

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.

Methode

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. In 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 Drogen Szenen 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 Berührungsängsten (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.

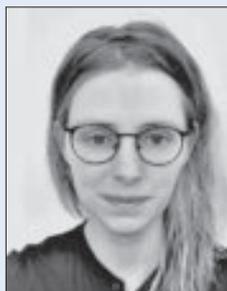
Literatur

- 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.), *Kompodium 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://buengerinfo.mannheim.de/buengerinfo/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 Hilfsmöglichkeiten 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. Bedauerndwert 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 Praxisforschungsstudien 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 alkoholtoleeranten 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/factsheet/oct2011.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

„Sâf 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 hilfeschenden 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 17 822 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)



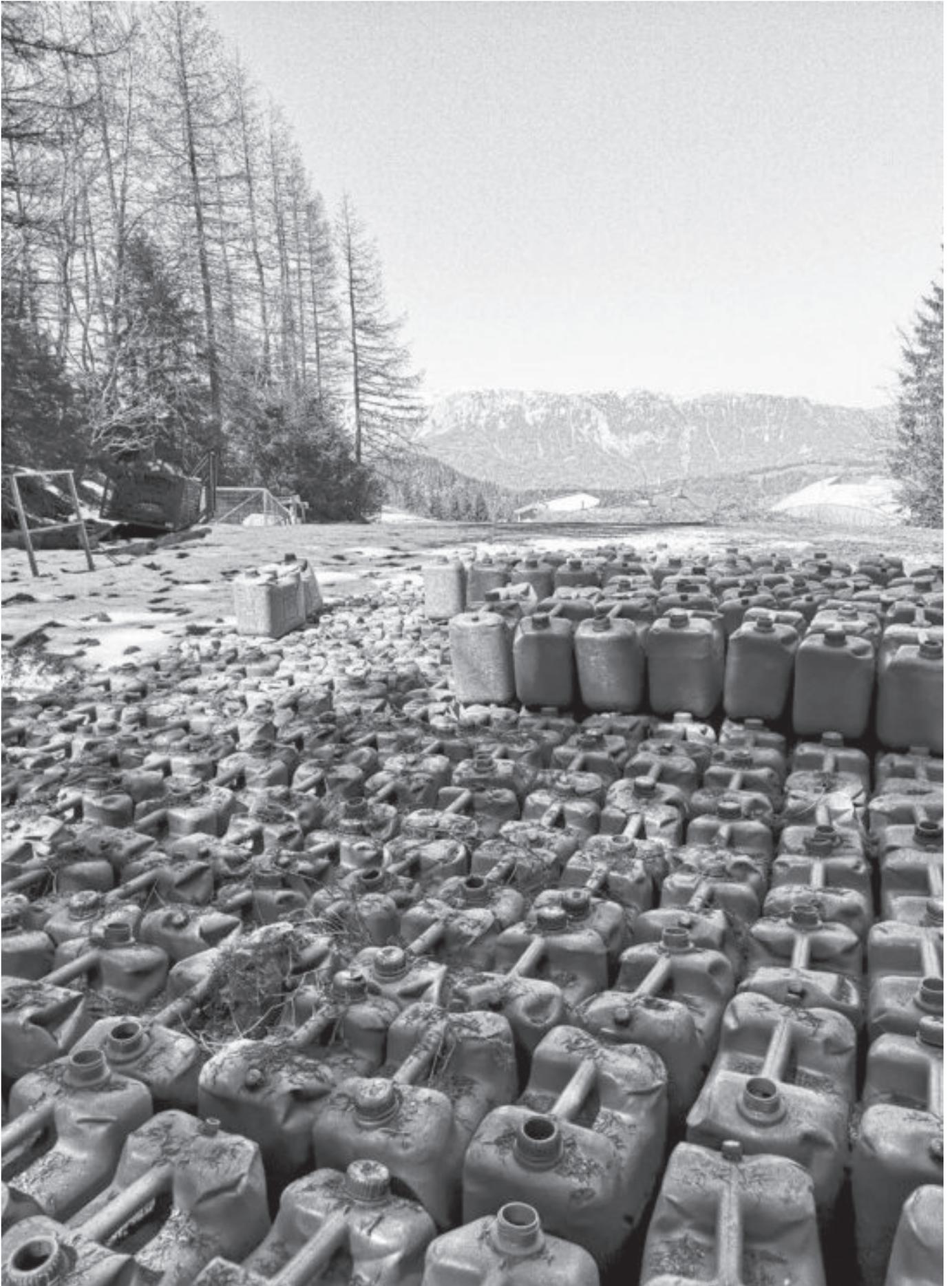














ARGOS, a drug consumption room (DCR) in Strasbourg

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 dämpfen: Im Schulhalbjahr 2016/2017 wurden rund 4.500 Jugendliche aus sechs Bundesländern zu ihrem Rauchverhalten und zur Kontakthäufig-

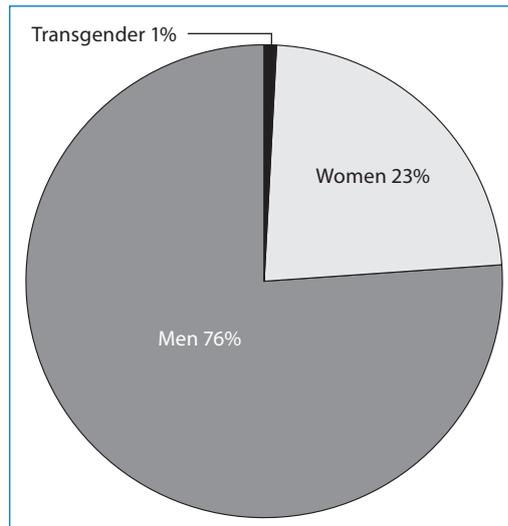
keit mit Werbung für elektronische Zigaretten repräsentativ befragt. Ein Jahr später zeigte sich bei einer erneuten Erhebung, dass von den Schülern ohne Werbekontakte jeder Zehnte in den zurückliegenden Monaten das Dampfen ausprobiert hatte; bei den Mitschülern mit vielen Werbekontakten (zehn oder mehr) 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), Fibroskan, 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:

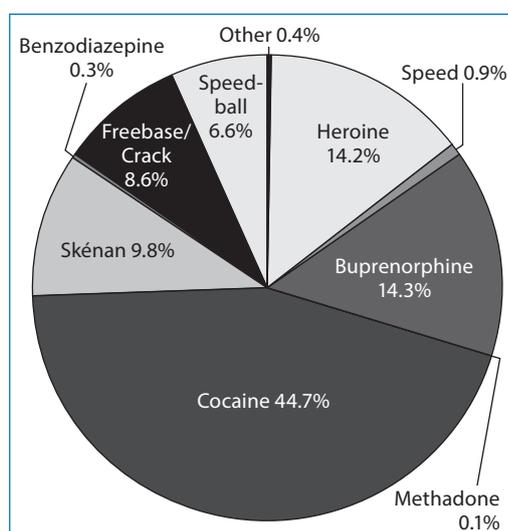
On 30 September 2019, 864 people were registered for our service, 641 who wanted to use the consumption area. These people are aged on average 40.6 years old and they are 75 percent male. Almost 25% of users are women (s. Figure 2).

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

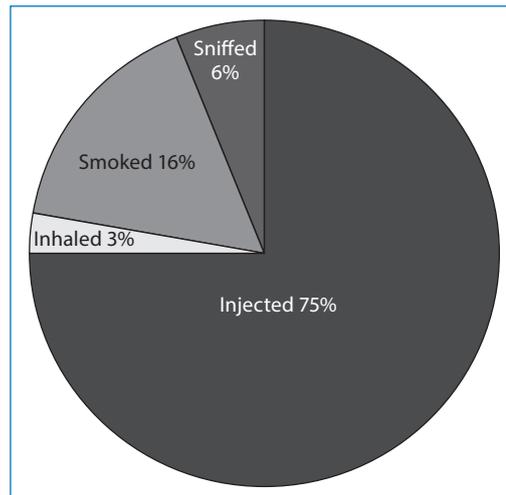
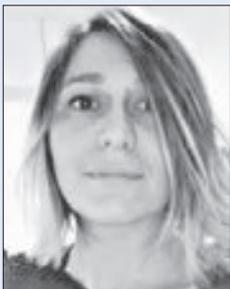


Figure 4

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 Departements 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 Spritzen-tauschprogramme, 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 Innerstadt) 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 Opiaatverslaving, 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 criterias 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 Schritte gegliederte Selbsthilfekonzept 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 unterschieden. 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, Cannabi-

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 Geistesranke. 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 ausgeschiedt 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 Gnadenakt 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 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 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 Verzweigung“ 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 pauschalierte 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 Zukunftssurveys 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_Pressemitteilungen/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.

Laartz, 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](https://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/crystal-hauptstadt-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-opiumfuers-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 in detail, dass zur Nachahmung geradezu eingeladen wird. Das Buch kann als konkrete, aber modifizierbare Anleitung für vergleichbare Angebote, nicht nur für Crystal-KonsumentInnen,



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

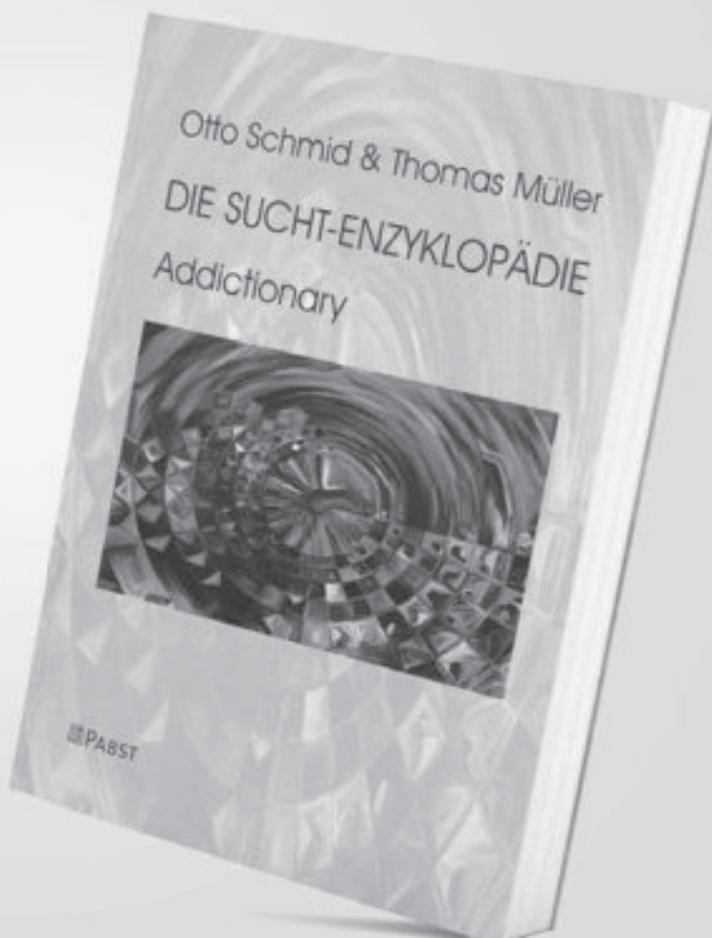
Addictionary

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

akzept e.V. Bundesverband
& Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.)

7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2020

Der 7. Alternative Drogen- und Suchtbericht 2020 fokussiert auf die Frage, wie Schäden durch Drogenkonsum so gering wie möglich gehalten werden können.

Er bietet eine konstruktiv-kritische Perspektive auf die aktuellen Entwicklungen im Drogen- und Suchtbereich. Zahlreiche namhafte Autor_innen informieren über vorbildliche Projekte und innovative Ansätze, weisen auf Missstände und Blockaden hin und entwerfen Szenarien für eine Drogenpolitik der Zukunft. Deutschland verfügt zwar über ein differenziertes Hilfesystem, zugleich bleibt jedoch noch eine Vielzahl an Möglichkeiten ungenutzt: Individuen und die Gesellschaft könnten noch weit besser vor den Folgen des Drogenkonsums geschützt werden, als es bisher geschieht. Die Zahl der Menschen, die an den Folgen ihres Drogenkonsums – vorzeitig – versterben (v.a. am Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Substanzen) könnte geringer ausfallen. Gesundheitsschäden ließen sich reduzieren oder vermeiden. Gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Folgekosten könnten drastisch sinken. Das bedeutet auch: Ein sehr viel effektiverer Einsatz von Ressourcen ist möglich.



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.

233 Seiten

ISBN 978-3-95853-636-4

20,00 €

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

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. (Hrsg.)

DHS Jahrbuch Sucht 2020



Vorwort

Heribert Fleischmann

Daten, Zahlen und Fakten

Christina Rummel, Birgit Lehner, Jolanthe Kepp

Suchtstoffe, Suchtformen und ihre Auswirkungen

Alkohol

Ulrich John, Monika Hanke, Jennis Freyer-Adam, Sophie Baumann, Christian Meyer

Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum

Benjamin Kuntz, Johannes Zeiher, Anne Starker, Thomas Lampert

Medikamente

Teil 1: Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial

Gerd Glaeske

Teil 2: Psychoaktive Medikamente im Straßenverkehr

Peter Stroheck-Kühner

Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum

Nicki-Nils Seitz, Christian Rauschert, Boris Orth, Ludwig Kraus

Glücksspiel – Zahlen und Fakten

Gerhard Meyer

Esstörungen

Eva Wunderer, Christian Strobel, Sigrid Borse, Andreas Schnebel

Delikte unter Alkoholeinfluss

Stanley F. Friedemann, Martin Rettenberger

Suchtmittel im Straßenverkehr 2018 – Zahlen und Fakten

Leon Straßgütl, Martina Albrecht

Suchtkrankenhilfe in Deutschland

Jahresstatistik 2018 der professionellen Suchthilfe

Hanna Dauber, Sara Specht, Jutta Künzel, Tim Pfeiffer-Gerschel, Barbara Braun

Rehabilitation substanzbezogener Abhängigkeitserkrankungen durch die Deutsche Rentenversicherung

Robert Simon, Mona Sägebarth

Statistik von fünf Sucht-Selbsthilfverbänden in Deutschland

Jürgen Naundorff, Heinz-Josef Janßen, Claudia Kornwald, Barbara Hansen, Andreas Bosch

Aktuelle Themen

Die volkswirtschaftlichen Kosten von Alkohol- und Tabakkonsum in Deutschland

Tobias Effertz

Sucht und Depression (am Beispiel Alkoholkonsumstörungen)

Ulrich W. Preuss

288 Seiten Hardcover

ISBN 978-3-95853-589-3

20,00 €

eBook:

ISBN 978-3-95853-590-9

15,00 €

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