziehen.

6 Konsequenzen für Forschung und Praxis

Nur knapp 13 Prozent der Drogenkonsumvorgänge in den Einrichtungen in Hessen und Nordrhein-Westfalen werden 2018 von Frauen in Konsumräumen durchgeführt. Opiate werden in beiden Bundesländern am häufigsten verwendet, wobei Frauen eher zum Mischkonsum mit Kokain/Crack neigen. In Nordrhein-Westfalen kommt es deutlich häufiger zum risikoärmeren nicht-intravenösen Konsum. Frauen applizieren in beiden Bundesländern prozentual häufiger intravenös.

Da bisher keine konkreten Gründe für die wenige Nutzung von weiblichen Konsumierenden kenntlich sind, sollten qualitativ-partizipative Untersuchungen angelegt werden. In den Untersuchungen sollten konsumierende Frauen befragt werden, warum sie das Angebot der Drogenkonsumräume nicht in Anspruch nehmen. Ebenso sollte eruiert werden, aus welchem Grund Frauen eher zum Mischkonsum und zur intravenösen Applikation neigen.

Die Erweiterung des Rauchraum-Angebots könnte die Risiken senken und zugunsten des nicht-intravenösen Konsums verschieben. Trotz der Tatsache, dass es in Nordrhein-Westfalen zu mehr nicht-intravenösen Konsumvorgängen kommt, stehen mehr intravenöse Konsumplätze zur Verfügung. Würde hier ein Aufbau an Rauchplätzen Wartezeiten an den Inhalationsplätzen reduzieren, würden wahrscheinlich noch mehr Konsumierende risikoärmer applizieren (vgl. auch Landesstelle Sucht NRW, 2019, S. 25). In Hessen wird deutlich häufiger intravenös konsumiert, ein Ausbau des Rauchraum-Angebots könnte auch hier die Anzahl des inhalativen Konsums erhöhen. Es sollte zudem untersucht werden, inwiefern Safer-Use-Beratung und Information in Nordrhein-Westfalen erfolgreicher in der Motivation zu risikoärmeren Konsumformen ist. Ergebnisse könnten Anwendung in der Safer-Use-Praxis anderer Bundesländer finden.

Im hessischen und nordrhein-westfälischen Drogenkonsumraumangebot kommt es im Schnitt zu zwei Notfällen am Tag. Die Drogenkonsumräume sind aufgrund ihrer geschulten, für den Drogennotfall routinierten Mitarbeitenden und den vorstrukturierten Hilfemaß-

nahmen eine sichere Umgebung für den Drogennotfall.

Der Aufbau von weiteren Drogenkonsumräumen in Hessen könnte die Frankfurter Räume entlasten und ähnlich wie in Nordrhein-Westfalen über eine größere räumliche Fläche mehr Konsumierende erreichen.

Als Resümee lässt sich festhalten: Hessen und Nordrhein-Westfalen bieten 157 Plätze zum risikominimierenden Konsum, die 2018 fast eine halbe Millionen Mal genutzt wurden. Hinzukommend werden die in den Räumen und ihrer Umgebung auftretenden Notfälle zeitnah und routiniert behandelt und so Drogentodesfälle verhindert. Trotz der unterschiedlich strukturellen und räumlichen Anlage des Konsumraumangebots in beiden Ländern kommt es zu einer jeweils hohen Inanspruchnahme. Nordrhein-Westfalen und Hessen können mit ihrer unterschiedlichen Drogenkonsumraum-Angebotsstruktur Vorbild für andere (Bundes-) Länder sein.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2019). *Opiode*. Online verfügbar unter <https://www.drogenbeauftragte.de/themen/suchtstoffe-und-suchtformen/illegale-drogen/opioide/opioide.html>, zuletzt geprüft am 09.08.2019
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (o.J.). *Drogenlexikon. Kokain*. Online verfügbar unter <https://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-k/kokain/> – zuletzt geprüft am 09.08.2019.
- Dettmer, K. & Schneider, W. (2016). Drogenkonsumräume ... und der rechtliche Rahmen. In akzept e.V. Bundesverband, Deutsche AIDS-Hilfe & JES e.V. (Hrsg.), 3. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016* (S. 56–62). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (o.J.). *Drogenkonsumraum. Standorte*. Online verfügbar unter <https://www.drogenkonsumraum.net/standorte> – zuletzt geprüft am 03.08.2019.
- Drogenreferat der Stadt Frankfurt (2019). *Der Frankfurter Weg in der Drogenpolitik*. Online verfügbar unter <https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php/detail.php?id=3007> – zuletzt geprüft am 02.05.2019.
- Kamphausen, G., Werse, B., Klaus, L. & Sarvari, L. (2018). *MoSyD Jahresbericht 2017*. Online verfügbar unter <https://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/MoSyD-Jahresbericht%202017%20endg.pdf> – zuletzt geprüft am 02.05.2019.
- Klee, J. (2011). Drogenkonsumräume: Verschaffen einer Gelegenheit zur Drogenhilfe. In

- D. Schäffer & H. Stöver (Hrsg.), *Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch* (S. 173–190). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Landesstelle Sucht NRW (Hrsg.) (2019). *Jahresbericht 2018. Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen*. Online verfügbar unter http://www.landestellesucht-nrw.de/tl_files/images/pages/PDFs/DKR-Bericht%202018.pdf
- Schäffer, D., Stöver, H. & Weichert, L. (2014). *Drug consumption rooms in Europe. Models, best practice and challenges*. Amsterdam: Regenboog Groep. Available at <https://idpc.net/publications/2014/12/drug-consumption-rooms-in-europe-models-best-practice-and-challenges> – zuletzt geprüft am 29.02.2020.
- Schneider W. (2004) Drogenmythen – Abstinenz – Akzeptanz. Grenzen akzeptanzorientierter Drogenarbeit und „dislozierende“ Zukunftsvisionen. In W. Schneider & R. Gerlach (Hrsg.), *DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik* (S. 11–28). Berlin: VWB, Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Schneider, W. & Gerlach, R. (2004). Entwicklungsbegleitende und Praxisintegrative Qualitätssicherung (EPQ): Ein handlungsorientiertes, internes Evaluationsmodell für den integrativen Arbeitszusammenhang Niedrigschwelligkeit/Drogentherapeutische Ambulanz/Drogenkonsumraum. Konzeptuelle Grundlagen und Umsetzungsstrategien. In W. Schneider & R. Gerlach (Hrsg.), *DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik* (S. 271–304). Berlin: VWB, Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Stöver, H. (2002). Konsumräume: Zwischenbilanz und Anforderungen an Weiterentwicklung und Qualitätssicherung. In L. Böllinger & H. Stöver (Hrsg.), *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen* (Materialien zur Sozialarbeit und Sozialpolitik, Bd. 12, 5., vollst. überarb. Aufl., S. 174–188). Frankfurt am Main: Fachhochschverlag.
- Stöver, H. (2011). Drogenpolitik und Drogenarbeit: Wandel tut not. In: D. Schäffer & H. Stöver (Hrsg.), *Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch* (S. 30–45). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
- Stöver, H. (2018). Harm Reduction – Ergebnisse akzeptanzorientierter und niedrigschwelliger Drogenarbeit. *rausch*, 7 (4), 303–312.
- Stöver, H. & Förster, S. (2019). *Drogenkonsumraum-Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2018*. Dokumentationszeitraum 01.01–31.12. 2018. Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF).



Viktoria Auth

M.A. – Psychosoziale Beratung und Recht
Arbeits- und Forschungsschwerpunkt:
Psychosoziale Beratung von Menschen mit
psychischer Erkrankung.
v.auth@gmx.net



Prof. Dr. Heino Stöver

Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences.
Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung Frankfurt (ISFF) und Vorstandsvorsitzender von akzept e.V.
Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung und marginalisierte Menschen, Evaluation der Wirksamkeit von Hilfsangeboten und die Entwicklung neuer Interventionskonzepte.
hstoever@fb4.fra-uas.de; www.isff.info

Warum gibt es keine Drogenkonsumräume in Bayern?

Melanie Hofmann & Bertram Wehner

Zum Thema

Anfang der 1990er Jahre: eine Delegation aus Bayern besucht im Auftrag des für Drogenarbeit zuständigen Bayerischen Sozialministeriums die Schweizer Städte Zürich und Bern. Es war die Zeit der offenen Drogenszenen am Zürcher Platzspitz und im Berner Kocherpark. Die bayerische Delegation, bestehend aus Vertreter*innen von Politik, Ministerialverwaltung und Verbänden/Trägern, die in Bayern Einrichtungen der Drogenhilfe betreiben, wollte sich über die Ansätze der Schweizer Drogenhilfe informieren und sich mit der zugrundeliegenden Drogenpolitik auseinandersetzen. Die Schweiz galt damals wie heute in Sachen Drogenpolitik als fortschrittlich, Basis für ein pragmatisches und bedarfsorientiertes Drogenhilfesystem. Auch wenn in der praktischen Umsetzung anfangs das Prinzip „Trial and Error“ das Handeln beeinflusste, man denke nur an die etwas unkoordinierte und unzureichend vorbereitete Räumung des Platzspitzes, die letztendlich nur eine Verlagerung der Szene zum Bahnhof Letten bewirkte. Dennoch, Drogenpolitik und Drogenhilfe in der Schweiz waren und sind bestimmt durch humanes und rationales Handeln im Interesse aller Beteiligten, der Drogenkonsument*innen, der durch die offenen Szenen belasteten Bevölkerung, der Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden und nicht zuletzt auch der Gesamtgesellschaft.

Drogenkonsumräume, in denen Drogenabhängige ihren Stoff konsumieren konnten, gab es schon damals als Antwort auf die unhaltbaren Zustände in den offenen Drogenszenen der Großstädte in der deutschsprachigen Schweiz, Bern mit dem weltweit ersten Drogenkonsumraum 1986, Basel mit dem *Schwarzen Peter* und Zürich folgten. In Luzern wurde der Konsumraum sogar im Stadthaus untergebracht, „um damit zu dokumentieren, dass dieser Gesundheitsraum im öffentlichen Interesse aller Bürger liegt“ (Körner, 1993, S. 5).

War diese Reise ein Fingerzeig? Öffnete sich die bayerische Drogenpolitik für neue Wege,

bedarfsgerecht und der Situation von Drogenabhängigen insbesondere der offenen Szenen angemessen? Auch in Bayern wurde damals schon viel gestorben, die physische und psychische Verelendung der User*innen nahm an Fahrt auf. Repression und Strafverfolgung trugen ihren Teil dazu bei, dass neben illegalisierten Drogen immer mehr Ersatzmittel (z. B. Barbiturate, Codein, u. a.) konsumiert wurden. Polytoxikomane Konsummuster entstanden mit gravierenden Auswirkungen auf die gesundheitliche Situation der Konsument*innen.

Das Jahr 2000 läutete in Deutschland eine Wende in Sachen Drogenkonsumraum ein. Während zuvor schon Konsumräume in Frankfurt am Main und Hamburg eher im Graubereich der Gesetzgebung betrieben wurden, öffneten in der Folge die ersten Konsumräume in Deutschland, rechtlich abgesichert durch eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes. Allerdings nicht in Bayern. Die Bayerische Staatsregierung hielt weiterhin an ihren Grundsätzen der Drogenpolitik fest, die sie gerne als „Null-Toleranz-Politik“ bezeichnet, Null-Toleranz gegen Drogen, aber v. a. gegen Menschen, die illegale Drogen konsumieren. Der Abstinenzgedanke von illegalisierten Substanzen stand und steht im Mittelpunkt bayerischer Drogenpolitik, ohne Wenn und Aber, da stören damals wie jetzt Drogenkonsumräume das Bild einer drogenfreien Gesellschaft unter weiß-blauem Himmel.

Seitdem sind annähernd 20 Jahre vergangen. Weite Teile der Fachwelt in Bayern, Verbände, Vertreter*innen aus Politik und Gesellschaft, auch der CSU, treten zwischenzeitlich für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Bayern ein – bisher leider immer noch ohne durchschlagenden Erfolg.

Wie ist der aktuelle Stand, was ist bisher geschehen, warum gibt es immer noch keine Drogenkonsumräume in Bayern? Auf diese Fragen wollen wir eingehen und Hintergründe beleuchten.

Status Quo

Es gibt Drogenkonsumräume – wie eben schon angeführt – bereits seit über 30 Jahren, zweckmäßig ausgestattete Räumlichkeiten, in denen Konsument*innen von illegalisierten Substanzen die Gelegenheit erhalten, die von ihnen mitgebrachten Drogen unter risikoärmeren und hygienischen Bedingungen in einer stressfreien Atmosphäre zu konsumieren. Mit Stand April 2018 gab es insgesamt 78 offizielle Drogenkonsumräume in den Niederlanden, Deutschland, Dänemark, Spanien, Norwegen, Frankreich, Luxemburg und der Schweiz (EMCDDA, 2018, S. 3). Daneben befanden sich weitere Einrichtungen in Irland und Portugal in der Umsetzung, in Belgien in der Diskussion.

Drogenkonsumräume in Deutschland

Aufgrund eskalierender Drogenproblematiken im öffentlichen Raum entstanden auch in Deutschland Drogenkonsumraum-Angebote. So wurden 1994 erste Drogenkonsumräume in Deutschland offiziell in Hamburg und Frankfurt am Main auf kommunaler Ebene erlaubt, wenn diese auch mangels einer bundesgesetzlichen Grundlage in einem rechtlichen Graubereich betrieben wurden (Deutsche Aidshilfe & akzept e.V., 2011, S. 5).

Erst durch das 2. Betäubungsmittel-Änderungsgesetz vom 01.04.2000 wurde auch in Deutschland der Betrieb von Drogenkonsumräumen gesetzlich legitimiert. In dem damals neu eingefügten § 10a Betäubungsmittelgesetz (BtMG) wurden vom Bundesgesetzgeber zehn Mindeststandards formuliert, die für die Einrichtung und den Betrieb von Drogenkonsumräumen erfüllt werden müssen, wie beispielsweise eine zweckdienliche Ausstattung der Räumlichkeiten, die Gewährleistung einer medizinischen Notfallversorgung oder Maßnahmen zur Verhinderung von Straftaten in Drogenkonsumräumen. Daneben können die Landesregierungen im Rahmen der Länderkompetenz weitere Anforderungen formulieren (Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main, 2010).

Die Eröffnung eines Drogenkonsumraums im jeweiligen Bundesland setzt zudem den Erlass einer Rechtsverordnung auf Landesebene zum Betrieb von Drogenkonsumräumen voraus. Eine solche Rechtsverordnung gibt es bisher in sieben Bundesländern: Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland. In diesen Ländern existieren insgesamt 25 Drogenkon-

sumräume, in Berlin, Frankfurt am Main und Hamburg werden mehrere Räume betrieben (Deutsche Aidshilfe & akzept e.V., 2011). In Berlin sind zudem zwei Drogenkonsummobile im Einsatz, die ein mobiles Angebot an verschiedenen Szenetreffpunkten ermöglichen. Die bestehenden Drogenkonsumräume basieren auf unterschiedlichen Konzepten je nach Ausgestaltung der jeweiligen Landesverordnung.

In Baden-Württemberg wurde zum 01.04.2019 eine Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen erlassen, allerdings begrenzt auf Städte mit mehr als 300 000 Einwohner*innen und auf drei Jahre befristet (Südwestrundfunk, 2019). Auf Grundlage dieser Verordnung wurde ein Drogenkonsumraum in Karlsruhe eröffnet.

In Bayern wird sich bereits seit Jahren von Seiten der Drogenhilfe vor allem in den Städten Augsburg, München und Nürnberg für den Erlass einer Rechtsverordnung eingesetzt. Inzwischen haben sich die Stadträte der Städte München und Nürnberg, die Bezirkstage Mittelfranken und Oberbayern und der Bayerische Bezirkstag für die Realisierung von Drogenkonsumräumen ausgesprochen (vgl. Bayerischer Bezirkstag, 2016, S. 8). Da jedoch die Staatsregierung den Erlass der notwendigen Verordnung weiterhin ablehnt, gibt es derzeit in Bayern keine Möglichkeit zum Betrieb eines solchen Raumes.

Was ist bisher in Bayern passiert?

Stellungnahmen, Positionsbeschreibungen, fachpolitische Debatten, Runde Tische, Ausschusssitzungen, Anträge, Studien und Erhebungen – vieles wurde gesagt, getan, erhoben, diskutiert, gefordert und immer wieder aufs Neue von der Bayerischen Staatsregierung verworfen. Quasi reflexartig ablehnend reagieren die Verantwortlichen der Staatsregierung, sobald das Thema Drogenkonsumräume irgendwo im Lande auf der Tagesordnung steht oder in den Medien eine Meldung dazu erscheint.

Vielschichtig und breit aufgestellt sind zwischenzeitlich die Befürworter*innen von Drogenkonsumräumen in Bayern, aus der Fachwelt der Drogenhilfe und der Suchtmedizin, aber auch aus der Politik, in der sich neben Vertreter*innen der eher linken, ökologischen und liberalen Parteien nun auch Politiker*innen aus dem konservativen Parteienspektrum der Forderung nach Drogenkonsumräumen angeschlossen haben.

Studien und Befragungen

Im Jahr 2008 führte die Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Kontaktläden eine bayernweite Befragung von Besucher*innen von Kontaktläden durch. 394 Drogenkonsument*innen wurden zu ihren Konsumgewohnheiten befragt, was sie von Drogenkonsumräumen halten und ob sie diese nutzen würden. Über 90 Prozent der Befragten erklärten einen Bedarf an ihrem Wohnort (Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern e.V., 2010, S. 6).

Der Paritätische in Bayern veranstaltete am 27.01.2009 einen Fachtag in München, an dem die Ergebnisse der Befragung vorgestellt wurden, und eröffnete damit eine landesweite Diskussion. Ein Positionspapier des Paritätischen Bayern zur Einführung von Drogenkonsumräumen in Bayern unterstützte die fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema, in dem es die wichtigsten Fakten und Hintergründe zum Thema kompakt zusammenfasste, verknüpft mit der Forderung, dass die bayerische Staatsregierung eine Rechtsverordnung entsprechend § 10a BtMG erlässt, die es ermöglicht, Drogenkonsumräume einzurichten.

2017 folgte eine weitere Studie, durchgeführt von der mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe Nürnberg e.V. (mudra) in Kooperation mit Condrops e.V. In München, Nürnberg und Ingolstadt wurden 268 Drogenkonsument*innen nach ihren Konsumgewohnheiten und konsumierten Substanzen, zum allgemeinen Bedarf an einem Drogenkonsumraum, zum potenziellen Nutzungsverhalten, aber auch zu dessen Lage, Öffnungszeiten und ergänzenden Angeboten befragt. Auch in dieser Erhebung wurde deutlich, dass sich der weitaus größte Teil (88% sowohl in Nürnberg als auch in München/Ingolstadt) der Drogenkonsument*innen einen Drogenkonsumraum wünscht und diesen auch nutzen würde, 73 Prozent der befragten Nürnberger*innen und 62 Prozent der Münchner*innen sogar täglich (mudra, 2017, S. 11).

Am 25.09.2018 äußerte sich der Caritasverband der Erzdiözese München und Freising zur Drogenproblematik in München und unterstützte die Forderung der Münchner CSU nach Drogenkonsumräumen in der Stadt (Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V., 2018).

Politische Debatten

Die Politik reagierte in den letzten Jahren zunehmend unterstützend und nahm sich des Themas an. Anträge verschiedener Parteien auf

kommunaler, Bezirks- und Landesebene beförderten die politische Diskussion.

Die Mitglieder der Sozial- und Gesundheitsausschüsse der Stadt Nürnberg informierten sich in einer gemeinsamen Anhörung am 07.05.2010. Expert*innen aus verschiedenen Bundesländern berichteten über Erfahrungen aus der täglichen Praxis von Drogenkonsumräumen aus Sicht der Konsumraumbetreiber sowie der Strafverfolgungsbehörden. Daraufhin fassten die Ausschüsse in einer weiteren gemeinsamen Sitzung am 15.07.2010 den Beschluss, dass sich die Stadt Nürnberg für die Eröffnung eines Drogenkonsumraums in der Stadt einsetzen und die Bayerische Staatsregierung zum Erlass einer entsprechenden Rechtsverordnung auffordern soll (Ratsinformationssystem der Stadt Nürnberg, Gesundheitsausschuss der Stadt Nürnberg, Sitzung vom 15.07.2010, sowie Beschluss des Sozialausschusses der Stadt Nürnberg vom 15.07.2010). In weiteren Gesprächen mit Fachleuten aus Drogenhilfe, Medizin, Wissenschaft und Forschung, aber auch aus Polizei und Justiz, wie z. B. am Runden Tisch am 04.12.2015, war die Einrichtung eines Drogenkonsumraums immer wieder Thema.

Der Münchner Stadtrat und sein Gesundheitsausschuss befassten sich in den letzten Jahren ebenfalls mehrfach mit dem Thema Drogenkonsumraum in der Landeshauptstadt. Auch hier wurden Anträge von Stadtratsfraktionen auf Einrichtung eines Drogenkonsumraumes gestellt. In der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 21.10.2010 wurde das Thema diskutiert und beschlossen, dass sich die Stadt auf Bezirks- und Landesebene für den Erlass einer Rechtsverordnung einsetzt sowie den bayerischen Städtetag einbezieht, der in Fachausschüssen und der Vollversammlung den Antrag unterstützte (Ratsinformationssystem der Stadt München, Beschluss des Gesundheitsausschusses der Stadt München vom 21.10.2010 zu Antrag Nr. 08-14/A 01773 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/RL vom 05.08.2010).

Im Juni 2018 stellten zwei CSU-Stadträte den Antrag, im Rahmen eines dreijährigen Modellprojektes eine medizinische Ambulanz mit Möglichkeit zum individuellen Drogenkonsum in München einzurichten und dabei auch das Konsumverhalten der Nutzerinnen und Nutzer zu untersuchen. Die CSU-geführte Staatsregierung soll aufgefordert werden, eine entsprechende Rechtsverordnung zu erlassen (Ratsinformationssystem der Stadt München, 2018). Diesem Antrag wurde von der Vollversammlung des Stadtrates zugestimmt. Die psychiatrische Universitätsklinik der Ludwig-

Maximilian-Universität München, die auch eine Ambulanz für diamorphingestützte Behandlung unterhält, zeigt Interesse, eine solche Ambulanz zu betreiben. Da die Staatsregierung zum Erlass einer Rechtsverordnung bisher nicht bereit war und damit auch wesentliche Vorgaben nicht bekannt sind, wurde das Ambulanzkonzept bisher nicht weiter ausdifferenziert.

Augsburg als weitere bayerische Großstadt hatte das Thema in seinen kommunalen Gremien ebenfalls schon auf der Tagesordnung. Grundsätzlich steht man in Augsburg dem Vorhaben für einen Drogenkonsumraum eher positiv gegenüber, eine klare Aussage liegt jedoch bisher nicht vor. Zumindest hat Augsburg im Jahre 2018 eine Suchthilfeeinrichtung eröffnet, in der Alkoholkonsum erlaubt ist. Fachleute der Augsburger Sucht- und Drogenhilfe bewerten dies als einen ersten Schritt, dem gegebenenfalls weitere in Bezug auf den erlaubten Konsum illegalisierter Drogen folgen könnten.

Der Vorstand des Bayerischen Städtetages beauftragte den damaligen Vorsitzenden des Städtetages, den Oberbürgermeister der Stadt Nürnberg, das Anliegen, Drogenkonsumräume in Bayern zu ermöglichen, bei der Bayerischen Staatsregierung vorzubringen. Das Interesse des Bayerischen Städtetages verwundert nicht, denn insbesondere die Großstädte mit ihren Bürger*innen spüren die Negativfolgen bayerischer Drogenpolitik mit Drogenszenen insbesondere im öffentlichen Raum.

Auf Ebene der bayerischen Bezirke wurde das Thema Drogenkonsumräume auch über Jahre hin behandelt, in erster Linie in den Bezirkstagen von Mittelfranken, Oberbayern und Schwaben, in denen sich die drei größten bayerischen Städte Augsburg, München und Nürnberg befinden. Unterstützende Beschlüsse der Bezirkstage für Drogenkonsumräume wurden gefasst (Bezirk Mittelfranken, 2012). Der Bayerische Bezirkstag fasste nach einer fachpolitischen Debatte am 14.07.2015 den Beschluss, die Staatsregierung aufzufordern, endlich die notwendigen rechtlichen Voraussetzungen für Drogenkonsumräume in Bayern zu schaffen (Bayerischer Bezirkstag, 2016, S. 8). Dies ist umso bemerkenswerter, als dass der damalige Präsident des Bayerischen Bezirkstages, Josef Mederer, aus den Reihen der CSU kommt und mit Schreiben vom 15.03.2016 seinen Parteifreund, den damaligen Ministerpräsidenten Horst Seehofer, freundlich aber bestimmt darauf hinweist, dass die Staatsregierung in der Pflicht steht, endlich Konsumräume zu ermöglichen. Diese klare Position bestätigte Josef Mederer wiederholt im Rahmen fachpolitischer Debatten, z. B. auf einer Tagung von akzept e.V.

und Condrobs e.V. zum Thema Naloxon am 20.06.2017 in München.

Der Bayerische Landtag befasste sich aufgrund von Anträgen von Abgeordneten und Fraktionen mit dem Thema. Vor allem aus den Reihen der Grünen und der SPD wurde das Thema verfolgt, ein Fortschritt scheiterte aber regelmäßig an der unnachgiebigen Haltung der CSU-geführten Bayerischen Staatsregierung (vgl. Bayerischer Landtag, 2010). Auch in Zeiten einer Koalition der CSU mit der FDP fand die Forderung nach Erlass einer Rechtsverordnung kein Gehör, obwohl der Juniorpartner in der Staatsregierung in den Reihen seines Parteinachwuchses sowie in der Kommunalpolitik sachkundige und vehemente Befürworter*innen für eine liberale Drogenpolitik und auch für Drogenkonsumräume hatte. Die aktuelle Koalition in der Bayerischen Staatsregierung aus CSU und Freien Wählern sieht offensichtlich ebenfalls keinen Bedarf für den Erlass einer Rechtsverordnung und greift das Thema nicht auf.

Der Einfluss der Bundesregierung auf die Situation in Bayern ist gering bis gar nicht vorhanden. Nun war die Position der Drogenbeauftragten der Bundesregierung in den letzten Jahren mit Frau Marlene Mortler (CSU) besetzt, einer Politikerin aus bayerischen Landen. Sie bemühte sich allerdings um den Spagat zwischen einer drogenpolitischen Linie der Bundesregierung, die Drogenkonsumräume zulässt, und der eher repressiven Haltung ihrer Partei in ihrem Bundesland.

Weitere Aktionen

Am 14.07.2015 fuhren 18 Nürnberger Drogenkonsument*innen nach München, trafen dort mit Münchner User*innen zusammen und veranstalteten eine Art Mahnwache vor dem Maximilianeum, dem Sitz des Bayerischen Landtags. Im Vordergrund der Mahnwache stand die Forderung nach Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Bayern. Anlass für diese Aktion war die im Maximilianeum an diesem Tag stattfindende Fachdebatte zum Thema Drogenkonsumräume des Bayerischen Bezirkstages. Mit Plakaten und Transparenten proklamierten die Teilnehmer*innen ihre Rechte, basierend auf dem Artikel 1 Grundgesetz „Auch wir haben Würde und ein Recht auf Gesundheit!“ – eine auch in den Medien beachtete Aktion von betroffenen Menschen, die sich für ihre Rechte einsetzen.

Im Juli 2012 fand in der Nürnberger Innenstadt im öffentlichen Raum die Eröffnung eines Drogenkonsumraums statt. Virtuell und

als Kunstprojekt von Studierenden der Akademie für bildende Künste in Kooperation mit der mudra inszeniert, erregte diese Aktion viel Aufsehen.

Konzept für einen Drogenkonsumraum in Bayern eingereicht

Im Juli 2018 reichte die mudra ein Konzept einschließlich Personal- und Kostenplanung für den Betrieb eines Drogenkonsumraums in Nürnberg beim Bayerischen Gesundheitsministerium ein. Auch die Stadt Nürnberg und der Bezirk Mittelfranken erhielten das Konzept. Eine Antwort aus dem Ministerium steht nach wie vor aus.

Die wichtigsten Gründe für die ablehnende Haltung der Bayerischen Staatsregierung

Die Bayerische Staatsregierung beharrt auf ihrer eher repressiv und abstinenzorientierten Drogenpolitik – zuletzt manifestiert und immer noch aktuell in den Grundsätzen der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen aus dem Jahr 2007. Hier wird ausgeführt, dass „im Bereich der illegalen Suchtmittel (...) die Repression ihre zentrale Bedeutung bei der Suchtbekämpfung bei[behält], sowohl durch Maßnahmen von Politik, Polizei und Justiz zur Verminderung von Nachfrage und Angebot als auch durch konsequente Anwendung des Jugendschutzgesetzes. (...) Die bayerische Staatsregierung wendet sich konsequent gegen einen falsch verstandenen Liberalismus im Umgang mit Suchtmitteln, gegen die Aufweichung von rechtlichen Schutzwällen und Nachgiebigkeit gegenüber modischen, gesellschaftlichen Trends. Dies gilt beispielsweise (...) gegenüber vermeintlichen Hilfeangeboten für Betroffene, wenn diesen jeglicher Anreiz für einen eigenverantwortlichen suchtmittelfreien Lebensstil fehlt“ (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2007, S. 2 f.). Daneben wurden vom Freistaat Bayern in den oben zitierten Grundsätzen zehn übergeordnete und langfristige suchtpolitische Ziele festgelegt. Neben Zielen wie „keine Verharmlosung des Konsums illegaler Suchtmittel (Drogen)“ oder „Vorrang der Abstinenz als Therapieziel bei Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln (Drogen)“ ist hier formuliert, dass sich die bayerische Staatsregierung weiterhin zu Zielen wie „keine Pseudo-Überlebenshilfe“ oder „keine rechtsfreien Räume“ in Bayern bekennt und deshalb ein klares „Nein“

zu Drogenkonsumräumen vertritt (a.a.O., S. 4).

Keine Pseudo-„Überlebenshilfe“

Die Drogen- und Suchtpolitik der deutschen Bundesregierung steht auf den „Vier Säulen“:

1. Prävention,
2. Beratung, Behandlung, Rehabilitation,
3. Überlebenshilfe und Schadensreduzierung und
4. Repression und Angebotsreduzierung (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Drogen und Sucht, 2005, S. 5).

Drogenkonsumräume zielen durch das Bereitstellen von hygienischen Konsumbedingungen, ständiger (medizinischer) Überwachung der Konsumvorgänge, Versorgung in Notfällen und bei Überdosierungen (Stöver, 2002, S. 175) und der Vermittlung von Safer-Use-Strategien in erster Linie auf Überlebenshilfe, Gesundheitsförderung/-prophylaxe und Schadensminimierung bei Drogenkonsument*innen ab und knüpfen somit an die dritte Säule „Überlebenshilfe und Schadensreduzierung“ der deutschen Drogen- und Suchtpolitik an.

Der AK-Konsumraum der Deutschen Aidshilfe und akzept e.V. geht davon aus, dass der Freistaat Bayern auf die Nennung der dritten Säule „Schadensminderung und Überlebenshilfe“ verzichtet und seine Drogenpolitik einseitig auf Repression und Verfolgung ausrichtet (Deutsche Aidshilfe & akzept e.V., 2011, S. 12). Bayern konstatiert dagegen, dass hierdurch „die vielschichtigen präventiven Anstrengungen von Staat, Gesellschaft und Familie (...) ad absurdum geführt [werden], weshalb Bayern diesem Ansinnen auch künftig entgegen tritt“ (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2007, S. 4). Repression sei zur Eindämmung der Betäubungsmittelkriminalität unverzichtbar (a.a.O., S. 38). Ebenso deutlich äußerte sich die CSU in ihrem Grundsatzprogramm aus dem Jahr 2007, in dem sie auf den „politischen Dreiklang“ der Säulen Prävention, Repression und Hilfe, Beratung, Therapie, Nachsorge setzt, während Drogen geächtet werden müssten und ihre Verharmlosung nicht toleriert werden dürfe (CSU-Landesleitung, 2007, S. 111). Im aktuellen CSU-Grundsatzprogramm aus dem Jahr 2016 wird der Bereich der Drogen- und Suchtpolitik komplett ausgespart (CSU-Landesleitung, 2016).

Keine rechtsfreien Räume

In den Grundsätzen der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen steht, dass in Bayern keine rechtsfreien Räume geduldet würden und sich die Staatsregierung deshalb mit einem kompromisslosen Nein zu Drogenkonsumräumen positioniere, denn nur eine umfassende Repression sei auf Dauer glaubwürdig und gewährleiste Rechtssicherheit und Rechtsgleichheit für alle Bürgerinnen und Bürger (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2007, S. 4).

Legalitätsprinzip

Die strikte Ablehnung von Drogenkonsumräumen begründet die Bayerische Staatsregierung auch damit, dass ein erfolgreicher Betrieb von Drogenkonsumräumen nur durch einen Verzicht der Polizei auf Maßnahmen gegen Konsumraumbesucher*innen unter Missachtung des Legalitätsprinzips möglich sei (a.a.O., S. 38).

Unter dem Legalitätsprinzip versteht man die Verpflichtung der Staatsanwaltschaft (gemäß § 152 Abs. 2 Strafprozessordnung [StPO] i.v.m. § 160 Abs. 1 StPO) bzw. der Polizei (gemäß § 152 Abs. 2 StPO i.v.m. § 163 Abs. 1 S. 1 StPO), ein Ermittlungsverfahren einzuleiten bzw. selbstständig einzuschreiten, sofern der/die Beamte/Beamtin während der Ausübung des Dienstes Kenntnis vom Verdacht einer Straftat erlangt hat. Der Anfangsverdacht einer Straftat ist hierfür ausreichend (Graf, 2012, § 163 StPO, Rn. 4).

Verhinderung offener Drogenszenen

Ein weiteres Argument der Bayerischen Staatsregierung für die Ablehnung von Drogenkonsumräumen ist die Verhinderung offener Drogenszenen. So habe die staatliche Untätigkeit in Großstädten anderer Bundesländer nach Ansicht der Bayerischen Staatsregierung zu unerträglichen Zuständen geführt, woraufhin zur Lösung der dortigen Drogenprobleme Drogenkonsumräume eingerichtet worden seien, während in Bayern der öffentliche Konsum illegalisierter Drogen in offenen Drogenszenen vor allem durch polizeiliche Aktivitäten hätte verhindert werden können (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2007, S. 38 f.).

Sogwirkung auf Dealer und Jugendliche

Drogenkonsumräume übten auf Dealer eine Sogwirkung aus, die die Lebensqualität der Bevölkerung im Umfeld eines Konsumraumes zu Gunsten einer Minderheit ganz erheblich beeinträchtigte, so die Bayerische Staatsregierung. Ferner seien offene Drogenszenen für die Bevölkerung im Allgemeinen und für Familien im Speziellen ebenso wie für die betroffene Geschäftswelt unzumutbar (a.a.O., S. 38). Aus diesen Gründen behalte die Repression bei der Drogenbekämpfung in Bayern ihre zentrale Stellung, denn eine erfolgreiche Repression bedeute, dass auf allen Ebenen des Handels mit illegalen Suchtmitteln ebenso wie bei allen Akteuren des Geschehens eingegriffen werde und dass vor Ort entschieden gegen Kleinhandel und dealende Konsument*innen vorgegangen werde (a.a.O., S. 4). Hierdurch sei die Verfügbarkeit illegaler Suchtmittel eingeschränkt. Die Maßnahmen von Polizei und Justiz erschweren den Zugang zu Drogen, um insbesondere jungen Menschen keinen Kontakt mit illegalen Drogen und der Drogenszene zu ermöglichen (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Sucht und Abhängigkeit, 2007).

Fazit

Man muss eingestehen, dass die Bayerische Staatsregierung in den letzten Jahren die Bemühungen verstärkt hat, der Sucht- und Drogenproblematik im Lande entgegenzutreten. Maßnahmen im Bereich der Prävention wurden verstärkt, ein Modellversuch zum Einsatz von nasal zu applizierendem Naloxon bei Atemstillständen nach Opioidkonsum wurde gestartet, Bemühungen zur Verbesserung der Versorgung von Substituierten, auch in Justizvollzugsanstalten, fanden statt und anderes mehr. Dennoch gibt es dringenden Handlungsbedarf, denn Bayern gehört seit Jahren zu den Bundesländern in Deutschland, in denen die Problematik ausufernd und ansteigt. Die Zahl der Drogentoten im Freistaat ist enorm, die üblichen Schwankungen berücksichtigend, zählen die bayerischen Städte bundesweit mit die höchsten Belastungsziffern in Bezug auf Drogentote je 100 000 Einwohner*innen, zeitweise sogar als absolute Spitzenreiter in Deutschland. Im Jahr 2019 steigen die Zahlen der drogenbedingten Todesfälle verglichen mit dem Vorjahr. In Nürnberg fällt auf, dass von 20 Drogentoten mit Stand 22.09.2019 (Vergleichszeitraum Vorjahr: 10) elf im öffentlichen Raum verstorben sind bzw. aufgefunden wurden. München zählte zum Stichtag 06.09.2019 schon 29 Drogentote

(Vergleichszeitraum Vorjahr: 17). Offene Szenen gibt es in allen größeren bayerischen Städten, in schöner Regelmäßigkeit durch Polizeieinsätze durcheinandergewirbelt, letztendlich aber nur verdrängt und ohne nachhaltigen Effekt auf Auflösung.

Die Hoffnung einiger Idealisten aus der Drogenhilfe damals in den 1990er Jahren, dass sich Bayern für eine pragmatische, humane und zum Nutzen aller Beteiligten ausgerichteten Drogenpolitik öffnet, hat sich über die Jahre hin nur in geringem Umfang erfüllt. Ja, es gibt eine Substitutionsbehandlung, ein diarmorphingestütztes Angebot, wenn auch nur ein einziges in der Landeshauptstadt. Es gibt Spritzenautomaten und anderes mehr, alles in den 1990ern noch undenkbar für Bayern, aber über den Schatten zu springen und auch Drogenkonsumräume zuzulassen, das schaffte die Bayerische Staatsregierung bisher nicht, ungeachtet der empirisch belegten praktischen Erfahrungen anderer Bundesländer und wissenschaftlicher Studien zum Nutzen, aber auch zu Risiken und möglichen Negativeffekten von Drogenkonsumräumen ebenso wie strafrechtlichen Gutachten. Stattdessen werden weiterhin Horrorszenarien in der Folge eines solchen Angebots entwickelt, Katastrophengemälde gezeichnet, fernab jeglicher Realität. So ist beispielsweise das seitens der Bayerischen Staatsregierung oft verwendete Argument der Abkehr vom Legalitätsprinzip ein schwaches Argument, wie Dr. Körner, ehemaliger Oberstaatsanwalt bei der Staatsanwaltschaft Frankfurt am Main, in seinem strafrechtlichen Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen bereits 1993 feststellte, denn grundsätzlich müssten die Strafverfolgungsbehörden selbstverständlich jeglichem Tatverdacht nachgehen. Laut Körner sei es jedoch auch möglich, dort nicht nach Verdachtsmomenten zu suchen, wo Strafverfolgung nicht im öffentlichen Interesse liege, das Verschulden gering sei und der Gesetzgeber ein Absehen von Strafverfolgung vorgesehen habe (Körner, 1993, S. 16). Demnach gibt es verschiedene Handlungsspielräume, die man nutzen könnte, sofern eine Bereitschaft dazu bestünde, wie der Umgang anderer Bundesländer mit Drogenkonsumräumen belegt. Dort haben die Akteure bereits vor mehr als 30 Jahren erkannt, dass alternative Unterstützungsmöglichkeiten gefunden werden müssen und der Weg einer repressiv-prohibitionistischen Drogenpolitik als gescheitert angesehen werden muss (Schmidt-Semisch, 1990, S. 163, zit. in Wierling, 2002, S. 29). Nur so konnten viele niedrigschwellige und akzeptanzorientierte Angebote, orientiert an den Bedürfnissen der Betroffenen, wie die Substitutionsbehandlung,

die Spritzenvergabe, aber auch Drogenkonsumräume, geschaffen werden, die wiederum durchaus zu einer Verringerung der Morbidität und Mortalität von Drogenkonsument*innen sorgen (Ebert & Sturm, 2009, S. 56).

Dass die aktuellen Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen aus dem Jahre 2007 datieren, spricht für sich. Interesse an einer wirkungsvollen und effektiven Drogenpolitik sieht anders aus.

Doch die Hoffnung stirbt zuletzt. Die Zahl der Befürworter*innen und Unterstützer*innen für Drogenkonsumräume in Bayern aus Fachwelt und Politik nimmt zu. Im zuständigen Bayerischen Gesundheitsministerium wurde in der verantwortlichen Position ein personeller Wechsel vollzogen, die politischen Mehrheitsverhältnisse im Landtag könnten sich bei der nächsten Wahl weiter verschieben. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

Literatur

- Bayerischer Bezirkstag (2016). *Bezirkstag.info, Ausgabe 1/2016*. Online verfügbar unter https://www.bay-bezirke.de/data/pdf/_bezirkstag.info_1_2016.pdf – zuletzt geprüft am 05.09.2019.
- Bayerischer Landtag (2010). *16. Wahlperiode, Antrag Drs. 16/4995*. Online verfügbar unter <https://www.bayern.landtag.de/webangebot2/webangebot/vorgangsanzeige;jsessionid=3AC31A3B139244C02A2CE8259E043377?execution=e1s1> – zuletzt geprüft am 05.09.2019.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Sucht und Abhängigkeit (2007). *Vorbeugen, schützen, helfen*. Online verfügbar unter <https://www.stmgp.bayern.de/vorsorge/sucht/> – zuletzt geprüft am 29.09.2010.
- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz. *Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen*. Beschluss der Bayerischen Staatsregierung vom 12. Juni 2007.
- Bezirk Mittelfranken (2012). *Resolution Drogenkonsumräume 2012*. Online verfügbar unter https://www.gew-ansbach.de/data/2012/02/Fraktion_suebergreifende_Resolution_Drogenkonsumraeume_Antrag.pdf – zuletzt geprüft am 17.09.2019.
- Böllinger, L. & Stöver, H. (Hrsg.) (2002). *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Drogen und Sucht (2005). *Ein Plan in Aktion*. Online verfügbar unter https://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/nr14/bmgsa600.pdf

- Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V. (2018). *Pressemitteilung „Wir brauchen Drogenkonsumräume!“* 25.09.2018. Online verfügbar unter <https://www.caritas-nah-am-naechsten.de/news-detail/5742/--wir-brauchen-drogenkonsumraeume> – zuletzt geprüft am 18.09.2019.
- CSU-Landesleitung (2007). *Chancen für alle! In Freiheit und Verantwortung gemeinsam Zukunft gestalten*. Grundsatzprogramm vom 29.09.2007.
- CSU-Landesleitung (2016). *Die Ordnung – Das Grundsatzprogramm der Christlich-Sozialen Union*.
- Deutsche Aidshilfe & akzept e.V. (2011). *Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraums*. Online verfügbar unter <https://www.drogenkonsumraum.net/standorte> – zuletzt geprüft am 02.09.2019.
- Ebert, K. & Sturm, S. (2009). „Alte Hasen – neue Hilfen“ – Was muss die Drogenhilfe für alternde Konsumenten tun? In W. Schneider & R. Gerlach (Hrsg.), *Drogenhilfe und Drogenpolitik – Kritische Gegenwartsdiagnosen* (S. 55-74). Berlin: VWB.
- EMCDDA (2018). *Drogenperspektiven, Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten*, 07.06.2018. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Online verfügbar unter http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/Drug%20consumption%20rooms_POD2017_DE.pdf
- Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt am Main (2010). *Der Generalstaatsanwalt – Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität (ZfB). Schreiben an die Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg, Rechtliche Situation der Drogenkonsumräume, Geschäftszeichen 406/5 E 1/10*, 08.04.2010.
- Graf, J. (2012). *Strafprozessordnung. Mit Gerichtsverfassungsgesetz und Nebengesetzen. Kommentar* (2. Aufl.). München: C.H. Beck.
- Körner, H. H. (1993). *Strafrechtliches Gutachten zur Zulässigkeit von Gesundheitsräumen für den hygienischen und streßfreien Konsum von Opiatabhängigen*.
- mudra (2017). *Drogenkonsumraum aus Sicht der NutzerInnen. KonsumentInnenbefragung in Nürnberg und München 2017*. mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe Nürnberg e.V. Online verfügbar unter <https://www.mudra-online.de/downloads.html> – zuletzt geprüft am 29.09.2019.
- Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern e.V. (2010). *Sozialpolitische Positionen, Diskussionspapier zur Einführung von Drogenkonsumräumen in Bayern*. Online verfügbar unter https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/DPW%20Bayern_Positionspapier_DKR%202010.pdf
- Ratsinformationssystem der Stadt Nürnberg. *Gesundheitsausschuss der Stadt Nürnberg. Sitzung vom 15.07.2010*. Online verfügbar unter https://online-service2.nuernberg.de/buergerinfo/si0056.asp?__ksinr=12208 – zuletzt geprüft am 17.09.2019.
- Ratsinformationssystem der Stadt München. *Beschluss des Gesundheitsausschusses der Stadt München vom 21.10.2010 zu Antrag Nr. 08-14/A 01773 der Stadtratsfraktion DIE GRÜNEN/RL vom 05.08.2010*. Online verfügbar unter <https://www.muenchen-transparent.de/dokumente/2124752> – zuletzt geprüft am 17.09.2019.
- Ratsinformationssystem der Stadt München (2018). *CSU-Fraktion im Münchner Stadtrat, Antrag Nr. 14-20/A 04136 von Herrn StR Prof. Dr. Theiss, Herrn StR Manuel Pretzl, „Drogenkonsumraum in München als Modellprojekt“ vom 01.06.2018 zur Vollversammlung des Münchner Stadtrates am 04.10.2018*. Online verfügbar unter <https://www.muenchen-transparent.de/dokumente/5086146> – zuletzt geprüft am 17.09.2019.
- Südwestrundfunk (2019). *Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen*. Online verfügbar unter <https://www.swr.de/swraktuell/badenwuerttemberg/karlsruhe/Drogenkonsumraum-kann-kommen-Landesverordnung-ermoglicht-sogenannte-Fixerstube-in-Karlsruhe,drogenkonsumraum-karlsruhe-100.html> – zuletzt geprüft am 03.09.2019
- Wierling, M. (2002). *Fixerstuben, Druckräume, Konsumräume – Brennpunkte akzeptanzorientierter Drogenarbeit*. Münster: INDRO e.V.



Bertram Wehner

Diplom-Sozialpädagoge (FH),
Sozialbetriebswirt, Organisationsberater, bis
2019 Geschäftsführer der mudra-Drogenhilfe
Nürnberg, Lehrbeauftragter an der
Evangelischen Hochschule Nürnberg
und an der Technischen Hochschule
Georg Simon Ohm Nürnberg.
wehner.bertram@web.de

Melanie Hofmann

Diplom-Sozialjuristin (FH),
Fachberatung Behindertenhilfe, Psychiatrie,
Sucht beim Paritätischen Wohlfahrtsverband,
Landesverband Bayern, Bezirksverband
Mittelfranken, Vorstand der Psychosozialen
Arbeitsgemeinschaft Nürnberg e.V.
melanie.hofmann@paritaet-bayern.de



Bonn



Bonn





Frankfurt am Main



Sala Baluard, Barcelona



Sala Baluard, Barcelona

Ist Naloxon die Lösung zur Vermeidung von Drogenkonsumräumen?

Kerstin Dettmer

Der Titel mag irritieren, provozieren oder einfach nur völlig abwegig erscheinen – aber wie oft in der Drogenpolitik gibt es eben diese Realitäten, die genau das sind: irritierend, provozierend oder einfach nur völlig abwegig.

Drogenkonsumräume

Drogenkonsumräume sind ein wichtiger Baustein der niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Drogenhilfe. Sie bieten eine ganze Palette von Angeboten, die Risiken des Konsums illegalisierter Substanzen zu verringern und damit ein möglichst gesundes Leben bzw. Überleben zu ermöglichen. Das Überleben der drogenkonsumierenden Menschen zu sichern, ist sicherlich das vorrangigste Ziel von Drogenkonsumräumen, aber sie dienen eben auch der Reduzierung des Infektionsrisikos beim Drogenkonsum, der Vermittlung von Safer Use-Techniken, der medizinischen Beratung und (Wund-)Versorgung, der bedarfsorientierten Hilfe durch Sozialarbeiter*innen etc... Politisch sind Drogenkonsumräume oftmals erst umsetzbar, wenn der Druck durch Drogenkonsum im öffentlichen Raum steigt und übliche ordnungspolitische Maßnahmen nicht den erhofften Erfolg bringen oder die Zahl derer steigt, die durch den Konsum illegalisierter Substanzen versterben.

Damit Politik die Implementierung von Drogenkonsumräumen ermöglicht, also in Deutschland eine entsprechende Rechtsverordnung auf Länderebene erlässt und notwendige Gelder zur Verfügung stellt, müssen, wie sich in der Vergangenheit immer wieder zeigte, aber nicht nur obengenannten Probleme auftreten. Es muss schlichtweg der politische Wille vorhanden sein!

Kann nun Politik, trotz vorhandener Drogenproblematik und fachlicher Sinnhaftigkeit, sich nicht für die Implementierung von Drogenkonsumräumen entscheiden, werden ggf. andere Möglichkeiten gesucht, um unerwünschte Folgen des Drogenkonsums zu redu-

zieren. Eine hohe Anzahl an Drogentoten übt hierbei sicherlich einen ganz besonderen moralischen Handlungsdruck auf politische Entscheidungsträger aus.

Naloxon

Die Verschreibung von Naloxon (= Opioidantagonist, der in kürzester Zeit opioidbedingte Überdosierungen aufheben kann) an opioidgebrauchende Menschen im Rahmen von Drogennotfalltrainings, hat in Deutschland bereits eine gewisse Tradition. Schon 1998 wurden bei *Fixpunkt e.V.* in Berlin erste Drogennotfalltrainings mit Naloxonverschreibung im Rahmen eines Modellprojekts durchgeführt. Nach Beendigung des Modellprojekts, das international eine gewisse Aufmerksamkeit erhielt, passierte in Deutschland bzgl. der Drogennotfallprävention durch Verschreibung von Naloxon jahrelang nichts Neues: nur in Berlin wurde auf niedrigem Niveau bei *Fixpunkt e.V.* die Naloxonverschreibung fortgeführt.

International tat sich hingegen einiges: es entstanden diverse Projekte, die nun „Naloxon-Take-Home“-Projekte genannt wurden. Aber erfreulicherweise geschah dann schließlich doch noch etwas in Deutschland: in den letzten Jahren wurden in verschiedenen Städten entsprechende Angebote implementiert – auch hier ist die steigende Zahl von Drogentoten meist ein wesentlicher Faktor für die Entstehung neuer Projekte. Fast immer waren es engagierte Träger der Drogenhilfe, die oftmals gegen politische Widerstände oder auch Bedenkenträger*innen aus der Drogenhilfe selbst ein solches Angebot ermöglichten. Durch die Verfügbarkeit und Verschreibungsfähigkeit von Naloxon-Nasenspray seit Herbst 2018 hat die Akzeptanz bei Politik und Fachöffentlichkeit dann nochmal einen deutlichen Schub erhalten.

Es drängt sich allerdings beim Thema „Naloxonverschreibung an opioidgebrauchende Drogengebraucher*innen“ schon die Frage

auf, warum Ärzt*innen, die im suchtmmedizinischen Bereich tätig sind, immer noch sehr zurückhaltend agieren und Naloxon selten ihren Patient*innen verschreiben.

Mit dem Naloxon-Nasenspray steht jetzt ein verschreibungsfähiges Notfallmedikament zur Verfügung, das explizit auch für die Laienanwendung zugelassen wurde. Es ist doch eigentlich ein medizinischer Standard, dass gefährdeten Menschen ein für sie lebensrettendes Notfallmedikament verschrieben wird – warum gilt dieser Standard nicht selbstverständlich auch bzgl. der Naloxonverschreibung? Die Verfügbarkeit von Naloxon wäre dann wenigstens für krankenversicherte Drogengebraucher*innen, die eine Arztpraxis aufsuchen (können), völlig unabhängig von drogenpolitischen Gegebenheiten gesichert. Drogennotfalltrainings, wie sie in den meisten Naloxon-Take-Home-Projekten angeboten werden, sind sicherlich sinnvolle Maßnahmen – Voraussetzung für die Verschreibung von Naloxon sind sie nicht. Naloxon verschreibende Ärzt*innen müssen lediglich, wie bei allen anderen Verschreibungen auch, ihrer Aufklärungspflicht Genüge tun.

Überdosierungen

Überdosierungen gehören zum Lebensalltag von Menschen, die illegalisierte Drogen konsumieren: die richtige Dosierung zu finden ist immer wieder eine heikle Angelegenheit. Am Beispiel intravenös konsumierten Heroins zeigt sich deutlich, welche Faktoren u. a. eine letale Überdosis begünstigen können:

Der Wirkstoffgehalt des Schwarzmarktheroins schwankt erheblich. Auch der Toleranzzustand der Konsumierenden unterliegt Schwankungen, wenn nicht täglich die gewohnte Menge konsumiert wird/werden kann. Ebenso die aktuelle physische und psychische Verfassung können Einfluss auf den Toleranzzustand haben, und schließlich erhöht Misch- bzw. Beikonsum das Risiko, die Kontrolle über den Drogenkonsum zu verlieren.

Eine klassische Heroinüberdosierung führt zur Bewusstlosigkeit, eine Atemdepression setzt ein, die zu einem Atemstillstand führen kann. In dieser Situation können Erste Hilfe-Maßnahmen fast immer lebensrettend eingesetzt werden – vorausgesetzt ein potenzieller Ersthelfer ist anwesend und verfügt über das notwendige Knowhow, eine effektive Notfallkette in Gang zu setzen: Notruf absetzen und Erste Hilfe-Maßnahmen beginnen. Im Idealfall verfügt der Ersthelfer auch noch über Naloxon und weiß, wie dieses anzuwenden ist.

Drogentote

Das Beklagen der Drogentoten, die durch den Konsum illegalisierter Substanzen verstorben sind, ist ein Ritual, das sich jedes Jahr leider aufs Neue wiederholt, als handele es sich um eine unabwendbare Tragödie. Dabei gibt es effektive Maßnahmen, Überdosierungen oder wenigstens deren letalen Ausgang zu verhindern.

Neben einer regulierten Abgabe bzw. einer geregelten Legalisierung, die sicherlich die weitreichendsten positiven Auswirkungen für das Leben und Überleben der drogenkonsumierenden Menschen hätte, können u. a. Originalstoffvergabe/Substitution, die Implementierung von Drogenkonsumräumen und die Vergabe von Naloxon an opioidgebrauchende Menschen und potenzielle Ersthelfer*innen Leben retten.

Um die Anzahl der Drogentoten zu verringern, gibt es nicht nur diverse effektive Maßnahmen, es bedarf auch meistens mehrerer Maßnahmen, um dieses Ziel zu erreichen, da die Ursachen/Rahmenbedingungen für tödliche Überdosierungen sehr unterschiedlich sind.

Naloxon statt Drogenkonsumräume?

Naloxon-Take-Home-Programme und Drogenkonsumräume sind schadensmindernde Maßnahmen die, je nach politischen Gegebenheiten, mitunter nur nach „zähem Ringen“ oder gar nicht durchsetzbar sind.

Beide Maßnahmen können jedoch einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Zahl der Drogentoten zu reduzieren, und ergänzen sich aufgrund ihrer sehr unterschiedlichen Ansätze vortrefflich.

Während die Naloxonvergabe die Befähigung zur Selbsthilfe in den Mittelpunkt stellt, weit in den privaten Bereich von drogengebrauchenden Menschen hineinwirkt, allerdings nur bei einer opioidbedingten Überdosis Wirkung zeigen kann, sind Drogenkonsumräume, je nach konzeptioneller Ausrichtung, viel breiter aufgestellt (s. o.). Überleben zu sichern ist eine der Kernaufgaben von Drogenkonsumräumen und es werden Überdosierungen in der Einrichtung und ggf. auch im unmittelbaren Umfeld fachgerecht versorgt. Meistens handelt es sich um Überdosierungen, an denen Opiode maßgeblich beteiligt sind, lebensbedrohliche Komplikationen nach Konsum anderer Drogen nehmen aktuell jedoch zu. Dafür Strategien zu entwickeln, die ein Überleben auch außerhalb

der Drogenkonsumräume ermöglichen (analog den Naloxon-Take-Home-Projekten), wäre ein weitere wichtige Maßnahme.

Das Fazit kann also nur lauten:

Naloxon ist *keine* Lösung zur Vermeidung von Drogenkonsumräumen.



Kerstin Dettmer

Ärztin in Berlin

20 Jahre in der akzeptierenden Drogenarbeit tätig. Verantwortlich für Drogenkonsumräume, Drogennotfalltrainings und Naloxonverschreibungen, Test- und Impfprojekte. Aktuell tätig im HIV/STI-Bereich im Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung. Außerdem Trainerin u. a. für die Deutsche Aidshilfe.

kerstin.dettmer@gmx.de

Formen der Kooperation zwischen Polizei und Drogenhilfe

Heino Stöver & Maike Sinead O'Reilly

Drogenkonsumräume (DKR) leisten einen wesentlichen Beitrag zur Schadensminimierung und Überlebenssicherung von i.v. oder inhalativ Drogenkonsumierenden. DKR definieren sich als sekundärpräventive Einrichtungen, in denen illegalisierte Substanzen, in geschütztem Rahmen und unter hygienischen Bedingungen, durch Überwachung von geschultem Personal appliziert werden können. DKR verfolgen eine psycho-soziale und gesundheitspräventive Zielsetzung und fungieren als Vermittlungsinstanz zu einem breiten Leistungsspektrum an Hilfeangeboten und praktischen Überlebenshilfen: Spritzentausch, Kontaktcafés, psycho-soziale Beratung, Notschlafstelle. Zudem sind DKR in den vergangenen 25 Jahren zu einem der wichtigsten stadtpolitischen Instrumentarien zur „Sozialverträglichen Regulierung“ (Renn, 1999, S. 75) öffentlicher Drogenszenen avanciert. Der dahinterliegende Gedanke basiert auf der Idee, offene Drogenszenen nicht ausschließlich durch hohen polizeilichen Repressionsdruck zu bekämpfen – eine Strategie, die in der Vergangenheit vielmehr zur Verlagerung der Szenen (Beispiel „Junkie-Jogging“ in Frankfurt am Main), zur Verschärfung der Verelendung, kurz, zur Eskalation führte –, sondern durch die Bereitstellung passgenauer, sozialarbeiterischer Angebote das Auftreten offener Drogenszenen in akzeptable bzw. akzeptablere Bahnen zu lenken: Drogenkonsum nicht auf der Straße, sondern im Drogenkonsumraum, Aufenthalt nicht an Szenentreffpunkten, sondern im Kontaktcafé o. ä.

In Deutschland regelt der § 10 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) „Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen“ formaljuristisch das Erbringungsverhältnis von Drogenkonsumräumen als Angebot der akzeptierenden Drogenarbeit. Neben Vorgaben zur personellen und räumlichen Voraussetzung insistiert § 10 BtMG auf eine Kooperation zwischen Polizei und Betreibern von DKR. Alle bislang in Deutschland verabschiedeten Rechtsverordnungen – die sich, abgesehen von der Zulassung des Zutritts für Menschen in Substitutions-

behandlungen, in den meisten Punkten nicht grundlegend voneinander unterscheiden – schreiben, davon ausgehend, die bindende Verpflichtung zur Zusammenarbeit zwischen Trägern und Polizei fest. Ziel ist die Verhinderung und Aufklärung von Straftaten und Ordnungswidrigkeiten in und im Umkreis von Drogenkonsumräumen, allen voran Drogenhandel bzw. -weitergabe sowie öffentlicher Drogenkonsum, jedoch auch nicht-strafrechtlich relevante Verhaltensweisen, wie Belagerung von Gehwegen etc. In der Hessischen Rechtsverordnung aus dem Jahr 2001 heißt es beispielsweise unter „§ 8 Verhinderung von Straftaten im Umfeld der Einrichtung“:

„Die Träger von Drogenkonsumräumen haben mit den zuständigen Gesundheits-, Ordnungs- und Strafverfolgungsbehörden Grundzüge ihrer Zusammenarbeit verbindlich festzulegen. Einrichtungsbedingte Auswirkungen auf das unmittelbare räumliche Umfeld sind zu dokumentieren. Die Träger haben – insbesondere mit den zuständigen Polizeidienststellen – regelmäßig Kontakt zu halten mit dem Ziel, frühzeitig Störungen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung im unmittelbaren Umfeld des Drogenkonsumraums zu verhindern“ (GVBl. I, 2001, S. 387).

Wie diese Kooperation zwischen Polizei und Drogenhilfe praktisch umgesetzt werden soll, bleibt jedoch offen, ebenso wie die Frage, auf welcher Arbeitsgrundlage bindende Absprachen getroffen werden, welche Form diese annehmen sollen. In der vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Evaluationsstudie aus dem Jahr 2000 (Poschadel et al., 2002), die alle 24 DRK in Deutschland im Hinblick auf die Einhaltung gesetzlicher Mindeststandards untersucht hat, bestätigen die befragten Einrichtungen die gute Zusammenarbeit (a.a.O., S. 139), insbesondere in Form von lokalen Ordnungs-/Sicherheitspartnerschaften, ohne jedoch die Struktur und die Konstitution dieser näher zu beleuchten.

Von diesem Desiderat ausgehend untersucht dieser Artikel exemplarisch den Aufbau von Kooperationsbeziehungen zwischen städtischen Sicherheitsbehörden und der Drogenhilfe am Beispiel von DKR. Es wird untersucht, in welcher Form handlungsleitende Absprachen zwischen Polizei und Trägern von DKR in unterschiedlichen deutschen Städten vorliegen, wie sich diese auf den Arbeitsalltag und die Problembewältigungsstrategien in DKR auswirken und welche Empfehlungen für eine Verbesserung der aktuellen Praxis ausgesprochen werden können.

Methoden

In vier deutschen Städten (Frankfurt am Main, Münster, Essen, Dortmund) und in einer Schweizer Stadt (Bern) wurden telefonisch leitfadengestützte Experteninterviews mit MitarbeiterInnen von Drogenkonsumräumen und Vertretern der Polizei durchgeführt. Im Anschluss an die Gespräche wurden Ergebnisprotokolle angefertigt, die als Grundlage der Auswertung dienen. Der Leitfaden beinhaltete Fragen zur Implementierungsgeschichte von Drogenkonsumräumen in der jeweiligen Stadt, zu konzeptionellen Ausgestaltung des Angebotes (Öffnungszeiten, Standort) sowie zur Zusammenarbeit mit der Polizei im täglichen Arbeitsalltag und in Konfliktfällen.

Ergebnisse

In allen untersuchten Städten wird die Zusammenarbeit mit der Polizei als grundsätzlich gut beschrieben. So wurden für die vergangenen Jahre in der täglichen Arbeit in keiner der Städte schwerwiegende Konflikte zwischen MitarbeiterInnen von Drogenkonsumräumen und Polizei beschrieben. In vereinzelt Konfliktfällen sowie für die Koordinierung täglicher Aufgaben wurde wiederholt auf den „kurzen Dienstweg“ zwischen Einrichtungsleitung und Vertretern der Polizei verwiesen. Absprachen erfolgen meist in mündlicher Form zwischen präferierten Gesprächspartnern. Im mehreren Städten wurde daher die geringe Fluktuation der Leitung in den zuständigen Polizeidienststellen als Erfolgsgrund für die gute Zusammenarbeit unterstrichen. Personelle Wechsel auf der polizeilichen Leitungsebene wurden hingegen als Risiko für die Zusammenarbeit eingeschätzt.

Ordnungspartnerschaften

In allen untersuchten Städten existieren themenspezifische Ordnungspartnerschaften – als Runder Tisch, Montagsrunde o. ä. bezeichnet – welche Problem- und Beschwerdelagen, die an der Schnittstelle von DKR und Offenen Drogenszenen auftauchen, bearbeiten. Die InterviewpartnerInnen verweisen auf diese Gremien als zentrale Instanz der Zusammenarbeit. Ordnungspartnerschaften tauchen im deutschen Kontext verstärkt seit Mitte der 1990er Jahren, als Instrumentarium des Politikfeldes „Städtische Sicherheit“ auf. Ordnungspartnerschaften definieren sich als Netzwerke, in denen „die Polizei mit staatlichen und kommunalen Behörden, Institutionen, Verbänden und Einrichtungen aus Wirtschaft und Gesellschaft sowie Bürgerinnen und Bürgern zusammenarbeitet, um die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung gemeinschaftlich sicherzustellen“ (Schümchen, 2006, S. 207). Charakteristisch für das Selbstverständnis ist ein erweiterter Sicherheitsbegriff, der nicht ausschließlich strafrechtlich definierte Formen der Kriminalität behandelt, sondern durch die Einbindung der Stadtbevölkerung versucht das subjektive Sicherheitsempfinden in der Bevölkerung zu erhöhen.

Die beschriebenen Ordnungspartnerschaften zeichnen sich durch einen regelmäßigen Turnus – von monatlich über quartalsweise bis jährlich, durch eine (teilweise) verpflichtende Teilnahme und durch ihre fachübergreifende, interdisziplinäre Zusammensetzung aus. In Dortmund trifft sich quartalsweise ein runder Tisch, bestehend aus den Vertretern des DKR und der Drogenhilfe, der Staatsanwaltschaft, der Polizei, der städtischen Sucht- und Psychiatriekoordination und des psychiatrischen Dienstes (Gesundheitsamt Dortmund). In Frankfurt am Main tagt unter dem Vorsitz der Gesundheitsdezernentin die sogenannte Montagsrunde.

Die Ordnungs-/Sicherheitspartnerschaften etablieren sich als Orte der institutionalisierten Kooperation und ermöglichen den Austausch und die Zusammenarbeit über die eigenen Zuständigkeitsbereiche hinaus. Aufgrund der geringen demokratischen Legitimität von Ordnungspartnerschaften sind diese als Beratungsgremien konzipiert, die keine bindenden Entscheidungen bezüglich der städtischen Drogenpolitiken treffen können. So beraten Ordnungspartnerschaften beispielsweise bei der Ausarbeitung der jeweiligen Hausordnung, weisen auf Schwachstellen der Angebote und mögliche Besserungsbedarfe, wie vermehrter Einsatz von StreetworkerInnen o. ä., hin.

Entscheidungen zur Kontrollintensität oder zur Anwesenheit der Polizei im Umkreis von Drogenkonsumräumen treffen Ordnungspartnerschaften jedoch nicht. Der dort erarbeitete Konsens bleibt daher fragil, häufig in der Stadtgesellschaft latent umstritten und ist von der politischen Konjunktur abhängig.

Schriftliche Absprachen

Mehrere GesprächspartnerInnen verwiesen im Rahmen der Interviews auf die Existenz schriftlicher Absprachen, diese erschienen jedoch in der beruflichen Praxis als nicht relevant. Ein Gesprächspartner konnte beispielsweise den Inhalt des bestehenden Kooperationsvertrages nicht benennen, ein anderer verwies mit den Worten „das ist irgendwann mal festgehalten worden“ auf deren Oberflächlichkeit und den vagen Charakter der Vereinbarungen. Bezeichnend war ebenfalls, dass mehrere Gesprächspartner von der Existenz schriftlicher Absprachen in Form von Protokollnotizen wussten, jedoch weder sagen konnten, wo diese einzusehen seien, noch deren Inhalt benennen konnten. Formalisierte und bindende Vereinbarungen sind zudem von einer geringen Öffentlichkeitswirkung, da die involvierten Polizeidienststellen häufig von einer Veröffentlichung absehen, um Konflikte mit hierarchisch höheren Ebenen (z. B. PolizeipäsidentIn) zu vermeiden. Dadurch kommt es zu der Situation, dass Absprachen zwar existieren, jedoch unter der Hand gehalten werden und deren Umsetzungen so ggf. behindert werden. MitarbeiterInnen in DKR wissen in den seltensten Fällen über den Inhalt ihrer Arbeitsgrundlagen Bescheid, obwohl gerade diese Berufsgruppe im direkten Kontakt mit den ausführenden PolizeibeamtInnen steht.

Grundsätzlich kann daher festgehalten werden, dass zu diesem Zeitpunkt in Deutschland keine bindende, verschriftlichte Arbeitsgrundlage für die Zusammenarbeit zwischen Trägern von Drogenkonsumräumen und Polizei existieren.

Beispiel guter Praxis

Im April 2019 schließen das Polizeikommando „Krokus“ und die Anlaufstelle „CONTACT“ (Drogenkonsumraum) in Bern/Schweiz eine Vereinbarung über „Grundsätzliche Verhaltensregeln“. Ziel der Vereinbarung ist es, die Zusammenarbeit zu formalisieren und somit zu einer Verbesserung der Kooperation beizutragen. Die Vereinbarung enthält:

- Regelmäßige Treffen auf Leitungs- und Teamebene,
- Einhaltung des Arztgeheimnisses,
- Sanktionierung des Drogenverkaufs innerhalb der Einrichtung durch die Hausordnung (mit Hausverbot).
- Die Polizei beschränkte ihre Aufenthaltszeiten im Vorhof der Einrichtung auf das Minimum, insbesondere vor Öffnungs- und Schließzeiten.
- Der Kontakt zwischen Polizei und Drogenhelfemitarbeiter*innen findet ausschließlich auf dem Trottoir statt, mit Ausnahme von Notfällen.
- Die Ansprache von der Polizei gesuchter Personen im DKR findet durch DrogenhelfemitarbeiterInnen statt – nur im Notfall werden diese durch die Polizei begleitet.
- Im Notfall, d. h. im Fall eines Angriffs auf MitarbeiterInnen, erfolgt ein Alarm an die Polizei. Nach dem polizeilichen Einsatz findet eine Analyse der Situation statt.

Die genannte Vereinbarung stellt einen ersten, aber wichtigen Versuch dar, die gegensätzlichen Aufgabenbereiche beider Systeme anzuerkennen und eine Kommunikation und Kooperation beider Instanzen detailliert festzulegen. Die Vereinbarung ist im europäischen Raum einzigartig und könnte als Vorbild für schriftlich fixierte Vereinbarungen auch in anderen Ländern dienen.

Diskussion

In offenen Drogenszenen arbeiten Polizisten und SozialarbeiterInnen in räumlicher und sozialer Nähe, mit deckungsgleichen AdressatInnengruppen, meist jedoch ohne im professionellen Handeln aufeinander Bezug zu nehmen. Begründet liegt diese Distanz in den unterschiedlichen professionellen Selbstverständnissen, Zielvorgaben, Arbeitsprinzipien und Interventionsformen der involvierten Berufsgruppen (SozialarbeiterInnen und PolizistInnen) sowie in divergierenden Sichtweisen auf Entstehung und Bearbeitung sozialer Probleme, in gegenseitigen Vorurteilen und Berührungängsten (vgl. Fabian, 2003). Seit den 1990er Jahren lässt jedoch sich ein Bedeutungsgewinn der Forderung nach fachspezifischer Zusammenarbeit ausmachen: „Prävention ist ‚in‘, Kooperation das Zauberwort“ (Feltes & Fischer, 2018, S. 1213). Neue Ansätze der Polizeiarbeit, insbesondere die „kommunale Kriminalprävention“ zielen auf die Vernetzung von Sicherheitsbehörden mit lokalen Behörden ab, mit dem Ziel Synergieeffekte im Sinne der Kriminalitätsverhinderung zu erlangen. Ein-

hergehend mit dieser neuen Akzentsetzung kommt es zu einem veränderten Verständnis der gesellschaftspolitischen Positionierung Sozialer Arbeit in ihrem Aktionsfeld. Wurde in der sozialarbeiterischen Forschung seit den 1980er Jahren im Rahmen der „Hilfe-Kontroll-Diskussion“ das Ineinanderfließen normierender und unterstützender Komponenten in der Sozialen Arbeit bereits kontrovers diskutiert, avanciert diese neuerdings zum gleichberechtigten Akteur der Sicherheitsproduktion, der Hand in Hand mit der Polizei „auf Augenhöhe“ zusammenarbeiten soll.

In Bezug auf die sozialarbeiterisch-polizeiliche Zusammenarbeit im Bereich der Jugendhilfe konstatiert jedoch Möller (2010, S. 439):

„Es fehlt an belastbaren Daten, die die Sinnfälligkeit des Austausches und der Kooperation belegen können. Manches mag, auf der Basis jeweils örtlich vorhandener Erfahrungen betrachtet, ‚gut funktionieren‘, ist aber in seinen Funktionsbedingungen oftmals unaufgeklärt und intransparent. Die konzeptuelle Stringenz, die Angemessenheit des Vorgehens, die Passgenauigkeit der Strukturen, die tatsächliche Effektivität, die Effizienz, die Reichweite der Resultate und deren Nachhaltigkeit sowie nicht zuletzt die jeweilige Übertragbarkeit auf andere Kontexte bleibt fraglich.“

Im Bereich der Drogenhilfe lässt sich diese Aussage ebenfalls unterstreichen.

Literatur

- Fabian, T. (2003). Einstellungen zur Kooperation zwischen Sozialarbeit und Polizei. In T. Fabian & R. Schweikart (Hrsg.), *Brennpunkte der Sozialen Arbeit*. Münster: LIT.
- Feltes, T. & Fischer, T. A. (2018). Jugendhilfe und Polizei – Kooperation zwischen Hilfe und Kontrolle. In K. Böllert (Hrsg.), *Kompendium Kinder- und Jugendhilfe*. Wiesbaden: Springer.
- GVBl. I (2001). *Verordnung über die Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen*, vom 10. 9. 2001. Bundesland Hessen.
- Möller, K. (2018). Soziale Arbeit und Polizei bei der Bearbeitung von Jugendkriminalität – Kooperation trotz Unterschiedlichkeit. In B. Dollinger & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Handbuch Jugendkriminalität*. Wiesbaden: Springer VS.
- Poschadel, S. et al. (2002). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Bochum: ZEUS

GmbH, Zentrum für angewandte Psychologie, Umwelt- und Sozialforschung.

Renn, H. (1999). „Offene“ Drogenszenen in Metropolen – Ein drogenpolitischer Vorschlag und seine empirische Begründung“. In M. Krausz & P. Raschke (Hrsg.). *Drogen in der Metropole*. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Schümchen, W. (2006). Ordnungspartnerschaften. In H. J. Lange & M. Gasch (Hrsg.). *Wörterbuch zur Inneren Sicherheit*. Wiesbaden: Springer.



Prof. Dr. Heino Stöver

Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences.

Geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung Frankfurt (ISFF) und Vorstandsvorsitzender von akzept e.V.

Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitsförderung und marginalisierte Menschen, Evaluation der Wirksamkeit von Hilfsangeboten und die Entwicklung neuer Interventionskonzepte.
hstoever@fb4.fra-uas.de; www.isff.info



Maïke S. O'Reilly

Studium der Soziologie und interdisziplinären Geschlechterforschung in Lyon, Frankreich.

Seit 03/2019 Promotionsstudium am Fb. 11 der Universität Bremen zum Thema: „Geschlechterbeziehungen in Drogenkonsumräumen – eine vergleichende Studie zu niedrigschwelligen Einrichtungen der Drogenhilfe in Deutschland und Frankreich“.

moreilly@uni-bremen.de

Trinkerraum in Mannheim

Der politische und gesellschaftliche Prozess bis zur Entwicklung und Implementierung eines alkoholakzeptierenden Angebots für Menschen mit Alkoholabhängigkeit der kommunalen Suchthilfe in Mannheim

Kathrin Heinrich, Timo A. Kläser & Hans-Georg Schuhmacher

Einleitung

Nicht selten ist die subjektiv gefühlte Sicherheit bei den Menschen eine ganz andere, als es die objektiven Zahlen der Kriminalstatistik belegen. Wesentlich wird die subjektive Unsicherheit zum Beispiel durch Müll, Verwahrlosung, Vandalismus, aber auch durch das zeitlich und örtlich geballte Auftreten von sozial unangepassten Menschengruppen wie Trinkern und Drogenabhängigen im Öffentlichen Raum negativ beeinflusst. In den letzten Jahren verlagerte sich zusätzlich der „normale“ Konsum von Alkohol immer mehr in die Öffentlichkeit, das heißt nahezu alle Großstädte setzen sich mit den vielfältigen Folgen von Alkoholkonsum im Öffentlichen Raum auseinander. Diese Entwicklung wird unter dem Begriff „Mediterranisierung des Öffentlichen Raums“ (vgl. Oetliker & Schulze, 2014, S. 1 ff.) zusammengefasst. Insgesamt wird der öffentliche Alkoholkonsum immer mehr zu einem Problem in deutschen Städten. Anwohner¹, Geschäftsleute und Bürger klagen mittlerweile regelmäßig über massive Beeinträchtigungen durch alkoholisierte Personen vorwiegend in der Innenstadt oder im Umfeld von Festmeilen.

Wie kann die Kommune und schließlich auch unsere Gesellschaft dieses Problem lösen? Diese Fragestellung soll in diesem Fachartikel analysiert und erörtert werden. Die Strategien der Alkoholprävention auf Plätzen, Parks und Festen sind vielfältig. Jedoch tragen diese nicht immer zu einer befriedigenden Lösung des Problems für alle Beteiligten bei. Gleichzeitig werden öffentliche Trinkgelage

immer mehr zu einem Problem in deutschen Städten und somit auch in Mannheim.

Als ein Lösungsversuch im Sinne der Verhältnisprävention wird immer wieder ein generelles Alkoholverbot auf öffentlichen Plätzen gefordert. Dies ist derzeit beispielsweise in Baden-Württemberg rechtlich nur unter sehr strengen Auflagen möglich. Kaum eine Örtlichkeit in Mannheim weist die erforderlichen objektiven und alkoholbedingten Kriminalitätszahlen auf, die für ein solches Verbot erforderlich sind. Besonders ärgerlich in diesem Zusammenhang ist, dass die impraktikable polizeirechtliche Möglichkeit, Alkoholverbotzonen auszuweisen, im Gesetzgebungsverfahren mit der Aufhebung des nächtlichen Alkoholverkaufsverbots in Baden-Württemberg im Dezember 2017 „erkauft“ wurde. In einigen deutschen Städten, wie auch in Mannheim, gibt es ein Konsumverbot im Bereich der Haltestellen des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) sowie in den dazugehörigen Verkehrsmitteln.

Im Rahmen der Verhältnisprävention sind Projekte immer besonders erfolgsversprechend, wenn es sich um Netzwerkprojekte handelt, das heißt viele Akteure ziehen an einem Strang, um für einen gemäßigten Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit zu sensibilisieren. In diesem Zusammenhang hat sich mittlerweile das Projekt „Hart am Limit“ (HaLT) in vielen Regionen in Deutschland etabliert. Das kommunale Alkoholpräventionsprogramm wird deutschlandweit an 152 Standorten umgesetzt (vgl. Villa Schöpflin gGmbH – Zentrum für Suchtprävention – HaLT Service-Center, 2019).

Die vielfältigen Ziele und Intensionen des Projekts sind:

- „Die Öffentlichkeit für das Thema riskanter Alkoholkonsum im Jugendalter sensibilisieren.“

¹ Das Geschlecht wird in diesem Text grammatikalisch in einer zufälligen Reihenfolge verwendet. Damit wird von einer gesellschaftlichen Realität ausgegangen, die sowohl Frauen als auch Männer als gleichberechtigte Partizipationspartner ansieht. Des Weiteren sind damit alle existierenden Formen der sexuellen Identität/Orientierung in unserer Gesellschaft eingeschlossen.

- Über die Gefahren von Alkoholkonsum aufklären.
- Jugendliche und Familien beraten, die Hilfe suchen.
- Lehrer/innen, Vereinstrainer/innen, Festveranstalter/innen, Gastronomiepersonal etc. schulen, damit der Jugendschutz konsequent eingehalten wird“ (ebd.).

HaLT wird in Mannheim seit 2008 durchgeführt. Hier stehen die Jugendschutzaktionen mit HaLT-Jugendschutzteams bei Mannheimer Festveranstaltungen im Vordergrund. In diesem Peer-Projekt sprechen Jugendliche und junge Erwachsene Gleichaltrige auf Augenhöhe an. Ziel ist es, Risikokompetenz zu erlernen, das heißt die Sensibilisierung zu einem verantwortungsvollen Alkoholkonsum. Bei diesen Projekten werden in der Regel die Jugendlichen und jungen Erwachsenen erreicht. Aber die sogenannten Problemtrinker, die häufig auch durch Saufgelage in öffentlichen Parks oder Plätzen auffallen, werden von diesen Präventionsprojekten oder anderen repressiven Maßnahmen nur rudimentär bzw. gar nicht erreicht. Von daher wird in Mannheim seit mehr als fünf Jahren über die Einrichtung eines alkoholakzeptierenden Angebots – eines sogenannten Trinkerraums – diskutiert. Im Folgenden wird der politische und gesellschaftliche Prozess bis zur Implementierung eines alkoholakzeptierenden Angebots für Menschen mit Alkoholabhängigkeit in Mannheim beschrieben.

Entstehung und Entwicklung von Trinkerräumen in der BRD

Stöver geht in seinem im Jahr 2013 erschienenen Fachartikel „*Alkoholkonsum im öffentlichen Raum – Schadensminimierung durch Trinkerräume*“ auf die Möglichkeiten dieses in der BRD noch nicht weit verbreiteten alkoholakzeptierenden Ansatzes ein. „Eine gesundheitspolitisch orientierte Strategie, um den Drogenkonsum aus der Öffentlichkeit zu verbannen, stellen sog. Drogenkonsumräume dar“ (Stöver, 2013, S. 47). Deutschlandweit sind seit den 1990er Jahren 24 Drogenkonsumräume in größeren Städten entstanden. Diese Angebote gibt es bisher nur in sechs Bundesländern. Damit wird deutlich, dass die auf Schadensminimierung („harm reduction“) ausgerichtete Drogenpolitik von breiten Teilen der Gesellschaft nicht akzeptiert wird und/oder überhaupt nicht bekannt ist“ (vgl. ebd.). In den letzten Jahren rückte das öffentliche Alkoholtrinken immer mehr in den Fokus. Allem voran ist hier auch durch die zunehmende Medienberichterstattung und die Einhaltung des Jugendschutzes der

Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im öffentlichen Raum zu beobachten. Öffentliche Trinkgelage sind in ganz Europa verbreitet. Es treten dann immer die gleichen Probleme auf: „Störungen der Nachtruhe, Nachbarschaftsprobleme, Gewalt, Müll, sexuelle Übergriffe etc.“ (ebd.). Das Phänomen des jugendlichen Rauschtrinkens („binge drinking“) ist seit der Jahrtausendwende in Deutschland bekannt (vgl. ebd.). Doch Alkohol ist nicht nur ein Problem der Jugend, auch wenn es gesellschaftlich und medial verbreitet oft so scheint. Als Volksdroge Nummer Eins ist Alkohol in Deutschland in allen Altersgruppen ein Problem. Die Folgekosten durch den Alkoholkonsum summieren sich für die deutsche Volkswirtschaft pro Jahr auf knapp 40 Milliarden Euro. Jeder Sechste in Deutschland trinkt Alkohol in einem gesundheitlich schädlichen Ausmaß. So sind ungefähr 1.8 Millionen Menschen in Deutschland abhängig von Alkohol. Weitere zwei Millionen Menschen trinken missbräuchlich Alkohol, d. h. es besteht zwar keine körperliche Abhängigkeit bei ihnen, aber ihr Verhalten ist dennoch auffällig. Pro Jahr sterben fast 74 000 Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums. Trotz eines insgesamt rückläufigen Alkoholkonsums in der Allgemeinbevölkerung zählt Deutschland auch nach dem aktuellen Drogen- und Suchtbericht der ehemaligen Bundesdrogenbeauftragten, Frau Marlene Mortler, der im Juli 2018 erschienen ist, zu den Hochkonsumländern. Denn hierzulande liegt der geschätzte Pro-Kopf-Konsum bei 12.14 Litern weit über dem weltweit geschätzten Jahresdurchschnitt von 6.04 Litern pro Erwachsenen. Somit ist Alkohol die psychoaktive Substanz, deren Konsum in westlichen Industrieländern nach Tabak die größte Krankheitslast nach sich zieht. Dennoch ist Alkohol in unserer Kultur und Gesellschaft fest verankert (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2017 und 2018). Während Jugendliche und junge Erwachsene sowie Besucher von Festen oder weiteren vielen scheinbar passenden Gelegenheiten in erster Linie das Motiv Spaß für ihren Alkoholkonsum haben, gibt es auch die Gruppe der sogenannten „Problemtrinker“. Diese Personengruppe trinkt ständig und in hohen Dosen Alkohol häufig an zentralen und touristisch attraktiven Orten in den Städten. Die Folgen zeigen sich in öffentlichem Urinieren, Betteln, Schreiereien, herumliegenden Flaschen und Müll. Diese Gruppe findet oftmals keine andere Möglichkeit, als in Gruppen in der Öffentlichkeit zu trinken, da viele keine normalen sozialen Kontakte mehr haben und ihr Grundbedürfnis nach Kommunikation mit anderen Menschen nur noch untereinander befriedigen

können. Dies leider mit der eingangs beschriebenen „ängstigenden“ Auswirkung auf andere Menschen. Weitere Motive für den Alkoholkonsum sind Perspektivlosigkeit und eben die Abhängigkeit an sich.

Die Städte haben das Grundbedürfnis der Kommunikation dieser Gruppen bisher nur zum Teil erkannt und bieten den Problemtrinkern häufig keine attraktiven Treffpunkte außerhalb des Öffentlichen Raums an. Überwachungsdruck durch zunehmende Polizeikontrollen in der Öffentlichkeit erschweren die Situation für die Problemtrinker in vielen deutschen Städten zusätzlich. Nur in einigen Städten wurden in den letzten Jahren sogenannten „nasse Hilfsangebote der Suchthilfe“ implementiert. Des Weiteren ist inzwischen in manchen Einrichtungen und tagesstrukturierenden Angeboten der Wohnungslosenhilfe das „moderate“ Trinken erlaubt (vgl. Stöver, 2013, S. 48 f., und akzept e.V. Bundesverband & Deutsche AIDS-Hilfe, 2019, S. 103 ff.).

In wenigen Kommunen, und zwar ausschließlich in Großstädten, wurden spezielle Trinkräume, analog des Konzepts der Drogenkonsumräume entwickelt, wie z. B. in Kiel (*HEMPELS Trinkräume* zusammen mit der Stadt Kiel seit 2003), das *Kontaktcafé* der Drogenhilfe in Bochum (seit 2008), das *Café Berta* in Dortmund (seit 2011), in Essen (seit 2013), den Trinkerraum „*Kompass*“ in Hannover (seit 2017) und die *Trinkerstube* in Augsburg (seit 2018). In Karlsruhe nahm im September 2018 der erste Trinkerraum in Baden-Württemberg seinen Betrieb auf. Ende Juni 2012 stellte auch die Stadt Kassel einen Trinkraum zur Verfügung. Der Raum war zunächst als Übergangslösung bis Anfang Dezember 2012 in einem Container untergebracht. Vom 8. Dezember 2012 bis zur Schließung war der Trinkerraum in der Kasseler Innenstadt für viele Klienten eine wichtige Anlaufstelle. Aufgrund der Änderung der politischen Verhältnisse musste der Trinkerraum geschlossen werden.

Diese Darstellung ist nur exemplarisch und wurde aufgrund aktueller Internetrecherchen nach bestem Wissen der Autoren erarbeitet. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit für die Gesamtlage der Trinkerräume in Deutschland, sondern gibt lediglich einen Überblick.

Die Erfahrungen in den Städten mit Trinkerräumen sind sehr positiv, dort tragen die Einrichtungen aus ordnungsrechtlicher Sicht zu einer sehr deutlichen Entspannung in den betroffenen Quartieren bei, indem sie es den Abhängigen ermöglichen zu konsumieren und gleichzeitig ihr Grundbedürfnis nach Kommunikation außerhalb des Öffentlichen Raums zu befriedigen. Das im Rahmen der dortigen Kon-

zepte entwickelte umfangreiche Umfeldmanagement führt dazu, dass die Einrichtungen vor Ort in der Regel akzeptiert werden. Aus gesundheits- und sozialpolitischer Sicht zeigen die Einrichtungen den Betroffenen eine Perspektive in der Bearbeitung ihrer Suchterkrankung und in der Lebensbewältigung auf.

Trinkerräume – Definition und Ziele des Angebots exemplarisch dargestellt an dem Konzept des „Café Bertas“ in Dortmund

In Trinkerräumen ist es erlaubt, Alkohol mitzubringen und zu konsumieren. Verboten sind Hochprozentiges sowie die Einnahme illegaler Drogen und in einigen Trinkerräumen ist auch das Rauchen eingeschränkt oder verboten. Nachdem sich in Mannheim der Bedarf für ein alkoholakzeptierendes Aufenthalts- und Betreuungsangebot abzeichnete, fanden zwei Besichtigungen des Trinkerraums „Café Berta“ in Dortmund statt. Die jeweilige Mannheimer Delegation setzte sich aus Vertretern der Suchthilfe, der städtischen Suchtkoordination und des Sicherheits- und Ordnungsbereichs sowie der Polizei und politischen Vertretern zusammen. Der erste Besuch im Café Berta fand am 02.03.2016 und der zweite Besuch am 17.10.2017 statt. Beim Café Berta handelt es sich um ein alkoholtolerierendes Aufenthaltsangebot, das sich überwiegend an die Alkoholiker-Szene in der Nordstadt Dortmunds richtet. Neben dem begrenzten Alkoholkonsum (kein hochprozentiger Alkohol, Betrunkene werden nicht geduldet), ist das Rauchen und das Mitbringen von Hunden gestattet.

Einrichtung und Ausstattung des Cafés erinnern eher an eine etwas in die Jahre gekommene Vereinskneipe, die dadurch aber auch sehr gemütlich wirkt. Die Stimmung ist bei den Besuchen verhalten freundlich, der Bierkonsum der Gäste fällt nicht unangenehm auf.

Der Einrichtungsleiter und seine Kollegin schildern ein reines Aufenthalts- und Betreuungsangebot, das sich an ein überwiegend chronisch alkoholabhängiges Klientel richtet. Durchmischung mit illegal Drogen konsumierenden Menschen findet kaum statt. Dies findet sicherlich seinen Grund in den beiden Drogenkonsumräumen, die für intravenös konsumierende Menschen in Dortmund vorhanden sind. Außerdem liegt das Café Berta in der Nähe eines früheren Alkoholiker-Treffpunkts, der mit dieser Einrichtung entlastet werden konnte. Die Besucher des Café Bertas haben eine hohe Identifikation mit der Einrichtung.

Das Publikum nimmt die niedrighschweligen Angebote der Café-Mitarbeiter gut und gerne an. Es gelingt eine dauerhafte und stabile Anbindung an das Café. Dort werden alkoholfreie Getränke, in geringem Umfang auch Essen und die Möglichkeit zum Billard- und Kickerspielen sowie diverse Tischspiele angeboten. Tagesstrukturierende Maßnahmen und Beschäftigungsangebote gehören nicht zum Programm der Einrichtung. In geringem Umfang organisieren die Besucher des Cafés Aktivitäten in Eigenregie. Das Café Berta ist kein „rechtsfreier“ Raum, d. h. es wird von der Polizei nicht besonders behandelt. Es finden aber durchaus anlassbezogene Ermittlungen statt. Insgesamt bewertet die Mannheimer Delegation das Café Berta als gut funktionierendes, etabliertes niederschwelliges Angebot im Stadtteil, da sie Teil eines Gesamtkonzeptes mit dem Ordnungs- und Sicherheitsbereich der Stadtverwaltung Dortmund ist. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (niederschwellig, Suchtberatung, Schuldenberatung etc.) hat sich etabliert und funktioniert gut. Die hohe Identifikation und damit auch das Verantwortungsgefühl der Besucher zum Café Berta als Aufenthaltsort wirken sich positiv auf das Angebot aus. Damit halten sich die Menschen im Lokal und nicht auf der Straße auf und verschwinden somit aus dem Blick der öffentlichen Wahrnehmung. Der Umgang mit den im Café erlaubten Suchtmitteln funktioniert grundsätzlich gut. Das Café Berta selbst hat das Konzept des Trinkerraums in Kiel übernommen und um die Säulen „Vertrauensbasis für die Klientel schaffen“, „niedrighschwellige Lebenshilfe“ sowie „Vermittlung in andere Strukturen“ ergänzt. Die positiven Auswirkungen des Café Berta auf das Umfeld steigen kontinuierlich an. Direkte negative Konsequenzen sind wegen der intensiven und kontinuierlichen Einbindung des Umfeldes nicht vorhanden. Im Café Berta ist der Anteil weiblicher Besucher mit 15 Prozent und der Anteil männlicher mit 85 Prozent ähnlich verteilt wie in anderen Einrichtungen der Suchthilfe. Die Anzahl der Besuche ist kontinuierlich angestiegen, so waren es im ersten Jahr 13 000, im zweiten Jahr 26 000, im dritten Jahr 56 000 und derzeit ca. 85 000.

50 Prozent der Besucher nehmen Hilfsangebote an und sind den „halben Tag über“ im Café Berta. 45 Prozent der Klienten haben einen Migrationshintergrund. Das Café Berta erwägt wegen des großen Erfolgs und des ansteigenden multikulturellen Anteils der Arbeit eine Erweiterung des Angebots im Haus. Die Mannheimer Delegation zog eine wichtige Erkenntnis aus den Besuchen in Dortmund: Mit bloßer Abstinenzförderung erreicht man sehr viele

Trinker nicht (mehr) – mit einem Konsumraum schon. Die Besucher des Café Berta gehören überwiegend der Trinkerszene an. Es kommen aber auch Bewohner aus der Nachbarschaft ohne Suchthintergrund. Ein- bis zweimal pro Woche kommt ein Arzt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes der Stadt Düsseldorf und bietet eine medizinische Versorgung an. Die Verantwortung für das Café liegt beim Ordnungsamt/Ordnungsdezernat – nicht im Sozialdezernat. Es ist keine therapeutische Einrichtung. Die Sorge der Bürger, dass ein Anstieg der Probleme im Stadtteil durch Verdichtung der Hilfeangebote vor Ort erfolgt, hat sich nicht bewahrheitet (vgl. Trinkerraum Café Berta in Dortmund, 2016, S. 1 ff.)

Übertragbarkeit/Umsetzung in Mannheim

Die Übertragbarkeit des Konzepts des Café Bertas auf Mannheimer Verhältnisse ist sicherlich nur in geringem Umfang gegeben. Dies liegt zum einen an der deutlichen Trennung zwischen Alkohol- und Drogenkonsumenten und an dem Konsumangebot für intravenöse Drogenkonsumenten. Darüber hinaus sind diese Szenen in Dortmund, anders als in Mannheim, auch geografisch getrennt. Dennoch könnte ein Aufenthaltsangebot, das den Konsum von Alkohol in begrenztem Umfang toleriert, auch für Mannheim gewinnbringend sein. Am Dortmunder Beispiel werden die Machbarkeit und der Nutzen für den Öffentlichen Raum eindrucksvoll dargestellt. Speziell für die Drogen- und Alkoholikerszene in der Innenstadt und dem Stadtteil Jungbusch müsste ein vergleichbares Konzept entwickelt und den Bedingungen vor Ort sehr genau angepasst werden. Dies stellt allemal eine sinnvolle Option zur Weiterentwicklung des Streetwork-Projekts Innenstadt/Jungbusch dar und könnte von den Kooperationspartnern Drogenverein Mannheim e.V. und dem Caritasverband Mannheim e.V. gut realisiert werden.

Politische Forderungen für und gegen einen Trinkerraum in Mannheim

Nachdem in den letzten Jahren in der Mannheimer Presse und der Stadtgesellschaft das Problem von Trinkgelagen im Öffentlichen Raum immer sichtbarer wurde, begann die kommunale Suchtkoordination der Stadt Mannheim in Zusammenarbeit mit der Suchthilfe und den Ordnungsbehörden, ein Konzept für ein alkoholakzeptierendes Angebot zu erarbeiten. Ein

Ziel sollte sein, die auf öffentlichen Plätzen, beispielsweise auf dem Mannheimer Paradeplatz, der sich im Zentrum der Stadt befindet, zunehmend stattfindenden Trinkgelagen, der sich dort aufhaltenden Problemtrinker zu unterbinden bzw. dieser Zielgruppe ein adäquates Hilfsangebot zu unterbreiten. Aus diesem Grund beschloss der Gemeinderat der Stadt Mannheim am 15.12.2016 die Einrichtung eines alkoholakzeptierenden Aufenthalts- und niederschweligen Beratungsangebotes für die Trinker- und Drogenszene (Trinkerraum) und stellt hierfür die erforderlichen Mittel in Höhe von etwas mehr als 680 000 Euro zur Verfügung (siehe Beschlussvorlage Nr. 595/2016)².

Einrichtung eines alkoholakzeptierenden Aufenthaltsangebotes für die Straßentrinker- und die Drogenszene in Mannheim

Mannheim ist geprägt durch eine Straßentrinkerszene und eine alkoholkonsumierende Drogenszene. Beide Zielgruppen fallen in der Öffentlichkeit durch ihre Präsenz in hoher Personenzahl an öffentlichen Plätzen und durch ihren massiven Alkoholkonsum auf, welcher sich in entsprechenden störenden Verhaltensweisen niederschlägt. Der auch nur kurzzeitige Verzicht auf Alkohol ist diesen Personen suchtbedingt nicht möglich. Aus dieser Bedarfslage heraus soll in Mannheim ein alkoholakzeptierendes Aufenthalts- und Beratungsangebot (Trinkerraum) geschaffen werden, welches sich an beide Zielgruppen richtet. Der zu konsumierende Alkohol ist von den Besuchenden selbst mitzubringen, wobei hochprozentige Alkoholika wie auch der Konsum von Drogen in der Einrichtung nicht erlaubt sind. Das Projekt soll in einer zweijährigen Modellphase erprobt werden. Das Projekt wird vom Caritasverband Mannheim e.V. und dem Drogenverein Mannheim e.V. kooperativ durchgeführt. Mit der Bereitstellung eines solchen Aufenthalts- und Beratungsangebotes sollen Konsumierende über gezielten und kontinuierlichen Kontakt, Ansprache und Angebote, wie z. B. Mahlzeiten, Tagesstruktur, ärztliche Sprechstunden, Schuldnerberatung, Rechtsberatung in Mietsachen etc. aus der isolierenden Wirkung von Konsum und Beschaffung – auch aus dem Öffentlichen Raum – langfristig heraustreten. Die Einrichtung eines alkoholtoleranten Aufent-

halts- und Beratungsangebotes wird allerdings nicht dazu führen können, dass die Zielgruppen gänzlich aus dem Stadtbild verschwinden. Es kann jedoch, nach den Erfahrungen andernorts, eine Entlastung der betroffenen Gebiete erreicht werden.

Ziele und Auswirkungen

Das alkoholtolerante Aufenthalts- und Beratungsangebot fällt unter die Bausteine des zwischen der Stadt Mannheim und den Trägern der Mannheimer Suchtberatungsstellen vereinbarten Leistungskatalogs der Suchtberatungsstellen (konkret: Leistungen, welche die Daseinsvorsorge ergänzen, s. a. Beschlussvorlage Nr. V587/2015). Die beschriebene Maßnahme nimmt Bezug auf folgendes Wirkungsziel:

- Die negativen Auswirkungen von Substanzkonsum und süchtigem Verhalten auf das betroffene Individuum und sein Umfeld (Angehörige etc.) sowie auf die Gesellschaft sind dezimiert.

Bei den Zielen und Auswirkungen können die drei Ebenen „Individuum“, „öffentlicher Nahraum“ und „Stadtgesellschaft“ voneinander unterschieden werden (s. Tabelle 1).

Voraussetzungen

Geografische Lage und Ausstattung

Da die Zielgruppen die Versorgungsstrukturen der Innenstadt nutzen, halten sie sich den Großteil des Tages in der Innenstadt auf. Entsprechend muss sich auch das Aufenthaltsangebot in der Innenstadt befinden. Versorgungsmöglichkeiten mit alkoholischen Getränken (Supermarkt, Kiosk, etc.) sollten in erreichbarer Nähe vorhanden sein. Optional kann auch die Aufstellung von Getränkeautomaten durch einen externen Anbieter erwogen werden. Neben einem „Indoor“-Angebot sollte auch ein frei zugänglicher Raucherbereich in einem Außengelände zur Verfügung stehen. Für das Aufenthaltsangebot werden Räumlichkeiten mit einer Gesamtfläche von ca. 200 qm benötigt. Diese sollten vor allem Platz für einen Aufenthaltsraum mit Thekenbereich für ca. 50 Personen und eine angegliederte Küche bieten, um eine Versorgung mit (alkoholfreien) Getränken und im geringen Umfang auch Essen zu ermöglichen. Dementsprechend sollte ein ausreichend großer Lagerraum zur Verfügung stehen. Die Besuchenden des Innen- und Außenbereichs benötigen einen Zugang zu Toiletten. Zusätzlich sind ein abschließbares Büro

² Im Bürgerinformationssystem der Stadt Mannheim finden Sie unter dem Link: <https://buergerinfor.mannheim.de/buergerinfor/vo0040.asp> Recherchen-Vorlagen; unter dem Suchwort „Alkohol“ alle in diesem Fachartikel verwendeten Beschlussvorlagen der Stadt Mannheim.

Individuum	Es erfolgt eine engere Anbindung an das bestehende Hilfesystem. Der Informationsgrad über Hilfemöglichkeiten für die Klienten wird erhöht. Die Folgeerscheinungen der Suchtmittelerkrankung werden minimiert.
Öffentlicher Nahraum	Die betroffenen Stadtteile werden entlastet. Die Verunsicherung bei Anwohnenden, Gewerbetreibenden und Gästen wird reduziert. Verunreinigungen des Nahraums werden reduziert. Die Neuausrichtung des Wirtschaftsstandortes Breite Straße wird unterstützt.
Stadtgesellschaft	Das subjektive Sicherheitsempfinden der Bürger und Bürgerinnen wird erhöht. Mannheim wird in seiner Attraktivität gestärkt.

Tabelle 1

Ziele und Auswirkungen
des alkoholtoleranten
Aufenthalts- und
Beratungsangebots

für notwendige Verwaltungstätigkeiten und für Einzelgespräche sowie ein Gruppenraum für weitergehende, integrative Angebote und Raum für ärztliche Untersuchungen erforderlich. Da ein solches Angebot zwingend die Akzeptanz des örtlichen Umfeldes erfordert, kann die Suche nach geeigneten Räumlichkeiten in der Mannheimer Innenstadt eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen. Die Objektsuche erfolgt über die beiden Träger, eng begleitet durch Sensibilisierungs- und Informationsmaßnahmen der Stadtverwaltung und der Polizei, im Zielraum und unter Einbindung maßgeblicher Stadtteilakteure.

Öffnungszeiten und personelle Ausstattung

Es ist sinnvoll, die Öffnungszeiten dem sich stellenden Bedarf anzupassen. Eine Öffnung des Angebotes von Montag bis Freitag von 10 bis 20 Uhr scheint zunächst sinnvoll, dies entspricht den Aufenthaltszeiten der Zielgruppen an den belasteten Örtlichkeiten. Zusätzlich sollte samstags eine Öffnungszeit von 11 bis 17 Uhr eingerichtet werden. Darüber hinaus tragen diese Öffnungszeiten auch den Ängsten des Wohnumfeldes Rechnung, wonach es kein Angebot geben sollte, das bis in die späten Abendstunden vorgehalten werden soll. Gleichzeitig wird damit auch auf die Bedürfnisse der weiteren Zielgruppe für den Trinkerraum und zwar die Beikonsumenten der Methadonschwerpunktpraxen eingegangen. Denn diese stellen ihren Alkoholkonsum regelmäßig gegen 17 Uhr ein, um am nächsten Tag einen positiven Blutalkoholgehaltwert im medizinischen Setting vorweisen zu können. Die beschriebenen Räumlichkeiten und ein sinnvollerweise vorhandener Außenbereich bedürfen einer lückenlosen Betreuung und Beaufsichtigung durch qualifiziertes Fachpersonal. Ebenso zeitintensiv wie auch persönlich belastend ist der Kontakt zu und die Kommunikation mit den Besuchenden. Um dem Rechnung zu tragen, ist die tägliche Öffnungszeit in zwei Schichten zu unterteilen (Vor- und Nachmittag). Dabei soll-

te eine Schicht mit einer hauptamtlichen Fachkraft (Sozialarbeiter) und zwei Hilfskräften auf 450-Euro-Basis (z. B. Studierende der Sozialarbeit, Psychologie etc.) besetzt sein. Damit ist sowohl eine fachkompetente Betreuung und Beratung der Besuchenden als auch entsprechende Versorgung im Bereich Bewirtung gewährleistet. Für die Versorgung und Besetzung des Aufenthaltsangebots ergibt sich aus diesen Überlegungen heraus ein Personalbedarf von 2,75 vollzeitbeschäftigten hauptamtlichen Fachkräften und elf Hilfskräften.

Inhaltliche Ausgestaltung, Struktur, Rahmenbedingungen

Neben dem allgemeinen Gesprächs- und Betreuungsangebot (Anbindung an das Hilfesystem, Vermittlung konkreter Hilfen, Unterstützung und Beratung bei allen Schritten einer persönlichen Konsolidierung), das sowohl die hauptamtlichen Fachkräfte, wie auch die Hilfskräfte den Besuchenden machen, sollten spezialisierte Angebote zu festen Zeiten vorhanden sein. Hierzu zählt insbesondere:

- ein medizinisches Beratungs- und Hilfsangebot auch ohne bzw. bei zweifelhafter Krankenversicherung,
- Beratung und Unterstützung bei bestehender oder drohender Obdachlosigkeit
- rechtliche Beratung (z. B. durch einen Juristen) und Hilfestellung in allen Lebenslagen,
- Schuldnerberatung.

In Ermangelung sinnvoller Tätigkeiten und der damit fehlenden sozialen Anerkennung ist für viele Betroffene der Konsum von Alkohol und Drogen der nächstgelegene Ausweg zur Kompensation der wahrgenommenen Defizite. Im begrenzten Umfang gehören daher auch tagesstrukturierende Maßnahmen zu dem Angebot. Hierzu können z. B. regelmäßige Koch- und Backgruppen ebenso zählen wie eine Gartengruppe, sofern ein entsprechender Außenbereich zur Verfügung steht. Denkbar ist auch ein Einsatz bei der Zwischenreinigung der Lokalität sowie eine punktuelle Anbindung einzelner Besuchenden an bestehende Beschäftigungsan-

gebote der beteiligten Träger oder an das Angebot von Gruppen zur Konsumreduktion.

Umfeldmanagement und ordnungsrechtliche Aspekte

Die Stadtverwaltung Mannheim und die Polizei unterstützen die Träger bei einem gezielten Umfeldmanagement inklusive der Sensibilisierung und Information der Anwohnenden und Gewerbetreibenden im Vorfeld der Ansiedlung. Die Stadtteilakteure sollen von Beginn an engmaschig einbezogen werden.

Die Träger formulieren eine Hausordnung für den Trinkerraum, welche folgende Aspekte berücksichtigt:

- keine hochprozentigen Alkoholika,
- kein Besitz, Handel und Konsum von illegalen Drogen,
- keine Waffen,
- keine Gewaltanwendung,
- kein Zugang für Minderjährige,
- abgestuftes Hausverbotsszenario.

Die Beschäftigten der Einrichtung gewährleisten, dass sich die Betroffenen im direkten Eingangsbereich und im Umfeld des Trinkerraumes unauffällig verhalten. Wann immer es im Rahmen ihrer Aufgabenerledigung erforderlich ist, erhält die Polizei Zugang zu den Räumlichkeiten der Einrichtung.

Suchen nach geeigneten Immobilien in der Mannheimer Innenstadt sowie das Erreichen des Ziels der politischen und gesellschaftlichen Akzeptanz

Das Finden eines geeigneten Standorts für einen Trinkerraum in der Mannheimer Innenstadt gestaltete sich äußerst schwierig und nahm sehr viel Zeit in Anspruch, so dass erst im Sommer 2018 die mögliche Verortung des Angebots im Gemeinderat behandelt werden konnte (s. Beschlussvorlage Nr. V268/2018). Der vorgelegte Vorschlag zum Standort für das alkoholakzeptierende Angebot wurde vom Mannheimer Gemeinderat jedoch mit knapper Mehrheit abgelehnt. Die Folge hiervon war, dass innerhalb einer Frist von sechs Monaten, d. h. bis zum 18.12.2018 bzw. bis zur nächsten Sitzung des Gemeinderats im Januar 2019 keine weitere Befassung mit der Fragestellung in den politischen Gremien möglich war. Bedauernd ist, dass der abgelehnte Standort von der dortigen Bürgerschaft und von allen Akteuren, die die Einrichtung betreiben sollen, als geeignet akzeptiert wurde. Von breiten Teilen der Gesellschaft und Politik wurde diese Entscheidung ebenso bedauert. Die Gründe, weshalb der Mannheimer Gemeinderat den Vorschlag ablehnte, sind nicht überzeugend – auch wenn der Standort nicht optimal war, ergab eine langwierige Suche im Vorfeld, dass es keine bessere Alternative gab. Auch die potenziellen Träger

NACHRICHT

Bundessozialgericht: Alkoholgeschädigte Kinder haben nur bedingt Anspruch auf Entschädigung

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann beim Kind schwere Schäden hinterlassen. Anspruch auf Entschädigung besteht aber nur bei einem versuchten Abbruch.

Bei einem Alkoholmissbrauch der eigenen Mutter während der Schwangerschaft haben Kinder nur bei einem versuchten Schwangerschaftsabbruch Anspruch auf Entschädigung. Das geht aus einem Urteil des Bundessozialgerichts vom Donnerstag hervor. Die Kasseler Richter wiesen die Klage einer 2005 geborenen Jugendlichen ab.

Sie ist von Geburt an schwerbehindert. Ursache war laut den Vorinstanzen der Alkoholkonsum der Mutter. Die Jugendliche forderte eine Rente nach dem Opferentschädigungsgesetz für Kriminalitätsoffer. Das Land Sachsen-Anhalt hatte das abgelehnt, Alkoholmissbrauch stelle kein strafrechtlich relevantes Verhalten dar (Az. B 9 V 3/18 R).

„Ein vorgeburtlicher Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft kann auch einen tätlichen Angriff auf das ungeborene Kind darstellen“, sagte dagegen die Vorsitzende Richterin. Im vorliegenden Fall sei der Vorsatz zum Abbruch einer Schwangerschaft aber nicht erkennbar.

Laut dem Bundessozialgericht war es die erste höchstrichterliche Entscheidung dieser Art. Nach Angaben des Verbands FASD Deutschland, der Betroffene vertritt, werden bundesweit jährlich etwa 10.000 Kinder mit Schäden durch Alkohol, der sogenannten fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD), geboren. ■

der Einrichtung sahen das Konzept am Standort Akademiestraße als umsetzbar an. Schließlich führte der politische und gesellschaftliche Prozess zu einer glücklichen Wendung in Sachen Trinkerraum für Mannheim und der Gemeinderat beschloss in seiner Sitzung vom 09.04.2019 (s. Beschlussvorlagen-Nr. V155/2019) die Umsetzung des alkoholakzeptierenden Aufenthalts- und Betreuungsangebotes für die Drogen- und Trinkerszene in der Akademiestraße. Das Angebot wird nach zwei Jahren Betriebsdauer auf seine Wirkung hin bewertet (Wirkungsziele/Wirkungskennzahlen) und dann über seine Fortführung entschieden. Die Verwaltung ist weiterhin damit beauftragt, parallel zum Betrieb des alkoholakzeptierenden Aufenthalts- und Betreuungsangebotes für die Drogen- und Trinkerszene weitere Immobilien auf deren Eignung zu prüfen, die eine bessere Eignung als der derzeitige Standort aufweisen. Der Betrieb der Maßnahme soll an den Caritasverband Mannheim e.V. und den Drogenverein Mannheim e.V. übertragen werden. Die Maßnahme umfasst ein Finanzvolumen von ca. 810 000 Euro in den Betriebsjahren 2020 und 2021. Der Trinkerraum soll im Mai 2020 in Betrieb genommen werden.

Kritische Abschlussbetrachtung

In vielen Städten in Deutschland wird weiterhin auf Streetworker gesetzt, um Menschen mit Alkoholproblemen im Öffentlichen Raum zu erreichen.

Bei unserer Recherche zu diesem Fachbeitrag ist uns aufgefallen, dass speziell zu den Trinkerräumen in Deutschland und Europa ein großes Desiderat an Publikationen und Praxisforschungstudien vorliegt. Es wäre sinnvoll, wenn es eine Übersicht über alle Trinkräume in Deutschland und Europa geben würde. Darüber hinaus könnten dort auch Konzepte der verschiedenen Einrichtungen veröffentlicht werden. Idealerweise würde sich hieraus auch ein deutschland- oder europaweiter Austausch der professionellen Fachkräfte der Trinkräume entwickeln.

In diesem Zusammenhang ist auch das sich aktuell in der Abschlussphase befindliche von der EU-Kommission finanzierte und vom Städtenetzwerk des Europäischen Forums für Urbane Sicherheit (EFUS) moderierte Projekt „Supervised Drug Consumption Facilities to Instill Harm Reduction and Social Cohesion at Local Level (Solidify)“, das sich mit den Auswirkungen von Drogenkonsumräumen und den Möglichkeiten zur Reduzierung der Umfeldproblematiken beschäftigt. Dieses Projekt,

in dem zahlreiche europäische Städte mit und ohne Drogenkonsumräume sowie alkoholtoleranten Aufenthaltsangeboten zusammenarbeiten, soll im Rahmen eines „Good Practice Projects“ einen Handlungsleitfaden und ein Assessment-Tool entwickeln, der sowohl den von den vor Ort handelnden Akteuren als auch von den politischen Entscheidungsträgern eingesetzt werden kann.

Möglicherweise ist zurzeit genau der richtige Zeitpunkt, um mit „alkoholakzeptierenden Aufenthaltsräumen für die Trinker- und Drogenszene“ die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit mit dem Schwerpunkt der kommunalen Suchthilfe und -prävention professionell und bedarfsgerecht zu erweitern. Bisher sind es nach unserer Recherche deutschlandweit lediglich acht Trinkräume, hierin ist bereits das neue Angebot, das ab Mitte 2020 in Mannheim an den Start gehen wird, eingerechnet. Es bleibt abzuwarten, wie sich die deutschen Großstädte in den nächsten Jahren, dem Problem Alkohol und Drogenkonsum im Öffentlichen Raum positionieren werden. Vielleicht liegt die Lösung des Problems in der Vielfalt von professionellen Angeboten der Suchtprävention sowie Elemente des Streetworks bzw. der aufsuchenden Sozialen Arbeit ergänzend mit der Schaffung von mehr Trinkräumen, um auf die vielfältigen und heterogenen Problemlagen der Klienten lösungsorientiert eingehen zu können, und diese nach Möglichkeit im Rahmen einer auf Schadensminderung ausgerichteten Drogenpolitik zu verorten.

Literatur

- akzept e.V. Bundesverband & Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.) (2019). *6. Alternativer Drogen- und Suchtbericht*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017). *Drogen- und Suchtbericht – Juli 2017*. Berlin.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2018). *Drogen- und Suchtbericht – Oktober 2018*. Berlin.
- Oeltiker, S. & Schulze, T. (o.J.). Sichere Schweizer Städte 2025. In H. J. Kerner & E. Marks (Hrsg.), *Internetdokumentation Deutscher Präventionstag*. Hannover. Online verfügbar unter: www.praeventionstag.de/Dokumentation.cms/ – zuletzt geprüft am: 27.08.2019.
- Trinkraum Café Berta in Dortmund (2016). *Problemgruppen im öffentlichen Raum – Aufenthaltsgelegenheit für Suchtkranke (überwiegend*

Alkohol). Begegnungsraum Nordmarkt – genannt Café BERTA – in Dortmund. Unveröffentlichte Konzeption, S. 1–8.

Villa Schöpflin gGmbH – Zentrum für Suchtprävention – HaLT Service Center (2019). *Was ist*

HaLT? Online verfügbar unter: <https://www.halt.de/halt-programm/was-ist-halt.html> – zuletzt geprüft am: 15.08.2019.



Kathrin Heinrich

Dipl.-Verwaltungswirtin (M.A.)
Leitung Referat „Jugendhilfeplanung und Gesundheitsplanung“, Kommunale Suchtbeauftragte, verantwortlich für: Kommunales Netzwerk für Suchtprävention und Suchthilfe, Kommunale Gesundheitskonferenz und sozialraumorientierte Gesundheitsplanung, Jugendhilfeplanung in den Bereichen Jugendarbeit, HzE und Kinderbetreuung.
kathrin.heinrich@mannheim.de



Dr. Timo A. Kläser

Dipl.-Sozialpädagoge, Promotion in Erziehungswissenschaft (Dr. phil)
Beauftragter für Suchtprophylaxe, Stadt Mannheim, Fachbereich Jugendamt und Gesundheitsamt.
Seit 2003 in der Sozialen Arbeit in Arbeitsfeldern der (Sucht)prävention, der Psychiatrie, der Eingliederungshilfe, und des Casemanagements tätig. Seit 2011 Lehrbeauftragter an verschiedenen Hochschulen in Mannheim, Heidelberg, Stuttgart und Wiesbaden.
timo.klaeser@mannheim.de



Hans-Georg Schuhmacher

Diplom-Verwaltungswirt (FH)
Koordinator Kommunale Kriminalprävention der Stadt Mannheim
Geschäftsführer Sicherheit in Mannheim e.V., Leitungsbereiche: Bußgeldstelle, Kommunaler Ordnungsdienst, Ortspolizeibehörde, Kommunale Kriminalprävention.
hans-georg.schuhmacher@mannheim.de

Internationale Erfahrungen

Medically supervised injecting rooms in Australia

Nicolas Clark

In May 2001, Australia's first legal injecting room opened its doors in Sydney's entertainment district of Kings Cross. The location was chosen because it had the highest frequency of drug overdose deaths in Australia. Over 90 percent of ambulance callouts to heroin overdoses in the area were within 300 metres of the site (Barkham, 2000). Under the auspices of the Uniting Church of Australia, and with bipartisan support from the New South Wales (NSW) government, the facility began an 18-month trial of the Medically Supervised Injecting Centre (MSIC). The MSIC operated under 'trial' conditions for nearly a decade until October 2010, when the NSW Parliament passed legislation to end the facility's trial status, making it a legitimate health service without needing an act of Parliament every four years to continue its operation. The MSIC was controversial in its first years of operation, with local media setting up a camera in a building across the street and the MSIC was constantly in the news. The King's Cross Chamber of Commerce attempted to close the MSIC through legal channels, which went all the way to the Supreme court of NSW. The MSIC has been independently evaluated by a number of different organisations, all of which concluded that the facility met its objectives in terms of saving lives and reducing harms from drug overdose, connecting with a vulnerable and hard-to-reach group of people who inject drugs and referring them to relevant health services in order to reduce the risk of blood-borne virus transmission (Sydney Medically Supervised Injecting Centre, 2011, 2008).

In the first 18 months of Sydney MSIC operation, 409 overdoses (80% related to heroin, 15% cocaine and 5% other drugs) were managed onsite after a total of 56,861 injecting episodes. For 17 years, MSIC was Australia's only supervised injecting facility until Melbourne's City of Yarra – a Victorian State Council – recorded the highest frequency of heroin-related deaths

over nine years (2009–2018). As a result, the Victorian coroner recommended trialling a second medically supervised injecting room (MSIR; Hawkins, 2017). In October 2017, the Victorian government approved a two-year trial of a safe injecting room in North Richmond (Wahlquist, 2017) after calls from service providers, politicians, researchers, grass-roots organisations and drug user advocates. The MSIR began operating on 30 June 2018 in a transitional facility before moving to a larger, purpose-built facility in July 2019 (Preiss & Fowler, 2019) which now provides more capacity for supervised injecting, longer operating hours and more health and social support services. The MSIR has the capacity for up to 20 people to inject under medical supervision simultaneously, making it one of the larger injecting rooms. The move from the smaller to the larger facility was accompanied by an increase in the number of visitors to approximately double the smaller room, indicating the need for the larger facility. After 18 months, MSIR staff attended to over 2,500 overdoses onsite (97% related to heroin) after a total of more than 120,000 injecting episodes, in approximately 5,000 clients, demonstrating that both MSIC and MSIR have demonstrated a high capacity to safely manage overdoses within the facilities. Clients of MSIC and MSIR must be aged 18 years or over and already have developed a dependence on drugs; they must not be pregnant, nor accompanied by a child; clients cannot sell, buy or share drugs in the centre or be intoxicated when arriving on the premises. Set, in a community health centre, the MSIR set out from the start to be a model of integrated health care for people to inject drugs. It was accredited as a health care facility within two weeks of opening, and again twelve months later, and has a health services permit for the storage and use of medicines onsite, including medications for the treatment of hepatitis, and medications for the treatment of opioid depen-

dence, including the new long acting injectable forms of buprenorphine. The MSIR is one of the most integrated facilities in the world providing a range of auxiliary services to clients on site. For example, in twelve months, staff provided 5,082 people with health and social support services and gave 1,393 other referrals for other services. Of those, 527 accessed or were given referrals for drug and alcohol services, more than 300 have commenced opioid replacement treatment, and 2,819 received health promotion services – including for safer injecting support. As well as referring clients to health services in the community health centre and beyond, the MSIR offers a range of treatments in the injecting room itself, as it became clear early on that this was the most effective way of meeting the unmet treatment need.

Despite over 120 DCRs operating around the world with no fatalities documented, the establishment of such facilities remains a controversial measure in the drug policy framework. Recently, the NSW coroner called for a second injecting room in Sydney citing ‘sound health policy’ (Thompson & Maley, 2019).

References

- Barkham, P. (2000). Sydney gets safe haven for users. *The Guardian*. Available at: <https://www.theguardian.com/world/2000/sep/04/patrickbarkham>
- Hawkins, J. (2017). *Victorian Coroners Court Finding into death with inquest*. Available at: https://www.regen.org.au/images/stories/Advocacy/FINDINGS_Ms_A_COR_2016_2418.pdf
- Preiss, B. & Fowler, M. (2019). Larger centre opens doors as government rules out Richmond injecting room move. *The Age*. Available at: <https://www.theage.com.au/national/victoria/larger-centre-opens-doors-as-government-rules-out-richmond-injecting-room-move-20190707-p524w6.html>
- SAHA International Limited (2008). *Final report: Economic evaluation of the Medically Supervised*
- Injecting Centre at Kings Cross (MSIC)*. Sydney. http://www.druginfo.nsw.gov.au/__data/page/1189/MSIC_Final_Report_26-9-08.pdf
- Sydney Medically Supervised Injecting Centre website (n.y.). *Background and evaluation – Independent evaluation of the MSIC*. Available at: <http://www.sydneymsic.com/background-and-evaluation#Independent-evaluation>
- Sydney Medically Supervised Injecting Centre (2011a). *Fact sheet*. <http://www.sydneymsic.com/images/resources/images/factsheetoct2011.pdf>
- Sydney Medically Supervised Injecting Centre (2011b). *Report to New South Wales Health*.
- Thompson, A. & Maley, J. (2019). ‘A chance to live’: Coroner calls for second Sydney injecting room. *Sydney Morning Herald*. Available at: <https://www.smh.com.au/politics/nsw/coroner-calls-for-a-new-supervised-injecting-room-in-south-west-sydney-20191217-p53kn0.html>
- Wahlquist, C. (2017). Victoria approves safe injecting room trial after spate of heroin deaths. *The Guardian*. Available at: <https://www.theguardian.com/australia-news/2017/oct/31/victoria-approves-safe-injecting-room-trial-after-spate-of-heroin-deaths>



A/Prof. Nico Clark

Medical Director of the Medically Supervised Injection Room at North Richmond Community Health and Head of Addiction Medicine at Royal Melbourne Hospital.
nicoc@nrch.com.au

„Såf Ti“¹

Über die Entstehungsgeschichte des ersten belgischen Drogenkonsumraums

Gregor Stangherlin, Juan Cortes Leclou, Cécile Magoga, Manon Reynders, Dominique Delhauteur & Marylène Tommasso

Wie können wir erklären, dass der erste Drogenkonsumraum Belgiens ausgerechnet in Lüttich seine Türen geöffnet hat?

Die erste Erklärung ist die massive und sichtbare Präsenz der Drogenkonsument*innen in Lüttich seit den 1980er Jahren in einem Kontext, der durch den industriellen Niedergang und zunehmende soziale Probleme gekennzeichnet ist. Die Sichtbarkeit des Dealens und die Verbreitung des Drogenkonsums haben die Behörden veranlasst, auf die Unzufriedenheit der Öffentlichkeit zu reagieren.

Diese Wahrnehmung des Problems ist auch heute noch relevant. Während des Konsultationsprozesses, der im März 2013 im Rahmen der Aktualisierung des Stadtprojekts 2012–2022 organisiert wurde, waren 43,11 Prozent der Lütticher der Ansicht, dass die Stadt Lüttich der Bekämpfung drogenbedingter Belästigungen Priorität einräumen sollte. Im Jahr 2016 ergab eine große Bevölkerungsumfrage (EliSe II), dass 26 Prozent der Befragten der Meinung waren, dass der Drogenkonsum ein Problem in ihrer Nachbarschaft darstelle. Sie betrachteten den sichtbaren Konsum (44%) und dann den sichtbaren Verkauf (29%) als die wichtigsten drogenbedingten Probleme in Lüttich, und diese Sichtbarkeit auf der Straße hat unbestreitbar einen erheblichen Einfluss auf das Sicherheitsgefühl im Stadtzentrum.

Daten von Akteuren des Gesundheitswesens und der Schadensreduzierung bestätigen diese signifikante Präsenz von Drogenkonsumenten im Gemeindegebiet. Im Jahr 2007 schätzte das Forschungsteam der Universität Lüttich im Rahmen der Evaluierung des TADAM-Projekts (Traitement Assisté par Diacétylmorphine) die Zahl der vom Straßenheroin abhängigen Menschen in der Provinz Lüttich auf 3 500 bis 4 500 Personen, davon 1 600 bis 2 100 allein für die Gemeinde Lüttich

(± 200 000 Einwohner). Diese Zahlen betrafen alle Verbrauchsmuster zusammen. Im Jahr 2015 befanden sich in Lüttich 1 212 Patienten in einer Substitutionsbehandlung, von denen 991 seit mindestens drei Jahren in Behandlung waren. Unter den letzteren wurde geschätzt, dass etwa 300 oder 15 Prozent der Nutzer*innen regelmäßig oder gelegentlich auf der Straße konsumieren. Auf der Grundlage dieser Zahlen ist es möglich, zwischen 900 und 1 260 Akte des Heroinkonsums pro Tag zu schätzen. Zu dieser Schätzung kommen noch Dutzende von täglichen Injektionen von Kokain, das zunehmend intravenös konsumiert wird und ein Produkt ist, das zur Befriedigung seiner Verbraucher*innen in kurzen Abständen wiederholte Injektionen erfordert. Im Jahr 2017 erreichte die aktive Linie innerhalb der Spritzenaustauschprojekte in Lüttich 550 verschiedene Nutzer*innen, an die 140 000 Spritzen verteilt wurden, mit einer Rückgewinnungsrate von 97 Prozent.

Das zweite Erklärungselement liegt wahrscheinlich in der Einrichtung psychosozialer Dienste zur Unterstützung von Drogenabhängigen seit den 1970er Jahren und schließlich seit Anfang der 1990er Jahre in Polizeiaktionen und dann in Sozial- und Gesundheitsmaßnahmen. In den 1990er Jahren tauchten die ersten „Sicherheitsverträge“ in mehreren belgischen Großstädten auf, darunter Lüttich, von der Bundesregierung subventionierte Dienstleistungen, die dann zum aktuellen Präventions- und sozialen Kohäsionsplan wurden. Dieser Dienst hat in Zusammenarbeit mit der Polizei Konsultationsforen namens „Drogenmissbrauchs-Workshops“ eingerichtet, um die Projekte zu diskutieren, die für die Einrichtung interessant wären. Zwei erste Ideen entstanden: die Einrichtung eines sehr niederschweligen Aufnahmezentrums (derzeit Start MASS-Zentrum) und eines Suchthospitals (derzeit UMPS, „Uni-

¹ „Schütze dich selbst“ auf Lütticher Wallonisch.

té Médico Psycho-Sociale“). Dann wurde das Startzentrum schnell zum ersten Methadon-Vergabezentrum. In den Jahren 1994–1995 wurde in Belgien das Nadelaustauschsystem (EdS) entwickelt und war in diesem Bereich wegweisend. Dieses System wurde erst zehn Jahre später legalisiert. Derzeit erfolgt der Nadelaustausch in einem der vier in Empfangszentren integrierten Schalter, entweder innerhalb einer vom Startzentrum eingerichteten mobilen Einheit („e-bis“) oder mit „Streetworkern“.

Darüber hinaus haben sich seit 2007 verschiedene Verbände in Lüttich mobilisiert, um die Schadensbegrenzung im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum auf Festivals zu fördern. Aus dieser Initiative entstand das Programm „Risquer Moins“, das in Form von Informationsständen auf Festivals das Bewusstsein schärfen und ein junges Publikum (15–30 Jahre) informieren soll.

Nach den 1995 begonnenen Diskussionen wurde das TADAM-Projekt 2007 endgültig verabschiedet, wobei der Bundesminister für Gesundheit und Justiz seinen Start und die Bereitstellung eines Budgets für seine Umsetzung ankündigten.

Das Projekt bestand aus einer randomisierten kontrollierten Studie zur Bewertung der Wirksamkeit und Machbarkeit der diacetylmorphingestützten Behandlung in Belgien im Vergleich zu bestehenden Methadonbehandlungen. Die experimentelle Behandlung bestand in der Verabreichung von Diacetylmorphin (das der Patient injizieren oder rauchen konnte) an Menschen, die stark von Straßenheroin abhängig waren, unter der Aufsicht eines Ärzteteams, in einem streng kontrollierten klinischen Umfeld, ambulant und mit der Möglichkeit einer psychosozialen Betreuung in einem Partnerzentrum. Dieses Projekt fand von Januar 2011 bis Dezember 2013 statt und wurde trotz der positiven Ergebnisse der Bewertung bisher nicht verlängert, insbesondere aufgrund des Fehlens eines Gesetzes, das dies zulässt. Aus diesem Grund hat Willy Demeyer, Bürgermeister der Stadt Lüttich und damaliger Abgeordneter, im Laufe des Jahres 2013 einen Antrag auf Änderung des Gesetzes von 1921, des belgischen Drogenrechts, gestellt. Schließlich beschloss Herr Demeyer im Januar 2018 im Einvernehmen mit allen politischen Parteien, alles in seiner Macht Stehende zu tun, um in Lüttich einen risikoarmen Konsumraum zu eröffnen. Dies geschah im September 2018. Im Laufe der Jahre sind auch viele andere kleine und mittlere Projekte entstanden, und so verfügt Lüttich trotz seiner bescheidenen Größe über ein breites Spektrum an vielfältigen und multidisziplinären Dienstleistungen, die einen

integrierten Ansatz für das Suchtproblem ermöglichen.

Die an der Betreuung drogenabhängiger Personen beteiligten Angehörigen der psychischen Gesundheitsberufe sind im RéLiA-Netzwerk (Réseau Liégeois d'aide et de soins spécialisés en Assuétudes) zusammengefasst.

Sehr schnell gab es einen lokalen politischen Konsens über die Umsetzung einer Drogenpolitik. Dies war wichtig für die Entscheidung, einen Drogenkonsumraum (DKR) zu eröffnen, wenn der Rechtsrahmen dies nicht zulässt. Es besteht auch ein wichtiger Konsens zwischen den Beteiligten in Lüttich, der das Ergebnis eines seit den 1990er Jahren durchgeführten Konsultationsprozesses ist, der im Rahmen der DKR zur Ausarbeitung eines Dokuments geführt hat, das Leitlinien für seine Umsetzung enthält. Die Existenz der TADAM-Stiftung hat es ermöglicht, nicht nur über Räumlichkeiten und Geräte zu verfügen, sondern auch über ein Team, das bereits über Fachwissen und Erfahrung mit prekären Drogenkonsumenten verfügt. Dieser Hintergrund hat es dem DKR Lüttich ermöglicht, seine Arbeit schnell aufzunehmen. Die territoriale Verankerung von Lüttich hat es in der Vergangenheit ermöglicht, neue Strategien zu verfolgen, die bereits bestehenden Mechanismen fortzusetzen und die vorgeschlagenen Angebote zur Risikominderung sukzessive zu diversifizieren. So hat sich in den letzten Jahren ein lokaler Konsens zwischen den verschiedenen Berufsgruppen herausgebildet, die im Drogenbereich tätig sind. Sie haben sich einstimmig für den Ausbau von Programmen zur Schadensminderung ausgesprochen. Diese Positionierung wurde während des Runden Tisches im Rahmen des Solidify-Audits deutlich zum Ausdruck gebracht. Bei dieser Gelegenheit erklärten die Teilnehmer*innen, dass Risikominderungssysteme, insbesondere DKRs, als vollständig komplementär zu anderen therapeutischen Angeboten wahrgenommen werden. Der zukünftige DKR wird als zusätzliches Werkzeug betrachtet,

- um die Kontinuität der Versorgung der am stärksten Benachteiligten zu gewährleisten,
- noch mehr eine Öffentlichkeit erreichen, die manchmal weit von institutionalisierten Diensten entfernt ist.

Aus sektorübergreifender Sicht organisierte der Präventionsplan bereits 2014 Konsultationen, die zu einem Arbeitsdokument führten, das später zur Grundlage für den Lütticher Konsumraum wurde. Die auf den Bereich der Sucht spezialisierten psychosozialen Akteure waren sich durchaus bewusst, dass es für die bestmögliche Erreichung der Ziele des DKR von Lüttich nicht nur ausreichen würde, wenn

er gelegentlich die Nutzer*innen erreicht, sondern auch, dass er möglichst viele derjenigen, die zur Zielgruppe der problematischen Straßenkonsument*innen gehören, „behält“.

So wurde ein präzises und detailliertes Pflichtenheft erstellt und 2018 fertiggestellt. Hier sind seine Ergebnisse:

Ziel 1: Erreichen von Drogengebraucher*innen mit hohem Risiko

„Vorausgesetzt, dass sie mindestens 18 Jahre alt sind und nicht zum erstmaligen Konsum kommen, ist jeder Benutzer von legalen und/oder illegalen Drogen, der sich auf dem Gebiet der Stadt Lüttich befindet, berechtigt, den DKR zu nutzen, unabhängig von seinem Status (einschließlich illegal und Papierlose) und seinen Aufenthaltsbedingungen (einschließlich Nichtinländer und Personen mit Wohnsitz außerhalb Lüttichs).

Es sollte keine Barriere für Benutzer*innen geben, die sich einer Substitutionsbehandlung unterziehen, oder für schwangere Frauen, obwohl letztere während ihres Konsums genauer überwacht werden sollten.“

Ziel 2: Schaffung einer gesunden und sicheren Umwelt

„Die Grundfunktion eines DKR muss auf der Präsenz eines multidisziplinären Teams von (Kranken-)Pflegerkräften und Sozialarbeiter*innen beruhen, die speziell für die Betreuung von Drogenkonsument*innen und die Schadensminderung ausgebildet sind.

Während die Größe des Empfangsteams und der Umfang seiner Dienstleistungen offensichtlich von den Öffnungsbedingungen und dem Umfang der angebotenen Zusatzleistungen abhängen, erfordert die Grundfunktion eines DKR dennoch die ständige Anwesenheit von mindestens drei Personen (Empfang, Wartung des Ruheraums und Überwachung des Gebrauchs), immer einschließlich mindestens einer Krankenpflegekraft.

Trotz der Notwendigkeit, dass die Nutzer*innen vorab die Art des Produkts, das sie konsumieren werden, angeben müssen, ist es unmöglich, die Qualität dieser Produkte zu kontrollieren und noch weniger zu überprüfen und somit den Verbrauch insbesondere einiger Produkte auszuschließen. Da es sich bei den am häufigsten auf der Straße konsumierten Produkten um Heroin, Kokain, Cannabis und illegal erworbene Ersatzstoffe handelt, sollten drei

Arten des Konsums zugelassen und organisiert werden: Injektion, Inhalation und Sniefen. Die Injektion kann nur vom Benutzer selbst vorgenommen werden, niemals von einem Dritten oder einem Mitarbeiter. Sie muss sich nicht unbedingt auf bestimmte physische Standorte beschränken, aber die Nutzung von Hochrisikogebieten muss dann genau überwacht und verhindert werden.“

Ziel 3: Reduzierung von Morbidität und Mortalität

„Nutzer*innen, die bereits einen Intoxikationszustand haben, sollten in den DKR aufgenommen werden, sofern dieser Zustand nicht zu unangemessenem Verhalten ihrerseits führt und daher mit Sanktionen belegt ist. Eine medizinische Präsenz ist unerlässlich, um eine ständige Rolle und Überwachung des Gesundheitsteams zu gewährleisten. Letzteres Personal sollte in der Reanimation geschult sein und über die notwendige Ausrüstung verfügen. Darüber hinaus müssen mit den Rettungsdiensten, die das Gebiet bedienen, konkrete Maßnahmen vereinbart werden.“

Ziel 4: Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Nutzer*innen

„Die allgemeine medizinische Dauerhaftigkeit kann begrenzt, aber für die Benutzer nach Vereinbarung immer zugänglich sein. Ebenso wird sich die Pflege nur auf bestimmte Situationen, einschließlich Screening, beschränken. Andererseits werden Substitutionsbehandlungen in der DKR nicht verschrieben oder durchgeführt!

Es kann eine Zusammenarbeit mit einem externen Psychiater sowie mit anderen Partnerdiensten zur psycho-medizinischen und sozialen Betreuung aufgebaut werden. Darüber hinaus muss das DKR über einen Nadelaustauschservice verfügen. In allen Fällen muss sich das DKR-Team auf Notfallsituationen beschränken und die hilfesuchenden Benutzer systematisch weitervermitteln. Kooperationsvereinbarungen mit Front-Diensten sind daher unerlässlich, um die Raumnutzer*innen bestmöglich zu beraten.“

Ziel 5: Reduzierung des Drogenkonsums im öffentlichen Raum

„Mit einer ausreichenden Kapazität von mindestens zehn Verbrauchsstellen und etwa 20

Entspannungsstellen (mit Schließfächern und Automaten) sollte sich der DKR im Stadtzentrum befinden, leicht zugänglich, idealerweise ohne direkten Zugang zur Straße oder mit einer Innenkonfiguration, die eine einfache Aufnahme der aktiven Leitung ermöglicht.

Es ist wichtig, dass es in der Nähe des einen oder anderen der Hauptorte liegt, an denen die Straßenbenutzer*innen normalerweise häufig unterwegs sind (kritische Reisezeit zwischen dem Ort des Geschäftsabschlusses und dem Ort des Konsums!).

Es sollte nicht ausgeschlossen werden, den DKR an mehreren Verbrauchsstellen zu dezentralisieren. Der DKR sollte idealerweise sieben Tage die Woche für eine bestimmte Zeit täglich geöffnet sein, die je nach Verfügbarkeit des Personals festzulegen sind, aber dennoch über mehrere Zeitslots verteilt sind, um sowohl den Morgen (ab 9 Uhr) als auch den Abend (bis 19 Uhr) abzudecken. Die Nutzung der DKR sollte kostenlos sein, ohne Einschränkung der Anzahl der Nutzungen pro Tag oder Unterscheidung zwischen dem Zeitpunkt des Zugangs zum Raum nach Geschlecht oder konsumiertem Produkt und vor allem ohne Verpflichtung zur Regelung des Zugangs. Darüber hinaus hat der im Mai 2018 im Rahmen des Audits des europäischen Solidify-Projekts organisierte Roundtable mehrere Schwerpunkte im Zusammenhang mit der Umsetzung des Konsumraums aufgezeigt:

- Absolute Notwendigkeit, so schnell wie möglich und idealerweise vor der Raumöffnung (z. B. durch einen wallonischen Erlass) einen Rechtsrahmen zu schaffen;
- die Schaffung eines DKR darf nicht zu Lasten anderer Betreiber des Pflege- und Risikominderungsnetzes gehen;
- die Vernetzung mit anderen Pflege- und Risikominderungsgeräten muss klar definiert sein;
- der Austritt als Endziel des Systems muss in den Statuten der DKR verankert sein;
- Notwendigkeit, Wohnungsmöglichkeiten und Betreutes Wohnen zu stärken;
- zwingende Einführung eines Belästigungsmanagementsystems rund um den DKR in Zusammenarbeit mit der Polizei, dem Präventionsplan der Stadt Lüttich und den Streetworkern des „Relais Social du Pays de Liège“;
- der DKR muss über ausreichende Aufnahmekapazitäten und geeignete Ausrüstung verfügen;
- es muss ein Bewertungssystem eingerichtet werden.

Jüngste Studien und wissenschaftliche Gutachten hatten auch bestätigt, dass die lokalen

Behörden, insbesondere Bürgermeister Willy Demeyer, diesen Schritt getan haben (Vander Laenen et al., 2018). Der Gemeinderat hat auf seiner Tagung vom 28. Mai 2018 einstimmig beschlossen:

- der TADAM-Privatstiftung die Aufgabe zu übertragen, für einen Zeitraum von drei Jahren einen DKR in Lüttich einzurichten, zu betreiben und zu verwalten;
- dass die Stadt Lüttich die Kosten für den Betrieb dieses Raumes übernimmt, die für das Jahr 2019 auf 826 900 Euro geschätzt werden.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich ein Jahr nach der Eröffnung ziehen?

1. Erreichen sie so weit wie möglich die Zielgruppe der Hochrisikonutzer*innen?

Seit September 2019 wurden 526 verschiedene Drogenkonsument*innen in den DKR registriert, darunter 428 Männer (81%) und 98 Frauen (19%). 259 Benutzer*innen kamen mindestens mehr als fünf Mal und können als aktive Warteschlange des DKR betrachtet werden, was 49,2 Prozent der registrierten Benutzer*innen entspricht. 149 davon kamen mindestens einmal im Monat und 55 einmal in der Woche. Damit ist die Anzahl der betroffenen Personen größer als vor der Eröffnung geschätzt. Die größte Herausforderung besteht darin, die Akzeptanz der Öffentlichkeit zu stärken. Wenn der Treuebalken auf mindestens einen Besuch/Woche überschritten wird, waren im April 2019 18 Prozent der registrierten Nutzer loyal. Wenn wir mindestens einen Besuch/Tag platzieren, dann waren im April 2019 nur 3,8 Prozent der registrierten Nutzer treu.

Von den Nutzer*innen, die den DKR seit seiner Eröffnung besucht haben, waren 30 Prozent Nutzer des Lütticher Spritzenaustauschprojektes im Jahr 2017. Dies entspricht 45 Prozent der aktiven Warteschlange, die erfolgreich an den DKR weitergeleitet wurde. Wenn wir die Benutzer*innen des Spritzenaustauschs im Jahr 2019 mit denen vergleichen, die beim DKR registriert sind, können wir sehen, dass gemeinsame Benutzer*innen 38 Prozent der aktiven Warteschlange des DKR und 54 Prozent des DLES ausmachen.

2. Bereitstellung einer gesunden und sicheren Umgebung, die Risiken reduzieren und die hygienischen Bedingungen des Drogenkonsums verbessern kann (unmittelbares Gesundheitsziel).

Der DKR bietet den Drogenkonsument*innen Gesundheitsversorgung und kontinuierliche Gesundheitsaufklärung. Der Verbrauch wird durch spezifische Regeln und Verfahren geregelt. Von den 17822 Konsumvorgängen in den ersten 14 Monaten (September 2019 bis Oktober 2019) entfielen 72 Prozent auf Heroin und 28 Prozent auf Kokain. Die Inhalation ist der dominierende Verbrauchsmodus für Heroin (76%), während die Injektion für Kokain (85%) dominant bleibt. Der Kokainkonsum gewinnt zunehmend an Bedeutung. Seit November 2018 wurden 341 Crackrohre verkauft und 508 Kapseln Bicarbonat geliefert. Während die Arbeiten zur Risikominderung hauptsächlich im Verbraucherraum durchgeführt werden, beginnt sie mit der Bereitstellung aller sterilen Geräte, der sorgfältigen Überwachung des Verbraucherverhaltens sowie der Gesundheits- und Hygieneberatung.

Accueil Drogues (ALFA) verteilte 32 955 Spritzen, um 31 868 (Wiederfindungsrate von 96.7%) zu erhalten. Dies entspricht 4 680 Durchgängen für eine aktive Linie von 196 Injektoren.

3. Verringerung der mit dem Drogenkonsum verbundenen Morbidität und Mortalität (Gesundheitsziel).

Alle Mitarbeiter*innen wurden in der Reanimation geschult und das TRCS verfügt über die notwendige Ausrüstung. Seit seiner Eröffnung hat der DKR sieben schwere Intoxikationen mit Werten von fünf, eine Heroin-Überdosis und eine Kokain-Überdosis registriert. Der DKR wurde 15 Mal geschlossen, damit die Rettungsdienste eingreifen konnten.

4. Stabilisierung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Nutzer (langfristiges Gesundheitsziel).

Benutzer des DKR sind oft Menschen, die auf der Straße oder unter prekären Bedingungen leben. Der direkte Zugang zur Basispflege ist daher eine wesentliche Funktion eines DKR. 1 367 Behandlungen wurden durchgeführt und 22 Transfers in Krankenhäuser durchgeführt. Es wurden 283 allgemeine medizinische Konsultationen angeboten, was zu 29 Krankenhausaufenthalten führte. 428 therapeutische Interviews, 297 medizinische und gesundheitliche Nachuntersuchungen und 297 soziale Orientierungen (+ 908 von Accueil Drogues) und Wellness-Aktivitäten (Friseur, Pediküre, ...) wurden vom DKR angeboten. Kontinuierliche Mitarbeiter*innenschulungen sichern

die Qualität der Versorgung und eine vernetzte Nachbereitung.

5. Reduzierung des Drogenkonsums im öffentlichen Raum und der damit verbundenen Belästigungen.

Der DKR ermöglichte es, 17 822 Konsumhandlungen an öffentlichen Orten zu verhindern. Die Anpassung und Verlängerung der Öffnungszeiten ist einer der Faktoren, die die Reduktion von Belästigungen im öffentlichen Raumes erklären. Die Verlängerung der Öffnungszeiten, die Information sowie die proaktive und kontinuierliche Sensibilisierung von Psychosozialarbeiter*innen, Polizist*innen und Nutzer*innen dürften dazu beitragen, Belästigungen im öffentlichen Raum zu verringern. Die kontinuierliche Konsultation der örtlichen Polizei ermöglicht eine schnelle Reaktion der Nutzer*innen und der lokalen Bevölkerung. Trotz all dieser Prozesse zeigt die vom DKR durchgeführte Umfrage, dass es schwierig ist, bestimmte Belästigungen zu vermeiden.

Der Präventionsplan der Stadt Lüttich hat mehrere Bürgerbefragungen zum Thema DKR organisiert. Alle ansässigen Ladenbesitzer und Bewohner in der Zone wurden *persönlich oder über einen Fragebogen an drei verschiedenen Momenten befragt*.

Die folgenden Lehren lassen sich aus der Analyse der erhaltenen Antworten ziehen:

- Etwa 70 Prozent der Befragten sind unabhängig vom Erhebungszeitraum mit dem DKR vertraut. Während 50 Prozent der Ladenbesitzer angaben, dass die Eröffnung eines Konsumraums in ihrer Nachbarschaft eine gute Sache in T0 sei, lagen sie bei 60 Prozent nach der eigentlichen Eröffnung. Andererseits, wenn 75 Prozent der Einwohner vor der Eröffnung positiv eingestellt waren, sind es nur 62 Prozent nach einem Jahr Aktivität.
- Der Drogenkonsum auf der Straße und die Präsenz von Menschen unter Einfluss in der Nachbarschaft werden von etwa 70 Prozent der befragten Bevölkerung als problematisch eingestuft. Der Deal hingegen ist für jeden zweiten Händler und 40 Prozent der Einwohner problematisch.
- Bei der Durchführung der Umfragen kann man allgemein und qualitativ sagen, dass das Projekt zwar von vielen Bürger*innen zum Zeitpunkt der Einrichtung begrüßt wurde, aber dann gab es Müdigkeit und Frustration, als sie er-

kannten, dass der DKR kein Allheilmittel für alle Probleme der Drogenabhängigkeit und des Prekaritäts waren.

Der Präventionsplan sammelte auch Daten über die schädlichen Auswirkungen von gebrauchten Spritzen, die an öffentlichen Orten zurückgelassen wurden. Die Straßenkehrer der Stadt Lüttich zählten die Anzahl der um die DKR herum gesammelten Spritzen während eines Monats (15. Oktober bis 15. November 2019). Bei der täglichen Reinigung wurden 120 Spritzen entnommen, das entspricht durchschnittlich vier Spritzen pro Tag. Darüber hinaus sammeln auch andere Fachleute Spritzen in der Nachbarschaft (DKR-Mitarbeiter, Drogenobservatorium Lüttich, Steetworker, ...). Seit der Eröffnung des DKR wurden von diesen Profis 173 Spritzen von den Straßen rund um den Raum gesammelt, also ein Dutzend pro Monat.

6. Verhindern die DKR Kriminalität in und um die Konsumräume?

Die Polizei hat seit der Eröffnung des DKR keinen Anstieg der Kriminalität in der Region beobachtet. Sanktionen, die bis hin zum endgültigen Ausschluss von Nutzer*innen gehen können, stehen dem Team ebenfalls zur Verfügung.

Fazit

Nach einem Jahr der Eröffnung bleiben zahlreiche Herausforderungen für den DKR: die Aufnahme des DKR in das Lütticher Netz, eine bessere Beteiligung der Nutzer*innen am Betrieb des Raumes, die Erweiterung der Öffnungszeiten, der Bedarf an moderner medizinischer

Ausrüstung, der Bedarf an Mobilität im Dienste der Nutzer, usw.

Die Durchführung einer externen wissenschaftlichen Bewertung der DKR würde die Umsetzung des Systems in anderen Städten der wallonischen Region erleichtern.

Literatur

Vander Laenen, F. et al. (2018). *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium – Étude de faisabilité de salles de consommation à moindre risque en Belgique* (p. 259). Online verfügbar unter: <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:194734>.



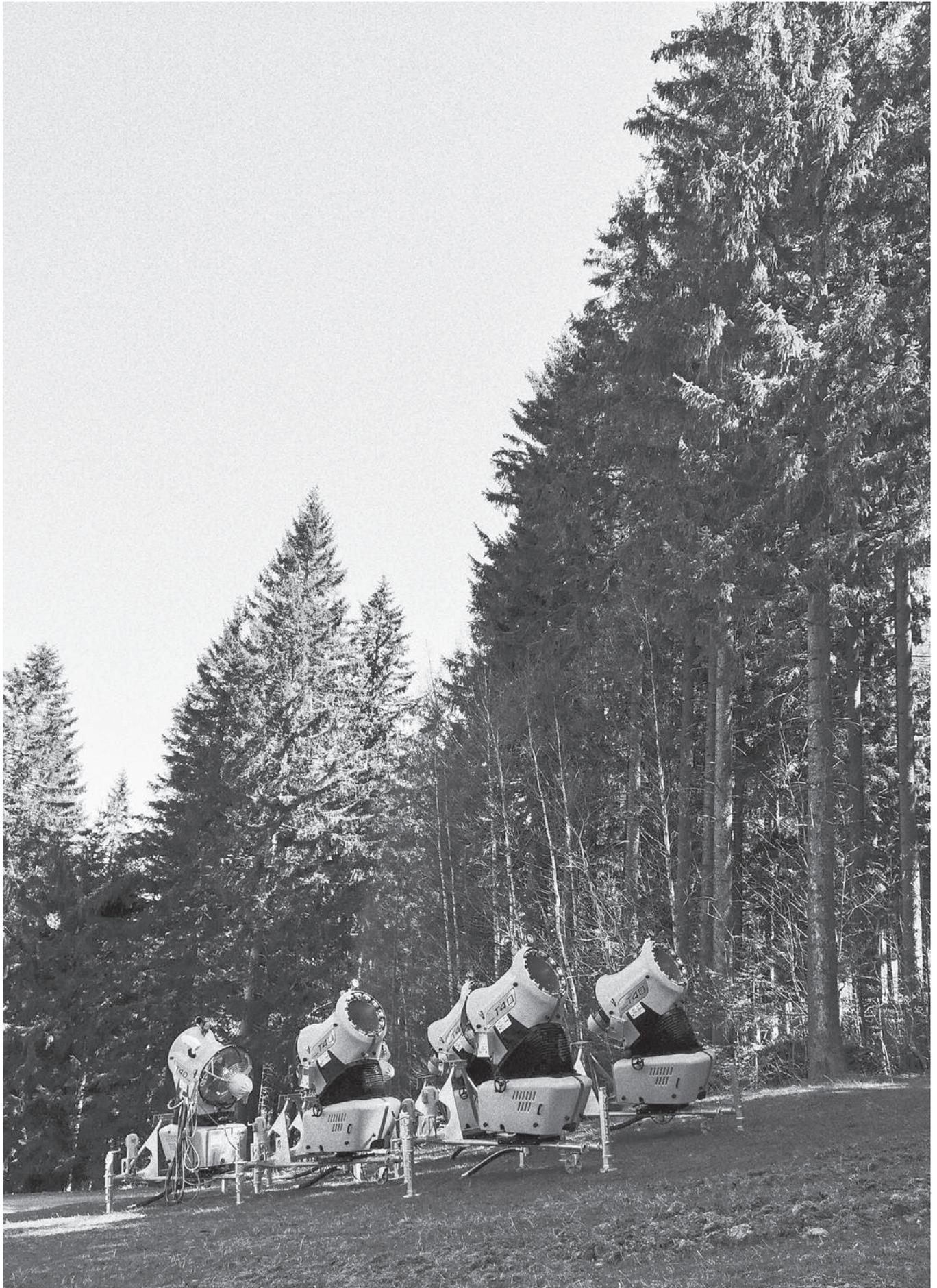
Dr. Gregor Stangherlin

Doktor der Soziologie.

Arbeitet bei der Stadt Lüttich als Projektleiter „Soziale Kohäsion“ in der Präventionsabteilung. Entwickelt und leitet Analysen und Projekte zu prekären Bevölkerungsgruppen (Obdachlose, Drogenabhängige und Migranten).

gregor.stangherlin@liege.be

(in Vertretung für die gesamte Autor*innen-gruppe)



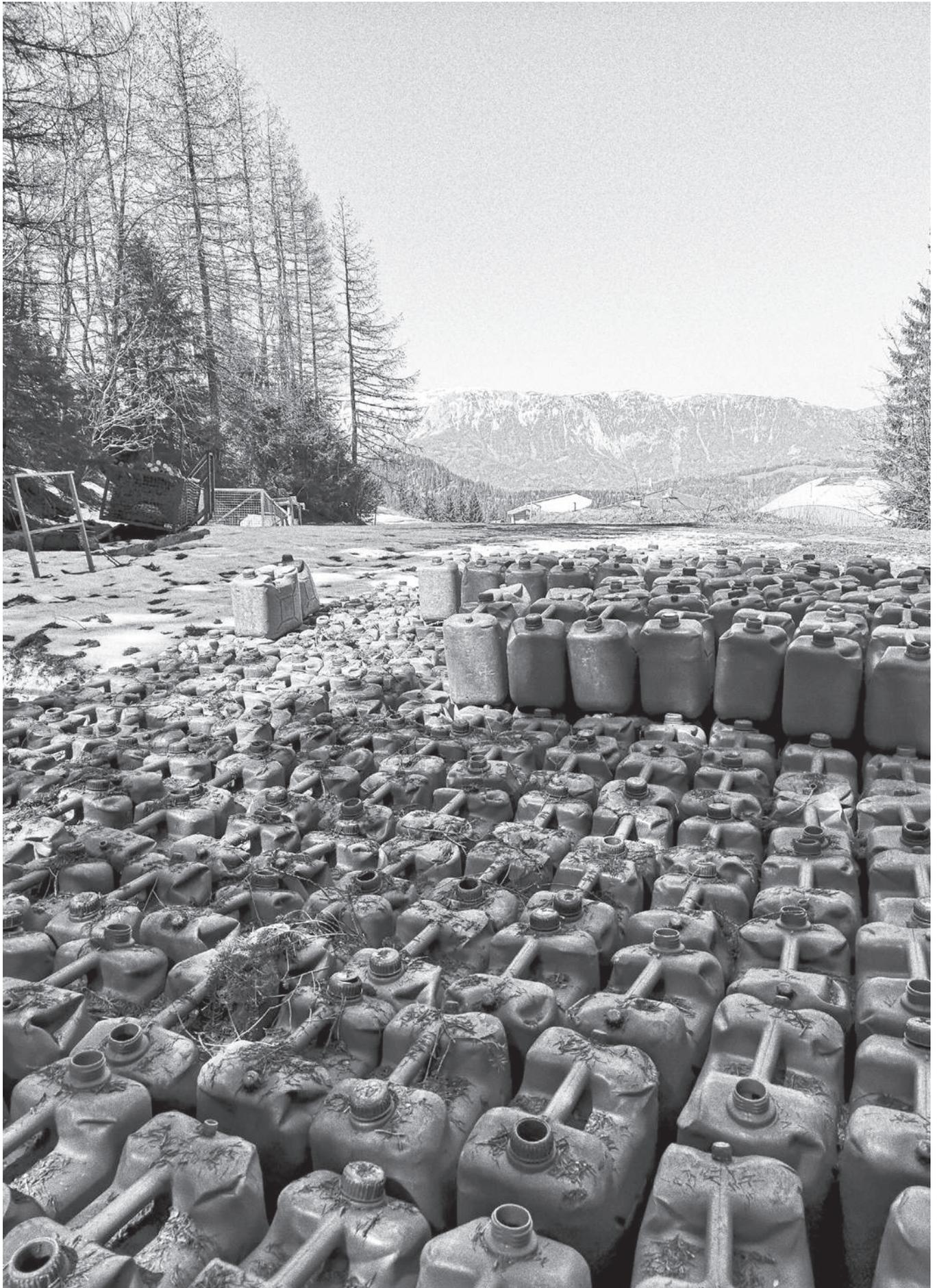














ARGOS, a drug consumption room (DCR) in Strasbourg

Aurélie Kreiss & Gauthier Waeckerle



Figure 1

Reception office and needles exchange supplies in Argos drugs consumption room (Photo: Marine Saiah)

The Ithaque Association was founded in 1993 in Strasbourg. At that time, the association was set up as a mobile needle exchange programme and then later developed to best meet the needs and realities of drug users and to promote their rights as well as access to health care and expert information. Thus, the work of this association is organised around four divisions: a research division, a city medicine network, a health care division and a harm reduction division. Since November 2016, this division has been home to the lower-risk consumption room, a link that until now has been missing from the range of risk reduction tools in France. This facility has been authorised on an experimental basis of six years, during which several are being carried out (qualitative evaluation, medico-economic evaluation and public security evaluation).

History of the consumption room scheme

Ithaque submitted their first proposal in 1999. Historically, Alsace and more specifically Strasbourg has always had a high number of drug users (needle users), some of whom we did not have any contact with until then. What we were lacking was an essential contact tool in order to be as close as possible to their drug use activity, a consumption room. We would have had to wait until the enactment of the Public Health Law of January 2016 that experimentation with DCRs was allowed.

The implementation of this facility presupposes that the municipalities must go through an application process and that a risk reduction organisation is able to carry such a project. Paris and Strasbourg were the first two cities to apply in France, and to this day, these cities are the only ones to have consumption rooms.

In Strasbourg, the vast majority of the city council voted in favour of this experiment and showed their willingness to find a location that is well adapted to the users of this service while preserving the peace of the neighbourhood.

In addition, a steering committee has been set up with representatives of the City, the Regional Health Agency (ARS), the police and the public prosecutor. This collaboration allowed for the anticipation of any potential difficulties and in-depth, upstream communication on the project.

We had previously visited several existing consumption rooms across Europe (Switzerland, Luxembourg, the Netherlands, Germany) to build on an experience and adapt it to our working philosophy and local context.

The centre's objectives

In addition to the objective of better responding to the needs of drug users, this centre has an important public health dimension and aims to avoid as much infection as possible. Long-standing drug users (needle users) that visit our centre have confirmed that these infections (mostly hepatitis) could have been avoided if they had known about this type of centre and previously had access to a facility like this one.

The aim is therefore to establish a link and to progressively win the trust of their users in order to direct and accompany them towards getting help in a safe and secure environment. With this approach it is possible to offer these users an alternative method of consumption, particularly when they encounter difficulties with injecting.

That is why we offer medical care, psychologists and psychiatrists. Our employees are there to accompany users, if they consent, towards other organisations. In this way, some people are directed towards a methadone substitution treatment, or they are directed towards hospitalised care, the city doctor, or even housing facilities... We must remember that these people are often isolated and very far away from these existing facilities.

Beyond the objectives of public health and accessibility to health care, the opening of a consumption centre also restores a safety objective for users but also for public peace. With this in mind, the Argos centre poses no problems since it is located on the hospital grounds, with specific access, it is relatively anonymous and it does not require you to have a house in direct vicinity.

During the building phase and before the opening of the centre, we were able to meet

with all of our partners as well as the health care teams in the hospital. Overall, the scheme was well received and it did not arouse any opposition. We received huge levels of support in each place where we held meetings for project presentations. During these meetings several questions were raised about the injection methods and the supply of substances.

The public did not demonstrate any form of reluctance. The fact that no houses are located close by the centre undoubtedly helped a lot. We also carried out a communication task in the organisations and institutions (high schools and sports clubs) situated in the surrounding area.

How the centre works

The running of these consumption centres in France is regulated in accordance with national specifications. However, there are also some local factors.

The Argos centre runs seven days a week from 1.00 pm to 7.00 pm. It requires six staff including a security guard. Social workers and nurses are present on a daily basis, while doctors, psychiatrists, social workers and psychologists provide one or two half days per week. We also have two part time coordinators as well as the management team.

Every active drug user is welcome at this centre, both anonymously and free of charge. When someone visits our centre for the first time, they are taken to an office for a welcome interview during which they will receive information on the structure of the centre, how it is run, and the services offered here. This interview is also necessary to assess the users current situation, their consumption habits and their physical and mental health. An ID number is provided to respect their anonymity. If the person wishes to use the consumption area, an experimental inclusion questionnaire is carried out for this. If necessary, we allow them to consume and continue the questionnaire at a later stage.

Minors and first time are not allowed to use the DCR. Even if these people cannot join Argos, physical accompaniment to specific organisations can be provided if the person desires.

Users pets are also welcomed at Argos. Specific areas have been provided so that they can tie up their dogs either inside or outside the premises during consumption and consultation periods.

Argos is divided into four areas, a hall where the needle exchange program is held, a welcome area where visitors are offered coffee,

books, internet access and shower facilities, a break area and a protected area dedicated only to consumption. In each area, one to two members of staff are present to establish a bond with the users. Psychoactive products can only be consumed in the consumption area. The only products that you cannot consume at the centre are cannabis and alcohol as per the specifications.

Access to the consumption area is only permitted after you have been given a numbered ticket by a staff member to determine the running order. To consume a product at the Argos centre the user must declare the name of the product and the chosen method of consumption (sniff, injection, inhalation, smoking). In this instance, a staff member will then evaluate the physical state and the state of consciousness of the person. If consumption of an additional substance is detected and poses a potential risk of overdose, the staff member can momentarily ban the user from the consumption area and in-

vite them to wait in the welcome area until they are in a better state.

Except for the substance that the user brings with them to the centre, all materials used in the consumption space (syringes, sterile water, pipes, straws ...) are issued by the staff working in the consumption area, in exchange for a ticket. This also ensures that all material used is sterile.

The person can then settle themselves in one of the free stations. There are six stations for injecting drugs, two for sniffing and four for inhalation and smoking. These last four stations are separated by a glass wall and they are equipped with a ventilation system.

The staff is responsible for the safety of the users, providing advice on risk reduction and they are there to listen to any questions or worries that the users may have. They intervene immediately in cases of overdoses or bad reactions. For users who are having difficulty finding a vein, they are offered another method

NACHRICHT

E-Zigarettenwerbung verdoppelt Risiko, mit dem Dampfen anzufangen

Der DAK-Präventionsradar zeigt deutlichen Effekt von E-Zigarettenwerbung auf Jugendliche – auch auf den Konsum von Shishas und Filterzigaretten.

Werbung für elektronische Zigaretten wirkt sich deutlich negativ aus. Nach häufigem Kontakt mit E-Zigarettenwerbung steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche innerhalb eines Jahres mit dem Dampfen anfangen um 95 Prozent. Das Risiko fürs Shisha-Rauchen verdreifacht sich. Auch klassische Zigaretten werden durch Werbung für moderne Rauchprodukte leider attraktiv. Das zeigt der Präventionsradar der DAK-Gesundheit und des Kieler Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord).

Die Längsschnittauswertung belegt erstmals, wie stark gehäufte Werbekontakte bei Schülern der fünften bis neunten Klasse das Risiko erhöhen, E-Zigaretten zu dampfen: Im Schulhalbjahr 2016/2017 wurden rund 4.500 Jugendliche aus sechs Bundesländern zu ihrem Rauchverhalten und zur Kontakthäufig-

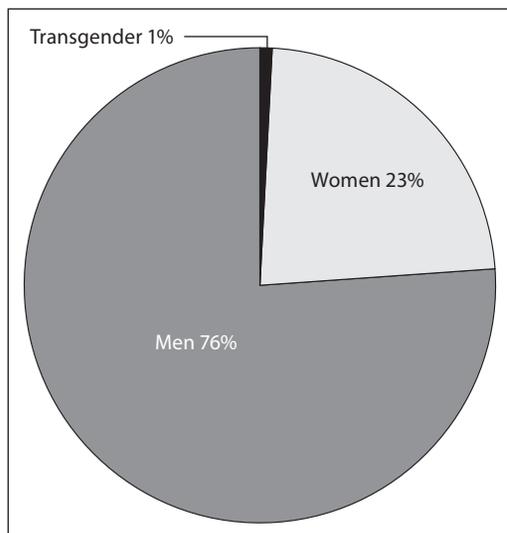
keit mit Werbung für elektronische Zigaretten repräsentativ befragt. Ein Jahr später zeigte sich bei einer erneuten Erhebung, dass von den Schülern ohne Werbekontakte jeder Zehnte in den zurückliegenden Monaten das Dampfen ausprobiert hatte; bei den Mitschülern mit vielen Werbekontakten (zehn oder mehr) waren es doppelt so viele (plus 95 Prozent). „Der negative Effekt von Werbung für E-Zigaretten auf Jugendliche ist nachweislich größer als bislang angenommen“, sagt Andreas Storm, Vorstandschef der DAK-Gesundheit. Es sei wichtig, dass die Politik aktuell auch über ein Werbeverbot für E-Zigaretten nachdenke. „Mit einer Werbebeschränkung für alle Konsumvarianten können wir am besten die bisher erzielten Erfolge der Tabakprävention ausbauen“, so Storm.

Werbung für E-Zigaretten verführt die befragten Schülerinnen und Schüler auch zu anderen Rauchprodukten. Durch die Werbung steigt das Risiko für den Konsum traditioneller Zigaretten um bis zu 125 Prozent, bei Wasserpfeifen, den sogenannten Shishas, zeigt die neue Studie sogar einen Anstieg um bis zu 200 Prozent. „Jugendliche mit viel Kontakt zu E-Zigarettenwerbung sind möglicherweise besonders empfänglich für den Shisha-Konsum“, erläutert Professor Reiner Hanewinkel vom IFT-Nord. Beide Produkte seien durch die oft beigemischten besonderen Geschmacksrichtungen in der Wahrnehmung der jungen Konsumenten sehr ähnlich. „Die entscheidende Gefahr ist, dass Kinder und Jugendliche mit diesen neuen Rauchprodukten frühzeitig auf Nikotin programmiert und in die Abhängigkeit geführt werden“, betont Hanewinkel.

Die Längsschnittdatenanalyse zum Einfluss von Werbung für E-Zigaretten auf das Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen schließt eine Forschungslücke und wurde in der Fachzeitschrift „Addictive Behaviors“ veröffentlicht: „Electronic cigarette advertising and teen smoking initiation“. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460319305891>

Figure 2

Distribution of gender



of consumption, or a one-on-one interview in the care room to help them practise injecting. It may seem like a fine line between counselling and assisting the injection, but staff never performs the act of injecting, instead of the user. Alternatively, some users have one of their friends or their partner who performs the injection for them when they cannot inject themselves. We offer a specific station for this in the centre, provided that this third party is known to us, that they wear gloves and that they only inject someone else before they themselves have consumed any drugs. We are trying to provide the best possible framework for these practices.

Once the substance has been consumed, the person disposes of the material used in the containers provided for this purpose. They then must clean their station and wash their hands before leaving the consumption area. They must wait 30 minutes before they are allowed to ac-

cess this area again. If the time is limited in the consumption area (30 minutes), they can stay as long as they need in the other areas where they can have a drink and meet the medical staff, the social workers and the psychologists. Alternatively, they can leave the centre directly if they are in a stable enough condition.

The consumption area is only one of the areas available at Argos. It is certainly the area most specific to this centre, but it only acts as one piece of the puzzle. A puzzle designed and shaped in the image of all the plans of the Ithaque Association, within which many tools are deployed to allow staff members and drug users to meet and communicate. Needle exchange programs, Naloxone in 'take-home', rapid screening tests (HCV, HBV, HIV), Fibroscan, sessions to support injection-related activities, but also mobile emergency care services, street work, individual interviews and workshops, are all tools used to connect with people, help them reduce the risks associated with substance use and promote their access to health care and rights.

Main activity figures, the balance sheet reports:

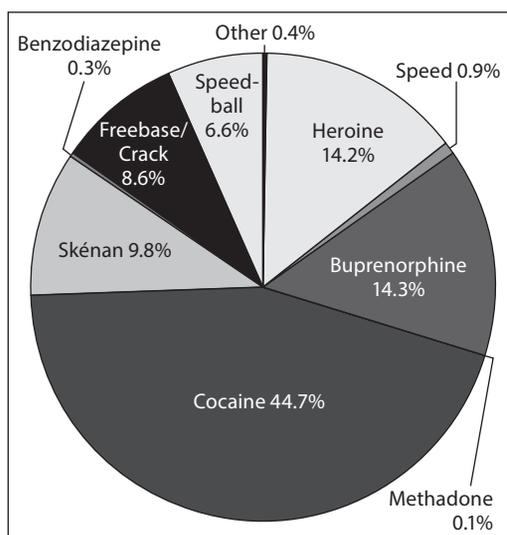
On 30 September 2019, 864 people were registered for our service, 641 who wanted to use the consumption area. These people are aged on average 40.6 years old and they are 75 percent male. Almost 25% of users are women (s. Figure 2).

Since 2016, ten pregnant women have been accompanied to health services by the Argos team.

From the opening of our centre, the most commonly consumed substance in the centre has been cocaine. This came as a huge surprise since the users that have visited Argos up until now through the various services offered by the Ithaque Association were largely opiate users. And until 2018, almost 60 percent of drug consumption was opiates. In 2019, it is now cocaine (cocaine + crack + speedball) representing 60 percent of consumptions (vs. 41% in 2018). Cocaine remains at the heart of Ithaque staff concerns, not only because of its prevalence in Argos but also because it is the drug that caused 15 of the 17 overdoses that have taken place in consumption areas since the beginning of 2019; in 2018 it was only the cause of one out of eleven overdoses. There is currently a high level of cocaine trafficking in Strasbourg and analyses carried out as part of the SINTES (National Detection System of Drugs and Toxic Substances) monitoring system have shown that this cocaine is very highly dosed (up to 99% purity). The price of heroin has dropped significantly in recent years, also encouraging purchases.

Figure 3

Distribution of substances consumed in the centre from January to October 2019



This could explain why users are returning to heroin (14% in 2019 vs. 12% in 2018) and also the declining interest in morphine sulphate. Indeed, there has been a very sharp decrease in the consumption of morphine sulphate in the centre, which now represents only ten percent of consumption in 2019 (vs. 27% in 2018; s. Figure 3).

While intravenous use still accounts for 75% of consumption, it is decreasing sharply (84% in 2018), while inhaled and smoked methods are increasing (19% in 2019 vs. 13% in 2018; s. Figure 4).

Conclusion

Beyond changes in practices and consumption, one of the objectives was to get in touch with users who were not at all related to care or risk reduction services, a bet won, since more than half of the people coming to the centre had never previously been in contact with any organisation like ours. The work in the consumption area has also highlighted one of the major obstacles that drug users face when trying to access their rights and healthcare: the insecurity around housing. Now that 54 percent of Argos users are in a precarious housing situation (on the streets, squatting or in an institution with no

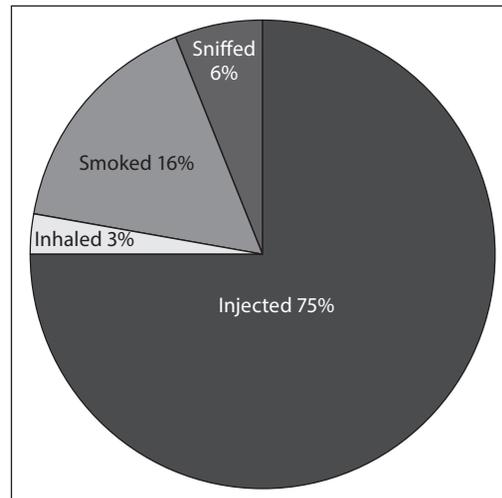


Figure 4

Chosen method of consumption

prospect of being there after six months) hosting arrangements are next to none, taking into account the reality of drug use. This is why the Ithaque Association is today the bearer of an innovative hosting project dedicated specifically to these same users, taking into account these realities. By 2020 it aims to have fully developed and established a place of accommodation for users of the DCR, they can settle down and undertake treatment without actually abandoning their consumption practices.



Aurelie Kreiss

Chef de service
Salle de Consommation
à Moindre Risques Argos
Association Ithaque
aurelie.kreiss@ithaque-asso.fr
www.ithaque-asso.fr



Gauthier Waeckerle

Ithaque General Manager
Ithaque is a health, drop-in and risk reduction centre for drug users. It caters for anyone 'overwhelmed' by an addiction with a view to supporting them in the treatment approach.
g.waeckerle@ithaque-asso.fr

Drogenkonsumraum in Paris

Elisabeth Avril¹

Die Ile de France ist mit circa zwölf Millionen Bewohnern die bevölkerungsstärkste Region Frankreichs. Sie verfügt über ein dichtes Transportnetz und bündelt mehrere „Verkehrsknotenpunkte“, wie den Gare du Nord. Dies begünstigt die Mobilität Drogenkonsumierender, die sich in der Pariser Innenstadt und in einigen Vorstädten verstärkt im Umkreis bestimmter Verkaufspunkte illegaler Drogen (v. a. Heroin, Kokain, Crack) und zweckentfremdeter Arzneimittel (Morphinsufat, Pregabalin, Benzodiazepine) aufhalten. Diese Verkaufspunkte sind häufig auch die Konsumorte der prekären Konsumierenden, dies zieht Nachbarschaftskonflikte und Beschwerden von Anwohnern nach sich.

In diesem Artikel widmen wir uns nicht dem Konsum von Kokain und Neuen Psychoaktiven Substanzen, die über das Internet bezogen und von gesellschaftlich integrierten Bevölkerungsgruppen zu Hause oder in Clubs konsumiert werden.

Seit Beginn der 1990er Jahre wurde in Frankreich eine Politik der Schadensreduzierung entwickelt, die sich auf Substitutionsbehandlungen und die medizinische Suchtbehandlung – das neue Fachgebiet der „Addiktologie“ – fokussiert und weniger auf den Zugang zu sterilem Material und das Empowerment der Betroffenen (weniger als 100 genutzte Spritzen/Jahr/Person im Vergleich zu den von der WHO empfohlenen 200 Spritzen).

Neben der Region Provence Alpes Côte d’Azur ist die Ile de France eine der zwei am stärksten von problematischem Drogenkonsum, Prekarität und Obdachlosigkeit betroffenen französischen Regionen – die Zahl Konsumierender ohne Unterkunft im Großraum Paris wird auf circa 5 000 geschätzt.

Die Einrichtungen für Konsumierende psychoaktiver Substanzen sind ungleich im Pariser Stadtgebiet verteilt und bündeln sich in der Innenstadt. So verfügen manche Départements der Peripherie nur über ein einziges CAA-

RUD (Centres d’Accueil et d’Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues: Schadensreduzierendes Aufnahme- und Betreuungszentrum für Drogengebrauchende) und über CSAPAs (Centres de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie: präventives Behandlungs- und Beratungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen), die ausschließlich problematische Alkoholkonsumierende aufnehmen oder über höherschwellige Zugangsvoraussetzungen verfügen. Die vom INSERM 2011 durchgeführte Studie Coquelicot zeigt, dass 60 Prozent der Konsumierenden in Seine St. Denis in den vergangenen sechs Monaten Probleme hatten, sich mit sauberem Spritzenbesteck zu versorgen.

Verstärkend wirken zudem strukturelle Aspekte des Ballungsgebietes Paris und der Drogenprohibition: die Wohnraumkrise mit ihren Schwierigkeiten jenen diversen und ausländischen Bevölkerungsgruppen mit Behandlungsbedarf Wohnraum zur Verfügung zu stellen. Das Angebot spezialisierter Wohnprogramme für Personen mit Abhängigkeits- und/oder psychiatrischen Erkrankungen steigt, gemessen am wachsenden Bedarf, nur gering an. Zudem nimmt weltweit der Konsum von Psychostimulanzien zu und stellt das Modell der Schadensreduzierung, welches als Reaktion auf den Heroinkonsum der 1970er/80er/90er Jahre entwickelt wurde, vor große Herausforderungen.

Crack ist im Pariser Norden zunehmend die Präferenzdroge obdachloser Konsumierender. Die Polizei spricht von einer regelrechten Epidemie, wobei die prekären Konsumierenden nur die Spitze des Eisberges darstellen. Ein großer Teil des Kokains wird über den Luftweg aus Französisch-Guyana nach Frankreich geschmuggelt, ein relativ neues Phänomen, das die Betäubungsmittelbrigaden in Alarmbereitschaft versetzt. Zudem – und dies erschwert die Analyse und das Verständnis des Phänomens – ist problematischer Drogenkonsum in Frankreich ein stark politisiertes Thema. Es existiert

¹ Übersetzung: Maïke Sinead O’Reilly.

kein politischer Konsens, der die Effizienz schadensreduzierender Angebote als Ganzes – d. h. von Drogenkonsumräumen über Sprizentauschprogramme, Kontaktcafés, Angebote der Überlebenshilfe bis hin zur Heroin-Originalstoffvergabe (die in Frankreich nicht existiert) – anerkennt.

Wir stehen vor der Herausforderung, uns einem globalen und gesellschaftlichen Verständnis dieses äußerst komplexen Phänomens anzunähern und, trotz des starken politischen und administrativen Zentralismus in Frankreich, auf regionaler Ebene schadensreduzierende Angebote umzusetzen. Die Herausforderung besteht darin, einen politischen Konsens zur Umsetzung lebensweltlicher und pragmatischer Angebote zu erarbeiten. Dringlich ist zudem eine Bedürfnisdiagnose, denn der Fokus liegt meist auf dem sichtbaren (Drogenszenen in der Pariser Innenstadt) und weniger auf den Bedarfen in den weniger medial präsenten Vorstädten. Eine weitere Herausforderung, die im Verhältnis mit der erstgenannten steht, ist, auf pragmatische und nachhaltige Weise auf die Szenebildung an Konsum- und Verkaufsorten zu antworten, wie beispielsweise auf die Crackszene am Port de la Chapelle oder auf die Heroinszene in Aulnay-Sous-Bois (Département Seine Saint Denis).

Eine erste Antwort ist die Eröffnung des ersten Drogenkonsumraums (DKR) auf dem Gelände des Krankenhauses Lariboisière am Pariser Nordbahnhof im Oktober 2016, der ersten Einrichtung für präkarisierte Drogenkonsumierende, die sieben Tage die Woche geöffnet ist und schadensreduzierende Materialien (Spritzen- und Inhalationsbesteck) ausgibt. Dieser DKR und alle in Zukunft eröffneten unterliegen bis 2022 einer Erprobungsphase. Eine wissenschaftliche und medizinisch-ökonomische Evaluation wird aktuell in den DKRs in Paris und Strasbourg (siehe Beitrag von Aurélie Kreiss und Gauthier Waeckerle in diesem Band) durchgeführt. Die gewonnenen Ergebnisse entscheiden über die Weiterführung der Angebote und über die Beendigung des Status als Pilotprojekt.

Durch die Entscheidung, einen einzigen DKR in der Region Ile de France zu eröffnen (der 2009 gestellte Antrag des Trägers beinhaltete 5 DKR), entstand seitens der Behörden die Befürchtung eines starken Zustroms Konsumierender in das betroffene Viertel, der Zugang zum DKR wurde daraufhin auf i.v.-Konsumierende beschränkt. Der DKR, mit neuerdings ausgeweiteten Öffnungszeiten (seit Oktober 2019 von 9.30 Uhr bis 20.30 Uhr), steht ausschließlich i.v.-Konsumierenden zur Verfügung und wird größtenteils von der Opiatszene

(Morphinsulfat) im Umkreis des Bahnhofes genutzt. In der Einrichtung besteht die Möglichkeit, Crack zu rauchen, was die meisten Nutzer tun, für die Nutzung dieses Angebotes muss jedoch eine Praxis des i.v.-Konsums vorliegen.

Diese rechtliche Rahmenbedingung führt zu der Benachteiligung jener Personen, die bereits durch ihre Konsumpraxis benachteiligt sind. Der Hausordnung zufolge muss der erste Konsum im DKR i.v. erfolgen, sollte der Konsument nach drei Monaten nur einmalig i.v. konsumiert und sonst nur geraucht haben, müssen wir ihn zum Gehen auffordern. Dieses Paradoxon mit seinen widersprüchlichen Aufforderungen ist das Ergebnis einer verfehlten Politik von Entscheidungsträgern, die die Realität des Drogenproblems ihres Landes nicht kennen.

Mit mehr als 300 Nutzungen pro Tag, von denen mehr als 50 ausschließlich der Erholung dienen, und mit mehr als 1500 registrierten Nutzern antwortet der DKR am Pariser Nordbahnhof auf seine Zielsetzungen. Also der Verbesserung des Gesundheitszustandes präkarisierter Konsumierender, einem verbesserten Zugang zu sozialen- und medizinischen Hilfeangeboten, einer verbesserten sozialen und rechtlichen Begleitung und einer Reduzierung von riskanten Konsumpraxen.

Die Stadtreinigung vermerkt ein nahezu vollständiges Verschwinden von herumliegenden Spritzenbesteck im öffentlichen Raum, die Polizei konnte keinen Anstieg der Straffälligkeit im Viertel feststellen, jedoch eine weitestgehend Befriedung anliegender Straßen. Monatlich tagt im Stadtteilrathaus des 10. Arrondissements ein Begleitkomitee. Dieses versammelt Vertreter von Vereinen, der Stadtverwaltung (Grünflächenamt, Soziale Dienste, Präventionsdienst), des regionalen Gesundheitsdienstes, des beteiligten Krankenhauses, der Krankenversicherung, der Polizei und der Bahn (SNCF). Das Komitee ermöglichte die Begleitung des Projekts und erleichterte die Entscheidungsfindung vor allem im Hinblick auf die Verstärkung der Personaldecke im Bereich der zugehenden Sozialarbeit, die täglich im Umkreis des DKRs stattfindet. Das Komitee ermöglicht ebenfalls die Koordinierung der Öffentlichkeitsarbeit und die Bearbeitung von Anfragen unterschiedlichster Akteure aus dem Stadtviertel.

Zusätzlich findet alle drei Monate ein Stadtteilkomitee statt, bestehend aus den oben genannten Vertretern sowie aus Bürgerverbänden und, seit kurzem, aus interessierten Nutzern des DKR. Den Anwohnern wird im Rahmen dieser Treffen die Möglichkeit gegeben, ihre Schwierigkeiten, Beschwerden und Verbesserungswünsche mitzuteilen.

Am Projektbeginn nahmen zwei Bürgerverbände am Komitee teil, von denen sich einer gegen das Projekt positionierte, drei Jahre später hingegen nehmen vier Bürgerverbände an den Treffen teil und nur einer positioniert sich gegen das Projekt. Der DKR ermöglichte es, die Schwierigkeiten, die aus der Präsenz der vielen obdachlosen und prekären Drogenkonsumierenden entstehen, sichtbar zu machen und auf das Fehlen einer umfassenden regionalen Strategie diesbezüglich hinzuweisen.

Die vom DKR abgewiesenen, Nicht-i.v.-Konsumierenden, verteilen sich auf unterschiedliche Stadtviertel im Pariser Norden und werden von den dortigen Bewohnern als Belästigung und Unsicherheitsquelle wahrgenommen. Die Behörden, allen voran die Polizei und die Justizbehörden konnten sich von den Vorteilen von Einrichtungen, wie dem DKR – in Bezug auf die effektive Betreuung, die unvermittelte Weitergabe von Daten und Kenntnissen aus der praktischen Arbeit, die Vorteile der konzertierten Zusammenarbeit unterschiedlicher Behörden und Protagonisten – überzeugen.

Im Laufe weniger Jahre haben die unterschiedlichen staatlichen und städtischen Behörden in Rücksprache mit den betroffenen Verbänden den Entwicklungsbedarf erkannt und mehrere Entscheidungen, mit entsprechenden finanziellen Zuweisungen, getroffen. So profitiert eine weitere schadensreduzierende Einrichtung seit April 2018 von erweiterten Öffnungszeiten an Wochenenden – es existieren somit zwei Einrichtungen, die an Wochenenden sterile Spritz- und Inhalationsutensilien ausgeben –, zudem wurde das Material der existierenden Spritzentauschautomaten aufgestockt.

Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurde im April 2018 durch die Verbände der Suchthilfe und die staatlichen und städtischen Behörden ein regionaler Aktionsplan erarbeitet. Die beteiligten Verbände mit schadensreduzierender Ausrichtung haben in diesem Rahmen Beschreibungen geplanter Projekte vorgestellt, um präzise die Art der Angebote, ihre Durchführung und ihre Verteilung auf das Stadtgebiet vorzustellen. Die unterschiedlichen Aktionen beinhalten:

- die Schaffung eines (Tag- und Nacht-)Aufenthaltsangebotes für obdachlose Drogenkonsumierende, vor allem für Crackkonsumenten,
- die Eröffnung dezentraler DKR im gesamten Stadtgebiet, die allen Konsumierenden offenstehen, unabhängig davon, ob sie i.v. oder inhalativ konsumieren,

- die Schaffung dauerhafter, spezifischer Unterbringungsangebote für Drogenkonsumierende,
- die Frage der komplexen Einzelfälle, die medizinische, psychiatrische und soziale Problemlagen kumulieren, wird in Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Institutionen und Entscheidungsträgern bearbeitet.

Zentral bleibt es weiterhin, die Reflexion über pragmatische und innovative Lösungen für den problematischen Konsum von Psychostimulanzien voranzutreiben und mit neuen medizinischen und sozialpädagogischen Betreuungsformen zu experimentieren, die auf die Bedürfnisse jener Konsumierenden eingehen, für die das „Opiatmodell“ nicht geeignet ist.

Im Juli 2019 hat das Gesundheitsministerium ein Ministerialerlass unterzeichnet, der die gültigen Betriebsbedingungen für DKR ändert und so neue Projekte und deren Öffnung, auch für Nicht-i.v.-Konsumierende, ermöglicht.

Die Träger „Aurore“ und „Gaïa Paris“ arbeiten seit dem Sommer 2019 an der Eröffnung eines Aufenthalt- und Konsumangebotes für obdachlose Crackkonsumierende, die auf dem sogenannten „Crackhügel“ (La colline du crack) in Port de la Chapelle leben und konsumieren. In diesem Viertel existiert seit 2001 eine offene Crackszene, deren Mitglieder teilweise dauerhaft vor Ort leben, 200 Konsumierende halten sich zudem zeitweilig dort auf. Auch nach 18 polizeilichen Räumungen halten sich die Drogenkonsumierenden unverändert dort auf und die Situation der Betroffenen sowie der Anwohner verschlechtert sich stetig. Verschmutzung, Gewalt, Tod, Sexarbeit und Körperverletzung bestimmen das tägliche Bild. Als szenenahes Angebot möchte die geplante Einrichtung den Aufenthalt und den Konsum sowie Körperpflege, soziale und medizinische Beratung ermöglichen. Die Eröffnung ist für November 2019 geplant.

Zeitgleich planen die beteiligten Träger die Eröffnung eines Konsumraums; dieses Projekt wurde jedoch von der Stadtverwaltung aufgrund der baldigen Wahlen im März 2020 abgelehnt. Ein zweiter Drogenkonsumraum in Paris scheint somit zeitnah möglich – die beteiligten politischen Akteure versprechen ihn in der nächsten Amtszeit. Im Voraus muss zügig die Zusammenarbeit mit den Anwohnern des Stadtviertels vorangetrieben werden, diese leben zwar relativ weit von der Colline de Crack entfernt, sind jedoch stark mit der Situation ihres Viertels beschäftigt. Der Crack-Aktionsplan beinhaltet die Schaffung mehrerer Aufenthaltsangebote, von denen bisher ein einziges umgesetzt wurde. Um den vielen obdachlosen Konsumierenden in der Ile de France und de-

ren sozialer Entkoppelung zu begegnen, müssen mehrere vergleichbare Angebote realisiert werden.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass der politische Wille bei der Umsetzung niedrigschwelliger Angebote, mit oder ohne Konsummöglichkeit, entscheidend ist, da die konkrete Umsetzung, wie das Finden angemessener Räumlichkeiten, nur mit der Unterstützung der Anwohner möglich ist. Für die notwendige Eröffnung weiterer Drogenkonsumräume müssen sich betroffenen Gemeinden bis 2022 zur Eröffnung eines DKR in ihrem Stadtgebiet bereit erklären. In Anbetracht der französischen Kommunalwahlen 2020 bleiben Debatten und die Verzögerung neuer Projekte zu befürchten.



Dr. Elisabeth Avril

General practitioner and director of Gaïa Paris association whose missions are developing harm reduction among people who use drugs. As a clinician, she is involved in the HIV and HCV treatment of PWUD and substitution therapy. She has implemented the mobile Fibroscan project in the Paris region. Gaïa Paris is also in charge of the first DCR in France which has opened in Paris mid October 2016.
eavril@gaia-paris.fr

Drug consumption rooms in the Netherlands – latest developments

Cedric Charvet

In the Netherlands, for many years drug consumption rooms (DCRs) are one of the harm reduction interventions run by addiction treatment and social relief services. The first formal drug consumption room was run by an addiction treatment service and opened in 1994 in Maastricht.

Since then and lasting about ten years, the number of drug consumption rooms increased, primarily aiming for the reduction of drug-related nuisance in the streets and public spaces.

In the 21st century, the need for drug consumption rooms decreased, due to the many initiatives that took place in the field of housing of homeless people who use drugs (PWUD) (such as hostels and ‘around the clock (24/7) shelters’).

Changes in the objectives of DCRs were noted over time, as more facilities now have included health promotion for PWUD as a main target. And since the 2010s, addiction care services are shifting their objectives towards recovery, which includes societal, social and personal recovery.

When describing and defining a DCR, a number of key aspects always pop up: safer drug use, nuisance control and reduction of adverse health effects. In the latest Dutch DCR inventory, the following definition has been adopted: ‘Drug consumption rooms are facilities where (homeless) people struggling with a drug addiction can use their drugs in a hygienic and quiet environment, with social workers present in the background. Drug consumption rooms aim to reduce nuisance in the neighborhood and to reduce the adverse health effects of drug use’ (Standard of Care Opiate Addiction, 2017; Zorgstandaard Opiatverslaving, 2017).

In 2018, 24 drug consumption rooms were operational in the Netherlands. This is a decrease of seven drug consumption rooms compared to the previous DCR inventory of 2013. The reduced number of DCRs in the Netherlands, first noted after 2010, continued. The current 24 drug consumption rooms are geographically spread throughout the country; in

19 municipalities a drug consumption room is operational. 17 municipalities run one drug consumption room, Amsterdam has three and Rotterdam hosts four drug consumption rooms. In 2018, only three DCRs (13%) name nuisance control as their main objective while 88 percent of DCRs report twofold objectives: nuisance control and health promotion for PWUD.

A function expresses what a DCR stands for, what it intends to do. Does a DCR want to serve as a sweeper, a safety net or a springboard? As a ‘sweeper’, a DCR primarily intends to get people off the street, people who ‘do not fit into public space’. As a safety net, a DCR is dedicated to accommodating PWUD, offering them the opportunity to use drugs more safely and to provide the most necessary medical and social care. As a springboard, a DCR strives to improve living conditions, guidance to other facilities and the engagement of third parties for further re-socialisation. A DCR is primarily a place where people can use their drugs quietly and more safely without being rushed. *Most DCRs are both a safety net and springboard (38%).*

The sweeper function (getting people off the streets) has become less important over the years. The criteria for admission and supply of services at the DCRs follow this trend. As such, the admission criteria ‘causing nuisance’ is used less than before. On the other hand, in recent years, ‘being homeless’ has become a criteria for more DCRs again. For those who are not homeless, other facilities are being implemented, such as housing projects where use of drugs is allowed.

After an initial increase in the number of DCRs in the early 2000s, the Netherlands witnessed a decrease in the number of DCRs since 2010. Further, we see a decreasing trend in the number of visitors per day.

This trend can be partially explained by the fact that long term hard drug users have a relatively simplified access to affordable housing and/or housing first projects, having for consequences a decrease in ‘homeless’ users. Another

explanation can be found in the transformation of the DCRs as they were initially planned. DCRs adapt to the drug trends, the drug scene, the local political climate and other factors such as financial, political or pragmatic.

DCRs are in constant evolution. Some original DCRs did close, some have changed their target group from drug users to alcohol users becoming alcohol consumption facilities and housing facilities with DCRs have been created. All of those changes did impact the amount of DCRs (from 37 in 2010 to 24 in 2018) and the prestation (from low threshold to more specialized services).

Today we can say that DCRs in the Netherlands operate under four models; *Integrated* (wide range of services for homeless and/or PWUD including a DCR), *specialized* (DCR only), *Housing facilities with DCR* and a few *alcohol consumption facilities*. The Netherlands does not operate mobile units.

There are DCRs that have separate rooms for the different methods of administration, but there are also DCRs where smoking, injecting and/or snorting take place in the same room. Heroin and freebase cocaine are – still – the most used drugs in the Dutch DCRs.

While the goals did not vary from the initial creation of the first DCRs worldwide (1. prevention of drug related deaths/2. prevention of blood transmitted diseases in priority HIV and Hepatitis C/3. reduction of public nuisances) the practices have evolved and the growing community of DCRs has become an organic structure that is very flexible and is able to adapt well to changes.

There are new forms of (non structural) DCRs popping up in Canada under the form of overdose prevention sites in response to the opioid North American crisis. There are countries which did recently open their first drug consumption rooms. Portugal now operate mobile DCRs, Belgium has an operating DCR and

planned more DCRs' opening in the coming years, Mexico's city Mexicali operate a women only DCR with three booths for injection. Work in progress.

The Netherlands DCRs are needed (yesterday, today and tomorrow) and regarded as successful part of the drug policies when it comes to access to a cascade of care. DCRs provide a win-win situation for cities which had/have open drug scenes in the sense that DCRs benefit not only to the drugs users but also to the general public.

Every life saved is a plus. Every new contamination of HIV avoided means lowering risks for the general public and lowering the costs of the health system. Every public nuisance tackled has for impact a positive addition to the social cohesion.



Cedric Charvet

He is a senior harm reduction specialist. Manager of one drug consumption room in Amsterdam, The Netherlands, he also promotes the establishment of DCRs in Europe via International Network Drug Consumption Rooms (INDCR), Correlation European Harm Reduction Network (C-EHRN) and European Forum Urban Security (EFUS).
ccharvet@deregenboog.org

Feintuning der Kommunikation: Wie Drogen oder Krankheiten Signale zwischen Nervenzellen beeinflussen

*Nervenzellen kommunizieren über Botenstoffe miteinander. Dabei gilt: Je mehr Botenstoff, desto stärker das Signal. Drogen oder Krankheiten beeinflussen diese Vorgänge und können das Signal abschwächen oder verstärken. Forscher*innen der Charité – Universitätsmedizin Berlin konnten nun gemeinsam mit Kolleg*innen um den von der Stiftung Charité geförderten Einstein BIH Visiting Fellow Thomas Südhof von der Stanford University, Nobelpreisträger für Medizin des Jahres 2013, aufklären, wie den „Modulatoren“ der Kommunikation dies gelingt. Ihre Ergebnisse haben sie in der Zeitschrift „Cell“ veröffentlicht.*

Der häufigste Botenstoff im Gehirn ist Glutamat. So genannte modulatorische Botenstoffe wie Adrenalin, Dopamin und Serotonin beeinflussen die Signalweiterleitung mit Glutamat und verändern damit unsere Wahrnehmung, unsere Gefühle und unsere Handlungen. Auch alle psychoaktiven Drogen wirken über dieses modulatorische System, bei vielen psychiatrischen Erkrankungen wie Depressionen oder Suchtkrankheiten ist es gestört.

Forscher*innen um Professor Christian Rosenmund vom Institut für Neurophysiologie der Charité und dem Exzellenzcluster NeuroCure haben nun mit amerikanischen Kolleg*innen um den Einstein BIH Visiting Fellow Thomas Südhof, Nobelpreisträger für Medizin 2013, herausgefunden, wie dieses neuromodulatorische System funktioniert. „Wir konnten zeigen, dass das Molekül Synapsin hierbei eine bedeutende Rolle spielt“, sagt Dr. Christopher Patzke, Co-Erstautor der Arbeit und PostDoc im Südhof-Labor. „Es sitzt auf der Oberfläche der synaptischen Vesikel und verändert durch die Wirkung von verschiedensten Neuromodulatoren seine Form. Das führt dazu, dass sich

die Vesikel in den Synapsen entweder zusammenschließen und mehr Botenstoffe ausschütten, was das Signal verstärkt. Oder die Vesikel ziehen sich aus der Synapse zurück, schütten weniger Botenstoff aus und das Signal wird abgeschwächt.“

Dass die Wissenschaftler*innen diese Vorgänge nun erstmals beobachten konnten, verdanken sie einer neuen Technik des Rosenmund-Labors: „Wir stimulieren isolierte Nervenzellen elektrisch und schockgefrieren sie zeitlich hochpräzise mit Flüssigstickstoff“, erklärt Co-Erstautorin Dr. Marisa Brockmann, PostDoc im Rosenmund-Labor. „Im Elektronenmikroskop konnten wir anschließend die winzigen, ultraschnellen Bewegungen wie unter Zeitlupe beobachten.“

Nobelpreisträger Thomas Südhof freut sich über die erfolgreiche Zusammenarbeit. „Wir wissen, dass Mutationen im Synapsin-Gen Entwicklungsstörungen, Epilepsie und Autismus auslösen können. Durch unsere Arbeit verstehen wir jetzt besser, warum das so ist und darüber hinaus haben wir nun einen potenziellen Weg, wie eine medikamentöse Behandlung erfolgen kann.“

„Diese Arbeit ist nicht nur von fundamentaler Bedeutung, um die Funktion unseres Gehirns zu verstehen. Sie zeigt auch, wie die Synapsenfunktion bei psychiatrischen Erkrankungen gestört sein kann“, sagt Christian Rosenmund. „Die Zusammenarbeit unserer Labore hat sich hier ideal ergänzt und wir sind froh und dankbar, mit der Stiftung Charité, der Einstein Stiftung Berlin und dem Berlin Institute of Health Institutionen zu haben, die es uns erlauben, in diesem spannenden Forschungsprojekt zu kollaborieren.“

Professor Axel Radlach Pries, Vorstandsvorsitzender des BIH (Interim) und Dekan der Charité, zeigte sich erfreut über die aktuelle Publikation in der Zeitschrift *Cell*: „Die hervorragende Arbeit von Christian Rosenmund und Thomas Südhof bestätigt uns darin, dass es eine gute Idee ist, exzellente Köpfe am Berlin Institute of Health zusammenzubringen.“

Seit 2014 fördert die Stiftung Charité mit dem Programm der „Einstein BIH Visiting Fellows“ als Teil ihrer Privaten Exzellenzinitiative Johanna Quandt den Aufenthalt von herausragenden Wissenschaftlern am Berlin Institute of Health, dem BIH. Ziel ist es, innovative Forschungsprojekte zu verfolgen, Kontakte zu herausragenden Wissenschaftler*innen und deren Heimatinstitutionen zu fördern, und damit sowohl die biomedizinische Forschung in Deutschland als auch den Wissenschaftsstandort Berlin voranzubringen. ■

Neuer Cochrane-Review zeigt, dass „Anonyme Alkoholiker“ helfen, eine Alkoholabhängigkeit zu überwinden

Ein am 11. März in der Cochrane-Bibliothek erschienener Cochrane-Review vergleicht das Selbsthilfeprogramm der Anonymen Alkoholiker (AA) und sogenannte Zwölf-Schritte-Förderprogramme, welche die regelmäßige Teilnahme an AA-Sitzungen unterstützen sollen, mit anderen Behandlungen wie der kognitiven Verhaltenstherapie. Die Auswertung von 27 Studien mit mehr als 10 000 Teilnehmern ergab, dass die Teilnahme an AA-Sitzungen Alkoholabhängigen wirksamer hilft, auf Dauer abstinent zu bleiben. Dieser Effekt hängt wesentlich von gut geplanten Förderprogrammen ab, welche die dauerhafte Teilnahme an AA-Treffen unterstützen.

Alkoholabhängigkeit ist ein weltweit stark verbreitetes Problem, das für erhebliches Leid von Betroffenen und ihrem persönlichen Umfeld, aber auch für enorme gesellschaftliche Folgekosten verantwortlich ist. Das in zwölf Schritten gegliederte Selbsthilfekonzzept der „Anonymen Alkoholiker“ (oder kurz AA) ist ein seit Jahrzehnten verbreiteter Ansatz zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Es wird aber darüber diskutiert, wie wirksam AA und damit zusammenhängende Zwölf-Schritte-Förderprogramme (Twelve-Steps Facilitation oder TSF), die die Teilnahme an AA erhöhen sollen, wirklich sind.

AA sind von anderen Betroffenen geführte Gruppen zur gegenseitigen Hilfe. Zwölf-Schritte-Förderprogramme dagegen übernehmen einige der Prinzipien und Techniken von AA, werden aber von Klinikpersonal angeleitet. Sie zielen vor allem darauf ab, Betroffene während des körperlichen Entzugs und dauerhaft danach zur Teilnahme an AA-Sitzungen zu ermutigen. Einige dieser Programme folgen einem Handbuch, das dazu beitragen soll, dass die Behandlung unabhängig von Zeit und Ort vergleichbar verläuft.

Dieser Cochrane-Review befasst sich mit der Wirkung von AA und TSF-Programmen auf die langfristige Abstinenz, auf die Verringerung des Alkoholkonsums und auf die negativen Folgen von Alkoholmissbrauch, etwa auf die körperliche Gesundheit oder auf familiäre und berufliche Probleme.

Die Autoren des Berichts untersuchten zudem, ob AA und TSF-Programme die Kosten der Gesundheitsversorgung im Vergleich zu anderen Behandlungen senken.

Der vorhergehende, 2006 veröffentlichte Cochrane-Review basierte auf nur acht damals verfügbaren Studien mit insgesamt knapp 3.500 Teilnehmern. Die Quantität und Qualität der Forschung hat sich seither deutlich erhöht. In diesem aktualisierten Cochrane-Review sind nun 27 Studien mit mehr als 10 000 Teilnehmern enthalten. Die in diesem Update enthaltenen Studien untersuchten eine Reihe von Programmen, die sich in ihrem Ansatz und ihrer Intensität unterscheiden. Diese wurden mit anderen Behandlungsansätzen gegen Alkoholmissbrauch wie einer kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) verglichen.

Die Autoren fanden Evidenz von hoher Vertrauenswürdigkeit (nach GRADE-Schema) dafür, dass klinische, mit Hilfe eines Handbuchs durchgeführte Zwölf-Schritte-Förderprogramme, die auf eine erhöhte Teilnahme an AA abzielen, im Vergleich zu anderen aktiven Behandlungsansätzen wie der kognitiven Verhaltenstherapie zu höheren Raten kontinuierlicher Abstinenz über Monate und Jahre hinweg führen können. Die Evidenz legt nahe, dass 42 Prozent der Teilnehmer an AA ein Jahr später vollständig abstinent blieben, verglichen mit 35 Prozent der Teilnehmer, die andere Behandlungen einschließlich ko-

gnitiver Verhaltenstherapie erhielten. Dieser Effekt wurde vor allem dadurch erreicht, dass TSF-Programme die Teilnahme an AA dauerhaft (also auch über das Ende des Förderprogramms hinaus) fördern.

Bezogen auf die Verringerung des Alkoholkonsums, der negativen alkoholbedingten Folgen und des Schweregrades der Abhängigkeit schnitten Programme auf Basis der Anonymen Alkoholiker (AA) ähnlich gut ab, wie die anderen Behandlungsansätze (geringe bis moderate Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE).

Koautor Dr. John Kelly, Elizabeth R.-Spallin-Professor für Psychiatrie an der Harvard Medical School und Direktor des Massachusetts General Hospital Recovery Research Institute, kommentiert die Ergebnisse des Reviews so: „Alkoholabhängigkeit ist für den Einzelnen und seine Familie beängstigend und stellt weltweit ein bedeutendes und kostspieliges Problem für die öffentliche Gesundheit dar. Die Anonymen Alkoholiker sind eine bekannte, kostenlose Gemeinschaft zur gegenseitigen Hilfe, die unseren Ergebnissen zufolge Betroffene wirklich bei der Genesung und der Verbesserung ihrer Lebensqualität unterstützt. Eine weitere wichtige Erkenntnis aus diesem Cochrane-Review ist, dass es durchaus einen Unterschied macht, welche Art von Zwölf-Schritte-Förderprogrammen die Menschen erhalten: Besser organisierte und gut formulierte klinische Behandlungen haben das beste Ergebnis. Mit anderen Worten, es ist wichtig, dass klinische Programme und Ärzte auf eines der bewährten handbuchgestützten Programme zurückgreifen, um den Nutzen der Teilnahme an AA für ihre Patienten zu maximieren.“

„Im Hinblick auf die Gesundheitskosten dürfte es die politischen Entscheidungsträger interessieren, dass vier der fünf von uns identifizierten relevanten Studien erhebliche Kosteneinsparungen für AA und damit verbundene klinische TSF-Programme zur Erhöhung der Teilnahme von AA zeigten. Das deutet darauf hin, dass diese Programme die Kosten für Gesundheitssysteme erheblich senken könnten.“

Pakistan: Wo die Ration Heroin weniger als ein Hamburger kostet

In der pakistanischen Provinz Khyber-Pakhtunkhwa konsumiert jeder Zehnte Drogen, und Süchtige sterben wie die Fliegen. Ein Besuch in der Drogenhöhle.

Peshawar versinkt im Drogenelend. Der Krieg in Afghanistan wird mit Drogen finanziert, die die pakistanische Grenzstadt förmlich überschwemmen. Hilfe gibt es nur für ein paar Glückliche.

Shabana hat der Welt den Rücken gekehrt. Vor zwei Jahren hat sie ihr Haus in Charsadda im Nordwesten Pakistans verlassen, weil ihr Mann eine dritte Frau heiratete. Diese Demütigung hielt sie nicht aus. Zusammen mit der ersten Frau – Shabana war die zweite – floh sie nach Peshawar. Erst bettelte sie und bot ab und zu ihre Dienste als Wäscherin an, doch schnell geriet sie an die Drogen. Mit Cannabis begann es, dann kam das Heroin, nun ist sie süchtig. Jeden Tag braucht sie den Stoff, „er hält mich am Leben“.

Sie ließe sich gerne helfen, aber Hilfe gibt es keine. Wohin gehen? Ihr Mann hat sich scheiden lassen und das Haus verkauft, sie weiß nicht, wo er ist. Arbeiten kann sie nicht, „niemand traut einer Süchtigen“. Sie hat einen Bruder, aber der ist so arm und hilflos wie sie. Shabana schämt sich, sie sagt es deutlich. Sie sitzt mit dem Gesicht zur Mauer, den Kopf gesenkt, als schmerzten sie die Blicke Fremder. Ab und zu streichelt sie apathisch die kleine Memuna, ihre sechs Jahre alte Tochter, die neben ihr im Dreck spielt. Sie hat noch zwei Söhne. Der ältere ist 18 und ebenfalls süchtig, der jüngere, 16, ist clean. In ihn setzt Shabana ihre ganze Hoffnung.

Schutz in der Gemeinschaft

Es mag sein, dass Shabana in Charsadda manchmal der 23-jährigen Rahat über den Weg gelaufen ist. Auch Rahat kommt aus der Stadt rund 40 Kilometer nordöstlich von Peshawar, auch sie ist im Hauptort der Provinz Khyber-Pakhtunkhwa gestrandet.

Rahat ist Paschtunin wie Shabana, und ihre Biografien ähneln sich. Ihr Mann hatte sie gegen Geld anderen

Männern angeboten und geschlagen, wenn sie sich wehrte. Vor zwei Jahren lief sie weg, zusammen mit einem Cousin lebt sie seither in Peshawar. Wir finden sie auf einer stillgelegten Eisenbahntrasse im Stadtzentrum. Hunderte Süchtige sitzen hier, schwatzen oder bereiten mit Feuerzeugen und Löffeln ihren nächsten Schuss vor.

Sie rotten sich zusammen, weil sie dasselbe Schicksal teilen und weil die Gruppe etwas Schutz bietet. „Wie die Tiere in einer Herde sind wir“, sagt Rahat. Ihre Hände, schmutzig und stark, arbeiten flink an einem Joint, an jedem ihrer Finger stecken Ringe.

Auch Rahat begann mit Cannabis, wechselte dann zu Heroin und nimmt nun Ice, auch Crystal Meth genannt, ein Amphetamin, das schnell abhängig macht, die Schleimhäute zersetzt, Depressionen auslösen kann und Gedächtnisverlust. Wenn es ihr gutgeht, dealt sie, wie fast alle hier. Drogen nehmen und Drogen verkaufen, das geht Hand in Hand. 500 Rupien braucht sie am Tag, das schafft sie leicht. In ihren Augen ist Trauer und ein ferner, noch nicht ganz erloschener Zorn.

500 Rupien am Tag, das sind etwa drei Euro. Ein Big Mac bei McDonald's kostet 600 Rupien, die Drogen sind hier billiger als das Essen.

Pakistan ist ein Land der Drogen, und die Provinz Khyber-Pakhtunkhwa ist eine veritable Drogenhöhle. Über sechs Millionen Pakistaner, rund sechs Prozent der Bevölkerung, haben laut einer Uno-Studie von 2013 innerhalb eines Jahres verbotene Substanzen konsumiert, vier Millionen sind permanent süchtig. Elf Prozent der Bewohner Khyber-Pakhtunkhwas, mindestens 2,4 Millionen, nehmen Drogen.

Die Ware kommt aus Afghanistan. Jahrzehntelange Kriege haben nicht nur Millionen in die Flucht getrieben, sondern auch den Opiumanbau begünstigt. Mit ihm finanzieren sämtliche Kriegsparteien, Terrorgruppen, lokalen Warlords und kriminellen Banden ihre Ausgaben, kaufen Waffen, Luxusgüter und Feinde. Alles ist zu haben, Canna-

bis, Opiate, Kokain und synthetische Drogen wie Speed.

Die Ware ist nicht nur billig, sondern auch hochkonzentriert. Shabana und Rahat drücken Heroin mit 50 Prozent Reinheitsgrad, dafür würden in Europa, wo alles um ein Vielfaches gestreckt wird, Höchstpreise bezahlt. Die Sucht kommt umso schneller. Hilfe gibt es, aber mehr als ein Tropfen auf einen heißen Stein ist sie nicht.

Pakistan behandelt Drogenmissbrauch traditionell als Verbrechen und nicht als Gesundheitsproblem. Drogenschmuggler können gehängt werden, das Henken ist die einzige erlaubte Form der Hinrichtung.

Seit der Reaktivierung der Todesstrafe 2014 sind Hunderte exekutiert worden, Pakistan befindet sich statistisch in trauriger Nähe zu Ländern wie Saudi-Arabien, China und Iran. Erst seit 2018, als Imran Khan Premierminister wurde, scheint man in anderen Kategorien zu denken. Die Zahl der Hinrichtungen ist stark zurückgegangen.

Desinteressierte Regierung

Die Süchtigen sterben wie die Fliegen. Fast 40 Prozent der Junkies, die sich Heroin spritzen, sind auch HIV-positiv. Sollte die Corona-Epidemie Pakistan mit voller Wucht treffen, werde sie die ersten Opfer sein. Die pakistanische Drogenbekämpfungsbehörde, die Anti Narcotics Force, hat 2015 die Zahl der drogenbedingten Todesfälle mit rund 700 pro Tag angegeben, was einer Viertelmillion pro Jahr entspräche. Die Uno und andere Institutionen halten diese Zahl für übertrieben, aber es besteht kein Zweifel, dass im pakistanischen Drogensumpf jährlich Zehntausende zugrunde gehen.

Als Notstand wird das offensichtlich nicht betrachtet, die Regierung bleibt passiv. In Peshawar gibt es drei staatliche Hospitäler mit einer Totalkapazität von 30 Betten für die Entgiftung, zehn Betten pro Hospital. Alle diese Zimmer befinden sich in den jeweiligen Abteilungen für Geisteskranke. Süchtige werden für maximal zehn Tage aufge-

nommen, Rehabilitationseinrichtungen fehlen fast gänzlich. Die Verwaltung der Provinz Khyber-Pakhtunkhwa unterhält ein Zentrum mit 50 Betten, angeboten werden Entgiftung und Rehabilitation.

Pakistan gehört zu den ärmsten Ländern der Welt, und in armen Ländern hält sich das Interesse für Drogensüchtige in Grenzen. Parveen Azam Khan ist eine Ausnahme. Die heute über 80-Jährige hat zusammen mit ihrem Mann 1992 die *Dost Foundation* ins Leben gerufen, die sich um Süchtige kümmert. „Dost“ ist Urdu und heißt „Freund“.

Die vitale, klug analysierende Ärztin ist eine typische Vertreterin der stark von Großbritannien beeinflussten pakistanischen Oberklasse, allerdings frei von jedem Dünkel. Von England, London und Shakespeare erzählt sie mit Begeisterung, die ehemalige Kolonialmacht hat sie wohl mehr geprägt als das staubige Paschtunistan, aus dem sie stammt. Und doch sieht sie ihre Aufgabe hier, hier will sie helfen.

Beschönigung ist Khan fremd. „Die Lage ist schwierig“, sagt sie. Heroin bekomme man überall, „im Grunde ist es legal“. Die Haltung der Gesellschaft sei zutiefst heuchlerisch. Die Drogensüchtigen und das Elend, das sie umgibt, seien stigmatisiert, die Drogen selber nicht. „Auf der Straße liegen ist ein Verbrechen, Heroin konsumieren faktisch keins.“ Viele Helden pakistanischer Filme nehmen Drogen. Niemand nimmt daran Anstoß, die Jungen finden es cool und imitieren es. Es ist wie im Milieu der Gangsta-Rapper in den USA, das Drogenkonsum und den Handel ebenfalls idealisiert.

Und der Westen? – hat seine eigenen Sorgen

Der Startschuss für *Dost* kam 1992 am Schmugglermarkt in Peshawar. Die Leichen der Süchtigen lagen damals auf der Straße herum, verwesend, belagert von Hunden und Vögeln und begutachtet von Kindern, die ausgeschildert worden waren, um nach vermissten Verwandten zu suchen. Parveen Azam Khan sammelte die Toten und ließ sie in würdigem Rahmen begraben. Dann begann sie mit dem Aufbau des Dost-Zentrums, trieb Gelder ein, sicherte sich die Mitarbeit von Ärzten und Psychiatern und baute so über die Jahre das ein-

zige halbwegs funktionsfähige Therapie- und Präventionszentrum Pakistans auf.

Heute umfasst *Dost* mehrere Therapiezentren mit 600 Betten, von denen allerdings derzeit nur 120 belegt sind. „Der Westen hat seine eigenen Sorgen. Der Spendenfluss ist seit ein paar Jahren komplett zusammengebrochen“, sagt Khan. Die Therapie im Dost-Zentrum ist rigide und entspricht möglicherweise nicht bis ins Letzte den Methoden, die im reichen Europa zum Einsatz kommen. Man beginnt mit 15 Tagen Entgiftung, es folgen Nachbetreuung und soziale Rehabilitation. Eine Behandlung dauert idealerweise 90 Tage, doch auch kürzere Therapien werden angeboten, wenn das Geld fehlt.

Parveen Azam Khan arbeitet eng mit Mullahs und kleinen Gemeinwesen zusammen – „ohne sie gibt es keinen Erfolg. Man muss unten anfangen, an den Graswurzeln.“ Selbst den Kontakt mit Militanten scheut Khan nicht. Mullah Omar, der 2013 verstorbene Mitgründer und Anführer der Taliban in Afghanistan, schickte mehrere Male Mitarbeiter ins Dost-Zentrum zur Ausbildung, auch Rebellen können süchtig werden. Mullah Omar entschied 2000, Drogengebrauch sei unislamisch, und setzte ein striktes Verbot der Produktion durch. Doch nur wenige Jahre später pflanzten die lokalen Warlords wieder Opium an, und heute ermuntern die Taliban das Gewerbe und besteuern die Verkäufe.

Die meisten Süchtigen haben von *Dost* gehört, aber die wenigsten werden das Zentrum je von innen sehen. Niaz Muhammad, ein Paschtune aus der Nähe des Khyber-Passes, würde sich gerne therapieren lassen. Zitternd erhebt er sich, um die Besucher zu begrüßen, es ist ein Kraftakt für den 22-Jährigen. Muhammad nimmt seit einem Jahr Ice, sein Körper zerfällt. Alles tut ihm weh, wenn er keine Drogen bekommt, die Nieren, die Arme – auch das Herz: „Es tut mir weh“, sagt er, hebt den Finger an die Brust und lächelt entschuldigend, „ich bin müde.“

Warum hat er angefangen? „Es gab Feinde in unserer Gegend; Nachbarn.“ Der ältere Bruder, den er liebte und bewunderte, wurde getötet, als er 15 war. Mit 16 floh er nach Peshawar, aus Angst, er werde das nächste Opfer sein. Heu-

te lebt Muhammad von Essbarem, das er im Müll findet, von kleinen Spenden und vom Betteln. Manchmal kann er duschen in einer Noteinrichtung, das tut er gerne, auch wenn ihn der Blick auf seinen ausgemergelten Körper erschreckt.

Es gab eine Zeit, da hat ihm Musik viel bedeutet, „aber ein guter Tänzer war ich nie“. Wieder lächelt er. Den Ring an seinem Finger hat er in einem Sufi-Schrein erhalten, Sufismus ist sehr verbreitet in Pakistan. Wäre er clean, er gründete ein kleines Lebensmittelgeschäft. Auch ans Heiraten denkt er noch manchmal. Aber nicht ernsthaft. Er hat keine Träume. Sein Traum ist der nächste Schuss.

Geschlagen, süchtig, ohne Hoffnung

Angst und Elend scheinen vor allem die Armen in die Drogen zu treiben. Bei den Begüterteren fächern sich die Gründe auf. In einem Nebentrakt des Dost-Zentrums treffen wir Patienten mit Familien, die ihnen eine Therapie bezahlen. Sie geben ebenso bereitwillig Auskunft wie die Süchtigen der Straße, sie sind ebenso höflich. Der Drang zu reden ist riesig.

Warum sind sie in die Drogen geraten? „Aus Liebeskummer“, sagt der Erste; weil er bankrott ging, der Nächste. Ein Lügner habe ihm eine „falsche Zigarette“ angeboten, meint ein Dritter. Ein Vierter war einsam als Grenzzoffizier auf Außenposten in den Bergen an der afghanischen Grenze, der Fünfte hatte Nierenschmerzen. So trivial diese Anfänge klingen mögen: Das Ende, die Sucht, ist für alle verheerend. Und doch herrscht im Mittelklasse-Trakt Optimismus. Jeder der Patienten ist überzeugt davon, die Rückkehr ins Normalleben zu schaffen.

Diese Perspektive geht dem 15-jährigen Zainullah ab. Wir finden ihn in der Abteilung für Jugendliche bei *Dost*. Niemand unterstützt ihn, er lebt auf Kosten des Zentrums, ein Gnadentakt Parveen Azam Khans. Seine Biografie ist die fast aller armen Süchtigen, eine Mischung aus Gewalt, Entbehrung und nacktem Horror. Zainullah floh aus seinem Elternhaus, als er gerade 13 geworden war. Der Vater schlug ihn, der Bruder schlug ihn, da begann er in Peshawar Haschisch zu verkaufen, um sein Unglück in der Betäubung durch Heroin

zu vergessen. Crystal Meth kam rasch dazu.

„Ich dachte damals, ich sei glücklich, ich hätte ein gutes Leben. Welch ein Irrtum!“ Er bot Sex gegen Geld an und rutschte immer tiefer in die Drogen. Als ein älterer Mann, der ihn missbraucht hatte, verhaftet wurde und ins Gefängnis kam, ging er nach Kunar in Afghanistan, um ein neues Leben zu beginnen. Es klappte nicht, von den Gelegenheitsjobs, die man ihm anbot, konnte er nicht leben.

Als er nach ein paar Monaten zurückkam, ohne Pass, ohne Geld, wurde er verhaftet und zu *Dost* in die Therapie geschickt. Kaum war er draußen, begann er wieder mit dem alten Leben und nahm Heroin. Jetzt ist Zainullah zum dritten Mal hier und überzeugt davon, dass die Sucht sein Schicksal ist. Er sagt das laut und offen, in der Gegenwart der Ärzte und Therapeuten, die einiges in seine Ausbildung gesteckt haben und leicht betreten in die Runde blicken. Wohin geht er, wenn er das nächste Mal entlassen wird? „Zurück zur Familie.“ Zurück zum jähzornigen Vater und zum sadistischen Bruder.

Die Imame und die „unangenehmen Dinge“

Pakistan ist ein junges Land. 70 Prozent der Bevölkerung sind jünger als 30, in rückständigen Gebieten wie Khyber-Pakhtunkhwa ist der sexuelle Missbrauch Jugendlicher ein enormes

Problem. Nicht zuletzt deshalb, weil niemand darüber offen spricht. Restlos tabuisiert sei das Thema, sagt Dost-Chefin Parveen Azam Khan, und in der Tat ist es auffallend, wie alle, egal, ob auf der Straße oder im Zentrum, immer wieder von „unangenehmen Dingen“, „unpleasant things“, sprechen, wenn von Vergewaltigung, Missbrauch oder Zwangsprostitution die Rede ist.

Das Wiedererstarken des Islamismus in den 1980er Jahren hat die Gesellschaft erstarren lassen, die Geschlechterrollen sind fixierter denn je, die Sprache ist antiquiert, die Macht der Geistlichen unantastbar. „Die Imame reden bei ihren Freitagsgebeten über alles, stundenlang. Aber nicht über Sex und sexuellen Missbrauch. Das ist das absolute Tabu.“ Parveen Azam Khan versucht dennoch, modernere Lösungsansätze in den nationalen Dialog zu schleusen. Ob sie Erfolg haben wird, steht in den Sternen. Die Dost-Chefin liest den Koran als ein Buch, dem Menschlichkeit nicht fremd ist. „Rettest du ein Menschenleben, so ist das, als habest du die ganze Menschheit gerettet“, heißt es in den Broschüren des Dost-Zentrums; es ist die Koran-Sure 5:32.

Drogenhändler retten keine Leben, sie vernichten sie. Lange suchen wir, doch wenig erstaunlich hält sich die Lust der Dealer auf ein Gespräch in Grenzen. Schließlich treffen wir an einem regnerischen Abend am Stadtrand von Peshawar Mohammed, einen

Mittvierziger, Vater von acht Kindern, einen großen, etwas linkischen Mann mit freundlichem Lächeln, der natürlich anders heißt. Eben ist er aus dem Knast ins Leben zurückgekehrt. Drei Jahre saß er, weil er in Pakistan mit 400 Kilogramm Haschisch aus der afghanischen Provinz Balkh in seinem Lastwagen erwischt worden war. Eigentlich ist er kein Dealer, sondern Schmuggler. „Ich suchte Arbeit und nahm einen Job an, das ist alles.“ Es war sein erster überhaupt, und unter einem guten Stern stand er nicht. Mindestens sieben Millionen Rupien, rund 38.000 Euro, hätte das Kraut in Peshawar gebracht.

Gewissensbisse

Mohammed verharmlost seine Vergangenheit nicht, unentwegt entschuldigt und erklärt er sich. Neun Mäuler hatte er zu stopfen, es ist nicht leicht für Ungebildete wie ihn, den Verlockungen der großen Dealer zu widerstehen. Und oft gibt es verwandtschaftliche Zwänge, oft ist man jemandem etwas schuldig. Mohammed war nicht am Endverkauf beteiligt, er sah die Kinder wie Zainullah, die süchtig werden und in den Straßen sterben, nur von weitem. Doch es arbeitet in ihm, er leidet, er hat ein Gewissen. „Ich weiß, dass ich Schlimmes getan habe. Als ich im Gefängnis saß, sagte ich immer und immer wieder vor mich hin: ‚Allah, Barmherziger. Vergib mir, wenn du kannst. Auf mich wartet die Hölle.‘“



Zeitenwende

Wie Chemnitz Crystal-Meth-Hauptstadt Europas wurde

Drogenmissbrauch und andere vereinigungsbedingte Probleme werden in den offiziellen Statistiken oft ignoriert. Die Soziologin Yana Milev kritisiert das „öffentliche Schweigen“.

Die Wiedervereinigung hat in den ostdeutschen Neuländern zu demografischen Einbrüchen geführt, die bis heute nachwirken. Diese Problematik wurde in ihrer Tragweite nicht bekannt oder von Politik und Gesellschaft zur Kenntnis genommen. So war in den 1990er Jahren die Männersterblichkeit in den Neuländern etwa dreimal höher als in den alten Bundesländern, und die Geburtenrate schrumpfte auf weniger als die Hälfte, obwohl die Geburtenzahl in der DDR deutlich höher lag als im Westen.

Etwa jeder zweite Erwerbstätige wurde arbeitslos. Trotz Qualifikation konnte die Mehrheit der Erwerbstätigen nicht wieder in ihrem Beruf Fuß fassen. Der Abriss der Industrie, die Entvölkerung und das Verschwinden von sozialen Gefügen, die Entwertung von Herkunft und Qualifikationen in der DDR, Arbeitslosigkeit, Überflüssigkeit und Armut wurden zu neuen Faktoren von Krankheit, Sterblichkeit und Substanzkonsum. Bei den Drogen-, Suizid- und Sterblichkeitsumfragen werden getrennte Erhebungen zwischen Ost und West immer seltener. Damit wird ein vereinigungsbedingter Kulturkonflikt nicht nur tabuisiert, sondern auch über Generationen hinweg fortgesetzt.

Unmittelbar nach der Wiedervereinigung waren die neuen Länder nicht von Suchterkrankungen durch illegale Drogen betroffen. Die Epidemiologin Renate Kirschner und der Psychologe Dieter Kleiber stellten in einer Studie zwischen 1990 und 1994 fest: „Illegaler Drogenkonsum bzw. Erfahrung mit illegalen Drogen waren bis zum Fall der Mauer in der DDR mangels Verfügbarkeit kaum verbreitet. Die nahezu undurchlässigen Grenzen und die fehlende Konvertierbarkeit der Währung ließen kei-

nen Markt für Cannabisprodukte oder Opiate entstehen. Die in der DDR vom Zentralinstitut für Jugendforschung regelmäßig durchgeführten Jugendbefragungen zeigen keine Anhaltspunkte für den Gebrauch illegaler Drogen.“

Im Gegenzug wurde allerdings in der DDR viel Alkohol und Nikotin konsumiert. Nach Recherchen des Historikers Thomas Kochan wird vermutet, „dass in der DDR fünf Prozent aller Erwachsenen alkoholabhängig waren – viermal mehr als zum gleichen Zeitpunkt in der Bundesrepublik“.

Wie in der DDR Alkoholkonsum zur Suchterkrankung führte, waren es in der BRD der Missbrauch illegaler Drogen: „Über die 1970er und 1980er Jahre nimmt das Problem des Rauschgiftmissbrauchs in der Bundesrepublik immer größere Ausmaße an. Bei geschätzten 60 000 bis 100 000 Rauschgiftabhängigen steigt auch die Kriminalitätsrate stetig an. Anfang der 1980er Jahre finden sich schließlich mehr Abhängige im Strafvollzug wieder als in den Therapiezentren.“ Eine in der DDR unbekannte Prosperität, wie der Kultur- und Sozialanthropologe Axel Timmermann bestätigte.

Kirschner und Kleiber stellten in ihrer Studie fest, dass trotz der vereinigungsbedingten Umwälzungen zwischen 1990 und 1993 der Konsum illegaler Drogen in den ostdeutschen Neuländern nicht signifikant anstieg. „Die Umwälzung der gesellschaftlichen Verhältnisse in Ostdeutschland nach der Wende mit der in bestimmten Bevölkerungsgruppen damit verbundenen Labilisierung der sozialen, ökonomischen und partiell auch familiären Verhältnisse führt nach der vorliegenden Datenlage bisher nicht zu einem drastisch steigenden Konsum illegaler Drogen.“

Grundsätzlich anders ist die Situation nach 20 Jahren. So entwickelte sich Chemnitz ab den 2000er Jahren zur Crystal-Meth-Hauptstadt Europas. Eine Studie des „European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction“

erforschte den Drogenkonsum von Einwohnern mittels Abwasseranalysen. Im Vergleich von 60 Städten wurden 2017 in Chemnitz die größten Rückstände von Methamphetamin im Abwasser gefunden.

Dieser Tatbestand ist einerseits mit den bisherigen offiziellen Drogenberichten inkompatibel, lässt aber andererseits auf einen krassen sozialen Wandel im Zuge der neoliberalen „Reformen“ nach 1990 schließen. Gerade in Chemnitz ist das Ausmaß der Zerstörung des vormals größten Industriebezirks der DDR durch die Liquidationspolitik der Treuhand erheblich. Die systematische Arbeitsvernichtung hatte eine explosive Massenarbeitslosigkeit zur Folge. Zehntausende suchten sich in anderen Regionen eine Arbeit, viele, die blieben, waren in Minijobs und Teilzeitarbeit beschäftigt.

Diese Dynamiken bewirkten in kurzer Zeit gravierende Veränderungen wie städtisch-strukturelle Umgestaltung, Entvölkerung, Geburteneinbruch, sozialer Abstieg, Anstieg der Mortalität, vor allem der Männersterblichkeit, sowie Substanzkonsum. Wie viele andere Städte und Industriestandorte der DDR mutierte auch Chemnitz von einem starken Industriestandort zu einem Dienstleistungs- und Touristikstandort, in dem Langzeitarbeitslosigkeit und Überflüssigkeit zum sozialen Grundzustand wurden.

Der Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung von 2019 (auch der Jahre zuvor) thematisiert weder das akute Drogenproblem im Osten, noch bietet er getrennte Erhebungen zu Ost- und Westdeutschland an. Inzwischen werden zu demografischen Umfragen pauschalisierte Erhebungen gestartet, obwohl die Teilgesellschaften in ihrem sozialen Verhalten auseinanderdriften. Gern wird immer wieder eine Annäherung beider Teilgesellschaften beschworen, die sich aber anhand von Erhebungen nicht bestätigen lässt. Damit wird lediglich das nach wie vor akute Problem eines vereinigungsbedingten Kulturkonflikts überblendet.

Nicht erklärt bleibt dadurch vor allem das rapide Anwachsen illegalen Drogenkonsums in den ostdeutschen Neuländern. Das Suchtproblem muss als Folgestörung der vereinigungsbe-

dingten Abriss- und Assimilationspolitik anerkannt werden. Studien zu Traumafolgeerkrankungen belegen eine erhöhte Stressanfälligkeit und eine erhöhte Sterblichkeit in den ostdeutschen Neuländern. Aktuell betroffen ist die Jahrgangskohorte 1955 bis 1975 geborener, DDR-sozialisierter Ostdeutscher, vor allem Männer im Erwerbsalter.

Es gilt als bestätigt, dass gerade die prekäre Arbeit hohe Frustration erzeugt, da mehr gearbeitet wird, oft tariffrei und für weniger Geld, vor allem im Vergleich zu Arbeitnehmern im Westen. Die Frustration erhöht sich, wenn die prekären Arbeitnehmer Ost feststellen, dass Hartz-IV-komplettalimentierte Menschen monatlich mehr Sicherheiten und finanzielle Mittel erhalten. Die Frustration erhöht sich nochmals, wenn prekäre Arbeitnehmer feststellen, dass sie nach der „Wiedervereinigung“ nicht nur zu Bürgern zweiter Klasse herabgesetzt wurden, indem ihre Aufstiegschancen auf dem ersten Arbeitsmarkt verschlossen blieben, sondern indem sie trotz Qualifikation prekärer Arbeit nachgehen mussten, die kein (Alters-) Auskommen garantierte.

Zudem wurde für Neubürger, anders als in anderen Ländern der einstigen RGW-Staaten, eine gewisse Vermögensbildung in den 1990er Jahren verhindert, sodass hier der sukzessive Armutsubstieg für die Mehrheit der zwischen 1945 und 1975 Geborenen irreparabel wurde. Schließlich folgte mit den Hartz-Gesetzen ihre Abschiebung in eine Armutskonkurrenz mit den Armen der Abstiegs-gesellschaft West. Das öffentliche Schweigen darüber verschärft die soziale Lage und wird durch neuere Kultur- und Migrationskonflikte überdeckt. Die Problematik, dass DDR-sozialisierte Menschen in der Jahrgangskohorte 1945 bis 1975 Geborener mit struktureller Diskriminierung und alltäglichem Rassismus konfrontiert wurden, lässt viele verbittern. Der Berliner Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut Christoph Seidler bezeichnet diesen Vorgang als „nachträgliche Ethnisierung“.

Bezeichnenderweise wurde eine mit Bundesmitteln subventionierte Forschung der Migrationssoziologin Naika Foroutan populär gemacht, die feststellte, dass Ostdeutsche mit DDR-Sozialisation migrantisches Verhalten zeigen, also ebenfalls Migranten sind. Auf eine gesellschaftliche Herabstufung von DDR-Bürgern im vereinigten Deutschland zu Bürgern zweiter Klasse in den 1990er Jahren folgte ihre Ethnisierung als Minderheitenbevölkerung und schließlich ihre Migrantisierung, das heißt ihre Gleichstellung mit beispielsweise muslimischen Migranten. Mit solchen Sozialstrategien wird der Tabuisierung eines seit 1990 hergestellten Ost-West-Kulturkonflikts in den ostdeutschen Neuländern Vorschub geleistet.

„Ostdeutsche Migranten“ wurden etwa seit 2017 zu einem neuen diskursiven und medialen Trend, ohne dass dieser auch nur ansatzweise zu einer gesellschaftlichen Aufwertung von Herkunft und Qualifikation in der DDR geführt hätte oder zur öffentlichen Thematisierung der vereinigungsbedingten kollektiven Traumatisierungen mit Krankheitsfolgen in den Neuländern.

Der Europäische Drogenbericht 2019 bestätigt eine lückenhafte Forschung zu Konsumaktivität, Epidemiologie und Toxikologie psychoaktiver Substanzen (illegale und synthetische Drogen, Alkohol, Medikamente) auf nationalen Ebenen. Darüber hinaus gestaltet sich die Forschung zu Substanzkonsum in den ostdeutschen Neuländern ab 1990 als äußerst rudimentär und insuffizient. Erhebungen und Studien werden bis heute an der allgemeinen deutschen Bevölkerung durchgeführt, wobei gerade die vereinigungsbedingten Traumatisierungen einen rapiden Anstieg von Substanzkonsum sowie von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren in Ostdeutschland anhand repräsentativer Stichproben verdeutlichen.

Vollkommen ausgeblendet wurde hier eine Erforschung des Substanzkonsums bei Jugendlichen und Kin-

dern, den sogenannten Wendekindern. Die eliminierte Suchtforschung in Ostdeutschland verhindert eine genauere Ursachenerfassung für die immer noch doppelt höhere Mortalität von Männern im Erwerbsalter im Vergleich zu Männern in den alten Bundesländern. Obwohl das Datenunternehmen Statista die höchsten Suizidraten für 2018 in Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen mit bis 13.7 Suiziden je 100 000 Einwohner feststellte, wird durch die Unterlassung einer Epidemiologie des Suchtkonsums in den Neuländern die soziologische Ursachenforschung von verdeckten Suiziden verhindert. Bisher wurden als Todesursachen Herzinfarkt, Vergiftung oder Sturz (Unfall) angegeben, ohne dass die vereinigungsbedingten Zusammenhänge, die zu „Toden aus Verzweiflung“ führen, von Politik und Gesellschaft thematisiert worden wären.

Traumafolgeerkrankungen und permanent erhöhte soziale Belastungen verstärken Stressanfälligkeit und Krankheit, aber auch soziale Aggressionen und Kulturkonflikte. Weder die Politik noch die Gesellschaft noch das Gesundheitsmanagement haben jemals ernsthaft versucht, diese verfestigte Problematik in den ostdeutschen Neuländern zu lösen. Wenn man an dieser Stelle an die Hashtag-Aktionen in Chemnitz 2018 erinnert, wird deutlich, wie sehr die Demokratie von sozialen Erfordernissen abweicht. Chemnitz ist ein herausragendes Beispiel für den systematischen sozialen Niedergang sowie für den Anstieg von Substanzkonsum, Krankheit und Mortalität. Es ist dringend geboten, die ostdeutschen Neuländer, quasi „Ostdeutschland“, analog wie die osteuropäischen Neuländer der Europäischen Union zu beobachten, um einer weiteren Tabuisierung vereinigungsbedingter Fehlpolitik entgegenzuwirken. ■

Yana Milev

Substanzkonsum, Krankheit und Sterblichkeit: Die Spätfolgen des vereinigungsbedingten Kulturkonflikts in „Ostdeutschland“

Die vereinigungsbedingten sozialen Entkopplungen in den ostdeutschen Neuländern haben zu demographischen Einbrüchen geführt, die bis heute nachwirken. Diese Problematik wurde in ihrer Tragweite bis heute nicht bekannt oder von Politik und Gesellschaft zur Kenntnis genommen. So war in den 1990er Jahren die Männersterblichkeit in den Neuländern etwa dreimal höher als in den alten Bundesländern und die Geburtenrate schrumpfte auf weniger als die Hälfte obwohl die Geburtenzahl in der DDR deutlich höher lag als im Westen. Etwa jeder zweite Erwerbstätige wurde arbeitslos. Trotz Qualifikation konnte die Mehrheit der Erwerbstätigen nicht wieder in ihrem Beruf Fuß fassen. Der Abriss der Industrie, die Entvölkerung und das Verschwinden von sozialen Gefügen, die Entwertung von Herkunft und Qualifikationen in der DDR, Arbeitslosigkeit, Überflüssigkeit und Armut wurden zu neuen Faktoren von Krankheit, Sterblichkeit und Substanzkonsum. Bei den Drogen-, Suizid- und Sterblichkeitssurveys werden getrennte Erhebungen zwischen Ost und West immer seltener. Die zur Minderheitenbevölkerung herabgesetzte Teilbevölkerung-Ost wird in gesamtdeutschen Hochrechnungen nivelliert. Damit wird ein vereinigungsbedingter Ost-West-Kulturkonflikt nicht nur tabuisiert, sondern auch intergenerativ fortgesetzt.

Unmittelbar nach der „Wiedervereinigung“ war das Gebiet der ostdeutschen Neuländer nicht von Suchterkrankungen durch illegale Drogen betroffen. Die Epidemiologin Renate Kirschner und der Psychologe Dieter Kleiber untersuchten in einer Studie die Ausbreitung und Ausbreitungsbedingungen illegalen Drogenkonsums in den ostdeutschen Neuländern zwischen 1990 und 1994. „Illegaler Drogenkonsum bzw. Erfahrung mit illegalen Drogen waren bis zum Fall der Mauer in der DDR mangels Verfügbarkeit kaum verbreitet. Die nahezu undurchlässigen Grenzen und die fehlende Konvertierbarkeit der Währung ließen keinen Markt für Cannabisprodukte oder Opiate entstehen. Die in der DDR vom Zentralinstitut für Jugendforschung regelmäßig durchgeführten Jugendbefragungen zeigen keine Anhaltspunkte für den Gebrauch illegaler Drogen“ (Kirschner & Kleiber, 1996). Im Gegenzug wurde allerdings in der DDR viel Alkohol und Nikotin konsumiert.

Nach Recherchen des Historikers Thomas Kochan wird vermutet, „dass in der DDR fünf Prozent aller Erwachsenen alkoholabhängig waren – viermal mehr als zum gleichen Zeitpunkt in der Bundesrepublik“ (DW, 2011).

Was in der DDR im Übermaß durch Alkoholkonsum zur Suchterkrankung führte, war in der BRD ein geradezu epidemisches Problem des Missbrauchs illegaler Drogen: „Über die 1970er und 1980er Jahre nimmt das Problem des Rauschgiftmissbrauchs in der Bundesrepublik immer größere Ausmaße an. Bei geschätzten 60 000 bis 100 000 Rauschgiftabhängigen steigt auch die Kriminalitätsrate stetig an. Anfang der 1980er Jahre finden sich schließlich mehr Abhängige im Strafvollzug wieder als in den Therapiezentren“ (Timmermann, 2015). Eine in der DDR unbekannte Prosperität, wie der Kultur- und Sozialanthropologe Axel Timmermann bestätigte.

Kirschner und Kleiber stellten in ihrer Studie fest, dass trotz der vereinigungsbedingten Umwälzungen zwischen 1990 und 1993 der Konsum illegaler Drogen in den ostdeutschen Neuländern nicht signifikant anstieg. „Die Umwälzung der gesellschaftlichen Verhältnisse in Ostdeutschland nach der Wende mit der in bestimmten Bevölkerungsgruppen damit verbundenen Labilisierung der sozialen, ökonomischen und partiell auch familiären Verhältnisse, führt nach der vorliegenden Datenlage bisher nicht zu einem drastisch steigenden Konsum

illegaler Drogen“ (Kirschner & Kleiber, 1996).

Grundsätzlich anders ist die Situation bereits nach zehn Jahren „Wiedervereinigung“. 2018 veröffentlichte die NZZ eine aktuelle Statusmeldung zum illegalen Drogenkonsum in Deutschland. Hier sollen die ostdeutschen Neuländer auf den untersten Levels von 3 und 4 liegen, vergleichsweise dazu Hamburg auf Level 21 oder das Saarland auf Level 13.3. Es wird keine besondere Konsumaktivität illegaler Drogen (Lahrtz, 2018) angegeben, was in Anbetracht aktueller Drogen- und Suchtberichte für Ostdeutschland unwahrscheinlich ist.

So entwickelte sich Chemnitz ab den 2000er Jahren zur Crystal-Meth-Hauptstadt Europas (fazemag.de, 2018; MDR). Eine Studie des „European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction“ erforschte den Drogenkonsum von Einwohnern mittels Abwasseranalysen. Im Vergleich von 60 Städten wurden 2017 in Chemnitz die größten Rückstände von Methamphetamin im Abwasser gefunden. Chemnitz hat entsprechend dieser Studie beim Konsum der synthetischen Droge Crystal Meth eine führende Position in Europa (In Chemnitzer Abwasser schwimmt das meiste Crystal Europas; MDR, 2018).

Dieser Tatbestand ist einerseits mit den bisherigen offiziellen Drogenberichten inkompatibel, lässt aber andererseits auf einen krassen sozialen Wandel im Zuge der neoliberalen „Reformen“ nach 1990 schließen. Gerade in Chemnitz (Der Fall Chemnitz wurde bereits ausführlich im Band „Umbau“ beschrieben). ist das Ausmaß der Zerstörung des vormals größten Industriebezirks der DDR durch die Liquidationspolitik der Treuhand erheblich. Die systematische Arbeitsvernichtung hatte eine explosive Massenarbeitslosigkeit zur Folge. Zehntausende wurden in die Arbeitsmigration gedrängt. Parallel zur Schrumpfungskonjunktur der

Bevölkerung entwickelte sich eine Aufstiegsconjunktur der prekären Arbeit, wie Minijob und Teilzeitarbeit, die in den 1990er Jahren etwa bei 25 Prozent lag und in den 2000er Jahren nur minimal sank (vgl. Stadt Chemnitz, 2008). Diese Dynamiken bewirkten in kurzer Zeit gravierende Veränderungen wie städtisch-strukturelle Umgestaltung, Entvölkerung, Geburteneinbruch, sozialer Abstieg, Anstieg der Mortalität, vor allem der Männersterblichkeit sowie Substanzkonsum. Wie viele andere Städte und Industriestandorte der DDR mutierte auch Chemnitz von einem starken Industriestandort zu einem Dienstleistungs- und Touristikstandort, in dem Langzeitarbeitslosigkeit und Überflüssigkeit zum sozialen Grundzustand wurden. Daran hat auch der Zuzug von (Transfer-)Ostdeutschen aus den Altbundesländern oder die Standortpräsenz einer Kreativklasse der nächsten Generation, nichts geändert.

Der Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2019) von 2019 (und der Jahre zuvor) thematisiert weder das akute Drogenproblem im Osten, noch bietet er getrennten Erhebungen zu Ost- und Westdeutschland an. Inzwischen werden zu demografischen Umfragen pauschalisierte Erhebungen gestartet, obwohl die Teilgesellschaften in ihrem sozialen Verhalten auseinanderdriften. Gern wird immer wieder eine Annäherung beider Teilgesellschaften beschworen, die sich aber anhand von Erhebungen nicht bestätigen lässt. Mit einem solchen Konvergenzscenario wird lediglich das nach wie vor akute Problem eines vereinigungsbedingten Kulturkonflikts überblendet.

Nicht erklärt bleibt dadurch vor allem das rapide Anwachsen eines Suchtproblems in den ostdeutschen Neuländern aufgrund psychoaktiven und illegalen Drogenkonsums. Das Suchtproblem muss als Folgestörung der vereinigungsbedingten Abriss- und Assimilationspolitik anerkannt werden. Studien zu Traumafolgeerkrankungen belegen eine erhöhte Stressanfälligkeit und Komorbidität mit erhöhter Sterblichkeit in den ostdeutschen Neuländern. Aktuell betroffen ist die Jahrgangskohorte 1955 bis 1975 Geborener DDR-sozialisierter Ostdeutscher, vor allem Männer im Erwerbsalter.

Es gilt als bestätigt, dass gerade die prekäre Arbeit hohe Frustration erzeugt, da mehr gearbeitet wird, oft tariffrei und für weniger Geld, vor allem im Vergleich zu Arbeitnehmern im Westen. Die Frustration erhöht sich, wenn die prekären Arbeitnehmer-Ost feststellen, dass Hartz-IV-komplettalimentierte Menschen monatlich mehr Sicherheiten und finanzielle Mittel erhalten. Die Frustration erhöht sich nochmals, wenn prekäre Arbeitnehmer feststellen, dass sie nach der „Wiedervereinigung“ nicht nur zu Bürgern zweiter Klasse herabgesetzt wurden, indem ihre Aufstiegschancen auf dem ersten Arbeitsmarkt verschlossen blieben oder indem sie trotz Qualifikation prekärer Arbeit nachgehen mussten, die kein (Alters-)Auskommen garantierte. Zudem wurde für Neubürger, anders als in anderen Ländern der einstigen RGW-Staaten, eine gewisse Vermögensbildung in den 1990er Jahren verhindert, so dass hier der sukzessive Armutsabstieg für die Mehrheit der zwischen 1945 und 1975 Geborenen irreparabel wurde. Schließlich folgte mit den Hartz-Gesetzen ihre Abschiebung in eine Armutskonkurrenz mit den Armen der Abstiegsgesellschaft-West. Diese Tatbestände verweisen auf einen institutionalisierten Kulturkonflikt zwischen einer nach BRD-Maßstäben ausgestalteten Dominanzkultur in den Neuländern und der Subordination der einstigen DDR-Bevölkerung zur Minderheitenbevölkerung. Das öffentliche Schweigen darüber verschärft die soziale Lage und wird durch neuere Kultur- und Migrationskonflikte überdeckt. Die Problematik, dass DDR-sozialisierte Menschen in der Jahrgangskohorte 1945 bis 1975 Geborener mit struktureller Diskriminierung und alltäglichem Rassismus konfrontiert wurden, lässt Viele verbittern. Der Berliner Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut Christoph Seidler bezeichnet diesen Vorgang als „nachträgliche Ethnisierung“.

Bezeichnenderweise wurde eine mit Bundesmitteln subventionierte Forschung der Migrationssoziologin Naika Foroutan populär gemacht, die feststellte, dass Ostdeutsche mit DDR-Sozialisation migrantisches Verhalten (DeZIM-Institut, 2019) zeigen, also ebenfalls Migranten sind. Auf eine gesellschaftliche Herabstufung von DDR-Bürgern im vereinigten Deutschland zu

Bürgern zweiter Klasse in den 1990er Jahren folgte ihre Ethnisierung als Minderheitenbevölkerung und schließlich ihre Migrantisierung, das heißt ihre Gleichstellung mit beispielsweise muslimischen Migranten. Mit solchen Sozialstrategien wird der Tabuisierung eines seit 1990 hergestellten Ost-West-Kulturkonflikts in den ostdeutschen Neuländern Vorschub geleistet.

„Ostdeutsche Migranten“ wurden etwa seit 2017 zu einem neuen diskursiven und medialen Trend ohne dass dieser auch nur ansatzweise zu einer gesellschaftlichen Aufwertung von Herkunft und Qualifikation in der DDR geführt hätte oder zur öffentlichen Thematisierung der vereinigungsbedingten kollektiven Traumatisierungen mit Krankheitsfolgen in den Neuländern. Stattdessen kann ihre dauerhafte Verschiebung in ein europäisches Exil festgestellt werden, wozu „Ostdeutschland“ entsprechend der Zukunftsurveys von Prognos mittlerweile gehört. Die „Ostdeutschen Migranten“ sind die (Exil-)Ostdeutschen in einer zur EU ausgeweiteten Landeszone.

Der Europäische Drogenbericht 2019 bestätigt eine lückenhafte Forschung zu Konsumaktivität, Epidemiologie und Toxikologie psychoaktiver Substanzen (illegale und synthetische Drogen, Alkohol, Medikamente) auf nationalen Ebenen (Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2019). Darüber hinaus gestaltet sich die Forschung zu Substanzkonsum in den ostdeutschen Neuländern ab 1990 als äußerst rudimentär und insuffizient. Erhebungen und Studien werden bis heute an der allgemeinen deutschen Bevölkerung durchgeführt, wobei gerade die vereinigungsbedingten Traumatisierungen einen rapiden Anstieg von Substanzkonsum sowie von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren in „Ostdeutschland“ anhand repräsentativer Stichproben verdeutlichen. Vollkommen ausgeblendet wurde hier eine Erforschung des Substanzkonsums bei Jugendlichen und Kindern, den so genannten „Wendekindern“. Die eliminierte Suchtforschung in Ostdeutschland verhindert eine genauere Ursachenerfassung für die immer noch doppelt höhere Mortalität von Männern im Erwerbsalter im Vergleich zu Männern in den alten Bundesländern. Zudem wird durch die Eliminierung ei-

ner Epidemiologie und Toxikologie des Suchtkonsums in den Neuländern eine repräsentative Erhebung von verdeckten Suiziden verhindert. Bisher wurden als Todesursachen Herzinfarkt, Intoxikation oder Sturz (Unfall) angegeben, ohne dass die vereinigungsbedingten Zusammenhänge, die zu „Toden aus Verzweiflung“ (Deaths of Despair) führen, von Politik und Gesellschaft thematisiert worden wären.

Traumafolgeerkrankungen und permanent erhöhte soziale Belastungen verstärken eine Stressanfälligkeit (Vulnerabilität) und Komorbidität, aber auch soziale Aggressionen und Kulturkonflikte. Weder die Politik noch die Gesellschaft noch das Gesundheitsmanagement haben jemals ernsthaft versucht, diese verfestigte Problematik in den ostdeutschen Neuländern zu lösen. Wenn man an dieser Stelle an die Hashtagaktionen von 2018 erinnert, wird deutlich, wie sehr die „Demokratie“ von sozialen Erfordernissen abweicht. Chemnitz ist ein herausragendes Beispiel für den systematischen sozialen Niedergang sowie für den Anstieg von Substanzkonsum, Krankheit und Mortalität. Es ist dringend geboten die ostdeutschen Neuländer, quasi „Ostdeutschland“, analog wie die anderen neuen Länder der Europäischen Union zu beobachten um einer weiteren Tabuisierung vereinigungsbedingter Fehlpolitik entgegen zu wirken.

Der Text ist ein Ausschnitt aus dem in Produktion befindlichen Band „Exil“, der dritten Monografie in der Reihe „Entkoppelte Gesellschaft“.

Literatur

Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union (2019). *Europäischer Drogenbericht 2019: Trends und Entwicklungen*. Luxemburg Europäische

Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001DEN_PDF.pdf – Stand vom 20. Mai 2020.

DeZIM-Institut. (2019). *Ost-Migrantische Analogie I*. www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/Projekte/Ost-Migrantische_Analogien/OstMig_Booklet_A4.pdf – Stand vom 20. Mai 2020.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2019). *Drogen- und Suchtbericht 2019*. Berlin. www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilung/2019/2019_IV.Q/DSB_2019_mj_barr.pdf – Stand vom 6. Juni 2020.

Fazemag.de (2018, 25.09). *Chemnitz ist Crystal-Meth-Hauptstadt Europas*. www.fazemag.de/chemnitz-ist-crystal-meth-hauptstadt-europas/ – Stand vom 20. Oktober 2018.

Kirschner, R. & Kleiber, D. (1996). Ausbreitung und Ausbreitungsbedingungen des Konsums illegaler Drogen in Ostdeutschland zwischen 1990 und 1993. *psychomed*, 8/3, 136–142. www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/media/publikationen/dk-pdfs/Ausbreitung_und_Ausbreitungsbedingungen_des_Konsums_illegaler_Drogen_in_Ostdeutschland_zwischen_1990_und_1993__1996_.pdf – Stand vom 6. Juni 2020.

DW. (2011, 26.04.). Die DDR und der alltägliche Rausch. *DW*. www.dw.com/de/die-ddr-und-der-alltägliche-rausch/a-15029677 – Stand vom 6. Juni 2020.

Lahrtz, S. (2018, 26.01.). Der Drogenkonsum in Deutschland steigt – droht eine Krise wie in den USA? *NZZ*. www.nzz.ch/international/der-drogenkonsum-in-deutschland-steigt-droht-eine-kri

[se-wie-in-den-usa-ld.1340513](http://www.nzz.ch/international/der-drogenkonsum-in-deutschland-steigt-droht-eine-kri-se-wie-in-den-usa-ld.1340513) – Stand vom 6. Juni 2020.

MDR. (2018, 08.03.). *Sachsenspiegel*. www.mdr.de/sachsen/chemnitz/crystalhauptstadt-europas-heisst-chemnitz-100.html – Stand vom 20. Oktober 2018.

MDR. www.mdr.de/sachsen/crystal-sachsen-therapie-100.html – Stand vom 20. Oktober 2018.

Stadt Chemnitz (2008, 24.04.). *Sozialreport der Stadt Chemnitz 2003 bis 2007* (Online-PDF). Stadt Chemnitz: Die Oberbürgermeisterin. www.chemnitz.de/chemnitz/media/aktuelles/publikationen/download/sozialreportstandinternet1007.pdf – Stand vom 20. Oktober 2018.

Timmermann, A. (2015, 01.08.). Westdeutschland 1988 – Opium für's Volk. Drogenmissbrauch in West- und Ostdeutschland. *Zeitgeschichte Online*. www.zeitgeschichte-online.de/themen/westdeutschland-1988-opium-fuers-volk#_ftn29 – Stand vom 6. Juni 2020. 

Yana Milev wurde 1964 in Leipzig geboren und ist habilitierte Soziologin der Universität St. Gallen. 2017 gründete sie die Firma AGIO – Gesellschaftsanalyse + Politische Bildung. Sie ist Initiatorin und Leiterin der Forschung „Entkoppelte Gesellschaft. Liberalisierung und Widerstand in Ostdeutschland seit 1989/90. Ein soziologisches Laboratorium“.

Aktuell liegen die Monografien „Anschluss“ (2019) und „Umbau“ (2020) sowie „Tatbestände“ (2019) in der gemeinsamen Herausgabe mit Franz Schultheis und „Demokratiedefekte. Ein Essay zum normativen Populismus“ (2019) vor. Zuletzt erschienen ist „Das Treuhand-Trauma. Die Spätfolgen der Übernahme“ (2020) im Verlag Das Neue Berlin.

Zsuzsa Kaló, Julie Tieberghien

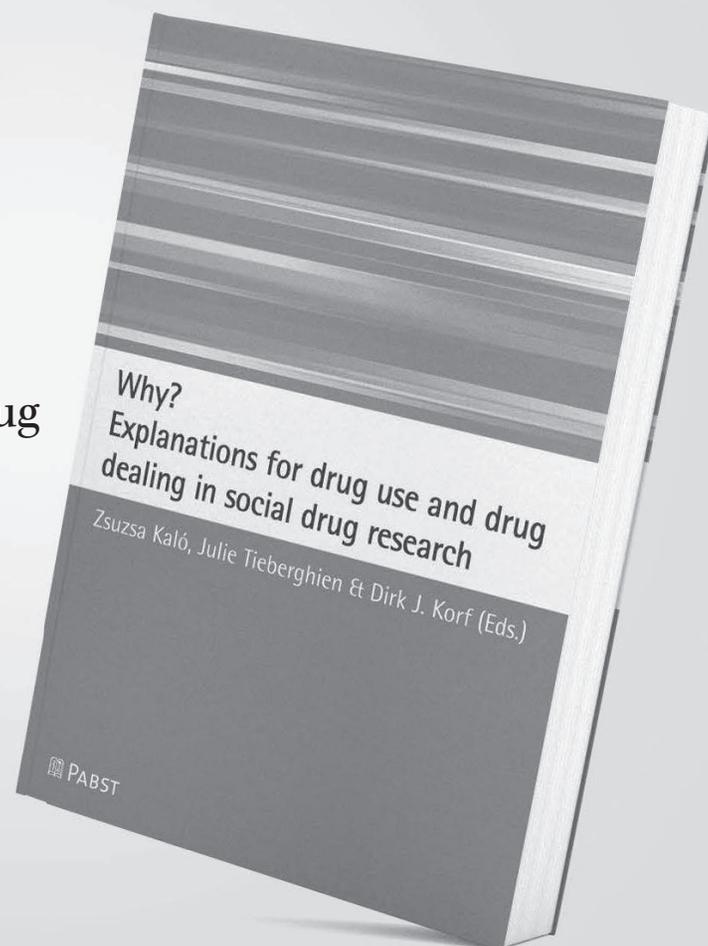
& Dirk J. Korf (Eds.)

Why?

Explanations for drug use and drug dealing in social drug research

For thousands of years, humans have been using substances that are called 'drugs' today, for example to relieve pain, to relax, to gain energy, or in the course of cultural and religious rituals. In search for explanations as to why so many people in the 21st century use drugs, and why in such a wide variety, several macro level factors or drivers need to be addressed.

Chapters in this volume contribute to the understanding of drug use, drug users, drug markets and drug policy in Europe. All the authors work in this field, and are involved in local, national or international research on drug use, drug users or drug dealers. Their research is not carried out in laboratories nor treatment centres. Some of it is predominantly conducted in libraries and archives, but most takes place elsewhere – on the streets, in nightclubs, in private drug-dealing settings. The authors are social scientists from different disciplines – anthropology, criminology, geography, economics, linguistics, psychology, sociology, social psychiatry – and many of them have an interest in, or are specifically oriented to qualitative research methods, including participant observation, informal conversations and in-depth interviews. In the search for explanations as to why particular groups turn to or continue to use certain substances over others, why some people use drugs, why users prefer particular methods of supply, and why current drug policies exist, each of the chapters underline the utmost importance of this book, which captures many of the complexities of how drug use and drug dealing is explained, experienced and often problematised today.



Zsuzsa Kaló is a Senior Lecturer in Psychology at the Institute of Psychology, ELTE Eötvös Loránd University, Hungary.

Julie Tieberghien is a Lecturer and a Researcher at the Centre for Research and Expertise in Social Innovation (CRESI) of VIVES University College, Belgium.

Dirk J. Korf is a Professor of Criminology at the University of Amsterdam, the Netherlands

192 pages

ISBN 978-3-95853-537-4

20,00 €

eBook:

ISBN 978-3-95853-538-1

10,00 €

All prices including taxes



Buy this title and many more conveniently online:

www.pabst-science-publishers.com



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich

+49 (0) 5484-308 | +49 (0) 5484-550
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-science-publishers.com

Gundula Barsch & Julia Walta

Baukasten für eine anonyme Drogensprechstunde

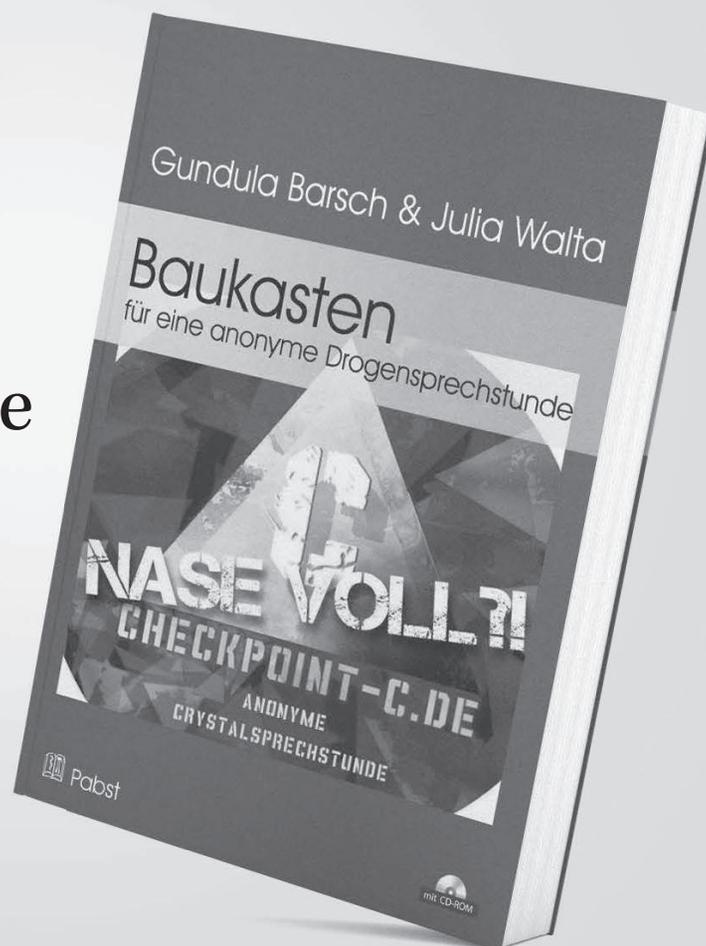
Das Beispiel CheckPoint-C

Methamphetamin, das sich als Crystal im Freizeitbereich verbreitet, führt vor Augen, dass das professionelle Drogenhilfesystem unter einem enormen Modernisierungsdruck steht. Besonders tragisch: Obwohl mit hohen Risiken für die physische, psychische und soziale Gesundheit konfrontiert, meiden Crystal Meth-Konsumierende den Kontakt zu Hilfesystemen sehr lange und melden sich erst, wenn sich bereits dramatische Bündelungen von Problemen entwickelt haben.

In interdisziplinärer Zusammenarbeit entwickelten Professorin Dr. Gundula Barsch (Hochschule Merseburg), Dipl. med. Peter Jeschke (Ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin e.V.) und Prof. Dr. Andreas Klement (Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle) ein niederschwelliges Angebot, das neue Ansätze einer Versorgung aktuell drogenkonsumierender Menschen auslotete:

In einer anonymen Drogensprechstunde, als Peer-to-Peer-Projekt angelegt, konnten sich KlientInnen medizinisch untersuchen und umfangreich beraten lassen. Als Peers arbeiteten Studierende der Medizin und der Sozialarbeit – supervidiert von erfahrenen ÄrztInnen.

Der vorliegende Band beschreibt das gesamte Pilotprojekt so en detail, dass zur Nachahmung geradezu eingeladen wird. Das Buch kann als konkrete, aber modifizierbare Anleitung für vergleichbare Angebote, nicht nur für Crystal-KonsumentIn-



nen, dienen. Die beigelegte CD enthält die Arbeitsmaterialien zum Ausdrucken.

Die kritische Evaluation belegt, dass die anonyme Drogensprechstunde eine Lücke füllen kann und auch in der institutionalisierten Drogenhilfe überwiegend aufmerksame Zustimmung findet.

Die Erfahrungen mit der Sprechstunde münden in der Entwicklung einer App, mit der KlientInnen interaktiv und individuell beraten werden: quasi ein Coaching, um Risiken zu erkennen und zu managen – und in Notfällen rechtzeitig professionelle Hilfe zu suchen.

112 Seiten + CD-ROM

ISBN 978-3-95853-199-4

15,00 €

eBook:

ISBN 978-3-95853-200-7

10,00 €

Alle Preise inkl. MwSt.



Diesen Titel und viele mehr bequem online kaufen:

www.pabst-publishers.com



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich

☎ +49 (0) 5484-308 | ☎ +49 (0) 5484-550
✉ pabst@pabst-publishers.com
🌐 www.pabst-publishers.com

Otto Schmid & Thomas Müller (Hrsg.)

Die Sucht- Enzyklopädie

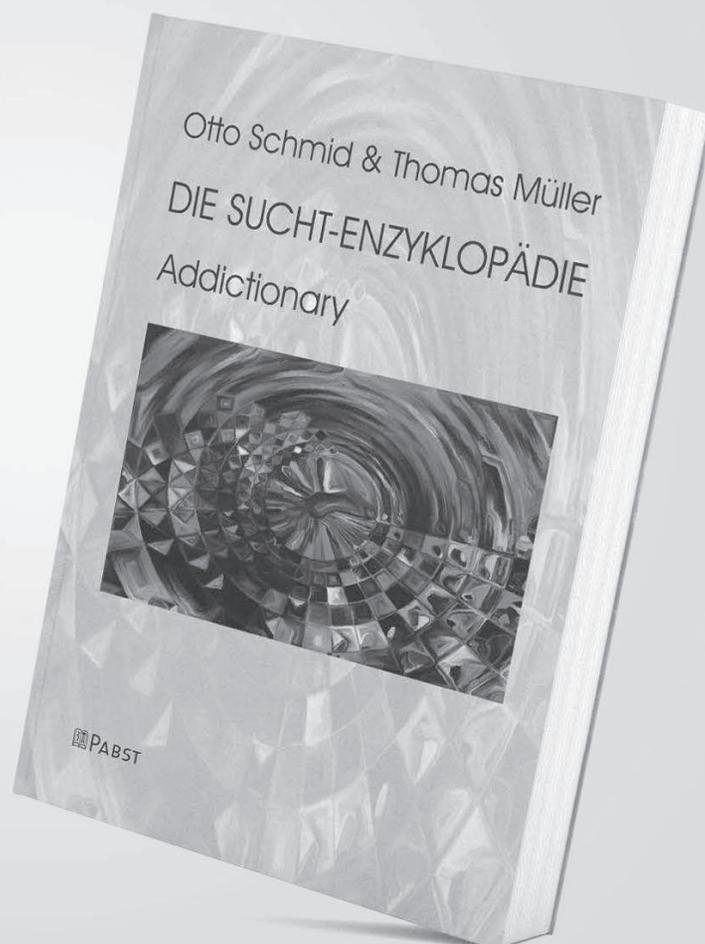
Addictionary

Wie können wir von positiven Wirkungen psychoaktiver Substanzen profitieren – und uns vor negativen Risiken schützen? Wo liegen die Grenzen zwischen genussvollem und problematischem Konsum? Welche Menschen bevorzugen welche Substanzen – und warum? Steigert eine Legalisierung den Drogenkonsum? Ist Sucht selbstverschuldet? Kann LSD auf den ewigen Trip führen?

Im Addictionary beantworten Experten ideologiefrei, wissenschaftlich fundiert, pointiert und kurz alle wichtigen aktuellen Fragen zu psychoaktiven Substanzen. Die Enzyklopädie dient der Fachwelt als handliches Nachschlagewerk und Betroffenen sowie Angehörigen als klare Orientierung.

Dabei hat die Corona-Pandemie in diesem Jahr wie ein Vergrößerungsglas auf Missstände und Herausforderungen gewirkt, interessanterweise aber ganz besonders Chancen deutlich werden lassen. Diesen Chancen ist ein Schwerpunkt im 7. Alternativen Drogen- und Suchtbericht gewidmet.

Einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt bildet die bisher noch vernachlässigte Schadensminimierung auch bei Alltagsdrogen, auf die bisher vorwiegend mit der Abstinenzforderung reagiert wird.



INHALT

- 1 EPIDEMIOLOGIE UND BEGRIFFLICHKEIT DER SUCHT
- 2 KONSUMFORMEN, WIRKUNGEN UND NEBENWIRKUNGEN
- 3 PSYCHOTROPE SUBSTANZEN
- 4 KONSUM UND SOZIALER HINTERGRUND
- 5 BEHANDLUNG DER SUCHT
- 6 HISTORISCHER UND POLITISCHER HINTERGRUND

153 Seiten

ISBN 978-3-95853-632-6

15,00 €

eBook:

ISBN 978-3-95853-633-3

8,00 €

Alle Preise inkl. MwSt.



Diesen Titel und viele mehr bequem online kaufen:

www.pabst-publishers.com



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich

☎ +49 (0) 5484-308 | ☎ +49 (0) 5484-550
✉ pabst@pabst-publishers.com
🌐 www.pabst-publishers.com